

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

Praha 5

**PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA U PACIENTŮ S DEGENERATIVNÍM
ONEMOCNĚNÍM PÁTEŘE**

YVETTA JÁNSKÁ

Praha 2009

**PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA U PACIENTŮ S DEGENERATIVNÍM
ONEMOCNĚNÍM PÁTEŘE**

Bakalářská práce

YVETTA JÁNSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková

Komise pro studijní obor:

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce:

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou práci vypracovala samostatně, pod vedením vedoucího závěrečné práce. Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Veronice Blažkové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji za vydatnou pomoc PhDr. Martinu Kořánovi, CSc., klinickému psychologovi Nemocnice Na Homolce a MUDr. Romanu Kučerovi, neurochirurgovi Nemocnice Na Homolce.

V Praze dne

ABSTRAKT

Práce se zaměřuje na aktuální téma – kvalitu života s chronickým onemocněním. Jedná se o problematiku, kterou je potřeba stále ověřovat a zkoumat, neboť to, jak pacienti vnímají svůj život po určitém lékařském zákroku se může stát v budoucnu závažným důvodem pro indikaci některých lékařských postupů.

Práce ukazuje jak lze jednoduše zjišťovat psychosomatiku pacientů s chronickým vertebrogenním onemocněním. K realizaci jsem použila dotazník, který obsahoval 14 otázek. Bylo rozdáno celkem 30 dotazníků. Holistické pojetí zdravotnické problematiky patří k základním dovednostem v oboru ošetrovatelství.

Klíčová slova: Psychosomatika. Vertebrogenní bolest. Páteř. Bolest.

Bachelor's dissertation is focused on current subject – the quality of life with chronic disease. There are a lot of questions to be answered and we still need a lot of data to be verified. It is so important how patients perceive their life after some specific medical procedures; any default medical guidelines can be modified following their experiences in near future.

My dissertation shows the simple way of psychosomatic data finding in patients with chronic back pain. I utilized a questionnaire composed of 14 questions, 30 questionnaires were worked up. The holistic concept of medical problems belongs to the basic fundamental know-how in nursing specialization.

Key words: Psychosomatic, back pain, spinal column, pain

PŘEDMLUVA

Pracuji téměř dvacet let na neurochirurgickém oddělení a denně se setkávám s pacienty s degenerativním onemocněním páteře (viz. Příloha č. 1). Tato choroba patří k nejčastějším onemocněním současné společnosti. Nese s sebou velké ztráty jednak ekonomické, a to především pro společnost, jednak značnou fyzickou i psychickou zátěž pro jednotlivce.

Námět bakalářské práce vychází z faktu, že výskyt degenerativních onemocnění páteře není ojedinělým úkazem. Naopak, jde o hromadný problém. Obtíže, které vycházejí z tohoto problému, snižují kvalitu života postižených lidí a nvalidizují je ve středním věku.

Cílem práce bylo zjistit, zda pacienti po operaci páteře mají stále bolesti související s degenerací páteře a jak nemoc ovlivnila jejich život .

Obsah

Úvod

1 Teoretická část

1. 1 Anatomie páteře	9
1. 2 Onemocnění páteře, klasifikace	10
1. 3 Patogeneze onemocnění	12
1. 4 Etiologie onemocnění	12
1. 5 Diagnostika vertebrogenních onemocnění	12
1.6 Terapie	13
1.6. 1 Terapie chirurgická	13
1. 7 Primární prevence vertebrogenních onemocnění	14
1. 7. 1 Sekundární prevence vertebrogenních onemocnění	14
2 Psychosociální problematika vertebrogenních onemocnění	15
3 Bolest	18
3. 1 Bolest zad	18
3. 2 Typy bolesti	19
3.3 Anamnéza bolesti	19
3. 4 Terapie bolesti	20
3. 5 Obecná doporučení – shrnutí	20
4 Empirická část	
4. 1 Cíl a úlohy průzkumu	21
4. 2 Hypotézy	21
4. 3 Metody a techniky práce	21
5 Analýza výsledků	23
6 Shrnutí průzkumu	37
Závěr	40
Seznam použité literatury	43
Přílohy	45

Úvod

Snad každý člověk se alespoň jednou v životě potýkal s bolestí zad. Tyto potíže nám byly zřejmě předurčeny už kdysi dávno tím, že se lidopí předci vzpřímili. Do té doby, snad milióny let, páteř nemusela odolávat tlakovému zatížení v ose. Nyní ano. (Novák, 2002)

Masivní nárůst počtu operovaných pacientů s vertebrogenní diagnózou mě vedl k rozhodnutí, zaměřit své zkoumání právě na tuto oblast. . Podle neurochirurga, prof. MUDr. V. Beneše, DrSc: „Je to pole stokrát přeorané v cizí i naší literatuře, je však věčné a vděčné.“ (Kasík a kol., 2002)

Avšak replikace výzkumu, při které se tatáž problematika sleduje pomocí jiné metody, či za pozměněných podmínek, může být průkazným argumentem pro zobecnění získaných dat. Tato se mohou v čase měnit v závislostech jak na nových zkušenostech zkoumaných osob, tak na odlišných podmínkách experimentu. Jednorázová vyšetření vedou snadno k jednostranným závěrům (Břicháček, 1981, str. 7).

K realizaci svého průzkumu jsem vybrala skupinu třiceti pacientů s vertebrogenním onemocněním bederní páteře, kteří prošli jako první od září 2008 do prosince 2008 naší neurochirurgickou ambulancí po stabilizační operaci bederní páteře. Pokusila jsem se zjistit, jaký vliv měla chirurgická léčba na psychosomatiku těchto lidí šest až osm měsíců po operaci.

Teoretická část

1. 1 Anatomie páteře

Páteř (obr. 1) je složená z 33 – 34 obratlů, a to 7 krčních , 12 hrudních , 5 bederních (o 5 křížových, které tím, že jsou srostlé tvoří kost křížovou a 4-5 (někdy se uvádí 2-5) obratlů kostrčních, které jsou srostlé v kostrč.

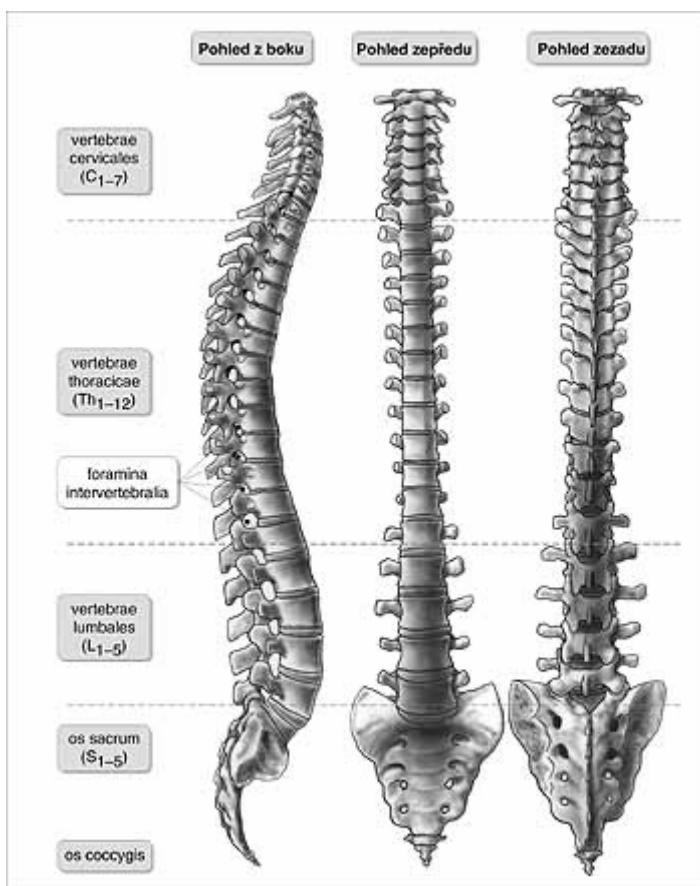
Obratle jsou kloubně propojené pomocí tzv. chrupavčitých plotének Skloubení 1. a 2. obratle a 1. obratle s lebkou je však rozdílné. Mezi atlasem (=nosičem) a axisem (=čepovcem) chybí meziobratlová ploténka. Atlas má prstenčitý tvar, nemá vlastní tělo a na své horní straně má kloubní plošky, které zajišťují spojení s týlní kostí, a které umožňuje kývavý pohyb hlavy. Z těla axisu vystupuje kuželovitý výběžek nazývaný zub čepovce, který je kloubně spojený s předním obloukem atlasu. Toto spojení nám umožňuje otáčení hlavy.

Chrupavčitá ploténka je tvořena ze zevního fibrózního prstence, který je vytvořen pevnými a propletenými vlákny vaziva. Toto vazivo je na okraji srostlé s obratlem. Uvnitř prstence se nachází tzv. vodnaté kulovité jádro, které je při pohybu, díky své nestlačitelnosti, přesouváno na strany.

Na výběžky obratlů se upínají svaly a vazy, které spolu se vzdálenějšími svalovými skupinami, jejichž silové působení je do oblasti páteře přenášeno, zajišťují skloubení páteře a hlavně její pohyb. Dvojesovité zakřivení (krční a bederní lordóza, hrudní a křížová kyfóza) spolu s meziobratlovými ploténkami dodává páteři pružnost.

Obratle se směrem ke kosti křížové zvětšují, hlavně jejich těla, protože mají nosnou funkci. Nejmhutnější jsou obratle bederní páteře.

Sloupec obratlů uložených nad sebou tvoří kostěné pouzdro (kanál) pro míchu a kořeny míšních nervů, z nichž dále vystupují nervy. (Porodníci [online], 2009)



Obrázek č. 1 – anatomie páteře

1.2 Onemocnění páteře, klasifikace

Vertebrogenní onemocnění je možno rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří organická onemocnění specifické neregenerativní povahy např. záněty, nádory, osteoporóza a traumata. Druhou, podstatně větší skupinu tvoří vertebrogenní onemocnění provázená organickým postižením páteře nesespecifické degenerativní povahy. (Bednařík, Kadaňka, 2000)

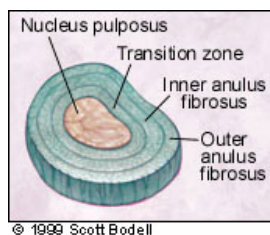
Termín degenerativní onemocnění páteře není přesný, jde spíše o adaptační změny, reagující na přetěžování páteře či horší stabilitu v segmentu. Jde i o projev stárnutí a přirozeného opotřebování. Přetěžování a mikrotraumata mohou tyto změny urychlit.

Spondylosa: na ventrálních nebo dorsálních okrajích obratlových těl se tvoří kostěné návalky - osteofyty.

Spondylartrosa: dochází k poškození kloubních chrupavek (zúžení kloubní štěrbiny), vzniku okrajových osteofytů.

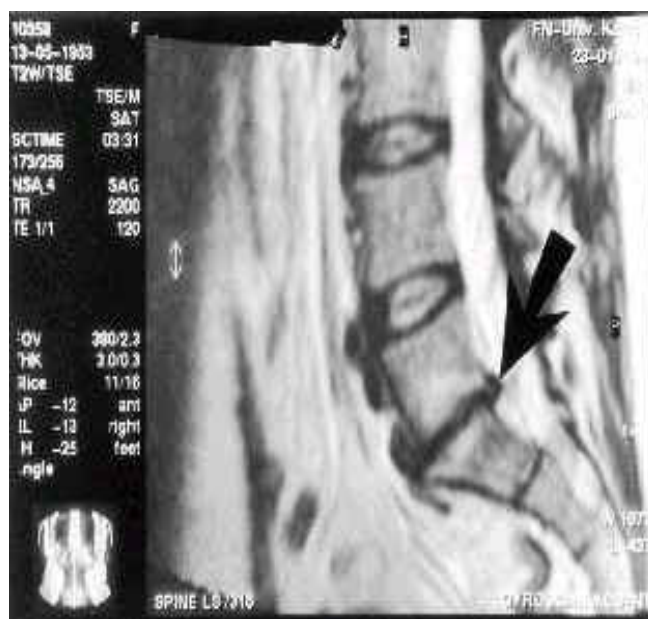
Chondrosa meziobratlové ploténky: Zmenšuje se množství vody v ploténce, ta ztrácí elasticitu. Snižuje se výška ploténky, vzniká tím instabilita v segmentu. Kostní tkáň krycích plotének přilehlých obratlů reagují sklerózou-zvýšením hustoty kostní tkáň vzniká osteochondrosa.

Protruse disku, prolaps (výhřez, herniace) disku: Jde o ohraničené vyklenutí nepřesahující 3 mm). O prolapsu (výhřezu, herniaci) disku hovoříme tehdy, když se vyhřezlé části ploténky dostávají do páteřního kanálu směrem mediálním, paramediálním či laterálním. Pak mohou mechanicky tlačit na durální vak, kořenové pochvy i vlastní kořeny. Vznikají lumbosakralgie, pseudoradikulární či radikulární syndromy, syndrom kaudy.



Meziobratlové ploténky jsou tvořeny zevně fibroelastickou hmotou, která chrání gelovité jádro. V průběhu života ploténka dehydratuje (snižuje se podíl vody v ní) a díky tomu je méně pružná a odolná. (Bednařík, Kada

Obrázek č. 2 - anatomie meziobratlové ploténky



Obrázek č. 3 – výhřez meziobratlové plotny L5 – S1 v obraze počítačové tomografie

1.3 Patogeneze onemocnění

Degenerace meziobratlových plotének je především odrazem biochemických a mechanických změn, které provázejí stárnutí. Jde především o úbytek vody v ploténce, o změny struktury kolagenů a elastinu, o produkci tkáňových působků a o změny aktivity fibroblastů a chondroblastů.. (Bednařík, Kadaňka, 2000)

1.4 Etiologie onemocnění

Na vzniku a rozvoji spondylózy se podílí rizikové faktory, jako je mechanické přetěžování . Jasně však definovat rizikové faktory vertebrogenního onemocnění, zejména degenerativního procesu disku je velmi obtížné i přesto, že existují vzájemné vztahy mezi výslednou bolestí a charakteristikami, jako jsou nadměrná tělesná hmotnost, sedavý nebo také „usedlý“ způsob života, kouření a typ profese. Nedostatek cvičení a obezita vedou k nadměrnému přetěžování páteře. (Hnízdil, 2000)

1.5 Diagnostika vertebrogenních onemocnění

- Nativní rentgenové vyšetření
- Myelografie
- Výpočetní tomografie
- Magnetická rezonance
- Jehlová elektromyografie

S rozvojem zobrazovacích technik (počítačová tomografie, magnetická rezonance) došlo k podrobnější identifikaci i dalších projevů degenerativního onemocnění, a tou je např. osteochondróza, degenerativní olistéza (posun obratlového těla) a jiné.

1. 6 Terapie

Možností léčby pacientů s vertebrogenními potížemi je několik. Od konzervativní léčby, která představuje rehabilitace, lázeňskou terapii, medikamentózní léčbu, reflexní a manuální léčebné metody, fyzikální terapie aj. až k chirurgickému zákroku. K tomuto řešení se přistupuje, pokud konzervativní léčba nevede k úspěchu. (Šourek, 1989).

1. 6. 1 Terapie chirurgická

První cílené operace výhřezu meziobratlových plotének se tradují od r. 1934. V padesátých letech došlo k rozvoji operačních technik a výkonů, které byly často doplněny fúzí postiženého segmentu, kdy byla odstraněná ploténka volně nahrazena vlastními kostními štěpy. V 80. letech byly potom tyto fúze zdokonaleny tzv. instrumentací, tedy aplikováním šroubů a dalších fixačních materiálů, aby bylo propojení mezi obratli dokonalé. (Šourek, 1989). Počátkem 21. století se začaly rozvíjet metody náhrad plotének tzv. umělou ploténkou. Možnosti chirurgické léčby jsou v dnešní době významně rozšířeny díky šetrným operačním technikám, zdokonaleným implantátům a špičkovému technickému vybavení.

1. 7 Primární prevence vertebrogenních onemocnění

Degenerativní změny páteře obecně urychluje jak nadměrná, tak nedostatečná fyzická zátěž. Mezi vhodná opatření například patří:

- varování před přetěžováním páteře
- prevence úrazů páteře
- včasná diagnostika nemocí vedoucích k nesprávné funkci páteře
- vyhýbat se chronickému prochlazení
- nezařazovat do provozů s rizikem přetěžování páteře příslušníky rodin s dědičným sklonem k primárně vertebrogenním onemocněním.

Většina těchto opatření je mimo dosah působnosti zdravotnických pracovníků., ale jejich úkolem je na ně upozorňovat. Je potřeba si uvědomit, že zanedbávání této prevence je zdravotně i ekonomicky velmi krátkozraké. (Bednařík, Kadaňka, 2000)

1.7.1 Sekundární prevence vertebrogenních onemocnění

Je potřeba ověřovat dodržování zásad uvedených v primární prevenci. Sekundární prevencí je také rozhodnutí o provedení operačního výkonu , který může zabránit další progresi onemocnění. (Bednařík, Kadaňka, 2000)

2 Psychosociální problematika vertebrogenních onemocnění

Bolesti zad jsou v současné době velmi časté, a to nejen z důvodu genetických předpokladů, ale především dnešního životního stylu. Jsou obecně považovány za chorobu sociální. S bolestmi zad se během svého života setká téměř 85% populace. Stále častěji se objevují i u mladých lidí, u osob mladších 45 let zaujímají druhé místo v hodnocení příčin návštěvy lékaře, jsou pátým nejčastějším důvodem hospitalizace a čtvrtou nejčastější příčinou chirurgických zákroků (Hnízdil, 2003).

Degenerativní onemocnění vedou často k úplné nebo částečné ztrátě pracovní schopnosti. Někteří nemocní jsou nuceni změnit své povolání nebo zařazení v původní profesi. Fyzická i sociální aktivita bývá často u postižených lidí výrazně omezena. Všechny tyto faktory mají na svědomí velkou psychickou zátěž a mohou vést až k vážným duševním poruchám (Hnízdil, 2003).

Z uvedených údajů vyplývá, že degenerativní onemocnění páteře je nejen významným problémem zdravotnickým, ale i společenským a ekonomickým. Není proto divu, že otázky patogeneze, prevence, terapie i sociální prognózy tohoto onemocnění jsou stále v popředí zájmu mnoha odborníků.

Za drtivou většinou takzvaných poruch pohybového aparátu se skrývají somatické úzkostné stavy, na jejichž vzniku se podílí celá řada faktorů. Problémy v rodině, v zaměstnání, v sexu, konflikty v manželství, či neschopnost se vyrovnat s fyziologickým procesem stárnutí. Tyto problémy jsou provázány emočním napětím a s ním spojeným zvýšeným napětím svalů, které se projevuje klinickými příznaky na pohybovém aparátu. Souvislost mezi negativními emocemi a bolestmi zad je nesporná a potvrzuje ji celá řada vědeckých studií. (Hnízdil, 2003)

Typickým příznakem je pocit bolestivého a silně zneklidňujícího napětí v oblasti šíjových a bederních svalů. K životnímu stylu, který je synonymem stresu pak patří i dlouhodobě jednostranné přetěžování pohybového aparátu, nedostatek pohybu, nadváha. Tyto obtíže, ačkoliv jsou často způsobené poruchou životního stylu a vykazují psychické a sociální souvislosti, jsou většinou léčeny zavedeným způsobem,

ignorujícím tyto skutečnosti. Tento styl obvykle nevede k nápravě, ale mnohdy vyvolává i další zdravotní komplikace. Dalšími aspekty tohoto přístupu jsou vysoké nároky na práci zdravotníků i závažné dopady ekonomického a sociálního rázu.

Již staří Řekové věděli, jak těsně spolu tělesné a duševní souvisí, a proto člověka považovali za nedělitelný celek. To, co nás trápí, nám způsobuje nemoc.

Péče o duševní a zvláště emoční stav pacienta patřila od nepaměti k základním starostem lékaře. Nebývalý pokrok v oblasti somatické medicíny s sebou přinesl koncentraci lékaře téměř výlučně jen na tělesný stav pacienta. Vzhledem k tomu, že každá nemoc má jak biologické tak psychologické, sociální a duchovní aspekty, měla by být psychosomaticky, přesněji bio-psycho-sociálně orientovaná medicína celá. Vzhledem k důrazu na biologické vzdělání lékařů a stále větší specializaci je takový požadavek zřejmě nemožné naplnit. Psychosomatictí pacienti navštěvují všechny ordinace a zatěžují prakticky všechny obory. Psychická stránka pacienta ustoupila do pozadí zájmů lékařů. Přitom mnoho prací ukázalo docela přesně význam psychiky na průběh pooperačních stavů například u diskopatií.

Potvrdila též známou zkušenost neurochirurgů, že určitý psychický stav může být kontraindikací k provedení operačního výkonu (Šourek, 1989).

Mluvíme-li o zpoždění naší medicíny, máme na mysli oblasti naplňování bio-psycho-sociálního modelu nemoci, kde zaostáváme nejvýrazněji, protože v oborech závislých více na technologii než na komunikaci, není rozdíl tak zřetelný. Je tomu tak proto, že psychosomatická medicína, bouřlivě se rozvíjející především v německy mluvících zemích v první polovině dvacátého století,

Jak známo, v zemích východního bloku, kam patřilo také tehdejší Československo, převažovala i ve vědě ideologie nad zdravým rozumem. Díky tomu se psychosomatická medicína dostala velmi brzy na index zakázaných „buržoazních pavěd. Brzy po skončení války se předválečná generace lékařů pokusila rozvinout psychosomatiku v nových podmínkách. Pokud ještě v padesátých letech přežívalo psychosomatické myšlení na některých klinikách a na katedrách lékařských fakult, bylo to proto, že zde pracovali lékaři vychovaní v předválečném Československu. Ale s jejich odchodem,

často nedobrovolným, postupně ubývalo vlivu, až nebylo nikoho, kdo by psychosomatické souvislosti zdraví a nemoci studentům lékařských fakult vysvětloval.

Je proto nezbytné usilovat o prosazení psycho-sociálních aspektů do biologické medicíny. Strmě stoupající křivka nákladů na naše zdravotnictví je jasným argumentem, vedle stále zřetelnějších komunikačních problémů mezi lékaři a pacienty. (Chvála [online], 2008)

3 Bolest

Bolest je stará jako lidstvo a doprovází jej od jeho počátku. Je to velmi rozšířený fenomén, a dnes již můžeme konstatovat, že i nemoc.

Ne každý vnímá stejně, co se s ním děje. Nejvýrazněji je to vidět na vnímání bolesti. Tentýž fyzický podnět, který působí bolest, může jeden člověk vnímat jako nepatrnou bolest, avšak druhý člověk se může svíjet nesnesitelnou bolestí.

Co bolest znamená? Připomeňme si definici bolesti: „Bolest je nepříjemný smyslový a emociální zážitek, který vnímáme jako skutečné nebo potenciální poškození tkání, orgánů a organismu. Bolest je vždy subjektivní.“ Takto definuje bolest IASP (International Association for the Study of Pain, Světová organizace pro studium bolesti) a definici převzala WHO (World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace.)

3.1 Bolest zad

Bolest zad patří mezi jedny z nejčastějších obtíží. Čas od času ji prožívá asi 30 až 40 % populace a 90 % lidí ji zažije alespoň jednou za život.

Bolest zad sama o sobě není nemoc, ale jen příznak. Příznak, který nám ukazuje, že někde došlo k poškození, i když nemusí být hned jasné, o jaké poškození by se mělo jednat. Dokonce se tuto příčinu velice často nepodaří přesně určit. Naštěstí to mnohdy není zas až tak důležité. Bolest zad je totiž často záležitost, která po nějaké době odezní, a tak bývá cílem léčby tlumit bolest a poskytnout tělu čas k co nejrychlejšímu vypořádání se s příčinou.

Zvláštní kapitolu tvoří chronická, trvalá bolest zad. Při takovýchto obtížích je třeba vyhledat lékaře, který příčinu zjistí a snaží se ji nějak ovlivnit nebo doporučit vhodnou rehabilitaci.

Nejčastějším důvodem chronické bolesti je mechanické poškození páteře (například vyhřezlá meziobratlová ploténka) Zrovna tak může v případě chronické bolesti zad jít o projev kostní infekce či záněty meziobratlových kloubů.

S bolestí zad se setkáváme u všech osob bez rozdílu věku a pohlaví. Převážně se však začíná objevovat ve středním věku. Je to jeden z nejběžnějších důvodů, proč musí lidé vysadit z práce. Nejvíce jsou pochopitelně ohroženi lidé, kteří jsou vystaveni těžké manuální práci (například ve stavebnictví, ale třeba i zdravotní sestry). Zejména v takovýchto případech bývá těžké rozhodnout, co je příčina a co důsledek. "Způsobuje namáhání v práci bolest zad, anebo má dotyčný záda již tak poškozená, že není schopen těžké práce?" (Hnízdil [online], 2000)

3.2 Typy bolesti

Bolest může být akutní nebo chronická. Jsou to dvě odlišné jednotky a je k nim třeba přistupovat odlišným způsobem. Rovněž léčbu je potřeba přizpůsobit individuálním požadavkům pacientů.

Akutní bolest je bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem. Provází ji dilatace zornic, zvýšené pocení, zrychlený tep a dýchání. U chronické bolesti je nutné rozlišovat bolest nezhooubného původu a zhooubného původu. Zdravotníci pečující o pacienty s bolestí, ať už akutní, chronickou či terminální, musí mít na paměti, že bolest je to co pacient říká a existuje, když to pacient tvrdí. Postoj soudce, nevěřičnost a neposkytnutí úlevy nepomáhají, když to bolí. (Soafer, 1997)

3.3 Anamnéza bolesti

Při zjišťování je nutné poskytnout pacientovi příležitost ke slovnímu vyjádření. Údaje, které je nutné získat při anamnéze bolesti jsou: lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory které jí vyvolávají, doprovodné symptomy, předcházející zkušenosti. (Soafer, 1997)

3.4 Terapie bolesti

Základním cílem terapie je zvýšení a udržení optimální kvality života.

Terapie bolesti musí být přesná, načasovaná a musí bolesti předcházet.

Tradiční přístup k léčbě bolesti využívá invazivních metod, například nervové blokády, analgezie, chirurgické zásahy. Protože však povahu bolesti ovlivňuje mnoho faktorů, léčba by se měla opírat o kombinaci fyzikálního a psychologického přístupu. Patří sem techniky zaměřené na odvádění pozornosti, řízení vytváření představ a relaxace. (Soafer, 1997)

Lidé trpící bolestmi zad by se měli bránit příliš pohodlnému životu a snižující se tělesné aktivitě. S jednostranným přetěžováním páteře v některých povoláních (horníci, zubaři, číšníci) by se pacienti měli vyrovnávat pomocí kompenzačního tělocviku (to znamená procvičení těch částí těla, které nejsou při práci zatěžovány, a tak nastolit rovnováhu mezi svaly). Pro páteř není také dobré dlouhé vysedávání u televize nebo časté používání auta jako dopravního prostředku nahrazujícího chůzi. Tedy aktivnější a zdravější životní styl. Ze sportovní činnosti je vhodná chůze po měkkém terénu a plavání, především naznak.

3.5 Obecná doporučení – shrnutí

- správný způsob držení těla ve stoje a při chůzi (hlava, krk a hrudník v jedné ose, měkká a elastická obuv).
- správné držení těla vsedě,
- správný způsob zdvihání a držení břemen (předmět zdvihát z podřepu, využívat batohů na záda),
- správná poloha těla při spánku (spát na měkkém lůžku s tvrdým podkladem, pouze jeden pružný malý polštářek, lépe spát na zádech či boku než na břiše).

Empirická část

4 Cíl a úlohy průzkumu

Cílem mé práce bylo zjistit, k jakým změnám ve způsobu života došlo u pacientů v důsledku degenerativního onemocnění bederní páteře, kteří podstoupili operační výkon po několikaměsíční neúspěšné konzervativní léčbě.

Dalším cílem bylo ověřit, zda pacienti po 6 – 8 měsících od operace trpí bolestmi, jak velké jsou tyto bolesti a především do jaké míry ovlivnily jejich psychosomatiku.

4.1 Hypotézy

H1 - U skupiny sledovaných nemocných dojde k výrazným změnám v oblasti osobní, rodinné i v oblasti trávení volného času.

H2 - V důsledku degenerativního onemocnění páteře často dochází k nutnosti změny pracovního zařazení, k nevyužití dosavadní kvalifikace, ke změně profese či k úplnému odchodu ze zaměstnání.

H3 - V oblasti osobního a rodinného života ovlivňuje nemoc vztahy mezi partnery, vztahy mezi rodinnými příslušníky, kdy nemocní mají potíže s vykonáváním základních činností v každodenním životě, při zajišťování chodu domácnosti.

4.2 Metody a techniky práce

K realizaci průzkumu jsem použila dotazníkové šetření (viz příloha). Seznámila jsem respondenty s jeho účelem a s tím, že tento dotazník bude plně anonymní. Dále jsem jim dotazník popsala a vysvětlila, jak by měl být vyplňován. Všichni pacienti vyslovili kvalifikovaný souhlas.

Dotazníkový formulář obsahuje celkem 14 otázek. U každé otázky je možná pouze jedna odpověď, pouze otázka č. 11 byla nezávazná.

Kritéria pro zařazení do průzkumu:

- 1) Diagnóza: osteochondróza nebo degenerativní olistéza bederní páteře
- 2) Vyčerpaná konzervativní léčba
- 3) Operační léčba - stabilizace páteře
- 4) Doba 6 – 8 měsíců po operaci páteře

Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků. Díky dobré spolupráci pacientů bylo vyplněno a vráceno všech 30 formulářů. Údaje byly shromažďovány na ambulantním pracovišti neurochirurgie Na Homolce od září 2008 do prosince 2008.

Při zpracovávání shromažďovaných dat jsme pracovali s počítačovými programy MS WORD a MS EXCEL. Získaná data byla následně analyzována, řada údajů byla graficky znázorněna za použití programu MS EXCEL do grafů.

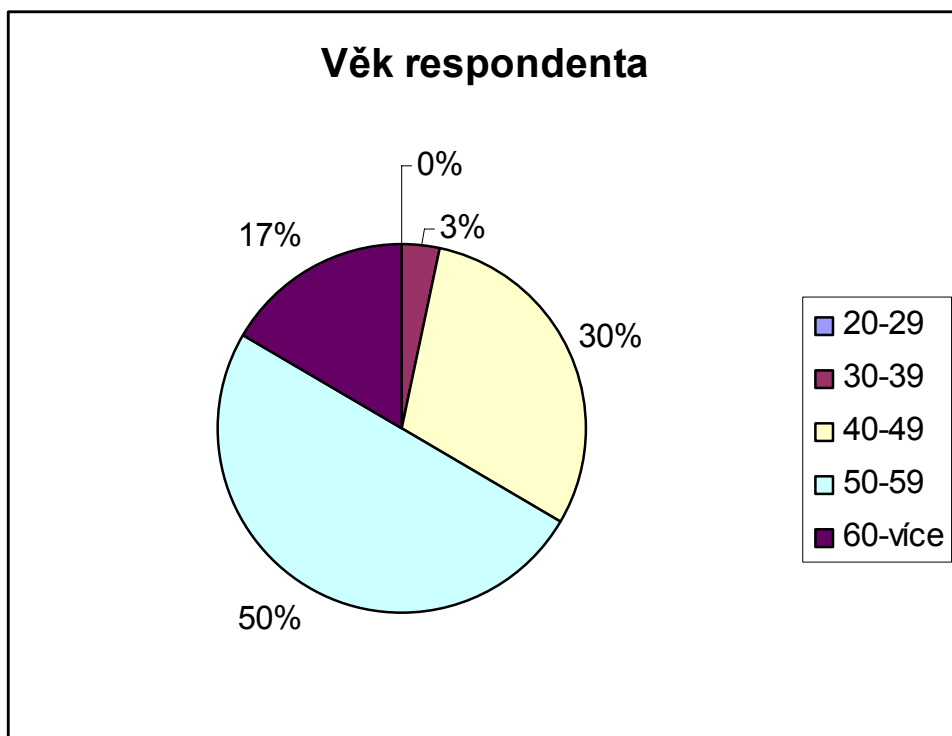
5 Analýza výsledků

Otázka č. 1: Věk respondenta

Tabulka č. 1

50-59	15	50%
40-49	9	30%
60-více	5	17%
30-39	1	3%
20-29	0	0%
Celkem	30	100%

Graf č. 1



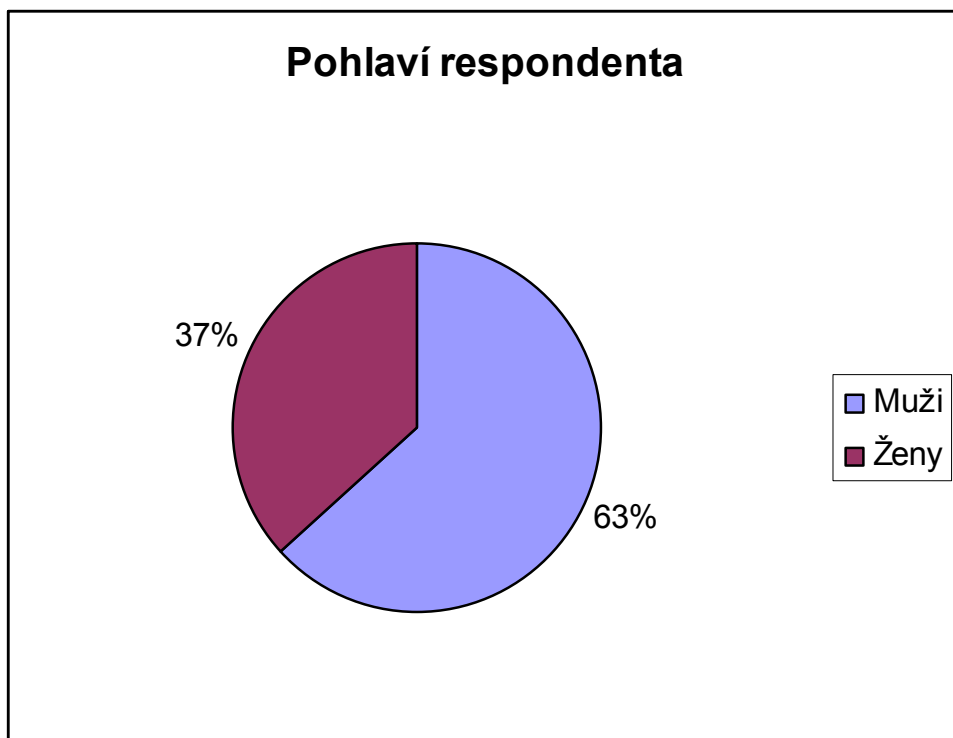
Výsledky mého průzkumu ukazují, že onemocnění bederní páteře s následnou operací je nejčastější ve věkové skupině od 40 - 49 let a od 50 – 59 let, tedy ve střední a vyšší věkové kategorii.

Otázka č. 2: Pohlaví respondenta

Tabulka č. 2

Mužů	19	63%
Žen	11	37%
Celkem	30	100%

Graf č. 2



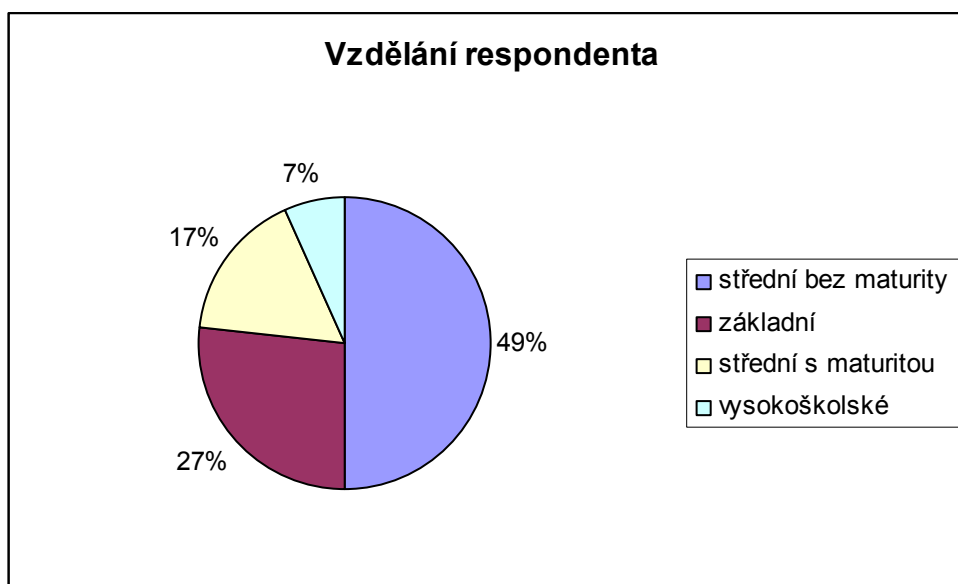
Z grafu vyplývá, že v souboru námi sledovaných pacientů výrazně převažují muži (19 z 30 respondentů, tj. 63%).

Otázka č. 3: Vzdělání respondenta

Tabulka č. 3

Střední bez maturity	15	49%
Základní	8	27%
Střední s maturitou	5	17%
Vysokoškolské	2	7%
Celkem	30	100%

Graf č. 3



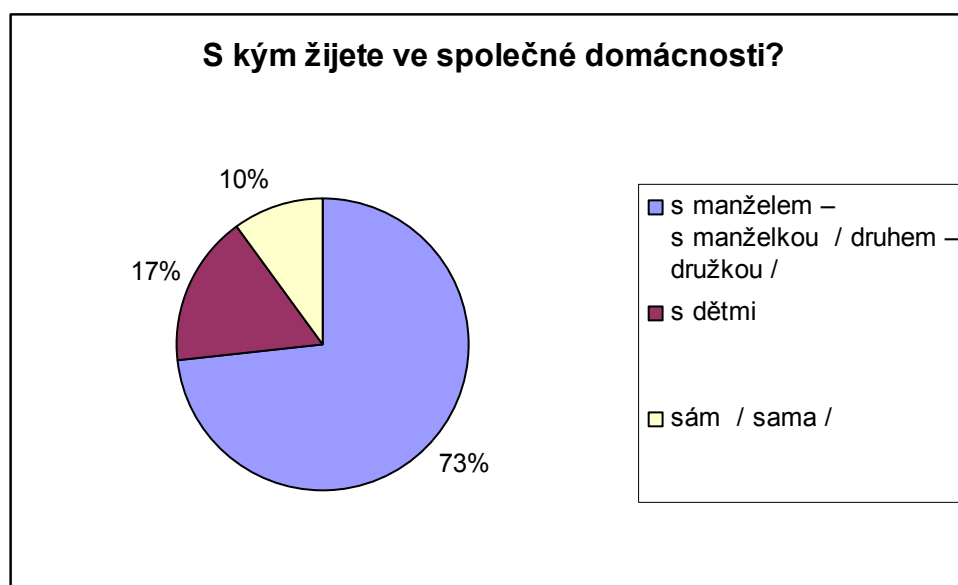
Tento graf názorně ukazuje, že naprostá většina, tj. 76% z dotazovaných pacientů, má střední vzdělání bez maturity nebo vzdělání základní, což může svědčit o tom, že v našem souboru postihuje vertebrogenní onemocnění zejména manuálně pracující, kteří jsou vystaveni větší fyzické námaze.

Otázka č. 4: S kým žijete ve společné domácnosti?

Tabulka č. 4

S manželem – s manželkou (druhem – družkou)	22	73%
S dětmi	5	17%
Sám / sama /	3	10%
Celkem	30	100%

Graf č. 4



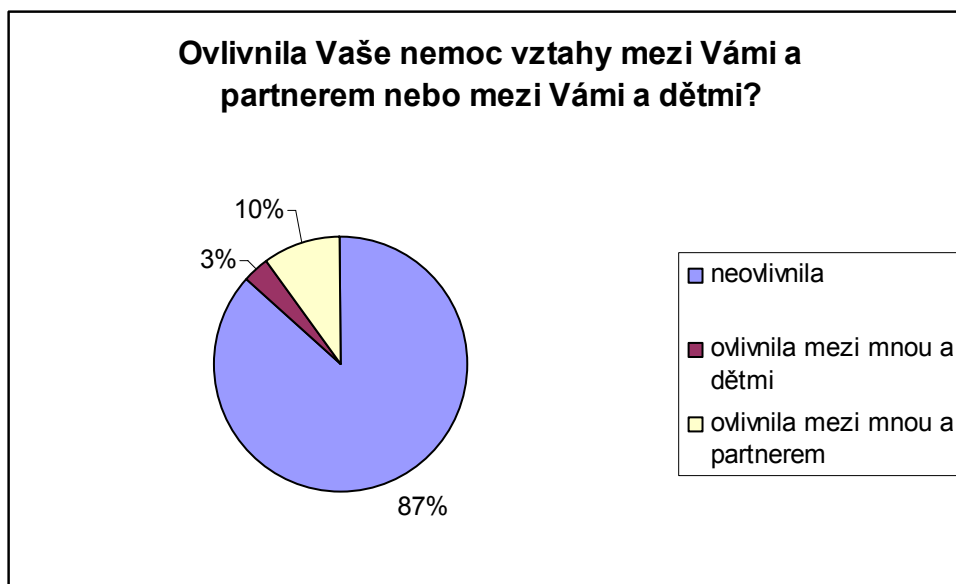
Z mého vzorku respondentů je patrné, že převážná část nežije sama, dá se tedy předpokládat, že psychický i sociální dopad nebude u těchto jedinců tak výrazný.

Otázka č. 5: Ovlivnila Vaše nemoc vztahy mezi Vámi a partnerem nebo mezi Vámi a dětmi?

Tabulka č. 5

Neovlivnila	26	87%
Ovlivnila mezi mnou a partnerem	3	10%
Ovlivnila mezi mnou a dětmi	1	3%
Celkem	30	100%

Graf č. 5



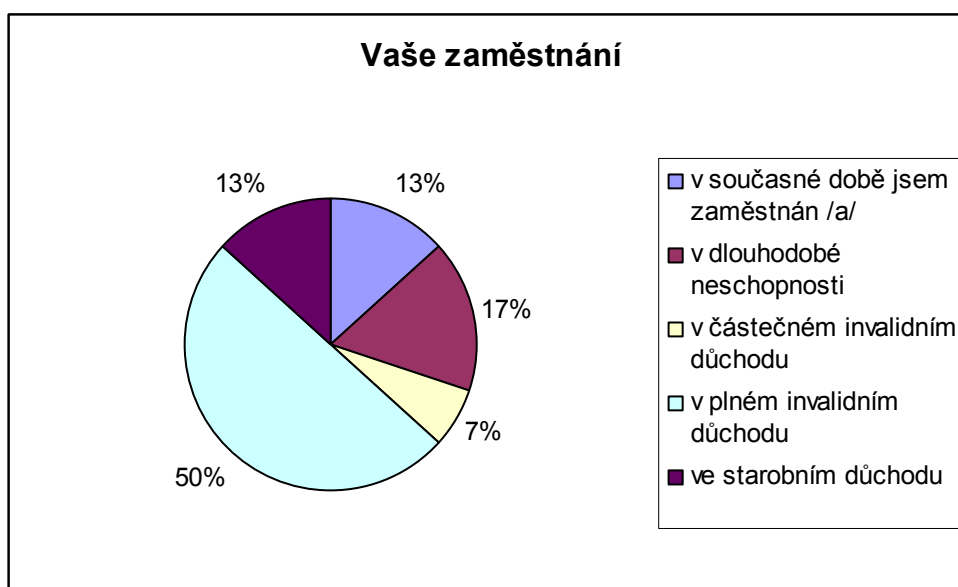
Můj předpoklad, že nemoc ovlivnila vztahy mezi pacientem a partnerem, event. mezi pacientem a dětmi, se nepotvrdil, neboť 26 z 30 respondentů (tj.87%) reagovalo na mou otázku negativně Partnerské ani rodinné soužití se tedy u naprosté většiny dotazovaných nezměnilo.

Otázka č. 6: Vaše zaměstnání

Tabulka č. 6

V plném invalidním důchodu	15	50%
V dlouhodobé neschopnosti	5	17%
Ve starobním důchodu	4	13%
V současné době jsem zaměstnán /a/	4	13%
V částečném invalidním důchodu	2	7%
Celkem	30	100%

Graf č. 6



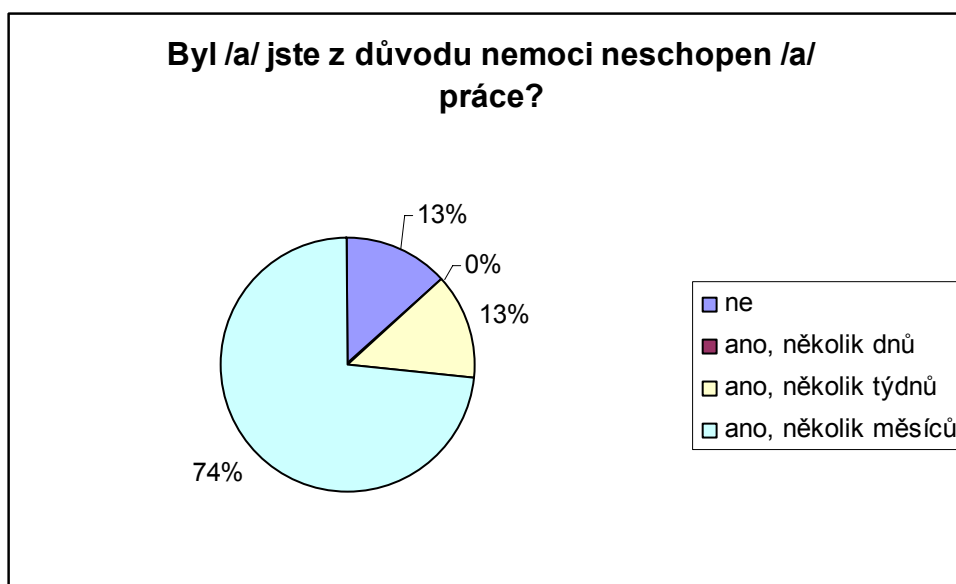
Moje hypotéza, že nemoc ovlivnila pracovní aktivitu, se plně potvrdila, protože 63% respondentů je buď v plném nebo částečném invalidním důchodu a 17% je v dlouhodobé neschopnosti.

Otázka č. 7 : Byl /a/ jste z důvodu nemoci neschopen /a/ práce?

Tabulka č. 7

Ano, několik měsíců	22	74%
Ano, několik týdnů	4	13%
Ne	4	13%
Ano, několik dnů	0	0%
Celkem	30	100%

Graf č. 7



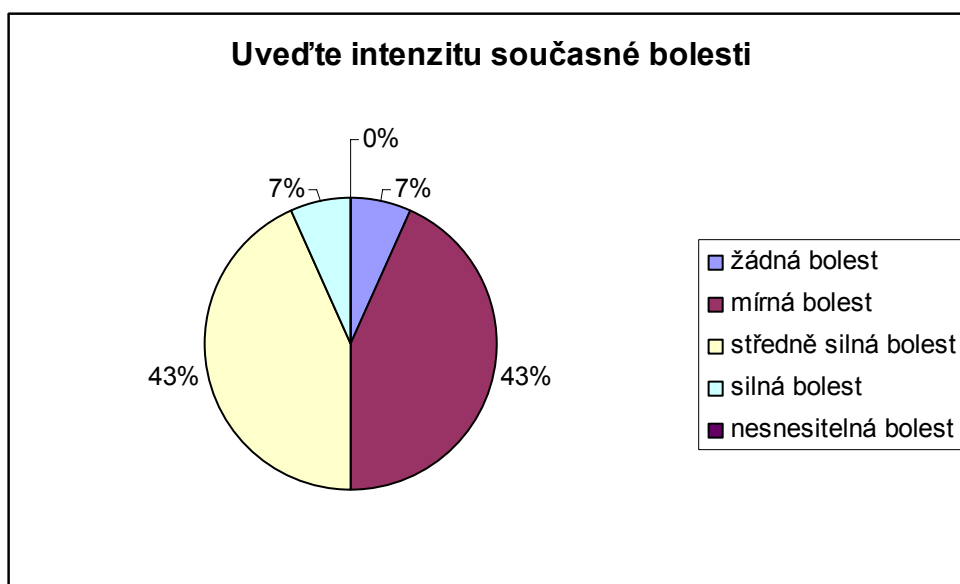
Výsledky průzkumu ukázaly, že 22 respondentů nemohlo z důvodu své nemoci vykonávat práci dlouhodobě, tj. několik měsíců. Tyto výsledky jsou potvrzeny i odpověďmi na předchozí otázku.

Otázka č. 8 : Uved'te intenzitu současné bolesti

Tabulka č. 8

Mírná bolest	13	43%
Středně silná bolest	13	43%
Silná bolest	2	7%
Žádná bolest	2	7%
Nesnesitelná bolest	0	0%
Celkem	30	100%

Graf č. 8



Hodnocení vnímání bolesti je problematické, neboť bolest je vždy subjektivní, což potvrdila stupnice intenzity bolesti.

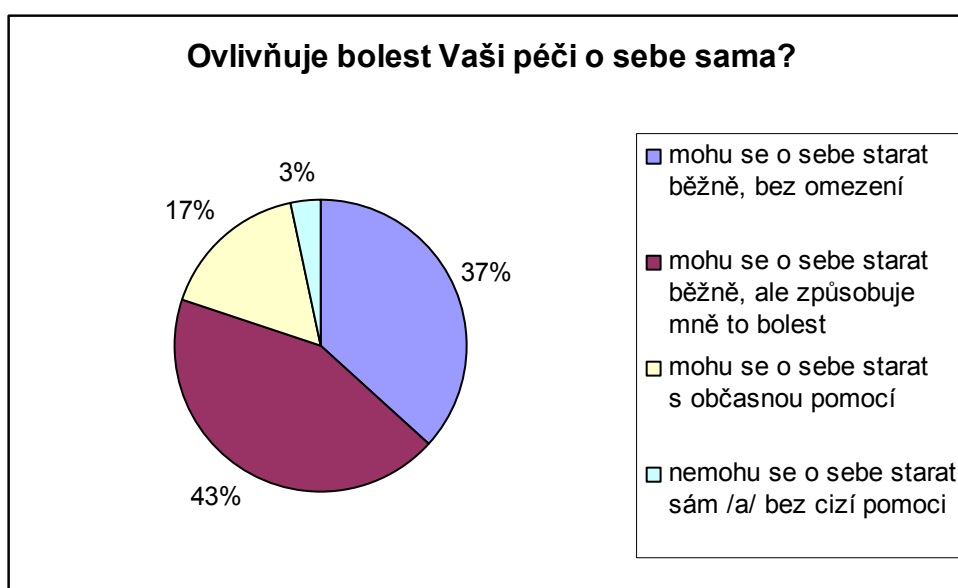
Většina dotázaných (86%) označila intenzitu své bolesti jako mírnou nebo středně silnou, na vizuální analogové škále (VAS) však tomuto ohodnocení odpovídala u jednotlivých respondentů různá čísla, a to jak u bolesti mírné, tak u středně silné.

Otázka č.9: Ovlivňuje bolest Vaši péči o sebe sama?

Tabulka č. 9

Mohu se o sebe starat běžně, ale způsobuje mně to bolest	13	43%
Mohu se o sebe starat běžně, bez omezení	11	37%
Mohu se o sebe starat s občasnou pomocí	5	17%
Nemohu se o sebe starat sám /a/ bez cizí pomoci	1	3%
Celkem	30	100%

Graf č. 9



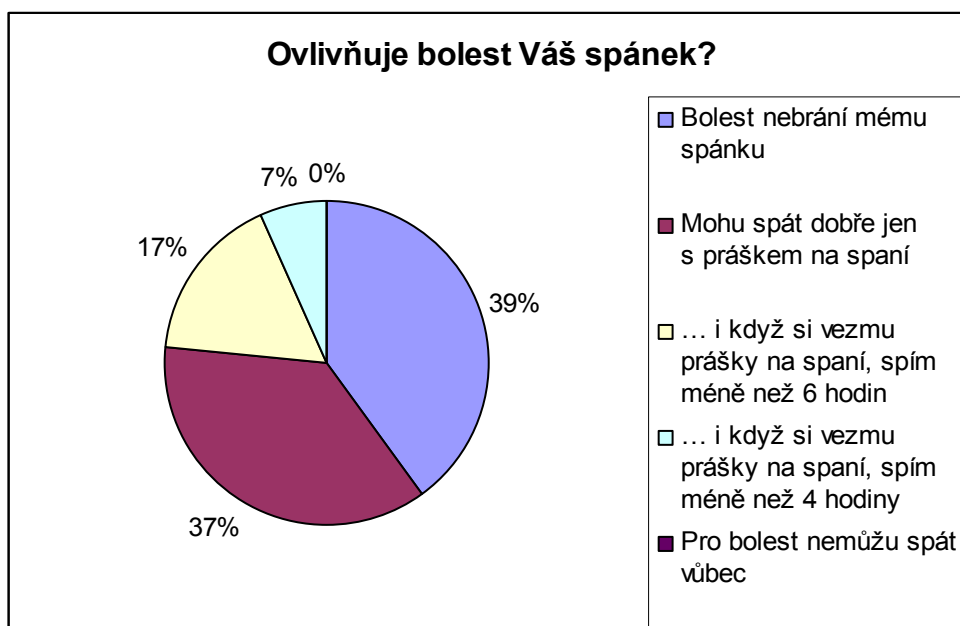
Pozitivní bylo zjištění, že převážná část respondentů se může o sebe starat sama, bez cizí pomoci. Jeden respondent odpověděl, že je odkázán na pomoc jiných osob.

Otázka č. 10: Ovlivňuje bolest Váš spánek?

Tabulka č. 10

Bolest nebrání mému spánku	12	39%
Mohu spát dobře jen s práškem na spaní	11	37%
... i když si vezmu prášky na spaní, spím méně než 6 hodin	5	17%
... i když si vezmu prášky na spaní, spím méně než 4 hodiny	2	7%
Pro bolest nemůžu spát vůbec	0	0%
Celkem	30	100%

Graf. č. 10



U většiny respondentů bolest výrazně nenarušuje spánek. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že by pro bolest nemohl spát vůbec.

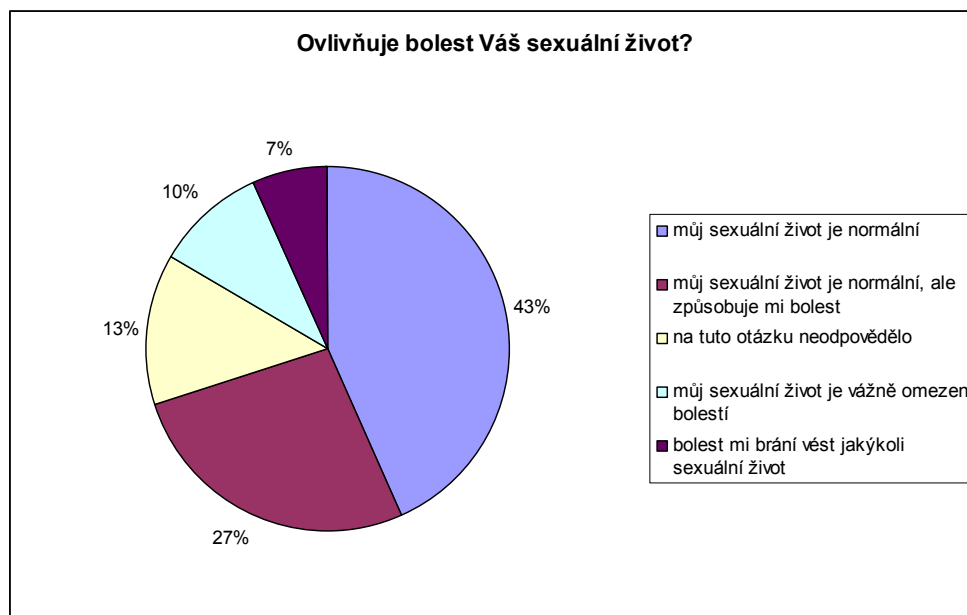
Otázka č. 11 : Ovlivňuje bolest Váš sexuální život?

(Nezávazná otázka)

Tabulka č. 11

Můj sexuální život je normální	13	43%
Můj sexuální život je normální, ale způsobuje mi bolest	8	27%
Neodpověděli na tuto otázku	4	13%
Můj sexuální život je vážně omezen bolestí	3	10%
Bolest mi brání vést jakýkoli sexuální život	2	7%
Celkem	30	100%

Graf č. 11



Ze 30 dotázaných 4 neodpověděli na mou otázku. Většina respondentů vede po operaci normální sexuální život, i když někteří s určitými potížemi.

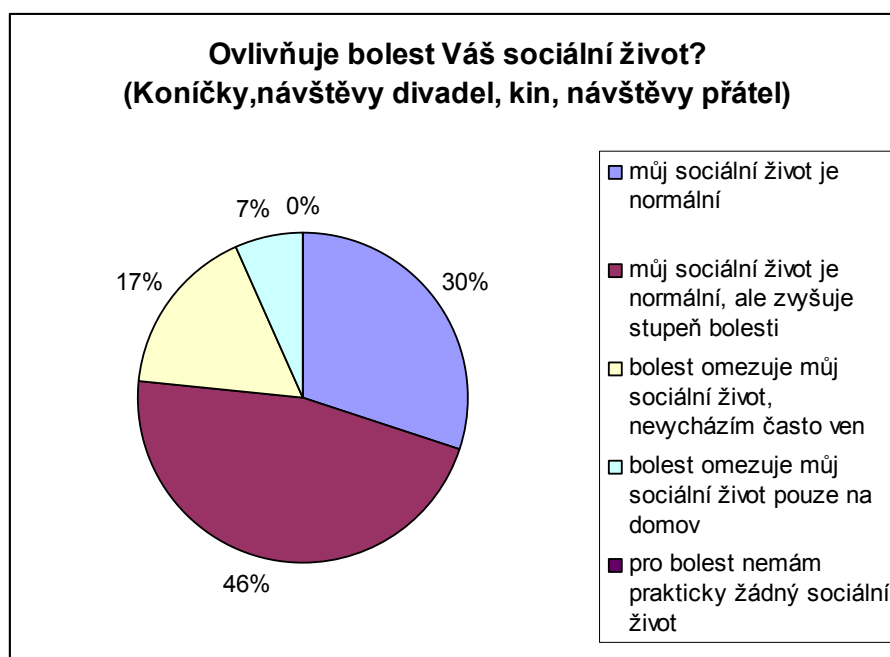
Otázka č. 12: Ovlivňuje bolest Váš sociální život?

(Koničky, návštěvy divadel, kin, návštěvy přátel)

Tabulka č. 12

Můj sociální život je normální, ale zvyšuje stupeň bolesti	14	46%
Můj sociální život je normální	9	30%
Bolest omezuje můj sociální život, nevyházím často ven	5	17%
Bolest omezuje můj sociální život pouze na domov	2	7%
Pro bolest nemám prakticky žádný sociální život	0	0%
Celkem	30	100%

Graf č. 12



76% dotazovaných uvedlo, že jejich sociální život není omezen, což nepotvrdilo mou pracovní hypotézu.

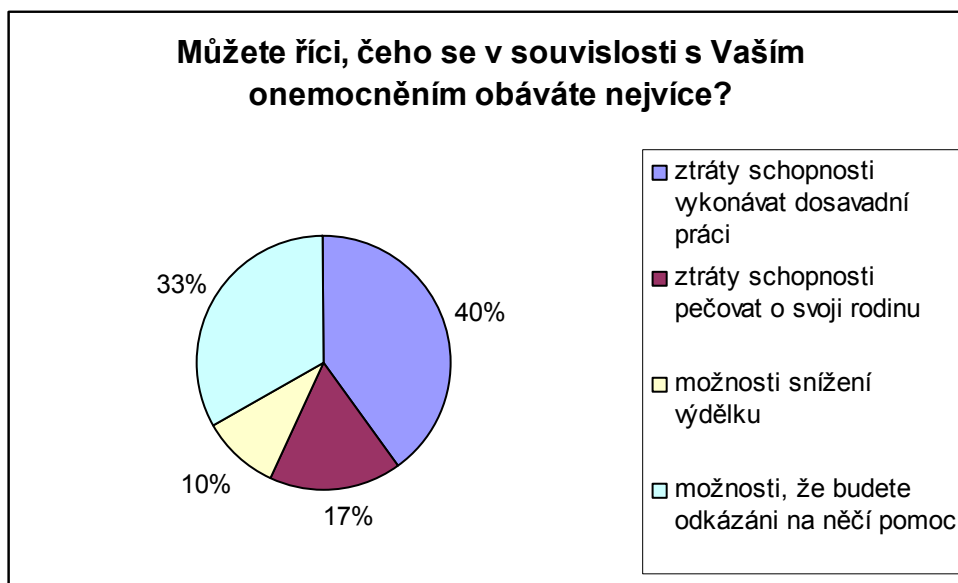
Většina respondentů však žije ve společné domácnosti se svým partnerem, event. s dětmi. Význam a vliv rodiny na nemocného je značný. Motivace a podpora rodiny pomáhá nemocným vést normální společenský život.

Otázka č. 13: Můžete říci, čeho se v souvislosti s Vaším onemocněním obáváte nejvíce?

Tabulka č. 13

Možnosti, že budete odkázáni na něčí pomoc	12	40%
Ztráty schopnosti vykonávat dosavadní práci	11	33%
Ztráty schopnosti pečovat o svoji rodinu	4	17%
Možnosti snížení výdělku	3	10%
Celkem	30	100%

Graf č. 13



Nejintenzivnější obavy měli respondenti z toho, že může nastat situace, kdy budou ve svém životě odkázáni na pomoc jiných osob a dále z toho, že nebudou schopni vykonávat svou dosavadní práci.

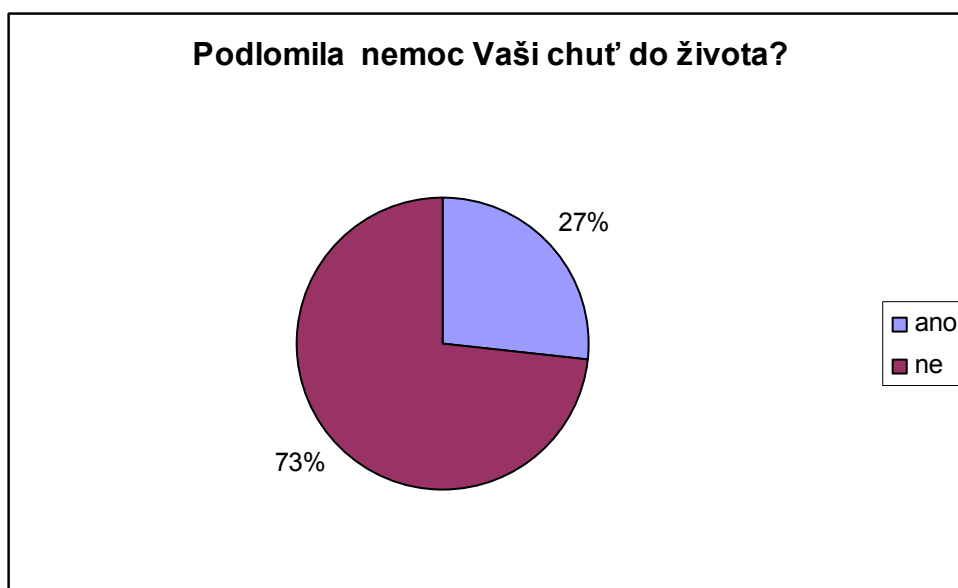
Zde se objevila diskrepance mezi odpověďmi u této otázky a otázky č.6, neboť pouze 9 respondentů je v pracovním poměru a 11 respondentů uvedlo, že v souvislosti se svým onemocněním se obávají nejvíce ztráty schopnosti vykonávat dosavadní práci. Dotazovaní se mohli mylně domnívat, že se zde jedná o jakoukoliv práci (např. v domácnosti apod.) a nikoliv o práci ve smyslu zaměstnání.

Otázka č. 14: Podlomila nemoc Vaši chuť do života?

Tabulka č. 14

Ne	22	73%
Ano	8	27%

Graf č. 14



Tato otázka je vlastně shrnutím, jaký psychosociální dopad má onemocnění na sledované osoby. Výsledky šetření jsou pozitivní, neboť 22 respondentů z 30 odpovědělo, že nemoc nepodlomila jejich chuť do dalšího života.

6 Shrnutí průzkumu

Na základě odpovědí třiceti pacientů s degenerativním onemocněním páteře jsem chtěla zjistit, zda mají po 6-8 měsících od operace bolesti a především ovlivňují-li tyto bolesti podstatnou měrou psychosomatiku jejich života.

Jsem si vědoma toho, že forma dotazníku nemusí být vždy zcela objektivní metodou. Respondenti mohou podlehnout odpovědím typu sociálně žádoucího chování a předstírat to, co se jim zdá společensky přijatelnější. Forma individuálního přístupu ke každému pacientovi, otevřený dialog mezi pacientem a terapeutem by byl jistě daleko názornější a objektivnější. Je to ale úkol časově velmi náročný a vyžaduje účast především klinických psychologů, kteří by se měli touto problematikou zabývat.

Z mého šetření vyplynulo, že vertebrogenními potížemi s následnou operací bederní páteře byli postiženi více muži než ženy, a to ve věku čtyřiceti let a výše.

Jednalo se především o pacienty se středním vzděláním bez maturity a se vzděláním základním. Dá se tedy předpokládat, že šlo zejména o jedince manuálně pracující.

Z dalších odpovědí bylo zjištěno, že převážná část respondentů žije ve společné domácnosti s partnerem, event. s dětmi.

Na otázku č.5, zda nemoc ovlivnila vztahy mezi dotazovaným a partnerem či dětmi, reagovala většina respondentů negativně.

Další dvě otázky se týkaly zaměstnání. Polovina tázaných byla již před operačním zákrokem v plném invalidním důchodu, další byli ve starobním nebo částečném invalidním důchodu, pět jich bylo v dlouhodobé neschopnosti a pouze čtyři z třiceti respondentů byli zaměstnání.

Z odpovědí na otázku, zda byli nemocní neschopni práce a jak dlouho, dominovala odpověď 4.- ano, několik měsíců. Degenerativní postižení bederní páteře mělo za následek dlouhodobou pracovní neschopnost, která vedla k částečné nebo trvalé invaliditě respondentů.

Otázky č. 8-12 zjišťovaly intenzitu bolesti a její vliv na psychosomatiku dotazovaných. Hodnocení vnímání bolesti je vždy subjektivní, což se potvrdilo zejména u otázky č. 8, kdy na vizuální analogové škále odpovídala intenzita bolesti u některých respondentů bolesti mírné, zatímco u jiných respondentů stejná intenzita korespondovala s bolestí středně silnou až silnou.

Otázky č. 9 – 12 byly orientovány především na to, jak dalece nemoc a s ní související bolesti změnily způsob života respondentů. Odpovědi zde byly velmi povzbudivé, neboť většina dotazovaných se může o sebe běžně starat, bolesti výrazně nenarušují jejich spánek, 70% respondentů vede normální sexuální život a 76% osob se věnuje i nadále společenskému životu, přestože někteří s jistými obtížemi.

Největší obavy v souvislosti s onemocněním měli respondenti z toho, že by se nemohli sami o sebe starat a byli odkázáni na pomoc jiných a dále ze ztráty schopnosti vykonávat dosavadní práci.

Velmi zajímavé a povzbudivé bylo zjištění, že u převážné části dotazovaných (22 z 30, tj. 73%) nepodlomila nemoc jejich chuť do dalšího života

Průzkum byl veden snahou zjistit, jak se pacienti po operaci bederní páteře cítí, zda mají i nadále bolesti a především jak velkou měrou a jakým způsobem zasáhla nemoc do jejich psychosociálního života. Pro tento výzkum bylo použito dotazníkové šetření. Na základě odpovědí třiceti pacientů s degenerativním onemocněním páteře jsem chtěla zjistit, zda mají po 6-8 měsících od operace bolesti a především ovlivňují-li tyto bolesti podstatnou měrou psychosomatiku jejich života.

Uvědomuji si, že skupina pouze třiceti pacientů je nedostatečná pro zobecnění získaných údajů a že průkaznější by byla analýza daleko většího souboru pacientů, a to jak před operací, tak i ve fázi pooperační. Z mé strany šlo o první pokus zmapovat nejzávažnější psychosociální skutečnosti, které by mohly negativně ovlivňovat další průběh onemocnění pacientů s vertebrogenní diagnózou.

Hypotéza, že nemoc ovlivní způsob života v oblasti trávení volného času se nepotvrdila, neboť většina dotázaných odpověděla, že může vést společenský život.

Výsledky šetření potvrdily hypotézu, že onemocnění bederní páteře výrazně ovlivnilo pracovní aktivitu nemocných, neboť 50% respondentů bylo v plném invalidním důchodu, 7% v částečném invalidním důchodu a 17% v dlouhodobé neschopnosti.

Hypotéza, že choroba změnila podstatnou měrou vztahy mezi partnery a brání vést nemocným kvalitní partnerský život, se nepotvrdila. Velmi optimistické bylo zjištění, že u naprosté většiny dotazovaných neovlivnila nemoc chuť do života..

7 Závěr

Bolesti v zádech jsou jednou z nejčastějších civilizačních chorob. Více než polovina pacientů, kteří mají bolesti déle než šest měsíců, se již nikdy nevrátí do své původní práce. Statistiky zdravotních pojišťoven uvádějí, že bolesti zad jsou příčinou každého třetího dne pracovní neschopnosti. Tato skutečnost je alarmující a je jí nutné věnovat zvýšenou pozornost v rámci komplexního bio-psycho-sociálního programu.

Tato skutečnost by měla být podnětem k hledání nejvhodnějších a nejekonomičtějších způsobů léčení, k vytvoření diagnostických i léčebných algoritmů, které by zlepšily nejen zdravotní, ale i sociální prognózu nemocných.

Nedílnou součástí péče o postiženého za všech okolností, i ve stavech, jejichž etiologie je jednoznačně biologická, je psychoterapeutický přístup. Psychika je důležitý řídicí systém, který má vztah jak k vnitřnímu prostředí nemocného, tak k prostředí vnějšímu, ve kterém se pohybuje, včetně prostředí sociálního (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Psychicky zdatní jedinci se vyrovnávají se somatickými potížemi daleko snáze.

U pacientů se mohou objevovat poruchy spánku, negativní emoce, sexuální a jiné psychické problémy. **Optimální řešení vidím v psychologické pomoci v rámci komplexního léčebného programu.** Významným přínosem by podle mého názoru byla pomoc klinického psychologa, který by působil pouze na našem pracovišti (nikoliv v rámci celé nemocnice) a věnoval by pacientům s vertebrogenními potížemi dostatečnou péči jak před operací, tak i po operačním zákroku, pomáhal by jim, aby zůstali v dobrém psychickém stavu a aktivně se zapojili do ozdravného procesu.

Významnou součástí komplexního funkčního programu péče o jedince či jeho rodinu je práce zdravotní sestry. Další řešení problematiky vidím ve schopnosti zdravotních sester vést pacienty a jejich blízké k pevné mysli, k odpovědnosti za vlastní léčbu a k obstarávání si informací a nástrojů, které jim toto umožní.

Zdravotní sestry musí být schopny určit, kdy je potřebná spolupráce dalších zdravotníků a podle svých možností k ní přispět, zvláště na tak specifickém oddělení,

jakým je neurochirurgie, kde lékařský tým je zaměřen především na biologickou povahu onemocnění a psychosociální stránka je zajišťována převážně péčí zdravotních sester.

Zdravotní sestry musí umět pacienty správně edukovat během hospitalizace a před propuštěním z nemocniční péče. Pokud během ošetrovatelského procesu najdou závažné psychosociální problémy, musí vědět, jak je řešit. Mohou např. doporučit pacientům různé kurzy, svépomocné skupiny, psychologické poradenství, manželské poradny, protože nemoc může vážně narušit vztahy a dynamiku partnerského i rodinného života. (Doenges, Moorhouse, 2001)

Dalším přínosem pro naše pracoviště by byla účast sociální pracovníce, která by úzce spolupracovala s pacienty a pomáhala jim řešit problémy v sociální sféře, což by mohlo pozitivně ovlivnit proces uzdravování, případně zmírnit následky onemocnění.

Nedílnou součástí pooperační léčby je intenzivní péče rehabilitačních pracovníků, kteří jsou v úzkém kontaktu s pacientem po delší dobu a svým profesionálním přístupem mohou velmi výrazně ovlivnit fyzický, ale i psychický stav pacienta.

Na některých místech naší republiky probíhá následná terapie lidí s degenerativním onemocněním páteře ve svépomocných skupinách. Pacienti s podobnými zdravotními problémy jsou zde podrobně informováni o své nemoci, jsou seznamováni s různými způsoby (někdy i méně tradičními) konzervativní léčby, s operačními technikami a postupy, se cviky, které jim pomohou zmírnit bolesti, spolupracují s psychoterapeuty apod. Rovněž emoční podpora skupiny není bez významu. Tato zařízení se ukazují být velmi efektivní a je nutné, aby byla dostupná všem nemocným s vertebrogenními potížemi, kteří by měli o tuto formu péče zájem.

Úzká spolupráce mezi pacientem a lékařem, všeobecnou sestrou, klinickým psychologem, pracovníkem léčebné rehabilitace a sociální pracovnící by vedlo k výraznému zlepšení výsledků komplexní léčby vertebrogenního onemocnění. Pomoc nemocným na bio-psycho-sociální úrovni je bezesporu nejefektivnější

Seznam použité literatury

Anatomie páteře. *Porodníci* [online]. 2009 [cit. 2009-03-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnici.cz/anatomie-patere>>. ISSN 1802-5560.

BÁRTLOVÁ, S.: *Vliv nemoci na změnu způsobu života*. Analýza změn způsobu života nemocných se sníženou hybností. Kandidátská disertační práce. Bratislava: FF UK, 1986.

BAŠTECKÝ, J, ŠAVLÍK, J, ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, s. r. o., 1993. 333 s. ISBN 80-7169-031-7.

BEDNAŘÍK, Josef, KADAŇKA, Zdeněk. *Vetebrogenní neurologické syndromy*. 1. vyd. Praha : TRITON s. r. o., 2000. 215 s. ISBN 80-7254-102-1.

BŘICHÁČEK, V.: *Sledování změn v činnosti jedince*. Účelová publikace Výzkumného ústavu psychiatrie Praha 8-Bohnice, 1981.

DOENGES, Marilyn, MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, s. r. o., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

HNÍZDIL, Jan, BERÁNKOVÁ, Blanka. *Bolesti zad jako životní realita*. 1. vyd. Praha : TRITON s. r. o., 2000. 168 s. ISBN 80-7254-098-X.

HNÍZDIL, Jan. Bolesti zad jsou jednou z mála životních jistot. *Lékařské listy* [online]. 2000 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.volny.cz/novacka/clanky/clanek1.htm>>.

CHVÁLA, V. Do jakého prostředí kniha přichází?. *Portál* [online]. 2008 [cit. 2009-03-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=25091>>.

KASÍK, J., a kol. *Vertebrogenní kořenové syndromy, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0142-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, s. r. o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

NOVÁK, M. *Bolest zad I.* 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-314-8.

SOAFER, B. *Bolest, příručka pro zdravotní sestry.* Přel. Steinová – Friedová, D. 1. české vyd. Praha: Grada publishing, 1997. ISBN 80-7254-314-8.

ŠOUREK, K.: *Chirurgie bederních meziobratlových plotének* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Kapesní slovník medicíny.* 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. 173 s. ISBN 80-7345-053-4.

Přílohy

Příloha č. 1

Základní poznatky o neurochirurgickém oddělení

Nemocnice Na Homolce

Neurochirurgie je poměrně mladým chirurgickým oborem, který se v České republice rozvíjí jen na několika málo pracovištích. Zabývá se diagnostikou, chirurgickou léčbou a prevencí onemocnění nervového systému.

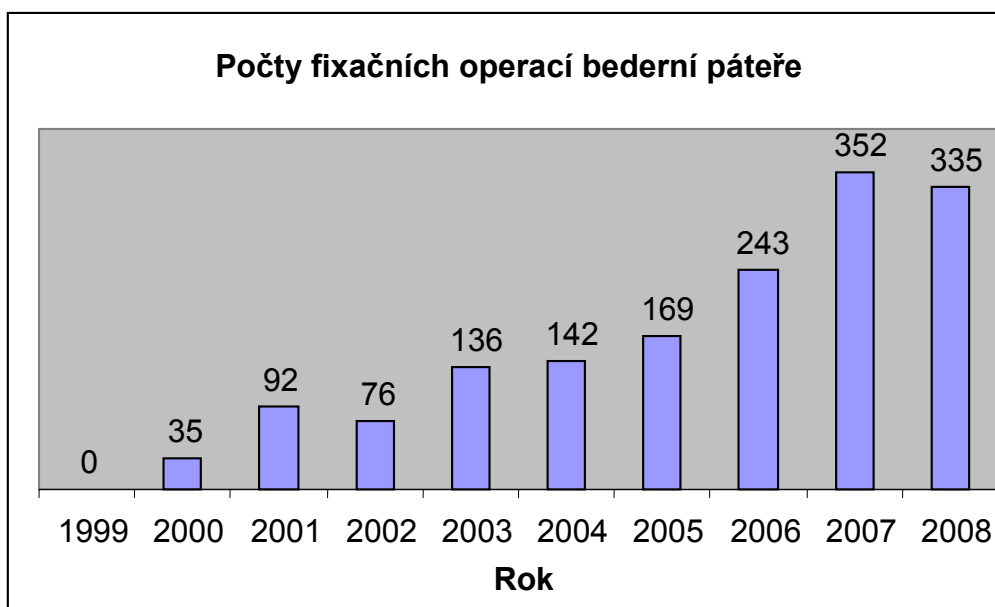
Neurochirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce bylo otevřeno v září 1990, necelý rok po sametové revoluci. Byla to odezva na akutní nedostatek neurochirurgických lůžek v Praze, neboť do té doby byla tato lůžka jen v ÚVN Střešovice a sloužila prakticky i celému středočeskému kraji.

Oddělení začínalo s 24 lůžky, postupně přibývala další standardní lůžka, v roce 1992 jsme otevřeli 8 intenzivních lůžek a v roce 1994 dalších 12 semiintenzivních lůžek. V současné době disponujeme celkem 64 lůžky, 4 ambulancemi a 3 moderně vybavenými operačními sály.

Personální obsazení neurochirurgického oddělení:

- 10 atestovaných lékařů – neurochirurgů
- 4 atestovaní lékaři – neurologové
- 1 klinický psycholog (působící pro celou nemocnici)
- 75 všeobecných sester
- 15 nižších zdravotnických pracovníků
- 3 administrativní pracovnice

Při masivním nárůstu počtu operačních výkonů uskutečněných na našem pracovišti, zůstal počet lékařů v posledních deseti letech téměř nezměněn, což vede k tomu, že převážnou část své odborné péče musí lékaři věnovat biologické povaze onemocnění. Pro ilustraci uvádím graf, který ukazuje nárůst fixačních operací bederní páteře, provedených na našem neurochirurgickém pracovišti.



Degenerativní onemocnění páteře jsou na neurochirurgickém oddělení řešena v souladu s nejmodernějšími metodami včetně fixačních operací.



Příloha č. 2

DOTAZNÍK

Pro klienty po operaci páteře.

Své odpovědi prosím zakřížkujte do příslušného políčka.

- 1. Věk respondenta:**
- | | |
|-----------|--------------------------|
| 20 - 29 | <input type="checkbox"/> |
| 30 - 39 | <input type="checkbox"/> |
| 40 - 49 | <input type="checkbox"/> |
| 50 - 59 | <input type="checkbox"/> |
| 60 a více | <input type="checkbox"/> |

- 2. Pohlaví**
- | | | | |
|--------|--------------------------|---------|--------------------------|
| 1) muž | <input type="checkbox"/> | 2) žena | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|---------|--------------------------|

- 3. Vzdělání respondenta:**
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1) základní | <input type="checkbox"/> |
| 2) střední bez maturity | <input type="checkbox"/> |
| 3) střední s maturitou | <input type="checkbox"/> |
| 4) vysokoškolské | <input type="checkbox"/> |

- 4. S kým žijete ve společné domácnosti?**
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1) sám (sama) | <input type="checkbox"/> |
| 2) s manželem -
manželkou | <input type="checkbox"/> |
| druhem - družkou | |
| 3) s dětmi | <input type="checkbox"/> |

5. Ovlivnila Vaše nemoc vztahy mezi Vámi a partnerem nebo mezi Vámi a dětmi?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) neovlivnila | <input type="checkbox"/> |
| 2) ovlivnila mezi mnou a dětmi | <input type="checkbox"/> |
| 3) ovlivnila mezi mnou a partnerem | <input type="checkbox"/> |

6. Vaše zaměstnání:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1) v současné době jsem zaměstnán (a) | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|

- 2) v dlouhodobé neschopnosti
- 3) v částečném invalidním důchodu
- 4) v plném invalidním důchodu
- 5) ve starobním důchodu

7. Byl (a) jste z důvodu nemoci neschopen (a) práce?

- 1) ne
- 2) ano, několik dnů
- 3) ano, několik týdnů
- 4) ano, několik měsíců

8. Uveďte intenzitu současné bolesti:

- 1) žádná bolest
- 2) mírná bolest
- 3) středně silná bolest
- 4) silná bolest
- 5) nesnesitelná bolest

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Prosím zaznamenejte na této stupnici kroužkem intenzitu bolesti.

9. Ovlivňuje bolest Vaši péči o sebe sama?

- 1) mohu se o sebe starat běžně, bez omezení
- 2) mohu se o sebe starat běžně, ale způsobuje mně to bolest
- 3) mohu se o sebe starat s občasnou pomocí
- 4) nemohu se o sebe starat sám (a) bez cizí pomoci

10. Ovlivňuje bolest Váš spánek?

- 1) bolest nebrání mému spánku
- 2) mohu spát dobře jen s práškem na spaní
- 3) ... i když si vezmu prášky na spaní, spím méně než 6 hod.
- 4) ... i když si vezmu prášky na spaní, spím méně než 4 hod.

5) pro bolest nemohu spát téměř vůbec

11. Ovlivňuje bolest Váš sexuální život? (nezávazná otázka)

1) můj sexuální život je normální

2) můj sexuální život je normální, ale způsobuje mi bolest

3) můj sexuální život je vážně omezen bolestí

4) bolest mi brání vést jakýkoli sexuální život

12. Ovlivňuje bolest Váš sociální život? (koníčky, návštěvy divadel, kin, nebo návštěvy přátel)

1) můj sociální život je normální

2) můj sociální život je normální, ale zvyšuje stupeň bolesti

3) bolest omezuje můj sociální život, nevycházím často ven

4) bolest omezuje můj sociální život pouze na domov

5) pro bolest nemám prakticky žádný sociální život

13. Můžete říci, čeho se v souvislosti s Vaším onemocněním obáváte nejvíce?

1) ztráty schopnosti vykonávat dosavadní práci

2) ztráty schopnosti pečovat o svoji rodinu

3) možnosti snížení výdělku

4) možnosti, že budete odkázáni na něčí pomoc

14. Podlomila nemoc Vaši chuť do života? 1) ano

2) ne

Děkujeme za ochotu a spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku.