

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Vliv chronických bolestí zad na aktivity v běžném životě

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Machová

2010

Autor:

Hana Tůmová

Abstrakt

Vliv chronických bolestí zad na aktivity v běžném životě

Navzdory možnostem medicínské techniky a rozvoji farmakologie stále přibývá pacientů, kteří trpí bolestmi zad. Během života se s nimi setkává téměř 80% dospělé populace. Chronické bolesti zad nejsou pouze tělesným problémem, ale působí i na celkový psychický stav pacienta. Tyto složky se vzájemně ovlivňují a promítají se do běžných aktivit pacientova života. Bolest zad se tak stává nejen záležitostí páteře, nýbrž člověka v celé jeho celistvosti.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaké aktivity běžného života pacienta jsou ovlivněny chronickými bolestmi zad a jaký má vliv pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad na zvládání běžných denních aktivit. Byly stanoveny 2 výzkumné otázky:

1. Jaké aktivity běžného života pacienta jsou ovlivněny chronickými bolestmi zad?
2. Jaký má vliv pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad na zvládání běžných denních aktivit?

Kvalitativní výzkum byl proveden metodou dotazování, použita byla technika polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat pro zpracování výzkumu probíhal v období od prosince 2009 do února 2010, osloveni byli pacienti ambulance pro léčbu bolesti v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov.

Zkoumaným souborem bylo 8 pacientů (4 ženy, 4 muži) s chronickými bolestmi zad po operaci páteře. Ze získaných dat byly zpracovány kasuistiky. Výsledky rozhovorů byly sumarizovány do tabulek. Výzkumný cíl práce byl splněn.

Na základě provedeného výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

- H1: Chronické bolesti zad ovlivňují základní denní aktivity běžného života u pacientů po operaci páteře
- H2: Chronické bolesti zad po operaci páteře omezují pacienta při výběru zaměstnání
- H3: Chronické bolesti zad ovlivňují volnočasové aktivity pacienta
- H4: Chronické bolesti zad ovlivňují více ženy než muže při vykonávání domácích prací
- H5: Ženy se snaží aktivně předcházet bolestem zad více než muži

Abstract

Influence of chronic backache on everyday-life activities

Despite developing medical technology and pharmacology, the number of people suffering from back pains has been rising. Almost 80% of adult population experience the pains in their life time. Chronic back pain implies both physical and mental problems which strongly affect common activities of patients. Subsequently the back pain is reflected into the patient's behaviour as a whole.

The aim of this Bachelor's work was to map common activities which are affected by chronic back pains and to find out any differences which can be noticed between men and women patients. There were two research questions developed:

1. Which common patients' activities are affected by chronic back pains?
2. Do men and women patients with chronic back pains differ while dealing with common daily activities?

The research was carried out through qualitative research technique of semi-structured interview. The research data required were collected from patients of the Hospital of Rudolf and Stefanie in Benešov from December 2009 to February 2010.

Eight patients with chronic back pains were polled (4 men and 4 women), all of them after the spinal operation. The data obtained were presented casuistically and summarised into tables. The research goal was completed.

Based on the research survey the following hypotheses were developed:

H1: Chronic back pains affect common daily activities of patients after the spinal operation.

H2: Chronic back pains after the spinal operation limit the patients when applying for jobs.

H3: Chronic back pains affect leisure time activities of the patients.

H4: Chronic back pains affect more women than men when they do their housework.

H5: Women are trying to prevent back pains more often than men.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv chronických bolestí zad na aktivity v běžném životě“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 2010

.....

Chci touto cestou poděkovat paní Mgr. Aleně Machové, za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce a své rodině za projevenou trpělivost k mé osobě v období celého studia vysoké školy.

Obsah

1. Současný stav	9
1.1 Bolest	9
1.1.1 Patofyziologie bolesti	10
1.1.2 Rozdělení bolesti podle délky trvání	11
1.1.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti	13
1.1.4 Úloha sestry v diagnostice a hodnocení bolesti	14
1.1.4.1 Tvorba plánu managementu bolesti	16
1.2 Ošetrovatelská péče u nemocného s bolestmi zad	17
1.2.1 Anatomie a fyziologie páteře	18
1.2.2 Nejčastější onemocnění páteře indikovaná k chirurgickému řešení	19
1.2.3 Důsledky onemocnění	21
1.2.4 Strategie léčby chronických bolestí zad	22
1.3 Vliv bolestí na aktivity běžného života	23
1.3.1. Aktivity běžného života	24
1.3.2 Pohyb a tělesná aktivita	25
1.3.3 Aktivity v rámci rodiny	26
1.3.4 Zaměstnání	27
1.3.5 Aktivity volného času	27
1.4 Gender problematika	28
2. Cíl práce a výzkumné otázky	30
3. Metodika	31
3.1 Použitá metodika	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4. Výsledky	33
4.1 Kazuistiky na podkladě rozhovorů s pacienty	33
4.1.1 Kazuistika 1	33
4.1.2 Kazuistika 2	35
4.1.3 Kazuistika 3	38
4.1.4 Kazuistika 4	40

4.1.5 Kazuistika 5	42
4.1.6 Kazuistika 6	45
4.1.7 Kazuistika 7	47
4.1.8 Kazuistika 8	49
4.2 Tabulky na podkladě rozhovorů	52
5. Diskuse	58
6. Závěr	64
7. Seznam použitých zdrojů	66
8. Klíčová slova	70
9. Přílohy	71
9.1 Seznam příloh	71

Motto: „Bolest je cokoli, co pacient jako bolest označí, existuje vždy, když si na ni pacient stěžuje.“

Mc Caffery

Úvod

V České republice figurují nemoci pohybového aparátu na druhém místě příčin pracovní neschopnosti, přičemž s bolestí zad lidé prostonají vůbec nejvíc dní. Mezi nejčastější žadatele o invalidní důchod patří lidé z dorzopatií, tedy s bolestí zad. Postihují převážně pacienty v produktivním věku. Ti mohou trpět obtížemi i několik let, prodělat jednu nebo i více operací páteře, být dlouhodobě léčeni pro bolest. Postupně dochází k poklesu jejich pracovní i sociální výkonnosti. Chronické bolesti zad se tak stávají nejen problémem tělesným, ale působí i na celkový psychický stav pacienta.

Při své praxi jsem se na ambulanci pro léčbu bolesti setkávala s pacienty s chronickými bolestmi zad. Bolest je naprosto subjektivní prožitek, je těžko měřitelná, není vidět, ale pacienta velmi omezuje v jeho životě. Pacienta často nutí změnit svůj zaběhlý způsob života. Mnohdy se promítá i do rodinných vztahů a zaměstnání.

V první části práce popisuji problematiku bolesti, možné příčiny vzniku bolesti zad a nejčastější indikace k jejich chirurgickému řešení. Dále pak se zabývám vlivem chronických bolestí zad na aktivity běžného života a vlivem genderové identity na rozdělení práce v domácnosti.

V praktické části své bakalářské práce se chci zaměřit na různé oblasti denních aktivit pacienta s chronickou bolestí zad po operaci páteře. Chci zjistit, jakým způsobem bolesti zad ovlivňují vykonávání základních aktivit běžného dne, aktivit v rámci rodiny, mezilidských vztahů, zaměstnání a volnočasových aktivit. Rovněž bych se chtěla zabývat otázkou, zda má pohlaví pacienta vliv na zvládání běžných denních aktivit.

1. Současný stav

1.1 Bolest

Bolest se stala předmětem zvýšené pozornosti kliniků i vědců teprve v druhé polovině minulého století. Důvod tohoto zájmu vyjádřil nejlépe zakladatel moderní léčby bolesti John J. Bonica (1917 - 1997): „Je zarmucující skutečností, že v našem století fantastického a technického pokroku nadále trpí miliony lidí tvrdší bolestí, která způsobuje těžké poruchy tělesné, duševní i sociální.“ (21, s. 22) Jeho slova platí dodnes i přesto, že moderní medicína našla odpovědi na spoustu závažných otázek, problém bolesti zůstává i nadále. (21)

Bolest je odlišná od ostatních smyslových modalit (hmatu, vnímání chladu, tepla apod.), je to zvláštní druh citlivosti. Bolest lze jen těžko popsat slovy tak, aby si o ni mohl udělat jasnou představu člověk, který tuto bolest nepocítil. (24)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala bolest jako nepříjemnou senzorickou a emocionální zkušenost spojenou s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní, její vnímání je ovlivněno věkem, pohlavím, rasou a etnikem. Pojetí bolesti je mnohem širší, než tomu bylo dříve, kdy byla představa, že bolest je vjem podobný například vjemu zrakovému, sluchovému nebo dotykovému. Nejčastěji bolest vzniká v souvislosti s akutním tkáňovým poškozením, ale jako zkušenost je ovlivněna vzpomínkami z minulosti, jak vědomými, tak i nevědomými paměťovými záznamy, citovou a pocitovou pamětí a to vše dohromady dává bolesti určitý význam. Podle významu, jaký je bolesti přikládán, se vynořují emoční prožitky, odhodlání, naděje, víra a další emoce. Ty jsou u každého jedince rozdílné a specifické. Z tohoto důvodu vnímá a reaguje na stejný bolestivý podnět každý jinak. Bolest můžeme chápat jako komplexní vjem, který ovlivňuje naše chování a prožívání. (9, 22)

1.1.1 Patofyziologie bolesti

Bolest vzniká dvěma různými způsoby. Podle způsobu vzniku můžeme bolest rozdělit na nociceptivní a na neuropatickou. Nocicepcí obecně nazýváme řadu objektivně rozpoznatelných elektrochemických dějů mezi podnětem a vjemem bolesti. Nocicepce znamená neurologickou reakci a reflexní odpověď, která je způsobena poškozením nebo potencionálním poškozením tkáně. Mezi mimovolní reakce, které nocicepce působí, patří např. zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulsu, zrychlení dýchání nebo naopak zadržování dechu nebo odtažení svalů postižené části těla. Nocicepce nemusí vždy vyvolat zážitek bolesti a naopak bolest se může objevit bez nocicepce. Tím se objasňuje, proč i pacienti bez zjevného patologického nálezu mohou pociťovat bolest. Nocicepce má čtyři fáze: transdukci, transmisi, percepci a modulaci. (11, 21)

Transdukce je první fáze nocicepce, kdy škodlivé, bolestivé nebo tkáň poškozující podněty aktivují příslušné nociceptory uložené v kůži nebo ve stěnách vnitřních orgánů. Nociceptory jsou speciální receptory na periferních zakončeních sensorických neuronů. V okamžiku, kdy sensorický neuron obdrží nociceptivní podnět, dochází k depolarizaci buněčné membrány a vzniku elektrické impulsní aktivity. Nožičkový výběžek neuronu-axon přenáší elektrickou informaci k míše nebo ke kraniálním nervům. Nociceptivní podnět může být způsoben mechanickým, chemickým nebo termálním podrážděním. Tyto podněty jsou transdukcí přeměněny na elektrické impulzy. Transmise je druhou fází nocicepce. Elektrická informace je předána do CNS a dochází k jejímu zpracování a výběru potřebných důležitých informací ze sensorických vstupů. Percepce je třetí fází nocicepce. CNS odpovídá na nociceptivní podněty a zprostředkovává vjem bolesti. Zážitek bolesti je proměnlivý v závislosti na stupni vývoje člověka, na prostředí, nemoci nebo poranění. Modulace je čtvrtou fází nocicepce, znamená způsoby snížení či zvýšení bolesti. Tělo samo prostřednictvím kontrolního mechanismu ve středním mozku umí modulovat nociceptivní vstupy a vnímání bolesti. Vyplavení endogenních opioidních peptidů (endorfiny, enkefaliny-přirozená analgetika těla) spustí inhibiční reakci, která směřuje dolů do míchy. Sestupná inhibice probíhá prostřednictvím neurotransmiterů serotoninu a norepinefrinu. Serotonin

je obsažen v zakončení neuronů sestupujících z medully. Norepinefrin je u zakončení neuronů sestupujících z pontu. (1, 21)

Neuropatická bolest vzniká poškozením nebo porušením funkce nervového systému, který se podílí na vedení bolesti. Příčinou poškození nervů může být fyzikální poranění, porucha metabolismu, jedovaté látky, virové infekce nebo zánět. Neuropatická bolest zad může být způsobena také poškozením nervových kořenů tlakem nebo vyhrzlou ploténkou. Při chronické neuropatii způsobují bolest podněty, které normálně bolest nepůsobí. Podle toho, kde se poškození nachází, rozlišujeme neuropatickou bolest primárně periferního nebo centrálního původu. Pacienti ji popisují jako píchavou, pálivou nebo vystřelující. Většinou nelze zjistit žádnou zjevnou příčinu. Na standardní léčbu bolesti obvykle špatně reaguje. (1, 21)

1.1.2 Rozdělení bolesti podle délky trvání

Bolest dělíme podle délky trvání do dvou obecných kategorií, na akutní bolest a chronickou bolest. Akutní bolest vzniká na základě mechanického poškození tkáně nebo nemoci. Akutní bolest nás varuje před dalším poškozením organismu, je jakýmsi varovným signálem, že v našem těle něco nefunguje správně a že bychom na to měli soustředit svoji pozornost. Signalizuje nám, že si máme svůj organismus chránit před dalším poškozením. Akutní bolest nutí nemocného vyhledat lékařskou pomoc, zvláště, je-li silnější intenzity. Typický je náhlý počátek, který je jednoduše identifikovatelný a časově omezené trvání bolesti. Bolest trvá několik dnů, hodin nebo i týdnů. Během této doby může mít bolest různou intenzitu. Tento nepříjemný senzorický, emoční a mentální pocit (prožitek) bývá doprovázen vegetativními a psychickými změnami a změnami v chování nemocného. Pro nemocného představuje zátěž, na kterou jeho organismus reaguje změnami ve fyziologických funkcích (zvýšení krevního tlaku, zrychlení tepové frekvence, dechu, pocení, zvýšené svalové napětí apod.). Nemocný není schopen přemýšlet o ničem jiném než o své bolesti, má zvýšené afektivní prožívání bolesti, které může vyústit až do agresivního chování vůči okolí, ale i vůči sobě. Tvář nemocného má bolestivý výraz, nemocný zaujímá vynucenou polohu. Akutní bolest lze většinou dobře lokalizovat, je dobře určitelná. Kauzální léčba, která je kombinována

s účinnou symptomatickou analgetickou terapií zpravidla akutní bolest odstraní. Je-li léčba akutní bolesti zahájena včas, sníží se riziko přechodu do chronického stádia. (9, 11, 21)

O chronické bolesti hovoříme, přetrvává-li bolest 6 měsíců a déle a není způsobena život ohrožujícím onemocněním. Někdy může nemocného provázet po celý jeho život. Chronická bolest ztrácí ochranný smysl a může postupně přecházet v bolest neuropatickou, bolest biologicky nevýznamnou a špatně terapeuticky ovlivnitelnou. Nelze zde většinou vystačit s jednou léčebnou modalitou, je nutná kombinace farmakologických i nefarmakologických postupů. Na rozdíl od akutní bolesti zde nebude možné nalézt žádný patofyziologický důvod bolesti či spouštěcí událost, bolest bude mít nepravidelný nástup s častým opakováním. Organismus klienta nebude na bolest reagovat výraznými fyziologickými změnami, protože se naučil s chronickou bolestí vyrovnávat. Bude se spíše jednat o poruchy autonomního nervového systému nedokrevnost, potivost, svalové křeče, ztuhlost nebo atrofie v důsledku nečinnosti. U pacienta s chronickou bolestí se mohou objevovat poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, poruchy libida. Mohou nastat změny v chování, pacient se stává nedůtklivý, ztrácí motivaci k činnostem. Tyto změny se odrážejí ve vztazích k rodině, přátelům a v neposlední řadě i ve vztazích k lékařům. (5, 9, 11)

Nejčastějším typem chronické bolesti je chronická nenádorová bolest. Jedná se o dlouhodobý proces, někdy se vyvíjí i několik let a může zasahovat do kvality pacientova života. Zdravotník musí reagovat současně na tělesné i psychologické příznaky chronické nenádorové bolesti. Chronická nenádorová bolest má významnou emocionální komponentu. Jedná se o bolest, která je přítomna několik měsíců a nemocný potřebuje na její zvládnání mnoho energie a čím déle bolest trvá, tím více se zmenšují rezervy energie. Nemocní s chronickou nenádorovou bolestí většinou vyhledají pomoc v době, kdy jsou již tělesně a emočně unaveni, začínají ztrácet naději, jsou méně přesvědčeni a jsou narušeni i jejich sociální vztahy.¹ Chronická nenádorová bolest je spojována s určitými psychopatologickými jevy. Objevuje se vyšší mírou deprese, která je důsledkem poruch spánku, zvýšené iritability, únavy a vyčerpání. U

¹ Příloha 1: Začarovaný kruh CHNNB

nemocného dochází ke změnám nálad, myšlení a sebed projekce. Následně k omezení pracovní schopnosti a sociální aktivity. (9, 11, 12)

V posledních letech nastal rozvoj i v oblasti léčby nádorové bolesti. Statistická šetření ukazují, že bolest doprovází onemocnění rakovinou v začáteční fázi ve 30 – 40 % případů a v terminálním stádiu až v 60 – 80 % případů. V zážitku bolesti existují rozdíly podle druhu nádorového onemocnění. Problematika léčby bolesti u nemocných v konečných, již nevléčitelných stádiích nádorového onemocnění je zcela specifická. Nemocní se velmi často v tomto období nalézají v sociální izolaci! Sociální a psychická izolace zvyšuje vnímání bolesti, takže bolest je hodnocena jako mnohem horší. Její zmírnění je obtížnější. Příčinou bolesti u onkologicky nemocných nemusí být vždy samo onemocnění, ale může být způsobena z mnoha jiných důvodů, proto je důležité přesné vyšetření. Důvodem bolesti mohou být invaze, obstrukce, distenze či útlak tkáně nádorem, léčebné postupy (radiace, chemoterapie), operace k odstranění či zmírnění symptomů, diagnostické procedury, infekce, ischemie či zánět. Vhodně zvolená léčba bolesti by měla zaručit, aby nemocný netrpěl ani v terminálním stádiu onemocnění. (9, 11, 12)

1.1.3 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Sestra při hodnocení bolesti nemocného posuzuje sociální, kulturní a etnické vlivy. Multikulturní přístup je důležitý, každá kultura, etnikum mají svá specifika a mohou bolest prožívat rozdílně. Svoji roli hraje i vzdělání a osobnost nemocného. Extroverti se dokáží většinou s bolestí vyrovnat lépe než introverti, pro některé nemocné je těžké vyjádřit, co cítí, porovnat své pocity s pocity ostatních. Posuzujeme i věk a pohlaví nemocného. Starší lidé vnímají bolest většinou méně intenzivně. Vyrovnání se z bolesti závisí i na předchozí zkušenosti a na významu, který je bolesti přikládán. Prožívání bolesti souvisí i s druhem onemocnění. Jinak nemocný prožívá bolest pooperační a jinak chronickou bolest. Vnímání bolesti je ovlivněno i momentálním rozpoložením nemocného, jeho náladou. Nálada může být velmi proměnlivá. Hodnotíme i vliv okolního prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Například bude-li nemocný pobývat na jednotce intenzivní péče, kde bude neustálý

pohyb osob, hluk a stálé světlo, může pociťovat úzkost, obavy, strach, mít poruchy spánku apod. Sestra hodnotí každého nemocného individuálně podle jeho reakcí. (24)

Faktorů, které ovlivňují vnímání bolesti je mnoho. Můžeme je shrnout do čtyř základních skupin: fyziologicko-biologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociálně-kulturní faktory a faktory životního prostředí.² Faktory ovlivňující bolest můžeme roztrždit i podle toho, zda zvyšují či snižují vnímání bolesti.³ K bolesti je třeba přistupovat jako ke komplexnímu problému celého člověka. (7, 25, 28)

1.1.4 Úloha sestry v diagnostice a hodnocení bolesti

Bolest patří mezi priority ošetrovatelského výzkumu, vždyť právě bolest je často hlavním důvodem, který přivádí nemocného k lékaři. Významným krokem v chápání lidí trpících bolestí je rozpoznání příčiny a podstaty bolesti i subjektivního charakteru jejího prožívání. Při diagnostice a hodnocení bolesti má sestra nezastupitelnou úlohu. Nemocný vnímá sestru jako člověka, který mu poskytuje oporu a porozumění, je pro něj prostředníkem mezi ním a lékařem. Sestra je členem zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru nemocného v léčebný postup a působí jako uklidňující prvek pečující o emocionální stav nemocného. Při léčbě bolesti je prvním nejdůležitějším krokem její přesné zhodnocení. Velmi obtížné je bolest objektivně posoudit. Čím je sestra vzdělanější a zkušenější, tím lépe bolest, její kvalitu a kvantitu dokáže zhodnotit. Klíčem ke správné léčbě a ke správnému přístupu k nemocnému je porozumění bolesti v celé její šíři. Chronická bolest se negativně odráží na psychické rovnováze pacienta. Při bolesti se zdají pacientovy tělesné, psychické a sociální problémy složitější. Chceme-li pochopit, jak pacient bolest prožívá a najít způsob pomoci, musíme zhodnotit pacienta jako člověka ve všech jeho aspektech. Při hodnocení bolesti zohledňujeme všechny faktory, které mění vnímání a prožívání bolesti. Postoje pacientů, jejich názory, způsoby vyrovnání se s bolestí, očekávání od sebe samých i to, jaký mají názor na systém zdravotnické péče ovlivní jejich chování při bolesti. Chování a emoce jsou

² Příloha 2: Faktory, které ovlivňují bolest

³ Příloha 3: Působení faktorů ovlivňujících bolest

ovlivněny interpretací nemocného. Nemocní se ve svých názorech na bolest zásadně liší. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio – psycho - sociální, ne pouze některou z těchto částí. V holistickém pojetí je lidský organismus integrovanou a organizovanou jednotkou. Porucha jedné části vede k poruše jiné části, až může dojít k selhání celého organismu.⁴ (11, 24, 25, 29)

Způsobů, jak hodnotit bolest, je mnoho. Můžeme hodnotit lokalizaci a topologii bolesti, intenzitu bolesti, časovou dimenzi bolesti, kvalitu bolesti a za jakých okolností se bolest zhoršuje či polevuje. Sestra tyto informace získává ze slovních výpovědí nemocných, pokládá nemocnému jednoduché a srozumitelné otázky. Kde to bolí? Jak moc to bolí? Kdy to bolí? Jak to bolí? Dá se bolest něčím ovlivnit? Zjištěné údaje jsou zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace nemocného. Bolest lze posuzovat na jednotlivých škálách podle základních ukazatelů. K určení lokalizace chronické bolesti můžeme využít tzv. mapy bolesti.⁵ Tato mapa zobrazuje celé lidské tělo a některé jeho části z různých pohledů. Nemocný označí místa, kde má nyní bolest, sděluje nám místo bolesti. Mapu lze zpřesnit použitím více barev pro rozlišení povrchové bolesti a bolesti uvnitř těla. Pomocí šipek může nemocný zaznamenat směr a místo kam bolest vystřeluje. Tuto mapu můžeme předkládat nemocnému opakovaně. Zjistíme, jsou – li bolesti stále ve stejné lokalitě, nebo jestli se stěhují. (9, 29,16)

Intenzitu bolesti sestra může hodnotit pomocí slovní stupnice bolesti nebo pomocí analogových škál. Nejpřirozenějším způsobem sdělení toho - „jak moc to bolí“, je verbální cesta. Nemusí být zcela přesná, terminologie nemocného nemusí vždy korespondovat s terminologií lékaře. U slovně popisné škály nejčastěji nemocný volí popis své bolesti ze seznamu přídavných jmen – žádná, nepatrná, mírná, střední, strašná, zcela nesnesitelná. Tyto termíny by pro lepší pochopení měly být v dotazníku blíže specifikovány. Poměrně nejčastější využívanou metodou pro měření intenzity bolesti je tzv. VAS- Visual Analogue Scale. Jedná se o horizontální nebo vertikální čáru měřící 10 cm, která má slovní popisky na obou koncích. Na prvním konci „žádná bolest,“ na druhém konci „nesnesitelná bolest“. Nemocný označí místo, jak velkou intenzitu bolesti

⁴ Příloha 4: Bio-psycho-sociální model nemoci

⁵ Příloha 5: Mapa bolesti

má. Na stejném principu je založen tzv. teploměr bolesti. Zde je stupnice 1 – 10 a nemocný svoji bolest hodnotí pomocí čísel. Pro hodnocení bolesti lze využít i vizuálně analogovou škálu, nejčastěji je používána u dětí. Nemocný vybere obličej, který nejvíce odpovídá závažnosti jeho bolesti.⁶ Sestra může sledovat i průběh bolesti v čase a dobu jejího trvání (časovou dimenzi bolesti), může využít záznam časového aspektu bolesti.⁷ Pomocí této metody získá sestra informace o změnách pacientova zdravotního stavu, o tom, zda určitý lék skutečně působil a jak intenzivně zapůsobil, zda je nutno léčbu bolesti upravit či ne. Sestra zjišťuje rovněž kvalitu bolesti. Tímto termínem rozumíme celkový emocionální zážitek bolesti, jak nemocný bolest charakterizuje. Nemocný bolest popisuje vlastními slovy - pálivá, svíravá, bodavá, tlaková, bušivá, svědivá, tupá, atd. Pro tvorbu plánu managementu bolesti je důležité znát faktory, které bolest zmírňují i zhoršují. (9, 11, 23)

1.1.4.1 Tvorba plánu managementu bolesti

U nemocných s chronickou bolestí se na tvorbě plánu managementu bolesti podílí odborník, tým managementu bolesti a spolupracující nemocný. Cíle stanoví tým společně s nemocným. Nejčastěji se v plánu vyskytují tyto cíle: snížit bolest nemocnému, kdykoliv je to možné, zlepšit nebo navrátit tělesné funkce, pomoci nemocnému vytvořit zvládací mechanismy, snížit depresi, úzkost a jiné emoční problémy nemocného a zlepšit vztahy se členy rodiny a pečovateli. Stanovené cíle by měly být specifické, měřitelné a dosažitelné. Klíčem k úspěšnému plánu je spolupráce nemocného, proto musí zdravotník nemocnému umožnit stanovených cílů dosáhnout. K tomu je nezbytné pochopit, jak nemocný svůj stav akceptuje, identifikovat výši motivace nemocného k dosahování cílů, rozpoznat schopnost nemocného plán provádět, zhodnotit finanční a sociální situaci nemocného, pokud je to vhodné zahrnout do péče pečovatele a blízké nemocného, zajistit, aby se nemocný na plnění těchto cílů plně

⁶ Příloha 6: Způsoby měření bolesti

⁷ Příloha 7: Záznam časového aspektu bolesti

podílel, a aby věřil, že jich dokáže dosáhnout. Zdravotník musí být vnímavý a otevřený k zážitkům bolesti nemocného. Plán by měl nemocného podněcovat k aktivnímu přístupu pro zlepšení a udržení svého zdravotního stavu. Zdravotníci by měli porozumět negativním důsledkům chronické bolesti na nemocného. Bariérou při tvorbě plánu managementu chronické bolesti může být málomluvný nemocný, špatná interpretace bolesti zdravotníkem, nedostatečné znalosti o léčbě chronické bolesti nebo změněné sociální vztahy. (11, 29)

1.2 Ošetrovatelská péče u nemocného s bolestmi zad

Pohybové ústrojí je nejčastějším zdrojem lidské bolesti. Člověk se liší od všech ostatních tvorů vzpřímenou postavou. Svaly udržující vzpřímený postoj nazýváme posturální. Svaly, které vykonávají vlastní pohyb nazýváme fázické. Fázické svaly mají tendenci ochabovat a slábnout. Posturální svaly mají naopak sklon se zkracovat, zvyšovat své napětí a tuhnout. V původních podmínkách života člověka v přírodě byly používány obě skupiny svalů vyváženě a rovnoměrně. Člověk měl dostatek pohybu. V dnešní době technického pokroku je však bývalé rovnováže konec. Nejvíce jsou zatěžovány svaly udržující vzpřímené postavení těla, protože převážně stojíme nebo sedíme. Pro chůzi využíváme fázické svaly a díky dopravním prostředkům jí máme nedostatek. V dopravních prostředcích opět stojíme nebo sedíme. Během dne sedíme u práce, jídla, u televize, u počítače a u mnoha forem zábavy. Dochází ke svalové nerovnováze a jejím přímým i zprostředkovaným důsledkem jsou bolesti mechanicky podmíněné od páteře. Jedná se o nejrozšířenější formu chronické bolesti vůbec. (22)

Z biomechanického pohledu je nejdůležitější, že náš pohybový systém je neustále v interakci se silami působícími z okolí na naše tělo. Těchto sil je více a mají rozdílné účinky. Síla, která nás nejvíce ovlivňuje, je síla zemské přitažlivosti – gravitace. Vzpřímená postava je tak pro člověka zápasícího neustále s gravitací nevýhodou. Nejde však jen o rovnováhu, svoji úlohu zde hraje i tzv. zhmotnělá gravitace, což je hmotnost těla jako taková. Obecně můžeme označit za bezprostřední příčinu svalové nerovnováhy nevhodné funkční zatížení. Může jít o zatížení

nepřiměřené (nadměrné), nedostatečné funkční nároky či o zatížení kvalitativně nevhodné (jednostranné) nebo o zátěž dlouhodobou nebo nerovnoměrně působící.⁸ (3)

Za jeden z nejzávažnějších medicínských, ekonomických a sociálních problémů jsou celosvětově považovány bolesti zad mající původ v poruchách funkce páteře. Během svého života se s tímto problémem setká téměř 85 % veškeré populace. (7)

1.2.1 Anatomie a fyziologie páteře

Páteř patří mezi nejzaměstnanější orgány našeho těla, už proto, že plní hned tři funkce najednou. První funkcí je ochrana nervových struktur míchy a nervových kořenů. Druhou funkcí je umožnění pohybu v ose těla a třetí funkcí je udržení rovnováhy. Na prvních dvou funkcích se podílí celá páteř, třetí funkce je záležitostí krční páteře. Páteř musí být dostatečně pohyblivá a pevná. Páteř tvoří s okolními strukturami funkční celek. Porucha jedné části dříve či později ovlivní i části ostatní. Funkci páteře je i uzpůsobena její anatomická stavba. Páteř tvoří pohybovou osu těla, která zajišťuje hybnost hlavy a trupu a tvoří společně s pletencem pánevním a hrudníkem pohybový celek. Nejvíce pohyblivý je úsek krční páteře a poté bederní. Páteř je statickou oporou hlavy a trupu, působí na ni značná fyzická zátěž, která se obecně zvyšuje kraniokaudálním směrem. Opoře těla a tlumení nárazů napomáhají střídavě konvexní a konkávní oblouky páteře. (15, 21)

Páteř se skládá z jednotlivých obratlů, které jsou navrženy jeden na druhém. Tvoří ji sedm obratlů krčních ($C_1 - C_7$), dvanáct obratlů hrudních ($Th_1 - Th_{12}$), 5 obratlů bederních ($L_1 - L_5$), pět křížových ($S_1 - S_5$) a čtyři kostrční. Křížové obratle jsou srostlé v jeden celek – křížovou kost. Takto jsou obvykle spojeny i obratle kostrční. Kostrč a kost křížovou můžeme považovat za jednu funkční jednotku, takže páteř se skládá z 25 funkčních částí. Krční mícha má 8 míšních segmentů a 8 míšních kořenů, v dalších částech míchy již odpovídá počet segmentů a kořenů počtu obratlů. Páteř je po celé délce spojena do souvislého sloupce pomocí vazů, svalů a hladkých ploch a výběžků

⁸ Příloha 8: „Bludné kruhy“ příčin a důsledků svalové dysbalance

obratlů. Mezi těly jednotlivých obratlů se nacházejí pružné meziobratlové ploténky, v zadní části spolu většina obratlů komunikuje prostřednictvím drobných kloubů. Meziobratlová ploténka je tvořena měkkým a pružným rosolovitým jádrem obklopeným pevným vazivovým prstencem. Kraniokaudálním směrem se meziobratlové ploténky zvětšují tak, jak se zvětšují těla obratlů a vzrůstá jejich zatížení pod vahou těla. S věkem se celková pružnost i výška meziobratlových plotének snižuje, čímž se snižuje i celková výška člověka. Meziobratlové ploténky zaujímají asi čtvrtinu délky páteře u dospělého člověka a jejich úkolem je tlumit sílu nárazů a bránit vzájemnému tření kostí. Páteř je chráněna ze strany řídící nervové složky pohybového systému velkým množstvím citlivých nervových zakončení (čidla pro bolest) i různých proprioreceptorů, které jsou hustě rozesety ve vazivových strukturách a drobných svalech páteře. (3, 7)

1.2.2 Nejčastější onemocnění páteře indikovaná k chirurgickému řešení

Na protilehlém konci terapeutického spektra proti konzervativním metodám stojí chirurgické zákroky na páteři. Většinu indikací k operačnímu řešení představují především výhřezy meziobratlové ploténky, dále těžké degenerativní změny a patologické fraktury osteoporotických obratlů. (7)

Degenerativní změny probíhají ve většině případů subklinicky. Pojem degenerace páteře pod sebou skrývá široké spektrum nálezů. Degenerativní onemocnění páteře zahrnuje především anatomické změny páteře, které jsou výsledkem procesu stárnutí. Tyto změny jsou urychlovány nadměrnou mechanickou zátěží, opotřebením a posléze i reparačními ději. V tomto procesu hrají pravděpodobně důležitou roli i genetické faktory. U těl obratlů jde o deformující spondylózu. Změny intervertebrálních kloubů jsou nazývány artróza. V patogenezi degenerativních změn páteře významnou roli hraje meziobratlová ploténka, jejíž změny jsou někdy označovány jako diskopatie. Degeneraci meziobratlové ploténky lze charakterizovat jako změnu architektury s typickou ztrátou želatinózní struktury nucleus pulposus a fibrózou ploténky s depozitami amyloidu a lipofuchsinu. Proces degenerace je doprovázen strukturálními a

biochemickými změnami, které ovlivňují vlastnosti a tím i funkčnost ploténky. Další oblasti páteře může ovlivnit především ztráta schopnosti absorbovat kompresivní zátěž a nárazy. Degenerací meziobratlové ploténky dochází k morfologickým změnám, které lze jen stěží rozeznat od změn, které vznikají v důsledku stárnutí. Na rozdíl od stárnutí se v procesu degenerace nejspíše uplatňují i další pochody. Zásadní roli v degeneraci meziobratlové ploténky hraje porucha její výživy. Degenerace se projeví nejprve tvorbou trhlin v centu ploténky. Trhliny se postupně zvětšují a pokračují do anulus fibrosus, vzniká tak dutina uvnitř ploténky a dochází postupně ke snížení její výšky. Ztráta výška ploténky může být i následkem osteoporózy. Strukturální změny postihují i okolní chrupavčité krycí destičky. Dalším projevem degenerace je spondylóza, která vede ke tvorbě výrůstků (osteofytů) na obratlových tělech páteře. Obdobným reparačním i regresivním změnám podléhají i okolní struktury. U těchto nemocných nalézáme porušenou funkci svalového korzetu, někdy až vyslovenou nedostatečnost určitých svalových partií. Degenerativní změny postihují nejčastěji úsek krční a bederní páteře. Nemocného s degenerativními změnami jakéhokoliv úseku páteře přivádí k lékaři bolest nebo příznaky vzniklé útlakem nervových struktur. Jde zejména o kořenové bolesti, poruchy cití, svalovou slabost či sfinkterové poruchy. (10, 21)

Výhřez meziobratlové ploténky je situace, kdy se její měkký vnitřní obal provalí okolním prstencem a dráždí přilehlé nervové kořeny. Bývá častější v oblasti bederní páteře než u krční. Často jsou v anamnéze léta recidivující lumbalgie. Kořenové příznaky někdy nastupují plíživě, jindy se dostaví náhle po zvednutí břemene nebo po nekoordinovaném pohybu. Volba mezi konzervativním postupem nebo radikálním neurochirurgickým zákrokem bývá mnohdy velmi obtížná. (10, 18)

Před zvolením chirurgického řešení by měl tým specialistů zajistit nejen řádné využití všech dostupných konzervativních způsobů léčby, které by měly chirurgické léčbě předcházet, ale i nezbytnou následnou pooperační péči, především rehabilitaci. Cílem chirurgické léčby je odstranit útlak nervových struktur či odstranění nestability páteře. Výhodná je mezioborová spolupráce, protože indikační pole jednotlivých oborů se často vzájemně prolínají a překrývají. Jedná se například o obory spondylochirurgie, neurochirurgie, ale i anesteziologie či algeziologie. (7, 10)

1.2.3 Důsledky onemocnění

Rozhodnutí o chirurgickém zákroku se musí řídit především podle míry kvality života nemocného a doby trvání obtíží. Odolnost k bolesti a nároky na kvalitu života jsou ryze individuální a subjektivní. Na volbě postupu se musí podílet edukovaný pacient, který zná všechny možné psychosociální souvislosti. U mnoha nemocných mohou být již před operací obtíže (bolesti) potencionálně psychosociální nadstavbou a u mnoha se pak stávají psychosociální faktory rozhodujícími činiteli přispívajícími k chronicitě obtíží. Tyto faktory souvisejí se zaměstnáním, s určitými pověrami, chováním nemocného, s finančním zajištěním i s vlastní efektivitou nemocného (deprese, podrážděnost, pocity nepotřeby aj.) a velkou měrou mohou ovlivňovat i jinak terapeuticky obtížně zvladatelné bolesti zad. U osob se suspektním psychologickým podílem na klinickém obrazu, by mělo být provedeno vyšetření psychologem se zhodnocením škál ukazujících na hysterii, sklon ke konverzním reakcím, somatizaci a depresím. Správná indikace k operaci a zvolení vhodného nemocného je důležitá pro úspěšnost operačního zákroku. (7, 14)

Pokud u nemocného po operaci bederní páteře přetrvávají bolesti, hovoříme o vzniku FBSS (Failed back surgery syndrom). Jedná se o komplex bio-psycho- sociálně-ekonomických činitelů, které mají různou úlohu. Většinou vzniká FBSS kombinací různých etiologických faktorů. Zjištění účasti jednotlivých faktorů na celém syndromu je většinou nesnadné a komplikuje u tohoto syndromu léčbu. FBSS je termín, který se používá pro skupinu onemocnění u nemocných s přetrvávajícími nebo nově se objevujícími bolestmi zad a dolních končetin po jedné či více operacích páteře. Definice FBSS nepředpokládají ani neuvádějí žádnou specifickou příčinu bolestí zad, zahrnují jen bolesti zad a neúspěšnou operaci bederní páteře v anamnéze. Jednou z příčin chronických bolestí zad je právě FBSS. U FBSS se většinou jedná o kombinaci bolesti se složkou nociceptivní, neuropatickou a psychogenní, hovoříme o „smíšené“ bolesti. (4, 21)

Možnými příčinami vzniku FBSS mohou být různé situace, vzniklé jak v předoperačním, tak i v operačním či v pooperačním období. Může se jednat o špatný

výběr nemocného k operaci, kdy chybí jasná chirurgická indikace, o zbytečnou nebo neefektivní operaci provedenou na základě chirurgické indikace, která je ne zcela jasná či je nepřesná. Někdy může být příčina ve špatně zvolené, špatně provedené operaci či diagnostická procedura nebo komplikace při těchto invazivních výkonech. Ke vzniku FBSS mohou také přispívat specifické, těžko odhalitelné a poznatelné anatomicko-klinické rizikové faktory (např. sklon ke vzniku jizev a zánětů). S rehabilitací je ideální začít ještě v předoperačním období a ta by měla pokračovat i nadále po operaci. Nedostatečná, pozdní nebo špatně zvolená či podceněná rehabilitační příprava a péče může znamenat to, že i technicky perfektně provedený operační výkon neskončí optimálním výsledkem. Sociální a ekonomické faktory mohou hrát také svoji nezanedbatelnou roli. Velmi často provázejí vertebrogenní onemocnění snahy o získání určitých výhod, invalidní důchod po operaci proto není ukazatelem neúspěšnosti provedeného výkonu a naopak brzký nástup do zaměstnání neznamena vždy, že operace měla optimální výsledek. (10, 21)

1.2.4 Strategie léčby chronických bolestí zad

U chronické bolesti zad je přístup a léčba odlišná než u akutních bolestí zad, je komplexnější a multifaktoriální. Používají se léky z oblasti analgetik, ale i pomocné léky na ovlivnění psychického stavu, spánku a velmi často i léky z oblasti neurologie, určené pro obtíže z neurologického poškození, které označujeme jako „nervovou kořenovou bolest“. Mezi další léčebné postupy u chronických bolestí zad patří cílená rehabilitační léčba a výchova nemocného k dalším pohybovým aktivitám ve správném rozsahu a správné intenzitě, pracovní terapie, pracovní preventivní a léčebné programy. Nutností je v některých případech i psychologická podpora, a to zejména u nemocných, kteří mají bolesti dlouhodobě a způsobují jim psychické obtíže. V léčbě mohou být používány také invazivní techniky, metody, kdy se používají cílené obstríky postižených oblastí nebo přímo zavádění elektronických systémů – elektrod do oblastí páteře, kde mohou ovlivnit bolesti prostřednictvím stimulace míchy elektrickým proudem. Neuromodulace zajišťují úlevu od bolesti a spokojenost nemocného, snižují

potřebu léků, zlepšují funkčnost nemocného a někdy umožňují i návrat do zaměstnání. U některých nemocných lze do oblasti páteře zavést tenkou hadičku (epidurální katétr) a pomocí speciální pumpy cíleně dávkovat léky proti bolesti do této oblasti. V současné době se doporučují při léčbě bolestí zad tři léčebné postupy. Jedná se o monoterapeutický přístup, kdy je využita jedna terapeutická metoda nebo jejich omezený počet. Pokud je vyšetření, vlastní diagnostika i léčba zaměřena na zdroj bolesti s plánem na primární léčbu tohoto zdroje, hovoříme o redukovaném přístupu. U chronických bolestí zad se zdá však nejrationálnější multidisciplinární přístup. Tento přístup je náročný na finanční zdroje i na personální vybavení, přináší však nejlepší výsledky. Mírníme tím léčbu bolesti týmem odborníků, kteří mohou spolupracovat v rámci jiných zdravotnických zařízení nebo jsou soustředěni v centrech bolesti. V multidisciplinárním týmu by měli být odborníci z oboru algeziologie, neurologie, ortopedie, psychologie či psychiatrie. Nejenom, že tento tým může nemocného správně diagnostikovat z pohledu několika oborů, ale může i stanovit nemocnému komplexní léčbu. (22, 27)

Léčebné přístupy u nemocných s FBSS jsou rozdílné a musí být individualizovány podle potřeb a cílů každého jedince. Cíle léčby by měly být splnitelné a individuálně zohledněné. Nové a účinnější metody ukazují možnosti zjištění příčin bolestí zad u FBSS, které nebyly předtím správně diagnostikovány. Proto v současnosti můžeme úspěšněji a efektivněji zamezit přechodu tohoto onemocnění do neřešitelného stavu těžkého fyzického a psychosociálního postižení. (21)

1.3. Vliv bolestí na aktivity běžného života

Chronické bolesti zad mohou ovlivňovat všechny aspekty života nemocného. Bolest je nutí přizpůsobit se jí fyzicky, emočně a společensky. Často je omezuje v jejich běžném životě, v zaměstnání a v sociálních vztazích. Na rozdíl od bolesti akutní nemá chronická bolest žádný účel, není varováním, ani nesignalizuje ohrožení života. Přesto může chronická bolest člověka donutit, aby přerušil nebo změnil své běžné každodenní činnosti. Inaktivita může nakonec vést k pracovní neschopnosti, sociální izolaci až

sociálnímu vyloučení a hluboké zoufalosti. Kromě narušení domácích, pracovních a volnočasových aktivit může chronická bolest zad vážně omezit všechny aktivity, které vyžadují stání, sezení, řízení auta, chůzi. Změní tak i nejjednodušší úkol na nemožnou věc. Často se dostaví i stresová reakce na bolest a v kombinaci s inaktivitou a účinky léků způsobí sekundární problémy. Nezřídka se dostaví nespavost, obezita, zácpa, hypertenze a deprese. Sociální izolace a pochybnosti o sobě samém tyto problémy prohloubí. U většiny nemocných se mohou tyto problémy minimalizovat dovedností sebemanagementu a sebeúčinnosti, zlepšením vykonávání jeho role, změnami života a posílením komunikačních schopností. Rozvoj těchto dovedností může dramaticky zlepšit funkční schopnosti nemocného a jeho schopnost vyrovnání se. Sebeúčinnost znamená, že člověk dokáže odhadnout a posoudit své vlastní schopnosti při snaze uspět při dosahování určitého cíle. Zdravotničtí pracovníci nabízejí často pouze pasivní formu léčby, jako je užívání léků a podstupování procedur. (11)

1.3.1. Aktivita běžného života

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako: „Stav, dokonalé tělesné, duševní a sociální rovnováhy, tedy pohody, která je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí.“ (17, s. 118) Zdraví je tedy ovlivňováno celým spektrem zevních i vnitřních faktorů, které působí samostatně nebo společně, navzájem se posilují či oslabují. Rozhodujícími činiteli jsou životní prostředí, životní podmínky a vlastní způsob života. Způsob našeho života, sociálně kulturní a životní prostředí, ve kterém se pohybujeme, může ovlivňovat náš celkový zdravotní stav s ohledem na stránku fyzickou, psychickou, duševní či emocionální. Způsob života je výrazem vědomých postojů a aktivit člověka vůči nim, jiným lidem i vůči sobě samému. Člověk si sám zvolí v určitých situacích a podmínkách možnosti a způsoby svého bytí a svého chování. To platí i o postoji a chování k vlastnímu zdraví. Chronická bolest naruší nemocnému jeho způsob života, jeho běžné denní aktivity, které se týkají nejen jeho funkční zdatnosti, ale i rodinného života, zaměstnání, sociálních vztahů a volnočasových aktivit. (17, 19, 30)

1.3.2 Pohyb a tělesná aktivita

Pohyb a tělesná aktivita je biologickou potřebou všech živých bytostí. Každý člověk je jedinečný. Podobně jako i u ostatních biologických potřeb má každý jedinec individuální nároky na množství pohybové aktivity i na způsob jakým potřebu bude saturovat. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu pohybu bude také u každého jedince rozdílná. Někteří lidé vlivem neuspokojené potřeby pohybu duševně nestrádají, pro jiné jedince je pohyb prostředkem relaxace, prostředkem zachování si tělesného zdraví, duševní pohody a pozitivního emočního ladění. Schopnost volného, lehkého, rytmického a účelného pohybu v prostředí je základním atributem života. Lidé se pohybují, aby získali potravu a vodu, aby se chránili před poraněním a aby si dokázali zajistit další základní potřeby. Lidé často hodnotí svůj zdravotní a fyzický stav právě schopností pohybovat se. Schopnost pohybu je základem nezávislosti. (25)

Pro organismus má pohybová aktivita a přiměřená fyzická kondice mnohostranný význam. J. A. Komenský řekl: „Bez vzduchu oheň jen slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří“. (25, s. 27) Pohybem se zlepšuje zdravotní stav, uvolňuje se duševní napětí, zlepšuje se spánek, zpevňuje se pohybový aparát, snižuje se riziko výskytu některých onemocnění. Pravidelné a dlouhodobé pohybové aktivity vedou postupně ke zvýšení výkonnosti některých orgánů, k vyšší tělesné zdatnosti. Pohyb navozuje pozitivní emoce, zlepšuje duševní zdraví a prodlužuje délku života. Zdravý člověk, který je bez pohybového omezení, je podle ošetrovatelské terminologie plně soběstačný, je schopný sebepéče. Znamená to, že je v aktivitách běžného života (hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování) soběstačný a nezávislý na pomoci druhé osoby. Imobilní člověk je ve větší či menší míře závislý na pomoci druhé osoby, je nesamostatný a je zranitelný. Schopnost pohybovat se ovlivňuje sebekoncepci a sebeúctu člověka. Sebeúcta je u většiny lidí závislá na pocitu samostatnosti a užitečnosti. Jedinci se sníženou schopností pohybu mohou mít pocit bezmoci, mohou mít dojem, že druhé obtěžují a mohou se cítit naprosto zbytečnými. Psychiku člověka mohou negativně ovlivňovat i reakce jiných lidí na poruchu jejich mobility. (25)

U některých nemocných s chronickou bolestí se setkáváme s tím, že odmítají cvičit, protože si myslí, že je to bude bolet a budou mít ještě větší bolesti. Jiní mají

pouze problémy překonat a změnit svůj sedavý způsob života. Obavy ze cvičení mohou vést až ke stavu naučené bezmoci. Je nutné podpořit nemocného, aby zvýšil svoji aktivitu. Nemocný by měl být dostatečně edukován o zásadách, které má při pohybu dodržovat, aby zabránil poškození z nesprávné pohybové aktivity. Pokud chronická bolest omezuje mobilitu nemocného, je velké riziko, že začne přibývat na váze, bude prožívat nadměrný stres a mohou se rozvinout i různá jiná chronická onemocnění, jako jsou bolestivé svalové spasmy a kontraktury, patologické zlomeniny, bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, srdeční onemocnění a zhoršené hojení ran. Mohou se objevit i stavy úzkosti či poruchy nálady. (11)

1.3.3 Aktivita v rámci rodiny

U většiny lidí tvoří život v manželství a v rodině nejdůležitější část jejich životního naplnění. Spokojené manželství a uspokojivý rodinný život rozhodující měrou přispívá k osobnímu štěstí a pocitu smysluplnosti. Životní události prověřují schopnost rodiny přizpůsobovat se nárokům změn. Změna celkového stavu dlouhodobě nemocného jedince se netýká jen jeho samého, ale dotýká se, a to velmi intenzivně, i jeho manželství a rodiny. Ovlivňuje její sociálně – kulturní atmosféru, dělbu úkolů a její životní úroveň. Znamená to, že zasahuje do způsobu života rodiny. Odezva rodiny na nemoc jejího člena se odvíjí od jejich tradic, zvyklostí, hygienických návyků, vzdělání a zkušeností s nemocemi, které se doposud v rodině vyskytly. Rodinní příslušníci jsou pro nemocného člověka nejbližší, a to jak místně, tak i citově. Jejich názory, hodnocení a postoje hrají při rozhodování a jednání nemocného nemalou úlohu. Nemoc působí na rodinný život většinou negativně. Nemoc člena rodiny vyvolává zpravidla obavy, smutek nebo soucit. Někdy je dokonce provázána pocitem zavinění nemoci, například při dlouhodobém přetěžování některého člena rodiny. Naruší se rovnováha rodinného života. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejdůležitějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Rodina je pro člověka symbolem porozumění, spokojenosti a sounáležitosti, poskytuje psychickou oporu, pocit bezpečí, zázemí a jistoty, umožňuje seberealizaci, dává smysl života - je pro koho žít. (29)

V rámci rodiny nemocný vyvíjí určité činnosti, aktivity, které jsou chronickou bolestí narušeny. Rozumné rozvržení aktivit může nemocnému pomoci bolest snížit a zabránit jejímu růstu. Nemocný by se měl pokusit najít spojitost mezi určitým krokem aktivity a bolestí. Mezi principy rozvrhování aktivit patří, aby nemocný pracoval chytřeji, nikoliv více a efektivněji využíval svůj čas. Vhodné je střídání činností, které bolest navozují, s aktivitami, které naopak bolest zmírňují, používání asistenčních pomůcek (např. podavače). Důležité je i dokázat o pomoc požádat a přijmout ji, pokud je to třeba. (11)

1.3.4 Zaměstnání

Vztah k zaměstnání je důležitým faktorem ovlivňujícím léčbu. Osoby pracující i pouze na částečný úvazek reagují lépe na léčbu než lidé nezaměstnaní. Motivace k návratu do zaměstnání je významným kladným faktorem léčby. Chronické bolesti zad se často týkají lidí v pozdním dospělém věku, kdy otázka možnosti realizovat se v pracovním procesu je v současné době společensky závažnější. Většina lidí se snaží udržet si své zaměstnání co nejdéle a chce si udržet i dobré postavení a výdělek. V nynější průmyslové společnosti je vyžadován vysoký výkon a pružná adaptace na nové technologie a organizační postupy. Často je postoj vůči starším pracovníkům předpojatý. O to hůře člověk zvládá případnou ztrátu zaměstnání či neschopnost zaměstnání vykonávat. Ztráta zaměstnání nebo neschopnost pracovat neznamena jen ztrátu finančního zajištění, ale může dojít i ke ztrátě sebevědomí a sebehodnocení člověka. Pracovní úspěch je často hlavním zdrojem hrdosti a sebeúcty člověka. Dlouhodobá neschopnost či ztráta zaměstnání vede ke změně životního rytmu, ke ztrátě aspirací a celkové rezignaci. Vlivem těchto změn často dochází i ke zhoršení rodinných vztahů. (13, 2)

1.3.5 Aktivity volného času

Volný čas je většinou chápán jako doba, kdy si člověk svobodně volí své aktivity. Člověk si je vybírá nezávisle na osobních a společenských povinnostech,

vykonává je ze své vůle a odměnou mu jsou příjemné zážitky a uspokojení. Volný čas dává příležitost nejen k odpočinku a zábavě, ale zároveň vytváří prostor pro rozvoj osobnosti. Jak jedinec využívá a tráví svůj volný čas, se odvíjí od působení různých faktorů. Mezi faktory vnitřního působení patří zdravotní stav, věk, pohlaví, rodinný stav, osobnostní znaky a vzdělání. K faktorům vnějšího působení náleží charakter práce, kterou člověk vykonává, vlivy plynoucí z lokálního prostředí (uspořádání komunity, možnosti a podmínky komunity), působení primární společenské skupiny a celospolečenské souvislosti. Volba trávení volného času se odvíjí i od finanční situace jedince. Výběr činnosti pro volný čas se často odvíjí od typu zaměstnání. Člověk, který pracuje duševně, vyhledává aktivní odpočinek – sport, práci na zahradě či jiné pohybové aktivity. Člověk, který má fyzicky namáhavou práci, odpočívá většinou pasivně při četbě, poslechu hudby, ručních pracích či u sledování televize. (17, 25)

1.4. Gender problematika

Pro mužství a ženství se mohou používat dva výrazy: „pohlaví“ nebo „gender“. Tyto pojmy mají téměř stejný rozsah, ale zcela jiný obsah. Pojem gender poukazuje na to, jak různorodě je prožívána a konstruována mužská a ženská identita, jaká se k ní pojí očekávání, jaké role mužství či ženství zaujímá. Pohlaví je až na ojedinělé případy neměnné, gender je proměnlivý jak z historického hlediska, tak z hlediska individuální historie a možností. Gender poukazuje na odlišnosti mužů a žen, které jsou podmíněny vedle dispozic a biologických odlišností také sociálními a kulturními vlivy, ukazuje na sociální pohlaví, které může být v protikladu s biologickým pohlavím a zabývá se genderovými rolemi. V posledních letech převažuje hledisko, které považuje gender za sociální konstrukci. Generové konstrukce určují, co a jaké chování je považováno v dané kultuře za ženské a neženské, mužské a nemužské. Tím, jak je lidé reflektují, eventuálně překračují, jsou tyto konstrukce proměnlivé, ztrácejí normativní význam. Lidská identita se začíná tvořit již od prvních okamžiků našeho života jako identita genderová. S genderovou identitou jsou spojeny kulturně a sociálně dané závazky. (6, 26)

V pomáhajících profesích se setkáváme s pojmy rodinných rolí, především mužské a ženské role. Pojem role se týká vztahu mezi jednotlivcem a společenským řádem. Jsou to společensky definovaná očekávání, která jedinec plní v souvislosti s určitou společenskou pozicí. V moderní rodině plní muži a ženy rozdílné funkce, které se však vzájemně doplňují. Odlišnost funkcí mužů a žen a jejich sfér působení v rodině popsal Talcott Parsons a jeho spolupracovníci v padesátých letech 20. století. Muži mají spíše role racionální a instrumentální, zabezpečují hmotně rodinu, starají se o kontakt a vztah rodiny a širší společnosti a zprostředkují sociálně daná omezení dětem. Ženy plní role emocionální a expresivní, mají za úkol zabezpečit příznivé emoční klima rodiny a každodenní péči o domácnost, starat se o děti a poskytovat jim nepodmíněnou lásku. Podle Parsonse je toto funkční rozdělení rolí nezbytné pro fungování moderní rodiny. Feministická kritika tohoto pojetí rolí upozornila na to, že se jedná spíše o tradiční společenský ideál než o reálné vztahy v rodině. Neplnění, nezvládnutí či nepřijetí role může být okolím kritizováno nebo pokládáno za patologické. Například mohou být zesměšňováni muži, kteří jsou emocionální a pečující, nebo muži, kteří nejsou hlavními živiteli rodiny. Od druhé poloviny padesátých let 20. století se začínají teoretické přístupy k vysvětlení dělby rolí v rodině diferencovat a rozdělení činností v domácnosti se stává tématem mnoha empirických výzkumů. Konkrétní organizace domácnosti je výsledkem konstrukce jednotlivých členů rodiny. Význam činností v domácnosti spočívá v tom, že jejich každodenním vykonáváním se utvářejí hranice soukromého světa rodiny a okolí, vztahy uvnitř rodiny. Z hlediska rodinné i osobní identity mají domácí činnosti smysl, protože vytvářejí domov a pomáhají vytvářet rodinné a partnerské soužití. (6, 8)

Role v rodině jsou pro nemocného jedince zvlášť významné a pro většinu jedinců prioritní. Pokud nemocný nemůže tyto role vykonávat, ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Problematické plnění role zasahuje do oblasti sebekoncepce, dostavují se pocity strachu, úzkosti a nejistoty. Pokud není potřeba jistoty a bezpečí saturována, nemocný psychicky a fyzicky strádá, nesaturované potřeby pociťuje jako ohrožení své existence zvnějšku. (25)

2. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem 1 bakalářské práce bylo zjistit, zda chronické bolesti zad ovlivňují aktivity pacienta v běžném denním životě, do kterých oblastí aktivit běžného dne chronické bolesti zad zasahují, jakým způsobem se s chronickou bolestí pacienti dokáží při aktivitách vyrovnat nebo přizpůsobit, případně své aktivity změnit.

Výzkumná otázka 1: Jaké aktivity běžného života jsou ovlivněny chronickými bolestmi zad?

Cílem 2 bakalářské práce bylo zjistit, zda má pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad vliv na zvládání běžných denních aktivit, která oblast činností je více ovlivněna oproti opačnému pohlaví.

Výzkumná otázka 2: Jaký má vliv pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad na zvládání běžných denních aktivit?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

K získání informací byl použit kvalitativní výzkum metodou dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že je připraven soubor otázek, který bude jeho obsahem, aniž by předem bylo dáno jejich pevné pořadí. Tazatel může částečně modifikovat formulace pokládaných otázek, nutné je, aby byly probrány všechny. Jistá volnost rozhovoru umožňuje vytvoření přirozenějšího kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným. (20)

Rozhovor probíhal na základě předem stanovených otázek, bez uvedení možných variant odpovědí.⁹ Dotazovaní pacienti mohli sami zvolit rozsah a obsah odpovědí, měli tak možnost odpovědět stručně nebo u jím tématicky blízkých otázek zajít více do hloubky. Pořadí otázek nebylo přesně stanovené, pokládala jsem je tak, abych nenarušila plynulost a přirozenost rozhovoru. Během rozhovoru byly zodpovězeny vždy všechny otázky. Rozhovory probíhaly na denní místnosti sester, kde bylo zaručeno pohodlí, klid a soukromí. Každý rozhovor trval zhruba 70 - 90 minut. Odpovědi jsem zapisovala a později utřídila.

Ze získaných dat jsem zpracovala kasuistiky, aby bylo možné získaná data vzájemně porovnat, sumarizovala jsem je do tabulek podle oblastí, kterých se dané aktivity běžného života týkají.

Úvod rozhovoru byl zaměřen na základní sociodemografické údaje: věk, pohlaví, rodinný stav, rodinné soužití, typ bydlení, děti. Poté následovaly otázky, které se týkaly jednotlivých oblastí života běžného dne – základní aktivity běžného dne, aktivity v rámci rodiny, zaměstnání, sociálních vztahů a volnočasové aktivity.

Sběr dat pro zpracování výzkumu se uskutečnil v měsících prosinec 2009 až únor 2010. Provedla jsem celkem 8 rozhovorů.

⁹ Příloha 9

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro účely kvalitativního výzkumu jsem zvolila výběr pacientů pomocí kritériálního vzorkování, tzn., že každý vybraný pacient musel splňovat určitá kritéria (věk nad 50 let, operace páteře, chronické bolesti zad, být pacientem ambulance bolesti). Jednu pacientku jsem získala technikou sněhové koule „Snowball sampling“, vedla jsem rozhovor s jejím manželem. Pacientku jsem vybrala do souboru i přesto, že nesplnila kritérium pro věk (38 let), přišlo mi zajímavé porovnat sesbíraná data u manželského páru, kdy oba prodělali operaci páteře ve stejném období. Aby bylo možné porovnat získaná data z hlediska pohlaví, vybrala jsem do výzkumného souboru čtyři ženy a čtyři muže. Celkem osm pacientů, kteří byli ochotni rozhovor poskytnout. Výzkum byl proveden v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, oslovila jsem pacienty zdejší ambulance pro léčbu bolesti. Pacienti žijí ve městě Benešov nebo jeho okolí.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky na podkladě rozhovorů s pacienty

4.1.1 Kazuistika 1

Pacientka 1 (51 let) trpěla dlouhodobými bolestmi zad, po zvednutí nádoby z předklonu došlo k hernii disku L₅/S₁, výhřez byl 12mm. Následovala operace – odstranění výhřezu disku L₅/S₁ (9/2006). Vzhledem k syndromu caudy a téměř ochrnutým dolním končetinám byla dlouhodobě hospitalizována a jen pozvolna docházelo k normalizaci chůze. V současné době bolesti stále přetrvávají, je porušena citlivost na dorzální straně pravé dolní končetiny až na plosku nohy. Obtíže má trvale, jejich intenzita je závislá na fyzické či psychické zátěži, vliv mají i změny počasí.

Pacientka 1 je vdaná, žije společně s manželem a nejmladším synem v rodinném domku, dva starší synové jsou již dospělí a žijí samostatně. Nejmladší syn ještě navštěvuje základní školu. Pacientka 1 pracuje jako sestra v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, má středoškolské vzdělání, nyní studuje na vysoké škole.

Mezi záliby pacientky 1 patří především rodina, dále pak četba, práce na zahradě a film. Není přímo veřejně činná, ale ráda pomáhá, kde vidí, že je to potřeba. Sportuje rekreačně, ráda jezdí na kole a plave. Pravidelně cvičí rehabilitační cviky a chodí na procházky v okolí bydliště, v létě po Šumavě.

Rozhovor:

První část rozhovoru byla zaměřena na otázky týkající se základních aktivit běžného dne. Pacientka 1 odpověděla na otázku, jak ovlivňují bolesti zad její schopnost pohybu: „*Naštěstí chodím,*“ v základní sebekpěči: „*Musím dávat pozor na uklouznutí ve vaně, nesmím dělat rotační pohyb.*“ Bolesti zad ovlivnily klientku při vykonávání běžných domácích činností: „*Některé práce jsem musela přenechat rodině, třeba luxování. Luxovat vůbec nemohu, v případě naléhavosti, pokud není nikdo doma, řeším*

luxování v poloze klečmo, ale to jen výjimečně, pokud se mi povede něco vysypat na koberec či lino.“ Pacientka 1 ráda pracuje na zahradě, bolesti zad ji v této oblasti činností ovlivnily: *„Dosti zásadně. Mohu na zahradě pracovat jen po chvilkách, ne v předklonu, jen v kleče.“* Změna v důsledku bolestí zad nastala u pacientky 1 při vyřizování nákupů: *„Pokud je nákup malý a lehký, není problém. Pokud musím nakoupit větší množství, jedu nakoupit autem. Vyhýbám se nošení těžkých věcí.“* Bolesti zad ovlivňují i její spánek: *„Spím špatně a málo, průměrně 4-5 hodin. Po třech hodinách, pokud je nepřerušný, jsem vyspalá, ale neodpočínutá.“* Bolesti zad působí i na energii pro vykonávání každodenních činností pacientky 1: *„Na bolest si člověk zvykne, ale jsem dříve unavená než tomu bylo před operací, někdy si musím na chvíli lehnout a přemluvit se k další činnosti.“* Pacientce 1 se bolesti zmírňují pokud: *„Střídám polohy při aktivitách.“*, bolesti zad se zhoršují: *„Vadí mi dlouhé sezení a dlouhá chůze.“* Pacientka 1 se snaží bolestem zad aktivně předcházet: *„Střídám činnosti a pravidelně cvičím.“*

V další části rozhovoru byly otázky zaměřené na rodinný život klientky. Bolesti zad se promítají do rodinného života pacientky 1: *„Nejsem zvyklá svými bolestmi obtěžovat rodinu, ale mnoho povinností převzal manžel a syn.“* Pokud dojde ke zhoršení obtíží přistupují k pacientce 1 její nejbližší: *„Ohleduplně.“* Společné rodinné aktivity bolesti zad neovlivnily. Pro pacientku 1 je důležité rodinné zázemí: *„V době, kdy jsem opravdu nezvedla ani papír ze země (po operaci), se o mě manžel dokonale staral. To vlastně dělá dodnes, kdy na sebe vzal některé činnosti. Naučil se vařit a žehlit. Vděčím mu i za psychickou oporu, bez které bych se jen těžko dostávala z depresí, které mě po operaci provázely.“*

Bolesti zad ovlivňují i pracovní činnosti v zaměstnání. Pacientka 1 vykonávala před operací páteře i nyní vykonává zaměstnání: *„Stejně. Pracuji jako sestra v ordinaci praktického lékaře.“* V zaměstnání bolesti zad pacientku 1 omezují: *„Točím se stále okolo stejného problému, dávám si pozor na každý pohyb. Pacientovi ráda pomůžu s obouváním, ale z lehátka jej zvedat nemůžu, pomáhá mu lékařka.“* Zaměstnavatel v případě zhoršení obtíží či pracovní neschopnosti k pacientce 1 přistupuje: *„Jsme tzv. sešraní. Pracovní neschopnost nemívám, pokud potřebuji více pomoci, řeknu o tom.“*

Bolesti zad mají vliv i na seberealizaci a pracovní aktivity pacientky 1: „*Spíše se na bolesti snažím dívat pozitivně, jsem šťastná, že můžu chodit a aktivně se zapojovat do pracovních činností. Po operaci jsem začala studovat.*“

Bolesti zad pacientky 1 mají význam i ve vztahu k jiným lidem: „*Poznala jsem, kdo je přítel opravdový a kdo se jen tak tvářil. V profesi zdravotní sestry dokážu být více empatická při řešení nejen zdravotních potíží druhých lidí.*“ I přes své bolesti zad je pacientka 1 společensky aktivní: „*Snažím se ještě více pomáhat těm, kteří to potřebují a stojí o mou pomoc (rada, výpomoc).*“ Změnil se i způsob jejího života: „*Více se soustředím na to, co dělám a jak to dělám. Vážím si pomoci svých blízkých. Oceňuji přístup zaměstnavatele.*“ Pacientka 1 v současné době nevyužívá žádnou ze sociálních služeb.

Pacientka 1 změnila v důsledku bolestí zad své volnočasové aktivity: „*Dříve jsem hodně času trávila prací na zahrádce, nyní více čtu. Věnuji se hlavně studiu na vysoké škole.*“ Nastaly změny i v preferenci pohybových aktivit: „*Odložila jsem běžky, bojím se pádu. Chodím na procházky a v létě jezdím na kole.*“ Celková aktivita pacientky 1: „*Moje aktivita i záliby jsou závislé na výši bolesti.*“ Bolesti zad působí na celkovou náladu pacientky 1: „*Snažím se neobtěžovat nikoho svými problémy, ale občas mám smutnou náladu, občas deprese.*“ „Tajným“ přání pacientky 1 je: „*Aby se můj zdravotní stav nezhoršoval, hlavně abych mohla chodit a nebyť na obtíž a zátěž pro rodinu.*“

4.1.2 Kazuistika 2

Pacientka 2 (54 let) měla přetrvávající bolesti v oblasti bederní páteře, v 11/1994 byla provedena chirurgická fixace bederníolistézy. Po operaci se stav pacientky 2 upravil a bolesti zad ustoupily. Pacientka 2 se vrátila zpět do zaměstnání. Mírné bolesti přetrvávaly, asi po čtyřech letech se začaly stupňovat. V 6/2004 podstoupila pacientka 2 druhou operaci, byla provedena extrakce kovového materiálu (trvalý deficit L₅). Pacientka 2 má těžkou poruchu hybnosti bederní páteře, těžký residuální kořenový deficit L₅ vlevo a poruchu dynamiky C/Th páteře bez manifestní kořenové

symptomatologie. Obtíže má trvale, má přetrvávající bolesti v oblasti bederní páteře, které ji vystřelují do dolních končetin, nemůže se ohýbat, má potíže při chůzi do schodů, levou nohu si musí „přizvedávat“. Chodí za pomoci francouzských holí. Je léčena pro depresivní poruchu na psychiatrii.

Pacientka 2 je vdaná, žije společně s manželem v přízemí rodinného domku se zahrádkou. Společně s nimi v domku bydlí i nejmladší dcera s rodinou, obývají horní patro. Starší dvě dcery žijí s rodinami poblíž, rodiče často navštěvují. Pacientka 2 je vyučena prodavačkou v potravinách, posléze pracovala jako uklízečka, nyní je pět let v částečném invalidním důchodu.

Největší zálibou pacientky 2 je vnučka, mezi další záliby patří vyšívání a čtení. Sportovním aktivitám se nevěnuje, jenom občas plave, na procházky nechodí. Začala navštěvovat místní klub důchodců.

Rozhovor:

Úvod rozhovoru byl zaměřen na aktivity běžného dne. Bolesti zad ovlivňují schopnost pohybu pacientky 2: „*Hodně, nemůžu se vůbec ohýbat. Dělá mi problém chůze do schodů, mám jednu nohu slabší a musím si ji přizvedávat. Venku chodím jen za pomoci francouzských holí.*“ Pacientka 2 cítí nepatrné omezení v základní sebepeči. „*Jen noha je po operaci oslabená, mám problém přehodit nohu do vany. Musím se sprchovat.*“ Bolesti zad ovlivnily vykonávání běžných domácích činností pacientky 2: „*Nezvládám to, jak bych chtěla. Všechno mi trvá delší dobu. Vytírám po chvilkách, u žehlení sedím, luxuje dcera. Vařím, sednu si, chvíli vyšívám, pak zase vstanu. Problém jsou knedlíky, bolí mě ruka. Snažím se být samostatná.*“ Pacientka 2 nikdy moc na zahrádce nepracovala: „*Raději mám kytky v bytě.*“ Při vyřizování nákupů a pochůzek: „*Jsem závislá na rodině. Do batohu vezmu pouze drobnosti.*“ Bolesti zad mají vliv na spánek pacientky 2: „*Beru prášky na spaní.*“ Bolesti zad působí na energii pro vykonávání každodenních činností: „*Jak kdy, podle toho jak to bolí.*“ Bolesti se pacientce 2 zmírňují: „*Pouze vleže.*“ Zhoršují se: „*Při ohýbání, to se nedá. Ani nic zvedat.*“ Pacientka 2 aktivně předchází bolestem zad: „*Nedělám nic dlouho, vše po chvilkách nebo si sednu a vypodložím záda. To se mi uleví.*“

Další část rozhovoru byla zaměřena na vliv bolestí zad na rodinný život. V rodinném životě pacientky 2 nastaly změny: „*Manžel jezdí do práce, vrací se až večer, takže jsem doma více s dcerou. Je doma na mateřské. Strašně moc mi pomáhá, spoustu věcí dělá za mě. Já hlídám vnučku a dcera mi jde zatím třeba pověsit prádlo. Je to hrozné, byla jsem zvyklá být stále v pohybu a vše obstarat a vyřídit, teď jsem na pomoci závislá.*“ Při zhoršení obtíží přistupuje rodina k pacientce 2: „*Hrozně hezky, nemůžu si stěžovat.*“ Společné aktivity rodiny se nezměnily: „*Byli jsme vždy spíše doma nebo v práci. To víte, vychovávali jsme tři děti. Když jsem šla na první operaci bylo nejmladší dceři teprve 7 let.*“ Bolesti zad mají vliv na partnerské soužití pacientky 2: „*Strašně, když to řeknu otevřeně, začal mi vadit sex, byla jsem i na vyšetření a stejně to nepomohlo. Jsme s manželem spolu 35 let, tak to víte.*“

Bolesti zad ovlivnily pracovní činnost pacientky 2: „*Dříve jsem pracovala jako prodavačka v potravinách. Moc mě to bavilo, byla jsem pořád ve styku s lidmi. Strašně mi to chybí. Chvilí jsem i uklízela. Nyní mám částečný invalidní důchod.*“ Pacientka 2 se snaží sehnat zaměstnání na částečný úvazek: „*Je to hrozný problém. Nikdo mě nechce zaměstnat, jakmile řeknu, že mám částečný invalidní důchod a jsem po operaci páteře, ztratí zájem. Chtěla jsem pracovat tady v uzeninách, loupat salámy, vím, co ta práce obnáší, ale nepřijali mě.*“ Bolesti zad ovlivnily seberealizaci a pracovní aktivity pacientky 2: „*Vím, že je těžké v tomhle věku práci sehnat a natož, když je člověk invalida. Strašně moc mi práce chybí. Potřebuji být více mezi lidmi.*“

V životě pacientky 2 jsou důležité i vztahy s jinými lidmi: „*Utíkám mezi lidi, je mi mezi nimi dobře, zapomenu aspoň na chvíli na své obtíže. Nedávno jsem se přihlásila do klubu důchodců. Těším se na ta setkání.*“ Ve společenské aktivitě pacientky 2 se bolesti zad neodrazily. Ovlivnily však způsob života pacientky 2: „*Byla jsem pořád mezi lidmi, v kolektivu. Byla jsem za pultem. Teď jsem skoro pořád doma. Chybí mi kolektiv i lidi.*“ Pacientka 2 v současnosti nevyužívá žádnou ze sociálních služeb.

V závěru rozhovoru směřovaly otázky na volnočasové aktivity pacientky 2. Záliby pacientky 2 se vlivem bolestí nezměnily: „*Záliby mám stejné. Vyšívám a ráda čtu. Nejráději nějaké románky, tam vždy vše dobře dopadne.*“ Pohybovou aktivitu bolesti vcelku neovlivnily: „*Nikdy jsem se žádnému sportu nevěnovala, na kole jsem*

jezdila minimálně, spíše občasné procházky.“ Bolesti zad mají vliv na celkovou aktivitu pacientky 2: *„Jak kdy. Většinou mě záda bolí pořád a nemám na nic náladu.*“ Celkovou náladu pacientky 2 ovlivnily bolesti zad: *„Šíleně, jsem strašně náladová.*“ „Tajným „ přáním pacientky 2 je: *„Zdraví a chtěla bych se vrátit do práce.*“

4.1.3 Kazuistika 3

Pacientka 3 (50 let) dlouhodobě trpěla bolestmi zad v oblasti bederní páteře, které vystřelovaly do nohou. Pacientka 3 byla opakovaně na rehabilitačním pobytu v rehabilitačním ústavu Kladruhy (2002, 2004, 2006), poté se vždy bolesti zad načas zmírnily. K velkému zhoršení došlo v roce 2007, následovala operace (12/2007) pro spondylózu L4/L5 a foraminostenózu L4/L5 . Po operaci stále přetrvával tlak v bederní krajině a bolesti byly větší než před operací, následovala druhá operace (9/2008) - extrakce kovů. Bolesti neustoupily ani po této operaci, stále přetrvávají.

Pacientka 3 je vdaná, bydlí s manželem v bytovce ve městě. Jejich dva synové jsou již dospělí a žijí samostatně, rodiče často navštěvují. Pacientka 3 pracuje jako vychovatelka na část úvazku ve školní družině, má středoškolské vzdělání.

Mezi největší záliby pacientky 3 patří zvířata, hlavně koně, četba, hudba, divadlo, ráda se věnuje dětem, ráda chodí do přírody – turistika, houbaření. Sportovním aktivitám se věnuje v rámci školní družiny, doma pak provádí rehabilitační cvičení a ráda cvičí podle hudby. Chodí na krátké procházky, nejčastěji s dětmi ve školní družině. Dříve pracovala v kulturní komisi obce.

Rozhovor:

Na začátku rozhovoru jsem pacientce 3 kladla otázky týkající se aktivit běžného dne. Pacientce 3 bolesti zad ovlivnily schopnost pohybu: *„Zatím nemám nějaké větší omezení, všude dojdu, ale s bolestí.*“ Základní sebepečí pacientky 3 je ovlivněna: *„Minimálně.*“ Vykonávání běžných prací v domácnosti ovlivnily bolesti zad: *„Velmi, musela jsem se bolestem přizpůsobit. Dělá mi potíže při práci dlouho stát, většinou si ke všemu sedám. Naučila jsem se i žehlit v sedě. Nejhorší je pro mě luxování a vytírání*

podlahy. Domácí práce mě vyčerpává více než práce s dětmi ve školní družině. Všechny domácí práce dělám mnohem pomaleji, se zaťatými zuby.“ Pacientka 3 na zahradě nepracuje, bydlí v bytovce. Pacientka 3 pociťuje omezení při vyřizování nákupů: *„Neunesu žádný nákup, jen pár drobností. Bojím se zvedat a nosit něco těžkého. Na nákupy jezdím s manželem a nebo nakupuje manžel sám.*“ Bolesti zad mají vliv na spánek pacientky 3: *„Trpím větší nespavostí. Někdy mě v noci bolesti vzbudí a musím změnit polohu.*“ Na energii pro každodenní činnosti působí bolesti zad: *„Únava, únava.*“ „Cvičení na míči“, bolest zad pacientky 3 zmírňuje. „Domácí práce“, bolesti zad zhoršují. Pacientka 3 se snaží bolestem zad předcházet: *„Pravidelně cvičím lehká rehabilitační cvičení.*“

Bolesti zad se odráží do rodinného života pacientky 3: *„Velmi. Vždy jsem byla velmi nezávislá, teď se cítím závislejší. Manžel mi musí v domácnosti více pomáhat, některé práce dělá už jen on. Bojím se třeba sundávat a pak zase věšet záclony, nemohu zvedat nic těžkého, nezvládnou sama větší nákup. Dříve jsem to vše bez problémů zvládla.*“ Při zhoršení obtíží přistupuje rodina k pacientce 3: *„Nechají mne odpočívat.*“ Bolesti zad ovlivnily společné aktivity rodiny: *„Dříve jsme celá rodina jezdily na vozatajské závody, nyní nejezdím a nebo minimálně.*“ Bolesti zad „velmi“ narušily partnerské soužití pacientky 3.

Další otázky rozhovoru byly zaměřeny na ovlivnění v zaměstnání pacientky 3 způsobené bolestmi zad. *„Před operací jsem pracovala na plný úvazek ve školní družině jako vychovatelka a měla jsem i částečný úvazek v základní škole. Ted' mám jen částečný úvazek ve školní družině.*“ V zaměstnání bolesti zad pacientku 3: *„Velmi se snažím, aby mne neomezovaly.*“ Při zhoršení obtíží k pacientce 3 přistupuje: *„Zaměstnavatel i kolektiv si myslí, že přeháním a že každého něco bolí.*“ Bolesti zad ovlivnily seberealizaci a pracovní aktivity pacientky 3: *„Ukončila jsem studium na vysoké škole.*“

Pacientce 3 ovlivnily bolesti zad vztahy s jinými lidmi: *„Myslím, že dost. Jsem asi více uzavřená, nemluvím o svých potížích, jen s opravdu dobrými přáteli. Ostatní si stejně myslí, že přeháním.*“ Bolesti zad se dotkly pacientky 3 ve společenských aktivitách: *„Dříve jsem pracovala v kulturní komisi obce.*“ Změnil se způsob života

pacientky 3: „*Velmi, s obtížemi zvládnu co jsem dříve zvládla hravě.*“ Pacientka 3 v současnosti nevyužívá žádnou sociální službu.

Bolesti zad se odráží do volnočasových aktivit pacientky 3: „*Dělám vše s malým nasazením - turistiku, houbaření. Ujdu jen malé vzdálenosti, pak musím odpočívat.*“ Pohybovou aktivitu ovlivnily bolesti zad: „*Jsem větší lenoch. Vyhýbám se pohybu, který bolí.*“ Ovlivněna je celková aktivita pacientky 3: „*Jsem často unavená, malátná.*“ Záliby pacientky 3 bolesti zad ovlivnily: „*Moc, nemůžu je dělat s plným nasazením.*“ Bolesti zad působí i na celkovou náladu pacientky 3: „*Velmi, velmi. Někdy jsem podrážděná, jindy mě rozhodí i maličkosti, závisí to na bolesti.*“ „Tajným přáním pacientky 3 je: „*Zdraví pro rodinu i pro sebe a spokojenou rodinu.*“

4.1.4 Kazuistika 4

Pacientka 4 (38 let) měla dlouhodobé bolesti zad vystřelující do nohou, „padala“ na levou nohu a pociťovala nejistotu při pohybu, ztrácela stabilitu. Pacientce 4 byl diagnostikován výhřez meziobratlové ploténky L₅/S₁, byla provedena operace (5/2001) - odstranění výhřezu meziobratlové ploténky. Po operaci se potíže s nestabilitou upravily, ale objevily se bolesti vystřelující do kyčlí, časem se mírně upravily. Pro přetrvávající bolesti byla pacientce navrhována další operace (2007) – stabilizace páteře, pacientka odmítla. V současnosti pravidelně navštěvuje rehabilitaci, jezdí do lázní.

Pacientka 4 je vdaná, žije s manželem (v našem výzkumu P 7) a synem (18 let) v panelovém bytě, vlastní malou zahrádku v zahrádkářské kolonii. Před operací pracovala jako sestra na chirurgickém oddělení, v současnosti pobírá částečný invalidní důchod, na zkrácený úvazek pracuje jako sestra na odběrové místnosti.

Největší zálibou pacientky 4 je cestování, zahrádka a čtení. Sportovním aktivitám se nevěnuje, pravidelně cvičí a chodí na procházky.

Rozhovor:

Začátek rozhovoru byl zaměřený na otázky týkající se oblasti aktivit běžného života. Bolesti zad omezují schopnost pohybu pacientky 4: „*Určitě, nemůžu se předklonit, chůze mi naštěstí nevadí.*“ V základní sebeděči pacientka 4 omezení nepociťuje. Práci v domácnosti ovlivnily bolesti zad u pacientky 4: „*Snažím se vše zvládnout, i s bolestí, zvykla jsem si na ni, určitou bolest mám pořád. Když dojde ke zhoršení bolesti, pomáhá mi syn a co je potřeba, udělá za mě. Žehlení mi nevadí, sednu si k tomu. Luxuje syn.*“ Při práci na zahrádce je bolestmi zad pacientka 4 ovlivněna: „*Hodně, zrušila jsem záhonky. Mám nyní bezúdržbovou zahrádku.*“ Při vyřizování nákupů je pacientka 4 omezena bolestmi zad: „*Menší nákupy nosím v batohu, jinak jezdím nakupovat autem, pomáhá mi manžel nebo syn.*“ Bolesti zad narušují pacientce 4 spánek: „*Když usnu tak spím, vadí mi otáčení z boku na bok.*“ Na energii pro každodenní činnosti působí bolesti zad u pacientky 4: „*Děsně, hlavně psychicky mě rozhodí.*“ U pacientky 4 bolesti zad zmírňuje: „*Horká sprcha a bederní pás z rašelinových pytlíků. Hodně vše dělám v podřepu, neohýbám se.*“ Bolesti zad u pacientky 4 zhoršují: „*Předklony, vyhýbám se jim.*“ Pacientka 4 předchází bolestem zad: „*Rehabilitačním cvičením a hodně chodím.*“

Bolesti zad zasáhly do rodinného soužití pacientky 4: „*Snažíme se více jeden druhému pomáhat.*“ Při zhoršení bolesti zad přistupují k pacientce 4 její nejbližší: „*Nechají mě v klidu.*“ Do společných aktivit rodiny pacientky 4 bolesti zad nezasahují. Odrazili se však v partnerském soužití pacientky 4: „*S manželem jsme byli na operaci páteře asi měsíc po sobě. Bylo to pro mě hodně náročné, zvláště, když manžel přišel z nemocnice domů. Rodiče nám sice hodně pomáhali, hlavně se synem. Nemohli však být u nás nepřetržitě. Řekla bych, že v tomto období jsme se s manželem více sblížili.*“

Další část rozhovoru byla zaměřena na změny v zaměstnání způsobené bolestmi zad. „*Před operací jsem pracovala na směny na chirurgickém oddělení, nyní pracuji na část úvazku na odběrové místnosti.*“ Bolesti zad omezují pacientku 4 v zaměstnání: „*Hodně, když mě záda hodně bolí, pomáhá mi kolegyně nebo si k odběrům sedám.*“ Přístup zaměstnavatele ke zhoršení obtíží či případné neschopnosti pacientka 4: „*Já to*

neřeším. Je to moje zdraví.“ Bolesti zad omezují seberealizaci a pracovní aktivity pacientky 4: „Hodně, jsem omezená bolestí při výběru práce.“

Bolesti zad vztahy s jinými lidmi pacientky 4: *„Nezměnily se, mám ráda lidi kolem sebe, člověk s nimi může aspoň probrat ty svoje bolístky.“* Bolesti zad se nepromítají do společenské aktivity pacientky 4. Bolesti zad změnily způsob života pacientky 4: *„Určitě, šetřím se a nepřepínám se.“* Pacientka nevyužívá žádnou sociální službu.

Bolesti zad mají vliv na volnočasové aktivity pacientky 4: *„Ke změně ani nedošlo. Na zahrádce dělám pořád, jen jsem ji přizpůsobila, tomu co zvládnu. Méně cestuji, a to nejen ze zdravotních, ale i finančních důvodů.“* Bolesti zad ovlivnily pohybovou aktivitu: *„Na kole nejezdím vůbec, mám to zakázáno, často chodím na procházky. Když byl syn malý, tak jsem s ním nemohla ani sáňkovat, bobovat nebo bruslit.“* Celkovou aktivitu a záliby pacientky 4 bolesti zad neovlivnily. Ovlivňují však celkovou náladu pacientky 4: *„Hodně, jsem smutná a podrážděná, když mě záda bolí.“* „Tajným „ přáním klientky je: *„Zbavit se bolestí a užít si nějakou pěknou exotickou dovolenou.“*

4.1.5 Kazuistika 5

Pacient 5 (56 let) měl dlouhodobě potíže s bolestmi zad v oblasti bederní páteře, vystřelovaly hlavně do levé dolní končetiny. Byl diagnostikován výhřez meziobratlové ploténky o 7mm, následovalo operační řešení - odstranění výhřezu disku transligamentózně L₅/S₁ vlevo (2/2000). Po operaci došlo ke zmenšení předcházejících obtíží. Asi za dva roky se začaly obtíže opět zhoršovat, následovaly postupně další tři operace – odstranění výhřezu disku L_{4/5} (12/2003), (12/2007), exstirpace disku L_{4/5} (1/2009). V současné době potíže přetrvávají, pacient 5 dlouhodobě pociťuje brnění v celých dolních končetinách, objevují se i potíže s močením (pocit brnění kolem přirození). Ráno se obvykle cítí lépe, během dne pociťuje úbytek svalové síly. Je léčen pro periodickou depresivní poruchu na psychiatrii.

Pacient 5 je ženatý, společně s manželkou žijí v rodinném domku v poměrně odlehlé vsi, vzdálené od nejbližšího města asi 20 km. Jejich dcera (28 let) bydlí samostatně. Pacient 5 pracoval jako plánovač, posléze jako mistr ve strojírenském podniku, nyní 4 roky pobírá plný invalidní důchod. Dosáhl středoškolského vzdělání.

Mezi záliby pacienta 5 patří především poslouchání hudby, četba a kutilství. Dříve se hodně věnoval i sportovním aktivitám jako je turistika a cyklistika. Velkou zálibou bylo pro pacienta 5 fotografování, společně s manželkou hodně cestovali. Pacient 5 není nijak společensky aktivní.

Rozhovor:

Počáteční fáze rozhovoru byla zaměřena na ovlivnění v oblasti aktivit běžného dne. Bolesti zad ovlivnily schopnost pohybu pacienta 5: *„Mezi operacemi jsem mohl dělat prakticky všechno, kutit i opravovat motorky. Nyní mám pocit, že mě svaly na nohou neposlouchají, neudrží mě. Kdybych měl jít do města, tak tam nedojdu.“* V základní sebek péči bolesti pacienta 5 neovlivnily. Na vykonávání prací v domácnosti mají vliv bolesti pacienta 5: *„Hodně, skoro všechnu práci dělá manželka, nejsem schopen přiložit do kotle, teď ani nepracuji ve své zařízené dílně, dokonce jsem přestal i jezdit autem.“* V oblasti běžných činností jako je luxování a úklid: *„Dříve jsem luxoval jen občas, vždy tyto práce dělala manželka.“* Pacienta 5 ovlivnily bolesti zad při vykonávání činností na zahradě: *„Trávu na zahradě seká nyní manželka. Já ji jen asistuji, startuji sekačku a také se o ni starám. Jo, před poslední operací jsem ještě sekal trávu já a pracoval jsem i v dílně.“* Pacient 5 jezdí: *„s manželku na nákupy autem.“* Zvládne i vyřizování drobných pochůzek: *„Chodím své mamince, která bydlí s námi dole v patře pro obědy do místní školy.“* Bolesti zad narušují pacientovi 5 spánek: *„Loni v létě jsem měl zápal plic a ležel jsem v nemocnici. Vůbec jsem tam nemohl spát, začal jsem užívat prášky na spaní, od té doby je беру pořád. Bez prášku bych nebyl schopen usnout, není to spánek jaký býval.“* Bolesti zad se odráží do množství energie potřebné pro vykonávání každodenních činností: *„Hrozně, jsem úplně vyčerpaný z bolesti.“* Pacientovi 5 žádná činnost nepomáhá bolesti zmírnit: *„Nejsem schopen nic dělat, jen sedět a ležet.“* *„Dlouhodobá chůze nebo stání,“* bolesti zad

pacientovi 5 zhoršují. Pacient 5 se nyní bolestem zad nesnaží nijak předcházet: „*Cvičení nejde. Po první a druhé operaci jsem se snažil cvičit, ale po třetí operaci jsem to vzdal a po čtvrté nemám ani pomyšlení na cvičení*“

Další část rozhovoru směřovala na rodinný život klienta. Bolesti zad se odrazily v rodinném životě pacienta 5: „*Hodně, manželka převzala veškeré činnosti a vůbec, není to, co to bývalo. To víte, každý nemocný člověk je dost často nevrlý.*“ Při zhoršení obtíží přistupují nejbližší k pacientovi 5: „*Hezky.*“ Společné aktivity rodiny bolesti zad ovlivnily: „*Přestali jsme se věnovat turistice, dříve jsme často jezdili do ciziny, hodně jsme se podívali, nyní necestujeme. Přestali jsme jezdit i na kole.*“ Bolesti zad narušují partnerské soužití pacienta 5: „*Cítím, že se s manželkou od sebe vzdalujeme. Já dokážu mluvit jen o své bolesti. Jsem pořád doma, nikam moc nechodím. Když manželka přijde z práce, tak toho má také dost a už někdy nemá sílu poslouchat mé stěžování. Někdy si nemáme co říci, chybí nám společné zážitky.*“

Před první operací zad pacient 5: „*Pracoval jsem jako mistr na dílně, dělal jsem manuální práci.*“ Po první operaci v zaměstnání pacientovi 5: „*Drželi mi jeden rok místo, ale za ten rok se to nespravilo. Nejdřív jsem dostal částečný důchod a pak následovala zase další operace.*“ Pacient 5 pobírá čtyři roky plný invalidní důchod.

Bolesti zad ovlivnily pacienta 5 ve vztazích s ostatními lidmi: „*Ti věrnější kamarádi zůstali.*“ Do společenské aktivity pacienta 5 se bolesti zad nepromítly: „*Poslední roky se u nás na vesnici nic moc neděje. Nescházíme se jako dříve.*“ Bolesti zad se odrazily na způsobu života pacienta 5: „*Úplně všechno se otočilo. Hrozně mě deptá, když je například potřeba vyčistit kotel, je mi hanba, že to musí dělat manželka. Pokud mi to šlo, tak jsem ji pomohl. Co bylo potřeba na baráku udělat, tak jsem udělal a teď neudělám nic.*“ Pacient 5 v současné době nevyužívá žádnou ze sociálních služeb.

V důsledku bolestí zad se změnilы volnočasové aktivity pacienta 5: „*Před operací jsem pracoval hlavně u sebe v dílně, měl jsem i vybavení jako v truhlářské dílně, to jsem, ale už prodal. Baví mě opravovat staré motorky. Ted' se na ně chodím spíš jen koukat. Nechal jsem i focení, naposledy jsem fotil někdy tak před třemi lety. Více čtu – cestopisy nebo válečné romány, poslouchám rádio- country, folk.*“ Pacient 5 nevyhledává pohybové aktivity: „*Sportovní záliby jsem zaměnil za dílnu.*“ Celková

aktivita pacienta 5 je ovlivněna: „*Hodně moc, jak jsem již řekl.*“ Bolesti zad působí i na celkovou náladu pacienta 5: „*Nyní mám už takovou lepší náladu, někdy mám však deprese, někdy i dokonce brečím bolestí.*“ „Tajným“ přáním pacienta 5 je: „*Aby přestaly záda bolet a abych mohl zase pracovat a kutit ve své dílně.*“

4.1.6 Kazuistika 6

Pacient 6 měl přetrvávající bolesti zad v oblasti bederní páteře, v roce 1992 byl indikován k operaci, bylo provedeno odstranění výhřezu disku L₅/S₁, po operaci se obtíže zmírnilo, po 4 letech začaly opět bolesti narůstat, v roce 1998 následovala další operace – odstranění výhřezu disku L₄/L₅, v roce 2006 byla provedena revize pro FBSS. Mírné zlepšení potíží, přetrvává však bolest dolních končetin, brnění stehů až pálení, nerozlišuje teplo a chlad.

Pacient 6 (61 let) je ženatý a společně s manželkou žijí v rodinném domě na venkově. Mají čtyři syny, dva žijí s rodinami samostatně, třetí syn s rodinou obývá horní patro rodinného domu rodičů, čtvrtý syn žije s rodiči. Je vyučený horník, to dělal pět let, poté pracoval jako zedník, kameník či obkladač. Asi dva roky pobírá plný invalidní důchod.

Mezi záliby pacienta 6 patří sport, dříve aktivně – fotbal, cyklistika, nyní pasivně. Je domácí kutil, rovněž rád pracuje na zahradě. Pravidelně cvičí doporučená rehabilitační cvičení, plave, často chodí na procházky.

Rozhovor:

V první části rozhovoru pacient 6 odpovídal na otázky směřující na aktivity běžného života. Bolesti zad ovlivnily schopnost pohybu pacienta 6: „*Mám velké omezení. Dojdu sice všude, kam potřebuji, ale musím si hlídat každý pohyb. Nemůžu se předklánět, to mi vadí asi nejvíc.*“ V základní sebepečí pacienta 6 se bolesti zad odrazily: „*Částečně, záleží, jak mi zrovna je. Někdy vše v pohodě zvládnou, někdy, když mě to chytne, potřebuji trochu pomoc.*“ Bolesti zad mají u pacienta 6 vliv na vykonávání práce v domácnosti: „*Nemůžu dělat všechny práce. Většinu těžších prací*

kolem domu dělají kluci (synové), já dělám dneska už jen drobnosti. To víte, dříví neštípu.“ Běžné činnosti, jako je luxování, úklid ovlivnily bolesti zad pacienta 6: *„Občas jsem dříve luxoval, když jsem chtěl udělat manželce radost, ale teď nevydržím dlouho stát na místě, vadí mi předklony, neluxuji, už ne.“* Při práci na zahradě omezují bolesti zad pacienta 6: *„Nemůžu rýt půdu, hrabat, stříhat stromky, ...“* Při vyřizování nákupů je pacient 6 ovlivněn bolestmi zad: *„Nákupy nenosím, pouze manželku doprovázím.“* Bolesti zad narušují pacientu 6 spánek: *„Nemůžu ležet na zádech, střídám polohy na bocích.“* Bolesti zad působí na energii pro každodenní činnosti pacienta 6: *„Někdy zvládnou víc, někdy vůbec nic.“* Bolesti zad zmírňuje pacientu 6: *„Odpočinek, klid.“* „Manuální práce“, bolesti zad pacienta 6 zhoršuje. Pacient 6 se snaží bolestem zad přecházet: *„Pravidelně cvičím, plavu.“*

Další část rozhovoru byla zaměřena na otázky týkající se rodinného života. Bolesti zad ovlivnily rodinné soužití pacienta 6: *„Samozřejmě. Je dobře, že v baráku nejsme s manželkou sami. Bylo by toho na ni moc.“* Při zhoršení obtíží přistupují nejbližší k pacientu 6: *„Pomáhají mi, něco podají, pomohou mi s hygienou.“* Bolesti zad mají vliv na společné aktivity rodiny pacienta 6: *„Zásadně. Nemůžeme nikde cestovat, jezdíme spíše jenom na návštěvy.“* Bolesti zad se promítly do partnerského soužití pacienta 6: *„Tak to víte, nemoc a bolesti člověka změní. To se pak odrazí ve všem.“*

Bolesti zad jsou příčinou ukončení zaměstnání pacienta 6: *„Dříve jsem pracoval jako zedník, kameník, obkladač. Nyní nepracuji, mám plný invalidní důchod.“* Bolesti zad ovlivnily seberealizaci pacienta 6: *„Musel jsem nechat podnikání.“*

Bolesti zad ovlivnily pacienta 6 ve vztahu k jiným lidem: *„Částečně. Jak s kým.“* Odrazily se ve společenské aktivitě pacienta 6: *„Trávím nejvíc času doma.“* Způsob života pacienta 6 se změnil: *„Radikálně.“* V současnosti pacient 6 nevyužívá žádné sociální služby.

Pacient 6 změnil v důsledku bolestí zad své volnočasové aktivity: *„Dříve jsem aktivně sportoval. Nyní mám pouze zahrádku.“* Pohybovou aktivitou pacienta 6 jsou: *„Pouze procházky.“* Celková aktivita pacienta 6 se změnila: *„Radikálně.“* Bolesti zad

ovlivňují celkovou náladu pacienta 6: „*Velmi.*“ „Tajným“ přáním pacienta 6 je: „*Už nechci jít na žádnou operaci.*“

4.1.7 Kazuistika 7

Pacient 7 (57 let) měl dlouhotrvající bolesti v oblasti bederní páteře vystřelující do levé nohy. Byl diagnostikován výhřez meziobratlových plotének v oblasti L4,L5,S1. Následovala operace (2001) – odstranění výhřezu meziobratlových plotének L4,L5,S1 vlevo. Po operaci se obtíže upravily, bolesti ustoupily. Vrátil se zpět do zaměstnání. Asi před rokem se začaly bolesti znovu objevovat a stupňovat, zvláště po větší fyzické námaze.

Pacient 7 je ženatý, žije s manželkou (ve výzkumu P4) a synem (18 let) v bytě panelového domu, vlastní malou zahradu v zahrádkářské kolonii. Je vyučený pokrývač. Před operací páteře se věnoval své profesi, nyní pracuje jako dělník ve sklenářství, vykonává manuální práce.

Mezi záliby pacienta 7 patří především sport – fotbal, hokej, lyžování, cyklistika. Společensky se neangažuje.

Rozhovor:

Na začátku rozhovoru jsem pacientovi 7 kladla otázky týkající se aktivit běžného dne. Schopnost pohybu a základní sebezpečí pacienta 7 bolesti zad v současné době neovlivňují. Bolesti zad se promítají do práce v domácnosti pacienta 7: „*Většinu práce doma dělá manželka. Někdy vařím.*“ V oblasti běžných činností jako je luxování, úklid pacienta 7 bolesti zad neovlivnily: „*To jsem nikdy nedělal, to vždy vše dělala manželka.*“ Při práci na zahradě je pacient 7 ovlivněn bolestmi zad: „*Na zahradě nic nedělám, šetřím se.*“ Na vyřizování nákupů mají bolesti pacienta 7 vliv: „*Když mě ty záda neberou, tak chodím nakupovat. Jinak to musí zvládnout manželka sama. Pomáhá jí syn.*“ Spánek narušují bolesti zad pacienta 7: „*Jak kdy.*“ Bolesti zad neovlivňují energii pro každodenní činnosti pacienta 7. Bolesti zad se pacientovi 7 zlepšují: „*Když mě manželka namaže a dá mi prášek.*“ „*Po fyzické námaze*“, se bolesti zad pacientovi

7 zhoršují. Bolestem zad aktivně nepředchází: „*Mám pohybu dost.*“

Bolesti zad se promítly do rodinného života pacienta 7: „*Nejvíce po operaci, to jsem nemohl nic. Manželka byla tou dobou taky po operaci páteře (asi 1 měsíc), tak to nebylo vůbec jednoduché. Vzájemně jsme si museli pomáhat. Ještěže syn byl už poměrně samostatný. Pomáhala nám hodně tchýně s tchánem. Ted' už je to oproti tomu pohodička.*“ Při zhoršení obtíží přistupují nejbližší k pacientu 7: „*Obskakují mě.*“ Společné aktivity rodiny bolesti zad neovlivňují: „*Nikdy jsme moc na rodinné dovolené nejezdili, máme každý jiné zájmy.*“ Bolesti zad ovlivňují partnerské soužití pacienta 7: „*Jsme si s manželkou bližší, máme podobné problémy.*“

V důsledku bolestí zad musel pan 7 změnit své zaměstnání: „*Jsem vyučený pokrývač, dělal jsem tuto práci do doby, než jsem musel na operaci s páteří. Pak už to nešlo se k tomu vrátit. V současnosti pracuji jako dělník ve sklenářství, dělám co je potřeba, manuální práci.*“ V zaměstnání pacienta 7 bolesti zad: „*Výrazně neomezuji. Jen mi vadí dlouho stát na jednom místě.*“ Zaměstnavatel k pacientovi 7 v případě zhoršení obtíží či pracovní neschopnosti přistupuje: „*V pohodě.*“ Pacientovi 7 bolesti zad narušily jeho seberealizaci: „*Nemůžu dělat původní povolání.*“

Bolesti zad neovlivnily u pacienta 7 vztahy s ostatními lidmi, ani se nepromítly do jeho společenské aktivity. Pacient 7 nepocituje, že by bolesti zad ovlivnily jeho způsob života: „*Žiji jako předtím, jen se více šetrím.*“ Nevyužívá žádnou ze sociálních služeb.

Závěrečná část rozhovoru byla věnována volnočasovým aktivitám. Hlavní zálibou pacienta 7 je stále sport: „*Vždycky jsem hodně aktivně sportoval, hrál jsem hokej, fotbal, lyžoval jsem, jezdil na kole. Totálně jsem skončil s lyžováním a hokejem. Občas ten fotbálek nebo kolo. Spíše sleduji sport v televizi.*“. Bolesti zad snížily celkovou aktivitu pacienta 7. Záliby pacienta 7 vlivem bolestí zad se změnily: „*Jak jsem říkal.*“ Celkovou náladu pacienta 7 bolesti zad ovlivňují: „*Dost, jak mě bolí záda, tak mě nic nebaví a nemám na nic náladu.*“ „Tajným“ přáním pacienta 7 je: „*Abych byl zdravý a měl kolem sebe krásný ženský.*“

4.1.8 Kazuistika 8

Pacient 8 (52 let) měl dlouhodobě bolesti bederní páteře, které vystřelovaly do pravé nohy, později se objevila nehybnost od kolene dolů. V roce 2003 byl indikován k operaci, byla provedena exstirpace výhřezu disku L₅/S₁. Po operaci byl tři měsíce zcela bez obtíží, pak došlo opět ke zhoršení obtíží. V roce 2004 diagnostikována erozivní osteochondritis a provedena operace – disektomie L₅/S₁ předním přístupem. Po operaci došlo opět k mírnému zlepšení. V současné době mívá křečovitě bolesti, celodenní intenzity, které ho budí i v noci.

Pacient 8 je ženatý, žije společně s manželkou v rodinném domku na venkově. Jeho dvě dcery jsou již dospělé a žijí se svými rodinami, často rodiče navštěvují. Pacient 8 vystudoval střední průmyslovou školu, pracoval jako mistr výroby v mlékárenském podniku. Od roku 2003 pobíral plný invalidní důchod, nyní od září 2008 pobírá částečný invalidní důchod, pracuje na část úvazku jako hlídač objektu.

Mezi záliby pacienta 8 patří práce na zahradě – ovocnářství, pěstování zeleniny, četba, procházky – v létě houbaření, dříve i jízda na kole a fotbal.

Rozhovor:

Počáteční fáze rozhovoru byla zaměřena na oblast aktivit běžného dne. U pacienta 8 je bolestmi zad ovlivněna schopnost pohybu: „*Mám omezený pohyb nohy, nevydržím dlouho sedět, stát a ani ležet.*“ V základní sebepečí: „*Vždy jsem se o sebe postaral, pokud jsem byl schopen chodit.*“ Na vykonávání běžných prací v domácnosti mají bolesti zad u pacienta 8 vliv: „*Ani ne tak práci v domácnosti, ale hlavně kolem domu, tam je pořád co dělat a opravovat. Vždycky jsem údržbu na domě dělal sám, už to sám nezvládnou, jedná-li se o větší opravu.*“ Běžné práce v domácnosti jako je např. luxování nebo úklid bolesti zad pacienta 8 neovlivňují: „*Tyto práce v domácnosti dělala většinou manželka, taky jsem jí pomohl, když bylo potřeba, ale většinou jsem se staral o topení a údržbu domu a hlavně o zahradu.*“ Při práci na zahradě omezují bolesti zad pacienta 8: „*Moc. Dříve jsem se staral o celou zahradu, nyní se starám pouze o skleník. Mám vyvýšené záhony, tak se nemusím tolik ohýbat a mám se o co opřít, nevydržím tam dlouho, ale baví mě to. Jinak skoro vše dělá manželka.*“ Na vyřizování nákupů mají

bolesti pacienta 8 vliv: „*Pochůzky vyřídím, ale dělám jen malé nákupy. Při větším nákupu jedeme s manželkou, já řídím a aspoň trochu ji pomáhám.*“ Bolesti zad narušují spánek pacientu 8: „*Spím s pověšenou nohou z postele, abych si uvolnil páteř, jinak nespím.*“ Bolesti zad působí „*negativně*“ na energii pro každodenní činnosti pacienta 8. „*Odpočinek*“ pomáhá pacientu 8 bolesti zad zmírnit, bolesti zad se zhoršují: „*Když musím dělat náročnější práci.*“ Bolestem zad pacient 8 aktivně předchází: „*cvičením*“.

Bolesti zad se promítají do rodinného soužití pacienta 8: „*Naučili jsme se s tím žít.*“ Při zhoršení obtíží přistupují k pacientu 8 jeho nejbližší: „*Snází se mi pomáhat.*“ Bolesti zad ovlivnily společné aktivity rodiny: „*Hodně, jezdili jsme s manželkou docela často na kolech, chodili jsme na houby. Na kole nejezdím a na houby už jen tak na chvíli.*“ Bolesti zad se odrazily v partnerském životě pacienta 8: „*Manželka je tolerantnější, hodně mě drží nad vodou po psychické stránce.*“

Pacient 8 změnil v důsledku bolestí zad své povolání: „*Dlouhá léta jsem pracoval jako mistr ve výrobě v mlékárně, po první operaci jsem dostal plný invalidní důchod, od loňského září mám částečný invalidní důchod. Povedlo se mi sehnat práci na část úvazku, dělám nočního hlídače.*“ Zaměstnavatel v případě zhoršení obtíží přistupuje k pacientu 8: „*Zatím jsem neschopnost neměl, když potřebuji, vezme za mě službu jeden z kolegů.*“ Bolesti zad ovlivnily seberealizaci a pracovní aktivity pacienta 8: „*Jsem rád, že jsem sehnal tuhle práci, s částečným invalidním důchodem jsem měl velký problém práci sehnat.*“

Bolesti zad neovlivnily u pacienta 8 vztahy s jinými lidmi: „*Přátelé mi zůstali.*“ Společenskou aktivitu pacienta 8 bolesti zad neomezily, změnily však způsob jeho života: „*Všechno mi převrátily, musel jsem se přizpůsobit bolesti.*“ Pacient 8 nevyužívá žádnou ze sociálních služeb.

Závěr rozhovoru by zaměřen na oblast volnočasových aktivit: „*Než mě začaly zlobit záda, tak jsem hodně jezdil na kole, chodil na houby, to už tak nejde, aspoň, že můžu na zahradu. Hodně čtu.*“ Je ovlivněna pohybová aktivita pacienta 8: „*Dosti, dříve jsem všechno zvládl sám a rychle, dnes to nejde.*“ Bolesti zad se odrazily v celkové aktivitě pacienta 8: „*Dost, jsem hned unavený a pořád mě něco bolí, nejčastěji noha.*“ Bolesti zad záliby pacienta 8 „*značně*“ ovlivnily. Odrážejí se na celkové náladě

pacienta 8: *„Někdy jsem protivný, naštvaný sám na sebe, že nezvládnou to co dřív.“*

„Tajným“ přáním pacienta 8 je: *„Rád bych se vyspal bez probuzení bolestí.“*

4.2 Tabulky na podkladě rozhovorů

Tabulka 1: Identifikační údaje dotázaných pacientů

	Pohlaví	Věk	Počet operací
P 1	žena	51	1
P 2	žena	54	2
P 3	žena	50	2
P 4	žena	38	1
P 5	muž	56	4
P 6	muž	61	4
P 7	muž	57	1
P 8	muž	52	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Z 8 dotázaných pacientů jsou 4 ženy a 4 muži ve věku 38 - 61 let. U 3 pacientů byla provedena operace páteře jedenkrát (2 ženy, 1 muž), u 3 pacientů (2 ženy, 1 muž) dvakrát, a u 2 pacientů (2 muži) čtyřikrát.

Tabulka 2: Osobnostní charakteristika dotazovaných pacientů

	Stav	Soužití	Bydlení	Vzdělání	Zaměstnání (nynější)
P 1	vdaná	s manželem a synem	rodinný dům	SŠ, nyní studuje VŠ	zdravotní sestra
P 2	vdaná	s manželem, rodinou dcery	rodinný dům	vyučena	pobírá ČID
P 3	Vdaná	s manželem a synem	bytový dům	SŠ	vychovatelka, ČID
P 4	vdaná	s manželem a synem	byt panelového domu	SŠ	zdravotní sestra, ČID
P 5	ženatý	s manželkou	rodinný dům	SŠ	pobírá PID
P 6	ženatý	s manželkou a 2-mi syny	rodinný dům	vyučen	pobírá PID
P 7	ženatý	s manželkou a synem	byt panelového domu	vyučen	dělník ve sklenářství
P 8	ženatý	s manželkou	rodinný dům	SŠ	noční hlídač, ČID

ČID = částečný invalidní důchod

PID = plný invalidní důchod

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni dotázaní pacienti žijí v manželském svazku. Společně se svými dětmi bydlí 6 pacientů (4 ženy, 2 muži), společně s manželkou bydlí 2 pacienti (2 muži). V rodinném domě žije 5 pacientů (2 ženy, 3 muži), v bytovém domě 1 pacient (1 žena), v bytě panelového domu 2 pacienti (1 žena, 1 muž – manželé). 3 pacienti (1 žena, 2 muži) jsou vyučeni (prodavačka, horník, pokrývač), 4 pacienti (2 ženy, 2 muži) dosáhli středoškolského vzdělání (vychovatelka, zdravotní sestra, plánovač, mistr výroby), 1 pacient (žena) nyní studuje vysokou školu (zdravotní sestra). Plný invalidní důchod pobírají 2 pacienti (2 muži), částečný invalidní důchod pobírá 1 pacient (žena). 3 pacienti (2 ženy, 1 muž) pobírají částečný invalidní důchod a pracují na část úvazku, 2 pacienti (1 žena, 1 muž) mají hlavní pracovní poměr.

Tabulka 3: Vliv chronických bolestí zad na základní aktivity běžného dne

Odpovědi pacientů	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Σ	Ž	M
„Omezení v základní sebepečí.“	1	1	1			1			4	3	1
„Nemůžu se předklánět.“	1	1		1		1		1	5	3	2
„Mám omezený pohyb nohy.“		1			1			1	3	1	2
„Nevydržím dlouho stát, sedět“	1	1	1		1	1	1	1	7	3	4
„Nezvládnou péči o dům.“					1	1		1	3	0	3
„Hůře zvládám péči o domácnost“.	1	1	1	1		1		1	6	4	2
„Omezení při práci na zahradě.“	1			1	1	1		1	5	2	3
„Nedělám velké nákupy.“	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	4
„Bolesti zad narušují můj spánek.“	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	4
„Ubírají mi energii pro činnosti“	1	1	1	1	1	1		1	7	4	3
„Aktivně předcházím bolestem zad.“	1	1	1	1		1		1	6	4	2
Počet odpovědí	9	9	7	7	7	10	3	10	62	32	30

Σ = součet

M = muži

Ž = ženy

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 8 dotázaných pacientů pociťují omezení v základní sebepečí 4 pacienti (3 ženy a 1 muž). Bolesti zad způsobují obtíže při předklonu u 5 pacientů (3 ženy a 2 muži). 3 pacienti (1 žena a 2 muži) si stěžují na omezený pohyb dolních končetin. Objevení se nebo zhoršení bolestí při dlouhém stání či sezení udává 7 pacientů (3 ženy a 4 muži). Jako problematickou shledávají péči o rodinný dům 3 pacienti, pouze muži. Vykonávání běžných činností v domácnosti, např. luxování, se stalo obtížnější pro 6 pacientů (4 ženy a 2 muži). Omezení při práci na zahradě pociťuje 5 pacientů (2 ženy a 3 muži). Všichni dotázaní pacienti odpověděli, že nedělají velké nákupy. Narušení spánku v důsledku bolestí zad udávají všichni dotázaní pacienti. Úbytek energie pro každodenní činnosti při bolestech zad udává 7 pacientů (4 ženy a 3 muži). Aktivně předchází bolestem zad 6 pacientů (4 ženy a 2 muži).

Tabulka 4: Vliv chronických bolestí zad na běžné aktivity v oblasti rodiny

Odpovědi pacientů	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Σ	Ž	M
„Některé činnosti převzali nejbližší.“	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	4
„Bolesti ovlivnily společné aktivity naší rodiny.“			1		1	1		1	4	1	3
„Více jsme se s manželem sblížili“	1			1			1	1	4	2	2
„Vzájemně se s manželem vzdalujeme.“			1		1	1			3	1	2
Počet odpovědí	2	1	3	2	3	3	2	3	19	8	11

Σ = součet

M = muži

Ž = ženy

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 8 dotázaných pacientů odpověděli všichni pacienti, že jejich nejbližší převzali některé činnosti týkající se fungování rodiny. Bolesti zad narušily společné aktivity rodiny u 4 pacientů (1 žena a 3 muži). 4 pacienti (2 ženy a 2 muži) pociťují, že došlo vlivem bolestí zad ke sblížení s manželem (manželkou). Odcizení se, vzájemné vzdalování v partnerském soužití udávají 3 pacienti (1 žena a 2 muži).

Tabulka 5: Vliv chronických bolestí zad na aktivity v oblasti zaměstnání

Odpovědi pacientů	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Σ	Ž	M
„Mám částečný invalidní důchod.“		1	1	1				1	4	3	1
„Pobírám plný invalidní důchod.“					1	1			2	0	2
„Pracuji na částečný úvazek.“			1	1				1	3	2	1
„Mám stále stejné zaměstnání.“	1								1	1	0
„Změnil jsem zaměstnání“				1			1	1	3	1	2
„Ukončila jsem studium.“			1						1	1	0
„Začala jsem studovat.“	1								1	1	0
„Nikdo mě nechce zaměstnat.“		1							1	1	0
„Omezují mě v pracovní činnosti.“	1		1	1			1		4	3	1
„Ovlivnily kontakt s jinými lidmi.“		1	1		1	1			4	2	2
Počet odpovědí	3	3	5	4	2	2	2	3	24	15	9

Σ = součet

M = muži

Ž = ženy

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 8 pacientů pobírají 4 pacienti (3 ženy a 1 muž) částečný invalidní důchod, 2 pacienti - muži, pobírají plný invalidní důchod. Na částečný pracovní úvazek pracují 3 pacienti (2 ženy a 1 muž). Zaměstnání se nezměnilo u 1 pacientky. Z důvodu bolestí zad změnili zaměstnání 3 pacienti (1 žena a 2 muži). Studium na vysoké škole ukončila 1 pacientka. Po operaci páteře začala studium na vysoké škole 1 pacientka. 1 pacientka by velice ráda pracovala na část úvazku, ale nemůže zaměstnání najít. Bolesti zad omezují v pracovní činnosti 4 pacienty (3 ženy a 1 muž). Z celkového počtu 8 dotázaných pacientů pociťují 4 pacienti (2 ženy a 2 muži) omezený kontakt s ostatními lidmi.

Tabulka 6: Vliv chronických bolestí zad na volnočasové aktivity pacientů

Odpovědi pacientů	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Σ	Ž	M
„Bolesti zad ovlivnily můj způsob života.“	1	1	1	1	1	1		1	7	4	3
„Záliby mám stále stejné.“		1	1	1			1		4	3	1
„Některým zálibám se věnuji s menším nasazením.“	1		1	1	1	1	1	1	7	3	4
„Bolesti zad ovlivnily moji pohybovou aktivitu.“	1		1	1	1	1	1	1	7	3	4
Počet odpovědí	3	2	4	4	3	3	3	3	25	13	12

Σ = součet

M = muži

Ž = ženy

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 8 dotázaných pacientů změnilo způsob života 7 pacientů (4 ženy a 3 muži). Stále stejné záliby mají 4 pacienti (3 ženy a 1 muž). 7 pacientů (3 ženy a 4 muži) se věnuje některým zálibám s menším nasazením. Pohybovou aktivitu ovlivnily bolesti zad u 7 pacientů (3 ženy a 4 muži).

5. Diskuse

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jaké aktivity běžného života jsou ovlivněny u pacienta s chronickou bolestí zad a jaký má vliv pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad na zvládání běžných denních aktivit. Výzkumný soubor tvořili muži a ženy, kteří jsou po operaci páteře a dochází do ambulance léčby bolesti v Nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově.

Výzkumný soubor tvořilo osm pacientů ve věku 38 – 61 let. Z vývojového hlediska se jedná o období pozdní dospělosti. Na konci tohoto období odchází většina mužů i žen do důchodu. V tomto období se většina lidí cítí být zdravá, i přestože se začínají objevovat první známky poklesu výkonnosti a objevují se první známky stárnutí. Jedinec musí i v tomto období řešit problémy v oblasti rodiny, zaměstnání, sociálních vztahů a volnočasové aktivity. Mohou však vzniknout některé obtíže, které jsou podmíněny zdravotními a sociálními změnami. Právě takovou zdravotní změnou může být pro člověka operace páteře, pak často následují změny ve všech oblastech života.

S každým pacientem byl veden polostrukturovaný rozhovor. V úvodu rozhovoru byly nejprve pacientům po operaci páteře s chronickými bolestmi zad položeny sociodemografické otázky, které zjišťovaly základní údaje o jejich věku, pohlaví, počtu operací páteře, rodinném stavu a druhu bydlení.

Následovala skupina otázek směřujících k aktivitám běžného dne. Zjistila jsem, že všichni pacienti s chronickými bolestmi zad pocítují omezení pohybu v určitých situacích. Nejčastěji se jedná o delší setrvání v jedné poloze – stání, sezení (7 pacientů), dále potom o možnost předklonu (5 pacientů) či obtíže při pohybu z důvodu omezené hybnosti dolní končetiny (3 pacienti), u některých pacientů se omezení kombinují. Možnost pohybu všech pacientů je závislá na aktuální míře bolesti, jsou nuceni pohyb bolesti přizpůsobit či ho změnit nebo pohybu zanechat. Ztížený pohyb může pacienty omezovat v dalších aktivitách.

Mezi základní atributy života patří schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí. K získání potravy a vody, k ochraně před poraněním a

zabezpečení dalších základních potřeb se lidé musí pohybovat. Pohyblivost je základem nezávislosti, jak píše Trachtová. (25)

Při vykonávání každodenní práce v domácnosti (luxování, žehlení, úklid, atd.) ovlivňují bolesti zad více ženy než muži. Omezení při plnění těchto činností udávalo šest pacientů, čtyři ženy a pouze dva muži. Tito dva muži pocítují omezení v těchto činnostech pouze částečné, protože tyto činnosti vykonávali „občas“, další dva muži, které jsem oslovila omezení v těchto činnostech nemají, protože tyto práce „vždy dělala manželka“. V péči o dům (topení, štípání dříví, opravy, atd.) se cítí být omezeni pouze tři muži, všichni tři muži bydlí v rodinném domě. Jeden muž bydlí v bytě panelového bytu, proto ho bolesti zad v těchto činnostech neomezují. Žádná z dotazovaných žen není v této oblasti činností ovlivněna, tyto práce nikdy nevykonávaly. Bolesti zad ovlivnily všechny klienty, kteří bydlí v rodinném domě nebo vlastní zahradu a pracovali na ni i dříve. V oblasti nakupování není rozdíl mezi pohlavími, všichni dotazovaní se shodli, že bolesti zad je omezují, musí jim přizpůsobit způsob nakupování nebo je musí v této činnosti někdo zastoupit, nejvíce manžel(ka).

Výsledky výzkumu ukazují, že bolestmi zad jsou ovlivněni v domácích pracích jinak ženy a jinak muži, výjimku tvoří např. nakupování, které není identifikováno s ženskou ani mužskou rolí. Chaloupková (8) popisuje, že rozdělení domácí práce bývá spojováno s řadou normativních představ a očekávání. Jak by měla vypadat správná „hospodyně“, co rozumíme mužskou prací v domácnosti, jak má domácí práce být rozdělena mezi partnery atd. Přestože se v posledních desetiletích jasně determinované vymezení generových rolí oslabuje, zůstávají hluboce zakořeněny kulturní představy týkající se genderové identity.

Myslím, že tyto vzorce chování jsou zažité i u manželského páru (pacientka 4 a pacient 7). Pacientka 4 pocítuje omezení ve vykonávání domácí práce, jelikož bydlí v bytě panelového domu, její manžel nepečuje o dům, nemá tedy žádné každodenní pracovní činnosti zajišťující chod domácnosti, přesto žádnou z manželčích činností nepřevzal natrvalo, není to jeho práce, pouze jí na požádání pomůže s „její“ prací. Pacientka 4 se snaží všechny „ženské práce“ zvládnout sama i přes obtíže s bolestmi zad. Pokud tyto činnosti nezvládá, má pocit, že neplní správně svoji úlohu

v domácnosti, cítí se méně potřebná, neschopná. Tyto pocity nezažívají však jen ženy, ale i muži, pokud nemohou plnit svoji roli v rodině. Pacient 5 velmi těžce nese, že není schopen vykonávat některé „mužské práce“ v zajištění chodu domácnosti (topení, údržba kotle, péče o zahradu), myslí si, že tyto práce nepřísluší jeho manželce, bere to jako osobní selhání, propadá až depresím. Nemožnost vykonávat jednotlivé činnosti, tak neznamená jen fyzické omezení, ale i psychickou zátěž. Ukázalo se, že ženy jsou při vykonávání domácí práce ovlivněny více než muži, protože věnují domácím pracím výrazně vyšší čas než muži. Většina žen vykonává v domácnosti práce, které jsou potřeba vykonávat denně – vaření, mytí nádobí, úklid, praní, atd. Muži zajišťují drobné opravy bytu či domu, topení atd., nejsou to činnosti každodenního charakteru.

Zjistila jsem, že všichni dotázaní pacienti mívají při bolestech zad narušený spánek, někteří pacienti hledají řešení v užívání prášků na spaní, jiní zase vyhledají úlevovou polohu. Bolesti zad se odráží i v energii pro každodenní činnosti u sedmi pacientů. Nejčastěji udávali velkou únavu, vyčerpání a psychické rozladění. Potvrdilo se mi tímto tvrzení Trachtové (25), že nemoc narušuje normální spánkový rytmus a bolest je jedním z důvodů, pro který mají nemocní problémy se spánkem.

Bolest je faktor, který pacienty omezuje v jejich aktivitách, proto mne zajímalo, zda se dotazovaní pacienti snaží bolestem aktivně předcházet. Většina pacientů (6 pacientů) bolestem zad předchází pravidelným rehabilitačním cvičením, pravidelným plaváním nebo chůzí, střídáním poloh či častějším odpočinkem. Jeden pacient říká: *„Po první a druhé operaci páteře jsem se snažil pravidelně cvičit, ale po třetí operaci jsem to vzdal a po čtvrté nemám na cvičení ani pomyšlení.“* Stálé bolesti a opakované operace páteře způsobily u tohoto pacienta vůči těmto aktivitám až negativistický postoj. Jeden pacient bolestem zad aktivně nepředchází, domnívá si, že má pohybu dostatek. Cvičení je přitom velmi důležitou složkou léčby nemocného po operaci páteře.

Rokyta (21) upozorňuje, že přiměřená fyzikální terapie se zaměřením na posilovací cviky bederního svalového korzetu a upevňování správných posturálních návyků musí začít včas, co nejdříve po zvládnutí pooperačních bolestí. Pacienta je nutné naučit nejvhodnější způsob cvičení, aby ho mohl provádět i v domácích podmínkách.

Zjistila jsem, že bolestem zad se snaží aktivně předcházet více ženy, z dotazovaných pacientů všechny ženy (4) a pouze polovina mužů (2).

V další části výzkumu jsem zjišťovala, zda bolesti zad u dotazovaných pacientů ovlivňují jejich aktivity v rámci rodiny. Za všechny dotazované pacienty převzali jejich nejbližší některé činnosti. U žen nejčastěji luxování, u mužů náročnější práce týkající se údržby domu nebo zajištění topení apod. Z tohoto důvodu pocítují dvě pacientky zvýšenou závislost na pomoci rodiny. Zjistila jsem, že pokud došlo v důsledku bolesti zad k ovlivnění společných aktivit rodiny (4 pacienti), k jejich útlumu, dochází ke vzájemnému odcizování v partnerském vztahu (3 pacienti). Jeden pacient vnímá partnerský vztah za vstřícnější. U pacientů (4 pacienti), v jejichž rodině nedošlo k ovlivnění společných aktivit, došlo u tří pacientů ke zlepšení vztahu s partnerem, více se sblížili. Jedna pacientka změnu v partnerském vztahu nepocítuje. Bolesti zad ve většině případů (3 pacienti) neovlivnily aktivity rodiny, protože rodina skoro žádné aktivity společně neprováděla. Nedošlo tak k velké změně v této oblasti a aktivní život rodiny nebyl téměř narušen. Zjistila jsem, že pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad nemá vliv na společné aktivity rodiny. Společné aktivity rodiny závisí na způsobu života, zdravotních a sociálních změnách, preferenci aktivit a hodnotách, které rodina uznává.

Často velká změna nastává u pacienta s bolestmi zad v zaměstnání. Pouze u jedné pacientky nedošlo ke změně v zaměstnání, dokonce ji operace stimulovala ke studiu na vysoké škole. Jeden pacient musel změnit druh práce. Částečný invalidní důchod pobírají čtyři pacienti, tři z nich pracují na část úvazku. Jedna pacientka by velice ráda pracovala, ale nikdo ji nechce zaměstnat, jakmile zjistí, že je po operaci páteře. Před operací pracovala jako prodavačka a byla tak v neustálém kontaktu s lidmi, velmi ji tento kontakt chybí. Dvě pacientky zůstaly pracovat na část úvazku u svých původních zaměstnavatelů, jedna z nich však musela změnit pracoviště a ukončila studium na vysoké škole. Jeden pacient pracuje na částečný úvazek u jiného zaměstnavatele, změnil druh práce. Nebylo pro něj vůbec snadné tuto práci sehnat. Plný invalidní důchod pobírají dva pacienti. Ze souboru osmi dotazovaných pacientů chodí do zaměstnání na částečný či plný úvazek pět pacientů.

Shodnu se tak s názorem Málka (14), který říká, že typický pacient s chronickými bolestmi zad po operaci páteře bývá ve středním produktivním věku, obtížemi trpí několik let, obvykle prodělal jednu nebo i více operací, dlouhodobě je konzervativně léčen a absolvoval mnoho typů rehabilitační léčby. Je omezena jeho pracovní a sociální výkonnost a často pobírá částečný nebo plný invalidní důchod.

Zjistila jsem, že pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad nemá vliv na zaměstnání, záleží na míře bolesti a druhu vykonávané práce.

Otázka zaměstnání je často spojena i s udržováním kontaktu a vztahů s jinými lidmi než je širší rodina pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že čtyři pacienti pocítují omezení či částečné omezení v těchto vztazích. Z toho 3 pacienti nejsou zaměstnaní, cítí se být izolováni, nepotřební, nejvíce času tráví doma sami, jejich životní partneři a většina přátel ještě chodí do zaměstnání. Jedna pacientka pracuje na část úvazku, ale má pocit, že ji nikdo její obtíže nevěří, jsou bagatelizovány. Přátelské vztahy v tomto období bývají hlubší a jsou často zdrojem emoční opory. Ztráta zaměstnání nebo nemožnost pracovat je v tomto věku hůře zvládána. Langmeier (13) uvádí, že v pozdním dospělém věku je právě pracovní úspěch zdrojem hrdosti a sebeúcty, případná ztráta zaměstnání neznamena jen ztrátu finanční, ale také vážné narušení sebehodnocení člověka.

Volnočasové aktivity doprovázejí člověka v jeho běžném životě, jsou zdrojem psychického uspokojení a nastolení duševní pohody, proto nás zajímalo, do jaké míry je mohou ovlivnit bolesti zad pacienta po operaci páteře. Z výzkumu vyplynulo, že polovina dotázaných pacientů své záliby nezměnila, druhá polovina pacientů změnila preference v zálibách. Sedm pacientů vykonává volnočasové aktivity s menším nasazením, většinou podle toho, co jim bolest dovolí. Jedna pacientka preferovala vždy ruční práce, není tedy třeba menšího nasazení. Sedm pacientů je omezeno v pohybových aktivitách, jedna pacientka omezení nepocítuje. Některým pohybovým aktivitám se dotazovaní pacienti přestali věnovat úplně – lyžování, jízda na kole, hokej, některé pohybové aktivity přizpůsobili svým možnostem. Vlivem bolestí zad změnilo sedm pacientů svůj způsob života, byli nuceni přizpůsobit ho svým přetrvávajícím bolestem a svým možnostem.

Na závěr lze říci, že bolesti zad ovlivňují člověka ve všech denních aktivitách jeho běžného života. Nutno však podotknout, že každý člověk je osobnost, má své individuální priority, potřeby a rozdílné vnímání situace. Vždy však platí, že: „Bolest se stává problémem, když narušuje pacientovu schopnost vykonávat běžné aktivity, nebo pokud je pacientem pocíťována jako nesnesitelná.“ (28, str. 110).

Na základě kvalitativního výzkumu jsem stanovila tyto hypotézy:

H1: Chronické bolesti zad ovlivňují základní denní aktivity běžného života u pacientů po operaci páteře

H2: Chronické bolesti zad po operaci páteře omezují pacienta při výběru zaměstnání

H3: Chronické bolesti zad ovlivňují volnočasové aktivity pacienta

H4: Chronické bolesti zad ovlivňují více ženy než muže při vykonávání domácích prací

H5: Ženy se snaží aktivně předcházet bolestem zad více než muži

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda chronické bolesti zad ovlivňují denní aktivity pacienta v běžném denním životě a zda má pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad vliv na zvládání běžných denních aktivit. Mezi každodenní aktivity člověka v běžném životě můžeme zařadit pohyb, sebepéči, domácí práci, spánek, aktivity v rámci rodiny, zaměstnání a aktivity volného času. Zdravý dospělý člověk je vykonává zcela samostatně, není závislý na pomoci druhých.

Výzkumná otázka 1 byla zaměřena na zjištění, jaké aktivity běžného života pacienta jsou ovlivněny chronickou bolestí zad. Cíle bylo v této práci dosaženo.

Na základě provedeného výzkumu jsem zjistila, že aktivita pacienta s chronickou bolestí zad je závislá na aktuální míře bolesti. Bolest pacienta nutí, aby ji přizpůsobil své činnosti nebo se některých aktivit vzdal. Bolest zad ovlivňuje základní aktivity běžného dne, aktivity v rámci rodiny, zaměstnání i způsob trávení volného času pacienta.

Výzkumná otázka 2 byla zaměřena na zjištění, jaký vliv má pohlaví pacienta s chronickou bolestí zad na zvládání běžných denních aktivit. Cíle práce bylo dosaženo.

Na základě provedeného výzkumu jsme zjistila, že chronické bolesti zad ovlivňují v domácí práci více ženy nežli muže, protože ženy věnují domácím pracím výrazně více času než muži. Ženy přistupují ke svému zdraví zodpovědněji a častěji se snaží bolestem zad předcházet než muži. V jiných aktivitách jsem vliv pohlaví na jejich vykonávání nezaznamenala.

Na základě výsledků výzkumu jsem stanovila tyto hypotézy:

H1: Chronické bolesti zad ovlivňují základní denní aktivity běžného života u pacientů po operaci páteře

H2: Chronické bolesti zad po operaci páteře omezují pacienta při výběru zaměstnání

H3: Chronické bolesti zad ovlivňují volnočasové aktivity pacienta

H4: Chronické bolesti zad ovlivňují více ženy než muže při vykonávání domácích prací

H5: Ženy se snaží aktivně předcházet bolestem zad více než muži

Tato práce by nám měla pomoci lépe se orientovat v potřebách pacientů s chronickými bolestmi zad, abychom dokázali lépe plánovat a nabízet sociální služby, které by měly doprovázet či navazovat na péči v ambulanci bolesti. Výsledky této práce budou poskytnuty ambulanci pro léčbu bolesti, prezentovány na seminářích či v odborných časopisech.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. BEDNAŘÍK, J. RŮŽIČKA, E. *Klinická neurologie. 1. Část obecná.* 2. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 6. vyd. Praha: GRADA, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4
3. ČERMÁK, J. a kol. *Záda už mě nebolí.* 4. vyd. Olomouc: VASUT, 2000. 296s. ISBN 80-7236-117-1.
4. *Failed Back Surgery Syndrom.* □cit. 2010-04-04□ Dostupné z WWW:
□<http://www.cure-back-pain.org/failed-back-surgery.html>□
5. GAVENDOVÁ, L. Úloha sestry při léčbě bolesti. *Sestra*, Praha: Mladá fronta, 2005. roč. 15, č. 6; str. 25-26. ISSN 1210-0404.
6. GJURIČOVÁ, Š. KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systematické a narativní přístupy.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2009. 288 s. ISBN 978-80-247-2390-7.
7. HNÍZDIL, J. ŠAVLÍK, J. BERÁNKOVÁ, B. *Bolesti zad: mýty a realita. Pro ty, kteří bolesti zad léčí, i ty, kteří jimi trpí...* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 232s. ISBN 80-7254-659-7.
8. CHALOUPKOVÁ, J. *Rozdělení domácí práce: Ekonomická racionalita, mocenské zdroje a symbolické významy.* Praha: FSV UK, 2007. ISSN 1801 – 5999.

9. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 192s. ISBN 978-80-7367-210-2.
10. KASÍK, J. a kol. *Vertebrogenní kořenové syndromy. Diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 224s. ISBN 80-247-0142-1.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti-příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-40.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
13. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: GRADA, 2006. 368s. ISBN 80-247-1284-9.
14. MÁLEK, V. ADAMKOV, J. RYŠKA, P. Syndrom neúspěšné chirurgické léčby degenerativního onemocnění bederní páteře (Failed back surgery syndrom – FBSS) *Neurológia pre prax*. Bratislava: Solen, 2008, roč. 9, č. 3, s. 152- 157.
15. Marshall Editions Limited (London, 1989). *Lidské tělo – THE HUMAN BODY*. 2. vyd. Bratislava: GEMINI Limited, 1992. 336s. ISBN 80-85265-59-1.
16. MIKEŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1442-6.
17. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociálnej práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 139s. ISBN 978-80-7394-074-4.
18. NEVŠÍMALOVÁ, S. RŮŽIČKA, E. TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368s. ISBN 80-7262-160-2.

19. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0.
20. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192s. ISBN 978-80-247-3006-6.
21. ROKYTA, R. KRŠIAK, M. KOZÁK, J. *Bolest*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2006. 684s. ISBN 80-235-00000-0-0.
22. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. 184s. ISBN 978-80-247-3012-7.
23. SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006 ISBN 80-8063-218-9.
24. ŠEVČÍK, P. a kol. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: IDVPZ, 1994. 236s. ISBN 80-7013-171-3.
25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 184s. ISBN 80-7013-324-8.
26. VALDROVÁ, J. *Gender a společnost*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2006. 236s. Isbn 80-7044-808-3.
27. VRBA, J. Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad = Diferrential diagnosis and treatment of low back pain. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2008, roč. 10 , č. 3, s. 142-145.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *LEMON 1*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 179s. ISBN 80-7013-234-5.

29. ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2006. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

30. ŽÁČEK, A. HOLČÍK, J. *Sociální lékařství II*. Brno: Lékařská fakulta MU, 1992. 130s. ISBN 80-210-0375.

8. Klíčová slova

Bolest

Operace zad

Aktivita běžného života

Gender

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Začarovaný kruh chronické nenádorové bolesti

Příloha 2: Faktory, které ovlivňují bolest

Příloha 3: Působení faktorů ovlivňujících bolest

Příloha 4: Bio-psycho-sociální model nemoci

Příloha 5: Mapa bolesti

Příloha 6: Způsoby měření bolesti

Příloha 7: Záznam časového aspektu bolesti

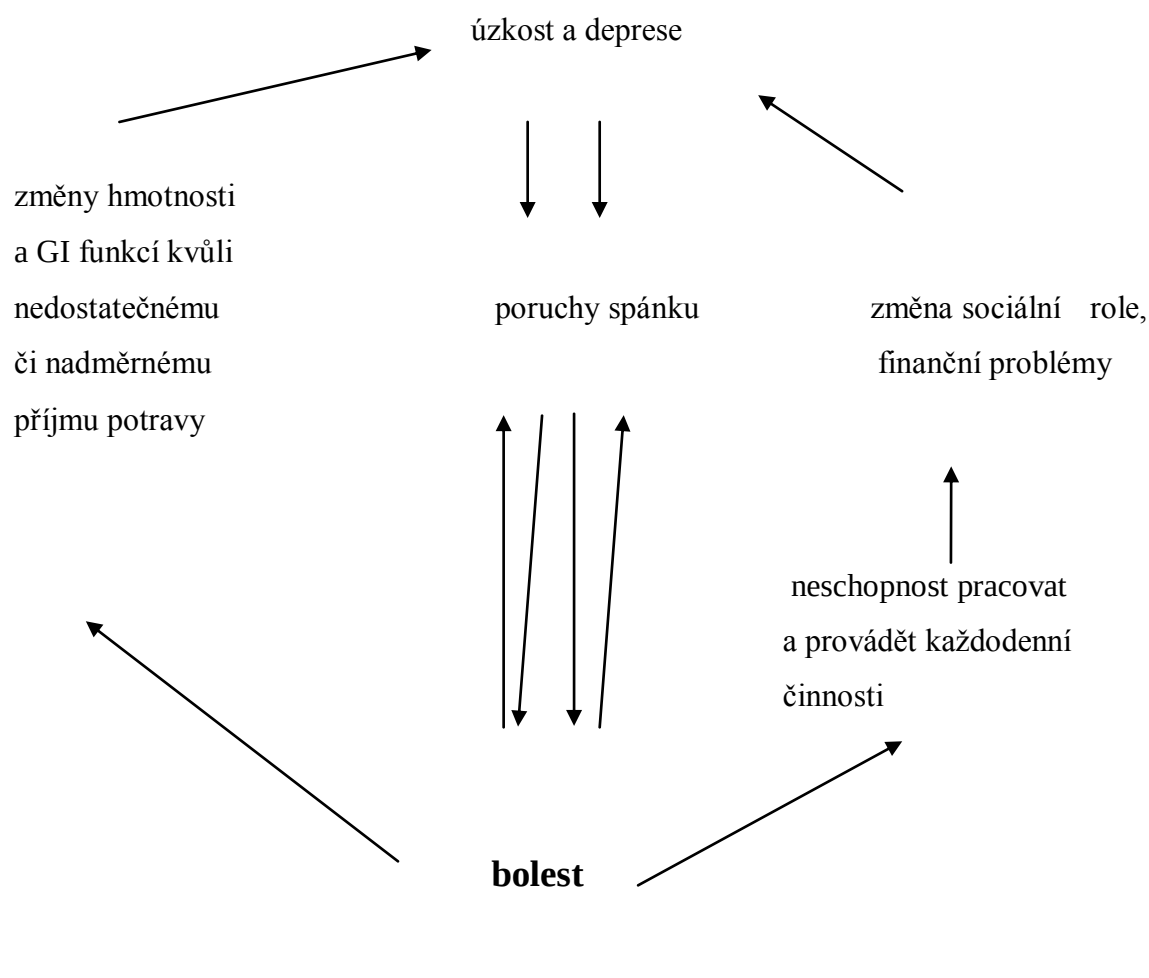
Příloha 8: „Bludné kruhy“ příčin a důsledků svalové dysbalance

Příloha 9: Otázky rozhovoru

Příloha 1

Začarovaný kruh CHNNB

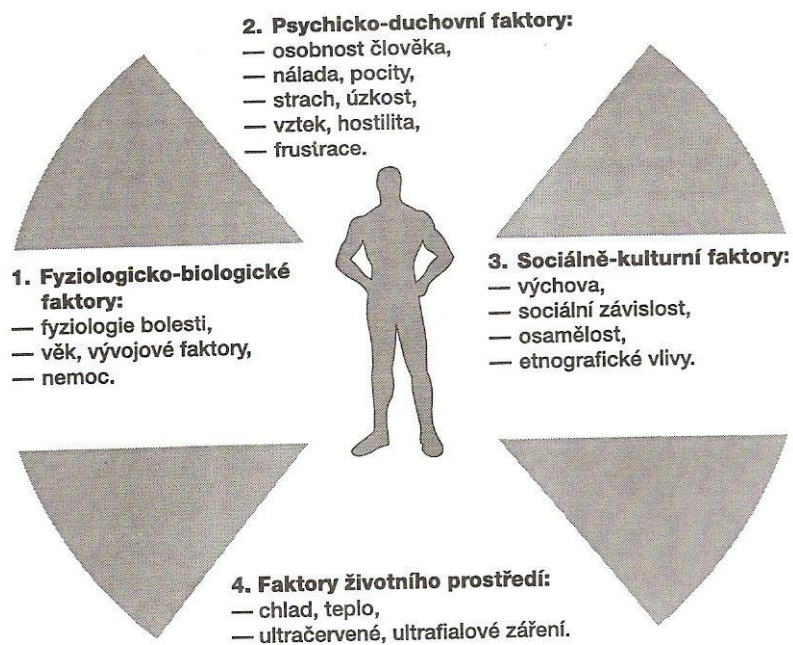
Většina pacientů s chronickou nenádorovou bolestí (CHNNB) prochází začarovaným kruhem poruch spánku, bolesti, deprese, který velmi ovlivňuje jejich životní styl, sociální vztahy a představu o sobě. Níže uvedený diagram tento kruh znázorňuje a vysvětluje frustraci a zoufalství těchto pacientů.



Zdroj: Vše o léčbě bolesti, kolektiv autorů, s.171

Příloha 2

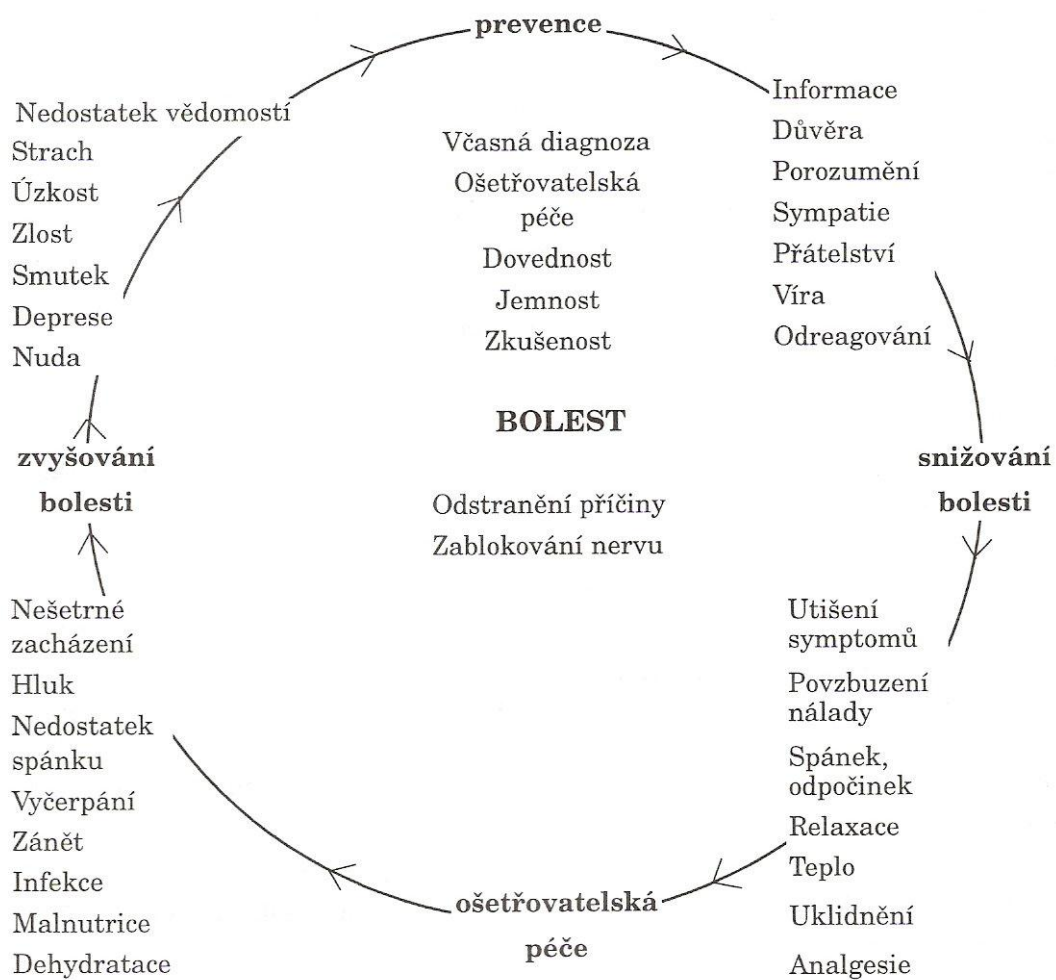
Faktory, které ovlivňují bolest



Zdroj: Potřeby nemocného v oš. procesu, Trachtová et. kol., s.127

Příloha 3

Působení faktorů ovlivňujících bolest



Zdroj: LEMON, s.112

Příloha 4

Bio-psych-sociální model nemoci



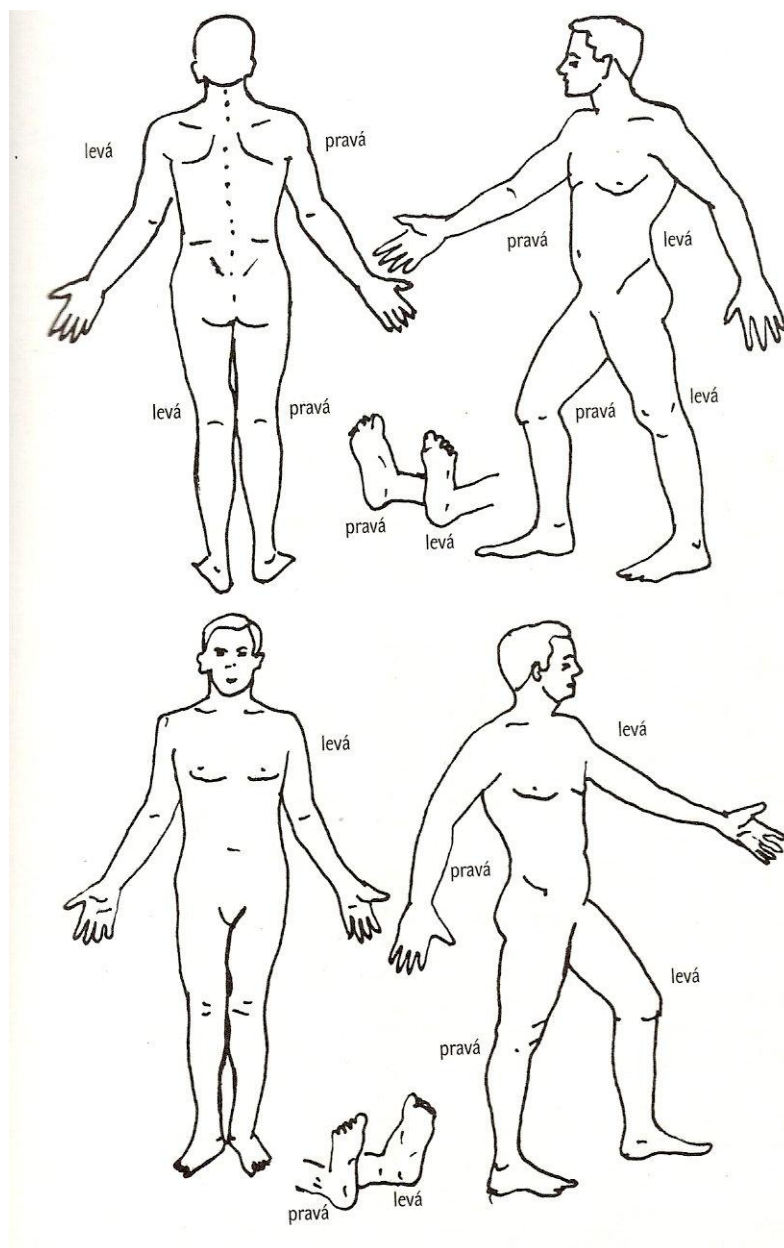
Holistický pohled na člověka z hlediska vzájemné interakce jeho jednotlivých složek vyjadřuje výše uvedené schéma. Ze schématu vyplývá, že:

1. Dlouhodobá psychická zátěž, závažný stres může být jednou z příčin, popř. faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění.
2. Každé onemocnění, i banální je provázáno negativními emocemi. Onemocníme-li, máme-li se podrobit operačnímu zákroku, ztrácíme půdu pod nohama, prožíváme strach, úzkost.
3. Psychické stavy jako strach, napětí, úzkost v mezilidských situacích vedou k sociální izolaci, osamocení. Ve vystupňované formě k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Mluvíme o sociální fóbii.
4. Sociální izolace, opuštěnost člověka může být příčinou vzniku negativních emocí - strachu, úzkosti, hněvu, hostility.
5. Nemocný člověk (handikepovaný, dialyzovaný nemocný, ale i nemocný s onkologickým onemocněním) žije často sám, opuštěný, v sociální izolaci. Mluvíme také o sociální smrti.
6. Prostředí, ve kterém člověk žije – životní i sociální, ovlivňuje přímo nebo zprostředkovaně zdravotní stav člověka. Je dokázané, že lidé žijící osamoceně dříve umírají.

Zdroj: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Trachtová et. kol., s.9

Příloha 5

Mapa bolesti (Křivohlavý, 1992)

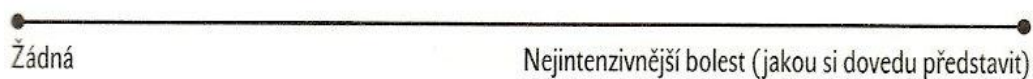


Zdroj: Bolest a její zvládání , Janáčková, s.41

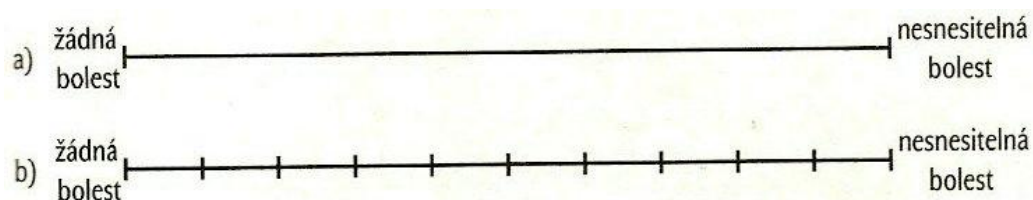
Příloha 6

Způsoby měření bolesti:

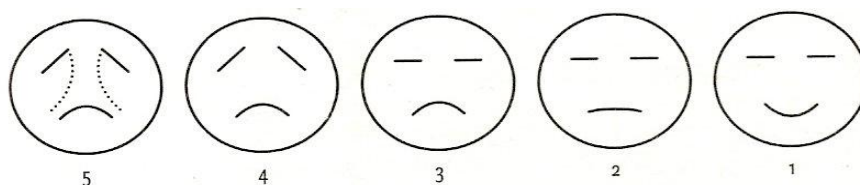
Intenzita vaší bolesti



Teploměry bolesti



Vizuální analogová škála



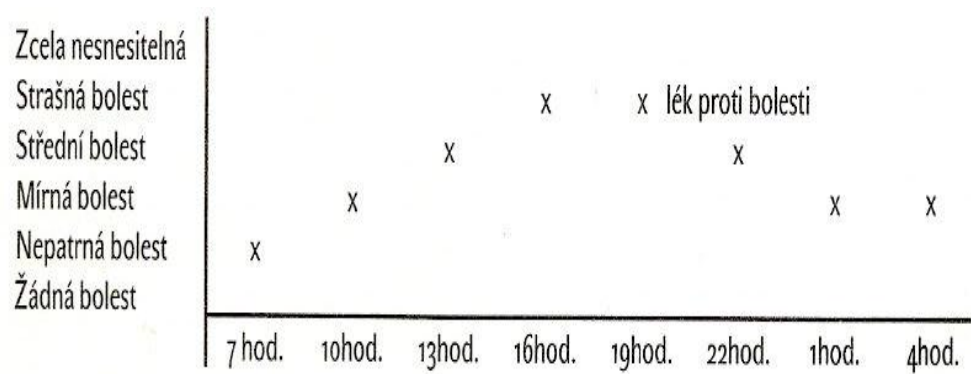
Slovní stupnice bolesti

- 0 žádná bolest
- 1 nepatrná bolest
- 2 mírná bolest
- 3 střední bolest
- 4 strašná bolest
- 5 zcela nesnesitelná bolest

Zdroj: Bolest a její zvládání, Janáčková, s.43 -44

Příloha 7

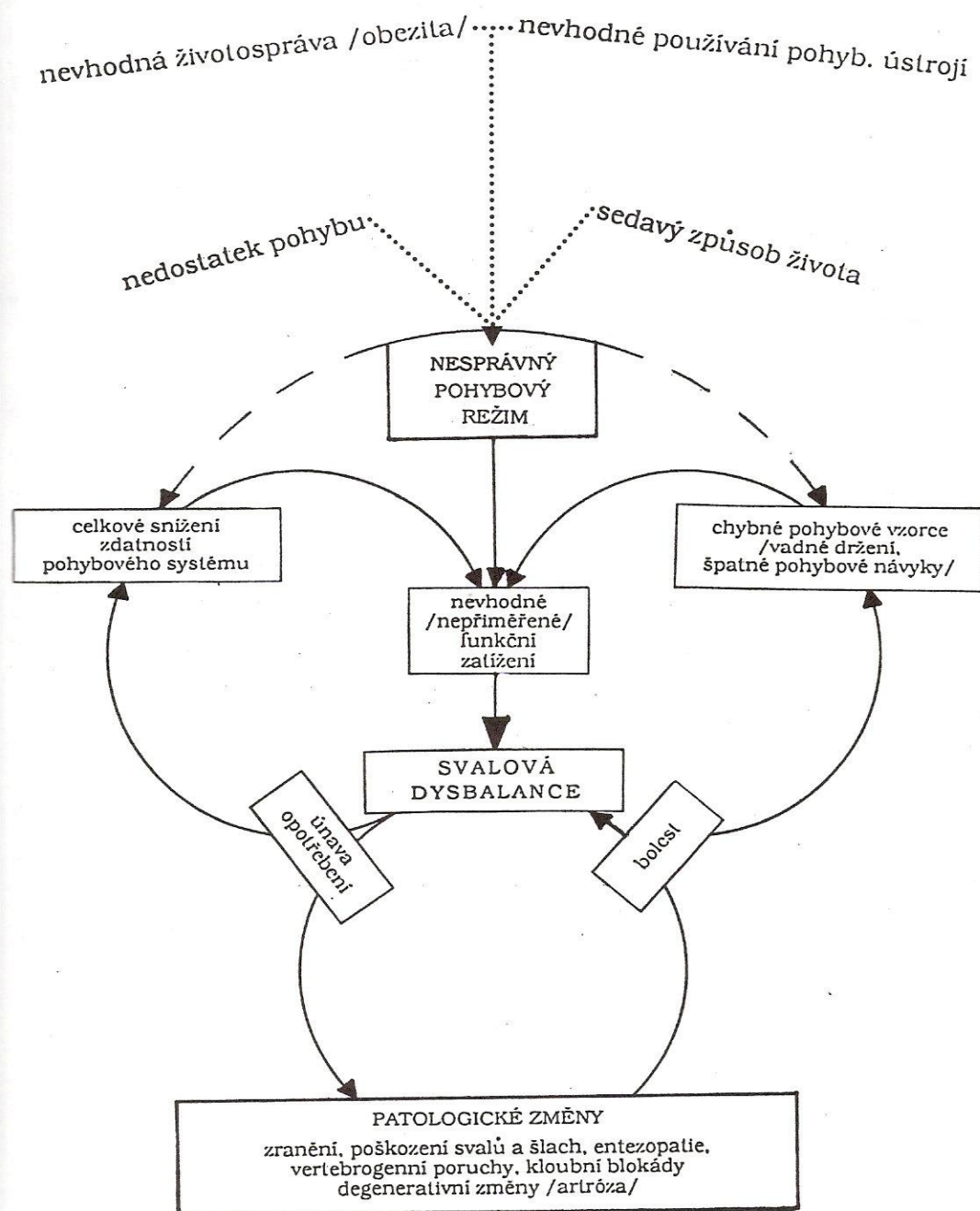
Záznam časového aspektu bolesti



Zdroj: Bolest a její zvládání, Janáčková, s. 46

Příloha 8

„Bludné kruhy“ příčin a důsledků svalové dysbalance



Zdroj: Čermák, Záda už mě nebolí, s. 35

Příloha 9

Otázky rozhovoru

Aktivity v oblasti:

1. Základní aktivity běžného dne

Jak ovlivnily bolesti zad Vaši schopnost pohybu?

Jakou měrou ovlivnily bolesti zad Vaši základní sebepéči ?

Jak ovlivnily bolesti zad Vaši práci v domácnosti?

Jak ovlivnily bolesti zad běžné domácí práce, např. luxování, úklid?

Jak ovlivnily bolesti zad vaši práci na zahradě?

Jak ovlivnily bolesti zad vyřizování nákupů, pochůzek?

Jak ovlivnily bolesti zad Váš spánek?

Jakým způsobem bolesti zad působí na Vaši energii pro každodenní činnosti?

Jaká denní činnost Vaši bolest zad zmírňuje?

Jaká denní činnost Vaši bolest zad zhoršuje?

Jak aktivně předcházíte zhoršení bolestí zad?

2. Aktivity běžného dne v rámci rodiny

Jakým způsobem se bolesti zad promítají do Vašeho rodinného soužití ?

Jakým způsobem k Vám přistupují Vaši nejbližší při zhoršení obtíží ?

Jak Vaše bolesti zad ovlivnily společné aktivity Vaší rodiny ?

Jak bolesti zad ovlivnily Vaše partnerské soužití?

3. Aktivity běžného dne v rámci zaměstnání

Jaké zaměstnání jste vykonával(a) před operací zad a jaké vykonáváte nyní?

Jak Vás bolesti zad omezují v zaměstnání?

Jakým způsobem k Vám přistupuje zaměstnavatel v případě zhoršení obtíží, případně k Vaší pracovní neschopnosti?

Jak ovlivnily bolesti zad Vaši seberealizaci a pracovní aktivity?

4. Aktivita běžného dne v sociálních vztazích

Jak ovlivnily bolesti zad Vaše vztahy s jinými lidmi?

Jak se promítly bolesti zad do Vaší společenské aktivity?

Jak ovlivnily bolesti zad Váš způsob života?

Využíváte v současné době nějakou sociální službu, která by Vám usnadnila život?

5. Volnočasové aktivity

Jakým koníčkům jste se věnoval(a) dříve a jakým se věnujete v současnosti ?

Jak bolest zad ovlivnila Vaši pohybovou aktivitu ?

Jak bolest ovlivnila Vaši celkovou aktivitu ?

Jakým způsobem ovlivnily bolesti zad Vaše záliby ?

Jak bolesti zad ovlivnily Vaši celkovou náladu ?

Máte nějaké „tajné“ přání, které můžete prozradit ?