



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta Zdravotně sociální
Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Možnosti v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou

Vypracoval: Barbora Kulhánková
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

V teoretické části práce je popsáno samotné onemocnění. Jedná se o revmatické onemocnění, při kterém dochází k zánětlivým procesům v oblasti páteře. Choroba je též označována jako Ankylozující spondylitida. Typickým příznakem Bechtěrevovy choroby je ztuhlost a následná bolestivost zad. Základem úspěšné léčby je užívání nesteroidních antirevmatik a analgetik. Nejdůležitějším prvkem je ale pravidelné cvičení, bez kterého může u klientů dojít až k trvalé invaliditě, kdy se stávají závislími na pomoci druhých. Součástí úspěšné léčby jsou i opakované návštěvy lázní. Práce pojednává také o roli sestry, která s týmem odborníků, jako jsou fyzioterapeuté, ergoterapeuté i sociální pracovníci, pečuje nejen o potřeby klienta, ale také o vzdělávání jeho samotného i jeho rodinných příslušníků. Sestra by pacientům s touto diagnózou měla zdůrazňovat důležitost pravidelných rehabilitací a užívání předepsaných léků.

Nejdůležitější část práce je věnována kompenzačním pomůckám, které klientům umožňují zmírnění bolestí během pohybu a navracejí pacienty zpět do běžného života. K využití kompenzačních pomůcek, jako jsou vycházkové hole, pojízdná chodítka, ale také hygienické pomůcky s dlouhou rukojetí, nemocní přistupují v pokročilých fázích nemoci, kdy je pro ně již běžný pohyb obtížný a bolestivý. Dále se zde zmiňují o možnostech zapůjčení nebo zakoupení těchto pomůcek. K těmto účelům slouží půjčovny kompenzačních pomůcek a obchody se zdravotními potřebami, které tyto pomůcky nabízejí.

Další část práce je věnována příspěvkům na pomůcky, které klientům poskytuje jejich zdravotní pojišťovna. Důležitost je též přikládána změnám v životě i prostředí nemocného, které se získáním kompenzačních pomůcek mohou nastat. Jedná se o navrácení relativní soběstačnosti nemocných a také o změny v jejich domácnosti, které jim využívání kompenzačních pomůcek v plné šíři umožní. Zmiňují se ale také o skutečnostech a situacích, kdy kompenzační pomůcky nemohou klienti zcela využít.

Práce obsahuje i pasáže o klubu Bechtěreviků, jehož členy se mohou stát osoby, u kterých je tato choroba diagnostikována, ale také jedinci, kteří se o chorobu zajímají a chtějí nemocným pomoci.

Základním cílem práce je zmapování možností v používání kompenzačních pomůcek u osob s Bechtěrevovou chorobou. Pro jeho dosažení jsem vybrala dvě výzkumné otázky. První odpovídá na to, jaké druhy kompenzačních pomůcek klienti nejčastěji používají a jakým způsobem je získávají. Druhou otázkou je zkoumán vliv kompenzačních pomůcek na život klientů.

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvalitativní výzkumné metody. Pro tyto účely byl zvolen polostrukturovaný hloubkový rozhovor s klienty, u nichž Bechtěrevova choroba propukla a kteří pro každodenní aktivity využívají kompenzační pomůcky. Po absolvování rozhovorů od všech respondentů následovala analýza těchto odpovědí. Výzkumné šetření probíhalo v domácím prostředí klientů.

Získaná data dokazují, že nejběžněji užívanými pomůckami jsou takové pomůcky, které můžeme vidět u osob s pohybovými problémy. Mezi ně jsou řazeny francouzské berle, pojízdná chodítka, nástavce na toalety a opěrná madla. Klienti si pomůcky ve většině případů hradí sami. Poukazy vypsány lékaři jsou využívány pouze pro získání francouzských berlí.

Pomůcky klientům pomáhají při jejich každodenních aktivitách. V práci jsou ale popsány i některé situace ne zcela pro ně příznivé. Nejčastěji jsou respondenty popisovány problémy způsobené francouzskými berlemi. Naopak kladně hodnocená jsou pojízdná chodítka s odkládací plochou. Klienti ovšem zdůraznili, že i před používáním těchto kompenzačních pomůcek, museli přistoupit k úpravám interiérů svých domácností. Jedná se především o přestěhování nábytku.

Bechtěrevova choroba je doposud nevyлéčitelnou nemocí. Bez pravidelného cvičení, opakovaných léčebných pobytů v lázních a užívání léků může mít choroba pro nemocné velmi vážné následky. Jako každé jiné onemocnění působí Bechtěrevova choroba osobám problémy fyzické, ale i psychické. Kompenzační pomůcky mají pro klienty s pohybovým postižením velmi kladný přínos, neboť napomáhají lidem s vážným onemocněním či úrazem navracet se zpět do života.

Tato práce může být využita jako podklad pro odborné brožurky pro klienty s poruchou pohybového aparátu.

Abstract

The theoretical part of the thesis describes the actual disease. It is a rheumatic disease which includes inflammatory processes located in the spinal area. The disease is also called Ankylosing spondylitis. Typical symptom of the Bechterew's disease is stiffness and consequent back pain. Successful treatment must include use of non-steroidal antirheumatic drugs and pain-relievers. However, the most crucial element is regular physical training, which must not be avoided otherwise the client may become permanently disabled and need assistance. The successful treatment also includes repeated spa stays. The thesis also deals with the role of a nurse, who together with a professional team, including physiotherapists, ergotherapists and social workers, care for the client's needs as well as for his/her education and his/her family members' education. The nurse should emphasize the importance of regular physiotherapies and use of prescribed drugs to the patients with such diagnosis.

The most crucial part of the thesis deals with compensation aids which allow the clients relieving pain when moving and which get the patients back in their common lives. The patients start to use the compensation aids, such as walking sticks, wheeled walkers, and hygienic aids with long handle, in advanced stages of the disease, when common movements are difficult and painful for them. Furthermore, I am writing about the possibility of renting or purchasing such aids. There are compensation-aid rental companies and shops which offer such aids.

Another part of the thesis deals with compensation allowance, which the clients may receive from their insurance companies. It also describes changes in the patient's life and environment, which may occur after receiving the compensation aids. This means restoration of relative self-reliance and changes in the patients' households, which may occur due to use of compensation aids. The thesis also specifies circumstances and situations when the clients cannot use the compensation aids at all.

The thesis also contains texts about the Bechterews' club, which associates people with such diagnoses as well as people who want to learn about the disease and help the patients.

The major goal of the thesis is to describe the possibilities of usage of compensation aids by the Bechterew's patients. To reach that I have chosen two survey questions. The first one reveals the type of compensation aids the clients prefer using and the way how they get these. The latter question explores influence of the compensation aids to the clients' lives.

The survey was done by qualitative research method. For this purpose, semi-structured in-depth interview was conducted with clients who suffer from the Bechterew's disease and who use compensation aids for their everyday routines. Analysis of the responses followed after all the respondents were interviewed. The survey was carried out in the clients' home environment.

The obtained information shows that the most used aids are those which we are typical for people with movement disorders. Such aids include forearm crutches, wheeled walkers, toilet extension piece and supporting handles. Mostly, the clients pay for their aids by themselves. Vouchers prescribed by doctors are only used to get the forearm crutches.

The aids help the clients in their daily routines. The thesis also describes some facts about the aids which are not quite positive. Mostly, the respondents speak about problems caused by forearm crutches. On the contrary, they appreciate wheeled walkers with tables. However, the clients also say that before starting to use the compensation aids they had to adjust their household interiors. In particular, this means moving the furniture.

The Bechterew's disease is still an incurable disease. It may have very serious consequences for the patients unless they execute regular physiotherapy, repeated spa curative stays and use the medicaments. Just like any other disease, the Bechterew's disease brings physical problems as well as psychological ones. The compensation aids are very useful for mobility-impaired clients as they help seriously ill people get back to their lives.

The thesis may be used as a source material for special brochures created for mobility-impaired clients.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma Možnosti v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou jsem vypracovala zcela samostatně s využitím zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2014

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a za kvalitní poradenství při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat za neodmyslitelnou psychickou podporu svým rodičům a mému příteli.

OBSAH

Úvod	10
1. Současný stav.....	11
1.1. Definice nemoci	11
1.1.1 <i>Posouzení invalidity</i>	12
1.2 Etiologie nemoci	13
1.3 Symptomy nemoci	14
1.4 Diagnostika nemoci	15
1.5 Terapie nemoci	18
1.5.1 <i>Nefarmakologická léčba</i>	18
1.5.2 <i>Farmakologická léčba</i>	18
1.5.3 <i>Fyzikální terapie</i>	19
1.5.4 <i>Biologická léčba</i>	20
1.6 Kompenzační pomůcky	21
1.6.1 <i>Pomůcky pro každodenní aktivity</i>	23
1.6.2 <i>Změny přicházející s kompenzačními pomůckami</i>	25
1.6.3 <i>Příspěvky pojišťoven</i>	26
1.6.3.1 <i>Zákony umožňující příspěvky pojišťoven</i>	26
1.7 Úloha sestry v péči o pacienta s Bechtěrevovou chorobou	27
1.7.1 <i>Informovanost klientů</i>	28
1.7.1.1 <i>Klub bechtěreviků</i>	29
2. Cíl	30
2.1 Výzkumné otázky	30
3. Metodika	31
3.1 Popis metodiky	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4. Výsledky.....	33
5. Diskuze.....	42

6. Závěr	49
7. Seznam informačních zdrojů	51
8. Klíčová slova.....	54
9. Přílohy	55
9.1 Seznam příloh	55

Úvod

Bechtěrevova choroba je zánětlivé onemocnění, které napadá především klouby páteře. Nedochází – li k užívání léků a zejména k pravidelné rehabilitaci, může u nemocných dojít až k trvalé invaliditě. Ve fázi, kdy postižení přestávají být soběstační, zauímají důležitou roli v jejich životě kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky, které klientům dokážou ulevit od bolesti a umožňují jim se snadněji pohybovat, napomáhají jejich uživatelům navracet se zpět do života a zvládat každodenní aktivity, které jim bez pomoci doposud dělaly problémy. Cílem této práce je zmapování možností v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s touto chorobou.

Bakalářskou práci na téma Možnosti v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou jsem si vybrala ze dvou důvodů.

Prvním z těchto důvodů je skutečnost, že tato choroba se mě samotné dotkla, neboť byla diagnostikována u jednoho z členů mé rodiny. Nejedná se o přímou linii, ale díky nepříjemným zkušenostem, které choroba dotyčné osobě přináší, si mohu alespoň představit, jaký dopad má onemocnění na psychickou i fyzickou stránku člověka. Díky této chorobě mají lidé problémy s pohybovým aparátem a mohou se tak ke kompenzačním pomůckám uchýlit daleko dříve.

Druhým důvodem je můj pohled na problematiku, která se kompenzačních pomůcek týká. Já osobně mám názor takový, že kompenzační pomůcky jsou lidem ve vyšším věku přiřazovány automaticky, ale široká veřejnost má jen omezené informace o tom, kde a jak kompenzační pomůcky získat a jaké změny do života klientů tyto pomůcky přináší. Z pohledu lidí, kteří se ke kompenzačním pomůckám museli uchýlit, jde o neuvěřitelnou úlevu při pohybech, které jim činily veliké potíže. Kromě kladných stránek však mají kompenzační pomůcky i stránky negativní. O těchto negativních, ale především pozitivních stránkách kompenzačních pomůcek, které osobám s diagnostikovanou Bechtěrevovou chorobou, pomáhají zvládat bolestivé projevy nemoci, pojednává tato bakalářská práce.

1. Současný stav

1.1 Definice nemoci

Bechtěrevova choroba (Ankylozující spondylitida, Ankylozující spondylartritida) je chronické revmatické onemocnění zánětlivého charakteru.(1) Choroba působí zánětlivě nejen na páteř, ale i na paravertebrální vazy. (2) Dojde-li k ztuhnutí kloubu, mluvíme o něm jako o ankylozujícím. Spondylitida je označení pro zánětlivý proces obratlů. (3) Choroba napadá sakroiliakální klouby (klouby páteře), dále klouby intervertebrální a kostovertebrální. (4) Ty osifikují a dochází k ankylóze páteře. Pokud má choroba klasický průběh, první příznaky jsou plíživé. Akutní vzplanutí potíží však není ve svém průběhu výjimkou. Nemoc také postihuje klouby končetin, především dolních, ale i struktury mimokloubní, neboť ankylozující spondylitida je onemocnění systémové, proto napadá i jiné struktury, než klouby. Pacienti mohou trpět iridocyklitidou, což je zánět oka. Nemoc vzácně postihuje i plíce a srdce. Způsobuje i změny na kůži. Důsledkem nemoci může být i zánět šlach. (1, 4, 5)

Bechtěrevova choroba má tři formy. Forma axiální napadá pouze páteř, forma rizomelická postihuje páteř i klouby končetinové, jako ramena a kyčle. Poslední forma onemocnění je skandinávská nebo také periferní, kdy jsou nemocí napadeny periferní klouby. Řadíme mezi ně kolena, kotníky a drobné klouby nohy. Kloubní spojení horních končetin ankylozující spondylitidou napadány nebývají, nebo jen velmi vzácně. Periferní forma bývá svým průběhem podobná revmatoidní artritidě. (1, 4)

Bechtěrevovou chorobou trpí asi půl procenta populace. Nemocí jsou ohroženi především muži, a to mezi dvacátým a třicátým rokem života, kdy propukají první příznaky onemocnění. Ženy touto chorobou trpí také, ale průběh u nich bývá netypický, neboť nemoc jim často činí problémy v oblasti krku, ramenou, horních končetin a části hrudníku. (6)

Prognóza u tohoto revmatického onemocnění je individuální. Rozhodující je, jak dlouho choroba u jednotlivých jedinců trvá a jak rychle postupuje. Mnoho postižených vede aktivní život, ať už s určitými omezeními, nebo bez nich. Pokud však nedochází k léčení, pravidelným rehabilitacím a domácímu cvičení, může nepříznivý průběh vést k trvalé invaliditě a jedinec se stává závislým na pomoci druhých.(4)

První důkazy o existenci onemocnění způsobující „kostnatění páteře“, nyní známé jako Bechtěrevova nemoc (Ankylozující spondylitida) pochází již z dob faraónů. U některých panovníků, kteří byli součástí jedné rodiny, byly objeveny změny na páteři, které jsou charakteristické pro Ankylozující spondylitidu. U pokročilé ankylozující spondylitidy vzniká takzvaná bambusová páteř. Toto postižení bylo objeveno u egyptského vládce Amenhotepa II. Další důkaz nalezneme u Ramsese II, na jehož krční páteři je patrná zlomenina, která byla pravděpodobně způsobena po jeho smrti a to v souvislosti se snahou o vyrovnání předklonu hlavy, což je typický rys u neléčené Bechtěrevovy choroby. Za zmínku také stojí, že u syna již zmiňovaného faraóna Ramsese II. byl prokázán pozitivní antigen HLA B27, kterému je připisován důvod vzniku této prozatím nevléčitelné choroby.

Choroba byla pojmenována po ruském neurofyziologovi a psychiatrovi Vladimiru Michajlovičovi Bechtěrevovi. Ten jako první chorobu přesně popsal a to na přelomu 19. a 20. století.

O změnách na páteři jsou však zmínky už i ze starších dob. Například lékař Realdo Colombo již v roce 1559 tyto změny na kostrách objevil stejně jako lékař Bernard Conor. Předmětem zájmu Sira Bejamina Brodieho, anglického lékaře, byl pacient s probíhající Bechtěrevovou chorobou a současně se zánětem oční duhovky. Později bylo zjištěno, že tato nemoc může postihnout i jiné struktury než kloubní, jako je oční duhovka, plíce i srdce.(1)

1.1.1 Posouzení invalidity

Ke zjištění, zda je klient schopen pracovat či nikoliv, je nutné se řídit typem, stádiem a aktivitou choroby. Dále jsou sledovány projevy mimokloubní, případně komplikace nemoc doprovázející.

Při diagnostice typu onemocnění je zjišťováno, jde-li o chorobu zánětlivou, degenerativní či systémovou. Hodnotí se lokalizace a rozsah choroby. Důležitým ukazatelem je i to, zda se jedná o postižení jednoho, nebo více kloubů. Mezi další faktory řadíme rychlost postupu nemoci, zda byla zahájena léčba a jak klient na terapii reagoval. Je hodnocena i kvalita jeho života a schopnosti vykonávat všední aktivity.

Pro posouzení aktivity choroby je užíván index BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Klient odpovídá na otázky, díky kterým se hodnotí stupeň postižení v oblasti úponů, páteře a kloubů. K vyhodnocení je užívána vizuální analogová škála. Tato škála je též využívána pro vyhodnocení funkčního postižení, kdy je třeba indexu BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Funcional Index)

Ke snížení schopnosti práce dochází tehdy, jsou-li klienti funkčně omezeni ve svých fyzických schopnostech a provádí je jen s obtížemi. O neschopnost práce jde v případě, kdy je aktivita choroby velmi vysoká a dochází k deformitám a ztuhlosti páteře. Klienti v tomto stádiu nemoci nejsou schopni provádět běžné činnosti, jako chůzi, sed, stání, změny poloh a jiných, které zdravý jedinec vykonává běžně. (5, 7)

1.2 Etiologie nemoci

Co způsobuje toto revmatické onemocnění, vedoucí k bolestem zad v nočních hodinách a také k ranní ztuhlosti, nebylo doposud zjištěno. Lidé postižení touto nevyléčitelnou chorobou mají však jedno společné. Antigen s názvem HLA B27. Jde o takzvané molekulární značky bílkovinného charakteru, které jsou přítomny ve veškerých buňkách v organismu člověka. Zkratka HLA je odvozena z anglického *Human Leucocyte Antigens*, neboť v největší míře jsou na povrchu bílých krvinek - leukocytů. Těchto antigenů je celá řada, které se označují písmeny, a každá z těchto řad má i několik podtypů, které se označují čísly. V tomto případě B27. Každý z lidí má v buňkách odlišnou kombinaci zmiňovaných antigenů. Díky tomu imunitní systém rozpozná vlastní buňky organismu od těch cizorodých. Bechtěrevova choroba však patří mezi choroby autoimunitní. Imunitní systém člověka s autoimunitní chorobou neumí rozlišit buňky vlastní a buňky cizí. Proto ničí všechny. (1, 5)

Antigen, který byl doposud prokázán u 90 % „bechtěreviků“, se v populaci vyskytuje v rozmezí od 7 do 8 %. Ale ne u všech nositelů antigenu ankylozující spondylitida propukne. Je přenášen geneticky, ale nositel ho nepředá všem svým dětem. Může se objevit například jen u poloviny jeho potomků. Navíc pravděpodobnost, že se choroba objeví u člověka, jehož buňky nesou antigen HLA B27, je asi pětiprocentní. (1, 6) Jedinci, jenž jsou nositeli antigenu HLA B27, jsou ale ankylozující spondylitidou ohroženi asi 300 krát více, než jedinci bez tohoto antigenu.(8)

HLA B27 není však spouštěč jen ankylozující spondylitidy. Je podkladem i pro jiná postižení, která se mohou u „bechtěreviků“ objevovat. Mezi ně řadíme záněty očních duhovek, artritidy psoriatické a reaktivní, dále i zánětlivá onemocnění střev, mezi která jsou řazeny Crohnova choroba i ulcerózní kolitida. (1)

Svou roli hrají také zevní vlivy, mezi které jsou řazeny infekce. Ty mohou působit jako spouštěcí faktor, ovšem přímá souvislost mezi některou určitou bakterií či virem a vypuknutím choroby nebyla doposud potvrzena. Také se diskutuje i o možnosti vlivu střevních bakterií, které mohou způsobit změny v imunologickém systému sliznice střeva. Ať jde o bakterie pro nás běžné, nebo patogenní. (5, 6)

1.3 Symptomy nemoci

„Bechtěrevik“ se dá velmi dobře rozpoznat podle svého typického postoje. Jeho hlava bývá vysunutá dopředu, ramena má zaoblená, gluteální svaly se zaoblují a břicho je vyklenuté dopředu. Hrudní páteř je v kyfóze a bederní v lordóze. (9)

Choroba začíná takzvanou sakroiliitidou, kdy se zánět dostane do sakroiliakálních kloubů. Je to místo, kde se kost křížová vsouvá do pánve. Zánět postihuje plochý kloub, který umožňuje jen pohyb malého rozsahu, ale jeho zanícení způsobuje bolesti zad, a to hlavně v nočních a ranních hodinách. Ztuhlost, ke které dochází, ustupuje po aplikaci tepla nebo po ranním rozcvičení. U některých nemocných se mohou objevit jako první příznaky periferní artritidy. (1,5)

Choroba má vzestupný průběh. Postupně dochází k tuhnutí páteře bederní a dalších úseků ve vyšších částech páteře. Není však výjimkou, že první bolesti propuknou v krčním či bederním úseku. Ascendentní vzestupná forma onemocnění se ale objevuje častěji. Objevuje se i kyfóza dvojité, kdy nemocný má takzvaný dvojhrb. Pro Bechtěrevovu chorobu je charakteristická kyfóza hrudní a postižení krční páteře. Pro postiženého jsou tedy typická kulatá záda a předsunutí hlavy, která je schopna jen minimální rotace. (4, 5) V pokročilém stádiu se musí „bechtěrevik“ otáčet do stran celým tělem. Postižení mohou trpět i respirační insuficiencí, a to díky expanzi hrudníku, jinak omezení pohybů hrudníku, ke kterému dochází díky omezenému rozsahu pohybů kostovertebrálních. Jedince ohrožuje i aortitida s insuficiencí aorty. (4, 10)

Choroba se ale neprojevuje jen postižením páteře. Postihuje i struktury mimokloubní. Pokud jedinec trpí periferní formou choroby, prvním příznakem, který se objeví, je iridocyklitida. Jedná se o zánět řasnatého tělíska a duhovky oka. Další komplikací Bechtěrevovy choroby, kterou řadíme mezi závažnější, je sekundární osteoporóza spolu s kompresivními frakturami obratlů. Nejzávažnější komplikace, která ohrožuje život pacienta a často se stává i příčinou úmrtí, je amyloidóza. (3, 5) Ve většině případů se jedná o amyloidózu renální. Objevují se i fibrózy plicního laloku a neurologické potíže. Jednou z neurologických komplikací může být syndrom kaudy.

Mezi další mimokloubní symptomy řadíme různá kožní onemocnění, zejména vyrážky, které připomínají lupénku, a choroby postihující gastrointestinální trakt - především střevní záněty. U rizomelické formy mohou být prvními příznaky choroby záněty ramen a častěji kyčelního kloubu. Jedinci si stěžují na bolesti přicházející z boku, nebo na bolesti hluboko v třísle.

Entezopatie, záněty šlachových úponů, jsou dalším typickým projevem ankylozující spondylitidy. Bolesti jsou velmi silné a omezují pacienta v pohybu. Udávány jsou bolesti v oblasti pat, tedy úponu Achillovy šlachy.

Průběh onemocnění může mít mírnější charakter a jeho aktivita může po nějaký čas i vyhasnout. Pokud se však jedná o maligní formu, organismus je zasažen rychlým vznikem ankylóz a průběh je velmi těžký. Rizikovými faktory jsou časné vzplanutí nemoci, rizomelická forma choroby, zvýšená hladina sedimentace a C – reaktivního proteinu na úplném začátku onemocnění. (1, 4)

1.4 Diagnostika nemoci

Lékař při diagnostice Bechtěrevovy choroby začíná anamnézou. Nejprve pokládá otázky, díky kterým získá od pacienta informace potřebné k vyplnění jeho osobní anamnézy. Zjišťuje, jaké jsou aktuální problémy pacienta, kdy jeho potíže nastaly, kdy jsou bolesti nejintenzivnější a naopak, kdy ustupují. Zajímá se také o to, zda má pacient i jiné problémy a jestli užívá medikamenty. Pro stanovení diagnózy je důležité, aby lékař zjistil, zda někdo z rodiny pacienta má, nebo měl stejné potíže, a kdy se tyto problémy u dotyčného objevily. Tyto informace jsou řazeny do anamnézy rodinné. Dalším typem záznamů je anamnéza pracovní. Lékař se ptá zejména na zaměstnání. (8)

Následuje vyšetření fyzikální. Při tomto vyšetření si lékař všímá změn v oblasti páteře. Především se řídí zkrácením Schoberovy, Stiborovy a Thomayerovy distance. U pokročilejších fází ankylozující spondylitidy dochází k patologickému rozvíjení bederního úseku páteře. Je-li pacient v předklonu, bederní páteř zůstává v lordóze. Fyziologicky by ale měla přejít do kyfózy. Tento jev je dalším ukazatelem pro Bechtěrevovu chorobu a mluvíme o *sulcus dorsalis persistens*. (2) Lékař sleduje i omezení rotace, lateroflexi a bolestivost sakroiliakálních kloubů. Všímá si také dechové insuficience díky expanzi hrudníku. (4)

Thomayerova distance, také Thomayerův příznak, podává pouze orientační informaci o rozvinutí páteře. Vyšetřovaný je lékařem vyzván, aby ponechal kolenní klouby v extenzi, předklonil se a prsty horní končetiny se snažil dotknout podlahy. Následuje měření vzdálenosti od špiček prstů k zemi. O negativním příznaku mluvíme jen tehdy, je-li vzdálenost menší než 10 centimetrů. Diagnózu však nelze stavět na základě tohoto vyšetření, neboť u Thomayerova příznaku záleží i na hybnosti kyčelních kloubů.

Schoberovou distancí lze změřit, jak rozsáhlé je rozvinutí bederního úseku. Je nutné označit si střed Michaelisovy routy pomocí demografické tužky. „Je to průsečík střední čáry a spojnice obou *spinae iliacae dorsales craniales* a od tohoto bodu proximálně si odměříme přesně 10 cm.“ (2, str. 168) Postižený se předkloní a lékař měří, kolik centimetrů jsou obě označení od sebe vzdálena. Je-li problém s rozvíjením bederní části, značky jsou od sebe ve vzdálenosti menší než 3, 5 centimetrů.

Stiborova distance hodnotí současně rozvinutí hrudní a bederní části páteře. Kromě středu Michaelisovy routy je označen i trnový výběžek C7. Pacient se opět předkloní. Oba body by od sebe neměly být vzdáleny méně než 6 centimetrů. U vyšetření hrudníku je důležitá hodnota obvodu hrudníku, a to při maximálním expiriu a inspiriu. U žen se obvod hrudníku měří těsně pod prsy, u mužů ve výši bradavek. Nejmenší fyziologický rozdíl je v tomto případě 4 centimetry.

Mezi další vyšetření patří i fleš, jinak měření dle Forestiera. Touto metodou je hodnocena dorzální flexe krční a z části i hrudní páteře. Pacient je vyzván, aby se

postavil ke stěně tak, aby se zády a patami opíral o stěnu. Nemocný tento výkon neprovede, je-li u krční páteře omezena dorzální flexe. (2)

Další diagnostickou metodou je vyšetření laboratorní. Kromě základních vyšetření je z odebrané venózní krve v biochemické laboratoři vyhodnocena i sedimentace erytrocytů a C reaktivní protein. U obou případů jsou hodnoty zvýšené. Ty u klientů někdy přetrvávají po celý život. Zvýšení C reaktivního proteinu ve většině případů Bechtěrevovy choroby signalizuje propuknutí amyloidózy. Vzorek krve je poslán i do hematologické laboratoře, kde je prokazován antigen HLA B27. (5)

Velmi důležitou metodou pro určení diagnózy je nativní rentgenový snímek sakroiliakálních kloubů. Díky snímku lékař rozpozná, v jaké fázi se choroba nachází. Těchto stádií je celkem pět. Jednostranná sakroiliitida, oboustranná sakroiliitida, syndesmofyty na bederní páteři, syndesmofyty na hrudní páteři a pátým stádiem jsou syndesmofyty na páteři krční. Na snímku lékař hodnotí průběh kloubní štěrbiny, který je v případě sakroiliakálního zánětu nepravidelný. Bývají zúžené a místy naopak rozšířené. Kolem rozšířené štěrbiny se objevují eroze a sklerotizace kosti. Na snímcích jsou patrné i srůsty, při kterých dojde ke spojení obou kloubních ploch. Lékař hodnotí i změny na obratlích. Průběh vzniku změn je ascendentní, postupují tedy od kosti křížové po bederní, hrudní až po krční páteř. Rentgen lékaři velmi dobře zobrazí i takzvanou bambusovou páteř, díky syndesmofytům. Syndesmofyty jsou osifikace po stranách meziobratlových plotének. V konečné fázi dochází k úplné ankylóze. Zánět sakroiliakálních kloubů se však na snímku objeví až v pokročilejší fázi nemoci. Včas ji lze diagnostikovat pomocí magnetické resonance. Lze ta zánět zachytit, aniž by došlo k erozím.

K diagnostice je využíváno i vyšetření ultrazvukové, nejčastěji k vyšetření kyčelních kloubů. Lékař hodnotí kloubní výstelku. V případě chronického zánětu bývá zesílená. Přítomný může být i výpotek. (1, 5)

1.5 Terapie nemoci

1.5.1 Nefarmakologická léčba

Při léčbě Bechtěrevovy choroby je základním a nejdůležitějším prvkem pravidelný pohyb. Díky stálému cvičení předchází pacient komplikacím, které mohou v průběhu onemocnění nastat. Zamezí se tak tvorbě deformit páteře, udrží pohyblivost postižených struktur a dochází k celkovému zpomalení průběhu choroby. Rehabilitace také tlumí symptomy, a tím přináší úlevu od bolesti. Pacienti by měli rehabilitovat dvakrát denně po dobu 15 až 30 minut. Je doporučováno, aby cviky prováděli ráno a v poledních hodinách. Než začnou cvičit samostatně, navštěvují rehabilitační centra, v nichž od fyzioterapeutů získávají informace, učí se správnému provádění cviků a celkovému pohybovému režimu. Také mohou docházet na vodoléčbu, nebo cvičit ve vodě.

Pohybový režim pacientů by měl mít střídavý charakter. Ze sportovních aktivit je doporučováno plavání v teplejší vodě, turistika, jízda na kole. V zimě pak běh na lyžích, nebo sjezdové lyžování. Důležitou součástí terapie je i lázeňská léčba, která je nejúčinnější při opakovaných návštěvách pacientů.

Úlevu může přinést i změna lůžka. Pro „bechtěrevika“ jsou nepřijatelnější lůžka tvrdá a pevná. Příliš vysoké podkládání hlavy je nevhodné, proto jsou klientům doporučovány polštáře menších velikostí. Matrace by měla být vybírána dle tělesné hmotnosti nemocného. (5,9)

1.5.2 Farmakologická léčba

Nesteroidní antirevmatika jsou základními medikamenty, které lékař pro léčbu ordinuje. Zpomalují zánětlivý proces, mírní ztuhlost páteře a mají analgetický účinek. Blokují produkci prostaglandinů působících v zánětlivém úseku. Díky těmto látkám dochází k otoku postiženého místa, ke zvýšení teploty a bolestivosti. Nesteroidní antirevmatika se v pravidelné a plné dávce ordinují v aktivní fázi choroby. Dojde-li ke zklidnění, léky jsou užívány dle potřeby pacienta. Na rozdíl od opiátů nejsou návykové. Při dlouhodobém užívání je zpomalen i celkový průběh choroby, ale jako každý medikament mají i nesteroidní antirevmatika vedlejší účinky. Ty se projevují především v gastrointestinálním traktu.

Blokované prostaglandiny mají kromě své negativní funkce i funkci pozitivní, a to především ve vztahu k žaludeční sliznici. Ovlivňují také průtok krve ledvinami a mají vliv na správnou funkci trombocytů. Každý klient by tedy měl být s těmito vedlejšími účinky, které se projevují například zvýšeným krevním tlakem, pálením žáhy, bolestmi břicha, či černou stolicí, dobře seznámen. Antirevmatika se většinou kombinují s antiulcerotiky. (1, 4, 5)

Často jsou k léčbě zvolena taková antirevmatika, která mají prodlouženou dobu účinku. Působí přes noc a pacientovi umožňují kvalitní spánek bez bolestí a mírní ranní ztuhlosti. Do této skupiny léků patří Meloxicam, Naproxen, Diklofenak. Nejsou-li užívány pravidelně, působí pouze analgeticky a antiflogistický účinek mizí. Nesteroidní antirevmatika lze podávat i lokálně ve formě gelů, mastí či náplastí. (1)

Jedním z nejběžnějších medikamentů podávaných při periferní formě ankylozující spondylitidy je Sulfasalazin. Pro zmírnění axiálních symptomů je však neúčinný. Indikován může být i Methotrexát. Klienti mohou přechodně užívat i glukokortikoidy působící protizánětlivě. Je možné je podávat také intraartikulární formou, tedy injekční aplikací do kloubu. (4, 5)

1.5.3 Fyzikální terapie

„Fyzikální terapie empiricky využívá působení různých druhů zevní energie na živý organismus.“ (11, str. 7) Působí na dostředivý nervový systém. Účinek této léčby je autoreparační, neboť jsou aktivovány samoléčivé mechanismy. Tyto účinky jsou rozděleny do několika kategorií. Přímý účinek vede k hyperemii díky přímému působení a ovlivňování biochemických a fyzikálních procesů tkání. „Účinek reflexní je zprostředkován nervovým či endokrinním systémem.“ (11, str. 8) Terapie dále působí analgeticky a spasmolyticky pro svalové uvolnění. Antiedematózním účinkem dojde ke zmírnění otoku. Fyzikální terapie funguje i jako placebo efekt a dochází – li k léčbě lázeňské, mluvíme o účinku odkladném, kdy k úlevě dochází až po určité době.

Metody využívající fyzikálních podnětů je celá řada. Lze je dělit do skupin podle působící energie. Mechanoterapie využívá energie mechanické. Do této skupiny jsou řazeny masáže, motodlahy, ultrazvuk a jiné. Příkládání obkladů, kryokomory, sauny a koupele spadají do skupiny termoterapií. Při fototerapii jsou klienti vystavováni UV

záření, infračervenému záření i laseru. S elektrickou energií se pracuje při elektroterapii, do které řadíme například magnetoterapii nebo nízkofrekvenční terapii. Další velkou skupinu tvoří léčba vodní energií, jinak hydroterapie.

Tuto léčbu však nemůže podstoupit každý. I fyzikální terapie má své kontraindikace. Mezi ně řadíme horečnaté stavy, kachexie, implantovaný kardiostimulátor a jiné kovové předměty. Léčba není poskytována pacientům s TBC ložisky, s trofickými změnami na kůži, s poruchou citlivosti a pacientům s respirační nebo kardiální insuficiencí a těhotným ženám. Podněty nesmí působit v místech sympatických pletení. (11)

Fyzikální terapie využívá podnětů, které lze rozdělit do dvou skupin. Rozeznáváme uměle připravené zdroje a zdroje přírodní.

1.5.4 Biologická léčba

Pacientům s vysokou aktivitou nemoci, kterým pravidelné cvičení a užívání předepsaných léků k léčbě nestačí, je doporučena biologická léčba. Tato terapie spočívá v podávání humánních protilátek, které jsou uměle vyráběny. Klientům jsou aplikovány intravenózně v centrech biologické léčby. Lékař pravidelně hodnotí aktivitu choroby a posuzuje účinky léčby, pozitivní i negativní. Možná je i aplikace účinných látek v podobě subcutáních injekcí, které si nemocní aplikují sami. Pro domácí užívání je nutné, aby nemocný prošel edukací odborníka. Léčba bývá dlouhodobá a velmi nákladná. Dochází-li ke zlepšení stavu pacienta, je možné dávky regulovat a postupně i snižovat množství podávaných protilátek.

Humánní protilátky jsou protilátky proti TNF – α (tumor nekrotizující faktor). Tento faktor, jinak i cytokin, je velmi aktivní látka, kterou produkují buňky imunitního systému. TNF - α vyvolává reakce, v jejichž důsledku vzniká chronický zánět. U „bechtěreviků“ byla zjištěna vysoká přítomnost cytokinu v krvi. TNF - α je přítomen i v úsecích, kde probíhá zánětlivý proces. Cílem biologické léčby je potlačit účinky tumor nekrotizujícího faktoru přirozeným způsobem.

Díky biologické terapii lze u pacientů pozorovat snížení aktivity nemoci. Zánět v jednotlivých úsecích páteře vymizí a dochází i k léčbě iridocyklitid. Užíváním těchto protilátek ale nedojde k vymizení změn na páteři. U pacientů v pokročilém stádiu, s

„bambusovou páteří“, nedojde ke zlepšení hybnosti. V tomto případě je tato terapie neúčinná.

Jako většina terapií, má i léčba biologická svá rizika. Nejčastějšími nežádoucími účinky terapie jsou infekce, především tuberkulóza. Nejvíce ohroženi jsou takoví jedinci, kteří již tuberkulózu prodělali. Proto jsou u pacienta provedeny nativní snímek plic a tuberkulínový test. Jsou-li výsledky negativní, biologickou léčbu lze zahájit. Další projevy infekce, jako subfebrilie až febrilie, kašel, ale i pálení při močení, je třeba hlásit ošetřujícímu lékaři. (1)

1.6 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou využívány lidmi, kteří z důvodu úrazu, nemoci či věku částečně nebo úplně pozbyli určité pohybové schopnosti. (12) Je-li pacient v procesu, kdy si kompenzační pomůcky teprve vybírá, je doporučováno, aby si o této problematice zajistil co nejvíce informací. Prozkoumání webových stránek, návštěva vystav kompenzačních pomůcek, které organizuje například Rehaprotex v Brně. Zná-li pacient uživatele se shodnou diagnózou, který již kompenzační pomůcky využívá, je dobré, aby se tohoto uživatele na konkrétní pomůcky zeptal. Jaké má zkušenosti s jejím užíváním, zda je dostupná a je-li kvalitní a cenově přijatelná. Naopak doporučováno není, aby klienti pomůcky vybírali pouze na základě kladných zkušeností jiných uživatelů, neboť u každého choroba probíhá odlišně a každý pohybově postižený má jiné potřeby a požadavky. Svou roli hraje i prostředí klientova bydliště, kterému jsou pomůcky též přizpůsobovány. Získávání potřebných vědomostí však není snadné například pro seniory, kteří sami neumí hledat na internetu, nebo jejich zdravotní stav a situace neumožňují navštěvovat zmiňované výstavy. Další překážkou v získávání informací o kompenzačních pomůckách bývá neschopnost klientů vyhodnotit výsledky průzkumu a jejich nezkušenost.

Není vhodné o doporučení kompenzační pomůcky žádat svého ošetřujícího lékaře. Pomůcek je celá řada a neustále se zlepšují jejich technologie. Ošetřující lékař většinou tento vývoj nesleduje, a pokud ano, nehodnotí je do detailů. Proto může dojít k situaci, kdy lékařem zvolená pomůcka je pro klienta naprosto kontraproduktivní. Při výběru kompenzačních pomůcek je nutné, aby klient prošel edukací odborníkem

(fyzioterapeutem, ergoterapeutem). Ten po zhodnocení aktuálního stavu klienta doporučí nejvhodnější pomůcky, díky kterým dochází ke kompenzaci postižení, zachování a někdy i ke zlepšení schopností klienta. Odborník by se měl řídit i prognózou onemocnění, neboť při užívání kompenzačních pomůcek se předpokládá, že je klient bude užívat dlouhodobě. Povinností odborníka je tedy i zhodnotit, zda je konkrétní pomůcka vhodná pro aktuální zdravotní stav nemocného. Dojde-li ke špatnému zvolení pomůcky, následuje poškození jedince a výjimkou není ani ireverzibilní zhoršení stavu. Nemocný by měl při samotném výběru pomůcek porovnat alespoň tři stejné nebo podobné typy. Všímá si charakteristických vlastností a porovnává je s vlastnostmi pomůcek, o kterých již uvažuje. Není vhodné, aby klient spoléhal na doporučení pouze jednoho dodavatele. Předpokládá se, že tento výrobce nebude podporovat konkurenční prodej, který by mohl nabízet produkty kvalitnější. Samozřejmostí je i hodnocení kvality servisu. (13)

Půjčovny kompenzačních pomůcek

Půjčovny kompenzačních pomůcek jsou řazeny mezi sociální služby a poradenství. Tuto problematiku upravuje zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Půjčovny pomáhají lidem s určitým tělesným handicapem i jejich blízkým, které o ně denně pečují v jejich prostředí. Díky těmto zprostředkovatelům nemocní přečkávají období, než budou moci uplatnit nárok na hrazení pomůcek pojišťovnou. Pojišťovny však pomůcky proplácí jen na základě poukazu od lékaře, nebo v takových případech, kdy jedinci s těžkým postižením žádají o jednorázový příspěvek na tyto pomůcky. Každá půjčovna má jinou nabídku zboží a dle poptávky ji obměňuje. Mezi hlavní sortiment jsou řazeny především elektrické nebo mechanické polohovací postele i matrace, invalidní vozíky, toaletní křesla, stolky k lůžku, sedačky na vanu, nástavce na toalety atp. Pro zachování schopnosti chůze to jsou nejrůznější typy chodítek: s opěrnými deskami, s kolečky, vysoká i kloubová a mnoho dalších. Uživatelé jsou ze strany personálu proškoleni o konkrétních pomůckách. K jakému pohybu slouží, jak s nimi správně manipulovat i jak o ně pečovat.

Lidé, kteří potřebují tyto pomůcky užívat, bývají o této možnosti informováni z řad ošetřovatelského personálu ve zdravotnickém zařízení nebo rehabilitačním centru, kde

se s pomůckami kompenzující pohyb setkávají. Samotní uživatelé, či jejich blízcí se mohou o půjčovnách dočíst i na internetových stránkách, v tisku i odborných periodicích. (12)

1.6.1 Pomůcky pro každodenní aktivity

V dnešní době existuje široký výběr kompenzačních pomůcek pro handicapované (viz příloha 1). Před zapůjčením nebo koupením pomůcek pro klienty se s níženou pohyblivostí je v mnoha případech nutné, aby v domácím prostředí jedince bylo provedeno několik změn z důvodu snadnější manipulace s konkrétními pomůckami. Někdy postačí pouze odstranit potencionálně rizikové předměty, jako jsou třeba koberečky, prahy a jiné. Jindy je třeba malých stavebních úprav.

Lidé bez tělesného postižení vykonávají běžně činnosti, o kterých ani nepřemýšlí. Pro osoby s omezeným pohybem činní takové aktivity, jako chůze, hygiena, oblékání a příprava stravování problém, který bez pomoci jiných nezvládají. K překonání těchto problémů slouží, mimo jiné, i kompenzační pomůcky. (14)

Pomůcky usnadňující pohyb

Pro usnadnění chůze slouží nejrůznější hole vycházkové, skládací i čtyřstopé, které poskytují větší stabilitu. Předpokladem pro užívání holí je dostatečná síla v zápěstí. Francouzské berle, na jejichž konci bývají protiskluzné gumové ochrany, jsou určeny pacientům, kteří potřebují oporu předloktí a paží. U některých typů holí jsou přítomny i poutka k fixaci na předloktí. Berle podpažní se užívají tehdy, chybí-li síla v celé paži. Dále k berlím a holím lze pořídit i celou řadu příslušenství. Držáky ke stolu, pryžové zimní násadce, protiskluzové násadce i rukojeti, které lze tvarovat dle potřeby klienta a zajistit tak lepší oporu ruky. (15) Další pomůckou pro zlepšení stability jsou speciální chodítka. Pevná chodítka, která se při chůzi poponášejí, nebo chodítka pohyblivá. Mezi chodítka pohyblivá jsou řazena kloubová, s předními koly, tříkolová, čtyřkolová. Součástí příslušenství jsou košíky či tašky, odnímatelné tácky i brzdy. Chodítka bývají skládací i s nastavitelnou výškou madel. Při výběru této pomůcky usnadňující pohyb je důležité zhodnotit, zda se uživatel bude pohybovat pouze v domácnosti, nebo i v okolí bydliště, a teprve na základě toho se doporučuje zvolit vhodný typ chodítka. Nutné je také zohlednit postup a rozsah choroby klienta. (16)

Pomůcky pro hygienickou péči a oblékání

K pohodlné osobní hygienické péči jsou navrženy mycí houby opatřené rukojetí, která bývá i ohýbatelná. Klienti s porušenou hybností jsou tak schopni provádět i hygienu jen těžko dostupných míst. Ke stejnému účelu slouží i ohnutý kartáč na záda. Pro hygienu chodidel lze využívat kartáč s přísavkami. Díky přísavkám povrch přilne k povrchu a klient je tak chráněn před uklouznutím. S tímto kartáčem si uživatel může dopřát i masáž chodidel. (17) Aby u osob s omezenou hybností nedošlo při hygienické péči k pádu, užívají se i madla do vany nebo sprchových koutů. Tato madla mohou být umístěna i na toaletě pro snadnější vstávání. (18) Ke stejnému účelu jsou k dispozici i nástavce na WC. (19) Další pomůckou doporučenou pro pacienty s omezeným rozsahem pohybů v kloubech jsou kartáče a hřebeny s rukojetí, s nimiž bez větší námahy snadno dosáhnou na temeno a týl hlavy. Pro snadné oblékání a svlékání klienti mohou používat i speciální oblékací hole se lžící na boty, zouváky na boty a navlékače ponožek. Tyto pomůcky jsou vhodné pro klienty, kteří nejsou schopni předklonu. (20)

Pomůcky pro stravování

Do této kategorie jsou řazeny protiskluzové držáky pro otevření nebo zavření uzávěrů sklenic, kuchyňský nůž s kolmou rukojetí a prkénko s okrajem a zarážkou, které je vhodné pro osoby s omezenou pohyblivostí rukou. Držáky na tetrapaková balení pomáhající při zvedání, otvírání a nalévání, u kterých se dá nastavit potřebná velikost, a otvírák na konzervy s kroužkovým uzávěrem. Ty jsou doporučovány pacientům s artritidou. Činí-li postiženým problém samotné stravování, jednou z možností je zakoupení sady příborů, které lze ohnout do pozice, která klientovi vyhovuje, nebo příbory s anatomickou rukojetí podporující samostatnost při jídle. Nabízeny jsou i držáky „bryndáku“ a talíře se zvýšeným okrajem a šikmým dnem. Ty jsou ale navrženy pro osoby, které ovládají pouze jednu horní končetinu. Dostupné jsou i hrnky s držáky po obou stranách a hubičkou. (21)

Ostatní pomůcky

Mezi další pomůcky vhodné do domácnosti jsou řazeny stupínky s madlem a protiskluzovou nášlapnou plochou, stolky do lůžka, podávač vility sloužící ke zvedání předmětů, samootevírací nůžky, u kterých je třeba vyvinout pouze slabou sílu, a sami se

pak zavřou. Při povolení stisku se opět otevřou. Otočný sedací disk zase klientům umožní snadnou rotaci. Zpříjemnění volného času umožňuje stolní držák na hrací karty, hrací karty s velkými symboly a držáky na knihy s držákem stránky. Dalšími pomůckami jsou držáky na tužky pro lepší úchop, držáky na klíče a stolní „stříhátka“ na nehty. (22)

1.6.2 Změny přicházející s kompenzačními pomůckami

Užívá-li klient kompenzační pomůcky, je v některých případech nutné, aby došlo k určitým změnám v domácnosti. Jestliže pacient potřebuje k chůzi berle či hůl, je potřebné, aby povrch podlah neklouzal. Měly by z nich být odstraněny všechny koberečky i prahy. Pád hrozí i na koberci s vysokým vlasem. Nezbytností pro pohodlný pohyb klienta je dostatečný prostor. Nutná je i kvalitní obuv. Obuv zabraňující pádu musí být pevná, neklouzavá, může být vybavena i páskem přes patu. Změny se týkají i nábytku, zejména pak toho sedacího. Nejvhodnější jsou proto taková křesla, která mají opěrky na ruce a vysoká zádová opěradla. Při posazení by se plošky nohou klienta měly dotýkat podlahy a kyčle by měl mít v pravém úhlu. Koupelny i WC lze vybavit madly. K dispozici jsou i protiskluzové podložky, které jsou vhodné do vany či sprchového koutu. (23)

Pro nácvik každodenních činností s pomocí kompenzačních pomůcek, je klientům doporučována spolupráce s ergoterapeutem. Ten vyhodnotí schopnosti klienta i prostředí, ve kterém žije, popřípadě navrhne potřebná odstranění bariér, které klientovi znemožňují dostatečnou adaptaci na kompenzační pomůcku i na svůj aktuální zdravotní stav. Jedná se o bariéry fyzické a sociální. Ergoterapeut klientovi pomáhá s nácvikem všedních činností tak, že zohledňuje konkrétní potřeby. Měl by být obeznámen se zvyklostmi klienta i rodiny a na základě těchto informací sestavit vhodný léčebný program. Při nácviku každodenních aktivit zvyšuje náročnost. Činnosti s kompenzační pomůckou jsou nejdříve prováděny za asistence terapeuta, později je klient při výkonech pouze sledován a slovně opravován.

Ke změnám, které vyplývají z onemocnění, dochází i u klienta samotného. Jedinec s narušenou hybností, který není schopen vykonávat činnosti, jež před onemocněním patřily k jeho každodenní rutině, je ohrožen ztrátou sebevědomí. Ohrožena je i motivace

klienta. Změny se týkají i rodinných příslušníků. Nemocný, který je postižen do takové míry, při níž je částečně nebo úplně narušená schopnost pohybovat se, je odkázán na pomoc druhé osoby. Nejčastěji o takového klienta pečuje jeho rodina. Zde dochází ke změně sociálních rolí, kdy se z rodinných příslušníků stávají ošetřovatelé a pečovatelé. Nedílnou součástí práce ergoterapeuta je proto neustálá motivace, podpora a respektování klienta i jeho rodinných příslušníků. (24)

1.6.3 Příspěvky pojišťoven

Jsou-li klientům s poruchou hybnosti doporučeny k výkonu běžných denních činností některé z kompenzačních pomůcek, v nejběžnějším případě dojde k využití předepsaného poukazu lékařem specialistou, tzv. smluvním lékařem pojišťovny, který tento poukaz klientům vydává po posouzení zdravotního postižení a aktuálního zdravotního stavu. Poukaz vypisuje pouze neurolog, ortoped, geriatrický lékař a lékaři v oborech ortopedické protetiky, rehabilitační a fyzikální medicíny a všeobecného praktického lékařství. (13) „Základním předpokladem v takovém případě je odpovídající diagnóza a náležitá zdravotní indikace pojištěnce.“ (13, str. 13)

1.6.3.1 Zákony umožňující příspěvky pojišťoven

Osoby s diagnózou choroby, která postihuje jejich pohybový systém, mají dle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, nárok na pomůcky hrazené zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny přispívají na kompenzační pomůcky (zdravotnické pomůcky) 75 % celkové částky, a to na pomůcky základního typu. Tyto pomůcky hradí za předpokladu, že klient pokračuje v léčbě onemocnění. Dále v případě uchování či zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo při kompenzaci schopnosti, k jejíž ztrátě došlo díky chorobě klienta. Veškeré kompenzační pomůcky však pojišťovny nehradí. V příloze číslo 3, zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, oddíl B, jsou uvedeny zdravotnické prostředky, na které pojišťovna klientům nepřispívá. Oddíl C pak obsahuje takové pomůcky, které jsou hrazeny v určité výši a pouze za stanovených podmínek.

Dále je nutné zmínit zákon číslo 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve kterém jsou stanoveny podmínky, při jejichž dodržení má pojištěnec právo na dva finanční příspěvky - na mobilitu a zvláštní pomůcku. Takto

může pojišťovna přispět pouze v případě, kdy klient potřebuje takovou pomůcku, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Má-li handicapovaný zájem o tento druh příspěvku, je nutné, aby předložil zvláštní tiskopis vydávaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. Samotný handicap je posuzován posudkovým lékařem. Tento příspěvek mohou využít i osoby s těžkou chorobou pohybového systému, která trvá déle než 1 rok (nebo dle odborníků bude trvat déle, než 1 rok). Zvláštní pomůcka musí být nutná k sebeobsluze klienta, nebo k jiným stanoveným účelům. Veškeré podmínky, které je nutné dodržet, lze nalézt v paragrafu 9 tohoto zákona. (13) Výpis těchto zvláštních pomůcek je uveden ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. (25)

1.7 Úloha sestry v péči o pacienta s Bechtěrevovou chorobou

Náplní práce sester na odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění, v jehož důsledku dochází k poruše pohybového aparátu, je rehabilitační ošetrovatelství. Díky rehabilitačnímu ošetrovatelství nedochází ke komplikacím, které mohou během onemocnění nastat. Pacientům je proto v rámci preventivních opatření zajištěno pravidelné polohování, pasivní nebo aktivní cvičení, vertikalizace a dechová gymnastika. Péče o pokožku, zajištění pitného režimu, dietoterapie a vyprazdňování pacienta jsou dalšími nezbytnými úkoly sestry při předcházení vzniku sekundárních změn. (26) Součástí některých klasických ošetrovatelských postupů jsou i základy lokomoce, tedy schopnosti pohybovat se. Tyto prvky jsou využívány při manipulaci s klientem na lůžku, posazování, stoj, dále při svlékání, oblékání a při hygieně klienta. Sestra by měla mít i základní znalosti o kompenzačních pomůckách, které klienti mohou denně užívat. Jde především o hole, berle, různé typy chodítek, protézy či ortézy, pomůcky potřebné k hygienické péči, oblékání a stravování a další. (27)

Při příjmu takového pacienta na oddělení by se sestra měla informovat, do jaké míry pacient všední činnosti zvládá, užívá-li kompenzační pomůcky, nebo jestli pro zvládnutí denních stereotypů potřebuje pomoc druhé osoby. Rehabilitační ošetrovatelství vyžaduje spolupráci sestry a rehabilitačních pracovníků. V těchto případech jsou nejčastěji využívány schopnosti a znalosti fyzioterapeutů a

ergoterapeutů. Někdy bývá do rehabilitačního plánu přizván i psycholog nebo sociální pracovník, neboť klienti s poruchou hybnosti často trpí i sociálními problémy.

Prvním krokem ke kvalitnímu poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou hybnosti je dostatek informací. Je nutné znát stupeň soběstačnosti klienta a jeho potřeby. Tyto informace jsou podmínkou pro správnou spolupráci týmu zdravotníků. Rehabilitační program nesmí zasahovat do terapeutického plánu klienta, proto je nezbytná neustálá komunikace mezi zdravotnickým týmem. Při poskytování rehabilitačního ošetrovatelství se však nesmí opomenout na ordinace lékaře, se kterými musí být rehabilitační program v souladu. (26)

1.7.1 Informovanost klientů

Sestra při výkonu své práce na oddělení má kromě role vykonavatele a koordinátora i roli vzdělavatele. Sestra vzdělává pacienta v mnoha oblastech. Předává mu základní informace, které se týkají jeho léčebné a osobní péče, stravování a vyprazdňování. Podává mu také informace o prevenci dekubitů a motivuje pacienta k samostatnému vykonávání základních denních aktivit bez pomoci druhé osoby. Sestra by měla pacientům předávat i znalosti, které se týkají kompenzačních pomůcek a péče o ně.

Vzdělávání ze stran sester se netýká pouze pacientů samotných, ale i členů jejich rodiny. Bylo zaznamenáno mnoho případů, kdy klient odchází z nemocnice s určitým rehabilitačním programem a v domácím prostředí se postupně vrátí do původního nebo ještě horšího stavu, než s jakým na oddělení přicházel. Proto by sestra měla rodinu informovat o pokrocích v rehabilitaci a samostatnosti jejich příbuzného. Dále o jeho potřebách a o kompenzačních pomůckách, které klient využívá, nebo by využívat měl, a také o způsobech, jakými lze tyto pomůcky získat. Podávání těchto informací rodině pacienta by mělo probíhat za přítomnosti ergoterapeuta a sociálního pracovníka například během návštěv.

Jednou z informací, kterou by sestry při propouštění nemocného do domácího ošetřování měli klientovi i rodině poskytnout, je informace o možnosti využití organizací poskytujících domácí ošetrovatelské služby, které zajistí návštěvy sestry v domácím prostředí klienta. Tato „terénní“ sestra pokračuje v již započatém rehabilitačním programu oddělení, na kterém byl pacient hospitalizován. Před

zahájením těchto návštěv je povinností sestry si důkladně prostudovat propouštěcí zprávu, v níž je popsán i rehabilitační program klienta, stupeň jeho soběstačnosti a případně komplikace, které nastaly v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. (27)

1.7.1.1 Klub bechtěreviků

Každý pacient s diagnózou Bechtěrevovy choroby by se od sestry měl dozvědět také o existujícím klubu bechtěreviků. Ten je organizací pacientů postižených ankylozující spondylitidou a lidí snažících se vylepšit podmínky a životní situace osob, které s touto nevyлéčitelnou chorobou bojují a potýkají se s každodenními potížemi, jež tato nemoc přináší. (28) Tato organizace vydává svůj měsíčník s názvem Bechtěrevik. Klienti se tak mohou dozvědět o činnostech KB, dále o novinkách v legislativě i v léčbě choroby. Také jsou zde poskytovány informace o lázeňských léčbách, které jsou hrazené pojišťovny, nebo i o pobytech, které jsou zajišťovány samotným klubem. Tyto tzv. rekondice si každý klient hradí samostatně. V časopise Bechtěrevik se klienti mohou dočíst o akcích, které jsou klubem pořádány. Předplatné tohoto časopisu je určeno pouze pro členy Klubu Bechtěreviků. (29).

Členi Klubu Bechtěreviků platí členské příspěvky, které v roce 2014 činí 350,- korun. V příspěvku je zahrnuta, mimo jiné, cena předplatného časopisu, případně odběr „eBechtěrevika“. (30)

2. Cíl

Zmapovat možnosti v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou.

2.1 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou možnosti v používání kompenzačních pomůcek?
2. Jaký vliv mají kompenzační pomůcky na život pacienta s Bechtěrevovou chorobou?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, a to formou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru.

První otázky byly zaměřené na onemocnění samotné. Respondenti odpovídali na otázky týkající se objevení prvních příznaků a jejich projevy, léčby a na důsledky této choroby. Další otázky již směřovaly ke kompenzačním pomůckám a jejich používání. (viz příloha 2).

Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, které kompenzační pomůcky klienti využívají, jaký byl postup při výběru pomůcek, kde tyto pomůcky získali, jakým způsobem byly pomůcky hrazeny a zda bylo nutné v jejich domácím prostředí uskutečnit nějaká opatření či změny pro snadnější manipulaci s těmito pomůckami. Rozhovory jsou též zaměřeny na negativa pomůcek. Zejména na jejich nevýhody a nepříznivou adaptaci klientů.

U respondentů, kteří kompenzační pomůcky nevyužívají, neboť jejich nemoc nepostoupila do takového stádia, aby se k nim museli uchýlit, byly rozhovory zaměřené na to, z jakého důvodu pomůcky nevyužívají, zda mají představu o tom, kde kompenzační pomůcky sehnat, jestli vědí, jak postupovat při jejich získávání a zda jsou informováni o možnostech příspěvků zdravotních pojišťoven.

Se souhlasem všech respondentů, kteří se výzkumného šetření účastnili, byly jednotlivé rozhovory nahrávány na diktafon a poté přepisovány (viz příloha 3). Pro zpracování získaných rozhovorů byla zvolena metoda barvení textu. Následující postup spočíval v seskupení označených jevů do jednotlivých kategorií. Vybraná data z těchto kategorií byla poté roztržena do podkategorií.

Rozhovory s respondenty probíhaly, po předchozí telefonické domluvě, v jejich domácím prostředí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo osm klientů, u kterých byla diagnostikována Bechtěrevova choroba. Šestice respondentů jsou lidé starší šedesáti let a kompenzační

pomůcky pravidelně využívají při každodenních aktivitách. Dva respondenti doposud nevyžívají žádné kompenzační pomůcky.

4. Výsledky

Bechtěrevova choroba

Projevy nemoci

Většina respondentů při rozhovorech potvrdila, že Bechtěrevova choroba u nich vypukla v časném věku, a to mezi dvacátým a třicátým rokem života. „*U mě propukla brzy, bylo mi 21 let, když mi ji zjistili.*“ (R1) „*Zjistil jsem to v pětadvaceti letech.*“ (R4) U dvou nemocných byla nemoc diagnostikována až ve věku pozdějším. V obou případech až po jejich třiceti letech, ale bolesti způsobené touto chorobou nastaly mnohem dříve před návštěvou lékaře. „*Asi tak ve čtyřiceti letech, ale bolesti jsem měla už v pětadvaceti.*“ (R3) „*V pětatřiceti letech. Ale než tu diagnózu objevili, tak to trvalo rok, rok a půl.*“ (R8)

První příznaky nemoci jsou u většiny respondentů shodné. Nejčastějšími symptomy byly silné bolesti zad. „*Bolesti zad. Někdy to bylo opravdu nesnesitelné.*“ (R1) „*Začala mě bolet záda. Občas se mi stalo, že jsem ani nemohl vstát z postele.*“ (R4) „*Po prodělání mononukleózy mě začala bolet záda daleko víc než dřív. Největší bolesti jsem měla v noci. Pamatuji si, že jsem mohla spát pouze vsedě.*“ (R7) Dva z respondentů byli konkrétnější a ve svých výpovědích udávají, že nejintenzivnější bolest pociťovali v sakrální, tedy křížové oblasti. „*Nejsilnější bolesti jsem pociťoval v kříži*“ (R2). U některých respondentů se objevovaly také bolesti velkých kloubů. „*Bolely mě velké klouby, hlavně kolena a lokty.*“ (R8) U jednoho z respondentů byla primárním příznakem bolest na hrudi, bolest malých kloubů a pod lopatkami. „*Bolesti na hrudi a v zádech, hlavně pod lopatkami, také bolesti kloubů, bolely mě prsty.*“ (R3)

Terapie

Respondenti k léčbě nejčastěji užívají léky proti zánětům (nesteroidní antirevmatika) a léky tlumící bolest (analgetika). Častá je také jejich kombinace. „*Beru léku proti zánětům, a když mám velké bolesti, tak si musím vzít i něco na bolest.*“ (R1) „*Ted' užívám léky na bolest a antirevmatika.*“ (R4) U jednoho z dotazovaných lékařů zvolil odlišný postup, nežli lékaři jiní, a to kortikoidy. Konkrétní respondent je však neuzivá pravidelně, ale pouze dle potřeby. „*Zkoušíme kortikoidy. Když je to lepší, tak je neberu, když je to horší, tak je беру.*“ (R7) Objevily se ale i takové případy, kdy léky

proti bolestem nebyly dostatečně účinné, a proto muselo dojít k poněkud invazivnějším metodám tišící bolest. Tímto způsobem bývá bolest tlumena u dvou respondentů. U nich se objevují i takové bolesti, kdy jim musí být aplikovány analgetické injekce. „*Párkrát jsem dostala i injekci pod lopatku, protože jsem měla strašné bolesti. Ani jsem nemohla chodit.*“ (R3) „*Když dostanu záchvat, nebo se bolesti zhorší, tak mám silnější léky nebo už i injekce.*“ (R8) Není výjimkou, že kvůli bolestem došlo až k hospitalizaci. „*Když se to už nedá vydržet, tak musím na rehabilitační lůžkové oddělení nebo musím být v klidu doma.*“ (R8)

Respondenti se shodují na tom, že léky od bolesti většinou uleví, ale musí je užívat stále a pravidelně, ovšem nemoc nevyлéčí, a zaberou pouze na určitou chvíli. „*Od bolesti mi léky uleví, nemoc ale nevyлéčí.*“ (R2) „*Pomohlo mi to vždy jen na chvíli.*“ (R3) „*Stále musím brát ty léky na bolest.*“ (R4) U některých respondentů všechny dny shodné a v průběhu tohoto onemocnění mívají časté výkyvy. „*Někdy je to lepší, někdy horší.*“ (R4) „*Jeden den bych zvládla všechno možné a druhý den se nemohu hnout.*“ (R7)

Většina z dotazovaných též podstoupila lázeňskou léčbu. Někteří však na léčebném pobytu byli pouze několikrát, neboť podle jejich výpovědí jim lázeňská léčba ulevila pouze na nějaký čas. „*Jezdílal jsem tam skoro na měsíc a potíže se vždy vrátily po nějakém čase.*“ (R1) „*Byl jsem pouze jednou.*“ (R5) Jeden z dotazovaných této možnosti doposud nevyužil. „*Lázně mi nabízeli, ale ty jsem odmítla, protože se mi tam nechce. Když jsem mluvila s ostatními, kteří do lázní jezdí, tak lázně pomohou, ale vždy jen na určitou dobu. Takže návštěvy v lázních musí neustále opakovat.*“ (R8) Pouze jeden z dotazovaných je navštěvuje pravidelně. „*Ano, navštěvovala a stále navštěvuji, vždy každý rok.*“ (R3). Jeden z respondentů navštěvuje pravidelně rehabilitační centra. „*Dvakrát třikrát ročně jezdím do „rehabiliťáku“ a jednou ročně bych měla navštěvovat lázně.*“ (R7)

Rehabilitace

Nemocní, kteří rehabilitují pravidelně, se cvičení věnují především v ranních hodinách. „*Když vstanu z postele, tak si hned pár cviků udělám.*“ (R1) „*Ano, doma cvičím každé ráno.*“ (R3) Někteří však cvičí pouze, když mají čas. „*Bez toho cvičení to*

prostě nejde. Ale kolikrát nemám čas a potom je to znát.“ (R4) Dva respondenti mladšího věku, kteří stále pracují a starají se o rodiny, se cvičení věnují jen málo. *„Pravidelně necvičím, protože vstávám ve 4 hodiny ráno, ale v práci se tak různě kroutím, že si to už ani neuvědomuji. Občas se ale musím pořádně protáhnout.*“ (R7) *„Pravidelně necvičím, to jsem líná. Ale když mě to chytne, tak se protáhnout musím. Ale cvičit nějak násilně nemohu, protože se mi ta bolest rozbouří a je mi pak zle, že nemohu ani vstát.*“ (R8) Jeden z dotazovaných začal pravidelně cvičit až po velmi bolestivých zkušenostech. *„Po několika bolestivých zkušenostech jsem pochopil, že bez cvičení to nejde a čas si musím udělat.*“ (R6)

Při cvičení nemocní neuvítají žádné speciální cviky. Pro kvalitní rozhýbání klientům stačí protahování zad a kloubů. *„Takové ty klasické cviky, co se cvičí ve škole.*“ (R2) Někteří mají nacvičenou sestavu cviků, kterou se naučili při rehabilitacích během pobytu v lázních. *„Když jsem byl v lázních, tak jsem cvičil s rehabilitačními sestrami a zůstalo mi to dodnes. Nejsou to ale žádné speciální cviky.*“ (R1) *„Já mám naučenou svou sestavu cviků, kterou jsem se naučil v lázních.*“ (R5)

Důsledky nemoci

Problémy způsobené chorobou

Nejběžnější potíže způsobené chorobou se u respondentů objevují v oblasti chůze a vstávání. Díky chorobě jsou tyto činnosti pro ně bolestivé *„Nejčastěji mě bolí záda a špatně vstávám.*“ (R1) *„Největším problémem je pro mě chůze. Když mě bolí záda i klouby a musím někam jít, tak je to opravdu hrozné.*“ (R2) Jednomu z respondentů činilo velký problém dýchání, neboť konkrétní nemocný má, díky chorobě, silné bolesti na hrudi. *„Největší potíže mám při dýchání.*“ (R3) Jeden z nemocných se zmínil také o bolesti pod lopatkami. *„Nejhorší bolest pociťuji pod pravou lopatkou.*“ (R8) Dva respondenti si také stěžují na opakované záněty očí. *„Nemoc mi zasáhla i oči a stále se mi to vrací.*“ (R3) *„Také mám problémy s očima. Neustále se mi vrací záněty. A protože se do práce líčím, tak během těchto zánětů je to vážně nepříjemné. Když přijdu do práce, tak se mě ptají, co se mi stalo, že brečím a tak podobně.*“ (R8) U jedné z klientek došlo, díky zánětům způsobených chorobou, k několika nutným zákrokům. Některé výkony musí být lékaři prováděny opakovaně. *„Jisté je, že neustálé záněty, které mi*

migrují v těle, mě dohnaly na operaci inkontinence. Byla jsem na operaci karpálního tunelu, absolvuji neustálé obstríky kyčlí.“ (R7)

Ukončení volnočasových aktivit

Jedna z respondentek pravidelně cvičila, ale kvůli bolestem toho musela zanechat. *„Jako mladá jsem chodila do Sokola, ale už to bylo znát, tak jsem toho nechala.*“ (R3) Dva z dotazovaných aktivně žádný sport nevykonávali, ale museli zanechat pravidelných procházek. *„Dřív jsem měl psa a chodil jsem s ním na dlouhé procházky. Pak se objevily bolesti a od té doby už procházky nebyly tak intenzivní.*“ (R1) *„Já rád chodím na procházky. Ale s tím chodítkem to vždy nejde. Třeba v zimě nevycházím skoro vůbec.*“ (R5) Někteří z klientů byli aktivní v oblasti rekreačních sportů, ale po propuknutí prvních příznaků nemoci těchto aktivit museli zanechat, neboť problémy související s touto chorobou se neustále stupňovaly a bolesti byly intenzivnější. *„Hrával jsem basketbal, ale když jsem to s pohybem přehnal, tak jsem se druhý den nemohl hnout.*“ (R6) *„Chodívala jsem hrát volejbal, občas i cvičila aerobik, ale teď už to nezvládám“* (R7) *„Já jsem hodně sportovala a ráda jsem lyžovala. Ale to pro mě skončilo, protože kdybych spadla, tak by byl malér.*“ (R8) Pouze dva nemocní ve svých výpovědích uvádí, že žádné zvláštní zájmy v mládí ani v současné době nemají. *„Žádné zvláštní zájmy jsem neměl.*“ (R2) *„Asi ani ne. V mládí jsem žádný sport aktivně nedělal. A jinak mě nenapadá nic, čeho bych musel zanechat.*“ (R4)

Kompenzační pomůcky

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že nejvyužívanějšími kompenzačními pomůckami jsou francouzské berle, kolečková chodítka, nástavce na toalety, koupelnová madla a vycházkové hole. *„Mám chodítko, berle i hůlku.*“ (R2) *„Používám hůlku nebo tu jednu francouzskou berli. Také mám taková ta madla. Mám je ve vaně a na toaletě. Mám i vyvýšený záchod nástavcem.*“ (R3) *„Kromě chodítka mám v koupelně nástavec na toaletu a ve sprše mám madla.*“ (R5) Dva z respondentů kompenzační pomůcky k pohybu nevyužívají, neboť doposud nemají až takové problémy, které by museli řešit kompenzačními pomůckami. *„Pomůcky nevyužívám žádné, jen mám bederní pás, který si беру při bolesti.*“ (R7) *„Žádné pomůcky nevyužívám. Paní*

doktorka říkala, že podle vyšetření budu do dvou let na vozíku, ale průběh nemoci se hodně zpomalil.“ (R8)

Tři z dotazovaných respondentů užívající kompenzační pomůcky jsou spokojeni s těmi pomůckami, které doposud mají a o výměně neuvažují. *„Zatím si vystačím s tou berlí.“* (R1) *„Pro mě je důležité, že mám to chodítka, to je pro mě všechno.“* (R2) *„Asi ne, já ani nevím, co je na trhu.“* (R5) Další tři z klientů, jejichž pohyb musí být podporován kompenzačními pomůckami, však přemýšlí o zakoupení nové, pro ně vhodnější. *„Mně se moc líbí ta chodítka s tím košíčkem nebo s taškou.“* (R3) *„Já se nemohu moc ohýbat, takže bych potřeboval něco, čím bych si mohl podávat věci.“* (R6) *„Chci si pořídit k toaletě nějaké madlo. Špatně se mi vstává, takže bych se potřeboval něčeho přidržet.“* (R4) Dva z dotazovaných nevědí, které jiné kompenzační pomůcky jsou k dispozici. *„Já ani moc nevím, co se nabízí.“* (R1) Ti, kteří pomůcky nevyužívají, o nich doposud nepřemýšlí. *„Zatím ne, myslím, že ty pomůcky ještě nepotřebuji. Ted' jsem si koupila matraci pro mě vhodnou, ale o žádných speciálních pomůckách zatím nepřemýšlím.“* (R7)

O kompenzačních pomůckách potřebných k chůzi byli informováni ze strany lékařů pouze tři z respondentů. Vždy se jedná o francouzské berle. *„Když jsem byl na kontrole, tak jsem s lékařem mluvil o tom, že občas mívám problémy s chůzí. Tak mi napsal ty berle.“* (R1) *„Lékař mi doporučil pouze tu berličku, ale o ničem jiném mi neřekl.“* (R3) *„Od doktora. Já jsem mu říkal, že už mám problémy, tak mi je napsal.“* (R4) Ostatní z dotazovaných se o těchto možnostech informovali zcela sami nebo za spolupráce své rodiny. *„Dcera to chodítka našla na internetu. Madla s nástavcem mi zařídil syn.“* (R2) *„Tak co vidím po lidech, v časopisech a prospektech.“* (R3) *„Když jsem už při chůzi potřeboval pomoci, tak mi rodina poradila, že si mám něco pořídit.“* (R6) S kolečkovým chodítkem se jeden z respondentů poprvé setkal při doléčovacím pobytu na oddělení následné péče na Buchtově kopci. Chodítka mu vyhovovalo více, nežli francouzské berle, které při chůzi též využíval. *„Když jsem byl na Buchtově kopci. Tam mi ho půjčili, ale pak mi ho zase vzali a já jsem chodil s berlemi a to mi nešlo, protože jsem o ně zakopával. A pak jsem byl v Košumberku a tam jsem s ním zase chodil.“* (R5)

Většina kompenzačních pomůcek byla samotnými klienty nebo jejich blízkými zakoupena ve speciálních obchodech, které tyto pomůcky i jiné zdravotnické potřeby zajišťují. „Tady ve městě je obchod přímo s těmito pomůckami.“ (R1) „Ve Zdravěnce. Tam toho mají hodně.“ (R4) „Ve speciálním obchodě, kde tyhle pomůcky prodávají.“ (R6) Jen jeden z klientů získal pomůcky jiným způsobem. „Všechno mi obstaral syn. Chodítko mi koupil, jak se říká, z druhé ruky.“ (R5) Ti, kteří kompenzační pomůcky doposud nepoužívají, také mají představu o tom, kde by, v případě potřeby, pomůcky mohli získat. „Dají se půjčit na charitě, také pak ve „Zdravěnce“ se dá něco zakoupit. Pracovníci těchto „Zdravěnek“ mohou pomůcku objednat třeba z Brna.“ (R7) „Nejspíš bych to řešila se svou paní doktorkou, přes revmatoložku.“ (R8)

Při výběru kompenzačních pomůcek si tři z respondentů vyslechli doporučení odborníků, kteří jim vysvětlili, jaké kompenzační pomůcky by pro ně byly vhodné. „Tady nebylo co řešit. Přišel jsem s tím poukazem do obchodu a prodavače řekl, že potřebuji berle.“ (R1) „Chodí mi časopisy, takže tam jsem se něco dočetla a potom v tom obchodě mi řekli, co by se pro mě hodilo.“ (R3) „Věnovala se mi paní prodavačka.“ (R4) Ti, kteří výběr nechali na někom z rodiny, měli ve většině případů jasnou představu o tom, jak by konkrétní pomůcka měla vypadat a čím by měla být vybavena. V tomto případě se jedná především o pojízdná chodítka. „Já jsem chtěl, aby bylo pojízdné a s brzdami. Protože když jdu z kopečka, tak si přibrzdím.“ (R5) „Chodítko mi vybrala rodina, ale chtěl jsem, aby bylo s kolečky a s nějakou taškou nebo košíkem.“ (R6) Výjimkou není ani takový postup, kdy se nemocní neporadili s odborníky a pomůcku si zakoupili pouze na základě jednoho kladného hodnocení. „Moje známá má také chodítko a má na něm košík. A mně se to moc líbilo. Říkala, že je to pro ni velká úleva. Tak jsem ho chtěl také.“ (R2)

Klienti, kteří si kompenzační pomůcky zakoupili v obchodě se zdravotními potřebami, si velice pochvalovali přístup pracovníků, kteří se jim plně věnovali. „Prodavačka mi ukázala, jak se nastavuje výška berlí, ale jinak nic. Víc jsem vědět nepotřeboval.“ (R1) „To ano, v té prodejně mi ukázali, co a jak.“ (R2) „Věnovala se mi paní prodavačka. Ta je pomalu lepší než pan doktor.“ (R4) V jednom případě se pracovník obchodu s těmito pomůckami dostavil přímo do domácího prostředí klienta a

seznámil ho s kolečkovým chodítkem. „*Paní prodavačka, která pracuje v tom obchodě, tak za mnou přijela, chodítko dala dohromady a vysvětlila mi to.*“ (R6) Jeden z respondentů se s francouzskými berlemi naučil manipulovat již dříve, a to během hospitalizace v nemocničním zařízení. „*Já jsem dříve užívala obě berle, a to se mnou chodila rehabilitační sestra v nemocnici.*“ (R3) Druhý se s pomůckou, konkrétně s pojízdným chodítkem, naučil manipulovat během doléčovacího pobytu na oddělení následné péče na již zmiňovaném Buchtově kopci. „*Když jsem byl na Buchtově kopci. Tam mi ho půjčili.*“ (R5)

Někteří své pomůcky získali díky vypsáním poukazům od svého lékaře. Tyto poukazy byly vždy určené pro získání francouzských berlí. Avšak ostatní pomůcky, jako jsou chodítka, opěrná madla a nástavce na toalety, si klienti hradili sami nebo jim je obstarala rodina bez příspěvků pojišťoven. „*Dcera to chodítko našla na internetu. Potom zašla do prodejny a tam ho objednali. Madla s nástavcem mi zařídil syn. Ale myslím, že je koupil v obchodě pro tyto pomůcky.*“ (R2) „*Berli jsem dostala díky poukazu od paní doktorky a ostatní jsem si platila sama. Ani nevím, že pojišťovna hradí i jiné pomůcky.*“ (R3) „*To jsem si platil sám. Jen ty berle jsem měl doma. Ty jsem před lety dostal v nemocnici, když jsem měla úraz.*“ (R6) Pouze jeden z dotazovaných, kterému kompenzační pomůcky obstarala rodina, ví, že všechny tyto pomůcky pojišťovna hradí. Na otázku, zda má klient představu o tom, jak jinak lze kompenzační pomůcky získat, dotazovaný odpověděl: „*Asi na ně přispívá pojišťovna.*“ (R5) Nemocní, kteří doposud kompenzační pomůcky neužívají, na otázku týkající se úhrady těchto pomůcek, odpovídají odlišně. „*Vím, že mi může doktorka něco napsat, mohu se informovat i na pojišťovnách. I ve „Zdravěnkách“ se mohu dozvědět nějaké informace.*“ (R7) „*Nikdo mi nic nenabídnul, takže nevím, co a jak.*“ (R8)

U dvou klientů se v domácím prostředí žádné změny pro snadnější manipulaci s kompenzačními pomůckami provádět nemusely. Pouze jeden z nich zdůrazňuje, že je třeba být opatrný při chůzi přes prahy. „*Tak já tu berličku užívám jen někdy, takže jsem nic měnit nemusel. Občas, když si ji vezmu, tak si musím dávat pozor na prahy.*“ (R1) U dalších respondentů bylo třeba jen drobných úprav, jako přestěhování nábytku, odstranění prahů a v jednom případě i odstranění koberce, neboť konkrétnímu klientovi

hrozilo uklouznutí a následný pád. „*Akorát mi museli posunout stůl ke zdi, jinak nic.*“ (R2) „*Já osobně jsem žádné změny nedělal. Když pro mě syn přijel do Košumberku, tak už mi vezl to chodítko a doma mi přestěhoval nějaký nábytek, abych se dostal všude. Dal pryč prahy a v jedné místnosti jsem měl takový chlupatý koberec, takže ten musel také pryč.*“ (R5) „*Museli jsme posunout postel a stůl ke stěně a odstranit prahy.*“ (R6) U žádného z respondentů tedy nebylo třeba žádných rozsáhlých změn či dokonce rekonstrukcí.

Největší problém s adaptací je u respondentů způsoben pomůckou nejčastěji předepisovanou lékaři. Jedná se o francouzské berle. „*Když jsem při chůzi měla berle obě, tak jsem se na ně musela soustředit. Také když byl venku mráz a kluzko, tak se mi s nimi nechodilo moc dobře. Takže teď chodím pouze s jednou.*“ (R3) „*Když jedu třeba k lékaři a nastupuji do autobusu. Držet hůlky a zároveň nastupovat, to není jen tak.*“ (R4) „*Já měl problém jen s těmi berlemi. Bolela mě z nich ramena.*“ (R5) „*S chodítkem jsem problém neměl. Ale s těmi berlemi. Já měl nejdříve pouze jednu, ale to mi nevyhovovalo a tak jsem musel začít používat obě dvě. S jednou berlí chodím pouze v bytě.*“ (R6) Naopak kladných hodnocení klientů si získala kolečková chodítka. Velký význam pro nemocné májí i odkládací plochy, košíky nebo tašky, které jsou součástí těchto chodítek. „*Zvykl jsem si rychle. Ono je to jednoduché a dobře se s tím pracuje.*“ (R2) „*Na chodítko jsem si zvykl velice rychle. Když jdu do obchodu, tak si nakoupené věci dám do tašky na tom chodítku a nic nenosím v rukou.*“ (R5) „*Zvyknout si na chodítko problém nebyl.*“ (R6)

Při rozhovorech s respondenty bylo zjištěno, že každý nějaký ten problém, ať už větší či menší, s pomůckami má a musí ho nějakým způsobem řešit. „*Jeden problém jsem ze začátku měl. Když jsem jel autem a berli jsem musel vzít sebou, tak mi dělalo problém ji tam uložit.*“ (R1) „*S tím chodítkem se nedostanu do koupelny.*“ (R2) „*Když je venku bláto, tak ho na těch kolečkách dovezu dovnitř a pak to doma opadává.*“ (R5) „*S chodítkem je obtížné nastoupit do dopravy.*“ (R6)

Klub bechtěreviků

Pouze dva z dotazovaných respondentů jsou již mnoholetými členy klubu bechtěreviků a s jeho působením jsou spokojeni. „*Členem klubu bechtěreviků jsem už asi pětadvacet*

let.“ (R3) Tři z dotazovaných členy tohoto klubu byli, ale po určitém čase se členství vzdali, neboť jim schůzky a pravidelná setkání nevyhovovaly tak, jak před vstupem do klubu očekávali. U jednoho z respondentů bylo také jedním z důvodů, proč klub opustil, problém s dojížděním. „Členem klubu jsem byl, ale už nejsem. Moc mi to nevyhovovalo. Také mě tam museli vozit autem a já jsem pak už nechtěl obtěžovat.“ (R2) „Nějaký čas jsem byl, ale pak jsem odešel. Už mě neužije na to, abych jezdil na nějaké srazy. Vystačím si s tím, co mi řekne lékař.“ (R4) „Pro mě to nebylo přínosem. Já nemám čas, abych s nimi jezdila na nějaké bowlingy. A když čas mám, tak si radši vyjedu s rodinou.“ (R7) Zbylí respondenti o působení tohoto klubu vědí, ale tato možnost je žádným způsobem nezaujala. „Nejsem, ani jsem o tom nikdy nepřemýšlel. Vím o něm, taky vím, že se schází, ale členem nejsem.“ (R1) „Nejsem. Znáám pár lidí, kteří členy jsou, ale mě to nezaujalo.“ (R5) Jedním z důvodů, proč respondenti nestojí o členství v tomto klubu, může být i nedostatek času. Jedná se o jednu z dotazovaných, která stále dochází do práce. Klientka je také přesvědčena, že má veškeré informace, které potřebuje a v klubu by se o ničem novém nedozvěděla. „O té možnosti vím, ale myslím, že nepotřebuji žádné rady. Já vím, co mi dělá a nedělá dobře. Také jsem věčně v práci. Takže na to, abych ještě jezdila na nějaké schůzky, opravdu nemám čas.“ (R8)

5. Diskuze

Češka (6) uvádí, že Bechtěrevova choroba u člověka propukne většinou mezi dvacátým a třicátým rokem života. Data získaná od respondentů se s touto informací shodují, neboť dle jejich výpovědí u nich choroba propukla právě v těchto letech. U dvou klientů byla diagnóza určena až po jejich třiceti letech. Ovšem zdůrazňují, že bolesti se u nich objevily už dříve.

Léčba této choroby je především konzervativního typu. Respondenti užívají léky zpomalující zánětlivý proces (nesteroidní antirevmatika) a tlumící bolesti (analgetika). Základem léčby je pravidelná rehabilitace. Díky rozhovorům, které respondenti poskytli, bylo zjištěno, že ve většině případů nemocní necvičí správně. Proto je tato rehabilitace neúčinná a nemocným od bolestí neuleví. Cvičí jen, když je to nutné, a čas na pořádné cvičení nemají. V tomto případě se jedná o pacienty mladší, kteří stále chodí do práce a poté se starají o domácnost. O tom, že lidé s touto chorobou necvičí účelně, jsem se přesvědčila i díky rozhovoru s předsedou klubu bechtěreviků kraje Vysočina (viz příloha 4), který je pro tuto chorobu léčen. Ten uvádí, že ti, u kterých byla Bechtěrevova choroba diagnostikována, by se cvičení měli věnovat každý den, a to dvakrát denně po dobu patnácti až dvaceti minut, kdy je důraz kladen na cviky protahovací a rotační. Jeho doporučením pro nemocné je pravidelné plavání, především kraulový styl. Ovšem zdůrazňuje, že 90 % nemocných mimo lázně necvičí vůbec. Výpovědi respondentů bohužel poukazují na skutečnost, že ke cvičení dochází pouze jednou denně a v krátkém časovém úseku. Nepravidelnost jejich cvičení dva z respondentů odůvodňují brzkým ranním vstáváním a náročnou prací. Mimo jiné se prý přes den hýbou dostatečně. Pravděpodobně se však nejedná o takový pohyb, který by pro ně byl vhodný a naopak jim může ještě uškodit. Některým ve správném a pravidelném cvičení brání také jejich věk. Dle slov předsedy klubu se ale jedná o cviky protahovací a rotační a není třeba složitých a náročných sestav. Domníváme se, že nepravidelná rehabilitace může být také jedním z důvodů, kdy se nemocní ke kompenzačním pomůckám uchylují možná i dříve, než by museli, neboť se projevy jejich nemoci zhoršují.

Další skutečností je i to, že pacienti nevyužívají lázeňských pobytů do takové míry, jak jim je doporučováno. Pouze dva z respondentů jezdí do lázní pravidelně každý rok. Ostatní je navštívili pouze párkrát. Klienti tvrdí, že jim lázeňská léčba pomohla pouze na určitou dobu. Domníváme se však, že po příjezdu z lázní pacienti necvičí naučené cviky, a proto se problémy rychle vrací. Pokud ale lázeňská péče klientům uleví od bolestí, které bývají nesnesitelné, alespoň na několik měsíců a mohou tak žít relativně bez bolestí, nevidím žádný logický důvod, kvůli kterému by pacienti tuto možnost léčby měli odmítnout.

Kromě lázní a rehabilitačních zařízení, mohou klienti získat veškeré informace o správném cvičení i kompenzačních pomůckách v Klubu Bechtěreviků. Klub Bechtěreviků je organizace pacientů s Bechtěrevovou chorobou, jejímž cílem je snaha o vylepšení podmínek a životních situací lidí, u kterých tato nevyлéčitelná choroba propukla. (28) S klubem se nemocní mohou účastnit různých sportovních akcí, léčebných pobytů a také přednášek odborníků, které se každoročně konají. V klubu lze získat také praktické rady ze strany jiných nemocných, u kterých byla Bechtěrevova choroba diagnostikována, a kterých ostatní mohou využít i k řešení každodenních problémů. Každý člen má možnost odebírat časopis Bechtěrevik, kde se může dočíst o nejrůznějších aktivitách i léčebných pobytech, takzvaných rekondicích, i o jiných akcích, které pořádají Kluby Bechtěreviků z jiných krajů. Dále jsou zde uváděny novinky týkající se legislativy, nebo také léčby choroby. (29) Častá jsou setkání členů v plaveckých bazénech, kde dochází k rehabilitacím a léčebnému plavání. Ze získaných rozhovorů však můžeme tvrdit, že ne každý „bechtěrevik“ má zájem být členem tohoto klubu. Opět pouze dva z respondentů jsou několikaletými členy. Ostatní respondenti z klubu odešli, nebo se členy vůbec nestali. Respondent číslo osm je toho názoru, že žádné rady již nepotřebuje a on sám ví nejlépe, co mu dělá a nedělá dobře.

Kompenzačních pomůcek, které klienti s Bechtěrevovou chorobou mohou využívat, je celá řada a neustále se vyvíjejí. Dle výpovědí respondentů je však pouze několik druhů pomůcek, které jsou „bechtěreviky“ využívány. Nejedná se o žádné speciální typy pomůcek, které by byly určeny přímo pro pacienty s touto diagnózou, ale o takové pomůcky, které mohou využívat všichni, kteří mají problémy s chůzí i jinými pohyby.

Dle Žižky (13) je nutné, aby se každý o užívání a manipulaci s těmito pomůckami poradil s odborníkem, který poskytuje informace o tom, zda je konkrétní pomůcka pro konkrétního klienta vhodná, neboť každý je individualita a vyhovuje mu něco jiného. Popisuje ovšem i takový postup, kdy klienti hledají rady a informace u jiných osob s totožnou diagnózou a především s takovou pomůckou, o kterou má dotyčný zájem. Klienti se mohou seznámit se všemi pozitivy i negativy této pomůcky, jaké s ní mají uživatelé zkušenosti, a zda je cenově dostupná. Žižka (13) ovšem uvádí, že doporučeným a platným postupem před získáním konkrétní pomůcky je pohovoření s odborníkem, v nejlepším případě s fyzioterapeutem či ergoterapeutem. Ze svého okolí znám několik případů, kdy lidé měli pomůcky vypůjčené od svých známých. Konkrétní pomůcky, většinou se jednalo o vycházkové hole, u kterých nelze nastavit jejich výšku, dotyčným neulevily v takové míře, v jaké by měly, neboť nebyly určeny přesně pro ně. Žižka (13) také uvádí, že klientům hrozí až zhoršení jejich zdravotního stavu při užívání pomůcky pro ně nevhodné. Není výjimkou, že nemocní svou kompenzační pomůcku museli vyměnit za jinou. V tomto případě se jedná o respondenta číslo pět, který dříve k pohybu využíval francouzské berle. Ty mu však nevyhovovaly. Při doléčovacím pobytu se ale setkal s pojízdným chodítkem a při jeho užívání klient získal větší stabilitu a na chůzi se nemusel tolik soustředit.

Budeme-li dále mluvit o francouzských berlích, které patří mezi nejčastěji užívané pomůcky, je nutné se zmínit o tom, že ne všem klientům tyto pomůcky plně vyhovují, a to na základě výpovědí respondentů tři, čtyři, pět a šest. Ti popisují nevýhody, které tyto pomůcky mají. Někomu vyhovovala pouze jedna berle, druhému vyhovovaly obě, a dalšímu nevyhovují vůbec, neboť o ně například zakopává, nebo mu způsobují bolesti ramen, jak ve své výpovědi zdůrazňuje respondent číslo pět. Velmi chválena jsou však již zmiňovaná kolečková pojízdná chodítka. Jsou stabilnější než francouzské berle a klienti se o ně mohou opřít celou váhou a dostanou se s nimi téměř všude. Jsou vybavené odkládací plochou a bývají opatřené košíky nebo taškami. Uživatelé těchto chodítek si tak mohou bez větší námahy na své cesty vzít veškeré věci, které potřebují, a těžké tašky nemusí nosit v rukou. Součástí výbavy jsou i brzdy, díky kterým lze regulovat rychlost chodítka.

Během výzkumného šetření jsme došli k závěru, že žádný zvláštní důraz není kladen na nástavce na toalety a opěrná madla. Dle našeho mínění přináší klientům úlevu, pohodlí a větší stabilitu. Soudíme tak díky skutečnosti, že velká většina respondentů tyto pomůcky doma užívá.

Jednou z možností, jak se s pomůckou seznámit a naučit se s ní manipulovat, jsou také půjčovny kompenzačních pomůcek. Tyto půjčovny pomáhají lidem s určitým tělesným handicapem i jejich blízkým, které o ně denně pečují v jejich prostředí a díky těmto zprostředkovatelům nemocní přecházejí období, než budou moci uplatnit nárok na hrazení pomůcek pojišťovnou. (12) Z výpovědí uživatelů těchto kompenzačních pomůcek bylo zjištěno, že nikdo z dotazovaných těchto půjčoven nevyužil a veškeré potřebné pomůcky získali přímo ve speciálních obchodech s těmito zdravotními potřebami, kde se pracovníci zákazníkům plně věnují. Sdělí jim veškeré informace o konkrétní pomůcce a o manipulaci s ní. Respondent číslo šest má i takovou zkušenost, kdy pracovnice obchodu se zdravotnickými potřebami tohoto klienta navštívila přímo v jeho domácím prostředí a kompenzační pomůcku, v tomto případě se jednalo o kolečkové chodítko, přivezla sebou. Chodítko sestavila a dotyčnému sdělila veškeré informace, které se týkají manipulace a údržby.

Respondentům užívajícím francouzské berle, byly pro jejich získání vypsané poukazy od lékařů. Zbylé pomůcky si klienti hradili sami. Skutečností však je, že tyto pomůcky, jako kolečková chodítka a nástavce na toalety, hradí pojišťovna. Žižka (13) uvádí, že zdravotní pojišťovny přispívají na kompenzační pomůcky 75 % celkové částky, a to na pomůcky takzvaného základního typu. Na webových stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny jsou seznamy, takzvané číselníky, veškerých pomůcek, které jsou pojišťovnou hrazeny. Mimo jiné jsou mezi ně řazeny také pomůcky výše zmiňované. Proč tedy lidé, kteří mají problém s pohybem, těchto příspěvků nevyužívají? Díky rozhovorům s respondenty bylo zjištěno, že lékaři vypisují poukazy nejčastěji na francouzské berle. Klienti zřejmě nevědí, že lékaři jsou schopni předepsat i poukazy, které hradí i jiné pomůcky usnadňující pohyb. Dalším důvodem může být i to, že je lékaři o tomto způsobu získání pomůcek neinformují. O samotné pomůcce je ovšem vhodnější se poradit s odborníky. Dle Žižky (13) správným postupem není

takový způsob, aby kompenzační pomůcky klientům doporučoval pouze ošetřující lékař, neboť se tyto pomůcky stále vyvíjejí a ošetřující lékaři tento postup nesledují. Nevhodně zvolená kompenzační pomůcka klientům může i uškodit a následně by mohlo dojít k nevratnému zhoršení jejich zdravotního stavu. Proto je doporučované poradenství ze stran fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Dle našeho mínění by veřejnost měla být o této problematice více informována. Klienti by měli mít poznatky o tom, na jaké kompenzační pomůcky mají nárok. Jednou z možností je i to, že se klienti o možnostech, jak kompenzační pomůcky získat jiným způsobem, než vlastní úhradou, nezajímají. Nemocní se mohou také zeptat přímo na svých pojišťovnách. Potřebné informace mohou získat i v obchodech nebo půjčovnách s kompenzačními pomůckami, dále od pracovníků rehabilitačních center nebo lázní. Mnoho informací lze získat i na internetových stránkách jednotlivých obchodů nebo půjčoven. Vzhledem k věku pacientů je tento způsob z jejich strany méně pravděpodobný, ale každý jistě má někoho z rodiny nebo známého, který je schopen vše zjistit a potřebné informace získat.

Získaná kompenzační pomůcka přináší do života jejich uživatelů určitou změnu. I takováto změna může mít vliv na kvalitu života klientů. Šamajová (14) se zmiňuje o změnách v domácím prostředí, ke kterým po opatření kompenzačních pomůcek dochází. Hovoří se zde o potencionálně rizikových předmětech, které mohou způsobit obtížnou manipulaci s pomůckou až pád nemocného a také o menších stavebních úpravách. Získaná data z rozhovorů potvrzují, že v domácím prostředí uživatelů kompenzačních pomůcek došlo pouze k takovým úpravám, kdy bylo třeba přesunout nábytek, odstranit prahy a koberečky. Nikdo z dotazovaných respondentů se nezmínil o tom, že by například kvůli chodítkům muselo dojít k rozsáhlým rekonstrukcím, k rozšiřování dveří, bourání zdí a podobně. Kromě drobných úprav, dochází také k některým omezením. Získaná data z rozhovorů poukazují na skutečnost, že se jedná pouze o omezení drobná. Domníváme se však, že i takovéto drobné problémy mají negativní vliv na příznivou adaptaci na kompenzační pomůcku. Většina respondentů měla problém s přizpůsobením se na pomůcku nejčastěji předepisovanou lékaři, kterou jsou francouzské berle, o kterých jsem se zmiňovala již výše. I kolečková chodítka, která mají příznivější ohlasy, než francouzské berle, mají také svá negativa. Jsou široká

a při užších rozměrech dveří dělá klientům problém s chodítkem pohodlně projít. Respondent číslo dvě v rozhovoru poukázal na problém, který se týká velikosti chodítka. Dotyčný se s ním nedostane do koupelny, a pokud ano, nemůže s ním plně manipulovat.

Kolébalová a Kratochvílová (23) popisují faktory, které ovlivňují bezpečný pohyb s kompenzační pomůckou. Zmiňují se o důležitosti neklouzavých povrchů, o pevné obuvi, nejlépe s páskou přes patu, i dostatečném prostoru pro snadnou manipulaci s pomůckami. Pokud mají uživatelé pomůcek podporujících chůzi v domácnosti plovoucí podlahy, jde tato situace řešit jednak již zmiňovanou pevnou obuví a též jsou v prodeji i ponožky s protiskluzovou plochou. Respondenti, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, však nejčastěji k prevenci pádu využívají gumové protiskluzové ochrany, které jsou umístěny na koncích francouzských berlí a vycházkových holí.

Ne vždy jsou však kompenzační pomůcky pro klienty přínosem. Ti, kteří stále sami a bez pomoci druhých dojíždějí dopravou k lékaři, nebo za jinými účely do vzdálenějších míst, se potýkají s problémy, které se týkají nastupování a vystupování. Odpověď respondenta čtyři, užívajícího francouzské berle, poukazuje na to, že se s tímto problémem pravidelně potýká při cestování ke svému lékaři. Žádný z autobusů, vlaků, ani jiných typů hromadných dopravních prostředků, nemají bezbariérové přístupy, proto jsou tyto způsoby dopravy nemyslitelné pro uživatele kolečkových chodítek.

Jsme toho názoru, že kompenzační pomůcky mají na kvalitu života „bechtěreviků“ velký vliv. Z určitého pohledu jistě i mírně negativní, ale po zhodnocení veškerých kladných a záporných stránek jsou kompenzační pomůcky pro jejich uživatele přínosem. Šamajová (12) kompenzační pomůcky popisuje jako pomůcky, které jsou využívány lidmi, kteří z důvodu úrazu, nemoci či věku částečně nebo úplně pozbyli určité pohybové schopnosti. Klienti v pokročilé fázi Bechtěrevovy choroby bez využití těchto pomůcek mají problémy s chůzí a vstáváním. Bez nástavců na toaletu musí do hlubokého sedu a při chybějících opěrných madlech je pro ně vstávání velice náročné. Díky těmto pomůckám jsou klienti soběstačnější ve všech oblastech, než bez nich. Ti, kteří měli problémy s chůzí, mohou chodit. Ti, co nemohli vstávat, vstanou bez pomoci

druhé osoby. Pro osoby vyššího věku je, dle našeho názoru, důležitým prvkem v jejich životě to, že se o své potřeby mohou postarat samostatně.

Domníváme se, že kompenzační pomůcky jsou dobře získatelné a dostupné. Větší pozornost by se měla věnovat jejich úhradě. Klienti si své pomůcky hradili sami, kromě francouzských berlí, na které jim byly vypsány poukazy od jejich lékařů. Tato problematika by měla být ze strany lékařů i pojišťoven více řešena. Při návštěvách lékaře by lidé s pohybovými problémy měli být zdravotnickým personálem více informováni o získávání těchto pomůcek a odkazováni na odborníky, kteří jim na základě jejich diagnózy doporučí kompenzační pomůcku pro ně nejvhodnější.

Další možností by mohly být informační brožurky poskytované pojišťovnami, kde budou základní informace o tom, jaké pomůcky jsou na trhu, kde je lze získat, jakým způsobem je lze získat, a kdo a za jakých podmínek na ně má nárok.

6. Závěr

Bechtěrevova choroba, nebo také Ankylozující spondylitida, je nemoc doposud nevyléčitelná. Prognóza bývá individuální. Záleží zde na postupu i na délce trvání choroby. Nemocní mohou však vést aktivní život, dodržují-li předepsanou léčbu. Pokud však nedochází k pravidelnému a správnému cvičení, může u jedince dojít k trvalým následkům až invaliditě a tím k závislosti na pomoci druhé osoby. Choroba v pokročilé fázi způsobuje nemocným bolesti, které jsou nejintenzivnější při pohybových činnostech. Pro navrácení relativní soběstačnosti a k úlevě od bolesti jsou tu kompenzační pomůcky, kterých je celá řada a stále se vyvíjejí nové a kvalitnější, které klientům napomáhají k bezbolestnému a snadnějšímu pohybu.

Cílem práce je zmapování možností v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou. Pro jeho splnění byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První otázkou jsou tyto možnosti zjišťovány. Nejčastějšími kompenzačními pomůckami, které jsou nemocnými využívány, jsou pomůcky pro usnadnění chůze a pro zlepšení stability. Jedná se o kolečková chodítka, francouzské berle, nástavce na toalety a opěrná madla. V problematice úhrady pomůcek bylo zjištěno následující: Pohybově postižení finančních příspěvků pojišťoven využívají. Získaná data z rozhovorů poukazují na to, že lékařské poukazy jsou vypisovány nejčastěji na francouzské berle. Žádný z respondentů nezískal nástavec na toaletu nebo chodítka díky tomuto poukazu, který následně umožňuje získání konkrétní pomůcky.

Druhá výzkumná otázka se zabývá problematikou kompenzačních pomůcek a jejich vlivu na kvalitu života nemocných. Díky získaným rozhovorům jsme zjistili, že kompenzační pomůcky pomáhají klientům během aktivit, které jsou pro ně bez takovéto pomoci obtížné a bolestivé. Proto v kompenzačních pomůckách vidíme pro pohybově postižené klienty velký přínos. Díky těmto pomůckám jsou klienti navraceni zpět do běžného života.

Dle získaných dat od respondentů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, hodnotíme, že zvolené výzkumné otázky byly zodpovězeny. Proto i cíl této bakalářské práce byl, dle našeho mínění, splněn.

V této bakalářské práci jsme poukazovaly na to, že všeobecné sestry mají mnoho rolí. Jedna z těchto rolí je i role vzdělavatele nejen pro klienty, ale i pro jejich rodiny a blízké. Každá ze všeobecných sester by měla mít alespoň základní poznatky o zdravotnických pomůckách, mezi které jsou řazeny i kompenzační pomůcky užívané pro snadnější pohyb nemocných. Pokud tyto poznatky nemá, měla by klienta alespoň odkázat na odborníka, nejlépe na fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta, kteří pacientům doporučí, jaké kompenzační pomůcky by pro dotyčného byly vhodné, kde je může získat a jakým způsobem je získá.

Jsme toho názoru, že kompenzační pomůcky sehrávají v životech seniorů velmi důležitou roli a v mnoha případech se tyto lidé bez těchto pomůcek neobejdou. Nejedná se však pouze o seniory, ale i o ostatní, kterým do životů vstoupily nemoc či úraz.

Tato práce popisuje možnosti, díky kterým osoby s pohybovým postižením a zhoršenou soběstačností mohou potřebné kompenzační pomůcky získat. Věřím, že tyto poznatky pomohou nejen osobám s Bechtěrevovou chorobou k získání takové pomůcky, která jim uleví od bolesti, pomůže k získání soběstačnosti a navrátí zpět do běžného života.

Práce je podkladem pro vydání brožurky se základními informacemi o kompenzačních pomůckách pro osoby s Bechtěrevovou chorobou a jinými nemocemi či úrazy (viz příloha 5).

7. Seznam informačních zdrojů

1. OLEJÁROVÁ, Marta. Bechtěrevova nemoc: čtení o nemoci egyptských faraonů, Karla Čapka i vaší. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 31 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2568-3.
2. KOLEKTIV, Ladislav Chrobák a. Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1309-8.
3. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Praktický slovník medicíny. 7. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2004, xv, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.
4. KLENER, Pavel. Vnitřní lékařství. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
5. OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. Lexikon revmatologie pro sestry. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-802-0424-556.
6. ČEŠKA, Richard. Interna. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3874-230.
7. ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA. Základy posuzování invalidity. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 357 s. ISBN 978-802-4735-351.
8. Rizikové skupiny pacientů. Revmatické nemoci.cz [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.revmaticke-nemoci.cz/rizikove-skupiny-pacientu>
9. VOKURKA, Martin. Velký lékařský slovník. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2005, xv, 1001 s. ISBN 80-734-5058-5.
10. NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978 -80-247-2319-8.
11. ZEMAN, Marek. Základy fyzikální terapie. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013, 105 s. ISBN 978-80-7394-403-2.
12. ŠAMAJOVÁ, Darina. Půjčovna kompenzačních pomůcek. Sociální péče. 2009, č. 2. DOI: 1213-2330.
13. ŽIŽKA, Zdeněk. Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, 107 s. ISBN 978-808-7181-072.
14. ŠAMAJOVÁ, Darina. Pomůcky v domácí péči. Sociální péče. 2005. DOI: 1213-2330.

15. Berle, hole a příslušenství. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/berle_a_hole/berle_a_hole.php
16. Chodítka. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/choditka/choditka.php>
17. Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#osobni-hygiena>
18. Ortoservis e-shop: Koupelnová toaletní madla [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/koupelnova_toaletni_madla/koupelnova_toaletni_madla.php
19. Ortoservis e-shop: Nástavce na WC [online]. 2005 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/nstavce_na_wc/nstavce_na_wc.php
20. Ortoservis e-shop: Pomůcky pro oblékání. Ortoservis e-shop: Pomůcky pro oblékání [online]. 2005 [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#oblekani>
21. Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-kuchyne-a-na-jidlo>
22. Ortoservis e-shop: Pomůcky do domácnosti [online]. 2005 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-domacnosti>
23. KOLÉBALOVÁ, Jitka a Jana KRATOCHVÍLOVÁ. Rehabilitujeme doma: jak pomoci nemocnému v pohybových aktivitách v domácím prostředí. Vyd. 1. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010, 95 s. Pečuj doma. ISBN 978-802-5473-344.
24. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
25. Otázky a odpovědi. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/otazky-a-odpovedi/zdravotnictvi-a-zdravotni-pece/302/prispevek-na-zdravotnicke-prostredky>

26. EVA KLUSOŇOVÁ, Jana Pitnerová. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram). Vyd. 2., dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-701-3423-2.
27. ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitační ošetřovatelství. Sociální péče. 2005. DOI: 1213-2330.
28. Klub bechtěreviků. Klub bechtěreviků - spolek [online]. 2012 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.klub-bechterevidu.cz/>
29. FANTA, Jindřich. Výtah ze směrnice. Bechtěrevik: informační občasník klubu bechtěreviků. 2013, č. 156.
30. FANTA, Jindřich. Placení členských příspěvků. Bechtěrevik: informační občasník klubu bechtěreviků. 2014, č. 166.

8. Klíčová slova

Bechtěrevova choroba

Kompenzační pomůcky

Příspěvky pojišťoven

Role sestry

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Kompenzační pomůcky

Příloha 2 Otázky použité v rozhovorech

Příloha 3 Přepisy rozhovorů

Příloha 4 Rozhovor s předsedou klubu Bechtěreviků kraje Vysočina

Příloha 5 Brožurka o kompenzačních pomůckách pro osoby s poruchou hybnosti

Příloha 1

Kompenzační pomůcky

Pomůcky usnadňující pohyb

Vycházková hůl



Zdroj: Berle, hole a příslušenství. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].

Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/berle_a_hole/berle_a_hole.php

Berle s měkčenou rukojetí



Zdroj: Berle, hole a příslušenství. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].

Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/berle_a_hole/berle_a_hole.php

Tříkolové chodítko



Zdroj: Chodítka. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/choditka/choditka.php>

Chodítko pevné



Zdroj: Chodítka. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/choditka/choditka.php>

Pomůcky pro hygienickou péči a oblékání

Mycí houba s rukojetí



Zdroj: Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#osobni-hygiena>

Kartáč na chodidla



Zdroj: Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#osobni-hygiena>

Madla



Zdroj: Koupelnová toaletní madla. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].
Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/koupelnova_toaletni_madla/koupelnova_toaletni_madla.php

Nástavec na WC



Zdroj: Ortoservis e-shop: Nástavce na WC [online]. 2005 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z:
http://eshop.ortoservis.cz/pages/nstavce_na_wc/nstavce_na_wc.php

Pomůcky pro stravování

Držák pro otevření uzávěrů



Zdroj: Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-kuchyne-a-na-jidlo>

Nůž s rukojetí



Zdroj: Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-kuchyne-a-na-jidlo>

Ostatní pomůcky

Stupínek



Zdroj: Ortoservis e-shop: Pomůcky do domácnosti [online]. 2005 [cit. 2014-02-11].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-domacnosti>

Stolek do lůžka



Zdroj: Ortoservis e-shop: Pomůcky do domácnosti [online]. 2005 [cit. 2014-02-11].
Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-domacnosti>

Příloha 2

Otázky použité v rozhovorech

V kolika letech Vám byla Bechtěrevova choroba diagnostikována?

Jaké byly první příznaky nemoci?

Jak probíhá Vaše léčba nemoci?

Cvičíte pravidelně?

Jaké cviky Vám zaručeně uleví od bolesti?

V jaké oblasti Vám nemoc činní největší potíže?

Měl jste nějaké zájmy, kterých jste, díky nemoci, musel zanechat?

Používáte některé z kompenzačních pomůcek?

Je nějaká kompenzační pomůcka, kterou nemáte a byla by pro Vás vhodná?

Kde a od koho jste se o možnosti využití kompenzačních pomůcek dozvěděl?

Kde Vám byly kompenzační pomůcky poskytnuty?

Jak jste postupoval při výběru kompenzačních pomůcek?

Byly Vám poskytnuty dostatečné informace, které se týkají manipulace s kompenzační pomůckou?

Musel jste v domácím prostředí provést některé změny pro lepší manipulaci s kompenzační pomůckou?

Měl jste problémy s adaptací na kompenzační pomůcku?

Omezuje Vás v něčem některá z kompenzačních pomůcek?

Je ve Vašem blízkém okolí možnost zapůjčení nebo zakoupení kompenzačních pomůcek?

Jste členem klubu bechtěreviků?

Příloha 3

Přepisy rozhovorů

Přepsané rozhovory s respondenty jsou nahrány na CD, které je přiložené k této práci.

Příloha 4

Rozhovor s předsedou klubu Bechtěreviků kraje Vysočina

Vy sám jste pro Bechtěrevovu chorobu léčen?

„Já sám dle lékařů mám Bechtěreva 4. stupně a myslím, že byste to na mně nepoznala.“

Co je pro osoby, u kterých byla Bechtěrevova choroba diagnostikována, nejdůležitější?

„ Jak já užívám slovo „Béd'ové“ by měli cvičit, cvičit a zase cvičit, což většinou nedělají. Většinou jedou jednou za rok, nebo za dva do lázní a to je tak všechno.“

Jak by takové cvičení mělo vypadat?

„Každý "Béd'a" by měl nejméně 2x denně cvičit 15-20 min. Bohužel, dovolím si tvrdit a mám to ověřené, že 90% pacientů praktický mimo lázní necvičí vůbec.“

Jsou nějaké speciální cviky určené přímo pro osoby s touto diagnózou?

*„Cvičit je potřeba protahovací a rotační cviky. Ani některé lázně nemají speciální cviky pro „bechtěreviky“ a proto cvičí s ostatními klienty, přestože mají jiné diagnózy.“
Ideální je plavání, konkrétně kraul. Tento způsob zahrnuje všechny druhy cviků. Bohužel, má to jednu vadu. Málokterý "Béd'a" umí plavat kraul. V pokročilé nemoci to ani nejde.“*

A vy chodíte plavat?

„S klubem bechtěreviků chodíme cvičit pravidelně každý pátek. Jinak já jsem bývalý trenér plavání a sport byl pro mne všechno.“

Organizujete s klubem, kromě plavání, i jiné akce?

„Po bazénu se s „bechtěreviky“ scházíme v restauraci Labuť. Každé pondělí si chodíme zahrát bowling. Jednou za měsíc chodíme na výšlapy a jednou až dvakrát za ročně se účastníme týdenních rekondicí.“

Příloha 5

Brožurka o kompenzačních pomůckách pro osoby s poruchou hybnosti



Kompenzační pomůcky jsou takové pomůcky, které jsou využívány lidmi ve vysokém věku. Těž jsou určeny pro osoby, kterým život zasáhla vážná choroba či úraz a částečně nebo úplně pozbyli určité pohybové schopnosti. K dispozici jsou kompenzační pomůcky podporující pohyb, pro stravování, hygienické účely a oblékání.

Kompenzační pomůcky lze získat díky poukazu předepsaného lékařem. Ten je vypsán po posouzení postižení a zhodnocení aktuálního zdravotního stavu. Poukaz vypisuje pouze neurolog, ortoped, geriatrický lékař a lékaři v oborech ortopedické protetiky, rehabilitační a fyzikální medicíny a všeobecného praktického lékařství. Díky těmto poukazům jsou pomůcky hrazeny zdravotními pojišťovnami a to pětasedmdesáti procenty jejich celkové částky. Tyto příspěvky se vztahují na pomůcky základního typu.

Pro hrazení těchto pomůcek je důležité, aby klient splnil určité podmínky. Základní podmínkou je to, že klient pokračuje v léčbě onemocnění. Dále se pomůcky předepisují v případech uchování či zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo při kompenzaci schopnosti, k jejíž ztrátě došlo díky chorobě klienta.

Kompenzační pomůcky jsou dostupné v obchodech se zdravotními potřebami.



Pro výběr té nejvhodnější kompenzační pomůcky a pro snadnou manipulaci je nutné dodržovat tato čtyři důležitá pravidla.

1. Poradit se s odborníkem

Před získáním samotné kompenzační pomůcky je nutné, aby se klient o této problematice poradil s odborníkem. V nejlepším případě s fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem. Ten po zhodnocení aktuálního stavu klienta doporučí nejvhodnější pomůcky. Odborník se řídí i prognózou onemocnění, neboť se předpokládá, že pomůcky se budou užívat dlouhodobě. Konkrétní pomůcka je hodnocena i z hlediska vhodnosti pro aktuální zdravotní stav nemocného.

Takovýto postup je důležitý proto, neboť dojde-li ke špatnému zvolení pomůcky, následuje poškození jedince a výjimkou není ani ireverzibilní zhoršení stavu.

2. Návštěva lékaře

Po konzultaci s odborníkem, který konkrétnímu klientovi doporučil tu nejvhodnější kompenzační pomůcku, je dalším krokem návštěva lékaře. Ten následně vypíše poukaz, díky kterému vybranou pomůcku lze získat.

3. Návštěva obchodu

Se získaným poukazem klienti zamíří do obchodu se zdravotními potřebami. Zde se jim pracovníci plně věnují a s pomůckou je seznámí. Jsou informováni o manipulaci, vybavení i údržbě.

4. Změna v domácím prostředí

Při užívání kompenzačních pomůcek bývá nutné, aby v domácím prostředí uživatelů došlo k určitým změnám. Jestliže pacient potřebuje k chůzi berle či hůl, je potřebné, aby povrch podlah neklouzal. Měly by z nich být odstraněny všechny koberečky i prahy. Důraz je kladen i na dostatečný prostor, který je potřebný pro snadnou manipulaci. Nutná je i kvalitní obuv. Musí být pevná, neklouzavá, vhodný je i pásek přes patu. Změny se týkají i nábytku, který v některých případech musí být přestěhován či odstraněn. Důraz je kladen na prevenci pádu. Koupelny i WC lze proto vybavit madly. Do vany či sprchového koutu jsou vhodné protiskluzové podložky.

Typy kompenzačních pomůcek:

1. Kompenzační pomůcky pro usnadnění pohybu

Mezi tyto pomůcky jsou řazeny nejrůznější typy holí, jako vycházkové či skládací. Pro získání větší stability jsou tu chodítka pevná, kloubová i s kolečky.



2. Pomůcky pro hygienickou péči a oblékání

Do této kategorie jsou řazeny pomůcky jako mycí houby s rukojetí, kartáč s přísavkami pro hygienu chodidel, madla do vany, sprchových koutů i k toaletě, hřebeny s rukojetí, oblékací hole se lžící na boty, zouváky a navlékače ponožek.



3. Pomůcky pro stravování

Klienti, kteří mají problém při stravování, mohou využít těchto pomůcek: hrnky s držáky po obou stranách, držáky na tetrapaková balení, sady příborů, které lze ohnout do pozice, která klientovi vyhovuje, příbory s anatomickou rukojetí podporující samostatnost při jídle, talíře se zvýšeným okrajem a šikmým dnem, protiskluzové držáky pro otevření nebo zavření uzávěrů sklenic, kuchyňský nůž s kolmou rukojetí a prkénko s okrajem a zarážkou

Nejužívanější kompenzační pomůcka

Francouzské berle



Francouzské berle, na jejichž konci bývají protiskluzné gumové ochrany, jsou určeny pacientům, kteří potřebují oporu předloktí a paží. U některých typů holí jsou přítomny i poutka k fixaci na předloktí.



Nejlépe hodnocená pomůcka

Speciální chodítka



Součástí příslušenství jsou košíky či tašky, odnímatelné tácky i brzdy. Chodítka bývají skládací i s nastavitelnou výškou madel. Při výběru této pomůcky usnadňující pohyb je důležité zhodnotit, zda se uživatel bude pohybovat pouze v domácnosti, nebo i v okolí bydliště, a teprve na základě toho se doporučuje zvolit vhodný typ chodítka.

Zdroje:

1. ŠAMAJOVÁ, Darina. Půjčovna kompenzačních pomůcek. *Sociální péče*. 2009, č. 2. DOI: 1213-2330.
2. ŽIŽKA, Zdeněk. Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, 107 s. ISBN 978-808-7181-072.
3. Chodítka. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/choditka/choditka.php>
4. Berle, hole a příslušenství. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://eshop.ortoservis.cz/pages/berle_a_hole/berle_a_hole.php
5. KOLÉBALOVÁ, Jitka a Jana KRATOCHVÍLOVÁ. Rehabilitujeme doma: jak pomoci nemocnému v pohybových aktivitách v domácím prostředí. Vyd. 1. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010, 95 s. Pečuj doma. ISBN 978-802-5473-344.
6. Ortoservis e-shop: Pomůcky pro oblékání. Ortoservis e-shop: Pomůcky pro oblékání [online]. 2005 [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#oblekani>
7. Pomůcky denní potřeby. Ortoservis e-shop [online]. 2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://eshop.ortoservis.cz/pages/pomucky-denni-potreby/pomucky-denni-potreby.php#do-kuchyne-a-na-jidlo>