

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Využití kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní  
artritidou v ošetrovatelské praxi**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce

Mgr. Věra Stasková

2010

Autor práce

Lada Razimová

## **Nursing care and compensation aids and their usage in patients suffering from rheumatoid arthritis**

The present thesis deals with the issues related to rheumatoid arthritis, the nursing needs of patients suffering from rheumatoid arthritis, the roles of a nurse while taking care of such patients, the collaboration of the nurse with physiotherapist, ergotherapist, and use of compensation aids by the patients while conducting private or self-service activities.

The thesis has 4 defined goals. Goal 1: To find out whether the patients suffering from rheumatoid arthritis are familiar with compensation aids. Goal 2: To identify the areas of self-care where the patients suffering from rheumatoid arthritis need to use the compensation aids. Goal 3: To determine the availability of compensation aids for the patients suffering from rheumatoid arthritis. Goal 4: To find out whether the patients suffering from rheumatoid arthritis do have information about the compensation aids in hygienic care. All goals were met.

Based on the goals, 4 hypotheses were defined. H 1: Patients suffering from rheumatoid arthritis are familiar with compensation aids. This hypothesis has been confirmed. H 2: Patients suffering from rheumatoid arthritis use compensation aids most often in hygienic care. This hypothesis has not been confirmed. H 3: Compensation aids for patients suffering from rheumatoid arthritis are easily available. This hypothesis has been confirmed. H 4: Patients suffering from rheumatoid arthritis have all the necessary information about compensation aids used in hygienic care. This hypothesis has been confirmed too.

The survey was carried out at rheumatology clinics and at the League against Rheumatism. The data were collected in a quantitative research using the method of interview and the technique of questionnaire. All in all, 170 questionnaires were distributed among the patients. The research group contained 131 respondents. Analyzing the respondents' answers, it was found out that the patients suffering from rheumatoid arthritis are familiar with the compensation aids in hygienic care, defecating, catering, dressing, walking, and such aids are affordable and available to them.

Most patients suffering from rheumatoid arthritis do not need or do not use such aids. Following the outcome of the thesis and the issues related, an information leaflet came into existence and is distributed to the patients suffering from rheumatoid arthritis in order to provide them with useful information or links. The leaflet distribution through rheumatology clinics seems to be very efficient. The outcome of the thesis is to give more background information to the clients of the League against Rheumatism. Subsequently, the thesis might serve as an additional material for students in nursing training.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní artritidou v ošetrovatelské praxi vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 4. 5. 2010

.....

podpis studenta

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Věře Staskové za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji personálu revmatologických ambulancí a sdružení Revma liga za spolupráci a ochotu provést dotazníkové šetření. Také děkuji všem respondentům, kteří poskytli potřebné údaje.

## Obsah

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
<i>1.1 Revmatoidní artritida .....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.1 Historický pohled na revmatoidní artritidu po současnost .....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.2 Etiologie a klinika revmatoidní artritidy .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.3 Vyšetření a diagnostika revmatoidní artritidy.....</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Komplexní léčba revmatoidní artritidy.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.1 Medikamentózní léčba .....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2 Invazivní a doplňková léčba .....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.3 Nefarmakologická léčba .....</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Potřeby nemocného s revmatoidní artritidou v ošetrovatelské praxi.....</i>	<i>15</i>
<i>1.4 Aktivity sestry v péči o nemocné s revmatoidní artritidou .....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.1 Role sestry v péči o nemocné s revmatoidní artritidou .....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.2 Vyšetření a testování rozsahu pohybu kloubu sestrou.....</i>	<i>19</i>
<i>1.4.3 Spolupráce sestry s fyzioterapeutem.....</i>	<i>21</i>
<i>1.4.4 Spolupráce sestry a ergoterapeuta.....</i>	<i>23</i>
<i>1.5 Kompenzační pomůcky v ošetrovatelské praxi.....</i>	<i>24</i>
<i>1.5.1 Kompenzační pomůcky při provádění osobní hygieny a úpravy zevnějšku</i>	<i>25</i>
<i>1.5.2 Využití kompenzačních pomůcek při stravování a vyprazdňování .....</i>	<i>26</i>
<i>1.5.3 Využití kompenzačních pomůcek při chůzi.....</i>	<i>27</i>
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>29</b>
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy .....	29
<b>3. Metodika .....</b>	<b>30</b>
3.1 Použité metody .....	30
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....	30
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>31</b>
4.1 Grafy.....	31
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>56</b>

<b>6. Závěr .....</b>	<b>62</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>64</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>70</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>71</b>

## Úvod

S nemocnými, kteří mají postižení pohybového aparátu, se setkávám celou svojí praxí. Je obdivuhodné, jak někteří svůj „handicap“ zvládají. Práce s takto nemocnými je velmi náročná a to nejen po fyzické, ale i po psychické stránce. Onemocnění pohybového aparátu jsou rozmanitého původu. Může se jednat o změny zánětlivé, degenerativní, traumatické, změny z opotřebenosti kloubů či jeho částí. Ve své podstatě se liší rozsahem a stupněm změn převážně na kloubech.

Při praxi na ortopedickém oddělení jsem měla možnost poznat mnoho nemocných a s nimi i jejich rozdílné přístupy k nemoci. Ve většině případů se jednalo buď o mladé sportovce, kteří platili jistou daň v podobě postižení kolenních kloubů či jejich vazů, nebo o starší nemocné, kteří potřebovali náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu, a to z důvodu degenerace způsobené zánětem nebo opotřebením. Téměř každý z nich byl dříve nebo později odkázán dočasně či trvale na kompenzační pomůcky. Onemocnění, které postihuje nejen pohybový aparát a na které se zaměřím v této práci, je revmatoidní artritida, jež patří mezi zánětlivé revmatické onemocnění objevující se u kloubů, ale i u vnitřních orgánů, jako srdce, cévy či plíce. Jedná se o poruchu imunitního systému, jejímž následkem je zánětlivý proces ve výstelce kloubního pouzdra. Produkce protilátek proti vlastním tkáním a buňkám může vést až ke kloubní deformitě a destrukci. Revmatoidní artritida postihuje buď více kloubů najednou, symetricky na obou stranách těla, nebo zasahuje postupně jeden kloub za druhým, nejčastěji na rukou, zápěstí, nohách a ramenou. Při léčbě je vedle léčiv naprosto nezbytná rehabilitace a ergoterapie. Jejich úkolem je přispívat k zachování kvality života pacientů do té míry, aby byli schopni sebezpečí. V jejich aktivní snaze mohou pacientům pomoci i kompenzační pomůcky, kterých je v současné době na trhu sice dostatek, avšak není známo, do jaké míry jsou nemocnými využívány.

Tato práce by měla odpovědět na otázky, zda nemocní znají kompenzační pomůcky, zda je umí používat, a ve které oblasti sebezpečí je nejčastěji využívají.



## 1. Současný stav

### 1.1 Revmatoidní artritida

#### *1.1.1 Historický pohled na revmatoidní artritidu po současnost*

Dějiny výzkumu nemoci, jež je dnes známa jako revmatoidní artritida (dále RA), je velmi zajímavou kapitolou z historie moderní medicíny. Roku 1800 toto onemocnění poprvé přesvědčivě popsal francouzský lékař Landree – Beauvais. Termín revmatoidní artritida byl však poprvé použit až Alfredem Garrodem v roce 1859. Toto pojmenování používal také pro polyartrózu. Od roku 1922 bylo termínem revmatoidní artritida označováno pouze zánětlivé onemocnění. To, zda RA existovala již v 17. století, nelze jednoznačně určit. Paleopatologie při svém studiu kosterních pozůstatků prokázala jen velmi málo změn ztotožňujících se s erozemi typickými pro RA. Bohužel existuje i málo plnohodnotného materiálu vhodného pro paleopatologický výzkum (33).

V současné době je věnována pozornost časně RA, která má celou řadu definic. Podle kliniky někteří autoři charakterizují časnou RA nepřítomností kloubních erozí. Obvykle je však označována jako artritida, která netrvá déle než 1 až 2 roky. Počátek onemocnění bývá plíživý, méně často akutní. U časně RA se při diagnostice nachází typické vřetenovité zduření proximálních interfalangeálních kloubů na ruce, na dotek citlivé, provázené ranní ztuhlostí a oslabeným úchopem (Příloha 2). Tyto klouby jsou bolestivé na pohmat a bolestivý je také aktivní i pasivní pohyb v kloubu. Časná RA postihuje jednotlivé klouby, později dochází k rozšíření zánětu dále a nemoc se stává více systémovou. V počáteční fázi onemocnění je možné léčebně ovlivnit průběh onemocnění (29, 33).

Mezi nejčastější revmatické onemocnění u dětí patří juvenilní *idiopatická artritida* nazývaná také juvenilní revmatoidní artritida. Začíná ve dvou obdobích lidského života. První nastává mezi 2. až 4. rokem a druhé přichází kolem puberty. Začíná však vždy do 16 let věku dítěte. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje jeden, nebo několik kloubů na horní či dolní končetině. Projevuje se také postižením různých orgánů či systémů. Etiologie tohoto onemocnění není známa,

ale jistou roli hraje imunitní systém a dědičnost. Juvenilní idiopatická artritida se může projevat zvýšenou teplotou, nechutenstvím a sníženou hmotností. Charakteristické jsou zkrácené tlakovité prsty, nebo zkrácená dolní čelist, která dá obličejí „ptačí“ výraz (16, 30, 33).

RA je dnes považována za chronické zánětlivé onemocnění autoimunní povahy, postihující nejen pohybový aparát, ale i jiné orgány a systémy. RA je charakterizována symetrickým postižením kloubů a zároveň i postižením několika kloubů najednou. Nemá však dopad pouze na pohybovou aktivitu jedince, negativně se bohužel podílí i na celkové kondici organismu. V posledních letech se ukazuje, že RA zkracuje život nemocných až o 10 let. K narušení kloubu dochází v průběhu dvou let. Při progresivním onemocnění mají nemocní trvale přítomnou polyartritidu a na RTG snímku jsou patrné eroze a destrukce. Pozdní onemocnění se u nemocných projevuje plně rozvinutými deformitami, často přichází komplikace jako je druhotná osteoporóza či osteoartróza a postižení krční páteře. Někteří nemocní jsou stále ještě aktivní, u jiných však dochází k úpadku činnosti a stále víc je obtěžují následky léčby či druhotné změny (30, 32, 33).

Průběh onemocnění bývá velmi proměnlivý, a tak byla postupně RA rozdělena na mnoho základních typů, které mají četné obměny a přechodné fáze. Nejčastější formou RA bývá polycyklický typ, kdy se střídá fáze akutního vzplanutí zvyšující se a snižující se aktivity s občasnými a různě dlouhými remisemi (vymizení projevů nemoci). Celkově se onemocnění prohlubuje, ale s různou intenzitou. Druhý typ je monocyklický, při kterém je remise dlouhá minimálně jeden rok. Tento typ má relativně dobrou prognózu. Další je trvale progresivní typ, který se označuje také jako maligní a vede ke značné destrukci kloubů. Průběh je akutní nebo plíživý. Střídá se období remise a akutní exacerbace (nové vzplanutí choroby) (30, 32, 33).

### ***1.1.2 Etiologie a klinika revmatoidní artritidy***

Etiologie onemocnění není dosud přesně známa. Uvádí se mnoho příčin. Jednou z nich může být i dědičnost. Předpokládá se však, že významnou úlohu v patogenezi mají imunitní děje, kde hlavní roli hrají T-lymfocyty, makrofágy a cytokiny. Vzhledem k tomu, že se přesně neví, co autoimunitní reakci spouští, je za příčinu považována

infekce, která autoimunitní reakci pravděpodobně zahájí. Propuknutí infekce často předchází stresová situace, avšak souvislost se vznikem onemocnění nelze jednoznačně prokázat. Vlivem dlouhodobého působení zánětlivé reakce na kloub, vzniká zmnožení vazivové tkáně, které vede ke ztuhnutí, ztrátě pružnosti a pozdější deformaci kloubu (30, 32, 33).

Klinický obraz RA je rozmanitý a charakterizuje ho postižení konkrétního kloubu. Počátek nemoci, jež přichází převážně v zimních měsících, bývá většinou plíživý, méně často akutní a subakutní. RA může propuknout v kterémkoli věku, nejčastěji mezi 30 a 50 lety věku. RA postihuje nejčastěji metakarpofalangeální klouby (MCP), proximální interfalangeální klouby (PIP) a radiokarpální skloubení (RC). V kloubu dochází k otoku, omezení ohnutí a jeho celkové nestabilitě. Mechanický faktor pak způsobuje deviaci zápěstí. Pro postižení proximálních interfalangeálních kloubů je typická deformita tzv. knoflíkové dírky, deformita labutí šije a nestabilní prst (Příloha 3). Často RA zasahuje také zápěstí a to oboustranně. Charakteristickou deformitou RA je rovněž postižení metakarpofalangeálních kloubů s volární subluxací a ulnární deviací (Příloha 4). Také loket je postižen poměrně často. Je podivuhodné, že i při velkém postižení kloubu je hybnost zachována relativně dlouho. S postupným omezováním pohybových možností přichází bohužel i zhoršení sebeobsluhy nemocných. Velké klouby bývají postiženy většinou až po malých kloubech, i když někdy začíná RA postižením právě velkých kloubů.

Příznaky RA mohou být systémové nebo lokální, kloubní. Kloubním příznakům mohou předcházet příznaky systémové, jež mohou být přítomny současně, nebo se dostaví následně. Mezi první příznaky, které nemocný pozoruje, patří kloubní bolest. Bolest, výrazněji pociťovaná po ránu, bývá různé intenzity. Lokalizována je na klouby, někdy i do mimokloubní tkáně a svalů. Charakter mívá klidový. Dalším příznakem je ranní ztuhlost, která je způsobena otokem zánětlivé tkáně. Ztuhlost trvá většinou déle než jednu hodinu, a tím se liší od ztuhlosti při osteoartróze, která bývá krátkodobá (1, 29, 30, 32, 33).

Základním klinickým projevem zánětu kloubu je otok a palpační bolestivost kloubu. Kůže nad kloubem může být teplejší. Zarudnutí do RA nepatří, neboť

signalizuje dnu nebo septickou artritidu. Kloub, který je palpačně citlivý nebo oteklý je považován za aktivní. Kloubní otok může být přímo v kloubu, nebo v jeho okolí. Destrukce kloubu mohou být určeny klinicky nebo jsou viditelné na rentgenovém snímku (29).

Progresi onemocnění může signalizovat i postižení ramenního kloubu. Pro pacienta to znamená další omezení sebezpečí. Velmi často jsou postiženy také první dva obratle krční páteře. Dochází k jejich subluxaci a k následné nestabilitě krční páteře, kterou doprovází velké bolesti. Toto postižení ohrožuje nemocné na životě, neboť může přinést náhlou smrt, například po nečekaném zvracení (33).

Zánětlivý proces postihuje nejen nosné klouby na dolní končetině, ale i drobné klouby na nohách. Nejcitelnější jsou však potíže spojené s postižením kloubů dlouhých kostí. Postižení kyčelního kloubu vede k jeho rychlé destrukci a následně nutné výměně. Destrukce začíná bolestí, později se dostaví kulhání a v neposlední řadě dochází k omezení pohybu. Kolenní kloub je postižen téměř u každého pacienta. Často vznikají osové deformity kloubu a flekční kontraktury. Pro nemocného má postižení nosných kloubů za následek omezení pohybu a zvýšení pohybové námahy. Postižení metatarzofalangeálních kloubů je časté a mnohdy velmi bolestivé. Při postižení interfalangeálních kloubů dochází k deformitě (tzv. kladívkový prst) a poklesu klenby nohy (29, 32, 33).

Vzhledem k tomu, že RA je systémové onemocnění, je možné se u něj setkat mimo kloubní postižení také s celkovými projevy, jako je zvýšená teplota, slabost, únava, poruchy spánku, nauzea, úbytek hmotnosti a vyrážka na kůži. Další symptomy jsou závislé na tom, jaký orgán či systém je postižen. Postižení orgánů u RA může být projevem nemoci samotné, nebo se jedná o komplikaci onemocnění. Postiženy bývají životně důležité orgány a systémy. Jedná se většinou o srdce, plíce, ledviny, játra, centrální nervový systém, oči a krevní složky. Jedním z projevů RA jsou revmatoidní uzly, které jsou častější u nemocných s pozitivním revmatoidním faktorem. Vznikají především v místech, kde je zvýšený tlak nebo tření a klouby jsou víc namáhané, např. lokty, klouby na ruce nebo plosky nohou (1, 30, 32, 38).

RA je nemocí, která nejenže nemocné invalidizuje po stránce pohybové, ale má také široké spektrum závažných orgánových projevů, které ohrožují nemocného na životě. RA může postihnout oči, což se může projevit suchým zánětem rohovky a spojivek, zánětem tkání v okolí bělma a zánětem bělma samotného. Poměrně časté je i poškození plic. Nebývá však diagnostikováno, protože má málo příznaků, nebo je zaměněno za jiné plicní onemocnění. Nejčastěji se jedná o zánět pohrudnice. Onemocnění RA může být rovněž provázeno zánětlivým postižením všech srdečních tkání. Z oblasti hematologické RA zahrnuje celou řadu cytopénií, anémií, trombocytóz, eozinofilií a lymfodenopatií. Jaterní postižení bývá spojeno s vzestupem transamináz a alkalické fosfatázy. Odchytky jaterních testů mohou vyvolat i některé léky, zejména nesteroidní antirevmatika. Postižení ledvin, nejčastěji renální insuficience, bývá v souvislosti s toxicitou některých léků. Neurologické postižení (parestzie) může vznikat na podkladě útlaku nebo zánětu cévy v nervových pochvách. U RA bývá také velmi častá sekundární osteoporóza a to i u nemocných, kteří nebyli léčeni kortikosteroidy (1, 29, 33).

### ***1.1.3 Vyšetření a diagnostika revmatoidní artritidy***

Určení diagnózy RA je podmíněno mnoha vyšetřeními. Diagnóza se stanovuje především podle anamnézy, fyzikálního, laboratorního a zobrazovacího vyšetření. Je nutné rozlišit RA od jiných onemocnění jako je například ankylozující spondylitida, reaktivní artritida, systémový lupus erythematoses, spondylartritida, osteoartróza, artritida při virových onemocněních atd. Při vyšetření lékař sleduje tělesný vzhled nemocného, stav jeho výživy, svalstva, kůže a rovněž pacientovu hmotnost. Zaměřuje se na vyšetření kloubů, kdy hodnotí jejich vzhled a tvar, teplotu nad kloubem, bolestivost na pohmat a rozsah hybnosti (5). Velký význam v diagnostice RA má laboratorní vyšetření. V první řadě jde o vyšetření tzv. markerů zánětu, což je vyšetření krevního obrazu včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů, sedimentace erytrocytů a C-reaktivní protein. Důležité je i biochemické vyšetření, kde se stanoví hodnota jaterních testů. Zásadní význam má však imunologické vyšetření, při kterém se zjišťuje revmatoidní faktor (metodou Latex nebo ELISA), anticitrulinové protilátky (anti-CCP),

antinukleární protilátky (ANA), protilátky proti cytoplazmě neutrofilů (ANCA) a vyšetření imunoglobulinů. K zobrazovacím metodám patří zcela neodmyslitelně rentgen, který rozlišuje časné a pozdní změny na kloubech. Pro lepší přehled a orientaci v hluboko uložených oblastech a rovněž i pro vysokou rozlišovací schopnost rozdílů hustoty tkání se používá počítačová tomografie. K vyšetření přítomnosti výpotku v kloubním pouzdru pomáhá sonografie. Pro zobrazení periferních kloubů včetně měkkých tkání a cév zůstává suverénní metodou magnetická rezonance. Nezatěžuje sice nemocného zářením, ale nevýhodou vyšetření je absolutní kontraindikace, kterou je kardiostimulátor, chlopenní náhrady, cizí tělesa nebo implantáty a vysoká cena. Při diagnostice RA může pomoci i scintigrafie (1, 29, 30, 32, 33).

Pro sledování progresu onemocnění se využívá několik skórovacích systémů. V běžné praxi se stále používá klasifikace dle Steinbrockera, která dělí RA do čtyř stádií, a to podle anatomického postižení kloubu a jeho rentgenového obrazu. Existují i další hodnotící škály, které mají své opodstatnění převážně v klinických studiích. Americká revmatologická asociace vydala kritéria pro diagnostiku RA z roku 1987 (Příloha 5) (1, 3, 9).

## ***1.2 Komplexní léčba revmatoidní artritidy***

Vzhledem k tomu, že RA je onemocnění postihující převážně pohybový aparát a postupně omezuje nemocného při vykonávání běžných aktivit, je důležitá nejen včasná diagnostika, ale také léčba. Na léčbě by se měl podílet revmatolog, ortoped, chirurg, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sestra, sociální pracovník a praktický lékař. Velice výstižně popsal současnou léčbu RA ve své práci Pavelka, který uvádí, že pro úspěch léčby je velmi důležitá spolupráce nemocného (31). Aby nemocný mohl spolupracovat se zdravotníky, měl by mít o svém zdravotním stavu dostatek informací. Nemocnému je nutné vysvětlit podstatu onemocnění, průběh, prognózu, možnosti léčby, rehabilitaci a režimová opatření. Poté může být komplexní léčebný proces úspěšný (29).

Souhrnná léčba RA obsahuje celou řadu farmakologických i nefarmakologických opatření a má několik cílů. Prvním cílem léčby je zmírnit bolest

a ranní ztuhlost, ústup zánětu a navození remise onemocnění. Druhým déle trvajícím cílem léčby, je zpomalení průběhu nemoci, rozvoje deformit a funkčního handicapu. Způsob a agresivita léčby RA je dána aktivitou onemocnění a přítomností případných negativních prognostických ukazatelů (3, 29).

### ***1.2.1 Medikamentózní léčba***

Ke stěžejním léčebným postupům patří farmakologická léčba. K léčbě RA se používají nesteroidní antirevmatika (NSA). Ty mají hlavně účinek protizánětlivý, antipyretický a analgetický. Nástup jejich účinku je velmi rychlý, proto se používají v první fázi onemocnění, a to předtím, než začnou účinkovat léky chorobu modifikující. NSA nejsou schopné ovlivnit zánětlivou aktivitu, průběh onemocnění ani rentgenovou progresi, proto je nelze použít k jednostranné léčbě, ale je třeba je kombinovat s léky chorobu modifikující tzv. DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs). DMARD zabraňují další progresi nemoci, potlačují zánětlivou reakci a zpomalují postup nemoci, což vede ke zlepšení kvality života nemocných. Pro tuto skupinu léčiv je typický pomalý nástup účinku, který trvá týdny až měsíce. Jednotlivé léky mohou být podávány samostatně, nebo se mohou kombinovat. Do zmiňované skupiny léků patří například antimalarika, sloučeniny zlata, sulfasalazin, methotrexát, penicilamin, cyklofosfamid, cyklosporin A. Nevýhodou těchto léků je jejich toxicita a nedostatečný účinek u některých pacientů. Jako lék první volby je doporučován Metotrexát, případně Leflunomid v možné kombinaci s dalšími DMARD (Příloha 6). U aktivní formy onemocnění nebo při zhoršení stavu nemocného se podávají glukokortikoidy. Z důvodu vedlejších účinků je však nutné jejich dávku snižovat ihned po zlepšení stavu pacienta. U nemocných s RA se jedná o osteoporózu (3, 29, 31, 42).

Léčba RA se v posledních 15 letech velmi změnila. Rozšířilo se spektrum tzv. DMARD a také začaly být dostupné léky biologické povahy, které přinesly do léčby RA novou kvalitu. Změnil se i cíl léčby, který byl stanoven klinickou remisí, udržením normální funkce kloubů a potlačením změn na kloubu viditelných na rentgenovém snímku. Aktivita choroby je hodnocena tzv. DAS 28 skóre. Hodnocení zahrnuje počet oteklých kloubů, počet bolestivých kloubů, sedimentaci erytrocytů

a hodnocení aktivity pacientem. Získané hodnoty se dosadí do vzorce a pomocí kalkulátoru se stanoví index DAS 28. Výsledné hodnoty ukazují vysokou, střední, nízkou aktivitu nebo remisi onemocnění.

Zásadní pokrok v léčbě RA přináší biologická léčba, která je schopna zastavit destruktivní změny kloubních chrupavek a subchondrální kosti a snížit zánětlivou aktivitu. Biologická léčba spočívá v blokaci nekrotizujícího faktoru TNF – alfa, který se podílí na rozvoji chronického kloubního zánětu, spojeného s destrukcí tkáně (Příloha 7). Tato léčba je velmi účinná, avšak finančně náročná a ne každý ji může podstoupit. V České republice je několik desítek center, kde se tato léčba provádí. Do biologické léčby jsou zahrnuti nemocní, kteří splňují vstupní kritéria. Mezi základní kritéria patří selhání léčby DMARD, hodnocení aktivity DAS 28 a vyloučení řady kontraindikací, hlavně tuberkulózní infekce. Všichni nemocní podstupující biologickou léčbu musí být řádně vyšetřeni (anamnéza, laboratorní vyšetření, RTG). Každá léčba má své klady a zápory. To platí i u léčby biologické. K negativním účinkům patří reakce na podaný lék, reakce v místě vpichu, autoimunitní projevy, neurologické, hematologické, kardiovaskulární komplikace, v neposlední řadě i komplikace infekční. Přesto, je v současné době biologická léčba nejúčinnější konzervativní terapií (29, 31, 42, 49).

### ***1.2.2 Invazivní a doplňková léčba***

Mezi invazivní, dnes už málo používanou léčebnou metodu patří intraartikulární léčba. Ta je charakteristická vpravováním kortikosteroidů do kloubu. Tato metoda má výrazný protizánětlivý efekt, většinou přechodný. Opakované podání, víc než čtyřikrát do roka, může mít nežádoucí účinky v podobě destrukce kloubu (6).

Pro nemocné s pokročilou formou onemocnění je nadějí pro zachování kvality života a sebeobsluhy především léčba chirurgická. Tato léčba je souborem operačních postupů, které se uplatňují při prevenci a řešení následků poškození pohybového aparátu vyvolaných zánětlivým procesem revmatických nemocí. Revmatochirurgické výkony lze rozdělit na profylaktické (tenosynovektomie, synovektomie) a rekonstrukční (osteotomie, artrodézy, plastiky, náhrady kloubů) (Příloha 8). Chirurgická léčba



by neměla být považována za poslední východisko tam, kde konzervativní léčba selhala, ale ani jako jediné řešení, které nahrazuje soustavnou komplexní péči. I přes významné pokroky ve farmakologii chirurgická léčba neklesá, ba naopak pro nově využívané moderní technologie přináší nemocnému další možnosti léčby a zvýšení kvality života. Tato léčba není prováděna z důvodu kosmetických, ale vede k zachování funkce postiženého kloubu a tím ke zlepšení a udržení sebepéče nemocného (6, 34, 39).

Nedílnou součástí léčby RA je doplňková léčba. V současné době je na trhu mnoho alternativních léčiv. Při rozumném využití může přinést úlevu od některých potíží a leckdy postačí jen pro pocit duševní pohody. O doplňkové léčbě platí, že má za úkol klasickou léčbu doplňovat, nikoli nahrazovat. Tato léčba je založena na holistickém přístupu k jedinci, který vychází z požadavku vyváženosti mezi myslí, tělem a okolním světem. Doplňkovou léčbu lze rozdělit do tří skupin, a to na přírodní léčiva a doplňky, léčbu pohybem a léčbu dotykem, které je možné kombinovat. Z potravinových doplňků se jedná o různé oleje, bylinky, čaje, stopové prvky a homeopatika. Léčba dotykem zmírňuje tělesná omezení, přináší úlevu od bolesti a obnovuje ztracené funkce organismu. Mezi tyto metody patří chiropraxe (zaměřuje se na vztah mezi stavbou těla a pocitem pohody), osteopatie (zaměřena na klouby a páteř a představu, že tělo má sílu se uzdravit), masáže, rolfing (masáž, používající tlak do hloubky), reiki (metoda založena na představě, že zdraví vychází z vyváženého“ toku energie“ uvnitř těla), akupunktura, aromaterapie a reflexologie. Léčba pohybem je pro nemocné velmi důležitá. Metody této léčby mají za úkol naučit nemocného novým způsobům držení, napínání a pohybů různých částí těla. Do této léčby lze zařadit jógu, pilates, Tai-či, Čchi-kung, Alexandrovu techniku a Feldenkraisovu metodu (2).

### ***1.2.3 Nefarmakologická léčba***

Nemedikamentózní léčba je založena na edukaci nemocného v oblasti úpravy životosprávy, soběstačnosti a pohybovém režimu. Důležitá je podpora nemocného jak ze strany rodiny, tak odborná – psychologická. Nezbytná je i motivace nemocného ke spolupráci se zdravotníky a zájmu se léčit. Právě v této problematice má sestra své místo. V akutní fázi onemocnění je nutný klid na lůžku a prevence kontraktur, která je

zajištěna polohováním nemocného a rehabilitací. Ta je velmi důležitou součástí léčby, jejímž cílem je zachovat maximální kloubní pohyblivost (29, 30).

Rehabilitace je chápána jako soubor diagnostických, terapeutických, edukačních, sociálních a technických opatření, která směřují k obnovení poškozených a ztracených funkcí, udržení funkcí či zpomalení progresu a náhradě funkcí ztracených. Rehabilitace má za cíl poskytnout a zajistit zdravotně postiženým občanům co největší nezávislost, jak v společenském tak v osobním životě a dosáhnout co největšího zlepšení fyzických a psychických schopností nemocného. Při léčbě RA se uplatňují především dva směry rehabilitace: kineziterapie (léčba pohybem) a fyzioterapie (podpůrná léčba) (7, 18, 23).

Kineziterapie vychází z anatomických a neurofyziologických vlastností organismu. Podstatou pohybové léčby je zvyšování svalové síly, zvětšování rozsahu pohybu, udržení svalového napětí, relaxace a polohování, pasivní pohyb a pohyb s dopomocí. Pohybová léčba má být komplexní a napravovat nedostatky ve svalové rovnováze. Proto je potřeba aktivizovat všechny svalové skupiny s jejich zvláštnostmi. K zefektivnění a zpestření léčby je možné použít řadu pomůcek. Kineziterapie se snaží vždy respektovat věk nemocného a typ onemocnění. Pohybová léčba by měla být zpočátku vykonávána v rehabilitačním zařízení, později doma. K tomu je nezbytná edukace nemocného a ověření si, že nemocný je schopen sám v léčbě pokračovat a že pohybové prvky ovládá (7, 24).

*Fyzikální terapie* je metoda, která aplikuje převážně empiricky zjištěné působení různých druhů fyzikální energie a polí na živý organismus. Základní parametry energií se vymezují na výstupech přístroje. Jejich účinek lze definovat na konkrétního člověka, ten je vždy individuální. Fyzikální terapie vychází ze snahy ovlivnit přírodní nervový systém, který vyvolává místní nebo celkovou odezvu. Účinek fyzikální terapie lze sumarizovat jako na analgetický, myorelaxační (uvolnění svalového napětí), trofotropní (zvýšení prokrvení), antiedematózní a antiflogistický. Fyzikální terapie se rozděluje podle mnoha dalších hledisek. Nejčastěji se používá orientační dělení podle druhu energie, která je přiváděna na povrch těla nemocného. Jedná se o mechanoterapii, kontaktní elektroterapii, nekontaktní elektroterapii, magnetoterapii, fototerapii a hydroterapii (6, 19, 35).

*Mechanoterapie*, další z řady terapeutických metod, je aplikací mechanické energie na organismus pomocí přístrojů nebo terapeuta. Do této skupiny se řadí přístrojová masáž (vibrační, přetlaková, podlaková), vacuum (kompresivní terapie), polohování, trakce, přístrojová mechanoterapie pasivními pohyby a ultrasonoterapie. Kontaktní elektroterapie využívá aplikaci elektrických proudů na organismus. Elektromagnetická pole a proudy se do těla vpravují pomocí elektrod, které se pokládají na pokožku nemocného. Pro zjednodušení se rozděluje na galvanoterapii (klidovou galvanizaci, iontoforézu), nízkofrekvenční proudy (didynamické proudy, TENS, Träbertovy proudy), středněfrekvenční proudy (interferenční proudy, izoplanární a dipólové vektorové pole), elektrogymnastiku, elektrodiagnostiku a elektrostimulaci. Nekontaktní elektroterapie používá druhy polí a proudů, kdy elektrody nejsou v kontaktu s pokožkou. Do této skupiny lze zaředit krátkovlnnou diatermií a distanční elektroterapii. Elektroléčba má analgetické, spasmolytické a vazodilatační účinky. Nízkofrekvenční proud má i protizánětlivý a trofický účinek, což se využívá právě u revmatických onemocnění (6, 26).

*Magnetoterapie* využívá magnetické složky elektromagnetického pole, kdy mechanismus účinku je založen na ovlivnění transportu iontů na buněčných membránách. Pro svůj analgetický účinek se využívá u některých forem ankylozující spondylartritidy. Další léčebnou metodou je *phototerapie*, která užívá k léčbě infračervené, viditelné a ultrafialové světlo. Za zmínku stojí, že už ve starověku byla využívána tzv. helioterapie (léčba slunečním zářením). Do této skupiny terapií lze zařadit léčbu světlem vytvářené laserem – laseroterapie. Při aplikaci této terapie dochází k prokrvení tkáně, jejímu proteplení a tím k uvolnění paravertebrálních spasmů při bolestech v křížové oblasti. Další z možností doplňkové léčby je takzvaná *hydroterapie*. Tou se rozumí léčba, při které se na povrch těla aplikuje voda různé teploty a různého skupenství. Přikládání teplých a studených obkladů je podmíněné stadiem nemoci. V klidovém stádiu nemoci teplé obklady působí analgeticky. V akutním stádiu se přikládají studené obklady (kryoterapie). Hypertermie se používá u degenerativních procesů, mimokloubního revmatismu a zánětlivých onemocnění páteře. Vodoléčba se může kombinovat s pohybovou léčbou. Tím se eliminuje statická

zátěž postižených kloubů. Pro nemocné s RA je velmi vhodné cvičení v bazénu s teplou vodou (6, 7, 19, 35).

Další potřebný obor, který se vyznačuje především využitím přírodních léčebných zdrojů, se nazývá *balneologie*. Tento druh léčby se provádí převážně v rámci celkové lázeňské terapie. V České republice je několik zařízení, která se zabývají balneoterapií a jsou vhodné právě pro nemocné s onemocněním pohybového aparátu. Jsou to například Velichovky, Bělohrad, Bechyně, Bohdaneč, Třeboň a Jáchymov (6).

### ***1.3 Potřeby nemocného s revmatoidní artritidou v ošetrovatelské praxi***

Schopnost pohybovat se v prostředí je pro člověka nezbytností. Živý jedinec se musí pohybovat, aby získal potravu, chránil se před poraněním a zajistil si další základní potřeby. Pohyblivost je jakýmsi základem nezávislosti, ovlivňuje samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet smysluplnou aktivitu jedince. Pohyb provází člověka celý život. Od dětství se učí lézt, stát, chodit, tedy pohybovat se. Pokud člověk onemocní nebo prodělá úraz, jeho typický pohyb se mění. Nemůže se pohybovat z místa na místo, někdy mu činí potíže jen pouhá změna polohy těla. V tomto okamžiku se musí nemocný zadaptovat na novou situaci a naučit se mnoho nového (43).

Právě při omezení pohybu nemocného je na místě ošetrovatelská péče, která je spjatá s uspokojováním potřeb nemocného. Ošetrovatelská péče může být uskutečněna prostřednictvím ošetrovatelského procesu, kdy si sestra sama zvolí postup aktivit a intervencí. Sestra vnímá člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost, bytost holistickou. Pro praxi to znamená, že každá sestra by se měla dívat na jedince jako na celek a individualitu, která má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je něco, co jedinec vyžaduje ke svému životu a vývoji. Každý člověk uspokojuje a vyjadřuje potřeby jiným způsobem. V průběhu života se potřeby jedince mění (8, 41, 47).

Úkolem sestry je pomáhat nemocnému a zvýšit jeho soběstačnost při provádění základních biologických potřeb, jako je hygienická péče, oblékání, stravování a chůze. Sestra pečuje nejen o tělesnou schránku nemocného, ale také o jeho psychiku,

kdy nemocný může pociťovat ztrátu jistoty a bezpečí. Téměř každá nemoc člověka je provázena nejistotou, někdy úzkostí a strachem. Nemocní s RA mohou mít strach z nesoběstačnosti a závislosti na druhé osobě. Někdy mohou mít pocit beznaděje a bezmocnosti, zejména pokud léčba trvá dlouho a nemocný nepociťuje zlepšení. S touto problematikou úzce souvisí role sestry, které budou podrobněji popsány v kapitole 1.4.1.

Snad každý jedinec touží a chce být přijímán a akceptován okolím takový jaký je. Proto někteří revmatici, kteří mají již deformity na rukách a nemohou vykonávat běžné denní činnosti, se mohou setkat s netolerancí okolí. Nemocný se může cítit nerespektován a někdy i sociálně izolován. Dochází k neuspokojení potřeby sounáležitosti a lásky a tak podle Maslowa nemohou být uspokojeny další vyšší potřeby, jako je například potřeba uznání a seberealizace (41, 47).

#### ***1.4 Aktivity sestry v péči o nemocné s revmatoidní artritidou***

V péči o nemocné s RA hraje velkou úlohu mezioborová spolupráce. Každý člen týmu má své specifické poslání. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče zastává několik funkcí. Sestra vychází z potřeb nemocného a podle nich také plánuje ošetrovatelské intervence. Úzce spolupracuje se všemi členy týmu, aby byla poskytnuta kvalitní a komplexní ošetrovatelská péče. Aktivity a role sestry budou podrobněji popsány v následujících čtyřech kapitolách (41, 46).

##### ***1.4.1 Role sestry v péči o nemocné s revmatoidní artritidou***

Mezi hlavní cíle sestry při ošetrování nemocného s RA patří pomáhat nemocnému, skupině nemocných a rodinám v dosažení tělesného, duševního, sociálního zdraví a pohody. Je nezbytné podpořit pozitivní přístup ke zdraví. Zapojit nemocného do péče o vlastní zdraví, životní prostředí, pomoci najít nemocnému správný životní styl, podporovat jej v péči o sebe sama, zaměřit se na snížení negativního dopadu nemoci, předcházet komplikacím a zapojit rodinu do péče o jejího člena (8, 25, 41).

Od sester se vyžaduje udržení standardu ošetrovatelské péče, který je možné docílit soustavným vzděláváním sester, získáváním nových vědomostí a dovedností a to ve vztahu k problémům obklopujících a provázejících nemoc, zdraví jedince či skupiny. Povolání sestry představuje celý systém společenských rolí, které jsou vzájemně propojeny. Sestra musí mít pravomoci, aby mohla provádět a rozvíjet činnosti, které podporují a udržují zdraví a zabraňují nemoci. Roli sestry charakterizuje to, že během své práce vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů (8, 41).

V ošetrovatelské péči o nemocné s RA se uplatňuje mnoho rolí sestry. Mezi nejčastější role patří sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče. Ošetrovatelskou péči v nemocnici poskytuje sestra v akutní i chronické fázi revmatického onemocnění. Po zhodnocení stavu a rozsahu sebepečce nemocného sestra pomocí pohledu, rozhovoru a funkčních testů svou péčí nemocného zastupuje, nahrazuje ho nebo nemocnému pomáhá v té oblasti, která je pro nemocného náročná a obtížná. Nemocní mají problémy s vykonáváním každodenních sebeobslužných činností také díky kloubním deformitám a svalové atrofii. Cílem ošetrovatelského personálu je pomoci nemocnému tak, aby byla zachována jeho soběstačnost. Sestra vede nemocného k soběstačnosti ve všech úkonech sebeobsluhy i za cenu, že činnost bude trvat mnohem déle, než při pomoci druhé osoby či kompenzačních pomůcek. Sestra manažerka řídí a vede ošetrovatelský proces a ostatní ošetrovatelské činnosti. Vede a motivuje ostatní členy ošetrovatelského týmu, sestavuje chronologický postup činností sobě i ošetřujícímu personálu. V praxi to znamená, že u revmatika sestavuje denní plán a efektivně plánuje intervence, které provádí sama nebo ve spolupráci s ošetrovatelským personálem. Sestra by měla mít schopnost empatie, umět posoudit potřeby nemocného a objektivně je zhodnotit (8, 25, 46).

Vzhledem k tomu, že není známa příčina onemocnění, tudíž je léčba pouze symptomatická, je možné se setkat s nemocnými, kteří jsou emocionálně labilní a depresivně ladění. Nemocní často prochází stádií typickými pro zvládání zátěžových situací (zděšení, odmítání, deprese, zlost, smíření s nemocí). Zde je na místě další role sestry a to role komunikátorky. Aby sestra mohla dobře komunikovat, je dobré mít určitou strategii. To znamená, že bude připravena na to, jak reagovat, či jak se zachovat

během rozhovoru s nemocným a počítat s možnými dotazy a reakcemi nemocného. Po celou dobu nemoci je potřeba zajistit nemocnému dobré zázemí u blízkých osob, pro jeho pocit bezpečí, jistoty a důvěry (21).

V počátku onemocnění nemusí okolí o problémech nemocného vůbec vědět. V této době nejsou ještě rozvinuta orgánová a funkční postižení. Nemocný má pocit, že mu nikdo nevěří, okolí zase jeho potíže bagatelizuje a právě tento okamžik může vést k uzavírání se nemocného do sebe sama. Začne se stranit přátelům, bývá zlostný a agresivní k nejbližším osobám, které by mu chtěly pomoci. Díky tomu však v nejtěžší fázi onemocnění zůstává osamělý. Zde je na místě komunikace vedená profesionály, nebo komunikační dovedností sester. Je vhodné vzbudit zájem o nové informace a hlavně nemocného motivovat. Motivace by měla být zaměřena na zájmy nemocného, jeho koníčky, rodinu, sport. Zde je nezbytné zmínit další z rolí sestry a to roli informátorky. Sestra informuje nemocného o možnosti setkání s nemocnými nebo zapojení nemocného do občanského sdružení, kde se pravidelně schází lidé se stejným onemocněním. Nemocnému pomáhá, když si s ostatními předává a vyměňuje zkušenosti. Pro nemocné s RA existuje sdružení Revma Liga, kde nemocný získá spoustu nových a zajímavých informací či rad. Sdružení pořádá společné aktivity, výlety, večírky, besedy a posezení. Nemocný získá možnost podělit se o své radosti a starosti nejen se „stejně“ nemocnými. Neméně důležité je informovat revmatiky o životosprávě, režimovém opatření, cvičení, pomůckách a novinkách, které medicína a ošetrovatelství přináší. Sestra jako informátorka podává veškeré informace, které získala při vzdělávání nejen nemocnému, jeho rodině, ale i veřejnosti (8, 12, 21, 40).

Při ošetrování nemocného s RA je velmi důležitá edukace. Edukací se rozumí proces výchovy a vzdělávání. Edukace zahrnuje poskytnutí informací, které si má nemocný osvojit a následně využívat v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, po propuštění domů nebo při přeložení do jiného zařízení. Ve spolupráci se sestrou se na edukaci podílí celá řada pracovníků, jako je fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, psycholog a lékař. Pro úspěšnou edukaci je potřeba rozpoznat některé faktory, které mohou ovlivnit schopnost učit se. Edukátor proto zhodnotí věk nemocného, jeho intelekt, fázi nemoci, životní potřeby, náboženství, kulturně

společenskou příslušnost, osobnost, smyslový handicap a duševní rozpoložení nemocného. K efektivní edukaci je potřeba také motivace, pohotovost, volba prostředí, zodpovědnost a hlavně zpětná vazba. Zpětnou vazbou (dotazováním, pozorováním) sestra ověří, zda si nemocný osvojil dovednosti, zda jim rozumí a zda je chápe (37, 51).

Sestra jako poradkyně a rádce nemocnému poradí, kdy a jak používat pomůcky, které nemocnému usnadní sebezpečí či pohyb. Z odpoví dotazy nemocného v rámci svých kompetencí. S touto rolí jistě souvisí role sestry jako advokátky, kdy je sestra jakýmsi prostředníkem mezi nemocným a ošetrovatelským týmem, kterému tlumočí názory a připomínky nemocného či jeho rodiny. Sestra jako nositelka změn by měla pružně reagovat na vývoj a nové poznatky v ošetrovatelství a tím zamezit stagnaci oboru. Také by měla veškeré nové postupy při ošetrování nemocných s RA zavádět do praxe a tím zvýšit úroveň a kvalitu péče v ošetrovatelském procesu u nemocných s RA. S touto rolí jde ruku v ruce role sestry jako výzkumnice, která přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče šetřením, dotazováním a výzkumem. Role sestry mentorky je nezbytná pro příchod nového ošetrovatelského personálu, kdy sestra seznamuje a učí nové kolegy a kolegyně ošetrovat nemocného s RA. Tato role vyžaduje zralou osobnost s pedagogickou způsobilostí (8, 25).

#### ***1.4.2 Vyšetření a testování rozsahu pohybu kloubu sestrou***

Z hlediska ošetrovatelství je péče o jedince, který má postižený pohybový aparát velmi náročná, neboť zahrnuje péči velmi komplexní a individuální. Sestra v ošetrovatelské péči o nemocného s RA hodnotí sebezpečí (zajišťování péče vlastními silami) a soběstačnost (samostatnost při vykonávání denních aktivit), aby mohla určit priority a stanovit ošetrovatelský plán. Správné zhodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti nemocného vede nejen ke stanovení ošetrovatelských intervencí, ale i k terapeutickým a diagnostickým zákrokům. Informace o úrovni sebezpečí a soběstačnosti získá sestra z pozorování nemocného, z rozhovoru s nemocným nebo s jeho rodinnými příslušníky, známými, ostatními zdravotníky, z dokumentace a od spolupacientů. Pro klasifikaci úrovně sebezpečí jsou k dispozici testy, které jsou jakýmsi ukazatelem a vodítkem, kterými sestra zhodnotí úroveň a schopnost



nemocného postarat se sám o sebe. Jedná se o testy vykonávání běžných denních aktivit Barthel, IADL, Katz Index, FIM, HAQ a další (Příloha 9) (11, 44, 50).

Neméně důležité je i pozorování a posuzování nemocného sestrou. Sestra by měla sledovat možné změny na očích, dutině ústní, způsob polykání, vzhled obličeje, změny na kůži, vyprazdňování (kdy nemocný není schopen si utřít zadek), fyziologické funkce a psychiku. Klíčové je posuzování a sledování kloubů a prstů. Sestra hodnotí klouby a prsty pohledem a pohmatem. Sleduje postavení prstů k jejich ose a vzhledem k ruce. Všímá si tvaru kloubu, přítomnosti otoku, bolestivosti, deformit a znehybnění. Všechna hodnocení sestra zapisuje do dokumentace a o změnách informuje lékaře. Seběmenší změna může signalizovat progresi onemocnění či vedlejší účinky léků (5, 27).

Pro ošetrovatelskou péči je důležité vědět, jak jsou jednotlivé klouby funkční. V této oblasti pomáhá goniometrie, která se zabývá měřením rozsahu pohybu v kloubu. Goniometrie má mnoho metod, jak pohyblivost kloubu měřit. Při goniometrii lékař nebo sestra pod dohledem lékaře vyšetřují postavení kloubu a rozsah pohybu kloubu. Rozsah pohybu jednotlivých kloubů horní a dolní končetiny je přehledně uspořádán v tabulce od Haladové (Příloha 10). K měření se používají pomůcky jako je úhломěr (goniometr), olovnice a krejčovský metr. Pro snadnější zhodnocení funkce a pracovních schopností nemocného jedince je zapotřebí znát užitkový rozsah kloubní pohyblivosti (pohyb k vykonání pohybů denní aktivity) a užitkové postavení kloubu (i při omezení je nejvýhodnější pro funkci končetiny) (Příloha 11) (10, 45).

Dalším důležitým ukazatelem schopnosti nemocného postarat se sám o sebe je vyšetření úchopu. Ruka je pracovní nástroj člověka, který umožňuje vyznat se v prostředí (slepci), dorozumívat se (hluchoněmi) a uchopovat předměty. Úchop se vyvíjí od narození a patří do souboru každodenních pohybů. Kvalita úchopu je podmíněna hybností kloubů, svalovou silou, svalovou koordinací a povrchní a hlubokou citlivostí. Svalovou sílu sestra hodnotí stiskem ruky nebo tonometrem. Při jeho upotřebení manžetu tonometru smotá do ruličky a vloží ji do dlaně nemocného. Nemocný obejmě manžetu prsty a sestra ji nafukuje. Vyzve nemocného, k zmáčknutí manžety. Na rtuťovém sloupci tonometru sestra zjistí hodnotu síly stisku ruky a zapíše ji do dokumentace. V praxi se používá šest základních funkčních testů podle Nováka,

které se dál rozpracovávají v ergodiagnostice podle typu onemocnění (Příloha 12) (5, 10).

### ***1.4.3 Spolupráce sestry s fyzioterapeutem***

Rehabilitační ošetřování je součástí péče téměř každé sestry na lůžkových odděleních. Sestra rehabilitačním ošetřováním všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Zde je důležitá spolupráce sestry a fyzioterapeuta či ergoterapeuta a účelná dělba práce. Sestra se na rehabilitačním ošetřování podílí především polohováním, pasivními pohyby, kondičním cvičením, aktivním cvičením, relaxací, posazováním, vertikalizací a nácvikem soběstačnosti pacienta. Velký význam má individuální cvičení jemné motoriky. Jeho snahou je zachovat opozici palce, úchopovou schopnost všech prstů a nacvičit jemný a hrubý úchop. Úspěch závisí na zvolené metodě cvičení, jeho pravidelnosti, intenzitě a použité technice (23, 28). Postižení loketního kloubu znemožňuje nemocnému provádět osobní hygienu (mytí, česání, oblékání, stravování). Cvičení spočívá v pronaci a supinaci zápěstí a následné flexi a extenzi loketního kloubu. Nemocného je důležité poučit o nevhodnosti přetěžování tohoto kloubu (nenosit těžkou tašku, nezvedat těžké věci).

Vzhledem k tomu, že RA postihuje i drobné klouby na nohách, dochází k propadání nožní klenby a následně k velmi bolestivému došlapu. Nemocnému se doporučuje masírovat celou nohu drsnou žínkou, protahovat svaly na plosce nohy, šlapat v korálcích nebo drobných kamíncích. Deformity a postižení se nevyhýbají ani kyčelním a kolenním kloubům, proto se cvičení provádí vsedě, vleže, na břiše nebo ve stoje. Nemocný by měl být důrazně upozorněn na nezbytnost pravidelného denního cvičení, jež je opakováno několikrát denně. Velmi vhodné je rovněž plavání, pěší turistika, jízda na kole a v domácím prostředí rotoped. Fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou doporučí nemocnému vybavit domácí prostředí pojízdnou židlí nebo židlí zvýšenou s širokou a pevnou opěrkou. Při sezení má mít nemocný dolní končetiny natažené nebo položené na protější stejně vysoké židli. Nevhodné je dlouhodobé podkládání kolenních kloubů při odpočinku nebo při spaní. Pokud se provádí správné polohování kloubů, může se značně ulevit od bolesti, urychlit hojení, zabránit

deformitám a končetiny zůstanou ve fyziologickém postavení. Se správnými polohami seznámí nemocného fyzioterapeut. Lůžko nemocného má být pevné, pružné, dostatečně vysoké, aby bylo možné pohodlně vstát či lehnout. Pod hlavou by měl mít malý polštářek, aby nedošlo k ohnutí páteře. U nemocných s postižením dolních končetin se nedoporučuje klek, dřep, poskok a pérování. Zkrátka nemocný musí mít na paměti, že není dobré přetěžovat zdravé ani postižené klouby, je důležité měnit polohu během dne a zajistit si dostatek odpočinku (4, 13, 14, 18, 22).

U onemocnění RA platí, že všechny léčebné metody a postupy je nutné přizpůsobit momentálnímu fyzickému a psychickému stavu nemocného. Pasivní cvičení vyžaduje velmi citlivý přístup. Jeho základem je plynulé natahování a následné uvolňování v podélné ose pohybu. Pohybové cvičení se začíná v poloze, která je nebolestivá a pro nemocného příjemná. Vedle aktivního a pasivního cvičení používá fyzioterapeut prvky jógy, strečinku a relaxace. Hlavním cílem u nemocných s RA je boj proti vzniku deformit, udržení normálního rozsahu pohybu a zlepšení funkční zdatnosti nemocného. Cvičení je tedy nezbytné pro zachování sebeobsluhy a sebek péče. U nemocných s RA je bolest dominantním subjektivním příznakem. Z tohoto důvodu nelze dodržet pravidlo, které stanovuje, že pohybová terapie se provádí do bolesti. Pokud bolest ustupuje v krátkém časovém intervalu po cvičení, rehabilitační cvičení byla zvolena správně. Další úlohou sestry a fyzioterapeuta je naučit nemocného rozeznat bolest reaktivní na cvičení a bolest zánětlivou. Pro nemocné s RA je nejdůležitější procvičovat horní končetiny pro zachování sebek péče a dolní končetiny pro lokomoci. Toto by měl mít na paměti každý, kdo nemocného ošetřuje.

Pohybová terapie je závislá na stadiu nemoci a stavu nemocného. V počátečním stadiu nemoci má pohybová léčba preventivní charakter. Je zaměřena na udržení rozsahu pohybu ve všech kloubech. Důležitý je výcvik ručních a nožních kloubů. Vhodné je skupinové cvičení a svalový výcvik extenzorů. Pokročilé stádium se vyznačuje výrazným pohybovým omezením, svalovou atrofií, deformitami, pohybovou a psychickou pasivitou nemocných. V tomto období je na místě trpělivost terapeuta. Pohybová terapie se zaměřuje na udržení pohyblivosti nepostížených kloubů. Opatrně je třeba přistupovat k intenzitě cvičení, neboť může dojít k zánětlivé aktivaci

v kloubech. Konečné stádium je charakteristické pokročilými destrukcemi a deformitami kloubu. V tomto období je důležitý nácvik náhradních pohybů umožňujících sebeobsluhu a sebeděči pacienta (4, 13, 14, 18, 48).

#### ***1.4.4 Spolupráce sestry a ergoterapeuta***

Nemocní s RA mají značné problémy s jemnou motorikou. Zde hraje ústřední roli sestra, která nemocnému vysvětlí, proč je důležité jemnou motoriku zachovat. Ve spolupráci s ergoterapeutem nemocnému ukáže, jak a jakými pomůckami lze jemnou motoriku cvičit a tím zůstat co nejdéle soběstačný. Sestra nebo ergoterapeut seznámí nemocného s činnostmi, které není vhodné provádět, jedná se o háčkování, pletení a vyšívání. Naopak nemocnému doporučí například probírat se celou rukou ve větším množství rýže, hrachu nebo fazolí z důvodu procvičování jemné motoriky.

Ergoterapie je součástí souhrnné péče o nemocné s RA. V minulosti byla zaměřena na smysluplné činnosti, kterými se rozumělo šití, tkaní, pletení, keramika, práce se dřevem a podobně. V současnosti je zaměřena na výchovu k sebeobsluze a soběstačnosti, přípravě na pracovní uplatnění, rekvalifikaci a k výcviku používání kompenzačních, technických a protetických pomůcek. Spojuje biologickou, psychologickou a sociální stránku života nemocného a tím přispívá ke zkvalitnění života nemocného. Ergoterapeut provádí pravidelné vyšetření nemocných pomocí ergodiagnostiky, která se zabývá detailním testováním nemocných, kteří musí používat kompenzační pomůcky, například při základní sebeobsluze na lůžku, soběstačnosti v bytě a mimo něj. Cílené vyšetření je zaměřené na oblékání, hygienu, stravování, přípravu stravy, lokomoci, úchop s ohledem na dominantní či nedominantní končetinu, jemnou motoriku atd. Na základě vyšetření ergoterapeut zhodnotí míru závislosti nemocného na pomůckách či jiné osobě. Úzce spolupracuje se sestrami a sociálními pracovníky (10, 15, 17, 20, 46).

Zkušený ergoterapeut se může podílet na úpravě bytu nemocného a poskytnout rady, jak například eliminovat nebezpečí úrazu (odstranit prahy, koberečky, předměty v pohybové zóně, doplnit madla, protiskluzové podložky atd.), a tak umožnit pohyb po bytě a tím zachovat soběstačnost. Také může doporučit kompenzační pomůcky jako

nůžkový podavač, navlékač punčoch, doplňky do kuchyně a tak dále. Důležitá je i duševní rovnováha, ke které přispívají záliby a koníčky nemocného. Ergoterapeut ve spolupráci se sestrou revmatika seznámí s možnostmi využití sociálních výhod, které se mohou podílet na zlepšení kvality života. Konkrétní informace by měl poté poskytnout praktický lékař nebo sociální pracovníce (15, 17).

### **1.5 Kompenzační pomůcky v ošetrovatelské praxi**

Kompenzační pomůcky lze charakterizovat jako pomůcky, které se používají k obnovení a usnadnění funkční schopnosti, pokud není možné její obnovení jinými prostředky (návčik, trénink). Podle charakteru onemocnění jsou kompenzační pomůcky určeny pro tělesně, zrakově, sluchově a mentálně postižené, při poruchách komunikace a pro nemocné s interními chorobami. V ošetrovatelské praxi je důležité znát pomůcky pro tělesně postižené, které zvyšují stupeň nezávislosti.

Kompenzační pomůcky umožňují vyrovnat handicap nemocného a zároveň pomáhají zachovat důstojnost a kvalitu života. Slouží také jako prevence úrazů a umožňují lepší stabilitu. Výrazně usnadňují vykonávání každodenních činností. V současné době si nemocný může vybrat z mnoha typů pomůcek. Je možné také pomůcky upravovat individuálně dle potřeb a požadavků nemocného. Podle typu se kompenzační pomůcky rozdělují na pomůcky k chůzi, pomůcky pro vybavení koupelny a WC, lůžka, antidekubitní pomůcky, vozíky mechanické a elektrické včetně doplňků, zvedáky a závěsy, pomůcky pro sebeobsluhu, bandáže a ortézy, pomůcky pro inkontinenci a pomůcky pro překonávání bariér (17, 18, 28, 36).

Oficiální rozdělení kompenzačních pomůcek však neexistuje. Ergoterapeuti je rozdělují na pomůcky *pro lokomoci* (vozíky, chodítka, hole), pomůcky *pro sebeobsluhu* (stravování, hygienická péče, vyprazdňování, oblékání) a pomůcky *pro grafomotoriku* (polohovací stoly). V souvislosti se zachováním a zvýšením soběstačnosti u nemocného s RA je možné využít kompenzační pomůcky, které budou rozděleny v této kapitole podle základních biologických potřeb nemocného. Základními biologickými potřebami u nemocného s RA je myšlena hygienická péče, vyprazdňování, oblékání, stravování a chůze, které tato nemoc nejvíc ovlivňuje (17, 47).

### ***1.5.1 Kompenzační pomůcky při provádění osobní hygieny a úpravy zevnějšku***

Hygienická péče je péče o sebe sama, má za cíl udržet zdraví a chránit před nemocemi. Péče o tělesnou čistotu vede k uspokojování biologických potřeb. Hygienická péče je ovlivněná kulturními, sociálními, rodinnými a individuálními faktory. Čistota a upravený zevnějšek je pro většinu lidí základní předpoklad pro pocit osobní pohody. Pro ulehčení provádění hygienické péče a zajištění bezpečí slouží hřebeny, kartáčky se speciální rukojetí, které mají různou délku a tloušťku, kleštičky na nehty připevněné k podložce pro stříhání nehtů pomocí jedné ruky, meziprstní prodloužené žínky, mycí houby nastavitelné a vaničky pro mytí hlavy. Nezbytná jsou madla do vany či sprchy a protiskluzové podložky, které by neměly chybět v žádné koupelně revmatika. Ten je ocení nejen jako pomocníky při přesunu v koupelně, ale také v rámci prevence pádu a poranění. Neméně důležitými pomůckami jsou židle do sprchového koutu, opěrky zad a sedačky do vany. Tyto pomůcky slouží k pohodlnému vykonání hygienické péče. Úloha sestry spočívá v posouzení stavu nemocného a stanovení intervencí, které sestra a ošetrovatelský personál realizuje. Pokud je nemocný soběstačný, na hygienickou péči sestra dohlédne. Pokud je nemocný nesoběstačný, sestra mu s hygienickou péčí pomůže nebo tuto činnost převezme za nemocného. Během výkonu je důležité zachovávat intimitu, komunikovat s nemocným, být šetrný a ohleduplný (17, 18, 47).

V rámci potřeby sebepojetí je důležitou činností denního života revmatika oblékání a svlékání. Úprava zevnějšku vypovídá o duševním světě člověka, jeho náladě, spokojenosti a psychických vlastnostech. Zevnějšek je tedy jakýsi obraz nitra každého jedince. Pro usnadnění činností spjatých s oblékáním slouží obouvače ponožek a punčoch, dlouhé lžice na obouvání bot, podavače, stahovák zipu, zapínače knoflíků a podobně. Nemocného s RA by měla sestra poučit o vhodnosti oblečení. Revmatici se při zvýšené námaze snadno zpotí, protože jejich organismus má porušenou schopnost termoregulace. To může mít za následek prochladnutí a následné nachlazení a zbytečné zdravotní komplikace. Nemocný by se měl oblékat tak, aby celé tělo bylo kryto rovnoměrně a nedocházelo k místním ztrátám tepla, které organismus není schopen vyrovnat. Doporučuje se nosit více vrstev lehkých oděvů. Při oblékání by měl revmatik

věnovat pozornost materiálům a jejich úpravě. Měl by volit materiál nemačkový, jež zaručuje snadnější údržbu (úplet, volný oděv) a úpravu (suchý zip, poutka). Důležitá je obuv. Ta by měla být lehká, vzdušná, pevná, pohodlná a podpatek by neměl přesahovat 4 centimetry. Bota by měla mít pevnou patu nebo řemínek přes patu, aby poskytovala oporu pro hlezenní kloub a klenbu nohy. Nazouvací pantofle jsou nevhodné (17, 18, 47).

### ***1.5.2 Využití kompenzačních pomůcek při stravování a vyprazdňování***

Další základní biologickou potřebou je stravování a příprava stravy samotné. Stravování a příjem potravy je provázen pozitivními emocemi, které kladně ovlivňují duševní pohodu a zdraví. Příprava stravy pro přátele nebo pro celou rodinu je vlastně společenská událost. Správná životospráva a její zajištění by mělo být samozřejmostí pro každého člověka a nejen pro nemocné s RA. K tomu, aby revmatik mohl připravovat a konzumovat stravu, slouží mnoho pomůcek. Někdy je potřeba řešit úpravu pomůcky individuálně. Nemocní s RA mají většinou porušenou schopnost úchopu. Tento problém mohou vyřešit pomůcky se silnou rukojetí a nastavitelným sklonem. Na trhu je mnoho pomůcek, ale ne každému vyhovují. Ke stravování lze použít talíř s vyvýšeným okrajem, hrnek s výřezem na nos, ergonomický hrnek s víčkem, příbor s ergonomickou a nastavitelnou rukojetí, zesíleným úchopem a protiskluzovou úpravou. Na příbory lze připevnit i fixační páska na suchý zip. K přípravě stravy jsou nenahraditelnými pomocníky protiskluzové podložky, ergonomické a pravoúhlé nože, otvíráky sklenic, multiotvíráky, otvíráky konzerv, držáky horkých talířů, rukavice, prkénka s protiskluzovou úpravou, sklápěče na konvici, struhadla a kráječe s možností připevnit je ke stolu či kuchyňské lince (17, 18, 47).

Mezi základní fyziologické funkce a potřeby člověka patří vyprazdňování. Frekvence vyprazdňování je u každého jedince rozdílná. Nedostatečné vyprázdnění vede k somatickému i psychickému diskomfortu. Nemocný s RA může mít problémy s činnostmi, které vyprazdňování doprovází, jako je utření se (úchop papíru), dosednutí na toaletu, vstávání z toalety a v neposlední řadě i splachování. Proto by toaleta revmatika měla být vybavena madly. Sestra nebo ergoterapeut může doporučit zvýšená sedátka na WC a držáky toaletního papíru s prodlouženým úchopem (17, 18, 47).

### ***1.5.3 Využití kompenzačních pomůcek při chůzi***

Chůze a přemísťování člověka z jednoho místa na druhé je v dnešní době velmi individuální. Někteří lidé si život bez procházek a pěší turistiky neumí představit. Jiní tráví celé dny u počítače či televize a pohyb jim vůbec neschází. Jezdí autem, používají výtah a volný čas tráví vsedě. Pro nemocné, kteří byli zvyklí na aktivní život a pro ty, kteří by se aktivními chtěli stát je na trhu mnoho pomůcek usnadňující pohyb. Pro lokomoci a k opoře slouží francouzské hole a podpažní berle. Na trhu je několik typů holí, které je možné rozlišit nejen podle vzhledu a materiálu, ale hlavně podle stability. Hole mohou být jednoduché, nebo tří, čtyř, pětibodové, což revmatik jistě ocení hlavně k zachování stability při chůzi. Berle a hole jsou vyrobeny z různých materiálů, jsou různě barevné se spoustou doplňků, mají anatomicky tvarované držadlo pro pravou nebo levou ruku, vyměkčené držadlo či dokonce držadlo se světelnou odrazkou, maticí tlumící klapání berle, nastavitelná držadla, protiskluzový nástavec, opěrky předloktí a další doplňky. Dalším pomocníkem pro chůzi jsou chodítka. Chodítka lze rozdělit na pevná nebo s kolečky (dvoukolová, tříkolová, čtyřkolová). Jsou různě výškově nastavitelná, skládací a s opěrkami. Někdy je RA tak progresivní, že nemocní jsou odkázáni na vozík. Vozíky jsou mechanické a elektrické. Mají mnoho příslušenství – madla, stupačky, barevné rámy, kola a výplň disků, fixační pásy, individuální polstrování zad a sedáku, pláštěnky, zrcátko, držák na hole a jiné.

Další pomůcky, které nemocný s RA může využít, jsou pomůcky pro komunikaci. V dnešní době si někteří lidé nedokážou život bez počítače představit. Počítač je pro někoho jediný pomocník pro komunikaci s okolím. Díky počítači mohou někteří řídit práci z domu a platit účty. Jiní v něm najdou užitečné informace a nové přátele. Právě pro lidi znevýhodněné je na trhu k dispozici speciální vybavení a doplňky, které práci na počítači usnadní a zjednoduší i dorozumívání s okolím. V domácím prostředí jistě nemocní s RA ocení rovněž ergonomický držák klíčů, ergonomické psací potřeby a v neposlední řadě alternativní ovládání automobilu (17, 18, 47).

Pomůcky nemocnému s RA předepisuje praktický lékař, rehabilitační lékař, ortoped nebo chirurg. Nemocnému jsou pomůcky doporučeny individuálně podle jeho omezení. Na některé je však zapotřebí vyjádření a schválení revizního lékaře. Pomůcky,



jako jsou nástavce na WC, sedačky do vany, chodítka a některé vozíky, plně hradí zdravotní pojišťovna. Hole a berle jsou dle výběru nemocného podřízeny finanční spoluúčasti nemocného. Zdravotní pojišťovna nehradí madla, doplňky do kuchyně a koupelny (mycí houby s prodlouženou rukojetí, držák na konvici atd.). Nemocný však může podat žádost na Městský úřad či Odbor sociálních věcí a pomůcka mu může být hrazena v plné výši. Je též možné obrátit se na revizního lékaře, který posoudí nutnost pomůcky a tu dle rozhodnutí uhradí zdravotní pojišťovna. Některé lokomoční, toaletní a sebeobslužné pomůcky lze vypůjčit na přechodnou dobu v centrech pro zdravotně postižené občany, která jsou ve většině okresních měst. Půjčovné se pohybuje podle typu zapůjčené pomůcky 3 – 8 Kč za každý zapůjčený den.

RA nutí nemocné změnit způsob života. To, o jak velké změny půjde, záleží na rozsahu a agresivitě nemoci. Nemoc má vliv na zvládání zaměstnání, domácnosti, řízení dopravních prostředků, rodinný i osobní život a v neposlední řadě na péči o sebe sama.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, zda pacienti s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky.

Cíl 2: Zjistit, v jaké oblasti sebepéče potřebují pacienti s revmatoidní artritidou využít kompenzační pomůcky.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou kompenzační pomůcky pro pacienty s revmatoidní artritidou dostupné.

Cíl 4: Zmapovat, zda mají pacienti s revmatoidní artritidou informace o kompenzačních pomůčkách v oblasti hygienické péče.

### **2.2 Hypotézy**

H 1: Pacienti s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky.

H 2: Pacienti s revmatoidní artritidou využívají kompenzační pomůcky nejčastěji v oblasti hygienické péče.

H 3: Kompenzační pomůcky pro pacienty s revmatoidní artritidou jsou dostupné.

H 4: Pacienti s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůčkách v oblasti hygienické péče.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody***

Pro bakalářskou práci a k dosažení stanovených cílů byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazník byl sestaven na základě získaných informací z literatury, odborných časopisů a internetových stránek. Byl sestaven pro nemocné s revmatoidní artritidou a obsahoval 24 otázek, které byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. Pro srozumitelnost a doplnění informací, byl proveden předvýzkum u 10 respondentů. Na základě předvýzkumu, byl dotazník upraven. Některé otázky byly vyřazeny, upraveny a doplněny. První dvě otázky byly identifikační, třetí filtrační a zbylé byly zaměřeny na znalost, a následné využívání kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní artritidou. Dále bylo zjišťováno, jak nemocní vnímají dostupnost kompenzačních pomůcek prostřednictvím škály, kdy 1 znamená dostupné a 5 znamená nedostupné. Technika dotazníku byla zvolena z důvodu možnosti získání velkého počtu informací v krátkém časovém úseku. Výsledky odpovědí z dotazníku byly vyhodnoceny pomocí grafů. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplnění bylo dobrovolné.

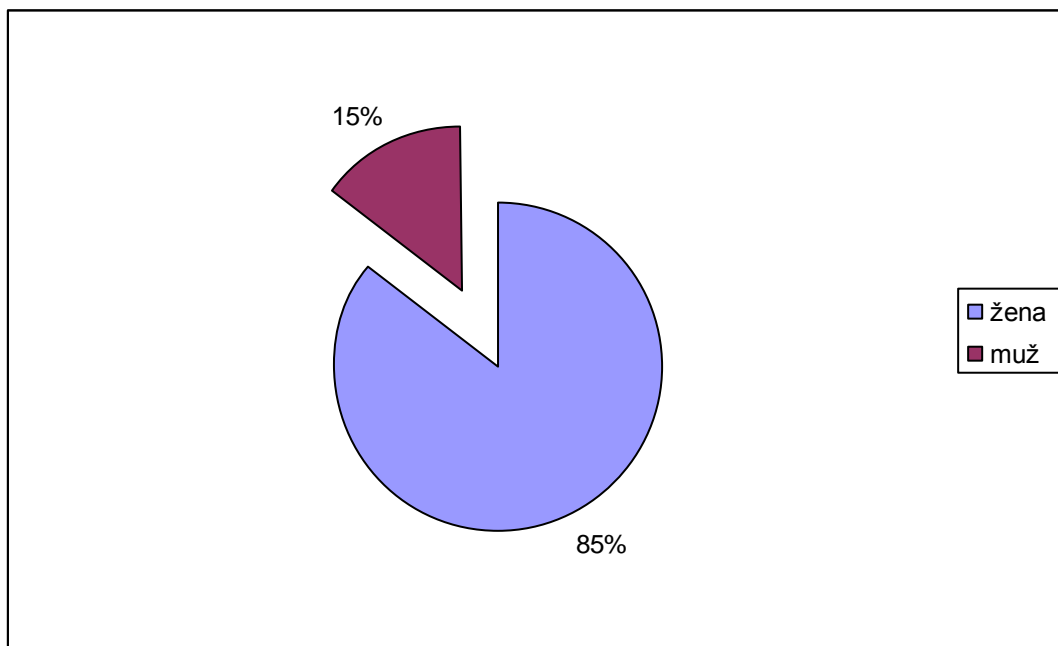
#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Výzkumný vzorek pro sběr dat tvořili nemocní s revmatoidní artritidou. Dotazník byl rozdán do revmatologických ambulancí a sdružení Revma liga v kraji Jihočeském, Severočeském, Západočeském, Severomoravském a Jihomoravském a v kraji Vysočina. Telefonicky byli osloveni předsedové sdružení Revma liga a osobně lékaři revmatologických ambulancí. Poté byly dotazníky distribuovány. Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 161 dotazníků, návratnost byla tedy 95%, přičemž úplně vyplněných bylo 153 dotazníků a nevyplněných zůstalo 8 dotazníků. Z tohoto počtu bylo vyřazeno 22 dotazníků, neboť dotazovaní neměli onemocnění revmatoidní artritida. Výzkumný soubor pro zpracování dat tvořil 131 respondentů (100 %).

## 4. Výsledky

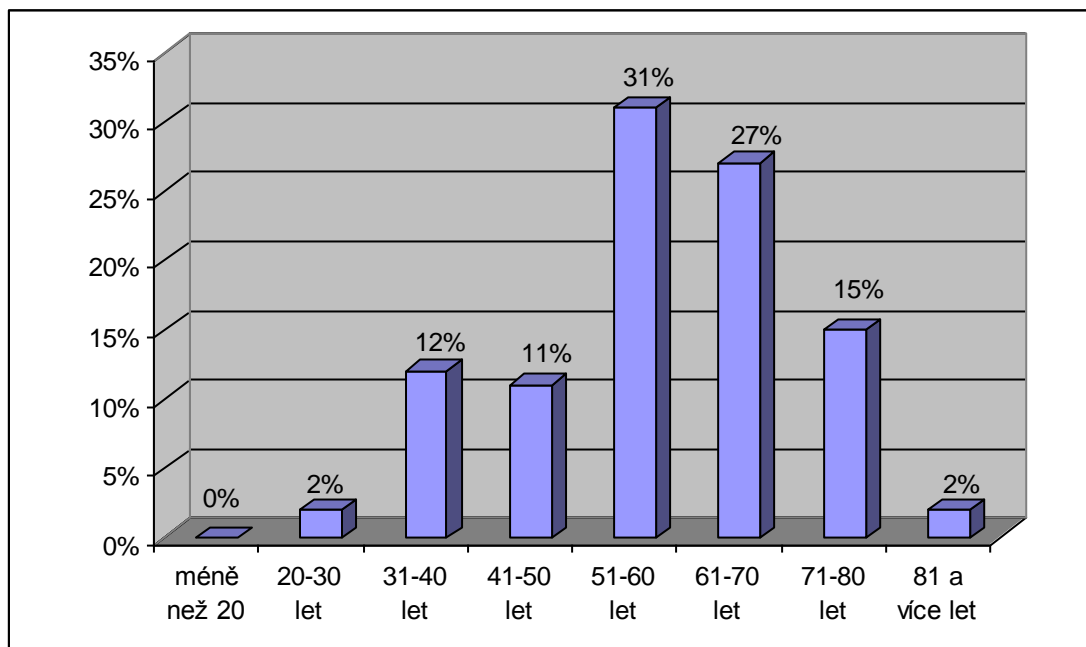
### 4.1 Grafy

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



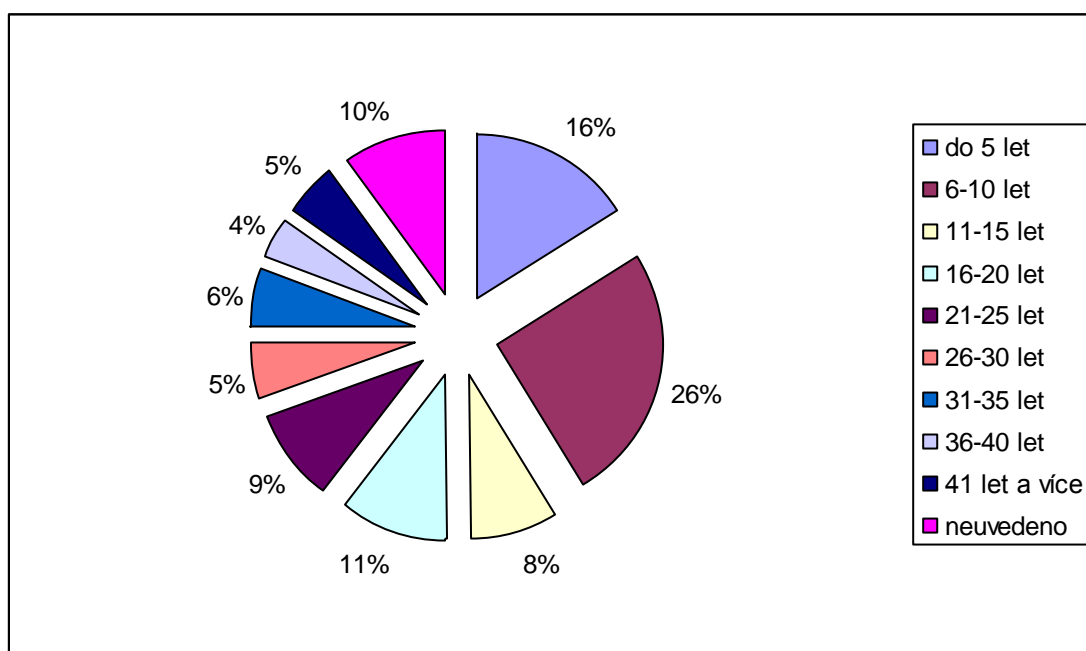
Z celkového počtu 131 (100 %) respondentů, pacientů s revmatoidní artritidou, bylo 112 (85 %) žen a 19 (15 %) mužů.

**Graf 2 Věk respondentů**



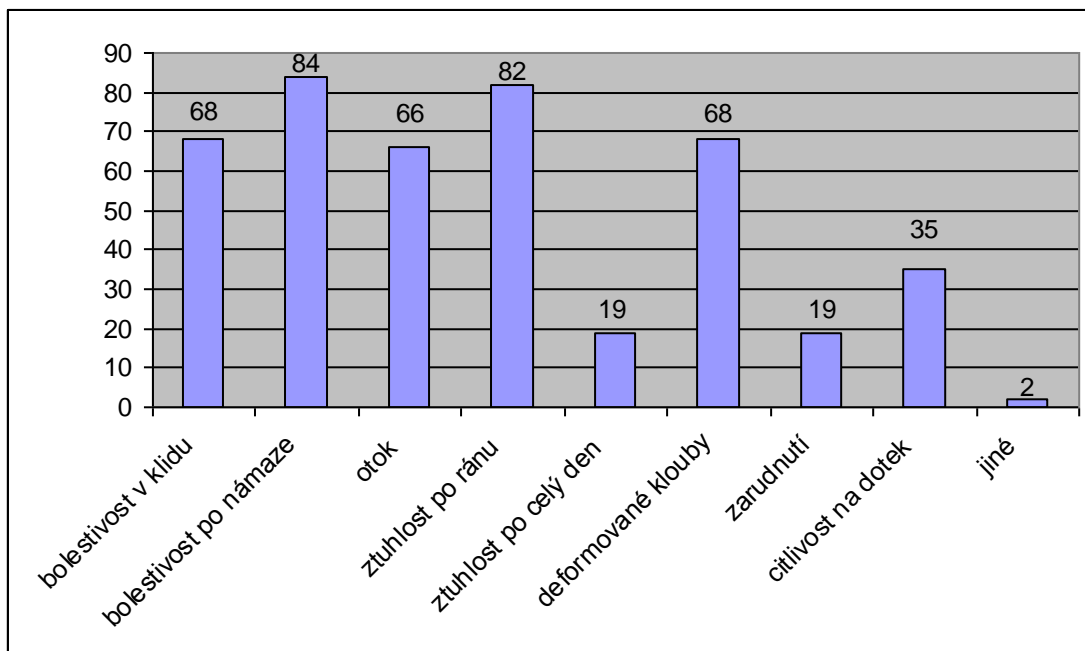
Z celkového počtu 131 (100 %) respondentů, pacientů s revmatoidní artritidou je 41 (31 %) ve věku 51-60 let, 35 (27 %) ve věku 61-70 let, 20 (15 %) ve věku 71-80 let, 16 (12 %) ve věku 31-40 let, 15 (11 %) ve věku 41-50 let, 2 (2 %) ve věku 20-30 let, 2 (2 %) ve věku 80 let a více. Žádný respondent neuvedl věk menší než 20 let.

**Graf 3 Délka onemocnění revmatoidní artritida u respondentů**



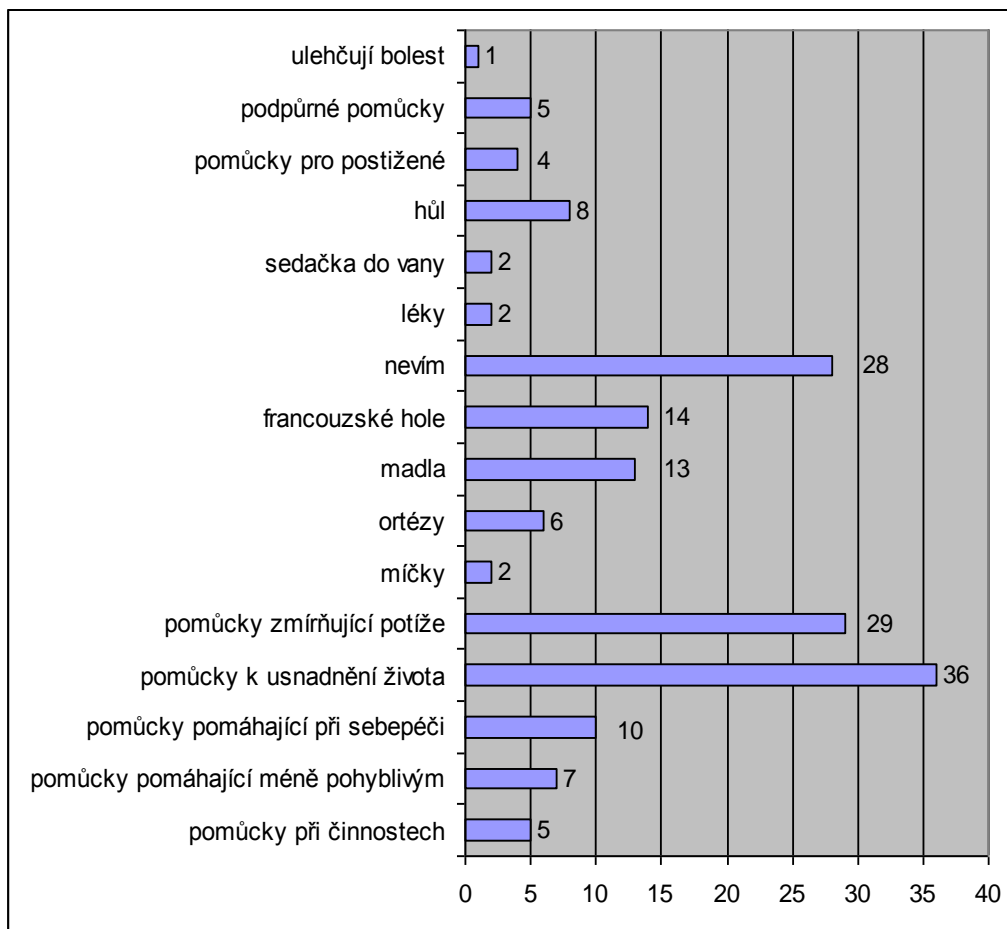
Graf znázorňuje, jak dlouho respondenti daným onemocněním trpí. Z celkového počtu 131 (100 %) respondentů odpovědělo 33 (26 %) 6-10 let, 21 (16 %) do 5 let, 13 (10 %) neuvédlo, 14 (11 %) 16-20 let, 12 (9 %) 21-25 let, 11 (8 %) 11-15 let, 8 (6 %) 31-35 let, 7 (5 %) 26-30 let, 7 (5 %) 41 a více let, 5 (4 %) 36-40 let.

**Graf 4 Problémy postižených kloubů**



Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké potíže mají respondenti u postižených kloubů. Nemocní mohli označit více odpovědí. Odpovídalo 131 nemocných. 84x se vyskytla odpověď bolestivost po námaze, 82x se vyskytla odpověď ztuhlost po ránu, 68x se vyskytla odpověď bolestivost v klidu, 68x se vyskytla odpověď deformované klouby, 66x se vyskytla odpověď otok, 35x se vyskytla odpověď citlivost na dotek, 19x se vyskytla odpověď ztuhlost po celý den, 19x se vyskytla odpověď zarudnutí, 2x se vyskytla odpověď jiné, kdy 1x odpověděli stálou bolestivost kloubů a 1x označili problémy při změně počasí, které nekonkretizovali.

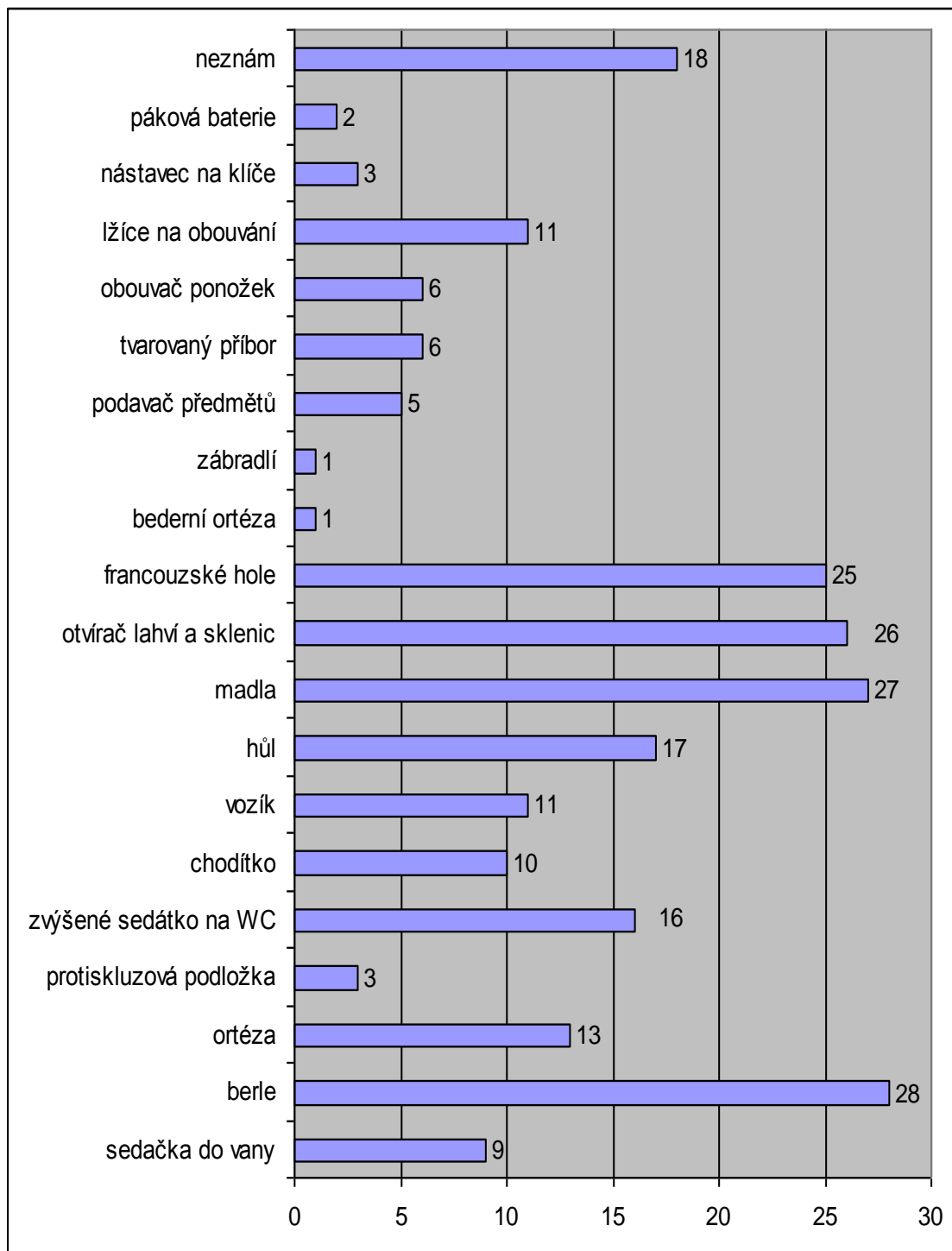
**Graf 5 Představa respondentů o termínu kompenzační pomůcky**



Graf vyjadřuje četnost odpovědí respondentů o jejich představě pojmu kompenzační pomůcky. Odpovídalo 131 dotazovaných. 36x se vyskytla odpověď, že jsou to pomůcky k usnadnění života, 29x se vyskytla odpověď, že jsou to pomůcky zmírňující potíže, 28x se vyskytla odpověď nevím, 14x se vyskytla odpověď francouzské hole, 13x se vyskytla odpověď madla, 10x se vyskytla odpověď pomůcky pomáhající při sebepéči. 8x se vyskytla odpověď ortéza. 7x se vyskytla odpověď, že se jedná o pomůcky, které pomáhají méně pohyblivým. 5x se vyskytla odpověď, že se jedná o pomůcky při činnostech. 5x se vyskytla odpověď, že se jedná o podpůrné pomůcky. 2x se vyskytla odpověď, že se jedná o pomůcky pro postižené, 2x se vyskytla odpověď sedačka do vany, 2x léky, 2x míčky. 1x se vyskytla odpověď, že se jedná o pomůcky usnadňující bolest.

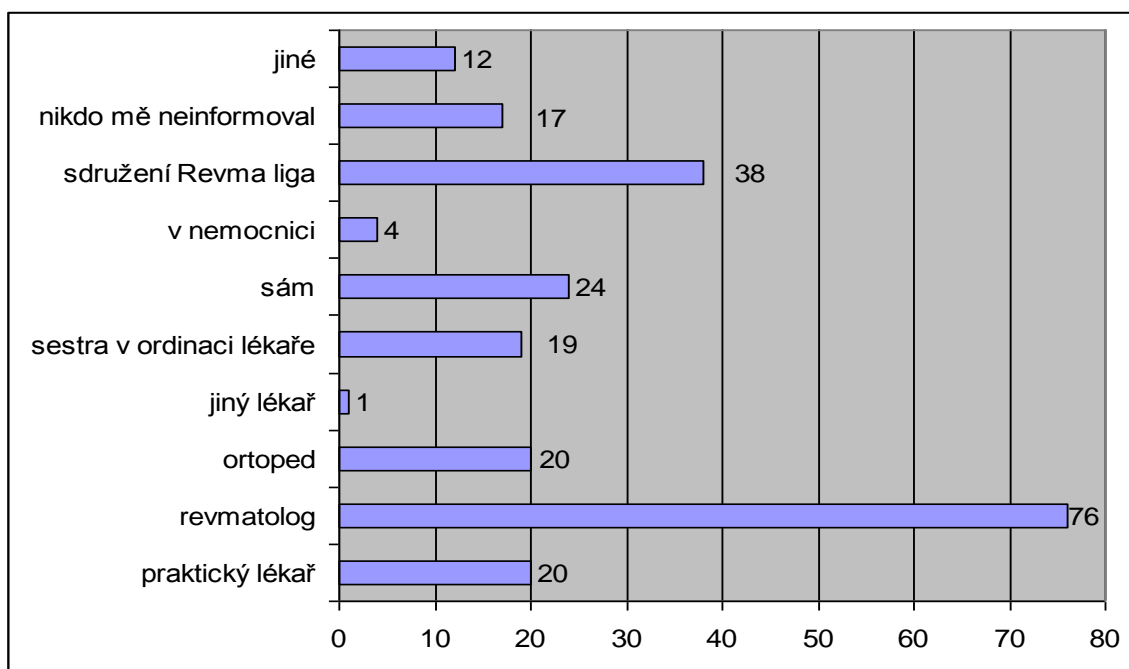


**Graf 6 Znalost kompenzačních pomůcek respondenty**



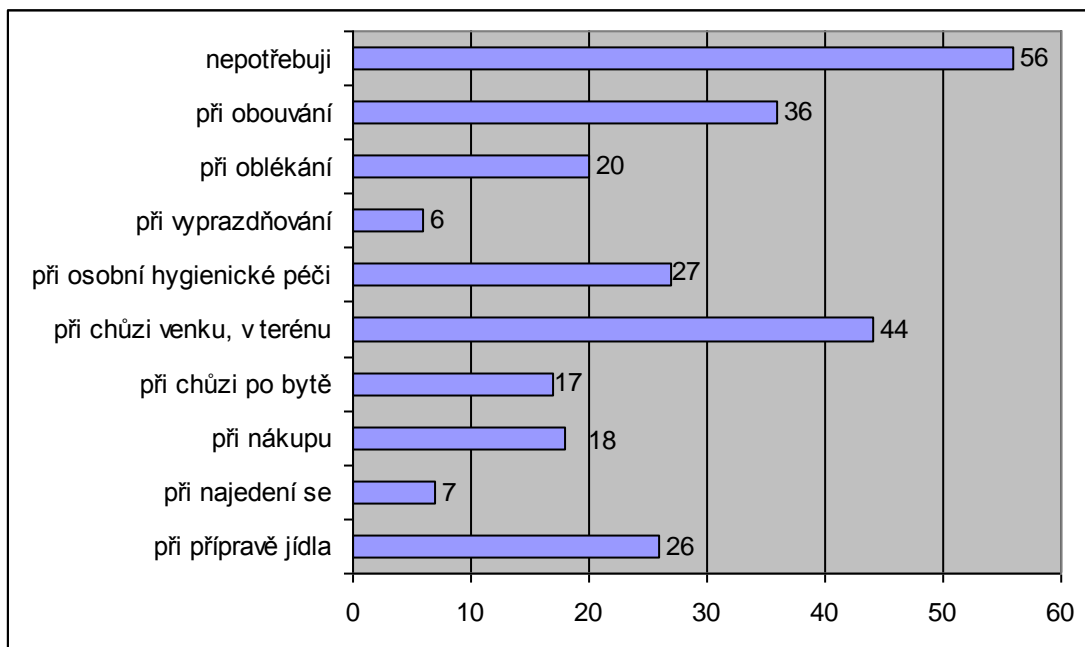
Graf znázorňuje četnost odpovědí nemocných na otázku, jaké kompenzační pomůcky znají. Odpovídalo 131 dotazovaných. 28x se vyskytla odpověď berle. 27x se vyskytla odpověď madla. 26x se vyskytla odpověď otvírač sklenic a lahví. 25x se vyskytla odpověď francouzské hole. 18x se vyskytla odpověď, že pomůcky neznají. 17x se vyskytla odpověď hůl. 16x se vyskytla odpověď zvýšené sedátko na WC. 13x se vyskytla odpověď ortéza. 11x se vyskytla odpověď lžice na obouvání, a 11x se vyskytla odpověď vozík. 10x se vyskytla odpověď chodítka. 9x se vyskytla odpověď sedačka do vany. 6x se vyskytla odpověď obouvač ponožek a 6x tvarovaný příbor. 5x se vyskytla odpověď podavač předmětů. 3x se vyskytla odpověď nástavec na klíče a 3x protiskluzová podložka. 2x se vyskytla odpověď páková baterie, 1x se vyskytla odpověď bederní ortéza a 1x zábradlí.

**Graf 7 Získávání informací o kompenzačních pomůčkách respondenty**



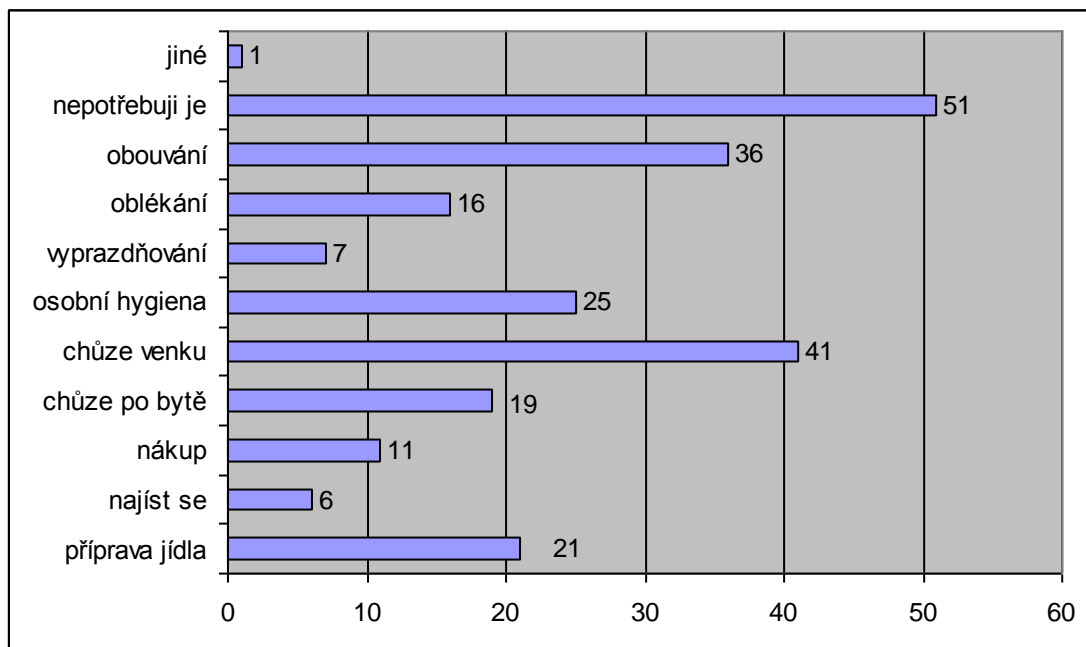
Graf vyjadřuje četnost odpovědí respondentů o zdroji informací o kompenzačních pomůčkách. Odpovídalo 131 dotazovaných, kteří mohli zvolit více odpovědí. 76x se vyskytla odpověď, že nemocní získávají informace o kompenzačních pomůčkách u revmatologa. 38x se vyskytla odpověď, že se nemocní informovali prostřednictvím sdružení Revma liga. 24x se vyskytla odpověď, že se nemocný informace obstaral sám. 20x se vyskytla odpověď, že nemocného informoval ortoped a 20x se vyskytla odpověď, že nemocný získal informace od praktického lékaře. 19x se vyskytla odpověď, že nemocného informovala sestra v ordinaci lékaře. 17x se vyskytla odpověď, že nemocné nikdo neinformoval. 12x se vyskytla odpověď jiné, kdy 4x nemocní získali informace z letáku, 3x nemocné informovala rehabilitační sestra, 1x se nemocný informoval u výrobců kompenzačních pomůcek, 1x nemocný získali informace na veletrhu, 2x nemocní získali informace z časopisů, 1x nemocný získali informace na internetu. 4x nemocní získali informace v nemocnici. 1x nemocný označili odpověď jiný lékař.

**Graf 8 Oblasti potřeby využití kompenzačních pomůcek respondenty**



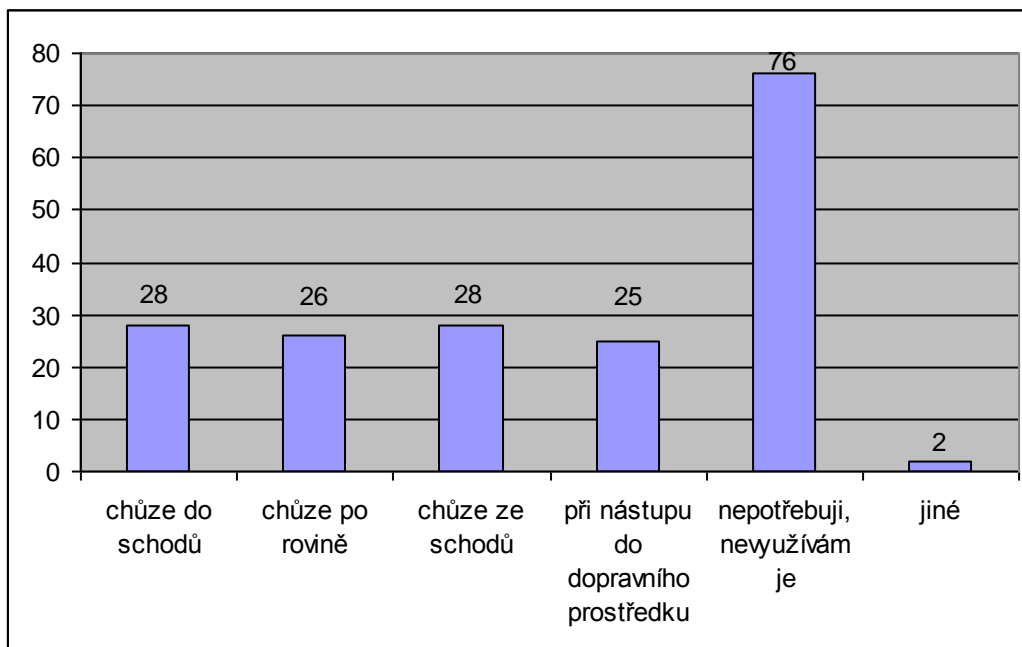
Tento graf vyjadřuje četnost odpovědí na otázku, ve kterých oblastech se lidé nemocní potřebují využít kompenzační pomůcky. Odpovídalo 131 dotazovaných, kteří mohli označit více odpovědí. 56x se vyskytla odpověď, že dotazovaní kompenzační pomůcky nepotřebují. 44x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky dotazovaní potřebují využít při chůzi venku a v terénu. 36x se vyskytla odpověď, že pomůcky potřebují dotazovaní využít při obouvání. 27x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při osobní hygienické péči. 26x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při přípravě jídla. 18x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzační pomůcky při nákupu. 17x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při chůzi po bytě. 14x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při oblékání. 7x se vyskytla odpověď potřeby využití kompenzačních pomůcek při najedení se. 6x se vyskytla odpověď potřeby využití pomůcek při vyprazdňování. Možnost jiné nevyužil žádný z dotazovaných.

**Graf 9 Oblasti využití kompenzačních pomůcek respondenty**



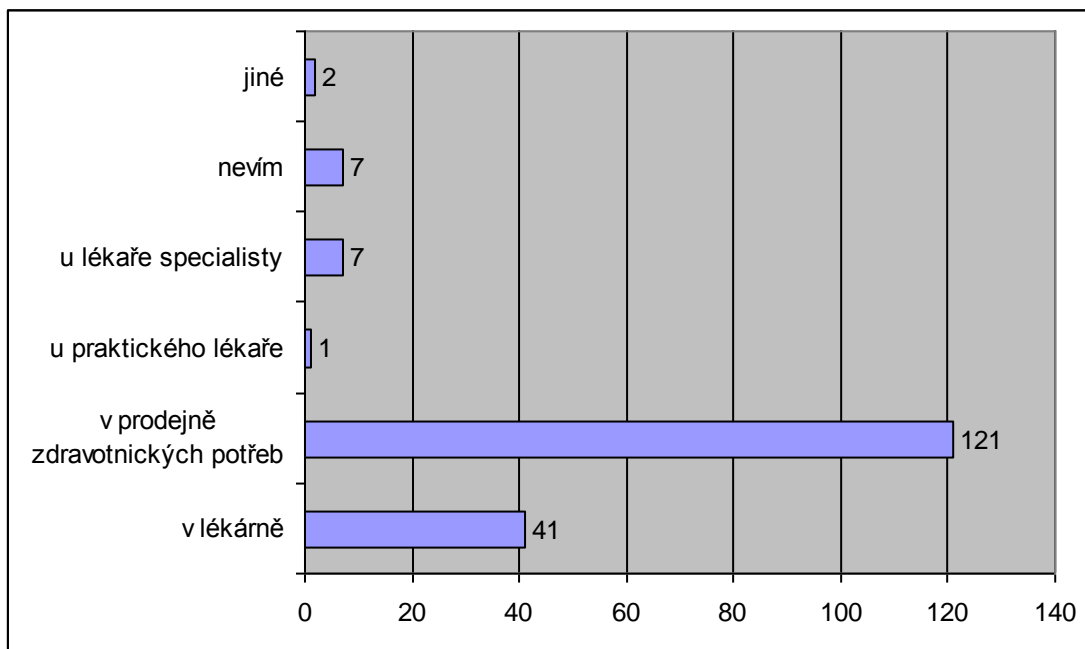
Tento graf vyjadřuje četnost odpovědí na otázku, ve kterých oblastech se lidé s nemocí kompenzační pomůcky již využívají. Odpovídalo 131 respondentů, kteří mohli označit více odpovědí. 51x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky nepotřebují. 41x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při chůzi venku. 36x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při obouvání. 25x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při osobní hygieně. 21x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při přípravě jídla. 19x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při chůzi po bytě. 16x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při oblékání. 11x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při nákupu. 7x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při vyprazdňování. 6x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při najedení se. Odpověď jiné se vyskytla 1x, kdy respondenti uvedli, že kompenzační pomůcky využívají při cvičení.

**Graf 10 Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky při chůzi respondenty**



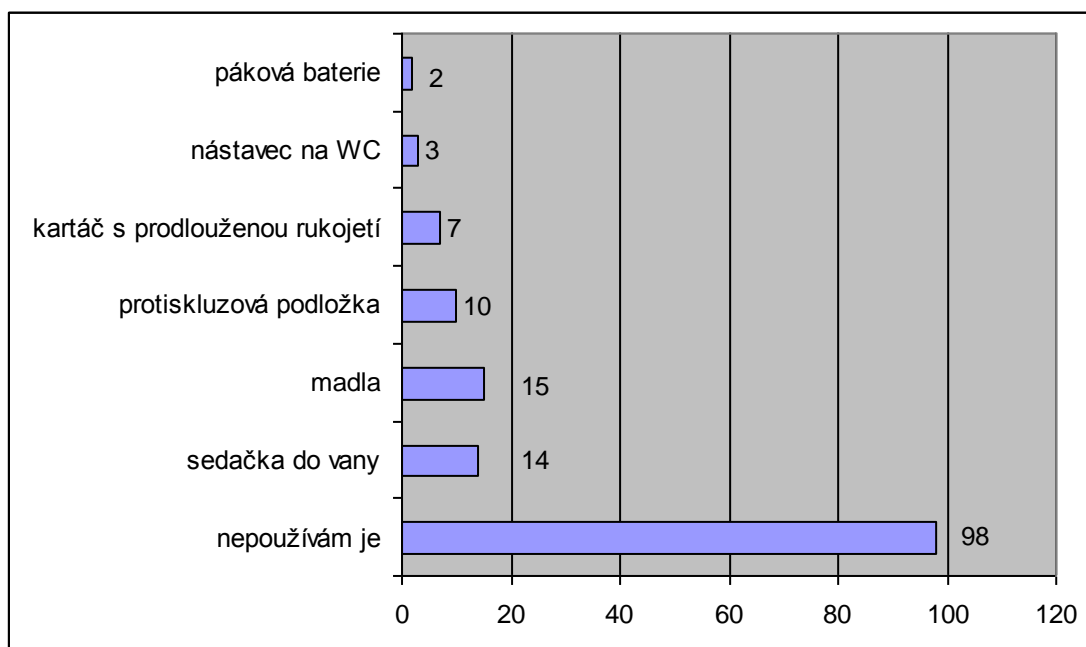
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, kdy nejčastěji využívají nemocní kompenzační pomůcky při chůzi. Odpovídalo 131 dotazovaných. Dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí. 76x se vyskytla odpověď, že dotazovaní kompenzační pomůcky při chůzi nepoužívají. 28x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají pomůcky nejčastěji při chůzi do schodů a 28x při chůzi ze schodů. 26x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají kompenzační pomůcky nejčastěji při chůzi po rovině. 2x se vyskytla odpověď jiné, kdy 1x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky využívají v práci, kterou provádí ve stoje (obsluhují stroj). 1x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky používají stále.

**Graf 11** Povědomí respondentů o možnosti zakoupení kompenzačních pomůcek



Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, zda nemocní vědí, kde si mohou kompenzační pomůcky zakoupit. Odpovídalo 131 nemocných, kteří mohli zvolit více odpovědí. 121x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky je možné zakoupit v prodejně zdravotnických služeb. 41x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky mohou nemocní zakoupit v lékárně. 7x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky mohou nemocní zakoupit u lékaře specialisty. 7x se vyskytla odpověď nevím. 2x se vyskytla odpověď jiné. 1x se vyskytla odpověď, že pomůcky lze zakoupit prostřednictvím internetu a 1x se vyskytla odpověď, že pomůcky lze zakoupit někdy na veletrhu. 1x se vyskytla odpověď, že pomůcky lze zakoupit u praktického lékaře.

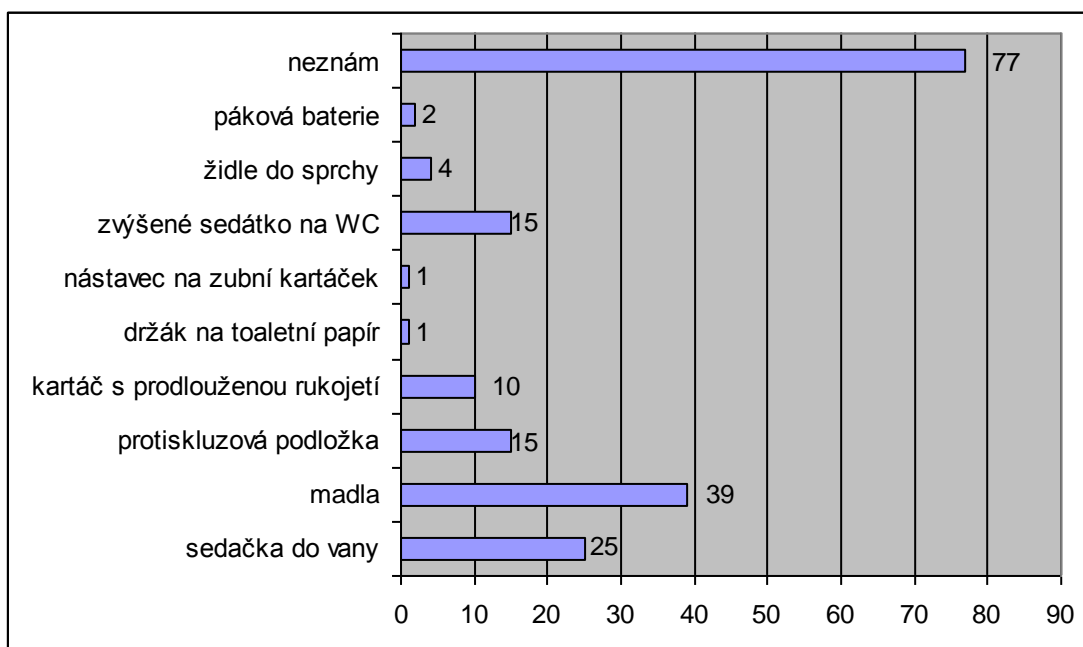
**Graf 12 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky při provádění hygienické péče respondenty**



Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, které kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají při provádění hygienické péče. Odpovídalo 131 nemocných. 98x se vyskytla odpověď, že nemocní kompenzační pomůcky nepoužívají. 15x se vyskytla odpověď, že používají madla. 14x se vyskytla odpověď použití sedačky do vany. 10x se vyskytla odpověď použití protiskluzové podložky. 7x se vyskytla odpověď použití kartáče s prodlouženou rukojetí. 3x se vyskytla odpověď použití nástavce na WC. 2x se vyskytla odpověď, že nemocní používají pákovou baterii.

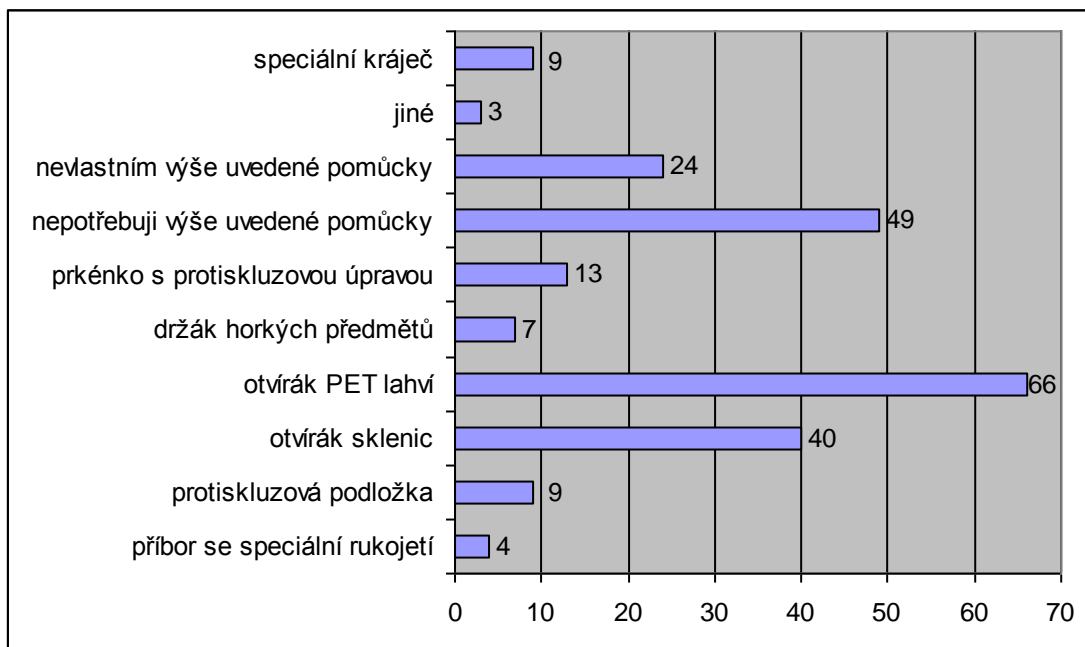


**Graf 13 Znalost kompenzačních pomůcek v oblasti provádění hygienické péče respondenty**



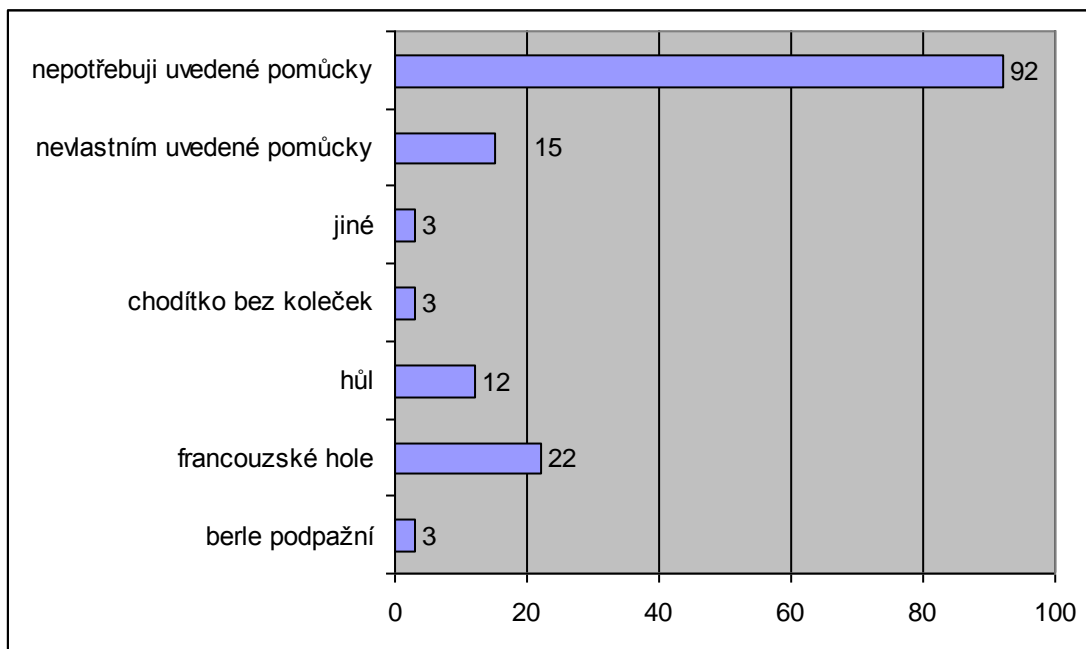
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké kompenzační pomůcky nemocní znají v souvislosti s prováděním hygienické péče. Odpovídalo 131 dotazovaných. 77x se vyskytla odpověď, že dotazovaní kompenzační pomůcky v souvislosti s prováděním hygienické péče neznají. 39x se vyskytla odpověď madla. 25x se vyskytla odpověď sedačka do vany. 15x se vyskytla odpověď protiskluzová podložka. 15x se vyskytla odpověď zvýšené sedátko na WC. 10x se vyskytla odpověď kartáč s prodlouženou rukojetí. 4x se vyskytla odpověď židle do sprchy. 2x se vyskytla odpověď páková baterie. 1x se vyskytla odpověď nástavec na zubní kartáček a 1x se vyskytla odpověď držák na toaletní papír.

**Graf 14 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky při stravování respondenty**



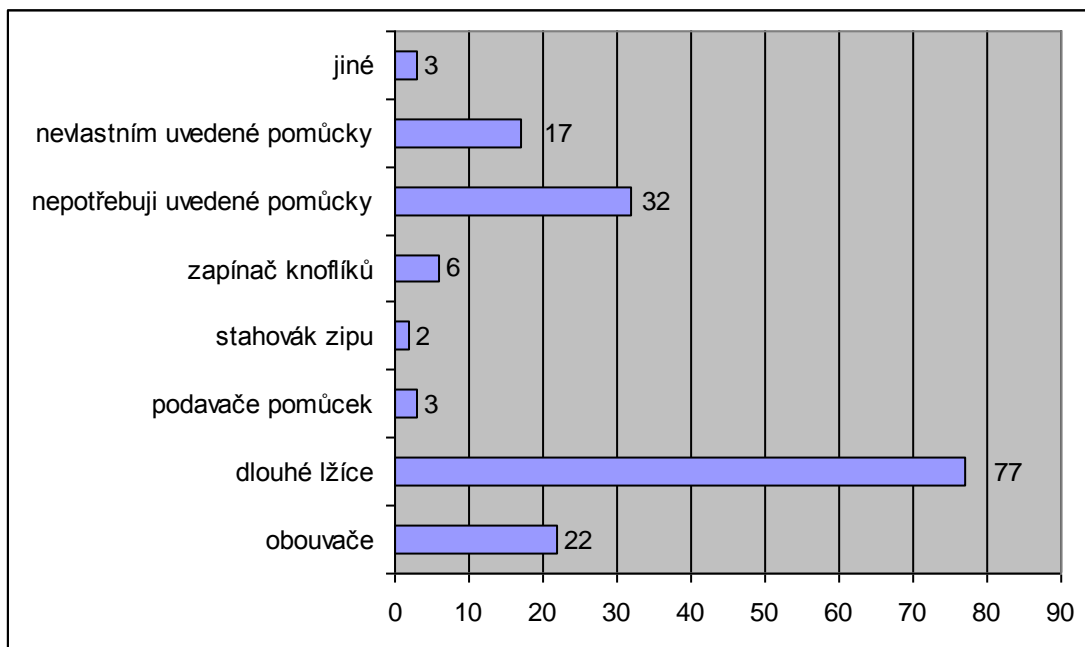
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají při stravování. Odpovídalo 131 dotazovaných, kteří mohli zvolit více odpovědí. 66x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají nejčastěji otvírák PET lahví. 49x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nepotřebují uvedené pomůcky. 40x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nejčastěji používají otvírák sklenic. 24x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nevlastní uvedené pomůcky. 13x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají prkénko s protiskluzovou úpravou. 9x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají protiskluzové podložky a 9x se vyskytla odpověď použití speciálního kráječe. 7x se vyskytla odpověď, že dotazovaní používají držák horkých předmětů. 4x se vyskytla odpověď použití příboru se speciální rukojetí. 3x se vyskytla odpověď jiné, kdy 1x se vyskytla odpověď použití elektrického otvíráku na konzervy, 1x se vyskytla odpověď pomoc druhé osoby a 1x se vyskytla odpověď hrneček se speciálním ouškem. Nikdo z dotazovaných neoznačil odpověď použití sklápěče na konvici.

**Graf 15 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky při chůzi v bytě respondenty**



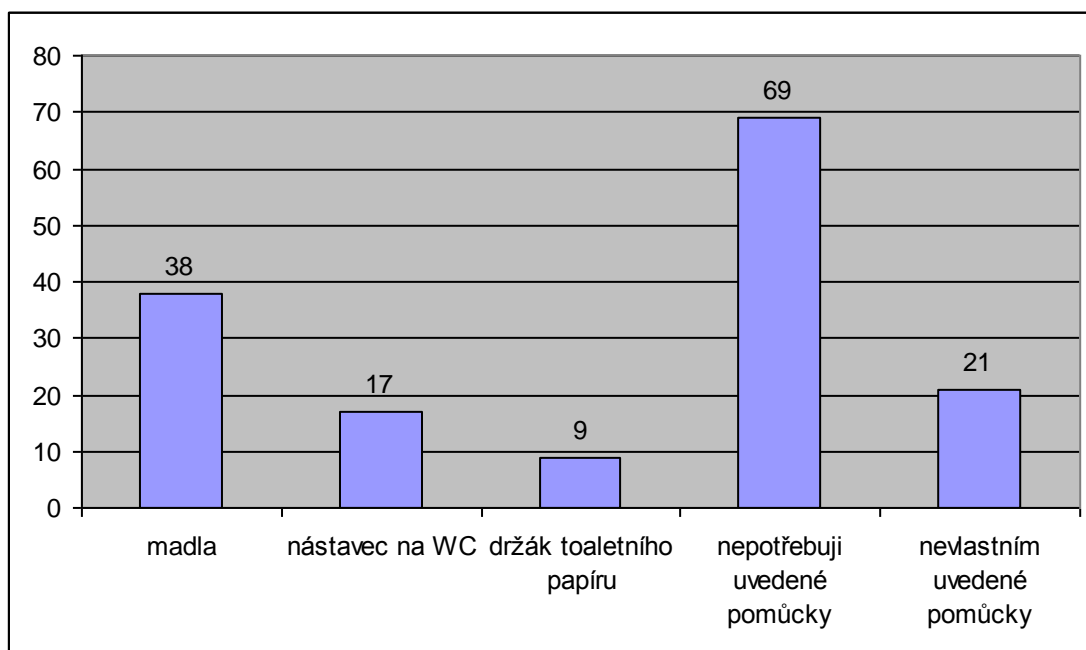
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají při chůzi v bytě. Odpovídalo 131 respondentů, kteří mohli zvolit více odpovědí. 92x se vyskytla odpověď, že respondenti nepotřebují žádné z uvedených pomůcek. 22x se vyskytla odpověď, že respondenti nejčastěji používají francouzské hole. 15x se vyskytla odpověď, že respondenti nevlastní uvedené pomůcky. 12x se vyskytla odpověď, že respondenti používají hůl. 3x se vyskytla odpověď, že respondenti používají podpažní berle, 3x se vyskytla odpověď chodítka bez koleček a 3x se vyskytla odpověď jiné, kdy 2x se vyskytla odpověď pomoc druhé osoby, a 1x se vyskytla odpověď, že respondenti používají zábradlí.

**Graf 16 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky při oblékání respondenty**



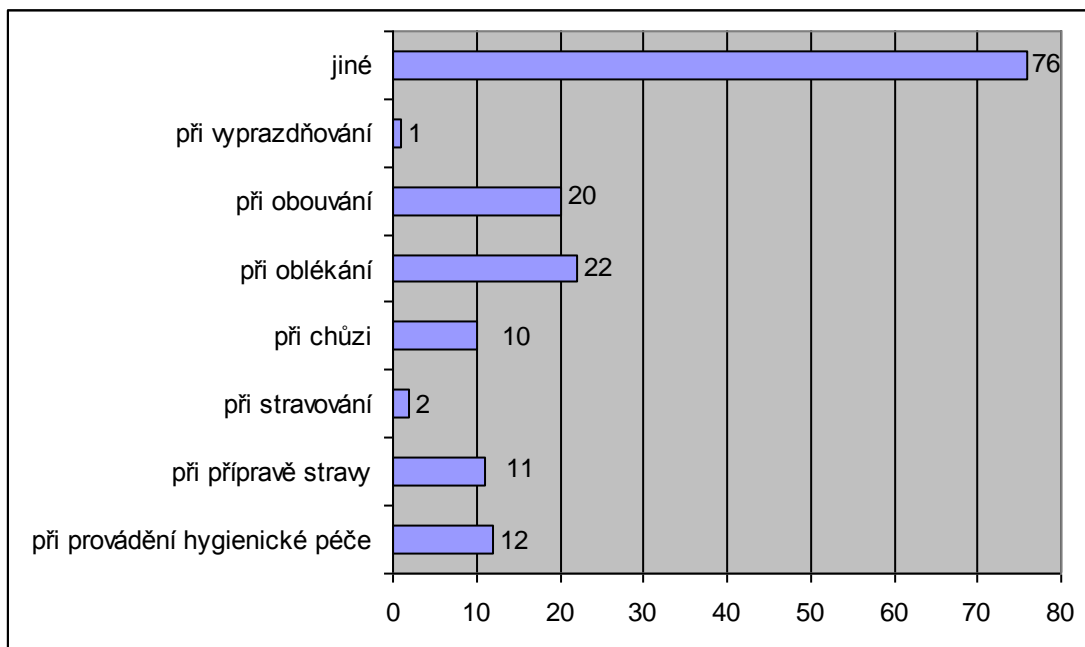
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají při oblékání. Odpovídalo 131 dotazovaných, kteří měli možnost označit více odpovědí. 77x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nejčastěji používají dlouhé lžice. 32x se vyskytla odpověď, že dotazovaní uvedené pomůcky nepotřebují. 22x se vyskytla odpověď obouvače. 17x se vyskytla odpověď, že dotazovaní uvedené pomůcky nevlastní. 6x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nejčastěji používají zapínač knoflíků. 3x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nejčastěji používají podavač pomůcek. 3x se vyskytla odpověď jiné, kdy byla uvedena pomoc druhé osoby. 2x se vyskytla odpověď, že dotazovaní nejčastěji používají stahovák zipu.

**Graf 17 Nejčastěji používané kompenzační pomůcky při vyprazdňování respondenty.**



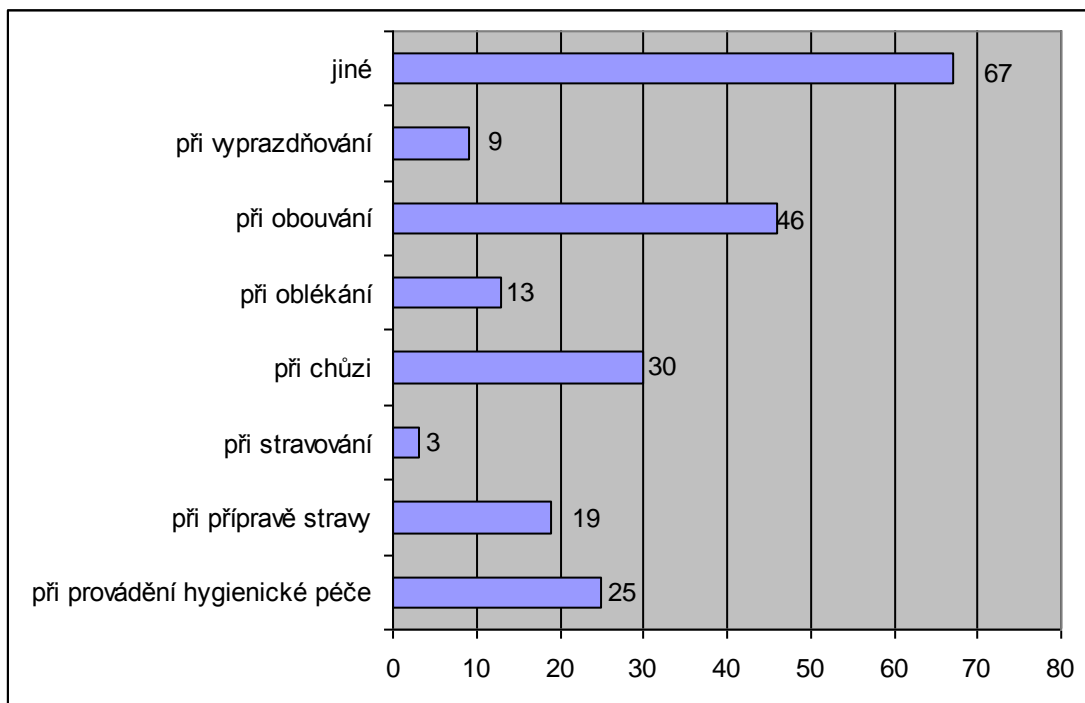
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají při vyprazdňování. Odpovídalo 131 respondentů, kteří měli možnost označit více odpovědí. 69x se vyskytla odpověď, že uvedené pomůcky nepotřebují. 38x se vyskytla odpověď, že respondenti používají madla. 21x se vyskytla odpověď, že respondenti uvedené pomůcky nevlastní. 17x se vyskytla odpověď, že respondenti používají nástavec na WC. 9x se vyskytla odpověď, že respondenti používají držák toaletního papíru. Žádný respondent neoznačil pojízdný klozet a nikdo nevyužil odpovědi jiné.

**Graf 18 Oblasti aktivit postrádání kompenzačních pomůcek respondenty**



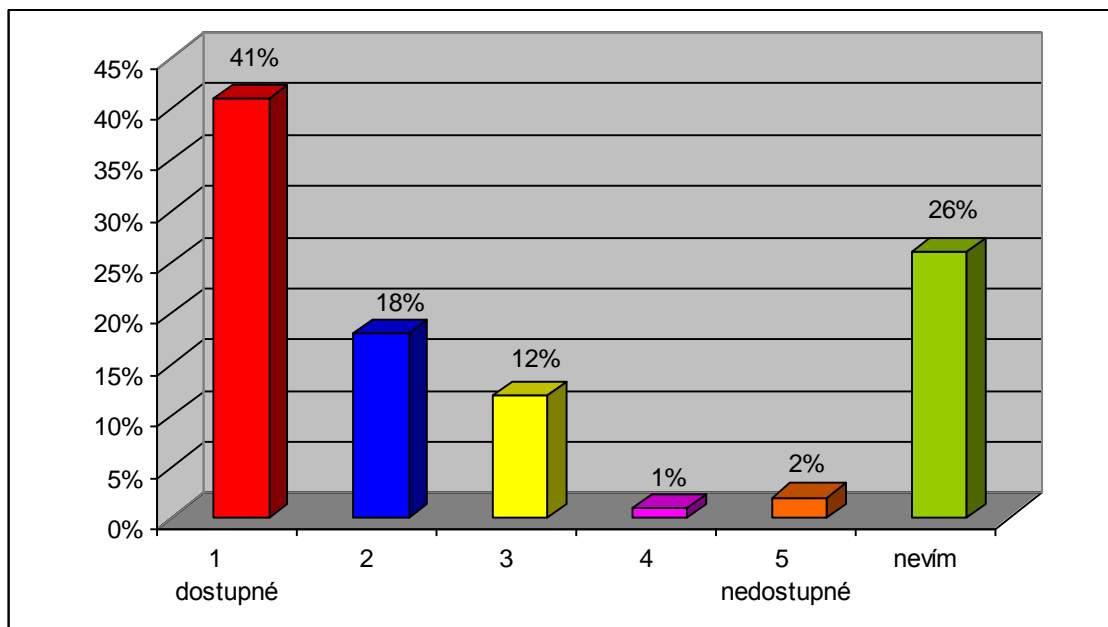
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, při které denní aktivitě respondenti kompenzační pomůcky postrádají. Odpovídalo 131 respondentů, kteří měli možnost označit několik odpovědí. 76x se vyskytla odpověď jiné, kde respondenti uvedli, že kompenzační pomůcky nepotřebují. 22x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky postrádají při oblékání. 20x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky postrádají při obouvání. 12x se vyskytla odpověď, že respondenti postrádají pomůcky při provádění hygienické péče. 11x se vyskytla odpověď, že respondenti postrádají pomůcky při přípravě stravy. 10x se vyskytla odpověď, že respondenti postrádají pomůcky při chůzi. 2x se vyskytla odpověď, že pomůcky postrádají při stravování. 1x se vyskytla odpověď, že pomůcky postrádají při vyprazdňování.

**Graf 19 Nejčastější oblast využití kompenzačních pomůcek respondenty**



Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, ve které oblasti kompenzační pomůcky respondenti nejvíc využívají. Odpovídalo 131 respondentů, kteří měli možnost označit víc možností. 67x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky nepotřebují. 46x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky využívají při obouvání. 30x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky využívají při chůzi. 25x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky využívají při provádění hygienické péče. 19x se vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky využívají při přípravě stravy. 13x se vyskytla odpověď, že respondenti využívají pomůcky při oblékání a 9x se vyskytla odpověď využití pomůcek při vyprazdňování. 3x se vyskytla odpověď využití pomůcek při stravování.

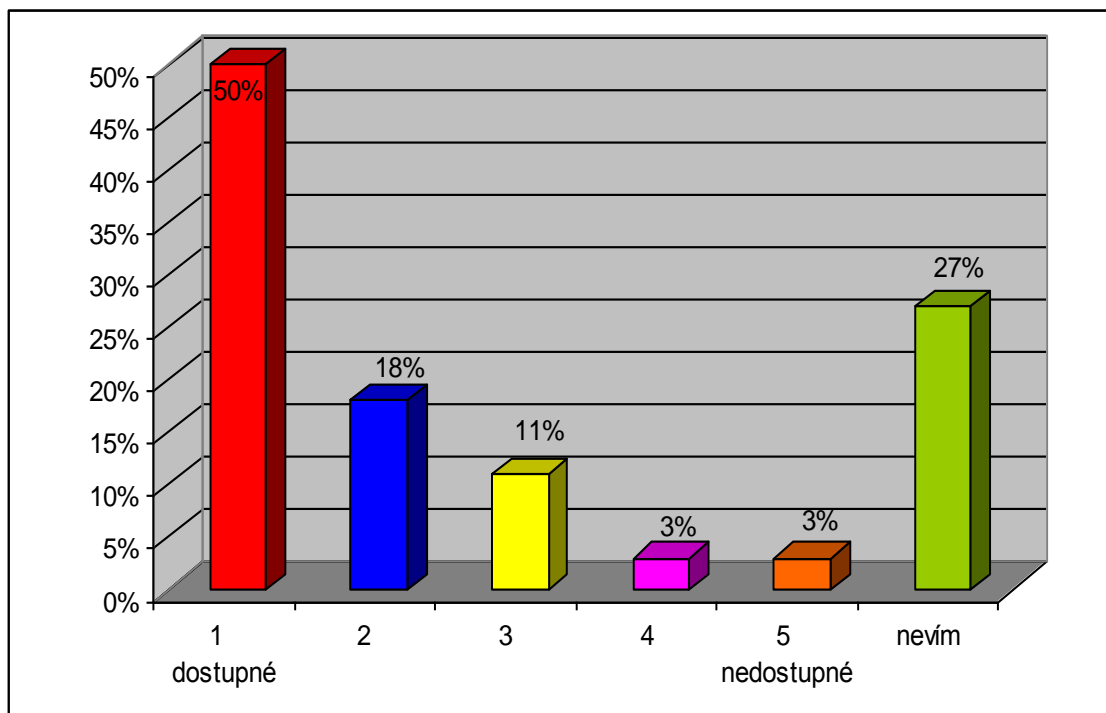
**Graf 20 Dostupnost kompenzačních pomůcek při chůzi vnímaná respondenty**



Graf znázorňuje vnímání dostupnosti kompenzačních pomůcek při chůzi, kterou nemocní uváděli na škále od 1 do 5. Z celkového počtu 131 (100 %) nemocných odpovědělo 55 (41 %) nemocných, že pomůcky jsou dostupné. 34 (26 %) nemocných odpovědělo, že nedokáží dostupnost zhodnotit, neboť pomůcky nepotřebují. 23 (18 %) nemocných uvedlo, že pomůcky jsou méně dostupné. 16 (12 %) nemocných uvedlo, že pomůcky jsou špatně dostupné. 2 (2 %) nemocný uvedl, že pomůcky jsou nedostupné. 1 (1 %) nemocný uvedl, že pomůcky jsou téměř nedostupné.

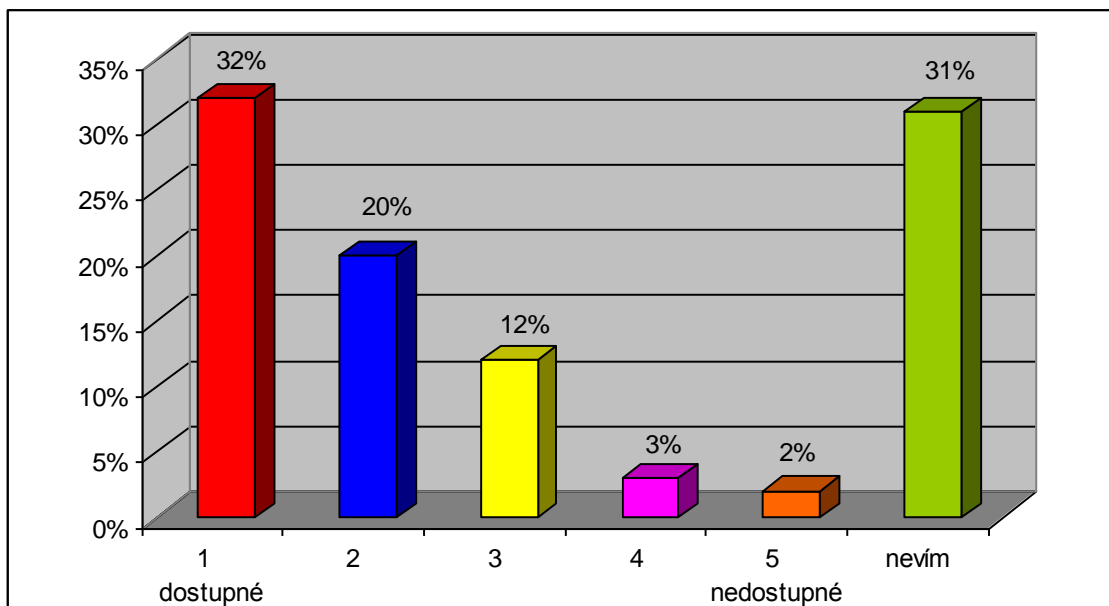


**Graf 21 Dostupnost kompenzačních pomůcek při hygienické péči vnímaná respondenty**



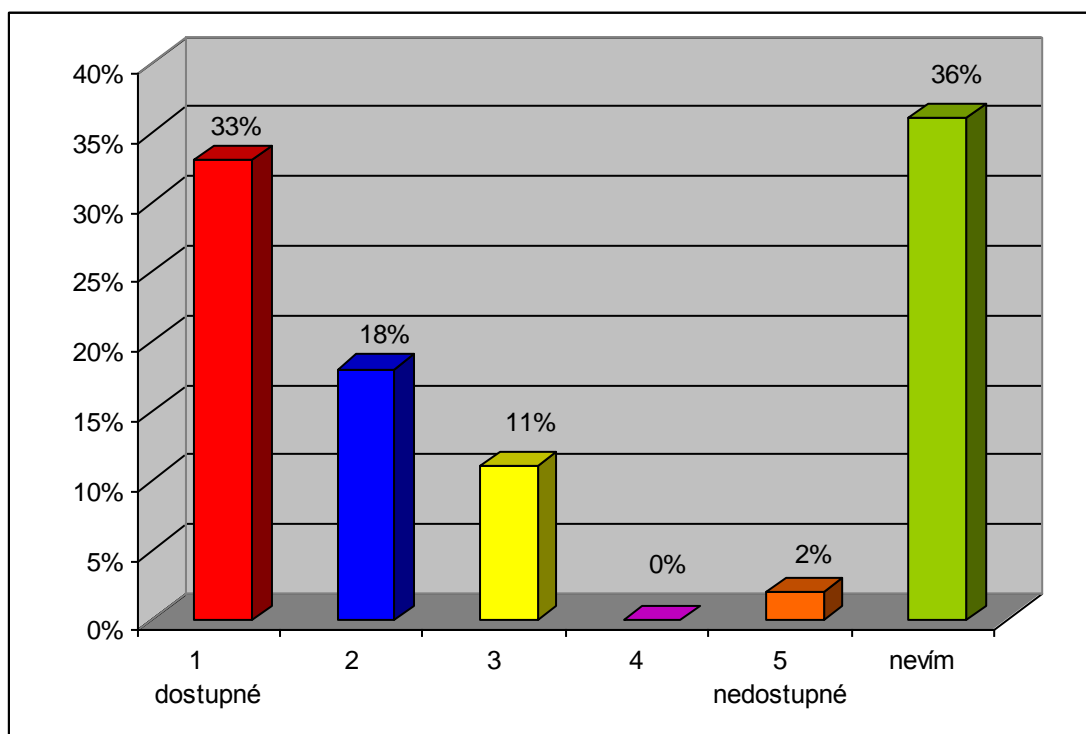
Graf znázorňuje vnímání dostupnosti kompenzačních pomůcek při hygienické péči, kterou nemocní uváděli na škále od 1 do 5. Z celkového počtu 131 (100 %) nemocných odpovědělo 50 (38 %) nemocných, že pomůcky jsou dostupné. 36 (27 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky nepoužívají, tudíž nedokáží dostupnost zhodnotit. 23 (18 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou méně dostupné. 14 (11 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou špatně dostupné. 4 (3 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou téměř nedostupné. 4 (3 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou nedostupné.

**Graf 22 Dostupnost kompenzačních pomůcek při stravování vnímaná respondenty**



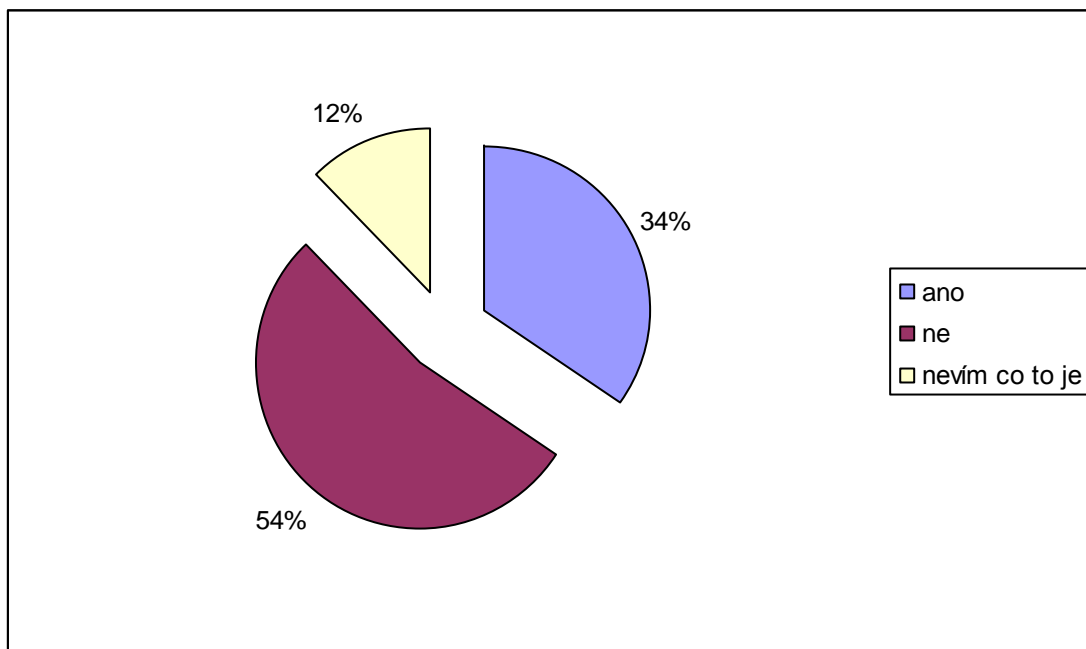
Graf znázorňuje vnímání dostupnosti kompenzačních pomůcek při stravování, kterou nemocní uváděli na škále od 1 do 5. Z celkového počtu 131 (100 %) nemocných odpovědělo 42 (32 %) respondentů, že pomůcky jsou dostupné. 41 (31 %) respondentů odpovědělo, že pomůcky nepoužívají, tudíž nedokáží dostupnost zhodnotit. 26 (20 %) respondentů odpovědělo, že pomůcky jsou méně dostupné. 16 (12 %) respondentů odpovědělo, že pomůcky jsou špatně dostupné. 4 (3 %) respondenti odpověděli, že pomůcky jsou téměř nedostupné. 2 (2 %) respondenti odpověděli, že pomůcky jsou nedostupné.

**Graf 23 Dostupnost kompenzačních pomůcek při vyprazdňování vnímaná respondenty**



Graf znázorňuje vnímání dostupnosti kompenzačních pomůcek při vyprazdňování, kterou nemocní uváděli na škále od 1 do 5. Z celkového počtu 131 (100 %) nemocných odpovědělo 48 (36 %) nemocných, že pomůcky nepoužívají, tudíž nedokáží dostupnost zhodnotit. 43 (33 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou pro ně dostupné. 23 (18 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou méně dostupné. 14 (11 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou špatně dostupné. 3 (2 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou nedostupné. Žádný z dotazovaných neodpověděl, že pomůcky jsou téměř nedostupné.

**Graf 24 Členství respondentů ve sdružení Revma liga**



Na otázku zda jsou dotazovaní, členové Revma ligy, odpovědělo 131 (100 %) dotazovaných. 70 (54 %) dotazovaných odpovědělo ne. 45 (34 %) dotazovaných odpovědělo ano, a 16 (12 %) dotazovaných nevědělo co Revma liga je.

## 5. Diskuze

Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit, zda nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky, v jaké oblasti sebepéče kompenzační pomůcky potřebují, zda jsou pro nemocné kompenzační pomůcky dostupné a zda nemocní mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče.

Dotazník pro nemocné obsahoval 24 otázek (Příloha 1). Dotazník vyplnilo 112 (85 %) žen a 19 (15 %) mužů. Tento údaj nepřímo potvrzuje skutečnost, že revmatoidní artritida postihuje až třikrát častěji ženy než muže, jak uvádí Olejárová (29) a Pavelka (33). Nejpočetnější skupinu tvořili nemocní ve věkové kategorii 51 až 60 let, kterou tvořilo 41 (31 %) dotazovaných. Podle délky trvání nemoci nejpočetnější skupinu tvořili nemocní, kteří uvedli, že jejich nemoc trvá 6 až 10 let. Takto odpovídalo 33 (26 %) dotazovaných.

Při mapování projevů postižení kloubů, byla nejpočetnější odpověď bolestivost po námaze. Ta se vyskytla 84x. Až na druhém místě byla označena ztuhlost po ránu, která se vyskytla 82x a na třetím místě byla odpověď deformované klouby, která se vyskytla 68x. Olejárová (29) uvádí, že bolest je dominantní příznak u revmatických onemocnění, konkrétně pro zánětlivá revmatická onemocnění svědčí bolest klidová. Z našeho šetření vyplývá, že údaje v grafu 4 se s Olejárovou (29) neshodují.

Jedním z cílů práce bylo, zjistit, zda nemocní znají kompenzační pomůcky. Výsledky byly potěšující. 36x se vyskytla odpověď, že se jedná o pomůcky k usnadnění života. 29x se vyskytla odpověď, že jsou to pomůcky zmírňující potíže. Klusoňová (18) uvádí, že kompenzační pomůcky, jsou ty, které obnovují a usnadňují funkční schopnosti a usnadňují vykonávání každodenních činností. Lze tedy usoudit, že nemocní vědí, co si pod pojmem kompenzační pomůcky mají představit. Při hlubší analýze bylo zjištěno, že nemocní znají kompenzační pomůcky. Tuto skutečnost potvrzují výsledky grafu 6, kde se vyskytla 28x odpověď berle, 27x madla a 26x se vyskytla odpověď otvírač sklenic a lahví. Z výzkumného šetření je zřejmé, že nemocní kompenzační pomůcky znají a nejčastěji uvádí pomůcky k usnadnění pohybu. Co se týče zdroje, ze kterého nemocní získávají informace o kompenzačních pomůckách (Graf 7), se 76x vyskytla odpověď, že nejvíc informací získali od revmatologa. 38x se vyskytla

odpověď, že nejvíc informací získávají ve sdružení Revma liga. Z těchto výsledků vyplývá, že nemocným je věnována pozornost i přes velkou vytíženost revmatologických ambulancí a nemocným jsou předány pro ně velmi významné informace a rady. S touto skutečností pravděpodobně souvisí i výsledky, které demonstruje graf 24, kdy 45 (34 %) respondentů odpovědělo, že jsou členy sdružení Revma liga. Toto sdružení hraje velkou roli ve smyslu výměny zkušeností mezi nemocnými se stejným onemocněním a spolupráce s odborníky, kteří při svých přednáškách doplňují informace a seznamují nemocné s novými trendy. To, že nemocní znají kompenzační pomůcky, že vědí, kde získají informace o pomůčkách, považujeme za velmi pozitivní. V této souvislosti se naskytá otázka, zda nemocní vědí, kde si mohou kompenzační pomůcky zakoupit. Tuto skutečnost znázorňuje graf 11, kdy se 121x vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky mohou zakoupit v prodejně zdravotnických potřeb. Druhou nejpočetnější odpovědí, kdy se odpověď vyskytla 41x bylo, že kompenzační pomůcky lze zakoupit v lékárně. Z tohoto šetření je patrné, že nemocní vědí kam se obrátit, a kde kompenzační pomůcky zakoupit. Na základě výše uvedených výsledků byla *H 1: Pacienti s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky* potvrzena.

RA zasahuje do oblasti sebepěče a postupně ji zhoršuje. Potěšující však bylo zjištění, že nemocní kompenzační pomůcky nepotřebují využít (graf 9), kdy se tato odpověď vyskytla 51x. Druhá nejpočetnější odpověď se vyskytla 41x, kdy dotazovaní uvedli, že potřebují využít kompenzační pomůcky při chůzi venku. 36x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky potřebují využít při obouvání. Poslední nejpočetnější skupinu tvořila odpověď, která se vyskytla 25x, kdy dotazovaní uvedli, že kompenzační pomůcky potřebují využít při osobní hygienické péči. Z tohoto šetření je zřejmé, že nemocní využívají kompenzační pomůcky ve většině sebeobslužných činnostech. Tato skutečnost pravděpodobně souvisí věkem (graf 2) či délkou onemocnění (graf 3). Využití kompenzačních pomůcek nemocnými v závislosti na věku či délce onemocnění nebylo cílem našeho šetření, avšak se domníváme, že tato oblast by mohla být podnětem pro další zkoumání.

Podobné byly i výsledky v oblasti nejčastějšího využití kompenzačních pomůcek (graf 19), kdy se 67x vyskytla odpověď, že respondenti pomůcky nepotřebují. 46x se vyskytla odpověď, že respondenti kompenzační pomůcky využívají při obouvání. 30x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky využívají při chůzi. Pouze 25x se vyskytla odpověď, že pomůcky využívají při provádění hygienické péče. V porovnání grafu 9 a 19, kdy nemocní jsou v prvním případě dotazováni na využívání kompenzačních pomůcek a ve druhém případě, ve které oblasti kompenzační pomůcky nejčastěji využívají, se počty a pořadí odpovědí téměř shodují. Z šetření je zřejmé, že pokud nemocní v dané oblasti pomůcky potřebují využít, tak je také využívají. Z analýzy výše uvedených výsledků se *H 2: Pacienti s revmatoidní artritidou využívají kompenzační pomůcky nejčastěji v oblasti hygienické péče* nepotvrdila.

Graf 18 poukazuje na aktivity, ve kterých nemocní kompenzační pomůcky postrádají. 76x se vyskytla odpověď, že nemocní pomůcky nepotřebují, tudíž je nepostrádají. 22x se vyskytla odpověď, že pomůcky postrádají při oblékání a 20x se vyskytla odpověď, že nemocní postrádají pomůcky při obouvání. Ve srovnání s výsledky uvedenými v grafu 16 je zřejmé, že nemocní postrádají pomůcky při činnostech, ve kterých pomůcky nejvíc používají tedy při oblékání a obouvání.

Pro zachování sebepéče a soběstačnosti je důležitá chůze. Graf 10 znázorňuje, kdy nejčastěji při chůzi respondenti využívají kompenzační pomůcky. Nejvíce a to 76x se vyskytla odpověď, že kompenzační pomůcky nepotřebují a nevyužívají je. 28x se shodně vyskytla odpověď, využití pomůcek při chůzi ze schodů a do schodů. 26x se vyskytla odpověď, že pomůcky používají při chůzi po rovině, 25x dotazovaní uvedli, že pomůcky používá při nástupu do dopravního prostředku. Z výsledků šetření je zřejmé, že převážná většina dotazovaných pomůcky při chůzi nepotřebuje. Je možné tedy usuzovat, že léčba revmatoidní artritidy u dotazovaných je úspěšná natolik, že nedochází k výraznému poškození nosných kloubů, které by nemocné omezovalo právě při chůzi. Lze se domnívat, že se nemocní snaží být co nejvíce soběstační a při chůzi jim pomáhá rodina či přátelé. V souvislosti s chůzí je pro nemocného s RA neméně důležitý pohyb a chůze po bytě. Chtěli jsme zjistit, zda nemocní právě při pohybu v bytě používají kompenzační pomůcky (graf 15). Předpokládali jsme,

že každá pomůcka k lokomoci omezuje nemocného ve vykonávání dalších sebeobslužných činností. Nejenže nemocní musí mít kolem sebe víc místa, ale problém nastane například při přenášení hrnce z kuchyně do jídelny. Vzniká problém, kdy nemocní nezvládnou nést hole či hůl a hrnec najednou. Zajímavé bylo zjištění, kdy 92x se vyskytla odpověď, že nemocní nepoužívají žádné kompenzační pomůcky. 22x se vyskytla odpověď francouzské hole a 15x se vyskytla odpověď, že nevlastní uvedené pomůcky. Z šetření vyplývá, že nemocní jsou ve většině případů při chůzi po bytě soběstační a nejsou výrazně omezeni v dalších oblastech sebez péče ve smyslu „nadbytečné“ pomůcky.

Na otázku, jaké kompenzační pomůcky respondenti nejčastěji používají při provádění hygienické péče (graf 12), byly získány překvapující odpovědi. 98x se vyskytla odpověď, že respondenti kompenzační pomůcky nepoužívají. 15x se vyskytla odpověď madla a 14x sedačka do vany. Lze usuzovat, že se na této skutečnosti podílí efektivní léčba, jak uvádí Pavelka (31, 32), která je stále dokonalejší a díky moderní diagnostice i včasná. Díky tomuto šetření se lze domnívat, že postižení drobných kloubů na rukách příliš neomezuje nemocné provádět hygienickou péči, pro kterou je jemná motorika důležitá. Jistou roli zde pravděpodobně sehrává i délka onemocnění. Nebylo však cílem šetření zjišťovat vztah mezi věkem respondentů, délkou trvání nemoci a využívání kompenzačních pomůcek.

Z předchozích výsledků vyplynulo, že nemocní kompenzační pomůcky v oblasti hygienické péče nepoužívají. Je tedy na místě zjistit, zda pomůcky k provádění osobní hygieny znají. Tuto skutečnost pomohly objasnit odpovědi na otázku, které kompenzační pomůcky respondenti znají v souvislosti s prováděním hygienické péče (graf 13). 77x se vyskytla odpověď, že nemocní pomůcky k provádění hygienické péče neznají. 39x se vyskytla odpověď madla a 25x se vyskytla odpověď sedačka do vany. V porovnání s grafem 6, kdy nemocní uváděli znalost kompenzačních pomůcek se v odpovědích 27x vyskytla madla, 9x sedačka do vany a 2x páková baterie, vyplývá, že nemocní kompenzační pomůcky znají. Jak demonstruje graf 7, nemocní vědí, kde informace o pomůčkách získají. 76x se vyskytla odpověď, že informace získají u revmatologa. Nemocní také vědí, kde pomůcky zakoupí (graf 11), kdy 121x se



vyskytla odpověď prodejna zdravotnických potřeb. S těmito výsledky patrně souvisí i graf 21, z jehož výsledků je zřejmé, že respondenti považují kompenzační pomůcky při provádění hygienické péče za dostupné. Tato odpověď byla označena 50 (38 %) dotazovanými. Na výsledcích grafu 8 je patrné, že nemocní nepotřebují využívat kompenzační pomůcky, kdy se tato odpověď vyskytla 56x. 44x se vyskytla odpověď potřeby využití pomůcek při chůzi, 36x při obouvání a pouze 27x se vyskytla odpověď potřeby použít pomůcky při hygienické péči. Také výsledky grafu 9 a 19, kdy se shodně a to pouze 25x vyskytla odpověď využití a nejčastějšího využití kompenzačních pomůcek v oblasti hygienické péče, demonstrují umístění oblasti hygienické péče v obou případech až na čtvrtém místě. Lze se tedy domnívat, že pokud nemocní pomůcky nepotřebují využít, tak je ani neznají (graf 13) a nepotřebují znát. Oproti tomu ti, kteří pomůcky potřebují, a využívají je (graf 12), jsou v této oblasti informováni. Na základě analýzy výsledků byla *H 4: Pacienti s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče potvrzena.*

Přijímání potravy a tekutin patří k základním lidským potřebám. Co se týče pomůcek, které nemocní používají, zjišťovala otázka, které pomůcky při stravování používají nemocní nejčastěji. 66x se vyskytla odpověď, že nemocní používají otvírák PET lahví. 49x se vyskytla odpověď, že nemocní nepotřebují uvedené kompenzační pomůcky. 40x se vyskytla odpověď použití otvíráku sklenic. Z výzkumu vyplývá, že nemocní používají pomůcky, které „kompenzují“ úchop ruky a zároveň šetří její drobné klouby.

Ke každodenním sebeobslužným činnostem člověka patří oblékání a úprava zevnějšku. Zjišťovali jsme, jaké kompenzační pomůcky nemocní nejčastěji používají právě při oblékání (graf 16). 77x se vyskytla odpověď, že nejčastěji používají dlouhé lžice. 32x se vyskytla odpověď, že pomůcky nepotřebují. 22x se vyskytla odpověď obouvače. Z výsledků vyplývá, že nemocní znají pomůcky i pod jinými názvy, neboť dlouhá lžice a obouvač je pomůcka totožná. Naopak zouvák nevedl nikdo z dotazovaných. Lze se domnívat, že tuto pomůcku supluje sám nemocný nebo druhá osoba, tudíž ji nemocní nevyhledávají, nebo nevědí o její existenci. Zajímavé zjištění bylo, že zapínač knoflíků byl uveden pouze 6x a stahovák zipu 2x. Z těchto výsledků je

možné usoudit, že nemocní mají zachovanou jemnou motoriku natolik, že nejsou výrazně omezeni při oblékání, nebo využívají pomoci druhé osoby.

Oproti tomu oblast vyprazdňování umožňuje využít celou škálu kompenzačních pomůcek. Jaké pomůcky nejčastěji používají, demonstruje graf 17. 69x se vyskytla odpověď, že nemocní nepotřebují uvedené pomůcky. 38x se vyskytla odpověď, že používají madla a 21x se vyskytla odpověď, že uvedené pomůcky nevlastní. Z šetření je zřejmé, že nemocní k vyprazdňování pomůcky nepotřebují. Využívají pouze podporu (madla) ke vstávání, což vzhledem k věku většiny dotazovaných nemusí souviset s onemocněním revmatoidní artritida.

Zajímavé bylo zjištění, jak nemocní vnímají dostupnost kompenzačních pomůcek při chůzi, hygienické péči, stravování a vyprazdňování, které nemocní uváděli pomocí škály, kdy 1 označovala dostupnost a 5 nedostupnost kompenzačních pomůcek. Pomůcky při chůzi označilo 55 (41 %) nemocných jako dostupné a 34 (26 %) nemocných pomůcky nepoužívají. V oblasti hygienické péče odpovědělo 50 (38 %) nemocných, že pomůcky jsou pro ně dostupné a 36 (27 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky nepoužívají. Kompenzační pomůcky při stravování jsou dostupné, uvedlo 42 (32 %) dotazovaných. 41 (31 %) uvedlo, že pomůcky nepoužívají. Pomůcky při vyprazdňování nepoužívá 48 (36 %) dotazovaných. 43 (33 %) nemocných odpovědělo, že pomůcky jsou dostupné. Z šetření je patrné, že nemocní vnímají kompenzační pomůcky jako dostupné ve všech oblastech sebezpeče jak dokazují výsledky grafů 20, 21, 22 a 23. Tímto se *H 3: Kompenzační pomůcky pro pacienty s revmatoidní artritidou jsou dostupné* potvrdila. Tyto výsledky souvisí s výsledky grafu 24, kde je uvedeno, zda nemocní znají sdružení Revma liga, nebo zda jsou jejími členy. 70 (54 %) dotazovaných nejsou členy Revma ligy, 45 (34 %) dotazovaných odpovědělo, že jsou členy Revma ligy a 16 (12 %) dotazovaných nevědělo co Revma liga je. Z tohoto šetření vyplývá, že pojem Revma liga je mezi nemocnými znám. Z výsledků šetření lze usoudit, že většina respondentů, kteří odpověděli záporně, nemá možnost zapojit se do takového sdružení. Například kraj Vysočina, kde jsme také distribuovali dotazníky, tímto sdružením nedisponuje.

## 6. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na znalost a využití kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní artritidou. Byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky. Druhým cílem bylo zjistit, v jaké oblasti sebestarčiny potřebují nemocní s revmatoidní artritidou využít kompenzační pomůcky. Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou kompenzační pomůcky pro nemocné s RA dostupné. Čtvrtý cíl práce byl zaměřen na to, zda nemocní s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče. Všechny cíle byly splněny.

V práci byly stanoveny čtyři hypotézy. Hypotéza 1: Pacienti s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2: Pacienti s revmatoidní artritidou využívají kompenzační pomůcky nejčastěji v oblasti hygienické péče, se nepotvrdila. Hypotéza 3: Kompenzační pomůcky pro pacienty s revmatoidní artritidou jsou dostupné. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4: Pacienti s revmatoidní artritidou mají informace o kompenzačních pomůckách v oblasti hygienické péče se potvrdila.

Z výzkumu vyplynulo, že nemocní s revmatoidní artritidou znají kompenzační pomůcky v oblasti hygienické péče, vyprazdňování, oblékání, stravování a chůzi, a pomůcky jsou pro ně dostupné. Převážná většina však pomůcky nepotřebuje, nebo je nepoužívá. Předpoklad byl, že nemocní budou mít problémy s jemnou motorikou, což vyplývá z povahy onemocnění, a z toho se bude odvíjet potřeba kompenzačních pomůcek při hygienické péči nebo při přípravě stravy či stravování samotném.

V souvislosti s výsledky práce a danou problematikou byl vytvořen informační leták určený nemocným s revmatoidní artritidou, který by jim mohl přinést užitečné informace či odkazy. Přesto, že nemocní znají kompenzační pomůcky, výsledky výzkumu ukázaly, že v některých oblastech sebestarčiny jsou jejich znalosti povrchní. Z tohoto důvodu byl vytvořen ucelený přehled nejdostupnějších kompenzačních pomůcek. Jako vhodné se nám jeví umístit leták do revmatologických ambulancí. Výsledky práce by mohly přinést další poznatky klientům Revma ligy. Dále by práce

mohla sloužit jako výukový materiál pro studenty studující nejen v oboru ošetrovatelství.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ALUŠÍK, Š. *Revmatologie*. 1. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80-7254-279-6.
2. *Artritida*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7391-007-5.
3. BEČVÁŘ, R., et al. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Účinnost a strategie léčby. *Česká revmatologie*. 2007, roč. 15, č. 2, s. 73-86. ISSN 1210-7905.
4. BENEŠOVÁ, E; BENEŠOVÁ, H. Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru ošetřovatelství. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
5. DOHERTY, M., DOHERTY, J. *Klinické vyšetření v revmatologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 196 s. ISBN 80-7169-538-6.
6. DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
7. DYLEVSKÝ, I., KUBÁLKOVÁ, L., NAVRÁTIL, L. *Kineziologie, kineziterapie a fyzioterapie*. 1. vyd., Praha: Manus, 2001. 110 s. ISBN 80-902318-8-8.
8. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063227-8.
9. GATTEROVÁ, J., et al. Skórovací systémy při hodnocení progresu revmatoidní artritidy. *Česká revmatologie*. Praha: 2008, roč. 16, č. 2, s. 89-91. ISSN 1210-7905.

10. HALADOVÁ, E. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7.
11. HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 8, s. 295-297. ISSN 1801-1349.
12. HORŇÁKOVÁ, A, UHEROVÁ, Z. Jak úspěšně komunikovat. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7 – 8, s. 31. ISSN 1210-0404.
13. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
14. CHALOUPKA, R., et al. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4.
15. CHLUMECKÁ, J. Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 3, s. 122-123. ISSN 1801-1349.
16. JAROŠOVÁ, K. Dětská revmatická onemocnění v dospělosti. *Medicína po promoci*. Praha: 2008, roč. 9, č. 4, s. 20-24. ISSN 1212-9445.
17. JERSÁKOVÁ, A. Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2005, roč. 1, č. 3, s. 120-121. ISSN 1801-1349.
18. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.

19. KOMAČEKOVÁ, D. *Fyzikálna terapia*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 363 s. ISBN 80-8063-230-8.
20. KONDZIOLKOVÁ, J. Ergoterapie - součást léčebné rehabilitace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 8, s. 298-299. ISSN 1801-1349.
21. KORANDOVÁ, J. Psychologické aspekty ošetřování pacientů s revmatickým onemocněním. *Sestra*. Praha: 2001, roč. 11, č. 7 - 8, s. 45-47. ISSN 1210-0404.
22. KORANDOVÁ, J. *Revmatická onemocnění* [online] [cit. 2010-01-02]. Dostupnéz:<<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=793> />.
23. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 59 s. ISBN 80-7368-224-9.
24. LINDUŠKOVÁ, M. Revmatologická rehabilitace. *Sestra*. Praha: 1999, roč. 9, č. 9, s. 1-3. ISSN 1210-0404.
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: I. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
26. NEDĚLKA, J., et al. Léčba bolesti v ordinaci rehabilitačního lékaře. In *Zdravotnické Noviny*. Praha: 2009, roč. 58, Příl. Lékařské listy. č. 10, s. 31-33. ISSN 0044-1996.
27. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.

28. NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.
29. OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4.
30. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0.
31. PAVELKA, K. Terapie revmatoidní artritidy syntetickými a biologickými chorobu modifikujícími léky. *Postgraduální medicína*. 2009, roč. 11, č. 7, s. 704-717. ISSN 1212-4184.
32. PAVELKA, K., KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství: Revmatologie* 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 146 s. ISBN 80-7262-145-9.
33. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.
34. PECH, J., et al. *Revmatochirurgie ruky*. Praha: Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.
35. PODĚBRADSKÝ, J, PODĚBRADSKÁ, R. *Fyzikální terapie : Manuál a algoritmy*. vyd. Praha: Grada, 2009. 218 s. ISBN 80-247-2899-5.
36. Pomáhají kompenzační pomůcky zkvalitnit život revmatiků?. In *Revma liga v ČR informační bulletin*. Praha : Občanské sdružení REVMA LIGA, 2003. s. 21.



37. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
38. *Revmatické nemoci* [online] [cit. 2009-12-16]. Dostupné z: <<http://www.revmaticke-nemoci.cz/revmatoidni-artritida> >.
39. SOSNA, A., et al. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 180 s. ISBN 80-7254-202-8.
40. STASKOVÁ, V. Spolupráce studentů a veřejnosti jako přínos pro výuku. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství IV*. Opava: Slezská univerzita v Opavě Fakulta veřejných politik v Opavě Ústav ošetřovatelství, 2009. s. 147-148. ISBN 987-80-7248-521-5.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. *Základy ošetřovatelství : pro studující lékařských fakult*. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
42. ŠEDOVIČ, L. Farmakoterapie revmatoidní artritidy (nová doporučení České revmatologické společnosti). *Medicina pro praxi*. Praha: 2007, roč. 4, č. 10, s. 402-405. ISSN 1212-9445.
43. ŠIMEK, J. Pohyb, aktivita. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: 2005, roč. 1, č. 3, s. 114. ISSN 1801-1349.
44. ŠIMEK, J. Soběstačnost. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 8, s. 294. ISSN 1801-1349.
45. TICHÝ, M. *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. 2. dopl. vyd. Praha: Triton, 2002. 94 s. ISBN 80-7254-022-X.

46. TÓTHOVÁ, V., et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
47. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékačských zdravotnických oborů, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
48. TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2005. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.
49. VENCOVSKÝ, J. Tři nové léky v revmatologii. In *Zdravotnické noviny*. Praha: 2009, roč. 58, Příl. Lékařské listy č. 20, s. 6–8. ISSN 0044–1996.
50. ZAHRADNICKÁ, I. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 2, s. 15-17. ISSN 1210-0404.
51. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. prepracované a doplnené vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

## **8. Klíčová slova**

- Kompenzační pomůcky
- Ošetřovatelství
- Rehabilitace
- Revmatoidní artritida
- Sestra
- Soběstačnost

## **9. Přílohy**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 - Dotazník pro nemocné s revmatoidní artritidou

Příloha 2 - Symetrická polyartritida rukou u časné RA

Příloha 3 - Deformita labutího krku – typ labutí šíje

Příloha 4 - Destruktivní změny na rukách u RA

Příloha 5 - Klasifikační kritéria pro RA

Příloha 6 - Kombinace DMARDs

Příloha 7 - TNF alfa blokující léky

Příloha 8 - Typy kloubních implantátů

Příloha 9 - HAQ test

Příloha 10 - Tabulka rozsahu kloubních pohybů horní a dolní končetiny

Příloha 11 - Užitek (funkční) rozsah pohybu a funkční postavení kloubu

Příloha 12 - Funkční testy

Příloha 13 - Informační leták



**7. Odkud získáváte informace o kompenzačních pomůckách?**

(můžete označit více možností)

- a) praktický lékař
- b) revmatolog
- c) ortoped
- d) jiný lékař
- e) sestra v ordinaci lékaře
- f) sám
- g) v nemocnici
- h) sdružení Revma liga
- ch) nikdo mě neinformoval
- i) jiné (uveďte) .....

**8. Označte prosím, ve kterých níže uvedených oblastech potřebujete využít kompenzační pomůcky?** (můžete označit více možností)

- a) při přípravě jídla
- b) při najedení se
- c) při nákupu
- d) při chůzi po bytě
- e) při chůzi venku, v terénu
- f) při osobní hygienické péči
- g) při vyprazdňování
- h) při oblékání
- ch) při obouvání
- i) nepotřebuji
- j) jiné (uveďte) .....

**9. Označte prosím, ve kterých oblastech již využíváte kompenzační pomůcky?**

(můžete označit více možností)

- a) příprava jídla
- b) najíst se
- c) nákup
- d) chůze po bytě
- e) chůze venku
- f) osobní hygiena
- g) vyprazdňování
- h) oblékání
- ch) obouvání
- i) nepotřebuji
- j) jiné (uveďte) .....

**10. Kdy využíváte kompenzační pomůcky při chůzi nejčastěji?**

(můžete označit více možností)

- a) chůze do schodů
- b) chůze po rovině
- c) chůze ze schodů
- d) při nástupu do dopravního prostředku
- e) nepotřebuji, nevyžívám je
- f) jiné (uved'te) .....

**11. Víte, kde je možné kompenzační pomůcky zakoupit? (můžete označit více možností)**

- a) v lékárně
- b) v prodejně zdravotnických potřeb
- c) u praktického lékaře
- d) u lékaře specialisty
- e) nevím
- f) jiné (uved'te) .....

**12. Napište prosím, které kompenzační pomůcky nejčastěji používáte při provádění hygienické péče?**

**13. Uved'te, jaké znáte kompenzační pomůcky v souvislosti s prováděním hygienické péče:**

**14. Označte prosím, které pomůcky používáte nejčastěji při stravování.**

(můžete označit více možností)

- a) příbor se speciální rukojetí
- b) protiskluzové podložky
- c) otvírák sklenic (např. kompotových)
- d) otvírák PET lahví
- e) sklápěč na konvici
- f) speciální kráječe
- g) držák horkých předmětů
- h) prkénko s protiskluzovou úpravou
- ch) nepotřebuji výše uvedené pomůcky
- i) nevlastním výše uvedené pomůcky
- j) jiné (uved'te).....

**15. Označte prosím, které pomůcky používáte nejčastěji při chůzi.**

(můžete označit více možností)

- a) berle podpažní
- b) francouzské hole
- c) hůl
- d) podpůrné hole vícebodové (tzv. trojnožky)
- e) chodítko bez koleček
- f) chodítko s kolečky
- g) vozík
- h) nepotřebuji žádné z výše uvedených pomůcek
- ch) nevlastním výše uvedené pomůcky
- i) jiné (uveďte) .....

**16. Označte prosím, které pomůcky používáte při oblékání.** (můžete označit více možností)

- a) obouvače
- b) dlouhé lžíce
- c) podavače pomůcek
- d) stahovák zipu
- e) zapínač knoflíků
- f) nepotřebuji výše uvedené pomůcky
- g) nevlastním výše uvedené pomůcky
- h) jiné (uveďte) .....

**17. Označte prosím, které pomůcky používáte nejčastěji při vyprazdňování.**

(můžete označit více možností)

- a) madla
- b) nástavec na WC
- c) držák toaletního papíru
- d) pojízdný klozet
- e) nepotřebuji výše uvedené pomůcky
- f) nevlastním výše uvedené pomůcky
- g) jiné (uveďte) .....

**18. Při které denní aktivitě kompenzační pomůcky postrádáte?**

(můžete označit více možností)

- a) při provádění hygienické péče
- b) při přípravě stravy
- c) při stravování
- d) při chůzi
- e) při oblékání
- f) při obouvání
- g) při vyprazdňování
- h) jiné (uveďte) .....



**19. V jaké oblasti kompenzační pomůcky nejvíce využíváte?**

(můžete označit více možností)

- a) při provádění hygienické péče
- b) při přípravě stravy
- c) při stravování
- d) při chůzi
- e) při oblékání
- f) při obouvání
- g) při vyprazdňování
- h) jiné (uveďte) .....

**20. Jak vnímáte dostupnost kompenzačních pomůcek pro Vás - při chůzi?**

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená dostupné a 5 znamená nedostupné)

1                      2                      3                      4                      5

**21. Jak vnímáte dostupnost kompenzačních pomůcek pro Vás - při hygienické péči?**

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená dostupné a 5 znamená nedostupné)

1                      2                      3                      4                      5

**22. Jak vnímáte dostupnost kompenzačních pomůcek pro Vás - při stravování?**

(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená dostupné a 5 znamená nedostupné)

1                      2                      3                      4                      5

**23. Jak vnímáte dostupnost kompenzačních pomůcek pro Vás - při vyprazdňování?**

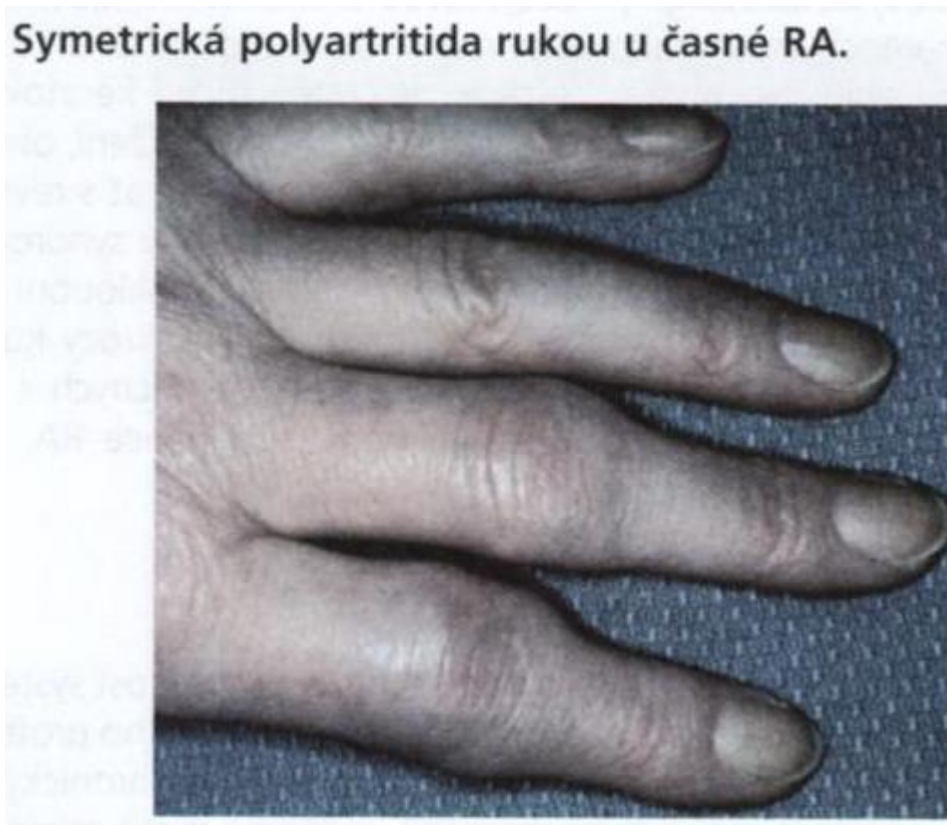
(označte prosím na stupnici: kdy 1 znamená dostupné a 5 znamená nedostupné)

1                      2                      3                      4                      5

**24. Jste členem sdružení Revma - Liga?**

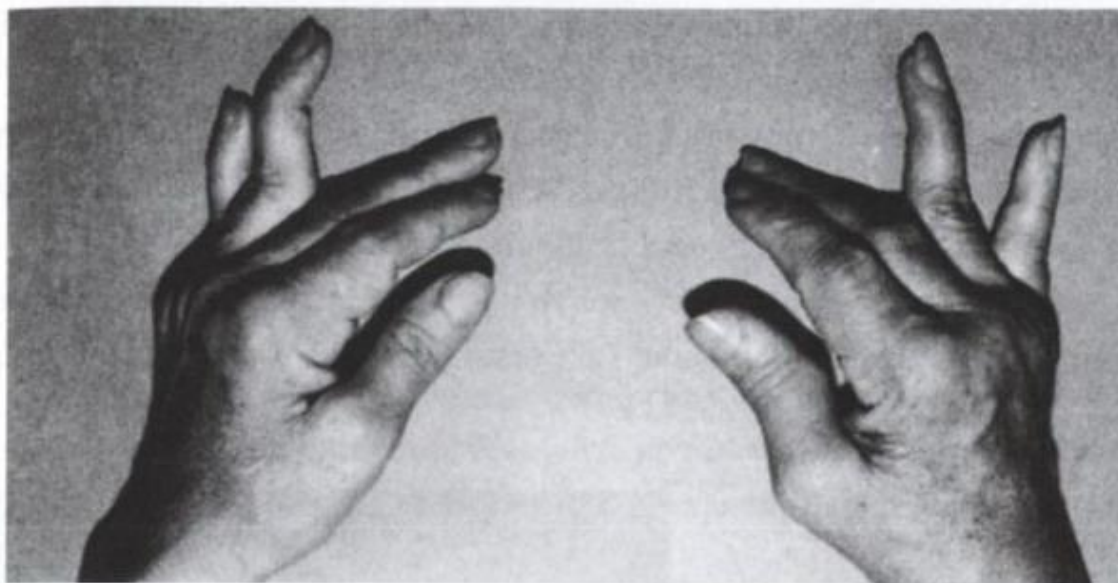
- a) ano
- b) ne
- c) nevím co si mám pod tímto pojmem představit

Příloha 2 Symetrická polyartritida rukou u časně RA

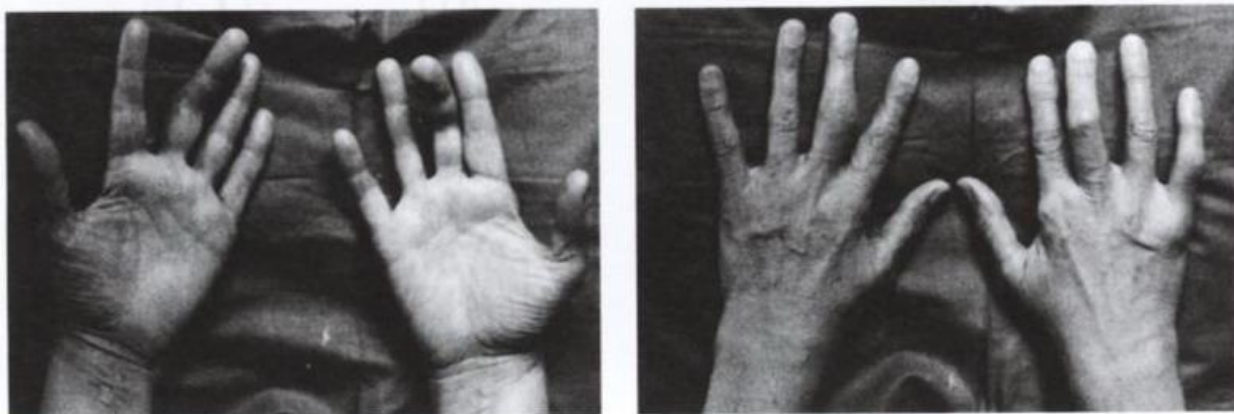


zdroj: OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0. (s. 13)

Příloha 3 Deformita labutího krku – typ labutí šíje



Deformita knoflíkové dírky



Zdroj: PECH, J., et al. *Revmatochirurgie ruky*. Praha: Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5. (s. 173,177)

Příloha 4 Destruktivní změny na rukách u RA

Ulnární deviace v MCP kloubech u pokročilé RA.



zdroj: OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0. (s. 13)



Obr. 3.5. Revmatoidní artritida IV. stadia. Těžké destruktivní změny v obou zápěstích s počínající kostěnou ankylozou v těchto kloubech. Zúžení či vymizení kloubních štěrbin v MCP a PIP kloubech. Destruktivní změny v těchto kloubech, především v MCP 2.–4. prstu vlevo a PIP 2. prstu vpravo

zdroj: KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 146 s. ISBN 80-7262-145-9. (s. 25)

## Příloha 5 Klasifikační kritéria pro RA

**Tabulka č. 4 Klasifikační kritéria American College of Rheumatology pro revmatoidní artritidu (Arnett et al., 1987)**

1. Ranní ztuhlost	Ranní ztuhlost kloubů trvající nejméně 1 hodinu
2. Artritida 3 a více kloubních skupin	Nejméně na 3 ze 14 kloubních oblastí (pravý nebo levý PIP, MCP, RC, loket, koleno, kotník, MTP klouby) je otok pozorovaný lékařem
3. Artritida kloubů rukou	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	
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 pacient má současně nejméně 4 ze 7 kritérií, přičemž kritéria 1–4 musí trvat alespoň 6 týdnů.

Vysvětlivky:

PIP – proximální interfalangeální klouby, MCP – metakarpofalangeální klouby, RC – radiokarpální klouby, MTP – metatarzofalangeální klouby

zdroj: OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0. Olejárová, (s. 16)



Příloha 6 Kombinace DMARDs

**Tab. 18.19. Kombinace DMARDs**

<b>Prokázaně účinné</b>	metotrexát + antimalarika metotrexát + antimalarika + sulfasalazin metotrexát + cyklosporin sulfasalazin + cyklosporin metotrexát + infliximab metotrexát + etanercept leflunomid + etanercept
<b>Pravděpodobně účinné</b>	metotrexát + injekční zlato sulfasalazin + antimalarika
<b>Účinnost nepotvrzena</b>	sulfasalazin + metotrexát injekční zlato + antimalarika antimalarika + cyklosporin metotrexát + azathioprin penicilamin + antimalarika

zdroj: PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. Klinická revmatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2. (s. 211)

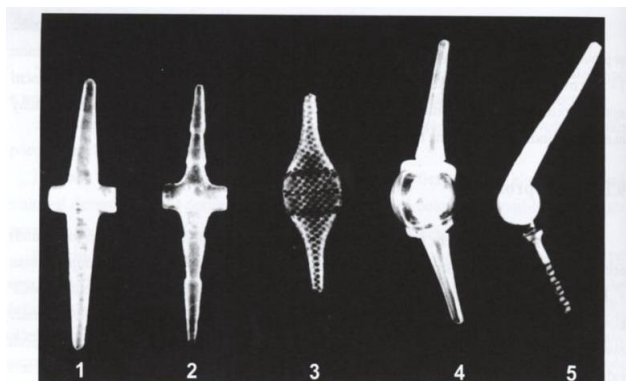
## Příloha 7 TNF alfa blokující léky

Tab. 18.20. TNF- $\alpha$  blokující léky

Generický název	Popis	Preparát
D2E7	plně humánní anti-TNF- $\alpha$ mAB	
CDP571	humanizovaná anti-TNF- $\alpha$ mAB (myši CDR)	
Etanercept	fúzovaný protein obsahující 2 rekombinantní p75 TNF- $\alpha$ receptory a Fc segment lidského IgG1	Enbrel
Infliximab	chimérická myši/lidská anti-TNF- $\alpha$ mAB	Remicade

zdroj: PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. Klinická revmatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2. (s. 212)

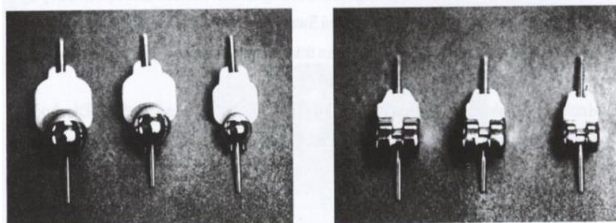
## Příloha 8 Typy kloubních implantátů



Obr. č. 12: Různé typy implantátů:

1 – Swanson, 2 – Jakubowski, 3 – Neibauer-Cutter, 4 – Calnan-Nicola, 5 – St. Georg Stellbring

V r. 1987 vznikají na stejném pracovišti první prototypy náhrady DJOA (Digital Joint Operative Arthroplasty), které jsou zhruba za 5 let zdokonaleny a modifikovány v typech DJOA 2 a DJOA 3 (obr. č. 14a, b).



Zdroj: PECH, J., et al. *Revmatochirurgie ruky*. Praha: Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.(s. 167)



Příloha 9 HAQ test

**Tab. 6 – 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
<b>Oblékání a úprava</b> Jste schopen/schopna: a) sám/a se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků?				
b) umýt si vlasy šampónem?				
<b>Vstávání</b> Jste schopen/schopna: a) vstát ze židle bez opěrek?				
b) ulehnout a vstát z postele?				
<b>Stravování</b> Jste schopen/schopna: a) nakrájet si maso na talíři?				
b) zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům?				
c) otevřít nový pytlík bonbónů?				
<b>Chůze</b> 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:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hůl      | <input type="checkbox"/> Pomůcky pro oblékání (háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, lžice na boty s dlouhým držadlem apod.) |
| <input type="checkbox"/> Chodítka | <input type="checkbox"/> Upravené nebo speciální nádoby  |
| <input type="checkbox"/> Berle    | <input type="checkbox"/> Speciální nebo upravené židle   |
|                                   | <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte)  |

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

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oblékání a úprava | <input type="checkbox"/> Stravování |
| <input type="checkbox"/> Vstávání          | <input type="checkbox"/> Chůze      |

**Tab. 6 – Dotazník na zhodnocení zdravotního stavu (HAQ) – pokračování**

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

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
<b>Hygiena</b> Jste schopen/schopna: a) umýt a osušit si tělo? b) vykoupat se ve vaně? c) usednout na toaletu a vstát z ní?				
<b>Dosažitelnost</b> 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?				
<b>Stisk</b> Jste schopen/schopna: a) otevřít dveře auta? b) otevřít zavařovací sklenice, které byly již předtím otevřené? c) otevřít a zavřít kohoutek?				
<b>Činnosti</b> Jste schopen/schopna: a) vyřídít pochůzku a nakupovat? b) nastoupit a vystoupit z auta? c) vykonávat běžné domácí práce, např. vyluxovat či pracovat na zahrádce?				

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toaletní nástavec                                     | <input type="checkbox"/> Madlo u vany                                 |
| <input type="checkbox"/> Sedátko do vany                                       | <input type="checkbox"/> Dlouhé podavače                              |
| <input type="checkbox"/> Otvírač na zavařovací sklenice (již předtím otevřené) | <input type="checkbox"/> Hygienické pomůcky opatřené dlouhým držadlem |
| <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte)                                      |   |

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

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hygiena   | <input type="checkbox"/> Stisknutí a otvírání věcí     |
| <input type="checkbox"/> Dosáhnutí | <input type="checkbox"/> Pochůzky a běžné domácí práce |

zdroj: ŠEDOVÁ, L. Přístup k pacientovi s časnou artritidou. *Postgraduální medicína*. 2007, roč. 9, č. 2, s. 185-190. ISSN 1212-4184. (s. 187, 188)

Příloha 10 Tabulka rozsahu kloubních pohybů horní a dolní končetiny

*Obr. 34 - Tabulka normálního rozsahu pohybů kloubních (horní končetiny) ve stupních*

Není li uvedeno jinak, jsou údaje v tabulce uvedeny ve [°].		Weigner Topogr. anat.	Jaroš přednáška	Lanz- Wachsmuth Anatomie	Koch Příručka úrazového lékaře	L. Daniels M. Williams C. Worthingham Muscle Testing	H. Wilhard Clare Spockman	Schlaaf	Ewerhart	Kladruby Neznámý autor
rameno	flexe	0 - 60 - 90	0 - 90 - 180	70	165	0 - 90	180 - 20	0 - 175	0 - 180	180 - 0
	extenze	0 - 75	0 - 40 - 60	37	75	0 - 50	180 - 220		0 - 45	
	abdukce	0 - 70	0-90-170-180	96	125	0 - 90	180 - 20	0 - 160	0 - 180	180 - 0
	addukce			88 - 0			- 180		0 - 180	
	zevní rotace	0 - 90		36	90	0 - 90	90 - 190	30 - 180		0 - 180
	vnitřní rotace			60	více než 90	0 - 90	90 - 30	20 - 180		0
loket	flexe	135 - 145	180 - 40	145	prsty dotknou ramene	0 - 145 - 160	180 - 40	180 - 130	0 - 120	35
	extenze		40 - 180			160 - 0	40 - 180		0 - 180	180
radio- uniární	supinace	rozsah 180	180	120 - 125	360	0 - 90	0 - 180	0 - 180	0 - 90	0 - 120
	pronace		0			0 - 90	180 - 0	0	0 - 90	
zápěstí	flexe	130 - 170	0 - 50	90 - 6	65	0 - 90	180 - 100	180 - 115	0 - 70	160
	extenze	flexe 2x větší	0 - 40 - 70	90 - 174	60	0 - 70	180 - 245	180 - 225	0 - 60	25
	abdukce		0 - 15	- 27	30	0 - 25	180 - 155	90 - 70	0 - 35	125
	addukce	2x větší abd.	0 - 40	- 27	45	0 - 55 - 65	180 - 215	90 - 125	0 - 40	45
palec carpo- neta	repozice	až 60		45 - 60						
	opozice									
	abdukce	40 - 50 rozsah		35 - 40		0 - 40 - 50				
	addukce									
metacar- pofal.	flexe			50 - 70		0 - 60 - 70	180 - 110			
	extenze						110 - 180			

Není li uvedeno jinak, jsou údaje v tabulce uvedeny ve [°].		Weigner Topogr. anat.	Jaroš přednáška	Lanz- Wachsmuth Anatomie	Koch Příručka úrazového lékaře	L. Daniels M. Williams C. Worthingham Muscle Testing	H. Wilhard Clare Spockman	Schlaaf	Ewerhart	Kladruby Neznámý autor
inter- fal.	flexe			65 - 90		0 - 90	180 - 90			
	extenze							90 - 180		
prsty meta- carpofal.	flexe	přes 100		110 - 120		0 - 90	180 - 90			
	extenze					0 - 20 - 30	90 - 180			
	abdukce	40				0 - 20 - 25				
	addukce									
	II. prst			60				65		
	III. prst			45				85		
	IV. prst			45				100		
	V. prst			50				120		
prox. interfal.	flexe	více než 90		110 - 130		0 - 120	180 - 70			
	extenze							70 - 180		
distal.	flexe	méně než 90		65 - 90		0 - 80	180 - 140			
	extenze							140 - 180		



Obr. 35 – Tabulka normálního rozsahu pohybů kloubních (dolní končetiny) ve stupních

Není li uvedeno jinak, jsou údaje v tabulce uvedeny ve [°].		Weigner Topogr. anat.	Jaroš přednáška	Lanz- Wachsmuth Anatomie	Koch Příručka úrazového lékaře	L. Daniels M. Williams C. Worthingham Muscle Testing	H. Wilhard Clare Spockman	Schlaaf	Ewerhart	Kladruby Neznámý autor
kyčelní kloub	flexe	130	135	120	135	0 - 115 - 125	60	45	70	60
	extenze			15		0 - 10 - 15	220	180	50	180
	abdukce	45	0 - 60	50	45	0 - 45	225	50 - 160	75	180 - 150
	addukce		0 - 20	20	30		90		0	
	zevní rotace	50		35	60	0 - 45		45 - 130		0 - 45
vnitřní rotace			25	80	0 - 45		0 - 135			
koleno	flexe	130 - 150		130	140	120 - 130	45	45	120	45
	extenze					120 - 0	180	180		180
hlezen- ní kloub	flexe	30 - 50	0 - 20	30	20		70	75 - 130	45	70
	extenze		0 - 40	30	30	40 - 45	125		35	135
	abdukce			30	15, 20					65
	addukce			30	45					125
	pronace			30	30				30	
supinace			30	40				45		
metafa- lang.	flexe					25 - 35				
	extenze					80				
interfa- lang.	flexe					50 - 90				
	extenze					15 - 20				

zdroj: HALADOVÁ, E. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7. (s. 50 – 52)

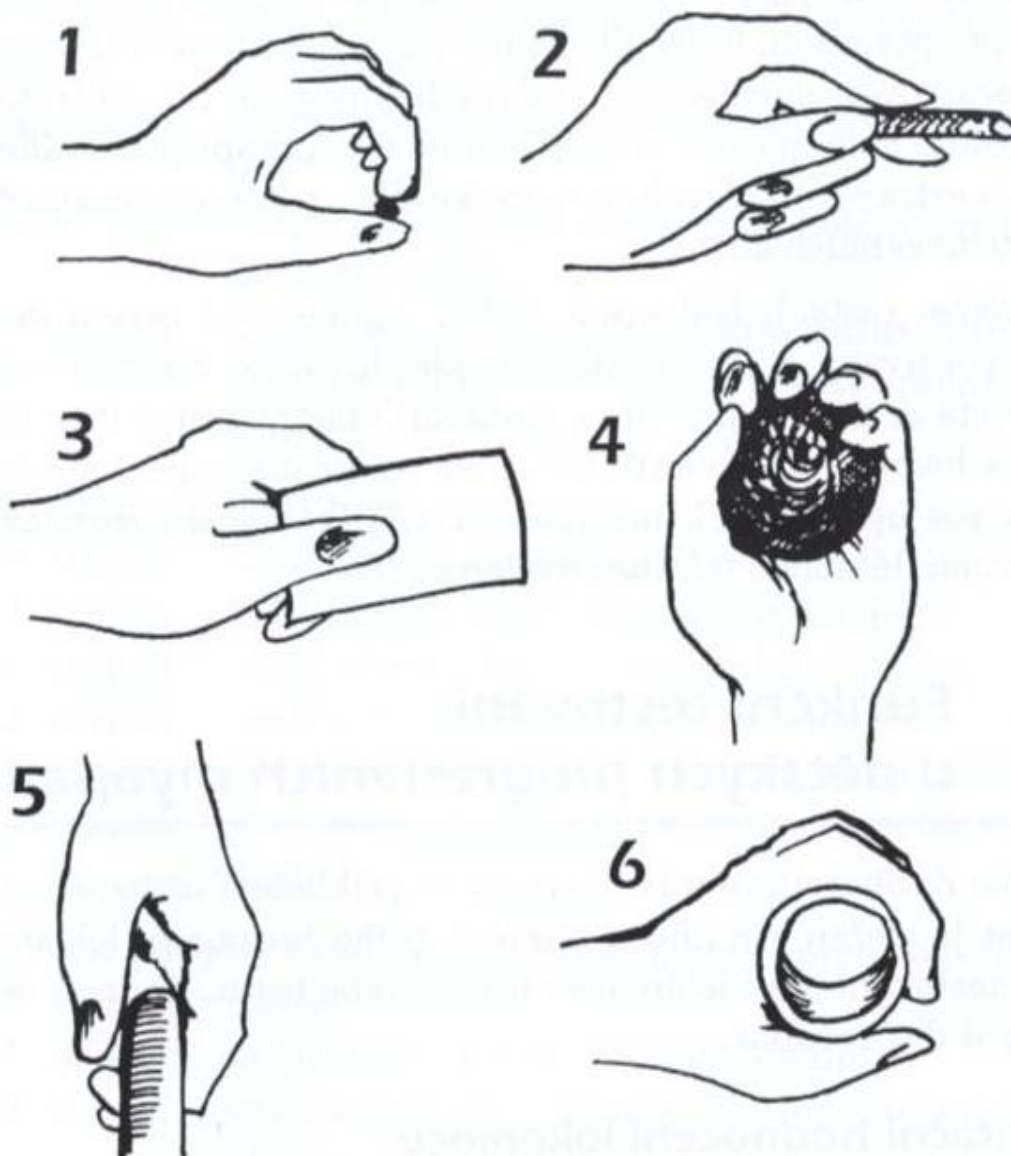
Příloha 11 Uživatelský (funkční) rozsah pohybu a funkční postavení kloubu

KLOUB	UŽITKOVÝ ROZSAH	UŽITKOVÉ POSTAVENÍ
<b>ramenní</b>	elevace 135 – 150 stupňů	40 – 70 stupňů
	extenze do 15 stupňů	
	abdukce s elevací 120 – 150 stupňů	40 stupňů
	vnitřní rotace do 60 stupňů	20 stupňů
	zevní rotace 10 stupňů	
<b>loketní</b>	flexe od 20 do 110 stupňů	95 stupňů
	pronace 30 – 45 stupňů	20 stupňů
	supinace do 20 stupňů	20 stupňů
<b>zápěstní</b>	palmární flexe do 20 stupňů	
	dorzální flexe do 50 stupňů	40 stupňů
<b>kyčelní</b>	flexe 75 – 100 stupňů	10 stupňů
	extenze 5 stupňů	
	abdukce 20 stupňů	5 stupňů
	zevní rotace 20 stupňů	
	vnitřní rotace 15 stupňů	
<b>kolenní</b>	flexe 100 stupňů	10 stupňů
<b>hlezenní</b>	dorzální flexe 10 stupňů	5 stupňů
	plantární flexe 15 stupňů	10 stupňů

zdroj: HALADOVÁ, E. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7. (s. 75)

Příloha 12 Funkční testy

**Obr. 66** – Základní funkční testy; 1. štípec (nehtový), 2. špetka, 3. klíčový úchop, 4. kulový úchop, 5. háček, 6. válcový úchop



zdroj: HALADOVÁ, E. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 80-7013-393-7. (s. 99)

## **Kompenzační pomůcky a revmatoidní artritida**

Co je revmatoidní artritida?

Co to jsou kompenzační pomůcky?

Jak a kde kompenzační pomůcky získat?





## Co je to revmatoidní artritida?

- jedná se o chronické (dlouhotrvající) zánětlivé onemocnění
- je to autoimunitní onemocnění [imunitní systém (*obranyschopnost organismu*) se obrací proti vlastnímu tělu]
- příčina není známa
- postihuje zejména drobné klouby
- v kloubu dochází k otoku, omezení hybnosti a jeho celkové nestabilitě
- častěji onemocní ženy než muži

### Nejčastější příznaky

- bolest a otok drobných kloubů
- ztuhlost kloubů – převážně ráno
- zvýšená teplota
- nechutenství
- únava



### Léčba

- **medikamentózní** (pomocí léků)

nesteroidní antirevmatika (NSA), mají účinek antiflogistický (protizánětlivý), antipyretický (snižují zvýšenou teplotu) a analgetický (tlumí bolest) – např. Ibalgin, Diclofenac, Indometacin, Voltaren

biologická léčba je schopna zastavit změny na kloubech a snížit zánětlivou aktivitu.



➤ **invazivní**

chirurgické (operační) výkony - preventivní (předchází změně tvaru kloubu a tím k jeho možné nefunkčnosti) a rekonstrukční („opravuje“ již vzniklé změny tvaru kloubu)



➤ **doplňková** „alternativní“

- *masáže*
- *rolfing* (masáž, používající tlak do hloubky)
- *reiki* (metoda založena na představě, že zdraví vychází z vyváženého“ toku energie“ uvnitř těla)
- *akupunktura, aromaterapie, reflexologie*
- léčba pohybem – *jóga, pilates, Tai-či, Čchi-kung, Alexandrova technika a Feldenkraisova technika*




## Rehabilitace

- Magnetoterapie je založena na využití magnetické složky elektromagnetického pole
- Fototerapie užívá k léčbě infračervené, viditelné a ultrafialové světlo
- Hydroterapie je léčba, při které se na povrch těla aplikuje voda různé teploty a různého skupenství.
- Balneologie využívá přírodních léčebných zdrojů. Lázně - Velichovky, Bělohrad, Bechyně, Bohdaneč, Třeboň a Jáchymov.






### Co lze doporučit?

- masírovat celou nohu drsnou žínkou, protahovat svaly na plosce nohy, šlapat v korálcích nebo drobných kamíncích
- probírat se celou rukou ve větším množství rýže, hrachu, fazolí atd.
- plavání, pěší turistika, jízda na kole
- v domácím prostředí rotoped 
- domácí prostředí vybavit pojízdnou židlí nebo židlí zvýšenou s širokou a pevnou opěrkou
- při sezení mít dolní končetiny natažené nebo položené na protějščí stejné vysoké židli
- lůžko pevné, pružné, dostatečně vysoké, aby bylo možné pohodlně vstát či lehnout
- pod hlavou mít malý polštářek, aby nedošlo k ohnutí páteře.
- odstranit prahy, koberečky, předměty v pohybové zóně, doplnit madla, protiskluzové podložky **NEBEZPEČÍ PÁDU**.
- používat kompenzační pomůcky



### Co se nedoporučuje?

- nevhodné je dlouhodobé podkládání kolenních kloubů při odpočinku nebo při spaní.
- klek, dřep, poskok a pérování.
- namáhání a přetěžování kloubů např. nenosit těžkou tašku, nezvedat těžké věci 
- háčkování, pletení a vyšívání





## Co to jsou kompenzační pomůcky?

- pomůcky, které se používají k obnovení a usnadnění péče o sebe sama, pokud není možné její obnovení jinými prostředky (návčik, trénink).
- umožňují vyrovnat handicap (znevýhodnění) a zároveň pomáhají zachovat důstojnost a kvalitu života.
- slouží také jako prevence úrazů, stabilizace, zlepšení a zabránění zhoršení zdravotního stavu.
- výrazně usnadňují vykonávání každodenních činností.





V jakých každodenních činnostech Vám mohou kompenzační pomůcky pomoci?

- Kompenzační pomůcky **pro vykonávání hygienické péče**



- Kompenzační pomůcky **pro oblékání a obouvání**



- Kompenzační pomůcky **pro přípravu stravy**



- Kompenzační pomůcky **při vyprazdňování**



- Kompenzační pomůcky **pro chůzi**



- Kompenzační pomůcky **pro všední činnosti**





Pixmac - 1820803

## Kompenzační pomůcky pro vykonávání hygienické péče



Mycí houby a hřebeny s prodlouženou rukojetí



Madla a sedačky do vany nebo sprchy



Protiskluzové podložky



Nůžky s podložkou



Samootvácí nůžky s prodlouženou rukojetí



Kartáč na nohy



## Kompenzační pomůcky pro oblékání a obouvání



Zouvak na boty



Lžíce na boty



Elastické tkaničky do bot





Navlékač ponožek



Oblékačí hůl s lžící na boty



Plastové madlo zipu



Podavač předmětů



Zapínač knoflík



## Kompenzační pomůcky pro přípravu stravy



Držák na tetrapack balení



Držák pro otvírání uzávěru



Otvírač konzerv



Hrneček se dvěma úchyty



Příbor s anatomickou rukojetí



Nůž s kolmou rukojetí



Příbor s anatomickou rukojetí



Kuchyňské prkénko s okrajem a zarážkou



Kuchyňské prkénko s okrajem a zarážkou



Talíř se zvýšeným okrajem



Nůž lomený



Pásek na suchý zip



Držák horkých talířů



Sklápěč na konvici



Multiotvírák



Stolní otvárač



## Kompenzační pomůcky při vyprazdňování



Madla k WC



Nástavec na WC s madly



Elektronický bidet



Nástavec na WC



Držák toaletního papíru



**Kompenzační pomůcky pro všední činnosti**



Držák na tři klíče



Držák na tužku



## Kompenzační pomůcky pro chůzi



Berle



Francouzské hole (FH)



FH s magnetem v rukojeti



Hůl



Čtyřbodová hůl



Anatomický úchop FH



## Chodítka



Výše uvedené pomůcky a další jsou dostupné z katalogu firem **DMA**, **MEYRA** a **ORTOSERVIS**, nebo na jejich webových stránkách, kde si je můžete také objednat.





## Jak pomůcky získat?

- pomůcky Vám pomůže vybrat praktický nebo odborný lékař (ortoped, revmatolog)
- pomůcky je možné zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb
- lze je objednat na internetu
- můžete si je zapůjčit v Centrech pro zdravotně postižené občany
- většina kompenzačních pomůcek není bohužel hrazena pojišťovnou, tudíž si je musíte hradit sami, můžete však podat žádost na Městský úřad či Odbor sociálních věcí a pomůcka Vám dle rozhodnutí bude hrazena v plné výši
- můžete se také obrátit na revizního lékaře, který posoudí nutnost pomůcky a tu dle jeho rozhodnutí uhradí zdravotní pojišťovna



Další užitečné informace získáte na webových stránkách nebo u svého revmatologa či praktického lékaře.

[www.revma.cz](http://www.revma.cz)

[www.revmatické-nemoci.cz](http://www.revmatické-nemoci.cz)

[www.sancenavrat.cz](http://www.sancenavrat.cz)

## Seznam použitých zdrojů pro vytvoření brožury:

1. *Artritida*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7391-007-5.
2. CHALOUPKA, R. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4.
3. KLUSOŇOVÁ, E, PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
4. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. 1.vyd. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-7178-308-0.
5. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.
6. PECH, J., et al. *Revmatochirurgie ruky*. Praha: Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.
7. Katalogy firem DMA, MEYRA, ORTOSERVIS



*Vypracovala:* Razimová Lada – studentka ZSF JU v Českých Budějovicích

*Konzultace:* Mgr. Stasková Věra