

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Helena Hradová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života u pacientů s ischemickou chorobou
dolních končetin**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Helena Hradová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2013

ABSTRAKT

Teoretická východiska

Onemocnění tepen, při kterém postupně dochází k zužování až úplnému uzávěru tepen a k následným projevům nedokrevnosti, se nazývá ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Ischemickou chorobu dolních končetin je nutné vnímat nejen jako chorobu způsobující pacientům řadu obtíží a významným způsobem ovlivňující jejich kvalitu života, ale zároveň jako velice důležitý ukazatel celkového kardiovaskulárního stavu celého organismu. Ischemická choroba dolních končetin je stále více uznávána jako chronické onemocnění spojené s podstatným kardiovaskulárním rizikem. Tato choroba způsobuje především limitaci chůze nemocných, čímž ovlivňuje jejich každodenní činnosti a podstatně tak snižuje kvalitu života.

Cíl práce

Pro zpracování diplomové práce byl stanoven cíl: Zjistit, v jakých oblastech ovlivňuje ischemická choroba dolních končetin kvalitu života.

Hypotézy práce

Hypotéz práce bylo stanoveno šest:

H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest

H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu

H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti

H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti

H5: Pacienti s ICHDK vnímají svou kvalitu života jako špatnou

H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních činností

Použité metody

Výzkumná část práce byla realizována na základě kvantitativního šetření v rámci grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Pro empirickou část diplomové práce byla využita metoda kvantitativní, výzkumné šetření probíhalo formou dotazníků, a to pomocí standardizovaného dotazníku

EQ-5D-5L, vybraných otázek standardizovaného dotazníku WHOQOL 100 a nestandardizovanými doplňkovými otázkami pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin. Výzkumné šetření probíhalo oslovením praktických lékařů, lékařů v odborných ambulancích a na lůžkových odděleních. Nedílnou součástí procesu sběru dat byly také všeobecné sestry, které měly za úkol společně s lékaři vysvětlit nemocným důležitost výzkumného šetření. Respondenti byli vybíráni záměrně, základním činitelem výběru byla přítomnost ischemické choroby dolních končetin. Výběrový soubor byl konstruován kvótním výběrem, kdy jako jediná kvóta byl určen věk respondenta.

Výsledky

Získané výsledky byly statisticky zpracovány v programu SASD (statistická analýza sociálních dat). Výsledky lze rozdělit do tří oblastí na výsledky charakterizující strukturu výběrového souboru, výsledky graficky znázorněné a výsledky zpracované pomocí popisné statistiky. Poslední dvě oblasti pak byly řazeny dle užitého dotazníku. Výsledky nám poskytly informace o vnímání bolesti nemocnými, o problémech v oblasti pohybu, o sociální oblasti a oblasti běžných denních činností, o obavách z budoucnosti a o subjektivním vnímání kvality života. Na základě zjištěných výsledků byly stanovené hypotézy vyhodnoceny následovně: H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest – potvrzena, H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu – potvrzena, H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti – potvrzena, H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti – potvrzena, H5: Pacienti s ICHDK vnímají svou kvalitu života jako špatnou – nepotvrzena, H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních činností – potvrzena.

Závěr

Práce poskytuje komplexní pohled na oblasti, které ovlivňují kvalitu života u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Výsledky mohou v praxi usnadnit výběr efektivní intervence a zlepšit komunikaci s pacientem, především díky získaným znalostem. Budou publikovány v odborných časopisech a prezentovány na konferencích. Výsledky také mohou být podkladem pro další výzkumná šetření a také jako studijní materiál pro studenty ošetřovatelství.

ABSTRAKT

Theoretical foundation

Arterial disease which gradually leads to narrowing of artery, up to complete vascular closure and to subsequent manifestation of ischaemia is called ischaemic disease of the lower extremities (IDLE). We need to understand ischaemic disease of the lower extremities not only as a disease causing patients a range of difficulties and significantly impacting their life quality, but also as a very important indicator of overall cardiovascular condition of whole organism. Ischaemic disease of the lower extremities becomes more and more accepted as a chronic disease associated with a substantial cardiovascular risk. This disease causes primarily walking limitation by which it impacts daily activities and significantly decrease the life quality.

Goal of the thesis:

A goal was set for the thesis: Finding out in which areas the ischaemic disease of the lower extremities impacts the life quality.

Hypotheses:

6 hypotheses were set for the thesis:

H1: Patients with IDLE feel pain

H2: Patients with IDLE are limited in moving

H3: Patients with IDLE are limited socially

H4: Patients with IDLE feel concern for their future

H5: Patients with IDLE perceive their life quality as a low one.

H6: Patients with IDLE are limited in the area of basic daily activities.

Methodology:

The research part of the thesis was implemented based on quantitative inquiry within the grant Project No. 120/2012/S „Reflection of life quality in nursing“. For the empirical part of the thesis the quantitative method was used, the survey was carried out in form of questionnaires, more precisely a standardized questionnaire EQ-5D-5L, selected questions from a questionnaire WHOQOL 100 and specific non-standardized

complementary questions for patients with ischaemic disease of the lower extremities. The survey was carried out by addressing practising physicians , doctors from specialized outpatient departments and inpatient wards. Nurses who were, along with the doctors, responsible for explaining the significance of the survey to the patients were an integral part to the data gathering process. The respondents were selected intentionally, the basic factor of selection was presence of the ischaemic disease of the lower extremities. The selection sample was designed using selective quota, the only quota being the age of respondent.

Results:

All results obtained were statistically processed in the SASD (Statistical Analysis of Social Data) software. The results were divided into three areas. Firstly results describing the structure of selection sample, secondly results depicted graphically and thirdly results processed using a descriptive statistics. The last two areas were then arranged according to the used questionnaire. The results provided us with information regarding patients' perceiving of pain, the difficulties in moving, the social area, the basic daily activities, the concerns for the future and subjective perceiving of the life quality. Based on the results, the set hypotheses were evaluated as follows: H1: Patients with IDLE feel pain – confirmed, H2: Patients with IDLE are limited in moving - confirmed, H3: Patients with IDLE are limited socially - confirmed, H4: Patients with IDLE feel concern for their future - confirmed, H5: Patients with IDLE perceive their life quality as a low one – not confirmed, H6: Patients with IDLE are limited in the area of basic daily activities - confirmed.

Conclusion:

The thesis provides a comprehensive view on the areas impacting the life quality of patients with ischaemic disease of the lower extremities. In practice the results can facilitate the choice of effective intervention and improve communication with patients, especially due to the gained knowledge. The results will be published in journals and presented at conferences. The results could also be used as a foundation for another survey and as a studying material for students of nursing.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2013

.....

Helena Hradová

Poděkování

Touto cestou bych především chtěla poděkovat vedoucí práce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. nejen za trpělivé vedení diplomové práce, ale také za to, že mi umožnila účastnit se výzkumného grantového projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dále bych chtěla poděkovat členům tohoto projektu za podporu a výbornou spolupráci.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 10 |
| ÚVOD..... | 11 |
| TEORETICKÁ ČÁST | |
| 1 SOUČASNÝ STAV | 12 |
| 1.1 <i>Ischemická choroba dolních končetin</i> | 12 |
| 1.1.1 <i>Epidemiologie</i> | 13 |
| 1.1.2 <i>Etiologie a patogeneze</i> | 14 |
| 1.1.3 <i>Klinický obraz</i> | 15 |
| 1.1.4 <i>Diagnostika</i> | 16 |
| 1.1.5 <i>Léčba</i> | 22 |
| 1.1.5.1 <i>Rehabilitační léčba</i> | 23 |
| 1.1.5.2 <i>Konzervativní léčba</i> | 24 |
| 1.1.5.3 <i>Revaskularizační a chirurgická léčba</i> | 26 |
| 1.1.5.4 <i>Buněčná terapie</i> | 28 |
| 1.2 <i>Kvalita života</i> | 29 |
| 1.2.1 <i>Hodnocení kvality života u nemocných s ICHDK</i> | 31 |
| 1.2.2 <i>Dopad ICHDK na kvalitu života</i> | 33 |
| 1.3 <i>Úloha sestry v péči o nemocné s ICHDK</i> | 35 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | |
| 2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY | 37 |
| 2.1 <i>Cíl práce</i> | 37 |
| 2.2 <i>Hypotézy práce</i> | 37 |
| 3 METODIKA | 38 |
| 3.1 <i>Metodika výzkumu a technika sběru dat</i> | 38 |
| 3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> | 39 |
| 3.3 <i>Zpracování dat</i> | 41 |
| 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU | 42 |
| 4.1 <i>Výsledky charakterizující strukturu výzkumného souboru</i> | 42 |
| 4.2 <i>Výsledky graficky znázorněné</i> | 45 |
| 4.2.1 <i>Výsledky EQ-5D-5L</i> | 45 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.2.2 | <i>Výsledky specifických otázek pro nemocné s ICHDK</i> | 52 |
| 4.2.2.1 | <i>Bolest, pohyb</i> | 52 |
| 4.2.2.2 | <i>Nakupování</i> | 58 |
| 4.2.2.3 | <i>Sebeobsluha</i> | 61 |
| 4.2.2.4 | <i>Sociální kontakty</i> | 64 |
| 4.2.2.5 | <i>Psychosociální a emoční oblast</i> | 68 |
| 4.2.3 | <i>Výsledky WHOQOL 100</i> | 71 |
| 4.3 | <i>Výsledky zpracované pomocí popisné statistiky</i> | 85 |
| 4.3.1 | <i>Výsledky EQ-5D-5L</i> | 85 |
| 4.3.2 | <i>Výsledky specifických otázek pro nemocné s ICHDK</i> | 92 |
| 4.3.2.1 | <i>Bolest, pohyb</i> | 92 |
| 4.3.2.2 | <i>Nakupování</i> | 98 |
| 4.3.2.3 | <i>Sebeobsluha</i> | 101 |
| 4.3.2.4 | <i>Sociální kontakty</i> | 104 |
| 4.3.2.5 | <i>Psychosociální a emoční oblast</i> | 108 |
| 4.3.3 | <i>Výsledky WHOQOL 100</i> | 111 |
| 5 | DISKUZE | 123 |
| 6 | ZÁVĚR | 131 |
| 7 | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 133 |
| 8 | KLÍČOVÁ SLOVA | 140 |
| 9 | PŘÍLOHY | 141 |
| 9.1 | <i>Obsah příloh</i> | 141 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|----------|--|
| ABI | Ankle Brachial Index, index kotník – paže |
| ACEI | inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu |
| ASA | kyselina acetylsalicylová |
| CRP | C - reaktivní protein, reaktant akutní fáze |
| CT | výpočetní tomografie |
| ČR | Česká republika |
| EQ-5D-5L | zdravotní dotazník |
| ICHDK | ischemická choroba dolních končetin |
| ICQ | Kakkosův Intermittent Claudication Questionnaires, specifický dotazník |
| IKEM | Institut klinické a experimentální medicíny |
| INR | mezinárodní normalizovaný poměr protrombinového času |
| LDL | low density lipoproteins |
| MR | magnetická rezonance |
| PAD | peripheral arterial disease, ischemická choroba dolních končetin |
| PAQ | Spertusův Peripheral Artery Questionnaire, specifický dotazník |
| PTA | perkutánní transluminální angioplastika |
| SASD | Statistická analýza sociálních dat |
| SÚKL | Státní úřad pro kontrolu léčiv |
| TASC | Transatlantický inter-society konsensus |
| ÚEM | Ústav experimentální medicíny |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |
| WHOQOL | The World Health Organization Quality of Life, dotazník kvality života |
| WIQ | Longův Walking Impairment Questionnaire, specifický dotazník |

ÚVOD

Motto:

„I ty nejkrásnější nohy někde končí.“

Julian Tuwim

Pokud budeme vnímat úvodní citát ne čistě anatomicky, ale zcela metaforicky, navede nás jeho myšlenka k onemocnění dolních končetin, kterým se následující práce zabývá. Když si pod pojmem konec nohou představíme omezené možnosti dolních končetin, zjistíme, že ischemická choroba dolních končetin je v tomto citátu patrná. Do té doby, kdy nepocitujeme s dolními končetinami žádné problémy, nám to tak jistě nepřipadá, ale ve chvíli onemocnění ischemickou chorobou dolních končetin se mění i kvalita života člověka. Ve své diplomové práci jsem se proto chtěla tímto tématem zabývat a přiblížit ho i čtenářům. Ischemická choroba dolních končetin je totiž velice často se vyskytující onemocnění, které může postihnout každého z nás.

Je důležité znát rizikové faktory a příčiny tohoto onemocnění, abychom se mohli zaměřit na možnosti prevence. Znalost klinického obrazu je zase významná při diagnostickém zjišťování stádia onemocnění a následně správně nastavená léčba je základem pro zvyšování kvality života nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin. Tyto vědomosti by měli mít zcela jistě nejen praktičtí lékaři, kteří jsou obvykle prvními, kdo provádí záchyt tohoto onemocnění, dále lékaři v odborných ambulancích či na lůžkových odděleních, ale také lékaři provádějící chirurgické intervence. V této oblasti by se však měli vzdělávat také ostatní členové ošetrovatelského týmu, jak rehabilitační pracovníci, podílející se na optimalizaci pohybového režimu nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin, tak nutriční terapeuti, kteří plní důležitou úlohu v úpravě stravovacích návyků.

Především je však důležité, aby vědomosti o ischemické chorobě dolních končetin a jejím vlivu na kvalitu života měly všeobecné sestry pracující v ordinacích praktických lékařů, v odborných ambulancích či na lůžkových odděleních. Sestra je totiž základem, a to jako odborník ve svém oboru, ve vzdělávání a v koordinaci péče o nemocné. Sestra je osobou, která je s pacienty v neustálé interakci a dokáže chování pacientů ovlivnit žádoucím směrem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Ischemická choroba dolních končetin

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je onemocnění tepen, při kterém postupně dochází k zužování až úplnému uzávěru tepen a k následným projevům nedokrevnosti. Tuto nedokrevnost v oblasti končetinových tepen nazýváme ischemie. Při ischemii trpí tkáň dolních končetin nedostatkem kyslíku a živin, které jsou potřebné pro správnou funkci (Češka, 2010; Roztočil, 2011). Ischemickou chorobu dolních končetin je nutné vnímat nejen jako chorobu způsobující pacientům řadu obtíží a významným způsobem ovlivňující jejich kvalitu života, ale zároveň jako velice důležitý ukazatel celkového kardiovaskulárního stavu celého organismu (Karetová, 2008; Seifert, 2009).

Končetinová nedokrevnost sdružuje v jednom celku množství rozmanitých příčin, nejčastěji však vzniká na podkladě aterosklerotického procesu. Vyznačuje se vysokou morbiditou a mortalitou, a to právě především z důvodu aterosklerotické etiologie a její časté generalizace (Češka, 2010; Klener, 2011). Ischemická choroba dolních končetin je poměrně často se vyskytující onemocnění. Znalost epidemiologie tohoto onemocnění je výstrahou pro všechny lékaře, kteří by toto onemocnění měli mít neustále na mysli, a to především u pacientů, kteří jsou rizikováni. Vznik této choroby je podmíněn řadou rizikových faktorů, které lze velkou měrou ovlivnit způsobem života každého jedince (Maděrová, 2008; Slováček, 2006).

Tato choroba má často i několik let trvající asymptomatický průběh bez včasné léčby. Proto je nezbytně nutné znát rizikové faktory, ischemickou chorobu včas diagnostikovat a předejít závažným stavům postižení koronárních a mozkových tepen. Na asymptomatické stadium choroby následně navazuje stadium klaudikační a stadium kritické končetinové ischemie. Tato stadia již zasahují velkou měrou do kvality života nemocných. Mezi hlavní cíle léčby, ať už farmakologické, revaskularizační či chirurgické, proto patří především snížení kardiovaskulárního rizika a zlepšení kvality života nemocného (Maděrová, 2008; Slováček, 2006).

1.1.1 Epidemiologie

Prevalence, jeden ze základních epidemiologických ukazatelů určující podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci, u tohoto onemocnění stoupá ve všech formách s věkem. V černošské populaci se uvádí vyšší výskyt ischemické choroby dolních končetin (Češka, 2010). V populaci ve věku nad 50 let je v rozmezí 3–10 % s nárůstem k 15–20 % u osob starších 70 let. Ve věku nad 80 let má nález nedokrevnosti dolních končetin každý druhý obyvatel České Republiky. Ischemická choroba dolních končetin postihuje častěji muže než ženy. U mužů se také toto onemocnění vyskytuje v závažnějších formách. Odhad říká, že prevalence bezpříznakových forem je přibližně třikrát až čtyřikrát vyšší než forem symptomatických, jde tedy o skryté riziko velmi závažných stavů (Karetová, 2011; Roztočil, 2011; Seifert, 2009).

Incidence je podíl počtu nově hlášených nemocných za dané časové období a počtu všech jedinců sledované populace. Hodnota nově vzniklých případů chronické kritické ischemie v Evropě je udávána kolem hranice 500–1000 osob. Ve Spojených státech amerických ovlivňuje ischemická choroba dolních končetin 4–7 milionů zjištěných jedinců, odhaduje se však, že pokud budou započítáni i jedinci, u kterých není ischemická choroba dolních končetin zatím prokázána, tak toto číslo může vystoupat na 8–12 milionů (Alonso, 2011; Češka, 2010; Mohler, 2008).

Demografický ukazatel udávající podíl zemřelých ze skupiny obyvatel nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin za určité časové období, tedy mortalita, napovídá, jaká je prognóza tohoto onemocnění. Desetileté riziko úmrtí se za posledních 60 let výrazným způsobem nezměnilo, odpovídá 40 procentům. Prognóza této choroby je tedy opravdu špatná. Srovnání úmrtnosti s nemocnými bez ischemické choroby dolních končetin přineslo poznatek, že už jen přítomnost tohoto onemocnění zvyšuje riziko úmrtí z jakékoli příčiny až trojnásobně a úmrtí z příčin kardiovaskulárních dokonce až šestinásobně. Doporučení tedy stanovují aktivní preventivní postupy, pátrání po ischemické chorobě dolních končetin a měření tlakového indexu kotník-paže každému jedinci nad 50 let, a přestože nález vykazuje normální hodnoty, mělo by se toto vyšetření opakovat alespoň jednou za 1–2 roky (Bulvas, 2009; Holý, 2012).

1.1.2 Etiologie a patogeneze

Jako nejčastější příčina chronické formy ischemické choroby dolních končetin je uváděn obliterující aterosklerotický proces, který se vyskytuje až v 98 procentech případů. Mezi příčiny tohoto onemocnění patří dále vaskulitidy primární a sekundární, kompresivní syndromy jako například entrapment podkolenní tepny, cystická degenerace adventicie, iatrogenní cévní postižení perkutánními či chirurgickými výkony, traumatizace subklaviální tepny při thoracic outlet syndromu, myeloproliferativní onemocnění, a to například primární trombocytémie nebo polycytémie vera (Karetová, 2/2008; Navrátil, 2008; Roztočil, 2011).

Další méně časté příčiny jsou koarktace aorty, periferní embolizace různé geneze, fibromuskulární dysplazie, endofibróza zevních pánevních tepen u cyklistů, primární cévní nádory, útlak okolními strukturami (nádorem či hematomem) a postradiační postižení tepen (Češka, 2010). Vzácněji může být příčinou ischemické choroby dolních končetin i zánětlivý proces neinfekčního původu neboli thrombangiitis obliterans nazývaný také jako von Winiwarter-Buergerova choroba, což je onemocnění vyskytující se téměř výlučně u kuřáků ve věku 20–40 let. Buergerova choroba je uváděna jako vzácná příčina onemocnění tepen, výjimkou jsou ale Asiaté, u kterých je tato choroba uváděna v různých zdrojích jako příčina ischemické choroby ve 20–30 procentech (Klener 2011; Navrátil, 2008).

Vznik ischemické choroby dolních končetin podmiňuje množství rizikových faktorů. Základní neovlivnitelné rizikové faktory jsou mužské pohlaví, věk a genetické faktory. Mezi rizikové faktory dále patří kouření, diabetes mellitus a hraniční poruchy glukózové homeostázy, dyslipidémie, arteriální hypertenze. Ostatní rizikové faktory zahrnují chronickou renální insuficienci, pozitivitu zánětlivých markerů jako je zvýšená hladina fibrinogenu, CRP a D-dimerů, dále hyperviskózní a hyperkoagulační stavy, hyperhomocysteinémii a nízkou hladinu lipoproteinu. Rizikovým člověkem je tedy především muž nad 70 let věku bez ohledu na přítomnost rizikových faktorů, popřípadě diabetik či kuřák ve věku 50–69 let, nebo diabetik s degenerativním procesem vzniku aterosklerotického plátu ve věku nad 40 let, a nakonec i nemocný s bolestí dolních končetin s podezřením na ischemický podklad této bolesti (Roztočil, 2011; Slováček,

2006; SÚKL 2012). Výskyt jiných onemocnění, jako jsou onemocnění koronárních tepen, infarkt myokardu, fibrilace síní, tranzitorní ischemická ataka, cévní mozková příhoda nebo onemocnění ledvin často provází výskyt ischemické choroby dolních končetin. Nemocný, u kterého se vyskytuje periferní stenóza či uzávěr tepny, je trvale ohrožen dalšími projevy aterosklerózy a jejích případných komplikací v generalizované podobě. Cévní mozková příhoda či infarkt myokardu se pak mohou stát příčinou zásadního zhoršení zdravotního stavu nemocného (Karetová, 7/2008; Seifert, 2009).

1.1.3 Klinický obraz

Jak již bylo výše zmíněno, výskyt asymptomatické formy ischemické choroby dolních končetin je třikrát až čtyřikrát častější než forma symptomatická. Choroba se může asymptomaticky vyvíjet i několik let, symptomaticky se projeví spíše dlouhodobou progresí obtíží než akutním začátkem. Podle závažnosti klinických projevů lze ischemickou chorobu dolních končetin klasifikovat dle Fontaina, jehož klasifikace je používána již od roku 1954. Tato klasifikace je užívána nejčastěji v Evropě. Další možnou klasifikací, která se objevuje v angloamerické literatuře a hodnotí subjektivní obtíže nemocných, je dle Rutherforda z roku 1997 (viz. příloha 3) (Chochola, 2009; Roztočil, 2011; Seifert, 2009).

Fontain rozlišuje čtyři stadia chronického průběhu ischemické choroby dolních končetin. Stadium první je klinicky asymptomatické, kdy nemocní nepocítují žádné obtíže, pouze při chladném počasí mohou pociťovat chlad dolních končetin. Lékař v tomto stadiu může po zátěži zachytit oslabené pulzace, stenotický šelest či pokles periferních tlaků. Druhé stadium, takzvané klaudikační, dělí různí autoři až na tři další části podle vzdálenosti, po které se tlaková nebo křečová bolest, která nutí nemocného zastavit, objeví. Tato vzdálenost je více než 200 metrů, méně než 200 metrů a zároveň více než 50 metrů, a méně než 50 metrů. Bolest se typicky objevuje podle lokalizace stenózy nejčastěji v lýtkách, hýždích, na stehnech či chodidlech. Vzdálenost, kterou mohou nemocní ujít bez klaudikační bolesti, se postupně zkracuje. Ve třetím stadiu nastupuje ischemická klidová bolest, která není vázána na pohyb nemocného.

Tato bolest bývá nejhorší vleže v noci, kdy budí nemocného ze spánku a k úlevě dochází po svěšení končetiny dolů z postele. Pro čtvrté stadium je typický kritický stav prokrvení končetiny, klidová bolest je kontinuální a dochází k trofickým lézím a ulceracím, které mohou vést až ke gangrénám či ztrátě končetiny. Pokročilá stadia choroby, tedy především třetí a čtvrté stadium také můžeme nazývat kritická končetinová ischémie, která je charakterizována klidovou bolestí přetrvávající déle než 2 týdny, vyžadující analgetickou léčbu, přičemž systolický kotníkový tlak je 50mmHg a méně. Trofický defekt, nekrózy a gangrény jsou pro kritickou končetinovou ischémii také typické (Karetová, 2011; Maděrová, 2008; Seifert 2009). Diabetici a nemocní, u kterých je vznik choroby datován před 45. rokem věku a pokud u nich došlo i k postižení bérceových tepen, jsou ohroženi takzvanou hrozící, počínající nebo také možnou kritickou ischemií nohy (Klener, 2011). Klaudikační stadium ischemické choroby dolních končetin se projevuje především zhoršením kvality života, přechod do stadia kritické ischemie však znamená nejen riziko ztráty končetiny, ale také ohrožení života. Amputaci nad kolenem prodělá až čtvrtina nemocných za rok od stanovení diagnózy chronické kritické ischemie, 20% nemocných zemře a s oběma dolními končetinami bude žít 55% nemocných. Generalizace aterosklerózy způsobuje vysokou míru úmrtnosti, až polovina nemocných s klidovými bolestmi zemře do pěti let (Bulvas, 2009).

1.1.4 Diagnostika

V diagnostické fázi je potřeba zaměřit se na diferenciální diagnostiku, a tak vyloučit onemocnění, která by klinickými projevy mohla vést k záměně s ischemickou chorobou dolních končetin. Mohou to být ortopedická onemocnění, například artróza nosných kloubů, pedes plani, potrombotický syndrom, a to zejména přetrvávající uzávěr pánevních žil, neurologická onemocnění jako diskopatie, stenóza páteřního kanálu či radikulární syndrom, dále dna, diabetická polyneuropatie, vazoneurózy, kompartment syndrom, tepenné postižení neaterosklerotické etiologie (Chochola, 2009; Karetová, 2008).

Správně odebraná anamnéza je i dnes základem diagnostiky ischemické choroby dolních končetin. Řada nemocných klaudikační bolesti či unavitelnost končetin přisuzuje vyššímu věku a lékaři podobné skutečnosti ani nesdělují. Úkolem lékaře je tedy zhodnotit rizikové faktory daného člověka a na klinické projevy se správně zeptat. Při stanovení rizikových faktorů aterosklerózy je potřeba se zaměřit na celkový kardiovaskulární stav organismu a projevy postižení ostatních orgánů (Karetová, 2008; Maděrová 2008). Kromě správně položených dotazů pro získání rodinné, pracovní, osobní anamnézy a zjištění rizikových faktorů je potřeba zaměřit se na typické příznaky jako jsou klaudikační a klidové bolesti (Klener, 2011). V diagnostice se uplatňují metody invazivní i neinvazivní. Lékař vždy musí zvážit výpovědní hodnotu invazivní techniky a zároveň její dopad na nemocného. Pokud je možné získat stejnou informaci technikou neinvazivní, je tato technika první volbou lékaře (Maděrová, 2008).

Nedílnou součástí diagnostické fáze je u tohoto onemocnění fyzikální vyšetření, které může potvrdit podezření na ischemický podklad obtíží nemocného. Pomocí inspekce lze zjistit barvu a teplotu končetiny, různé asymetrie, jizvy po revaskularizačních výkonech, orientačně lze zhodnotit také kvalitu kůže a jejích adnex. Vymizení ochlupení a zesílené nehty značí chronickou formu ischemie končetin. Těžká forma ischemie může být vyloučena po zjištění funkčnosti potních žláz. Důležité je fyzikální vyšetření defektů na dolních končetinách, kde je možné sledovat lokalizaci, velikost, povlaky, zápach a rozsah změn v okolí. Ischemie může způsobit subkutánní nebo dokonce až svalovou atrofii. Detekce pulzací a šelestů patří do základního vyšetření při podezření na ischemickou chorobu dolních končetin. Palpace podkolenní tepny je u nemocného prováděna při mírné flexi končetiny zanořením v hloubi podkolenní jamky, lehce laterálně od střední linie. Palpace může být obtížná, při hypotenzi se někdy nedaří palpat ani průchodnou a zdravou tepnu, proto může toto vyšetření probíhat po krátkém zacvičení pacienta. Šelest nad tepnou je důkazem průchodnosti tepny, zjišťuje se pomocí auskultace (Chochola, 2009; Karetová, 2011). Klinické vyšetření nemocného by se mělo řídit pravidlem „5P“, nazvaným podle anglických názvů typických příznaků ischemické choroby dolních končetin. Tyto názvy jsou pain (= bolest), pallor (= bledost končetiny), pulselessness (= oslabení

až vymizení pulzací), paresthesia (= ztráta sensorického cití), paralysis (= porucha motoriky) (Ručka, 2011).

Bolest končetiny bývá u ischemické choroby dolních končetin hlavním důvodem, proč nemocný navštěvuje lékaře, přičemž lokalizace a intenzita bolesti se může individuálně lišit. V místě nejnižšího průtokového tlaku krve je vždy bolest největší intenzity, obvykle to bývá v okrajových částech, tzv. akrech. Svěšení končetiny pak poskytuje úlevu od bolesti. Příznakem ischemií postižené končetiny je bledost a chlad oproti nepostižené končetině. Při lokalizaci nedokrevnosti je vždy linie postižení o úsek níž než je cévní uzávěr, to znamená, že uzávěr stehenní či podkolenní tepny se projeví ischemickými změnami na lýtku a uzávěr společné femorální tepny nebo pánevních tepen se projeví změnami na stehnu (Ručka, 2011).

Laboratorní diagnostikou je nutné zkontrolovat hladinu glykémie, a to včetně zátěžové glykemické křivky v rámci screeningu přítomnosti diabetu, lipidogram, krevní obraz k vyloučení myeloproliferativních chorob jako trombocytóza či polycytemie, lze tak zjistit i anémii a trombocytopenii. Dále je možné laboratorně vyšetřit chemické složení moči a stanovit mikroalbuminurii jako známku mikrovaskulární komplikace, která může nastat u diabetiků, hypertoniků. Vždy před plánovanou angiografií je nutné stanovit hladinu kreatininu a urey k posouzení funkce ledvin. Pro doplnění informací se může provést i vyšetření koagulačních faktorů, hladiny fibrinogenu, nebo hladin dalších proteinů a koagulačních faktorů. U obliterující trombangiitidy lze dále vyšetřit revmatoidní faktor, imunoglobuliny, imunokomplexy a další speciální vyšetření. Nezbytná je informace o CRP jako zánětlivém markeru u nemocných s aterosklerotickým procesem (Karetová, 2011; Klener, 2011).

Mezi funkční testy využívané při diagnostice ischemické choroby dolních končetin patří Prusíkův test, při němž nemocný provádí plantární a dorzální flexe nohou v horizontální poloze na lehátku, test je prováděn po dobu 2 minut v rytmu 1 sekundy. Lékařův úkol je sledování blednutí prstů dolních končetin a přítomnost bolesti, to vše s časovým záznamem. Při velmi špatně kompenzovaném uzávěru se problémy projeví do 20 sekund od začátku cvičení, středně kompenzovaná překážka se projeví

do 40 sekund a lehčí porucha se projeví do konce 2. minuty. Dalším funkčním testem, prováděným častěji než Prusíkův test, je modifikovaný Ratschowův test (Češka, 2010; Klener, 2011). Také pozitivní výsledek polohového Ratschowova testu lze prokázat ischemickou chorobou dolních končetin. Toto vyšetření probíhá podobně jako test výše popsaný, opět musí nemocný zdvihnout vleže končetinu v úhlu 45–60 stupňů nad podložku a je provádí plantární a dorzální flexi v kotníku při elevovaných končetinách. Test probíhá opět v uvedeném časovém rozmezí a rytmu s přidržením končetin pod kolena, poté nemocný svěsí dolní končetiny dolů z lůžka a lékař pozoruje náznaky prvního zčervenání, následně objevení žil na dorzu nohy a ve třetí fázi úplné zčervenání nohou. Dále také sleduje, zda se během cvičení objeví bledost chodidla a přítomnost klaudikační bolesti. Nález se porovnává s druhou končetinou. Tento test je orientační, vyžaduje zkušenost lékaře a dostatek času na jeho provedení. Při normálním nálezu se fáze prvního zčervenání objeví do 5 sekund, druhá fáze náplně žil do 10 sekund a poslední fáze, tzv. maximální hyperémie, do 15 sekund. Pokud dojde k prodloužení alespoň dvou fází testu, ukazuje tento výsledek přítomnost ischemické choroby dolních končetin. Při neobjevení žilní náplně do 30–35 sekund jde o závažnou až kritickou poruchu prokrvení (Karetová, 2011; Seifert, 2009). Pokud je polohový test pozitivní, je prokázána klaudikační či klidová bolest a jsou přítomny šelesty na tepnách či chybění pulzu, je na 95–100 procent jistá klinická diagnóza překážky v proudové tepenné dráze (Klener, 2011).

Délku vzdálenosti do vzniku bolesti, tedy bezbolestnou vzdálenost, a délku vzdálenosti do úplného zastavení, neboli maximální klaudikační vzdálenost, lze zjistit testem chůze a zátěžovým testem na běžeckém trenažéru. Zátěžový test probíhá na běhátku, tzv. treadmillu s následným měřením kotníkových tlaků nebo současnou registrací elektrokardiogramu (Karetová, 2011; Seifert, 2009). Test chůze, který objektivizuje údaj o délce klaudikační vzdálenosti, je možné provádět na změřeném úseku, například na chodbě. Nemocný jde rychlejším tempem a lékař či rehabilitační pracovník měří úsek, po kterém se objeví první bolest. Test pokračuje dále až do takové intenzity bolesti, kdy nemocný nemůže v chůzi pokračovat. Test ergometrie na běhátku by měl být prováděn rychlostí 2–4 hm/h

při sklonu treadmillu 7–12 stupňů. Doporučené je vyzkoušení chůze na běhátku nemocným předem (Klener, 2011).

Měření kotníkových tlaků je nejjednodušší, nejrychlejší a nejcitlivější diagnostickou metodou používanou k posouzení průchodnosti tepen dolních končetin. Pomocí této techniky se stanoví index kotník-paže, takzvaný Ankle Brachial Index (ABI). Kotníkový index se měří pomocí kapesního tužkového dopplerovského průtokoměru na každé končetině zvlášť pomocí sondy zachycující akustické signály pod suprasystolicky nafouknutou manžetou. Měření se provádí na horní končetině nad kubitální jamkou a na dolní končetině na bérce, několik centimetrů nad kotníkem. Přístroj na měření ABI indexu je mnohdy dostupný i praktickým lékařům, celé vyšetření trvá přibližně 5–10 minut. Tato metoda má však svá úskalí a limitace, kalcifikace v tepnách způsobující zvýšenou rigiditu stěny tepen mohou vyvolat falešně vysoké tlaky. ABI index lze získat i pomocí automatických přístrojů, které mají manžety na všechny čtyři končetiny a vyhodnotí ABI index oboustranně během několika minut. Využívají se hlavně pro screening ischemické choroby dolních končetin a kardiovaskulární prevenci. Měření ABI indexu probíhá ve vybraných lékárnách již několik let v rámci preventivních programů. ABI index se dá dále měřit dopplerovským tužkovým přístrojem, případně oscilometricky. Nízká hodnota ABI indexu nezávisle poukazuje na riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Čím nižší hodnota ABI indexu, tím se zvyšuje riziko kardiovaskulární morbiditity a mortality. Snížený ABI index je tedy nejen indikátorem přítomnosti ischemické choroby dolních končetin, ale především významně poukazuje na zvýšené riziko selhání kardiovaskulárního systému (Broulíková, 2010; Maděrová, 2008; Seifert, 2009).

Zobrazit anatomické struktury cév a jejich okolí, anomálie tepenného řečiště, přítomnost aterosklerotických plátů a kalcifikací, určit významnost tepenné stenózy a rozsah uzávěru a míru kolateralizace, mapovat krevní tok v cévách, jeho směr a kvalitu, to vše umožňuje neinvazivní technika duplexní ultrasonografie. Toto vyšetření je však poměrně časově náročné a často bývá nutností nález potvrdit pomocí invazivní vyšetřovací metody (Karetová, 2011; Maděrová, 2008).

Metodou využívanou zejména v intervenční kardiologii, ale také v hodnocení periferních cév, je intravaskulární ultrazvuk. Příčný ultrazvukový obraz zobrazované cévy umožňuje získat ultrazvukovou sondou zakončený, angiograficky zavedený speciální katétr (Češka, 2011).

Digitální subtrakční angiografie, nejčastěji používaná technika diagnostiky ischemické choroby dolních končetin, je považována i přes svou invazivitu za bezpečnou metodu, která umožňuje získat informace nejen o anatomii tepen a jejich postižení, ale také o dynamice oběhu (Mohler, 2008). Absolutní kontraindikace tohoto vyšetření neexistují. Za relativní kontraindikaci je považována závažná hypertenze, koagulační porucha, alergie na kontrast, renální insuficience a kongestivní kardiální insuficience. Jako u každého invazivního vyšetření mohou nastat komplikace, mezi které u digitální subtrakční angiografie řadíme kontrastní nefropatii, disekci či periferní embolizaci (Karetová, 2011; Maděrová, 2008; Seifert, 2009). Angiografické vyšetření bývá zpravidla nutné před chirurgickou revaskularizací pro kontrastní znázornění a přesné posouzení stavu tepenného krevního řečiště. Při angiografii je nutné počítat s předpokladem, že by toto vyšetření mohlo dále pokračovat jako metoda léčebná, například jako perkutánní angioplastika, zavádění stentu, aspirace trombembolických hmot či lokální trombolytická terapie (Češka, 2010; Klener, 2011).

Dalšími užívanými metodami diagnostiky jsou CT angiografie a MR angiografie. CT angiografie je metoda semiinvazivní, vyžaduje aplikaci kontrastní látky venózně. Díky trojrozměrnému zobrazení umožňuje diagnostiku zejména excentrických stenóz a dokáže zobrazit i tkáň v těsném okolí tepen. MR angiografie oproti CT nevyžaduje aplikaci klasické kontrastní látky a nevyužívá ionizační záření. Výhodou je užití také u nemocných s renální nedostatečností či alergií na kontrastní látku. Nevýhodou MR je menší schopnost rozlišení než u CT, nadhodnocení významnosti stenóz, vytváření zobrazovacích artefaktů v místě zavedení stentů, nemožnost užití této metody u klaustrofobiků, u nemocných s kardiostimulátorem a některými svorkami mozkových aneurysmat (Karetová, 2011; Krajíček, 2007; Maděrová, 2008).

Mezi méně používané vyšetření v diagnostice patří pletysmografie, metoda poskytující informace o mikrocirkulaci a reaktivitě cév, získává záznam pulsových vln pomocí snímače umístěného za vyšetřovanou oblast. Pro doplnění kompletní diagnostiky lze dále využít i vyšetření mikrocirkulace pomocí transkutánního měření parciálního tlaku kyslíku, kapilaroskopie či laser – dopplerovské fluxmetrie či fluorescenční videomikroskopie (Chochola, 2009; Maděrová, 2008).

1.1.5 Léčba

Pokud je u nemocného diagnostikována ischemická choroba dolních končetin, je nutné k němu přistupovat stejně jako při zjištění jakéhokoli kardiovaskulárního onemocnění a řešit nejen onemocnění, ale také zvýšené riziko kardiovaskulární příhody a komplikace aterosklerotického procesu. Můžeme tedy obecně konstatovat, že terapeutické cíle jsou tři. Patří mezi ně prevence kardiovaskulárního rizika, zpomalení progresu místního i systémového onemocnění a zlepšení výkonnosti při chůzi, tedy snaha zlepšení funkčního stavu, který má vliv na kvalitu života nemocného. Léčba ischemické choroby dolních končetin musí být vždy pojata komplexně a dlouhodobě. Měla by být zaměřená na optimální revaskularizaci, odstranění klidových bolestí a prodloužení vzdálenosti, po které nastupují klaudikační bolesti, tedy zlepšení kvality života nemocného. Léčba by měla podporovat hojení končetinových defektů. Nezbytné je preventivně působit proti vzniku trombózy a postupu aterosklerotického procesu (Maděrová, 2008; Seifert, 2009; Slováček, 2006).

Pro stanovení diagnózy a následné léčby je možné využít i transatlantického inter-society konsensu, neboli zprávy TASC II, která poskytuje lékařům směrnici a doporučení pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin. Tato zpráva je pravidelně aktualizována dle nejnovějších celosvětových poznatků. Budoucí TASC dokumenty a zprávy by se měly zabývat otázkami, které nadále zůstávají, zejména pokud jde o léčebné strategie včetně kombinací endovaskulární modalit s otevřenou operací. Dokumenty TASC by také měly být doplněny prohlášením o antiagregačních režimech a protokoly o dozoru

a reintervenčních strategiích. Mezi cíle transatlantického konsenzu patří vyhodnocení dostupných údajů a doporučení správných algoritmů pro dosažení optimálních výsledků, standardizace klasifikace a terminologie (viz příloha 2), snaha o multidisciplinární přístup a také hledání řešení pomocí dalších výzkumů v této oblasti (Lyden, 2009).

1.1.5.1 Rehabilitační léčba

Cílená rehabilitace patří do symptomatické léčby ischemické choroby dolních končetin, která vede k prodloužení klaudikačního intervalu, a tedy i k pozitivnímu ovlivnění kvality života nemocného.

Intenzivní intervalový svalový trénink je jednou z nejčastěji používaných rehabilitačních metod. Před zahájením této metody je potřebné provést test chůze a zátěžový test pro zjištění stavu ischemie a lokalizaci stenózy. Při projevu klaudikací by měl být bezpodmínečně u všech nemocných léčebným přístupem první volby program svalového tréninku (Karetová, 2011, Klener 2011). Jak již bylo výše zmíněno, je nutné zjistit lokalizaci uzávěru pro správně zvolené cvičební metody. Například cvičení podřepů je vhodné při aorto-iliackém postižení, výstupy na špičky zase při postižení femoro-popliteálním a postižení horní třetiny bérčových tepen a při postižení dolních dvou třetin bérčových tepen jsou ideální cviky v horizontální poloze se zdviženými dolními končetinami a prováděním dorzální a plantární flexe. Všechny cviky se provádějí až do takové intenzity ischemické bolesti, která přinutí nemocného cvičení přerušit. Soubor cvičení stanovený odborně způsobilým rehabilitačním pracovníkem je doporučeno opakovat 2–3x denně. Přeměření stavu klaudikačního intervalu testem chůze či zátěžovým testem by mělo být provedeno po šesti týdnech cvičení, po třech až šesti měsících a dále pak v půlročních odstupech (Klener, 2011).

Optimální rehabilitací je také chůze na běhátku, která je ukončována středně silnou bolestí dolní končetiny či dolních končetin, po odeznění bolesti je zahájen nový cyklus chůze. Toto cvičení je doporučeno provádět 3krát týdně po dobu 30 minut a to pod odborným dohledem. Chůze na běhátku pravidelně vykonávaná vede

k prodloužení klaudikační vzdálenosti. Také intenzita bolesti, která vznikne v souvislosti s nedokrevností dolních končetin, se po tomto tréninku sníží. Ke zlepšení však dochází postupně. Data, která mohou nemocné ke cvičení motivovat a podporovat efektivitu jejich cvičení, jsou opravdu přesvědčivá. Čas do vzniku bolesti totiž rehabilitační léčba prodlužuje až o 180 % a maximální prodloužení vzdálenosti, kterou je nemocný schopen ujít, se prodlužuje až o 120 %. Cílené rehabilitační cvičení pod dohledem je možné alternativně nahradit domácím cvičením či denní chůzí (až několik kilometrů denně), efektivita tohoto cvičení bez odborného dohledu a poradenství však může být nižší. Při porovnání účinnosti vazoaktivní léčby a pravidelné rehabilitační léčby pomocí intervalového svalového tréninku byla prokázána stejná významnost těchto metod s rozdílem nákladů na obě léčby – rehabilitace je levnější (Karetová, 2011, Klener 2011).

Rehabilitační cvičení má však také kontraindikace, mezi které patří celkově těžký stav, závažné neurologické a ortopedické vady, srdeční nedostatečnost těžšího stupně, záchvaty anginy pectoris, vysoké hodnoty krevního tlaku a III. a IV. stupeň ischemické choroby dolních končetin (Klener, 2011).

1.1.5.2 Konzervativní léčba

Důsledná terapie všech rizikových faktorů je nejdůležitější primární i sekundární prevencí tohoto onemocnění. Pro snížení rizika kardiovaskulárních příhod je nezbytný absolutní zákaz kouření. Nemocného je vhodné upozornit na fakt, že pokud nepřestane kouřit, vystavuje se vysokému riziku ztráty končetiny (Klener, 2011). Aby se nemocný zbavil nikotinové závislosti, může využít pomoci nikotinových náhražek, psychoterapie s možností využití specializovaných center, nebo psychofarmak. Dalším krokem je léčba arteriální hypertenze a korekce krevního tlaku pod 130/80mmHg pomocí inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI, inhibitory ACE) či betablokátorů. Kromě hodnot krevního tlaku je nutné snížit i hodnoty cholesterolu v krvi, a to především nízkodenzitní cholesterol (LDL cholesterol) přiblížit hodnotě pod 2,5 mmol/l, zde lze využít terapeutického vlivu statinů. Pokud má nemocný s ischemickou chorobou dolních končetin a navíc diabetes

mellitus, měla by být kontrolována kompenzace krevního cukru pomocí glykosylovaného hemoglobinu, jehož hodnota by měla být pod hranicí 5 %. Riziko kardiovaskulární příhody zvyšuje také obezita nemocného, redukce váhy by měla být realizována změnou životního stylu, tedy změnou stravovacích návyků a zvýšením pohybové aktivity nemocného. Redukce váhy může být podpořena farmakou (Karetová, 2011; Marek, 2010; Roztočil, 2011). Pokud je ischemická choroba dolních končetin detekována u diabetiků, je vhodné, aby léčba probíhala v rámci multidisciplinárního týmu. Tento terapeutický tým by měl zahrnovat cévního chirurga, intervenčního radiologa, angiologa, ale i diabetologa a zvláštní pozornost by u diabetiků měla být věnována podiatrické péči. Pečlivá péče o nohy je nezbytná pro prevenci ztráty končetiny. Odhaduje se, že až 80% amputací prováděných u diabetiků je způsobeno špatnou péčí o nohy. Nohy musí být kontrolovány denně. Správná a důsledná edukace nemocných a následné dodržování všech doporučení snižuje riziko ulcerací a amputace až o dvě třetiny. Doporučuje se nošení kvalitní obuvi, denní provádění důkladné hygieny s následnou prohlídkou kůže, užívání zvlhčujících krémů, případně speciální vložky do bot a odstraňování hyperkeratóz (Fejfarová, 2013; Goroll, 2009; Karetová 2011).

Protidestičková léčba vede ke snížení trombotických komplikací a je další významnou součástí medikace nemocného, její přínos prokázala metaanalýza skupiny Antithrombotic Trialists Collaboration. Nejčastěji je podávána kyselina acetylsalicylová (ASA), při její intoleranci v podobě zažívacích obtíží je možné preventivně podávat inhibitory protonové pumpy. Kromě kyseliny acetylsalicylové se jako farmakum protidestičkové léčby používají tienopyridiny, například ticlopidin a clopidogrel. Ticlopidin má mohutný antiagregační účinek, prodlužuje klaudikační vzdálenost a u nemocných po infarktu snižuje výskyt závažných kardiovaskulárních příhod o 30–40%. Jeho účinky je však nutné laboratorně kontrolovat, protože způsobuje řadu nežádoucích účinků, mezi které patří například gastrointestinální nesnášenlivost, neutropenie, trombocytopenie, výjimečně se může vyskytnout i trombotická trombocytopenická purpura. Pro tyto nežádoucí účinky se od užívání ticlopidinu ustupuje a nahrazuje se klopidogrelem. Z posledního výzkumu skupiny

Antiplatelet Trialist' Collaboration vyplývá, že protidestičková léčba kyselinou acetylsalicylovou jednoznačně zabraňuje vážným kardiovaskulárním událostem u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin a již nízké dávky 75–150 mg denně jsou stejně efektivní jako dávky vyšší. Mírně lepší výsledky než kyselina acetylsalicylová má klopidogrel v dávce 75 mg za den. U vysoce rizikových osob, u nemocných s polyvaskulárním postižením nepo po zavedení stentu periferního řečiště je s vysokým přínosem indikována duální protidestičková léčba kombinující kyselinu acetylsalicylovou a klopidogrel (Karetová; 2011; SÚKL, 2012; Vojáček, 2004).

Po rekanalizaci tepny a u části chronicky nemocných je indikována antikoagulační léčba. Protidestičková medikace se pak kombinuje s užíváním Warfarinu a je nutné pravidelně kontrolovat hodnoty INR dle obecně platných zásad (Karetová, 2011).

Vazodilatancia patří do symptomatické léčby ischemické choroby dolních končetin, neovlivňuje prognózu nemocných, jen by měla prodloužit klaudikační interval, ale jsou často nadužívána i přes zjištěnou hraniční klinickou významnost. Mezi vazoaktivní léky patří zejména naftidrofuryl a pentoxifylin. Nejúčinnější vazoaktivní látkou je cilostazol, který ale v České republice není dosud registrovaný (Karetová; 2011; SÚKL, 2012; Vojáček, 2004). U kritické končetinové ischemie, kdy není možná revaskularizace, jsou často podávány prostaglandiny, u kterých však zatím není vyřešeno podávání per os a jejich podání je tak zajištěno intravenózně po dobu 28 dní. Další nevýhodou je vysoká cena (Klener, 2011).

1.1.5.3 Revaskularizační a chirurgická léčba

Významným terapeutickým postupem v léčbě ischemické choroby dolních končetin jsou revaskularizační výkony, jejichž cílem je odstranění či přemostění zúženého nebo uzavřeného úseku tepny. O revaskularizačním zákroku vždy rozhoduje angiolog na základě výsledků předchozího angiografického vyšetření. Revaskularizace zahrnuje endovaskulární a chirurgickou léčbu. V dnešní době jsou katetrizační revaskularizační výkony využívané častěji než klasické chirurgické zákroky. Současná doporučení stanovují endovaskulární, katetrizační terapii jako primární léčebný postup (Ručka, 2011). Do endovaskulární léčby patří především perkutánní transluminální

angioplastika (PTA) s možností zavedení stentu nebo stentgraftu. Při perkutánní transluminální angioplastice se postupně proniká pomocí vodiče zúženým až uzavřeným místem, poté se zavádí balónkový katétr, jehož délka je zvolena podle délky léze. Touto metodou jsou řešeny stenózy a uzávěry do délky 10 cm. Obecně platí, že čím větší je průměr dilatované cévy, tím lepší je její následná dlouhodobá průchodnost. Statistická data dlouhodobé průchodnosti po zákroku jsou neznámá, ale roční záchrana končetiny je odhadována na 80–85% (Marek, 2010; Peregrin, 2008; Seifert, 2009).

Do chirurgické léčby pak patří endarterektomie, zákrok odstraňující ztluštělou vnitřní vrstvu tepny. Dalším chirurgickým zákrokem je cévní bypass, díky kterému se postižený úsek tepny přemostí a v dané oblasti se obnoví průtok krve. Bypass je velice často užívaným zákrokem, a to především díky své široké nabídce rozmanitých rekonstrukčních možností i mimo anatomickou predilekci. Takové zákroky nazýváme bypassy extraanatomické. Obecné zásady cévní chirurgie platí i pro založení cévní rekonstrukce při ischemické chorobě dolních končetin. Při jejich nedodržení by totiž mohlo dojít k opětovnému uzavření rekonstrukce a následné nedokrevnosti končetiny (Čertík, 2003; Krajíček, 2007; Maděrová, 2008). Do chirurgické léčby je zahrnuta také embolektomie nebo trombektomie Fogartyho katétrem. Tento zákrok je prováděn v lokální anestezii, při které se tepnou zavádí katétr zakončený balónkem, který se po průchodu uzávěrem cévy nafoukne a při zpětném tahu dochází k vytažení trombotického materiálu z tepny. Přítomnost zpětného toku v intervenovaném řečišti potvrzuje průchodnost tepny. Chirurgická léčba má však množství nevýhod, kromě vyššího počtu komplikací je oproti endovaskulárním zákrokům uváděna také vyšší mortalita (Ručka, 2011).

Krajní řešení ischemické choroby dolních končetin je amputace u neviabilní končetiny, přičemž počet nemocných s netraumatickou amputací končetiny je odhadován na 300 z milionu obyvatel, což znamená přibližně 3000 amputací ročně připadajících na Českou republiku (Bulvas, 2009). U končetin, které jsou považovány za „ztracené“ se na některých pracovištích při kompletním uzavření krevního oběhu aplikují antibiotika, prostaglandiny či vazodilatancia. Tento postup se nazývá

retrográdní intravenózní perfúze a provádí se před amputací. Kardiovaskulární mortalitě se vyrovnává riziko, které plyne ze ztráty končetiny. Důležitá je proto intenzivní léčba s cílem zachránit končetinu a hlavně nemocnému důrazné poučení nemocného o tom, jakým rizikem je kouření a špatný životní styl (Češka, 2010; Klener, 2011). Počet amputovaných končetin se v České republice přes všechna léčebná opatření stále zvyšuje. Každý z nemocných s amputací by měl podstoupit cílenou rehabilitaci a měl by být svěřen do péče odborného multidisciplinárního týmu, aby se docílilo reintegrace do společnosti a návratu do běžného života (Talpová, 2011).

1.1.5.4 Buněčná terapie

Symptomatická léčba dolních končetin, do které patří rehabilitační léčba a farmakologická léčba, má za cíl prodloužení klaudikačního intervalu, avšak i přes veškeré snahy často dále ovlivňují kvalitu života a životní styl nemocných bolesti dolních končetin. Rozvoj poznání o procesu angiogeneze umožnil vznik nových metod, především léčby na základě buněčné terapie. Terapeutická angiogeneze se zdá být nadějná pro pacienty v pokročilých stádiích onemocnění, kteří nereagují na konzervativní léčbu a u nichž nelze provést revaskularizaci. V současné době jsou metody s využitím kmenových buněk používány s velkou opatrností a podléhají dalšímu testování. Buněčná terapie je jedním z inovativních přístupů v terapii ischemické choroby dolních končetin (Jain, 2011; Mohler, 2008; White, 2011).

Angiogenezi podporuje implantace kmenových buněk. Tento proces vede podle již publikovaných klinických prací k subjektivnímu a objektivnímu zlepšení stavu pacientů, výsledky však potřebují další ověření na větším počtu pacientů při placebem kontrolované randomizované studii. Je dokázáno, že podání autologních mononukleárních buněk kostní dřeně je bezpečná metoda, která zlepšuje prokrvení končetiny. Objektivní zlepšení je definováno pozitivními výsledky při angiografii, měření ABI, zlepšení transkutánní tenze kyslíku, prodloužení klaudikační vzdálenosti a snížení incidence amputací. Jako cesty aplikace kmenových buněk jsou užívány tři možnosti, intramuskulární, intraarteriální a kombinace těchto přístupů (Skalická, 2013). Již první dokumentované kazuistiky v roce 2008 ukázaly pozitivní efekt terapie.

V prvních několika dnech po aplikaci došlo k edému končetin a k přechodnému zhoršení bolestí. Po propuštění pacienta do ambulantní péče bylo prováděno další vyšetřování a 2 měsíce po aplikaci došlo k výraznému zlepšení klinického nálezu, který se v průběhu dalšího odstupu od aplikace stále zlepšoval a výsledek přetrvával dlouhodobě. Kromě počátečního edému nebyly pozorovány jiné nežádoucí účinky (Dubský, 2008).

Od roku 2008 spolupracuje Ústav experimentální medicíny (ÚEM) Akademie věd ČR s Centrem diabetologie Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). V současné době je studie možnosti využití autologních kmenových buněk kostní dřene a periferních kmenových buněk v léčbě ischemické choroby dolních končetin schvalována Státním úřadem pro kontrolu léčiv (SÚKL). Za výsledky studie získali čeští vědci prestižní ocenění na mezinárodním kongresu diabetologů, jenž se konal v červnu 2011 v americkém San Diegu (Syková, 2011). Pro výzkum a vývoj nových postupů a léčivých přípravků s využitím lidských buněk vzniká momentálně v areálu Ostravské fakultní nemocnice biotechnologický park. Pozitivní informací pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin je dokončování nového léčebného produktu určeného pro léčbu kritické ischemie (Helánová, 2013).

1.2 Kvalita života

Pojem „kvalita života“ se poprvé objevil přibližně ve 20. letech 20. století. V této době se však používal především v souvislosti s ekonomickou situací státu a jejím dopadem na život běžných lidí. Po 2. světové válce se pak v USA začal objevovat v souvislosti s politikou státu, neboť tehdejší prezident prohlásil, že zlepšování kvality života Američanů je cílem domácí politiky. Později, konkrétně v 70. letech, vystoupil německý politik Willy Brandt s politickým programem zaměřeným na zlepšování kvality života pro své spoluobčany. V pozdějších letech se termín „kvalita života“ uplatnil především v sociologii. S tím souvisí i realizace prvních sociologických výzkumů zaměřených na kvalitu života. Tyto se začaly poprvé realizovat opět v USA, konkrétně v 70. letech byl zahájen první celonárodní výzkum kvality života obyvatel. Cílem tohoto šetření bylo stanovit subjektivní indikátory kvality

života a doplnit tak indikátory objektivní, kterými jsou např. kvalita ovzduší, kvalita bydlení, hlučnost či kriminalita. Jednoduše řečeno, mělo toto šetření za cíl odhalit, jak jednotliví lidé hodnotí svůj život. V posledních letech se tento termín rozšířil do mnoha vědních oborů a stal se relativně častým výzkumným problémem. Mezi disciplíny, které s tímto termínem pracují, patří především sociologie, psychologie, medicína, kulturní antropologie a ekologie. Ve zdravotnictví a medicíně se začal tento termín uplatňovat přibližně od 70. let 20. století, výrazněji pak v 80. letech. Přes množství definic výrazu „kvalita života“ se však neobjevila ani jediná, která by byla všeobecně akceptována. Často se také můžeme setkat s termínem well-being, česky také osobní pohoda. Toto sousloví označuje dlouhodobý emoční stav, který odráží spokojenost jedince s jeho životem. Z pohledu medicínského se zde propojuje holisticky pojímané zdraví a komplexně pojímaný způsob životního stylu. Životní styl a jeho vliv na zdraví jedince, včetně duševní pohody, se stává aktuálním problémem (Payne, 2005; Šolcová, 2004).

I přes to, že je kvalita života hojně rozšířenou problematikou, neexistuje jednotná konkrétní definice, která by tento termín přesně charakterizovala. Existuje sice mnoho definic kvality života, ale neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně přijata. V běžném životě je zpravidla slovo kvalita chápáno pozitivně (kvalitní = dobré). Odborná veřejnost zabývající se kvalitou života však nahlíží na tento termín jako na ukazatel, který hodnotí jak pozitivní, tak negativní stránky lidského života. Problémem při definování kvality života spočívá v tom, že neexistuje žádný standard, který by určoval, jak má vypadat „kvalitní život“. Každý jedinec přistupuje ke svému životu zcela individuálně a pro každého znamená kvalitní život něco jiného. Další problémy pak přináší i skutečnost, že se kromě kvality života často hovoří např. o sociálním blahobytu či sociální pohodě. Obecně lze říci, že kvalita života je výsledkem spolupůsobení různých faktorů, jako jsou zdravotní, sociální, environmentální a ekonomické podmínky. Za kvalitu života je pak považováno to, jak sám jedinec vnímá svůj život v dané kultuře s určitým hodnotovým systémem a jak tento život odpovídá jeho životnímu stylu, očekáváním, osobním cílům či jeho zájmům. Chápání kvality života ve zdravotnictví a medicíně vychází z pojetí zdraví z pohledu WHO, která říká,

že zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci. V medicíně se běžně hovoří o tzv. kvalitě života související se zdravím, která byla specifikována za účelem vymežit oblast kvality života, která je přímo ovlivňována zdravotním stavem jedince a poskytovanou zdravotní péčí a která může být příznivě ovlivněna různými intervencemi (Gurková, 2011; Payne, 2005).

V ošetrovatelství je hodnocení kvality života zaměřeno na člověka ve specifické životní situaci a jeho zdravotní stav. Je zde tedy uplatňován individuálnější přístup. Ovšem ani v ošetrovatelství neexistuje pevná definice kvality života, někteří autoři ji definují jako „schopnost vést normální život“, jiní zase jako „úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity“ či jen jako stav „štěstí a spokojenosti“. Tento fakt řada autorů považuje za velký problém. Aby totiž mohla být kvalita života nemocných efektivně zlepšována, musí být nejdříve pevně definována. Při hodnocení kvality života u konkrétního jedince je posuzován jeho život zpravidla ve čtyřech, někdy v pěti oblastech, takzvaných doménách. Jsou jimi tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, spiritualita a somatické aspekty související s onemocněním a léčbou (Gurková, 2011).

1.2.1 Hodnocení kvality života u nemocných s ICHDK

Jedním z cílů komplexní léčby je příznivé ovlivnění potíží nemocného a tím i zlepšení jeho kvality života. Hodnocení kvality života v klinické praxi je dnes důležitým ukazatelem správného léčebného postupu lékaře, který je paušálně stanoven doporučeným diagnostickým a léčebným postupem (Karetová, 2011; Maděrová, 2008). S ischemickou chorobou dolních končetin můžeme spojit pojmy týkající se kvality života. Mezi tyto pojmy patří například progredující, často až invalidizující onemocnění omezující v běžných každodenních činnostech, vyžadující dodržování léčebných režimových zásad a opatření. Kvalita života u nemocných s ICHDK je ovlivněna intenzitou a délkou trvání symptomů, především je nutné myslet na omezení nemocných vzdáleností, po které se dostaví obtěžující klaudikační bolesti. Forma, rozsah a lokalizace bolestí určuje, jak moc je choroba pro nemocné obtěžující a omezující v každodenních aktivitách. Kvalita života je také individuálně vymezena

psychickými a sociálními faktory jednotlivce. Hodnocení kvality života u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin je v zahraničí prováděno již od 80. let 20. století, v našich podmínkách ale probíhá stále ještě na experimentální úrovni (Gurková, 2011; Slováček 2006; Slováček, 2008).

Hodnocení kvality je možno provádět generickými a specifickými dotazníky. Dotazníky hodnotící stav nemocného všeobecně, bez ohledu na dané konkrétní onemocnění, nazýváme generické. Jejich výhodou je široký záběr informací, nevýhodou je menší citlivost k odlišnostem daných onemocnění. Mezi generické dotazníky patří například WHOQOL 100, standardizovaný sebesupozovací dotazník, sestávající se ze 100 položek, které postihují 6 domén týkajících se kvality života. Tyto domény se zabývají fyzickým zdravím, prožíváním, fyzickou nezávislostí, sociálními vztahy, prostředím a duchovní oblastí (Dragomirecká, 2006; Gurková, 2011). Výsledkem snahy o co nejpřesnější zhodnocení jednotlivých aspektů kvality života u konkrétních onemocnění jsou dotazníky specifické. Cílem specifických nástrojů hodnocení kvality života je zjištění dopadu ICHDK a její léčby na denní aktivity nemocných a na psychosociální aspekty jejich života. Pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin je možno užívat dotazníky: Spertusův Peripheral Artery Questionnaire (PAQ), dále Longův Walking Impairment Questionnaire (WIQ) a Kakkosův Intermittent Claudication Questionnaires (ICQ) (Gurková, 2011; Slováček 2006; Slováček, 2008). Spertusův PAQ dotazník naplňuje potřebu prostřednictvím kvantifikace nemocných zhodnotit fyzické omezení, příznaky, sociální fungování, léčbu, spokojenost a kvalitu života. Je platným a spolehlivým nástrojem, který je schopen reagovat na klinické změny ischemické choroby dolních končetin. Je užitečnou součástí klinických studií. Platnost, spolehlivost a schopnost reagovat na klinické změny nemoci, byla ověřena i při rozsáhlé studii v Nizozemsku, kde bylo ale zjištěno, že ačkoli jeho psychometrické vlastnosti a citlivost na změny při výzkumu u nemocných po revaskularizaci byly dostatečně zdokumentovány, je v tomto dotazníku omezena schopnost rozlišovat mezi symptomatickou a asymptomatickou formou onemocnění a jeho korelace s tradičními klinickými indexy závažnosti onemocnění (Hoeks, 2009; Smolderen, 2008; Spertus, 2004).

1.2.2 Dopad ICHDK na kvalitu života

Ischemická choroba dolních končetin je stále více uznávána jako chronické onemocnění spojené s podstatným kardiovaskulárním rizikem. Tato choroba způsobuje především limitaci chůze nemocných, čímž ovlivňuje jejich každodenní činnosti a podstatně tak snižuje kvalitu života (Lowell, 2011). Světová zdravotnická organizace vymezuje 6 domén kvality života, mezi které patří tělesná oblast, oblast prostředí, psychická oblast, nezávislost, sociální vztahy a spiritualita. Dle již zmíněných obtíží lze předpokládat, že ischemická choroba dolních končetin negativně ovlivní každou z těchto oblastí, záleží samozřejmě na stadiu onemocnění, délce a trvání symptomů. Projev hlavního příznaku onemocnění, bolesti dolních končetin po ušlé vzdálenosti, limituje nemocné v každodenních činnostech (Gurková, 2011; Slováček 2008).

Je nutné si uvědomit, že v souvislosti s diagnostikou této choroby je nemocný vystaven řadě vyšetření, která jsou mnohdy náročná nejen časově, ale zatěžují také psychiku nemocného. Chronický ráz onemocnění tak vystavuje nemocného s ischemickou chorobou dolních končetin permanentnímu stresu, který následně způsobuje změny v chování nemocných. Tyto změny se, v porovnání se zdravou populací, projevují v prožívání chorobou změněné situace. Další odchylky byly pozorovány také v sociálním životě nemocných, v jejich vztahu a jednání s druhými lidmi. Problémy jsou znatelné v oblasti fyzické, psychické i sociální (Slováček, 2008). V každém individuálním případě diagnostikování ischemické choroby dolních končetin je nutné k nemocnému přistupovat stejně jako při zjištění jakéhokoli kardiovaskulárního onemocnění a řešit tak nejen ischemickou chorobu dolních končetin, ale také zvýšené riziko kardiovaskulární příhody a komplikace aterosklerotického procesu. Obecně jsou stanoveny tři terapeutické cíle, mezi které patří prevence kardiovaskulárního rizika, zpomalení progresu místního i systémového onemocnění a zlepšení výkonnosti při chůzi, tedy snaha zlepšení funkčního stavu, který má vliv na kvalitu života nemocného. Vždy záleží na individuálním přístupu každého jedince ke své chorobě a na míře jeho zapojení do léčebného procesu, úlohou multidisciplinárního ošetřovatelského týmu je nemocného dostatečně o všech krocích informovat a podporovat ho. Léčba ischemické choroby dolních končetin musí být vždy pojata komplexně a dlouhodobě. Měla by být

zaměřená na optimální revaskularizaci, odstranění klidových bolestí a prodloužení vzdálenosti, po které nastupují klaudikační bolesti – to vše následně vede ke zlepšení kvality života nemocného (Maděrová, 2008; Seifert, 2009; Slováček, 2006).

Dopad ischemické choroby dolních končetin na nemocného je posuzován také z hlediska míry poklesu pracovní schopnosti. Pokud není nemocný polymorbidní, je možné v I. a II. stadiu onemocnění téměř normální pracovní zařazení s výjimkou vlhkých, chladných či jinak rizikových provozů (Klener, 2011). Vyhláška číslo 359/2009 Sbírky, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě, upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity, vymezuje vliv obliterace tepen dolních končetin hodnocením zdravotního stavu pomocí klasifikace dle Fontaina nebo Rutherforda s ohledem na rychlost vzniku obtíží, rozsah postižení, přítomnost dalšího onemocnění, hodnotu indexu nedokrevnosti a přínos zavedené léčby společně s výsledkem revaskularizačního zákroku. U asymptomatického stadia nemoci, tedy prvního stadia klasifikace dle Fontaina, je stanoven minimální dopad nemoci na celkovou výkonnost jedince při běžném zatížení, míra poklesu pracovní schopnosti je udávána od 5 do 10 procent. Stadium mírných klaudikací s klaudikačním intervalem 200 metrů a více, tedy stadium IIa dle Fontaina, snižuje pracovní schopnost jedince o 15 až 25 procent. Značné omezení funkce končetiny, celkové výkonnosti a některých denních aktivit je typické pro stadium středně těžkých klaudikací, neboli IIb dle Fontaina, omezení pracovní schopnosti je zde stanoveno na 30 až 40 procent. Stadium IIc dle Fontaina, těžké klaudikace a klaudikační interval pod 50 metrů, omezuje většinu denních aktivit člověka a snižuje jeho pracovní schopnost o 50 až 60 procent. Při stadiu klidových ischemických bolestí, neschopnosti zátěže končetin a výskytu kožních defektů či gangrén se míra poklesu pracovní schopnosti pohybuje u hranice 70 až 80 procent. Z těchto hodnot je zřejmé, jaký vliv má ischemická choroba dolních končetin na pracovní schopnost nemocného a do jaké míry může zasáhnout nejen do jeho ekonomické aktivity, ale především do oblasti běžných denních aktivit, celkové výkonnosti a tedy také schopnosti sebezpečí. Ischemická choroba dolních končetin může nemocného až invalidizovat (ÚZ, 2013). III a IV. stadium pak nemocné stigmatizuje (Slováček, 2008).

1.3 Úloha sestry v péči o nemocné s ICHDK

Lowell uvádí, že ve zdravotnickém zařízení v Ontariu v Kanadě byl prováděn výzkum, který organizovaly sestry se specializací na vaskulární problematiku společně s ostatními členy multidisciplinárního týmu, především s lékaři a nutričními terapeuty. Tohoto výzkumu se účastnilo 103 nemocných, z nichž většina měla symptomatickou formu ischemické choroby dolních končetin. U nemocných byla provedena řada léčebných intervencí vedoucích ke kompenzaci stavu, například zhodnocení stavu kardiovaskulárního rizika, optimalizace farmakoterapie, terapie zaměřená na odvykání kouření, nutriční poradenství a důsledná edukace o důležitosti pohybové aktivity. Opakované kontroly stavu nemocných ukázaly statisticky významné zlepšení v mnoha klinických oblastech, především v systolickém a diastolickém krevním tlaku, ve středním arteriálním tlaku, v celkovém cholesterolu aj. Tato výzkumná studie prokázala důležitost komplexního terapeutického přístupu, jak ve smyslu farmakoterapie a zdravého způsobu životního stylu, tak ve smyslu multidisciplinarity týmu pečujícího o nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin. Základem je sestra jako odborník ve svém oboru, ve vzdělávání a v koordinaci péče o nemocné (Lowell, 2011).

Sestra poskytuje nemocnému s ischemickou chorobou dolních končetin ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu, k této činnosti musí splnit podmínky profesního vzdělávání. Základem je mít dostatek teoretických vědomostí o ischemické chorobě dolních končetin, jejích projevech, a tedy i možném dopadu na kvalitu života nemocného. Důležité jsou také odborné a manažerské dovednosti sestry. Sestra musí být plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu v péči o nemocného s touto chorobou (Beňadiková, 2009; Venglářová, 2011). Mezi hlavní úlohy sestry v péči o nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin patří její role v primární péči, a to především důsledná edukace populace zdravé i nemocné o preventivních opatřeních zaměřených na snížení a odstranění rizikových faktorů. Další úlohy sestry se mohou rozdělit do několika oblastí, jako je ošetrovatelsko-pečovatelská úloha, expresivní, výchovná, instrumentální nebo také technická, poradenská, podpurná a vychovávající ke zdraví, organizační a administrativní oblast

(Bártlová, 2005; Konečná, 2006). Obecně by se dalo říci, že sestra se účastní naprosto všech činností v péči o pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin, od záchytu onemocnění u praktického lékaře, přes účast na diagnostických vyšetřeních a léčebných zákrocích, až po rehabilitační činnosti (Konečná, 2006).

Hlavní problém nemocného s ischemickou chorobou dolních končetin spočívá v bolesti při pohybu, v pozdějších stádiích je tato bolest i klidová, a s tím souvisí deficit sebeděče u nemocného. Sestra proto musí zhodnotit schopnost sebeděče, vybrat konkrétní terapeutický systém, buď systém plně kompenzující, částečně kompenzující či podpůrně výchovný, a následně zvolit a použít vhodné ošetrovatelské intervence. Na ošetrovatelství jako specifickou službu profesionální pomoci jedincům s deficitem sebeděče se zaměřila ve svém koncepčním modelu Dorothea Elizabeth Orem (Bužgová, 2011; Pavlíková, 2006). Nikdy však sestra nesmí zapomenout na efektivní komunikaci s pacientem, která je nedílnou součástí práce sestry a dokáže prohloubit a posílit, ale v negativním slova smyslu i narušit, interakci sestry s nemocným (Venglářová, 2006).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit, v jakých oblastech ovlivňuje ischemická choroba dolních končetin kvalitu života

2.2 Hypotézy práce

- H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest
- H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu
- H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti
- H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti
- H5: Pacienti s ICHDK vnímají svou kvalitu života jako špatnou
- H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních činností

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

Výzkumná část práce byla realizována na základě kvantitativního šetření v rámci grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“.

Pro získání potřebného množství dat byla pro empirickou část diplomové práce využita metoda kvantitativní, výzkumné šetření probíhalo technikou dotazníku. Dotazník byl složen ze tří částí.

Standardizovaný dotazník WHOQOL 100 je sebeposuzovací dotazník sestávající se ze 100 položek. Tyto položky pokrývají 6 domén týkajících se kvality života, a to fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Dotazník se skládá z 24 aspektů života, takzvaných facet, a ze 4 položek hodnotících celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Tento dotazník slouží k hodnocení kvality života skupin nebo populací, zjišťuje rozdíly kvality života zkoumaných skupin vzhledem k běžné populaci. V tomto případě jsou tyto rozdíly zjišťovány mezi nemocnými s ischemickou chorobou dolních končetin a běžnou populací. Dotazníky jsou určeny k samostatnému vyplnění respondentem, jejich administrace však může probíhat také v podobě strukturovaného interview. WHOQOL 100 neposkytuje souhrnný skóre nebo index kvality života, ale výsledkem je profil kvality života. Dotazníky jsou standardizované na českou populaci, jejich reliabilita a validita jsou testované. Z tohoto dotazníku byly vybrány otázky potřebné pro zhodnocení hypotéz.

Dotazník EQ-5D-5L je také standardizovaný. Je primárně určen k samostatnému vyplnění respondenty a je ideální pro použití v poštovních průzkumech, na klinikách a face-to-face rozhovorů. Je kognitivně jednoduchý, trvá jen několik minut, proto byl využit i ve výzkumném šetření kvality života u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin. EQ-5D-5L se skládá ze dvou součástí. Popisný systém obsahuje otázky na mobilitu, sebepéči, obvyklou činnost, bolest či dyskomfort a úzkost či depresi, každá dimenze má pět úrovní, úroveň bez problémů, drobné problémy, mírné problémy, střední problémy, závažné problémy a extrémní problémy. Poslední otázka,

položená v souvislosti s aplikací dotazníku EQ-5D-5L, byla zaměřena na hodnocení aktuálního zdravotního stavu respondentů. Otázka je položena v podobě vertikální vizuální analogové škály (VAS-EQ) měřící aktuální zdravotní stav. Škála je číslována od 0 do 100, kdy hodnota 100 označuje nejlepší zdravotní stav, jaký si lze představit a hodnota 0 nejhorší možný zdravotní stav. Odpovědi jsou zaznamenávány křížkem na škále a následně napsány v hodnotě označeného čísla. Toto číslo bylo v podobě spojitě proměnné vkládáno do formátu programu SASD.

Třetí část dotazníku tvoří nestandardizované doplňkové specifické otázky pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin. Tyto doplňkové otázky byly sestaveny na základě hloubkového studia specifických dotazníků, které jsou v zahraničí běžně užívány od 80. let 20. století jako nástroj výzkumů kvality života u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin, v České republice však taková výzkumná šetření probíhají pouze na experimentální úrovni. Otázky se zaměřují především na bolest dolních končetin a její vliv na pohyb a sebeobsluhu. Dále zjišťují psychický stav nemocných a jejich sociální vztahy a role.

Sběr dat byl realizován v období od dubna do července 2013. Dotazníky byly distribuovány až do doby, dokud nebylo dosaženo požadované návratnosti 404 dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo oslovením praktických lékařů, lékařů v odborných ambulancích a na lůžkových oddělení. Nedílnou součástí procesu sběru dat byly také všeobecné sestry, které měly za úkol vysvětlit nemocným důležitost výzkumného dotazníkového šetření, v čemž jim pomáhali i lékaři.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběrový soubor pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin tvoří 404 osob vybraných z celkového souboru pacientů postižených touto nemocí. Základním kritériem výběru respondentů tedy byla, vzhledem k cíli výzkumu a definici cílové skupiny, přítomnost diagnózy ischemické choroby dolních končetin. Parametry výběrového souboru byly stanoveny statistikem na základě prevalence onemocnění uvádění dostupnou literaturou. Jako výchozí pro konstrukci výběrového souboru byla

určena populace ČR ve věku od 20 let výše, která činila k 31. 12. 2011 celkem 8 423 099 osob (data ČSÚ).

Tento soubor byl rozdělen na 3 věkové skupiny:

- a) věková skupina 20–50 let v počtu 4 582 649 obyvatel; pro tuto věkovou skupinu je v odborné literatuře stanovena prevalence ischemické choroby dolních končetin ve výši 3 %, to znamená 137 480 osob s diagnózou ICHDK;
- b) věková skupina 51–69 let v počtu 2 734 130 obyvatel; pro tuto věkovou skupinu je stanovena prevalence ICHDK ve výši 8 %, tedy 218 730 osob s diagnózou ICHDK;
- c) věková skupina 70 let a více v počtu 1 106 320 obyvatel; pro tuto věkovou skupinu je stanovena prevalence ICHDK ve výši 18 %, to tvoří 199 138 osob s diagnózou ICHDK.

Základní soubor, ze kterého byli vybíráni respondenti, tedy činil 555 348 osob s diagnózou ischemické choroby dolních končetin. Jeho struktura dle věku a následně struktura výběrového souboru byla následující:

Struktura základního a výběrového souboru

| VĚKOVÁ SKUPINA | ZÁKLADNÍ SOUBOR | | VÝBĚROVÝ SOUBOR | | ODCHYLKA |
|----------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------------|
| | N | % | N | % | % |
| 20 - 50 let | 137 480 | 24,8 | 101 | 25,0 | 0,2 |
| 51 - 69 let | 218 730 | 39,4 | 159 | 39,4 | 0,0 |
| 70 a více let | 199 138 | 35,8 | 144 | 35,6 | -0,2 |
| CELKEM | 555 348 | 100,0 | 404 | 100,0 | 0,0 |

Z uvedeného vyplývá, že odchylka výběrového souboru od základního souboru z hlediska věku nepřevyšuje 0,2%. To znamená, že výběrový soubor pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin je reprezentativní z hlediska věku.

Výběrový soubor byl konstruován kvótním výběrem, kdy jako jediná kvóta byl určen věk respondenta. Jeho pohlaví a region byl ponechán náhodě. Díky složení respondentů lze konstatovat, že výběrový soubor můžeme považovat za reprezentativní pro pacienty ischemickou chorobou dolních končetin v ČR z hlediska věku. Distribuováno bylo 529 dotazníků, než jsme docílili potřebného počtu 404 vyplněných dotazníků. Návratnost je tedy 76,4%.

3.3 Zpracování dat

Všechna data získaná sběrem dotazníků byla zadána do statistického programu SASD (Statistická analýza sociálních dat) a dále statisticky zpracována pomocí popisné statistiky. Každá položka byla analyzována na základě 1. stupně třídění. Byly provedeny výpočty relativních četností jednotlivých odpovědí, jejich středních hodnot, především vážený aritmetický průměr, modus, medián. Sledovány byly rovněž míry variability, tedy rozpětí, rozptyl a směrodatná odchylka. Pro potřeby porovnání byla standardně využívána hodnota váženého aritmetického průměru (\bar{x}) a směrodatné odchylky (s).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Výsledky charakterizující strukturu výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – Struktura výběrového souboru dle pohlaví

| POHLAVÍ | POČET |
|---------------|------------|
| muž | 195 |
| žena | 209 |
| CELKEM | 404 |

Výběrový soubor pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin tvoří 404 osob vybraných z celkového souboru pacientů postižených touto nemocí. Z hlediska členění dle pohlaví je v něm zastoupeno 209 (51,7 %) žen a 195 (48,3%) mužů.

Tabulka č. 2 – Struktura výběrového souboru dle věku

| VĚK | N | % |
|---------------|------------|------------|
| 20 - 35 let | 34 | 8,4 |
| 36 - 50 let | 67 | 16,6 |
| 51 - 65 let | 94 | 23,3 |
| 66 a více let | 209 | 51,7 |
| neodpovědělo | 0 | 0 |
| CELKEM | 404 | 100 |

Z hlediska členění dle věku je ve výběrovém souboru pacientů zastoupeno 34 (8,4%) osob ve věku 20 – 35 let, 67 (16,6%) osob ve věku 36 – 50 let, 94 (23,3%) osob ve věku 51 – 65 let a 209 (51,7%) osob ve věku 66 a více let.

Tabulka č. 3 – Struktura výběrového souboru dle vzdělání

| VZDĚLÁNÍ | N | % |
|-----------------------------|------------|-------------|
| základní | 67 | 16,6 |
| střední bez maturity | 164 | 40,5 |
| střední s maturitou | 140 | 34,7 |
| vysokoškolské | 33 | 8,2 |
| neodpovědělo | 0 | 0 |
| CELKEM | 404 | 100 |

Výběrový soubor pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin tvoří 404 osob vybraných z celkového souboru pacientů postižených touto nemocí. Z hlediska členění dle vzdělání je v něm zastoupeno 164 (40,5%) osob s ukončeným vzděláním středním bez maturity, 140 (34,7%) osob se vzděláním středním s maturitou, 67 (16,6%) osob se základním vzděláním a 33 (8,2%) osob se vzděláním vysokoškolským.

Tabulka č. 4 – Struktura výběrového souboru dle rodinného stavu

| RODINNÝ STAV | N | % |
|----------------------|------------|-------------|
| svobodná | 62 | 15,3 |
| ženatý, vdaná | 176 | 43,6 |
| v partnerství | 23 | 5,7 |
| žije odděleně | 11 | 2,7 |
| rozvedený/á | 33 | 8,2 |
| ovdovělý/á | 99 | 24,5 |
| neodpovědělo | 0 | 0 |
| CELKEM | 100 | 100 |

Z hlediska členění dle rodinného stavu je ve výběrovém souboru zastoupeno 176 (43,6%) osob ženatých či vdaných, 99 (24,5%) osob ovdovělých, 62 (15,3%) osob svobodných, 33 (8,2%) osob rozvedených, 23 (5,7%) osob žije v partnerském svazku a 11 (2,7%) osob žije odděleně.

Tabulka č. 5 – Struktura výběrového souboru dle krajů

Regionální členění výběrového souboru je konstruováno na základě rozložení dle krajů. Zastoupení respondentů v jednotlivých krajích je patrné z následující tabulky:

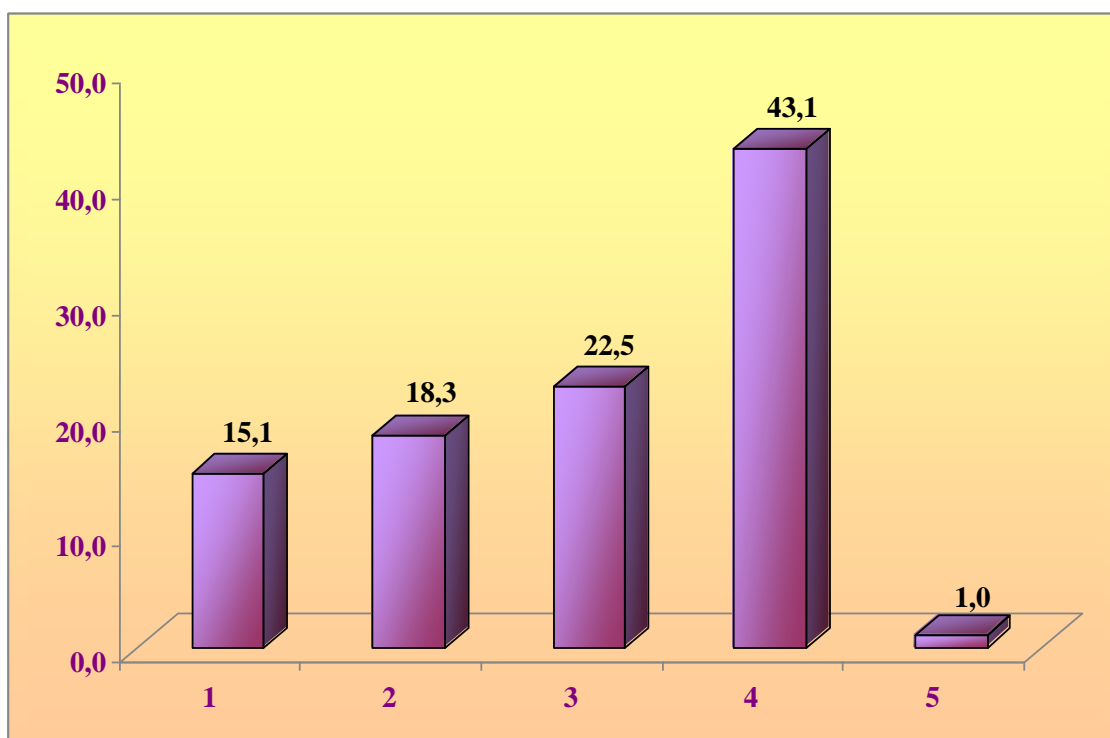
| KRAJ | N | % |
|-----------------|------------|------------|
| Praha | 23 | 5,7 |
| Středočeský | 24 | 5,9 |
| Jihočeský | 100 | 24,7 |
| Plzeňský | 13 | 3,2 |
| Karlovarský | 16 | 4 |
| Ústecký | 37 | 9,2 |
| Liberecký | 32 | 7,9 |
| Královéhradecký | 39 | 9,7 |
| Pardubický | 18 | 4,5 |
| Vysočina | 30 | 7,4 |
| Jihomoravský | 20 | 5 |
| Olomoucký | 7 | 1,7 |
| Zlínský | 41 | 10,1 |
| Moravskoslezský | 4 | 1 |
| CELKEM | 404 | 100 |

Výběrový soubor pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin tvoří 404 osob vybraných z celkového souboru pacientů postižených touto nemocí. Z hlediska členění dle krajů je v něm zastoupeno 100 (24,7%) osob z Jihočeského kraje, 41 (10,1%) ze Zlínského kraje, 39 (9,7%) z Královéhradeckého kraje, 37 (9,2%) z Ústeckého kraje, 32 (7,9%) z Libereckého kraje, 30 (7,4%) z kraje Vysočina, 24 (5,9%) z kraje Středočeského, 23 (5,7%) z kraje Praha, 20 (5%) z Jihomoravského kraje, 18 (4,5%) z Pardubického kraje, 16 (4%) z Karlovarského kraje, 13 (3,2%) z Plzeňského kraje, 7 (1,7%) z Olomouckého kraje a 4 (1%) z Moravskoslezského kraje.

4.2 Výsledky graficky znázorněné

4.2.1 Výsledky EQ-5D-5L

Graf č. 1 – Pohyblivost – potíže s chůzí (v procentech)

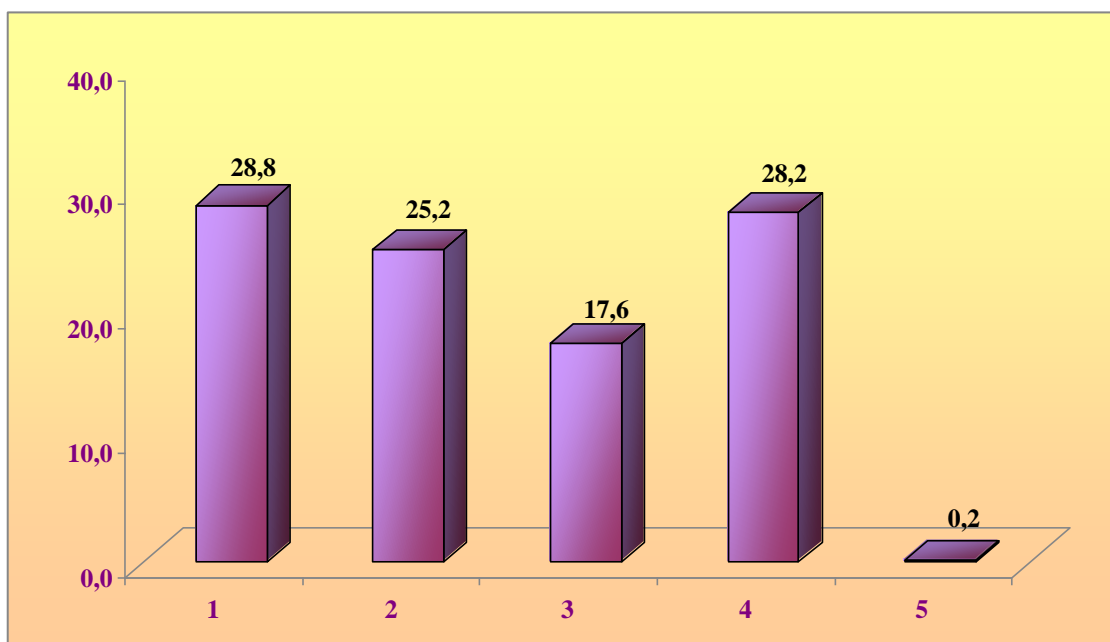


Legenda: 1 – chůze mi nečiní žádné potíže; 2 – mám mírné potíže s chůzí; 3 – mám střední potíže s chůzí; 4 – mám závažné potíže s chůzí; 5 – nemohu vůbec chodit.

Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,965$; Modus = 4; Medián = 4; $s = 1,121$

Největší část (43,1%) dotázaných pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin uvádí, že má vážné potíže s chůzí, 22,5% respondentů uvádí střední potíže s chůzí, 18,3% respondentů má mírné potíže s chůzí, bez potíží chodí pouze 15,1% respondentů a 1% respondentů nemůže chodit vůbec. Vysoká hodnota aritmetického průměru signalizuje, že v tomto výběrovém souboru jsou potíže s chůzí časté.

Graf č. 2 – Sebeobsluha – potíže s mytím a oblékáním (v procentech)



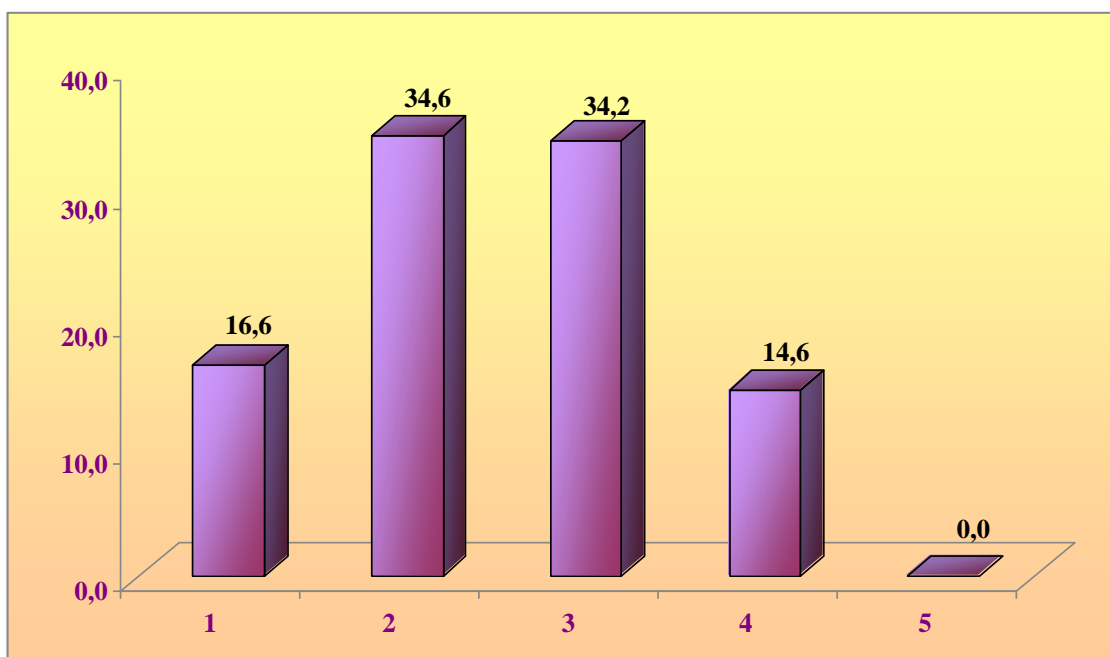
Legenda: 1 – nemám žádné potíže s mytím či oblékáním; 2 – mytí a oblékání mi činí mírné potíže; 3 – mytí či oblékání mi činí střední potíže; 4 – mytí či oblékání mi činí závažné potíže; 5 – nejsem schopn (schopna) se sám (sama) umýt či obléct.

Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,460$; $Modus = 1$; $Medián = 1$; $s = 1,184$

Zcela bez obtíží vykonává tyto běžné každodenní činnosti 28,8% respondentů, vážné či velmi vážné potíže s mytím a oblékáním uvádí 28,2% dotázaných, 25,2% respondentů uvádí mírné potíže, 17,6% respondentů má střední potíže s mytím či oblékáním, 0,2% respondentů není schopn se umýt či obléct vůbec.

Hodnota váženého aritmetického průměru signalizuje, že pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin mají větší problémy s chůzí, než se sebeobsluhou v podobě mytí a oblékání.

Graf č. 3 – Vykonávání obvyklých činností (v procentech)

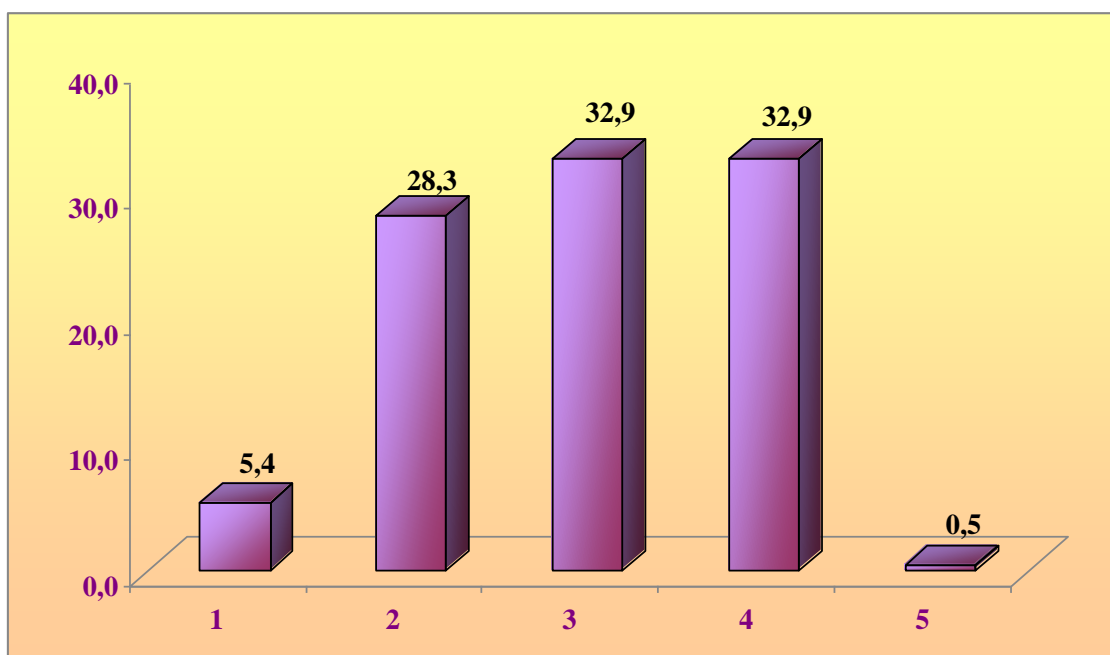


Legenda: 1 – nemám žádné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností; 2 – s vykonáváním svých obvyklých činností mám mírné problémy; 3 – s vykonáváním svých obvyklých činností mám střední problémy; 4 – s vykonáváním svých obvyklých činností mám závažné problémy; 5 – nejsem schopen (schopna) vykonávat své obvyklé činnosti.

Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,468$; Modus = 2; Medián = 3; $s = 0,934$

Mezi obvyklé činnosti jsou zařazeny např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti. Střední a závažné problémy uvedlo 48,8% dotázaných, naopak žádné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností nemá 16,6% dotázaných. Největší část respondentů uvádí mírné (34,6%) nebo střední (34,2%) problémy. Nikdo z pacientů trpících ischemickou chorobou dolních končetin nevedl, že by nebyl schopen vykonávat své obvyklé činnosti.

Graf č. 4 – Bolesti a obtíže (v procentech)



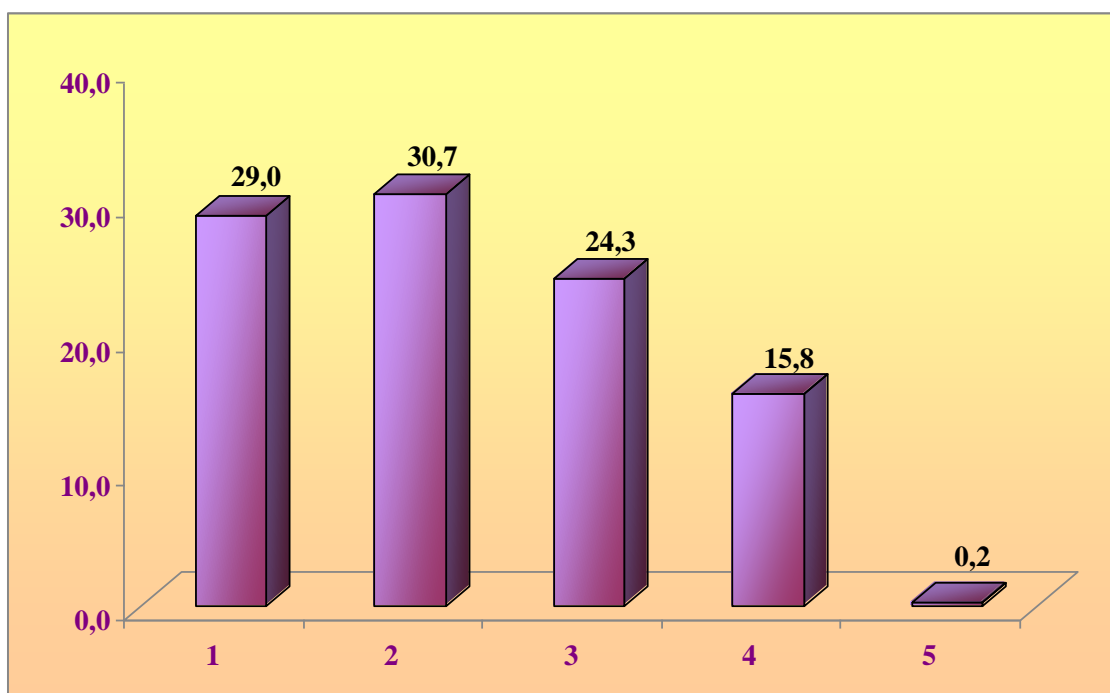
Legenda: 1 – nemám žádnou bolest či obtíže; 2 – mám mírné bolesti nebo obtíže; 3 – mám střední bolesti nebo obtíže; 4 – mám silné bolesti nebo obtíže; 5 – mám extrémní bolesti nebo obtíže.

Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,948$; Modus = 3; Medián = 3; $s = 0,920$

Největší část dotázaných osob s ischemickou chorobou dolních končetin uvádí, že má střední (32,9%) nebo silné (32,9%) bolesti a obtíže, mírné bolesti nebo obtíže pociťuje 28,3% respondentů, zcela bez bolesti a obtíží je pouze 5,9% dotázaných.

Modus a medián mají hodnotu 3, aritmetický průměr (\bar{x}) má hodnotu 2,948, což znamená, že v průměru trpí tato skupina dotázaných v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin středními bolestmi a obtížemi.

Graf č. 5 – Úzkost a deprese (v procentech)



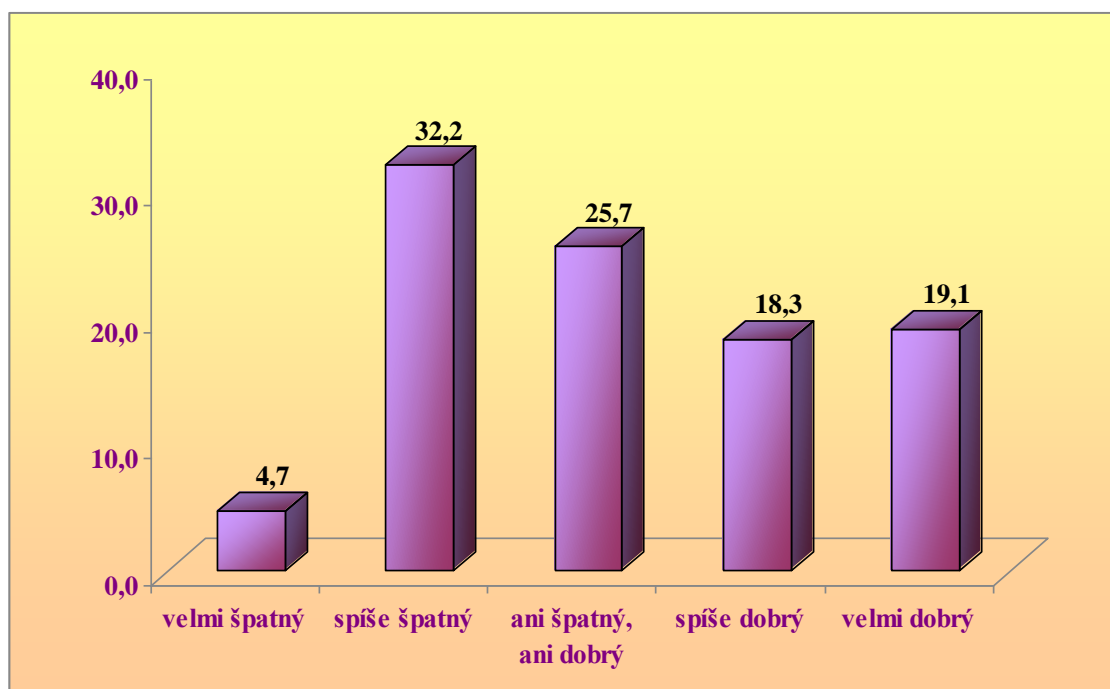
Legenda: 1 – nejsem úzkostný/á ani depresivní; 2 – jsem mírně úzkostný/á či depresivní; 3 – jsem středně úzkostný/á či depresivní; 4 – jsem silně úzkostný/á či depresivní; 5 – jsem extrémně úzkostný/á či depresivní.

Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,277$; Modus = 2; Medián = 3; $s = 1,054$

Poslední oblastí, která byla sledována v rámci dotazníku EQ-5D-5L byla oblast psychického zdraví, indikovaná úzkostmi či depresemi. Z celkového počtu 404 respondentů uvedlo 30,7% že trpí mírnými úzkostmi či depresemi, 29% respondentů není úzkostných ani depresivních, 24,3% respondentů je středně úzkostných či depresivních, 15,8% je silně úzkostlivých či depresivních a extrémní úzkosti či deprese pociťuje 0,2% respondentů.

V porovnání s ostatními sledovanými oblastmi se úzkosti a deprese vyskytují u nemocných s ICHDK nejméně.

Graf č. 6 – Aktuální zdravotní stav (v procentech)



Legenda: velmi špatný – 0–20 bodů; spíše špatný – 21–40 bodů; ani špatný, ani dobrý – 41–60 bodů; spíše dobrý – 61–80 bodů; velmi dobrý – 81–100 bodů

Poznámka: Ze spojitých proměnných byl nejprve vypočítán vážený aritmetický průměr (\bar{x}), posléze modus a medián. Hodnota váženého aritmetického průměru činila 54,517, to znamená, že v průměru označovali respondenti svůj zdravotní stav zhruba v polovině vertikální škály. Pro potřeby lepší vyhodnotitelnosti odpovědí byly posléze spojité znaky kategorizovány a převedeny do ordinální podoby. Rozložení takto transformovaných proměnných je patrné z grafu.

Za spíše špatný (21 – 40 bodů) označuje svůj aktuální zdravotní stav 32,2% respondentů, za ani dobrý ani špatný (41 – 60 bodů) ho považuje 25,7% respondentů, za velmi dobrý (81 – 100 bodů) 19,1% respondentů, za spíše dobrý (61 – 80 bodů) 18,3% respondentů a za velmi špatný (0 – 20 bodů) 4,7% respondentů.

Tabulka č. 1 – Závažnost problémů v jednotlivých oblastech

Pro jednotlivé oblasti, sledované v rámci dotazníku EQ-5D-5L byl vypočítán index v podobě váženého aritmetického průměru (\bar{x}) a jednotlivé oblasti byly následně porovnány:

| POŘADÍ | PROBLÉM | PRŮMĚR | SMĚR. ODCH. |
|--------|---------------------------------|--------|-------------|
| 1. | problémy s pohyblivostí | 2,965 | 1,121 |
| 2. | bolesti a obtíže | 2,948 | 0,920 |
| 3. | problémy v obvyklých činnostech | 2,468 | 0,934 |
| 4. | problémy v sebeobsluze | 2,460 | 1,184 |
| 5. | úzkosti a deprese | 2,277 | 1,054 |

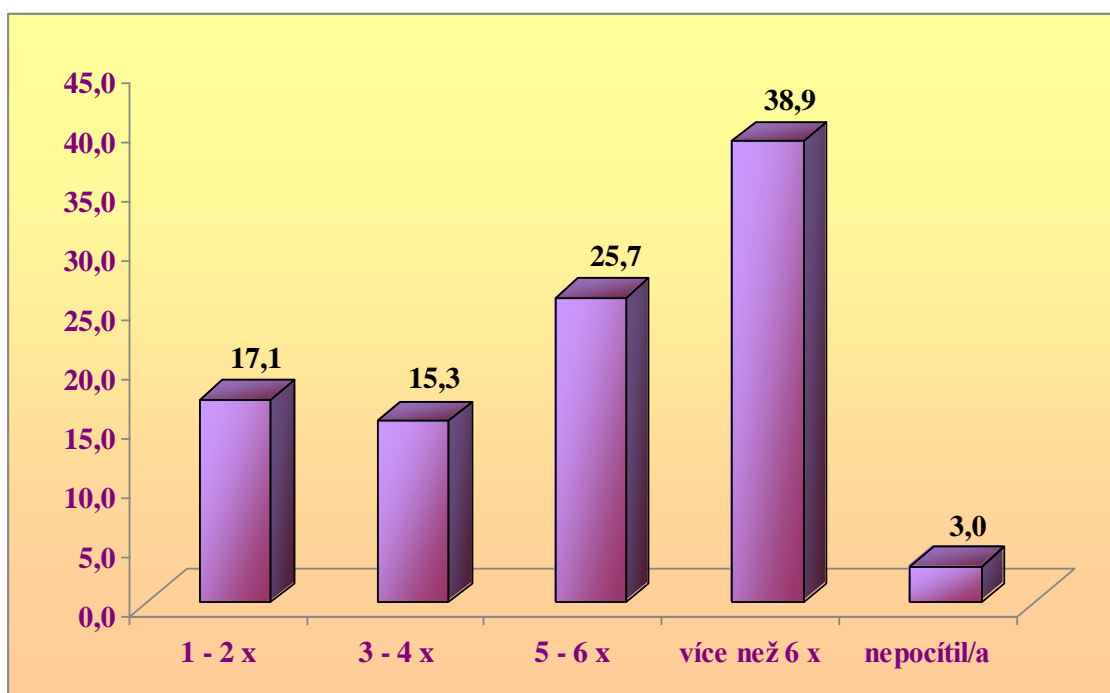
Poznámka: čím vyšší je hodnota indexu, tím vážnější jsou problémy spojené s ischemickou chorobou dolních končetin

Z uvedené tabulky vyplývá, že za nejzávažnější problémy, spojené s ischemickou chorobou dolních končetin považují nemocní problémy s pohyblivostí zejména v oblasti chůze, bolesti a obtíže spojené s touto chorobou. Nejméně naopak pacienty trápí problémy v psychické oblasti, spojené s úzkostmi a depresemi.

4.2.2 Výsledky specifických otázek pro nemocné s ICHDK

4.2.2.1 Bolest, pohyb

Graf č. 1 – Častost výskytu bolesti dolní končetiny/dolních končetin při chůzi v posledních 2 týdnech (v procentech)

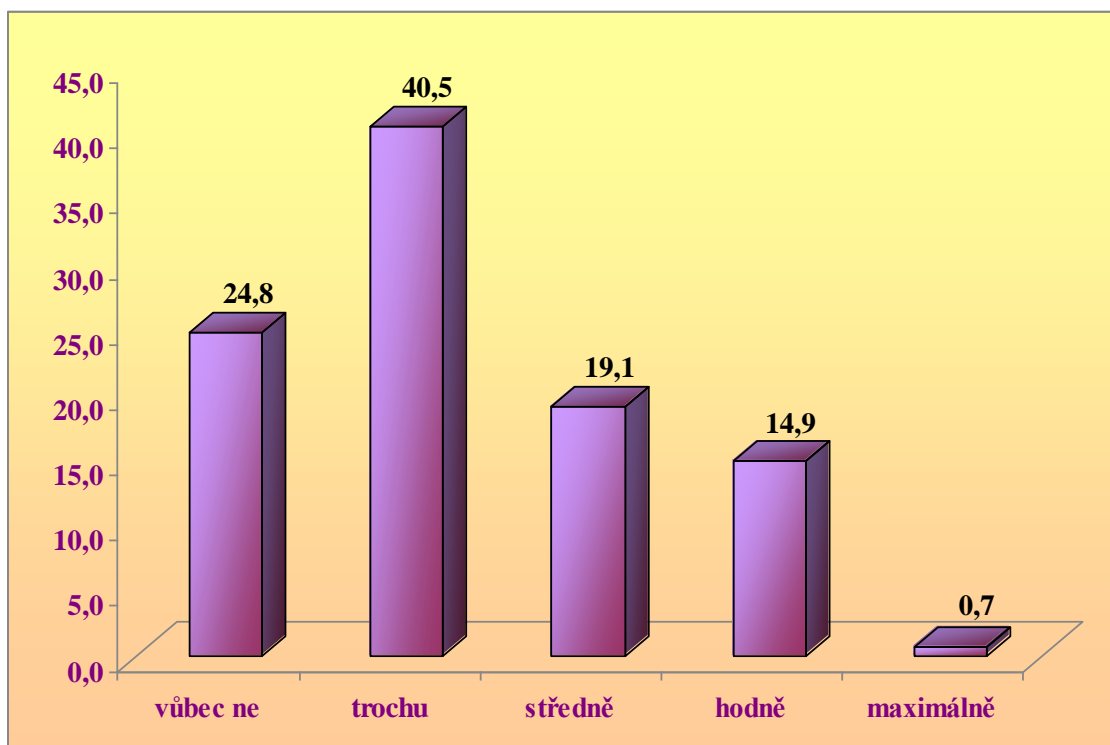


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,953$; $Modus = 4$; $Medián = 3$; $s = 1,158$;

Bolestmi při chůzi trpí velká většina pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Jen 3,0% z nich uvedlo, že v posledních dvou týdnech nepocítilo při chůzi bolest dolních končetin, zbývajících 97,0% takové bolesti pocítilo. Z nich největší část (38,9%) pocítilo tyto bolesti v nejvyšší frekvenci, tj. více než 6x. Lze předpokládat, že bolesti dolních končetin při chůzi je trápí téměř každý den.

Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

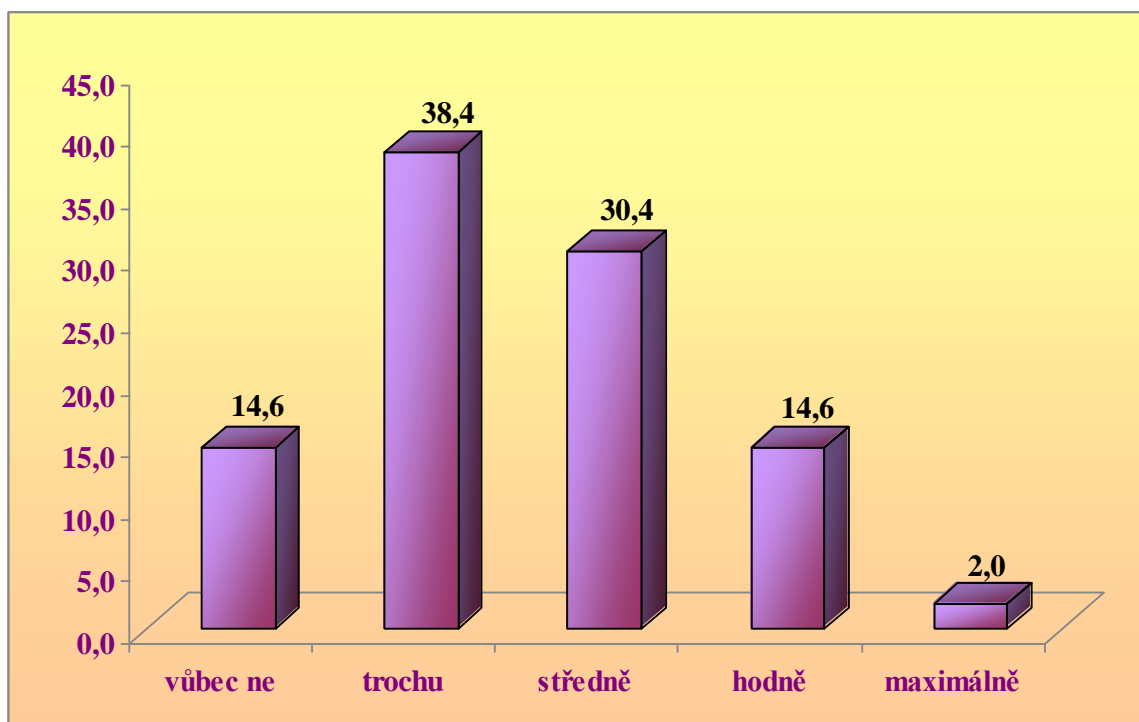
Graf č. 2 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/ dolních končetin při chůzi po bytě (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,262$; $Modus = 2$; $Medián = 2$; $s = 1,015$;

Při chůzi po bytě bolest dolní končetiny neomezuje téměř $\frac{1}{4}$ (24,8%) pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Největší část (40,5%) dotázaných uvádí, že je bolest při chůzi po bytě omezuje jen trochu, střední omezení uvádí 19,1% respondentů, velká omezení a tím i velké bolesti při chůzi po bytě pociťuje 15,6% respondentů.

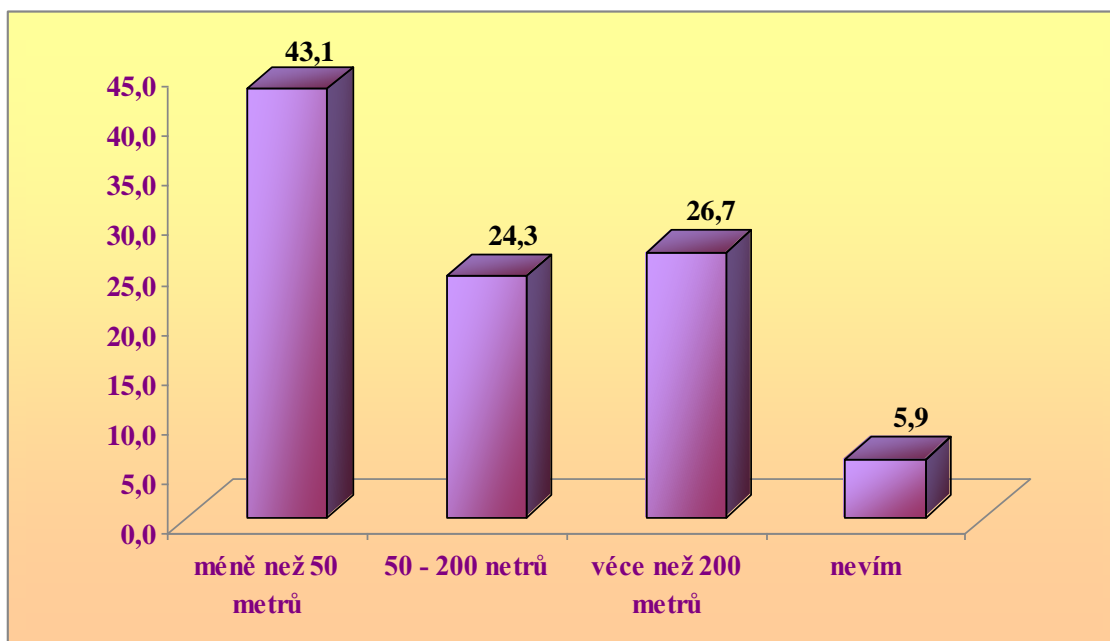
Graf č. 3 – Míra omezení bolesti dolní končetiny/dolních končetin při chůzi po rovině (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,510$; Modus = 2; Medián = 2; $s = 0,976$;

Obtížnější je v porovnání s chůzí po bytě pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin chůze po rovině. Žádné omezení v tomto případě nepocítuje 14,6% dotázaných, velká omezení (hodnoty „hodně“ a „maximálně“) naopak 16,6% respondentů. Největší část dotázaných (38,4%) uvedla, že je bolest v případě chůze po rovině omezuje jen trochu a 30,4% respondentů omezuje středně.

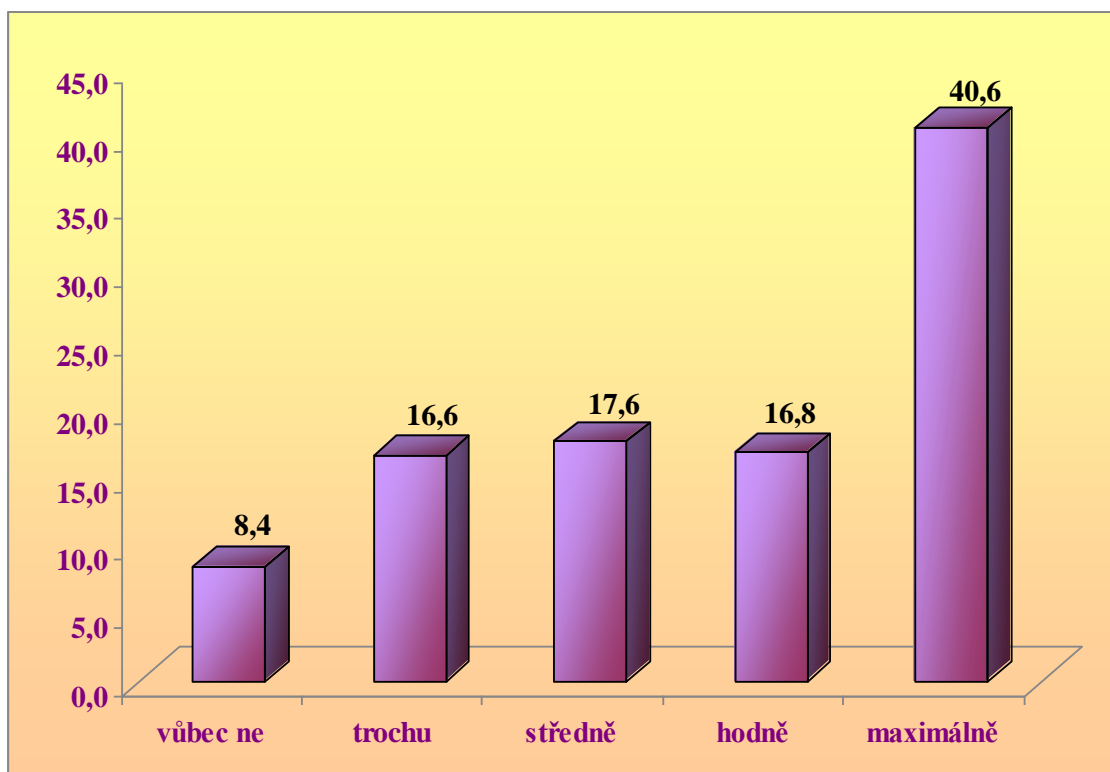
Graf č. 4 – Počet metrů, které respondent/ka ujde po rovině do objevení bolesti dolní končetiny/dolních končetin (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 1,955$; $Modus = 1$; $Medián = 2$; $s = 0,966$;

Měřítkem mobility pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin je vzdálenost, kterou jsou schopni po rovině ujít do doby, než se u nich objeví bolest dolních končetin. Největší část dotázaných (43,1%) uvádí tu nejkratší vzdálenost – do 50 metrů. Více než $\frac{1}{4}$ (26,7%) ujde bez bolesti vzdálenost delší než 200 metrů, necelá $\frac{1}{4}$ (24,3%) respondentů je bez bolesti schopna ujít 50 až 200 metrů. 5,9% respondentů neví, jakou vzdálenost jsou schopni ujít bez bolesti.

Graf č. 5 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při chůzi po schodech (v procentech)

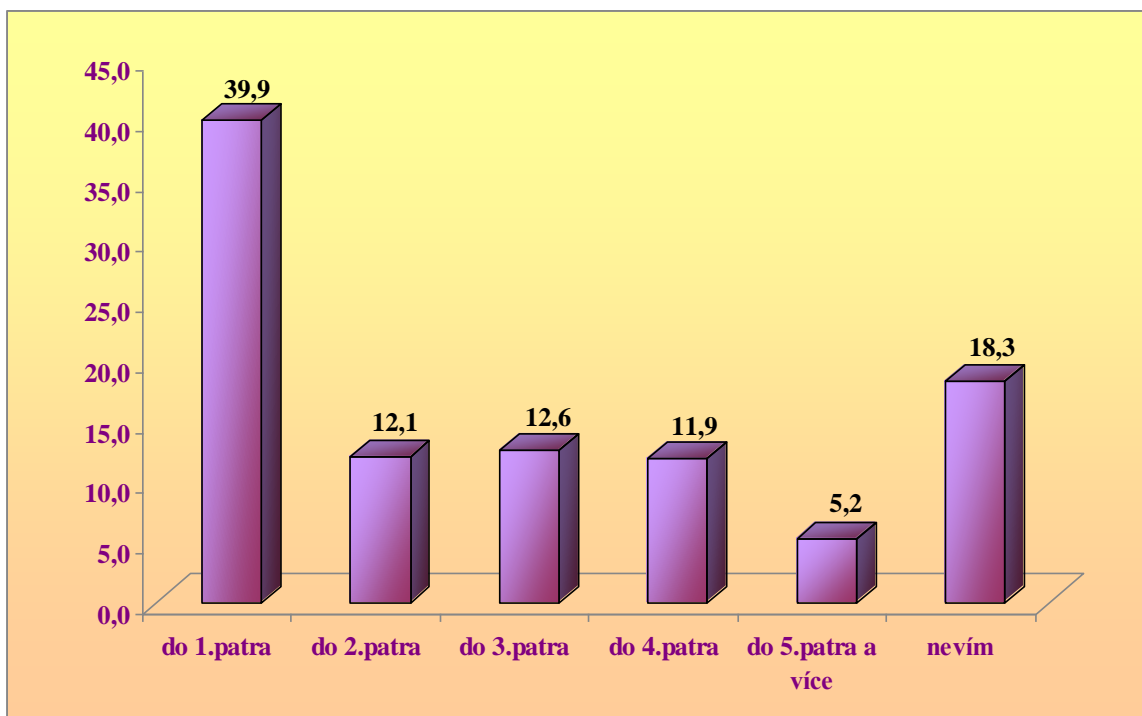


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,646$; Modus = 5; Medián = 4; $s = 1,370$;

Největším problémem pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin z hlediska chůze je chůze po schodech. Největší část dotázaných (40,6%) uvádí, že je bolest dolních končetin při tomto způsobu chůze omezuje v maximální míře.

Vysoká hodnota váženého aritmetického průměru signalizuje, že chůze po schodech je pro respondenty největším problémem, menším problémem je chůze po rovině a nejmenším problémem pak chůze po bytě. Platí, že čím vyšší je hodnota váženého aritmetického průměru, tím větší problémy jsou s danou činností spojené a tím obtížněji je daná činnost pro nemocného člověka realizovatelná. Porovnání je ovšem možné uskutečnit jen u otázek se stejnou škálou možných odpovědí.

Graf č. 6 – Patro, do kterého zvládne respondent/ka vyjít, aniž by se u něj/ní bolest dolní končetiny/dolních končetin objevila (v procentech)

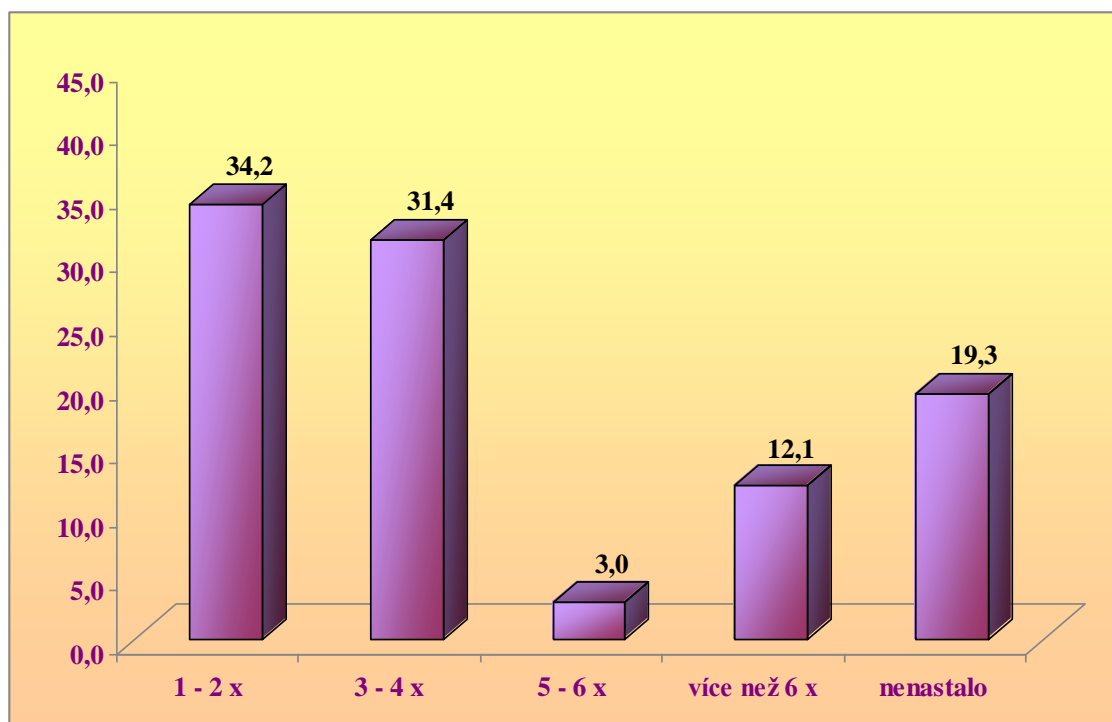


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,854$; $Modus = 1$; $Medián = 2$; $s = 1,916$;

Poslední z indikátorů spojený s chůzí měřil množství pater, které je pacient s ischemickou chorobou dolních končetin schopen vyjít bez bolesti. Největší část, tj. 2/5 (39,9%) dotázaných uvádí ten nejmenší počet pater, v tomto případě 1. patro. Necelá 1/5 (18,3%) respondentů zvolila odpověď „nevím“, což může také znamenat, že se o chůzi po schodech ani nepokoušejí. Zbývajících 41,8% respondentů uvádí větší počet pater, které je schopno vyjít bez bolesti. Jde o skupinu, která má nejmenší problémy spojené s ischemickou chorobou dolních končetin.

4.2.2.2 Nakupování

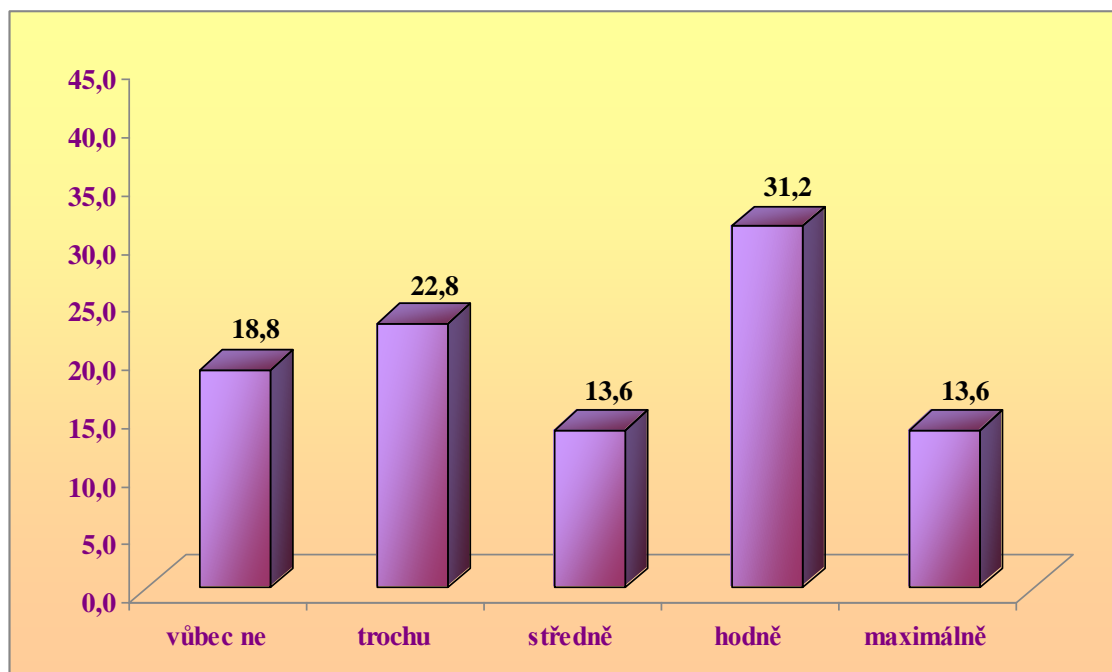
Graf č. 7 – Počet odložených nákupů v posledních 2 týdnech kvůli bolesti dolní končetiny/dolních končetin (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,510$; $Modus = 1$; $Medián = 2$; $s = 1,528$;

Největší část dotázaných (38,9%) uvedla nejméně příznivou okolnost – nákup musela v posledních 2 týdnech odložit pro bolest dolních končetin více než v 6 případech. Tato událost v posledních 2 týdnech nenastala pouze u 3,0% dotázaných. 25,7% respondentů uvedla odložení nákupu 5–6 krát, 17,1% respondentů 1–2 krát a 15,3% respondentů odložila nákup 3–4 krát. Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

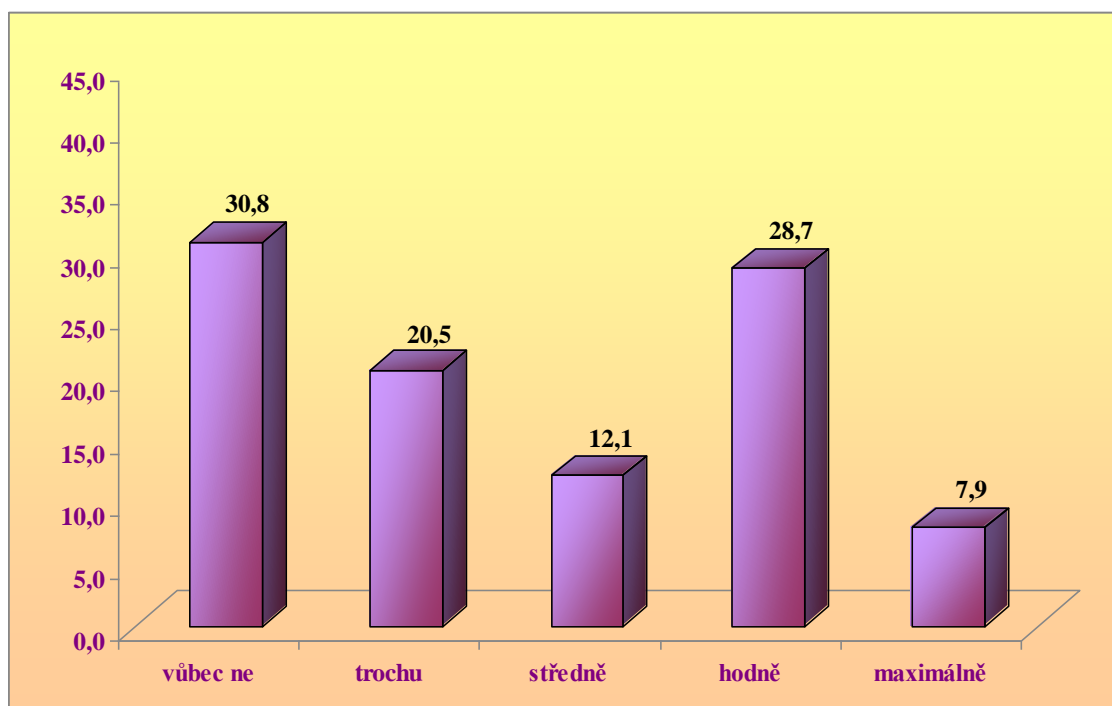
Graf č. 8 – Míra omezení schopnosti nakoupit bolestí dolní končetiny/dolních končetin (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,980$; $Modus = 4$ $Medián = 3$; $s = 1,355$;

Největší část (31,2%) dotázaných uvádí, že bolest dolních končetin hodně omezuje jejich schopnost nakoupit. Dalších 13,6% volí v této souvislosti hodnocení „maximálně“. Oproti tomu necelá 1/5 (18,8%) respondentů uvádí, že je bolest dolních končetin v nakupování nikterak neomezuje, 22,8% respondentů pak omezuje trochu a 13,6% respondentů omezuje středně. Mezi respondenty tedy převažují ti, kteří uvádějí, že je bolest dolních končetin v nakupování významně omezuje.

Graf č. 9 – Míra omezení schopnosti nést nákupní tašku bolestí dolní končetiny/dolních končetin (v procentech)

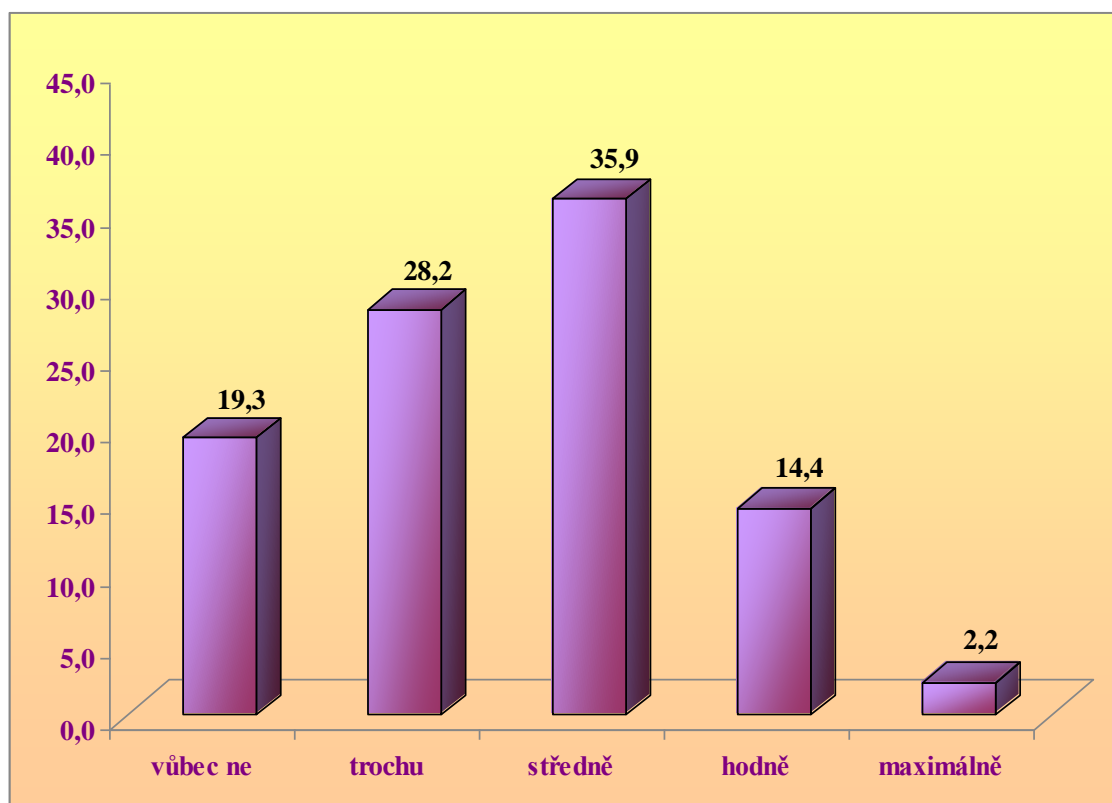


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,626$; $Modus = 1$ $Medián = 2$; $s = 1,377$;

Více než 3/10 (30,8%) pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin uvádí, že jejich schopnost nosit nákupní tašku není bolestí nijak omezena. Další cca 1/5 (20,5%) uvádí, že je bolest v této činnosti trochu omezuje. Středně omezuje schopnost nést nákupní tašku 12,1% respondentů, hodně je naopak bolestí v této aktivitě omezeno 28,7% dotázaných a dalších 7,9% respondentů hodnotí toto omezení jako maximální. Znamená to, že 36,6% dotázaných významně bolest limituje při nošení nákupní tašky (suma odpovědí „hodně“ a „maximálně“).

4.2.2.3 Sebeobsluha

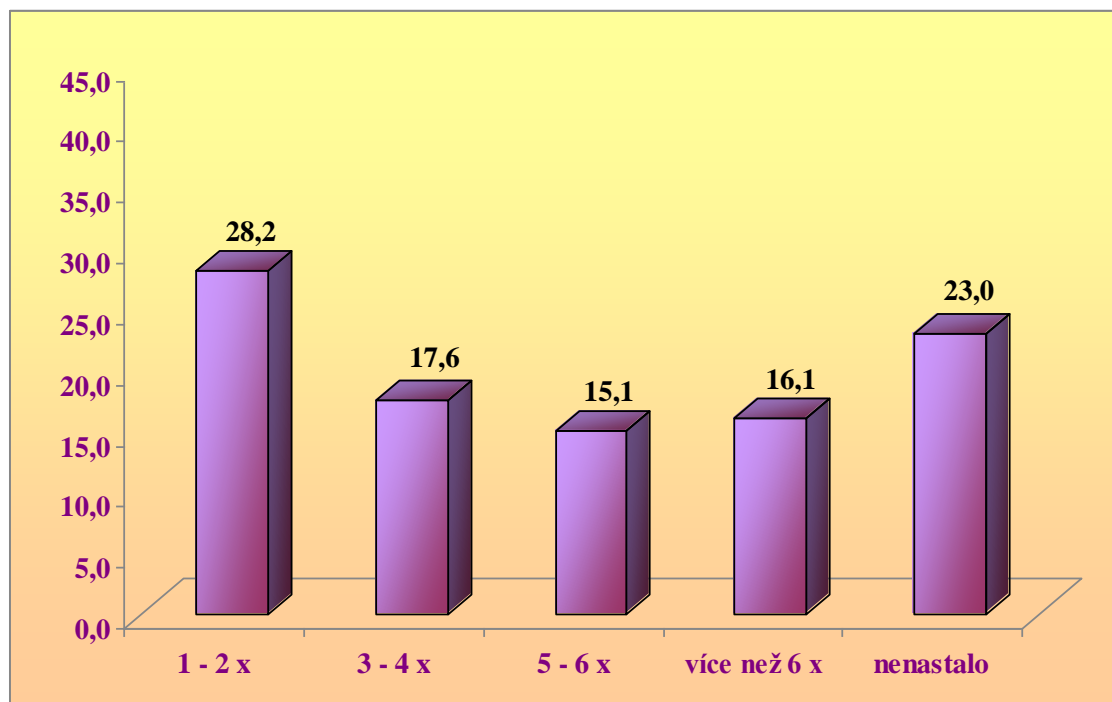
Graf č. 10 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při sebeobsluze (např. vaření, oblékání atd.) (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,520$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 1,028$;

Značné či maximální omezení při sebeobsluze pocítuje v důsledku bolesti 16,6% dotázaných osob s diagnózou ischemické choroby dolních končetin. Největší část (35,9%) hodnotí toto omezení jako střední, zbývajících 47,5% nepocítuje žádné, či jen mírné omezení. Hodnoty modu a mediánu signalizují, že většina pacientů hodnotí tato omezení jako střední.

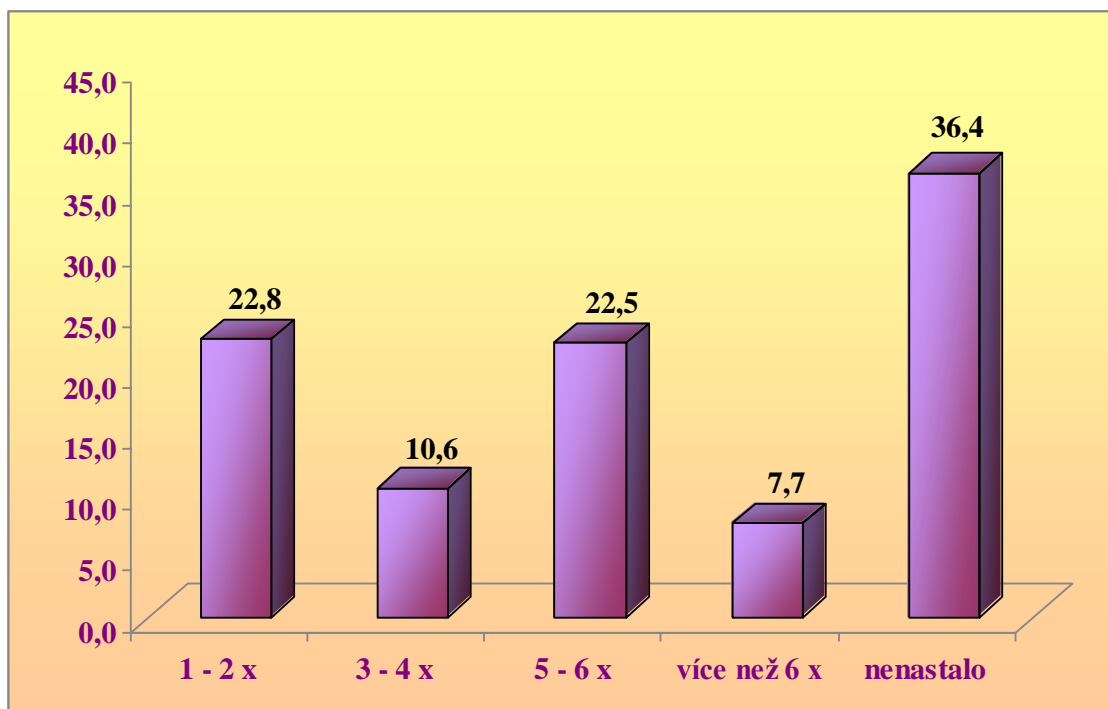
Graf č. 11 – Počet odkázání respondenta/tky v oblasti sebeobsluhy na rodinné příslušníky v posledních dvou týdnech, v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,881$; Modus = 1 Medián = 3; $s = 1,540$;

Necelá 1/5 (23,0%) pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin je zcela soběstačná a není odkázána na pomoc rodinných příslušníků při sebeobsluze – tito respondenti zvládají všechny úkony v této oblasti sami. Největší část (28,2%) využila v posledních dvou týdnech při sebeobsluze pomoc rodinných příslušníků v jednom či dvou případech. Naopak v maximální míře je na rodinné příslušníky při sebeobsluze odkázáno 16,1% respondentů, kteří v posledních dvou týdnech využili jejich pomoc ve více než 6 případech. 15,1% respondentů potřebovalo pomoc rodiny 5–6 krát, 17,6% respondentů 3–4 krát. Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

Graf č. 12 – Počet odkázání respondenta/tky v oblasti sebeobsluhy na přátele v posledních dvou týdnech, v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin (v procentech)

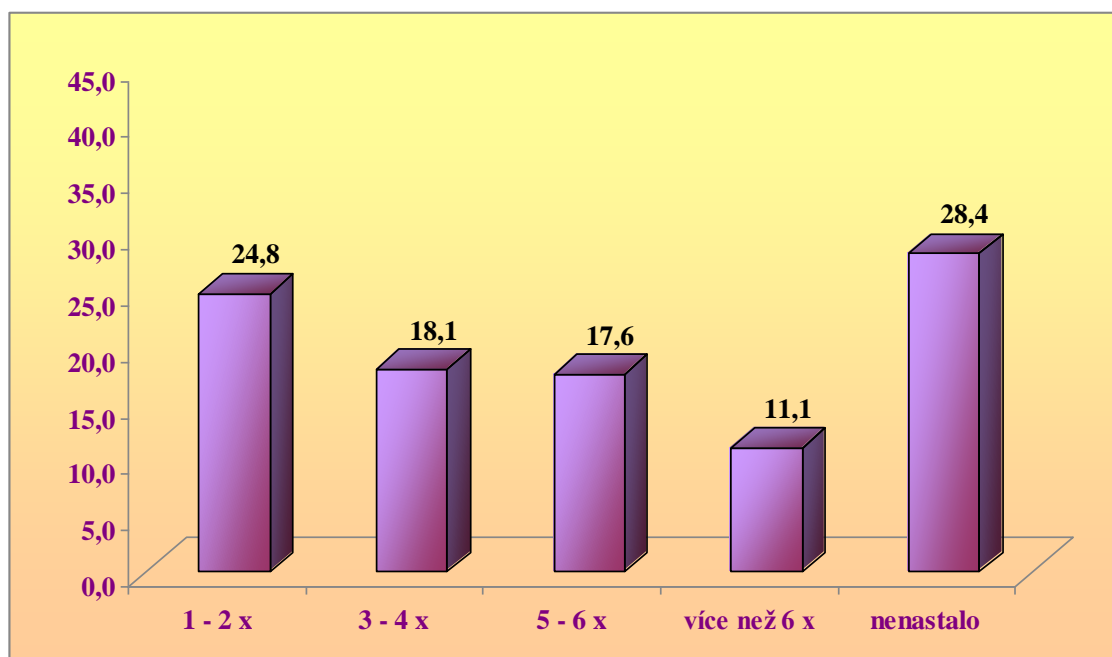


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,881$; Modus = 1 Medián = 3; $s = 1,540$;

Na pomoc přátel při sebeobsluze je v maximální míře odkázáno 7,7% respondentů – ti ji v posledních dvou týdnech využili ve více než 6 případech. Naopak bez jejich pomoci se zcela obejde 36,4% dotázaných, jen ojediněle (1–2 krát) ji potřebuje 22,8% respondentů, 3–4 krát ji potřebuje 10,6% respondentů, 5–6 krát požádalo o pomoc přátele 22,5% respondentů. Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

4.2.2.4 Sociální kontakty

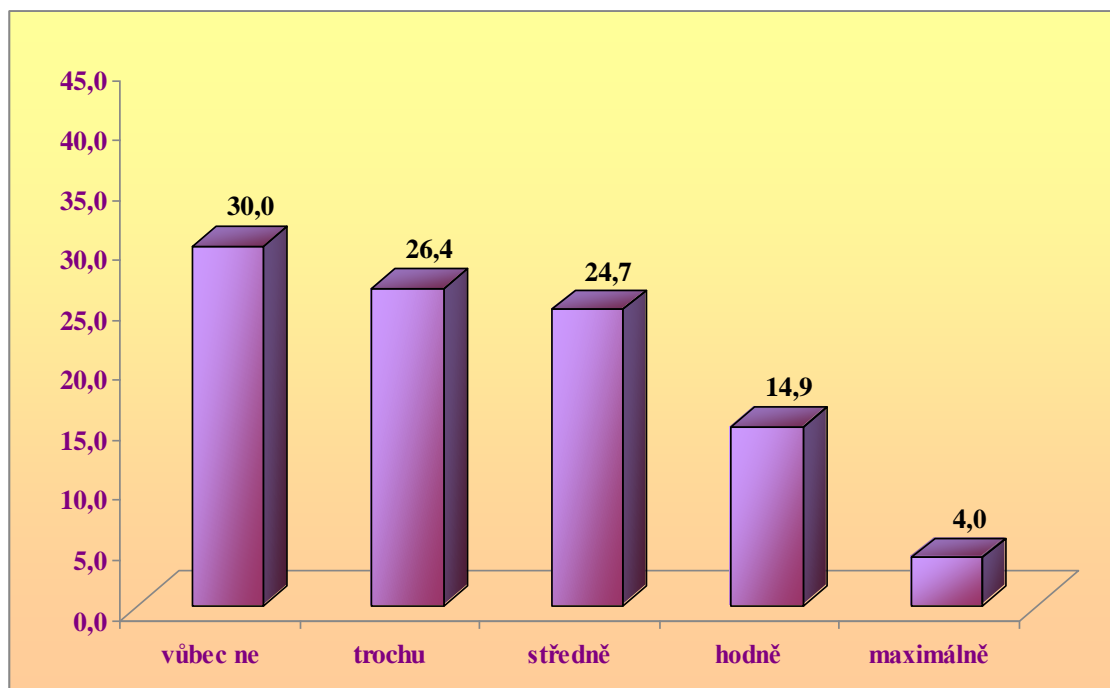
Graf č. 13 – Počet odložených návštěv rodiny či přátel kvůli bolesti dolní končetiny/dolních končetin v posledních dvou týdnech (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,005$; $Modus = 5$ $Medián = 3$; $s = 1,556$;

Celkem 71,6% dotázaných uvedlo, že v posledních dvou týdnech museli v důsledku bolesti dolních končetin odložit návštěvu své rodiny či přátel, z nich největší část (24,8%) k tomuto kroku sáhla 1–2 krát v posledních dvou týdnech. Naopak 28,4% respondentů takové omezení nepocítilo a návštěvu rodiny či přátel v posledních dvou týdnech odkládat nemuselo vůbec. Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

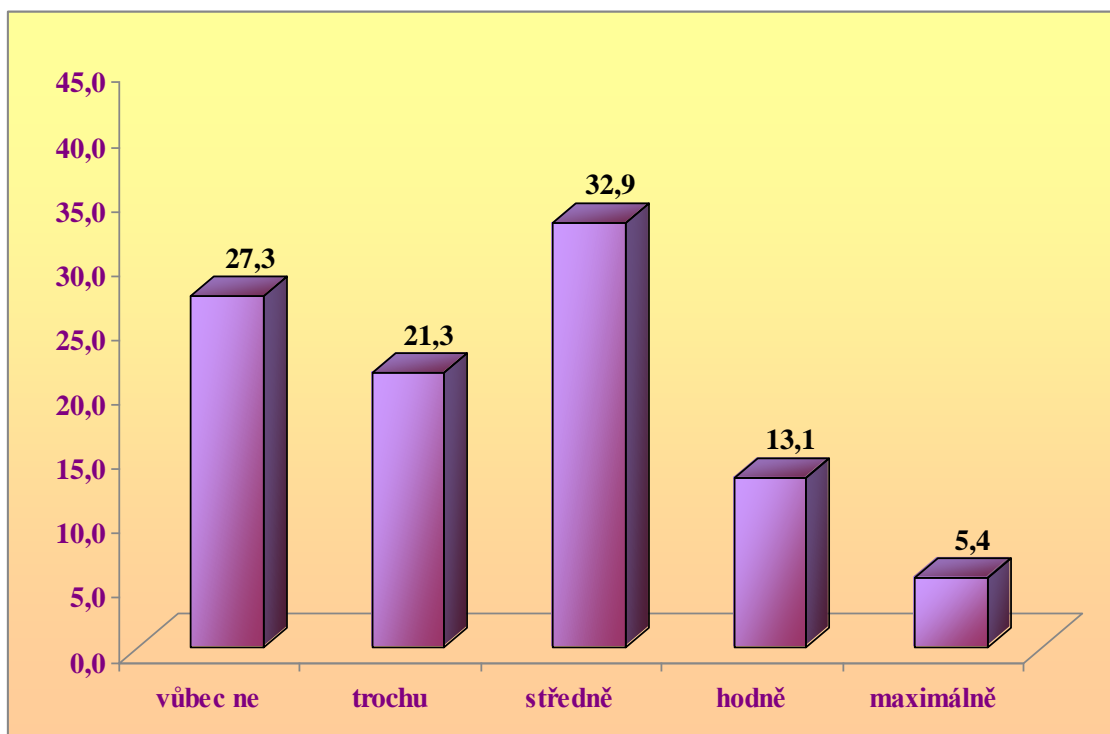
Graf č. 14 – Míra omezení ischemickou chorobou dolních končetin v sociálním styku s rodinou (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,364$; Modus = 1 Medián = 2; $s = 1,168$;

Žádné omezení sociálních styků s rodinou v důsledku ischemické choroby dolních končetin nepociťuje 30,0% dotázaných, jen mírné 26,4% dotázaných. Středně závažné omezení uvádí 24,7% respondentů. Podstatným způsobem tato choroba narušuje sociální kontakty s rodinou u 18,9% respondentů, kteří označili odpovědi „hodně“ a „maximálně“.

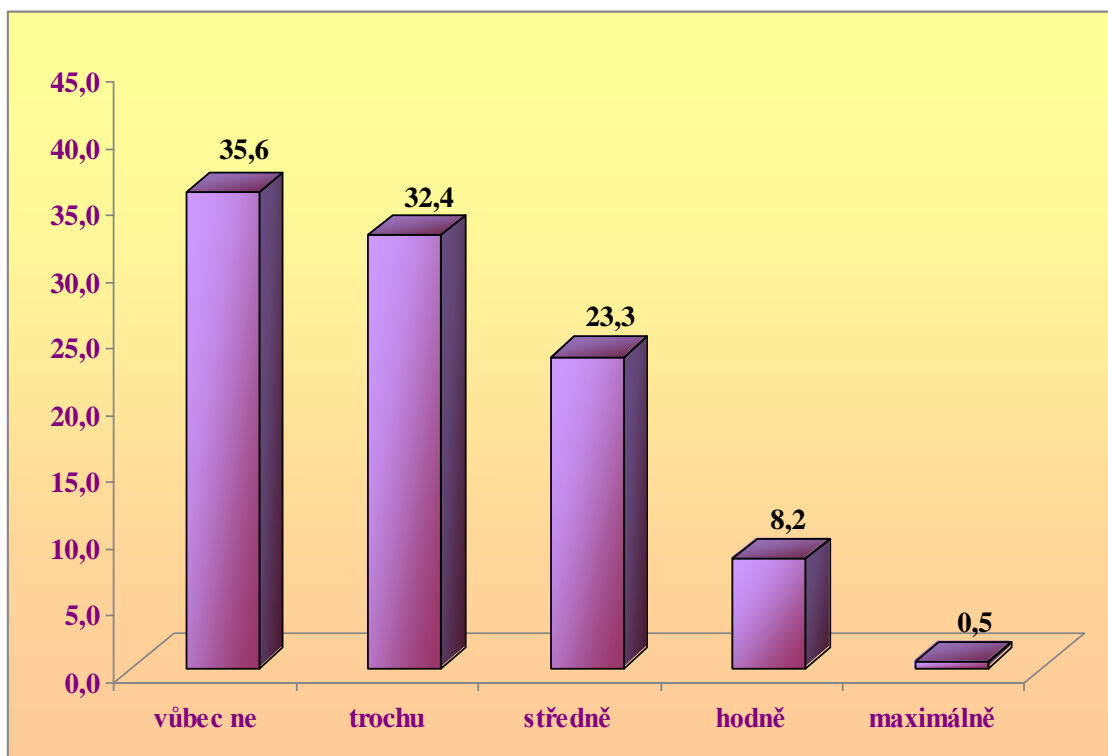
Graf č. 15 – Míra omezení ischemickou chorobou dolních končetin v sociálním styku s přáteli (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,483$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 1,176$;

V poněkud větší míře, v porovnání s rodinou, omezuje ischemická choroba dolních končetin sociální styky s přáteli. Největší část – téměř 1/3 (32,9%) dotázaných – zvolila hodnocení „středně“, ve velké míře se tak děje v 18,5% případů (odpověď hodně a maximálně). Naopak vůbec takové omezení nepocítuje 27,3% dotázaných a odpověď trochu uvedlo 21,3% respondentů.

Graf č. 16 – Míra ovlivnění sociálních rolí (např. roli otce či matky, babičky či dědečka) ischemickou chorobou dolních končetin (v procentech)

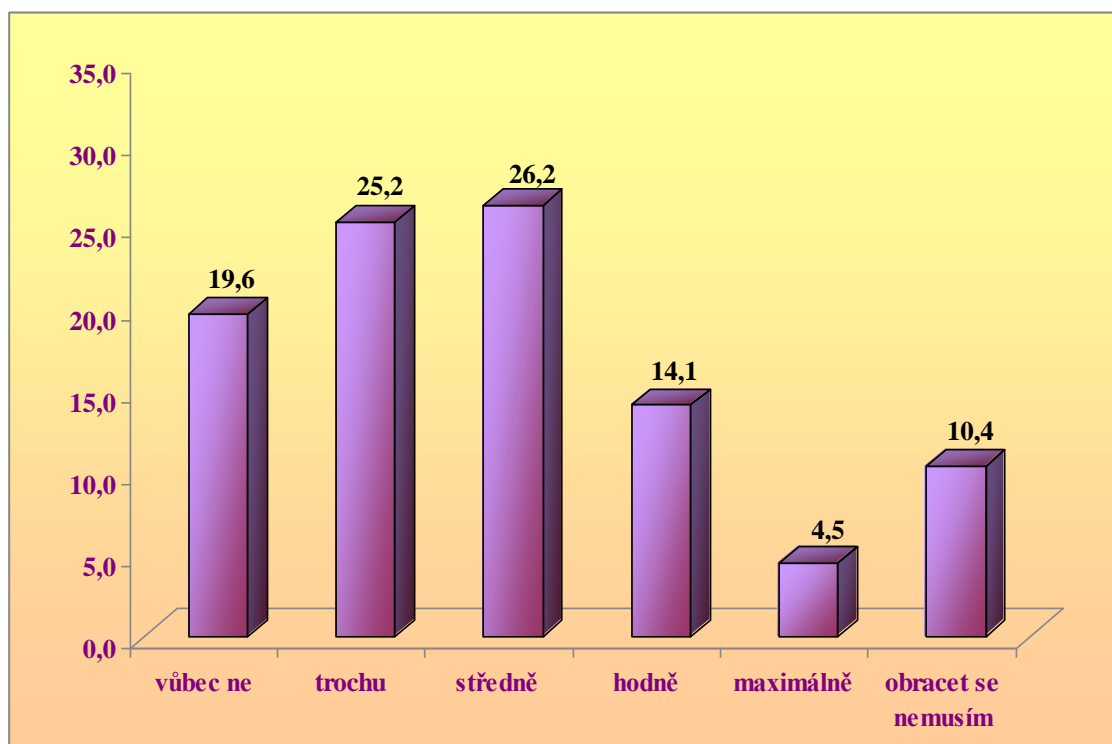


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,054$; Modus = 1 Medián = 2; $s = 0,978$;

Ischemická choroba dolních končetin ovlivňuje u svých nositelů plnění jejich sociálních rolí v rodině v menší míře. Největší část (35,6%) dotázaných uvádí, že jejich choroba nemá na sociální role vliv, jen malý vliv připouští cca 1/3 (32,4%) respondentů. Střední vliv na plnění sociálních rolí uvádí 23,3% respondentů. Velký či maximální vliv uvádí 8,7% osob s ischemickou chorobou dolních končetin. Velikost středních hodnot (průměr, modus a medián) signalizuje převážně malý či žádný vliv tohoto faktoru.

4.2.2.5 Psychosociální a emoční oblast

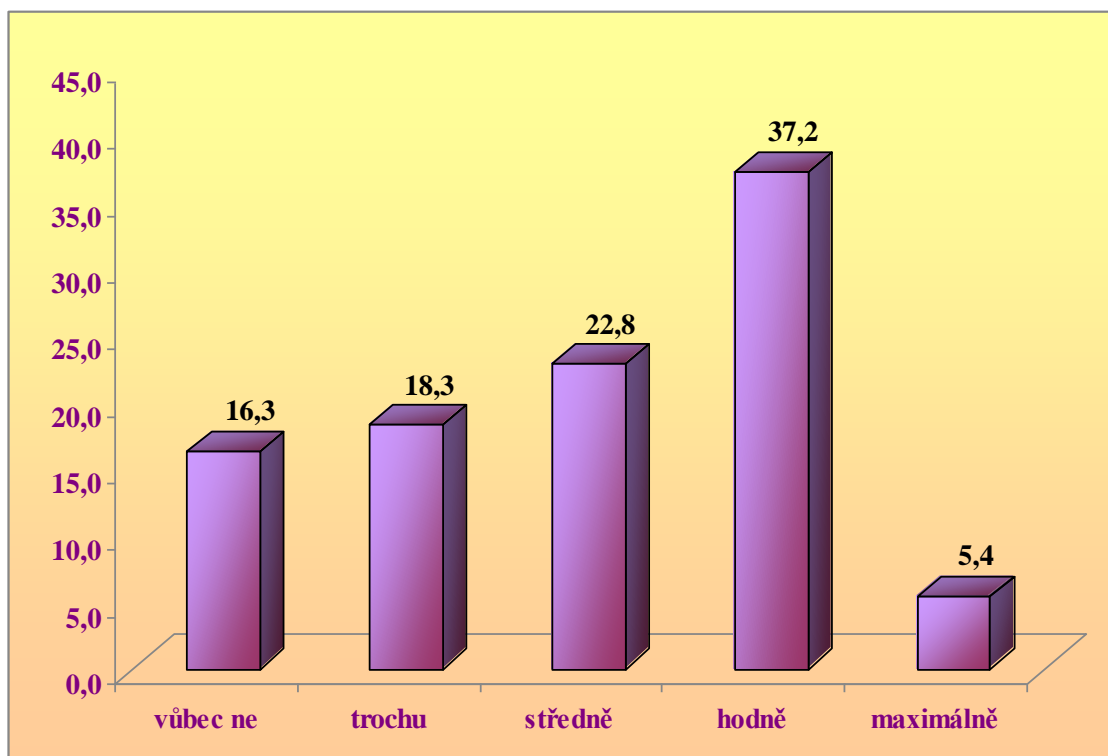
Graf č. 17 – Míra provinilosti při žádosti o pomoc druhých z důvodu onemocnění (ischemické choroby dolních končetin) (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,899$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 1,510$;

Velkými pocity provinění v případech, kdy musí požádat o pomoc druhé v důsledku své nemoci, trpí 18,6% osob s diagnózou ischemické choroby dolních končetin. Necelá 1/5 (19,6%) respondentů žádné provinění nepocítuje, cca 1/10 (10,4%) respondentů se na pomoc druhých nemusí spoléhat. Zbývající cca 1/2 (51,4%) respondentů trpí těmito pocity v menší či střední míře. Hodnota váženého aritmetického průměru je pouze orientační a nelze ji využít pro porovnání, neboť poslední bod škály u této otázky vyjadřuje optimální variantu, která by měla být umístěna na začátek škály.

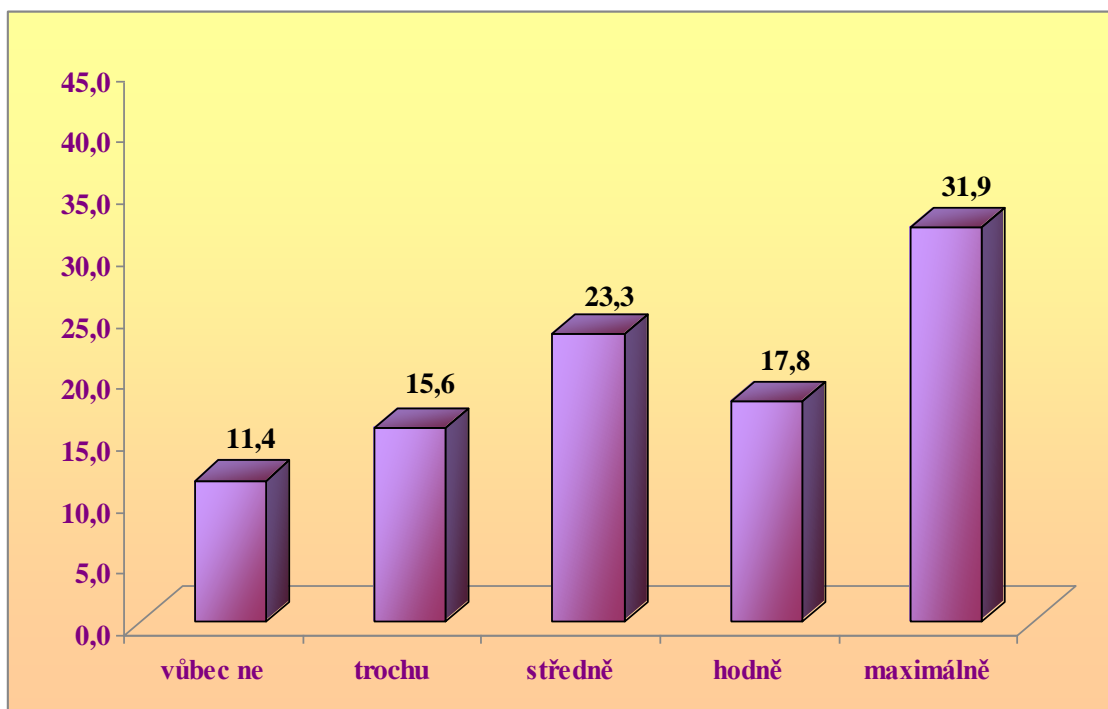
Graf č. 18 – Ovlivnění radosti ze života ischemickou chorobou dolních končetin (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,970$; Modus = 4 Medián = 3; $s = 1,194$;

Vliv ischemické choroby dolních končetin na životní pocity jejího nositele je značný. Celkem 42,6% respondentů uvádí, že tato choroba ovlivňuje jejich radost ze života ve velké míře (odpovědi „hodně“ a „maximálně“). Středně ovlivňuje ICHDK radost ze života 22,8% respondentů, odpověď trochu uvedlo 18,3% respondentů. Na druhé straně jen 16,3% dotázaných je toho názoru, že tato choroba na jejich radost ze života nemá vliv. Míra středních hodnot signalizuje převažující střední až značný vliv na pocity radosti ze života u osob trpících ischemickou chorobou dolních končetin.

Graf č. 19 – Míra obav ze ztráty dolní končetiny z důvodu ischemické choroby dolních končetin (v procentech)

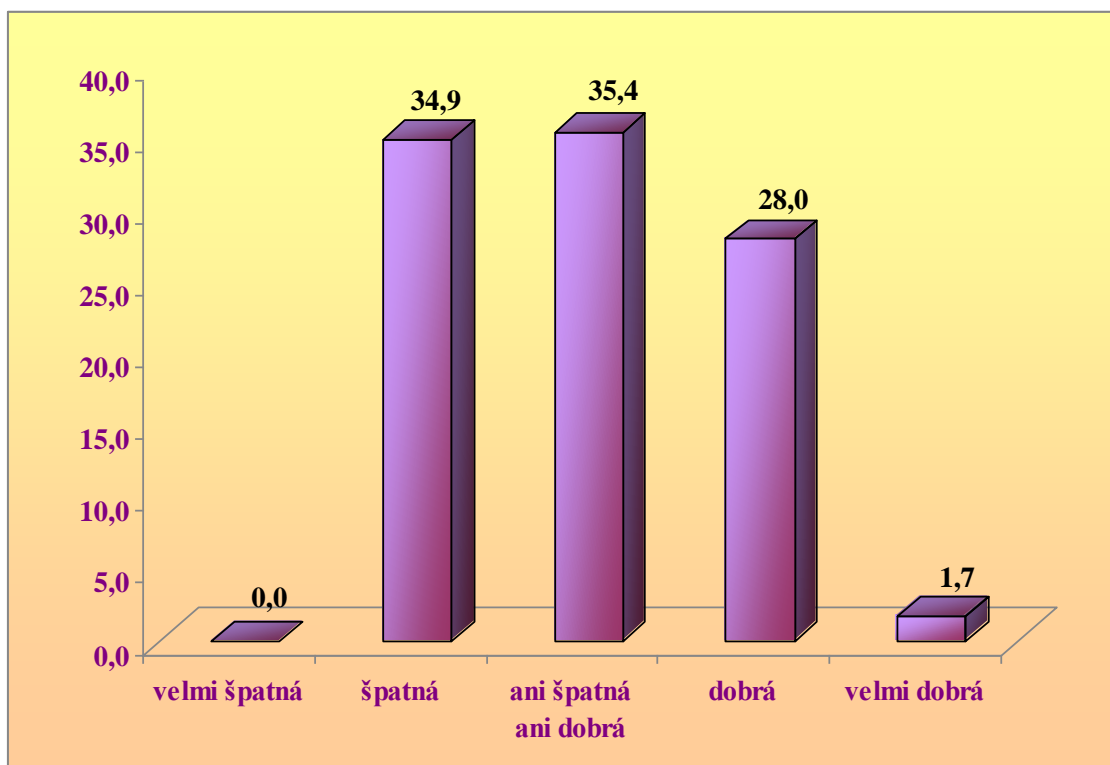


Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,433$; $Modus = 5$ $Medián = 3$; $s = 1,371$;

Obavy pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin, zejména strach z toho, že by mohli o končetinu přijít, jsou velmi vysoké. Téměř 1/3 (31,9%) z nich uvádí, že jejich obavy jsou maximální, dalších 17,8% pociťuje obavy značné. 23,3% respondentů uvedlo odpověď středně, odpověď trochu vyznačilo 15,6% respondentů. Jen cca 1/10 (11,4%) respondentů žádné obavy nepociťuje. Vysoká míra středních hodnot (modus a medián) signalizuje vysokou míru obav a činí tento faktor jedním z nejvýznamnějších.

4.2.3 Výsledky WHOQOL 100

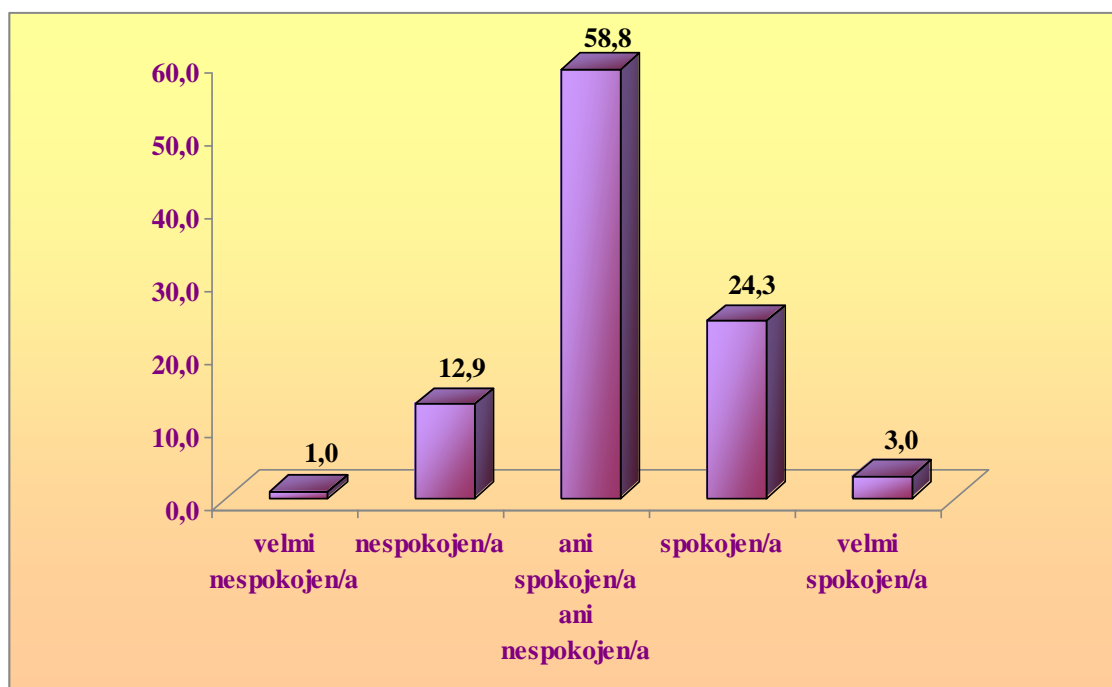
Graf č. 1 – Subjektivní hodnocení kvality života (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,965$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 0,835$;

V hodnocení kvality života pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin mírně převažuje negativní hledisko. Jako špatnou označilo kvalitu života 34,9% respondentů, k pozitivnímu hledisku se přiklonilo 29,7% dotázaných (suma odpovědí „dobrá“ a „velmi dobrá“). Zbývající největší část (35,4%) respondentů volí průměrné – neutrální hodnocení (ani špatná, ani dobrá). Hodnota váženého aritmetického průměru mírně tenduje k negativnímu hodnocení (čím nižší je hodnota, tím horší je hodnocení), modus i medián mají hodnotu 3, což je střed škály vyjadřující hodnocení „ani dobrá ani špatná“. Nízká hodnota směrodatné odchylky (s) signalizuje velkou shodu respondentů v hodnocení kvality svého života.

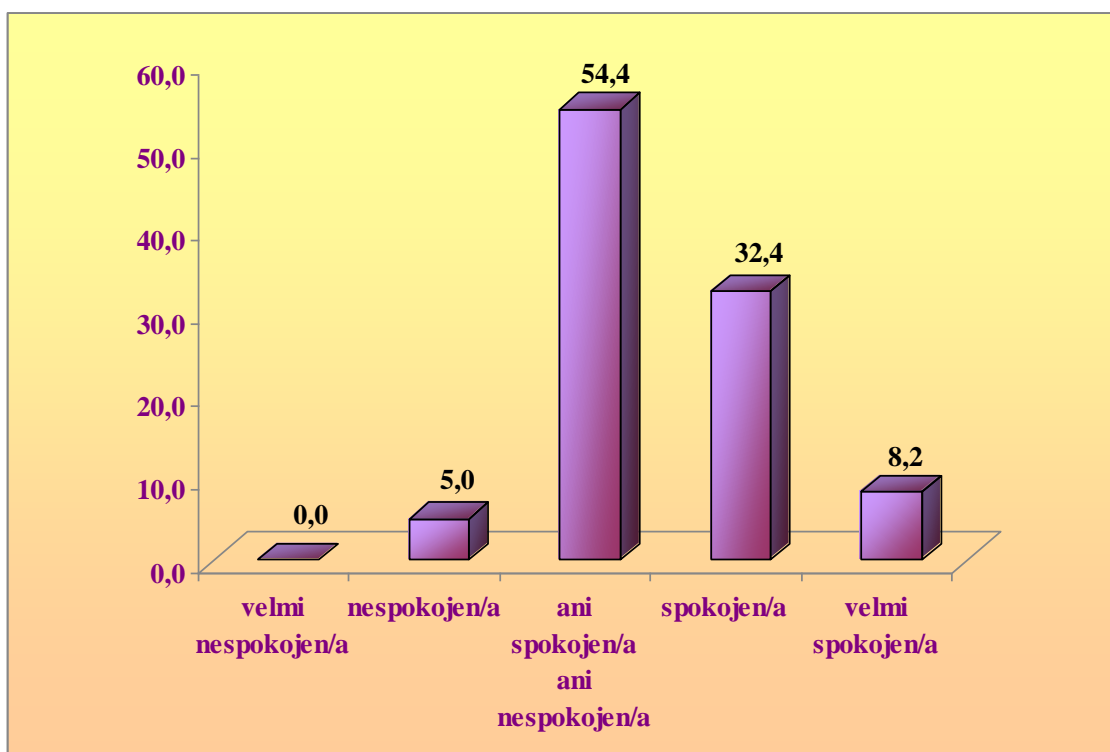
Graf č. 2 – Spokojenost se subjektivní kvalitou života (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,153$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 0,711$;

V případě spokojenosti s kvalitou svého života převažuje pozitivní hodnocení (27,3%) nad negativním (13,9%). Velká většina (58,8%) respondentů volí v tomto případě průměrné hodnocení (ani spokojen/a, ani nespokojen/a), nízká hodnota směrodatné odchylky (s) signalizuje velkou shodu v odpovědích respondentů na tuto otázku.

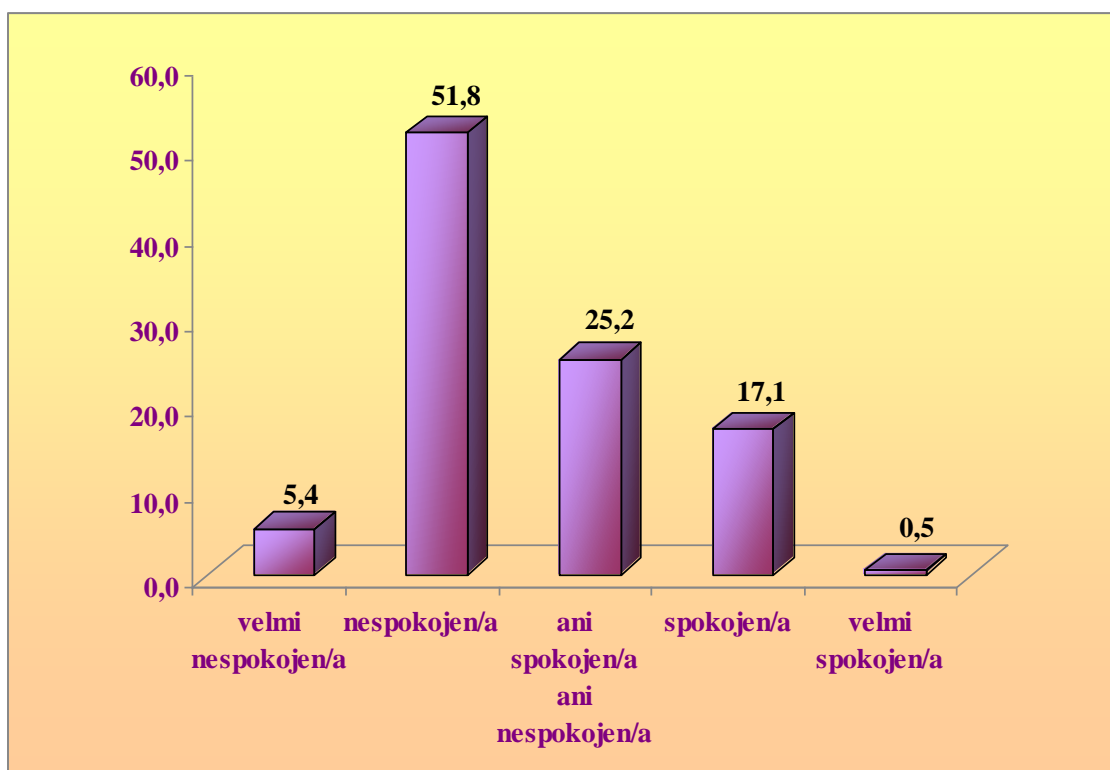
Graf č. 3 – Celková spokojenost se svým životem (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,438$; $Modus = 3$ $Medián = 3$; $s = 0,713$;

V případě spokojenosti pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin se svým životem převažuje pozitivní hodnocení (40,6%) nad negativním (5,0%), $\bar{x} = 3,438$. Většina respondentů však i v tomto případě zvolila průměrné hodnocení (ani spokojen/a, ani nespokojen/a), modus i medián mají hodnotu 3 – tedy střední bod škály, vyjadřující průměrné hodnocení. Nízká hodnota směrodatné odchylky (s) opět signalizuje vysokou shodu respondentů v názorech na tuto otázku.

Graf č. 4 – Celková spokojenost se svým zdravím (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,554$; $Modus = 2$ $Medián = 2$; $s = 0,853$;

Posledním ukazatelem kvality života v rámci dotazníku WHOQOL 100 je hodnocení vlastního zdraví. V tomto případě vysoce převažuje negativní hodnocení (57,2%) nad pozitivním (17,6%). Střední hodnoty zvolilo 25,2% respondentů. Tuto skutečnost potvrzují i hodnoty modu a mediánu (2 – nespokojen/a). I v tomto případě panuje v názorech na vlastní zdraví u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin značná shoda, což potvrzuje nižší hodnota směrodatné odchylky (s).

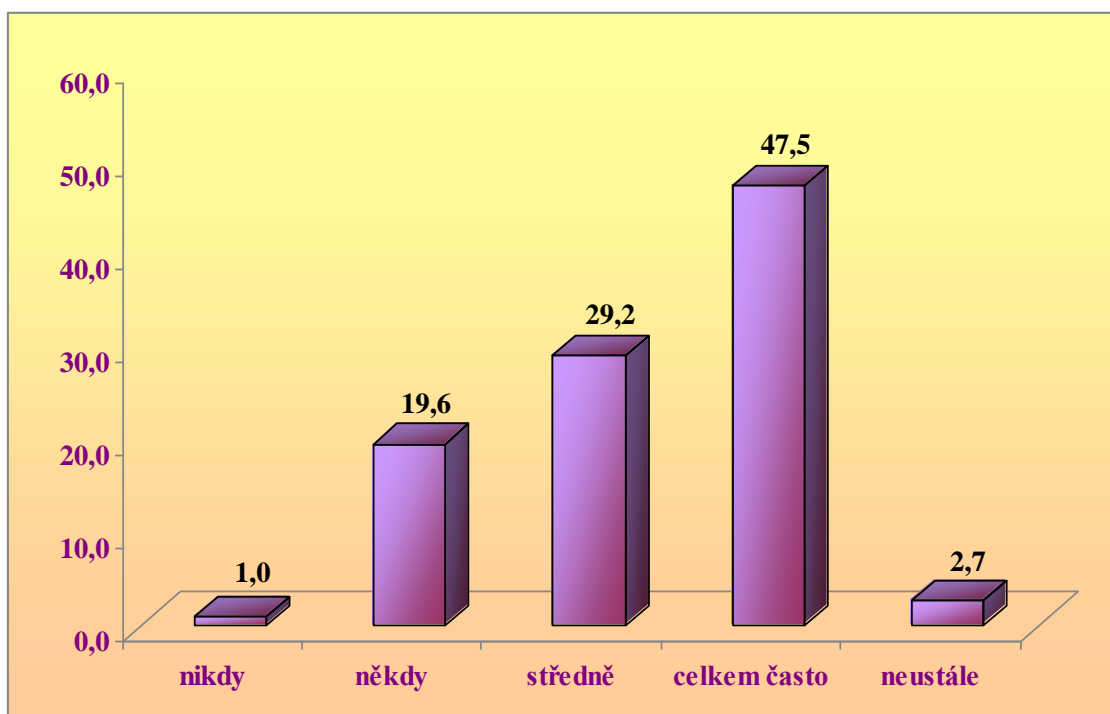
Tabulka č. 1 - Celková kvalita života a zdraví

| OBLAST | PRŮMĚR | MODUS | MEDIÁN | SMĚRODATNÁ ODCHYLKA |
|--------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------------------------|
| spokojenost se svým zdravím | 2,554 | 2 | 2 | 0,853 |
| hodnocení kvality života | 2,965 | 3 | 3 | 0,865 |
| spokojenost s kvalitou života | 3,153 | 3 | 3 | 0,711 |
| celková spokojenost s životem | 3,438 | 3 | 3 | 0,713 |
| kvalita života celkově | 3,028 | | | 0,786 |

Z porovnání jednotlivých položek, charakterizujících facetu celkové kvality života a zdraví vyplývá, že u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin je nejmenší spokojenost s vlastním zdravím. Převážně negativně je rovněž hodnocena kvalita života. Nejlépe pacienti hodnotí celkovou spokojenost s životem.

Celkově za celou facetu platí konstatování, že pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin označují celkovou kvalitu svého života jako průměrnou a nejsou s ní ani spokojeni, ani nespokojeni.

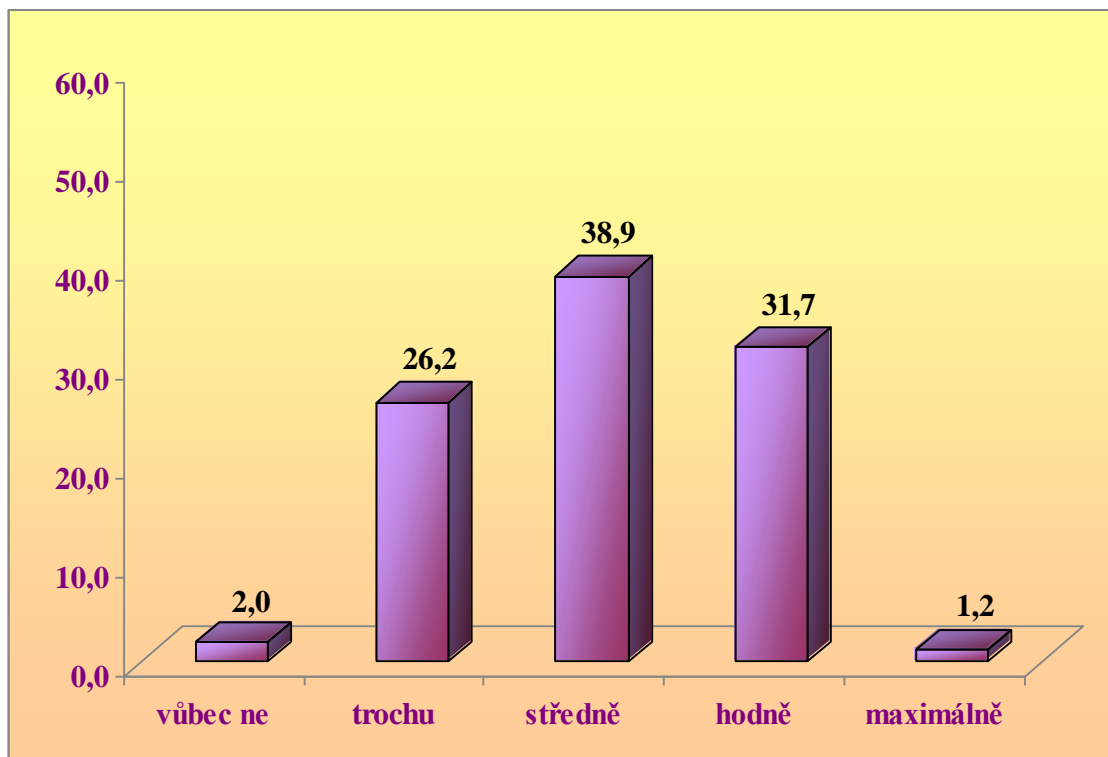
Graf č. 5 – Četnost bolestí (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,314$; $Modus = 4$; $Medián = 4$; $s = 0,849$;

Více než ½ (50,2%) osob s diagnózou ischemické choroby dolních končetin uvádí, že trpí bolestmi celkem často (47,5%) případně neustále (2,7%). Další téměř 3/10 (29,2%) respondentů volí odpověď „středně“. Jen cca 1/5 (20,6%) volí pozitivnější hodnocení, charakterizované odpovědí „někdy“ (19,6%) či „nikdy“ (1,0%). Míra středních hodnot signalizuje, že osoby s diagnózou ischemické choroby dolních končetin často trpí bolestmi, které snižují kvalitu jejich života.

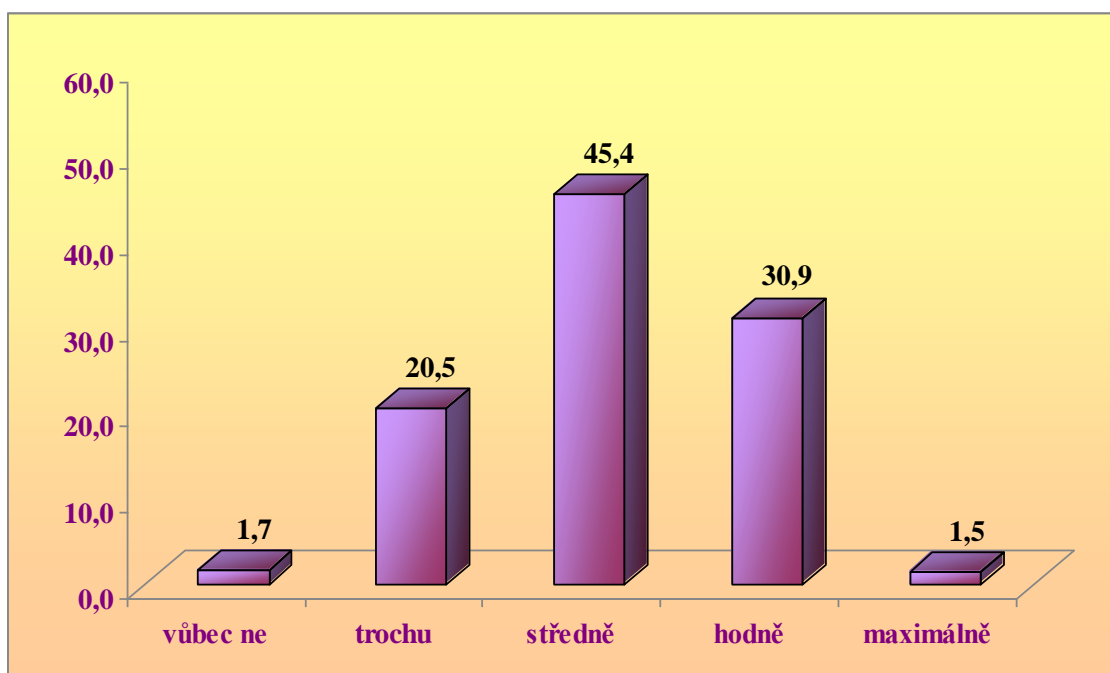
Graf č. 6 – Míra znepokojení bolestí nebo nepříjemnými pocity (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,040$; $Modus = 3$; $Medián = 3$; $s = 0,840$;

Míra znepokojení z bolestí nebo nepříjemných pocitů se u pacientů s diagnózou ischemické choroby dolních končetin pohybuje kolem středních hodnot. Největší část dotázaných (38,9%) volí odpověď „středně“, větší znepokojení vyjádřila cca 1/3 (32,9%) dotázaných (odpovědi „hodně“ a „maximálně“, menší znepokojení vyjádřilo 28,2% dotázaných (odpovědi „trochu“ a „vůbec“). Krajní hodnoty škály jsou voleny jen minimálně a křivka má podobu normálního rozdělení s vrcholem ve středu osy, což signalizuje hodnota váženého aritmetického průměru (3,040) i nízká hodnota směrodatné odchylky (0,840).

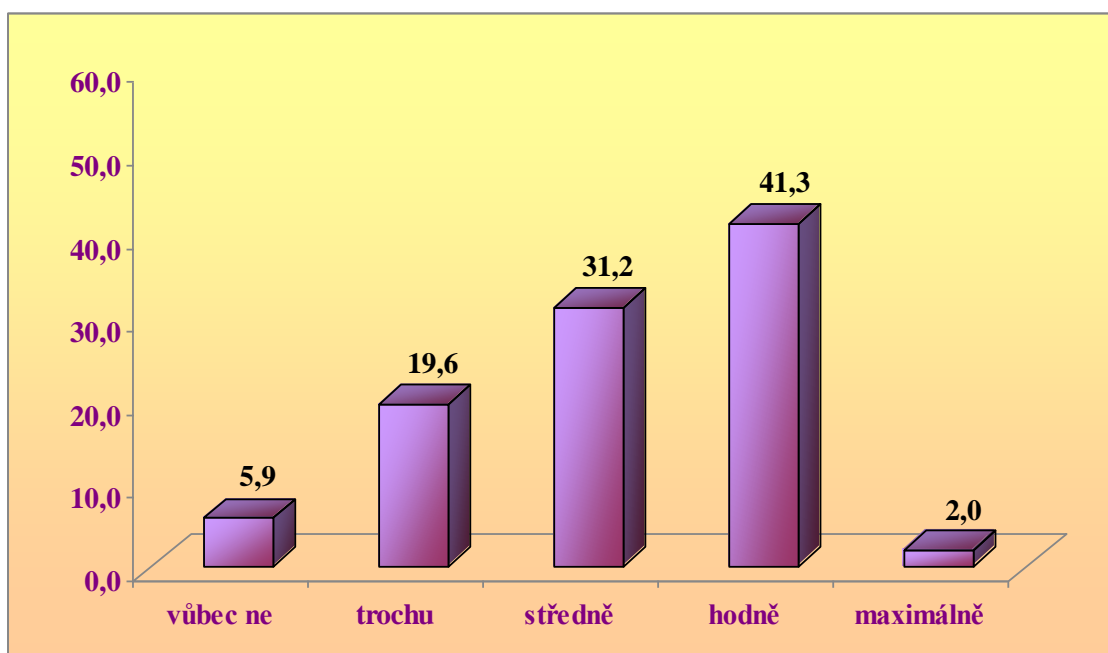
Graf č. 7 – Obtížnost zvládnání bolesti nebo nepříjemných pocitů (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,099$; $Modus = 3$; $Medián = 3$; $s = 0,796$;

I v případě zvládnání bolesti a nepříjemných pocitů pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin největší část dotázaných volí odpověď „středně“. Mírně převažuje negativní hodnocení (odpověď „hodně“ a „maximálně“ zvolilo 32,4% dotázaných) nad pozitivním (odpověď „trochu“ a „vůbec“ označilo 22,2% respondentů). Krajní hodnoty škály byly opět voleny minimálně a křivka má podobu normálního rozdělení. Hodnota váženého aritmetického průměru signalizuje příklon k negativnímu hodnocení, hodnoty Modu a Mediánu jsou na středu. Nízká hodnota směrodatné odchylky signalizuje homogenní názor respondentů na tuto oblast.

Graf č. 8 – Míra omezení provádění potřebných činností bolestí (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,139$; $Modus = 4$; $Medián = 3$; $s = 0,952$;

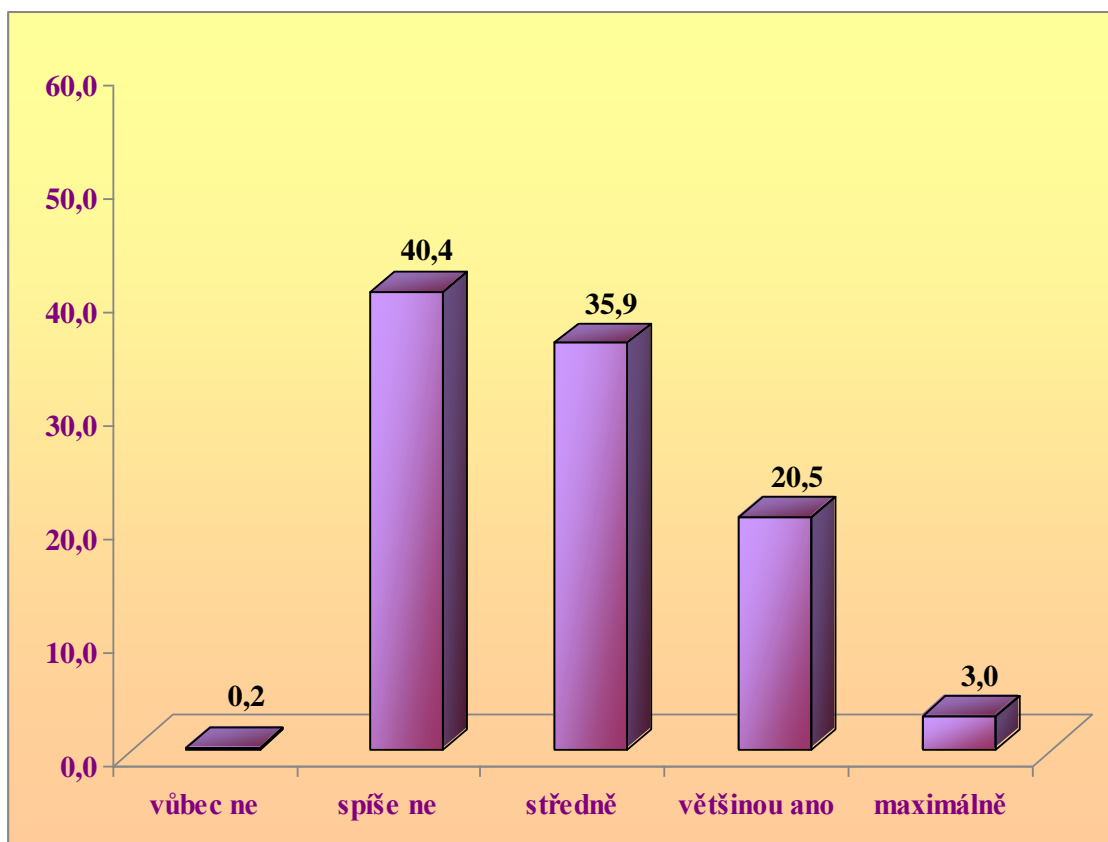
Větší část dotázaných (43,3%) uvádí, že jim bolest hodně nebo maximálně brání v provádění činností, které potřebují dělat. Menší část (25,5%) cítí v tomto směru omezení menší, zbývajících 31,2% označuje střed. Lze tedy konstatovat, že osoby s diagnózou ischemické choroby dolních končetin ve větší míře pociťují omezení v tom, že v důsledku bolesti nemohou dělat věci, které dělat potřebují.

Tabulka č. 2 – Bolest a nepříjemné pocity

| OBLAST | PRŮMĚR | MODUS | MEDIÁN | SMĚRODATNÁ ODCHYLKA |
|---|---------------|--------------|---------------|--------------------------------|
| četnost bolestí | 3,314 | 4 | 4 | 0,849 |
| nemůže dělat pro bolest potřebné věci | 3,139 | 4 | 3 | 0,952 |
| zvládnání bolesti a nepříjemných pocitů | 3,099 | 3 | 3 | 0,796 |
| znepokojení pro bolest a nepříjemné pocity | 3,040 | 3 | 3 | 0,840 |
| bolest a nepříjemné pocity celkově | 3,148 | | | 0,859 |

V závislosti na konstrukci škály u otázek v této facetě platí, že čím vyšší je hodnota váženého aritmetického průměru, tím negativněji je daná oblast hodnocena, případně tím větší potíže pacientům působí. Z porovnání jednotlivých položek vyplývá, že nejvíce trápí pacienty četnost bolestí, provázejících jejich chorobu a skutečnost, že kvůli nim nemohou dělat potřebné věci. Souhrnná hodnota váženého aritmetického průměru pro celou facetu signalizuje, že bolest a nepříjemné pocity u respondentů působí převážně negativně a patří mezi ty faktory, které významně ovlivňují kvalitu života pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin.

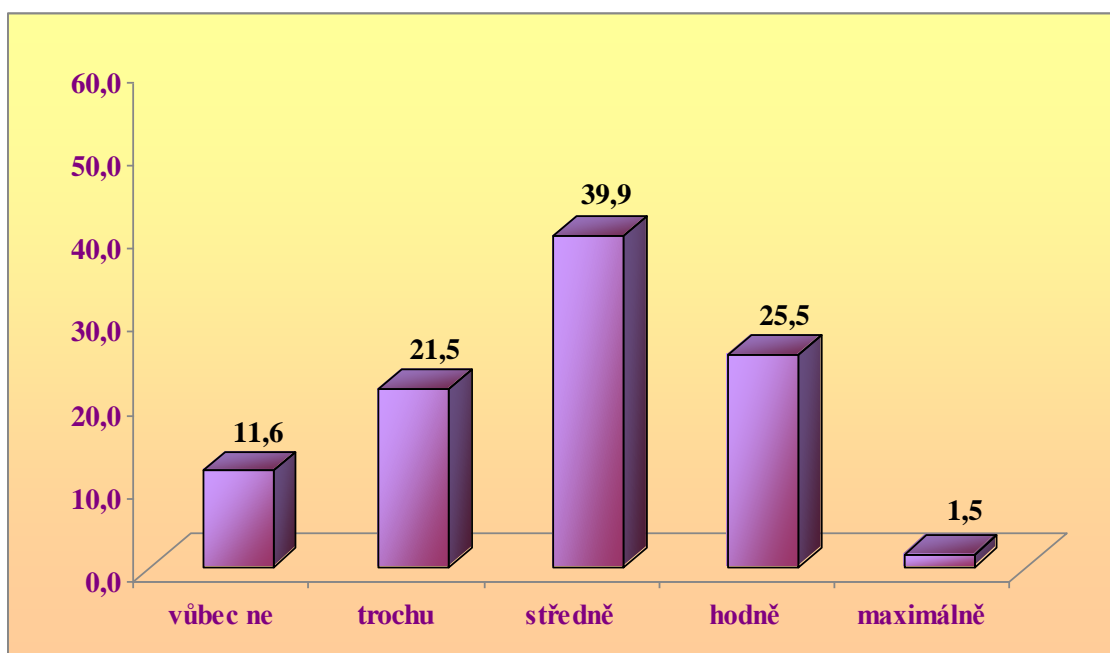
Graf č. 9 – Míra schopnosti provádění každodenních činností (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,856$; $Modus = 2$; $Medián = 3$; $s = 0,717$;

Největší část dotázaných (40,4%) volí odpověď „spíše ne“, to znamená, že není schopna v plné míře své každodenní činnosti provádět. Střední hodnoty udalo 35,9% respondentů. K pozitivnímu hodnocení (odpovědi „většinou ano“ a „maximálně“ se přiklání 23,5% respondentů. Odpověď spíše ne zvolilo 0,2% respondentů. Lze konstatovat, že osoby s diagnózou ischemické choroby dolních končetin z větší části nejsou schopny v plné míře své každodenní činnosti sami vykonávat. Tomu nasvědčuje i zjištěná míra středních hodnot.

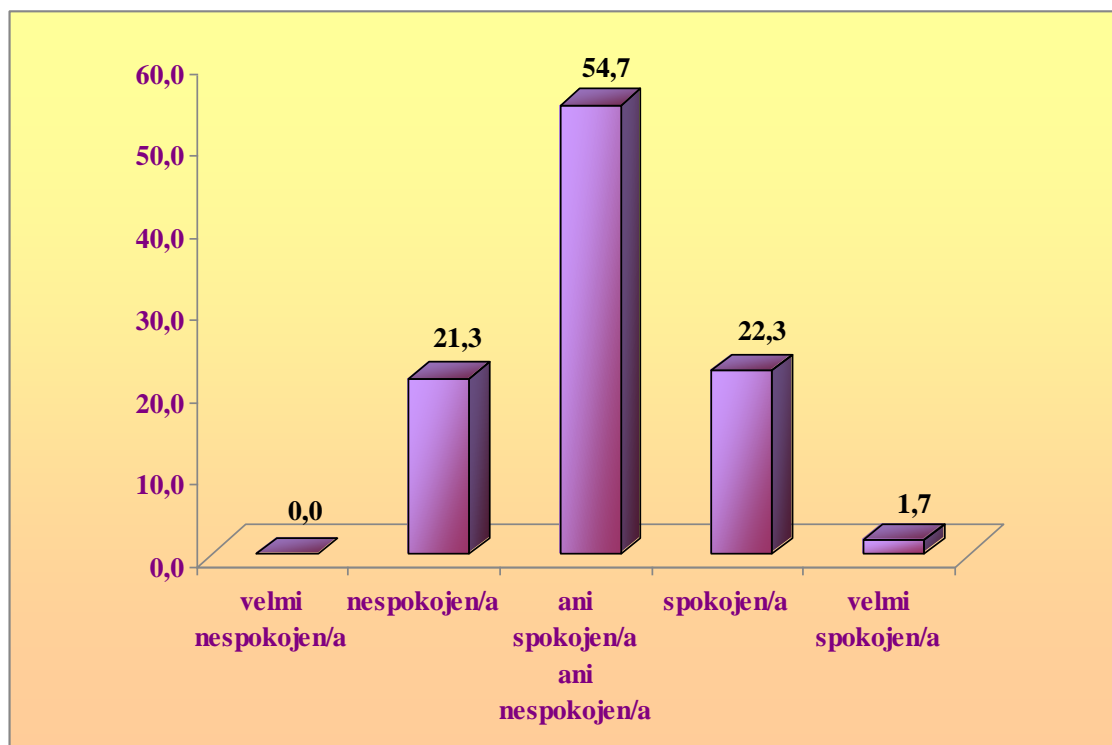
Graf č. 10 – Míra omezení při vykonávání každodenních činností (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 2,837$; $Modus = 3$; $Medián = 3$; $s = 0,984$;

Žádné problémy nemá nebo malé problémy má při vykonávání každodenních činností 1/3 (33,1%) pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Naopak velké či maximální problémy uvádí 27,0% dotázaných. Zbývající respondenti (39,9%) označuje své problémy při vykonávání každodenních činností jako „střední“. Lze konstatovat, že skupina pacientů s menšími problémy mírně převažuje, největší část respondentů však volí průměrné hodnocení. Otázka má otočenou škálu odpovědí (rev), proto nelze provádět porovnání prostřednictvím váženého aritmetického průměru.

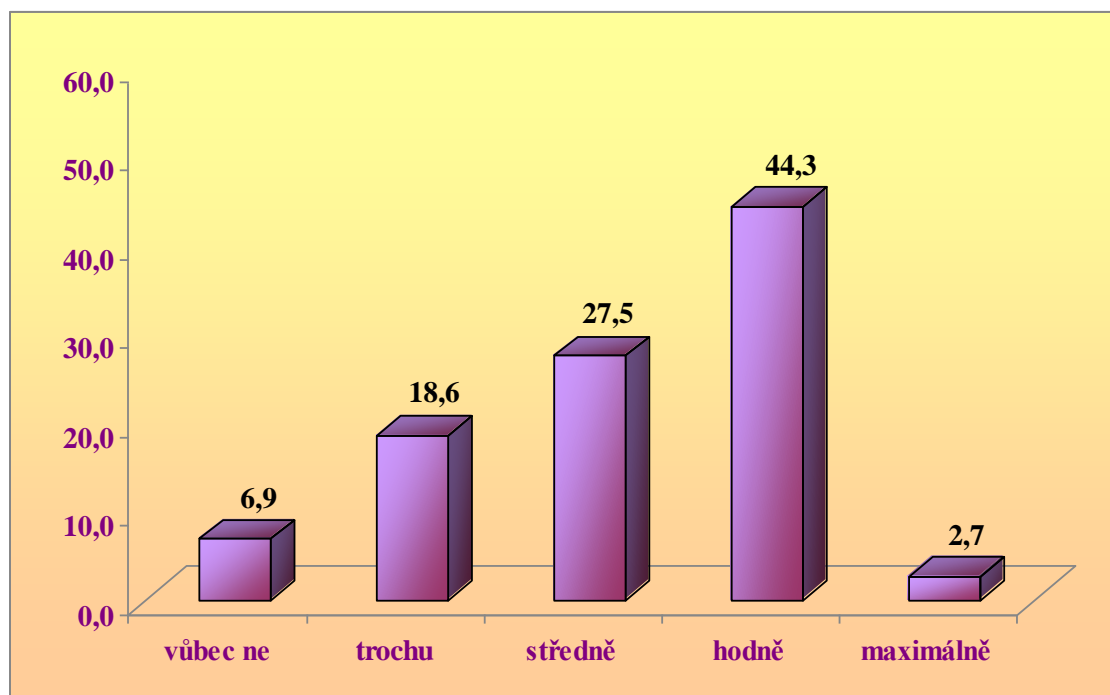
Graf č. 11 – Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,045$; $Modus = 3$; $Medián = 3$; $s = 0,709$;

Rozložení odpovědí na tuto otázku má téměř ideální tvar normálního rozložení. Vysoce převažující hodnocení je „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ (54,7%), odpovědi na obou stranách středové osy jsou rovnoměrně rozloženy. Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti uvádí 24% respondentů. 21,3% respondentů je nespokojeno. Míry středních hodnot napovídají, že převažující hodnocení je „ani spokojen, ani nespokojen“, hodnota směrodatné odchylky napovídá, že názory na tuto oblast jsou homogenní.

Graf č. 12 – Míra obtěžování případných omezení při provádění každodenních činností (v procentech)



Poznámka: $N = 404$; $\bar{x} = 3,173$; Modus = 4; Medián = 3; $s = 0,992$

Největší část dotázaných (44,3%) uvádí, že je omezení při provádění každodenních činností hodně obtěžují. K negativnímu hodnocení („hodně“, „maximálně“) se přiklání 47,0% respondentů, zatímco k pozitivnímu hodnocení („vůbec ne“ a „trochu“) pouze 25,5% dotázaných. Lze konstatovat, že pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin jsou převážně toho názoru, že je jejich případná omezení při provádění každodenních činností hodně obtěžují. Otázka má otočenou škálu odpovědí (rev), proto nelze provádět porovnání prostřednictvím váženého aritmetického průměru.

4.3 Výsledky zpracované pomocí popisné statistiky

4.3.1 Výsledky EQ-5D-5L

Tabulka č. 1 – Pohyblivost

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. chůze mi nečiní žádné potíže | 61 | 15,1% | 15,1% | 61 | 15,1% |
| 2. mám mírné potíže s chůzí | 74 | 18,3% | 18,3% | 135 | 33,4% |
| 3. mám střední potíže s chůzí | 91 | 22,5% | 22,5% | 226 | 55,9% |
| 4. mám závažné potíže s chůzí | 174 | 43,1% | 43,1% | 400 | 99,0% |
| 5. nemohu vůbec chodit | 4 | 1,0% | 1,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------|
| Modus | 4. mám závažné potíže s chůzí | (174) |
| Medián | 4 | |
| Průměr | 2.96535 | |
| Rozptyl | 1.25622 | |
| Směrodatná odchylka | 1.12081 | |
| Odhad rozptylu | 1.25934 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.1222 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 2 – Sebeobsluha

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. nemám žádné potíže s mytím a oblékáním | 116 | 28,7% | 28,7% | 116 | 28,7% |
| 2. mytí či oblékání mi činí mírné potíže | 102 | 25,2% | 25,2% | 218 | 54,0% |
| 3. mytí či oblékání mi činí střední potíže | 71 | 17,6% | 17,6% | 289 | 71,5% |
| 4. mytí či oblékání mi činí závažné potíže | 114 | 28,2% | 28,2% | 403 | 99,8% |
| 5. nejsem schopen/schopna se sám/sama umýt či obléci | 1 | 0,2% | 0,2% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--|--------------|
| Modus | 1. nemám žádné potíže s mytím a oblékáním | (116) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.4604 | |
| Rozptyl | 1.4019 | |
| Směrodatná odchylka | 1.18402 | |
| Odhad rozptylu | 1.40538 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.18549 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 3 – Obvyklé činnosti

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. nemám žádné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností | 67 | 16,6% | 16,6% | 67 | 16,6% |
| 2. s vykonáváním svých obvyklých činností mám mírné problémy | 140 | 34,7% | 34,7% | 207 | 51,2% |
| 3. s vykonáváním svých obvyklých činností mám střední problémy | 138 | 34,2% | 34,2% | 345 | 85,4% |
| 4. s vykonáváním svých obvyklých činností mám závažné problémy | 59 | 14,6% | 14,6% | 404 | 100,0% |
| 5. nejsem schopen/schopna vykonávat své obvyklé činnosti | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 2. s vykonáváním svých obvyklých činností mám mírné problémy | (140) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.46782 | |
| Rozptyl | 0.872727 | |
| Směrodatná odchylka | 0.934199 | |
| Odhad rozptylu | 0.874893 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.935357 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 4 – Bolest/obtíže

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. nemám žádnou bolest či obtíže | 22 | 5,4% | 5,4% | 22 | 5,4% |
| 2. mám mírné bolesti nebo obtíže | 114 | 28,2% | 28,2% | 136 | 33,7% |
| 3. mám střední bolesti nebo obtíže | 133 | 32,9% | 32,9% | 269 | 66,6% |
| 4. mám silné bolesti nebo obtíže | 133 | 32,9% | 32,9% | 402 | 99,5% |
| 5. mám extrémní bolesti nebo obtíže | 2 | 0,5% | 0,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 3. mám střední bolesti nebo obtíže | (133) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.94802 | |
| Rozptyl | 0.846308 | |
| Směrodatná odchylka | 0.91995 | |
| Odhad rozptylu | 0.848408 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.921091 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 5 – Úzkost/deprese

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. nejsem úzkostný/á ani depresivní | 117 | 29,0% | 29,0% | 117 | 29,0% |
| 2. jsem mírně úzkostný/á či depresivní | 124 | 30,7% | 30,7% | 241 | 59,7% |
| 3. jsem středně úzkostný/á či depresivní | 98 | 24,3% | 24,3% | 339 | 83,9% |
| 4. jsem silně úzkostný/á či depresivní | 64 | 15,8% | 15,8% | 403 | 99,8% |
| 5. jsem extrémně úzkostný/á či depresivní | 1 | 0,2% | 0,2% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | |
|---------------------------|--|
| Modus | 2. jsem mírně úzkostný/á či depresivní (124) |
| Medián | 3 |
| Průměr | 2.27723 |
| Rozptyl | 1.11126 |
| Směrodatná odchylka | 1.05416 |
| Odhad rozptylu | 1.11402 |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.05547 |
| Min - Max | 1 – 5 |
| Rozpětí | 4 |

Tabulka č. 6 – Aktuální zdravotní stav

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 0 - 20 velmi špatný | 19 | 4,7% | 4,7% | 19 | 4,7% |
| 21 - 40 spíše špatný | 130 | 32,2% | 32,2% | 149 | 36,9% |
| 41 - 60 tak napůl | 104 | 25,7% | 25,7% | 253 | 62,6% |
| 61 - 80 spíše dobrý | 74 | 18,3% | 18,3% | 327 | 80,9% |
| 81 - 100 velmi dobrý | 77 | 19,1% | 19,1% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| Modus | 21 - 40 spíše špatný | (130) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 62.9703 | |
| Rozptyl | 573.356 | |
| Směrodatná odchylka | 23.9448 | |
| Odhad rozptylu | 574.778 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 23.9745 | |
| Min - Max | 20 - 100 | |
| Rozpětí | 80 | |

4.3.2 Výsledky specifických otázek pro nemocné s ICHDK

4.3.2.1 Bolest, pohyb

Tabulka č. 1 – Častost výskytu bolesti dolní končetiny/dolních končetin při chůzi v posledních 2 týdnech

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. 1 - 2krát | 69 | 17,1% | 17,1% | 69 | 17,1% |
| 2. 3 - 4krát | 62 | 15,3% | 15,3% | 131 | 32,4% |
| 3. 5 - 6krát | 104 | 25,7% | 25,7% | 235 | 58,2% |
| 4. více než 7krát | 157 | 38,9% | 38,9% | 392 | 97,0% |
| 5. v posledních dvou týdnech jsem žádnou bolest nepocítil/a | 12 | 3,0% | 3,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Modus | 4. více než 7krát | (157) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.95297 | |
| Rozptyl | 1.34185 | |
| Směrodatná odchylka | 1.15838 | |
| Odhad rozptylu | 1.34518 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.15982 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 2 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při chůzi po bytě

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|
| 1. vůbec ne | 100 | 24,8% | 24,8% | 100 | 24,8% |
| 2. trochu | 164 | 40,6% | 40,6% | 264 | 65,3% |
| 3. středně | 77 | 19,1% | 19,1% | 341 | 84,4% |
| 4. hodně | 60 | 14,9% | 14,9% | 401 | 99,3% |
| 5. maximálně | 3 | 0,7% | 0,7% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|------------------|--------------|
| Modus | 2. trochu | (164) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.26238 | |
| Rozptyl | 1.03017 | |
| Směrodatná odchylka | 1.01497 | |
| Odhad rozptylu | 1.03272 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.01623 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 3 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při chůzi po rovině

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 59 | 14,6% | 14,6% | 59 | 14,6% |
| 2. trochu | 155 | 38,4% | 38,4% | 214 | 53,0% |
| 3. středně | 123 | 30,4% | 30,4% | 337 | 83,4% |
| 4. hodně | 59 | 14,6% | 14,6% | 396 | 98,0% |
| 5. maximálně | 8 | 2,0% | 2,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|------------------|--------------|
| Modus | 2. trochu | (155) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.5099 | |
| Rozptyl | 0.952872 | |
| Směrodatná odchylka | 0.976152 | |
| Odhad rozptylu | 0.955237 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.977362 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 4 – Počet metrů, které respondent ujde po rovině do objevení bolesti dolní končetiny/dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|--------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. méně než 50 m | 174 | 43,1% | 43,1% | 174 | 43,1% |
| 2. 50 m - 200 m | 98 | 24,3% | 24,3% | 272 | 67,3% |
| 3. více než 200 m | 108 | 26,7% | 26,7% | 380 | 94,1% |
| 4. nevím | 24 | 5,9% | 5,9% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Modus | 1. méně než 50 m | (174) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 1.95545 | |
| Rozptyl | 0.933658 | |
| Směrodatná odchylka | 0.96626 | |
| Odhad rozptylu | 0.935975 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.967458 | |
| Min - Max | 1 – 4 | |
| Rozpětí | 3 | |

Tabulka č. 5 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při chůzi po schodech

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 34 | 8,4% | 8,4% | 34 | 8,4% |
| 2. trochu | 67 | 16,6% | 16,6% | 101 | 25,0% |
| 3. středně | 71 | 17,6% | 17,6% | 172 | 42,6% |
| 4. hodně | 68 | 16,8% | 16,8% | 240 | 59,4% |
| 5. maximálně | 164 | 40,6% | 40,6% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| Modus | 5. maximálně | (164) |
| Medián | 4 | |
| Průměr | 3.64604 | |
| Rozptyl | 1.87719 | |
| Směrodatná odchylka | 1.3701 | |
| Odhad rozptylu | 1.88185 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.3718 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 6 – Patro, do kterého zvládne respondent vyjít, aniž by se u něj bolest dolní končetiny/dolních končetin objevila

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. do 1. patra | 161 | 39,9% | 39,9% | 161 | 39,9% |
| 2. do 2. patra | 49 | 12,1% | 12,1% | 210 | 52,0% |
| 3. do 3. patra | 51 | 12,6% | 12,6% | 261 | 64,6% |
| 4. do 4. patra | 48 | 11,9% | 11,9% | 309 | 76,5% |
| 5. do 5. patra a více | 21 | 5,2% | 5,2% | 330 | 81,7% |
| 6. nevím | 74 | 18,3% | 18,3% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------------|--------------|
| Modus | 1. do 1. patra | (161) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.85396 | |
| Rozptyl | 3.66927 | |
| Směrodatná odchylka | 1.91553 | |
| Odhad rozptylu | 3.67837 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.91791 | |
| Min - Max | 1 – 6 | |
| Rozpětí | 5 | |

4.3.2.2 Nakupování

Tabulka č. 7 – Počet odložených nákupů v posledních 2 týdnech kvůli bolesti dolní končetiny/dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. 1 - 2krát | 138 | 34,2% | 34,2% | 138 | 34,2% |
| 2. 3 - 4krát | 127 | 31,4% | 31,4% | 265 | 65,6% |
| 3. 5 - 6krát | 12 | 3,0% | 3,0% | 277 | 68,6% |
| 4. více než 6 krát | 49 | 12,1% | 12,1% | 326 | 80,7% |
| 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | 78 | 19,3% | 19,3% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| Modus | 1. 1 – 2krát | (138) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.5099 | |
| Rozptyl | 2.33406 | |
| Směrodatná odchylka | 1.52776 | |
| Odhad rozptylu | 2.33985 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.52966 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 8 – Míra omezení schopnosti nakoupit bolesti dolní končetiny/dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 76 | 18,8% | 18,8% | 76 | 18,8% |
| 2. trochu | 92 | 22,8% | 22,8% | 168 | 41,6% |
| 3. středně | 55 | 13,6% | 13,6% | 223 | 55,2% |
| 4. hodně | 126 | 31,2% | 31,2% | 349 | 86,4% |
| 5. maximálně | 55 | 13,6% | 13,6% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| Modus | 4. hodně | (126) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.9802 | |
| Rozptyl | 1.83624 | |
| Směrodatná odchylka | 1.35508 | |
| Odhad rozptylu | 1.8408 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.35676 | |
| Min – Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 9 – Míra omezení schopnosti nést nákupní tašku bolestí dolní končetiny/dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 124 | 30,7% | 30,7% | 124 | 30,7% |
| 2. trochu | 83 | 20,5% | 20,5% | 207 | 51,2% |
| 3. středně | 49 | 12,1% | 12,1% | 256 | 63,4% |
| 4. hodně | 116 | 28,7% | 28,7% | 372 | 92,1% |
| 5. maximálně | 32 | 7,9% | 7,9% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------|--------------|
| Modus | 1. vůbec ne | (124) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.62624 | |
| Rozptyl | 1.89743 | |
| Směrodatná odchylka | 1.37747 | |
| Odhad rozptylu | 1.90214 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.37918 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

4.3.2.3 Sebeobsluha

Tabulka č. 10 – Míra omezení bolestí dolní končetiny/dolních končetin při sebeobsluze (např. vaření, oblékání atd.)

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 78 | 19,3% | 19,3% | 78 | 19,3% |
| 2. trochu | 114 | 28,2% | 28,2% | 192 | 47,5% |
| 3. středně | 145 | 35,9% | 35,9% | 337 | 83,4% |
| 4. hodně | 58 | 14,4% | 14,4% | 395 | 97,8% |
| 5. maximálně | 9 | 2,2% | 2,2% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (145) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.5198 | |
| Rozptyl | 1.05654 | |
| Směrodatná odchylka | 1.02788 | |
| Odhad rozptylu | 1.05916 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.02916 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 11 – Počet odkázání respondenta/tky v oblasti sebeobsluhy na rodinné příslušníky v posledních dvou týdnech, v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. 1 - 2krát | 114 | 28,2% | 28,2% | 114 | 28,2% |
| 2. 3 - 4krát | 71 | 17,6% | 17,6% | 185 | 45,8% |
| 3. 5 - 6krát | 61 | 15,1% | 15,1% | 246 | 60,9% |
| 4. více než 6krát | 65 | 16,1% | 16,1% | 311 | 77,0% |
| 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | 93 | 23,0% | 23,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| Modus | 1. 1 – 2krát | (114) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.88119 | |
| Rozptyl | 2.37202 | |
| Směrodatná odchylka | 1.54014 | |
| Odhad rozptylu | 2.37791 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.54205 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 12 – Počet odkázání respondenta/tky v oblasti sebeobsluhy na přátele v posledních dvou týdnech, v souvislosti s ischemickou chorobou dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNÁK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. 1 - 2krát | 92 | 22,8% | 22,8% | 92 | 22,8% |
| 2. 3 - 4krát | 43 | 10,6% | 10,6% | 135 | 33,4% |
| 3. 5 - 6krát | 91 | 22,5% | 22,5% | 226 | 55,9% |
| 4. více než 6krát | 31 | 7,7% | 7,7% | 257 | 63,6% |
| 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | 147 | 36,4% | 36,4% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | (147) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.24257 | |
| Rozptyl | 2.49066 | |
| Směrodatná odchylka | 1.57818 | |
| Odhad rozptylu | 2.49684 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.58014 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

4.3.2.4 Sociální kontakty

Tabulka č. 13 – Počet odložených návštěv rodiny či přátel kvůli bolesti dolní končetiny/dolních končetin v posledních dvou týdnech

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. 1 - 2krát | 100 | 24,8% | 24,8% | 100 | 24,8% |
| 2. 3 - 4krát | 73 | 18,1% | 18,1% | 173 | 42,8% |
| 3. 5 - 6krát | 71 | 17,6% | 17,6% | 244 | 60,4% |
| 4. více než 6 krát | 45 | 11,1% | 11,1% | 289 | 71,5% |
| 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | 115 | 28,5% | 28,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 5. v posledních dvou týdnech u mě tato situace nenastala | (115) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.00495 | |
| Rozptyl | 2.42077 | |
| Směrodatná odchylka | 1.55588 | |
| Odhad rozptylu | 2.42677 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.55781 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 14 – Míra omezení ischemickou chorobou dolních končetin v sociálním styku s rodinou

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 121 | 30,0% | 30,0% | 121 | 30,0% |
| 2. trochu | 107 | 26,5% | 26,5% | 228 | 56,4% |
| 3. středně | 100 | 24,8% | 24,8% | 328 | 81,2% |
| 4. hodně | 60 | 14,9% | 14,9% | 388 | 96,0% |
| 5. maximálně | 16 | 4,0% | 4,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------|--------------|
| Modus | 1. vůbec ne | (121) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.36386 | |
| Rozptyl | 1.36513 | |
| Směrodatná odchylka | 1.16839 | |
| Odhad rozptylu | 1.36852 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.16984 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 15 – Míra omezení ischemickou chorobou dolních končetin v sociálním styku s přáteli

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 110 | 27,2% | 27,2% | 110 | 27,2% |
| 2. trochu | 86 | 21,3% | 21,3% | 196 | 48,5% |
| 3. středně | 133 | 32,9% | 32,9% | 329 | 81,4% |
| 4. hodně | 53 | 13,1% | 13,1% | 382 | 94,6% |
| 5. maximálně | 22 | 5,4% | 5,4% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (133) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.48267 | |
| Rozptyl | 1.38336 | |
| Směrodatná odchylka | 1.17616 | |
| Odhad rozptylu | 1.3868 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.17762 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 16 – Míra ovlivnění sociálních rolí (např. roli otce či matky, babičky či dědečka) ischemickou chorobou dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 144 | 35,6% | 35,6% | 144 | 35,6% |
| 2. trochu | 131 | 32,4% | 32,4% | 275 | 68,1% |
| 3. středně | 94 | 23,3% | 23,3% | 369 | 91,3% |
| 4. hodně | 33 | 8,2% | 8,2% | 402 | 99,5% |
| 5. maximálně | 2 | 0,5% | 0,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------|--------------|
| Modus | 1. vůbec ne | (144) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.05446 | |
| Rozptyl | 0.957431 | |
| Směrodatná odchylka | 0.978484 | |
| Odhad rozptylu | 0.959806 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.979697 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

4.3.2.5 Psychosociální a emoční oblast

Tabulka č. 17 – Míra provinilosti při žádosti o pomoc druhých z důvodu onemocnění (ischemické choroby dolních končetin)

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 79 | 19,6% | 19,6% | 79 | 19,6% |
| 2. trochu | 102 | 25,2% | 25,2% | 181 | 44,8% |
| 3. středně | 106 | 26,2% | 26,2% | 287 | 71,0% |
| 4. hodně | 57 | 14,1% | 14,1% | 344 | 85,1% |
| 5. maximálně | 18 | 4,5% | 4,5% | 362 | 89,6% |
| 6. na pomoc druhých se obracet nemusím | 42 | 10,4% | 10,4% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (106) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.89851 | |
| Rozptyl | 2.2793 | |
| Směrodatná odchylka | 1.50974 | |
| Odhad rozptylu | 2.28496 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.51161 | |
| Min - Max | 1 – 6 | |
| Rozpětí | 5 | |

Tabulka č. 18 – Ovlivnění radosti ze života ischemickou chorobou dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 1. vůbec ne | 66 | 16,3% | 16,3% | 66 | 16,3% |
| 2. trochu | 74 | 18,3% | 18,3% | 140 | 34,7% |
| 3. středně | 92 | 22,8% | 22,8% | 232 | 57,4% |
| 4. hodně | 150 | 37,1% | 37,1% | 382 | 94,6% |
| 5. maximálně | 22 | 5,4% | 5,4% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| Modus | 4. hodně | (150) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.9703 | |
| Rozptyl | 1.42486 | |
| Směrodatná odchylka | 1.19368 | |
| Odhad rozptylu | 1.4284 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.19516 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 19 – Míra obav ze ztráty dolní končetiny z důvodu ischemické choroby dolních končetin

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 46 | 11,4% | 11,4% | 46 | 11,4% |
| 2. trochu | 63 | 15,6% | 15,6% | 109 | 27,0% |
| 3. středně | 94 | 23,3% | 23,3% | 203 | 50,2% |
| 4. hodně | 72 | 17,8% | 17,8% | 275 | 68,1% |
| 5. maximálně | 129 | 31,9% | 31,9% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|
| Modus | 5. maximálně | (129) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.43317 | |
| Rozptyl | 1.8792 | |
| Směrodatná odchylka | 1.37084 | |
| Odhad rozptylu | 1.88386 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 1.37254 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

4.3.3 Výsledky WHOQOL 100

Tabulka č. 1 – G1 Subjektivní hodnocení kvality života

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. velmi špatná | 0 | 0,0% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| 2. špatná | 141 | 34,9% | 34,9% | 141 | 34,9% |
| 3. ani špatná ani dobrá | 143 | 35,4% | 35,4% | 284 | 70,3% |
| 4. dobrá | 113 | 28,0% | 28,0% | 397 | 98,3% |
| 5. velmi dobrá | 7 | 1,7% | 1,7% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------|
| Modus | 3. ani špatná ani dobrá | (143) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.96535 | |
| Rozptyl | 0.696819 | |
| Směrodatná odchylka | 0.834757 | |
| Odhad rozptylu | 0.698548 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.835792 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 2 – G2 Spokojenost se subjektivní kvalitou života

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. velmi nespokojen/a | 4 | 1,0% | 1,0% | 4 | 1,0% |
| 2. nespokojen/a | 52 | 12,9% | 12,9% | 56 | 13,9% |
| 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | 238 | 58,9% | 58,9% | 294 | 72,8% |
| 4. spokojen/a | 98 | 24,3% | 24,3% | 392 | 97,0% |
| 5. velmi spokojen/a | 12 | 3,0% | 3,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | (238) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.15347 | |
| Rozptyl | 0.506151 | |
| Směrodatná odchylka | 0.711443 | |
| Odhad rozptylu | 0.507407 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.712325 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 3 – G3 Celková spokojenost se svým životem

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. velmi nespokojen/a | 0 | 0,0% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| 2. nespokojen/a | 20 | 5,0% | 5,0% | 20 | 5,0% |
| 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | 220 | 54,5% | 54,5% | 240 | 59,4% |
| 4. spokojen/a | 131 | 32,4% | 32,4% | 371 | 91,8% |
| 5. velmi spokojen/a | 33 | 8,2% | 8,2% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | (220) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.43812 | |
| Rozptyl | 0.508547 | |
| Směrodatná odchylka | 0.713125 | |
| Odhad rozptylu | 0.509809 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.714009 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 4 – G 4 Celková spokojenost se svým zdravím

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. velmi nespokojen/a | 22 | 5,4% | 5,4% | 22 | 5,4% |
| 2. nespokojen/a | 209 | 51,7% | 51,7% | 231 | 57,2% |
| 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | 102 | 25,2% | 25,2% | 333 | 82,4% |
| 4. spokojen/a | 69 | 17,1% | 17,1% | 402 | 99,5% |
| 5. velmi spokojen/a | 2 | 0,5% | 0,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|------------------------|--------------|
| Modus | 2. nespokojen/a | (209) |
| Medián | 2 | |
| Průměr | 2.55446 | |
| Rozptyl | 0.727233 | |
| Směrodatná odchylka | 0.852779 | |
| Odhad rozptylu | 0.729037 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.853837 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 5 – F 1.1 Četnost bolestí

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. nikdy | 4 | 1,0% | 1,0% | 4 | 1,0% |
| 2. někdy | 79 | 19,6% | 19,6% | 83 | 20,5% |
| 3. středně | 118 | 29,2% | 29,2% | 201 | 49,8% |
| 4. celkem často | 192 | 47,5% | 47,5% | 393 | 97,3% |
| 5. neustále | 11 | 2,7% | 2,7% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|------------------------|--------------|
| Modus | 4. celkem často | (192) |
| Medián | 4 | |
| Průměr | 3.31436 | |
| Rozptyl | 0.720487 | |
| Směrodatná odchylka | 0.848815 | |
| Odhad rozptylu | 0.722275 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.849868 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 6 – F 1.2 Míra znepokojení bolestí nebo nepříjemnými pocity

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 8 | 2,0% | 2,0% | 8 | 2,0% |
| 2. trochu | 106 | 26,2% | 26,2% | 114 | 28,2% |
| 3. středně | 157 | 38,9% | 38,9% | 271 | 67,1% |
| 4. hodně | 128 | 31,7% | 31,7% | 399 | 98,8% |
| 5. maximálně | 5 | 1,2% | 1,2% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (157) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.0396 | |
| Rozptyl | 0.706352 | |
| Směrodatná odchylka | 0.840448 | |
| Odhad rozptylu | 0.708105 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.84149 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 7 – F 1.3 Obtížnost zvládnání bolesti nebo nepříjemných pocitů

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 7 | 1,7% | 1,7% | 7 | 1,7% |
| 2. trochu | 83 | 20,5% | 20,5% | 90 | 22,3% |
| 3. středně | 183 | 45,3% | 45,3% | 273 | 67,6% |
| 4. hodně | 125 | 30,9% | 30,9% | 398 | 98,5% |
| 5. maximálně | 6 | 1,5% | 1,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CENTRUM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (183) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.09901 | |
| Rozptyl | 0.633761 | |
| Směrodatná odchylka | 0.796091 | |
| Odhad rozptylu | 0.635334 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.797078 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 8 – F 1.4 Míra omezení provádění potřebných činností bolestí

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 24 | 5,9% | 5,9% | 24 | 5,9% |
| 2. trochu | 79 | 19,6% | 19,6% | 103 | 25,5% |
| 3. středně | 126 | 31,2% | 31,2% | 229 | 56,7% |
| 4. hodně | 167 | 41,3% | 41,3% | 396 | 98,0% |
| 5. maximálně | 8 | 2,0% | 2,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| Modus | 4. hodně | (167) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.13861 | |
| Rozptyl | 0.906529 | |
| Směrodatná odchylka | 0.952118 | |
| Odhad rozptylu | 0.908778 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.953299 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 9 – F 10.1 Míra schopnosti provádění každodenních činností

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 1 | 0,2% | 0,2% | 1 | 0,2% |
| 2. spíše ne | 163 | 40,3% | 40,3% | 164 | 40,6% |
| 3. středně | 145 | 35,9% | 35,9% | 309 | 76,5% |
| 4. většinou ano | 83 | 20,5% | 20,5% | 392 | 97,0% |
| 5. zcela | 12 | 3,0% | 3,0% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|--------------------|--------------|
| Modus | 2. spíše ne | (163) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.85644 | |
| Rozptyl | 0.717013 | |
| Směrodatná odchylka | 0.846766 | |
| Odhad rozptylu | 0.718792 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.847816 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 10 – F 10.2 Míra omezení při vykonávání každodenních činností

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. vůbec ne | 47 | 11,6% | 11,6% | 47 | 11,6% |
| 2. trochu | 87 | 21,5% | 21,5% | 134 | 33,2% |
| 3. středně | 161 | 39,9% | 39,9% | 295 | 73,0% |
| 4. hodně | 103 | 25,5% | 25,5% | 398 | 98,5% |
| 5. maximálně | 6 | 1,5% | 1,5% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| Modus | 3. středně | (161) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 2.83663 | |
| Rozptyl | 0.968361 | |
| Směrodatná odchylka | 0.984053 | |
| Odhad rozptylu | 0.970764 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.985273 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 11 – F 10.3 Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1. velmi nespokojen/a | 0 | 0,0% | 0,0% | 0 | 0,0% |
| 2. nespokojen/a | 86 | 21,3% | 21,3% | 86 | 21,3% |
| 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | 221 | 54,7% | 54,7% | 307 | 76,0% |
| 4. spokojen/a | 90 | 22,3% | 22,3% | 397 | 98,3% |
| 5. velmi spokojen/a | 7 | 1,7% | 1,7% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|---|--------------|
| Modus | 3. ani spokojen/a ani nespokojen/a | (221) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.04455 | |
| Rozptyl | 0.502965 | |
| Směrodatná odchylka | 0.709201 | |
| Odhad rozptylu | 0.504213 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.71008 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

Tabulka č. 12 – F 10.4 Míra obtěžování případných omezení při provádění každodenních činností

Počet dotazníků: 404

Počet validních dotazníků: 404

| ZNAK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ | KUMULATIVNÍ SOUČTY | KUMULATIVNÍ SOUČTY RELATIVNÍ |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------|
| 1. vůbec ne | 28 | 6,9% | 6,9% | 28 | 6,9% |
| 2. trochu | 75 | 18,6% | 18,6% | 103 | 25,5% |
| 3. středně | 111 | 27,5% | 27,5% | 214 | 53,0% |
| 4. hodně | 179 | 44,3% | 44,3% | 393 | 97,3% |
| 5. maximálně | 11 | 2,7% | 2,7% | 404 | 100,0% |
| neodpovědělo | 0 | 0,0% | 0,0% | 404 | 100,0% |
| CELKEM | 404 | 100,0% | 100,0% | 404 | 100,0% |

| | | |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| Modus | 4. hodně | (179) |
| Medián | 3 | |
| Průměr | 3.17327 | |
| Rozptyl | 0.98483 | |
| Směrodatná odchylka | 0.992386 | |
| Odhad rozptylu | 0.987274 | |
| Odhad směrodatné odchylky | 0.993616 | |
| Min - Max | 1 – 5 | |
| Rozpětí | 4 | |

5 DISKUZE

Jak již bylo v metodice zmíněno, statistikem zvolené parametry výběrového souboru vycházely z informací získaných dostupnou literaturou o prevalenci ischemické choroby dolních končetin. Tato literatura uvádí, že prevalence ischemické choroby dolních končetin je v populaci ve věku nad 50 let v rozmezí 3–10 % s nárůstem k 15–20 % u osob starších 70 let a také že ve věku nad 80 let má nález nedokrevnosti dolních končetin každý druhý obyvatel České Republiky (Karetová, 2011; Roztočil, 2011; Seifert, 2009). Statistik dle těchto zdrojů stanovil počet respondentů v určitém věkovém rozmezí a tyto podmínky byly stanoveny pro reprezentativnost výběrového souboru z hlediska věku (viz tabulka Struktura základního a výběrového souboru). V materiálu od Roztočila najdeme informaci, že v mladších věkových kategoriích je více případů výskytu ischemické choroby dolních končetin u mužů a ve věku nad 60 let se výskyt u obou pohlaví v podstatě rovná (Roztočil, 2011). Konstrukce našeho výběrového souboru byla z hlediska pohlaví ponechána náhodnému výběru. Výzkumného šetření se tak účastnilo 195 mužů a 209 žen. Tyto hodnoty však nepotvrzují ani nevyvrací informace získané z dostupné literatury, mohou být pouze známkou toho, že ženy byly k vyplňování dotazníku o něco málo vstřícnější než muži (viz tabulka č. 1 Struktura výběrového souboru dle pohlaví). Respondenti vyplňovali také další identifikační otázky. Výsledky těchto ukazatelů samozřejmě nemají žádnou přímou souvislost s výskytem onemocnění u nemocných s určitým vzděláním, rodinným stavem či místem pobytu, ale slouží nám pouze jako ukázka rozmanitosti výběrového souboru. Všimnout si tak můžeme toho, že celková struktura výzkumného souboru byla opravdu různorodá, zahrnující respondenty všech stupňů vzdělání, všech rodinných stavů a zahrnující i všechny kraje České republiky (viz tabulky 3, 4, 5 Struktura výběrového souboru).

Hypotéza 1 zní H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest. Hypotéza byla posuzována otázkami standardizovaných dotazníků EQ-5D-5L a WHOQOL 100 a pak také nestandardizovanými otázkami specifického dotazníku. V grafu č. 4 standardizovaného dotazníku EQ-5D-5L je zřejmé, že pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin

opravdu bolest pociťují, tato otázka byla konkrétně zaměřena na intenzitu bolesti a 133 respondentů uvedlo, že pociťuje střední bolesti či obtíže a stejný počet respondentů pociťuje silné bolesti či obtíže. Celkem intenzitu bolesti ohodnotilo 94,6 procent respondentů, zbytek respondentů uvedlo, že nemá bolesti či obtíže (viz graf 4 Bolesti a obtíže). Na četnost bolesti se soustředil graf č. 5 Četnost bolesti standardizovaného dotazníku WHOQOL, ve kterém nás může překvapit skutečnost, že více než polovina respondentů, respektive 203, s ischemickou chorobou dolních končetin pociťuje bolest celkem často či neustále, středně často jí trpí 118 respondentů a pouze 78 respondentů uvedlo četnost bolesti někdy či nikdy. Karetová pak zmiňuje bolest jako klasický symptom při intermitentní klaudikaci, přičemž intermitentní klaudikace je projevem nedokrevnosti ischemie svalu vznikající jeho zatížením. Charakteristický je projev klaudikace jako trvalé, zatížením vznikající svíravé či křečovité bolesti v určité svalové skupině, která se neúnosně zvětšuje s pokračující námahou. Karetová také uvádí, že pokud je nemocný v období zátěže, nemá pak dny bez bolesti (Karetová, 2011). Další grafy dotazníku WHOQOL 100 z facety bolest pak ukazují, jak bolest znepokojuje nemocné, jak obtížné je pro ně zvládnutí bolesti a jak moc je bolest omezuje v činnostech, které potřebují dělat. Celkový souhrn facety bolest poskytuje dostatečně názorné informace o tom, že bolest patří mezi faktory významně ovlivňující kvalitu života nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin (viz tabulka č. 2 Bolest a nepříjemné pocity). Klener považuje dotaz na bolest za základní anamnestickou informaci, ať už bolest námahovou, klidovou nebo klaudikační. Tvrdí, že u bolesti je nutné hodnotit nejen její charakter, výskyt v časovém horizontu, ale také její lokalizaci a přítomnost úlevové polohy (Klener, 2011). Ve specifickém dotazníku jsme se nemocných ptali, jak často se u nich v posledních dvou týdnech vyskytla bolest dolní končetiny či dolních končetin při chůzi. Výsledek je opravdu velmi působivý, 157 respondentů totiž uvedlo nejvyšší hodnotu, tedy že bolest pociťovali více než 6 krát. Z uvedených informací lze vznést předpoklad, že bolest dolních končetin při chůzi trápí tyto nemocné téměř každý den, popřípadě ob den, tak jak uvedla výše zmíněná Karetová. Pouze 3% respondentů bolest v posledních dvou týdnech

nepocítala. Z výše probraných dat můžeme první hypotézu potvrdit. Tedy **H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest – potvrzujeme.**

Na druhou hypotézu H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu, jsme opět využili dotazníku EQ-5D-5L, který obsahuje otázku přímo zaměřenou na pohyblivost, kdy nemocní uvádějí, jak obtížná je pro ně chůze. Z výsledků jsme se dozvěděli, že 12 respondentů nemůže chodit vůbec, 157 respondentů má závažné potíže s chůzí, 104 respondentů má střední potíže s chůzí a 62 respondentů má mírné obtíže s chůzí. Celkem tedy udává potíže s chůzí jakékoli intenzity 335 respondentů, což činí 84,9% respondentů. K podobnému výsledku stejné otázky dotazníku EQ-5D-5L došel výzkumný tým z Hradce Králové, kdy obtíže při pohybu uvedlo 83% respondentů, tyto obtíže tak Slováček označil za dominující problémy u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin (Slováček, 2008). I nám se problémy s pohyblivostí ukázaly jako nejzávažnější, nemocní s touto chorobou je označili nejčastěji (viz tabulka č. 1 Závažnost problémů v jednotlivých oblastech). Z uvedené tabulky také vyplývá, že s problémy s pohyblivostí jdou ruku v ruce i bolesti či obtíže s ní spojené. Lze předpokládat, že problémy v oblasti pohybu jsou zapříčiněné bolestí, tedy jedním z hlavních příznaků ischemické choroby dolních končetin. Na otázky zaměřené na oblast pohybu jsme se soustředili především v nestandardizovaném dotazníku, kde jsme se ptali na míru omezení chůze bolestí dolní končetiny či končetin po bytě, po rovině či po schodech (viz graf č. 2, 3, 5 Míra omezení bolestí). Získali jsme tak například informaci o tom, že při chůzi po bytě není vůbec omezena pouze necelá čtvrtina respondentů, zbylé $\frac{3}{4}$ respondentů uvedly hodnoty trochu, středně, hodně či maximálně. Ovšem vzhledem k poměrně velkému množství respondentů (164), kteří zvolili možnost trochu, můžeme říci, že chůze po bytě omezuje nemocné méně, než například chůze po rovině. Po rovině totiž respondenti sice ve 155 případech uvedli jen mírné omezení a ve 123 případech omezení střední, ale v následující otázce se ukázalo, že 173 respondentů (43,1%) ujde po rovině do objevení bolesti dolní končetiny/dolních končetin méně než 50 metrů. Nejdelsí možnou vzdálenost, tedy více než 200 metrů pak ujde bez bolesti 108 respondentů (viz graf č. 4 Počet metrů).

Vzdálenosti, na které jsme se v této otázce zaměřili, byly stanoveny podle v Evropě užívané klasifikace ischemické choroby dolních končetin dle Rutherforda Fontaina, který právě podle klaudikační vzdálenosti stanovil čtyři základní stadia této choroby a to stádium asymptomatické, klaudikační, stádium klidových ischemických bolestí a trofických lézí, ulcerací nebo gangrény (Karetová, 2011). Nám však nestačila pouze informace o obtížnosti chůze po bytě a po rovině, ale také nás zajímalo, jak obtížná je pro nemocné chůze po schodech. Tato činnost je totiž mnohdy náročná jistě pro každého z nás, natož když má jedinec takovéto bolesti pohyb limitující onemocnění. Náš předpoklad nás nezklamal a ukázalo se, že žádné obtíže při chůzi po schodech nepociťuje pouze 34 respondentů, tedy 8,4%, zatímco velké a maximální omezení v chůzi po schodech uvedlo 172 respondentů (57,4%). První patro, jako vzdálenost, kterou dokážou námi oslovení nemocní vyjít bez bolesti, uvedlo 161 respondentů, dalších 74 respondentů udalo, že neví, do jakého patra vyjdou bez bolesti. Zde však můžeme předpokládat, že tato pohybová aktivita je pro nemocné natolik obtížná, že se o chůzi po schodech raději ani nepokoušejí, popřípadě že žijí v prostředí, kde nemají možnost pokusit se zdolat několika patrovou budovu, aby zjistili, kolik pater vyjdou do objevení bolesti (viz graf č. 6 Patro, do kterého zvládne respondent/ka vyjít). Data o chůzi po schodech či dokonce konkrétním množství pater, které by nemocní byli schopni vyjít, se nevyskytují v žádných dostupných a námi prostudovaných materiálech. Dle zjištěných informací můžeme potvrdit i druhou hypotézu. **H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu – potvrzujeme.**

Omezení v sociální oblasti jsou dalším zdrojem našich předpokladů. Jako třetí jsme stanovili H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti. Slováček uvádí informaci, že chronické onemocnění jako je ischemická choroba dolních končetin, vystavuje nemocného permanentnímu stresu, kterému musí čelit a snažit se tento stres zvládat. Dále tvrdí, že tato choroba pak může nemocné stigmatizovat, obzvláště pokud mají stádium III a IV dle Fontaina, a také že u takto chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité změny v chování. Tyto změny se projevily nejen v prožívání této chronickou nemocí ovlivněné situace, ale také v oblasti sociálního života, především v jejich vztahu a jednání s druhými lidmi (Slováček, 2006). Proto jsme se rozhodli tento

výrok blíže prozkoumat. Zjistili jsme, že respondenti našeho výzkumného šetření se častěji spoléhají v oblasti sebeobsluhy na své rodinné příslušníky, než na své přátele (viz graf č. 11 a 12 Počet odkázání respondenta/tky v oblasti sebeobsluhy). Přičemž na rodinné příslušníky se v posledních dvou týdnech s prosbou pomoci obrátilo minimálně jednou 311 respondentů, tedy 77% a na přátele 257 respondentů, tedy 73,6%. Ischemická choroba dolních končetin a její dopad na sociální zařazení jedince, je znát i v počtu návštěv rodiny či přátel, které respondenti v posledních dvou týdnech odložili kvůli bolesti dolních končetin, 289 respondentů (71,6%) totiž uvedlo minimálně jeden takovýto případ (viz graf č. 13 Počet odložených návštěv). Hned následující grafy ukazují údaje o tom, jak moc omezuje ischemická choroba dolních končetin respondenty v sociálním styku s rodinou či přáteli. Lze z nich vyčíst, že více než sociální styk s rodinou je pro nemocné omezující tato choroba v sociálním styku s přáteli (viz graf č. 14 a 15 Míra omezení ICHDK v sociálním styku). Taková data si můžeme spojit s vysokým věkem některých respondentů a skutečností, že jejich přátelé bývají v podobném věku a mohou mít také své zdravotní či jiné potíže. Zatímco jak se ukázalo, rodinní příslušníci mohou být nemocným oporou v oblasti sebeobsluhy, tedy především v oblasti nakupování. Jak se také ukázalo, pokud jsou nemocní nuceni obrátit se na pomoc druhých, cítí se provinile. Pocity provinění v takovémto případě uvedlo v jakékoli míře 283 respondentů, tedy 70% (viz graf č. 17 Míra provinilosti). Kromě vlivu choroby na sociální styk s rodinou či přáteli jsme se zaměřili i na ovlivnění sociálních rolí, jako je role matky, otce, babičky či dědečka. Zjistili jsme, že 275 respondentů (68%) vliv choroby na sociální role nepociťuje vůbec či jen v malé míře (viz graf č. 16 Míra ovlivnění sociálních rolí). Ze získaných informací můžeme třetí hypotézu také potvrdit. **H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti – potvrzujeme.**

Bulvas uvádí, že počet nemocných s netraumatickou amputací končetiny je odhadem stanoven na 300 z 1 milionu obyvatel, což znamená přibližně 3000 amputací ročně připadajících na Českou republiku (Bulvas, 2009). Díky této informaci a velkému riziku ztráty končetiny právě z důvodu ischemické choroby dolních končetin jsme se chtěli zeptat se na psychický stav nemocných právě v této oblasti a rozhodli jsme

se pro formulaci čtvrté hypotézy. H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti. K vyhodnocení psychického stavu nemocných slouží otázka standardizovaného dotazníku EQ-5D-5L zaměřená na úzkosti a deprese. Z grafu č. 5 Úzkost a deprese můžeme zcela názorně vyhodnotit, že 241 (59,7%) respondentů uvedlo, že úzkostmi ani depresemi netrpí vůbec nebo pouze mírně a extrémní úzkosti či deprese mají pouze 4 respondenti. Střední hodnoty uvedlo 98 respondentů (24,3%) a v této hodnotě se významně liší naše poznatky s daty výzkumného týmu z Hradce Králové, protože Slováček uvádí, že středně závažnými úzkostmi či depresemi trpí 63,3% nemocných (Slováček, 2008). Také celkové hodnocení závažnosti problémů v jednotlivých oblastech EQ-5D-5L ukazuje, že problémy s úzkostí či depresemi jsou pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin nejméně závažné (viz tabulka č.1 Závažnost problémů). Ke zjištění vlivu nemoci na radost ze života jsme využili možností nestandardizovaného dotazníku. Míra středních hodnot odpovědí naznačuje převažující střední až značný vliv na pocit radosti ze života ovlivněný chorobou. Takto lze soudit z počtu 177 respondentů (42,6%), kteří uvedli, že toto onemocnění ovlivňuje jejich radost ze života hodně či maximálně a dalších 92 (22,8%) respondentů zvolilo odpověď středně (viz graf č. 18 Ovlivnění radosti). Posledním ukazatelem, díky kterému můžeme čtvrtou hypotézu potvrdit, je graf č. 19 Míra obav ze ztráty dolní končetiny. Tato otázka byla zařazena až na konec velmi dlouhého a náročného dotazníku a možná z tohoto důvodu byla nemocnými vnímána dramatičtěji, než kdybychom ji zařadili na začátek. Uvědomění si všech obtíží a oblastí, kterých se ischemická choroba dolních končetin dotýká, mohlo ovlivnit odpověď respondentů. Hodnoty obav ze ztráty končetiny se totiž ukázaly být opravdu vysoké. Téměř třetina respondentů, konkrétně 124, uvedlo, že jejich obavy jsou maximální, dalších 72 respondentů se bojí o svou končetinu hodně a 94 pociťuje obavy středně. Významnost obav nemocných ze ztráty dolní končetiny je tedy značná a **H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti – potvrzujeme.**

Gurková uvádí, že kvalitu života jedince lze formulovat především jako subjektivní fenomén a že zdravotní stav neznamena objektívni kvalitu života, ale pouze prediktor kvality života (Gurková, 2011). Pátá hypotéza tedy zní H5: Pacienti s ICHDK vnímají

svou kvalitu života jako špatnou. Tuto hypotézu jsme vyhodnotili celou facetou standardizovaného sebesuzovacího dotazníku WHOQOL 100, obsahující čtyři otázky. Graf č. 1 Subjektivní hodnocení kvality života ukázal dle aritmetického průměru mírně negativní pohled respondentů, kdy modus i medián mají hodnotu 3, tedy odpověď, že subjektivní kvalitu života nevnímají respondenti ani špatně, ani dobře. Hned následující graf č. 2 Spokojenost se subjektivní kvalitou života nás opět utvrdí v oblíbenosti výběru středních hodnot respondenty, 238 respondentů (58,8%) totiž uvedlo, že se svou subjektivní kvalitou života nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Opět neutrální hodnocení, tedy ani spokojenost, ani nespokojenost, v celkové spokojenosti se svým životem uvedlo 220 respondentů (54,4%). Pak zde ale mírně převažuje pozitivní hodnocení, 164 respondentů (40,6%) je se svým životem spokojeno až velmi spokojeno (viz graf č. 3 Celková spokojenost se svým životem). Posledním ukazatelem je hodnocení vlastního zdraví, kde naopak převažuje hodnocení negativní (viz graf č. 4 Celková spokojenost se svým zdravím). Celou facetu můžeme zhodnotit dle tabulky č.1 Celková kvalita života a zdraví, která ukazuje, že respondenti nejpozitivněji hodnotí svou celkovou spokojenost se životem. Naopak nejméně spokojeni jsou s vlastním zdravím. Zde se můžeme vrátit ke Gurkové, která subjektivní percepci zdravotního stavu považuje za jeden z mnohých indikátorů konstruktů kvality života (Gurková, 2011). S takovýmto výrokem nelze nesouhlasit, jak nám potvrdily i výsledky našeho výzkumného šetření, které ukázaly, že přestože nemocní negativně hodnotí svůj zdravotní stav, subjektivní hodnocení kvality života či spokojenosti se svým životem je více méně neutrální. **H5: Pacienti s ICHDK vnímají svou kvalitu života jako špatnou – nepotvrzujeme.**

Poslední hypotézu jsme zaměřili na oblast běžných denních činností. H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních činností. Pomocí testování dotazníkem EQ-5D-5L jsme zjistili, že žádné potíže s mytím či oblékáním nemá 116 respondentů, tedy 28,8%. Dalších 287 respondentů pociťuje obtíže mírné, střední či závažné. A jeden respondent uvedl, že není vůbec schopen se sám umýt či obléct (viz graf č. 2 Sebeobsluha). S vykonáváním obvyklých činností, kam zařazujeme práci, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti, mají respondenti větší obtíže

než se sebeobsluhou. S vykonáváním svých obvyklých činností má obtíže 337 respondentů, tedy 83,4% (viz graf č. 3 Vykonávání obvyklých činností). V souhrnné tabulce č. 1 Závažnost problémů dotazníku EQ-5D-5L jsou tyto činnosti zařazeny na třetím místě hned za problémy s pohyblivostí a bolestí. Námi zjištěné informace se opět liší od výzkumného šetření, které probíhalo v Hradci Králové. Slováček uvádí, že problémy s vykonáváním obvyklých činností má pouze 66,7% respondentů. V nestandardizovaném dotazníku jsme se také zaměřili na sebeobslužné činnosti, konkrétně na to, jak moc omezuje bolest dolní končetiny nemocného při sebeobsluze. Zjistili jsme, že 192 respondentů (47,5%) nepocítuje žádné či jen mírné omezení a dalších 145 respondentů tyto obtíže hodnotí jako střední. Zajímalo nás také, jestli mají nemocní s ischemickou chorobou dolních končetin problémy s nakupováním a schopností nést nákupní tašku. Napadlo nás totiž, že když časté obtíže nemocných tvoří bolest a problémy v oblasti chůze, tak nákup by mohl také činit nemocným potíže. Jak jsme předpokládali, tak se také ukázalo. Alespoň jednou muselo nákup v posledních dvou týdnech odložit 326 respondentů, tedy i pro nás překvapivých 80,7% (viz graf č. 7 Počet odložených nákupů). Bolest dolní končetiny omezuje schopnost jít nakoupit u 328 respondentů, tedy 81,2%, a to v intenzitě od trochu, po maximálně (viz graf č. 8 Míra omezení schopnosti nakoupit). Zato schopnost nést nákupní tašku je pro nemocné omezující o trochu méně, problémy v této oblasti uvedlo 250 respondentů, tedy 69,2%.

H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních – potvrzujeme.

Gurková uvádí, že kvalita života by měla představovat dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče, nejen v oblasti fyzické, ale především v podpoře návratu nemocných do běžného života, zvládnutí denních aktivit a využívání zdrojů sociální opory. Proto může být zjištění vlivu onemocnění na oblasti života nemocného východiskem pro plánování intervencí (Gurková, 2011). S názorem, že péče založená na tradici, rutině, klinické intuici a odborné autoritě k péči je dnes již překonaná a musíme se snažit do praxe přivádět aktuální trendy uplatňování principů praxe a ošetrovatelství založené na důkazech a výsledcích výzkumů, nelze než souhlasit a my budeme doufat, že tato práce by v takovémto ošetrovatelství nové doby mohla být využita.

6 ZÁVĚR

Jak již bylo několikrát zmíněno, ischemická choroba dolních končetin je onemocnění ovlivňující a omezující nemocné v mnoha oblastech. Znalosti jsou zcela klíčové pro efektivní vykonávání ošetrovatelské profese. Pro možnosti prevence je nutné znát rizikové faktory a příčiny tohoto onemocnění, pro diagnostiku a zjišťování stádia onemocnění je zase důležitá znalost klinického obrazu a pro ovlivnění kvality života pozitivním směrem je významná správně nastavená léčba. Vícedimenzionální měřítko ke komplexnějšímu posouzení zdravotního stavu nemocného se stává trendem moderní klinické medicíny, v ošetrovatelství je však holistické pojetí více zažité a již standardně aplikované. Právě výzkum kvality života a posuzování jejích aspektů je tímto komplexním pojetím jedince. Díky výzkumu pak mohou být integrovány vědecké důkazy ulehčující rozhodování.

Cílem práce bylo zjistit, v jakých oblastech ovlivňuje ischemická choroba dolních končetin kvalitu života. Zaměřili jsme se především na subjektivní vnímání dopadu onemocnění na kvalitu života nemocných.

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvantitativního výzkumu s využitím standardizovaných dotazníků EQ-5D-5L, WHOQOL 100 a nestandardizovaných doplňkových specifických otázek pro nemocné s ischemickou chorobou dolních končetin.

Na základě výsledků šetření jsme vyhodnotili stanovené hypotézy takto:

- H1: Pacienti s ICHDK pociťují bolest – potvrzujeme
- H2: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti pohybu – potvrzujeme
- H3: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v sociální oblasti – potvrzujeme
- H4: Pacienti s ICHDK pociťují obavy ze své budoucnosti – potvrzujeme
- H5: Pacienti s ICHDK vnímají svou kvalitu života jako špatnou – nepotvrzujeme
- H6: Pacienti s ICHDK jsou omezeni v oblasti běžných denních činností – potvrzujeme

Informace o omezeních nemocných v různých oblastech jejich života a jejich potřebách z toho plynoucích jsou zcela zásadní nejen pro lékaře a celý multidisciplinární tým, ale také především pro sestry. Zjištěná data mohou významně

ovlivnit poskytování profesionální ošetrovatelské péče a především přispět k jejímu zkvalitnění. Výsledky výzkumného šetření mohou totiž sloužit jako vizualizace a souhrn oblastí, na které by se sestry měly zaměřit při poskytování komplexní ošetrovatelské péče nemocným s ischemickou chorobou dolních končetin. Mohou také v praxi usnadnit výběr efektivní intervence a zlepšit komunikaci s pacientem, především díky získaným znalostem a velké míře empatie.

Výsledky práce také upozornily na zatím experimentální výzkumy v této oblasti, které by v České Republice mohly být v budoucnosti dále rozšířeny o specifické standardizované dotazníky a mohly by nahradit nestandardizovaný doplňkový dotazník vytvořený výzkumným týmem grantového projektu číslo 120/2012/S „Odraz kvality života v ošetrovatelství“.

Výsledky výzkumného šetření budou publikovány v odborných časopisech a prezentovány na konferencích. Možné je také využít tuto práci jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelství.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALVARO ALONSO, David McManus. *Peripheral vascular disease*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers, 2011, 204 p. ISBN 978-076-3755-386.

GOROLL, Allan H a Albert G MULLEY. *Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, 2009, 1613 p. ISBN 07-817-7513-2.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, č. 12, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

BROULÍKOVÁ, Alena. Cévní komplikace u osob s diabetes mellitus. *Postgraduální medicína*. 2010, č. 1. ISSN 1212-4184.

BULVAS, Miroslav. Doporučení pro diagnostiku a léčbu ischemické choroby dolních končetin. *Cor et Vasa*. 2009, roč. 51, č. 2, s. 145 - 163. ISSN 0010-8650.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-802-4735-573.

ČERTÍK, Bohuslav. *Akutní končetinová ischemie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 147 s. ISBN 80-247-0624-5.

ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010, 855 s. ISBN 978-807-3874-230.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 92 s. ISBN 80-85121-82-4

DUBSKÝ, Michal. Perspektivy terapie kmenovými buňkami u syndromu diabetické nohy. *Bulletin HPB*. 2008, roč. 16, č. 4, s. 80-82. ISSN 1210-6755.

FEJFAROVÁ, Vladimíra a Alexandra JIRKOVSKÁ. Ischemická choroba dolních končetin u pacientů s diabetes mellitus. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 2, s. 169-175. ISSN: 1212-4184.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736-259.

HELÁNOVÁ, Martina. V Ostravě vzniká biotechnologické centrum za miliardu Kč. *České noviny: Zpravodajský server ČTK* [online]. 2013 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-ostrove-vznika-biotechnologicke-centrum-za-miliardu-kc/915731>

HOEKS, Sanne E., Kim G. SMOLDEREN, Wilma JM SCHOLTE OP REIMER, Proto JM VERHAGEN, John A. SPERTUS a Don POLDERMANS. Clinical validity of a disease-specific health status questionnaire: The PeripheralArtery Questionnaire. *Journal of Vascular Surgery*. 2009, vol. 49, is. 2, p. 371-377. ISSN 0741-5214.

HOLÝ, Jiří, Martin HOLÝ, Zsolt KECZKEMETHY, Kamila NOVÁKOVÁ a Pavel HAVRÁNEK. Farmakoterapie chronických forem ischemické choroby dolních končetin podle současných doporučení. *Via practica*. 2012, č. 3, s. 102 - 105. ISSN 1336-4790.

CHOCHOLA, Miroslav. Ischemická choroba dolních končetin. *Medicina pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 172 - 173. ISSN 1214-8687.

JAIN, Kewal K. *Applications of biotechnology in cardiovascular therapeutics*. New York: Humana Press, 2011, 350 p. ISBN 978-161-7792-403.

KARETOVÁ, Debora, Karel ROZTOČIL a Otto HERBER. *Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011, 12 s. ISBN 978-80-86998-43-5.

KARETOVÁ, Debora, Michaela INGRISCHOVÁ a Jana VOJTÍŠKOVÁ. Ischemická choroba dolních končetin – marker celkového kardiovaskulárního rizika. *Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. 2008, roč. 7, č. 2, s. 9 - 13. ISSN 1213-8711.

KARETOVÁ, Debora, Michaela INGRISCHOVÁ a Jana VOJTÍŠKOVÁ. MOET – Projekt časně detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie. *Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. 2008, roč. 7, č. 7, s. 10 - 14. ISSN 1213-8711.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 1174 s. ISBN 978-80-246-1986-6.

KONEČNÁ, Lenka. Pacient a ischemická choroba dolních končetin. *Sestra*. 2006, č. 11, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

KRAJÍČEK, Milan, Jan H. PEREGRIN, Miloslav ROČEK a Pavel ŠEBESTA. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.

LOVELL, Marge, Kathryn MYERS, Thomas L. FORBES, George DRESSER a Ed WEISS. Peripheral arterial disease: Application of the Chronic Care Model. *Journal of Vascular Nursing*. 2011, vol. 29, is. 4, p. 147-152. ISSN 1062-0303.

LYDEN, Sean P. a H. Bob SMOUSE. TASC II and the Endovascular Management of Infrainguinal Disease. *Journal of Endovascular Therapy*. 2009, vol. 16, SupplementII, II5-III18. DOI: 10.1583/08-2659.1. Dostupné z: <http://jevtonline.org/doi/abs/10.1583/08-2659.1>

MADĚROVÁ, Eva. Současný stav diagnostiky a léčby ischemické choroby dolních končetin. *Kardiologická revue*. 2008, roč. 10, č. 4. ISSN 1212-4540.

MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 777 s. ISBN 978-802-4726-397.

MOHLER, Emile R a Michael R JAFF. *Peripheral arterial disease*. Philadelphia: American College of Physicians, 2008, 150 p. ISBN 19-305-1396-8.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005, 150 s. ISBN 978-802-4712-116.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.

PEREGRIN, Jan H et al. Perkutánní transluminální angioplastika tepen dolních končetin. *Postgraduální medicína*. 2008, č. 2. ISSN 1212-4184.

ROZTOČIL, Karel. Angiologie - ischemická choroba dolních končetin. *Angis Revue: odborný pohled do světa lékařů* [online]. 2011 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: http://www.angis.cz/angis_revue/ar_clanek.php?CID=228

RUČKA, David, Jean Claude LUBANDA, Miroslav CHOCHOLA a Debora Karetová. Akutní ischemie dolních končetin. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 10, s. 431 – 434. ISSN 1214-8687

SEIFERT, Bohumil. Ischemická choroba dolních končetin a praktický lékař. *Postgraduální medicína*. 2009, roč. 11, č. 7, s. 789-793. ISSN 1212-4184.

SKALICKÁ, Lenka. Kmenové buňky a chronická kritická ischemie dolních končetin. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 2, s. 185-190. ISSN: 1212-4184.

SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 6, č. 5, s. 27 - 29. ISSN 1801-1349

SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin léčených endovaskulární intervencí pomocí perkutánní transluminální angioplastiky. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2006, č. 5, s. 207 - 210. ISSN 1213-807.

SMOLDEREN, Kim G., Senne E. HOEKS, A.E. AQUARIUS, Wilma J. SCHOLTE OP REIMER, John A. SPERTUS, H. VAN URK, J. DENOLLET a Don POLDERMANS. Further Validation of the PeripheralArtery Questionnaire: Results from a Peripheral Vascular Survey in the Netherlands. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2008, vol. 36, is. 5, p. 582–591. ISSN 1078-5884.

SPERTUS, John, Philip JONES, Sherri POLER a Krishna ROCHA-SINGH. The peripheralartery questionnaire: anewdisease-specifichealthstatusmeasure for patients with peripheralarterialdisease. *American Heart Journal*. 2004, vol. 147, is. 2, p. 301-308. ISSN 0002-8703.

SÚKL. Farmakologická a režimová léčba ICHDK. *Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. 2012, č. 6, 1 - 4. ISSN 1211-0647.

SYKOVÁ, Eva. Léčebná metoda českých vědců slavila úspěch v Americe. In: *Akademie věd České republiky*[online]. 2011 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <http://www.avcr.cz/sd/novinky/hlavni-stranka/110803-lecebna-metoda-ceskych-vedcu-slavila-uspech-v-usa.html>

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.

TALPOVÁ, Eva. Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 6, s. 39-41. ISSN: 1210-0404.

ÚZ - Úplné znění: *Sociální pojištění 2013*. Ostrava: Sagit, a.s., 2013, s. 207-287. ISBN 978-80-7208-966-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4731-742.

VOJÁČEK, Jan. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 276 s. ISBN 80-247-0501.

WHITE, Edited by Michael R. Jaff and Christopher J. *Vascular disease: diagnostic and therapeutic approaches*. Minneapolis, MN: Cardiotext, 2011, 582 p. ISBN 978-193-5395-164.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest

Ischemická choroba dolních končetin

Klaudikační vzdálenost

Kvalita života

WHOQOL 100

EQ-5D-5L

9 PŘÍLOHY

9.1 Obsah příloh

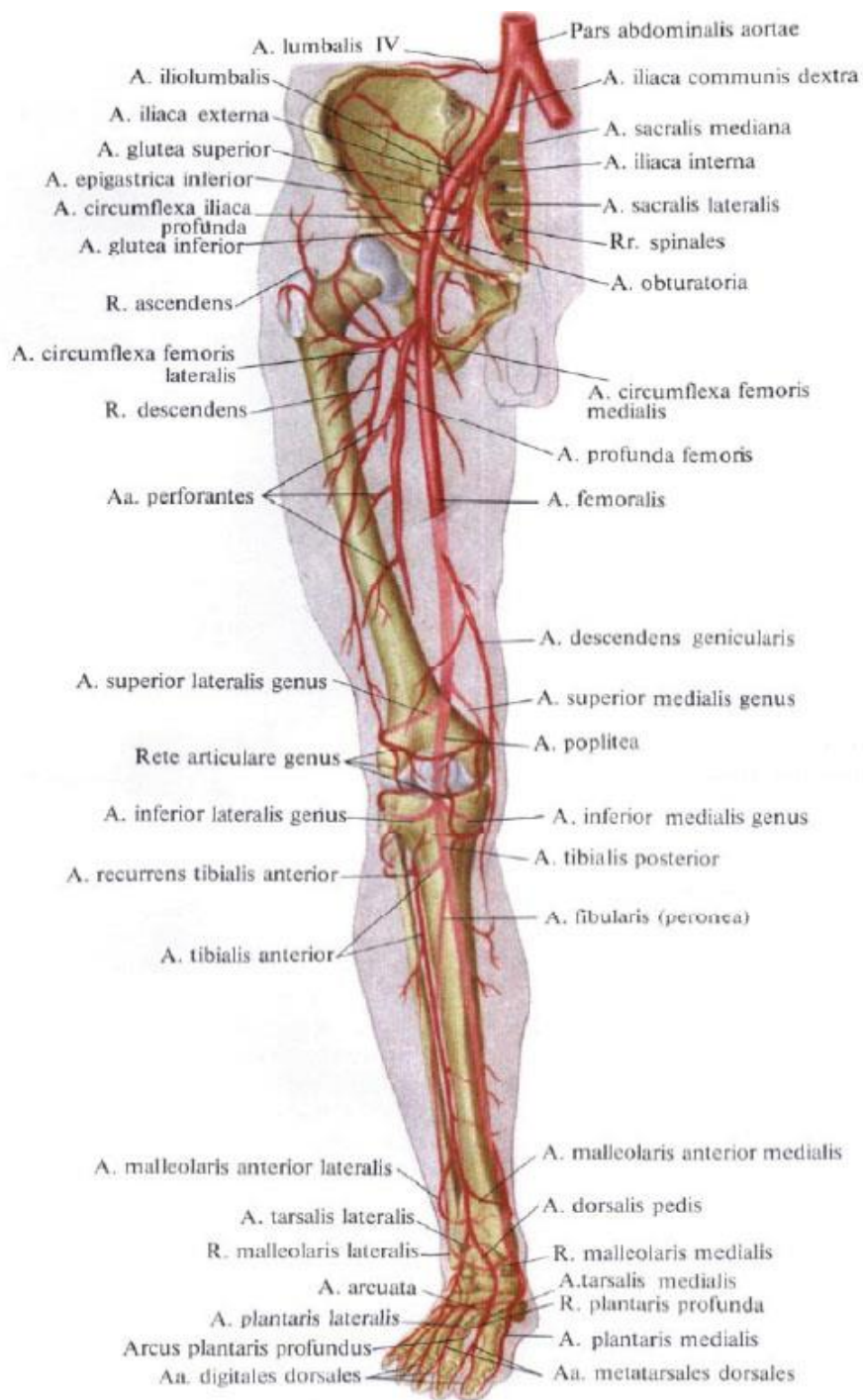
Příloha 1: Schematický obraz tepen dolní končetiny

Příloha 2: TASC klasifikace

Příloha 3: Klasifikace ICHDK dle Fontaina a Rutherforda

Příloha 4: CD s ukázkou dotazníku (WHOQOL 100, EQ-5D-5L, nestandardizované doplňkové otázky pro nemocné s ICHDK)

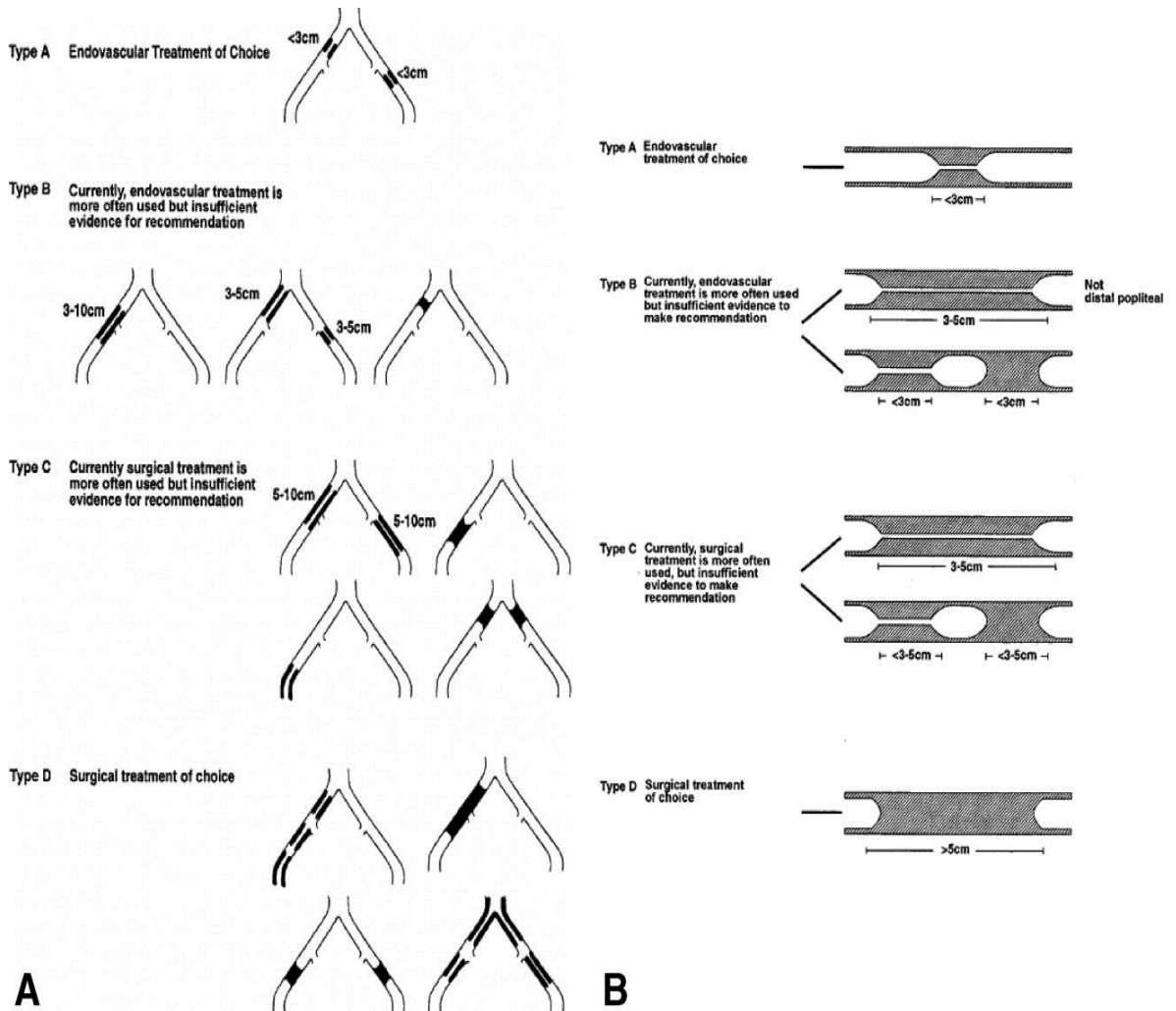
Příloha 1



Zdroj:

The lower extremity arteries. *Shram.kiev.ua* [online]. 2013 [cit. 2013-06-13]. Dostupné z: http://en.shram.kiev.ua/health/anatomy/page_567.shtml

Příloha 2



Zdroj:

WHITE, John V. a Constance RYJEWSKI. Progress in the Endovascular Treatment of Intermittent Claudication: Rationale for Changes in the TASC Classification. *Seminars in Vascular Surgery*. 2007, vol. 20, issue 1, s. 54-61. DOI: 10.1053/j.semvascsurg.2007.02.010. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895796707000117>

Příloha 3

| Klasifikace ICHDK dle Fontaina | |
|---------------------------------------|---|
| stadium | klinický obraz |
| I | asymptomatické stadium |
| II a | nelimitující klaudikace (více než 200m) |
| II b | limitující klaudikace (méně než 200m, déle než 2min.) |
| III | klidové bolesti |
| IV | trofické defekty (ulcerace nebo gangréna) |

| Klasifikace ICHDK dle Rutherforda | | |
|--|------------------|--------------------------------|
| stadium | kategorie | klinický obraz |
| 0 | 0 | asymptomatické stadium |
| I | 1 | mírné klaudikace |
| I | 2 | středně těžké klaudikace |
| I | 3 | limitující klaudikace |
| II | 4 | klidové bolesti |
| III | 5 | malý tkáňový defekt |
| III | 6 | velký tkáňový defekt, gangréna |

Zdroj:

ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010, 855 s. ISBN 978-807-3874-230.