

# Kvalita života u pacienta s lumboischiadickým syndromem

Šimon Staněk

---

Bakalářská práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Šimon Staněk  
Osobní číslo: H21410  
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství  
Forma studia: Prezenční  
Téma práce: Kvalita života u pacienta s lumboischiadickým syndromem

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti neurologie a vertebrogenních onemocnění.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou standardizovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: část speciální II*. Praha: Triton, 2010. 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- HAKL, M. a kol. *Bolesti zad a kloubů*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2020. 176 s. ISBN 978-80-7345-659-7.
- LIU, C., G. E. FERREIRA, C. ABDEL SHAHEED et al. Surgical Versus Non-surgical Treatment for Sciatica: Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *BMJ* [online], 2023 [cit. 2023-10-5]. DOI: 10.1136/bmj-2022-070730.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. *Myoskeletální medicína pro praxi*. Praha: Mladá fronta, 2019. 230 s. ISBN 978-80-204-5325-9.
- OSTELO, R. W. Physiotherapy Management of Sciatica. *Journal of Physiotherapy* [online]. *Journal of Physiotherapy*, 2020, vol. 66, no. 2, pp. 83-88 [cit. 2023-10-5]. ISSN 1836-9553. DOI: 10.1016/j.jphys.2020.03.005.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Ondřej Kalita, Ph.D., MBA.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě*

*pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacienta s lumboischiadickým syndromem a jejím cílem je zjistit míru omezení v oblasti kvality života a wellbeingu u pacienta s danou diagnózou.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu kvality života, vymezení pojmů a teoretických východisek u onemocnění lumboischiadického syndromu a seznámení se specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s danou diagnózou.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativní metody sběru dat formou standardizovaného dotazníkového šetření. Ke sběru dat byly vybrány dotazníky WHOQOL-BREF a ODI 2.1a. Na základě výsledků dotazníkového šetření budou navržena konkrétní režimová opatření a vypracován edukační materiál pro pacienty.

**Klíčová slova:** kvalita života, lumboischiadický syndrom, bolest dolních zad, ODI, WHOQOL-BREF, výhřez ploténky

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis deals with the quality of life of a patient with lumboischiadic syndrome and it aims to determine the degree of limitations in the quality of life and well-being of the patient with the given diagnosis.

The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is aimed at defining the concept of quality of life, defining the concepts and theoretical background of lumboischiadic syndrome, and introducing the specifics of nursing care in a patient with the diagnosis.

The practical part contains the results of the quantitative method of data collection in the form of a standardized questionnaire survey. WHOQOL-BREF and ODI 2.1a questionnaires were chosen for data collection. Based on the results of the questionnaire survey, specific regimen measures will be proposed and educational material for patients will be developed.

**Keywords:** quality of life, lumbosciatica syndrome, lower back pain, ODI, WHOQOL-BREF, spinal disc herniation

Tímto bych chtěl mnohokrát poděkovat doc. MUDr. Ondřeji Kalitovi, Ph.D., MBA, za jeho odborné a příjemné vedení při zpracování bakalářské práce.

Děkuji i Mgr. Jiřině Cáhlikové, MBA, za umožnění sběru dat ve FN Olomouc a Mgr. Miluši Šimákové a kolektivu sester za organizaci dotazníkového šetření na Neurochirurgické klinice.

Také děkuji Mgr. Renátě Grossové Klementové, MBA, za umožnění výzkumného šetření ve FN Brno a Mgr. Sylvie Rolkové, staniční sestře Marcelle Pajtlové a kolektivu Neurochirurgické kliniky za organizaci dotazníkového šetření.

Rovněž děkuji Mgr. Kamile Slabákové za umožnění výzkumu v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a vrchní sestře Magdaléně Nevařilové a kolektivu sester na Neurochirurgickém oddělení za organizaci dotazníkového šetření.

Dovolím si rovněž poděkovat PhDr. Evě Dragomírecké, Ph.D., za poskytnutí české verze dotazníku WHOQOL-BREF, který sloužil jak podklad pro zpracování praktické části práce.

Na závěr též děkuji PhDr. Mgr. Pavle Kudlové, Ph.D. a prof. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc. za jejich užitečné rady při volbě tématu a zpracování práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA .....</b>	<b>12</b>
1.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA.....	12
1.2 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U SKUPINY PACIENTŮ.....	12
1.3 KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI S VERTEBROGENNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	13
<b>2 LUMBOISCHIADICKÝ SYNDROM .....</b>	<b>14</b>
2.1 ETIOPATOGENEZE .....	14
2.2 PŘÍZNAKY.....	15
2.2.1 BOLEST .....	15
2.2.2 PORUCHY ČITÍ .....	16
2.2.3 OMEZENÍ POHYBU .....	16
2.3 DIAGNOSTIKA .....	16
2.3.1 ANAMNÉZA .....	16
2.3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ .....	16
2.3.3 ZOBRAZOVACÍ METODY .....	17
2.3.4 VÝZNAM DOTAZNÍKŮ V DIAGNOSTICE.....	17
2.4 POPULACE V RIZIKU .....	18
2.5 KOMPLIKACE.....	19
2.6 TERAPIE .....	19
2.6.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA .....	20
2.6.2 INVAZIVNÍ LÉČBA .....	21
2.7 REHABILITACE.....	22
<b>3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>24</b>
3.1 OMEZENÍ V DENNÍCH ČINNOSTECH.....	25
3.2 PÉČE O FYZICKÉ POTŘEBY.....	25
3.3 POHYBOVÝ REŽIM .....	26
3.4 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ A PREVENCE RECIDIVY .....	27
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>29</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>30</b>
4.1 CÍLE PRÁCE .....	30
4.2 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	30



4.2.1	STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE .....	30
4.2.2	NÁSTROJ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI OSWESTRY DISABILITY INDEX .....	31
4.2.3	PŘEDMLUVA A DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	32
<b>4.3</b>	<b>VÝBĚR RESPONDENTŮ .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4</b>	<b>VÝBĚR PRACOVIŠTĚ .....</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>ANALÝZA DAT .....</b>	<b>33</b>
<b>4.6</b>	<b>DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE .....</b>	<b>34</b>
4.6.1	POHLAVÍ .....	34
4.6.2	PRACOVNÍ STATUS .....	34
4.6.3	VĚKOVÉ ROZMEZÍ .....	35
<b>4.7</b>	<b>VÝSLEDKY DOTAZNÍKU KVALITY ŽIVOTA SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE .....</b>	<b>35</b>
4.7.1	VYHODNOCENÍ SAMOSTATNÝCH POLOŽEK A DOMÉN DOTAZNÍKU SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE .....	36
4.7.2	DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE DLE POLOŽEK .....	37
<b>4.8</b>	<b>VÝSLEDKY NÁSTROJE PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI OSWESTRY DISABILITY INDEX .....</b>	<b>47</b>
4.8.1	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH NÁSTROJŮ OSWESTRY DISABILITY INDEX .....	47
4.8.2	OSWESTRY DISABILITY INDEX DLE POLOŽEK .....	49
<b>4.9</b>	<b>POROVNÁNÍ POUŽITÝCH NÁSTROJŮ .....</b>	<b>56</b>
<b>5</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI A DALŠÍ VÝZKUM .....</b>	<b>61</b>
<b>5.1</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PACIENTY DLE IDENTIFIKOVANÝCH OBLASTÍ .....</b>	<b>61</b>
<b>5.2</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM .....</b>	<b>63</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>
	<b>PŘÍLOHA P I: DIAGRAM PRO VYHODNOCENÍ NÁSTROJE ODI .....</b>	<b>75</b>
	<b>PŘÍLOHA P II: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT FN OLOMOUC .....</b>	<b>76</b>
	<b>PŘÍLOHA P III: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT FN BRNO .....</b>	<b>77</b>
	<b>PŘÍLOHA P IV: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT A PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI KNTB .....</b>	<b>79</b>

## ÚVOD

V současné době, kdy se životní úroveň obyvatelstva stala velice komfortní, snižuje se individuální aktivita, je častější sedavý způsob života a naše populace stále více stárne, narůstá počet pacientů s výskytem degenerativních onemocnění zad a páteře.

Některá data udávají, že až 84 % pacientů se někdy v životě setká s nějakou formou bolesti dolních zad. (Matějovská Kubešová et al., 2019)

Jedním z těchto onemocnění je tzv. lumboischiadický syndrom, lidově známý jako ischias [išias] nebo houser. Jedná se o bolestivý a pro pacienta omezující stav postihující nejen aspekty fyzického zdraví, ale i psychické vnímání a sociální život.

Lumboischiadický syndrom je velmi rozšířeným onemocněním, které v moderním zdravotním systému a medicíně zasahuje nejen do oborů neurologie, neurochirurgie nebo rehabilitace, ale i do oblastí jako ortopedie, psychoterapie, léčby bolesti nebo zobrazovacích metod. Zvyšující se počet pacientů s tímto onemocněním tak bude vyvíjet stále větší tlak na zdravotní systém České republiky.

Onemocnění bederní páteře má ovšem i velmi významný vliv na schopnost jedince pracovat, provádět aktivity běžného denního života nebo věnovat se svým zájmům a zálibám, a proto je důležité mu více porozumět a snažit se předcházet jeho vzniku nebo snižovat to, do jaké míry v každodenním životě pacienty omezuje.

Tato práce byla vypracována s cílem identifikovat jednotlivé oblasti, ve kterých jsou pacienti s tímto onemocněním nejvíce omezeni v kontextu fyzického, psychického a sociálního vnímání, a tím umožnit nejen pacientům, ale i zdravotníkům a širší veřejnosti více porozumět oblastem, na jejichž podporu se v souvislosti s tímto onemocněním více zaměřit.

Impulesem ke zvolení daného tématu pro vypracování této kvalifikační práce bylo velké množství pacientů zasažených tímto onemocněním, se kterými se autor v průběhu studia setkal a o něž v rámci praxe a práce měl příležitost pečovat a ošetřovat je.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je pojem významně provázaný se všemi aspekty poskytované péče ve zdravotnictví. Ve 21. století již není záměrem moderní medicíny za každou cenu prodlužovat život pacienta, ale podporovat a zvyšovat kvalitu jeho života. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

## 1.1 Definice kvality života

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako:

*„Jedincovo vnímání svého postavení v životě v kontextu s kulturou a hodnotovým systémem, ve kterém žije, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám“.* (World Health Organization, ©2024)

Kvalitu života tedy hodnotíme dle velmi subjektivního vnímání daného jedince, respektive hodnocené osoby nebo pacienta s daným onemocněním. Toto hodnocení se zaměřuje na celkové vnímání současné životní situace a obsahuje různé faktory, jako jsou například životní cíle, životní priority nebo zhodnocení kvality života v prostředí, ve kterém se daná osoba vyskytuje. Kvalita života tedy neobsahuje pouze oblasti omezení v důsledku vzniku a rozvoje onemocnění, ale zaměřuje se na hodnocení životní úrovně a spokojenosti hodnoceného se všemi kontextuálními náležitostmi.

S kvalitou života úzce souvisí i pojem zdraví, které je definováno Světovou zdravotnickou organizací jako:

*„Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen absence nemoci nebo slabosti“* (World Health Organization, 1946)

## 1.2 Hodnocení kvality života u skupiny pacientů

Hodnocení kvality života může probíhat zcela subjektivně, z pohledu jedince ve vztahu k jeho potřebám a omezením v kontextu okolního prostředí (například za využití rozhovoru), anebo objektivně k hodnocení kvality života daného jedince za použití standardizovaných dotazníků a škál.

Vývojem standardizovaných dotazníků kvality života se zabývá množství skupin a organizací z celého světa, například Světová zdravotnická organizace nebo Mezinárodní společnost pro výzkum kvality života.

Pro zhodnocení kvality života je možné použít generický nástroj nebo nástroj cílený přímo na určitou skupinu onemocnění.

Příkladem generického dotazníku pro hodnocení kvality života je například standardizovaný nástroj SF-36, který obsahuje 36 otázek zaměřených na fyzické omezení, bolest, zdraví, sociální fungování a psychický stav. Dalším příkladem generického nástroje pro hodnocení kvality života je WHOQOL – jedná se nástroj vypracovaný pracovní skupinou Světové zdravotnické organizace. Základní verze dotazníku WHOQOL-100 obsahuje 100 otázek rozdělených do 24 částí zaměřených na různé oblasti jako například fyzické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální funkčnost a další. Dotazník WHOQOL existuje v několika verzích. Zkrácená verze dotazníku o 26 otázkách – WHOQOL-BREF – byla použita pro získání dat jako podklad pro praktickou část této práce, viz kapitola 4.2 Metodologie výzkumného šetření. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

Cíleným nástrojem pro zhodnocení kvality života u pacienta s určitým onemocněním je například nástroj LupusQoL – nástroj pro vyhodnocení kvality života u pacienta s onemocněním lupus erythematoses, nástroj HIVDQoL pro zhodnocení kvality života u pacienta s onemocněním lidským imunodeficientním virem nebo například dotazník kvality života se zaměřením na mozkový infarkt SS-QOL. (Mapi Research Trust, ©2024)

### **1.3 Kvalita života v souvislosti s vertebrogenním onemocněním**

Onemocnění bederní páteře je provázeno množstvím příznaků, mezi nejčastější a nejzávažnější patří bolest a funkční omezení.

Pro zhodnocení jednotlivých aspektů kvality života u pacienta s onemocněním bederní páteře je možné použít nástroj Oswestry disability index, který je přímo zhotovený k hodnocení úrovně vzniklého omezení při onemocnění zad. ODI obsahuje 10 otázek a existuje v několika verzích. Výsledek nástroje Oswestry disability index udává míru omezení (disability) u pacienta v souvislosti se vzniklou bolestí zad. Výsledná hodnota je počítána v procentech vzestupně, od nejnižší míry omezení po nejvyšší míru omezení.

Verze ODI 2.1a v českém jazyce byla rovněž použita pro získání dat pro praktickou část práce, viz kapitola 4.2 Metodologie výzkumného šetření.

## 2 LUMBOISCHIADICKÝ SYNDROM

Lumboischiadický syndrom, lidově ischias, houser nebo anglicky Sciatica, patří do skupiny onemocnění kořenových syndromů páteře a je stále častějším problémem pohybového aparátu, který způsobuje značné omezení především v pracovním životě. Potvrzuje to i úspěšná snaha o aktualizaci Seznamu nemocí z povolání vládou ČR, která vstoupila v platnost 23. 12. 2021, kdy došlo o doplnění seznamu o chronické onemocnění bederní páteře. (Česko, 2021)

Vzhledem k faktu, že dané nařízení nabývá účinnosti od 1. 1. 2023, není v době zpracování kvalifikační práce k dispozici aktuální přehled četnosti chronického onemocnění bederní páteře jako nemoci z povolání v České republice. K dispozici je pouze dokument z roku 2022, kdy četnost onemocnění bederní páteře jako nemoci z povolání sledována nebyla. (Fenclová et al., 2023)

Obecný odhad počtu pacientů s kořenovým původem bolesti zad (mezi které se lumboischiadický syndrom řadí) je 8–10 % z celkového počtu všech pacientů s bolestí dolních zad. (Hakl et al., 2020)

Matějovská Kubešová shodně udává, že z celkového počtu pacientů s bolestí zad jsou bolesti způsobené postižením nervových kořenů zastoupeny asi v 5–10 % případů. (Matějovská Kubešová et al., 2019)

Manji a kol. udává, že akutní bolesti zad jsou doprovázeny lumboischiadickým syndromem pouze ve 2 % případů. (Manji et al., 2014)

Roční incidence lumboischiadického syndromu se pohybuje mezi 1–5 % (Fairag et al., 2022) a celoživotní incidence se pohybuje mezi 13–40 %. (Stafford, Peng a Hill, 2007)

### 2.1 Etiopatogeneze

Lumboischiadický syndrom je neuropatií, respektive radikulopatií nervu ischiadicu, tedy poškození a bolest odstupujícího nervového kořene, která vzniká nejčastěji na podkladě výhřezu meziobratlové ploténky (takzvané diskogenní příčiny) v úrovni meziobratlového spojení L4/L5 nebo L5/S1, kdy dochází k útlaku daného odstupujícího kořene. (Hrabálek a kol., 2023; Fairag et al., 2022; Ambler et al., 2010)

Hrabálek a kol. udávají četnost výhřezu disku v úrovni meziobratlového spojení L5/S1 na 50 % a četnost výhřezu disku v úrovni L4/L5 na 40 %. (Hrabálek a kol., 2023)

To odpovídá i údajům v Oxford Handbook of Neurology, kde se celkový počet výhřezů meziobratlových plotének v úrovni L4/L5 a L5/S1 počítá na 95 % všech výhřezů v oblasti bederní páteře (Manji et al., 2014) a v knize Neurologie pro studium a praxi, kde se udává výskyt výhřezů disku v oblasti L4/L5 a L5/S1 na 80-90%. (Siedl, 2015)

Mezi nediskogenní příčiny (tedy příčiny útlaku nervu na podkladě jiném než výhřez meziobratlové ploténky) patří degenerativní nebo vrozené změny ve stavbě kosti obratle, kvůli kterým dochází k zúžení páteřního kanálu a tím k útlaku daného nervového kořene, dále sem patří nestability páteře (skupiny onemocnění, kdy dochází k abnormálním pohybům páteřních segmentů a tím k útlaku nervového kořene) a syndrom selhané operace zad, tzv. FBSS. (Hrabálek a kol., 2023; Fairag et al., 2022; Ambler et al., 2010)

## 2.2 Příznaky

Lumboischiadický syndrom je onemocnění projevující se kombinací různých příznaků v důsledku mechanismu vzniku onemocnění. Mezi nejčastější příznaky patří:

### 2.2.1 Bolest

Útlak kořene ischiadického nervu způsobuje pacientovi typickou bolest, která má charakter ostré bolesti s vystřelováním nebo s pocitem pálení. (Matějovská Kubešová et al., 2019)

Bolest vzniká lokálně v oblasti bederní páteře v místě vzniku radikulopatie (postižení nervového kořene), nejčastěji v meziobratlovém prostoru L5/S1 nebo L4/L5, ale i v místech obratlového spojení L3/L4. (Hrabálek et al., 2023) Některá literatura uvádí pro výhřezy disku v místě obratlového spojení L3/L4 termín lumbofemorální syndrom (Hakl et al., 2020; Kaňovský et al., 2007)

Bolest prochází po průběhu nervu ischiadicu přes hýždě a zadní stranu stehna do jedné nebo obou dolních končetin. Ke zhoršení bolesti může dojít vlivem špatného náhlého pohybu nebo například vyvinutím tlaku při vyprazdňování. (Hrabálek a kol., 2023; Ostelo, 2020; Ropper a Zafonte, 2015; Manji et al., 2014)

Bolest může být dle délky působení dělena na akutní, s dobou trvání do šesti týdnů, dále na subakutní s délkou průběhu 6–12 týdnů nebo na bolest chronickou trvající déle než dvanáct týdnů. (Matějovská Kubešová et al., 2019)

Klinické doporučení Národního institutu pro zdraví a klinickou kvalitu ve Spojeném království (NICE) obsahuje odlišné rozlišení pro termíny vztahující se k délce trvání bolesti.

Dle NICE je rozlišeno akutní jako trvající méně než tři měsíce a chronické jako trvající déle než tři měsíce. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020)

### **2.2.2 Poruchy čítí**

Častým doprovázejícím příznakem mohou být poruchy čítí v oblasti bederní páteře a brnění probíhající po dráze zasaženého nervového kořene do dolní končetiny (parestezie). (Hrabálek a kol., 2023)

### **2.2.3 Omezení pohybu**

V důsledku akutní bolesti u pacientů vzniká omezení rozsahu pohybu bederní páteře vlivem bolestivých křečí paravertebrálních svalů a případně i dolní končetiny. Pacienti se rovněž snaží vyhýbat výrazným a rychlým pohybům. (Hrabálek a kol., 2023)

Pacienti jsou nuceni vyhledávat úlevovou polohu, kdy dochází k držení těla v nuceném předklonu a úklonu – tzv. vertebrální nález. (Hrabálek a kol., 2023; Kaňovský et al., 2007)

## **2.3 Diagnostika**

Mezi hlavní vyšetřovací metody v diagnostice lumboischiadického syndromu patří anamnéza a neurologické a fyzikální vyšetření. Dále lze vyšetření doplnit o zobrazovací metody, nejčastěji ve formě magnetické rezonance nebo výpočetní tomografie.

### **2.3.1 Anamnéza**

Přestože odebraná anamnéza u pacienta s onemocněním bederní páteře by měla být komplexní, je důležité zaměřit se především na anamnézu bolesti, anamnézu pracovní, anamnézu sociální a vzhledem k rizikovým faktorům daného onemocnění (viz. kapitola 2.4) anamnézu abúzu látek (respektive kouření).

Pro optimální zhodnocení je nutné při získávání anamnézy bolesti získat informace především o spouštěcích nebo ulevujících faktorech, délce trvání bolesti, intenzitě a propagaci bolesti do dolních končetin, omezení pohybu, dřívějších stavech akutního lumbaga nebo provázejících symptomech jako například parestezie (brnění). (Manji et al., 2014; Siedl, 2015)

### **2.3.2 Fyzikální vyšetření**

V akutní fázi lze při zhodnocení pohledem u pacienta především zhodnotit vyhledávání úlevové polohy, tzv. vertebrální nález a případné abnormality při pohybu a chůzi. Dále je



prováděno běžné neurologické vyšetření, především se zaměřením na čítí dolních končetin. (Hrabálek et al., 2023; Kaňovský et al., 2007)

Bolest může v průběhu fyzikálního vyšetření uměle vyvolat Lasègueův manévr, při kterém vyšetřující provádí ohnutí dolní končetiny v kyčli s propnutím v koleni. Při pozitivní zkoušce dojde k vyvolání bolesti při ohnutí v kyčli do 60°. (Fairag et al., 2022; Hakl et al., 2020; Siedl, 2015; Ropper a Zafonte, 2015; Ambler et al., 2010)

### 2.3.3 Zobrazovací metody

Pokud lze lumboischadickým syndrom diagnostikovat na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření, není nutné využít zobrazovací metody. Zobrazovací metody je vhodné využít především u pacientů, u kterých je diagnóza na základě fyzikálního vyšetření a anamnézy nejednoznačná, nebo u pacientů se závažnými symptomy, jež nereagují na konzervativní léčbu. (Ropper a Zafonte, 2015; Koes, van Tulder a Peul, 2007)

Fairag a kol. koresponduje s upřednostněním vyšetření bez zobrazovacích metod také z důvodu omezení nutnosti odesílání pacientů k dalším vyšetřením, snížení ekonomického zatížení nebo omezení nežádoucích intervencí. Současně podporuje názor, že zobrazovací metody jsou nezastupitelné při bolesti nereagující na léčbu, zhoršujících se neurologických projevech (viz. kapitola 2.5) nebo před chirurgickou intervencí. (Fairag et al., 2022)

Zobrazovací metody jsou zcela nezastupitelné při indikaci a přípravě k chirurgickému výkonu.

Nejvhodnější zobrazovací metodou v diagnostice je magnetická rezonance pro její schopnost zobrazit zasaženou oblast měkkých tkání ve vrstvách a absenci ionizujícího záření (Siedl, 2015). Výpočetní tomografie je také používána pro její rychlost a dostupnost. Nativní rentgenové vyšetření není často využíváno, protože jím lze zobrazit pouze nepřímé ukazatele postupného (degenerativního) poškození obratlů nebo nežádoucí postavení segmentů páteře při instabilitě. (Hrabálek a kol., 2023; Ambler et al., 2010)

### 2.3.4 Význam dotazníků v diagnostice

Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu ve Spojeném království (NICE) v aktuálním znění směrnice z roku 2020 k zhodnocení a managementu lumboischadického syndromu doporučuje v diagnostice použití nástrojů ke zhodnocení rizika u daných pacientů, například za pomoci nástroje STarT Back risk assesment tool. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020)

Nástroj STarT neboli nástroj pro zhodnocení rizika podskupin pro cílenou léčbu (z anglického Subgroups for Targeted Treatment risk assesment tool) slouží k začlenění pacienta s bolestí zad do skupiny nízkého, středního nebo vysokého rizika rozvoje omezující bolesti v budoucnu a tím k snadnějšímu rozhodování o dalším postupu v primární péči. (Hill et al., 2008)

Dále je ke zhodnocení míry disability možno použít standardizovaný nástroj Oswestry disability index, který slouží ke zhodnocení míry omezení vlivem bolesti v 10 základních oblastech každodenního života. Administrace a vyhodnocení dotazníku ODI jsou velmi jednoduché a nemusí trvat dále než 3–5 minut. Výsledná hodnota vyhodnoceného dotazníku udává míru disability vlivem bolesti u daného pacienta v procentech, přičemž vyšší procentuální hodnota udává vyšší míru omezení. (Mehra et al., 2008)

## 2.4 Populace v riziku

Rizikovými faktory pro vznik lumboischiadického syndromu lze dělit dle review z roku 2018 na demografické charakteristiky, špatné zdraví, fyzickou zátěž páteře nebo psychický stres. Rizikové faktory onemocnění lze také dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. (Parreira et al., 2018; Fairag et al., 2022)

### Neovlivnitelné faktory

Mezi neovlivnitelné faktory dle Fairag a kol. patří: věk, pohlaví a socioekonomická skupina. (Fairag et al., 2022)

Přestože pohlaví nebylo ve studii plně specifikováno, pro rizikovou věkovou skupinu byl uveden vrchol incidence ve čtvrté dekádě života (Fairag et al., 2022), Matějovská Kubešová a kol. uvádí pro všechny typy bolesti zad nejčastější zastoupení ve věku 40–60 let. (Matějovská Kubešová et al., 2019) S tím částečně korespondují i studie z roku 2007, ve které je identifikované rizikové věkové rozmezí pro lumboischiadický syndrom 45–64 let (Koes, van Tulder a Peul, 2007) a také článek z roku 2007, kde se udává vrchol výskytu pro věkové skupiny v páté dekádě života a později (Stafford, Peng a Hill, 2007).

Hakl a kol. udává, že většina studií prokazuje vyšší riziko vzniku bolesti zad (bez bližší specifikace příčiny) pro pohlaví žen. Dále uvádí nižší pravděpodobnost výskytu bolesti zad u pacientů s nižší výškou. (Hakl et al., 2020) S vyšším rizikem rozvoje onemocnění u jedinců vyššího věku korespondovali i obě studie z roku 2007. (Stafford, Peng a Hill, 2007; Koes, van Tulder a Peul, 2007).

V článku z roku 2007 nebylo pohlaví ani tělesná stavba (v kontextu hmotnosti daného jedince) průkazná jako rizikový faktor pro vzniku lumboischiadického syndromu. Dále je však zmíněna i potencionální dědičná predispozice pro rozvoj onemocnění. (Stafford, Peng a Hill, 2007) Vliv genetiky jako rizikového faktoru pro rozvoj (nespecifikovaných) bolestí zad udává i Hakl a kol. ve své publikaci. (Hakl et al., 2020)

### **Ovlivnitelné faktory**

Mezi ovlivnitelné faktory jsou řazeny: kouření, obezita a faktory související s pracovní pozicí a zaměstnáním (Fairag et al., 2022)

Výše zmíněné studie a článek z roku 2007 udávají shodu v těchto ovlivnitelných faktorech, nicméně blíže specifikují jako rizikové zaměstnání taková, která jsou fyzicky namáhavá, například tesařství a obsluha těžké techniky, dále rovněž řízení a pracovní pozice, při kterých jsou jedinci vystaveni vlivu vibrací na celé tělo. (Stafford, Peng a Hill, 2007) nebo pozice vyžadující úporné fyzické činnosti jako například zvedání těžkých předmětů, především v souvislosti s ohýbáním trupu a rotací. (Koes, van Tulder a Peul, 2007)

## **2.5 Komplikace**

Mezi možné komplikace, které se mohou vyskytnout u pacienta s lumboischiadickým syndromem, u něhož je zvolen konzervativní léčebný postup, patří: zhoršování intenzity bolesti bez reakce na konzervativní léčbu po dobu 4–6 týdnů nebo progresse vzniklého neurologického deficitu u pacienta. Tyto komplikace jsou indikací pacienta k chirurgickému odstranění tlaku na odstupující nervový kořen (viz podkapitola 2.6.2). (Hrabálek a kol., 2023).

Fairag shodně uvádí, jako komplikace neléčeného lumboischiadického syndromu, zhoršování intenzity bolesti nebo ztrátu svalové síly, doplňuje ovšem i o komplikace jako permanentní poškození odstupujícího nervového zásobení, přetrvávající svalovou slabost nebo ztrátu funkčnosti střev nebo močového měchýře (a rozvoj závažného stavu známého jako syndrom Caudy Equinae). (Fairag et al., 2022)

## **2.6 Terapie**

Současný konsensus odborníků z oblasti neurologie a neurochirurgie doporučuje konzervativní léčebný postup při nekomplikovaném lumboischiadickém syndromu a pokračovat v terapii po dobu 6–8 týdnů. (Hakl et al., 2020) V 75 % akutních bolestí dolních

zad a lumboischiadického syndromu dojde k úpravě potíží při konzervativní léčbě. (Manji et al. 2014) Pokud do 6–8 týdnů nedojde k ústupu potíží anebo dojde k jejich zhoršení, je to indikací k chirurgickému řešení. (Hakl et al., 2020)

Hrabálek a kol. a Kaňovský a kol shodně doporučují indikaci pacienta k neurochirurgickému došetření a případně k invazivnímu řešení blokády nervového kořene, pokud pacient nereaguje na konzervativní léčebné postupy již po 4-6 týdnech. (Hrabálek a kol, 2023; Kaňovský et al. 2007)

### 2.6.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba včetně léčby medikamentózní by měla být terapií první volby.

Ve fázi akutního lumbaga je důležitý management bolesti a klid na lůžku. (Matějovská Kubešová et al., 2019; Hakl et al., 2020; Manji et al., 2014) Při akutním záchvatu je možné pacienta hospitalizovat na neurologickém oddělení a zahájit infuzní terapii s cílem odstranit akutní bolest a uvolnit křeče paravertebrálního svalstva. Toho je docíleno podáváním neopioidních analgetik – nesteroidních antirevmatik, analgetik a krátkodobé podávání analgetik-spasmolytik. (Hakl et al., 2020)

Pokud jsou předepsána léčiva ze skupiny nesteroidních antirevmatik (NSAIDs), je důležité, aby lékařský a ošetrovatelský personál informoval pacienta o množství možných nežádoucích účinků a průběžně kontroloval výskyt těchto nežádoucích účinků.

Po odeznění akutní bolesti je vhodné vysadit spasmolytika, aby nedošlo k dalšímu ochabování již oslabeného svalstva. Dále je vhodné doplnit doprovodná vyšetření, například zobrazovací metody (CT, MRI) k určení přesné příčiny rozvoje onemocnění a dalšímu zacílení léčby. (Matějovská Kubešová, 2019)

U pacientů s chronickým lumboischiadickým syndromem není doporučeno podávání opioidů. Léčba bolesti u pacientů s lumboischiadickým syndromem pomocí léků na bázi gabapentinu nebyla průkazná a není doporučena Národním institutem pro zdraví a klinickou kvalitu. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020; Giménez-Campos et al., 2022)

Vhodné je medikamentózní terapii kombinovat s nefarmakologickými možnostmi řízení bolesti, jako například aplikace suchého tepla na zasaženou oblast, pasivní a aktivní cvičení a úprava polohy. Provádění fyzioterapie k léčbě příčiny vzniku onemocnění je při

přetrvávání akutní bolesti nevhodné, avšak po odeznění akutní bolesti je včasný nástup fyzioterapie a rehabilitace nezbytný. (Hakl et al., 2020; Chou et al. 2017; Siedl, 2015)

### 2.6.2 Invazivní léčba

Alternativou přímé chirurgické léčby, při absenci adekvátní reakce na konzervativní terapii, může být aplikace lokálního anestetika k blokáde nervového kořene jako doprovodná léčba při farmakologické terapii. Při blokáдах nervových kořenů mohou být aplikovány i směsi léčivých látek, kdy mohou být kromě lokálních anestetik použita i léčiva ze skupiny opioidů nebo kortikoidů. (Hakl et al., 2020) Epidurální aplikace steroidních injekcí může být i samostatná. (Liu et al., 2023; Manji et al., 2014; Koes, van Tulder a Peul, 2007)

Chirurgická léčba je u pacienta indikována, pokud nedojde k úpravě stavu v průběhu 6–8 týdnů konzervativní terapie nebo pokud dojde ke zhoršení potíží u tohoto pacienta. (Hrabálek et al. 2023; Manji et al. 2014; Kaňovský et al. 2007, Hakl et al., 2020)

Jako podklad pro rozhodnutí o zahájení chirurgické léčby je nutné získat přesné informace o místě vzniku a příčině rozvoje lumboischiadického syndromu. Toho je docíleno doplněním vyšetření pomocí zobrazovacích metod, především vyšetřením magnetickou rezonance (viz. podkapitola 2.3.3 Zobrazovací metody). Pacient je odeslán na neurochirurgické pracoviště ke zhodnocení nálezu a k doporučení dalšího postupu.

Chirurgické řešení je při léčbě lumboischiadického syndromu cíleno na přímé odstranění příčiny vzniku bolesti a obnovení nervové funkce (především funkce dolní končetiny). Tohoto cíle je dosaženo nejčastěji chirurgickým odstraněním překážky, která utlačuje odstupující kořen nervu ischiadicu, pomocí odstranění vyhrěznuté části meziobratlové ploténky (diskektomie), tedy dekomprese nervu, nebo částečným odstraněním degenerativně změněného těla obratle (laminektomií). Alternativně může být v některých případech indikována metoda spinální fúze, při které dochází ke spojení (fúzi) a stabilizaci úseku páteře pomocí osteosyntetického materiálu, především u skupiny onemocnění instabilit páteře. (Hrabálek et al. 2023)

Diskektomie je zákrok, který probíhá v celkové anestezii. Může probíhat formou miniinvazivní nebo otevřené operace, kdy preferována je forma miniinvazivního výkonu, tedy mikrodiskektomie. Je možné také provést odstranění části vyhrězlého disku endoskopicky při výkonu známém jako endoskopická exstirpace (Hrabálek et al., 2023, Hakl et al., 2020) Během zákroku (mikrodiskektomie) na neurochirurgickém sále je pacient uložen v poloze na břicho (v tzv. pronační poloze) a v zasažené oblasti bederní páteře

(nejčastěji k meziobratlovému prostoru L4-L5 nebo L5-S1) je zhotoven přístup ze strany k vyhřezlé části disku a utlačeného odstupujícího kořene. Následně je identifikován zasažený nervový kořen a zhodnocen vyvolávající faktor, například vyhřezlý meziobratlový disk nebo změny na těle obratle aj. Poté je část meziobratlové ploténky, která vystupuje z fyziologického postavení a utlačuje nervový kořen, chirurgicky odstraněna a utlačovaný nervový kořen je uvolněn (tzv. dekomprese). Chirurgický přístup je poté uzavřen po vrstvách a operace je ukončena. (Hrabálek et al., 2023)

Směrnice NICE z roku 2020 doporučuje jako chirurgickou metodu dekompresi míchy, naopak nedoporučuje provádění spinální fúze, pokud tato metoda není součástí randomizované studie. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020)

Hakl a kolektiv ve své publikaci dále uvádí další invazivní možnosti léčby, jako například punkce disku, aplikace terapeutických látek (tzv. DiscoGel), laserová nebo radiofrekvenční nukleotomie nebo například augmentace cementem. (Hakl et al., 2020)

O přínosech chirurgického řešení lumboischiadického syndromu byly vedeny pochyby v porovnání s konzervativní léčbou. Systematická review a metaanalýza C. Liu a kolektivu autorů z roku 2023 udává, že malé množství důkazů podporuje diskektomii jako výhodnější řešení lumboischiadického syndromu v porovnání s konzervativní terapií. Studie dále udává, že diskektomie by mohla být vhodným řešením v případech s nutností rychlého řešení akutní bolesti a odstranění vzniklého funkčního omezení. (Liu et al., 2023)

## 2.7 Rehabilitace

Po ukončení konzervativní terapie anebo po úspěšné chirurgické intervenci je žádoucí odeslat pacienta na další doléčení na pracoviště specializující se na klinickou rehabilitaci, fyzioterapii nebo lázeňskou péči. (Siedl, 2015)

Cílem je umožnit pacientovi co nejrychlejší návrat do běžného života pomocí cílené léčebně tělesné výchovy, elektrostimulace a dalších technik. Důležité je zacílit rehabilitační léčbu tak, aby pacient zůstal aktivní anebo aby rozvinul svoji fyzickou aktivitu. (Ostelo, 2020)

První rehabilitace pacienta, bez ohledu na to, zda je léčen konzervativně, nebo je po chirurgickém výkonu, probíhá na daném oddělení, kde je hospitalizován. První rehabilitace by měla obsahovat nácvik vstávání a nácvik chůze a měl by u ní být přítomen fyzioterapeut.

Před zahájením komplexní rehabilitace by mělo dojít ke zhodnocení stavu pacienta s cílem odhalit oblasti, na které je potřeba léčebně tělesnou výchovu zacílit. Součástí vyšetření by

mělo být držení těla, chůze, neurologické vyšetření nebo například rozsah pohybu, svalové napětí dolních končetin a další. (Hakl et al., 2020)

Současně je vhodné před zahájením vlastní rehabilitace umožnit pacientovi užít ordinovaná analgetika ke zmírnění bolestivých projevů, a to s takovým časovým odstupem, aby užitá léčiva mohla nabýt účinku. Nejen ošetrovatelský personál, ale i fyzioterapeuti a rehabilitační pracovníci by měli pacienta poučit o možnosti užít léky na bolest před začátkem cvičení. (Ostelo, 2020)

Fyzioterapie u pacienta s bolestí zad může být pasivní – například pomocí polohování nebo prováděním pasivních pohybů zdravotníkem, anebo aktivní – za částečné nebo úplné spolupráce pacienta. Pasivní rehabilitace je často využívána u pacientů se změnou úrovně vědomí, zatímco aktivní zapojení do rehabilitace je předpokládáno u pacienta před propuštěním z hospitalizace. V rámci aktivní rehabilitace může být využito aktivního cvičení (s dopomocí asistujícího zdravotníka nebo bez ní), odporového cvičení (kdy dochází k pohybu proti odporu, vyvolanému použitím pomůcek nebo asistujícím zdravotníkem), speciálních postupů a konceptů, fyzikální terapie (například za použití terapie suchým teplem nebo elektrostimulace) či manuální manipulace. (Hakl et al., 2020; Ostelo, 2020; Chou et al., 2017)

Aktivní rehabilitaci je také možné provádět formou cvičebního programu, například aerobiku, přímo pro skupinu pacientů s lumboischiadickým syndromem. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020)

V rámci fyzikální terapie může být pacientům s chronickými bolestmi zad nabídnuta forma elektrické stimulace TENS neboli transkutánní elektrická nervová stimulace, při které jsou přes elektrody na kůži vysílány elektrické impulzy, jejichž cílem je snížit vzniklou bolest nervového původu. (Hakl et al., 2020)

Dle aktuální směrnice NICE z roku 2020 ale již není vhodné nabízet TENS u pacientů s bolestí lumboischiadického původu. Směrnice rovněž nedoporučuje jako formu léčby ischiadické bolesti použití ultrazvuku, akupunkturu, použití kompenzačních pomůcek (jako bederních pásů nebo korzetů) nebo trakci páteře. (National Institute For Health And Care Excellence, 2020)

### 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Vzhledem k omezujícímu charakteru onemocnění nejen v akutní fázi, ale i při rozvoji do chronického stádia, před operací anebo po ní, je třeba dbát na individuální přístup při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s lumboischiadickým syndromem. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je zásadní nebagatelizovat pacientovo subjektivní vnímání bolesti a aktivně vyhledávat možnosti, jak uspokojit jeho fyzické, psychické a sociální potřeby. Cílem je poskytnout pacientovi v průběhu hospitalizace kvalitní ošetrovatelskou péči v souladu s praxí založenou na důkazech, rozvíjet jeho soběstačnost a umožnit mu co nejrychlejší návrat do osobního a pracovního života.

Slezáková udává pět hlavních ošetrovatelských diagnóz dle NANDA-I, které lze u pacienta s lumboischiadickým syndromem identifikovat, jsou to (Slezáková, 2014):

- 00132 Akutní bolest,
- 00085 Zhoršená pohyblivost,
- 00108 Deficit sebepéče při koupání,
- 00126 Nedostatek vědomostí,
- 00095 Nespavost, a jiné.

Na podkladě mechanismu vzniku a projevů daného onemocnění se nabízí doplnit dle aktuálního stavu pacienta diagnózy jako například:

- 00238 Zhoršený postoj,
- 00090 Zhoršená schopnost přemísťování se,
- 00088 Zhoršená chůze,
- 00109 a 00110 Deficity sebepéče při oblékání a vyprazdňování,
- 00133 Chronická bolest (při přechodu onemocnění do chronického stádia),  
a 00214 Zhoršený komfort.

Dále je vhodné aktivně vyhledávat rizikové oblasti u pacienta a pracovat s nimi při plánování péče o něj. Jedno z nejvíce relevantních rizik u pacienta s lumboischiadickým syndromem, z důvodu možného neurologického deficitu dolních končetin, je 00303 Riziko pádu dospělého. (Herdman et al., 2021)



### 3.1 Omezení v denních činnostech

Vzhledem k vážnému omezení pohybu v akutní fázi lumboischiadického záchvatu a silné akutní bolesti je úkolem ošetrovatelského personálu saturovat všechny nezbytné fyzické potřeby hospitalizovaného pacienta, než dojde k ústupu stavu akutní bolesti. V akutním stádiu se předpokládá částečná nebo úplná nesoběstačnost v oblastech hygieny, pohybu, stravování, oblékání a obouvání, použití toalety aj. (Slezáková, 2014)

Při akutním záchvatu lumbaga je nutné počítat s pracovní neschopností po dobu trvání potíží a případnou hospitalizací na lůžkové části neurologického pracoviště. Dále je nutné počítat s přetrvávajícím omezením po dobu probíhající následné rekonvalescence. (Siedl, 2015)

Míra a doba trvání omezení v denních činnostech je vysoce individuální a je závislá na předchozích zkušenostech pacienta se záchvatem akutního lumbaga, míře postižení a vlastních schopnostech jedince.

### 3.2 Péče o fyzické potřeby

Pokud je pacient aktuálně neschopen pohybu mimo lůžko, je povinností ošetrujícího personálu informovat ho o dočasných možnostech provádění péče na lůžku. Důležité je dbát na šetrnou manipulaci s pacientem, omezit množství činností, při kterých je nutné s pacientem pohybovat, umožnit pacientovi upravit si svoji úlevovou polohu a zajistit mu osobní věci na dosah ruky.

Na lůžku bude prováděna hygiena pacienta s dopomocí do míry, do jaké to jeho aktuální stav dovolí. Pacient, který vyžaduje dopomoc s hygienou, bude s největší pravděpodobností současně vyžadovat dopomoc i při oblékání a obouvání a při vyprazdňování moči a stolice. (Slezáková, 2014)

Při akutním lumbagu je možné dopomoci pacientovi s vyprazdňováním na lůžku, za použití podložní mísy nebo močové lahve. Je důležité současně pacienta dlouhodobě nepodporovat v pasivním jednání, ale snažit se ho aktivně vést a dopomáhat mu při rozvoji soběstačnosti v denních činnostech, především v oblastech osobní hygieny a vyprazdňování. (Slezáková, 2014)

Pacienti s akutní bolestí jsou zpravidla schopni se sami stravovat za předpokladu, že mají připravenou stravu na dosah ruky. Při stravování je však nutné brát ohled na možný vznik nechutenství v souvislosti s výraznou bolestí. Pokud je to možné, je vhodné podporovat chuť

k jídlu pacientů a dbát na pestrou stravu a dostatek tekutin, a to především v pooperačním období. (Slezáková, 2014)

### 3.3 Pohybový režim

V akutní fázi lumbaga je pacientům nařízen klid na lůžku. (Matějovská Kubešová, 2019; Seidl, 2015; Ambler et al., 2010; Kaňovský et al., 2007)

I přes upoutání na lůžko je pacient, který byl před rozvinutím onemocnění soběstačný, na lůžku pohyblivý a samostatný do míry, jak mu to bolest dovolí. Pacienti jsou v závislosti na současném stavu zařazeni do pohybové kategorie III (soběstačný v lůžku, mobilní v lůžku) nebo IV (imobilní, nesoběstačný).

Některé publikace paradoxně nedoporučují klid na lůžku a doporučují co nejdříve návrat k fyzické aktivitě. Například Matějovská Kubešová při akutní bolesti dolních zad nedoporučuje klid na lůžku delší než 1–3 dny. (Ostelo, 2020; Matějovská Kubešová, 2019)

Pokud je to v nemocničním prostředí možné, je vhodné pro pacienty zvolit lůžka s pevným základem. Lůžko a matrace by neměly být výrazně pružné. (Slezáková, 2014)

Po odeznění akutních potíží a zahájení rehabilitace jsou pacienti přehodnoceni na pohybový režim III (částečně soběstačný – neopouští pokoj) nebo II (volný pohyb po oddělení). Pacienti v pohybovém režimu I zpravidla nevyžadují hospitalizaci a jsou schopni být léčeni v domácím prostředí.

U pacienta provádíme intervence, abychom zajistili jeho bezpečnost a předešli jeho pádu. Pokud to pacientův stav vyžaduje, je vhodné upravit okolí lůžka s jeho svolením pro bezpečný a plynulý pohyb, například odstraněním překážek na pokoji mezi pacientovým lůžkem a toaletou. Současně je nezbytné dbát na pacientovu bezpečnost na lůžku zajištěním signalizačního zařízení na dosah pacientovy ruky anebo zajištěním bezpečnostních postranic u pacientova lůžka s jeho souhlasem. Riziko pádu 00155 je rizikovou ošetrovatelskou diagnózou, na kterou je nutno při poskytování péče o daného pacienta myslet. Riziko pádu navazuje na vzniklou zhoršenou pohyblivost, potíže s chůzí, užívání některých farmak, neznámé prostředí, ve kterém se pacient ocitá, a další. Cílem je prevence pádu a vzniku dalšího možného poškození. (Herdman et al., 2021)

### 3.4 Režimová opatření a prevence recidivy

Na základě známých rizikových faktorů, viz kapitola 2.4 Populace v riziku, je důležité provést důslednou edukaci pacienta o těchto faktorech a navrhnout režimová opatření s cílem předcházet dalšímu rozvoji onemocnění a zabránit další recidivě. Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné (biologické rizikové faktory, takzvané predispozice). (Fairag et al., 2022)

Cílem ošetrovatelského personálu je poskytnout pacientovi dostatek informací o ovlivnitelných faktorech a o možných změnách v životním stylu, aby mohl samostatně nebo s vnější pomocí provést kroky ke zlepšení svého fyzického a psychického zdraví.

Pokud je pacient kuřákem, je vhodné jej poučit o souvislostech mezi vznikem lumboischadiického syndromu a kouření. (Fairag et al., 2022; Stafford, Peng a Hill, 2007) Fairag a kolektiv uvádí, že zanechání kouření může vést až ke 40% úspěšnosti prevence. (Fairag et al., 2022) K edukaci pacientů o rizicích kouření v souvislosti se zdravotním stavem je zdravotník zákonem povinen provést krátkou intervenci a poskytnout pacientovi informace k omezení nebo ukončení této činnosti. (Česko, 2017)

Pokud pacient vykonává fyzicky náročnou pracovní činnost, zvláště je-li náplní práce časté zvedání těžkých předmětů, je vhodné poučit jej o možném přesunu na jinou pracovní pozici. Současně je vhodné pacientovi vysvětlit souvislost vzniku lumboischadiického syndromu vlivem fyzických vibrací na tělo a častého řízení. Tato problematika je relevantní například u řidičů z povolání. Pokud je to možné, měl by pacient podniknout kroky k odstranění nežádoucích vibrací ve vozidle. (Fairag et al., 2022; Stafford, Peng a Hill, 2007)

Ačkoliv dle Stafforda, Penga a Hilla nebyla tělesná stavba průkazná přímo pro rozvoj lumboischadiického syndromu, je vyšší tělesná hmotnost často spojována s chronickou bolestí zad. Je tedy vhodné edukovat pacienty s klinickými známkami nadváhy a obezity o benefitech cíleného úbytku hmotnosti a o možnostech spolupráce s relevantními klinickými obory (jako například nutriční terapie nebo obezitologie). (Hakl et al., 2020; Stafford, Peng a Hill, 2007)

Při propuštění pacienta z hospitalizace je vhodné jej doporučit k dalšímu došetření na rehabilitačním oddělení nebo jej dispenzarizovat v pracovišti specializujícím se na fyzioterapii. V průběhu rehabilitace a fyzioterapie bude pacientovi doporučeno vhodné fyzické cvičení cílené na podporu oslabeného svalstva a prevenci dalšího rozvoje lumboischadiického syndromu (viz kapitola 2.7 Rehabilitace). Cílem je především aktivace

hlubokého podpůrného svalového systému a edukace s nácvikem správného držení těla a chůze (posturologie a kinetika). (Matějovská Kubešová et al., 2019)

Pacienty je důležité nabádat k udržování aktivního života, k udržení správné fyzické kondice a předcházení vzniku dalších komplikací. Z nejvhodnějších činností souvisejících se změnou životosprávy a zlepšením aktivního života jsou cyklistika a také běžná chůze. (Fairag et al., 2022)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktickou část bakalářské práce tvoří kvantitativní dotazníkové šetření pomocí standardizovaných a validovaných dotazníků hodnotících aspekty kvality života u skupiny respondentů s lumboischiadickým syndromem.

### 4.1 Cíle práce

Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry omezuje diagnóza lumboischiadického syndromu pacienty v oblasti fyzické, psychické a sociální.

Na základě cíle práce byly identifikovány následující podcíle:

1. Identifikovat oblasti fyzického zdraví, ve kterých je pacient výrazně omezen v souvislosti s diagnózou lumboischiadického syndromu.
2. Identifikovat oblasti psychického zdraví, ve kterých je pacient výrazně omezen v souvislosti s diagnózou lumboischiadického syndromu.
3. Identifikovat oblasti sociálního života, ve kterých je pacient výrazně omezen v souvislosti s diagnózou lumboischiadického syndromu.
4. Na základě identifikovaných oblastí, ve kterých je pacient omezen, vypracovat doporučení pro zdravotnické pracovníky a pacienty ke zlepšení kvality života a prevenci recidivy onemocnění.
5. Vypracovat edukační materiál pro pacienty pro zlepšení informační gramotnosti o onemocnění a o aspektech života, které jsou vlivem onemocnění ovlivněny.

### 4.2 Metodologie výzkumného šetření

K vypracování praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu formou standardizovaného dotazníkového šetření. Byly zvoleny dva standardizované a validované dotazníky:

#### 4.2.1 Standardizovaný dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

Zkrácená verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace (z anglického World Health Organization Quality of Life: Brief Version) byla autorovi práce poskytnuta spoluautorkou českého překladu dotazníku a příručky pro jeho použití PhDr. Evou Dragomireckou, Ph.D.

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí standardizovaného dotazníku WHOQOL-100, který byl vyvinut pracovní skupinou Světové zdravotnické organizace k hodnocení kvality života. Původní dotazník WHOQOL-100 obsahuje 100 otázek rozdělených do šesti domén.

WHOQOL-BREF obsahuje 26 položek, jejichž hodnocení probíhá pomocí pětibodové Likertovy škály. WHOQOL-BREF obsahuje pět rozdílných škál odpovědí, přičemž každá obsahuje dvě záporné odpovědi, jednu odpověď tematicky neutrální a dvě odpovědi kladné k tvrzení jednotlivých položek. Dotazník WHOQOL-BREF je rozdělen do čtyř domén, a to: doména 1 – Fyzické zdraví (položky: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), doména 2 – Prožívání (položky: 5, 6, 7, 11, 19, 26), doména 3 – Sociální vztahy (položky 20, 21, 22) a doména 4 – Prostředí (položky: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Dále dotazník obsahuje dvě samostatné otázky zaměřující se na celkovou kvalitu života (položka 1) a pohled na zdraví (položka 2).

Při vyhodnocování dotazníků je nutné vypočítat hrubé skóre jednotlivých domén. Položky 1 a 2 lze vyhodnotit individuálně dle Likertovy škály. Výpočet hrubého skóre u domén není možný, pokud nejsou vyplněna všechna pole. V příručce pro uživatele WHOQOL-BREF je uvedeno následující řešení: Pokud v daném dotazníku chybí odpovědi u více než 20 % položek, tedy u více než 5,2 položek, je nutné dotazník vyřadit ze souboru při počítání hrubého skóre domén. Pokud chybí odpovědi u méně než pěti položek, je možné chybějící hodnotu nahradit hodnotou mediánu dané položky.

Výsledná hodnota hrubého skóre u domén je vypočítána do bodového rozpětí od hodnoty 4 (nejnižší hodnota kvality života) po hodnotu 20 (nejvyšší hodnota kvality života) nebo může být hrubé skóre přepočítáno na procenta, kdy vyšší procentuální hodnota odpovídá vyšší kvalitě života. (Dragomirecká a Bartoňová 2006)

#### 4.2.2 Nástroj pracovní neschopnosti Oswestry Disability Index

Druhým zvoleným standardizovaným dotazníkem byl Oswestry Disability Index ve verzi 2.1a, který byl získán v českém překladu z databáze ePROVIDE™ od oficiálního distributora nástroje Mapi Research Trust. (Mapi Research Trust ©2024)

Dotazník ODI 2.1a obsahuje 10 položek (v dotazníku označených jako *část*), kde každá položka obsahuje šest tvrzení, z nichž respondent vybírá jednu vhodnou odpověď. Jednotlivé odpovědi jsou po vyplnění ohodnoceny přiřazeným bodovým skóre sestupně, kdy odpovědi označující žádné omezení jsou ohodnoceny 0 body a odpovědi označující největší omezení jsou ohodnoceny 5 body.

Pro vyhodnocení dotazníku je sečteno bodové skóre, celkový počet bodů je následně zdvojnásoben, a jsou-li zodpovězeny všechny odpovědi, je výsledné skóre v procentech správné. Dotazník ODI je možné vyhodnotit i za předpokladu, že nejsou vyplněny všechny odpovědi, kdy je zdvojnásobené bodové skóre přiřazeno dle hodnoticího nástroje k počtu zodpovězených položek. Přiřazené skóre v diagramu je poté správné. K vyhodnocení dotazníků byl použit diagram poskytnutý společností Mapi Research Trust, viz Příloha 1.

Výsledná hodnota z dotazníku je uvedena v procentech a označuje míru omezení způsobené bolestí zad. Nižší procentuální hodnota udává nižší míru omezení a vyšší hodnota udává vyšší stupeň omezení. Yates a Shastri-Hurst uvádí rozdělení míry disability dle výsledné hodnoty následovně (Yates a Shastri-Hurst 2017):

0–20 %	Minimální disabilita
21–40 %	Střední disabilita
41–60 %	Závažná disabilita
61–80 %	Omezující disabilita
81–100 %	Pacienti upoutaní na lůžko nebo s exacerbací symptomů

#### 4.2.3 Předmluva a demografické údaje

Dotazníky byly spojeny s předmluvou pro edukaci respondentů o způsobu vyplnění dotazníkového šetření a se třemi základními demografickými otázkami identifikujícími pohlaví, pracovní status respondenta a věkové rozmezí.

Protože bylo rozhodnuto o zapojení pacientů indikovaných k chirurgickému řešení blokády kořene nervu nebo krátce po tomto chirurgickém řešení (viz kapitola 4.3 Výběr respondentů), byli respondenti v předmluvě požádáni, aby v případě vyplňování dotazníkového šetření po operaci uváděli v odpovědích potíže v období dvou týdnů před operací. Toto doplnění bylo nezbytné pro sjednocení hodnocení potíží u dotazníku ODI (který identifikuje potíže v den vyplnění) s dotazníkem WHOQOL-BREF (který hodnotí získané informace v kontextu posledních 14 dní).

U dotazníků byla zajištěna anonymita a nebyly získávány žádné údaje identifikující konkrétního respondenta.



### 4.3 Výběr respondentů

Jako vzorek respondentů byli vybráni pacienti s diagnózou lumboischiadického syndromu hospitalizovaní na oddělení neurochirurgie nebo dispenzarizovaní v neurochirurgické ambulanci, připravující se podstoupit neurochirurgický zákrok. Pracoviště neurochirurgie bylo zvoleno pro vyšší pravděpodobnost výskytu omezujících faktorů u pacientů s danou diagnózou na rozdíl od pacientů léčených konzervativně na neurologických pracovištích.

Pro zapojení respondenta do dotazníkového šetření byly zvoleny tyto podmínky:

1. Pacient hospitalizovaný na neurochirurgickém pracovišti nebo pacient dispenzarizovaný v neurochirurgické ambulanci.
2. Pacient indikovaný k chirurgickému řešení blokády kořene L4/L5 nebo L5/S1 nebo pacient po chirurgickém řešení blokády kořene L4/L5 nebo L5/S1.
3. Pacient udává v anamnéze bolest bederní páteře v oblasti L4-S1 s propagací do dolní končetiny.

### 4.4 Výběr pracoviště

Výzkumné šetření probíhalo od 1. 1. 2024 do 29. 2. 2024.

Výzkumné šetření bylo umožněno na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Olomouc, kde bylo poskytnuto 50 a vráceno 50 dotazníků.

Dále bylo výzkumné šetření umožněno na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Brno, kde bylo poskytnuto 30 a vráceno 30 vyplněných dotazníků.

A na Neurochirurgickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, na které bylo poskytnuto 40 dotazníků a vráceno zpět 39 dotazníků.

Tato pracoviště byla vybrána jako pracoviště poskytující specializovanou péči v neurochirurgii, na nichž se provádí chirurgické výkony a řešení blokády nervového kořene při lumboischiadickém syndromu, uvedené v podkapitole 2.6.2.

Pracoviště byla vybrána, protože pokrývají širokou oblast působení na Moravě.

### 4.5 Analýza dat

Získané informace ze všech dotazníků byly přepsány a zdigitalizovány do aplikace Microsoft Excel a byla provedena jejich kontrola. Každý dotazník byl označen číslem v pořadí, ve kterém byl zdokumentován, pro případnou řádnou dvojí kontrolu zadaných dat.

Pokud v dotazníku nebyla zřetelně označena odpověď na některou otázku, byla odpověď zapsána jako chybějící (X). U otázek, kde respondenti označili více odpovědí a nebylo jasné vyznačeno, která odpověď je rozhodující, byla konečná odpověď zaznačena jako chybějící (X).

U vrácených dotazníků, v nichž chyběl více než nadpoloviční počet odpovědí, bylo rozhodnuto o jejich vyřazení z analýzy dat.

Celkově bylo na pracovištích rozdáno 120 dotazníků a vráceno 119 dotazníků. Některé vrácené dotazníky nebyly zcela vyplněny a při vyhodnocování dat byly ze souboru vyřazeny. Více v kapitolách 4.7 a 4.8.

K analýze dat byly použity nástroje analýzy dat a nástroje tvorby vzorců programu Excel prostředí Microsoft Office 365.

## 4.6 Demografické údaje

### 4.6.1 Pohlaví

Z celkového počtu 199 dotazníků vyplnilo dotazníky 55 mužů a 57 žen. 7 respondentů neoznačilo ani jednu z nabízených možností u otázky pohlaví a bylo označeno jako chybějící (X). Ani jeden respondent nezvolil odpověď „Jiné“ nebo „Neuvádět“ u otázky pohlaví.

### 4.6.2 Pracovní status

U demografické otázky související s pracovním statutem respondenti vybírali ze šesti odpovědí: pracující, student, v důchodu, OSVČ, nezaměstnaný nebo nechci uvést. Počet jednotlivých respondentů dle pracovního statusu je v Tabulce 1:

Tabulka 1 – Respondenti dle pracovního statusu

Pracovní status	Pracující	Student	V důchodu	OSVČ	Nezaměstnaný	Nechci uvést	X
<b>Absolutní četnost</b>	53	1	40	10	3	0	12

Nejpočetněji zastoupenými skupinami byly Pracující s 53 respondenty a V důchodu se 40 respondenty.

Žádný respondent v otázce pracovního statusu nezvolil odpověď Nechci uvést. U některých respondentů se vyskytly duplicitní odpovědi (například Pracující + Student nebo Pracující + V důchodu), a protože nebylo řádně vyznačeno, která odpověď je relevantní, byly duplicitní

odpovědi označeny jako chybějící (X). Na otázku pracovního statusu celkem neodpovědělo nebo odpovědělo více odpověďmi 12 respondentů.

#### 4.6.3 Věkové rozmezí

Při vyplňování otázky věkového rozmezí měli respondenti na výběr z devíti odpovědí. 7 respondentů neoznačilo žádnou z nabízených možností a jejich odpověď byla označena jako chybějící (X). V Tabulce 2 je uvedeno věkové rozmezí respondentů:

Tabulka 2 – Respondenti dle věkového rozmezí

Věkové rozmezí	Absolutní četnost
19 a méně	0
20–29	2
30–39	11
40–49	25
50–59	24
60–69	27
70–79	22
80–89	1
90 a více	0
X	7

Nejvíce zastoupena byla věková skupina 60–69 let s 27 respondenty. Dalšími početnými skupinami, kdy každá byla zastoupena více než dvaceti respondenty, byly věkové skupiny 40–49 let, 50–59 let a 70–79 let. Věkové zastoupení respondentů koresponduje s populací v riziku vzniku onemocnění uvedenou v kapitole 2.4.

Ani jeden respondent nebyl zastoupen ve věkové skupině 90 a více let a pouze jeden respondent byl zastoupen ve věkové skupině 80–89 let. Méně početné zastoupení v těchto věkových skupinách mohlo být z důvodu nastavení kritéria pro výběr respondentů, tedy pacientů připravujících se na chirurgické řešení lumboischiadického syndromu, jež je pro dané věkové skupiny více zatěžující a je u nich více preferována konzervativní léčba.

#### 4.7 Výsledky dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace

Celkem bylo zpět vráceno 119 dotazníků k analýze. Z důvodu neúplného vyplnění některých dotazníků bylo rozhodnuto o vyřazení čtyř dotazníků z analýzy dat dle kritérií uvedených v podkapitole 4.2.1. Celkem bylo k analýze použito 115 dotazníků (n=115), přičemž u položek, na které neodpověděli všichni respondenti, jsou při výpočtu hrubého skóre domén doplněny hodnoty mediánu jednotlivých položek (dle kritérií v podkapitole 4.2.1); a při

individuálním hodnocení jednotlivých položek je počet chybějících odpovědí započítán a vyznačen v grafu (chybějící odpověď – X).

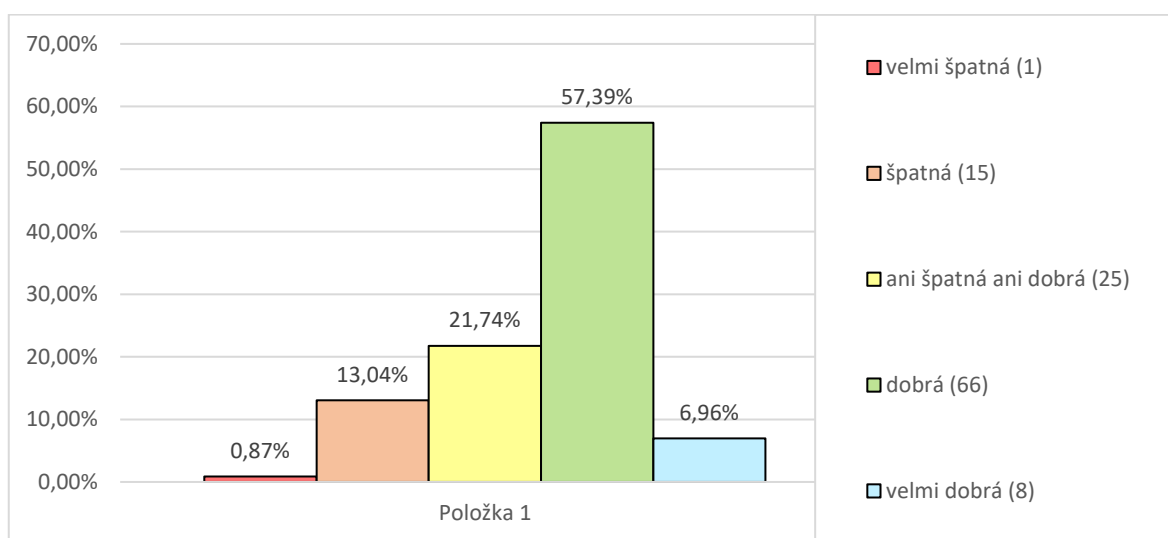
U dotazníku byly vypočítány hodnoty samostatných položek (položky 1 a 2), hodnoty hrubých skór jednotlivých domén a poté byly hodnoceny dotazníky po jednotlivých položkách a v kontextu s demografickými údaji.

#### 4.7.1 Vyhodnocení samostatných položek a domén dotazníku Světové zdravotnické organizace

##### Položka 1

Na položku 1 – *Jak byste zhodnotil kvalitu svého života* odpovědělo 115 respondentů. Nejvíce respondentů – 66 (57,39 %) volilo možnost 4 – *dobrá*. Pouze 1 respondent (0,87 %) zvolil možnost 1 – *velmi špatná*. Celkem zápornou odpověď na položku 1 zvolilo 16 respondentů (13,91 %) a jednu ze dvou pozitivních možností zvolilo 74 respondentů (64,35 %). Odpovědi respondentů na položku 1 jsou uvedeny v grafu:

Graf 1 – WHOQOL-BREF Položka 1

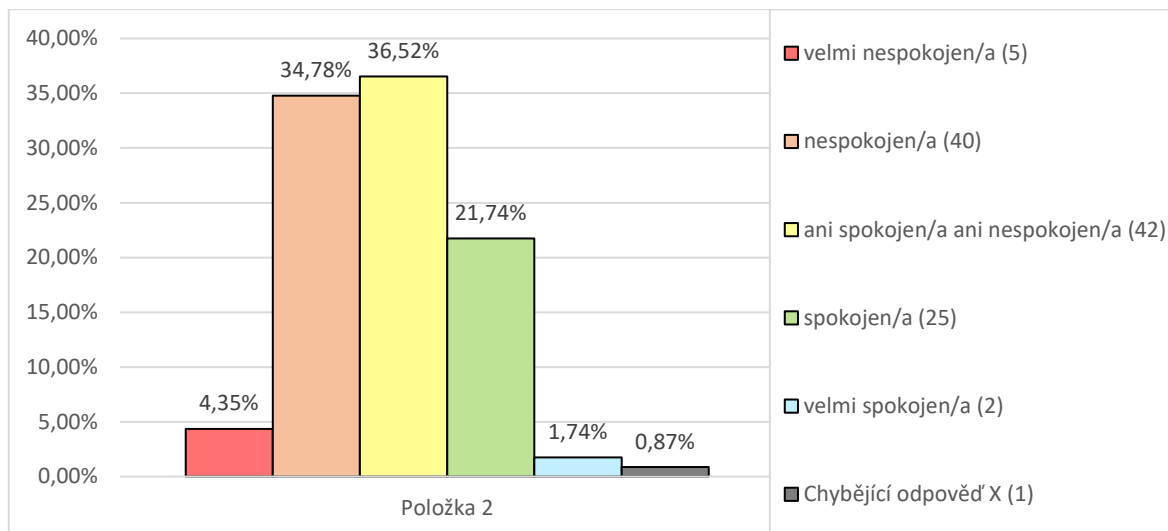


##### Položka 2

Na položku 2 – *Jak jste spokojen/a se svým zdravím* odpovědělo 114 respondentů, 1 respondent na položku neodpověděl. Nejméně, pouze dvěma respondenty (1,74 %), byla zvolena odpověď 5 – *velmi spokojen/a*. Nejvíce respondentů (42 ze 115, tedy 36,52 %) označilo neutrální odpověď 3 – *ani spokojen/a, ani nespokojen/a*. Dohromady 39,13 %, 45 respondentů zvolilo pro položku 2 jednu ze záporných odpovědí. Jednu z nabízených

kladných odpovědí zvolilo 27 respondentů (23,48 %). Přehled odpovědí na položku 2 je uveden v následujícím grafu:

Graf 2 – WHOQOL-BREF Položka 2



### Hrubé skóre domén

Hrubé skóre domény 1 – Fyzické zdraví bylo vypočítáno na 11,2 bodu, po převedení na procento jako 44,97 %. Nejnížší bodová hodnota na škále 4–20 byla pro doménu 1 5,71 bodu. Nejvyšší zaznamenaná bodová hodnota pro doménu 1 bylo 16,57 bodu.

Průměrné hrubé skóre domény 2 – Prožívání dosahovalo 14,52 bodu na stupnici 4–20, tedy 65,76 %. Nejvyšší hodnota hrubého skóre v doméně 2 byla 20 bodů. Nejnížší hodnota byla 7,33 bodu.

V doméně 3 – Sociální vztahy bylo průměrné hrubé skóre domény 68,04 %, tedy 14,89 bodu na stupnici 4–20. Nejnížší získaná hodnota v doméně 3 byla 7,33 bodu. Nejvyšší a maximální hodnota hrubého skóre, která se v doméně 3 vyskytla dohromady 4krát, byla 20 bodů.

Průměrné skóre domény 4 – Prostředí bylo vypočítáno na 14,98 bodu, tedy 68,63 %. Nejnížší hodnota hrubého skóre na stupnici 4–20 pro doménu 4 byla 9 bodů, nejvyšší hodnota byla 19 bodů.

### 4.7.2 Dotazník Světové zdravotnické organizace dle položek

#### Položka 3

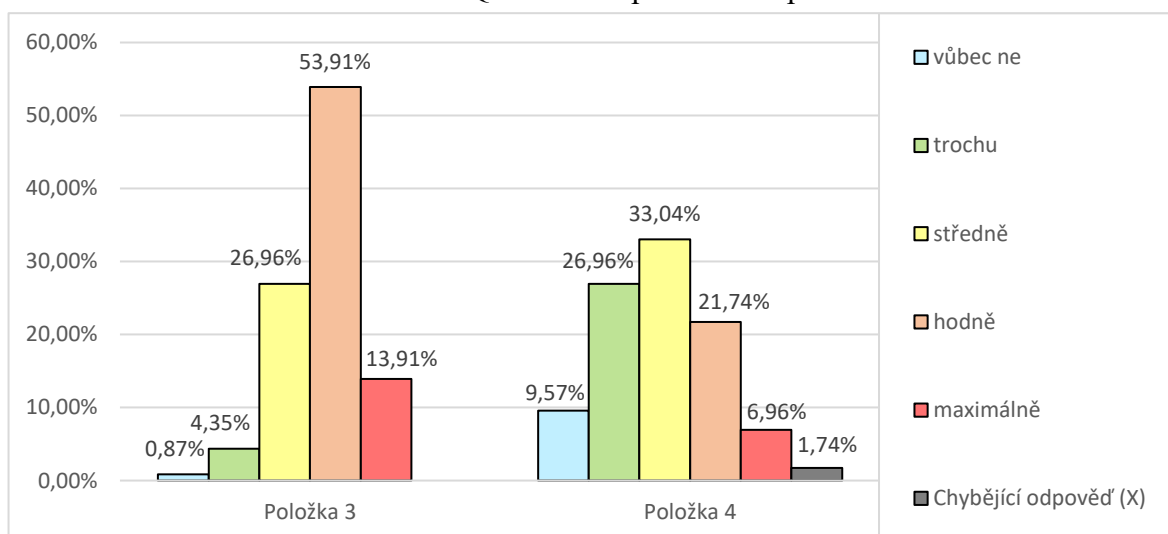
Položka 3 – *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?* je součástí domény 1 – Fyzické zdraví a zabývá se mírou omezení při činnostech v důsledku bolesti. Na položku

odpovědělo 115 respondentů. 78 respondentů (67,82 %) uvedlo, že je bolest hodně až maximálně omezuje v aktivitách, které potřebují dělat. Velmi nízké množství respondentů, celkem 6 (5,22 %), uvedlo, že je bolest neomezuje nebo je omezuje jen trochu. 31 (26,96 %) respondentů zvolilo střední míru omezení vlivem bolesti.

#### Položka 4

Na otázku 4 – *Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?* odpovědělo celkem 113 respondentů, 2 účastníci dotazníkového šetření (1,74 %) žádnou odpověď na otázku neoznčili. Otázka 4 je součástí domény 1. 42 ze 115 respondentů uvedlo, že lékařskou péči nepotřebují nebo že ji potřebují pouze trochu pro to, aby mohli fungovat v každodenním životě. Jedna třetina (38 respondentů; 33,04 %) uvedla střední hodnotu potřeby lékařské péče. 33 respondentů (28,7 %) uvedlo vysokou až maximální míru potřeby lékařské péče pro to, aby byli schopni fungovat v každodenním životě.

Graf 3 – WHOQOL-BREF položka 3 a položka 4



#### Položka 5

Pátá otázka *Jak moc Vás těší život?*, která je součástí domény 2 – Prožívání, byla vyplněna 110 respondenty, 5 respondentů otázku vynechalo (4,35 %). Většina odpovědí na otázku 5 byla kladných, 64 dotazovaných (58,18 %) uvedlo velkou až maximální míru potěšení ze života. 44 respondentů uvedlo, že jejich míra potěšení je nízká (*trochu*) až *střední*.

Pouze dva respondenti uvedli, že je život netěší vůbec.

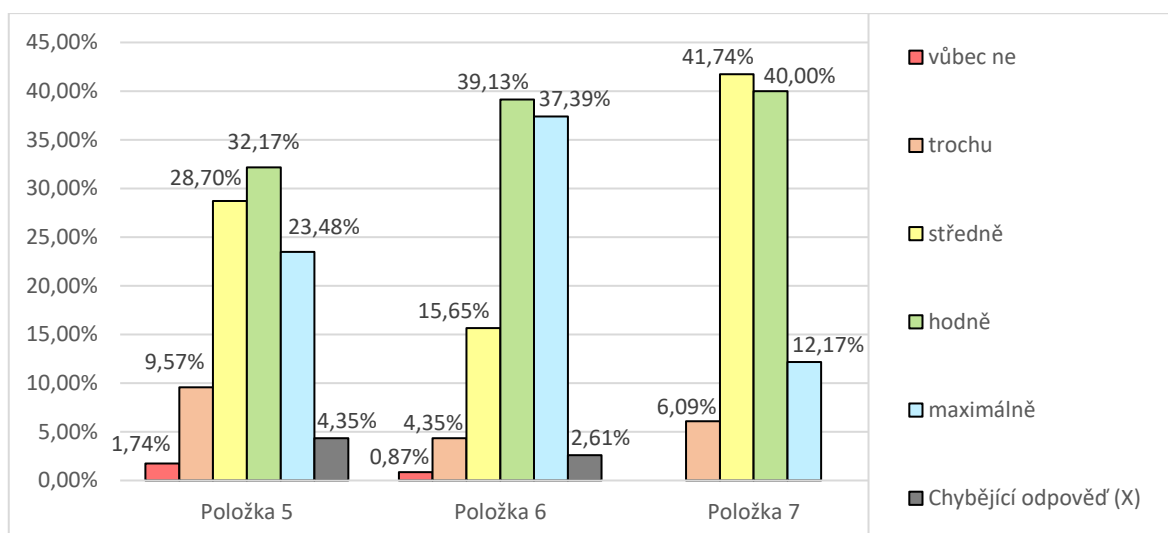
#### Položka 6

Položka 6 – *Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?* byla řádně vyplněna 112 ze 115 respondentů, 3 respondenti otázku vynechali. Otázka je součástí domény 2. Necelé tři čtvrtiny respondentů (88 ze 115; 76,52 %) vybraly jednu z kladných nabízených odpovědí. Záporné odpovědi byly u šesté položky významně méně zastoupeny, přičemž jednu ze záporných odpovědí zvolilo 6 respondentů.

### Položka 7

Otázka 7, která je součástí 2. domény, se zabývala mírou respondenta se soustředit. Na otázku zareagovalo všech 115 respondentů. Více než polovina účastníků šetření uvedla, že se dokáží hodně až maximálně soustředit (60 ze 115 respondentů). Další dvě třetiny respondentů zvolily odpověď tematicky neutrální. Pouze 7 respondentů uvedlo, že mají problém s mírou soustředění.

Graf 4 – WHOQOL-BREF položka 5, položka 6 a položka 7



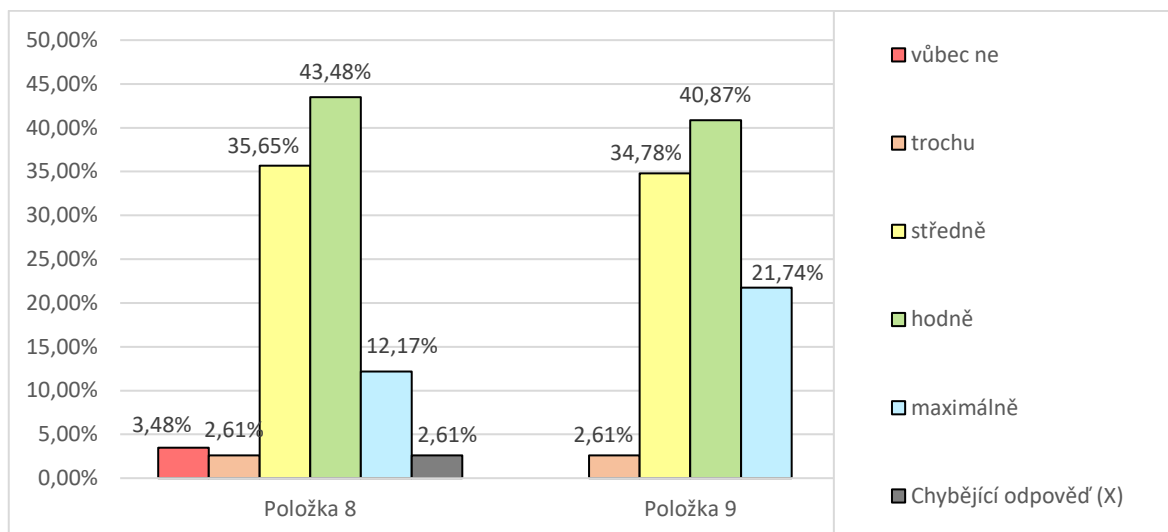
### Položka 8

Osmá položka je zaměřena na míru bezpečí respondenta v kontextu každodenního života. Položka je zařazena do domény 3 – Prostředí. Otázku vyplnilo 113 respondentů. 2 odpovědi byly označeny jako chybějící. Většina respondentů u otázky o bezpečnosti ve vlastním životě volila kladné odpovědi, celkem se jednalo o 64 respondentů neboli 55,65 %. Dále více než jedna třetina (41 respondentů) zaznačila u položky 8 neutrální odpověď. Pouze 3,48 % (konkrétně 4 účastníci dotazníkového šetření) uvedlo, že se ve svém prostředí vůbec necítí bezpečně.

### Položka 9

Položku 9 – *Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete*, která je součástí domény 9, vyplnilo všech 115 respondentů. Ani jeden respondent nezvolil zcela zápornou odpověď *vůbec ne* a pouze tři respondenti (2,61 %) zvolili částečně zápornou odpověď *trochu*. 72 respondentů zvolilo jednu z kladných odpovědí, přičemž nejvíce byla zastoupena odpověď *hodně* s počtem 47 respondentů (40,87 %).

Graf 5 – WHOQOL-BREF položka 8 a položka 9



### Položka 10

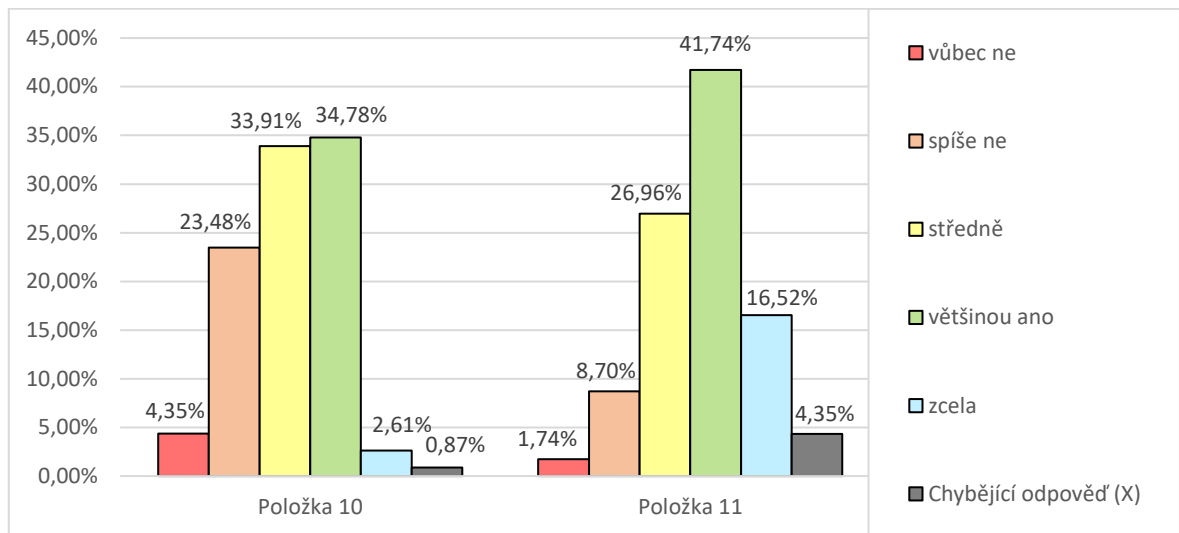
114 účastníků dotazníkového šetření vyplnilo položku 10, ve které bylo zjišťováno, zda má respondent dostatek energie pro každodenní život. 1 respondent nezaznamenal odpověď na tuto položku. Položka 10 je součástí domény 1. Nejvíce respondentů, celkem 40, zvolilo částečně kladnou odpověď *většinou ano* (34,78 %) Druhou nejčastější odpovědí na položku 10 byla možnost *středně*, kterou volilo 39 respondentů (33,91 %). 27,83 % respondentů zvolilo některou z negativních možností, přičemž více respondentů (27, tedy 23,48 % z celkového počtu 115) zvolilo částečně negativní odpověď *spíše ne*.

### Položka 11

Do domény 2 je zařazena otázka 11, ve které jsou účastníci dotazníkového šetření dotazováni, zda dokáží akceptovat svůj vzhled. 110 respondentů odpovědělo na položku 11, 5 se zdrželo odpovědi. Více než polovina dotázaných – 67 ze 115 (58,26 %) zvolila jednu z kladných možností. Některou z negativních odpovědí zvolilo 12 respondentů, přičemž 10 volilo odpověď *spíše ne* a pouze dva zvolili odpověď *vůbec ne*.



Graf 6 – WHOQOL-BREF položka 10 a položka 11



### Položka 12

Položka dvanáct je zaměřena na to, zda má účastník dotazníkového šetření dostatek financí k uspokojení svých potřeb. Položka je součástí domény 3 – Prostředí. Odpověď na otázku 12 zaznačilo 114 respondentů, jeden respondent žádnou odpověď neoznačil. 40 % respondentů odpovědělo možností *většinou ano*, 18,26 % (21 účastníků šetření) uvedlo možnost *zcela*. Zápornou odpověď na otázku zvolilo 18 respondentů, tedy 15,65 %.

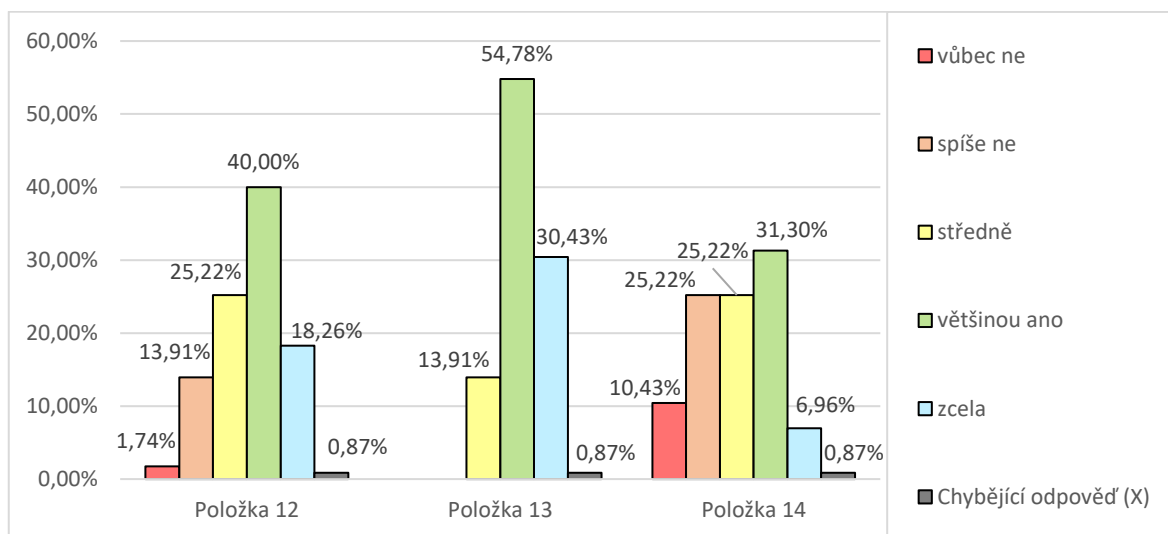
### Položka 13

V položce 13 bylo zjišťováno, zda mají respondenti dostatek informací o svém zdravotním stavu. Tato položka je součástí 4. domény. Pouze 1 respondent položku vynechal, 114 poskytlo odpověď. U položky 13 žádný respondent nezvolil ani jednu ze záporných odpovědí, 16 respondentů (13,91 %) zvolilo neutrální odpověď, 54,78 % (63 respondentů) zvolilo částečně pozitivní odpověď a 35 respondentů vybralo možnost *zcela* (30,43 %).

### Položka 14

Položka 14 zní *Máte možnost věnovat se svým zálibám?* a je součástí domény 4. Odpověď zaznačilo 114 respondentů, 1 respondent položku vynechal. Počet pozitivních a částečně pozitivních odpovědí byl 44 (38,26 %), počet záporných a částečně záporných odpovědí byl 41 (35,65 %), z nichž 12 respondentů uvedlo, že *vůbec* nemají možnost věnovat se svým zálibám, a 29 uvedlo, že *spíše* nemají možnost věnovat se zálibám.

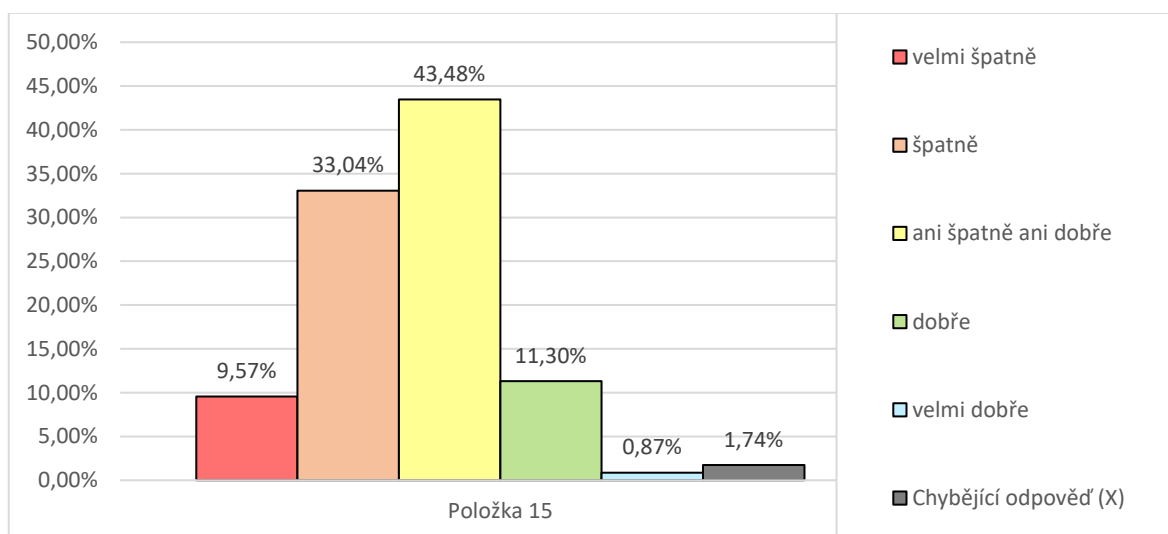
Graf 7 – WHOQOL-BREF položka 12, položka 13 a položka 14



### Položka 15

Položka je věnována schopnosti pohybu respondenta a je součástí domény 1 – Fyzické zdraví. 2 respondenti na položku neodpověděli, 113 respondentů vybralo některou z nabízených možností. Celkem nejvíce respondentů, až 50 ze 115, zvolilo neutrální odpověď *ani špatně, ani dobře*. O 49 respondentů více zvolilo jednu ze dvou možných záporných odpovědí (11 pro velmi špatně; 38 pro špatně) v celkovém počtu 49 (42,61 %) na rozdíl od pouhých 12,17 % (14 respondentů ze 115), kteří vybrali odpověď *dobře* nebo *velmi dobře*.

Graf 8 – WHOQOL-BREF položka 15



### Položka 16

Otázka 16 je zaměřena na spokojenost respondenta se spánkem. Otázka je jednou ze sedmi položek náležících do domény 1. Na 16. otázku odpovědělo všech 115 respondentů, přičemž 40 % z nich (46 respondentů) vybralo neutrální odpověď *ani spokojen/a, ani nespokojen/a*. Až jedna třetina respondentů (38 ze 115; 33,04 %) uváděla nespokojenost se spánkem. Spokojenost se spánkem uvedlo 26,97 % respondentů (31 ze 115).

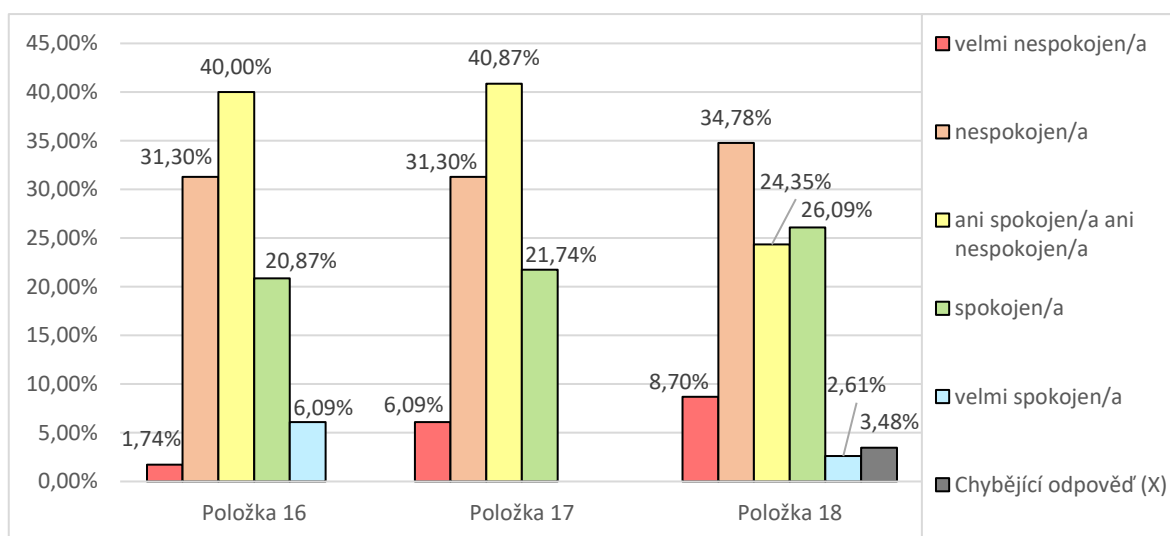
### Položka 17

Sedmnáctá otázka dotazníku WHOQOL-BREF je zaměřena na spokojenost respondenta s jeho schopností vykonávat běžné denní činnosti a je součástí domény Fyzické zdraví (1). Na položku 17 odpověděli všichni respondenti (115). Nabízenou odpověď *velmi spokojen* nezvolil ani jeden respondent. Částečně kladnou odpověď *spokojen* zvolilo 25 respondentů. 37,39 % respondentů vybralo jednu ze záporných odpovědí (*velmi nespokojen* nebo *nespokojen*). Nejvíce byla zastoupena neutrální odpověď s celkovým počtem 47 respondentů, tedy 40,87 %.

### Položka 18

Poslední položkou řazenou do domény 1 – Fyzické zdraví je 18. položka, na kterou odpovědělo 111 ze 115 respondentů (čtyři respondenti položku vynechali). Položka identifikuje spokojenost respondenta s jeho pracovním výkonem. 50 ze 115 (43,48 %) respondentů uvedlo nespokojenost s vlastním pracovním výkonem, přičemž nejčastější odpovědí bylo *nespokojen/a*, kterou zvolilo 40 dotázaných. Možnost *velmi spokojen/a* uvedli je tři respondenti a 30 respondentů (26,09 %) zvolilo možnost *spokojen/a*.

Graf 9 – WHOQOL-BREF položka 16, položka 17 a položka 18



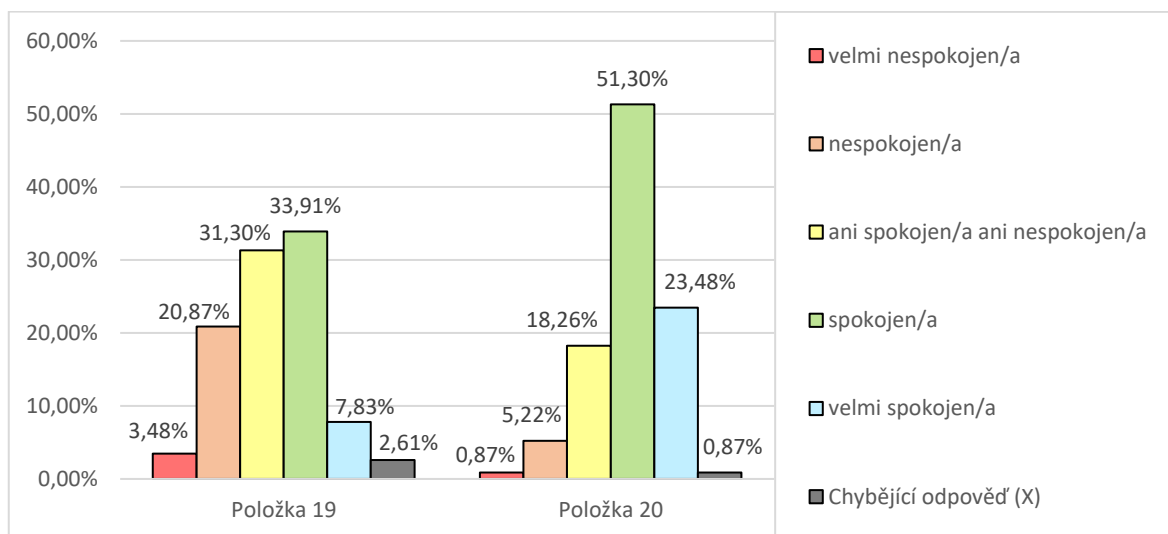
### Položka 19

Otázka 19 – *Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?* je řazena do domény 2 – Prožívání. Na otázku odpovědělo 112 respondentů. 3 respondenti odpověď neoznčili. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď *spokojen*, a to v počtu 39 respondentů (33,91 % ze 115). Druhou nejvíce zvolenou odpovědí byla *ani spokojen/a, ani nespokojen/a* s počtem 36 respondentů a 31,3 % z celkového počtu. Zápornou odpověď *nespokojen* zvolilo 20,87 % respondentů, tedy 24 ze 115.

### Položka 20

Spokojenost s osobními vztahy je zjišťována pomocí otázky 20, která je jednou ze tří položek zařazených do domény 3 – Sociální vztahy. Na položku odpovědělo 114 ze 115 respondentů zařazených do výzkumu, z nichž 86 (74,78 %) zvolilo kladné odpovědi *spokojen* (59) nebo *velmi spokojen* (27). Negativní odpovědi zvolilo pouze 7 respondentů (6,09 %).

Graf 10 – WHOQOL-BREF položka 19 a položka 20



### Položka 21

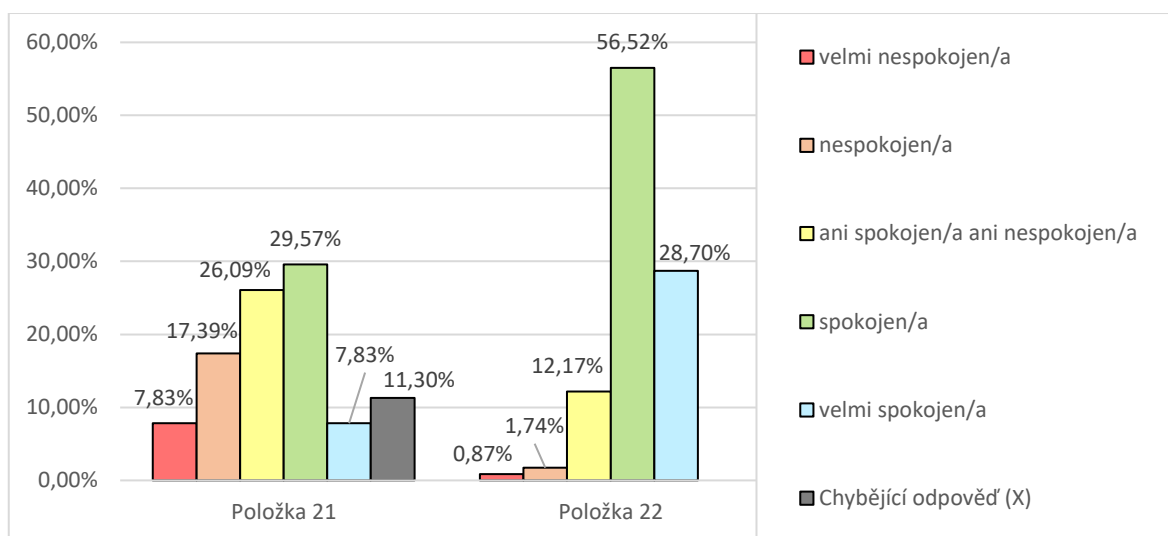
Druhá ze tří položek v doméně 3 – Sociální vztahy se zaměřuje na spokojenost respondenta s jeho sexuálním životem. Jednalo se o položku, na kterou v dotazníku WHOQOL-BREF odpovídalo nejmenší množství respondentů – pouze 102 ze 115 (tedy 88,7 %). 11,3 % respondentů (13) položku 21 vynechalo. Většina respondentů, celkem 43 neboli 37,4 %, je se svojí kvalitou sexuálního života *spokojena* nebo *velmi spokojena*.

29 respondentů (25,22 % ze 115) udává nespokojenost s kvalitou života, z nichž 9 (7,83 % z celkového počtu) udává *větší nespokojenost*.

### Položka 22

Třetí položka v doméně 3 – Sociální vztahy se zaměřuje na spokojenost respondenta s podporou od jeho přátel. Položku vyplnilo všech 115 respondentů, ze kterých 85,22 % (98 respondentů) označilo jednu ze dvou kladných odpovědí. Nejvíce respondentů zvolilo možnost *spokojen* v celkovém počtu 65 odpovědí (56,52 %). Zápornou odpověď zvolily pouze 3 osoby, tedy 2,61 %. 14 osob dále zvolilo odpověď ani spokojen/a, ani nespokojen/a.

Graf 11 – WHOQOL-BREF položka 21 a položka 22



### Položka 23

Otázkou 23, která je součástí domény 4, je zjišťována spokojenost respondenta s podmínkami v místě, kde daný respondent žije. Otázku zodpovědělo 113 respondentů. Nejvíce bylo zaznamenáno kladných odpovědí v počtu 53 odpovědí *spokojen* (46,09 %) a 33 odpovědí *velmi spokojen* (28,7 %). Pouze 3 respondenti uvedli *nespokojenost* s podmínkami v místě, kde žijí, a žádný respondent nezvolil odpověď *velmi nespokojen*.

### Položka 24

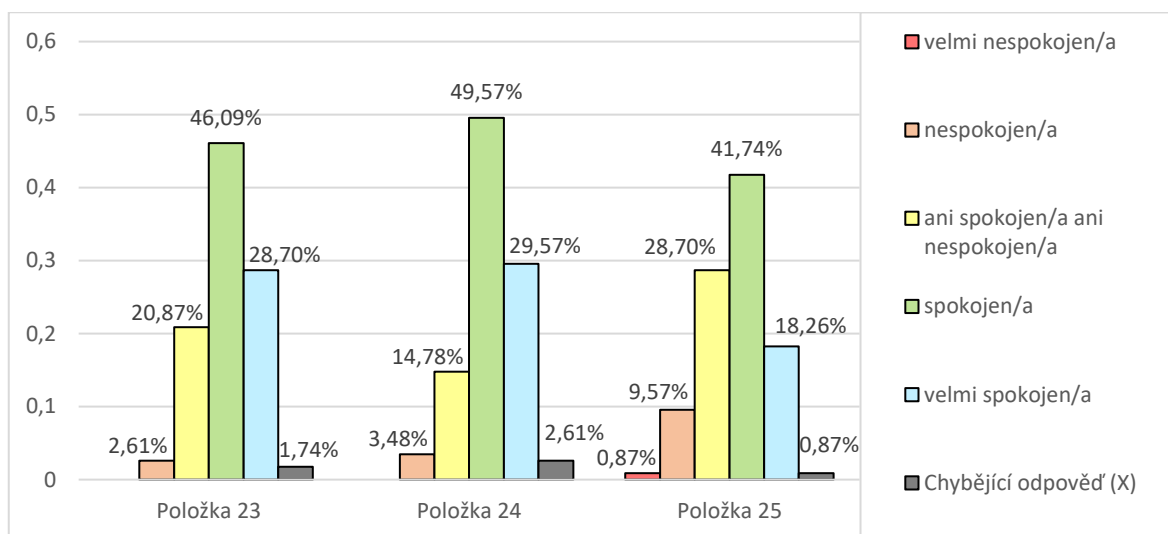
Otázka *Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?* je 24. položkou dotazníku WHOQOL-BREF a předposlední položkou domény 4. Na položku odpovědělo 112 ze 115 respondentů. Většina zaznamenaných odpovědí byla kladných – celkem 91 respondentů udávalo spokojenost s dostupností zdravotní péče, tedy 79,13 % ze 115; z toho až 34 (29,57 % z celkového počtu) odpovědělo tvrzením *velmi spokojen* s dostupností zdravotní péče.

Nespokojenost s dostupností zdravotní péče udávali pouze čtyři respondenti, tedy 3,48 % z celkového počtu. 17 respondentů zvolilo tvrzení *ani spokojen/a, ani nespokojen/a*.

### Položka 25

Poslední položka zařazená do domény 4 – Prostředí je otázka zaměřující se na spokojenost respondentů s dopravou. K položce se vyjádřilo 114 ze 115 respondentů. Většina odpovědí (69 ze 115; 60 %) byla kladných. 33 respondentů (28,7 %) uvedlo *ani spokojen/a, ani nespokojen/a*. Nespokojenost s dopravou uvedlo 10,44 % respondentů, přičemž 11 respondentů odpovědělo tvrzením *nespokojen/a* a jeden respondent odpověděl *velmi nespokojen/a*

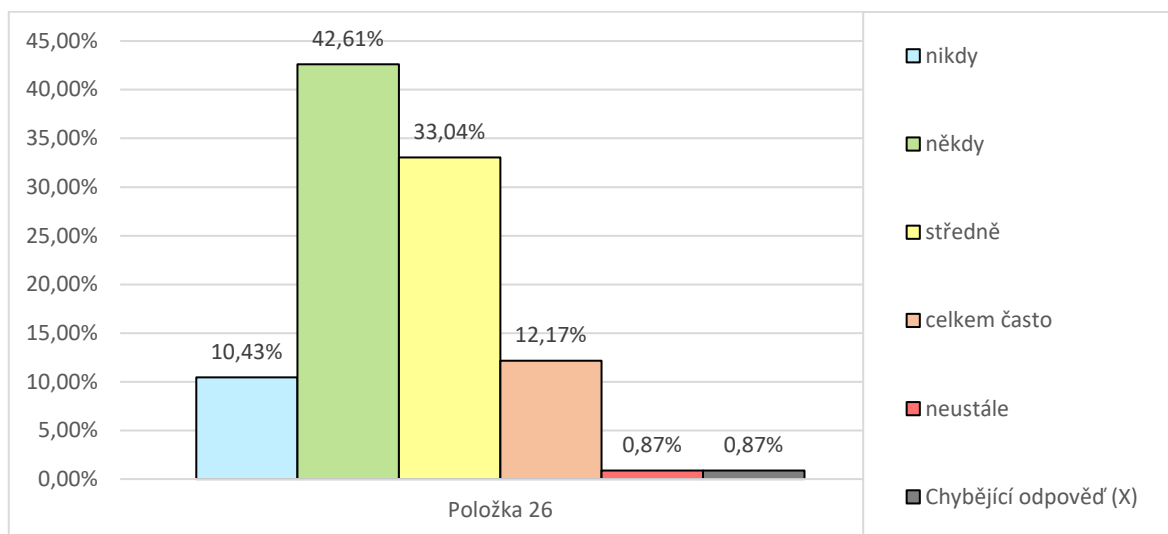
Graf 12 – WHOQOL-BREF položka 23, položka 24 a položka 25



### Položka 26

Závěrečnou položkou dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace je otázka *Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?* Otázka je součástí domény 2 – Prožívání. Ze 115 respondentů na položku 26 odpovědělo 114. Převažovaly kladné odpovědi; tvrzení *někdy* zvolilo 49 respondentů (42,61 %) a tvrzení *nikdy* zvolilo 12 respondentů (10,43 %). 33,04 % respondentů (38 ze 115) vybralo neutrální tvrzení (*středně*). Celkem často prožívalo negativní pocity 14 respondentů (12,17 %) a jeden respondent udával prožívání negativních pocitů *neustále*.

Graf 13 – WHOQOL-BREF položka 26



#### 4.8 Výsledky nástroje pracovní neschopnosti Oswestry disability index

Celkem bylo ke zhodnocení vráceno 119 dotazníků. Z důvodu neúplného vyplnění některých z nich bylo rozhodnuto o vyřazení čtyř dotazníků z analýzy dat. Zhodnoceno bylo tedy u každé položky 115 dotazníků (n=115), přičemž u položek, kde neodpověděli všichni respondenti, je jejich počet započítán a vyznačen v grafu (chybějící odpověď / X). Dotazníky byly vyhodnoceny individuálně pro zjištění skóre omezení a po jednotlivých otázkách v kontextu s demografickými údaji.

##### 4.8.1 Vyhodnocení jednotlivých nástrojů Oswestry disability index

Vypočítané hodnoty stupně omezení v jednotlivých dotaznících byly vypočteny v procentech se zaokrouhlením na celá čísla (pro řazení respondentů dle úrovně disability).

Průměrná hodnota počítané disability u všech respondentů byla 46 %. Počet respondentů rozdělených dle úrovně výsledného omezení je uveden v Tabulce 3:

Tabulka 3 – počet respondentů dotazníku ODI dle míry disability

Rozmezí hodnot v %	Úroveň disability	Absolutní četnost	Relativní četnost
0–20	Minimální disabilita	8	6,96 %
21–40	Střední disabilita	39	33,91 %
41–60	Závažná disabilita	45	39,13 %
61–80	Omezující disabilita	21	18,26 %
81–100	Pacienti upoutáni na lůžko nebo s exacerbací symptomů	2	1,74 %

Nejnižší zachycené skóre disability vyhodnocené dotazníkem ODI bylo 6 % (mírná disability). Pět nejnižších hodnot omezení v kontextu s jejich demografickými údaji je uvedeno v následující tabulce sestupně od nejnižší hodnoty:

Tabulka 4 – ODI: 5 nejnižších hodnot disability v kontextu s demografickými údaji

Hodnota v %	Pohlaví	Pracovní status	Věkové rozmezí
6	Žena	Pracující	40–49
16	Muž	Důchod	70–79
16	Muž	Pracující	40–49
20	Muž	OSVČ	40–49
20	Muž	Pracující	60–69

Nejvyšší hodnota disability při vyhodnocení ODI byla 93 %, která odpovídá stupni *Pacienti upoutáni na lůžko nebo s exacerbací symptomů*. Pět nejvyšších hodnot omezení v kontextu s jejich demografickými údaji je uvedeno v tabulce sestupně od nejvyšší hodnoty:

Tabulka 5 – ODI: 5 nejvyšších hodnot disability v kontextu s demografickými údaji

Hodnota v %	Pohlaví	Pracovní status	Věkové rozmezí
93	Žena	Důchod	70–79
84	Žena	Pracující	50–59
80	Žena	Důchod	70–79
76	Muž	OSVČ	40–49
76	Muž	Pracující	40–49

Průměrná hodnota omezení u mužů byla 44 % a u žen 48 %.

Nejvyšší průměrná hodnota disability byla v kontextu zaměstnání u studentů (52 % pouze u jednoho respondenta), dále pak u osob v důchodu (50 % mezi 38 respondenty); 49 % u osob, které nevybraly žádnou z možností (11 respondentů), 49 % u osob samostatně výdělečně činných (9 respondentů). Nejnižší průměrná disability byla u nezaměstnaných (37 % mezi třemi respondenty) a u osob v pracovním poměru (42 % mezi 53 respondenty).

V kontextu věkového rozmezí byla nejvyšší průměrná hodnota omezení 55 % u věkové skupiny 70–79 let (celkem 21 respondentů) a 49 % u skupiny, která neuvedla věk (celkem 6 respondentů). Nejnižší průměrná disability byla v kontextu věku u věkového rozmezí 30–39 let, a to 42 % mezi 11 respondenty.

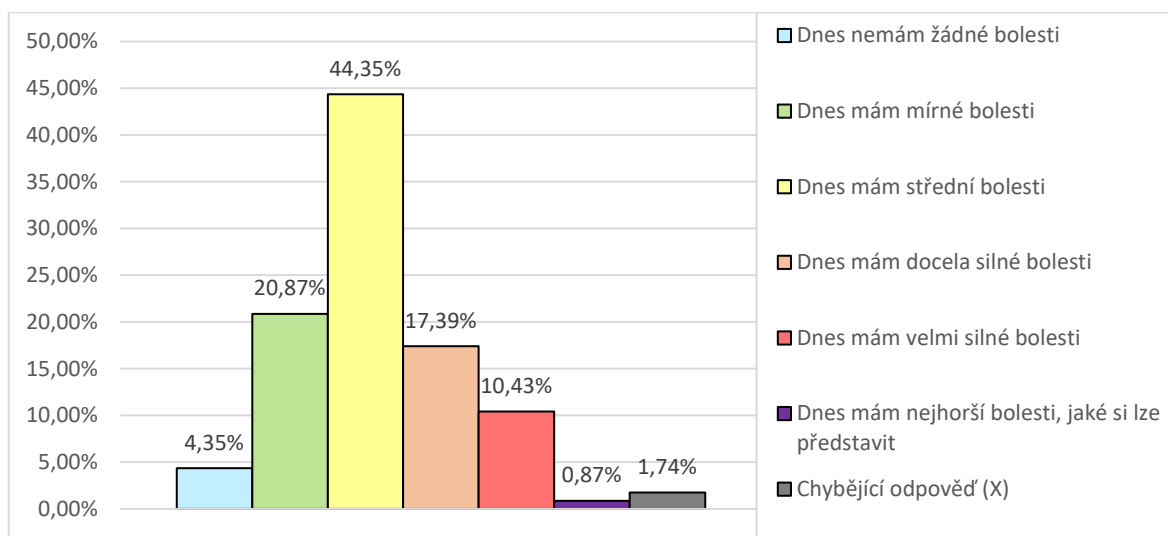


#### 4.8.2 Oswestry disability index dle položek

##### Část 1 – Intenzita bolesti

První položka dotazníku se zaměřovala na subjektivní prožívání bolesti dotazovaného. Na položku 1 – *Intenzita bolesti* odpovědělo 113 respondentů, 2 respondenti část 1 vynechali a odpověď byla označena jako chybějící (1,74 % ze 115 analyzovaných dotazníků).

Graf 14 – ODI část 1 Intenzita bolesti

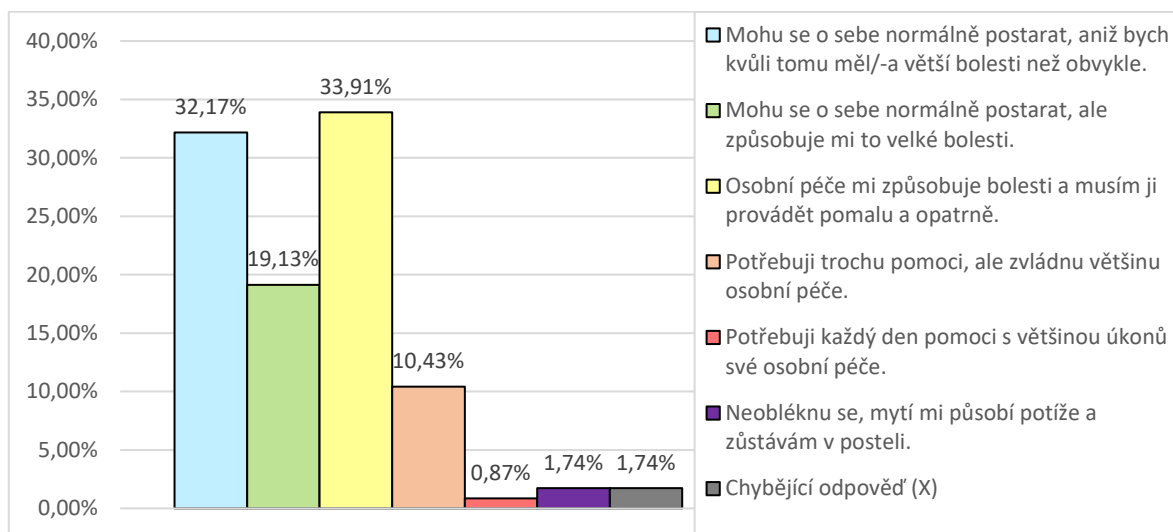


Nejvíce respondentů (51 respondentů ze 115, tedy 44,35 % z celkového počtu) volilo odpověď *Dnes mám střední bolesti*. Mírné až střední bolesti uváděly téměř dvě třetiny respondentů (až 75 respondentů, tedy 65,22 %). Silné a velmi silné bolesti volilo 27,83 % dotazovaných, tedy 32 ze 115. Pouze 1 respondent (0,87 % z celkového počtu) zvolil nejzávažnější odpověď *Dnes mám nejhorší bolesti, jaké si lze představit*.

##### Část 2 – Osobní péče

Na položku 2, zaměřující se na soběstačnost a schopnost provádět osobní péči, odpovědělo 113 respondentů; 2 respondenti (1,74 % z počtu dotazníků) položku vynechali.

Graf 15 – ODI část 2 Osobní péče



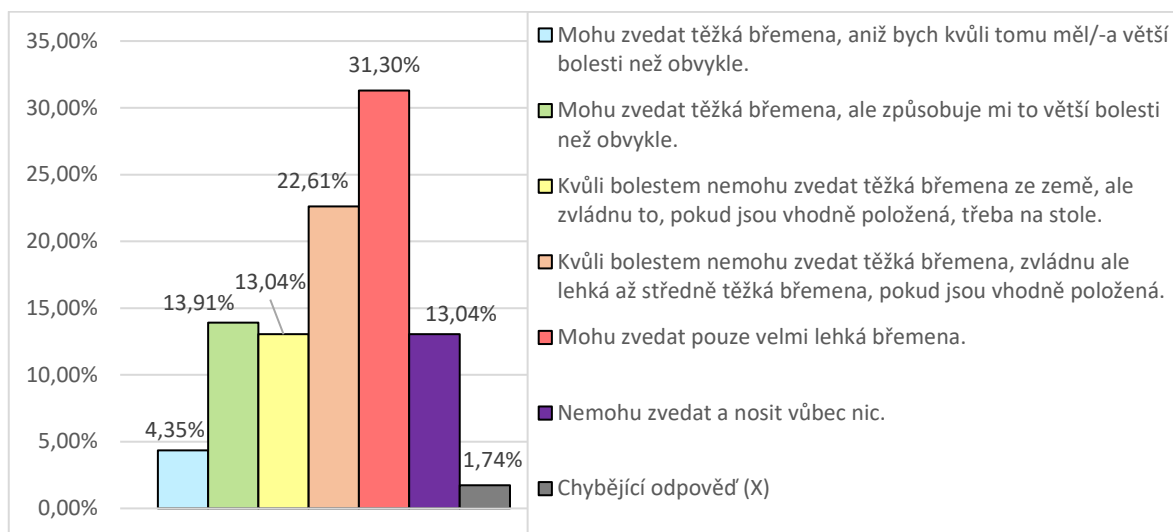
Odpověď *Mohu se o sebe normálně postarat, aniž bych kvůli tomu měl/a větší bolesti, než obvykle* označilo 37 respondentů, tedy 32,17 %. Odpověď *Mohu se o sebe normálně postarat, ale způsobuje mi to velké bolesti* zvolilo 22 respondentů, tedy 19,13 %. Odpověď *Osobní péče mi způsobuje bolesti a musím ji provádět pomalu a opatrně* zvolilo největší množství respondentů – 39, tedy 33,91 % z celkového počtu odpovědí u části 2.

12 respondentů, respektive 10,43 % zvolilo možnost *Potřebuji trochu pomoci, ale zvládnu většinu osobní péče*. Pouze jeden respondent (0,87 %) vybral možnost *Potřebuji každý den pomoci s většinou úkonů své osobní péče*. A jen dva účastníci dotazníkového šetření (1,74 %) vybrali odpověď *Neobléknu se, mytí mi působí potíže a zůstávám v posteli*. 51,3 % respondentů zvolilo odpovědi, dle kterých se o sebe mohou v kontextu bolesti normálně postarat (odpovědi *Mohu se o sebe normálně postarat, aniž bych kvůli tomu měl/a větší bolesti než obvykle* a *Mohu se o sebe normálně postarat, ale způsobuje mi to velké bolesti*). Celkem 15 respondentů (13,04 %) uvedlo, že potřebují pomoc s osobní péčí nebo že osobní péči v důsledku bolesti neprovedou.

### Část 3 – Zvedání břemen

Část 3 se zaměřovala na schopnost respondenta zvedat těžká nebo lehká břemena. U této části odpovídalo 113 respondentů, přičemž 2 respondenti (1,74 % ze 115 analyzovaných dotazníků) část 2 vynechali.

Graf 16 – ODI část 3 Zvedání břemen

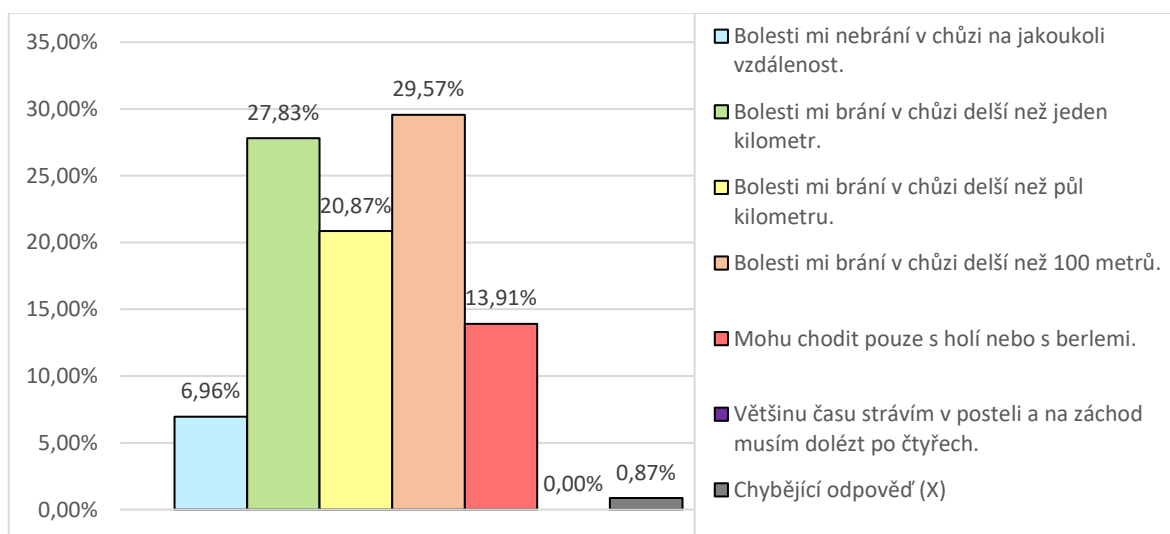


Nejvíce respondentů – 36, tedy 31,3 % – zvolilo odpověď *Mohu zvedat pouze velmi lehká břemena*. Pouze 4,35 % z respondentů uvedlo, že mohou zvedat těžká břemena bez bolesti. Možnost zvedat těžká břemena s bolestí nebo možnost zvedat těžká břemena, pokud jsou vhodně položena, uvedlo 26,95 %, tedy 31 respondentů. Až 13,04 % (15 respondentů) uvedlo, že nemohou zvedat vůbec nic.

#### Část 4 – Chůze

Na čtvrtou část, zabývající se schopností chůze respondentů, reagovalo 114 respondentů, 1 respondent (0,87 %) položku nevyplnil.

Graf 17 – ODI část 4 Chůze



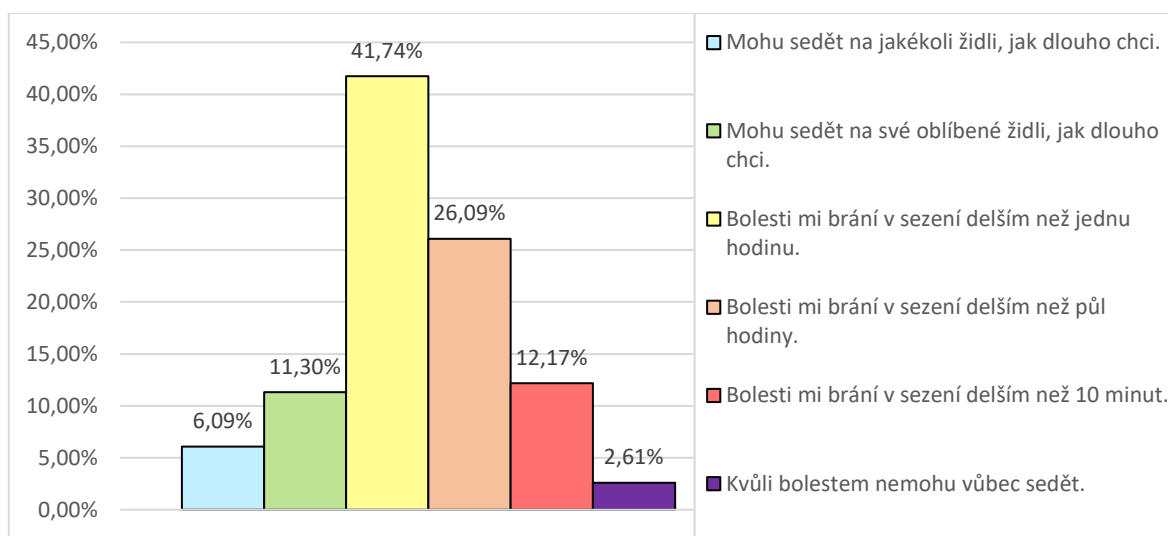
Osm respondentů, tedy 6,96 %, uvedlo, že je bolest v chůzi neomezující. Nejvíce respondentů – 34 ze 115 (29,57 %) odpovědělo, že jim bolest brání v chůzi na vzdálenost delší než 100

metrů. Pro celkem 16 respondentů (13,91 %) není chůze uskutečnitelná bez použití kompenzačních pomůcek, jako jsou hole nebo berle. Ani jeden respondent nezvolil možnost *Většinu času strávím v posteli a na záchod musím dolézt po čtyřech.*

### Část 5 – Sezení

Pátá část dotazníku ODI se zabývala schopností respondenta sedět s ohledem na způsobenou bolest. Položku byla vyplněna ve všech 115 dotaznicích.

Graf 18 – ODI část 5 Sezení

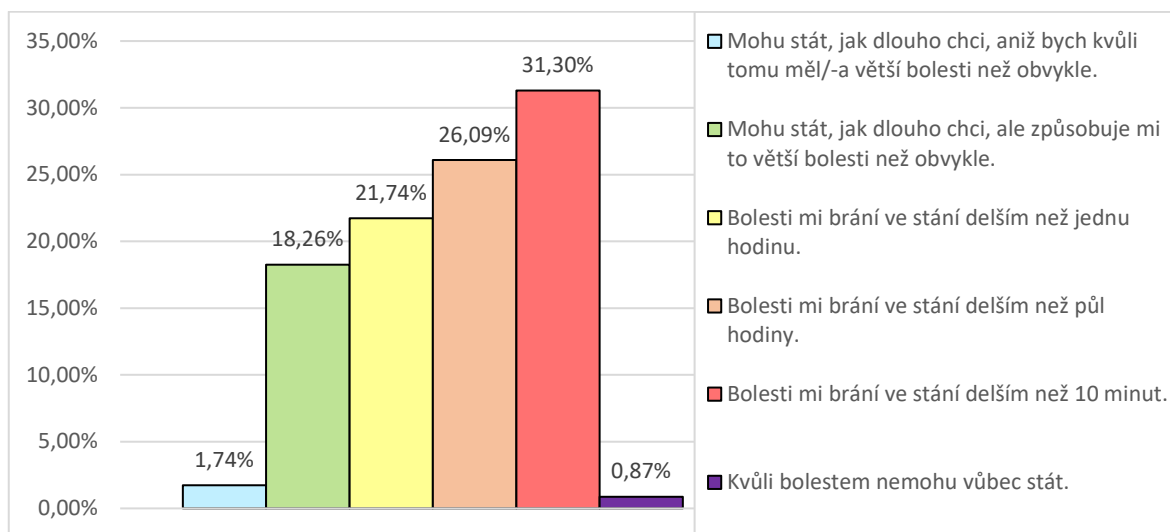


Nejvíce respondentů zvolilo možnosti *Bolesti mi brání v sezení delším než jednu hodinu*, a to konkrétně 41,74 % neboli 48 respondentů. Dalších 34 respondentů (38,26 %) uvedlo, že nezvládnou sedět déle než 10–30 minut. 3 dotazovaní, 2,61 % z celkového počtu, uvedli nejvyšší míru obtíží spojených se sezením, tedy že v důsledku bolesti absolutně nemohou sedět. Naopak 17,39 % respondentů (20 ze 115 dotazovaných) neudávalo potíže se sezením, včetně třinácti respondentů (11,3 %), kteří dokáží sedět bez omezení za předpokladu, že sedí na jimi preferované židli.

### Část 6 – Stání

Položka 6 hodnotila schopnost respondenta stát co nejdéle s ohledem na působenou bolest. Na položku 6 odpovědělo všech 115 respondentů.

Graf 19 – ODI část 6 Sezení



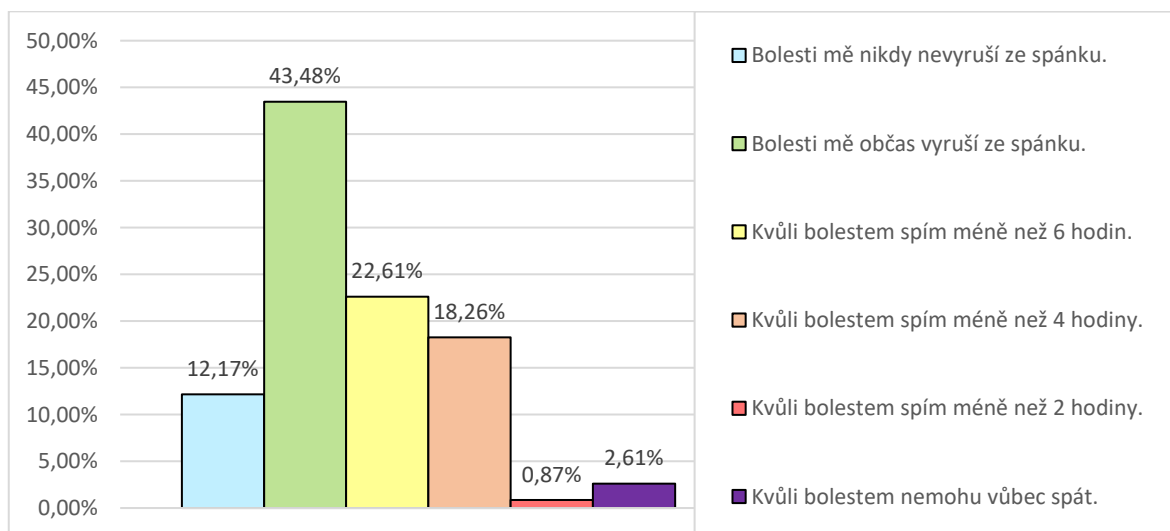
91 respondentů (79,13 % dotazovaných) uvádělo omezení délky stání z důvodu vzniklé bolesti. Jeden respondent uvedl, že kvůli bolesti vůbec není schopen stát. 20 % respondentů (23 ze 115) zvolilo možnosti, dle kterých jejich bolest neomezuje jejich délku schopnosti stát, nicméně 21 těchto respondentů (18,26 % z celkového počtu dotázaných) uvedlo větší bolesti při stání. Dva respondenti uvedli, že mohou stát bez omezení a bez větší než obvyklé bolesti. Vzhledem k velkému počtu respondentů (79,13 %), kteří uváděli omezení v délce a schopnosti stát, byla část 6 identifikována jako položka s vyšší mírou omezení.

### Část 7 – Spaní

Sedmá část dotazníku se zabývala vlivem bolesti zad na kvalitu spánku respondentů.

Sedmou část vyplnilo všech 115 respondentů.

Graf 20 – ODI část 7 Spaní



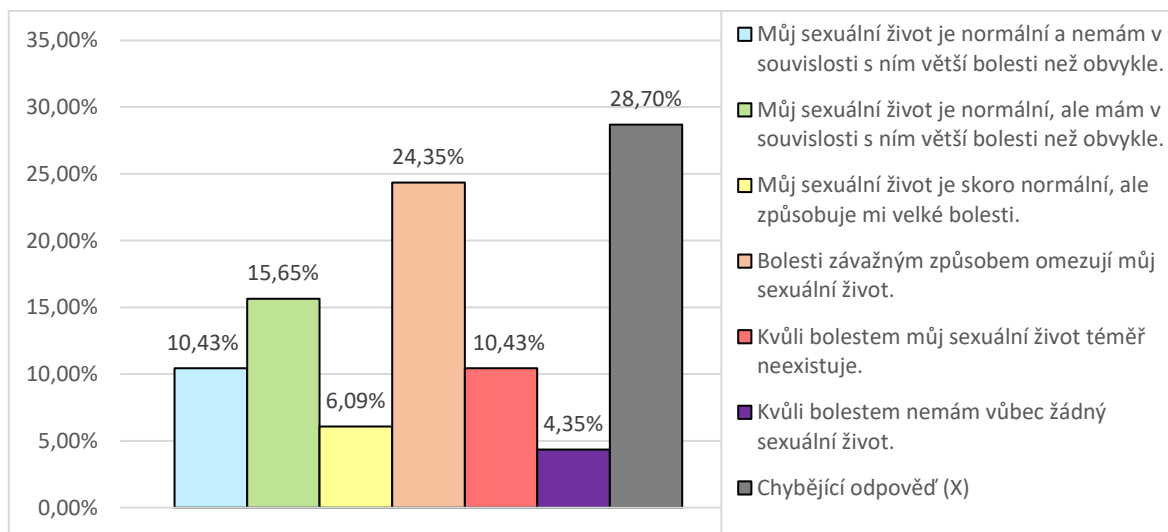
Na sedmou položku odpovědělo 14 respondentů, že mohou spát zcela bez toho, aby je bolest vyrušila ve spánku. Nejvíce zastoupenou odpovědí, na kterou odpovědělo 50 respondentů (43,48 % dotazovaných), bylo, že bolest dotazované občas vyruší ze spánku. 26 dotazovaných uvádělo, že kvůli bolesti nejsou schopni spát déle než 6 hodin. 21 dotázaných odpovědělo, že nejsou schopni spát déle než 4 hodiny, a jeden respondent uvedl, že kvůli bolesti spí méně než 2 hodiny. Tři respondenti volili možnost, že je bolest omezuje ve spánku absolutně.

### Část 8 – Sexuální život

Osmá část dotazníku ODI se od ostatních lišila možností značení odpovědi, kdy na rozdíl od předchozích částí položka 8 obsahovala instrukci, která respondentovi dávala možnost nevybrat žádnou z nabízených možností, pokud nežije sexuálním životem. Z tohoto důvodu tuto položku nevyplnil největší počet respondentů.

Některou z nabízených možností vybralo u části osm 82 dotázaných, tedy 71,3 % ze všech analyzovaných dotazníků ODI. 28,7 % dotazovaných (tedy 33 respondentů) část 8 vynechalo.

Graf 21 – ODI část 7 Sexuální život

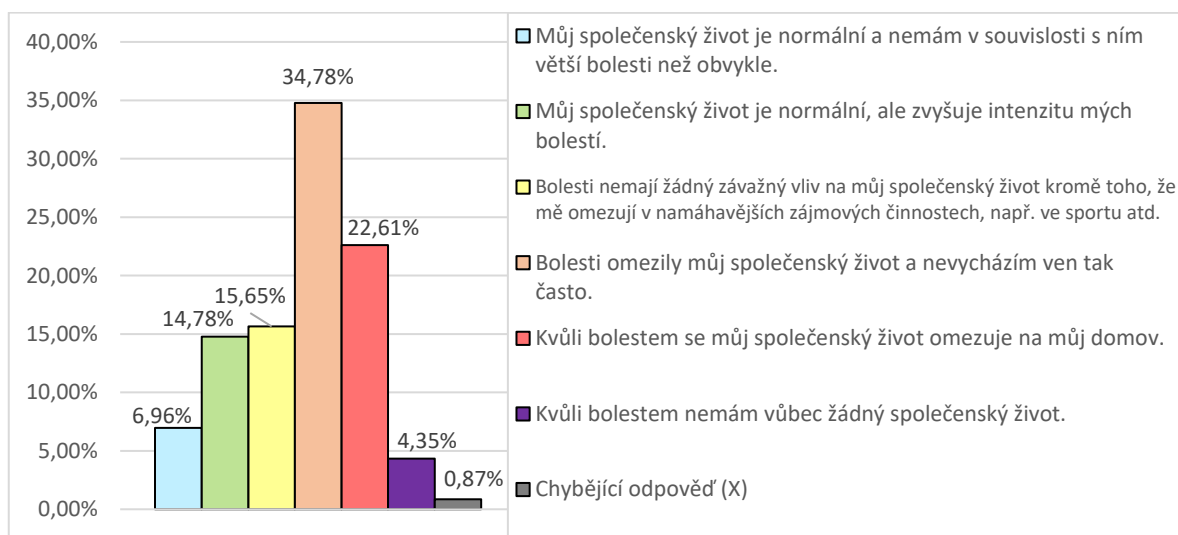


Celkem 39,13 % neboli 45 respondentů uvedlo, že je bolest výrazně omezuje v sexuálním životě, přičemž pět dotázaných (4,35 %) označilo, že kvůli bolesti nemají žádný sexuální život. Dvanáct respondentů uvedlo, bolest nemá vliv na jejich sexuální život. Dále 25 respondentů, tedy 21,74 %, uvedlo, že žijí normálním nebo téměř normálním sexuálním životem, který je však ovlivněn vzniklou bolestí.

## Část 9 – Společenský život

Předposlední položka dotazníku se zabývala vlivem bolesti zad na společenský život respondenta. Na položku 9 reagovalo 114 respondentů, 1 respondent neoznačil žádnou odpověď.

Graf 22 – ODI část 9 Společenský život

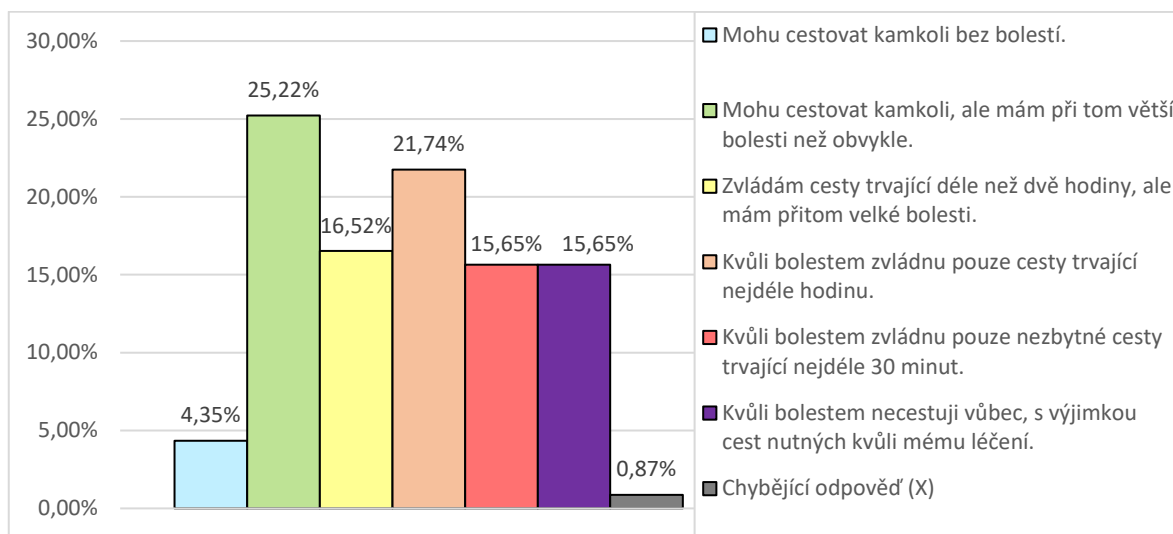


Více než tři čtvrtiny respondentů, konkrétně 89, tedy 77,39 %, uvedly, že je bolest do nějaké míry omezuje ve společenském životě, včetně namáhavých činností jako kupříkladu sport. Nejčetnější odpovědí na devátou část byla možnost, že bolest omezuje společenský život respondenta a ten kvůli ní často nevychází ven. Tuto možnost zvolilo celkem 40 respondentů (34,78 %). 26 dotázaných (22,61 %) uvedlo, že kvůli bolesti omezují svůj společenský život pouze na své domácí prostředí, a 5 dotázaných (4,35 %) uvedlo, že kvůli bolesti nežijí žádnou formou společenského života.

## Část 10 – Cestování

Poslední položka nástroje ODI je zaměřena na míru omezení schopnosti respondenta cestovat na delší vzdálenosti kvůli bolesti. Poslední položku vyplnilo 114 respondentů, jeden respondent (0,87 %) položku vynechal.

Graf 23 – ODI část 10 Cestování



53,04 % účastníků dotazníkového šetření zvolilo jednu z možností, které udávají větší míru omezení při cestování, od neschopnosti cestovat déle než hodinu po absolutní omezení ve všech formách cestování s výjimkou cest nezbytných pro léčbu. Tuto největší míru omezení zvolilo 18 respondentů (15,65 %).

34 respondentů (29,57 %) uvedlo, že jsou schopni cestovat kamkoliv, ať už s větší než obvyklou bolestí (29 respondentů, 25,22 %), nebo zcela bez bolesti (5 respondentů, 4,35 %).

## 4.9 Porovnání použitých nástrojů

### Identifikace zasažených oblastí

Pro identifikaci oblastí, které respondenti považují za více zasažené vlivem onemocnění, byly vybrány položky, u nichž alespoň většina respondentů zvolila negativní odpověď nebo byl výrazný nepoměr mezi počtem negativních odpovědí k počtu kladných odpovědí (u dotazníku WHOQOL-BREF) nebo pokud většina respondentů volila odpovědi značící větší omezení u daných činností (u dotazníku ODI).

### Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

Zkrácený dotazník Světové zdravotnické organizace pro hodnocení kvality života byl vytvořen za účelem rychlého zhodnocení kvality života daného respondenta nebo vzorku respondentů, a to v kontextu čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Dotazník slouží ke komplexnímu posouzení kvality života u respondenta (pacienta) v souvislostech biologicko-fyzického, psychického a sociálního vnímání v kontextu situace, ve které se respondent nachází, nebo v souvislosti s onemocněním, jež je



mu diagnostikováno. K posouzení celkového stavu pacienta je dotazník doplněn dvěma samostatnými položkami zaměřujícími se na celkovou kvalitu života z pohledu respondenta a jeho spokojenost se svým zdravotním stavem.

Při analýze jednotlivých položek dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace byly identifikovány dvě významné položky, u kterých respondenti uvedli vyšší míru omezení nebo větší množství záporných odpovědí:

Položka 3 – *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?* – Omezení při provádění každodenních činností uvedlo v souvislosti s projevy bolesti 67,82 % respondentů.

Položka 15 – *Jak se dokážete pohybovat?* – Vyšší míru omezení v pohybu uvedlo volbou jedné ze dvou možných záporných odpovědí celkem 42,61 % respondentů na rozdíl od pouhých 12,17 % respondentů, kteří zvolili jednu z kladných odpovědí indikujících nižší míru omezení při pohybu.

### **Oswestry disability index**

Dotazník Oswestry disability index byl vyvinut k cílenému a velmi rychlému posouzení míry (pracovního) omezení u pacienta s bolestí zad. Pomocí indexu pracovní neschopnosti lze posoudit nejen celkovou míru disability, ale i míru omezení u 10 základních položek každodenního života (jako např. spánek, chůze, cestování apod., viz podkapitola 4.8.2).

Při vyhodnocení jednotlivých položek u dotazníku ODI bylo identifikováno 6 z 10 položek, kde respondenti ve vyšším počtu uváděli vyšší míru omezení vlivem bolesti způsobené základním onemocněním. Jsou to následující položky:

Část 3 – Zvedání břemen – 66,95 % respondentů uvedlo vážnější potíže při zvedání břemen, od úplné neschopnosti zvedat těžká břemena, schopnosti zvedat lehká břemena, pouze pokud jsou vhodně uložena, až po úplnou neschopnost zvedat jakákoliv břemena.

Část 4 – Chůze – Omezení při chůzi způsobené bolestivými projevy v různém rozsahu uvedlo až 92,18 % respondentů. Vážnější potíže, při kterých respondent není schopen chůze delší než 100 metrů anebo je nucen se pohybovat s kompenzačními pomůckami, uvedlo 43,48 % respondentů.

Část 5 – Sezení – Omezení při sezení v různém rozsahu (od omezení sedět více než jednu hodinu po úplnou neschopnost sedět) uvedlo až 82,61 % respondentů.

Neschopnost sedět déle než 10 minut z důvodu bolesti, včetně úplné neschopnosti sedět, uvedlo 14,78 % respondentů.

Část 6 – Stání – Neschopnost stát vlivem bolesti uvedlo 80 % respondentů, a to od omezení stoje na dobu déle než jednu hodinu a kratší až po úplnou neschopnost stát. Závažné omezení stoje (neschopnost stát déle než 10 minut, včetně úplné neschopnosti stát) uvedlo 32,17 % respondentů.

Část 8 – Sexuální život – Závažné omezení vlivem bolesti až po úplnou absenci sexuálního života uvedlo 39,13 % ze všech 115 respondentů (respektive 45 z 82, tedy 54,88 % získaných odpovědí).

Část 9 – Společenský život – Různou míru omezení, od neschopnosti participovat v namáhavých zájmových činnostech až po úplnou absenci společenského života vlivem silné bolesti, uvedlo až 77,39 % respondentů.

Část 10 – Cestování – Omezující vliv bolesti na schopnost cestovat uvedlo 53,04 %, od omezení cestovat po dobu delší než jednu hodinu až po absolutní snahu vyhnout se přepravě s výjimkou cest nezbytných kvůli podstupované léčbě. Nejzávažnější formu omezení v položce cestování uvedlo až 15,65 % respondentů.

### **Porovnání dotazníků**

Protože jsou dotazníky WHOQOL-BREF a ODI vytvořeny zcela odlišně, nachází se v nich jen některé položky, které se vzájemně tematicky překrývají.

Položku 3 dotazníku WHOQOL-BREF, zaměřující se na míru omezení vlivem bolesti při činnostech, které respondent potřebuje provádět, je teoreticky možné porovnat s většinou položek Indexu pracovní neschopnosti, vzhledem k tomu, že je nástroj ODI vytvořen s cílem hodnotit míru omezení vlivem bolesti již při konkrétních činnostech (jako například osobní péče, zvedání břemen, stání apod.).

Položku 15 dotazníku WHOQOL-BREF, u které 42,61 % respondentů uvedlo vyšší míru omezení při pohybu, je možné porovnat s Částí 4 nástroje ODI, v níž vážnější potíže uvedlo 43,48 % respondentů. Rozdíl mezi oběma položkami je menší než 0,87 %, uvedená vyšší míra omezení u daných položek je tedy vzájemně odpovídající.

Části 3, 5, 6 a 9 nástroje ODI není možno adekvátně porovnat s položkami dotazníku WHOQOL-BREF.

Část 8 nástroje ODI, ve které závažné omezení v sexuálním životě uvedlo 39,13 % respondentů, lze porovnat s položkou 21 dotazníku WHOQOL-BREF, v níž negativní odpovědi odpovídající větší míře omezení uvedlo 25,22 % respondentů. Rozdíl těchto položek je o 13,55 %, tedy obě položky se v porovnání nástrojů výrazně liší. Možným vysvětlením mohou být odlišné možnosti odpovědí, ze kterých respondenti při vyplňování daných položek u jednotlivých dotazníků volí.

Část 10 nástroje ODI, v níž omezující vliv bolesti na schopnost cestovat uvedlo 53,04 % respondentů, lze zdánlivě porovnat s položkou 25 dotazníku WHOQOL-BREF, ve které nespokojenost s dopravou uvedlo 10,44 % respondentů. Rozdíl mezi danými položkami je o 42,6 % a položky nejsou vzájemně odpovídající. Možným vysvětlením mohou být odlišné možnosti nabízených odpovědí nebo cílené zaměření Části 10 nástroje ODI přímo na cestování a velmi obecné zaměření položky 25 dotazníku WHOQOL-BREF na oblast dopravy.

### **Zhodnocení celkové kvality života u pacientů s lumboischiadickým syndromem**

Kvalitu života lze mezi oběma použitými nástroji porovnat pomocí rozdělení respondentů dle úrovně disability analýzou dotazníků ODI a komparací s položkami 1 a 2 dotazníku WHOQOL-BREF.

Průměrná hodnota omezení u pacientů s lumboischiadickým syndromem dle dotazníku Oswestry disability index byla 46 %, což značí téměř 50% omezení v denních činnostech dle ODI z důvodu silné neuralgické bolesti.

Průměrné hrubé skóre domény Fyzické zdraví (v dotazníku WHOQOL-BREF), která se zaměřením nejvíce blíží dotazníku ODI, bylo 44,97 % (tedy průměrně menší než 50% spokojenost mezi respondenty v oblasti fyzického zdraví).

Průměrné skóre dalších domén (viz podkapitola 4.7.1) bylo: doména Prožívání – 65,76 %; doména Sociální vztahy – 68,04 % a doména Prostředí – 68,63 %.

Z důvodu rozdílné konstrukce použitých nástrojů sběru dat nelze adekvátně porovnat výsledné hodnoty fyzického omezení z nástroje pracovní neschopnosti ODI s výsledky

položek 1 a 2 zaměřujících se na celkovou kvalitu života a hodnocení celkového zdraví respondentem v dotazníku kvality života WHOQOL-BREF.

Pro větší přehlednost je porovnání celkové kvality života uvedeno v následující tabulce:

Tabulka 6 – Porovnání výsledných hodnot disability a kvality života

ODI 2.1a		WHOQOL-BREF			
Úroveň disability	Počet (počet v %)	Položka 1 – Zhodnocení kvality života respondentem	Počet (počet v %)	Položka 2 – Zhodnocení zdraví respondentem	Počet (počet v %)
Minimální disability (0–20 %)	8 (6,96 %)	Velmi dobrá	8 (6,96 %)	Velmi spokojen/a	2 (1,74 %)
Střední disability (21–40 %)	39 (33,91 %)	Dobrá	66 (57,39 %)	Spokojen/a	25 (21,74 %)
Závažná disability (41–60 %)	45 (39,13 %)	Ani špatná, ani dobrá	25 (21,74 %)	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	42 (36,52 %)
Omezující disability (61–80 %)	21 (18,26 %)	Špatná	15 (13,04 %)	Nespokojen/a	40 (34,78 %)
Pacienti upoutáni na lůžko nebo s exacerbací symptomů (81–100 %)	2 (1,74 %)	Velmi špatná	1 (0,87 %)	Velmi nespokojen/a	5 (4,35 %)
				Chybějící odpověď	1 (0,87 %)

## 5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A DALŠÍ VÝZKUM

Na základě ukončeného dotazníkového šetření bylo identifikováno šest oblastí, ve kterých respondenti uvedli vyšší míru omezení vlivem bolesti vzniklé v souvislosti s onemocněním lumboischiadického syndromu. Sedmá oblast identifikovaná v dotazníku WHOQOL-BREF jako položka 3 (*Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?*) mezi vybrané oblasti nebyla zařazena z důvodu nespecifikování, na které konkrétní činnosti je v rámci otázky cíleno.

### 5.1 Doporučení pro pacienty dle identifikovaných oblastí

Pro každou z následujících oblastí identifikovaných jako problematických autor práce navrhuje doporučení s cílem snížit míru omezení kvůli bolesti v daných oblastech. Doporučení jsou cílena nejen pro zasažené pacienty, ale i pro ošetřující personál, rodinné příslušníky a další:

#### **Omezení v pohybu a chůzi**

Podporovat informovanost pacientů o možném rozvoji omezení při pohybu a chůzi a s tím souvisejícím trendem vyhýbání se fyzické aktivitě. Nabádat pacienty k aktivnímu pohybu a předcházet pasivitě. Snižovat averzi pacientů k pohybu způsobenou bolestí, a to řádnou a pravidelnou analgetizací dle ordinace lékaře.

Snažit se přizpůsobit aktivity vyžadující větší než nezbytnou míru pohybu individuálně pro dané pacienty a tím podporovat snahu pacientů zapojovat se alespoň částečně do fyzicky namáhavějších činností, do doby, než bude řádně nastavena analgetická terapie nebo dokud nebude vyřešena vyvolávající příčina onemocnění. Snažit se rozvíjet nezávislost pacienta v oblasti pohybu a podporovat ho k samostatné fyzické aktivitě.

Zaměřit se na větší rozvoj schopnosti pacientů samostatně provádět terapeutické pohyby a cviky ve spolupráci s dalšími členy multidisciplinárního týmu.

#### **Omezení při zvedání břemen**

Omezit množství činností vyžadujících zvedání břemen a zatěžujících zádové svalstvo.

Je-li to možné, umožnit pacientovi přesun na fyzicky méně namáhavou pracovní činnost, vyžaduje-li jeho současná pracovní činnost zvedání břemen.

Přizpůsobit prostředí, ve kterém se pacient často pohybuje (domácí prostředí, pracovní prostředí aj.) tak, aby byla nutnost zvedat břemena co nejvíce minimalizována.

Pokud to stav pacienta vyžaduje, zvážit podporu soběstačnosti v oblasti zvedání břemen poskytnutím pomůcek, jako například podavač.

### **Omezení při sezení a stání**

Pokud pacient udává neschopnost sedět či stát delší dobu z důvodu intenzivní bolesti, snažit se umožnit pacientovi změnit denní režim a přizpůsobit denní činnosti tak, aby byla nutnost stát nebo sedět po delší dobu minimalizována, než bude řádně nastavena analgetická terapie nebo dokud nebude vyřešena vyvolávající příčina.

Pokud je pacient vlivem vnějších okolností často nucen sedět nebo stát po delší dobu, snažit se tyto vnější okolnosti omezit, například změnou pracovní pozice. Poskytnout pacientovi dostatek nezbytných přestávek, pro řádné uvolnění a odpočnutí před návratem k nekomfortní činnosti (například sezení).

### **Omezení v sexuálním životě**

Podporovat informovanost pacienta o potencionálním omezení v oblasti sexuálního života vlivem bolesti. Podporovat pacienta k dostatečné komunikaci s jeho sexuálním partnerem a podporovat otevřenou komunikaci ohledně jeho omezení v aktivitách sexuálního života a ohledně jeho potřeb, které pacient v dané oblasti ve vztahu se svým partnerem nebo partnerkou pocítuje.

Snažit se netabuizovat diskusi na téma omezení v sexuálním životě vlivem bolesti.

### **Omezení ve společenském životě**

Bolesti by pacienta neměli diskvalifikovat z jeho zájmových činností nebo ze sociálního života. Účast na společenských funkcích je nezbytná pro psychickou, sociální a spirituální pohodu. Pokud je to možné, plánujte účast na společenských a zájmových akcích s pacientem dopředu. Volte aktivity omezující nutnost delšího stání nebo sezení. Pokud je to možné, volte aktivity, které bude moci pacient přerušit, bude-li mít potřebu dát si přestávku. Komunikujte s pacientem s onemocněním. Nevyčleňujte ho ze zájmové skupiny jen kvůli jeho neschopnosti účastnit se některých fyzicky náročnějších aktivit.

### **Omezení při cestování**

Při plánování delších cest brát ohled na potřebu pacienta častěji si odpočinout v průběhu cesty, plánovat dostatek přestávek a upravit délku cest, které je pacient nucen absolvovat.

Neopomíjet přání pacienta účastnit se delších cest kvůli jeho onemocnění bederní páteře a kvůli jeho případným specifickým potřebám. To, že pacient při cestování může pociťovat vyšší míru bolesti, neznamená, že nemá přání nebo potřebu cestovat, ať už účelně, nebo rekreačně.

Pokud je to možné, snažit se zvýšit komfort pacienta ve vozidle úpravou polohy sedadel, volbou pohodlnějšího vozidla, musí-li pacient absolvovat delší cestu, nebo zvážit úpravu vnitřního prostředí vozidla pro zlepšení komfortu pacienta.

## 5.2 Doporučení pro další výzkum

Z důvodu kritérií výběru respondentů pro proběhlé dotazníkové šetření by bylo pro další výzkum žádoucí zopakovat výzkumné šetření nejen u pacientů podstupujících neurochirurgické řešení, ale i u pacientů podstupujících farmakologickou nebo rehabilitační léčbu.

Současně by bylo vhodné se v budoucím výzkumu zaměřit na jednotlivé identifikované problematické oblasti a kvalitativním výzkumem získat větší porozumění o tom, jak pacienti dokáží v daných oblastech s omezením fungovat, jaké opatření identifikují jako stěžejní pro úlevu od bolesti anebo návrat funkce či jaké opatření nebo úpravy v životosprávě vykonávají jako prevenci recidivy onemocnění.

Žádoucí by bylo i současné hodnocení bolesti dle škál (například pomocí vizuálně analogové stupnice) k lepšímu zhodnocení míry bolesti, která dané problematické činnosti provází.

Pro identifikaci oblastí fyzického zdraví, ve kterých pacienti udávali vážné obtíže, se dotazník Oswestry disability index ukázal být zcela vhodný. Hodnocení fyzických obtíží bylo u skupiny pacientů prioritou, vzhledem k mechanismu vzniku a projevům onemocnění. Dotazník ODI ale nedokáže adekvátně zhodnotit všechny aspekty psychického vnímání bolesti na celkovou kvalitu života. Proto byl zvolen a je doporučeno i do dalšího výzkumu pracovat s nástroji hodnocení celkové kvality života jako například WHOQOL (BREF nebo 100) nebo Short Form 36 (SF-36).

## ZÁVĚR

Na základě výzkumného šetření, kterého se zúčastnilo 119 respondentů v roce 2024, bylo identifikováno šest, respektive sedm významných oblastí, které pacienti s lumboischiadickým syndromem vyhodnotili jako problematické.

Pro pacienty, kteří se připravovali podstoupit chirurgické řešení výhřezu meziobratlové ploténky nebo ho podstoupili krátce před vyplněním dotazníku, bylo největší omezení v oblasti fyzického zdraví. Toto omezení koresponduje s mechanismem vzniku a projevy onemocnění, kdy vzniká silná omezující bolest a dochází k poruše citlivosti v dolních končetinách. Největší potíže pacienti udávali v oblastech pohybu a chůze, zvedání břemen, sezení a stání, v sexuálním životě, společenském životě a při cestování. Většina respondentů, nad 60 %, ovšem vyjádřila spokojenost s celkovou kvalitou svého života s ohledem nejen na fyzické zdraví, ale i prožívání, prostředí nebo sociální vztahy.

Na základě dotazníkového šetření byly naplněny cíle práce:

Cíl 1. – Oblastí fyzického zdraví se zabývala doména 1 dotazníku WHOQOL-BREF a většina položek nástroje ODI. Byly identifikovány čtyři oblasti fyzického zdraví, ve kterých je pacient omezen. Jsou to oblasti: pohybu/chůze, zvedání břemen, sezení a stání

Cíl 2. – Oblasti psychického zdraví byly součástí domény 2 dotazníku WHOQOL-BREF. V této oblasti nebyly zjištěny výrazná omezení. Většina pacientů udávala spokojenost v doméně Prožívání a s kvalitou života.

Cíl 3. – Na otázku sociálního života byly zaměřeny tři otázky nástroje ODI a doména 3 dotazníku WHOQOL-BREF. Byly identifikovány tři oblasti sociálního života, ve kterých je pacient výrazně omezen. Jsou to oblasti: sexuálního života, společenského života a cestování.

Cíl 4. – Na základě identifikovaných oblastí, ve kterých většina respondentů udávala větší potíže nebo omezení z důvodu bolesti při daném onemocnění, bylo vypracováno doporučení pro praxi pro snížení omezení a zlepšení snahy zapojit více respondenty do oblastí, ve kterých jsou více omezeni a tím zvýšit individuální aktivitu a zlepšit fyzický, psychický a sociální well-being.

Cíl 5. – Edukační materiál v termínu odevzdání kvalifikační práce nebyl dokončen po grafické stránce. Jeho dokončení bude probíhat i po odevzdání kvalifikační práce.



Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu pacientů, u kterých dochází k rozvoji degenerativních onemocnění páteře, ať už z důvodu zvyšujícího se věku, nebo z důvodu narůstající pracovní zátěže, je důležité sledovat fenomény provázející tato onemocnění a identifikovat problematické oblasti, které jsou pro pacienty stěžejní. O tom, že se problematika onemocnění bederní páteře stává v dnešní době stále více relevantní, svědčí i snaha začlenit skupinu těchto onemocnění do kategorie Nemoci z povolání v legislativních dokumentech.

Aby zvyšující se počet pacientů s onemocněními páteře neměl příliš zatěžující vliv pro oblasti ekonomiky, zdravotnictví nebo sociální péče, bude nutné je dostatečně sledovat a vypracovávat nejen nová doporučení pro léčbu, ale i pro ošetrovatelskou péči, rehabilitaci nebo následnou či komunitní péči.

Na problematiku onemocnění bederní páteře bude mít v budoucnu pozitivní vliv především větší porozumění léčbě neuralgické bolesti, větší dostupnost miniinvazivní a roboticky asistované chirurgie nebo zlepšení veřejného povědomí a prevence tohoto onemocnění.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

AMBLER, Z.; BAUER, J.; BEDNAŘÍK, J.; CERMAN, J.; ČESÁK, T. et al., 2010. *Klinická neurologie: část speciální II*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-389-9.

ČESKO, 2017. Zákon č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>.

ČESKO, 2021. Nařízení vlády č. 506/2021 Sb. Nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-506>.

DRAGOMIRECKÁ, E. a BARTOŇOVÁ, J., 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-851-2182-4.

EPROVIDE™ by Mapi Research Trust. ©2024. *Mapi Research Trust*. Online. Dostupné z: <https://eprovide.mapi-trust.org/>. [cit. 2024-03-13].

FAIRAG, M.; KURDI, R.; ALKATHIRY, A.; ALGHAMDI, N.; ALSHEHRI, R. et al., 2022. Risk Factors, Prevention, and Primary and Secondary Management of Sciatica: An Updated Overview. *Cureus*. Online. Vol. 14, no. 11. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.31405>. [cit. 2024-05-13].

FENCLOVÁ, Z.; HAVLOVÁ, D.; VOŘÍŠKOVÁ, M.; URBAN, P. a ŽOFKA J., 2023. *Nemoci z povolání v české republice v roce 2022* [online]. Praha: Státní zdravotnický ústav. Dostupné z: <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/04/V-roce-2022.pdf>. [cit. 2023-11-14].

GIMÉNEZ-CAMPOS, M. S.; PIMENTA-FERMISSON-RAMOS, P.; DÍAZ-CAMBRONERO, J. I.; CARBONELL-SANCHÍZ, R.; LÓPEZ-BRIZ, E. et al., 2022. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness and adverse events of gabapentin and pregabalin for sciatica pain. *Atención Primaria*. Online. Vol. 54, no.1. ISSN 02126567. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102144>. [cit. 2023-10-12].

HAKL, M.; ADAMOVÁ, B.; GABRHELÍK, T.; HAKL, L.; HAKLOVÁ, O. et al., 2020. *Bolesti zad a kloubů. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Maxdorf. Edice Jessenius. ISBN 978-80-7345-659-7.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. a LOPES, C. T., 2021. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. New York, USA: Thieme Medical Publishers, Inc. ISBN 978-1-68420-455-7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1055/b000000515>.

HILL, J. C.; DUNN, K. M.; LEWIS, M.; MULLIS, R.; MAIN, C. J. et al., 2008. A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *New England Journal of Medicine*. Online. Vol. 59, no. 5, pp. 632-641. ISSN 0893-7524. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/art.23563>. [cit. 2023-12-15].

HRABÁLEK, L.; GABRYŠ, M.; HALAJ, M.; HAMPL, M.; JABLONSKÝ, J. et al., 2023. *Neurochirurgie: učebnice pro mediky a lékaře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6240-0.

CHOU, R.; DEYO, R.; FRIEDLY, J.; SKELLY, A.; HASHIMOTO, R. et al. 2017. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*. Online. Vol. 166, no. 7. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <https://doi.org/10.7326/M16-2459>. [cit. 2024-05-1].

KAŇOVSKÝ, P.; HERZIG, R.; BUREŠOVÁ, J.; MAŘÁK, R.; VLACHOVÁ, I. et al., 2007. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1664-9.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W. a PEUL, W. C., 2007. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. Online. Vol. 334, no. 7607, pp. 1313-1317. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.39223.428495.BE>. [cit. 2023-10-12].

LIU, C.; FERREIRA, G. E.; SHAHEED, C. A.; CHEN, Q.; HARRIS, I. A. et al., 2023. Surgical versus non-surgical treatment for sciatica: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. Online. Vol. 381, ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070730>. [cit. 2023-10-12].

MANJI, H.; CONNOLY, S.; KITCHEN, N.; LAMBERT, C. a MEHTA, A., 2014. *Oxford Handbook of Neurology*. 2nd edition. New York, USA: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-96011-72.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H.; FOJTÍK, Z.; HAKL, M.; KASPAR, V.; KOLORZ, M. et al., 2019. *Myoskeletální medicína pro praxi*. Praha: Mladá Fronta, a.s. ISBN 978-80-204-5325-9.

MEHRA, A.; BAKER, D.; DISNEY, S. a PYNSENT, P. B., 2008. Oswestry Disability Index Scoring Made Easy. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. Online. Vol. 90, no. 6, pp. 497-499. ISSN 0035-8843. Dostupné z: <https://doi.org/10.1308/003588408X300984>. [cit. 2024-04-04].

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2020. *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*. In: National institute for health and care excellence. Online. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637>. [cit. 2023-10-12].

OSTELO, R. W. J. G., 2020. Physiotherapy management of sciatica. *Journal of Physiotherapy*. Online. Vol. 66, no. 2, pp. 83-88. ISSN 1836-9553. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.005>. [cit. 2023-10-12].

PARREIRA, P.; MAHER, C. G.; STEFFENS, D.; HANCOCK, M. a FERREIRA, M. L., 2018. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. *The Spine Journal*. Online. Vol. 18, no. 9, pp. 1715-1721. ISSN 15299430. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.05.018>. [cit. 2024-05-13].

ROPPER, A. H. a ZAFONTE, R. D., 2015. Sciatica. *New England Journal of Medicine*. Online. Vol. 372, no. 13, pp. 1240-1248. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1410151>. [cit. 2023-12-02].

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

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a.s. Edice Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9.

STAFFORD, M. A.; PENG, P. a HILL, D. A., 2007. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. *British Journal of Anaesthesia*. Online. Vol. 99, no. 4, pp. 461-473. ISSN 0007-0912. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/bja/aem238>. [cit. 2023-12-03].

WHOQOL: Measuring Quality of Life. ©2024. *World Health Organization*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>. [cit. 2024-04-16].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1946. *Constitution of the World Health Organization*. Online. In: New York, USA. Dostupné z: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. [cit. 2024-05-13].

YATES, M. a SHASTRI-HURST, N., 2017. The Oswestry Disability Index. *Occupational Medicine*. Online. Vol. 67, no. 3, pp. 241-242. ISSN 0962-7480. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw051>. [cit. 2024-03-27].

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
apod.	a podobně
CT	Computer Tomography Scan zobrazovací metoda výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
FBSS	Failed Back Surgery Syndrom syndrom selhané operace zad
FN	Fakultní nemocnice
HIVDQoL	Human Immunodeficiency Virus Dependent Quality of Life dotazník pro kvality života u pacientů s HIV
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně
L3/L4	Meziobratlové spojení 3. a 4. bederního obratle
L4/L5	Meziobratlové spojení 4. a 5. bederního obratle
L5/S1	Meziobratlové spojení 5. bederního a 1. sakrálního obratle
LupusQoL	Lupus Quality of Life dotazník k hodnocení kvality života pacientů s Lupus Erythematosus
MRI	Magnetic Resonance Imaging zobrazovací metoda magnetická resonance
např.	například
NICE	National Institute For Health And Care Excellence Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu
NSAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs skupina léčiv: nesteroidní antirevmatika
ODI 2.1a	Oswestry Disability Index 2.1a dotazník pracovní neschopnosti, verze 2.1a
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná

---

SF-36	Short-Form 36 dotazník pro hodnocení kvality života krátká verze-36
SS-QOL	Stroke-Specific Quality Of Life Measure dotazník pro hodnocení kvalitu života krátká pacientů s iktem
STarT	Subgroups for Targeted Treatment risk assesment tool nástroj pro zhodnocení rizika podskupin pro cílenou léčbu
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Transkutánní elektrická nervová stimulace
viz.	více v odkazované části textu
WHOQOL	World Health Organization Quality of life skupina WHO pro kvalitu života
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of life: Version 100 dotazník WHO pro kvalitu života: verze se 100 položkami
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of life: Brief Version dotazník WHO pro kvalitu života: zkrácená verze

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Respondenti dle pracovního statusu .....	34
Tabulka 2 – Respondenti dle věkového rozmezí .....	35
Tabulka 3 – počet respondentů dotazníku ODI dle míry disability .....	47
Tabulka 4 – ODI: 5 nejnižších hodnot disability v kontextu s demografickými údaji .....	48
Tabulka 5 – ODI: 5 nejvyšších hodnot disability v kontextu s demografickými údaji .....	48
Tabulka 6 – Porovnání výsledných hodnot disability a kvality života .....	60



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 – WHOQOL-BREF Položka 1 .....	36
Graf 2 – WHOQOL-BREF Položka 2 .....	37
Graf 3 – WHOQOL-BREF položka 3 a položka 4 .....	38
Graf 4 – WHOQOL-BREF položka 5, položka 6 a položka 7 .....	39
Graf 5 – WHOQOL-BREF položka 8 a položka 9 .....	40
Graf 6 – WHOQOL-BREF položka 10 a položka 11 .....	41
Graf 7 – WHOQOL-BREF položka 12, položka 13 a položka 14 .....	42
Graf 8 – WHOQOL-BREF položka 15 .....	42
Graf 9 – WHOQOL-BREF položka 16, položka 17 a položka 18 .....	43
Graf 10 – WHOQOL-BREF položka 19 a položka 20 .....	44
Graf 11 – WHOQOL-BREF položka 21 a položka 22 .....	45
Graf 12 – WHOQOL-BREF položka 23, položka 24 a položka 25 .....	46
Graf 13 – WHOQOL-BREF položka 26 .....	47
Graf 14 – ODI část 1 Intenzita bolesti .....	49
Graf 15 – ODI část 2 Osobní péče .....	50
Graf 16 – ODI část 3 Zvedání břemen .....	51
Graf 17 – ODI část 4 Chůze .....	51
Graf 18 – ODI část 5 Sezení .....	52
Graf 19 – ODI část 6 Sezení .....	53
Graf 20 – ODI část 7 Spaní .....	53
Graf 21 – ODI část 7 Sexuální život .....	54
Graf 22 – ODI část 9 Společenský život .....	55
Graf 23 – ODI část 10 Cestování .....	56

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha P I:** Diagram pro vyhodnocení nástroje ODI

**Příloha P II:** Schválená žádost o sběr dat FN Olomouc

**Příloha P III:** Schválená žádost o sběr dat FN Brno

**Příloha P IV:** Schválená žádost o sběr dat pro studijní účely a Prohlášení o mlčenlivosti  
KNTB



# PŘÍLOHA P II: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT FN OLOMOUC

**FAKULTNÍ NEMOCNICE**  
OLOMOUC  
Zdravotnická 248/7, 779 00 Olomouc  
Tel: 598 441 111, E-mail: info@fnol.cz  
Č. 00098982

## ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-ZADOST-001

verze č. 1, str. 1/2

### Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Šimon Staněk  
Datum narození: 5. 12. 2001 Telefon: (+420)792322949 E-mail: s\_stanek@ub.cz  
Kontaktní adresa: U Stadionu 965/3, 784 01 Litovel  
Přesný název školy/fakulty: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií  
Obor studia: Všeobecné ošetrovatelství  
Forma studia:  prezenční  kombinovaná  distanční

#### Téma závěrečné práce:

Kvalita života u pacienta s lumboschizoidním syndromem

#### Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: Ortopedické oddělení Z9B v termínu od: 27. 11. 2023 do: 12. 12. 2023  
 NE

#### Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_  
 NE

Pracoviště FNOL, do které přezkoumáte: Neurochirurgická klinika, ambulační část, lůžková část

#### Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel (uveďte): \_\_\_\_\_

#### Požadavek na (zaškrtněte):

*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetení a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho naházení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Naházení do zdr. dokumentace“.*

Dotazníková akce  pro pacienty FNOL  pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 50

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 1. 1. 2024 do: 29. 2. 2024

K vyplnění žádosti le nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

#### Naházení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel naházet:

Termín, ve kterém bude žadatel naházet do zdravotnické dokumentace: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Při naházení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001. Záznam o naházení do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazusistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: \_\_\_\_\_

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: \_\_\_\_\_

K vyplnění žádosti le nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek), povolání: \_\_\_\_\_

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

Jiné (specifikujte): \_\_\_\_\_

Za které období budou data zjišťována: \_\_\_\_\_

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: \_\_\_\_\_

**Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:** Elektronicky

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?  ANO  NE

#### Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 20. 10. 2023

Schválil (datum podpis): H. A. K.

Mgr. Jiřina Čiháková, MSc.  
ředitelka Odboru kvality  
Fakultní nemocnice Olomouc

#### Poznámky:

Příloha 1: Vzor standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL-BREF

Příloha 2: Vzor standardizovaného dotazníku Oswestry Disability Index 2.1a

# PŘÍLOHA P III: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT FN BRNO

## ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

### Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Šimon Staněk

Datum narození: 5. 12. 2001 ..... Telefon: (+420) 792322949 ..... E-mail: s\_stanek@ub.cz

Adresa irvalého bydliště: U Stadionu 965/3, 784 01 Litovel

Přesný název školy/fakulty: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

Obor studia: Všeobecné ošetrovatelství

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. **Správnou odpověď zakřikněte!**

Forma studia:  prezenční  kombinovaná

**Téma závěrečné práce: Kvalita života u pacienta s lumboischiaadickým syndromem**

### Účel žádosti:

sběr dat/žísťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/žísťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/žísťování informací pro jiný účel: (uveďte):

**Vedoucí práce (jméno a příjmení vedoucího práce a název školy/instituce, ve které je zaměstnán)**

doc. MUDr. Ondřej Kalita, Ph.D., MBA  
(Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií; Fakultní nemocnice Olomouc,  
Neurochirurgická klinika)

**Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:**

ANO Pracovské jméno zaměstnance FN Brno: .....

NE (informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

### Požadavek na (zakřikněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/oseřtení a předem má souhlas konkrétního pracovníka, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.

**Dotazníková akce**

pro pacienty FN Brno  pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 30

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 1. 1. 2024 do: 29. 2. 2024

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: Neurochirurgická klinika; lůžková část a ambulanci část

**K vyplnění žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!**

**Nahlášení do zdravotnické dokumentace**

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlázet: .....

Termín, ve kterém bude žadatel nahlázet do zdravotnické dokumentace: od: .....

Pracoviště, ze kterých/terých bude zdravotnická dokumentace pacientů: .....

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: .....

**Ostatní**

kazuistika – počet: .....

5-2022/1710

Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20, 602 00 Brno Číslo vnitřní organizace řízení	0
20. 10. 2023	
Ev. č.: 2417	Vyřizuje:
Č. j.: 48274	Podat./př.: .....

- vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: ..... z kterého pracoviště: .....
- vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: ..... povolání: .....
- z kterého pracoviště: .....

**K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační obrub otázky)!**

- statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístojných
- jiné (specifikujte): .....
- Za které období budou data zjišťována: .....
- Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: ..... do: .....
- Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: .....
- Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: .....

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci:  ANO  NE

Poznání: Žadatel bez na vědomí získané data mohou být použity pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další akvizování s daty bez souhlasu FN Brno pro jiné účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR, pro účely evidence této žádosti. Zvazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho žádost o sběr dat/rozkrytí informací ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

**Vyplněnou žádost odesílejte do FN Brno:**

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy)

na adresu: [Bashtarova.Jana@fnbrno.cz](mailto:Bashtarova.Jana@fnbrno.cz)

b) nebo v **listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Fakultní nemocnice Brno

Oddělení organizace řízení – Jana Baštarová, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Datum: 17. 10. 2023. Podpis: .....

**Vyplňte a potvzte FN Brno:**

**Oddělení organizace řízení:**

Zaevidováno na OOR dne: 20. 10. 2023. pod číslem: 2023/158244/20.20.20 - 2417

Vyřídlení vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: REC.HK - VEDOUCI ZAMĚSTNANEC AKR - Hgr. Sylvie Rollova

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka FN Brno postoupeno dne: 20. 10. 2023

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: ..... útvaru: ..... na pozici: .....

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: ..... z útvaru: .....

V případě placené služby poplatky dle Centru EO viz [www.fnbrno.cz/Odborná\\_veřejnost/Informace\\_pro\\_studijní\\_účetý](http://www.fnbrno.cz/Odborná_veřejnost/Informace_pro_studijní_účetý).

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou,

požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby:  na pokladně FN Brno  fakturou na účet FN Brno

Číska ..... přípsána na účet FN Brno dne: ..... **Fakultní nemocnice Brno**

Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne: 25. 10. 2023

..... referent/vedoucí OOR

# PŘÍLOHA P IV: SCHVÁLENÁ ŽÁDOST O SBĚR DAT A PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI KNTB

**KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI** (2/2) **PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI**

V souladu s Nařízením Evroského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul **Šimon Staněk** datum narození **05. 12. 2001**  
adresa bydliště **U Stadionu 965/3, 784 01 Litovel**

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovy nábřeží 600, 782 75 Zlín (dále jen „Správce OU“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu. Jedná se zejména o tyto informace:

- informacích týkajících se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta (zvláštní kategorie osobních údajů).
- informacích o zdravotnickém zařízení, centru, oddělení, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není krajickou nemocnicí T. Bati, a. s. výslovně dovoleno (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji neposkytovat žádné informace o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

Jsem si vědom/a, že pacientská data mohou ve své práci čerpat pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas. Pouze v případě, že se jedná o pacientská data čerpaná v primární souvislosti s poskytováním zdravotní péče, není souhlas vyžadován.

Jsem si vědom/a, že pacientská data mohou ve své práci použít pouze v anonymní podobě, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.

Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezankládá ukončení mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Poukitem výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovné trestněprávní, tak v rovné občanskoprávní.

**ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE**

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě oprávněného zájmu Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udávající svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**  
Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**  
Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění vašich práv.\***

\*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na [www.kntb.cz](http://www.kntb.cz)

Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučena/a o zpracování osobních údajů a

Souhlasím s tím, aby Správce OU zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.

datum **17. 10. 2023** podpis \_\_\_\_\_

01 F/09-2023-333 ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY (form. u0) (aktualizace 12. 01. 2023) Strana 2 (celkem 2)

**KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI** (1/2) **ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY**

**KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:**  
jméno, příjmení, titul **Šimon Staněk** datum narození **05. 12. 2001**  
adresa bydliště **U Stadionu 965/3, 784 01 Litovel**

Zaměstnanec KNTB  ANO  NE uveďte název organizace: \_\_\_\_\_  
Název ŠKOLY:  Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: \_\_\_\_\_  
Název FAKULTY: **Fakulta humanitních studií** studovaný obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Sběr dat za účelem:  bakalářská práce  rigorózní práce  disertační práce  
 jiný druh práce, upřesněte: \_\_\_\_\_

Název PRÁCE: **Kvalita života u pacienta s lumboischiaidickým syndromem**  
Název PRACOVNÍSTE, kde má být sběr dat proveden: **Neurochirurgické oddělení a ambulance**  
Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: **od: 1. 1. 2024 do: 29. 2. 2024**

datum **17. 10. 2023** podpis žadatele \_\_\_\_\_

**VYJÁDRĚNÍ VEDOUČÍHO DOTČENÉHO PRACOVNÍSTE:**  SOUHLASIM  NESOUHLASIM **82**  NE  ANO  NE **833**  
Uveřejnění zdrojů informací, KDE probíhal sběr dat:  SOUHLASIM  ANO  NE

datum **10. 10. 2023** podpis a razítko \_\_\_\_\_

**POVINNÉ přílohy žádosti:**  
1. Stručná anotaace odborné práce.  
2. V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.  
3. **Potvrzení o studiu:** **Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně** **Fakulta humanitních studií** **studijní oddělení 3.**

razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Povzrženou žádost zasláhe ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracovníkem), pro **mlékatřské obory** namístenými pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** namístenými pro lékařskou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovy nábřeží 600, 782 75 Zlín.

01 F/09-2023-333 ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY (form. u0) (aktualizace 12. 01. 2023) Strana 1 (celkem 2)