

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Dostupnost rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro osoby  
s revmatoidní artritidou**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Francová, Ph.D.

Autor práce:  
Zuzana Kubalová

2011

## **Availability of rehabilitation and compensation aids for persons with rheumatoid arthritis**

The bachelor degree thesis “Availability of rehabilitation and compensation aids for persons with rheumatoid arthritis“ has a research character. The thesis is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part deals with a comprehensive characterization of rheumatoid arthritis. Further, it presents methods of diagnostics and treatment of the disease. It also outlines issues relating to the needs of patients afflicted by the disease. It also includes a chapter dealing with compensation and rehabilitation aids that improve quality of life and integration of the patients into the society.

The practical part deals with availability of compensation and rehabilitation aids on the current market, along with a financial participation of the patients.

Three objectives have been set relating to the topic. The first objective was to map the offer of compensation and rehabilitation aids in connection with the demand on the side of persons suffering from rheumatoid arthritis. The second objective was to find out which compensation and rehabilitation aids have been used most frequently. The last objective was to investigate whether persons suffering from rheumatoid arthritis are willing to financially participate on purchase of the compensation aids. I am convinced that the set-up objectives of the bachelor degree thesis have been met.

The method selected to deal with the issues and to achieve the mentioned objectives was quantitative research. We used inquiring by means of a questionnaire. The research has confirmed both the following hypotheses: Patients with rheumatoid arthritis most frequently use compensation aids for walking and The financial participation of rheumatoid arthritis patients on purchase of compensation aids depends on each patient’s working activity.

Findings and results of the thesis may be beneficial for students of the following years in specializations dealing with rehabilitation and psycho-social care of children, adults and seniors with special needs. Moreover, the thesis may serve as an impulse for companies distributing compensation aids to take into account requirements of persons with rheumatoid arthritis.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „**Dostupnost rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro osoby s revmatoidní artritidou**“ 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2011

.....

Zuzana Kubalová

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Francové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Ráda bych poděkovala i Mgr. Staskové, Ph.D. za možnost odborné konzultace. Dále děkuji personálu revmatologických ambulancí, lázeňskému komplexu Bertiny lázně v Třeboni a sdružení Revma liga za spolupráci a ochotu provést dotazníkové šetření. Také děkuji všem respondentům, kteří poskytli potřebné údaje.

## OBSAH

Úvod .....	7
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>9</b>
1.1 Revmatoidní artritida .....	9
1.1.1 Historie revmatoidní artritidy až po současnost .....	9
1.1.2 Etiologie revmatoidní artritidy.....	11
1.1.3 Klinický obraz revmatoidní artritidy .....	11
1.2 Vyšetření a diagnostika revmatoidní .....	14
1.2.1 Revmatologické vyšetření.....	14
1.2.2 Diagnostika revmatoidní artritidy .....	15
1.3 Léčba revmatoidní artritidy .....	16
1.3.1 Medikamentózní léčba .....	16
1.3.2 Invazivní a doplňková léčba .....	17
1.3.3 Nefarmakologická léčba .....	18
1.3.4 Biologická léčba .....	18
1.4 Potřeby nemocného s revmatoidní artritidou.....	19
1.4.1 Co by měl vědět pacient – revmatik.....	20
1.5 Rehabilitační pomůcky pro osoby s revmatoidní artritidou.....	21
1.5.1 Rehabilitace .....	21
1.5.2 Rehabilitační prostředky v intervenci osob s poruchou hybnosti.....	22
1.5.3 Rehabilitační pomůcky .....	23
1.6 Kompenzační pomůcky pro osoby s revmatoidní artritidou.....	23
1.6.1 Kompenzace.....	23
1.6.2 Kompenzační pomůcky .....	23
1.6.3 Kompenzační pomůcky z pohledu ergoterapeuta.....	25
<b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>27</b>
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Hypotézy.....	27
<b>3. Metodika .....</b>	<b>28</b>
3.1 Použité metody .....	28

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	28
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>29</b>
4.1 Grafy.....	29
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>42</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>51</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>52</b>

## Úvod

Pohyb považujeme za každodenní součást života jako samozřejmost. Většina lidí si nedokáže představit, jaké je žít s omezením pohybového aparátu. Neuvědomujeme si, co by se stalo, kdyby náš pohyb byl nějak omezen. Nevíme, jaké to je, když je sebemenší pohyb pro člověka utrpením.

Na zpracování tohoto tématu bakalářské práce mě přivedla moje matka, která trpí revmatoidní artritidou 16 let. Díky ní jsem více pronikla do problematiky osob s tímto druhem onemocnění. Mám možnost zúčastnit se zasedání sdružení Revma liga a tím být v kontaktu s lidmi, kteří s touto chorobou denně bojují. Tito lidé jsou častokrát odkázáni na využívání nejrůznějších kompenzačních pomůcek, které jim každodenní fungování ve společnosti usnadňují. Zasahují do osobní hygieny, pomáhají při chůzi, při jídle i při psaní. Osoby s tímto postižením se bez těchto pomůcek téměř neobejdou.

Obdobně jako kompenzační pomůcky využívají i rehabilitační pomůcky, které jim například při ranním vstávání pomáhají rozhýbat ztuhlé klouby, kdy jim tato činnost zabere i desítky minut. Další pomůcky umožňují zlepšování kloubního rozsahu, při zpevňování svalového tonu nebo při uvolňování napětí v kloubech.

Velké procento pacientů s revmatoidní artritidou pobírá invalidní důchod, i proto pro ně bývá velmi obtížné finančně se participovat na pořizování těchto pomůcek. Většina z nich je odkázána na pomoc rodinných příslušníků či nejbližších přátel.

Smyslem bakalářské práce je zmapovat finanční možnosti osob s revmatoidní artritidou a jak jsou ochotni si finančně přispívat na pořízení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Dále by měla práce zjistit, zda současná nabídka trhu s pomůckami je dostatečná, případně které pomůcky pacientům na trhu chybí. Rovněž by mělo z práce vyplynout, které pomůcky jsou nejčastěji používány. Hlavním cílem je zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v závislosti na poptávce ze strany osob s revmatoidní artritidou.

Na obdobné téma bylo dosud vypracováno pouze malé množství výzkumů, proto jsem přisvědčena, že je velice vhodné tuto problematiku zpracovat formou bakalářské práce a následně ji podrobněji rozpracovat v diplomové práci.

Tato práce by měla sloužit jako podklad pro budoucí zlepšení dostupnosti těchto pomůcek, které ulehčují vést kvalitní a normální život.



# 1. Současný stav

## 1.1 Revmatoidní artritida

### *1.1.1 Historie revmatoidní artritidy až po současnost*

Původ slova revma je v řeckém slově „rhoema“, které označuje „to, co teče“. Termín „revma“ se proto spojoval s otoky kloubů (23).

Revmatoidní artritida (dále také RA) dostala své jméno před 150 lety, kdy ji popsal Alfred Garrod. Přesněji řečeno ji tento slavný londýnský lékař rozlišil od dny, s níž byla po staletí zaměňována. Několik let předtím Garrod objevil, že příčina dny souvisí s kyselinou močovou, při negativním laboratorním nálezu. Proto nejprve mluvil patrně o „revmatické dně“, teprve až později o revmatické artritidě. Před tím ale roku 1800 toto onemocnění poprvé popsal francouzský lékař Landree – Beauvais (28, 27).

Nemoci kloubů se dlouhou dobu dělily podle klinického průběhu na dvě skupiny – revmatismus akutní a chronický. Bohužel tato klasifikace neodrážela původ ani závažnost onemocnění. Teprve až s rozvojem poznatků o etiologii a patogenezi revmatických chorob se klasifikace revmatických onemocnění rozšiřovala a zpřesňovala (23).

Poslední klasifikace revmatických onemocnění, kterou vypracoval Decker v roce 1984, je dodnes široce užívána, nicméně některé klinické jednotky jsou v současné době klasifikovány odlišně. Tato klasifikace je dosti složitá, obsahuje celkem 10 skupin revmatických onemocnění. Pro potřeby běžné klinické praxe stačí zjednodušená klasifikace podle prof. Pavelky. Smyslem této klasifikace je uvědomit si rozdílný původ revmatických onemocnění a již při prvním kontaktu s pacientem se pokusit aspoň rámcově stanovit, zdali se jedná o onemocnění zánětlivé, degenerativní, infekční nebo jiné (23).

Revmatoidní artritida se vyskytuje prakticky na celém světě, prevalence choroby v Evropě a Severní Americe je kolem 1-3%. Menší výskyt je potom v Číně a Asii a ještě menší v Africe. RA může začít v kterémkoliv věku, častěji bývají postiženy ženy

(poměr ženy: muži 2-3 : 1). Začátek onemocnění je obvykle mezi 25. a 45. rokem života. Pokud onemocnění vypukne v dětství před 16. rokem života, hovoříme o *juvenilní chronické artritidě* (příloha č. 1). Nejedná se o nakažlivou chorobu (16, 7, 11).

Dnes je RA definována jako chronické, systémové, zánětlivé onemocnění, jehož hlavní projevy se týkají synoviální výstelky kloubů, šlach a tíhových váčků. RA je primárně autoimunitní zánět. Mnoho lidí se myslí, že revmatoidní artritida je onemocnění kloubů, avšak tak tomu není. Jedná se o onemocnění imunitního systému. Při revmatoidní artritidě právě imunitní systém napadá klouby, nevratně je poškozuje a vyvolává v nich chronickou bolest. Proto je důležitá včasná diagnostika (26, 31, 33).

Mezi nejvýraznější a nejtypičtější příznaky patří ranní ztuhlost a přetrvávající klidová bolest postihující klouby. Poškození a dysfunkce kloubů postupně vede k funkční disabilitě (to je k omezení nebo nedostatečné schopnosti vykonávat činnost běžným způsobem anebo v normálním rozsahu běžném pro člověka), ke změně až ztrátě zaměstnání, k zvýšení závislosti postiženého na rodině a společnosti, ke změně v rolích rodiče a partnera (6).

Podle WHO (World Health Organization) je revmatoidní artritida modelem chronické progresivní choroby vedoucí k fyzickému poškození – impairment, pracovní disabilitě a společenskému handicapu osoby, která tímto onemocněním trpí. Pokles je možné zmírnit komplexním terapeutickým a ošetrovatelským přístupem (7).

Zařazení revmatoidní artritidy do klasifikace revmatických onemocnění podle prof. Pavelky et al. (23).

1. Zánětlivá revmatická onemocnění – revmatoidní artritida, systémová onemocnění pojiva, spondylartritidy
2. Degenerativní kloubní onemocnění – osteoartróza
3. Metabolické kostě-kloubní onemocnění – krystalové artropatie, osteoporóza, osteomalacie
4. Mimokloubní revmatismus – lokální, celkový (fibromyalgie)
5. Infekční artritidy – arteriální, virové, mykotické, parazitární

6. Další – nádory a paraneoplastické syndromy, loubní projevy při endokrinopatiích, neurovaskulární projevy (útlakové syndromy atd.), vaskulární osteonekróza, kloubní projevy při krvácivých onemocněních, amyloidóza, sarkoidóza

### ***1.1.2 Etiologie revmatoidní artritidy***

Etiologie nemoci není známa. V rozvoji onemocnění se předpokládá společná účast dědičných a zevních faktorů. Predispoziční je nositel některých alel HLA – DR4 či HLA – DR1 (70 – 90%). Většina nemocných má sérové autoprotilátky namířené proti IgG (rvmatoidní faktory) a proti citrulinovaným peptidům (ACPA – anti-citrullinated protein antibodies). Produkce ACPA se dává do souvislosti s kouřením (25, 26).

Při revmatoidní artritidě dochází k infiltraci synoviální membrány zánětlivými buňkami a lokální produkci prozánětlivě působících cytokynů (TNF, interleukin-1, aj) a autoprotilátek. Patologickoanatomicky je charakteristická bohatě vaskularizovaná, zánětlivá granulační tkáň (panus), která roste přes povrch chrupavky, vrůstá do kosti a produkuje destruktivní proteolytické enzymy. Velice významnou roli v udržování zánětu má převaha tvorby prozánětlivých cytokinů, především faktoru nekrotizujícího tumor (TNR- $\alpha$ ), interlukinu 6 (IL-6) a interleukinu 1 (IL-1). V séru více než 80 % nemocných revmatoidní artritidou jsou nápadné autoprotilátky, především revmatoidní faktory ( 25, 26, 23).

### ***1.1.3 Klinický obraz revmatoidní artritidy***

Klinické projevy mohou být rozdílné. Zahrnují jak mírné případy s lehkou synovitiidou a krátkodobou ranní ztuhlostí, tak i těžké imobilizující artritidy s rychlou destrukcí kloubních tkání a závažnými mimokloubními příznaky. Před klinickou manifestací revmatoidní artritidy se často objevuje zvýšená teplota, únava, úbytek hmotnosti či nechutenství (25, 26).

Počátek nemoci je nejčastěji plíživý. Artritida se vyvíjí pomalu během týdnů až měsíců. Akutní začátek s postižením řady kloubů během několika dnů se tolik

nevyskytuje, ale je možný. Choroba nejčastěji začíná postižením drobných kloubů a u mužů zánětem jednoho nebo obou kolenních kloubů. Je třeba vědět, že revmatoidní artritidy takřka nikdy nepostihuje distální interfalangeální klouby. Ty jsou naopak častým místem vypuknutí osteoartrotických deformit. Nejdříve bývají postiženy metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a radiokarpální (RC) klouby (Příloha č. 3). Typické je polyartikulární, symetrické postižení, i když v počátcích nemoci může RA postihnout jen jeden nebo několik málo kloubů. Spolu s RA se objevuje ranní ztuhlost v kloubech, která trvá různě dlouhou dobu, často až několik hodin. Ústupu ranní ztuhlosti někdy napomáhá zahřátí a ponoření rukou do teplé vody (25, 26, 22).

Postižené klouby jsou většinou bolestivé, teplejší a s omezenou hybností. Zduření je podmíněno výpotkem, synoviálním zesílením a prosáknutím měkkých tkání. Kůže nad klouby nebývá barevně změněna, klouby tedy nejsou zarudlé. Pacienti si stěžují na celkovou slabost, únavu, potivost, fyzickou nevykonnost, hubnutí a pocity deprese. Bolest je buď spontánní, nebo se zvyšuje palpací a pohybem kloubů. Při mírné synovitidě je bolest pozorovatelná jen v krajních polohách kloubu. Revmatoidní artritida může postihnout téměř všechny synoviální klouby těla, málokdy jsou zasaženy distální interfalangeální klouby (DIP) rukou a nohou. (25, 7).

Pro **ruce** je charakteristické vřetenovité zduření PIP kloubů a nápadná atrofie interoseálních svalů. S postupnou progresí onemocnění vedou destruktivní změny k radiální rotaci karpálních kostí a ulnární deviaci prstů rukou, především v NPC kloubech. Může se objevit subluxace v MCP a PIP kloubech. Typické jsou změny a deformita labutí šíje (flexe v MPC, hyperextenze v PIP a flexe v DIP kloubech) a deformita knoflíkové dírky ( flexe v PIP a hyperextenze v DIP kloubech) (Přílohy č. 4, 5, 6) (26).

Postižení **loktů** vede ke vzniku flekční kontraktury a teprve v pozdějších fázích k omezení hybnosti (26).

**Ramenní** klouby jsou postiženy poměrně často jak v glenohumerálním, tak akromioklavikulárním kloubu. Častá je tato manifestace u RA začínající ve vyšším věku. Přibližně u 20% pacientů se najdou ruptury v manžetě rotátorů (25).

**Kyčelní** klouby bývají méně často postiženy. Jestliže se zde onemocnění objeví, je známkou nepříznivého vývoje (25).

Postižení **kolenních** kloubů bývá časté. Vede k vývoji osových deformit, laxitě vazů a flekční kontraktuře. Zmnožení synoviální tekutiny je v kolenním kloubu snadno prokazatelné a lehce dostupné pro případné diagnostické vyšetření. Tekutina může pronikat do popliteální cysty, kterou označujeme jako Bakerova cysta. Ruptura této cysty s vyprázdněním obsahu mezi svaly lýtka vyvolává bolestivé zduření a je možné ji zaměnit s flebotrombózou (26).

Klouby **hlezna** bývají postiženy většinou u těžkých forem RA. Zato artritida **MTP kloubů** je častá a vede ke vzniku řady deformit. Dozrání subluxace proximálních falangů vede k deformitě tzv. klidívkových prstů, při které dochází k omezení chůze a stání (25).

Závažné může být postižení **krční páteře**, především v oblasti C1 a C2, kde synovitida může vést k atlantoaxiální subluxaci. Zvětšení vzdálenosti dens axis – zadní okraj předního oblouku atlasu nad 3 mm může vést k bolestem hlavy a krku, závratím, paresteziím a popř. vážnější komplikacím (25).

Častá RA **temporomandibulárních** kloubů způsobuje bolesti při žvýkání a tyto symptomy mohou být zaměněny za zubní komplikace (26).

RA je často doprovázena zánětlivými změnami šlachových pochev, svalovými atrofiemi a nálezem revmatických uzlů v podkoží. Nejčastějším místem výskytu je krajina loketního kloubu. Vzácnější jsou útrobní projevy nemoci, které označujeme jako mimokloubní formy. Počet a závažnost mimokloubních příznaků kolísá. Jsou častější u déle probíhajícího a těžšího onemocnění (25, 22).

Revmatické uzly jsou nejčastější extraartikulární známkou a vyskytují se asi u 20 – 30% nemocných. Uzly mají nekrotickou centrální část obklopenou palisádovitými fibroblasty a nasedající kolagenní tkání s perivaskulárním zánětlivým infiltrátem. Převážně se vyskytují v podkoží nad proximální hranou ulny a nad olekranonem. Také se často objevuje tenosynovitida, hlavně v oblasti rukou a zápěstí. Ruptura šlach vede k vývoji deformit (26).

Osteoartróza u revmatoidní artritidy je periartikulární a difúzní. Vzniká působením lokálních mediátorů zánětu uvolňovaných v synovii. Častěji se také vyskytuje difúzní osteoporóza, v jejíž etiologii je pravděpodobný i podíl chronické léčby kortikoidy. Na nehtech si můžeme všimnout podélného rýhování připomínající stékající vosk (25, 26).

Vaskulitida je závažným klinickým projevem. Zahrnuje kožní vředy, vyrážku, senzoryckou i motorickou periferní neuropatii. Kožní vředy jsou nejčastěji na konečcích prstů a na bérkách (26).

Plicní postižení se může projevit pleuritidou, intersticiální plicní fibrózou nebo přítomností revmatických uzlů. Kardiální projev RA se může manifestovat perikarditidou, myokarditidou, endokarditidou, defekty vedení a arteriitidou (25, 26).

Mezi oční postižení patří suchá keratokonjunktivitida (KCS), která se vyskytuje asi u 10 – 35% pacientů. Symptomy KCS většinou nekorelují se závažností RA, zatímco další komplikace, episkleritida a skleritida, bývají jen u velmi aktivních případů (25).

## **1.2 Vyšetření a diagnostika revmatoidní artritidy**

### ***1.2.1 Revmatologické vyšetření***

Vyšetření revmatických onemocnění spočívá v pečlivém odebrání anamnézy, v celkovém interním vyšetření a vyšetření pohybového aparátu. Nikdy se nesmíme spokojit s vyšetřením jen té části těla, kam pacient směřuje nejvíce stížností. Na začátku onemocnění posuzujeme v rámci algoritmu:

- *Subjektivní hodnocení pacienta* – stupeň bolesti kloubů (začátek bolesti – pozvolný, náhlý; charakter bolesti – klidová, námahová; průběh bolesti – kontinuální, epizodická, kolísavá; úlevová poloha – flexe kloubu, chlad), trvání ranní ztuhlosti, únava, omezení funkce.
- *Objektivní vyšetření* – při objektivním vyšetření je důležité zaznamenat somatický typ nemocného, stav výživy i svalstva, pacienta nezapomeneme zvážit. Pacienta sledujeme i při vstupu

do ordinace, při svlékání a zouvání, kdy nemá pocit, že je vyšetřován. Všímáme si barvy kůže, zvýšeného prosáknutí, atrofií. Hledáme vyrážky, podkožní uzly a tofy, pátráme po zvětšených lymfatických uzlinách.

- *Vyšetření kloubů* – na výsledné morfologii kloubu se účastní: obrysy vzájemně artikulujících kostí, jejich vzájemné postavení, kloubní pouzdro, vazy, úpony svalů a šlach, probíhající šlachy se svými pouzdry, burzy, tuková vrstva, podkoží, kůže, intraartikulární tekutina, patologické útvary v okolí kloubu, svalové atrofie.
- *Laboratorní vyšetření* – sedimentace erytrocytů (FW) a C-reaktivní protein (CRP), revmatoidní faktory (RF), krevní obraz, jaterní testy, kreatin, albumin, vyšetření moči, vyšetření synoviální tekutiny (příloha 9).
- *Hodnocení aktivity choroby* – funkční dotazník (např. HAQ), hodnocení aktivity lékařem a pacientem.
- *Zobrazovací metody* – rtg rukou a nohou + šikmý snímek, rtg vyšetření ostatních postižených kloubů (23, 28).

### ***1.2.2 Diagnostika revmatoidní artritidy***

Diagnostika RA v počátku onemocnění není jednoduchá, zvláště u pacientů s nespecifickými příznaky a plíživým nástupem choroby. Pro diagnostiku revmatoidní artritidy používáme v praxi i v klinických studiích klasifikační kritéria American College of Rheumatology (ACR) pro RA z roku 1988 (příloha 2). Diagnóza revmatoidní artritidy je založena především na klinických projevech. Podle rozsahu anatomického postižení a rentgenového obrazu se rozděluje RA na 4 stádia (příloha 7). Pacient je zařazen do toho stadia, kam spadá nejvíce postiženým kloubem. Funkční zdatnost se vyjadřuje zařazením do některé z 4 tříd (příloha 8) (23, 25).

### **1.3 Léčba revmatoidní artritidy**

Komplexní léčba revmatoidní artritidy zahrnuje celou řadu farmakologických i nefarmakologických opatření a má několik cílů. Krátkodobým cílem je zmírnění bolestí a ranní ztuhlosti, ústup zánětu a navození remise onemocnění. Dlouhodobým cílem je zpomalení průběhu onemocnění, rozvoje deformit a funkčního handicapu. Strategie a agresivita léčby RA je v první řadě dána aktivitou onemocnění a přítomností negativních prognostických ukazatelů (23).

V akutním stavu se doporučuje několikadenní klid na lůžku. Je však důležité dbát na prevenci vzniku kloubních kontraktur (26).

#### ***1.3.1 Medikamentózní léčba***

U RA se využívá obecně protizánětlivý, analgetický, antipyretický a dekontrakční účinek nesteroidních antirevmatik a analgetik (NSA). Při dlouhodobé léčbě NSA může být spojena se závažnými nežádoucími účinky (renální nežádoucí účinky, NSA gastropatie aj.). Mezi nejčastěji používané NSA patří diklofenak (Voltaren, Veral, Inflamac a další), ibuprofen (Ibuprofen, Brufen), flurbiprofen (Flugalin), naproxen (Naprosyn, Napsyn), piroxicam (Felden, Arhremín), ketoprofen (Profenid), kyselina tiaprofenová (Surgam), nabumeton (Relifex), indometacin (Indren) a další. Za účelem snížení vedlejších a nežádoucích účinků se využívá nové lékové formy – retardované tablety, uvolňování léků až ve střevě, systém „pro drug“, kombinace se syntetickým prostaglandinem misoprostolem či preferenční inhibitory enzymu COX-2, rofecoxib, u některých jsou počet a závažnost vedlejších nebo nežádoucích účinků podstatně redukovány (23, 25, 26).

Další používané léky jsou léky modifikující průběh choroby (Disease Modifying Antirheumatic Drugs – DMARD) zasahují hlouběji do mechanismu choroby, dlouhodobě zlepšují průběh nemoci a zpomalují vývoj destruktivních změn. Tyto léky by se měly podávat již od časných fází onemocnění a po dostatečně dlouhou dobu, mnohdy řadu let. Mezi léky DMARD patří antimalarika, sloučeniny zlata, Sulfasalazin, Mathotrexát, Penicilamin, Azathioprin, Cyklofosfamid, Cyklosporin A,



Kortikosteroidy. Jejich efekt nastupuje velmi pomalu, ale zato je dlouhodobý a přetrvává po určitou dobu i po vysazení. Problém těchto léků je jejich relativní toxicita, která může přispět k ukončení terapie (23, 25, 26).

### ***1.3.2 Invazivní a doplňková léčba***

Mezi invazivní léčbu RA patří intraartikulární léčba. Při této léčbě jsou depotní formy kortikosteroidů vpraveny do kloubu. Mají výrazný protizánětlivý efekt, který je většinou přechodný, ale někdy přetrvává řadu měsíců. Při opakovaném podávání (více než 4krát ročně) se však může projevit katabolický efekt kortikosteroidů, který vede k rozvláknění chrupavky a místním destrucím. Mezi používané patří triamicinolon acetonid (Kenalog), metylprednisolon acetát (Depo-Medrol) a betametazon (Diprofos). Podání radioaktivního izotopu yttria (<sup>90</sup>Y), nejčastěji do kolenního kloubu, vede k nekróze synoviální výstelky (25, 26).

V některých případech se nedaří z nejrůznějších důvodů pozastavit postup deformaci kloubu. Projevuje se to přetrvávající bolestí nebo i ztrátou funkce. Tento stav se již nedá řešit farmakologicky a je nezbytné stav konzultovat s ortopedem, který navrhne optimální chirurgické řešení. Řešení tímto způsobem je vyhrazeno na přísně definované stavy (22, 34).

Existuje řada postupů, jak se tato situace dá řešit. Při přetrvávajícím zánětu jednoho kloubu je možné odstranit zbuženou zanícenou kloubní výstelku chirurgicky artroskopem (zanechává pouze malou až nepatrnou jizvu na kůži) nebo klasickou chirurgickou cestou. Při nefunkčnosti kloubu se nabízí možnost náhrady kloubu (tzv. totální endoprotéza). V současné době se tento chirurgický zákrok nejčastěji provádí na kolenním a kyčelním kloubu, nově i u mezičlánekových kloubů. Tam, kde se z nejrůznějších důvodů nemůže provést endoprotéza, se využívá voperování kovové dlahy (artrodéza) (34, 26).

Nedílnou součástí léčby RA je i doplňková léčba. V současné době je na trhu nesčetné množství alternativních léčiv. Při využití těchto alternativních léčiv 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 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. 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 (1).

### ***1.3.3 Nefarmakologická léčba***

Nedílnou součástí léčby je LTV (léčebná tělesná výchova) spolu s fyzikální léčbou vedená odborným rehabilitačním lékařem. Tato léčba má za úkol zmírnit bolest a udržet hybnost postižených kloubů. Nezbytná je po revmatoortopedických výkonech, zejména po endoprotézách, kdy musí navazovat bezprostředně na tento výkon, aby bylo dosaženo optimální pohyblivosti kloubu. Můžeme sem zařadit i lázeňskou terapii (fyzikální terapie, LTV, parafín) (34, 33).

### ***1.3.4 Biologická léčba***

Biologická léčba je „novum“ v medicíně a zaznamenává velké úspěchy při léčbě již mnoha onemocnění, mimo jiné i v RA. Biologické přípravky jsou zaměřeny na imunitní systém. V dnešní době se pojmem biologická léčba používá pro chorobu modifikující léky, které jsou vyráběny pomocí biotechnologií. V užším slova smyslu takto mluvíme o TNF $\alpha$  blokátorech, nověji se do této skupiny můžeme zařadit i ostatní

léky nepůsobící pomocí blokády tumor nekrotizujícího faktoru (TNF) – monoklonální protilátka proti B lymfocytům (abatacept), ale i méně běžné či neregistrované látky – inhibitor interleukinu 1 (anakinra), inhibitor interleukinu 6 (tocilizumab) (9, 28).

Mezi výhody biologické léčby patří, že léčba svým působením neovlivňuje a nepoškozuje ostatní buňky a orgány lidského těla. Biologická léčba se aplikuje v případech, kdy selhaly v léčbě jiné přípravky. U pacientů dosáhne léčba účinnosti až v 70 % případů. Klinický efekt přichází rychle a kromě klinické účinnosti dochází i ke zpomalení progresu onemocnění. Tím tato léčba může navrátit pacienta do normálního společenského i pracovního života a to bez bolestí (9).

#### **1.4 Potřeby nemocného s revmatoidní artritidou**

V průběhu posledních deseti let je nejen v ošetrovatelství, ale i v medicíně zdůrazněný holistický, to znamená celistvý přístup k člověku (bio-psycho-socio-spirituální přístup). Ošetrovatelská péče má za cíl zvládnutí bolesti, podporu v mobilitě a v soběstačnosti. Dlouhodobé cíle potom jsou zaměřené na udržení uspokojivé existence a kvality života, prevenci muskuloskeletárních deformit a na psychosociální potřeby pacienta. Další důležitá složka ošetrovatelské péče je zaměřená na rodinu pacienta a jiné osoby, podporující resocializaci a nezávislost jedince (6, 7).

Tento holistický přístup je vyjádřený i novou dimenzí – kvalitou života. Holistický přístup kvality života tak bere v úvahu všechny potřeby jedince. Hodnocení kvality života souvisí se zdravotním stavem samotného pacienta. Při RA, podobně jako při jiných chronických chorobách, je rozsah použitých nástrojů měřících kvalitu života široký – umožňují poznat, které aspekty kvality života jsou u konkrétního pacienta narušené, v jaké intenzitě, v jakém pořadí, v jaké frekvenci a podobně. Umožňují skrínink pacientů, kteří jsou ve zvýšeném riziku nepříznivých zdravotních důsledků. Pomáhají při validizaci lékařské diagnózy, při výběru vhodných intervencí, při jejich porovnávání. Zvyšují informovanost pacienta, zlepšují jeho vztah se zdravotníkem. Vzhledem na svoje holistické zaměření jsou vhodné nejen pro pacienta, ale i pro jeho příbuzné a celkově jim pomáhají při zvládnání a ulehčování situace vyplývající ze změněného zdravotního stavu (6).

Pro člověka je nezbytnou schopností pohybovat se v prostředí. Živý jedinec se musí pohybovat, aby získal potravu, chránil se před poraněním a zajistil si další základní potřeby. Pohyblivost je jakýmsi základem nezávislosti, ovlivňuje fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, schopnost sdružovat se, komunikovat, vyvíjet smysluplnou aktivitu jedince a hlavně je základem soběstačnosti. Pohyb provází člověka celý život. Od dětství se učí lézt, stát, chodit, tedy pohybovat se. Pokud dojde vlivem tělesného postižení, nemoci či zdravotního oslabení ke kvantitativnímu a kvalitnímu narušení realizace spontánních, reflexních, záměrných či expresivních pohybů, hovoříme o tzv. poruše hybnosti. Člověk se nemůže 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 (35, 3).

Další důležitou hodnotou pro člověka je soběstačnost, která souvisí s možností řídit si svůj život podle vlastních potřeb. V oblasti rehabilitace je také úroveň soběstačnosti pacienta jedním z kritérií, podle kterého se hodnotí výstupy a úspěšnost terapie (13).

Stanovení kritérií stupnice soběstačnosti se využívá hodnocení funkční soběstačnosti podle M. Gordonové a testování vývoje soběstačnosti (Staňková – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, IDVP, 2001) (příloha 10) (21).

#### ***1.4.1 Co by měl vědět pacient – revmatik***

Pacient – revmatik propuštěný do domácího ošetřování, by měl být instruován o pohybové léčbě a dalších možnostech komplexní léčebné rehabilitace. Měl by být informován o možnostech využití sociálních výhod, které mohou zlepšit kvalitu jeho života (5).

- *Proč a jak cvičit* – cvičením si udržujeme pohyblivost kloubů a dostatečnou svalovou sílu, bráníme rozvoji deformit, zachováváme funkce důležité pro sebeobsluhu a soběstačnost. Cvičit by se mělo pravidelně. Brzy po probuzení je vhodné provést několik základních cviků na rozhýbání. Během dne pak ve vhodnou dobu je zapotřebí procvičit celé tělo.

- *Jakým polohám a pohybům se vyvarovat* – nepřetěžovat klouby nevhodnými polohami při odpočinku nebo při práci, často střídat polohy. Nemělo by se ani dlouho stát, ani ležet, ani sedět či chodit.
- *Polohování bolestivých kloubů, polohování proti deformitám* – správné polohování může značně ulevit od bolesti, urychlit hojení a zabránit deformitám. Se způsoby polohování jednotlivých kloubů se seznámí za pomoci rehabilitačního instruktora.
- *Jaké a jak používat ortopedické a kompenzační pomůcky* – tyto pomůcky pomáhají při sebeobsluze a usnadňují pohyb. Tyto pomůcky může předepsat revmatolog, rehabilitační lékař nebo ortoped.
- *Kdy přikládat teplé a kdy studené obklady* – v klidovém stadiu choroby působí analgeticky teplé obklady 50 – 60°C. Obklady podle Priessnitze, na zanícené klouby přikládáme i několikrát denně.
- *Správná obuv a oblečení* – vhodná obuv je obuv pevná, ale pohodlná s pevnou patou, ortopedicky profilovaná. Pacient by měl mít rovnoměrně pokryto tělo, aby nedocházelo k místním ztrátám tepla, které není tělo schopno vyrovnávat. Doporučuje se nosit radši více lehkých vrstev.
- *Možnosti ambulantní rehabilitační péče* – léčebná rehabilitace je rozdělena na pohybovou (individuální a skupinový tělocvik) a fyzikální (vodoléčebné a elektroléčebné procedury) a ergoterapii.
- *Jak si upravit a vybavit byt* – úprava bytu je důležitá pro minimalizaci rizika pádu, usnadnění pohybu po bytě a zachování soběstačnosti (5).

## **1.5 Rehabilitační pomůcky pro osoby s revmatoidní artritidou**

### ***1.5.1 Rehabilitace***

Tento pojem se začal používat v první polovině 20. století. Pod pojmem rehabilitace, rozumíme péči o pacienta, která následuje po péči akutní (stabilizovaný zdravotní stav, není zapotřebí dalších chirurgických zákroků). Také lze definovat jako obnovu nezávislého, plnohodnotného, tělesného a duševního života osob

po nemoci, úrazu nebo zmírnění trvalých následků nemoci či úrazu pro život a práci člověka (17, 15).

Rehabilitace původně zaznamenala prostředky pro dosažení návratu k plnému zdraví, tedy odstranění následků nemoci či úrazu. Avšak existuje skupina osob se zdravotním postižením (OZP), u kterých není možný návrat k plnému zdraví. I přesto v těchto případech hovoříme o rehabilitaci. Moderní pojetí klade důraz na integraci osob se zdravotním postižením (37, 17, 15). Cíle rehabilitace:

- Dosáhnout zlepšení funkční zdatnosti na úrovni jednotlivých tělesných struktur či celého člověka.
- Začlenění OZP do společnosti.
- Zlepšení kvality života.
- Vyrovnání životní příležitosti OZP s osobami bez postižení (17).

Rehabilitace zahrnuje celou řadu léčebných postupů, z nichž základní je fyzioterapie – zjednodušeně řečeno cvičení pacienta pod odborným vedením lékaře a zdravotnického personálu. Kromě fyzioterapie zahrnuje rehabilitace masáže, vodoléčbu, elektroléčbu, léčbu za pomoci laseru, reflexní terapii či akupunkturu a rehabilitační pomůcky (17).

Rehabilitace se může rozdělit na:

- lůžkovou
- ambulantní (15)

### ***1.5.2 Rehabilitační prostředky v intervenci osob s poruchou hybnosti***

Rehabilitační prostředky mají v intervenci osob s poruchou hybnosti nezastupitelné místo. Nejen, že mají tyto prostředky za úkol sloužit k podpoře prevence vzniku komplikací a sekundárních změn zapříčiněných imobilitou, ale mají také podpořit maximálně možnou mírou soběstačnosti a samostatnosti těchto osob v běžném denním životě. Mají také zvyšovat předpoklad optimálního průběhu socializačního a edukačního procesu těchto osob, stejně tak i jejich úspěšnou společenskou integraci a inkluzi (3).

### ***1.5.3 Rehabilitační pomůcky***

Mezi rehabilitační pomůcky můžeme zařadit i tak zásadní a pro někoho i velmi drahé prostředky jako polohovací lůžko a invalidní vozík. Některé rehabilitační pomůcky jsou plně hrazeny pojišťovnou, jiné jen částečně nebo vůbec. Jak které pomůcky jsou hrazené, Vám sdělí buď ošetřující lékař, nebo se můžete informovat v prodejně zdravotních pomůcek (17).

Mezi rehabilitační pomůcky patří - balanční pomůcky, cvičební gumy, teraband, masážní ježci, válečky, masážní podložky, FITSIT, míče, overbally, elipsy a řada dalších (8).

## **1.6 Kompenzační pomůcky pro osoby s revmatoidní artritidou**

### ***1.6.1 Kompenzace***

Kompenzace znamená nahrazení určité funkce. Ve vztahu k aktivitám osob s postižením existují pomůcky, které buď úplně, nebo částečně nahrazují funkce končetin při lokomoci, či manipulaci s objekty, nahrazují nebo podporují smyslové receptory (kochleární implantát, sluchadlo, brýle, okluzory) nebo pozitivně působí na kvalitu života (např. u osob mentálním postižením) (18).

### ***1.6.2 Kompenzační pomůcky***

Kompenzační pomůcka se může označit také jako technická pomůcka - produkt, nástroj, pomůcka, zařízení nebo technický systém, užívaný osobou s handicapem. Jde o pomůcky, které jsou používány na rozdíl od protetických pomůcek jen tehdy, když postižený danou činnost provádí. Těchto pomůcek je navrženo velké množství, ale je třeba individuálně určit, do jaké míry bude pro člověka s postižením činnost s použitou pomůckou snazší nežli bez ní. (15, 37, 15).

Zásady pro správný výběr pomůcky

- poskytnutí poradenských služeb
- správný návrh a výběr kompenzační pomůcky

- zácvek klientů, rodiny v používání pomůcky (15)

Kompenzační pomůcky se dají rozdělit různým způsobem

Hlavní rozdělení pomůcek

- sériové – jsou dostupné v běžném prodeji
- individuální – jsou pro člověka dělané na míru (15)

Rozdělení podle typů denních činností, pro které se používají

- pomůcky pro hygienu – jsou nedílnou součástí celkové životosprávy. Hygiena a čistota napomáhají upevňovat zdraví a předcházet mnoha nemocím. Uspokojování této potřeby je jedním z předpokladů pro pocit osobní pohody. Patří sem: madla, nástavec na WC, kartáč s přísavkami aj. (příloha 11) (36, 37).
- pomůcky při oblékání – oblékání je významnou každodenní činností navzdory všem obtížím. Zařadit sem můžeme: navlékač punčoch, zapínač knoflíků aj. (příloha 12) (37, 36).
- pomůcky při jídle – přístroje s tvarovanou rukojetí či připevněné na ruku, protiskluzové podložky, otvíráky konzerv aj. (příloha 13) (37)
- pomůcky v prostředí – podavače, tísňová signalizace, pomůcky k otáčení klíče aj. (37)
- pomůcky pro lokomoci – hole, chodítka, berle aj. (37)
- pomůcky pro polohování na lůžku – polohovací lůžko na elektrické ovládání, antidekubitní matrace aj. (37)
- pomůcky pro komunikaci, vzdělávání, profesní činnost – mobilní telefon, obraceč stran aj. (37)
- pomůcky pro postižené matky – usnadňují péči o malé dítě (přebalování, krmení, oblékání aj.) (37)

Rozdělení podle omezení či postižení, které kompenzují

- Kompenzace funkční ztráty jedné ruky či celé končetiny – kartáč s přísavkami, prkénko s hroty pro krájení potravin aj.



- Kompenzace omezení rozsahu pohybů v kloubech dolní či horní končetiny – navlékač punčoch, hřeben s dlouhým nástavcem aj.
  - Kompenzace ochrnutí či snížení síly – rozšířené střenky příborů, držák tužky aj.
  - Kompenzace neobratnosti či třesu – kelímek s hubičkou proti vylití tekutiny aj.
- (37)

### ***1.6.3 Kompenzační pomůcky z pohledu ergoterapeuta***

Existuje celá řada možností kompenzace a jednou z nich je i poradenství v oblasti výběru vhodných a správných kompenzačních pomůcek, které mohou řešit problémy týkající se snižující úrovně soběstačnosti. Touto oblastí se zabývá ergoterapie (14).

Nejdůležitější a nejčastější provádění ergoterapie v současné době je při nácviu denních činností, můžeme použít i označení léčebná výchova k soběstačnosti. Vybavenost kompenzačními pomůckami a úpravy nejen v domácím prostředí mohou znamenat výraznou změnu v soběstačnosti klienta nebo maximálně pomoci pečujícím osobám. Při výběru vhodné pomůcky je vždy dobré poradit se s odborníky, kteří mají v této problematice zkušenosti. Existují zásady, kterými by se ergoterapeut měl řídit, aby svému klientovi vybral vhodnou a funkčně využitelnou pomůcku. Zásady vhodného výběru kompenzačních pomůcek (14, 37):

- Individuální přístup ke klientovi, zohlednit jeho funkční schopnosti a dovednosti, případné ekonomické a sociální možnosti
- Typ a stupeň postižení klienta
- Fyzické proporce a postava klienta
- Prognóza choroby
- Věková skupina
- Klientova aktivita
- Délka používání (zda ji klient bude používat stále, každý den, nebo jen příležitostně)
- Použití více v exteriéru nebo v interiéru

- Zohlednění přání klienta
- Postupování od nejjednodušších ke složitějším (a zpravidla i od levnějších k dražším)

Nedílnou součástí pro výběr správné a funkčně využitelné pomůcky je vyzkoušet pomůcku ještě před jejím předepsáním nebo zakoupením. Dále je nutné zjistit, zda vybraná pomůcka vyhovuje, a poté naučit klienta pomůcku dobře používat a instruovat ho o způsobech její údržby. Je třeba zaučit nejen klienta, ale i osoby, které mu pomáhají v soběstačnosti. Velká řada pomůcek je plně nebo z části hrazena pojišťovnou a na spoustu z nich je třeba speciálně žádat o zvýšení úhrady (14).

#### Způsoby hrazení pomůcek

Některé pomůcky jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, jiné si musí pacient částečně nebo plně hradit. Další možnost je zažádat si o dávky sociální péče u odboru sociálních věcí u Městského úřadu (možnost příspěvků je podrobně rozepsán ve vyhlášce 182/1991 Sb.) a také si pacienti mohou žádat o příspěvek na pomůcku nadaci nebo sponzory. A v neposlední řadě je tu projekt půjčování kompenzačních pomůcek pro klienty, kteří nutně pomůcku potřebují, ale čekají na svou vlastní. Kteří si pomůcku půjčují pouze dočasně a kteří mají svojí pomůcku v opravě (15).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Hlavní cíl: Zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké kompenzační a rehabilitační pomůcky jsou nejčastěji využívány.

Dílčí cíl 2: Zjistit ochotu osob s revmatoidní artritidou finančně participovat na pořízení kompenzačních pomůcek.

### **2.2 Hypotézy**

H 1: Pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji používají kompenzační pomůcky v oblasti chůze.

H 2: Finanční participace na pořízení kompenzačních pomůcek pacientů s revmatoidní artritidou je závislá na zapojení pacientů do pracovního procesu.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody***

Pro dosažení stanovených cílů praktické části bakalářské práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum. Tento výzkum předpokládá, že zkoumaná data jsou svým způsobem měřitelná, či minimálně nějak tříditelná nebo uspořádatelná (30).

Byla využita metoda dotazování ve formě dotazníku. Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Charakteristikou této metody je nepřítomnost výzkumníka při jeho vyplňování a nezbytnost předvýzkumu (19). Předvýzkum proběhl u 7 respondentů. Výhoda ve formě sběru dat pomocí dotazníku spočívá v možnosti předložit dotazník celé skupině respondentů najednou. Vyhneme se tím i subjektivních dojmů ze strany výzkumníka (32). Dotazník tvořilo 8 uzavřených, 5 otevřených a 1 polootevřená otázka (příloha 14). První dvě otázky byly identifikační, další byla filtrační. Také bylo v dotazníku využito škály, na které pacienti s revmatoidní artritidou znázorňovali, jak vnímají nabídku kompenzačních/rehabilitačních pomůcek na současném trhu. Číslo 1 na škále zobrazovalo nabídku plně vyhovující a číslo 7 nabídku nevyhovující. Výsledky získané z dotazníků byly vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel.

Sběr dat pro výzkum probíhal od února do dubna 2011.

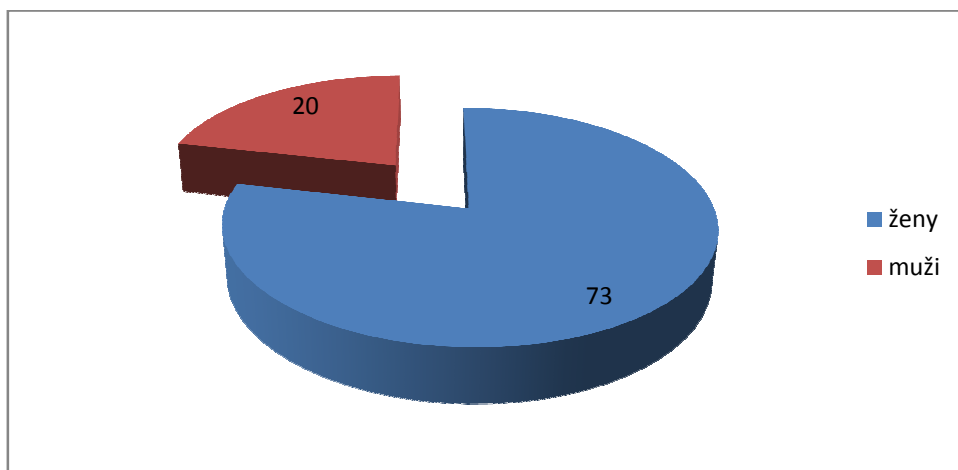
#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Základní soubor pro sběr dat tvořili pacienti s revmatoidní artritidou. Výběrovým souborem byli klienti sdružení Revma liga Jihočeského kraje, dále pacienti v revmatologických ordinacích v MEDIPONTU PLUS s.r.o. v Českých Budějovicích a lázeňského komplexu Bertiny lázně. Celkem bylo rozdáno 170 dotazníků. Z celkového počtu se vrátilo 96 dotazníků, návratnost byla tedy 56,5 %. Z počtu 96 dotazníků byly 3 dotazníky vyřazeny, jelikož se vrátily chybně nevyplněné. Výzkumný soubor pro zpracování dat tvořil 93 respondentů (100%).

## 4. Výsledky

### 4.1 Grafy

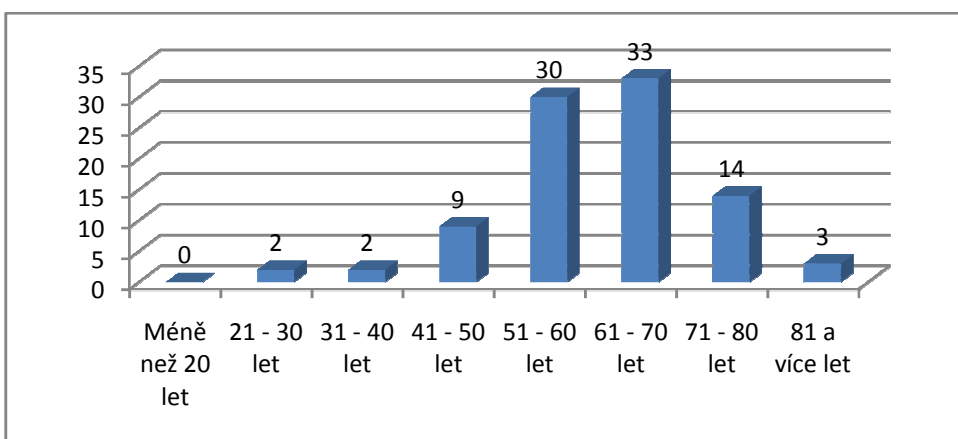
Graf 1: Pohlaví respondentů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 93 (100 %) respondentů se zúčastnilo výzkumného šetření 73 (78,5 %) žen a 20 (21,5 %) mužů.

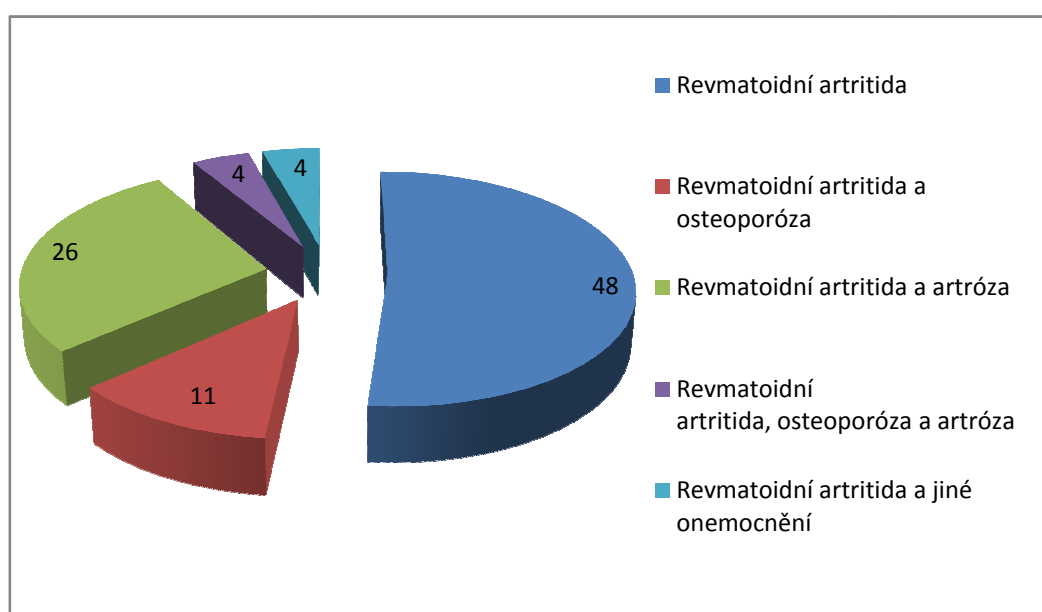
Graf 2: Věk respondentů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

V grafu 2 jsou respondenti rozděleni do osmi věkových kategorií. Z celkového počtu 93 (100 %) respondentů bylo 33 (35,6 %) ve věku 51-60 let, 30 (32,4 %) respondentů bylo ve věku 61-70 let, 14 (15 %) respondentů bylo ve věku 71-80 let, 9 (9,8 %) respondentů bylo ve věku 41-50 let, 3 (3,2 %) respondenti byli ve věku 81 a více let, 2 (2 %) respondenti byli ve věku 21-30 let, 2 (2 %) respondenti byli ve věku 31-40 let a ve věku méně než 20 let nebyl žádný respondent.

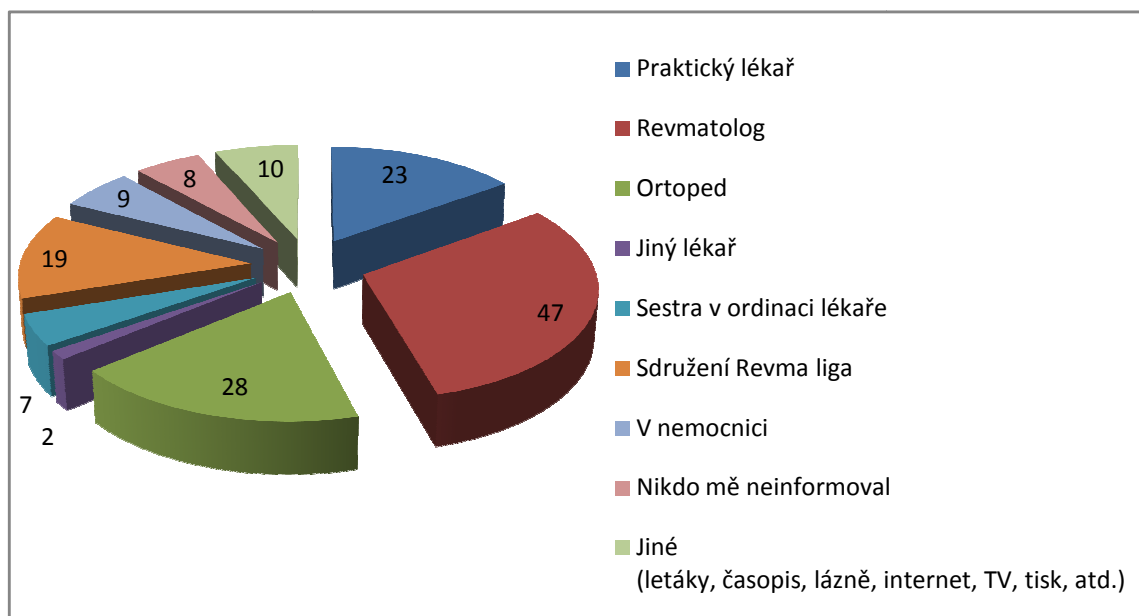
Graf 3: Onemocnění respondentů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 93 (100 %) respondentů mělo pouze revmatoidní artritidu 48 respondentů (52 %). Dále následovali respondenti s kombinovaným onemocněním, revmatoidní artritida a artróza 26 respondentů (28 %), revmatoidní artritida a osteoporóza 11 respondentů (12 %), revmatoidní artritida, osteoporóza a artróza 4 respondenti (4 %) a revmatoidní artritida a jiné onemocnění 4 respondenti (4 %).

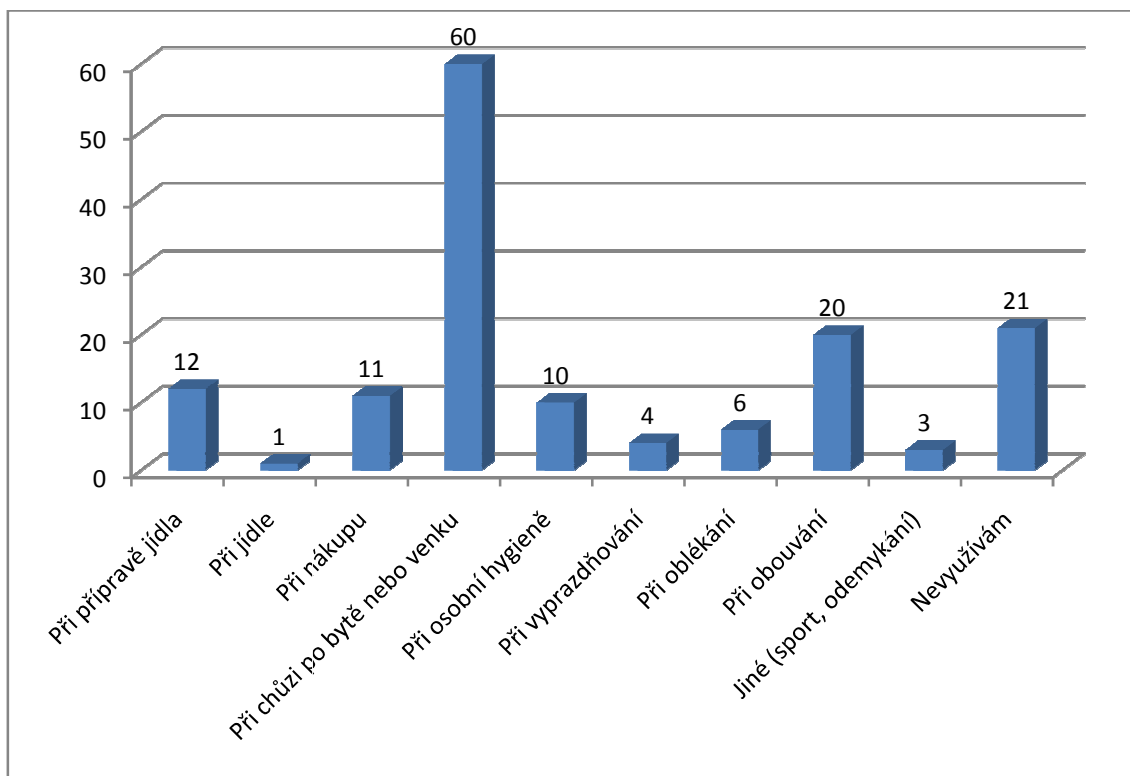
Graf 4: Získávání informací o kompenzačních/rehabilitačních pomůckách (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Celkové číslo tohoto grafu neudává počet respondentů, ale počet všech odpovědí, jelikož dotazovaní respondenti měli možnost odpovědět na více variant. Celkový počet odpovědí byl 152. Informace o kompenzačních/rehabilitačních pomůckách respondenti nejčastěji získávají od Revmatologa 47 odpovědí (31 %), následoval Ortoped 28 odpovědí (18 %), dále Praktický lékař 23 (15 %), Sdružení Revma liga 19 odpovědí (12 %), z jiných zdrojů (časopis, letáky, lázně, TV, tisk, atd.) 10 odpovědí (7 %), v nemocnici 9 odpovědí (6 %), nikdo je neinformoval 8 odpovědí (5 %), sestra v ordinaci 7 odpovědí (5 %) a jiný lékař 2 odpovědi (1 %).

Graf 5: Oblasti potřeby nejvíce využívaných kompenzačních/rehabilitačních pomůcek respondenty (v absolutních hodnotách)

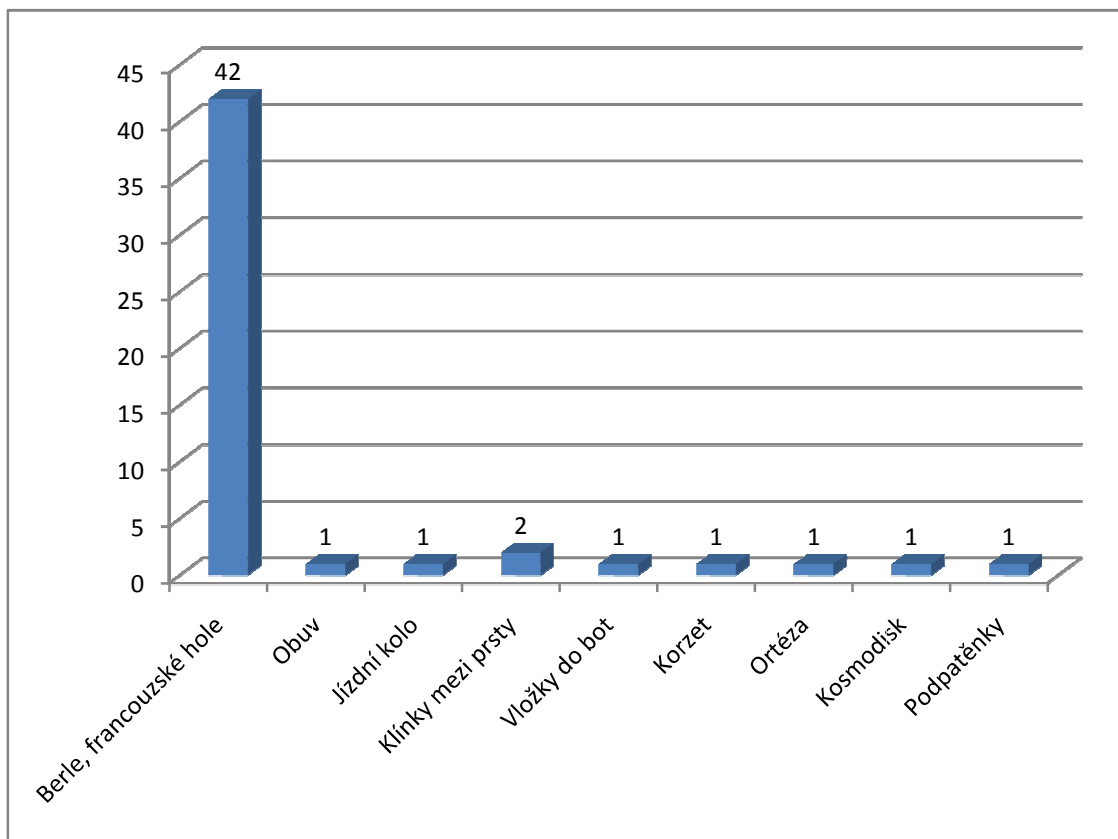


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Výsledky tohoto grafu neuvádí počet respondentů, ale počet všech odpovědí, jelikož dotazovaní respondenti měli možnost odpovědět na více variant. Celkový počet odpovědí byl 148. Na otázku nejvíce využívaných kompenzačních/rehabilitačních pomůcek bylo 60 odpovědí při chůzi po bytě nebo venku (41 %). Dále následovalo 21 odpovědí (14 %), že pomůcku nevyužívají, 20 odpovědí (13 %) pomůcky při obouvání, 12 odpovědí (8 %) při přípravě jídla, 11 odpovědí (7 %) pomůcky při nákupu, 10 odpovědí (7 %) při osobní hygieně, 6 odpovědí (4 %) při oblékání, 4 odpovědi (3 %) při vyprazdňování, 3 odpovědi (2 %) při jiných aktivitách a 1 odpověď (1 %) při jídle.



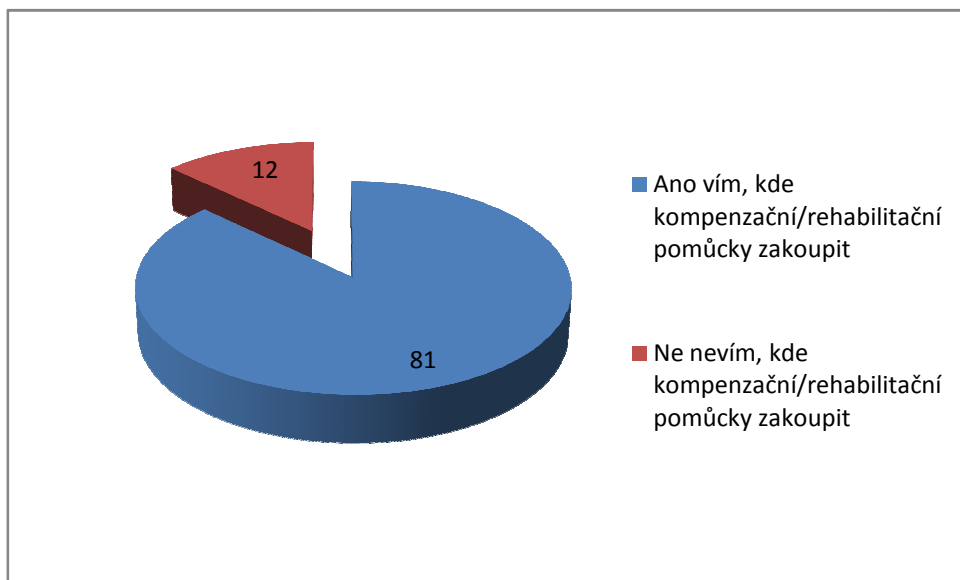
Graf 6: Pomůcky využívané v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu k usnadnění chůze (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Na otázku č. 6 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 5 označili 5d) (příloha 14). Celkem z 51 (100 %) respondentů odpovědělo 42 respondentů (84 %), že v souvislosti s postižením pohybového aparátu využívají k usnadnění chůze berle nebo francouzské hole. Další položky se vyskytují v řádech jednotek.

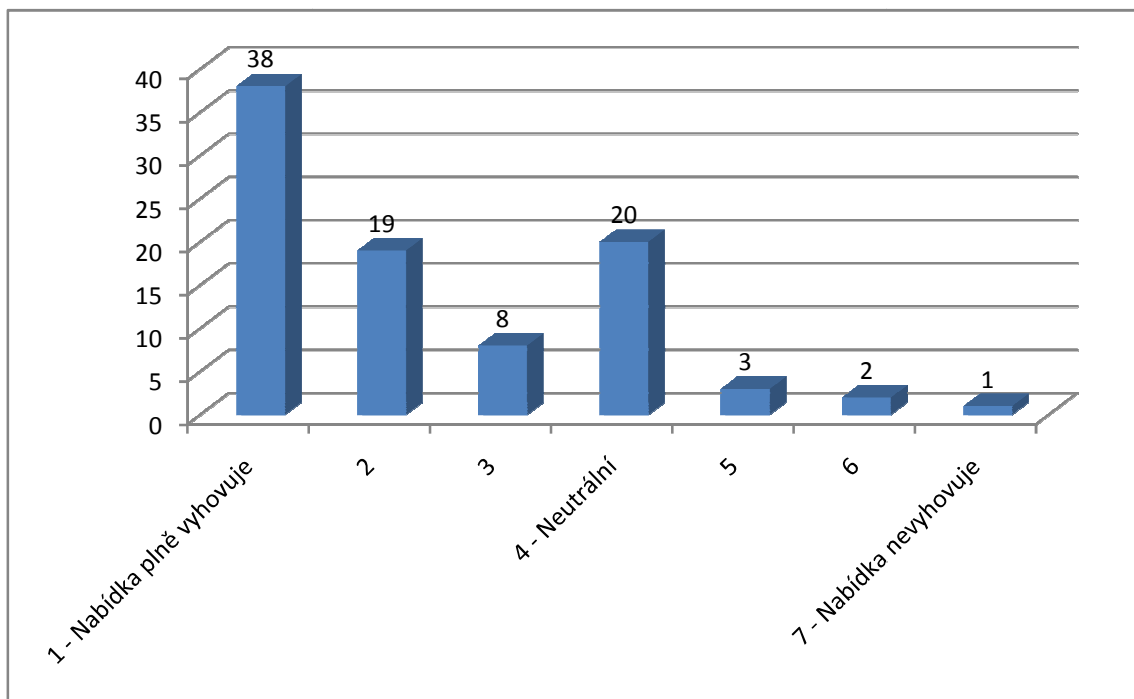
Graf 7: Povědomí respondentů o možnosti zakoupení kompenzačních pomůcek (v absolutních hodnotách)



*Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.*

Na grafu 8 vidíme informovanost respondentů o možnosti zakoupení kompenzačních/rehabilitačních pomůcek. Z celkového počtu 93 (100 %) respondentů 81 (87 %) respondentů ví, kde kompenzační/rehabilitační pomůcky zakoupit. Pouze 12 (13 %) respondentů neví, kde takové pomůcky zakoupit.

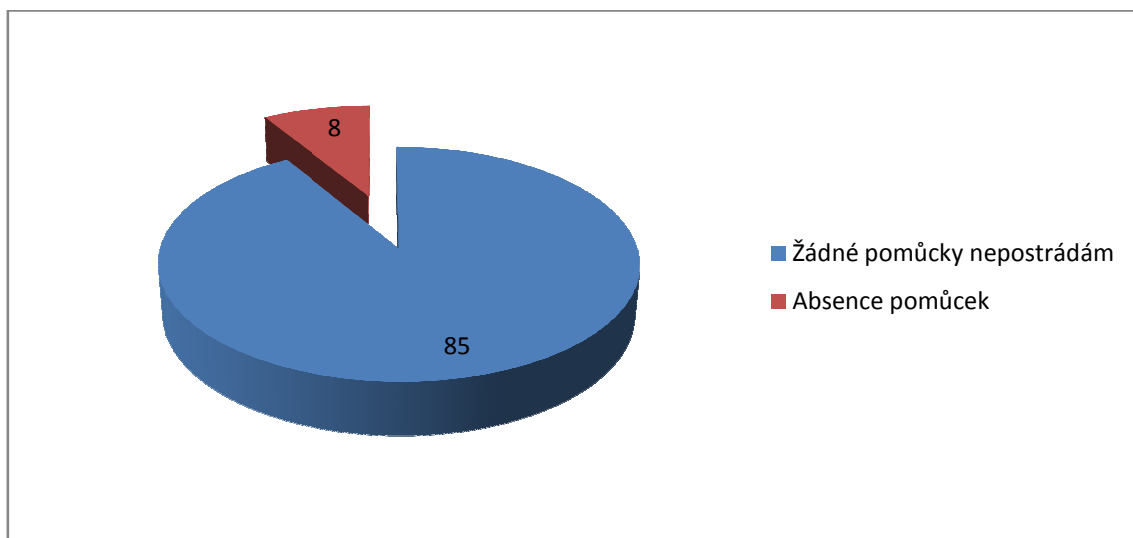
Graf 8: Dostupnost kompenzačních/rehabilitačních pomůcek vnímaná respondenty (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Graf znázorňuje dostupnost kompenzačních/rehabilitačních pomůcek na současném trhu vnímaná respondenty. Tuto dostupnost znázorňovali respondenti na škále od 1 – nabídka plně vyhovuje, až po 7 – nabídka nevyhovuje. Na tuto otázku odpovědělo 91 (100 %) respondentů. Nejvíce respondentů označilo nabídku plně vyhovující, celkem 38 (42 %) respondentů. 20 (22 %) respondentů bylo neutrálních a zakroužkovalo č. 4., pouze 1 (1 %) respondent označil nabídku nevyhovující.

Graf 9: Postrádání některých kompenzačních/rehabilitačních pomůcek respondenty na současném trhu (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

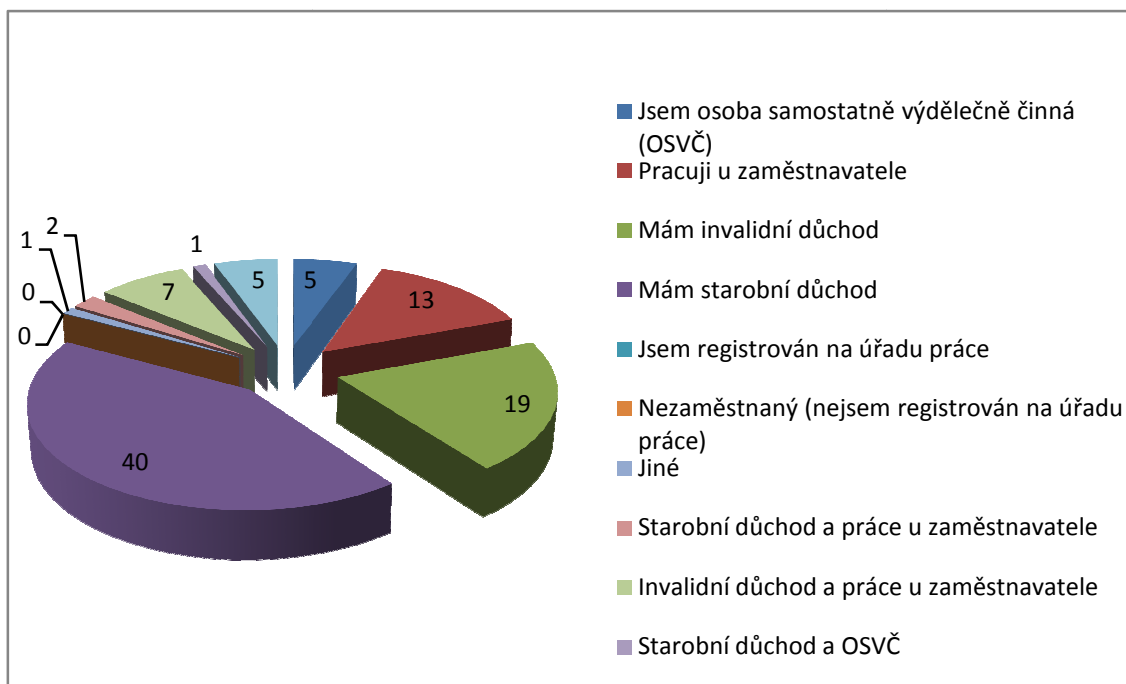
Tento graf vyjadřuje, zda respondenti postrádají nějaké kompenzační/rehabilitační pomůcky na současném trhu. Celkem 85 (91 %) respondentů žádné pomůcky nepostrádá.

Tabulka 1: Jaké pomůcky respondenti postrádají (v absolutních hodnotách), ve které je znázorněno, jaké pomůcky zbývajícím 8 (9 %) respondentů chybí.

Jaké pomůcky respondenti postrádají	Počet respondentů
Chybí na procvičení zkrácených šlach	1
Vložky do bot	1
Pomůcky na obouvání	1
Vhodná obuv	1
Pomůcky do kuchyně	2
Zouvák bot	2
<b>Celkem:</b>	<b>8</b>

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Graf 10: Zdroje příjmů respondentů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 93 (100 %) dotazovaných respondentů, odpovědělo 40 (43 %), že jsou poživateli starobního důchodu. 19 (20 %) respondentů má invalidní důchod. Celkem 13 (14 %) respondentů je zaměstnáno u zaměstnavatele, 7 (8 %) respondentů je zaměstnáno částečně u zaměstnavatele a zároveň pobírají invalidní důchod, 5 (5 %) respondentů jsou osobami samostatně výdělečně činnými a stejný počet respondentů 5 (5 %) jsou osobami samostatně výdělečně činnými a zároveň pobírají invalidní důchod. 2 (2 %) respondenti pobírají starobní důchod a zároveň jsou na částečný úvazek zaměstnání u zaměstnavatele. 1 (1 %) respondent je na mateřské dovolené a 1 respondent pobírá starobní důchod a zároveň je osoba samostatně výdělečně činná. Žádný z respondentů není nezaměstnaný (neregistrován na úřadu práce) a stejně tak žádný není registrován na úřadu práce.

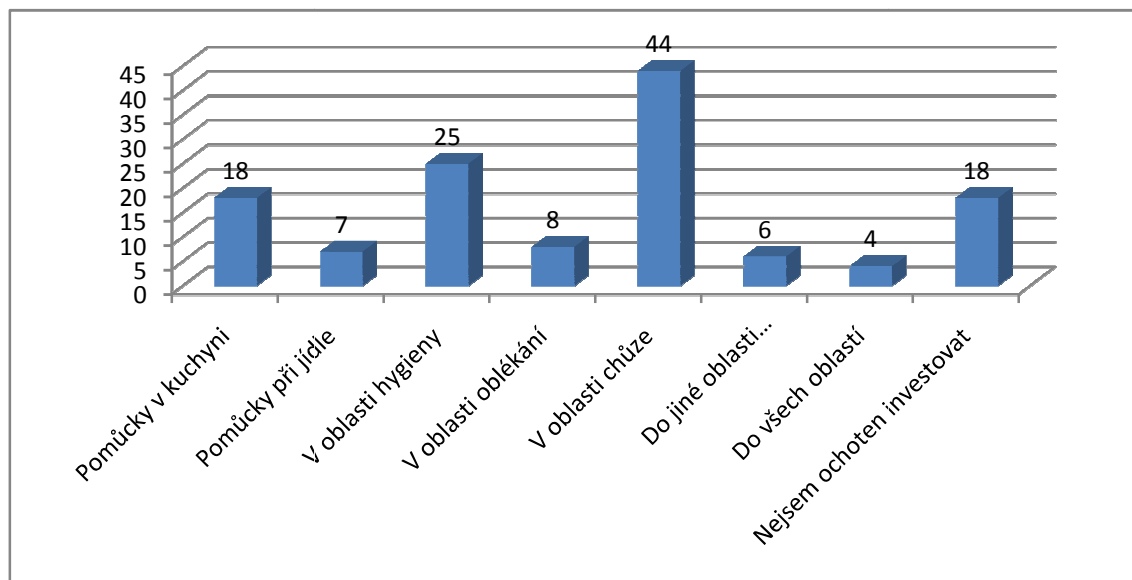
Tabulka 2: Zdroje příjmů respondentů (v absolutních hodnotách)

Zdroje příjmů respondentů	Počet respondentů	Medián	Participace vyjádřená v %
Jsem osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)	5	10	29%
Pracuji u zaměstnavatele	13	52,5	58,5%
Mám invalidní důchod	19	20	16,1%
Mám starobní důchod	40	20	23,1%
Jsem registrován na úřadu práce	0	0	0
Nezaměstnaný (nejsem registrován na úřadu práce)	0	0	0
Jiné	1	0	0%
Starobní důchod a práce u zaměstnavatele	2	30	15%
Invalidní důchod a práce u zaměstnavatele	7	30	35%
Starobní důchod a OSVČ	1	30	30%
Invalidní důchod a OSVČ	5	35	28%
<b>Celkem:</b>	<b>93</b>	<b>20</b>	<b>28%</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.*

Z této tabulky vyplývá, že nejvíce procentuálně podílet se na pořízení pomůcek jsou ochotni respondenti zaměstnaní u zaměstnavatele, jsou ochotni v průměru přispívat 58,5 %. Nejméně je ochotna přispívat žena na mateřské dovolené 0 %. Podnikatelé jsou ochotni přispívat 29 %. Respondenti s invalidním důchodem jsou ochotni investovat v průměru 16,1 %. V rozmezí 15 – 35 % jsou respondenti se starobním důchodem, se starobním důchodem a zároveň zaměstnaní u zaměstnavatele, s invalidním důchodem a s částečným úvazkem u zaměstnavatele, se starobním důchodem nebo invalidním důchodem a zároveň jsou osobami samostatně výdělečně činnými.

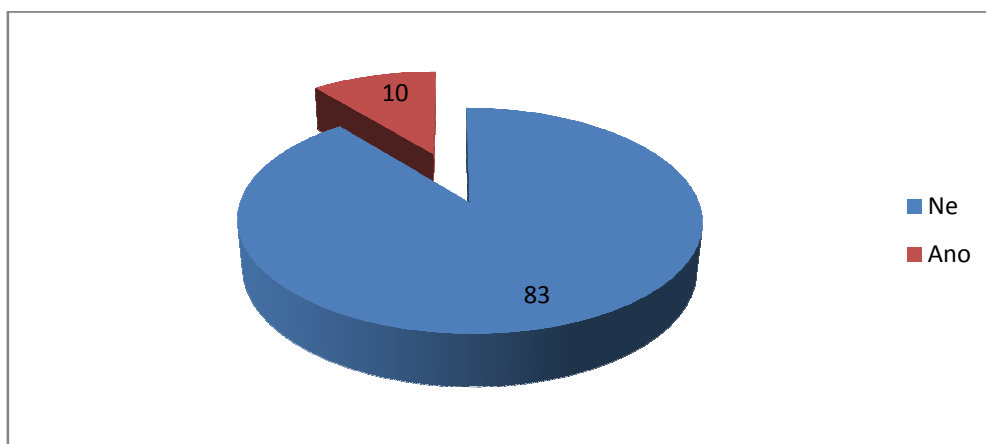
Graf 11: Ochota respondentů investovat do oblastí související s postižením při nákupu kompenzačních/rehabilitačních pomůcek (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Výsledky tohoto grafu neuvádí počet respondentů, ale počet všech odpovědí, jelikož dotazovaní respondenti měli možnost odpovědět na více variant. Celkový počet odpovědí byl 130. Na otázku, do které oblasti související s postižením jsou ochotni respondenti přispívat při nákupu kompenzačních/rehabilitačních pomůcek bylo 44 (34 %) odpovědí do pomůcek v oblasti chůze. Do oblasti hygieny bylo 25 (19 %) odpovědí, do pomůcek v kuchyni bylo 18 (14 %) odpovědí. Odpověď respondentů, že nejsou ochotni investovat, se vyskytla u 18 (14 %) respondentů. Do oblasti oblékání bylo 8 (6 %) odpovědí. Při pořizování pomůcek usnadňování stravování bylo 7 (5 %) odpovědí, do jiných oblastí jako je například pracovní, cvičení bylo označeno u 6 (5 %) odpovědí. Pouze 4 (3 %) odpověděli, že by investovali do všech oblastí.

Graf 12: Využití pomůcek - z domácnosti, z domácí dílny (nelze je zakoupit v prodejně zdravotnických potřeb) (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.

Na otázku, zdali respondenti využívají nějaké pomůcky (pomocníky – z domácnosti, z domácí dílny, odpovědělo 83 (89 %) respondentů, že žádného pomocníka nevyužívá. Pouze 10 (11 %) respondentů odpovědělo, že pomocníky z domácnosti využívají.

Tabulka 3: Pomůcky využívané respondenty (v absolutních hodnotách), na které je vidět, které pomocníky respondenti využívají k usnadnění sebeobsluhy.

Pomůcky využívané respondenty	Počet respondentů
Páková baterie	2
Zouvák na boty	2
Otvírák PET lahví	4
Obouvák ponožek	1
Pomůcka k usnadnění chůze	1
<b>Celkem:</b>	<b>10</b>

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.



Tabulka 4: Požadavek respondentů na plně hrazené pomůcky (v absolutních hodnotách)

Požadavek respondentů na plně hrazené pomůcky	Počet respondentů
Všechny	23
Oblast chůze	17
Oblast hygieny	9
Ortély	2
Část hrazená pojišťovnou a část pacientem	5
Neví	37
<b>Celkem:</b>	<b>93</b>

*Zdroj: Vlastní zpracování na základě dotazníkového šetření.*

Na poslední otázku, které pomůcky by na základě zkušenosti respondentů měly být plně hrazeny, odpovědělo 23 (25 %), že by měly být plně hrazeny všechny pomůcky. 17 (18 %) si myslí, že by plně hrazeny měly být pomůcky v oblasti chůze, 37 (40 %) respondentů odpovědělo, že nemají dostatek zkušeností a že tedy neví, které pomůcky by měly být plně hrazeny. 9 (10 %) respondentů odpovědělo, že by měly být plně hrazeny pomůcky v oblasti hygieny. Odpověď, že by si část měli platit pacienti a část přispívat pojišťovny, napsalo 5 (5 %) respondentů a 2 (2 %) respondenti odpověděli, že plně hrazeny by měly být ortély.

## 5. Diskuze

V této bakalářské práci jsem si stanovila za hlavní cíl zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou. Dále byly stanoveny dva dílčí cíle a to zjistit, jaké kompenzační a rehabilitační pomůcky jsou nejvíce využívány a zjistit ochotu osob s revmatoidní artritidou finančně participovat na pořízení kompenzačních pomůcek.

Dotazník pro respondenty obsahoval 16 otázek (příloha 14). Dotazník vyplnilo 73 (78,5 %) žen a 20 (21,5 %) mužů (graf 1). Tento výsledek nepřímo potvrzuje, že revmatoidní artritidou jsou častěji postiženy ženy než muži (3 : 1), jak uvádí Pavelka (25, 26).

Jedním z cílů bakalářské práce bylo **zjistit, jaké kompenzační a rehabilitační pomůcky jsou nejvíce využívány**. Dle výzkumu bylo zjištěno, že 60 (41 %) respondentů nejvíce využívá pomůcky v oblasti chůze po bytě nebo venku (graf 5). Z výzkumného šetření Razimové (29) ovšem vyplývá, že téměř polovina pacientů nevyužívá kompenzační pomůcky. Dle mého názoru mohou být výsledky ovlivněny různorodostí výzkumného souboru. Výzkumný vzorek pro sběr dat u Razimové (29) tvořili nemocní s revmatoidní artritidou, kteří docházejí do revmatologických ambulancí a sdružení Revma liga v kraji Jihočeském, Severočeském, Západočeském, Severomoravském a Jihomoravském a v kraji Vysočina.

S tímto výsledkem přímo souvisí **1. Hypotéza – Pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji používají kompenzační pomůcky v oblasti chůze**. Výsledky v grafu 5 potvrzují tuto hypotézu. Jak uvádí Bendová (3), fylogeneze i ontogeneze člověka je neodmyslitelně spojena s pohybem. Možná právě z těchto důvodů pacienti nejvíce využívají pomůcky k lokomoci.

Na graf 5 navazuje graf 6, kde je znázorněno, které pomůcky respondenti využívají v důsledku onemocnění pohybového aparátu k usnadnění chůze. Touto otázkou v dotazníku jsem chtěla rozšířit výzkum o to, že respondenti odpovídali na otázku otevřeně a předpokládala jsem, že odpovědi budou více rozmanité. Nejčtenější odpovědi byly berle a francouzské hole 42 (84 %) respondentů. Tento výsledek byl nad moje očekávání. Předpokládala jsem, že daleko více respondentů

napiše vhodnou obuv. To napsal pouze 1 (2 %) respondent. Tento výsledek je zarážející, protože při osobním kontaktu s osobami s revmatoidní artritidou si velká většina stěžuje, na nedostatečnou nabídku trhu s vhodnou obuví. Výsledek může být zkreslený tím, že si respondenti neuvědomují možnost obuvi jako kompenzační pomůcky.

V dotazníku jsem využila škálovací otázku (otázka 8), kde jsem se ptala, jak respondenti vnímají nabídku kompenzačních/rehabilitačních pomůcek na současném trhu. Škála byla od 1 – nabídka plně vyhovuje až po 7 – nabídka nevyhovuje. Tato otázka byla zařazena z důvodu splnění hlavního cíle bakalářské práce a to **zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou**. Výsledky jsou v grafu 8, kde nejčtenější odpovědí bylo, že nabídka plně vyhovuje, 38 (42 %) respondentů. Zcela nespokojený s nabídkou trhu byl pouze 1 (1 %) respondent, což se může zdát jako velmi nízká nespokojenost. V tomto výsledku jsem očekávala více nespokojených respondentů s nabídkou trhu s kompenzačními a rehabilitačními pomůckami. Výsledek výzkumu je proto z mého pohledu překvapující. Naopak se shoduje s Votavou (37), který uvádí, že na trhu je dostupná široká škála těchto pomůcek.

V návaznosti na graf 8 je graf 9 a doplňující tabulka 1. V těchto výsledcích je znázorněno, jestli respondenti nějaké pomůcky na současném trhu postrádají. Otázka 9 v dotazníku měla rozšířit výsledky v zajištění cíle, zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou. Celých 85 (91 %) respondentů žádné pomůcky nepostrádá. Zbývajících 8 (9 %) respondentů postrádá pomůcky, jako jsou pomůcky na procvičení zkrácených šlach, vložky do bot, pomůcky na obouvání, vhodná obuv, pomůcky do kuchyně (otvíráky, úchopy, atd.) nebo pomůcky na zouvání bot.

Posledním cílem mé práce bylo, **zjistit ochotu osob s revmatoidní artritidou finančně participovat na pořízení kompenzačních pomůcek**. Cíl jsem se snažila naplnit otázkou 11 a 12. V jedné jsem se ptala, do kterých oblastí související s postižením při nákupu pomůcek jsou ochotni respondenti investovat. Otázku jsem

vyhodnotila a zpracovala v grafu 11. Jedna třetina 44 (34 %) dotazovaných respondentů by byla ochotna investovat do pomůcek v oblasti chůze. Překvapující pro mě je zjištění, že pouze 4 (3 %) respondenti by investovali do všech oblastí postižení. Na tomto výsledku mě zaráží to, že právě i jen částečná investice respondentů do pořízení některých kompenzačních pomůcek by jim mohla pomoci při zlepšení kvality života nebo při začlenění do společnosti a pracovního procesu. Poměrně velké procento dotazovaných, 18 (14 %) respondentů, by nebylo ochotno investovat vůbec. Tento fakt může být dán tím, že velkou část výzkumného vzorku tvořili osoby se starobním důchodem.

V druhé otázce jsem se zaobírala, kolik procent z ceny kompenzačních a rehabilitačních pomůcek jsou ochotni přispívat na její pořízení. Průměrná ochota finanční participace na pořízení kompenzačních pomůcek je 28 % z ceny, jak můžete vidět v tabulce 2. Ovšem výsledky finanční participace na pořízení pomůcek se značně liší v návaznosti na finančních příjmech respondentů.

Zdroje příjmů respondentů jsou vyobrazeny na grafu 10. Skoro polovina 40 (43 %) respondentů byla uživateli starobního důchodu. Můžeme předpokládat, že údaje mohou být zkresleny díky velkému počtu respondentů ve věku nad 50 let (80 respondentů – graf 2). Druhé nejvyšší zastoupení měli respondenti s invalidním důchodem 19 (20 %) a třetím nejvyšším údajem je 13 (14 %) respondentů zaměstnáno u zaměstnavatele. Dále je v grafu zastoupeno 7 (8 %) respondentů zaměstnaných částečně u zaměstnavatele a zároveň pobírajících invalidní důchod, 5 (5 %) respondentů, kteří uvedli jako zdroj svých příjmů podnikání, 5 (5 %) respondentů, kteří podnikají a zároveň pobírají invalidní důchod, 2 (2 %) respondenti pobírající starobní důchod a zároveň jsou na částečný úvazek zaměstnáni u zaměstnavatele, 1 (1 %) respondent, který je na mateřské dovolené a 1 (1 %) respondent pobírá starobní důchod a zároveň je osoba samostatně výdělečně činná. Žádný z respondentů není nezaměstnaný (neregistrován na úřadu práce) a stejně tak žádný není registrován na úřadu práce.

Graf 10 je daleko podrobněji rozpracován v tabulce 2. Tabulka podrobně zpracovává data ohledně zdrojů příjmů a finanční participace respondentů na pořízení

kompenzační/rehabilitační pomůcky. Největší ochotu participovat na pořízení pomůcek mají pacienti s revmatoidní artritidou, kteří jsou zaměstnáni u zaměstnavatele. Byli by ochotni přispívat v průměru 58,5 % z ceny pomůcky. Žádnou částku by neinvestovala žena na mateřské dovolené. Tento výsledek ale nemůžu považovat za validní, neboť byla pouze jedna. Druhý nejnižší výsledek, v průměru 15 % z ceny pomůcky uvedli pacienti se starobním důchodem a zároveň jsou zaměstnáni u zaměstnavatele. Podobný výsledek je i u osob s invalidním důchodem a to 16,1 % z ceny pomůcky. Budu-li předpokládat, že pacienti zaměstnáni u zaměstnavatele mají vyšší příjem, než pacienti s invalidním důchodem potvrdí se mi tak **2. Hypotéza – Finanční participace na pořízení kompenzačních pomůcek pacientů s revmatoidní artritidou je závislá na zapojení pacientů do pracovního procesu.** Ostatní respondenti se pohybovali v rozmezí 20 – 35% z ceny pomůcky. Výsledky v této tabulce bych považovala za jedny z klíčových pro tuto bakalářskou práci.

Na základě zkušeností ze zasedání sdružení Revma liga jsem do dotazníku zařadila otázku, která se respondentů ptala na využívání nějaké pomůcky (pomocníka – z domácnosti, z domácí dílny) k sebeobsluze, která nelze zakoupit v prodejně zdravotnických potřeb. Tato otázka je vyhodnocena v grafu 12. Předpokládala jsem, že většina dotazovaných napíše velké množství různých pomůcek, ale opak byl pravdou. Pouze 10 (11 %) respondentů uvedlo, že nějakého takového pomocníka z domácnosti využívají. Takové malé procento jsem nepředpokládala. Výsledek může být zkreslen tím, že mnoho respondentů tyto pomocníky sice užívá, ale nepovažují je za kompenzační/rehabilitační pomůcky. Uvedených 10 respondentů, kteří pomocníky využívají, jsem rozepsala do tabulky 3. Jako možnost pomůcky sem zařadili například pákovou vodovodní baterii, zouvák na boty, otvírák na PET lahve, atd. Při podrobném studování nabídek kompenzačních/rehabilitačních pomůcek na současném trhu jsem zjistila, že uvedený zouvák na boty je zařazen do nabídky pomůcek (24).

Poslední tabulka 4 se vázala na otázku 14, kde jsem se respondentů dotazovala, které pomůcky na základě jejich zkušeností by měly být plně hrazeny. Překvapil mě výsledek, že 37 (40 %) dotazovaných nemají dostatek zkušeností a že tedy neví, které pomůcky by měly být plně hrazeny. Předpokládala jsem, že každý z respondentů

bude mít alespoň malou představu o finanční náročnosti pořizování některých pomůcek. Také mě zarazilo zjištění, že pouze 23 (25 %) respondentů chtělo, aby byly plně hrazeny všechny pomůcky. Před vyhodnocením výsledků z šetření jsem totiž předpokládala velké množství respondentů s důchodem, ať už invalidní nebo starobním. Myslela jsem si, že většina nebo i všichni respondenti budou chtít plně hrazeny všechny kompenzační/rehabilitační pomůcky. Překvapující odpovědí pro mě bylo, když 5 (5%) respondentů chtělo, aby si část platili pacienti a část hradila pojišťovna.

Závěrem diskuze lze konstatovat, že z výsledků šetření vyplývá dobrá informovanost respondentů o možnosti zakoupení kompenzačních/rehabilitačních pomůcek. Dále lze zhodnotit stávající trh s kompenzačními a rehabilitačními pomůckami za plně vyhovující poptávce klientů. A v neposlední řadě bych potrhla výsledky v souvislosti mezi zdrojem příjmů nemocných a finanční participací na pořízení kompenzačních/rehabilitačních pomůcek.

## 6. Závěr

Bakalářská práce na téma „Dostupnost rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro osoby s revmatoidní artritidou“ má za hlavní cíl zmapovat nabídkové možnosti kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou. Dílčím cílem bylo zjistit, jaké kompenzační a rehabilitační pomůcky jsou nejčastěji využívány. A poslední cíl měl zjistit ochotu osob s revmatoidní artritidou finančně participovat na pořízení kompenzačních pomůcek. Domnívám se, že stanovené cíle byly splněny.

Ke zpracování dané problematiky a k zjištění cílů bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Byla využita metoda dotazování ve formě dotazníku. Výzkumný vzorek pro sběr dat tvořilo 93 pacientů s revmatoidní artritidou.

Na základě výsledků výzkumu byly potvrzeny obě hypotézy.

1. Pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji používají kompenzační pomůcky v oblasti chůze.
2. Finanční participace na pořízení kompenzačních pomůcek pacientů s revmatoidní artritidou je závislá na zapojení pacientů do pracovního procesu.

Z vyhodnocení dotazníků vyplývá:

1. závěr: Nabídkové možnosti kompenzačních/rehabilitačních pomůcek v souvislosti s poptávkou ze strany osob s revmatoidní artritidou jsou dostačující. Celkem 91 % respondentů nepostrádá žádnou pomůcku na současném trhu.
2. závěr: Nejvíce využívaných pomůcek respondenti používají k usnadnění chůze.
3. závěr: Finanční participace na pořízení pomůcek je závislá na zdroji příjmů pacientů s revmatoidní artritidou. Pouze 14 % respondentů by nebylo ochotno investovat do pořízení pomůcek.

Poznatky z této bakalářské práce můžou být přínosem pro studenty následujících ročníků oboru rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. *Artritida*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2007. 224 s. ISBN 978–80-7391–007-5.
2. BARTŮŇKOVÁ, S. *Fyziologie člověka a tělesných cvičení*. Učební texty pro studenty fyzioterapie a studia tělesná a pracovní výchova zdravotně postižených. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2006. 285 s. ISBN 80 – 246 – 1171 – 6.
3. BENDO VÁ, P.; JEŘÁBKOVÁ, K.; RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 104 s. ISBN 80 – 244 – 1436 – 8.
4. BORECKÁ, A. Pozitivní myšlení. In: *Revma liga ČR informační bulletin*. Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2003. s. 19.
5. CIKÁNKOVÁ, V. Co by měl vědět pacient – revmatik. In: *Revma liga ČR informační bulletin*. Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2003. s. 4-5.
6. ČÁP, J., ŽIAKOVÁ K. *Ošetrovatelstvo : teória, výskum a vzdelávanie* [CD-ROM]. Martin : JLF UK, 2007. 701 s. ISBN 978-80-88866-43-5.
7. ČÁP, J., ŽIAKOVÁ K. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin : JLF UK, 2009. 752 s. ISBN 978-80-88866-61-9.
8. ČUHANIČOVÁ, Š. *Zdravotní potřeby.cz* [online] [cit. 2010-02-12]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnipotreby.cz/rehabilitacni-pomucky/>>
9. DEZORTOVÁ, O.; HRBOTICKÁ, R. Biologická léčba v revmatologii. In: *Revma liga ČR informační bulletin*. Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2010. s. 12-13.
10. DMA. *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky 2010*. Praha: 2010. 72 s.
11. FERENČÍK, M. a kol. *Imunitní systém – informace pro každého*. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80 – 247 – 1196 – 6.
12. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.



13. CHLUMECKÁ, J. Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 3, s. 122-123. ISSN 1801-1349.
14. JERSÁKOVÁ, A. Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 3, s. 120-121. ISSN 1801-1349.
15. KADEŘÁBEK, F.; VONDRA, P.; VORTELOVÁ, M.; *Rehabilitační a kompenzační pomůcky* [online] [cit. 2009-12-16]. <<http://digrizak.files.wordpress.com/2009/03/rehabilitacni-pomucky.pdf>>
16. KORANDOVÁ, J. *Revmatická onemocnění* [online] [cit. 2010-01-02]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=793> />.
17. KOŽÍŠEK, L. *Rehabilitace* [online] [cit. 2010-02-12]. Dostupné z: <<http://www.e-rehabilitace.com/>>
18. KUDLÁČEK, M. *Kompenzační pomůcky* [online] [cit. 2011-15-02]. Dostupné z: <[http://www.apa.upol.cz/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53&Itemid=67](http://www.apa.upol.cz/web/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=67)>
19. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2713 – 7.
20. MEYRA. *Rehabilitace, péče, pomůcky pro všední den, které Vám pomohou jít dál*. 1. vyd. Praha: 2010. 97 s.
21. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80 – 247 – 1442 – 6.
22. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2319 – 8.
23. OLEJÁROVÁ, M. PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80 – 217 – 0432 – 5.
24. ORTOSERVIS. *Ortoservis – s Námi zůstanete v pohybu*. Praha: 2010. 66 s.
25. PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 177 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 688 – 5.

26. PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.
27. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.
28. PAVELKOVÁ, A. *Revmatoidní artritida a biologická léčba.* Praha: Maxdorf, 2009. 125 s. ISBN 978 – 80 – 7345 – 192 – 9.
29. RAZIMOVÁ, L. *Využití kompenzačních pomůcek nemocnými s revmatoidní artritidou v ošetrovatelské praxi.* České Budějovice, 2010. 71 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Věra Stasková
30. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3006 – 6.
31. *Revmatické nemoci* [online] [cit. 2009-12-16]. Dostupné z: <<http://www.revmaticke-nemoci.cz/revmatoidni-artritida>>.
32. ŘÍČAN, J. *Psychologie osobnosti.* 5 vyd. Praha : Grada, 2007. 200 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1174 – 4.
33. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; MEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II.* Praha: Grada, 2006. 216 s. ISBN 80 – 247 – 1777 – 8.
34. ŠEDO VÁ, L. In *Revmatoidní artritida, odpovědi na Vaše otázky.* Praha: práce vznikla za podpory výzkumných záměrů MZ ČR číslo MZO 00023728.
35. ŠIMEK, J. Pohyb, aktivita. *Diagnóza v ošetrovatelství.* Praha: 2005, roč. 1, č. 3, s. 114. ISSN 1801-1349.
36. ŠLENCOVÁ, M. Pomáhají kompenzační pomůcky zkvalitnit život revmatiků? In: *Revma liga ČR informační bulletin.* Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2003. s. 21.
37. VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci.* Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 71 s. ISBN 978 – 80 – 7372 – 449 – 8.

## **8. Klíčová slova**

Revmatoidní artritida

Kompenzace

Rehabilitace

Pomůcka

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1

Revmatická onemocnění podle nejčastějšího věku při začátku.

Příloha č. 2

Klasifikační kritéria American College of Rheumatology pro revmatoidní artritidu.

Příloha č. 3

Frekvence postižení kloubů u revmatoidní artritidy.

Příloha č. 4

Fotografie ruky ženy s revmatoidní artritidou.

Příloha č. 5

Fotografie pokročilých změn při revmatoidní artritidě.

Příloha č. 6

Rentgenový snímek.

Příloha č. 7

Stádia revmatoidní artritidy (podle Steinbrockera).

Příloha č. 8

Třídy funkční zdatnosti při revmatoidní artritidě.

Příloha č. 9

Laboratorní vyšetřovací metody u revmatických onemocnění.

Příloha č. 10

Kritéria stupnice soběstačnosti.

Příloha č. 11

Pomůcky pro hygienu.

Příloha č. 12

Pomůcky při oblékání.

Příloha č. 13

Pomůcky při jídle.

Příloha č. 14

Dotazník pro osoby s revmatoidní artritidou.

## Přílohy

Příloha č. 1: Revmatická onemocnění podle nejčastějšího věku při začátku.

<b>Mladí nemocní</b> (do 40 let)	systémová onemocnění pojiva spondylartritidy reaktivní artritidy revmatická horečka juvenilní idiopatická artritida (do 16 let)
<b>Střední věk</b> (40–60 let)	revmatoidní artritida dnavá artritida nespecifické bolesti v zádech
<b>Vyšší věk</b> nad 60 let	osteoartróza paraneoplastické artritidy osteoporóza septické artritidy polymyalgia rheumatica
Některá onemocnění – jako např. revmatoidní artritida, psoriatická artritida a některá systémová onemocnění – začínají v jakémkoliv věku.	

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 177 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 688 – 5.

Příloha č. 2: Klasifikační kritéria American College of Rheumatology pro revmatoidní artritidu.

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.

ZDROJ: OLEJÁROVÁ, M. PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80 – 217 – 0432 – 5.

Příloha č. 3: Frekvence postižení kloubů u RA.

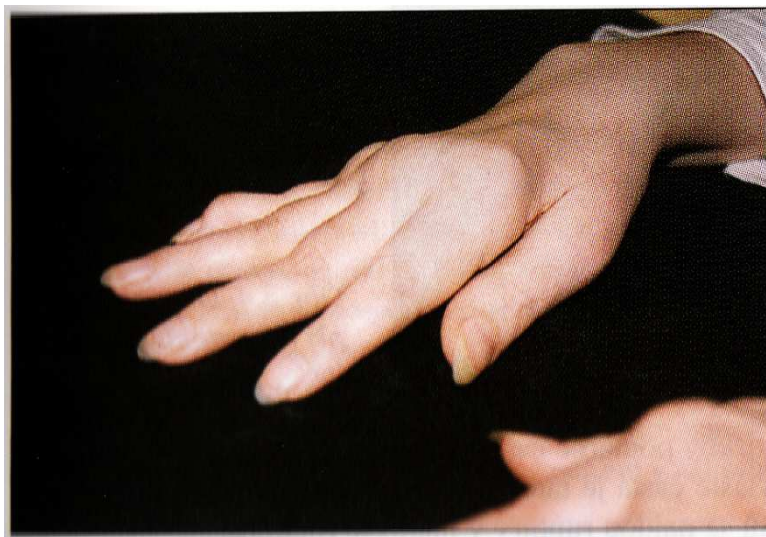
<b>Klouby</b>	<b>A (%)</b>	<b>B (%)</b>
metakarpofalangeální (MCP)	52	87
radiokarpální (RC)	48	82
proximální interfalangeální (PIP)	45	63
metatarzofalangeální (MTP)	43	48
ramenní	30	47
kolenní	24	56
hlezenní	18	53
loketní	14	21
<p>A = postižené klouby na počátku choroby                      B = postižené klouby v celém průběhu choroby</p>		

A= klouby postižené na počátku choroby.

B= klouby postižené v celém průběhu choroby.

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 4: Fotografie ruky ženy s RA.

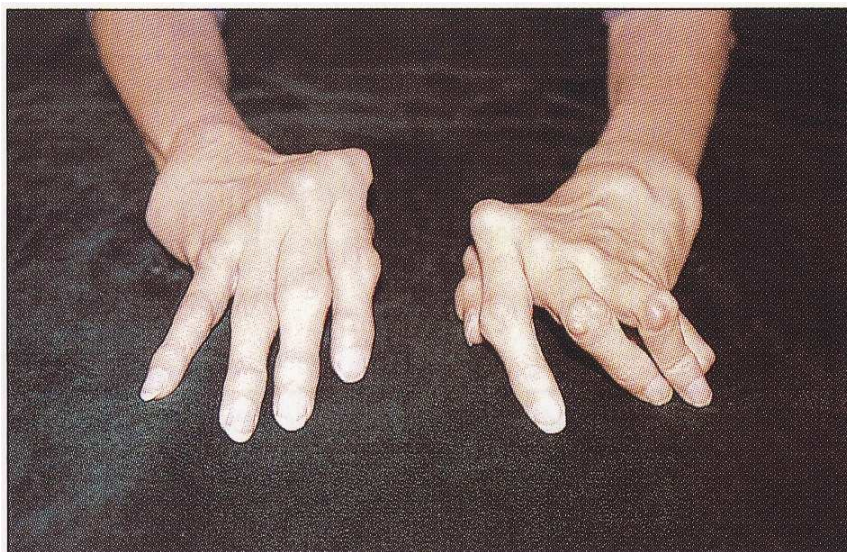


Miskovité prohnutí dorza ruky způsobené atrofií interoseálních svalů. Artritida v metakarpofalangeálních kloubech. Počínající deformity typu „labutí šije“, především na 3. a 5. prstu.

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.



Příloha č. 5: Fotografie pokročilých změn při RA.



Těžká ulnární deviace prstů v MCP kloubech, vřetenovité zduření PIP (proximálních interfalangeálních) kloubů. Revmatoidní uzly nad drobnými ručními klouby. Tendovaginitida extenzorů ruky, především vlevo. Ulnární subluxace v RC (radiokarpálním) kloubu pravé ruky.

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 6: Rentgenový snímek.



Revmatoidní artritida IV. stadia. Těžké destruktivní změny v obou zápěstích s počínající kostěnou ankylózou 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: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 7: Stádia RA (podle Steinbrockera).

<b>Stádium I</b>	Rozšíření měkkých tkání, periartikulární poróza, žádné destruktivní změny
<b>Stádium II</b>	Na RTG patrná osteoporóza, mírné známky destrukce chrupavky a kosti, nejsou přítomny kloubní deformity, rozsah pohybu může být omezen, může být přítomna atrofie přilehlých svalů a léze mimokloubních tkání (revmatické uzly, tendovaginitidy)
<b>Stádium III</b>	Kromě osteoporózy je na RTG prokázána destrukce chrupavky a kosti, vyskytují se kloubní deformity, chybí fibrózní a kostěná ankylóza, svalové atrofie jsou rozsáhlé a mohou se vyskytovat léze mimokloubních tkání (revmatické uzly, tendovaginitidy)
<b>Stádium IV</b>	Kostní nebo fibrózní ankylóza, přičemž mohou být přítomna všechna kritéria III.stádia

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 177 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 688 – 5.

Příloha č. 8: Třídy funkční zdatnosti při RA.

<b>Třída a</b>	Plná zdatnost, nemocný je schopen vykonávat všechnu normální činnost v běžném životě.
<b>Třída b</b>	Zdatnost dostatečná pro běžnou činnost, ale omezená v náročné práci.
<b>Třída c</b>	Činnost je omezena i v běžném životě, nemocný je schopen zastat jen lehké práce, obvykle s obtížemi.
<b>Třída d</b>	Pacient je schopen postarat se o sebe jen velmi málo nebo vůbec ne, je většinou odkázán na lůžko nebo vozík, potřebuje pomoc cizí osoby.

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 9: Laboratorní vyšetřovací metody u revmatických onemocnění.

Kompletní krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů
Reaktanty akutní fáze a elektroforéza
Biochemické základní vyšetření (jaterní testy, kreatinin, ionty, kyselina močová, vyšetření moči)
Imunogenetické vyšetřovací metody <ul style="list-style-type: none"><li>– autoprotilátky (RF, ANA, ACLA, ENA, imunoblott)</li><li>– imunoglobuliny</li><li>– cirkulující imunokomplexy</li><li>– imunogenetické vyšetření (HLA B27)</li></ul>
Biochemické metody vyšetření <ul style="list-style-type: none"><li>– metabolismus Ca a P</li><li>– izoenzymy ALP</li><li>– osteokalcin</li><li>– pyridinolin a deoxypyridinolin</li></ul>
Mikrobiologické vyšetření (moč, uretra, stolice, sérum, výpotek, synoviální membrána) <ul style="list-style-type: none"><li>– přímá kultivace</li><li>– protilátky v séru</li></ul>
Vyšetření synoviálního výpotku <ul style="list-style-type: none"><li>– cytologie, krystaly, rozpočet buněk, bakterie, nádorové buňky</li></ul>

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 10: Kritéria stupnice soběstačnosti.

### Zajištění výživy

<i>st.</i>	<i>kritérium</i>
0	člověk je zcela soběstačný, nezávislý v oblasti zajištění své výživy
1	člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby nebo vyžaduje užití pomocných prostředků a pomůcek, např. přípravu jídelního stolku, nakrájení masa, namazání rohlíku
2	člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. přípravu jídla po soustech, dopomoc při dopravě do úst apod.
3	člověk potřebuje velkou pomoc, musí se nakrmit, dle možností spolupracuje
4	člověk je závislý na pomoci druhých, je schopen minimální spolupráce, výživa sondou
5	člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc, výživa je zajišťována úplně nebo částečně parenterálně

### Osobní hygiena

<i>st.</i>	<i>kritérium</i>
0	samostatné uspokojování potřeb hygieny
1	člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, používá vlastní hygienické potřeby dle svých zvyklostí, s využitím pomocných prostředků a pomůcek sám zvládne činnosti při uspokojování potřeby hygieny
2	člověk potřebuje pomoc, je schopen s pomocí druhé osoby provést osobní péči na lůžku a transport do koupelny, v koupelně je téměř samostatný, potřebuje malou dopomoc
3	člověk potřebuje větší pomoc při osobní péči na lůžku nebo při transportu do koupelny včetně pomoci při mytí, kdy spolupracuje
4	člověk je závislý na pomoci druhých, potřebuje stálý dohled při úkonech osobní hygieny, je schopen minimální spolupráce
5	člověk není schopen uspokojit své potřeby hygieny, nevykazuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

### Oblékání a svlékání

<i>st.</i>	<i>kritérium</i>
0	člověk je v oblékání a svlékání oděvu zcela soběstačný, nezávislý
1	člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, s využitím pomocných prostředků a pomůcek se sám obleče, minimální pomoc spočívá např. v přípravě oděvů
2	člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. dopomoc s oblečením postižené končetiny
3	člověk potřebuje velkou pomoc při svlékání i oblékání, je nutná stálá přítomnost druhé osoby, aktivně spolupracuje
4	člověk je závislý na pomoci druhých, při svlékání i oblékání je schopen minimální spolupráce
5	člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

## Pohyblivost

<i>st.</i>	<i>kritérium</i>
0	člověk se pohybuje samostatně, je nezávislý na pomoci druhých
1	člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby především tam, kde se nevyzná, bezpečně používá pomocných prostředků a pomůcek, se kterými je schopen samostatného pohybu
2	člověk potřebuje pomoc, radu, dohled druhé osoby při chůzi
3	člověk potřebuje velkou pomoc druhé osoby a pomůcky např. při přesunu, s dopomocí je schopen sedět na židli, spolupracuje, na lůžku je schopen sám změnit polohu
4	člověk je ve svém přesunu závislý na pomoci druhých, je upoután na lůžko, kde je schopen minimální spolupráce při změně polohy
5	člověk je absolutně závislý na druhých v souvislosti se změnou polohy, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

## Vyprazdňování moče a stolice

<i>st.</i>	<i>kritérium</i>
0	člověk má zachovalý fyziologický způsob vyprazdňování moče a stolice, je nezávislý, soběstačný
1	člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby nebo používá pomůcky při vyprazdňování stolice a moče. Např. vyprazdňování na WC při doprovodu s dopomocí, používání pojízdného pokojového klozetu
2	člověk používá podložní mísu nebo močovou lahev, v jejich použití je částečně soběstačný
3	člověk potřebuje větší pomoc při zajištění vyprazdňování moče a stolice, objevuje se u něj občasné inkontinence moče, neudrží stolicí, používá pomůcky pro inkontinentní
4	člověk je závislý v oblasti vyprazdňování moče a stolice na druhé osobě, má zaveden permanentní katétr, trpí inkontinencí stolice, vyžaduje stálý dohled
5	člověk s absolutním deficitem soběstačnosti, potřebuje úplnou pomoc při zajištění vyprazdňování moče a stolice, trpí inkontinencí moče a stolice

ZDROJ: MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80 – 247 – 1442 – 6.

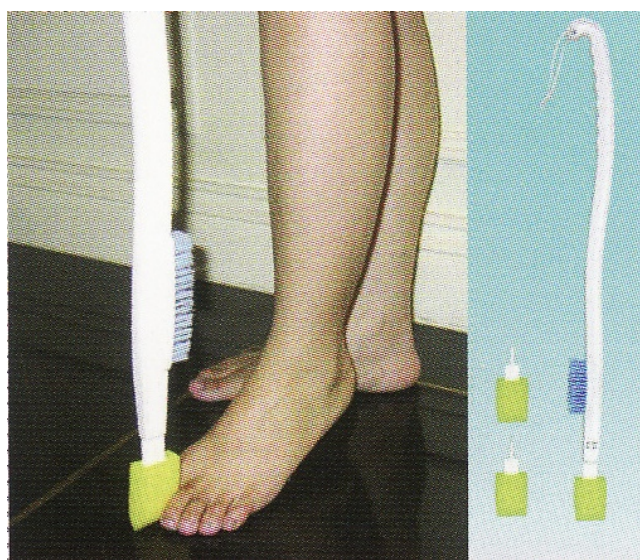
Příloha č. 11: Pomůcky pro hygienu

1) Kartáč na vlasy.



ZDROJ: ORTOSERVIS. *Ortoservis – s Námi zůstanete v pohybu.* Praha: 2010. 66 s.

2) Houba meziprstní s kartáčkem.



ZDROJ: DMA. *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky 2010.*



3) Toaletní nástavec.



ZDROJ: MEYRA. *Rehabilitace, péče, pomůcky pro všední den, které Vám pomohou jít dál*

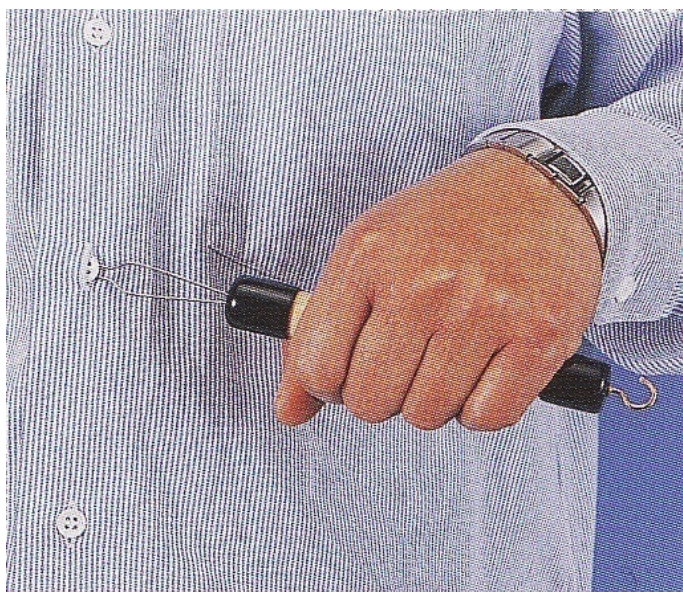
Příloha č. 12: Pomůcky při oblékání

1) Navlékač a svlékač punčoch.



ZDROJ: MEYRA. *Rehabilitace, péče, pomůcky pro všední den, které Vám pomohou jít dál.*

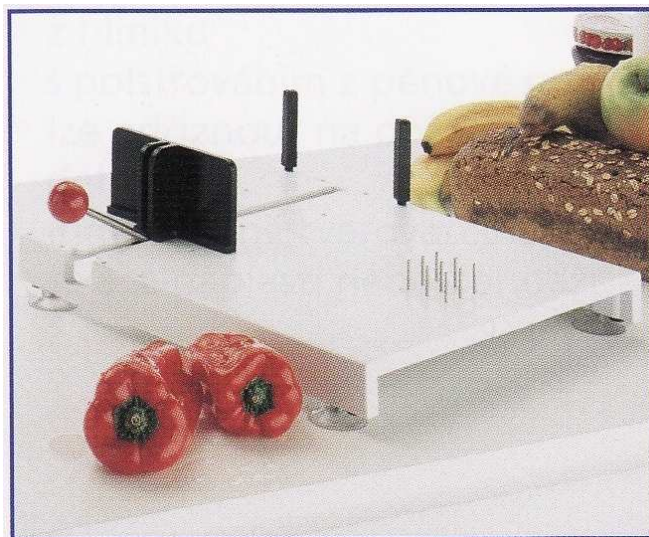
2) Zapínač knoflíků.



ZDROJ: DMA. *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky 2010.*

Příloha č. 13: Pomůcky při jídle

1) Fixační prkénko.



ZDROJ: MEYRA. *Rehabilitace, péče, pomůcky pro všední den, které Vám pomohou jít dál.*

2) Ergonomický nůž.



ZDROJ: DMA. *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky 2010.*

3) Otvírač konzerv s kroužkovým uzávěrem.



ZDROJ: ORTOSERVIS. *Ortoservis – s Námi zůstanete v pohybu.* Praha: 2010. 66 s.

Příloha č. 14: Dotazník pro osoby s revmatoidní artritidou

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zuzana Kubalová a jsem studentkou 3. ročníku ZSF JU v Českých Budějovicích. Věnuji se problematice využití rehabilitačních/kompenzačních pomůcek osobami s revmatoidní artritidou a na toto téma vypracovávám bakalářskou práci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, prosím zakroužkujte, pokud nebude uvedeno jinak. Děkuji za spolupráci.

S pozdravem Zuzana Kubalová

1. Pohlaví

a) žena

b) muž

2. Věk

a) méně než 20 let

b) 21 – 30 let

c) 31- 40 let

d) 41- 50 let

e) 51 – 60 let

f) 61 -70 let

g) 71-80 let

h) 81 a více let

3. Napište prosím, které přidružené onemocnění k revmatoidní artritidě máte.

a) revmatoidní artritida

b) artróza

c) osteoporóza

d) jiné (uved'te) .....

4. Odkud získáváte informace o rehabilitačních/kompenzačních pomůckách? (můžete označit více možností)

a) praktický lékař

b) revmatolog

c) ortoped

d) jiný lékař

e) sestra v ordinaci lékaře

f) sdružení Revma liga

g) v nemocnici

h) nikdo mě neinformoval

ch) jiné (uved'te).....

5. Označte prosím, ve kterých oblastech nejvíce využíváte rehabilitační/kompenzační pomůcky? (můžete označit více možností)

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

Pokud jste označili odpověď 5d), přejděte prosím na otázku č. 6, jinak pokračujte otázkou č. 7.

6. Jaké pomůcky využíváte v souvislosti s Vaším onemocněním pohybového aparátu k usnadnění chůze?

.....  
.....

7. Víte, kde je možné rehabilitační/kompenzační pomůcky zakoupit?

.....  
.....

8. Jak vnímáte nabídku rehabilitačních/kompenzačních pomůcek na současném trhu?  
(1 – nabídka plně vyhovuje, 7 – nabídka nevyhovuje)

1      2      3      4      5      6      7

9. Napište, které pomůcky na současném trhu v souvislosti s Vaším onemocněním pohybového aparátu postrádáte?

.....

10. Jaké jsou zdroje vašich příjmů? (můžete označit více možností)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| a) jsem osoba samostatně výdělečně činná | b) pracuji u zaměstnavatele           |
| c) mám invalidní důchod                  | d) mám starobní důchod                |
| e) jsem registrován na úřadu práce       | f) nezaměstnaný (neregistrován na ÚP) |
| g) jiné (uveďte).....                    |                                       |

11. Do kterých oblastí související s Vaším postižením při nákupu rehabilitačních/kompenzačních pomůcek jste ochotna/en investovat. (můžete označit více možností)

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| a) pomůcky v kuchyni         | b) pomůcky při jídle          |
| c) v oblasti hygieny         | d) v oblasti oblékání         |
| e) v oblasti chůze           | f) do jiné oblasti, jaké..... |
| g) nejsem ochoten investovat |                               |

12. Uveďte, kolik procent z ceny rehabilitační/kompenzační pomůcky jste ochotna/en přispívat na její pořízení.

.....

13. Využíváte nějaké pomůcky (pomocníky – z domácnosti, z domácí dílny) k sebeobsluze, které není možno zakoupit v prodejně zdravotnických pomůcek?

- a) Ne  
b) Ano – které a k čemu Vám slouží?

.....

.....

.....

14. Napište, které pomůcky na základě Vašich zkušeností, by měly být v souvislosti s Vaším onemocněním pohybového aparátu plně hrazeny.

.....

.....

ZDROJ: *Vlastní zpracování.*