

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů s herniací disku

bakalářská práce

Autor práce: Miroslava Čejková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Miroslava Čejková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacientů s hernií disku
Cíl práce:	Zjistit, jak hernie disku omezuje pacienty ve fyzické, psychické a sociální oblasti.

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je orientovaná na kvalitu života pacientů s hernií disku. Cílem práce bylo zjistit, jak toto onemocnění ovlivňuje pacienty ve fyzické, psychické a sociální oblasti. Teoretická část popisuje vznik onemocnění, jeho příznaky, léčbu. Dále se teoretická část zabývá ošetrovatelskou péčí a kvalitou života pacientů s vyhrzlou ploténkou. Praktická část práce obsahuje vlastní výzkum, kterého se zúčastnili respondenti na neurologickém oddělení havlíckobrodské nemocnice,

Klíčová slova

Hernie disku; Kvalita života; Ošetrovatelská péče

Abstract

This bachelor's thesis deals with the quality of life by patients with spinal disc herniation. The purpose of the thesis is to find how this disease affects patient's physical, psychological and social aspect of the life. The theoretical part describes the genesis of the disease, its symptoms and the treatment. Further the theoretical part deals with nursing care and life quality of patients with spinal disc herniation. Practical part contains my own research in which took place respondents from neurological department of the hospital Havlíčkův Brod.

Key words

Spinal disc herniation; Quality of life; Nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 8. dubna 2019

.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Ladě Cetlové PhD. za její odborné vedení bakalářské práce, věcné připomínky, cenné rady, za poskytnutý čas a trpělivost i za její ochotu, kterou mi věnovala při konzultacích. Dále děkuji svým dětem, rodičům a všem dotazovaným, kteří byli tak ochotní a věnovali čas na vyplnění dotazníkového šetření.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	10
Cíl výzkumu.....	11
1 Teoretická část	12
1.1 Páteř jako celek	12
1.2 Patofyziologie onemocnění	13
1.3 Diagnostika herniace disku	14
1.4 Farmakoterapie.....	16
1.5 Rehabilitace.....	17
1.6 Alternativní metody	18
1.7 Psychoterapie	18
1.8 Invazivní terapie.....	19
1.9 Chirurgická terapie.....	19
1.10 Pooperační péče a komplikace	20
1.11 Ošetrovatelská péče	21
1.12 Režimová opatření.....	21
1.13 Kvalita života.....	22
1.14 Hodnocení kvality života.....	22
1.15 Měření kvality života u pacientů s hernií disku	23
2 Praktická část	24
2.1 Metodika výzkumu.....	24
2.2 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí	24
2.3 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat	24
2.4 Výsledky výzkumu.....	25
3 Diskuze	59
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	65
Závěr	67
Seznam použité literatury	68
Seznam grafů	72

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Žádost o dotazníkové šetření

Příloha 3 - Obrazová dokumentace

Příloha 4 - Hodnotící škály pro bolest

Příloha 5 - Hodnocení soběstačnosti

Příloha 6 - Edukační materiál pro pacienty

Seznam použitých zkratk

Aj. - A jiné

C1-C7, Th1-Th12, L1-L5, S1-S4 a Co1-Co5 - označení konkrétních úseků páteře

CT - Computed Tomography

CT - PRT - Periradikulární terapie

EQ-5D - European Quality of Life Questionnaire - Version

Et al. - Et alli

LTV - Léčebná tělesná výchova

MRI - Magnetic Resonance Imaging

MsQoL 54 - Multiple Sclerosis Quality of Life

Např. - Například

NHP - Nottingham Health Profile

PDQ-39 - Parkinson's Disease Questionnaire – 39

QILIE-89 - Quality of Life in Epilepsy

SIS - Stroke Impact Scale Versoin 3.0

SF-36 - Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form

SIP - Sickness Impact Profile

SZO - Světová zdravotnická organizace

Tzv. - Tak zvaně

VAS - Vizuální analogová škála

Úvod

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů s výhřezem meziobratlové ploténky. Pro toto téma jsem se rozhodla z důvodu vlastní zkušenosti s tímto onemocněním a zároveň z důvodu každodenního setkání s pacienty na mém pracovišti neurologické ambulance. Zajímalo mě, jak moc toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života pacienta.

Vertebrogenní onemocnění jsou v současné době častým důvodem pracovní neschopnosti. Více než 80 % dospělé populace je jimi v průběhu života postiženo. Hned po infekcích horních cest dýchacích, jde o druhé nejvíce se vyskytující onemocnění, které vede k omezení kvality života u lidí mezi 30. – 60. rokem života a v akutní fázi bývá mnohokrát důvodem k hospitalizaci. Častým důvodem vzniku bolesti zad je tzv. diskopatie, kdy dochází k degenerativnímu poškození meziobratlových plotének. Bolest zad se začíná stávat civilizačním onemocněním. Nynější moderní životní styl obsahuje mnohem méně tělesných aktivit a naopak narůstá vliv negativního stresu na náš organismus. Vše začíná již v dětském věku, kdy nesprávné držení těla způsobuje nesprávný vývoj páteře. Již v tomto věku přichází do ambulancí pediatriů děti s bolestmi zad. Pokud se tento stav v dětství zanedbá, pak již v rané dospělosti nacházíme degenerativní onemocnění páteře a to především meziobratlových plotének. Mnoho pacientů bolest zad podceňuje a o své záda se nestará. V těchto případech se často stává, že akutní bolest přechází v chronickou, vzniká dlouhodobá pracovní neschopnost a někdy dochází také k invaliditě nemocného. Bolest, které ovlivňuje psychiku nemocného, a ztráta nejruznějších schopností značně zhoršují kvalitu života pacienta.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část práce informuje o příčině vzniku onemocnění, o jeho léčbě a také se zabývá kvalitou života pacientů s hernií disku. Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, který se realizoval v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Zde bylo použito standardizovaného dotazníku SF 36, který byl doplněn o 3 anamnestické otázky.

Motivace

Téma bakalářské práce „Kvalita života pacienta s hernií disku“ jsem si vybrala, abych seznámila veřejnost s touto problematikou, protože někteří lidé mají osobní zkušenosti s výhřezem meziobratlové ploténky či se toto onemocnění vyskytuje v jejich rodinách. Pouze informovaná osoba může aktivně přistoupit k léčbě tohoto onemocnění nebo využít získaných znalostí k prevenci tohoto onemocnění.

Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak herniace disku omezuje pacienty ve fyzické, psychické a sociální oblasti.

Výzkumné otázky

1. Jak hodnotí pacienti s výhřezem meziobratlové ploténky své zdraví?
2. Jak je ovlivňována psychická stránka u pacientů s výhřezem meziobratlové ploténky?
3. Jak jsou pacienti s výhřezem meziobratlové ploténky omezováni v denních činnostech?

1 Teoretická část

1.1 Páteř jako celek

Lidská páteř nám umožňuje vzpřímeně držet tělo a je spolutvůrcem pohybu. Další důležitou funkcí páteře je ochrana nervového systému - míchy a nervových kořenů. Páteř je kostěný sloupec dlouhý 70-75 cm, který se skládá z 33 nebo 34 obratlů. Krční část má sedm obratlů (C1-C7), hrudní dvanáct (Th1-Th12), bederní část má pět obratlů (L1-L5) a potom následuje kost křížová, která vznikla srůstem pěti obratlů (S1-S5). Páteř ukončuje kostrč, která je zakrnělým pozůstatkem obratlů ocasních (Co1-Co4-5). Mezi každým obratlem, počínaje druhým krčním obratlem a konče kostí křížovou, se nachází nárazníkové destičky - meziobratlové ploténky. Celkový počet disků je 23 a směrem od krčních obratlů k obratlům bederním se meziobratlové ploténky postupně zvětšují. Největší jsou v oblasti bederní páteře, kde ploténky čelí nejvyššímu tlaku. Mezerami mezi jednotlivými obratli vystupují z páteře párové nervové kořeny, které inervují jednotlivé části těla. Mícha končí v úrovni obratlů L1 a L2 a dále páteřním kanálem prochází pouze svazky míšních kořeny tzv. cauda equina (Naňka, Elišková, 2015).

Zádové svalstvo se dělí do třech skupin. Nejhlouběji jsou uloženy nejkratší svaly spojující jednotlivé obratle. V další vrstvě je skupina delších svalů, která překrývá obratle. Vnější vrstvou jsou dlouhé svaly tzv. vzpřimovače páteře, které vedou podél celé páteře a ovlivňují správné zakřivení páteře a pohyb (Rychlíková, 2012).

Páteř je esovitě prohnutá. Obloukovité vyklenutí páteře dopředu se nazývá lordóza. Ta se nachází v oblasti krční a bederní páteře. Kyfóza je zakřivení páteře dozadu a je v oblasti hrudní a křížové. Je pozůstatkem kyfotického zakřivení páteře a zároveň kompenzuje lordózu (Dylevský, 2009).

Páteř je schopna dělat předklony a záklony. Nejrozsáhlejší pohyby zvládne krční část páteře. Dále může páteř jako celek rotovat a uklánět se. Důležitou roli v pohybu páteře tvoří meziobratlové ploténky. Při pohybu se oplošťují a působí jako tlumiče nárazu. Pomocí součtu malých pohybů mezi obratli, se nám páteř pohybuje jako celek. Protože páteř tvoří funkční celek, tak porucha pohyblivosti jednoho segmentu může mít za následek poruchy jiných segmentů (Naňka, Elišková, 2015).

1.2 Patofyziologie onemocnění

Páteř s přibývajícím věkem vykazuje degenerativní změny. Jedná se o přirozené změny, které se objevují na meziobratlových ploténkách, na obratlích, kloubech a vazech. Vznikají vlivem stárnutí, přetěžováním páteře, vadným držením těla, mikrotraumaty, při nadměrných pracovních či sportovních výkonech. Dalším faktorem bývá obezita, genetické dispozice a faktory zevního prostředí. Mezi ně patří vliv stresu a kouření, které zhoršuje zásobení plotének (Hoskovcová, 2017).

Už kolem 20. roku života dochází ke změnám cévního zásobení v okolí disku. Vyživování meziobratlové ploténky není fyziologicky dostatečné, protože nemá vlastní cévní zásobení. Výměna v chrupavčitých tkání se děje pomocí osmózy. Je to druh pasivního transportu, kdy přes polopropustnou membránu přechází roztoky s různou koncentrací. Z tohoto důvodu převod živin a především vody do ploténky závisí na tlaku, který na meziobratlovou ploténku působí. Čím je tlak vyšší, tím je ploténka méně hydratovaná a vyživovaná. Pokud tato situace trvá delší dobu, dochází k dehydrataci ploténky, což se projevují poklesem její výšky. S narůstajícím věkem se v ploténce objevují trhlinky, které patří ke známkám degenerace disku. Těmito trhlinkami si může měkké jádro prorazit cestu ven a vzniká výhřez (Ambler, Bednařík, Růžička, 2010).

Každá ploténka má dvě části: měkký rosolovitý střed a vnější silný vazivový prstenec. Výhřez meziobratlové ploténky je stav, kdy se hmota disku dostává mimo svůj anatomický tvar. Protruzí je označována situace, kdy rosolovité jádro ploténky zasahuje do části obvodu disku, ale nenarušuje jeho vazivový prstenec. U extruze dislokovaná část meziobratlové ploténky způsobuje rupturu vazivového prstence. V některých případech může dojít i k sekvestraci disku (Příloha 3), kdy se část vyhřezlého disku oddělí a může vycestovat do epidurálního prostoru (Ambler, 2011).

Tím, že ploténka nemá téměř žádnou inervaci, tak její výhřez nebolí. Bolestivou se stává až ve stádiu, kdy vyhřezlá část začne utiskovat nervový kořen. V těchto případech bolest vystřeluje do rukou nebo nohou. Tato bolest se nazývá radikulární, kořenová bolest (Ambler, Bednařík, Růžička, 2010).

Radikulární bolest se šíří do daného dermatomu, který inervuje utiskovaný míšní nerv. Tento nerv vede informace o bolesti a citlivosti. Kořenový syndrom L4 je méně častý a způsobuje ho herniace disku L3/4, někdy L4/5. Bolest vystřeluje přes přední stranu stehna do kolena a pak pokračuje po vnitřní straně bérce. V příslušném dermatomu dochází i k poruše cití. Kořenový syndrom L5 je většinou způsoben hernií L4/5, někdy

L5/S1. Bolest zasahuje zevní stranu končetiny a přechází na přední stranu bérce, na dorzum nohy až do palce. I zde je většinou současně porucha cití. Kořenový syndrom S1 je obvykle způsoben výhřezem ploténky L5/S1. Bolest proniká přes zadní stranu končetiny do lýtky, dále na zevní stranu nohy až do malíku. Opět i zde bývá přítomna porucha cití. Pokud u kořenových syndromů jsou přítomny pouze bolesti, parestézie (mravenčení) nebo dysestézie (neadekvátní vnímání podnětu), jde o tzv. iritační radikulární syndrom. U zánikového radikulárního syndromu je navíc přítomná hypestézie (snížené cití) nebo hyporeflexie a slabost končetiny. Tento stav je prognosticky závažnější, protože je zde značné riziko nezvratného poškození nervu s trvalými následky (Ambler, 2011).

Závažným radikulárním syndromem je tzv. syndrom kaudy, který vzniká při kompresi kořenů míšních nervů v oblasti cauda equina. Jde o kombinaci více uvedených kořenových syndromů. Často jde o oboustranné postižení, jenž doprovází porucha cití v perianogenitální oblasti a sfinkterové poruchy. Dále je přítomna i erektivní dysfunkce a dochází k poruše defekace. Při tomto syndromu je velké riziko nebezpečí irevizibilního ischemického poškození stlačených kořenových nervů. V tomto případě je nutné neodkladné operační řešení (Šrámek, 2015).

1.3 Diagnostika herniace disku

Při prvním kontaktu pacienta s lékařem se odebírá anamnéza. Doktor se dotazuje na osobní údaje nemocného, zjišťuje důvod návštěvy pacienta ve zdravotnickém zařízení. Největším zdravotním problémem pacienta je většinou bolest. Proto prvním cílem lékaře je získat údaje o bolesti. Zajímá se o charakter a lokalizaci bolesti, její intenzitu, kvalitu a zjišťuje pacientovu úlevovou polohu. Bolest u vyhřezlé ploténky často vystřeluje do dolních končetin (Opavský, 2011).

Součástí anamnézy je rodinná anamnéza, osobní anamnézu, farmakologická a alergologická anamnéza. U žen je samozřejmostí i gynekologická anamnéza. Při odběru dat je pacient dotazován také na sociální a pracovní anamnézu, která nám může usnadnit odhalení příčin potíží. Správně odebraná anamnéza se stává základem správné diagnostiky onemocnění. Po odebrání anamnézy lékař fyzikálně vyšetří pacienta. Pacient je vyslečený a lékař zjišťuje jeho zdravotní stav ve stoje, z boku a v leže. Pohledem hodnotí zakřivení páteře a její dynamiku. Pohmatem se zjišťuje teplota kůže, bolestivost

trnových výběžků a možné existence svalových spasmů, které jsou charakteristické pro blokády páteře (Nejedlá, 2015).

Dále lékař provádí tzv. funkční zkoušky páteře. Nejznámější je Schoberova, Thomayerova a Leságueova zkouška. Při herniaci disku dochází ke kompresím míšních kořenů, které jsou charakterizovány nejen kořenovou bolestí, ale i senzitivními a motorickými výpadky. K motorickým známkám patří snížení reflexů, které se také zkoumají při fyzikálním vyšetření a zároveň se zjišťují senzitivní známky poruch. Mezi ně patří hypestezie, parestezie a dysestezie. Během vyšetřování pacienta je současně sledován jeho projev a to především jeho algické projevy (Opavský, 2011).

Ke správnému stanovení diagnózy je třeba využít zobrazovacích vyšetřovacích metod. Tyto metody nám poskytují zobrazení páteře v reálném čase a ukládají se na záznamové médium. K odhalení výhřezů meziobratlových plotének se využívá skiografie, počítačová tomografie a magnetická rezonance (Nejedlá, 2015).

Skiografie je rentgenová vyšetřovací metoda, která zobrazuje skelet páteře. Při skiagrafickém vyšetření se sice nezobrazí herniace disku, ale toto vyšetření se považuje za základní prvotní vyšetření. Na rentgenovém snímku se znázorní správné postavení páteře, její zakřivení a případné traumatické či nádorové onemocnění (Hakl, 2017).

Počítačová tomografie (CT) funguje na stejném principu rentgenového záření jako u skiografie, oproti ní však zobrazuje záznam v libovolných rovinách i jako 3D obraz. Je ekonomicky dostupnější než magnetická rezonance, ale má nižší senzitivitu. Obraz se ukládá na digitální paměťová média a lze jej přeposílat pomocí počítačové sítě (Šrámek, 2015).

Magnetická rezonance (MRI) pracuje na principu zmagnetizování jader vodíků (protonů). MRI zobrazuje vyšetřované tkáně v řezech (Příloha 3). Toto vyšetření přesahuje možnosti CT vyšetření. Nevýhody MRI jsou: vysoká pořizovací cena i provozní náklady, časová náročnost a menší dostupnost. Při tomto vyšetření je důležitá i psychická příprava vyšetřovaného, neboť během zobrazování vydává přístroj silný hluk, pacient je v uzavřeném tísnivém prostoru a vyšetřovací doba může trvat více než 20 minut (Nejedlá, 2015).

MRI poskytuje i informaci o možnosti spontánní regrese herniace bez nutnosti chirurgické terapie. K tomuto objasnění je nutné provést MRI s aplikací kontrastní látky. Pozitivním faktorem je následně se sytící prstenec výhřezu meziobratlové ploténky. Nejvíce regresí je zaznamenáno v prvních dvou měsících od vzniku herniace (Burgetová, Dušek, Mašek, Vaněčková, Seidl, 2011).

Další vyšetřovací metodu, která nám pomáhá při diagnostice, je elektromyografie. Během tohoto vyšetření se zaznamenává aktivita svalů a rychlost vedení vzruchu nervem po stimulaci svalu jehlou nebo povrchovou elektrodou. Vyšetření se u herniace disku provádí k posouzení vedení vzruchu nervem a k diagnostice poškození nervu útlakem (Seidl, 2015).

1.4 Farmakoterapie

Základním předpokladem léčby herniace disku je rozlišení bolesti akutní a chronické. U akutní bolesti se začíná s aplikací silnějších analgetik, jejichž dávka se postupně snižuje. Naopak u chronické bolesti se pacient často vystačí se slabšími neopioidními analgetiky, které se aplikují v pravidelných intervalech a dlouhodobě. Mezi neopioidní analgetika patří skupina analgetik a antipyretik. Nejznámějším zástupcem je paracetamol. Při chronické léčbě je často zařazován jako doplňkové analgetikum. Další skupinou jsou nesteroidní antirevmatika. Ty se indikují při zánětlivých projevech onemocnění, kde pouhý paracetamol nestačí. Nejčastěji se užívá ibuprofen a diklofenak. Vysokou protizánětlivou a protibolestivou účinností má také indometacin, který se však aplikuje jen krátkodobě z důvodů nežádoucích účinků. Mezi nesteroidní antirevmatika patří např. i ketoprofen. Ten je velice účinný, ale při perorálním podávání negativně působí na zažívací trakt (Hakl, 2017).

Opioidní analgetika se indikují především u akutně vzniklých bolestech a dále ve stavech, kdy veškerá farmakoterapie nesplnila očekávané analgetické účinky. Mezi slabé opioidy patří tramadol a kodein. Morfin a Fentanyl jsou zástupci silných opioidů. Při léčbě opioidy je nutné znát možnosti vedlejších nežádoucích účinků: nauzea, zvracení, obstrukce, fyzická a psychická závislost (Lejčo, 2009).

Jinou variantou léčby herniace disku jsou tzv. adjuvantní analgetika. Jde o léky, které byly původně určeny k jiné indikaci, než je léčba bolesti. Používají se k doplnění základní analgetické terapie. Do této skupiny patří např. kortikoidy. Ty mají krátkodobý analgetický účinek, ale především se užívají k potlačení místního zánětu, který vznikne v okolí vyhréznuté ploténky. Další skupinou jsou antikonvulziva, které se prvotně užívají jako antiepileptika. Využívají se pro jejich dobrý efekt v léčbě chronické neuropatické bolesti. Nejznámější látkou je gabapentin. V léčbě herniace disku je možno využít i myorelaxancia. Aplikují se jen krátkodobě, protože u dlouhodobého podávání může dojít k ovlivnění svalového tonusu a tím k narušení svalového korzetu. V chronické

léčbě bolesti se využívá i antidepresiv, které pacientovi pomáhají při depresivním ladění. U pacientů s vyšší intenzitou bolesti je vhodné k základní analgetické terapii zařadit i infuzní léčbu. Analgetické infuze se aplikují většinou za hospitalizace, ale součástí některých zdravotnických zařízení je infuzní stacionář, kde se infuzní terapie aplikuje ambulantně. Složení analgetických infuzí se liší podle zvyklostí jednotlivých oddělení (Opavský, 2011).

1.5 Rehabilitace

V akutní fázi onemocnění je nutný klid na lůžku, protože v poloze na zádech se snižuje tlak na vyhřezlou ploténku. Po odeznění akutní bolestivé fáze onemocnění lékař doporučuje následnou rehabilitaci. Jejím cílem je znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností. U herniace disku je důležitá motivace pacienta k dlouhodobému rehabilitačnímu cvičení. Správně vedené rehabilitační cviky se pacient učí pod odborným dohledem v rehabilitačních ambulancích, při hospitalizaci na rehabilitačních oddělení nebo ve speciálních rehabilitačních ústavech či v lázeňských domech specializovaných na pohybovou problematiku (Hoskovcová, 2017).

Fyzioterapie je součástí rehabilitace a zaměřuje se na prevenci a léčbu pohybového ústrojí. Fyzioterapie se dělí na léčebnou tělesnou výchovu (LTV) a fyzikální léčbu. LTV se provádí individuálně nebo ve skupinách pod vedením zkušeného fyzioterapeuta. Vhodnost a náročnost jednotlivých cviků se určuje vždy individuálně pro konkrétního pacienta (Seidl, 2015).

U vyhřezlé ploténky se osvědčila metoda léčby dle McKenzieho. Principem cvičebního programu je tzv. centralizace. Podle autora je třeba bolest, která se šíří do končetin, přesunout do centrální části zad. Tato metoda je vhodná u zánikově-iritačních kořenových syndromů (McKenzie, 2011).

Dalším vhodným rehabilitačním systémem je spirální stabilizace zad. Tuto metodu propaguje MUDr. Smíšek pod názvem SM systém. Hlavním cílem cvičení je vyrovnat páteř do střední linie a celou páteř vytáhnout směrem vzhůru pomocí spirálních svalových zřetězení (Smíšek, 2011).

K rehabilitaci herniace disku lze využít i koncept podle Bùrggera, jehož výsledkem má být odstranění vadného držení těla, naučení správných pohybových vzorců a odstranění zkrácených svalů. Tento koncept je v praxi často využíván jako tzv. škola zad (Opavský, 2011).

Mezi fyzioterapii patří i fyzikální léčba, která využívá přírodní i umělé zdroje. K ovlivnění bolestivosti lze využít střídavých interferenčních proudů např. diadynamik. Dále lze použít infračervené záření, které uvolňuje ztuhlost svalů. Ke zmírnění zánětlivých známek se osvědčily účinky magnetického vlnění. Jiným vhodným zdrojem k analgetické léčbě je aplikace ultrazvuku. Velmi žádanou metodou je vodoléčba. Bohužel z důvodu její finanční a energetické náročnosti je méně dostupná (Seidl, 2015). V léčbě zad se osvědčilo i působení tepla a chladu. V akutních stádiích se ke zmírnění spasticity aplikuje chlad, teplo je vhodné spíše u subakutních a chronických stavů. Nejrozšířenější metodou u bolestivosti zad jsou tzv. měkké techniky (masáže), které ovlivňují svaly a jejich napětí. Dále se využívá i mobilizace kloubů, kdy se jemnými pohyby oddalují kloubní plochy od sebe. Tak jako u LTV, tak i u fyzikální léčby je nutné přistupovat k indikaci jednotlivých metod individuálně, podle snášenlivosti procedur pacientem a především podle jeho zdravotního stavu (Hakl, 2017).

1.6 Alternativní metody

Při léčbě herniace disku lze využít především akupunkturu. Akupunktura je stará čínská metoda, při které se využívá celostního pohledu na pacienta a pracuje se s jeho bioenergií. Při akupunktuře se jehličkou stimulují určité body, které mají analgetický a psychoregulační efekt. Vpich vyvolává reflexní reakci, kdy z podrážděných receptorů je podnět veden do CNS a dochází ke zpětné reakci do periferií a příslušného orgánu. Při léčbě bolesti zad se akupunktura využívá v kombinaci s terapií moderní medicínou (Hakl, 2017).

K doplnění rehabilitačních metod lze využít i reflexní terapii. Reflexologie je stará asijská masáž, která se využívá k samoléčbě. Všechny orgány a části těla mají reflexní plošky na chodidlech, rukou a uších. Drážděním těchto částí se vyvolá reakce daných částí těla a orgánů. Reflexní masáž se využívá v akutních i dlouhotrvajících problémech (Patakyová, Pataky, 2013).

1.7 Psychoterapie

Psychoterapie se využívá především u chronické bolesti, která zhoršuje kvalitu života. Pacient zažívá strach z neustálé bolesti, má dlouhodobě omezenou pohyblivost a je značně omezen v sociálních a pracovních aktivitách. Hlavním úkolem psychoterapeuta je přesvědčit pacienta o možnosti léčby jeho onemocnění. V psychoterapii se využívají

různé metody např. individuální psychoterapie, hypnoterapie, vizualizace aj. Správně vedená psychoterapie motivuje pacienta k aktivní účasti na jeho léčbě (Opavský, 2011).

1.8 Invazivní terapie

Algeziologické invazivní metody vycházejí většinou z anesteziologických bloků. Využívají se k doplnění analgetické terapie, kdy samotná farmakoterapie je nedostačující. Aplikovaná látka se skládá z koncentrovaného lokálního anestetika a lze k němu přidat kortikoidy nebo opioidy. Kontraindikací této terapie je koagulopatie včetně antikoagulační léčby. V léčbě herniace disku se nejvíce využívá kaudální blok a radikulární blok. Do invazivní terapie spadá také novější ozónová terapie (Hakl, 2017). Kaudální blok se provádí v poloze na břiše. V této poloze se aplikuje analgetická látka přes otvor v kostrči do epidurálního prostoru bederní páteře (Příloha 3). Kaudální bloky se provádějí v sériích dle zvyklostí jednotlivých pracovišť (Rokyta, 2009).

Dále lze provést radikulární blok (CT PRT), kdy analgetická směs spolu s menším množstvím kontrastní látky se aplikuje do blízkosti nervového kořene, který způsobuje kořenové bolesti. Tento vpich se provádí na rentgenologickém pracovišti pod kontrolou počítačové tomografie (Opavský, 2011).

K léčbě bolesti herniace disku se nově využívá i ozónoterapie. Ozón má baktericidní a analgetické účinky. Aplikace probíhá stejně jako u CT-PRT, jen místo analgetické směsi se aplikuje malé množství ozónu. Tuto terapii provádějí jen specializovaná pracoviště (Janík, 2011).

Další možností invazivní terapie je např. využití pulzní radiofrekvenční terapie. Při ní se využívá působení střídavého elektrického pole o vysoké frekvenci. Pod skiagrafickou kontrolou se zavede radiofrekvenční jehla, která produkuje teplo v určené oblasti. Následně dochází k destrukci požadovaných nervových vláken a tím k ústupu bolesti (Opavský, 2011).

1.9 Chirurgická terapie

Operační léčba se indikuje u kořenové bolesti až po absolvování konzervativní terapie, která trvala několik týdnů a nebyla úspěšná. Akutní chirurgické řešení se provádí pouze u syndromu kaudy a u akutních příznaků poruch míšních funkcí. Je nutné si ale uvědomit, že operace řeší pouze následek degenerativního onemocnění. Různé studie nezjistily rozdílnost mezi konzervativní a chirurgickou terapií po jednom roce od vzniku herniace.

Jediné, čeho bylo při chirurgickém řešení dosaženo, bylo zkrácení algického období (Ambler, Bednařík, Růžička, 2010).

Operačních výkonů na bederní části páteře se provádějí zadním přístupem, na krční části předním přístupem. Mezi tyto výkonů patří např.: herniotomie (odstranění vyhrězlé části ploténky), foraminotomie (uvolnění nervového kořene v místě výstupu z páteřního kanálu) a mikrodisektomie (mikroskopické odstranění herniace). Dále se provádí dekopresivní výkonů, které se kombinují se stabilizací páteře. Operačně lze provést i výměnu poškozené ploténky za umělý implantát. Po těchto rozsáhlých zákrocích na páteři může dojít k omezení pohyblivosti až blokáde dané části páteře (Šrámek, 2015).

1.10 Pooperační péče a komplikace

Snahou pooperační péče je co nejčasnější návrat pacienta do běžného života. V časně pooperační péči se sleduje celkový zdravotní stav operovaného. V pravidelných intervalech se monitorují fyziologické funkce, sleduje se operační rána a funkčnost drénů. Pacientovi je nutné zabezpečit úlevovou polohu a sledovat hybnost a citlivost končetin. Samozřejmostí je sledování diurézy a střevní peristaltiky. Důležité je pravidelné dotazování nemocného na bolest. V prvních dnech po operaci se aplikují nejsilnější analgetika – opioidy. Dále po operaci pacient dostává antibiotickou profylaxi, která se aplikuje po dobu 48 hodin od operace. Po celou dobu hospitalizace je operovanému aplikován nízkomolekulární heparin. První den po operaci pacient dodržuje přísný klid na lůžku. Následné dny se začíná s rehabilitací pod vedením fyzioterapeuta a podle zvyklostí jednotlivých pracovišť a druhu operačního zákroku (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016).

Tak jako každý operační výkon může mít pooperační komplikace, tak i u operace vyhrězlé ploténky může dojít ke specifickým komplikacím. Nejčastější komplikací je discitida. Jde o zánětlivý proces v prostoru disku a projevuje se do jednoho až čtyř týdnů od operace. V místě rány dochází k bolestivosti, ale není zde kořenová bolest. Pacient má zvýšenou sedimentaci krve a leukocytózu. Léčba spočívá v prvních dnech v klidu na lůžku a následnou imobilizaci páteře až na 4 týdny. Zároveň se provádí dlouhodobá aplikace antibiotik. Další komplikací operace je recidiva herniace, která se obvykle řeší opětovným operačním výkonem (Seidl, 2015).

1.11 Ošetrovatelská péče

Pacienti bývají většinou hospitalizováni v akutní fázi onemocnění, nebo po absolvování chirurgické terapie. Cílem ošetrovatelského týmu je pomáhat pacientovi uspokojit jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Rozhovorem s pacientem se zjistí jeho problémy a podle nich jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy. Dále se stanoví cíle, kterých se chce dosáhnout. K tomuto dosažení nám slouží ošetrovatelské intervence. Poslední fází je zhodnocení, kdy zjišťujeme dosažení cílů. Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří bolest, bezmocnost a nejistota se strachem, poruchy soběstačnosti a tělesné hybnosti, poruchy kožní integrity a riziko infekce a poruchy vyprazdňování (Bužgová, Plevová, 2011).

Pacienti s vyhrzlou ploténkou nejvíce trápí bolest. Při příjmu na oddělení je pacient vyšetřen a dotazován na bolest. Nemocný hodnotí svoji bolest pomocí různých stupnic – škál. Mezi nejpoužívanější patří vizuální škála (VAS), numerická škála, PANAID a dále se může bolest hodnotit i slovně (Příloha 4). Během hospitalizace je pacient minimálně denně dotazován na svoji bolest a při udání bolesti VAS 4 a více jsou mu aplikována analgetika. Po podání analgetik intravenózně se zdravotnický personál po 30 minutách dotazuje pacienta na následnou úlevu. Při podání analgetik per os se zjišťuje jejich účinek po 60 minutách od aplikace. Potom se VAS přehodnocuje po 3 hodinách. Dále se u pacienta hodnotí jeho soběstačnost. K tomu se využívá Barthelové test základních činností nebo stupnice podle Gordonové Klasifikace funkčních úrovní sebepečce nemocných (Příloha 5). Soběstačnost se hodnotí při příjmu pacienta a pak minimálně jednou za týden. Během hospitalizace je důležitá edukace pacienta. Pacient je seznamován s režimovými opatřeními a pod dohledem fyzioterapeuta začíná s nácvikem rehabilitace (Slezáková, 2014).

1.12 Režimová opatření

Dodržováním režimových opatření se pacient vyvaruje nevhodným pohybům, jenž mohou způsobit následná mikrotraumata disku. Mezi režimová opatření patří např. zvládnutí správného posedu, správný výběr lůžka, zvládnutí techniky při zvedání břemen. Edukační materiál je součástí bakalářské práce a je uveden v příloze. Důležité je i u obézních pacientů snížení jejich nadváhy, protože zvýšený tlak na ploténku zhoršuje její výživu a dochází k dřívější degeneraci disku. Současně se obézní lidé méně pohybují

a tuk uložený v oblasti břicha mění těžiště váhy. Tím dochází ke svalové dysbalanci, která má značný vliv na správné držení těla (Norris, 2008).

1.13 Kvalita života

Kvalitu života je velmi obtížné definovat. Ani v dostupné literatuře není jednotná definice kvality života. Každý jedinec vnímá kvalitu rozdílně. Toto vnímání je ovlivněno zdravotním stavem, socioekonomickými faktory a samotným přístupem pacienta ke vlastní spokojenosti se životem. Podle SZO se na kvalitě života podílí šest oblastí: fyzická a psychická kvalita života, sociální vztahy, nezávislost, prostředí a spiritualita. Kvalita života úzce souvisí se zdravím (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (SZO) uvádí, že *zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody* (Heřmanová, 2012, s. 32).

Tato definice zachycuje nejen fyzické a fyziologické známky zdraví, ale vystihuje i uspokojování základních lidských potřeb. Americký psycholog Maslow stupňovitě uspořádal potřeby do pyramidy. Člověk má pět potřeb. Mezi základní potřeby, které tvoří základnu pyramidy, patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečnosti a jistoty. Dále následuje sociální potřeba (potřeba lásky a pocit příslušnosti) a potřeba sebeúcty. Na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace. V této pyramidě platí pravidlo, že nejdříve musí být uspokojeny základní potřeby, aby mohlo dojít k uspokojení ostatních potřeb (Kopáčíková, Cetlová, Stančiak, 2012).

Pojem kvalita života se objevil už ve 20. letech 20. století, ale znamenal pouze materiální životní úroveň společnosti. Téma kvality života se dostalo do podvědomí odborné společnosti v 60. letech minulého století. Kvalita života byla již publikována jako nemateriální dimenze života. První celostátní výzkum kvality života se uskutečnil v 70. letech v USA. V České republice se první náznaky o zkoumání kvality života objevují koncem 20. století. V roce 1999 bylo provedeno Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace, kde kvalitě života byla vyhrazena jedna otázka (Dolák, Olišarová, Tóthová, 2013).

1.14 Hodnocení kvality života

V ošetrovatelství má hodnocení kvality života značný význam především u chronicky nemocných pacientů. Vnímání kvality života pacienta se během onemocnění různě liší.

Toto vnímání ovlivňuje intenzita a trvání symptomů onemocnění a také možné následné komplikace u onemocnění. Vnímání kvality je vždy individuální. Nemocný člověk nemusí vnímat svoji kvalitu života jako zhoršenou, oproti tomu ne každý zdravý člověk považuje svoji kvalitu života za vyhovující. K měření a hodnocení kvality života lze využít řadu nástrojů, které lze rozdělit podle různých kritérií. Používá se subjektivní hodnocení (hodnotí samotný respondent), objektivní hodnocení (hodnotí druhá osoba) a smíšené (kombinované) hodnocení. Dále podle rozsahu zaměření a cílové populace se dají využít generické a specifické dotazníky. Generické dotazníky se snaží zachytit kvalitu života v širším kontextu. Seznamují společnost s celkovými dopady nemoci na pacienta. Tyto dotazníky lze využít pro pacienty s různými onemocněními a jejich výhodou je možné porovnání mezi sebou. K těmto dotazníkům patří např. SIP, SF-36, NHP, EQ-5D aj. Specifické dotazníky jsou zaměřeny na konkrétní onemocnění. Tyto dotazníky je vhodné použít ke sledování průběhu efektu léčby u daného onemocnění. Sem patří např. PDQ-39, MSQoL 54, SIS, QOLIE-89 aj (Gurková, 2011).

1.15 Měření kvality života u pacientů s hernií disku

K tomuto hodnocení lze využít generický dotazník SF-36. Ten byl vytvořen v roce 1992 autorským kolektivem Ware et al. Zahrnuje hodnocení všeobecných konceptů, jež souvisí se zdravím a není určen pro konkrétní onemocnění. Dotazník obsahuje 36 položek. V části týkající se fyzického zdraví se dotazuje např. na omezení fyzických aktivit v důsledku onemocnění či na omezení obvyklých denních činností v důsledku zdravotních problémů. Část dotazníku, která je věnovaná mentálnímu zdraví, zjišťuje např. míru energie, únavy, deprese aj. Originální verze dotazníku byla přeložena a standardizována ve více jak 15 zemích. Vyhodnocení kvality života pacientů poskytuje zdravotníkům možnost naplánovat ošetrovatelskou péči tak, aby byla poskytnuta pacientovi v souladu s jeho potřebami a s možná co nejvyšším prospěchem. Hodnocení kvality života nám umožňuje také vyhodnotit efekt dané péče (Gurková, 2011).

2 Praktická část

2.1 Metodika výzkumu

Pro výzkum bakalářské práce byla využita metoda kvantitativního výzkumu s využitím standardizovaného dotazníku SF 36, který byl doplněn o 3 anamnestické otázky (Příloha 1). Tento dotazník je krátkou formou generalizovaného dotazníku, který se používá k hodnocení zdravotního stavu v populaci bez konkretizace onemocnění. Dotazník se skládal z 39 otázek, kde dotazovaní hodnotili svůj zdravotní stav, omezení denních činností v důsledku onemocnění a vliv herniace disku na jejich psychickou stránku. Dotazník byl zcela anonymní a sloužil pouze pro účel bakalářské práce.

2.2 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí

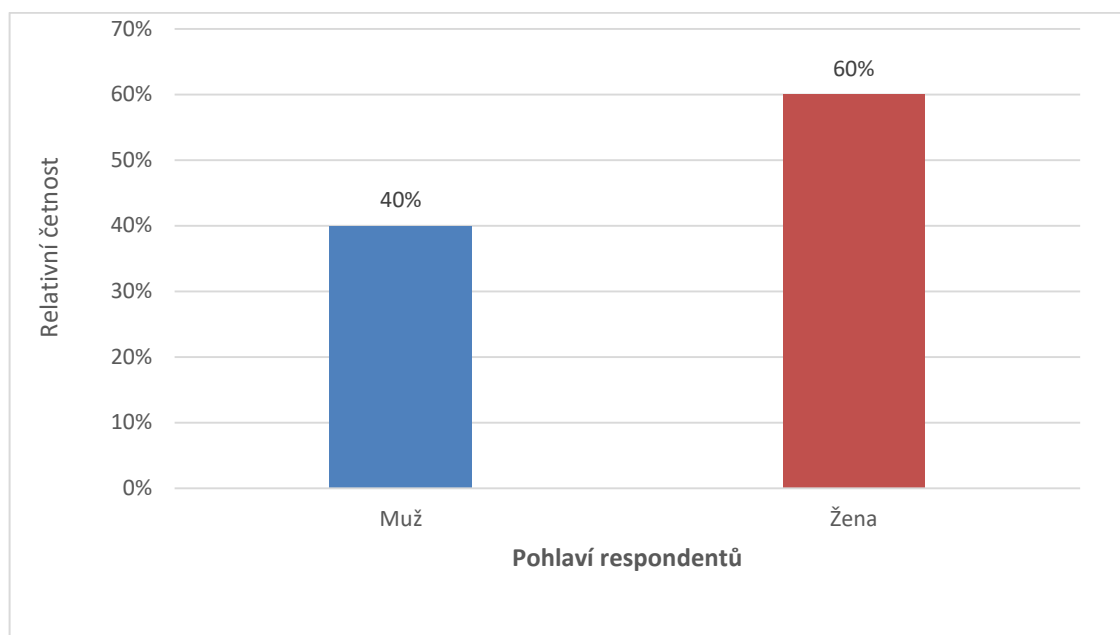
Cílovou skupinou dotazování byli pacienti s onemocněním herniace disku a tato diagnóza jim byla stanovena v posledním roce. Výzkumné šetření bylo provedeno po schválení Žádosti o umožnění dotazníkového šetření (Příloha 2) na neurologickém oddělení v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace.

2.3 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat

Stanovení výzkumného problému probíhalo v únoru 2018 a informační příprava byla od února do března 2018. Výběr a příprava výzkumných metod se uskutečnila v březnu 2018. Dotazníky byly distribuovány pacientům od března do listopadu 2018. V neurologické ambulanci nemocnice dotazníky byly distribuovány osobně a v lůžkové části se o distribuci dotazníku postaraly, ve spolupráci s vrchní sestrou, sestry z oddělení. Celkem bylo na neurologickém oddělení distribuováno 100 dotazníků a ke zpracování bylo navraceno 96 dotazníků, což znamenalo návratnost 96 %. Při zpracování nebyl vyřazen žádný dotazník. Interpretace výzkumných dat a zpracování práce probíhalo v prosinci 2018 a lednu 2019. Při zpracování průzkumných dat byl použit program Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Výsledná data byla uspořádána do grafů.

2.4 Výsledky výzkumu

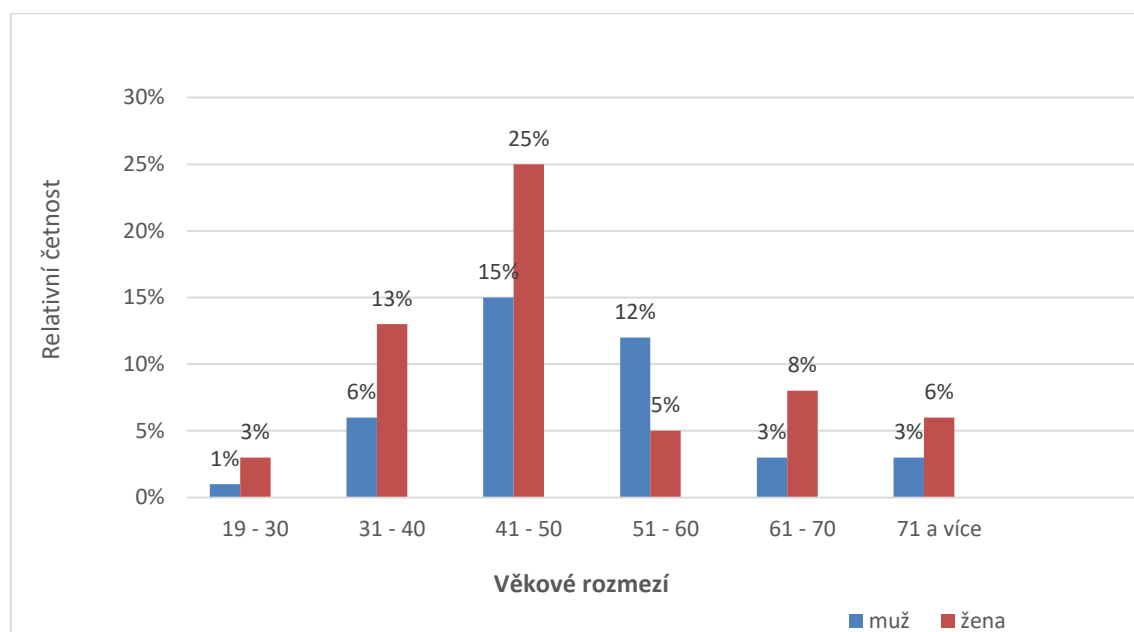
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 96 (100 %) respondentů se výzkumu zúčastnilo 58 žen (60 %) a 38 mužů (40 %).

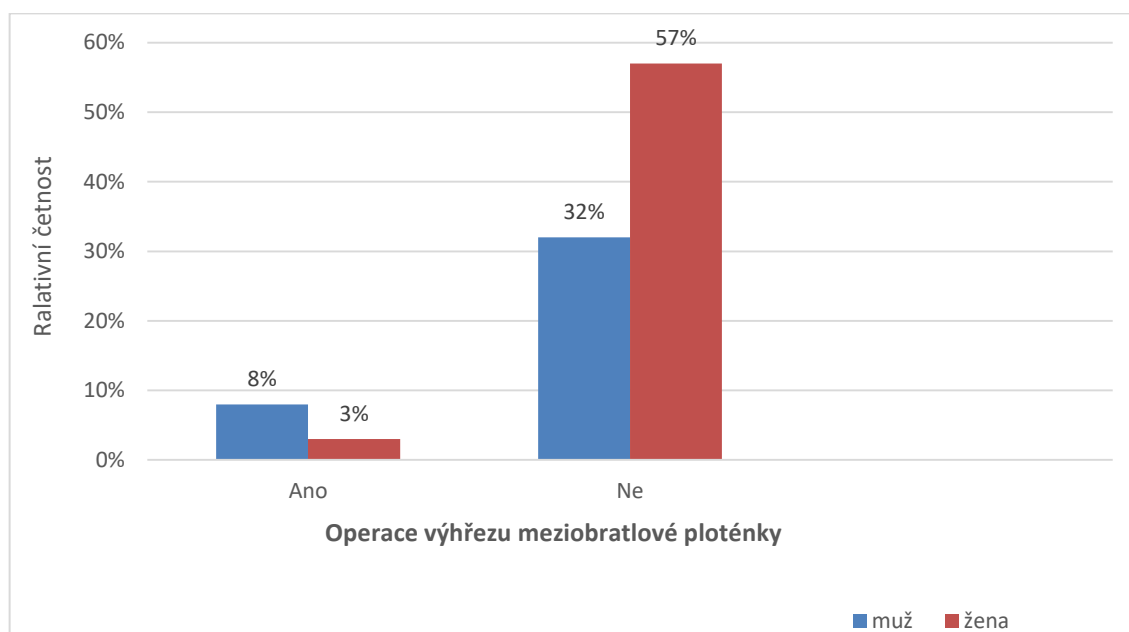
Otázka č. 2: Věk respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Graf 2 zobrazuje věk respondentů. Výzkumu se celkem zúčastnilo 96 respondentů (100 %). Ve věku 19 – 30 let byli 4 respondenti (4 %), z toho 3 ženy (3 %) a 1 muž (1%). Ve věku 31 – 40 let bylo 18 respondentů (19 %), z toho 12 žen (13%) a 6 mužů (6 %). Ve věku 41 – 50 let bylo 38 respondentů (40 %), z toho 24 žen (25 %) a 14 mužů (15 %). Ve věku 51 – 60 let bylo 16 respondentů (17 %), z toho 5 žen (5 %) a 11 mužů (12 %). Ve věku 61 – 70 let bylo 11 respondentů (11 %), z toho 8 žen (8 %) a 3 muži (3 %). Ve věku 71 a více bylo 9 respondentů (9 %), z toho 6 žen (6 %) a 3 muži (3 %).

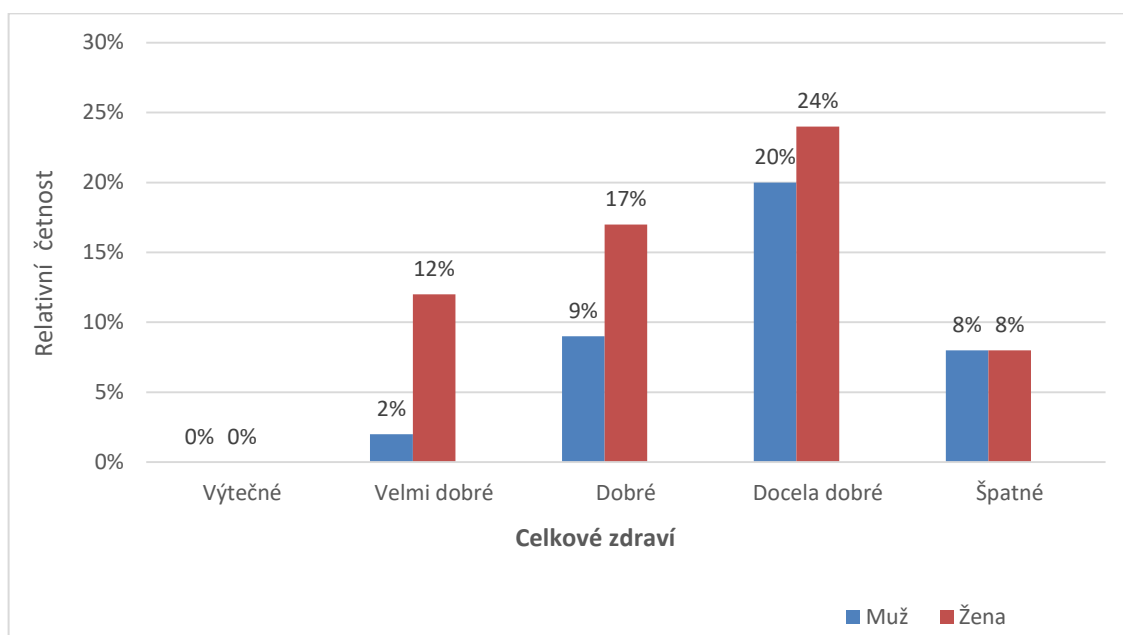
Otázka č. 3: Jste po operaci meziobratlové ploténky?



Graf 3 Operace výhřezu meziobratlové ploténky

Z grafu 3 je patrné, že po operaci výhřezu meziobratlové ploténky bylo 11 respondentů (11 %), z toho 3 ženy (3 %) a 8 mužů (8 %). Operační řešení neproběhlo u 85 respondentů (89 %), z toho u 55 žen (57 %) a u 30 mužů (32 %).

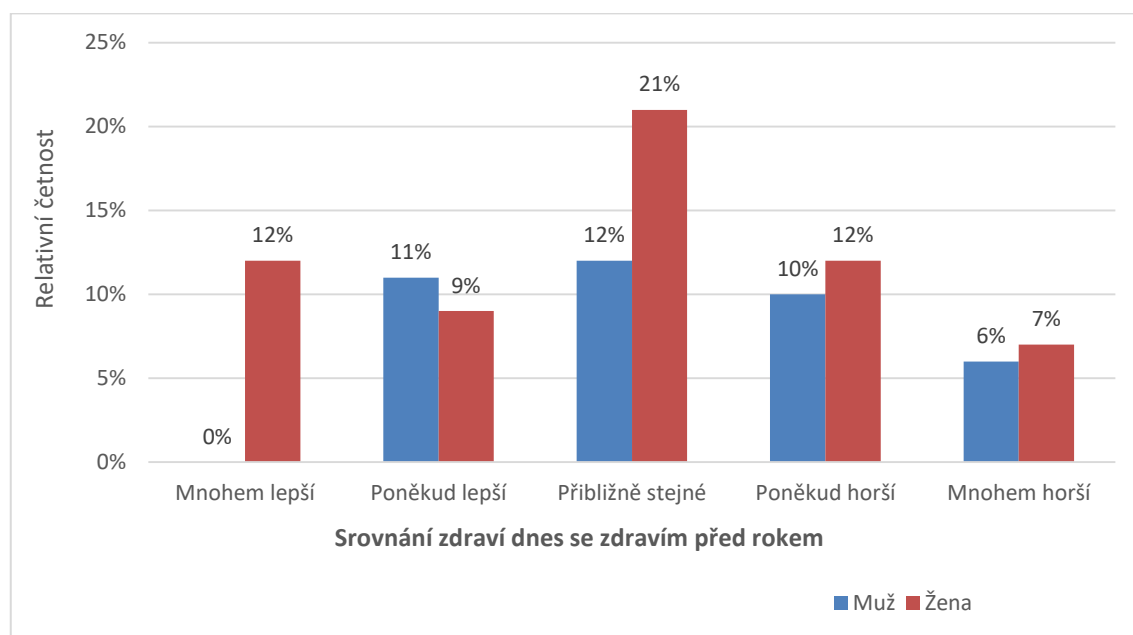
Otázka č. 4: Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 4 Hodnocení zdraví celkově

Z uvedeného grafu je zřejmé, že 42 respondentů (44 %), z toho 23 žen (24 %) a 19 mužů (20 %), považuje své zdraví za docela dobré. Jako dobré hodnotí své zdraví 25 respondentů (26 %), z toho 16 žen (17 %) a 9 mužů (9 %). Jako špatné své zdraví hodnotí 16 respondentů (16 %), z toho 8 žen (8 %) a 8 mužů (8 %). Za velmi dobré označilo své zdraví 13 respondentů (14 %), z toho 11 žen (12 %) a 2 muži (2 %). Žádný respondent nehodnotí své zdraví jako výtečné.

Otázka č. 5: Jak byste hodnotil/a své zdraví ve srovnání se stavem před rokem?

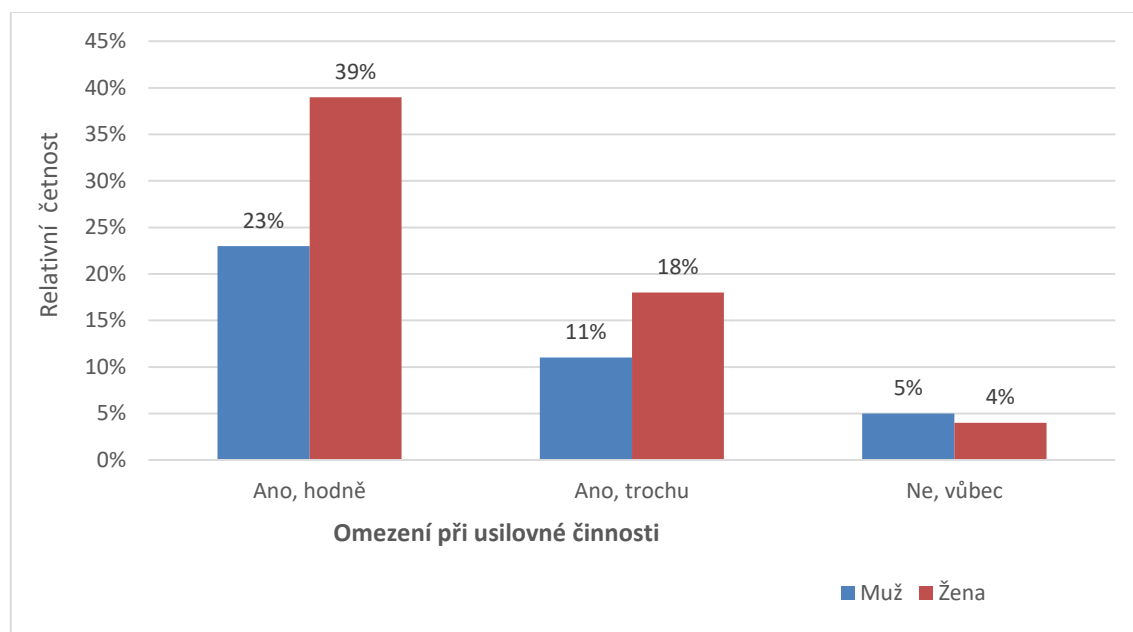


Graf 5 Srovnání zdraví dnes se zdravím před rokem

Graf 5 ukazuje, jak respondenti hodnotí své zdraví dnes se srovnáním se zdravím před rokem. Jako přibližně stejné hodnotí 32 respondentů (33 %), z toho 20 žen (21 %) a 12 mužů (12 %). Jako poněkud horší hodnotí své zdraví 21 respondentů (22 %), z toho 11 žen (12 %) a 10 mužů (10 %). Za poněkud lepší považuje své zdraví 19 respondentů (20 %), z toho 9 žen (9 %) a 10 mužů (11 %). Jako mnohem horší označilo své zdraví 13 respondentů (13 %), z toho 7 žen (7 %) a 6 mužů (6 %). Možnost ohodnotit své zdraví jako mnohem lepší než před rokem využilo 11 žen (12 %) a žádný muž.

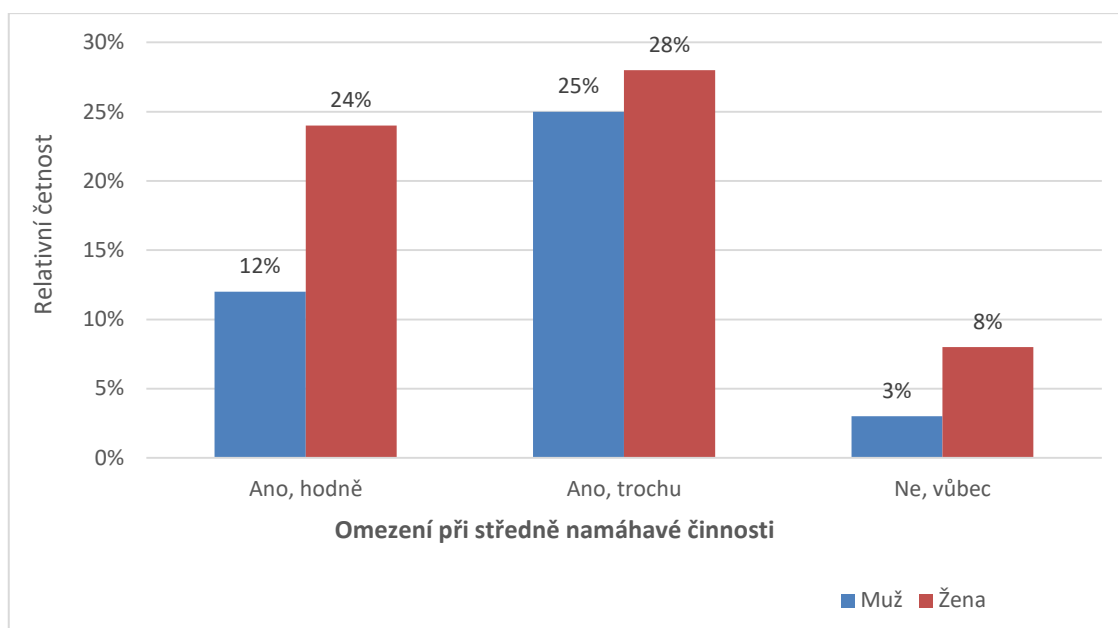
Otázka č. 6: Následující otázky se týkají činností, které někdy dělááte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Otázka č. 6 obsahuje deset podotázek. Graf 6 až graf 15 se vztahují k této otázce.



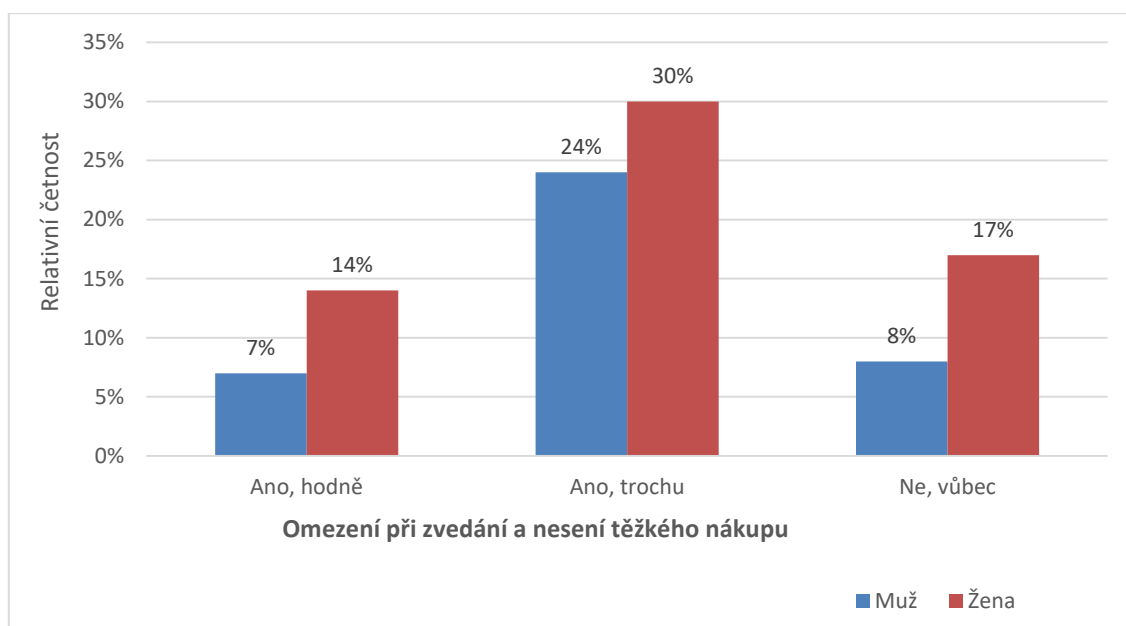
Graf 6 Omezení při usilovné činnosti

V grafu 5 jsou uvedeny odpovědi respondentů, kteří odpovídali, zda je jejich zdraví omezuje v usilovných činnostech jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů. 59 respondentů (62 %), z toho 37 žen (39 %) a 22 mužů (23 %), uvedlo, že jsou hodně omezeni. 28 respondentů (29 %), z toho 17 žen (18 %) a 11 mužů (11 %) je omezeno trochu. Vůbec není omezeno 9 respondentů (9 %), z toho 4 ženy (4 %) a 5 mužů (5 %).



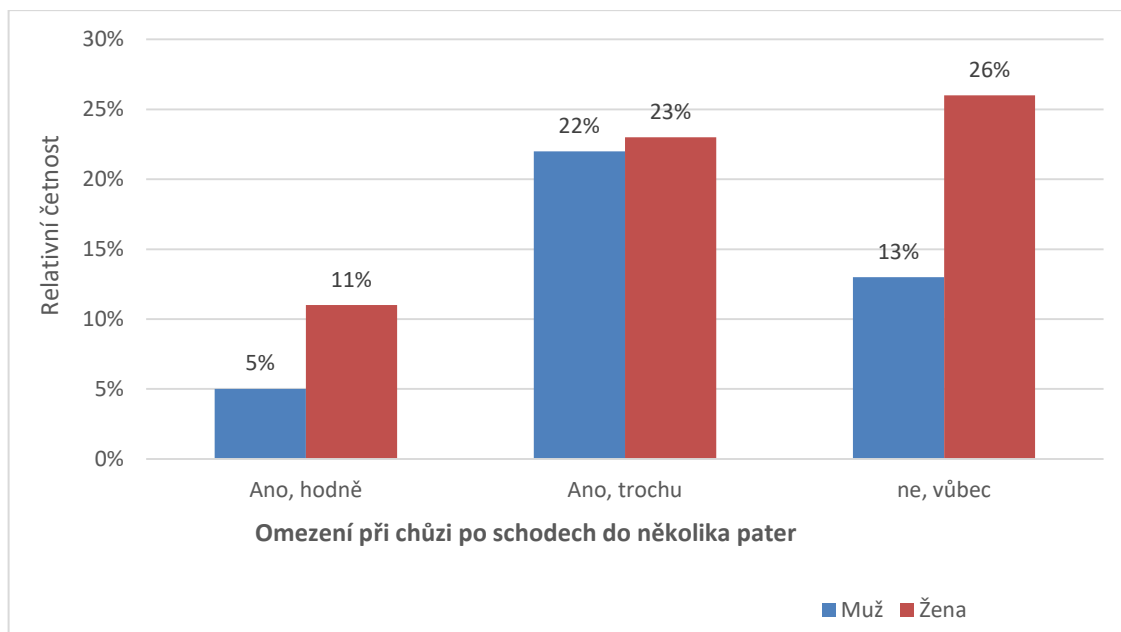
Graf 7 Omezení při středně namáhavé činnosti

V grafu 7 je vyjádřeno, jak respondenty omezuje zdraví při středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole. Odpověď ano, trochu zvolilo 51 respondentů (53 %), z toho 27 žen (28 %) a 24 mužů (25 %). Odpověď ano, hodně uvedlo 34 respondentů (36 %), z toho 23 žen (24 %) a 11 mužů (12 %). Odpověď ne, vůbec vybralo 11 respondentů (11 %), z toho 8 žen (8 %) a 3 muži (3 %).



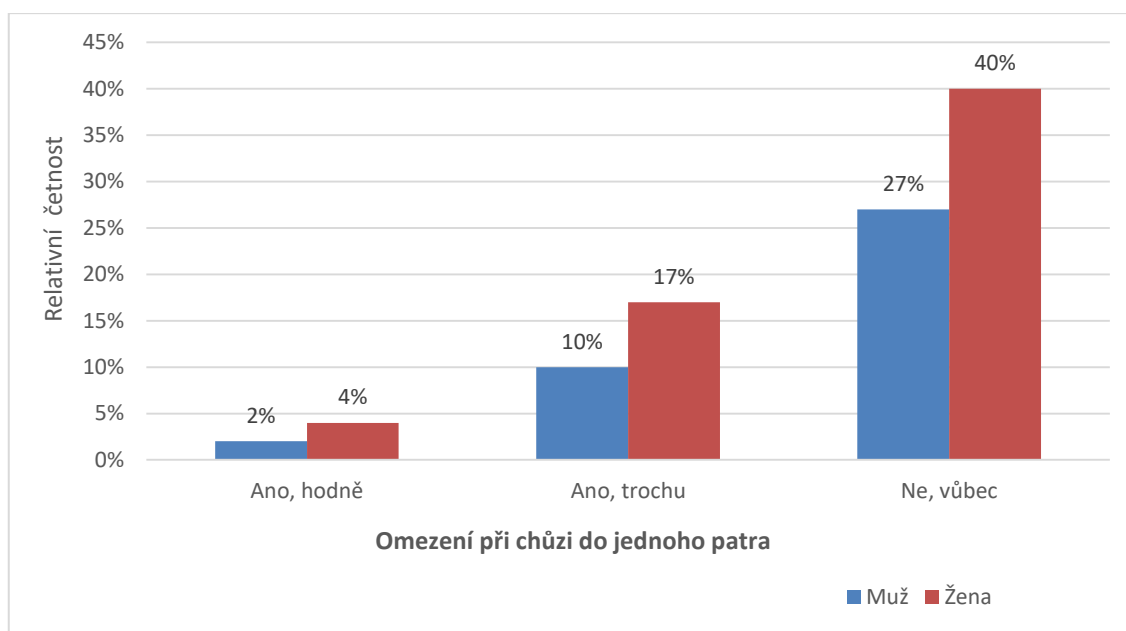
Graf 8 Omezení při zvedání a nesení těžkého nákupu

Graf 8 zobrazuje, jak jsou respondenti omezeni svým zdravím při zvedání a nesení těžkého nákupu. Odpověď ano, trochu zvolilo 52 respondentů (54 %), z toho 29 žen (30 %) a 23 mužů (24 %). Odpověď ne, vůbec uvedlo 24 respondentů (25 %), z toho 16 žen (17 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď ano, hodně vybralo 20 respondentů (21 %), z toho 13 žen (14 %) a 7 mužů (7 %).



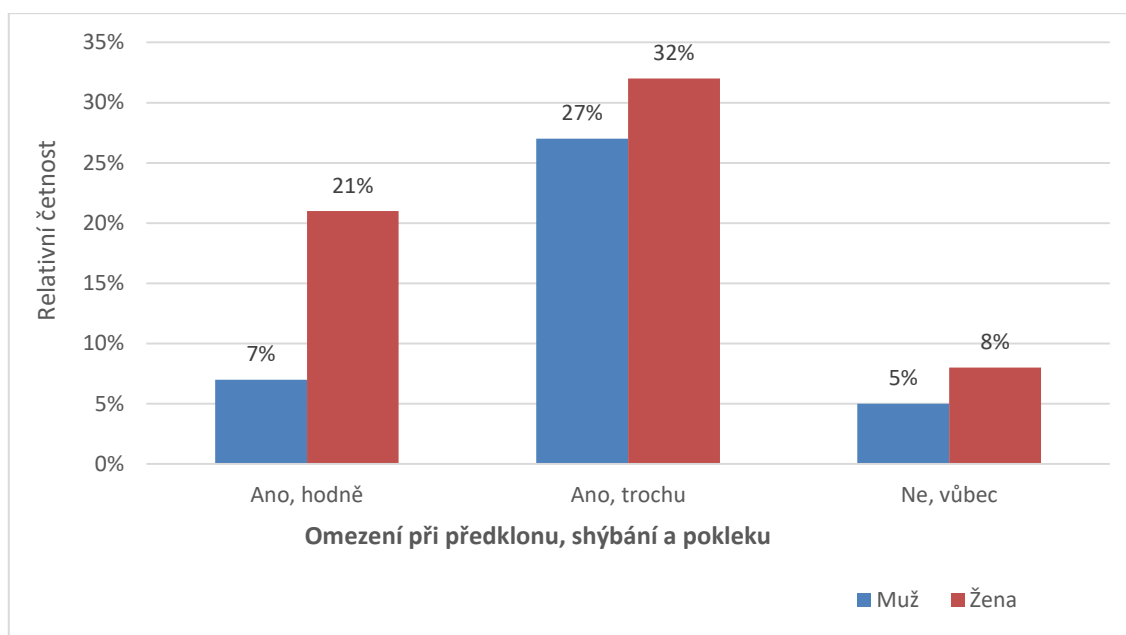
Graf 9 Omezení při chůzi po schodech do několika pater

V grafu 9 je vyjádřeno, jak respondenty omezuje zdraví, když musí vyjít po chodech několik pater. Odpověď ano, trochu zvolilo 43 respondentů (45 %), z toho 22 žen (23 %) a 21 mužů (22 %). Odpověď ne, vůbec uvedlo 37 respondentů (39 %), z toho 25 žen (26 %) a 12 mužů (13 %). Odpověď ano, hodně vybralo 16 respondentů (16 %), z toho 11 žen (11 %) a 5 mužů (5 %).



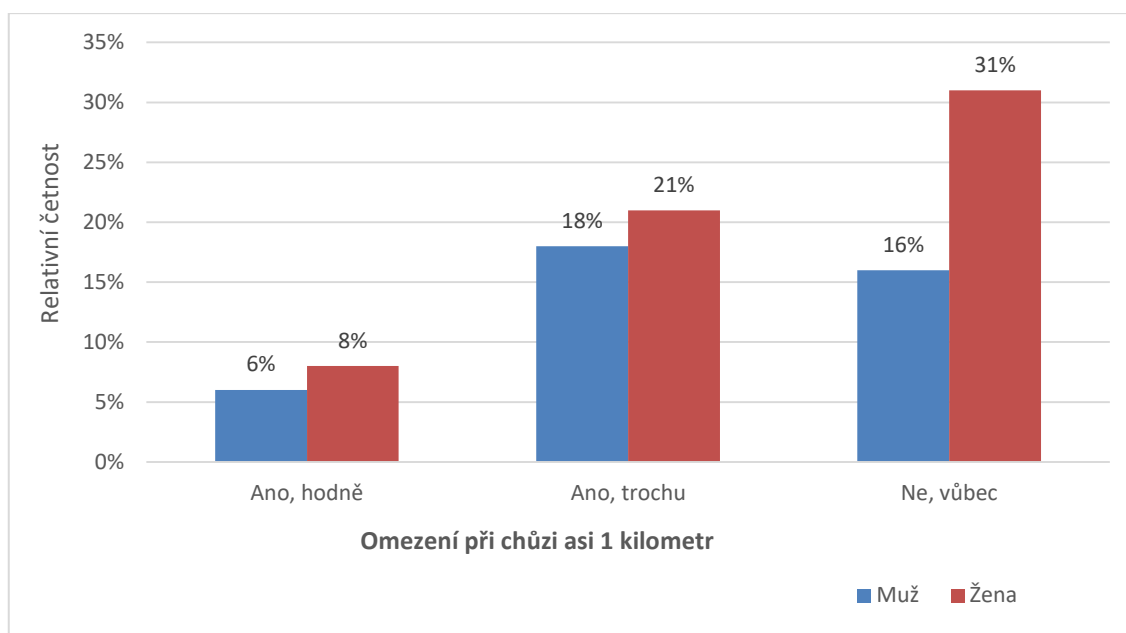
Graf 10 Omezení při chůzi do jednoho patra

Z grafu 10 vyplývá, jak respondenty omezuje zdraví, když musí vyjít po schodech jedno patro. Odpověď ne, vůbec zvolilo 64 respondentů (67 %), z toho 38 žen (40 %) a 26 mužů (27 %). Odpověď ano, trochu uvedlo 26 respondentů (27 %), z toho 16 žen (17 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď ano, hodně si vybralo 6 respondentů (6 %), z toho 4 ženy (4 %) a 2 muži (2 %).



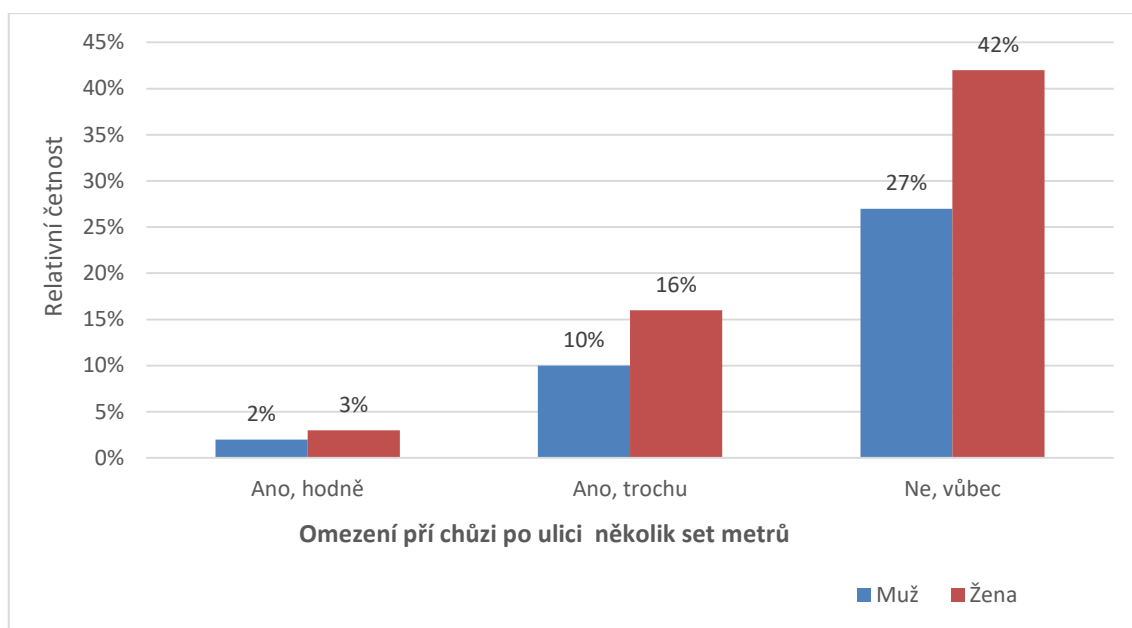
Graf 11 Omezení při předklonu, shýbání a pokleku

Z grafu 11 můžeme vyčíst, jak omezuje zdraví respondenty při předklonu, shýbání a pokleku. Odpověď ano, trochu zvolilo 56 respondentů (59 %), z toho 30 žen (32 %) a 26 mužů (27 %). Odpověď ano, hodně uvedlo 27 respondentů (28 %), z toho 20 žen (21 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď ne, vůbec označilo 13 respondentů (13 %), z toho 8 žen (8 %) a 5 mužů (5 %).



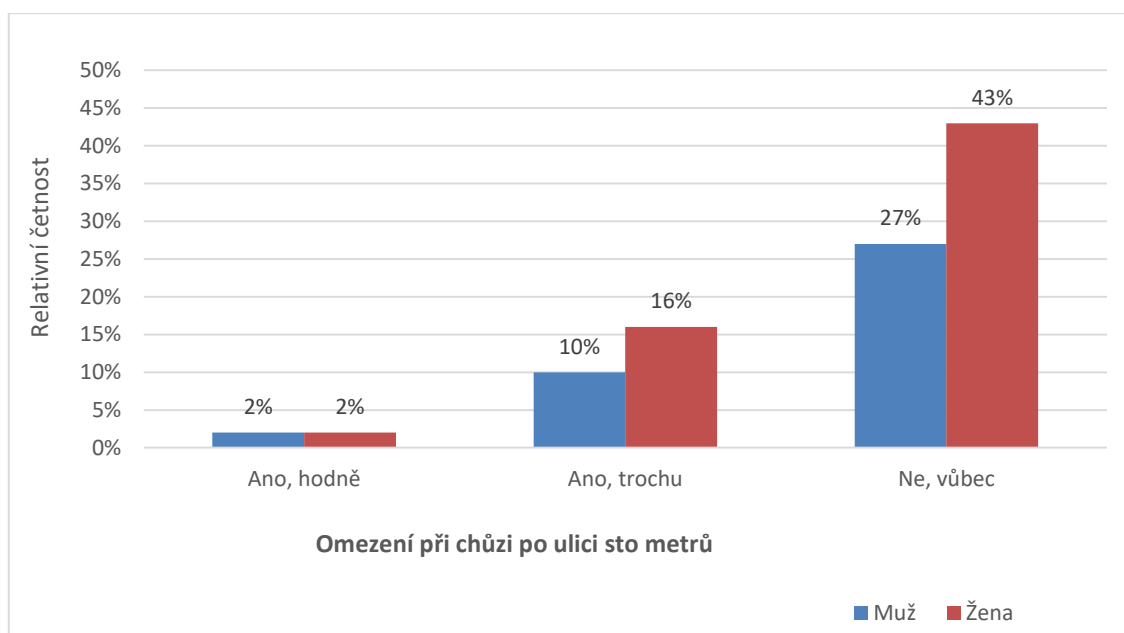
Graf 12 Omezení při chůzi asi 1 kilometr

Graf 12 zobrazuje, jak zdraví omezuje respondenty při chůzi dlouhé asi 1 kilometr. Odpověď ne, vůbec zvolilo 45 respondentů (47 %), z toho 30 žen (31 %) a 15 mužů (16 %). Odpověď ano, trochu vybralo 37 respondentů (39 %), z toho 20 žen (21 %) a 17 mužů (18 %). Odpověď ano, hodně uvedlo 14 respondentů (14 %), z toho 8 žen (8 %) a 6 mužů (6 %).



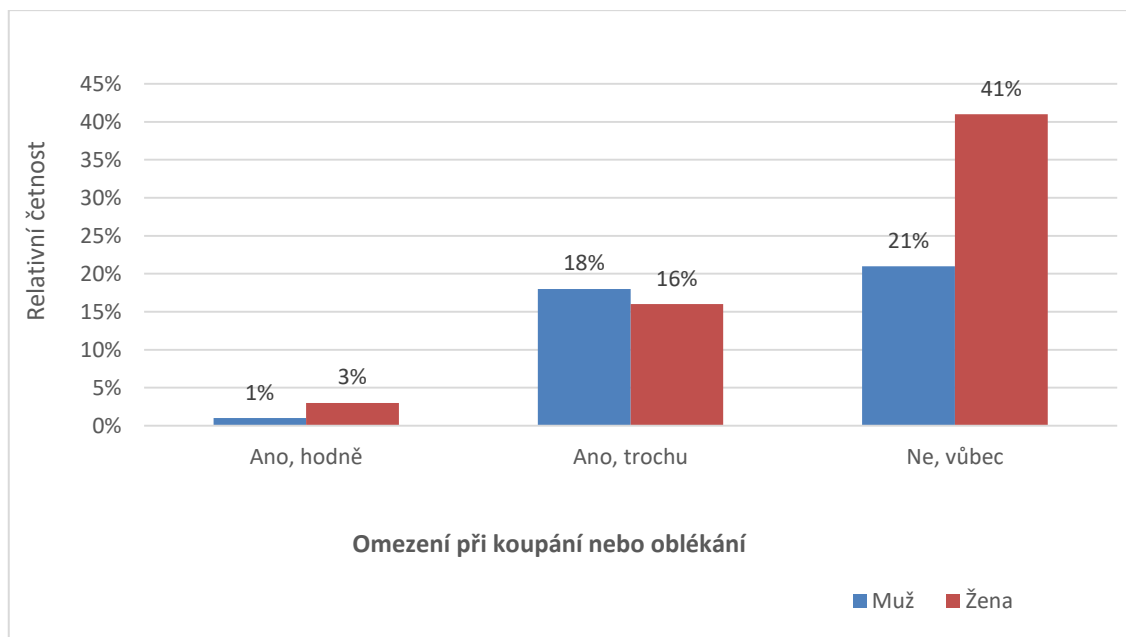
Graf 13 Omezení při chůzi po ulici několik set metrů

V grafu 13 je znázorněno, jak zdraví omezuje respondenty při chůzi po ulici několik set metrů. Odpověď ne, vůbec zvolilo 66 respondentů (69 %), z toho 40 žen (42 %) a 26 mužů (27 %). Odpověď ano, trochu uvedlo 25 respondentů (26 %), z toho 15 žen (16 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď ano, hodně vybralo 5 respondentů (5 %), z toho 3 ženy (3 %) a 2 muži (2 %).



Graf 14 Omezení při chůzi po ulici sto metrů

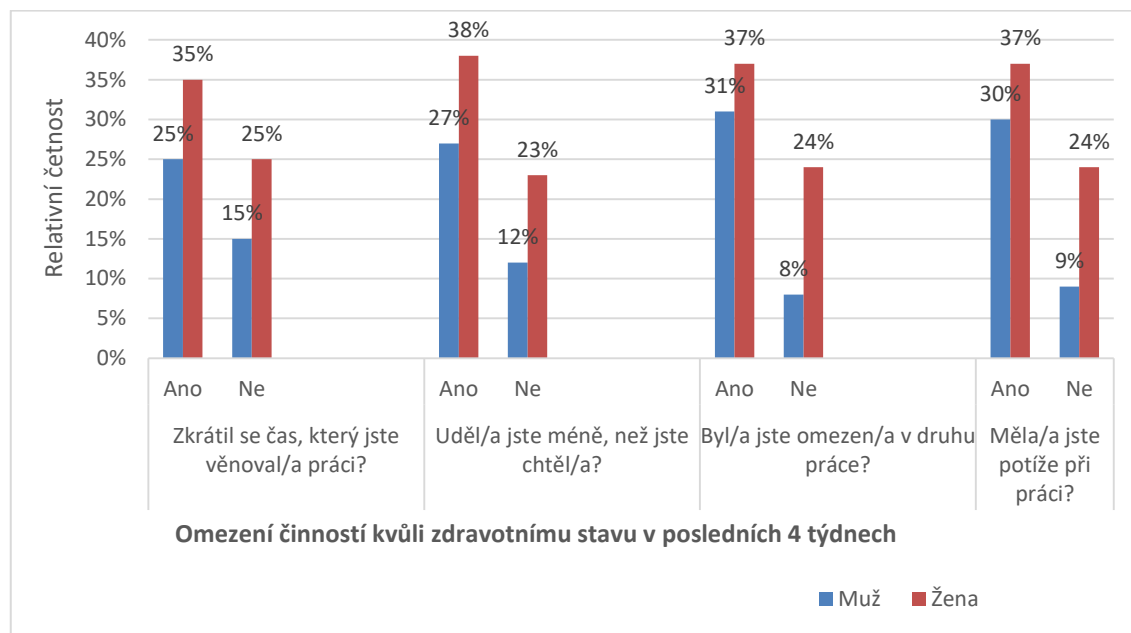
Z grafu 15 lze vyčíst, do jaké míry jsou respondenti omezení svým zdravím při chůzi po ulici sto metrů. Odpověď ne, vůbec označilo 67 respondentů (70 %), z toho 41 žen (43 %) a 26 mužů (27 %). Odpověď ano, trochu si vybralo 25 respondentů (26 %), z toho 15 žen (16 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď ano, hodně uvedli 4 respondenti (4 %), z toho 2 ženy (2 %) a 2 muži (2 %).



Graf 15 Omezení při koupání nebo oblékání

Graf 15 znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti omezeni svým zdravím při koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. Odpověď ne, vůbec označilo 59 respondentů (62 %), z toho 39 žen (41 %) a 20 mužů (21 %). Odpověď ano, trochu uvedlo 33 respondentů (34 %), z toho 16 žen (16 %) a 17 mužů (18 %). Odpověď ano, hodně zvolili 4 respondenti (4 %), z toho 3 ženy (3 %) a 1 muž (1 %).

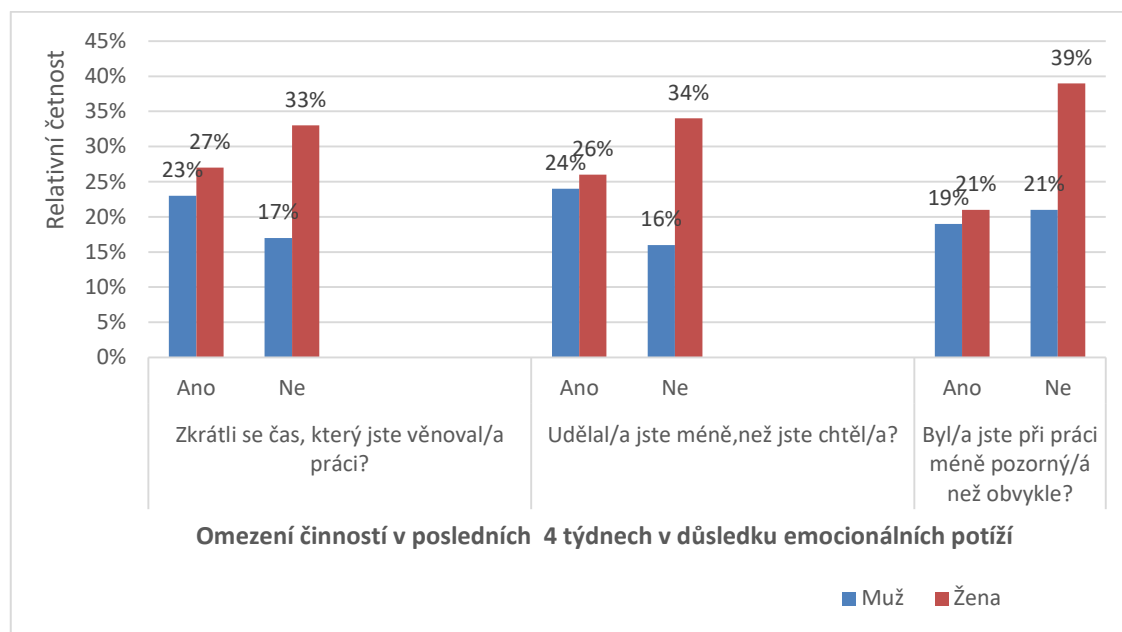
Otázka č. 7: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?



Graf 16 Omezení činností kvůli zdravotnímu stavu v posledních 4 týdnech

Graf 16 znázorňuje, zda se u respondentů vyskytly problémy při práci nebo při běžné činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím. Na otázku, zda se zkrátil čas, který věnovali práci, odpovědělo kladně 58 respondentů (60 %), z toho 34 žen (35 %) a 24 mužů (25 %). Záporně odpovědělo 38 respondentů (40 %), z toho 24 žen (25 %) a 14 mužů (15 %). Na otázku, zda udělali méně, než chtěli, odpovědělo kladně 62 respondentů (65 %), z toho 36 žen (38 %) a 26 mužů (27 %). Záporně odpovědělo 34 respondentů (35 %), z toho 22 žen (23 %) a 12 mužů (12 %). Na otázku, zda byli omezeni v druhu práce, odpovědělo kladně 65 respondentů (68 %), z toho 35 žen (37 %) a 30 mužů (31 %). Záporně odpovědělo 31 respondentů (32 %), z toho 23 žen (24 %) a 8 mužů (8 %). Na otázku, zda měli potíže při práci, odpovědělo kladně 64 respondentů (67 %), z toho 35 žen (37 %) a 29 mužů (30 %). Záporně odpovědělo 32 respondentů (33 %), z toho 23 žen (24 %) a 9 mužů (9 %).

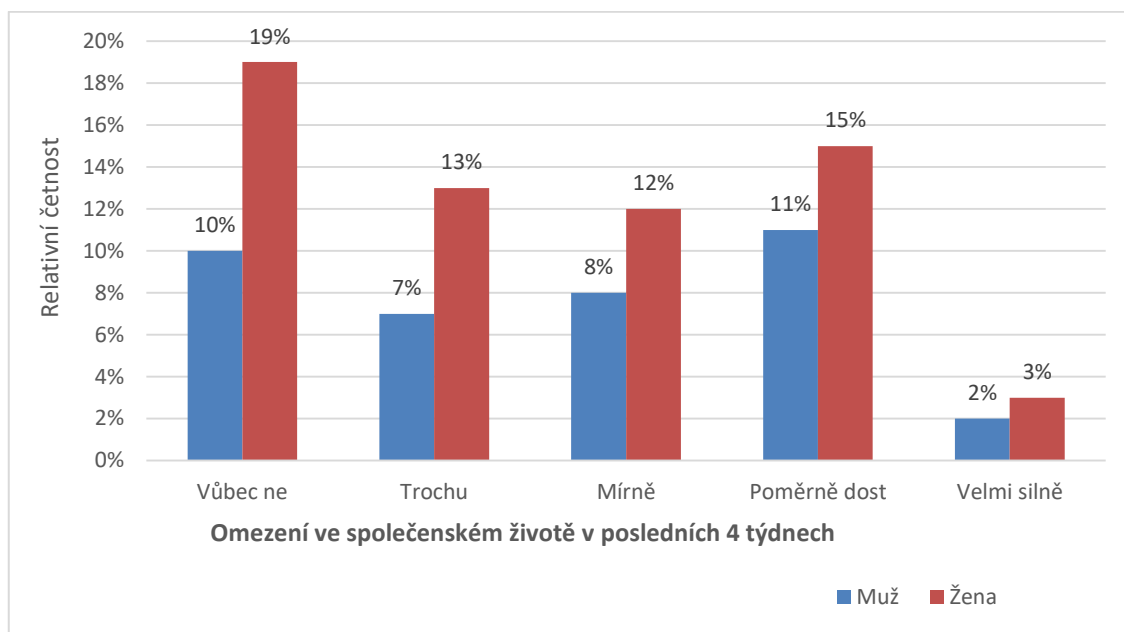
Otázka č. 8: Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?



Graf 17 Omezení činností v posledních 4 týdnech v důsledku emocionálních potíží

Graf 17 znázorňuje, zda se u respondentů vyskytly problémy při práci nebo při denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti). Na otázku, zda se zkrátil čas, který věnovali práci, odpovědělo kladně 48 respondentů (50 %), z toho 26 žen (27 %) a 22 mužů (23 %). Záporně odpovědělo 48 respondentů (50 %), z toho 32 žen (33 %) a 16 mužů (17 %). Na otázku, zda udělali méně, než chtěli, odpovědělo kladně 48 respondentů (50 %), z toho 25 žen (26 %) a 23 mužů (24 %). Záporně odpovědělo 48 respondentů (50 %), z toho 33 žen (34 %) a 15 mužů (16 %). Na otázku, zda byli při práci méně pozorný, než obvykle, odpovědělo kladně 38 respondentů (40 %), z toho 20 žen (21 %) a 18 mužů (19 %). Záporně odpovědělo 58 respondentů (60 %), z toho 38 žen (39 %) a 20 mužů (21 %).

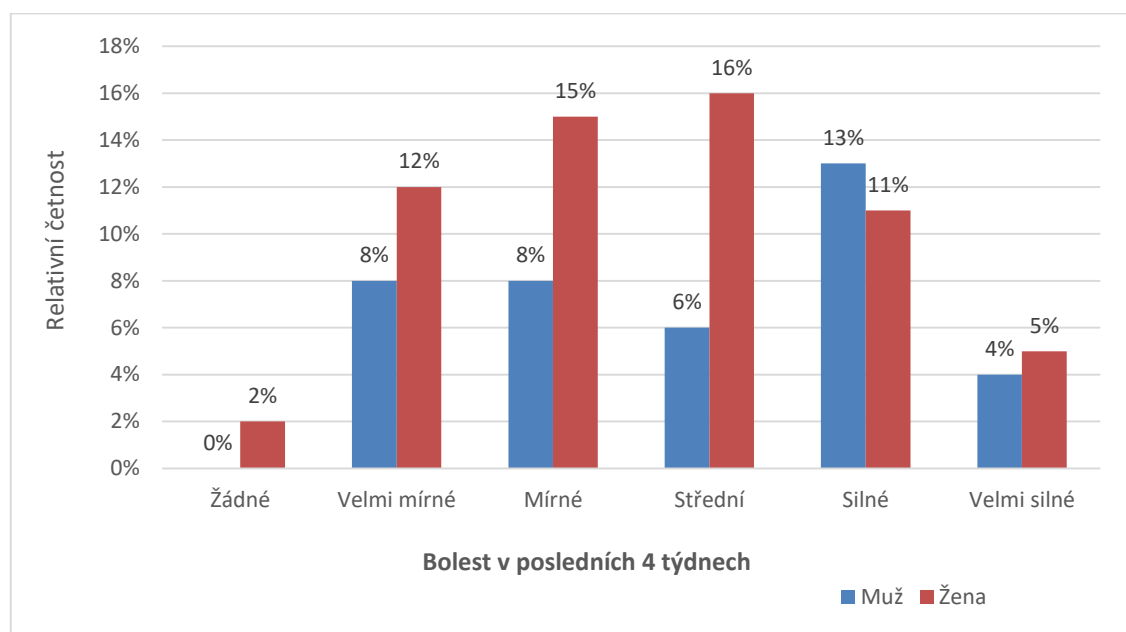
Otázka č. 9: Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?



Graf 18 Omezení ve společenském životě v posledních 4 týdnech

Z grafu 18 lze vyčíst, jak respondentům bránily jejich zdravotní nebo emocionální potíže v normálním společenském životě v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. Odpověď 'vůbec ne' označilo 28 respondentů (29 %), z toho 18 žen (19 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď 'poměrně dost' zvolilo 25 respondentů (26 %), z toho 14 žen (15 %) a 11 mužů (11 %). Odpověď 'trochu' vybralo 19 respondentů (20 %), z toho 12 žen (13 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď 'mírně' uvedlo 19 respondentů (20 %), z toho 11 žen (12 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď 'velmi silně' označilo 5 respondentů (5 %), z toho 3 ženy (3 %) a 2 muži (2 %).

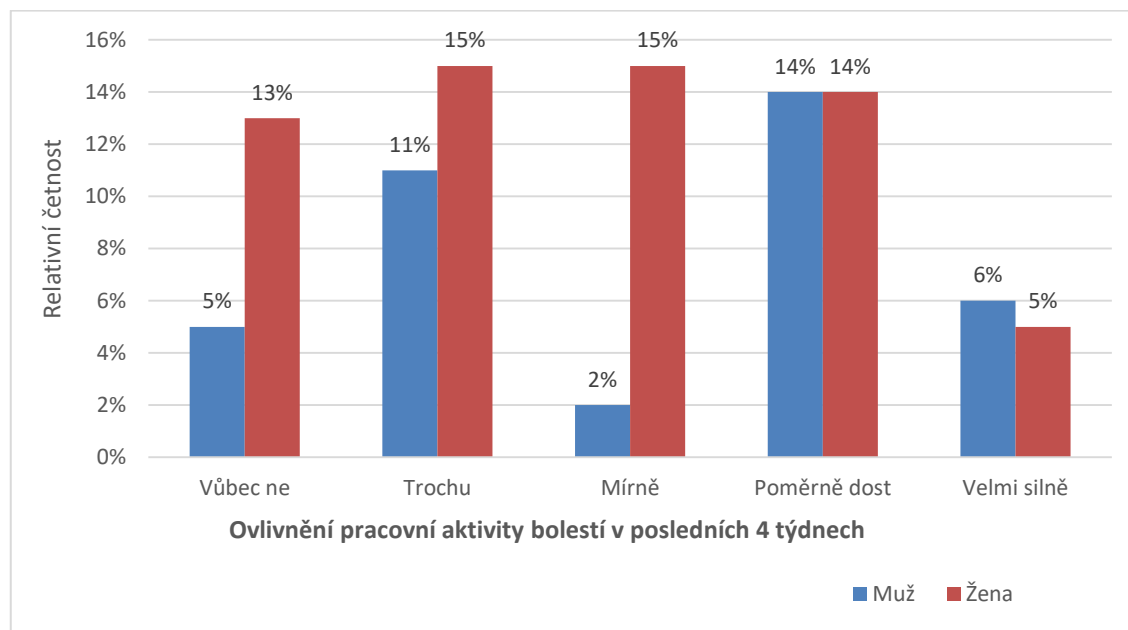
Otázka č. 10: Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?



Graf 19 Bolest v posledních 4 týdnech

Z grafu 19 vyplývá, že 23 respondentů (24 %), z toho 11 (11 %) žen a 12 mužů (13 %) označilo své bolesti za silné. Mírné bolesti označilo 22 respondentů (23 %), z toho 14 žen (15 %) a 8 mužů (8 %). Střední bolesti uvedlo 21 respondentů (22 %), z toho 15 žen (16 %) a 6 mužů (6 %). Velmi mírné bolesti uvedlo 19 respondentů (20 %), z toho 11 žen (12 %) a 8 mužů (8 %). Své bolesti za velmi silné označilo 9 respondentů (9 %), z toho 5 žen (5 %) a 4 muži (4 %). Žádné bolesti uvedly 2 ženy (2 %).

Otázka č. 11: Do jaké míry Vám bolesti bránili v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

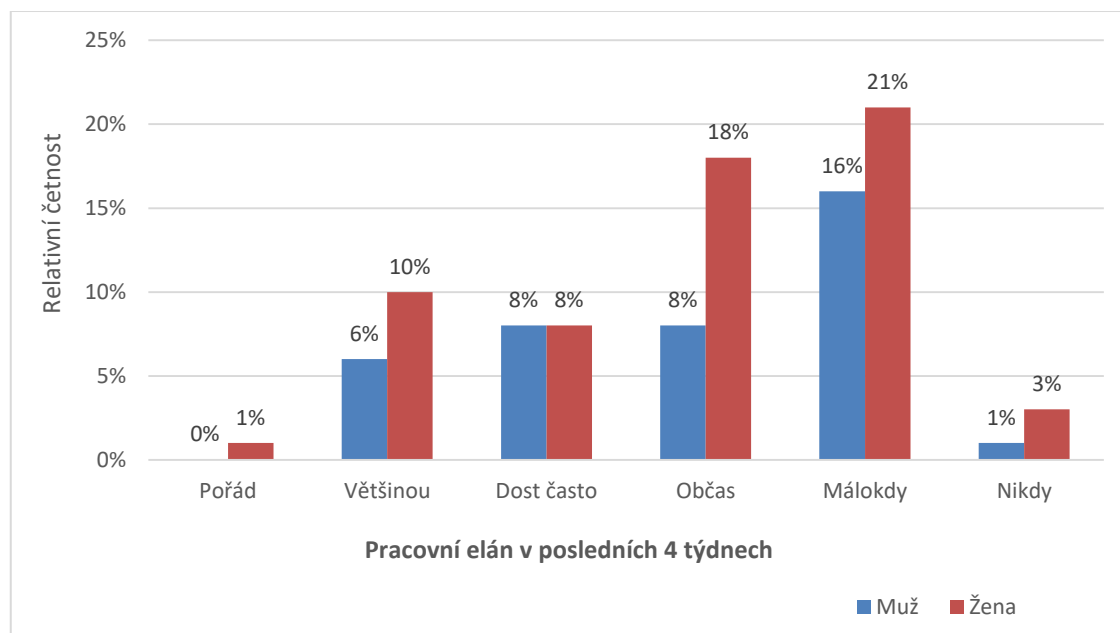


Graf 20 Ovlivnění pracovní aktivity bolestí v posledních 4 týdnech

Graf 20 zobrazuje, do jaké míry bránily bolesti respondentům v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech. Odpověď poměrně dost zvolilo 27 respondentů (28 %), z toho 13 žen (14 %) a 14 mužů (14 %). Odpověď trochu uvedlo 25 respondentů (26 %), z toho 14 žen (15 %) a 11 mužů (11 %). Odpověď vůbec ne označilo 17 respondentů (18 %), z toho 12 žen (13 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď mírně vybralo 16 respondentů (17 %), z toho 14 žen (15 %) a 2 muži (2 %). Odpověď velmi silně označilo 11 respondentů (11 %), z toho 5 žen (5 %) a 6 mužů (6 %).

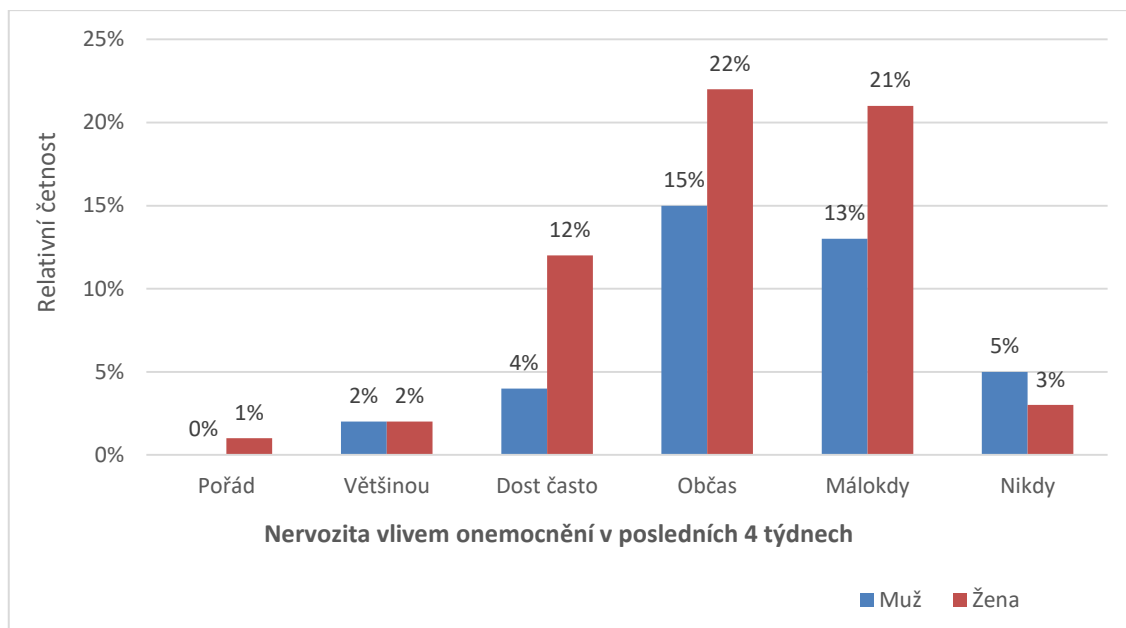
Otázka č. 12: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Otázka 12 obsahuje devět podotázek. Grafy 21 až 29 se vztahují k otázce 11.



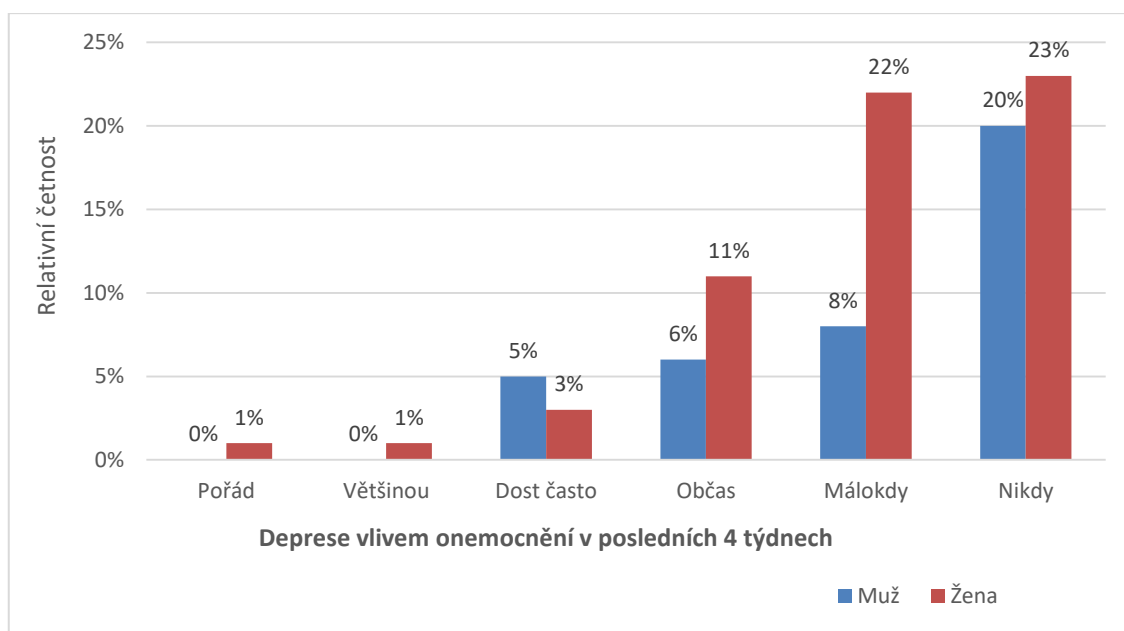
Graf 21 Pracovní elán v posledních 4 týdnech

Graf 21 zobrazuje, jak často se dotazovaní cítili plni elánu v posledních 4 týdnech. Odpověď málokdy označilo 36 respondentů (37 %), z toho 20 žen (21 %) a 16 mužů (16 %). Odpověď občas zvolilo 25 respondentů (26 %), z toho 17 žen (18 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď dost často uvedlo 15 respondentů (16 %), z toho 8 žen (8 %) a 7 mužů (8 %). Odpověď většinou uvedlo 15 respondentů (16 %), z toho 9 žen (10 %) a 6 mužů (6 %). Odpověď nikdy vybrali 4 respondenti (4 %), z toho 3 ženy (3 %) a 1 muž (1 %). Odpověď pořád zvolila 1 žena (1 %).



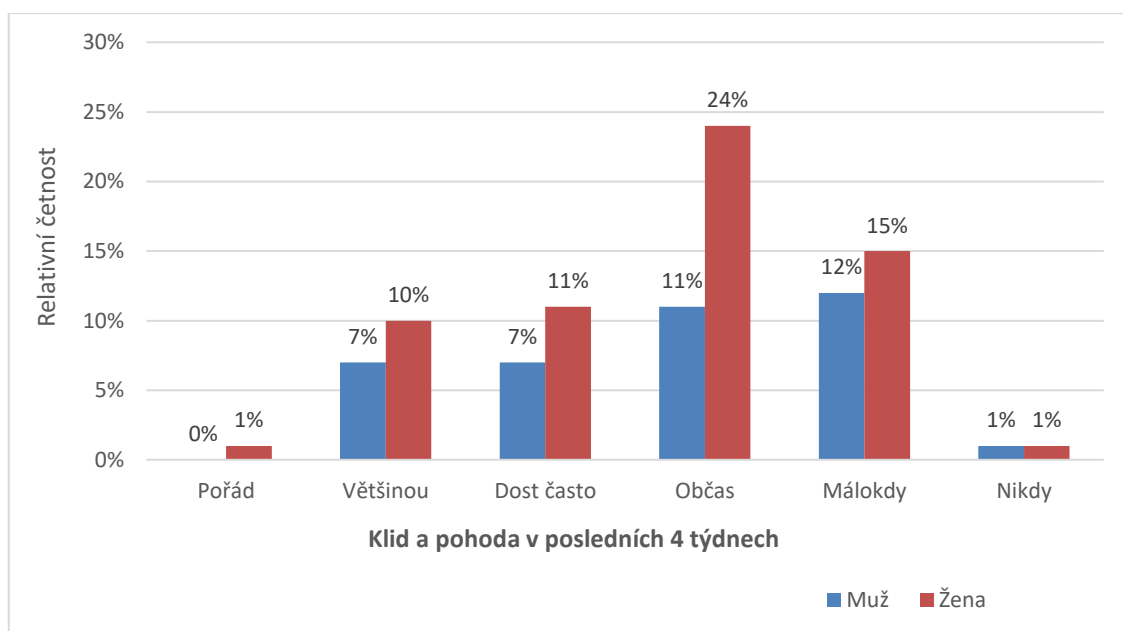
Graf 22 Nervozita vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech

Graf 22 znázorňuje, jak často byli respondenti nervózní v posledních 4 týdnech. Odpověď občas zvolilo 35 respondentů (37 %), z toho 21 žen (22 %) a 14 mužů (15 %). Odpověď málokdy uvedlo 33 respondentů (34 %), z toho 20 žen (21 %) a 13 mužů (13 %). Odpověď dost často vybralo 15 respondentů (16 %), z toho 11 žen (12 %) a 4 muži (4 %). Odpověď nikdy zvolilo 8 respondentů (8 %), z toho 3 ženy (3 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď většinou označili 4 respondenti (4 %), z toho 2 ženy (2 %) a 2 muži (2 %). Odpověď pořád uvedla 1 žena (1 %).



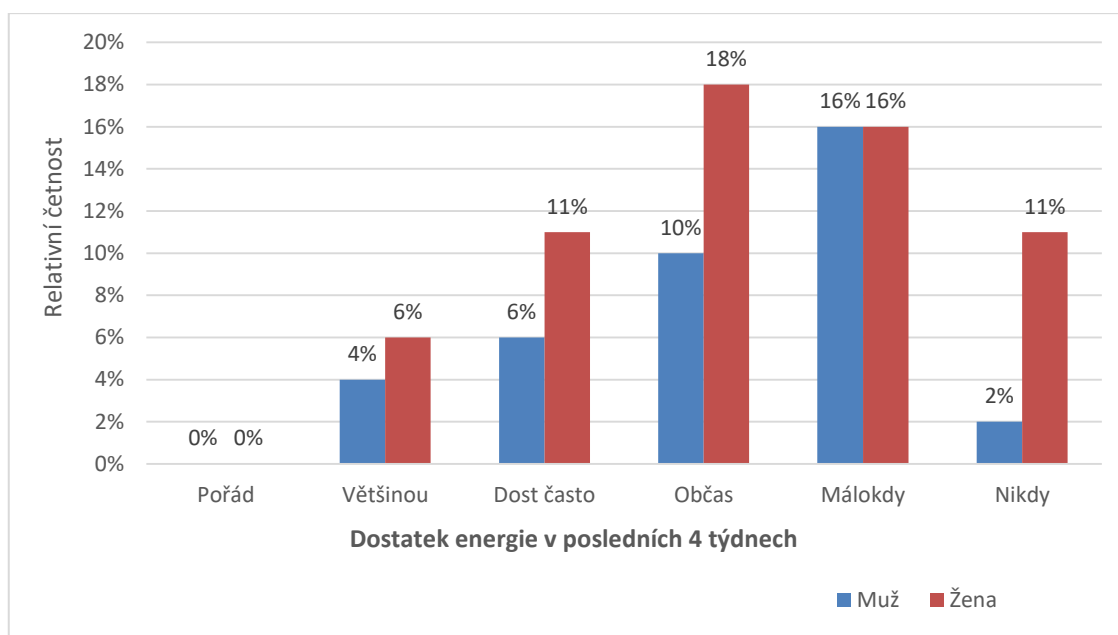
Graf 23 Deprese vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech

Z grafu 23 lze vyčíst, jak často měli respondenti depresi tak silnou, že je nic nerozveselilo. Odpověď nikdy označilo 41 respondentů (43 %), z toho 22 žen (23 %) a 19 mužů (20 %). Odpověď málokdy zvolilo 29 respondentů (30 %), z toho 21 žen (22 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď občas uvedlo 16 respondentů (17 %), z toho 10 žen (11 %) a 6 mužů (6 %). Odpověď dost často vybralo 8 respondentů (8 %), z toho 3 ženy (3 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď většinou označila 1 žena (1 %). Odpověď pořád označila 1 žena (1 %).



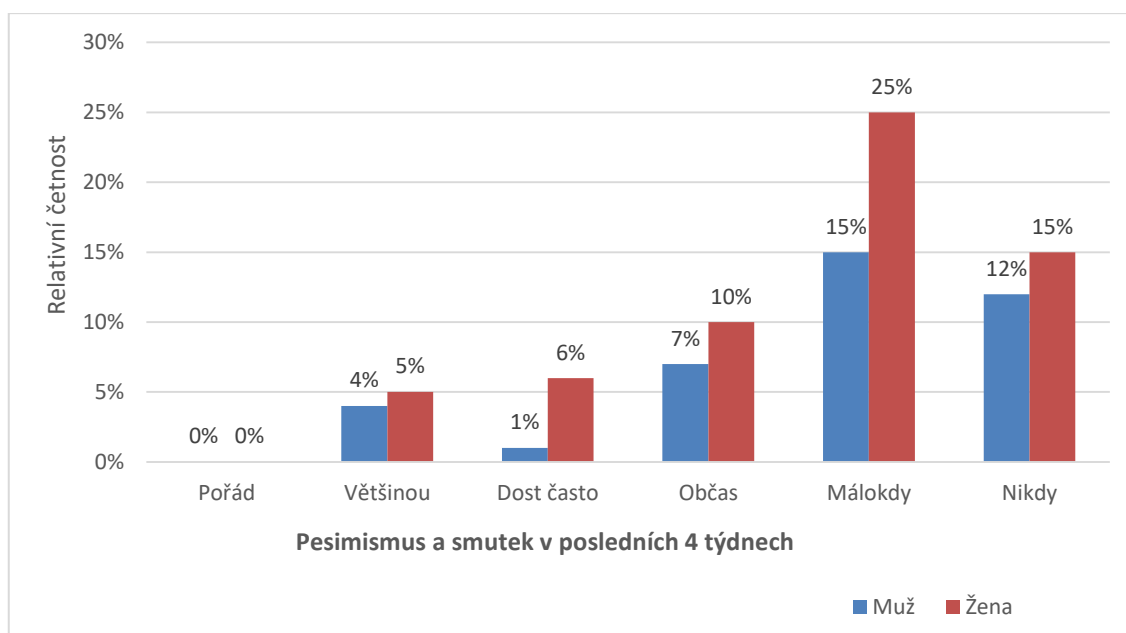
Graf 24 Klid a pohoda v posledních 4 týdnech

Graf 24 znázorňuje, jak často respondenti pociťovali klid a pohodu v posledních 4 týdnech. Odpověď občas označilo 34 respondentů (35 %), z toho 23 žen (24 %) a 11 mužů (11 %). Odpověď málokdy zvolilo 26 respondentů (27 %), z toho 14 žen (15 %) a 12 mužů (12 %). Odpověď dost často uvedlo 17 respondentů (18 %), z toho 10 žen (11 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď většinou vybralo 16 respondentů (17 %), z toho 9 žen (10 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď nikdy uvedli 2 respondenti (2 %), z toho 1 žena (1 %) a 1 muž (1 %). Odpověď pořád označila 1 žena (1 %).



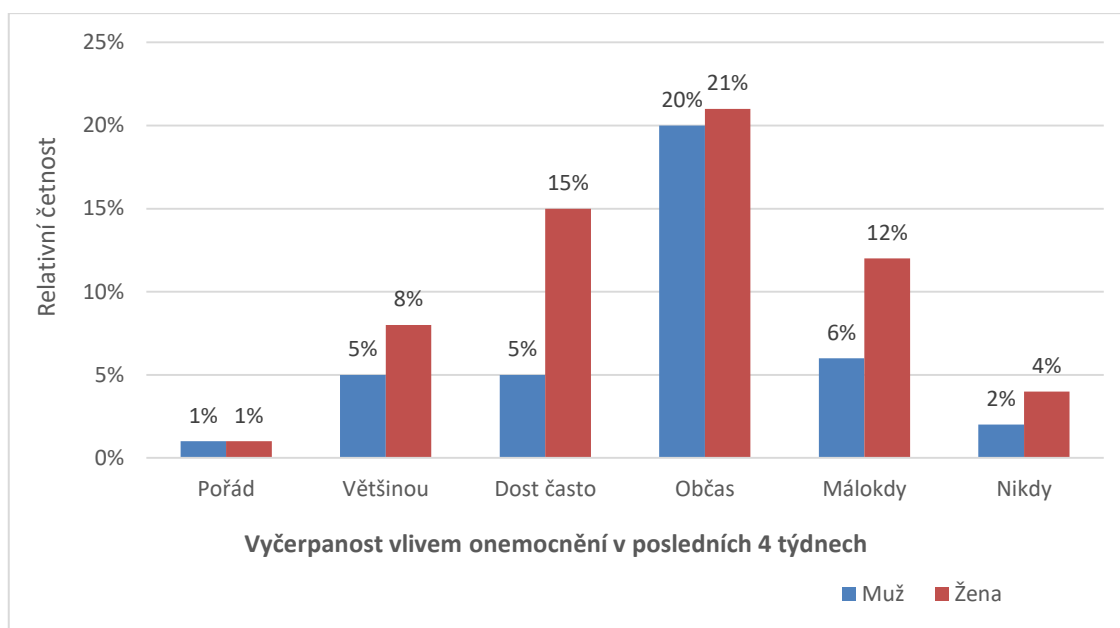
Graf 25 Dostatek energie v posledních 4 týdnech

Graf 25 zobrazuje, jak často respondenti byli plni energie. Odpověď málokdy označilo 31 respondentů (32 %), z toho 15 žen (16 %) a 16 mužů (16 %). Odpověď občas zvolilo 27 respondentů (28 %), z toho 17 žen (18 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď dost často zvolilo 16 respondentů (17 %), z toho 10 žen (11 %) a 6 mužů (6 %). Odpověď nikdy uvedlo 12 respondentů (13 %), z toho 10 žen (11 %) a 2 muži (2 %). Odpověď většinou vybralo 10 respondentů (10 %), z toho 6 žen (6 %) a 4 muži (4 %). Odpověď pořád nezvolil nikdo.



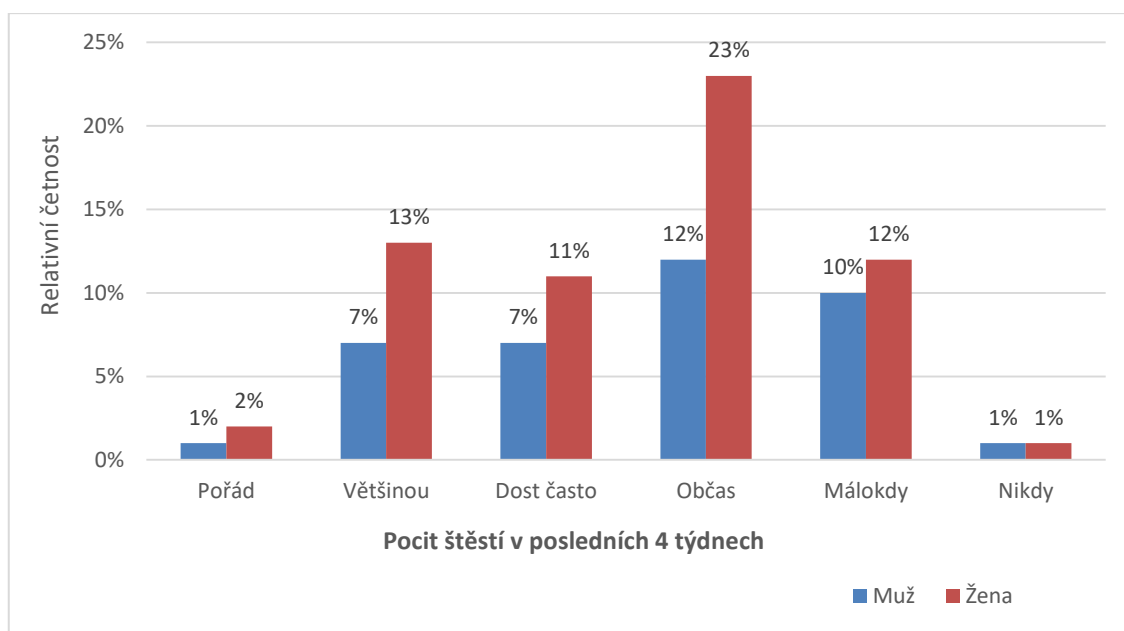
Graf 26 Pesimismus a smutek v posledních 4 týdnech

Graf 26 ukazuje, jak často respondenti pociťovali pesimismus a smutek v posledních 4 týdnech. Odpověď málokdy označilo 38 respondentů (40 %), z toho 24 žen (25 %) a 14 mužů (15 %). Odpověď nikdy zvolilo 26 respondentů (27 %), z toho 14 žen (15 %) a 12 mužů (12 %). Odpověď občas uvedlo 16 respondentů (17 %), z toho 9 žen (10 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď většinou vybralo 9 respondentů (9 %), z toho 5 žen (5 %) a 4 muži (4 %). Odpověď dost často označilo 7 respondentů (7 %), z toho 6 žen (6 %) a 1 muž (1 %). Odpověď pořád nezvolil nikdo.



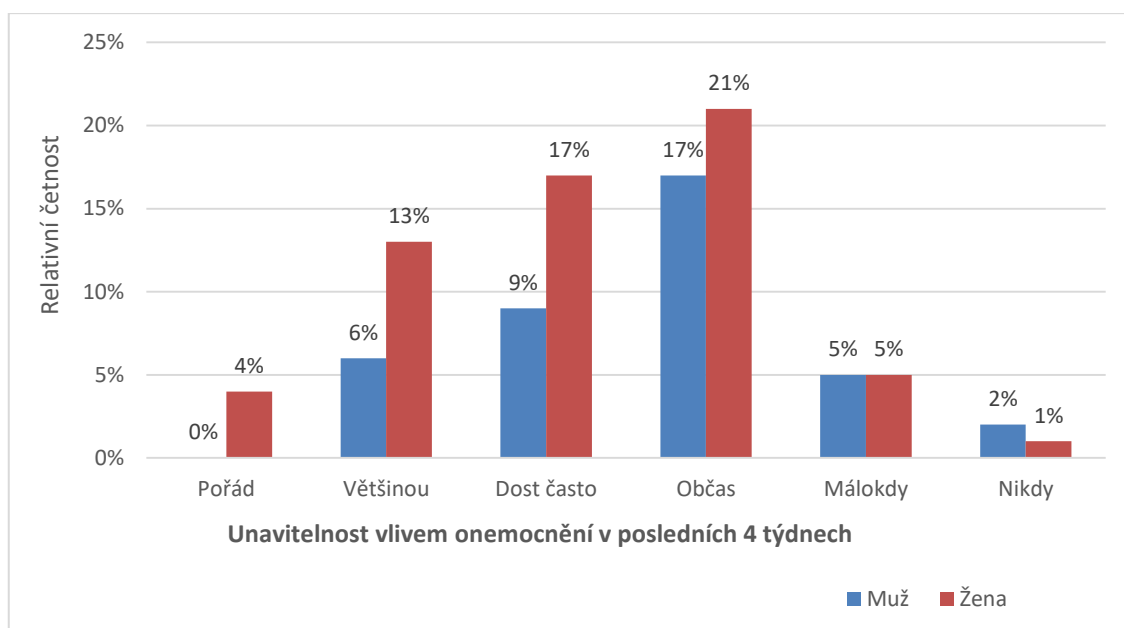
Graf 27 Vyčerpanost vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech

Z grafu 27 vyplývá, jak často se respondenti cítili vyčerpáni vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech. Odpověď občas označilo 39 respondentů (41 %), z toho 20 žen (21 %) a 19 mužů (20 %). Odpověď dost často zvolilo 19 respondentů (20 %), z toho 14 žen (15 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď málokdy uvedlo 17 respondentů (18 %), z toho 11 žen (12 %) a 6 mužů (6 %). Odpověď většinou vybralo 13 respondentů (13 %), z toho 8 žen (8 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď nikdy označilo 6 respondentů (6 %), z toho 4 ženy (4 %) a 2 muži (2 %). Odpověď pořád zvolili 2 respondenti (2 %), jedna žena (1 %) a jeden muž (1 %).



Graf 28 Pocit štěstí v posledních 4 týdnech

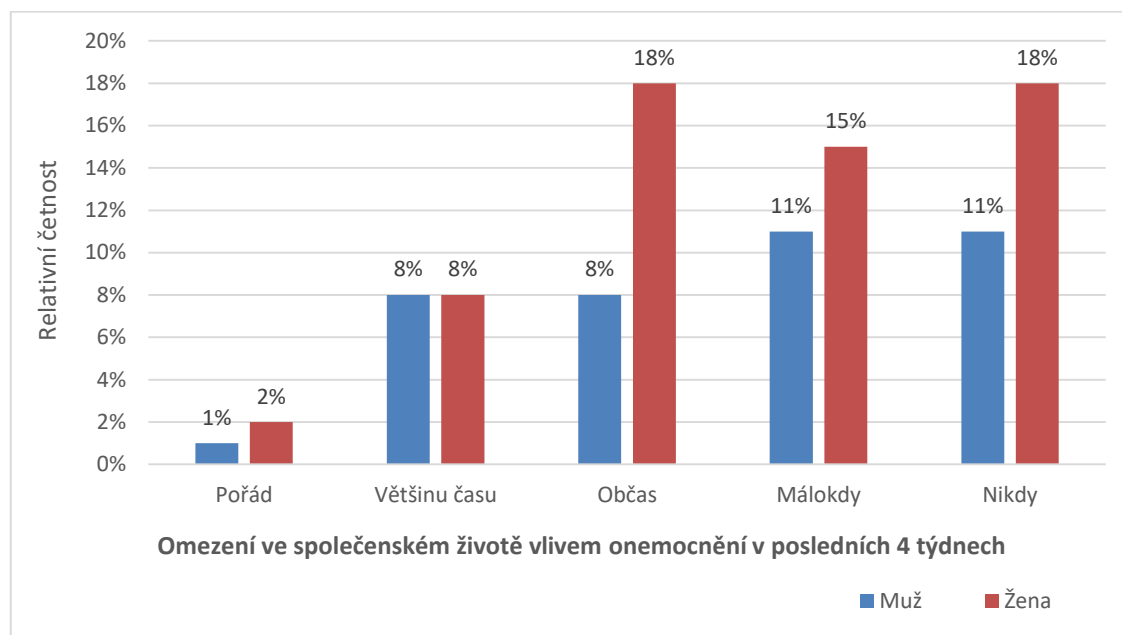
Graf 28 ukazuje, jak často se respondenti cítili šťastni v posledních 4 týdnech. Odpověď občas označilo 34 respondentů (35 %), z toho 22 žen (23 %) a 12 mužů (12 %). Odpověď málokdy zvolilo 21 respondentů (22 %), z toho 11 žen (12 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď většinou uvedlo 19 respondentů (20 %), z toho 12 žen (13 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď dost často vybralo 17 respondentů (18 %), z toho 10 žen (11 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď pořád označili 3 respondenti (3 %), z toho 2 ženy (2 %) a 1 muž (1 %). Odpověď nikdy zvolili dva respondenti (2 %), žena (1 %) a muž (1 %).



Graf 29 Unavitelnost vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech

Z grafu 29 vyplívá, jak často se respondenti cítili unaveni v posledních 4 týdnech. Odpověď občas označilo 36 respondentů (38 %), z toho 20 žen (21 %) a 16 mužů (17 %). Odpověď dost často zvolilo 25 respondentů (26 %), z toho 16 žen (17 %) a 9 mužů (9 %). Odpověď většinou vybralo 18 respondentů (19 %), z toho 12 žen (13 %) a 6 mužů (6 %). Odpověď málokdy označilo 10 respondentů (10 %), z toho 5 žen (5 %) a 5 mužů (5 %). Odpověď pořád označily 4 ženy (4 %). Odpověď nikdy zvolili 3 respondenti (3 %), z toho 1 žena (1 %) a 2 muži (2 %).

Otázka č. 13: Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel atd.)?

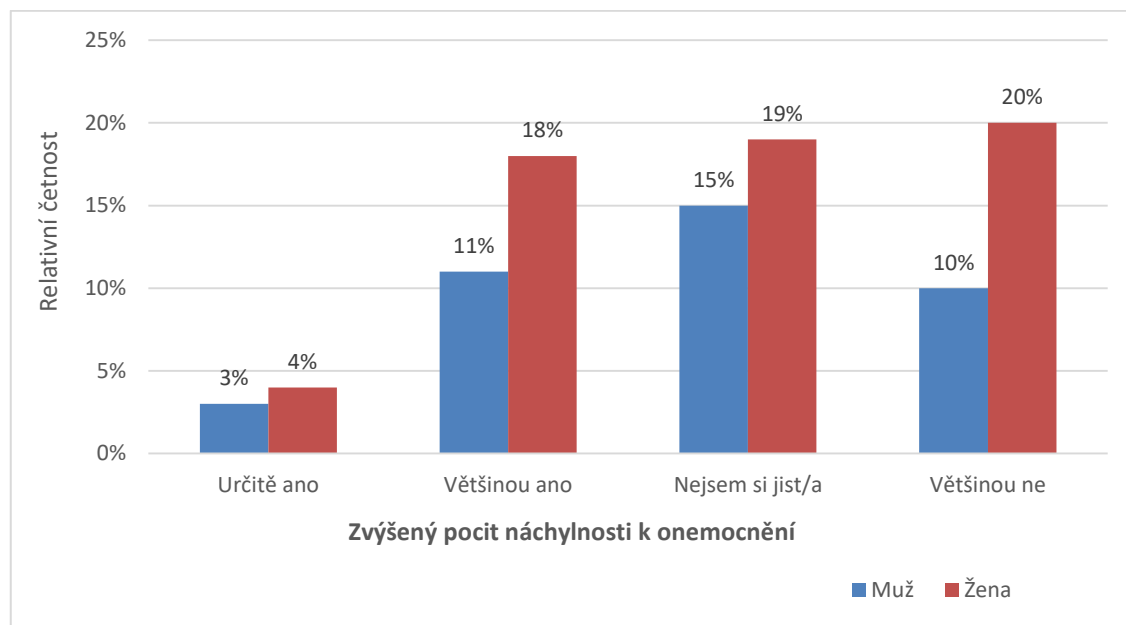


Graf 30 Omezení ve společenském životě vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech

Graf 30 znázorňuje, jak často bránily respondentům jejich zdravotní nebo emocionální obtíže ve společenském životě. Odpověď nikdy označilo 27 respondentů (29 %), z toho 17 žen (18 %) a 10 mužů (11 %). Odpověď málokdy zvolilo 25 respondentů (26 %), z toho 14 žen (15 %) a 11 mužů (11 %). Odpověď občas uvedlo 25 respondentů (26 %), z toho 17 žen (18 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď většinu času vybralo 16 respondentů (16 %), z toho 8 žen (8 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď pořád označili 3 respondenti (3 %), z toho 2 ženy (2 %) a 1 muž (1 %).

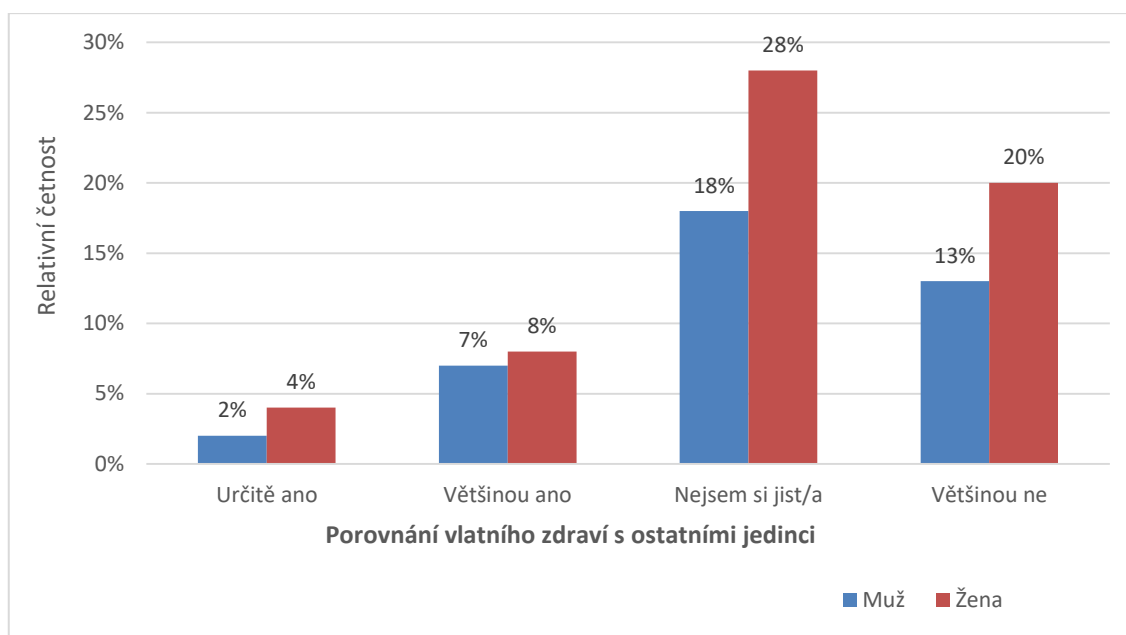
Otázka č. 14 : Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

Otázka 14 obsahuje čtyři podotázky. Grafy 31 až 34 se vztahují k otázce 14.



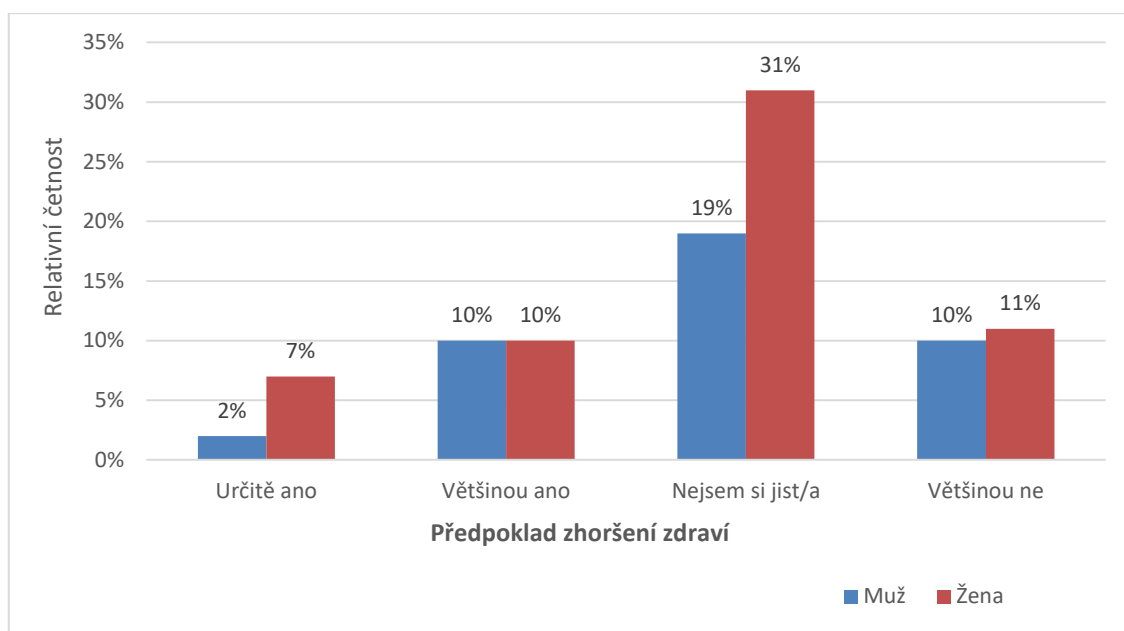
Graf 31 Zvýšený pocit náchylnosti k onemocnění

Graf 31 nám zobrazuje, zda se respondentům zdá, že onemocní poněkud snadněji než ostatní. Odpověď nejsem si jist/a označilo 32 respondentů (34 %), z toho 18 žen (19 %) a 14 mužů (15 %). Odpověď většinou ne uvedlo 29 respondentů (30 %), z toho 19 žen (20 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď většinou ano vybralo 28 respondentů (29 %), z toho 17 žen (18 %) a 11 mužů (11 %). Odpověď určitě ano označilo 7 respondentů (7 %), z toho 4 ženy (4 %) a 3 muži (3 %).



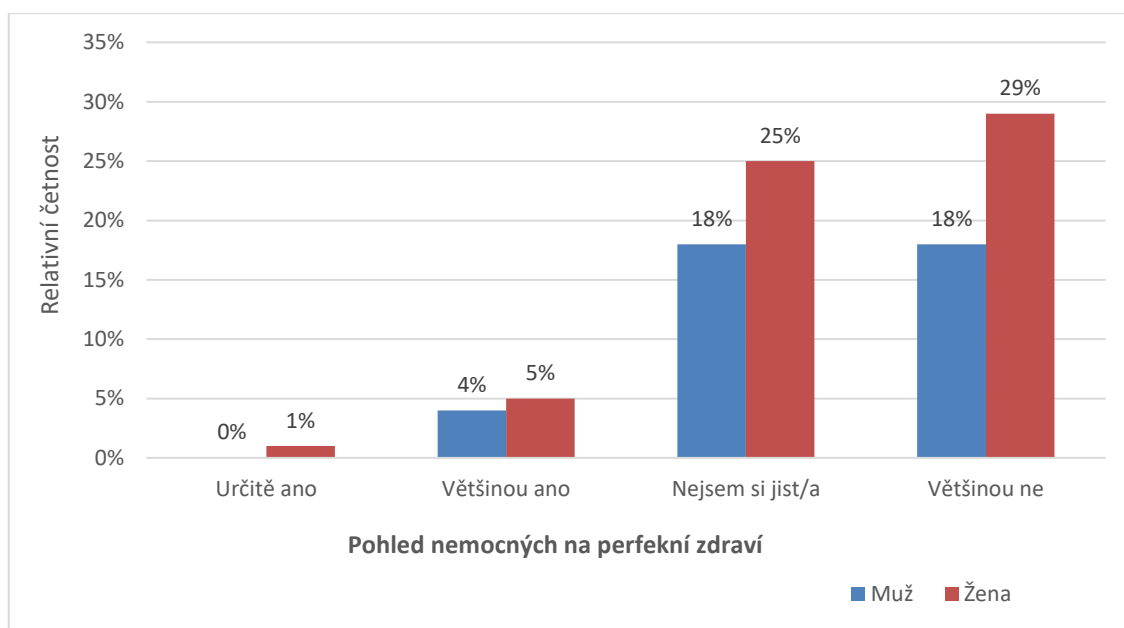
Graf 32 Porovnání vlastního zdraví s ostatními jedinci

Graf 32 znázorňuje, zda si respondenti myslí, že jsou stejně zdraví jako ostatní jedinci. Odpověď nejsem si jist/a označilo 44 respondentů (46 %), z toho 27 žen (28 %) a 17 mužů (18 %). Odpověď většinou ne zvolilo 31 respondentů (33 %), z toho 19 žen (20 %) a 12 mužů (13 %). Odpověď většinou ano uvedlo 15 respondentů (15 %), z toho 8 žen (8 %) a 7 mužů (7 %). Odpověď určitě ano vybralo 6 respondentů (6 %), z toho 4 ženy (4 %) a 2 muži (2 %).



Graf 33 Předpoklad zhoršení zdraví

Z grafu 33 lze vyčíst, zda respondenti očekávají, že se jejich zdraví zhorší. Odpověď nejsem si jist/a označilo 48 respondentů (50 %), z toho 30 žen (31 %) a 18 mužů (19 %). Odpověď většinou ne zvolilo 20 respondentů (21 %), z toho 11 žen (11 %) a 9 mužů (10 %). Odpověď většinou ano uvedlo 19 respondentů (20 %), z toho 10 žen (10 %) a 9 mužů (10 %). Odpověď určitě ano vybralo 9 respondentů (9 %), z toho 7 žen (7 %) a 2 muži (2 %).



Graf 34 Perfektnost zdraví

Graf 34 ukazuje, zda si respondenti myslí, že je jejich zdraví perfektní. Odpověď většinou ne označilo 45 respondentů (47 %), z toho 28 žen (29 %) a 17 mužů (18 %). Odpověď nejsem si jist/a zvolilo 41 respondentů (43 %), z toho 24 žen (25 %) a 17 mužů (18 %). Odpověď většinou ano uvedlo 9 respondentů (9 %), z toho 5 žen (5 %) a 4 muži (4 %). Odpověď určitě ano vybrala 1 žena (1 %).

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti vnímají svoji kvalitu života pacienti s vyhrzlou meziobratlovou ploténkou. K tomuto cíli se vztahují tři výzkumné otázky, které zkoumají, jak herniace disku omezuje zdraví pacienta, jak je ovlivňována psychická stránka pacienta a jak jsou pacienti omezováni v provádění denních činností. Výsledky tohoto výzkumu byly porovnány s jinými výzkumy. Nepodařilo se najít práci na stejné téma, tak jsou výsledky pro zajímavost porovnány s podobnými tématy.

Výzkum probíhal v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a ke zpracování dat bylo využito standardizovaného dotazníku SF-36. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 žen (60 %) a 38 mužů (40 %). Větší zastoupení žen než mužů se shoduje s výsledky práce Bayerové (2008), kde se jejího výzkumu Kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře zúčastnilo 71 % žen a pouze 29 % mužů. Z těchto podobných závěrů lze vyvodit úsudek, že organismus žen má větší dispozice k degenerativnímu onemocnění páteře. Nejpravděpodobnějším podílem na vzniku tohoto onemocnění u žen je fyziologická tělesná změna těžiště, při které dochází během těhotenství a těsně po porodu. Při vyhodnocení věkového rozmezí respondentů se došlo ke stejnému závěru jako např. ve studii Alimohammadi, Eslami, Yousefi, Tabesh (2015), kde průměrný věk respondentů činil 39 let. V našem výzkumu bylo nejvíce respondentů ve věkové hranici 41 – 50 let. K této skupině se přihlásilo 24 žen (25 %) a 14 mužů (15 %). Nejméně respondentů označilo svůj věk mezi 19 – 30 lety a to pouze 3 ženy (3 %) a 1 muž (1 %). Tento závěr se shoduje též s údaji publikovanými v literatuře (Ambler, Bednařík, Růžička, 2010), kde se uvádí, že k drobným změnám cévního zásobení disku dochází již okolo dvacátého roku života a s přibývajícím věkem dochází k postupné degeneraci meziobratlové ploténky a k následným herniacím disku. V dotazníku dále respondenti označili operační řešení herniace disku. Operaci označilo pouze 8 mužů (8 %) a 3 ženy (3 %). Tento závěr odpovídá faktům uvedeným v literatuře, kdy akutní chirurgické řešení vyhrzlé meziobratlové ploténky se volí pouze u tzv. syndromu kaudy a u akutních příznaků poruch míšní funkcí. Jinak se operační léčba indikuje až po neúspěšné několikátýdenní konzervativní terapii (Ambler, Bednařík, Růžička, 2010).

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1.

Výzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí pacienti s výhřezem meziobratlové ploténky své zdraví?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 4, 5 a 14 z dotazníku.

Z vyhodnocení otázky č. 4, týkající se celkového zdraví, je patrné, že nejvíce respondentů považuje své zdraví za docela dobré, což uvedlo 23 žen (24 %) a 19 mužů (20 %). Jako špatné své zdraví označilo 8 žen (8 %) a 8 mužů (8 %).

V otázce č. 5 respondenti srovnávali své aktuální zdraví se zdravotním stavem před rokem. Nejvíce respondentů odpovědělo, že vnímají své zdraví přibližně stejně, jako před rokem. Tuto odpověď zvolilo 20 žen (20 %) a 12 mužů (12 %). Jako mnohem horší považuje své zdraví 7 žen (7 %) a 6 mužů (6 %). Za mnohem lepší, než před rokem, své zdraví označilo 11 žen (12 %) a žádný muž. Tyto údaje nám potvrzují patogenezi onemocnění, kdy jeho příčinou je degenerativní opotřebení, které vzniká kontinuálně během několika let a často přechází do chronické formy.

Otázka č. 14 obsahuje 4 podotázky. V první podotázce se respondenti vyjádřili k dotazu, zda si myslí, že jsou náchylnější k onemocnění. Odpověď, nejsem si jist, zvolilo 18 žen (19 %) a 14 mužů (15 %). Odpověď většinou ne uvedlo 19 žen (20 %) a 10 mužů (10 %). Odpověď většinou ano označilo 17 žen (18 %) a 11 mužů (11 %) a odpověď určitě ano odpověděly 4 ženy (4 %) a 3 muži (3 %). Z těchto výsledků nelze jednoznačně usoudit, zda respondenti vnímají zvýšený pocit k náchylnosti k nemoci. Ve druhé podotázce respondenti srovnávali své zdraví s ostatními jedinci. Nejvíce respondentů, 27 žen (28 %) a 17 mužů (18 %), zvolilo odpověď nejsem si jist. Odpověď většinou ne, kdy si respondenti myslí, že nejsou stejně zdraví jako ostatní jedinci, uvedlo 19 žen (20 %) a 12 mužů (13 %). Odpověď nejsem si jist a odpověď většinou ne zvolila většina respondentů. Tyto výsledky byly očekávané, protože největší skupina respondentů se nacházela v produktivním věku a tudíž, ve srovnání se stejně starými jedinci, vnímala své zdraví oproti ostatním jedincům jako horší. Z vyhodnocení třetí podotázky je patrné, že nejvíce respondentů, 30 žen (31 %) a 18 mužů (19 %), na otázku, zda očekávají zhoršení svého zdraví, zvolilo odpověď nejsem si jist. Z tohoto výsledku můžeme konstatovat, že tato skupina respondentů si nejspíše uvědomuje skutečnost, že herniace disku často přechází do chronického onemocnění, a proto nemohou předpokládat vývoj svého zdraví. Ve čtvrté podotázce se respondenti vyjádřili o perfektnosti svého zdraví. Podle očekávání největší skupina respondentů neohodnotila své zdraví jako perfektní. Takto odpovědělo

28 žen (29 %) a 17 mužů (18 %). Celkově lze výsledky odpovědí na otázku č. 14 shrnout do závěru, že většina respondentů vnímá své zdraví jako trochu horší, než by se v jejich věku očekávalo, ale zároveň si uvědomují, že jejich zdravotní potíže spojené s hernií disku se mohou vyskytovat i v budoucnosti.

Vyhodnocení průzkumné otázky č. 1 lze pro zajímavost srovnat s prací Bc. Jandové (2013). Z jejího průzkumu, týkajícího se tématu Kvalita života pacienta s bolestí chrbta, vyplývá, že bolestivé onemocnění zad nemá tak negativní vliv na vnímání kvality života, jak by se dalo předpokládat. K podobnému závěru došla i Bayerová (2008). V jejím výzkumu bylo se svojí kvalitou života spokojeno 50 % mužů a 80 % žen.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2.

Výzkumná otázka č. 2: Jak je ovlivňována psychická stránka u pacientů s výhřezem meziobratlové ploténky?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 8, 9 a 12 z dotazníku.

Otázka č. 8 obsahuje 4 podotázky, ve kterých se respondenti vyjádřili, zda trpěli v posledních 4 týdnech nějakými problémy při práci nebo při běžné denní činnosti v důsledku emocionálních potíží. V první podotázce, zda se zkrátil čas, který věnovali práci, odpověděli respondenti vyrovnaně. Polovina respondentů, 26 žen (27 %) a 22 mužů (23 %), odpovědělo kladně a druhá polovina, 32 žen (33 %) a 16 mužů (17 %) odpovědělo záporně. Ve druhé podotázce odpovědělo 25 žen (26 %) a 23 mužů (24 %), že udělali méně, než chtěli. Což byla opět polovina respondentů. Odpověď ne, neudělali toho méně, než chtěli, odpovědělo 33 žen (34 %) a 15 mužů (16 %). Ve třetí podotázce se respondenti vyjádřili k tomu, zda byli při práci méně pozorní, než obvykle. Méně pozorných bylo 20 žen (21 %) a 18 mužů (19 %). Změnu pozornosti nepocítilo 38 žen (39 %) a 20 mužů (21 %). Shrnutím výsledků otázky č. 3 z dotazníku docházíme k závěrům, že na první dvě podotázky odpovědělo kladně a záporně vždy přesná polovina. Z vyhodnocení třetí podotázky vyplývá, že emocionální potíže neměly na pozornost při práci takový vliv, než by se dalo očekávat.

V otázce č. 9 respondenti hodnotili, zda byli omezeni ve společenském životě v posledních 4 týdnech. Nejvíce respondentů, 18 žen (19 %) a 10 mužů (10 %), označilo odpověď vůbec ne. Naopak velmi silně se cítili omezeni 2 muži (2 %) a 3 ženy (3 %). Odpověď, že trochu jsou omezováni ve společenském životě, zvolilo 12 žen (13 %) a 7 mužů (7 %). Mírně se cítilo být omezeno 11 žen (12 %) a 8 mužů (8 %). Odpověď poměrně dost označilo 14 žen (15 %) a 11 mužů (11 %). Celkem nejvíce respondentů

odpovědělo, že se cítilo být nějakým způsobem ovlivňováno ve společenském životě v posledních 4 týdnech.

Otázka č. 12 zjišťovala pocity respondentů a to, jak se jim dařilo v posledních 4 týdnech. Tato otázka obsahuje 9 podotázek. Vyhodnocením těchto podotázek se zjistilo, že respondenti se málokdy cítili být plni elánu. Takto odpovědělo 20 žen (21 %) a 16 mužů (16 %). Na otázku, jak často se cítili být nervózní, nejčastěji zvolilo odpověď občas 21 žen (22 %) a 14 mužů (15 %). Tyto odpovědi korespondují s odpověďmi na otázku vyčerpanosti a energie. Vyčerpanost občas uvedlo 20 žen (21 %) a 19 mužů (20 %). Odpověď, že jsou málokdy plni energie, uvedlo 15 žen (16 %) a 16 mužů (16 %). Další podotázky se týkaly klidu, pohody a pocitu, zda jsou šťastní. V těchto podotázkách respondenti shodně nejvíce označili odpověď občas. Z další podotázky vyplývá, že nejvíce respondentů je unaveno občas, málokdy pociťují pesimismus a smutek pociťovalo 24 žen (25 %) a 14 mužů (15 %). V podotázce, kde byli respondenti dotazováni na depresi, odpovědělo nejvíce respondentů, 22 žen (23 %) a 19 mužů (20 %), že nikdy neměli vlivem onemocnění depresi. Což je velmi pozitivní zjištění. Vyhodnocením podotázek nám vyplynul závěr, že psychická stránka pacientů je občas ovlivňována onemocněním, ale zároveň smutek a pesimismus vnímali respondenti jako málokdy nebo nikdy. Vždy spíše záleží na určitém jednotlivci, jak je schopen vyrovnat se se stresovou situací a zda dokáže ve svém onemocnění najít i nějaká pozitiva.

Vyhodnocení otázek, které se týkají výzkumné otázky č. 2, lze srovnat s prací Bc. Jandové (2013), která došla ke stejnému závěru, že pacienti s bolestí zad připouští někdy negativní pocity, ale špatnou náladu nebo až depresi uvedly pouze 3 % respondentů.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3.

Výzkumná otázka č. 3: Jak jsou pacienti s výhřezem meziobratlové ploténky omezováni v denních činnostech?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 6, 7 a 11.

Otázka č. 6 se týkala činností, které respondenti dělali během svého typického dne. Tato otázka obsahuje 10 podotázek. V první podotázce respondenti uváděli, jak moc je jejich zdraví omezuje v usilovných činnostech jako je běh, zvedání těžkých předmětů a provozování náročných sportů. Nejvíce respondentů, 37 žen (39 %) a 22 mužů (23 %), se cítilo být hodně omezováno. Vůbec neomezeno se cítilo 5 mužů (5 %) a 4 ženy (4 %). Ve dvou podotázkách, týkajících se omezování zdraví při středně námahových činnostech a zvedání těžkého nákupu, nejvíce respondentů odpovědělo ano, trochu byli omezováni.

K podobným závěrům, došla i Čermáková (2014), která uvádí, že 50 % respondentů mohlo zvedat jen lehká břemena. Zvedání pouze lehčích břemen uvádí i průzkumné šetření Bayerové (2008), kde tuto odpověď označilo 75 % mužů a 60 % žen. V podotázkách týkajících se chůze do schodů větší část respondentů vedlo, že při chůzi do jednoho patra nevnímali žádná omezení. Takto odpovědělo 38 žen (40 %) a 26 mužů (27 %). Chůzi do několika pater označila větší část respondentů, 22 žen (23 %) a 21 mužů (22 %), za trochu problematickou. V podotázce, týkající se předklonu, shýbání a pokleku, nejvíce respondentů zvolilo odpověď ano, trochu omezení. Tuto odpověď označilo 30 žen (32 %) a 26 mužů (27 %). V podotázkách, kde se respondenti vyjadřovali k chůzi na vzdálenost 100 metrů, několik set metrů a 1 kilometr, uvedla většina, že je jejich zdraví v chůzi neomezuje. Chůzi na vzdálenost 100 metrů zvládlo bez komplikací 41 žen (43 %) a 26 mužů (27 %). Chůzi na několik set metrů uvedlo, že zvládne bez problémů 40 žen (42 %) a 26 mužů (27 %). Vzdálenost 1 kilometr uvedlo, že ujde bez omezení 30 žen (31 %) a 15 mužů (16 %). Při srovnání s prací Čermákové (2014) docházíme ke stejným závěrům. Tyto závěry nám potvrzují skutečnost, že chůze je nejpřirozenějším pohybem pro páteř. V poslední podotázce se respondenti vyjádřili, zda jsou omezováni svým zdravím při koupání nebo při oblékání. Většina respondentů, 39 žen (41 %) a 20 mužů (21 %), uvedla, že se necítila býti omezována. Shrnutím odpovědí v otázce číslo 6 docházíme k závěrům, že respondenti se necítili býti výrazně omezováni v denních činnostech. Výjimku tvoří pouze provozování náročných sportů a zvedání těžkých břemen. Tato výjimka byla očekávatelná, protože při těchto činnostech dochází k nadměrnému přetěžování páteře. Vyhodnocením odpovědí docházíme k velmi pozitivnímu závěru. Ten nám sděluje informaci, že respondenti jsou schopni zvládat uspokojování svých základních potřeb bez pomoci druhé osoby. Tyto schopnosti značně zvyšují pozitivní vnímání kvality svého života.

V otázce č. 7 nás respondenti informovali o svých problémech, které měli při práci a v denních činnostech během 4 týdnů. Většina respondentů, 34 žen (35 %) a 24 mužů (25 %), uvedla, že se jim zkrátil čas věnovaný práci. Na otázku, zda udělali méně práce, než chtěli, odpovědělo 36 žen (38 %) a 26 mužů (27 %) kladně. Nejvíce respondentů, 35 žen (37 %) a 30 mužů (31 %), odpovědělo, že byli trochu omezení v druhu práce. Potíže při práci uvedlo 35 žen (37 %) a 29 mužů (30 %). Z vyhodnocení této otázky nám vyplývá, že většina respondentů měla při práci určitá omezení z důvodu svého zdraví.

Otázka č. 11 zjišťovala, jak bolest bránila respondentům v práci za poslední 4 týdny. Nejvíce respondentů bylo omezováno při práci bolestí. Odpověď poměrně dost zvolilo

13 žen (14 %) a 14 mužů (14 %). Odpověď trochu omezeny bolestí uvedlo 14 žen (15 %) a 11 mužů (11 %).

Z vyhodnocení otázek, které se týkají výzkumné otázky č. 3, docházíme k závěru, že respondenti s vyhřezlou meziobratlovou ploténkou jsou mírně omezováni v běžných činnostech, při kterých extrémně nezatěžují páteř. Značná omezení ale uvádějí ve spojitosti s vykonáváním práce, kde uvádějí omezování bolestí. Tento závěr nám potvrzuje i publikovatelné údaje o dlouhodobých pracovních neschopnostech (Opavský, 2011).

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Degenerativní onemocnění páteře, mezi která patří i výhřez meziobratlové ploténky, ohrožují kvalitu života naší populace. Aby k těmto onemocněním nedocházelo, či jejich příznaky byly mírnější, je nutno se zaměřit především na primární prevenci.

Primární prevenci je potřeba zařadit už do školního věku, kdy děti nastupují do škol a jejich pohybová aktivita se výrazně mění. Z období hraní a běhání v předškolních institucích se přechází do školních lavic, kde probíhá dlouhá výuka ve vynucené poloze. A právě v tomto období mohou vznikat různé deformity páteře a svalové dysbalance. Zde je nutno apelovat na školní zařízení, aby došlo k výměně nevhodně navrženého nábytku za ergonomicky funkční nábytek s nastavitelnou výškou a sklopnou pracovní plochou. Dalším opatřením, které by bylo vhodné zařadit do výuky, by mohlo být prodloužení přestávek mezi jednotlivými hodinami a zvýšení hodin tělesné výchovy. Už téměř nutností je správně zvolený školní batoh. Rodiče by si měli uvědomit, že jejich dítě někdy nosí ve školním batohu zátěž, která se může rovnat až jedné třetině jejich vlastní hmotnosti. Proto je důležité vybrat takový batoh, který má široké vypolstrované a nastavitelné popruhy. Samozřejmostí je, že se dítě naučí používat u batohu oba popruhy. Pokud mu tato nutnost není vysvětlena a dítě nosí batoh pouze na jednom rameni, tak pak dochází k vychýlení osy páteře na jednu stranu a k již zmiňované svalové dysbalanci. Při výběru školního batohu je potřeba zaměřit se i na polstrování v dolní části zad a zároveň na množství kapes batohu, díky kterým se rovnoměrně rozloží obsah v batohu.

V domácím prostředí je nutné, aby si rodiče více všímali svých dětí doma. Je vhodné dětem připomínat správné držení těla, zajistit jim správnou úpravu pracovního stolu a koupit jim správnou postel. Tyto informace jsou rozepsané v edukačním materiálu pro pacienty, který je součástí této bakalářské práce. Velmi důležité je omezovat čas dětí, který tráví u televize, počítače a mobilů. Sedavý způsob života, který neprospívá zádům, je nutno vyvážit fyzickou aktivitou. Zde je důležité, aby rodiče šli svým dětem příkladem. Nejvhodnější jsou společné sportovní aktivity, jako je např. turistika, cyklistika, plavání. U sportu je samozřejmě nutná bezpečnostní výbava. Ta obsahuje různé chrániče, helmy a především kvalitní obuv, která je oporou pro nohu a tlumí nárazy, které při pohybu vznikají.

O těchto doporučení je třeba informovat širokou veřejnost prostřednictvím různých edukačních materiálů, které by bylo vhodné umístit už i v čekárnách dětských lékařů. Jak již bylo uvedeno, součástí této práce je edukační materiál pro pacienty, který bude volně

přístupný na oddělení neurologie Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace. Důležitá je i informovanost zdravotnického personálu, aby mohl správně edukovat své pacienty a tyto informace využili i ve svém vlastním životě, protože zdravotnický personál patří do skupiny, která je značně ohrožena vznikem degenerativních onemocnění páteře.

Jako ideální bych viděla zřízení oficiálních, odborníky dohlížených sdružení, klubů nebo internetových stránek, kde by se pacienti dozvíдали informace a nové poznatky o jejich onemocnění. Součástí by byla i možnost debaty, kde by si sdělovali své zkušenosti. Velmi vhodné by bylo i začlenění specialistů na výživu, rehabilitaci a psychologii. Ti by motivovali pacienty ke správné výživě a fyzické aktivitě, protože nadváha značně přetěžuje pohybový aparát včetně páteře. Přítomnost psychologa je nutná především proto, že onemocnění často přechází do chronické formy, a tehdy je značně zatěžována psychika pacienta. Tyto zařízení či internetové stránky by nenahrazovaly odborný dohled při rehabilitaci, který je požadován v akutní formě onemocnění, kdy pacient má a bolestivý a fyzicky omezující stav.

Co se týče dalšího výzkumu u tohoto onemocnění, myslíme si, že by bylo vhodné zaměřit se právě na informovanost populace o prevenci degenerativního onemocnění páteře. Součástí tohoto výzkumného šetření by mohla být i distribuce edukačního materiálu.

Závěr

Bakalářská práce je věnována problematice kvality života u pacientů s vyhřezlou meziobratlovou ploténkou. Teoretická část nás seznamuje se vznikem onemocnění, jeho diagnostikou, terapií a kvalitou života. Praktická část zpracovává výsledky kvantitativního výzkumu, ve kterém byl použit standardizovaný dotazník SF-36. Cílem práce bylo zjistit, jak herniace disku omezuje pacienty ve fyzické, psychické a sociální oblasti. Na cíl výzkumu navazují tři výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jak respondenti hodnotí své zdraví. Nejvíce respondentů považuje své zdraví za docela dobré a vnímají ho přibližně stejně, jako před rokem. Zároveň označují své zdraví jako trochu horší s porovnáním se zdravím ostatních jedinců. Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na psychickou stránku pacienta s vyhřezlou meziobratlovou ploténkou. Vyhodnocením odpovědí vyplývá, že většina respondentů se cítí být po psychické stránce ovlivněna nemocí, ale zároveň pociťují minimální smutek či pesimismus. Ve třetí otázce se respondenti vyjadřují k omezení v denních činnostech z důvodu onemocnění. Větší část respondentů se necítí být výrazně omezena v denních činnostech. Výjimku samozřejmě tvoří zvedání těžkých břemen a provozování náročných sportů, kde respondenti udávají značné omezení. Naopak v odpovědích týkajících se pracovních činností, se větší část respondentů cítí být velmi omezena svým onemocněním, což má za následek dlouhodobé trvání pracovních neschopností. Výsledky výzkumu jsou pro lepší přehlednost zpracovány do sloupcových grafů s následnými komentáři.

Cíl bakalářské práce byl splněn a výsledky můžeme hodnotit jako pozitivní. Respondenti udávají určitá omezení ve svém životě, ale z důvodu zachování své soběstačnosti hodnotí většina z nich svoji kvalitu života kladně.

Věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem především pro zdravotnický personál, protože pouze dostatečně edukovaný zdravotník může šířit osvětu. Cílem zdravotníků by měla být informovanost dětí, rodičů a celé veřejnosti o prevenci degenerativního onemocnění, mezi které se řadí onemocnění herniace disku. Pak již záleží na každém z nás, jak zodpovědně bude přistupovat ke svému zdraví.

Seznam použité literatury

- ALIMOHAMMADI, N., ESLAMI, M., YOUSEFI, H., TABESH, H. 2015. *The effect of continuing care on patient's quality-of-life after disc surgery in neurosurgery and very important person wards*. [online]. [cit. 2019-03-11]. Dostupné z: <http://www.jehp.net/text.asp?2015/4/1/106/171820>
- AMBLER, Z. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. 350 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
- AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie*. 3. vyd. V Praze: Triton, 2010. 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 714 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BAYEROVÁ, R. 2008. *Kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře*. [online]. [cit. 2019-02-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/np1oj/BP_Radka_Bayerova.pdf
- BURGETOVÁ, A., DUŠEK, P., MAŠEK, M., VANĚČKOVÁ, M., SEIDL, Z. 2011. *Může postkontrastní MR přinést nové informace při diagnostice herniace disku?* [online]. [cit. 2018-08-20]. Dostupné z: <http://www.cesrad.iol.cz/detail.php?stat=315>
- BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
- ČERMÁKOVÁ, L. 2014. *Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře*. [online]. [cit. 2019-02-27]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/120699/>
- DOLÁK, F., OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V. 2013. *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. [online]. [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2013/1014-kvalita-zivota-jako-soucist-osetrovatelst>

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

EMMEROVÁ, J., MCGRATHOVÁ, M., BLAHUŠOVÁ, P. *Zdravé kosti, svaly a klouby: návod, jak zůstat po celý život pohyblivý a čilý*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2007. 352 s. ISBN 80-86880-39-7.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAKL, M. *Bolesti zad a kloubů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 168 s. ISBN 978-80-204-4325-0.

HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. 240 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 54. sv. ISBN 978-80-7419-106-0.

HOSKOVCOVÁ, M. *Léčebná rehabilitace bolestivých stavů hybné soustavy*. 1. vyd. Praha: Raabe, 2017. 280 s. ISBN 978-80-7496-304-9.

HRADECKÁ, L. 2010. *Hodnocení bolesti u osob s demencí*. [online]. [cit. 2018-12-16]. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>.

JANDOVÁ, R. 2013. *Kvalita života pacienta s bolestí chrbta*. [online]. [cit. 2019-03-05]. Diplomová práce. Katolícka Univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva. Dostupné z: <http://opac.crzp.sk/?fn=docviewChild0008F4A5>

JANÍK, V. 2011. *Oxygen-ozónová terapie výhřezů lumbálních disků*. [online]. [cit. 2018-09-14]. Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/22269-oxygen-ozonova-terapie-vyhrezu-lumbalnich-disku>.

KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L., STANČIAK, J. *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. 264 s. ISBN 978-80-87035-51-1.

LEJČO, J., 2009. *Přehled opiodních analgetik*. [online]. [cit. 2018-08-25]. Dostupné z: https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200904-0005_Prehled_opioidnich_analgetik.php

MCKENZIE, R. *Léčíme si záda sami*. 2., přeprac. vyd. Přeložil Simona ŠECLOVÁ, přeložil Eva NOVÁKOVÁ. Praha: McKenzie Institute Czech Republic, 2011. 124 s. ISBN 978-80-904693-1-0.

NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.

NEJEDLÁ, M. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2017. *Nemusíte snášet bolest*. [online]. [cit. 2018-12-16]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusite-snaset-bolest/>.

NORRIS, CH., M. *Back stability: integrating science and therapy*. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics, c2008. 360 s. ISBN 978-0736070171.

OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.

PATAKYOVÁ, B., PATAKY, J. *Reflexní terapie a nečekaná odhalení*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2013. 136 s. ISBN 978-80-7281-465-7.

ROKYTA, R. *Bolesti zad*. 1. vyd. Plzeň: Adela, 2009. 182 s. ISBN 978-80-87094-14-3.

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

SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

SMÍŠEK, R., SMÍŠKOVÁ, K., SMÍŠKOVÁ, Z. *Spirální stabilizace: 12 základních cviků: léčba a prevence bolestí zad metodou SM-systém: funkční stabilizace a mobilizace páteře*. 3. vyd. Praha: R. Smíšek, 2009. 179 s. ISBN 978-80-904292-0-8.

ŠRÁMEK, J. *Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 151 s. ISBN 978-80-247-5362-1.

Rehabilitační ošetrovatelství/ SS (sestra), 2018 [online]. [cit. 2018-12-16]. Dostupné z [https://www.wikiskripta.eu/w/Rehabilitační_ošetrovatelství/SŠ_\(sestra\)](https://www.wikiskripta.eu/w/Rehabilitační_ošetrovatelství/SŠ_(sestra)).

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	25
Graf 2 Věk respondentů	26
Graf 3 Operace výhřezu meziobratlové ploténky	27
Graf 4 Hodnocení zdraví celkově	28
Graf 5 Srovnání zdraví dnes se zdravím před rokem.....	29
Graf 6 Omezení při usilovné činnosti	30
Graf 7 Omezení při středně namáhavé činnosti	31
Graf 8 Omezení při zvedání a nesení těžkého nákupu.....	32
Graf 9 Omezení při chůzi po schodech do několika pater	33
Graf 10 Omezení při chůzi do jednoho patra.....	34
Graf 11 Omezení při předklonu, shýbání a pokleku	35
Graf 12 Omezení při chůzi asi 1 kilometr.....	36
Graf 13 Omezení při chůzi po ulici několik set metrů.....	37
Graf 14 Omezení při chůzi po ulici sto metrů	38
Graf 15 Omezení při koupání nebo oblékání.....	39
Graf 16 Omezení činností kvůli zdravotnímu stavu v posledních 4 týdnech	40
Graf 17 Omezení činností v posledních 4 týdnech v důsledku emocionálních potíží....	41
Graf 18 Omezení ve společenském životě v posledních 4 týdnech.....	42
Graf 19 Bolest v posledních 4 týdnech	43
Graf 20 Ovlivnění pracovní aktivity bolestí v posledních 4 týdnech	44
Graf 21 Pracovní elán v posledních 4 týdnech	45
Graf 22 Nervozita vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech.....	46
Graf 23 Deprese vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech	47
Graf 24 Klid a pohoda v posledních 4 týdnech	48
Graf 25 Dostatek energie v posledních 4 týdnech	49
Graf 26 Pesimismus a smutek v posledních 4 týdnech.....	50
Graf 27 Vyčerpanost vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech	51
Graf 28 Pocit štěstí v posledních 4 týdnech.....	52
Graf 29 Unavitelnost vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech	53
Graf 30 Omezení ve společenském životě vlivem onemocnění v posledních 4 týdnech	54
Graf 31 Zvýšený pocit náchylnosti k onemocnění	55
Graf 32 Porovnání vlastního zdraví s ostatními jedinci.....	56

Graf 33 Předpoklad zhoršení zdraví	57
Graf 34 Perfektnost zdraví.....	58