

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AMBULANTNÍHO
PACIENTA S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM
SYNDROMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA NOVOTNÁ

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AMBULANTNÍHO
PACIENTA S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM
SYNDROMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA NOVOTNÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2012

Zadání

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 3. května 2012

.....
Pavla Novotná

ABSTRAKT

NOVOTNÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha. 2012. 65 s.

Bakalářská práce se zabývá onemocněním zad - vertebrogenním algickým syndromem, a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Práce je členěna na dvě části.

V teoretické části je nastíněna základní charakteristika onemocnění, v krátkosti anatomie páteře, příčiny vzniku bolestí zad, klasifikace a léčba vertebrogenních algických syndromů.

V praktické části jsou nastíněna specifika práce sestry v ambulanci při péči o pacienty s vertebrogenním algickým syndromem jako je vyšetření pacienta s bolestí zad sestrou, edukace, specifické potřeby pacientů dle Maslowa a hlavně ošetrovatelský proces u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem.

Klíčová slova

Bolest zad. Edukace. Vertebrogenní algický syndrom. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče. Potřeby dle Maslowa.

ABSTRACT

NOVOTNÁ, Pavla. *The Nursing Process for Outpatient with Vertebrogenic Algic Syndrome*. The College of Nursing, Level of qualification: Bachelor (BA). Thesis supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague 2012, 65 p.

This thesis deals with back pain - vertebrogenic algic syndrome, and the nursing process in a patient with this disease. The work is divided into two parts.

In the theoretical section outlines the basic characteristics of the disease, spine anatomy, causes of back pain, classification and treatment of vertebrogenic algic syndromes.

In the practical section outlines the specifics of work nurse in caring for patients with vertebrogenic algic syndrome such as education, examination the patient with Nurse, the specific needs by Maslow, and nursing process with outpatient with vertebrogenic algic syndrome.

Keywords

Back pain. Education. Vertebral algic syndrome. Nursing process. Nursing care. Needs by Maslow.

PŘEDMLUVA

Práce se zabývá celosvětově rozšířeným problémem – vertebrogenním algickým syndromem, který je léčbou dobře ovlivnitelný, léčba však vyžaduje aktivní spoluúčast pacienta.

Výběr tématu byl ovlivněn mou profesí. Pracuji jako všeobecná sestra v ambulantním Rehabilitačním a lázeňském Sanatoriu, kde se s pacienty trpícími tímto problémem i s jejich příbuznými denně setkávám. V práci jsem se proto rozhodla věnovat zpracování ošetrovatelského procesu u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem.

Pro zpracování práce jsem nastudovala spoustu literatury a zde uvádím nejdůležitější poznatky. Při shromažďování podkladů pro zpracování práce jsem využila rešeršních služeb Městské knihovny ve Znojmě a zapůjčila jsem si zde i část odborné literatury. Další literaturu jsem získala na mém pracovišti a dále jsem využila k vyhledávání informací internet.

Cílem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem.

Práce je určena všeobecným sestřám pracujícím v ambulantní sféře, které se s pacienty s vertebrogenním algickým syndromem při své práci setkávají, dále pacientům, kteří mají zájem se o svém onemocnění dozvědět více a jejich rodinám, studentům Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické ve Znojmě, kteří se u nás připravují v rámci praxe na své budoucí povolání a také by se práce mohla stát podkladem pro zavedení ošetrovatelského procesu na mém pracovišti.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH. za podporu a cenné podněty, které mi poskytl při vypracování bakalářské práce a v neposlední řadě pacientce paní J.H., která mi i přes akutní zdravotní obtíže byla ochotna poskytnout cenné informace pro zpracování ošetrovatelského procesu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1. VYBRANÉ TEORETICKÉ POZNATKY O VERTEBROGENNÍM ALGICKÉM SYNDROMU.....	13
1.1 Terapie vertebrogenních poruch.....	20
2. SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V AMBULANCI V PÉČI O PACIENTY S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM SYNDROMEM.....	23
2.1 Vyšetření pacienta s bolestí zad sestrou.....	23
2.2 Prevence a edukace.....	25
2.3 Specifické potřeby pacienta s vertebrogenním algickým syndromem dle Maslowa.....	29
2.4 Specifika ošetrovatelského procesu u pacienta s vertebrogenním algickým syndromem.....	35
3. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AMBULANTNÍHO PACIENTA S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM SYNDROMEM.....	38
4. DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb.....	30
--	----

SEZNAM ZKRATEK

CT.....počítačová tomografie

MRI.....magnetická rezonance

RTG.....rentgen

VAS.....vertebrogení algický syndrom

VAS.....vizuální analogová a číselná škála

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antalgický - působící proti bolesti. Je to protibolestivé držení těla nebo končetiny, které má za cíl co nejvíce ušetřit postiženou oblast.

Anulus fibrosus – fibrózní prstenec v meziobratlové ploténce, obklopující jádro.

Hyperalgetická zóna – oblast se zvýšenou bolestivostí a bolestivou reakcí na běžnou stimulaci kůže, vzniká jako reflexní reakce na postižení vnitřních orgánů.

Hyperestezie – zvýšená citlivost na zevní smyslové podněty, např. hyperestezie kůže při některých poruchách periferních nervů.

Hypestezie – snížená citlivost na vnější smyslové podněty, obvykle hypestezie kůže při některých nervových poruchách.

Chondrosa meziobratlové ploténky – dehydratací dojde ke ztrátě elasticity ploténky a vzniku trhlin. Kostní tkáň krycích plotének přilehlých obratlů reagují sklerózou – zvýšením hustoty kostní tkáň vzniká osteochondrosa.

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

Karence - nedostatek určité živiny např. bílkovin nebo jiné důležité látky např. vitamínu v potravě.

Kineziologie – obor zabývající se pohybem, jeho rozborem.

Neurogenní – nervového původu, vznikající v nervovém systému.

Neuropatický – vznikající v příčinné souvislosti s neuropatií.

Prevalence – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. Obvykle se dává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech.

Prolaps meziobratlové ploténky – výhřez ploténky, přesněji jejího pulpózního jádra při ruptuře anulus fibrosus. Vyhřezlé části ploténky se dostávají do páteřního kanálu,

mohou mechanicky tlačit na míchu, vznikají lumbosakralgie, pseudoradikulární a radikulární syndromy, syndrom kaudy. Prolaps laterální – výhřez do strany, prolaps mediální – výhřez směrem do míšního kanálu.

Protruze – vysunutí dopředu, vyklenutí meziobratlové ploténky. Vyklenutí disku při oslabení anulus fibrosus.

Sekvestr – část oddělená od celku.

Spina bifida - rozštěp páteřních obratlů bez protruze míšních obalů a míšní tkáně.

Spondylartrosa – poškozování kloubních chrupavek a vznik okrajových osteofytů.

Spondylolistéza - posun sklouznutí jednoho obratle dopředu vůči obratli níže umístěnému. Vzniká obvykle v oblasti bederní páteře v důsledku porušeného vývoje obratlů osifikace nebo po úrazu.

Spondylolýza - rozštěp obratlového oblouku, většinou vrozený. Sekundárně se může ze spondylolýzy vyvinout spondylolistéza.

Spondylosa – tvorba osteofytů na dorzálních nebo ventrálních okrajích obratlových těl, mohou utlačovat míchu.

ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si zvolila téma „Ošetrovatelský proces u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem“, protože se při své práci každodenně setkávám s pacienty s tímto celosvětovým problémem.

Pracuji jako všeobecná sestra v soukromém Rehabilitačním a lázeňském Sanatoriu pro bolesti v zádech MUDr. Milana Podlípého ve Znojmě. Jedná se o ambulantní zdravotnické zařízení, proto jsem se i ve své bakalářské práci zaměřila tímto směrem a zpracovala ošetrovatelský proces u ambulantního pacienta s vertebrogenním algickým syndromem. Samozřejmě se nezabýváme jen léčbou bolestí zad, ale celého pohybového aparátu, ovšem léčba vertebrogenních obtíží je stěžejní. Při své práci jsem zjistila, jak je problém bolestí zad v populaci rozšířený a rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat blíže. Jak jsem již podotkla, pracuji v ambulantním sektoru, proto se v bakalářské práci budu věnovat jen léčbě ambulantní, nikoliv ústavní.

První kapitola je věnována poznatkům z anatomie páteře, příčinám vzniku vertebrogenních obtíží, klasifikaci bolestí zad, klinickému obrazu a také komplexní terapii.

Druhá kapitola přibližuje specifika práce sestry v ambulanci rehabilitačního lékaře, nastiňuje, co by měla sestra ovládat, fyzikální vyšetření pacienta sestrou, a hlavně edukaci. Součástí podkapitoly o edukaci je mnou vytvořený edukační materiál. Věnuji se zde také specifickým potřebám pacientů s vertebrogenním algickým syndromem a rozebírám specifika ošetrovatelského procesu u pacientů s tímto problémem.

Stěžejní částí mé bakalářské práce je třetí kapitola, jejímž cílem je zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky s vertebrogenním algickým syndromem, která do našeho Sanatoria denně docházela k ambulantní léčbě.

1 VYBRANÉ TEORETICKÉ POZNATKY O VERTEBROGENNÍM ALGICKÉM SYNDROMU

Definice vertebrogenního algického syndromu bychom jistě našli v různých literárních pramenech více, zde uvádím dvě.

Vertebrogenní algický syndrom (VAS) je bolest lokalizovaná v různých oblastech páteře s omezením pohyblivosti páteřního úseku. Může a nemusí ji doprovázet neurologická symptomatika.

Vertebrogenní algický syndrom je bolestivé onemocnění páteře provázející poruchy jejích kloubů, vazů, meziobratlových plotének, okolních svalů apod. Projevuje se bolestmi v příslušném úseku páteře, často je patrná iradiace bolestí: do hlavy (cevikokraniální syndrom), ramen a horních končetin (cervikobrachiální syndrom), hrudníku či dolních končetin (lumbalgie, ischialgie) (VOKURKA et al., 2005).

Anatomie

Páteř tvoří 33 – 34 obratlů a dělí se na následující úseky:

- **Krční páteř** – tvoří ji 7 krčních obratlů, lat. Vertebrae cervicales, označení C1 – C7.
- **Hrudní páteř** – tvoří ji 12 hrudních obratlů, lat. Vertebrae thoracocicae, označení Th1 – TH12, k hrudním obratlům jsou kloubně připojena žebra.
- **Bederní páteř** – tvoří ji 5 bederních obratlů, lat. Vertebrae lumbales, označení L1 – L5.
- **Kost křížová** – tvoří ji 5 srostlých obratlů křížových, lat. Os sacrum, označení S1 – S5.
- **Kost kostrční** – tvoří ji 4 – 5 srostlých obratlů kostrčních, lat. Os coccygis, označení Co1 – Co4.

Zakřivení páteře má význam pro její pružnost a také významně zvyšuje její pevnost. Páteř se dvěma lordózami a dvěma kyfózami je 17 krát pevnější, než kdyby ji tvořil jeden oblouk (viz. příloha A).

Epidemiologie

Ve vyspělých zemích narůstá počet nemocných s bolestmi zad. Nejde jen o důsledek změny některých faktorů prostředí, včetně profesního. Častěji bolesti zad souvisejí se změnou názoru na snášení bolesti a diskomfortu. Bolesti jsou dnes vnímány jako choroba a i mírnější bolesti vedou často k pracovní neschopnosti. Ukazuje se, že je často špatně odhadnuta závažnost příznaků, problém není včas diagnostikován a hlavně chybí prevence vzniku chronických bolestí zad. Toto vše může vést k rozvoji chronických stavů, které mají jen malou šanci na úpravu a pacienti často nejsou již schopni se zapojit do aktivního života a pracovní činnosti. Tito pacienti plní ordinace praktických lékařů, neurologů, rehabilitačních lékařů. Vertebrogenní onemocnění mají výrazný sociálně-ekonomický dopad. Jsou jednou z nejčastějších příčin pracovních neschopností i dlouhodobé invalidizace s následným pobíráním sociálních dávek a tím i ekonomickou zátěží pro společnost. V populaci je 1 % přechodně a 1 % trvale nemocných s vertebrogenními obtížemi. Maximální výskyt obtíží 45 – 60 let a věková hranice se posouvá do nižších věkových kategorií. Je to druhý nejčastější chorobný stav po nemocech z nachlazení, tvoří 1/3 všech pracovních neschopností. Roční prevalence je 15 – 45 %, celoživotní prevalence 60 – 90 %, roční incidence 5 %. Vertebrogenní obtíže tvoří jednu z deseti nejčastějších příčin návštěvy praktického lékaře a jsou pátým nejčastějším důvodem hospitalizace. Pořadí četnosti bolestí v jednotlivých úsecích LS : C : Th páteře 4 : 2: 1 (ROKYTA, 2009; SKÁLA et al., 2011).

Rozdělení bolestí zad

Bolest pohybového aparátu je varovným příznakem funkční poruchy, která by měla být napravena, než dojde k trvalé změně.

Bolest zad můžeme dělit dle různých kritérií.

a) Dle délky trvání :

Akutní bolest – trvá méně než 6 týdnů, je fyziologickou odpovědí na poškození, má varovný význam a u člověka vyvolává mechanismy, které směřují k únikové a obranné reakci organismu. Navozuje komplexní vegetativně humorální odezvu, aktivaci sympatiku.

Subakutní - trvají asi 6 – 12 týdnů.

Chronická – stálé nebo opakující se potíže v období delším než 3 měsíce, přechod do chronického stavu záleží na primární konstituci pacienta, jeho sociálním postavení, zaměstnání a rodině a na celkovém psychickém stavu.

Nejčastějšími projevy chronické bolesti jsou:

- poruchy hybnosti a následné postižení svalů a kloubů
- postižení imunitního systému a stoupající vnímavost k nemoci
- narušení spánku
- ztráta chuti k jídlu a poruchy výživy
- závislost na lécích
- nadměrná fixace na rodinné příslušníky a ošetřující personál
- nadužívání a zneužívání zdravotnického systému
- snížení pracovní výkonnosti nebo pracovní neschopnost, invalidita
- izolace od společnosti a rodiny, duševní poruchy
- úzkost, strach
- nevěle, frustrace, deprese, sebevražedné myšlenky.

b) Dělení na podkladě diagnostické triády:

Prosté bolesti zad – bez postižení nervového systému, jsou to bolesti mechanické, související s pohybem. Původ bolesti je ve specifických zakončeních, které se nazývají nociceptory, či nocisenzory a reagují na bolestivou stimulaci v tkáních (svaly, kloubní pouzdra, okostice). Bolesti se vyskytují typicky v bederní a křížové oblasti, vyzařují i do okolí, nejčastěji do stehů, jsou tupé, či tlakové. Prosté bolesti zad se vyskytují nejčastěji v produktivním věku, mezi 20. – 55. rokem. Pacient nemá celkové obtíže, bolest pokud se pacient dále nepřetěžuje a udržuje přiměřenou tělesnou aktivitu bolest slábne. Prosté bolesti zad mají dobrou prognózu, 90% nemocných se uzdraví do 6 týdnů.

Nervové kořenové bolesti – s postižením nervového systému. Tento typ bolesti zad je způsoben nejčastěji výhřezem disku, stenózou páteřního kanálu nebo jizevnatými změnami v oblasti páteře po předchozí operaci útlakem nervu. Odborně se tato bolest označuje jako neurogenní nebo neuropatická. Typická je

jednostranná nebo oboustranná bolest nohy s různě vyjádřenými poruchami citlivosti. Šíří se většinou v pruzích, které odpovídají postiženému nervovému kořeni. Neuropatická bolest je ostrá, vystřelující, pálivá a je oproti prosté bolesti zad velmi nepříjemná se známkami nervového dráždění s poruchou svalové síly či citlivosti. Prognóza je zde horší, jen asi 50% pacientů se uzdraví do 6 týdnů.

Závažná onemocnění páteře – v literatuře jsou označovány jako „red flags“ (červené praporky), mají lékaře upozornit na varovné příznaky a onemocnění, která se mohou projevit bolestmi zad. K nim patří nádory, infekce, zánětlivá onemocnění, poúrazové deformity, varují také před závažnými neurologickými stavy, které mohou vyvolat nevratné poškození zdraví, nebo jsou okamžitou indikací k operačnímu výkonu (např. „syndrom kaudy“, kdy se při výhřezu meziobratlové ploténky utlačují nervová vlákna v dolní části míchy s příznaky poruchy vyprazdňování).

U organického poškození se vyskytuje převážně bolest stálá, nezávislá na pohybu. Obecně platí, že zánětlivá bolest přetrvává i v klidu a mechanická bolest v klidu odeznívá, projeví se pouze při námaze (ROKYTA, 2009).

Příčiny vzniku bolestí zad

Funkční blokáda v páteřním segmentu – jde o mechanické uskřínutí výchlipky kloubního pouzdra mezi kloubní plošky. To vyvolá svalový spasmus, který zvyšuje bolest.

Přetížení svalů a vazů – vzniká při špatném držení těla, vadných pohybových stereotypch, hypermobilitě, nadměrně těžké práci.

Degenerativní onemocnění páteře – jedná se o adaptační změny reagující na přetěžování páteře nebo horší stabilitu v segmentu. Jde i o projev stárnutí a přirozeného opotřebování. Přetěžování a mikrotraumata mohou tyto změny urychlit. Patří sem spondylosa, spondylartrosa, chondrosa mezobratlové ploténky, protruze disku a prolaps disku.

Úrazy – výrazné bolesti zad s omezením pohybu, hrozí nebezpečí poranění míchy. Patří sem kontuze páteře, distorze páteře, luxace obratlů, fraktury obratlů. Spondylolýza spondylolistéza.

Vrozené vady – různý počet obratlů, spina bifida.

Nádory – primární jsou vzácné (osteom, neurinom), sekundární metastatické (myelom, metastázy z prsu, prostaty, plic, močového měchýře, štítné žlázy).

Osteoporóza – postmenopauzální, z inaktivity, při endokrinních, GIT, renálních poruchách při snížených metabolických vlastnostech kostí. Vznikají mikrofraktury obratlů, i po menších pádech dochází ke kompresivním zlomeninám obratlů.

Revmatická onemocnění – Bechtěrevova choroba, revmatoidní artritida.

Pooperační komplikace po léčbě výhřezu disku (failed back surgery syndrom) (MLČOCH, 2008).

Wyšetřování a diagnostika

Anamnéza

Fyzikální vyšetření

- pohled
- pohmat
- rozsah pohybu

Kineziologické vyšetření

RTG vyšetřovací metody páteře

- prostý snímek
- CT vyšetření
- MR vyšetření
- RTG denzitometrie – k měření kostní hmoty RTG paprsky
- RTG s použitím kontrastních látek
- PMG – vyšetření se provádí v případech, kdy je třeba upřesnit diagnózu nebo když jiná vyšetření (CT, MR) nelze provést

Radionuklidové vyšetřovací metody

- scintigrafie skeletu

Sono vyšetřovací metody

- sono kostní denzitometrie k měření kostní hmoty

Odběry biologického materiálu

- základní biochemické vyšetření krve a moče (např. hodnocení metabolismu kostí, zánětlivé markery, revmatické testy...)
- základní hematologické a hemokultivační vyšetření krve
- další vyšetření krve (sérologie, imunologie, hemokultivace...)
- punkční vyšetření

Klinický obraz vybraných vertebrogenních onemocnění

Akutní blok krční páteře (ústřel): vzniká při přeležení krku na lůžku, při práci ve strnulé poloze hlavy či po prudkém pohybu hlavou. Projevuje se antalgickým držením hlavy v úklonu a rotaci, bolestí podél krční páteře vyzařující do týla. Pohyb bolest zhoršuje. Akutní blokádu můžou provázet vegetativní projevy, např. zvracení.

Chronické bolesti krční páteře: stálá tupější bolest krční páteře, s projekcí do ramen a týla. Jsou přítomny známky vadného držení, dysbalance krčních svalů, omezení dynamiky krční páteře, na rtg snímku jsou často degenerativní změny na páteři.

Cervikokraniální syndrom (CC): většinou jednostranné záchvatovité bolesti hlavy, intenzivní záchvaty se střídají s obdobím mírných obtíží. Uplatňují se zde také psychika a hormonální vlivy. Příčinou bývají blokády krční páteře v hlavových kloubech.

Cervik vestibulární syndrom, cervikální závrať, syndrom a. vertebralis: blokáda krční páteře spojená s poruchou prokrvení v povodí a. vertebralis, což vyvolá závrať závislou na poloze hlavy. Bývají přítomny bolesti hlavy. Objektivně jsou přítomny známky vestibulárního syndromu. Postiženy bývají hlavně starší osoby s arteriosklerózou mozkových cév. Obtíže zhoršuje současný záklon a rotace hlavy.

Cervikobrachiální syndrom: bolesti v krční páteři se promítají do horní končetiny, nemají ráz kořenového syndromu (není porucha reflexů, cítí) maximum bolestí je v rameni a paži. Příčinou bývají blokády krční páteře. S blokádou krční páteře často

souvisí radiální nebo ulnární epikondylitis (palpační bolestivost epikondylů, bolestivý úchop).

Kořenové syndromy na horní končetině: pásovitá bolest v horní končetině jdoucí do prstů, často vyzařuje z horní hrudní páteře mediálně od lopatky. Snížené reflexy, někdy snížená svalová síla v odpovídajících svalech, porucha cití v příslušném dermatomu.

Kořenový syndrom C6: bolest se promítá pásovitě do palce a ukazováku, snížený radio-pronační reflex.

Kořenový syndrom C7: bolest se promítá do středních prstů, oslabena extenze v lokti.

Kořenový syndrom C8: bolest se promítá do malíku a prsteníku, snížený reflex flexorů prstů, oslabena flexe prstů. Záklon hlavy s rotací nebo úklonem ke straně bolesti vyvolává zhoršení (zúžení foramina).

Bolesti v hrudní páteři: bolesti způsobené blokádami meziobratlových a kostotransverzálních kloubů je nutné odlišit od vážných onemocnění vnitřních orgánů (koronární příhoda, nemoci plicní, gastroduodenální, žlučnickové aj.), tzv. interkostální neuralgie (pásovitá bolest od páteře podél žeber) má příčinu v blokáde páteře.

Lumbago (bederní ústřel, houser): vzniká po zvednutí břemene, po předklonu, prudkém pohybu, kýchnutí. Předchází mu větší fyzická zátěž, prochladnutí, viróza. Někdy je cítit lupnutí v bedrech. Pacient má trup v blokovém postavení, mírném předklonu a vybočení do strany v důsledku reflexních kontraktur paravertebrálních svalů (antalgická skolióza). Nemůže se předklonit ani narovnat, vážne oblékání. Laségue je pozitivní, nejsou kořenové příznaky. Příčinou je akutní blok nebo počínající postižení disku, zatím bez komprese kořene.

Chronické bolesti v bedrech a kříži: nejčastěji tupé bolesti dolní části zad, způsobené přetěžováním vazů a svalů, je přítomna svalová dysbalance, vznikají kloubní blokády včetně SI kloubů. U starších lidí je příčinou, spondylosa, osteochondrosa, osteoporóza.

Kořenové syndromy na dolní končetině: předchází jim často bolest v kříži, postupně se rozvíjí pásovitá bolest do dolní končetiny, spojená se snížením reflexu, poruchou cití v odpovídajícím dermatomu, někdy s parézou příslušných svalových skupin. Příčinou bývá tlak výhřezu disku nebo osteofytů na kořen.

Kořenový syndrom L4: bolest vyzařuje po přední straně stehna a vnitřní ploše bérce k vnitřnímu kotníku. Oslabena extenze v koleni a flexe v kyčli. Příčinou bývá léze disku L3/4.

Kořenový syndrom L5: bolest jde po zevní straně stehna (jako lampas), stáčí se na přední stranu bérce na nárt až k palci. Reflexy jsou zachovány, bývá oslabena dorsální flexe prstů (zvláště palce) a nohy. Pacient zakopává, nepostaví se na patu. Příčinou je často výhřez disku L4/5.

Kořenový syndrom S1: bolest jde po zadní straně stehna a lýtka do paty. Oslabeny plantární flexory prstů nohy, pacient se nepostaví na špičku. Příčinou je léze disku L5/S1 (OPAVSKÝ, 2011; SEIDL, 2008; MLČOCH, 2008).

1.1 Terapie vertebrogenních poruch

Léčba vertebrogenních onemocnění se liší podle stadia choroby. V akutní fázi je vhodné vyšetření neurologem, dle jeho doporučení vyšetření danou zobrazovací metodou, dále klidový režim v úlevové poloze, fyzikální terapie, až do odeznění akutních potíží. Poté léčba dle stavu svalového korzetu, citlivosti a možného motorického deficitu. V subakutní a chronické formě se pokračuje v ambulantní léčbě. Pacienti docházejí pravidelně do ambulance. Pokud se obtíže nelepší, či horší, jsou pacienti indikováni k hospitalizaci na specializovaném pracovišti.

Klidový režim: u akutních bolestí je vhodný klid na lůžku v úlevové poloze, postižené úseky lze fixovat krčním límcem, popř. bederním pásem.

Farmakoterapie:

Nesteroidní antirevmatika - k tlumení bolesti a zánětu, užití perorálně, parenterálně nebo lokálně (kyselina acetylosalicylová, diclofenac, infometacin, ibuprofen aj.)

Obstříky lokálními anestetiky - kořenové nebo intradermální do hyperalgetických zón.

Centrální myorelaxancia – ke snížení zvýšeného svalového napětí paravertebrálních svalů. Nevýhodou je vliv na ostatní kosterní svaly, takže je pacient celkově hypotonický.

Fyzikální terapie:

Fyzikální léčba využívá fyzikálních podnětů k ovlivnění reflexních změn. Při léčbě VAS využíváme: elektroterapii, termoterapii, hydroterapii, mechanoterapii, balneoterapii i fototerapii.

Termoterapie - teplé sáčky, infračervené záření (Sollux), parafinové zábaly – analgézie, malý vliv na relaxaci svalu.

Kryoterapie - chladicí sáčky, chladicí spray – analgezie v místě aplikace.

Elektroléčba

Vysokofrekvenční interferenční proudy – užíváme je pro jejich velký účinek vzniku tepla v hlubokých tkáních, čímž dochází ke zvýšení prokrvení a ovlivnění metabolismu. Mají také sedativní a relaxační účinky. Indikují se při svalových spasmech a bolestivých stavech chronického rázu. Bez vodivého kontaktu s kůží.

Nízkofrekvenční terapie – vodivě připojeno na kůži.

DD (diadynamické proudy) – více druhů pulzních složek, hluboký analgetický účinek.

Träbertovy proudy (UR) – časný analgetický účinek.

TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace) – účinek analgetický.

Interferenční proudy (IF) - analgezie se vysvětluje vrátkovou nebo endorfinovou teorií.

Ultrazvuk – jde o mechanické vlnění nad 20 kHz. Účinek analgetický a myorelaxační.

Magnetoterapie – nejčastěji pulsní. Účinek analgetický, myorelaxační, placebo efekt.

Trakce krční nebo bederní - trakce můžeme využívat přístrojové, působením gravitace či manuální. Před trakcí je vhodné aplikovat teplo, ultrazvuk nebo interferenční proudy.

Masáž - klasická nebo reflexní – ovlivnění reflexních změn na kůži, podkoží, ve svalech i na periostu. Metoda pacienty velmi oblíbená, ale pasivní. Používá se i přístrojová vakuová masáž Vacupress (gumové miskovité elektrody se přisají na kůži a současnou aplikací elektroléčby).

Fyzioterapie:

Prostředky manuální medicíny – manipulační terapie spolu s mobilizací se využívá k překonání omezení hybnosti. V prvních šesti týdnech zlepšuje hybnost a odstraňuje bolest.

Myofasciální techniky – využívají se k ošetření kožních a podkožních změn a změn na fasciích, kdy využíváme protažení dané struktury tlakem dlaní a čekáme na „fenomén tání“.

PIR (postizometrická relaxace) – ovlivňujeme zvýšené svalové napětí.

Reflexní masáž a senzomotorická stimulace – ovlivňujeme reflexní změny ve svalech a na páteři.

Cvičení dle Brüggera, Mckenzie technika – korekce svalové dysbalance, využití prvků reflexní lokomoce (Vojtova metoda).

Hluboká periostová masáž k ošetření bolestivých okosticových bodů.

LTV – k udržení svalového korzetu, snahou je imobilizovat pacienta na co nejkratší dobu.

Akupunktura: používá se hlavně k ovlivnění chronické bolesti páteře.

Léčebná tělesná výchova: je to významná léčebná složka, bez pravidelného cvičení nelze bolesti zad úspěšně léčit. Docílujeme zlepšení hybnosti jednotlivých úseků páteře a odstranění svalové dysbalance. Vytvářejí se správné pohybové návyky.

Lázeňská léčba: využití režimových opatření, přírodních léčivých zdrojů, pohybové a fyzikální léčby.

Neurochirurgická operace: je indikována hlavně u výhřezů plotének s kompresí kořene (MLČOCH, 2008).

2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V AMBULANCI V PÉČI O PACIENTY S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM SYNDROMEM

2.1 Vyšetření pacienta s bolestí zad sestrou

Vyšetření patří v první řadě do kompetencí lékaře, ovšem i sestra by měla být schopna posoudit stav pacienta. Měla by se zaměřit na jeho vzezření, chůzi, celkové držení těla, možnou antalgickou polohu, bolestivé reakce při chůzi a způsob vyjadřování. Tyto projevy sestře mohou pomoci při sběru informací a následném stanovení ošetřovatelských diagnóz. Diagnostika obsahuje část anamnestickou a část, kde se zabýváme objektivním vyšetřením páteře.

Anamnéza

Anamnestické údaje by měla sestra odebírat v klidném prostředí a měla by mít na pacienta dostatek času. Také je důležité klást otázky tak, abychom získali co nejvíce informací týkajících se obtíží současných i vetebrogenních obtíží v minulosti.

Anamnéza by měla obsahovat:

- a) Osobní anamnéza: věk, jméno, pohlaví, rok narození, jestli rodiče žijí, pokud ne, příčina smrti, sociální zázemí, zabezpečení – děti, příbuzní.
- b) Sociální anamnéza: jestli je pacient zaměstnaný nebo je v důchodu starobním nebo invalidním, kde pracuje, náplň práce, namáhavá práce, kolik hodin týdně, potíže při práci.
- c) Vznik a průběh obtíží: jestli vznikly potíže náhle po nějakém pohybu, nebo jsou déletrvající a co je v minulosti mohlo způsobit (pohyb, přeležení, námaha, přetížení). Pokud obtíže trvají déle, ptáme se, jestli probíhají ve stejné intenzitě nebo se zlepšují či zhoršují. Dále se ptáme, v kterém úseku potíže vznikly a jestli se šíří, jak dlouho trvají a popřípadě, co je provokuje.
- d) Závislost obtíží: ptáme se na provokační moment, kterým může být určitá poloha nebo pohyb, zhoršení klimatických podmínek, změna hormonální

hladiny (porod, menstruace, klimakterium). Důležitou součástí je i otázka na úlevovou polohu, ve které se mírní nebo mizí potíže.

- e) Bolest: zjišťujeme charakter bolesti – jestli je tupá, ostrá, ohraničená, neohraničená, palčivá, bodavá, vystřelující. Pokud je charakter potíží a bolesti chronicko – intermitentní poukazuje to na typické vertebrogenní postižení. Dále zjišťujeme, zda se bolest vyskytuje jen přes den nebo i v noci. Jestli se bolest nachází jen v jednom úseku nebo ve více úsecích.
- f) Lokalizace bolesti: ptáme se, jestli je bolest ohraničená, nebo difúzní, jestli se šíří nebo bolí na několika místech, jestli pacient může sám ukázat, kde to bolí.
- g) Závislost bolesti na pohybu: jestli pohyb, a jaký pohyb, bolest vyvolává, jestli se bolest vyskytuje jen na začátku pohybu a pak odezní nebo jestli se vyskytuje během celého pohybu nebo na konci pohybu.
- h) Iradiace bolesti: jestli bolest vyzařuje již od začátku obtíží nebo až po nějaké době, kam vyzařuje, jestli difúzně nebo ohraničeně, zda se bolest zhoršuje kašlem nebo kýcháním, zda je bolest trvalá nebo jen krátké bodnutí.
- i) Poruchy citlivosti: zda se vyskytuje brnění nebo necitlivost končetin nebo okrsků na končetinách, zda jsou tyto poruchy ohraničené nebo difúzní.
- j) Dosavadní léčba: léky, fyzikální terapie, fyzioterapeutické metody, jak dlouho se pacient léčí a kde, častost recidiv.
- k) Sport: jestli pacient vykonává nebo vykonával nějaký sport aktivně, relaxačně a jak dlouho?
- l) Trauma v anamnéze: jestli pacient prodělal nějaké úrazy, pády (kostrč), případná léčba zranění. Pokud pacient trauma potvrdí, dotazujeme se: kdy k traumatu došlo, zdali jsou následky, popř. jaké a jak dlouho?
- m) Gynekologická anamnéza: porod, menstruace (dysmenorhea) – bolesti, lokalizace, klimakterium, gynekologické operace, počet porodů.
- n) Ostatní onemocnění: ptáme se na všechny interní onemocnění, případně onemocnění vrozená (např. dysplazie kyčlí).
- o) Farmakologická anamnéza: jaké léky pacient bere, v jakých dávkách a jestli pociťuje úlevu (NEJEDLÁ, 2006).

Po odebrání anamnézy sestra provede fyzikální vyšetření páteře.

Fyzikální vyšetření páteře

Sestra může páteř pacienta v rámci fyzikálního vyšetření vyšetřit pohledem a pohmatem.

Vyšetření pohledem

Při vyšetření pohledem vyšetřujeme pacienta svlečeného do půl těla. Vyšetřujeme vestoje a vsedě zepředu, zezadu a z boku.

- Sledujeme zakřivení páteře ve směru předozadním při pohledu z boku: mírná kyfóza i lordóza je fyziologická, zvýšená se označuje jako hyperkyfóza a hyperlordóza (viz. příloha B).
- Sledujeme deformaci páteře k jedné straně: vybočení do strany se vyskytuje u skoliózy, sestra vyzve pacienta aby se předklonil. Při předklonu je na straně skoliózy zvednutá lopatka nebo je viditelné vyvýšení a asymetrická linie pasu (viz. příloha C).
- Gibbus (hrb), je viditelný vestoje v oblasti hrudní páteře.
- Sledujeme dynamiku (pohyblivost) páteře v předklonu, záklonu, úklonu, pokud je porušena hybnost určitého úseku, jde o funkční blok provázená kontrakturami a bolestí (NEJEDLÁ, 2006).

Vyšetření pohmatem

Vyhmatáme trnové výběžky a zjišťujeme jejich bolestivost (u degenerativních změn páteře). Zjišťujeme přítomnost svalových spazmů (kontraktur) po stranách páteře (NEJEDLÁ, 2006).

2.2 Prevence a edukace

Stěžejním úkolem všeobecné sestry v ambulanci v péči o pacienty s vertebrogenním onemocněním je kromě asistence lékaři, aplikace injekční a infuzní terapie, vedení dokumentace atd., hlavně edukace. Sestra by měla zvládat základy školy zad

a ergonomie. Rehabilitace jako taková, spadá do činnosti fyzioterapeutů, ale sestra by měla být schopna poskytnout pacientům základní informace, jak se chovat a pohybovat v běžných denních situacích a činnostech. Proto jsem se rozhodla vytvořit jednoduchý edukační materiál, který jsem nazvala „Běžné denní činnosti“ (viz. příloha C). V edukačním materiálu jsem vyfocená já v běžných denních činnostech a v domácím prostředí. Materiál jsem si nechala zkontrolovat fyzioterapeutkou. Myslím, že je pro pacienty přínosné vidět na obrázcích známou tvář – svoji sestřičku, v normálním domácím prostředí. Obrázky v učebnicích a edukačních materiálech jsou často staršího data a focené na rehabilitačních lehátkách s pomůckami, které běžně doma pacient nemá. To ho většinou odradí. Mnou zpracovaný edukační materiál jsem dala k dispozici pacientům na recepci našeho Sanatoria a mám jednoznačně pozitivní odezvu. Pozorováním jsem zjistila, že pacienti si materiál vezmou, nejdřív je pobaví, že vidí na obrázcích mě, pak si obrázky prohlíží a je vidět, že si viděné zkouší. Různě se staví do viděných pozic atd.

Sestra by měla vědět a vhodným způsobem edukovat pacienty o tom, že obecnou prevencí bolestí zad je životní styl, který by měl obsahovat stravovací návyky k prevenci nadváhy a přiměřené pohybové aktivity. Pokud již bolest zad vznikla a nejedná se o skupinu závažných postižení, dle výše uvedené klasifikace, je nezbytné nemocného motivovat k aktivnímu zapojení do léčby a poučit ho o chronické bolesti zad pomocí následujících pravidel:

1. Pokud je vyloučen závažný problém, upozorněte nemocného na léčitelnost jeho zdravotního problému.
2. Pacientům, kteří často vyžadují specializovaná vyšetření a očekávají od nich i léčebný výsledek, vysvětlete, že u prostých bolestí zad opakovaná a drahá vyšetření nepřinesou léčebný efekt.
3. Vyvarujte se radikálních tvrzení při hodnocení nezávažných bolestí zad, která mohou pacienta vyděsit a způsobit u něj nepřiměřené obavy z budoucího léčení. (např. hrozí výhřez disku, zlomenina obratle atd.).
4. Při rozhovoru s pacientem upozorněte na možnou dlouhodobost obtíží nebo jejich opakování zejména u těch osob, které patří mezi rizikové skupiny, tedy u jedinců středního věku. V každém případě pacienta motivujte, aktivizujte k činorodosti a rehabilitaci dle jasných instrukcí.

5. Sdělte pacientovi, že léčbou akutních a často i chronických bolestí zad pomáháme k uzdravení podle příznaků, tedy symptomaticky, a že další průběh jeho onemocnění a obtíží bude záležet na něm samotném (ROKYTA, 2009).

Toto ovšem pacienti velmi neradi slyší. Přijdou k lékaři s postojem „bolí mě záda, tady mě máte a něco se mnou udělejte“. Nebo požadují nákladná vyšetření, jen proto, aby se něco našlo a své problémy měli na co svést. Tímto přístupem ovšem přispívají ke vzniku chronických obtíží. Chronifikace obtíží bývá následkem podcenění akutních bolestí zad, jejich správné léčby a hlavně následného režimu pacienta. Za rizika vzniku chronických obtíží považujeme nerealistické snahy pacienta o rychlou léčbu s následným nedodržováním pohybového režimu a aktivit, dále to bývá psychická labilita s nevlí řešením problému a pasivitou. Sociální problémy, nedostatek ekonomického zabezpečení často způsobuje chronifikaci stavu zejména pokud u pacienta zaznamenáme snahy o získávání finančních výhod. V literatuře se často používá výrazu „žluté praporky“ (yellow flags) pro skupinu rizikových faktorů z psychosociální oblasti, které mohou upozornit na známky chronifikace.

Sestra by měla znát základy školy zad a předat pacientům vhodným způsobem těchto 10 rad, které právě ze školy zad vycházejí:

1. Pravidelným, přiměřeným a pestrým pohybem se udržujte v dobré fyzické kondici. Doporučené je plavání, kalanetika, jóga, běžkování, chůze.
2. Naučte se psychicky relaxovat, přijatelným způsobem řešte stresující situace.
3. Udržujte si odpovídající hmotnost, konzumujte vyváženou zdravou stravu.
4. Snažte se o rovnováhu mezi námahou a odpočinkem. Naučte se relaxovat i v práci či při delší jízdě autem, v hodinových intervalech si udělejte přestávku a protáhněte se nebo projděte. Nezapomínejte na dovolenou.
5. Používejte správnou postel, nejlépe s lamelovým roštem, zdravotní matrací a středně velkým polštářem. Při spánku musí být páteř ve svém přirozeném tvaru jak v poloze na zádech, tak i na boku.
6. Dbejte na správné sezení doma i v práci. Židle by měla mít takovou výšku, aby se vaše nohy dotýkaly plnou ploskou podlahy a pevné, anatomicky tvarované opěradlo. Stůl by měl mít takovou výšku, abyste se nad ním nemuseli hrbít.

7. Většinu činností se snažte provádět se vzpřímenými zády, vyvarujte se déletrvající práce v předklonu.
8. Naučte se právně zvedat břemena. Vyvarujte se jednostranné zátěže, břemena noste v kvalitním batohu na zádech.
9. Vyvarujte se vhodným oblečením prostydnutí, i lehké ofouknutí může být příčinou nepříjemné bolesti zad.
10. Používejte kvalitní, ortopedicky správnou obuv. Napomáhá udržovat správné držení těla (ROKYTA, 2009).

Škola zad

Pro pacienty, které se podaří získat pro aktivní přístup, vznikla v USA Škola zad, která se dále začala využívat v Kanadě, Skandinávii jako tzv. Back school, v roce 1984 v Německu jako Rückenschule a v roce 1992 se začala přednášet v Praze jako Škola zad. Je to soubor informací a praktických cvičení, která vedou k prevenci, ochraně a zlepšení stavu tělesné schránky a duševního zdraví. Zahrnuje způsoby zvládnání stresu v běžném životě, poskytuje soubor informací o zdravé výživě a podává informace o ergonomii a uspořádání pracovního i domácího prostředí. Základem školy zad je ekonomické zatěžování kloubů tak, aby nedocházelo ke vzniku ohybového napětí, a pro všechny pohybové struktury optimální pohyb s vynaložením co nejmenší energie.

Škola zad se praktikuje v rámci několika soustředění, kdy každé soustředění je zaměřeno na jednu oblast.

Pro koho je škola zad pořádána:

- pro ty, kteří opakovaně trpí bolestmi zad,
- pro ty, kteří silnou akutní bolest prodělali a už ji nechtějí zažít,
- pro ty, kteří mají chybné pohybové návyky vyvolávající bolesti při funkčních onemocněních,
- pro ty, kteří aktivně přistupují k problému a mají zájem na porozumění vzniku bolesti, a tedy i na odstranění bolesti.

Naopak škola zad není vhodná pro pacienty, kteří mají akutní bolesti bránící pohybu (GÚTH, 2000).

2.3 Specifické potřeby pacienta s vertebrogenním algickým syndromem dle Maslowa

Pacienti trpící nějakým onemocněním nemají často dostatečně saturovány základní potřeby. Úkolem zdravotnických pracovníků je jim pomoci potřeby uspokojit. V první řadě ale musí potřeby identifikovat a odhalit problémy pacienta a na základě problémů pak stanovit ošetrovatelské diagnózy, které uspokojí pomocí ošetrovatelského procesu. K identifikaci lidských potřeb nám poslouží Maslowova pyramida potřeb.

Maslowova pyramida (potřeb) je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb od nejnižších po nejvyšší, které společně tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“:

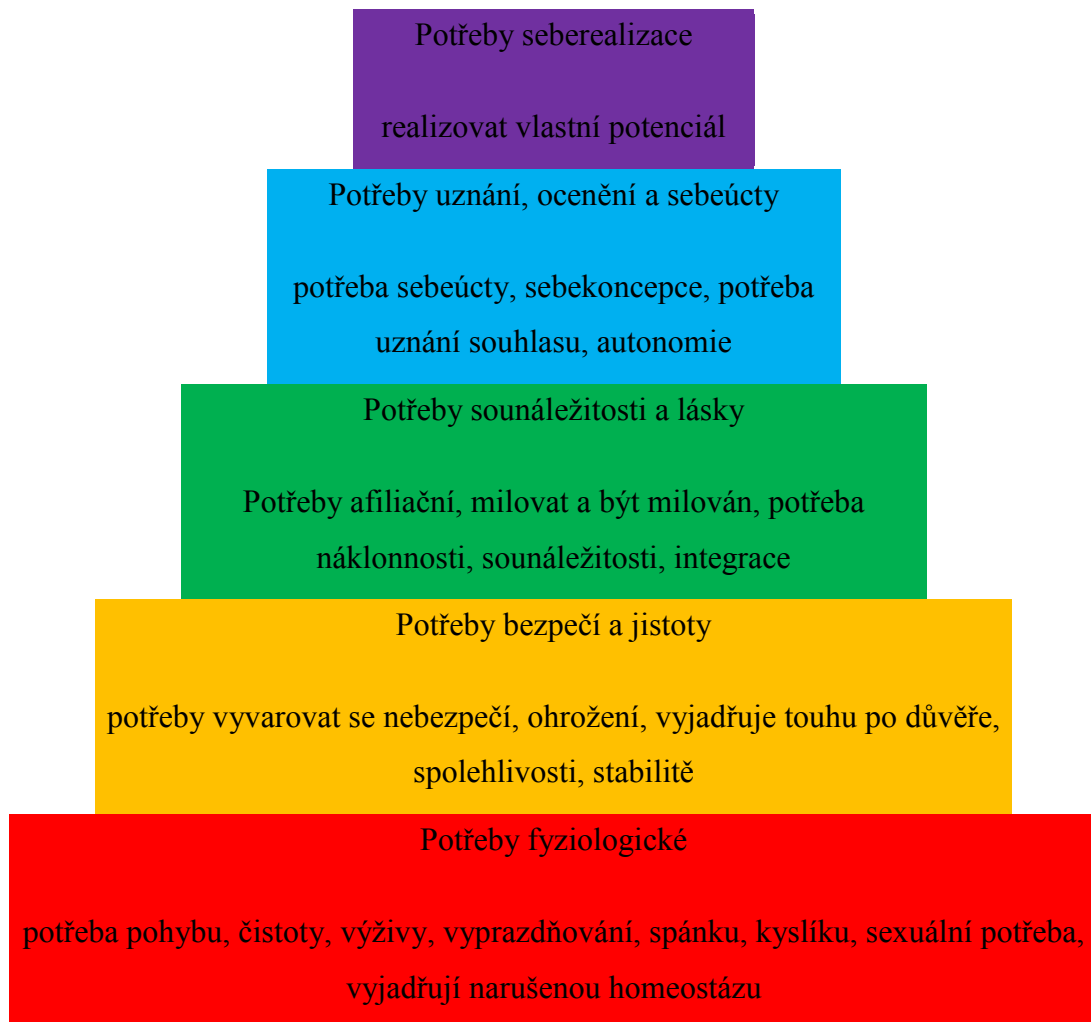
1. fyziologické potřeby
2. potřeba bezpečí, jistoty
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti
4. potřeba uznání, úcty
5. potřeba seberealizace

První čtyři kategorie Maslow označuje jako nedostatkové potřeby a pátou kategorii jako potřeby existence nebo růstové potřeby. Všeobecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry (SYSEL et al., 2011).

Existuje řada faktorů které znemožňují či narušují uspokojování potřeb člověka.

Patří mezi ně:

- nemoc – její charakter a stadium,
- individualita člověka – jeho osobnost, emocionální labilita nebo stabilita, odolnost proti zátěži,
- mezilidské vztahy – vztahy s rodinou a blízkými,
- vývojové stadium člověka – zda se jedná o dítě nebo dospělého,
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká – zda je pacient hospitalizovaný nebo v domácím léčení, zda onemocní doma či v cizině...



Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb

1. **Fyziologické potřeby** se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec se snaží, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními např. dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku, apod. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka (TRACHTOVÁ, 2004).

Potřeba pohybu – potřebu pohybu mají pacienti trpící některou z forem vertebrogenního algického syndromu velmi narušenou a neuspokojenou v důsledku bolesti. Nemohou se často pohybovat ani tak, aby zvládli sebeobsluhu, což je pro pacienty velmi frustrující, stávají se závislími na druhých. Pacienti mají problémy s oblékáním, nemohou si pro bolest obléknout ponožky, kalhoty nebo nazout boty, pokud mají bolesti v oblasti krční páteře, mají problém si obléct vrchní části oděvu.

Potřeba čistoty – potřebu čistoty mají pacienti s bolestí zad také často nedostatečně uspokojenu, mívají velký problém v oblasti hygieny, v akutní fázi se nemohou dostat do vany a z vany, potřebují dopomoc na toaletu, což je pro ně často nepřijatelné, protože se často stanou z úplně zdravých plně závislími na pomoci druhých. Také nemohou zvládnout péči o domácnost tak, jak byli zvyklí.

Potřeba výživy – pacienti nemají často kvůli bolesti chuť k jídlu, nemohou zaujmout vhodnou polohu, protože jim např. působí problémy sezení.

Potřeba vyprazdňování – tato potřeba bývá také narušena bolestí a strachem, pacienti se bojí použít břišního lisu, protože jim to způsobuje bolesti v bederní oblasti, mají problém i na WC dosednout. Některým působí problém rotační pohyb, který musí vyvinout při očištění anální oblasti.

Potřeba spánku – potřeba spánku většinou není dostatečně uspokojena, pacienti trpí v noci bolestí, nemohou se bez bolesti otočit na lůžku, ležet v určité poloze atd., což jim spánek velmi narušuje.

Potřeba kyslíku – v této oblasti pacienti většinou větší potíže nemají, pokud není blokáda v oblasti hrudní páteře, která může způsobit dechové obtíže nebo může být změněno dýchání při prudké bolesti.

Sexuální potřeba – tato potřeba není dostatečně saturována, protože pacienti trpí velkou nebo trvalou bolestí a na sex nemají chuť a pokud bolest poleví, často mají obavu, že se jim potíže navrátí.

Ošetrovatelské problémy: porucha tělesné hybnosti, deficit sebezpečí v oblasti: hygieny, oblékání, výživy, vyprazdňování, porucha soběstačnosti, neschopnost zaujmout vhodnou polohu k jídlu, neschopnost zajistit základní hygienické potřeby, snížená výkonnost, riziko úrazu, akutní bolest, poruchy sexuálního života, porucha vyprazdňování, porucha spánku, únava, porucha dýchání v důsledku bolesti....

2. **Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí.** Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty. U nemocného člověka, popř. potenciálně nemocného můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty (TRACHTOVÁ, 2004).

Pacienti, které postihnou bolesti zad ve větší míře, se dostávají do životní nejistoty. Někteří mají problémy opakovaně, někteří se setkávají s onemocněním poprvé, bolest je na nějaký čas vyřadí z běžného života a začnou se zabírat existenčními otázkami. Nevědí, co bude dál. Jak budou zvládat své dosavadní zaměstnání, jak obstarají rodinu, kdo s nimi bude doma, aby jim pomohl. Nejsou edukováni, jak mají správně provádět běžné denní činnosti, jak nosit břemena, jak vstávat z postele, jak vykonávat domácí práce s co nejmenším zatížením pohybového aparátu. V rámci potřeby bezpečí je pro pacienta důležité zajistit nejen pocit fyzického bezpečí, např. že má bezpečné lůžko, vhodné oblečení atd.), ale měl by být ujištěn, že je v bezpečí, které pochází z profesní připravenosti ošetřujícího a lékařského personálu, že jsou poskytovatelé péče

připraveni kvalitně a kvalifikovaně pro výkon svého povolání. Pocit bezpečí umocní vědomí, že pacient nebude v průběhu nemoci přehlížen, že budou respektovány jeho potřeby, že bude lékařům i sestřím partnerem, pocit bezpečí navodí i seznámení s léčebným režimem, seznámení s prostředím zdravotnického zařízení, dochvilnost a plnění slibů. K potřebě bezpečí bych zařadila i jistotu ochrany osobních dat a podávání informací pouze osobě, kterou si pacient sám určí.

Ošetrovatelské problémy: strach, úzkost, beznaděj, bezmocnost, nedostatek informací.

3. **Potřeba lásky a sounáležitosti**, někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění (TRACHTOVÁ, 2004).

Pacienti, kteří onemocněli náhle, potřebují, aby při nich někdo stál, by jejich problém nezlehčoval. Potřebují oporu v rodině i v ošetrovatelském personálu, ošetrovatelský personál by měl s pacientem jednat jako s partnerem a jeho problémy nezlehčovat. Pokud možno umožnit pacientovi kontakt s rodinou jak v nemocnici, tak doma, aby se necítil izolován.

Ošetrovatelské problémy: citová deprivace, sociální izolace.

4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty**. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty (TRACHTOVÁ, 2004).

Potřebu lásky pacientovi saturuje rodina a přátelé. Od ošetrujícího personálu má pacient právo očekávat sympatie, laskavost, empatii a pochopení. Potřebu sounáležitosti naplníme začleněním nemocného do účasti na léčbě. Už pouhé představení se a představení spolupacientům dává pocit zařazení mezi ostatní.

Aktivní člověk, pokud onemocní, začne často přemýšlet o tom, že už nestojí za nic a touží po tom, aby dosáhl původního zdravotního stavu, před onemocněním. Ze začátku je plný optimismu, ale pokud uzdravování nejde tak rychle, jak by si představoval, začíná propadat depresím a pocitům méněcennosti. Někdy pacient musí používat kompenzační pomůcky a cítí se méněcenný a okolí na něj tak často pohlíží. Z toho plynou následující ošetřovatelské problémy.

Ošetřovatelské problémy: nejistota, strach, obavy, nedůvěra, porucha sebepojetí, porucha přizpůsobení, změny v plnění rolí, sociální izolace, změny v myšlenkových procesech.

5. **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění být může. Kdo chce být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře (TRACHTOVÁ, 2004).

Ošetřovatelské problémy: porucha přijetí role pacienta, neschopnost akceptovat nemoc, porucha přizpůsobení se nové situaci.

Pokud nejsou potřeby pacientů uspokojovány, může pocit nenaplněné potřeby vyústit ve:

- **Stres, zátěž** – je to reakce organismu na stresová podnět. Je to soubor reakcí organismu na vnitřní nebo nější podněty, které narušují normální chod organismu.
- **Distres** – je to zátěž, která je spojena s negativně laděnými a prožívanými emocemi (zklamání, strach, leknutí, neuspokojení z kvality života).
- **Pocit frustrace** – pacient, který je připraven bojovat s problémem, neustále naráží na neřešitelné překážky, které ho odsuzují k pasivitě, nečinnosti, bezmocnému očekávání.

- **Deprivace** – pokud trvá frustrace příliš dlouho, může přejít v deprivaci – strádání, což je závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj jedince.
- **Deprese** – lidé nespokojení s kvalitou života mohou upadnout do deprese, která je dlouhodobou a silnou frustrací a je to nepříznivý stav, kdy hrozí, že úzkostné reakce povedou k tělesnému a duševnímu selhání (ŠAMÁNKOVÁ et al., 2011).

Toto vše vede u pacienta k nahromadění energie k boji. Pacient cítí stále dokola vztek, napětí, zklamání a začne se bránit. Může být agresivní slovně nebo fyzicky, agresi může směřovat k ostatním nebo může agresi obrátit proti sobě v podobě sebepoškozování.

2.4 Specificifika ošetrovatelského procesu u pacient s vertebrogenním algickým syndromem

Stěžejní částí mé bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu. Proto v této kapitole rozeberu, na co je třeba se u pacienta s vertebrogenním algickým syndromem při zpracování zaměřit v jednotlivých krocích.

Identifikační údaje – od pacienta nebo od doprovázející osoby zjistíme jméno, příjmení, věk, datum narození, pohlaví, adresu a adresu příbuzných, telefon, rodné číslo, číslo zdravotní pojišťovny, vzdělání, zaměstnání, stav, státní příslušnost, datum přijetí a účel příjmu, oddělení a ošetřujícího lékaře.

Důvod přijetí udávaný pacientem – je to pro nás důležitá informace, pacient stručně vlastními slovy popisuje jaký problém ho přivádí k lékaři.

Medicínská diagnóza hlavní – tuto diagnózu zjistí sestra z pacientovy dokumentace, medicínskou diagnózu stanovuje lékař.

Medicínské diagnózy vedlejší – tyto diagnózy sestra taktéž zjistí z pacientovy dokumentace, stanovuje je lékař. Je důležité si vedlejších diagnóz všimnout, mohou ovlivňovat základní onemocnění, u vertebrogenního algického syndromu je třeba si všimnout např. osteoporózy, která může způsobovat bolesti, také různá interní onemocnění se mohou projevovat bolestmi zad.

Vitální funkce při přijetí – sestra zjistí vitální funkce, TK, puls, dech, tyto základní životní funkce mohou být ovlivněny bolestí, ve smyslu tachykardie, dech může být při bolesti mělký, přerušovaný atd., tlak zvýšený i snížený. Teplota vyšší při podílu zánětu. Posoudíme také stav vědomí, zeptáme se na výšku a hmotnost, stanovíme BMI, zhodnotíme pohyblivost, popř. zaznamenáme krevní skupinu, pokud ji pacient zná nebo je uvedena v dokumentaci. Jinak při ambulantním ošetření krevní skupinu nezjišťujeme.

Nynější onemocnění – popíšeme stručně, proč, kdy a za jakých okolností se dostavil pacient k ošetření, jaký je hlavní pacientův problém.

Informační zdroje – uvedeme informační zdroje, jimiž jsou sám pacient, pacientův doprovod nebo dokumentace, popřípadě všechny složky.

Anamnéza – je velmi důležitá z hlediska získávání informací, proto je třeba jí věnovat náležitou pozornost. Pokud odebíráme anamnézu poctivě a uděláme si na pacienta dostatek času, můžeme se dozvědět přínosné informace o pacientově stavu, životním stylu, současném onemocnění atd. Rodinná anamnéza nemá velký význam, významnější je anamnéza osobní. Zajímáme se o předchozí úrazy páteře (i malé), o nádorová onemocnění, případně o infekční a karenční choroby. Důležitá je také pracovní anamnéza (nejen výčet zaměstnání). Náhlá změna způsobu tělesné zátěže může vyvolat vertebrogenní onemocnění. Určitá povolání představují obzvlášť velké riziko vzniku vertebrogenních onemocnění, zejména několikahodinová práce v neměnné pozici, práce v poloze s natočeným trupem, práce s vibrujícími předměty atd. Rozhodujícím prvkem anamnézy je vznik a průběh onemocnění. Ptáme se, jestli se potíže objevily poprvé nebo zda se podobné obtíže vyskytovaly již dříve. Pokud ano, pak zda byly na stejném místě. Opakující se ataky, zejména různě lokalizované, téměř vylučují nádorové onemocnění. Proměnlivé obtíže v různých výškách ukazují na difúzním degenerativním postižení, střídavé postižení obou stran ve stejné výšce vyvolává podezření na paramediální prolaps. Náhlý vznik bolestí, je typický pro akutní prolaps disku, závislost na některém pohybu nebo poloze svědčí pro kompresi kořene, též často při prolapsu. Údaje pacienta mohou však být účelově zkreslené, např. pokud chce pacient získat úrazové odškodnění. Údaje o předchozím prochlazení svědčí o spoluúčasti zánětlivé složky, která se často připojuje k vertebrogennímu onemocnění. Vždy je nutné hledat závislost na zvýšení nitropáteřního tlaku, a to jestli se bolest zvětšuje při tlaku na stolicí, při kašli, nebo kýchnutí. Zvýraznění bolestí potvrzuje, že jde o onemocnění uvnitř páteřního kanálu s útlakem kořene a téměř vylučuje

mimopáteřní poškození. Také je nutné dotázat se na poruchy močení, o nichž pacienti spontánně nehovoří. Náhlá retence, inkontinence nebo necitlivost při odchodu moči svědčí o postižení kaudy. Důležitá je přesná lokalizace bolestí. Kořenové bolesti mají svou typickou pásovou distribuci a rovněž periferní nervy na končetinách mají své distribuční oblasti. Blíže se anamnéze věnuji v kapitole 2.1 Vyšetření pacienta s bolestí zad sestrou.

Dále posoudíme **současný stav pacienta z konkrétního dne**, kdy byl přijat. Pacient zhodnotí subjektivně fungování tělesných systémů, sestra objektivně činnost a stav tělesných systémů.

Poznámky z tělesné prohlídky – zjištěné údaje z tělesné prohlídky shrneme a vyzdvihneme problémy pacienta.

Aktivity denního života – pacient posoudí subjektivně jak zvládá aktivity denního života a sestra objektivně zhodnotí aktivity denního života, jako je spánek, vylučování, aktivity, stravování, příjem tekutin.

Posouzení psychického stavu – pacient zhodnotí subjektivně svůj psychický stav a sestra objektivně psychický stav pacienta.

Posouzení sociálního stavu – pacient posoudí subjektivně sociální stav, sestra provede objektivní zhodnocení.

Medicínský management – zde se zaměříme na ordinovaná vyšetření.

Situační analýza – zde shrneme informace, které jsme zjistili a které jsou nutné pro další rozhodování sestry. Vypíšeme problémy pacienta, na základě kterých stanovím ošetrovatelské diagnózy.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz – na základě zjištěných informací stanovíme ošetrovatelské diagnózy a seřadíme je podle priorit.

Celkové hodnocení – vyhodnotíme, zda se nám podařilo nebo nepodařilo dosáhnout cíle, zda je potřeba v intervencích pokračovat.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AMBULANTNÍHO PACIENTA S VERTEBROGENNÍM ALGICKÝM SYNDROMEM

Pro zpracování ošetřovatelského procesu jsem si vybrala 43 letou pacientku J. H. s lumbálním vertebrogenním algickým syndromem. Pacientka se v naší rehabilitační ambulanci léčí již několik let pro opakující se vertebrogenní obtíže. Tentokrát byla v akutním stavu v úterý 22. 11. 2011 přivezena manželem k akutnímu ošetření v ambulanci, převoz k hospitalizaci odmítla.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : J.H.	Pohlaví : žena
Datum narození : 1968	Věk : 43
Adresa bydliště a telefon : xxx	
Adresa příbuzných : xxx	
RČ : 68....	Číslo pojišťovny : 211
Vzdělání : střední odborné s maturitou	Zaměstnání : všeobecná sestra
Stav : vdaná	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 22. 11. 2011	Účel příjmu : diagnostický, terapeutický
Oddělení : rehabilitační ambulance	Ošetřující lékař : xxx

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Hodně mě bolí už 3. den záda v bederní oblasti, střílí mi to do hýždí, do třísel a do nohou a už to opravdu nemůžu vydržet.“

Medicínská diagnóza hlavní :

Chronický lumboischialgický syndrom s iritací v distribuci S1 sin.

Medicínské diagnózy vedlejší :

Hypertenze

Jiná spondylóza s radikulopatií, vícečetné postižení páteře

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 100/65 mmHg	Výška : 168 cm
P : 95/min.	Hmotnost : 79 kg
D : 28/min. nepravidelné	BMI : 27,99 – nadváha
TT : 36,9 C	Pohyblivost : omezená kvůli silným bolestem
Stav vědomí : orientovaná, při vědomí	Krevní skupina : nezjištěna

Nynější onemocnění :

43 letá pacientka, přijatá akutně k ambulantní péči 22. 11. 2011 pro silné bolesti v bederní oblasti, vystřelující do hýždí, třísel a DK. Bolesti trvají 4. den. Přivezl ji manžel.

Informační zdroje:

Pacientka

Manžel

Dokumentace

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza**

Matka : zemřela 7/2011 v 66 letech na karcinom tlustého střeva. Léčila se pro vysoký diastolický TK.

Otec : 68 let, opakované problémy se srdcem, arytmie, 8/2011 AIM.

Sourozenci : 2, bratr 40 let, sestra 46, zdraví.

Děti : 2 děti, syn 10 let a dcera 8 let. Oba prodělali běžné dětské nemoci, syn krátkozrakost a vadné držení těla.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění : v dětství trpěla často na angíny, jinak si nevzpomíná. Léčí se s hypertenzí a s bolestmi zad. Naposledy udává problémy s kostrčí po pádu na lyžích.

Hospitalizace a operace : ve 21 letech operace apendixu, v roce 2007 gynekologická operace pro bolesti v levém podbřišku, bylo podezření na endometriozu, ale to se nepotvrdilo.

Úrazy : naražená kostrč zima 2010.

Transfúze : 0

Očkování : povinné, proti hepatitidě B

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Amlodipin	tbl.	10mg	1-0-0	antihypertenzívum vazodilatans
Betaloc 200 SR	tbl.	200mg	½ - 0 -0	antihypertenzívum

Alergologická anamnéza

Léky: alergii na léky neudává

Potraviny : alergii na potraviny nejuje

Chemické látky : snad dezinfekce – „když používám dezinfekci nebo někdo blízko mě, spouští se mi rýma“

Jiné : nejuje

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: nejuje

Káva: 1 – 2 kávy denně, bez cukru

Léky: závislost nejuje

Jiné drogy: nejuje

Gynekologická anamnéza

Menarché : od 12 let

Cyklus : cyklus pravidelný, bolestivý. Před narozením dětí cyklus nepravidelný a bolestivý, mezi porody v pořádku.

Trvání : 5-6 dní

Intenzita , bolesti: intenzita střední, menstruace bolestivá.

P: 2 porody bez komplikací

A: 0

UPT: 0

Antikoncepce : neužívá

Menopauza : 0

Potíže klimakteria : 0

Samovyšetřování prsou : samovyšetření provádí nepravidelně.

Poslední gynekologická prohlídka: naposledy v červnu 2011, chodí pravidelně.

Sociální anamnéza

Stav : vdaná

Bytové podmínky : bydlí v rodinném domku na vesnici s manželem a dětmi.

Vztahy, role, a interakce v rodině : vztahy v rodině jsou dobré, s manželem si rozumí, s dětmi problémy nejsou, ale teď se nemůže rodině věnovat tak jak bych chtěla, nikam s nimi nemůže, kolo ani lyže nepřipadají v úvahu.

Mimo rodinu : dobré, v zaměstnání problémy nemá.

Záliby: ráda jezdí na kole, lyžuje, čte historické romány, pracuje na zahradě.

Pracovní anamnéza

Vzdělání : úplné střední odborné s maturitou.

Pracovní zařazení : všeobecná sestra.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : pracuje jako všeobecná sestra od roku 1992, nejprve na ARO 9 let, pak mateřská a nyní pracuje jako sestra v ambulanci. Pracuje 8 hodin denně, většinou při práci stojí, problémy činí ohýbání při odběrech krve.

Vztahy na pracovišti : hodnotí jako dobré.

Ekonomické podmínky : relativně dobré, s manželem jsou oba zaměstnaní.

Spirituální anamnéza

Pacientka je věřící.

Religiozní praktiky : navštěvuje každou neděli mši v kostele.

Anamnéza vztahující se k aktuálnímu zdravotnímu problému

Vznik a průběh obtíží: dříve se léčila pro bolesti zad v oblasti hrudní i bederní páteře, také s naraženou kostrčí, ale nyní potíže neměla, až v sobotu najednou nemohla vstát z postele. Snažila se to vydržet a zvládnout pomocí analgetik, ale dál to nejde. Bolesti má v oblasti bederní páteře, šíří se do hýždí a třísel. Nemůže si sednout, lehnout, pokud stojí, je to lepší, má problémy se sebeobsluhou.

Závislost obtíží: bolest vyvolává každý krok a pohyb. Úlevová poloha na boku.

Bolest: je ostrá, křečovitá, nedá se vydržet. Bolest je momentálně trvalá, ve dne i v noci. Pokud se pacientce podaří lehnout si nemůže vstát a naopak. Nemůže se na lůžku otočit.

Lokalizace bolesti: bederní oblast a hýždě, třísla, DK.

Závislost bolesti na pohybu: bolest se vyskytuje při každém kroku, pokusu o změnu polohy.

Iradiace bolesti: bolest vyzařuje do hýždí, třísel a do DK, není ohraničená, horší je při kašli, kýchnutí, při chůzi, při pokusu o změnu polohy.

Poruchy citlivosti: udává vystřelování bolesti do třísel, hýždí i do DK.

Dosavadní léčba: vertebrogenní problémy už pacientka měla opakovaně, podstoupila fyzikální terapie, LTV v našem Sanatoriu. Do naší ambulance dochází od roku 2007.

Sport: pravidelně jezdí na kole s rodinou a v zimě začala lyžovat.

Trauma v anamnéze: v zimě 2010 při lyžování spadla a narazila si kostrč, s tím docházela na elektroléčbu, poté i na mobilizaci kostrče. Teď kostrč občas zabolí, ale nic hrozného.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 23. 11. 2011 v 8.00 hod.

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas mě bolí hlava, tak 2 x za měsíc, po Nimesilu to přejde, to stejné za krkem, ale mám pocit, že ta bolest hlavy u mě souvisí i s vyšším tlakem. Teď mě hlava nebolí.“	Hlava normocefalická, nebolestivá, držení přirozené, víčka lehký edém, oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické okrouhlé. Sluch: slyší dobře, Nos: bez výtoku, Rty: barva bledá, souměrné Křční páteř: pohyblivá
Hrudník a dýchací systém	„Špatně se mi dýchá, protože mě ty záda děsně bolí, občas mě pobolívá hrudní páteř, s tím jsem chodila i na elektroléčbu, ale teď je to v pořádku. Normálně potíže s dýcháním nemám, ani netrpím na onemocnění dýchacího systému.“	Hyperkyfóza, dechová vlna se šíří asymetricky vzhledem k bolesti, prsy symetrické, dýchání mělké, zrychlené 28/min.
Srdečně-cévní systém	„Léčím se se zvýšeným tlakem, беру pravidelně léky. Amlodipin a Betaloc. Mám to nejspíš dědičné po matce.“	Akce srdeční: tachykardie 95/min., edémy 0, varixy 0, periferní pulzace hmatné, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních vén nezvýšená. TK 110/65 mmHg.
Břicho a GIT	„Často mě pobolívá v levém podbříšku, byla jsem na operaci pro vyloučení endometriózy, ale ta se nepotvrdila, prý je to asi od zad a	Břicho prohmatné, na dotyk nebolestivé pod úrovní hrudníku, souměrné, kůže světlá, do růžova, jizva v pravém podbříšku po

	asi jo, protože teď mi to taky střílí do třísel.“ A taky mám jizvu po operaci slepáku. S vylučováním potíže nemám, zácpou ani průjmem netrpím, ale měla bych jít na vyšetření, bojím se, abych neměla rakovinu střev jako matka.“	operaci apendixu.
Močově-pohlavní systém	„S močením problémy nemám“.	Vzhledem k ambulantní péči nehodnoceno.
Kosterně-svalový systém	„Mám velké bolesti zad, takže teď nemůžu skoro nic. Občas mě bolí mezi lopatkami. Už dřív jsem se tu léčila s hrudní páteří a i s tou bederní, chodila jsem i na mobilizaci kostrče, protože jsem si na lyžích loni narazila kostrč. To mi pomohlo, ale teď se bolesti zase ozvaly a jsou mnohem horší.“	Antalgické držení těla, omezená pohyblivost vzhledem k bolesti, porucha chůze.
Nervově-smyslový systém	„Vidím i slyším dobře.“	Při vědomí, orientovaná všemi směry. Smyslové vnímání bez patologie. Vidí dobře, víčka lehký edém, oční bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické. Slyší dobře, boltce bpn., zvukovod bez sekrece.
Endokrinní	„Se štítnou žlázou problémy nemám ani jiné hormonální	Štítná žláza nehmatná, nebolestivá, jiné projevy hormonálních poruch

System	problémy.“	nepozorují.
Imunologický systém	„Nebývám často nemocná, jen obyčejné virózy.“	Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé.
Kůže a její adnexa	„Kůži mám suchou, mám pocit, že mi vadí chlór, jinak mám jizvu po slepáku.“	Kůže bledá, studený pot, zachovalá adnexa, jizva na břicho v pravém dolním kvadrantu. Kůže nevykazuje známky suchosti.

Poznámky z tělesné prohlídky : pacientka J. H. 43 let, udává silnou bolest zad v bederní oblasti, vystřelující do hýždí, třísel a DK, antalgické držení těla, dýchání nepravidelné a zrychlené 28/min. vzhledem k bolesti, tachykardie 95/min., TK 110/65 mmHg, omezená pohyblivost, porucha chůze, kůže bledá, studený pot, ovlivněno bolestí.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	„Stravuji se dost nepravidelně, doma se to snažím dodržovat, ale v práci jím když je čas a ve spěchu.“	Vzhledem k ambulantní léčbě nemohu objektivně posoudit.
Příjem tekutin	„Piju málo, tak litr denně, v práci si uvařím čaj a ten celý den popíjím, doma to moc nezvládám.“	Vzhledem k ambulantní léčbě nemohu objektivně posoudit, turgor v normě.
Vylučování moče	„S močením nemám problémy, jen teda někdy při kýchnutí.“	Vzhledem k ambulantní léčbě nemohu objektivně posoudit.

Vylučování stolice	„Běžně problémy nemám, jen třeba v cizím prostředí, na dovolené nemůžu jít, zato teď, co mě bolí ta bederka, z toho mám děs.“	Vzhledem k ambulantní léčbě nemohu objektivně posoudit.
Spánek a bdění	„Teď spím fakt špatně, protože mě bolí záda, nemůžu se otočit, ta bolest je hrozná. A než si lehnu a než zase vstanu, to je hrůza.“	Vzhledem a ambulantní léčbě nemohu objektivně posoudit.
Aktivita a odpočinek	„Odpočívám málo, no jak taky s dvěma dětmi, doma obstarat zvířinec... Teď teda odpočívám, nic jiného ani dělat nemůžu, ale stejně nemůžu ani pořádně ležet. Je to pro mě stresující, jsem zvyklá, pořád něco dělat a teď se sotva hnu.“	Pacientka má výrazně omezenou hybnost z důvodu silné bolesti. Odpočinek bolestí také narušen, pacientka vyhledává úlevovou polohu.
Hygiena	„Mám docela problém jít na WC, dostat se do vany vůbec nehrozí, naštěstí máme ještě sprchu, kde můžu stát.“	Omezená soběstačnost.
Samostatnost	„Nemůžu se předklonit, takže mám problém dostat se do bot, nazout si ponožky a kalhoty, ale doma to zvládnou nebo mi pomůže manžel nebo děti.“	Momentálně narušená silnou bolestí zad.

Posouzení psychického stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		-----	Lucidní.
Orientace		-----	Orientovaná všemi směry.
Nálada		„Náladu mám poslední dobou fakt blbou, jednak teď nic nemůžu, záda mě bolí, doma nic neudělám, do práce nemůžu a taky mám strach o tátu, co mamka umřela, jde to s ním z kopce.“	Výrazně snižená, své stesky ochotně verbalizuje.
Paměť	Dlouhodobá	„S pamětí zatím žádné problémy nemám.“	Výbavná bez poruch.
	Krátkodobá	„Nemám problémy. Jen co si nenapišu, to nevím, ale to je asi normální.“	Výbavná bez poruch.
Myšlení		_____	Logické.
Temperament		„Jsem spíš klidnější.“	Melancholik.
Sebehodnocení		„No připadám si na nic, nic nemůžu, doma houby udělám, do práce nemůžu, takže bude málo peněz, no fakt nevím, co bude dál. Jestli budu muset na operaci, tak to bude v háji.“	Sebehodnocení snižené.
Vnímání zdraví		„Co bych za to dala, kdybych byla v pořádku. A naši taky. To	Zdraví stává na 1. místo.

	si člověk všechno uvědomí, až když se něco stane v rodině.“	
Vnímání zdravotního stavu	„Je jasné, že mám strach, jak se bude nemoc vyvíjet. Jestli budu muset na operaci, tak nevím, jak to zvládnou manžel s dětma doma a co pak, co práce?“	Verbalizuje obavy z budoucnosti.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Jsem netrpělivá, zdá se mi, že to trvá dlouho, že mi nic nepomáhá. Já vím, že to tak rychle nejde, ale chtěla bych to tak.“	Pacientka je netrpělivá.
Reakce na hospitalizaci	-----	-----
Adaptace na onemocnění	„Na toto se zvyknout nedá.“	Zhoršená adaptace na onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Fakt nevím, co bude dál. Mám strach, jak to dopadne, jestli půjdu do nemocnice a jestli ne, za jak dlouho budu schopná něco dělat. Teď se nemůžu věnovat dětem, hospodářství, práci, ničemu.“	Verbalizuje obavy z budoucnosti, neví, jak obstará domácnost, verbalizuje strach z případné hospitalizace.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„No do nemocnice se mi nechce, navíc když vím, do čeho jdu. Dívám se na to jako sestra jinak.“	Verbalizuje obavy z případné hospitalizace.

Posouzení sociálního stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	-----	Verbalizuje silnou bolest a obavy. Velmi komunikativní, je ráda, že si může o svých potížích popovídat.
	Neverbální	-----	Bolestivé grimasy, antalgické držení těla, strhané rysy.
Informovanost	O onemocnění	„Informace mám, paní doktorka mi všechno vysvětlila i jsem si toho dost načetla na internetu, ale kdybych nevěděla, co mě může čekat, bylo by mi líp.“	Pacientka je dobře informovaná.
	O diagnost. metodách	„I o diagnostických metodách mě paní doktorka informovala.“	Pacientka je dobře informovaná.
	O léčbě a dietě	„Vím, budu dostávat injekce nebo infuze.“	Pacientka je dobře informovaná.
	O délce léčby	„Paní doktorka mi říkala, že to bude na dýl, hlavně se bojím, abych nemusela na operaci a taky bych ráda brzo do práce.“	Informovaná, obavy z budoucnosti.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Manželka, teď tuto roli moc nenaplňuji, na sex teď nemám ani pomyšlení a jestli mě ty záda přestanou bolet, stejně budu mít strach, že se to po sexu zase zhorší.“	43 letá žena, sociální role ovlivněné aktuálním zdravotním stavem a bolestí.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Matka, sestra, zaměstnankyně. Tyto role teď moc nenaplňuji, do práce nemůžu, dětem se věnuje hlavně manžel.“	Role naplněné jen částečně.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Chápu, že teď už si budu muset víc dávat pozor. Kdoví, jestli zvládnou starost o hospodářství.“	Obava z nemožnosti naplnění rolí.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření : CT

Výsledky: výsledek nebyl k dispozici.

Konzervativní léčba :

Dieta : racionální

Pohybový režim : první 3 dny klid na lůžku, pouze docházka na infuzní a terapii, dále začít s RHB.

RHB : LTV, RM, MT

Medikamentózní léčba :

Per os : ---

Intravenózní: infuzní terapie 250 ml FR + 1 amp. Guajacuran + 1 amp. Na sal. + 10 ml 1 % mesocain.

Per rectum : Indometacin supp.

Jiná : obstřík SI sin. – 5 ml mesocain 1%, Dolmina 1 amp. i.m.

Chirurgická léčba :

po konzultaci s neurologem není indikována

SITUAČNÍ ANALÝZA :

43 letá pacientka, vyhledala 22. 11. 2011 v 7:10 hod. akutně ošetření v naší rehabilitační ambulanci pro silné bolesti v oblasti LS páteře. Přivezl ji manžel autem, trvá na ambulantní péči, převoz k hospitalizaci odmítla. Registrována je v našem Sanatoriu už do roku 2007. Po vyšetření v ambulanci rehabilitačního lékaře naordinována terapie na 10 následujících dní. 10 x infuze (viz. výše), předepsán Indometacin supp. a aplikován obstřík SI sin. – 5 ml mesocain 1%. Následně aplikována infuze 250 ml FR + 1 amp. Guajacuran + 1 amp. Na Sal. + 10 ml 1 % mesocain. Doporučen klid na lůžku po první 3 dny, dále RHB dle rozpisu. Pacientku hodnotím druhý den docházky do našeho ambulantního zařízení, pacientka má antalgické držení těla, sníženou pohyblivost v důsledku silné bolesti vystřelující do hýždí, třísel a DK. Vegetativní projevy, zvýšená dechová frekvence 28/min, dechová vlna se šíří nepravidelně vzhledem k bolesti, zrychlený puls 95/min., hypotenze 110/65 mmHg. Pacientka je úzkostná, verbalizuje obavy z budoucnosti.

Seznam ošetrovatelských diagnóz seřazených dle priority

Seznam aktuálních ošetrovatelských diagnóz:

1. akutní bolest z důvodu patologického procesu v oblasti páteře projevující se bolestivým výrazem v obličeji
2. omezení tělesné hybnosti v důsledku bolestí zad projevující se neschopností sebeobsluhy
3. vegetativní reakce z důvodu silné bolesti zad projevující se nepravidelným dechem, bledostí, zrychlenou srdeční činností, sníženým tlakem
4. úzkost z náhlé změny zdravotního stavu projevující se verbalizací
5. narušený spánek v důsledku bolestí projevující se únavou
6. porucha adaptace na nemoc v důsledku náhle vzniklé změny zdravotního stavu projevující se netrpělivostí

Seznam potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

1. riziko infekce v souvislosti s aplikací infuzí a injekcí
2. riziko vzniku zácpy v důsledku obav z bolesti zad při dostatečném využití břišního lisu
3. riziko poranění v důsledku omezené pohyblivosti
4. riziko atrofie postižených svalových skupin z důvodu inaktivity
5. riziko vzniku chronické bolesti v důsledku patologického procesu v oblasti páteře
6. riziko atrofie postižených svalových skupin z důvodu inaktivity
7. riziko narušení rolí v rodině (rodič, manželka) z důvodu omezení nemocí
8. riziko narušení sexuality v důsledku obav z obnovení bolestí
9. riziko vzniku společenské izolace v důsledku snížené pohyblivosti
10. hrozící duchovní tíseň z důvodu nemožnosti navštěvovat bohoslužbu

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit ze dne 23. 11. 2011

Ošetrovatelská diagnóza č. 1 :	akutní bolest z důvodu patologického procesu v oblasti páteře projevující se bolestivým výrazem v obličeji
Cíl:	zmírnění bolesti
Priorita:	střední
Výsledná kritéria:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka udává zmírnění bolesti do 1,5 hodiny - pacientka má uvolněný výraz v obličeji do 1,5 hodiny - pacientka je seznámena se způsobem záznamu bolesti na škále bolesti do 30 minut
Plán intervencí:	<ul style="list-style-type: none"> - aplikuj infuzi dle ordinace lékaře a sleduj případné vedlejší účinky / sestra - proved' záznam o aplikaci a o průběhu infuze/ sestra - prováděj pravidelně kontrolu místa aplikace infuze / sestra - pouč pacientku jak zaznamenávat bolest na škále bolesti / sestra - monitoruj změny v kvalitě bolesti a proved' zápis do dokumentace / sestra, lékař - vysvětli a doporuč úlevové polohy, odvedení pozornosti / sestra
Realizace:	<p>7.30 doporučena vhodná poloha, aplikována infuze dle ordinace lékaře a proveden zápis o aplikaci do dokumentace /sestra</p> <p>7.40 pro odvedení pozornosti od bolesti puš'ena televize /sestra</p> <p>- pravidelně co 10 minut kontrolováno místo vpichu /sestra</p> <p>8.00 pacientka poučena o hodnocení kvality bolesti na analogové škále bolesti a monitorovány změny v kvalitě bolesti /sestra</p> <p>9:00 pacientka vyzvána k zhodnocení bolesti na škále bolesti /sestra</p>
Hodnocení:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka udává částečnou úlevu od bolesti, bolest hodnotí nyní jako střední. - pacientka má uvolněnější výraz tváře

	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka umí hodnotit bolest na stupnici VAS a toto provádí
--	--

Celkové hodnocení: cíl byl splněn částečně, v plánovaných intervencích je třeba pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2:	omezení tělesné hybnosti v důsledku bolestí zad projevující se neschopností sebeobsluhy
Cíl:	navrácení tělesné hybnosti
Priorita:	střední
Výsledná kritéria:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka udává zlepšení hybnosti po zmírnění bolesti do 1,5 hodiny (doba aplikace infuze) - pacientka je poučená o vhodných pohybových stereotypch a umí je použít do druhého dne - rodina edukována o nutnosti a vhodném způsobu dopomoci
Plán intervencí:	<ul style="list-style-type: none"> - dopomoz pacientce při sebeobsluze /sestra, fyzioterapeut - aplikuj léky dle ordinace lékaře a zaznamenávej do dokumentace / sestra - sleduj celkový stav pacientky po dobu aplikace infuze /sestra - monitoruj bolest / sestra - edukuj pacientku i doprovod o správných pohybových stereotypch /sestra, fyzioterapeut
Realizace:	<p>- poskytnuta dopomoc při sebeobsluze po celou dobu ošetření /sestra</p> <p>7.30 – 9.00 aplikována infuze dle ordinace lékaře, proveden záznam do dokumentace /sestra</p> <p>7.30 – 9:00 sledován celkový stav pacientky po dobu aplikace infuze / sestra, lékař</p> <p>7:30 – 9:00 monitorována bolest / sestra</p> <p>9.15 pacientka i doprovod edukováni o správných pohybových stereotypch, vydán edukační materiál (viz. příloha C) /sestra</p>

Hodnocení:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka má mírně zlepšenou hybnost související se mírnějším bolestí z hodnoty silná na hodnostu střední - pacientka si do druhého dne prostuduje edukační materiál o správných pohybových stereotypch
------------	--

Celkové hodnocení: cíl byl splněn částečně, v plánovaných intervencích je třeba pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3:	vegetativní reakce z důvodu silné bolesti zad projevující se nepravidelným dechem, bledostí, zrychlenou srdeční činností, sníženým tlakem
Cíl:	odstranění nežádoucích vegetativních reakcí
Priorita:	střední
Výsledná kritéria:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka má fyziologické funkce v normě do vykapání infuze cca 1,5 hodiny - pacientka verbalizuje úlevu do 1,5 hodiny - pacientka ví, že vegetativní projevy jsou spojené se silnou bolestí
Plán intervencí:	<ul style="list-style-type: none"> - aplikuj infuzi dle ordinace lékaře /sestra - monitoruj vegetativní projevy /sestra - o neobvyklých reakcích informuj neprodleně lékaře / sestra a zaznamenej do dokumentace - informuj pacientku z čeho pramení vegetativní projevy
Realizace:	<p>7.20 pacientka informována o možných příčinách nežádoucích vegetativních projevů /lékař</p> <p>7.30 – 9.00 aplikována infuze dle ordinace lékaře a proveden zápis do dokumentace /sestra</p> <p>7.20 – 9.30 monitorovány FF a vegetativní projevy /sestra, lékař</p>
Hodnocení:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka verbalizuje úlevu, ne však odeznění potíží - po aplikaci infuze TK 110/80mmHg, P 80/min., D 22 min.- - kůže jemně růžová, suchá.

Celkové hodnocení: cíl byl splněn částečně, v intervencích je třeba pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4 :	úzkost z náhlé změny zdravotního stavu projevující se verbalizací
Cíl:	zmírnění úzkosti
Priorita:	střední
Výsledná kritéria:	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka verbalizuje zmírnění úzkosti do druhého dne - pacientka je informovaná o onemocnění a léčbě první den léčby - pacientka zná relaxační techniky na zmírnění úzkosti do odchodu domů
Plán intervencí:	<ul style="list-style-type: none"> - sleduj projevy úzkosti /sestra - nauč pacientku relaxační techniky zmírňující úzkost /sestra - komunikuj často s pacientkou /sestra - poskytni dostatek času pro verbalizaci příčin způsobujících úzkost /sestra - zajisti kontakt s rodinou /sestra - poskytni dostatek informací o onemocnění, diagnostických, léčebných, ošetrovatelských úkonech /lékař, sestra, fyzioterapeut - doporuč a případně podej prostředky snižující úzkost buď na přírodní bázi nebo anxiolytika ordinovaná lékařem /sestra, lékař - monitoruj účinky prostředků snižujících úzkost a o neobvyklých reakcích informuj lékaře, proved' záznam do dokumentace /sestra
Realizace:	<p>7.20 – 9.30 monitorovány projevy úzkosti /sestra, lékař</p> <p>8.00 pacientka edukována o technikách vedoucích ke snížení úzkosti / sestra</p> <p>- pacientce poskytnut prostor pro verbalizaci obav /sestra, lékař</p> <p>7.20 – 9.30 pacientka poučena o onemocnění, průběhu léčby a možných komplikacích /lékař, sestra</p> <p>8.30 doporučeny uklidňující přírodní prostředky /sestra</p>

Hodnocení:	- pacientka udává snížení úzkosti, protože jí bylo vše vysvětleno
------------	---

Celkové hodnocení : cíl byl splněn, pacientka udává snížení úzkosti, přesto je třeba úzkost monitorovat a v intervencích pokračovat až do úplného odstranění úzkosti.

Pacientka docházela do našeho Sanatoria od 22. – 25. 11. 2011, to je 4 dny. Po tuto dobu se ošetřovatelské diagnózy neměnily, pokračovalo se v intervencích, protože stav stále nebyl uspokojivý, potíže přetrvávaly. V sobotu 26. 11. 2011 vyhledala pacientka pohotovost v nemocnici ve Znojmě a nechala se hospitalizovat na neurologii, kde dále v terapii pokračovala. Toto telefonicky oznámila v pondělí 29. 11. 2011.

Po ukončení hospitalizace po 14 dnech vyhledala naši ambulanci s výsledky CT vyšetření absolvovaným v nemocnici s diagnózou: sin. paramediální hernie disku L5/S1 – 10 mm. Byla doporučena rehabilitace – LTV – instruktáž cvičení pro diskopaty, reflexní masáž, měkké techniky.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro praxi bych doporučila všem všeobecným sestřím, aby se naučily alespoň základy ergonomie a osvojily si správné pohybové stereotypy. Je to důležité pro sestry samotné, neboť často vykonávají fyzicky velmi náročnou práci a pokud si navyknou používat správné pohybové stereotypy, mohou si fyzickou námahu při práci velmi ulehčit a hlavně minimalizovat poškození pohybové soustavy do budoucna a snížit počet pracovních neschopností. Znalostí správných pohybových stereotypů sestra také prospěje svým pacientům, protože s poruchami pohybového aparátu se setkává na všech odděleních, ne jen na rehabilitaci. Sestra může pacienta edukovat o tom, jak správně provádět běžné denní činnosti, např. vstávání z lůžka, obouvání, oblékání, práce v kuchyni, nošení břemen atd.. Vhodné je poučit také rodinné příslušníky, aby mohli účinně kontrolovat nemocného a případně nesprávné pohyby korigovat.

Doporučení pro sestry:

- **Získat pacienta pro spolupráci!**
- Motivovat pacienta.
- Vzdělávat se v oblasti ergonomie a školy zad.
- Použít naučené sestrami v jejich práci k minimalizaci poškození pohybového aparátu.
- Edukovat pacienta o pohybových stereotypech.
- Edukovat rodinu.
- Dodržovat správné pohybové stereotypy i pokud nemáme problémy.
- Nezlehčovat pacientovy problémy.

Doporučení pro pacienta:

- **Spolupracovat a chtít svůj zdravotní stav ovlivnit!**
- Dodržovat správné pohybové stereotypy i pokud nepocítuje potíže.
- S bolestí zad přijít k lékaři včas, nenechat problémy přejít do chronického stadia.
- Myslet pozitivně, pokud je někdo přesvědčený od začátku, že mu léčba nepomůže, potom mu opravdu nepomůže, možno využít pomoc psychologa.

Doporučení pro rodinu:

- Motivujte nemocného rodinného příslušníka.
- Buďte mu oporou.
- Pomozte při činnostech, které nemocný nezvládne, ale nenechte ho, aby se stal plně závislým.
- Jděte příkladem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou bolestí zad – vertebrogenním algickým syndromem. Jak jsem již uvedla, vertebrogenní obtíže jsou celosvětovým problémem s narůstající tendencí, proto je potřeba mu věnovat náležitou pozornost. K léčbě i ošetřování pacientů je nutné přistupovat komplexně a zaměřit se na bio-psycho-sociální potřeby nemocného, využít spolupráce odborníků z oblasti neurologie, rehabilitace, psychologie i psychiatrie. Je nezbytně nutné, získat pacienta ke spolupráci, motivovat ho, aby se na ovlivnění svého zdravotního stavu aktivně podílel.

Cílem bakalářské práce bylo demonstrovat ošetřovatelský proces u pacienta s vertebrogenním algickým syndromem léčeného ambulantně se zaměřením na nejdůležitější ošetřovatelské problémy. Tento cíl se podařilo splnit. Bakalářská práce by mohla posloužit jako podklad pro zavedení ošetřovatelského procesu na mém pracovišti. Práce je určena všeobecným sestřám pracujícím v ambulantní sféře, které se s pacienty s vertebrogenním algickým syndromem při své práci setkávají, dále pacientům, kteří mají zájem se o svém onemocnění dozvědět více a jejich rodinám, studentům Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické ve Znojmě, kteří se u nás připravují v rámci praxe na své budoucí povolání.

Pro zpracování ošetřovatelského procesu jsem si vybrala pacientku s akutně vzniklým lumbálním vertebrogenním algickým syndromem. Pacientka i přes silné bolesti spolupracovala výborně, k ambulantní léčbě docházela 4 dny, poté byla hospitalizována. Po propuštění z nemocnice a upřesnění diagnózy u nás absolvovala rehabilitaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BERLIT, Peter. 2011. Klinische Neurologie. 3. Auflage: Springer Verlag Berlin: Heidelberg, 2011. 1543 s. ISBN-13 978-3-642-16919-9.
2. BERLIT, Peter. 2006. Memorix Neurologie. Verlag: Thieme, Stuttgart, 4. aktualis. u. neubearb. Auflage. (22. Februar 2006) 438 s. ISBN-13 978-3-131-40094-9.
3. Bolesti zad. 2004. Praha: Tigis. 2004. 36 s. ISSN 1212-0634.
4. COATES, Paula. 2010. Back pain. London: A & C Black Publishers Ltd., 2010. 128 s. ISBN 978-1408107034.
5. ČIHÁK, Radomír. 2011. Anatomie 1. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
6. DOENGES, E., Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
7. FULLER, Geraint. 2008. Neurologické vyšetření snadno a rychle. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 253 s. ISBN 978-80-247-1914-6.
8. GILBERTOVÁ, Sylva; MATOUŠEK, Oldřich. 2002. Ergonomie: optimalizace lidské činnosti. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 239 s. ISBN 80-247-0226-6.
9. GRILLPARZER, Marion. 2009. Naše záda. 1. české vyd. Praha : Svojtka & Co., 2009. 224 s. ISBN 978-80-256-0031-3.
10. GÚTH, Anton. 2000. Výchovná rehabilitace: aneb jak vyučovat školu páteře. Praha: X-Egem, 2000. 94 s. (Metodiky v rehabilitaci). ISBN 80-7199-039-6.
11. HNÍZDIL, Jan, ŠAVLÍK, Jiří, BERÁNKOVÁ, Blanka. 2005. Bolesti zad: mýty a realita. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 231 s. ISBN 80-7254-659-7.
12. HRABÁLEK, Lumír. 2010. Degenerativní onemocnění páteře. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc , 2010. 27 s. (Skripta). ISBN 978-80-244-2531-3.
13. IVANOVÁ, Kateřina; ŠPIRUDOVÁ, Lenka; KUTNOHORSKÁ, Lenka. 2005. Multikulturní ošetřovatelství I. vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. (Sestra). ISBN 80-247-1212-1.
14. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. (Sestra). ISBN 978-80-247-2171-2.

15. KASÍK, Jiří. 2002. Vertebrogenní kořenové syndromy: diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 224 s. ISBN 80-247-0142-1.
16. KEY, Josephine. 2010. Back Pain - a Movement Problem: A Clinical Approach Incorporating Relevant Research and Practice. 1.edition Elsevier: Churchill Livingstone, 2010. 400 s. ISBN 978-0702030796.
17. KOLÁŘ, Pavel. 2009. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
18. KOMBERCOVÁ, Jana. 2003. Páteř bez bolesti: autoterapie páteře rozcvičením, akupresurou, automasáží, automobilizačními cviky. 4. vyd. Praha: Olympia, 2003. 62 s. ISBN 80-7033-749-4.
19. LEWIT, Karel. 2003. Manipulační léčba v myoskeletální medicíně. 5. přepracované vyd. Praha: Sdělovací technika, c2003. 411 s. ISBN 80-86645-04-5.
20. MATERNA, Antje, WESTERKAMP, Rimbart. 2007. Zdravá a pružná záda: cviky na posílení a uvolnění zad, na zmírnění bolesti, sestavy při chronických potížích s krční a bederní páteří, speciální programy pro děti a seniory, škola zad v době těhotenství, správné sezení . Vyd. 1. Praha: Euromedia Group - Ikar, 2007. 141 s. ISBN 978-80-249-0929-5.
21. MAYTLAND, Geoff. Maytland's vertebral manipulation. 7.edition: Butterworth-Heinemann. 520 s. ISBN 978-0750688062.
22. McKenzie, Robin. 2005. Léčíme si záda sami. 1. autorizované vyd. Praha : McKenzie Institut Czech Republic, c200. 82 s. ISBN 80-239-4861-X.
23. MUMENTHALER, Marco. 2008. Neurologická diferenciální diagnostika. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6.
24. NEJEDLÁ, Marie. 2006. Fyzikální vyšetření pro sestry. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. s obr. příl. (Sestra). ISBN 80-247-1150-8.
25. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. Manuál k úpravě písemných prací : text pro posluchače zdravotnických studijních oborů. Plzeň : Maurea. 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
26. NOVÁK, Milan. 2002. Bolesti zad. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 94 s. (Odborná léčba v moderní medicíně). ISBN 80-7254-314-8.

27. OLDERMAN, Rick. 2009. Fixing You: Back Pain: Self-treatment for Sciatica, Bulging and Herniated Disks, Stenosis, Degenerative Disks, and Other Diagnoses. Boone Publishing, 2009. 124 s. ISBN 978-0982193709.
28. OPAVSKÝ, Jaroslav. 2011. Bolest v ambulanci: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů. Praha: Maxdorf, 2011. 394 s. (Jessenius). ISBN 978-80-7345-247-6.
29. PFEIFFER, Jan. 2007. Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
30. PODĚBRADSKÝ, Jiří. 2009. Fyzikální terapie: manuál a algoritmy. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
31. REPKO, Martin. 2008. Neuromuskulární deformity páteře: komplexní diagnostické, terapeutické, rehabilitační a ošetrovatelské postupy. 1. vyd. Praha: Galén, c2008. 123 s. ISBN 978-80-7262-536-9.
32. ROKYTA, Richard. 2009. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory . 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 174 s., s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3012-7.
33. ROKYTA, Richard. 2009. Bolesti zad. Plzeň: Adela, c2009. 182 s. ISBN 978-80-87094-14-3.
34. RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. 2004. Repetitorium pro zdravotní sestry. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. 375 s. ISBN 80-247-0932-5.
35. RYCHLÍKOVÁ, Eva. 2008. Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch. 4. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2008. 499 s. (Jessenius). ISBN 978-80-7345-169-1.
36. SEIDL, Zdeněk. 2004. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
37. SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. Neurologie pro studium i praxi . Vyd. 1 . Praha : Grada , 2004 . 363 s. . ISBN 80-247-0623-7.
38. SKÁLA, Bohumil. et al. 2011. Bolesti zad - vertebrogenní algický syndrom: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2011. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. 20 s. (Doporučené postupy pro praktické lékaře). ISBN 978-80-86998-42-8.

39. SYSEL, Dušan; BELEJOVÁ Hana. 2010. Compendium ošetrovatelského procesu. V Tribunu EU. vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2010. 245 s. ISBN: 978-80-7399-948-3.
40. SYSEL, Dušan; Belejová, Hana. 2011. Teorie a praxe ošetrovatelského procesu. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-7399-289-7.
41. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. (Sestra). ISBN 978-80-247-3223-7.
42. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2006. Multikulturní ošetrovatelství II . Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. s. obr. příl. (Sestra). ISBN 80-247-1213-X.
43. TÓTHOVÁ, Valérie. 2009. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
44. TRACHTOVÁ, Eva. 2004. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. c2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
45. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2005. Velký lékařský slovník . 5.aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2005. 1001 s. (Jessenius). ISBN 80-7345-058-5.
46. WIRTHOVÁ, Vlasta. et al. 2011. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I : obecná část. 2011. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s., 24 s. barev. obr. příl. (Sestra). ISBN 978-80-247-3419-4.

Elektronické dokumenty

MLČOCH, Zbyněk. 2008. Bolesti páteře - vertebrogenní algický syndrom [online]. [cit.2012-02-05].

Dostupné na www: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/bolesti-patere-vertebrogenni-algicky-syndrom-vas>>.

Odstranění výhřezu meziobratlové ploténky – hernie disku [online]. [cit. 2012-02-05].

Dostupné na www: <http://www.fno.cz/documents/informovane-souhlysy/Odstraneni_vyhrezu_meziobratlove_plotenky_Hernie_disku_IS_r02.pdf>.

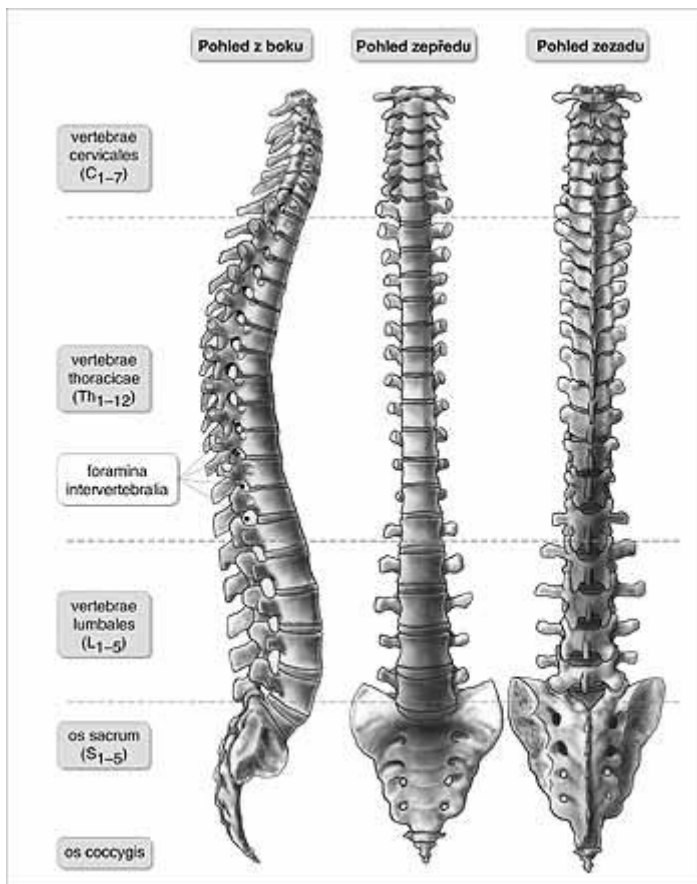
Meziobratlové ploténky – lumbální hernie disku [online]. [cit. 2012-02-05]. Dostupné na www: < <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/meziobratlove-plotenky-lumbalni-hernie-disku-334464>>.

Anatomie páteře – [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné na www: <http://www.vklanskroun.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=495:anatomie-patere&catid=64:koutek-zdravi&Itemid=103>

PŘÍLOHY

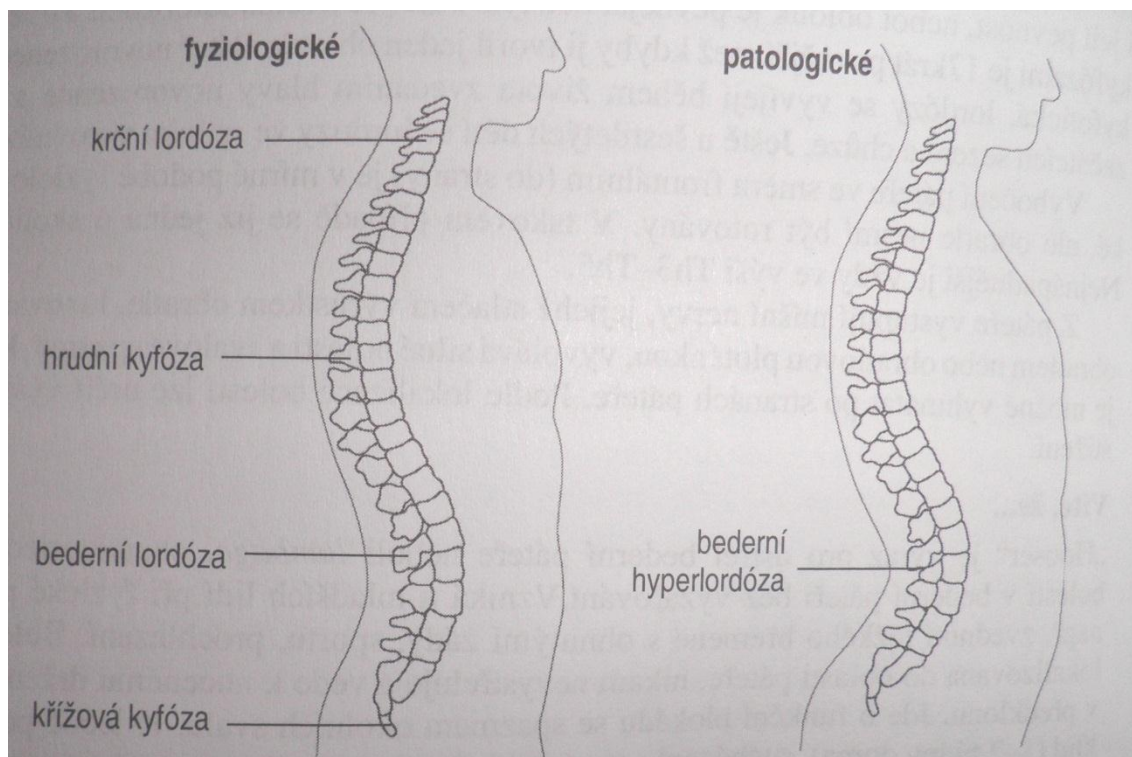
Příloha A – Anatomie páteře	I
Příloha B – Zakřivení páteře	II
Příloha C – Skolióz	III
Příloha C – Edukační materiál – „Běžné denní činnosti“	IV
Příloha D – Rešerše	V

Příloha A – Anatomie páteře



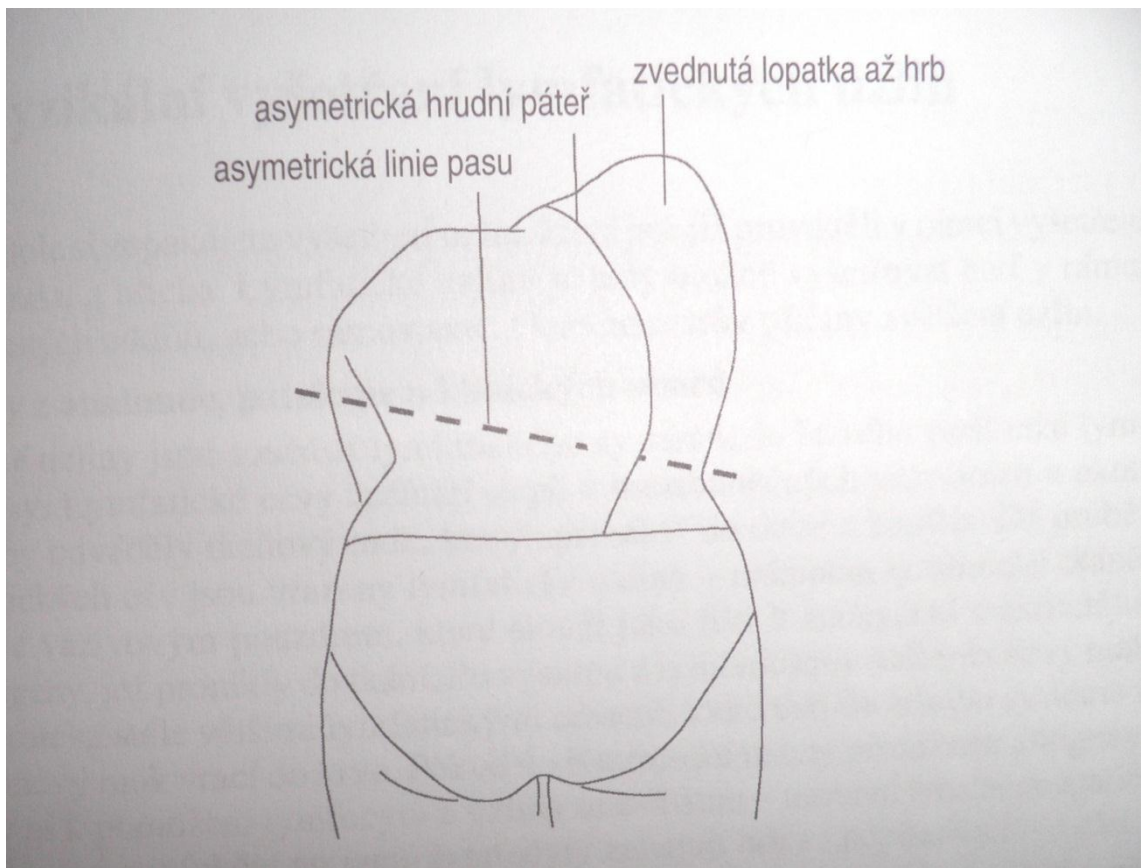
Zdroj: Anatomie páteře – [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné na [www: <http://www.vklanskroun.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=495:anatomie-patere&catid=64:koutek-zdravi&Itemid=103>](http://www.vklanskroun.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=495:anatomie-patere&catid=64:koutek-zdravi&Itemid=103).

Příloha B – Zakřivení páteře



Zdroj: (NEJEDLÁ, 2006, s. 174)

Příloha C – Skolióza



Zdroj: (NEJEDLÁ, 2006, s. 175)

Příloha D - Edukační materiál – „Běžné denní činnosti“

Vstávání z postele

Správně



Špatně



Leh na zádech

Správně



Špatně



Obouvání

Správně

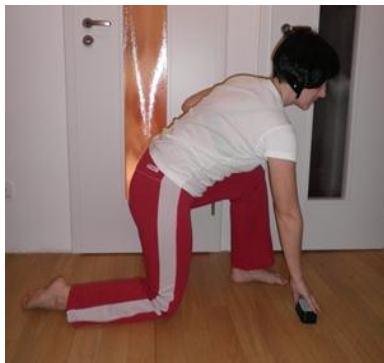


Špatně



Zvedání předmětů ze země

Správně



Špatně



Mytí rukou

Správně



Špatně

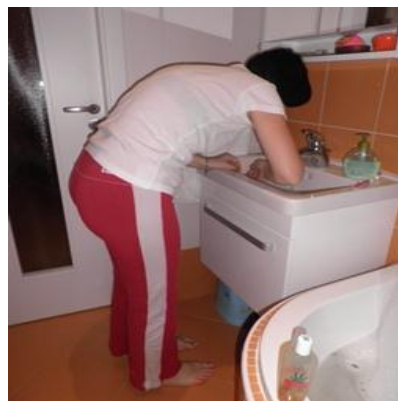


Čištění zubů

Správně



Špatně



Sezení na židli

Správně



Špatně



Práce v kuchyni

Správně

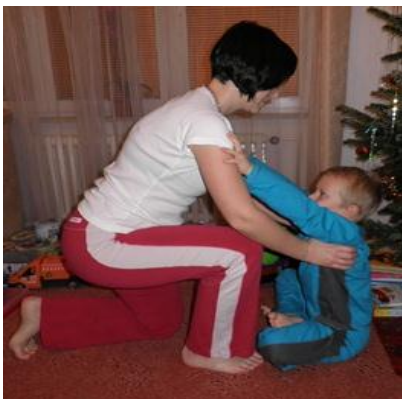


Špatně



Zvedání dítěte

Správně



Špatně



Koupání dítěte

Správně



Špatně



Zdroj: Autor

Příloha E - Rešerše

