



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
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Využívání fyzikální terapie při léčbě vybraných zánětlivých revmatických onemocnění z pohledu pacientů

Vypracoval: Irena Cihlářová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D

České Budějovice 2015

Abstrakt

Revmatologie je součástí vnitřního lékařství zabývající se onemocněním pohybového aparátu. Hlavní náplní tohoto oboru je diagnostika a léčba těchto onemocnění. V revmatologii se využívá, kromě poznatků z vnitřního lékařství, také imunologie, rehabilitace a fyzikální terapie. Revmatická onemocnění postihují v první řadě klouby, svaly a šlachy. Napadeny mohou být i endokrinní žlázy, nervová soustava či vnitřní orgány jako například ledviny, játra, plíce, gastrointestinální trakt a kůže. Pro snadnější diagnostiku byla revmatická onemocnění rozdělena do několika skupin. Celkem je dle prof. Pavelky skupin šest. Onemocnění se dělí na zánětlivá, degenerativní, metabolická kostně - kloubní, mimokloubní onemocnění, septické artritidy a další. Ve většině případů není zcela známá příčina onemocnění, velkou roli hrají vnitřní a vnější faktory. Mohli bychom sem zařadit infekční, imunogenetické faktory a vlivy vnějšího prostředí, například léky či chemické látky.

Cílem práce je zmapovat využití fyzikálních procedur při léčbě zánětlivých revmatických onemocnění. K tomuto cíli byly stanoveny výzkumné otázky 1. Jaké jsou nejčastěji používané fyzikální metody v léčbě revmatických onemocnění? 2. Jak vnímá pacient aplikaci fyzikální terapie? 3. Jak ovlivňuje zánětlivé revmatické onemocnění život pacientů? 4. Jaké procedury si pacienti mohou aplikovat v domácím prostředí? 5. Jaká je spokojenost pacientů s fyzikální terapií?

Pro výzkumnou část byla zvolena kvalitativní metoda. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z 28 otázek. Všichni respondenti byli předem seznámeni s otázkami. Výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů. Výběr respondentů proběhl v revmatologických ambulancích v Táboře a Pelhřimově. Složení bylo 5 respondentů s diagnózou Ankylozující spondylitida a 5 s Revmatoidní artritidou. Respondenti souhlasili se záznamem rozhovoru na nahrávací zařízení. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě v domácnosti respondentů nebo pomocí emailové konverzace.

Z výsledků vyplývá, že u většiny respondentů se onemocnění objevilo mezi dvacátým a třicátým rokem. Prvotním příznakem byl bolestivý a oteklý kloub. Pro léčbu

nejčastěji užívají chorobu modifikující léky, antirevmatika a nesteroidní antirevmatika. Mezi léky modifikující chorobu patří Metotrexát, Sulfasalazin nebo také Salazopyrin a Aflamil a Arava. Mezi nejčastěji užívanými nesteroidními antirevmatiky patří Ibuprofen a Aulin. Z preparátů biologické léčby byl uveden Enbrel, tuto léčbu podstoupily pouze dvě respondentky. Mezi režimovými opatřeními, která respondenti dodržují pro zmírnění symptomů, se nejvíce objevovalo domácí cvičení, změna stravování, obklady a masti, užívání kompenzačních pomůcek. Z fyzikální terapie byli nejvíce spokojeni s balneoterapií, konkrétně s masážemi a teplými zábaly. Mezi nejvíce užívanou metodou patří magnetoterapie. Fyzikální terapie pomáhá hlavně při zmírňování bolesti, uvolnění svalstva a ztuhlých kloubů. Sestry pacienty edukují o účincích léků, o změnách, které je v průběhu života čekají a na které je potřeba se připravit, o důležitosti cvičení, rehabilitace a o kompenzačních pomůckách. Kvalitu života výrazně omezuje bolest, ztuhlost kloubů a velká únava. Z těchto důvodů jsou nezaměstnaní a musí pobírat invalidní důchod. Omezující jsou i léky, které musí užívat pravidelně, a kontroly u lékařů. V počátečním období respondenti trpí pocity úzkosti, bezmocnosti, beznaděje a depresemi. Důležitou roli sehrává i rodina, která je jim oporou a pomocí.

Dle získaných dat lze usoudit, že klientům s revmatickým zánětlivým onemocněním fyzikální terapie pomáhá při úlevě od bolesti a ztuhlosti kloubů. Vliv na průběh onemocnění má pravidelné cvičení, díky kterému se dají symptomy zmírnit. V některých případech symptomy na určitý čas zcela vymizí, a tím se sníží i užívání léků. Pacienti se mohou vrátit zpět do běžného života. Je velice důležité klienty vhodně informovat o jejich onemocnění, léčbě, rehabilitaci a změnách, které budou oni muset v životě podstoupit. Touto problematikou se zabývají všeobecné sestry v revmatických ambulancích a lázních.

Tato práce poukazuje na běžné problémy pacientů s revmatickým zánětlivým onemocněním. Výstupem této práce je informační brožura, která je určena pacientům.

Klíčová slova: Fyzikální terapie, Revmatoidní artritida, Ankylozující spondylitida, Ošetřovatelství v revmatologii, Sestra

Abstract

Rheumatology is a part of internal medicine that deals with diseases of musculoskeletal system. It is primarily devoted to diagnosis and treatment of these diseases. Rheumatology uses the knowledge of internal medicine, immunology, rehabilitation, and physical therapy. Rheumatoid diseases primarily affect joints and muscles, but other organs can also be affected endocrine glands, the nervous system, internal organs such as the kidneys, liver, lungs, human gastrointestinal tract, and skin. For easier diagnosis, rheumatoid diseases are classified into several groups; according to prof. Pavelka there are altogether six groups. The diseases are classified as follows: inflammatory, degenerative, metabolic bone and joint diseases, extra-articular rheumatism, septic arthritis, etc. The causes of these diseases are unknown, but internal and external factors play an important role. They may be infectious, immunogenetic factors and effects of the external environment such as drugs and chemicals.

The aim of this work is to map the use of physical procedures in the treatment of inflammatory rheumatic diseases. To do this, the following research questions were formulated: 1. Which are the most commonly used physical methods in the treatment of rheumatic diseases? 2. What effects does the application of physical therapy have on the patient? 3. How does inflammatory rheumatic disease affect the patient's life? 4. Which procedures can the patient apply in the home environment? 5. Are patients satisfied with physical therapy?

Qualitative methods were chosen for the research part of this work and a semi-structured interview was used as the technique for data collection. The respondents were asked 28 questions; all of them were introduced to the questions beforehand. The research sample consisted of 10 respondents. The respondents were chosen from rheumatologic surgeries in Tábor and Pelhřimov. They consist of 5 respondents with a diagnosis of Bechterew's disease and 5 respondents with a diagnosis of rheumatoid arthritis. The respondents agreed to be recorded on a recording device during the interview. The interviews were conducted as previously arranged in the respondents' homes or via email.

The results show that in most of the respondents the disease occurred between the ages of twenty and thirty. The first symptom was a painful and swollen joint. They most often use disease modifying drugs, anti-inflammatory drugs, and analgesic drugs for the treatment. Examples of disease modifying drugs include Methotrexate, Sulfasalazine (also called Salazopyrin), Aflamil, and Arava. Aulin and Ibuprofen is among the most commonly used NSA. Enbrel was mentioned by the respondents as a preparation used in biological therapy; only two respondents took this treatment. Among the regime measures which the respondents take to reduce symptoms, were most often mentioned home workouts, changes of diet, compresses, ointments, and other compensation aids. As regard physical therapy, the respondents were most satisfied with balneotherapy, namely with massages and warm packs. The most used method is magnet. Physical therapy primarily helps to ease pain and relax muscles and stiff joints. Nurses educate patients about drug effects, the changes that are to come in their lives and to which they need to prepare; about the importance of workouts, rehabilitation, and compensatory aids. The quality of the respondents' lives is substantially limited by pain, stiff joints, and severe fatigue. For these reasons, the respondents are unemployed and have to receive a disability pension. They are also limited by the need to use medications and go on regular check-ups. In the initial period, the respondents suffered from the feelings of anxiety, helplessness, hopelessness, and depression. The family plays an important role in this context, helping and supporting the respondents.

According to the data obtained it can be concluded that physical therapy helps to customers with rheumatoid inflammatory disease to relieve from pain and stiffness in joints. The course of the disease can be influenced by regular workouts that can help ease the symptoms. In some cases, the symptoms disappear for some time, which leads to reduced usage of analgesic drugs, because regular workouts reduce pain and joint stiffness, so patients can return to normal life. It is very important to appropriately inform customers about their disease, therapy, rehabilitation and the changes they will have to undergo in life. The doctors and nurses deal those problems in the rheumatic clinics and spas.

This thesis points to common problems of patients with inflammatory rheumatic diseases.

Keywords: Inflammatory rheumatic diseases, physical therapy, balneotherapy, Rheumatoid arthritis, Bechterew's disease

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (10.8.2015)

.....

.....

(Irena Cihlářová)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Renatě Tollingerové za konzultaci v oblasti rehabilitace, MUDr. Michaele Harudové za konzultaci v oblasti diagnostiky a MUDr. Jiřímu Havlíčkovi za odbornou konzultaci.

V poslední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a čas, kteří mi věnovali při poskytování rozhovorů.

OBSAH

Úvod	12
1. Současný stav	14
1.1 Revmatologie obecně	14
1.2 Příčiny onemocnění Revmatoidní artritida a Ankylozující spondylitida ..	15
1.3 Příznaky u Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondylitidy	16
1.4 Diagnostika Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondylitidy	18
1.5 Obecná terapie v revmatologii	20
1.6 Fyzikální terapie.....	25
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s RA a AS	31
2. Cíl práce a hypotézy	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3. Metodika	35
3.1 Použitá metodika a technika výzkumu	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4. Výsledky	37
4.1 Identifikační údaje.....	37
4.1.1 Tabulka 1: Identifikace respondentů s Revmatoidní artritidou	37
4.1.2 Tabulka 2: Identifikace respondentů s Ankylozující spondylitidou ..	38
4.2 Kategorie	39
5. Diskuze	52
6. Závěr	62
7. Seznam použitých zdrojů:	64
8. Klíčová slova	67
9. Přílohy	68
9.1 Seznam příloh	68

Seznam použitých zkratk

ACR	Americká revmatologická společnost
Anti - CCP	Protilátka proti cyklickému citrulinovanému peptidu
ATP	Adenosintrifosfát
BASFI	Index pro hodnocení funkčního postižení u ankylozující spondylitidy
CRP	C-reaktivní protein
CD20	Antigen CD20
CD28	Antigen CD28
ČRS	Česká revmatologická společnost
DIP	Distální interfalangeální kloub
DMARDs	Chorobu modifikující léky
ELISA	Enzymová imunoanalýza
EULAR	Evropská liga proti revmatismu
ERASS	European Rheumatoid Arthritis Surgical Society
FT	Fyzikální terapie
FW	Sedimentace
GIT	Gastrointestinální trakt
HAQ - DI	Dotazník fyzických funkcí a funkčních postižení
HLA - B 27	Humánní leukocytární antigen
IgG	Imunoglobulin G
IgM	Imunoglobulin M
IL-6	Interleukin 6
LTV	Léčebná tělesná výchova
MCP	Metakarpofalangeální klouby
MTX	Metotrexát
NSA	Nesteroidní antirevmatika
PIP	Proximální interfalangeální kloub
PsA	Psoriatická artritida
RA	Revmatoidní artritida
RTG	Rentgenové vyšetření

RF	Revmatoidní faktor
TNF - α	Tumor nekrotizující faktor
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace
Tzn	Takzvaně
VAS	Vizuální analogová škála

Úvod

Tématem bakalářské práce je využití fyzikální terapie při léčbě zánětlivých revmatických onemocnění. Revmatická onemocnění jsou chronická a postihují celý organismus. Jedná se o onemocnění pohybového aparátu, především kloubů. Tato onemocnění jsou nazývána také nemocemi autoimunitními, protože dochází k aktivaci imunitního systému, který pak napadá vlastní tkáň. V mnoha případech se onemocnění objeví po prodělané infekci. Zánětlivý proces v kloubních prostorech způsobuje poškození a následnou destrukci kloubní výstelky. Příčiny onemocnění jsou různé, ve většině případů je nelze přesně stanovit. Hlavní příznaky se projevují zejména v hybnosti kloubů, ale objevit se mohou i mimokloubní postižení, zvláště oční, plicní nebo kardiovaskulární postižení. Největšími problémy pro pacienty jsou bolest, únava a deformity.

Účinek fyzikální terapie je způsobený ovlivněním nervového systému člověka. Ovlivněny jsou dostředivé dráhy, které vedou bolestivý podnět do příslušného centra v mozku. Hlavními důvody, pro které je fyzikální terapie využívána, jsou: analgetický, myorelaxační, myostimulační, a antiedematózní účinek. Účelem fyzikální terapie je nejenom léčba, ale i prevence funkčních a organických onemocnění. Nejčastější indikací k léčbě fyzikální terapií jsou onemocnění pohybového aparátu, kožní onemocnění, gynekologická, nemoci oběhového ústrojí, onkologická onemocnění. Využívá se při léčbě poúrazových stavů, bolestí zad a kloubů. Nejčastějšími metodami fyzikální terapie jsou magnetoterapie, laser, elektroterapie či termoterapie. Součástí fyzikální terapie je balneologie, věda zabývající se využíváním přírodních zdrojů jako léčebných prostředků. V revmatologii se aplikuje balneoterapie vnější, což znamená aplikaci léčebné látky na vnější části těla. Nejvíce se používají rašelinové, slatinové a bahenní zábaly, dále pak koupele a stříky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda se využívá fyzikální terapie při léčbě revmatických onemocnění. Metod fyzikální terapie je celé řada. Na základě vyšetření u revmatologa a rehabilitačního lékaře jsou pacientům předepisovány a doporučovány jednotlivé procedury. Každý pacient vnímá proceduru jinak, a proto má možnost sám si

zhodnotit a rozhodnout, zda tuto metodu podstoupí znovu nebo zvolí jinou. Proto jsme se ve výzkumu zaměřili také na spokojenost pacientů s fyzikální terapií.

Dále jak vnímají pacienti účinky fyzikální terapie. Zda jim byla procedura příjemná či nikoliv, zda jim pomohla od příznaků onemocnění nebo naopak nezhoršila průběh. Dále nás zajímalo, zda jsou procedury fyzikální terapie, které mohou pacienti provádět doma. Práce nám umožňuje nahlédnout na život lidí se zánětlivým onemocněním kloubů. Život nemocných je značně omezen, pomoci by jim mohly i některé kompenzační pomůcky, které mají možnost využít.

1. Současný stav

1.1 *Revmatologie obecně*

Revmatologie je oborem vnitřního lékařství, který se zabývá nemocemi postihující pohybový aparát. Zabývá se diagnostikou a léčbou těchto onemocnění. Je to obor multidisciplinární, což znamená, že se zde prolínají poznatky nejenom z revmatologie a vnitřního lékařství, ale také imunologie, rehabilitace a fyzikální terapie. (1) Termín revmatologie pochází z řeckého „rhoema“, což znamená „to co teče“. Proto se tento termín užíval pro onemocnění spojené s otokem kloubů. (2)

Prvním uznávaným českým lékařem balneologem byl PhDr. MUDr. František Ambrož Reuss. Dále to byl i světově známý MUDr. Vladislav Mladějovský, který napsal první učebnici pro balneologii a hydroterapii, v roce 1923 vyšla jeho učebnice o klimatologii. (2) Za zakladatele české revmatologie, revmatologického oddělení v Thomayerově nemocnici v Praze je považován prof. MUDr. František Lenoč, DrSc., český internista a revmatolog, který zkoumal vliv balneologie a fyzikální terapie na revmatické a interní choroby. Také byl ředitelem Výzkumného ústavu chorob revmatických v Praze, který se dnes nazývá Revmatický ústav. (3)

Revmatická onemocnění dělíme podle různých aspektů: podle příčiny, patogeneze a lokalizace průběhu. Proto se onemocnění rozdělují do několika skupin. (1) Původně se revmatické nemoci rozdělovaly do dvou skupin, akutní a chronický revmatismus. S rozvojem poznatků o etiologii a patogenezi revmatických onemocnění se rozšířila jejich klasifikace. Rozlišování jednotlivých chorob má svůj počátek ve 40. letech 20. století, kdy se používala klasifikace Mezinárodní ligy proti revmatismu. V dalších letech se více propracovala klasifikace podle Evropské ligy proti revmatismu (EULAR), to se však v praxi neujalo, protože bylo příliš komplikované. Další pokus o vytvoření ucelené klasifikaci nabídla Americká revmatická společnost (ACR). (4) V roce 1984 Decker vypracoval širší klasifikaci tak, že rozdělil onemocnění do 10 skupin. Tato klasifikace byla poměrně široká, proto prof. Pavelka tuto klasifikaci zjednodušil. Měla jen šest

skupin, a to zánětlivá revmatická onemocnění, degenerativní kloubní onemocnění, metabolická kostně - kloubní onemocnění, mimokloubní revmatismus, septické artritidy a další. (1) V dnešní době se do skupin revmatických onemocnění dá zařadit až 150 různých onemocnění různé etiologie. (4) Díky jednoduššímu rozdělení je možné lépe se zaměřit na příčinu onemocnění, přesnější diagnostiku, která zejména v počátcích onemocnění nemusí být zcela jednoduchá, a následnou léčbu. Jedná se o autoimunitní onemocnění, která postihují klouby, šlachy, svaly, exokrinní žlázy, vnitřní orgány (například ledviny, plíce, gastrointestinální trakt a kůži). (5) Proto je důležité při diagnostice využít více vyšetření. Od základního vyšetření u revmatologa, až po oční vyšetření. (6)

Zánětlivá revmatická onemocnění by se dala rozdělit do tří větších skupin. První skupinu zaujímá samotná Revmatoidní artritida, nejčastější revmatické zánětlivé onemocnění. Další skupinu tvoří systémová autoimunitní onemocnění pojiva, nebo také difúzní onemocnění pojiva. Do této skupiny se řadí například Systémový lupus erythematosus, Sklerodermie, různé typy Vaskulitid, Sjögrenův a Antifosfolipidový syndrom a další. (1) Poslední částí jsou Spondylartritidy. Nejvíce se setkáváme s Ankylozující spondylitida, tzv. Bechtěrevova nemoc, dále jsou to Artritidy psoriatická, reaktivní, enteropatická a nediferencovaná Séronegativní spondylartritida. (4)

1.2 Příčiny onemocnění Revmatoidní artritida a Ankylozující spondylitida

Příčiny onemocnění v revmatologii jsou různorodé. Ve většině případů však přesnou příčinu neznáme. Určitou roli při vzniku onemocnění hrají vnitřní (genetické) a vnější faktory, mezi které můžeme zařadit infekční, imunogenetické faktory a vlivy zevního prostředí, například působení chemických látek. Onemocnění se může objevit jako reakce organismu na probíhající či prodělanou infekci. (7) Chronický zánět synoviální membrány je vyvolán abnormální reakcí imunitního systému. (4) Zánětlivý proces je aseptický, v synoviální tekutině jsou přítomné komponenty bakteriálních proteinů. (8)

Zánětlivé buňky, které infiltrují synoviální membránu, jsou aktivizovány neznámým antigenem. Buňkami, které jsou poškozené a přítomné v zánětu, jsou B-lymfocyty, T-lymfocyty, makrofágy, synoviální fibroblasty a neutrofilní leukocyty. Patologickým projevem RA je nárůst zánětlivé tkáně uvnitř kloubu. (4) Je to bohatě vaskularizovaná granulační tkáň (panus) přerůstající přes povrch chrupavky a současně i přes kloubní kompaktu do kostní dřene, kde způsobuje poškození chrupavky, dále pak i kosti, šlach a vazů. Na této destrukci se podílejí proteolytické enzymy, které se nacházejí v panu, a další buňky v synoviální tekutině nebo chondrocyty či osteoklasty. (8)

1.3 Příznaky u Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondylitidy

V počáteční fázi onemocnění nejsou příznaky zcela jasné. Objevují se celkové nespecifické známky zánětu, jako je například zvýšená teplota, únava, nechutenství, svalová slabost a celková schvácenost. Tuto fázi onemocnění můžeme nazývat prodromální období. Poté dochází k aktivaci imunitního systému a rozvoji lokální zánětlivé reakce v kloubech. Začínají se tvořit protilátky, které působí proti buněčnému jádru, tím se naruší a následně poškodí kloubní chrupavky a kost. Tyto příznaky jsou přítomny u všech zánětlivých revmatických onemocnění. V dalších fázích onemocnění se mohou projevy lišit u jednotlivých onemocnění. (7)

Klinický obraz u RA se rozděluje na časné, pozdní a mimokloubní projevy. Mezi časné známky patří obecné nespecifické projevy zánětu, typická ranní ztuhlost a bolestivost kloubů, zejména drobných kloubů rukou a nohou. Tyto projevy mohou u neléčené artritidy trvat i několik hodin. Dále se setkáváme se zduřelým a teplým kloubem, kůže bývá bledá, interoseální svaly bývají atrofické. (5) V minulosti jsme se setkávali s destrukcemi kloubů, ke kterým docházelo po několika měsících. Deformitami byly postiženy drobné klouby nohy a ruky, velké klouby, ale i krční páteř. Typicky se tvořily na kloubech ruky nejčastěji na metakarpofalangeálním (MCP), proximálně interfalangeálním kloubu (PIP) a také na kloubu posledního článku prstu na distálním interfalangeálním kloubu (DIP), deformity „labutí šje“ a „knoflíkové dírky“. V dnešní

době se již s těmi deformitami nesetkáváme díky včasné a účinné léčbě. Charakteristickým mimokloubním projevem RA jsou revmatické uzly, které se vytvářejí v okolí postiženého kloubu. Většinou se jedná o benigní nebolestivý útvar, který může spontánně vymizet. Tyto uzly se nemusí objevit pouze u postiženého kloubu, ale i například v plicní tkáni. Sekundárními komplikacemi RA jsou difuzní osteoporóza, svalová slabost a atrofie kůže. U řady pacientů může RA postihnout oční tkáň, zánětem spojivek nebo oka v oblasti sklery. (5)

Hlavním příznakem u Ankylozující spondylitidy je bolestivost a snížená pohyblivost páteře v kterémkoliv jejím úseku. Ta je způsobena artritickými změnami obratlů páteře. Toto onemocnění se objevuje kolem 20. - 30. roku života, muži jsou 3x více postiženi než ženy. (8) Nástup onemocnění je pomalý a plíživý, někdy se můžeme setkat s akutním vzplanutím v průběhu onemocnění. (5) Bolesti se mohou projevovat ráno i v noci, což značně komplikuje život pacientů. Ranní ztuhlost pozvolna odezní po rozcvíčení nebo aplikaci tepla. Nejčastěji jsou bolesti lokalizované v bederní a křížové krajině, mohou se však šířit i do oblasti stehenního a hýžděového svalu. Ztuhlost páteře se vyvíjí, nejprve v bederní části, poté i hrudní, což může vyvolat „obraz dvojhrbu“ při předklonu a zvýraznit hrudní kyfózu. Při postižení krční páteře dochází k jejímu přesunutí. Tuhnutí obratlů páteře má za následek omezenou hybnost páteře. Zpočátku je omezen jen určitý úsek, později přechází i na další segmenty a nakonec dojde k úplnému ztuhnutí celé páteře. (7) Celkově je pohyblivost značně omezená, například při postižení krční páteře jsou pohyby hlavy značně ztížené. To samé platí pro postižení kyčelního kloubu, kdy je pro pacienta obtížný stoj i chůze. (9) Před samotným projevem nemoci se můžou u pacientů objevit bolesti pat, iridocyklitidy (zánět duhovky), hydrops kolenního kloubu a záněty úponů šlach, zejména Achillovy šlachy, plantární facie a v oblasti ramene a lokte. (1) Onemocnění se může projevovat i mimokloubně. Další manifestaci onemocnění můžeme nalézt v srdeční, plicní, renální či neurologické soustavě. Poměrně často se vyskytuje spondylitida u střevních zánětů, například u Crohnovy choroby, asi u 25% pacientů s ulcerózní kolitidou a u 60% pacientů s Whippleovou chorobou. (10)

1.4 Diagnostika Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondylitidy

V dnešní době máme sice k dispozici specifická laboratorní vyšetření, ale základní roli při prvotní diagnostice má stále fyzikální vyšetření a anamnéza. (11) Lékař se při rozhovoru s pacientem snaží najít veškeré podněty poukazující na dané onemocnění. V anamnestické části se lékař zaměřuje na rodinnou predispozici pro revmatismus, přidružená onemocnění pacienta a vlastní revmatické onemocnění. Součástí základní diagnostiky je posouzení subjektivních a objektivních příznaků. Nejčastějšími obtížemi nemocných je bolest, u které se zaměřujeme na její lokalizaci, časový průběh a na činnosti, při kterých k ní dochází. Dalšími příznaky jsou například ranní ztuhlost a porucha hybnosti. Mohou se objevit i celkové projevy, nejčastěji jsou to horečka, únava a svalová slabost. (6) Některá revmatická onemocnění se mohou projevovat i v dalších orgánových a tkáňových systémech jako je například kůže, plíce, srdce, gastrointestinální trakt, ledviny, oční spojivky a podobně, proto by mělo být součástí diagnostiky komplexní interní vyšetření. (1)

Při vyšetření kloubu pacienta hledáme známky zánětu, mezi které patří zvýšená teplota nad kloubem, palpační bolest, zarudnutí či lesklá kůže a otok způsobený přítomností výpotku či ztluštěním synoviální membrány (panus). Dále posuzujeme rozsah pohybu v jednotlivých kloubech (viz příloha 1) a přítomnost deformit. (1) Pomoci při diagnostice mohou lékařům klasifikační kritéria EULAR z roku 2010. (viz příloha 2). (11)

Nedílnou součástí diagnostiky jsou i laboratorní vyšetřovací metody. Při vyšetření krevního obrazu můžeme až u 2/3 nemocných pozorovat mírnou anémii (snížený počet červených krvinek). Dále je možno nalézt leukocytózu (zvýšený počet bílých krvinek) a trombocytózu (zvýšený počet krevních destiček). Jedná se o změny reaktivní, způsobené zánětlivým procesem v organismu. (12)

Ze základního biochemického rozboru krve nejčastěji nalézáme elevaci CRP a zvýšenou sedimentaci červených krvinek. Míra zvýšení těchto ukazatelů koresponduje s aktivitou zánětlivého stavu v organismu. U části nemocných se objevují i zvýšené hodnoty imunoglobulinu (IgG a IgM), cirkulujících imunokomplexů a globulinů (α globulinu - známka akutního zánětu, γ globulinu - známka chronického zánětu). (8)

Z dalších biochemických vyšetření, která doplňují diagnostiku, je vhodné stanovit hladinu kyseliny močové, glykémie, jaterní testy, renální soubor, včetně minerálů, lipidový soubor a vyšetření moče. Tyto vyšetření pomohou v diferenciální diagnostice jiných onemocnění kloubního aparátu. (5)

Mezi specializovaná laboratorní vyšetření patří stanovení autoprotilátek v krvi. Mezi hlavní patří stanovení revmatoidního faktoru (RF), který se vyšetřuje pomocí latex fixačního testu nebo metodou ELISA. Tento faktor je přítomný nejenom u revmatoidní artritidy, ale i u Sklerodermie, Sjögerova syndromu, Systémového lupusu erythematosis. Zdravý člověk má v séru také RF, ale jen v necelých 5% a ve stáří jeho hladina stoupá. Dle přítomnosti RF se RA dělí na séropozitivní (je-li RF pozitivní) a séronegativní (není-li přítomný). Specifickým laboratorním vyšetřením je stanovení protilátek proti cyklickému citrulinovanému peptidu (anti - CCP). Tyto protilátky jsou specifické pro RA a mohou se objevit až u 80% revmatických onemocnění. U ankylozující spondylitidy je specifickým testem stanovení antigenu HLA - B27. (6)

Pomocí při diagnostice může i vyšetření synoviálního výpotku kloubu. Výpotek můžeme rozdělit na zánětlivý, nezánětlivý nebo hemoragický. Vyšetřujeme jeho fyzikální vlastnosti (objem, čírost, viskozita, barva), buněčnost (celkový počet buněk, procento polymorfonukleárních leukocytů), přítomnost krystalů (natriumurátu a kalciumpyrofosfátdihydrátu), přítomnost mikrobů. (1)

Důležitou součástí diagnostiky jsou zobrazovací vyšetřovací metody. Nejrychlejší a nejvíce používanou je rentgenové vyšetření kloubů a obratlů páteře. U RA jsou charakteristické změny na chrupavce kloubu patrné již v časném stádiu. Nejčastěji se kloubní eroze objevují na kloubech ruky a nohou. Celková destrukce a deformita kloubu se objeví až v pokročilejším stádiu. (6) Stádium poškození můžeme zhodnotit podle Sharpovy metody. V současnosti se používá modifikovaná Sharpova metoda podle van der Heijdeové. Posuzováno je 16 oblastí ruky a zápěstí a 12 oblastí na noze. Avšak tato metoda vyžaduje specializovaného radiologického odborníka. Proto se obvykle lékaři spoléhají na kvalitativní srovnání rentgenových snímků (4) Stejně tomu je i u diagnostiky Ankylozující spondylitidy. Na rentgenovém snímku jsou patrné známky onemocnění již v I.stádiu onemocnění, sakroiliitida, což je zánět křížokýčelního kloubu, je pro tuto nemoc

charakteristická. Nalézt můžeme i nepravidelnosti na kloubní štěrbině, sklerotizace a eroze až konečnou ankylózu. (8) Modernější zobrazovací metodou je magnetická rezonance, která je citlivější, můžeme lépe hodnotit měkké tkáně a jejich zánětlivé změny, edém či kostní dřev. Tuto metodu můžeme využít i v časných stádiích. Pro jednodušší diagnostiku byla vytvořena skóre pro akutní a chronické změny dle Brauna (viz příloha 4). (13) Z ostatních zobrazovacích vyšetření je možno využít výpočetní tomografii, ultrasonografii, scintigrafii nebo denzitometrie. (1)

1.5 Obecná terapie v revmatologii

Léčba revmatických onemocnění spočívá v kombinaci několika typů léčby, od farmakoterapie, biologické léčby, režimových opatření po fyzikální terapii a rehabilitaci. (5) Dále by se do léčby dalo zařadit vzdělání a edukace pacientů, psychologická a sociální pomoc pro nemocné a jejich rodiny. (14) V současné době se využívají doporučení, které vydala Evropská liga proti revmatizmu (EULAR) a následně převzala Česká revmatologická společnost (ČRS), mezi která patří: společné rozhodování pacienta a lékaře o možné léčbě a péči, primárním lékařem je revmatolog, avšak spolupracuje s ostatními specialisty, revmatolog určuje rámec léčby, která bude nemocnému poskytována. (4) Cílem léčby je navodit remisi onemocnění nebo alespoň snížit stupeň aktivity onemocnění. (14)

Mezi hlavní lékové skupiny patří choroby modifikující léky, biologické léky, glukokortikoidy, nesteroidní antirevmatika a analgetika. Spolu se základní farmakoterapií nemocní užívají kalcium a vitamín D jako prevenci vzniku osteoporózy. (5) Dále pak mohou užívat některé doplňkové léky jako jsou inhibitory protonové pumpy k prevenci gastrointestinálních potíží, antidepresiva, antianemika, acidum folicum a další vitamíny. (14)

Základní skupinou léků jsou tzv. choroby modifikující léky neboli DMARDs. (15) Dnes jsou podávány již v prvotních stádiích onemocnění jako hlavní pilíř léčby revmatoidní artritidy, tzv. „lékem první volby“. Působí protizánětlivě, dokážou navodit

stav remise, potlačit reaktanty akutní fáze a snižují otoky kloubů. U 10 - 20 % nemocných dochází k remisi a u dvou třetin dojde k poklesu aktivity onemocnění. Účinek se však objeví až za 3 - 6 měsíců. (14) Nejčastěji se užívají Metotrexát, Sulfasalazin a Leflunomid. Antimalarika se při léčbě užívají v kombinaci s Metotrexátem. V dnešní době se podávají chorobu modifikující léky hned od počátku onemocnění kontinuálně, většinou v kombinaci s NSA a kortikosteroidy. Pokud nedojde k poklesu aktivity onemocnění, je možné kombinovat i několik léků z této lékové skupiny. Nevýhodou jsou jejich nežádoucí účinky, které mohou být příčinou častého střídání léku. (14) Proto je důležité provádět bezpečnostní kontroly, většinou to bývají odběry krve, jaterní a renální funkce, u antimalarik i oční vyšetření. (16)

U části pacientů není tato léčba účinná a je nutno doplnit léčbu biologickými preparáty. Biologická léčba zaznamenala úspěchy v léčbě u pacientů, kteří nereagovali na léčbu pomocí DMARDs. (17) Biologické léky jsou nadstavbovou léčbou revmatických onemocnění. Dále se uplatňují při léčbě nádorových, autoimunitních, metabolických a infekčních onemocnění. Princip biologické léčby je neutralizace cílové molekuly, zablokování receptoru, eliminace cílové buňky a cílená aplikace léku. U autoimunitních onemocnění se uplatňuje zejména přímé působení, které vede k neutralizaci antigenu. (4) Indikacemi biologické léčby podle České reumatologické společnosti jsou aktivní revmatoidní artritida, selhání léčby pomocí DMARDs, selhání léčby Metotrexátem po dobu minimálně 6 měsíců a další. Stejně tak jsou určena i kritéria kontraindikace biologické léčby, mezi která patří například těhotenství, hepatitida B, roztroušená skleróza a další. (17)

Léky, které se používají v biologické léčbě, jsou preparáty inhibující TNF - α (tumor nekrotizující faktor). (17) Mechanismem účinku je navázání protilátek proti TNF - α na cytokin, ten ztratí svoji silnou protizánětlivou aktivitu. (18) Nejčastější inhibitory TNF - α jsou Infliximab (Remicade), Adalimumab (Humira), Golimumab (Simponi), Certolizumab (Cimzia), Etanercept (Enbrel). Podávány jsou buď intravenózně či subkutánně. (17) Při léčbě revmatoidní artritidy jsou využívány již dvacet let a představovaly velký zlom při léčbě toho onemocnění. A nejenom artritidy, ale i ankylozující spondylitidy a psoriatické artritidy. (4)

Dalšími preparáty biologické léčby jsou Rituximab (Mabthera), Abatacept (Orencia), Tocilizumab (RoACTEMRA). (17)

Rituximab, je protilátka proti CD20 antigenu, který se nachází na pre-B a B-lymfocytech. (17) Využívá se i při léčbě zhoubných nádorů. Abatacept má zcela jiný mechanismus účinku než jiné biologická léčiva. (4) Hlavní úlohou je zabránit navázání antigenu CD28 T-lymfocyty a je zaměřený na počáteční fázi zánětlivé kaskády. (17) Tocilizumab je protilátka proti receptoru pro interleukin 6 (IL-6) třídy IgG. Tento interleukin hraje důležitou roli při rozvoji destruktivního revmatického zánětu. Jeho úkolem je navázat se na membránový receptor a aktivovat celou řadu reakcí, které vyvolávají zánětlivý proces. Tocilizumab blokuje IL-6 a tím blokuje vznik zánětu. Dle klinických studií bylo prokázáno, že při podávání Tocilizumab došlo k rychlému poklesu CRP, sedimentace erytrocytů i sérových amyloidu A a k poklesu zvýšeného počtu trombocytů. (17) Tocilizumab je možné podávat i samostatně, pokud selhala léčba Metotrexátem, nebo nebyla tolerována. Jednotlivé preparáty se od sebe liší svým složením a mechanismem. (4) (viz příloha 4)

Tyto léky jsou indikovány u těžké RA, aktivní a progresivní PsA. Snižují rychlost strukturálního poškození, které můžeme hodnotit dle rentgenových snímků, zlepšují fyzickou schopnost pacienta a redukuje příznaky onemocnění. Bohužel i tyto preparáty mají své nežádoucí účinky, mezi které patří bolesti hlavy, horkost, třesavka, nauzea, či alergická reakce v místě podání léku. Mezi závažnější nežádoucí účinky se řadí porucha funkce jater a ledvin, proto je důležité sledovat účinnost léku, jaterní testy, ledvinné funkce a celkovou reakci organismu na lék. (18) Před zahájením léčby se doporučuje provést screening latentní tuberkulózy. (16)

Cílem biologické léčby je snížení aktivity onemocnění, tzn. pokles sérových hladin zánětlivých markerů. Při biologické léčbě dochází k výrazným změnám na magnetické rezonanci páteře a ke zpomalení progresu onemocnění. Ustupují i noční bolesti a ranní ztuhlost páteře, fyzické funkce se zlepšují, čímž se zlepšuje i kvalita života a pracovní produktivita nemocných. Pokud je zahájena biologická léčba včas, může u některých pacientů dojít k permanentní remisi. Tento stav může trvat i po ukončení léčby. (17)

Během biologické léčby se hodnotí odpověď na léčbu, strukturální poškození a funkční poškození. Americká revmatologická společnost (ACR) vydala několik kritérií pro hodnocení účinnosti léčby. Hodnotí se pomocí indexu DAS. Jedná se o složitý matematický vzorec, který se skládá z počtu oteklých a citlivých kloubů (tj. hodnocení alespoň 28 kloubů), ze subjektivního hodnocení pacienta bolestivosti dle stupnice VAS, a dle objektivního hodnocení lékařem a z hodnoty zánětlivých markerů, tedy CRP nebo FW. (4) Účinnost léčby můžeme hodnotit také pomocí magnetické rezonance, kde můžeme nalézt strukturální poškození kloubů, kloubní eroze a zúžení kloubní štěrbiny. (13) Fyzikální funkce hodnotíme podle Stanfordského dotazníku disability (HAQ-DI), který zahrnuje 20 otázek na běžné denní činnosti. Otázky jsou seskupeny do 8 kategorií po 2 - 3 otázkách. Každá otázka nabízí 4 odpovědi: „bez obtíží“ (skóre 0), „s určitými obtížemi“ (skóre 1), „s velkými obtížemi“ (skóre 2), „nejsem schopen zvládnout“ (skóre 3). (viz příloha 5) U AS se fyzické funkce mohou hodnotit dle BASFI. Tento test se skládá z 10 číselně hodnotících stupnic, na kterých nemocný hodnotí běžné činnosti a úkony sebez péče, kterou je či není schopen vykonat. (4) (viz příloha 6)

V akutním stádiu onemocnění je možné užívat glukokortikoidy. Využívá je jejich protizánětlivého, chorobu modifikujícího účinku a analgetického účinku. Glukokortikoidy se užívají v nízkých dávkách od počátku onemocnění v kombinaci s DMARDs. (4) Nejčastěji se podává Prednison, Methylprednison a Triamcinolone, a to ob den v malých dávkách. (8) Glukokortikoidy se aplikují jednorázově nebo opakovaně intravenózně nebo perorálně, nebo se aplikují přímo do kloubu. (17)

Protože je zde celá řada nežádoucích účinků například vznik osteoporózy, hypertenze, hyperglykémie, nárůst hmotnosti, retence tekutin, katarakta a jiné, doporučuje se vyšetření kostní denzity a dodržování denní dávky vitamínu D a kalcia. (4)

Nesteroidní antirevmatika (NSA) můžeme zařadit také do skupiny neopiátových analgetik s antiflogistickým účinkem, které neovlivňují morfologickou progresi onemocnění. (15) Výhodou těchto léků je jejich rychlý nástup účinku a silný analgetický účinek, bolest a ztuhlost se snižují do 48 - 72 hodin. Podávají se ke zmírnění bolesti a zánětlivé reakce, po odeznění těchto symptomů se jejich dávka upraví. Při dlouhodobém užívání NSA se mohou objevit některé nežádoucí účinky jako například gastrointestinální

obtíže, útlum krvevorbby, poškození ledvin nebo bronchospazmy. (8) U citlivějších pacientů se mohou tyto účinky objevit již při prvním podání. (5) Nejčastěji používanými NSA jsou například Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen. (15) Mezi nejčastěji používané analgetika - antipyretika patří Paracetamol, Metamizol a Propyfenazon. Výhodou je, že nezpůsobují gastrointestinální obtíže. (14)

Analgetika se užívají pro léčbu bolesti. Výběr analgetik se určuje dle subjektivního hodnocení intenzity bolesti dle pacienta pomocí vizuální analogové škály bolesti (VAS), kde pacient určí na úsečce od 0 (bez bolesti) do 10 cm (nesnesitelná bolest) intenzitu bolesti. (14)

V pokročilejších stádiích onemocnění nemá léčba zcela uspokojivé výsledky, proto se zaměřujeme na preventivní opatření v souvislosti s příčinou a vznikem onemocnění. Prognóza onemocnění je závislá na včasném zahájení léčby, proto je prioritní časný záchyt onemocnění a zvolení vhodné léčby. Svou postupnou progresí vede ke ztrátě seberealizace, lokomoce a nakonec i soběstačnosti. Tvoří vedle zdravotního i významný sociální a ekonomický problém. (19)

Nadějí na úspěšné vyléčení onemocnění je revmatochirurgie. (13) Revmatochirurgické zákroky můžeme rozdělit na uvolňující, korekční, znehybňující a mobilizující. Cílem je prevence deformit, úprava vzniklých deformit, zajištění funkčnosti kloubu, obnovení nebo zlepšení hybnosti, zmírnění bolestí a udržení mobility a sebeobsluhy. V současné době mohou lékaři nabídnout nemocnému celou řadu výkonů například synovektomii, osteotomii, artroplastiky, plastiky vazů a kloubních pouzder, totální endoprotézy a jiné. (20) Avšak na zlepšení mobilizace páteře prozatím revmatochirurgie nestačí. (13) Péče o revmatické pacienty je péčí komplexní, což znamená, že se na léčbě podílí nejenom revmatolog ale i ortoped a rehabilitační pracovník. V Evropě určuje směr, způsob a indikace k chirurgické léčbě ERASS (European Rheumatoid Arthritis Surgical Society), která vytvořila základy pro nový podobor, tzv. revmatochirurgii. (19)

Rehabilitační léčba u pacientů plánovaných k revmatochirurgickým výkonům by se měla skládat z předoperační přípravy a pooperační péče. V předoperační přípravě se stanovuje rehabilitační plán, po předchozím kineziologickém vyšetření, goniometrickém

vyšetření a zhodnocení kvality života pomocí standardizovaného dotazníku (HAQ, FIM, SF 36). V pooperačním období vychází cílená fyzioterapie z obecných principů rehabilitace operovaného kloubu, z charakteru výkonu, dle typu použité endoprotézy a doporučení operátora s ohledem na individualitu daného pacienta. Po provedení operačního zákroku obvykle ustoupí bolesti, zlepší se pohyblivost kloubu v rozsahu pro základní funkce. Fyzioterapie má za úkol dostatečně vycvičit svalový aparát bez zatížení postiženého kloubu.(20)

1.6 Fyzikální terapie

„Fyzikální terapie je léčebná metoda, která využívá převážně empiricky zjištěného působení různých druhů fyzikálních energií a polí na lidský organismus. U všech těchto energií jsme schopni definovat některé základní parametry na výstupech přístrojů, avšak již mnohem méně jejich účinek na konkrétního člověka, který je vždy individuální.“ (21)
Jedná se o cílenou léčebnou techniku, která využívá působení různých druhů vnější energie na lidský organismus. (23)

Hlavním mechanismem fyzikální terapie je ovlivnění aferentního neboli dostředivého nervového systému. Pomocí této metody lze zaktivizovat autoreparační (samoléčitelné) mechanismy v organismu, a tím odstranit funkční poruchu dřív, než dojde k porušení struktury tkáně. Cílem této terapie je aktivizace obranných mechanismů organismu proti chorobnému procesu. (19)

U FT se setkáme s účinkem analgetickým, myorelaxačním, myostimulačním, trofotropním, disperzním a antiedematózním. V revmatologii využíváme především analgetický, nebo-li protibolestivý účinek, který ovlivňuje nervová vlákna a tím i vedení a vznik bolesti. Dále pak myorelaxačního účinku, který uvolňuje spastické nebo hypertonické svalstvo, a antiedematózní pro jeho zmírnění otoku kloubů. (23)

Fyzikální terapii rozdělujeme podle druhu aplikované energie. Jedná se o energii tepelnou, mechanickou, elektrickou a světelnou. Tato terapie je u pacientů předepisována

již v počátečním stádiu onemocnění a od II. stupně může být revmatologem indikována lázeňská léčba, kterou lze využít i opakovaně. (7)

Kombinací několika procedur FT se může jejich účinek znásobit a docílí se lepšího léčebného efektu. Kombinuje se například léčebný ultrazvuk a elektroterapie, TENS a středofrekvenční proudy, dále to mohou být elektroterapie aplikované vakuovými elektrodami, aplikace galvanického proudu ve vodním prostředí „hydrogalvan“, hydroterapie a mechanoterapie například perličkové a vířivé koupele, skotské stříky a další. (23)

Metoda, kde se využívá mechanické energie, se nazývá mechanoterapie. Jedná se o přímé působení zevní mechanické síly, nebo-li přenášení energie z fyzioterapeuta na pacienta. (24) Sem patří masáže klasické, reflexní a přetlaková. Dále pak trakce, buď přístrojová, nebo ruční, které se využívají zejména k protažení vaziva a snížení tlaku na kloubní chrupavku. (24) Při masážích se zvyšuje prokrvení kůže, zlepšuje se přísun živin, podporuje se vstřebávání otoku a zlepšuje se svalová činnost. (22)

Nepřímým působením je možné využít mechanickou energii za pomoci přístrojů. Patří sem pasivní pohyby (motodlahy), polohování, techniky měkkých tkání, ultrazvuk a rázová vlna. (23) Myorelaxačního účinku (uvolňující svalstvo) se využívá při aplikaci ultrazvuku. (23) Jedná se o mechanické podélné vlnění, které se aplikuje pod určitou frekvencí. Ultrazvuková vlna se pomocí kmitání a vlnění vstřebává do tkáně, čímž dochází k „mikromasáži“ buněk. Teplo, které vzniká následkem vlnění, tkáň prohřívá. Aplikuje se pomocí hlavice statisticky, kdy je hlavice pevně upevněná, semistatisticky pomocí pomalých pohybů na malé ploše nebo dynamicky na větší ploše rychlými pohyby. (22) Pro lepší prostup medikamentů i do hlubších vrstev tkání se může využít aplikace pomocí ultrasonoforézy. (23)

Rázová vlna je akustická vlna, která prochází vodou nebo vzduchem. Po proniknutí do měkkých tkání působí destruktivně na konkrétní cíl, který má vysoký odpor. Okolní tkáň poškozená není, protože její odpor je téměř totožný s vodou. Mechanismem účinku je rozklad pevných struktur a kalcifikací. V revmatologii je využívám hlavně protibolestivý účinek, cytoproliferační a metabolický účinek, tzn. nárůst osteoplastické aktivity a neovaskularizace. (22)

Dalším zdrojem energie, která se používá při FT je elektrická energie, a to ve formě elektrického proudu a magnetického pole. Elektroterapii může rozdělit na kontaktní a bezkontaktní. U kontaktní se ošetřovaná část stává součástí elektrického obvodu, například galvanoterapie, nízkofrekvenční a středofrekvenční proudy a elektrodiagnostika. (21)

Při galvanoterapii se využívá stejnosměrný proud, který se do těla vpravuje pomocí velkých deskových elektrod. Ty jsou napuštěné ochranným roztokem, který brání poleptání kůže. Účinek je založen na větším kapilárním prokrvení. Doba působení je minimálně 30 minut, optimálně 45 - 60 minut. (23) Účinků elektrického proudu lze využít i v kombinaci s vodou. Jedná se o čtyřkomorovou lázeň neboli hydrogalvan, při které se aplikuje elektrický proud do určité části těla. Jelikož se pracuje ve vodě, nemusí zde být ochranný roztok, protože voda zastává ochrannou funkci. (22)

Träbertův proud je nízkofrekvenční proud s analgetickým účinkem, který se užívá při léčbě bolesti jakékoliv etiologie. Úlevu pacienti pocítují během aplikace nebo ihned po ní. Aplikuje se pomocí deskových elektrod, které se umísťují na předem určená místa, nesmí se však aplikovat na místo bolesti, protože by se porušil účinek. Elektrody musí být dostatečně zvlhčené, aby došlo k přenosu proudu. Obvykle se aplikuje transvertebrální (přes obratel), a to denně asi 3 - 5 dní po dobu 15 minut. (22)

Další metodou jsou diadynamické proudy, nízkofrekvenční pulzní proudy doplněné stejnosměrným proudem. (22) Využívá se zde analgetického, antiedématozního, myorelaxačního, myostimulačního, dráždivého a vazodilatačního účinku. (21) Diadynamické proudy se mohou aplikovat u posttraumatických stavů, spastických a hypertonických svalů. Pro lepší metabolismus ve svalech a u funkčních poruch pohybového ústrojí. Někteří pacienti vnímají účinky proudů jako nepříjemné, proto se moc nevyužívají. Zvláště když existují i jiné metody s podobnými účinky a jsou lépe hodnoceny. (19)

Do skupiny bezkontaktní elektroléčby patří vysokofrekvenční proud, distanční elektroterapie, diatermie a magnetoterapie. Při této léčbě je ošetřovaná část vystavená magnetickému poli. Magnetické pole, které se využívá při magnetoterapii, způsobuje

vasodilataci, podporuje trofiku tkání, urychluje hojení ran, má analgetický a myorelaxační účinek. (21)

Při diatermii se využívá střídavého proudu, který se mění na tepelnou energii a vyvolává zvýšené prokrvení tkáně, zlepšuje metabolismus, elasticitu vazů a relaxaci svalů s následným analgetickým účinkem. (23) Dávkování je dáno subjektivním pocitem pacienta. Intenzitu můžeme rozdělit do IV. stupňů. Při I. stupni pacienti nepocítují žádné teplo, a u IV. stupně již teplo silné. Celá procedura trvá asi 15 minut a aplikuje se pomocí elektrod, které se umísťují 1 - 5cm od těla, podle toho, které struktury chceme prohřívát. Čím dále jsou umístěné, tím hlubší struktury se prohřívají. (21)

Magnetoterapie se aplikuje pomocí aplikátorů plošných, kruhových a solenoidů. Jedna procedura trvá asi 30 minut a opakuje se v 10 - 20 aplikacích. (21) Podle intenzity, neboli indukce, rozdělujeme magnetoterapii na vysoko a nízko indukční terapii. Nízkoindukční terapii využíváme u degenerativních a zánětlivých onemocnění drobných kloubů a také u fraktur a mikrobiálních zánětů. Důležité je brát v úvahu možné kontraindikace této terapie příkladem může být těhotenství, kardiostimulátory, onemocnění štítné žlázy nebo krvácivé stavy. Indikací pro vysokofrekvenční magnetoterapii jsou především degenerativní onemocnění nosných kloubů a páteře, především koxartróza, gonartróza a poúrazové ztuhlosti kloubů. (22)

Další léčebnou metodou, která se používá ve fyzikální terapii, je fototerapie neboli léčba světlem. Při fototerapii se aplikuje elektromagnetické záření ultrafialové, infračervené a část viditelného spektra záření. Nejčastějším způsobem aplikace světla v rehabilitaci jsou biolampy a laser. Ty využíváme zejména při léčbě povrchových struktur a k podpoře hojení ran. Infračervené záření se používá pro jeho termický účinek. V současné době se v rehabilitaci ultrafialové světlo již skoro nepoužívá, využití najde v dermatologii a kosmetice. (23)

Laser je zařízení, které využívá energie uvolňující se z elektromagnetického záření. Průnik energie do tkáně určuje vlnová délka, intenzita záření a výkon přístroje. Účinek tohoto zařízení je termický, analgetický, protizánětlivý zároveň se zvyšuje regeneraci tkání. Laser se aplikuje přímo na postižené místo buď bodově, celoplošně nebo pomocí „clusteru“, což je hlavice s více diodami. Celková doba působení záření je v řádech

sekund, maximálně minut. (21) Primárním účinek laseru jsou termický a fotochemický, dále pak protizánětlivý a analgetický. (25) Absorpce tepla a záření se aktivují buňky, spustí se enzymatická reakce a dojde ke zvýšení produkce ATP a aktivaci iontových pump na buněčné membráně.

Laser můžeme využít i jako biolampy, které se uplatňují při léčbě kůže, jizev a bolestivého svalstva, mají však menší účinnost než laserterapie. (19)

Terapie pomocí tepelné energie, můžeme rozdělit na pozitivní a negativní terapii. U pozitivní termoterapie využíváme účinky tepla, patří sem teplé obklady s Fangem a Lavathermem, parafin, peloidy. Negativní termoterapie se zabývá léčbou chladem. Nejčastějším způsobem použití chladu ve FT jsou studené nebo ledové obklady, kryosáčky a kryokomora. Do této terapie by se dalo zařadit i otužování, které doporučoval Sebastian Kneipp a Vincez Priessnitz. Speciální částí termoterapie je hydroterapie, kde se využívají účinky tepla ve vodě. Nejčastější typem jsou lázně celkové, sedací, nožní, ruční, podvodní, přísadové, dále sprchy, polevy nebo kombinované terapie. (26)

Poznatky o tepelné energii a jejich účincích se využívá v balneologii. Jedná se o lékařský obor, který využívá přírodní léčivé zdroje, fyzikální terapii a rehabilitaci. Poznatky z balneologie jsou využívány v léčbě akutních i chronických onemocnění, vývojových vad a v primární a sekundární preventivní péči. Přírodní zdroje, které se využívají v balneoterapii, jsou vody, plyny, peloidy (bahno, rašelina). Mezi další zdroje by mohly být zařazené klimatické podmínky a sluneční záření. V revmatologii nejčastěji využíváme vodu a zábaly s peloidy. Mezi obecné účinky balneologie patří působení tepla na organismus jako na celek bez zatěžování GIT, jater a ledvin. Zrychlením bazálního metabolismu a aktivací imunitního systému se zvyšuje nespecifická odolnost organismu proti vnějším noxám. Vlivem prohřívání kloubů a pojiva dochází ke změně kvality pojiva, zvyšuje se rozsah pohybů. (2)

Léčivé vody se dělí na teplice, kyselky, zemité, alkalické, slané, hořečnaté, chloridovápenaté, jodové, sírné, železnaté a radonové vody. V revmatologii se nejvíce využívají teplice, chlorovápenaté, jodové a sírné vody nejčastěji formou koupelí, vodoléčby, vlhkých obkladů a zábalů a pomocí páry. Dále se mohou léčivé vody užívat jako pitná kúra, výplachy, inhalační léčba. Tyto metody se však v revmatologii

nepoužívají. (22) Jednou z léčebných procedur jsou střídavé skotské stříky. Podstatou této procedury je střídání teplých a studených stříků. U studených stříků se teplota pohybuje okolo 25 - 16 °C, a u teplých se nejdříve začíná na teplotě 41 - 42 °C. Po týdnu se teplota sníží na 39 - 40 °C a naposledy klesá na 38 °C. Teplé se aplikují asi 30 sekund a studené do 10 sekund. Dále se pak využívají různé druhy sprch dešťové, vějířové a sedací. Kromě sprch a stříků se ještě používají celkové koupele, jsou to například perličkové, vířivé koupele, podvodní masáže a horké koupele, kde se teplota vody pohybuje kolem 39 °C. (2) Pro úlevu od bolesti může být aplikována kryoterapie, neboli léčba chladem, který se aplikuje lokálně formou tekutého dusíku o teplotě od - 160°C do - 180 °C nebo suchého studeného vzduchu s teplotou - 30°C až - 40 °C. Aplikace trvá maximálně 5 minut a aplikuje se na suchou pokožku a pomocí masáže se vstřebávají do kůže, která po aplikaci musí být začervenalá. Dalším způsobem aplikace chladu je přikládání ledových sáčků, kryosáčků či ledových obkladů. (25) Nebo také formou kryokomory „chladového boxu“, ve kterém se teplota pohybuje kolem minus 120°C - 180°C a dle předpisu lékaře se doba terapie pohybuje v rozmezí půl až tři minut. (23) Před aplikací je důležité pacienta poučit. 1 - 2 hodiny před aplikací by neměl jíst a měl by se vymočit, neměl by pociťovat chlad, zvláště akraálních částí těla. Před vstupem do komory si obleče rukavice, ochranou roušku na obličej, plavky a obuje si uzavřenou obuv. Po celou dobu procedury sestra dohlídí na průběh a reakce pacienta na chladné podněty. Účinek této terapie je protibolesivý, protizánětlivý, vazodilatační. (2)

Dalším zdrojem jsou peloidy, to jsou látky, které vznikly geologickou přeměnou. Rozdělují se na pravé a nepravé. Mezi pravé řadíme rašelinu, bahna a slatiny, jedná se o přírodní zdroje a mohou se bez větších úprav rovnou použít k léčbě. Kdežto nepravé peloidy musí být před aplikací upravené, tzn. rozdrčení nebo jiným způsobem rozmělnění. Před aplikací se do nich ještě přidávají minerály, extrakty z rostlin a olejů, což tyto látky obohatí o farmakobiologický účinek. (2) Aplikují se formou zábalů, celkových koupelí a tzv. parafanga (parafin spojený s peloidem). Při aplikaci peloidů se využívá jejich vlastnosti udržet teplo, které způsobí vazodilataci cév a lepší prokrvení daného celku. V některých případech, zvláště u poruch krevního oběhu, může být vliv hydrostatického tlaku koupele a vazodilatace kontraindikací této metody. (23) Nejvíce se

používají slatinné koupele a zábaly. Do koupele, o teplotě 38-44 °C, maximálně 46 °C se vstupuje pomalu, aby nedošlo k teplotnímu šoku. Při koupeli se nesmíme hýbat, protože při vstupu do lázně dochází k ustálení obalové vrstvy a prostupu tepelné energie. Při aplikaci zábalů se na pokožku nanese silná vrstva slatinné směsi o teplotě 37 - 45 °C po dobu 20 - 30 minut, poté následuje očistná koupel a suchý zábal po dobu 30 minut. (2)

1.7 Ošetřovatelská péče o pacienta s RA a AS

Ošetřovatelská péče u pacientů s Revmatoidní artritidou je prováděná komplexně, jedná se především o úpravu pohybového i denního režimu pacienta. V ranních hodinách dochází ke ztuhlosti kloubů. Pacienti by se měli celkově více šetřit, mít pravidelný denní režim a dostatek spánku. V akutním stádiu onemocnění se doporučuje několikadenní klid na lůžku, pasivní cvičení a používání dlah k prevenci kontraktur, úlevy od bolesti a prevence deformit, dále pak izometrické cvičení a polohování. (8) Nemocní s nízkou aktivitou choroby mohou vykonávat lehčí fyzické aktivity či kondiční cvičení, vyhnout by se měli intenzivnímu a vytrvalostnímu cvičení a vysoké fyzické námaze. Pacienti mohou být zaměstnáni, ale je nutné zhodnotit aktivitu onemocnění, jeho stádium a funkční postižení. Dále se hodnotí i práce v chladu a vlhku, míra fyzické námahy při zaměstnání či směnný provoz. (27) Léčebná rehabilitace a cvičení jsou tedy nedílnou součástí konzervativní léčby. Pacienti dochází k fyzioterapeutovi či k všeobecné sestře se specializačním kurzem, kteří je naučí cviky, které pak provádí i v domácím prostředí. (28) K léčebnému cvičení se může připojit i balneoterapie, kromě kryoterapie se využívá i léčba teplem, a to formou koupelí a zábalů, peloidových koupelí a zábalů, parních koupelí a saun, parafinových zábalů. (2)

U Ankylozující spondylitidy je léčebná tělesná výchova (LTV) každodenní a celoživotní součástí. Hlavním úkolem LTV je zkvalitnění života a předcházení přidružených komplikací choroby. (29) Mezi základní příznaky tohoto onemocnění patří omezená hybnost a ztuhlost páteře. Pravidelné cvičení by mohlo zmírnit progresi onemocnění a zamezit vzniku deformit. Cvičení přináší spíše symptomatologickou úlevu.

Nejčastěji se doporučují lehčí sporty například plavání, turistika či jízda na kole. Klidový režim se doporučuje jen v případě vysoké aktivity onemocnění. (7) Při vysoké aktivitě onemocnění se provádí polohování, pasivní a izomerické cvičení k udržování svalové síly, prevenci deformit a tromboembolické nemoci. (1) Po zklidnění akutních příznaků může pacient aktivně cvičit jemnou a hrubou motoriku, cvičení zaměřené na rozsah pohybu v postižených kloubech apod. (5) Dalšími cvičeními se snažíme zvýšit a udržet stálou vitální kapacitu plic, neboť může dojít k postižení hrudních obratlů, a tím dochází k omezení dýchání, zvláště při námaze, například při chůzi do schodů, což pacienta značně omezuje. (29) Mezi cvičení podporující dýchání patří dechová gymnastika, protahování a uvolňování svalů hrudníku, mezilopatkové a pectorální svaly, nezadržovat dech a statická dechová cvičení nebo hra na dechový hudební nástroj. (30)

Dále by měli být pacienti seznámeni s obecnými doporučeními pro běžný život. Jsou to jen drobné změny, ale mohou jim alespoň částečně pomoci zmírnit projevy onemocnění. Například při sedu na židli by si měl vybrat židli s pevným povrchem, nesesedět dlouho na měkké pohovce, sedět vzpřímeně. Při spánku používat spíše tvrdou matraci, spát bez polštáře či s jedním slabším, nepodkládat si kolena a spát na zádech. Odpočívat spíše na lůžku než v křesle, kvůli flexi v kolením kloubů při sedu. V práci se vyhýbat zbytečně dlouhému předklonu, pokud možno nepracovat ve vlhku a průvanu, střídat stání, chůzi a sezení, pokud to pracovní podmínky dovolí upravit si prostředí, aby vyhovovalo jeho potřebám. (31) Důležitá je i strava nemocného, jako prevence osteoporózy, což je jednou z komplikací revmatických onemocnění. Doporučuje se pestrá a kvalitní strava bohatá na vitamíny, minerální látky a nenasycené mastné kyseliny. Tyto látky můžeme přijímat pomocí vyváženého jídelníčku nebo ve formě doplňků stravy. Zvláště u seniorů dbáme na dostatečný příjem těchto důležitých látek. (30) Strava by měla být bohatá na vitamín D a vápník. Mezi vhodné potraviny obsahující vápník patří maso a ryby, doporučují se nanejvýš dvě dávky čerstvého masa a minimálně dvě porce ryb týdně, dále se doporučuje mák, mléčné výrobky, semínka a oříšky. Vitamín D obsahuje losos, pstruh, sled', dále mléčné výrobky, sýry, kvasnice, avokádo a vejce, či doplňovat v tabletách nebo ho můžeme získávat ze slunečního záření. (30) Strava by měla být u každého pacienta čistě individuální, jak poukázal MUDr. Neal D. Barnard ve své knize,

kdy u pacientů byly při výzkumech do jídelníčku přidávány a následně odstraněny potraviny, které jim způsobovaly potíže. Patřilo sem například mléko, pšenice, maso či fazole. (32) Stav výživy má vliv na průběh onemocnění, proto se doporučuje konzultace s nutričním terapeutem. Při poruchách vyprazdňování jako je zácpa a průjem, které se často vyskytují jako nežádoucí účinky léčby, podáváme léky na upravení peristaltiky střev a vhodně upravíme stravu. Častým příznakem u užívání nesteroidních antirevmatik je i krvácení do GIT, proto musí být pacient vhodně poučen o tomto problému. Pro usnadnění provádění každodenních činností může být pacientovi doporučené některé kompenzační pomůcky například upravené přístroje, pomůcky pro oblékání či obouvání bot. Do léčby se snažíme zapojit i rodinu pacienta, hlavně v uspokojování psychosociálních potřeb pacienta. Doporučení by se měla týkat i domácí péče, kde péči zajišťuje rodina nebo agentura domácí péče. (16)

Edukační činnost sestry v péči o revmatického pacienta je nedílnou součástí celkové léčby. Pacient by měl být informován nejen o své chorobě z hlediska léčby, ale i o důsledcích, které se promítají do běžného života. Cílem edukace by tedy mělo být zprostředkování informací o „novém“ způsobu života. Každý pacient trpící onemocněním pohybového aparátu musí změnit své dosavadní zvyky a návyky. Musí svůj život přizpůsobit své chorobě. Nejčastějšími tématy edukace jsou bolesti, únava, poruchy spánku, výživa, vzhled těla a sebevědomí, sebeobsluha, problematika v intimním životě, role v rodině a další. Ve všech těchto oblastech dochází ke změnám. Nemocní se jim musí přizpůsobit, což způsobuje určité problémy. Obsahem edukace by mělo být objasnit pacientům příčinu těchto změn a najít spolu s nimi vhodné řešení. Dalšími pomocníky pro vyrovnání se s onemocněním by mohly být spolky a svépomocné skupiny například Revma Liga ČR či klub Bechtěreviků, nebo různé skupiny na sociálních sítích, kde mohou nemocní diskutovat s ostatními nemocnými o svých problémech. (16)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zmapovat využití fyzikálních procedur při léčbě zánětlivých revmatických onemocnění.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastěji používané fyzikální metody v léčbě revmatických onemocnění?
2. Jak vnímá pacient aplikaci fyzikální terapie?
3. Jak ovlivňuje zánětlivé revmatické onemocnění život pacientů?
4. Jaké procedury si pacienti mohou aplikovat v domácím prostředí?
5. Jaká je spokojenost pacientů s fyzikální terapií?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika a technika výzkumu

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru byl polostrukturovaný rozhovor, který probíhal s respondenty s diagnózou zánětlivého revmatického onemocnění, konkrétně Revmatoidní artritidou a Ankylozující spondylitidou.

Pro tento výzkum bylo stanoveno 5 výzkumných otázek. Na základě výzkumných otázek byly vytvořeny otázky pro rozhovory s respondenty. Rozhovory byly zcela anonymní a obsahovaly celkem 28 otázek (viz příloha 7). V průběhu některých rozhovorů bylo nutné stanovené otázky doplnit o další otázky. Všechny rozhovory byly zaznamenávané na záznamové zařízení a následně přepsané do elektronické formy pomocí programu Microsoft office Word. Úplné znění rozhovorů je k dispozici na CD.

Pro zpracování získaných dat byla zvolena metoda otevřené kódování textu. Získané údaje byly dále rozděleny do šesti kategorií. Poslední kategorie byla ještě rozdělena na dvě podkategorie. Tyto kategorie byly dále zpracovány ve výsledcích výzkumného šetření. Pro přehlednost jsou odpovědi respondentů uváděny kurzívou.

Rozhovory jsou zaměřené na dosavadní průběh onemocnění, jeho léčbu a problémy komplikující život. První část rozhovoru je zaměřená na základní údaje o respondentech, například pohlaví, věk, zaměstnání a délka trvání jejich onemocnění. Další část se týká celkové léčby onemocnění a fyzikální terapie. V poslední části rozhovoru se dozvídáme, jak onemocnění ovlivňuje život respondentů, komplikace související s onemocněním a také spokojenost s danou léčbou.

Výzkumné šetření probíhalo v období od 7.2.2015 do 29.3.2015.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů. Výběr respondentů proběhl v revmatologických ambulancích v Táboře a Pelhřimově. Složení respondentů bylo 5 respondentů s diagnózou Ankylozující spondylitida a 5 respondentů s Revmatoidní artritidou. Respondenti souhlasili se záznamem rozhovoru na nahrávací zařízení. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě v domácnosti respondentů nebo pomocí emailové konverzace.

4. Výsledky

4.1 Identifikační údaje

Rozhovorů se účastnilo celkem 10 respondentů. 9 žen a 1 muž. 5 respondentů s Revmatoidní artritidou a 5 s Ankylozující spondylitidou. Artritida byla diagnostikována u R3, R6, R7, R8, R9 a Ankylozující spondylitida u R1, R2, R4, R5, R10.

4.1.1 Tabulka 1: Identifikace respondentů s Revmatoidní artritidou

Respondent	Věk	Věk diagnostikování onemocnění	Délka trvání choroby	Povolání
R3	46	14	32	invalidní důchod
R6	21	17	4	studentka
R7	32	16	16	květinářka
R8	73	43	30	invalidní důchod
R9	45	35	10	pracuje na částečný úvazek, invalidní důchod

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje respondentů s onemocněním Revmatoidní artritida. Respondentce 3 (R3) diagnostikovali artritidu ve 14 letech, nyní jí je 46 let a pobírá invalidní důchod. Také respondentce 6 (R6) lékaři onemocnění diagnostikovali v 17 letech, je studentkou vysoké školy a je jí 21 let. Respondentka 7 (R7) pracuje jako květinářka, onemocněním trpí od 16 let, nyní jí je 32 let. Respondent 8 (R8), jediný muž, trpí artritidou už od svých 43 let, nyní je mu 73 let a je v invalidním důchodu. Respondentka 9 (R9) pracuje na částečný úvazek a zároveň pobírá částečný invalidní důchod, je jí 45 let a onemocněla ve 35 letech.

4.1.2 Tabulka 2: Identifikace respondentů s Ankylozující spondylitidou

Respondent	Věk	Věk diagnostikování onemocnění	Délka trvání choroby	Povolání
R1	46	25	21	invalidní důchod
R2	25	20	5	studentka
R4	46	32	14	nezaměstnaná
R5	52	17	35	nezaměstnaná
R10	31	17	14	pracuje v kanceláři

Tabulka 2 zobrazuje identifikaci respondentů s Ankylozující spondylitidou. Respondentka 1 (R1) onemocněla v 25 letech, je jí 46 let a je v invalidním důchodu. Respondentka 2 (R2) onemocněla ve 20 letech, nyní studuje vysokou školu a je jí 25 let. Respondentka 4 (R4) je nezaměstnaná, chorobou trpí od svých 32 let, nyní jí je 46 let. Respondentka 5 (R5) je nezaměstnaná a onemocnění ji lékaři objevili v 17 letech, nyní jí je 52 let. Poslední respondentka (R10) pracuje v kanceláři, onemocněla když jí bylo 17 let, nyní jí je 31.

4.2 Kategorie

Pro přehlednost výsledků byly vytvořeny tyto kategorie.

1. Farmakoterapie
2. Režimová opatření
3. Fyzikální terapie
4. Edukace sester
5. Důsledky onemocnění
6. Průběh onemocnění
 - a) Vliv onemocnění na psychický stav
 - b) Vliv onemocnění na každodenní život

1. Průběh onemocnění

U šesti respondentů se poprvé onemocnění projevilo ve věku do dvaceti let, u jednoho do třiceti pěti, a u zbylých třech do čtyřicátého pátého roku. Ale přesná diagnóza jim byla stanovena později. „*Revma mi zjistili, když mi bylo sedmnáct. Ale teprve v prosinci 2013 mi diagnostikovali Bechtěrevovu chorobu*“. (R10) „*Přesnou diagnózu jsem se dozvěděla teprve před 12 lety*.“ (R1) U respondentky R3 byla diagnostika poměrně složitá. Nejdříve příznaky poukazovaly na karcinom kostí, poté ji lékaři určili tuberkulózu kostí. Konečná diagnóza byla Revmatoidní artritida. „*Teprve asi po půl roce léčby*.“ U R6 nastal také problém při diagnostice. Nejdříve měla problémy s klouby, poté jí lékařka provedla krevní testy, kde byl zjištěn zápal plic, zánět ledvin a vysoké zánětlivé hodnoty. Přesnou diagnózu se dozvěděla asi po čtvrt roku léčby, kdy byla léčena pro zánětlivé onemocnění. Ostatním respondentům diagnózu lékař sdělil do měsíce od prvotního vyšetření.

Prvotním příznakem byl bolavý a oteklý kloub. Toto uvedlo pět respondentů. „*Začaly se mi objevovat otoky malých prstních kloubů na rukou, otekla mi také kolena, zápěstí*“ (R8) „*Začal mě bolet pravý bederní kloub*“ (R2). Nejčastějším kloubem, který byl postižený jako první, byl kloub kolenní. To uvedlo pět respondentů. Dalších pět uvedlo i postižení drobných kloubů ruky. „*Otekl mi prostřední kloub na prostředníčku pravé ruky*.“ (R3) „*Následně se začal křivit malíček na pravé ruce*.“ (R6) „*Objevily se otoky malých prstních kloubů na rukou*.“ (R8) Kromě těchto kloubů byly v odpovědích uvedeny ještě drobné klouby u nohou, zápěstí a bederní páteř. Respondentka R7 uvedla, že kromě oteklých kloubů se u ní objevily navíc vysoké horečky. U respondentky R4 se onemocnění objevilo jako zhoršení jejího dosavadního zdravotního stavu. „*Mám již letité problémy se zády, skoliózu 3. stupně. Začalo se vše zhoršovat, bolesti zad, kyčlí, SI skloubení. Přidaly se i záněty kloubů*.“ Netypicky se objevilo onemocnění u respondentky R5, kdy jí bylo diagnostikováno po autonehodě. „*Diagnostikovali mi ji po dopravní nehodě, kdy jsem utrpěla velké pohmoždění*.“ (R5). U respondentky R2 se onemocnění poprvé projevilo po fyzické námaze, jak uvedla ve své odpovědi. „*Po běhu mě začal bolet pravý bederní kloub*.“

Další průběh diagnostiky onemocnění udávají všichni respondenti zhruba stejný. Nejdříve se objevily různé deformity kloubů od oteklého a bolavého až po zkřivení prstů. Dále jim byly provedeny krevní testy na prokázání přítomnosti revmatoidního faktoru či antigenu HLA B27. Poté jim bylo provedeno některé ze základních zobrazovacích vyšetření. Nejčastěji ultrazvukové či rentgenové. Respondentce R4 byla provedena ještě magnetická rezonance. Přesnou diagnózu všem stanovil revmatolog.

2. Farmakoterapii

Nejčastěji jsou respondenti léčeni nesteroidními antirevmatiky, DMARD, neboli chorobu modifikující léky a analgetiky. Pomocí nesteroidních antirevmatik se léčí osm respondentů, nejčastěji uváděli respondenti Aravu či Ibalgin, Aulin nebo jiná dostupná léky s analgetickým účinkem. Antirevmatika jim pomáhají od bolesti a zmírňují zánět. „*V akutní fázi mi Aflamil a Paralen mírnily bolesti*“ (R2) „*Bez léků na bolest se občas neobejdu.*“ (R9) Z chorobu modifikujících léků to byly konkrétně Sulfasalazin nebo také Salazopyrin a Aflamil, Metotrexát. DMARD jim pomáhají zmírňovat průběh onemocnění. Snižují otok a bolest. Dva respondenti uvedli, že k zmírnění příznaků užívají i chondroprotektiva, či antiartrotika. „*Při bolestech kloubů se mi osvědčily i chondroprotektiva*“ (R2) Léčba je doplňována i o kortikoidy. Ty užívají tři respondenti. Konkrétním medikamentem je Prednison. U pěti respondentů byla k léčbě přidána i cytostatika. Respondentka R3 uvedla, že při léčbě onemocnění užívala ještě antimalarika a imunosupresiva. U dvou respondentek se vzhledem ke zhoršenému psychickému stavu musela nasadit antidepressiva.

Biologickou léčbu podstoupili tři respondenti. Všichni shodně udávají léčbu pomocí léku Enbrel, která patří mezi inhibitory TNF - α . U respondentky R6 byla nejdříve léčba zahájena pomocí Enbrelu, poté co po třech letech přestal být účinný, byla nasazena Roactemra. Dvě respondentky jsou s biologickou léčbou spokojené, protože je u nich účinná. Třetí měla názor opačný. „*Měla jsem biologickou léčbu, ale nepomáhala*“ (R9) Respondentka R1 také absolvovala biologickou léčbu, tato terapie však nebyla cíleně zaměřená proti Ankylozující spondylitidě.

U dvou respondentek bylo nutné i chirurgické řešení. „Po 2 letech jsem byla na operaci s pravou rukou“ (R9) „Dále operační zákroky. Výměna kyčelního kloubu, artroskopie kolena a nejrůznější rehabilitační léčba“ (R3)

Při dlouhodobé léčbě se respondentům nevyhnuły některé nežádoucí účinky léků. „Pravidelné užívání léků s sebou nese i nežádoucí účinky. U Plaquenilu porucha zraku, výpadky zorného pole, vypadávání vlasů. U Prednisonu přibírání na váze, nevolnosti, bolest žaludku.“ (R2), „Léky, které užívám dlouhodobě mi způsobují zažívací problémy.“ (R5), „Problémy s ledvinami a žaludkem, který podrážděně reaguje na léky, které užívám“ (R6). „Nesteroidní antirevmatika mi způsobují žaludeční problémy.“ (R5) Nežádoucí účinky s sebou nese i biologická léčba, jak uvedla jedna z respondentek, které byla aplikována pomocí infuzí. Na tuto terapii již nedochází z důvodu alergické reakce na daný přípravek. „Na ty už nechodím, protože při třetí aplikaci jsem měla špatnou reakci“ (R7) Další z respondentů musel při farmakologické léčbě upravit stravování. „Při farmakologické léčbě jsem musel omezit některé druhy potravin.“ (R8) Respondentka R7 musí brát ještě betablokátory, protože jí léky, které užívá na revmatoidní artritidu, zvyšují srdeční pulz.

3. Režimová opatření

Respondenti, kteří doma pravidelně cvičí, tak činí zejména ráno. „Doma provádím hlavně ranní rozcvičku. Po ranním cvičení mohu nějakou dobu pracovat.“ (R9) Mezi nejčastější cvičení patří sestava cviků, které se respondenti naučili v lázeňském zařízení. Tato sestava obsahuje protahovací a uvolňovací cviky. Dále pak cvičí cviky a prvky pilates, jógu a cvičení s overballem. Jeden z respondentů má doma přístroj Chi - master, který mu při cvičení pomáhá. „Je to přístroj na kterém cvičím každé ráno, procvičí mi to klouby v celém těle.“ (R8) Cvičení v domácím prostředí provádí sedm respondentů. „Doma mám magnetickou matraci a ta mi pomáhá.“ (R5) „Jen na podložce a jen krátce.“ (R1) Tyto cviky provádí respondenti, protože jim pomáhají uvolnit ztuhlé klouby a posílit svaly. „Cvičení mi pomáhá od bolesti zad a k udržení správného těla.“ (R7) „Je důležité, abych cvičila záda a svalstvo na zádech, pokud není zpevněné, záda bolí víc.“ (R10) Respondentka R2 je velice spokojená s cvičením pomocí Redcordu,

což je závěsné zařízení. „Největší spokojenost s Redcorem, po druhém cvičení mě přestalo bolet koleno.“ (R2) „Největší účinek mělo asi cvičení, které oteklý a ztuhlý klouby rozhýbalo.“ (R6) Jedna respondentka uvedla, že doma moc necvičí. „Doma necvičím, občas se protáhnu. V minulosti jsem cvičovala, ale teď už moc ne.“ (R10) „Cvičím jen někdy. Často na něj zapominám.“ (R1)

Dále se v odpovědích objevila změna při stravování. To uvedlo pět respondentů. Čtyři z nich uvedli, že své stravování změnili kvůli pozitivnímu vlivu na jejich onemocnění. „Jedině přísnou životosprávou“ (R5), „Doma cvičím, zdravě se stravuji a to mi nejvíce pomáhá“ (R9). „ Také jsem musela upravit životosprávu.“ (R2) „Překvapilo mě, že strava dokáže tolik ovlivnit můj stav.“ (R6) Dva z respondentů museli stravu změnit také kvůli medikamentózní léčbě. Shodli se na tom, že ze stravy je důležité vyloučit alkohol, sladkosti a smažené pokrmy. Naopak velice důležité je do jídelníčku doplňovat potraviny bohaté na vápník, čerstvou zeleninu a ovoce, rybí maso. „Snažím se ovlivňovat stravou. A je to dost účinné. Tělo velmi citlivě reaguje na stravu.“ (R10)

Další ze způsobu, jak nemocným zjednodušit a zkvalitnit život, je naučit je používat různé pomůcky. Někteří z respondentů již pomůcky znají a používají je. „Ano. Osobní sluha to řeší spolehlivě, nějaké pomůcky mám doma. Speciální otvíráky láhví, dlouhou lžiči do bot, madla ve sprchovém koutě, a mycí houby s dlouhou rukojetí například.“ (R3) Respondentka 4 uvedla, že při zhoršení pohyblivosti používala francouzské hole. „Chodila jsem o francouzských holích.“ Další pomůcky, které respondentům ulehčují život, jsou ortézy. Respondentka 2 uvedla, že jí byla lékařkou předepsána ortéza, po absolvování cvičení s Redcorem již ortézu nemusí používat. O kompenzačních pomůckách sestry respondenty také informují. Z odpovědí respondentů vyplývá, že o kompenzačních pomůckách vědí, ale používají je jen někteří. „Vím o nich, ale zatím jsem je nepotřebovala. Používám jen ortézu.“ (R2) „Sestřička mi ukazovala na obrázku nějaký otvíráky na láhve, dlouhou lžiči do bot, tu už doma mám, ale jinak žádnou pomůcku zatím nepotřebuji.“ (R5), „Doma mám takový ten nástavec na záchod, madla a židličku ve sprše. Jinak žádný.“ (R8) „Paní doktorka mi předepsala ortézu na koleno, loket zápěstí, bederní pás, který mi pomáhá mírnit bolesti.“ (R2). Mezi další režimová

opatření by se mohly zařadit aplikace různých mastí a obkladů, které si respondenti aplikují sami doma. „*Koňská mast a zpevnění oteklých kloubů ortézami.*“ (R6) „*Doma si dávám ledové obklady*“ (R3) „*Doma si masíruji klouby a promazávám mastmi.*“ (R8) Mezi respondenty jsou oblíbené i různé koupele a plavání, díky kterým se uvolní celý organismus a pomáhají jim od bolesti. „*Dělám si různé koupele se solemi.*“ (R5). „*Nikdo mi to sice nedoporučoval, ale sama chodím plavat.*“ (R10)

4. Fyzikální terapie

Na otázku, zda je lepší fyzioterapie nebo farmakoterapie, byly názory různé. „*Rehabilitace jsou 100x lepší než léky*“ (R1) „*Farmakoterapie bez fyzioterapie nemá takovou účinnost.*“ (R3) „*Když člověk cvičí, cítí se líp, nemocný nebo zdravý.*“ (R10) „*Myslím si, že při léčbě systémových onemocnění musí být multidisciplinární přístup*“ (R2) „*Myslím si, že jedna druhou doplňuje.*“ (R5) „*V mém případě lépe reaguji na farmakologickou léčbu*“ (R8) Někteří respondenti si pochvalovali vliv fyzikální terapie i na jejich psychický stav. „*Myslím, že nejlepší efekt v léčbě má pozitivní přístup k sobě. Vyrovnání se s onemocněním*“ (R2) „*Pomáhá mi nejenom na těle, ale i na duši.*“ (R7) „*Pomáhá mi i po psychické stránce na chvílku vypnout.*“ (R9)

Každý z respondentů absolvoval fyzikální terapii v lázeňském zařízení, v revmatické ambulanci, či na oddělení rehabilitace. Fyzikální terapii absolvovalo 7 respondentů na oddělení rehabilitace v místě bydliště. V lázeňském zařízení bylo 6 respondentů, z toho 3 absolvovali i rehabilitaci v místě bydliště. „*Docházela jsem na rehabilitaci do nemocnice.*“ (R3) Na rehabilitacích byly nejčastějšími metodami rašelinové a parafínové zábaly. Součástí některých oddělení byla i hydroterapie. Někteří z respondentů docházeli na cvičení pod vedením fyzioterapeuta. „*A když můžu, jdu k soukromému fyzioterapeutovi.*“ (R5) „*Na rehabilitaci chodím již čtvrtým rokem.*“ (R4) Lázeňská zařízení navštěvuje šest respondentů, většinou 1x ročně a to opakovaně několik let. Dva respondenti R8 a R10 uvedli, že lázně letos navštíví poprvé. Dvě respondentky R5 a R6 uvedly, že lázeňské zařízení ještě nenavštívily. „*Lázně mi zatím nebyly nabídnuty, proto jsem je ještě nenavštívila.*“ (R6), „*V lázních jsem zatím nebyla,*

nepotřebuji je.“ (R5) Dále respondentka uvedla, že dochází na místní rehabilitační oddělení a k soukromému terapeutovi, a proto nepotřebuje další léčbu.

Metod, kterých se využívá při léčbě zánětlivých revmatických onemocnění, je celá řada. Mezi nejčastější a neoblíbenější metody, z pohledu respondentů, patří procedury z balneoterapie. Typickým příkladem jsou zábaly, rašelinové, parafinové nebo kryo. *„Dodnes využívám kryo zábal, který otok rychleji tlumí“* (R6). Dále to jsou různé druhy koupelí, od vířivých po slatinové a rašelinové. Oblíbené jsou také měkké techniky a masáže, spokojeno bylo všech 7 respondentů, kteří je absolvovali. *„Na Bechtěrevika to mělo také vliv, ale jen krátkodobý.“* (R1) *„Také mi pomohly masáže.“* (R8) *„Masírování je velice příjemné“* (R5) *„Nejvíce měkké techniky“* (R4). Respondentce 10 pomohly masáže od bolesti. Mezi hodně rozšířenou metodu patří magnet. *„Magnetická terapie mi vždy pomohla“* (R5) Dále je to elektroterapie a laser. Dvě respondentky uvedly, že mají doma biolampu a tak si mohou tuto proceduru aplikovat v domácím prostředí. *„Vždy mi kloub hezky prohřeje a je mi líp“* (R7). *„Doma mám biolampu, kterou občas použiji.“* (R9) Respondenti jsou velice spokojeni s „teplými“ procedurami jako jsou koupele a zábaly. *„Rašelinové zábaly jsou příjemné, protože je to teplá procedura.“* (R2) *„Osobně preferuji vodu, koupele, přes vířivku až po plavání.“* (R3) *„Spokojená jsem byla s rašelinovými zábalami a koupelemi.“* (R7). *„Nejvíce jsem spokojená se zábalami.“* (R9) Ovšem nejenom účinky tepla jsou vnímány jako uspokojivé, jak uvedla jedna respondentka. *„Někdy mi dělá dobře teplo, jindy potřebuju zase led.“* (R3) *„Kryo zábaly rychle tlumí otok.“* (R6)

Spokojenost respondentů souvisí i s léčebným účinkem. *„Nejvíce s vířivými koupelemi, byla to úleva od pnutí a bolesti. Dále také pomáhaly masáže“* (R8) *„V lázních jsem zapoměla, co je to ranní bolest a ztuhlost kloubů.“* (R7) Nespokojenost s některou z metod vyjádřily dvě respondentky. *„Nespokojená jsem byla jen s jednou procedurou.“* (R5) *„Magnet a laser mi nepomohly vůbec.“* (R7). Nespokojené byly proto, že účinek těchto metod nebyl velký. Dvě respondentky při aplikaci fyzikální terapie pociťovaly nepříjemné pocity, proto u nich tato terapie již nebyla použita. *„Elektroléčba mi byla nepříjemná“* (R7) *„Při léčbě chladem pociťuji nepříjemnou lámavou bolest“* (R2).

Fyzikální terapie má podle všech respondentů pozitivní vliv na léčbu onemocnění. Někdy je nástup účinku ihned po aplikaci. „*Po aplikaci jsem cítila celkovou úlevu okamžitě.*“ (R2) Někdy nastane až po určitém čase. „*Po aplikaci silnou únavu, ale poté spokojenost.*“ (R8). Nejčastěji udávaným účinkem je úleva či zmírnění bolestí. Tu uvedlo celkem sedm respondentů. „*Rázová vlna mi ulevila od bolesti ramene.*“ (R2) „*Uleví se mi od bolesti*“ (R9). Dále pociťují zlepšení pohyblivosti v daném kloubu. „*Povolí mi klouby a můžu jít pracovat*“ (R7) „*Obnovila se mi hybnost*“ (R2) „*Zlepší se mi pohyblivost*“ (R3) Třetím nejčastějším účinkem, který respondenti udávali, bylo celkové uvolnění a úleva. „*Po aplikaci se cítím celkově odpočinitější.*“ (R9) „*Uvolnění svalů v aplikované oblasti.*“ (R2) „*Celkově si odpočinu, uleví se mi od bolesti a ztuhlosti.*“ (R9) „*Celkově si odpočinu a uvolním se.*“ (R10). „*Byla jsem pohyblivější, odpočinitější, uvolněná, svěží a bez bolesti.*“ (R5) Před aplikací respondenti udávali bolesti a ztuhlosti kloubů. „*Před aplikací pociťuji většinou větší ztuhlost*“ (R7). Při samotné aplikaci pociťují respondenti příjemné pocity. „*Při aplikaci velmi dobrý pocit na celém těle*“ (R8). „*Při aplikaci se cítím dobře, magnet a laser jsem necítila vůbec. To jen ležíte a nic neděláte.*“ (R1) „*Při aplikaci necítím nic, většina metod není „cítit“.*“ (R2)

Délka účinku se liší dle zvolené procedury. „*Měkké techniky a laser na artrózu mi pomohli více než na rok.*“ (R1) „*Teplé koupele a zábaly mi udělají dobře jen na chvíli.*“ (R2) „*Po masáži se mi uleví vždy tak na 2 - 3 dny.*“ (R10). Další faktorem, který ovlivňuje účinek, je například roční období. V zimních měsících jsou účinky kratší a v letních vydrží účinek déle. „*Ovlivňuje roční období, podzim když přechází do zimy je účinek nejkratší.*“ (R5). Vlivem může být i další onemocnění. „*Po lázních vydrží účinek i půl roku, ale nesmím dostat ataku.*“ (R1) „*Záleží na mnoha okolnostech. Na míře námahy, nebo jestli se do toho nepříplete viróza.*“ (R3).

5. Edukace sester

Všichni respondenti udávají, že jim byly nějakou formou podány základní informace o jejich onemocnění. Prvotní informace jim byla podaná lékařem. Na edukaci ze strany lékaře měl každý svůj názor. „*Skvělá doktorka, vždy si popovídáme.*“ (R7).

„S revmatologem nejsem spokojená.“ (R10) „Ano, jsem spokojen.“ (R8) Další otázka byla nasměrována na vztah sestry a pacient. „Sestřička je také hodně hodná.“ (R7), „Mám sestřičku velice milou a ochotnou.“ (R4). Také jsme se setkali s opačným typem odpovědi. „Sestry se ptají podle nálady a času. Na informace mají času málokdy.“ (R5) Celkově s přístupem zdravotnického personálu, ať už sestry, lékaře či fyzioterapeuta, byli někteří spokojeni jen částečně. „Se svým revmatologem nejsem spokojená, ale v lázních jsem byla spokojená moc.“ (R10) „S personálem jsem neměla nikdy problém, vždy mi bylo vše hezky vysvětleno a předvedeno.“ (R9) „O přístupu personálu bych mohla psát romány. Nejsem spokojená, ale to je věc názoru.“ (R5) Dále se k tomu respondentka nechtěla vyjadřovat.

U všech ostatních probíhala edukace ústní formou. Dvě z respondentek uvedly, že jim byla edukace podána ústně i formou informační brožury. „Dala mi brožurku o moji chorobě, kde jsem se dozvěděla další užitečné informace“ (R6) „Veškeré informace jsem se dozvěděla z brožury, kterou jsem dostala v revmatické ambulanci“ (R1) Někteří z respondentů uvedli, že jim byly podány informace, ale ne v dostatečné míře. Dva z respondentů si některé doplňující informace hledali na internetových stránkách. „Čemu jsem nerozuměla, tak mi dcera vyhledala na internetu.“ (R1) Dále se respondentka seznámila se sdružením Revmaliga. Párkrát do roka se schází s ostatními členy klubu Revmaligy, kde spolu konverzují o svých problémech. Na stránkách tohoto sdružení našla i další informace týkající se onemocnění. „Když jsem něčemu nerozuměl, tak jsem se zeptal vnučky, je také všeobecná sestra. Když nevěděla ani ona, našla mi to někde na internetu.“ (R8) Informace, které respondenti vyhledávají, se týkají změn v životě nemocných. „Na internetu jsem si našla i další lidi, kteří trpí stejnou nemocí. Psali tam o tom, jak se jim změnil život. Čeho se museli vzdát a tak.“ (R1). Další informace mohou najít respondenti na sociálních sítích, kde existuje několik skupin. V těchto skupinách spolu členové konverzují na všemožná témata. Účinky léků, invalidní důchod až po lázeňskou terapii. Respondentka 4 uvedla, že ji sestra přímo nasměrovala na skupinu na sociální síti. „Řekla mi, ať si na stránkách Revmaligy najdu odkaz Facebook a tam už tu skupinu najdu.“

Na tématech edukace se shodnou více méně všichni. Nejčastěji se od lékařky dozvěděli vše o onemocnění. Od sester pak co je čeká v průběhu života. „*Sestřička mě obeznámila se změnami, co se týká práce. Například o práci, že nesmím pracovat v chladu a u otevřených oken a dveří, prostě v průvanu.*“ (R10), „*Jak bude vypadat můj život, co se změní.*“ (R9). „*Když jsem byla těhotná, tak při jedné kontrole se mnou sestřička mluvila o možném zhoršení stavu po narození malého.*“ (R3) Dále respondentka uvedla, že ji sestra informovala o tom, že může mít po porodu problémy s péčí o novorozence. Důvodem by mohly být bolesti a ztuhlost kloubů. Proto by bylo vhodné, kdyby měla poblíž někoho, kdo by jí s péčí pomáhal, pokud by ona sama nemohla. Další respondentce sestra doporučila individuální přístup, ať si vše vyzkouší, co jí dělá dobře a co ne, chlad, teplo, cvičení. Vše čerpala z brožury, kterou měla ve své ordinaci. „*Doporučila mi, abych si vyzkoušela, co mi dělá dobře při bolestech, chlad nebo led.*“ (R2). Dále jim sestry doporučují některé cviky, které mohou provádět sami doma. Zároveň je ale odkázaly na rehabilitační pracovníky, kteří jim ukážou přesné provedení cviků a následně je s nimi vyzkouší. Dalším tématem byly účinky léků. „*O účincích léků, rady ohledně domácího cvičení, jakým pracím a činnostem se vyhýbat*“ (R6)

Všichni respondenti byli edukováni v rámci ambulantní terapie, dále pak v lázeňském zařízení. Ohledně rehabilitace a konkrétních cviků respondenty edukovali fyzioterapeuti.

6. Důsledky onemocnění

a) Vliv onemocnění na každodenní život

U většiny respondentů se onemocnění objevilo do dvacátého roku života, což jim značně zkomplikovalo jejich dospívání. „*Prizpůsobit své dospívání chorobě. Diskotéky pro mě byly tabu.*“ (R7) „*Vnímala jsem to jako životní tragédii. Nesměla jsem se koupat v rybníce, nedovolili mi parašutistický kroužek.*“ (R3). V tomto věku se člověk nachází na rozcestí. Jak bude vypadat jeho budoucí život, závisí právě na rozhodnutí, které musí udělat. „*Musela jsem chorobě podřídít volbu povolání.*“ (R3). Respondentky R6 a R2 jsou zatím ještě studentkami vysokých škol. V zaměstnání jsou dvě respondentky R7 a

R10, vzhledem k jejich nízkému věku a k relativně nízké aktivitě onemocnění mohou tyto respondentky pracovat na plný úvazek. U dalších respondentů se setkáváme s odpověďmi, že jsou buď v částečném pracovním poměru, což uvedla R9. *„Zůstala jsem v invalidním důchodu. Práci mám na poloviční úvazek.“*, nebo chodí vypomáhat jako respondentka R1 *„Občas chodím vypomáhat kamarádce do obchodu při inventuře.“* Zbytek respondentů je v invalidním důchodu a nepracuje. Většina respondentů je však nezaměstnaná. *„Jsem nezaměstnaná.“* (R5) *„Z práce jsem musela odejít, nevydržela jsem sedět s bolestmi u počítače a celý den u stolu“* (R4) Pokud pracují, tak jen na částečný úvazek. *„Nemůžu pracovat celý den, proto pracuji na poloviční úvazek“* (R9) Nebo pobírají invalidní důchod. *„Po narození dcery se aktivita prudce zvýšila. Vlastně jsem z mateřské šla rovnou do invalidního důchodu“* (R3). *„Rozvedla jsem se a zůstala v invalidním důchodu, což není vůbec jednoduché.“* (R9)

Další z faktorů, které ovlivňují život respondentů, jsou samotné projevy onemocnění. Nejvíce si respondenti stěžují na únavu. Tu uvedli čtyři respondenti. *„Nejvíce ovlivňuje velká únava, ráno se probudím a jsem unavená, jako kdybych celou noc nespala.“* (R2) *„Při zhoršení stavu jsem ospalá a unavená.“* (R5) *„Občas si musím po obědě odpočinout.“* (R1) Dále je to omezení v pohyblivosti. *„Nejvíce mě zatěžovaly a stále zatěžují obtíže s pohybem. Silně mi to omezilo možnosti v životě.“* (R8) *„Omezuje mě v pohybu, chci chodit rychle, nebo do schodů.“* (R10) *„Omezení hybnosti levé ruky a krční páteře.“* (R9) *„Nezvednu těžký nákup, dojít někam dál pěšky, cesta vlakem.“* (R3). Jedna z respondentek uvedla i další symptomy, které ji značně omezovaly v běžném životě. *„Vypadávání vlasů, nadměrná únava, zvýšená tělesná teplota, vyrážka v obličeji, afty v ústech.“* (R2) Třetím obtěžujícím symptomem onemocnění je bolest. Tu berou jako značně omezující a obtěžující. Pět respondentů uvedlo, že jim způsobuje obtíže každý den. Respondentka R4 uvedla, že kvůli bolestem zad nedokázala sedět u stolu a počítače celý den. Musela odejít z práce. Respondentka R10 v souvislosti s bolestí uvedla *„Častokrát mám špatnou náladu kvůli tomu, že mám bolesti.“* *„Největší obtíže mi způsobuje bolest.“* (R9)

Velké omezení vnímají respondenti v nemožnosti být sportovně aktivní. S tímto tvrzením se ztotožnilo pět respondentů. *„Spoustu věcí nemůžu, většinu sportů.“* (R3)

„Vzdát se sportu, volejbalu, lyžování.“ (R6) „Omezila v pohybu, v manipulaci s malými předměty - opravoval jsem doma přístroje, dnes je to obtížné.“ (R8) „Musela jsem opustit svůj milovaný volejbal.“ (R9). Dále museli opustit své zájmy a koníčky. „Chodívala jsem do kostela, ale protože tam je chladno a málo se pohybuju, tak už tam nechodím.“ (R5) „Nejvíce mi vadilo, že jsem se nemohla účastnit veškerých aktivit jako vrstevníci.“ (R7) „Musela jsem omezit práci na zahradě.“ (R1)

Také pravidelné návštěvy u svých lékařů či pravidelné užívání léků, berou někteří z respondentů jako značně omezující faktor. „Pravidelné kontroly u lékařů každé tři měsíce, při obtížích častěji. To dost omezuje.“ (R2) „Pravidelné užívání léků, opakovaná neschopnost, návštěvy lékařů, pravidelné kontroly.“ (R4) „Chodit na kontroly.“ (R5).

b) Vliv onemocnění na psychický stav

Již od počátku onemocnění je ovlivněno nejenom fyzické zdraví, ale i to psychické. „Na začátku onemocnění výrazně.“ (R6) „Prvních deset let je nejhorsích.“ (R3). Jedna z respondentek uvedla, že její psychický stav byl už před onemocněním zhoršený, z důvodu autonehody. „Můj psychický stav byl zlý už před onemocněním.“ (R5)

Většina respondentů trpěla depresemi a pocity úzkosti. „Mám strach, úzkosti, vnitřní napětí, pocity beznaděje a bezmoci.“ (R4) „Deprese a úzkost se mi nevyhnuly.“ (R9) „Měla jsem velké deprese a uzavírala jsem se do sebe.“ (R6) Každý z respondentů si prošel několika fázemi, než byl schopen svoji diagnózu přijmout. Tyto fáze jsou popsány v modelu Kübler-Rossové. Stejně tak je popsala jedna z respondentek. „Popírání, hněv, smlouvání, deprese a smíření.“ (R3). Tyto pocity mohou být způsobené dočasnou ztrátou soběstačnosti. V akutním stádiu onemocnění, nebo při velkých bolestech jsou respondenti odkázáni na pomoc druhých, což nesou velice špatně. „Jsem neustále na někom závislá.“ (R3) „Odkázaná na pomoc druhých.“ (R6). „Jsem zoufalá sama ze sebe, když něco nedokážu udělat.“ (R10). Dalším faktorem, který ovlivňuje duševní stav respondentů, je vnější projev onemocnění. Těchto změn si všímají nejenom samotní respondenti, ale i jejich okolí, zejména pak deformit končetin. Ty uvedli ve svých odpovědích tři respondenti. „Všímají si kloubních deformací.“ (R8).

Dalším viníkem depresí a úzkosti je samotná bolest. „*Bolest má na psychiku velký vliv*“ (R7) Při bolestech se jim výrazně zhorší psychický stav. „*Když mám bolesti, projeví se to i na mojí náladě.*“ (R3).

Většina respondentů je v invalidním důchodu. Vzhledem ke své nemoci nemohou pracovat. Kromě dvou respondentek, které jsou studentkami vysokých škol. Ovšem každý tuto výsadu neměl. Jedna z respondentek byla lékařem odbyta, že když má bolesti, tak se má v práci projít. Proto invalidní důchod nedostala. „*Žádala jsem 2x o invalidní důchod, nedostala jsem ho.*“ (R4)

Pro všechny respondenty bylo velice těžké přijmout a smířit se s diagnózou. „*Bylo to těžké období.*“ (R9). Někteří vyhledali pomoc psychiatra. „*Léčila jsem se u psychiatra.*“ (R5). Dvě respondentky uvedly, že i nyní užívají antidepresiva. Velkou oporou při zvládnání této psychické zátěže jim byla rodina a blízké okolí. „*Podporu u své rodiny a přátel.*“ (R2) „*Oporou mi byla rodina.*“ (R8). „*Našla jsem si nové přátele a práci, teď se s tím snažím znovu žít.*“ (R9). „*Pomohla mi kamarádka maminky.*“ (R1) Další podporu našla respondentka i u dalších nemocných. Navštěvuje různá setkání sdružení Revmaliga, kde si ráda „popovídá“ s ostatními. „*Tam si přijdu, že v tom nejsem sama.*“ (R1) Postupem času se s chorobou vyrovnali všichni. Dnes už jsou se svým stavem smíření. „*Nemoc беру jako součást mého života.*“ (R7) „*Postupem času jsem se s tím smířila a naučila žít.*“ (R6). Někteří respondenti našli ve svém onemocnění i pozitiva. „*Začínám nacházet pozitiva, například důchod. Jsem jedna z mála vrstevnic, co si ho užije.*“ (R3). „*Jsem mezi lidmi a na svoje problémy alespoň na chvíli zapomenu.*“ (R9)

5. Diskuze

Olejarová (6) uvádí, že difuzní onemocnění pojivy, kam patří i Revmatoidní artritida, se nejčastěji objevuje u mladších lidí do 30 let. S touto informací se data získaná při výzkumném šetření shodují jen částečně. Dva z pěti respondentů onemocněli až po třicátém roce věku. Ale protože náš výzkum tvořilo pouze malé množství respondentů, tyto názory nemohou být brány jako výpovědní, spíše jako informativní. Ankylozující spondylitida se poprvé objevuje nejčastěji do 30 let, vzácně do 35 let. S tímto korespondují i data z šetření, což odpovídá i respondentům, kteří se účastnili našeho výzkumu.

Prvotními znaky Revmatoidní artritidy jsou nespecifické známky zánětu. Mezi tyto známky patří zvýšená teplota, únava, bolesti kloubů a nechutenství. Na nespecifické známky zánětu nikdo z respondentů neupozorňoval. Myslíme si, že to bylo proto, že tyto symptomy jsou obecnými známkami veškerých zánětlivých procesů v těle. A respondenti na ně nemuseli brát takový zřetel, protože nepoukazují na konkrétní onemocnění. Pouze v jednom případě respondentka uvedla, že v počátečním období se u ní objevily tyto obtíže. Tuto fázi onemocnění nazýváme prodromální období. Jak také uvedl Navrátil ve své knize. (7) V dalším průběhu onemocnění se objeví otok a bolestivost kloubů. S tímto tvrzením již respondenti souhlasili. Tyto příznaky spolu s příznaky nespecifického zánětu řadíme do časných známek revmatického onemocnění. Do časných příznaků řadíme také ranní ztuhlost a atrofii svalů. Tyto příznaky mohou trvat i několik hodin, jak popsala Olejarová. (5) V další fázi se objevuje samotná artritida. Zprvu postihuje klouby zápěstí, MCP kloub, PIP kloub nebo DIP kloub ruky. Tuto informaci nám potvrdili ve svých výpovědích všichni respondenti s Revmatoidní artritidou. U Ankylozující spondylitidy je nejdříve postihnut axiální skelet, tedy sakroiliakální (neboli kloubní spojení v kříži, pánvi a páteři), apofyzeální (to jest samotná páteř) a kostovertebrální klouby týkající se spojení těl obratlů a žeber. Dále to jsou velké periferní klouby, zejména kyčelní, kolenní a ramenní. Z odpovědí respondentů vyplývá, že u tří respondentů byl prvně napaden kolenní kloub a u dvou dalších byl postižen jako první kloub sakroiliakální. A až poté se přidaly klouby kolenní. Průběh onemocnění byl zhruba stejný u všech respondentů s touto chorobou.

Nejprve se objevila bolest a tuhnutí kloubů či páteře, s čímž souvisí zhoršená pohyblivost. Bolesti se objevují zejména v ranních hodinách.

Diagnostika měla u všech respondentů podobný průběh. Prvním impulzem k návštěvě obvodního lékaře byl bolestivý a oteklý kloub a zhoršená pohyblivost. Respondentům byly provedeny krevní testy na biochemické vyšetření a rozbor krevního obrazu. Z krevního vyšetření jsou zjištěné zvýšené zánětlivé hodnoty, které poukazují na probíhající zánět. U většiny respondentů byly testy pozitivní na protilátky. U Revmatoidní artritidy je to přítomnost revmatoidního faktoru, který pouze poukazuje na možné revmatického onemocnění a protilátky anti - CCP, které jsou přítomné u 80% revmatických onemocnění a typicky se objevují u Revmatoidní artritidy. U Ankylozující spondylitidy hledáme antigen HLA B27, který nám pomůže potvrdit správnou diagnózu. Tuto informaci potvrzuje i Olejarová. (6) Avšak je potřeba dalších vyšetření k určení přesné diagnózy. Následně jsou prováděna zobrazovací vyšetření, jak potvrzují i respondenti. Nejčastěji to bylo rentgenové vyšetření, zde se zánětlivé procesy objeví již v počátcích onemocnění, v pozdějším stádiu jsou zde patrné strukturální poškození. Další zobrazovací metodou je magnetická rezonance, zde také můžeme hodnotit zánětlivé změny a i v časných stádiích onemocnění. Na tuto metodu upozorňuje Pavelka (15). Tato metoda byla při diagnostice využita pouze u jedné z respondentek, myslíme si, že je to velká škoda, protože na magnetické rezonanci jsou změny lépe rozpoznatelné. Poté byli respondenti vyšetřeni u revmatologa, který stanovil přesnou diagnózu a léčbu. U některých respondentů se na konečnou diagnózu přišlo až po několika letech. Jedna z respondentek uvedla, že ji na revmatoidní artritidu lékaři přišli až po půl roce léčby, která neměla žádný efekt.

Všichni respondenti udávají farmakologickou léčbu pomocí nesteroidních antirevmatik, které tlumí zánět a bolest velmi rychle. Obvykle to bývá od 30 do 90 minut. Dalšími léky, které respondenti uvádějí, jsou léky modifikující chorobu, neboli DMARD. Tyto preparáty snižují otok, potlačují akutní fázi a dokážou navodit stav remise. Při bolestech respondenti užívají analgetika, dále pak kortikoidy, chondroprotektiva, cytostatika, imunosupresiva a antimalarika. Dvě respondentky vzhledem ke svému psychickému stavu musely podstoupit léčbu antidepresivy. Někteří

užívají i další léky, protože se neléčí pouze s revmatickým onemocněním. Biologická léčba byla aplikována u tří respondentek, byly jim aplikovány inhibitory TNF - α . Dvě z nich jsou s léčbou spokojené, protože u nich byla účinná. U třetí nepomohla. Myslíme si, že je to velká škoda, že tuto léčbu podstoupily pouze dvě respondentky. Tato moderní léčba je velice účinná, nejenom u revmatických onemocnění. Náš výzkum nebyl primárně zacílen na biologickou léčbu, proto nemůžeme zcela objektivně hodnotit využívání této metody. Dvě respondentky podstoupily chirurgickou léčbu.

Fyzikální terapií si prošli všichni respondenti. Šest respondentů navštívilo některé z lázeňských zařízení. Z této skupiny tři respondenti navštěvují kromě lázní ještě rehabilitační oddělení v místě bydliště. Čtyři respondenti uvedli, že navštěvují pouze rehabilitační oddělení v místě bydliště. Celkem tedy sedm respondentů dochází na rehabilitaci v místě bydliště. Fyzikální terapii dělíme podle užívané energie. Je to energie teplená, elektrická, světelná a mechanická, neboli přenesení energie z terapeuta na pacienta. Jednou z částí fyzikální terapie je balneoterapie, při které se využívá energie z přírodních léčivých zdrojů. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějšími metodami fyzikální terapie, které byly u respondentů aplikovány, jsou rehabilitační cvičení, balneoterapie a elektrická terapie.

Na rehabilitační cvičení s fyzioterapeutem docházeli, nebo stále dochází, kromě jedné respondentky, všichni. Nejčastěji užívanou metodou jsou techniky měkkých tkání, masáže a sestava cviků. Měkké techniky jsou pro respondenty příjemné a uvolňující. S touto metodou mají zkušenost čtyři respondenti. Jde o cílené působení mechanické síly na určitou postiženou oblast. Většinou se jedná o kůži, podkoží, svaly a jejich úpony (facie). Jak uvedl Orel, autor knihy *Člověk, jeho smysly a svět*, hlavním pracovním nástrojem při této terapii jsou ruce terapeuta. (33) Při této terapii se snaží fyzioterapeut uvolnit ztuhlé svaly. Ve svalech se nachází nervová zakončení a čidla, která přenášejí toto podráždění reflexním obloukem do vnitřního orgánu v dané oblasti, čímž se uvolní napětí a bolest ustoupí. Podrobněji to popisuje Jandová (2). Druhé v pořadí jsou masáže. Tato procedura je u respondentů velice oblíbená. Myslíme si, že je to jedna z nejpříjemnějších metod, kterou si respondenti prošli. To nám potvrdilo šest respondentů, kteří na masáže docházeli. V podstatě jde o stejný princip jako u měkkých

technik, kdy fyzioterapeut cíleně působí na svaly a uvolňuje v nich napětí. Rozdíl je pouze v tom, že měkké techniky se provádí na sucho, kdežto masáže s oleji. Další využívanou metodou je takzvaný léčebný tělocvik, nebo také léčebná tělesná výchova. Zde se provádí určité série cviků na posílení měkkých a tvrdých tkání pohybového aparátu. (32) Touto metodou si prošli všichni respondenti. Buď byli se cviky seznámeni fyzioterapeutem na rehabilitačním oddělení, nebo v lázeňském zařízení. Všichni respondenti uvádí, že se cviky byli seznámeni. Domácímu cvičení se věnují všichni respondenti, kromě jedné. Ostatní nepravidelně, spíše nárazově nebo chodí do fitness center či posiloven. Pravidelně cvičí pouze dva respondenti, a protože při dlouhém nočním klidu klouby ztuhnou a každý pohyb je doprovázen bolestmi, cvičí zejména v ranních hodinách. Respondenti uvedli, že cvičí protahovací a uvolňovací cviky, které se naučili od fyzioterapeuta. Dva z respondentů při cvičení používají přístroje. Dle našeho názoru by pacienti s tímto onemocněním měli cvičit minimálně jednou denně zejména v ranních hodinách po probuzení, aby si klouby protáhli a připravili je na zátěž, která je čeká během dne. Navrátil uvedl, že pravidelné cvičení může zmírnit progresi onemocnění a zamezit vzniku deformit. (7) Jde pouze o léčbu symptomatologickou i tak si myslíme, že by se neměla opomíjet. Většina respondentů je v invalidním důchodu, proto nevidím problém s tím, že by se ráno deset minut protáhli. Problém bychom viděli spíše v trendu dnešní doby: řešit problém co nejsnadněji. Když nás něco bolí nebo někde „píchne“, ihned sáhneme po rychlém, jednoduchém řešení a hlavně bez nejmenší námahy. A tím jsou medikamenty. Netvrdíme, že by se neměly vůbec užívat, ale jsme zastánci názoru, že se jich někdy užívá až nadměru. Proto bychom se měli snažit problém nejdříve vyřešit cvičením a až poté tabletou. Klener doporučuje při akutním stádiu vynechat cvičení aktivní, ale zvolit spíše klidnější formu a to cvičení pasivní. Pacientům je doporučené cvičení na lůžku, izometrické cvičení či cvičení pomocí přístrojů a dlah, které „cvičí za ně“. (8) Myslíme si, že je mnoho způsobů jak cvičit, jen je důležité chtít. Ale nezacházet za hranici bolesti, určitou bolest cítí nemocní při prvním cviku, při dalším opakování se bolest snižuje, pokud však bolest přetrvává i nadále, cvičení je dobré ukončit odpočinout si, popřípadě po odpočinku zkusit pokračovat.

U velké části respondentů byla aplikována balneoterapie. Mezi typické zdroje balneoterapie, které se využívají při léčbě revmatických onemocnění, patří voda, peloidy a parafin. Účinek vody se využívá v hydroterapii v podobě koupelí, stříků a obkladů. A to v „teplých“ a „studených“ formách. Větší spokojenost vyslovili respondenti s aplikací „teplých“ forem. Více se při nich uvolní a prohřejí. Tuto formu fyzikální terapie uvedlo ve svých výpovědích pět respondentů. Byly jim aplikované koupele vířivé nebo slatinové. Jeden z respondentů uvedl, že podstoupil také skotské stříky. Aplikace peloidů (slatina, rašelina, bahno) byla praktikována u sedmi respondentů. Některým byla aplikována rašelina, jiným parafin. Tyto zábaly jsou také „teplými“ formami. Respondenti uvedli, že se po zábalech cítili uvolnění, prohřátí a zmírnili se i bolesti. Další metoda, kterou respondenti uvedli, byla aplikace chladu formou kryo komory a kryo zábalů. S touto metodou byli také velice spokojeni. Zmírnila se bolest a ustoupil otok. Myslíme si, že balneoterapie je nejpříjemnější metoda z celé fyzikální terapie. Dle odpovědí respondentů usuzujeme, že s námi souhlasí. Aplikace je příjemná, uvolňující a organismus si u ní odpočine. Účinky balneoterapie jsou velice uspokojivé. Jandová uvádí, že mezi obecné účinky patří zvýšení energie v těle, zrychlení metabolismu, aktivace imunitního systému. Dále se využívá analgetický a spasmolytický účinek. Domníváme se, že tyto metody jsou u respondentů oblíbené proto, že si při nich odpočinou a získají novou energii, jak uvádí Jandová. (2)

Z výzkumu vyplývá, že třetí nejčastěji používanou metodou při léčbě Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondilitidy je elektroterapie. Tato terapie se objevila u šesti respondentů. V uvedených odpovědích se objevil pouze jeden konkrétní název procedury a to galvanoterapie, což je jedna z metod elektroterapie. Další respondenti uvedli pouze pojem elektroterapie, na přesný název si nemohli vzpomenout. Udávali pouze popis. Sestra či fyzioterapeut jim aplikovali gel na příslušné oblasti a poté jim na tato místa přiložili destičky, do kterých vedl elektrický proud. Z tohoto popisu nelze přesně usoudit, která konkrétní procedura jim byla aplikována, protože při kontaktní elektroterapii se užívají elektrody pokaždé, jak uvádí Poděbradský ve Fyzikální terapii: manuál a algoritmy. (21) Spokojenost s touto terapií vyjádřilo pět respondentů, pouze u

jedné respondentky byl účinek nepříjemný. S elektroterapií máme vlastní zkušenost. Byla nám aplikována galvanoterapie na bolavé koleno. Aplikaci jsme vnímali jako mravenčení a štípání. V našem případě měla účinek, ale pouze dočasný. Po absolvování 10 opakování jsme opět začali pociťovat bolesti. A další sérii opakování jsme již nepodstoupili.

Na otázku, zda má větší či lepší účinek farmakoterapie či fyzioterapie, respondenti odpověděli nejednoznačně. Někteří jsou zastánci toho, že bez léků se neobejdou. Jiní si zase velice pochvalovali účinky, které pociťovali po fyzioterapii. Shodně odpovídali, že takové účinky, jako má fyzioterapie, pomocí léků nemohou dosáhnout. Fyzioterapie jim pomáhá i co se týká psychického stavu. Jsou veselejší a svěží. Pouze jedna z respondentek uvedla, že léky jí pomáhají zmírňovat příznaky lépe než fyzikální terapie. My souhlasíme s tvrzením, že fyzikální terapie pomáhá více než farmakoterapie při zmírňování příznaků. Léky i fyzikální terapie se musí aplikovat opakovaně, aby bylo dosaženo nějakého účinku. Souhlasíme s tím, že farmakoterapie má rychlejší nástup účinku. Některé bolesti lze cvičením a fyzioterapií zmírnit, na jiné musíme užít tabletu. Máme však na mysli tabletu „rychlé pomoci“, myšlena je tableta, kterou si nemocný vezme v případě, že ho trápí akutní bolest.

Onemocnění má určitě vliv na život pacientů. Lidé onemocní nejčastěji ve svých 20 - 30 letech, v období, kdy je člověk nejaktivnější a nejproduktivnější. Čtyři z respondentů onemocněli ještě před 20. rokem života, kolem 14. - 16. roku. Jejich onemocnění se promítlo i v dospívání. Hlavním problémem byla nemožnost účastnit se aktivit stejně jako jejich vrstevníci. Omezení se týkalo sportů, koníčků a zájmů, navštěvování diskoték či koupání ve studené vodě. V 20 - 30 letech mladí lidé zakládají rodiny, budují si své domovy a kariéru. Ale s touto diagnózou má člověk značné omezení ve svém „rozletu“. Postiženy jsou hlavně klouby rukou, respondenti nejsou často schopni jemné motorické práce. To znamená, že mají velké problémy se sháněním práce. Z tohoto důvodu respondenti nebyli, nebo nejsou zaměstnáni. Nezvládají fyzickou ani sedavou práci s běžnou pracovní dobou. Jejich výkony jsou sniženy a pro zaměstnavatele jsou neatraktivními zaměstnanci. Jedna z respondentek uvedla, že na základě jejich obtíží nemohla v práci podávat takové výkony jako její kolegyně, a

zaměstnavatel „aby si nešpinil ruce“, vyvíjel takové nároky a nátlak, že respondentka raději své povolání opustila sama. Z tohoto důvodu většina respondentů pobírá částečný nebo plný invalidní důchod, byť v mladém věku. Proto je velice těžké pro pacienty najít vhodné zaměstnání, které by jim vyhovovalo. Respondenti uvedli, že občas vypomáhají při brigádách. Omezení není jen při práci, ale i při sportech a zájmových činnostech. Většina respondentů aktivně nesportuje. Svých oblíbených sportů se museli vzdát hned v počátku onemocnění. Jejich zdravotní stav jim nedovolí být dlouhodobě aktivní. Jednak trpí značnými bolestmi při zvýšené aktivitě, a navíc se brzy dostaví velká únava. Věnují se pouze rehabilitačnímu cvičení, posilování či plavání. Navrátil k tomu ještě doporučuje i turistiku či jízdu na kole.(7) Některé své koníčky a zájmy museli respondenti omezit, či opustit. Jedna z respondentek je věřící a ráda navštěvovala kostely. Vzhledem k tomu, že se dlouhou dobu sedí v chladu a nepohybuje se, nemůže je navštěvovat. Dalším faktorem, který respondenti vnímají jako značně omezující jejich život, je pravidelná návštěva lékaře. Jedna z respondentek uvedla, že ke svému revmatologovi chodí jednou za čtvrt roku, pokud nastanou komplikace, tak i dříve.

Tato onemocnění již od počátku určitým způsobem narušují psychický stav nemocných. Někteří udávají pocity beznaděje a bezmocnosti, další pociťují stavy deprese a úzkosti. Jiní strach a vnitřní napětí. Jedna z respondentek uvedla, že těmito stavy trpěla skoro 10 let. Velký vliv na psychický stav má i stádium onemocnění či vnější projevy onemocnění. Zdeformované klouby na končetinách, shrbená záda či nápadná chůze. Toho si hned ostatní všimnou. Respondentům tak klesá sebevědomí a dostaví se u nich pocit nejistoty, méněcennosti, odlišnosti. Někteří z respondentů ve svých odpovědích uvedli, že v akutním stádiu onemocnění byli plně závislí na pomoci druhých. Nebyli schopni se o sebe postarat a to i v základních potřebách. Každý nemocný si prošel těžkým obdobím, hlavně na počátku onemocnění. Když je jim stanovena závažná diagnóza či chronicky onemocní a onemocnění nemá příznivou prognózu, prochází určitými fázemi, obdobími, než tuto skutečnost přijme a smíří se s ní. Jedna z respondentek uvedla, že si prošla pěti takovými obdobími. Popírání, hněv, smlouvání, deprese a smíření. Tyto fáze popisuje Elizabeth Kübler-Rossová ve své knize. Tyto fáze jsou také užívané v souvislosti s umíráním a smrtí. Myslíme si, že

každý nemocný, kterému je stanovena závažná diagnóza by si měl těmito fázemi projít. Nemusí jít pouze o nevléčitelné onemocnění. Myslíme, že důležitou roli zde hraje určitý pocit naděje. Pokud nemocnému sdělíme závažnou diagnózu s tím, že před sebou bude vidět naději, uzdravení, či nějaké zlepšení. Dle našeho názoru tuto skutečnost přijme mnohem lépe, než pokud před člověkem budou „zavřené dveře“. Myslíme si, že pokud nemocný bude mít podporu rodiny a okolí, dokáže se s onemocněním vyrovnat rychleji a snadněji. Když bude vědět, že na to není sám. S tímto názorem se shodují i respondenti. V odpovědích uvedli, že jim hodně pomohla právě podpora rodiny. Další oporou mohou být nemocným různé spolky či skupiny.

Aby se nemocní lépe vyrovnali s onemocněním, hraje důležitou roli i edukace ze strany sester. Všichni respondenti uvedli, že jim informace ohledně příčiny a příznaků onemocnění, jeho léčby a možných komplikací, byly podány od lékaře. Nejčastější formou edukace byla ústní forma. Ta všem respondentům vyhovovala. Myslíme si, že při prvním setkání sestry s pacientem je důležité nejenom umět poskytnout informace, ale také navázat kontakt. Při edukaci je důležitá určitá míra důvěry v sestru a aktivní spoluúčast pacienta. Z výpovědí respondentů vyplývá, že s přístupem a vystupováním sestry jsou spokojeni. Je pro ně oporou, chová se k nim mile a profesionálně. V žádné z výpovědí se neobjevila negativní reakce. Sestra respondenty nejdříve poučila o lécích, které budou užívat. Jaké bude dávkování, jaké jsou jejich účinky a také jim doporučila, aby si přečetli příbalový leták, kde se uvádí nežádoucí účinky. V případě, že se u nich některý objeví, přestat léky brát a ihned navštívit ordinaci. Dále bývá edukace zaměřená na problémy týkající se projevů onemocnění, jejich zvládnání a omezení do budoucna. Protože většina respondentů onemocněla poměrně v mladém věku, kladli si otázku, co bude dál. Nejdříve si museli ujasnit, co chtějí v životě dělat, kam chtějí směřovat, jaké povolání je pro ně vhodné. Olejarová uvedla, že při výběru zaměstnání musí respondenti zohledňovat i aktivitu a stadium onemocnění, míru fyzické náročnosti a směnný provoz. (5) Pro respondenty to byla těžká volba. Museli přemýšlet hodně do budoucna, zohlednit své možné příznaky, ať už vnitřního nebo vnějšího charakteru. Přemýšlet musí hlavně nad deformitami, které onemocnění způsobuje. Těch si budou ostatní lidé všimnout jako první. Proto je také důležité seznámit nemocné s těmito

možnými komplikacemi, jež jim mohou způsobovat psychické problémy, například nízké sebevědomí a pocit méněcennosti. Tyto pocity by mohly mít vliv na výběr povolání, začlenění se do společnosti a hledání životního partnera.

Dalším tématem byla změna při stravování. Pokud respondenti udávali tuto edukaci ve svých odpovědích, byli s ní spokojeni. Domů dostali podrobný návod, brožuru s potravinami, které jsou vhodné, méně vhodné či nevhodné pro nemocné s revmatickou diagnózou. Respondenti se těmito radami řídí a sami na sobě pozorují pozitivní výsledky. Myslíme si, že kromě pravidelného cvičení je změna ve stravování druhým nejtěžším opatřením, které musí v životě podstoupit. V tomto směru je kladen důraz na udržení optimální hmotnosti, dostatečný přísun minerálů a vitamínů, především z řady B, C a D. Jistou úpravu jídelníčku musí provést všichni nemocní. Olejarová uvádí, že by nemocní měli snížit množství tuků ve stravě, naopak zvýšit příjem bílkovin, vápníku a omezit sladké nápoje bohaté na CO₂ a omezit solení a minerálky s vysokým obsahem sodíku. (16) Další částí edukace bylo omezení v pohyblivosti. Sestry je upozorňují na to, že přijdou chvíle, kdy nebudou moci vstát z postele, protože jejich klouby mohou přes noc ztuhnout vlivem dlouhé nepohyblivosti. Proto zdůrazňují důležitost pravidelného cvičení. Hlavně po ránu nemocní ocení tyto rady. O správnosti provedení cviků na protažení a uvolnění kloubů respondenty edukují většinou fyzioterapeuti. Sestry jim pouze mohou podat informace ohledně cviků, jejich správné provedení je naučí rehabilitační sestry. K tomuto tématu patří i poučení o možnosti využití kompenzačních pomůcek. Sestry pacienty seznamují s pomůckami, které by jim mohly pomoci při každodenních činnostech. Nejčastěji používanými pomůckami při chůzi jsou vycházkové hole, francouzské berle či kolečková chodítka. Při hygieně mohou nemocní využít mycí houby s rukojetí či mycí kartáč na nohy. V koupelně využijí různá madla do sprchového koutu, mycí židle nebo nástavec na toaletu. Dalšími pomůckami jsou držáky na nože nebo otvíráky na láhve. Tyto a další pomůcky uvádí studentka Kulhánková. (34) Myslíme si, že v dnešní době nemocní kompenzační pomůcky většinou znají. V domácím prostředí je používají hlavně starší nemocní. Z našeho výzkumu vyplývá, že respondenti pomůcky znají a některé i používají. Hlavně francouzské hole, ortézy, nástavce na toaletu, madla ve sprchovém koutě. Dle

bakalářské práce studentky Barbory Kulhánkové, která je zaměřená na využívání kompenzačních pomůcek pacienty s Ankylozující spondylitidou vyplývá, že pacienti tyto pomůcky rádi využívají a jsou s nimi spokojeni. (34)

Dále sestry respondentům doporučují, ať si sami individuálně vyzkouší, co jim vyhovuje, nebo zrovna jim bude dělat dobře a naopak. Co fungovalo na jednoho, nemusí fungovat na druhého. Týká se to nejenom farmakologie, ale i fyzikální terapie. Někomu vyhovují spíše teplé koupele a zábaly, jinému zase bude dělat dobře studený obklad. Podle nás by se do edukace ještě hodila témata jako osobní a rodinný život, psychologická pomoc pro nemocné, ale i pro rodinné příslušníky. Jedna respondentka uvedla, že měla značné problémy s péčí o miminko po porodu. Kvůli bolestem se o něj nemohla dostatečně postarat sama a musela jí pomáhat maminka. O této problematice by měly sestry seznámit hlavně mladé pacientky. Tuto respondentku však sestra vhodně edukovala, a proto s tímto problémem počítala a dokázala se s ním vyrovnat. Tato a další témata, která by se hodila do edukace, uvádí i Olejarová (16). Ta však nikdo z respondentů nevedl.

6. Závěr

Tématem bakalářské práce bylo využívání fyzikální terapie při léčbě vybraných zánětlivých revmatických onemocnění z pohledu pacientů. Hlavním cílem práce bylo zmapovat využití fyzikálních procedur při léčbě zánětlivých revmatických onemocnění. K hlavnímu cíli byly vytvořeny výzkumné otázky: Jaké jsou nejčastěji používané fyzikální metody v léčbě revmatických onemocnění? Jak vnímá pacient aplikaci fyzikální terapie? Jak ovlivňuje zánětlivé revmatické onemocnění život pacientů? Jaké procedury si pacienti mohou aplikovat v domácím prostředí? Jaká je spokojenost pacientů s fyzikální terapií?

Z výzkumného šetření vyplývá, že fyzikální terapie byla využita u všech respondentů. Nejčastěji aplikovanou metodou fyzikální terapie byla balneoterapie, elektroterapie a rehabilitační léčba. Z metod balneoterapie byly nejčastějšími metodami koupele, stříky a zábaly. Při těchto procedurách se využívá léčivých účinků vody, parafínu, rašeliny nebo slatin. Nejvíce spokojeni byli respondenti s „teplými“ procedurami. Konkrétně rašelinové a parafinové zábaly, koupele s obsahem slatiny či vířivé koupele. Nejčastěji uváděným účinkem těchto metod byla úleva od bolesti, prohřátí a uvolnění ztuhlých kloubů, s čímž souvisí zlepšení pohyblivosti, celkové uvolnění a odpočinek. Na balneoterapii docházeli všichni respondenti. Při rehabilitační terapii se nejvíce využívají masáže, měkké techniky a cvičení. Při masážích a měkkých technikách je využívána energie, kterou přeneše fyzioterapeut na pacienta. Tyto metody pomáhají při uvolňování svalstva a zmírnění bolesti. Pomocí aktivace nervových zakončení ve svalech se uvolňuje napětí a bolest ustoupí. S těmito metodami mají zkušenosti čtyři respondenti. Cvičení se pacienti účastní aktivně nebo pasivně při cvičení na strojích. Fyzioterapeut naučí respondenty sestavu cviků, které pak provádí pravidelně, zpravidla ráno po probuzení v domácím prostředí sami. Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že domácímu cvičení se pravidelně věnují pouze dva respondenti, ostatní cvičí nepravidelně. Elektroterapii absolvovalo šest respondentů. Tato terapie měla u respondentů kladné ohlasy, pouze u jedné jsem shledala negativní odpověď.

Spokojenost s fyzikální terapií vyslovili všichni respondenti. Některé metody byly respondentům příjemné, jiné méně. Tato otázka je hodně individuální, záleží na vnímání

každého respondenta, nelze ji paušalizovat na všechny respondenty. Proto nelze jednoznačně určit, s kterou metodou budou všichni spokojeni. Z výzkumného šetření vyplývá, že respondenti byli spokojeni se všemi procedurami, s „teplými“ procedurami, masáží, rehabilitačním cvičením a elektroterapií.

S edukací sester byli respondenti spokojeni. Hlavními tématy edukace byly rehabilitace a cvičení, úprava při stravování, projevy onemocnění a s nimi spojené obtíže v běžném životě. Edukace probíhala ústní formou, nebo pomocí informačních letáků či brožur. Z výzkumného šetření vyplývá, že se sestry respondentům dostatečně věnovaly. Veškeré informace, které jim byly poskytnuty, byly dostačující pro počáteční stav. Někteří respondenti uvedli, že si museli v průběhu onemocnění další informace vyhledat na internetových stránkách. V dnešní době mají nemocní výhodu v tom, že si tyto informace mohou sami vyhledat v literatuře, častěji na internetu, nebo je prodiskutovat na sociálních sítích.

Tato práce by mohla být využita při edukaci pacientů. Poukazuje na běžné problémy pacientů s revmatickým zánětlivým onemocněním. Dále by mohla sloužit jako předloha pro vypracování brožury se základními údaji o lázeňské terapii pro pacienty s Revmatoidní artritidou nebo Ankylozující spondylitidou (viz příloha 8).

7. Seznam použitých zdrojů:

1. PAVELKA, Karel. *Revmatologie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010, 177 s. ISBN 978-80-7262-688-5.
2. JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, xvi, 404 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2820-9.
3. JIRÁSEK, Robert. *Nezapomenutelné osobnosti české medicíny a farmacie III*. Edukafarm FarmiNews. 2013, č. 2, s. 23.
4. PAVELKA, Karel. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, xvi, 363 s. ISBN 978-80-247-5048-4.
5. OLEJÁROVÁ, Marta. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex, 2005. ISBN nevedena
6. OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatologie v kostce*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN
7. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 9788024723198.
8. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, c2006, xliv, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
9. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4711-485.
10. PAVELKA, Karel. Doporučení České revmatologické společnosti. *Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu ankylozující spondylitidy* [online]. 2012, roč. 2012, č. 20 [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/Doporučení_CRS_ankylozující_spondylitida.pdf
11. ŠENOLT, Ladislav, Heřman MANN a Petr HERLE. *Revmatologie: doporučení pro včasný záchyt nejčastějších zánětlivých revmatických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost

- všeobecného lékařství, 2014, 9 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-74-9.
12. ZIMA, Tomáš. *Laboratorní diagnostika. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, xxxviii, 906 s. ISBN 978-80-7262-372-3.
 13. PUDLAČ, Adam. Doporučení České revmatologické společnosti. *Zobrazovací metody pro hodnocení strukturální progresy u ankylozující spondylitidy* [online], roč. 2007, č.2 [cit.2007-06-18]. Dostupné z: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/Zobrazovací_metody_ankylozující_spondylitidy.pdf
 14. MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí. 4.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-2639-4.
 15. Pavelka K. a kol. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*, Grada Publishing, Praha 2005.
 16. OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. *Lexikon revmatologie pro sestry. 1. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.
 17. OLEJÁROVÁ, Marta. *Biologická léčba v revmatologii. 1. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2010, 151 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2281-1.
 18. FUSEK, Martin. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe. 1. vyd.* Praha: Grada, 2012, 219 s. ISBN 978-80-247-3727-0.
 19. DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, xxiv, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
 20. CIKÁNKOVÁ, Věra. *Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech.* Praha: Maxdorf, 2010, 223 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-206-3.
 21. PODĚBRADSKÝ, Jiří a Radana PODĚBRADSKÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy. 1. vyd.* Praha: Grada, 2009, 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
 22. 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.
 23. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd.* Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571

24. PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
25. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. *Fyzikální terapie*. 2. vyd. Martin: Matica slovenská, 2006, 362 s. ISBN 80-806-3230-8.
26. ŠPIŠÁK, Ladislav a Zdeněk RUŠAVÝ. *Klinická balneologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2010, 275 s. ISBN 978-802-4616-544
27. PAVELKA, Karel. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf, c2012, 737 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-295-7.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 188 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1775-3.
29. VINCOVÁ, Gabriela. *Ankylozující spondylitida z pohledu fyzioterapeuta*. Sestra. 10.2.2010, č. 2. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ankylozujici-spondylitida-z-pohledu-fyzioterapeuta-449680>
30. LUŽNÁ, Dagmar a Dagmar VRÁNOVÁ. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel I. 3.*, rozš. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG, 2011, 366 s. ISBN 978-80-7263-683-9.
31. *Revmatologie: Praktická doporučení pro životní styl a práci pacientů s ankylozující spondylitidou*. Pro lékaře [online]. 2013 [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/revmatologie-novinky-v-oboru/prakticka-doporuceni-pro-zivotni-styl-a-praci-pacientu-s-ankylozujici-spondylitidou-2029>.
32. BARNARD, Neal D. *Jídlem proti bolesti: nové revoluční strategie pro maximální úlevu od bolesti: jídelníčky a recepty podle Jennifer Raymond*. Olomouc: ANAG, 2014, 375 s. ISBN 978-80-7263-888-8.
33. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 248 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2946-6.
34. KULHÁNKOVÁ, Barbora. *Možnosti v používání kompenzačních pomůcek u pacientů s Bechtěrevovou chorobou*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D

8. Klíčová slova

- Fyzikální terapie
- Revmatoidní artritida
- Ankylozující spondylitida
- Ošetřovatelství v revmatologii
- Sestra

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Vyšetření pohyblivosti v kloubech

Příloha 2 Klasifikační kritéria American Collage of Rheumatology pro revmatoidní artritidu

Příloha 3 Skóre akutních a chronických změn hodnocených MR. Modifikováno dle Brauna a kol.

Příloha 4 Biologické léky registrované v České Republice

Příloha 5 Dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire)

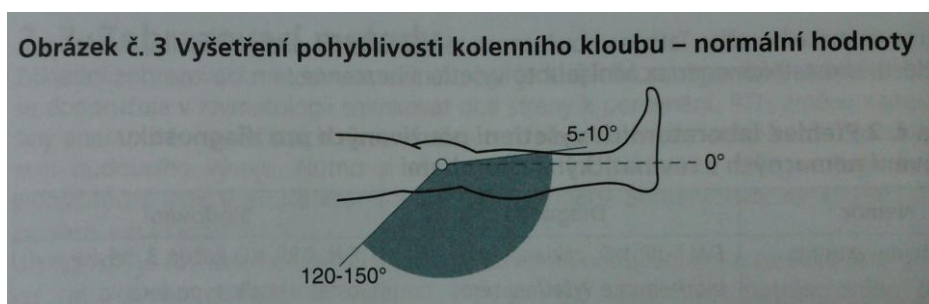
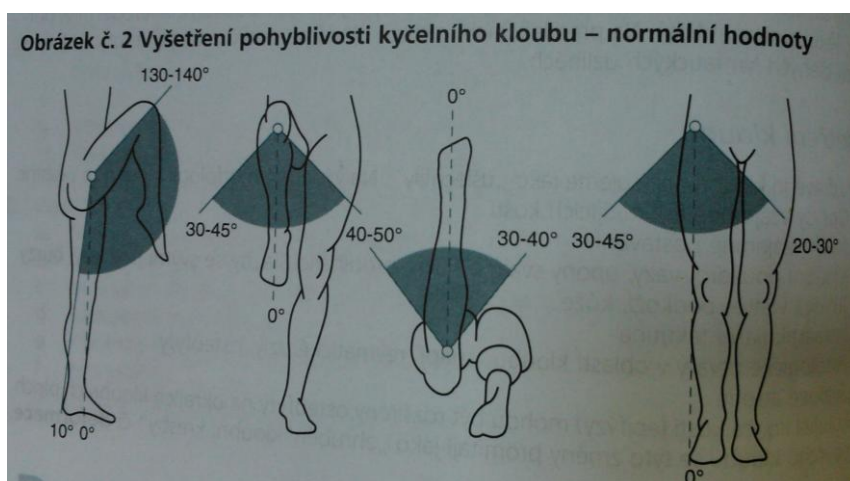
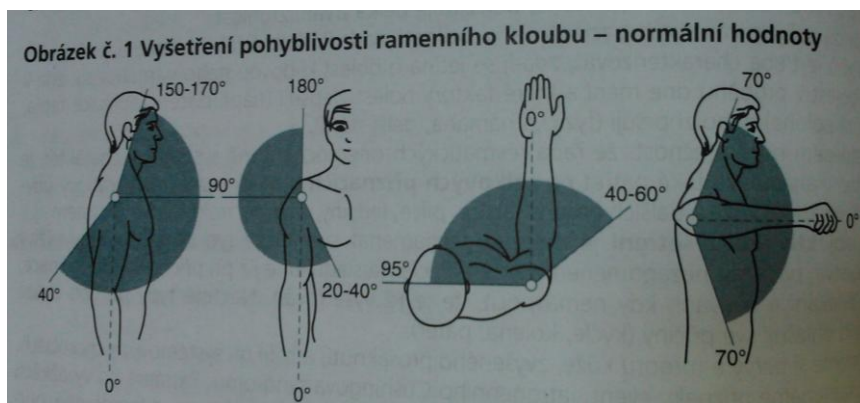
Příloha 6 Dotazník BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

Příloha 7 Otázky k rozhovorům

Příloha 8 Informační brožura

Příloha 1

Vyšetření pohyblivosti v kloubech



Zdroj: OLEJÁROVÁ, Marta. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex, 2005. ISBN neuvěděna

Příloha 2

ACE/EULAR klasifikační kritéria z roku 2010

ACR/EULAR klasifikační kritéria z roku 2010

Základním předpokladem je přítomnost artritidy alespoň jednoho kloubu. Onemocnění je klasifikováno jako revmatoidní artritida při dosažení ≥ 6 bodů z deseti možných.

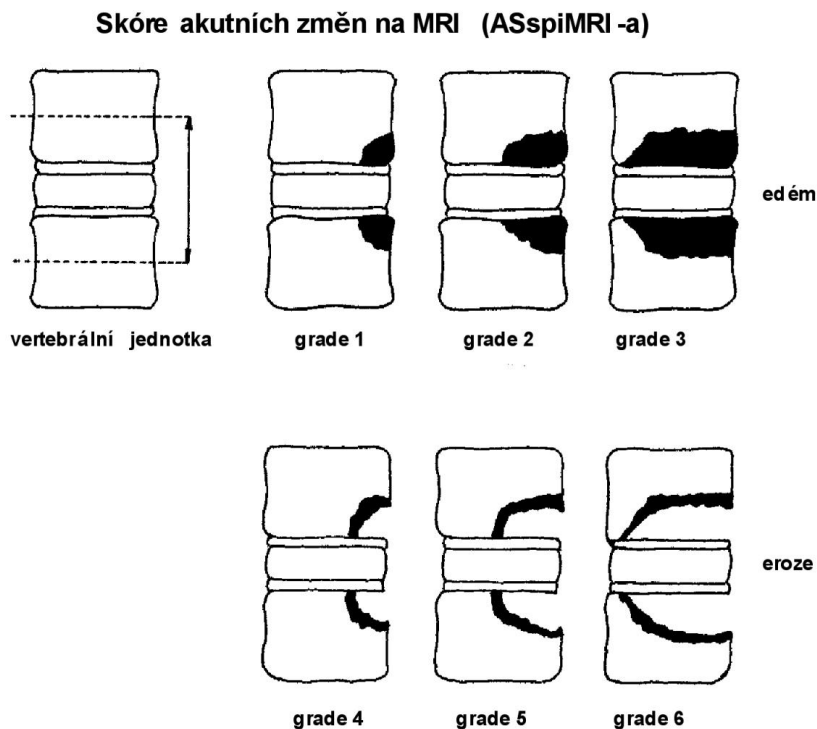
KLOUBY (0–5 bodů)	BODY
1 velký	0
2–10 velkých	1
1–3 malých (s nebo bez postižení velkých)	2
4–10 malých (s nebo bez postižení velkých)	3
> 10 (alespoň 1 malý kloub)	5
SÉROLOGIE (0–3 bodů)	
RF a ACPA obojí negativní	0
Alespoň jeden z RF a ACPA níže pozitivní	2
Alespoň jeden z RF a ACPA vysoce pozitivní	3
TRVÁNÍ PŘÍZNAKŮ (0–1 bod)	
< 6 týdnů	0
≥ 6 týdnů	1
REAKTANTY AKUTNÍ FÁZE (0–1 bod)	
Normální hodnota CRP a FW	0
Zvýšená hodnota CRP nebo FW	1
Maximum celkem	10

ACPA: protilátky proti citrulinovaným proteinům (např. anti-CCP), CRP: C reaktivní protein, FW: sedimentace erytrocytů, RF: revmatoidní faktory

Zdroj: ŠENOLT, Ladislav, Heřman MANN a Petr HERLE. *Revmatologie: doporučení pro včasný záchyt nejčastějších zánětlivých revmatických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2014, 9 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-74-9.

Příloha 3

Skóre akutních a chronických změn hodnocených MR. Modifikováno dle Brauna a kol.



• **skóre akutních změn (ASspiMR-a)**

- 0 = normální nález, bez léze
- 1 = mírný edém kostní dřevě, $\leq 25\%$
- 2 = střední edém kostní dřevě, $\leq 50\%$
- 3 = velký edém kostní dřevě, $> 50\%$
- 4 = drobná eroze, $\leq 25\%$
- 5 = střední eroze, $> 25\%$ ale $\leq 50\%$
- 6 = velká eroze, $> 50\%$

• **skóre chronických změn (ASspiMR-c)**

- 0 = normální nález, bez léze
- 1 = mírná sklerotizace, suspektní změny
- 2 = sklerotizace/kvadraticizace/poč. syndesmofyty
- 3 = 1–2 syndesmofyty/malé eroze
- 4 = dva a více syndesmofytů/discitida/několik erozí
- 5 = přemostující syndesmofyty
- 6 = vertebrální fúze

Zdroj: PUDLAČ, Adam. Doporučení České reumatologické společnosti. *Zobrazovací metody pro hodnocení strukturální progresu u ankylozující spondylitidy* [online], roč. 2007, č.2 [cit.2007-06-18]. Dostupné z: http://www.reumatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/Zobrazovaci_metody_ankylozujici_spondylitidy.pdf

Příloha 4

Biologické léky registrované v České Republice

Biologický lék	Složení	Mechanismus účinku
Adalimumab	humánní monoklonální protilátka proti TNF - α	inhibitor TNF - α
Etanercept	humánní solubilní konstrukt TNF receptoru	inhibitor TNF - α
Infliximab	chimérická monoklonální protilátka proti TNF - α	inhibitor TNF - α
Golimumab	humánní monoklonální protilátka proti TNF - α	inhibitor TNF - α
Certolizumab	humánní monoklonální protilátka bez fragmentu proti TNF - α	inhibitor TNF - α
Rituximab	monoklonální anti CD20 protilátka	apoptóza B-buněk
Abatacept	fúzovaný protein CTLA-4 s imunoglobulinem	inhibitor kostimulace
Tocilizumab	humanizovaná monoklonální protilátka proti receptoru pro IL-6	inhibitor IL-6

Kostimulace - „kostimulační signál“ - „Blokáda kostimulačního signálu pro T-lymfocyty, zprostředkovaného molekulami CD28 na T-buňkách a CH80/86 na povrchu antigen prezentující buňky, ABA výrazně omezuje aktivizaci proliferaci T-lymfocytů a tím celou kaskádou dějů, jejichž konečným důsledkem je vystupňovaná destrukce v kloubech a její převaha nad reparačními procesy.“ (4)

Zdroje: 1) OLEJÁROVÁ, Marta. *Biologická léčba v revmatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 151 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2281-1.,

2) PAVELKA, Karel. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, xvi, 363 s. ISBN 978-80-247-5048-4.

Příloha 5

Dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire)

HAQ

(Health Assessment Questionnaire)

Nástroj na hodnocení funkčního postižení u *revmatoidní artritidy* i dalších onemocnění pohybového ústrojí.

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

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

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

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

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

_____ Oblékání a úprava	_____ Stravování
_____ Vstávání	_____ Chůze

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

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
--	------------	---------------------	----------------------	----------------

5. Hygiena

Jste schopen/schopna:

a) umýt a osušit si tělo?	_____	_____	_____	_____
b) vykoupat se ve vaně?	_____	_____	_____	_____
c) usednout na toaletu a vstát z ní?	_____	_____	_____	_____

6. Dosažitelnost

Jste schopen/schopna:

a) sundat předmět vážící 2,5 kg (např. pytlík s bramborami) z výšky těsně nad hlavou?	_____	_____	_____	_____
b) ohnout se a zvednout oblečení z podlahy?	_____	_____	_____	_____

7. Stisk

Jste schopen/schopna:

a) otevřít dveře auta?	_____	_____	_____	_____
b) otevřít zavařovací sklenice, které již byly předtím otevřené?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít a zavřít kohoutek?	_____	_____	_____	_____

8. Činnosti

Jste schopen/schopna:

- a) vyřídít pochůzku a nakupovat? _____
- b) nastoupit a vystoupit z auta? _____
- c) vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahrádce? _____

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

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

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

- | | |
|----------------|-------------------------------------|
| _____ Hygiena | _____ Stisknutí a otvírání věcí |
| _____ Dosažení | _____ Pochůzky a běžné domácí práce |

Hodnocení – výpočet indexu HAQ

- Skóre každé z 8 oblastí je stanoveno jako nejvyšší hodnota z jednotlivých otázek v dané oblasti, přičemž odpovědi jsou hodnoceny od 0 (bez obtíží) do 3 (nejsem schopen).
- Pokud pacient potřebuje k některé z činností pomoc jiné osoby, skóre této oblasti se zvyšuje – pokud má hodnotu 0–1, zvyšuje se na hodnotu 2; pokud již má tato oblast hodnotu 2 nebo 3, pak tato hodnota zůstává.
- Výsledná hodnota indexu HAQ se získá aritmetickým průměrem hodnot všech 8 oblastí a může nabývat hodnot od 0 do 3.

Interpretace:

- | | |
|----------------|--------------------------------------|
| HAQ < 0,5 | normální funkce |
| HAQ 0,5–1,0 | mírné postižení funkce |
| HAQ 1,0 až 1,5 | středně těžké postižení funkce |
| HAQ > 1,5 | vysoké postižení funkce a disabilita |
- Klinicky významná změna je pokles HAQ > 0,22.

Zdroj: OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. *Lexikon revmatologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.

Příloha 6

Dotazník BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

BASFI

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index

Nástroj pro hodnocení funkčního postižení *ankylozující spondylitidy*.
Hodnotí se na vizuální analogové škále od 0 mm (snadno) do 100 mm (nemožné).

Prosíme vyznačte na čáře svislou značkou, jak byste hodnotil Vaše schopnosti u každé z následujících činností:

1. Navléknout si ponožky nebo punčochy bez pomoci druhé osoby nebo použití pomůcky.
2. Ohnout se v pase a sebrat tužku ze země bez použití pomůcky.
3. Dosáhnout na vysokou policičku bez pomoci druhé osoby nebo použití pomůcky.
4. Zvednout se z normální kuchyňské židle bez opěradel bez použití rukou nebo jiné pomoci.
5. Zvednout se ze země z polohy vleže na zádech bez pomoci druhé osoby.
6. Stát bez opory po dobu 10 minut bez potíží.
7. Vyjít 12–15 schodů bez použití zábradlí nebo hůlky (jedna noha na každém schodu – tj. střídání nohou).
8. Podívat se přes rameno bez otáčení těla.
9. Provádět fyzicky namáhavé činnosti (např. rehabilitační cvičení, práce na zahrádce nebo sport).
10. Vykonávat celodenní činnosti, ať už v práci, nebo doma.

Hodnocení:

Výpočet indexu BASFI je průměrem všech deseti hodnot. Maximální možná hodnota indexu je 100 mm.

Zdroj: OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. *Lexikon revmatologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2455-6.

Příloha 7

Otázky použité v rozhovorech

1. Váš věk?
2. Jaké je Vaše zaměstnání?
3. Jakým onemocněním trpíte - Revmatoidní artritida / Bechtěrevova choroba?
4. Jak dlouho trpíte vaši chorobou? A jakým způsobem jste na ni přišel/a? Jak Vám byla diagnostikována?
5. Jak ovlivnila Váš život?
6. Trápí Vás ještě jiná choroba?
7. Jaká léčba u vás byla aplikována na Vaše revmatické onemocnění?
8. Jaké užíváte léky na tuto chorobu?
9. Jaké další léky užíváte?
10. Byla u Vás aplikována fyzikální terapie?
11. Jaké procedury z fyzikální terapie u vás byly aplikovány?
12. S kterou z metod jste byly nejvíce spokojeni? A proč?
13. Která z metod, u Vás aplikovaných, měla největší léčebný účinek?
14. Myslíte si, že má fyzikální terapie lepší účinky než léčba farmakologická?
15. Jak ovlivnila fyzikální terapie Váš celkový zdravotní stav?
16. Jak vnímáte účinky fyzikální terapie? Co pociťujete při aplikaci a po aplikaci?
17. Které obtíže způsobené onemocněním vnímáte jako nejvíce obtěžující, ztěžující život?(kromě bolesti)
18. Dají se tyto symptomy nějak ovlivnit, kromě léků?
19. Jak ovlivňuje Vaše revmatické onemocnění Váš psychický stav?
20. Bylo důležité nějakým způsobem upravit či změnit Vaše dosavadní zvyky a návyky v osobním životě, po diagnostikování Vaši revmatické choroby?
21. Jste spokojeni s Vaší léčbou?
22. Jak dlouho trvá účinek fyzikální léčby, než se objeví symptomy onemocnění?
23. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?
24. Navštěvujete ho i opakovaně?
25. Jste spokojená s poskytovanou léčbou a přístupem personálu?

26. Aplikujete si fyzikální terapii v domácím prostředí?

27. Které z léčebných cviků provádíte doma?

28. Jak a o čem Vás edukovala/poučila/informovala sestra?

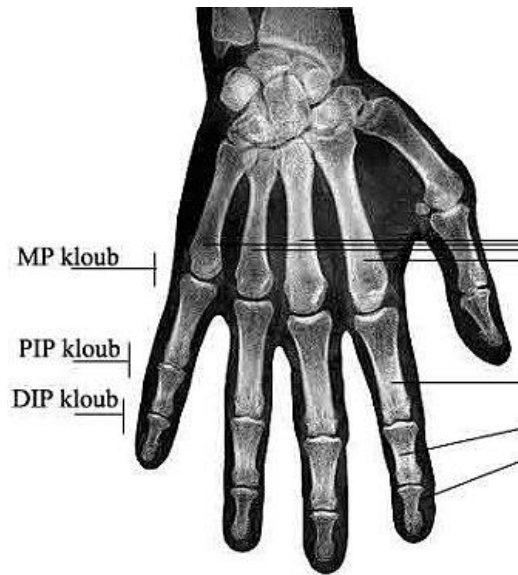
Příloha 8 Informační brožura

**Revmatoidní artritida a Ankylozující spondylitida
a
lázeňská léčba**

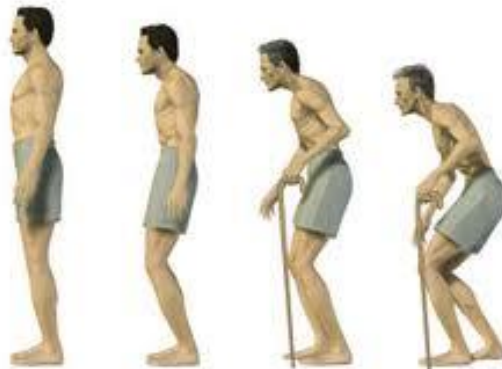


Zánětlivá revmatická onemocnění

Revmatoidní artritida je nejčastější revmatické zánětlivé onemocnění. Objevuje se u pacientů okolo 20. - 50. roku života. Mezi typické příznaky patří bolestivý, ztuhlý, zduřelý a teplý kloub. Zpravidla to bývá MP kloub, PIP kloub a DIP kloub u ruky.



Ankylozující spondylitida, nebo-li Bechtěrevova choroba je onemocnění páteře, které se projevuje bolestivostí a sníženou pohyblivostí páteře. Objevuje se již v mladém věku, nejčastěji mezi 20. - 30. rokem.



Jak se tyto onemocnění léčí?

Léčba Revmatoidní artritidy a Ankylozující spondylitidy spočívá v kombinaci farmakoterapie a fyzikální terapie. Z farmakoterapie jsou to zejména léky modifikující chorobu, nesteroidní antirevmatika, preparáty biologické léčby a analgetika. Dále pacienti užívají chondroprotektiva, antiartrotika, antimalarika, imunosupresiva.

Tato léčba sebou nese i některé nežádoucí účinky, mezi nejčastější patří zažívací obtíže. Proto je důležité upozornit lékaře, že těmito obtížemi trpíte a zhodnotit jejich závažnost, případně preparát vyměnit za jiný.

Co je fyzikální terapie?

Fyzikální terapie je cílená léčebná technika, která využívá působení různých druhů vnější energie na lidský organismus. Cílem je zvýšit a mobilizovat obranné síly organismu bojující proti nemoci.

Jaké jsou účinky této terapie?

- Ulevuje od bolesti
- Uvolňuje svaly
- Lepší vyživení tkání
- Zmenšuje otoky
 - účinek se může dostavit až s odstupem času

Jak získám lázeňskou léčbu?

Lázeňskou léčbu předepisuje ošetřující lékař na základě výsledků vyšetření, či doporučení od specialisty. Vyplněný návrh na léčbu je odeslán na příslušnou pojišťovnu reviznímu lékaři. Ten návrh posoudí a zhodnotí, zda byly splněny podmínky indikačního seznamu. V tomto seznamu najdeme konkrétní diagnózu onemocnění a k nim určený typ lázeňské péče, délku pobytu.

Jak se lázně platí?

Způsob platby lázeňské léčby je buď komplexní, nebo příspěvková. Komplexní znamená, že pojišťovna zaplatí léčebné výlohy, stravování i ubytování nemocného. Nemocný platí pouze lázeňský poplatek. U příspěvkové platby si nemocný hradí ubytování, stravování a lázeňský poplatek, pojišťovna zaplatí pouze léčebné výlohy.

Fyzikální terapii dělíme podle druhu energie, která se používá :

- ✚ **Elektroterapie** (*elektrická energie*) - galvanoterapie, nízko, středně, vysokofrekvenční terapie, a magnetoterapie.
- ✚ **Mechanoterapie** (*mechanická energie*) - masáže, trakce, mechanoterapie pasivními pohyby, techniky měkkých tkání, ultrazvuk, rázová vlna
- ✚ **Fototerapie** (*světelná energie*) - UV záření, biolampy, laser, infračervené záření
- ✚ **Termoterapie** (*tepelná energie*) - pozitivní „teplé“ (parafin, peloidy, teplé obklady) a negativní „chladné“ terapie (kryokomory, kryosáčky, ledové obklady), kombinovaná (střídavé koupele, skotské stříky)
- ✚ **Hydroterapie** (*vodní energie*) - lázně, sprchy, polevy
- ✚ **Balneoterapie** (*lázeňská terapie*)

Elektroterapie

- dělení - kontaktní - elektrody přímo na tělo
- bezkontaktní - asi 1 - 5 cm od těla
- aplikace pomocí elektor + ochranný roztok
- délka aplikace - 15 - 30 minut, maximálně však 45 - 60 minut
- účinek - zlepšuje metabolismus, působí proti bolesti, snižuje spastický (stažený) sval a urychluje regenerační proces



Magnetoterapie

- aplikace pomocí plošných a kruhových aplikátorů
- délka aplikace - 30 minut, 10 - 20 opakování
- účinek - způsobuje stažení cév, podporuje vyživení tkání, urychluje hojení ran, působí proti bolesti a uvolňuje svalstvo



Mechanoterapie

Masáže

- délka aplikace - dle konkrétní metody - od 20 minut do 90 minut.
- účinky - podporuje prokrvení kůže, zlepšuje výživu tkání, podporuje vstřebávání otoku, uvolňuje svaly



Ultrazvuk

- délka aplikace - dle druhu onemocnění,
- účinky - zlepšuje prokrvení a metabolismus tkání, působí proti bolestem

Fototerapie

- aplikovaná záření - UV záření, infračervené, laser
- délka aplikace - okolo 15 minut, ze vzdálenosti 30 - 100 cm
- účinky - tvorba vitamínu D, podporuje hojení ran, zvyšuje svalovou sílu, prohřívá tkáně, působí proti bolesti, proti zánětu, zlepšuje regeneraci tkání



Termoterapie

Pozitivní termoterapie („teplé metody“)

- parafín - teplota 56 - 60°C,
- peloidy - teplota 38 - 45 °C, 20 - 30 minut
- účinky - způsobuje rozšíření cév, uvolňuje svaly a ulevuje od bolesti



Negativní termoterapie („studené metody“)

- kryokomora - teplota mínus 120 až 180°C, 30 - 180 sekund
- tekutý dusík - teplota mínus 160 až 180 °C
- studený vzduch - teplota mínus 30 až 40 °C, 5 minut
- účinky - způsobuje stažení cév a snižuje svalové napětí



Hydroterapie

- koupele - teplota okolo 36 - 43 °C, délka aplikace - 15 minut
- skotské stříky - střídání teplého (38 - 40 °C, 30 sekund) a studeného proudu vody (16 - 24 °C, 5 - 10 minut), délka aplikace - 10 minut
- účinky - prohřívá tkáň, uvolňuje svalstvo, celková úleva, ulevuje od bolesti, prostup minerálu do tkání při aplikaci peloidů či slatin v koupeli



A s čím jsou pacienti nejvíce spokojeni?

Nejvíce spokojeni jsou s procedurami, které jim pomáhají. Každý si musí najít tu svoji.

„Magnetická rezonance mi vždy pomohla“

„Rázová vlna mi ulevila od bolesti ramene.“

„Nejvíce jsem spokojená se zábaly“

„Někdy mi dělá dobře teplo, jindy potřebuji zase led.“

„Masírování je velice příjemné.“

Jak se cítí pacienti po aplikaci fyzikální terapie?

Při aplikaci většinou respondenti uvádějí, že necítí žádné zvláštní, nebo obtěžující účinky. Po aplikaci dostaví úleva od bolesti a ztuhlosti, uvolnění a odpočinek.

„Po aplikaci se cítím celkově odpočinitější.“

„Celkově si odpočinu, uleví se mi od bolesti a ztuhlosti.“

„Byla jsem pohyblivější, odpočinitější, uvolněná, svěží, bez bolesti.“

Kdy se dostaví účinek?

„Po aplikaci jsem cítila celkovou úlevu okamžitě.“

„Kryo zábaly rychle tlumí otok.“

Jak dlouho vydrží účinek?

Záleží na dané proceduře, stádiu onemocnění a citlivosti organismu na danou léčbu. Některým pomohla jen na chvíli, u jiných účinek přetrvává i měsíce.

„Po lázních vydrží účinek i půl roku.“

„Po masáži se mi uleví vždy tak na 2 - 3 dny.“

„Měkké techniky a laser mi pomohly více než na rok.“

Největší spokojenost byla s procedurami, které využívají tepelnou energii. Ať už se jednalo o teplé koupele, zábaly nebo laser.

Seznam použitých zdrojů:

1. ZIMA, Tomáš. *Laboratorní diagnostika*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Pavel Klener. Praha: Galén, c2007, xxxviii, 906 s. Scripta. ISBN 978-802-4614-236.
2. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571
3. Revmatoidní artritida [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.lezec.cz/clanky.php?key=5341>
4. Bechtěrevova choroba [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.bodycentrum.net/lecebne-zakroky/nejcastejsi-obtize/bechtere-v-bechtere-vova-choroba-ankylozujici-spondylartritida>
5. Elektroterapie [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.lazne-vraz.cz/cs/lazenska-lecba/lecebne-procedury/elektrolecba>
6. Magnetoterapie [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.finest.cz/domaci-pece/reference/reference-lekari>
7. Masáže [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.zazrakyduse.cz/mekke-techniky-1-novinka>
8. Koupele [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.luhacovice.cz/24832-lazenske-procedury>
9. Fototerapie [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/serial-nejnovejsi-trendy-v-lecbe-lupenky-fototerapie-a-balneoterapie/>
10. Rašelinový zábal [online]. [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.vitalitalehnice.sk/procedury>
11. Lázně Aurora Léčebné metody [online]. Dostupné z: <http://www.aurora.cz/lecebne-metody>
12. Lázně Bechyně Lázeňské pobyty hrazené ZP [online]. Dostupné z: <http://www.laznebechyne.cz/index.php?page=3>