

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ROZDÍLY V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
U NEMOCNÝCH PO OPERACI VARIXŮ DOLNÍCH
KONČETIN OPEROVANÝCH AMBULANTNĚ
A PŘI HOSPITALIZACI**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Marie TREŠLOVÁ, Ph.D.

Autor:

Bc. Jitka PTÁKOVÁ MALECHOVÁ

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci varixů dolních končetin operovaných ambulantně a při hospitalizaci“ 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 16. 8. 2011

Podpis.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při psaní mé diplomové práce. Poděkování patří i mé rodině za podporu a povzbuzení po celou dobu studia.

Abstract

Differences in nursing care for patients after operation of lower limbs' varices performed in outpatients or in hospitalization

Lower limbs' varices operation belongs to the most frequent ones at all surgery departments. They are mostly planned operations. In a part of the patients the cosmetic reason prevails or patients come with the anamnesis of long-term problems with pains and swellings on lower limbs. The disease may lead to limitation of a patient in normal life to some extent and may be a cause of long or repeated sick leave. Some types of varices problems are definitely indicated for performance of a conventional operation in hospitalization in total anaesthesia and others may be operated in outpatient, in local anaesthesia with shorter convalescence. A patient has the possibility to choose the operation type nowadays.

This thesis focused on monitoring of the differences in nursing care for patients after operation of lower limbs' varices performed in outpatients or in hospitalization. The aim of the thesis was not only to evaluate the difference in providing nursing care in both types of the varices operation, but also to find out what the differences are in communication with patients in a hospital and in an outpatient laser centre. Another aim was to evaluate how nurses educate patients after operation. The last aim was to map whether a patient considers hospitalization or financial costs more serious obstacle when deciding between the types of operation. Both quantitative research – questionnaire method for clients after both the types of operation – and qualitative research were used for data collection. Communication of nurses with patients and provision of nursing care to patients after operation was monitored by means of observation. Four clients that had undertaken laser operation of varices in an outpatient laser centre and 4 clients that had undertaken varices operation in total anaesthesia in hospitalization were observed.

Continuous monitoring definitely showed that nursing care for patients after conventional operation in hospitalization involves higher demands for nursing care than after a laser operation performed in outpatients. This confirmed the hypothesis H1.

Observation of the eight selected patients was also focused on nurse-patient communication, particularly on provision of information and education by a nurse. Another hypothesis H2 focused on a nurse and the possibility of education process utilization in hospitalization, which is impossible in the instance of outpatient examination, could not be confirmed or refuted for time reasons. Lack of time for observation that had to be performed continuously whole day was the reason.

The necessary information obtained by means of a questionnaire refuted hypothesis H3, that financial burden is more decisive for a client than hospitalization. The respondents' answers did not confirm this statement.

The research within this thesis was concentrated not only on provision of nursing care for patients after an operation of varices, but also on nurse-patient communication, which is an inseparable part of the care. Positive aspects were identified, but also some drawbacks in providing information and education. Knowledge of regime measures, rehabilitation and correct bandaging is very important for clients after operation of lower limbs' varices. Good education and active cooperation may actually prevent occurrence of complications and possible relapse. Education is moreover important in primary, secondary and tertiary prevention. I would recommend distribution of an informational brochure, which would be appreciated by the patients of both the surveyed groups (in a hospital and in an outpatient laser centre) to improve the information transfer. Such information brochures have been elaborated by prominent phlebology experts. It is upon the management whether the brochures will be available for patients or upon a patient whether he/she buys one.

OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV	8
1.1	Úvod.....	8
1.2	Historie léčby onemocnění žilního systému	9
1.3	Anatomie žilního systému dolních končetin	10
1.3.1	Povrchový žilní systém	11
1.3.2	Spojkový systém	11
1.3.3	Hluboký žilní systém	12
1.4	Fyziologie žilního systému	12
1.5	Varixy dolních končetin.....	14
1.5.1	Prevence vzniku varixů.....	15
1.5.2	Kompresivní elastické punčochy	18
1.5.3	Klinický obraz varixů dolních končetin.....	19
1.5.4	Chronická žilní insuficience	20
1.5.5	Klasifikace CVI	21
1.5.6	Vznik chronické žilní insuficience a její komplikace	22
1.5.7	Diagnostika varixů DK	23
1.5.8	Terapie varixů dolních končetin	25
1.5.9	Komplikace	30
1.6	Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta před a po operaci varixů.....	31
1.6.1	Příprava k operaci	32
1.6.2	Pooperační péče	35
1.7	Komunikace	37
1.8	Edukace.....	39
2	CÍLE A HYPOTÉZY.....	41
3	METODIKA	42
3.1	Charakteristika výzkumného souboru.	43
4	VÝSLEDKY	44

4.1	Vyhodnocení dotazníku	44
4.2	Vyhodnocení pozorování.....	62
5	DISKUSE.....	74
6	ZÁVĚR	86
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8	KLÍČOVÁ SLOVA	955
9	SEZNAM ZKRATEK	966
10	PŘÍLOHY	977

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Úvod

Onemocnění žil dolních končetin patří k civilizačním chorobám, postihuje podle různých zdrojů 10 – 60 % populace. Varix je označení pro žílu, která je rozšířená, prodloužená, vinutá a vystupuje nad niveau kůže. Výrazné varixy postihují 15 % dospělé populace ve věku 30 - 70 let. Ulcus cruris venosum jako projev pokročilé venózní insuficience se vyskytuje asi v 1,5 %. Vyšší hodnoty výskytu udávají ty statistiky, které uvádějí všechny typy a stupně varixů, včetně retikulárních. Onemocnění se vyskytuje častěji u žen než u mužů, a to v poměru 2:1 (Karetová et al, 2007).

Za jednu z hlavních příčin, pomineme-li genetickou dispozici, je považována změna životního stylu a stravovacích návyků ve vyspělých zemích, zejména nedostatek vlákniny ve stravě, což způsobuje obstipaci a zvýšení nitrobrišního tlaku. Jejich prevalence je velice nízká v africké, asijské a australské populaci (Herman et al, 2003).

Významnou úlohu při vzniku křečových žil hraje věk, genetické a hormonální vlivy. Dalšími jevy, které mají vliv na vznik křečových žil, může být obezita, těhotenství, charakter práce, například dlouhé sezení, stání nebo zvedání těžkých břemen. Tyto okolnosti způsobují přetlak krve v žilním systému dolní poloviny těla.

Protože se onemocnění vyskytuje častěji u žen než u mužů, velmi často dominují stížnosti na vzhled dolních končetin, zejména u mladších žen. Křečové žíly jsou výrazným kosmetickým defektem, který značně ovlivňuje psychiku a zvláště pak sebevědomí postižených. Nicméně kosmetické změny jsou pouze prvním příznakem celkového onemocnění žilního systému. Postupem času se objevují další, většinou již závažnější projevy choroby. Jsou to bolest a otok, pocit tlaku v dolních končetinách, tzv. těžké nohy, posléze i noční křeče. Neléčené křečové žíly mohou vést ke vzniku trombózy, zánětu a trofických kožních změn. Kožní a podkožní změny, tzv. dermatoliposkleróza vede ke vzniku bércových vředů.

Současná medicína a ošetrovatelství dokáže prevencí a různými technikami varixy léčit a tím předcházet rizikům a komplikacím, které tato choroba přináší.

Operace varixů dolních končetin patří k častým výkonům na chirurgických odděleních. Mohou se mohou provádět konvenčně za hospitalizace v celkové anestezii. Moderní techniky ale umožňují i léčbu ambulantním způsobem za použití anestezie lokální (Herman et al, 2003). Proto se role sestry v ošetrovatelském přístupu liší, cíl je však stejný – spokojený pacient (Kuldová - Holešinská, 2004).

Část nemocných přichází k léčbě z důvodu kosmetického, další přicházejí s nadějí na vyřešení dlouhodobých potíží. V pokročilých stádiích, zvláště při vývoji bércového vředu, vede onemocnění k omezení pacienta v běžném životě a může být příčinou i dlouhodobé a opakované pracovní neschopnosti. Jedná se tedy o onemocnění závažné nejen pro pacienta, ale ve svých socioekonomických důsledcích i pro celou společnost (Kuldová - Holešinská, 2004).

Některé typy výkonů jsou jednoznačně a plně indikovány k provedení za hospitalizace a v celkové anestézii. Jiné, historicky běžně prováděné v celkové anestézii za hospitalizace, se ukazují jako proveditelné v lokální anestézii ambulantně s kratší rekonvalescencí a stejnou radikalitou (Bartoš et al, 2003).

Podle rozsahu a typu varixů, jejich symptomatologie a zamýšlené taktice léčby máme k dispozici v zásadě tři základní postupy: konzervativní léčbu, semiinvasivní léčbu a léčbu chirurgickou.

Pracuji na chirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a. s., a s pacienty s onemocněním varixů dolních končetin se často setkávám. V naší nemocnici se provádějí operace konvenčně za hospitalizace. Dané téma jsem si zvolila proto, že mě zajímá ošetřování a hlavně role sestry při komplexní léčbě pacientů za hospitalizace i po ambulantních výkonech za použití laseru. Ráda bych zjistila, zda jsou, popřípadě jaké, rozdíly nejen v poskytování ošetrovatelské péče, ale i v komunikaci s pacienty.

1.2 Historie léčby onemocnění žilního systému

O rozšířených žilách se zmiňuje již egyptský Ebersův papyrus asi z roku 1550 př. n. l. Historie léčby sahá až do dob Hippokratových (460 až 377 př. n. l.), který užíval kompresivní obvaz a ve svém díle *De vulneribus* doporučoval křečové žíly propichovat. Chirurgickou léčbu popisuje lékař Aulus Cornelius Celsus (asi 25 př. n. l. až 50 n. l.)

v díle *De medicina*. Doporučuje křečové žíly buď odstranit žhavým železem, nebo vyříznout (Herman et al, 2003).

Ze slavných postav flebologie je třeba připomenout Friedricha Trendelenburga, který v roce 1891 potvrdil teorii, že vyvolávajícím patogenetickým mechanismem varikozit je véna saphena magna (VSM). Jde o venózní reflux v oblasti safenofemorální junkce. Trendelenburg začal jako první provádět chirurgické odstranění varixů s vysokým podvazem VSM. Za zakladatele metody sklerotizace varixů je považován Paul Linser, který za první světové války zjistil, že salvarsan používaný intravenózně k léčbě lues působí sklerotizaci žil v místě aplikace. Na základě tohoto pozorování začal sklerotizovat varixy nejprve chloridem rtuťnatým, později hypertonickým roztokem kuchyňské soli. Ve stejné době prováděl sklerotizaci varixů ve Francii Jean Sicard. Ve větší míře se však chirurgie varixů rozvíjela až po druhé světové válce. Významnou postavou flebologie byl Leo Widmer, od něhož pochází klasifikace chronické žilní insuficience. Proslul též jako organizátor epidemiologické Basilejské studie, sledující výskyt varixů v populaci cca 7000 pracovníků basilejského farmaceutického průmyslu v roce 1987. Za zakladatele české a československé flebologie je považován doc. Antonín Krčílek a venózní chirurg prof. Vladislav Rapant (Karetová et al, 2007).

1.3 Anatomie žilního systému dolních končetin

Derivace krve z dolní končetiny je zajištěna systémem žil. Krev dále postupuje cestou žil pánevních do dolní duté žíly a do srdce.

Žilní systém dolních končetin je možno rozdělit do tří skupin. Do první skupiny řadíme povrchový žilní systém (epifasciální), rozlišujeme žíly kmenové a retikulární. Do druhé skupiny patří systém spojkový (perforátory, komunikující žíly) a jako třetí systém rozlišujeme žíly hluboké (subfasciální) (Herman et al, 2003).

1.3.1 Povrchový žilní systém

Systém kmenových žil tvoří VSM a vena saphena parva (VSP). Jejich počátkem je rete venosum plantare a rete venosum dorsale pedis. Tyto dvě sítě spolu vydatně komunikují.

VSM začíná před vnitřním kotníkem, kde má průměr 3 - 5 mm, a probíhá směrem kraniálním po ventromediální ploše bérce, za mediálním epikondylem kosti stehenní a dále po ventromediální ploše stehna. Proniká fascií v hiatus saphenus a vlévá se do v. femoralis. V místě ústí má průměr 4 - 6 mm. Celkem má 6 - 14 chlopní. Na stehně přebírá v. saphena accessoria medialis a v. saphena accessoria lateralis, přičemž zejména posledně uvedená často vytváří velké varixy, které sbíhají po anterolaterální straně stehna přes koleno až na bérce.

Další významnou žilou na bérce je v. arcuata posterior (Leonardova žíla). Probíhá na dorzomediální straně bérce a ústí do ní standardně tři perforující žíly, čímž přímo komunikuje s hlubokým žilním systémem.

VSP se tvoří za zevním kotníkem a probíhá po zadní straně bérce. Do hlubokého žilního systému ústí v podkolenní jamce (Dylevský, 2000).

Význam mají i vény v oblasti vulvy, které mají přímé spojky do pánevních tepen. Zejména v graviditě z nich mohou vznikat varixy (Herman et al, 2003).

1.3.2 Spojkový systém

Spojky povrchových a hlubokých žil dolních končetin jsou cévy procházející fascií. Spojují v. saphena magna i v. saphena parva s hlubokým žilním řečištěm, zejména v distální části bérce. Pokud mají tyto transfasciální spojky, označované též jako perforátory chlopně (nemají je všechny), krevní proud má směr z povrchového řečiště do hlubokého. Obecně se kalkuluje, že asi 20 % krve z dolních končetin odtéká povrchovými žilami (Čihák, 2004). Tok spojkami od povrchu do hloubky se při nedostatečnosti chlopní perforátorů obrací, krev proudí z hlubokých žil do systému žil povrchových, ty se přeplňují a přetlak se přenáší do periferie žilního systému. To je jedna z příčin vzniku varixů. Podvaz transfasciálních spojek patří proto k chirurgickému ošetření varikozních žil (Herman et al, 2003).

1.3.3 Hluboký žilní systém

Hluboké žíly dolní končetiny provázejí stejnojmenné tepny. V oblasti nohy a v bérce jsou zdvojené. Toto zdvojení může být přítomno i v oblasti femoropopliteální, a to až v 15,7 %. Při distálním okraji m. popliteus se hluboké žíly bérce spojují a vytvářejí v. poplitea. Ta mívá 2 - 3 chlopně a ústí do ní VSP. Místo vyústění VSP není konstantní. V. poplitea je uložena dorzolaterálně od a. poplitea a spolu procházejí přes hiatus tendineus m. adductor magnus do canalis adductorius. Zde cévy provází n. saphenus a označují se jako a. a v. femorales. V. femoralis mívá 3 - 5 chlopní (Čihák, 2004).

Žíly všech tří systémů jsou opatřeny chlopněmi, které zajišťují jednosměrný tok krve, jsou-li zdravé. Chlopně mají dva košíčky v podobě vlašťovčího hnízda, které vytvářejí sinusy. Jsou přítomny ve všech vénách distálně od v. iliaca communis. Více chlopní je v hlubokém systému v porovnání se systémem povrchovým a směrem periferním jich přibývá. Nejvíce chlopní je v bércových vénách (7 - 19), ve v. iliaca nebývá žádná chlopně nebo jen jedna. Chlopně jsou uspořádány tak, že umožňují tok krve směrem k srdci a brání toku opačnému. Anatomie celého venózního systému je značně variabilní a nestandardní (Herman et al, 2003).

1.4 Fyziologie žilního systému

Jakkoli se zdá, že hlavní funkcí končetinových vén je pasivní transport krve k srdci, ve skutečnosti je žilní systém hemodynamicky daleko aktivnější a složitější než systém tepenný. Vedle transportu krve zpět k srdci jsou žíly zodpovědné za regulaci tělesné teploty, balancují srdeční výdej a jsou rezervoárem krve.

Tento komplex funkcí je umožněn unikátní schopností dilatace a kontrakce žil, a to díky struktuře žilní stěny, vyznačující se tenkostěnností a vysokou elasticitou. To vše umožňuje velké změny krevního objemu s malými změnami tlaku zároveň.

Z funkčního i anatomického hlediska tvoří povrchové a hluboké žíly spolu se spojkami (perforátory) jednotný celek. Chlopně v žilách umožňují tok krve směrem centrálním, opačnému toku svým rozepjetím zabrání. Chlopně perforátorů zabraňují přeplňování povrchového žilního systému. Z funkčního hlediska je důležitější hluboký žilní systém, neboť odvádí krev ze svalů a hlubokých struktur bérce a stehna. Zatímco

hlubokými žilami dolních končetin se vrací až 90 % venózní krve, povrchové žíly, které drénují kůži a podkoží, odvádějí jen asi 10 % venózní krve. Spojky mezi hlubokým a povrchovým systémem zabezpečují odvod krve z povrchových do hlubokých žil. Směr toku zajišťují jednak chlopně samotné, jednak perforační otvory ve fascii, které díky své stavbě mohou spojku stlačit a tím uzavřít tok krve zvenčí.

Žilní návrat ovlivňují tyto mechanismy: srdeční činnost, dýchání, gravitace, žilně-svalová pumpa.

Srdce působí v systole efektem přenosu tlaku krevního na vény cestou kapilár a nasávacím mechanismem pravé srdeční předsíně v diastole.

Dýchání v inspiriu negativním nitrohruďním tlakem potencuje sací efekt a zároveň vede ke zvýšení nitrobřišního tlaku. Tím je urychlován tok krve z pánevních žil a dolní duté žíly směrem k srdci.

Gravitace – oba výše uvedené mechanismy jsou schopné spolehlivě zabezpečit žilní návrat k srdci u člověka v horizontální poloze. Ve vertikální poloze, kdy je nutno překonávat vliv gravitace, tento mechanismus selhává a je nutné zapojit systém neefektivnější – žilně-svalovou pumpu.

Žilně-svalová pumpa je unikátní hemodynamické zařízení pracující na principu stlačení krví naplněných intramuskulárních sinusů a hlubokých žil mezi pevnými strukturami (fascie, kost). Při svalové kontrakci je tak krev vypuzována centrálním směrem tlakem dosahujícím hodnot až 200 mm Hg. Tento hemodynamický systém je v podstatě integrovaným systémem množství pump, protože každá myofasciální jednotka je malou pumpou. Řada moderních vyšetřovacích metod, zejména pak videoflebografie, přispěla k porozumění funkčnosti celého systému. Prokázala, že hlavní roli v návratu krve z nejperifernějších oblastí končetiny hrají mezi mnohými především nožní (plantární) a lýtková žilně-svalová pumpa. Podmínkou funkčnosti celého systému jsou neporušené chlopně v žilách a perforátorech (Herman et al, 2003).

1.5 Varixy dolních končetin

Žilní varikozita vzniká dilatací a elongací jakékoliv epifasciální žíly na podkladě degenerativních procesů žilní stěny, především postihuje velkou a malou safénu a jejich větve. Významná varikozita se vyskytuje u 5 – 15 % postižených. Rozlišujeme varixy primární a sekundární.

Primární varixy vznikají spontánním rozšířením, vyklenutím a prodloužením povrchových žil. Primární varixy se vyskytují v 95 %.

Na základě anatomických poměrů lze dělit varixy na kmenové (VSM, VSP), bočních větví VSM a VSP, perforujících žil, retikulární (šíře 1 - 3 mm) a metličkové (telangiektazie, intradermální dilatace subpapilárního venózního plexu - šíře do 1 mm) typicky tvořící u vnitřního kotníku tzv. corona phlebectatica paraplantaris.

Primární varixy se vyskytují častěji u žen. Za vznik primárních varixů se považuje strukturální méněcennost žilní stěny. Prvotní je genetická predispozice a k vlastní manifestaci dochází pak určitými zevními provokačními vlivy. Druhotně vzniká s rozšířením žíly chlopenní insuficience a postupně se zhoršují cirkulační poměry. V žilní stěně dochází k transformaci myocytů, ztrátě kontraktilních filament a uvolnění lysozomálních enzymů (Šonský, 2001).

Mezi rizikové faktory vzniku varixů počítáme: věk (jako hlavní faktor), hereditární závislost, pohlaví, graviditu, vyšší věk, druh zaměstnání a sedavý způsob života (práce ve stoji, v horku, přenášení těžkých břemen, trávení volného času vsedě apod.), obezitu (zejména u žen) a obstipaci.

Těhotenství kromě mechanického vlivu zvětšující se dělohy je provázeno hormonálními změnami, o nichž se předpokládá, že rozvolňují a oslabují stěnu žíly.

Vliv ostatních faktorů je více kontroverzní – dieta (s chybějící vlákninou a následným vlivem zvýšeného nitrobrišního tlaku při vyprazdňování), hormonální léčba, užívání antikoncepce apod. (Karetová et al, 2007).

Sekundární varixy vznikají naopak na podkladě jiných onemocnění, kterými nejčastěji jsou: překážka toku krve v hlubokém žilním systému (nejčastěji rezidua po proběhlé flebotrombóze), kdy v důsledku přetížení povrchní žilní systém dilatuje, angiodyplazie s eventuálními arteriovenózními zkraty. Příkladem je *syndrom Klippel-*

Trénaunay, který může postihnout jak horní, tak dolní končetiny. Součástí syndromu je kongenitálně založená triáda: névus flammeus, varikozita již od dětství (často spolu s malformacemi i v oblasti hlubokého žilního řečiště) a hypotrofie měkkých tkání nebo kostí postižené končetiny

V této souvislosti je nutné se zmínit o často užívaném pojmu chronická žilní insuficience – CVI (chronic venous insufficiency), pod který různí autoři zahrnují rozdílné stavy, od výrazného postižení hlubokého žilního systému až po varixy pouze kosmetického charakteru. Podle některých autorů jde o klinický stav plynoucí z poruchy žilního návratu z končetiny, vznikající v důsledku zvýšeného tlaku ve vénách malého kalibru na podkladě venózní insuficience v oblasti povrchových žil, perforátorů nebo hlubokých žil, eventuálně v kombinaci jejich postižení (Katerová et al, 2007).

Podle názoru jiných autorů se jedná o nedostatečnost žilního systému dolních končetin z hlediska návratu krve žilním systémem. Návrat závisí výhradně na hlubokém a spojovacím systému a povrchový systém se na něm aktivně nepodílí, jediné za zvláštních polohových situací. Termín chronická žilní insuficience podle tohoto názoru nelze použít při izolovaném postižení povrchového žilního systému, ale jediné při současném postižení hlubokého nebo spojovacího systému. Proto použití tohoto výrazu u čistých primárních varixů je zavádějící (Krajíček et al, 2007).

1.5.1 *Prevence vzniku varixů*

Preventivní medicína a ošetřovatelství svým zaměřením na zdraví a jeho podporu plní důležitou roli v oblasti prevence. Sestry se svou činností (přímo konkrétními ošetřovatelskými intervencemi nebo edukací) podílejí na prevenci na všech úrovních – primární, sekundární a terciární.

Úlohou *primární prevence* obecně je upevnit zdraví člověka a zvýšit jeho odolnost proti nemocem, působí před vznikem onemocnění. Za primární prevenci lze považovat zdravotní výchovu, která upozorňuje na nebezpečí a rizika nebo na specifickou obranu proti určitým onemocněním (např. očkování). Patří sem i včasné vyhledávání rizikových faktorů a úsilí o kontrolu a intervenci u rizikových osob. Do oblasti primární prevence u varixů dolních končetin (DK) by patřilo například zvolení

vhodného sportu nebo zaměstnání u jedince s pozitivní rodinnou anamnézou, doporučení používání vhodné obuvi, popřípadě používání podpurných kompresních punčoch při zátěži. Všechny uvedené informace může sestra poskytnout rizikovým skupinám obyvatel.

Sekundární prevence (preventivně zaměřená léčba) se uplatňuje až po vzniku nemoci. Jejím cílem je zvládnout vývoj chorobného procesu, zabránit tvorbě komplikací, trvalých následků, invalidity anebo přechodu do chronického stadia onemocnění. Obnovení dobrého zdravotního stavu může zahrnovat změnu pacientova chování po instrumentálním léčebném výkonu, popřípadě po operaci, to je dodržování léčebného režimu, zvládnutí péče o sebe a soběstačnost. V oblasti sekundární prevence je role sestry zvláště důležitá. Informace podávané sestrou jsou pro klienta mimořádně významné, protože správná edukace je základem pro včasné uzdravení pacienta a následné pozitivní ovlivnění onemocnění (Švestková, 2003).

Terciární prevence učí nemocné a invalidní lidi co nejlépe využít možnosti zdravého života. Plní své úlohy a poslání v následné zdravotní péči. Integrovaně navazuje na předchozí léčebnou péči v případě, že nenastalo uzdravení. Jejím cílem je obnovit zdraví a zajistit optimální fungování organismu v rámci možností daných onemocněním. Různé stavy zdraví anebo nemoci lze chápat jako bod na kontinuu zdraví a nemoci. Na jednom konci je předčasná smrt, na druhém optimální zdraví (Farkašová et al, 2006). Při dodržení primární a sekundární prevence a účinné léčby u onemocnění žil DK by nemělo dojít k takové zdravotní újmě, která by vyžadovala použití terciární prevence.

K prevenci vzniku varixů náleží. Životní styl zahrnující pohybovou aktivitu, vhodnou polohu těla během práce i odpočinku a relaxační polohu dolních končetin usnadňující žilní odtok (drenáž). Pokud zaměstnání vyžaduje dlouhodobé stání či sezení, je prospěšné dělat krátké přestávky s chůzí či provádět nohama krouživé pohyby. Provádět krátké procházky při dlouhých cestách autem, vlakem či letadlem.

Vyvarovat se přímého působení tepla, vystavení na slunci, používání horkých depilačních vosků, systémů podlažního vytápění, horkých koupelí a sauny. Dávat přednost nižším teplotám. Osprchování nohou studenou vodou na konci koupele

povzbuzuje žilní funkci a zmenšuje v nohou pocit těžkosti a bolest. Chůze ve vodním proudu je spojením chladu a tělesného cvičení.

Dále je vhodná sportovní aktivita zaměřená na rozvoj svalstva dolních končetin (chůze, plavání, jízda na kole, kondiční běh, tanec či gymnastické cviky...). Naopak sporty jako tenis, squash, házená nebo basketbal jsou nevhodné, protože při nich dochází k dilataci žil a ke zpomalení žilního návratu. Napětí svalů pomáhá předcházet rozšiřování svalových žil. Pravidelná cvičení se také podílejí na potlačování nepříjemných příznaků souvisejících s žilní nedostatečností. Důležité je i procvičování kloubního aparátu končetin, zvláště hlezenného kloubu. Zachování dobré pohyblivosti kloubů je nutné pro mechanismus žilního návratu prostřednictvím svalové pumpy. Svalový trénink musí být pravidelný a soustavný (Švestková, 2003).

Je třeba volit pohodlné, volné, netísící oblečení (podkolenky bez gumy apod.), též je nutné se vyvarovat těsných kalhot, korzetů a opasek. Vhodná je obuv s nízkým podpatkem (3 - 4cm) a případná korekce snížené nožní klenby, tzn. nošení odpovídajících ortopedických vložek do obuvi.

Je vhodné předcházet zácpě a nadvážce. Využívat stravu s vysokým obsahem vlákniny, dodržovat dostatečný příjem tekutin (minimálně 1,5 litru vody denně) a omezit příjem nasycených tuků (máslo, tučné maso). Žilní městnání během spánku se může snížit provedením několika cviků (jízda na kole vleže) před spaním a podložením nohou postele o 10 - 15 cm.

Masírovat nohy tak často, jak jen to je možné. Masáže dolních končetin směrem od chodidel nahoru na stehna ve směru žilního oběhu zvyšují žilní návrat.

Dodržovat kontrolní termíny určené lékařem. Při prvních projevech bolesti nohou, pocitu těžkých nohou a otoku v oblasti kotníků či viditelné žíly, jsou důvodem návštěvy lékaře. Napomůže to ke včasné diagnostice chronického žilního onemocnění a zahájení léčby a preventivních opatření. Flebotropní léky jsou široce předepisované při symptomech žilního onemocnění. Je důležité lékaře informovat o určitých skutečnostech, jako je těhotenství, hormonální terapie, které by mohly zhoršit symptomy žilního onemocnění. Pravidelné kontroly zdravotního stavu jsou nezbytné pro dobré zdraví a pro zvolení nejlepší léčby.

Pravidelné nošení elastických podpůrných a kompresivních punčoch náležité kompresivní třídy v práci i ve volném čase, pokud dochází k delšímu stání nebo během cest na dlouhou vzdálenost (Švestková, 2003).

V těhotenství je třeba zdůraznit dobrou preventivní úlohu elastických punčoch, dostatečný odpočinek a plánování těhotenství na chladnější roční období.

Uvedené rizikové faktory lze příznivě ovlivnit poměrně snadno, je však k tomu nutná pevná vůle a dostatečná vytrvalost (Lepší, 2003).

1.5.2 Kompresivní elastické punčochy

Konfekčně vyráběné kompresivní punčochy (návleky) se používají k dlouhodobému léčení pacientů se stabilizovaným nálezem, kdy se objem končetiny již nemění (např. po redukci otoku, po zhojení vředu). Punčochy jsou indikovány k prevenci a léčbě otoků žilních, lymfatických a otoků smíšené etiologie, dále po žilních operacích a po sklerotizaci varixů. Podmínkou je, že si pacient bude schopen kompresivní elastickou punčochu navléct. Existuje několik typů kompresivních punčoch lišících se materiálem, délkou, velikostí a stupněm komprese. Tyto punčochy jsou alternativou bandážování, jejich použití ale není totožné ve srovnání s bandáží elastickými obvazy. Podobně jako při používání elastických obinadel je důležitá jejich kvalita a správný výběr kompresivních elastických punčoch. Oproti elastickým obinadlům mají punčochy řadu výhod. Jsou méně nápadné, jejich nošení je komfortnější a navlečení bývá jednodušší. Pokud jsou správně předeepsány, dobře drží. Jejich tlak je vypočítán tak, aby byl nejvyšší kolem kotníků a směrem ke kolenu se snižoval. Oproti elastickým obinadlům je tento tlak stálý a není závislý na správném nebo špatném vázání (Machovcová, 2009).

Podle velikosti komprese se rozdělují do 4 kompresivních tříd (KT). *I. KT (18 – 21 mm Hg) – velmi lehká komprese* - se využívá jako prevence žilní trombózy, u počínajících varixů v těhotenství, u dědičné dispozice k varixům. *II. KT (23 - 32 mm Hg) – středně silnou kompresi* - vyžadují primární varixy, chronická žilní insuficience, stavy po operacích varixů, po sklerotizaci žil, otoky dolních končetin v těhotenství, tromboflebitidy, stavy po flebotrombóze, otoky smíšeného původu a prevence žilní

trombózy u vysoce rizikových pacientů. *III. KT (34 - 46 mm Hg) – silná komprese* - je nutná u otoků lymfatického původu, posttrombotického syndromu, po zhojených recidivujících bércových vředech. *IV. KT (nad 49 mm Hg) – velmi silná komprese* - se využívá se u lymfedémů, elefantiázy.

Kompresivní terapie je *kontraindikována* u poruch prokrvení končetin (tepenného systému, aterosklerózy, klaudikaci apod.), u otoků kloubů při polyartritidě a při pokročilé městnavé srdeční slabosti. Velkou opatrnost při aplikaci bandáže vyžadují pacienti s tenkou, křehkou kůží, pacienti s diabetickou polyneuropatií a s parézou nebo plegií končetiny. Opatrnosti je též třeba při snížené pohyblivosti pacientů, zde obvykle volíme kompresivní třídu nižšího stupně.

Pokud má být dosaženo nejlepších výsledků, je nutná edukace pacienta, racionální, komplexní a důsledný přístup k problému. A zde je opět nezastupitelná role sestry, která správnou edukací pacienta aktivně zapojí do léčebného procesu (Machovcová, 2009).

1.5.3 Klinický obraz varixů dolních končetin

Varixy jsou rozšířené, elongované, vinuté žíly, jsou na končetině viditelné. Pohmatově je patrná zvýšená náplň žíly vstoje, vleže se krev vyprazdňuje a varix není hmatný. Rozlišujeme několik typů varixů: metličky, retikulární, kmenové, nekmenové a insuficientní perforátory.

Příznaky při onemocnění periferních žil jsou následující: varixy, bolest, otok a místní změny.

Pro posouzení závažnosti postižení žil DK je zásadní, zda se jedná o postižení *povrchového* nebo *hlubokého* žilního systému. Povrchový žilní systém bývá postižen varixy nebo zánětem, který obvykle vzniká ve varikózních žilách s následnou trombózou (varikoflebitida). Hluboké žíly bývají postižené zánětem a trombózou nebo jen trombózou vzácně bez zánětu - nazývá se hluboká flebotrombóza.

Zánět hlubokých žil často bývá provázen vedle bolestí i úzkostí, strachem a neklidem, průběh však může být i asymptomatický. V důsledku hluboké flebotrombózy je nemocný vystaven vysokému riziku plicní embolizace. Dlouhodobé onemocnění

povrchového a hlubokého žilního systému vyúsťuje v chronickou žilní nedostatečnost (insuficientní žilní chlopně, otoky z městnání, bérkový vřed) (Nejedlá, 2006).

Noční křeče nejsou specifické pro chronickou venózní insuficienci. Je třeba je odlišit od křečí u ischemické choroby dolních končetin, které se objevují při zátěži DK, například rychlejší chůzi, a ustupují při zastavení nebo - v pokročilém stavu - po svěšení končetiny z lůžka.

Příznaky žilního onemocnění se zhoršují během dne, maxima dosahují navečer a v letních měsících z důvodu klimatických podmínek. Potíže se objevují zejména při delším sezení nebo stání. Pacienti hledají úlevovou polohu s elevovanými dolními končetinami. Zlepšení také přináší chlad a komprese. Ke zvýraznění potíží může dojít u žen v období menstruace. U velmi pokročilých stavů dochází k rozvoji trofických změn, vzniku bérkových ulcerací a k žilním kladikacím. Žilní kladikace charakterizuje bolest v lýtku či pod kolenem při chůzi, která nutí pacienta zastavit se na 1 - 2 minuty. Bolest bývá doprovázena nárůstem obvodu lýtky i žilního tlaku, což je dáno tím, že krev je vypuzována ze svalů rychleji, než dovolí omezený výtokový trakt žilního systému. To se objevuje při obstrukci hlubokých žilních kmenů, zejména v ileofemorální oblasti a u nepostižené žilně-svalové pumpy lýtky.

V pokročilých stadiích chronické žilní insuficience, kde je přítomna žilní hypertenze, dochází k rozvoji trofických změn, jako je dermatoliposkleróza a hyperpigmentace, a dokonáním patologických procesů je vznik bérkových ulcerací.

Intenzita subjektivních obtíží nemusí korelovat s velikostí varixů. Velké varixy mohou být zcela asymptomatické a naopak, nevýrazný nález na dolních končetinách může být provázen velkými subjektivními obtížemi pacienta. Příznaky postižení žilního systému, jako je pocit „těžkých nohou“ nebo večerní perimaleolární otoky, nemusejí být vždy provázeny křečovými žilami. Tento stav bývá označován jako funkční flebopatie, nevarikózní syndrom nebo hypotonická flebopatie (Herman et al, 2003).

1.5.4 Chronická žilní insuficience

Chronická žilní insuficience (CVI) je klinický stav plynoucí z poruchy žilního návratu z končetin, vznikající následkem zvýšeného tlaku ve vénách malého kalibru.

CVI nutno rozlišovat od termínu venózní insuficience, který označuje funkční defekt určitého segmentu žíly (nejčastěji chlopní insuficenci). Jistě i toto postižení může vést ke klinicky plně vyjádřenému obrazu chronické žilní insuficience s typickými změnami kožními a dalšími projevy.

Existují 2 hlavní faktory vzniku chronické venózní insuficience: 1. selhání svalové pumpy – nedostatečná funkce svalstva lýtka nevzniká pouze při postižení žil, ale při každé afekci svalstva (paralýza, svalová slabost, fixace, imobilizace) dochází k omezení vyprazdňování následkem nedostatečné činnosti svalové pumpy. 2. chlopní insuficience s refluxem – vede ke zpětnému patologickému toku krve a lze rozlišit primární a sekundární chlopní nedostatečnost. Představa mechanismu CVI je pro sestru důležitým momentem k pochopení komplexu změn na dolní končetině. Tyto znalosti je možno využít hlavně při edukaci pacienta (Karetová et al 2007).

1.5.5 Klasifikace CVI

Ve snaze zpřehlednit jednotlivá klinická stadia chronické venózní insuficience byl navržen větší počet klasifikací. Anatomická klasifikace upřednostňuje popis rozsahu choroby podle postižení hlavních žilních kmenů, patofyziologická klasifikace klade důraz na mapování patologie následkem refluxu. Etiologická klasifikace rozlišuje tři kategorie příčin vzniku žilního onemocnění – kongenitální, primární a sekundární.

V roce 1981 byla Widmerem navržena a definována klasifikace, která pro svoji jednoduchost má svoje opodstatnění a používá se stále. Stadium I: lokální či generalizovaná mírná dilatace žil, reverzibilní (přes noc mizející). Stadium II: hyperpigmentace bérce, indurace podkoží, otok distální poloviny bérce, atrofické změny kůže, zejména perimaleolárně. Stadium III: zhojený (IIIa) ulkus cruris či aktivní (IIIb) vřed, s pokročilými dalšími kožními změnami (Karetová et al 2007).

V současné době je navržena přesnější, ale o to složitější CEAP klasifikace, která vychází z pohledu klinického (C), etiologického (E), anatomického (A) a patologického (P). Byla přijata v roce 1994 na Havaji (Veverková, 2001; Hermann et al, 2003).

Vzdělaná sestra, působící v péči o pacienty v oblasti venózního postižení DK, by měla mít o klasifikaci alespoň přehled, protože musí být schopna rozumět lékařské zprávě a pacientovi vysvětlit stav jeho choroby a systém nejvhodnější navrhované dlouhodobé léčby s důrazem na sekundární, popřípadě terciární prevenci.

1.5.6 Vznik chronické žilní insuficience a její komplikace

Typické změny kůže a podkoží jsou následkem chronické žilní hypertenze, která zpětně vede ke změnám v mikrocirkulaci. Zvýšený hydrostatický tlak vede ke vzestupu efektivního filtračního tlaku a tento spolu s poruchou lymfatické drenáže vede ke vzniku otoku.

Typické kožní změny: jedním z prvních znaků bývá edém, zejména při insuficienci hlubokého žilního systému. V počátečních fázích se vyskytuje pouze podél Achillovy šlachy a postupně přechází na kotník. Jde o prosté zmnožení intersticiální tekutiny, chudé na proteiny, které mizí během noční elevace končetiny. Pigmentace je typickou známkou CVI, způsobuje ji depozice obvykle hemosiderinu, kdy hnědému zbarvení předchází vznik červených petechií. Corona phlebectatica je relativně časným znamením insuficience. Vzniká shlukem dilatovaných venul na úrovni vnitřního kotníku. V době pokročilejší insuficience žíly dále dilatují, ztenčují se a mají modré zbarvení. Bílá atrofie (atrofia blanche) je dobře ohraničenou oblastí nepigmentovaného epitelu připomínajícího jizvu. Bývá tenká, lehce zranitelná minimálním inzultem. Ekzematózní dermatitida je stav, kdy na suché kůži vznikne zánět. Změny se vyvíjejí jednak spontánně, jednak se současnou neurodermatitidou. Dochází k úpornému svědění a pálení. Lipodermatoskleróza je charakteristická podstatným ztluštěním a ztuhnutím kůže a podkoží. Ulcerace je poslední stupeň postižení kůže. Obvyklým místem jejího vzniku je mediální strana lýtky nad kotníkem, ale může se vyskytnout kdekoliv. Může být i cirkulární (Karetová et al, 2007).

1.5.7 Diagnostika varixů DK

Diagnostika žilního onemocnění je mnohem těžší než diagnostika onemocnění tepenného systému. Diagnostiku ztěžují různé subjektivní stesky pacienta, které jsou nespecifické, a klinický obraz může být velmi proměnlivý.

Stanovení diagnózy se opírá o *anamnestické údaje*. V rodinné anamnéze výskyt varikozit nebo trombotické choroby včetně bércových vředů bývá téměř vždy pravidlem. V osobní anamnéze pátráme po přítomnosti tromboembolických atak, úrazů, operací, fixací končetin, uplatnění všech rizikových faktorů včetně hormonální terapie.

Klinické vyšetření se provádí vleže i ve stoje. Sledujeme zbarvení kůže na obou dolních končetinách, náplň podkožních žil, lokální kožní změny včetně výskytu otoků, jizev, varixů a venektazií. Měření obvodu končetin v oblasti kotníku, lýtek a stehen včetně hluboké palpace lýtek a zjišťování přítomnosti a kvality tepenné pulzace patří ke standardu klinického vyšetření. Ve stoji se u většiny pacientů nejlépe manifestují varikozity na dolních končetinách (Veverková a Wechsler, 2001).

K orientačnímu klinickému vyšetření řadíme funkční testy, které jsou v současné době rutinního a běžně dostupného použití sonografie potlačeny pro svoji nepřesnost. K nejrozšířenějším patří Trendelenburgův test, který zjišťuje insuficienci VSM. Ležící pacient elevuje postiženou DK, počkáme, až se žíly vyprázdní, a poté naložíme škrtidlo na stehno, vertikalizujeme pacienta, uvolníme škrtidlo a pozorujeme, zda se plní insuficientní VSM krví z oblasti třísla. Druhým nejčastějším testem je Perthesův test, kterým zjišťujeme průchodnost hlubokého žilního systému a suficienci perforátorů. Stojícímu pacientovi naložíme gumové škrtidlo na stehno a necháme jej 2 minuty chodit. Je-li hluboký žilní systém kompetentní a perforátory funkční, varixy vymizí (Hermann et al, 2003).

V roce 1842, v době svého působení na pražské polytechnice, popsal rakouský fyzik Johann Christian Doppler efekt, který nyní nese jeho jméno. První praktické medicínské aplikace tohoto poznatku se začaly objevovat v 60. letech minulého století jako Dopplerovy přístroje a dále pak byly techniky zdokonalovány až k dnešním sofistikovaným přístrojům barevné dopplerovské ultrasonografie (Kašpar, 2004).

Ultrazvukové vlnění se odráží, láme a ohýbá na rozhraní dvou prostředí s různými akustickými vlastnostmi (akustická impedance). Velikost akustické impedance je dána součinem rychlostí šíření ultrazvuku a hustoty prostředí, kterým se ultrazvuk pohybuje. Výše uvedená skutečnost je důležitá při ultrazvukovém vyšetření, kdy je mezi ultrazvukovou sondou a povrchem těla vzduchová vrstva, která má podstatně jiné vlastnosti (jinou akustickou impedanci) ve srovnání s kůží, a proto by docházelo k velkým odrazům na rozhraní vzduch - kůže. Je proto nutné před vyšetřením nanést na povrch těla v místech pohybu ultrazvukové sondy gel, tím se zajistí impedanční přizpůsobení a bezeztrátový průnik ultrazvuku do tkání. Ze stejného důvodu je obtížné zobrazovat tkáně s vysokým obsahem vzduchu (plíce) nebo struktury kryté kosti (Rosina et al, 2006).

Screeningovou metodou průkazu obstrukce žil i refluxu je právě dopplerovské vyšetření. Jeho předností je dostupnost, minimalizace aparatury a relativní jednoduchost explorační s okamžitou znalostí výsledků. Duplexní sonografie a barevná duplexní sonografie umožňuje zobrazení cévní struktury a současně i zhodnocení směru a rychlosti krevního toku v nich. S vysokou spolehlivostí určuje přítomnost žilní obstrukce a lokalizaci a kvantifikaci žilního refluxu (Veverková a Wechsler, 2001).

Venózní tlak a objem dolních končetin mají vzájemný úzký vztah. Tento je hodnocen pomocí testů, které zpracovávají pletysmografické přístroje.

Z invazivních vyšetření se provádí flebografie, tato je však postupně nahrazována neinvazivním vyšetřením. Ascendentní flebografie určuje anatomické poměry v žilním systému. Descendentní flebografie podává informace o přítomnosti a rozsahu refluxu. Tato vyšetření jsou prováděna pouze tehdy, pokud nelze docílit korelace klinického obrazu a objektivizace nálezu pomocí neinvazivních přístupů. Totéž platí i o izotopové flebografii, která je v současnosti mnohem častějším vyšetřením a je také nemocnými lépe tolerována. Anatomický obraz při použití uvedené metody je však méně přesný v porovnání s rentgenologickým nebo sonografickým vyšetřením. Magnetická flebografie není pro svoji nákladnost rozšířenou vyšetřovací metodou, zobrazuje však žilní řečiště neinvazivním způsobem bez podání kontrastní látky (Veverková a Wechsler, 2001).

1.5.8 Terapie varixů dolních končetin

Na každém chirurgickém pracovišti se provádějí denně výkony na postiženém povrchním žilním řečišti DK, zejména v povodí VSM, méně často v povodí VSP a na perforátorech. Taktika a technika jednotlivých léčebných přístupů se liší, je rozdílná i délka hospitalizace, délka pracovní neschopnosti a radikalita výkonu. V posledních letech vlivem rozvoje moderních technik a dostupného přístrojového vybavení ambulantních chirurgů, dermatologů a flebologů zaznamenáváme výrazný příklon a snahu řešit venózní onemocnění DK komplexně ambulantně. V této souvislosti se do popředí dostává otázka přesné diagnostiky, radikality a taktiky výkonu, typu anestézie a v neposlední řadě hodnocení výsledků, recidiv, komplikací, délky pracovní neschopnosti nebo dočasného omezení.

Některé typy výkonů jsou jednoznačně a plně indikovány k provedení za hospitalizace a v celkové anestezii. Jiné, historicky běžně prováděné v celkové anestezii za hospitalizace, se ukazují jako proveditelné v lokální anestezii ambulantně s kratší rekonvalescencí a stejnou radikalitou (Bartoš et al, 2003).

Podle rozsahu a typu varixů, jejich symptomatologie a zamýšlené taktiky léčby máme k dispozici v zásadě tři základní postupy: konzervativní léčbu, semiinvasivní léčbu a léčbu chirurgickou.

Konzervativní terapii zastoupenou podpůrnými prostředky a režimovými opatřeními navrhuje klientovi s patrnými metličkovými nebo malými retikulárními varixy mimo oblast hlavních žilních kmenů, není-li prokázán sonograficky reflux v žilních ústích. Absence subjektivních potíží nás vede k úvaze o riziku možných komplikací semiinvasivního nebo operačního výkonu, kdy by klientova spokojenost nebyla naplněna. Konzervativní terapie – nejčastěji medikamentózní a kompresní - je indikována u jedinců, kteří nejsou schopni podstoupit chirurgický výkon, resp. anestezii, z důvodu přidružených chorob, eventuálně riziko – nejčastěji kardiálních a respiračních komplikací perioperačně a pooperačně - je příliš vysoké (Raju et al, 2007; Švestková, 2003). Konzervativní terapie může být indikována i z důvodu lokálního, např. při aktivních varikoflebitidách, po flebotrombóze nebo při pokročilé ischemické chorobě dolních končetin.

Semiinvazivní neradikální techniky. Dlouhou dobu se používá technika skleroterapie. Jde o nenáročnou techniku, která nevyžaduje složité vybavení ambulance. Požadavky na sklerotizační roztok jsou nebolestivost při aplikaci, žádné vedlejší účinky a vysoká specifita k endotelu – vnitřní výstelce žíly. Sklerotizující látka je aplikována přísně intravenózně do varixu, refluxního bodu nebo přívodné žíly. Cílem je endotelová buňka, která je poškozena, a vnitřní povrch žíly se stává smáčivým. Dojde k trombóze žilní, fibróze a v ideálním případě k postupné resorpci. Sklerotizační látky dělíme podle mechanismu účinku na tři skupiny: detergentní, osmotické a chemické.

Ne všechny typy varixů jsou vhodné ke sklerotizaci, zvláště riziková je oblast poblíž junkce povrchních žil a perforátorů. Skleroterapie je s výhodou a efektivně využívána u varixů retikulárních. Její použití u metličkových intradermálních varixů a teleangiektázií modifikuje její název na mikroskleroterapii. Je obvykle a správně používána v indikaci kosmetické, kdy hlavní kmeny VSM a VSP jsou plně kompetentní.

Metoda sklerotizace byla používána v první polovině minulého století a v r. 1944 byla zdokonalena vývojem a použitím pěnových sklerotizačních látek (Bergan et al, 2006; Jia et al, 2007).

Skromnější využití zaznamenala metoda elektrokoagulační, která působí termicky na endotel. Mezi dvěma elektrodami perkutánně zavedenými do metličkového varixu proběhne elektrokoagulační elektrický proud. Metoda je použitelná ambulantně, význam má spíše kosmetický. Hodí se k léčbě metličkových intradermálních venektázií. Při těchto terapeutických postupech sestra úzce spolupracuje s lékařem, asistuje při ambulantních výkonech a edukuje pacienta před i po výkonu.

Chirurgické řešení sleduje tyto cíle: terapeutický – úprava hemodynamiky postižené končetiny, preventivní – zpomalení progresu onemocnění vedoucího k bérčovému vředu a kosmetický.

Podle současných poznatků je klíčem k řešení varixů DK ovlivnění refluxu krve z hlubokého žilního systému do povrchového. Jednotlivá ústí povrchových žil, která se stávají insuficientními a jsou příčinou tvorby varixů, jsou známá. Některá jsou standardní – VSM se vlévá do vena femoralis ve fossa ovalis v třísele standardně, ale

větší počet žilních ústí má nestandardní polohu a lokalitu perforátorů z klinického vyšetření lze určit jen zřídka a je nepřesná. Krossektomie – podvaz všech větví ústícih do safenofemorální junkce a ligaci VSM těsně v junkci je dnes považována za zlatý standard v léčbě varixů DK, i když flebologové tuto metodu zpochybňují (Kašpar, 2002).

Podmínkou odstranění, tzn. vytržení (strippingu), je sondáž kmenové žíly vodičem a její přerušení centrálně i periferně. Centrálně je provedena krossektomie, rozsah strippingu distálně je diskutován. V každém případě stripping VSM v jakékoli délce vykazuje lepší výsledky než krossektomie samotná, bez strippingu. Objevily se i jiné kombinace, například krossektomie s ligací VSM a následná skleroterapie, nebo stripping bez krossektomie. Žádná z těchto kombinací nedoznala všeobecného použití, nepřináší výrazné výhody.

Délka nutného a účinného strippingu je v současné době hodnocena i z jiných pohledů. VSM je používána jako tepenná náhrada při revaskularizacích jak na myokardu, tak v oblasti periferní končetinové cévní chirurgie nebo po úrazech. Je všeobecnou snahou chirurgů VSM šetřit pro rekonstrukční cévní chirurgii, což umírňuje radikalitu strippingu, jde o tzv. limitovaný stripping. Ukazuje se, že stripping VSM od inguiny ke kolenu je dostatečný jak z pohledu radikality, tak z pohledu rekurence, dále je splněna prevence poranění n. safenus na bérce, kde je četnost poranění nejvyšší. Limitovaný stripping vyhovuje potřebám možného použití bérce VSM jako štěpu k rekonstrukci (Winterborn et al, 2004). Je ale otázkou, zda kvalita insuficientní VSM je pro další použití vhodná. V r. 1999 britští chirurgové hodnotili délku strippingu a doporučují limitovaný stripping od třísla ke kolenu (Lees et al, 1999).

Zkušenosti s použitím endoluminárního laseru, který obliteruje žílu též jen od třísla ke kolenu, jsou s těmito názory v konsenzu. Odpůrci strippingu uvádějí argumenty svědčící pro zachování VSM. Ovšem uznávají nutnost krossektomie a ligace všech perforátorů. Dalšími argumenty k zachování VSM jsou: menší pooperační bolestivost, redukce hematomů, možnost výkonu v lokální anestezii, kratší operační čas a menší operační trauma. Některé z výše uvedených argumentů jsou splněny alternativními

metodami – použitím endovaskulárního laseru nebo radiofrekvenční ablace (Winterborn et al, 2004).

Obturační metody. Z r. 1999 pochází první práce o endovaskulárním užití laserové energie (Boné, 1999). V r. 2001 publikovali Navaro a Min novou techniku léčby insuficientní VSM pomocí endovaskulárního laseru (Navaro et al, 2001). Běžné označení metody, jak ji dnes používáme, je EVLT (EndoVenous Laser Treatment).

Metoda využívá konstrukce flexibilního laserového vlákna zavedeného do lumina žíly. Na aktivní konec je přenášena generovaná světelná energie o určité vlnové délce (400 - 1000 nm). Světlo je absorbováno neoxygenovaným hemoglobinem. Tepelná energie (až 800 °C) destruuje endotel žilní stěny, dojde k trombóze a následné fibróze žíly (Kašpar, 2009). Praktické provedení zaváděcího manévru vlákna v duchu miniinvazivity popsali autoři punkční cestou do VSM v oblasti kolene za přispění identifikace VSM duplexní sonografií. Vlákno je zavedeno centrálně, asi 3 cm distálně od safenofemorální junkce. Celý výkon lze uskutečnit v infiltrační anestezii, ambulantně, tedy je minimalizováno riziko spojené s celkovou anestezí (Navaro et al, 2001, Min et al, 2001, 2005). Některá pracoviště používají EVLT v kombinaci s krossektomií. Výhoda EVLT v kombinaci s lokální anestezí je v časně mobilizaci klienta. Dokonce se doporučuje ihned po výkonu chodit. Elastická bandáž s cílenou kompresí na obliterovanou VSM je doporučována asi na 5 - 7 dní. Pracovní neschopnost je individuální.

EVLT lze užít i v případě insuficience VSP. Zavedení vlákna je možné uskutečnit z periferie v oblasti zevního kotníku směrem centrálním k safenopoliteální junkci, nebo invazivnějším přístupem podobným krossektomií, a to preparací safenopoliteální junkce v popliteální jámě, ligací VSP a sondáží retrográdně.

Další obturační metodou je radiofrekvenční ablace (RF), využívá teplo generované radiofrekvenční bipolární sondou, které zahřeje žilní stěnu, dojde ke spasmu, následné destrukci endotelu a obliteraci žilního průsvitu. Technika zavedení sondy, mechanismus působení na endotel je obdobný jako u EVLT. Je možné sondu zavádět punkčně od kolene centrálně, nebo po provedení krossektomie retrográdně z třísla do periferie. Je třeba dbát kontaktu se stěnou žíly, teplota na konci elektrody se

pohybuje kolem 85 – 120 °C. Výsledky jsou srovnatelné s EVLT. Ekonomické analýzy prokázaly finanční výhodnost RF před EVLT. Lze konstatovat, že endovenózní metody jsou méně agresivní a mají významně kratší pracovní neschopnost (Merchant, 2002; Kliment et al, 2009).

EVLT i RF přinášejí lepší pooperační výsledky, výhody lze shrnout do tří bodů: lepší pooperační komfort, lepší bezprostřední kosmetický efekt a kratší pracovní neschopnost s rychlejším návratem do plné socioekonomické aktivity (Darwood, 2008). Pokud jde o kvalitu života jsou při dlouhodobém sledování hemodynamické a klinické výsledky stejné (Lurie et al, 2005).

Různí autoři uvádějí rozdílné procento recidiv z jednotlivých pracovišť. Po 3 letech se vyskytuje recidiva varixů po RF 7 – 18 %, po EVLT 7 – 18 % a klasickém strippingu 15 - 40 %, dále komplikace v ráně po RF 0 – 3 %, po EVLT 0 – 7 % a po konvenční operaci 10 – 30 %. Po RF a EVLT se může vyskytnout i termické poškození okolních tkání, ale v zanedbatelné míře 0 – 2 % (Marušiak, 2010).

Za zmínku, pro úplný výčet obliteračních metod, stojí jistě i kryoablace, která se ale v současné době neužívá. Jde o metodu, která je postavena na principu destrukce endotelu, jak sám název říká – chladem. Obdobnou myšlenkou se zabýval i Hejhal v r. 1959, ale použil energii na druhé straně termického spektra, metodu elektrokoagulace. Obě metody se staly předchůdci radiofrekvenční a laserové okluze hlavních žilních kmenů.

Chirurgie perforátorů patří k obtížnější kapitole žilní chirurgie. Podvaz jednotlivých perforátorů je možný po označení duplexní monografií. Většinou však je insuficience perforátorů vícečetná a klinickým projevem bývá dermatoliposkleróza s indurací podkoží a tvorbou kožních ulcerací. Je doprovázená výraznými subjektivními potížemi. Situace je o to složitější, že perforátor se nachází v místě patologicky změněné kůže, choulostivé k jakékoli intervenční léčbě.

V novodobé historii byly vyvíjeny různé metody přerušení insuficientních perforátorů. Invazivní jsou však opuštěny a vlivem technického pokroku spojeného s vývojem endoskopie byla vyvinuta nová generace miniinvazivních operací, která umožňuje přerušení perforátorů za vizuální kontroly – SEPS (Subfascial Endoscopic

Perforator Surgery). Jde o endoskopickou disekci subfasciálního prostoru na vnitřní straně bérce (Marušiak, 2010). Indikací k provedení výkonu je identifikovaný insuficientní perforátor duplexní sonografií. Klinické vyšetření se v dnešní době považuje za nedostatečné. Technika vyžaduje celkovou anestezii a hospitalizaci. Principem výkonu je zavedení endoskopického tubusu pod facii bérce asi uprostřed délky v oblasti zdravého kožního krytu. Nesporná výhoda endoskopického přerušování perforátorů spočívá v přesné identifikaci a destrukci všech perforátorů vnitřní strany bérce z jednoho řezu umístěného mimo oblast chronicky postižené kůže (Pietravallo, 2002).

Metoda CHIVA (la cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire) je založena na předoperační diagnostice refluxních bodů duplexní sonografií. Z miniincize je vypreparována a přerušena žíla, tak je zabráněno reflexu krve. Nejsou odstraňovány samotné varikózní žíly. K výkonu je třeba vyselektovat vhodné pacienty. Indikací k operaci je s výhodou ligace tzv. reentry perforátoru, který ústí do VSM v průběhu stehna. Při delším sledování dochází však ve velkém procentu – až v 91 % - k insuficienci VSM, která si vyžádá další ošetření (Escribano, 2003). Metoda není používána na mnoha pracovištích z důvodu náročného předoperačního vyšetření a zdlouhavého výkonu se spornou radikalitou.

1.5.9 Komplikace

Každá metoda léčby může mít svoje vedlejší účinky nebo komplikace. Semiinvasivní způsob léčení reprezentovaný hlavně sklerotizací varixů je rizikový vznikem zánětu varixu, který může přestoupit do okolí. Taková komplikace svému nositeli přináší bolestivost, zarudnutí a po odeznění zánětu změnu pigmentace kůže. Uvážíme-li, že sklerotizaci vyžadují klienti hlavně z důvodů kosmetických, pak taková komplikace vede jen k jinému, pozměněnému výrazu kosmetického defektu na dolní končetině. Vzácně může sklerotizační látka proniknout do hlubokého žilního systému a způsobit trombózu tam.

Po chirurgickém ošetření varixů jsou komplikace vzácným jevem a většinou neohrožují pacienta na životě. Jde nejčastěji o komplikace v ráně v oblasti třísla, kde může vzniknout zánět, krvácení, lymfatická píštěl nebo rozestup rány s druhotným

hojením. Stripping VSM je doprovázen vždy krvácením, kterému lze zamezit naložením elastického obinadla. Vznikne-li větší krvácení, je provázeno tvorbou hematomu s intenzivnější bolestivostí a dlouhodobou resorpcí. Projevem neurologických komplikací poškozením nervus saphenus jsou parestezie nejčastěji na vnitřní straně bérce a mediální straně nohy. Nejzávažnější a obávanou komplikací je vznik flebotrombózy s embolizací plicnice, tato komplikace se objevuje vzácně, je uváděna jen v 0,06 – 0,16 % (Hermann et al, 2003).

1.6 Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta před a po operaci varixů

Chirurgické ošetrovatelství má za úkol poskytovat ambulantní a ústavní péči ve všech složkách chirurgické péče v prevenci, diagnostice, léčbě sociální a výchovné péče. Chce získat a zapojit pacienta a jeho rodinu do procesu uzdravování, ošetrování a podpory zdraví. Je důležité monitorovat ošetrovatelské požadavky pacienta a spolu s ním zabezpečit ošetrovatelskou péči. Dalším úkolem chirurgického ošetrovatelství je řídit ošetrovatelský proces na základě nejnovějších, vědecky ověřených poznatků, vědomostí a ošetrovatelských teorií v souladu s etickými normami a právy s důrazem na kvalitu a efektivnost. Uplatňovat vědecky podložené ošetrovatelské metody, postupy a techniky při ošetrovatelských činnostech. Řešit ošetrovatelské problémy, které mohou být předmětem výzkumu, a využívat výsledky výzkumu v chirurgické ošetrovatelské péči (Kubicová et al, 2005).

Perioperačním obdobím rozumíme dobu před, během a po operaci. Zahrnuje tři fáze: *Předoperační* – začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem pacienta na operační sál. Je to období, kdy se pacient připravuje psychicky a fyzicky na výkon. *Intraoperační* – začíná uložením pacienta na operační stůl a končí přijetím pacienta na pooperační ošetrovací jednotku. *Pooperační* – období po operaci, která začíná přijetím pacienta na jednotku intenzivní péče nebo pooperační pokoj a končí až úplným kompletním zotavením z operace (Mikšová et al, 2006).

1.6.1 Příprava k operaci

Cílem předoperační přípravy je vytvořit nemocnému optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k dobrému, nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Každá příprava k operaci zahrnuje prvky obecného rázu, které mají být splněny u každého chirurgického výkonu, a prvky speciální, dané diagnózou a typem plánované operace. Intenzita i způsoby jejího provádění závisejí na hodnocení celkového zdravotního stavu a postižení jednotlivých systémů, které je možno klasifikovat podle řady navržených schémat (např. klasifikace podle ASA, NYHA, Goldmannova indexu aj.) (Zeman et al, 2003).

Základní předoperační vyšetření je prováděno praktickým lékařem či internistou. Cílem je shrnutí potřebných anamnestických dat, výsledku fyzikálního vyšetření i pomocných vyšetření, včetně dlouhodobé medikace a potřebných konziliárních vyšetření při přidružených onemocněních.

Mezi výkony s obecně nízkým rizikem patří většinou krátkodobé chirurgické výkony, nezatěžující pacienta náročností a nutností hospitalizace. Velkou část těchto výkonů lze provádět ambulantně, v lokální anestezii či s využitím jednodenní chirurgie. Příprava nemocného k tomuto typu výkonu není náročná, při dodržení sterilních podmínek nejsou obvykle tyto výkony zatíženy infekčními komplikacemi. V obecném souhrnu se jedná o výkony všeobecně chirurgické a patří mezi ně i některé cévní výkony – varixy (Skalická et al, 2007).

V právních předpisech je stanoven základní požadavek, bez kterého nelze poskytovat zdravotní péči. Tím je souhlas pacienta s doporučenou a poskytovanou zdravotní péčí, tzv. souhlas s výkonem, včetně péče, kterou poskytuje sestra na základě ordinace lékaře nebo z vlastní iniciativy.

Pacient při přijetí dává souhlas s hospitalizací, pak s konkrétním výkonem, s nahlížením do dokumentace, popř. souhlas s přítomností osob, které se připravují na budoucí povolání.

V první řadě je třeba si uvědomit, že souhlas s provedením výkonu při poskytování zdravotní péče je jednostranný právní úkon, který musí mít všechny

formální i věcné náležitosti, tj. souhlas musí být učiněn svobodně, vážně, určitě a srozumitelně.

Pacient dává vždy souhlas s výkonem preventivním, diagnostickým a zejména léčebným, a to ať již jde o výkon invazivní, či neinvazivní. Vždy je to ale souhlas s výkonem konkrétním. V současné době právo neakceptuje generální souhlas pro jeho neurčitost, takový souhlas by byl neplatný - např.: „Souhlasím se všemi potřebnými výkony (Vondráček a Wirthová, 2009, s. 35)“.

Každá operace, plánovaná nebo urgentní, je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje, a to jak v době před operací, tak v době po operaci. Z tohoto důvodu je třeba věnovat zvýšenou citlivost jak psychickým, tak fyzickým potřebám pacienta.

K operaci je nutno připravit a zajistit přípravu a ošetření pacienta, operační sál, operační pole a operační skupinu (Mikšová et al, 2006).

Po vyšetření lékařem-specialistou (cévní chirurg) nemocný obdrží od sestry v ambulantní části tiskopis, kde jsou vyznačena potřebná vyšetření dle ASA I.-IV. V den přijetí si nemocný výsledky a závěry těchto vyšetření přináší s sebou. Nemocný, u kterého je prováděna léčba antikoaguačními a antiagregačními léky, nebo žena užívá antikoncepci, musí být upozorněn lékařem na vysazení těchto léků před operačním výkonem. Délku vysazení určí lékař. Nemocný si s sebou přináší základní vyšetření (ne starší 10 dnů): EKG + interní závěr. Při příjmu podepíše nemocný nebo zákonný zástupce informované souhlasy. Záznam fyziologických funkcí (TT, TK, P). Vyznačení alergie. Psychická příprava – sestra seznámí nemocného s průběhem předoperační přípravy a předpokládanou pooperační péčí. Sestra zajišťuje doplnění vyšetření, která jsou přiordinována ošetřujícím lékařem, anesteziologem či internistou. Při pohovoru s nemocným získává informace o zvyklostech a potřebách nemocného. Závažné informace zaznamenává do dokumentace.

Den před operačním výkonem odpoledne sestra zajistí přípravu operačního pole oholením celé dolní končetiny včetně třísla, celkovou koupel se zvýšeným zřetelem na operační pole (u žen musí být odlakované nehty). Lékař zakreslí nemocnému nesmazatelnou tužkou celý varikózní komplex na dolních končetinách, popřípadě lékař

na interním oddělení označí pomocí ultrazvuku perforátory (spojky povrchového a hlubokého žilního systému). Nemocný večeří a pít může až do 24 hodin. Od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. Odpoledne dostane glycerinový čípek. Večerní premedikace je podávána dle ordinace anesteziologa.

V den operace sestra zajistí kontrolu fyziologických funkcí (TT, TK, P) a provede záznam do dokumentace. Ranní léky podá sestra dle ordinace lékaře – per os léky zapije pacient malým douškem tekutiny. Diabetikům je prováděn glykemický profil a podávána infuze glukózy s inzulínem dle ordinace lékaře.

Těsně před výkonem na výzvu anesteziologické sestry dle ordinace anesteziologa aplikuje sestra na oddělení premedikaci, zapíše operační dny do dokumentace (den operace = 0 den). Před aplikací premedikace vyzve sestra nemocného, aby se vymočil, odložil osobní prádlo a oblékl otevřenou košili, odložil zubní a jiné snímatelné protézy a veškeré šperky. Po aplikaci premedikace již nemocný nevstává z lůžka (ortostatická hypotenze). Sestra předává nemocného a dokumentaci anesteziologické sestře.

Po celou dobu předoperační přípravy sestra informuje pacienta o okolnostech a průběhu přípravy, komunikuje s pacientem, je v jeho blízkosti, doprovází jej a snaží se být jeho psychickou oporou (Komise pro tvorbu standardů, 2010).

Příprava pacienta k ambulantnímu výkonu je odlišná. Pacient přichází ke konzultaci k odborníkovi, který posoudí, zda rozsah a typ varixů je vhodný k ambulantnímu výkonu. Vždy je provedeno UZ vyšetření žilního systému DK, jednak z důvodu upřesnění diagnostiky, jednak z důvodu možnosti porovnání stavu operované končetiny při nespokojenosti pacienta s výsledkem operace. Není nutné předoperační laboratorní vyšetření, stačí pouze anamnestická data získaná od pacienta o závažných nemocech, užívaných lécích a krvácivých onemocněních v osobní a rodinné anamnéze. Pacient je informován při konzultaci o předoperační přípravě, která se skládá pouze z běžné hygieny a oholení v oblasti třísla. Pacient nemusí být lačný od půlnoci, je doporučeno lačnění jen několik hodin, není omezen přísun tekutin. Pacient podepíše informovaný souhlas s operací.

Těsně před výkonem sestra zkontroluje operační pole včetně oholení třísla, změří krevní tlak a lékař označí viditelné varixy nesmazatelnou tužkou. Sestra uloží pacienta na operační lůžko, pacient je svlečen od pasu dolů.

1.6.2 Pooperační péče

Hospitalizovaný nemocný po *chirurgickém výkonu* se překládá na pooperační pokoj, kde je pod stálým dohledem sestry 2 hodiny. Do stabilizace stavu sestra kontroluje vitální funkce: TK, P, dýchání, saturaci O₂, vědomí, bolest. Především kontroluje krytí operované končetiny, kvalitu bandáže a prokrvení na periférii. Vše se zaznamenává do dokumentace. Lékař propouští nemocného po stabilizaci stavu z pooperačního pokoje na standardní stanici. Nemocný dostane teplý čaj po doušcích, jsou kontrolovány i.v. vstupy a probíhá kontrola močení, dle ordinace lékaře a potřeby pacienta se podávají analgetika.

První pooperační den nemocný vstává s dopomocí sestry k provedení ranní toalety. Provádí se převaz operační rány (1. nebo 2. pooperační den) a nová bandáž končetiny - nemocný nevstává a nechodí, pokud nemá celou končetinu zabandážovanou. 2. pooperační den sestra učí pacienta správně bandážovat končetinu. Důležité je začínat bandážovat od prstů DK, kde prsty jsou z větší části odkryté, a pokračuje se klasovým obvazováním směrem nahoru, přes patu (důležité více otoček, jelikož obvaz zde často ujíždí), bérce, koleno a zpravidla se končí asi 2 - 5 cm pod třísllem. Většinou se použijí 3 obinadla na jednu končetinu. Od 3. pooperačního dne pacient již umí končetinu bandážovat sám. Komprese je po operaci přiměřená. Přílišné utažení může způsobit otok a bolest. Je ordinována racionální dieta bez omezení. Lékař ordinuje podávání analgetik podle potřeby pacienta. Důležitá je rehabilitace – je doporučována chůze nebo elevace končetin, naopak není vhodné dlouhé sezení a stání. Sestra pacienta edukuje o správné hygieně dolních končetin. Pacient si může po propuštění z nemocnice sundat bandáž pouze v sedě, osprchovat se, osušit a opět končetinu zabandážovat. Důležité je nevstávat a nechodit, pokud je končetina bez bandáže.

Bandáž je kompresivní (stahující) obvaz, je oporou svalstva dolních končetin a tím podporuje a zlepšuje žilní návrat krve. Ačkoliv se zdá, že zavázat elastické obinadlo nebo obléci kompresivní punčochu je věc velmi jednoduchá, opak bývá pravdou. Aby kompresivní bandáž byla funkční, musí být použit nejen správný typ obinadla či kompresivního návleku, ale rovněž musí být elastický obvaz správně přiložen či punčocha dobře navléknuta (Krišková, 2006).

Přikládání elastických obinadel není jednoduché, je třeba zaučení pacientů a kontrola techniky bandážování. Některé chyby jsou obecné: obvázáno je pouze úsek končetiny, nikoliv celá končetina, jsou použita obinadla úzká (zařezávají se) a krátká, bandáž má nedostačující tlak v oblasti kotníků, naopak nejvyšší tlak je pod kolenem, kde dochází k zaškrcení končetiny, používají se stará obinadla, elastické obinadlo je přiloženo volně, nezabandážuje se pata, popřípadě celá noha s poukazem na úzkou obuv, zaškrcení poslední otáčky pod obinadlo, dochází k uvolnění a povolení celého obvazu (Machovcová, 2009).

Před propuštěním do domácí péče je nemocný poučen o nutnosti končetiny bandážovat alespoň 2 měsíce (první měsíc i v noci, pak jen přes den). Asi po dvou týdnech již má pacient místo elastických obinadel kompresivní punčochy, které mu na poukaz předepisuje obvodní lékař. Do péče obvodního lékaře je nemocný předáván 3.-7. pooperační den. Stehy jsou extrahovány většinou praktickým lékařem 7.-9. pooperační den. Je doporučena kontrola v cévní poradně při potížích. Pracovní neschopnost bývá obvykle 4 - 8 týdnů dle fyzické náročnosti zaměstnání (Komise pro tvorbu standardů, 2010).

Pooperační péče po ambulantním výkonu. Po dokončení operace pacient odchází do domácí péče. Je poučen o kontrole elastických obvazů, v případě mírného prosakování krve je nutno přidat další vrstvu vsakovacího obvazu, dále je poučen o kontrole periferie končetiny, kdy nesmí docházet k paresteziím, barevným změnám a pocitu chladu v prstech operované končetiny. V případě výskytu některé z popsaných změn má pacient možnost kdykoli svůj stav a subjektivní pocity konzultovat s lékařem telefonicky. Je informován o možnosti použití perorálních analgetik. Pacientovi je

předepsán lék Detralex (venofarmakum), který užívá v časném pooperačním průběhu ve zvýšené dávce.

Následující den je pacient pozván ke kontrole. Je proveden převaz končetiny. Jsou sejmuty obvazy, rány jsou ošetřeny roztokem Novikov a nasazena elastická punčocha. Tu je doporučováno používat 1 - 2 týdny (i v noci). 9. pooperační den je pozván pacient k další kontrole a extrakci stehů.

1.7 Komunikace

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace vzájemně porozuměli. V ošetrovatelském procesu je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací. Tyto informace mohou být verbální nebo neverbální, psané nebo mluvené, formální nebo neformální, specifické v tématu nebo třeba zaměřené na vztah. Komunikace je kontinuální a dynamický proces, kdy sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, je jejím základem. Ošetrovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. A takové setkávání se bez komunikace neobejde (Špatenková a Králová, 2009).

Kvalitní ošetrovatelská péče je bez komunikace mezi sestrou a pacientem (a bez komunikace mezi zdravotníky navzájem) prostě nemyslitelná. Vzájemný komunikační vztah zdravotníka a pacienta by měl být lidsky rovnocenný (komunikují spolu dvě lidské bytosti). Po profesní stránce je ale přirozeně nevyvážený - sestra je z hlediska své pracovní pozice určitou autoritou, expertem. Může proto (a měla by) komunikaci s pacientem do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě i obsahu .

Komunikace s pacientem je nejen věda, ale i velké umění. Umění komunikace a dar schopnosti naslouchat však není dán všem zdravotnickým pracovníkům, stejnou měrou. Efektivní komunikace s pacientem vyžaduje nejen aktivní naslouchání, ale i přiměřené reagování. Někteří zdravotníci mají vysokou schopnost empatického naslouchání, jiní se sice snaží, ale ne vždy je jejich snaha korunována úspěchem. Další

jsou schopni velmi dobrého empatického přístupu, ale jejich reakce není vždy nejvhodnější.

V komunikaci s pacienty se od zdravotnického personálu požaduje zejména schopnost aktivně naslouchat, pokud možno nepřerušovat pacienta v hovoru a neskákat mu zbytečně do řeči. Komunikace s pacienty může být značně různorodá a v mnoha ohledech specifická (není pacient jako pacient). Jinak se komunikuje s malým dítětem, jinak s hluchoslepým pacientem nebo s jedincem v akutní krizi. Je jedno, s kým se komunikuje. Jde o to, *jak* se ním komunikuje a jaký *vztah* se ním naváže. Navázání dobrého vztahu je nejdůležitějším úkolem při prvním setkání s pacientem (Špatenková a Králová, 2009).

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (Venglářová a Mahrová, 2006).

Zákony úspěšné komunikace: Není možné nekomunikovat. Ať děláte, co děláte, vždy vstupujete do komunikace s ostatními. I když se mlčí, vypovídá to o svém duševním rozpoložení a ochotě komunikovat. Příjemce každé sdělení interpretuje. Komunikační sdělení musí vždy nejdříve projít individuálním filtrem vnímání příjemce, aby mohlo být pochopeno. Mezi tím, co bylo vysláno, a tím, co druhý přijal, existuje rozdíl. Počítá se nikoli to, co se vyslat chtělo, ale to, co se dostane k druhému. Rozhodující je tak nikoli záměr komunikace, ale její účinek. Toto pravidlo je neustále porušováno. Vždyť jak často se říká ostatním, že něco špatně pochopili. Jde to až tak daleko, že se druhému odepírají jeho pocity, které už v tu chvíli má, když řekneme: „Nemusíš se kvůli tomu rozčilovat (Klein, 2008, s.64)“. Když je účinek jiný než záměr, nemá smysl druhému znovu vysvětlovat, co se mělo na mysli. To potom často ústí ve zdoluhavé omlouvání se. Raději se místo toho klade otázka, jak druhý sdělení pochopil. Převezme se odpovědnost za výsledek komunikace (Klein, 2008).

Správná identifikace autoplastického obrazu nemocného, jeho postojů k onemocnění a následné terapii umožňuje výběr odpovídajícího komunikačního klíče a postoje k nemocnému. V současné době probíhá volba vhodného psychologického přístupu na základě empatie a snahy o pochopení prožívání situace nemocného. Jde tedy

o intuitivní selekci přístupu k nemocnému, která je závislá na individuálních schopnostech pomáhajícího (Pokorná, 2008).

1.8 Edukace

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělávání není v současné terminologii jednoznačně vymezen (Juřeníková, 2010).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Edukační procesy probíhají od prenatálního života až do smrti. Příkladem edukačního procesu může být osvojení si mateřského jazyka dítětem. Dítě se učí komunikačním dovednostem při kontaktu s matkou a ostatními lidmi, kdy tito jedinci dítěti předávají své dovednosti záměrně i bezděčně.

Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty: edukant a jejího charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukantem je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Edukantem může být samozřejmě i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut atd.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které probíhá edukační proces, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem klient.

V edukaci se můžeme setkat i s dalším pojmem, a to s *edukačním standardem*, což je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Standard je určitý rámec naplánované edukace pro klienta. V praxi se nejčastěji používají standardy pro edukaci klienta s konkrétním onemocněním.

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence.

Komunikace je obecně dorozumívání a je nedílnou součástí edukace. Komunikace v edukačním procesu patří do sociální komunikace a pedagogiky. Rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků edukace, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, který řídí činnost edukanta v souladu se stanovenými cíli (Juřeníková, 2010).

Edukační bariéry mohou mít různé příčiny. Edukátor svou roli tzv. odbyde, většinou z nedostatku času. Edukant nemá zájem o edukaci. A také prostředí či atmosféra mohou narušovat edukační proces.

Současný vývoj ošetrovatelství a jeho nové zaměření mění i roli sestry. Sestra se stává rovnocennou členkou týmu, je schopna samostatného rozhodování, plánování a vykonávání ošetrovatelské péče. Edukace v ošetrovatelství má velký význam v profesionální přípravě sester (Magurová a Majerníková, 2009).

Moderní edukace v ošetrovatelství je aktivní a cílevědomý proces, který vyvolává změny v oblasti poznání a chování pacientů, rodin, komunit. Edukace v ošetrovatelství je systematický, logický, následný a plánovaný proces, kde probíhají vzájemně se ovlivňující činnosti – vzdělávání a učení. Plnění edukační role sestry se v současnosti pokládá za jednu z důležitých kompetencí a zodpovědností sestry a souvisí s rozvojem sesterské profese. V ošetrovatelské edukaci je potřeba respektovat práva a povinnosti pacienta. Edukace je proces, který pomáhá lidem získat zdraví prospěšné chování v jejich každodenním životě, posiluje kompetence a sebevědomí pacienta a rozvíjí jeho vlastní schopnosti v péči o sebe (Nemcová, Hlinková et al, 2010).

2 CÍLE A HYPOTÉZY

Cíle

- 1) Zhodnotit rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při operaci varixů dolních končetin provedené ambulantně laserovou technikou a konvenčně za hospitalizace.
- 2) Zjistit, jaké jsou rozdíly v komunikaci s pacienty, kteří podstoupili operaci ambulantně a při hospitalizaci.
- 3) Zhodnotit, jakým způsobem edukují sestry pacienty po operaci varixů ambulantně a při hospitalizaci.
- 4) Zjistit, zda pacient při rozhodování o typu operace bere jako větší překážku hospitalizaci nebo finanční náklady.

Hypotézy

H1: Ošetrování pacientů po konvenční operaci varixů za hospitalizace vyžaduje větší nároky na ošetrovatelskou péči než po ambulantně provedené operaci laserovou technikou.

H2: Sestra při hospitalizaci má možnost využít edukační proces, který v případě ambulantního vyšetření není možný z časových důvodů.

H3: Pro klienta je pro výběr způsobu operace rozhodující finanční zátěž před dobou hospitalizace.

3 METODIKA

Pro získání informací potřebných ke zpracování své diplomové práce jsem použila metodu kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Pro kvantitativní šetření byla použita technika vlastního polootevřeného dotazníku (viz příloha 1), speciálně vytvořeného pro danou situaci. Dotazník obsahoval 26 otázek pro klienty po operaci varixů operovaných v nemocnici za hospitalizace a ambulantně. Byl vydáván klientům při propuštění z nemocnice nebo po ambulantním výkonu s prosbou o vyplnění v době ukončení pracovní neschopnosti a zaslání poštou.

V otázkách č. 1, 2, 3, 4 a 5 jsem zjišťovala pohlaví, věk klientů, náročnost zaměstnání, ženy na mateřské dovolené a sportovní aktivitu. Důležitá otázka č. 6 rozdělila pacienty do dvou skupin, hospitalizované a léčené ambulantně. V otázce č. 7, 8 a 9 byl položen dotaz na počet operací varixů v anamnéze, zda byla operovaná jedna či obě končetiny najednou a zdravotní potíže. Otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17 vypovídaly o podávání informací od sestry a úloze sestry. V otázce č. 18 jsem se tázala klienta, co jej vedlo k výběru typu operace. Otázky č. 19 a 20 byly pouze pro hospitalizované pacienty a otázky č. 21 a 22 pro pacienty po laserovém ambulantním výkonu. Tyto otázky byly směřovány na edukační činnost sestry. Jaké zdroje informací pacient upřednostňuje, jsem zjišťovala v otázce č. 23. Délka pracovní neschopnosti pacienta po operaci či návrat k běžné denní činnosti byla odpovídána v otázce č. 24. V otázkách č. 25 a 26 jsem se ptala na spokojenost klienta s výsledkem operace a jaká by byla největší překážka, kdyby měl podstoupit opět operaci varixů.

Dále pro kvalitativní výzkum byla použita metoda pozorování, a to před operací a v pooperačním období. Pozorování bylo otevřené a vystupovala jsem jako úplný pozorovatel – účastník, vnější pozorovatel (Hendl, 2005). Nepřímo jsem pozorovala komunikaci sester s pacientem. Byla jsem součástí zdravotního týmu, sestry věděly, že je pozoruji při ošetřování, ale nebyly upozorněny, že budu sledovat jejich komunikaci s pacientem. Z každé skupiny byli sledováni 4 klienti. Pozorování bylo soustředěno na komunikaci sestry s pacientem a předávání informací. Důležitost byla kladena i na edukaci, kterou prováděla sestra. Neopominula jsem i vliv prostředí a atmosféru, v níž sestra předávala informace. Pozorovací arch (viz příloha 2) se skládal z 5 částí.

Komunikace sestry - pacient v čekárně, předoperační příprava, pooperační péče (bezprostřední), pooperační péče na ošetrovací jednotce (ambulanci), komunikace a edukace sestry při propuštění.

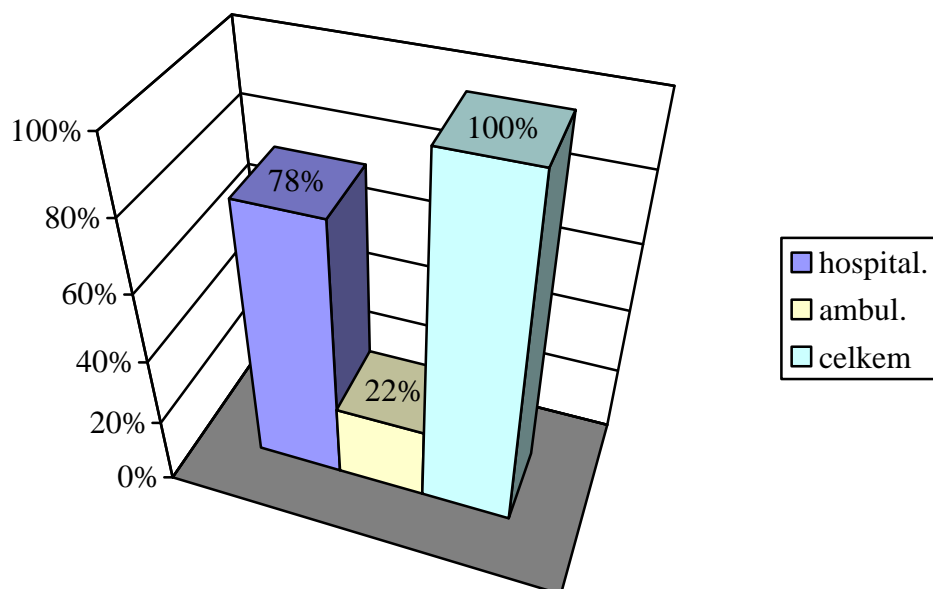
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.

Zkoumaný soubor tvořili klienti operovaní na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., a Institutu lékařské kosmetiky – laserovém centru (Institut lékařské kosmetiky, s. r. o., Centrum laserové a plastické chirurgie, Matice školské 17, Ambulantní klinika Medipont (dříve poliklinika Jih), České Budějovice v období leden – červen 2011. V průběhu sběru dat jsem oslovila téměř všechny pacienty, kteří se v tomto období podrobili operaci varixů. Při propuštění z nemocnice a stejně tak z laserového centra jsem rozdávala klientům dotazníky v obálce s nalepenou známkou a svojí adresou a žádala o jejich vyplnění po skončení pracovní neschopnosti či při návratu do běžné denní činnosti. Bylo rozdáno 150 (100 %) dotazníků. Vrátilo se 131 (87 %) dotazníků, z toho 5 neúplných, které byly vyřazeny. Ke zpracování tak mohlo být použito 126 dotazníků. Bylo zpracováno 99 dotazníků od hospitalizovaných a 27 dotazníků od klientů ošetřených ambulantně laserovou technikou. Pozorování bylo uskutečněno u osmi pacientů. Čtyři pacienti byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s., a byli operováni v celkové anestezii. Další čtyři klienti byli operováni v laserovém centru v Českých Budějovicích a podstoupili výkon v místní anestezii ambulantně.

4 VÝSLEDKY

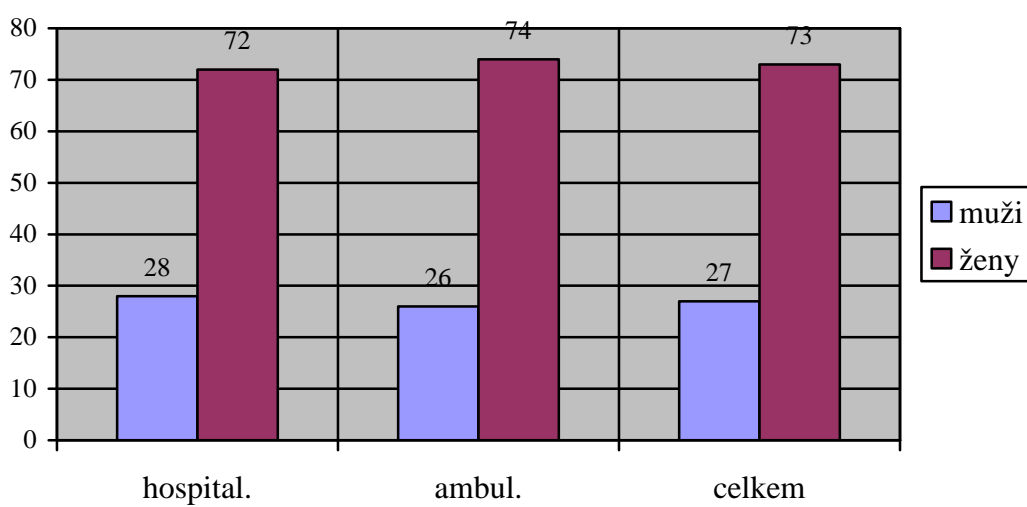
4.1 Vyhodnocení dotazníku

Graf 1 Počet respondentů



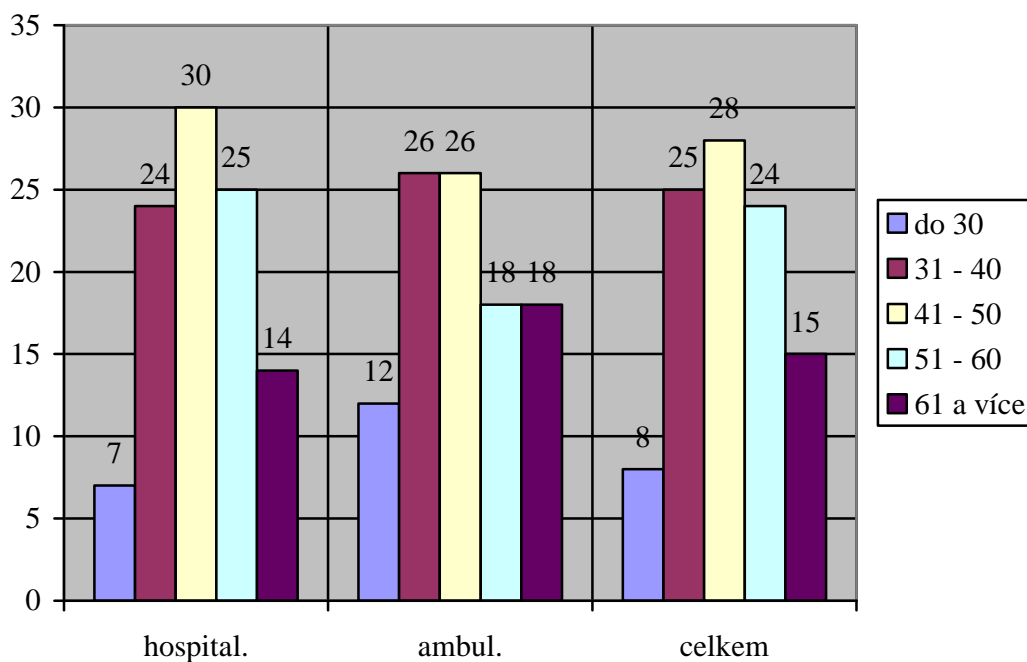
Soubor tvoří 126 respondentů, z toho 99 (78 %) hospitalizovaných a 27 (22 %) respondentů ošetřených ambulantně.

Graf 2 Pohlaví respondentů (%)



V celém souboru bylo 35 (27 %) mužů a 91 (73 %) žen, z toho 28 (28 %) mužů a 72 (73 %) žen hospitalizovaných, ambulantně bylo ošetřeno 7 (26 %) mužů a 20 (74 %) žen.

Graf 3 Věkové rozložení v souboru (%)

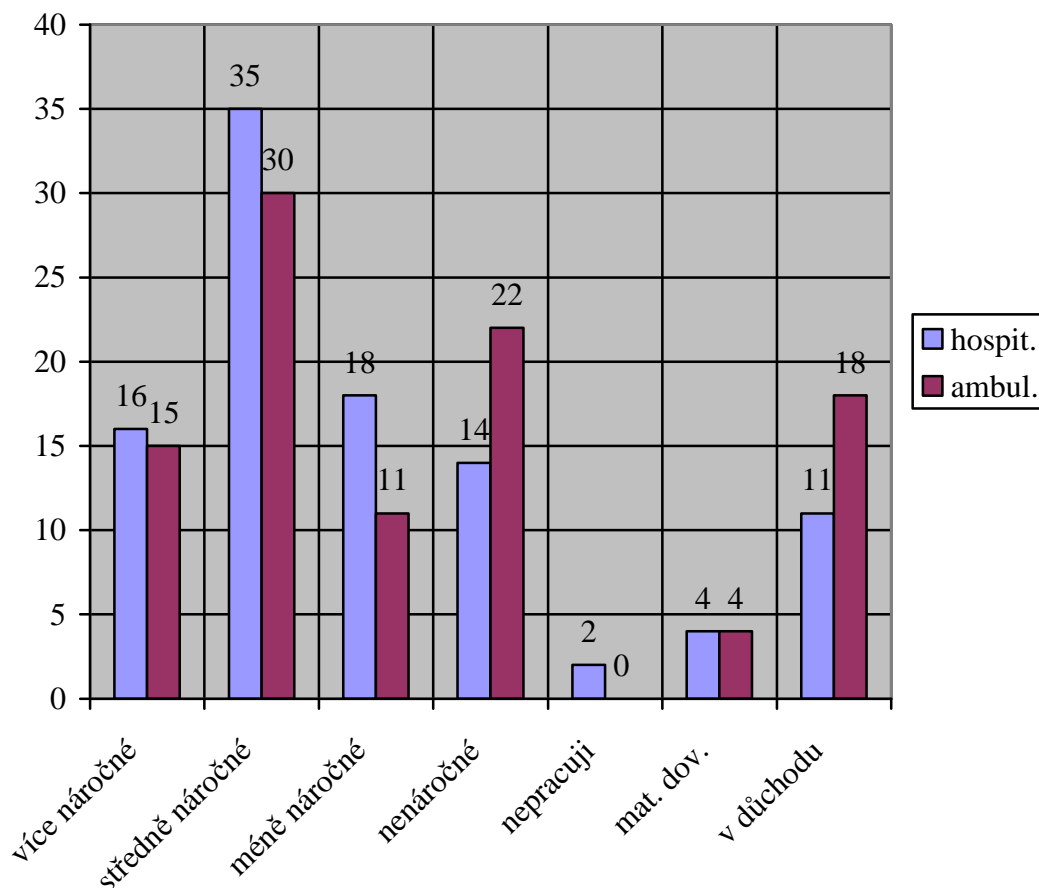


Celý soubor tvořilo 10 (8 %) klientů ve věku do 30 let, 31 (25 %) klientů ve věku 31 – 40 let, 36 (28 %) klientů ve věku 41 – 50 let, 30 (24 %) klientů ve věku 51 – 60 let a 19 (15 %) klientů starších 61 let.

Věkové rozložení ambulantně ošetřených klientů bylo následující: 3 (12 %) klienti ve věku do 30 let, 7 (26 %) klientů ve věku 31 – 40 let, 7 (26 %) klientů mezi 41 – 50 roky, 5 (18 %) klientů ve věku 51 – 60 let a 5 (18 %) klientů nad 61 let.

Hospitalizovaných klientů do 30 let věku bylo 7 (7 %), mezi 31 – 40 lety 24 (24 %) klientů, ve věku 41 – 50 let 29 (30 %) klientů, mezi 51 – 60 rokem 25 (25 %) klientů a nad 61 let věku bylo 14 (14 %) klientů.

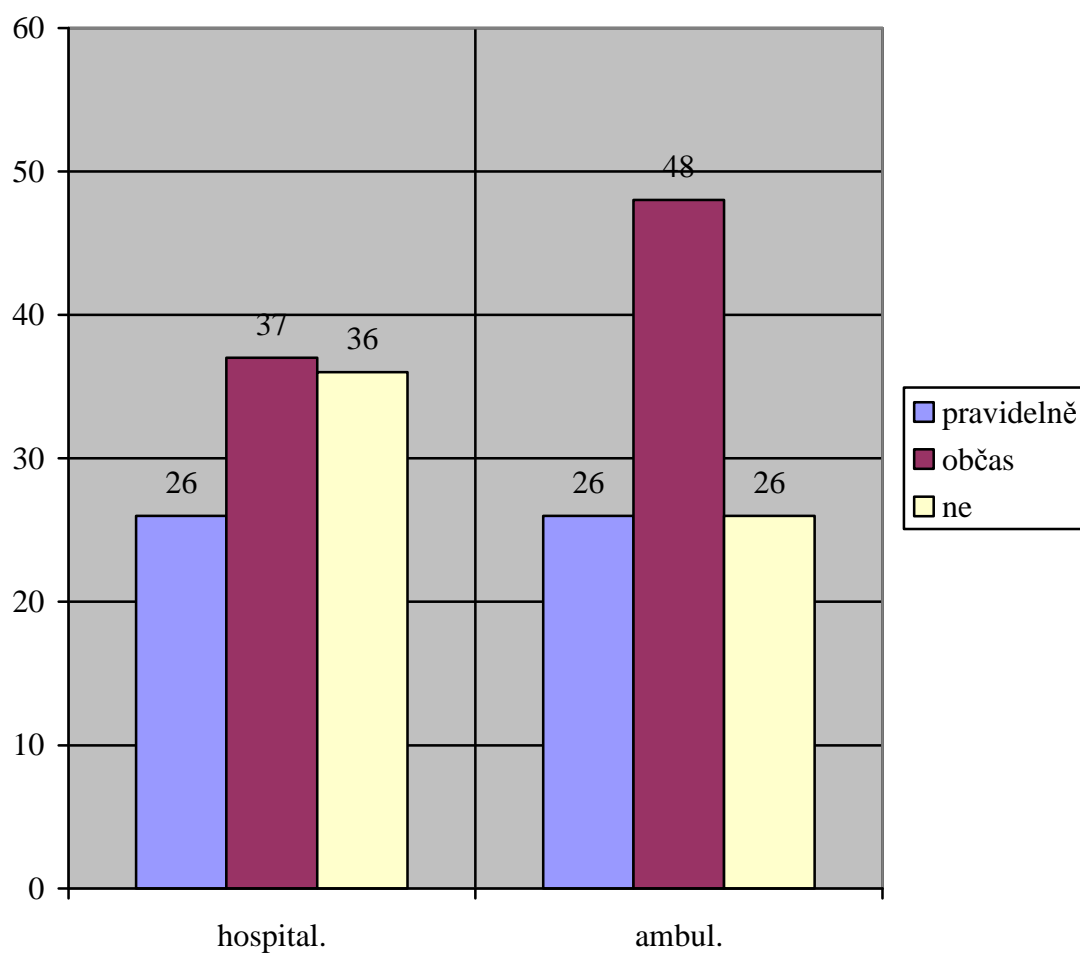
Graf 4 Fyzická náročnost zaměstnání (%)



Hospitalizovaní pacienti hodnotí svoje zaměstnání ve smyslu fyzické náročnosti následovně. Fyzicky více náročné 16 (16 %) klientů, středně náročné 34 (35 %) klientů, méně náročné 18 (18 %) klientů, nenáročné 14 (14 %), nepracují 2 (2 %) klienti, 4 (4 %) byli na mateřské dovolené a 11 (11 %) klientů byli důchodci.

Hodnocení fyzické náročnosti zaměstnání ambulantních klientů je následující. Fyzicky více náročné zaměstnání mají 4 (15 %) klienti, středně náročné 8 (30 %) klientů, méně náročné 3 (11 %) klienti, nenáročné 6 (22 %) klientů, všichni v souboru pracují, na mateřské dovolené byl jeden klient (4 %) a v důchodu 5 (18 %) klientů.

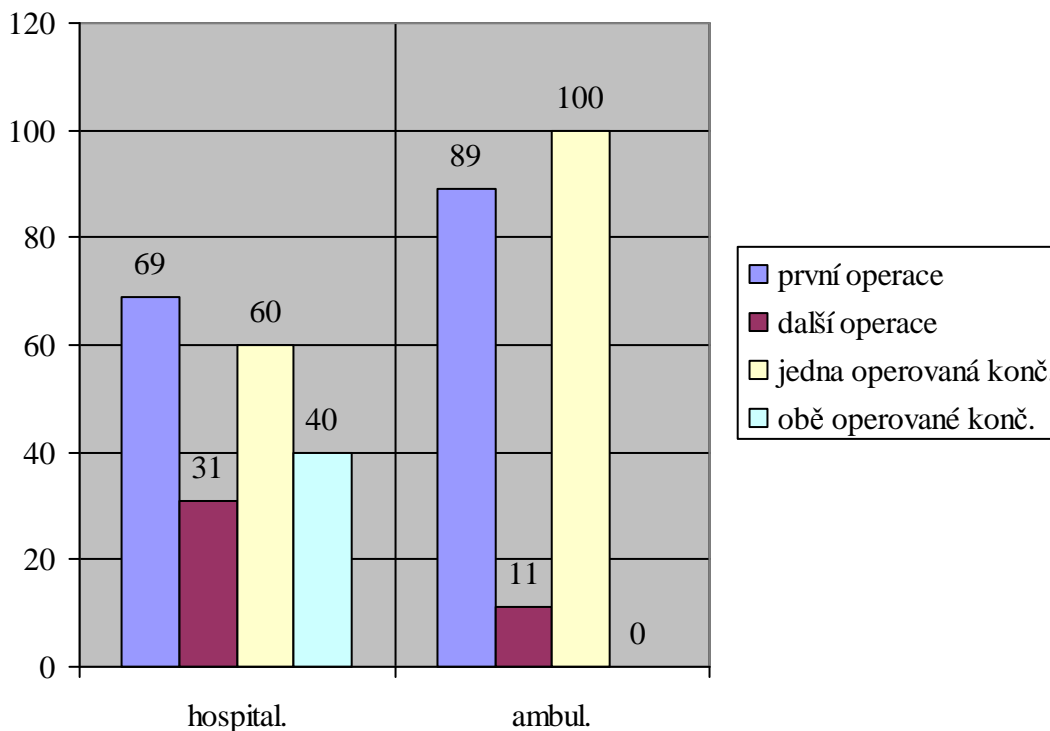
Graf 5 Sportovní aktivita (%)



26 (26 %) hospitalizovaných klientů uvedlo pravidelnou sportovní aktivitu, 37 (38 %) občasnou a 36 (36 %) nesportuje.

7 (26 %) ambulantních klientů uvedlo pravidelnou sportovní aktivitu, 13 (48 %) klientů občasnou a 7 (26 %) sportovní aktivitu neprovozuje.

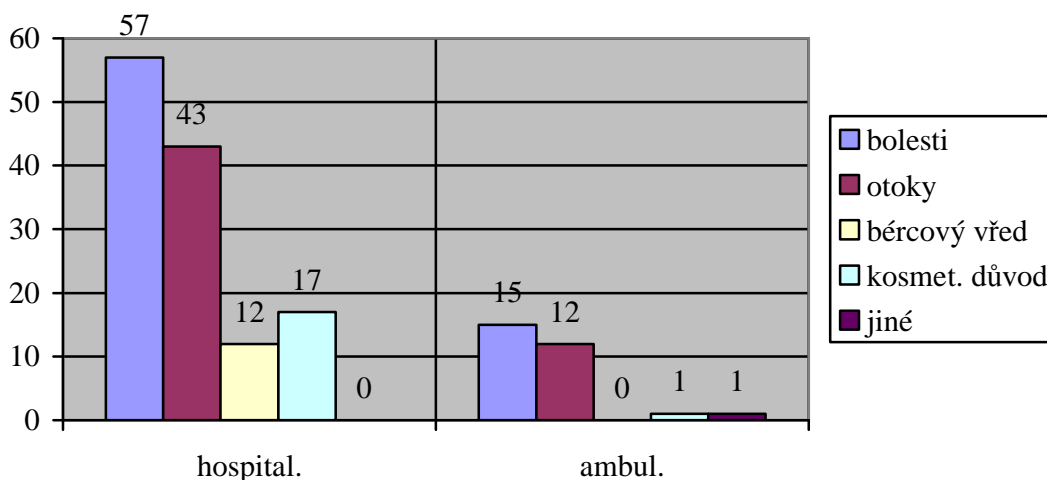
Graf 6 Počet a lokalizace operací v jednom sezení (%)



Hospitalizovaní: 68 klientů (69 %) podstoupilo první operaci varixů DK, 31 (31 %) klientů podstoupilo další operaci varixů v pořadí, u 59 klientů (60 %) byla operována jedna končetina a u 40 (40 %) byly operovány obě končetiny.

Ambulantní: 24 (89 %) klientů podstoupilo první operaci varixů, 3 klienti (11 %) podstoupili další operaci v pořadí. U všech klientů (100 %) byla operována pouze jedna končetina.

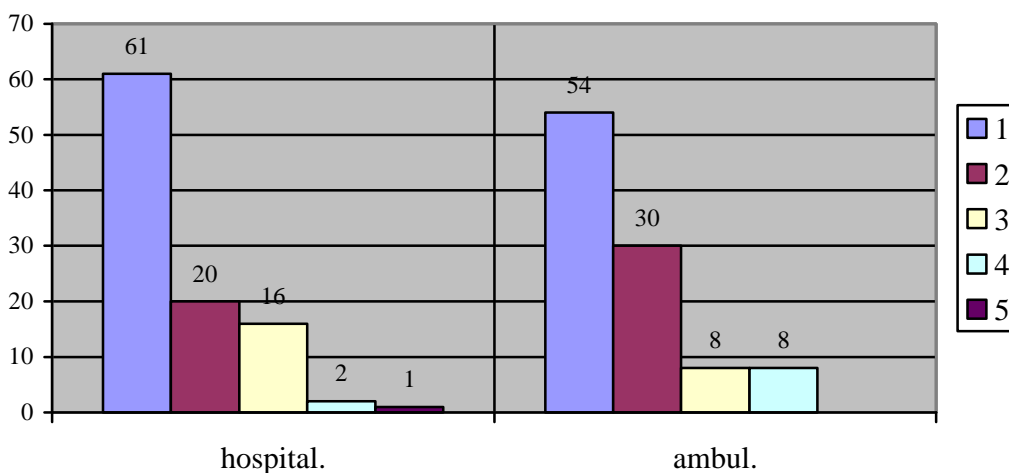
Graf 7 Důvod operace (možnost více odpovědí)



U hospitalizovaných klientů se objevila bolest dolní končetiny jako důvod operace v 57 odpovědích, otok ve 43 odpovědích, bércový vřed v 13, 17 klientů jako důvod operace uvedlo důvody kosmetické.

U ambulantních klientů se bolest končetiny jako důvod operace objevil v 15 odpovědích, otok ve 12 odpovědích, nikdo netrpěl bércovým vředem, jeden klient podstoupil operaci z důvodů kosmetických a jeden klient jako jiný důvod uvedl pigmentace.

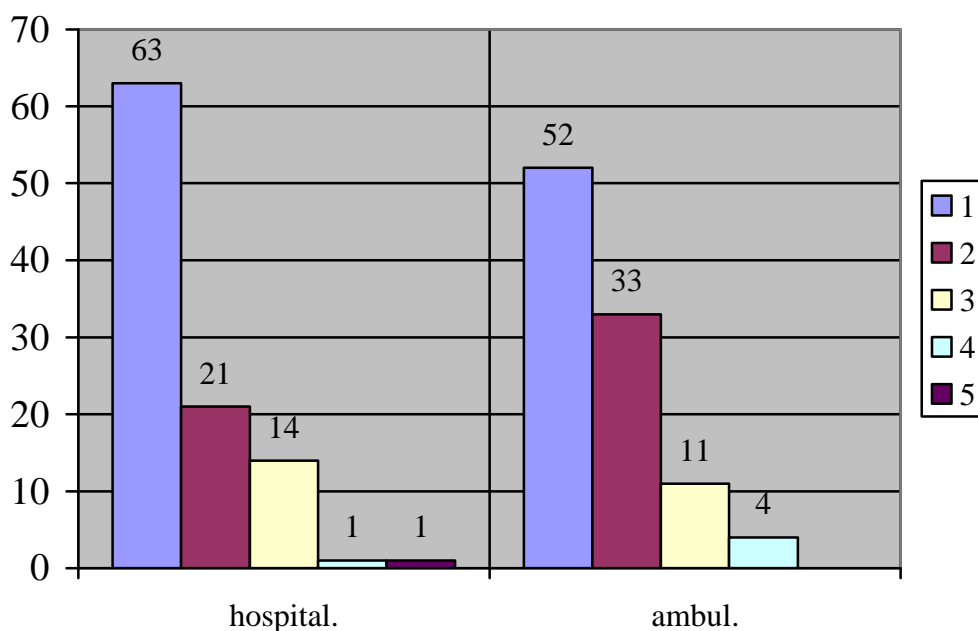
Graf 8 Spokojenost s podanými informacemi (%) (hodnoceno školní známkou 1 - 5)



60 (61 %) hospitalizovaných klientů hodnotilo spokojenost s podanými informacemi známkou jedna, 20 (20 %) hodnotilo známkou dva, 16 (16 %) hodnotilo známkou tři, 2 (2 %) hodnotili známkou čtyři a jeden klient 1 % hodnotil známkou pět.

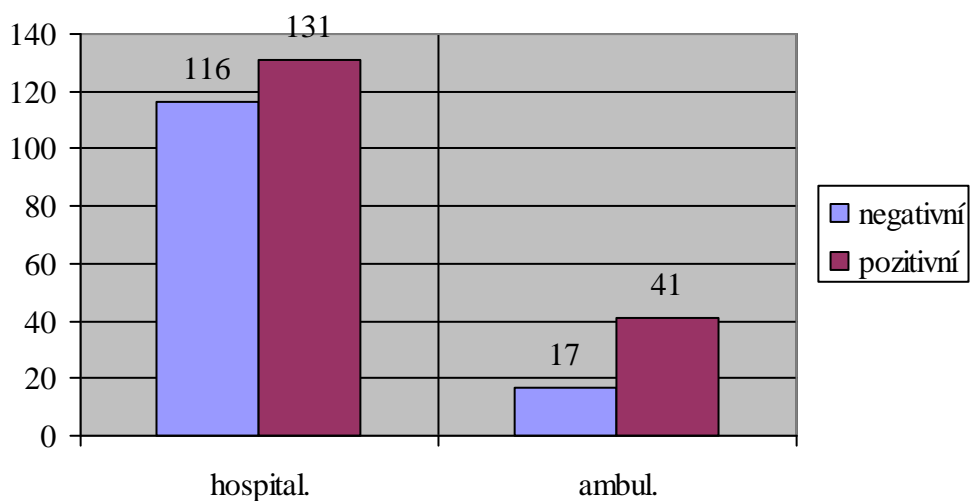
V souboru ambulantně ošetřených hodnotilo spokojenost s informacemi známkou jedna 15 (54%) klientů, známkou dva 8 (30 %) klientů, známkou tři 2 (8 %), známkou čtyři 2 (8 %) klienti, nikdo z dotázaných nehodnotil známkou pět.

Graf 9 Komplexnost informací (%) (hodnoceno školní známkou 1 - 5)



V souboru hospitalizovaných hodnotilo známkou jedna komplexnost informací 62 (63 %) klientů, známkou dva 21 (21 %) klientů, známkou tři 14 (14 %) klientů, známkou čtyři 1 (1 %) klient a známkou pět také 1 (1 %) klient. V souboru ambulantně ošetřených hodnotilo komplexnost informací známkou jedna 15 (52 %) klientů, známkou dva 9 (33 %) klientů, známkou tři 3 (11 %) klienti, známkou čtyři 1 (4 %) klient, nikdo nepoužil známku pět.

Graf 10 Pooperační pocity (možnost více odpovědí)

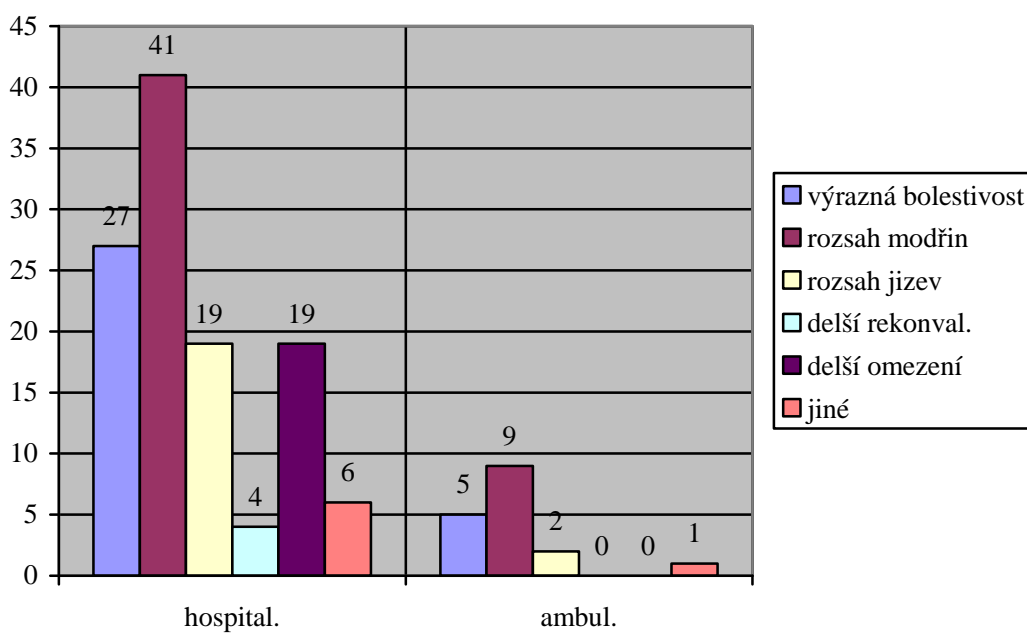


Hospitalizovaní klienti vyjádřili negativní vjem ve 116 odpovědích, pozitivní pocit z pooperačního průběhu ve 131 odpovědích.

Ambulantní klienti vyjádřili negativní vjem v 17 a pozitivní v 41 odpovědích.

V obou skupinách někteří klienti nevyužili možnost negativní odpověď zaškrtnout.

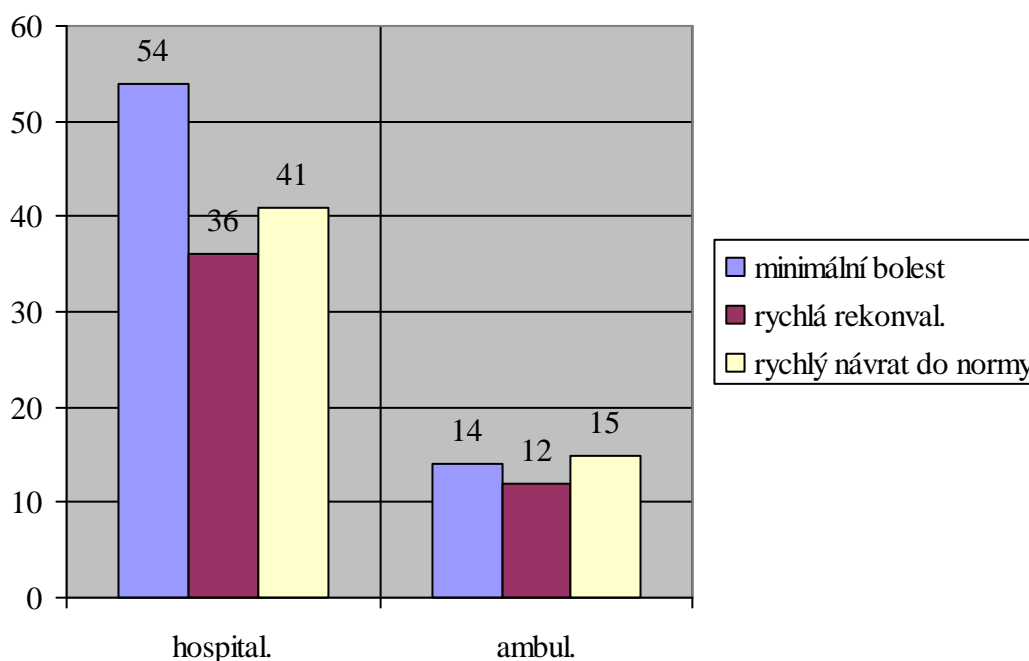
Graf 11 Negativní pooperační pocity (možnost více odpovědí)



U hospitalizovaných klientů se objevila výrazná bolestivost jako negativní vjem v 27 odpovědích. Nejintenzivnější negativní vjem v 41 odpovědích hospitalizovaných byl rozsah modřin, rozsah jizev negativně hodnotili klienti v 19 odpovědích, delší rekonvalescenci ve 4 odpovědích, delší omezení se objevilo v 19 odpovědích. V 6 odpovědích pod možností „jiné“ se objevovali nejčastěji potíže související s anestezií.

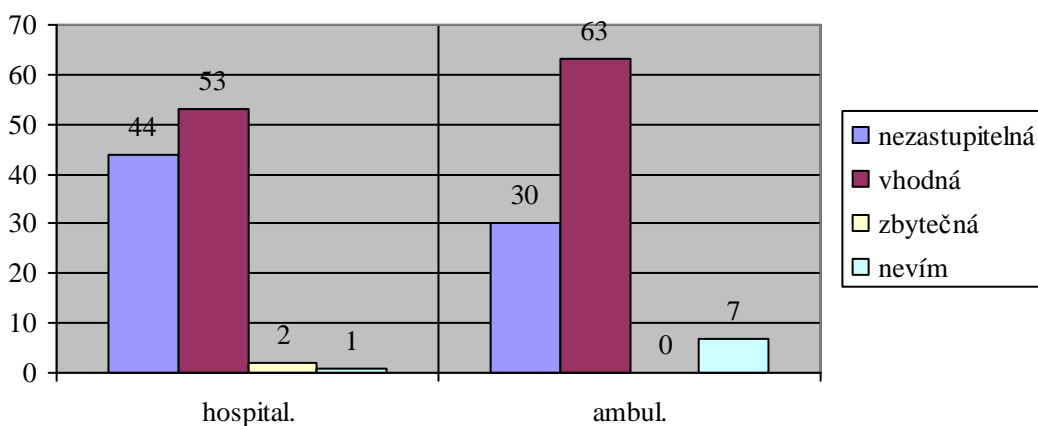
U ambulantních klientů se objevila bolestivost po výkonu v 5 odpovědích, rozsah modřin v 9 odpovědích, rozsah jizev ve 2 odpovědích, nikdo z klientů nevyužil možnost hodnotit negativně delší rekonvalescenci či delší omezení.

Graf 12 Pozitivní pooperační pocity (možnost více odpovědí)



U hospitalizovaných byla pozitivně hodnocena minimální bolestivost v 54 odpovědích, rychlá rekonvalescence v 36 a rychlý návrat do běžného života v 41 odpovědích. V souboru ambulantně ošetřených byla hodnocena minimální bolestivost ve 14 odpovědích, rychlá rekonvalescence ve 12 odpovědích a rychlý návrat do normy v 15 odpovědích.

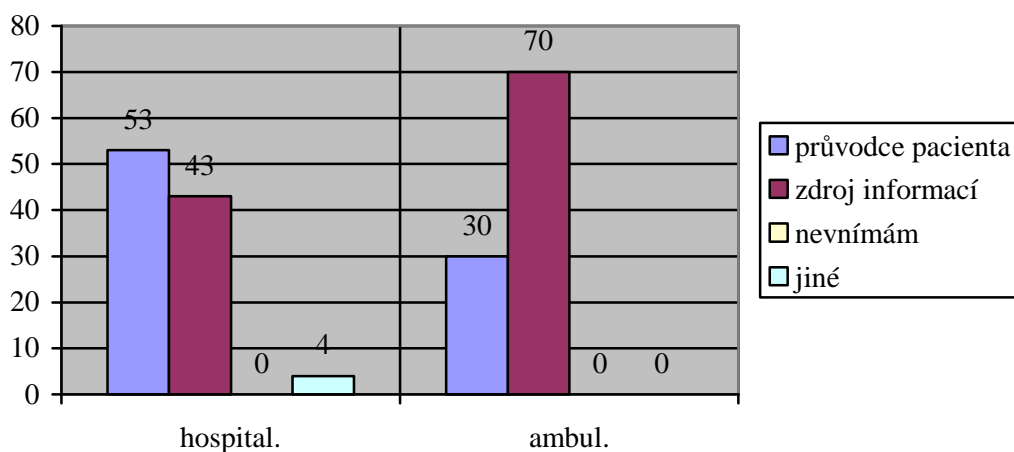
Graf 13 Zastupitelnost sestry v podávání informací v pooperačním období (%)



44 (44 %) hospitalizovaných klientů hodnotí sestru jako nezastupitelný zdroj informací, 54 (53 %) zároveň jako vhodnou k podávání informací. Pouze 2 (2 %) klienti se vyjádřili v tom smyslu, že je sestra v poskytování informací zbytečná, jeden klient (1 %) se nevyjádřil.

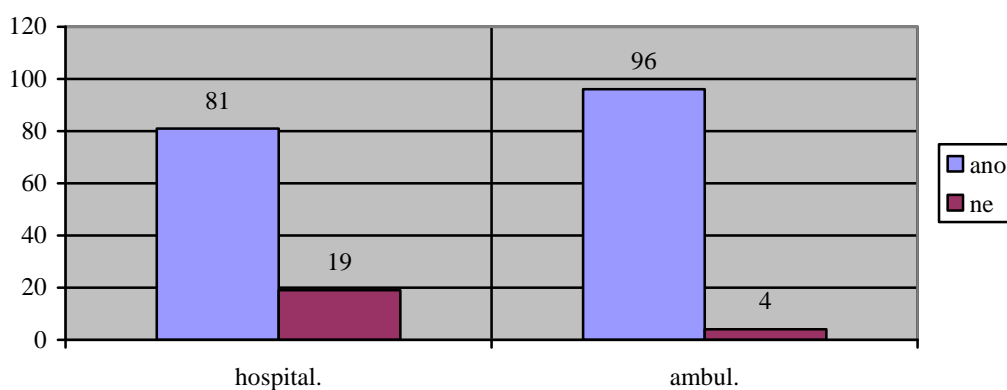
8 (30 %) klientů ambulantně ošetřených vyjádřilo přesvědčení, že sestra je nezastupitelná v podávání informací a 17 klientů (63 %) shledalo sestru vhodnou k podávání informací. Nikdo z dotázaných ji nepovažuje za zbytečnou a 2 (7 %) klienti se nevyjádřili.

Graf 14 Vnímání role sestry v podávání informací (%)



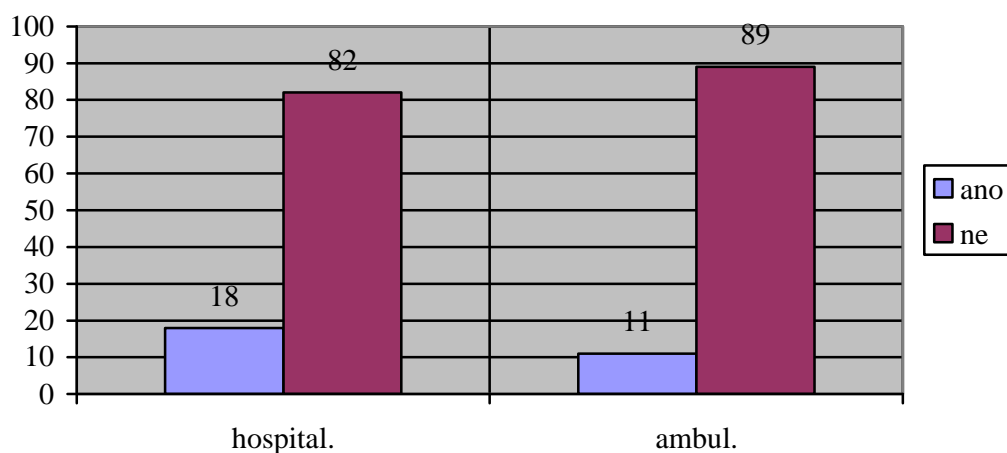
52 (53 %) hospitalizovaných klientů hodnotí sestru jako průvodce pacienta a 43 (43 %) jako zdroj informací, 4 (4 %) klienti označili odpověď „jiné“, 8 (30 %) ambulantních klientů označilo sestru jako průvodce pacienta a 19 (70 %) jako zdroj informací. Nikdo neoznačil sestru termínem „nevnímám“.

Graf 15 Informace o možnostech různých druhů operace (%)



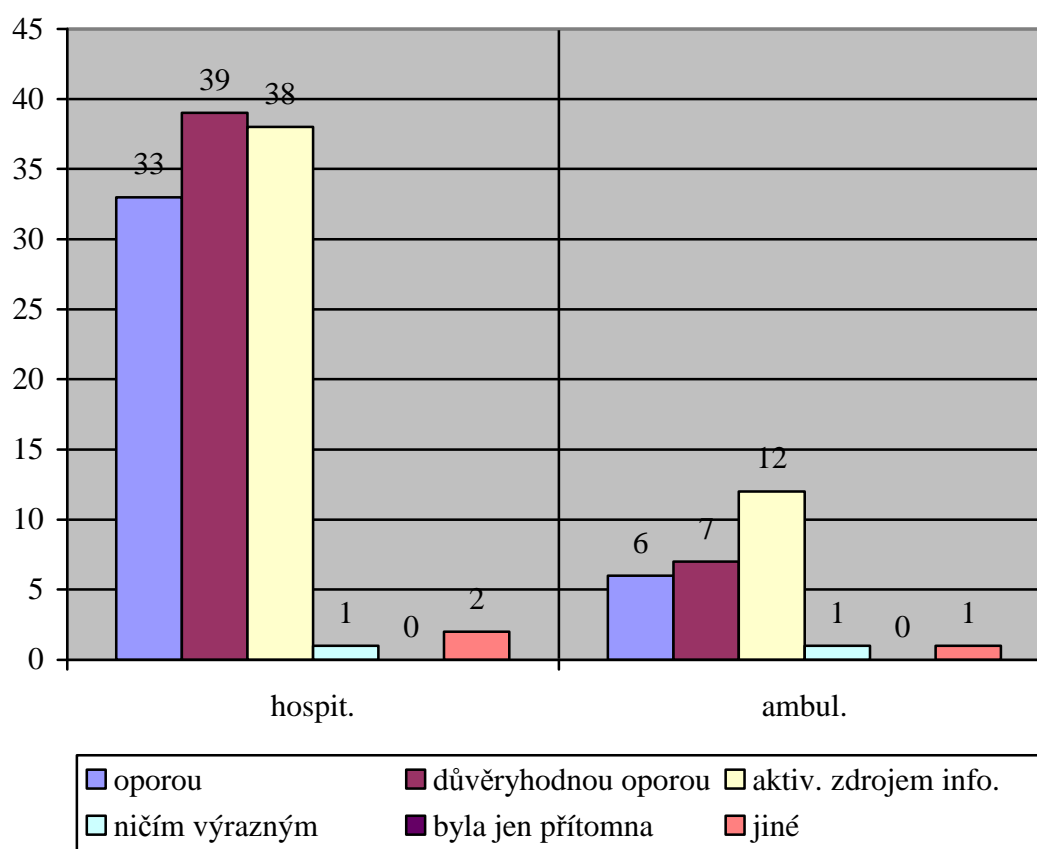
80 (81 %) hospitalizovaných klientů mělo informace o možnostech různých druhů operace varixů DK. 19 (19 %) klientů tyto informace nemělo. 26 (96 %) ambulantních klientů mělo informace o existenci různých způsobů operace. Jen jeden (4 %) klient tyto informace neměl.

Graf 16 Očekávaná větší aktivita sestry v podávání informací před operací (%)



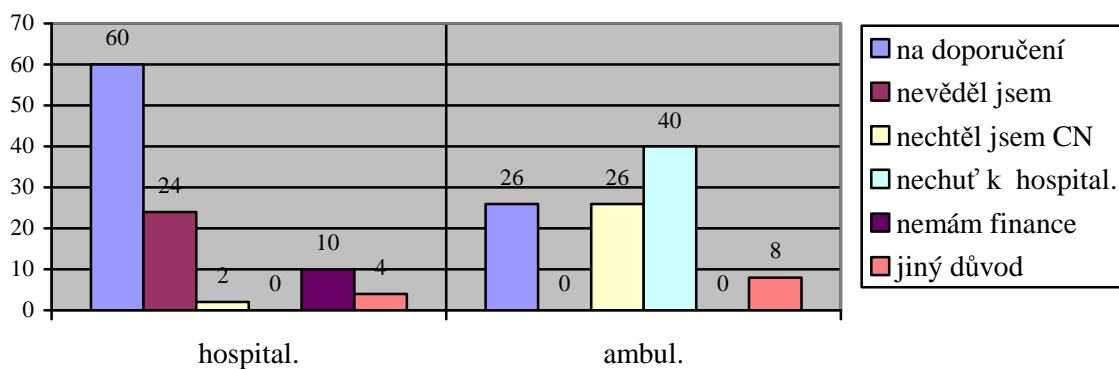
18 (18 %) hospitalizovaných očekávalo před operací větší aktivitu sestry v podávání informací. 81 (82 %) klientů větší aktivitu neočekávalo. 3 (11 %) ambulantně ošetření očekávali větší aktivitu od sestry. 24 (89 %) klientů větší aktivitu neočekávalo. V doplňující otázce klienti, kteří odpověděli „ano“, se nejčastěji vyskytovala odpověď – „sestra neměla čas“, nebo informace „byly nedostatečné“.

Graf 17 Sestra z pohledu klienta (možnost zaškrtnutí více odpovědí)



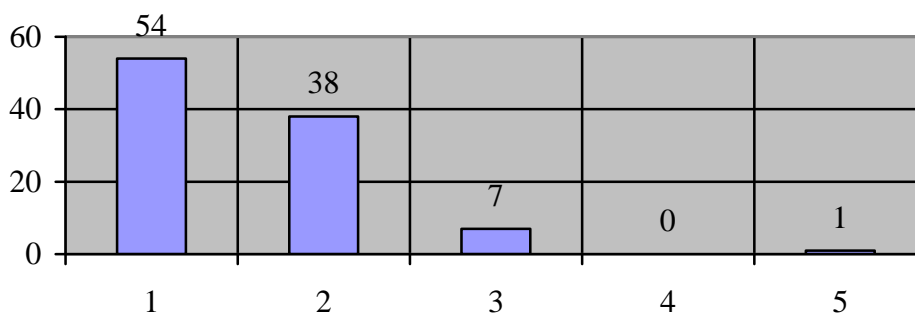
Hospitalizovaní vyjádřili v 33 odpovědích, že je pro ně sestra oporou, v 39 odpovědích důvěryhodnou oporou a 38 odpovědích aktivním zdrojem informací. Byla zaškrtnuta jedna odpověď, že sestra je „ničím významným“ a 2 odpovědi „jiné“. Ambulantně ošetření vyjádřili v 6 odpovědích, že je pro ně sestra oporou, v 7 odpovědích důvěryhodnou oporou, v 12 odpovědích aktivním zdrojem informací, jedna odpověď charakterizovala sestru jako „ničím významným“ a jedna odpověď zněla „jiné“.

Graf 18 Důvod výběru typu operace (%)



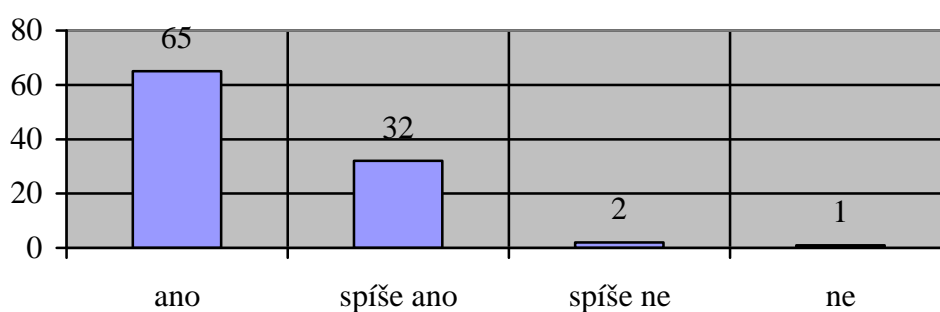
59 (60 %) hospitalizovaných se rozhodlo k typu operace podle doporučení, 24 (24 %) klientů nemělo k rozhodování informace, 2 (2 %) klienti si nepřáli celkovou narkózu (CN), 10 (10 %) klientů se vyjádřilo, že nemá finance na placený způsob léčení a 4 (4 %) klienti měli jiný důvod. 7 (26 %) ambulantně ošetřených se rozhodovalo na základě doporučení, nikdo nevedl, že neměl informace nebo nevěděl, 7 (26 %) klientů nechtělo podstoupit CN, 11 (40 %) klientů mělo nechuť k hospitalizaci a dva (8 %) klienti se rozhodovali podle jiných důvodů.

Graf 19 Edukace sestry o bandážování končetiny (%) (hodnoceno známkou jako ve škole)



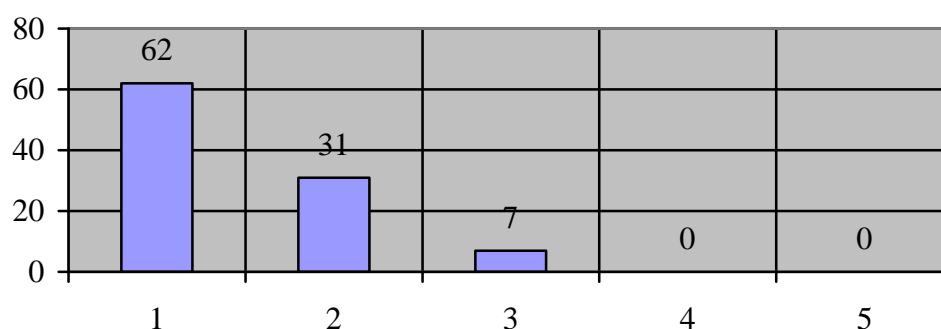
Z celkového počtu 99 (100 %) hospitalizovaných hodnotilo 53 (54 %) klientů edukační činnost sestry o bandážování končetin známkou jedna, 38 (38 %) klientů známkou dva, 7 (7 %) klientů známkou tři a jeden klient (1 %) známkou pět.

Graf 20 Poučení o režimovém opatření při propuštění hospitalizovaných (%)



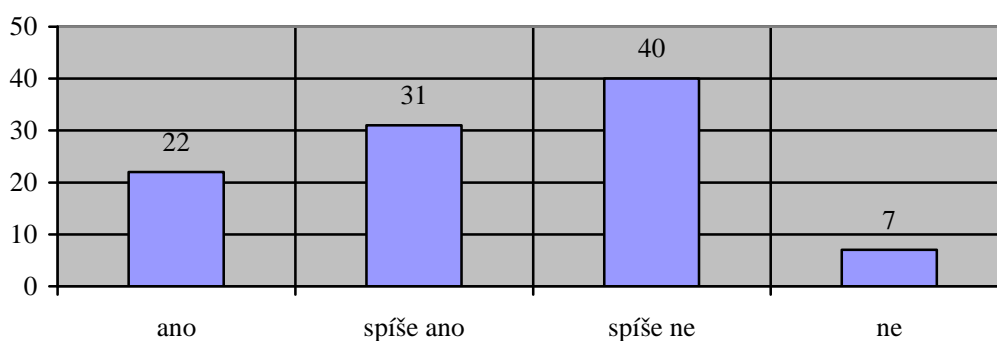
Hospitalizovaní klienti se vyjádřili následovně: 64 (65 %) klientů si myslelo, že byli dostatečně poučeni, 32 (32 %) klientů si myslelo, že spíše ano, dva klienti (2 %) byli přesvědčeni, že spíše poučení nebyli a jeden klient (1 %) vyjádřil svoje přesvědčení odpovědí ne.

Graf 21 Informace podané sestrou o bandážování končetiny u ambulantních klientů (%) (hodnoceno známkou jako ve škole)



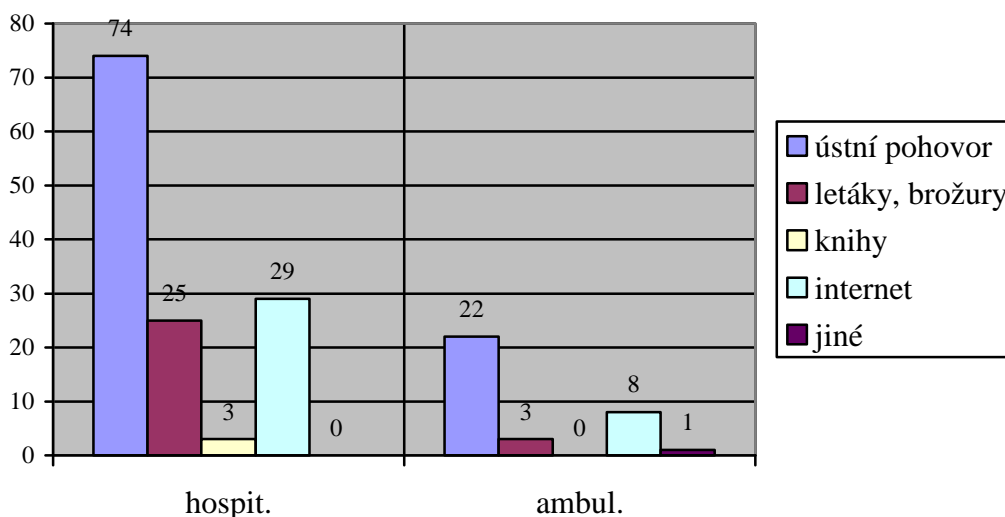
Z 27 (100 %) ambulantních klientů informaci o bandážování končetiny hodnotí známkou jedna 17 (62 %) klientů, známkou dva 8 (31 %) klientů, známkou tři 2 (7 %) klienti, známku čtyři a pět nevyužil žádný klient.

Graf 22 Potřeba více informací o režimovém opatření po výkonu u ambulantních klientů (%)



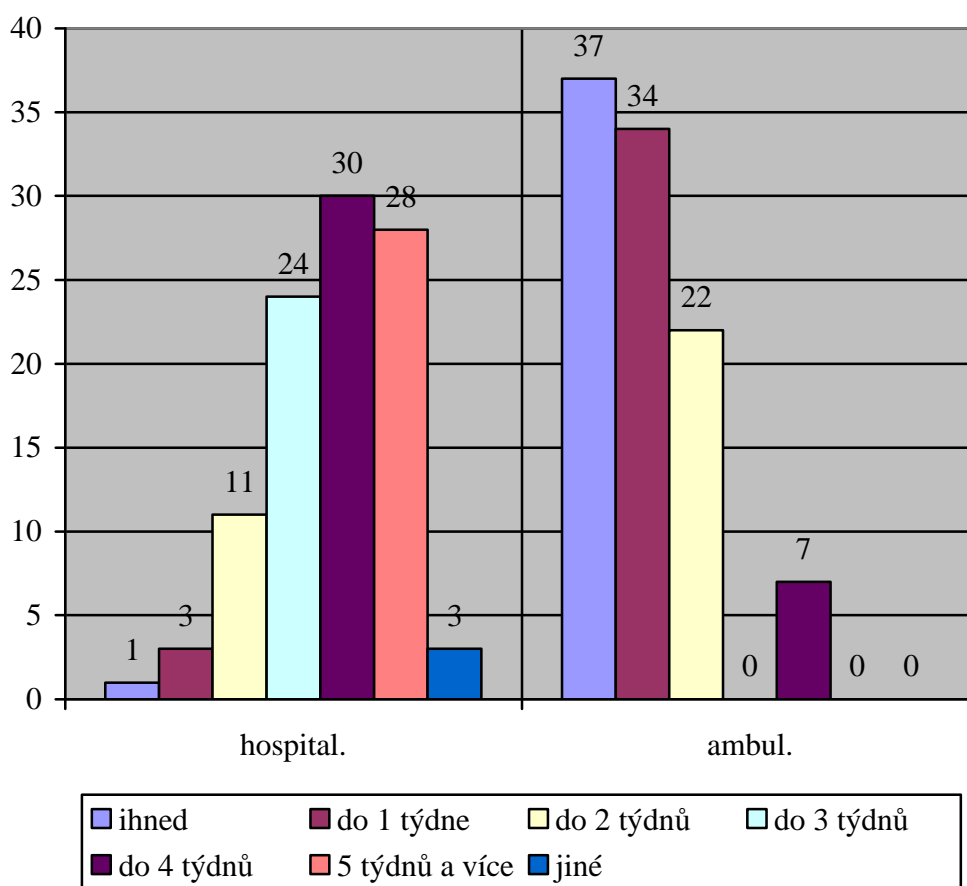
6 (22 %) ambulantních klientů by uvítalo jednoznačně více informací, 8 (31 %) klientů by spíše informace uvítalo, 11 (40 %) klientů spíše ne a 2 (7 %) klienti nechtějí informace.

Graf 23 Zdroje informací (možnost více odpovědí)



Pro hospitalizované je nejvyhledávanějším zdrojem informací ústní pohovor v 74 odpovědích a pro ambulantní v 22 odpovědích. Využití letáků a brožur se objevilo v 25 odpovědích u hospitalizovaných a ve 3 odpovědích ambulantních klientů. Informace z knih uvedli hospitalizovaní ve 3 odpovědích, ambulantní klienti knihy jako zdroj informací nepoužívají. Internet jako zdroj informací se objevil v 29 odpovědích u hospitalizovaných a v 8 odpovědích u ambulantních klientů. Jedna odpověď u ambulantních klientů byla označena jako „jiné“.

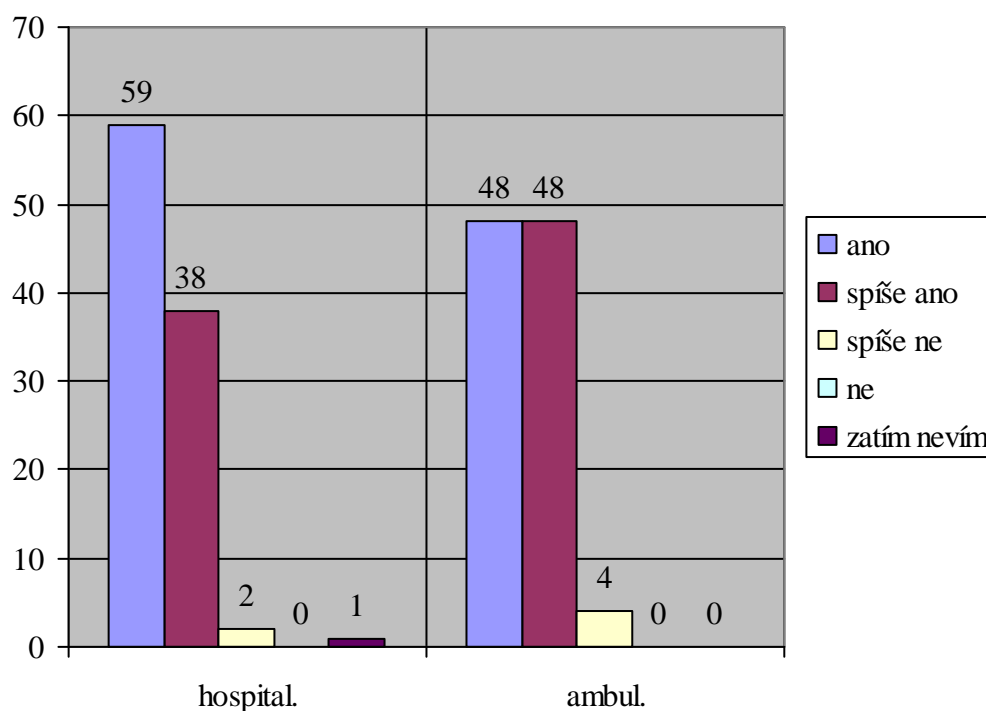
Graf 24 Délka pracovní neschopnosti (návrat k normální činnosti) (%)



V souboru hospitalizovaných se vrátil do pracovní činnosti ihned jeden klient (1 %), do jednoho týdne 3 (3 %) klienti, do 2 týdnů 11 (11 %) klientů do 3 týdnů 24 (24 %) klientů, do 4 týdnů 29 (30 %) klientů, do 5 týdnů 28 (28 %) klientů, odpověď jiné využili 3 klienti (3 %).

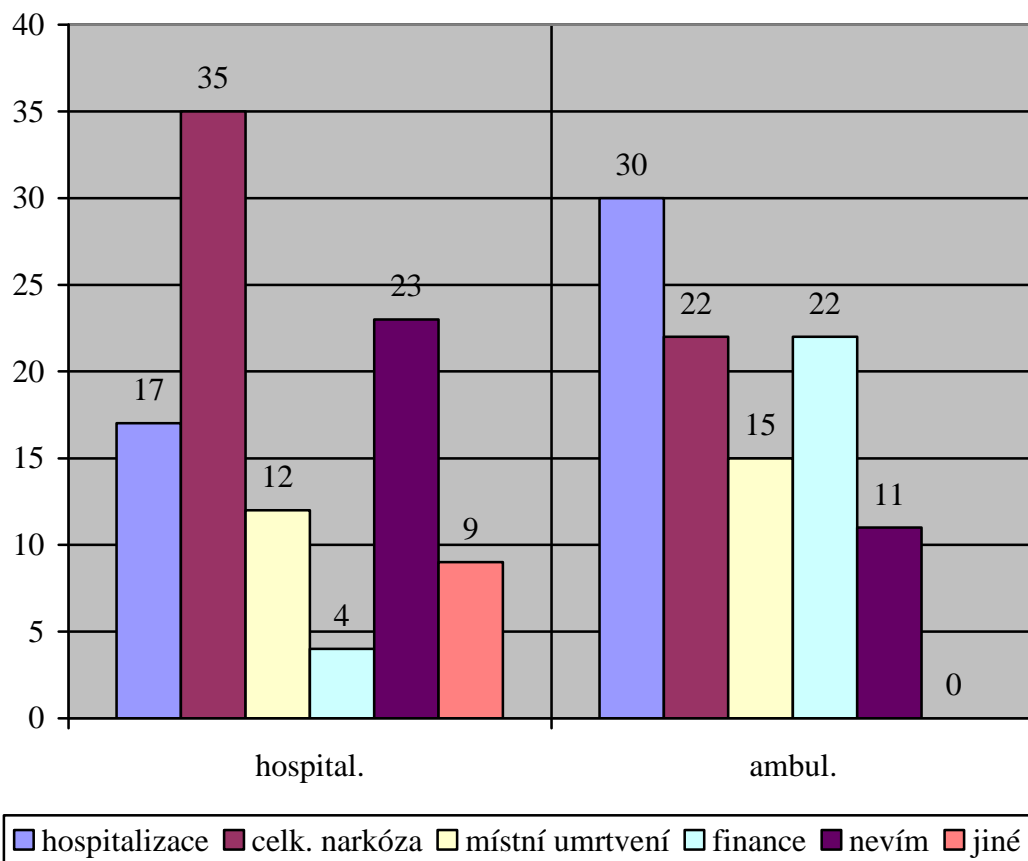
V souboru ambulantně ošetřených se vrátilo do pracovní činnosti ihned 10 (37 %) klientů, do jednoho týdne 9 (34 %) klientů, do 2 týdnů 6 (22 %) klientů, pracovní neschopnost do 3 týdnů nevyužil nikdo a do 4 týdnů se vrátili 2 (7 %) klienti, delší pracovní neschopnost nevyužil nikdo z ambulantně ošetřených.

Graf 25 Spokojenost s výsledkem operace (%)



V souboru hospitalizovaných klientů je 58 (59 %) spokojeno s výsledkem operace, 38 (38 %) klientů je spíše spokojeno, 2 (2 %) klienti spíše spokojeni nejsou, nikdo nevedl nespokojenost a jeden klient využil možnosti odpovědi „zatím nevím“. V souboru ambulantně ošetřených je spokojeno 13 (48 %) klientů, spíše spokojeno též 13 (48 %) klientů, jeden klient (4%) je spíše nespokojen a jednoznačně nespokojen není nikdo.

Graf 26 Největší překážka (obtíž) při možném opakování operačního výkonu (%)



V souboru hospitalizovaných byla označena hospitalizace jako obtíž při možném opakování výkonu 17 klienty (17 %), CN (celková narkóza) byla pokládána za překážku 34 klienty (35 %), místního umrtvení by se vyvarovalo 12 klientů (12 %), finance by byly překážkou pro 4 klienty (4 %). O překážce neví 23 klientů (23 %) a odpověď „jiné“ využilo 9 klientů (9 %).

Pro 8 klientů (30 %) v souboru ambulantně ošetřených by byla překážkou hospitalizace, pro 6 klientů (22 %) celková narkóza, pro 4 klienty (15 %) místní umrtvení, pro 6 klientů (22 %) finanční stránka, 3 klienti (11 %) neví a odpověď „jiné“ nevyužil nikdo.

4.2 Vyhodnocení pozorováním

Tab.1 Čekárna

P=pacient S=sestra	Ambulance				Nemocnice			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Pohlaví ž =žena m=muž	m	ž	ž	m	ž	ž	m	ž
Komunikace verbální S-P	1	1	1	1	3	1	1	4
neverbální	2	1	3	1	1	1	1	4
Informace předání	1	2	1	1	2	1	1	2
Prostor na dotazy	2	1	2	2	1	1	5	1
Sestra vyzývá na dotazy	3	5	5	2	5	2	5	5
Prostředí	1	1	1	1	2	3	3	3
Atmosféra	1	2	3	1	3	1	4	3

Legenda: známka jako ve škole (1 - 5)

přístup sestry: 1 - velmi profesionální , 5 - neprofesionální

Počet pacientů 8 (4 ambulantní, 4 hospitalizovaní). Pohlaví – převažují ženy (5 : 3).

Pacient 1 - komunikace sestry s tímto pacientem je na profesionální úrovni. V neverbální komunikaci je mírný úsměv. Informace pro pacienta dostatečné. Sestra se jen formálně

dotazuje. Prostředí je velmi příjemné, čekárna má vzhled domácího útulného pokoje. Atmosféra je poklidná, v čekárně je jen jeden klient, který čte časopis a čeká na ošetření.

Pacient 2 - příjemná, usměvavá sestra podává téměř vyčerpávající informace. Klient má dostatek času na dotazy. Sestra nevyzývá k dotazům. Prostředí je velmi hezké, příjemné. Při čekání trochu ruší služební telefony.

Pacient 3 - sestra s klientem komunikuje výborně, informuje o všem podstatném, ale svým neverbálním projevem jeví nepřístupný postoj. Dává prostor k dotazům, ale nevyzývá k nim. Prostředí je opět velmi pěkné a uklidňující. Příjemné prostředí však ruší dlouhé čekání na výkon (3/4 hod.), protože operace u předešlého klienta byla nepředpokládaně časově náročnější.

Pacient 4 - dokonalý profesionální přístup příjemné usměvavé sestry a vyčerpávající informace. Nesměle vyzývá na potřebné dotazy. Prostředí a atmosféra vnímaná klientem, který přichází do čekárny se strachem, dávají pocit klidu, harmonie a čistoty.

Pacient 5 - usměvavá sestra komunikuje s klientem ve spěchu. Informace podává téměř vyčerpávající. Pacient má prostor na dotazy, ale sestra jej sama nevyzývá. V čekárně v nemocnici je uklizeno, čisto a prostory jsou světle vymalované. Je zde asi 8 klientů, kteří čekají na ošetření, příjem, či doprovázejí blízkou osobu. Atmosféra není úplně optimální, jelikož klient musí čekat na příjem 1,5 hodiny.

Pacient 6 - sestra je velmi komunikativní a svým milým přístupem podává klientovi dostatek informací. Klient má prostor na potřebné dotazy, sestra i k dotazu vyzývá.

Prostředí v čekárně - je sice uklizeno, ale trochu ruší odložené kolečkové křeslo, které zde překáží. Atmosféra je klidná, v čekárně jsou jen 2 pacienti a klient nemusí na příjem dlouho čekat.

Pacient 7 - klient dostává od příjemné sestřičky potřebné informace. Komunikace je výborná. Sestra nedává prostor na dotazy a nevyzývá k nim. Světlé nemocniční prostředí v čekárně ruší větší počet osob (16), kteří postávají, včetně našeho respondenta, jenž čeká na příjem téměř 2 hodiny.

Pacient 8 - sestra, která podává téměř vyčerpávající informace, není příliš komunikativní a neverbálním projevem dává pocit nepřístupnosti či chladu (má vážné rodinné problémy, které se projevují i v práci). Pacient má prostor na dotaz, ale sestra jej sama nevyzývá.

Nemocniční prostředí v čekárně i v ordinaci je sice čisté, ale opět jej narušuje větší počet klientů a trochu i nervozita čekajících. Pacient čeká asi 1 hod na příjem.

Tab. 2 Předoperační příprava

		Ambulance				Nemocnice			
P=pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
S=sestra									
Pohlaví	ž =žena	m	ž	ž	m	ž	ž	m	ž
	m=muž								
Komunikace	verbální	1	3	1	1	1	2	1	1
	neverbální	2	4	1	1	1	2	4	1
S-P									
Informace o předoperační přípravě		1	3	1	1	1	1	1	1
Prostor na dotazy		2	1	1	1	1	3	2	1
Sestra vyzývá na dotazy		4	5	5	4	1	5	5	5
Holení		3	1	1	1	1	1	1	1
Intimita		1	2	1	2	1	1	1	1
Premedikace	ráno	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano
	večer	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ano
Zakreslení varixů	prostředí	1	1	1	1	1	1	1	1

	atmosféra	1	2	1	1	1	1	1	3
Zakreslení perforátorů	prostředí	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1	1
	atmosféra	ne	ne	ne	ne	ne	ne	1	1
Eliminace strachu		1	3	1	1	2	1	2	1

Legenda: známka jako ve škole (1 - 5)

přístup sestry: 1 - velmi profesionální , 5 - neprofesionální

ano - bylo provedeno (podáno)

ne - neprovedeno (nepodáno)

Pacient 1 - komunikativní sestra na operačním sále se mírně usmívá, je klidná a vše důkladně pacientovi vysvětluje. Klient prostor na dotaz dostává, je neverbálně vyzván. Klient je oholen, ale sestra jej musí ještě doholovat. Intimitu se snaží dodržet. Premedikace se žádná nepodala. Lékař zakresluje varixy. Prostředí a atmosféra jsou příjemné. Lékař s klientem též stále komunikuje a spolu se sestrou se snaží u pacienta eliminovat strach před výkonem.

Pacient 2 - sestra je méně komunikativní a má vážný neverbální projev bez úsměvu, vyrazuje z ní nervozita (sestra se v ambulanci zaučuje). Nepodává dostatečné informace, potřebné informace dostává pacient od lékaře. Prostor na dotazy respondent dostává, ale sestra ho k dotazům nevyzývá. Klient přichází dobře oholen z domova. Intimita je dodržována. Není podána premedikace a zakreslení perforátorů není nutné. Varixy zakresluje lékař v prostředí čistém, atmosféra je celkem příznivá. Eliminace strachu ze strany sestry by měla být větší.

Pacient 3 - komunikace sestry s pacientem je výborná. Příjemná sestra vše pacientovi vysvětluje. Pacient má prostor na dotazy, ale sestra jej sama nevyzývá. Klient je oholen z domova. Intimita je dodržována. Klient nedostal žádnou premedikaci. Sestra svým klidným hlasem a usměvavým projevem se snaží potlačit strach u klienta.

Pacient 4 - přístup sestry k pacientovi je výborný. Komunikace, vlídný projev a podávání potřebných informací pacientovi je pro sestru dobrou vizitkou. Klient dostal prostor na dotazy, ale sestra nepřímo vyzvala k dotazu. Sestra pacienta oholila a snažila se dodržet intimitu. Označení perforátorů a podání premedikace nebylo nutné. Zakreslení varixů lékařem v čistém příjemném prostředí a dobrou atmosférou má vliv i na potlačení strachu u klienta.

Pacient 5 - sestra je velice komunikativní, má příjemný projev a pacientovi vše řádně vysvětluje. Dává mu prostor na dotazy a sama i k dotazu vyzývá. Klient je oholen již z domova. Sestra jen zkontroluje správné oholení a snaží se intimitu dodržovat. Premedikace večer i ráno před výkonem je sestrou podána. Perforátory není nutno označit. Varixy zakresluje lékař na pokoji pacienta a komunikuje s ním. Prostředí i atmosféra jsou dobré. Před výkonem se sestra snaží strach pacienta potlačit, ale z nedostatku času s ním nemůže déle komunikovat.

Pacient 6 - mírný úsměv na tváři a rozvášná komunikace sestry, která podává dostatek informací k předoperační přípravě, se zdá být zárukou spokojenosti klienta. Prostor na dotazy pacient dostal jen omezeně a sama sestra nevyzývá k otázkám. Pacienta holí v koupelně a snaží se intimitu dodržet. Večer i ráno je premedikace podána. Označení perforátoru nebylo provedeno. Lékař zakresluje varixy na inspekčním pokoji a sestra pomáhá klientovi vystoupit na schůdky. Prostředí a atmosféra jsou dobré. Lékař s klientem i vtipkuje. Pacient je veselý a neprojevuje pocit strachu.

Pacient 7 - při podávání dostatečných informací je sestra komunikativní, ale neverbální projev je bez úsměvu. Sestra dává prostor k dotazům, ale nevyzývá k nim. Pacienta holí sanitář na koupelně na lůžku, intimita je dodržována. Premedikace je podána večer i ráno dle ordinace lékaře. Varixy lékař zakresluje na inspekčním pokoji a klient vystupuje s dopomocí sestry na schůdky. Ráno před výkonem odchází klient na interní oddělení k označení perforátorů. V ordinaci je milá sestřička a lékař, který s pacientem stále hovoří. Atmosféra je výborná, prostředí klidné a čisté. Eliminovat strach pacienta se snaží sestra pomocí občasně komunikace.

Pacient 8 - sestra svým profesionálním přístupem a vlídným projevem podává klientovi potřebné informace. Klient má prostor na dotazy, ale sestra ho sama nevyzývá. Holení

není potřeba, klient je dostatečně oholen z domova. Intimita dodržována. Večer i ráno je podána premedikace. Zakreslení varixů provádí lékař na inspekci. Prostředí je čisté, světlé. Atmosféru ruší opakované zvonění telefonů. Sestra nemůže být po celou dobu nápomocna u zakreslení. Svým příjemným přístupem, ale dokáže dobře eliminovat strach klienta.

3. Pooperační péče

P=pacient S=sestra	Ambulance				Nemocnice			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Pohlaví ž =žena m=muž	m	ž	ž	m	ž	ž	m	ž
Monitorace bolesti	1	2	1	1	1	1	1	1
Monitorace FF	1	1	1	1	1	1	1	1
Aplikace analgetik	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Kontrola obvazu	1	1	1	1	1	1	1	1
Intimita	1	3	1	1	3	1	2	1
Komunikace S-P	1	3	1	1	1	2	1	1
Orientace pacienta	2	1	1	1	2	1	1	1
Komplikace Krvácení	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
Nausea	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne

Zvracení	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne
----------	----	----	----	----	----	-----	----	----

Legenda: známka jako ve škole (1 - 5)

přístup sestry: 1 - velmi profesionální , 5 - neprofesionální

ano - bylo podáno

ne - nepodáno

Pacient 1 – sestra během výkonu i po výkonu dotazem sleduje bolest. FF (TK+P) po výkonu sledovány. Analgetika si sám pacient aplikoval večer po výkonu (Brufen 400mg 1 tbl.). Obvaz za 16 hodin od výkonu nebyl prosáklý. Intimita byla dodržována. Komunikace sestry s pacientem výborná. Pacient je trochu rozrušen po výkonu (sestra musí informace opakovat), ale jinak je orientován. Komplikace žádné nenastaly.

Pacient 2 – bolestivost pacienta jen mírná při výkonu, kterou sestra dobře monitoruje, po výkonu se na bolest zeptala. FF+P změřeny a zaznamenány. Analgesie (místní) podána jen během výkonu, doma již bolest nepocíťoval. Doma byl obvaz mírně prosáklý (během 16 hod.) a klient si jej sám navázal čtvercem (dle instrukcí lékaře). Intimita trochu narušena. Komunikace sestry s pacientem vážla. Orientace pacienta výborná. Komplikace: jen mírně prosáklý obvaz.

Pacient 3 – pacient udává bolest jen během výkonu, sestra bolest sleduje i po výkonu. FF v pořádku změřeny a zaznamenány, nebyly patologické. Bolestivost pacient udává doma po operaci, kdy si musel vzít 2x analgetika (Tramal 100 mg tbl.). Obvaz do 16 hodin od výkonu neprosákl. Intimita též byla dodržena. Sestra profesionálně komunikuje s klientem. Pacient dobře orientován.

Pacient 4 - minimální bolestivost během výkonu a po výkonu je sestrou sledována. FF změřeny. Léky proti bolesti si sám pacient aplikoval doma na noc (Brufen 400 mg 1 tbl.). Obvaz do druhého dne neprosákl. Dodržování intimity bylo v pořádku. Komunikace sestry versus pacient byla ukázková a velmi příjemná. Klient orientován a bez komplikací.

Pacient 5 – na pooperačním pokoji sestra monitoruje bolest a FF měří a zaznamenává v pravidelných intervalech. Též sleduje i pravidelně obvaz. Na pooperačním pokoji analgetika nebyla podána, první analgetikum (Dolsin 50 mg i.m.) podán za 6 hod. po výkonu. Sestra intimitu měla lépe dodržovat (byl odkryt asi 1 minutu), vedle ležel další pacient po operaci. Komunikace byla minimální, klient pospával. Klient orientován, ale měl často nauseu, nemohl dostatečně pít.

Pacient 6 – sestra po operaci sleduje bolest i pravidelně FF (TK, P, saturaci O₂) a zaznamenává. Analgetika jsou aplikována 3 hod. po výkonu (Dipidolor 15 mg i.m.). Obvaz též sestra pravidelně kontrolovala a dodržovala intimitu. Komunikace ze strany sestry trochu vážla. Klient byl dobře orientován. Po operaci měl nauseu a 2x zvracel, obvaz mírně prosáklý v třísle.

Pacient 7 – pravidelné sledování FF na pooperačním pokoji a monitorace bolesti. První analgetika byla aplikována 2 hod. po výkonu (Dolsin 100 mg i.m.). Při pravidelné kontrole obvazu sestra jednou nedodržela intimitu pacienta. Komunikace sestry dobrá, pacient je orientován, ale pospává. Obvaz je do druhého dne mírně prosáklý v oblasti lýtky.

Pacient 8 – sestra sleduje a zaznamenává pravidelně FF. Klient po operaci odmítá analgetika (nemá bolesti). Obvaz neprosákl, intimita dodržována. Komunikace sestry s pacientem byla výborná. Klient dobře orientován a komplikace žádné neměl.

4. Další pooperační péče na ošetrovací jednotce (ambulanci)

	Ambulance				Nemocnice			
P=pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
S=sestra								
Pohlaví ž =žena m=muž	m	ž	ž	m	ž	ž	m	ž
Informace o režimu	1	1	1	1	1	1	1	1

Informace o komplikacích	1	3	1	1	2	1	1	2
Vertikalizace (poučení)	1	3	1	1	1	1	1	1
Převaz sestrou (bandáž)	1	4	1	1	1	3	1	1
Edukace o bandáži	1	3	1	1	1	1	1	1
Edukace o RHB (rehabilitace)	1	4	1	1	1	1	1	3
Edukace o životosprávě	1	4	1	1	1	3	1	1
Edukující osoba S=sestra L=lékař	S	L	S+L	S	S+L	S+L	S	S
Edukační proces	1	2	3	1	1	1	3	2

Legenda: známka jako ve škole (1 - 5)

přístup sestry: 1 - velmi profesionální, 5 - neprofesionální

Pacient 1 – sestra výborně informuje pacienta o pooperačním režimu a ev. komplikacích. Při vstávání po výkonu klienta náležitě poučuje. První den po operaci sestra pod dohledem lékaře pacienta převáže a natáhne kompresivní punčochu. Perfektně informuje o dalších náležitostech (o bandáži, RHB a životosprávě). Edukační proces dodržen. Pro případ komplikací dostal klient ihned po operaci telefonní číslo na lékaře. Komplikace žádné nenastaly.

Pacient 2 – informace o pooperačním režimu a případných komplikacích podává lékař. Sestra se zaučuje a zatím v podávání informací nemá zkušenosti. Klient vstává bez komplikací, ale chybí větší informovanost od sestry o správném vstávání. Převaz je proveden 1. den po výkonu lékařem. Sestra jen přihlíží. Edukaci o bandáži, RHB a

životosprávě provádí lékař. Edukační proces nebyl zcela dodržen. Lékař předal klientovi vizitku s telefonním číslem pro případné komplikace či nejasnosti. Klient volal večer lékaři o prosáknutém obvazu. Problém byl vyřešen po telefonu, jednalo se o mírné prosáknutí a pacient si prosakující místo sám navázal mulovým čtvercem a dalším obinadlem.

Pacient 3 – informace, týkající se pooperačního režimu, případných komplikací a vertikalizaci sestra předává bez zaváhání, příjemným tónem a věcně správně. 1. pooperační den provádí kontrolu sestra s lékařem. Sestra i lékař edukují o správné bandáži, RHB a životosprávě. Edukační proces je trochu narušen přeskokováním na jiné téma. Případné komplikace mohl klient řešit s lékařem po telefonu (obdržel vizitku od sestry bezprostředně po operaci). Žádné komplikace nenastaly.

Pacient 4 – klient dostává od sestry vyčerpávající informace o pooperačním režimu, komplikacích a správném vstávání. Převaz je proveden 1. pooperační den. Lékař převazuje a sestra při převazu asistuje. Klient dostává kompresivní punčochu a sestra ho o správném používání a navlékání edukuje. Též ho edukuje o RHB i životosprávě. Edukační proces dodržen. Klient dostal také ihned v den výkonu vizitku lékaře s telefonním číslem pro případ komplikací, které se do druhého dne neprojevíly.

Pacient 5 - informace o pooperačním režimu, komplikacích a vertikalizaci dostává pacient od sestry ihned po příjezdu na standardní pokoj. Převaz provádí sestra s lékařem 1. pooperační den. Sestra bandážuje končetinu elastickým obinadlem a zároveň edukuje o správné bandáži, RHB a životosprávě. Edukační proces je dodržen.

Pacient 6 – sestra převáží pacienta z pooperačního pokoje na ošetrovací jednotku a zároveň ho informuje o pooperačním režimu, vstávání a případných komplikacích. Převaz provádí sestra s lékařem 1. pooperační den. Pacientovi byla rozvázána elastická bandáž, pacient si zvoní a žádá o dokončení převazu. Sestra byla zaneprázdněna a nemohla ihned převaz dokončit. Vše napravila a pacienta zběžně informovala o bandáži, RHB a životosprávě. Edukaci provedl se sestrou i lékař. Edukační proces nebyl zcela dodržen.

Pacient 7 – po příjezdu na pokoj pacienta sestra správně informuje o pooperačním režimu, komplikacích a vstávání. Převaz provádí sama sestra v přítomnosti lékaře na

pokoji. Pacienta sestra edukuje o bandáži, RHB a životosprávě. Edukační proces byl trochu porušen z nedostatku času sestry.

Pacient 8 – informace od sestry o pooperačním režimu a vertikalizaci jsou dobré. Chybí větší informovanost o komplikacích. 1. den po operaci sestra při vizitě provádí převaz a poučuje pacienta o správném bandážování, životosprávě a RHB (nebyla dostatečná). Edukační proces byl v základu dodržen.

5. Propuštění

P=pacient	Ambulance				Nemocnice			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Pohlaví ž =žena m=muž	m	ž	ž	m	ž	ž	m	ž
Prostředí	1	1	1	1	1	1	3	1
Atmosféra	1	1	1	1	1	1	3	1
Čas (min.)	7 min.	11 min.	8 min.	12 min.	6 min.	9 min.	5 min.	7 min.
Pomůcky	KP	KP	KP	KP	EO H	EO	EO H	EO
Obsah								
Bandáž	1	1	1	1	1	1	3	1
Životospráva	3	1	1	1	3	1	3	1
Rehabilitace	1	1	1	1	2	1	3	1

Legenda: známka jako ve škole (1 - 5)

přístup sestry: 1 - velmi profesionální , 5 - neprofesionální

KP – kompresivní punčocha, EO – elastické obinadlo, H – Heparoid mast

Pacient 1 – pacient po převazu odchází domů. Prostředí a atmosféra výborné. Propuštění trvá 7 minut. Klient dostává elastickou punčochu a lékařský recept na lék (Detralex – venotonikum). Obsahem edukace při propuštění je správná bandáž, rehabilitace, životospráva v menší míře. Vše bylo sděleno již předešlý den.

Pacient 2 – klient je propuštěn v pěkné místnosti a příjemné atmosféře. Pacientovo propuštění trvá 11 minut. Dostává s sebou kompresivní punčochu, lékařský recept na Detralex a sterilní čtverce. Obsahem propuštění je poučení o správné bandáži, životosprávě a rehabilitaci.

Pacient 3 – pacient opouští útulnou ordinaci s příjemnou atmosférou. Propuštění trvá 8 minut a klient je opět informován o bandáži, RHB a životosprávě. Dostává domů kompresivní punčochu a lékařský recept na Detralex.

Pacient 4 – vkusně zařízená ordinace a nerušená atmosféra zpříjemňují odchod klienta domů. Pacient je opětovně poučen o správném bandážování, RHB a životosprávě. Dostává s sebou kompresivní punčochu a lékařský recept na Detralex. Doba propuštění - 12 minut.

Pacient 5 – pacient je z nemocnice propuštěn 5. den. Sestra ho propouští na pokoji, kde je útulno a atmosféra dobrá. Propuštění trvá 6 min. Klient dostává s sebou 3 elastická obinadla a mast Heparoid. Obsahem edukace je správná bandáž končetiny, RHB a životospráva. Trochu postrádám více informací o životosprávě a RHB.

Pacient 6 – propuštění klienta sestrou probíhá na pokoji a za příjemné atmosféry. Propuštění trvá 9 minut. Klient je poučen o správném bandážování, RHB a životosprávě. Dostává s sebou 3 elastická obinadla.

Pacient 7 – rychlé 5 minutové propuštění pacienta probíhá na chodbě, kde nejsou příznivé podmínky. Pacient dostává s sebou domů 6 elastických obinadel a mast Heparoid. Sestra podává rychlé informace o správném bandážování, RHB a životosprávě.

Pacient 8 – pacient je propouštěn na pokoji v dobré atmosféře. Propuštění trvá 7 minut. Po důkladném poučení o bandážování končetiny, RHB a životosprávě odchází klient domů i se třemi elastickými obinadly.

5 DISKUSE

Diplomová práce byla zaměřena na skupinu pacientů, kteří podstoupili operaci varixů dolních končetin za hospitalizace v celkové narkóze (CN) a ambulantně, pomocí laseru v místní anestezii. Pacienti za hospitalizace byli zkoumáni na chirurgickém oddělení Nemocnice Č. Budějovice, a. s., po ambulantním výkonu pak v Institutu lékařské kosmetiky – laserovém centru v Českých Budějovicích. Výzkum probíhal v období leden - červen 2011.

Tato práce měla čtyři cíle. Prvním bylo zhodnotit rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při operaci varixů dolních končetin provedené ambulantně laserovou technikou a konvenčně za hospitalizace. Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v komunikaci s pacienty, kteří podstoupili operaci ambulantně a při hospitalizaci. Třetí cíl dával za úkol zmapovat, jakým způsobem edukují sestry pacienty po operaci varixů ambulantně a při hospitalizaci. V posledním cíli bylo potřeba zjistit, zda pacient při rozhodování o typu operace bere jako větší překážku hospitalizaci nebo finanční náklady.

Bylo rozdáno 150 dotazníků a z nich mohlo být zpracováno 126 dotazníků. Šetření se zúčastnilo 99 pacientů z nemocnice a 27 z laserového centra. Ženy převažovaly a jak uvádí ve své publikaci Karetová, není to výjimka. Varixy u žen se vyskytují častěji než u mužů, a to v poměru 2:1 (Karetová et al, 2007), jelikož jednou z hlavních příčin vzniku varixů je nejen genetická dispozice a charakter práce, ale i hormonální změny a těhotenství. Náročnost zaměstnání na vznik varixů v tomto zkoumání neprokázalo podstatný vliv. Sportovně aktivní je velká část respondentů, hlavně preferují občasný rekreační sport. Klienti, kteří byli operováni za hospitalizace, uváděli první operaci varixů v 69 %, ale ambulantní pacienti podstoupili první operaci v 89 %. 40 % klientů v nemocnici podstoupilo při jedné hospitalizaci operaci obou DK. Z ambulantních pacientů nebyla operace provedena na obou dolních končetinách u žádného klienta, protože v případě použití laserové techniky to není možné z důvodu limitu množství použitého lokálního anestetika. Důvodem operace byla u většiny klientů bolestivost a otoky. To jsou hlavní důvody, které klienta přivedou k lékaři a následné operaci, uvádí to i literatura (Herman et al, 2003).

Předávání informací pacientovi je velmi žádoucí. Dobrá komunikace a profesionální přístup zdravotníka je nejen dobrá vizitka zdravotnického zařízení, ale je hlavně důležitá pro klienta, který přichází k danému výkonu s obavami a nejistotou. Správná komunikace a informovanost od sestry dovedou do jisté míry strach i obavy eliminovat. Do jaké míry byl s podanými informacemi spokojen pacient před operačním výkonem, bylo zmapováno v otázce č. 8. Klienti měli spokojenost ohodnotit známkou jako ve škole 1 - 5. Hospitalizovaní klienti byli spokojeni výborně v 61 % a ambulantní v 54 %. U ambulantních klientů se objevilo přísnější známkování, to je vysvětlitelné větší náročností na zdravotníky při placeném operačním výkonu. Hodnocení komplexnosti podaných informací je obdobné. U hospitalizovaných hodnotilo 63 % klientů známkou 1 a stejnou známkou hodnotilo 52 % ambulantních. Znamky z opačné části spektra, tedy hodnocení známkou 4 a 5 využilo 2 % hospitalizovaných a 15 % ambulantních. Je patrné, že v obou případech jisté rezervy v informovanosti stále jsou, a opět lze konstatovat, že ambulantní – platící klienti jsou náročnější.

V pooperačním průběhu vnímali klienti pozitivní i negativní jevy. Klienti měli možnost zaškrtnout i více odpovědí. Hospitalizovaní projevili negativní pocity ve 116 odpovědích a pozitivní ve 131 odpovědích. U ambulantních výrazně převyšoval pozitivní vjem v 41 odpovědích nad negativními. Hospitalizovaní i ambulantní klienti si stěžovali na rozsah modřin a výraznou bolestivost. Důvodem bylo, že tuto skutečnost neočekávali. Na druhou stranu někteří pacienti pozitivně hodnotili minimální bolestivost, a to hospitalizovaní v 54 a ambulantní ve 14 odpovědích. Ambulantní klienti výrazně pozitivně ohodnotili rychlý návrat do normálního života. To je významná výhoda a přednost laserové operace varixů dolních končetin (Kašpar, 2009). V polootevřených otázkách měli pacienti uvést jiný negativní pocit. U hospitalizovaných byli zaznamenány negativní pocity související s anestezií v 6 odpovědích.

Graf 13 znázorňuje názor pacienta na podávání informací sestrou v pooperačním období. 59 hospitalizovaných pacientů (53 %) hodnotilo informace od sestry jako vhodné a 48 (44 %) jako nezastupitelné. Pouze dva pacienti si myslí, že informace od sestry jsou zcela zbytečné. Ambulantní klienti v počtu 17 (63 %) si také myslí, že role sestry v podávání informací je vhodná a 8 (30 %) klientů roli sestry v předávání informací

považují za nezastupitelnou. Roli sestry v podávání informací vnímá 52 hospitalizovaných pacientů (53 %) jako průvodce pacienta a totéž si myslí 8 (30 %) ambulantních klientů. Ambulantní klienti vnímají roli sestry spíše jako zdroj potřebných informací – 19 klientů (70 %). Klient na ambulanci tráví se sestrou velmi málo času, na rozdíl od hospitalizovaného pacienta, a tudíž vnímá sestru hlavně jako zdroj informací. Hospitalizovaní hodnotí sestru jako zdroj informací ve 43 %. V nemocnici pacienti nejvíce hodnotí sestru jako průvodce pacienta při podávání informací v 53 %. V žádném případě pacient neuvedl, že vůbec sestru nevnímá. Jeden pacient v možnosti jiné uvedl, že sestra je pro něho anděl. Zjištěná fakta dokumentují, že předávání informací a edukace v ošetrovatelství má zásadní význam v přípravě sester na jejich povolání (Magurová a Majerníková, 2009). Důležitost komunikace verbální či neverbální je velmi významná. Vždyť úsměv a příjemné vystupování sestry má velký vliv na klientovu psychiku. Při pozorování byla zaznamenána negativní neverbální komunikace v jednom případě u sestry v laserovém centru v čekárně. Sestra zde byla krátkou dobu a zaučovala se. Byla mírně nervózní a soustředila se na práci. Tím opomíjela neverbální komunikaci, stačilo by drobné pousmání. Také v nemocnici byla v jednom případě zaznamenána negativní verbální i neverbální komunikace. Sestra sice podala hlavní potřebné informace, ale při verbální komunikaci byla velmi rychlá a strohá. Neverbální projev bez úsměvu, spíše chlad, signalizoval jen splnění pracovních povinností této sestry (později se dozvídám, že má vážné osobní problémy). Je někdy těžké, aby sestra opustila všechny své myšlenky, týkající se osobních starostí, mohla se naplno věnovat své práci a přistoupila k pacientovi nejen jako profesionál, ale i s přidanou hodnotou zájmu, empatie a radosti.

Zda byl klient informován o různých možnostech druhů operací mapuje graf 15. Hospitalizovaní klienti v 81 % uvádějí, že informace měli. Ambulantní klienti měli informace v 96 %. Větší aktivitu v podávání informací od sestry před operací očekává 18 hospitalizovaných klientů (18 %) a 3 ambulantní klienti (11 %). V doplňující otázce, v níž měli pacienti zapsat důvod, proč nebyla sestra v podávání informací více aktivní, uvedli, že sestra neměla na pacienta dost času nebo byly informace nedostatečné. I takové situace mohou na pracovišti vzniknout z důvodu nedostatku personálu a pracovní vytíženosti sestry. Nedostatek času sestry byl zaznamenán i během pozorování. Na

ambulanci při přijetí v nemocnici byl důvodem větší počet pacientů v čekárně. Ti byli netrpěliví z delšího čekání. Větší počet klientů v čekárně narušoval atmosféru. Sestra se snažila podat vyčerpávající informace, dala pacientovi prostor na dotazy, ale ve většině pozorovaných situací k otázkám znovu nevyzývala. V laserovém centru sestra také nevyzývá k případným dotazům. Hlavním důvodem je nedostatek času, dalším může být i to, že sestry nejsou připraveny či navyklé se pacientů vyptávat.

Jak vnímá pacient sestru v pooperačním období je uvedeno v grafu 17. Klienti mohli zaškrtnout více odpovědí. Pro hospitalizované je sestra ve 35 % důvěryhodnou oporou, ve 34 % aktivním zdrojem informací a ve 28 % oporou. Pro ambulantně ošetřené je sestra po operaci ve 44 % aktivním zdrojem informací, v 26 % důvěryhodnou oporou a ve 22 % oporou. Hospitalizovaní pacienti vnímají nejvíce sestru jako důvěryhodnou oporu z důvodu nepřetržitého kontaktu se sestrou v průběhu hospitalizace, jako aktivní zdroj informací, ale i jako pečovatelku, ošetřovatelku a blízkou osobu, která v určité chvíli dokáže pacientovi i naslouchat a vcítit se do jeho potřeb, a je vždy nablízku. V ambulantní části je kladen důraz na sestru – informátorku. Sestra je s pacientem v krátkém kontaktu a potřebuje mu předat důležité informace. Proto není překvapením, že pacienti hospitalizovaní a ambulantní vnímají sestru odlišně. V literatuře se uvádí, že přístup k nemocnému je závislý i na individuálních schopnostech pomáhajícího (Pokorná, 2008).

Otázka 18 dávala odpověď na dotaz, co vedlo klienty k výběru typu operace. U hospitalizovaných pacientů v 60 % rozhodlo o výběru doporučení (převážně od lékaře), dále ve 24 % uvedli, že nevěděli o jiných možnostech operační techniky, a 10 % pacientů uvedlo, že na laserovou operaci nemají finanční prostředky. Ambulantní klienti ve 40 % uvedli, že nechtěli ležet v nemocnici, 26 % klientů se chtělo vyhnout celkové narkóze a 26 % se rozhodlo na základě doporučení.

Další otázky 19 a 20 byly pouze pro hospitalizované a měly zmapovat edukaci sestry o bandážování a režimovém opatření. Hospitalizovaní hodnotili předávání informací o bandáži končetin od sestry známkou jako ve škole 1 – 5. Známkou jedna hodnotilo 53 klientů, 38 klientů známkou dva, 7 klientů známkou tři a jeden klient známkou pět. Je zarážející, že tento klient byl jednoznačně negativistický, i když v době

hospitalizace má mnoho příležitostí a času aktivně se sestrou mluvit a ptát se. Většina klientů sice ohodnotila edukaci o bandážování kladně, ale jsou zde rezervy, které by měly být odstraněny. Sestry by měly více dbát na edukaci o bandážování a neustále ji opakovat, jelikož někteří pacienti mají potřebu pro lepší zapamatování vše slyšet opakovaně. Jak dostatečně byli pacienti poučeni o režimovém opatření při propuštění vypovídá další graf 20. Opět hodnoceno známkami jako ve škole 1 – 5. 64 (65 %) klientů si myslelo, že byli dostatečně informováni, 32 (32 %) klientů spíše ano a 3 klienti spíše nebyli poučeni. Rovněž se tu naskytá možnost nápravy, ale i zkoumání osobnosti pacienta. Výzvou pro sestry je dbát intenzivně na dostatečné poučení při propuštění do domácího léčení.

Tytéž otázky zodpověděli klienti, kteří byli operováni ambulantně. Informaci o bandážování končetiny hodnotí známkou jedna 17 (62 %) klientů, známkou dva 8 (31 %) klientů, známkou tři 2 (7 %) klienti a známku čtyři a pět neudělil žádný. Výsledky u hospitalizovaných a ambulantních jsou téměř shodné. V obou případech jsou jisté rezervy, z nichž vyplývá věnovat více času edukaci a poskytnout pacientovi informační leták či brožuru.

V otázce 22 byl dotaz na ambulantní klienty, zda by uvítali více informací o režimovém opatření, týkající se cvičení, zátěže, hygieny apod. 6 (22 %) ambulantních klientů uvedlo jednoznačnou potřebu více informací, 8 (31 %) klientů uvedlo, že by spíše uvítalo další informace, 11 (40 %) klientů spíše nežádá další informace a 2 (7 %) klienti byli s informacemi spokojeni.

Z výsledků je patrné, že potřeba informovanosti a edukace je pro klienty stále žádoucí. Komunikace sestry s pacientem je velice důležitá a je nedílnou součástí edukace (Juřeníková, 2010).

Jaké zdroje informací upřednostňují klienti ohledně varixů dolních končetin bylo zmapováno v otázce 23. V obou skupinách klientů je preferován ústní pohovor. U hospitalizovaných v 57 %, u ambulantně šetřených v 65 %. Dalším zdrojem informací u obou skupin byl internet, téměř shodně ve 22 % u hospitalizovaných a 23 % u ambulantních. Brožury upřednostňují hospitalizovaní v 19 % a ambulantní v 9 %. Podle výzkumu bakalářské práce Hromádkové, má brožura pro klienty velký význam, hlavně v pooperačním období. Jak vyplynulo z jejího výzkumného šetření, většina klientů má o

brožuru zájem, stejně jako sestry (Hromádková, 2009). Důvodem je sekundární prevence, kdy správnou bandáží a režimovým opatřením předejde klient novému vzniku varixů či komplikací.

Graf 24 zaznamenal u klientů délku pracovní neschopnosti či návrat k normální činnosti. Zde jsou již patrné rozdíly u hospitalizovaných a ambulantních pacientů. Hospitalizovaní klienti se nejčastěji k normální činnosti (do pracovního procesu) vracejí ve 30 % do 4 týdnů, 28 klientů (28 %) do 5 týdnů, 24 klientů (24 %) do 3 týdnů. Do jednoho týdne se vrátil do zaměstnání pouze jeden klient po hospitalizaci. V souboru ambulantních klientů se 10 klientů (37 %) vrátilo ihned do zaměstnání, do jednoho týdne 9 (34 %) a do dvou týdnů 6 klientů (22 %). Pracovní neschopnost 3 týdny a více nevyužil žádný klient, který podstoupil operaci varixů v místním znecitlivění ambulantně pomocí laseru. Darwood ve své publikaci též poukazuje a upřednostňuje laserovu metodu, která pro klienta přináší lepší pooperační komfort, bezprostřední kosmetický efekt a kratší pracovní neschopnost s rychlejším návratem do plné socioekonomické aktivity (Darwood, 2008).

Spokojenost klienta s výsledkem operace je znázorněna v grafu 25. Hospitalizovaní jsou spokojeni v 59 %, ambulantní klienti ve 48 %. Spíše ano jsou spokojeni hospitalizovaní ve 38 % a ambulantní ve 48 %. Dva hospitalizovaní klienti (2 %) spíše nejsou s výsledkem operace spokojeni a jeden klient (1 %) se nevyjádřil, resp. se nechtěl vyjádřit v daném čase. Po ambulantním výkonu je spokojeno nebo spíše spokojeno shodně 13 (48 %) klientů, 1 klient (4 %) spíše spokojen není, nikdo se nevyjádřil ve smyslu nespokojenosti. Platící pacient ošetřený v laserovém centru předpokládá komfortnější ošetření, nejlépe bez komplikací. Důvodem nespokojenosti u hospitalizovaných může být klamné očekávání výborného výsledku v korespondenci se stupněm pokročilosti nálezů, který technicky nemůže být vyřešen.

Zajímavé odpovědi se objevily na otázku, jaká by byla největší překážka při možném opakování operačního výkonu. 35 % hospitalizovaných klientů vidí největší problém v celkové narkóze. 30 % ambulantních klientů by nechtělo být hospitalizováno. Hospitalizovaní ve 23 % nevědí o žádné překážce. Ambulantní uvedli ve 22 %, že se bojí narkózy. Překvapením byla finanční stránka. Pouze 4 hospitalizovaní (4 %) uvedli, že

při rozhodování o typu operace by byly největší překážkou finance. Naopak ambulantní klienti, kteří si výkon zaplatili, uvedli ve 22 %, že další operace by pro ně byla finanční překážkou. V obou případech se ale nepotvrdila hypotéza H3, kdy u pacienta při rozhodování o typu operace rozhoduje finanční zátěž před dobou hospitalizace. K nepotvrzené hypotéze se vztahují odpovědi z otázky 18, kdy byl pacient tázán, co jej k výběru operace vedlo. Z hospitalizovaných klientů uvedli pouze 4 (4 %) pacienti, že na operaci laserem nemají finance. Otázkou však zůstává, zda ostatní pacienti vědí o finanční částce za laserovou operaci.

Pacienti, kteří přicházejí do nemocnice a na ambulanci, mají různé subjektivní potíže spojené s onemocněním varixů dolních končetin. Mohou mít rozličné informace o svém zdravotním stavu a představy o tom, jak bude výkon probíhat. Také psychický stav a vnímání je u každého jedince odlišný. Většina klientů se obrací o pomoc a pochopení ke zdravotníkům. Velmi často jsou to právě sestry, u kterých pacient hledá nejen odbornou péči, ale i zdroj informací, pochopení a slova povzbuzení.

Sestra jako edukátor by měla dodržovat několik zásad, mezi něž patří posilování sebedůvěry pacienta, vytváření prostoru pro jednání a případné dotazy, podpora rozvoje osobnosti, vytváření konstruktivní zpětné vazby a stanovení cíle (Niermeyer a Seyffert, 2005).

První dojem je velmi důležitý, proto i první setkání klienta se sestrou ve zdravotnickém prostředí má velkou váhu. Jak sestra komunikuje (verbálně či neverbálně) s pacientem, jaké informace a jakým způsobem je dokáže pacientovi předat, je velmi důležité pro další průběh léčení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (Venglářová a Mahrová, 2006). Čekárna je místnost, kde se klient poprvé se sestrou setkává. Právě prostředí a atmosféra má mnohdy velký vliv na pacientovy pocity. Jak sestry komunikují s klienty v čekárnách, ambulancích i při hospitalizaci bylo zjištěno kvalitativním výzkumem pomocí pozorování. Byli sledováni 4 klienti v laserovém centru a 4 klienti v nemocnici. Prováděla jsem pozorování v čekárně, před operací, bezprostředně po operaci, při pooperační péči na ošetrovací jednotce (ambulanci) a při propuštění.

V ambulantním zařízení byli pozorováni 2 muži a 2 ženy. V nemocnici převažovaly ženy 3:1.

Prostředí v laserovém centru je velmi pěkné. Čekárna je útulná. Jsou zde malé konferenční stolky a pohodlná křesla. Pro klienty je k dispozici přístroj s teplou a studenou vodou k občerstvení. Mohou si krátit čas četbou časopisů, v nabídce mají brožurky a letáky, týkající se nejen informací o laserové operaci varixů, ale i jiných kosmetických laserových výkonů včetně depilací, které si mohou odnést a v klidu přečíst.

V nemocnici na chirurgickém oddělení na ambulanci je čekárna moderně vybavena. Je čistě uklizena, ale ve všední den v dopoledních hodinách bývá v čekárně více klientů. Někteří čekají na přijetí k hospitalizaci, další přicházejí pouze k ambulantnímu ošetření a kontrolám. Také zde čekají příbuzní, kamarádi či jiný doprovod pacienta. Větší počet lidí v ambulanci může narušovat potřebnou atmosféru při předávání informací. To je zřejmé i při pozorování pacientů v nemocnici. Prostředí i atmosféra byly narušeny ve většině případů přítomností většího počtu čekajících pacientů. Také čekání pacienta bylo dlouhé, někdy i 2 hodiny. Někteří pacienti byli rozrušeni což nepříspělo k dobré atmosféře.

Pacienta v laserovém centru odvede sestra z čekárny do kabinky, kde si pacient odloží oděv (ženy si mohou nechat podprsenku). Sestra ho při přechodu z kabinky na operační lůžko zahálí od pasu dolů podložkou. Neustále s pacientem hovoří a průběžně ho informuje. Po uložení pacienta na lůžko ho na chvíli odhalí a zkontroluje operační místa, zda jsou správně vyholena, nebo popřípadě je oholí. Pozorováním bylo zjištěno, že pouze jedna sestra opomenula dodržet intimitu a klienta nezakryla ihned po holení. Varixy zakresluje lékař, sestra se snaží dodržovat intimitu a ihned po zakreslení pacienta opět položí a zakryje. Při pozorování je jedna sestra hodnocena negativně v oblasti komunikace, jednalo se opět o sestru, která se v laserovém centru zaučovala. Premedikace se na laserovém pracovišti nepodává. Sestry se snažily svým přístupem eliminovat strach pacientů.

V nemocnici předoperační příprava začíná již v odpoledních hodinách den před operací. Všechny sestry informovaly pacienty o předoperační přípravě výborně. Intimitu dodržovaly při holení (nebo kontrole oholení operačního pole). Holení provádí sestra

nebo sanitář v koupelně. Varixy zakresluje lékař a sestra byla většinou nápomocna při výstupu na schůdky na nichž se lékaři pohodlněji varixy zakreslují. Zakreslení probíhalo na inspekčním pokoji za dobré atmosféry, v jednom případě bylo rušivým elementem pakované vyzvánění služebního telefonu a sestra nemohla být při zakreslení varixů nápomocna. Bezprostřední příprava pacienta za hospitalizace probíhá ráno v den operace. Ve dvou případech pacienti museli ráno v 7.45 odejít na angiologickou ambulanci interního oddělení nemocnice, kde jim byly pomocí ultrazvuku zakresleny perforátory. Označení perforátorů je pro operátora zásadní, protože je schopen přesně podvázat označený perforátor, který je příčinou venózní insuficience (Karetová, 2006). Všichni čtyři pacienti dostali večer i ráno premedikaci. Sestry se snažily ve všech situacích eliminovat strach pacienta, a to hlavně příjemným uklidňujícím vystupováním a předáváním informací. Opět jeden negativní projev bych přičítala nedostatku času, což vedlo k omezení doby potřebné k plné spokojenosti ošetřujícího personálu pacienta.

Během výkonu na operačním sále v laserovém centru má sestra možnost s pacientem komunikovat. Bohužel za hospitalizace tato skutečnost není možná, jelikož je pacient v celkové narkóze. Mohla jsem být při výkonu v laserovém centru přítomna a uvádím zajímavé postřehy při operaci. Operaci provádí dva lékaři a jedna sestra asistuje, spíše tzv. obíhá. Musí během výkonu, který trvá asi jednu hodinu, zvládnout asistenci, stát u pacienta, sledovat jeho zdravotní stav a neustále se snažit s ním komunikovat. V jednom případě jsem se setkala s pacientkou, která byla při operaci velmi citlivá a stěžovala si na bolest. Sestra jí svým přístupem a ošetřováním velice pomáhala. V tomto případě by i dvě sestry byly při operaci vytížené.

Pooperační péče v laserovém centru je velmi krátká (asi 15 - 20 minut). Sestra monitoruje bolest dotazem, popřípadě aplikuje analgetika. V našem případě ani jeden pacient nevyžadoval ihned analgetika, účinky místní anestezie přetrvávají, pacienti odcházejí bez bolesti. Sestra informuje o možnosti použití perorálních analgetik - antiflogistik typu Ibalginu apod. Tři klienti využili doma analgetika perorálně.

Hospitalizovaní ve třech případech vyžadovali analgetika v různém časovém rozmezí od výkonu (2 - 6 hodin). Jeden klient analgetika odmítal. V nemocnici, po příjezdu pacienta na pooperační pokoj, sestra ihned monitoruje fyziologické funkce,

bolest, prokrvení končetiny a pravidelně kontroluje obvaz. V nemocnici i v laserovém centru sestry neopomíjely monitorovat všechny jmenované projevy a ve sledování pacientova stavu byly důsledné. Komunikace v jednom případě v laserovém centru s klientem nebyla dokonalá a na pooperačním pokoji v nemocnici také v jednom případě komunikace vážla. Sestra se starala o více klientů po operaci (opět nedostatek času na pacienta). Pacienti po operaci byli dobře orientováni. Jedna klientka v laserovém centru byla mírně rozrušena. Na pooperačním pokoji většina pacientů pospávala a komunikaci nevyžadovala. Komplikace po operaci byly v laserové centru zaznamenány pouze v jednom případě. Jednalo se o mírně prosáklý obvaz. Při podobných problémech má klient možnost zavolat lékaři. Před odchodem domů dává sestra každému klientovi vizitku lékaře s telefonním číslem a informuje klienta o možnosti telefonického kontaktu s lékařem při jakýchkoli nežádoucích projevech. Jeden klient tuto možnost využil a lékaře telefonicky informoval o prosáklém obvazu. Lékař pacientovi okamžitě poradil a ten si sám obvaz „nabalil“ čtvercem a obinadlem. Další komplikace byly zaznamenány u pacientů v nemocnici. Jednalo se hlavně o problémy spojené s celkovou anestézií. Dva klienti měli nauseu a jeden zvracel. Další komplikací po operaci bylo u dvou pacientů prosáknutí obvazů a následné „nabalení“ čtverci a obvazy.

Z výsledků pozorování je jasné, že ošetřování pacientů, kteří podstupují operaci v nemocnici, vyžaduje větší nároky na ošetřovatelskou péči než u klientů po laserovém výkonu. *Hypotéza H1 byla potvrzena.* Největší nároky vyžaduje pacient v nemocnici v den operace, hlavně v pooperačním období. Pacient je po výkonu upoután na lůžko, nejen z důvodu operace, ale i celkové narkózy, kdy je pro sestry velmi důležité bezprostředně po operaci monitorovat fyziologické funkce, celkový stav a kontrolovat obvaz na dolní končetině. Toto sledování vyžaduje přítomnost sestry u lůžka pacienta 2 hodiny. Pacient je vertikalizován až druhý den ráno. Do té doby je odkázán na veškerou pomoc sestry. Naopak z laserového centra odchází pacient ihned po výkonu domů a je schopen se sám o sebe postarat. U pacienta po operaci v nemocnici může dojít i ke komplikacím, které jsou spojené s narkózou (nausea, zvracení). Intenzivnější je i bolestivost po vyvedení z celkové anestezie, kdy sestra musí u pacienta monitorovat mimo jiné i bolest a podávat analgetika.

Následná pooperační péče byla sledována první den po operaci. Na ambulanci do laserového centra přichází klient na převaz asi 16 hodin po výkonu (první pooperační den ráno v 7.30 hodin). V obdobném čase se převazují i pacienti po operaci v nemocnici na pokoji pacienta. V laserovém centru převazuje pacienta sestra sama nebo s lékařem. V jednom případě převazoval klienta lékař a sestra asistovala. V nemocnici převazovaly všechny pacienty sestry samy pod dohledem lékaře. V jednom případě se sestra opozdila (byla zaneprázdněna péčí o jiného pacienta) a převaz dokončila později. Při každém převazu se ponechává operovaná končetina krátký čas bez obvazu a pacient nesmí vstávat. Sestra vždy na tuto skutečnost upozorní. Veškeré informace, které se týkají režimového opatření, hygieny, komplikací, vstávání, rehabilitace a stravování sestry pacientům předávaly dobře. Edukaci o bandáži zvládly všechny sestry výborně. Pouze v laserovém centru jedna sestra, která se zaučovala, měla jisté nedostatky v předávání všech potřebných informací a edukování. Všechny důležité informace klientovi sdělil lékař. Na edukaci se podílejí většinou sestry, ale v některých případech se přidal i lékař. Edukační proces nebyl u dvou případů dodržen, a to opět z nedostatku času. Juřeníková uvádí, že řídicí úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, v našem případě sestra (Juřeníková, 2010). Pokud edukátor nemá dostatek času, edukant se musí podřídit.

Pacienti byli propuštěni z nemocnice 4. - 6. pooperační den. Pozorování v laserovém centru při propuštění bylo 1. pooperační den. Při propuštění musí být kladen velký důraz na předání důležitých informací pacientovi. Prostředí a atmosféra v laserovém centru byla vynikající. V nemocnici v jednom případě sestra předávala informace velmi rychle na chodbě a ve spěchu. Důvod - nedostatek času. Staniční sestra, která informace předávala, musela propustit dalších 9 pacientů a všem předat nejdůležitější informace. Bohužel i tyto situace mohou nastat, ale neměl by to pociťovat pacient. Z výsledků pozorování je patrné, že v nemocnici sestry věnují při propuštění edukaci a předávání informací málo času z důvodu časové tísně. Na druhou stranu ale pacient během pobytu v nemocnici je ve stálém kontaktu se sestrou, která mu může potřebné informace během hospitalizace poskytnout postupně. Pacient odchází domů vybaven potřebnými informacemi a edukací o správném bandážování. Během pobytu se

učí sám končetinu bandážovat pod dohledem sestry. Pacient, který je propuštěn z nemocnice, je též poučen o další kontrole u obvodního lékaře a extrakci stehů za deset dnů od operace, též u obvodního lékaře.

V laserovém centru se klientovi 1. den po operaci navléká kompresivní elastická punčocha. Další kontrola je až za 10 dní, kdy se extrahují stehy. V mezidobí má klient možnost lékaře kontaktovat telefonicky, nebo po telefonické domluvě přijít na kontrolu. Klient musí být důkladně poučen o ošetřování končetiny, rehabilitaci a životosprávě. Ve shodě s publikací Kašpara se většina klientů již do jednoho týdne vrátila do zaměstnání nebo do běžné pracovní činnosti (Kašpar, 2009). Rychlý návrat do běžné činnosti a zkrácení pracovní neschopnosti je jednoznačný profit pro klienta a hlavní výhoda laserové miniinvazivní operační techniky.

Hypotéza H2 nemohla být potvrzena, jelikož náš výzkum neumožňoval se dostatečně věnovat z časových důvodů tomuto sledování. Tato hypotéza měla potvrdit, že sestra v nemocnici má možnost využít edukační proces, který v případě ambulantního výkonu není možný z časových důvodů. Pozorování by muselo probíhat kontinuálně u pacienta v nemocnici a bylo by nutné sledovat sestru celý den, protože sestra může edukovat pacienta během dne v době, kdy k tomu má největší časový prostor. V laserovém centru se naopak sestra snažila využít čas, který s pacientem trávila k předání veškerých potřebných informací.

6 ZÁVĚR

Operace varixů dolních končetin patří k častým výkonům na všech chirurgických odděleních. Většinou se jedná o plánované operace. U části nemocných je důvod operace kosmetický jindy přicházejí pacienti s anamnézou dlouhodobých potíží - bolestí a otoků DK. Do jisté míry toto onemocnění může vést i k omezení pacienta v běžném životě a může být i příčinou dlouhodobé či opakované pracovní neschopnosti. Některé typy onemocnění varixů jsou jednoznačně indikovány k provedení konvenční operace za hospitalizace v celkové anestezii, jiné mohou být operovány v lokální anestezii ambulantně s kratší rekonvalescencí. V dnešní době má pacient možnost volby a výběru typu operace.

Tato diplomová práce byla zaměřena na sledování rozdílů v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci varixů dolních končetin operovaných ambulantně a při hospitalizaci. Cílem práce bylo nejen zhodnotit rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče při operaci varixů u obou typů operací, ale i zjistit, jaké jsou rozdíly v komunikaci s pacienty v nemocnici a na ambulanci v laserovém centru. Dalším cílem bylo zhodnotit, jakým způsobem edukují sestry pacienty po operaci. Poslední cíl měl zmapovat, zda klient při rozhodování o typu operace bere jako větší překážku hospitalizaci nebo finanční náklady.

Pro získání potřebných informací byla použita metoda kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní šetření bylo prováděno pomocí polootevřeného dotazníku pro 150 pacientů, kteří podstoupili operaci varixů. Zpracováno bylo 126 dotazníků. 99 dotazníků bylo od klientů, kteří podstoupili operaci varixů dolních končetin v nemocnici za hospitalizace, a 27 dotazníků bylo od klientů, kteří podstoupili operaci varixů ambulantně pomocí laseru. Všichni klienti odpovídali na 26 otázek po dokončení léčby a návratu do běžné denní činnosti či po skončení pracovní neschopnosti. Tento typ výzkumu vyvrátil *hypotézu H3*, kdy pro klienta je při výběru typu operace rozhodující finanční zátěž před hospitalizací. Toto tvrzení se dle odpovědí respondentů *nepotvrdilo*. Většinu klientů (60 %) ze souboru hospitalizovaných vedlo při výběru druhu operace doporučení (převážně od lékaře) a jen 4 (10 %) pacienti uvedli, že na laserovou operaci nemají finance. 22 % klientů, kteří podstoupili operaci ambulantně pomocí laseru, uvedlo,

že při dalším rozhodování o typu operace by pro ně největší překážkou byly peníze, z hospitalizovaných by finance ovlivňovaly při rozhodování o typu operace 4 % klientů.

Další výzkumné šetření bylo kvalitativní. Pomocí pozorování byla sledována komunikace sester s pacienty a poskytování ošetrovatelské péče u pacientů po operaci varixů. Byli pozorováni 4 klienti v laserovém centru, kteří podstoupili operaci varixů ambulantně pomocí laseru, a 4 klienti v nemocnici, podstupující operaci v celkové narkóze za hospitalizace. Pozorování jsem prováděla v čekárně před operací, bezprostředně po operaci, při pooperační péči na ošetrovací jednotce (ambulanci) a při propuštění. Tímto zkoumáním byl zmapován rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče při operaci varixů dolních končetin ambulantně laserovou technikou a konvenčně za hospitalizace. Průběžným sledováním bylo jednoznačně prokázáno, že ošetřování pacientů po konvenční operaci varixů za hospitalizace vyžaduje větší nároky na ošetrovatelskou péči než po ambulantně provedené operaci laserovou technikou. Tím byla **potvrzena hypotéza H1**.

Pozorování u vybraných osmi pacientů bylo také zaměřeno na komunikaci sester s pacienty, hlavně na předávání informací od sester a na edukaci. Další **hypotéza H2**, která byla zaměřena na sestru a možnost využití edukačního procesu za hospitalizace, který v případě ambulantního vyšetření není možný z časových důvodů, **nemohla být potvrzena** ani vyvrácena. Tento typ výzkumu neumožňoval dostatečně se věnovat takovému zkoumání. Důvodem byl nedostatek času při pozorování, které by muselo probíhat průběžně celý den. Sestry v nemocnici mohou pacienty edukovat v kteroukoliv denní či večerní dobu, neboť je pro ni důležitý časový prostor. Sestra na ambulanci s pacientem tráví velice málo času, ale přesto se snaží svůj čas co nejvíce využít k předání potřebných informací a edukaci.

Výzkum této diplomové práce byl zaměřen nejen na poskytování ošetrovatelské péče u pacientů po operaci varixů, ale i na komunikaci sester s pacienty, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Byly zjištěny pozitivní stránky, ale i některé nedostatky při předávání informací a edukaci. Informovanost klientů o dodržování režimového opatření, rehabilitaci a správném bandážování je pro klienty po operaci varixů velmi důležitá. Dobrou edukací a aktivní spoluprací s klientem lze totiž předejít vzniku komplikací a

případným recidivám. V neposlední řadě je edukace důležitá v primární, sekundární i terciální prevenci. Pro zkvalitnění předávání informací bych doporučila použít i informační brožuru, která by dle výzkumu byla u pacientů vítána u obou zkoumaných souborů (v nemocnici i na ambulanci v laserovém centru). Informační brožury jsou vytvořené a poskytují je i různé firmy a je jen na rozhodnutí managementu, aby tyto brožury pro pacienty zajistila. S výsledky své diplomové práce seznámím sestry a management na chirurgickém oddělení při semináři. Také výsledky sdělím v Centru plastické a estetické laserové medicíny v Českých Budějovicích. Dále bych též ráda s výsledky seznámila čtenářky v odborném časopise pro sestry.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŠ, J., jr., BARTOŠ, J., KADLEC, M. *Ambulantní radikální operace varixů*. Prakt. Flebol. 2003, XII(3):74-76.

BERGAN, J., PASCARELLA, L., MEKENAS, L. *Venous disordere:treatment with sclerosant foam*. J cardiovasc. Surg. 2006.Vol 47 p.9-18.

BONÉ, C. *Tratamiento endoluminal de las varices noc laser do Diodo. Estudio preliminary*. Rev Patol Vasc 1999. 5:35-46.

ČIHÁK, R. *Anatomie 3. vyd.* Praha: Grada, 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-X.

DARWOOD, R., J., THEIVACUMAR, N., DELLAGRAMMATICAS, D., MAVOR, A., I., DOUTH, M., J. *Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation with surgery for the treatment of primary great saphenous varicose veins*. Br. J. Surg., 2008, Mar, 95/3, 294-301.

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie. 2. vyd.* Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

ESCRIBANO, J., M., JUAN, J., BOFILL, R., MASO, J. *Durability of reflux elimination by minimal invasive CHIVA procedure on patiens with varicose vein*. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2003. 25:159-163.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

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

HROMÁDKOVÁ, A., STASKOVÁ, V. *Potřeba edukace pacientů po operaci varixů*. Bakalářská práce. JCU České Budějovice, 2009

JIA, X., MOWATT, G., BURR, J., M., CASSAR, K., COOK, J., FRASER, C. *Systematic review of foam sclerotherapy for varicose veins*. BJS. 2007;94:925-936.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KARETOVÁ, D., STANĚK, F. et al. *Angiologie pro praxi*. 1. vydání, Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-52-X.

KAŠPAR, S. *Krossektomie a stripping safény – trvalá nutnost nebo přežití dogma?* Prakt. flebol. 2002, XI(4):99-101.

KAŠPAR, S., PIRKL, M., PŘÍBORSKÁ, J., KAŠPAR, D. *Šest let zkušeností s endovenózním laserem v terapii varixů dolních končetin*. Rozhl. Chir., 2009; 88(3): 106-114.

KAŠPAR, S., *Základy barevné duplexní ultrasonografie varixů dolních končetin*. Praha: Servier, 2004.

KLEIN, H., M. *Psychologie – základ úspěchu v práci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2444-7.

KLIMENT, J., FANTA, J. *Operace varixů dolních končetin radiofrekvenční ablací metodou VNUS-Closure*. Rozhl. Chir. 2009; 88(9), 536-539.

KOMISE PRO TVORBU STANDARDŮ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a. s. *Standard ošetrovatelské péče č. 032. „Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné“*, r. 2010.

KRAJÍČEK, M., ROČEK, M., ŠEBESTA, P. et al. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1. vydání Praha: Grada, 2007. 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.

KRIŠKOVÁ, A., et al. *Ošetrovatelské techniky*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

KUBICOVÁ, L. et al. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2005. 151 s. ISBN 80-8063-176-X.

KULDOVÁ-HOLEŠINSKÁ, P. *Ošetrovatelské problémy a potřeby žen s varixy dolních končetin*. Prakt. flebol. 2004, 13(3), 84-90.

LEES, T., A., BEARD, J., D., RIDLER, B., M., F. *A survey of the current management of varicose veins by members of vascular Surgical Society*. Ann R Coll Surg Engl 1999. 81:407-17.

LEPŠÍ, P. *Křečové žíly*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 92 s. ISBN 80-7254-381-4.

LURIE, F., CRETON, D., EKLOF, B., et al. *Prospective randomised study of endovenous radiofrequency obliteration (Closure) versus ligation and vein stripping (EVOLVEs): two-year follow-up*. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;29:67-73.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

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

MACHOVCOVÁ, A., *Kompresivní léčba ve flebologii – průvodce pacienta*. Praha: Mladá fronta, a. s., 2009. ISBN 978-80-204-2091-6.

MARUŠIAK, J. *Chronická žilní insuficience a možnosti moderní chirurgické léčby v oblasti povrchního systému*. Rozhl. Chir. 2010; 89(1), 73-79.

MERCHANT, R., DEPALMA, R., G., KABNICK, L., S. *Endovascular obliteration of saphenous reflux: a multicenter study*. J Vasc Surg 2002. 35:1190-6.

MIKŠOVÁ, M., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MIN, R., J., ISAAC, M., N., FORRESTAL, M., D. *Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein*, J Vasc Interv Radiol 2001; 12:1167-1171.

MIN, R., J., KHILNAMI, N., M., *Endovenous laser ablation of varicose vein*. J. Cardiovasc. Surg. (Torino), 2005; 46(4): 395-405.

NAVARO, L., MIN, R. *Endovenous Laser: A new minimally invasive method of treatment for varicose veins – preliminary observation using 810nm laser*. Dermatol. Surg 2001. 27:117-122.

NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 8247-1150-8.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9

NIERMEYER, R., SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1223-7.

PIETRAVALLO, A. *Subaponeurotic phlebological videoscopi in the treatment of perforating vein insufficiency (SEPS)*. Phlebolympology 2002. 36. p 39-47.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

RAJU, S., HOLLIS, K., NEGLEN, P. *Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy*. Am Vasc Surg. 2007;21:790-795.

ROSINA, J., KOLÁŘOVÁ, H., STANEK, J. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1383-7.

SKALICKÁ, H., et al. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

ŠONSKÝ, E. *Primární varixy*. Postgrad. Med. 2/2001, roč. 3 s. 183-146. ISSN 1212-4184.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVESTKOVÁ, S. *Význam kompresivní terapie*. Praktická flebologie, 2003, XII(1):12-14.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VEVERKOVÁ, L., WECHSLER, J. *Endoskopické přerušení perforátorů bérce*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 2001. ISBN 80-210-2606-05.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

WINTERBORN, R., J., FOY, C., EARNSHAW, J., J. Causes of varicose vein recurrence: late results of a randomized controlled trial of stripping the long saphenous vein. *J Vasc Surg* 2004. 40 p. 634-9

ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-7169-705-2.

ZEMAN, M. et al. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Varixy

Sestra

Pacient

Ošetřování

Laser

Informovanost

Komunikace

Edukace

9 SEZNAM ZKRATEK

a. – arterie, tepna

ASA – (American Society of Anesthesiologist) – stanovení anesteziologického rizika

CN – celková narkóza

CVI – (chronic venous insufficiency) chronická venózní insuficience

DK – dolní končetina

EVLT - EndoVenous Laser Treatment

FF – fyziologická funkce

CHIVA – (la cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire), přerušení insuficientních žil ambulantně.

i.m. – intramuskulárně

m. – musculus, sval

mm Hg – milimetr rtuťového sloupce

n. – nervus, nerv

P - tepová frekvence

RF - radiofrekvenční ablace

RHB - rehabilitace

SEPS - (Subfascial Endoscopic Perforator Surgery), endoskopická direkce subfasciálního prostoru.

Tbl – tableta

Tk – krevní tlak

v. – vena, žíla

VSM – vena saphena magna

VSP – vena saphena parva

vv. – venae, žíly

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 – dotazník

Příloha 2 – pozorovací arch

Příloha 3 – varixy před a po operaci laserovou metodou (EVLT) – obrázky

Příloha 4– endovenosní operace pomocí EVLT – obrázky

Příloha 5 – bandážování dolních končetin – obrázky

Příloha 1 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní a je určený k získání údajů k vypracování mé diplomové práce na téma „*Rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných po operaci varixů dolních končetin operovaných ambulantně a při hospitalizaci*“. Při vyplňování dotazníku prosím, označte Vámi zvolené odpovědi křížkem, popřípadě doplňte stručně do kolonky „jiné“ svůj postřeh.

Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění mého dotazníku.

Bc. Jitka Ptáková Malechová,
studentka 2. ročníku magisterského studia Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

- 1) Pohlaví Muž
 Žena

- 2) Věk do 30 let
 31 - 40 let
 41 - 50 let
 51 - 60 let
 nad 60 let

- 3) Jak fyzicky je náročné Vaše zaměstnání?
 fyzicky více náročné
 fyzicky středně náročné
 fyzicky méně náročné
 nenáročné
 nepracuji
 mateřská dovolená
 v důchodu
 jiné.....

- 4) Pokud jste *žena na mateřské dovolené*, jak dlouho jste po porodu?
měsíců
let

- 5) Věnujete se nějakému sportu?
 pravidelně
 občas
 ne
 jiné.....

a) Pokud **Ano**, jakému sportu se věnujete?.....

6) Podstoupil(a) jste operaci varixů dolních končetin

- za hospitalizace?
- ambulantně, pomocí laseru?
- obě

7) Vaše operace je první operací varixů?

- další v pořadí?

8) Byla operovaná jedna dolní končetina

- obě dolní končetiny

9) Jaké jste měl(a) jste potíže před operací? (můžete zaškrtnout více možností)

- bolesti končetin
- otoky končetin
- bércový vřed
- operaci jsem podstoupil(a) z kosmetických důvodů
- jiné

10) Byl(a) jste spokojen(a) s podáním informací před operací?

Zhodnoťte známkou jako ve škole

1 - 2 - 3 - 4 - 5

11) Byly pro Vás informace o operaci dostačující? (průběh operace, možné komplikace, pracovní neschopnost...) Zhodnoťte známkou jako ve škole

1 - 2 - 3 - 4 - 5

12) Překvapila Vás některá událost v pooperačním průběhu proti Vašemu očekávání? (můžete zaškrtnout více možností)

a) negativně

- výraznější bolestivost po operaci
- rozsah modřin
- rozsah jizev
- delší rekonvalescence
- delší omezení v běžném životě
- jiné.....

b) pozitivně

- minimální bolestivost po operaci
- rychlejší rekonvalescence
- rychlý návrat do normálního režimu
- jiné

- 13) V podávání informací je sestra v pooperačním období:
(můžete zaškrtnout více možností)
- nezastupitelná
 - vhodná
 - zbytečná, vše potřebné vím od lékaře
 - nevím
 - nedostal jsem žádné informace
- 14) Roli sestry v podávání informací vnímám jako:
- průvodce pacienta
 - zdroj potřebných informací
 - nevnímám
 - jiné.....
- 15) Měl(a) jste informace o možnosti podstoupení různých druhů operace varixů? (operace klasická, laserová, v celkovém nebo místním umrtvení?)
- Ano
 - Ne
- 16) Přivítal(a) byste větší aktivitu sestry při podávání pro Vás potřebných informací před operací?
- Ano
 - Ne
- a) Pokud jste odpověděl(a) **Ne**, přejděte na otázku 17.
- b) Pokud jste odpověděl(a) **Ano**, prosím odpovězte na doplňující otázku (můžete zaškrtnout více možností).
- informace byly nedostačující
 - sestra na mě neměla čas
 - jiné.....
- 17) Sestra pro mne byla po operaci (můžete zaškrtnout více možností)
- oporou
 - důvěryhodnou oporou
 - aktivním zdrojem informací
 - ničím výrazným, protože u mne byla jen výjimečně
 - byla jen přítomna
 - jiné.....
- 18) Co Vás vedlo k výběru typu operace? (můžete zaškrtnout více možností)
- na doporučení
 - nevěděl(a) jsem o možnosti výběru operační techniky
 - chtěl(a) jsem se vyhnout celkové narkóze
 - nechtěl(a) jsem ležet v nemocnici
 - na laserovou operaci nemám finance
 - jiný důvod – uveďte jaký

Pokud jste operaci absolvoval(a) ambulantně, přejděte prosím na otázku 21.

- 19) Pokud jste byl(a) **hospitalizován(a)**, mluvila s Vámi sestra během hospitalizace o bandážování končetiny, jak byste tuto edukaci (poučení) hodnotil(a)?
Zhodnoťte známkou jako ve škole
1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 20) Myslíte si, že jste **při propuštění z nemocnice** byl(a) dostatečně poučen(a) o režimovém opatření (cvičení, zátěž, hygiena, apod.)?
 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne
 jiné.....

Pokud jste operaci absolvoval(a) za hospitalizace, přejděte prosím na otázku 23.

- 21) Při propuštění z ambulance po laserovém výkonu Vám byla podána sestrou informace o bandážování končetiny
Zhodnoťte známkou jako ve škole
1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 22) Uvítal(a) byste více informací o režimovém opatření po **ambulantním** výkonu (cvičení, zátěž, hygiena.)
 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne
 jiné.....

- 23) Jaké zdroje informací ohledně varixů dolních končetin upřednostňujete ?
 ústní pohovor (s kým ?.....)
 letáky, brožury
 knihy
 internet
 jiné.....

- 24) Za jak dlouho po operaci jste se vrátil(a) do zaměstnání nebo běžné denní činnosti?
 ihned
 do 1 týdne
 do 2 týdnů

- do 3 týdnů
- do 4 týdnů
- 5 týdnů a více
- jiné.....

25) Jste s výsledkem operace spokojen(a)?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....

26) Pokud byste musel(a) podstoupit ještě jednou operaci varixů dolní končetiny, byla by pro Vás největší překážka?

- hospitalizace
- celková narkóza
- místní umrtvení
- finance
- nevím
- jiné.....

Příloha 2

POZOROVACÍ ARCH

Klient		Muž	Žena
V nemocnici	Na ambulanci		

ČEKÁRNA

	Známka jako ve škole (1-2-3-4-5) 1-velmi profesionální 5-neprofesionální přístup	Jiné
Komunikace sestra-pacient	Verbální	
	Neverbální	
Informace předání		
Prostor na dotazy		
Sestra vyzývá na dotazy		
Prostředí		
Atmosféra		

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Komunikace sestra-pacient	Verbální	
	Neverbální	
Informace o předoperační přípravě		
Prostor na dotazy		
Sestra vyzývá na dotazy		
Holení		
Intimita		
Premedikace	Ráno	
	Večer	
Zakreslení varixů	Prostředí	
	Atmosféra	
Zakreslení perforátorů	Prostředí	
	Atmosféra	
Eliminace strachu		

POOPERAČNÍ PÉČE

Monitorace bolesti		
Monitorace FF		
Aplikace analgetik		
Kontrola obvazu		
Intimita (dodržení)		
Komunikace sestra-pacient		
Orientace pacienta		
Komplikace	Krvácení	
	Nauzea	
	Zvracení	

OŠETŘOVACÍ JEDNOTKA, AMBULANCE

Informace o režimu		
Informace o komplikacích		
Vertikalizace (poučení)		
Převaz sestrou (bandáž)		
Edukace o bandáži		
Edukace o RHB		
Edukace o životosprávě		
Edukující osoba		
Edukační proces		

PROPUŠTĚNÍ

Prostředí		
Atmosféra		
Čas (min.)		
Pomůcky		
Obsah	Bandáž	
	Životospráva	
	Rehabilitace	

Příloha 3 Varixy před a po operaci laserovou metodou (EVLT)



Zdroj: PACÁK, P. *Operace křečových žil laserem*. [citováno 2011-08-14]. Dostupné z: http://www.ilc.cz/index.php?id_sk=2&id_sk2=23

Příloha 4 Endovenosní laserová operace



Zdroj: MATOUŠEK, P. *Endovenosní laserová operace EVLT*. [citováno 2011-08-14]. Dostupné z: <http://www.zilnichirurgie.cz/lecba-varixu.php>

Příloha 5 Bandážování dolních končetin

TECHNIKA BANDÁŽOVÁNÍ:

- Krátkotažné obinadlo přikládáme vždy ráno, než pacient začne chodit.
- Šíře obinadla 8-10 cm (užší se zařezávají).
- Poloha pacienta na lůžku: vleže s mírným vyvýšením horního trupu.
- Dolní končetina pokrčena v kolenní 90° a zvednuta.
- Pacient si nohu přidržuje pod kolenem.
- Nejvhodněji je bandáž provádět technikou klasového obvazování .
- Obinadlo vineme vzhůru po končetině od prstů k nártu nohy přes patu a kotník (zde je nutné několik otoček z důvodu odhrnutí obinadla), směrem vzhůru přes lýtko, koleno a celé stehno.
- Podle onemocnění volíme i jinou výšku bandáže (končíme nad kotníkem, či nad kolenem).
- Při vinutí je nutné dodržet maximální tlak bandáže v krajině kotníků.
- Obinadlo se nesmí vázat řídce, vinutí musí překrývat nejméně z jedné poloviny otáčku předchozí.
- Musí se počítat, že obinadlo částečně povolí při chůzi, je důležité konec obinadla dobře zajistit několika sponkami či náplastí.
- Měřítkem správné bandáže je stav končetiny večer- otok DK je známkou nesprávné komprese, je třeba při bandážování obvaz více utahovat.
- Pokud přetrvává bolest při chůzi, je nutné obinadlo povolit, protože je končetina zaškrcena.

CHYBY PŘI BANDÁŽOVÁNÍ:

- Obvázán je pouze úsek končetiny.
- Použití úzkých obinadel.
- Bandáž má nedostačující tlak.
- Používání starých, nepružných obinadel.
- Volné přiložení obinadla.
- Nezabandážování paty, popř. celé nohy s poukazem na úzkou obuv.
- Nedostačující zajištění konce obinadla a následné uvolnění obvazu.

Příprava pacienta:

- Seznámení pacienta s výkonem.
- Uložit pacienta do správné polohy.
- Stále komunikovat s pacientem o průběžném bandážování a polohy končetiny.
- Správně a srozumitelně edukovat pacienta o bandáži dolní končetiny.
- Kontrola prokrvení a otoku dolní končetiny po bandáži DK.

Zdroj: vlastní seminární práce (2011)

Pomůcky k bandážování a ukázky stehenní bandáže



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4 Bandáž pomocí elastických obinadel



Foto 5 Kompresivní punčochy

Zdroj: archiv autora – foto 1, 4

MATOUŠEK, P. *Konzervativní léčba bandážováním*. [citováno 2011-08-14].

Dostupné z: <http://www.zilnichirurgie.cz/lecba-varixu.php> foto 2,3,5