

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Martina Langová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Martina Langová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**REVMATOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ V PRODUKTIVNÍM
VĚKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

Martina Langová

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Hurtové, vedoucí mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a podporu při zpracování daného tématu. Dále děkuji Bc. Blance Novákové za předání cenných odborných poznatků z praxe.

Anotace

Příjmení a jméno: Martina Langová

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Revmatologická onemocnění v produktivním věku

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

Počet stran: 45

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatura: 23

Klíčová slova: revmatoidní artritida, produktivní věk, sebepéče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou revmatologických onemocnění v produktivním věku. Teoretická část zahrnuje rozdělení revmatologických chorob, jejich příčinu vzniku, příznaky a jejich léčbu. Dále se zaměřuji na ošetřovatelskou péči a edukaci pacientů s revmatologickým onemocněním. Praktická část obsahuje analýzu dat kvantitativního výzkumu, zaměřeného na pacienty s revmatoidní artritidou. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak revmatoidní artritida omezuje pacienty v běžném životě a s jakými obtížemi je ovlivňován celý jejich život.

Annotation

Surname and name: Martina Langová

Department: Nursing

Title of thesis: Rheumatic diseases of the working age

Consultant: Mgr. Jitka Hurtová

Number of pages: 45

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Key words: rheumatoid arthritis, productive age, self- care

Summary:

This thesis deals with rheumatologic diseases in their productive age. The theoretical part includes the distribution of rheumatologic diseases, their causes, symptoms and treatment. It will focus on nursing care and education of patients with rheumatic diseases. The practical part contains data analysis of quantitative research , focusing on patients with rheumatoid arthritis. The aim of this thesis is to examine how limited rheumatoid arthritis patients in everyday life and is influenced by the difficulties of their lives.

OBSAH

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Revmatologie.....	11
2 Anatomie a fyziologie	11
2.1 Klouby obecně	12
2.2 Rozdělení kloubů podle počtu spojení	12
2.3 Rozdělení kloubů podle rozsahu pohybu	12
3 Revmatologická onemocnění	13
3.1 Zánětlivá revmatologická onemocnění	13
3.1.1 Revmatoidní artritida	13
3.1.2 Systémová onemocnění pojiva.....	16
3.1.3 Spondylartritidy	18
3.1.4 Psoriatická artritida (PsA)	19
3.1.5 Degenerativní kloubní onemocnění	20
3.1.6 Metabolická kostně – kloubní onemocnění.....	20
3.1.7 Mimokloubní revmatismus	21
3.1.8 Septické artritidy	22
3.1.9 Jiná revmatologická onemocnění	22
4 Léčba revmatologických onemocnění	22
4.1 Léky využívané v revmatologii	23
4.2 Biologická léčba.....	24
4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s revmatologickým onemocněním	27

4.3.1 Bolest	27
4.3.2 Únava a poruchy spánku	28
4.3.3 Výživa	28
4.3.4 Péče o kůži	28
4.3.5 Sebeobsluha	29
4.3.6 Role v rodině a ve společnosti	29
4.3.7 Zaměstnání a domácnost	29
4.3.8 Problematika související s intimním životem	29
Praktická část	30
5 Formulace problému	30
5.1 Hlavní problém	30
5.2 Dílčí problémy	30
6 Cíl a úkol průzkumu	30
7 Metodika	30
8 Hypotézy	31
9 Vzorek respondentů	31
10 Prezentace a interpretace získaných údajů	31
11 Diskuse	44
Závěr	48
Seznam zdrojů	46
Seznam zkratk	49
Seznam tabulek	50
Seznam příloh	51

ÚVOD

Produktivní věk je období, ve kterém člověk je, nebo může být ekonomicky aktivní a trvá až do doby odchodu do důchodu. Je to období, ve kterém člověk žije aktivním životem, hledá vlastní místo ve společnosti, seznamuje se, zakládá rodinu, vychovává děti, buduje kariéru. Aktivní život individuálně kolísá v závislosti na zdravotním, fyzickém a psychickém stavu. Velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje zdravotní stav je věk. S věkem roste výskyt většiny onemocnění. Po třicátém roce věku lze pozorovat v populaci větší výskyt zdravotních potíží. Zvyšuje se počet osob s chorobami pohybového aparátu, s kardiovaskulárním a endokrinologickým onemocněním. Zdravotní obtíže, kterými trpí pacienti s revmatologickým onemocněním, limitují jejich pracovní aktivitu, pracovní zařazení, společenské postavení a narušují rodinné zázemí. Revmatologická onemocnění postihují až 15% populace.

Téma revmatických onemocnění pro vypracování své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že pracuji na Oddělení klinické farmakologie ve Fakultní nemocnici v Plzni a toto akreditované pracoviště léčí pacienty s revmatologickými onemocněními. Pracuji v revmatologické ambulanci a denně se s těmito pacienty setkávám a pomám jim řešit z pozice sestry jejich zdravotní problémy a řeším biopsychosociální potřeby. Revmatologická onemocnění se dotýkají všech oblastí ošetrovatelské péče. Při prvním příchodu pacienta do naší ambulance sestra podle doporučení lékaře, subjektivních pocitů pacienta a objektivního vyhodnocení zdravotního stavu pacienta se rozhodne, zda je vyšetření neodkladné, nebo zda dostane objednaný termín. Ošetrovatelská diagnóza, plán, ale i následná realizace péče o pacienta s revmatologickým onemocněním, se týká uspokojení biopsychosociálních potřeb pacienta, na naší ambulanci postupujeme podle modelu Gordonové. Jedná se o komplexní péči ve spolupráci s týmem lékařů specialistů a dalších zdravotnických profesí.

Cílem mé práce je zjistit, jak obtíže ovlivňují život pacientů s revmatoidní artritidou v produktivním věku. Zaměřila jsem se na celkové omezení života pracovního, osobního a společenského. Soustředila jsem se na pacienty, které donutilo jejich onemocnění ukončit pracovní poměr invalidním důchodem.

Práce pojednává o revmatických onemocněních. Hlavní část je zaměřena na problematiku těchto chorob, na jejich příčinu, projevy, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění.

Pomocí dotazníkového šetření jsem chtěla zjistit v praktické části, jakými biopsychosociálními obtížemi trpí pacienti s revmatoidní artritidou.

Některou akutní formou revmatologického onemocnění je postižen v průběhu života skoro každý.

Revmatoidní artritidou trpí asi 100 000 lidí. I když je toto onemocnění poměrně časté a výrazně ovlivňuje životy nemocných, laická veřejnost s touto problematikou není příliš seznámena. (Olejárová, 2008)

TEORETICKÁ ČÁST

1 Revmatologie

„Revmatologie je obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou onemocnění pohybového aparátu nechirurgického typu. Tyto nemoci mají často charakter systémových onemocnění, a proto postihují mimo kloubů i další orgány (srdce, plíce, ledviny, oči)“. (Olejárová, 2011, s. 11) Je tedy zřejmé, že se jedná o interdisciplinární obor. (Pavelka, 2002)

Revmatologická onemocnění patří k nejčastějším onemocněním na celém světě. Často vedou k tělesnému postižení, snížené pracovní schopnosti a předčasné invalidity. Mnoho revmatologických onemocnění se stává celoživotním údělem postižených, ovlivňuje jejich možnosti, životní cíle a zasahuje i do rodinného života. To vše se promítá i do jejich okolí. Protože je revmatismus chronickou nemocí, je důležité, aby se nemocní s touto chorobou a příznaky vyrovnali. (Nemejovský, 2009) Pozitivní přístup je pro úspěšné zvládnutí nemoci velmi důležitý. Stejně tak spolupráce mezi lékařem, sestrou a nemocným je velmi důležitá. Pacient s revmatologickým onemocněním, by měl o své chorobě vědět co nejvíce, aby nemoc nepodceňoval. (Rejholec, 1990)

Podle závažnosti zahrnují revmatologická onemocnění postižení místní, ale i těžké život ohrožující stavy s postižením životně důležitých orgánů, jako jsou například vaskulitidy nebo systémový lupus erytematoses.

Revmatologických onemocnění je několik desítek a každé má jiný původ, průběh, léčbu i prognózu. Dělí se podle příčiny, podle mechanismů etiologie a patogeneze, podle průběhu a lokalizace. Přesná diagnostika u časných stádií revmatologických onemocnění nemusí být jednoduchá. Jde o to, aby lékař zařadil onemocnění alespoň skupinově (zánětlivé, nezánětlivé, degenerativní, infekční). (Pavelka, 2002)

2 Anatomie a fyziologie

Klouby tvoří pohyblivá spojení dvou či více kostí. Některá spojení jsou pevné, nepohyblivé, jiné naopak volné. U méně pohyblivých spojů se kosti navzájem připojují krátkými vazy a destičkami vazivové chrupavky (například meziobratlová ploténka). Některá kostní spojení jsou zcela nepohyblivá jako například na lebce, kde kosti se spojují

švy. Kloub se skládá z dvou styčných ploch kryté chrupavkou. Jedna plocha je kloubní jamka a druhá kloubní hlavice.

Další částí tvoří kloubní pouzdro, jeho zevní část je vazivová a vnitřní část vystlána synoviální membránou. Mezi hlavní funkce membrány patří vylučování synoviální tekutiny, která snižuje tření, zvyšuje pevné přilnutí kloubních ploch k sobě a vyživuje kloubní chrupavku. (Doherty, 2000)

2.1 Klouby obecně

Kosti kostry jsou navzájem spojené klouby, chrupavkou a vazivem. Klouby se svou širokou škálou pohybů tvoří z kostry dokonalý kloubní mechanismus.

2.2 Rozdělení kloubů podle počtu spojení

Jednoduché klouby – spojení je mezi dvěma kostmi. Příkladem je ramenní kloub.

Složené klouby – spojení je více než mezi dvěma kostmi. Například kolenní kloub, zápěstní klouby.

2.3 Rozdělení kloubů podle rozsahu pohybu

Klouby můžeme rozdělit podle rozsahu pohybu, který vykonávají.

Kladkový kloub – umožňují natahování a ohýbání. Příkladem je loketní kloub a klouby mezi články prstů.

Čepový kloub – je spojení 1. a 2. obratle krčního, umožňující otáčení hlavy. Příkladem je spojení nosiče a čepovce na krční páteři.

Kulový kloub – umožňují pohyb všemi směry. Příkladem je kyčelní kloub, nebo ramenní kloub.

Plochý kloub - nejjednodušší typ kloubu. Má malý rozsah pohybu a je omezen kloubními vazy. Příkladem je kloub mezi zápěstními kůstkami.

Sedlový kloub – umožňuje pohyb v několika směrech. Příkladem je spojení palce s jednou zápěstní kůstkou

Válcový kloub – umožňuje pohyb jen ve směru ohýbání. Příkladem jsou klouby mezi články prstů.

Tuhé klouby – umožňují jen omezenou pohyblivost. Příkladem jsou klouby, které spojují obratle. (Doherty, 2000)

3 Revmatologická onemocnění

Revmatologická onemocnění patří k nejčastějším onemocněním. „Uvádí se, že revmatická onemocnění jsou nejčastější příčinou somatických obtíží obyvatel a že 1/3 všech lidí práce neschopných má revmatické onemocnění jako primární příčinu a 40% osob starších 65 roků má nějaké revmatické obtíže.“ (Olejárová, 2010, s. 13)
Revmatologických onemocnění je několik druhů a dělí se do různých skupin. Zánětlivá revmatologická onemocnění

Revmatoidní artritida

Systémová onemocnění pojiva – systémový lupus erythematoses, vaskulitidy, Sjogrenův syndrom, systémová skleróza, Polymyozitidy

Spondylartritidy – ankylozující spondylitida, reaktivní artritidy, psoriatická artritida

Degenerativní kloubní onemocnění - osteoartróza

Metabolicko kostně – kloubní onemocnění – osteoporóza, osteomalácie

Mimokloubní revmatismus – tenditidy, fibromyalgie

Septické artritidy – bakteriální, virové, parazitární, mykotické

Jiná revmatologická onemocnění. (Neradžičová, 2000)

3.1.1 Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida (RA) je nejběžnějším typem zánětlivého systémového onemocnění. Zánětem jsou postiženy nejvíce klouby. V pokročilejším stádiu nemoci může dojít i k poškození srdce, cév, svalů a kůže. Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje ve věku mezi 20 – 50 lety. V ČR je RA postiženo asi 100 000 lidí. Postiženy jsou dvakrát

až třikrát více ženy než muži. Dětská forma RA, která se nazývá juvenilní chronická artritida, může mít negativní vliv na správný vývoj dítěte. (Rejholec, 1990)

Etiopatogeneze

Příčiny hlavního projevu nemoci nejsou známy. Je však zřejmé, že na rozvoji onemocnění se podílí dědičnost a rizikové faktory zevních vlivů, jako je kouření, které riziko velmi zvyšuje. RA se projevuje jako zánět více kloubů (polyarthritis), nejčastěji jsou postiženy ruční klouby a to na obou stranách (symetricky), mohou být postiženy i velké klouby a některé orgány. (Pavelková, 2009)

Příznaky

Subjektivní příznaky počátku nemoci se dostaví většinou náhle. Pacient pocítuje velkou bolestivost některého kloubu. Nejčastěji na drobných kloubech ručních. Je přítomna ranní ztuhlost kloubů, která má na začátku choroby trvání „jen“ pár hodin. U rozvinutější nemoci může trvat ranní ztuhlost celý den. Tyto obtíže mohou trvat několik dní, týdnů, měsíců, ale mohou i na čas vymizet. S postupující chorobou jsou příznaky výraznější. Ranní ztuhlost se prodlužuje, bolest je tupá, ostrá, trvalá a pro nemocného se stává denní překážkou, kterou musí překonávat. V průběhu rozvinuté choroby jsou subjektivní příznaky závislé na aktivitě onemocnění a psychickém rozpoložení. Obtíže bývají horší před změnami počasí a při nich. Zimní měsíce jsou pro nemocné s RA snášeny hůře. S postupující chorobou se často vyskytuje snížená svalová schopnost, snadná unavitelnost, dochází ke snížení zručnosti. Dále pak dochází k tuhnutí kloubů, následným kloubním deformitám, svalové atrofii, až k poruchám hybnosti.

První objektivní příznaky se dostavují přibližně ve stejné době jako příznaky subjektivní, ale mohou se zpozdít o týdny až měsíce. Kloub je bolestivý, ztuhlý a oteklý. Kůže v okolí je napjatá a spíše atrofická. S postupující chorobou začnou na kloubech vznikat deformity, které jsou příznakem již značně pozdním. Některé deformity jsou typické. Viz obrázek č. 1. Příkladem, je ulnární deviace prstů v kloubech zápěstí. Svalová atrofie je velmi časnou známkou choroby. Jedna z příčin je inaktivita, která souvisí s omezenou funkcí kloubu. Revmatické uzly se vytváří asi u 25% nemocných. Uzly mohou

být drobné, ale i velikosti citronu. Jsou tuhé a volně pohyblivé v podkoží. Revmatické uzly nebolí, ale jsou spíše překážkou mechanickou. (Rejholec, 1985)

Průběh RA je různý. Může mít plíživý, nebo akutní začátek. Mohou se střídát období menší aktivity s období větší aktivity. Aktivita vyjadřuje přítomnost zánětlivých procesů. Je výsledkem hodnocení klinických i laboratorních znaků, které mají vztah k zánětu. Jsou období, kdy mohou vymizet klinické i laboratorní příznaky (remise). Nemoc ale probíhá stále, buď pod obrazem mírné, větší, nebo trvalé aktivity. Může dojít až k těžkému postižení pohybového aparátu. (Olejárová, 2012)

Vyšetření

Rentgenové vyšetření nám zobrazí stav postiženého kloubu. Podle stavu dělíme RA do 4 stádií.

Stadium I – na rentgenových snímcích nejsou žádné známky postižení, může být přítomna osteoporóza.

Stadium II – na rentgenu je osteoporóza, mírné poškození chrupavky a kosti. Nejsou známky deformity, svaly jsou ochablé a můžou se vyskytovat revmatické uzly.

Stadium III – kromě osteoporózy je vidět poškození chrupavky a kosti. Je porušené postavení kostí v kloubu, kloub je deformovaný a svaly jsou velmi oslabené.

Stadium IIII – stejné známky jako u stadia III, ale kosti jsou v kloubu spojené již kostním srůstem nebo vazivem. (Nemejovský, 2009)

Laboratorní vyšetření krve mají pomocný význam při hodnocení aktivity onemocnění. Při laboratorním vyšetření je obvykle zvýšená sedimentace erytrocytů. To svědčí pro známky zánětu. Je-li nemoc dobře kompenzována, může být sedimentace zcela normální, většinou však přetrvává lehce vyšší hodnota i při vyhaslé aktivitě nemoci. Další zkouškou, která zjišťuje rozsah zánětu je takzvaný C – reaktivní protein (CRP), který je považován za metodu citlivější. Asi u 70 - 80% nemocných s RA je v krevním séru přítomen revmatoidní faktor (RF), nebo anticitrulinové protilátky (anti CCP). (Rejholec, 1990)

Obecně platí, že pacienti s přítomností těchto revmatoidních faktorů a protilátek bývají postiženy těžším průběhem nemoci. (Nemejovský, 2009) V dnešní době, kdy je choroba včas léčena nejnovějšími léky, je šance na mírnější průběh i na dosažení úplné remise onemocnění. Důležitá je včasná léčba, která zlepšuje celkovou prognózu tohoto onemocnění. (Rejholec, 1985)

Při ošetřování pacienta s RA by se nemělo zapomínat, že se jedná o systémové zánětlivé onemocnění a nemocný by měl této skutečnosti, přizpůsobit svůj osobní, společenský a pracovní život. Nemocní by měli mít pravidelný rytmus spánku. Při vysoké aktivitě onemocnění je nutný klid na lůžku eventuálně hospitalizace. Nemocní s nižší aktivitou by se měli fyzicky šetřit, vykonávat lehčí fyzickou námahu. Nevhodné jsou intenzivní a vytrvalostní sporty. Vyhýbat se pobytu v infekčním prostředí je také velmi důležité. Při hodnocení pracovní schopnosti nebo zaměstnání je zapotřebí zhodnotit aktivitu onemocnění, stádium a funkční postižení, které je ve vztahu s jeho zaměstnáním. Při nízké aktivitě onemocnění jsou nemocní schopni vykonávat lehčí fyzickou práci. Nejsou schopni těžší fyzické práce, práce ve vlhkém a chladném počasí a práce přes noc. (Olejárová, 2008)

Léčba

Cílem léčby je navodit remisi onemocnění, zpomalit progresi a zachovat maximální pohyblivost. Základem léčby RA jsou choroby modifikující léky DMARDs, dále glukortikoidy a biologická léčba, která je v současné době nejúčinnějším prostředkem léčby. Komplexní péče o nemocné zahrnuje RHC, úpravu životosprávy, psychologickou podporu. Lze využít některých postupů, jako je aplikace chladu ve formě obkladu (kryoterapie). (Pavelka, 2003)

3.1.2 Systémová onemocnění pojiva

Systémový lupus erythematoses (SLE) je autoimunitní onemocnění. Výskyt je ovlivněn pohlavím. Postihuje 6krát více ženy ve fertilním věku, (nejčastěji mezi 20 – 30 roky) než muže. Ženám ve fertilním věku se těhotenství nedoporučuje, neboť je možné postižení srdce plodu i samotné matky při možném zhoršení lupusu. Stejně tak může lupus postihnout děti a lidi v pokročilém věku.

Etiopatogeneze

SLE je autoimunitní onemocnění nejasné etiologie, které postihuje téměř všechny orgány na těle. Postihuje nejčastěji kůži, klouby, ledviny, kardiovaskulární systém, centrální nervový systém, plíce. Patogeneze je charakterizována tvorbou protilátek v těle, které nadměrně aktivují imunitní systém. Tyto protilátky jsou namířeny proti vlastním tkáním a spouštějí zánětlivý proces.

Spouštěcím mechanismem může být jakákoliv infekce. Dalšími možnými činiteli jsou pohlavní hormony, zvláště pak estrogény, které zasahují do mechanismu a kvality imunitní odpovědi. Současně se na vzniku onemocnění podílí dědičnost a zevní vlivy. (Pavelka, 2003)

Příznaky

Klinický obraz je velmi různorodý. Pacient si ztěžuje na vypadávání vlasů, únavu, nadměrné pocení, bolesti kloubů a svalů, nesnášenlivost slunečního záření, časté jsou horečky s třesavkou a zvětšené mízní uzliny. Nejčastěji jsou popisovány změny na kůži obličeje. Postižení je různé, typický je exantém (motýlovitý erytém) viz obrázek č. 2, která je lokalizována na tvářích a přechází přes kořen nosu. Velmi časté je také postižení kloubů (monoartritidy, oligoartritidy, polyartritidy) a svalů (myozitidy), projevující se otokem, bolestivostí, napjatou kůží a zvýšenou teplotou v okolí kloubu.

Vyšetření

Nemocní, kteří jsou postiženi SLE (Systémový lupus erythematoses) chodí na pravidelné kontroly. Jsou sledovány a hodnoceny jejich fyziologické funkce, krevní odběry, celkový stav nemocného, odpověď na léčbu, eventuálně nežádoucí účinky léků. Z důvodů častého výskytu ledvinového poškození, se provádí pravidelné vyšetření moče. Postižení srdce a plic je také velmi časté. Provádí se 1 krát ročně spirometrie + DLCO a echokardiografii. Dále pak oční vyšetření, pokud pacient užívá lék Plaugenil, který se při dlouhodobém užívání může usazovat v oční sítnici.

Rozhodující význam pro prognózu a délku života pacientů s touto chorobou je rozsah postižení životně důležitých orgánů. Postižení ledvin se objevuje téměř u poloviny nemocných se SLE jako Lupusová nefritida. Projevuje se proteinurií, hematurií, až po obraz renální insuficience. Postižení plic je časté. Nejčastěji se jedná o pleuritidy u malé části pacientů pak o plicní hypertenzi, která vede pozvolna k rozvíjející se dušnosti. Postižení srdce patří mezi časté příznaky onemocnění. Jedná se o záněty osrdečníku (perikarditidy), srdečního svalu (myokarditidy) a nejzávažnější zánět vnitřní výstelky srdce (endokarditidy), méně časté je postižení koronárních tepen typu vaskulitidy. Projevy postižení na mozku bývají velmi nespecifické a různorodé. Pacient může mít narušené chování, zhoršené učení a paměť, bolesti hlavy, epileptické záchvaty. (Cush, 2005)

Léčba

Základem terapie je léčba glukokortikoidy a imunosupresivy. Glukokortikoidy se podávají podle aktivity onemocnění. U vysoce aktivní formy se podávají ve velmi vysokých dávkách intravenózní cestou. Imunosupresiva se podávají při postižení životně důležitých orgánů. Mezi nefarmakologické postupy patří relaxační techniky, využívání kompenzačních a ortopedických pomůcek, lokální užití chladu či tepla. (Pavelka, 2002)

3.1.3 Spondylartritidy

Ankylozující spondylartritida je známá pod pojmem Bechtěrevova choroba. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje zejména klouby páteře, křížové klouby, klouby na dolních a horních končetinách (kyčle, ramena).

Etiopatogeneze

Choroba postihuje převážně mladé muže mezi 20. a 30. rokem věku. Příčina onemocnění není známa. Při rozvoji AS se uplatňují dědičný vlivy (HLA antigeny) a vlivy zevního prostředí, jako například infekce, která může být spouštěčem vzniku AS.

Příznaky

Dominantním příznakem je bolest, která je horší ráno a během dne se mírní. Dostavuje se v klidu, převážně v pozdních hodinách a ustupuje po rozcvičení. Onemocnění

mohou předcházet bolesti pat (entezitidy), záněty očí (iridocyklitida). Později dominují bolesti v kříži a v páteři, omezená hybnost až úplné ztuhnutí v zádech. Viz obrázek č. 3. Tuhnutí může postihnout nejprve jen některý segment na páteři. Postupem času se šíří na další části páteře. Akutní vzplanutí nemoci se projevuje zvýšenou tělesnou teplotu, bolesti, celkovou zchváceností a zvýšenými ukazateli zánětlivého procesu.

Vyšetření

Zásadní význam pro diagnostiku AS je RTG SI kloubů. V časných stádiích onemocnění může být snímek nespecifický. Charakteristické změny na RTG se vyvíjejí později. Rozlišujeme celkem 5 stádií.

Léčba

Základem léčby AS je pohybová léčba. Pravidelné cvičení je jediný způsob jak udržet hybnost v postižených úsecích páteře a zpomalit progresi onemocnění. Mezi další nefarmakologické postupy patří úprava lůžka, změna pohybové aktivity. Sestra hraje klíčovou roli v podpoře pacienta a motivace k pravidelnému pohybu. Z farmakoterapie se využívají NSA, sulfasalazin, glukokortikoidy, u aktivních forem je možné podat biologickou léčbu. (Olejárová, 2011)

3.1.4 Psoriatická artritida (PsA)

Psoriatická artritida (PsA) je seronegativní artritida spojená s postižením kůže (psoriáza). Viz. obrázek č. 4. Je to zánětlivé chronické onemocnění. K rozvoji onemocnění dochází často mezi 30. a 40. rokem věku a postiženy mohou být obě pohlaví se stejnou frekvencí.

Etiopatogeneze

Jedná se o onemocnění imunitního systému, který je namířen proti buňkám vlastního těla a vytváří zánět jak na kůži, tak na kloubech a ve vazivové oblasti svalu. Spouštěcími faktory jsou infekce, trauma, stres, některé léky, prostředí a genetické vlivy

Příznaky

U většiny pacientů se kožní postižení projeví jako první projev. Artritida se objevuje později. Charakteristická je zvýšená citlivost provázená otoky a bolestivostí v oblasti postiženého kloubu. Rozlišujeme celkem 5 forem PsA, které se od sebe liší lokalizací postižených kloubů.

Vyšetření

Charakteristický je RTG snímek, kde jsou patrné na postižených kloubech destruktivní změny, eroze. Kožní vyšetření potvrdí přítomnost psoriázy.

Léčba

PsA nelze zcela vyléčit, ale při včasné diagnóze a agresivní léčbě je možné toto onemocnění udržet pod kontrolou. Základem léčby jsou nesteroidní antirevmatika (NSA), u těžších forem pak léčba DMARDs, vhodná je intraartikulární terapie glukokortikoidy a biologická léčba. Do nefarmakologických postupů patří RHC, pravidelná pohybová aktivita, péče o pokožku, teplo či chlad ve formě obkladů a využití některých alternativních metod. Například bylinkové mastě a čaje. (Hořčíčka, 1999)

3.1.5 Degenerativní kloubní onemocnění

Osteoartróza (OA) je onemocnění, kde v popředí stojí degenerativní změny kloubních struktur, rozvláknění kloubní chrupavky, jejímu ztenčení a následné eroze, které jsou patrné na RTG nálezů. OA je velmi časté onemocnění, které přichází s věkem. Není to jen nemoc stáří, degenerativní kloubní změny jsou již u čtyřicetiletých pacientů. K příznakům patří bolest po námaze, startovací bolesti, krátkodobá ztuhlost kloubů, omezený rozsah pohybu. V pokročilejších stádiích nemocní obtížně chodí a jsou odkázáni na kompenzační pomůcky (například hůl, chodítko). (Pavelka, 2002)

3.1.6 Metabolická kostně – kloubní onemocnění

Osteoporóza je systémové metabolické onemocnění skeletu. Patří k častým civilizačním chorobám.

Etiopatogeneze

Dochází k poruše rovnováhy mezi novotvorbou a odbouráváním kosti. Množství kostní hmoty narůstá přibližně do 30 let věku a od 35 let věku dochází k úbytku. Příčinnou může být věk, menopauza, nedostatek pohybu, malnutrice, některé léky. Rozlišujeme **postmenopauzální osteoporózu**, která vzniká v důsledku úbytku estrogenů. Ty mají na kostní tkáň ochranný vliv. Dále rozlišujeme **senilní osteoporózu**, kde dochází k celkovému útlumu novotvorby kostní tkáně, **idiopatickou osteoporózu**, bez známé příčiny úbytku kostní tkáně. **Sekundární osteoporóza** je způsobena jinými chorobami. V revmatologii se nejčastěji setkáváme se sekundární osteoporózou při systémových zánětlivých chorobách, jako je například revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida. Také podáváním glukokortikoidů může dojít ke vzniku onemocnění.

Příznaky

Osteoporóza je velmi dlouhou dobu bez příznaků. Mezi první obtíže patří časté bolesti zad, snadné zlomeniny kostí, snížení pohyblivosti a samostatnosti.

Léčba

Základem je dostatečný přívod kalcia v množství 1 – 2 g denně a vitamínu D ve formě kapek (Vigantol). Dále se používají léky s antiresorbčním účinkem, které snižují resorpci a zvyšují novotvorbu kosti. Důležité je dodržování pravidelného pohybu. Plavání, jízda na kole, jóga, zlepšují svalovou sílu a udržují rozsah pohybů. (Lépori, 2011)

3.1.7 Mimokloubní revmatismus

Mimokloubní revmatismus nazýváme revmatismus mekkých tkání. Je provázen bolestivými stavy pohybového soustavy mimo klouby a kosti. Dělíme na formu lokální a celkovou. **Lokální formou** bývají postiženy vazivové struktury v okolí šlachy, kloubu, úponu šlach (tendinopatie) a vazů (entezopatie). Příčina bývá v důsledku opakovaného přetěžování stejného místa. Častý výskyt je u sportovců a manuálně pracujících lidí. Jedna z nejčastějších obtíží je v oblasti ramenního kloubu (syndrom bolestivého ramene). Do **celkové formy** řadíme například fibromyalgii (SFM). Jedná se o chronické nezánnětlivé onemocnění. Vyskytuje se častěji u žen ve věku 30 – 50 roků. Příčiny vzniku této choroby

nejsou známé. Mezi příznaky patří bolestivost celého těla, ranní a večerní ztuhlostí, palpační citlivostí v typických bolestivých bodech. Tyto body se používají při diagnostice tohoto onemocnění. Dále pak bývá přítomen pocit vyčerpání, nespavosti, úzkosti, deprese, bolesti hlavy. (Hořčíčka, 1999)

3.1.8 Septické artritidy

Septické artritidy jsou zánětlivá onemocnění vyvolaná mikroorganismy (bakterie, viry, paraziti, plísně) v kloubním prostředí, prokazatelná kultivačním vyšetřením synoviální tekutiny, nebo tkáně. K infekci kloubu může dojít buď přímo při úrazu, nebo při nesprávně provedené punkci a artroskopii. Při akutním vzplanutí onemocnění bývá přítomna horečka, třesavka, celková slabost. Postižený kloub je horký, oteklý, pohybově omezený a extrémně bolestivý. Většinou je postižen jen jeden kloub. (Pavelka, 2002)

3.1.9 Jiná revmatologická onemocnění

Klasifikace revmatologických onemocnění je velmi rozsáhlá. Mezi další skupiny onemocnění se řadí primární nádory, paraneoplastické syndromy, dále při některých endokrinních onemocnění, sarkoidóze, hemofilii, amyloidóze a při některých krvácivých onemocnění. (Olejárová, 2008)

4 Léčba revmatologických onemocnění

V posledních 20 ti letech došlo v léčbě revmatologických onemocnění k velkému pokroku. Zvláště pak v oblasti výzkumu, kde došlo k zavedení nových metod, jako je genetické inženýrství, molekulární biologie a další. Možnosti léčby zánětlivých revmatických onemocnění se rozšířili. Léčba revmatických onemocnění se posunula od terapie symptomatické k terapii etiopatogenetické, která dokáže snížit aktivitu onemocnění a zbrzdí rentgenovou progresi. Nejnovější léky nové generace výrazně potlačují patologický proces imunitního systému, který vede k chronickému zánětu a následně ke kloubním deformitám. Jedná se o takzvané biologické léky, které se používají k léčbě RA, AS, PsA. (Olejárová, 2011)

Komplexní léčba o revmatické pacienty zahrnuje kromě farmakologických prostředků, o kterých se zmíním v další kapitole, prostředky nefarmakologické. Bolesti, otoky, omezenou hybností, ztuhlost kloubů a jiné obtíže, můžeme řešit například aplikací tepla, nebo chladu, jemnými masážemi, fyzikální léčbou. Příkladem je vodoléčba, magnetoterapie, laser, elektroléčba. Dalším vhodným doplňkem komplexní léčby je lázeňská léčba. Indikace těchto terapií je závislá na druhu onemocnění, na jeho aktivitě a na stádiu onemocnění. Při vysoké aktivitě onemocnění se nedoporučuje využívat tyto procedury. Vhodná je léčba režimová, psychologická, rehabilitační. (Pavelka, 2002)

4.1 Léky využívané v revmatologii

Většina revmatologů se domnívá, že včasná diagnóza, léčba a fyzioterapie je velice důležitá, protože dlouhodobě působícím zánětem se poškození zvětšuje. V dnešní době se k léčbě revmatologických onemocnění používají tři základní skupiny léků.

Nesteroidní antirevmatika (NSA)

NSA se v medicíně využívají již více než 100 let pro svůj analgetický, antipyretický a některá pro antiagregační účinek. U revmatických onemocnění jsou využívána k potlačení bolesti, zánětu a snížené době ztuhlosti kloubů. Jejich působení trvá jen po dobu jejich užívání. Nezpomalují rentgenový proces, nedojde k remisi onemocnění. Do této skupiny patří například ibuprofen, indometacin, meloxicam, nimesulid, etorikoxib a jiné (Olejárová, 2008).

Glukokortikoidy

Glukokortikoidy jsou využívány již přes 50 let nejenom v revmatologii. Mají nezastupitelné místo v terapii akutních zánětlivých stavů. V revmatologii se využívají k léčbě celkové (perorální, intravenózní) a lokální (periartrikulární, intraartikulární). Jejich účinek je nezastupitelný u RA, vaskulitid a SLE, PsA. Dlouhodobá léčba však vede k velmi častým nežádoucím účinkům jako je osteoporóza, hypertenze, obezita, hyperglykémie, psychické změny, gastropatie. Po dosažení remise onemocnění, nebo výraznému klinickému zlepšení zdravotního stavu, se dávky postupně snižují. K terapii

se používají nejčastěji prednison, methylprednison, hydrokortizon, dexametason. (Olejárová, 2008)

Chorobu modifikující léky (DMARDs)

DMARDs jsou základním lékem revmatických a jiných chorob. Pro tyto léky je charakteristický pomalý nástup účinku (týdny až měsíce). Mají dlouhodobý, protizánětlivý efekt. Jsou schopny snížit aktivitu onemocnění, zmírnit průběh a zpomalit vývoj kostních erozí na rentgenových snímcích. Klasifikace rozděluje DMARDs na antimalarika. Příkladem, je sulfasalazin, penicilinamin, soli zlata. Při neúčinnosti těchto léků na aktivitu onemocnění, se využívají léky agresivnější, účinnější. Příkladem je methotrexát, leflunomid, cyklofosfamid, azathioprin. Léčba bývá dlouhodobá. Při remisi a snížené aktivitě onemocnění se podává dávka udržovací. V neposlední řadě patří do této skupiny léky nové generace, takzvané biologické léky, kterým se věnují v další kapitole. (Olejárová, 2012)

4.2 Biologická léčba

Jak již bylo řečeno, základem léčby RA a jiných onemocnění je podávání chorobu modifikujících léků, jako je MTX a jiné. Mnohdy u části pacientů tato léčba nestačí a choroba je stále aktivní, nereaguje na podávané léky a tím je pacient ohrožen rozvojem erozí a zhoršenou fyzickou funkcí.

Převrat v léčbě RA a jiných revmatologických onemocnění, nastal objevením moderní léčebné strategie, která se dostala k pacientům asi před deseti lety. Jedná se o biologickou léčbu, která je využívána k terapii chronických zánětlivých onemocnění. Biologickými léky se nazývají proto, že bílkoviny tohoto preparátu zasahují přímo do imunitních reakcí těla a ovlivňují patologické procesy imunitních buněk. Díky genetickému inženýrství dokážou cíleně zasáhnout buněčnou strukturu, která se podílí na rozvoji autoimunitních onemocnění.

Biologická léčba dokáže velmi významně snížit aktivitu onemocnění. Při terapii dochází k poklesu všech parametrů, jako jsou počty bolestivých a oteklých kloubů a k normalizaci hladiny C – reaktivního proteinu (CRP). Dochází ke zlepšení kvality života

nemocných, zvyšuje pohybové schopnosti a navrácí pacienty zpět do pracovního, společenského a osobního života.

V současné době máme osm preparátů schválených k podávání biologické léčby. Jsou indikovány podle druhu onemocnění, aktivity dané choroby, trvání choroby a podle dalších jiných kritérií. V současné době se používají typy protilátky proti takzvanému Inhibitoru tumor nekrotizujícího faktoru alfa (anti TNF-), který hraje významnou roli při rozvoji zánětlivých revmatologických chorob. Do této skupiny patří například: Humira (adalimumab), Simpony (golimumab), Enbrel (etanercept), Cimzia (certolizumab), Remicade (infliximab). Do jiné skupiny patří protilátky proti antigenu CD20 B-buněk využívané v léčbě RA a jiných onemocnění. RoAcremra (tocilizumab), Oencia (abatacept), MabThera (rituximab). Biologická léčba se využívá nejenom v revmatologii, ale také v onkologii, gastroenterologii a jiných oborech ve zdravotnictví. Jedná se však o léčbu velmi nákladnou, která musí být účelně indikována a pacient musí splňovat kritéria k zařazení do této léčby. Zařazení pacienta s revmatologickým onemocněním a monitorace aplikace biologických léků je přesně definované v kritériích české revmatologické společnosti, která je garantem projektu ATTRA. V tomto projektu se hodnotí průběh a výsledky biologické léčby. Při schválení léčby revizním lékařem, je tato léčba plně hrazena zdravotní pojišťovnou (Olejárová, 2010).

Humira - Adalimumab

Humira je přípravek určený k léčbě RA, AS, PsA. Dávkování je různé. Aplikaci si provádí pacient sám po zaškolení sestrou. Lék se aplikuje s. c. ve formě předplněné stříkačky, nebo formou pera. Interval aplikace je zpravidla jednou za dva týdny. Při dlouhodobé remisi je možné intervaly aplikací prodloužit. Tato látka snižuje aktivitu a zpomaluje průběh onemocnění.

Simponi – Golimumab

Přípravek Simponi je určen k léčbě RA, AS, PsA. Je indikovaná pacientům, u kterých selhala předchozí léčba některým z inhibitorů TNF- a. Aplikace se provádí s. c. formou. Po zaškolení sestrou může aplikaci provádět pacient sám v domácích podmínkách.

Enbrel – Etanercept

Enbrel je také určen k léčbě RA, AS, PsA. Přípravek se aplikuje jednou týdně, s. c. formou. Stejně jako Humira a Simponi snižuje aktivitu a zpomaluje průběh těchto onemocnění.

Cimzia - Certolizumab

Cimzia je určena k léčbě středně až vysoce aktivní RA v kombinaci s MTX, ale lze použít i v monoterapii při netolerování MTX. Způsob aplikace je s. c. formou v intervalu jednou za dva týdny.

Remicade - Infliximab

Remicade patří mezi historicky první prostředek biologické léčby nejen v oboru revmatologie. Zahájil revoluci v léčbě chronických revmatologických onemocnění. Používá se jako lék první volby. Je určen k léčbě RA, AS, PsA, Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy a jiných. Dávkování je podle tělesné hmotnosti v infuzní terapii. Nejprve v týdnu 0, 2, 6 a dále pak po osmi týdnech. Podávání látky se provádí ambulantně ve specializovaných centrech. Při léčbě dochází k poklesu CRP, u psoriázy vede ke snížení rozsahu kožních zánětlivých změn.

RoActerma – Tocilizumab

Přípravek RoActemra je určen k léčbě RA, AS, PsA. Tato protilátka se používá u pacientů, kde došlo k selhání předchozí léčby, nebo nebyla pacientem tolerována. Podává se v infuzní terapii každé dva týdny.

Orencia - Abatacept

Abatacept je určen pro pacienty se středně těžkou RA, kde nedošlo k dostatečné odpovědi na předchozí léčbu chorobu modifikujícími léky. Významně zpomaluje RTG progresi na kloubech a zlepšuje celkovou kvalitu života nemocných s RA. Aplikace je

podávaná infuzní terapií v týdnech 0, 2, 4 a dále každé čtyři týdny. Používá se jako lék druhé volby.

MabThera

MabThera je využívána k léčbě těžké aktivní RA, kde došlo k selhání účinnosti choroby modifikujícími léky včetně některého z přípravků blokujících TNF alfa, nebo k jejich netolerantnosti. Podávají se dvě infuze s odstupem dvou týdnů. Tento cyklus je možné v případě potřeby opakovat nejdříve za 16 týdnů. Pro zvýšený účinek je doporučováno užívat v kombinaci s MTX. Používá se jako lék druhé volby. (Olejárová, 2012)

4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s revmatologickým onemocněním

Ošetrovatelská péče revmatologických pacientů je intenzivně zaměřena, na komplexní péči v oblasti biopsychosociálních potřeb. Sestra, stanoví problémy pacienta, následuje vytvoření ošetrovatelského plánu na základě objektivního pozorování a vyhodnocení subjektivních pocitů nemocného. Realizuje péči tak, aby byl problém odstraněn. Spolupráce sestry a pacienta je při tomto onemocnění především v oblasti bolesti, únavy a poruchy spánku, výživy, péči o kůži, sebeobsluhy. Někteří pacienti potřebují pomoc sestry i při zvládání rolí v rodině, ve společnosti, v zaměstnání, v intimním životě. Při ošetřování pacienta s revmatickým onemocněním jsou nejčastějšími problémy pacienta, se kterými se sestra setkává bolest, ranní ztuhlost kloubů, únava, deprese a ztráta mobility. Kromě holistické péče u pacienta je úkolem sestry edukační činnost. Edukace pacienta je soubor naplánovaných vzdělávacích metod, které jsou vytvořené za účelem zlepšení zdravotního stavu, zdravotních návyků a informovanosti pacientů o chorobě samotné. Je nezbytný aktivní přístup pacienta a rodiny. Cílem edukace je naučit pacienta s chorobou žít a eliminovat negativní důsledky choroby.

4.3.1 Bolest

Bolesti a otoky kloubů jsou pravidelné obtíže, které trápí pacienty s revmatologickým onemocněním. Výrazně ovlivňují výkon běžných denních aktivit, společenských aktivit a schopnost aktivního pohybu. Neléčená bolest zhoršuje psychický stav a pacienti často trpí depresemi. Bolest je subjektivní pocit, který se nedá objektivně

změřit, ale je možné vývoj a intenzitu změřit pomocí vizuální analogové škály (VAS), Melzackovy škály bolesti. Úloha sestry je vysvětlit pacientovi příčinu bolesti, naučit bolest popsat, lokalizovat. Naučit využít farmakologickou a nefarmakologickou cestu zvládnání bolesti. Za využití například aplikace tepla a chladu, relaxační techniky, masáže, odpočinku a další.(2)

4.3.2 Únava a poruchy spánku

Únava a poruchy spánku představují častý problém týkající se pacientů s revmatologickým onemocněním. Obdobně jako bolest ovlivňuje výkon běžných denních aktivit, společenských a pracovních činností. Jde rovněž o subjektivní pocit, který lze hodnotit pomocí vizuální blogové škály.

Sestra by měla naučit pacienta únavu odstranit, nebo ztláčit. Například zmírněním bolestí, zavedením pravidelného střídání aktivit a odpočinku, naplánováním si činností, využíváním relaxačních technik.

4.3.3 Výživa

Edukace v oblasti výživy má za úkol udržet optimální hmotnost pacienta. Dietní režim spočívá v omezení rostlinných tuků. Naopak by měl být dostatečný příjem bílkovin, vitamínů z řady B, C, D a vápníku. Důležitou roli hraje pitný režim s omezením především slazených a sycených nápojů.

4.3.4 Péče o kůži

Velmi důležitá je edukace v oblasti kůže. Revmatologicky nemocní mají v důsledku onemocnění nebo farmakologické léčby pokožku křehkou, se zvýšeným sklonem k poranění. To představuje častý výskyt infekcí. Důležitá je proto péče pravidelná, která zahrnuje prevenci pocení nebo prochladnutí, denní mytí, vhodnou obuv a oblečení, prevenci vzniku poranění. Důležité je, aby pacient hlásil jakékoliv kožní změny lékaři nebo sestře. Pravidelným prohlížením kůže pátráme po změnách barvy, kvality kůže, vzniku nových kožních změn, plísni. Cílem je snížení rizika vzniku infekce a minimalizace negativních dopadů kožních změn na psychiku pacienta.

4.3.5 Sebeobsluha

Revmatologicky nemocní pacienti jsou v důsledku nemoci a užívané léčby omezeni v běžném životě. Následkem poškození kloubů a dalších struktur jsou snižené fyzické funkce. U části pacientů to může mít dopad na celkovou soběstačnost. Je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a cílem edukace je naučit využívat kompenzační techniky.

4.3.6 Role v rodině a ve společnosti

V průběhu choroby se role v rodině a ve společnosti většinou mění. Závisí především na aktivitě onemocnění. Je důležité zapojit do edukace členy rodiny a přátele. Okruhy edukačních témat se volí podle aktuálních potřeb pacienta a jeho stavu. (Olejárová, 2011)

4.3.7 Zaměstnání a domácnost

V současné době má skoro každý obavy ze ztráty zaměstnání. Pravidelné kontroly v revmatologické ambulanci mohou být problémem pro zaměstnavatele. Důsledkem revmatologického onemocnění je mnohdy pacient pod tlakem zaměstnavatele nucen změnit zaměstnání. Edukace pacienta se zaměřuje spíše na úpravu pracovního prostředí, úpravu životosprávy, cvičení během dne, relaxační techniky a odpočinek. Dále pak v nácviku pracovních postupů, které nezatěžují klouby jednostranně.

4.3.8 Problematika související s intimním životem

Revmatologická onemocnění více či méně negativně ovlivňují i sexuální život. Důvody vzniku problémů mohou být různé. Po stránce fyzické jsou to například anatomické změny na těle. Deformity, úbytek svalové síly, omezená hybnost, hlavně kyčelních, koleních a ramených kloubů. Tyto problémy mohou vést k negativnímu vnímání vlastního těla. Velkou roli zde hraje také psychika nemocných. Většinou pacienti o sexuálních problémech nemluví ať už z důvodu studu, nebo své problémy s chorobou vůbec nespojují. (Olejárová, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Formulace problému

Předmětem mého výzkumu je zjistit, do jaké míry je ovlivněn život pacientů s revmatoidní artritidou v produktivním věku a jaké obtíže nemocné limitují.

5.1 Hlavní problém

Hlavním problémem je, ovlivnění osobního, pracovního a společenského života, vlivem revmatoidní artritidy.

5.2 Dílčí problémy

Ve své práci bych ráda poukázala na častou invaliditu a celkového ovlivnění osobního, pracovního a společenského života z důvodu onemocnění revmatoidní artritidy. Každý zdravotní stav člověka je vyjádřením biopsychosociální integrace.

6 Cíl a úkol průzkumu

Cílem mé práce je zjistit, jak je ovlivněn život pacientů s revmatoidní artritidou v produktivním věku a jaké subjektivně a objektivně vnímané obtíže je omezují v provádění běžných denních činnostech.

7 Metodika

Ke zpracování bakalářské práce jsem použila techniku kvantitativního výzkumu s pomocí dotazníku, viz. příloha č. 2. Cílem bylo získat informace o zdravotním stavu, o míře soběstačnosti, invalidity a o celkovém omezení pacienta s RA ve společenském, pracovním a osobním životě.

Dotazník byl zcela anonymní a byl sestaven z otázek uzavřených, kde byla možnost výběru z konkrétních odpovědí, z otázek polootevřených, s možností doplnění jiných údajů a z otevřených otázek, kde není na výběr žádná odpověď, ale možnost doplnění údajů pacientem.

8 Hypotézy

Hypotéza 1. : Předpokládám, že více než 1/3 respondentů trpících revmatoidní artritidou je ve věku 18 - 30 let.

Hypotéza 2. : Předpokládám, že více než 1/3 respondentů má invalidní důchod následkem revmatoidní artritidy.

Hypotéza 3. : Předpokládám, že více než 1/2 respondentů je omezena v provádění běžných denních aktivit.

Hypotéza 4. : Předpokládám, že více než 1/2 respondentů je omezena ve společenském a rodinném životě.

9 Vzorek respondentů

Výzkumný vzorek respondentů byl tvořen pacienty z revmatologické ambulance ve FN Bory. Požádala jsem celkem 100 pacientů s revmatoidní artritidou.

Dotazník vyplnili a odevzdali ihned na ambulanci. Návratnost činila 100%.

10 Prezentace a interpretace získaných údajů

Věk respondentů

Otázka č. 1 byla zaměřena na věk respondentů. Věk hraje u některých revmatických chorob významnou roli. Ve věku 18 - 30 let trpí RA 7% respondentů, mezi 31 - 40 lety 16% dotazovaných, ve věku 41 - 50 let 24% respondentů a mezi 51 lety a více trpí RA 53% dotazovaných respondentů. V tabulce č. 1 je uvedeno hodnocení.

Tabulka 1 Věk respondentů

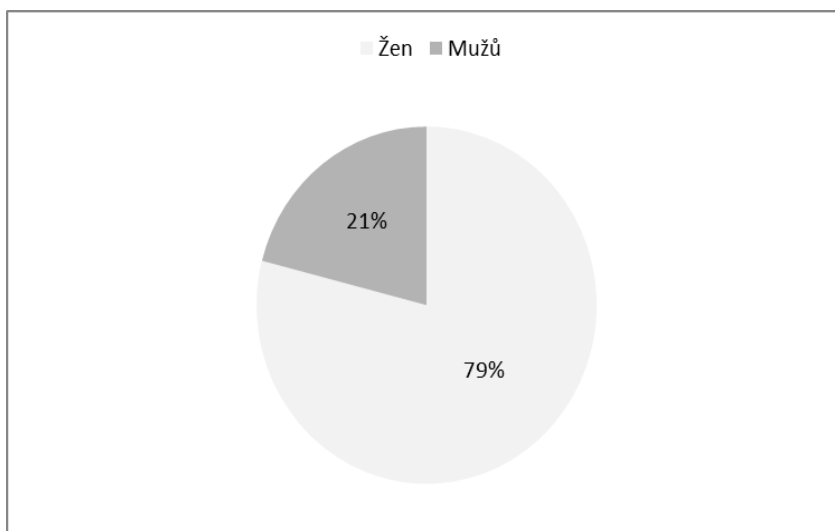
Věk	Respondentů	Hodnocení v %
18-30 let	7	7
31-40 let	16	16
41-50 let	24	24
51 let a více	53	53

Zdroj: vlastní

Pohlaví respondentů

Otázka č. 2 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Některá revmatologická onemocnění jsou typická pro pohlaví. 79% respondentů byly ženy a 21% respondentů byli muži. Výsledek je znázorněn v grafu č.1.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Pracovní zařazení respondentů

Otázkou č. 3 jsem se dotazoval na pracovní zařazení respondentů v posledním ½ roce. Zda jsou zaměstnanci, OSVČ, osoby pobírající plný invalidní důchod, osoby pobírající starobní důchod a osoby v pracovní neschopnosti. 36% respondentů uvedli, že pracují, 23% dotazovaných pobírá plný invalidní důchod, 22% respondentů jsou OSVČ a 1% dotazovaných je v pracovní neschopnosti. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka 2 Pracovní zařazení respondentů v posledním ½ roce

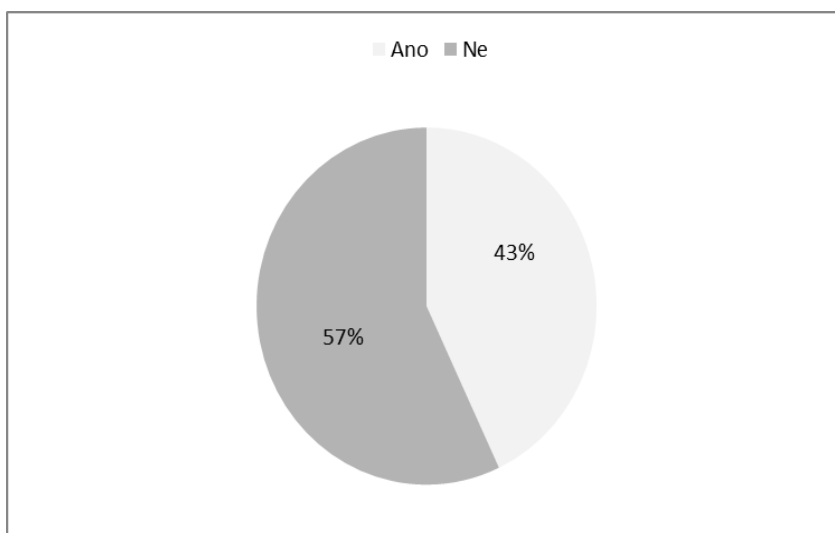
Pracovní zařazení	Respondentů	Hodnocení v %
Zaměstnanci	36	36
Osoby pobírající plný invalidní důchod	23	23
OSVČ	22	22
Osoby v pracovní neschopnosti	1	1
Osoby pobírající starobní důchod	18	18

Zdroj: vlastní

Invalidní důchod následkem revmatoidní artritidy (RA)

Zpracováním otázky č. 4 bylo zjištěno, zda respondenti pobírají invalidní důchod následkem RA. 43% respondentů uvedlo ANO, 57% respondentů uvedlo odpověď NE. Odpovědi respondentů byly zpracovány v grafu č. 2.

Graf 2 Osoby pobírající invalidní důchod



Zdroj: vlastní

Po jak dlouhé době Vám přiznali invalidní důchod (ID) v důsledku RA?

Otázka č. 5 vedla ke zjištění, po jak dlouhé době měli respondenti přiznaný invalidní důchodu následkem RA. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka 3 Doba přiznání ID v důsledku RA

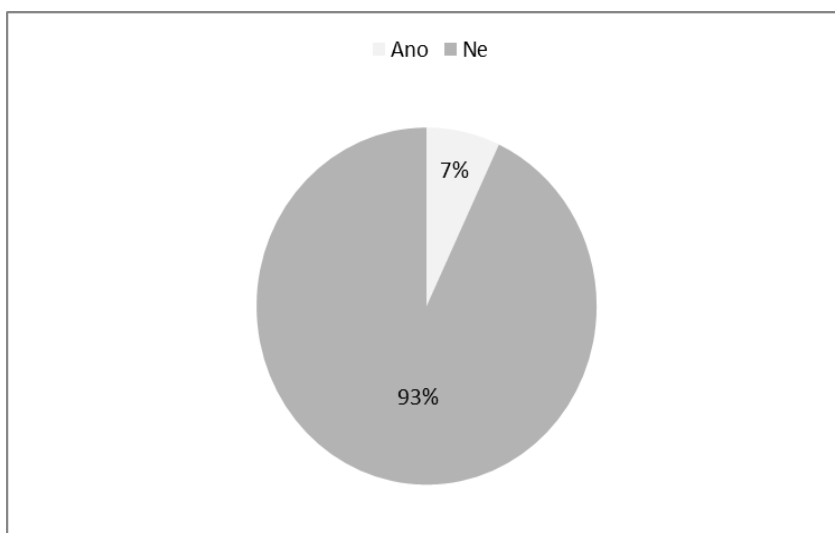
Doba přiznání ID	Respondentů	Respondentů v %
Od začátku léčby	4	4
Po ½ - 1 roce	8	8
Po 1 a ½ - 2 letech	8	8
Po 2 letech a více	23	23
Nemám ID	57	57

Zdroj: vlastní

Byl/a jste v posledním ½ roce kvůli revmatologickým potížím v pracovní neschopnosti (PN)?

V otázce č. 6 jsem se ptala respondentů, zda byli kvůli revmatologickým obtížím v pracovní neschopnosti. 7% respondentů uvedlo ANO, 93% respondentů uvedlo NE. Odpovědi byly zpracovány v grafu č. 3.

Graf 3 Pracovní neschopnost

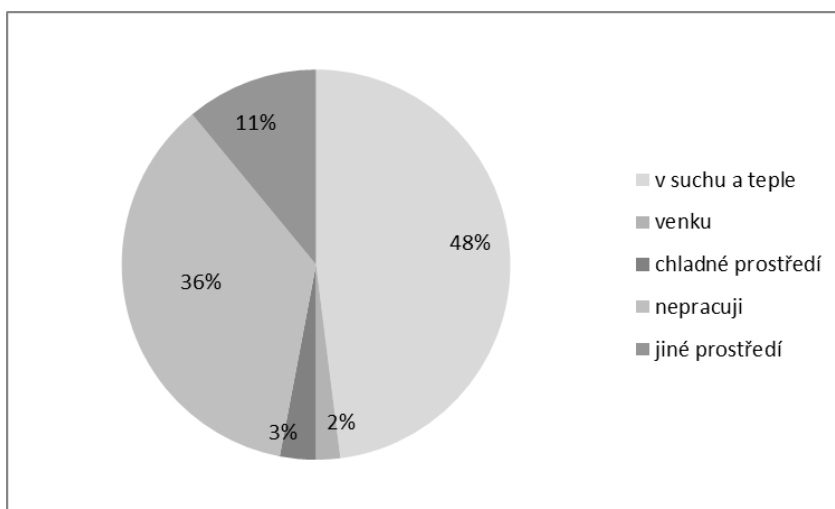


Zdroj: vlastní

V jakém prostředí pracujete?

V otázce č. 7 jsem se zajímala o prostředí, v jakém respondenti pracují. V suchu a v teple uvedlo 48% respondentů, venku, uvedli 2% respondentů, v chladném prostředí uvedli 3% respondentů, nepracuji, uvedlo 36% respondentů a jiné prostředí uvedlo 11% respondentů. Mezi jiná prostředí, které respondenti uvedli, patří střídavá práce v teplém a chladném prostředí a dále pak v prostředí vlhkém a chladném. Hodnocení výsledků je zpracováno v grafu č. 4.

Graf 4 Pracovní prostředí



Zdroj: vlastní

Jak dlouho trpíte revmatoidní artritidou (RA)?

V otázce č. 8 jsem se ptala na dobu trvání RA. Při pokročilé chorobě jsou změny na kloubech nevratné. 0 - 1 rok trvání revmatoidní artritidy trpí 5% respondentů, 1,5 - 3 roky trpí 13% dotazovaných, 3,5 - 5 let 10% dotázaných, 5 - 8 let 18% respondentů, 8,5 let a více trpí RA 54% dotazovaných respondentů. Odpovědi v Tabulce č. 4.

Tabulka 4 Délka trvání revmatoidní artritidy

Roky	Respondentů	Respondentů v %
0-1,5 roku	5	5
1,5-3 roky	13	13
3,5-5 let	10	10
5-8 let	18	18
8 let a více	54	54

Zdroj: vlastní

V jakém věku se projeví první potíže s klouby, svaly?

Otázka č. 9 byla otevřená a zajímalo mě, v kolika letech začali mít respondenti první potíže s klouby a svaly. Ze 100 odpovědí jsem vypočetla průměr, který uvádí, že prvotní potíže se začínají objevovat ve 36, 5 letech.

Doba od prvních příznaků k návštěvě revmatologa

Otázka č. 10 byla otevřená a pacienti uváděli, po jak dlouhé době od prvních příznaků navštívili respondenti revmatologa. Ze 100 dotazovaných respondentů jsem vypočetla průměr, který uvádí, že k lékaři se dostaví průměrně po 1, 3 roce od vnímání prvních příznaků k vyhledání revmatologa.

Vliv na normální společenský a rodinný život

V otázce č. 11 jsem se zajímala, do jaké míry bránily zdravotní potíže normálnímu společenskému a rodinnému životu respondentů. 2% dotazovaných respondentů uvedlo, že zdravotní potíže jim vůbec nebrání v normálním společenském a rodinném životě, 38% respondentů uvedlo, že jsou trochu omezeni ve společenském a rodinném životě, 41% dotazovaných uvedlo, že jim dost brání zdravotní potíže v životě a 19% dotázaných silně brání zdravotní potíže ve společenském a rodinném životě. Odpovědi jsem uvedla v Tabulce č. 5.

Tabulka 5 Vliv na normální společenský a rodinný život

Hodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Vůbec	2	2
Trochu	38	38
Dost	41	41
Silně	19	19

Zdroj: vlastní

Jak často Vám bránily zdravotní obtíže normálnímu společenskému a rodinnému životu?

Otázka č. 12 byla zaměřena na intenzitu zdravotních obtíží, které brání normálnímu společenskému a rodinnému životu respondentů. 9% respondentů uvedlo, že jim pořád brání zdravotní obtíže v normálním společenském a rodinném životě, 33% respondentů uvedlo, že jsou většinu času omezeni, 38% dotázaných uvedlo omezenost občas, 19% respondentů je omezeno někdy a 1% dotazovaných respondentů uvedlo, že jim nikdy nebránili zdravotní obtíže v normálním společenském a rodinném životě. Hodnocení je zobrazeno v tabulce č. 6.

Tabulka 6 Intenzita zdravotních obtíží, které brání normálnímu společenskému a rodinnému životu

Hodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Pořád	9	9
Většinu času	33	33
Občas	38	38
Někdy	19	19
Nikdy	1	1

Zdroj: vlastní

Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu

V otázce č. 13 jsem požádala respondenty, aby pomocí vizuální analogové škály (VAS) o hodnotě 0 – 100 mm znázornili, zda došlo ke zlepšení celkového zdravotního stavu, od doby kdy užívají léky na RA, kdy 0% je žádné zlepšení a 100% je nejlepší zdravotní stav. Ze sta hodnot jsem vypočetla průměr. U dotazovaných respondentů došlo ke zlepšení celkového zdravotního stavu od doby, kdy začali užívat léky na RA o 67, 41%. Z toho vyplývá, že se stav zlepšil o více než 50%.

Subjektivní hodnocení bolesti v posledním měsíci

V otázce č. 14 jsem požádala respondenty, aby subjektivně ohodnotily bolest, kterou pocítují v poslední měsíci pomocí vizuální analogové škály (VAS), kdy 0% je žádná bolest a 100% je bolest nesnesitelná. Ze sta hodnot jsem vypočetla průměr.

Po vyhodnocení, uvedlo 100 dotazovaných respondentů hodnotu VAS 35, 5%. Tato hodnota poukazuje, že bolest není nesnesitelná, ale již zasahuje a ovlivňuje život pacienta.

Trpíte poruchami spánku?

Otázka č. 15 je bod, ve kterém jsem požádala respondenty, aby uvedli, zda trpí poruchami spánku a jak často. 11% respondentů uvedlo ano, každý den, 16% respondentů uvedlo dost často, 49% respondentů uvedlo občas, a 24% respondentů uvedlo, netrpím poruchami spánku. Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 7.

Tabulka 7 Poruchy spánku

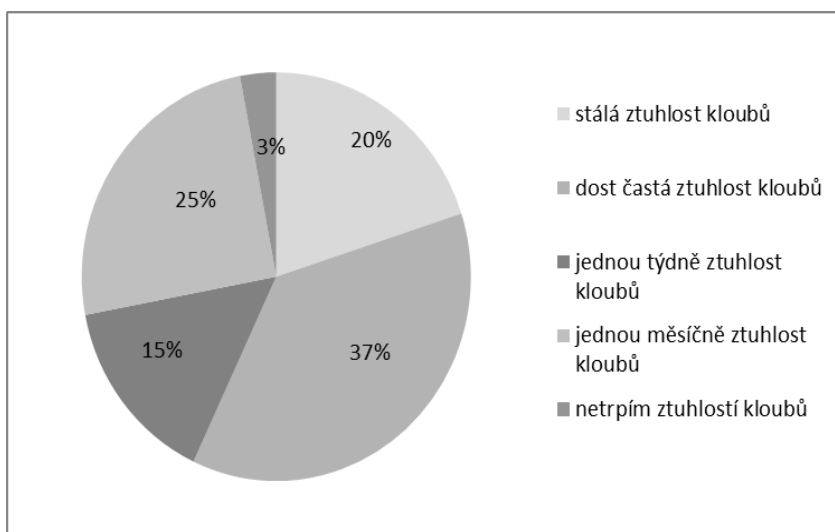
Zhodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Ano, každý den	11	11
Dost často	16	16
Občas	49	49
Netrpím	24	24

Zdroj: vlastní

Ranní ztuhlost kloubů

V otázce č. 16 uváděli respondenti, jak často trpí ranní ztuhlostí kloubů. 20% respondentů uvedlo stále, 37% respondentů uvedlo dost často, 15% respondentů uvedlo jednou týdně, 25% respondentů uvedlo jednou za měsíc, netrpím, uvedli 3% respondentů. Hodnocení znázorňuje graf č. 5.

Graf 5 Ranní ztuhlost kloubů



Zdroj: vlastní

Trpíte některými z těchto uvedených obtíží při běžné denní činnosti?

Otázka č.17 vedla ke zjištění, zda respondenti trpí depresemi, úzkostí, špatnou náladou a jinými obtížemi při provádění běžných denních činností. Depresí trpí 15%

respondentů, úzkostí trpí 21% respondentů, špatnou náladou trpí 42% respondentů a jinými obtížemi odpovědělo 30% dotázaných respondentů. Mezi jiné obtíže, uvedli dotazovaní respondenti bolesti kloubů, bolesti celého těla, nechut' do života, anebo netrpí obtížemi, které by je ovlivňovali v provádění běžných denních činnostech Odpovědi jsou vyhodnoceny v tabulce č. 8.

Tabulka 8 Obtíže, ovlivňující provádění běžných denních činností

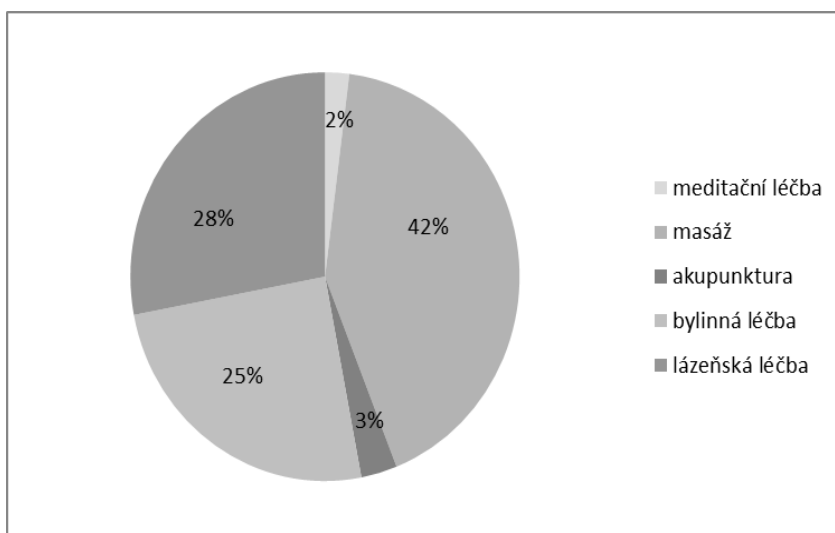
Obtíže	Respondentů	Respondentů v %
Deprese	15	15
Úzkost	21	21
Špatná nálada	42	42
Jiné	30	30

Zdroj: vlastní

Využití doplňkové léčby

V otázce č. 18 respondenti uvedli, zda využívají některé možnosti doplňkové léčby. 2% respondentů uvedlo využití meditační léčby, 42% respondentů uvedlo masáž, 3% respondentů uvedlo využití akupunktury, 25% respondentů uvedlo využití bylinné léčby, 28% respondentů uvedlo využití lázeňské léčby. Výsledky znázorňuje graf č. 6.

Graf 6 Doplňková léčba

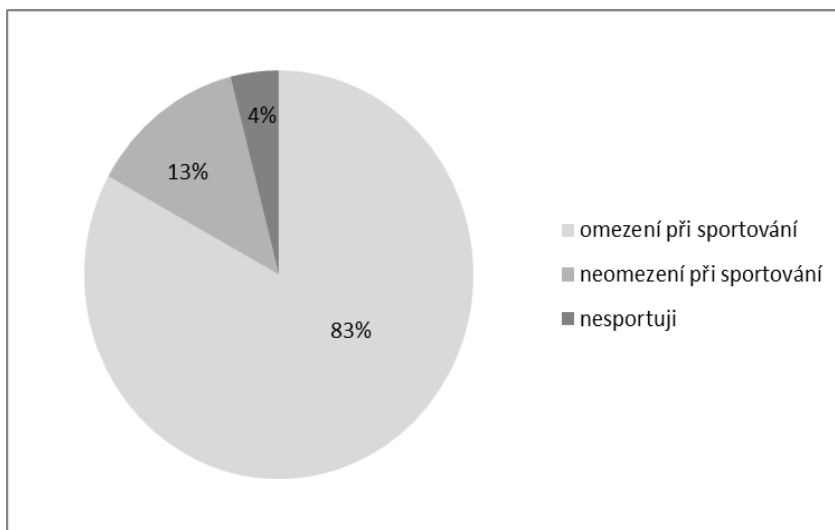


Zdroj: vlastní

Omezení ve sportovních aktivitách

Analýzou odpovědí otázky č. 19 jsem se dozvěděla, zda jsou respondenti omezeni v provádění sportovních aktivit. ANO odpovědělo 83% dotazovaných respondentů, NE odpovědělo 13% respondentů a 4% respondentů uvedli, že nesportují. Výsledek je zpracován v grafu č. 7.

Graf 7 Omezení při sportovních aktivitách

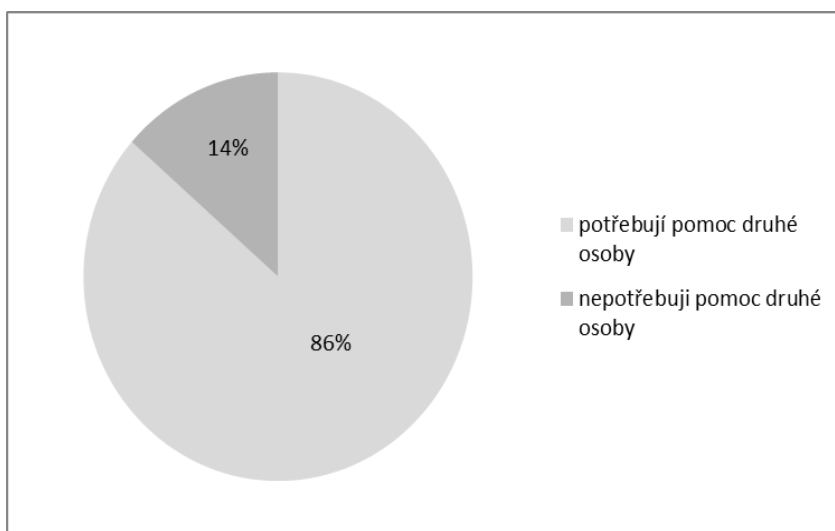


Zdroj: vlastní

Dopomoc při provádění běžných denních aktivit

Otázkou č. 20 jsem se dozvěděla, že 27% respondentů potřebuje pomoc od druhé osoby při běžných denních aktivitách a 73% respondentů pomoc nepotřebuje.

Graf 8 Pomoc druhé osoby

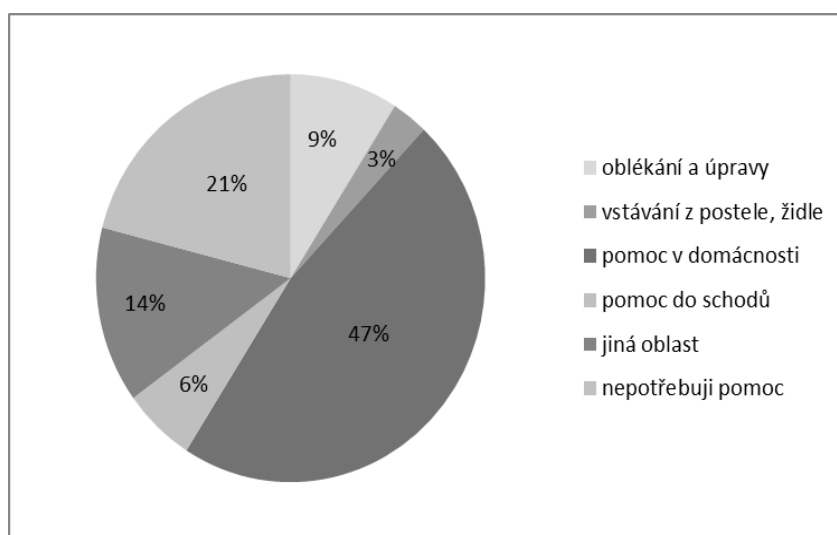


Zdroj: vlastní

Oblasti denních aktivit vyžadující pomoc druhé osoby

Otázkou č. 21 jsem zjistila, v jaké oblasti denních aktivit potřebují respondenti pomoc od druhé osoby. Pomoc v oblasti oblékání a úpravy potřebuje 9% respondentů, v oblasti vstávání z postele, ze židle potřebují pomoc 3% respondentů, v oblasti zvládnutí domácnosti (žehlení, praní, mytí nádobí, luxování, nákupy) potřebuje pomoc 47% dotazovaných respondentů, v oblasti chůze do schodů a ze schodů potřebuje 6% respondentů pomoc, v oblasti jiné uvedlo 14% respondentů nutnost dopomoci a 21% respondentů nepotřebují pomoc od druhé osoby při provádění denních aktivit. Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 9.

Graf 9 Pomoc při denních aktivitách



Zdroj: vlastní

Jste schopen/ a si umýt vlasy šampónem?

V otázce č. 22 jsem se ptala, jak jsou respondenti schopni/ neschopni umýt si vlasy šampónem. 77% dotazovaných respondentů uvedlo bez obtíží, 20% respondentů uvedlo s obtížemi, 1% respondentů uvedlo s velkými obtížemi a 2% respondenti uvedli, že nejsou schopni si umýt vlasy šampónem. Hodnocení je uvedeno v tabulce č. 9.

Tabulka 9 **Biologické potřeby v oblasti hygieny**

Hodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Bez obtíží	77	77
S obtížemi	20	20
S velkými obtížemi	1	1
Neschopna	2	2

Zdroj: vlastní

Jste schopen/a zvednout šálek s pitím?

Otázkou č. 23 jsem se ptala, jak jsou respondenti schopni zvednout šálek s pitím. Bez obtíží uvedlo 71% respondentů, s obtížemi uvedlo 27% dotazovaných respondentů, s velkými obtížemi uvedlo 1% respondentů a neschopen/ neschopna zvednou šálek s pitím, uvedlo 1% respondentů. Hodnocení je znázorněno v tabulce č. 10.

Tabulka 10 **Schopnost sebezpečí v oblasti příjmu tekutin**

Hodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Bez obtíží	71	71
S obtížemi	27	27
S velkými obtížemi	1	1
Neschopen/ a	1	1

Zdroj: vlastní

Jste schopen/a nakrájet si maso, nebo ukrojit chleba?

V otázce č. 24 jsem se dotazovala respondentů, jak jsou schopni si nakrájet maso, nebo ukrojit chleba. 59% respondentů uvedlo, bez obtíží, 33% respondentů uvedlo s obtížemi, 6% respondentů uvedlo, s velkými obtížemi a 2% respondentů uvedlo neschopnost si nakrájet maso, nebo ukrojit chleba. Hodnocení znázorňuji v tabulce č. 11.

Tabulka 11 **Schopnost sebezpečí v oblasti příjmu potravy**

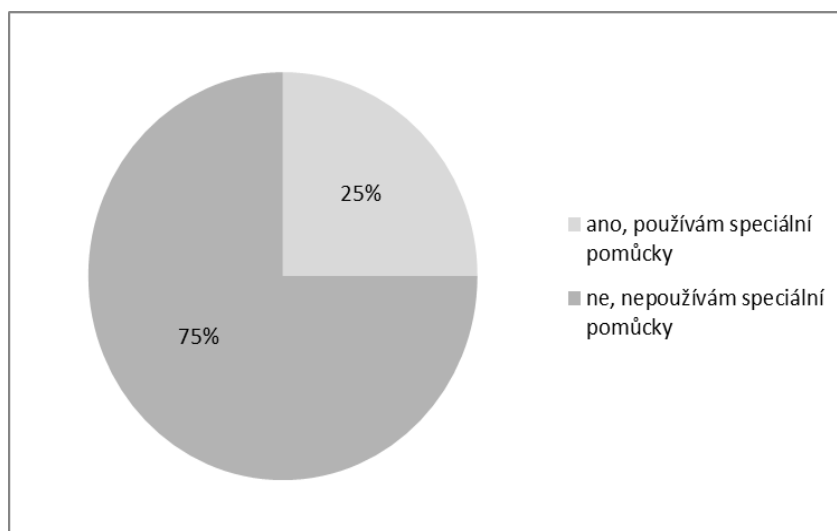
Hodnocení	Respondentů	Respondentů v %
Bez obtíží	59	59
S obtížemi	33	33
S velkými obtížemi	6	6
Neschopen/a	2	2

Zdroj: vlastní

Využití speciálních pomůcek k provádění běžných denních činností

V otázce č. 25 jsem se ptala, zda respondenti využívají některé speciální pomůcky k provádění běžných denních činností. 75% respondentů nevyužívají speciální pomůcky, 25% respondentů využívají pomůcky k běžným denním činnostem např. berle, madla ve sprše, nástavec na WC, elektrický kráječ na chleba a na maso.

Graf 10 Používání speciálních pomůcek



Zdroj: vlastní

Brání Vám v činnostech, které běžně denně děláte některé z těchto obtíží?

Analýzou výsledků z otázky dotazující se na úroveň sebeobslužnosti v oblasti denních aktivit vyplývá, že 20% respondentů uvádí únavu a poruchy spánku, 8% celkovou slabost, 46% bolesti kloubů, deprese 7%, bolest celého těla 13 % a 6 % respondentů uvádí jiné (např. nechut' do života a špatná nálada).

Tabulka 12 Obtíže, které brání v každodenních činnostech

Obtíže	Respondentů	Respondentů v %
Únava a poruchy spánku	20	20
Celková slabost	8	8
Bolest kloubů	46	46
Deprese	7	7
Bolest celého těla	13	13
Jiné	6	6

Zdroj: vlastní

11 Diskuse

V první hypotéze jsem předpokládala, že více než 1/3 respondentů, trpících revmatoidní artritidou, je ve věku 18 - 30 let. Mé hodnocení vyplývá z první otázky, která byla zaměřena na věk respondentů. Do věkové skupiny 18 – 30 let se zařadilo 7% dotazovaných respondentů. Do skupiny 31 – 40 let se zařadilo 16% respondentů. Do skupiny 41 – 50 let se zařadilo 24% respondentů a do skupiny 51 let a více se zařadilo 53% dotazovaných respondentů. **Hypotéza nebyla potvrzena.** Ve věku 18 – 30 let je „pouze“ 7% dotázaných respondentů. Produktivní věk je doba od 18 do 50 let. Z mého hodnocení je patrné, že mezi 18 a 50 lety je postiženo revmatoidní artritidou 47%.

Analýzou odpovědí otázky č. 9 bylo zjištěno, že u respondentů se vyskytl první potíže s klouby a svaly průměrně ve 36, 5 letech. Jak uvádí Nováková (2009) v článku: „Úloha sestry při ošetřování revmatologicky nemocných“ nejčastější věk při výskytu RA je okolo 38 let, což je ve shodě s mým zjištěním. V této době je člověk ve fázi produktivního věku a potíže, které respondenti mají v důsledku RA, ovlivňují každodenní činnosti, průběžnost, rodinný a společenský život.

Ve druhé hypotéze jsem předpokládala, že více než 1/3 respondentů má invalidní důchod následkem revmatoidní artritidy. K této hypotéze se vztahovala otázka č. 4, ve které jsem se dotazovala, zda mají respondenti invalidní důchod v důsledku revmatoidní artritidy. ANO odpovědělo 43% dotazovaných respondentů, NE odpovědělo 57% respondentů. **Hypotéza byla potvrzena.** Z důvodu nedostatečných dat v tomto ohledu není možno srovnání s odbornou literaturou. Právě proto, že je často tato skutečnost opomíjena, jsem tímto směrem zvolila jednu z hypotéz své bakalářské práce.

Pro hlubší objasnění tohoto problému jsem zařadila otázku č. 3, která upřesňovala pracovní zařazení respondentů v posledním 1/2 roce. 36% respondentů jsou zaměstnanci, 23% dotázaných pobírají plný invalidní důchod, 22% pracují jako OSVČ, 1% má pracovní neschopnost a 18% dotazovaných respondentů má starobní důchod.

Z výsledků odpovědí na otázku č. 5 je zřejmé, po jak dlouhé době trvání RA, byl respondentům přiznán invalidní důchod v důsledku obtíží spojenými s RA. 4% dotazovaných mají přiznaný invalidní důchod od začátku léčby onemocnění, po 1/2 - 1 roce uvedlo 8% dotazovaných respondentů, po 1 a 1/2 roce - 2 letech má invalidní důchod

8% dotázaných a po 2 letech a více má invalidní důchod v důsledku RA přiznaných 23% dotazovaných respondentů.

Otázkou č. 6 jsem se dotazovala, zda byli respondenti v posledním 1/2 roce z důvodu revmatologických obtíží v pracovní neschopnosti. 93% respondentů uvedlo, že NE nebyli v pracovní neschopnosti důsledkem obtíží, 7% dotazovaných uvedlo ANO, kvůli revmatologickým obtížím jsem byl/a v pracovní neschopnosti. Tuto otázku jsem volila i s ohledem k mým dlouholetým zkušenostem v revmatologické ambulanci, kde se setkávám s pacienty, kteří jsou v dočasné pracovní neschopnosti různě dlouhou dobu.

Pracovní prostředí, práce vykonávaná v chladu, vlhku, výrazných vibracích a jinak zátěžovém prostředí výrazně ovlivňuje fyzický a zdravotní stav pacientů s RA, proto jsem do výzkumu zařadila otázku, kde jsem chtěla zjistit, v jakém prostředí respondenti pracují. Nejvhodnějším prostředím pro práci pacientů s RA je práce v teple. Teplo má příznivý vliv na obtíže, kterými revmatologický pacient trpí. Naopak práce v zimě, nebo v chladném prostředí má nepříznivý vliv na průběh obtíží. V suchu a teple pracuje 48% dotázaných, venku pracuje 2% respondentů, v chladném prostředí pracují 3% dotazovaných respondentů, nepracuje 36% respondentů, a pracuje v jiném prostředí, uvedlo 11% dotazovaných respondentů. Jako jiné prostředí, ve kterém respondenti pracují, uvedli střídavou práci v teple a v zimě, dále pak ve vlhkém a chladném prostředí.

U třetí hypotézy jsem předpokládala, že více než 1/2 respondentů je omezena v provádění běžných denních aktivit. Vzhledem k tomu, že 27% potřebuje pomoc od druhé osoby při provádění běžných denních aktivit a 73%, pomoc nepotřebuje, **hypotéza nebyla potvrzena.**

S touto hypotézou dále úzce souvisí otázka č. 21, která se dotýká sebepečce a sebeobsluhy v oblasti denních aktivit. Dotazovala jsem se na běžně prováděné úkony, ve kterých dotazovaní respondenti potřebují pomoc od druhé osoby. V oblasti oblékání a úpravy zevnějšku potřebuje pomoc 9% dotázaných respondentů, při vstávání z postele, nebo ze židle potřebuje pomoc od druhé osoby 3% respondentů, zvládání domácnosti, jako je například žehlení prádla, mytí nádobí, luxování, nákupy potřebují pomoc 47% dotazovaných respondentů, při chůzi do schodů a ze schodů potřebuje pomoc 6% respondentů, mezi jiné oblasti denních aktivit, se kterými potřebuje 14% respondentů pomoc od druhé osoby, patří vaření, práce na zahradě a péče o děti.

Analýzou výsledků odpovědí na otázku č 22. jsem zjistila, že 77% respondentů si zvládá umýt vlasy šampónem bez obtíží, 20% dotazovaných jsou schopni s obtížemi, 1% s velkými obtížemi a neschopen/a si umýt vlasy šampónem odpovědělo 2% dotazovaných respondentů.

Dostatečný příjem tekutin je jednou z významných složek zdravého životního stylu jedince, zejména pak je na něj kladen velký význam u chronicky nemocných pacientů. Zjišťovala jsem, zda jsou respondenti s RA schopni sami zvednout šálek s pitím. Bez obtíží uvedlo je schopno sebezpečí v oblasti příjmu tekutin 71% respondentů, s obtížemi 27% dotázaných, s velkými obtížemi uvedlo 1% respondentů a neschopen/a zvednout šálek s pitím uvedlo 1% dotazovaných respondentů.

Z odpovědí na otázku č. 24 vyplívá, s jakými obtížemi jsou si respondenti schopni nakrát maso, nebo ukrojit chleba. Bez obtíží si nakrát maso, nebo chleba zvládá 59% dotazovaných, s obtížemi 33% respondentů, s velkými obtížemi 6% respondentů a neschopen/a si nakrát maso, nebo ukrojit chleba uvedli 2% dotazovaných. Jak uvádí Olejárová (2011) u pacientů s RA jsou výrazně omezeny fyzické funkce, což může mít dopad na soběstačnost nemocného. Dle mých zkušeností je nejobtížnější pro pacienty s RA manipulace s drobným nářadím, příborem, což je v souladu s výsledky výzkumu.

S nejčastějším postižením kloubů a zejména drobných ručních kloubů patří často využívání speciálních pomůcek k běžným denním činnostem. Nejvíce využívané pomůcky jsou otvíráky na plastové lahve, které využívá 12% respondentů, madla ve sprše a na záchodě používá 8% dotázaných. Berle, nebo hole využívá 5% respondentů, lžice na boty potřebuje 5% respondentů a kráječ na chleba 2% respondentů. Někteří dotazovaní respondenti využívají jednu speciální pomůcku potřebnou k vykonávání běžných denních činností. Jsou však bohužel i závažněji postižení respondenti, kteří využívají více pomůcek k provádění běžných denních činností.

Revmatoidní artritida je závažné, chronické, bolestivé a omezující onemocnění, proto brání respondentům v pravidelných činnostech, které nejsou běžně schopni sami vykonávat. Zkoumala jsem obtíže, které nejčastěji brání v provádění denních aktivit pacienta. Únava a poruchy spánku brání 39% respondentům v činnostech, které běžně vykonávají, celkovou slabostí trpí 15% respondentů, bolesti kloubů omezují 66% respondentů v činnostech, které běžně vykonávají, 7% dotázaných uvedlo deprese, 15%

respondentů trpí bolestmi celého těla. Mezi jiné obtíže, které omezují 6% respondentů, patří chůze, nechut' do života a špatná nálada.

U čtvrté hypotézy jsem předpokládala, že více než ½ respondentů je omezena ve společenském a rodinném životě. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 11, kde respondenti uváděli, do jaké míry jim bránili zdravotní obtíže ve společenském a rodinném životě. Nejvíce respondentů odpovídalo, že obtíže jim bránily dost 41%, silně 19%, trochu 38% a vůbec nejsou omezeni 2% respondentů.

K této hypotéze se vztahuje i otázka č. 12, ve které jsem se dotazovala, jak často bránili zdravotní obtíže společenskému a rodinnému životu. Zaměřila jsem se zejména na četnost obtíží, protože se domnívám, že u tak dlouhodobého, chronického onemocnění je časový údaj četnosti výskytu důležitým kritériem. Pořád uvedlo 9% respondentů, většinu času uvedlo 33% dotazovaných respondentů, občas odpovědělo 38% respondentů, někdy 19% dotazovaných a 1% dotazovaných respondentů uvedlo, že nikdy jim zdravotní obtíže nebránili ve společenském a rodinném životě. Z vlastní zkušenosti vím, že výrazně zhoršený zdravotní stav pacienta může ovlivnit nejen rodinný život, ale také například odložit návštěvu lékaře. **Hypotéza byla potvrzena.**

Neměla jsem bohužel možnost srovnat svou práci s jinou bakalářskou prací. Nicméně se mi potvrdilo, že RA velmi ovlivňuje život pacientů s revmatoidní artritidou a obtíže, které mají, se promítají do pracovního i osobního života. Tato bakalářská práce by mohla být využita pro výuku studentů zdravotnických studií, jako zdroj informací pro zdravotníky, nelékařské pracovníky a pro laickou veřejnost.

Protože v oboru pracuji 5 let, měla jsem možnost sledování pacientů a vývoje jejich stavu. Díky dotazníkovému šetření a úzkému kontaktu s pacienty jsem získala bližší informace o jejich „soukromém životě“ a potížích související s jejich léčbou. Komunikací s nimi jsem měla možnost zjistit, že se na jejich stavu výrazně podílí také způsob stravování, související s životním stylem.

ZÁVĚR

Velké množství lidí si myslí, že revmatické onemocnění postihuje především pacienty starší věkové kategorie. Ovšem opak je pravdou. Pacienti s těmito chorobami jsou mladší a mladší. Z mého výzkumu vyplývá, že v produktivním věku s RA bylo 47 % pacientů. Pohlaví je hlavním rizikovým faktorem. V populaci je postiženo více žen než mužů. V našem dotazníkovém průzkumu bylo 75% žen. Vycházím ze své praktické zkušenosti na našem oddělení. Během mé pětileté praxe jsem vyzorovala, že RA jsou postiženy převážně ženy ve věku 20 - 50 let. U mužů ve věku 20 - 50 let se nejčastěji vyskytuje zánětlivé postižení páteře (Ankylozující spondylartritis).

Revmatoidní artritida je sice nevléčitelná, ale to neznamená, že pacient musí toto onemocnění vnímat jako životní úděl. Velmi důležitý je přístup celého ošetřovatelského týmu, aktivní přístup pacienta, ale i celé rodiny.

Z mého osobního pohledu, bych preferovala doporučení možností, které vedou ke zkvalitnění života. Z oblasti výživy, bych doporučila lehčí stravu zaměřenou na nenasycené mastné kyseliny. Jídlo by mělo být v menších dávkách a to pravidelně každé tři hodiny, aby organismus nebyl přetížen. Dodržovat pitný režim v kombinaci s bylinnými čaji na očistu jater, krve, ledvin.

Další možností je naučit se správně dýchat. Pravidelné procházky v přírodě jsou nutností stejně jako relaxace a regenerační cvičení - Tai - ti, jóga. Ošetřující lékař a sestra by měli umět doporučit středisko, nebo zařízení, popřípadě vhodnou osobu, kam by mohl pacient docházet v rámci svého seberozvíjení, či regeneraci. Je vhodné pracovat vlastním tempem, vše dopředu dobře plánovat a obstarat si pomocníky z řad přátel a rodiny nebo také pomůcky do domácnosti. Revmatoidní artritida ovlivňuje i rodinný život a péči o děti. Nemohou se dostatečně věnovat svým blízkým, protože jsou unavení, mohou být podráždění, jsou limitováni bolestí a mohou být nepřijemní na své okolí.

K nesnázím, které doprovází RA, patří přílišný stres a tlak společnosti, zvládnání zaměstnání, domácích prací, řízení dopravních prostředků a rodinný život i osobní vztahy vůbec.

Bakalářská práce mi umožnila detailní pohled na pacienty s RA, velký význam má empatie zdravotní sestry vůči pacientovi a komunikace mezi nimi. S holistickým přístupem k pacientovi je možné docílit změny životního stylu postižených a tím i zlepšení jejich fyzického a psychického stavu.

Toto chronické bolestivé onemocnění ovlivňuje nejen úroveň sebezpečí, schopnost vykonávat základní denní činnosti, ale zejména pacienty v produktivním věku výrazně determinuje v oblasti seberealizace, profesního růstu a uplatnění na trhu práce.

V léčbě pacientů nejenom s RA, ale i AS, PSA se mi zdá být možnost zařazení pacientů do registru finančně náročnější, možná u některých i účinnější biologické léčby. Na tuto skutečnost, ale mají odlišný názor zdravotní pojišťovny.

Myslím, že moje práce bude významným zdrojem informací pro studenty zdravotnických oborů, ale i pro studenty lékařských fakult, neboť touto prací potvrzují, že revmatologické onemocnění se netýká už jen starších lidí.

SEZNAM ZDROJŮ

CUSH, J, A KAVANAUGH a C.M STEIN. *Rheumatologi Diagnosis therapeutics*. Lippincot Wiliams E. Wilkins. 2005. ISBN 978-07-8175-732-4.

DOHERTY, Michael a John, 2000. *Klinické vyšetření v revmatologii*. Praha: Grada. ISBN ISBN978-80-86880-97-6.

HORČIČKA, Vladko, 1999. *Revmatologie minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-056-4.

LÉPORI, Luis Raúl, 2011. *Psoriáza a další běžná kožní onemocnění*. Praha: Avicenum. ISBN 978-987-568-189-7.

NEMEJOVSKÝ, Jan, 2009. *Jak vyzrát na artritidu*. Praha: Readers Digest. ISBN ISBN978-80-86880-97-6.

NERADŽIČOVÁ, Petra, 2000. *Ilustrovaná encyklopedie biologie*. Havlíčkův Brod: Fragment. ISBN 80-7200-427-1.

NOVAKOVA, Blanka, *Úloha sestry při ošetřování revmatologických nemocných, DIAGNÓZA v ošetrovatelství*, 2009, roč. 5, č.5., str. 18 -20. ISSN 1801-1349

OLEJÁROVÁ, Marta a KORANDOVÁ, Jana, 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta. ISBN978-80-204-2455-6.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2010. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2281-1.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2011. *Čtení o nemoci egyptských faraonů, Karla Čapka i vaší*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2568-3.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2012. *Revmatoidní artritida Čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2657-4.

PAVELKA, Karel a ROVENSKÝ, Josef, 2003. *Klinická revmatologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-174-2.

PAVELKA, Karel et al., 2002. *Revmatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-688-5.

PAVELKA, Karel et al., 2002. *Revmatologie*. Praha: Galén. ISBN ISBN978-80-86880-97-6.

PAVELKA, Karel, 2005. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*, 1.vyd.nakl.: Grada. ISBN 80-247-1614-3.

PAVELKOVÁ, Andrea, 2009. *Revmatoidní artritida a biologická léčba*. Praha: Mawdorf. ISBN 978-80-7345-192-9.

REJHOLEC, Václav a ŠUSTRA, Alois, 1985. *Revmatologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-099-85.

REJHOLEC, Václav, 1990. *Revmatismus*. Praha: Avicenum. ISBN 978-80-7262-688-5.

ROVENSKÝ, Josef a kol., 2006. *Revmatologický výkladový slovník*, 1.vyd.nakl.: Grada. ISBN80-247-1614-3

ROVENSKÝ, Josef et al., 1994. *Pokroky v reumatologii*. Banská Mystrica: Osveta. ISBN 80-217-0572-8.

ROVENSKÝ, Josef et al., 1996. *Reumatológia v teórii a praxi*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0596-5.

RYSTONOVÁ, Ida, 2004. *Byliny na revmatismus*. Praha: Vodnář. ISBN 80-86226-46-8.

TRNAVSKÝ, Karel et al., 1993. *Léčebná péče v revmatologii*. Praha: Avicenum. ISBN 80-7169-030-9.

VOKURKA, Martin et al., 2000. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Mawdorf. ISBN 80-85912-38-4.

SEZNAM ZKRATEK

anti CCP – anticitrulinové protilátky

AS – Ankylozující spondylartritida

CRP – C reaktivní protein
DMARDs – *disease modifying antireumatic drugs* – choroby modifikující léky

DLCO – *diffusing lung capacity for* – difuzní kapacita plic pro oxid uhelnatý

ID – invalidní důchod

MTX – Methotrexate

NSA – nesteroidní antirevmatika

OA – osteoartróza

PN – pracovní neschopnost

PsA – psoriatická artritida

RA – revmatoidní artritida

RF – revmatoidní faktor

s. c – subkutánní aplikace léku

SFM – syndrom fibromyalgie

SI – sakroiliakální

SLE – systémový lupus erythematosus

TNF – alfa – tumor nekrotizujícího faktor alfa

VAS – vizuální analogová škála

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentů.....	31
Tabulka 2 Pracovní zařazení respondentů v posledním ½ roce	32
Tabulka 3 Doba přiznání ID v důsledku RA	33
Tabulka 4 Délka trvání revmatoidní artritidy	35
Tabulka 5 Vliv na normální společenský a rodinný život	36
Tabulka 6 Intenzita obtíží bránících společenskému a rodinnému životu.....	37
Tabulka 7 Poruchy spánku	38
Tabulka 8 Obtíže, ovlivňující provádění běžných denních činností	39
Tabulka 9 Biologické potřeby v oblasti hygieny	42
Tabulka 10 Schopnost sebepéče v oblasti příjmu tekutin	42
Tabulka 11 Schopnost sebepéče v oblasti příjmu potravy	42
Tabulka 12 Obtíže, které brání v každodenních činnostech.....	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Obrázky

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 1 Obrázky

Obrázek 1 Pokročilá fáze RA



Zdroj: vlastní

Postižení zápěstí je symetrické na obou končetinách. Projevuje se jako instabilita zápěstí, je omezena jeho pohyblivost. Narušen je ohyb zápěstí.

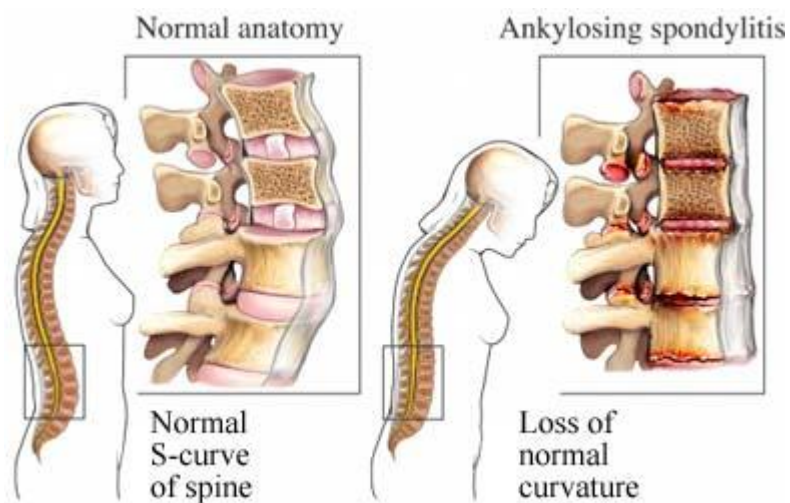
Loket bývá méně často postižen. Jeho funkce je zachována dlouho i při velkém rozsahu onemocnění. Dojde-li ale k narušení pohyblivosti lokte, znamená to z hlediska zachování sebeobsluhy pacienta velký problém. Rameno bývá postiženo hlavně u stařecké RA a je příznakem progresivního typu RA (Pavelka, Rovenský, 2003).

Obrázek 2 Postižení pokožky při SLE



Zdroj: Postižení pokožky při SLE [online]. [cit. 2012-10-29]. Dostupné z:
<http://huddoktor.no/showImage/process/images/gfx/articles/Medikamentielle/M-15.JPG>

Obrázek 3 Ankylozující spondylitida



Zdroj:[online].[cit.2013-03-21].<http://attra.registry.cz/index.php?pg=diagnozy--ankylozujici-spondylitida>

Obrázek 4 Psoriatická artritida



Zdroj:[online].[cit.2013-03-21].<http://attra.registry.cz/index.php?pg=diagnozy--psoriaticka-artritida>

Příloha č. 3 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Martina Langová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na fakultě Zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Právě jste obdržel/a dotazník, jehož cílem je získat informace o Vašem zdravotním stavu a do jaké míry Vám revmatoidní artritida ovlivnila Váš společenský, pracovní a osobní život. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce.

Proto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění. Odpovědi zakroužkujte, nebo vypište na uvedené místo.

Děkuji Martina Langová
Fakulta Zdravotnických studií
Západočeská univerzita Plzeň

1. Do jaké věkové skupiny se zařadíte?
 - a) 18- 30
 - b) 31- 40
 - c) 41- 50
 - d) 51 a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž

3. Jaké je Vaše pracovní zařazení v posledním ½ roce?
 - a) zaměstnanec
 - b) osoba pobírající plný invalidní důchod
 - c) OSVČ
 - d) osoba v pracovní neschopnosti
 - e) osoba pobírající starobní důchod

4. Máte přiznaný invalidní důchod v důsledku revmatoidní artritidy
 - a) ano
 - b) ne

5. Po jak dlouhé době Vám přiznali invalidní důchod v důsledku revmatoidní artritidy?

- a) od začátku léčby onemocnění
- b) po ½ - 1roce
- c) po 1a 1/2 roce- 2letech
- d) po 2letech a více
- e) nemám invalidní důchod

6. Byl/a jste v posledním ½ roce kvůli revmatologickým potížím v pracovní neschopnosti?

- a) ano
- b) ne

7. V jakém prostředí pracujete?

- a) v suchu a v teple
- b) venku
- c) pracuji v chladném prostředí
- d) nepracuji
- e) jiné (prosím vypište).....

8. Jak dlouho trpíte revmatoidní artritidou?

- a) 0-1 rok
- b) 1,5-3 roky
- c) 3,5-5 roku
- d) 5,5-8 let
- e) 8 a více

9. V kolika letech jste začal/a mít první potíže s klouby, svaly?

10. Po jak dlouhé době od prvních příznaků jste navštívil/a revmatologa?

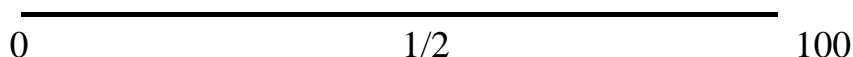
11. Bránily Vám zdravotní potíže společenskému a rodinnému životu?

- a) Vůbec
- b) Trochu
- c) Dost
- d) Silně

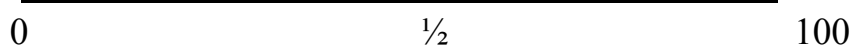
12. Jak často Vám bránily zdravotní obtíže společenskému a rodinnému životu?

- a) Pořád
- b) Většinu času
- c) Občas
- d) Někdy
- e) Nikdy

13. Došlo ke zlepšení Vašeho celkového zdravotního stavu od doby, kdy užíváte léky na revmatoidní artritidu? Prosím vyznačte na vizuální analogové škále 0-100, kdy 0 = žádné zlepšení, 100 = nejlepší zdravotní stav



14. Jak velké máte bolesti v posledním měsíci? Prosím vyznačte na vizuální analogové škále 0 – 100, kdy 0= žádná bolest, 100= nesnesitelná bolest



15. Trpíte poruchami spánku?

- a) ano, každý den
- b) dost často
- c) občas
- d) netrpím

16. Trpíte ranní ztuhlostí kloubů?

- a) stále
- b) dost často
- c) 1 x týdně
- d) 1 x měsíčně
- e) netrpím

17. Trpíte některými z těchto uvedených obtíží při běžné denní činnosti?

- a) deprese
- b) úzkost
- c) špatná nálada
- d) jiné (prosím vypište).....

18. Využíváte některé možnosti doplňkové léčby?

- a) meditační léčba
- b) masáž
- c) akupunktura
- d) bylinná léčba
- e) lázeňská léčba

19. Jste omezen/a ve sportovních aktivitách?

20. Potřebujete dopomoc od druhé osoby při provádění běžných denních aktivit?

- a) ano
- b) ne

21. V jaké oblasti Vašich denních aktivit potřebujete dopomoc druhé osoby?

- a) oblékání a úprava (česání vlasů)
- b) vstávání z postele, ze židle
- c) zvládání domácnosti (žehlení, praní, mytí nádobí, luxování, nákupy)
- d) chůze do schodů a ze schodů
- e) jiné (prosím vypište).....
- f) nepotřebuji pomoc

22. Jste schopen/ schopna si umýt vlasy šamponem?

- a) bez obtíží
- b) s obtížemi
- c) s velkými obtížemi
- d) neschopen/a

23. Jste schopen/ schopna zvednout šálek s pitím?

- a) bez obtíží
- b) s obtížemi
- c) s velkými obtížemi
- d) neschopen/a

24. Jste schopen/ schopna nakrájet si maso, nebo ukrojit chleba?

- a) bez obtíží
- b) s obtížemi
- c) s velkými obtížemi
- d) neschopen/a

25. Používáte některé speciální pomůcky k běžným denním činnostem?
Jestliže ano, prosím vypište.

26. Brání Vám v činnostech, které běžně denně děláte některé z těchto obtíží?

- a) únava a poruchy spánku
- b) celková slabost
- c) bolest kloubů
- d) deprese
- e) bolest celého těla
- f) jiné (prosím vypište).....

Příloha č. 4 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

VÁŽENÁ PANÍ

Martina Langová

Studentka, ZČU FZS, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, obor Všeobecná sestra

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření na Oddělení klinické farmakologie FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Revmatologická onemocnění v produktivním věku*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- VNELZP (vrchní sestra) osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

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*

13. 12. 2012