

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Lenka Dolejšová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program:

Všeobecné ošetřovatelství

Lenka Dolejšová, DiS.

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA
S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Jan Voříšek

PLZEŇ 2023

ZADÁNÍ BP - JEN V TIŠTĚNÉ FORMĚ

DRUHÁ ČÍSLOVANÁ STRÁNKA, ALE ČÍSLO SE NEUVÁDÍ

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Lenka Dolejšová, DiS.
Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce: Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou
Vedoucí práce: MUDr. Jan Voříšek

Počet stran – číslované: 85

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: revmatoidní artritida, bolest, léčba, HAQ dotazník, funkční obtíže

Souhrn:

Moje bakalářská práce se zabývá chronickým autoimunitním zánětlivým onemocněním, revmatoidní artritidou, a jeho vlivem na zvládnání běžných denních aktivit u pacientů s touto diagnózou. Teoretická část se věnuje revmatickému onemocnění obecně a konkrétněji se zaměřuje na revmatoidní artritidu, její příznaky, komplikace a možnosti léčby. Podstatná část je věnována hodnocení aktivity tohoto onemocnění a nemedikamentózní terapii. Praktická část mapuje, jak onemocnění ovlivňuje sebepéči pacienta při uspokojování fyziologických potřeb a porovnává, u kterých činností v každodenním životě potřebuje pacient nejvíc pomoc druhé osoby. Výstupem je zjištění, jaké oblasti denních aktivit jsou nejvíce ovlivňovány a jaký druh pomoci je pro pacienty nejpřínosnější.

Abstract

Surname and name: Lenka Dolejšová, DiS.

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care in a patient with rheumatoid arthritis

Consultant: MUDr. Jan Voříšek

Number of pages – numbered: 85

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 37

Keywords: rheumatoid arthritis, pain, treatment, HAQ questionnaire, functional difficulties

Summary:

This bachelor's thesis deals with chronic autoimmune inflammatory disease, rheumatoid arthritis, and its effect on managing daily activities in patients with this diagnosis. The theoretical part deals with rheumatic diseases in general and, more specifically, focuses on rheumatoid arthritis, its symptoms, complications, and treatment options. A substantial part is devoted to the evaluation of the activity of this disease and non-drug therapy. The practical part maps out how the disease affects the patient's self-care in satisfying physiological needs and compares everyday activities where the patient needs the most help from another person. The output is to determine which areas of daily activities are most affected and which type of assistance is most beneficial for patients.

Poděkování

Děkuji MUDr. Jan Voříšek za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Poděkování patří i ostatním pracovníkům Oddělení klinické farmakologie FN Plzeň za poskytování odborných rad, podporu a motivaci.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 POPIS PROBLEMATIKY REVMATOIDNÍ ARTRITIDY	14
1.1 Definice oboru revmatologie	14
1.2 Revmatická onemocnění a jejich klasifikace.....	14
2 ANATOMIE KLOUBU A JEHO FYZIOLOGIE.....	16
2.1 Anatomie a fyziologie kloubu.....	16
2.2 Struktura kloubu	16
3 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA.....	18
3.1 Definice onemocnění	18
3.2 Epidemiologie	18
3.3 Etiologie a patogeneze	18
3.4 Rizikové faktorů	19
3.5 Klinický obraz.....	20
3.5.1 Kloubní postižení.....	20
3.5.2 Mimokloubní postižení.....	21
4 KLASIFIKAČNÍ KRITÉRIA.....	23
4.1 Diagnostika a vyšetřovací metody.....	23
4.1.1 Anamnéza	23
4.1.2 Klinická vyšetření.....	23
4.1.3 Zobrazovací metody	24
4.1.4 Laboratorní vyšetření.....	24
5 HODNOCENÍ A TERAPIE REVMATOIDNÍ ARTRITIDY	25
5.1 Hodnocení aktivity.....	25
5.1.1 Disease Activity Score.....	26
5.1.2 Simplified Disease Activity index.....	27
5.1.3 Hodnocení funkčního postižení	28
5.1.4 Hodnocení kvality života.....	28
5.2 Terapie revmatoidní artritidy	29
5.2.1 Medikamentózní terapie	30
5.2.2 Nemedikamentózní terapie.....	31
5.2.3 Souhrn doporučení pro péči o pacienta s revmatoidní artritidou.....	33
6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	34

6.1	Specifika v oblasti stravování	35
6.2	Specifika v oblasti pohybu.....	36
6.3	Specifika v oblasti tišení bolesti	40
6.4	Specifika v oblasti psychické a sociální	41
6.5	Pohybově kompenzační pomůcky	43
6.6	Role sestry v péči o pacienty s revmatoidní artritidou.....	44
7	PREVENCE.....	50
	PRAKTICKÁ ČÁST	52
8	FORMULACE PROBLÉMU	52
9	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	53
9.1	Hlavní cíl.....	53
9.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	53
9.2.1	Dílčí cíle	53
9.2.2	Výzkumné otázky	53
10	METODIKA PRÁCE	54
10.1	Použité metody.....	54
10.2	Průběh výzkumu.....	54
10.3	Výzkumný vzorek	54
10.4	Analýza dat a prezentace výsledků	55
11	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	56
12	DISKUZE	80
13	ZÁVĚR	93
14	SEZNAM LITERATURY	97
	SEZNAM PŘÍLOH	101
	PŘÍLOHY	102

SEZNAM GRAFŮ

graf 1 Oblékání a úprava zevnějšku, otázka č. 1	56
graf 2 Oblékání a úprava zevnějšku, otázka č. 2	57
graf 3 Vstávání, otázka č. 1	58
graf 4 Vstávání, otázka č. 2	59
graf 5 Stravování, otázka č. 1	60
graf 6 Stravování, otázka č. 2	61
graf 7 Stravování, otázka č. 3	62
graf 8 Chůze, otázka č. 1	63
graf 9 Chůze, otázka č. 2	64
graf 10 Hygiena, otázka č. 1	65
graf 11 Hygiena, otázka č. 2	66
graf 12 Hygiena, otázka č. 3	67
graf 13 Dosažitelnost, otázka č. 1	68
graf 14 Dosažitelnost, otázka č. 2	69
graf 15 Stisk, otázka č. 1	70
graf 16 Stisk, otázka č. 2	71
graf 17 Stisk, otázka č. 3	72
graf 18 Činnosti, otázka č. 1	73
graf 19 Činnosti, otázka č. 2	74
graf 20 Činnosti, otázka č. 3	75
graf 21 Použití kompenzačních pomůcek, otázka č. 1-4	76
graf 22 Použití kompenzačních pomůcek, otázka č. 5-8	77
graf 23 Pomoc druhé osoby, otázka č. 1-4	78
graf 24 Pomoc druhé osoby, otázka č. 5-8	79

SEZNAM ZKRATEK

ACR.....	Americká revmatologická společnost
ANA	antinukleární protilátky
Anti-CCP.....	protilátky proti cyklickým citrulinovaným peptidům
Anti –MCV.....	autoprotiilátky proti mutovanému citrulinovanému vimentinu
HLA-B27.....	lidský leukocytární antigen
ANCA.....	průkaz autoprotiilátek proti antigenům
AS.....	ankylozující spondylitida
CRP.....	C-Reaktivní protein
DAS28	disease Activity Score – skóre aktivity nemoci
DMARDs.....	chorobu modifikující léky
EQ-5D.....	dotazník kvality života
FW.....	sedimentace
HAQ	dotazník hodnocení funkčních schopností
IL-1.....	interleukin 1
IL-6.....	interleukin 6
KO.....	krevní obraz
MCP.....	metakarpofalangeální klouby
MR.....	magnetická rezonance
NSA.....	nesteroidní antiflogistika
PIP.....	proximální interfalangeální klouby
RA.....	revmatoidní artritida
RF.....	revmatoidní faktor

RTG rentgenové vyšetření

SDAI..... simplifies Disease Activity Index

SF-36 generický dotazník kvality života

SLE..... systémový lupus erythematoses

TNF..... tumor nekrotizující faktor

USG sonografické vyšetření

VAS vizuální analogová škála bolesti

ÚVOD

Ošetrovatelská péče o pacienty s revmatoidní artritidou (dále jen RA) je hodně náročná. Je potřeba si zcela uvědomit, že toto onemocnění nezanechává důsledky jen ve fyzické schránce člověka, ale v nemalé míře má vliv i na psychosociální aspekty jeho života. Projevy tohoto onemocnění jsou zpočátku nevýrazné, přichází pozvolna, plíživě. Nemocní mohou pozorovat klidně i v řádu měsíců intermitentní a stěhovavé kloubní obtíže, kterým nepřikládají důležitost. Hlavními symptomy pro zamyšlení se nad diagnózou RA jsou bolest, ranní ztuhlost a otok kloubů, které nemocného omezují při běžných denních činnostech či v pracovním zařazení. Bohužel zasahují v nemalé míře i do sociálních vztahů a v neposlední řadě do vztahů partnerských. Zejména v produktivním věku je hodně náročné se s touto diagnózou smířit. Nemocní s RA trpí ve větší míře depresemi a úzkostmi. Diagnóza revmatoidní artritidy má obrovský dopad na kvalitu života nejen z pohledu fyzického postižení, ale má také značný vliv na psychické a emoční ladění nemocného a narušuje rodinné vztahy.

I přes nepříjemnou prognózu tohoto onemocnění lze důsledky a průběh onemocnění poměrně dobře zmírnit dodržováním správné diety a cvičením. Zásadní roli v navrácení samostatnosti a zlepšení kvality pacientova života je zmírnění bolesti a vhodný výběr kompenzačních pomůcek a posléze jejich správné používání.

V dnešní době moderní medicíny se stále objevují nové a nové poznatky, stejně jako je to u jiných onemocnění. Vyvíjí se nové metody léčby. Jako nejúčinnější se v dnešní době jeví biologická a cílená syntetická léčba, které jsou ale ekonomicky náročné. Tato léčba je indikována v případech, kdy dochází k progresi onemocnění i přes léčbu takzvanými chorobu modifikujícími léky (DMARDs), nebo při jejich intoleranci. Protože pracuji na Oddělení klinické farmakologie, kde jsou léčeni pacienti s diagnózou RA, a jsem s nimi v každodenním kontaktu, zvolila jsem si jako téma bakalářské práce: „*Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou*“.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Cílem teoretické části je seznámit se s dosavadními poznatky o revmatoidní artritidě, jako o závažném onemocnění, jeho etiologii, epidemiologii, příznacích, léčbě farmakologické a hlavně o nefarmakologické. Cílem praktické části práce je zhodnotit, v jakých běžných denních činnostech mají pacienti s RA největší potíže a které kompenzační pomůcky jsou jimi nejčastěji používány ke zvládnutí sebepečce. Dílčím cílem je zjistit, jak onemocnění ovlivňuje uspokojování

společenských potřeb. Ke zjišťování těchto hodnot jsme použili standardizovaný dotazník HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), což je nástroj pro posuzování funkčních schopností u pacientů s RA. Dotazník HAQ obsahuje 20 otázek, týkajících se běžných denních činností, které jsou rozděleny do 8 kategorií: oblékání a úprava, vstávání, stravování, chůze, hygiena, dosažitelnost, stisk a činnosti. Dotazník vyplňuje pacient sám a jeho vyplnění netrvá déle než 5–7 minut. Vzhledem k tomu, že za nejefektivnější možnost léčby RA je v současnosti považována biologická a cílená syntetická léčba, zvolila jsem k vyhodnocení dotazníku HAQ soubor pacientů, u kterých se zahajovala tato léčba a následně opakovaným zhodnocením po 16 ti týdnech léčby. Dotazník sice zkoumá subjektivní postoje nemocných, které se objektivně změřit nedají, ale v ošetrovatelské péči je na první místo kladen pacient a jeho vnímání zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POPIS PROBLEMATIKY REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

1.1 Definice oboru revmatologie

Revmatologie je interní obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou obtíží na podkladě neúrazových postižení kloubů a pohybového aparátu. Tento obor se zabývá mnohými druhy revmatických onemocnění, které se od sebe liší jak etiologií, tak klinickými projevy. Revmatická onemocnění však mohou postihovat nejen pohybový aparát, ale bohužel také mnoho dalších orgánů nebo orgánových systémů (Závada a Heřman 2022). Nejčastěji zmiňovaným příznakem je u pacientů bolest a s ní často spojené omezení funkčních schopností v běžných denních aktivitách pacientů. Mnohá revmatická onemocnění probíhají chronicky. To má pro mnoho pacientů velký vliv na kvalitu jejich života a průčeschnost. Závada a Heřman (2022) ve své publikaci též uvádějí, že tato zánětlivá imunologická onemocnění jsou spojována i s vyšší mortalitou.

1.2 Revmatická onemocnění a jejich klasifikace

Revmatická onemocnění postihují zhruba jednu třetinu populace. Častěji se ale lékaři ve svých ambulancích setkávají s méně závažnými projevy revmatického onemocnění. Do této skupiny nemocných můžeme zařadit artrózu, mechanické bolesti zad, osteoporózu, dnu, fibromyalgie a obtíže způsobené lokálním zánětem nebo přetížením, které můžeme označit jako „revmatismus měkkých tkání“. Revmatická zánětlivá onemocnění autoimunitního charakteru jsou vzácnější (Závada a Heřman 2022).

Nezbytným předpokladem pro včasnou diagnostiku a následně správnou léčbu je jednotné názvosloví a klasifikace onemocnění, která jsou důležitá převážně pro komunikaci mezi obory medicíny a stojí za správnou diagnostikou těchto heterogenních onemocnění, jakým revmatická onemocnění jsou. Klasifikace revmatických onemocnění je velice náročná a komplikovaná. Tato onemocnění totiž postihují různé cílové skupiny pacientů, postihují různé orgánové soustavy a jejich etiologie je v mnoha případech nejasná (Pavelka a kol. 2012).

Důležitým kritériem pro klasifikaci revmatických onemocnění jsou příznaky. Jako základní příznak pozorujeme u nemocných oteklé a bolestivé klouby. Pacienti udávají bolesti jak v klidu, tak při pohybu. Charakteristické jsou noční bolesti, které probouzí nemocné

ze spánku. Dalším příznakem je ranní ztuhlost, která přetrvává různě dlouho. Obvykle hodinu a více.

„Většina revmatických onemocnění není spojena s žádnými specifickými klinickými, laboratorními, histologickými nebo radiologickými nálezy, které by je spolehlivě odlišily od jiných onemocnění s podobnými projevy“ (Němec, 2021, s. 3).

Mnohá klasifikační kritéria byla vytvořena v podstatě jen pro potřeby klinických studií proto, aby byla do studií zařazována vždy homogenní skupina nemocných. Některá z těchto kritérií byla Americkou revmatologickou společností ve spolupráci s Evropskou ligu proti revmatismu validována pro diagnostiku revmatických onemocnění v klinické praxi (Němec a kol. 2021). Tato klasifikační kritéria jsou uvedena v příloze A.

Podle jednotlivých klasifikačních kritérií jsou revmatická onemocnění klasifikována do jednotlivých skupin podle patogeneze a to na choroby zánětlivé, metabolické, degenerativní kloubní a infekční. Zvláštní samostatnou skupiny pak tvoří revmatické manifestace jiných onemocnění (Olejárová 2016). Zjednodušená klasifikace revmatických onemocnění je uvedena v příloze B.

2 ANATOMIE KLOUBU A JEHO FYZIOLOGIE

2.1 Anatomie a fyziologie kloubu

„ Kloub je pohyblivé spojení dvou, popřípadě více kostí, jež se uvnitř vazivového pouzdra dotýkají plochami povlečenými chrupavkou“ (Čihák 2016, s. 91).

Aby kosti celého těla vytvořily funkční kosterní soustavu, musí být určitým způsobem spojeny. Toto spojení je z hlediska umožnění pohybu buď nepohyblivé, nebo pohyblivé. Kloub u zdravého člověka je konstruován tak, aby mu byl umožněn cílený pohyb různého rozsahu dle anatomie toho daného kloubu, a zabezpečil i odpovídající mechanickou oporu těla. Spojení jednotlivých kostí je podle způsobu a rozsahu pohyblivosti rozděleno na: synostózu (spojení srůstem), synchondrózu (spojení chrupavkou), syndesmózu (spojení vazivem) a kloubním spojením (Orel 2019).

2.2 Struktura kloubu

Celý kloub je pokryt kloubním pouzdem. To zajišťuje kompaktnost kloubu. Má dvě vrstvy: vnitřní a zevní. Zevní je tvořena vazivem, které srůstá s okosticí. Vnitřní vrstvu představuje synoviální výstelka, jež produkuje synoviální tekutinu. Samotný kloub tedy tvoří artikulující kosti. Stabilitu a správné postavení zajišťují okolní svaly a vazy. Ty se velkou měrou podílí na rozsahu a směru pohybu v daném kloubu (Orel 2019).

Aby jakýkoliv kloub v těle plnil v plném rozsahu svoji funkci, jak už mechanickou oporu, nebo umožňoval dostatečný pohyb, je složen z několika částí (Čihák 2011).

- Kloubní chrupavka – chrupavka pokrývající kost v místě styku. Je tvořena vazivovými vlákny a je odolná proti ořezu. Má nezastupitelnou funkci při snižování tření v kloubu, které přirozeně vzniká při každém pohybu.
- Synoviální membrána – produkuje synoviální tekutinu, která je velice důležitá pro správnou funkci kloubu. Působí jako lubrikant.
- Vazy – jsou tuhá elastická ligamenta, která ochraňují kloub před nevhodnými pohyby. Vazy se upínají na kosti.
- Šlachy – pojivová tkáň podobná vazům. Upínají se na rozdíl od vazů na svaly, které zabezpečují pohyb kloubu.

- Burzy – váčky vyplněné tekutinou. Podobně jako kloubní chrupavka a synoviální tekutina snižují tření v místech styku kostí v kloubu.
- Synoviální tekutina – snižuje tření v kloubu
- Meniskus – nalézá se jen v některých kloubech, kde vyrovnává nerovnosti mezi jednotlivými kostmi, které se v kloubu spojují.

Kostra lidského těla je kromě kostí složena i ze 143 různých kloubů. Některé jsou velmi malé a jejich výskyt si člověk mnohdy ani neuvědomuje, poněvadž jejich hybnost je minimální. Jednotlivé klouby se skládají z různého počtu kostí a podle tohoto počtu rozlišujeme klouby jednoduché a klouby složené. V jednoduchých kloubech se spojují zpravidla dvě kosti a podle tvaru styčných ploch rozpoznáváme různé typy např.: kulovitý, elipsový, sedlový, plochý. Klouby složené jsou nazývány ty klouby, kde se dotýkají tři a více kostí. Tento typ zahrnuje i klouby, ve kterých najdeme menisky, které umožňují větší rozsah pohybu kloubu (Orel 2019).

3 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

3.1 Definice onemocnění

„*Revmatoidní artritida (RA) je chronické zánětlivé onemocnění, jehož hlavním cílem je výstelka kloubů, šlach a těhových váčků*“ (Pavelka a kol., 2012, s. 262).

Jak již bylo zmíněno, klinické projevy RA jsou různé, nejčastěji je pozorována u nemocných chronická symetrická polyartritida. U velké skupiny nemocných jsou patrné i závažné mimokloubní a systémové příznaky. Všechny projevy nemoci mají progredující charakter. Díky této progresy dochází k deformitám postižených kloubů. U některých nemocných se objevují revmatoidní uzly ve vnitřních orgánech. V těch nejtěžších případech se mohou objevit i známky vaskulitidy (Němec a kol. 2021).

3.2 Epidemiologie

Výskyt RA je celosvětový. Prevalence je nejvyšší v severní Evropě a Americe, směrem k jihu pak dochází k poklesu jejího výskytu. Pavelka a kol. (2012) uvádí, že obecně se prevalence udává kolem 1 %, což v České republice představuje cca kolem 100 000 nemocných. Existují však některé specifické oblasti, jako jsou indiánské kmeny v Severní Americe, kde se výskyt pohybuje kolem 4 %. Naopak ve venkovských oblastech Afriky se RA téměř nevyskytuje. Revmatoidní artritidou jsou dle dostupných informací postiženy 3x častěji ženy než muži a první známky RA se objevují nejčastěji mezi 35. a 50. rokem života. V poslední době je patrné, na základě statistických dat, že incidence tohoto onemocnění klesá. Nejčastější výskyt onemocnění je v 1. stupni příbuzenského vztahu. Častěji mezi členy rodiny ženského pohlaví. Mezi matkou a dcerou nebo mezi sestrami. Velká pravděpodobnost vzniku onemocnění je na základě genetického vybavení. Udává se, že až u 10 % nemocných s RA jsou v příbuzenském vztahu, a až 4x častěji se nemoc objevuje u příbuzných 1. stupně (Pavelka a kol. 2012).

3.3 Etiologie a patogeneze

Olejárová (2012) ve své knize uvádí, že RA je novodobé onemocnění, jehož objevení je datováno až na 16. století. Samotný název byl ale prvně zaznamenán až v roce 1859 významným britským revmatologem, který na podkladě podrobného rozboru příznaků a projevů nazval onemocnění jako RA.

Původ této nemoci není prozatím dle dostupných výsledků studií znám, ale můžeme konstatovat, že na udržení chronického zánětu se v různé míře podílejí zánětlivé buňky, které se infiltrují do synoviální tekutiny v dutinách kloubu. Vzhledem k faktu, že značná část nemocných s RA má zároveň systémové a mimokloubní projevy, je patrná pro vznik a průběh onemocnění i autoimunitní aktivita. Nejzávažnějším patologickým projevem RA jsou zánětlivé pochody uvnitř kloubu, které svojí aktivitou v nemalé míře způsobují progredující poškození chrupavky. Důsledkem tohoto procesu je vznik erozivních projevů RA. Výsledkem je pak vymizení chrupavky, na jehož základě dochází k destrukci kosti a poškození okolních měkkých struktur kloubu (Pavelka a kol. 2012).

U nemocných s RA je v laboratorních testech typická přítomnost revmatoidní faktoru (RF) a protilátek proti citrulinovým peptidům. Zvýšené hladiny RF se ale mohou objevit i u nemocných s jiným onemocněním, ale pro RA jsou typické (Seidlerová a kol. 2019).

Patogeneze RA je jednoznačně spojena s účastí imunitních mechanismů v iniciálních stádiích onemocnění i při přímém poškození cílových struktur. V počátečních fázích onemocnění sehrávají klíčovou roli zejména T lymfocyty. Svědčí o tom zejména experimentální údaje. V séru nemocných je možné detekovat mimo autoproti látek a cirkulujících imunokomplexů i vyšší hladiny IL-1, IL-6, TNF a chemokinů (Pavelka a kol. 2012).

3.4 Rizikové faktorů

Existuje několik rizikových faktorů pro rozvoj tohoto onemocnění. Tyto zahrnují:

- Rodinná anamnéza: je větší pravděpodobnost, že se u nemocného vyvine RA, pokud má blízkého příbuzného, který ji také má.
- Pohlaví: ženy mají až třikrát vyšší pravděpodobnost rozvoje RA
- Kouření: kouření zvyšuje riziko RA a zhoršuje onemocnění
- Obezita: šance na rozvoj RA jsou vyšší, pokud daný člověk trpí obezitou

3.5 Klinický obraz

RA ve většině případů, jak jsme již uvedli, přichází nenápadně, plíživě. V některých případech až v období několika měsíců. Klinický průběh je však hodně variabilní. Nejčastějším projevem RA je symetrická polyartritida (postižení 5 a více kloubů) doprovázená bolestí různé intenzity. Dalším neméně významným projevem RA jsou kloubní otoky a ranní ztuhlost trvající déle než 1 hodinu. Méně často se RA projevuje akutně vzniklou polyartridou, která je často provázena dalšími příznaky, jako je únava, zvýšená teplota (tato forma se většinou vyskytuje ve starším věku). Může se objevit nechutenství a s tím spojený váhový úbytek, celková slabost. V počáteční fázi onemocnění je artritida pozorována jen na 1-4 kloubech a postupně progreduje (Němec a kol. 2021).

3.5.1 Kloubní postižení

Po různě dlouhém období, kdy se objevují nespecifické příznaky nemoci, se začíná rozvíjet mnohočetné postižení kloubů. Typicky pozorujeme symetrickou polyartritidu. Nejčastěji je zaznamenáno postižení malých ručních kloubů (MCP, PIP klouby), zápěstí a nožní klouby. Postupně může RA postihovat klouby kolenní a kyčelní. V podstatě může být poškozen prakticky jakýkoliv kloub. Nebývají však postiženy distální interfalangeální klouby. V oblasti páteře má onemocnění tendenci postihovat krční páteř (Pavelka 2012).

Artritida drobných ručních kloubů se projevuje zpravidla zduřením, zvýšením kožní teploty nad kloubem a bolestivostí. Zduření je podmíněno přítomností výpotku nebo periartrikulárním otokem. Kůže nad kloubem nebývá barevně změněna. Kromě postižení kloubů dochází často k tendinitidám (zánět nebo jiné postižení šlachy) či burzitidám. Postupující destrukce kloubů vedou k rozvoji svalových atrofií. Rotací karpálních kostí radikálně dochází k ulnární deviaci prstů rukou. Jako komplikace onemocnění se někdy objevuje syndrom karpálního tunelu (Pavelka 2012).

V oblasti loktů je u nemocných s RA pozorována flekční kontraktura (vysoké napětí svalů, které vyvolává bolest a současně omezuje pohyb). Postižení ramenních kloubů je manifestováno recidivujícími výpotky či postižením rotátorové manžety. V oblasti kolenních kloubů se zpravidla RA projevuje hydropsem, nestabilitou, vznikem cysty v popliteální krajině (Pavelka 2012).

Prsty dolních končetin mohou vykazovat deformity kladívkových prstů, častá je valgosa palce (Němec a kol. 2021).

Průběh onemocnění je hodně variabilní. Je popsáno celé spektrum variant choroby od silně aktivních forem s rychlou progresí kloubních změn až po formy s nízkou aktivitou s častými remisemi. Subjektivně často udávají nemocní v počátečním stádiu zvýšenou únavu, nechutenství a celkovou nevlí. Postupně se manifestují bolesti kloubů horních končetin – od pohybové či tlakové až po bolestivost klidovou. Typicky se objevuje ranní ztuhlost, která může přetrvávat i řadu hodin. Délka jejího trvání je částečně přímo úměrná aktivitě onemocnění (Olejárová 2016).

S postupující patologií vede zánětlivá aktivita onemocnění k erozi a destrukci kloubního povrchu, čímž se zhoršuje rozsah pohybu a vede k deformaci. Prsty mohou vyvinout téměř jakoukoli deformaci v závislosti na tom, které klouby jsou nejvíce postiženy. Specifické jsou deformity zahrnující ulnární deviace v MCP kloubech, trvalé propnutí druhého kloubu (také „deformita knoflíkové dírky“), flexe proximálního interfalangeálního kloubu a extenze distálního interfalangeálního kloubu ruky, deformita „labutího šije“ (hyperextenze v proximálním interfalangeálním kloubu a flexe v distálním interfalangeálním kloubu) a „Z-palec“ (Němec a kol. 2021).

3.5.2 Mimokloubní postižení

Mimokloubní revmatismus se projevuje v mnohých útvarech, pro které je ale společná bolestivost měkkých tkání (Kačinetzová 2012). Nejčastěji je popisováno postižení šlachy, úponů, burzy, šlachové pochvy, kloubní synovie mimo kost a vlastní kloubní plochy, které se projevují bolestí a nebyly způsobeny úrazem (Skála, Herle a Mann 2010). Vznik bolesti je zpravidla způsoben lokálním přetížením, špatnou koordinací pohybů, nesprávným držením těla a v neposlední řadě také zánětem (Rovenský et al. 2016).

Charakteristickým mimokloubním projevem jsou uváděny revmatoidní uzly. Pavelka et al. (2018) je popisuje jako kulovité útvary velikosti hrášku, které se zpravidla tvoří v podkoží, ale mohou být i ve vnitřních orgánech. Způsobují mechanické obtíže. Pokud je prokázána jejich přítomnost v plicním parenchymu, obraz na snímku RTG může připomínat plicní metastázy.

V plicích je patrné postižení ve formě revmatické alveolotidy či intersticiální pneumonitidy, které progreduje do plicní fibrózy (Pavelka et al. 2018).

Příznačnými postiženími u dalších orgánů či systémů jsou například endokarditida, myokarditida a perikarditida. Revmatoidní vaskulitida je označována též jako mimokloubní

postižení, které se projevuje zejména kožní vyrážkou, vředy, nekrózou až gangrénou. Mezi oční projevy řadíme episkleritidy a skleritidy. Kostí jsou postiženy osteoporózou (Pavelka et al. 2018).

4 KLASIFIKAČNÍ KRITÉRIA

4.1 Diagnostika a vyšetřovací metody

Iniciální vyšetření pacienta s podezřením na onemocnění RA by mělo obsahovat hlavně vyšetření aktivity onemocnění. Jde o subjektivní symptomy pacienta (přítomnost kloubních bolestí, trvání ranní ztuhlosti, únavnost), funkční stav, objektivní známky aktivity (oteklé a palpačně citlivé klouby), přítomnost mimokloubních příznaků, laboratorní ukazatele aktivity (CRP a FW) a stupeň rentgenové progresse (Šenolt, Mann a Herle 2014).

4.1.1 Anamnéza

V rodinné anamnéze pátrá ošetřující lékař v první řadě po výskytu RA u příbuzných v první linii a dalších autoimunitních onemocnění. Osobní anamnéza je zaměřena převážně na kloubní bolest, její charakteristiku, na otoky a ranní ztuhlost. Důležitou součástí jsou také celkové a mimokloubní příznaky nemoci. V neposlední řadě je třeba se při odběru anamnézy soustředit na onemocnění, která by mohla být kontraindikací pro zahájení specializované péče. Mezi taková onemocnění řadíme například kardiovaskulární onemocnění, různé alergie, hepatitidy, tuberkulóza a další. Důraz je kladen také na různá očkování (Němec a kol. 2021).

4.1.2 Klinická vyšetření

Klinické průkazy RA jsou mnohé. Všimáme si při diagnostice přítomnosti velkého množství kloubních i mimokloubních projevů. Samozřejmě jednotlivé klouby jsou postiženy v různém rozsahu. Projevy na některých kloubech jsou pro RA typické a na některých jsou jen vzácně, jako třeba na kloubech hrudní a bederní páteře. Poslechové vyšetření plic a srdce může mimo jiných onemocnění odhalit i orgánové projevy RA (Sterling 2014). Celkově je klinické vyšetření při podezření na RA zaměřeno na:

- výskyt artritidy v časných stádiích onemocnění
- přítomnost kloubních deformit a deformací v pozdním stádiu onemocnění
- mimokloubní postižení
- otok, proteplení kloubu, palpační bolest, omezená pohyblivost kloubu
- omezení hybnosti u hluboko položených kloubů
- další specifické projevy pro jednotlivé klouby

4.1.3 Zobrazovací metody

Za účelem hodnocení strukturální progresy RA se nejčastěji používá rentgenové vyšetření. Toto by mělo být opakováno 1x ročně, hlavně v období prvních pěti let nemoci. Prioritním pro hodnocení progresy onemocnění jsou planární snímky ruky, zápěstí a nohy. „V roce 2013 vytvořil EULAR Doporučení k použití zobrazovacích technik kloubů při managementu RA“ (Němec a kol., 2021, s. 267). Podrobnosti v příloze C (tabulka č. 3).

4.1.4 Laboratorní vyšetření

Seidlerová a kol. (2019) uvádí základní laboratorní vyšetření pacienta s RA:

- kompletní KO včetně diferenciálního rozpočtu
- základní biochemické parametry včetně mineralogramu, glykémie, renálního a jaterního souboru, FW, CRP
- u potenciálně hepatotoxických léků a imunosupresivních léků se vylučuje hepatitida B a C.
- při přítomnosti kloubního výpotku se provádí jeho vyšetření
- imunologické testy: RF, anti-CCP, anti-MCV, ANA, ANCA, antifosfolipidové protilátky, antigen HLA-B27
- mikrobiologické vyšetření

5 HODNOCENÍ A TERAPIE REVMATOIDNÍ ARTRITIDY

5.1 Hodnocení aktivity

Hodnocení aktivity RA je základem pro úspěšnou, cílenou a individualizovanou léčbu každého pacienta. Vyžaduje určité zkušenosti hlavně při vyšetřování zánětem postižených kloubů. Jendou z doporučených metodik pro hodnocení aktivity RA je tzv. DAS 28 skóre. Jedná se o kompozitní index, který hodnotí počet oteklých a bolestivých kloubů, FW (nebo CRP) a bolest na vizuální analogové škále. Pro biologickou a cílenou syntetickou léčbu je stanovena minimální hodnota pro indikaci léčby na hodnotu DAS 28 nad 5,1 (vysoká aktivita onemocnění), pro některé preparáty pak nad 3,2 (střední aktivita onemocnění). Za úspěšnou léčbu lze považovat pokles DAS 28 na 2,1 a méně (remise onemocnění). Cílem léčby by mělo být, aby byl pacient v remisi nebo alespoň ve stavu nízké klinické aktivity (Pavelka a kol. 2018). V rámci studií v letech předchozích se dle Riela (2014) osvědčilo pravidelné hodnocení DAS 28 ve 3 měsíčních intervalech a terapie přizpůsobena tak, aby byl DAS trvale nízký. Tento postup byl účinnější než při pouhém běžném hodnocení aktivity.

Česká revmatologie (2021) zmiňuje i hodnocení aktivity dle ACR, které se však v klinické praxi vůbec nepoužívá. I když také hodnotí počet bolestivých a počet oteklých kloubů, používá se převážně jen v klinických studiích. Toto hodnocení je založeno na principu hodnocení palpační bolestivosti ve dvou stupních (bolestivé, nebolestivé) a to u celkem 68 kloubů a na hodnocení otoku u 66 kloubů. K těmto dvěma hodnotám se přidává ještě dalších pět ukazatelů: celkové hodnocení aktivity pacientem a lékařem, celkové hodnocení bolesti, hodnocení funkční schopnosti dle HAQ (k dispozici na: <http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/haq.pdf>) a aktivita dle hodnoty CRP.

Nedílnou součástí hodnocení aktivity RA je hodnocení rentgenové progresie. Zlatým standardem je dnes označováno Sharpovo skóre, které hodnotí na vybraných kloubech skóre erozí a skóre zúžení kloubních štěrbin. Doporučené intervaly opakovaného hodnocení jsou pak v rozsahu 6 – 12 měsíců. Rentgenová progresie je v principu lineární, i když některé zdroje uvádějí rychlejší progresi v prvních dvou letech onemocnění (Smolen 2014). Za klinicky významnou změnu se považuje změna o 4 a více.

U pacienta s RA je nutné sledovat kromě aktivity kloubního poškození i dopad na funkci kloubu a funkční schopnosti nemocného celkově. Tyto parametry totiž výrazně ovlivňují kvalitu života nemocného. Omezení či ztrátu funkční schopnosti nemocného popisuje Česká revmatologie (2021) dvěma mechanismy.

V raných obdobích průběhu onemocnění je jako dominantní označován zánět, který je ale reverzibilní. V dalším průběhu až pozdějších fázích dochází ke strukturálním ireverzibilním změnám kloubů a šlachového aparátu. Postupem času dochází ke změně poměru mezi reverzibilním zánětem a ireverzibilními strukturálními změnami. Zpočátku převažuje reverzibilní zánět, již po asi pěti letech začíná převažovat složka ireverzibilních strukturálních změn. Na základě těchto informací je patrné, že sledované domény u pacienta s RA jsou aktivita, poškození, funkční dopad, kvalita života (Česká revmatologie 2021). Graficky znázorněno v příloze D.

V rámci hodnocení aktivity se zohledňuje více parametrů nemoci. Sledujeme jak parametry objektivní, sledované lékařem nebo laboratorně, tak ale i subjektivní hodnocení pacienta. Je tedy patrné, že hodnocení aktivity onemocnění je vždy komplexní záležitostí. Lékařem je hodnocen počet bolestivých a oteklých kloubů, laboratorně sleduje lékař hodnoty sedimentace erytrocytů (FW) nebo C-reaktivní protein (CRP). Tyto oblasti jsou hodnoceny numericky, přehledně, jasně pro všechny. Aby měl i sám pacient, ve svém subjektivním hodnocení, možnost vyjádřit aktivitu numericky, což je pro většinu jednodušší, používají se v klinické praxi tyto indexy: DAS 28, SDAI, HAQ (Česká revmatologie 2021).

5.1.1 Disease Activity Score

Disease Activity Score (dále jen DAS 28) je označení pro jeden z nástrojů hodnocení aktivity RA na jednotlivých kloubech. Číslo 28 udává počet hodnocených kloubů z hlediska bolesti a otoku. Na horních končetinách jsou hodnoceny PIP, MCP, zápěstí, lokty a ramena, na dolních končetinách kolenní klouby (příloha E). Plný počet hodnocených kloubů je ve skutečnosti pro bolest 68 a pro otok 66. V běžné praxi by ale bylo hodnocení v takovém rozsahu v podstatě nemožné, časově hodně náročné (Česká revmatologie 2021), proto jak je uvedeno výše se tento hodnotící nástroj v plném rozsahu v běžné praxi nepoužívá.

Na numerické vyjádření obtíží dle DAS 28 (příloha F) plynule navazuje subjektivní hodnocení obtíží pacientem, tedy to, jak on sám vnímá míru svých obtíží a jak hodnotí celkově svůj zdravotní stav. Takové hodnocení získává ošetřující lékař rozhovorem, kdy je pacient dotazován několika otázkami, např.: „Jak se Vám dařilo v posledním týdnu před kontrolou?“, když je třeba zohlednit míru bolesti, délku ranní ztuhlosti, únavu, úzkost. Důležité jsou také odpovědi na otázky ohledně případného omezení běžných denních činností. Z předchozích informací vyplývá, že hodnocení celkového zdravotního stavu zahrnuje nejen zdravotní otázky, ale i otázky vyplývající z případného omezení denních potřeb nemocného, to znamená problémy, které nepřímo souvisí s aktivitou onemocnění (Pavelka et al 2018).

Své odpovědi ohledně problémů, které nepřímo souvisejí s aktivitou onemocnění, zaznamenává nemocný na tzv. vizuální analogové škále (dále jen VAS). Jedná se o úsečku dlouhou deset centimetrů, kdy počátek úsečky je označen nulou, nejmenší problémy, a konec 100, největší obtíže. Vzdálenost mezi počátkem, tedy nulou, a označením obtíží pacientem udává v milimetrech, bodech, míru obtíží čistě ze subjektivního pohledu nemocného. Tímto numerickým údajem dostane ošetřující lékař další, třetí, parametr k hodnocení aktivity onemocnění RA (Česká revmatologie 2021).

Poslední, čtvrtou, položkou v komplexním hodnocení aktivity onemocnění, je laboratorní průkaz aktivity. Lékař hodnotí FW nebo CRP, které nejprokazatelněji ukazují míru aktivity RA.

Všechna čísla získaná hodnocením se matematicky zpracují podle složitého vzorce a dle výsledku se zhodnotí aktivita onemocnění jako remise, nízká, střední nebo vysoká. Na základě takto získaného skóre se spolehlivě hodnotí i míra odpovědi na zvolenou léčbu. Hlavní cílem léčby je dosažení remise, nebo alespoň nízké aktivity onemocnění. Jedině v těchto stavech je možné očekávat zastavení nebo zpomalení progresu ireverzibilního poškození kloubu.

5.1.2 Simplified Disease Activity index

Simplified Disease Activity Index (dále jen SDAI) je další z nástrojů, kterým lze hodnotit komplexně aktivitu onemocnění RA. Tento nástroj je celkově jednodušší. Součtem jednotlivých položek získá ošetřující lékař index, který stejně jako v předchozím nástroji (DAS 28) zahrnuje počet bolestivých a oteklých kloubů, hodnocení VAS pacientem a lékařem. Součástí celkového hodnocení je i laboratorní parametr, kdy se hodnotí CRP. Obtíže, které přímo nesouvisejí s onemocněním RA, nejsou součástí hodnocení tímto nástrojem

(Česká revmatologie 2021). Často se v praxi stává, že hodnocení aktivity pacientem je rozdílné od hodnocení aktivity lékařem. I v tomto indexu hodnocení se aktivita rozlišuje na nízkou, střední a vysokou. Česká revmatologie (2021) zmiňuje, že hodnoty SDAI ve velké míře dobře korelují s hodnocením funkčního postižení dle HAQ a s rentgenovou progresí.

5.1.3 Hodnocení funkčního postižení

Diagnostika onemocnění pacienta RA musí vždy zahrnovat i zhodnocení funkčního postižení. Hodnocení se stanovuje pomocí standardizovaného dotazníku HAQ. Tento dotazník odráží schopnosti vykonávat běžné denní činnosti v osmi základních oblastech sebez péče: oblékání, vstávání, jídlo, chůze, hygiena, dosáhnout na něco, stisk a činnost. Ke každé z dvaceti otázek jsou přiřazeny čtyři možnosti odpovědi: 0 = bez obtíží, 1 = s určitými obtížemi, 2 = se značnými obtížemi, 3 = nejsem schopen. Skóre z každé jedné oblasti je určeno jako nejvyšší hodnota, která se vyskytuje v dané oblasti. Výslednou hodnotu pak vypočteme jako průměr hodnot ze všech osmi oblastí. Skóre je pak v rozsahu od 0 do 3 s tím, že hodnota tři určuje největší funkční postižení (Česká revmatologie 2021). Hodnocení funkce je u této nemoci velmi důležité, a to z důvodu, že laboratorní výsledky ani rentgenový nález nemusí vždy odpovídat funkčnímu stavu pacienta.

V průběhu let, kdy se tento dotazník využívá, byl HAQ přeložen do řady jazyků a četné studie, které byly provedené na celém světě potvrdily jeho reliabilitu a validitu. Použití tohoto dotazníku v jiných zemích, než USA je samozřejmě dovoleno, ale je vázáno na tzv. validaci, která není jen prostým překladem dotazníku. Dotazník musí být upraven i s ohledem na sociální a kulturní zvyklosti v dané zemi. Ale při tom musí být myšleno na to, že musí být dodržen originální záměr dotazníku. U takto nově vzniklé verze musí být prokázána vnitřní shoda jednotlivých otázek, korelace k jiným aspektům nemoci a provedeno hodnocení variability. Bez toho nelze dotazník využít (Česká revmatologie 2020).

5.1.4 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života nemocného s onemocněním RA není nijak jednoduché. Zahrnuje velké množství hodnotících parametrů, na které je vytvořeno mnoho standardizovaných dotazníků. Nejčastěji je použit standardizovaný dotazník EuroQol (EQ-5D) a dotazník SF-36 (Česká revmatologie 2021).

EQ-5D sleduje pět oblastí: pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest a pocit strachu. Součástí dotazníku je i hodnocení, zda v posledních dvanácti měsících došlo ke zlepšení nebo zhoršení stavu (Česká revmatologie 2021).

SF-36 Je nespecifický dotazník, který je složen z 36 otázek rozdělených do osmi bloků. Hodnotí domény, které se rozdělují na fyzické a mentální komponenty. Odpovědi na otázky ze šesti oblastí, fyzické funkce, fyzické omezení rolí, bolest, všeobecné vnímání vlastního zdraví, vitalita, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, vypovídají o celkovém zdravotním stavu nemocného (Česká revmatologie 2021).

Hodnocení kvality života tedy zahrnuje mnoho parametrů:

- Funkční schopnost
- SF-36 (Medical Outcomes Survey Shosrt Form-36)
- EuroQol
- Bolest (VAS)
- Únava (VAS)
- Spaní (VAS)
- Produktivita práce
- Produktivita domácích a sociálních aktivit

5.2 Terapie revmatoidní artritidy

Je důležité, aby léčba pacientů s diagnózou RA probíhala pod dozorem specialisty, revmatologa. Obecný postup léčby je veden u každého pacienta jinak, to znamená, že je zcela individuální, dle jednotlivých potřeb toho kterého nemocného. Komplexní léčba RA je složitá, využívá několik lékových skupin, kdy každá má v léčbě RA své zásadní postavení. Lékař musí brát na zřetel jak aktivitu nemoci, tak i stadium nemoci, přítomnost dalších mnoha faktorů, které ovlivňují prognózu i s ohledem na další souběžná onemocnění. Samozřejmostí jsou i specifické potřeby pacienta, jeho věk a spolupráce rodiny na jeho léčbě (Olejárová 2012).

Základem léčby RA jsou protizánětlivé léky, které snižují aktivitu nemoci a zpomalují progresi. Z dlouhodobého hlediska je však léčba bohužel spojena i s některými nežádoucími účinky, proto je snaha dávky léků při zlepšení stavu postupně snižovat, v případě remise je možné i dosavadní léčbu zcela vysadit (Olejárová a Korandová 2011).

5.2.1 Medikamentózní terapie

Možnosti léčby se v posledních letech výrazně zlepšily. Cílem léčby RA je u nemocných navodit stav remise, zpomalit degenerativní změny a v neposlední řadě udržet nemocného v dobré fyzické i psychické kondici.

Základním lékem RA jsou tzv. *chorobu modifikující léky* (dále jen *DMARDs*). Jejich úkolem je snížení zánětu, tudíž snížení aktivity onemocnění. Některá taková léčiva dokonce i zpomalují progresi onemocnění na základě kontrolních RTG snímkování. Nevýhodou je ale pomalý nástup účinku, ale na druhé straně je jeho účinek dlouhodobý. Nástup účinku je v řádu týdnů až měsíců a přetrvává i nějakou dobu po vynechání léčiva. Lékem první volby je *Methotrexát* (Olejárová a Korandová 2011). Mezi další preparáty patří např. leflunomid, salazopyrin nebo hydroxychlorochin (Šenolt, Mann a Herle 2014). Nemocní, u kterých byla zahájena léčba pomocí DMARDs jsou zváni lékařem na pravidelné kontroly, kde je kontrolován z pravidla krevní tlak, laboratorní hodnoty (krevní obraz, jaterní a ledvinové funkce). V případě hydroxychlorochinu jsou nutné pravidelné oční kontroly. U leflunomidu je pak vhodná kontrola krevního tlaku při návštěvě ambulance.

V léčbě RA se dále používají *glukokortikoidy*. Ty na rozdíl od DMARDs mají nástup účinku jak protizánětlivého tak i analgetického velice rychlý. Používají se často na začátku onemocnění, než nastoupí účinek DMARDs. Nebo se využívají při akutním vzplanutí nemoci. Při dlouhodobém užívání glukokortikoidů, delší než 3 měsíce, je více než vhodné, jako prevence vzniku osteoporózy, užívat společně s glukokortikoidy ještě kalcium a vitamín D. V případě velmi aktivní formy onemocnění je možné podávat nemocným glukokortikoidy i jako intravenózní pulzy (Olejárová a Korandová 2011).

Nejúčinnější medikamentózní léčbou v současné době je v terapii RA *biologická / cílená syntetická léčba*. Tento druh léčby vede u většiny pacientů k výraznému poklesu aktivity onemocnění a tím i zpomaluje degenerativní proces kloubů. Podávané látky jsou ale

spojeny se zvýšeným rizikem komplikací, převážně infekčního charakteru. Většina léků působí na cytokin TNF- α . Jako vedlejší účinek tohoto působení může být reaktivace tuberkulózy, proto jsou nemocní pravidelně sledováni a před zahájením biologické léčby testováni. Je u nich proto proveden *screening latentní tuberkulózy* (Olejárová 2012).

5.2.2 Nemedikamentózní terapie

RA je i v současné moderní medicíně hodnocena jako závažné, nevléčitelné onemocnění, které zasahuje nejen do fyzických funkcí nemocného, ale v nemalé míře ovlivňuje i psychické a emoční ladění. Velký vliv je patrný i v oblasti sociálních vazeb, pracovní výkonnosti a v návaznosti na to i na výši výdělku. V neposlední řadě negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, proto musí komplexní léčba zasahovat do všech těchto oblastí. Nedílnou součástí terapie jsou vedle farmakologické léčby i terapie a postupy nefarmakologické. Do této skupiny řadíme: *edukaci, úprava životosprávy, úprava pohybového režimu, rehabilitace, psychologická podpora nemocného a jeho nejbližší rodiny* (Olejárová a Korandová 2011).

Edukace nemocného je považována za jeden ze základních nefarmakologickým postupů v péči o nemocné. Je předpokladem úspěšné motivace pacienta ke spolupráci při léčbě. Hlavním cílem správné edukace je poskytování informací o této závažné nemoci a o možných důsledcích při nedodržení léčebného postupu. Je také důležité, aby byl nemocný poučen sestrou nebo lékařem o užívání léků. Nedílnou součástí je poučení o případných nežádoucích účincích těchto léků a o závažných projevech, při kterých je potřeba vyhledat lékařskou pomoc. Výsledkem úspěšné edukace by měl být stav, kdy pacient je sám schopen vyhodnotit svůj momentální psychický a fyzický stav a má plně osvojeny jednoduché nefarmakologické postupy např. jak si ulevit od bolesti, ranní ztuhlosti, únavy a dalších symptomů souvisejících s RA (Olejárová a Korandová 2011).

Úprava životosprávy je dalším klíčovým faktorem ke zvládnutí tohoto závažného onemocnění. Pacient je poučen o správné životosprávě, kdy je mu doporučen pravidelný spánek, vyloučení práce v časných ranních hodinách, udržování optimální tělesné hmotnosti, kvalitní strava s dostatkem vitamínu D, bílkovin a vápníku. Nedílnou součástí je dodržování hygienických návyků, vhodná obuv a ošacení. Samozřejmostí je omezení pohybu v infekčním prostředí. Hodně důležité je z tohoto pohledu *očkování* proti nejruznějším nemocem. Vhodnost očkování vždy vyhodnotí lékař u každého pacienta individuálně.

Velmi častými projevy aktivity onemocnění jsou u pacientů s RA poruchy spánku a nespavost. Tyto obtíže jsou zpravidla v důsledku velmi silných bolestí kloubů, které mohou být i klidové, nejhorší v noci. K základním nemedikamentózním způsobům, jak zvládnout poruchy spánku, řadíme úpravu životosprávy, spánkových stereotypů a prostředí pro spánek. Z léků na zlepšení kvality spánku, vždy však dle ordinace lékaře, mohou nemocní používat analgetika, nesteroidní antirevmatika, hypnotika a jiné (Olejárová a Korandová 2011).

Pokud je pacient s RA dobře léčen, užívá pravidelně léky a dodržuje určitá doporučená opatření v životosprávě, není potřeba nijak výrazně omezovat pohybovou aktivitu. Toto je jedna ze základních otázek, kterou nemocný položí svému lékaři při vyslovení diagnózy RA. Revmatolog nebo revmatologická sestra doporučí pacientovi, aby si pohybový režim upravil dle momentální aktivity onemocnění. Pokud je dle symptomů vyhodnocena aktivita jako vysoká, je třeba se v pohybu šetřit, více odpočívat. Důležité je se vyvarovat těžší fyzické námaze. V této fázi nemoci doporučuje Olejárová (2012) provádět šetrné pasivní cvičení, které vede k udržení pohyblivosti kloubu a svalové síly.

S vhodnými cviky je vždy nemocný seznámen v rámci rehabilitací fyzioterapeutem. Maximální zátěž je zpravidla signalizována bolestí, která je varovným příznakem pro případné přetížení kloubů a svalů. Po zmírnění příznaků aktivity nemoci je velmi vhodné pravidelné kondiční cvičení v podobě plavání nebo jiných rekreačních sportů. Tato cvičení napomáhají velkou měrou k udržení hybnosti kloubů a jako prevence ztráty svalové síly. Ošetřující lékař, revmatolog a fyzioterapeut, nemocného vždy poučí o vhodných fyzických aktivitách individuálně (Olejárová 2012).

Psychosociální faktory hrají v prognóze nemocných s RA velmi důležitou roli. Pacientovo vnímání sebe sama, hodnocení a zvládání bolesti je ve velké míře ovlivněno jeho psychickým stavem a schopností sebeobsluhy. Nemocní tak mívají často sklony k depresím, úzkosti. Velmi často se v klinické praxi setkává ošetřující lékař s tím, že se v nemalé míře objevuje u nemocného střídání nálad a v neposlední řadě i pocit strachu.

Strach u nemocných s RA je nejčastěji pramení z neznalostí nemoci, z obavy výskytu nežádoucích účinků léků, v nemalé míře ze změny vzhledu, ze ztráty partnera, ze ztráty zaměstnání, prostě z budoucnosti všeobecně. V této oblasti péče je nejdůležitější, aby sestra „edukátorka“ byla opravdu empatická, znalá a měla osvojeny komunikační schopnosti tak, aby byla schopna poskytnout nemocnému a jeho blízkému okolí oporu při léčbě tak závaž-

ného onemocnění jako je RA. Nejdůležitějším článkem psychosociální podpory se jeví dostatečná motivace nemocného k léčbě a podpora nejen jeho samotného, ale i jeho rodiny (Olejárová a Korandová 2011).

5.2.3 Souhrn doporučení pro péči o pacienta s revmatoidní artritidou

Průběžné sledování formou pravidelných kontrol v revmatologické ordinaci:

- Výsledky všech vyšetření – laboratorní (krev, moč), zobrazovací (RTG)
- Fyzické a psychické symptomy nemoci: fyzické funkce, projevy deprese, úzkosti, stres, bolest, ranní ztuhlost, únava, otoky kloubů, stav kůže,....
- Pravidelnost užívání medikace – zhodnocení nástupu efektu a případných nežádoucích účinků
- Edukace v oblastech: informace o nemoci, o možnostech léčby, o lécích, které užívá, a jejich případných nežádoucích účincích
- Předat nemocnému kontakty, na koho se může v případě potřeby obrátit
- Seznámit pacienta s možností spolupráce s občanským sdružením Revma liga v ČR

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jak už bylo uvedeno na začátku této práce, patří revmatoidní artritida i přes veškeré medicínské pokroky mezi nevyléčitelné nemoci. Kromě ovlivňování pohybové aktivity nemocného má velmi významný vliv i na emoce, psychiku, rodinné vztahy a v neposlední řadě pracovní výkonost. Z tohoto důvodu by měla být péče o tyto pacienty komplexní a zahrnovat všechny aspekty nemoci. Nejedná se tedy v tomto případě pouze o farmakologickou péči, ale také o nefarmakologickou a další terapie a postupy. Pro pacienta je velice důležitá edukace, a to jak v oblasti životosprávy, tak také v oblasti pohybového režimu. Součástí by mělo být seznámení o možnostech používání kompenzačních pomůckách. Revmatologická sestra by měla být schopná poskytnout pacientovi základní informace o jeho onemocnění, ale také o možných dopadech tohoto onemocnění na život celkově. Dále je v rámci kompetencí sestry i poučení pacienta o užívání léků a jejich případných nežádoucích účincích. Pacient by si měl po úspěšné edukaci osvojit i schopnosti, které vedou k umění vyhodnocení svého zdravotního stavu. Je také schopen zvládnout některé jednoduché nefarmakologické postupy, jež mu pomohou snížit potíže jako je například bolest, ranní ztuhlost, únava nebo poruchy spánku. Jak už bylo dříve popsáno, důležitou roli také hraje správná životospráva. Pacient s RA by měl dodržovat pravidelný rytmus spánku. S ranní ztuhlostí také zcela souvisí omezení práce v časných ranních hodinách. Je vhodné střídat aktivitu a odpočinek a zároveň s tímto udržovat optimální tělesnou váhu. Jídelníček takového pacienta by měl být složen ze stravy, která je bohatá na dostatek bílkovin, vápníku a vitamínu D. Častým problémem u pacientů trpících RA je nespavost nebo poruchy spánku. Ty se u něj vyskytují z důvodu velkých bolestí, která toto onemocnění provází. Největší výskyt bolesti kloubů mívají pacienti v noci, kdy největší intenzita je pozorována v brzkých ranních hodinách. Z tohoto důvodu mnoho odborníků doporučuje, aby si na nemocní na noc navlékali jemné bavlněné rukavice, které postižené klouby udržují v teple v průběhu spánku a tím v určitém měřítku předcházejí ranní ztuhlosti. Té je možné předejít i zahřátím rukou v teplé vodě ihned po probuzení (Haluzíková a Římovská, 2010).

Mezi další specifika péče u těchto pacientů řadíme přizpůsobení pohybového režimu dle možností, individuálně. Nemocným se doporučuje vyloučit ze svého života větší fyzickou námahu a vyhnout se nepřetěžování kloubů. Zejména v akutní fázi onemocnění je nutné, aby pacient striktně dodržoval klidový režim na lůžku, a to po dobu několika dní až týdnů. Nemocným s nízkou aktivitou onemocnění je doporučována lehčí

fyzická aktivita. Nejvhodněji se dle odborníků jeví například plavání, cyklistika a kondiční cvičení. Rehabilitační sestra by měla pacienta poučit o prevenci předcházení pádu, mezi která řadíme například úpravu kluzkých povrchů. V dalších částech této kapitoly se věnujeme podrobněji aspektům ošetřování pacientů s RA v jednotlivých oblastech běžných denních činností (Olejárová, 2012).

6.1 Specifika v oblasti stravování

Jakákoliv nemoc může velmi významně ovlivňovat stravování pacientů a ne jinak je tomu i u RA. Tento problém může hlavně u starších pacientů vystupňovat až do podvýživy. Hlavní příčinou je to, že pacienti, kteří mají nějaké obtíže s rukama a přidruženou bolestí, si nejsou schopni připravit jídlo sami a mnohdy nemají ve svém okolí nikoho, kdo by jim pomoci, nebo se o pomoc stydí říci. Z tohoto důvodu začne nemocí znevýhodněný člověk strádat. To má ale bohužel mnohé negativní následky, např. sníženou odolnost vůči infekcím a ochabnutí svalstva. Jak obezita, tak také nízká tělesná hmotnost může zkomplikovat průběh tohoto onemocnění. Obezita všeobecně představuje rizikový faktor závažných kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. U revmatoidní artritidy je výskyt těchto nemocí jeden a půlkrát vyšší než v běžné populaci. Mělo by se tedy k nemocným v rámci péče přistupovat tak, aby byla tato rizika pravidelně eliminována. Postupem času se s přibývajícím kilogramy bude zhoršovat bolest a poškození kloubů. Prioritou je tedy redukční dieta v podobě snížení příjmu kalorií a zvýšení příjmu kvalitních živin. Strava při redukční dietě by měla obsahovat správný poměr bílkovin, sacharidů, minerálů, tuků a vitamínů (Závada 2018).

Kroužková Zdeňková (2009) udává, že největší podíl ve stravě by měly zastupovat složené sacharidy, které jsou největším zdrojem energie. V ideálním případě by měly tvořit až 50 % z denního příjmu, a hlavně by se mělo jednat o ty, které zaručí dlouhodobý pocit sytosti a přispějí ke správné funkci střev.

Je tedy nutné výrazně snížit příjem jednoduchých cukrů, což znamená úplné odbouření slazených limonád, sladkostí a alkoholu ze stravy. Mezi významně pozitivní skupinu stravy patří určitě ovoce a zelenina, díky kterým se významně zvýší příjem vitamínů, minerálů a vlákniny. Další, neméně významnou, skupinu tvoří bílkoviny, které jsou důležité pro udržení správného fungování všech tkání v těle. Jejich příjem by se měl pohybovat okolo 25 % (Kroužková Zdeňková 2009). Nejlepším zdrojem bílkovin je maso, luštěniny, vejčeka a ořechy. Naopak nejmenší skupinu by měly tvořit tuky. Celkový příjem tuků se doporučuje snížit na 25–30 % celkového denního příjmu.

Dle předchozích doporučení je patrné, že skladba jídelníčku je pro pacienty s RA velmi důležitá. Doporučuje se konzumace omega-3 mastných kyselin, které potlačují jak zánět, tak i snižují bolest. Tyto kyseliny můžeme nalézt například v tučných rybách jako je losos, makrela nebo pstruh, ale také například ve lněných semínkách nebo vlašském ořechu. Strava by měla obsahovat i antioxidanty, o kterých je všeobecně známo, že přispívají ke zmírnění poškození tkání. Ty najdeme například v borůvkách, brusinkách, švestkách, špenátu nebo zeleném čaji. Je velice vhodné do svého jídelníčku zařadit mléčné výrobky bohaté na vápník, který zajišťuje zdravé a pevné kosti. Významným prvkem ve stravě pacientů s RA je taktéž kyselina listová, a to hlavně u pacientů, kteří jsou léčeni methotrexátem. Kyselina listová totiž zmírňuje vedlejší účinky tohoto léku. Je obsažena hlavně v zelené listové zelenině, droždí a v játrech. Další variantou je doplněk stravy v podobě tablet, kterou jsou pravidelně předepisovány lékařem. V neposlední řadě je důležitým faktorem pro pacienta s RA dostatek vitamínu E a selenu. Vitamín E je přítomen např. v obilných klíčkách či rostlinných olejích. V para ořechách se pak vyskytuje selen (Kroužková Zdeňková 2009).

Někteří lidé s RA dodržují dietu, která se vyhýbá masu (vegetariánství) nebo dokonce všem produktům živočišného původu, včetně medu a mléčných výrobků (veganství). Nenašli jsme žádný z výzkumů, který by prokázal pozitivní souvislost mezi těmito dietami a sníženými příznaky RA. Někteří jedinci uvádějí výhody, když ze svého jídelníčku vyloučí určité skupiny potravin. To naznačuje, že alergie nebo citlivost zhoršuje příznaky RA.

Neoficiální zprávy naznačují, že středomořská strava může pomoci kontrolovat příznaky RA. Někdy se nazývá protizánětlivá nebo artritická dieta a podle Arthritis Foundation (nadace pro artritidu) je považována za "konečnou artritickou dietu" pro lidi s RA. Pohled na složky středomořské stravy by naznačoval, že má určité výhody pro RA. Má například vysoký obsah mořských plodů, skvělý zdroj omega-3 mastných kyselin, stejně jako pro srdce zdravý olivový olej a zeleninu bohatou na živiny. Má také vysoký obsah vlákniny, což může být spojeno se snížením zánětu (Smolen 2014).

6.2 Specifika v oblasti pohybu

Druhou významnou specifickou péčí je ta v oblasti pohybu. Na významnost pohybu u pacientů s RA už bylo v této práci poukázáno několikrát, proto i zde ji bude věnována značná část. Většina lidí považuje mobilitu za samozřejmost, přesto na ní závisí základní životní aktivity. V prvních týdnech života nejsou lidé schopni samostatného pohybu, ale jak se malé

děti učí udržovat rovnováhu, postupují v sezení, stání, chůzi a pokročilejších pohybech. Mimo rané dětství se většina jedinců probouzí každé ráno bez omezení nebo omezení, ale pro ty, jejichž pohyblivost je narušena, základní úkony, jako je vstávání z postele nebo chůze na toaletu, vyžadují velké úsilí nebo mohou být bez pomoci nemožné. Zhoršená pohyblivost se může objevit dočasně, když se v životě objeví zdravotní problémy, nebo jako progresivní zhoršování v reakci na onemocnění nebo proces stárnutí. Pro některé je to rutinní a trvalý způsob života (Olejárová 2012)

Definice mají tendenci zobrazovat mobilitu čistě fyzickými termíny, ale ztráta funkce má dopad na normální lidský vývoj a kvalitu života. Koncept optimální úrovně mobility se v průběhu života mění a nemusí být nutně stejný ve všech kulturách. Tam, kde se prostředí stará především o lidi s optimální kapacitou, bývá cokoli menšího považováno za postižení a může to mít důsledky pro psychické a sociální zdraví člověka. Stejně jako inherentní fyzické, psychologické nebo sociální problémy mohou být terapeutické a diagnostické intervence ohroženy i mobilitou. Péče o osoby se sníženou pohyblivostí je proto použitelná ve všech oborech ošetřovatelství a představuje značné výzvy.

Synoviální klouby jsou základem pro plnou pohyblivost a jsou označovány jako „volně pohyblivé“. Jsou uzavřeny ve vláknitém pouzdru pojivové tkáně. Kloubní nebo hyalinní chrupavka vystýlá konce kostí. Stabilita kloubu je zvýšena vazy, které spojují jednu kost s druhou, a okolními svaly, které jsou prostřednictvím šlach připojeny ke kostem. Při zajištění stability tyto stejné struktury vedou a omezují pohyb. Nervové zásobení kloubů pochází z okolních svalů. Kloubní pouzdro je vystláno synoviální membránou obsahující mikroskopické klky, které vylučují synoviální tekutinu k lubrikaci a výživě kloubních povrchů. Všechny synoviální klouby mají podobnou strukturu, ale liší se svým tvarem a rozsahem pohybu (Orel 2019). Zhoršená fyzická pohyblivost je tedy běžnou ošetřovatelskou diagnózou, která se v té či oné době vyskytuje u většiny pacientů. Může to být problém dočasný, trvalý nebo progredující a má potenciál způsobit větší problémy, jako je poškození kůže, infekce, pády a sociální izolace. Sestra musí umět tedy rozpoznat rizikové faktory zhoršené fyzické pohyblivosti a pracovat na prevenci zhoršení nebo na zlepšení pohyblivosti v maximální možné míře. To vyžaduje multidisciplinární týmový přístup využívající fyzické a pracovní terapeuty, protetické služby, rehabilitační centra a další pokračující podporu k udržení fyzického pokroku (Olišarová et al 2013).

Ošetrovatelské zhodnocení sestrou při zhoršené fyzické pohyblivosti:

1. Posoudit podmínky, které přispívají ke zhoršené pohyblivosti – v tomto případě revmatoidní artritida
2. Dbát na předepsaná omezení pohybu – klid na lůžku.
3. Posouzení bolesti a omezený rozsah pohybu – Bolest a ztuhlost zabrání pacientovi plně se podílet na péči o něj.
4. Posouzení síly a rozsah pohybu. Posouzení rozsahu pohybu pacienta - před pohybem sestře ukáže, čeho je nebo není schopen.
5. Před realizací mobility použít ošetrovatelský úsudek.
6. Zhodnotit potřebu multidisciplinární péče – Rozsáhlá omezení mobility mohou vyžadovat rehabilitaci a specializované terapie. Sestra je často koordinátorem další podpory.
7. Posouzení potřeby vybavení.
8. Všímání si pocitů nezájmu nebo neochoty. Sestra může potřebovat prozkoumat pocity deprese nebo nedostatku motivace, než se pacient bude podílet na jejich mobilitě. Rozpaky, beznadějí a nedostatek znalostí jsou potenciální překážky, které lze překonat.
9. Zhodnotit nedostatek vhodného prostředí nebo podpory – Sestry mohou potřebovat posoudit domácí prostředí pacienta a schopnosti pečovatелů. Nebezpečná životní situace nebo nedostatek kompetentních pečovatелů může být důvodem jejich zhoršené pohyblivosti a dále zvýší slabost a vystaví pacienta riziku zranění nebo pádu.

Ošetrovatelské intervence při zhoršené fyzické pohyblivosti (Olejárová a Korandová 2011)

1. Povzbuzení pacienta, aby dělal co nejvíce – Jakmile sestra vyhodnotí stupeň imobility, měla by podporovat nezávislost v souladu s možnostmi pacienta. Tím se snižuje závislost na druhých a zvyšuje se pacientovo sebevědomí.
2. Lék na bolest – Pokud jsou bolest a nepohodlí překážkou, může sestra poskytnout analgetika před provedením cvičení nebo plánovaných ADL. Dokonce i jednoduché zásahy, jako

je vyhřívací podložka nebo ledové obklady, mohou zmírnit bolesti svalů a kloubů a zvýšit pohyb.

3. Naplánování aktivit kolem dob odpočinku. Umožnění pacientovi, aby určil nejlepší časy pro cvičení nebo pohyb v závislosti na jeho energetické hladině. Nepřetěžujte se a nevyčerpávejte a mezi jednotlivými aktivitami dopřejte přestávky.

4. Poskytnutí adaptivního vybavení.

5. Poskytněte pasivní pomoc.

6. Podpora správné výživy a hydratace – Podvýživa brání uzdravení a přispívá k vyššímu riziku funkčního postižení. Dostatečný kalorický příjem je nutný pro energii. Je vhodná konzumace potravin s vysokým obsahem bílkovin podporujících svalovou hmotu a sílu. Optimální příjem tekutin zabrání dehydrataci a podpoří krevní oběh a udrží pokožku, tkáň a svaly hydratované.

7. Začlenění rodiny a pečovatele – Pacienti, kteří cítí podporu ze strany svých rodin a manželů, se budou cítit odhodláni zvýšit svou mobilitu. Rodiny mohou potřebovat vzdělání o tom, jak nejlépe podporovat své blízké, jak je udržet v bezpečí a jak používat vybavení.

8. Stanovení cílů – Pacienti se mohou cítit ohromeni nebo beznadějně, pokud se jejich bariéry zdají nemožné. Když jim sestra pomáhá s výběrem malých cílů, jako je kartáčování vlasů dává jim to motivaci pokračovat.

9. Poskytnutí pozitivního posílení – Pacient, který vynakládá úsilí, bez ohledu na to, jak malé je, bude mít větší sklon pokračovat, když si jeho úspěchy všimnou a chválí je.

Je patrné, že cvičením se u pacienta snižuje bolest a únava. Pavelka (2012) říká, že únava sužuje 40-80 % pacientů a je většinou spojená také se špatným psychickým stavem. Přesto studie ukazují, že 40 % pacientů je neaktivních.

Velmi důležitý je ale i výběr aktivity, který se odvíjí od momentální aktivity onemocnění. Pacient by se proto měl poradit se svým revmatologem či fyzioterapeutem o výběru vhodného sportu. Významný je v této oblasti důraz na to, aby během cvičení nedocházelo k tlaku jen na postižené klouby, ale také tlaku na krk. Na druhou stranu by měl takový pacient každodenně zařadit do svého cvičení ruce a zápěstí. Zvláště vhodné je to po mytí nádobí či

sprchování, dokud jsou klouby prohřáté a více ohebné, a tedy je to pro pacienta i příjemnější (Seidlerová a kol. 2019).

6.3 Specifika v oblasti tišení bolesti

Bolest u RA je bohužel samozřejmostí a bývá často popisována jako tupá. Díky bolesti je ovlivňována především funkce končetin, ale má podstatný vliv i celkovou hybnost. V průběhu bolestivých období se u pacienta může objevit jak nechutenství, únava, tak také subfebrilie. Ke zmírnění bolesti u nemocných je doporučována především rehabilitace, vhodné cvičení, ale také aplikace obkladů, hydroterapie nebo spaní na tvrdé matraci. K tišení bolesti je hojně využívána i kryoterapie, terapie chladem, která vede k ztlumení bolesti a zmírnění otoků. Kryoterapie je aplikována ve formě studeného zábalu či sáčku s ledem. Aplikace chladivé péče by se měla ukončit, pokud je pacientova pokožka necitlivá a pocit místního chladu už i nepříjemný. U nemocných s RA se také velmi pozitivně osvědčila terapie, při které dochází ke střídání aplikace tepla a chladu na principu Kneippovy lázně. Dochází zde k tomu, že se pacientovi obvykle ponoří nohy a ruce na 10 minut do teplé vody a následně se střídají 4 cykly, kdy se střídá ponořování do studené a teplé vody (Hakl et al. 2011).

Z farmakologického hlediska se k tlumení bolesti používají NSA a neopioidní analgetika. Krátkodobé užívání nízkých dávek opioidů může být nezbytné k léčbě středně těžké až těžké akutní bolesti, která se objevuje po operaci nebo traumatickém poranění. Rizika spojená s užíváním opioidů, včetně možnosti vzniku závislosti a předávkování, však vedla předepisující lékaře ke zvážení neopioidních analgetik – stejně jako nefarmakologických alternativ, jako je kognitivně behaviorální terapie, cvičební terapie a doplňková medicína – k léčbě mírné nebo středně akutní a chronické bolesti. Typicky bývá bolest a ztuhlost v ranních hodinách, kterou je právě možné zmírnit užíváním NSA či glukokortikoidů ihned po probuzení. (Olejárová, 2011). NSA je možné aplikovat i lokálně. Jedná se o formu gelu, náplasti či masti. NSA je nesteroidní antiflogistikum, které patří do skupiny terapeutických léků ke snížení bolesti, zánětu, snižují také febrilie a předcházejí krevním sraženinám. Nežádoucí účinky závisí na konkrétním léku, jeho dávce a délce užívání, ale do značné míry zahrnují zvýšené riziko gastrointestinálních vředů a krvácení, srdečního infarktu a onemocnění ledvin. Pokud NSA nepomáhají, může lékař předepsat k užívání kortikosteroidy jak celkově tak i intraartikulárně nebo zvolit DMARD (Šenolt et al. 2014).

6.4 Specifika v oblasti psychické a sociální

Revmatoidní artritida (RA) je druh chronického zánětlivého onemocnění kloubu, které může progredovat až k poškození kostí a chrupavek. Psychiatrická komorbidita souvisí s nepříznivými výsledky RA. Skála aj. (2010) předpokládají, že příznaky deprese jsou spojeny se zvýšenou aktivitou onemocnění a sníženou reakcí na léčbu a s tím souvisejí mortalitou, nižší kvalitou života spojenou se zdravím a vyšší mírou invalidity a bolesti. Deprese a bolest jsou často důvodem k pracovní neschopnosti u pacientů s RA. Léčba deprese může být prostředkem ke zlepšení prognózy RA, ale pro pacienty s RA, kteří využívají protizánětlivou terapii, mohou mít obecně používané farmakologické léky deprese slabý účinek. Proto může být deprese účinným cílem intervence ke zlepšení kvality života a subjektivního zdraví pacientů s RA (Skála, Herle a Mann 2010).

Deprese (závažná depresivní porucha) je běžné, ale závažné onemocnění, které negativně ovlivňuje nejen to, jak se cítíme, ale i to, jak přemýšlíme a jak jednáme. Naštěstí je léčitelné. Protože způsobuje pocity smutku a/nebo ztrátu zájmu o činnosti, které si nemocní dříve užívali, může vést k řadě emocionálních a fyzických problémů, kterými se snižuje schopnost fungovat v práci i doma (Pavelka 2012). Příznaky deprese se mohou lišit od mírných po těžké a mohou zahrnovat:

- Pocit smutku nebo depresivní náladu
- Ztráta zájmu nebo potěšení z činností, které kdysi těšily
- Změny chuti k jídlu
- Problémy se spánkem nebo příliš mnoho spánku
- Ztráta energie nebo zvýšená únava
- Zvýšená bezúčelná fyzická aktivita (např. neschopnost klidně sedět, přecházení, mačkání rukou) nebo zpomalené pohyby nebo řeč (tyto akce musí být dostatečně závažné, aby je ostatní mohli pozorovat)
- Pocit bezcennosti nebo viny
- Potíže s myšlením, soustředěním nebo rozhodováním
- Myšlenky na smrt nebo sebevraždu

Pro diagnózu deprese musí příznaky trvat alespoň dva týdny a musí představovat změnu v předchozí úrovni fungování.

Deprese postihuje odhadem jednoho z 15 dospělých v kterémkoli daném roce. A každý šestý člověk zažije někdy v životě depresi. Deprese se může objevit kdykoli, ale v průměru se poprvé objeví během pozdního dospívání do poloviny 20. let. Ženy trpí depresí častěji než muži. Některé studie ukazují, že jedna třetina žen zažije během svého života velkou depresivní epizodu. Existuje vysoký stupeň dědičnosti, kdy příbuzní prvního stupně (rodiče/děti/sourozenci) mají depresi. Deprese patří k nejlépe léčitelným duševním poruchám. 80 % až 90 % procent lidí s depresí nakonec dobře reaguje na léčbu. Téměř všichni pacienti získají určitou úlevu od svých příznaků (Špirudová 2015).

Před diagnózou nebo léčbou by měl zdravotnický pracovník provést důkladné diagnostické hodnocení, včetně rozhovoru a fyzického vyšetření. V některých případech může být proveden krevní test, aby se zajistilo, že deprese není způsobena zdravotním stavem, jako je problém se štítnou žlázou nebo nedostatek vitamínů (zvrácení lékařské příčiny by příznaky podobné depresi zmírnilo). Hodnocení identifikuje specifické symptomy a prozkoumá lékařskou a rodinnou historii, stejně jako kulturní a environmentální faktory s cílem dospět k diagnóze a naplánovat postup (Špirudová 2015).

Je obecně známé, že existuje řada věcí, které mohou lidé udělat, aby pomohli snížit příznaky deprese. U mnoha lidí pravidelné cvičení pomáhá vytvářet pozitivní pocity a zlepšuje náladu. Pravidelný dostatek kvalitního spánku, zdravá strava a vyhýbání se alkoholu (depresivu) může také pomoci snížit příznaky deprese.

Deprese je skutečná nemoc a pomoc je dostupná. Při správné diagnóze a léčbě ji naprostá většina lidí překoná. Postupem času může mít bohužel RA i negativní dopad na vazby mezi rodinou a mezi přáteli. To se projevuje převážně u žen, které negativně vnímají své tělo. To bývá poměrně zásadně změněno v důsledku onemocnění nebo farmakoterapie. Osobnost nemocného a hlavně rodinná podpora má zásadní vliv na pacientovu schopnost vyrovnat se svým onemocněním. Další oporu pacient může najít u různých organizací sdružující lidi se stejným postižením. Tyto organizace mohou pacientovi poskytnout velmi užitečné informace o nemoci nebo jak eventuálně získat sociální nebo finanční podporu. Pacienti se scházejí na různých kulturních, sportovních, ale i pohybových akcích, což může velice pozitivně působit na pacientovu psychiku. Dohází mezi nimi k vzájemné výměně zkušeností, postřehů a porozumění, které pacientovi pomáhá k lepšímu vyrovnání se svým zdravotním stavem (Haluzíková a Římovská 2010). Příkladem v ČR je například Revmaliga.

6.5 Pohybově kompenzační pomůcky

Revmatoidní artritida (RA), jak už bylo uvedeno výše, je chronické zánětlivé onemocnění, které běžně postihuje klouby na rukou, zápěstí a kolena. Příznaky, jako je bolest kloubů, ztuhlost a dokonce únava, mohou ztížit každodenní úkoly, jako je vaření, čištění a rekreační aktivity. Použití určitých pomocných zařízení může pomoci překonat den s menší bolestí a zachovat si nezávislost. Existují nástroje, které mohou usnadnit téměř každou činnost dne, ať už pacient potřebuje otevřít pevně uzavřené sklenice, lépe uchopit klíče nebo jít bezpečně po schodech nahoru a dolů. Pro lidi s RA jsou nejtěžší aktivity často ty, které zahrnují odpor, váhu nebo tlak na klouby.

Asistenční zařízení mohou pomoci kompenzovat sníženou sílu úchopu a pohyblivost kloubů, minimalizovat zátěž na bolestivé klouby a zvýšit funkčnost při každodenních úkolech. Zásadní je spolupráce pacienta s ergoterapeutem a fyzioterapeutem. Tyto profesionální pacienti naučí vhodné kompenzační techniky a vysvětlí, které kompenzační pomůcky jsou zrovna pro jeho potřeby vhodné (Türkova 2015).

Hlavním úkolem práce ergoterapeuta by mělo být zlepšení pacientových schopností vykonávat běžné denní a jiné činnosti. A to v první řadě ty, které byly kvůli nemoci značně omezeny. Je také nutné mu pomoci s návratem soběstačnosti. Ergoterapeut se snaží takovému pacientovi pomoci s adaptací na nemoc a tím předcházet úplné ztrátě funkcí. Aby byla pro takového pacienta zvolena správná terapie, je kladen důraz na včasné a přesné vyšetření a stanovení finálních terapeutické intervencí. Takové vyšetření poukazuje na pacientovy nedostatky a limity v problémových oblastech. Stejně jako u rehabilitace, tak i u ergoterapie hraje významnou roli aktivní přístup nemocného k řešení problému a neméně důležitý je i postoj vůči terapii (Olišarová 2013).

U nemocných s RA je kladen klíčový důraz zejména na techniky zaměřené na ochranu kloubů, ovlivnění únavy a zmírnění bolesti. Při chůzi může pacientovi pomoci hůl se speciální rukojetí, díky které si pacient snižuje zatěžování kloubů ruky a celé horní končetiny. Další možností je chodítka nebo berle, a pokud u pacienta nemoc dospěla do takového stádia, že se již nemůže pohybovat ani za pomoci chodítka či hole, je bohužel jedinou možností zvolit invalidní vozík. Nemocnému v tomto případě sice zůstane alespoň určitá část svobody s možností zapojení se do společenského života. Upoutáním nemocného na invalidní vozík se bohužel objevuje problém, který zasahuje i do takové běžné činnosti jako je konzumace a příprava stravy. Takto nemocný člověk není schopen si jídlo připravit nebo

udržet v ruce příbor. Pomoc v oblasti stravování je v tomto případě směřována na používání elektrických nástrojů usnadňujících např. otevření konzervy a na další. Při přípravě stravy mohou nemocní využívat mnoho pomůcek, které jim pomohou s velkou škálou činností v oblasti stravování. Jedná se například o škrabky se širokou rukojetí a ergonomické nože s rovnou rukojetí. Při těchto činnostech je hodně důležité, aby pacient co nejméně ohýbal zápěstím a tím snižovali riziko vzniku zánětu, který je spojen s menší či větší bolestí. Vhodnou pomůckou pro nemocné jsou přístroje se širokou rukojetí a talíře s vyvýšenými okraji. Hrnek s ouškem by měl pacient vyměnit za ergonomický pohárek.

Existuje i řada kompenzačních pomůcek pro navrácení soběstačnosti. Do této skupiny řadíme například elektrický zubní kartáček. K česání je pro nemocné doporučováno, aby používali hřeben se silnou rukojetí. Velkým problémem je pro nemocné i mytí a utírání. Často se stává, že na určitá místa nedosáhne. V tomto případě bývá ideální houba na dlouhém držáku. Je doporučováno, aby si nemocní pořídili pevné držadlo do sprchy, do vany, nebo za pomoci druhé osoby, umístil do sprchy židli. Pokud má pacient problém vstát ze záchodové mísy, má možnost použít nástavec nebo instalovat madlo. Madla pomohou nemocným v mnoha činnostech, proto jsou doporučována všude tam kde má nemocný problém si sednout, zvednout se. Tato madla pomáhají nemocným při soběstačnosti a ulehčují jejich každodenní činnosti. Ztuhlé a bolavé klouby znemožňují nemocným se ohnout nebo zvednout ruce nad hlavu a díky tomu nejsou schopni, nebo s velkými obtížemi, si například obout boty, natáhnout ponožky či obleknout si vrchní část oděvu. Nemocným je proto doporučováno zvolit si správné oblečení, obuv a to tak, aby manipulace s nimi byla co nejjednodušší. Obuv by měla být pohodlná a lehce nazouvatelná. Nejlepší variantou se jeví obuv na suchý zip. Pokud pro pacienty činí problém košile či halenky s knoflíky, je možné je taktéž nahradit suchým zipem. Ale pacient si může vybrat i ze spousty existujících kompenzačních pomůcek, díky kterým problém plně nebo alespoň částečně vyřeší. U navlékání ponožek lze zvolit navlékač ponožek a punčoch (Türkova 2019).

6.6 Role sestry v péči o pacienty s revmatoidní artritidou

Činnost sester prošla od 80. let minulého století výrazným vývojem. V minulosti sestávaly z omezeného sběru dat (např. vitálních funkcí, symptomů), monitorování farmakoterapie, vzdělávání pacientů a personálu a poradenství pacientům. V poslední době byly přidány pracovní povinnosti, včetně hloubkového hodnocení pacienta (např. podrobná

anamnéza a fyzikální nálezy, přezkoumání laboratorních studií), pomoc při koordinaci péče, usnadnění doporučení, vzdělávání a podpora v oblasti sebeřízení pacienta, riziko onemocnění a léčby vedení, poradenství v oblasti compliance týkající se léčebného režimu a lékařské dokumentace (Olejárová 2012).

Konkrétní činnosti sester se však velmi liší v důsledku několika faktorů, včetně úrovně vzdělání, školení, zkušeností s péčí, prostředí praxe, geografické polohy, předpisů pro praxi a kulturního kontextu a postojů přidružených zdravotnických pracovníků. Pacienti s diagnostikovanou revmatoidní artritidou čelí celoživotnímu stavu, který může být fyzicky a emocionálně vysilující. Navíc léky potřebné k léčbě mohou mít vážné, a dokonce život ohrožující vedlejší účinky. Úlohou sester pečujících o pacienty s revmatoidní artritidou je poskytovat podporu prostřednictvím edukace o procesu onemocnění, léčebných režimech a identifikaci léčebné odpovědi. Hlavním cílem sester musí být pomoc pacientům při vytváření plánu samosprávy. Pacienti by se měli naučit rozdíl mezi farmakologickými a nefarmakologickými možnostmi léčby, pochopit, že revmatoidní artritida je celoživotní chronické onemocnění, které bude vyžadovat neustálé přehodnocování, a měli by spolupracovat se svým týmem zdravotníků, aby dosáhli optimálního přínosu. Pravidelné dokumentování léků pacientů, skóre bolesti, a schopnost vykonávat činnosti každodenního života jsou jen malou částí role sestry. Poradenství, case management, identifikace psychosociálních problémů a pomoc pacientům s výběrem vhodných doplňkových terapií a alternativních léčebných možností jsou významnou odpovědností revmatologických sester.

Pacienti s revmatoidní artritidou vyžadují pečlivý screening a laboratorní testy před zahájením farmakoterapie a během léčby. Příchod biologických léků dramaticky změnil prognózu pacientů s revmatoidní artritidou; tyto léky, jako každé jiné mohou přinášet i určité nežádoucí účinky (Pavelka et al. 2018).

Během poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s RA pozorujeme, že sestra je nositelkou několika zásadních rolí. Aby mohly zdravotní sestry tyto role zastávat, jsou nutné dostatečné znalosti a dovednosti v oboru revmatologie. Sestra přistupuje k nemocnému komplexně – měla by jej pojmout jako jedinečnou lidskou bytost, která má své jedinečné biologické, duchovní, emocionální, poznávací a společenské potřeby. Špirudová (2015) předpokládá, že sestra zastává v péči o pacienta s RA nejčastěji tyto role: poskytovatelka ošetrovatelské péče, edukátorka, komunikátorka, manažerka, nositelka změn, advokátka a výzkumnice (Špirudová 2015, Tóthová 2014).

Jednotlivé role se během při správné vedení ošetrovatelského procesu prolínají, ale bývají aplikovány i samostatně. Jednotlivé role závisí na stádiu RA a celkovém zdravotním stavu pacienta.

Pokud bychom se zaměřili na sestru „**komunikátorku**“, spočívá tato role především ve vhodně zvolené komunikaci mezi sestrou a pacientem. Prioritou je znalost zdravotního stavu pacienta. Jak už jsme několikrát poznamenali, RA je chronické onemocnění, proto je nutné, aby sestra oplývala dostatkem empatie, trpělivosti a pochopení.

Role „**poskytovatelky ošetrovatelské péče**“ by měla zahrnovat především naslouchání. Je proto nutné si pro nemocného vytyčit zvláštní, dostatečně dlouhý, čas, který bude věnovat pouze jemu. Důležitou součástí v péči o nemocné s RA je i komunikace s rodinou pacienta. První objektivní údaj může sestra u nemocných s RA zaznamenat již při podání ruky, a to sníženou sílu stisku. Další příznaků si může všimnout pohledem a pohmatem. U nemocný s RA pozorujeme teplé a oteklé klouby s omezenou hybností, což jsou časté projevy zánětu. V pozdějších stádiích onemocnění je na první pohled patrné vřetenovité zduření kloubů a deviace. Při úvodní komunikaci sestra pozoruje a zaznamenává do dokumentace i subjektivní údaje nemocného, tedy pocity samotného pacienta. Dobré komunikační schopnosti sestry jsou klíčové pro sběr dat do osobní anamnézy. Těmito daty může sestra získat zásadní informace o pacientově zdravotním a psychickém stavu. Anamnéza pacienta samozřejmě zahrnuje i provedení a vyhodnocení Barthelové testu základních denních činností a ADL, jejichž vykonávání může být kvůli onemocnění zásadně ovlivněno. Nedílnou součástí je i nutriční screening, protože pacienti mohou, jak již bylo uvedeno, trpět nechutenstvím a ztrátou tělesné hmotnosti anebo naopak obezitou (Nejedlá 2015).

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz v nemalé míře napomáhá i vyhodnocení dotazníku HAQ, který vyplňují sami pacienti. Všechny získané informace od nemocného sestra vyhodnotí a následně stanoví ošetrovatelské diagnózy. V péči o nemocné s RA se nejčastěji objevují tyto ošetrovatelské diagnózy: akutní a chronické bolesti, deficit sebek péče ve všech čtyřech oblastech (koupání, oblékání, stravování a vyprazdňování), neefektivní zvládání zátky a také připravenost na zlepšení pohodlí (Heather aj. 2020). Deficit sebek péče se odvíjí dle stadia onemocnění a celkového stavu nemocného s RA. Nemocní mají často problém s mobilitou a hlavně v oblasti jemné motoriky, kdy mají zásadní problém s držetím předmětů, oblékáním, hygienou a stravováním. Sestra by tedy měla v této fázi nemocnému pomáhat při sebeobsluze a při používání kompenzačních pomůcek, jejichž úkolem je podpora

vykonávání funkčních schopností. Tyto pomůcky pomáhají nemocným mimo jiné ulevovat od bolesti, pomáhat s mobilitou a usnadňovat péči o sebe samé. V rámci svých kompetencí může sestra pacientům poskytnout pomůcky, jako jsou hole a berle. Doporučení používání dalších pomůcek je již v kompetenci fyzioterapeuta.

I role „**edukátorky**“ je v péči o nemocné s RA velmi významná a důležitá. Sestra v této roli nemocné systematicky učí, vysvětluje, demonstruje a procvičuje s nimi vytyčené cíle. Tyto cíle mají za úkol snížit negativní důsledky onemocnění a naučit pacienta žít s RA jakožto s chronickou chorobou. Proto, aby edukace dosáhla splnění těchto cílů, je důležité, aby znalosti sestry v oboru revmatologie byly na velmi kvalitní úrovni. Nedílnou součástí péče o nemocné s RA jsou, jak jsme již zmiňovali, komunikační schopnosti. Je známo, že vhodně zvolená komunikace napomáhá správné interpretaci edukace. Z tohoto vyplývá, že tyto dvě role jsou velmi provázané.

Vztah sestra – pacient se díky těmto rolím stává důvěrnější, a tím také velmi pozitivně přispívá celému edukačnímu procesu. Sestra by měla pacienta po dobu edukačního procesu motivovat a dávat mu prostor pro dotazy. Motivace totiž dokáže velmi pozitivně povzbudit nemocného pro splnění cílů. Ukončení celého edukačního procesu je charakteristické hodnocením, zda byl edukační cíl, nebo cíle, splněn. Hodnocení je zpravidla realizováno pomocí zpětné vazby. Je nutné připomenout, že v oblasti edukace nemocného s RA není jen jeden okruh, ale nejčastěji se jedná minimálně pět edukačních okruhů. Pacienty s RA, jak je z této práce patrné, neustále trápí chronická bolest, která ovlivňuje a podstatně narušuje i jejich psychický stav a v nemalé míře společenský život. Hlavním cílem edukace u chronicky nemocných je naučit bolest popsat, lokalizovat a také zhodnotit. Nemocný by si měl v rámci těchto edukačních úkonů plně uvědomit, co jeho bolest zhoršuje a co mu naopak od bolesti ulevuje. Důležitou součástí této oblasti je i úleva od bolesti nefarmakologického charakteru. Podrobněji se budeme touto oblastí zabývat později. Sestra samozřejmě edukuje nemocného i o lékařem předepsaných lécivech. Edukace zahrnuje správnost užívání, jejich účincích, které jsou zpravidla pozitivní, je ale potřeba nemocné seznámit i s negativními dopady léků, jejich nežádoucími účinky.

Okruh nefarmakologické léčby zahrnuje mnoho metod. Některými jsme se už v této práci zabývali v předešlých kapitolách. Sestra nemocného učí především správné aplikaci tepla, která je pro nemocné s RA důležitá a v mnoha případech i velmi příjemná. Obvykle stačí pouze nosit oděv, který správně kryje a tím zahřívá klouby, ale můžeme nemocnému

také doporučit používat různé nahřívací sáčky. V hojné míře je doporučováno využívání kryoterapie. V tomto případě se jedná o prvky chladu. Ty se v obalovém materiálu přikládají na bolavé klouby. Tyto dvě rozdílné terapie se používají různě a to dle momentálního stadia onemocnění. Pro znehybnění kloubů a úlevu pro kloub zasažený RA může sestra doporučit nošení ortéz (Olišarová 2013, Türková 2015).

Dalšími, neméně častými ošetrovatelskými diagnózami, které sestra u pacientů s RA řeší, jsou únava a nedostatek spánku (Heather aj. 2020). Tyto potíže s sebou přináší celou řadu dalších problémů. Pro představu zmiňujeme snížení výkonnosti a zhoršení psychického stavu, které se projevují v nemalé míře i na celkovém zdravotním stavu nemocného. V rámci ošetrovatelské péče o nemocné s RA je nutné odhalit příčinu časté únavy a nedostatku spánku. Pokud souvisejí s onemocněním, měla by sestra pacienta naučit, jak problémy zmírnit, popřípadě zcela odstranit. Pacient by si měl umět naplánovat denní aktivity tak, aby se příliš nepřetěžoval. Důležitou součástí plánování denních aktivit je stanovení denního režimu, který zahrnuje oblast stravování, relaxace a samozřejmě i vhodný pohyb. To jsou tři nejdůležitější součásti denního režimu nemocných. Vyhnout by se určitě měli stresorům a špatným návykům během dne. Do edukace by měla být zapojena i nejbližší rodina pacienta, která mu může pomoci s vykonáváním denních aktivit a povzbuzovat ho v aktivitách.

Dílním cílem edukace je i prevence před rizikovými faktory, které mohou průběh RA zhoršit. Jako zásadní se doporučuje očkování, v současné době hlavně proti chřipce a COVID-19. Ne u všech nemocných je to ale vhodné, stádium onemocnění pacienta to nedovolí, je vhodné tedy naočkovat alespoň příbuzné a nejbližší rodinu. Důvodem je, že pacienti s chronickým onemocněním jsou totiž ohroženi horším průběhem virových onemocnění, protože nemocní s RA trpí poruchou imunitního systému. Každoroční přeočkování je pak samozřejmostí (Olejárová 2012). Kromě virů jsou také tyto pacienti náchylnější k pneumokokovým infekcím. Populaci je ale však podceňováno. Nemocným s RA se kvůli chronickému průběhu onemocnění a oslabení imunitního systému toto očkování taky doporučuje (Pavelka 2012).

Role sestry „**manažerky**“ se vyznačuje vedením ošetrovatelského procesu u nemocných s RA a to tak, že zabezpečuje pro pacienta komplexní a kvalitní péči. Umí sestavit účinný ošetrovatelský plán, který je zaměřen na pacienta jako jednotlivce, protože každý má své specifické potřeby. Kromě toho může řídit a organizovat větší skupinu lidí nebo se například věnovat výzkumu, vzdělání a dalším aktivitám zahrnujícím podporu a zkvalitnění

poskytování služeb v oboru ošetřovatelství. Mimo jiné může manažerovat i samu sebe (Tóthová 2014).

„**Advokátka pacienta**“ je další role, kterou sestra v ošetřovatelském procesu zastává. V této roli v plném rozsahu hájí zájmy nemocného a zajímá se i o jeho potřeby, fyzické, psychické a sociální. S těmito potřebami také souvisí snaha, aby tyto potřeby byly společně s pacientem uspokojeny. Dále se zajímá o pacientovy problémy a přání, na jejichž základě pak stanoví ošetřovatelskou diagnózu. Jak je tento plán ošetřovatelské péče sestaven, tak se sestra snaží pacientovým potřebám vyhovět (Špirudová, 2015).

Skrze výzkumné aktivity se sestra sama může také podílet na zlepšení kvality ošetřovatelské péče pacientů s RA. Taková sestra „**výzkumnice**“ musí mít základy pedagogiky, které uplatňuje pro sběr dat. Touto rolí sestra získává informace a to podle typu zkoumaného souboru. Může se zaměřit jak na nemocné s RA, tak i na sestry a další personál poskytující jakoukoliv péči pacientům s RA (Olejárová a Korandová 2011).

7 PREVENCE

Přestože byla RA pojmenována, diagnostikována, již v průběhu 19. století, doposud se nepovedlo toto závažné, chronické, autoimunitní onemocnění plně prozkoumat (Olejárová 2012). Podstatou tohoto onemocnění je proces, kdy vlastní lymfocyty v krvi člověka napadají zdravé buňky pojivové tkáně, čímž se zmenšuje objem kloubní tekutiny, dochází k zánětu v kloubech a následně k velmi bolestivému otoku (Lukáš a Žák 2014). Přestože toto závažné onemocnění probíhá různě, můžeme shrnout několik zásadních příznaků, které napomáhají v diagnostice RA:

- Ztuhlost v malých kloubech rukou nebo nohou
- Bolest svalů
- Celková slabost, malátnost, „bolest v kostech“
- Symetrické poškození i několika kloubů najednou = polyartritida (5 a více kloubů)
- Otok a bolest nohou při sezení

U žen můžeme pozorovat:

- ostrý úbytek na váze bez zjevného důvodu
- Anémie, slabost
- Ranní bolest kloubů
- Horečky

U mužů je toto onemocnění méně časté, ale o to závažnější. Může postihnout i vnitřní orgány.

Z důvodu výše popsanych symptomů a problematiky RA je patrné, že pokud nezačne léčba tohoto závažného autoimunitního onemocnění včas, budou důsledky velmi závažné. V pozdních stádiích nemoci jsou patrné závažné deformity kloubů, ale také dochází k ovlivnění všech vnitřních orgánů. Z tohoto důvodu je RA považována za systémové revmatologické onemocnění, které se v pozdních stádiích projevuje poškozením funkce srdce, plic, ledvin, sleziny a tím je spojeno s vysokým rizikem fatálních následků (Pavelka et al. 2018).

Je ale pravdou, že revmatologové bohužel neznají žádnou metodu, kterou by předešli vzniku tohoto závažného onemocnění. Důležitým faktorem je tedy osobní

anamnéza pacienta v preventivní péči. V případě, že je v rodinné anamnéze prokázán výskyt RA a nemocný má některý z příznaků RA, je potřeba podrobit pacienta podrobnému vyšetření, které je schopno odhalit toto závažné onemocnění již v nejranějším stádiu. Přestože se nejedná o fatální onemocnění, užívání imunosupresivních léků a cytostatik zkracuje lidský život o až 10 let. Nejnovější poznatky z léčby RA jsou ale pro nemocné velice příznivé. Rozvojem biologické a cílené syntetické léčby se kvalita života nemocných zlepšuje a postupem času by mohlo dojít i ke snížení zkrácení lidského života v důsledku užívání léků, jak je uvedeno výše. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že medicína doposud nezná metodu, jak se tohoto závažného autoimunitního onemocnění zbavit jednou pro vždy a hlavně, jak mu předcházet. Účinnou léčbou se dá ale oddálit zhoršování nemoci a tím zajistit pro pacienta co možná nejlepší kvalitu života s touto diagnózou (Suchý 2022).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Revmatoidní artritida je chronické zánětlivé onemocnění postihující asi 1% populace. Je charakterizováno symetrickou polyartritidou, kdy jsou nejčastěji postiženy drobné ruční klouby. Vyskytuje se v každém věku. RA v dětském věku má však svá specifika. Důsledkem rozvinutého onemocnění jsou kloubní deformity, které výrazně omezují funkci končetin a mají přímý vztah k rozvoji disability (omezení až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí). RA je bohužel častou příčinou invalidity nejen díky deformujícímu postižení, ale i pro komorbiditu, které toto onemocnění často doprovázejí. Jsou jimi nejen komplikace revmatologického zánětu, ale také onemocnění související s nežádoucími účinky provázejícími farmakologickou terapií (Olejárová 2012).

Cílem léčby je potlačení klinických projevů kloubního zánětu či orgánových změn, zábrana rentgenové progresy, a tím i funkčního postižení, a snížení laboratorní zánětlivé aktivity. V důsledku toho je cílem snížení disability a invalidity, které tato choroba s sebou v nemalé míře přináší (Olejárová 2012).

Vzhledem k faktu, že v průběhu času dochází ke zhoršování příznaků RA, je důležité, aby byla diagnóza co nejdříve stanovena a zavedena taková léčba, která další postup onemocnění dokáže zastavit. Jiný účinnější způsob boje s RA zatím neexistuje. Proto je nutné, aby byla široká veřejnost o této nemoci informována a byla seznámena s typickými příznaky nemoci. Jedině tak dojde k tomu, že diagnóza bude včas stanovena. Je známo, že téměř u poloviny pacientů dochází ke vzniku nezvratných kloubních změn již v průběhu prvních dvou let trvání onemocnění. Pokud se tedy první návštěva lékaře odkládá, je pravděpodobné, že léčba RA bude složitější a nebude možné docílit těch nejlepších výsledků, který by se dosáhlo včasným zahájením.

V rámci výzkumu si tedy budeme odpovídat na několik otázek: V jakých oblastech denních aktivit jsou pacienti s diagnostikovanou RA nejvíce omezováni? Jak ovlivňuje onemocnění sebedůvěru při uspokojování fyziologických a společenských potřeb pacienta? Další otázkou pro výzkum je zjistit, u kterých činností v každodenním životě potřebuje pacient nejvíce pomoc druhé osoby a jaké činnosti vyžadují nejvíce použití kompenzačních pomůcek.

9 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

9.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké oblasti denních aktivit jsou nejvíce ovlivňovány onemocněním RA.

9.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

9.2.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, u kterých činností v každodenním životě potřebuje pacient nejvíce pomoc druhé osoby.
2. Zjistit, jaké činnosti v každodenním životě pacienta vyžadují použití kompenzačních pomůcek.

9.2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké oblasti denních aktivit jsou ovlivňovány onemocněním RA?
2. V jaké oblasti péče potřebují pacienti nejvíce pomoc druhé osoby?
3. Jaké činnosti v každodenním životě pacientů vyžadují v nejvyšší míře použití kompenzačních pomůcek?

10 METODIKA PRÁCE

10.1 Použité metody

Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru apod. Při analýze dat převládají většinou statistické postupy. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k „těžké vědě“ a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí (Kutnohorská 2009).

Byla použita metoda standardizovaného dotazníkového šetření před zahájením léčby a následně po 16 -ti týdnech léčby vždy u stejného sledovaného souboru. Následně bylo provedeno statistické zpracování dat. Jedná se o kvantitativní výzkum.

Pro sběr potřebných informací byla využita technika sekundární analýzy dat, za použití české verze Stanfordského dotazníku Health Assessment Questionnaire (HAQ), viz příloha G, který je validovaný Revmatologickým ústavem v Praze a Centrem biostatistiky a analýzy v Brně, kde byla prokázána jeho dostatečná spolehlivost a lze ho doporučit k posuzování funkčních schopností u pacientů s revmatoidní artritidou v ČR. Dotazník zahrnuje 20 otázek týkajících se běžných denních činností a je klasifikován na 8 kategorií a to: oblékání a úprava, vstávání, stravování, chůze, hygiena, dosažitelnost, stisk a činnosti (Olejárová 2011).

10.2 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření bylo realizováno v rámci ambulantního provozu Oddělení klinické farmakologie Fakultní nemocnice Plzeň v období od 6/2021 do 12/21. Samozřejmostí je souhlasné stanovisko organizace s provedením dotazníkového šetření (příloha H).

10.3 Výzkumný vzorek

Pro zpracování kvalifikační práce jsme zvolili záměrný výběr respondentů. Do šetření byli zahrnuti pacienti revmatologické ambulance Fakultní nemocnice Plzeň s nově diagnostikovanou RA. Výzkumný vzorek byl sestaven ze 100 respondentů bez ohledu na věk a pohlaví.

10.4 Analýza dat a prezentace výsledků

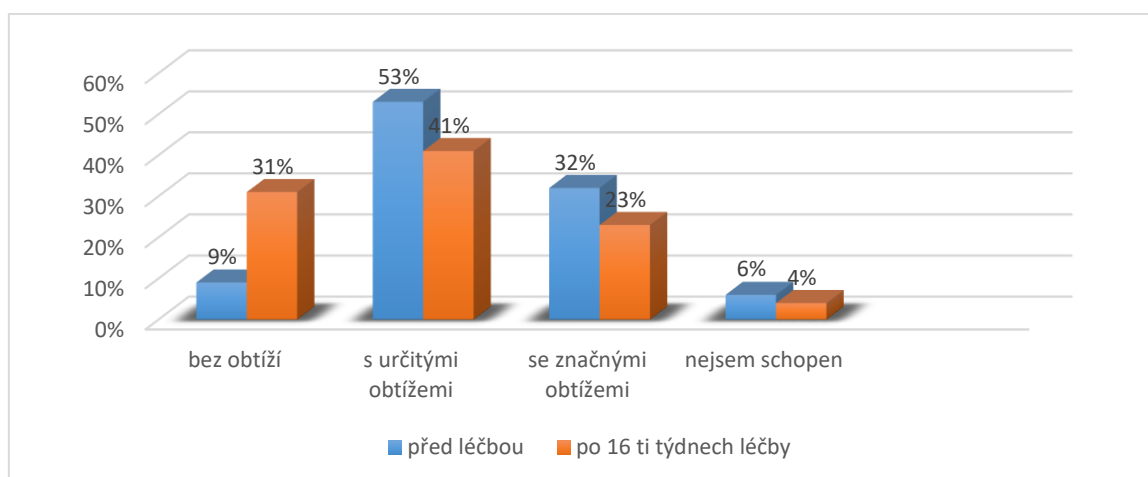
V rámci ambulantního provozu Oddělení klinické farmakologie bylo v 6/2021 rozdáno celkem 100 dotazníků pacientům, kterým byla v rámci návštěvy revmatologické ambulance v tomto období diagnostikována RA. Těmto stejným byl rozdán stejný typ dotazníku vždy při jejich následné kontrole, 16 týdnů po zahájení léčby. Návratnost byla 86 %. Nižší návratnost než jsme očekávali byla způsobena pravděpodobně pandemií COVID 19, když se oslovení respondenti nedostavili k další kontrole z důvodu nemoci. Získaná data byla zpracována za pomoci programů MS Word, MS Excel. Pro přehlednost jsou získané výsledky vyobrazeny v grafech a jsou opatřeny slovním popisem. Žádost o realizaci průzkumu ve FN byla zaslána náměstkyni pro vzdělávání v ošetrovatelské péči. Souhlasné stanovisko v přílohách (příloha H).

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dotazník hodnocení funkčních schopností HAQ (příloha G). Jednotlivé grafy znázorňují barevně odlišené výsledky průzkumu před zahájením léčby (modrý sloupec) a po 16 -ti týdnech aplikace léčby (červený sloupec).

Otázka č. 1, týkající se oblékání a úpravy zevnějšku, je v dotazníku rozdělena do dvou bloků. První blok je zaměřen na hodnocení schopnosti se sám obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíku (graf 1) a druhý blok na schopnost si umýt vlasy šamponem (graf 2).

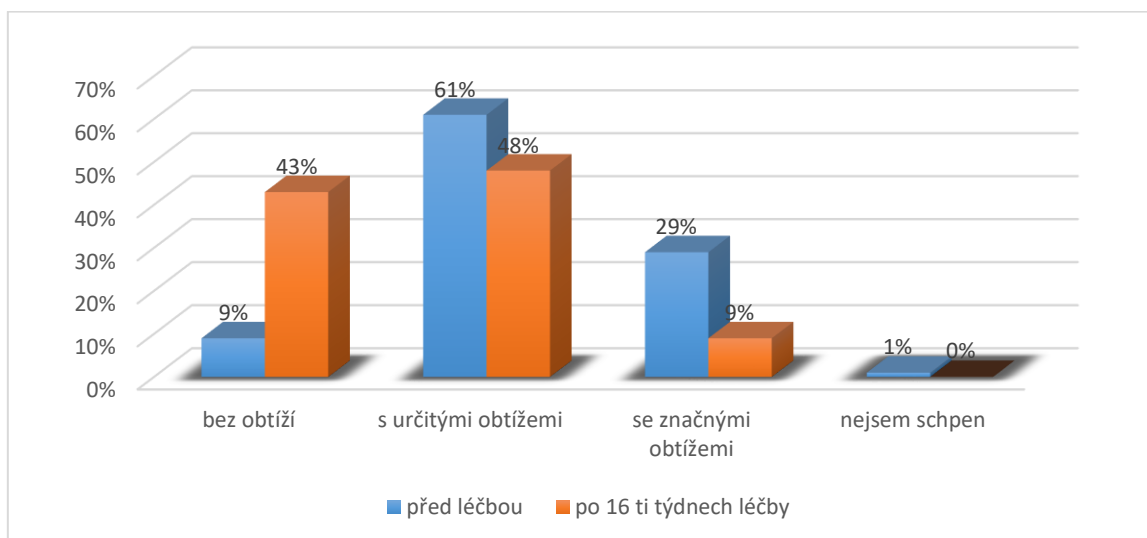
graf 1 Oblékání a úprava zevnějšku, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 1, Oblékání a úprava zevnějšku, otázka č. 1, znázorňuje procentuální vyjádření odpovědí respondentů na otázku č. 1, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno se před zahájením léčby samo obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků bez obtíží 9 % respondentů. Po 16 -ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 31% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 53 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 41 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 32 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 23 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, udávalo 6 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 4 % respondentů.

graf 2 Oblékání a úprava zevnějšku, otázka č. 2

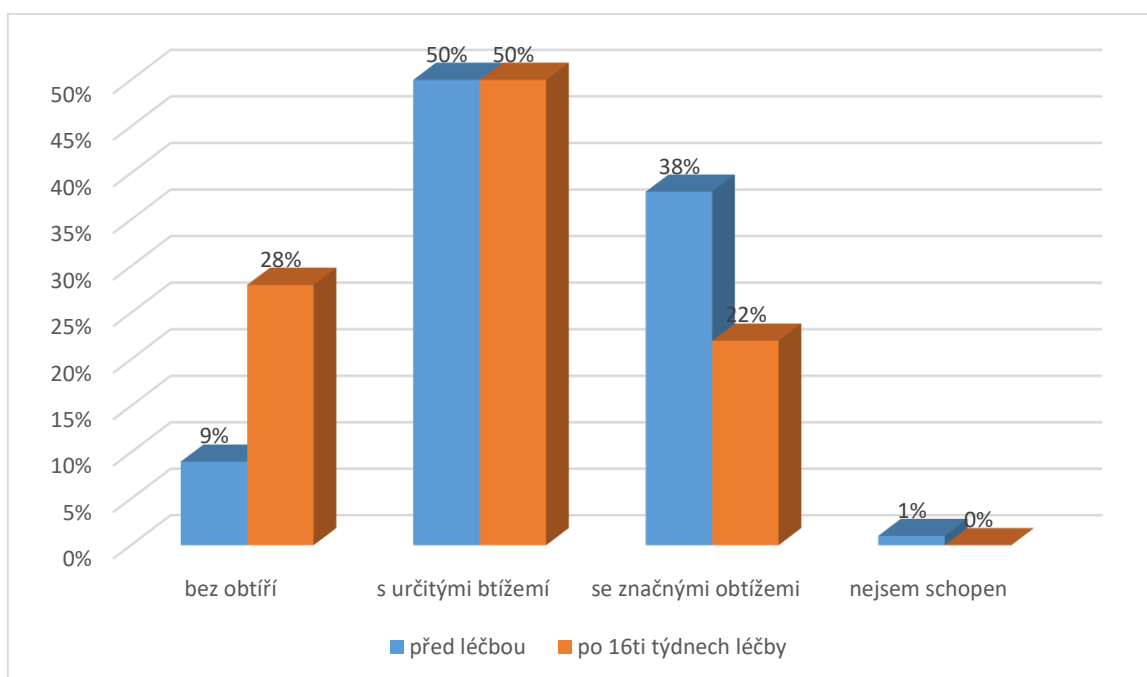


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 2, Oblékání a úprava, otázka č. 2, znázorňuje procentuální vyjádření odpovědí respondentů na otázku č. 1, blok druhý. Z celkového počtu 84 respondentů bylo schopno si před zahájením léčby umýt vlasy šamponem bez obtíží 9 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 43 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 61 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 48 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 29 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby jen 9 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 1 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

Otázka č. 2, týkající se vstávání je rozdělena do dvou bloků. První blok je zaměřen na schopnost vstávání ze židle bez opěrek (graf 3) a druhý na schopnost ulehnout a vstát z postele (graf 4).

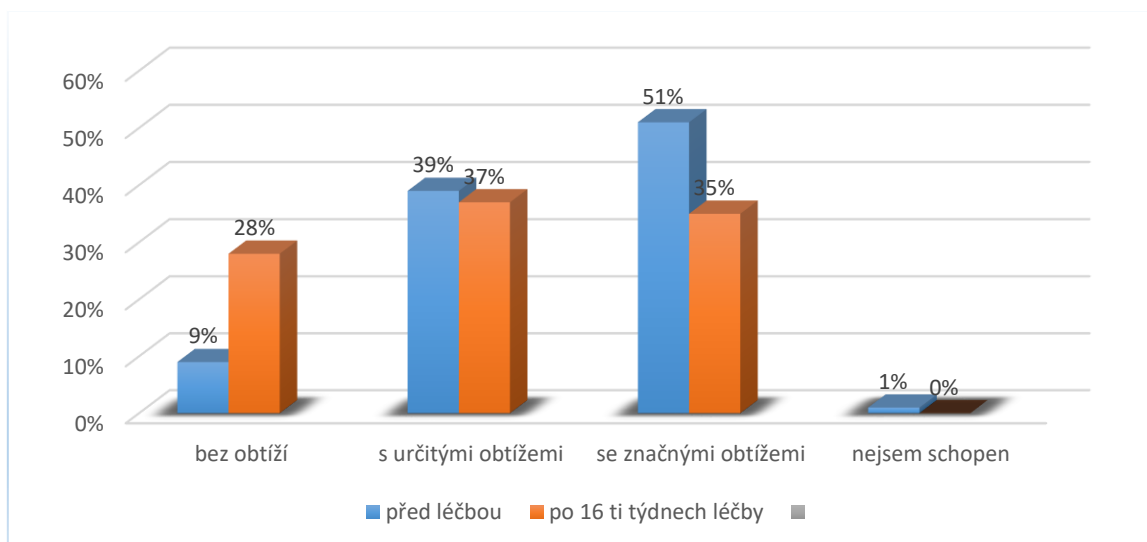
graf 3 Vstávání, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 3, Vstávání, otázka č. 1, ukazuje procentuální vyjádření odpovědí respondentů na otázku č. 2, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby vstát ze židle bez opěrek bez obtíží 9 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 28 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 50 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 50 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 38 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 22 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedla 3 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

graf 4 Vstávání, otázka č. 2

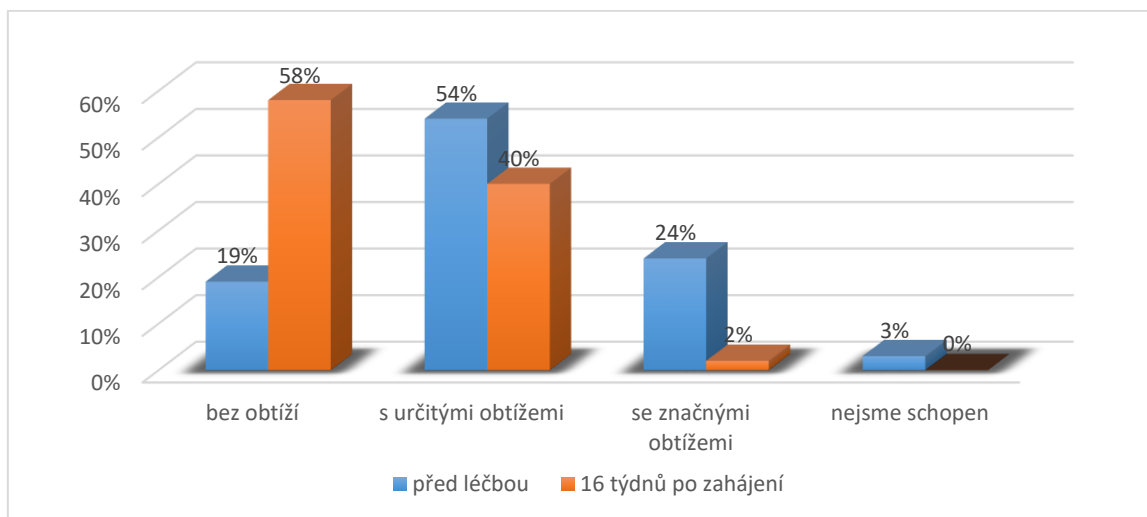


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 4, Vstávání, otázka č. 2, ukazuje procentuální vyjádření odpovědí respondentů na otázku č. 2, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením ulehnout a vstát z postele bez obtíží 9 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 28 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 39 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 37 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 51 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 35 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 1 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

Otázka č. 3, týkající se stravování je rozdělena do tří bloků. První blok je zaměřen na schopnost nakrájet si maso na talíři (graf 5), druhý na schopnost zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům (graf 6) a třetí na schopnost otevřít nový pytlík bonbónů (graf 7).

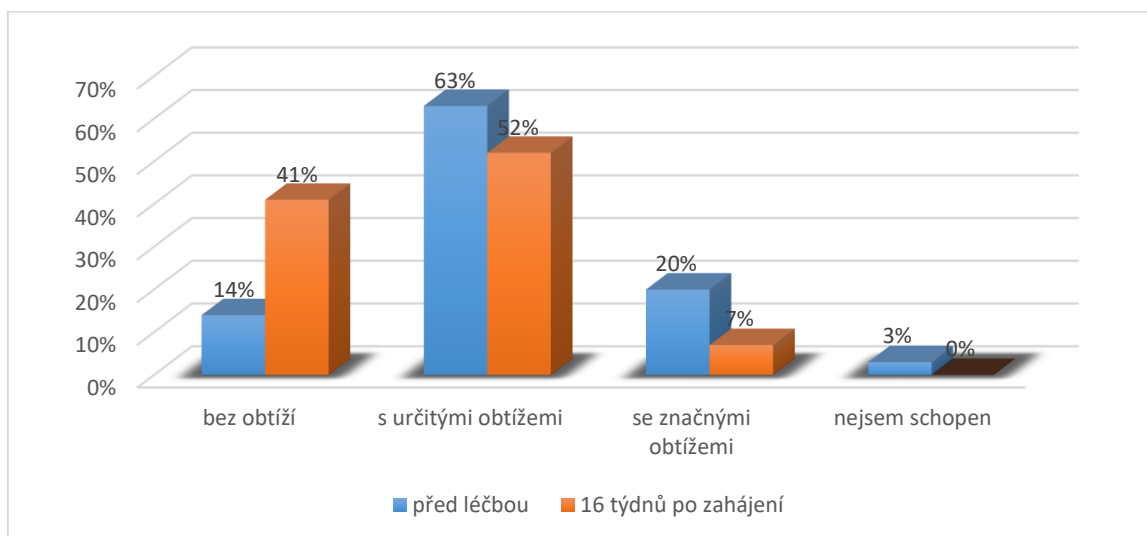
graf 5 Stravování, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 5, Stravování, otázka č. 1, vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 3, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno si před zahájením léčby nakrájet maso na talíři bez obtíží 19 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 58 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 54 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 40 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 24 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 2 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 3 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

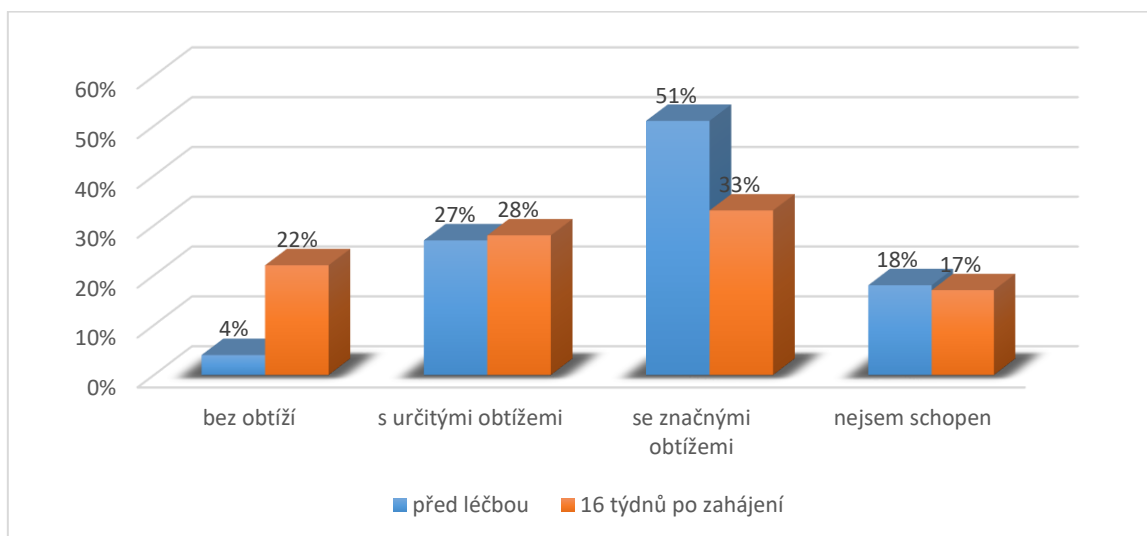
graf 6 Stravování, otázka č. 2



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 6, Stravování, otázka č. 2, vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 3, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby zvednout plný šálek nebo sklenici bez obtíží 14 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 41 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 63 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 52 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 20 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 7 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 3 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

graf 7 Stravování, otázka č. 3

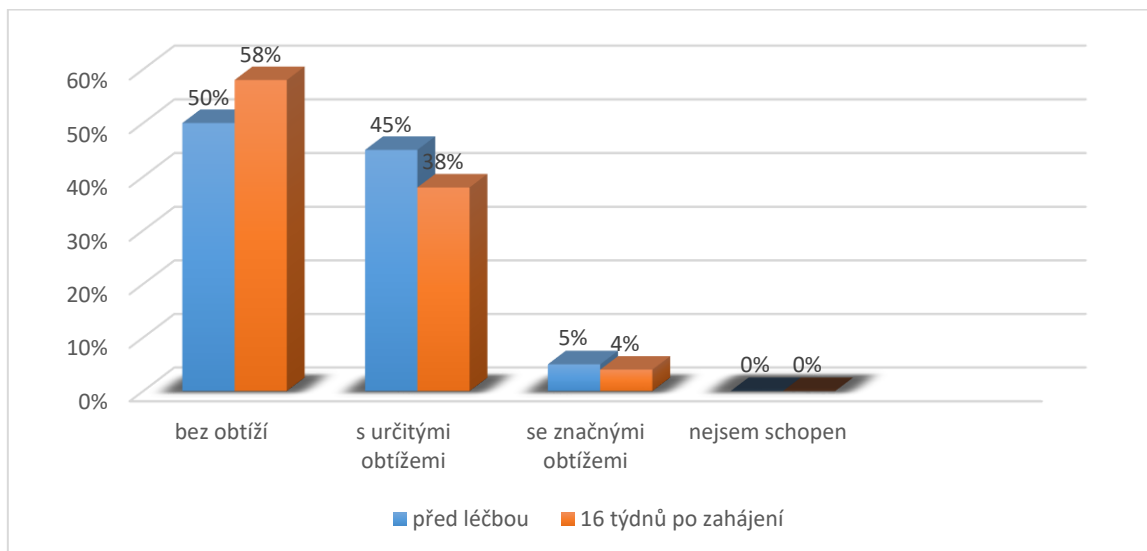


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 7, Stravování, otázka č. 3 vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 3, blok třetí. Z celkového počtu 84 respondentů bylo schopno před zahájením léčby otevřít nový pytlík bonbónů bez obtíží 4 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 22 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 27 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 28 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 51 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 33 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 18 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 17 % respondentů.

Otázka č. 4, týkající se chůze, je rozdělena do dvou bloků. První blok je zaměřen na chůzi venku po rovném terénu (graf 8) a druhý na schopnost vyjít pět schodů (graf 9).

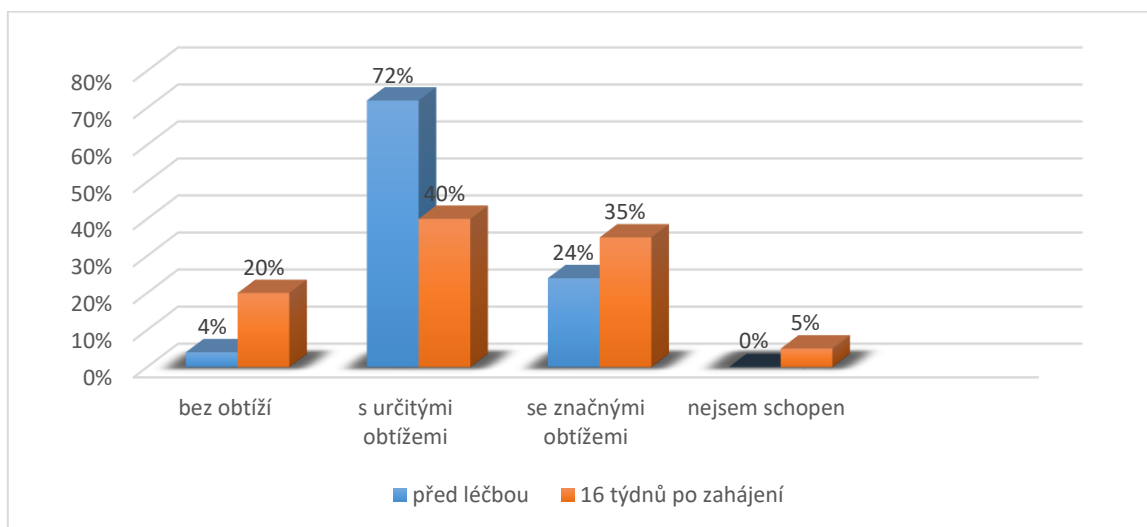
graf 8 Chůze, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 8, Chůze, otázka č. 1, znázorňuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 4, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby chodit venku po rovném terénu bez obtíží 50 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 58 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 45 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 38 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 5 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 4 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 0 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0 % respondentů.

graf 9 Chůze, otázka č. 2

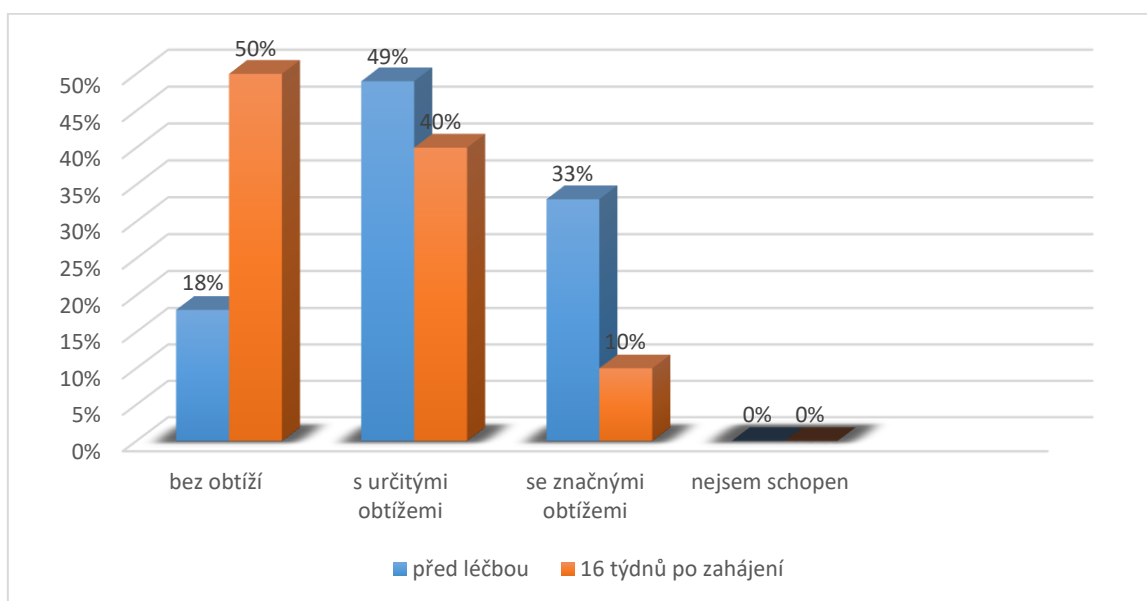


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 9, Chůze, otázka č. 2, znázorňuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 4, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby vyjít pět schodů bez obtíží 4 % respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 20 % respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 72 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 40 % respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 24 % respondentů a po 16 ti týdnech léčby 35 % respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 0 % respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 5 % respondentů.

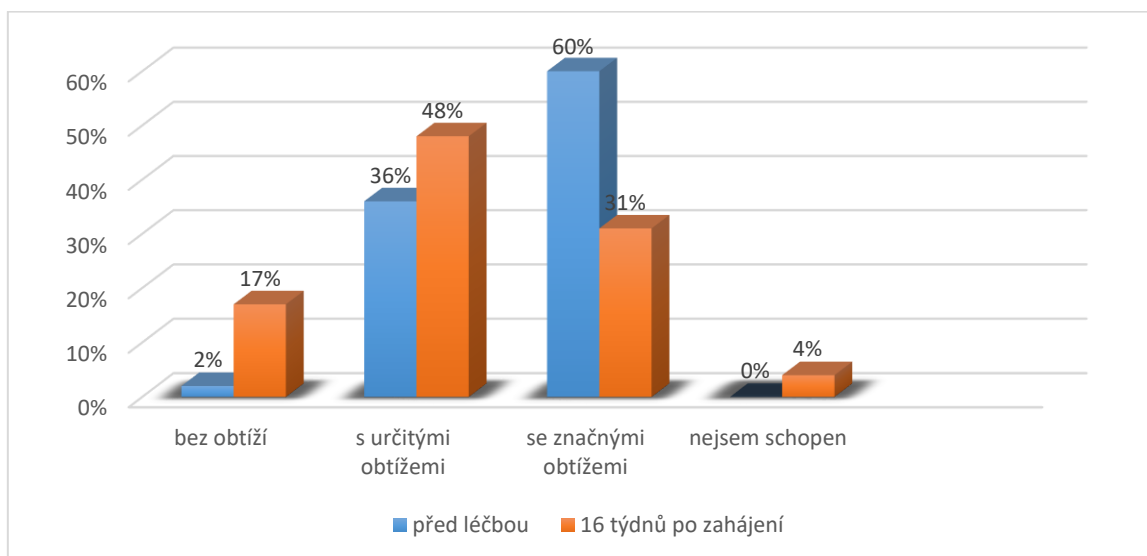
Otázka č. 5, týkající se hygieny, je rozdělena na tři bloky. První blok je zaměřen na schopnost umýt a osušit si tělo (graf 10), druhý na schopnost vykoupat se ve vaně (graf 11) a třetí na schopnost usednout na toaletu a vstát z ní (graf 12).

graf 10 Hygiena, otázka č. 1



Komentář: Graf 10, Hygiena, otázka č. 1, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 5, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby umýt a osušit si tělo bez obtíží 18% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 50% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 49% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 40% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 33% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 10% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 0% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0% respondentů.

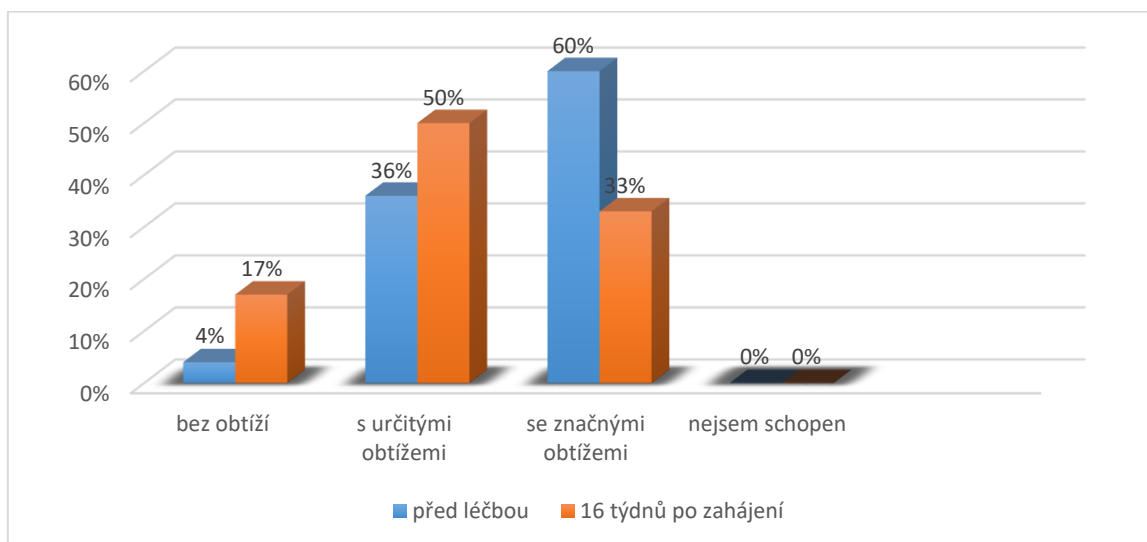
graf 11 Hygiena, otázka č. 2



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 11, Hygiena, otázka č. 2, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 5, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby umýt a osušit si tělo bez obtíží 2% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 17% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 36% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 48% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 60% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 31% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 0% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 4% respondentů.

graf 12 Hygiena, otázka č. 3

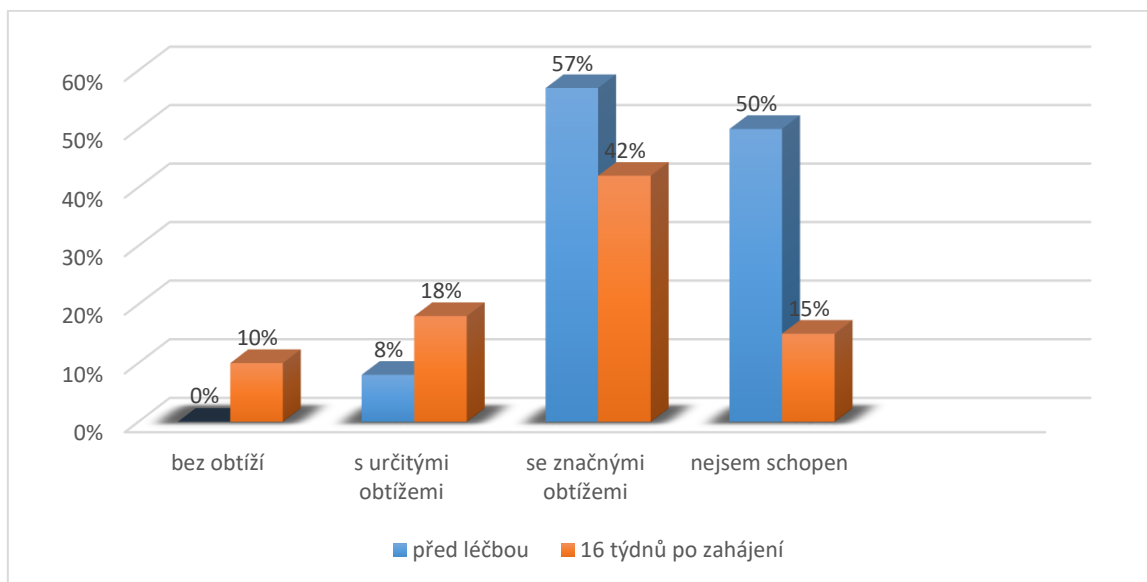


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 12, Hygiena, otázka č. 3, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 5, blok třetí. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno se před zahájením léčby vykoupat ve vaně bez obtíží 4% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 17% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 36% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 50% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 60% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 33% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 0% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0% respondentů.

Otázka č. 6, týkající se dosažitelnosti, je rozdělena do dvou bloků. První blok je zaměřen na schopnost sundat předmět vážící 2,5 kg z výšky těsně nad hlavou (graf 13) a druhý na schopnost ohnout se a zvednout oblečení z podlahy (graf 14).

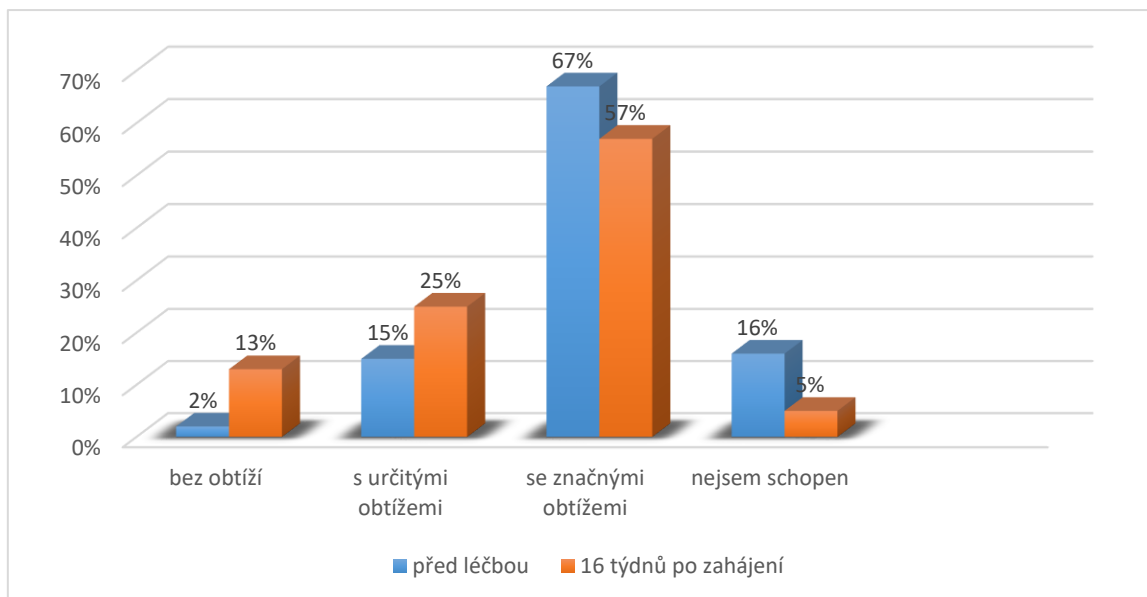
graf 13 Dosažitelnost, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 13, Dosažitelnost, otázka č. 1, znázorňuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 6, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby sundat předmět vážící 2,5 kg (např. pytlík brambor) z výšky těsně nad hlavou bez obtíží 0% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 10% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 8% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 18% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 57% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 42% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 50% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 15% respondentů.

graf 14 Dosažitelnost, otázka č. 2

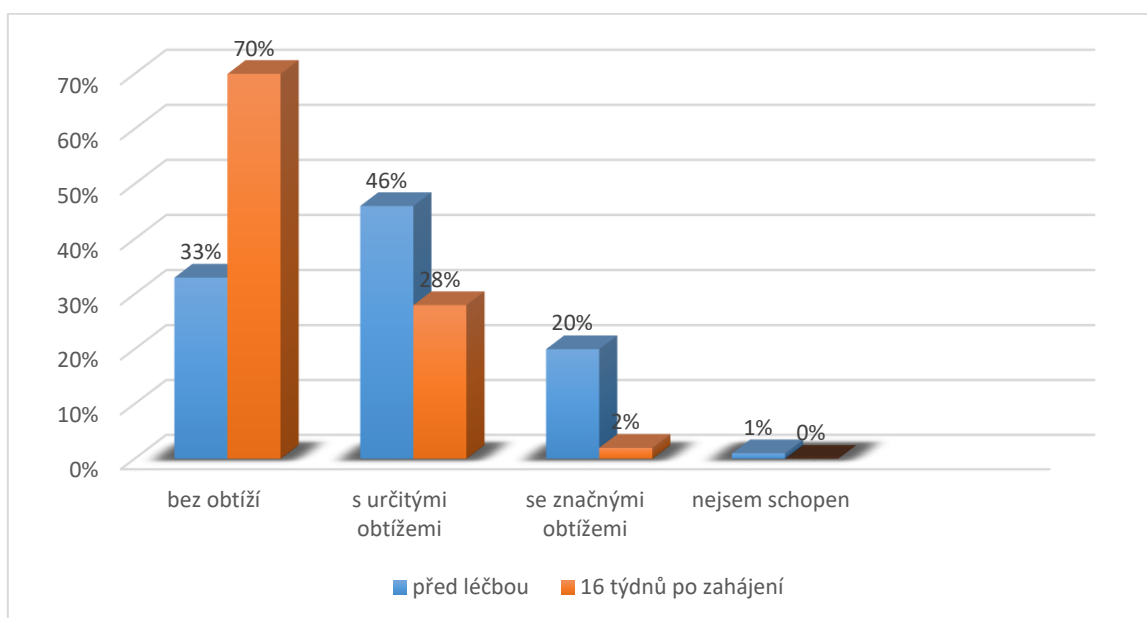


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 14, Dosažitelnost, otázka č. 2, znázorňuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 6, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno se před zahájením léčby ohnout a zvednout oblečení z podlahy bez obtíží 2% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 13% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 15% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 25% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 67% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 57% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 16% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 5% respondentů.

Otázka č. 7 týkající se stisku je rozdělena do tří bloků. První blok je zaměřen na schopnost otevřít dveře auta (graf 15), druhý na schopnost otevřít zavařovací sklenici, která již byla předtím otevřena (graf 16) a třetí na schopnost otevřít a zavřít kohoutek (graf 17).

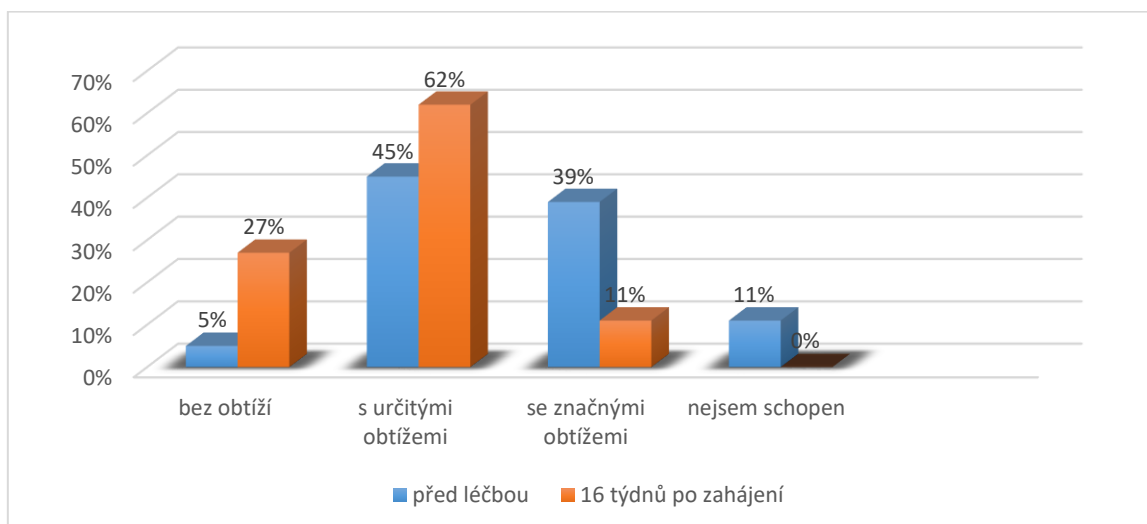
graf 15 Stisk, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 15, Stisk, otázka č. 1, vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 7, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby otevřít dveře auta bez obtíží 33% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 70% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 46% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 28% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 20% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 2% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 1% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0% respondentů.

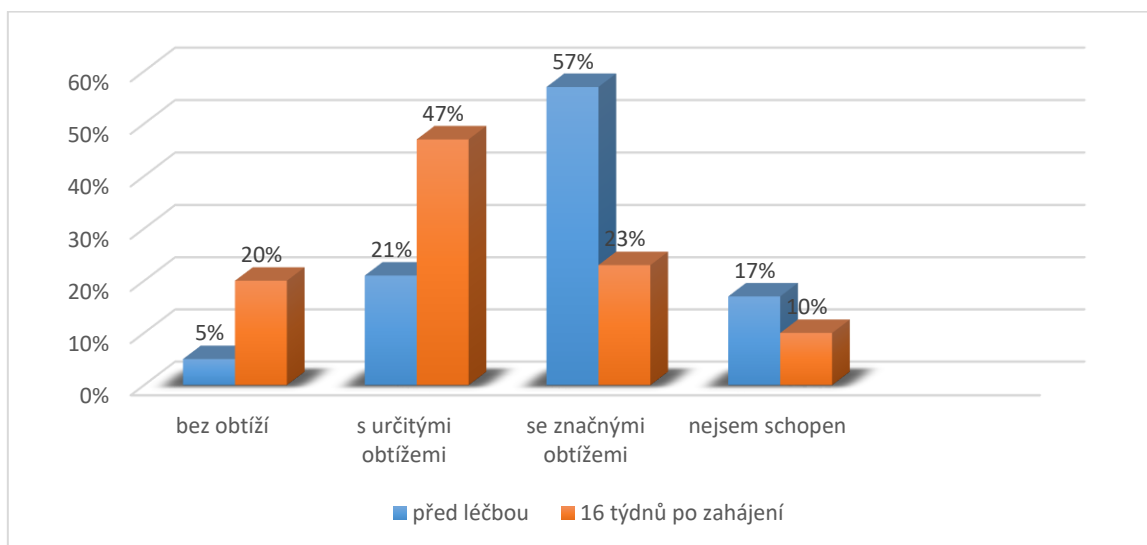
graf 16 Stisk, otázka č. 2



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 16, Stisk, otázka č. 2, vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 7, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby otevřít zavařovací sklenice, které již byly otevřené bez obtíží 5% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 27% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 45% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 62% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 39% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 11% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 11% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0% respondentů.

graf 17 Stisk, otázka č. 3

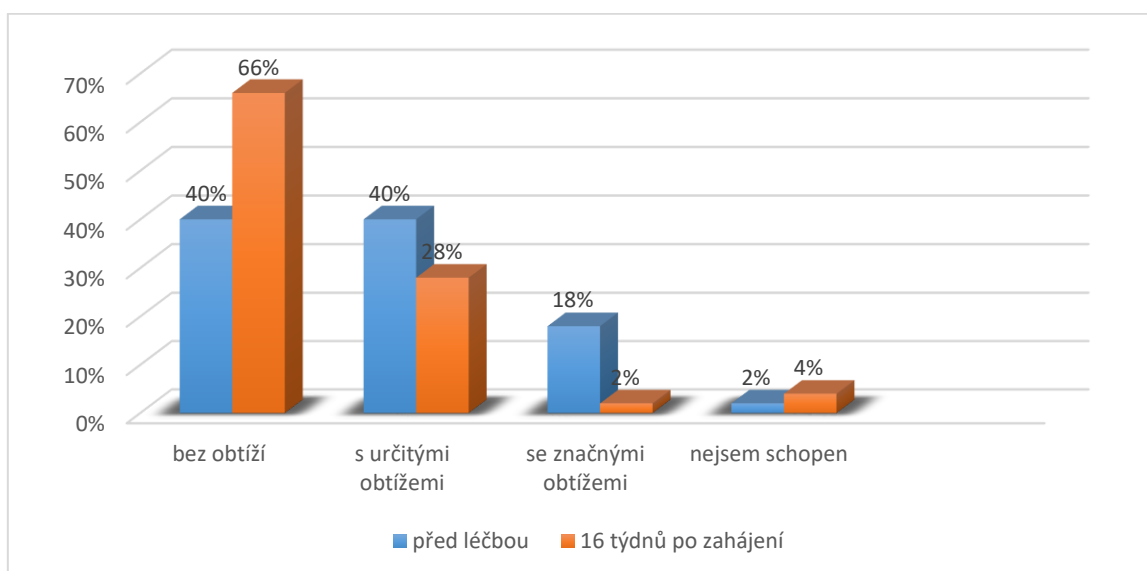


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 17, Stisk, otázka č. 3, vyjadřuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 7, blok třetí. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby otevřít a zavřít kohoutek bez obtíží 5% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 20% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 21% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 47% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 57% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 23% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 17% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 10% respondentů.

Otázka č. 8, týkající se činnosti, je rozdělena na tři bloky. První blok je zaměřen na schopnost vyřídit pochůzku a nakupovat (graf 18), druhý na schopnost nastoupit a vystoupit z auta (graf 19) a třetí na schopnost vykonávat běžné domácí práce (graf 20).

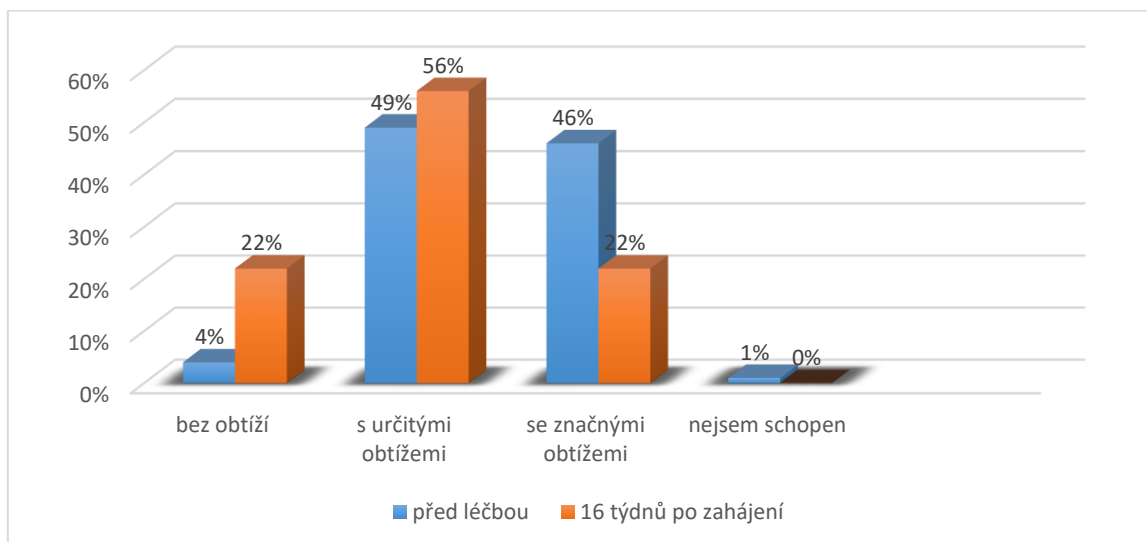
graf 18 Činnosti, otázka č. 1



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 18, Činnosti, otázka č. 1, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 8, blok první. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno si před zahájením léčby vyřídit pochůzku a nakupovat bez obtíží 40% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 66% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 40% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 28% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 18% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 2% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 2% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 4% respondentů.

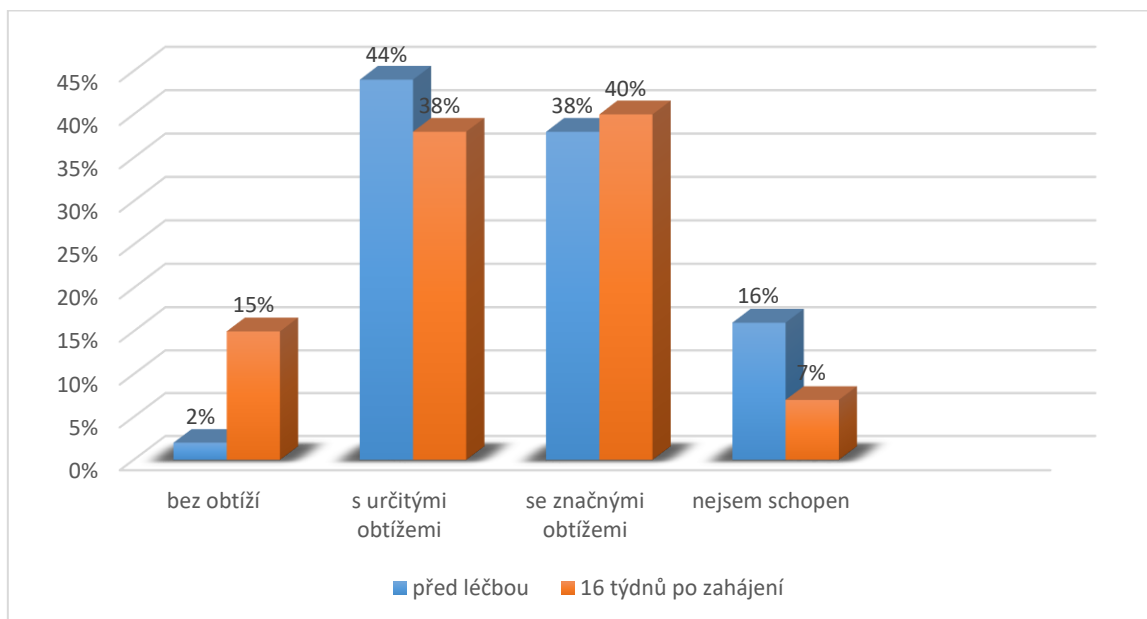
graf 19 Činnosti, otázka č. 2



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 19, Činnosti, otázka č. 2, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 8, blok druhý. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby nastoupit a vystoupit z auta bez obtíží 4% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 22% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 49% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 56% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 46% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 22% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 1% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 0% respondentů.

graf 20 Činnosti, otázka č. 3

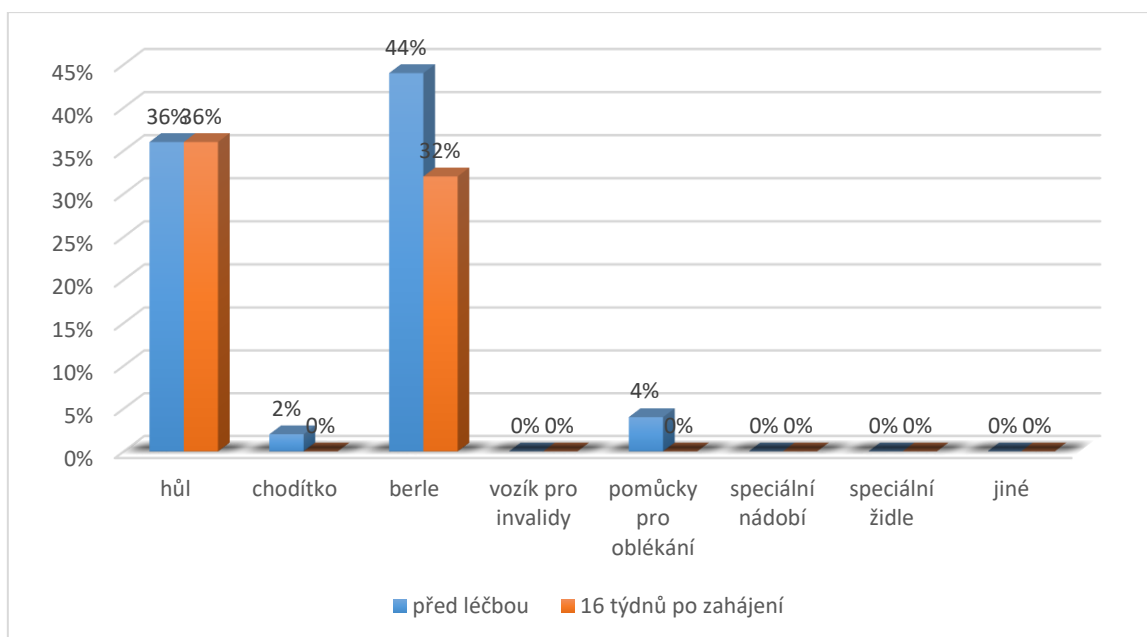


Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 20, Činnosti, otázka č. 3, ukazuje procentuální poměr odpovědí respondentů na otázku č. 8, blok třetí. Z celkového počtu 86 respondentů bylo schopno před zahájením léčby vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahrádce bez obtíží 2% respondentů. Po 16 ti týdnech léčby bylo tohoto úkonu schopno 15% respondentů. S určitými obtížemi zvládlo tuto činnost 44% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech léčby bylo schopno této činnosti 38% respondentů. Se značnými obtížemi bylo schopno této činnosti před zahájením léčby 38% respondentů a po 16 ti týdnech léčby 40% respondentů. Odpověď, nejsem schopen, uvedlo 16% respondentů před zahájením léčby a po 16 ti týdnech nebylo schopno této činnosti 7% respondentů.

Kromě 20 ti uzavřených otázek týkajících se běžných denních činností, které jsou rozděleny do osmi oblastí se dotazník HAQ orientuje na využití pomůcek a pomoc druhé osoby při zvládnání těchto běžných denních činností. Vyhodnocení dotazníku HAQ se přepočítává složitým mechanismem, kde se bodové hodnocení vyjadřuje podle odpovědí na jednotlivé otázky a zároveň se zohledňuje druhá část, která je zaměřená na použití kompenzačních pomůcek, nebo pomoc druhé osoby. Pro potřeby našeho statistického průzkumu jsme nehodnotili dle tohoto vzorce, ale jen jsme procentuálně vyjádřili oblasti a pomůcky, ve kterých nemocný nejvíce, dle svých subjektivních hodnocení, potřebuje pomoc druhé osoby (graf 23,24) nebo použití kompenzační pomůcky (graf 21,22).

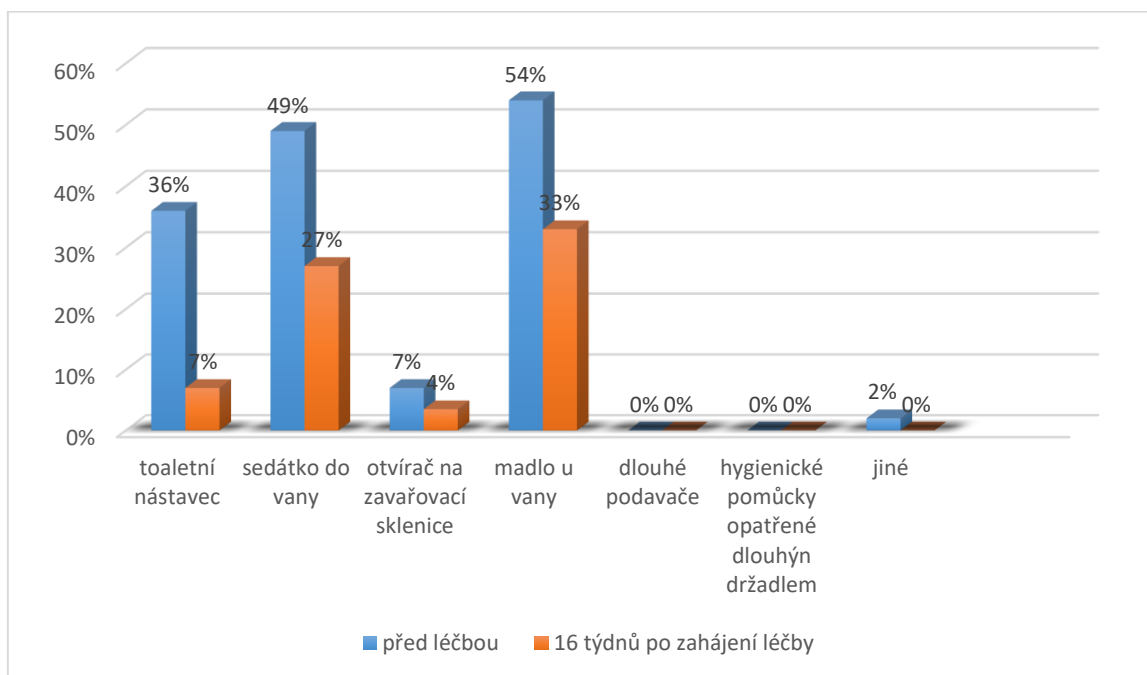
graf 21 Použití kompenzačních pomůcek, otázka č. 1-4



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 21, Použití kompenzačních pomůcek, otázka č. 1-4, znázorňuje procentuální poměr, ve kterém jednotliví respondenti potřebují k plnění běžných denních činností nějakou z kompenzačních pomůcek, které jsou využitelné pro potřeby uvedené v otázce č. 1 až otázce č. 4. Nejvíce byly a jsou využívány berle, následuje hůl a poté v hodně malé míře využívají nebo využívali respondenti chodítko a pomůcku pro oblékání.

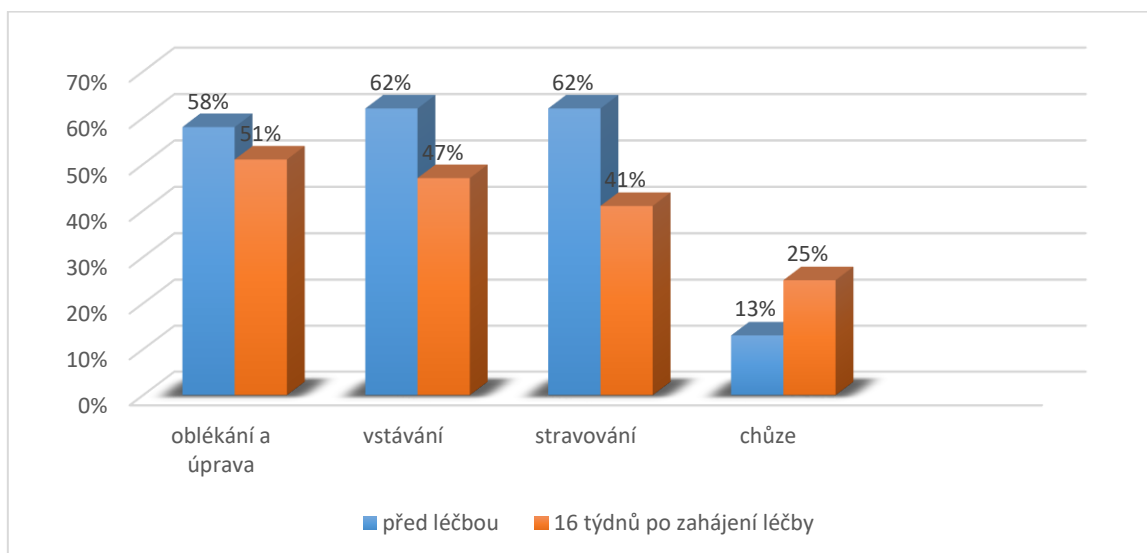
graf 22 Použití kompenzačních pomůcek, otázka č. 5-8



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 22, Použití kompenzačních pomůcek, otázka 5-8, znázorňuje procentuální poměr, ve kterém jednotliví respondenti potřebují k plnění běžných denních činností nějakou z kompenzačních pomůcek, které jsou využitelné pro denní činnosti uvedené v otázce č. 5 až v otázce č. 8. Nejvíce byli nebo jsou využívána madla do vany, následuje sedátko do vany a toaletní nástavec a poté v poměrně malé míře využívají nebo využívali respondenti otvírač na zavařovací sklenice.

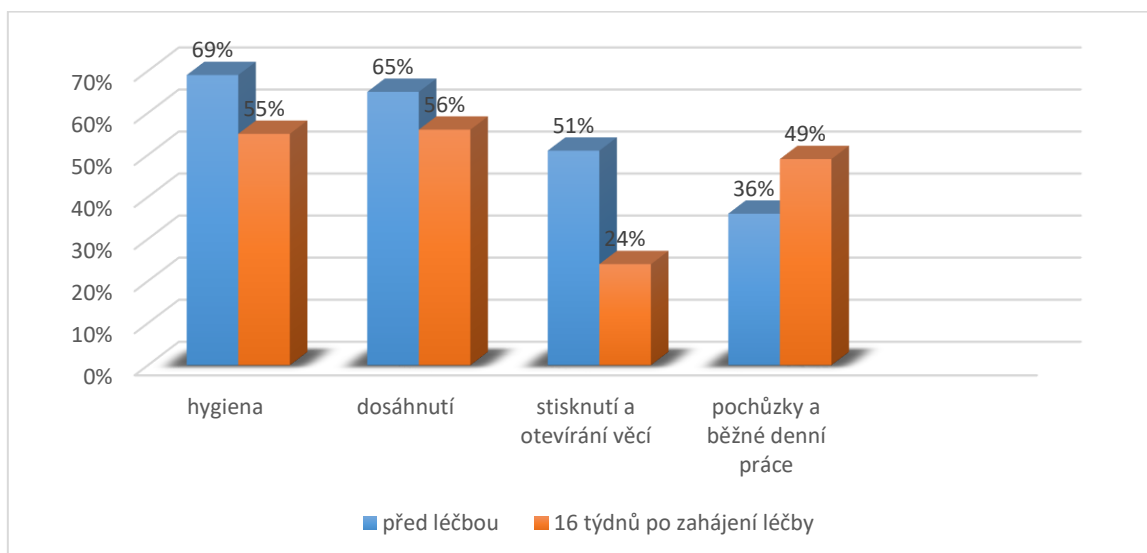
graf 23 Pomoc druhé osoby, otázka č. 1-4



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 11 znázorňuje procentuální poměr, ve kterém jednotliví respondenti potřebují k plnění běžných denních činností pomoc druhé osoby. Týká se činností, které jsou uvedeny v otázkách č. 1 – č. 4. Nejvíce byla a je využívána pomoc druhé osoby při vstávání a stravování, dále pak při oblékání a úpravě a nejméně při chůzi.

graf 24 Pomoc druhé osoby, otázka č. 5-8



Zdroj: vlastní

Komentář: Graf 11 znázorňuje procentuální poměr, ve kterém jednotliví respondenti potřebují k plnění běžných denních činností pomoc druhé osoby. Týká se činností, které jsou uvedeny v otázkách č. 5 - č. 8. Nejvíce byla a je využívána pomoc druhé osoby při zajišťování hygieny a dále při dosáhnutí, stisknutí a otevírání věcí a při pochůzkách a běžných denních pracích.

12 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké oblasti denních aktivit jsou nejvíce ovlivňovány onemocněním RA. RA je zánětlivé, autoimunitní onemocnění, které je příčinou zhoršení funkce, výrazné morbidity a i bohužel zvýšené mortality. Toto onemocnění se manifestuje velmi plíživě, někdy až několik měsíců. Pro úspěšnou léčbu a tím zlepšení kvality života nemocných, je včasná diagnostika velice důležitá. Pokud ale nemocný nevyhledá lékařskou pomoc včas, při prvních příznacích, protože se domnívá, že se nejedná o nic závažného, nebo neinformuje svého ošetřujícího lékaře o familiárním výskytu RA, je málo pravděpodobné, že bude průběh nemoci klidný a že se u nemocného neobjeví při prvním kontaktu s lékařem již velké bolesti, deformity a velké obtíže se sebeobsluhou v rámci běžných denních činností. Praktická část práce vyhodnocuje posuzování funkčních schopností u pacientů s RA pomocí standardizovaného dotazníku HAQ, jeho validovanou českou verzí. Respondent zaškrtnává odpověď, která nevíce odpovídá jeho zdravotnímu stavu v uplynulém týdnu před vyplňováním dotazníku. Při uvádění činností, u kterých je respondent nucen použít kompenzační pomůcku nebo je nucen využít pomoc druhé osoby, může být uvedeno více odpovědí.

Vyhodnocením výsledků průzkumu bylo zjištěno, jaké oblasti denních aktivit jsou nejvíce ovlivňovány onemocněním RA. Protože je dotazník rozdělen do osmi oblastí, vyhodnotili jsme každou oblast samostatně.

V první oblasti **Oblékání a úprava**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna sám se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků** byla nejčastější odpověď před podáváním léčby, jsem schopen s určitými obtížemi u 53% respondentů a se značnými obtížemi u 32% respondentů. Bohužel jen 9% respondentů označilo odpověď bez obtíží a naopak 6% udává, že této činnosti není schopno vůbec. Po 16 ti týdnech léčby došlo k výraznému zlepšení obtíží, které se projevilo i v hodnocení oblasti. 31% respondentů uvádí odpověď bez obtíží, 41% s určitými obtížemi, 23% se značnými obtížemi a nejsem schopen 2% respondentů.

V první oblasti **Oblékání a úprava**, v druhém bloku **Jste chopen/schopna umýt si vlasy šamponem** byla nejčastější odpověď před podáváním léčby s určitými obtížemi u 61% respondentů a se značnými obtížemi u 29% respondentů. Jen 9% bylo této činnosti schopno bez obtíží a 1% respondentů bohužel udává, že není této činnosti schopno vůbec. Po 16 ti

týdnech léčby dochází opět k výraznému zlepšení obtíží, když u 43% respondentů se objevuje odpověď, jsem schopen bez obtíží, u 48% s určitými potížemi a jen u 9% se značnými obtížemi. Stále ale 1% respondentů není schopno tuto činnost vykonat vůbec.

Hodnocení první oblasti je dle očekávání pozitivní. U mnoho respondentů došlo ke zlepšení funkčních schopností v oblasti **Oblékání a úprava**, což se určitě v nemalé míře pozitivně promítá v jejich sebedůvěře při každodenních činnostech. Oblékání a úprava je pro každého z nás velice důležitá. Obtíže v této oblasti se projevují v psychosociálním ladění respondenta, který při zhoršené sebeobsluze mává problémy se začleněním do společenského života.

V druhé oblasti **Vstávání**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna vstát ze židle bez opěrek** byla nejčastější odpověď před zahájením léčby u 50% respondentů s určitými obtížemi a se značnými obtížemi 38% respondentů. 9% respondentů hodnotilo tuto oblast jako zvládnutelnou bez obtíží a 3% respondentů nebylo schopno vstát ze židle bez opěrky vůbec. Po 16 ti týdnech léčby se kvalita života zlepšila natolik, že už jen 22% respondentů udává schopnost vstát ze židle bez opěrek se značnými obtížemi, 50% respondentů s určitými obtížemi a 28% respondentů zvládá bez obtíží. Odpověď, nejsem schopen, označilo 0% respondentů.

V druhé oblasti **Vstávání**, ve druhém bloku **Jste schopen/schopna ulehnout a vstát z postele** byla nejčastěji zaznamenána odpověď se značnými obtížemi v 51% respondentů. Druhou nečastější je odpověď s určitými obtížemi v 38%. Jen 9% zvládá tuto činnost bez obtíží. 1% respondentů není schopno zvládnout vůbec. V porovnání s týdnem 16 aplikované léčby došlo ke zlepšení stavu. Se značnými obtížemi zvládá už jen 35% respondentů, s určitými obtížemi 37% respondentů, 0% není schopno ulehnout a vstát z postele. Na 28% se zvýšil počet respondentů, kteří jsou schopni této činnosti bez obtíží.

Ve druhé oblasti došlo také dle předpokladů ke zlepšení funkčních schopností. Opět je patrné, že zahájení správné léčby pomáhá nemocným ke zlepšení zvládnání každodenních činností. Tato oblast se zaměřuje na **vstávání**, jak ze židle, tak z postele. Bezproblémové stávání s postele je pro každého z nás velice důležité. Pokud jsme schopni se ráno z postele zvednout bez bolesti, máme hned lepší den, bez únavy, bez negativních myšlenek.

Ve třetí oblasti **Stravování**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna nakrájet si maso na talíři** byla zaznamenána jako nejčastější před zahájením léčby odpověď s určitými obtížemi v 54%. Se značnými obtížemi udává zvládnutí 24% respondentů a není schopno, udává 3% respondentů. 19% respondentů je schopno dle průzkumu vykonat tuto činnost bez obtíží. I v této oblasti dochází k významnému zlepšení po zahájení léčby. 58% respondentů uvádí zvládnutí bez obtíží, 40% s určitými obtížemi a 2% se značnými obtížemi. Odpověď, není schopen, nebyla označena vůbec.

Ve třetí oblasti **Stravování**, ve druhém bloku **Jste schopen/schopna zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům** jsme vyhodnotili, že 63% respondentů má určité obtíže při zvládnutí této činnosti. 20% značné obtíže, ale 14% zvládne bez obtíží. 3% respondentů nezvládne vůbec. Po 16 ti týdnech léčby dochází ke zlepšení obtíží a respondenti udávají v 41%, že jsou schopni zvládat tuto činnost bez obtíží, v 52% s určitými obtížemi a v 7% se značnými obtížemi. Odpověď, není schopen, nebyla označena vůbec.

Ve třetí oblasti **Stravování**, ve třetím bloku **Jste schopen/schopna otevřít nový pytlík bonbonů** byla nejčastější odpověď se značnými obtížemi a to v 51%. 27% zvládne s určitými obtížemi a 4 procenta bez obtíží. Velké množství respondentů, 18%, uvádí, že není schopno si nový pytlík bonbonů otevřít vůbec. Po 16 ti týdnech léčby vyplývá z odpovědí respondentů určité zlepšení. Počet procent respondentů, kteří zvládají tuto činnost se značnými obtížemi, se snížil na 33%, ale zvýšil se v důsledku toho snížení logicky počet odpovědí, s určitými obtížemi na 28%. Taktéž stoupl počet, kdy respondenti zvládají bez obtíží a to na 22%. Bohužel jen o 1% na 17% se snížil počet respondentů, kteří prozatím nejsou schopni vůbec otevřít nový pytlík s bonbóny.

Ve třetí oblasti **Stravování** opět došlo dle výsledků k předpokládanému zlepšení obtíží. Strava je důležitá pro všechny a pro nemocné zvláště. Pokud se nemocný není schopen najíst, může docházet ke zdravotním komplikacím v důsledku malnutrice, chybí důležité vitamíny, minerály a další složky potravy. V této oblasti hodnocení jsme dokázali, že toto onemocnění má velký vliv na jemnou motoriku, která je potřebná při většině každodenních činností a v oblasti stravování obzvláště.

Ve čtvrté oblasti **Chůze**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna chodit venku po rovném terénu** jsme zjistili, že 50% respondentů je schopno bez obtíží, 45% s určitými potížemi a 5% se značnými obtížemi. Žádný respondent neuvedl odpověď, nejsem schopen. Po 16 ti týdnech léčby jsme vyhodnotili, že v důsledku léčby dochází ke zmírnění obtíží.

58% respondentů zvládá chůzi po rovném terénu bez problémů, 38% respondentů s určitými obtížemi a 4% se značnými obtížemi. Odpověď, nejsem schopen, neuvádí žádný respondent.

Ve čtvrté oblasti **Chůze**, ve druhém bloku **Jste schopen/schopna vyjít pět kroků** jsme zaznamenali, že 72% respondentů zvládne s určitými obtížemi, 24% respondentů se značnými obtížemi a 0% nezvládne vůbec tuto činnost před zahájením léčby. Jen 4% respondentů je schopno vyjít schody bez obtíží. Po 16 ti týdnech léčby se v této oblasti bohužel objevil i negativní výsledek, kdy došlo i ke zhoršení stavu respondenta. Bez obtíží vyjde pět schodů 20%, s určitými obtížemi 40% respondentů, ale zvýšil se počet respondentů, který není schopen vyjít schody vůbec na 5% a se značnými obtížemi 35%.

Navýšení počtu respondentů s odpovědí nejsem schopen v oblasti chůze do schodů, je podle nás pravděpodobně způsobené nějakým souběžným onemocněním, které se v době hodnocení mohlo u respondenta objevit. Velkou míru v subjektivním hodnocení zdravotního stavu v nemalé míře hraje i psychické ladění. Jak bylo již zmíněno, onemocnění působí největší obtíže v oblasti jemné motoriky, proto v této čtvrté oblasti zvládá větší procento respondentů zkoumané činnosti bez obtíží nebo jen s určitými obtížemi.

V souvislosti s problematikou zvládání výše uvedených činností byly respondenti dotazováni ještě na **pomůcky a zařízení, které obvykle používají k výše uvedeným činnostem**. Procentuální vyjádření jsme uvedli výše (graf 21). V dotazníku je uvedeno osm typů kompenzačních pomůcek, které napomáhají zvládat běžné denní činnosti v oblastech 1-4 (uvedeno výše). Před léčbou uvádí respondenti, že v největší míře využívají pro zvládání berle (44%), hůl (36%), pomůcky pro oblékání (háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, lžice na boty s dlouhým držadlem apod.) používá jen 4% respondentů a chodítka 2% respondentů. 16 týdnů od zahájení léčby používá stále ještě 36% respondentů hůl, snížil se počet respondentů, kteří používají berle na 32%. Ostatní pomůcky nejsou využívány.

Dalším okruhem hodnocení jsou v dotazníku činnosti, při kterých potřebuje nemocný obvykle **pomoc druhé osoby** (graf 23). Před zahájením léčby je výsledkem našeho zkoumání zjištění, že 62% respondentů potřebuje pomoc při vstávání a stejný počet respondentů potřebuje pomoc při stravování. Při oblékání je závislé na pomoci druhé osoby 58% respondentů a při chůzi 13% respondentů. Nejvíce pomoci od druhé osoby po 16 ti týdnech léčby potřebují respondenti při oblékání (51%), následuje vstávání (47%), stravování (41%) a k mírnému nárůstu potřeby pomoci jsme zaznamenali u chůze (25%).

Zvýšená potřeba pomoci při chůzi je pravděpodobně ovlivněna momentálním zdravotním stavem, který nemusí přímo souviset s RA, s únavou, která je při RA častá a případně ještě dalšími faktory, které mohou přímo ovlivnit momentální hodnocení svých schopností.

Z hodnocení prvních čtyř oblastí vyplývá, že pacienti s RA pocítují největší problémy při zvládnání denních aktivit v oblasti stravování, vstávání a oblékání. Je však patrné, že zahájením léčby došlo k výraznému zlepšení těchto obtíží. Největší úlevu pocítují nemocní v oblasti stravování a vstávání, kde před zahájením léčby potřebovali největší pomoc od druhých. To se sice po zahájení léčby nezměnilo, ale pacienti jsou ve větší míře soběstační a k uspokojování základních denních potřeb v této první oblasti začali ve větší míře využívat kompenzačních pomůcek. Je ale patrné, že se výběr zúžil jen na dvě základní – hůl a berle, přičemž kompenzačních pomůcek pro nemocné s RA je celá řada. V porovnání se Štenglovou (2010) se dá konstatovat, že výsledky srovnání soběstačnosti nemocných s RA před zahájením léčby a po zahájení léčby jsou vždy pozitivní. V některé oblasti více, v některé méně, ale vždy vedou ke zlepšení hodnocení. Velice důležitá je ale při procesu léčby a ošetřování nemocného s RA spolupráce nemocného s ošetřujícím personálem, jeho motivovanost a ze všeho nejdůležitější je psychická podpora jak ze strany rodiny, tak ze strany zdravotníků. Čím větší důvěra se vybuduje mezi lékařem, sestrou a nemocným, tím lepší budou výsledky léčby a tím více selepší soběstačnost nemocného. Se zvýšením soběstačnosti v uspokojování základních fyziologických potřeb roste i sebevědomí nemocného a tím i jeho psychické ladění, které je velice důležité pro další vývoj nemoci a její zvládnání.

Jak jsme se již výše zmínili, nemocní nejsou pravděpodobně dostatečně informováni o možnostech využívání kompenzačních pomůcek. Otázkou druhou je ale, že třeba informováni jsou, jen si nechtějí připustit nutnost používání kompenzačních pomůcek pro lepší zvladatelnost a raději se pokoušejí činnosti zvládat sami, i když často s velkými obtížemi. Je patrné, že je nemocným s RA nabízeno na trhu velké spektrum nejrůznějších kompenzačních pomůcek, které jsou dostupné v síti zdravotnických potřeb. Jsme přesvědčeni o tom, že pokud bychom dotazníkové šetření obohatili o rozhovory zaměřené tímto směrem, zjistili bychom, že informovanost nemocných je mnohem menší, než je nabídka trhu v této oblasti. K tomuto faktu jsme došli při vyhodnocování dotazníkového šetření, když nemocní v mnoha případech neuvodili žádnou kompenzační pomůcku, která by jim usnadnila zvládnání té které denní činnosti uvedené v dotazníku. Je to opravdu jen neznalost? Nebo se nemocní za svoji nemoc a tím spojenou nutnost používání kompenzačních pomůcek stydí? Bojí se nemocní

zeptat? To je celá řada otázek, na které bychom našli odpovědi jen těžko v rámci našeho krátkého dotazníkového šetření.

V páté oblasti **Hygiena**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna sám umýt a osušit si celé tělo** byla nejčastější odpověď před podáváním léčby, jsem schopen s určitými obtížemi u 49% respondentů a se značnými obtížemi u 33% respondentů. Bohužel jen 18% respondentů označilo odpověď bez obtíží. Je ale dobré, že i před zahájením léčby udává 0% respondentů, že by tuto činnost nezvládlo vůbec. Po 16 ti týdnech léčby došlo k výraznému zlepšení obtíží, které se projevilo i v hodnocení oblasti. 50% respondentů uvádí odpověď bez obtíží, 40% s určitými obtížemi a jen 10% respondentů označuje odpověď se značnými obtížemi.

V páté oblasti **Hygiena**, ve druhém bloku **Jste schopen/schopna vykoupat se ve vaně** byla zaznamenána nejčastější odpověď se značnými obtížemi a to v 60% před zahájením léčby. Po zahájení léčby mělo s touto činností problém se značnými obtížemi jen 31% respondentů. 36% respondentů, před zahájením léčby udává zvládnání s určitými obtížemi a po zahájení léčby se sice procento zvýšilo na 48%, což ale značí také o zlepšení, protože přibyli odpovědi respondentů na základě zmenšení počtu v oblasti se značnými obtížemi. K výraznému nárůstu došlo i u respondentů, kteří udávali, že bez obtíží zvládnou vykoupat se ve vaně. Před zahájením léčby jen 2% a po zahájení již 17% zvládá tuto činnost bez obtíží.

V páté oblasti **Hygiena**, ve třetím bloku **Jste schopen/schopna usednout na toaletu a vstát z ní** bylo procentuální vyjádření zvládnání této činnosti hodně podobné jako ve druhém bloku. Z výsledků vyplývá, že oblast hygieny je výrazně ovlivněna tímto onemocněním. Zase ale musíme připomenout, že se jedná jen o subjektivní hodnocení respondentů, které hodně závisí na momentálním psychické ladění nemocného. Je ale dobré, že zahájení léčby má opět velký přínos pro soběstačnost nemocného.

Hygiena je další důležitá činnost, která je součástí našeho každodenního života. Jak by to vypadalo, kdyby se nikdo z nás hygieně nevěnoval v dostatečné míře? Respondenti dle očekávání uváděli po zahájení léčby menší obtíže se zvládnáním hygieny. Ale je tomu opravdu tak? Oblast hygieny je specifická tím, že jiné podmínky jsme schopni pro zvládnání vytvořit v domácím prostředí, a jiné podmínky v cizím prostředí. Doma si respondenti mohli již připravit různé pomůcky a naučit se je používat a v tomto případě bude hodnocení kladné, ale pokud bychom stejné respondenty zkoumaly v cizím, nepřipraveném prostředí, byly by výsledky stejné? To ale bohužel v rozsahu tohoto šetření nezjistíme.

V šesté oblasti **Dosažitelnost**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna sundat předmět vážící 2,5kg z výšky těsně nad hlavou** je ve velké míře zastoupena odpověď nejsem schopen a to u 50% respondentů před zahájením léčby a bohužel u 15% ještě přetrvává i po zahájení léčby. Velkou měrou je zastoupena i odpověď se značnými obtížemi, kdy 57% respondentů si vybralo tuto možnost před zahájením léčba a stále ještě po zahájení léčby přetrvává u 42% respondentů. Otázkou je, zda hodnocení je opravdu ovlivněné jen onemocněním RA, nebo i jinými faktory, např. malou silou, strachem, že tento úkon nezvládnou, nebo jen subjektivním dojmem, když ale nemocný tuto činnost neměl vůbec možnost vyzkoušet.

V šesté oblasti **Dosažitelnost**, ve druhém bloku **Jste schopen/schopna ohnout se a zvednout oblečení z podlahy** je zaznamenána v největší míře odpověď, se značnými obtížemi. V 67% před zahájením léčby a v 57% po zahájení léčby. K zamyšlení ale je fakt, zda je tato obtížnost hodnocena subjektivně stejně u všech respondentů. Velkou roli hraje v tomto úkolu momentální fyzické rozpoložení nemocného, které však vůbec nemusí opět souviset přímo s jeho onemocněním.

Ke zvážení se v této oblasti, **Dosažitelnost**, v obou blocích, dává skutečnost, jak byl nemocný schopen tuto činnost vykonávat ještě před průkazem onemocnění. Schopnost vykonat tyto dva úkony je také dána tělesnou konstitucí, obézní jsou na tom hůře ve druhém bloku a naopak hubení až kachektičtí lidé mohou mít problém s dosažitelností v bloku jedna. Je tedy více než jasné, že v rozsahu této práce není možné k těmto skutečnostem přihlížet a hodnocení je prováděno jen na základě jasně stanovených otázek a odpovědí v rámci standardizovaného dotazníku.

V sedmé oblasti **Stisk**, v prvním bloku **Jste schopen/schopna otevřít dveře od auta**, se objevuje nejčastěji odpověď s určitými obtížemi u 46% respondentů před zahájením léčby a u 70% respondentů evidujeme odpověď bez obtíží po zahájení léčby. Je skvělé, že jen 1% respondentů udává, že není schopno tohoto úkonu před zahájením léčby a po zahájení už nemá tuto odpověď již žádný respondent.

V sedmé oblasti **Stisk**, ve druhé bloku **Jste schopen/schopna otevřít zavařovací sklenice, které byly již předtím otevřené**, byla zaznamenána v 45% odpověď s určitými obtížemi před zahájením léčby a po zahájení léčby opět dominuje tato odpověď, ale v součtu 62% respondentů. Proč došlo k navýšení počtu respondentů s touto odpovědí? Je patrné z procentuálního vyjádření, že počet odpovědí nejsem schopen a se značnými obtížemi se

snížil a tím vyrostlo procentuální vyjádření odpovědi jiné. V tomto případě s určitými obtížemi a také vzrostl i počet respondentů, kteří uvedli odpověď bez obtíží.

Velice podobné schéma vyhodnocení jsme zaznamenali pro hodnocení sedmé oblasti **Stisk**, třetí blok **Jste schopen/schopna otevřít a uzavřít kohoutek**.

Z hodnocení této oblasti je průkazné, že onemocnění RA má, jak jsme již uváděli, velký vliv převážně na jemnou motoriku, které je při výše zmiňovaných úkonech potřeba. Ke zhoršení jemné motoriky dochází díky deformitám drobných ručních kloubů, které pak ztrácí svoji funkčnost a jsou pro nemocného velice bolestivé. Dle těchto skutečností je pak výsledek v této oblasti více než jasný. Stále je ale patrné, že zahájení léčby má velice pozitivní vliv na kvalitu života nemocných.

V poslední, osmé, oblasti **Činnosti**, v bloku prvním, **jste schopen /schopna vyřídít pochůzku a nakupovat** odpovědělo shodně 40% respondentů bez obtíží a s určitými obtížemi. Po zahájení léčby stouplo procentuální vyjádření odpovědí bez obtíží a nepatrně stouplo procento odpovědí s určitými obtížemi. Zvýšení počtu respondentů s odpovědí s určitými obtížemi je opět dáno snížením počtu procent v dalších kategoriích, což je se značnými obtížemi, kde je zaznamenán pokles o 16% a u odpovědí nejsem schopen je evidentní pokles o 2%.

V osmé oblasti, **Činnosti**, v bloku druhém, **Jsem schopen/schopna nastoupit a vystoupit z auta** hodnotíme odpovědi s určitými obtížemi a se značnými obtížemi jako dominantní před léčbou, když jen 1% respondentů udává, že není schopen této činnosti. Po zahájení léčby se opět procentuální vyjádření snížila, s tím, že převahuje s 56% odpověď s určitými obtížemi a shodně je s 22% hodnocena odpověď bez obtíží a se značnými obtížemi. Odpověď nejsem schopen, po zahájení léčby neudává ani jeden z respondentů.

K výraznému poklesu došlo v hodnocení se značnými obtížemi a k výraznému navýšení v hodnocení bez obtíží. Na první pohled se může zdát, že zvyšující se čísla znamenají negativní hodnocení, ale opak je pravdou. I přesto, že došlo ke zvýšení počtu odpovědí s určitými obtížemi po zahájení léčby, je to v důsledku klesajících počtů v hodnocení se značnými obtížemi a nejsem schopen.

V poslední hodnocené oblasti **Činnosti**, blok třetí, **Jsem schopen/schopna vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahradě** se jako nejčastější objevuje před zahájením léčby odpověď s určitými obtížemi (44%) a se značnými obtížemi (40%).

Bohužel ale 16% respondentů není schopno tuto činnost vykonávat vůbec a jen 2% vykonávají bez obtíží. Po 16- ti týdnech léčby se poměr odpovědí změnil tak, že dominuje se 40% odpověď se značnými obtížemi a 38% odpověď s určitými obtížemi. Povzbudivé ale je, že se počet respondentů, kteří zvládají bez obtíží, zvýšil z 2% na 15%.

Poslední osmá oblast je zaměřena na běžné domácí práce a zvládání nakupování. Mnoho respondentů udává, že je schopno zvládat tyto činnosti se značnými nebo určitými obtížemi. Je tomu opravdu tak, nebo se ve vyplňování dotazníku odráží i další faktory ovlivňující tuto oblast. RA je závažné onemocnění, při kterém nemocní trpí velkou únavou a bolestí. Je neschopnost zvládání domácích prací způsobena primárním onemocněním nebo právě únavou a bolestí? Opět jsme se dostali do oblasti, kterou nejsme schopni v rámci rozsahu této práce posoudit. Je ale jasné, že RA i v této oblasti výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocných a že léčba tohoto onemocnění tuto kvalitu zlepšuje.

Průběžné hodnocení dalších čtyřech oblastí poukazuje i na **pomůcky a zařízení, které obvykle používají k výše uvedeným činnostem (otázka 5-8)**. Procentuální vyjádření je uvedeno v grafu č. 22. Vyhodnocením jsme zjistili, že před zahájením léčby používali respondenti v hojné míře madlo do vany (54%), sedátko do vany (49%) a toaletní nástavec (36%). Po 16 ti týdnech léčby byli jako nejpoužívanější vyhodnoceny madlo do vany (33%), sedátko do vany (27%) a v minimální míře nástavec na WC (7%) a otevírač na zavařovací sklenice (3,5%).

Z tohoto vyhodnocení je patrné, že respondenti po zahájení léčby upouští od používání pomůcek a zařízení. Dá se předpokládat, že se tak děje z důvodů zlepšení obtíží, ale je tomu opravdu tak? Obtíže se určitě dle předchozích výčtů hodnocení zmírňují, ale je opravdu na místě odložit kompenzační mechanismy? RA je progresující onemocnění a to si nemocní často neuvědomují, nebo nechťejí uvědomovat. Pokud bude nemocný dělat vše pro to, aby měl život jednodušší z hlediska zdravotního, bude pro něj i jednodušší se postarat sám o sebe a i třeba o své děti a stárnoucí rodiče, v případě mladých nemocných. Otázkou ale je i to, zda nemocní vědí o možnostech, jaké kompenzační pomůcky mohou využívat. Třeba ani nevědí a pak často možná zbytečně vyžadují nadměrnou pomoc svého okolí.

Tato problematika je také součástí dotazníkového šetření, kdy je dotazník zaměřen po zodpovězení otázek v oblasti 5-8 (hygiena, dosažitelnost, stisk, činnosti) nejen na pomůcky a zařízení, které obvykle respondent používá k uvedeným činnostem, ale také na čin-

nost, ve kterých respondent potřebuje obvykle **pomoc jiné osoby** (graf č. 24). Před zahájením léčby potřebovali respondenti nejvíce pomoc druhé osoby v oblasti hygieny (69%), dosažitelnost (65%), stisk (51%) a v neposlední řadě činnosti (36%). Po 16 ti týdnech léčby respondenti odpověděli, že pomoc druhé osoby potřebují obvykle v oblasti hygieny, dosažitelnosti a činnostech, ale již ve značně sníženém množství. Opět je tedy patrné že zahájení léčby mělo pozitivní účinky na samotného nemocného, ale i na jeho kvalitu života. I tady ale platí, že léčba není to jediné, co nemocnému pomáhá. Důležité je si uvědomit, že dodržování doporučení v oblasti stravování, pohybu a v neposlední řadě oblasti tišení bolesti hraje významnou roli v progresi onemocnění a s tím související samostatností.

Dotazníkové šetření pro potřeby mé bakalářské práce nepřinesli žádné nové povědomí o funkčních schopnostech nemocných s RA, nicméně z výsledků je patrné, že tyto schopnosti ovlivňuje několik faktorů a je potřeba se zabývat analýzou většího souboru respondentů a v hlubším slova smyslu, abychom byli schopni v dostatečném rozsahu edukovat nemocné a poskytovat pomoc a podporu při zvládání jejich nemoci.

LIMITY VÝZKUMU

V rámci dotazníkového průzkumu bylo osloveno celkem 100 respondentů v daném období. Dotazník byl předán každému osobně v rámci pravidelné kontroly v revmatologické ambulanci při FN Plzeň. Jelikož jsou do průzkumu zařazeni jako respondenti nemocní, kterým byla diagnostikována RA nově, byl okruh poměrně úzký. Určitým negativním limitem tohoto dotazníkového šetření bylo špatně zvolené období, které jsme však nemohli ovlivnit. Sběr dat byl zahájen v době covidové pandemie, tudíž návratnost dotazníků byla menší, než jsme očekávali. Nezastupitelnou roli v sebehodnocení, čím dotazník HAQ je, hraje psychické ladění nemocného. V této těžké době mohly tudíž být odpovědi jednotlivých respondentů výrazně ovlivněny momentálním psychickým rozpoložením díky již déle jak rok trvajícím restrikcím ve společnosti, které byly nařízeny v důsledku pandemie COVID-19. Dalším limitem se projevila ekonomická stránka léčby RA, která je velmi nákladná. Proto je v mnoha případech potřebné žádat o vyjádření zdravotní pojišťovny, což způsobuje časovou prodlevu ve sběru dat a následné analýze a oddaluje se tím léčba nemocného. Nejzávažnějším limitem se zdá být nespolupráce nemocného s lékařem. Nemocní se nedostavují na pravidelné kontroly, svoji nemoc si nepřipouští, nevěří, že by RA mohla být tak závažná nemoc.

Je také v nemalé míře možné, že respondenti nevyplňovali dotazník dle skutečnosti, ale vymýšleli si odpovědi tak, jak si myslí, že by mohly být správné. Jedná se přeci jen a jen o subjektivní hodnocení bez laboratorních a jiných průkazů.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jedním z dílčích cílů této práce, potažmo tohoto dotazníkového šetření, bylo zjistit, jaké činnosti v každodenním životě pacienta vyžadují využití kompenzačních pomůcek. Kompenzace znamená nahrazení určité funkce pomůckou k tomu určenou. Existují pomůcky, které buď částečně, nebo úplně nahrazují funkce končetin nebo pozitivně působí na kvalitu života nemocného. Jedná se v podstatě o technickou pomůcku, kterou užívá jakákoliv osoba s handicapem. Je používána jen při činnosti, pro kterou je určena. Je velice důležitý správný výběr pomůcky, poskytnutí návodu k použití a edukace. Rozlišujeme pomůcky sériové, které jsou běžně dostupné v prodeji a pomůcky individuální, které jsou pro nemocného dělané na míru.

V současné době trh nabízí mnoho různých kompenzačních pomůcek pro nemocné s RA. Od pomůcek pro hygienu, přes pomůcky na oblékání, pomoc při jídle, pro lokomoci, pro polohování na lůžku, kompenzace při omezení pohybu kloubů končetin. Vždy je potřeba zohlednit funkční schopnosti a dovednosti nemocného, a v neposlední řadě i ekonomické a sociální možnosti. Dalším potřebným parametrem pro výběr správné kompenzační pomůcky je typ a stupeň postižení nemocného, jeho fyzické proporce a postava, prognóza choroby, věk, délka předpokládaného používání a v neposlední řadě je potřeba i zohlednit přání nemocného.

Z výše uvedeného vyplývá, že výběr a používání kompenzačních pomůcek není nic jednoduchého. S tím koresponduje i výsledek v našem dotazníkovém šetření, kdy sice nemocní používají kompenzační pomůcky, ale jen některé, přestože mají daleko větší možnosti. Dá se tedy předpokládat, že o některých možnostech ani nevědí, nebo pomůcky neumí používat, nebo je pořízení některých kompenzačních pomůcek nad jejich finanční možnosti. Myslíme si, že na základě výsledků tohoto dotazníkového šetření, chybí v mnoha provozech, ať už ambulantních nebo lůžkových, dostatečná edukace nemocného při stanovení diagnózy. Práce s takto závažně nemocnými je systematická, dlouhodobá a je třeba stále, vzhledem k progresi onemocnění, nemocným připomínat, jak závažné je jejich onemocnění a jaké možnosti mají ke zlepšení své kvality života. Hodně důležitá je motivace k léčbě a psychická

podpora ze strany lékaře, sestry a hlavně rodiny. Proto je potřeba do edukačního procesu zapojit i nejbližší členy rodiny.

RA je mnohostranné onemocnění, jehož zvládnutí může být složité, protože jsou často přítomny komorbidní stavy. Rozšíření povědomí mezi pacienty o dalších kompenzačních pomůckách je v této problematice velice zásadní. Díky povědomí o těchto pomůckách se pacienti lépe vypořádají s nástrahami denních činností. Použití nástrojů s velkým úchopem, které mají větší průměr rukojetí, sníží množství úchopu potřebného k provádění činnosti. Lepivé povrchy nebo překryvy na každodenních předmětech mohou minimalizovat klouzáni a snížit množství síly potřebné k manipulaci a manipulaci s nimi. K dispozici jsou například pogumované misky a talíře, které zabraňují jejich klouzáni po stole, ale také umožňují snadnější manipulaci. Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit kromě schopnosti pacientů sebeobsluhy v určitých denních činnostech, také zda nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky, v jaké oblasti sebepečce kompenzační pomůcky potřebují, zda jsou pro nemocné kompenzační pomůcky dostupné a zda nemocní mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče. Pacienti mají, dle výsledků šetření, jen velmi omezené informace o základních kompenzačních pomůckách, i když je jich na trhu mnohem více. Domníváme se, že tato situace je způsobena malým zájmem o kompenzační pomůcky ze stran příjemců zdravotnických služeb. V tomto ohledu je třeba si uvědomit, že sám pacient není schopen určit, co je důležité pro jeho rychlé uzdravení a co ne. V tomto rozhodování by mu měl být nápomocen zdravotnický personál. Zodpovědnost za nízkou informovanost se tak přesouvá na stranu zdravotnických pracovníků. Dle našeho názoru by tak měl být kladen větší důraz na vzdělávání sester v této oblasti. Na základně této myšlenky poté vytvořit ve spolupráci s revmatology informační letáky o možnosti kompenzačních pomůcek, který bude sloužit jako průvodce. Níže jsou vypsány ty kompenzační pomůcky, které je možné využít v různé sekci denní činnosti.

Stravování:

- příbor se speciální rukojetí
- protiskluzové podložky
- otvírák sklenic (např. kompotových)
- otvírák PET lahví
- sklápěč na konvici
- speciální kráječe

- držák horkých předmětů
- prkénko s protiskluzovou úpravou

Chůze:

- berle podpažní
- francouzské hole
- hůl
- podpůrné hole vícebodové (tzv. trojnožky)
- chodítko bez koleček
- chodítko s kolečky
- vozík

Oblékání:

- obouvače
- dlouhé lžice
- podavače pomůcek
- stahovák zipu
- zapínač knoflíků

Vyprazdňování:

- madla
- nástavec na WC
- držák toaletního papíru
- pojízdný klozet

Zubní hygiena:

- elektrický kartáček

13 ZÁVĚR

Analýzou získaných dat a informací týkajících se revmatoidní artritidy jsme došli k závěru, že toto onemocnění, které je velice těžce a zdlouhavě diagnostikovatelné, protože jeho nástup obtíží je zpravidla velmi pomalý, vnáší do každodenního života nemocných nemalé obtíže. Vlastní příčina vzniku tohoto závažného autoimunitního progredujícího onemocnění je bohužel i přes velké pokroky medicíny neznámá. Jisté je jen to, že na vznik a průběh nemoci mají vliv jak vnější tak i vnitřní faktory. Na vznik a průběh choroby mají kromě kouření ve velké míře vliv i například ženské hormony, protože studii bylo zjištěno právě u žen třikrát větší výskyt tohoto onemocnění než u mužů. Choroba se častěji objevuje u žen ve fertilním věku.

Revmatoidní artritida bohužel dokáže ve velké míře ovlivnit kvalitu života nejen nemocného, ale i jeho nejbližšího okolí. Každý z nás má jiný pohled na sebe samotného, má jiné potřeby, motivaci a osobní cíle, které se ale bohužel při onemocnění revmatoidní artritidou hodně mění. Jisté je, že s příchodem nemoci dochází k omezení v oblasti kvality života. Přestože kvalita života je individuální, můžeme pozorovat, že s prvotním vyslovením diagnózy lékařem napadá všechny takto nemocné stejná myšlenka: Budu moci pracovat tak jako dosud, mít děti, starat se o rodinu a další témata, která vyplývají s individuálních potřeb. Z výsledků dotazníkového šetření můžeme vyčíst, že i když revmatoidní artritida vyžaduje určité opatření v životosprávě, nemusí být pohybové funkce nijak výrazně omezené, pokud je nemoc úspěšně léčena.

Kvalita života je tedy z velké části ovlivněna chováním pacienta, které je velice ovlivněno fyzickým i psychickým stavem organismu. Revmatoidní artritida postihuje všechny věkové kategorie pacientů, to znamená, že u každého dochází k omezení různých činností. Protože pracuji v revmatologické ambulanci pro dospělé, byl výběr respondentů omezen na dospělé. U těchto nemocných dochází většinou ke změně oblasti hmotného zabezpečení sebe samého nebo rodiny. To samozřejmě ve velké míře souvisí s existenčními problémy. Velké procento nemocných revmatoidní artritida dříve nebo později invalidizuje. Do té doby musí nemocní třeba i změnit několikrát zaměstnání, což má velký vliv na osobní seberealizaci. Takováto změna se ale nedotýká, jak již bylo zmíněno, jen samotného nemocného, ale i celé jeho rodiny a blízkého okolí, manželských a partnerských vztahů a celkově celého denního stereotypu. Základem pro zvládnutí prvotního šoku z nemoci, smíření se a naučení se s revmatoidní artritidou žít je edukace. Všichni potřebujeme informace a nemocní

o to více. Ty ale musí být adekvátní. Nemocní s takto závažným onemocněním potřebují ve velké míře i rady a odpovědi na své otázky tak, aby jim plně porozuměli.

Odpočinek a úspora energie jsou užitečné pro lokálně zanícené klouby. Odpočinek může postiženým kloubům pomoci při léčbě bolesti a snížit zánět postiženého kloubu. Potenciálně vedlejší účinky nečinnosti však zahrnují snížení rozsahu pohybu, ztrátu síly, změněnou odezvu na zatížení kloubů a snížení aerobní kapacity. Pro lidi s onemocněním RA je mnoho každodenních činností, které často považujeme za samozřejmé, náročných, často kvůli bolesti a slabosti. Pomocná zařízení adaptivní jim pomáhají vykonávat mnoho každodenních úkolů s menší bolestí, zlepšují úroveň nezávislosti. Asistenční technologie je jakákoli položka, část vybavení, produkt nebo systém, ať už získaný komerčně, běžně dostupný, upravený nebo přizpůsobený, který se používá ke zvýšení, udržení nebo zlepšení funkčních schopností jedinců se zdravotním postižením. Klíčový rozdíl mezi „asistenční“ a „adaptivní“ technologií je v tom, že první je navržena tak, aby komukoli pomohla provádět určité každodenní úkoly s lehkostí a zvýšenou ochranou, zatímco druhá je navržena tak, aby pomáhala lidem se specifickými podmínkami vykonávat určité úkoly se zvýšenou nezávislostí. Velmi významně toto onemocnění ovlivňuje i deprese.

Revmatoidní artritida a deprese se běžně vyskytují společně. Ačkoli je to známo, lidé s revmatoidní artritidou často nejsou vyšetřováni na depresi, takže nemusí být diagnostikována nebo léčena. Studie ukazují, že pokud se neřeší deprese vyskytující se u revmatoidní artritidy, samotná léčba revmatoidní artritidy může být méně účinná. Není jasné, zda deprese a úzkost u lidí s revmatoidní artritidou jsou výsledkem jejich fyzických příznaků, nebo zda je deprese dalším příznakem způsobeným chronickým, systémovým zánětem revmatoidní artritidy. Vědci se domnívají, že lidé, kteří měli depresi před nástupem revmatoidní artritidy, mohou hůře reagovat na léčbu revmatoidní artritidy. K určení přesné souvislosti mezi všemi typy artritidy a depresí je zapotřebí více výzkumu. Neléčená deprese u lidí s revmatoidní artritidou může mít za následek:

- Větší bolest
- Větší riziko kardiovaskulárních onemocnění a infarktů
- Ztráta produktivity v práci
- Zvýšené riziko ekonomických potíží
- Zhoršení vztahů s přáteli a rodinou
- Sexuální dysfunkce

Stravování patří do základních lidských potřeb. Snahou sestry je pomoci zachovat alespoň částečné funkční schopnosti nemocných s revmatoidní artritidou při vaření a stravování a také doporučit vhodné pomůcky na základě předešlého hodnocení nemocného. Pomůcky, které se využívají v kuchyni, však nehradí pojišťovna, ale sám nemocný. Lze je zakoupit nejen v prodejnách ortopedické protetiky a zdravotnických prodejnách, ale řadu z nich si mohou nemocní pořídit v obchodě s domácími potřebami. Pokud by ve stravování tito pacienti nepoužívali pomůcky, může zde i hrozit malnutrice, a tím velmi výrazné zhoršení stavu pacienta, a to hlavně u těch vyššího věku.

Osobní hygiena vypovídá o člověku. A to o jeho spokojenosti či nespokojenosti, ale také o jeho náladě, psychice, ale také o jeho soběstačnosti. Udržování osobní hygieny je důležité pro zachování zdraví tělesného i duševního, chrání člověka před nemocemi. Je známo, že osobní hygiena je prováděna nejčastěji v koupelně. V této souvislosti je zapotřebí upozornit dané pacienty na to, že u nemocných s porušenou soběstačností by koupelna měla být vybavena protiskluzovými podložkami. Umísťují se nejen na podlahu koupelen, ale i do sprch a van z důvodu prevence pádu. K prevenci pádu lze též využít madla, která se rozmísťují ve směru chůze po koupelně, u toalet pro snadnější vstávání a sedání, do sprch a van pro přidržování se.

Pohyb bezesporu je, a také by měl být, jednou ze schopností každého jedince. U nemocných s revmatoidní artritidou je zapotřebí využívat některé pomůcky, které nemocným šetří klouby na dolních končetinách a zajišťují stabilitu. V této souvislosti lze využívat vycházkové vícebodové hole a francouzské předloketní berle; vícebodovou opěrku (kozičku); chodítka; různé druhy vozíků, především elektrické vozíky. V souvislosti s chůzí nelze opomenout ani volbu vhodné obuvi, a to obuv koženou, vybavenou měkkou výstelkou, aby nedocházelo k otlakům. Určitě by se zde měla zmínit i protiskluzová obuv, které také chrání pacienta před případným pádem.

Seznam pomůcek na podporu soběstačnosti je uveden v číselníku, který vychází nejméně jednou za rok a vydává jej Všeobecná zdravotní pojišťovna

Na pomůcky, které nejsou hrazené pojišťovnou nebo na které je vysoký doplatek, je možné žádat příspěvek na zvláštní pomůcku prostřednictvím sociálním odboru Úřadu práce v místě trvalého pobytu. Nárok na příspěvek mají mimo jiných i osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí způsobujících těžké omezení pohyblivosti. Podrobněji se důvody přiznání příspěvku zabývá příloha zákona č. 329/11 Sb., o poskytování dávek osobám

se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (Zákon č. 329/211 Sb.). Nutno upozornit, že pomůcky na podporu soběstačnosti používané v kuchyni pojišťovnou hrazeny nejsou.

Snahou v ošetrovatelské praxi je, aby sestra pečující o nemocné s revmatoidní artritidou znala nejužívanější pomůcky pro podporu soběstačnosti a byla schopná nemocnému ve spolupráci s ergoterapeutem vhodné pomůcky doporučit. Pomůže tak nemocnému zajistit soběstačnost v běžných denních činnostech.

Výsledky dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku HAQ, který hodnotí činnosti běžného života, schopnost pohybu a sebeobsluhy jednoznačně prokázaly, že zahájením léčby dochází u nemocných k výraznému zlepšení jejich kvality života. Takovéto hodnocení je u této nemoci velmi důležité, a to z důvodu, že laboratorní výsledky ani rentgenový nález nemusí vždy odpovídat funkčnímu stavu nemocného. I když jsme zkoumaly jen omezené množství respondentů, je více než jasné, že dodržování léčebných postupů, úpravou životosprávy a s pomocí nejrůznějších kompenzačních mechanismů mohou jedinci již po čtyřech měsících těchto restrikcí dojít k výraznému zlepšení svého zdravotního stavu a tím i ke zlepšení kvality svého života. Výsledky byly porovnávány s jinou bakalářskou prací (Štenglová 2010), která byla vypracována před více než deseti lety, kdy zhruba docházelo k výraznému rozvoji biologické léčby. Autorka práce popisuje změnu kvality života u pacientů po zahájení biologické léčby a my jsme se věnovali zahájení léčby obecně, včetně té biologické, výsledky jsou interpretovány s podobnými pozitivními výsledky.

14 SEZNAM LITERATURY

1. *Česká revmatologická společnost*, 2021 [online]. Praha: Česká revmatologická společnost ČLS JEP. [cit. 9.3.2023]. Dostupné z: <http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/haq.pdf>
2. *Česká revmatologie*, 2020, Praha: Česká lékařská společnost Jan Evangelista Purkyně, roč. 28, č. 2. ISSN 1210-7905.
3. *Česká revmatologie*, 2021, Praha: Česká lékařská společnost Jan Evangelista Purkyně, roč. 29, č. 1. ISSN 1210-7905.
4. ČIHÁK, Radomír, 2011. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.
5. HAKL, Marek et al., 2011. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 231 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-730.
6. HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ, 2010. Psychosociální podpora u pacientů s autoimunitním onemocněním – s revmatoidní artritidou. *Med. pro Praxi*, 7(2) 88-89. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/02/11.pdf>
7. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2018-2020*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ, přeložila Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
8. KAČINETZOVÁ, Alena, 2012. *Mimokloubní revmatismy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-633-3
9. KROUŽKOVÁ ZDENĚKOVÁ, Pavlína, 2009, Redukční dieta. *Sestra*, 19(7-8), 29. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/redukni-dieta-435431>
10. KUTNOHORSKÁ, Jana, *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

11. MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka, 2019. *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-724-9.
12. NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
13. NĚMEC, Petr, 2021. *Revmatologie pro praxi*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3284-3.
14. OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ, 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.
15. OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ, 2012. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 9788020428042.
16. OLEJÁROVÁ, Marta, 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4.
17. OLEJÁROVÁ, Marta, 2012. *Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2657-4.
18. OLEJÁROVÁ, Marta, 2016. *Revmatologie v obrazech*. Praha: Mladá fronta. Aesku-lap. ISBN 978-80-204-4249-9.
19. OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0531-1.
20. PAVELKA, Karel, 2012. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-295-7.
21. PAVELKA, Karel, 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5048-4.
22. PAVELKA, Karel, Jiří VENCOVSKÝ, Pavel HORÁK, Ladislav ŠENOLT, Heřman MANN a Jan ŠTĚPÁN, 2018. *Revmatologie*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-583-5.

23. *Revma Liga České republiky: Pomoc při bolestech kloubů*. <https://www.revma-liga.cz> [online]. 2020 [cit. 9.3.2023]. Dostupné z: <https://www.revmaliga.cz/aktualita/pomoc-pri-bolestech-kloubu>
24. ROVENSKÝ, Jozef et al., 2006. *Revmatologický výkladový slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2471-614-5.
25. RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2019. *Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2096-3.
26. SKÁLA, B., P. HERLE a H. MANN. 2010, *Bolesti pohybového aparátu – mimokloubní revmatismy: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství. ISBN 978-80-86998-40-4.
27. SMOLEN, JS., ALETAHA, D. 2014, *Scores for all seasons: SDAI and CDAI*. Clin Exp Rheumatol, 32(5 Suppl 85), S. 75-79.
28. STERLING, G.W., 2014. *Rheumatology Secrets*. Elsevier Indie: Sterling Západ. ISBN 9788131245316
29. SUCHÝ David, 2022. Rozhovor s primářem Oddělení klinické farmakologie, Plzeň 25.3.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
31. ŠENOLT, Ladislav, Heřman MANN, Jakub ZÁVADA a Michal TOMČÍK, 2021. *Revmatologie: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-29-3.
32. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.
33. ŠTENGLOVÁ, Petra, 2010. *Kvalita života revmatologicky nemocných při biologické léčbě*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. David SUCHÝ.

34. TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
35. VAN RIEL, PL, 2014. *The development of the disease activity score (DAS) and the disease activity score using 28 joint counts (DAS28)*. Clin Exp Rheumatol, 32(5 Suppl 85), S. 65-74.
36. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.
37. ZÁVADA, Jakub a Heřman MANN, 2022. *Revmatologie v klinických scénářích*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-738-9.

SEZNAM PŘÍLOH

- 1.** Příloha A – tabulka č. 1 - Klasifikační kritéria revmatoidní artritidy ACR
- 2.** Příloha B – tabulka č. 2 - Zjednodušená klasifikace revmatických onemocnění
- 3.** Příloha C – tabulka č. 3 - Doporučení k použití zobrazovacích technik kloubů při managementu RA
- 4.** Příloha D – Domény sledované u RA
- 5.** Příloha E – DAS-28 hodnocené klouby
- 6.** Příloha F – DAS-28 konstrukce a hodnocení
- 7.** Příloha G – dotazník HAQ
- 8.** Příloha H - souhlasné stanovisko organizace s provedením dotazníkového šetření

PŘÍLOHY

Příloha A

Tabulka č. 1 **Klasifikační kritéria revmatoidní artritidy ACR**

1. ranní ztuhlost	Ranní ztuhlost kloubů trvající nejméně 1 hodinu
2. polyartritida	Nejméně ve 3 ze 14 kloubních oblastí přítomen otok měkkých tkání nebo tekutiny při vyšetření lékařem (pravý či levý PIP, MCP, RC, loket, koleno, kotník, MTP klouby)
3. artritida kloubů ruky	Otok alespoň jedné oblasti: RC, MCP, PIP
4. symetrická artritida	Současné postižení kloubů na obou polovinách těla
5. revmatické uzly	Podkožní uzly nad kostními prominencemi nebo extenzorovými plochami pozorované lékařem
6. revmatoidní faktor	Přítomen v abnormálním množství
7. RTG změny	RTG změny typické pro RA na zadopředním snímku rukou a zápěstí; v postižených kloubech musí být patrné eroze nebo dekalcinace

Kritéria jsou splněna, pokud má pacient současně nejméně 4 ze 7 kritérií, přičemž kritéria 1-4 musí trvat alespoň 6 týdnů.

Pozn.: **PIP** = proximální interfalangeální klouby; **MCR** = metakarpofalangeální klouby; **RC** = radiokarpální klouby, **MTP** = metatarzofalangeální klouby

Zdroj: Olejárová, 2016, s. 17

Příloha B

Tabulka č. 2 Zjednodušená klasifikace revmatických onemocnění

Difúzní onemocnění pojiva	RA, SLE, systémová sklerodermie, polymyozitida, dermatomyozitida, Sjögrenův syndrom, vyskulitidy, smíšené onemocnění pojiva, eozinofilní fascitida, překryvné syndromy, relabující polychondritida, juvenilní idiopatická artritida
Autoinflamatorní onemocnění	Stillova choroba v dospělosti, periodické horečky
Spondyloartritidy	Axilární spondyloartritidy: AS, neradiografická AS
Degenerativní kloubní onemocnění	osteoartróza
Metabolické aortroopatie	Krystalové artropatie: DNA, pyrofosfátová artropatie, hydroxiapatilová artropatie Syndrom difúzní idiopatické hyperostózy Osteoporóza Osteomalacie
Infekční artritidy a artritidy se vztahem k infekci	Bakteriální: negonokokové, gonokokové, lymeská artritida, osteoartikulární tuberkulóza Virové Parazitární Mykotické Revmatická horečka

Mimokloubní revmatismus	Lokální, regionální, generalizovaný
Revmatologické manifestace jiných onemocnění	Metabolických a endokrinních, hematologických, renálních, plicních, neurologických, onkologických
Ostatní onemocnění	Syndrom hypermobility Sarkoidóza Hypertrofická osteoartropatie Pigmentová vilonodulární synovitida

Zdroj: Olejárová, 2016, s. 10-11

Příloha C

Tabulka č. 3 Doporučení European League Against Rheumatism k použití zobrazovacích technik kloubů při managementu RA

Doporučení*

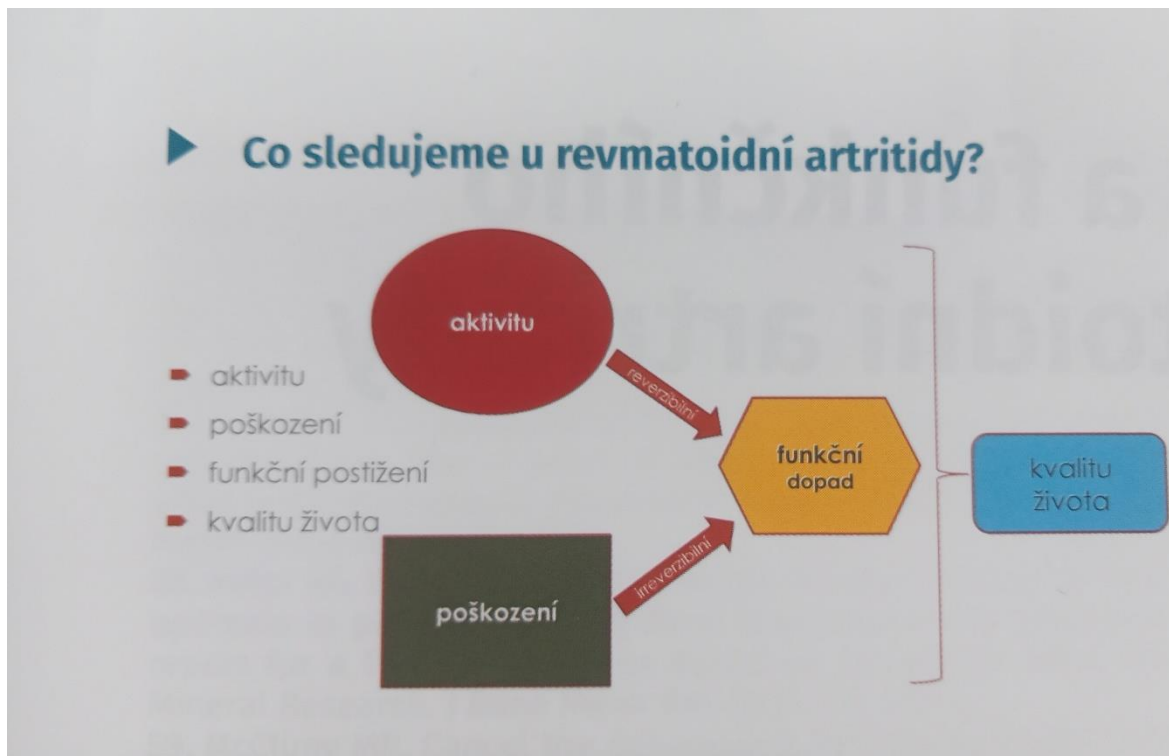
1.	Pokud existují diagnostické pochybnosti, lze ke zpřesnění diagnostiky RA použít nad rámec klinických kritérií konvenční skiagrafii, USG nebo MR
2.	Průkaz zánětu kloubu pozorovaného pomocí USG nebo MR lze použít k predikci progresu nediferencované artritidy do RA
3.	USG a MR jsou přesnější než klinické vyšetření při detekci artritidy; tyto techniky by měly být zvažovány pro přesnější hodnocení zánětu.
4.	Konvenční skiografie rukou a nohou by měla být používána jako primární zobrazovací technika k detekci kloubního poškození. Použití USG nebo MR by mělo být zváženo, pokud konvenční skiografie neprokázala poškození a mohou být použity k časnějšímu průkazu poškození (zejména na počátku RA).
5.	Průkaz kostního edému pomocí MR je silným nezávislým prediktorem následné rentgenové progresy časně RA a měl by být zvážen jako prognostický faktor. Detekce synovitidy pomocí MR nebo USG, stejně jako poškození kloubů pomocí konvenční radiografie, MR nebo USG, může být rovněž použito k predikci dalšího poškození kloubů.
6.	Zánět kloubu detekovaný zobrazovacími technikami může lépe než klinický nález předpovídat léčebnou odpověď; zobrazování může být použito k predikci odpovědi na léčbu
7.	MR a USG, detekující zánět kloubu lépe než klinické vyšetření, mohou být užitečné při sledování aktivity onemocnění
8.	Mělo by být zváženo pravidelné hodnocení strukturální progresy, obvykle pomocí rentgenových snímků rukou a nohou. MR /a pravděpodobně i USG) lépe detekují změny poškození kloubů a lze je použít k monitorování progresy onemocnění

9.	U pacientů s klinickým podezřením na postižení krční páteře by mělo být provedeno vyšetření krční páteře laterálním rentgenovým snímkem ve flexi a v neutrálním postavení. Pokud je rentgenový průkaz pozitivní nebo jsou přítomny specifické neurologické příznaky, měla by být doplněna MR
10.	MR a USG, schopné detekovat aktivní synovitidu predikující následné poškození kloubu, lze použít k průkazu přetrvávajícího zánětu i v případě klinické remise onemocnění

Zdroj: Němec a kol., 2021, str. 268

*Doporučení vycházejí s údajů ze zobrazovacích studií zaměřených hlavně na ruce (zejména RC, MCP a PIP klouby). Existuje jen málo údajů se specifickými návody, které klouby mají být zobrazovány.

Příloha D

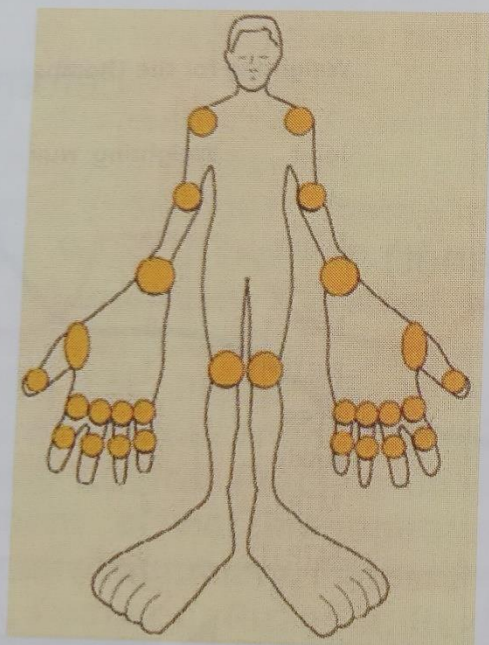


Zdroj: Česká revmatologie 2021

Příloha E

► DAS 28 (Disease Activity Score – 28 kloubů)

- počet bolestivých kloubů z 28
- počet oteklých kloubů z 28



Zdroj: Česká revmatologie 2021

Příloha F

► **DAS 28 (Disease Activity Score – 28 kloubů)**

- počet bolestivých kloubů
- počet oteklých kloubů
- celkové hodnocení aktivity pacientem (GH) – VAS (0–100)

32 mm

FW/1 hod

GH (Global Health) u DAS: zahrnuje i zdravotní problémy, které nejsou přímo spojeny s aktivitou onemocnění.

Výpočet

$$DAS28 = 0,56 * \sqrt{\text{bol. kl. 28}} + 0,28 * \sqrt{\text{ot. kl. 28}} + 0,70 * \ln[\text{FW}] + 0,014 * \text{GH}$$

<http://www.das-score.nl/www.das-score.nl/DAS28calc.htm>

DAS 28 hodnocení

originální	remise: $\leq 2,6$	nízká: $\leq 3,2$	střední: $\leq 5,1$	vysoká: $> 5,1$
nová*	remise: $\leq 2,4$	nízká: $\leq 3,6$	střední: $\leq 5,5$	vysoká: $> 5,5$
opověď na léčbu:	bez zlepšení: $< 0,6$	střední: $\geq 0,6 < 1,2$	vysoká: $> 1,2$	

Zdroj: Česká revmatologie 2021



Dotazník na zhodnocení zdravotního stavu (HAQ)

Prosíme, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe popisuje Vaše běžné schopnosti v uplynulém týdnu.

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
1. Oblékání a úprava				
Jste schopen/schopna:				
a) sám/a se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků?	_____	_____	_____	_____
b) umýt si vlasy šamponem?	_____	_____	_____	_____
2. Vstávání				
Jste schopen/schopna:				
a) vstát ze židle bez opěrek?	_____	_____	_____	_____
b) ulehnout a vstát z postele?	_____	_____	_____	_____
3. Stravování				
Jste schopen/schopna:				
a) nakrájet si maso na talíři?	_____	_____	_____	_____
b) zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít nový pytlík bonbónů?	_____	_____	_____	_____
4. Chůze				
Jste schopen/schopna:				
a) chodit venku po rovném terénu?	_____	_____	_____	_____
b) vyjít pět schodů?	_____	_____	_____	_____

Zaškrtněte všechny pomůcky nebo zařízení, které obvykle používáte k výše uvedeným činnostem:

- | | |
|----------------|---|
| _____ Hůl | _____ Pomůcky pro oblékání (háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, lžice na boty s dlouhým držadlem apod.) |
| _____ Chodítko | _____ Upravené nebo speciální nádobí |
| _____ Berle | _____ Speciální nebo upravené židle |
| | _____ Jiné (upřesněte _____) |

Prosíme, zaškrtněte u kterých činností obvykle potřebujete pomoc jiné osoby:

- | | |
|-------------------------|------------------|
| _____ Oblékání a úprava | _____ Stravování |
| _____ Vstávání | _____ Chůze |

Prosíme, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe popisuje Vaše běžné schopnosti v uplynulém týdnu.

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
5. Hygiena				
Jste schopen/schopna:				
a) umýt a osušit si tělo?	_____	_____	_____	_____
b) vykoupat se ve vaně?	_____	_____	_____	_____
c) usednout na toaletu a vstát z ní?	_____	_____	_____	_____
6. Dosažitelnost				
Jste schopen/schopna:				
a) sundat předmět vážící 2,5 kg (např. pytlík s brambory) z výšky těsně nad hlavou?	_____	_____	_____	_____
b) ohnout se a zvednout oblečení z podlahy?	_____	_____	_____	_____
7. Stisk				
Jste schopen/schopna:				
a) otevřít dveře auta?	_____	_____	_____	_____
b) otevřít zavařovací sklenice, které již byly předtím otevřené?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít a zavřít kohoutek?	_____	_____	_____	_____
8. Činnosti				
Jste schopen/schopna:				
a) vyřídít pochůzku a nakupovat?	_____	_____	_____	_____
b) nastoupit a vystoupit z auta?	_____	_____	_____	_____
c) vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahrádce?	_____	_____	_____	_____

Zaškrtněte všechny pomůcky nebo zařízení, které obvykle používáte k výše uvedeným činnostem:

_____ Toaletní nástavec	_____ Madlo u vany
_____ Sedátko do vany	_____ Dlouhé podavače
_____ Otvírač na zavařovací sklenice (již předtím otevřené)	_____ Hygienické pomůcky opatřené dlouhým držadlem
	_____ Jiné upřesněte _____)

Prosíme, zaškrtněte u kterých činností obvykle potřebujete pomoc jiné osoby:

_____ Hygiena	_____ Stisknutí a otvírání věcí
_____ Dosáhnutí	_____ Pochůzky a běžné domácí práce

Příloha H - souhlasné stanovisko organizace s provedením dotazníkového šetření



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Lenka Dolejšová
Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného pacientům *Oddělení klinické farmakologie (OKF) FN Plzeň*. Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s revmatoidní artritidou*“. Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra OKF souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Případné údaje o zdravotním stavu respondentů, uvedené ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Pacienty / respondenty můžete oslovovat pod odborným vedením oprávněného zdravotnického pracovníka, kterým je paní Bicanová Helena, Bc., vrchní sestra OKF FN Plzeň.**
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacienti / respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

19. 2. 2021

Zdroj: vlastní