

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Kvalita života u pacientů s ischemickou chorobou

Bakalářská práce

Autorka práce: Hanzlová Jitka

Vedoucí práce: PhDr. Bažantová Mariana Ph.D.

MUDr. Indruch Tomáš

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRALOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Quality of life in patients with occlusive disease

Bachelor's thesis

Author: Hanzlova Jitka

Supervisor: PhDr. Bazantova Mariana Ph.D.

MUDr. Indruch Tomas

2010

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života u pacientů s ischemickou chorobou“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze 13.9.2010

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Marianě Bažantové Ph.D. a MUDr. Tomáši Indruchovi za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad a za jejich čas, který mi věnovali.

Dále děkuji celé své rodině, přátelům a spolupracovníkům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

ÚVOD:	9
CÍLE PRÁCE	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA	13
1.1 Historie a současnost kvality života	13
1.2 Pojem kvalita života	14
1.3 Domény kvality života	15
1.4 Modely kvality života v praxi.....	17
1.5 Měření kvality života.....	17
1.5.1 Druhy dotazníků.....	18
2 ANGIOLOGIE	20
2.1 Anatomický přehled koronárních tepen	20
2.2 Anatomický přehled periferních tepen dolních končetin	20
2.3 Fyziologie a patofyziologie	21
2.4 Příčiny podílející se na vzniku ischemické choroby	21
2.5 Rizikové faktory aterosklerózy.....	22
2.5.1 Neovlivnitelné rizikové faktory.....	22
2.5.2 Ovlivnitelné rizikové faktory	22
2.5.3 Prevence vzniku rizikových faktorů.....	23
2.6 Organické onemocnění koronárních tepen.....	23
2.6.1 Infarkt myokardu.....	23
2.6.2 Lokalizace infarktu myokardu.....	24
2.6.3 Vyšetřovací metody u pacientů s infarktem myokardu.....	24
2.6.3.1 Klinické vyšetření.....	25
2.6.3.2 Laboratorní vyšetření	25
2.6.3.3 Instrumentální a zobrazovací metody	25
2.6.3.4 Terapie akutního infarktu myokardu.....	26
2.7 Organické onemocnění tepen dolních končetin	27
2.7.1 Klasifikace ischemické choroby dolních končetin.....	28
2.7.2 Akutní tepenný uzávěr.....	28
2.7.3 Vzácnější příčiny ischemické choroby dolních končetin.....	29
2.8 Vyšetřovací metody u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin	31
2.8.1 Klinické vyšetření.....	31

2.8.2	Laboratorní vyšetření	32
2.8.3	Instrumentální a zobrazovací metody.....	32
2.8.4	Terapie chronické ischemické choroby končetin	33
2.8.5.1	Terapie akutního tepenného uzávěru	34
2.9	Ošetrovatelská péče o pacienty před a po invazivním zákroku.....	35
2.9.1	Příprava pacienta před koronární intervencí	35
2.9.2	Péče o pacienta během výkonu	36
2.9.3	Péče o pacienta po koronární intervenci.....	36
2.9.4	Příprava pacienta na vyšetření tepen dolních končetin	37
2.9.5	Péče o pacienta po vyšetření tepen dolních končetin	38
2.9.6	Edukace při propuštění	38
EMPIRICKÁ ČÁST		40
3	Hlavní cíl.....	40
3.1	Dílčí cíle	40
3.1.1	Metodika práce	41
3.1.2	Charakteristika souboru respondentů	41
3.1.3	Užitá metoda šetření	41
3.1.4	Vyhodnocení dat.....	42
3.1.5	Realizace výzkumu.....	42
3.1.6	Zpracování získaných dat.....	43
DISKUZE.....		89
ZÁVĚR.....		95
Seznam použitých zkratk.....		101
Seznam tabulek a grafů		103
Seznam příloh		104

ÚVOD:

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace stav, kdy se nám vede dobře fyzicky, psychicky i společensky a nemoc je projevem selhání obranných mechanismů na nákazy a jiné škodliviny. Z historie víme, že každou společnost provází epidemie nemocí. V římské civilizaci například otravy olovem z trubek vodovodů, ve Střední Americe neštovice, v Africe spalničky aj. Naši civilizaci charakterizuje stoupající výskyt kardiovaskulárních nemocí. V začátku dvacátého století se onemocnění srdce a cév podílela na celkové úmrtnosti čtyřmi procenty, dnes je to víc než v padesáti procentech. Tato skutečnost se pravděpodobně stala jednou z hlavních příčin dynamického vývoje angiologie (Fejfar, Přerovský, 2002).

Angiologie je pro mne velmi zajímavý obor, kterému se věnuji celou dobu zaměstnání ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Pracuji od roku 1980 na Kardiologické klinice, kam se soustřeďují pacienti s ischemickým onemocněním srdce i ostatních periferních tepen a žil. Téma bakalářské práce jsem si vybrala na podkladě každodenního kontaktu s pacienty, jejichž kvalita života je ovlivněna ischemickým onemocněním. K porovnání kvality života jsem si vybrala dvě skupiny pacientů – jedna skupina pacientů s diagnózou Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) a druhá s diagnózou Infarkt myokardu (IM).

Něco málo z historie: Za zakladatele zkoumání kardiovaskulárního systému je považován William Harvey, který v roce 1628 publikoval představu krevního oběhu v podstatě platnou dodnes. Dalšími badateli byli Claude Bernard, který prokázal výměnu látek mezi krví a extracelulární tekutinou, dále pak Ludwig, který v roce 1873 prokázal autonomní nervovou regulaci tonu cév. K angiologickým vyšetřovacím metodám přispěl Christian Johann Doppler – rakouský fyzik, který působil také na technice v Praze.

V padesátých letech se začíná rozvíjet cévní chirurgie, která umožňuje revaskularizaci dolních končetin bypassem. Rychle se rozvíjí nové katetrizační postupy. V roce 1953 zavádí poprvé S.I.Seldinger katétr do stehenní tepny bez její preparace. Tato metoda se stala základní technikou perkutánního přístupu do cévního řečiště.

Angiologie jako samostatný obor vznikla u nás po roce 1989, kdy vznikla při České společnosti Jana Evangelisty Purkyně Angiologická společnost. Tento obor se v posledních dvaceti letech výrazně rozvíjí, přibyla řada vyšetřovacích a léčebných metod. Základní instrumentální vyšetřovací metodou je ultrazvuk a z invazivních metod

rentgenologická katetrizační metoda (angiografie). Tato invazivní metoda přinesla zásadní průlom do diagnostiky tepenných, ale i žilních onemocnění. Původní konzervativní léčba, která spočívala ve farmakologické a rehabilitační péči může být v určitých případech doplněna nebo nahrazena intervenčními revaskularizačními postupy.

Angiologie se stala odvětvím, které má významné možnosti při léčbě cévních onemocnění. V léčbě nastává trvalý posun od chirurgických postupů k méně invazivním metodám angioplastickým. To vše ku prospěchu nemocného, k jeho menší zátěži (Karetová, Staněk, 2007).

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části

Cílem mé práce je porovnat kvalitu života u dvou skupin pacientů. Pro porovnání jsem si zvolila dvě skupiny pacientů s ischemickým postižením – ICHDK a IM. Obě tyto skupiny byli chroničtí pacienti, pacienty s akutním onemocněním jsem z výzkumu vyloučila. Ze zkušeností vím, že většina pacientů, kteří mají postižené tepny aterosklerózou na dolních končetinách, mají změny i na koronárním řečišti. Proto tyto dvě choroby spolu úzce souvisí. Současně chci zhodnotit možné zastoupení rizikových faktorů podílejících se na vzniku těchto onemocnění.

V teoretické části definuji pojem „kvalita života“, uvádím některé modely kvality života, metody hodnocení a měření kvality života. Jako příklad zde uvádím některé druhy dotazníků, zvláště pak dotazník SF-36, ze kterého jsem čerpala některé otázky do svého dotazníku.

Popisuji zde anatomii, fyziologii a patofyziologii koronárních i periferních tepen DK, diagnostiku obou onemocnění a možnosti léčby ischemické choroby. Dále zde popisuji ošetrovatelskou péči o tyto pacienty, přípravu na invazivní výkony a péči o pacienty při i po těchto výkonech.

TEORETICKÁ ČÁST

Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Světová zdravotnická organizace, 1994)

Akutní infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá z přerušení přívodu krve věnitou tepnou do příslušné oblasti. Patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Přibližně jedna třetina všech úmrtí je způsobena ischemickou srdeční chorobou a z ní jedna polovina akutním infarktem myokardu (Kolář, 1998).

Chronická kritická ischemie dolní končetiny představuje významný medicínsko-sociální problém. Konečným stádiem ischemie je trofický defekt až gangréna. Nemocní s touto diagnózou jsou ohroženi vysokou amputací postižené končetiny. Ztráta končetiny patří k nejvíce destruuujícím komplikacím a fyzicky i psychicky těžce ovlivní život nemocného. Proto hlavním cílem u akutního ischemického syndromu musí být záchrana končetiny (Staffa, 2005).

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Historie a současnost kvality života

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn ve dvacátých letech. Bylo to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Zejména se diskutovalo o vlivu státních dotací na kvalitu života chudších lidí. V šedesátých letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem domácího blaha není kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. Začalo se totiž ukazovat, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíš k růstu požadavků, které ne vždy jdou naplnit. O něco později, v sedmdesátých letech německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Tento termín brzy zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Život lidí v určitém specifickém prostředí, jako je město či vesnice, není možné popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických ukazatelů. Je také nutné přihlížet k dalším sociálním ukazatelům, které jsou schopny lépe postihnout kvalitu života lidí v určitém sociálním kontextu.

V sedmdesátých letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život. Tyto indikátory by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou například úroveň bydlení, kriminalita či znečištění ovzduší.

V posledních letech studium kvality života prodělává svůj „boom“. V celém světě na různých pracovištích se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy. Studium kvality života znamená hledání faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Payne, 2005).

Kvalita života se v současné době používá pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra onemocnění, postižení a nepříznivých životních okolností.

Všechny dotazníky jsou určeny pro kvality života skupin nebo populací. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. Nejčastěji bývá používán u skupin osob s určitou diagnózou nebo postižením.

Při zkoumání kvality života osob s určitou diagnózou bývá vhodné současně použít specifický instrument zaměřený na zkoumaný typ onemocnění. Dosavadní výzkumy ukázaly, že hodnocení kvality života u pacientů s dlouhodobým somatickým onemocněním může být ovlivněno přítomností depresivní symptomatiky. Pro vyhodnocení vztahu tělesného onemocnění, deprese a kvality života se proto doporučuje použít vedle dotazníku kvality života také škálu na měření deprese.

1.2 Pojem kvalita života

Definovat „kvalitu života“ je velmi nesnadné. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, to je naplnění základních fyziologických potřeb (např. potřeba nasycení, spánku, úleva od bolesti) a uspokojení subtilnějších potřeb (např. potřeba bezpečí, sebeúcty). V současné době existuje řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví polymorbidita, rodinná a ekonomická situace atd. Pojem „kvalita života“ je velmi frekventovaný, hovoří se o ní v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, ekologie a medicína. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jedinců a pokoušejí se ji pomocí různých metod měřit. Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od daného nemocného. Kvalitu života lze hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného. K hodnocení jsou používány dotazníky kvantifikující dopad na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem (Vojenské zdravotnické listy, 2004).

Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Subjektivní kvalita života se týká všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Pro zdravotnictví jsou podstatné definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě ve kterém žije (Payne, 2005).

1.3 Domény kvality života

Mezi domény kvality života lze zařadit: aktivitu, harmonii, propojenost, prostředí, autonomii, city, růst a vývoj, morální hodnoty, řád, kořeny, kontinuitu, autenticitu, směřování a fatalismus.

- **Aktivita**

Možnost poznávat, vzdělávat se, mít podmínky pro osobní rozvoj na pracovišti, dostávat nové příležitosti, člověk se musí naučit radovat se i z maličkostí.

- **Harmonie**

Spravedlnost, mír, život plný porozumění, harmonický vyvážený život, příjemné životní prostředí, neubližovat zvířatům a přírodě, nezrazovat své ideály pro pracovní úspěchy.

- **Propojenost**

Dobré mezilidské vztahy jsou nezbytné pro běžný život, kvalitní život není možný bez dobrých přátel. Nebýt lhostejný k ostatním, být prospěšný, nápomocný druhým, velmi důležitá je podpora rodiny.

- **Prostředí**

Velmi důležitý je pobyt v přírodě, dýchat čistý vzduch. Kvalitní život je život, který bere na vědomí přírodu.

- **Autonomie**

Soběstačnost, nezávislost, samostatnost při řešení problémů. Mít dostatek času na odpočinek a záliby s možností sportovního vyžití, mít vlastní byt, dostatek prostředků na dovolenou.

- **City**

Láska, upřímnost, důvěra a víra, spokojenost v osobním životě, láska ke zvířatům, klidné a vřelé rodinné prostředí.

- **Růst a vývoj**

Rozvíjet se podle svých potřeb a vloh, dosáhnout odpovídajícího postavení v zaměstnání, žít aktivně, tvořivě.

- **Morální hodnoty**

Snažit se o to, aby svět byl lepší, být dobrým příkladem pro své děti, žít a chovat se tak, aby se člověk za sebe nemusel stydět. Nebýt lhostejný, líný, nikoho neponižovat. Kvalitní život nezávisí na kráse člověka a na množství věcí, které vlastní, ale na hodnotách a dobrých činech. Při dosahování svých cílů nesmíme „jít přes mrtvoly“ a být sobečtí. Kvalita života je definována vztahem k druhým lidem.

- **Řád**

Uspořádané rodinné poměry, mít své hodnoty.

- **Kořeny**

Prokazovat vlastenecké cítění k zemi, kde se člověk narodí, toto předávat dalším generacím.

- **Kontinuita**

Děti, vnoučata, dílo, majetek. Kvalitní život je život i s chybami, které člověk udělá, vezme si z nich ponaučení a toto předá dál.

- **Autenticita**

Seberealizace, mít práci, která mě baví a naplňuje. Mít uspokojení z práce v zaměstnání, nikoli však na úkor rodiny.

- **Směřování**

Kvalitu života ovlivňuje i to, zda víme, co chceme. Když pak toho dosáhneme, máme větší radost z výsledku. Je důležité mít určité cíle a hodnoty.

- **Fatalismus**

Najít smysl svého života, mít trochu štěstí (Payne, 2005).

1.4 Modely kvality života v praxi

Přesné a spolehlivé měření kvality života, na kterém by se shodla většina odborníků, zatím neexistuje. Je to způsobeno hlavně tím, že v sobě obsahuje dvě relativně samostatné složky – subjektivní a objektivní. Pro měření byly vytvořeny různé modely. Například Damián Kováč vytvořil komplexní model kvality života (tab.č. 30, příloha č.2). Ten obsahuje tři úrovně: bazální (všelidskou), individuálně specifickou (civilizační) a elitní (kulturně duchovní). Každá úroveň obsahuje šest komponentů různé váhy a významu.

Další, zjednodušený model je z Kanady. Tento model vytvořily kanadské ozbrojené síly, obsahuje pět základních domén a ty jsou systematicky monitorovány (příloha č.3).

Nejnámější a nejvíce citovaný model je model vyvinutý Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto v Kanadě. Tento model zahrnuje tři základní domény a devět dílčích domén (tabulka č. 31, příloha č. 4)

1.5 Měření kvality života

Měření objektivní stránky kvality života se realizuje zejména prostřednictvím zvolených indikátorů. Ty umožňují na různých úrovních (místních, regionálních, národních, mezinárodních) identifikovat stav a trendy vývoje. Objektivní měření kvality života pomocí indikátorů se soustřeďuje zejména na předpokládané zdroje kvality života. Je samozřejmé, že člověk vede kvalitní život, když se v dobrém zdravotním stavu dožije vysokého věku, je mu poskytnuto patřičné vzdělání, má slušnou životní úroveň, je obklopen lidmi, kteří ho mají rádi a váží si ho. Subjektivní indikátory (pocity štěstí, uspokojení atd.) jsou většinou získané z kvantitativních výzkumů. Nástroje na měření kvality se dělí podle toho, co měří (celkovou spokojenost, spokojenost s jednotlivými oblastmi života, popř.charakteristiky specifické pro určitou populaci) (Kvalita života, 2007, on line).

Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a posléze k vyhodnocení aplikovaných postupů. Dále se může sledovat na úrovni skupin pacientů s určitým typem potíží, kde je měření kvality

života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků léků, nebo na úrovni populačních šetření kvality života, jejichž výsledkem je popis rizikových skupin obyvatelstva a slouží pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče. (Dragomirecká, Bartoňová, 2007).

V roce 2006 proběhlo mezinárodní srovnání indikátorů kvality života. Ze Zprávy o lidském rozvoji (Human Development Report 2006) vyplývá, že ze středoevropských států si nejlépe žijí lidé ve Slovinsku, pak následuje Česká republika, Maďarsko, Polsko a Slovensko. Situace se také rychle zlepšuje ve východní a jižní Asii. Region subsaharské Afriky ale nejeví ani náznak zlepšení, podle zprávy zejména „díky“ ničujícímu vlivu AIDS.

Ze zprávy také vyplývá, že nejlépe se žije v Norsku, nejhůře v Nigeru - Norové jsou přibližně čtyřicetkrát bohatší než Nigeřané a žijí téměř dvojnásobně dlouhý život (holas.cz, 2010).

1.5.1 Druhy dotazníků

Dotazník, který vychází z definice Světové zdravotnické organizace chápe kvalitu života jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury ve kterém žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHOQOL Group in Orley 1994, s.43). Podnět k vytvoření mezinárodního dotazníku pro měření kvality života dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991 (Skevington, 2004). Instrument s názvem WHOQOL měl rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápaného jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností. (Dragomirecká, Bartoňová, 2007)

Dotazníky se dělí na dotazníky pro běžnou populaci a speciální dotazníky, které jsou určeny pro osoby s určitou nemocí nebo postižením a zjišťují dopad nemoci na každodenní život a subjektivní hodnocení zdravotních potíží. Jako příklad bych uvedla některé z nich.

Za standard je v této oblasti je pokládán dotazník SF-36, který je zaměřen obecně a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. V České republice je tento dotazník využíván k hodnocení indexu HRQL (Health Related Quality of Life) u mnoha somatických onemocnění, jako například diabetu, kardiologických, neurologických onemocnění a dalších. Otázky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQL. Rozmezí skóre je od 0 do 100.

Nižší skóre signalizuje horší zdravotní stav nebo dlouhodobé onemocnění (Miovská, 2008).

Významná mezinárodní organizace European Organization for Research and treatment of Cancer (EORTC) věnuje úsilí podpoře výzkumu kvality života onkologicky nemocným. Pracovní skupina pod názvem EORTC vypracovala dotazník k měření kvality života onkologických pacientů EORTC QLQ – C30.

Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validizován dotazník SQUALA, který je podle jeho autora použitelný i pro běžnou populaci (Kvalita života, 2007, on line).

2 ANGIOLOGIE

Angiologie je obor vnitřního lékařství zabývající se diagnostikou a nechirurgickou léčbou onemocnění krevních a lymfatických cév (Fejfar, Přerovský, 2002).

2.1 Anatomický přehled koronárních tepen

Z aorty odstupuje pravá a levá koronární tepna. Pravá tepna zásobuje spodní stěnu levé komory, celou pravou komoru, pravou předsíň a horní zadní část komorového septa. Levá koronární tepna se krátce po odstupu dělí na ramus interventricularis anterior (RIA) a ramus circumflexus (RC). R. interventricularis anterior zásobuje největší část levé srdeční komory – její přední část a přední část mezikomorového septa. R. circumflexus probíhá na zadní stěně levé komory, zásobuje laterální a horní část levé komory a levou předsíň. V povodí hlavních věnčitých tepen jsou spojky zvané kolaterály, které propojují jejich větve (příloha č. 5). Mají velký význam u postupně se uzavírajících věnčitých tepen, kdy dochází k rozšíření spojek, které mohou zabránit rozvoji nekrózy myokardu při úplném uzavěru tepny zásobením krví z průchodné tepny (Fejfar, Přerovský, 2002).

2.2 Anatomický přehled periferních tepen dolních končetin

Termínem periferní tepny jsou označeny tepny distálně od břišní aorty. Břišní aorta se dělí v oblasti L4 na společné pánevní tepny (aa.iliacae communes). V dalším průběhu po odstupu a.iliaca interna pokračuje společná pánevní tepna jako a.iliaca externa (zevní pánevní tepna).

Od tříselného vazů přechází v krátkou a.femoralis communis (společnou stehenní tepnu), která se dále rozděluje na a.femoralis superficialis (povrchní stehenní tepnu) a a.profunda femoris (hlubokou stehenní tepnu). V místě adduktorového kanálu přechází a.femoralis superficialis do a. poplitea (podkolenní tepna) a končí v odstupu a.tibialis anterior.

Po odstupu a.tibialis anterior z a.poplitea pokračují bérce tepny jako truncus tibiofibularis, který se dělí na a.tibialis posterior a na a.fibularis. Arteria fibularis končí nad kotníkem, a. tibialis anterior přechází na nohu jako a.dorsalis pedis a a. tibialis

posterior jako plantaris pedis. Po spojení těchto tepen vzniká arcus plantaris pedis = plantární oblouk (příloha č. 6, Karetová, Staněk, 2007).

2.3 Fyziologie a patofyziologie

Ve zdravé tepně je laminární proudění krve. Pokud dojde ke zúžení v tepně, krevní proud se zrychlí a při překročení určité kritické meze nastane proudění vířivé na všechny strany. Vířivé proudy se pak mohou klinicky zaznamenat buď auskultačně, nebo v pokročilejších stádiích palpačně.

Krevní tlak působí v tepně jak směrem vpřed, tak i do stran. Při stoupající rychlosti se zvyšuje tlak směrem dopředu, ale snižuje se směrem do stran. Při zrychlení nad kritickou hranici pak může vzniknout laterální tlak nulový nebo dokonce až negativní, což může vytvořit tzv. vývěvový efekt. Tento negativní tlak může vést k poškození tepenné výstelky.

Tepenné uzávěry nejčastěji vznikají na podkladě trombu, nasedajícího zpravidla na aterosklerotický plát, nebo méně často na podkladě embolu či tlakem zvenku. Pro další osud je důležité, zda uzávěr vznikne náhle či postupně, jaký je stav řečiště pod uzávěrem a jaká je možnost uplatnění kolaterálního oběhu.

Ischemický syndrom je způsoben nedostatečným zásobením okysličenou krví a nedostatečným odplavováním metabolických zplodin (Klener et al., 1999).

2.4 Příčny podílející se na vzniku ischemické choroby

Příčinou vzniku IM a ICHDK je ve většině případů ateroskleróza a aterotrombóza.

Ateroskleróza je chronické a systémové onemocnění, které postihuje celý tepenný systém. Jde o relativně benigní chorobu, ale jen do té doby, než vznikne trombóza. Dříve se předpokládalo, že aterogeneze je pochod degenerativní, v současné době jsou doklady o dominanci zánětlivého děje. Dysfunkce endotelu, nadměrná nabídka cholesterolu, zvýšená oxidační zátěž jsou klíčovými momenty vývoje plátu. Vlastní proces postihuje nejdříve subendoteliální prostor a intimu. Postupně léze progreduje a vytváří kašovitě jádro kryté tuhým vazivovým krytem. V aterosklerózou postižené tepně je často řada plátů různého stáří. Mladší pláty jsou náchylné k ruptuře. Tyto mladé pláty bývají

příčinou akutních cévních příhod. Na takovýto nestabilní plát nasedá destičkový trombus. Ten zůstává jako nástěnný, ale za určité situace může trombus progredovat a okludovat tepnu.

Není-li vyvinut dostatečný kolaterální oběh do povodí uzavřené tepny, dochází k ischemizaci tkáně. Takováto protražovaná ischemie se manifestuje například v koronárním řečišti projevy nestabilní anginy pectoris nebo rozvíjejícím se infarktem myokardu, v mozku jako transitorní ischemická ataka, či v periferii jako kritická končetinová ischemie.

Spasmus bývá navozen nedostatkem vazodilatačních či zvýšenou aktivitou vazokonstrikčních podnětů, což je typické pro endoteliální dysfunkci. Spasmus komplikuje hemodynamické poměry v okolí trombu (Karetová, Staněk, 2007).

2.5 Rizikové faktory aterosklerózy

Ateroskleróza je proces trvající většinou několik desetiletí. Vývoj tohoto onemocnění je stimulován celou řadou rizikových faktorů.

2.5.1 Neovlivnitelné rizikové faktory

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří: pohlaví, věk, dědičnost.

Pohlaví – Muži jsou postiženi častěji než ženy (zjm. v premenopausálním období).

Věk – s přibývajícím věkem je vznik aterosklerózy častější.

Dědičnost – genetika hraje významnou roli ve vzniku onemocnění

2.5.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří: hyperlipoproteinemie, kouření, hypertenze, diabetes mellitus a alkohol.

Hyperlipoproteinemie – Je to stav, kdy je v krvi velké množství tukových látek a cholesterolu.

Kouření – Výrazně se podílí na vzniku IM i ICHDK a zhoršuje progresi cévních onemocnění.

Hypertenze – Hypertenze je trvalé zvýšení arteriálního tlaku. Je to významný rizikový faktor, který je snadno ovlivnitelný léčbou.

Diabetes mellitus – Diabetes mellitus (DM) je onemocnění, které se projevuje poruchou metabolismu sacharidů. Diabetici jsou rozvojem kritické ischemie ohroženi výrazně více, než nediabetičtí pacienti. Příčinou vyššího počtu amputací u diabetiků je větší riziko infekce. Diabetes je tedy zásadním rizikovým faktorem ICHDK. V kombinaci s aterosklerózou ohrožuje nemocného ztrátou končetiny. Horší prognózu mají také pacienti, u kterých jsou již vytvořené trofické defekty (Staffa, 2005).

Alkohol – Alkohol zvyšuje hladinu tukových látek v krvi. Tyto látky podporují vznik aterosklerózy. Samozřejmě závisí na množství a druhu alkoholických nápojů, které se mohou stát škodlivými.

2.5.3 Prevence vzniku rizikových faktorů

Nejdůležitější prevencí je důsledná terapie všech rizikových faktorů. Proces aterogeneze se může příznivě ovlivnit opatřením ve výživě, zvýšením fyzické aktivity, nekouřením a důslednou léčbou nemocí, které vznik aterosklerózy podporují.

Zásadním preventivním prostředkem jsou antiagregancia a celkové kondiční cvičení. Pokud byla příčinou akutního uzávěru embolie, měla by se zvažovat následná antikoagulační léčba.

Stejně důležitá jsou další drobná opatření u pacientů s ICHDK, jako například denně vlažné koupele nohou po dobu 20 – 30 minut, zvýšená pozornost při stříhání nehtů, vzorná hygiena nohou, nošení pohodlné obuvi, vyvarování se podchlazení. Všechny tyto „drobnosti“ mohou vést ke vzniku trofických defektů. Toto platí dvojnásob u diabetiků, při nedodržení těchto zásad může dojít ke vzniku trofických defektů (Klener et al., 1999).

2.6 Organické onemocnění koronárních tepen

Ischemická choroba srdeční je jednou z nejčastějších smrtících nemocí v průmyslových zemích. Onemocnění postihuje muže na vrcholu života. První infarkt dostávají muži průměrně v polovině 6. decenia. U žen se první infarkt dostavuje v průměru asi o 10 let později (Cheitlin, Sokolow, McIlroy, 2005).

2.6.1 Infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu je komplikací pokročilého aterosklerotického onemocnění věnčitých tepen. Jeho příčinou je v 95 % uzávěr věnčité tepny trombem

nasedajícím na plát, ostatní příčiny jsou vzácné, jako například embolie do věnčité tepny, poranění nebo zánět věnčité tepny.

Po přerušení přívodu krve k myokardu přežívají svalové buňky hypoxii prvních 20 minut. Po této době dochází k ireverzibilnímu poškození myokardu a vzniká nekróza. Velikost je určena průsvitem tepny v místě uzávěru, funkčním stavem kolaterálního oběhu a rychlostí vzniku uzávěru. Ložisko infarktu vždy omezuje srdeční funkci. Dochází k poruše stažlivosti komory v systole a poruše poddajnosti komory.

2.6.2 Lokalizace infarktu myokardu

IM nejčastěji postihuje přední plochu levé srdeční komory a přední polovinu mezikomorové přepážky. Spodní a zadní infarkty bývají co do výskytu na druhém místě. Uzávěr hlavních větví levé koronární tepny je prognosticky obvykle závažnější než uzávěr pravé věnčité tepny. Tak trombóza kmene levé věnčité tepny obvykle vede k náhlé smrti.

Přední IM bývají zpravidla rozsáhlejší než spodní infarkty, s častějšími komplikacemi z poruchy přečerpávací funkce levé komory (výskyt edému plic, kardiogenního šoku). Nemocní bývají ohroženi komorovými arytmiemi a blokádami Tawarových ramének.

Spodní IM vznikají zpravidla při uzávěru pravé věnčité tepny, bývají obecně menší a nemocní mají proto výrazně příznivější prognózu co do přežití, výskytu edému plic a kardiogenního šoku. Síňokomorové blokády u spodních infarktů bývají častější než u předních IM, jsou však méně závažné, neboť mají obvykle funkční původ, a proto bývají přechodné.

Podle rozsahu nekrózy myokardu se odlišují dva základní typy infarktů – transmurální a netransmurální IM.

Netransmurální IM postihuje buď pouze oblast přiléhající k endokardu, nebo oblast přiléhající k epikardu nebo oblast uvnitř stny levé komory.

Transmurální IM postihuje celou tloušťku stěny komory (Kolář, 1998).

2.6.3 Vyšetřovací metody u pacientů s infarktem myokardu

Přes rozvoj moderních vyšetřovacích postupů u AIM základními diagnostickými přístupy zůstávají klinické vyšetření, stanovení aktivity kardiospecifických enzymů a EKG vyšetření.

2.6.3.1 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření spolu s elektrokardiogramem a průkazem aktivity kardiospecifických enzymů vede k průkazu nekrózy myokardu.

Anamnéza: rodinná, pracovní a osobní, rizikové faktory, alergie. Dále se ptáme na bolesti, zda má námahovou nebo klidovou bolest. Pro IM je typická tlaková bolest na hrudníku, která může vystřelovat do krku, levé horní končetiny, do zad nebo do břicha. Bolest v klidu neustupuje, někdy ani po nitrátech. Obecně platí zásada, že anginózní bolest trvající víc než 30 minut je příznakem infarktu myokardu.

Celkové interní vyšetření: vyšetření podle běžných norem

Inspekce: hodnotíme celkový vzhled pacienta. Nemocný s IM mívá obvykle úzkostný výraz, má strach ze smrti. Pacienti, u kterých je infarkt komplikován selháním srdce, zaujímají polohu vsedě, zápasí s dechem. Mohou vykašlávat růžové zpěněné sputum. Vlivem nadměrné sympatické stimulace bývají bledí a studeně opocení.

Vitální známky: v období rozvoje akutního IM se **srdeční frekvence** pohybuje od bradykardie až po tachykardii. Často se zjišťuje nepravidelnost srdečního rytmu, nejčastější příčinou bývají extrasystoly.

Krevní tlak u nemocných s nekomplikovaným IM bývá v rozmezí hodnot tlaku před IM. U komplikovaných IM může být přítomna hypertenze s rozvíjejícím se edémem plic. Hypotenze bývá u infarktu častá a její závažnost bývá různá podle vyvolávající příčiny.

Frekvence dechu bývá na počátku onemocnění urychlena (tachypnoe). U nemocných s nekomplikovaným IM je příčinou obvykle anginózní bolest nebo úzkostný stav. Při levostranném srdečním selhání bývá tachypnoe první známkou městnání. Ke zrychlení dechu dochází ještě před tím, než se objeví poslechový nálezn městnání na plicích. (Kolář, 1998).

2.6.3.2 Laboratorní vyšetření

U pacientů s IM se provádí odběry krve na kardiospecifické enzymy – CK, CK-MB, AST, LD (viz seznam zkratk, s. 94), troponin, a další běžná laboratorní vyšetření, jako je např. sedimentace erytrocytů, krevní obraz, fibrinogen, minerály, kreatinin, urea, cholesterol, triacylglycerol, glykémie, kyselinu močovou atd.

2.6.3.3 Instrumentální a zobrazovací metody

Tyto vyšetřovací metody podávají informace o struktuře a funkci myokardu.

EKG (elektrokardiogram): obraz EKG se vyvíjí souběžně s rozvojem nekrózy. Současně mohou být přítomny i poruchy srdečního rytmu, které velmi často AIM doprovází.

ECHO (ultrazvukové vyšetření srdce): neocenitelná pomoc pro správné léčebné postupy u nemocných s IM. Pomocí tohoto ultrazvukového vyšetření zjišťujeme ejekční frakci, rozsah poruchy srdeční kontraktility a komplikace, jako například přítomnost perikardiálního výpotku.

SKG (selektivní koronarografie): vyšetření koronárního řečiště pomocí angiografického přístroje a kontrastní látky, která se pacientovi aplikuje katétrem zavedeným přes tříslu k srdci (Kolář, 1998).

2.6.3.4 Terapie akutního infarktu myokardu

Mezi velmi spolehlivé známky akutního infarktu myokardu (AIM) patří anginózní bolest, která je obvykle lokalizována retrosternálně a vyzařuje na přední plochu hrudníku, do krku, čelisti, zad a do paží, častěji do paže levé. Vzácněji se bolest šíří do břicha. Bolest je obvykle popisována jako drtivá, svíravá, podobná závaží na hrudi. Je to bolest trvalá, její intenzita nekolísá. Současně s bolestí na hrudi nemocní udávají strach ze smrti.

V předhospitalizačním období záleží na stabilizaci stavu pacienta, tlumení bolesti a rychlém převozu na specializované pracoviště. Nejracionálnějším léčebným postupem je obnovit co nejrychleji průtok věnčitou tepnou.

Zavedení nechirurgických katérových metod znamenalo zásadní změnu v léčbě nemocných s ischemickou chorobou srdce. V roce 1977 byla do praxe zavedena metoda - perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA). Vzhledem k rozvoji dalších technik, zvláště koronárních stentů, se v současné době se používá obecný termín perkutánní koronární intervence (PCI).

PCI: Základním arteriálním přístupem je pravá nebo levá stehenní tepna, stále častěji je užíván přístup přes a. radialis, vzácně je výkon prováděn přes a. ulnaris, a. brachialis nebo a. axilaris. V místě vstupu do artérie je umístěn zavaděč, který slouží k atraumatické výměně instrumentária. K sondáži a proniknutí přes stenózu příslušné věnčité tepny se používá ultratenký zavaděč s měkkým koncem. Po vodiči je zaveden PTCA balónek do místa stenózy, kde je pomocí tlakovacího zařízení provedena dilatace. Takto rozšířená tepna se zajistí stentem. Stent je kovová výztuž, která se jako trvalý implantát zavádí do věnčité tepny. Nejčastějším materiálem, ze kterého je stent vyroben, je chirurgická ocel. Revoluční změnu znamená zavedení „drug-eluting“ stentů (DES),

kdy je klasický stent potažen polymerem, který je nosičem látky, která se postupně uvolňuje a snižuje tím riziko restenózy (Krajina, Peregrin a kolektiv, 2005).

Tlumení anginózní bolesti: tlumení bolesti je na prvním místě, neboť bolest, strach a úzkost zvyšují tonus sympatiku, a tím i potřebu kyslíku v srdci. Ke tlumení bolesti užíváme opiáty a nitráty. Z opiátů se podává nejčastěji Fentanyl nebo Morphin, z nitrátů se podává například Isoket, Nitro-Pohl, atd. Nitráty mají relaxační vliv na hladké svalstvo cév. Relaxace stěny velkých koronárních tepen zlepší zásobení myokardu kyslíkem a tím dochází ke zmenšování bolesti.

Oxygenoterapie: zvlhčený kyslík podáváme kyslíkovou maskou všem nemocným s IM.

Medikamentózní léčba: beta-blokátory snižují krevní tlak, srdeční frekvenci a kontraktilitu myokardu a tím vedou ke zmenšení spotřeby kyslíku a zmírnění ischemie. Dalšími léky podávanými u IM jsou nitráty. Nitráty snižují systémovou cévní rezistenci, což vede ke snížené spotřebě kyslíku v myokardu a ke zmírnění ischemie. Další účinek nitrátů – dilatace epikardiálních koronárních tepen, a to i v oblastech postižených aterosklerózou. Toto vede ke zvýšenému průtoku postiženou tepnou, a tím také přispívá ke snížení ischemie. Léčba ACE inhibitory vedou ke zlepšení prognózy nemocných po AIM, proto by měla být zahájena u všech nemocných po AIM se sníženou ejekční frakcí co nejdříve (Cheitlin, Sokolow, Melloroy, 2005).

2.7 Organické onemocnění tepen dolních končetin

Příčinou chronické ischemie dolních končetin je v 90 - 95 % případů ateroskleróza. Hovoříme o obliterující ateroskleróze tepen dolních končetin. Vzácněji se jako příčina ischemické choroby dolních končetin uplatňují: thrombangiitis obliterans (von Winiwarterova- Buergerova choroba), kompresivní choroby, vaskulitidy, atd.

Celkový výskyt symptomatické ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) se v civilizovaných zemích odhaduje na 4 – 5 % a výrazně stoupá s věkem. Jde o závažné onemocnění. Amputací různých rozsahů podstoupí 2 % pacientů s ICHDK. Ve skupině pacientů s kritickou končetinovou ischemií je však frekvence amputací 20 až 30 %.

Prognóza ICHDK je dána především současným výskytem koronární aterosklerózy a cerebrovaskulárního onemocnění. Významné, ale asymptomatické

postižení karotid nacházíme asi u 15 – 20 % populace s ischemickou chorobou dolních končetin (Karetová, Staněk, 2007).

2.7.1 Klasifikace ischemické choroby dolních končetin

Klasifikaci ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) představil v roce 1954 Fontaine a spol., kdy rozděluje nemocné do 4 stádií:

I. stadium: asymptomatické – můžeme najít pouze šelesty na tepnách, pacient je bez potíží.

II. stadium: klaudikační – dělí se na II.a, kdy klaudikační vzdálenost je delší než 200 metrů a II.b, kdy je kratší než 200 metrů. Velmi krátká klaudikace je pod 50 metrů.

III. stadium: dostavují se klidové bolesti zpravidla v noci nebo v horizontální poloze.

IV. stadium: je stádium defektů, nekróz a gangrén. Všechny trofické defekty mají sklon k šíření (Karetová, Staněk, 2007).

2.7.2 Akutní tepenný uzávěr

Akutní tepenný uzávěr vzniká buď na podkladě akutní trombózy nebo na podkladě embolie, přesněji řečeno tromboembolie. Poměr embolických a trombotických uzávěrů periferních tepen se uvádí asi 4:1. Při suspekci na akutní emboligenní tepenný uzávěr je nutné pátrat po zdroji embolizace.

Akutní uzávěry tepen dolních končetin často vedou v závislosti na lokalizaci k ohrožení končetiny. Nejsou-li uzávěry léčeny včas, mohou ohrozit život pacienta v důsledku metabolického rozvratu při rhabdomyolýze a kompartmentovém syndromu.

Rhamdomyolýza: při déle trvající ischemii dolní končetiny dochází k nekróze příčně pruhovaných svalů a k uvolnění velkého množství myoglobinu, kalia a vodíkových iontů. Tyto komponenty způsobí metabolický rozvrat – myoglobulinurii s akutním renálním selháním, hyperkalemii s poruchami srdečního rytmu a metabolickou acidózu.

Kompartimentový syndrom: dochází k patologicky zvýšenému tlaku v jednotlivých svalových lóžích (kompartmentech) na podkladě intrafasciálního edému. Tento otok způsobuje útlak cév, nervů a svalů. Objevuje se po opožděné reperfuzi, projevuje se lesklým, bolestivým, zarudlým otokem, přetrvává bolestivost končetiny, i

když bylo tepenné řečiště zprůchodněno. Při neléčeném syndromu může dojít k parestéziím a parézám. Řešení spočívá ve fasciotomii.

Hlavním příznakem je bolest dolní končetiny, obvykle pod místem uzávěru. Končetina je chladná a bledá, někdy mramorovaná, v pozdějším stádiu je lividně zbarvená, objevují se parestézie a svalové obrny. Postupně dochází k tmavě cyanotické barvě až ke vzniku gangrény. Dochází k celkovému vyčerpání organismu končícímu oběhovým selháním – šokem. Tep v ingvině i distálně je nehmatný.

2.7.3 Vzácnější příčiny ischemické choroby dolních končetin

Von Winiwarterova–Buergerova choroba (Thrombangiitis obliterans) je chronické zánětlivé onemocnění malých a středně velkých muskulárních tepen a povrchových žil, které vede k tvorbě trombů v tepnách a žilách a k jejich následné obliteraci. Poprvé tato choroba byla popsána v 19. století.

Příčina onemocnění není dosud uspokojivě vysvětlena, ale nápadný je vztah choroby ke kouření cigaret. Téměř všichni pacienti jsou kuřáci. Předpokládá se, že u těchto pacientů je geneticky predisponovaná alergická reakce na nikotin vedoucí k poškození endotelu. Onemocnění postihuje především kuřáky ve věku kolem 30 let, muži jsou postiženi 9-10x častěji než ženy. V poslední době však přibývá postižených žen touto chorobou. Pravděpodobně je to důsledkem rozšíření kouření u žen. Projevuje se klaudikacemi v distálních partiích bérce a v noze, které zpočátku mohou svádět k diagnóze ortopedických potíží (postižení nožní klenby). Později dochází ke vzniku trofických defektů na prstech dolní končetiny.

Buergerova choroba probíhá v nárazovitých zhoršeních, na rozdíl od pomalu progredujícího charakteru aterosklerózy. Amputace dolní končetiny do 5 let od vzniku choroby je nutná přibližně u 25 % pacientů. Prognóza tohoto onemocnění není dobrá. Výzkumy ukazují, že pacienti s touto chorobou nejsou schopni přestat kouřit. Známa je fotografie pacienta, kterému byly amputovány všechny čtyři končetiny, nechal si však sestrojít speciální držák na cigarety, aby mohl v kouření pokračovat. Podle psychologických průzkumů typický pacient s Buergerovou chorobou je agresivní, negativistický a nepřátelský k lékaři.

Léčba spočívá v absolutním zákazu kouření, podávají se antiagregancia, vazodilatancia, při výskytu trofických defektů antibiotika podle citlivosti. Vzhledem k akrální lokalizaci uzávěrů není většinou možná revaskularizace (PTA, bypass).

Kompresivní syndrom a. poplitea je onemocnění, kdy dochází k útlaku podkolenní tepny buď svalem nebo šlachou. Tepna je vystavována opakovaným mikrotraumatům, dochází k poškozování stěny tepny, na které může nasednout trombus a způsobit uzávěr podkolenní tepny. Trombus může být také zdrojem periferní embolizace. Postižení jsou častěji muži než ženy, převážně v mladším a středním věku.

Klinicky se projevuje v několika formách:

- jako náhle vzniklý akutní tepenný uzávěr, často během sportovního výkonu
- jako progredující klaudikace
- někdy se může projevit známkami periferní embolizace

Po provedené angiografii lze prokázat stenózu s poststenotickou dilatací nebo uzávěr a. poplitea nejčastěji v jejím středním úseku. Nad a pod uzávěrem bývají tepny bez aterosklerotického postižení. K potvrzení diagnózy se provádí CT vyšetření nebo magnetická rezonance kolenní krajiny.

Léčba je převážně chirurgická – dekomprese tepny odstraněním naléhajících struktur a současně revaskularizací tepny bypasssem nebo stentem.

Fibromuskulární dysplazie je nezápálivá, neaterosklerotická postižení tepen nejasného původu. Jde o geneticky podmíněné onemocnění, které postihuje častěji ženy než muže. Nejčastěji bývají postiženy renální tepny a karotidy.

Příznaky se liší podle lokalizace fibromuskulární dysplazie.

Léčba spočívá ve zprůchodnění tepny pomocí PTA.

Systémové vaskulitidy jsou charakterizovány zánětem cévní stěny s postižením orgánů v důsledku porušené perfuze nebo s poruchou cévní integrity. Vaskulitidy mohou být vyvolány přímým působením toxického nebo infekčního podnětu na cévní stěnu. Toto onemocnění postihuje jak velké, tak i střední a malé tepny.

Onemocnění se projevuje horečkami, únavou, nočním pocením, bolestmi svalů a kloubů, bolestmi v místě postižené artérie. V další fázi se u pacientů objevují klaudikace na končetinách, bolesti hlavy, synkopy, parestezie a poruchy zraku. U většiny pacientů lze prokázat šelesty nad velkými tepnami. Častá je hypertenze. Pro stanovení diagnózy je rozhodující arteriografie.

Základním lékem jsou kortikosteroidy, cévní uzávěry je možno řešit perkutánní angioplastikou nebo chirurgicky bypasssem. Pokud není zánět potlačen současnou imunosupresivní léčbou, dochází často k restenózám či uzávěrům před bypasssem.

Traumaticky podmíněné uzávěry tepen vznikají při komplexních poraněních kostěných a měkkých částí dolních končetin. Při tupých poraněních měkkých částí se mohou projevit až po určité době po úraze.

Iatrogenně vzniklé tepenné uzávěry vznikají nejčastěji při katetrizaci v místě vpichu do tepny, příčinou je obvykle odchlípení intimy. Pacienti pocítují příznaky až po propuštění z nemocnice, kdy se začínají normálně pohybovat. Dalším mechanismem tepenného uzávěru může být příliš dlouhá komprese místa vpichu po katetrizaci. Některé léky podané do tepny místo do žíly také mohou způsobit akutní tepenný uzávěr. Patří sem například antibiotika, hypnotika, sklerotizační roztok, atd.

Iradiace - radioterapie může způsobit jako pozdní následek (za 3 – 20 let po ozáření) uzávěry tepen.

Abúzus drog - náhodná intraarteriální aplikace barbiturátů či heroinu může vést k tepennému uzávěru (Klener et al. 1999).

2.8 Vyšetřovací metody u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin

Při diagnostice postižení končetinových tepen využíváme anamnestických údajů, fyzikálního vyšetření a řady pomocných metod.

2.8.1 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření slouží ke stanovení, zda je tepenné postižení přítomno a určení stádia nemoci.

Anamnéza: stejná jako u IM, pro ICHDK je však typická námahová bolest, která ustoupí po chvilce klidu. Klidová bolest je typická až pro vyšší stádium choroby. Důležitá je i lokalizace bolesti. Dle rychlosti vzniku dělíme rozlišujeme akutní formu, subakutní a chronickou formu.

Celkové interní vyšetření: vyšetření podle běžných norem.

Inspekce: U pacientů s ICHDK hodnotíme barvu kůže, lokální otoky, kožní defekty, nekrózy a gangrény. Bledá končetina, je-li ohraničená, vypovídá o akutním tepenném uzávěru. Otoky většinou vznikají buď hydrostaticky následkem svěšení končetiny pro klidové bolesti, nebo jako zánětlivý otok ve stádiu gangrén a nekroz.

Kožní teplotu: teplé nohy svědčí proti těžším poruchám prokrvení.

Palpaci tepen: kvalita palpáce tepen DK závisí na jejich průsvitu, vnitřním tlaku tepny, tloušťce tkáně kolem tepny a na zkušenosti vyšetřujícího.

Funkční zkoušky u pacientů s ICHDK:

- a) **Prusíkův test:** pacient v horizontální poloze provádí plantární a dorzální flexi po dobu jedné minuty. Sledujeme barvu prstů a vznik bolesti.
- b) **Modifikovaný Ratschowův test:** pacient má zvednuté končetiny a ohnuté v kolenech, provádí opět plantární a dorzální flexi po dobu jedné minuty. Poté je svěsí dolů a sledujeme tři fáze – náznaky prvního zčervenání, objevení se žil na dorzu nohy a úplného zčervenání nohou.
- c) **Test chůze:** pacient pochoduje rychlým tempem po rovině a měříme vzdálenost, kterou ujde do objevení prvních bolestí (Karetová, Staněk, 2007).

2.8.2 Laboratorní vyšetření

U pacientů s ICHDK se provádí stejné odběry krve jako u pacientů s IM viz str. 25 – 26, jen odběry na přítomnost kardiospecifických enzymů se neprovádí (Kolář, 1998).

2.8.3 Instrumentální a zobrazovací metody

Tyto vyšetřovací metody představují důležitý doplněk při určení klinické diagnózy. Získané údaje se uplatňují při zjišťování, zda je cirkulační porucha přítomná a jak je významná.

- a) **Dopplerovské ultrazvukové měření tlaku:** zjišťuje se hodnota periferního systolického tlaku. Dopplerův princip umožňuje zjistit intravazální proudění krve a změřit poststenotický tlak.
- b) **Duplexní ultrasonografie:** umožňuje morfologické a funkční vyšetření všech končetinových tepen. Informuje o kvalitě a velikosti aterosklerotických plátů v tepenné stěně, o morfologii uzávěru, zda jde o embolus či trombus, o systolických a diastolických rychlostech.
- c) **Počítačová tomografie (CT):** slouží ke zobrazení tepen, tvaru a velikosti lumina a patologických změn cévní stěny. U této metody je nutné infuzní podání kontrastní látky.
- d) **Magnetická rezonance:** při tomto vyšetření se jako fyziologickou kontrastní látka používá krev a žádaný signál vzniká z různého chování protonů pohybující se krve a stacionární tkáně v měřicím volumu. Proti klasické CT angiografii má tu

výhodu, že nepotřebuje žádné ionizující záření a ani žádnou kontrastní látku. Nevýhodou jsou vyšší náklady a doba vyšetření.

- e) **Arteriografie:** pomocí kontrastní látky a RTG přístroje se zobrazí tepenné řečiště (Bulvas, 2005).

2.8.4 Terapie chronické ischemické choroby končetin

Terapie se liší podle stádií ischemické choroby končetin.

- a) **I. stadium:** musíme potlačit všechny rizikové faktory, je absolutní zákaz kouření. Velmi prospěšné je zvýšení aktivity, včetně různých kondičních cvičení a ostřejší chůze. Vhodná jsou antiagregancia. Objevili-li se migrující flebitidy, je nutná jejich řádná celková terapie.
- b) **II. stadium:** končetina není aktuálně ohrožena. Je doporučena rehabilitační péče, medikace vazoaktivními léky jen u těžších stavů, kdy není možná revaskularizace v případě zásadního omezení nemocného (přednostně se provádí PTA před chirurgickou léčbou s přihlédnutím k lokalizaci a anatomii uzávěru).
- c) **III. a IV. stadium:** přednost má invazivní léčba, jsou-li pro ní anatomické a celkové podmínky. Jinak je postup konzervativní: kombinace vazodilatační, antikoagulační a antiagregační terapie (Karetová, Staněk, 2007)

Invazivní metoda spočívá v odstranění zúžení balónkovým katétrem většinou z perkutánního přístupu = perkutánní transluminální angioplastika (PTA) tepen dolních končetin. Výkon je pro nemocného méně zatěžující než operace v celkové anestezii.

Při PTA se zavádí balónkový katétr. Jde o cévku se dvěma lumény, jedním nafukujeme směsí kontrastní látky a fyziologického roztoku balonek, druhé slouží pro vodič, po kterém se balónkový katétr zavádí do tepny. Katétr se zavádí pod rentgenovou kontrolou do tepny přesně do místa zúžení. Balónek se nafoukne a ponechá na místě určitou dobu působit. Výsledný efekt se kontroluje nástřikem kontrastní látky. Aby nedošlo k opětovnému zúžení, může se zavést stent. Stenty jsou kovové výztuže vnitřku cév, jsou zkonstruovány nejčastěji z oceli.

U chronických obliterativních tepenných lézí provádí chirurg nejčastěji přemostění tepenného uzávěru – bypass. Bypassy se implantují nad začátek uzávěru a pod konec uzávěru. Nejčastějším bypassem v oblasti periferních tepen je femoropopliteální bypass – anastomóza mezi a.femoralis comunis a a.poplitea. Materiálem k bypassu je venózní štěp nebo materiál z plastu – Teflon, Dacron aj.

Nejdůležitější primární a sekundární prevencí je důsledná léčba všech rizikových faktorů a především absolutní zákaz kouření. Kdo s touto nemocí nepřestane kouřit, zpravidla přijde o končetinu. Podstatná je i řada dalších opatření pro pacienty s ICHDK, jako například zvýšená pozornost při stříhání nehtů, vzorná hygiena nohou, nošení pohodlné obuvi atd. (Karetová, Staněk, 2007)

2.8.5.1 Terapie akutního tepenného uzávěru

Nejúčinnější je včasná tromboembolektomie nebo intervenční zákrok.

Tromboembolektomie: do tepny se pod uzávěr zavede balónkový katétr s prázdným balonkem. Poté se balonek naplní tekutinou a zpětným tahem se extrahuje tromboembolický materiál. Tato velmi významná metoda dramaticky snížila počet amputací u akutních uzávěrů tepen dolních končetin z 50 % na 10 %. Tímto způsobem se mohou odstraňovat pouze čerstvější tromby a emboly.

Katetrizační léčba: trombolýza celková (systémová, intravenózní) a místní, perkutánní aspirační tromboembolektomie a mechanická trombektomie.

a) Trombolýza celková: podává se vysoká dávka fibrinolytika, což má za následek relativně časté krvácení jakékoli lokalizace. Nejobávanejší je krvácení intracerebrální. Úspěšnost léčby závisí na lokalizaci a stáří uzávěru. Absolutní kontraindikací systémového podání trombololytika jsou cévní mozkové příhody v období kratším 6 měsíců, těžká arteriální hypertenze, aktivní vředová gastroduodenální choroba, úrazy v posledních 14 dnech, větší chirurgické zákroky v posledních 4 týdnech.

b) Lokální infuzní trombolýza: fibrinolytikum se infunduje katétrem s postranními otvory do tepny, nejlépe přímo do uzávěru, aby fibrinolytikum neunikalo kolaterálami. Po zprůchodnění tepny je nutno odstranit také stenózu tepny balónkovou dilatací, event. implantací stentu.

c) Lokální infiltrační trombolýza: při této metodě se během vlastního výkonu proniká příslušným katétrem tromboembolickým uzávěrem za postupné infiltrace okluze trombololytikem. Používá se k tomu balónkový katétr s malými otvory v balonku. Balonek se plní trombololytikem, to potom proniká póry do okolního trombu.

d) Perkutánní aspirační tromboembolektomie: jde o perkutánní odstranění trombů a embolů z tepny odsáváním. Odsávání se provádí různými odsávacími systémy. V principu jde o katétr spojený s podtlakovou dutinou. Indikací k tomuto výkonu jsou čerstvé tromby a emboly. Aspirace tromboembolů bývá nejuspěšnější u uzávěrů kratších 5 cm.

e) **Mechanická trombektomie:** jde o katérový systém, kdy tromboembolický materiál je fragmentován tryskem tekutiny nebo mechanicky a následně je odsáván.

Konzervativní léčba akutních tepenných uzávěrů je vzácná, pouze v případech, jsou-li příznaky ischemie mírné nebo přechodné. Dále je indikována u polymorbidních pacientů, kteří nejsou končetinovou ischemií bezprostředně ohroženi na životě (Karetová, Staněk, 2007).

2.9 Ošetřovatelská péče o pacienty před a po invazivním zákroku

V této části jsem se zaměřila na péči o pacienty, u kterých se provádí invazivní zákrok. Jedná se o nemocné s IM a s ICHDK.

2.9.1 Příprava pacienta před koronární intervencí

Nemocný k plánované PCI je lačný (6 h), ale může pít. Pokud je PCI prováděno akutně, neohlížíme se na to, zda pacient jedl, či ne. Pokud není kontraindikace, je zahájena antiagregační léčba podáním kyseliny acetylsalicylové parenterálně.

Pacient s dg. IM je vždy přijatý na koronární jednotku, kde je okamžitě napojen na monitor, kterým sledujeme TK, P, D, SaO₂. Po příjmu pacienta lékař sepíše příjmový chorobopis, pečlivě zjistí případné alergie, napíše medikaci, naordinuje krevní odběry, které jsou nutné před výkonem. Dále s pacientem probere plánovaný výkon, vše mu řádně vysvětlí, nechá pacientovi prostor na dotazy a nakonec mu nechá podepsat informovaný souhlas. Na tomto souhlasu je stručně a jasně popsán výkon, který má pacient absolvovat. V případě, že je pacient alergický na jodové preparáty, je nutno postupovat se zvýšenou opatrností a pacienta premedikovat (i.v. kortikoidy, Dithiaden). V některých případech jede pacient rovnou RZS na katetrizační sál, kde je mu výkon okamžitě proveden a administrativní příjem je proveden až po výkonu.

Na řadu přichází sesterská část, kdy sestra sepíše s pacientem ošetřovatelskou anamnézu, provede sesterský screening, určí ošetřovatelské diagnózy a naplánuje péči o pacienta. Sestra dá pacientovi podepsat další souhlas s výkonem, zeptá se ještě jednou, jestli všemu rozuměl, zda nechce ještě něco vysvětlit a ještě jednou se zeptá na alergie. Dále pacientovi nasadí kyslíkovou masku, do které dle ordinace lékaře pustí zvlhčený kyslík, zavede periferní žilní katétr, vyholí mu obě třísla. Poučí pacienta, že může pít. Pokud je pacient diabetik, hlídá jeho hladinu cukru v krvi. Pacientovi odebere krev na všechna potřebná vyšetření, zajistí případná další vyšetření dle ordinace lékaře. Nakonec

se snaží zajistit pacientovi co největší pohodlí a klid. Sestra by měla pacienta dostatečně uklidnit a podat mu informace v rámci svých kompetencí. Pokud pacient chce, měla by podat zprávu o hospitalizaci jeho rodině. Těsně před výkonem zkontroluje, zda pacient nemá umělou náhradu zubů v ústech, dále odstraní všechny šperky, hodinky a takto připravený pacient odjíždí na katetrizační sál.

2.9.2 Péče o pacienta během výkonu

Během výkonu na katetrizačním sále je u nemocného kontinuálně monitorováno EKG, TK a SaO₂. Dbáme na fyzickou pohodu nemocných, která spočívá v pohodlném uložení na angiografický stůl ve spolupráci s RTG laborantem. Řada nemocných má bolesti v zádech nebo v končetinách a vhodným podložením je možné nalézt úlevovou polohu. Důležitá je i tepelná pohoda. Na některých sálech je klimatizace nastavena spíše na zaměstnance, než-li na nemocného, který leží jen pod jednou vrstvou, často vlhkých roušek. Také psychická podpora ze strany sestry je velmi důležitá. Říká se, že nejlepší sedativum je doktor. Nemocný, kterému dopředu vysvětlíme každý krok během výkonu, reaguje na bolest méně a lépe spolupracuje. Nemocní také různě reagují na komunikaci mezi lékařem a sestrou nebo mezi lékaři. Vždy je třeba brát v úvahu, že pacient je vnímavá bytost a některé profesionální poznámky může vnímat odlišně.

V neposlední řadě je nutné dodržovat úroveň hluku na sále a v přilehlých místnostech na minimální úrovni. Na některých místech může hrát potichu hudba a tvořit tak zvukovou kulisu a odvádět pozornost pacienta.

Sestra také musí dbát na soukromí pacienta, respektuje přání a zvyky nemocného (zvláště u příslušníků některých náboženství).

Anxiózně reagující nemocné lze zklidnit podáním kombinací benzodiazepinu a analgetika. Sestra vyhodnocuje reakce pacienta a po ordinaci lékaře podá léky (Krajina, Peregrin, 2005).

2.9.3 Péče o pacienta po koronární intervenci

Nemocný po PCI je uložen na koronární jednotku, kde mu jsou stále monitorovány životní funkce. Zavaděče jsou vytaženy po snížení aktivity heparinu za 4 – 6 hodin po výkonu. Po vytažení zavaděče je pacientovi přiložená komprese na místo vpichu. Komprese se obvykle odstraňuje po 4 hodinách od přiložení. Během celé doby sestra pečlivě kontroluje stav pacienta, přítomnost bolestí, kontroluje místo vpichu a stav komprese. Monitoruje a zapisuje všechny životní funkce, plní ordinace dle lékaře.

Pacient musí po celou dobu od výkonu až po odstřížení komprese ležet rovně na zádech, nesmí krčit končetinu a zvedat hlavu. Pacient se stává zcela nesoběstačným, sestra a ostatní pomocný personál mu musí být nápomocen u všech činností denních aktivit. Po výkonu nemocný již může jíst, ale hlavně musí pít dostatečné množství tekutin. Během hodiny by měl vypít litr tekutin, aby došlo k vyloučení kontrastní látky. Proto musí sestra sledovat příjem a výdej tekutin, případné výkyvy musí ihned hlásit lékaři. U diabetiků sleduje hladinu cukru v krvi.

Po odstranění komprese lékař zkontroluje třísko, pokud je vše v pořádku, sestra aplikuje jodcollodium a poučí pacienta o dalším postupu. Pacient má ještě hodinu ležet na lůžku, otáčet se na bok a stále sledovat třísko po vpichu. Pokud by vpich začal krváčet nebo by třísko začalo bolet, musí pacient ihned toto oznámit. Po hodině se již může pacient vertikalizovat, pomalu si sedne na lůžku se spuštěnými nohama. Chvilí takto setrvá a pokud nemá závratě, může pomalu vstát. Během vstávání si pacient sleduje místo po vpichu.

U pacientů s IM je následně po dobu 2 až 5 dnů po výkonu aplikován nízkomolekulární heparin. Pokud je implantován stent, pak se pokračuje v podávání ticlopidinu. Pacient je dále sledován kardiologem (Krajina, Peregrin, 2005).

2.9.4 Příprava pacienta na vyšetření tepen dolních končetin

Příprava je téměř shodná s přípravou pacienta na koronární intervenci. Obvykle se pacient přijímá na standardní kardiologické oddělení. Angiografie tepen DK se provádí jako plánovaný výkon, kdy se pacient přijímá k hospitalizaci den před vyšetřením. Pokud pacient trpí polyvalentní alergií, je nutná příprava – 3x Prednison 20 mg po 6 hodinách, poslední dávka těsně před vyšetřením. Běžná příprava na toto vyšetření spočívá v podání 1 tablety Dithiaden jednu hodinu před výkonem. Na rozdíl od PCI je nutné vyholit jen jedno třísko, podle toho, která končetina bude vyšetřovaná. Sestra dbá o to, aby se pacient před vyšetřením dobře vyspal a odpočinul.

Ráno opět upozorní pacienta na to, aby nic nejedl, ale hlídá dostatečný přísun tekutin. Pokud pacient nechce nebo nemůže pít, lékař naordinuje infuzní léčbu. Před výkonem sestra změří pacientovi krevní tlak, puls a vše zdokumentuje. Těsně před výkonem zkontroluje, zda nemá pacient vyjímátnou umělou náhradu zubů v ústech, dále zda nemá na sobě šperky, hodinky a nechá pacienta vymočit. Takto připravený pacient odjíždí na lůžku na angiologický sál.

2.9.5 Péče o pacienta po vyšetření tepen dolních končetin

Po přivezení ze sálu sestra ihned kontroluje stav třísla, zda nekrvácí, dále musí změřit krevní tlak a puls. Péče o pacienta je stejná s péčí o nemocného po PCI s tím rozdílem, že pacient neleží na monitorovaném lůžku a sestra musí v pravidelných intervalech měřit tlak, puls a kontrolovat stav třísla. Vše řádně zdokumentuje a případné výkyvy nahlásí lékaři.

Pacient musí ležet v klidu na zádech, nesmí krčit vyšetřovanou končetinu, aby nedošlo ke krvácení po vpichu. Obvykle je nutná kompresivní terapie po dobu několika hodin. Vpich je může být ošetřen cévním uzávěrem Angio-Seal. Je to unikátní produkt, který velmi rychle uzavře punkci femorální tepny po výkonu. Při použití Angio-Seal se zvýší komfort pacienta, snižuje se doba nehybnosti, která je nutná po výkonu, umožňuje zkrátit dobu hospitalizace a usnadňuje a zrychluje péči o pacienta. Místo vpichu je přelepeno širokou náplastí se sterilními čtverci. Sestra pravidelně kontroluje v jednohodinových intervalech krevní tlak a kontroluje stav třísla.

Katetrizující lékař určí dobu klidu po výkonu. Nejčastěji to bývá 24 hodin po zákroku, prvních šest hodin leží pacient rovně na zádech, nesmí krčit končetinu a má přiloženou zátěž (sáček s pískem). Po odstranění zátěže se může otáčet na bok, ale nesmí vstávat z lůžka. Další den ráno sestra sundá náplast se čtverci a pacientovo třísla zkontroluje lékař. Pokud je vše v pořádku, sestra aplikuje na místo vpichu jodcollodium a pacient se může začít pomalu mobilizovat. Nejdříve se posadí na lůžku se spuštěnými nohama, chvíli takto setrvá a pokud nemá závratě, může pomalu vstát. Vzhledem k tomu, že pacient byl dlouho připoutaný na lůžko, musí se vertikalizovat pomalu, aby nedošlo k ortostatickému kolapsu. Během mobilizace stále kontroluje stav třísla.

Sestra vytáhne pacientovi periferní žilní katétr, přelepí místo vpichu a poučí pacienta o nutnosti komprese po vytažení žilního katétru.

2.9.6 Edukace při propuštění

Při propuštění musíme u pacienta provést řádnou edukaci o tom, jak se má chovat a co dělat v případě vzniku komplikací.

Třísla by nemělo být přetěžováno alespoň dva měsíce. Pacient může normálně chodit, ale nesmí nosit těžká břemena, chodit na namáhavé túry, jezdit na kole, dále by se měl vyvarovat všech namáhavých činností (zvedání břemen). Pokud pacient nedodrží tento doporučený postup, je ohrožen vznikem krvácení ze vpichu v třísele, rozvojem pseudoaneurysmatu. Krvácení vznikne většinou pomalu a nenápadně, kdy pacienta

upozorní až tlak či bolest v třísle na to, že se něco děje. Při vzniku problémů by měl pacient okamžitě vyhledat lékaře, ideální je, když pacient jde na kliniku, kde mu výkon prováděli.

Důležitá je edukace o užívání léků. Pacienti musí užívat všechny léky, které jim lékař předepíše. Obzvlášť antiagregancia nebo antikoagulancia, které jsou pro pacienta životně důležité. Při užívání antikoagulancií je nutná častá kontrola srážlivosti krve (INR), četnost kontrol závisí na hodnotě INR. Tato hodnota se má pohybovat obvykle v rozmezí 2,0 – 3,0.

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo porovnat kvalitu života mezi dvěma skupinami pacientů. Pro zpracování jsem si vybrala pacienty po IM a s ICHDK, kteří byli hospitalizováni na Kardiologické klinice ve FNKV, kde pracuji. Tato dvě onemocnění jsou úzce propojena, protože společnou příčinou obou chorob je ateroskleróza. Vytvořila jsem hypotézy, které vyhodnotím:

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že hypertenze u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že výskyt diabetes mellitus u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že kouření neznámá rozdílně silný rizikový faktor pro vznik IM a ICHDK.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že neexistuje rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch u pacientů s IM nebo s ICHDK.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že kvalitu života neovlivňuje rozdílně hospitalizace s IM nebo s ICHDK.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že IM a ICHDK ovlivňuje rozdílně kvalitu života.

3.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat rizikové faktory ovlivňující ischemickou chorobu u pacientů hospitalizovaných na Kardiologické klinice FNKV v období od února do března 2010.
2. Zjistit, jak ischemická choroba ovlivňuje způsob a kvalitu života u hospitalizovaných nemocných na Kardiologické klinice FNKV v období od února do března 2010.
3. Zjistit, jak onemocnění ovlivňuje psychiku nemocného.

3.1.1 Metodika práce

Metodika práce je zaměřena na zdroje odborných poznatků, charakteristiku souboru respondentů, užití metody šetření, samotnou realizaci a zpracování dat.

3.1.2 Charakteristika souboru respondentů

Výběr respondentů byl cílený. Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán dle následujících požadavků:

- pacienti hospitalizovaní na Kardiologické klinice s diagnózou Infarkt myokardu a Ischemická choroba dolních končetin.
- pacienti hospitalizovaní v období únor až březen 2010.
- pacienti nebyli v akutním stádiu onemocnění
- pacienti vyplňovali dotazníky jen na základě dobrovolnosti.

3.1.3 Užitá metoda šetření

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum. Pro získání dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Vytvořený dotazník byl nestandardizovaný, semistrukturovaný. Dotazník obsahuje soustavu připravených a pečlivě formulovaných otázek, vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření. Současně je doplněný o některé otázky z dotazníku SF-36 (otázky č. 11, 13, 21, 25 a 26). V dotazníku byly použity otázky:

Uzavřené – vyznačují se tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Respondent vybírá jednu či více možností.

Otevřené (nestrukturované) – nenavrhují respondentovi žádné možné odpovědi, musí je napsat sám (Chrástka, 2007).

Dotazník byl rozdělen do tří částí a celkem obsahoval 28 položek, které jsou za sebou číselně řazeny.

První část dotazníku obsahovala úvodní dopis, který seznamoval respondenty s účelem dotazníku. Druhá část byla zaměřena na informativní údaje – položky s čísly 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9. Třetí část byla zaměřena na zjištění přítomnosti rizikových faktorů, bolestí a na zjištění, jak onemocnění ovlivňuje kvalitu života. Tato část obsahovala položky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 a 28.

Dotazníkové šetření pro respondenty bylo zaměřeno na získání dat v těchto oblastech:

Ke zjištění demografických údajů byly využity položky z informativní části s čísly 1, 2, 3, 4, 5, 7.

Ke zjištění dílčího cíle 1, který byl zaměřen na zmapování rizikových faktorů byly využity položky č. 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20.

Ke zjištění dílčího cíle 2, který byl zaměřen na zjištění, jak ischemická choroba ovlivňuje způsob a kvalitu života byly využity položky č. 10, 11, 12, 13, 22, 24, 25, 26, 27 a 28.

Ke zjištění dílčího cíle 3, který byl zaměřen na přítomnost psychických problémů v souvislosti s onemocněním byly využity položky č. 21 a 23.

Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s PhDr. Bažantovou. Vyplnění dotazníku proběhlo zcela anonymně a dobrovolně. Celé znění dotazníku viz příloha č. 9.

3.1.4 Vyhodnocení dat

Pro vyhodnocení dat jsem použila metodu popisné – deskriptivní statistiky, vzájemné porovnání skupin v relativních četnostech (procentech), které pro přehlednost uvádím v tabulkách.

Pro porovnání obou skupin a ověření hypotéz byla zvolena statistická metoda chí-kvadrát. Je to metoda pro stanovení pravděpodobnosti, s níž nalezený rozdíl mezi očekávanou a zjištěnou hodnotou vznikl náhodně.

3.1.5 Realizace výzkumu

Dotazníkové šetření proběhlo na Kardiologické klinice ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Dotazníky jsem rozdávala sama. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků skupině s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK) a 30 dotazníků skupině pacientů po infarktu myokardu (IM). Dotazníky vyplňovali pacienti s chronickým onemocněním, pacienty s akutním onemocněním jsem vyloučila. Nazpět se vrátilo všech 30 dotazníků (100 %) od pacientů s ICHDK a 30 dotazníků (100 %) od pacientů po IM. K analýze bylo použito všech 60 kompletně a správně vyplněných dotazníků.

Pro ověření srozumitelnosti jednotlivých položek jsem vypracovala pilotní studii. Studie proběhla opět na Kardiologické klinice FNKV v lednu 2010. Oslovila jsem 10 respondentů, všichni ochotně dotazník vyplnili a následně se mnou diskutovali. Na jejím

podkladě jsem dotazník v některých bodech upravila. Úpravy se týkaly otázek č. 26, kde jsem doplnila možnosti o střední zvládnání profese a otázku č. 27, kde jsem doplnila možnosti o houbaření a práci na zahradě. Vše jsem konzultovala s vedoucí práce.

3.1.6 Zpracování získaných dat

Získané údaje jsem analyzovala v programu Microsoft Office Excel 2007. Zpracovány jsou formou tabulek četností s použitím programu Microsoft Office Word 2007. Získané výsledky jsem doplnila o výpočty relativních četností. Vypočítanou relativní četnost pozorovaných jevů jsem znázornila graficky v programu Microsoft Office Excel 2007. Chí-kvadrát jsem počítala v systému Statistica 2010, verze 9.0 po zakoupení roční licence. Hladina významnosti stanovena na 5 %.

Rozbor výzkumu

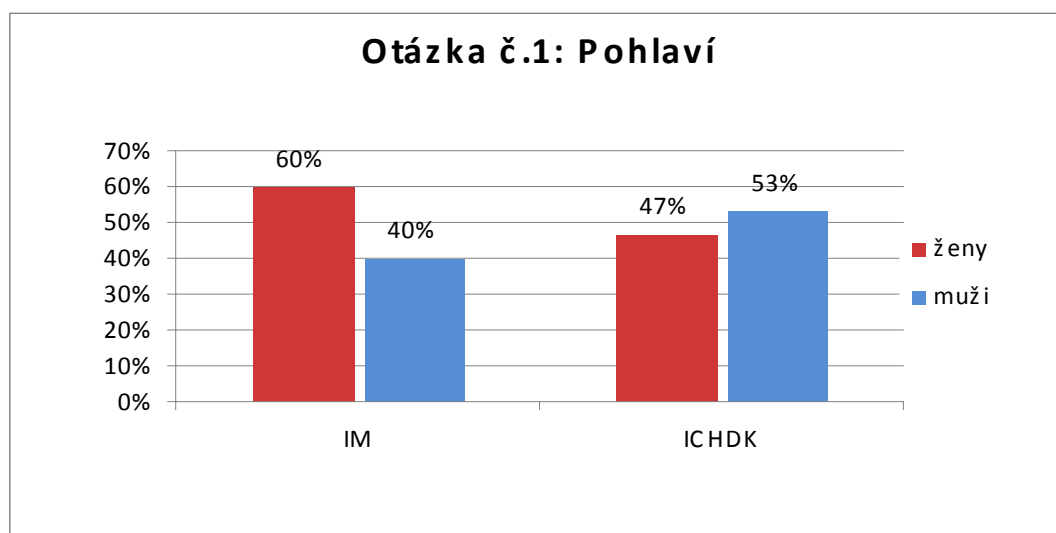
Otázka č.1

Pohlaví: muž žena

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Pohlaví	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
žena	18	60 %	14	47 %
muž	12	40 %	16	53 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 1 - Pohlaví



IM

Z celkového počtu 30 respondentů (100 %) bylo 18 žen (60 %) a 12 mužů (40 %).

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů(100 %) bylo 14 žen (47 %) a 16 mužů (53 %).

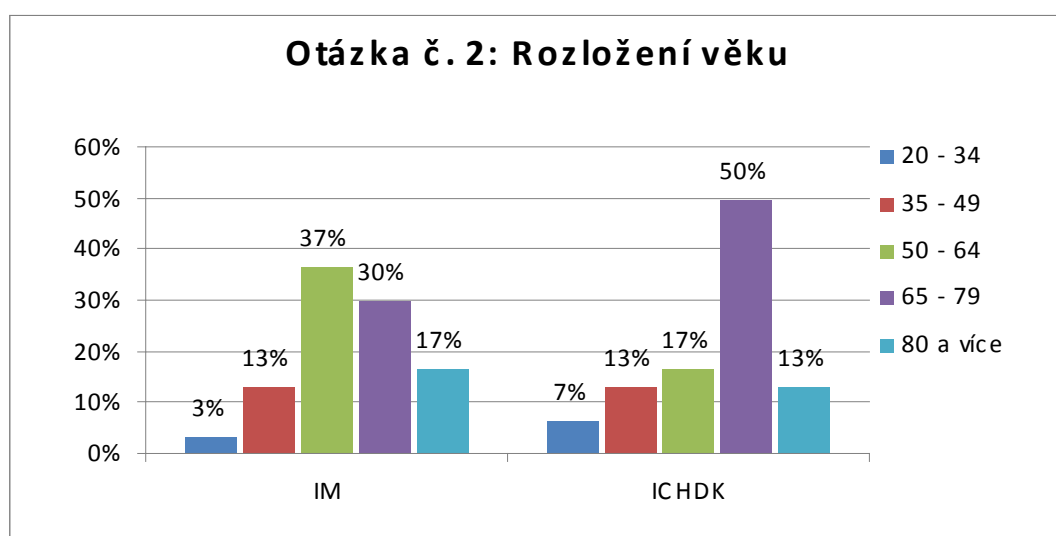
Otázka č.2

- Věk:** 20 - 34 let 65 – 79 let
- 35 - 49 let 80 a více
- 50 – 64 let

Tabulka č. 2 - Věk

Věk	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
20 - 34	1	3 %	2	7 %
35 - 49	4	13 %	4	13 %
50 - 64	11	37 %	5	17 %
65 - 79	9	30 %	15	50 %
80 a více	5	17 %	4	13 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 2 - Rozložení věku



IM

Ve skupině pacientů po IM byl z celkového počtu 30 respondentů ve věku 20 – 34 let 1 respondent (3 %), ve skupině 35 – 49 let 4 respondenti (13 %), ve skupině 50 – 64 let 11 respondentů (37 %), ve věkové skupině 65 – 79 let 9 respondentů (30 %) a ve skupině od 80 let 5 respondentů (17 %). Nejmladšímu respondentovi bylo 30 let a nejstaršímu 85 let. Průměrný věk respondentů byl 60 let.

ICHDK

V této skupině pacientů byli z celkového počtu 30 respondentů ve skupině 20 – 34 let 2 respondenti (7 %), ve skupině 35 – 49 let 4 respondenti (13 %), ve skupině 50 – 64 let 5 respondentů (17 %), ve skupině 65 – 79 let 15 respondentů (50 %) a ve skupině nad 80 let 4 respondenti (13 %). Nejmladšímu respondentovi bylo 33 let a nejstaršímu bylo 87 let. Věkový průměr respondentů byl 62 let.

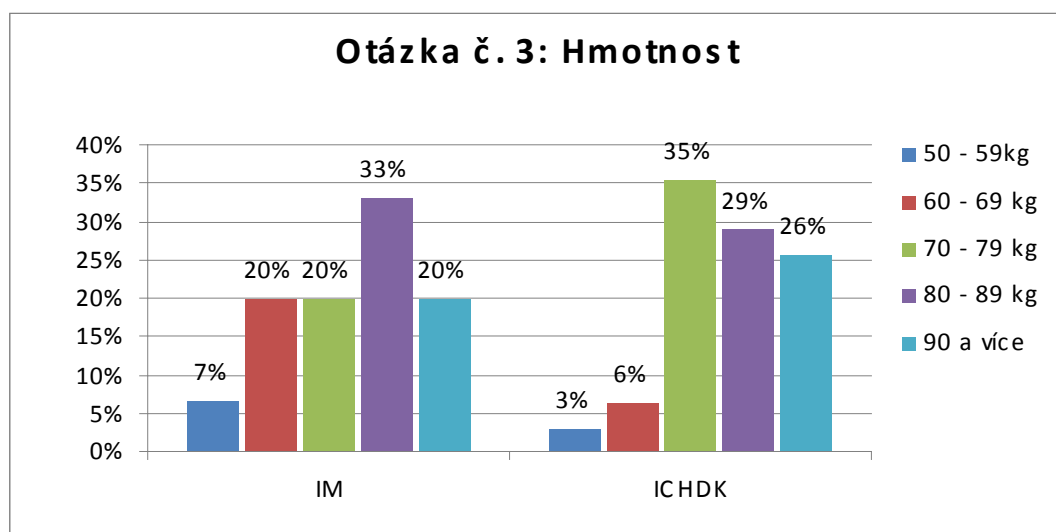
Otázka č. 3

- Vaše hmotnost:** 50 – 59 kg 80 – 89 kg
 60 – 69 kg 90 a více
 70 – 79 kg

Tabulka č. 3 - Hmotnost

Hmotnost	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
50 - 59	2	7 %	1	3 %
60 - 69	6	20 %	2	6 %
70 - 79	6	20 %	10	35 %
80 - 89	10	33 %	9	29 %
90 a více	6	20 %	8	26 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 3 - Hmotnost



IM

Z celkového počtu 30 respondentů byli 2 pacienti ve skupině hmotnosti 50 – 60 kg (7 %), ve skupině 60 – 69 kg 6 respondentů (20 %), ve skupině 70 – 79 kg také 6 respondentů (20 %), ve skupině 80 – 89 kg 10 respondentů (33 %) a ve skupině nad 90 kg 6 respondentů (20 %).

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů byl ve skupině 50 – 59 kg 1 respondent (3 %), ve skupině 60 – 69 kg 2 respondenti (6 %), ve skupině 70 – 79 kg 10 respondentů (35 %), ve skupině 80 – 89 kg 9 respondentů (29 %) a ve skupině nad 90 kg 8 respondentů (26 %).

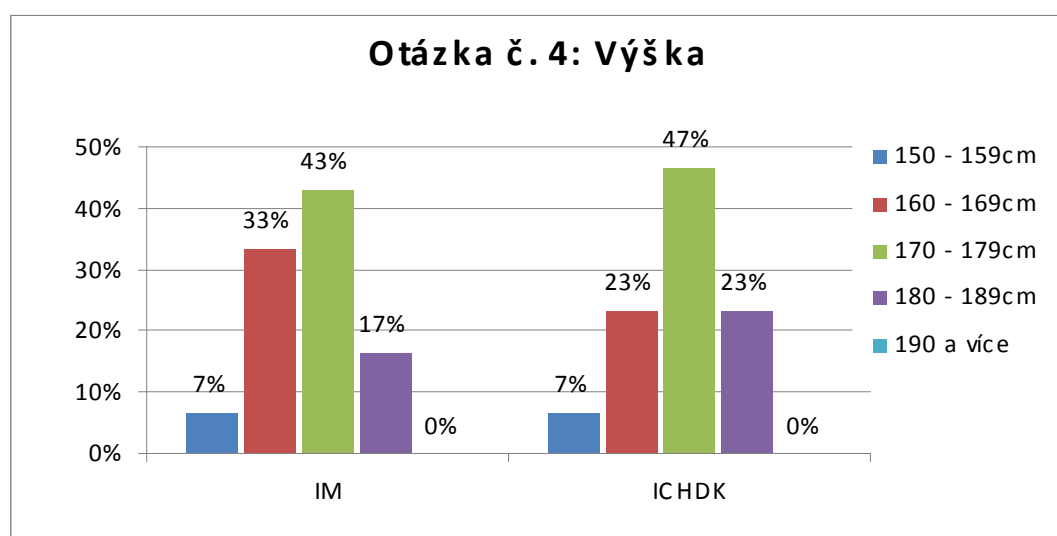
Otázka č. 4

- Vaše výška: 150 – 159 cm 180 – 189 cm
 160 – 169 cm 190 a více
 170 – 179 cm

Tabulka č. 4 - Výška

Výška	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
150 - 159	2	7 %	2	7 %
160 - 169	10	33 %	7	23 %
170 - 179	13	43 %	14	47 %
180 - 189	5	17 %	7	23 %
190 a více	0	0 %	0	0 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 4 - Výška



IM

Ve skupině 150 – 159 cm byli z celkového počtu 30 respondentů 2 pacienti (7 %), ve skupině 160 – 169 cm 10 respondentů (33 %), ve skupině 170 – 179 cm 13 respondentů (43 %), ve skupině 180 – 189 cm 5 respondentů (17 %) a ve skupině nad 190 cm nebyl žádný respondent.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů byli také 2 pacienti ve skupině 150 – 159 cm (7 %), ve skupině 160 – 169 cm 7 respondentů (23 %), ve skupině 170 – 179 cm 14

pacientů (47 %), ve skupině 180 – 189 cm 7 respondentů (23 %) a ve skupině nad 190 cm také nebyl žádný respondent.

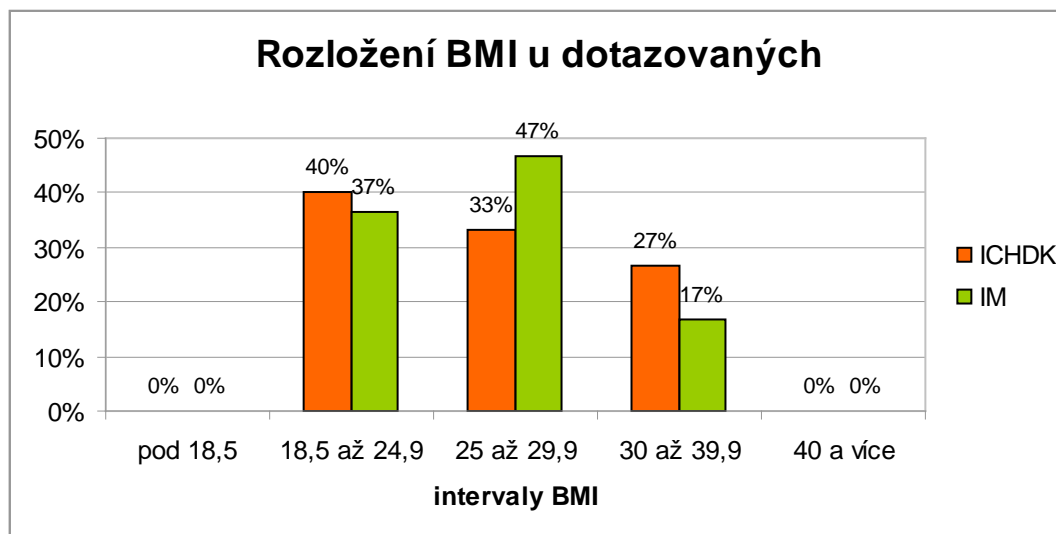
Výška respondentů spolu s hmotností byla použita k výpočtu průměrných indexů BMI u respondentů ve skupinách.

Rozložení BMI u respondentů:

Tabulka č. 5 – Rozložení BMI

	intervaly	ICHDK		IM	
Podváha	pod 18,5	0	0 %	0	0 %
Normální váha	18,5 až 24,9	12	40 %	11	37 %
Nadváha	25 až 29,9	10	33 %	14	47 %
Obezita	30 až 39,9	8	27 %	5	17 %
Silná obezita	40 a více	0	0 %	0	0 %

Graf č. 5 – Rozložení BMI



IM

Z celkového počtu 30 respondentů bylo 8 dotázaných (27 %) obézních, 10 dotázaných (33 %) mělo nadváhu a 12 dotázaných (40 %) mělo váhu normální.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů Bylo 5 dotázaných (17 %) obézních, 11 dotázaných (37 %) mělo normální váhu a 14 dotázaných (47 %) mělo nadváhu.

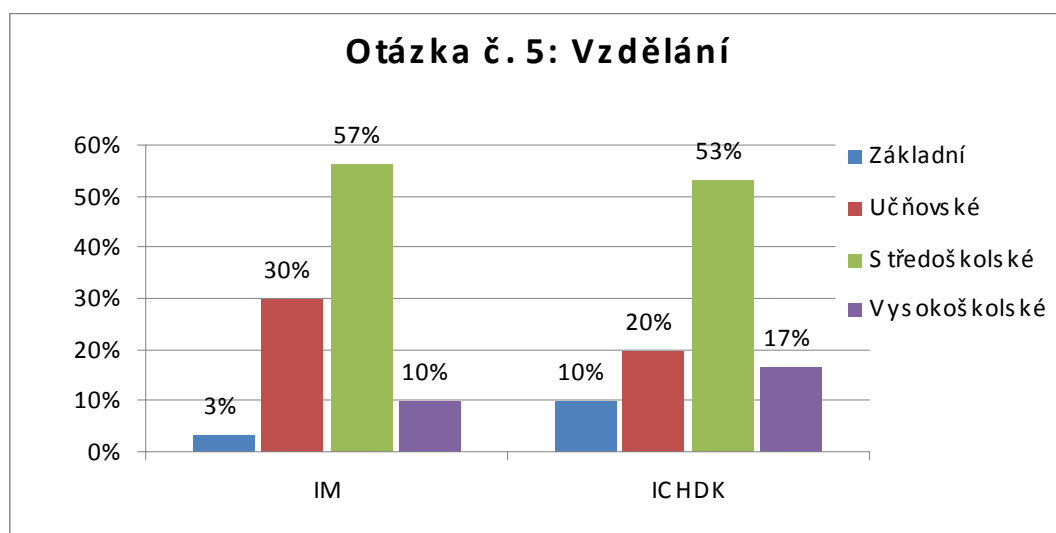
Otázka č. 5

- Nejvyšší dosažené vzdělání: základní středoškolské
 učňovské vysokoškolské

Tabulka č. 6 - Vzdělání

Vzdělání	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
základní	1	3 %	3	10 %
učňovské	9	30 %	6	20 %
středoškolské	17	57 %	16	53 %
vysokoškolské	3	10 %	5	17 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 6 - Vzdělání



IM

Z celkového počtu 30 respondentů měl 1 (3 %) základní vzdělání, 9 respondentů (30 %) učňovské vzdělání, 17 pacientů (57 %) středoškolské a 3 pacienti (10 %) vysokoškolské vzdělání.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů byli 3 respondenti (10 %) se základním vzděláním, 6 respondentů (20 %) s učňovským vzděláním, 16 respondentů (53 %) se středoškolským vzděláním a 5 respondentů (17 %) s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 6

- Měl/má někdo z rodičů? cukrovku mozkovou mrtvici
 vysoký krevní tlak embolii
 srdeční chorobu

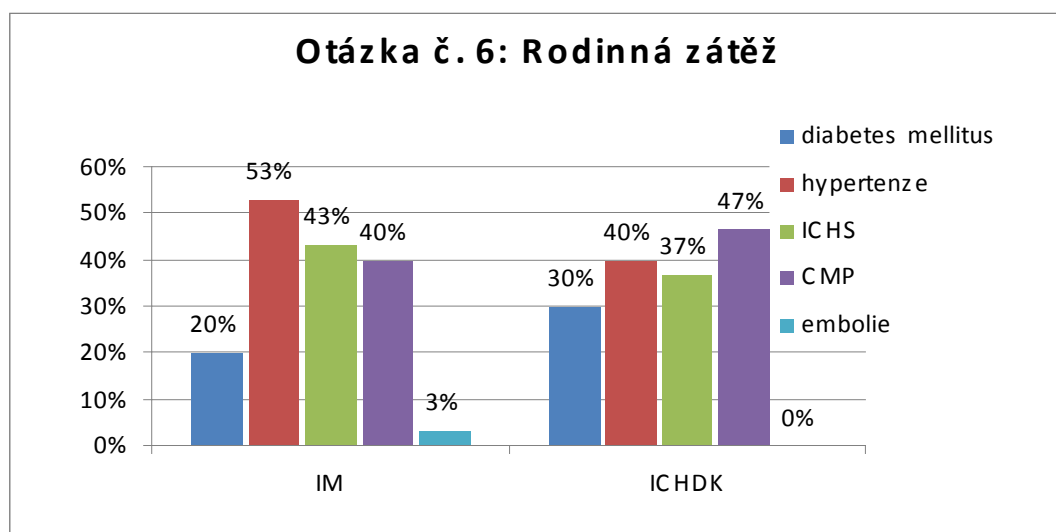
Tabulka č. 7 - Rodinná zátěž

Nemoci	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
cukrovka	6	20 %	9	30 %
hypertenze	16	53 %	12	40 %
ICHS	13	43 %	11	37 %
CMP	12	40 %	14	47 %
embolie	1	3 %	0	0 %

IM		ICHDK	
nemoc	Celkem	nemoc	Celkem
DM+CMP	2 (7 %)	CMP	6 (20 %)
DM+ICHS	1 (3 %)	DM	1 (3 %)
DM+ICHS+CMP	1 (3 %)	DM+CMP	3 (10 %)
hypertenze	3 (10 %)	DM+ICHS	1 (3 %)
hypertenze+CMP	10 (33 %)	hypertenze	2 (7 %)
hypertenze+DM	2 (7 %)	hypertenze+CMP	3 (10 %)
hypertenze+embolie	1 (3 %)	hypertenze+DM	2 (7 %)
ICHS	10 (33 %)	hypertenze+DM+CMP	2 (7 %)
Celkový součet	30 (100 %)	hypertenze+DM+ICHS	1 (3 %)
		hypertenze+ICHS	1 (3 %)
		ICHS	8 (27 %)
		Celkový součet	30 (100 %)

DM – diabetes mellitus, CMP – cévní mozková příhoda, ICHS – ischemická choroba srdeční

Graf č. 7 - Rodinná zátěž



U této otázky mohli pacienti zaškrtnout více odpovědí

IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedl 1 pacient (3 %) přítomnost embolie u rodičů. Zastoupení ostatních onemocnění je seřazeno vzestupně: diabetes mellitus 6x (20 %), CMP 12x (40 %), ICHS 13x (43 %) a hypertenze 16x (53 %).

Při použití kontingenční tabulky vyšlo najevo, že rodiče v 53 % měli nebo mají hypertenzi buď jako samostatné onemocnění, nebo v kombinaci s jiným onemocněním. Největší zastoupení bylo u spojení hypertenze a CMP (33 %) a ICHS (33 %).

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů neuvedl ani jeden pacient embolii, cukrovku 9x (30 %), ICHS 11x (37 %), hypertenze 12x (40 %) a CMP 14x (47 %).

Z kontingenční tabulky vyplynulo, že hypertenzí samostatně nebo ve spojitosti s jinou nemocí trpí nebo trpělo 37 % rodičů respondentů, samotnou ICHS 27 %, samotnou CMP 20 % rodičů respondentů. DM samostatně nebo ve spojitosti s jinou nemocí měli nebo mají ve 16 %.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že hypertenze u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Chi – kvadr. 1,07; p = 0,30063

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byla potvrzena hypotéza, že hypertenze u rodičů neznámá rozdílné riziko pro vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí. (tedy platí: hypertenze u rodičů znamená přibližně stejné riziko pro IM nebo ICHDK u dětí).

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že výskyt diabetes mellitus u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Chi – kvadr. 0,80; $p = 0,37110$ hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Závěr: Hypotéza se potvrdila, výskyt diabetes mellitus u rodičů neznamená rozdílné riziko vzniku IM nebo ICHDK u dětí.

Otázka č. 7

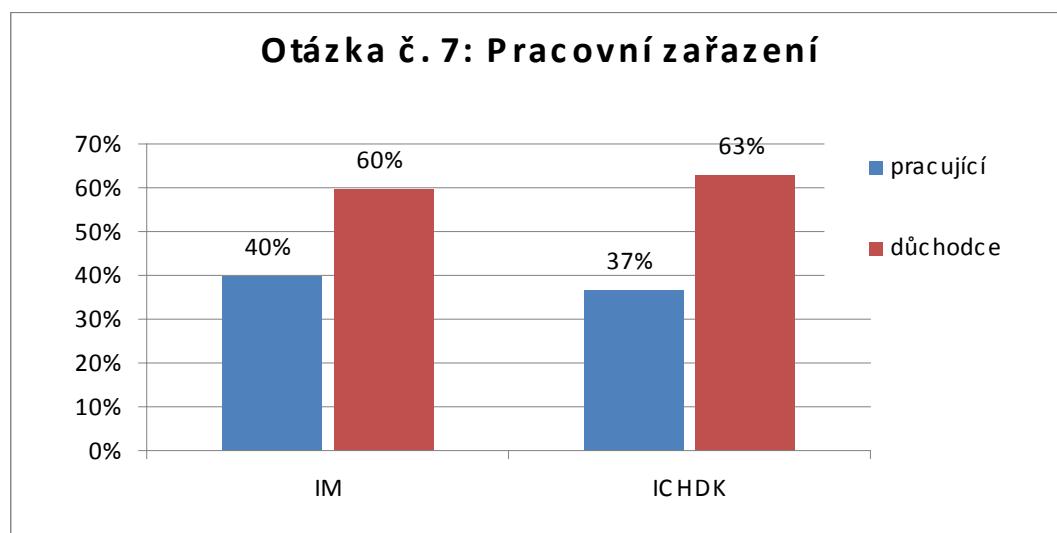
Pracovní zařazení: pracující

důchodce

Tabulka č. 8 - Pracovní zařazení

Pracovní zařazení	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
pracující	12	40 %	11	37 %
důchodce	18	60 %	19	63 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 8 - Pracovní zařazení



IM

Z celkového počtu 30 respondentů bylo 12 pacientů (40 %) pracujících a 18 pacientů (60 %) v důchodu.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů bylo 11 pacientů (37 %) pracujících a 19 pacientů (63 %) v důchodu.

Otázka č.8

Psychická náročnost zaměstnání:

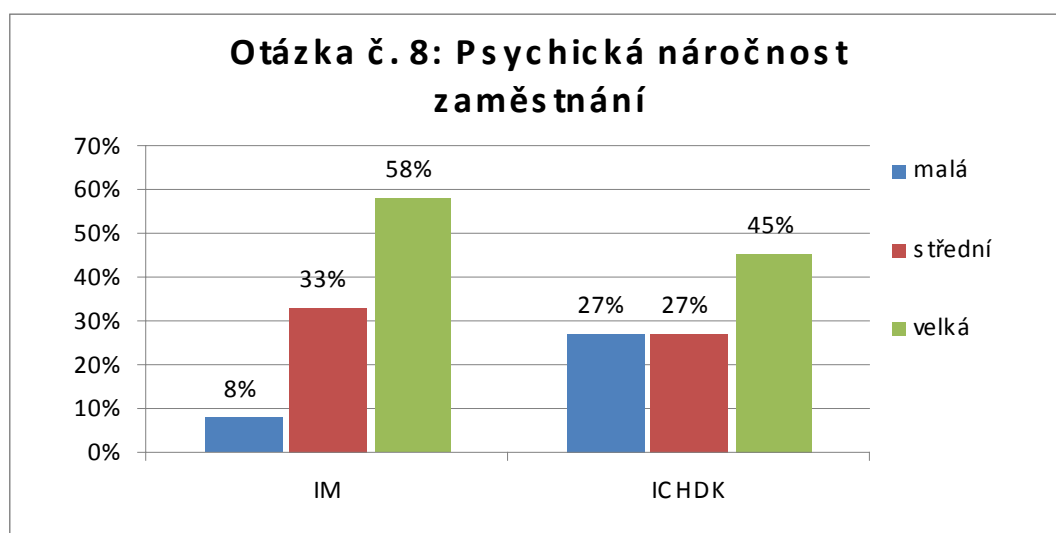
malá střední velká

Tuto otázku vyplňovali pouze pracující respondenti, kterých bylo po IM 12 a s ICHDK 11. Tento počet jsem vzala jako 100 %.

Tabulka č. 9 - Psychická náročnost zaměstnání

Psychická náročnost	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
malá	1	8 %	3	27 %
střední	4	33 %	3	27 %
velká	7	58 %	5	45 %

Graf č. 9 - Psychická náročnost zaměstnání



IM

Z celkového počtu 12 zaměstnaných respondentů měl malou psychickou náročnost 1 pacient (8 %), 4 respondenti (33 %) měli střední psychickou náročnost a velkou psychickou náročnost mělo 7 respondentů (58 %).

ICHDK

Z celkového počtu 11 zaměstnaných respondentů měli 3 pacienti (27 %) malou psychickou náročnost, střední náročnost také 3 respondenti (27 %) a velkou psychickou náročnost mělo 5 respondentů (45 %).

Otázka č. 9

Fyzická náročnost zaměstnání:

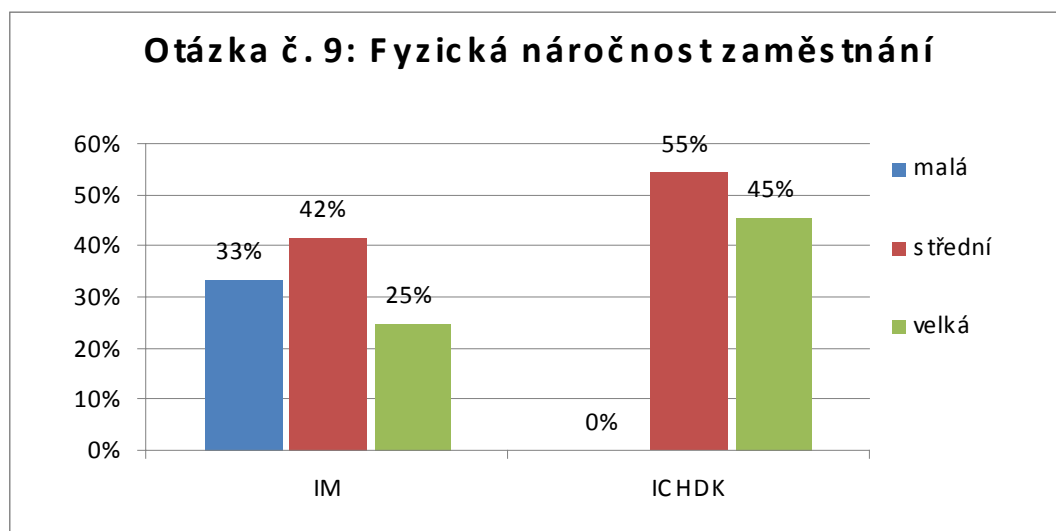
malá střední velká

Tuto otázku vyplňovali pouze pracující respondenti, kterých bylo po IM 12 a s ICHDK 11. Tento počet jsem vzala jako 100 %.

Tabulka č. 10 - Fyzická náročnost zaměstnání

Fyzická náročnost	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
malá	4	33 %	0	0 %
střední	5	42 %	6	55 %
velká	3	25 %	5	45 %

Graf č. 10 - Fyzická náročnost zaměstnání



IM

Z celkového počtu 12 zaměstnaných respondentů měli velkou fyzickou náročnost 3 pacienti (25 %), 4 respondenti (33 %) měli malou fyzickou náročnost a střední fyzickou náročnost zaměstnání mělo 5 respondentů (42 %).

ICHDK

Z celkového počtu 11 zaměstnaných respondentů měli neuvést žádný pacient malou fyzickou náročnost, střední náročnost 6 respondentů (55 %) a velkou fyzickou náročnost mělo 5 respondentů (45 %).

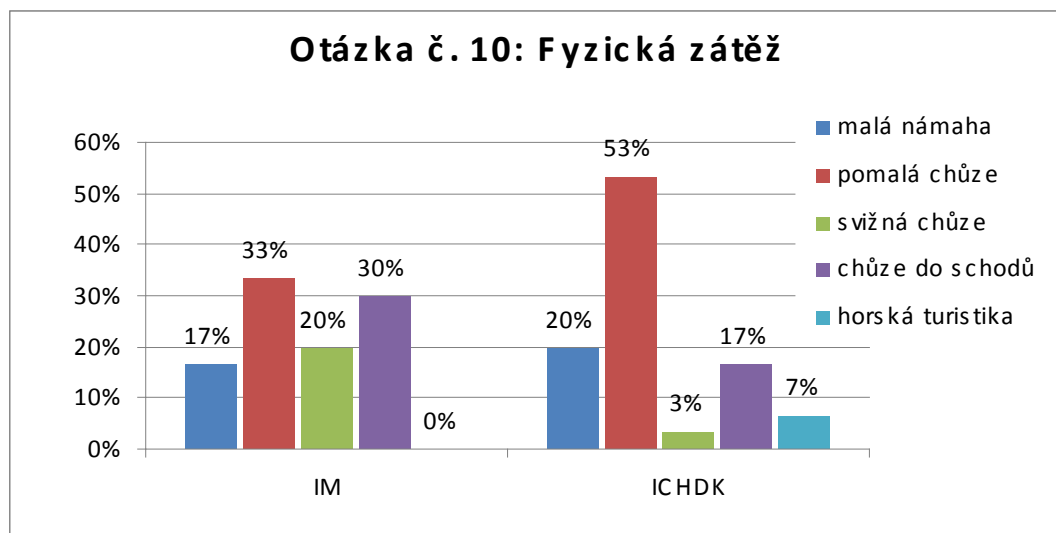
Otázka č. 10

- Jakou fyzickou zátěž zvládáte? po krátké námaze se unavím
- pomalá chůze
- svižná chůze
- chůze do schodů
- horská turistika

Tabulka č. 11 - Fyzická zátěž

Fyzická zátěž	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
malá námaha	5	17 %	6	20 %
pomalá chůze	10	33 %	16	53 %
svižná chůze	6	20 %	1	3 %
schody	9	30 %	5	17 %
horská turistika	0	0 %	2	7 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 11 - Fyzická zátěž



IM

Z celkového počtu 30 respondentů 5 (17 %) odpovědělo, že zvládá jen malou námahu, 6 respondentů (20 %) zvládá svižnou chůzi, 9 respondentů (30 %) zvládá vyjít schody a 10 respondentů (33 %) zvládá jen pomalou chůzi.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů uvedl 1 dotázaný (3 %), že zvládá svižnou chůzi, 2 respondenti zvládají (7 %) horskou turistiku, 5 respondentů (17 %) zvládá schody, 6 respondentů (20 %) zvládá malou námahu a 16 respondentů (53 %) zvládá jen pomalou chůzi.

Otázka č. 11

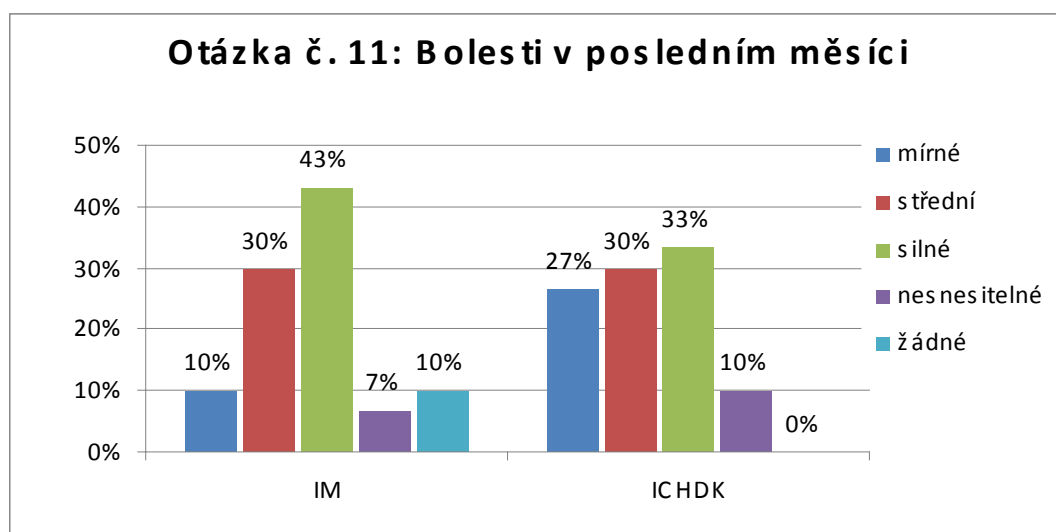
Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

- mírné nesnesitelné
 střední žádné
 silné

Tabulka č. 12 - Bolesti

Bolesti	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Mírné	3	10 %	8	27 %
Střední	9	30 %	9	30 %
Silné	13	43 %	10	33 %
Nesnesitelné	2	7 %	3	10 %
Žádné	3	10 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 12 - Bolesti v posledním měsíci



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedli 2 respondenti (7 %) přítomnost bolesti v posledních 4 týdnech, 3 respondenti (10 %) neuvedli žádné bolesti, další 3 respondenti (10 %) uvedli mírné bolesti, 9 respondentů (30 %) střední bolesti a 13 respondentů (43 %) silné bolesti.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů odpověděli 3 (10 %), že měli nesnesitelné bolesti, 8 respondentů (27 %) uvedlo přítomnost mírných bolestí, 9 respondentů (30 %) střední bolesti a 10 (33 %) uvedlo přítomnost silných bolestí.

Otázka č. 12

Kde a za jakých okolností vznikly u Vás bolesti? (Doplňte, prosím)

.....

.....

.....

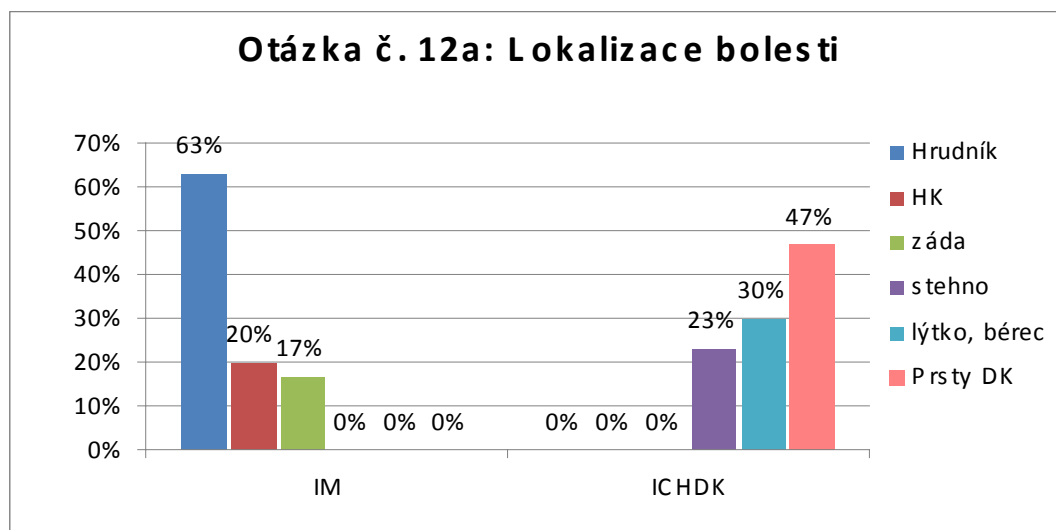
Tabulka č. 13a - Lokalizace bolestí

Lokalizace bolesti	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Hrudník	19	63 %	0	0 %
HK	6	20 %	0	0 %
Záda	5	17 %	0	0 %
Stehno	0	0 %	7	23 %
lýtka,bérec	0	0 %	9	30 %
prsty DK	0	0 %	14	47 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

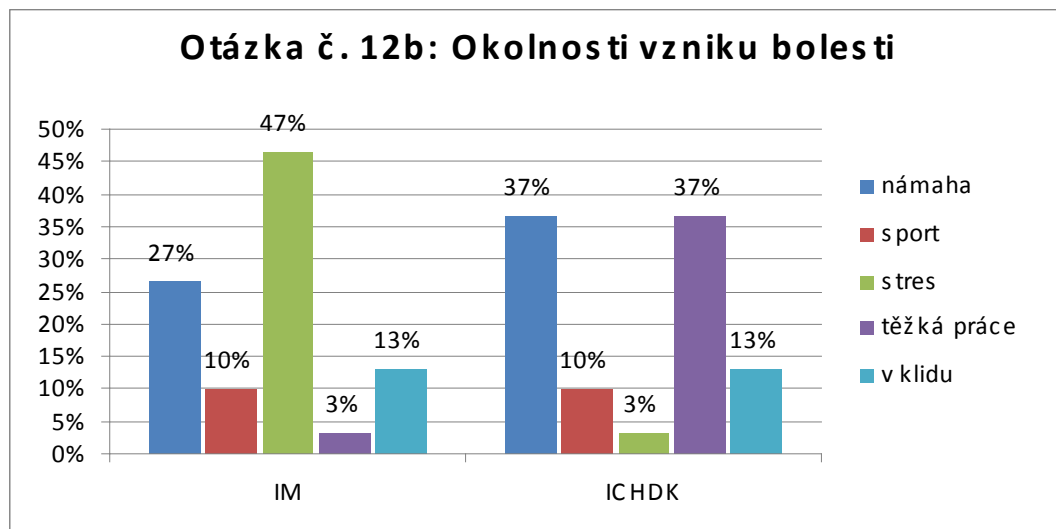
Tabulka č. 13b - Okolnosti vzniku bolesti

Okolnosti vzniku bolesti	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Námaha	8	27 %	11	37 %
Sport	3	10 %	3	10 %
Stres	14	47 %	1	3 %
těžká práce	1	3 %	11	37 %
v klidu	4	13 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 13a – Lokalizace bolesti



Graf č. 13b – Okolnosti vzniku bolesti



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo 5 dotázaných (17 %) bolesti v zádech, 6 dotázaných (20 %) bolesti v horních končetinách a 19 dotázaných (63 %) bolesti na hrudníku.

Bolesti vznikly u 1 respondenta (3 %) při těžké práci, u 3 respondentů (10 %) při sportu, u 4 respondentů (13 %) v klidu, u 8 respondentů (27 %) při námaze a 14 respondentů (47 %) uvedlo jako okolnost, kdy vznikly bolesti stres.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů udalo 7 dotázaných (23 %) bolesti ve stehně, 9 dotázaných (30 %) bolesti v lýtku nebo na bérce a 14 dotázaných (47 %) bolesti prstů dolních končetin.

Pouze 1 respondent (3 %) uvedl, že bolesti vznikly po stresovém zážitku, u 3 respondentů (10 %) vznikly bolesti při sportu, u 4 respondentů (13 %) v klidu, u 11 respondentů (37 %) vznikly po námaze a u dalších 11 respondentů (37 %) vznikly po těžké práci.

Otázka č. 13

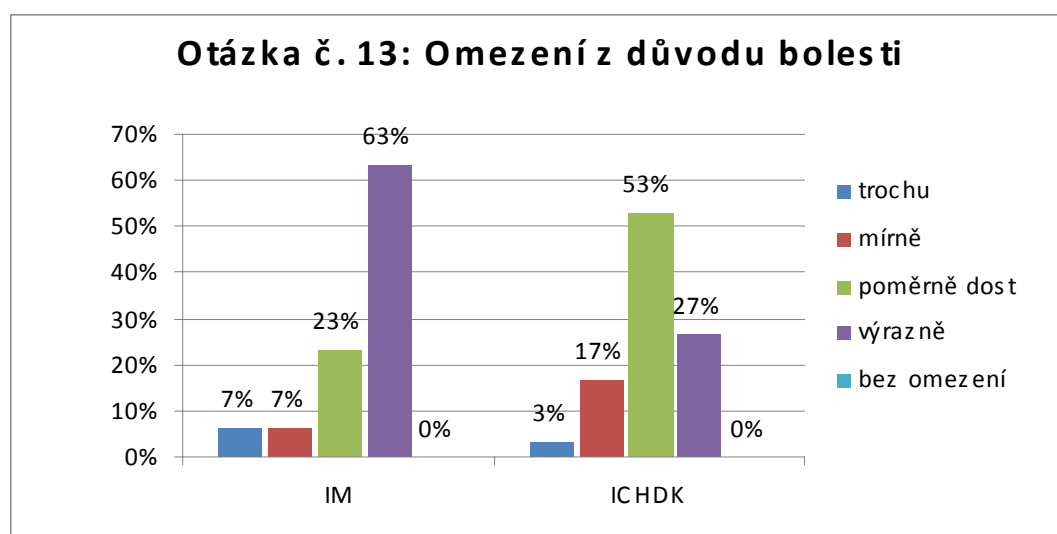
Bránily Vám bolesti v práci (v zaměstnání, doma) v posledních 4 týdnech?

- trochu výrazně poměrně dost
- mírně nebránily

Tabulka č. 14 - Míra omezení

Míra omezení	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
trochu	2	7 %	1	3 %
mírně	2	7 %	5	17 %
poměrně dost	7	23 %	16	53 %
výrazné	19	63 %	8	27 %
žádné	0	0 %	0	0 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 14 – Omezení z důvodu bolesti



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedli mírné omezení v činnostech 2 respondenti (7 %), další 2 respondenti (7 %) uvedli malé omezení, 7 respondentů (23 %) poměrně velké omezení a 19 respondentů (63 %) výrazné omezení v činnostech. Žádné omezení neuvedl nikdo.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů uvedl malé omezení 1 respondent (3 %), mírné omezení 5 respondentů (17 %), výrazné omezení 8 respondentů (27 %) a poměrně velké omezení 16 respondentů (53 %). Žádné omezení neuvedl také nikdo.

Otázka č. 14

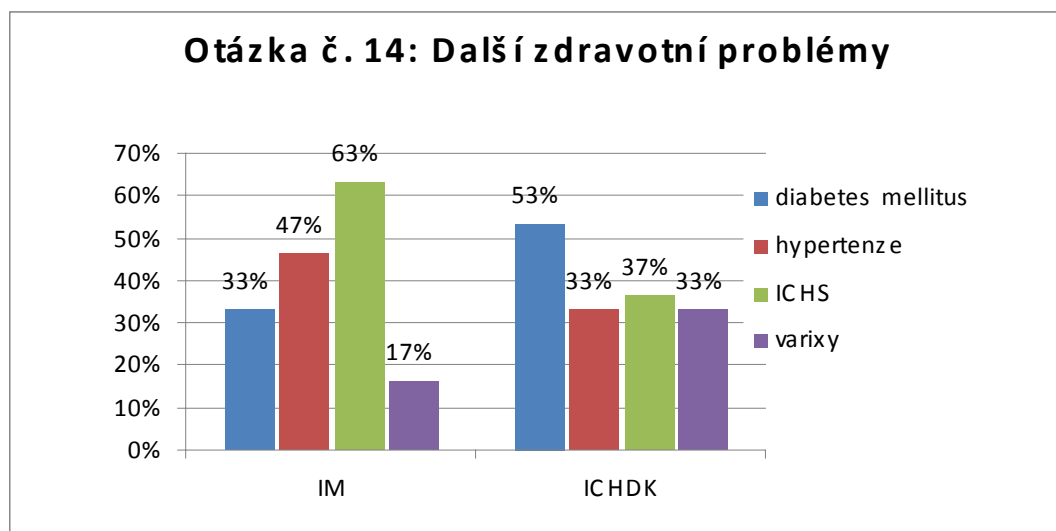
Máte nějaké další zdravotní problémy? (Možno označit více odpovědí)

- cukrovku srdeční onemocnění
 vysoký krevní tlak křečové žíly

Tabulka č. 15 - Další zdravotní problémy

Nemoci	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
cukrovka	10	33 %	16	53 %
hypertenze	14	47 %	10	33 %
ICHS	19	63 %	11	37 %
varixy	5	17 %	10	33 %

Graf č. 15 – Další zdravotní problémy



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo 5 dotázaných (17 %), že mají varixy, 10 dotázaných (33 %) má cukrovku, 14 dotázaných (47 %) má hypertenzi a 19 dotázaných (63 %) má ICHS.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů uvedlo 10 respondentů (33 %), že mají varixy, dalších 10 respondentů (33 %) má hypertenzi, 11 respondentů (37 %) má ICHS a 16 respondentů (53 %) má cukrovku.

Otázka č. 15

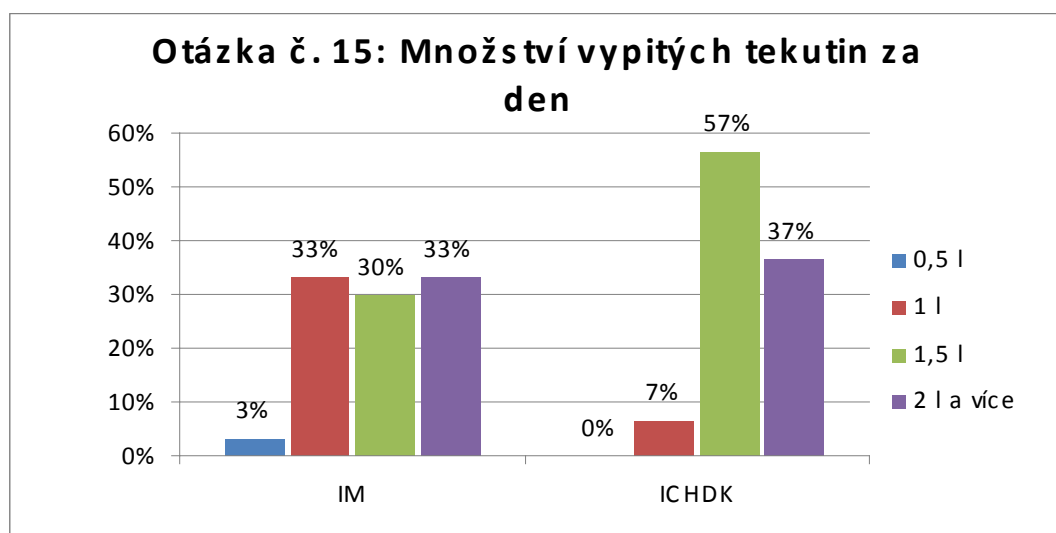
Jaké množství tekutin vypijete přibližně za den?

- 0,5 litru 1,5 litru
 1 litr 2 litry a více

Tabulka č. 16 - Tekutiny

Množství tekutin	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
0,5 l	1	3 %	0	0 %
1,0 l	10	33 %	2	7 %
1,5 l	9	30 %	17	57 %
2,0 l a více	10	33 %	11	37 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 16 – Množství vypitých tekutin



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedl 1 dotázaný (3 %), že pije jen 0,5 litru tekutin za den, 9 dotázaných (30 %) pije 1,5 litru tekutin za den, 10 dotázaných (33 %) pije 1 litr a dalších 10 dotázaných (33 %) pije 2 litry a více tekutin za den.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů 2 dotázaní (7 %) pijí 1 litr tekutin za den, 11 dotázaných (37 %) pije 2 litry a více tekutin za den a 17 dotázaných (57 %) pije 1,5 litru tekutin za den. Půl litru tekutin za den nepije nikdo.

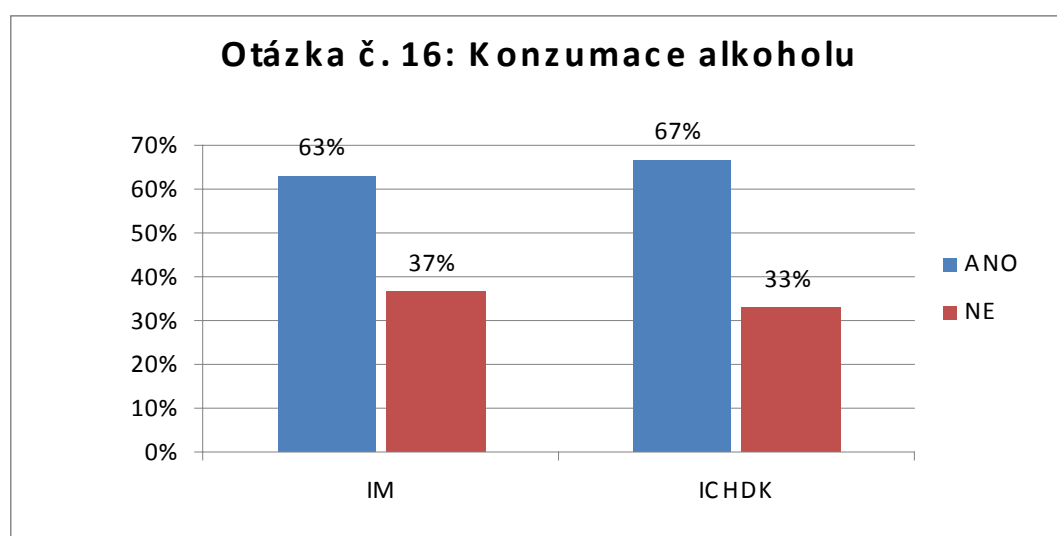
Otázka č. 16

Pijete alkohol? ano ne

Tabulka č. 17 - Konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	19	63 %	20	67 %
NE	11	37 %	10	33 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 17 – Konzumace alkoholu



IM

Z celkového počtu 30 respondentů pije alkohol 19 dotázaných (63 %) a 11 dotázaných (37 %) nepije alkohol.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů pije alkohol 20 dotázaných (67 %) a 10 dotázaných (33 %) nepije alkohol.

Otázka č. 17

Pokud ano, jaké množství a jaký druh:

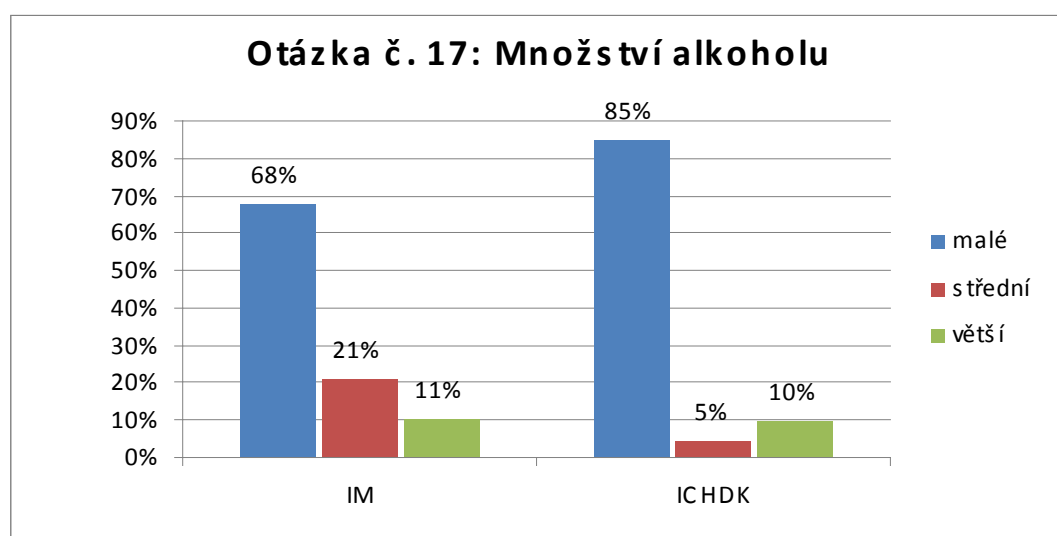
- 2 dcl vína nebo 0,5 litru piva nebo malý panák za den
- 4 dcl vína nebo 1 litr piva nebo velký panák za den
- větší množství alkoholu

Tuto část vyplňovali pouze ti respondenti, kteří pijí alkohol (19 po IM a 20 s ICHDK). Proto jsem vzala jako 100 % tento počet respondentů.

Tabulka č. 18 - Množství alkoholu

Množství alkoholu	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
malé	13	68 %	17	85 %
střední	4	21 %	1	5 %
větší	2	11 %	2	10 %
celkem	19	100 %	20	100 %

Graf č. 18 – Množství alkoholu



IM

Z počtu 19 respondentů pijí větší množství alkoholu 2 respondenti (11 %), střední množství alkoholu 4 respondenti (21 %) a malé množství alkoholu 13 respondentů (68 %).

ICHDK

Z počtu 20 respondentů pije střední množství alkoholu 1 respondent (5 %), větší množství alkoholu 2 respondenti (10 %) a malé množství alkoholu 17 respondentů (85 %).

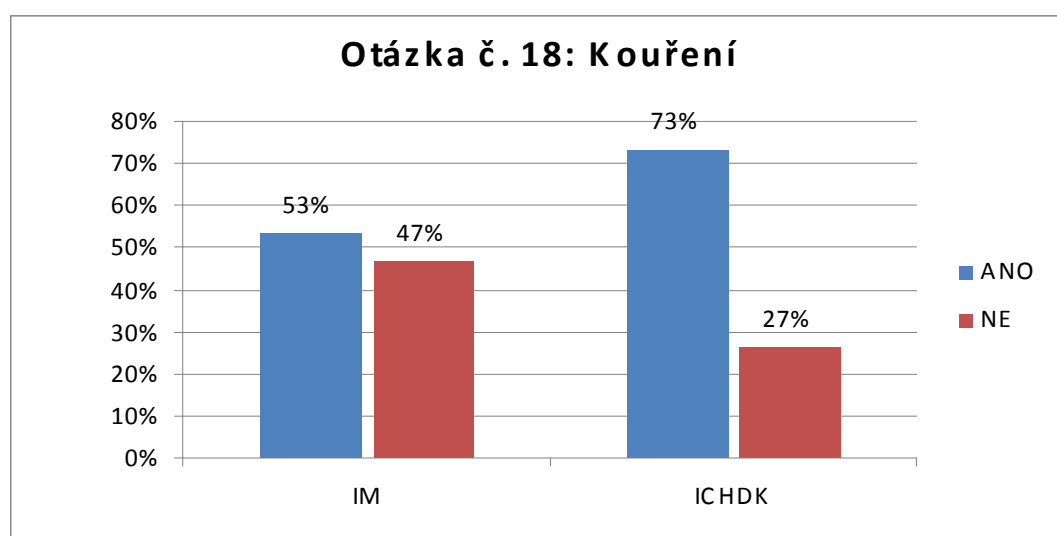
Otázka č.18

Kouříte? ano ne

Tabulka č. 19 - Kouření

Kouření	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ANO	16	53 %	22	73 %
NE	14	47 %	8	27 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 19 - Kouření



IM

Z celkového počtu 30 respondentů kouří 16 dotázaných (53 %) a nekouří 14 dotázaných (47 %).

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů kouří 22 dotázaných (73 %) a nekouří 8 dotázaných (27 %).

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že kouření neznamená rozdílně silný rizikový faktor pro vznik IM a ICHDK.

Chi – kvadr. 2,86, $p = 0,09097$ hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Závěr.: Hypotéza se potvrdila, mezi kouřením a rozvojem IM nebo ICHDK nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl (kouření vede přibližně stejnou měrou k rozvoji ICHDK a IM).

Otázka č. 19

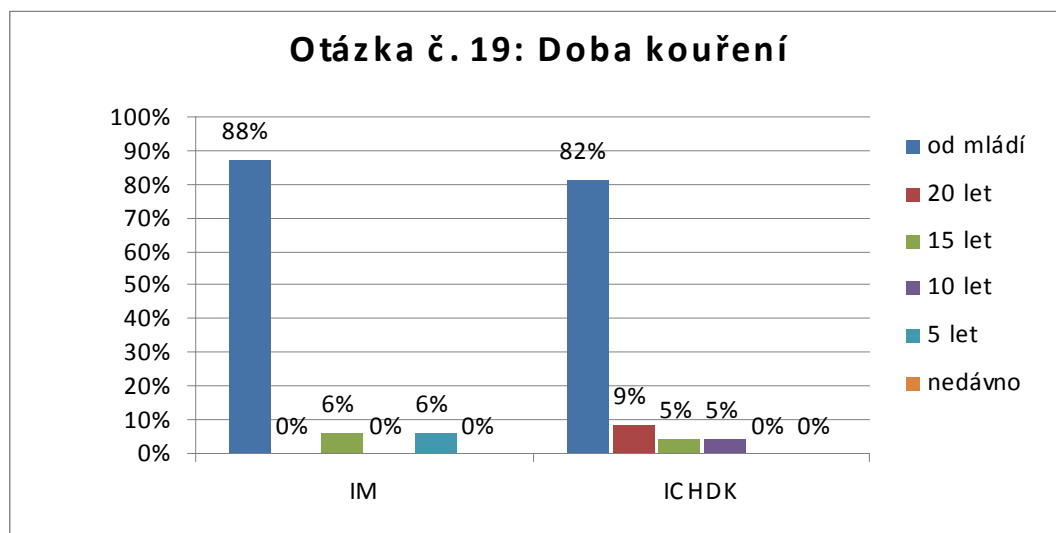
- Pokud ano, od kdy?**
- od mládí posledních 10 let
- posledních 20 let posledních 5 let
- posledních 15 let od nedávné doby

Tuto část vyplňovali pouze ti respondenti, kteří kouří (16 po IM a 22 s ICHDK), proto jsem vzala jako 100 % tyto počty respondentů.

Tabulka č. 20 - Doba kouření

Doba kouření	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
od mládí	14	88 %	18	82 %
20 let	0	0 %	2	9 %
15 let	1	6 %	1	5 %
10 let	0	0 %	1	5 %
5 let	1	6 %	0	0 %
nedávno	0	0 %	0	0 %
celkem	16	100 %	22	100 %

Graf č. 20 – Doba kouření



IM

Z počtu 16 respondentů kouří 1 (6 %) posledních 5 let, 1 respondent (6 %) posledních 15 let a 14 respondentů (88 %) kouří od mládí.

ICHDK

Z počtu 22 respondentů kouří 1 (5 %) posledních 10 let, 1 respondent (5 %) posledních 15 let, 2 respondenti (9 %) posledních 20 let a 18 respondentů (82 %) kouří od mládí.

Otázka č. 20

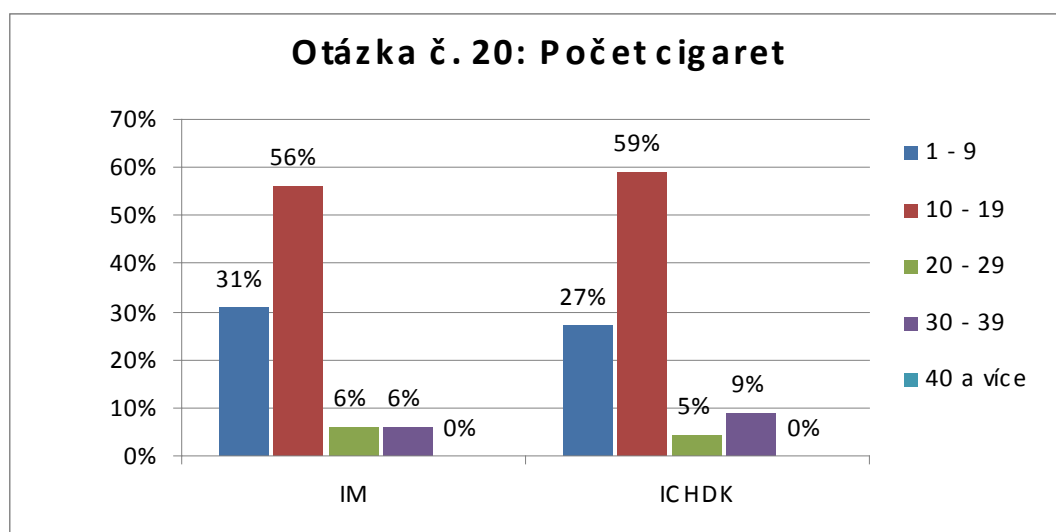
- Kolik cigaret vykouříte za den? 1 – 9 30 - 39
 10 – 19 40 a více
 20 – 29

Tuto část vyplňovali pouze ti respondenti, kteří kouří (16 po IM a 22 s ICHDK), proto jsem vzala jako 100 % tyto počty respondentů.

Tabulka č. 21 - Množství cigaret

Množství cigaret	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
1 - 9	5	31 %	6	27 %
10 - 19	9	56 %	13	59 %
20 - 29	1	6 %	1	5 %
30 - 39	1	6 %	2	9 %
40 a více	0	0 %	0	0 %
celkem	16	100 %	22	100 %

Graf č. 21 – Množství cigaret



IM

Z počtu 16 respondentů odpověděl 1 respondent (6 %), že kouří 30 – 39 cigaret za den, další 1 respondent (6 %) kouří 20 – 29 cigaret za den, 5 respondentů (31 %) kouří 1 – 9 cigaret za den a 9 respondentů (56 %) kouří 10 – 19 cigaret za den.

ICHDK

Z počtu 22 respondentů kouří 1 dotázaný (5 %) 20 – 29 cigaret za den, 2 dotázaní (9 %) kouří 30 – 39 cigaret za den, 6 dotázaných (27 %) kouří 1 – 9 cigaret za den a 13 dotázaných (59 %) kouří 10 – 19 cigaret za den.

Otázka č. 21

Způsobilo Vám onemocnění psychické problémy? Máte/měl(a) jste:

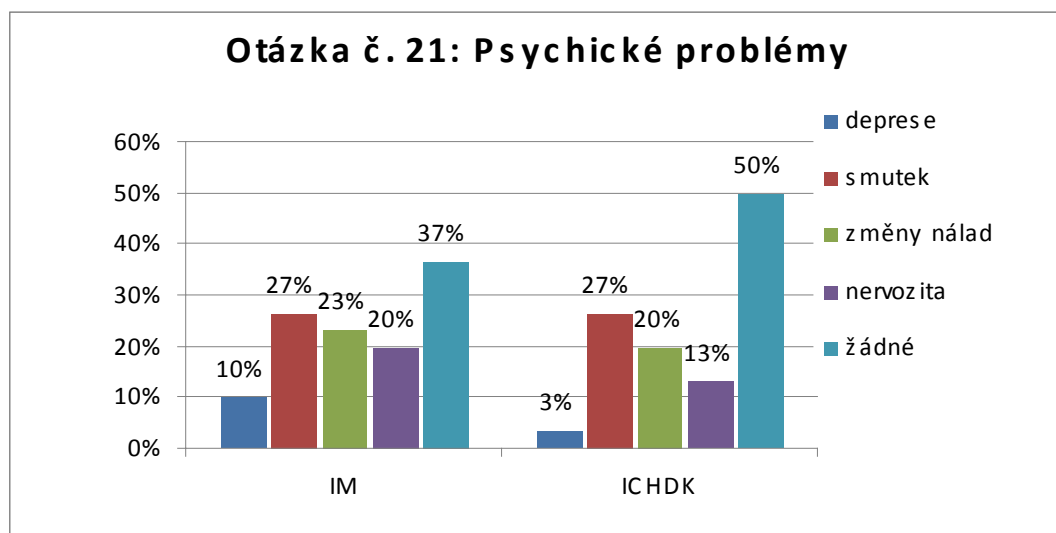
(Možno označit více odpovědí)

- depresi nervozitu změny nálad
 smutek ne

Tabulka č. 22 - Psychické problémy

Psychické problémy	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
deprese	3	10 %	1	3 %
smutek	8	27 %	8	27 %
nálady	7	23 %	6	20 %
nervozita	6	20 %	4	13 %
NE	11	37 %	15	50 %

Graf č. 22 – Psychické problémy



IM

Z celkového počtu 30 respondentů měli 3 dotázaní (10 %) depresi, 6 dotázaných (20 %) byli nervózní, 7 dotázaných (23 %) trpělo změnami nálad a 8 dotázaným (27 %) způsobilo onemocnění smutek. 11 respondentů (37 %) neuvedlo žádné psychické problémy.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů měl 1 dotázaný (3 %) depresi, u 4 dotázaných (13 %) se projevila nervozita, 6 dotázaných (20 %) mělo změny nálad, u 8 dotázaných (27 %) způsobilo onemocnění smutek a 15 dotázaných (50 %) nemělo žádné psychické problémy.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že neexistuje rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch u pacientů s IM nebo s ICHDK.

Chi – kvadr. 0,99 $p = 0,31820$ hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Závěr: Hypotéza byla potvrzena. V daném souboru nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch s IM nebo s ICHDK.

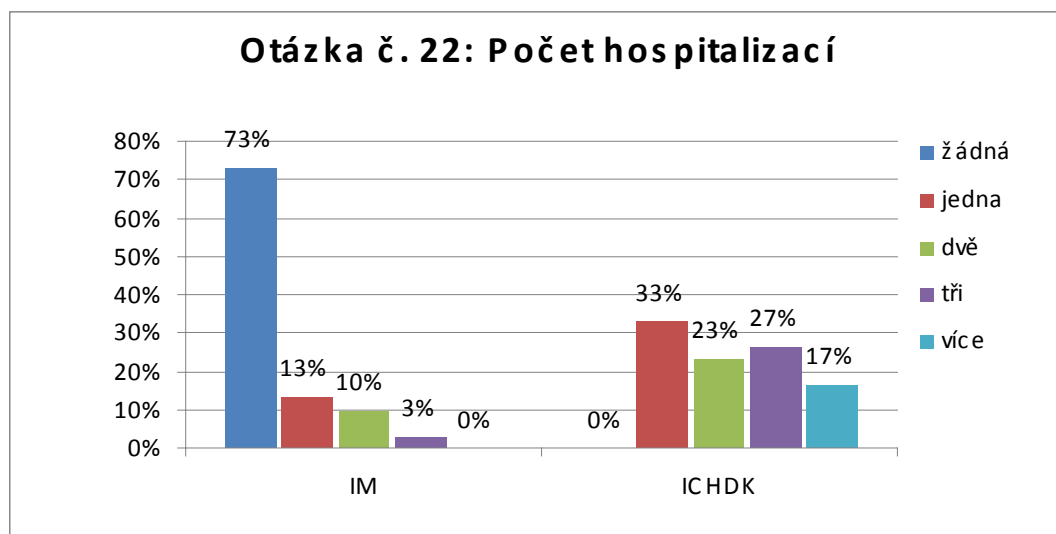
Otázka č. 22

Kolikrát jste byl(a) hospitalizovaný(á) v nemocnici z důvodu bolesti dolních končetin? ani jednou dvakrát vícekrát
 jednou třikrát

Tabulka č. 23 - Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ani jednou	22	73 %	0	0 %
jednou	4	13 %	10	33 %
dvakrát	3	10 %	7	23 %
třikrát	1	3 %	8	27 %
vícekrát	0	0 %	5	17 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 23 – Počet hospitalizací



IM

Z celkového počtu 30 respondentů byl 1 (3 %) hospitalizovaný z důvodu bolesti DK třikrát, 3 respondenti (10 %) dvakrát, 4 respondenti (13 %) jednou a ani jednou 22 respondentů (73 %).

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů bylo 5 (17 %) hospitalizováno z důvodu bolesti DK vícekrát, 7 respondentů (23 %) dvakrát, 8 respondentů (27 %) třikrát a 10 respondentů (33 %) jednou.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že kvalitu života neovlivňuje rozdílně hospitalizace s IM nebo s ICHDK.

Chi – kvadr. 0,35 $p = 0,06307$ hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Závěr: Hypotéza se potvrdila, nebyl zaznamenán rozdíl mezi vlivem hospitalizace pro IM a hospitalizace pro ICHDK na kvalitu života, nicméně p hodnota je velmi blízká stanovené hladině významnosti, lze tedy předpokládat, že u většího souboru by byl potvrzen rozdíl mezi hospitalizací pro IM a ICHDK.

Otázka č. 23

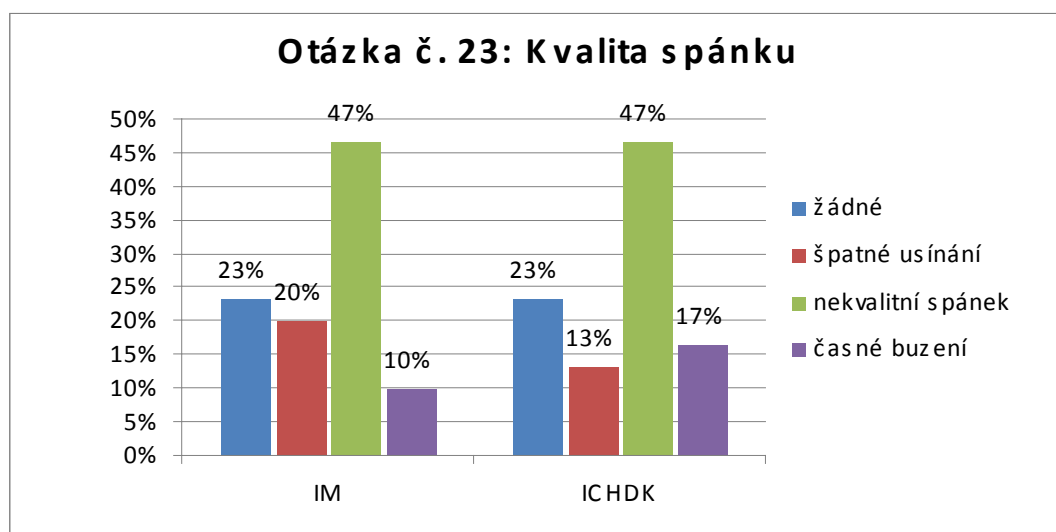
Jak ovlivnilo Vaše onemocnění kvalitu spánku?

- neovlivnilo nekvalitní spánek, často se budím
- problémy s usínáním brzy se budím

Tabulka č. 24 - Kvalita spánku

Kvalita spánku	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
neovlivněna	7	23 %	7	23 %
špatné usínání	6	20 %	4	13 %
časté buzení	14	47 %	14	47 %
brzké buzení	3	10 %	5	17 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 24 – Kvalita spánku



IM

Z celkového počtu 30 respondentů mají 3 dotázaní (10 %) problémy s brzkým buzením, 6 respondentů (20 %) špatně usíná, 7 dotázaných (23 %) nevedlo žádné problémy s kvalitou spánku a 14 dotázaných (47 %) mají nekvalitní spánek.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů mají 4 dotázaní (13 %) problémy s usínáním, 5 dotázaných (17 %) se brzy budí, 7 dotázaných (23 %) nemají problémy se spánkem a 14 dotázaných (47 %) mají také nekvalitní spánek.

Otázka č. 24

Vedlo Vaše onemocnění ke vzniku nějakých defektů, změn na kůži?

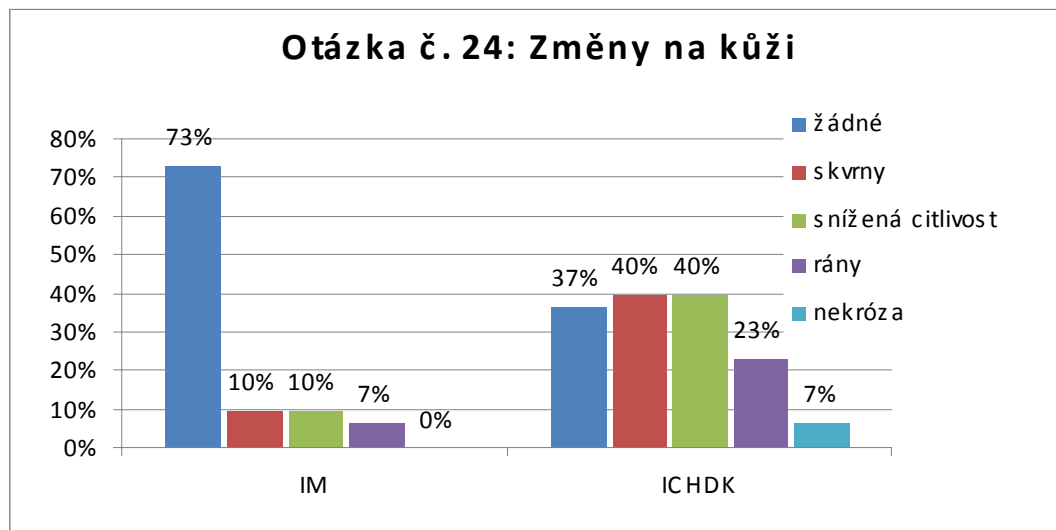
(Možno označit více odpovědí)

- ne
- otevřené rány na dolních končetinách
- tmavé skvrny na bérkách
- černé zbarvení prstů na končetinách
- snížená citlivost na dolních končetinách

Tabulka č. 25 - Změny na kůži

Změny na DK	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
žádné	22	73 %	11	37 %
skvrny	3	10 %	12	40 %
nižší citlivost	3	10 %	12	40 %
rány	2	7 %	7	23 %
nekróza	0	0 %	2	7 %

Graf č. 25 – Změny na kůži



IM

Z celkového počtu 30 respondentů mají 2 dotázaní (7 %) otevřené rány na dolních končetinách, 3 dotázaní (10 %) mají tmavé skvrny na bérkách, další 3 (10 %) mají sníženou citlivost na dolních končetinách a 22 dotázaných (73 %) nemá žádné defekty nebo změny na kůži.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů mají 2 dotázaní (7 %) nekrózu na DK, 7 dotázaných (23 %) má otevřené rány na dolních končetinách, 11 respondentů (37 %) nemá žádné změny či defekty na kůži, 12 respondentů (40 %) má tmavé skvrny na bérkách a dalších 12 respondentů (40 %) má sníženou citlivost na dolních končetinách.

Otázka č. 25

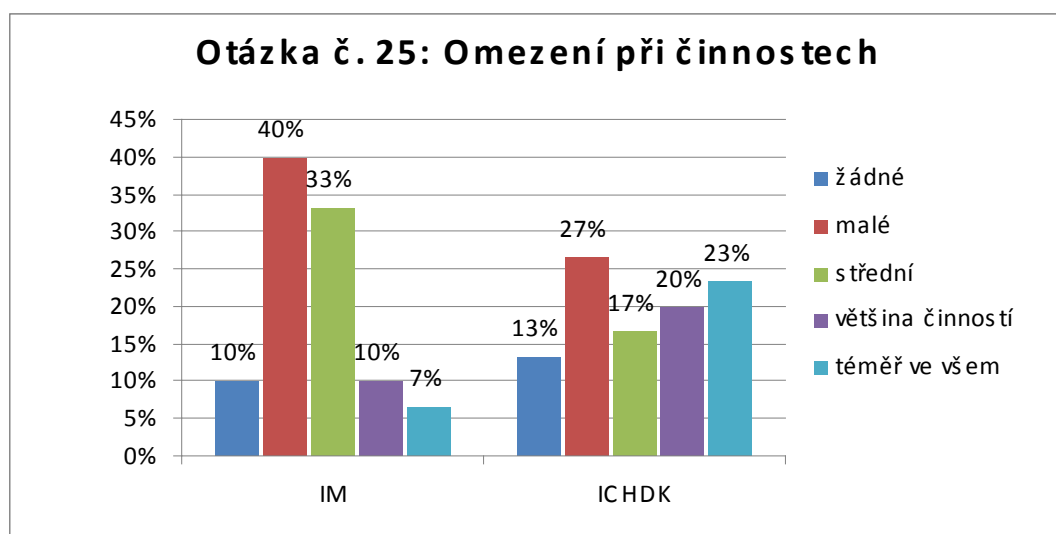
Do jaké míry Vás omezuje Vaše onemocnění v běžných každodenních činnostech?

- téměř vůbec
- málo
- středně
- ve většině činností
- téměř ve všem

Tabulka č. 26 - Omezení v činnostech

Omezení v činnostech	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
téměř vůbec	3	10 %	4	13 %
malé	12	40 %	8	27 %
střední	10	33 %	5	17 %
většinové	3	10 %	6	20 %
téměř ve všem	2	7 %	7	23 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 26 – Omezení v činnostech



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedli omezení téměř ve všech činnostech 2 respondenti (7 %), 3 respondenti (10 %) nepocítují omezení téměř vůbec, další 3 respondenti (10 %) cítí omezení ve většině činností, 10 respondentů (33 %) omezuje onemocnění středně a 12 respondentů (40 %) omezuje málo.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů nepocítují omezení v činnostech téměř vůbec 4 respondenti (13 %), 5 respondentů (17 %) uvedlo střední omezení, 6 respondentů (20 %) omezení ve většině činností, 7 respondentů (23 %) omezení téměř ve všech činnostech a 8 respondentů (27 %) jen malé omezení.

Otázka č. 26

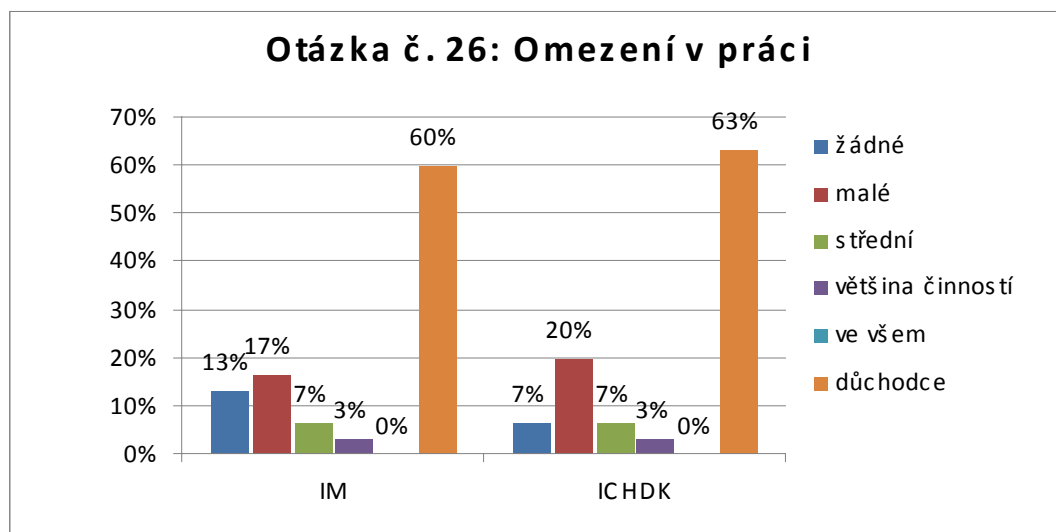
Omezuje Vás Vaše onemocnění ve Vašem profesním životě? Nakolik?

- svou profesi zvládám bez potíží
- zvládám většinu činností ve své profesi
- zvládám svou profesi středně
- zvládám svou profesi jen částečně
- nemohu svou profesi vykonávat
- do práce již nechodím

Tabulka č. 27 - Omezení v práci

Omezení v práci	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
žádné	4	13 %	2	7 %
malé	5	17 %	6	20 %
střední	2	7 %	2	7 %
většina činností	1	3 %	1	3 %
ve všem	0	0 %	0	0 %
důchodce	18	60 %	19	63 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 27 – Omezení v práci



IM

Z celkového počtu 30 respondentů odpověděl 1 dotázaný (3 %), že zvládá svou profesi jen částečně, 2 respondenti (7 %) zvládají svou profesi středně, 4 respondenti (13 %) zvládají práci bez potíží, 5 respondentů (17 %) zvládá většinu činností ve své profesi a 18 respondentů (60 %) již do práce nechodí.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů také 1 dotázaný (3 %) zvládá svou profesi jen částečně, 2 dotázaní (7 %) zvládá profesi středně, další 2 dotázaní (7 %) nemají problémy, 6 dotázaných (20 %) zvládá většinu činností ve své profesi a 19 dotázaných (63 %) již do práce nechodí.

Otázka č. 27

Které volnočasové aktivity nemůžete z důvodu svého onemocnění vykonávat?

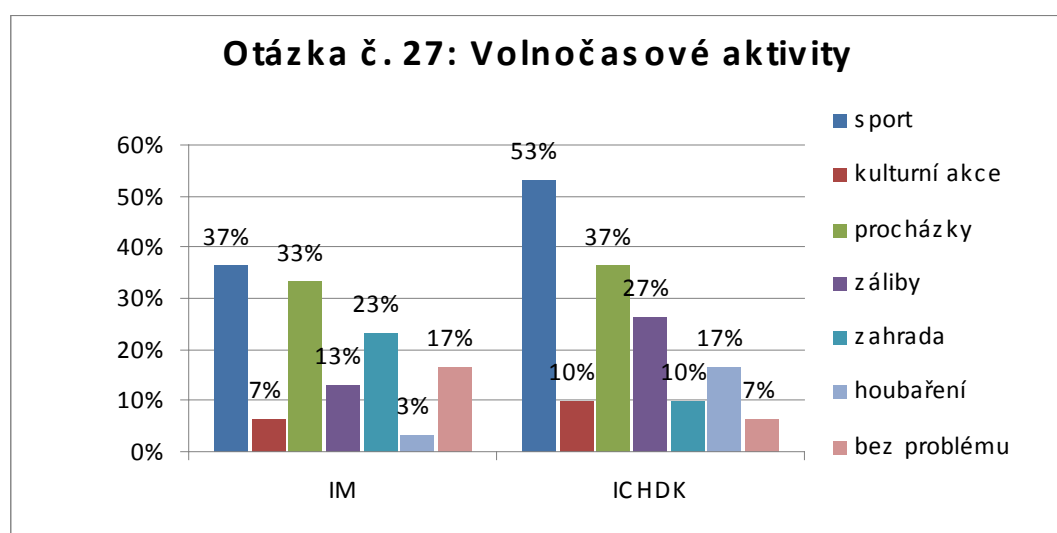
(Možno označit více odpovědí)

- sport
- práce na zahradě
- návštěva kulturních akcí
- houbaření
- procházky
- nemám problém
- dřívější záliby

Tabulka č. 28 - Volnočasové aktivity

Volnočasové aktivity	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
sport	11	37 %	16	53 %
kultura	2	7 %	3	10 %
procházky	10	33 %	11	37 %
záliby	4	13 %	8	27 %
zahrada	7	23 %	3	10 %
houbaření	1	3 %	5	17 %
bez problému	5	17 %	2	7 %

Graf č. 28 – Volnočasové aktivity



IM

Z celkového počtu 30 respondentů uvedl 1 dotázaný (3 %), že nemůže chodit na houby, 2 respondenti (7 %) nemohou chodit na kulturní akce, 4 respondenti (13 %) nemohou vykonávat dřívější záliby, 5 respondentů (17 %) je bez problémů, 7

respondentů (23 %) nemůže pracovat na zahradě, 10 respondentů (33 %) nemůže chodit na procházky a 11 respondentů (37 %) nemůže sportovat.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů 2 dotázaní (7 %) jsou bez problémů, 3 dotázaní (10 %) nemohou pracovat na zahradě, další 3 dotázaní (10 %) nemohou chodit na kulturní akce, 5 dotázaných (17 %) nemůže chodit na houby, 8 respondentů nemůže vykonávat dřívější záliby, 11 respondentů (37 %) nemůže chodit na procházky a 16 respondentů (53 %) nemůže z důvodu svého onemocnění sportovat.

Otázka č. 28

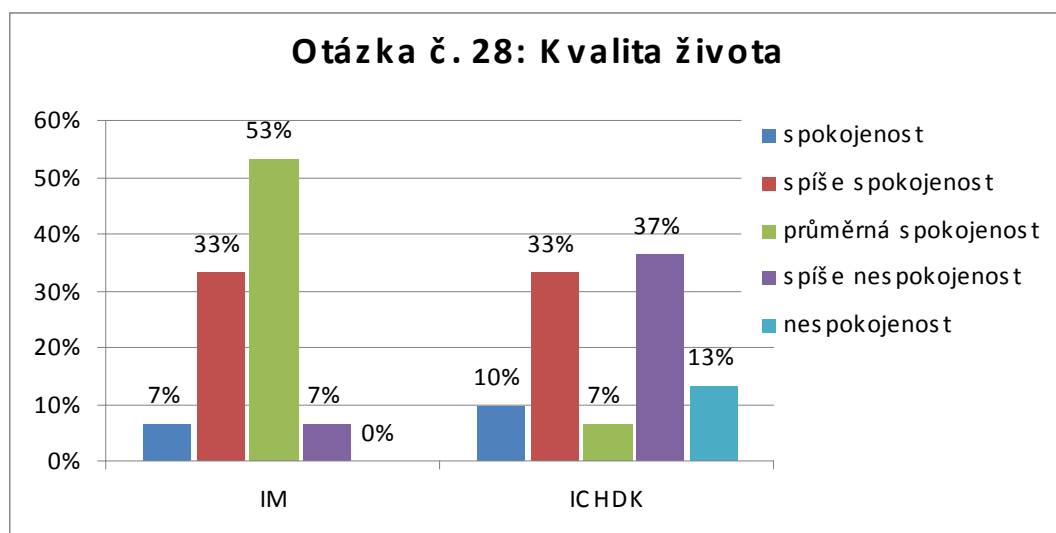
Jak jste spokojen(a) s kvalitou svého života?

- jsem naprosto spokojen(a) jsem spíše nespokojen(a)
- jsem spíše spokojen(a) jsem naprosto nespokojen(a)
- spokojenost a nespokojenost je napůl

Tabulka č. 29 - Kvalita života

Kvalita života	IM		ICHDK	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
spokojenost	2	7 %	3	10 %
spíše spokojenost	10	33 %	10	33 %
poloviční spokojenost	16	53 %	2	7 %
spíše nespokojenost	2	7 %	11	37 %
naprostá nespokojenost	0	0 %	4	13 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 29 – Kvalita života



IM

Z celkového počtu 30 respondentů jsou 2 (7 %) spokojeni s kvalitou svého života, další 2 (7 %) jsou spíše nespokojeni, 10 respondentů (33 %) je spíše spokojeno a 16 respondentů (53 %) jsou s kvalitou svého života spokojeni napůl.

ICHDK

Z celkového počtu 30 respondentů jsou spokojeni s kvalitou svého života napůl 2 respondenti (7 %), 3 respondenti (10 %) jsou spokojeni, 4 respondenti (13 %) jsou naprosto nespokojeni, 10 respondentů (33 %) je spíše spokojeno a 11 respondentů (37 %) je spíše nespokojeno.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že IM a ICHDK ovlivňuje rozdílně kvalitu života.

Chi – kvadr. 0,74 $p = 0,38943$ hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Závěr: Hypotéza se nepotvrdila, nebyl prokázán rozdíl mezi ovlivněním kvality života u nemocných s IM nebo ICHDK.

DISKUZE

V této kapitole interpretuji výsledky výzkumu kvality života u nemocných s ischemickou chorobou. Jako zástupce ischemické choroby jsem si vybrala infarkt myokardu a ischemickou chorobu dolních končetin. Dotazníky vyplňovali pacienti s chronickým onemocněním dolních končetin a pacienti po prodělaném infarktu myokardu, kteří byli hospitalizováni na Kardiologické klinice FNKV v období od února do března 2010. Z výzkumu jsem vyloučila pacienty s akutním onemocněním. Současně jsem se zaměřila na porovnání zastoupení rizikových faktorů a socioekonomických ukazatelů u těchto pacientů.

Výzkumu se účastnilo celkem 60 pacientů, polovinu dotazníků dostali pacienti po IM, druhou polovinu pacienti s ICHDK. Z 30 pacientů po IM bylo 18 žen a 12 mužů, z dalších 30 pacientů s ICHDK bylo 14 žen a 16 mužů (tabulka a graf č. 1).

Průměrný věk respondentů po IM byl 60 let, kdy nejmladšímu respondentovi bylo 30 let a nejstaršímu bylo 85 let. Průměrný věk respondentů s ICHDK byl 62 let, kdy nejmladšímu bylo 33 let a nejstaršímu bylo 87 let (tabulka a graf č. 2). Z praxe vím, že přibývá stále víc starších pacientů. Není výjimka, když do nemocnice přijímáme devadesáti a víceleté pacienty, kdy někteří jsou úžasně vitální a optimističtí.

Průměrná hmotnost a výška mi sloužila pro výpočet průměrného indexu BMI (viz příloha č. 4). Nikdo z dotázaných nebyl podvyživený, další hodnoty jsou celkem vyrovnané. Celkem 19 pacientů po IM (63 %), trpělo nadváhou nebo obezitou a 18 pacientů s ICHDK (60 %), také mělo nadváhu či obezitu. Z toho vyplývá, že obezita a nadváha má téměř stejný vliv na vznik obou nemocí. Ostatních 11 respondentů po IM (37 %) mělo váhu normální a 12 respondentů s ICHDK (40 %) také uváděli normální váhu (tabulka a graf č. 3, 4, 5).

V otázce vzdělání jsem zjistila, že ve vzorku dotázaných pacientů po IM byla většina respondentů (57 %) se středoškolským vzděláním a u pacientů s ICHDK bylo 53 % respondentů také se středoškolským vzděláním.

Další otázkou jsem se snažila zjistit, zda výskyt závažných chorob u rodičů (cukrovka, hypertenze, ICHS, CMP, embolie) má vliv na vznik aterosklerózy u respondentů. U pacientů po IM jsem zjistila přítomnost hypertenze u rodičů v 53 %, ICHS ve 43 %, CMP ve 40 % a cukrovky ve 20 %. Embolie byla zastoupena jen ve 3 %.

Z výsledku kontingenční tabulky vyplynulo, že nejvíce (53 %) rodičů respondentů trpělo nebo trpí hypertenzí buď jako samostatnou nemocí, nebo je hypertenze spojená s jinými nemocemi, jako například CMP, cukrovka a ICHS. Podle mého názoru je z toho patrné, že přítomnost hypertenze u rodičů respondentů po IM je významný rizikový faktor.

Pacienti s ICHDK měli tyto nemoci zastoupeny takto: CMP: 47 %, hypertenze: 40 %, ICHS: 37 % a cukrovka: 30 %. Z těchto výsledků je patrný malý rozdíl mezi pacienty po IM a pacienty s ICHDK. Pacienti po IM měli o 13 % větší zastoupení hypertenze u rodičů než pacienti s ICHDK. Ostatní hodnoty jsou téměř vyrovnané. Také u této skupiny pacientů jsem zjišťovala, která onemocnění budou mít největší zastoupení. Z výsledků vyplynulo, že 37 % rodičů respondentů s ICHDK nejvíce trpělo nebo trpí opět hypertenzí, ve velké většině ve spojení s jiným onemocněním, jako například DM, CMP atd.

Současně jsem vytvořila dvě hypotézy:

1. Domnívám se, že hypertenze u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

2. Domnívám se, že výskyt diabetes mellitus u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Obě hypotézy se potvrdily, hypertenze ($p = 0,30063$) i diabetes mellitus ($p = 0,37110$) při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ znamená přibližně stejné riziko pro vznik IM i ICHDK (příloha č. 8).

Z celkového počtu 30 respondentů po IM bylo 60 % důchodců a 40 % pracujících. U 30 pacientů s ICHDK byly počty podobné. Důchodců bylo 63 % a pracujících bylo 37 %. Pracující respondenti dále vyplňovali otázky týkající se psychické a fyzické náročnosti zaměstnání. Velkou psychickou zátěž v zaměstnání nejvíce uváděli jak pacienti po IM (58 %), tak pacienti s ICHDK (45 %). Co se týká fyzické náročnosti, jsou získané hodnoty u pacientů po IM a s ICHDK vyrovnané. V průměru 50 % respondentů obou skupin udávalo střední fyzickou zátěž v zaměstnání (tabulky a grafy č. 8, 9, 10).

Zjišťovala jsem, jakou fyzickou zátěž zvládnou respondenti po IM a s ICHDK. Z pacientů po IM si nikdo netroufnul na horskou turistiku, ostatní zátěže (malá námaha, pomalá chůze, svižná chůze, schody) jsou téměř rovnoměrně zastoupeny (tabulka a graf č. 11). Z praxe vím, že velmi záleží na odolnosti a vitalitě každého jedince. Jsou devadesátiletí mladíci, ale i padesátiletí starci. Podle toho potom probíhá samotná léčba a rekonvalescence.

Dalšími otázkami jsem zjišťovala přítomnost bolestí v posledních čtyřech týdnech, lokalizaci a okolnosti vzniku bolestí. Pacienti po IM i pacienti s ICHDK uvedli, že měli silné bolesti v nejvíce případech, po IM 43 % pacientů a s ICHDK 33 % pacientů. Střední intenzitu bolesti mělo 30 % pacientů z obou skupin. Porovnáním vyplynulo, že bolestmi trpěly obě skupiny pacientů téměř stejně. Současně jsem zjišťovala lokalizaci bolestí. Podle očekávání byly bolesti u pacientů po IM lokalizovány především na hrudníku (63 %) a pacienti s ICHDK měli hlavně bolesti prstů DK (47 %), dále pak bolesti lýtky (30 %) a stehna (23 %). Zajímavé bylo porovnání okolností vzniku bolestí. U pacientů po IM byl na prvním místě stres (47 %), dále pak následovala námaha (27 %), v klidu vznikly bolesti u 4 pacientů (13 %) a pouze 1 pacient (3 %) uvedl těžkou práci jako okolnost vzniku bolesti. U pacientů s ICHDK na rozdíl od pacientů po IM byl stres až na posledním místě, nejvíce respondentů (37 %) uvedlo jako okolnost vzniku bolesti námahu a těžkou práci. V klidu vznikly bolesti stejně jako u pacientů po IM ve 13 % případů (tabulky a grafy č. 12, 13a, 13b).

Dále mě zajímalo jaké omezení mají pacienti v souvislosti s bolestmi, ať už v zaměstnání nebo doma. Obě skupiny pacientů cítilo omezení ve většině činností. (tabulka a graf č. 14).

Z výsledků vyplynulo, že u obou skupin pacientů se vyskytují další závažné choroby. Jako zástupce těchto chorob jsem si vybrala hypertenzi a ICHS. Při sečtení relativních četností vyšlo, že nejvíce respondentů obou skupin mělo ICHS (96 %) a hypertenzi (80 %). Z toho je dle mého názoru patrné, že ateroskleróza má vliv na rozvoj těchto onemocnění i v souvislosti s výskytem cukrovky (tabulka a graf č. 15).

Dodržovat pitný režim je podle mého názoru velmi důležité, proto jsem zjišťovala, jak na tom jsou pacienti po IM a s ICHDK. U pacientů po IM jsem došla k názoru, že jen třetina respondentů má dobrý příjem tekutin za den (2 litry a více). Další dvě třetiny pijí méně, 1 až 1,5 litru tekutin za den. Ve skupině pacientů s ICHDK je stav příjmu tekutin lepší. 57 % dotázaných pije 1,5 litru tekutin za den a 37 % dotázaných pije 2 litry tekutin a více za den (tabulka a graf č. 16).

Ze zkušeností vím, že ke konzumaci alkoholu se přiznává jen část lidí. Také se často stává, že zmenšují množství vypitého alkoholu. Proto mě zajímalo, jak na tom byli tito respondenti. Z celkového počtu 30 respondentů po IM konzumuje alkohol 63 % dotázaných a ze skupiny 30 pacientů s ICHDK konzumuje alkohol 67 % dotázaných. V obou skupinách panuje shoda v množství vypitého alkoholu za den. 68 % pacientů po IM a 85 % pacientů s ICHDK konzumuje jen malé množství alkoholu za den. Malé

množství znamená buď 2 dcl vína nebo 0,5 litru piva nebo malý panák za den. 21 % pacientů po IM pije střední množství (4 dcl vína nebo 1 litr piva nebo velký panák) za den a 11 % pije větší množství alkoholu za den. 10 % pacientů s ICHDK se přiznalo ke konzumaci většího množství alkoholu za den a jen 5 % ke střednímu množství alkoholu za den (tabulky a grafy č. 17, 18).

Z celkového počtu 30 respondentů po IM kouří 53 % dotázaných a z téhož počtu respondentů s ICHDK kouří 73 % dotázaných. Naprostá většina respondentů kouří již od mládí. Celkem 88 % pacientů po IM a 82 % pacientů s ICHDK kouří od mládí. Zbytek respondentů kouří posledních 5 – 15 let. 56 % pacientů po IM se přiznalo k množství vykouřených cigaret od 10 – 19 za den. Velmi podobně to vyšlo i u pacientů s ICHDK (59 %). Do 10 cigaret za den se přiznalo 31 % pacientů po IM a 27 % pacientů s ICHDK. Ostatní kouřící respondenti kouří do 40 cigaret za den, ale je to malé procento (tabulky a grafy č. 19, 20, 21). Bohužel z praxe vím, že pacientů – kuřáků stále přibývá.

Vytvořila jsem hypotézu:

Domnívám se, že kouření neznámá rozdílně silný rizikový faktor pro vznik IM a ICHDK.

Hypotéza se potvrdila ($p = 0,09097$, hladina významnosti $\alpha = 0,05$). Kouření vede přibližně stejnou měrou k rozvoji IM a ICHDK (příloha č. 8).

Kvalita života se odvíjí také od psychického stavu. Proto jsem se zaměřila na zmapování, jak nemoc působí na psychiku nemocného. Výsledky šetření u pacientů po IM a s ICHDK jsou velmi vyrovnané (tabulka a graf č. 22).

Vytvořila jsem hypotézu:

Domnívám se, že neexistuje rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch u pacientů s IM nebo s ICHDK.

Hypotéza se potvrdila ($p = 0,31820$, hladina významnosti $\alpha = 0,05$). V daném souboru nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch s IM nebo s ICHDK (příloha č. 8).

Tyto dvě onemocnění spolu úzce souvisí, proto mě zajímalo, kolikrát bylo všech 60 respondentů hospitalizováno z důvodu bolestí DK. Pacienti s ICHDK byli o 56 % častěji hospitalizováni z důvodu bolesti dolních končetin než pacienti po IM (tabulka a graf č. 23).

Vytvořila jsem hypotézu:

Domnívám se, že kvalitu života neovlivňuje rozdílně hospitalizace s IM nebo s ICHDK.

Hypotéza se potvrdila, nebyl zaznamenán rozdíl mezi vlivem hospitalizace pro IM a hospitalizace pro ICHDK na kvalitu života, nicméně p hodnota ($p = 0,06307$) je velmi blízká stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$, lze tedy předpokládat, že u většího souboru by byl potvrzen rozdíl mezi hospitalizací pro IM a ICHDK (příloha č. 8).

Kvalitní a nerušený spánek je také podmínkou dobré kvality života. Člověk, který se nevyspí a neodpočine mívá obvykle poruchy nálad, je unavený a méně výkonný. Zjišťovala jsem, jak které onemocnění má vliv na kvalitu spánku. Podle výsledků jsem došla k závěru, že obě onemocnění ovlivňují kvalitu spánku téměř stejně. Nejvíce (47 %) respondentů obou skupin se často v noci budí. (tabulka a graf č. 24).

Ischemické onemocnění může vést ke změnám na kůži u pacientů. Změny mohou být různé, od snížené citlivosti až po nekrózu. Většina pacientů po IM neměla žádné změny na kůži, na rozdíl od pacientů s ICHDK, kdy mělo 19 respondentů různé problémy (tabulka a graf č. 25).

Dále jsem zjišťovala, do jaké míry omezuje onemocnění pacienty v běžných každodenních činnostech. Většina respondentů obou skupin pocítovala malé omezení ve všech činnostech. Byl patrný rozdíl mezi skupinami nemocných a to by mohlo být dáno charakterem onemocnění, kdy bolest u AIM trvá kratší dobu a pokud je dobře zaléčen, nemusí se opakovat a pacient je v pořádku. Zato ICHDK se obvykle projevuje postupným zvětšováním bolesti, které člověka nutí k omezení činností (tabulka a graf č. 26).

Z důvodu svého onemocnění někteří pacienti mají problémy v profesním životě. Mého výzkumu se účastnilo 60 % pacientů po IM, kteří již nechodí do práce. Ostatní pacienti uváděli omezení malé a střední a 13 % pacientů nemělo žádné omezení. Pacientů s ICHDK, kteří již nepracují bylo 63 %. Malé omezení v práci uvedlo 20 % dotázaných, ostatní měli střední omezení a ve většině činností. Jen 7 % respondentů nemělo žádné omezení (tabulka a graf č. 27).

Pacienti také nemohou vykonávat různé volnočasové aktivity. Pacientům po IM i s ICHDK nejvíce vadí, že například nemohou sportovat, chodit na procházky a věnovat se svým zálibám (tabulka a graf č. 28).

Na závěr dotazníku jsem se zeptala, jak jsou sami pacienti spokojeni s kvalitou svého života. Při porovnání jsem zjistila, že pacienti po IM jsou výrazně spokojenější s kvalitou svého života než pacienti s ICHDK, kteří jsou spíše nespokojeni (tabulka a graf č. 29). Zřejmě je to dáno průběhem, přítomností bolestí, dobou léčení a rekonvalescence daného onemocnění.

Vytvořila jsem hypotézu:

Domnívám se, že IM a ICHDK ovlivňuje rozdílně kvalitu života.

Tato hypotéza se nepotvrdila, IM a ICHDK ovlivňují kvalitu života přibližně stejně ($p = 0,38943$, hladina významnosti $\alpha = 0,05$) (příloha č. 8).

Kvalitou života u pacientů s ICHDK léčených endovaskulární intervencí pomocí PTA se zabývala studie pod vedením L. Slováčka, B. Slováčkové, V. Chovance, M. Kašíkové, P. Vackové, J. Raupacha, L. Vodičkové, M. Blažka, L. Jebavého a M. Horáčka. Studie byla prováděna ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výsledkem této studie je poznatek, že kvalita života u pacientů s ICHDK je na nízké úrovni a intervenční výkon pomocí PTA významně zlepšuje kvalitu života.

ZÁVĚR

Tato práce je věnována kvalitě života u pacientů s ischemickou chorobou. Jako zástupce ischemické choroby jsem si vybrala pacienty po prodělaném infarktu myokardu a pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin. Jednalo se o pacienty s chronickým onemocněním, pacienty v akutním stádiu nemoci jsem z výzkumu vyloučila.

Teoretické informace jsem čerpala s odborné literatury a z internetových zdrojů.

V empirické části byl použit originální dotazník, který jsem konzultovala s vedoucí práce PhDr. Bažantovou. Respondenti hodnotili podle svých subjektivních pocitů kvalitu svého života a současně jsem zjišťovala, jaké je zastoupení rizikových faktorů a socioekonomických ukazatelů u pacientů hospitalizovaných na Kardiologické klinice FNKV. Výzkumu se účastnili muži i ženy v různých věkových kategoriích. Nejvíce respondentů bylo již v důchodovém věku, a to v obou skupinách. V práci jsem se snažila zmapovat rizikové faktory ovlivňující ischemickou chorobu (dílčí cíl č. 1, hypotézy). Mezi známé rizikové faktory patří nadváha, kouření, alkohol, stres a dědičné vlivy. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů obou skupin měla nadváhu či obezitu, kouřili a konzumovali alkohol. Co se týká kouření, z dotazníků vyplývá, že nejvíce respondentů kouří do 20 cigaret za den. Je otázkou, jak pravdivě dotazníky vyplňovali. Ze zkušenosti vím, že pacienti popírají větší množství cigaret, chodí kouřit tajně a myslí si, že ostatní to nepoznají. U konzumace alkoholu je také známé popírání či zmenšování množství. Dědičné vlivy jsou zcela určitě velmi významný rizikový faktor. Podle zjištění většina respondentů měla velkou rodinnou zátěž, ale podle výsledků hypotéz se nepotvrdil rozdílný vliv některých onemocnění na vznik IM nebo ICHDK.

Obě tato onemocnění ovlivňují kvalitu života, proto jsem porovnávala kvalitu života pacientů po IM a s ICHDK. To byl hlavní cíl této práce. Z porovnání vyplynulo, že s kvalitou života je třetina respondentů obou skupin spíše spokojeno, ale naprostou nespokojenost vyjádřili jen pacienti s ICHDK. Zřejmě záleží, jak onemocnění na respondenty působí, jak dlouho trvají bolesti, jak nemoc dlouho trvá, atd. (dílčí cíl č. 2). Záleží na jedinci, jak je schopen se s danou nemocí vyrovnat. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že většina pacientů pociťuje omezení při běžných všedních činnostech. Toto omezení vzniklo buď důsledkem vlastního onemocnění, nebo z důvodu přítomnosti bolestí. Dalším důvodem omezení může být strach z recidivy onemocnění, a tak se

někteří pacienti nadměrně šetří. Velmi záleží na psychické odolnosti jedince, jak se s nemocí dokáže „poprat“. V dílčím cíli č. 3 jsem zjišťovala, jak onemocnění ovlivňuje psychiku nemocného. Zjistila jsem, že obě onemocnění ovlivňují psychiku velmi podobně.

Kvalitu života ovlivňuje zajisté i kvalita spánku a s tím souvisí i dostatek odpočinku. Z výzkumu vyplynulo, že spánek a odpočinek ovlivňují obě choroby velmi podobně.

Oběma skupinám respondentů hlavně vadí, že nemohou sportovat, chodit na procházky a věnovat se svým zálibám s koníčkům. To je velmi omezující hlavně pro aktivně žijící lidi. Tady velmi záleží na rodině, jaký postoj k nemocnému zaujme. Samozřejmě je nutné nemocnému pomoci, když to potřebuje, ale nesmí se to přehánět. Na druhé straně nesmí nemocný pomoci zneužívat. Za velmi přínosné vidím zavedení domácí péče u pacientů, kteří ji potřebují. Často jsou nemocní starší lidé, špatně pohybliví, inkontinentní, mající různé defekty na těle a tito pacienti potřebují odbornou pomoc při zvládání zdravotních úkonů (převazy, RHB...). Pokud tito pacienti mají rodinu, která je schopná se o ně postarat, je vyhráno. Pomoci může zdravotní domácí péče nebo pečovatelská služba, ale ze zkušeností vím, že hodně pacientů si nechce pouštět do bytu cizí lidi, pokud to není nezbytně nutné.

Ze subjektivního hodnocení pacienty vyšlo najevo, že pacienti po IM jsou většinou spokojeni s kvalitou života a pacienti s ICHDK jsou spíše nespokojeni. Může to být způsobeno tím, že bolest a omezení po IM obvykle zmizí, ale u ICHDK přetrvávají bolesti i různá omezení déle.

Návrhy řešení

- Zaměřit se na osvětu, která zakazuje kouření a která podporuje zdravý životní styl, například ve velkých podnicích
- Podporovat rozvoj agentur domácí péče k zajištění efektivní péče o nemocného, aby hospitalizace byla jen v nejnútnejším případě
- Zlepšit osvětu mezi veřejností o možnostech poskytování domácí péče agenturami
- Zlepšit síť sociálních služeb a zlepšit jejich dostupnost pomocí lepší informovanosti veřejnosti (internet, TV...)
- Zapojovat více rodiny do péče o nemocné

Doporučení by bylo určitě daleko více, ale uvedla jsem podle mého názoru ty nejdůležitější, aby nemocný člověk žil co nejkvalitnějším způsobem.

ANOTACE

- Autor:** Jitka Hanzlová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Kvalita života u pacientů s ischemickou chorobou
- Vedoucí práce:** PhDr. Mariana Bažantová Ph.D., MUDr. Tomáš Indruch
- Počet stran:** 108
- Počet příloh:** 12
- Rok obhajoby:** 2010
- Klíčová slova:** ischemická choroba dolních končetin, infarkt myokardu, rizikové faktory, vyšetřovací a léčebné metody, kvalita života
- Keywords:** peripheral arterial occlusive disease, risk factors, investigative and therapeutical methods, quality of life

Bakalářská práce pojednává o rozdílech kvality života u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a u pacientů po infarktu myokardu. Současně má zhodnotit, jaké je zastoupení rizikových faktorů a socioekonomických ukazatelů u pacientů hospitalizovaných na Kardiologické klinice FNKV.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a empirickou. V první části je popsána anatomie tepen, jejich fyziologie a patofyziologie, rizikové faktory, vyšetřovací a léčebné metody, dále ošetrovatelská péče o pacienty, jejich příprava na vyšetření a péče o pacienty při a po invazivních výkonech. Druhá část obsahuje dotazníkové šetření zaměřené na zjištění kvality života a zastoupení rizikových faktorů při vzniku onemocnění.

This bachelor's thesis deals with the differences in quality of life in patients with peripheral arterial occlusive disease in patients after myocardial infarction. At the same time to assess what is the representation of risk factors and socioeconomic indicators for

patients hospitalized at the Cardiology Clinic of the Vinohrady Teaching Hospital.

The work is divided into two parts, theoretical and empirical. The first part describes the anatomy of the arteries, their physiology and pathophysiology, risk factors, diagnosis and treatment methods, the nursing care of patients and their preparation for examinations and care for patients during these examinations and recovering from invasive surgery . The second part includes a questionnaire aimed at finding the quality of life and the representation of risk factors for the disease.

Seznam použité literatury

1. BULVAS, M. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu ICHDK*. [online]. [cit. 4.4.2010]
URL:<<http://www.angiologie.cz/odborne-informace.html>>
2. BULVAS, M., INDRUCH, T., ROHÁČ, F., SOMMEROVÁ, Z. *Intervenční léčba ischémie dolních končetin*. [online]. [cit. 4.4.2010]
URL:<<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/intervencni-lecbaischemie-dolnich-koncetin-448923>>
3. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ J. *WHOQOL-BREF . WHOQO -100*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 2006. 92s. ISBN 80-85121-82-4
4. FEJFAR, Z., PŘEROVSKÝ, I. *Klinická fyziologie krevního oběhu*. 3. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002.361s. ISBN 80-7262-130-0
5. CHEITLIN, M., SOKOLOW, M., MCLLROY, M., *Klinická kardiologie*. 6. vyd. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2005. 847s. ISBN 80-7319-005-2
6. KARETOVÁ, D., STANĚK, F. a kol. *Angiologie pro praxi*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 400s. ISBN 80-7345-001-4
7. KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén, 1999. 949s.
ISBN 80-7262-007-X
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Bolesti nohou*. Praha: Makropulos, 1997. 80s.
ISBN 80-86003-04-3
9. KOVÁČ, D. *Kultivace integrované osobnosti*. Psychologie dnes. ISSN 1212 – 9607.
2004. roč.9, č. 2, s. 12-14
10. KRAJINA, A., PEREGRIN, J. a kol. *Intervenční radiologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2005. 836s. ISBN 80-86703-08-8
11. MIOVSKÁ, L. *Dotazník SF-36*. [online]. [cit. 10.2.2010]. 2008. URL:
<<http://www.adiktologie.cz/articles/165/1366/Dotaznik-SF-36.html>>
12. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 629s.
ISBN 80-7254-657-0
13. PETR, P., PODLIPNÁ, K., FEREBAUEROVÁ, M., POKORNÁ, J., KALOVÁ, H., SOUKUPOVÁ, A., VONDROUŠ, P. *Hodnocení kvality života jako nástroj pro posouzení účinnosti léčebných intervencí u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin*. Kontakt. ISSN 1212-4117. 2003. roč. 5, č. 1, s. 25-33
14. Pospíšilová, A. *Bércový vřed a kvalita Vašeho života*. [online]. [cit. 20.3.2010]

URL: <http://www.zilniporadna.cz/bercove-vredy/bercovy-vred-kvalita-vaseho-zivota>

15. RAPPLEY, M. *Kvalita v praxi dnes*. [online]. [cit. 6.4.2010]

URL: <http://www.kvalitavpraxi.cz/mark-rapley.html>

16. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., CHOVANEC, V. *Ischemická choroba dolních končetin versus depresivní symptomatika a kvalita života*. Čas. Lék. Čes. ISSN 0008-7335. 2006. roč. 145, č. 10, s. 788-791

17. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., CHOVANEC, V., KAŠLÍKOVÁ, M., VACKOVÁ, P., RAUPACH, J., VODIČKOVÁ, L., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., HORÁČEK, J. *Kvalita života nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin léčených endovaskulární intervencí pomocí perkutánní transluminální angioplastiky*. Intervenční akut. Kardiol. ISSN 1213-807X. 2006. roč. 5, č. 5, s. 207-210

18. STAFFA, R. *Záchrana kriticky ischemické končetiny*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 112s. ISBN 80-247-0957-0

19. WWW stránky, [online]. [cit. 6.4.2010].

URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life

20. WWW stránky, [online]. [cit. 10.4.2010].

URL: <http://sapiens.revues.org/index169.html>

21. WWW stránky, [online]. [cit. 11.4.2010]. URL: <http://www.utoronto.ca/qol>

22. WWW stránky, [online]. [cit. 11.8.2010]. URL: holas.xf.cz/vse/5HP400.doc

Seznam použitých zkratek

a.	arteria
AIM	akutní infarkt myokardu
AST	aspartátaminotransferáza
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
BMI	body mass index
CK	kreatinkináza
CK-MB	izoenzym CK
CMP	cévní mozková příhoda
cm	centimetr
CT	počítačová tomografie
D	dech
dcl	decilitr
DES	drug-eluting stent
dg	diagnóza
DK	dolní končetiny
ECHO	ultrazvuk srdce
EKG	elektrokardiograf
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
h	hodina
HRQL	Health Related Quality of Life
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin

ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
INR	hodnota Quickova testu
kg	kilogram
LD	laktátdehydrogenáza
P	puls
PCI	perkutánní koronární intervence
PTA	perkutánní transluminální angioplastika
R	ramus
RC	ramus circumflexus
RIA	ramus interventricularis anterior
RTG	rentgen
RZS	rychlá záchranná služba
s	strana
SaO ₂	saturace kyslíkem
SKG	selektivní koronarografie
SF-36	Short Form-36
SQUALA	Subjective Quality of Life Analysis
TK	krevní tlak
WHO	Světová organizace zdraví (The World Health Organization)
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>
zjm.	zejména

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1, graf č. 1 – Pohlaví	strana 43
Tabulka č. 2, graf č. 2 – Rozložení věku	strana 44
Tabulka č. 3, graf č. 3 – Hmotnost	strana 46
Tabulka č. 4, graf č. 4 – Výška	strana 47
Tabulka č. 5, graf č. 5 – Rozložení BMI	strana 48
Tabulka č. 6, graf č. 6 – Vzdělání	strana 49
Tabulka č. 7, graf č. 7 – Rodinná zátěž	strana 50
Tabulka č. 8, graf č. 8 – Pracovní zařazení	strana 51
Tabulka č. 9, graf č. 9 – Psychická náročnost zaměstnání	strana 52
Tabulka č. 10, graf č. 10 – Fyzická náročnost zaměstnání	strana 53
Tabulka č. 11, graf č. 11 – Zvládání fyzické zátěže	strana 54
Tabulka č. 12, graf č. 12 – Bolesti v posledním měsíci	strana 56
Tabulka č. 13a, graf č. 13a – Lokalizace bolesti	strana 58
Tabulka č. 13b, graf č. 13b – Okolnosti vzniku bolesti	strana 58
Tabulka č. 14, graf č. 14 – Míra omezení	strana 60
Tabulka č. 15, graf č. 15 – Další zdravotní problémy	strana 61
Tabulka č. 16, graf č. 16 – Množství tekutin za den	strana 62
Tabulka č. 17, graf č. 17 – Konzumace alkoholu	strana 63
Tabulka č. 18, graf č. 18 – Množství alkoholu	strana 64
Tabulka č. 19, graf č. 19 – Kouření	strana 65
Tabulka č. 20, graf č. 20 – Doba kouření	strana 66
Tabulka č. 21, graf č. 21 – Množství cigaret	strana 67
Tabulka č. 22, graf č. 22 – Psychické problémy	strana 68
Tabulka č. 23, graf č. 23 – Počet hospitalizací	strana 69
Tabulka č. 24, graf č. 24 – Kvalita spánku	strana 70
Tabulka č. 25, graf č. 25 – Změny na kůži	strana 71
Tabulka č. 26, graf č. 26 – Omezení v činnostech	strana 73
Tabulka č. 27, graf č. 27 – Omezení v práci	strana 75
Tabulka č. 28, graf č. 28 – Volnočasové aktivity	strana 77
Tabulka č. 29, graf č. 29 – Kvalita života	strana 79

Tabulka č. 30 – Model kvality života č. 1

strana 103

Tabulka č. 31 – Model kvality života č. 3

strana 105

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Model kvality života č. 1

Příloha č. 3 – Model kvality života č. 2

Příloha č. 4 – Model kvality života č. 3

Příloha č. 5 – Anatomie koronárních tepen

Příloha č. 6 – Anatomie tepen dolních končetin

Příloha č. 7 – Tabulky k výpočtu BMI

Příloha č. 8 – Hypotézy, výpočet chí-kvadrát

Příloha č. 9 – Nové angiologické pracoviště ve FNKV Praha

Příloha č. 10 – Přístroj Philips Allura FD 20

Příloha č. 11- Povolení o výzkumném šetření ve FNKV

Příloha č. 12 - Povolení o pořízení fotodokumentace ve FNKV

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Příloha č. 1

Vážení klienti,

obracím se na Vás s žádostí o chvíli Vašeho času a ochotu při vyplňování níže uvedených otázek. Dotazník je součástí mé bakalářské práce, která se zabývá kvalitou života pacientů s ischemickou chorobou (nedostatečným prokrvením) dolních končetin a zkoumá vliv rizikových faktorů na vznik a vývoj této nemoci.

Samotný dotazník je rozdělen do dvou částí. První je informativní část, která sleduje základní osobní údaje. Druhá část je zjišťovací. Tato část je podstatná pro zjištění kvality života.

Dotazník je zcela anonymní, zahrnuje 28 otázek. Dotazník je koncipován tak, že ke každé otázce vyberete vždy jednu odpověď a označíte ji křížkem do příslušného čtverečku. Pouze k otázkám č. 6, 14, 21, 24 a 27 je možné vybrat více odpovědí. U otázky č. 12 doplňte, prosím, slovní vyjádření.

Pokud se rozhodnete vybrat jinou odpověď, původní odpověď přeškrtněte a novou zakřížkujte.

Děkuji za Vaši spolupráci a ochotu při vyplňování následujících stránek.

Jitka Hanzlová

Ošetrovatelství – všeobecná sestra

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

A) Informativní část

1. Pohlaví: muž žena

2. Věk: 20 – 34 let
 35 – 49 let
 50 – 64 let
 65 – 79 let
 80 a více

3. Vaše hmotnost: 50 – 59 kg
 60 – 69 kg
 70 – 79 kg
 80 – 89 kg
 90 a více

4. Vaše výška: 150 – 159 cm
 160 – 169 cm
 170 – 179 cm
 180 – 189 cm
 190 a více

5. Nejvyšší dosažené vzdělání: základní
 učňovské
 středoškolské
 vysokoškolské

6. Měl/má někdo z rodičů? cukrovku
(Možno označit více odpovědí) vysoký krevní tlak
 srdeční chorobu
 mozkovou mrtvici
 embolii

- 7. Pracovní zařazení:** pracující
 důchodce

8. Psychická náročnost zaměstnání:

- malá střední velká

9. Fyzická náročnost zaměstnání:

- malá střední velká

B) Zjišťující část

10. Jakou fyzickou zátěž zvládáte?

- po krátké námaze se unavím
 pomalá chůze
 svižná chůze
 chůze do schodů
 horská turistika

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

- mírné
 střední
 silné
 nesnesitelné
 žádné

12. Kde a za jakých okolností vznikly u Vás bolesti? (Doplněte, prosím)

.....
.....
.....
.....
.....

13. Bránily Vám bolesti v práci (v zaměstnání, doma) v posledních 4 týdnech?

- trochu
- mírně
- poměrně dost
- výrazně
- nebránily

14. Máte nějaké další zdravotní problémy? (Možno označit více odpovědí)

- cukrovku
- vysoký krevní tlak
- srdeční onemocnění
- křečové žíly

15. Jaké množství tekutin vypijete přibližně za den?

- 0,5 litru
- 1 litr
- 1.5 litru
- 2 litry a více

16. Pijete alkohol? ano ne

17. Pokud ano, jaké množství a jaký druh:

- 2 dcl vína nebo 0,5 litru piva nebo malý panák za den
- 4 dcl vína nebo 1 litr piva nebo velký panák za den
- větší množství alkoholu

18. Kouříte? ano ne

19. Pokud ano, od kdy?

- od mládí
- posledních 20 let
- posledních 15 let
- posledních 10 let
- posledních 5 let
- od nedávné doby

- 20. Kolik cigaret vykouříte za den?**
- 1 – 9
 - 10 – 19
 - 20 – 29
 - 30 – 39
 - 40 a víc

21. Způsobilo Vám onemocnění psychické problémy? Máte/měl(a) jste:
(Možno označit více odpovědí)

- depresi
- smutek
- změny nálad
- nervozitu
- ne

22. Kolikrát jste byl(a) hospitalizovaný(á) v nemocnici z důvodu bolesti dolních končetin?

- ani jednou
- jednou
- dvakrát
- třikrát
- vícekrát

23. Jak ovlivnilo Vaše onemocnění kvalitu spánku?

- neovlivnilo
- problémy s usínáním
- nekvalitní spánek, často se budím
- brzy se budím

24. Vedlo Vaše onemocnění ke vzniku nějakých defektů, změn na kůži?
(Možno označit více odpovědí)

- ne
- tmavé ohraničené skvrny na bérkách
- snížená citlivost dolních končetin
- otevřené rány na dolních končetinách
- černé zbarvení prstů, nebo jejich částí

25. Do jaké míry Vás omezuje Vaše onemocnění v běžných každodenních činnostech?

- téměř vůbec
- málo
- středně
- ve většině činností
- téměř ve všem

26. Omezuje Vás Vaše onemocnění ve Vašem profesním životě? Nakolik?

- svou profesi zvládám bez potíží
- zvládám většinu činností ve své profesi
- zvládám svou profesi středně
- zvládám svou profesi jen částečně
- nemohu svou profesi vykonávat
- do práce již nechodím

27. Které volnočasové aktivity nemůžete z důvodu svého onemocnění vykonávat?

(Možno označit více odpovědí)

- sport
- návštěva kulturních akcí (divadlo, kino, výstavy)
- procházky
- dřívější záliby
- práce na zahradě
- houbaření
- nemám problém

28. Jak jste spokojen(a) s kvalitou svého života?

- jsem naprosto spokojen(a)
- jsem spíše spokojen(a)
- spokojenost a nespokojenost je napůl
- jsem spíše nespokojen(a)
- jsem naprosto nespokojen(a)

Model kvality života podle Damiána Kováče:

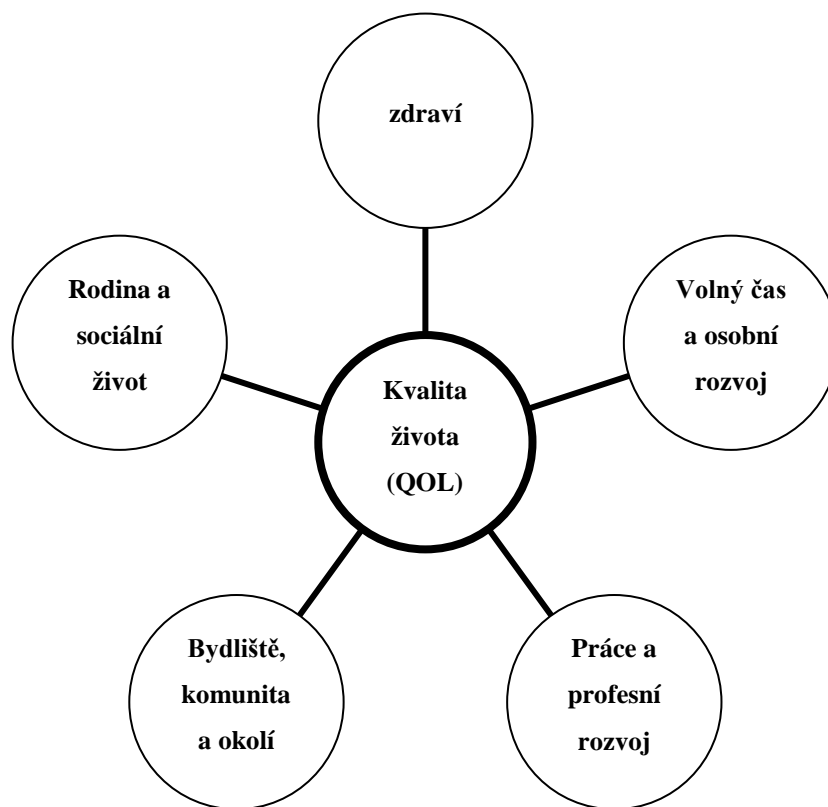
Tabulka.č. 30 – Model kvality života 1

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí	
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
Axiologické styly (dionýsovský, apolonský), životní styly (celibát, workoholismus), ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly	Pevné zdraví	Vášeň (sexuální, hráčská, cestování), koníčky (sport, tvořivost), zájmy (o věci, lidi, ideje)
	Prožívání životní spokojenosti	
	Uspokojivé sociální prostředí	
	Úroveň společenského vývoje	
	Přátelské prostředí	
	Úroveň znalostí a kompetencí	
	Dobrý fyzický stav	
	Normální psychický stav	
	Vyrůstání ve funkční rodině	
	Odpovídající mater. sociální zabezpeč.	
	Život chránící životní prostředí	
	Získání schopností a návyků pro přežití	

(Kováč, D. 2004)

Model kvality života podle Rapey:

Model kvality života č. 2



(Rapey, 2008, on line)

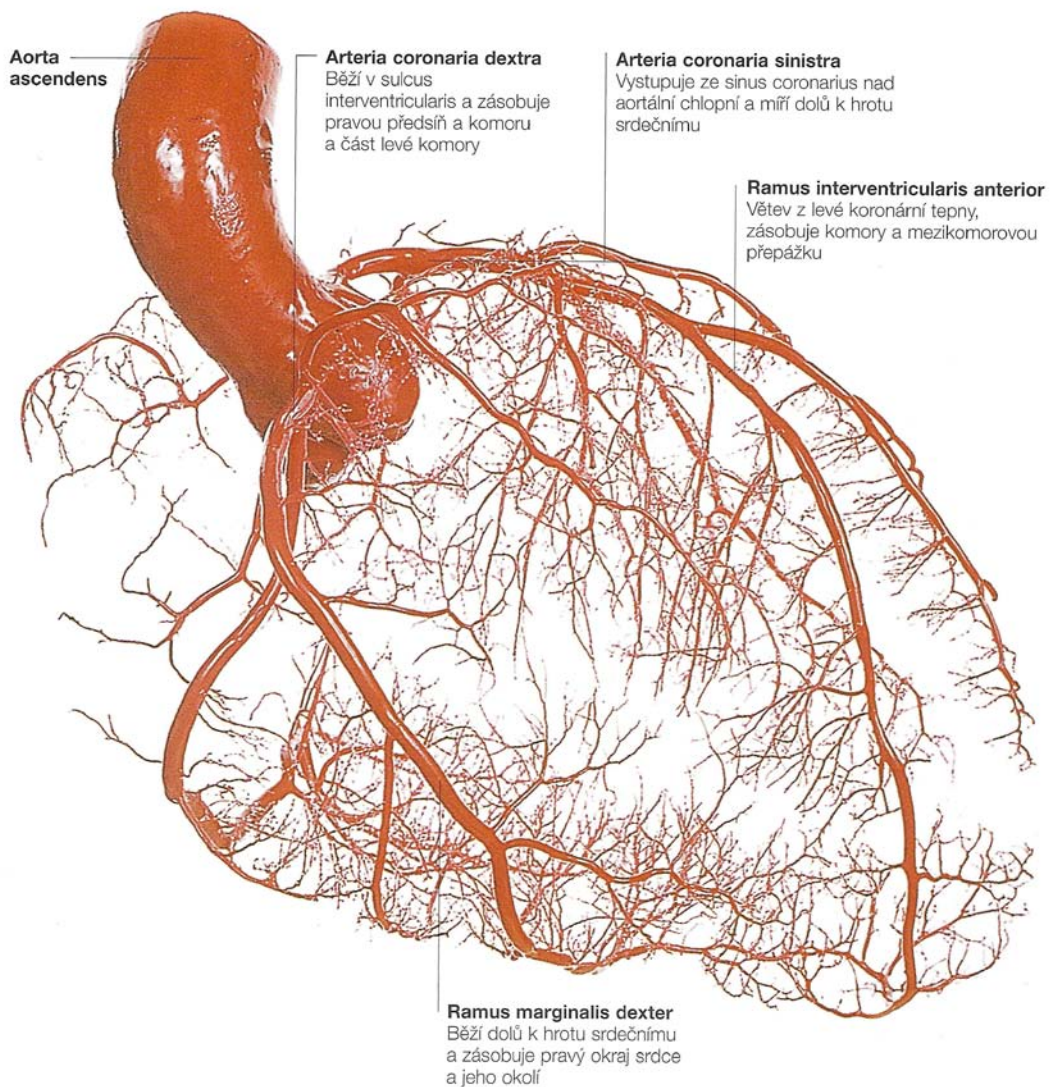
Model kvality života z Univerzity Toronto v Kanadě:

Tabulka č. 31 – Model kvality života 3

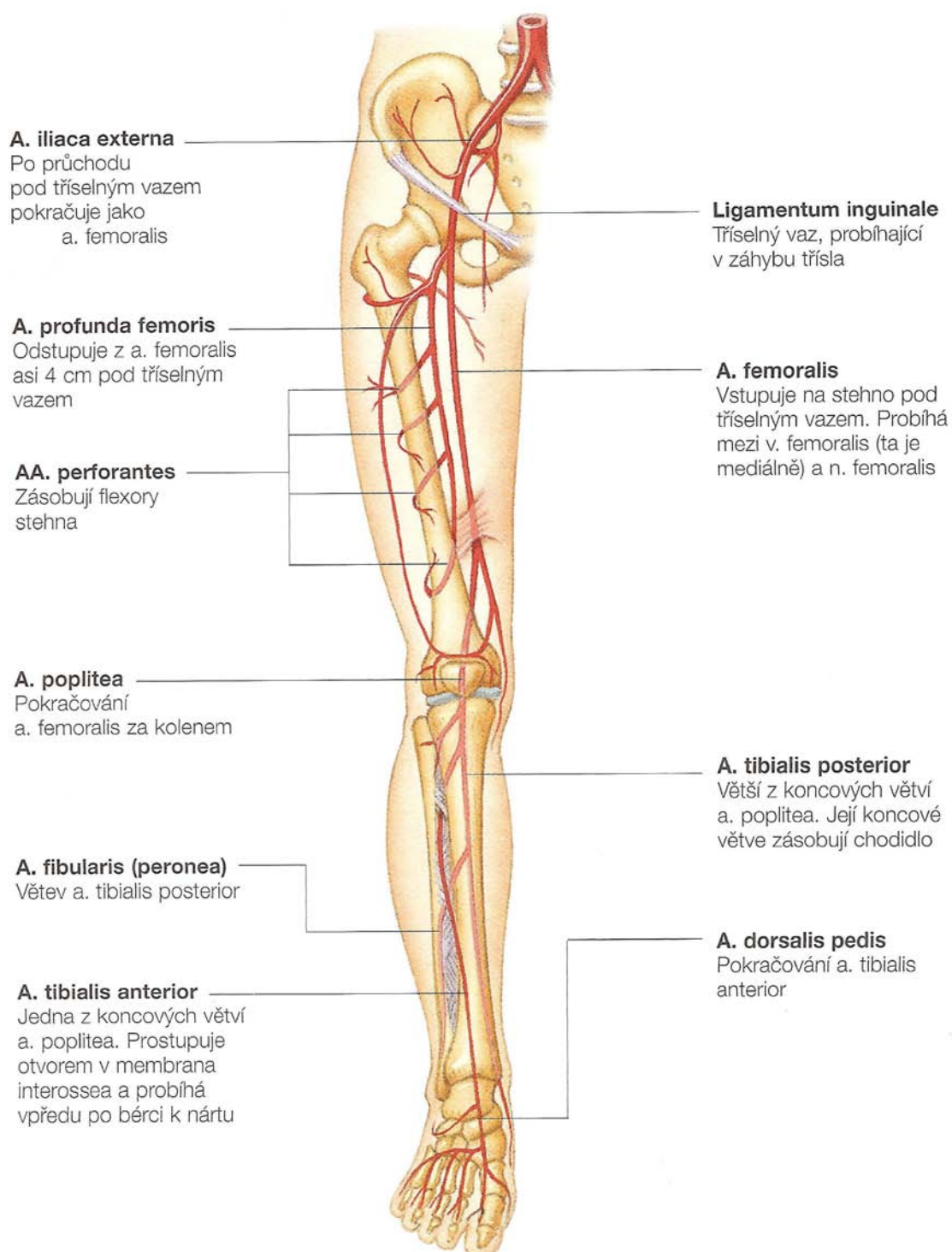
BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATRIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

(The quality of life model, University Toronto, Canada)

Anatomie koronárních tepen



Anatomie tepen dolních končetin



Tabulky k výpočtu BMI

ICHDK			
číslo dotazníku	střední hodnota		střední BMI
	hmotnosti	výšky	
1	75	1,65	27,5
2	85	1,75	27,8
3	95	1,75	31,0
4	85	1,75	27,8
5	85	1,85	24,8
6	95	1,75	31,0
7	75	1,75	24,5
8	65	1,65	23,9
9	65	1,75	21,2
10	65	1,75	21,2
11	85	1,85	24,8
12	75	1,65	27,5
13	75	1,65	27,5
14	95	1,85	27,8
15	55	1,55	22,9
16	95	1,75	31,0
17	85	1,65	31,2
18	95	1,85	27,8
19	75	1,55	31,2
20	95	1,75	31,0
21	95	1,75	31,0
22	85	1,85	24,8
23	85	1,75	27,8
24	75	1,75	24,5
25	85	1,85	24,8
26	75	1,75	24,5
27	75	1,65	27,5
28	95	1,75	31,0
29	75	1,65	27,5
30	85	1,85	24,8

IM			
číslo dotazníku	střední hodnota		střední BMI
	hmotnosti	výšky	
1	95	1,75	31,0
2	55	1,55	22,9
3	95	1,85	27,8
4	65	1,65	23,9
5	75	1,65	27,5
6	75	1,65	27,5
7	85	1,75	27,8
8	95	1,85	27,8
9	95	1,85	27,8
10	85	1,85	24,8
11	85	1,75	27,8
12	85	1,75	27,8
13	85	1,65	31,2
14	85	1,75	27,8
15	85	1,75	27,8
16	65	1,65	23,9
17	75	1,55	31,2
18	75	1,65	27,5
19	65	1,65	23,9
20	55	1,65	20,2
21	95	1,75	31,0
22	75	1,75	24,5
23	65	1,75	21,2
24	65	1,75	21,2
25	65	1,65	23,9
26	85	1,75	27,8
27	85	1,75	27,8
28	85	1,65	31,2
29	95	1,85	27,8
30	75	1,75	24,5

	intervaly	ICHDK		IM	
Podváha	pod 18,5	0	0 %	0	0 %
Normální váha	18,5 až 24,9	12	40 %	11	37 %
Nadváha	25 až 29,9	10	33 %	14	47 %
Obezita	30 až 39,9	8	27 %	5	17 %
Silná obezita	40 a více	0	0 %	0	0 %

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že hypertenze u rodičů neznamená rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Chi – kvadr. 1,07; $p = 0,30063$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byla potvrzena hypotéza, že hypertenze u rodičů znamená rozdílné riziko pro vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí (tedy platí: hypertenze u rodičů znamená přibližně stejné riziko pro IM nebo ICHDK u dětí).

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že výskyt diabetes mellitus u rodičů nemá rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u jejich dětí.

Chi – kvadr. 0,80; $p = 0,37110$

Závěr: Výskyt diabetes mellitus u rodičů neznamená rozdílný vliv na vznik IM nebo ICHDK u dětí.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že kouření neznamená rozdílně silný rizikový faktor pro vznik IM a ICHDK.

Chi – kvadr. 2,86; $p = 0,09097$

Závěr.: Mezi kouřením a rozvojem IM nebo ICHDK nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl. (tedy ... kouření vede přibližně stejnou měrou k rozvoji ICHDK a IM)

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že neexistuje rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch s IM nebo s ICHDK.

Chi – kvadr. 0,99 p = 0,31820

Závěr: Hypotéza potvrzena. V daném souboru nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi současným výskytem psychických poruch s IM nebo s ICHDK.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že kvalitu života neovlivňuje rozdílně hospitalizace s IM nebo s ICHDK.

Chi – kvadr. 0,35 p = 0,06307

Závěr: Nebyl zaznamenán rozdíl mezi vlivem hospitalizace pro IM a hospitalizace pro ICHDK na kvalitu života, nicméně p hodnota je velmi blízká stanovené hladině významnosti, lze tedy předpokládat, že u většího souboru by byl potvrzen rozdíl mezi hospitalizací pro IM a ICHDK. Zřejmě by se ukázalo, že pro zlepšení kvality života má význam být hospitalizovaný pro ICHDK.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že ICHDK a IM ovlivňuje rozdílně kvalitu života.

Chi – kvadr. 0,74 p = 0,38943

Závěr: Nebyl prokázán rozdíl mezi ovlivněním kvality života u nemocných s IM nebo ICHDK. (tedy: IM a ICHDK ovlivňují kvalitu života přibližně stejně).

Nové angiologické pracoviště ve FNKV Praha

- Otevřeno 1.7. 2009 po vedením doc. MUDr. M. Bulvase, CSc.
- Umožňuje provádět hybridní výkony = cévní chirurgie a intervence



Přístroj Philips Allura FD 20

Příloha č. 10

Nejmodernější přístroj

- Nejmodernější software
- 3D angiografie



Povolení o výzkumném šetření ve FNKV

Průvodka pro provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v rámci bakalářské práce.

Příjmení a jméno studenta	Hanzlová Jitka
Studijní program (obor), ročník	Ošetrovatelství (všeobecná sestra), 3. ročník
Téma bakalářské práce	Kvalita života u pacientů s ICHDK
Jméno vedoucího bakalářské práce	PhDr. Mariana Bažantová MUDr. Tomáš Indruch
Vyjádření vedoucího bakalářské práce	Výzkum ne bu de X bude spojen s finančním zatížením FNKV Podpis: MUDr. Tomáš Indruch
Název oddělení, kde bude výzkum probíhat	III. Interní - kardiologická klinika FNKV Královské Vinohrady Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Souhlas vedoucího pracoviště (oddělení), kde bude výzkum probíhat	Ano Ne Podpis: Markéta Šocholová Markéta ŠOCHOLOVÁ vrchní sestra tel.: (02) 6716 35 47
Počet oslovených respondentů (personálu)	
Počet oslovených respondentů (klientů / pacientů)	cca 60 respondentů
Zahájení výzkumu	18.2.2010
Konec výzkumu	31.3.2010
Souhlas vedoucího pracovníka FNKV	Ano Ne Podpis: Jitka Hanzlová

22.2.2010

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PRÁCI

Povolení o pořízení fotografické dokumentace ve FNKV

Příjmení a jméno studenta	Hanzlová Jitka		
Studijní program (obor), ročník	Ošetřovatelství (všeobecná sestra), 3. ročník		
Téma bakalářské práce	Kvalita života u pacientů s ICHDK		
Jméno vedoucího bakalářské práce	PhDr. Mariana Bažantová		
	MUDr. Tomáš Indruch		
	III. Interní - kardiologická klinika FNKV		
Souhlas vedoucího pracovníka Angiologického pracoviště pro pořízení fotografií	<input checked="" type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Podpis: 