

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Lucie Mohylová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou

Lucie Mohylová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Mohylová**
Osobní číslo: **Z14218**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní
metodou**
Zadávací 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 stanové 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:

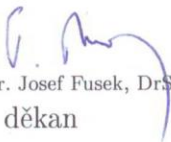
1. HAVLÍČEK, Karel, ČERVENKOVÁ, Zuzana a Vít BLANAŘ. Anatomické listy. 1. vyd., Univerzita Pardubice, 2015, 146 s. ISBN 978-80-7395-920-3.
2. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1. vyd., Grada, Praha 2007, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
3. KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd., Praha: Galén 2010, 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
4. RUDINSKÝ, Bruno, CIBULČÍK, František a Jan CIENCIALA et al. Spinálna chirurgia II: Spinal surgery II. 1. vyd., Bratislava: SAP, 2012, 221 s. ISBN 978-80-89607-02-0.
5. RYCHLÍKOVÁ, Eva. Bolesti v kříži: průvodce diagnostikou, diferenciální diagnostikou a léčbou pro praktické lékaře. 1. vyd., Praha: Maxdorf, 2012, 260 s. ISBN 978-80-7345-273-5.
6. SMÍŠEK, Richard, SMÍŠKOVÁ, Kateřina a Zuzana SMÍŠKOVÁ. Léčba výhřezu meziobratlového disku bez operace: spirální stabilizace páteře: metoda Spirální stabilizace páteře : Smíšek Systém. 1. vyd., Praha: Richard Smíšek, 2014, 118 s. ISBN 978-80-87568-43-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2.5.2017

Lucie Mohylová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí své práce paní Mgr. Marii Holubové PhD. za cenné rady a odborné vedení, ochotu, vstřícnost a trpělivost, s jakou mi pomohla při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat celému kolektivu neurochirurgické kliniky za cenné a odborné rady a psychickou podporu v době mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce pojednává o onemocnění meziobratlových plotének. Obecná část se zabývá anatomí páteře, charakteristikou onemocnění, možnostmi léčby, předoperační přípravou, pooperační péčí a následnou rehabilitací. Výzkumná část sleduje, jaký vliv má onemocnění bederní páteře na životní styl, psychický stav a zaměstnání nemocného. Je hodnoceno, jaké metody nemocní volí k tlumení bolesti a je hodnocena soběstačnost sledovaných respondentů před operací a po šesti týdnech od operace.

KLÍČOVÁ SLOVA

výhřez meziobratlové ploténky, bolest, pooperační péče, rehabilitace, soběstačnost

ANNOTATION

This Bachelor Thesis is about the Spinal Discs diseases. In the general part there is described the spine anatomy, characteristics of the disease, treatment options, pre-operative preparation, post-operative care and follow-up rehabilitation. In the research it is observed the impact of the lumbar spine diseases on the life style, psychological state and employment of the patient. It evaluates, which methods of pain relief patients choose and also self-sufficiency of the observed respondents before and six weeks after the surgery.

KEY WORDS

Herniation of the spinal disc, pain, postoperative care, rehabilitation, self-sufficiency

OBSAH

Úvod.....	14
1 Teoretická část	16
1.1 Anatomie páteře	16
1.2 Charakteristika onemocnění	17
1.3 Diagnostika	18
1.4 Příznaky	18
1.5 Možnosti léčby.....	19
1.5.1 Konzervativní terapie.....	19
1.5.2 Fyzioterapie a lázeňská léčba	20
1.5.3 Chirurgická léčba	20
1.6 Předoperační příprava	21
1.6.1 Celková obecná předoperační příprava.....	21
1.6.2 Celková speciální předoperační příprava.....	21
1.6.3 Obecná bezprostřední příprava	22
1.7 Pooperační péče	23
1.7.1 Invazivní vstupy.....	23
1.7.2 Péče o ránu a redonův drén.....	23
1.7.3 Výživa a vylučování	24
1.7.4 Hygiena.....	24
1.7.5 Bolest	25
1.7.6 Potřeba odpočinku a spánku	25
1.7.7 Nácvik soběstačnosti.....	25
1.8 Rehabilitace	26
1.8.1 Léčba výhřezu meziobratlového disku bez operace	26
1.8.2 Rehabilitace výhřezu meziobratlového disku před a po operaci	26
1.9 Edukace.....	27

2	Výzkumná část.....	29
2.1	Výzkumné otázky	29
2.2	Metodika výzkumu	30
2.2	Prezentace výsledků.....	31
2.2.1	Prezentace výsledků dotazníkového šetření	32
3	Diskuze	51
4	Závěr	56
5	Soupis bibliografických citací	57
6	Přílohy.....	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: statistické údaje operací instrumentem METRx mezi lety 2014-2016.....	31
Tabulka 2: praktický lékař, bolesti zad	32
Tabulka 3: speciální pracoviště	32
Tabulka 4: opuštění zaměstnání	33
Tabulka 5: neurochirurgická ambulance	33
Tabulka 6: analgetika	34
Tabulka 7: fyzické aktivity.....	35
Tabulka 8: psychický stav	35
Tabulka 9: vyrovnaní s bolestmi zad	36
Tabulka 10: průměrné hodnoty bolestí VAS před a po operačním výkonu	38
Tabulka 11: sebeobsluha	39
Tabulka 12: chůze	41
Tabulka 13: sezení.....	41
Tabulka 14: stání	42
Tabulka 15: omezení v sociálním životě.....	45
Tabulka 16: cestování	46
Tabulka 17: věková kategorie	46
Tabulka 18: pohlaví.....	47
Tabulka 19: vzdělání	47
Tabulka 20: náročnost povolání	48
Tabulka 21: finanční situace	48
Tabulka 22: kvalita života.....	49
Tabulka 23: návrat do původního zaměstnání	49

Tabulka 24: spokojenost s ošetrovatelskou péčí	50
--	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: metody používané k odbourávání bolesti.....	34
Obrázek 2: omezení vlivem emocí	37
Obrázek 3: zvedání břemen	40
Obrázek 4: spánek.....	43
Obrázek 5: sexuální život	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

MRI - Magnetická rezonance

EMG - Elektromyografie

RTG - Rentgenové záření

CT - Výpočetní tomografie

VAS – vizuální analogová škála

METRx – Minimal exposure Tubular Retractor

PŽK – Periferní žilní katetr

LIS – lumboischiatický syndrom

PMK – Permanentní močový katetr

TEN – tromboembolická nemoc

ÚVOD

Výhřez meziobratlových plotének způsobuje v dnešní době významný socioekonomický problém. Je jedním z nejčastějších důvodů invalidit u pacientů v produktivním věku. Celkové výsledky léčby jsou výrazně ovlivněny přístupem pacienta k onemocnění. Výhřez meziobratlové ploténky způsobuje lumbalgie a radikulární syndrom (Rychlíková, 2012, s. 30).

Lze konstatovat, že strukturální změny v disku začínají zlomeninami na krycích deskách. Selhání disku je vždy progresivní a vzniká na podkladě biologických a fyzikálních mechanismů. Je úzce spojeno s mechanickou dysfunkcí a bolestí. Na degeneraci se podílí mnoho faktorů kumulativního charakteru. Jedná se o genetické dispozice, neadekvátní transport metabolitů, anatomické variace, věk, fyzické přetěžování páteře, které mohou oslabit disk v takovém rozsahu, že k dramatickému selhání může dojít i při banálních denních aktivitách (Rudinský, 2012, s. 2).

Degenerace disku se může projevovat akutním problémem, a to výhřezem disku nebo postupným zánikem disku. Když se disk sníží, dojde k přetížení meziobratlových kloubů a obratlových těl (Smišek, 2014, s. 6). Celoživotní prevalence je zhruba odhadována na více než 70 % populace a asi 30 % populace bolestí trpí aktuálně (Bednařík, 2015, s. 253). Standartní indikací k operační léčbě zohledňuje časový faktor, intenzita a kvalita provedené léčby (Rudinský, 2012, s. 4). Léčba chirurgického degenerativního onemocnění páteře tvoří v současnosti jednu z nejvíce se rozvíjejících oblastí medicíny. Je na rozhraní mezi ortopedií a neurochirurgií. Hodnocení výsledků je velmi obtížné. Ačkoliv je jisté, že v současné době je možné chirurgicky řešit mnohé stavy, přesto stále zůstává skupina nemocných, u kterých i opakovaná chirurgická léčba selhává (Náhlovský, 2008, s. 132).

Práce se zaměřuje na seznámení se s výhřezem meziobratlových plotének, s možnostmi léčby jak konzervativní tak chirurgické, ošetrovatelskou péčí, rehabilitací a ovlivnění kvality života pacienta s tímto onemocněním.

CÍLE PRÁCE:

1. Popsat problematiku výhřezu meziobratlových plotének s její diagnostikou, léčbou, ošetrovatelskou péčí a rehabilitací.
2. Jaké bude složení respondentů s onemocněním meziobratlových plotének ve sledovaném vzorku respondentů
3. Jak moc se bude lišit soběstačnost respondentů před a po operačním výkonu.
4. Jaká bude intenzita bolesti u pacientů před a po operaci.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce obsahuje devět kapitol věnované anatomii páteře, charakteristikou onemocnění výhřezu meziobratlových plotének, diagnostikou a příznaky onemocnění. Dále se teoretická část práce věnuje možnostmi léčby výhřezu meziobratlových plotének, kde jsou popsány možnosti jak konzervativní, chirurgické, tak fyzioterapeutické a lázeňské léčby. Poslední čtyři kapitoly obsahují předoperační přípravu, pooperační péči, rehabilitaci a edukaci.

1.1 Anatomie páteře

Páteř (columna vertebrarum) je kostěná struktura složená z obratlů. Představuje oporu pro celé tělo a ochranné pouzdro pro míchu (Naňka, 2006, s. 27). Tvoří jednu třetinu výšky lidského těla. U dospělého člověka má zakřivení v předozadním směru a v bočním směru (Naňka, 2006, s. 31). Skládá se ze sedmi obratlů krčních, dvanácti obratlů hrudních, pěti obratlů bederních, kosti kostrční a křížové. Mezi jednotlivými obratli se nacházejí vazivová, kloubní i chrupavčitá spojení. Obratle kostrční a křížové v dospělosti srůstají (Kočiš, 2012, s.1).

Páteř je sestavena z obratlů. Obratle (vertebrae) se skládají z těla obratle (corpus vertebrae), oblouku obratle (arcus vertebrae) a otvoru obratle (foramen vertebrae) (Havlíček, 2015, s. 35 - 36). Meziobratlová ploténka je tvořena pevným kolagenním vazivem annulus fibrosus a je centrálně uloženým nukleus fibrosus. Volná nervová nociceptivní zakončení jsou rozmístěna nej hustěji v povrchových lamelách meziobratlových plotének (Nedělka, 2011, vyd. 9, s. 105).

V místě připojení oblouku k tělu obratlovému jsou po obou stranách výběžky kloubní, horní a dolní. Pohyby páteře jsou realizovány v meziobratlových kloubech pomocí meziobratlových plotének (disci intervertebrales). Meziobratlové destičky v počtu 23 se nacházejí mezi jednotlivými obratli. Každá destička je tvořena vazivovým prstencem (anulus fibrosus), jádrem, které je uloženo uvnitř destičky (nucleus pulposus). V bederní páteři jsou meziobratlové destičky nejsilnější. Zde na ně působí největší váha těla. Meziobratlové destičky chybí mezi prvním a druhým krčním obratlem a mezi prvním krčním obratlem a kostí týlní. Poslední destička se nachází mezi pátým obratlem bederním a kostí křížovou. Destičky slouží jako tlumiče před přetížením, ochraňují obratle, míchu a nervy z ní vycházející. Tlumí axiální tlak na obratle (Naňka, 2006, s. 30).

Typický obratel má oblouk (arcus vertebrae) a tělo (corpus vertebrae). Oblouk (arcus vertebrae) je z dorzální strany připojen k tělu a okružuje otvor (foramen vertebrale). Obratlové otvory tvoří páteří kanál (canalis vertebralis) (Kočiš, 2012, s. 2).

Obratle krční (vertebrae cervicalis C1 - C7) obsahují 7 krčních obratlů. První krční obratel (atlas) má ventrální oblouk a zadní oblouk (Havlíček, 2015, s. 36). Atlas jako první krční obratel podepírá hlavu. I přes svůj název však není rozhodujícím nosičem hlavy. Jeho jedinečnost se vyznačuje tím, že je to jediný obratel, který nemá tělo (Kočíš, 2012, s. 2). Druhý krční obratel (axis) se podobá typickému krčnímu obratli. Z horní strany vystupuje válcovitý výběžek (dens axis) (Havlíček, 2015, s. 36). Axis jako druhý krční obratel tvoří osu pro rotaci hlavy. (Kočíš, 2015, s. 3). Sedmý krční obratel má silný trnový výběžek (processus spinosus), nazývaný se vertebra prominens (Havlíček, 2015, s. 36). Výrazný a široký příčný výběžek směřuje dorzolaterálně od foramen transversarium, probíhající ve v. vertebralis (Kočíš, 2012, s. 3).

Hrudní obratle s kosti hrudní tvoří hrudník (thorax, Th1 - Th12), který vzniká spojením hrudních obratlů a žeber. Spojení mezi chrupavkami žeber a hrudní kostí se nazývá juncturae sternocostalis. Žebra (costae) se dělí na prvních sedm párů, které jsou fixovány na hrudní kost, a další tři páry, které jsou spojené chrupavkou. Následují poslední dvě žebra nazývaná volná. Dohromady jsou žebra tvořena 12 páry (Havlíček, 2015, s. 37-38).

Obratle bederní (vertebrae lumbales L1 - L5) se řadí mezi největší obratle páteře a je jich celkem pět. Dále na páteři nacházíme kost křížovou (os sacrum), která vzniká srůstem pěti obratlů sakrálních. Následuje kostrč (os coccygis), která vzniká srůstem čtyř až pěti obratlů kostrčních (Havlíček, 2015, s. 36).

1.2 Charakteristika onemocnění

Lumbální hernie disku, neboli výhřezy meziobratlových plotének bývají jednou z nejčastějších příčin kořenových syndromů v oblasti lumbosakrální (Jedlička, 2005, s. 362). Jedná se o významné poškození, které bývá častější než u krční páteře. V anamnézách pacientů se objevují často léta recidivující lumbalgie, popřípadě akutní blokády. Kořenová symptomatika někdy může nastupovat plíživě nebo se dostaví v plné intenzitě při zvednutí těžkého břemene a nekoordinovaného pohybu (Nevšímalová, 2005, s. 311).

Degenerativní změny jsou více časté v oblastech krční a bederní páteře. Povětšinou urychlení těchto morfologických změn má za následek např. úrazy, nadměrné zatížení, vadné pohybové stereotypy. Nejspíše může hrát roli i genetická predispozice (Petrovický, 2008, s. 136).

Nepřiměřené zatížení svalů, ligamentózního aparátu a páteřního skeletu vede k degenerativním změnám s výslednými reflexními změnami a bolestmi zad. Bolesti zad bývají doprovázeny neurologickými příznaky. Jedná se o kompresi míšního kořene nebo míchy. V populaci se bolesti

zad vyskytují s prevalencí 60 až 90 %. Bolesti zad bývají jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti osob mladších 45 let (Sameš, 2005, s. 90). Okolo 45 - 50 % výhřezů připadá v oblasti bederní na segment L5 - S1, 40 – 45 % na L4 - 5 a okolo 5 % na L3 - 4. V ostatních etážích bývají výhřezy poměrně vzácné (Sameš, 2005, s. 90).

1.3 Diagnostika

V posledních letech byl zaznamenán obrovský pokrok v diagnostice tohoto onemocnění (Rudinský, 2008, s. 136).

K základním diagnostickým metodám k určení diagnózy výhřezu meziobratlových plotének patří anamnéza pacienta. Jde o zjištění příčiny, proč k výhřezu ploténky došlo. Je-li důvodem poranění páteře nebo spontánní vznik (Slezáková, 2010 s. 203).

Mezi další diagnostické metody se řadí neurologické vyšetření, klinické vyšetření a zobrazovací metody. Rtg vyšetření slouží k zjištění získaných nebo vrozených vad a kostních změn. CT vyšetření určí postižení měkkých tkání (Slezáková, 2010, s. 203).

Jednou z nejdůležitějších diagnostických metod u výhřezu meziobratlové ploténky je v současné době MRI. Mezi další cenné metody se řadí scintigrafie skeletu. Nativní snímky pánve a páteře a sakuloradikulografie se používají již méně (Waberžinek, 2006, s. 354).

Mezi doplňující vyšetření k určení diagnostiky je EMG, tímto vyšetřením lze prokázat svalovou degeneraci odpovídající v kořenové inervační oblasti. EMG se používá jako metoda doplňující neurologické vyšetření, avšak jako samotné vyšetření není schopné diagnózu výhřezu meziobratlové ploténky stanovit (Slezáková, 2010, s. 354).

1.4 Příznaky

Výhřez lumbální meziobratlové ploténky se označuje jako degenerativní onemocnění lumbosakrální páteře, které vede ke stenóze páteřního kanálu. Rozlišuje se mediální nebo laterální, neboli jedno či více etážové postižení (Schneiderová, 2014, s. 288).

Výhřez meziobratlové ploténky se nejprve projevuje bolestmi zad, které postupem času propagují radikálně do jedné či obou končetin. Pacient se snaží vyvarovat extenzivnějších pohybů a pohyby bývají strnulé. Při zhoršení stavu pacientovi působí potíže kýchání, smrkání či tlak na stolicí. Senzitivní a motorické poruchy se obvykle rozvíjejí pozvolna, nicméně při akutní masivní sekvestraci se paretická symptomatologie může rozvinout během několika hodin (Sameš, 2005, s. 91).

Pro stenózu lumbálního kanálu bývá typický tzv. syndrom kaudy. Jedná se o centrální výhřez, dochází k tzv. poruchám motoriky a senzitivity polyradikulárního charakteru, radikální bolesti, pozdní autonomní dysfunkce a pseudoklaudikace DK (Schneiderová, 2014, s.288).

Bolesti při výhřezu meziobratlové ploténky mohou být akutní, a to v případě náhlého výhřezu. Mohou být ale také chronické. Bolesti se zhoršují s aktivní činností a k zmírnění dochází při klidovém režimu na lůžku. Bolest může způsobit i kýchaní nebo kašel. Bolest se projevuje při stlačení kořenů spojených se vznikem kořenového dráždění. Další příznak výhřezu ploténky se projevuje bolestí vyzařující do hýždí, zadní plochy stehna a lýtku. Někdy může dojít k vyzařování bolesti do mediální plochy stehna, třísla, palce u nohy a do malíku. Dochází často také k parestezii (Slezáková, 2010, s. 202 – 203).

Kořenový syndrom S1 se charakterizuje bolestí na zadní straně hýždě, stehna a lýtku a zasahuje až na fibulární okraj planty a malíku. Do kořenového syndromu S5 bolest vyzařuje po laterální straně lýtku a stehna. Méně častý bývá kořenový syndrom L4 projevující se bolestí na přední straně stehna a vnitřní straně bérce. Může být přítomen motorický deficit, hypestezie projevující se oslabením extenze v kloubu kolenním (Sameš, 2005, s. 91).

1.5 Možnosti léčby

1.5.1 Konzervativní terapie

Všeobecně mezi konzervativní terapii řadíme klid na lůžku, analgetika, antiflogistika, myorelaxancia a rehabilitaci (Schneiderová, 2014, s. 288).

Konzervativní terapie spočívá v klidovém režimu na lůžku, maximálně dva až čtyři dny na lůžku. Dále v podávání analgetik, analgeticko-myorelaxačních infuzí. Analgetika patří mezi nejpoužívanější léky a jejich spotřeba neustále vzrůstá. Při léčbě vertebrogenních onemocnění v akutním stavu se doporučuje intenzivní analgetická léčba, ale jen po nezbytnou dobu. (Rychlíková, 2012, s. 113). Mezi konzervativní terapii se také řadí obštríky, které patří mezi nejoblíbenější a nejpoužívanější metody reflexní terapie. Nejčastěji jsou používána lokální anestetika kvůli jejich rychlému analgetickému efektu. Obštríky jsou aplikovány do místa, kde nemocný bolest pociťuje nejvíce. Nejúčinnější je obštrík tehdy, je-li aplikován do struktury, která bývá vyvolavatelem bolestivé aference (Rychlíková, 2012, s. 98). U obštríků platí zásada, že se opakují pouze třikrát po sobě v období 3 - 7 denních intervalech. Výjimkou jsou obštríky s lokálními kortikoidy, u kterých není jiná indikace, asi po 3 měsících (Rychlíková, 2012, s. 100).

1.5.2 Fyzioterapie a lázeňská léčba

Léčba fyzioterapií by měla být vždy uvážena a nesmí zhoršovat klinické potíže (masáže, fyzikální terapie). V případech, které jsou indikovány, provádí vyškolený lékař v myoskeletální medicíně mobilizaci zablokovaných segmentů (Waberžinek, 2006, s. 356). Mezi další možnosti léčby se řadí lázeňská léčba, při které se využívají zdroje přírodní v kombinaci s fyzikální léčbou včetně léčby pohybové.

Lázeňská léčba je vhodná pro pacienty s chronicky probíhajícími obtížemi a častými recidivami (Rychlíková, 2012, s. 115). Následuje řádná edukace pacienta o změně pohybového režimu. Prognóza u pacientů postižených akutně bolestmi zad bývá dobrá a ve velké většině přinese úlevu (Sameš, 2005, s. 91). Při recidivujících a chronických potížích a selhání konzervativní terapie následuje další možná řada vyšetření, mezi něž se řadí magnetická rezonance bederní páteře, kterou následují další terapeuticko-diagnostické metody (Sameš, 2006, s. 91).

1.5.3 Chirurgická léčba

„Indikace neurochirurgického výkonu je založena na úvaze ve dvou rovinách. První úvaha vychází ze zhodnocení klinického neurologického nálezu. Pokud s tímto nálezem koreluje patologie na zobrazovacích vyšetřeních (CT, MRI, DSA), pak můžeme nemocnému poskytnout reálnou šanci na zlepšení potíží po operaci“ (Sameš, 2005, s. 11).

Chirurgickou léčbu dělíme na tzv. dekompresi zadním přístupem, jejíž indikací je syndrom kaudy, progredující paréza. Dále intenzivní radikulární bolesti nebo také selhání konzervativní terapie s prokazatelnou kompresí. Perkutánní neboli miniinvazivní chirurgická léčba po předchozí diskografii, diskektomie perkutánní (Schneiderová, 2014, s. 288).

V současné době je zlatý standard při operaci meziobratlové ploténky mikrochirurgický přístup v operačních technikách. Cílem mikrodiskotomie je především dekomprese nervového kořene (Rudinský, 2008, vyd. 9, s. 134).

Lumbální mikrodiskotomie nese ve svém názvu rozsah výkonu, nýbrž šetrnost přístupu. Jedná se o adekvátní dekompresi neurálních struktur s šetřením tkání v přístupu a snahou nenarušit stabilitu páteře a hlavně zajistit hojení s minimálním zjizvením (Rudinský, 2012, s. 4). Minimální invazivní spinální chirurgie (minimally invasive spine surgery – MISS) má ve své podstatě stejný záměr jako konvenční chirurgie. Nejdůležitější podmínkou pro úspěšný operační výkon zůstává opodstatnění indikace a správné naplánování provedení operačního výkonu. Miniinvazivní metodou se mohou snížit krevní ztráty během operace a ovlivnit pooperační bolesti. Tím se

umožňuje včasná imobilizace pacienta, zkrácení doby hospitalizace i výsledný kosmetický efekt (Rudinský, 2012, s. 11).

1.6 Předoperační příprava

Předoperační fáze souvisí zejména se zdravotním stavem pacienta a jeho předoperační přípravou. Důležitá je identifikace pacienta, jeho zdravotní stav, věk, přidružená onemocnění, stav výživy a hydratace, typ operace, místo operačního výkonu, příprava operačního pole, předchozí intervence, psychický stav, prevence TEN (Wichsová, 2013, s. 169).

Předoperační příprava je zahájena v okamžiku, kdy lékař indikuje pacienta k operačnímu výkonu. U plánovaných výkonů, jako je výhřez meziobratlové ploténky, se rozděluje příprava následovně (Šamánková, 2006, s. 267). Předoperační příprava je soubor všech opatření předcházejících samotnému výkonu (Sameš, 2015, s. 13).

1.6.1 Celková obecná předoperační příprava

U celkové obecné předoperační přípravy vzdálené je nemocný aktivním účastníkem jak léčebného postupu, tak i operace. Výsledek operace je závislý nejen na přístupu lékaře a ošetřujícího personálu, ale i na kontaktech s nemocným a jeho rodinou. Celková obecná předoperační příprava je zaměřena na celkový stav pacienta, přidružených nemocí a obtížnost chirurgického zákroku. K obecné vzdálené přípravě také patří příprava psychická, kdy se ošetřovatelský personál zaměřuje na zmírnění obav z operačního výkonu (Šamánková, 2006, s. 268).

1.6.2 Celková speciální předoperační příprava

Celková speciální předoperační příprava vzdálená sleduje vliv jednotlivých onemocnění na celkový stav nemocného. Vliv přidružených onemocnění, které by mohly nepříznivě ovlivnit pooperační průběh léčby a charakter onemocnění (Šamánková, 2006, s. 269). K celkové speciální předoperační přípravě patří interní předoperační vyšetření, jehož cílem je zvážení míry rizika ze strany operace a interního stavu pacienta. Součástí interního předoperačního vyšetření je RTG srdce a plic, EKG a odběry biochemie, krevního obrazu a koagulace. Doplnujícím vyšetřením je ECHO srdce, kardiologie, plicní spirometrie, endokrinologie a diabetologie. Veškerá tato doplňující vyšetření jsou ale stanovena na základě přidružených onemocnění pacienta (Sameš, 2005, s. 13).

Důležitou nedílnou součástí u celkové předoperační přípravy je rozhovor s neurochirurgem o průběhu operace a rozhovor pacienta s anesteziologem (Sameš, 2005, s.13). Pacient podepíše

informovaný souhlas s anestezií a operačním výkonem. Anesteziolog posoudí, zda je pacient kardiopulmonálně schopen anestezie, zhodnotí veškerá rizika a předepíše premedikaci. Premedikace je podání léků pacientovi v předvečer operačního výkonu a ráno cca 1 hodinu před samotným operačním výkonem. Premedikace pomáhá pacientovi zmírnit strach z operačního výkonu, snižuje výskyt pooperační nauzey a zvracení. Kombinují se léky jako např. anticholinergika, benzodiazepamy, analgetika atd. (Mikšová, 2006, s. 92). Lékař se zaměří na vysvětlení a zdůvodnění operačního výkonu a objasnění operačního zákroku (Šamánková, 2006, s. 268).

1.6.3 Obecná bezprostřední příprava

Obecná bezprostřední příprava k operaci zahrnuje podporu psychickou a přípravu místní. Psychická podpora zahrnuje zajištění klidu před operačním výkonem, tedy při ranní vizitě je potřebné uklidnit pacienta, což pacient oprávněně očekává od lékaře i sester. Příprava místní zahrnuje hygienu, kdy pacient musí být čistý, bez šperků a ozdob. Pupeční jizva musí být pečlivě vyčištěna. Všeobecná sestra se postará o vyjmutí umělého chrupu a zajistí, aby jej měl pacient po operačním výkonu co nejdříve k dispozici (Šamánková, 2006, s. 269 – 270). Dále všeobecná sestra zajistí pacientovi bandáže dolních končetin. Jedná se o prevenci trombotické nemoci. Dále zajistí podání nízkomolekulárního heparinu dle ordinace ošetřujícího lékaře (Sameš, 2005, s. 13). Jako prevence peroperační infekce, tzv. chráněné koagulum, je preventivní podávání antibiotik před výkonem (Sameš, 2005, s. 13).

Důležitou úlohou všeobecné sestry je zajištění žilních vstupů. Pro zavedení periferní žilní kanyly jsou nejčastěji volené horní končetiny. Před zavedením kanyly všeobecná sestra řádně edukuje pacienta. Poté provede hygienu rukou, připraví si pomůcky a řádně dezinfikuje místo zvolené pro vpich (Kapounová, 2007, s. 74).

PŽK je volena tehdy, je-li plánovaná intervence kratší než pět dní. PMK neboli permanentní močový katetr se zavádí za přísně aseptických podmínek. U žen zavádí katetr všeobecná sestra, u mužů zavádí katetr lékař za asistence všeobecné sestry, nebo sestra se specializací na intenzivní péči. Zavedený PMK se téměř vždy napojuje na drenážní systém. Ten se skládá z retenčního katetru, drenážní hadičky a sběrného vaku na moč. Před zavedením PMK opětovně všeobecná sestra edukuje pacienta o zákroku (Kapounová, 2007, s. 303).

1.7 Pooperační péče

Pooperační péče začíná v období po probuzení z anestezie. Ve fázi probouzení se funkce organismu vrací k původnímu stavu. V této fázi je pooperační péče zaměřena na stabilizaci zdravotního stavu (Mikšová, 2006, s. 99).

Pacient je ve stabilizovaném stavu převezen na jednotku intenzivní péče, kdy sám spontánně dýchá a má stabilizované životní funkce (Mikšová, 2006, s. 100). Pacient je uložen do ordinované polohy. Po operaci výhřezu meziobratlové ploténky bývá pacient uložen do polohy na zádech minimálně na dvě až tři hodiny, poté je možnost otáčení se na bok (Šamánková, 2006, s. 271). Pacient je napojen na monitor a povinností všeobecné sestry je sledování kardiovaskulárního stavu (Mikšová, 2006, s. 100). Monitorace dechové frekvence je fyziologickým parametrem ventilace. Pohyby hrudníku jsou snímány pomocí elektrod EKG. Pulzní oxymetrie je metoda neinvazivní, která měří saturaci hemoglobinu kyslíkem (Kapounová, 2007, s. 35). Všeobecná sestra sleduje hodnoty systolického a diastolického tlaku (Mikšová, 2006, s. 100). Všeobecná sestra vede pooperační dokumentaci a veškeré hodnoty, jak FF funkce, stav vědomí, hybnost končetin, operační ránu, odpad z redonova drénu a diurézu zaznamenává každou hodinu (Slezáková, 2010, s. 201).

Po celkové anestezii pacient reaguje na stimuly, je ospalý, bývá probuzen, ale občas může být lehce dezorientovaný (Mikšová, 2006, s. 100). Druhý den po operačním výkonu je pacient přeložen na standardní oddělení.

1.7.1 Invazivní vstupy

Všeobecná sestra pečuje o PŽK následovně, a to tak, že vždy zachovává přísný aseptický postup při převazech. Pokud je vpich krytý sterilními čtverci, je nutný převaz každý den. Pokud je vpich krytý semipermeabilní fólií, převaz je možno provést až třetí den. Okamžitý převaz PŽK se provádí při znečištění nebo prosáknutí krytí. Všeobecná sestra provádí zrakovou kontrolu místa vpichu každý den a zaznamenává ji do dokumentace (Kapounová, 2007, s. 74).

1.7.2 Péče o ránu a redonův drén

Další nedílnou součástí a prací všeobecné sestry je sledování operační rány. Všeobecná sestra kontroluje krytí, zda nedochází k prosakování operační rány. Kontroluje správnou fixaci převazového materiálu, popřípadě správné ošetření drénu vyvedeného z operační rány (Šamánková, 2006, s. 271). Drény v neurochirurgii mají zcela jiný význam, než v ostatních oborech. Požadavek na kvalitu drénů je vysoký. Především se jedná o požadavky na sterilitu a dostatečnou pevnost. V případě výhřezu meziobratlové ploténky se používají drény otevřené,

neboli derivační – odvodné (Čapov, 2001, s. 155). Všeobecná sestra kontroluje, zda nedochází k příznakům infekce. Sleduje bolest v operační ráně a příznaky infekce. Sleduje krytí rány a asistuje lékaři při převazu rány. Dodržuje se aseptický postup a pokud lékař nestanoví jinak, rána se převazuje každý den až do propuštění pacienta do domácí péče. Extrakce stehů probíhá 10. – 12. den po operačním výkonu (Slezáková, 2010, s. 208). Extrakce redonova drénu probíhá 2. – 3. den po operačním výkonu dle odpadu a zvyklosti oddělení.

1.7.3 Výživa a vylučování

Všeobecná sestra sleduje stav sliznic a kožní turgor. Důležitou součástí je sledování pooperačního zvracení, aby nedošlo k aspiraci. Všeobecná sestra dále sleduje bilanci tekutin. Dle stavu pacienta a zvyklostí oddělení se po čtyřech až šesti hodinách podává pacientovi pomalý p. o. příjem tekutin po douškách. Dle ordinace lékaře podává všeobecná sestra infuzní roztoky k doplnění elektrolytů a tekutin. Dle stavu se pacient druhý den vrací k původní dietě. (Slezáková, 2010, s. 206).

Vylučování patří mezi další nedílnou součást sledování stavu pacienta po operačním výkonu. Zapisuje se do dokumentace příjem a výdej tekutin a zaznamenává bilance od operačního výkonu, popřípadě za 24 hodin od operace dle ordinace lékaře (Slezáková, 2010, s. 206).

Vyprazdňování stolice je základní biologickou potřebou člověka. (Kapounová, 2007, s. 289). Všeobecná sestra podporuje pravidelnou defekaci, zajišťuje soukromí. Sleduje odchod plynů. A pokud nedojde k vyprázdnění do třech dnů od operačního výkonu, dle ordinace lékaře všeobecná sestra aplikuje léky (Mikšová, 2006, s. 86).

1.7.4 Hygiena

Všeobecná sestra zjišťuje, jak pacient běžně pečuje o svou hygienu, jaké hygienické pomůcky používá a v pooperačním období mu s prováděním hygieny pomáhá. Do celkové hygieny patří hygiena dutiny ústní, oblast nohou a nehtů, oblast péče o oči a uši a oblast péče o vlasy (Mikšová, 2006, s. 34).

Všeobecná sestra zajišťuje řádnou hygienu genitálií. Sleduje příznaky lokální infekce, např. pálení, svědění, bolest nebo zvýšená dráždivost v oblasti močového měchýře. Sleduje barvu, zápach, množství a příměsi odvedené moče. Pravidelně za aseptických podmínek vyprazdňuje moč ze sběrného vaku. Před odstraněním PMK trénuje všeobecná sestra močový měchýř uzavíráním katetru na dvě až čtyři hodiny. Nemocného před odstraněním katetru řádně edukuje (Kapounová, 2007, s. 304).

1.7.5 Bolest

V pooperačním období je nezbytnou součástí péče sledování bolesti. Odstraněním bolesti se zkvalitní i spánek nemocného (Šamánková, 2006, s. 272). Špatně kontrolovaná bolest může zhoršit duševní i tělesné zdraví pacienta. V pooperačním období se podávají např. neopioidní analgetika, jako paracetamol. Jedná se o acetaminofen, který tlumí bolest, popřípadě snižuje horečku, ke které může v pooperačním období dojít (Kolektiv autorů, 2006, s. 66). Při bolesti vyšší dle škály VAS se podávají opioidy, což jsou látky odvozené od morfinu. Základní surovinou je opium. Opioidy působí primárně na centrální nervovou soustavu (Kolektiv autorů, 2006, s. 71). Podle délky a stupně bolesti se analgetika ordinují povětšinou po šesti hodinách, při velkých a nesnesitelných bolestech se mohou podávat po čtyřech hodinách. Postupně se dávky analgetik snižují (Šamánková, 2006, s. 271).

1.7.6 Potřeba odpočinku a spánku

Odpočinek a spánek jsou základní předpoklady zdraví. V pooperačním období se řadí mezi nejdůležitější potřeby pacienta. Potřeba odpočinku a spánku může být narušena změnou prostředí, bolestí, zvýšenou hlučností a neuskutečněním spánkových rituálů. Úkolem všeobecné sestry bude zabezpečení vhodných podmínek pro spánek pacienta. Bude se snažit v rámci možností minimalizovat hluk na pokoji, zatmění pomocí žaluzií. Zajistí dostatečné prodloužení spojovacích hadiček k infuzi, aby měl pacient možnost otočení se na bok. Zabezpečí psychickou pohodu a uvolnění (Mikšová, 2006, s. 126 – 128).

1.7.7 Nácvik soběstačnosti

Všeobecná sestra informuje pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu. První operační den zátěž pacienta určí ošetřující lékař. Důležité je pacientovi vysvětlit postup v rehabilitaci. Je nutné zdůraznit tyto zásady. Po operaci pacient musí dodržovat klidový režim na lůžku, poloha je vleže na zádech.

1. pooperační den pacient se vertikalizuje s fyzioterapeutem, pacient vstává z lůžka přes břicho do stoje (zákaz sedu). 2. pooperační den nácvik chůze probíhá opět s rehabilitačním pracovníkem, pacient vstává opět přes břicho, opětovně platí zákaz sedu. 3. pooperační den probíhá nácvik chůze. 4. pooperační den, pokud nenastanou žádné komplikace, pacient po řádné edukaci může být propuštěn do domácí péče.

Před propuštěním do domácí péče je pacient edukován fyzioterapeutem a všeobecnou sestrou o dodržování léčebného režimu. Zákaz sedu platí zhruba šest týdnů, pokud neurčí jinak ošetřující

lékař. Výjimkou je sed na WC, dle stavu pacienta určí operatér. Zákaz sedu platí po celou dobu šesti týdnů, např. při řízení autem. V případě potřeby a kontroly na neurochirurgické ambulanci má pacient nárok na přepravu sanitním vozem do zdravotnického zařízení (Slezáková, 2010, s. 205).

1.8 Rehabilitace

Pro výběr správného léčebného postupu je nutné nahlížet nejen na anatomický ale i na funkční nález. Pro volbu konzervativního postupu je zcela zásadní odlišit chronické a akutní stádium nálezu. Chronické stádium vyžaduje jiný plán léčebného postupu, než akutně vzniklý stav. U chronického stádia je důležitý postup cíleného cvičení. Velký význam pro tuto léčbu mají režimová a ergonomická opatření. Nelze opomenout ani podpůrnou korzoterapii. U akutního nálezu je nutné využívat medikamentózní terapii a klidový režim (Kolář, 2012, s. 458).

1.8.1 Léčba výhřezu meziobratlového disku bez operace

Činnost svalových spirálních řetězců regeneruje meziobratlové disky. Jakmile je činnost porušena, dochází k degeneraci a výhřezu meziobratlového disku. Činnost řetězců lze cvičením obnovit a tak efektivně léčit výhřez meziobratlového disku. Klasický léčebný postup samotným cvičením má dobrý efekt, nicméně plné vstřebávání výhřezu trvá 6 - 12 měsíců. K dosažení plného vstřebání výhřezu a zahojení disku jizvou lze dosáhnout i za tři měsíce, ale je k tomu potřeba intenzivní pobytová léčba, při které se používají speciální manuální techniky, které páteř protahují. Na protažení ihned navazuje stabilizační cvičení. Doporučován je týden pobytu s léčbou až tři hodiny denně a poté 2x do měsíce čtyřdenní pobyty. Postupně takto léčba přechází v kondiční trénink (Smíšek, 2014, s. 23).

1.8.2 Rehabilitace výhřezu meziobratlového disku před a po operaci

V rámci předoperační přípravy je nemocný seznámen jak s krátkodobým tak s dlouhodobým rehabilitačním programem. Pokud bude pacient po operačním výkonu užívat rehabilitační pomůcku, musí s ní být dokonale seznámen. Ještě před operačním výkonem by si měl vyzkoušet správné nasazování korzetu, popřípadě chůzi o berlích. Neméně důležitá je příprava nácviku hlubokého dýchání a odkašlávání. V předoperační rehabilitační přípravě se také soustředíme na prevenci tromboembolických komplikací, jde o pokrčování a natahování dolních končetin a hýbání prstů na nohou. Důležitý je také nácvik vstávání nemocného po operačním výkonu (Kapounová, 2007, s. 162).

V současné době se nachází na trhu mnoho druhů bederních podpůrných pásů od různých firem a z různých materiálů. Bederní pás má plnit funkci podpůrnou, proto je důležité, aby pacientovi seděla jeho výška a přiložení. Pás se přikládá nad křížobederní krajinu ve výši horní bederní páteře. Stažení pásu by nemělo být bolestivé. Nemocný by měl mít příjemný pocit pevnosti bederní páteře a pánve. Nošení bederního pásu je doporučováno při delších pochodech, chůzi, větší zátěži, popřípadě při sportu a fyzické práci. Nemělo by se zapomínat na posilování svalového korzetu a na ovlivnění svalové dysbalance (Rychlíková, 2012, s. 224). Dechová rehabilitace patří mezi nedílnou součást ošetrovatelské péče o dýchací cesty. Pro zajištění kontinuity péče je nezbytnou součástí spolupráce fyzioterapeuta se sestrou. Cílem dechové rehabilitace je rozpouštění a odstranění hlenů, zlepšení pohyblivosti hrudníku, prohloubení dýchacích pohybů a zlepšení provzdušnění plic (Vytečková, 2013, s. 71).

1.9 Edukace

Edukace je pojem odvozený z latinského *educare*, *educare* s významem „vzdělávám“. Edukaci lze definovat jako proces, který soustavně ovlivňuje chování a jednání jedince s navozením cíle pozitivní změny v jeho postojích, vědomostech, dovednostech a návycích (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukace je proces, který ovlivňuje tři úrovně učení – kognitivní, emotivní a také behaviorální (Špirudová, 2015, s. 106)

Všeobecné sestry často hovoří o tom, že edukují, ale v realitě pouze informují. Poskytováním informací pacientovi cílí pouze na jeho funkce kognitivní. Znalost a vědomost ještě nemusí znamenat, že se jimi bude pacient ve svém skutečném životě řídit (Špirudová, 2015, s. 106).

Jednou ze skupin, na kterou je zaměřený zdravotník, je cílová uživatelská skupina. V této skupině je edukace zaměřená a plánovaná na základě edukačních potřeb jejích členů. Jedním z příkladů edukace je zaměření se na edukaci pro pacienty po operaci výhřezu meziobratlové ploténky (Juřeníková, 2010, s. 9).

Jednou z nejčastějších metod je práce s textem. Nejčastěji jsou používány letáky, brožury, popřípadě plakáty. Edukační materiál by měl být předán edukantům, pro které byl vytvořen z hlediska jejich zdravotního problému (Juřeníková, 2010, s. 45).

Edukace je aktivita všeobecné sestry a měla by být zařazena vždy, když je potřebné, aby pacient zvládl období např. po operačním výkonu (Špidurová, 2015, s. 108). Jestliže nějaká část edukace probíhá formou samostudia a tištěnou formou, pak je potřeba pro pacienty vytvořit tištěné nebo

elektronické materiály, tzv. speciální didaktické materiály, které pomohou pacientovi jednoduchým a návodným způsobem získat potřebné informace (Špidurová, 2015, s. 114).

Aby mohla být edukace správně realizována, je nezbytné, aby jí byl poskytnut v rámci sesterské práce potřebný prostor. Výstupy edukace mají pozitivní vliv na zvýšení kvality života pacienta (Špidurová, 2015, s. 115).

Po operačním výkonu bude edukace zaměřena na zvládání pooperační bolesti, tedy proběhne edukace pacienta o podávání informací všeobecné sestře v případě bolestí. Pozornost ošetřujícího personálu by měla být dále soustředěna na zvládání sebepéče, rizika pádu a nácviku soběstačnosti. Nedílnou součástí edukace budou informace pro pacienta po propuštění do domácí péče.

Shrnutí teoretické části práce

Teoretická část práce zahrnuje seznámení se s onemocněním výhřezu meziobratlových plotének, diagnostikou, charakteristikou onemocnění s příznaky a možnostmi léčby. Dále teoretická část práce zahrnuje předoperační přípravu a pooperační péči s rehabilitací a edukací.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

1. Jaké bude spektrum pacientů s onemocněním meziobratlových plotének ve sledovaném vzorku respondentů.
2. Jak se bude lišit soběstačnost respondentů sebeděče v každodenním životě před a po operačním výkonu.
3. Jaká bude intenzita bolesti u pacientů před a po operačním výkonu.

2.2 Metodika výzkumu

Tato práce se řadí k pracím teoreticko – výzkumným/průzkumným. Dle světové zdravotnické organizace se výzkum soustředí na vytvoření znalostí o lidech, o péči o ně ve zdraví a nemoci. Jde o pochopení základních fyziologických, behaviorálních a sociálních mechanismů a o získávání znalostí o systémech poskytování ošetrovatelské péče efektivně a účinně (Bártlová, 2008, s.13).

Práce je založena na výsledcích kvantitativního šetření. Jako metoda výzkumu bylo využito dotazníkové šetření. Byly vytvořeny dva dotazníky vlastní tvorby. První dotazník byl předán pacientům při příjmu na neurochirurgické oddělení a druhý dotazník byl předán pacientům za šest týdnů od operačního výkonu na ambulantní části neurochirurgické kliniky. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, jež jsou připraveny v určitém formuláři (Kutnohorská, 2009, s.41).

Další metodou bylo studium dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace (Polícar, 2010, s. 100). Zdravotnické zařízení, v kterém probíhalo výzkumné šetření dalo souhlas k nahlížení a čerpání ze zdravotnické dokumentace.

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na neurochirurgické klinice ve fakultní nemocnici. Neurochirurgická klinika se skládá z dětské a dospělé části. V části pro dospělé je standardní oddělení a jednotka intenzivní péče. Celkový počet lůžek činí 19.

Před samotným výzkumným šetřením, v dubnu 2016 byla provedena pilotáž, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků pacientům před operačním výkonem. Otázky položené v dotazníkovém šetření byly pro pacienty srozumitelné, nebylo tedy nutné otázky v dotaznících přepracovávat. Pilotáží se rozumí zvolené otázky z hlediska obsahu, řeší problémy s tazateli a se zvoleným vzorkem (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Vlastní výzkum proběhl v měsících červen 2016 až leden 2017. Bylo osloveno 31 respondentů a vráceno bylo 62 vyplněných dotazníků, z nichž jeden byl vyřazen. Dotazníky se skládaly ze dvou částí. První část tvořila 24 otázek viz. příloha A, druhá část 14 otázek viz. příloha B. Konečný počet dotazníků tedy činí 30 kusů podaných před operačním výkonem a 30 kusů podaných po operačním výkonu.

Dotazníky byly zcela anonymní a ke zpracování dat byly použity programy Microsoft Word 2013 a Microsoft Excel 2013.

Jako součást výzkumné práce je zahrnuta tabulka se statistickými daty počtu operací instrumentem METRx mezi lety 2014 – 2016.

2.2 Prezentace výsledků

Mezi lety 2014 – 2015 byly sledovány počty operací výhřezu meziobratlových plotének instrumentem METRx.

Tabulka 1: statistické údaje operací instrumentem METRx mezi lety 2014-2016

Pohlaví	Ženy		Muži	
Rok	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost
2014	18	43	24	47
2015	18	43	24	47
2016	16	50	16	50
Celkový počet METRx operací	52	45	64	45

Z tabulky číslo 1 vyplývá, že mezi lety 2014 – 2015 byl odoperován stejný počet žen i mužů miniinvazivní metodou instrumentem METRx. V roce 2016 vychází rovněž stejný počet odoperovaných žen i mužů.

2.2.1 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Tabulka 2: praktický lékař, bolesti zad

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jen pár týdnů	15	51
Zhruba půl roku	4	13
Rok	2	7
Déle než rok	4	13
Ještě déle	4	13
Nevím	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

V uvedené tabulce je vidět, že 51 % z dotazovaných respondentů navštěvovalo praktického lékaře při obtížích jen pár týdnů. 20 % respondentů uvedlo, že praktického lékaře navštěvovalo při přetrvávajících obtížích déle než rok.

Tabulka 3: speciální pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	10	33
Ano, ale až po mém vyžádání	9	30
Spíše ne, nevybavuji si to	1	3
Ne	10	33
Celkový počet respondentů	30	100

Z tabulky číslo 3 vyplývá, že praktickým lékařem bylo nabídnuto odborné pracoviště v deseti případech a taktéž u deseti respondentů nabídnuto nebylo. 9 z dotazovaných respondentů uvedlo, že specializované pracoviště jim bylo nabídnuto až po jejich vyžádání.

Tabulka 4: opuštění zaměstnání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, kvůli bolestem jsem zaměstnání opustil (a)	1	3
Částečně jsem omezil (a) pracovní činnost	4	13
Musel (a) jsem odejít na PN, ale zaměstnání jsem neopustil (a)	22	73
Ne, nadále zůstávám v zaměstnání	3	10
Celkový počet respondentů	30	100

Z tabulky číslo 4 vyplývá, že 73 % dotazovaných respondentů muselo odejít do pracovní neschopnosti, ale v zaměstnání zůstali a v 10 % dotazovaných v zaměstnání pokračovali.

Tabulka 5: neurochirurgická ambulance

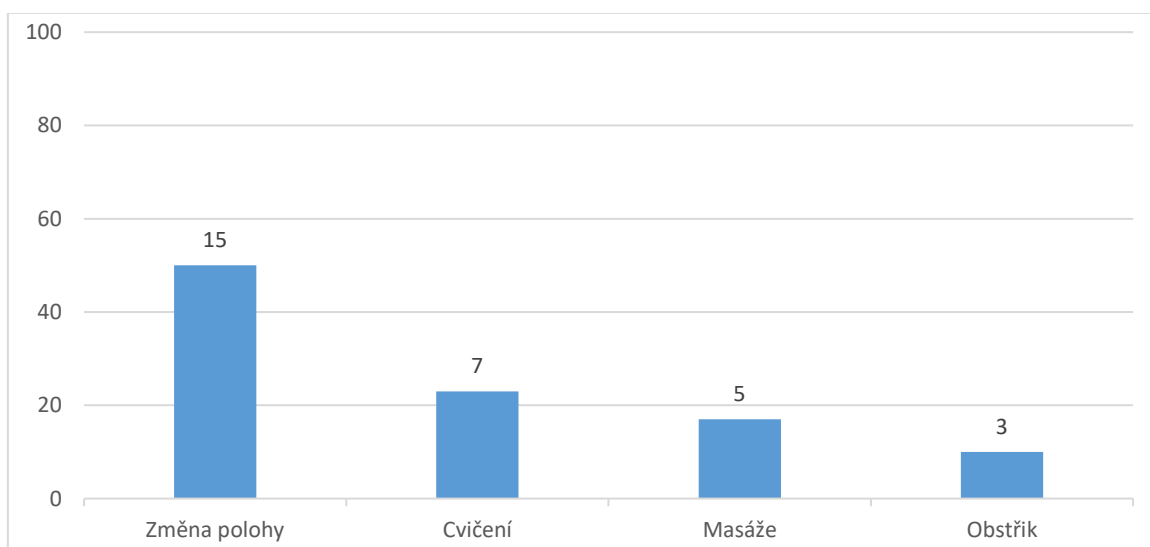
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, byl (a) jsem poučen (a), všemu jsem porozuměl (a) a měl (a) jsem dostatek času na dotazy	24	80
Ano, byl (a) jsem poučena, ale neměl (a) jsem mnoho času na dotazy	4	13
Spíše ne, mnoha věcem jsem neporozuměl (a)	1	3
Ne, nikdo mě nepoučil	0	0
Nevím, nedokáži to posoudit	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

Z tabulky číslo 5 je zřejmé, že většina z dotazovaných respondentů, tedy 80 %, byla srozuměna s informacemi na neurochirurgické ambulanci. Pouze 13 % respondentů uvedlo, že poučení sice byli, ale neměli dostatek času na dotazy.

Tabulka 6: analgetika

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, užívám je pravidelně	4	13
Ano, používám je v případě, že už bolest nelze vydržet	21	70
Spíše ne	4	13
Ne	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 6 vypovídá o užívání analgetik při bolestech u 83 % dotazovaných respondentů, z toho nejčastěji užívané léky s analgetickým účinkem jsou: Ibalgin, paralen, tralgit, gabapentin, surgam, voltaren, aulin, diclofenac.



Obrázek 1: metody používané k odbourávání bolesti

Z grafu číslo 1 vyplývá, že k odbourávání bolesti 15 respondentů užívalo změnu polohy. 7 respondentů uvedlo cvičení, 5 respondentů uvedlo masáže a 3 respondenti uvedli obstřík.

Tabulka 7: fyzické aktivity

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zvládám bez větších problémů	2	7
Větší fyzickou aktivitu nezvládám, ale chůze mi nedělá obtíže	11	37
Chůzi zvládám, ale s bolestmi	17	57
Neujdu více než 50m	0	0
Bolest mě nedovolí ani chodit	0	0
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 7 poukazuje, že 17 dotazovaných zvládá chůzi s bolestmi a 11 respondentů uvedlo, že větší fyzickou aktivitu nezvládají, ale chůze jim obtíže nečiní.

Tabulka 8: psychický stav

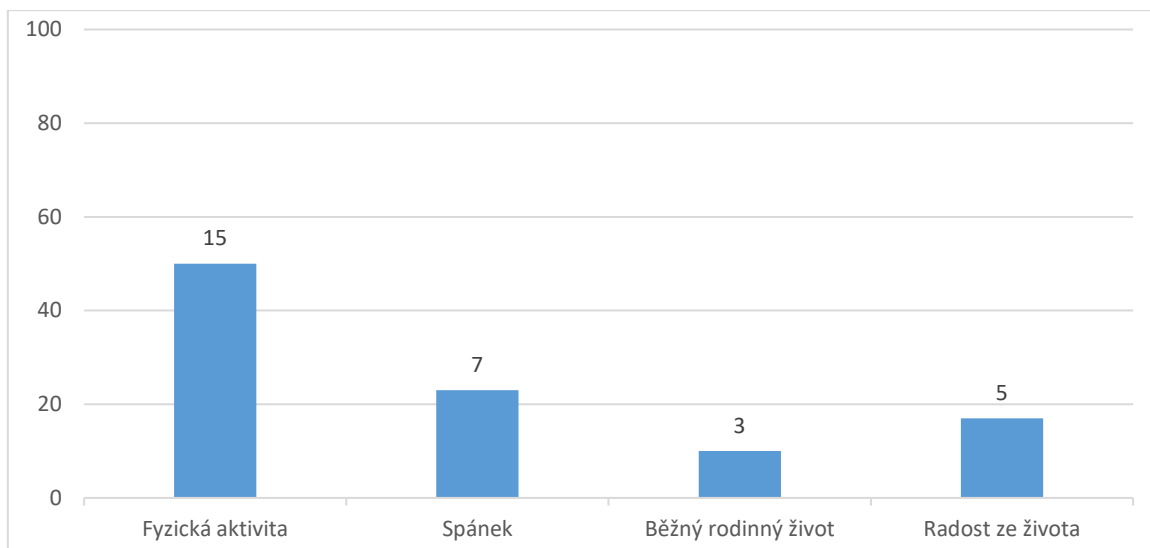
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	2	7
Spíše ano	14	47
Ne	12	40
Spíše ne	2	7
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 8 poukazuje vliv bolesti na psychický stav, kdy se u 14 dotazovaných bolest podepisuje na jejich psychickém stavu a 12 dotazovaných uvedlo, že bolest na jejich psychický stav vliv nemá.

Tabulka 9: vyrovnání s bolestmi zad

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám, cítím se kvůli bolestem podrážděný (á), vnímá to i okolí	18	60
Pomáhají mi ostatní členové rodiny	5	17
Sám, snažím se to nedávat najevo, okolí to nevnímá	6	20
Bolest mě psychicky neovlivňuje	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

Z tabulky číslo 9 vyplývá, že 60 % z dotazovaných respondentů uvedlo, že kvůli bolestem se cítí podrážděný a jejich okolí to vnímá a pouze 20 % z dotazovaných uvedlo, že bolest nedávají najevo a snaží se s ní vyrovnat sami.



Obrázek 2: omezení vlivem emocí

Z grafu číslo 2 vyplývá, že nejvíce omezení v běžném životě kvůli výhřezu meziobratlových plotének pocíťovalo 15 respondentů v oblasti fyzických aktivit. 7 respondentů udávalo, že pro bolest mají potíže se spánkem. 5 respondentů uvedlo, že jim onemocnění brání radovat se ze života a 3 respondenti uvedli, že pocíťují omezení v běžném rodinném životě.

Tabulka 10: průměrné hodnoty bolestí VAS před a po operačním výkonu

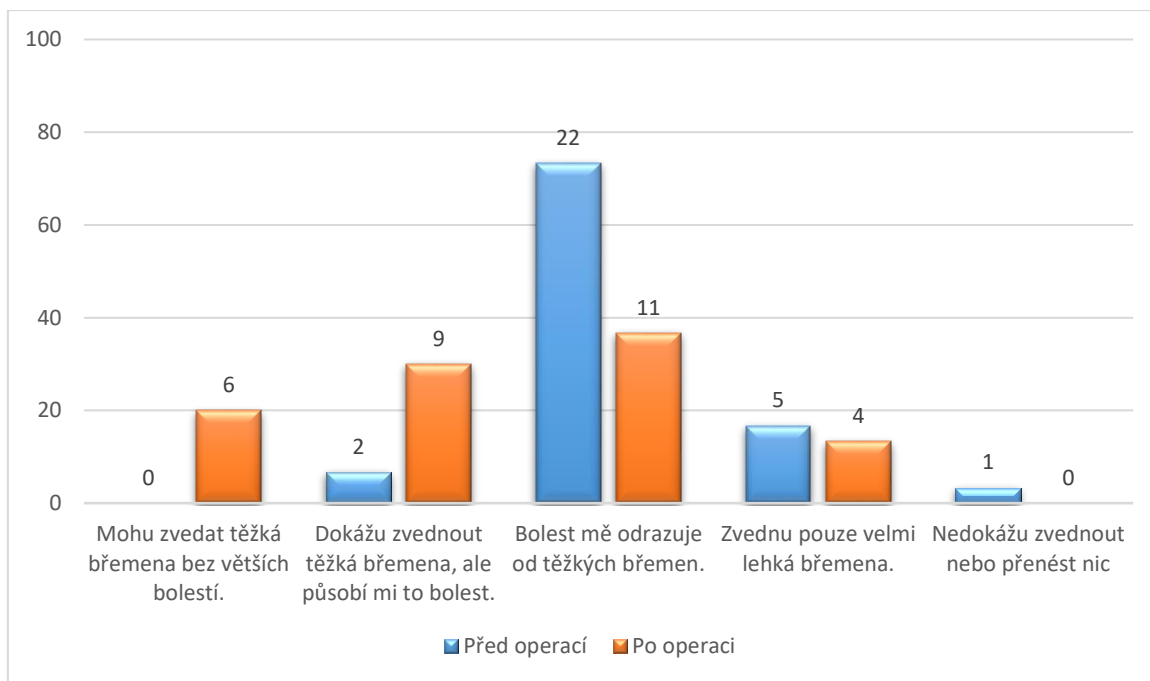
VAS	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	0	0	13	43
1	1	3	6	20
5	10	33	0	0
7	12	40	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Průměrné hodnoty označené 22 respondenty před operačním výkonem ukazovaly intenzitu bolesti na škále VAS v rozmezí 5–7. Po operačním výkonu uvedlo 13 respondentů úplné vymizení bolesti a 6 respondentů uvedlo bolest dle škály VAS 1.

Tabulka 11: sebeobsluha

	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jsem schopen (a) postarat se o sebe sám (a) bez toho, abych pociťoval (a) významnou bolest	2	7	22	73
Jsem schopen postarat se o sebe sám (a), ale tato činnost mi působí značné bolesti	8	27	4	13
Potřebuji občas nějakou pomoc, ale většinu péče o sebe zvládám sám (a)	19	63	4	13
Potřebuji každý den po většinu doby nějakou pomoc, abych se zvládl (a) o sebe postarat	0	0	0	0
Nedokážu se obléknout, s těžkostmi se umyji, a tak zůstávám v posteli	1	3	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Z tabulky 11 vyplývá, že 19 respondentů uvedlo, že potřebovali před operačním výkonem lehkou výpomoc, ale většinu sebez péče zvládali sami. 8 Respondentů uvedlo, že sebeobsluhu zvládali sami, ale působila jim značné bolesti. Po operačním výkonu uvedlo 22 dotazovaných, že jsou schopni zvládat sebez péči, aniž by pociťovali výraznou bolest a pouze 8 z dotazovaných uvedlo, že sebez péči zvládají sami nebo s lehkou dopomocí, ale působí jim to stále bolesti.



Obrázek 3: zvedání břemen

Z grafu číslo 3 vyplývá, že před operačním výkonem uvedlo 22 dotazovaných respondentů, že je bolest odrazovala od těžkých břemen. 5 respondentů uvedlo, že zvednou pouze lehká břemena. Po operačním výkonu je vidět výsledek efektu operace, kdy 11 respondentů se stále vyhýbá zvedání těžkých břemen, 9 respondentů uvedlo, že dokáží zvednou těžká břemena, ale působí jim to bolest a 6 respondentů zvedají těžká břemena, aniž by pociťovali větší bolest.

Tabulka 12: chůze

	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nepocit'uji žádnou bolest při chůzi	2	7	26	87
Bolest mi nedovoluje ujít více než 1,5 km	7	23	3	10
Bolest mi nedovoluje ujít více než 400 m	17	57	1	3
Mohu chodit pouze s pomocí hole nebo jiných pomůcek	1	3	0	0
Zůstávám na lůžku většinu dne, na toaletu se dostávám s obtížemi	3	10	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Z tabulky číslo 12 vyplývá, že před operačním výkonem uvedlo 17 dotazovaných, že jim bolest nedovolila ujít více jak 400 metrů a po operačním výkonu 26 dotazovaných uvedlo, že nepocit'ují žádnou bolest při chůzi. Po operačním výkonu došlo k velkému zlepšení.

Tabulka 13: sezení

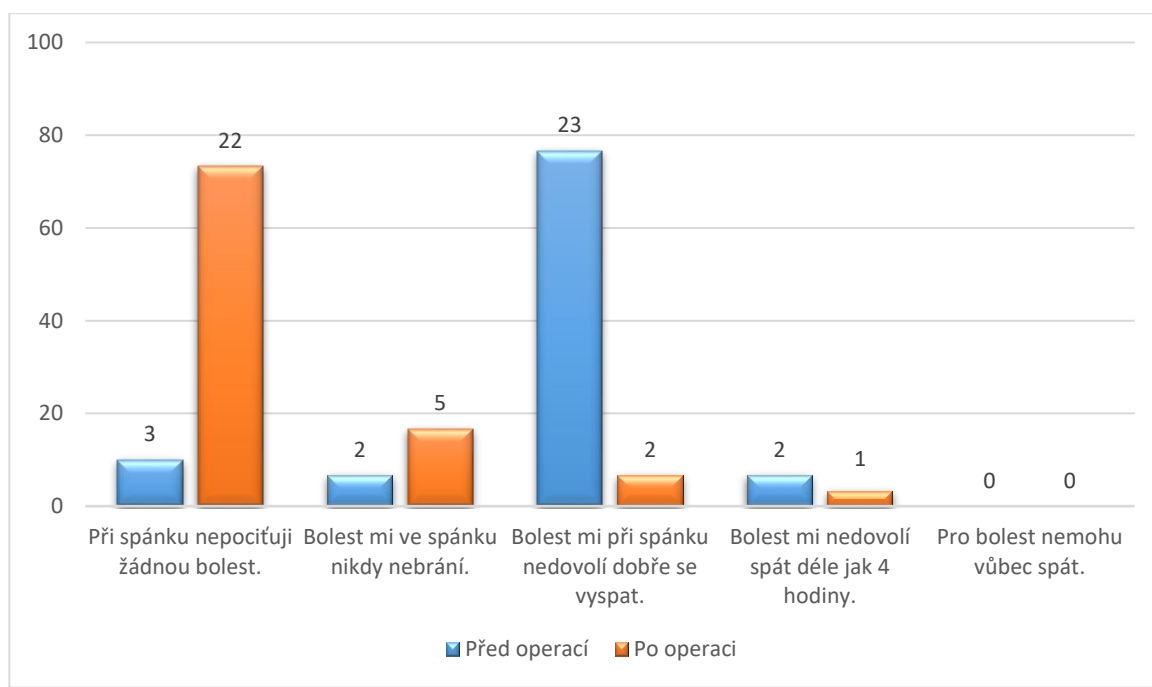
	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mohu sedět na libovolné sedačce a to libovolnou dobu	0	0	4	13
Pocit'uji minimální bolest při sezení	4	13	20	67
Bolest mi zabraňuje sedět déle než jednu hodinu	20	66	4	13
Bolest mi zabrání sedět déle než 10 minut	6	20	2	7
Pro bolest se nemohu posadit vůbec	0	0	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Z tabulky číslo 13 vyplývá, že 20 respondentů mělo před operačním výkonem problémy se sezením více jak jednu hodinu kvůli bolestem. Stejný počet respondentů uvádí, že pociťují minimální bolest při sezení po operačním výkonu.

Tabulka 14: stání

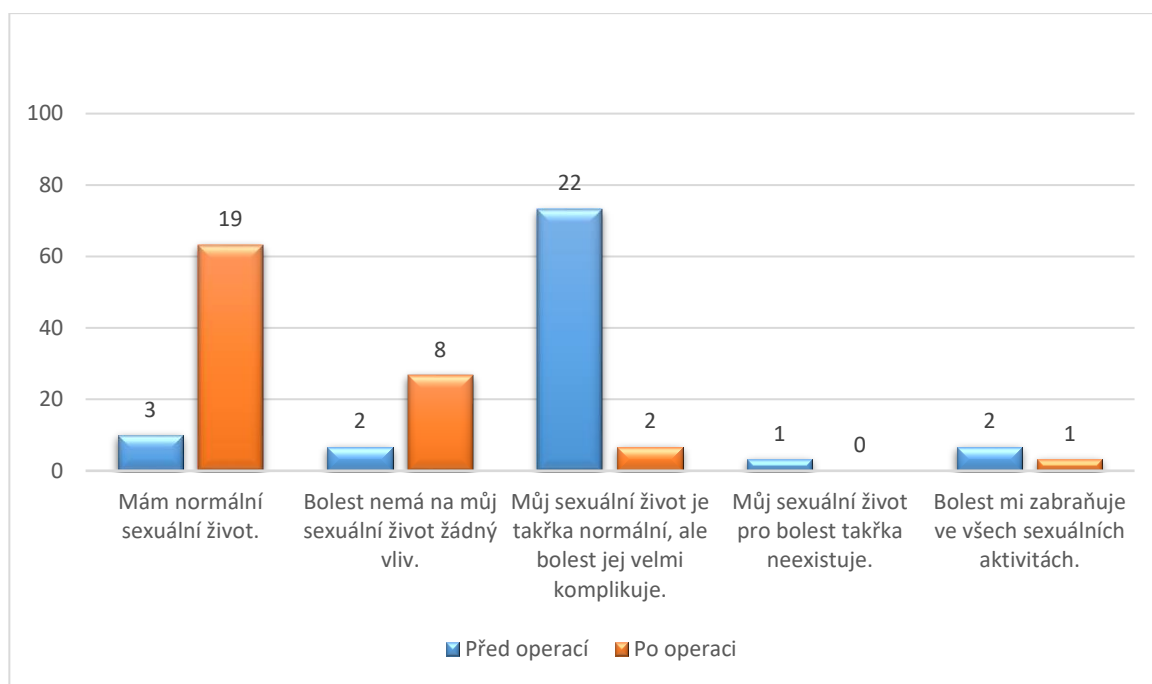
	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mohu stát libovolně dlouho, aniž bych pociťoval (a) jakoukoliv bolest	0	0	21	70
Vydržím stát, jak dlouho chci, ale pociťuji při tom bolest	18	60	8	27
Bolest mi zabraňuje stát déle než půl hodiny	5	17	1	3
Pro bolest nevydržím stát déle než 10 minut	7	23	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Tabulka číslo 14 poukazuje vliv bolesti na stání, přičemž 18 z dotazovaných uvedlo, že vydrží stát neomezeně dlouhou dobu, přičemž ale pociťují bolest. Po operačním výkonu 21 dotazovaných uvedlo, že bolest zcela vymizela.



Obrázek 4: spánek

Z grafu číslo 4 vyplývá, že 23 dotazovaných respondentů mělo před operačním výkonem potíže se spánkem, kdy jim bolest nedovolila se dobře vyspat. Po operačním výkonu je vidět velké zlepšení, kdy 22 respondentů uvedlo, že při spánku již nepocítují bolest žádnou.



Obrázek 5: sexuální život

Graf číslo 5 uvádí, že 22 respondentů vede normální sexuální život komplikovaný bolestí, kdežto po operačním výkonu uvedli pouze 2 respondenti, že bolest jim stále významně komplikuje sexuální život. 19 respondentů uvedlo, že po operačním výkonu mají sexuální život zcela normální.

Tabulka 15: omezení v sociálním životě

	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Můj sociální život je normální, není komplikovaný žádnou bolestí	0	0	6	20
Bolest nemá významný vliv na moje sociální aktivity, kromě těch fyzicky náročných	17	57	22	73
Bolest omezuje moje sociální aktivity, nechodím ven tak často jako dříve	9	30	1	3
Bolest omezuje moje sociální aktivity pouze na můj domov	3	10	0	0
Bolest mi nedovoluje žádné sociální aktivity	1	3	1	3
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Z tabulky číslo 15 vyplývá, že u 22 dotazovaných respondentů se pooperačně bolest nepodílí na sociálních aktivitách, přičemž před operací jich bylo pouze 17.

Tabulka 16: cestování

	Před operací		Po operaci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, mohu cestovat kamkoliv bez bolesti	0	0	23	77
Ne, mohu cestovat, ale působí mi to bolest	8	27	6	20
Ano, bolest mi nedovoluje cesty trvající méně než jednu hodinu	16	53	1	3
Bolest mi zamezuje veškeré cestování kromě cest k lékaři	6	20	0	0
Celkový počet respondentů	30	100	30	100

Tabulka číslo 16 uvádí, že 16 respondentů bylo před operačním výkonem limitováno bolestí při cestování, kdežto po operačním výkonu 23 respondentů uvedlo, že mohou cestovat již bez bolesti a jakéhokoliv omezení.

Tabulka 17: věková kategorie

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20 – 30 let	8	27
31 – 40 let	10	33
41 – 50 let	8	27
51 – 60 let	2	7
61 a více let	2	7
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 17 poukazuje, že nejčastěji byli postiženi degenerativním onemocněním páteře lidé ve věku 31–40 let a nejméně byli postiženi lidé ve věku mezi 50 až 70 lety.

Tabulka 18: pohlaví

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	16	53
Žena	14	47
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 18 poukazuje na to, že muži a ženy jsou degenerativním onemocněním páteře postiženi zhruba ve stejné procentuální míře. Odlišnost činí pouze 6 %.

Tabulka 19: vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	1	3
Vyučení	6	20
Středoškolské	20	67
Vyšší odborné vzdělání	0	0
Vysokoškolské - bakalářské	0	0
Vysokoškolské - magisterské	2	7
Specializační studium	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 19 poukazuje, že degenerativní onemocnění páteře se vyskytuje u 67 % středoškolsky vzdělaných respondentů.

Tabulka 20: náročnost povolání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyzicky náročné	7	23
Psychicky náročné	2	7
Fyzicky a psychicky náročné	20	67
Bez fyzické a psychické náročnosti	1	3
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka 20 poukazuje, že 20 respondentů uvedlo, že mají zaměstnání fyzicky tak psychicky náročné.

Tabulka 21: finanční situace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	4	13
Spíše ano	12	40
Spíše ne	12	40
Ne	2	7
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka 21 poukazuje, že finanční situace dotazovaných respondentů se u 40 % z nich zhoršila a u 40 % nezhoršila. Výsledky jsou téměř vyrovnané.

Tabulka 22: kvalita života

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je mnohem lepší	17	57
Z větší části jsem spokojen	8	27
Spokojen (a)	5	17
Z větší části nespokojen	0	0
Je mnohem horší	0	0
Celkový počet respondentů	30	100

17 dotazovaných respondentů uvedlo, že po operačním výkonu se jejich kvalita života výrazně zlepšila a 8 dotazovaných uvedlo, že z větší části jsou spokojeni.

Tabulka 23: návrat do původního zaměstnání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	28	93
Ne	2	7
Celkový počet respondentů	30	100

Podle tabulky 23 uvádí 28 dotazovaných respondentů, že se po ukončení pracovní neschopnosti do zaměstnání vrátilo. Pouze 2 respondenti zaměstnání opustili.

Tabulka 24: spokojenost s ošetrovatelskou péčí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	27	90
Spíše ano	3	10
Ne	0	0
Spíše ne	0	0
Celkový počet respondentů	30	100

Tabulka číslo 24 uvádí, že 27 dotazovaných respondentů bylo s ošetrovatelskou péčí na neurochirurgické klinice spokojeno.

3 DISKUZE

Výhřezy meziobratlových plotének se řadí mezi nejčastější příčiny kořenových syndromů v oblasti lumbosacrální. Jsou způsobeny téměř z 90 %. Ročně dosahuje incidence až 1–2 %, což je vyšší 20 – 40 krát než v oblasti krční páteře. Nejčastěji bývá hernie v oblasti L5/S1. Incidence hernií foraminálních je udávána okolo 5 % (Jedlička, 2005, s. 362). Nevšimalová tvrdí, že výhřez meziobratlové bederní ploténky je významnější postižení než u krční páteře. Dle ní je rozsah postižení v oblasti L4/5 okolo 35 %, L5/S1 okolo 27 %, L3/4 v 19 % a L2/3 ve 14 %. V anamnézách pacientů jsou často léta recidivující lumbalgie, popřípadě akutní blokády. Kořenová symptomatika nastupuje velmi často plíživě, jindy se může dostavit v plné intenzitě při nekoordinovaném pohybu nebo při zvednutí těžkého břemene (Nevšimalová, 2005, s. 310).

Dle Rudinského lumbální hernie postihuje nejčastěji kaudální disky přibližně okolo 90 %, v 9 % disk L3 – 4 a co se týče disků vyšších, tak jsou postiženy jen sporadicky. Rozdělení hernií: intraspinální, intraforaminální a extraforaminální (Rudinský, 2012, s. 2).

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na operační řešení výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou instrumentem METRx. Jedná se o tzv. mikrochirurgii.

Výzkumná otázka číslo 1: Jaké bude spektrum pacientů s onemocněním meziobratlových plotének ve sledovaném vzorku respondentů.

Z dotazníkového šetření na neurochirurgickém oddělení nemocnice fakultního typu vyplývá, že největší zastoupení dotazovaných respondentů bylo ve věku mezi 31–40 let. Devět respondentů se pohybovalo mezi 20–30 lety, ve stejné míře se pohybovali respondenti mezi 41–50 lety. Nejnižší počet činili čtyři respondenti pohybující se ve věku od 51–61 let a více. Celkový počet respondentů, kteří se aktivně podíleli na výzkumném šetření, činil 16 mužů a 14 žen.

Pro porovnání jsou uvedeny výsledky výzkumu dvou bakalářských prací s podobným zaměřením.

Bayerová (2008) vypracovala bakalářskou práci na téma kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře. V práci se zabývala širším spektrem operací páteře, tedy nejenom výhřezem meziobratlových plotének, ale i spondylodézou a laminektomií. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jak dotazovaní hodnotí kvalitu svého života po operaci.

Dle Bayerové byl nejvyšší počet respondentů v produktivním věku a zahrnoval dotazovaných mužů a žen ve věku 31–40 let.

Na rozdíl poukazuje Bayerová ve věkové kategorii mužů a žen nad 61 let v 30 % a 50 % (Bayerová, 2008, s. 26). Bayerová (2008) dále uvádí, že významné procento, tedy 71 %, operací bederní páteře absolvovalo více žen. 29 % respondentů tvořili muži. Dle ní má významný vliv role ženy jako matky na dispozice k degenerativnímu onemocnění páteře (Bayerová, 2008, s. 25).

Matoušková (2012) vypracovala bakalářskou práci na téma ošetrovatelské potřeby s Lisem, což znamená lumboischiadický syndrom. Jedná se o skupinu příznaků, u nichž jsou charakteristické bolesti zad v oblasti bederní páteře vystřelující do dolních končetin. Nejčastěji jsou způsobené výhřezem plotének (Matoušková, 2012, s. 26).

Cílem její práce bylo zjistit, jak moc toto onemocnění ovlivňuje klientův životní styl, zmapovat, jak se klienti vyrovnávají s bolestí a zmapovat ošetrovatelské potřeby spojené s tímto syndromem. Ve své práci zkoumala 16 respondentů ve věku mezi 31–40 lety, 16 respondentů ve věku mezi 41–50 lety, 12 respondentů bylo ve věku 51–60 let (Matoušková, 2012, s. 26). Matoušková (2012) uvádí, že procentuální zastoupení mužů bylo 48 % a zastoupení žen bylo 52 %.

Z jejího průzkumu vyplývá, že degenerativní onemocnění páteře je jedním z důvodů invalidit u pacientů v produktivním věku (Rychlíková, 2012, s. 30).

Výzkumná otázka číslo 2: Jak se bude lišit soběstačnost respondentů při sebeděči v každodenním životě před a po operačním výkonu.

Z výzkumného šetření uvedlo 19 dotazovaných respondentů, že před operačním výkonem potřebovali občas pomoc, ale většinu sebeděče zvládali sami. 8 respondentů uvedlo, že se o sebe dokáží postarat sami, ale způsobuje jim to značné bolesti. Pouze 1 dotazovaný respondent uvedl, že se nedokáže obléknout a jen s těžkostmi se umyje a 2 dotazovaní uvedli, že jsou schopni se o sebe postarat, aniž by pociťovali významnou bolest. Po uplynutí šesti týdnů od operačního výkonu se výsledky šetření významně liší. 22 dotazovaných respondentů uvádí, že se o sebe dokáží již postarat sami, bez toho, aby by pociťovali významnou bolest. 8 respondentů uvedlo, že jsou schopni se o sebe postarat, z toho 4 respondenti uvádějí značné bolesti a 4 respondenti potřebují občasnou pomoc, ale většinu sebeděče již zvládnou sami.

Významně se zlepšila i oblast chůze, kdy před operačním výkonem udávalo 17 dotazovaných, že nedokáží ujít více jak 400 m, aniž by necítili silnou bolest. 7 respondentů udávalo, že mohou ujít pouze 1,5 km, což se po operačním výkonu snížilo na 1 respondenta. Výsledky provedeného výzkumu jsou velmi pozitivní.

Z výzkumného šetření, kdy se porovnávala oblast sezení před a po operačním výkonu vyplývalo, že před operací uvádělo 20 respondentů, že jim bolest zabraňovala sedět déle než jednu hodinu. 6 respondentů uvedlo, že jim bolest brání sedět déle než 10 minut a 4 respondenti uvedli, že pociťují minimální bolest při sezení. Po operaci se výsledky opětovně zlepšily. 20 respondentů uvedlo, že po operaci pociťují minimální bolest při sezení, 4 respondenti uvedli, že jim bolest stále zabraňuje sedět déle než jednu hodinu a 2 respondenti uvedli, že bolest jim stále brání sedět déle než 10 minut.

Z průzkumu vyplynulo, že před operačním výkonem činilo 22 respondentům potíže se zvedáním břemen, po operačním výkonu odrazovala bolest od zvedání břemen 11 dotazovaných respondentů. Oblast stání před operačním výkonem činila největší potíže 18 respondentům, kdy uváděli, že vydrží stát libovolně dlouho, ale pociťují při tom bolest. Po operačním výkonu se oblast stání významně zlepšila, kdy 21 dotazovaných uvedlo, že mohou stát libovolně dlouho, aniž by pociťovali jakoukoliv bolest. Obtíže se spánkem uvádělo dle provedeného výzkumného šetření 23 dotazovaných respondentů, kteří uváděli, že jim bolest nedovolí dobře se vyspat. Po operačním výkonu uvedlo 22 dotazovaných respondentů, že při spánku již nepociťují žádnou bolest. Do výzkumného šetření byla zahrnuta i oblast sexuální aktivity. Před operačním výkonem uvedlo 22 respondentů, že jejich sexuální život je takřka normální, ale bolest jej velice komplikuje. Po operačním výkonu se oblast sexuality rovněž zlepšila. 19 respondentů uvedlo, že sexuální život mají normální bez komplikací. Oblast sociálních aktivit dotazovaných respondentů činila obtíže 17 dotazovaným, kdy uváděli, že bolest sice nemá významný vliv na jejich sociální aktivity, ovšem kromě těch fyzicky náročných. Po operačním výkonu se výsledky významně nelišily. 22 dotazovaných stále uvádělo, že bolest sice nemá významný vliv na jejich sociální aktivity, ale fyzicky náročným činnostem se stále vyhýbají. Limitaci v cestování před operačním výkonem uvádělo 16 dotazovaných, kdy jim bolest zabraňovala absolvovat cesty trvající méně než hodinu. Po operačním výkonu uvedlo 23 dotazovaných respondentů, že mohou cestovat kamkoliv a nepociťují při tom žádnou bolest.

Bayerová (2008) uvádí, že 28 respondentů zvládá běžné činnosti v oblastech sebepečce bez výraznější bolesti a 20 respondentů uvedlo, že sebepečci zvládají, ale potřebují trochu pomoci. Uvádí také, že u respondentů může mít velký vliv krátká doba od operačního výkonu, kdy každý úkon může být provázen různou intenzitou. Dále Bayerová porovnávala oblast chůze. Z jejích výsledků vyplývalo, že 16 respondentů bez bolesti ujde jakoukoliv vzdálenost. 12 respondentů uvedlo, že bolest jim brání ujít více než 0,5 km. V oblasti sezení uvedlo 12 respondentů, že mohou sedět na židli libovolně dlouho. 32 respondentů uvedlo, že jim bolest brání sedět více jak jednu

hodinu a 10 respondentů uvedlo, že jim bolest brání sedět déle 10 min (Bayerová, 2008, s. 36-38). Po operačním výkonu zvedání břemen činilo obtíže 56 respondentům. Bayerová (2008) uvedla, že byla překvapena odpověďmi 12 respondentů, kteří se pokoušeli zvedat těžká břemena, ačkoliv je to jedna se zapovězených věcí po operačním výkonu (Bayerová, 2008, s. 37). Z jejího celkového počtu respondentů tedy 56 lidem nečinilo žádné obtíže stání. Mohli stát libovolně dlouho, aniž by pociťovali bolest (Bayerová, 2008, s. 41). V sexuálním životě podle Bayerové (2008) hodnotilo 56 respondentů, že sexuální život mají normální, bez potíží (Bayerová, 2008, s. 43). V oblasti spánku uvádělo 16 respondentů, že spí pouze po užití léků a 20 respondentek uvedlo, že spí dobře, aniž by potřebovaly jakékoliv léky (Bayerová, 2008, s. 42). V oblasti společenského života uvedlo 28 respondentů, že do společnosti již nechodí tolik, co dříve a 16 respondentů uvedlo, že jejich společenský život je zcela normální (Bayerová, 2008, s. 44). Limitaci v cestování pociťovalo 20 respondentů, kdy zvládali cesty kratší než jednu hodinu a 16 respondentů uvedlo, že zvládají cesty pouze k lékaři (Bayerová, 2008, s. 45). V oblasti kvality života uvedlo 8 respondentů, že po operačním výkonu jsou velice spokojeni a 12 respondentů je z větší části nespokojeno (Bayerová, 2008, s. 50). Je nutné znovu podotknout, že Bayerová porovnávala zmiňované oblasti až po operačním výkonu.

Matoušková (2012) ve své práci zkoumá pouze problémy před léčebnými metodami v oblasti sebezpečí a z jejího výzkumu uvedlo 35 respondentů, že mají problémy s hygienou, 56 respondentů uvedlo, že potřebují pomoc s oblékáním a 13 respondentů potřebuje pomoc na WC (Matoušková, 2012, s. 39). V oblasti aktivit uvedlo 11 respondentů, že se aktivít, jako např. turistika, jízda na kole a podobně, účastní vždy. 41 dotazovaných uvedlo, že aktivit se účastní občas a 30 respondentů uvedlo, že sociálním aktivitám se vyhýbají (Matoušková, 2012, s. 40). Vliv na sexuální život uvádí v jejím výzkumném šetření 46 respondentů, kdy pociťují výrazné bolesti. 26 respondentů uvedlo, že bolest při sexuálním styku nepociťují (Matoušková, 2012, s. 35). Matoušková se ve své práci zabývala ošetrovatelskými potřebami u pacientů s LIsem. Výsledky tedy nelze zcela objektivně porovnat.

Výzkumná otázka číslo 3: Jaká bude intenzita bolesti u pacientů před a po operačním výkonu.

Při výzkumném šetření se hodnotila bolest u pacientů před a po operačním výkonu. 10 respondentů před operačním výkonem udávalo intenzitu bolesti na škále VAS 5 a 12 respondentů uvedlo VAS 7. Po operačním výkonu došlo k výraznému zlepšení, kdy 13 respondentů udávalo zmírnění bolesti dle škály VAS 0, 6 respondentů uvedlo bolest dle škály VAS 1 a 5 respondentů

vedlo intenzitu bolesti 2. Zde je vidět výrazné zlepšení a efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou instrumentem METRx

Matoušková (2012) ve svém výzkumném šetření uváděla, že 47 respondentů uvádělo během dne bolesti dle škály VAS 4–6 a 53 respondentů uvedlo bolest dle VAS 7–10. Během noci uvádělo intenzitu bolesti 43 respondentů v rozmezí VAS 4–6 a 56 respondentů uvedlo bolest 7–10 (Matoušková, 2012, s. 29–30).

Bayerová (2008) ve svém výzkumném šetření, kdy hodnotila intenzitu bolesti bederní páteře, uvedla, že 20 respondentů toleruje bolest bez užití analgetik. 16 respondentů uvedlo, že při použití analgetik pocítí výraznou úlevu a rovněž 16 respondentů uvedlo, že léky tlumící bolest jim přinesou pouze velmi malou úlevu (Bayerová, 2012, s. 35).

Pro porovnání hodnocení bolesti byla využita i další (třetí) bakalářská práce, a to autorky Hájkové (2016), která vypracovala bakalářskou práci na téma vliv myorelaxanční infuze u pacientů s bolestmi lumbální části páteře. Cílem její práce bylo popsat problematiku bolesti zad, možnosti léčby, prevence a dále ošetrovatelská péče. Zjišťovala a porovnávala intenzitu a charakter bolesti před a po aplikaci myorelaxančních infuzí u sledovaného vzorku respondentů. Zjišťovala a porovnávala vliv bolesti na aktivity denního života před léčbou a po léčbě myorelaxančními infuzemi. Počet jejích respondentů činil 31. Před léčbou uvádělo 6 respondentů střední bolest a docela těžkou bolest pocíťovalo 10 respondentů. Velmi těžkou bolest cítilo 13 respondentů. Po léčebné terapii z jejího výzkumného šetření je vidět výrazné zlepšení. 6 respondentů uvedlo, že jsou zcela bez bolesti, 15 respondentů uvedlo velmi mírnou bolest a 10 respondentů uvedlo středně těžkou a docela těžkou bolest (Hájková, 2016, s. 42).

Pro malý počet respondentů z důvodu nízkého počtu provedených operačních výkonů výhřezu meziobratlových plotének instrumentem METRx a z toho důvodu, že v České republice není vypracována podobná práce týkající se miniinvazivní operační metody, bylo nutné srovnávat výzkumné otázky s jinými léčebnými metodami.

4 ZÁVĚR

Předkládaná práce se zaměřuje na efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou. Práce poukazuje na lidi s problematikou onemocnění meziobratlových plotének, přesněji s výhřezem meziobratlových plotének. Výzkumná část byla zaměřena na spektrum pacientů s tímto onemocněním, na soběstačnost pacientů v oblasti sebepéče v každodenním životě a intenzitu bolesti, kdy byly porovnávány výsledky před a po operačním výkonu. Je však nutné podotknout, že výzkumný vzorek byl tvořen malým počtem respondentů. Z výsledků výzkumného šetření formou dotazníků vyplynulo, že výhřezem meziobratlových plotének trpí nejvíce lidé v produktivním věku, a to v rozmezí mezi 20-50 lety. Může to souviset se zvyšujícími se nároky v oblasti psychické, ekonomické a se současným životním stylem. Z dosažených výsledků, ačkoliv byly hodnoceny v krátkém časovém intervalu šesti týdnů od operačního výkonu, je vidět zlepšení ve všech oblastech. Pacienti jsou po operačním výkonu soběstační, zvládají činnosti, které před operačním výkonem nezvládali. Došlo ke zlepšení až vymizení intenzity bolesti a zlepšení psychického stavu. Většina respondentů se vrátila do původního zaměstnání a nezhoršila se ani jejich finanční situace. Je zřejmé, že operační metoda výhřezu meziobratlových plotének snižuje intenzitu bolesti a zlepšuje nejen oblast sebepéče, ale i oblast psychickou. Tudíž zkracuje dobu nesoběstačnosti pacienta a je zkrácená doba hospitalizace, takže nedochází k tzv. hospitalizmu. Pro zdravotnický personál je miniinvazivní operační metoda výhřezu meziobratlových plotének instrumentem METRx přínosná, jelikož nedochází ke komplikacím z důvodu krátké hospitalizace a rychlé rekonvalescenci pacientů. V úplném závěru je důležité zmínit velmi dobrou spolupráci všech sledovaných respondentů.

5 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada), 300 s. ISBN 9788024731308.

ČAPOV, Ivan a Jan WECHSLER. *Drény a jejich využití v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. Malá monografie (Grada), 180 s. ISBN 80-247-0228-2.

ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2006, 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.

HAVLÍČEK, Karel, ČERVENKOVÁ, Zuzana a Vít BLANAŘ. *Anatomické listy*. 1. vyd., Univerzita Pardubice, 2015, 146 s. ISBN 978-80-7395-920-3.

JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 424 s. ISBN 80-7262-312-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada), 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd., Grada, Praha 2007, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd., Praha: Galén 2010, 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada), 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada), 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada), 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

PETROVICKÝ, Pavel. *Klinická neuroanatomie CNS s aplikovanou neurologií a neurochirurgií*. 1 vyd. Praha: Triton, 2008, 628 s. ISBN 978-80-7387-039-3.

POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

RUDINSKÝ, Bruno, CIBULČÍK, František a Jan CIENCIALA et al. *Spinálna chirurgia II: Spinal surgery II*. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2012, 221 s. ISBN 978-80-89607-02-0.

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Bolesti v kříži: průvodce diagnostikou, diferenciální diagnostikou a léčbou pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012, 260 s. ISBN 978-80-7345-273-5.

SAMEŠ, Martin. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf, c2005. 1. Vyd. Jessenius, 127 s. ISBN 80-7345-072-0.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada), 368 s. ISBN 9788024744148.

SMÍŠEK, Richard, SMÍŠKOVÁ, Kateřina a Zuzana SMÍŠKOVÁ. *Léčba výhřezu meziobratlového disku bez operace: spirální stabilizace páteře: metoda Spirální stabilizace páteře* : Smíšek Systém. 1. vyd., Praha: Richard Smíšek, 2014, 118 s. ISBN 978-80-87568-43-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada), 144 s. ISBN 9788024757100.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada), 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada), 192 s. ISBN 9788024737546.

Elektronické zdroje

NEDĚLKA, Tomáš., NEDĚLKA, Jiří, SCHLENKER, Jakub, MAZANEC, Radim. Neuropatická komponenta chronických bolestí bederní páteře. Solen: Neurologie pro praxi [online]. 2011, s. 105

Dostupné z : <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/08.pdf>

NÁHLOVSKÝ, Jiří. Chirurgická léčba degenerativního onemocnění páteře. Solen: Neurologie pro praxi [online]. 2008, s. 133

Dostupné z : <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/03/02.pdf>

RUDINSKÝ, Bruno, KOLEJÁK, Kamil. Degenerativne ochorenie driekovej chrbtice – možnosti chirurgického liečby. Solen: Neurologie pro praxi [online]. 2008, s. 134- 136

Dostupné z : <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/03/03.pdf>

Soupis bakalářských prací

BAYEROVÁ, Radka. *Kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře*. Brno, 2008, 71 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita BRNO Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Renata Živorová

HÁJKOVÁ RADKA. *Vliv myorelaxanční infúze u pacientů s bolestmi lumbální části páteře*. Pardubice, 2016, 84 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

MATOUŠKOVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelské potreby klientů s LISem*. Jihlava, 2012, 66 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Irena Točíková

6 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník před operačním výkonem.....	61
Příloha B - Dotazník po operačním výkonu.....	66
Příloha C - Poloha pacienta při operačním výkonu.....	70
Příloha D – Operační rána.....	71
Příloha E – Operační rána se zavedeným redonovým drénem.....	72
Příloha F – Operační rána po zhojení.....	73
Příloha G – Instrument METRx.....	74

Dotazník pro pacienty před operací meziobratlových plotének miniinvazivní metodou

Vážená slečno/paní, vážený pane.

Jmenuji se Lucie Mohylová, pracuji na Neurochirurgické klinice dětí a dospělých 2. FL UK a FN Motol a studuji bakalářský studijní obor Všeobecná sestra na Univerzitě Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Vaše názory a odpovědi, které prostřednictvím tohoto dotazníku získám, budou podstatné pro vypracování mé bakalářské práce na téma *Efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou*. Cílem je zhodnocení vašeho zdravotního stavu před operačním výkonem.

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není-li uvedeno jinak, označte prosím pouze jednu možnost.

1. Jak dlouho se u praktického lékaře léčíte s bolestmi zad?

- ☐ Jen pár týdnů
- ☐ Zhruba půl roku
- ☐ Rok
- ☐ Déle než rok
- ☐ Ještě déle, prosím uveďte jak dlouho: _____
- ☐ Nevím

2. Bylo Vám praktickým lékařem nabídnuto nějaké speciální pracoviště?

- ☐ Ano
- ☐ Ano, ale až po mém vyžádání
- ☐ Spíše ne, nevybavuji si to
- ☐ Ne

3. Museli jste pro bolesti a snížení soběstačnosti opustit zaměstnání?

- ☐ Ano, kvůli bolestem jsem zaměstnání opustil (a)
- ☐ Částečně jsem omezil (a) pracovní činnost
- ☐ Musel (a) jsem odejít na PN, ale zaměstnání jsem neopustil (a)
- ☐ Ne, nadále zůstávám v zaměstnání

4. Máte pocit, že jste byl (a) dostatečně informován (a) o onemocnění a možnostech léčby Vašeho onemocnění na neurochirurgické ambulanci?

- ☐ Ano, byl (a) jsem poučen (a), všemu jsem porozuměl (a) a měl (a) jsem dostatek času na dotazy
- ☐ Ano, byl (a) jsem poučena, ale neměl (a) jsem mnoho času na dotazy
- ☐ Spíše ne, mnoha věcem jsem neporozuměl (a)
- ☐ Ne, nikdo mě nepoučil
- ☐ Nevím, nedokáži to posoudit

5. Jak velké jsou Vaše bolesti? Na níže uvedené stupnici oznámkujte celkovou intenzitu Vašich obtíží zaškrtnutím jedné hodnoty škály. Kde 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest nepředstavitelnou.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Používáte k odbourání bolesti nějaká analgetika? V případě, že ano, napište jaká.

- ☐ Ano, užívám je pravidelně. Jaká: _____
- ☐ Ano, používám je v případě, že už bolest nelze vydržet.
- ☐ Jaká: _____
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

7. Používáte jiné metody k odbourání bolesti? Prosím, vypište jaké.

8. Jak zvládáte fyzické aktivity?

- ☐ Zvládám bez větších problémů
- ☐ Větší fyzickou aktivitu nezvládám, ale chůze mi nedělá obtíže
- ☐ Chůzi zvládám, ale s bolestmi
- ☐ Neuždu více než 50m
- ☐ Bolest mě nedovolí ani chodit

9. Mají bolesti vliv na Váš psychický stav?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Ne
- ☐ Spíše ne

10. Jak se s bolestí vyrovnáváte?

- ☐ Sám, cítím se kvůli bolestem podrážděný (á), vnímá to i okolí
- ☐ Pomáhají mi ostatní členové rodiny
- ☐ Sám, snažím se to nedávat najevo, okolí to nevnímá
- ☐ Bolest mě psychicky neovlivňuje

11. Máte problémy v sebeobsluze?

- ☐ Jsem schopen (a) postarat se o sebe sám (a) bez toho, abych pocíťoval (a) významnou bolest.
- ☐ Jsem schopen postarat se o sebe sám (a), ale tato činnost mi působí značné bolesti.
- ☐ Potřebuji občas nějakou pomoc, ale většinu péče o sebe zvládám sám (a).
- ☐ Potřebuji každý den po většinu doby nějakou pomoc, abych se zvládl (a) o sebe postarat.
- ☐ Nedokážu se obléknout, s těžkostmi se umyji, a tak zůstávám v posteli.

12. Máte problémy se zvedáním břemen?

- ☐ Mohu zvedat těžká břemena bez větších bolestí.
- ☐ Dokážu zvednout těžká břemena, ale působí mi to bolest.
- ☐ Bolest mě odrazuje od těžkých břemen.
- ☐ Zvednu pouze velmi lehká břemena.
- ☐ Nedokážu zvednout nebo přenést nic

13. Máte problémy při chůzi?

- ☐ Nepocíťuji žádnou bolest při chůzi.
- ☐ Bolest mi nedovoluje ujít více než 1,5 km.
- ☐ Bolest mi nedovoluje ujít více než 400 m.
- ☐ Mohu chodit pouze s pomocí hole nebo jiných pomůcek.
- ☐ Zůstávám na lůžku většinu dne, na toaletu se dostávám s obtížemi.

14. Máte problémy při sezení?

- ☐ Mohu sedět na libovolné sedačce a to libovolnou dobu.
- ☐ Pociťuji minimální bolest při sezení.
- ☐ Bolest mi zabraňuje sedět déle než jednu hodinu.
- ☐ Bolest mi zabrání sedět déle než 10 minut.
- ☐ Pro bolest se nemohu posadit vůbec.

15. Máte problémy při stání?

- ☐ Mohu stát libovolně dlouho, aniž bych pociťoval (a) jakoukoliv bolest.
- ☐ Vydržím stát, jak dlouho chci, ale pociťuji při tom bolest.
- ☐ Bolest mi zabraňuje stát déle než půl hodiny.
- ☐ Pro bolest nevydržím stát déle než 10 minut,
- ☐ Bolest mi nedovolí vůbec stát.

16. Máte kvůli bolesti problémy se spaním?

- ☐ Při spánku nepociťuji žádnou bolest.
- ☐ Bolest mi ve spánku nikdy nebrání.
- ☐ Bolest mi při spánku nedovolí dobře se vyspat.
- ☐ Bolest mi nedovolí spát déle jak 4 hodiny.
- ☐ Pro bolest nemohu vůbec spát.

17. Máte kvůli bolesti problémy v sexuálním životě?

- ☐ Mám normální sexuální život.
- ☐ Bolest nemá na můj sexuální život žádný vliv.
- ☐ Můj sexuální život je takřka normální, ale bolest jej velmi komplikuje.
- ☐ Můj sexuální život pro bolest takřka neexistuje.
- ☐ Bolest mi zabraňuje ve všech sexuálních aktivitách.

18. Pociťujete omezení ve svém sociálním životě?

- ☐ Můj sociální život je normální, není komplikovaný žádnou bolestí.
- ☐ Bolest nemá významný vliv na moje sociální aktivity, kromě těch fyzicky náročných.
- ☐ Bolest omezuje moje sociální aktivity, nechodím ven tak často jako dříve.
- ☐ Bolest omezuje moje sociální aktivity pouze na můj domov.
- ☐ Bolest mi nedovoluje žádné sociální aktivity.

19. Máte pocit, že Vás bolest limituje při cestování?

- ☐ Ne, mohu cestovat kamkoliv bez bolesti.
- ☐ Ne, mohu cestovat, ale působí mi to bolest.
- ☐ Ano, bolest mi nedovoluje cesty trvající méně než jednu hodinu.
- ☐ Bolest mi zamezuje veškeré cestování kromě cest k lékaři.

20. V čem máte pocit, že Vás onemocnění nejvíc limituje?

21. Kolik je Vám let?

22. Jste ...?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

23. Jaké je vaše vzdělání?

- ☐ Základní
- ☐ Vyučení
- ☐ Středoškolské
- ☐ Vyšší odborné vzdělání
- ☐ Vysokoškolské – bakalářské
- ☐ Vysokoškolské- magisterské
- ☐ Specializační studium

24. Jak náročné je Vaše zaměstnání?

- ☐ Fyzicky náročné
- ☐ Psychicky náročné
- ☐ Fyzicky a psychicky náročné
- ☐ Bez fyzické a psychické náročnosti

Dotazník pro pacienty po výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou

Vážená slečno/paní, vážený pane.

Jmenuji se Lucie Mohylová, pracuji na Neurochirurgické klinice dětí a dospělých 2. FL UK a FN Motol a studuji bakalářský studijní obor Všeobecná sestra na Univerzitě Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Vaše názory a odpovědi, které prostřednictvím tohoto dotazníku získám, budou podstatné pro vypracování mé bakalářské práce na téma *Efekt léčby výhřezu meziobratlových plotének miniinvazivní metodou*.

Cílem je zhodnocení vývoje Vašeho stavu po operačním výkonu miniinvazivní metodou po šesti týdnech od operačního výkonu na kontrolním vyšetření na neurochirurgické ambulanci.

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není-li uvedeno jinak, označte prosím pouze jednu možnost.

1. Jak velké jsou Vaše bolesti? Na níže uvedené stupnici oznámujte celkovou intenzitu Vašich obtíží zaškrtnutím jedné hodnoty škály. Kde 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest nepředstavitelnou.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Máte problémy v sebeobsluze?

- ☐ Jsem schopen (a) postarat se o sebe sám (a) bez toho, abych pocíťoval (a) významnou bolest.
- ☐ Jsem schopen postarat se o sebe sám (a), ale tato činnost mi působí značné bolesti.
- ☐ Potřebuji občas nějakou pomoc, ale většinu péče o sebe zvládám sám (a).
- ☐ Potřebuji každý den po většinu doby nějakou pomoc, abych se zvládl (a) o sebe postarat.
- ☐ Nedokážu se obléknout, s těžkostmi se umyji, a tak zůstávám v posteli.

3. Máte problémy se zvedáním břemen?

- ☐ Mohu zvedat těžká břemena bez větších bolestí.
- ☐ Dokážu zvednout těžká břemena, ale působí mi to bolest.
- ☐ Bolest mě odrazuje od těžkých břemen.
- ☐ Zvednu pouze velmi lehká břemena.
- ☐ Nedokážu zvednout nebo přenést nic

4. Máte problémy při chůzi?

- ☐ Nepocítuji žádnou bolest při chůzi.
- ☐ Bolest mi nedovoluje ujít více než 1,5 km.
- ☐ Bolest mi nedovoluje ujít více než 400 m.
- ☐ Mohu chodit pouze s pomocí hole nebo jiných pomůcek.
- ☐ Zůstávám na lůžku většinu dne, na toaletu se dostávám s obtížemi.

5. Máte problémy při sezení?

- ☐ Mohu sedět na libovolné sedačce, a to libovolnou dobu.
- ☐ Pocítuji minimální bolest při sezení.
- ☐ Bolest mi zabraňuje sedět déle než jednu hodinu.
- ☐ Bolest mi zabrání sedět déle než 10 minut.
- ☐ Pro bolest se nemohu posadit vůbec.

6. Máte problémy při stání?

- ☐ Mohu stát libovolně dlouho, aniž bych pocíťoval (a) jakoukoliv bolest.
- ☐ Vydržím stát, jak dlouho chci, ale pocítuji při tom bolest.
- ☐ Bolest mi zabraňuje stát déle než půl hodiny.
- ☐ Pro bolest nevydržím stát déle než 10 minut,
- ☐ Bolest mi nedovolí vůbec stát.

7. Máte kvůli bolesti problémy se spaním?

- ☐ Při spánku nepocítuji žádnou bolest.
- ☐ Bolest mi ve spánku nikdy nebrání.
- ☐ Bolest mi při spánku nedovolí dobře se vyspat.
- ☐ Bolest mi nedovolí spát déle jak 4 hodiny.
- ☐ Pro bolest nemohu vůbec spát.

8. Máte kvůli bolesti problémy v sexuálním životě?

- ☐ Mám normální sexuální život.
- ☐ Bolest nemá na můj sexuální život žádný vliv.
- ☐ Můj sexuální život je takřka normální, ale bolest jej velmi komplikuje.
- ☐ Můj sexuální život pro bolest takřka neexistuje.
- ☐ Bolest mi zabraňuje ve všech sexuálních aktivitách.

9. Pociťujete omezení ve svém sociálním životě?

- ☐ Můj sociální život je normální, není komplikovaný žádnou bolestí.
- ☐ Bolest nemá významný vliv na moje sociální aktivity, kromě těch fyzicky náročných.
- ☐ Bolest omezuje moje sociální aktivity, nechodím ven tak často jako dříve.
- ☐ Bolest omezuje moje sociální aktivity pouze na můj domov.
- ☐ Bolest mi nedovoluje žádné sociální aktivity.

10. Máte pocit, že Vás bolest limituje při cestování?

- ☐ Ne, mohu cestovat kamkoliv bez bolesti.
- ☐ Ne, mohu cestovat, ale působí mi to bolest.
- ☐ Ano, bolest mi nedovoluje cesty trvající méně než jednu hodinu.
- ☐ Bolest mi zamezuje veškeré cestování kromě cest k lékaři.

11. Zhoršila se v důsledku onemocnění vaše finanční situace?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

12. Jak nyní hodnotíte kvalitu svého života vy sám?

- ☐ Je mnohem lepší
- ☐ Z větší části spokojen
- ☐ Spokojen (a)
- ☐ Z větší části nespokojen
- ☐ Je mnohem horší

13. Vrátil (a) jste se do svého původního zaměstnání po ukončení pracovní neschopnosti?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

14. Byl (a) jste spokojeni s edukací a ošetrovatelskou péčí na neurochirurgické klinice?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Ne
- ☐ Spíše ne



Obrázek 1 - poloha pacienta při operaci, zdroj: vlastní

Příloha D – operační rána



Obrázek 2 - operační rána, zdroj: vlastní

Příloha E – operační rána se zavedeným redonovým drénem



obrázek 3 - operační rána se zavedeným redonovým drénem, zdroj: vlastní

Příloha F – operační rána po zhojení



Obrázek 4 - operační rána po zhojení, zdroj: vlastní



Obrázek 5 - instument METRx, zdroj: neurochirurgické oddělení