

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Sabina Synková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Životní styl pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře

Sabina Synková

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sabina Synková**
Osobní číslo: **Z16337**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Životní styl pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

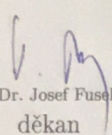
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

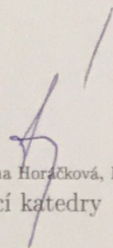
1. DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
2. HART, Radek. Degenerativní onemocnění páteře. Praha: Galén, c2014. ISBN 9788074920677.
3. LEVITOVÁ, Andrea a Blanka HOŠKOVÁ. Zdravotně-kompenzační cvičení. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4836-8.
4. SEIDL, Zdeněk a Manuela VANĚČKOVÁ. Diagnostická radiologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4546-6.
5. ŠRÁMEK, Jiří. Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5362-1.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Iva Marková
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2017
Termín odevzdání bakalářské práce: 18. července 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horačková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. dubna 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 7. 2019

Sabina Synková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce paní PhDr. Ivě Markové za trpělivost, cenné rady a ochotu pomoci při zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala pracovištím, která mi umožnila provést průzkumné šetření a poděkování patří i rodičům, kteří mi studium umožnili.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá životním stylem pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. Zaměřuje se na to, jak jsou pacienti tímto onemocněním ovlivněni v běžném životě, jaká je jejich fyzická, psychická, ekonomická a sociální stránka života. V teoretické části je charakterizováno dané onemocnění a poté navazuje ošetrovatelská péče o pacienta. Průzkumné šetření se pak zabývá životním stylem pacienta. V závěru jsou uvedena doporučení pro praxi a další možnosti změny životního stylu těchto pacientů související se sebepéčí a cvičením v domácím prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Degenerativní onemocnění bederní páteře, životní styl, ošetrovatelská péče, kompenzační cvičení, ekonomický dopad

TITLE

Lifestyle of patients with degenerative disease of the lumbar spine

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the lifestyle of patients with degenerative disease of the lumbar spine. It focuses on how patients are affected by this disease in everyday life, what their physical, mental, economic and social aspects are. In the theoretical part the given disease is characterized and then the nursing care of the patient is followed. The exploratory survey then examines the patient's lifestyle. In conclusion, there are recommendations for practice and other ways of changing the lifestyle of these patients related to self-care and exercise at home.

KEYWORDS

Degenerative diseases of lumbar spine, lifestyle, nursing care, compensation exercises, economic impact

Obsah

Úvod	13
1 Cíl práce.....	14
1.1 Dílčí cíle	14
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2 Degenerativní onemocnění bederní páteře	15
2.1 Výhřez meziobratlové ploténky.....	16
2.2 Lumbální spinální stenóza	16
2.3 Spondylóza	16
2.4 Spondylolistéza.....	16
3 Symptomatologie degenerativního onemocnění bederní páteře.....	17
4 Diagnostika.....	18
4.1 Anamnéza	18
4.2 Klinické vyšetření.....	18
4.3 Laboratorní vyšetření.....	19
4.4 Zobrazovací vyšetřovací metody	19
5 Léčba	21
5.1 Konzervativní léčba.....	21
5.1.1 Medikamentózní léčba.....	21
5.1.2 Fyzioterapie	22
5.1.3 Rehabilitace	22
5.1.4 Zdravotně – kompenzační cvičení.....	23
5.1.5 Lázeňská léčba.....	23
5.1.6 Masáže	24
5.2 Moderní metody operačního řešení	24
6 Ošetrovatelská péče	26
6.1 Bolest.....	26

6.2	Výživa.....	26
6.3	Poloha a pohybový režim	26
6.4	Sebepéče	26
6.5	Hygienická péče	27
6.6	Vyprazdňování.....	27
6.7	Spánek	27
6.8	Prevence vzniku rizik související s ošetrovatelskými diagnózami.....	27
6.9	Edukace	28
7	Ekonomický dopad.....	29
8	Kompenzační pomůcky	30
9	Shrnutí teoretické části	31
II PRŮZKUMNÁ ČÁST		32
10	Vymezení průzkumného problému	32
10.1	Cíl práce.....	32
10.2	Dílčí cíle	32
10.3	Průzkumné otázky	32
10.4	Metodika a techniky průzkumného šetření.....	33
10.4.1	Charakteristika průzkumného souboru.....	33
10.4.2	Organizace a realizace průzkumného šetření	34
10.5	Zpracování dat	35
10.6	Analýza a interpretace výsledků průzkumu.....	35
10.6.1	Prezentace dat	36
11	Diskuze	53
12	Závěr.....	57
13	Použitá literatura.....	58
14	Přílohy	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví.....	37
Tabulka 2 Výška, váha	37
Tabulka 3 Omezení v zaměstnání.....	47
Tabulka 4 Ekonomická stránka	49
Tabulka 5 Ekonomická situace vůči nemoci	50
Tabulka 6 Starosti kvůli penězům	50
Tabulka 7 Léčba	52
Tabulka 8 Kvalita života po operaci.....	52

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk pacientů.....	36
Graf č. 2 Dosažené vzdělání	38
Graf č. 3 Objevení bolesti.....	39
Graf č. 4 Omezení po fyzické stránce.....	40
Graf č. 5 Omezení činností	41
Graf č. 6 Omezující běžné denní aktivity	42
Graf č. 7 Řešení bolesti.....	43
Graf č. 8 Kompenzační pomůcky	44
Graf č. 9 Omezení sociální stránky pacienta	45
Graf č. 10 Omezení oblíbených činností	46
Graf č. 11 Problémy při práci nebo při běžné denní činnosti	48
Graf č. 12 Psychická stránka	51

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT	Computed tomography, počítačová tomografie
CT AG	Počítačová tomografie s angiografií
ČR	Česká republika
DPN	dočasná pracovní neschopnost
Lp	lumbální páteř, bederní páteř
L 4/5	lumbální oblast 4/5 obratle
MR	Magnetická rezonance
Např.	například
NSA	Nesteroidní antiflogistika
PET	Pozitronová emisní tomografie
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgen
Tzn.	to znamená
VAS	Vizuální analogová škála

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na degenerativní onemocnění v oblasti bederní páteře a životní styl pacientů, které toto onemocnění postihuje.

Degenerativní onemocnění bederní páteře je nejenom bolestivým, ale také omezujícím problémem. S prostými bolestmi zad v lumbosakrální oblasti se v České republice (dále ČR) setká až 90 % populace. U seniorů se roční prevalence bolestí, v dolní části zad, pohybuje mezi 13–50 %. V mnoha případech pacienti přichází k lékaři až v době, kdy jsou pro ně potíže nesnesitelné. Díky rostoucí incidenci bolestí zad se stále více pracovišť zaměřuje na pacienty trpícími těmito potížemi. V dnešní době je to pro populaci velká sociálně ekonomická zátěž, které je věnována samostatná kapitola. (Šrámek, 2015, s. 33; Andrašínová, Kalíková, Adamová, 2018, s. 41; Kondrová, 2012, s. 69).

Teoretická část se zabývá charakteristikou a popisem degenerativního onemocnění bederní páteře, které je následně rozděleno do sedmi kapitol. První kapitola je věnovaná samotnému onemocnění a čtyřem nejčastějším degenerativním změnám. Druhá kapitola charakterizuje příznaky, kterými se dané změny projevují. Další dvě kapitoly jsou směřovány k diagnostice a léčbě, která je rozdělena na léčbu konzervativní a chirurgickou. Pátá část je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty s tímto onemocněním. Předposlední kapitola popisuje již zmiňovaný ekonomický dopad na pacienty v ČR a poslední kapitola je orientována na kompenzační pomůcky, které pacienti mohou v jednotlivých činnostech používat.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracována data pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Dotazník se věnuje životnímu stylu pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. Obsahuje několik částí a posuzovaných oblastí, které jsou zaměřeny na fyzickou, psychickou, sociální, pracovní, ale i ekonomickou situaci pacienta. Také je orientován na používání kompenzačních pomůcek a na to, zdali pacient podstupuje konzervativní či chirurgickou léčbu. Poslední otázka v dotazníku pátrá po tom, zda se u pacientů po chirurgické léčbě zlepšila kvalita života. Data byla sbírána na třech akreditovaných pracovištích, ze třech českých krajů od 1. února do 12. dubna 2019.

V závěru práce je přiložené doporučení pro pacienty postihující toto onemocnění. Je zaměřeno na cvičení, které mohou pacienti, po konzultaci a nácviku s fyzioterapeutem, provádět v domácím prostředí.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda jsou pacienti s degenerativním onemocněním bederní páteře ovlivněni v běžném životě, především v období aktivního pracovního života, a to v oblasti fyzické, psychické, sociální a ekonomické.

1.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat obtíže po stránce fyzické, psychické, sociální a ekonomické.
2. Zjistit, jaký má toto onemocnění dopad na životní styl.
3. Zjistit souvislosti s ekonomickým zázemím.
4. Navrhnout praktické doporučení pro pacienty stran cvičení a posilování svalů v oblasti bederní páteře.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zabývá charakteristikou a popisem degenerativního onemocnění páteře, jaké degenerativní změny postihují bederní páteř. Dále se zaměřuje na příznaky, diagnostiku, ošetrovatelskou péči, zdravotně – kompenzační cvičení a také i na obecný ekonomický dopad na pacienty v ČR.

2 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ BEDERNÍ PÁTEŘE

Nezánětlivé degenerativní změny postihují lidskou páteř se vzrůstajícím věkem. Nejprve dochází k poškození meziobratlových plotének a později i všech kostních a vazivových struktur páteře. Doba nástupu degenerativního postižení a jeho intenzita záleží na mnoha faktorech. Za významné faktory se pokládají genetické dispozice a zátěž, která působí na páteř. Období počátku degenerativních změn je na mikroskopické úrovni již v první dekádě života, makroskopické změny v kombinaci s klinickými potížemi přicházejí většinou po 30. – 40. roce věku (Šrámek, 2015, s. 33).

Degenerativní proces je fyziologický jev v průběhu stárnutí organismu. Nejvíce postiženy jsou nejpohyblivější segmenty páteře, které jsou nejvíce vystavené mechanické námaze. Méně pohyblivé segmenty páteře jsou zasaženy později. Kolem 60. let věku má většina populace alespoň minimální degenerativní změny na páteři. Degenerativní procesy nemusí znamenat hned bolestivost, ale na druhou stranu je to nejčastější původní příčina, nebo spouštěcí mechanismus. Epidemiologicky jsou bolesti páteře na 40 % příčinou pracovní neschopnosti a v 70 % příčinou invalidizace nemocného pro nemoc pohybového aparátu. V současné době je to jeden z největších sociálně ekonomických problémů naší civilizace. Mezi nejčastější problémy na bederní páteři patří výhřez meziobratlové ploténky a zúžení páteřního kanálu (Dungl, 2014, s. 454).

2.1 Výhřez meziobratlové ploténky

Výhřez ploténky znamená průnik části obsahu intervertebrálního disku přes anulus fibrosus do okolí. Počátkem výhřezu meziobratlové ploténky je protruze disku, což značí lokalizované vypouknutí bez poškození stavby anulu fibrosu. Klinicky se mohou oba stavy projevovat skrytě nebo mohou směřovat k důležitým symptomům prostřednictvím dráždění bolestivých zakončení a útlaků nervových kořenů nebo konce míchy (Gallo, 2011, s. 129).

2.2 Lumbální spinální stenóza

Je popisována jako zúžení místa v páteřním kanálu vedoucí ke kompresi nervové tkáně před tím, než opustí neuroforaminu. Zúžení páteřního kanálu může zasáhnout jeden nebo více úseků. Tento proces se rozděluje podle příčiny nebo podle anatomických přeměn. Stenóza se dělí na kongenitální a získanou. Kongenitální stenóza se může objevit, jak u zdravého jedince s krátkými pedikly, tak u kostních dysplazií. Klinické projevy nemoci se u kongenitální stenózy objevují dříve, ve 30. nebo 40. letech. Naopak u získané stenózy se klinické projevy nemoci začínají objevovat později, v 60. až 70. letech (Dunzl, 2014, s.459–460).

2.3 Spondylóza

Jedná se o degenerativní onemocnění bederní páteře, které postihuje intervertebrální prostory, kde přilehlá těla obratlů artikulují přes intervertebrální disk. Zprvu dochází k přeměnám na meziobratlové ploténce a poté zasahují všechny struktury páteře (Gallo, 2011, s. 128).

2.4 Spondylolistéza

Spondylolistéza je posunutí horně lokalizovaného těla obratle oproti níže uloženému. Nejčastěji se spondylolistéza nachází v oblasti bederní páteře v segmentu 4/5 obratle (dále L4/5). Hlavní rozdělení je na spondylolistézy vývojové, s dysplazií oblasti istmu, lamin a kloubních výběžků. Získané spondylolistézy mohou být posttraumatické při odlomení kloubních výběžků a oblouku obratle, po spondylochirurgickém zákroku. Mnohdy je představována samostatně istmická spondylóza s částečně rozdílnou etiologií, snad jsou predispozicí dědičné vlivy. Častokrát se jedná o stresovou frakturu při četně fyzické námaze v mladistvém často dětském věku (Seidl, 2014, s. 346).

3 Symptomatologie degenerativního onemocnění bederní páteře

Pacienti nejčastěji pociťují bolest, která bývá obvykle propagující do dolní končetiny. Často je doprovázena brněním či mravenčením. Mezi další symptomy můžeme zařadit v některých případech svalovou slabost, snížení nebo ztrátu citlivosti, zhoršenou chůzi či slabost končetin. Tyto symptomy jsou většinou v určitém místě odpovídající postiženému nervu. Bolesti bezprostředně v bederní krajině nebývají typické. Nejvíce převládají bolesti do dolní končetiny. Při tlačení na stolicí nebo kýchnutí se mnohdy může bolest zintenzivnit. Může dojít i k defektu močení to znamená (dále tzn.), že pacienti jsou nuceni při močení abnormálně tláčit, nebo se nevymočí vůbec. Většinou to však bývá ve vzácných situacích. V takových situacích se může, ale nemusí jednat o akutní stav vyžadující urychlenou operaci (Bezdičková, 2010, s. 178).

4 DIAGNOSTIKA

Přesná diagnostika degenerativního onemocnění páteře je velice významná. Odráží se od ní terapie pacienta a následná péče. Diagnostika obsahuje anamnézu, klinické vyšetření, vyšetřovací metody (Dungl, 2014, s. 7).

4.1 Anamnéza

Osobní anamnéza zjišťuje důležité informace o pacientovi. Zkoumá prodělané onemocnění, operace, úrazy a interní onemocnění (Lukáš, 2014, s. 134).

U žen se zaměřuje na gynekologickou anamnézu (Dungl 2014, s. 7).

Rodinná anamnéza pátrá po vrozených vadách pohybové soustavy pacienta, pokrevních příbuzných, rodičů a sourozenců. Zjišťuje nádorová onemocnění, infekční onemocnění, neurologické onemocnění a endokrinní onemocnění (Lukáš, 2014, s. 134).

Sociální anamnéza pátrá po kvalitě a druhu bydlení tzn., zda se nalézají v bydlení nějaké bariéry, jako jsou například (dále např.) schody. Zajímá se také o péči následnou, zda se má kdo postarat o pacienta po ukončení hospitalizace, či případné umístění do sociálního nebo RHB zařízení (Dungl, 2014, s. 7).

Sportovní anamnéza zajišťuje typ vykonávaného sportu, délku vykonávaného sportu, případné úrazy, častost tréninků, přetěžování páteře (Dungl, 2014, s. 7).

Nynější onemocnění se zabývá okolnostmi vzniku potíží, jako jsou bolesti vzniklé po nadměrné fyzické námaze, po zvednutí břemene, po pádu na záda. Dále anamnéza zjišťuje charakter bolesti a lokalizaci (Lukáš, 2014, s. 134).

4.2 Klinické vyšetření

Základními metodami klinického vyšetření jsou aspekce, palpce, poslech, vyšetření pohyblivosti páteře, viz příloha B. U vyšetření pohledem se hodnotí proporce těla, držení těla, tělesný typ, stavbu kostí, stav svalů a podkožní tuk. Vyšetření pohmatem, se zjišťuje rozsah a kvalita postiženého místa. Povrchová palpce určuje citlivost kůže, její teplotu, bolestivost, pohyblivost. Při hluboké palpaci se pátrá po kontrakturách, svalových tonech, odlišnostech na páteři. Poklepem je vyšetřována bolestivost na trnové výběžky obratlů. Poklepová bolestivost kosti prozrazuje nejčastěji patologický výskyt postižení (Dungl, 2014, s. 8-9).

4.3 Laboratorní vyšetření

Základní biochemické ze séra, krevní obraz a diferenciál, vyšetření moči chemicky a sediment. Pro upřesnění diagnostiky se provádí také vyšetření na revmatologické markery. Pokud by došlo k plánované operaci, je třeba ještě další vyšetření k základnímu internímu zhodnocení (Lukáš, 2014, s. 134).

4.4 Zobrazovací vyšetřovací metody

Zobrazovací metody představují v dnešní době velice důležitou součást medicíny. K základním zobrazovacím metodám řadíme rentgen (dále RTG), počítačovou tomografii (dále CT), magnetickou rezonanci (dále MR). Mezi další méně používané metody patří počítačová tomografie s angiografií (dále CT AG), scintigrafie, pozitronová emisní tomografie (dále PET), perimyelografie, viz příloha C (Šrámek, 2015, s. 36).

RTG

Jedná se o základní zobrazovací metodu často používanou při diagnostice degenerativního onemocnění bederní páteře. Prvním krokem by měly být v diagnostice degenerativního onemocnění rentgenové snímky a neměly by být nahrazovány CT nebo MR. Snímky by se měly realizovat na dostatečně velký formát a v potřebném rozměru. Když se bederní páteř snímkuje, dochází k relativně velké radiační zátěži, proto bychom na ženu v reprodukčním věku měli při snímkování dávat pozor. Normálně se uskutečňují dva na sebe kolmé snímky boční a předozadní (Vomáčka, 2012, s. 117).

CT

„Funguje na principu detekce míry absorpce rentgenového záření ve tkáních, obdobně jako klasická skiografie, oproti ní však poskytuje zobrazení v libovolných rovinách i 3D obraz.“
(Šrámek, 2015, s. 36).

Toto vyšetření je ekonomicky méně náročné, výhodou je i možnost realizace u osob kontraindikovaných k vykonání MR, jako například u pacienta s kardiostimulátorem nebo s některými kochleárními implantáty. Na CT můžeme velice dobře rozeznat osteofytické útvary, spondylolýzy a vápenatění měkkých tkání (Šrámek, 2015, s. 36).

MR

Magnetická rezonance dokáže velice podrobně vyobrazit měkké tkáně tzn. vazy, nervy, meziobratlové ploténky, cévy, a dobře zobrazitelné jsou zde i přeměny kostní dřeně. Toto vyšetření s sebou však přináší mnoho kontraindikací a nevýhodou jsou i vyšší ekonomické náklady. Pacient musí před tímto vyšetřením vyplnit dotazník (Šrámek, 2015, s. 36).

5 LÉČBA

Uplatňuje se zkombinování nefarmakologické a farmakologické léčby. Nedílnou součástí je i pečlivá edukace pacienta. Podstatou léčby je pravidelné cvičení jak doma, tak pod odborným dohledem, které může proběhnout v bazénu či tělocvičně, skupinově nebo individuálně. Nutná je i mezioborová spolupráce s ostatními specialisty, pokud se u pacienta vyskytují přidružená onemocnění. (Šenolt, 2011).

5.1 Konzervativní léčba

Konzervativní přístup spočívá v klidovém režimu, medikamentózní, rehabilitační a lázeňské léčbě. V rámci rehabilitace jsou využívány možnosti fyzioterapie a různé masáže. Konzervativní ovlivnění je metodou první volby, je však nutné akceptovat především subjektivní obtíže pacienta, a zda se jedná o akutní fázi nebo již období zklidnění obtíží. V akutní fázi není možné provádět masáže (Dung, 2015, s. 458).

5.1.1 Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba nejčastěji používá nesteroidní antiflogistika (dále NSA), která snižují bolest a ztuhlost během 48–72 hodin. Ke zlepšení dochází po podání maximální dávky NSA v 70 až v 80 %, jelikož bylo prokázáno, že po podávání dochází ke zpomalení rentgenové progresi. Z tohoto důvodu pacienti obvykle užívají NSA po dobu mnoha let. Dostatečná efektivita je historicky vyhlášena u fenylbutazonu a indometacinu, ale díky toxicitě se dnes již moc neužívají a nahrazují je ostatní NSA. Výhodná jsou NSA s dlouhým poločasem, to je vhodné pro pacienty s klidovou a noční bolestí, jelikož jim to zajistí klidný spánek a menší ranní obtíže (Pavelka, 2012, s. 4).

Obvykle mezi používané NSA patří aspirin, tolmetin (Tolectin), sulindac (Clinoril), naproxen (Naprosyn) a diklofenak (Voltaren). Mezi nejčastější nežádoucí účinky se zahrnují žaludeční poruchy, nevolnost, bolest břicha, průjem a krvácení z vředů (Shiel, 2017).

Paracetamol a další léky ze skupiny ne-opioidních analgetik používáme jako doplňující léčbu příznaků. Pokud jsou silné bolesti a je nedostatek účinnosti NSA lze využít opioidy, které je možno zkombinovat s NSA (Pavelka, 2012, s. 4).

Dalším důležitým druhem léků jsou myorelaxantiva, tato skupina léků má hlavní úkol, a to je uvolnění svalů. Užívají se při akutní bolesti krční páteře nebo lumbagu, kdy může docházet ke stahování svalů. Při dlouhodobém užívání způsobují závislost. Také mohou být pacientům v rámci konzervativní léčby aplikovány obstríky, jejichž léčivá látka je depomedrol, a jako nosný

roztok se používá mesocain, který zároveň slouží jakožto analgetikum. K podporujícím léčivům bychom zahrnuli např. antidepresiva, která mají kladný vliv na chronický syndrom bolesti (Dungl, 2014, s. 569).

5.1.2 Fyzioterapie

Pomocí speciálních metod, technik a prostředků se fyzioterapie snaží zlepšit kvalitu života. Cílem fyzioterapie je snížení únavy, bolesti, podpořit a udržet zdraví a působit na člověka po stránce psychické a fyzické. Pokud je však onemocnění v akutní fázi, tato terapie se nedoporučuje, je kontraindikací (Kociová, 2013, s. 39).

5.1.3 Rehabilitace

Rehabilitace (dále RHB) má významné místo v péči o pacienta obecně, v případě obtíží související s pohybovým aparátem je třeba také pacienty edukovat v rámci cvičení a RHB v domácím prostředí. Pacient musí sám i doma ve svém volném čase cvičit a posilovat svalové skupiny, které jsou ochablé a mohou být jednou z příčin obtíží. V případě degenerativního onemocnění bederní páteře je třeba se zaměřit na posílení zádových svalů (Ramík, 2013, s. 32; Rokyta a kol., 2017, s. 99-100).

Přestože si to mnoho nemocných nechce připustit, rehabilitační techniky bývají v boji proti bolestem zad nejspolehlivější. Pohyb je nejúčinnější metoda proti bolestem zad. Pohybové aktivity přináší pozitivní emoce, odreagování se a rovněž dochází k uvolnění psychického napětí. Cílem rehabilitace je zdokonalení funkce pohybového ústrojí. Na různé pacienty samozřejmě působí různé techniky cvičení, a proto jsou vyžadovány striktní individuální přístupy. RHB členíme podle věku, pohybové aktivity pacienta a intenzity bolesti. Zejména se mluví o posílení zádových svalů, správné cvičení techniky dýchání a správné držení těla, jak v sedě, tak při chůzi. Je nezbytné si uvědomit, že je nutné zesílit svalstvo celkově, nejen v oblasti, která nám způsobuje obtíže. Je nutné svaly protáhnout, jak na začátku, tak na konci cvičení, aby nedošlo ke svalovému zkrácení, jelikož bolí svaly nejen zesláblé, ale i zkrácené. Zásadním pravidlem pro strečink a protahování je, že nesmí bolet. Pacient by měl být poučen, poněvadž bolestivé kontrakce svalu vedou k jeho rychlému zkrácení, efekt se nedostaví, úsilí bylo tím pádem neúčelné a pacient následně zamítá cviky konat. Dále by pacient měl být poučen, že by se měl vyvarovat cvičení v chladné místnosti, jelikož prochladlý sval má sklony k poranění (Horák, 2010, s. 124).

McKenzie koncept napomáhá zmírnit bolest především pacientům s akutními obtížemi v oblasti krční a bederní páteře, je často používán například při výhřezu meziobratlové ploténky.

RHB se provádí pouze tak dlouho, dokud nevymizí bolestivé příznaky a omezený rozsah pohybu (McKenzie, 2011, s. 14).

Další cvičební techniky, které se používají, jsou Brunkow metoda a Vojtova reflexní lokomoce. Většina spisovatelů směřuje svou bdělost na svalové souhry (Horák, 2010, s. 124).

5.1.4 Zdravotně – kompenzační cvičení

Jedná se o soubor cviků, které se zaměřují na jednotlivé oblasti pohybového aparátu. Cílem je zlepšení zdravotního stavu, respektive pohybového systému. Zdravotně – kompenzační cvičení představuje cviky, které jsou jednotlivě vybrané v určitých cvičebních polohách. Cviky můžeme různě obměňovat se zřetelem na aktuální stav pohybového systému. K cvikům můžeme používat cvičební pomůcky jako je pružná guma, měkký míč, velký gymnastický míč a v dnešní době velice používanou bosu. V každém případě, jestliže používáme zdravotně-kompenzační cvičení, je zapotřebí si uvědomit, že s oblastí bederní páteře (dále Lp) velice těsně souvisí i poloha pánve, která vytváří dohromady s páteří funkční jednotku. Taktéž pro držení těla je podstatné postavení pánve, které odpovídá nejen na délku dolních končetin, ale působí také zakřivení páteře, obzvláště bederní lordózu a hrudní kyfózu. Pro přesné postavení a funkci Lp je značně podstatná spolupráce pánevního dna a bránice, ale i svalová součinnost v oblasti kyčelního kloubu. Před samým cvičením, které se provádí v oblasti Lp a břišní stěny, je nutné uvolnit také kyčelní klouby (Levitová, Hošková, 2015, s. 11,56).

5.1.5 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba je nedílnou součástí komplexní léčebně – preventivní péče. Ochranné úkoly, ve smyslu prevence, rozvoje následků onemocnění, je dále rozšiřováno o rehabilitační charakter lázeňské péče, obzvláště u onemocnění pohybové soustavy a stavů po úrazech. Lázeňskou péči lze rozlišit z hlediska úhrady nákladů na tři typy:

K – komplexní léčba, která je plně hrazena,

P – příspěvková lázeňská léčba,

N – zdravotní pojišťovna náklady nehradí.

Nemoci v akutních stádiích jsou kontraindikací lázeňské léčby (Zeman a kol., 2011, s. 449).

5.1.6 Masáže

Masáž je odvozena od základní formy dotykové terapie. Masáž vznikla z přirozeného podnětu člověka třít poraněná a bolavá místa na těle. Může mít účinek mechanický – odstraňuje pocity únavy, biochemický – zlepšuje krevní oběh a reflexní – dochází k dráždění receptorů v kůži. Při masáži můžeme použít např.: mýdla, emulze, gely, zásypy, také mohou být využity uklidňující prvky aromaterapie nebo muzikoterapie (Tesař, 2015, s. 9-12).

5.2 Moderní metody operačního řešení

Chirurgická léčba u tohoto onemocnění spočívá v odstranění útlaku, tzn. dekompresi a ve stabilizaci páteře. Níže uvedené jsou operační řešení u jednotlivých degenerativních změn (Dungl, 2014, s. 458).

Existují nefúzní a fúzní výkony. Do nefúzního výkonu patří implantace umělé ploténky, prováděná z předního přístupu, nejčastěji z retropertoneálního. Tento výkon je indikován při měkkém výhřezu meziobratlové ploténky bez výrazných degenerativních změn. Dále do nefúzního výkonu patří implantace transpedikulárních šroubů, která je prováděna ze zadního přístupu. Do fúzního výkonu patří stabilizace pomocí transpedikulárních šroubů. Šrouby jsou zaváděny ze zadního přístupu přes tzv. pedikl (Repko, 2012, s. 46-47).

Vyhřezlou meziobratlovou ploténku lze dnes operovat miniintenzivně. Jedná se o odstranění poškozené a vyhřezlé meziobratlové ploténky, prostor mezi bederními obratli se vyplní speciálním implantátem. K zajištění implantátu lékaři používají dlážku se šrouby. Výhodou tohoto miniinvazivního operačního postupu je šetrnost ke tkáním v oblasti retroperitonea a menší operační rána. Tento způsob přináší pacientům úlevu od neurologických příznaků při kompresi nervových kořenů, a také zbavuje pacienty bolestí bederní páteře. Další výhodou je kratší doba rekonvalescence (ČTK, © 2018).

Operační řešení lumbální spinální stenózy se provádí za účelem dekomprese nervových struktur, které by měly být dostatečné. Je-li stenóza laterální, provádí se foraminotomie a dekomprese nervových kořenů s hemilaminektomií, při které se zachovává část kloubních výběžků. U stenózy centrální bývá výkon rozsáhlejší, nejčastějším řešením je laminektomie spolu s odstraněním mediální části kloubních výběžků. Výkon laminektomie je rozsáhlejší a spojuje se s větší traumatizací paravertebrálního svalstva, které vede k pomalejší vertikalizaci a větší pooperační bolestivosti. Také se vyznačuje vyššími krevními ztrátami (Mrůzek a kol., © 2016).

U spondylózy pokročilé je indikována operační stabilizace sousedních obratlů pomocí spondylodézy (Gallo, 2011, s. 128).

Pokročilá spondylolistéza se řeší repozicí posunu a spojení obratlů, mezi kterými se posun nachází. U výrazného posunu obratle, o celou šířku obratlového těla, není možná repozice obratle, ale je určena resekce celého obratle, přičemž dojde ke zkrácení páteře. Poté se musí provést spondylodéza sousedních obratlů (Gallo, 2011, s. 130).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče se odvíjí od pacientova celkového zdravotního stavu a stupně soběstačnosti. U jakéhokoli pacienta vycházíme z 5 fází ošetrovatelského procesu. Zprvu je třeba posoudit celkovou anamnézu a přesně určit pacientovy problémy, jež jsou převedeny na ošetrovatelské diagnózy. Následně jsou stanoveny cíle, ke kterým chceme dojít. Ošetrovatelské intervence pomáhají k dosažení cílů. Konečnou fází je zhodnocení, kterým se zjišťuje, zda bylo dosaženo vytyčených cílů. Jestliže cíle nejsou splněny, musejí se přehodnotit (Kuberová, 2010, s. 16).

6.1 Bolest

Zásadním problémem bude akutní bolest. Bolest se může sledovat pomocí vizuální analogové škály (dále VAS), kdy se určuje stupeň bolesti na číselné stupnici od 0 do 10. Bolest je pozorována v pravidelných časových úsecích během dne, při změně stavu nebo po podání analgetik (Trachtová, 2013, s. 132).

6.2 Výživa

Strava se podává sestavená dle lékaře nebo nutričního terapeuta, jestliže pacient nemá přidružené onemocnění, není nutné žádné výživové omezení. Avšak doporučuje se strava bohatá na vápník – ryby, mléčné výrobky, dostatek vlákniny a tekutin (Slezáková, 2012, s. 125-126).

6.3 Poloha a pohybový režim

Je nutné zhodnotit hybnost pacienta, bolest a brát ohled na onemocnění. Zjišťuje se, jakou aktivní polohu pacient zaujímá, zjistí se úroveň soběstačnosti, podle které se odvíjí následná péče polohování, aby nevznikly dekubity. Pacient je veden k co největší soběstačnosti. Zajistí se, aby pacient mohl rehabilitovat s RHB pracovníky, které budou pacienta vést ke zlepšení držení těla, jak v sedě, tak i v leže, v rámci možností dle stavu pacienta. Při bolestech je pacientovi nabídnuta pomoc vyhledat úlevovou polohu, přitom se musí dbát na pacientovu bezpečnost a možnost rizika pádu (Slezáková, 2012, s. 125).

6.4 Sebev péče

Jestliže má pacient narušenou schopnost sebev péče, z příčiny akutní bolesti nebo jiné nemoci, je nezbytné zaopatřit ošetrovatelskou dopomoc nebo plnou ošetrovatelskou péči, v souvislosti dle schopnosti pacienta v sebev péči. Podle M. Gordonové se může zhodnotit úroveň sebev péče. Je nezbytné členit úroveň soběstačnosti tak, abychom pacienta podporovali v samostatnosti. Pacient bude v riziku pádu, z důvodu porušené soběstačnosti a vlivem některých léků, které tlumí bolest (Trachtová, 2013, s. 21).

6.5 Hygienická péče

V oblasti hygienické péče se musí zhodnotit pacientova soběstačnost. Jestliže se jedná o pacienta částečně soběstačného, je mu nabídnuta naše pomoc, zajištěna bezpečnost pacienta a poskytnuty kompenzační pomůcky, které pacientovi usnadní provedení hygienické péče. Pokud se jedná o pacienta nesoběstačného, je u něho zajištěna kompletní ošetrovatelská péče. Bude se dbát na zvýšenou pozornost na kůži, aby byla čistá a suchá. Kůže bude promazávána ochrannými krémy a oleji. Také se musí dbát na častou výměnu ložního a osobního prádla, tak aby nevznikly opruzeniny či dekubity (Slezáková, 2012, s. 125).

6.6 Vyprazdňování

Pozorování vyprazdňování moči a stolice je velmi významným faktorem u pacientů s bolestmi zad, neboť poškození svěračů je naprostou indikací k operačnímu výkonu. Zácpa může způsobit zhoršení bolesti při usilovné defekaci. Je proto nutné obstarat dostatek tekutin a přiměřenou pohybovou aktivitu (Trachtová, 2013, s. 99).

6.7 Spánek

Spánek patří mezi základní lidské potřeby dle psychologa Maslowa. Spánek nemocných bývá díky bolestem velice narušený. Pacientovi se musí zajistit dostatečný, rovněž kvalitní spánek a odpočinek. Zjišťují se pacientovi spánkové rituály, obstarává se klidné, vyvětrané prostředí, eventuálně se domluví s lékařem na podání hypnotik či anxiolytik (Trachtová, 2013, s. 74,78).

6.8 Prevence vzniku rizik související s ošetrovatelskými diagnózami

Pokud má pacient zavedený invazivní vstup nebo mu jsou podávána analgetika invazivní cestou např.: intramuskulárně, intravenózně, je nezbytné kontrolovat místa vpichu nebo okolí invazivního vstupu. Sledují se známky zánětu, které se projevují bolestivostí, zarudnutím, otokem nebo hnisem v průběhu žíly. Tíže flebitidy se hodnotí pomocí Madonny stupěň 0 – IV. Také se sleduje funkčnost invazivního vstupu. Dále může být pacient v riziku pádu z důvodu podávání hypnotik, které vedou k poruchám pozornosti. Další riziko způsobují opioidní analgetika, která způsobují zácpu. Daleko horší riziko při podávání opioidů je, že vyvolávají závislost. Následující rizika závisí na soběstačnosti, celkovém stavu pacienta a jeho mobilizaci. Pacient je ohrožen tzv. imobilizačním syndromem, který se vyznačuje např. atrofií svalstva nebo dekubity (Trachtová, 2013, s. 137).

6.9 Edukace

Edukace je velice důležitým prvkem ošetrovatelství. Znamená výchovu pacienta k nezávislejší péči, při které přebírá část odpovědnosti za vlastní zdraví. Pacient by měl získat v edukačním procesu nové informace a dokázat je nadále používat. Může probíhat skupinově či individuálně. V edukaci je nutné se věnovat těmto hlavním aspektům. Jestliže je vyloučeno vážné onemocnění, doktor upozorní nemocného na léčbu jeho onemocnění. Pacientům, kteří mnohdy žádají specializovaná vyšetření, lékař objasní, že u nekomplikovaných bolestí zad tato vyšetření neposkytují žádný léčebný efekt. Poukáže se na případné dlouhodobé potíže či opakování zvláště u rizikových osob. Pacient se naučí posuzovat charakter a intenzitu bolesti dle stupnice VAS. Důležité je nemocného motivovat, aktivizovat k RHB a tvořivosti dle instruktáže a dodržování režimových opatření, které jsou doporučené fyzioterapeutem. Pacient se informuje, že terapie akutních, ale i chronických bolestí zad závisí obzvlášť na něm samém. K pacientovi se přistupuje empaticky, navrhneme mu možnost rozhovoru. Během rozhovoru je možno pacienta přivést na případnou pohybovou aktivitu. Jestliže je to možné, edukační sestra zajistí spolupráci i s rodinou pacienta (Kuberová, 2010, s. 31-32).

7 EKONOMICKÝ DOPAD

Degenerativní onemocnění páteře je nejčastější příčina pracovní neschopnosti v ČR, tvoří ji 73 %. V roce 2016 činila průměrná denní výše nemocenského 350 Kč, lze odhadnout finanční náklady vyplácené z důvodu dočasné pracovní neschopnosti (dále DPN) v roce 2016 na neuvěřitelných 5 104 408 750 Kč. U této částky je nutno zohlednit i náhradu mzdy od zaměstnavatele. Nejvíce posuzovaných osob této diagnózy byla věková skupina 51-55 let. Příloha D uvádí u daného věku počet osob, u kterých byla uznána invalidita 1. stupně, 2. stupně, 3. stupně, a kolik osob celkem bylo pro účely invalidity posouzeno, tabulky také ukazují, kterým invalidita uznána nebyla. Každým rokem invalidity přibývá, stejně jako odhadované vyplácené náklady (Bosák, © 2018).

8 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Kompenzační pomůcky podporují zlepšení kvality života, snižují handicap a umožňují navrácení do sociálního života. Současně jsou významnou složkou předcházení eventuálním komplikacím, a lze tak díky nim zabránit pádům s následkem poranění nebo vzniku dekubitů (DMA Praha, © 2018).

1) Kompenzační pomůcky pro mobilitu a lokomoci – tyto pomůcky pomáhají pacientům k chůzi, patří sem berle, hole, chodítka, invalidní vozíky, korzety.

2) Kompenzační pomůcky do koupelny a pro hygienickou péči – patří sem madla, vanové či sprchové sedačky, protiskluzné podložky, stoličky k vaně.

3) Pomůcky a úpravy WC – zařazujeme sem nástavce na WC, toaletní křesla.

4) Pomůcky a úpravy ložnic – zde se jedná o polohovací lůžko, antidekubitní matraci a pomůcky doplňující lůžko – hrazdy, žebříčky, madla, postranice, jídelní a pracovní plochy (DMA Praha, © 2018).

9 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část, po prostudování odborné literatury, popisuje obecná zjištění týkající se degenerativního onemocnění, které je velmi časté a omezující. Léčbou první volby je konzervativní terapie a po vyčerpání všech možností z této oblasti je zvažováno chirurgické – operační řešení.

V praktické části práce jsou uvedena a prezentována data, která byla získána po provedení průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl sestaven z otázek souvisejících s životním stylem pacientů trpících degenerativním onemocněním bederní páteře.

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkum je možné používat, sledujeme-li orientační, ale i informativní cíle. Tento průzkum je účelový a jeho charakter je spíše popisný (Kutnohorská, 2009, s. 53).

10 VYMEZENÍ PRŮZKUMNÉHO PROBLÉMU

Průzkumné šetření je zaměřeno na životní styl pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. Jaký dopad má toto onemocnění na pacienty po stránce fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Zda jsou tímto onemocněním více omezeny ženy nebo muži, zda má váha nějaký vliv na dané onemocnění, jestli používají kompenzační pomůcky, jak se snaží bolesti řešit a jestli se jejich kvalita života po operaci zlepšila.

10.1 Cíl práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda jsou pacienti s degenerativním onemocněním bederní páteře ovlivněni v běžném životě, především v období aktivního pracovního života, a to v oblasti fyzické, psychické, sociální a ekonomické.

10.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat obtíže po stránce fyzické, psychické, sociální a ekonomické.
2. Zjistit, jaký má toto onemocnění dopad na životní styl.
3. Zjistit souvislosti s ekonomickým zázemím.
4. Navrhnout praktické doporučení pro pacienty stran cvičení a posilování svalů v oblasti bederní páteře.

10.3 Průzkumné otázky

1. Trpí degenerativním onemocněním bederní páteře více muži nebo ženy?
2. Která ze zkoumaných oblastí (fyzická, psychická, sociální nebo ekonomická) bude vnímána jako nejvíce zatěžující pro běžný život pacienta?
3. Bylo onemocnění důvodem omezení pracovní výkonnosti pacienta?
4. Bude mít váha pacienta nad 95 kg vliv na omezení v aktivním životě pacienta a souvislost s rozvojem onemocnění?

10.4 Metodika a techniky průzkumného šetření

Provedena byla průzkumná studie, kdy se jednalo o kvantitativní metodu šetření. Průzkum probíhal ve třech akreditovaných nemocnicích ze tří českých krajů, na neurologickém nebo neurochirurgickém oddělení, po získání souhlasného stanoviska od hlavních sester, a poté i od vrchních sester z daných oddělení. Dotazníkové šetření probíhalo od 1. února 2019 do 12. dubna 2019. Pro získání dat byl použit dotazník vlastní tvorby.

Dotazník se zaměřoval na životní styl pacientů, jak jsou pacienti omezeni po fyzické, psychické, sociální a ekonomické stránce. Zda jsou omezeni v běžných denních aktivitách, jestli používají kompenzační pomůcky, jak je jejich onemocnění řešeno, jak oni samy bolesti řeší a jestli se jejich kvalita života po operaci zlepšila. Dotazník je tvořen z 20 otázek zaměřených na tuto problematiku. Podkladem byl standardizovaný dotazník SF 36, po jehož prostudování byl vytvořen dotazník vlastní tvorby.

10.4.1 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor byl sestaven z hospitalizovaných a stabilizovaných pacientů na neurologickém nebo neurochirurgickém oddělení ve třech akreditovaných nemocnicích. Do každé z nemocnic bylo dáno na oddělení 20 dotazníků. Celkově bylo tedy rozdáno 60 dotazníků, avšak vrátilo se 55 dotazníků, tyto byly pak zahrnuty a použity pro analýzu dat.

Kritéria výběru

- pacienti ve věku 30 let a více,
- pacienti s degenerativním onemocněním s postižením bederní páteře
- řešení obtíží konzervativní i operační metodou

Vyřazující kritéria

- degenerativní onemocnění páteře jiného než bederního úseku (krční nebo hrudní úsek)

10.4.2 Organizace a realizace průzkumného šetření

Po získání souhlasu pro provádění průzkumného šetření byli osloveni pacienti s degenerativním onemocněním bederní páteře ve věku 30 let a více. Před vyplněním dotazníku byl vysvětlen význam průzkumného šetření a byla zajištěna anonymita tak, že dotazníky byly předány v bílých obálkách, které byly po vyplnění vhazovány do boxu. Nejprve byla provedena pilotní studie u 5 respondentů z jednoho ze tří akreditovaných pracovišť. Průzkumné šetření probíhalo od 1. února do 12. dubna 2019. Distribuce byla provedena osobně, v rámci odborné praxe a v čase vlastního volna. Pacienti měli dostatek času na vyplnění a mohli vyplnění dotazníku odmítnout, vyplnění bylo dobrovolné. Po celou dobu se pacienti při vyplňování mohli zeptat na jakékoli nejasnosti.

10.5 Zpracování dat

K analýze dat byla použita popisná statistika, charakteristické polohy (absolutní a relativní četnost, aritmetický průměr, maximum a minimum). Data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2013 a Microsoft Office Word 2013. Vyhodnocení získaných dat bylo provedeno pomocí kontingenčních tabulek, kde je uvedena absolutní a relativní četnost, aritmetický průměr, maximum a minimum. Dále byla získaná data prezentována pomocí grafů, které jsou slovně okomentovány.

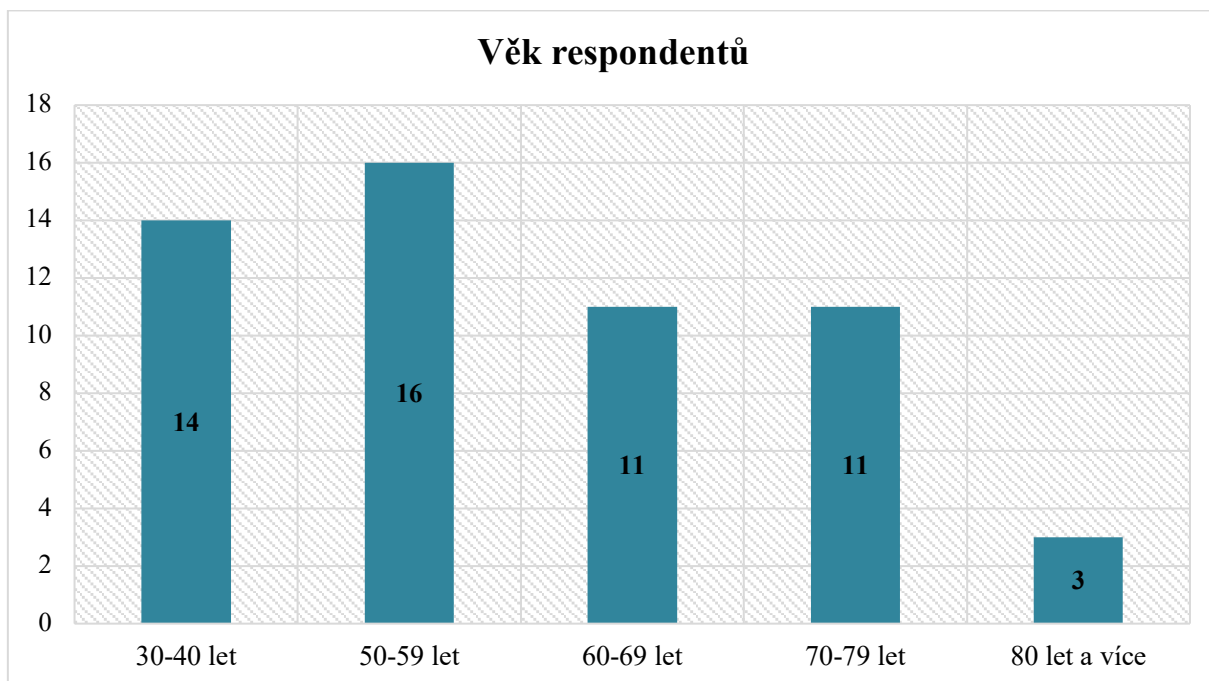
10.6 Analýza a interpretace výsledků průzkumu

Při tvorbě dotazníku bylo vycházeno ze standardizovaného dotazníku SF-36, který byl předem prostudován, zaměřuje se na kvalitu života a dále studiem podobně zaměřených prací.

Dotazník obsahuje několik částí a posuzovaných oblastí, oblast sociodemografická byla hodnocena pomocí otázek č. 1, 2, 3, 4. Otázky č. 5, 9 se zabývají bolestí, 6, 7, 8, 14 se zaměřují na fyzickou stránku, 10. otázka zjišťuje, zda pacienti používají kompenzační pomůcky. Otázka č. 11 zkoumá sociální stránku, 12. otázka se zaměřuje na omezení oblíbených činností, 13. otázka zkoumá aktivní pracovní život pacientů. Otázky č. 15, 16, 17 se věnují ekonomické situaci, 18. otázka se zaměřuje na psychickou stránku a otázky č. 19, 20 zkoumají léčbu.

10.6.1 Prezentace dat

Otázka č. 1 Kolik Vám je let?



Graf č. 1 Věk pacientů

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, patří do věkové kategorie 30-49 let 14 (26 %) respondentů, do věkové kategorie 50-59 let patří 16 (29 %) respondentů, do věkové kategorie 60-65 let patří 11 (20 %) respondentů, stejně tak do věkové kategorie 70-79 let patří 11 (20 %) respondentů a do věkové kategorie 80 let a více patří 3 (5 %) respondenti.

Otázka č. 2 Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Žena	29	53 %
Muž	26	47 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů je 29 (53 %) žen a 26 (47 %) mužů.

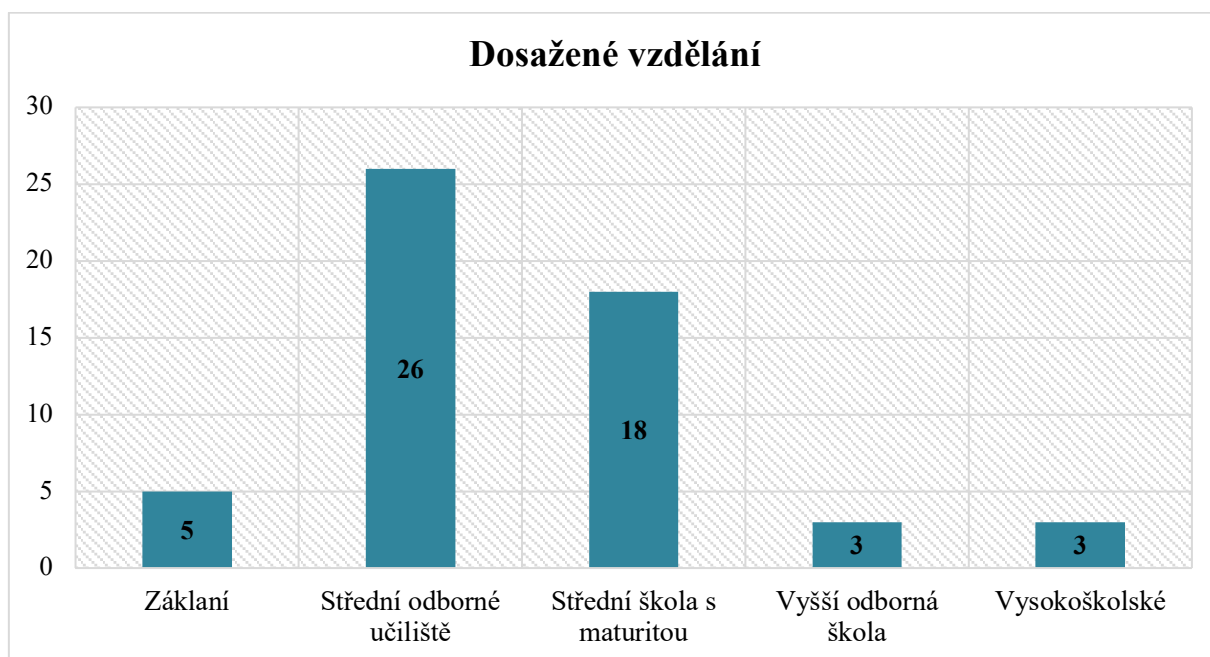
Otázka č. 3 Jaká je Vaše výška a váha?

Tabulka 2 Výška, váha

	Maximum	Minimum	Průměr
Výška	189 cm	152 cm	171 cm
Váha	120 kg	58 kg	86,7 kg

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů je maximální výška 189 cm, minimální výška 152 cm a průměrná výška činí 171 cm. U váhy je maximální hmotnost 120 kg, minimální hmotnost 58 kg a průměrná hmotnost dosahuje k 86,7 kg.

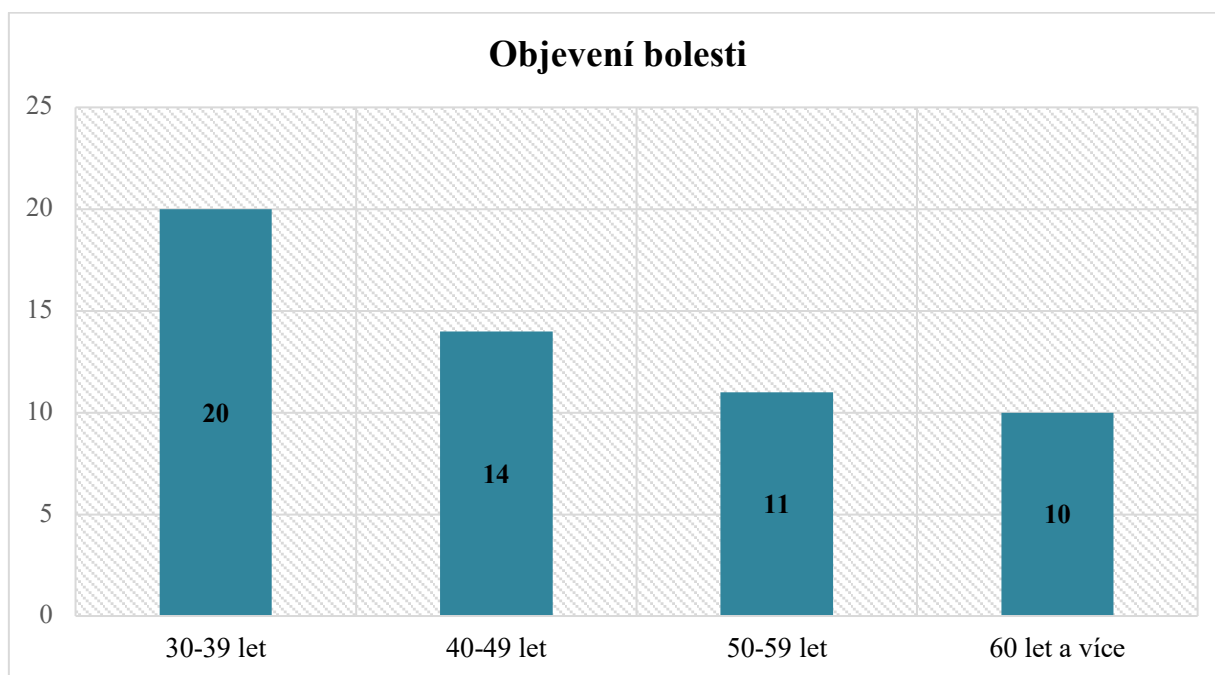
Otázka č. 4 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



Graf č. 2 Dosažené vzdělání

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, má 5 (9 %) respondentů základní vzdělání, 26 (47 %) respondentů má střední odborné učiliště, střední školu s maturitou má 18 (34 %) respondentů a vyšší odbornou školu mají 3 (5 %) respondenti, stejně tak vysokoškolské vzdělání mají také 3 (5 %) respondenti.

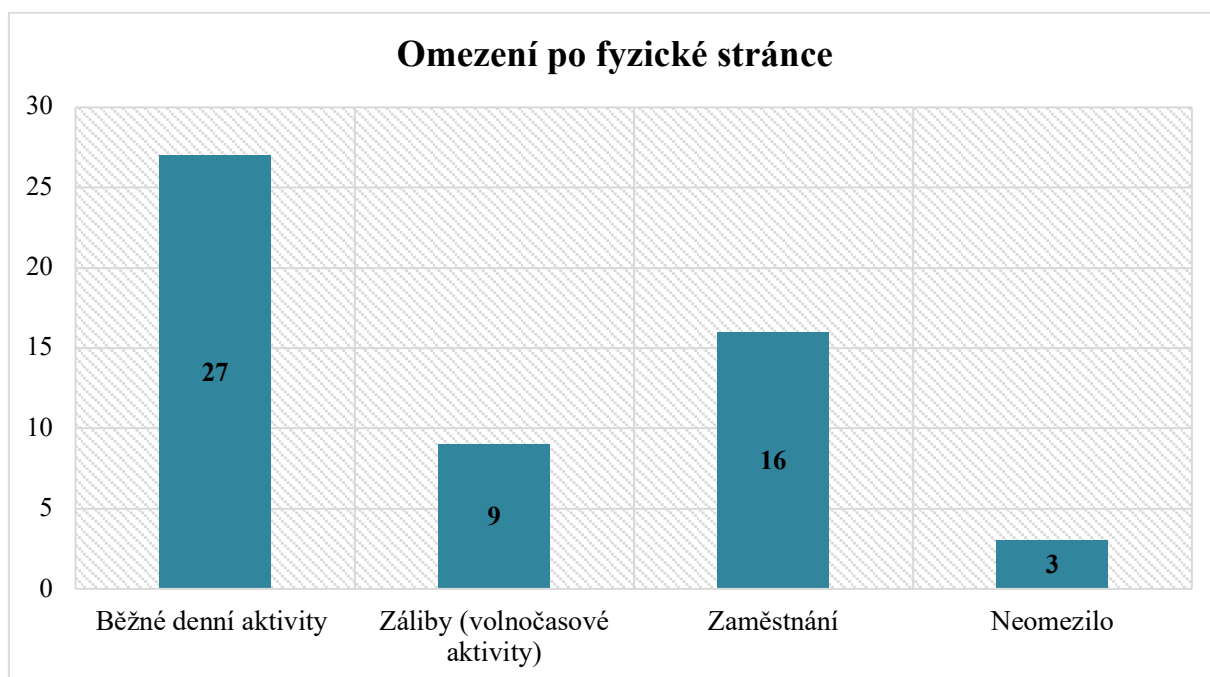
Otázka č. 5 Od kdy se u Vás začaly bolesti objevovat?



Graf č. 3 Objevení bolesti

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů odpovědělo 20 (36 %) respondentů, že se u nich začaly objevovat bolesti kolem 30.-39. roku života, 14 (27 %) respondentů odpovědělo 40–49 let, 11 (20 %) respondentů odpovědělo 50–59 let a 10 (18 %) respondentů odpovědělo 60 a více let.

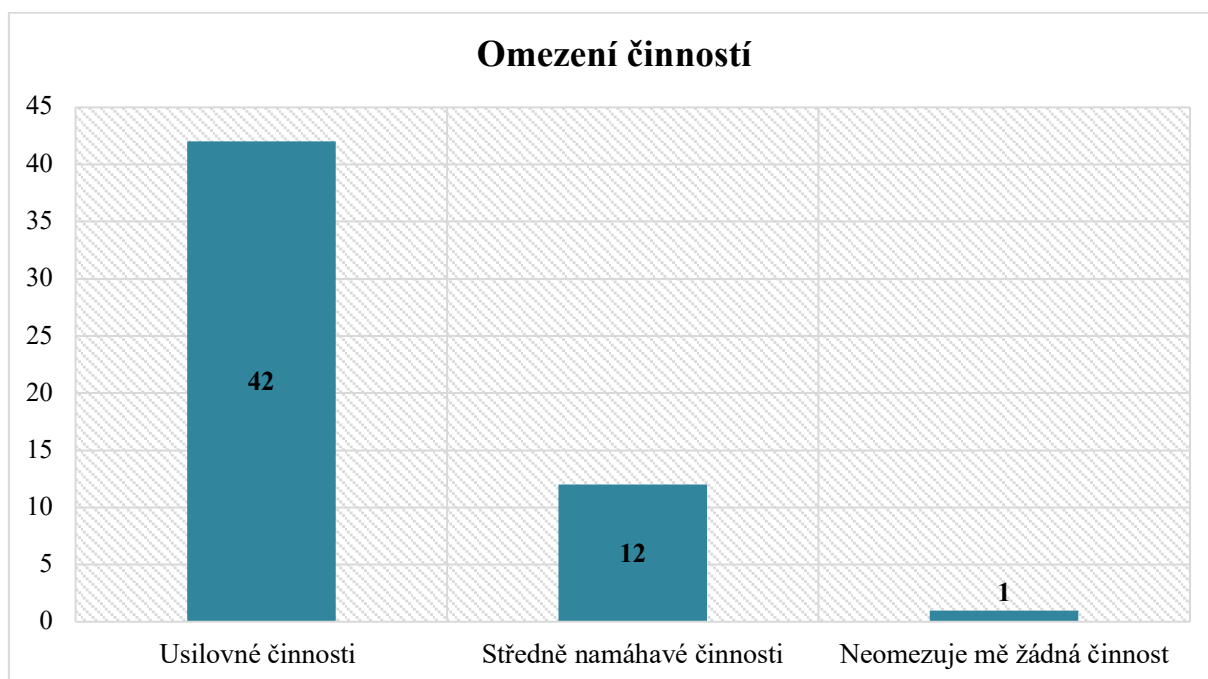
Otázka č. 6 Jak Vás toto onemocnění zasáhlo po fyzické stránce?



Graf č. 4 Omezení po fyzické stránce

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů je po fyzické stránce omezeno v běžných denních aktivitách 27 (49 %) respondentů, 9 (16 %) respondentů je omezeno ve svých zálibách, u 16 (29 %) respondentů dochází k omezení v zaměstnání a 3 (6 %) nejsou vůbec po fyzické stránce omezeni.

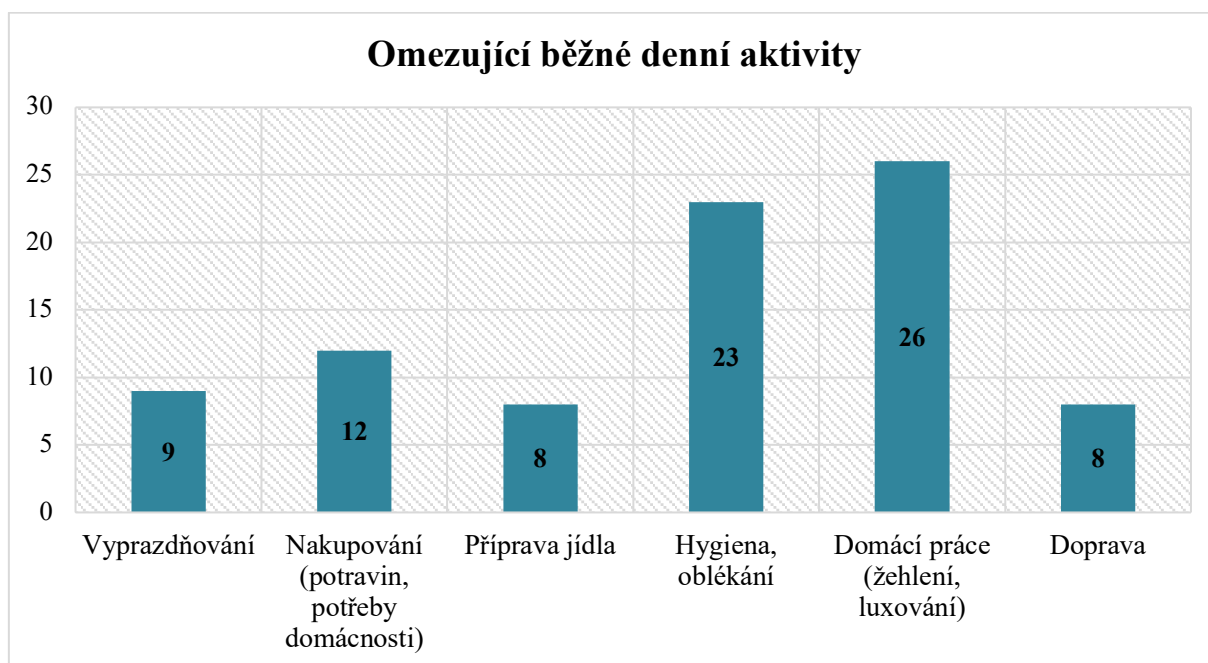
Otázka č. 7 Omezuje vaše zdraví nějaká z těchto činností?



Graf č. 5 Omezení činností

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů je omezeno v usilovných činnostech 42 (76 %) respondentů, 12 (22 %) respondentů je omezeno ve středně namáhavých činnostech a 1 (2 %) respondentů neomezuje žádná činnost.

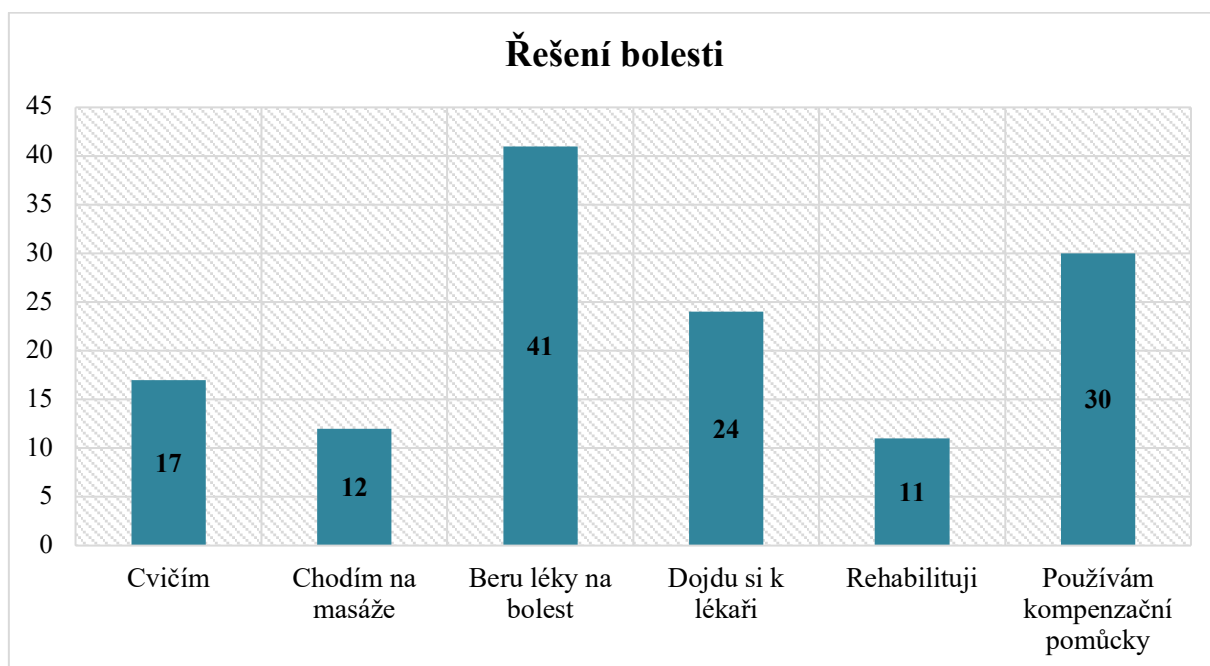
Otázka č. 8 Pokud vás toto onemocnění ovlivňuje při běžných denních aktivitách života, v jakých?



Graf č. 6 Omezující běžné denní aktivity

Při běžných denních aktivitách je omezeno 27 respondentů, 28 respondentů omezeno při běžných denních aktivitách není. Někteří respondenti označili více možností. Při vyprazdňování je omezeno 9 respondentů, při nakupování 12 respondentů, 8 respondentů má problém s přípravou jídla, 23 respondentů má obtíže při hygieně a oblékání, 26 respondentů je omezeno v domácích pracích a 8 respondentů má problémy s dopravou.

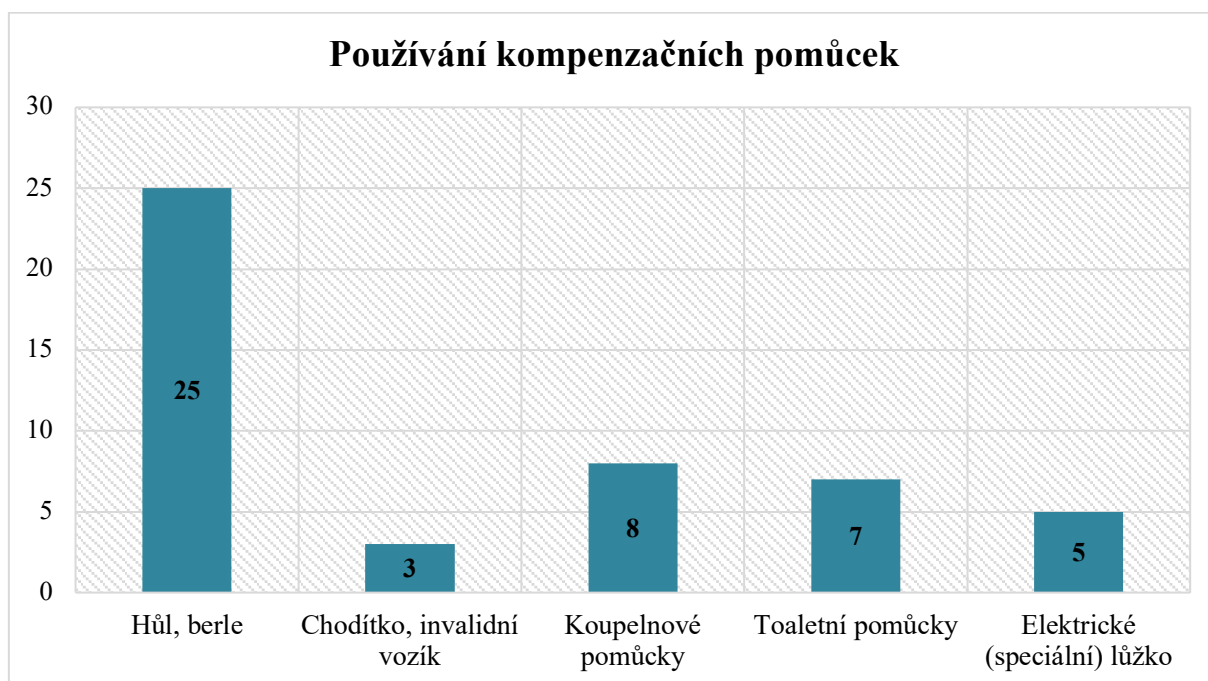
Otázka č. 9 Jak řešíte bolesti?



Graf č. 7 Řešení bolesti

Zde odpovídalo všech 55 (100 %) respondentů a mohli vybírat z více možných odpovědí, 17 respondentů řeší bolesti tím, že cvičí, 12 respondentů chodí na masáže, 41 respondentů bere léky na bolest, 24 respondentů si zajde k lékaři, 11 respondentů chodí na rehabilitace a 30 respondentů používá kompenzační pomůcky.

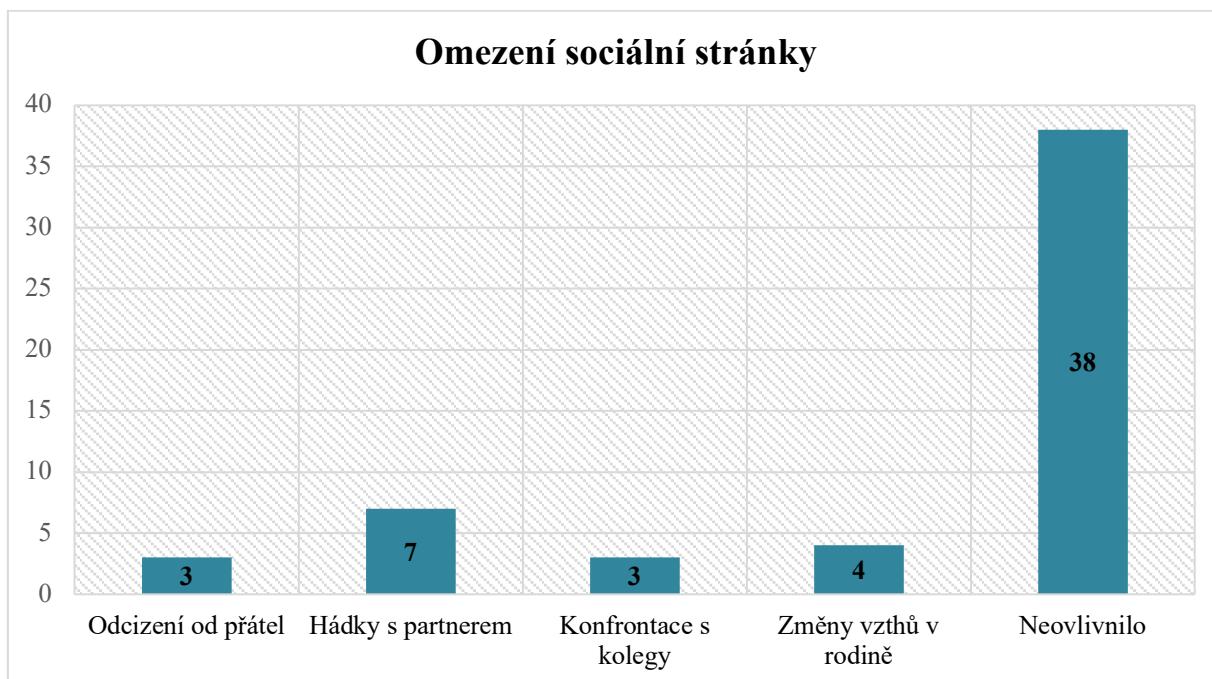
Otázka č. 10 Jestliže používáte kompenzační pomůcky, jaké?



Graf č. 8 Kompenzační pomůcky

Tento graf navazuje na předchozí vyhodnocení. Kompenzační pomůcky používá 30 respondentů, 25 respondentů pomůcky vůbec nepoužívá. Někteří pacienti používají i více kompenzačních pomůcek, 25 respondentů používá hůl nebo berle, 3 respondenti mají chodítko a invalidní vozík, 8 respondentů používá koupelnové pomůcky, 7 respondentů toaletní pomůcky a 5 respondentů má elektrické lůžko.

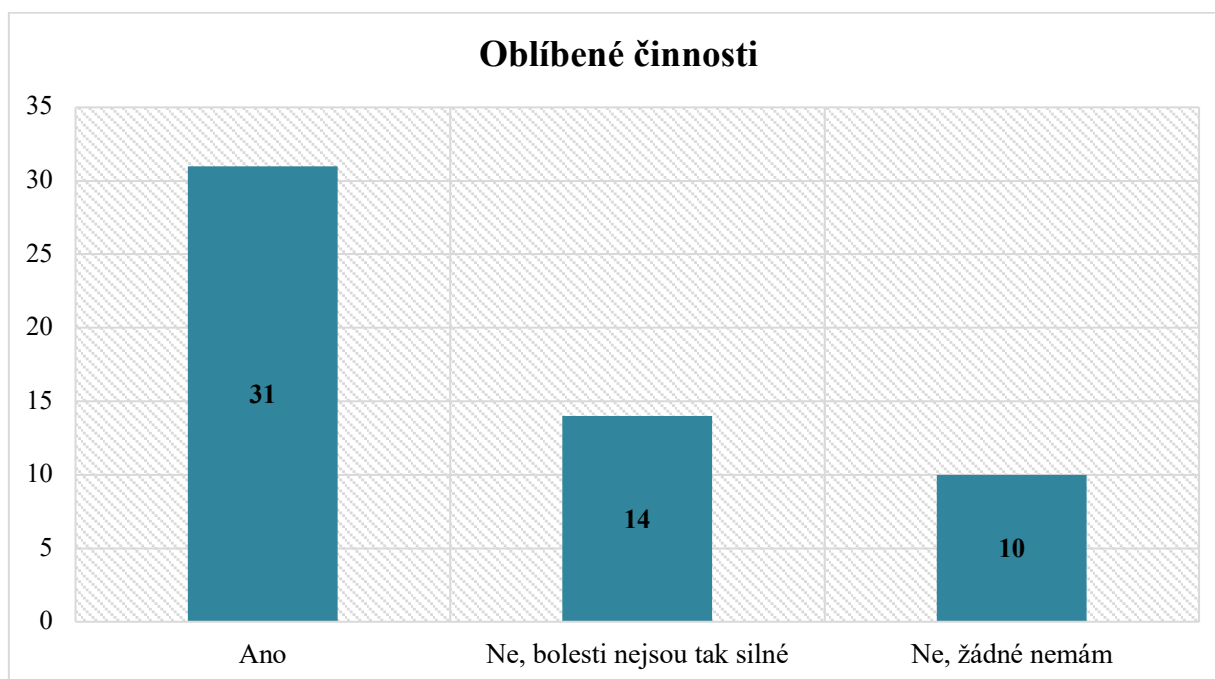
Otázka č. 11 Jak Vás toto onemocnění omezilo po sociální stránce?



Graf č. 9 Omezení sociální stránky pacienta

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, odpověděli 3 (5 %) respondenti, že onemocnění způsobilo odcizení od přátel, 7 (13 %) respondentů uvádí hádky s partnerem, 3 (5 %) respondenti mají konfrontace s kolegy, 4 (7 %) respondentům se změnily vztahy v rodině a 38 (70 %) respondentů se sociální stránka života nezměnila.

Otázka č. 12 Museli jste omezit nebo úplně skončit se svými oblíbenými činnostmi?



Graf č. 10 Omezení oblíbených činností

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, odpovědělo 31 (56 %) respondentů, že museli skončit nebo omezit své oblíbené činnosti, 14 (26 %) respondentů odpovědělo, že bolesti nejsou, tak silné, aby museli skončit nebo omezit své oblíbené činnosti a 10 (18 %) respondentů odpovědělo, že žádné oblíbené činnosti neměli.

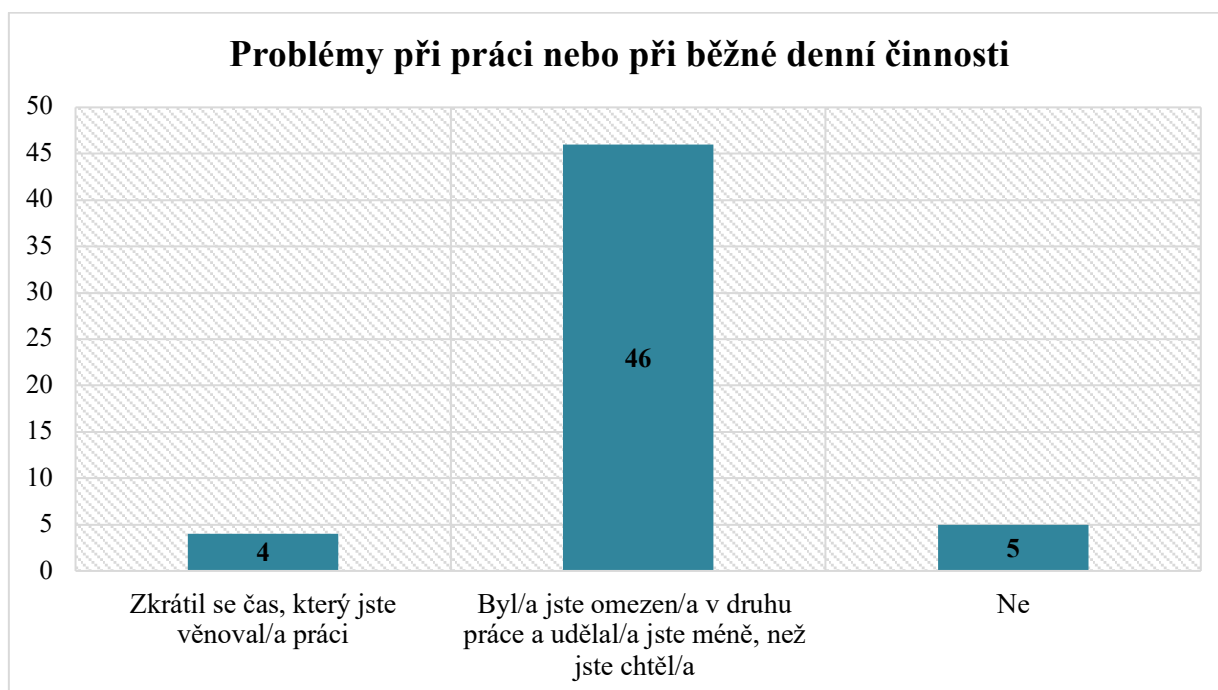
Otázka č. 13 Došlo ve Vašem aktivním pracovním životě – zaměstnání k nějakému omezení?

Tabulka 3 Omezení v zaměstnání

Omezení	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Ne, stále aktivně pracuji	20	36 %
Částečně, pobírám částečný invalidní důchod	7	13 %
Ano, pobírám invalidní důchod	10	18 %
Ne, již jsem ve starobním důchodu	18	33 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, 20 (36 %) respondentů stále aktivně pracuje, 7 (13 %) respondentů pobírá částečný invalidní důchod, 10 (18 %) respondentů pobírá invalidní důchod a 18 (33 %) respondentů je již ve starobním důchodu.

Otázka č. 14 Trpěl/a jste některým z uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti?



Graf č. 11 Problémy při práci nebo při běžné denní činnosti

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, se 4 (7 %) respondentům zkrátil čas, který práci věnovali, 46 (84 %) respondentů je omezeno v druhu práce, také udělali méně, než chtěli a u 5 (9 %) respondentů nedošlo k žádným problémům v této oblasti.

Otázka č. 15 Jak Vás onemocnění ovlivnilo po ekonomické stránce?

Tabulka 4 Ekonomická stránka

Ovlivnění ekonomické stránky	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Neovlivnilo	19	34 %
Zvýšilo se utrácením za procedury a léky snižující bolest	18	33 %
Vlivem nemoci se mi snížil plat	16	29 %
Platil/a jsem velké náklady na pomůcky do domácnosti (madla, ...)	2	4 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, 19 (34 %) respondentů není po ekonomické stránce ovlivněno, 18 (33 %) respondentům se zvýšily výdaje za procedury a léky snižující bolest, 16 (29 %) respondentům se vlivem nemoci snížil plat a 2 (4 %) respondentům se zvýšily náklady díky pořízení kompenzačních pomůcek do domácnosti.

Otázka č. 16 Jaká je Vaše ekonomická situace vůči Vaší nemoci?

Tabulka 5 Ekonomická situace vůči nemoci

Ekonomická situace	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Stejná	26	47 %
Horší – mám menší ekonomické zabezpečení	29	53 %
Lepší – mám lepší ekonomické zabezpečení	0	0 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %), je u 26 (47 %) respondentů ekonomická situace vůči nemoci stejná a u 29 (53 %) je ekonomická situace horší. Lepší ekonomickou situaci nemá ani jeden z respondentů.

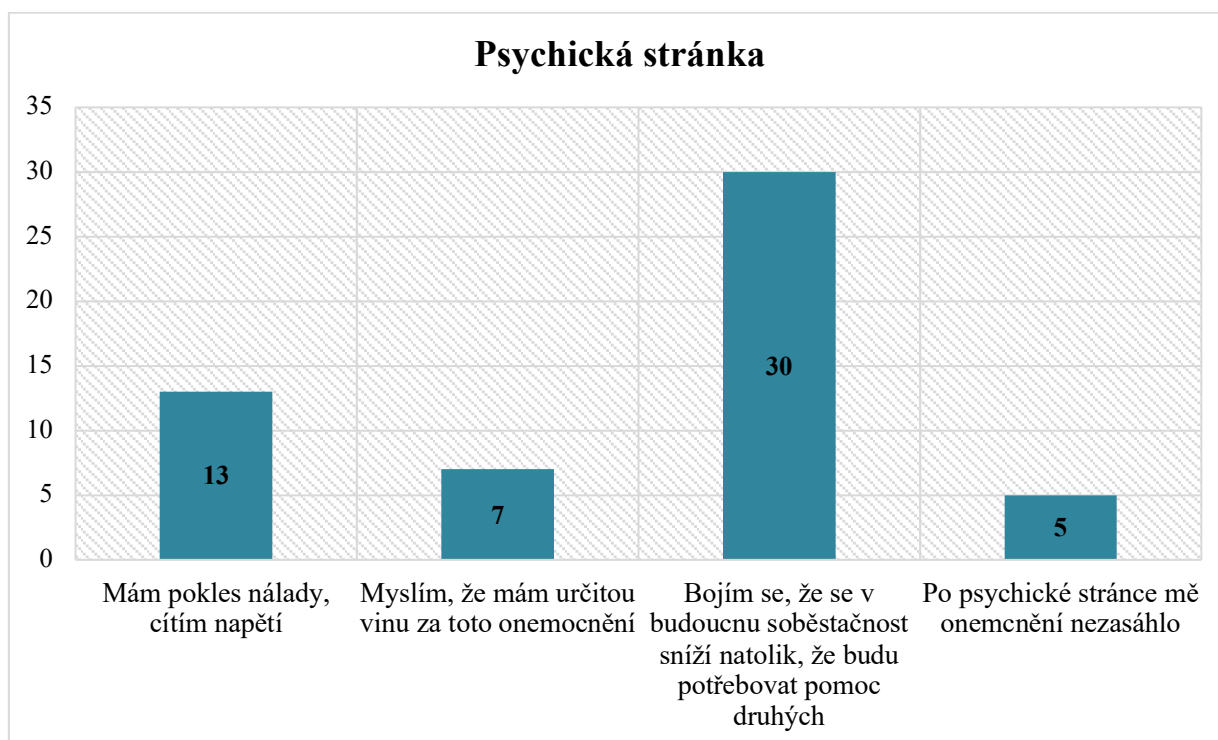
Otázka č. 17 Děláte si starosti kvůli penězům?

Tabulka 6 Starosti kvůli penězům

Starosti kvůli penězům	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Ano	32	58 %
Ne	23	42 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, si 32 (58 %) respondentů dělá starosti kvůli penězům a 23 (42 %) respondentů si starosti kvůli penězům nedělá.

Otázka č. 18 Zasáhlo Vás onemocnění po psychické stránce, jak?



Graf č. 12 Psychická stránka

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů má 13 (23 %) respondentů pokleslou náladu a cítí napětí, 7 (13 %) respondentů si myslí, že mají za onemocnění určitou vinu, 30 (55 %) respondentů se bojí, že se jednou soběstačnost sníží natolik, že budou potřebovat pomoc od druhých, u 5 (9 %) respondentů nedošlo k žádnému psychickému omezení.

Otázka č. 19 Jakou léčbou je Vaše onemocnění řešeno?

Tabulka 7 Léčba

Léčba	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Konzervativní – rehabilitace, klidový režim, analgetická léčba, aplikace léčebných obstrůvků, infuzní terapie	26	47 %
Chirurgickou – operační řešení	29	53 %
Celkem	55	100 %

Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, 26 (47 %) respondentů má léčbu konzervativní a 29 (53 %) respondentů má léčbu chirurgickou.

Otázka č. 20 Pokud jste podstoupil/a operační řešení páteře, zlepšila se Vaše kvalita života po operaci? (Pokud jste operační řešení nepodstoupili, na tuto otázku neodpovídejte).

Tabulka 8 Kvalita života po operaci

Zlepšení	Absolutní četnost – n	Relativní četnost - %
Ano	17	59 %
Ne	7	24 %
Nevím	5	17 %
Celkem	29	100 %

Operační řešení podstoupilo 29 (100 %) respondentů, se 17 (59 %) respondentům po operaci kvalita života zlepšila, 7 (24 %) respondentům se kvalita života nezlepšila a 5 (17 %) respondentů zatím neví, jestli se kvalita života ještělepší.

11 DISKUZE

Práce se zabývá především fyzickou, psychickou, sociální, ekonomickou oblastí, a to u pacientů v období aktivního pracovního života, kteří pracují na plný úvazek.

Degenerativní onemocnění bederní páteře patří mezi časté onemocnění, změny postihují lidskou páteř se vzrůstajícím věkem. Toto onemocnění je častou DPN ve 40 % a v 70 % končí až invalidizace nemocného (Dungl, 2014, s. 454).

Průzkumná otázka č. 1 Trpí degenerativním onemocněním bederní páteře více muži nebo ženy?

Z průzkumného šetření na neurologickém a neurochirurgickém oddělení z třech vybraných krajů vyplývá, že degenerativním onemocněním bederní páteře jsou více postiženy ženy než muži. Celkově sledovaných respondentů bylo 55, z toho činí 29 (53 %) žen a 26 (47 %) mužů, rozdíl je tedy o 3 (6 %) respondenty.

Ke stejnému zjištění ve své práci došla Čermáková (2014), která uvádí, z celkového počtu 34 respondentů, 18 (52,94 %) žen a 16 (47 %) mužů (Čermáková, 2014, s. 35).

Dále lze porovnat práci s prací Tomšů (2014), také uvádí rozdíl mezi pohlavím a to o 4 (6 %) respondenty, z celkového počtu 60, se vyskytuje degenerativní onemocnění bederní páteře u 32 (53 %) žen a u 28 (47 %) mužů (Tomšů, 2014, s. 35).

Toto zjištění také potvrzuje ve své práci Hájková (2016), která uvádí 22 % rozdíl z celkového počtu 31 respondentů, se u žen objevuje toto onemocnění v 61 % (19 respondentek) a u mužů se objevuje v 39 %, 12 respondentů (Hájková, 2016, s. 37).

Z průzkumného šetření tedy vyplývá, že degenerativním onemocněním bederní páteře trpí více ženy. Předpokládanou příčinou přetížení páteře u žen je nejčastěji těhotenství, porod a pak následná péče o dítě. Další možnou příčinou, proč ženy trpí více degenerativním onemocněním bederní páteře, je přetěžování páteře v souvislosti se zaměstnáním, jaký druh práce je vykonáván (zdravotnictví, ruční práce, práce v automobilových závodech, ...).

Průzkumná otázka č. 2 Která ze zkoumaných oblastí (fyzická, psychická, sociální nebo ekonomická) bude vnímána jako nejvíce zatěžující pro běžný život pacienta?

V každé z oblastí jsou pacienti nějakým způsobem omezeni, avšak jako nejvíce zatěžující oblast je pro běžný život pacienta vnímána oblast fyzická. Z celkového počtu 55 respondentů je 52 (94 %) respondentů omezeno nějakým způsobem po fyzické stránce, a to v běžných denních činnostech 27 (49 %) respondentů, zálibách 9 (16 %) respondentů a v zaměstnání 16 (29 %) respondentů.

Tomšů (2014) ve své práci uvádí rovnoměrné odpovědi, a to tak, že z 60 respondentů je 30 (50 %) respondentů omezeno v běžných denních činnostech a 30 (50 %) respondentů omezeno v běžných denních činnostech není (Tomšů, 2014, s. 49).

Dále lze práci porovnat s prací Čermákové (2014), avšak ta ve své práci přesně neuvádí stejnou otázku, proto je porovnána s podobnou oblastí průzkumu, a to v oblasti zvedání břemene. Ve své práci uvádí, že z 34 respondentů je 19 (55 %) respondentů omezeno ve zvedání břemene a 15 (45 %) respondentů omezeno není, tudíž rozdíl je o 4 (5 %) respondenty (Čermáková, 2014, s. 60).

K podobnému zjištění ve své práci došla Hájková (2016), ale ta také ve své práci neuvádí stejnou otázku, a také se zaměřuje na oblast zvedání břemene. Uvádí, že z celkového počtu 31 respondentů je 30 (97 %) respondentů s problémy zvedat těžká břemena a pouze 1 (3 %) respondent potíže se zvedáním břemene nemá (Hájková, 2016, s. 48).

Opravdu nejvíce zatěžující pro pacienty s tímto onemocněním je oblast fyzická, která je omezující v každodenních běžných činnostech, zálibách, zaměstnání a až poté se rozvíjí problémy v ekonomické situaci, kdy pacient z důvodu tohoto onemocnění musí, popřípadě přejít do částečného nebo úplného invalidního důchodu, takže se mu sníží tím pádem i příjmy. To pak může vést k psychickým problémům, kdy může člověk cítit méněcennost, rozladěnost, pokles nálady. Pokud však zůstane pracovně činným, může to přinést i sociální problémy v zaměstnání (konfrontace s kolegy) nebo v rodině (hádky, změna vztahů). Každý pacient s tímto onemocněním je ovlivněn většinou ve všech oblastech, v některé více a v některé méně, protože se jednotlivě prolínají.

Průzkumná otázka č. 3 Bylo onemocnění důvodem omezení pracovní výkonnosti pacienta?

Pracovní výkonnost byla u 17 (31 %) respondentů omezena, u 20 (36 %) respondentů se jedná o stále aktivně pracující a 18 (33 %) respondentů je již ve starobním důchodu. Respondentů v aktivním pracovním věku bylo 41 (75 %) respondentů a respondentů starších než 70 let bylo 14 (25 %).

Hájková (2016) ve své práci uvádí, stále aktivně pracujících 19 (61 %) respondentů a 12 (39 %) respondentů, co již nepracují (starobní důchod). Respondentů v aktivním pracovním věku bylo 17 (55 %) a 14 (45 %) bylo starších jak 70 let (Hájková, 2016, s. 37,40).

K jinému zjištění ve své práci došla Čermáková (2014), uvádí 27 (80 %) pracujících respondentů a 7 (20 %) respondentů nepracuje 1 respondent je nezaměstnaný a 6 respondentů je v invalidním důchodu. V aktivním pracovním věku bylo 27 (80 %) respondentů a 7 (20 %) respondentů bylo starších jak 60 let (Čermáková, 2014, s. 36, 39).

V práci Tomšů (2014) je uvedeno, že 60 (100 %) respondentů pracuje, jelikož v dotazníkovém šetření nebyla možnost výběru starobního důchodu ani invalidního. V aktivním pracovním věku bylo 19 (86 %) respondentů a 15 (14 %) respondentů bylo starší jak 60 let (Tomšů, 2014, s. 36, 41).

Tato otázka byla zvolena, z důvodu zjištění, jak jsou na tom pacienti v aktivním pracovním životě, kteří pracují na plný úvazek. Zda jsou omezeni spíše více v ekonomické a fyzické oblasti, která je pro ně v tomto období asi nejdůležitější. Průzkumné šetření se zabývalo zejména mladší věkovou skupinou, a to věkem kolem 30–50 let, kdy tito respondenti potřebují více ekonomické zabezpečení, mají rodiny, o které se potřebují postarat. Dále mě zajímalo, zda byli omezeni po fyzické stránce, která je mohla, také velice zasáhnou. Díky tomuto onemocnění mnoho respondentů muselo přestat se svými oblíbenými činnostmi, což pro spoustu respondentů znamenalo podle průzkumného šetření zklamání.

Průzkumná otázka č. 4 Bude mít váha pacienta nad 95 kg vliv na omezení v aktivním životě pacienta a souvislost s rozvojem onemocnění?

Z tohoto průzkumného šetření vyplývá, že váha pacienta má vliv na rozvoj onemocnění. Maximální váha v tomto šetření činila 120 kg a minimální 58 kg. Tuto průzkumnou otázku mohu porovnat jen s jednou prací, jelikož se touto problematikou ostatní práce nezabývaly.

K jinému zjištění ve své práci došla Tomšů (2014), 26 (43 %) respondentů má nadváhu, 4 (7 %) respondenti mají podváhu a 30 (50 %) respondentů má normální váhu (Tomšů, 2014, s. 37).

Váha pacienta má vliv na rozvoj onemocnění, z důvodu působení váhy na úsek bederní páteře, jelikož je to místo střetu tělesné váhy a vibrací při pohybu. Tudíž čím vyšší váha pacienta, tím větší zátěž na bederní páteř. Ale určitě to není jediná příčina, neboť problémy s bederní páteří má i populace s normální váhou. Příčinou může být přetěžování bederní páteře v zaměstnání, při vykonávání sportů apod.

12 ZÁVĚR

Degenerativní onemocnění bederní páteře postihuje značnou část populace. Změny postihují lidskou páteř se vzrůstajícím věkem. Mikroskopické změny se objevují již v první dekádě života, makroskopické pak kombinací s klinickými obtížemi přicházejí většinou po 30. - 40. roce věku. Toto onemocnění je častou, dočasnou pracovní neschopností a v 70 % příčinou invalidizace nemocného. V současné době je to jeden z největších sociálně ekonomických problémů naší populace. Vzhledem k dnešnímu uspěchanému způsobu života a díky vysokým nárokům na fyzickou a psychickou stránku člověka, se stává degenerativní onemocnění velice častou diagnózou, která často vede k hospitalizaci (Šrámek, 2015, s. 33).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti s degenerativním onemocněním bederní páteře ovlivněni v běžném životě, především v období aktivního pracovního života (kdy pacienti pracují na plný úvazek). Z průzkumného šetření této práce vychází, že u 41 (75 %) respondentů se jednalo o respondenty v aktivním pracovním věku, z toho je ale 17 (31 %) respondentů v částečném nebo úplném invalidním důchodu, 18 (33 %) respondentů ve starobním důchodu a 20 (36 %) respondentů stále aktivně pracuje. Stále aktivně pracující pacienti, kteří pracují na plný úvazek se shodli, že jsou omezeni v běžném životě, a to nejvíce v domácích pracích jako je žehlení, luxování, vaření apod. Také bylo cílem zjistit, jak jsou pacienti omezeni po fyzické, psychické, sociální a ekonomické situaci. Je ovšem nezbytné brát ohled na to, že průzkumné šetření bylo tvořeno malým počtem respondentů. Z výsledku průzkumného šetření je jasné, že nejvíce respondentů s degenerativním onemocněním bederní páteře bylo ve věkovém rozmezí 50-59 let a bolesti se začaly u respondentů nejvíce objevovat mezi 30. -39. rokem života. Dochází k ovlivnění fyzické stránky, kdy jsou pacienti omezeni v běžných denních aktivitách, jako je praní, žehlení, vaření, luxování apod. Po psychické stránce se respondenti nejvíce obávají toho, že jednou budou v soběstačnosti omezeni natolik, že budou potřebovat pomoc druhých a mají také často pokleslou náladu. V sociální stránce průzkumného šetření respondenti spíše odpovídali, že nejsou ovlivněni. Jen u pár jedinců se objevují díky onemocnění konfrontace s kolegy z práce, hádky s partnerem a změny vztahů v rodině. Ekonomická situace respondentů je horší vlivem zvýšení utrácení peněz za různé procedury a kompenzační pomůcky. Na degenerativní onemocnění bederní páteře je nutné nahlížet komplexně, ve spojitosti všech potenciálně ovlivňujících faktorů.

Praktickým výstupem práce je praktické doporučení, pro pacienty stran cvičení a posilování svalů v oblasti bederní páteře, viz příloha E.

13 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

GALLO, Jiří. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6.

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601.

KOCIOVÁ, Kamila a kolektiv. *Základy fyzioterapie*. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-389-9.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LEVITOVÁ, Andrea a Blanka HOŠKOVÁ. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4836-8.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

MCKENZIE, Robert. *Léčíme si záda sami*. vyd. 1. Praha: McKenzie institut, 2011. 82 s. ISBN 10-80-239-4861-X.

PAVELKA, Karel. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 9788073452957.

RAMÍK, Kamil. *Masáže na vaši bolest*. Praha: Grada, 2013. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-4537-4.

REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.

SEIDL, Zdeněk a Manuela VANĚČKOVÁ. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4546-6.

ŠRÁMEK, Jiří. *Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5362-1.

TESAŘ, Vlastimil. *Klasické masáže*. Praha: Grada Publishing, 2015. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-5528-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VOMÁČKA, Jaroslav, Josef NEKULA a Jiří KOZÁK. *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3126-0.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

Časopisy

HORÁK, Stanislav. Vyšetření a léčba bolesti zad z pohledu fyzioterapie. *Medicína pro praxi*, 2010, 7(3), 122-124. ISSN 1214-8687.

Internet

Bolesti dolní části zad ve stáří | Neurologiepropraxi.cz. [online]. Copyright © [cit. 1.7.2019]. Dostupné z: https://neurologiepropraxi.cz/artkey/neu2018010009_Bolesti_dolni_casti_zad_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DBolesti%2Bdoln%25ED%2B%25E8%25E1sti%2Bzad%2Bve%2Bst%25E1%25F8%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30

Bolesti zad v lumbosakrální oblasti | internimedicina.cz. [online]. Copyright © [cit. 1.7.2019]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int2012020006_Bolesti_zad_v_lumbosakralni_oblasti.pp

CT angiografie | Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. *Uvod | Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. Copyright© 2011 MUDr. Jiří [cit. 14.02.2019]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/?q=ct-angiografie>

Ergonomie: 4 tipy, jak bojovat s bolestmi zad a svalů | KS Europe. *KS EUROPE – Dobrá práce pro spokojenější život – volná místa* [online]. Copyright © 2019 [cit. 22.06.2019]. Dostupné z: <https://www.prace-ks-europe.cz/ergonomie-4-tipy-jak-bojovat-s-bolestmi-zad-svalu>

Možnosti operační léčby lumbální spinální stenózy u seniorů | Neurologiepropraxi.cz. [online]. Copyright © [cit. 15.5.2019]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201605-0009_Moznosti_operacni_lecby_lumbalni_spinalni_stenozy_u_senioru.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dmo%25Bnosti%25Bopera%25E8n%25ED%2BI%25E9%25E8by%2BIumb%25E1ln%25ED%2Bspin%25E1ln%25ED%2Bsten%25F3zy%26sfrom%3D0%26spage%3D30

Nová metoda operace páteře v Brně | Doktorka.cz. [online]. Copyright © [cit. 15.05.2019]. Dostupné z: <https://zdravi.doktorka.cz/nova-metoda-operace-patere-v-brne>

O firmě - DMA Praha - zdravotnické pomůcky. *DMA Praha - zdravotnické pomůcky* [online]. Copyright© [cit. 19.03.2019]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/o-firme_p2.html

SHIEL, W. Ankylosing Spondylitis. [online]. 2017 [cit. 2019–22–06]. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/ankylosing_spondylitis/article.htm

Spondylolistéza | ortopedie-traumatologie.cz. *Ortopedie traumatologie rehabilitace poradna, odborné články, diskuse* [online]. Copyright © [cit. 15. 05. 2019]. Dostupné z: <http://www.ortopedie-traumatologie.cz/Spondylolisteza%20%20>

ŠENOLT, L. Současný pohled na diagnostiku a léčbu ankylozující spondylitidy. *Interní medicína* [online]. Praha, 2011, [cit. 2019-22-06]. Dostupné z: <http://www.intermedicina.cz/pdfs/int/2011/10/02.pdf>

Temporary work inability and invalidity regarding the most frequent impairments of the motoric system – Economic impact on the Czech Republic- ScienceDirect. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Copyright © 2018 Published by Elsevier Sp. z o.o. on behalf of Faculty of Health and Social Sciences of University of South Bohemia in České Budějovice. [cit. 08. 05. 2019]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1212411718300412>

Bakalářské práce

ČERMÁKOVÁ Lenka. Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře, Praha, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Monika Hošťálková.

HÁJKOVÁ Radka. Vliv myorelaxační infuze u pacientů s bolestmi lumbální části páteře, Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.

TOMŠŮ Barbora. Režimová opatření u bolesti zad, Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Hana Novotná.

14 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Sabina Synková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Zabývám se bakalářskou prací na téma Životní styl pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře a tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Tento dotazník je anonymní a slouží jako klíčový nástroj pro její zpracování. Vaše odpovědi budou použity pro účely bakalářské práce. V případě zajímavých zjištění po zvážení pak mohou být použity jako podklady v rámci zpracování článku v odborném časopise.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Sabina Synková

- 1) Kolik Vám je let?
 - a) 30-49 let
 - b) 50-59 let
 - c) 60-69 let
 - d) 70-79 let
 - e) 80 let a více
- 2) Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž
- 3) Jaká je Vaše:
výška:
váha:
- 4) Jaké je vaše dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Střední odborné učiliště
 - c) Střední škola zakončená maturitou
 - d) Vyšší odborná škola
 - e) Vysokoškolské

- 5) Od kdy se u Vás začali bolesti objevovat?
- a) 30-39 let
 - b) 40-49 let
 - c) 50-59 let
 - d) 60 let a více
- 6) Jak Vás toto onemocnění zasáhlo po fyzické stránce?
- a) Běžné denní aktivity (hygiena, vaření, oblékání,...)
 - b) Záluby (volnočasové aktivity)
 - c) Zaměstnání
 - d) Nezasáhlo
- 7) Omezuje vaše zdraví nějaká z těchto činností?
- a) Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů, nošení nákupů, vyjít po schodech několik pater, předklon a shýbání
 - b) Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole, oblékání, provedení hygieny
 - c) Neomezuje mě ani jedna z uvedených činností
- 8) Pokud Vás toto onemocnění ovlivňuje při běžných denních aktivitách života, v jakých?
- a) Vyprazdňování
 - b) Nakupování (potravin, potřeby domácnosti)
 - c) Příprava jídla
 - d) Hygiena, oblékání
 - e) Domácí práce (žehlení prádla, luxování, ...)
 - f) Doprava
- 9) Jak řešíte bolesti?
- a) Cvičím
 - b) Chodím na masáže
 - c) Beru léky na bolest
 - d) Dojdu si k lékaři
 - e) Rehabilituji
 - f) Používám kompenzační pomůcky

- 10) Jaké používáte kompenzační pomůcky?
- a) Hůl, berle
 - b) Chodítko, invalidní vozík
 - c) Koupelnové pomůcky – sedačka na vanu, sedačka do sprchy, madla
 - d) Toaletní pomůcky – toaletní židle, nástavec na WC
 - e) Elektrické/ polohovací lůžko + speciální matrace
 - f) Nepoužívám žádný typ těchto pomůcek
- 11) Jak Vás toto onemocnění omezilo po sociální stránce?
- a) Odcizení od přátel
 - b) Hádky s partnerem
 - c) Konfrontace s kolegy
 - d) Změny vztahů v rodině
 - e) Neomezilo
- 12) Museli jste omezit nebo úplně skončit se svými oblíbenými činnostmi?
- a) Ano
 - b) Ne, bolesti nejsou tak silné, abych omezil nebo skončil s oblíbenými činnostmi
 - c) Ne, žádné koníčky jsem neměl/a
- 13) Došlo ve Vašem aktivním pracovním životě – zaměstnání k nějakému omezení?
- a) Ne, stále aktivně pracuji
 - b) Částečně, pobírám částečný invalidní důchod
 - c) Ano, pobírám invalidní důchod
 - d) Ne, již jsem ve starobním důchodu
- 14) Trpěl/la jste některým z uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti?
- a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti
 - b) Byl/a jste omezen/a v druhu práce, udělal/a jste méně, než jste chtěl/a, musel/a jste vynaložit zvláštní úsilí
 - c) Ne
- 15) Jak Vás Vaše onemocnění ovlivnilo po ekonomické stránce?
- a) Neovlivnilo
 - b) Zvýšilo se utrácení za procedury a léky snižující bolest
 - c) Vlivem nemoci se mi snížil plat
 - d) Platil/la jsem velké náklady na pomůcky do domácnosti (madla, ...)

- 16) Jaká je Vaše ekonomická situace vůči Vaší nemoci?
- a) Stejná
 - b) Horší – mám menší ekonomické zabezpečení
 - c) Lepší – mám lepší ekonomické zabezpečení
- 17) Děláte si starosti kvůli penězům?
- a) Ano
 - b) Ne
- 18) Zasáhlo Vás onemocnění po psychické stránce, jak?
- a) Mám pokles nálady, cítím napětí
 - b) Myslím, že mám určitou vinu za toto onemocnění
 - c) Bojím se, že se v budoucnu soběstačnost sníží natolik, že budu potřebovat pomoc druhých
 - d) Nezasáhlo
- 19) Jakou léčbou je Vaše onemocnění řešeno?
- a) Konzervativní – rehabilitace, klidový režim, analgetická léčba, aplikace léčebných obstrůvků, infuzní léčba, ...)
 - b) Chirurgickou – operační řešení
- 20) Pokud jste podstoupil/la operační řešení páteře, zlepšila se vaše kvalita života po operaci? (Pokud jste operační řešení nepodstoupili, na tuto otázku neodpovídejte).
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím, jsem pár dní po operaci

Příloha B - Vyšetření pohyblivosti páteře

Vyšetřujeme jednotlivé části páteře, pozorujeme deformity, nepravidelnosti, které nejsou na páteři fyziologické. Rozsah pohybu vyšetřujeme ve třech rovinách podle metody SFTR (Dungl, 2014; s. 9).

S – rovina sagitální určuje míru flexe a extenze.

F – rovina frontální určuje addukci a abdukci.

T – rovina transverzální, ta se týká vyšetření ramene a kyčlí.

R – rotace (zevní a vnitřní).

Příloha C - Méně používané zobrazovací metody

CT AG

Je metoda, kdy je do žíly podána vyšetřovanému jedinci kontrastní látka a následně je provedeno CT, které vyobrazí cévy v cévním řečišti díky protékající kontrastní látce. Na kontrastní látku může být silná alergická reakce, proto by měl být pacient při vyšetření nalačno (přibližně 6 hodin před vyšetřením ni nejíst). Preventivně jsou podávány pacientovi léky proti alergii, a proto by měl mít zajištěnou intravenózní kanylu. V případě akutních stavů se příprava omezuje, aby mohlo být vyšetření rychleji provedeno. Nevýhodou tohoto vyšetření je vyšší radiační záření, proto by mělo být obezřetně indikováno. Další potíží je již zmiňovaná alergická reakce na kontrastní látku a následné poškození ledvin. (Štefánek, 2011)

Scintigrafie

V diagnostice degenerativního onemocnění páteře se scintigrafie moc nepoužívá, může spíše posloužit k odhalení spondylolytického defektu, páteřních nádorů nebo v diferenciální diagnostice, například mezi těžkými degenerativními změnami meziobratlové ploténky a zánětem (Šrámek, 2015, s. 36).

PET (pozitronová emisní tomografie)

Jedná se radionuklidové vyšetření. Slouží především k diagnostice nádorových onemocnění (Seidl, 2015, s. 126).

Perimyelografie

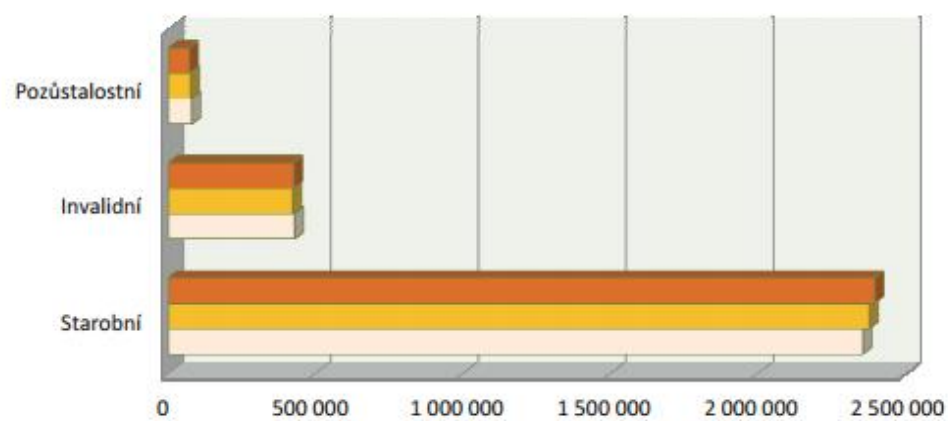
Ukáže lokalizaci útlaku po naplnění durálního vaku kontrastní látkou. Může se realizovat současně s CT a RTG, poté mluvíme o CT/RTG perimyelografii (Gallo, 2011, s. 130).

Funkční RTG snímek nám umožní odhalit dynamickou stenózu páteřního kanálu (Šrámek, 2015, s. 36). Většinou se provádí, pokud není možné vyšetřit pacienta magnetickou rezonancí z důvodu kontraindikací (Seidl, 2015, s. 126).

Příloha D – Ekonomický dopad

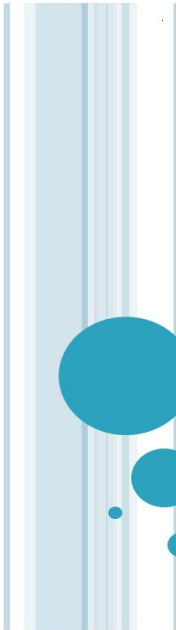
Věková skupina	Ne-uznáno	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	Celkem posouzeno
16–20 let	2	3	1	0	6
21–25 let	37	19	2	2	60
26–30 let	69	54	7	5	135
31–35 let	140	131	27	15	313
36–40 let	325	411	75	34	845
41–45 let	600	737	173	90	1 602
46–50 let	682	1 047	278	105	2 115
51–55 let	857	1 476	429	157	2 919
56–60 let	766	1 336	538	185	2 828
61–65 let	86	145	96	32	359
66–70 let	1	1	0	0	2

(Bosák, © 2018)



	Starobní	Invalidní	Pozůstalostní
2016	2 395 382	425 788	71 299
2015	2 376 883	421 655	75 451
2014	2 355 144	428 298	79 768

(Bosák, © 2018)



Doporučení pro pacienty stran cvičení a posilování svalů v oblasti bederní páteře

Cvičení a posilování svalů

!Necvičte pokud máte akutní průběh onemocnění!

- K cvičení můžete použít např.: měkký míč, gymnastický míč, pružnou gumu.
- Cviky **nesmí bolet!**
- U protahovacích cviků se cvičí pouze do **pocitu mírného tahu**.
- Cvičte minimálně 1x denně, máte-li zájem, cvičte častěji.
- Cviky přináší částečnou úlevu cca až po 5-7 dnech, cvičte ale dále dokud bolesti neodezní.
- Po cvičení ještě pár minut odpočívajte.
- Dostatečně se hydratujte, protože nedostatečně zavodněné svaly mají vyšší sklon k bolestivosti a křečím

Zdroj: Ramík, 2013, s. 9

CVIK 1



- **Poloha:** leh na zádech s pokrčenými DK, plosky leží na podložce
- **Cvičení:** s výdechem spouštíme kolena na stranu, v krajní poloze zhluboka vydechneme a myslíme a uvolnění zádových svalů, pak kolena zpět do střední polohy, nádech a stejně tak i na druhou stranu, hlavu můžeme otáčet na druhou stranu než nohy
- **Cíl:** uvolnění zádových svalů
- **Chyby:** zvedání ramen od podložky
- **Opakování:** 5-10x na každou stranu
- **Frekvence:** minimálně 1x denně, možno i 5-6x denně
- **Efekt:** částečná úleva svalů v bedrech cca po týdnu

Zdroj: Ramík, 2013, s. 30

CVIK 2



- **Poloha:** na zádech, DK pokrčené v kolenou a kyčlích, rukama uchopíme DK přes kolena, hlava leží na podložce
- **Cvičení:** nádech a s výdechem přitahujeme čelo ke kolenům, pouze do pocitu napětí zádových nebo šíjových svalů, v dosažené poloze zhluboka vydechneme, poté položíme hlavu a cvik se opakuje
- **Cíl:** uvolnění zádových svalů
- **Chyby:** přitahujeme místo čela ke kolenům bradu
- **Opakování:** 5-10x
- **Frekvence:** minimálně 1x denně
- **Efekt:** částečná úleva svalů v bederní krajině asi za týden

Zdroj: Ramík, 2013, s. 31

CVIK 3



- **Poloha:** lež na boku, spodní DK natažena, horní DK pokrčena, spodní ruka drží koleno na podložce, rotujeme trupem a hlavou zády k podložce, horní ruku svěsíme, co nejnižší (rotujeme pouze do pocitu tahu v zádech)
- **Cvičení:** v získané poloze pouze nádech, krátce podržíme; pak výdech, při kterém se uvolníme a zvyšujeme rotaci trupu – záda více k podložce, horní ruku více spustit, myslíme na uvolnění zádoových svalů, 10 sekund vydržíme ve výdechu a pak uvolníme
- **Chyby:** zvedání kolena od podložky
- **Opakování:** 10x na jednom boku, 10x na druhém boku

Zdroj: Ramík, 2013, s. 32

Správné držení těla



Zdroj: KS – Europe, © 2019

Zdroje

- RAMÍK, Kamil. *Masáže na vaši bolest*. Praha: Grada, 2013. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-4537-4.
- Ergonomie: 4 tipy, jak bojovat s bolestmi zad a svalů | KS Europe. KS EUROPE – *Dobrá práce pro spokojenější život – volná místa* [online]. Copyright © 2019 [cit. 22.06.2019]. Dostupné z: <https://www.prace-ks-europe.cz/ergonomie-4-tipy-jak-bojovat-s-bolestmi-zad-svalu>

Doporučení bylo vypracováno jako součást bakalářské práce.

Vypracovala: Synková Sabina

Vedoucí: PhDr. Iva Marková

Rok: 2019

