

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Lenka Čermáková

Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře

Quality of life of patients with degenerative disease of the spine

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Monika Hošťálková

Konzultant: MUDr. Roman Šuman

Praha 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikační práce.

V Praze, 17. 4. 2014

Podpis

Identifikační záznam:

ČERMÁKOVÁ, Lenka. *Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře. [Quality of life of patients with degenerative disease of the spine]*. Praha, 2014. 85 s., 7příl., 29 tabulek, 29 grafů, 5 obrázků. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Hošťálková, Monika.

Poděkování:

Tímto bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Monice Hošťálkové za cenné rady, trpělivost a ochotu při realizaci mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala MUDr. Romanu Šumanovi za odborné poradenství a podporu. V neposlední řadě děkuji všem zúčastněným respondentům za spolupráci při vyplnění dotazníků.

Abstrakt:

Téma mé bakalářské práce je Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře. Bakalářská práce je rozdělena na 2 části. Na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje anatomii a fyziologii páteře, problematiku bolesti zad, popis degenerativního onemocnění páteře s její symptomatologií, diagnostikou, léčbou a ošetrovatelskou péčí. Empirická část je založena na souboru respondentů minimálně 6 měsíců po operaci páteře. Jedná se o kvantitativní průzkumné šetření, které probíhalo technikou dotazníku. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře, a to před operací a minimálně 6 měsíců po operaci páteře. Z průzkumného šetření vyplývá, že nejvíce operovaných respondentů bylo ve věku 60 let a více, tj. 44,12 %. Dále to byli respondenti vyučení, a to ve 41,18 % a respondenti s manuální, fyzicky náročnou prací ve 41,18 %. Z průzkumného šetření také vyplývá, že kvalita života u pacientů po operaci páteře se všeobecně zlepšila. U respondentů došlo po operaci páteře ke zmírnění bolesti zad a zároveň k omezení užívané medikace pro snížení bolesti zad. Také došlo ke zlepšení při vykonávání běžných denních činností. Respondenti subjektivně vnímali po operaci zlepšení zdravotního stavu.

Klíčová slova:

Degenerativní onemocnění páteře, bolest zad, kvalita života

Abstract:

The presenting project regarding 'Quality of life in patients with degenerative disorders of the spine' is subdivided into two parts – first theoretical introduction, second the empirical part. Theoretical part consists of an anatomical and physiological issues of the spine, description of the low back pain syndrome, degenerative disorders of the spine with its symptomatology, diagnosis, treatment and nursing. In the empirical part I followed a cohort of patients. Each of the patient fulfilled a 'Quality of life questionnaire' prior to spinal surgery and at least six months after spinal surgery, then the results were compared. The median age group was 60 yo, i.e. 44.12 % of all operated patients with degenerative spinal disorders. 41.18 % of the patients went to vocational school and 41.18 % were manual workers with physically demanding work. According to the results, quality of life after spinal surgery was overall improved, low back pain lessened and patients reduced using pain killers. There was a significant improvement in daily activities and patients subjectively felt themselves in better health condition.

Keywords:

Degenerative disease of the spine, backache, quality of life

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Funkční anatomie páteře	10
2.2	Degenerativní onemocnění páteře	12
2.3	Problematika bolesti zad	12
2.4	Symptomatologie degenerativního onemocnění páteře	15
2.5	Typy a etiologie degenerativního onemocnění páteře.....	16
2.5.1	Degenerativní onemocnění krční páteře.....	16
2.5.2	Degenerativní onemocnění hrudní páteře.....	17
2.5.3	Degenerativní onemocnění bederní páteře.....	19
2.6	Diagnostik	20
2.7	Terapie	23
2.7.1	Farmakoterapie.....	23
2.7.2	Operační techniky.....	24
2.7.3	Předoperační příprava.....	25
2.7.4	Pooperační péče.....	26
2.7.5	Ošetrovatelská péče.....	27
2.7.6	Rehabilitace.....	29
2.8	Kvalita života.....	30
3	EMPIRICKÁ ČÁST.....	32
3.1	Cíle průzkumného šetření	32
3.2	Metodika výzkumného šetření.....	32
3.3	Charakteristika souboru respondent.....	33
3.4	Organizace dotazníkového šetření.....	33
3.5	Zpracování dat dotazníkového šetření.....	34
3.6	Interpretace průzkumného šetření.....	35
4	DISKUZE.....	73
4.1	Doporučení pro praxi.....	78
5	ZÁVĚR.....	79

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
SEZNAM TABULEK.....	82
SEZNAM GRAFŮ.....	84
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

1 ÚVOD

Degenerativního onemocnění páteře je mnohdy bolestivým a velmi omezujícím problémem. Ve většině případů pacienti často navštíví odborného lékaře až ve chvíli, kdy jsou obtíže pro pacienta neúnosné. Vzhledem ke zvyšující se incidenci bolesti zad se objevuje se stále více specializovaných pracovišť, které se touto problematikou zabývají. Ale i přes veškerá doporučení, snahu o primární prevenci a edukaci obyvatelstva, pacientů s tímto zdravotním problémem přibývá. Velkou část v tomto případě hraje hektický životní styl, zaměstnání, pohybové návyky a v neposlední řadě pohodlnost obyvatelstva.

Ve svém zaměstnání se setkávám s množstvím lidí, které pro degenerativní onemocnění operujeme. Pracuji na operačním sále a jsem přítomna u operací takto postižených pacientů. Zajímalo mě tedy, jaká byla kvalita těchto pacientů před operací a následně po operaci páteře. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu a zjistit kvalitu života pacientů s degenerativním onemocněním. Dalším cílem mé práce bylo také vysledovat, kdo je nejvíce degenerativním onemocněním páteře postižen. Dále zdali došlo po operaci ke snížení bolesti zad a také, jestli nastalo zlepšení při vykonávání běžných denních činností.

Průzkumné šetření se týkalo výhradně pacientů operovaných pro degenerativní onemocnění na Ortopedické klinice Nemocnice Na Bulovce. A to proto, že operativou páteře se věnuje mnoho zdravotnických pracovišť, ve většině případů však neurochirurgických. Každé pracoviště má svá specifika, která mohou být rozdílná v operačních postupech, operačních přístupech, používaných instrumentářiích i implantátech.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2. 1 Funkční anatomie páteře

Tato kapitola se zabývá anatomickými poměry, napomáhají funkčnosti pohybového systému.

Páteř (columna vertebrarum) tvoří elastický a pohyblivý nosník celého těla, tzv. funkční celek a současně ochranné pouzdro míchy. Páteř je složena z 33 - 34 obratlů, 7 krčních obratlů (vertebrae cervicales, C₁ - C₇), 12 hrudních obratlů (vertebrae thoracicae, Th₁ - Th₁₂), 5 bederních (vertebrae lumbales, L₁ - L₅), kost křížová (os sacrum, složená z 5 - ti obratlů), kost kostrční (os coccygis, srostlá ze 4 - 5ti obratlů).

Obratle (vertebrae) se skládají ze tří hlavních částí, těla obratle (corpus vertebrae), které tvoří dominantní nosnou část, obratlovým obloukem (arcus vertebrae) chránícím míchu a obratlovými výběžky (processi vertebrae), vycházející z oblouku a sloužícími k pohyblivosti obratle. Obratlový oblouk spolu s tělem obratle uzavírá otvor obratle (foramen vertebrae). Otvory obratlů, vzájemně složené, tvoří páteřní kanál (canalis vertebrae), ve kterém se nachází mícha (medulla spinalis). Zcela odlišný tvar má první a druhý krční obratel C₁, zvaný Atlas – nosič, který nemá tělo, místo obratlového těla má kostěný oblouk. Druhý krční obratel C₂, Axis – čepovec, který se vyznačuje nápadným zubem čepovce (dens axis) na horní straně obratlového těla.

Obratlová těla jsou spojena chrupavčitými spoji mezi obratli (synchondroses columnae vertebralis), které tvoří meziobratlovou destičku - ploténku (symphysis intervertebralis) a vazivové spoje páteře (syndesmoses columnae vertebralis), vazy (ligamenta) – krátké vazy, spojující obratlové výběžky a oblouky obratlů, dlouhé vazy páteře, které spojují obratlová těla. Dále jsou zde meziobratlové klouby (articulationes columnae vertebralis), vyskytující se v oblasti párových kloubních výběžků obratlových těl.

Meziobratlové ploténky (destičky) se nachází v pohyblivých oddílech páteře a propojují přilehlá těla obratlů. Na páteři je celkem 23 meziobratlových plotének, které se ale nenachází v oblasti mezi prvními dvěma krčními obratli.

Funkčnosti páteře napomáhá několik vrstev svalů. Kromě jednotlivých povrchových svalů, jako sval trapézový (musculus trapezius), široký sval zádový (musculus latissimus dorsi), rhombické svaly (musculi rhomboidei minor et major), zdvihač lopatky (musculus levator scapulae), napomáhá svalový systém spinotranverzální, tvořený musculus splenius, musculus longissimus a musculus iliocostalis, který umožňuje vzpřímení páteře, úklon a záklon hlavy. Svalový systém spinospinální, vzpřimující páteř a svalový systém transversospinální, umožňující rotaci hlavy, úklon a vzpřímení páteře. Dále je to systém krátkých hřbetních svalů, umožňující úklon páteře a hluboké šíjové svaly, poskytující úklon, záklon a rotaci hlavy.

Na páteři se nachází dvě fyziologická zakřivení, a to **lordosa** a **kyfosa**. Lordosa se vyznačuje vyklenutím páteře dopředu. Opakem lordosy je kyfosa, páteř je tedy vyklenutá dozadu. V sagitální rovině se nachází fyziologická krční lordosa, hrudní kyfosa a bederní lordosa. Bez jakéhokoli zakřivení je páteř fyziologická ve frontální rovině (Čihák, 2011).

Čihák ve své publikaci (Čihák, 2011, str. 113) uvádí „ Zakřivení dávají páteři pružnost a jsou dokladem přiměřeného rozvoje lidstva.“

2. 2 Degenerativní onemocnění páteře

Degenerativní změny na páteři a jejich rozvoj je v průběhu stárnutí fyziologickým jevem. Již okolo 30. roku života můžeme pozorovat degenerativní změny na krčních ploténkách, nejčastěji jsou postiženy krční obratle C₅ - C₆, dále přecházející degenerativní změny v lumbosakrální oblast L₄ - L₅ - S₁. Zasaženy jsou takto nejpohyblivější části páteře, které bývají nejčastěji vystaveny mechanické námaze (Dungl, 2005).

Tóth v publikaci (Dungl, 2005, str. 621) uvádí definici degenerativního onemocnění páteře „Samotné degenerativní změny neznamení klinické obtíže, na druhou stranu je to stav, který je nejčastější průvodní příčinou nebo spouštěcím mechanismem pro bolesti v oblasti páteře.“

2. 3 Problematika bolesti zad

Problematika bolesti zad je v dnešní době celosvětovým a velmi diskutovaným tématem. Způsobem životního stylu obyvatelstva se dostává bolest zad do popředí. Sedavé, fyzicky a psychicky náročné zaměstnání, nedostatek pohybové aktivity nebo naopak přehnané nároky na fyzickou aktivitu a nesprávně prováděné cviky, obezita, to vše se odráží na vzniku bolesti zad. Nejedná se pouze o problém starších věkových skupin, ale alarmující je stále narůstající počet mladších obyvatel. Přibývá stále více pacientů v pracovní neschopnosti, jak krátkodobé tak dlouhodobé a není výjimečná ani invalidita v produktivním věku. Bolest jako taková je popisovaná různými autory. Zde uvádím definici bolesti podle Josefa Bednaříka jako

Obečně nejčastější a v mnoha případech i nejčasnějším příznakem nemoci. Je jen málo nemocí, které nejsou alespoň v některé fázi doprovázeny bolestí; u některých nemocí je bolest tak charakteristickým příznakem, že je bez ní nutno o diagnóze pochybovat. Nejčastěji je bolest definována jako nepříjemný smyslový a emoční prožitek spojený se skutečným či potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození (Ambler, 2004, str. 199).

Bolest dělíme na *akutní, subakutní a chronickou*. O akutní bolesti hovoříme v případě, že trvá méně než 6 týdnů, subakutní bolest 6 – 12 týdnů a chronická bolest déle než 3 měsíce. Při bolestech zad rozlišujeme bolest přenesenou (nepáteřní) nebo páteřní.

„ Přenesená bolest je bolest vnímaná v oblasti, která je inervovaná jinými nervy než oblast jejího skutečného zdroje“ (Vrba, 2012, str. 184).

Intenzitu bolesti hodnotíme dle škál, neboli stupnic, kterých je několik druhů. Používáme ikonické stupnice, které obsahují obrázkové znaky, proto je tento typ hodnotící stupnice používán nejčastěji u dětí.

Vizuální analogová škála, která je vyznačená úsečkou, kdy levá strana úsečky znázorňuje bezbolestnost a pravá strana bolest nesnesitelnou.

Nejčastěji používaná škála bolesti u dospělých jedinců je znázornění 1 – 10, tzv. numerická stupnice, kdy číslo 1 značí slabou bolest a číslo 10 nesnesitelnou bolest. Dále zjišťujeme lokalizaci bolesti, charakter (kvalitu), typ bolesti a vyvolávající faktory. Prožívání bolesti je ovlivněno věkem jedince (starší lidé vnímají bolest méně intenzivně), pohlavím (muži zvládají bolest lépe než ženy), zkušeností s bolestí a psychogenním nastavením jedince.

Bolest zad velmi často ovlivňuje schopnost soběstačnosti a sebepečce jedince, tím dochází k deficitu těchto, pro každého jedince, důležitých lidských potřeb. Sebepečci si člověk za normálních okolností provádí sám a svým chováním a činnostmi se snaží dosáhnout zdraví a optimální pohody a vyrovnanosti.

Pacienti mohou mít potíže s oblékáním, hygienou, sexuálním životem, dochází k poruchám spánku a chůze. To vše může pacienta ovlivnit psychicky.

Sebepečce je definovaná dle Trachtové (2013, str. 20) jako „Samostatné vykonávání denních aktivit – stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování.“

Soběstačností dle Trachtové (2013, str. 20) rozumíme „Míru samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit.“

Hodnotit míru soběstačnosti nebo sebepéče můžeme *Testem funkční soběstačnosti*, podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou – *Test ošetřovatelské zátěže*, *Barthelovým testem základních všedních činností* ADL nebo dle modelu Marjory Gordon, Dorothea Orem, Callista Roy.

Dorothea Oremová vytvořila teorii, která je založená na deficitu sebepéče. Teorie sebepéče podle samotné Oremové, citované pro zajímavost ze starší literatury Martou Staňkovou (1996, str. 79).

Člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat, přispívat osobně ke svému zdraví a vytvářet pro sebe pocit dobré pohody. Tyto činnosti člověka jsou ovlivňovány jeho věkem, schopnostmi a společensko – kulturním prostředím. V případě neschopnosti sebepéče je nutný ošetřovatelský zásah.

2. 4 Symptomatologie degenerativního onemocnění páteře

Pro symptomatologii degenerativního onemocnění páteře jsou typické kořenové syndromy a blokády obratlových těl.

Kořenové (radikulární)syndromy způsobují kompresi nervového kořene výhřezem meziobratlové ploténky. Příznakem výhřezu je bolestivost v iritační oblasti daného nervového kořene. Popisované jsou také motorické poruchy v příslušných oblastech, poruchy citlivosti jako je parestezie (mravenčení, brnění), hyperestezie (zvýšená citlivost), hypestezie (snížená citlivost) a poruchy reflexní činnosti. Specifické pro kořenový syndrom je porucha funkce sfinkterů. Nejčastější však je postižení bederní oblasti páteře, kdy je bolest vyzařována do dolních končetin (Novotná, 2012).

Syndrom caudae equinae je vážnou komplikací výhřezu meziobratlové ploténky v bederní oblasti páteře. Příznakem tohoto syndromu je porucha sfinkterů a perianogenitální hypesthesie (Novotná, 2012).

Při **pseudoradikulárním syndromu** „Bolest vyzařuje v určitém kořenovém segmentu, nejsou ale klinické známky komprese kořene (parézy, výpadky reflexů a citlivosti)“ (Novotná, 2012, str. 16).

Blokády obratlových těl vznikají přetížením, prudkým pohybem nebo prochlazením. Takto může dojít k postižení svalů, vazů nebo kloubního pouzdra v blízkosti obratle, to vede k prudké bolesti vyzařující do iritační oblasti (Novotná, 2012).

Lumbago je náhle vzniklá akutní bolest v bederní oblasti, vznikající blokádu v bederním úseku páteře. Typické je omezení či nemožnost rotačního pohybu a udržování bolestí vynucené polohy (Štětkářová, 2012).

2. 5 Typy a etiologie degenerativního onemocnění páteře

Nejčastějšími degenerativními změnami na páteři jsou obecně **spondylóza**, při níž dochází ke změnám na tělech obratlů; **spondylartróza**, kdy dochází k přeměně na intervertebrálních kloubech a **osteochondróza**, při které dochází ke změnám na meziobratlové ploténce; dále jsou to **kořenové syndromy** a **funkční poruchy**, které vznikají při neočekávaném přetížení páteře nebo prudkém pohybu. V této kapitole bude věnována pozornost degenerativním onemocněním jednotlivých úseků páteře podrobněji (Novotná, 2012).

2. 5. 1 Degenerativní onemocnění krční páteře

Mezi degenerativní onemocnění krční páteře lze zahrnout **bolestivý syndrom bez radikulární léze nebo myelopatie, krční vertebrogenní radikulopatii, krční vertebrogenní myelopatii a osifikaci ligamenta longitudinale posterius**.

Bolestivý syndrom bez radikulární léze nebo myelopatie, tzn. bez kořenového poškození nebo poškození zadních provazců míšních. Pro tento syndrom je charakteristická občasná vertebrogenní bolest, která během dní nebo týdnů ustupuje. Hyperextenzí se zvyšuje bolest, a to mezi lopatkami, v podtylní oblasti a centrální bolest v oblasti páteře. Příčina takové bolesti může být způsobena svalstvem krční páteře, patologií v disku nebo intervertebrálních kloubech.

Při **krční vertebrogenní radikulopatii** dochází k poškození míšního kořene, který následně vede k vyvolání bolesti, často vázané na pohyb krční páteře, vystřelující do horních končetin, dle příslušné inervační oblasti. Bolest je často lokalizována v oblasti trapézu nebo přímo na páteři, při poklepu na spinální výběžky. Pokud dochází k nestabilitě krčních obratlů C₁ - C₂, jsou nejčastějším projevem bolesti hlavy.

Krční vertebrogenní myelopatie je vyvolána útlakem krční míchy. Za útlak krční míchy mohou převážně osteofyty (kostěné výrůstky) na obratlových tělech. Projevem krční vertebrogenní myelopatie je bolestivost krční páteře, vystřelující do dolních končetin nebo ramenou, dále oslabení dolních nebo horních končetin s poruchou jemné motoriky a typická je chůze s rozkročenýma nohama, tzv. „chůze o široké bázi“. Příznakem těžkého postižení může být i porucha vyprazdňování stolice a mikční obtíže.

Osifikace ligamentum longitudinale posterius, je postupné kostnatění zadního podélného vazů páteře. Etiologie tohoto postižení je neznámá. Nejčastěji se projevuje u lidí asijského původu, výjimečně u Evropanů a Afroameričanů. Postupnou osifikací zadního podélného vazů dochází k zúžení prostoru pro míchu a tím dochází k myelopatii (poškození zadních provazců míšních) a ke vzniku stenózy míšního prostoru (Dungl, 2005).

2. 5. 2 Degenerativní onemocnění hrudní páteře

Mezi nejčastěji se objevující degenerativní onemocnění hrudní páteře patří skolióza. Pojem skolióza pochází od Galéna (z roku 131 – 201 n. l.) a znamená zdeformovaný, zakřivený. Dle Tótha v publikaci (Dungl, 2005, str. 606) je definovaná jako „Patologické zakřivení páteře na pravou nebo levou stranu ve frontální rovině.“

Skoliózy dělíme na strukturální a nestructurální, tzv. skoliózy v dospělosti.

Strukturální skolióza je zakřivení páteře závislé na strukturální přeměně obratlů, nesouměrnosti obratlových částí a otáčením obratlového těla.

Ke strukturální skolióze řadíme **skoliózu idiopatickou**, jejíž etiologie je neznámá. Trvalá změna obratlových těl se vyskytuje u osob v odlišném růstovém období a doposud normální páteří bez známek možných přetváření struktury páteře. Rodinný výskyt je dle Tótha 7 – 11%, u přírodních příbuzných.

U **nestrukturální skoliózy** není samotná podstata vzniku v anatomii páteře, ale sekundární změny, které ovšem nevedou k deformaci obratlových těl.

K nestrukturální skolióze zařazujeme **sekundární skoliózu**, vyskytující se u pacientů se zánětlivým onemocněním, například při tuberkulóze, dále po operacích na páteři a traumatech páteře. Ke změnám na obratlích hrudní páteře dochází i při nestejně délce a dlouhotrvající nerovnováze končetin (Dungl, 2005).

Scheuermannova choroba, etiologie této vady páteře dospívajících jedinců, je neznámá. Častěji se vyskytuje u mužů. Patrná je deformita těl obratlů a zúžení s nepravidelností meziobratlových disků. Tyto změny se projevují výhradně v období puberty, kdy dochází k poslednímu růstovému zrychlení. V tomto případě není typická bolestivost, ale zkrácené prsní svalstvo, kyfóza a ve více jak 20 % je doprovázená skoliózou. Uvádí se dvě formy Scheuermannovy choroby, a to typická, postihující hrudní páteř a atypická, která postihuje bederní páteř (Canale, Beaty, & Campbell, 2007).

Morbus Forestier, který se vyskytuje u starších jedinců. Příčinou tohoto degenerativního onemocnění je porucha látkové výměny, nejčastěji se uvádí diabetes mellitus. V oblasti hrudní nebo bederní páteře se na tělech obratlů tvoří přemostující osteofyty a meziobratlové disky jsou téměř zaniklé a úzké. Takto zasažený páteřní úsek je v podstatě naprosto nepohyblivý, přesto nevyvolává klinické obtíže (Dungl, 2005).

2. 5. 3 Degenerativní onemocnění bederní páteře

Degenerace tohoto úseku páteře postihuje většinou celou část páteře a to obratle, koncové ploténky, meziobratlový disk, intervertebrální kloub s kloubním pouzdem a vazy.

Nejčastější degenerativní onemocnění v tomto úseku páteře je **herniace bederní ploténky**, neboli výhřez části disku postihuje nejčastěji věkovou skupinu kolem 30 - 40. let života. Může dojít k dislokaci ploténky všemi směry. Příznakem bývá intenzivní bolest doprovázená spasmem paravertebrálních svalů, brněním, slabostí v oblasti dolních končetin, může dojít i k poruchám sfinkterů.

Lumbální spinální stenóza, toto zúžení prostoru páteřního kanálu vede k útlaku nervové tkáně. Pacienti si zpočátku stěžují na neurčité bolesti, bolest vystřelující do oblasti dolních končetin (ischialgie), vyskytuje se ztuhlost páteře s omezenou pohyblivostí, pocit brnění, pálení v oblasti hýždí, vystřelující do stehien a lýtek, tzv. spinální klaudikace. Úlevová poloha pro pacienty je v sedě nebo poloha v předklonu (Dungl, 2005).

2. 6 DIAGNOSTIKA

Správná diagnostika je v případě degenerativního onemocnění páteře velmi důležitá. Odvíjí se od ní následná péče a léčba pacienta. Tato kapitola zahrnuje zjištění základních informací o pacientovi anamnézou, následujícím klinickým vyšetřením a pomocnými vyšetřovacími metodami jako je rentgenové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, scintigrafie nebo perimyelografie.

Anamnéza

Anamnézou zjišťujeme obtíže, které přivádějí pacienta k lékaři, charakter a délku jejich trvání.

Rodinnou anamnézou vyhledáváme vrozené vady pohybového aparátu pacienta, rodičů, sourozenců i ostatních pokrevních příbuzných. Zjišťujeme výskyt familiárních chorob a příčin úmrtí v rodině. Dále infekční, neurologické, nádorové nebo endokrinní onemocnění.

Osobní anamnézou pátráme po prodělaných dětských nemocech, dřívějších úrazech, operacích, hospitalizacích a jejich důvodech. Zjišťujeme lékovou anamnézu. U žen se standardně dotazujeme na gynekologickou anamnézu, menstruační cyklus, způsob antikoncepce, počet porodů a potratů a menopauzální údaje.

Pracovní anamnézou zjišťujeme druh zaměstnání, charakter pracovní činnosti a spokojenost v zaměstnání.

Sociální anamnézou zjišťujeme kvalitu bydlení, eventuelně možné bariéry nebo překážky (schody), interpersonální vztahy a případné psychosomatické projekce.

Anamnézu můžeme rozšířit i o **sportovní anamnézu**, kde nás zajímá druh a délka provozovaného sportu (Dungl, 2005).

Klinické vyšetření

Při klinickém vyšetření lékař pacienta vyšetřuje vysvlečeného do spodního prádla.

Základní vyšetřovací metody jsou aspekce, palpace, poklep a vyšetření pohyblivosti páteře. Po tomto základním klinickém vyšetření pomáhají dospět ke správné diagnóze zobrazovací metody, tzv. pomocné vyšetřovací metody, které budou podrobněji rozebrány v další kapitole.

Aspekce

Jde o vyšetření pohledem, kdy hodnotíme tělesný typ (somatotyp), držení těla, celkovou stavbu kostry, asymetrii a délku končetin.

Palpace

Pohmatem vyšetříme rozsah postiženého místa, tlakovou bolest, kontraktury, citlivost kůže, odlišnosti na páteř, tvar a rozsáhlost patologické rezistence.

Poklep

Bolestivost při poklepu na trnové výběžky obratlů upozorňuje na možnost výskytu patologického postižení.

Vyšetření pohyblivosti páteře

Zde vyšetřujeme jednotlivé části páteře, posuzujeme nepravidelnosti, které se liší od fyziologického zakřivení, sklon pánve, výšku a souměrnost lopatek a ramenou (Dungl, 2005).

Pomocné vyšetřovací metody

K pomocným vyšetřovacím metodám řadíme základní zobrazovací metody jako je **rentgenové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, scintigrafie a perimyelografie.**

RTG (rentgenové vyšetření) se vyžaduje standardně ve dvou projekcích, šikmé a bočné, eventuálně se doplňuje o speciální projekce.

CT (počítačová tomografie) slouží dominantně k posouzení kostěné struktury.

MR (magnetická rezonance) zobrazí měknotkáňové struktury páteře a poměry v oblasti páteřního kanálu.

Scintigrafie slouží při diagnostice zánětlivých onemocnění, metastatických ložisek a také osteonekróz (kostní nekróza bez přítomnosti mikroorganismů). Tato zobrazovací metoda je hodně senzitivní, ale málo specifická.

Perimyelografie je vyšetřovací metoda, při které se aplikuje kontrastní látka do epidurálního prostoru. Tato metoda je v dnešní době nahrazována neinvazivním CT a MR vyšetřením a má dominantní využití při perioperační monitoraci průchodnosti páteřního kanálu (Dungl, 2005).

2. 7 TERAPIE

Terapii všeobecně můžeme rozdělit na konzervativní léčbu, včetně farmakoterapie a operační léčbu. Tato kapitola obsahuje kromě samotné terapie pooperační péči, ošetrovatelskou péči a rehabilitaci.

Konzervativní léčba zahrnuje kromě farmakoterapie, která je popsána níže, v počátečních stádiích krátkodobý klidový režim, dlouhodobý klidový režim je však nevhodný, protože dochází k oslabení svalstva zad, břicha, hrudníku a pánevního dna. Doporučená je krátkodobá fixace páteře krčním límcem nebo ortézou, úprava pohybového režimu, omezit činnost, která obtíže vyvolává nebo zvyšuje bolest, rehabilitace, protahování, posilování paravertebrálních svalů za dohledu fyzioterapeuta a účinné je také lokálně působící teplo, elektroléčba a vířivá vana.

2. 7. 1 Farmakoterapie

Nejběžněji používaná farmaka jsou z počátku paracetamol nebo nesteroidní antirevmatika (NSA), popřípadě myorelaxancia. Při neúčinnosti těchto léků podáváme NSA se slabými opioidy. Dále lze použít lokálně, výjimečně celkově nebo epidurálně působící kortikoidy. Častou metodou je kořenový obstřík, kdy se aplikuje lokální anestetikum v kombinaci s depotním kortikoidem do oblasti postiženého kořene, aplikace se provádí pod rentgenovou kontrolou (Štětkářová, 2009).

2. 7. 2 Operační techniky

K operačnímu řešení se přistupuje v případě, kdy je konzervativní léčba nedostačující nebo samotná degenerativní změna na páteři pacienta ohrožuje neurologickým deficitem.

Operace se provádí buď obecně z tzv. předního nebo zadního přístupu. Při operačním výkonu na hrudní a bederní páteři se volí zejména přístup zadní, při čemž je pacient polohován na břicho s vypodloženou částí pod nártu, kolena, pánví a hrudníkem, tak, aby nedocházelo k otlakům a ponecháním volného břicha. Operace v úseku krční páteře se nejčastěji provádí z předního přístupu, kdy pacienta zanecháváme v poloze na zádech. Kromě vypodložení ohrožených částí těla otlakem, fixujeme hlavu tak, aby nedocházelo k nežádoucímu pohybu. Většina operačních výkonů na páteři se provádí pod RTG kontrolou.

Samotné operační techniky můžeme rozdělit na výkony **deliberační, stabilizační a kombinované**.

Deliberační výkony, jako laminectomie, hemilaminectomie, discectomie nebo foraminotomie jsou operační výkony, při kterých se odstraňují části obratlů, které degenerativní změnou utlačují páteřní kanál. Nejčastější příčinou deliberačních metod je vyhřezlá meziobratlová ploténka nebo degenerativní změny na obratlech.

U stabilizačních technik, do kterých patří prostá transpedikulární instrumentace, transartikulo-translaminární fixace, kdy fixujeme jednotlivé funkční segmenty páteře šrouby, či šrouby spojenými tyčemi.

K operačním metodám, při kterých indikujeme jak deliberace vyhřezlé ploténky, osteofytů, tak stabilizace obratlových částí, říkáme **kombinované**, řadíme tzv.:

- ACIF (anterior cervical interbody fusion)
- ALIF (anterior lumbar interbody fusion)
- PLIF (posterior lumbar interbody fusion)
- TLIF (transforaminal lumbar interbody fusion)

U těchto kombinovaných forem výkonů se do místa deliberované obratlové ploténky vkládá implantát dle zvyklostí daného pracoviště a k vyplnění slouží kostní štěpy, buď přímo pacientovy nebo „umělé“. ALIF je typ operace specifický tím, že operační přístup k páteři je přes dutinu břišní.

2. 7. 3 Předoperační příprava pacienta

Před samotným operačním výkonem je nutné provést předoperační vyšetření, složené z interního vyšetření, provedené obvodním lékařem nebo samotným lékařem interního oddělení, eventuálně doplňující vyšetření jinými specialisty. Požadované je vyšetření krevního obrazu, jaterních enzymů, glykémie, urey a kreatininu, hemokoagulační vyšetření, vyšetření krevní skupiny pro krevní rezervu, dále vyšetření moče a močového sedimentu. Kromě odběrů biologického materiálu je žádaný RTG snímek plic a EKG. Pokud je vše v pořádku a pacient je interně zdravý, přichází na oddělení ortopedické kliniky. Zde je informován zdravotnickým personálem o průběhu hospitalizace, výkonu a následné péči.

Pacient je edukován o diagnóze, právech pacientů, domácím řádu oddělení, pohybovém režimu, přípravě před výkonem, léčebném postupu, výživě, sebeděči, medikaci, používáním kompenzačních pomůcek a péči o operační ránu. U pacientů s diagnózou diabetes mellitus edukujeme o specifické diabetické dietě a aplikaci inzulínu. Den před operačním výkonem je anesteziologickým lékařem provedené anesteziologické konzilium u lůžka pacienta. Na základě zkontrolovaných výsledků vyšetření a seznámení pacienta s průběhem anestezie, provede anesteziologický lékař záznam o následné premedikaci do pacientovy dokumentace. Dle této ordinace je sestrou premedikace podána hodinu před samotným operačním výkonem. Taktéž se aplikuje Clexane, který patří do skupiny nízkomolekulárních heparinů, snižuje srážení krve, jako prevence trombotické nemoci.

Kromě anesteziologického konzilia je nutno zajistit vyprázdnění pacienta. Podává se suppositorium, v případě operačních výkonů při abdominálním přístupu volíme k vyprázdnění stolice suppositorium, Yal gel formou mikroklyzmatu (velmi šetrná náhrada používaného klasického klyzmatu) a popřípadě Espumisan, pro omezení meteorismu.

Po převozu pacienta ze standardního oddělení na operační sál probíhá dle standardů identifikace pacienta a dotaz na přítomnost alergie. Anesteziologický tým zajistí žilní vstupy, aplikaci antibiotik indikovaných operátorem a dostupnost krevní rezervy.

Na základě délky a náročnosti operačního výkonu se po předchozí domluvě s ortopedickým nebo anesteziologickým lékařem za sterilních podmínek, po uvedení do anestezie, pacientovi zavedeme permanentní močový katétr. Pacient je napolohován operátorem podle typu operačního výkonu. Následuje řádná dezinfekce operačního pole, sterilní postup rouškování a v neposlední řadě příprava potřebných instrumentárií a implantátů. Během samotného výkonu se sledují fyziologické funkce, krevní ztráty a v případě zavedeného močového katétru i množství a vzhled moče.

2. 7. 4 Pooperační péče

Pooperační péče je zcela závislá na typu operačního výkonu. Standardně je pacient převezen z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, kde probíhá stabilizace celkového stavu pacienta. Zásadní je pravidelná monitorace základních fyziologických funkcí, a to krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty, také péče o funkci dýchacího systému a sledování bolesti. Sestra i lékař provádějí kontrolu operační rány a krevních ztrát z redonových drénů.

Zejména u míšních syndromů zajišťujeme prevenci kontraktur a péči o sfinktery. U elektivních výkonů probíhá 24. hodinová observace na jednotce intenzivní péče, poté dochází k překladi pacienta na standardní lůžkové oddělení.

2. 7. 5 Ošetrovatelská péče

Po stabilizaci pacienta na jednotce intenzivní péče je pacient přeložen na standardní oddělení, na kterém se zdravotnický personál snaží o nejčasnější mobilizaci pacienta. Ta je závislá na typu operace a celkovém stavu pacienta. Děje se tak většinou druhý pooperační den.

Stejně jako na jednotce intenzivní péče, probíhá i na standardním oddělení pravidelná monitorace základních fyziologických funkcí, krevních ztrát z redonových drénů a bolesti.

Důležitá je prevence trombembolické nemoci, kterou zajišťujeme naložením bandáží z elastických obinadel na obě dolní končetiny. Obinadlo by mělo sahat od prstů dolní končetiny do třísel. Bandáž by neměla pacienta příliš tlačit, na druhou stranu by neměla být příliš volná, aby zajišťovala dostatečnou kompresi povrchového žilního systému. Provádí se pravidelná výměna, nejlépe po ranní hygieně nebo při jakémkoli znečištění.

Při výměně bandáží sledujeme případné lokální známky trombembolické nemoci, jako je změna barvy, otok kůže, teplota na dolních končetinách. A celkové, projevující se bolestí na hrudi nebo zrychleném dýchání.

Zajišťuje dostatečnou hydrataci pacienta, s tím také spojené sledování příjmu a výdeje tekutin. Pacienta podporujeme v přijímání tekutin, které jsou velmi důležité pro vývoj celkového zdravotního stavu.

Zejména u míšních syndromů je podstatné zajistit prevenci kontraktur, nejčastěji ve spolupráci s fyzioterapeutem, který s pacientem cíleně cvičí, přitom je nutné dbát na to, aby pacienta protahování svalových struktur nebolelo. Cvičení by mělo probíhat postupně, s respektem k subjektivně vnímané kondici pacienta.

Aktivizace pacienta je důležitá nejen pro lepší hojení, ale i pro zlepšení psychické stránky pacientovy osobnosti, v souladu s holistickým přístupem, jenž je součástí moderního ošetrovatelství.

U míšních syndromů může být také pacient zatížen částečnou nebo úplnou inkontinencí. Ošetrovatelská péče o pacienta s tímto deficitem potřeb zahrnuje pravidelnou kontrolu pokožky, lůžka a nutnost signalizačního zařízení, kterým pacient může přivolat zdravotnický personál. Při případné inkontinenci je vhodné pod pacienta vsunout savou podložku nebo zajistit pomůcky pro inkontinentní pacienty, jako jsou vložky nebo pleny. V tomto případě však hrozí větší riziko malcerace kůže, jenž pacienta predisponuje k rozvoji dekubitů.

Proto je nutné při výměně inkontinenčních pomůcek bedlivě sledovat stav pokožky. Po hygieně míst, potřísněných močí či stolicí je vhodné pokožku hydratovat a chránit k tomu určenými krémy, spreji nebo ochrannou pěnou. Také je vhodné použití prostředků neutralizujících zápach, pro fyzický komfort pacienta a tím i omezení deficitu sebeúcty. Při deficitu sebepečce v oblasti vylučování je důležité věnovat pozornost provádění samotné hygieně v oblasti genitálu a perinea, tak, aby nedošlo ke vzniku infekce v okolí recta či močové trubice. Infekce močové trubice a močových cest je úzce spjat se zavedenou močovou cévkou, kterou taktéž ošetřujeme dle standardů, pravidelně za aseptických podmínek měníme a co nejdříve odstraňujeme.

Sestra i lékař provádějí pravidelně kontrolu operační rány, sledujeme barvu kůže v okolí sutury, případnou sekreci či bolestivost. Sestra provádí výměnu krytí pomocí sterilních nástrojů a krycích potřeb. Tyto potřeby musí splňovat vlastnosti pro dostatečnou ochranu rány a nesmí ránu traumatizovat.

Sestra i lékař se aktivně zajímá o bolest nejen v oblasti operační rány. Zjišťuje lokalitu, intenzitu, charakter bolesti, popřípadě směr propagace bolesti. Pro zjištění intenzity bolesti existuje řada škál bolesti, již zmíněných v kapitole „Problematika bolesti zad“. Jakékoliv změny sestra konzultuje s lékařem. Bolest, strach, deficit sebepečce, ztráta soukromí, porucha spánku, porucha vyprazdňování, nechutenství, to vše může pacienta provázet. Je velmi důležité, aby sestra sledovala stav pacientových potřeb a při deficitu jakékoli z nich patřičně zareagovala.

2. 7. 6 Rehabilitace

Kolář ve své publikaci (Kolář, 2009, str. 2) definuje rehabilitaci jako „Vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.“

Rehabilitaci v problematice degenerativního onemocnění můžeme rozdělit na předoperační a pooperační. Samotná rehabilitace by měla být spojená s prevencí. V problematice degenerativního onemocnění můžeme rehabilitační prevenci rozdělit na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je důležitá již od předškolního věku, kdy je zapotřebí vysvětlit správné držení těla, udržování pohybové aktivity.

Sekundární prevence se specializuje na zmírnění bolesti a omezení délky potíží spojených s degenerativní změnou páteře.

V terciární prevenci se snažíme o omezení rozsahu trvalých následků degenerativního onemocnění páteře a omezení případných komplikací. Cílem rehabilitace je omezení bolesti zad, posilování zádových svalů, svalů břicha, hrudníku a pánevního dna, nacvičování správného držení těla, zlepšení fyzického stavu pacienta. Rehabilitace by měla probíhat za dohledu zkušeného fyzioterapeuta, který pacientovi zároveň poradí, jaké cviky a odlehčovací techniky by měl doma provádět, samozřejmě s přihlédnutím na individualizaci pacienta (Tisoňová, 2012).

Pavel Dufek ve své publikaci uvádí, že „Moderní rehabilitace, stejně jako akutní medicína je určena diagnózou a orientuje se podle výsledků moderních vědeckých poznatků a potřeb pacienta“ (Dufek, 2013, str. 78).

V průběhu rehabilitace je velmi důležitá trpělivost pacienta a spolupráce jak s fyzioterapeutickým pracovníkem, tak s ošetřujícím lékařem. V některých případech je zapotřebí poučit nejen samotného pacienta, ale i rodinné příslušníky, kteří mohou dopomoci ke správné a pravidelné domácí rehabilitaci, také se může doporučit psychologická pomoc, zejména v pooperačním období.

V předoperačním období pacient na doporučení lékaře může navštěvovat fyzioterapeuta a provádět cviky za jeho přítomnosti nebo v případě, že cviky zvládá sám bez pomoci a asistence, může rehabilitovat v domácím prostředí.

Nejpoužívanější metodou pro rehabilitování je na našem pracovišti metoda dle McKenzieho, která je především zaměřená na pacienty s vertebrogenními obtížemi. McKenzie vede teorii, ve které je pacient účastníkem aktivním, nikoliv pasivním a podílí se velkou částí na léčbě.

2. 4 Kvalita života

Definicí, které se zabírají pojmem „kvalita života“ a jejím hodnocením je mnoho. První úvaha o kvalitě života je zaznamenána ve 20. letech 20. století, ta byla zaměřená spíše ekonomickým směrem.

Postupem času se termín „kvalita života“ začal používat pro zjišťování kvality nejen ekonomického rázu, ale i pro zhodnocení socioekonomické situace obyvatel.

O kvalitě života je možno hovořit ve spojitosti s různými vědními obory. Psychologie, lékařství, ekologie, ekonomie, sociologie, každý z těchto oborů definuje a hodnotí kvalitu života jinak.

Pro zdravotnictví je kvalita života pojem, který hodnotí ošetrovatelskou péči a zdravotní stav pacienta. Ovšem nesmíme zapomínat, že sledování kvality života má dva zásadní směry (Payne, 2005).

První směr je objektivní, který dle Hnilicové v publikaci (Payne, 2005, str. 207) „Znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.“

Kdežto subjektivní vnímání kvality života souvisí s lidskou emocionalitou a celkovou spokojeností se svým životem. Každý jedinec vnímá kvalitu svého života jinak. Individualita jedince je ovlivněna aktuálními životními situacemi, zdravotním a psychickým stavem, věkem, životními zkušenostmi.

Kvalitou života se zabýval například Abraham Harold Maslow, americký psycholog, který v roce 1943 vytvořil hierarchii lidských potřeb a z toho vyplývající teorii potřeb jako jsou základní fyziologické potřeby (potřeba dýchání, potřeba tekutin, potřeba přijímání potravy, potřeba vylučování, potřeba spánku a odpočinku, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, potřeba seberealizace).

Podle Flanagana se vnímání kvality života mění v souvislosti s bytím (fyzickým i materiálním), vzájemnými vztahy (vztah k rodině, dětem, partnerem), začleněním do sociální vrstvy, rozvojem osobnosti a společenském životě (Hnilicová, 2005).

Definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen jako prostou absenci nemoci či postižení“ (Němec, 2010, str. 20).

Cílem měření kvality života je nalézt účinnou terapii, jež zlepší kvalitu života pacienta. K měření kvality života slouží několik typů dotazníků, které jsou určeny pro širší část zkoumaných pacientů nebo takové, které jsou tvořeny speciálně pro daná onemocnění, většinou onkologická (Hnilicová, 2005).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Problémem řešeným v empirické části bakalářské práce je kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře.

3. 1 Cíle průzkumného šetření

Hlavním stanoveným cílem mé práce bylo:

Zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře před a po operaci.

Dílčí cíle byly:

- 1) Zjistit, kdo je nejvíce postižen degenerativním onemocněním páteře
- 2) Zjistit, zda došlo po operaci páteře ke snížení bolesti v oblasti zad
- 3) Zjistit, zda došlo ke zlepšení při běžných denních činnostech po operaci páteře

3. 2 Metodika výzkumného šetření

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumného šetření, které probíhalo technikou dotazníku. Dotazníkové šetření bylo anonymní a respondenti měli zakroužkovat hodící se odpovědi. Použitý dotazník (viz příloha A) obsahoval 29 otázek. Identifikační údaje pacientů zahrnuje otázka 1, 2, 3 a 4. Údaje zaznamenávající bolest obsahují otázky 7 – 14. Otázky 15 – 28 se zabývají možnostmi provádět běžné denní činnosti a v otázce 29 se dotazují na subjektivní vnímání zdravotního stavu pacienta. Otázky č. 1, 2, 3, 4 jsou filtrační. Otázky č. 5, 6, 9, 10, 13, 14 jsou uzavřené. Otázky č. 8 a 12 jsou škálové. Otázky č. 7, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 jsou výčtové.

K hlavnímu cíli, tj. Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře před a po operaci, směřují otázky č. 5 – 29. K prvnímu dílčímu cíli, zjišťujícím, kdo je nejvíce postižen degenerativním onemocněním páteře směřují otázky č. 1 – 4. K druhému dílčímu cíli, který zjišťuje, zda došlo po operaci páteře ke snížení bolesti v oblasti zad, směřují otázky 7 – 14. Ke třetímu dílčímu cíli, který zkoumá, zda došlo ke zlepšení při běžných denních činnostech po operaci páteře, směřují otázky č. 15 – 28. Otázka 29 se týká subjektivního vnímání zdravotního stavu po operaci páteře.

3. 3 Charakteristika souboru respondentů

Vybírání byli cíleně pacienti minimálně 6 měsíců po operaci páteře. Dle již objednaných pacientů jsem podle dokumentace vybrala pouze ty pacienty, kteří tomuto průzkumnému šetření odpovídali. Všichni tito pacienti souhlasili s vyplněním dotazníku.

3. 4 Organizace dotazníkového šetření

Souhlas s žádostí o umožnění dotazníkového šetření byl udělen písemně náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Na Bulovce v Praze (viz příloha B). O rozdání dotazníků vhodným pacientům byla požádána všeobecná sestra z ambulance Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce. Po ústní domluvě s touto sestrou došlo k oslovení daných pacientů v ambulanci čekárně Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce a informování o dobrovolném vyplnění mého dotazníku. Dotazníky byly nabídnuty pacientům, kteří již byli 6 měsíců po operaci páteře. Pacienti vyplněné dotazníky odevzdávali ambulanci sestře po příchodu do ordinace lékaře.

3. 5 Zpracování dat dotazníkového šetření

Pracovala jsem v počítačovém programu Microsoft Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Zjištěná data byla zaznamenána do tabulek a grafů. Výsledky jsou zaznamenány v absolutní a relativní četnosti. Výsledky relativní četnosti jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla, prostý součet tedy nemusí dát výsledek 100 %. Pro výpočet relativní četnosti jsem použila vzorec $f_i = n_i / N$, kdy f_i je relativní četnost udávaná v procentech, n_i absolutní četnost a N je celková četnost všech respondentů. Bylo rozdáno 40 dotazníků. Vráceno bylo 38 dotazníků, z toho 4 dotazníky bylo nutno pro neúplnost nebo nesprávné vyplnění vyřadit. Pro vyhodnocení výsledků bylo použito celkem 34 dotazníků (100 %). Návratnost použitelných dotazníků byla 85 %.

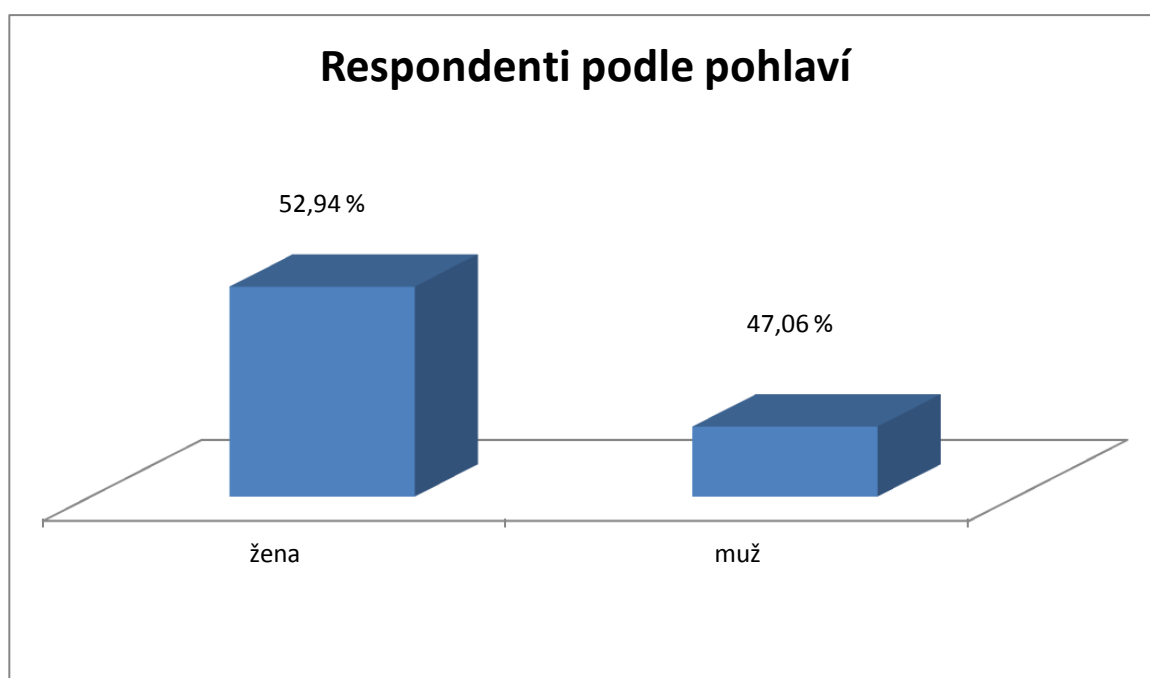
3. 6 Interpretace dat průzkumného šetření

Otázka č. 1: Jste?

Tabulka č. 1: Respondenti podle pohlaví

Respondenti podle pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	18	52,94 %
Muž	16	47,06 %
Celkem	34	100 %

Graf č. 1: Respondenti podle pohlaví



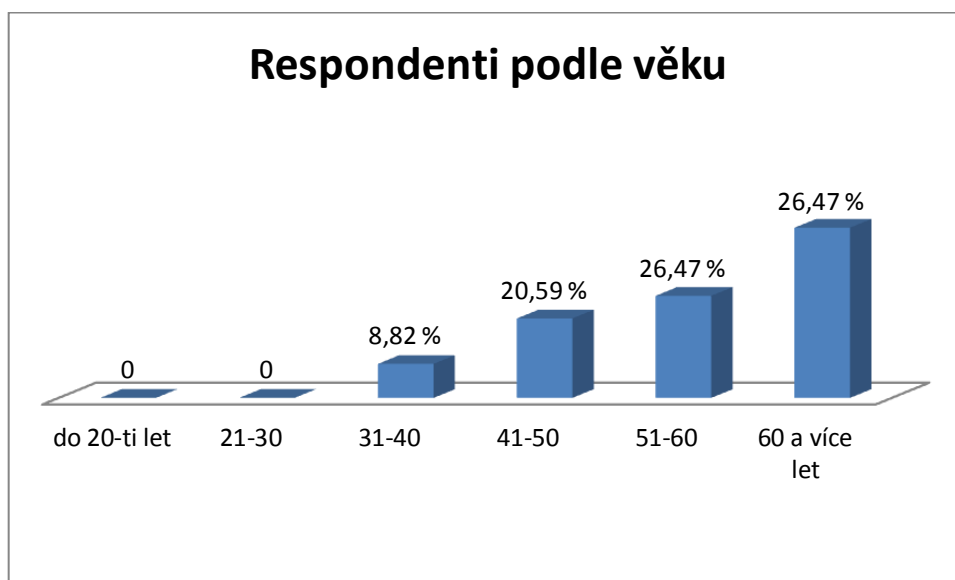
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů je 18 (52,94 %) respondentů žen, 16 (47,06 %) respondentů mužů. Viz tabulka a graf č. 1.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2: Respondenti podle věku

Respondenti podle věku	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 20 – ti let	0	0
21 – 30	0	0
31 – 40	3	8,82 %
41 – 50	7	20,59 %
51 – 60	9	26,47 %
60 a více	15	26,47 %
celkem	34	100 %

Graf č. 2: Respondenti podle věku



Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů není žádný respondent mladší 31 let.

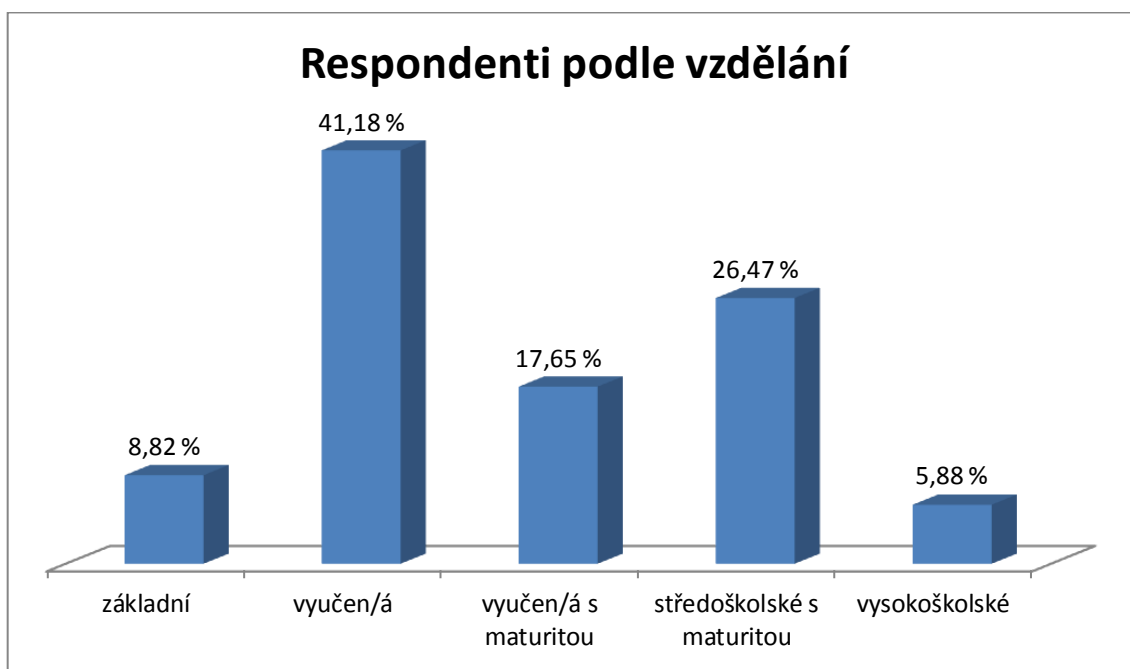
3 (8,82 %) respondenti jsou ve věku 31 – 40 let, 7 (20,59 %) respondentů je ve věku 41 – 50 let, 9 (26,47 %) respondentů je ve věku 51-60 let a 15 (26,47 %) respondentů je starších 60 let. Viz tabulka a graf č. 2.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3: Respondenti podle vzdělání

Respondenti podle vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	3	8,82 %
Vyučen/á	14	41,18 %
Vyučen/á s maturitou	6	17,65 %
Středoškolské s maturitou	9	26,47 %
Vysokoškolské	2	5,88 %
Celkem	34	100 %

Graf č. 3: Respondenti podle pohlaví



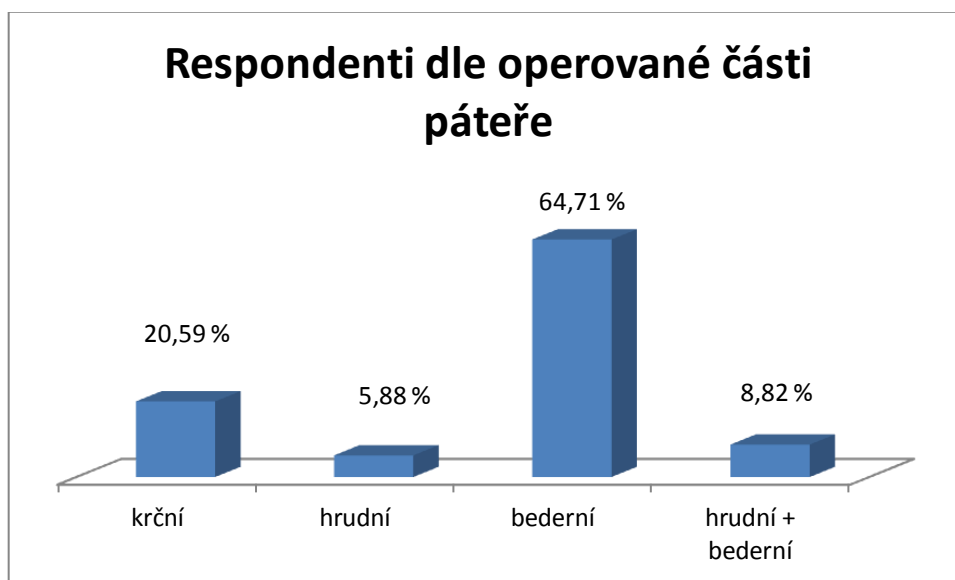
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů dosáhli 3 (8,82 %) respondenti základního vzdělání, 14 (41,18 %) respondentů je vyučeno, 6 (17,65 %) respondentů je vyučeno s maturitou, 9 (26,47 %) respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a 2 (5,88 %) respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání. Viz tabulka a graf č. 3.

Otázka č. 4: Pro kterou část degenerativního onemocnění jste byl/a operován/a?

Tabulka č. 4: Respondenti dle operované části páteře

Respondenti dle operované části páteře	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Krční	7	20,59 %
Hrudní	2	5,88 %
Bederní	22	64,71 %
Hrudní+Bederní	2	8,82 %
Celkem	34	100 %

Graf č. 4: Respondenti dle operované části páteře



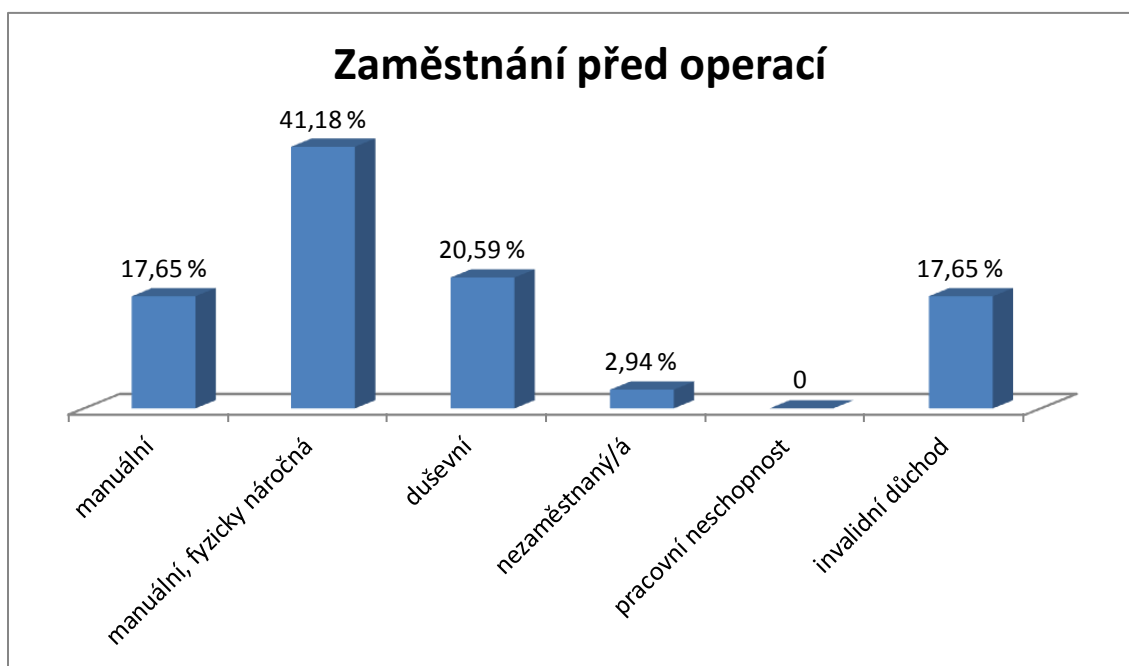
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů, krční páteř má odoperováno 7 (20,59 %) respondentů, 2 (5,88 %) respondenti mají odoperovanou hrudní páteř, 22 (64,71 %) respondentů je po operaci bederní páteře a 2 (8,82 %) respondenti jsou po operaci hrudní a bederní páteře. Viz tabulka a graf č. 4.

Otázka č. 5: Jaké bylo zaměstnání před operací?

Tabulka č. 5: Zaměstnání před operací

Zaměstnání před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Manuální	6	17,65 %
Manuální, fyzicky náročná	14	41,18 %
Duševní	7	20,59 %
Nezaměstnaný/á	1	2,94 %
Pracovní neschopnost	0	0
Invalidní důchod	6	17,65 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 5: Zaměstnání před operací



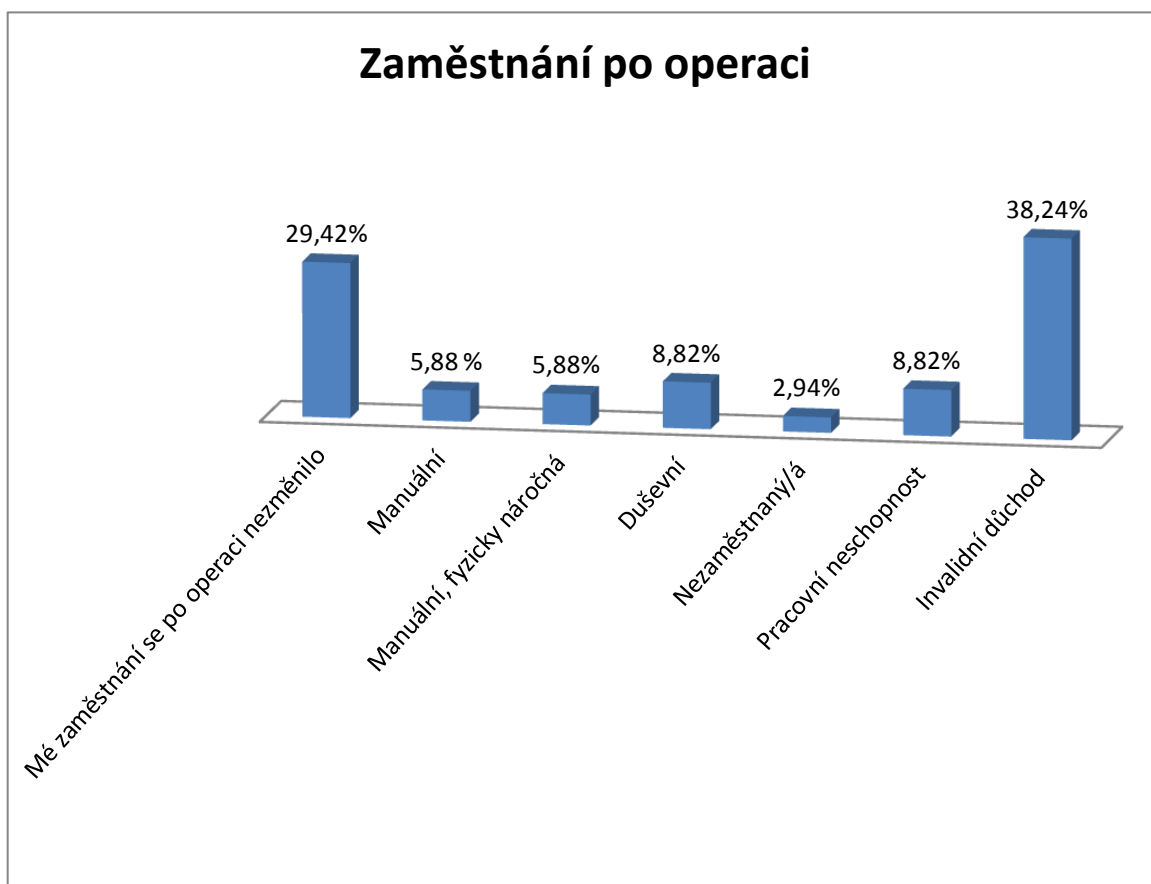
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů mělo před operací 6 (17,65 %) respondentů manuální práci, 14 (41,18 %) respondentů provádělo práci manuální, fyzicky náročnou, 7 (20,59 %) respondentů provádělo práci duševní, 1 (2,94 %) respondent byl nezaměstnaný, v pracovní neschopnosti nebyl žádný dotazovaný respondent a 6 (17,65 %) respondentů bylo v invalidním důchodu. Viz tabulka a graf č. 5.

Otázka č. 6: Jaké je Vaše zaměstnání po operaci?

Tabulka č. 6: Zaměstnání po operaci

Zaměstnání po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mé zaměstnání se po operaci nezměnilo	10	29,42 %
Manuální	2	5,88 %
Manuální, fyzicky náročná	2	5,88 %
Duševní	3	8,82 %
Nezaměstnaný/á	1	2,94 %
Pracovní neschopnost	3	8,82 %
Invalidní důchod	13	38,24 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 6: Zaměstnání po operaci



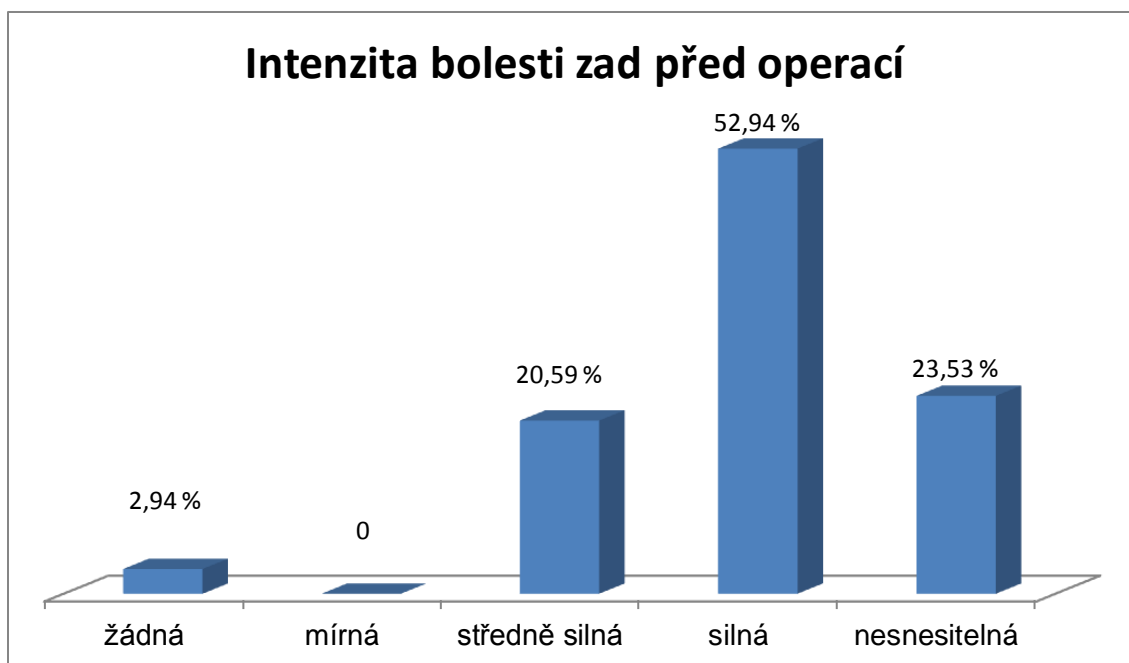
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů se 10 (29,41 %) respondentů vrátilo do původního zaměstnání, 2 (5,88 %) respondenti mají manuální práci, 2 (5,88 %) respondenti provádí práci manuální, fyzicky náročnou, 3 (8,82 %) respondenti mají práci duševní, 1 (2,94 %) respondent je nezaměstnaný, 3 (8,82 %) respondenti jsou v pracovní neschopnosti a 13 (38,24 %) respondentů je v invalidním důchodu. Viz tabulka a graf č. 6

Otázka č. 7: Jaká byla intenzita bolesti zad před operací?

Tabulka č. 7: Intenzita bolesti zad před operací

Intenzita bolesti zad před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žádná	1	2,94 %
Mírná	0	0
Středně silná	7	20,59 %
Silná	18	52,94 %
Nesnesitelná	8	23,53 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 7: Intenzita bolesti zad před operací



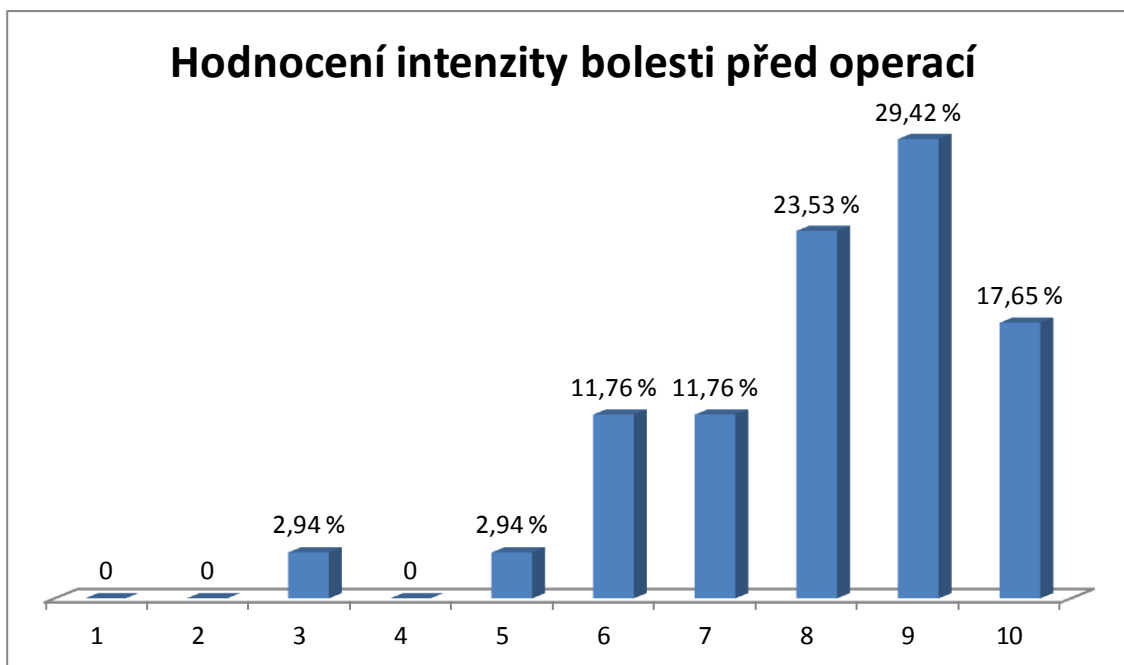
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů neměl 1 (2,94 %) respondent bolest žádnou, žádný z respondentů neudával mírnou bolest zad, 7 (20,59 %) respondentů udávalo středně silnou bolest zad, 18 (52,94 %) respondentů uvádělo silnou bolest zad a 8 (23,53 %) respondentů uvádělo bolest nesnesitelnou. Viz tabulka a graf č. 7.

Otázka č. 8: Jak by jste ohodnotil/a intenzitu bolesti zad před operací na stupnici 0 – 10 (kdy 0 je žádná a 10 nejsilnější bolest)

Tabulka č. 8 Hodnocení intenzity bolesti před operací

Hodnocení intenzity bolesti před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	0	0
2	0	0
3	1	2,94 %
4	0	0
5	1	2,94 %
6	4	11,76 %
7	4	11,76 %
8	8	23,53 %
9	10	29,42 %
10	6	17,65 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 8: Hodnocení intenzity bolesti před operací



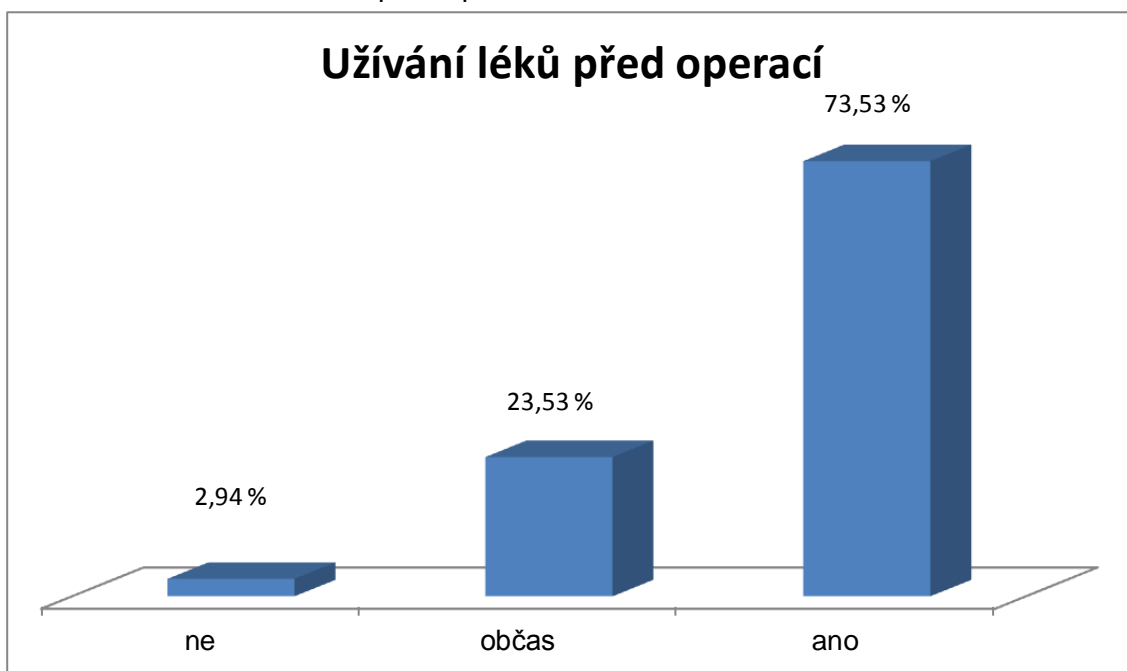
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů žádný z respondentů neuváděl intenzitu bolesti 1 a 2, 1 (2,94 %) respondent hodnotil intenzitu bolesti číslem 3, žádný respondent neohodnotil intenzitu bolesti číslem 4, 1 (2,94 %) respondent hodnotil intenzitu bolesti číslem 5, 4 (11,76 %) respondenti hodnotili intenzitu bolesti číslem 6, 4 (11,76 %) respondenti hodnotili intenzitu bolesti číslem 7, 8 (23,53 %) respondentů hodnotilo intenzitu bolesti číslem 8, 10 (29,41 %) respondentů udávalo intenzitu bolesti číslem 9 a 6 (17,65 %) respondentů udávalo intenzitu bolesti číslem 10. Viz tabulka a graf č. 8.

Otázka č. 9: Užíval/a jste při případných bolestech zad léky na zmírnění bolesti?

Tabulka č. 9: Užívání léků před operací

Užívání léků před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	1	2,94 %
Občas	8	23,53 %
Ano	25	73,53 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 9: Užívání léků před operací



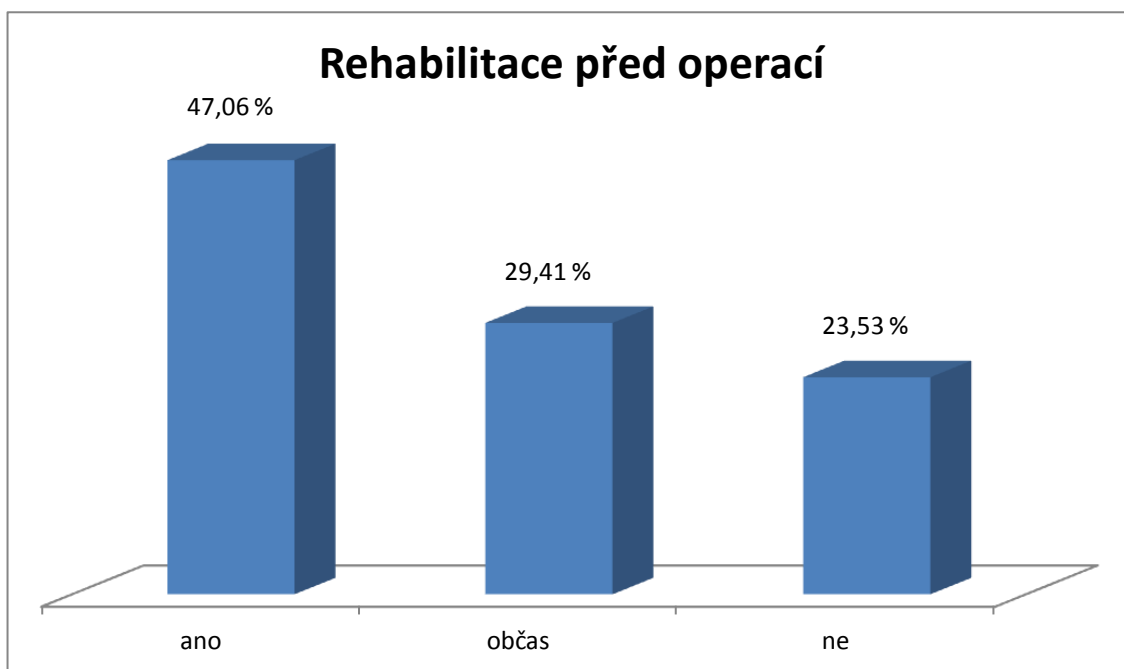
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů neužíval léky proti bolesti zad 1 (2,94 %) respondent, 8 (23,53 %) respondentů udává, že léky proti bolesti zad užívalo občas a 25 (73,53 %) respondentů udává, že léky proti bolesti zad užívali. Viz tabulka a graf č. 9.

Otázka č. 10: Rehabilitoval/a jste pro snížení bolesti zad před operací?

Tabulka č. 10: Rehabilitace před operací

Rehabilitace před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	47,06 %
Občas	10	29,41 %
Ne	8	23,53 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 10: Rehabilitace před operací



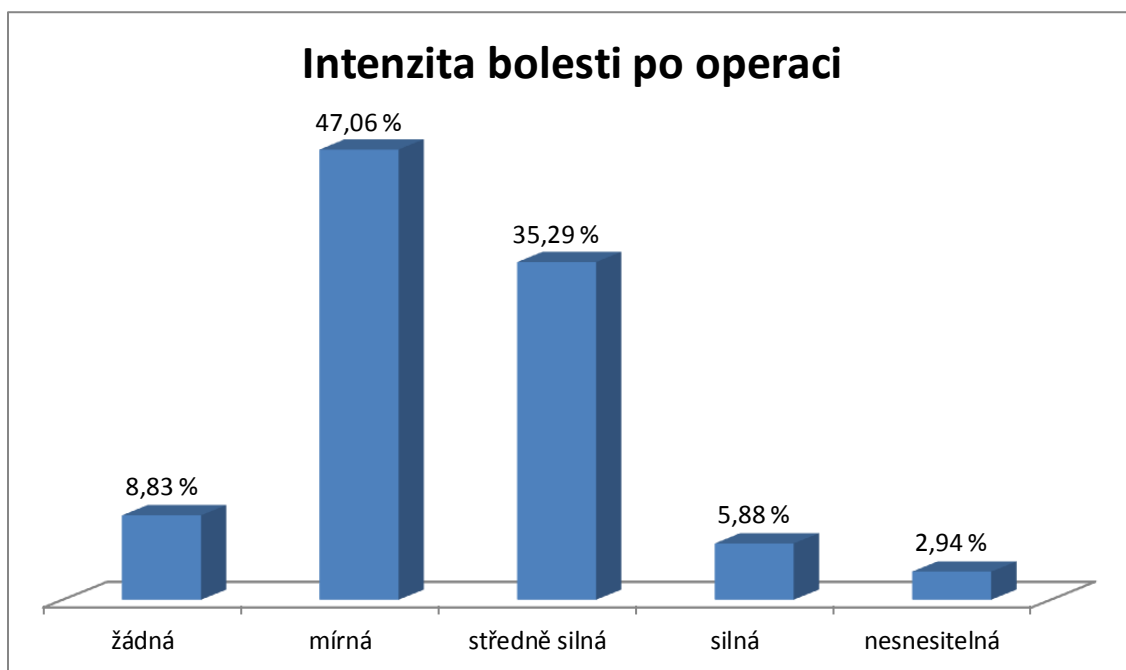
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů rehabilitovalo před operací zad 16 (47,06 %) respondentů, 10 (29,41 %) respondentů rehabilitovalo před operací zad občas a 8 (23,53 %) respondentů před operací zad nerehabilitovalo. Viz tabulka a graf č. 10.

Otázka č. 11: Jaká byla intenzita bolesti po operaci?

Tabulka č. 11: Intenzita bolesti po operaci

Intenzita bolesti po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žádná	3	8,83 %
Mírná	16	47,06 %
Středně silná	12	35,29 %
Silná	2	5,88 %
Nesnesitelná	1	2,94 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 11: Intenzita bolesti po operaci



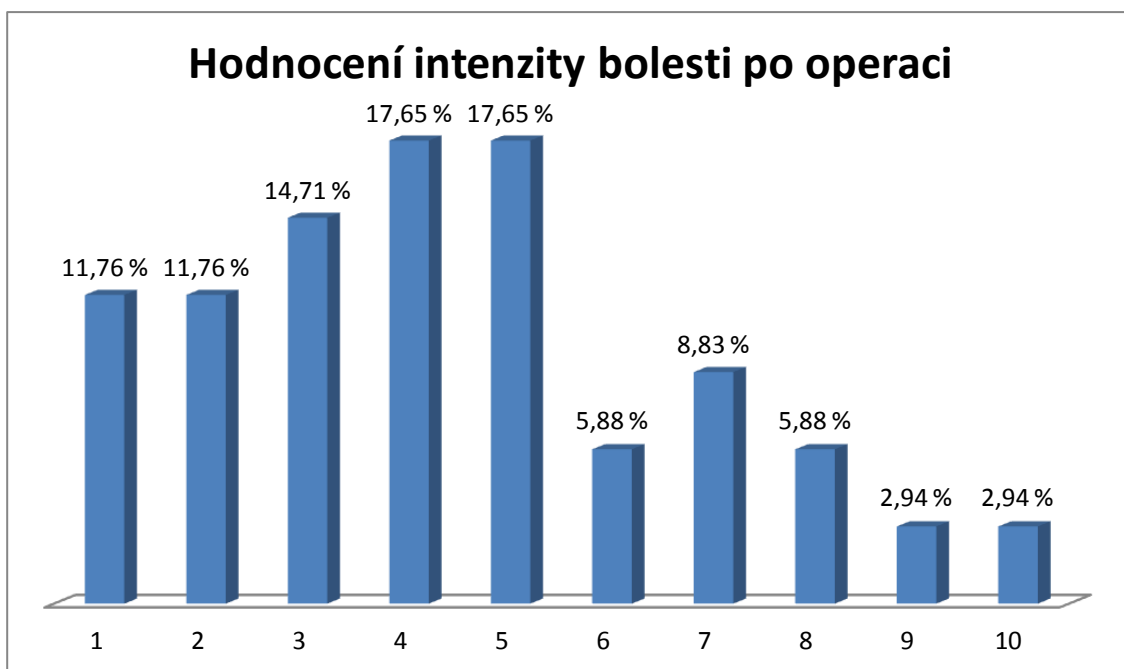
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů udávají 3 (8,83 %) respondenti žádnou intenzitu bolesti zad po operaci, 16 (47,06 %) respondentů udává mírnou intenzitu bolesti zad po operaci, 12 (35,29 %) respondentů udává středně silnou intenzitu bolesti zad po operaci, 2 (5,88 %) respondenti udávají silnou intenzitu bolesti zad po operaci a 1 (2,94 %) respondent udává nesnesitelnou intenzitu bolesti zad po operaci. Viz tabulka a graf č. 11.

Otázka č. 12: Jak by jste ohodnotil/a intenzitu bolesti zad po operaci na stupnici 0 – 10? (Kdy 0 je žádná a 10 nesnesitelná bolest)

Tabulka č. 12: Hodnocení intenzity bolesti po operaci

Hodnocení intenzity bolesti po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	4	11,76 %
2	4	11,76 %
3	5	14,71 %
4	6	17,65 %
5	6	17,65 %
6	2	5,88 %
7	3	8,83 %
8	2	5,88 %
9	1	2,94 %
10	1	2,94 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 12: Hodnocení intenzity bolesti po operaci



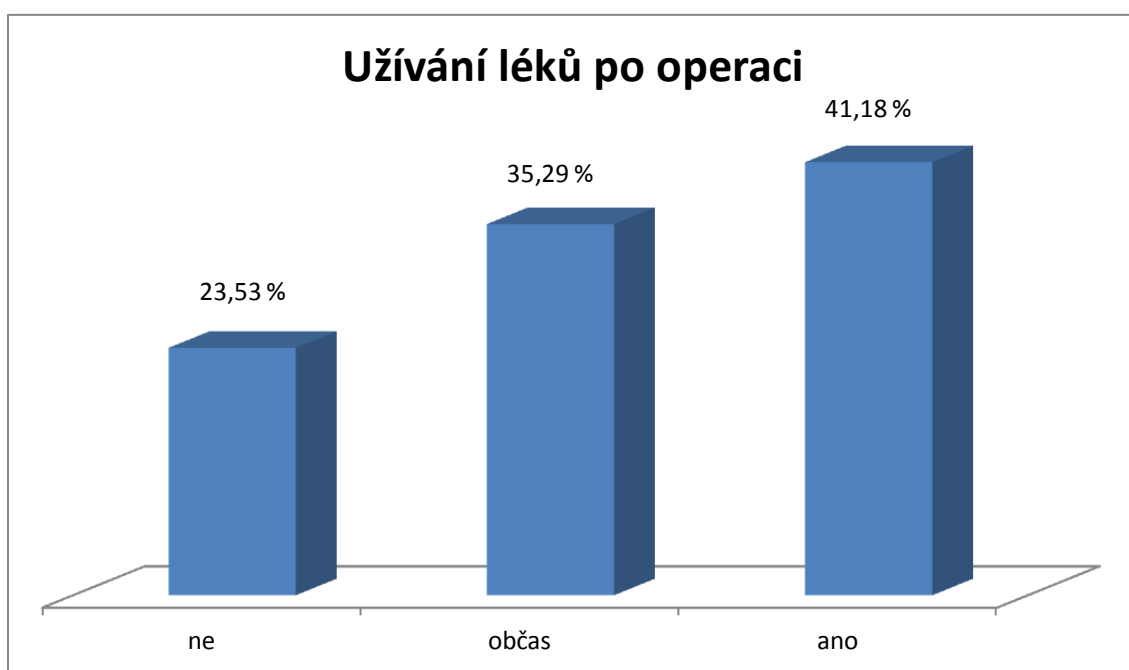
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů udávají 4 (11,76 %) respondenti intenzitu bolesti po operaci číslem 1, 4 (11,76 %) respondenti hodnotí intenzitu bolesti po operaci číslem 2, 5 (14,71 %) respondentů udává intenzitu bolesti číslem 3, 6 (17,65 %) respondentů udává intenzitu bolesti po operaci číslem 4, 6 (17,65 %) respondentů hodnotí intenzitu bolesti číslem 5, 2 (5,88 %) respondenti hodnotí intenzitu bolesti po operaci číslem 6, 3 (8,83 %) respondenti hodnotí intenzitu bolesti zad po operaci číslem 7, 2 (5,88 %) respondenti udávají intenzitu bolesti zad po operaci číslem 8, 1 (2,94 %) respondent udává intenzitu bolesti zad po operaci číslem 9 a 1 (2,94 %) respondent hodnotí intenzitu bolesti zad po operaci číslem 10. Viz tabulka a graf č. 12.

Otázka č. 13: Užíváte nyní léky pro odstranění bolesti?

Tabulka č. 13: Užívání léků pro odstranění bolesti po operaci

Užívání léků pro odstranění bolesti po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	8	23,53 %
Občas	12	35,29 %
Ano	14	41,18 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 13: Užívání léků po operaci



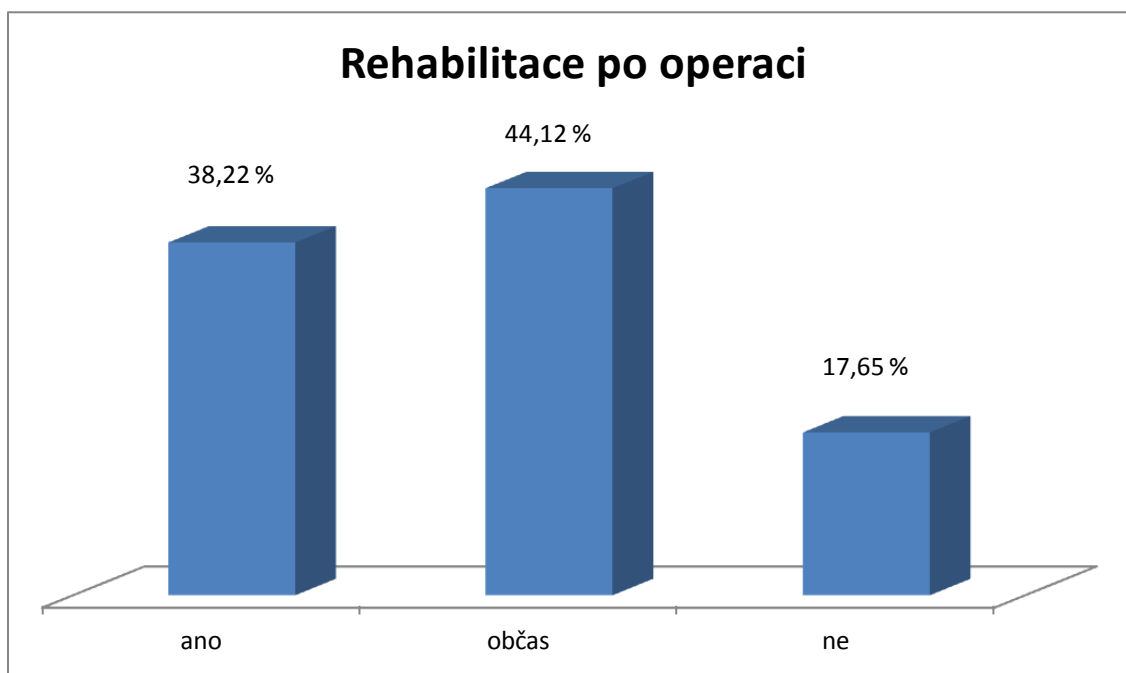
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů neuvžívá nyní léky pro odstranění bolesti zad 8 (23,53 %) respondentů, 12 (35,29 %) respondentů nyní občas užívá léky pro odstranění bolesti zad a 14 (41,18 %) respondentů léky pro odstranění bolesti zad nyní užívá. Viz tabulka a graf č. 13.

Otázka č. 14: Rehabilitujete nyní?

Tabulka č. 14: Rehabilitace po operaci

Rehabilitace po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	13	38,22 %
Občas	15	44,12 %
Ne	6	17,65 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 14: Rehabilitace po operaci



Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů nyní rehabilituje 13 (38,22 %) respondentů, 15 (44,12 %) respondentů rehabilituje občas a 6 (17,65 %) respondentů nyní nerehabilituje.

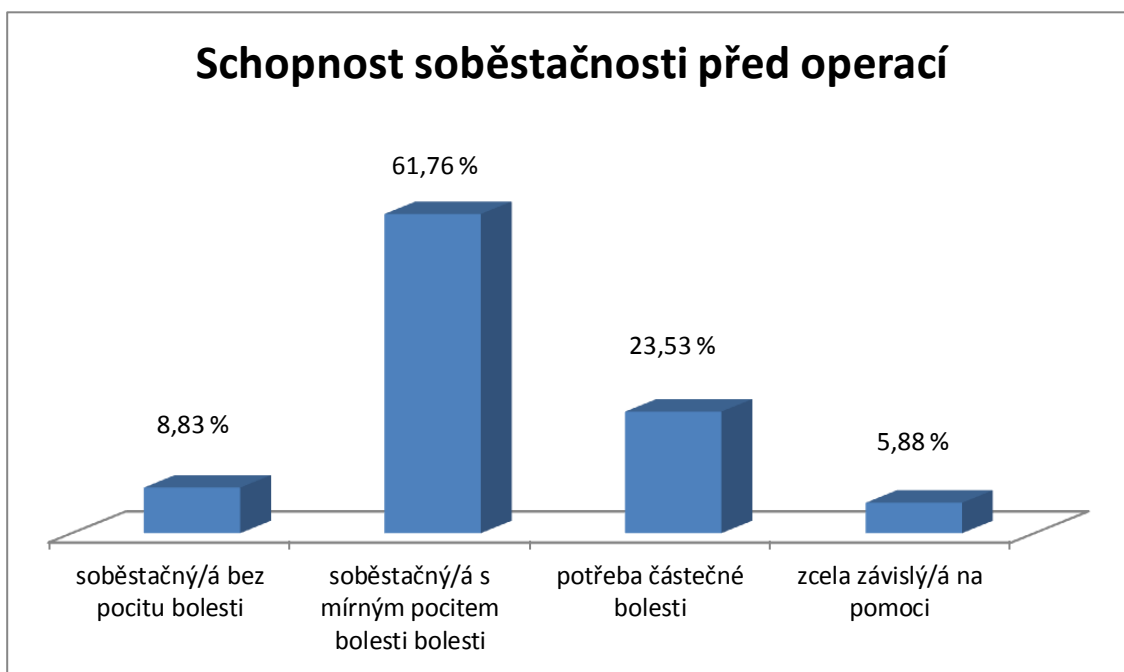
Viz tabulka a graf č. 14.

Otázka č. 15: Jaká byla Vaše schopnost soběstačnosti (např. mytí, oblékání) před operací?

Tabulka č. 15: Schopnost soběstačnosti před operací

Schopnost soběstačnosti před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Soběstačný/á bez pocitu bolesti	3	8,83 %
Soběstačný/á s mírným pocitem bolesti	21	61,76 %
Potřeba částečné pomoci	8	23,53 %
Zcela závislý/á na pomoci	2	5,88 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 15: Schopnost soběstačnosti před operací



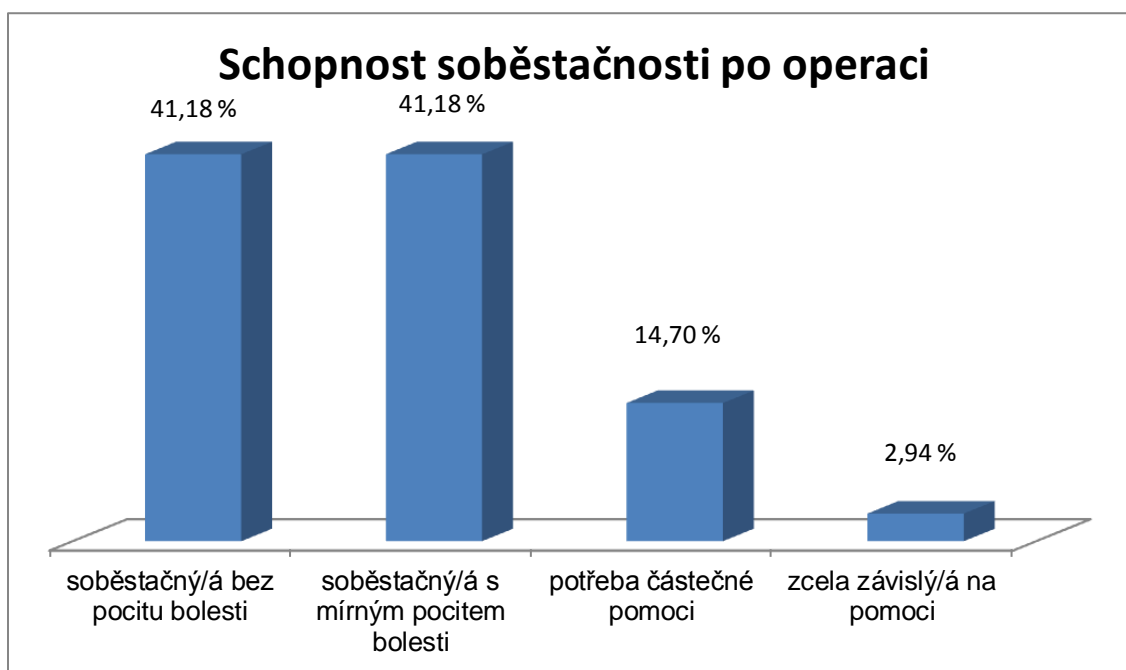
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů byli 3 (8,83 %) respondenti soběstační bez pocitu bolesti, 21 (61,76 %) respondentů bylo před operací soběstačných s mírným pocitem bolesti, 8 (23,53 %) respondentů potřebovalo před operací částečnou pomoc a 2 (5,88 %) respondenti byli zcela závislí na pomoci. Viz tabulka a graf č. 15.

Otázka č. 16: Jaká je Vaše schopnost soběstačnosti (např. mytí, oblékání) po operaci?

Tabulka č. 16: Schopnost soběstačnosti po operaci

Schopnost soběstačnosti po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Soběstačný/á bez pocitu bolesti	14	41,18 %
Soběstačný/á s mírným pocitem bolesti	14	41,18 %
Potřeba částečné pomoci	5	14,70 %
Zcela závislý/á na pomoci	1	2,94 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 16: Schopnost soběstačnosti po operaci



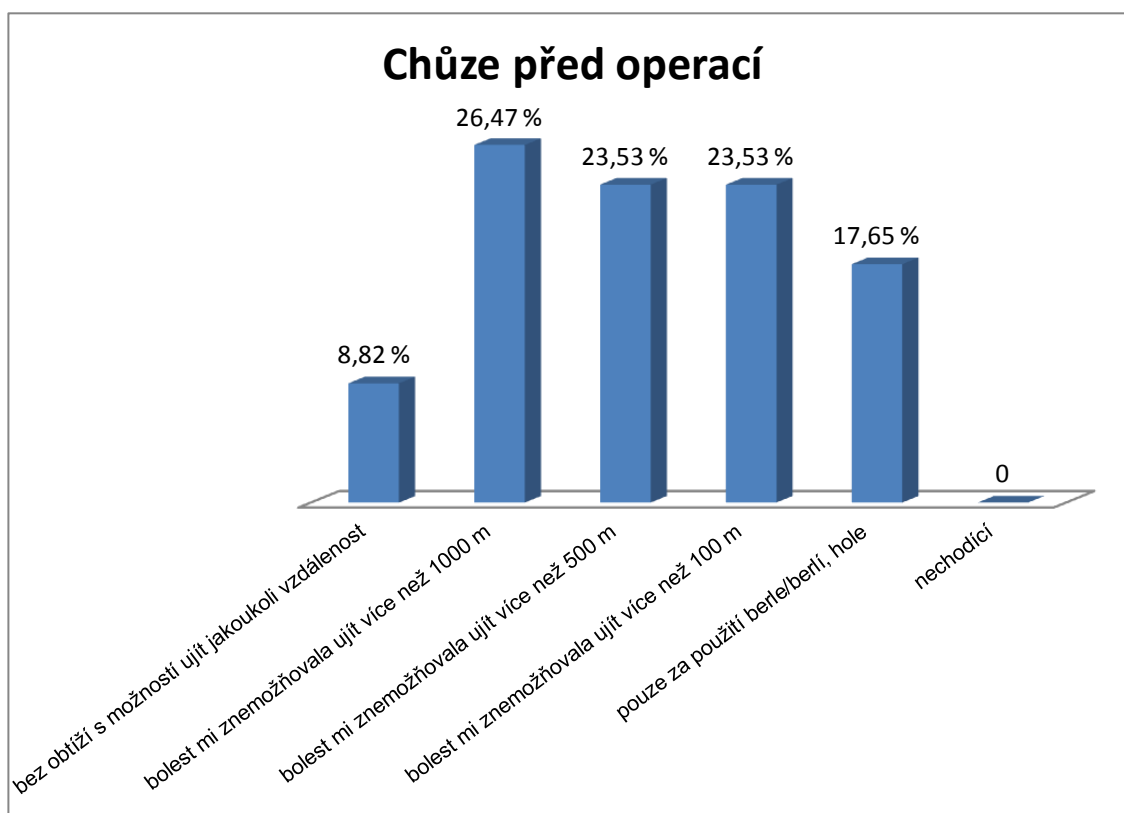
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů je 14 (41,18 %) respondentů soběstačných bez pocitu bolesti, 14 (41,18 %) respondentů je soběstačných s mírným pocitem bolesti, 5 (14,70 %) respondentů potřebuje částečnou pomoc a 1 (2,94 %) respondent je zcela závislý na pomoci. Viz tabulka a graf č. 16.

Otázka č. 17: Jaká byla Vaše chůze před operací?

Tabulka č. 17: Chůze před operací

Chůze před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bez obtíží, s možností ujít jakoukoli vzdálenost	3	8,82 %
Bolest mi znemožňovala ujít více než 1000 m	9	26,47 %
Bolest mi znemožňovala ujít více než 500 m	8	23,53 %
Bolest mi znemožňovala ujít více než 100 m	8	23,53 %
Pouze za použití berle/í, hole	6	17,65 %
Nechodící	0	0
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 17: Chůze před operací



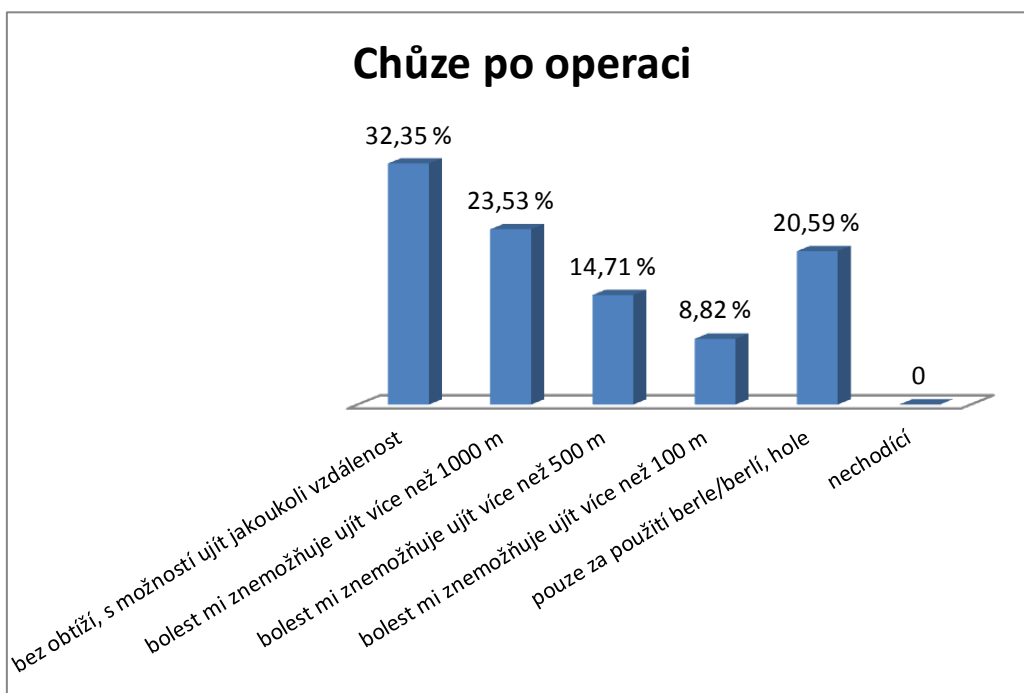
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů byli 3 (8,82 %) respondenti před operací bez obtíží, s možností ujít jakoukoli vzdálenost, 9 (26,47 %) respondentům bolest znemožňovala ujít více než 1000 m, 8 (23,53 %) respondentům bolest znemožňovala ujít více než 500 m, 8 (23,53 %) respondentům bolest znemožňovala ujít více než 100 m, 6 (17,65 %) respondentů chodilo pouze za použití berle/í nebo hole a žádný respondent nebyl nechodící. Viz tabulka a graf č. 17.

Otázka č. 18: Jaká je Vaše chůze po operaci?

Tabulka č. 18: Chůze po operaci

Chůze po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bez obtíží, s možností ujít jakoukoli vzdálenost	11	32,35 %
Bolest mi znemožňuje ujít více než 1000 m	8	23,53 %
Bolest mi znemožňuje ujít více než 500 m	5	14,71 %
Bolest mi znemožňuje ujít více než 100 m	3	8,82 %
Pouze za použití berle/í, hole	7	20,59 %
Nechodící	0	0
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 18: Chůze po operaci



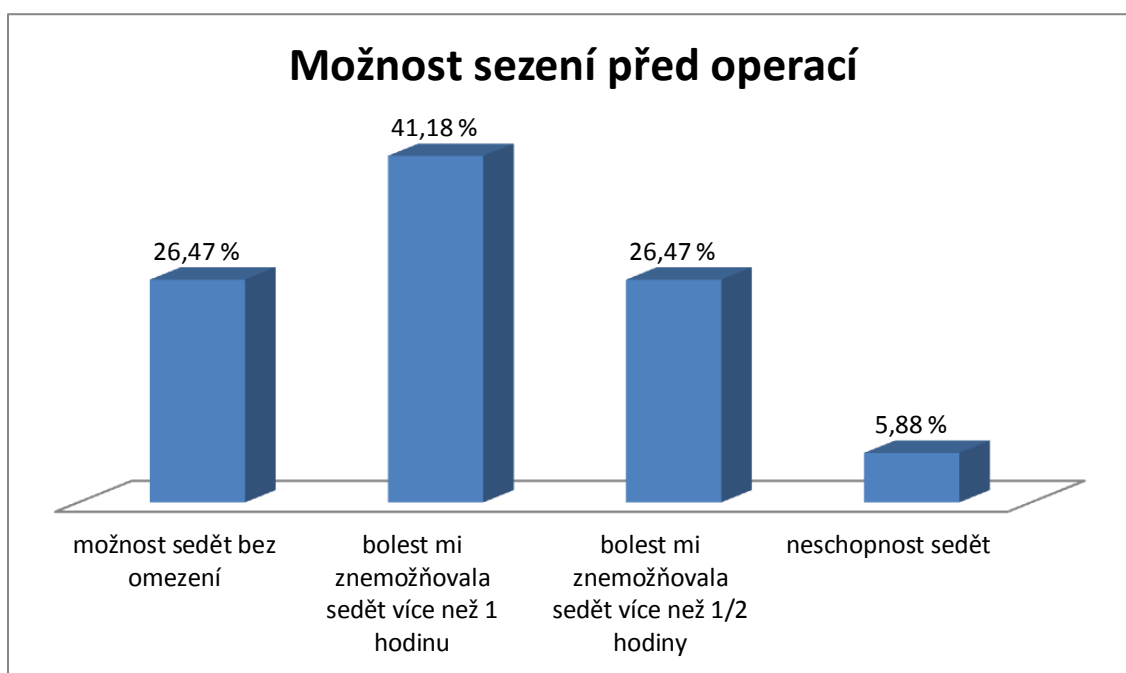
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů může chodit bez obtíží s možností ujít jakoukoli vzdálenost 11 (32,35 %) respondentů, 8 (23,53 %) respondentům bolest znemožňuje ujít více než 1000 m, 5 (14,71 %) respondentům znemožňuje bolest ujít více než 500 m, 3 (8,82 %) respondentům bolest znemožňuje ujít 100 m, 7 (20,59 %) respondentů nyní při chůzi používá berle nebo hůl a žádný z dotazovaných respondentů není nechodící. Viz tabulka a graf č. 18.

Otázka č. 19: Jakou jste měl/a možnost sezení před operací?

Tabulka č. 19: Možnost sezení před operací

Možnost sezení před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Možnost sedět bez omezení	9	26,47 %
Bolest mi znemožňovala sedět více než 1 hodinu	14	41,18 %
Bolest mi znemožňovala sedět více než ½ hodiny	9	26,47 %
Neschopnost sedět	2	5,88 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 19: Možnost sezení před operací



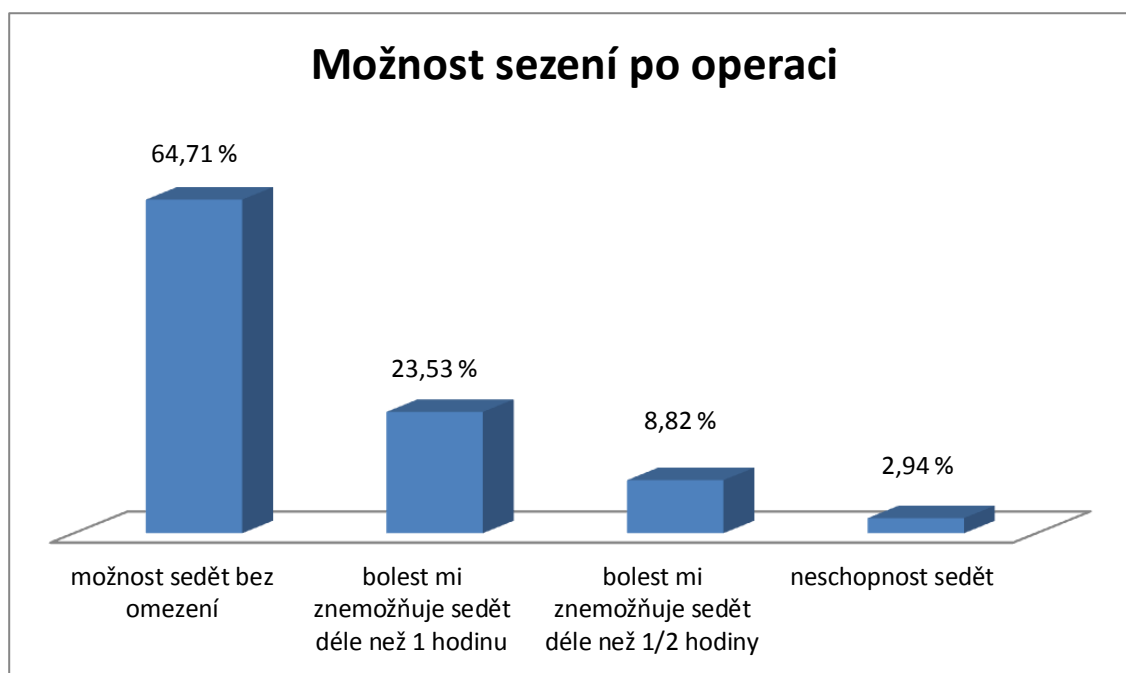
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů mohlo sedět bez omezení 9 (26,47 %) respondentů, 14 (41,18 %) respondentům bolest znemožňovala sedět více než 1 hodinu, 9 (26,47 %) respondentům bolest znemožňovala sedět více než ½ hodiny a 2 (5,88 %) respondenti udávají neschopnost sedět. Viz tabulka a graf č. 19.

Otázka č. 20: Jakou máte možnost sezení po operaci?

Tabulka č. 20: Možnost sezení po operaci

Možnost sezení po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Možnost sedět bez omezení	22	64,71 %
Bolest mi znemožňuje sedět více než 1 hodinu	8	23,53 %
Bolest m znemožňuje sedět více než ½ hodiny	3	8,82 %
Neschopnost sedět	1	2,94 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 20: Možnost sezení po operaci



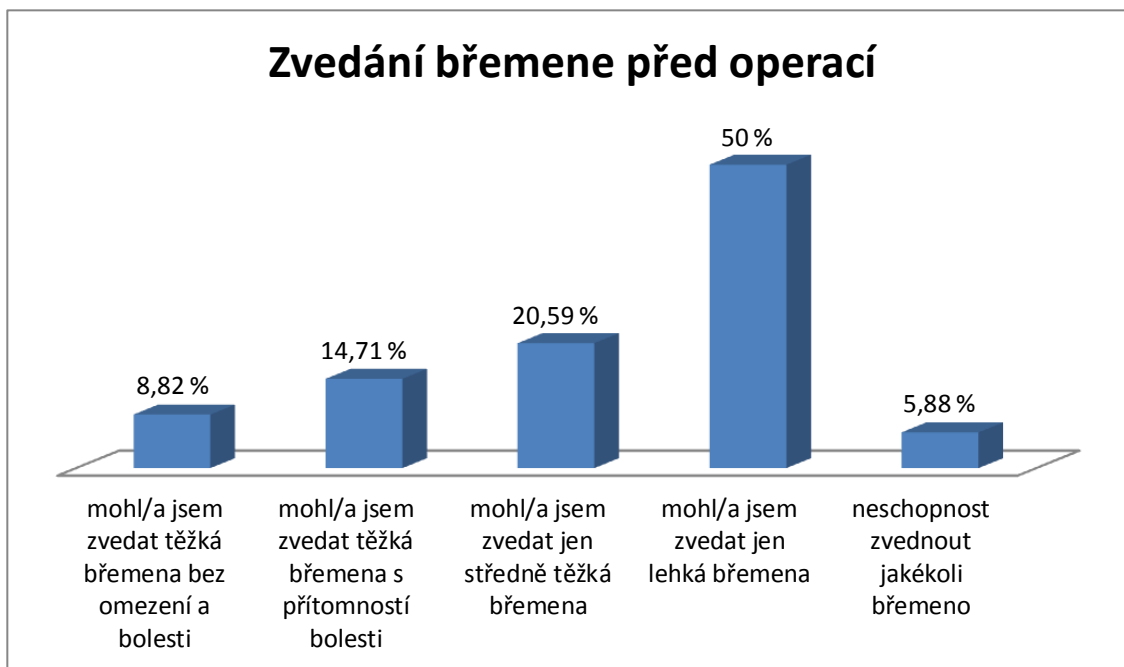
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů může bez omezení sedět 22 (64,71 %) respondentů, 8 (23,53 %) respondentům bolest znemožňuje sedět více než 1 hodinu, 3 (8,82 %) respondentům bolest znemožňuje sedět více než ½ hodiny a 1 (2,94 %) respondent je neschopen sedět. Viz tabulka a graf č. 20.

Otázka č. 21: Jak jste zvládal/a zvedání břemene před operací?

Tabulka č. 21: Zvedání břemene před operací

Zvedání břemene před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mohla/a jsem zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti	3	8,82 %
Mohl/a jsem zvedat těžká břemena s přítomností bolesti	5	14,71 %
Mohl/a jsem zvedat jen středně těžká břemena	7	20,59 %
Mohl/a jsem zvedat jen lehká břemena	17	50 %
Neschopnost zvednout jakékoli břemeno	2	5,88 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 21: Zvedání břemene před operací



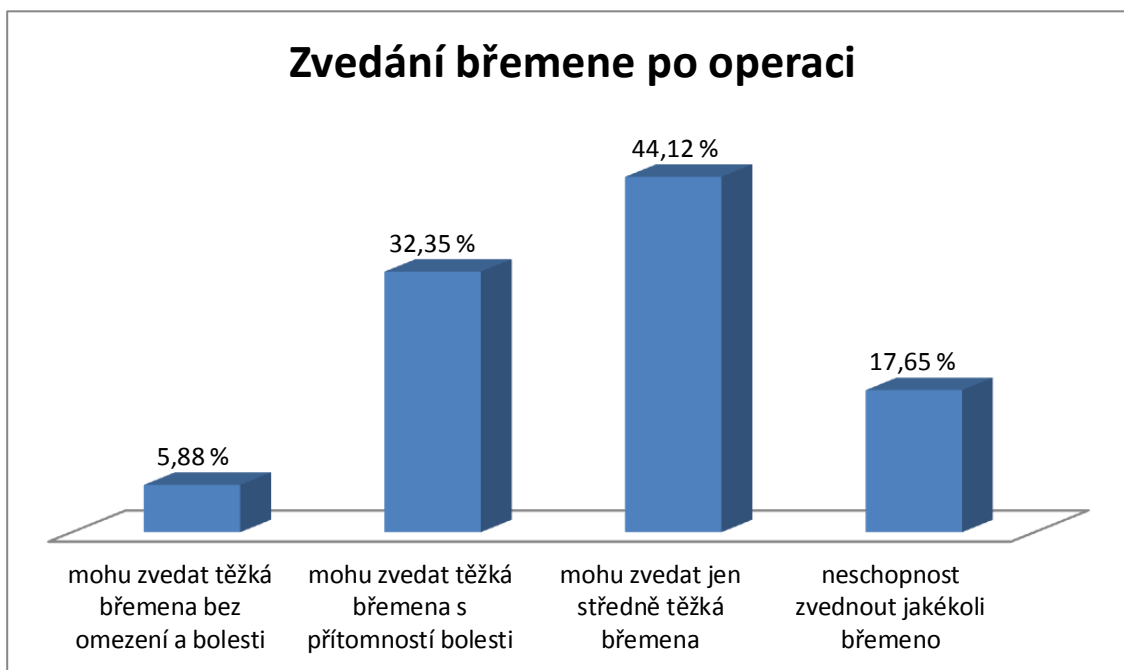
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů směli zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti 3 (8,82 %) respondenti, 5 (14,71 %) respondentů smělo zvedat těžká břemena s přítomností bolesti, 7 (20,59 %) respondentů smělo zvedat jen středně těžká břemena, 17 (50 %) respondentů smělo zvedat jen lehká břemena a 2 (5,88 %) respondenti nebyli schopni zvednout jakékoli břemeno. Viz tabulka a graf č. 21.

Otázka č. 22: Jak zvládáte zvedání břemene po operaci?

Tabulka č. 22: Zvedání břemene po operaci

Zvedání břemene po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mohu zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti	2	5,88 %
Mohu zvedat těžká břemena s přítomností bolesti	11	32,35 %
Mohu zvedat jen středně těžká břemena	15	44,12 %
Neschopnost zvednout jakékoli břemeno	6	17,65 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 22: Zvedání břemene po operaci



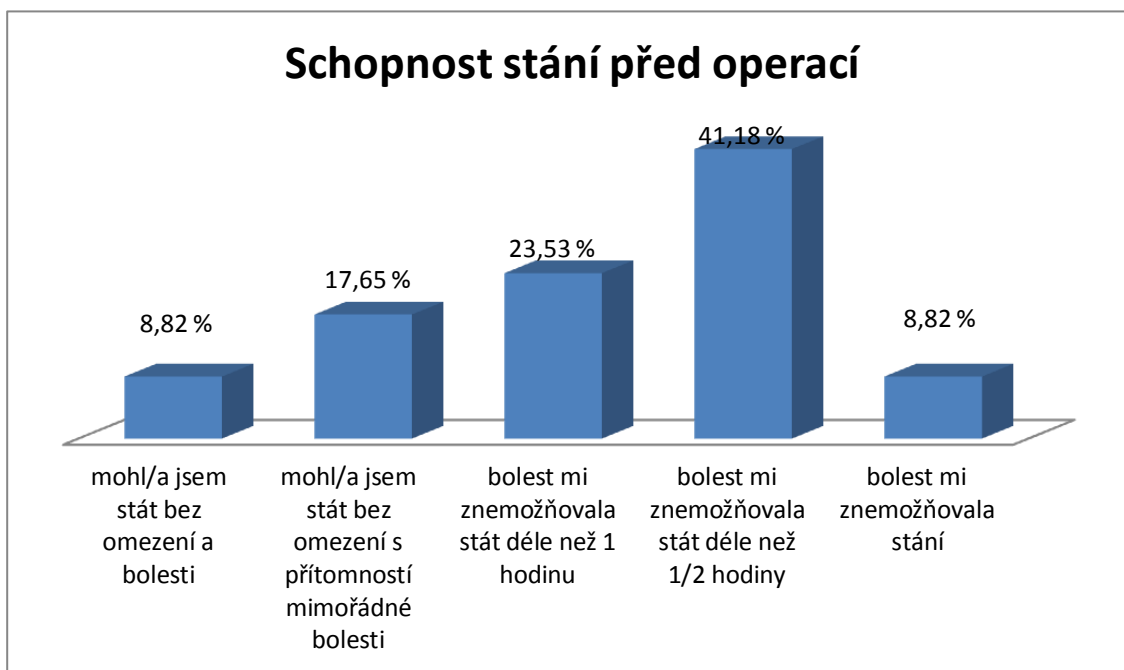
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů mohou zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti 2 (5,88 %) respondenti, 11 (32,35 %) respondentů může zvedat těžká břemena s přítomností bolesti, 15 (44,12 %) respondentů může zvedat jen středně těžká břemena a 6 (17,65 %) respondentů je neschopno zvednout jakékoli břemeno. Viz tabulka a graf č. 22.

Otázka č. 23: Jaká byla Vaše schopnost stání před operací?

Tabulka č. 23: Schopnost stání před operací

Schopnost stání před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mohl/a jsem stát bez omezení a bolesti	3	8,82 %
Mohl/a jsem stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti	6	17,65 %
Bolest mi znemožňovala stát déle než 1 hodinu	8	23,53 %
Bolest mi znemožňovala stát déle než ½ hodiny	14	41,18 %
Bolest mi znemožňovala stání	3	8,82 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 23: Schopnost stání před operací



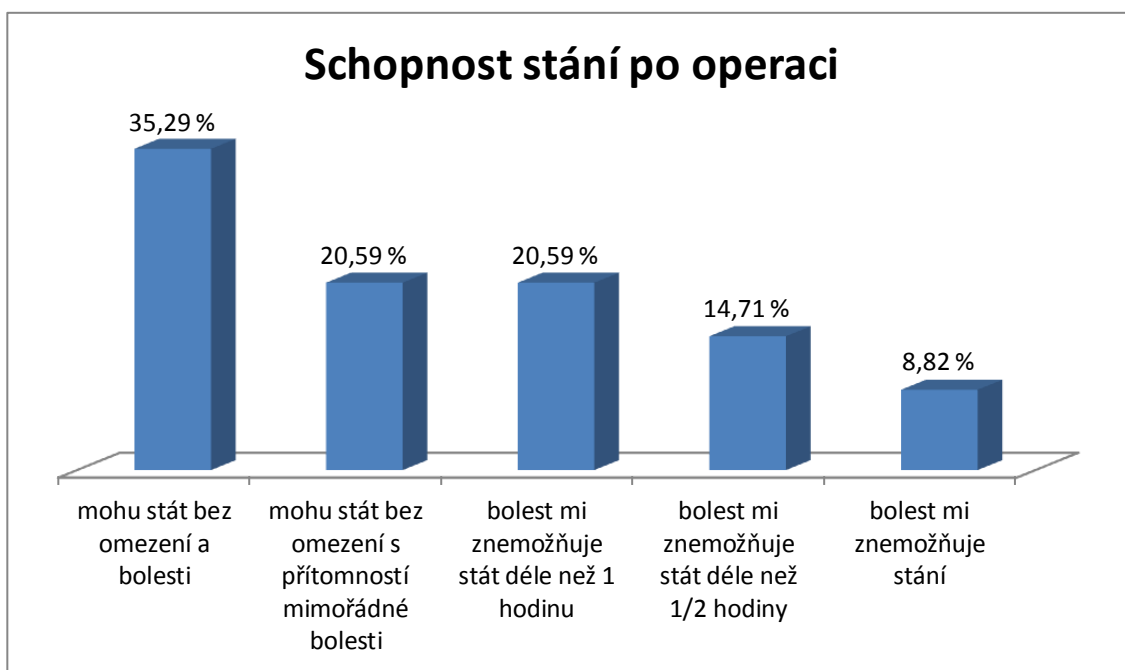
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů mohli stát bez omezení a bolesti 3 (8,82 %) respondenti, 6 (17,65 %) respondentů mohlo stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti, 8 (23,53 %) respondentům bolest znemožňovala stát déle než 1 hodinu, 14 (41,18 %) respondentům bolest znemožňovala stát déle než ½ hodiny a 3 (8,82 %) respondentům bolest znemožňovala stání. Viz tabulka a graf č. 23.

Otázka č. 24: Jaká je Vaše možnost stání po operaci?

Tabulka č. 24: Schopnost stání po operaci

Schopnost stání po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mohu stát bez omezení a bolesti	12	35,29 %
Mohu stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti	7	20,59 %
Bolest mi znemožňuje stát déle než 1 hodinu	7	20,59 %
Bolest mi znemožňuje stát déle než ½ hodiny	5	14,71 %
Bolest mi znemožňuje stání	3	8,82 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 24: Schopnost stání po operaci



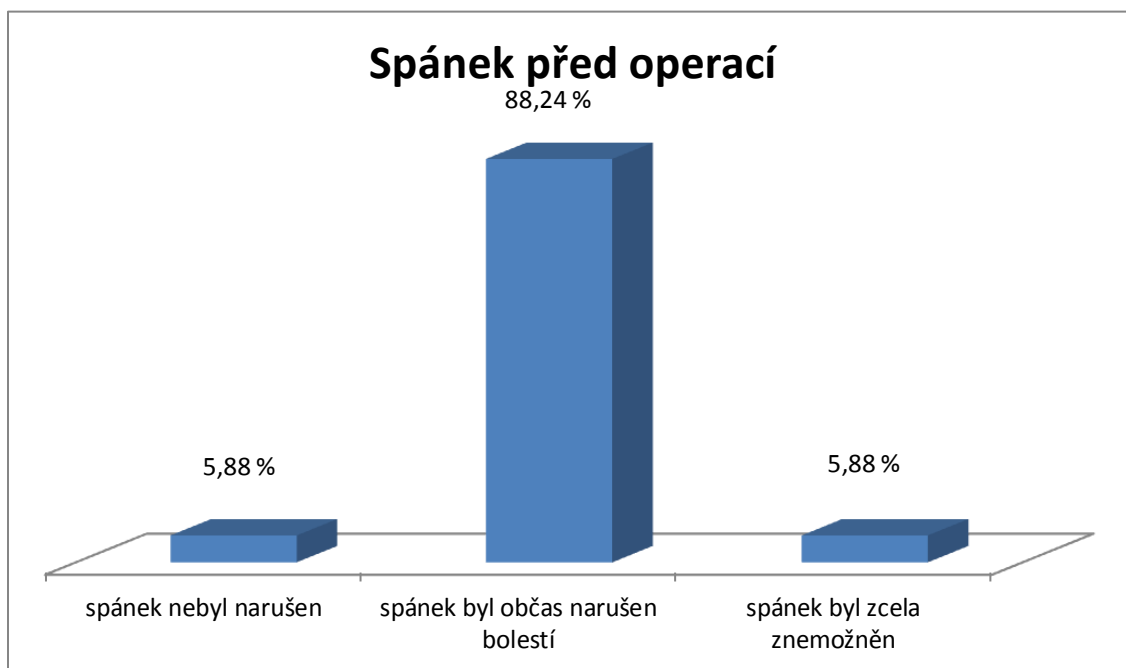
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů smí stát bez omezení a bolesti 12 (35,29 %) respondentů, 7 (20,59 %) respondentů smí stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti, 7 (20,59 %) respondentům bolest znemožňuje stát déle než 1 hodinu, 5 (14,71 %) respondentům bolest znemožňuje stát déle než ½ hodiny a 3 (8,82 %) respondentům bolest znemožňuje stání. Viz tabulka a graf č. 24.

Otázka č. 25: Jaký byl Váš spánek před operací?

Tabulka č. 25: Spánek před operací

Spánek před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Spánek nebyl narušen	2	5,88 %
Spánek byl občas narušen bolestí	30	88,24 %
Spánek byl zcela znemožněn	2	5,88 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 25: Spánek před operací



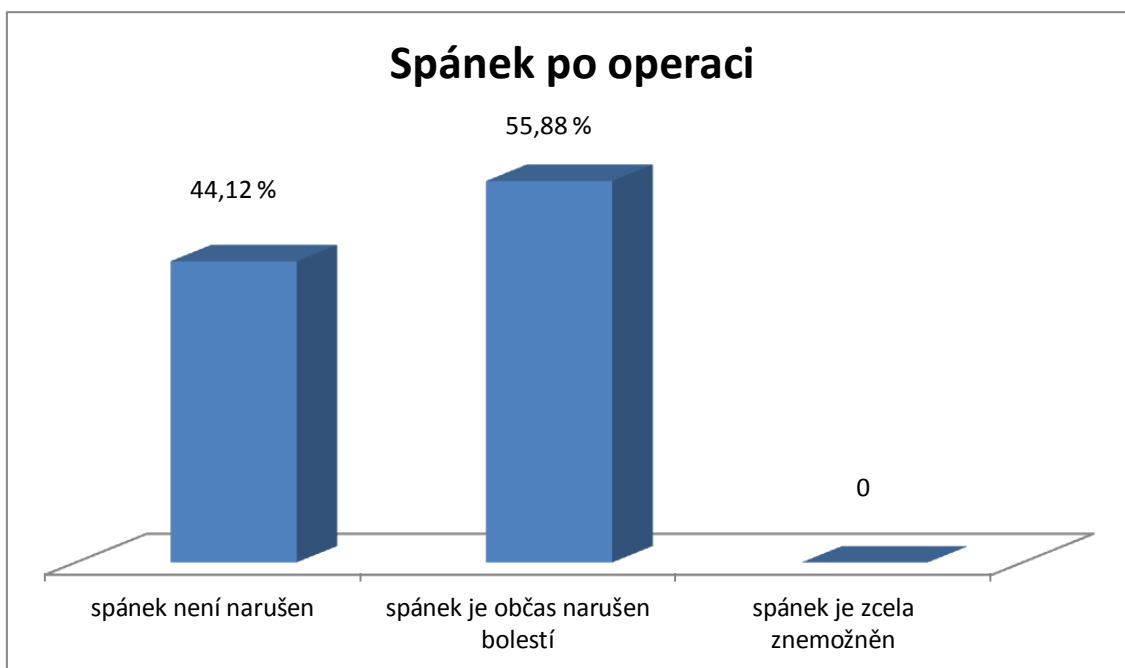
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů spánek nebyl narušen u 2 (5,88 %) respondentů, 30 (88,24 %) respondentů mělo spánek občas narušen bolestí zad a 2 (5,88 %) respondentům byl spánek zcela znemožněn. Viz tabulka a graf č. 25.

Otázka č. 26: Jaký je Váš spánek po operaci?

Tabulka č. 26: Spánek po operaci

Spánek po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Spánek není narušen	15	44,12 %
Spánek je občas narušen bolestí	19	55,88 %
Spánek je zcela narušen bolestí	0	0
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 26: Spánek po operaci



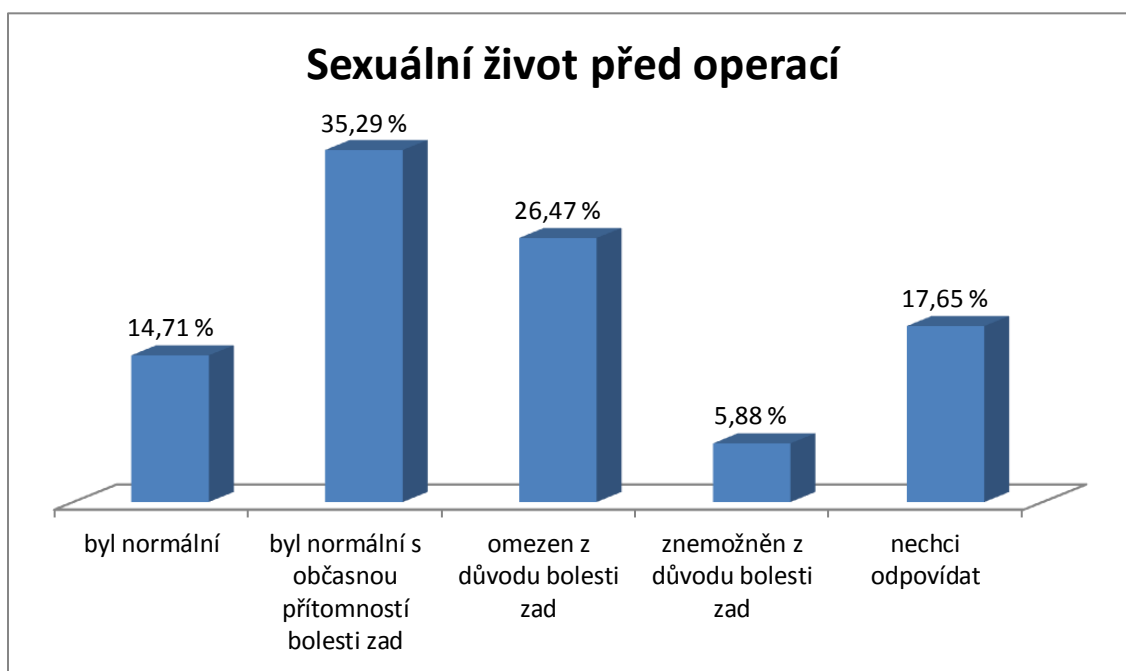
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů nemá po operaci narušený spánek 15 (44,12 %) respondentů, 19 (55,88 %) respondentů má spánek občas narušen bolestí a žádný z respondentů neudává zcela znemožněný spánek bolestí. Viz tabulka a graf č. 26.

Otázka č. 27: Jaký byl Váš sexuální život před operací?

Tabulka č. 27: Sexuální život před operací

Sexuální život před operací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Byl normální	5	14,71 %
Byl normální s občasnou přítomností bolesti zad	12	35,29 %
Omezen z důvodu bolesti zad	9	26,47 %
Znemožněn z důvodu bolesti zad	2	5,88 %
Nechci odpovídat	6	17,65 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 27: Sexuální život před operací



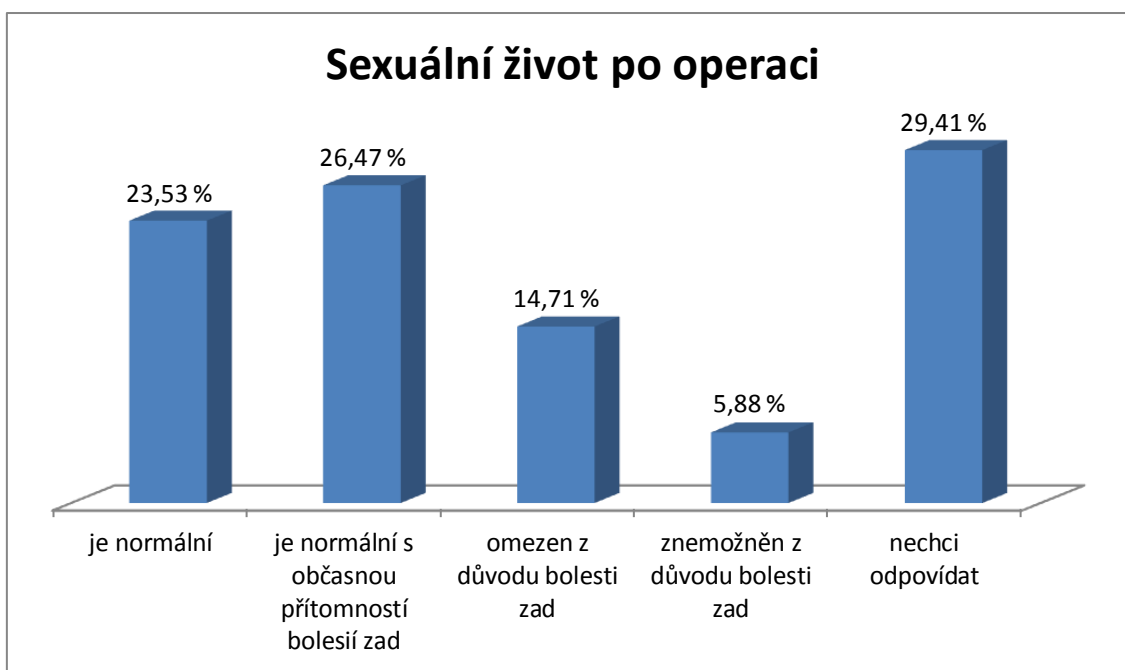
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů mělo před operací normální sexuální život 5 (14,71 %) respondentů, 12 (35,29 %) respondentů mělo normální sexuální život s občasnou přítomností bolesti zad, 9 (26,47 %) respondentů mělo sexuální život omezen z důvodu bolesti zad, 2 (5,88 %) respondentům byl sexuální život znemožněn z důvodu bolesti zad a 6 (17,65 %) respondentů na tuto otázku nechtělo odpovídat. Viz tabulka a graf č. 27.

Otázka č. 28: Jaký je Váš sexuální život po operaci?

Tabulka č. 28: Sexuální život po operaci

Sexuální život po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Je normální	8	23,53 %
Je normální s občasnou přítomností bolesti zad	9	26,47 %
Omezen z důvodu bolesti zad	5	14,71 %
Znemožněn z důvodu bolesti zad	2	5,88 %
Nechci odpovídat	10	29,41 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 28: Sexuální život po operaci



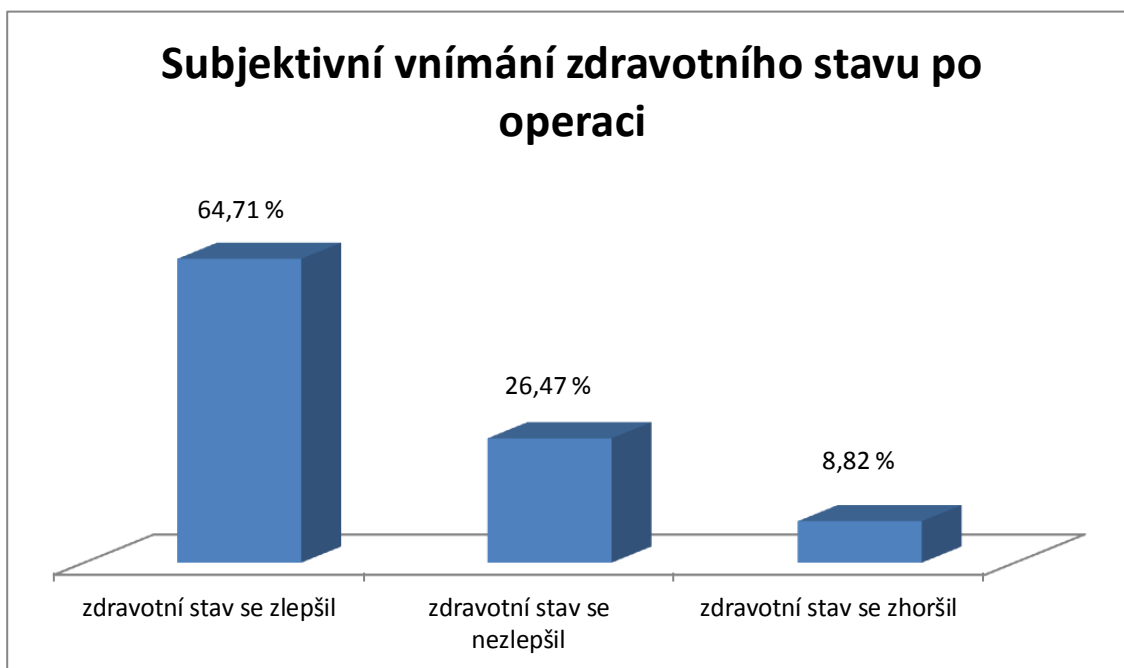
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů má normální sexuální život 8 (23,53 %) respondentů, 9 (26,47 %) respondentů má normální sexuální život s občasou přítomností bolesti zad, 5 (14,71 %) respondentů má sexuální život omezen z důvodu bolesti zad, 2 (5,88 %) respondentům je sexuální život znemožněn z důvodu bolesti zad a 10 (29,41 %) respondentů na tuto otázku nechtělo odpovídat. Viz tabulka a graf č. 28.

Otázka č. 29: Cítíte se po operaci lépe?

Tabulka č. 29: Subjektivní vnímání zdravotního stavu po operaci

Subjektivní vnímání zdravotního stavu po operaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zdravotní stav se zlepšil	22	64,71 %
Zdravotní stav se nezlepšil	9	26,47 %
Zdravotní stav se zhoršil	3	8,82 %
Celkem	34	100,00 %

Graf č. 29: Subjektivní vnímání zdravotního stavu po operaci



Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů se zdravotní stav zlepšil 22 (64,71%) respondentům, 9 (26,47 %) respondentům se zdravotní stav nezlepšil a 3 (8,82 %) respondentům se zdravotní stav zhoršil. Viz tabulka a graf č. 29

4 Diskuze

Z mého průzkumného šetření vyplývá, že jsou degenerativním onemocněním páteře postiženy ženy, a to v 52,94 %, mužů je 47,06 %. Z tohoto počtu respondentů nelze usuzovat validní závěr, protože je rozdíl mezi počtem žen a mužů minimální.

Nejvíce postiženou částí páteře se ukázala bederní část páteře v 64,71 %, následovala krční páteř ve 20,59 %. Tyto dva úseky páteře jsou nejpohyblivější a také nejnamáhavější, proto také s největší pravděpodobností dochází k většímu opotřebení oproti hrudní páteři.

Nejvíce operovaných respondentů je ve věku 60 let a více, celkem 44,12 % respondentů. Taktéž Bayerová (2008) udává vyšší počet respondentů ve věkové kategorii nad 61 let. Předpokládám, že převažující počet respondentů operovaných pro degenerativní onemocnění páteře je zapříčiněno fyziologickými projevy stárnutí organismu.

Nejčastěji operovaní respondenti dosáhli nejvyššího vzdělání vyučen/á ve 41,18 %, následovalo vzdělání středoškolské s maturitou ve 26,47 %. Vyučen/á s maturitou v 17,65 %, se základním vzděláním 8,82 % a nejméně operovaných respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných, a to v 5,88 %.

Zaměstnání před operací mělo ve 41,18 % respondentů manuální, fyzicky náročné, zaměstnání duševní mělo 20,59 % respondentů. Manuální práci udávalo 17,65 % respondentů a v invalidním důchodu bylo 17,65 % respondentů. Po operaci páteře je nejvíce respondentů, a to 38,24 % v invalidním důchodu. 29,42 % respondentům se zaměstnání nezměnilo a v pracovní neschopnosti je 8,82 %. Duševní práci provádí 8,82 %, manuální práci vykonává 5,88 % a manuální, fyzicky náročnou práci vykonává také 5,88 % respondentů. Domnívám se, že vyučení respondenti volí manuální, fyzicky náročnou práci, při které dochází k nadměrnému přetěžování páteře. A také zmíněné duševní zaměstnání, která pravděpodobně způsobuje degenerativní změny sedavým způsobem zaměstnání, omezením pohybové aktivity a nesprávným držením těla.

Návrat do zaměstnání úzce souvisí také s věkem a charakterem pracovní činnosti, proto se dalo předpokládat, že se respondenti nevrátí ve velkém počtu k manuální práci a také, že se zvýší počet respondentů v invalidním důchodu. Toto se potvrdilo i u Bayerové (2008), která z výsledků respondentů operovaných pro degenerativní onemocnění bederní páteře zjistila, že větší část respondentů je vyučena a předpokládá fyzicky náročnou práci. V porovnání se starším výsledkem bederních diskektomií, kdy MUDr. Vaculík srovnával návrat respondentů k původnímu zaměstnání, kdy se po mikrodiskektomii podle Caspara vrátilo 57,89 % a po otevřené diskektomii 47,06 % (Vaculík, 2003, str. 91). Ve výsledném hodnocení MUDr. Vaculík však neudává průměrný věk respondentů.

Při subjektivním hodnocení intenzity bolesti před operací udávalo 52,94 % respondentů silnou bolest, následovala ve 23,53 % bolest nesnesitelná a ve 20,59 % bolest středně silná. Mírnou bolest neudával žádný z respondentů a pouze jeden respondent neměl před operací bolesti. Oproti tomu, subjektivní hodnocení intenzity bolesti po operaci je překvapivě pozitivní. Silnou bolest po operaci udává 5,88 %, nesnesitelnou bolest udává 2,94 %. Dále 47,06 % bolest mírnou a 35,29 % bolest středně silnou. Při srovnání subjektivního škálového hodnocení intenzity bolesti před a po operaci páteře na stupnici 0 – 10, kdy 0 značí žádnou bolest a 10 bolest nesnesitelnou, hodnotilo před operací intenzitu bolesti 29,42 % respondentů číslem 9, po operaci číslem 9 hodnotí intenzitu bolesti 2,94 %. Následovalo 23,53 % hodnotících respondentů bolest před operací číslem 8, po operaci je to 5,88 %. A číslem 10 hodnotilo bolest před operací 17,65 % respondentů, po operaci 2,94 %. Dále číslo 1 nebylo před operací respondenty udáváno, načež po operaci číslem 1 hodnotí intenzitu bolesti 11,76 %. Číslo 2 taktéž nebylo před operací udáváno, po operaci je číslo 2 udáváno u 11,76 % respondentů. Číslo 3 bylo před operací uvedeno u 2,94 % respondentů a po operaci jich udává číslo 3 již 14,71 %. Číslo 4 před operací nebylo respondenty udáváno, po operaci číslem 4 hodnotí intenzitu bolesti 17,65 %.

Číslem 5 před operací hodnotí intenzitu bolesti 2,94 % respondentů, po operaci 17,65 % a číslem 6 před operací hodnotí intenzitu bolesti 11,76 %, po operaci 5,88 % respondentů. Číslo 7 před operací udává 11,76 %, po operaci páteře 8,82 % respondentů. V porovnání s hodnocením před operací je jisté, že po operaci páteře došlo ke snížení bolesti zad a to výrazně. Snížení bolesti také hodnotil (NĚMEC, 2010), který udává po operaci degenerativní spinální stenózy snížení bolesti.

Léky na zmírnění bolesti zad před operací užívalo 73,53 % respondentů a občas je užívalo 23,53 %. Po operaci se počet respondentů, užívajících pravidelně léky snížil, a to na 41,18 %, stále je to vysoké číslo, povzbudivé však je, že přibýlo respondentů, kteří léky neužívají, jedná se o 23,53 % a občas léky užívá 35,29 %. Což koreluje se sníženou intenzitou bolesti po operaci páteře. Pro zajímavost, v diskusi (BAYEROVÁ, 2008) udává vyšší počet mužů po operaci páteře užívajících léky pro zmírnění bolesti. Což potvrdilo, že muži snášejí bolest hůře.

Před operací páteře pravidelně rehabilitovalo 47,06 % respondentů, občas rehabilitovalo 29,41 % a 23,53 % před operací páteře nerehabilitovalo. Po operaci občas rehabilituje 44,12 %, pravidelně rehabilituje 38,22 %, nicméně 17,65 % respondentů již nerehabilituje. Respondenti pravděpodobně po operaci páteře přestávají pravidelně rehabilitovat proto, že po vymizení nebo snížení bolesti mají pocit, že rehabilitace již není zapotřebí.

Schopnost soběstačnosti byla u respondentů před operací bez pocitu bolesti v 8,82 %, nejvíce respondentů 61,76 % však bylo soběstačných s mírným pocitem bolesti, následovala potřeba částečné pomoci ve 23,53 %. Po operaci se výrazně zlepšila schopnost soběstačnosti. Soběstačných respondentů bez pocitu bolesti je 41,18 %. Soběstačných s mírným pocitem bolesti je také 41,18 %. Také se snížil počet respondentů, kteří potřebují částečnou pomoc a zcela závislí na pomoci je nyní jeden respondent, před operací to byli 2. Toto také potvrzuje závěr Němce (2010), který uvádí zlepšení soběstačnosti pacientů po operaci bederní páteře po 3 letech sledování.

Nejvíce respondentům, tj. 26,47 % bolest znemožňovala ujít více než 1000 m, po operaci páteře bolest znemožňuje ujít více než 1000 m 23,53 % respondentům, dále to bylo 23,53 % respondentů, kterým bolest znemožňovala ujít více než 500 m, po operaci bolest znemožňuje ujít 500 m 14,71 % respondentům. Respondentů, kterým bolest znemožňovala ujít více než 100 m bylo 23,53 %, po operaci bolest znemožňuje ujít více než 100 m 8,82 % respondentům. Chůzi za použití bele/í či hole před operací udávalo 17,65 %, po operaci použití berle/í či hole udává 20,59 %. Bez obtíží a možností ujít jakoukoli vzdálenost bylo před operací 8,82 % načež po operaci je respondentů bez obtíží a s možností ujít jakoukoli vzdálenost 32,35 %.

Nejvíce respondentům 41,18 % bolest znemožňovala sedět více než 1 hodinu. Možnost sedět bez omezení mělo před operací 26,47 % respondentů, po operaci možnost sedět bez omezení má 64,71 %. Což značí přívětivé zlepšení.

50 % dotázaných respondentů mohlo před operací zvedat jen lehká břemena. Dále zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti mělo před operací 8,82 %, po operaci těchto respondentů je 5,88 %. Zvedat těžká břemena s přítomností bolesti bylo schopno 14,71 %, po operaci má tuto možnost 32,35 %. Zvedat jen středně těžká břemena smělo před operací 20,59 %, po operaci je to 44,12 % respondentů. Neschopnost zvednout jakékoli břemeno udávalo 5,88 %, po operaci je neschopno zvednout jakékoli břemeno 17,65 %.

U 41,18 % respondentů bolest znemožňovala stát déle než ½ hodiny, po operaci má tento problém 14,71 %. Stát bez omezení a bolesti smělo před operací stát 8,82 %, po operaci je to již 35,29 % respondentů.

Při hodnocení spánku před operací udávalo 88,24 % respondentů narušený spánek občasnou bolestí, po operaci takto narušený spánek uvádí 55,88 % respondentů. Respondentů, kteří neměli před operací spánek narušen, bylo 5,88 %, po operaci páteře je to 44,12 %. Dále 5,88 % respondentům byl před operací spánek zcela znemožněn, po operaci tuto odpověď nevolil žádný respondent. Tento výsledek je velice pozitivní.

V otázce sexuálního života se před operací nevyjádřilo 17,65 % a po operaci 29,41 % respondentů. Nejvíce zastoupenou odpovědí respondentů však bylo v 35,29 % normální sexuální život s občasnou přítomností bolesti zad. Po operaci uvádí 26,47 % normální sexuální život s občasnou přítomností bolesti. Normální sexuální život mělo před operací 14,71 %, po operaci 23,53 % respondentů. Sexuální život byl omezen z důvodu bolesti 26,47 % respondentů, po operaci 14,71 % respondentů. Respondentům před operací páteře byl sexuální život znemožněn v 5,88 %, po operaci zůstal stejný počet, tj. 5,88 % respondentů.

Poslední otázkou bylo zjistit, jak se respondenti cítí celkově po operaci zad. Výsledkem je, že 64,71 % respondentů se po operaci cítí lépe, 26,47 % respondentům se zdravotní stav nezlepšil, bohužel 8,82 % respondentům se zdravotní stav zhoršil. Dhruve (DHRUVE, 2009) při hodnocení léčby degenerativního onemocnění bederní páteře udává zlepšení fyzického funkčního stavu.

Domnívám se, že z mého průzkumného šetření je patrné, že se kvalita života po operaci páteře pro degenerativní onemocnění zlepšila. Při srovnání s prací Němce (2010), Vaculíka (2003) i Dhruvea (2009) vychází stejný výsledek. A to, že se kvalita života opravdu po operaci páteře zlepšila, bolest zad se zmírnila a zlepšila se i soběstačnost respondentů. Kdežto Bayerová (2008) ve svých potvrzených hypotézách uvádí, že vnímání kvality života po operaci prokazuje nižší kvalitu života.

Během vyhodnocování výsledků, jsem zjistila několik nedostatků, které sice výrazně nezhodnotily mé průzkumné šetření, ale výsledky mohly být zajímavější.

V první řadě musím uznat, že na to, aby výsledky byly opravdu validní, je potřeba výzkumné šetření provádět delší dobu a získat tím co nejvíce vhodných pacientů, už pro to, že by bylo možné respondenty rozdělit na ženy a muže. Během doby, kdy probíhalo dotazníkové šetření, měl jeden, ze dvou lékařů, kteří vyšetřují pacienty v ambulanci Nemocnici Na Bulovce po operaci páteře, řádnou dovolenou. Tato skutečnost také přispěla ke sníženému počtu respondentů. Také jsem chybovala při tvorbě dotazníku, kdy došlo, neúmyslně, k vynechání jednoho bodu v otázce č. 22.

4. 1 Doporučení pro praxi

S primární prevencí proti bolestem zad a následným degenerativním změnám na páteři by se mělo začínat již v předškolním věku. Nacvičování správného držení těla, ve stoje i v sedě a dodržování dostatečné pohybové aktivity. Důležitá je však dostatečná motivace. Vhodné by bylo vypracování informačních letáků, brožur, které budou k dispozici nejen na specializovaných pracovištích, ale také v ambulancích dětských a praktických lékařů. Taktéž dostatečná informovanost pracovníků ve školství, pomocí přednášek a doporučení. Informovanost obyvatelstva je však důležitá i v případě sekundární a terciární prevence. Pro praxi zde uvádím několik základních doporučení.

Správné držení těla spočívá ve vypnutí hrudníky i břicha a podsazením pánve, aby nedocházet k výrazné lordóze, tedy vyklenutí páteře dopředu. **Správné sezení** se provádí vypnutím zad a vytvořením lordózy, která však nemá být dlouhodobá, následuje uvolnění zad. Při sedavém způsobu zaměstnání je vhodné protahování.

Správně volená **pohybová aktivita**, působí na organismus relaxačně. Doporučovanými sportovními aktivitami jsou plavání, běh, chůze, jízda na kole, kondiční cvičení nebo prosté protahování. Na druhou stranu by měly být sportovní aktivity vyvážené a nemělo by při nich docházet k jednostrannému přetěžování. **Zvedání břemene** by se mělo provádět v mírném podřepu a působící tlak břemene nepřenášet na záda, ale na dolní končetiny. **Dodržování správné životosprávy**, jelikož obezita má velký vliv na zatěžování pohybového aparátu jako celku. **Psychická pohoda** je důležitá pro odstranění tenze organismu při stresu a psychickém napětí.

5 Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit co nejvíce informací o kvalitě života pacientů s degenerativním onemocněním před a po operaci páteře. I když pacientům nedokážeme navrátit původní kvalitu života bez jakékoliv bolesti a s úplnou soběstačností, z výzkumného šetření vyplívá, že kvalita života se po operaci páteře zlepšila, oproti kvalitě života před operací. Cíl č. 1 byl splněn. Druhým cílem bylo zjistit, kdo je nejvíce postižen degenerativním onemocněním páteře. Procentuální rozdíl mezi operovanými muži a ženami zde není. Dále bylo nejvíce operovaných respondentů pro degenerativní onemocnění páteře ve věku 60 let a více, a to ve 44,12 %. Nejvíce bylo také vyučených respondentů, kterých bylo operovaných 41,18 %. A respondentů s manuální, fyzicky náročnou prací, také v 41,18 %. Cíl č. 2 byl splněn. Třetím cílem bylo zjistit, zda došlo po operaci páteře ke snížení bolesti v oblasti zad. Průzkumné šetření prokázalo, že bolest nevymizela úplně, ale došlo ke zmírnění bolesti a také ke snížení užívané medikace pro odstranění či zmírnění bolesti, o čemž svědčí fakt, že před operací pociťovalo nesnesitelnou bolest 23,53 % a bolest silnou 52,94 % respondentů. Po operaci páteře již nesnesitelnou bolest pociťovalo 2,94 % a silnou bolest udávalo 5,88 % respondentů. Cíl č. 3 byl splněn. Posledním cílem mé práce bylo zjistit, zda došlo ke zlepšení při běžných denních činnostech po operaci páteře. Z průzkumu je zřejmé, že při vykonávání běžných denních činností došlo ke zlepšení a pacienti jsou po operaci páteře soběstačnější. Respondentů schopných soběstačnosti bez pocitu bolesti před operací bylo 8,82 %, po operaci bylo schopných soběstačnosti bez pocitu bolesti 41,18 % respondentů. Respondenti také hodnotili subjektivní vnímání svého celkového zdravotního stavu a v 64,71 % se podle výzkumného šetření jejich zdravotní stav po operaci páteře zlepšil. Cíl č. 4 byl splněn.

POUŽITÁ LITERATURA

- [1] AMBLER, Z. B. (2004). *Klinická neurologie*. Praha: TRITON s.r.o.
- [2] BAYEROVÁ, R. (2008). *Kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře* (Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika). www.theses.cz. Získáno 1. 4 2014, z www.theses.cz: http://is.muni.cz/th/142481/lf_b/BP_Radka_Bayerova.pdf
- [3] CANALE, S. T., BEATY, H. J., & CAMPBELL, W. (2007). *Campbell's Operative Orthopaedics*. Philadelphia: Elsevier Inc.
- [4] ČIHÁK, R. (2011). *Anatomie 1* (2. vydání. vyd.). Praha: Grada.
- [5] DHRUVE, J. K. (2009). Interspinózní implantáty v léčbě degenerativních onemocnění bederní páteře. *Current orthopaedic practice : a review and research journal : české vydání* , 1 (2), stránky 37-42.
- [6] DUFEK, P. S. (2013). Rehabilitace po chirurgických zákrocích na páteři pro degenerativní onemocnění - proč a jak? *Ortopedie : dvouměsíčník pro ortopedy, traumatology a revmatology* (2).
- [7] DUNGL, P. et al. (2005). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing,a.s.
- [8] HNILICOVÁ, H. B. (2005). Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař* , 85 (11).
- [9] KOLÁŘ, P. e. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi* (1. vydání. vyd.). Praha: Galén.
- [10] NĚMEC, F. R. (2010). Kvalita života u pacientů po operaci degenerativní spinální stenózy bederní páteře po 3 letech sledování. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae chechoslovaca* , 77 (č. 6).
- [11] NOVOTNÁ, I. (2012). Vertebrogenní onemocnění - repetitorium pro praxi. *Practicus : odborný časopis praktických lékařů* , 11 (3), stránky 15 - 17.
- [12] PAYNE, J. a. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON,2005.
- [13] STAŇKOVÁ, M. (1996). *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: KAROLINUM.
- [14] ŠTĚTKÁŘOVÁ, I. (2009). Bolesti zad - příčiny a léčba. *Interní medicína pro praxi* , 11 (7 - 8), stránky 345 - 348.
- [15] TISOŇOVÁ, V. F. (2012). Úloha sestry v prevenci a léčbě bolestí páteře. *Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry* , 22 (5).
- [16] TRACHTOVÁ, E. a. (2013). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* (3.vydání. vyd.). Brno: NCO NZO.

[17] VACULÍK, J. L. (2003). Výsledky bederních diskektomií. 70 (č.2).

[18] VRBA, I. (2012). Některé příčiny bolestí zad a jejich léčba. *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů* , 4.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Respondenti podle pohlaví.....	35
Tabulka č. 2: Respondenti podle věku.....	36
Tabulka č. 3: Respondenti podle vzdělání.....	37
Tabulka č. 4: Respondenti dle operované části páteře.....	38
Tabulka č. 5: Zaměstnání před operací.....	39
Tabulka č. 6: Zaměstnání po operaci.....	40
Tabulka č. 7: Intenzita bolesti zad před operací.....	42
Tabulka č. 8: Hodnocení intenzity bolesti zad před operací.....	43
Tabulka č. 9: Užívání léků před operací.....	45
Tabulka č. 10: Rehabilitace před operací.....	46
Tabulka č. 11: Intenzita bolesti po operaci.....	47
Tabulka č. 12: Hodnocení intenzity bolesti po operaci.....	48
Tabulka č. 13: Užívání léků po operaci.....	50
Tabulka č. 14: Rehabilitace po operaci.....	51
Tabulka č. 15: Schopnost soběstačnosti před operací.....	52
Tabulka č. 16: Schopnost soběstačnosti po operaci.....	53
Tabulka č. 17: Chůze před operací.....	54
Tabulka č. 18: Chůze po operaci.....	56
Tabulka č. 19: Možnost sezení před operací.....	58
Tabulka č. 20: Možnost sezení po operaci.....	59
Tabulka č. 21: Zvedání břemene před operací.....	60
Tabulka č. 22: Zvedání břemene po operaci.....	62

Tabulka č. 23: Schopnost stání před operací.....	63
Tabulka č. 24: Schopnost stání po operaci.....	65
Tabulka č. 25: Spánek před operací.....	67
Tabulka č. 26: Spánek po operaci.....	68
Tabulka č. 27: Sexuální život před operací.....	69
Tabulka č. 28: Sexuální život po operaci.....	70
Tabulka č. 29: Subjektivní vnímání zdravotního stavu po operaci.....	72

Seznam grafů

Graf č. 1: Respondenti podle pohlaví.....	35
Graf č. 2: Respondenti podle věku.....	36
Graf č. 3: Respondenti podle vzdělání.....	37
Graf č. 4: Respondenti dle operované části páteře.....	38
Graf č. 5: Zaměstnání před operací.....	39
Graf č. 6: Zaměstnání po operaci.....	40
Graf č. 7: Intenzita bolesti zad před operací.....	42
Graf č. 8: Hodnocení intenzity bolesti zad před operací.....	43
Graf č. 9: Užívání léků před operací.....	45
Graf č. 10: Rehabilitace před operací.....	46
Graf č. 11: Intenzita bolesti po operaci.....	47
Graf č. 12: Hodnocení intenzity bolesti zad po operaci.....	48
Graf č. 13: Užívání léků po operaci.....	50
Graf č. 14: Rehabilitace po operaci.....	51
Graf č. 15: Schopnost soběstačnosti před operací.....	52
Graf č. 16: Schopnost soběstačnosti po operaci.....	53
Graf č. 17: Chůze před operací.....	54
Graf č. 18: Chůze po operaci.....	56
Graf č. 19: Možnost sezení před operací.....	58
Graf č. 20: Možnost sezení po operaci.....	59
Graf č. 21: Zvedání břemene před operací.....	60
Graf č. 22: Zvedání břemene po operaci.....	62

Graf č. 23: Schopnost stání před operací.....	63
Graf č. 24: Schopnost stání po operaci.....	65
Graf č. 25: Spánek před operací.....	67
Graf č. 26: Spánek po operaci.....	68
Graf č. 27: Sexuální život před operací.....	69
Graf č. 28: Sexuální život po operaci.....	70
Graf č. 29: Subjektivní vnímání zdravotního stavu po operaci.....	72

Seznam použitých zkratk

Zkratky používané v textu:

tj.: to je

tzv.: takzvaný

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Žádost o umožnění dotazníkové akce

Příloha C: Anatomie páteře

Příloha D: Anatomie obratle

Příloha E: Typy poškození meziobratlových plotének

Příloha F: Používané implantáty

Příloha G: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Čermáková, jsem studentkou 1. LF UK v Praze, program Ošetřovatelství, obor všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění mého dotazníku, který poslouží pro účely mé bakalářské práce na téma Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře.

Tento dotazník je zcela anonymní a údaje v něm poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji Vám předem za řádné vyplnění a trpělivost.

Lenka Čermáková

Hodící se odpovědi prosím zakroužkujte.

- 1) Jste?
 - a) žena
 - b) muž

- 2) Jaký je Váš věk?
 - a) do 20 – ti let
 - b) 21 – 30
 - c) 31 – 40
 - d) 41 – 50
 - e) 51 – 60
 - f) 60 a více let

- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) vyučen/á
 - c) vyučen/á s maturitou
 - d) středoškolské s maturitou
 - e) vysokoškolské

- 4) Pro kterou část degenerativního onemocnění páteře jste byl/a operován/á?
 - a) krční
 - b) hrudní
 - c) bederní

- 5) Jaké bylo Vaše zaměstnání před operací?
- a) manuální
 - b) manuální, fyzicky náročná
 - c) duševní
 - d) nezaměstnaný/á
 - e) pracovní neschopnost
 - f) invalidní důchod
- 6) Jaké je Vaše zaměstnání po operaci?
- a) mé zaměstnání se po operaci nezměnilo
 - b) manuální
 - c) manuální, fyzicky náročná
 - d) duševní
 - e) nezaměstnaný/á
 - f) pracovní neschopnost
 - g) invalidní důchod
- 7) Jaká byla intenzita bolesti zad před operací?
- a) žádná
 - b) mírná
 - c) středně silná
 - d) silná
 - e) nesnesitelná
- 8) Jak by jste ohodnotil/a intenzitu bolesti zad před operací na stupnici 0 – 10? (kdy 0 je žádná a 10 nejsilnější bolest)
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10
- 9) Užíval/a jste při případných bolestech zad léky na zmírnění bolesti?
- a) ne
 - b) občas
 - c) ano
- 10) Rehabilitoval/a jste pro snížení bolesti zad před operací?
- a) ano
 - b) občas
 - c) ne
- 11) Jaká byla intenzita bolesti po operaci?
- a) žádná
 - b) mírná
 - c) středně silná
 - d) silná
 - e) nesnesitelná

12) Jak by jste ohodnotil/a intenzitu bolesti zad po operaci na stupnici 0 – 10?(kdy 0 je žádná a 10 nesnesitelná bolest)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

13) Užíváte nyní léky pro odstranění bolesti?

- a) ne
- b) občas
- c) ano

14) Rehabilitujete nyní?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

15) Jaká byla Vaše schopnost soběstačnosti (např. mytí, oblékání) před operací?

- a) soběstačný/á bez pocitu bolesti
- b) soběstačný/á s mírným pocitem bolesti
- c) potřeba částečné pomoci
- d) zcela závislý/á na pomoci

16) Jaká je Vaše schopnost soběstačnosti (např. mytí, oblékání) po operaci?

- a) soběstačný/á bez pocitu bolesti
- b) soběstačný/á s mírným pocitem bolesti
- c) potřeba částečné pomoci
- d) zcela závislý/á na pomoci

17) Jaká byla Vaše chůze před operací?

- a) bez obtíží, s možností ujít jakoukoli vzdálenost
- b) bolest mi znemožňovala ujít více než 1000 m
- c) bolest mi znemožňovala ujít více než 500 m
- d) bolest mi znemožňovala ujít více než 100 m
- e) pouze za použití berle/berlí, hole
- f) nechodící

18) Jaká je Vaše chůze po operaci?

- a) bez obtíží, s možností ujít jakoukoli vzdálenost
- b) bolest mi znemožňovala ujít více než 1000 m
- c) bolest mi znemožňovala ujít více než 500 m
- d) bolest mi znemožňovala ujít více než 100 m
- e) pouze za použití berle/berlí, hole
- f) nechodící

- 19) Jakou jste měl/a možnost sezení před operací?
- a) možnost sedět bez omezení
 - b) bolest mi znemožňovala sedět více než 1 hodinu
 - c) bolest mi znemožňovala sedět více než ½ hodiny
 - d) neschopnost sedět
- 20) Jakou máte možnost sezení po operaci?
- a) možnost sedět bez omezení
 - b) bolest mi znemožňovala sedět více než 1 hodinu
 - c) bolest mi znemožňovala sedět více než ½ hodiny
 - d) neschopnost sedět
- 21) Jak jste zvládal/a zvedání břemene před operací?
- a) mohl/a jsem zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti
 - b) mohl/a jsem zvedat těžká břemena s přítomností bolesti
 - c) mohl a jsem zvedat jen středně těžká břemena
 - d) mohl/a jsem zvedat jen lehká břemena
 - e) neschopnost zvednout jakékoli břemeno
- 22) Jak zvládáte zvedání břemene po operaci?
- a) mohu zvedat těžká břemena bez omezení a bolesti
 - b) mohu zvedat těžká břemena s přítomností bolesti
 - c) mohu zvedat jen středně těžká břemena
 - d) neschopnost zvednout jakékoli břemeno
- 23) Jaká byla Vaše možnost stání před operací?
- a) mohl/a jsem stát bez omezení a bolesti
 - b) mohl/a jsem stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti
 - c) bolest mi znemožňovala stát déle než 1 hodinu
 - d) bolest mi znemožňovala stát déle než ½ hodiny
 - e) bolest mi znemožňovala stání
- 24) Jaká je Vaše možnost stání po operaci?
- a) mohu stát bez omezení a bolesti
 - b) mohu stát bez omezení s přítomností mimořádné bolesti
 - c) bolest mi znemožňuje stát déle než 1 hodinu
 - d) bolest mi znemožňuje stát déle než ½ hodiny
 - e) bolest mi znemožňuje stání
- 25) Jaký byl Váš spánek před operací?
- a) spánek nebyl narušen
 - b) spánek byl občas narušen bolestí
 - c) spánek byl zcela znemožněn

- 26) Jaký je Váš spánek po operaci?
- a) spánek není narušen
 - b) spánek je občas narušen bolestí
 - c) spánek je zcela znemožněn
- 27) Jaký byl Váš sexuální život před operací?
- a) byl normální
 - b) byl normální s občasnou přítomností bolesti zad
 - c) omezen z důvodu bolesti zad
 - d) znemožněn z důvodu bolesti zad
 - e) nechci odpovídat
- 28) Jaký je Váš sexuální život po operaci?
- a) je normální
 - b) je normální s občasnou přítomností bolesti zad
 - c) omezen z důvodu bolesti zad
 - d) znemožněn z důvodu bolesti zad
 - e) nechci odpovídat
- 29) Cítíte se po operaci lépe?
- a) zdravotní stav se zlepšil
 - b) zdravotní stav se nezlepšil
 - c) zdravotní stav se zhoršil

Příloha B: Žádost o umožnění dotazníkové akce



NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 67/2

**Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti
s odbornou prací
nelékařských zdrav. oborů**

Příjmení a jméno žadatele: ČELHÁKOVÁ LENKA

Kontaktní adresa: NA ŽELIŠKOVYH ŽIV. 244 71 LIBŮV

Telefon: 602 481 644 E-mailová adresa: l.mazanlova@
bulovka.cz

Škola/fakulta: 1. LF VČP PRAHA

Obor studia: BIOTERAPIE - REKONSTRUKČNÍ FYZIKA

Téma závěrečné práce: KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S DEGENERATIVNÍM

ONKOGENEMNÍM PATĚM

Termín sběru dat: LEDEN 2014 - BŘEZEN 2014

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: ORTOPEDICKÁ KLINIKA NNB

Zjišťované informace: DOTAZNÍK

Forma prezentace dat: BARVAŘSKÁ ŽALUZE

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce v Praze je možná pouze se souhlasem příslušného náměstka, který dotazníkové šetření povolil.*

V PRAZE dne 01. 12. 2014

Podpis žadatele: 

Vyjádření Nemocnice Na Bulovce v Praze

Bude za šetření vyžadována úhrada: ano / ne
... Kč vč. DPH

Celková suma: 300 Kč

Datum: 10. 1. 2015

Podpis:



Vyjádření vedoucího pracovníka: ano / ne

Datum:

Podpis: K. Z. 2014

Vyjádření příslušného náměstka: ano / ne

Datum: 14 - 01 - 2014

Podpis: 

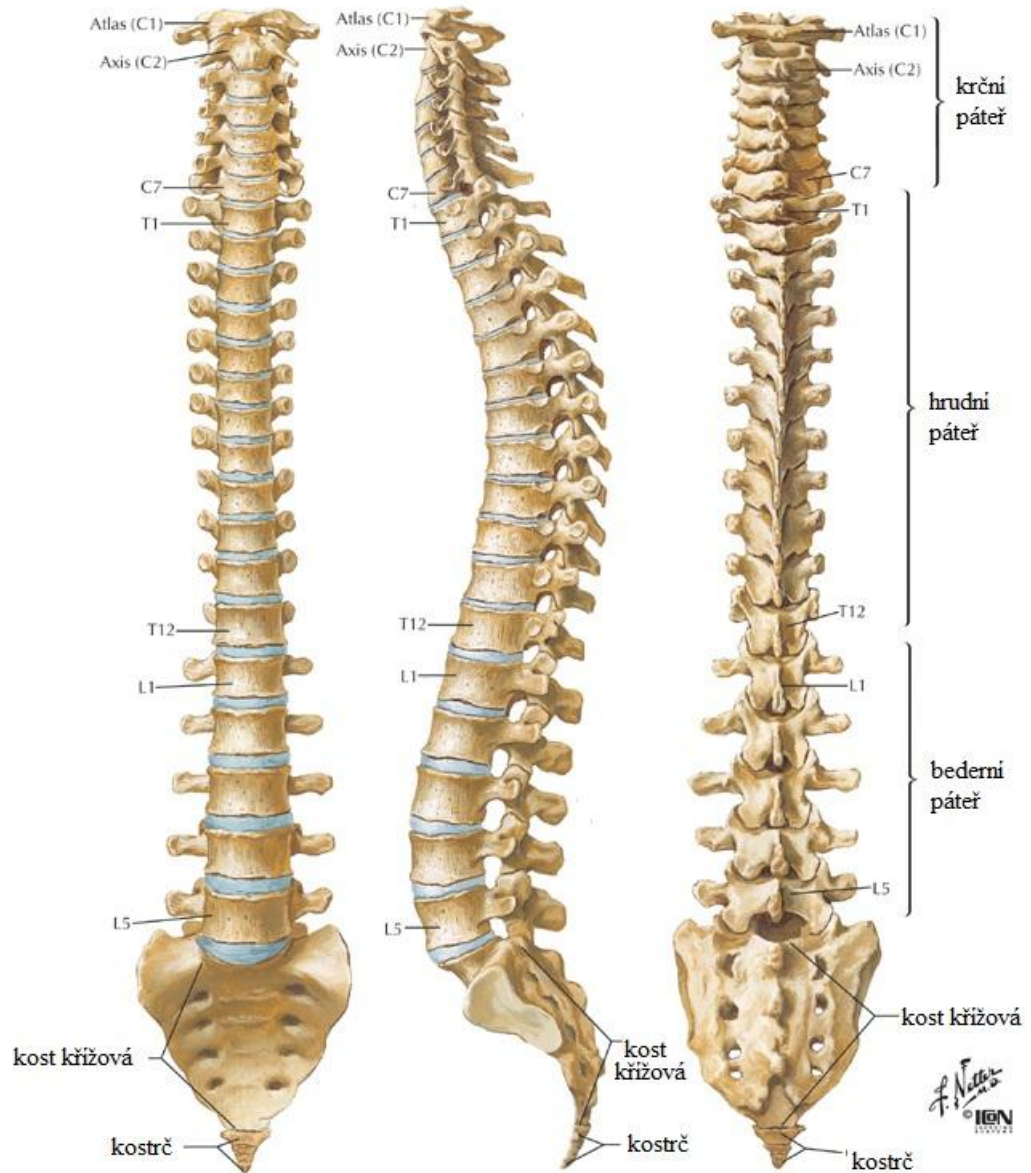

Telefon
6608 2960, 6608 2964

Fax
8384 0500

Email
fribulred@mbx.vol.cz

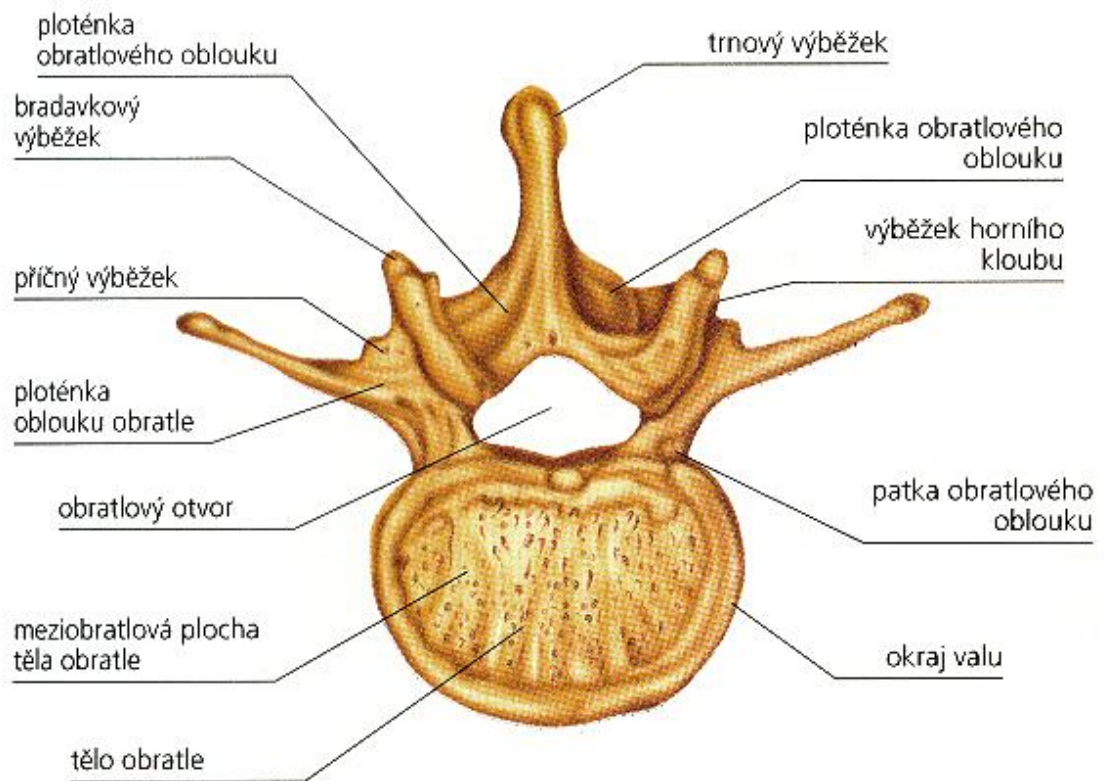
IČO
00064211

Příloha C: Anatomie páteře



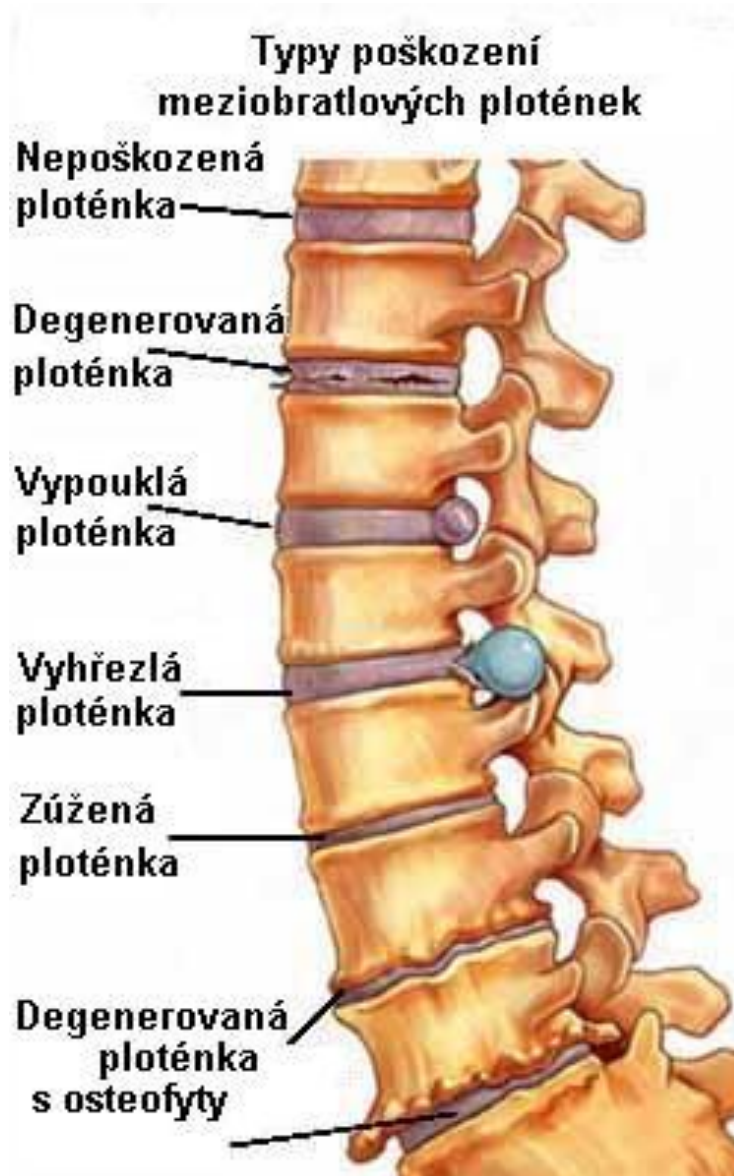
Zdroj: http://www.spondylo.cz/spine_anatomy.html

Příloha D: Anatomie obratle



Zdroj: http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageld=1

Příloha E: Typy poškození meziobratlových plotének



Zdroj: <http://www.fitkul.cz/clanky/646-Pater-cloveka>

Příloha F: Používané implantáty

Náhrada meziobratlové ploténky



Zdroj: <http://www.zimmer.com/cs-CZ/hcp/spine/product/fidji-lumbar-cage.jsp>

Implantáty pro stabilizaci páteře



Zdroj:

http://www.prospon.cz/index.php?lang=&module=produkty&sub_id=14&id=131&title=p%E1te%F8n%ED%20fix%E1tory%20-%20fix%E1tor%20TL4

Příloha G: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

