

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

Ústav ošetrovatelství

Krupová Alena

**Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 30. 6. 2022

.....

Podpis

Mé poděkování patří PhDr. Lence Machákové, Ph.D. za cenné rady a věcné připomínky při zpracování bakalářské práce.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Pacient s revmatologickým onemocněním, vybrané aspekty péče

**Název práce:** Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou

**Název práce v AJ:** Quality of life of patients who suffer from rheumatoid arthritis

**Datum zadání:** 2021-11-31

**Datum odevzdání:** 2022-06-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Ošetrovatelství

**Autor práce:** Krupová Alena

**Vedoucí práce:** PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Přehledová bakalářská práce se zabývá aktuálně dohledanými poznatky o kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou. Předložené poznatky byly dohledány v databázích EBSCO, ProQuest a PubMed. Práce je rozpracována do dvou dílčích cílů. Prvním dílčím cílem byla sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o faktorech ovlivňujících kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. Mezi významné faktory mající dopad na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou patří únava, která ovlivňuje každodenní život pacientů. Dalšími častými faktory jsou porucha spánku, funkční postižení, vyšší aktivita onemocnění, bolest a sexuální problémy. Druhým dílčím cílem byla sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o vlivu psychických problémů na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. Pacienti trpící psychickými problémy, jako je deprese a úzkost mají významně horší kvalitu života. Deprese a úzkost patří mezi významné faktory ovlivňující kvalitu života, zvyšují se s rostoucí aktivitou onemocnění nebo funkčním stavem. S psychickými problémy se potýká vysoké procento pacientů s revmatoidní artritidou. Tato bakalářská práce může být využita jako informační materiál pro všeobecné sestry pracující s pacienty s revmatoidní artritidou nebo pro pacienty, kterým byla diagnostikována revmatoidní artritida.



**Abstrakt v AJ:** The overview bachelor's thesis is dealing with current findings on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. The mentioned findings were found in EBSCO, ProQuest, and PubMed databases. The thesis is divided into two partial goals. The first partial goal was the summarization of the current findings on the factors affecting the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. One of the important factors that have an impact on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis is fatigue, which affects patients' everyday life. Other common factors are sleep disorders, functional disability, increased disease activity, pain and sexual problems. The second partial goal was the summarization of current findings on the impact of psychological issues on the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Patients with mental health problems, such as depression and anxiety have a worse quality of life. Depression and anxiety are among the important factors affecting the quality of life, they get worse with increased activity of disease or functional disability. A high percentage of patients with rheumatoid arthritis is dealing with psychological issues. This bachelor's thesis can be used as informational material for practising nurses working with patients with rheumatoid arthritis or for patients who were diagnosed with rheumatoid arthritis.

**Klíčová slova v ČJ:** revmatoidní artritida, kvalita života, sestra, dospělý

**Klíčová slova v AJ:** rheumatoid arthritis, quality of life, nurse, adult

**Rozsah:** 38 stran/ 0 příloh

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....</b>	<b>9</b>
<b>2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU .....</b>	<b>10</b>
<b>3 VLIV PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků.....</b>	<b>29</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>32</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>38</b>

## ÚVOD

Revmatoidní artritida je chronické, zánětlivé, autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů, které postihuje celosvětově 0,5-1 % obyvatel. Jedná se o jedno z nejvíce rozšířených zánětlivých revmatických onemocnění. Nejčastěji se objevuje kolem 40. až 50. roku života. Častěji jsou postiženy ženy, a to až třikrát. Etiologie revmatoidní artritidy je nejasná, avšak svou roli mohou hrát genetické, infekční, hormonální a environmentální faktory (Jaquinta a Mccrone, 2015, s. 265). Tato bolestivá a progresivní porucha způsobuje systémové postižení, a ačkoli existuje celá řada konvenčních syntetických, biologických a v poslední době vyvinutých cílených syntetických chorobu modifikujících antirevmatických léků (DMARDs), léčba onemocnění je stále výzvou a vyžaduje pečlivé sledování po dlouhou dobu. Ani dostupné možnosti léčby ale revmatoidní artritidu nevyhladí, základním cílem léčby je tedy zvládnání a kontrola dopadů onemocnění na pacienty na minimální úrovni, a to identifikací faktorů, jejich zmírněním a následným zvýšením kvality života. Základním předpokladem úspěšných ošetrovatelských intervencí je zhodnocení kvality života, k tomu slouží různé měřicí nástroje. Jedním z nejpoužívanějších nástrojů pro měření kvality života souvisejícím se zdravím je Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Jako generický nástroj je SF-36 navržen tak, aby zachycoval aspekty zdravotního stavu v jakékoli populaci bez ohledu na onemocnění nebo stav, a tím umožnil srovnání kvality života mezi lidmi s jinými chorobami a zdravou populací (Matcham et al., 2014, s. 123).

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou. Cíl práce byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

- I. sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o faktorech ovlivňujících kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou
- II. sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o vlivu psychických problémů na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou.

Před tvorbou bakalářské práce byly prostudovány následující publikace:

BIRD, Howard. *Artritida: zlepšete si zdraví, ulevte svým bolestem a žijte naplno*. [Praha]: Slovart, c2007. ISBN 9788073910075.

GURKOVÁ, Elena. 2011. Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

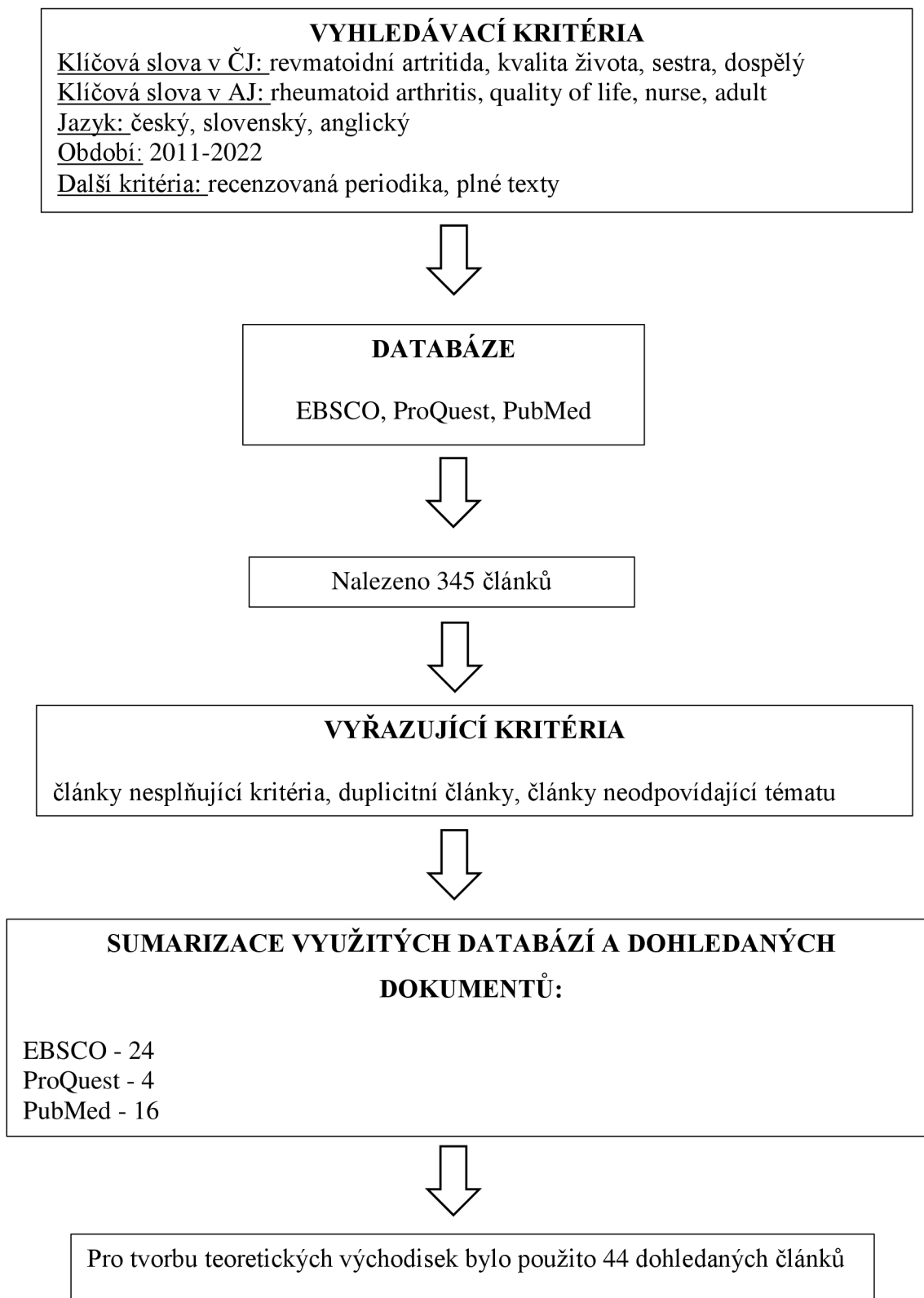
NĚMEC, Petr et al. 2016. Revmatologie pro praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 639 s. ISBN 978-80-204-4132-4.

OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta, 2012. Lékař a pacient. ISBN 9788020426574.

OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, c2008. ISBN 978-80-7387-115-4.

# 1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této bakalářské práce.



## 2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

V posledních letech se zaměření hodnocení dopadu RA přesunulo od tradičních klinických měření, jako je aktivita onemocnění a poškození kloubů k holističtějšímu měření výsledků zaměřených na pacienta, a to na kvalitu života (Kingsley, Scott a Scott, 2011, s. 585). Hodnocení kvality života související se zdravím u revmatoidní artritidy se tedy stalo běžnějším jak ve výzkumu, tak v klinické praxi (Matcham et al., 2014, s. 123). Kvalita života související se zdravím (HRQoL) je široký, mnohostranný koncept související s dopadem daného zdravotního stavu na fyzickou, duševní a sociální pohodu jedince, jakožto i na fyzické schopnosti a schopnosti jedince fungovat v různých sociálních a emocionálních rolích (Nicassio et al., 2011, s. 79). Je důležitým výstupním měřítkem u chronických onemocnění, jako je RA (Gong a Mao, 2016, s. 55). Kvalita života související se zdravím je spojena s mnoha faktory, jako je bolest, funkční postižení, deprese a úzkost, únava nebo také sociální podpora či dodržování užívání léků (Cho et al., 2013, s. 93).

Kvalita života pacientů s RA byla v minulých letech zkoumána již mnoha odborníky, což dokládá Matcham et al. (2014, s. 123-128), kteří provedli meta-analýzu způsobilých 31 studií, které měly za cíl zkoumat dopad RA na kvalitu života. Zúčastnilo se jí celkem 22 335 pacientů z celého světa (Indie, Irák, USA, Brazílie, Litva, Nizozemí, Maroko, Norsko, Finsko, Austrálie, Spojené království, Dánsko, Španělsko, Čína, Švédsko a Itálie) z toho 78,3 % tvořily ženy. Velikost vzorků jednotlivých studií se pohybovaly od 50 do 13 722 účastníků. Průměrný věk byl 53,9 let. Zdravotní stav byl měřen pomocí dotazníku SF-36, který zahrnuje Physical Composite Scale (PCS) a Mental Composite Scale (MCS), skládá se z 36 položek zahrnujících 8 domén týkajících se fyzického a duševního stavu jedince. Physical Composite Scale je souhrnem fyzického fungování (10 položek), omezení rolí kvůli fyzickému fungování (4 položky), tělesné bolesti (2 položky) a celkového vnímání zdraví (5 položek). Mental Composite Scale je souhrn hodnocení obecného duševního zdraví (5 položek), omezení rolí kvůli emočním problémům (3 položky), sociálního fungování (2 položky) a vitality (4 položky). Poslední položka nespadá pod PCS ani MCS, ale zjišťuje změny zdraví za poslední rok. Jsou to globální skóre, která se pohybují od 0 do 100, přičemž vyšší skóre naznačuje lepší kvalitu života. Bylo zjištěno, že domény fyzického zdraví vykazovaly horší výsledky než domény duševního zdraví, přičemž nejhorší výsledky vykazovala doména fyzická role a nejlepší doména fyzická funkce. Souhrnné celkové skóre PCS bylo 34,1 a souhrnné celkové skóre MCS bylo 45,6. Ve srovnání pacientů s RA a pacientů s jinými onemocněními jako je diabetes

mellitus 2. typu, hypertenze, infarkt myokardu, městnavé srdeční selhání či klinická deprese, byl dopad RA ve fyzické i duševní oblasti kvality života vyšší. Výsledky studie prokázaly, že pacienti s RA mají výrazně nižší kvalitu života než běžná populace, zejména pokud jde o fyzické složky. Také Gong a Mao (2016, s. 55-62) zkoumali kvalitu života pacientů s RA pomocí SF-36. Do své studie zahrnuli 207 osob z čínské populace s RA, starších 18 let, ochotných zúčastnit se výzkumu. Výsledky odhalily průměrné skóre SF-36 pro PCS 45,4 a pro MCS 57,4, průměr celkové kvality života byl tedy 51,4. Tím autoři potvrdili výsledky z předchozí meta-analýzy, a to že RA má větší dopad na fyzickou složku, než na složku duševní. Stejně tak Rao et al. (2018, s. 1-14) si vzali za cíl prozkoumat asociaci RA a kvality života za použití čínské verze dotazníku SF-36. K náboru účastníků použili třístupňovou metodu náhodného výběru vzorku. Celkem bylo vybráno 1224 způsobilých respondentů, z toho bylo 165 pacientů s RA a 1059 osob bez RA. Průměrný věk pacientů s RA byl 46,3 let a osob bez RA 46,8 let. Shrnutí analýzy skóre dotazníku SF-36 mezi všemi účastníky ukázalo, že účastníci trpící RA měli významně nižší skóre v každé z 8 domén SF-36. Muži trpící RA měli nižší skóre ve všech 8 doménách a ženy s RA v 7 z 8 domén oproti osobám bez RA. Toto zjištění dále potvrzuje, že RA významně ovlivňuje kvalitu života.

Dalším často používaným nástrojem pro měření kvality života související se zdravím u RA je European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D). Skládá se z 5 hodnocených oblastí – mobilita, sebeobsluha, obvyklé aktivity, bolest/nepohodlí a deprese/úzkost. Wan et al. (2016, s. 176-179) provedli studii s cílem prozkoumat úroveň kvality života související se zdravím u pacientů s RA v Singapuru. Kvalita života byla měřena pomocí EQ-5D. Do studie byli zařazeni pacienti s trváním RA minimálně 6 měsíců, starší 21 let, schopni rozumět a mluvit anglickým jazykem. Celkem bylo k účasti osloveno 124 osob, z nichž 108 vyplnilo a vrátilo zadaný dotazník. Většinu účastníků (86; 79,6 %) tvořily ženy. Věk účastníků se pohyboval od 23 do 88 let. Většina účastníků měla dosaženo středoškolského a vyššího vzdělání (44,4 % středoškolské vzdělání, 35,2 % vysokoškolské vzdělání). Více než polovina účastníků v době vyplňování dotazníku nepracovala, byla nezaměstnaná nebo v důchodu. Výsledky studie ukázaly, že účastníci měli střední úroveň kvality života související se zdravím.

Významným problémem, který má velký vliv na kvalitu života a dopad na pohodu pacientů, je únava. Nevysvětlitelná a nekontrolovatelná povaha únavy z ní pro mnoho pacientů činí nejnáročnější symptom RA. Únava související s RA je vícerozměrná a je všudypřítomná a ovlivňuje všechny oblasti každodenního života lidí. Pro mnoho pacientů je stále nezvladatelná a největší dopad má na schopnost pracovat (Walter et al, 2018, s. 1643). Pacienti uvádějí výskyt únavy již v časných stádiích onemocnění. Výraznou únavu uvádí 41–80 % pacientů s RA. Až

74 % pacientů s RA má trvale vysokou nebo zhoršující se úroveň únavy (Druce et al., 2015, s. 2059). Popsat prožívání a zvládání únavy osob s RA v produktivním věku v každodenním životě si vzali za cíl Feldthusen et al. (2013, s. 558-562). Zařazení byli pacienti s RA v produktivním věku (20-60 let). Osoby, které souhlasily s účastí, byly požádány, aby hodnotily únavu od 0 (žádná únava) do 10 (plné vyčerpání). K identifikaci osob s únavou byly zahrnuty osoby uvádějící únavu  $\geq 3$ . Bylo vytvořeno šest ohniskových skupin, do každé skupiny bylo pozváno 8 osob. Pět skupin bylo vytvořeno homogenně a jedna heterogenně. Osobám byl zaslán k vyplnění dotazník, který obsahoval demografická data, celkovou únavu během posledních 7 dní hodnocenou pomocí 100 mm dlouhé Visual Analogue Scale (VAS) a úroveň postižení hodnocenou pomocí Health Assessment Questionnaire (HAQ). Dotazník začínal otázkou „Jak byste popsali svou únavu u RA?“, po níž následovalo, jak byla únava zvládána, prožívána ve vztahu k ostatním a kdy se únava stává překážkou. Celkový vzorek nakonec tvořilo 19 žen a 6 mužů, střední věk byl 46 let, trvání onemocnění 1-27 let. Účastníci uváděli nízkou a střední úroveň postižení měřenou pomocí HAQ. Únava hodnocená pomocí VAS (0–100) se pohybovala od nízké po těžkou. Účastníci zdůraznili, že jejich únava související s RA byla odlišná od jejich předchozích zkušeností. Na rozdíl od běžné únavy popsali, že je intenzivnější, nepředvídatelnější a není obnovena spánkem. Únavu charakterizovali jako fyzickou i duševní, od celkové únavy nebo neustálého nedostatku energie až po celkovou a ohromující únavu bez jakéhokoli důvodu. Neustálá nekontrolovaná únava vedla k pocitu beznaděje a byla spojena s výraznými negativními emocemi. Účastníci popisovali frustraci z toho, že nezvládají práci, společenský život a volný čas v požadované míře. Únava ovlivnila i sebevědomí účastníků. Styděli se za to, že nejsou schopni plnit své sociální role a cítili, že jsou považováni za líné, nudné a sobecké. Účastníci také vyjadřovali emoce, jako je podrážděnost a hněv kvůli únavě. Mnoho účastníků vyjádřilo, že i kognitivní schopnosti byly ovlivněny únavou. Účastníci se snažili, aby únava nezasahovala do práce, ale popsali silnou únavu a vyčerpání po pracovním dni. Výsledky této studie ukázaly, že únava měla u osob s RA v produktivním věku značné důsledky. Bylo zjištěno, že únava negativně ovlivňuje každodenní život všech účastníků, včetně těch, kteří pracovali, žili aktivním životem a hlásili nízkou míru postižení. Příčin tohoto příznaku je mnoho, zahrnují aktivitu onemocnění, fyzické utrpení a aplikovanou lékařskou léčbu (Mortada, Abdul-Sattar a Goseca, 2015, s. 134). Na faktory nejčastěji se podílející na prognóze únavy u RA se zaměřili Druce a Basu (2019, s. 29-31) v přehledové studii. Jako první faktor uvádějí aktivitu onemocnění a zánět. Prozánětlivé cytokiny, které jsou klíčové pro progresi RA, jsou spojovány s únavou prostřednictvím chorobného chování a je možné, že tyto zánětlivé procesy zpočátku spouštějí únavu u RA. Únava přetrvává i přes to, že se pacientům



dostává nejlepší dostupné péče o jejich onemocnění. Jako druhý faktor uvádějí bolest. Ta byla pacienty identifikována jako hlavní příčina jejich únavy. Změna bolesti nebyla spojena pouze s velikostí změny únavy, ale bylo také zjištěno, že zprostředkovává účinek změny aktivity onemocnění na výsledky únavy. V důsledku toho autoři tvrdili, že únavu způsobuje bolest, nikoli aktivita onemocnění, a proto bylo navrženo, že zlepšení zvládnání bolesti by mělo být klíčovým zaměřením intervencí proti únavě. Jako třetí faktor uvádějí spánek. Výsledky studie ukázaly, že existuje souvislost mezi rozsahem hlášených problémů se spánkem a odpovídající úrovní únavy a že výchozí úrovně problémů se spánkem byly vyšší u jedinců, kteří nezaznamenali zlepšení při únavě. Dalším faktorem je duševní zdraví, protože špatné duševní zdraví předurčuje k únavě a udržuje ji. Úroveň postižení a omezení dostupných údajů je také považováno za faktory podílející se na prognóze únavy. Hodnocení závažnosti únavy u pacientů s RA by mělo být prováděno sestrou pravidelně. Se znalostí faktorů ovlivňujících únavu by sestra měla být schopná přizpůsobit proces péče tak, aby pacientům poskytla adekvátní a komplexní péči s cílem zmírnění závažnosti příznaků a zlepšení kvality života (Szady, Bączyk a Kozłowska, 2017, s. 66). Existují určité důkazy, že fyzická aktivita může být účinná při snižování únavy z RA. Nicméně jen málo intervencí fyzické aktivity bylo navrženo ke zvládnání únavy a existují jen omezené důkazy o tom, že by do vývoje intervence přispěli koncoví uživatelé. Proto si Salmon et al. (2019, s. 1-5) vzali za cíl navrhnout intervence s pacienty s RA a zdravotníky na podporu self-managementu únavy u RA prostřednictvím modifikace fyzické aktivity. Cílem bylo 1) vytvořit obsah programu; 2) navrhnout setkání programu a vyvinout zdroje potřebné pro realizaci; a 3) vyvinout podpůrné vzdělávací materiály. Vývoj intervencí byl podpořen výzkumným týmem a dvěma partnery pro výzkum pacientů, kteří měli diagnostikovanou RA a pociťovali únavu, což poskytlo perspektivu prožité zkušenosti. Byly provedeny polo-strukturované rozhovory se zdravotníky, kteří poskytovali intervence pro fyzickou aktivitu pro zvládnání únavy. Diskuse byly zvukově zaznamenány a doslovně přepsány. Byly vytvořeny dvě ohniskové skupiny s účelově vybranými pacienty s RA (12 členů), kteří sami uvedli únavu z RA. Byla zkoumána přijatelnost intervence fyzické aktivity pro zvládnání únavy z RA. Každá skupina se zúčastnila workshopu s cílem identifikovat preference pro strukturu intervence, její poskytování a obsah. Účastníci diskutovali o svých názorech na prezentovaný obsah, například o tom, které komponenty by byly nejužitečnější a nejpřijatelnější jako součást zásahu zvládnání únavy při RA. Komentáře byly zaznamenány. Data z předchozí fáze byla shromážděna a shrnuta před dvěma dalšími ohniskovými skupinami se zdravotníky z revmatologie (9 členů). Účastníci diskutovali o výzvách, příležitostech a praktických úvahách týkajících se implementace intervence zvládnání únavy PA. Teoretický obsah a možnosti podání

byly zkombinovány s preferencemi pacientů a revmatologů a praktickými problémy, aby se vytvořil návrh intervence. Byly vytvořeny individuální plány setkání spolu se vzdělávacími podpůrnými materiály. Výzkumný tým přezkoumal individuální plány setkání a doprovodné podpůrné materiály. Připomínky všech členů týmu byly použity k úpravě a upřesnění zásahu. Dospěli k závěru, že fyzická aktivita má malý příznivý krátkodobý účinek na zvládnání únavy u RA, dále že aerobní fyzická aktivita využívající odstupňovaný přístup může být zvláště efektivní pro zvládnání únavy. Byl zdůrazněn nedostatek důkazů o účinnosti teoretických intervencí na podporu zapojení a dlouhodobého udržování fyzické aktivity u RA. Všichni účastníci se domnívali, že intervence fyzické aktivity by měly být poskytovány tváří v tvář ve skupinách. Pacienti považovali skupiny za extrémně cenné, protože poskytovaly příležitost k interakci a diskuzi s ostatními pacienty, stejně jako se zdravotníky, kteří mohli nabídnout odbornou radu a ujištění, zvýšit sebevědomí zvládnáním únavy a úpravou fyzické aktivity.

Dalším častým a špatně zvladatelným problémem, který negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů s RA, je porucha spánku. Kvalitu spánku u pacientů s RA zkoumali autoři studie provedené v Dánsku. K účasti v průřezové studii bylo osloveno 500 pacientů s RA starších 18 let. Pro hodnocení spánku byl použit dotazník Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), který obsahuje 19 otázek rozdělených do 7 složek – subjektivní kvalita spánku, spánková latence, délka spánku, obvyklá účinnost spánku, poruchy spánku, užívání hypnotik a denní dysfunkce. Všech 7 složek bylo hodnoceno od 0 (žádná obtížnost) do 3 (závažná obtížnost), celkové skóre se tedy pohybovalo od 0 do 21. při dosažení skóre  $PSQI \geq 5$  byl spánek hodnocený jako špatný spánek a při dosažení skóre  $PSQI < 5$  byl spánek hodnocený jako dobrý. Ze studie byly vyřazeny nekompletně vyplněné dotazníky, v důsledku toho bylo finálně zařazeno 384 pacientů (309 žen a 75 mužů) v průměrném věku 59 let (rozmezí 22-88 let). Bylo zjištěno, že 39 % pacientů uvedlo poměrně špatnou až velmi špatnou kvalitu spánku. Čtyřicet procent uvedlo latenci spánku  $> 31$  minut a 22 % spalo méně než 6 hodin za noc. Účinnost spánku byla nižší než 85 % u 53 % osob, přičemž 14 % uvedlo účinnost spánku nižší než 65 %. Kromě toho 54 % pacientů hlásilo poruchy spánku  $>10$  krát během předchozích 4 týdnů. Denní dysfunkce byla hlášena jako problém nebo závažný problém dvakrát nebo vícekrát týdně u 18 % pacientů. Výsledky ukazují globální skóre PSQI 7,54 a prevalenci špatného spánku 61 %. Špatná kvalita spánku může přispívat k větší bolesti, aktivitě onemocnění či poruchám nálady (Løppenthin et al., 2015, s. 2029-2035). Účinky špatného spánku na kvalitu života pacientů s RA zjišťovali v Číně Guo et al. (2016, s. 1-4). Průzkum byl proveden u 131 pacientů s RA a 104 zdravých jedinců, 85,5 % tvořily ženy. Kvalita života byla hodnocena pomocí SF-36. Pro hodnocení kvality spánku byla použita čínská verze dotazníku PSQI. Dosažené skóre  $PSQI \geq 5$  značilo

špatný spánek a skóre PSQI  $< 5$  značilo dobrý spánek. Bylo zjištěno, že 103 ze 131 pacientů s RA mělo vysoké riziko špatné kvality spánku. Dále bylo zjištěno, že prevalence špatného spánku u pacientů s RA (78,6 %) byla vyšší než u zdravých jedinců (18,7 %) a celkové skóre PSQI bylo také významně vyšší u pacientů s RA oproti zdravým jedincům. Pacienti se špatnou kvalitou spánku měli významně nižší kvalitu života ve všech doménách SF-36. Vlivem onemocnění na kvalitu spánku se zabývala studie, kterou provedli Purabdollah et al. (2015, s. 233-236). Během dubna až června 2014 bylo do studie vybráno 210 pacientů (74,8 % tvořily ženy), s diagnostikovanou RA alespoň 6 měsíců, starších 18 let. U pacientů byly hodnoceny poruchy spánku pomocí Sleep Disorders Questionnaire (SDQ), ospalost pomocí Epworth Sleepiness Score (ESS), kvalita života pomocí SF-36 a bolest pomocí VAS. Většina pacientů měla RA trvající déle než 5 let. Bylo zjištěno, že 78,6 % pacientů uvedlo poruchy spánku. Kvalita života byla v průměru 40,51, což představovalo velkou dysfunkci v obecném a také fyzickém zdraví. Při hodnocení kvality života byly pacienty hlášeny lepší výsledky v oblasti duševního zdraví (průměr 47,66) než v oblastech ostatních. Bylo tedy prokázáno, že se zhoršenou kvalitou života u pacientů s RA souvisí problémy se spánkem a zvýšené vnímání bolesti.

Mezi další determinanty nižší kvality života u pacientů s RA patří funkční postižení, vyšší aktivita onemocnění a subjektivně vnímaná bolest. Ve své studii to dokazují Cho et al. (2013, s. 93-100). Faktory ovlivňující kvalitu života zkoumali u korejských pacientů s RA, kteří souhlasili s účastí na studii. Funkční postižení bylo měřeno korejskou verzí HAQ, aktivita onemocnění byla měřena pomocí Disease Activity Score in 28 joints (DAS28) a bolest pomocí VAS. Health Assessment Questionnaire je škála hodnotící funkci horních a dolních končetin z hlediska stupně obtíží, s nimiž se pacienti s RA setkávají při provádění každodenních životních úkonů, jako je vstávání, chůze, oblékání, hygiena, stravování nebo úchop. Obsahuje 20 položek rozdělených do 8 komponent. Skóre se pohybuje mezi 0 (bez potíží) a 3 (nelze provést). Poté je skóre sečteno a transformováno tak, aby poskytlo celkové skóre 0-3. Výsledné skóre 0 znamená žádné postižení a 3 znamená velmi závažné postižení s vysokou závislostí. S účastí na studii souhlasilo 225 pacientů s RA, z toho 89,8 % byly ženy. Průměrný věk byl 53,2 let a průměrná doba trvání onemocnění byla 156,1 měsíců. Průměrné skóre aktivity onemocnění na 28 kloubech (DAS28) bylo 3,3, průměrné skóre VAS bylo 42,8 a průměrné skóre HAQ bylo 0,79. Výsledky naznačují, že kontrola bolesti a prevence invalidity jsou pro kvalitu života pacientů stejně důležité jako měřitelné snížení aktivity onemocnění. Funkční postižení u pacientů s RA zkoumali také autoři čínské průřezové studie provedené v roce 2016, a to za použití dotazníku Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI). Každý

ze 101 pacientů s RA zařazených do studie prošel laboratorními vyšetřeními, dále vyplnil dotazník HAQ-DI, demografické údaje, dotazník SF-36 pro kvalitu života, dotazník Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR) o dodržování léčby a dotazník The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pro úzkost a depresi. Průměrný věk respondentů byl 54,9 let a 84,2 % byly ženy. Funkční postižení uvedlo 16 osob (15,8 %) z celkového počtu dotázaných. Pacienti uvádějící funkční postižení měli horší kvalitu života a větší sklony k depresi a úzkosti než osoby bez funkčního postižení. Dále bylo zjištěno, že riziko funkčního postižení se zvyšuje s vysokou aktivitou onemocnění a omezením pohyblivosti kloubů. Z tohoto zjištění vyplývá, že by měly být posíleny intervence k oddálení nástupu funkčního postižení. Základem pro oddálení je posílení funkčního cvičení, psychologického vzdělávání a zlepšení kvality života (Ji et al., 2017, s. 1-6).

S kvalitou života u pacientů s RA pozitivně koreluje spokojenost se sexuálním životem a sexuálním naplněním. Proto si Tański et al. (2022, s. 3088-3096) vzali za cíl popsat hodnocení sexuální dysfunkce a faktorů ovlivňujících sexuální dysfunkce u pacientů s RA. Do studie bylo zařazeno 171 pacientů s RA. Byli požádáni o vyplnění sexuologického dotazníku vyvinutého Andrzejem Kokoszkou sloužícího k sebehodnocení prevalence sexuální dysfunkce, který obsahuje 30 položek. Dále vyplnili dotazník kvality života WHOQOL-BREF, který se skládá z 26 položek a měří 6 domén kvality života: celková vnímaná kvalita života, vnímané obecné zdraví, fyzické zdraví, psychologické, sociální vztahy a prostředí. Poté vyplnili dotazník VAS pro hodnocení bolesti a dotazník DAS-28 pro skóre aktivity onemocnění. Mezi zahrnutými 171 pacienty, kde byl mírně vyšší podíl žen, 80,7 % uvedlo, že měli sexuální život v posledních 6 měsících. Prevalence hlášených sexuálních dysfunkcí byla 43 % u žen a 40 % u mužů, z čehož často uvedlo celkem 13,1 % žen a 10,6 % mužů. Muži měli nejčastěji problém s dosažením erekce, s udržením erekce a s předčasnou ejakulací. Ženy uváděly nejčastěji vaginální suchost, vaginální křeče a bolest při pohlavním styku. Bylo zjištěno, že sexuální dysfunkce je problémem u mužů i žen s RA. Absence komorbidit je nezávislým determinantem sexuální dysfunkce, zatímco špatná kvalita života a bolest omezující společenský život jsou nezávislé determinanty, které zhoršují sexuální dysfunkci u obou pohlaví. Sexuální dysfunkcí se zabývali také autoři studie provedené v pevninské Číně. Zkoumala účinky RA na sexuální funkce pacientek ve srovnání se zdravými ženami. Průřezové studie se zúčastnilo celkem 151 pacientek s RA s průměrným věkem 46,3 let a 146 zdravých žen s průměrným věkem 45,7 let. Sexuální dysfunkce byla hodnocena pomocí dotazníku Female Sexual Function Index (FSFI), který zahrnuje 19 položek v 6 doménách: touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest. Celkové skóre se pohybuje od 2 do 36, s tím že skóre nižší než 26,55 bylo hodnoceno jako

sexuální dysfunkce. Průměrná doba trvání onemocnění u pacientek s RA byla 5 let. Výsledky odhalily, že prevalence ženské sexuální dysfunkce byla u pacientek s RA 67,5 %, což bylo významně vyšší než u zdravých žen (54,1 %). Bylo tedy potvrzeno, že RA negativně ovlivňuje sexuální funkce pacientů (Zhou, 2021, s. 244-248). Sexuální zdraví by mělo podléhat stejnému druhu hodnocení v každodenní klinické praxi, jako fyzické a psychické funkce pacientů (Taňski et al., 2022, s. 3088).

### 3 VLIV PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ ARTRITIDOU

Pacienti s revmatoidní artritidou typicky vykazují několik komorbidit s negativním dopadem na kvalitu života (Anyfanti et al., 2016, s. 1705). Netrpí pouze fyzickými příznaky, ale také často opomíjenými psychickými příznaky, jako je deprese a úzkost. Kromě snížené funkční schopnosti je tedy ovlivněna i jejich sociální a emocionální pohoda (Nas et al., 2011, s. 95). Výchozí a přetrvávající příznaky deprese/úzkosti jsou spojeny s horšími zdravotními výsledky v průběhu času a také se sníženou léčebnou odpovědí (Matcham et al., 2016, s. 268). Deprese u pacientů s RA je spojena také s řadou problémů, jako je bolest, odmítání léčby, únava, stejně jako se sníženou kvalitou života (Kolahi et al., 2011, s. 2) Deprese je jednou z nejčastějších komorbidit, na kterou je třeba u pacientů s RA myslet. Riziko rozvoje deprese je nejvyšší v prvních 5 letech RA, může být také prediktorem invalidity. Spojení mezi depresí a RA je obousměrné. To vše nasvědčuje tomu, že je nutné depresi u pacientů s RA identifikovat v časném stádiu, aby mohla být zahájena adekvátní terapie deprese (Baerwald, Manger a Hueber, 2019, s. 245).

Spojením mezi kvalitou života a psychickými problémy u pacientů s RA se zabývalo mnoho studií, například Anyfanti et al. (2016, s. 1705-1707) zkoumali, zda patří psychické potíže mezi prediktory kvality života. Současně vzali v úvahu širokou škálu fyzických a psychologických faktorů, parametrů souvisejících s onemocněním, poruchy duševního zdraví, sexuální dysfunkce i kardiovaskulární komorbidity. Byly zařazeny osoby starší 18 let, které se studií souhlasily. Kvalita života byla hodnocena pomocí EQ-5D, který obsahuje 5 dimenzí (mobilita, sebeobsluha, obvyklé aktivity, bolest/nepohodlí a úzkost/deprese), kde pacienti hlásí problémy od 1-3. Úzkost byla hodnocena čtrnácti položkovou Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), deprese pomocí dotazníku Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS). Celkem se zúčastnilo 111 pacientů s RA s průměrnou dobou trvání onemocnění 6 let. Stejně tak Wan et al. (2016, s. 176-181) si vzali za cíl prozkoumat prediktory kvality života související se zdravím u pacientů s RA. Zařazeno bylo celkem 124 pacientů s diagnostikovanou RA déle než 6 měsíců, starší 21 let, z nichž 108 pacientů dotazník vyplnilo a vrátilo. Většinu účastníků tvořily ženy (86, 79,6 %), věk se pohyboval od 23 do 88 let. Kvalita života byla měřena stejně jako v předcházející studii pomocí dotazníku EQ-5D, deprese a úzkost pomocí dotazníku HADS. Přítomnost symptomů úzkosti byla zjištěna u 28 (25,9 %) účastníků a přítomnost symptomů deprese u 14 (13 %) účastníků. Kvalita života související se zdravím byla na střední úrovni.

Výsledky obou studií potvrdily, že deprese a úzkost patří mezi významné prediktory zhoršené kvality života pacientů s RA.

Další studii, ve které byl zkoumán vztah mezi kvalitou života specifickou pro onemocnění a psychickým stavem u pacientů s RA, provedli Rogers et al. (2015, s. 406-410). Studie se zúčastnilo 103 pacientů s diagnostikovanou RA podle kritérií The American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR), ve věku 18 až 79 let, kteří byli kognitivně schopní se studie zúčastnit. Vyloučení byli pacienti s neurologickou nebo psychiatrickou poruchou zasahující do nezávislého rozhodování, s terminálním stádiem onemocnění nebo s anamnézou abúzu alkoholu či jiných drog. U pacientů byla hodnocena aktivita onemocnění pomocí dotazníku Disease Activity Score-28 (DAS28), která se skládá z fyzického, emočního a sérologického hodnocení. Dále úzkost pomocí dotazníku State-Trait Anxiety Inventory (STAI) a úroveň deprese pomocí dotazníku ZSDS. Kvalita života byla hodnocena osmi položkovým dotazníkem The Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QOL-RA). Účastníci dosáhli průměrné úrovně QOL 50,50 z možných 80 bodů. Na ZSDS bylo průměrné skóre depresivních symptomů a úzkosti 44,14 z možných 80 bodů. Průměrné skóre STAI-State bylo 35,26 a STAI-Trait 38,39 z 80 bodů. Výsledky ukazují na nezávislou spojitost ZSDS a STAI se skóre QOL-RA. Zatímco vyšší skóre ZSDS a STAI bylo spojeno s nižším skóre QOL-RA, skóre ZSDS bylo faktorem nejvíce nezávisle spojeným s QOL-RA.

Vliv psychického stavu na kvalitu života související se zdravím u pacientů s RA hodnotili také Nas et al. (2011, s. 95-98), pomocí tří různých nástrojů, The Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QOL-RA), The 36-Item Short Form Survey (SF-36) a Nottingham Health Profile (NHP). Deprese a úzkost byly hodnoceny pomocí HADS. Pacienti byli rekrutováni z pěti nemocnic ve východní části Turecka. Tito pacienti splňovali kritéria onemocnění RA a navštěvovali revmatologickou ambulanci nebo rehabilitační kliniku. Celkem bylo zahrnuto 421 pacientů (72 mužů a 349 žen), z toho 317 pacientů bylo zařazeno do skupiny s vyšším rizikem deprese a 104 pacientů do skupiny bez rizika deprese. Do skupiny s vyšším rizikem úzkosti bylo zahrnuto 166 pacientů a do skupiny bez rizika úzkosti 255 pacientů. Pacienti s vyšším rizikem deprese nebo úzkosti měli horší kvalitu života, než pacienti bez rizika deprese nebo úzkosti. Skóre deprese a úzkosti významně korelovalo s dotazníky kvality života. Také v Číně byl studován vliv souběžných psychiatrických poruch na kvalitu života u pacientů s RA. Kvalita života byla hodnocena dotazníkem SF-36. Do studie bylo zařazeno celkem 200 pacientů s RA (158 žen a 42 mužů, průměrný věk 51,4 let, medián trvání RA 4 roky). Pacienti splňovali kritéria onemocnění RA po dobu alespoň 6 měsíců, věk minimálně 18 let a písemný souhlas. U 47 (23,5 %) pacientů byla diagnostikována souběžná psychiatrická porucha:

depresivní poruchy u 29 (14,5 %) pacientů a úzkostné poruchy u 26 (13,0 %) pacientů. Osm pacientů (4 %) mělo obě onemocnění. Skóre SF-36 bylo významně nižší u pacientů s depresivními a úzkostnými poruchami. Bylo prokázáno, že pacienti s RA s doprovodnými psychiatrickými poruchami mají významně horší kvalitu života, která je nezávislá na dalších sociodemografických a klinických faktorech (Mok, Lok a Cheung, 2012, s. 253-257). Poté byla provedena průřezová studie též ve Venezuele. Zkoumán byl vliv symptomů deprese na kvalitu života související se zdravím u pacientů s RA. Studie byla provedena ve skupině 224 pacientů navštěvujících ambulanci nemocnice Universitario de Caracas, centra terciární péče. Pacienti splňovali kritéria onemocnění RA, věk 18 let a více, podepsaný formulář informovaného souhlasu a žádná další autoimunitní onemocnění. Data byla shromažďována v letech 2008-2013. Pacienti podstoupili klinické hodnocení, kde byly shromážděny následující údaje: demografické údaje (věk, pohlaví, vzdělání, ztráta zaměstnání v důsledku RA a rodinný stav), socioekonomický status, aktivita onemocnění hodnocená pomocí DAS-28, zdravotní postižení hodnocené pomocí dotazníku HAQ-DI, Body Mass Index (BMI), komorbidní stavy (arteriální hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, astma bronchiale, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění, onemocnění periferních cév, žaludeční vřed, onemocnění jater a rakovina), revmatoidní faktor stanovený latexovým aglutinačním testem a protilátky proti citrulinovanému proteinu. Kvalita života byla hodnocena pomocí SF-36, depresivní symptomy byly hodnoceny pomocí Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), která se skládá z 20 položek. Odpovědi byly hodnoceny na čtyřbodové škále s celkovým skóre v rozsahu 0-60, kdy překročení 16 indikuje silné depresivní symptomy. Z celkového počtu 224 bylo 12 pacientů vyloučeno, konečný vzorek byl tedy 212 pacientů. Průměrný věk byl 50,2 let, 89,6 % byly ženy. Průměrné skóre CES-D bylo 12,8. Průměrné skóre pro CMS a PCS pro SF-36 bylo 49,3 a 41,9. Stejně jako v předchozích studiích došli autoři této studie k výsledku, že přítomnost symptomů deprese má negativní vliv na kvalitu života pacientů s RA (Rodríguez et al., 2020, s. 2129-2133).

Porovnávána byla také kvalita života a deprese u pacientů s RA se zdravými jedinci, a to ve studii, do které bylo zařazeno 103 osob s diagnostikovanou RA, ve věku 18 až 79 let. Do kontrolní skupiny bylo zařazeno 73 osob ve věku 18 až 79 let, kteří byli bez jakéhokoli revmatologického nebo chronického onemocnění. Deprese byla hodnocena pomocí The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), kde respondenti identifikovali, jak často je jednotlivé položky obtěžovaly za poslední 2 týdny (0 – vůbec ne až 3 – téměř každý den). Celkové skóre se pohybuje od 0 do 27 bodů, přičemž vyšší skóre představuje větší míru depresivních symptomů. Kvalita života byla hodnocena pomocí SF-36. Bylo zjištěno, že v obou skupinách byla vyšší



deprese spojena s nižší kvalitou života ve všech složkách SF-36. Skupina s RA vykazovala podstatně větší depresivní symptomy a nižší kvalitu života, než kontrolní skupina (Senra et al., 2017, s. 1684-1689). Úroveň deprese a úzkosti a jejich vliv na kvalitu života porovnávali u pacientů s RA a zdravých jedinců také Karahan et al. (2016, s. 1021-1027). Do studie bylo zařazeno 148 pacientů s RA, kteří byli starší 18 let, s dobrým celkovým zdravotním a duševním stavem a souhlasili s účastí. Dále bylo do studie zahrnuto 100 zdravých jedinců tvořících kontrolní skupinu. Úroveň deprese, úzkosti a kvality života byla stanovena pomocí Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) a WHOQOL-BREF. Dle skóre BDI mělo 41,9 % pacientů depresivní symptomy, míra depresivních symptomů byla vyšší než u kontrolní skupiny. Dle skóre BAI vykazovalo 69 % pacientů příznaky mírné až těžké úzkosti. Skóre ve všech oblastech WHOQOL-BREF u pacientů s RA bylo statisticky významně horší než u kontrolní skupiny. Skóre BDI i BAI negativně korelovaly se všemi oblastmi WHOQOL-BREF. Bylo tedy zjištěno, že deprese a symptomy úzkosti byly častěji pozorovány u pacientů s RA a mohou negativně ovlivnit kvalitu života.

Vlivem deprese a úzkosti na kvalitu života u pacientů s RA se zabývalo již mnoho odborníků, což potvrzuje přehled literatury zahrnující 11 studií. V těchto vybraných studiích byla kvalita života měřena pomocí 5 různých nástrojů, z nichž nejdůležitější byl dotazník SF-36. Bylo potvrzeno, že deprese i úzkost patří mezi nejdůležitější faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s RA (Karimi et al., 2013, s. 158-160). Dále to potvrzuje také systematický přehled a meta-analýza, kterou provedli Zhang, Cai a Zhu (2020, s. 285-292). Kritériím zařazení odpovídalo 7 studií, které analyzovaly celkem 1078 pacientů s RA. Výsledkem byla silná/lehká deprese diagnostikovaná strukturovaným klinickým hodnocením nebo deprese hodnocena validovaným nástrojem pro hodnocení (např. HADS). Kromě toho zahrnovaly výsledky aktivitu onemocnění, bolest, funkční postižení a kvalitu života hodnocené SF-36. Meta-analýza prokázala, že pacienti s RA s depresí mají nižší kvalitu života než pacienti bez deprese.

Peterson et al. (2019, s. 1-5) provedli studii v USA a Evropě (Francie, Německo, Itálie, Španělsko a Spojené království) s cílem zhodnotit lékařem a pacientem hlášenou prevalenci úzkosti nebo deprese a identifikovat jakýkoli potenciální nesoulad mezi lékaři a pacienty ohledně hlášení těchto stavů. V každé zemi se rekrutovali lékaři z veřejně dostupných seznamů, vyplnili záznamový formulář pro 8 po sobě jdoucích pacientů s potvrzenou diagnózou RA, starších 18 let, nezapojených do klinické studie, kteří je během období sběru dat navštívili za účelem běžné péče. Záznamový formulář vyplnili také pacienti. Pacienti byli zařazeni do studie, pokud jak lékař, tak pacient vyplnili příslušné otázky týkající se úzkosti a deprese. Z důvodů chybějících údajů bylo 20 pacientů vyřazeno. Úzkost nebo deprese hlášená pacienty byla

zachycena prostřednictvím dotazníku EQ-5D, konkrétně domény „úzkost/deprese“. V této doméně pacienti reagovali výběrem jednou ze tří možností („Nejsem úzkostný ani depresivní“; „Jsem středně úzkostný nebo depresivní“; „Jsem extrémně úzkostný nebo depresivní“). U zde prezentovaných analýz nebyl činěn žádný rozdíl mezi pacienty, kteří reagovali jako „středně“ nebo „extrémně“ úzkostní nebo depresivní; tito pacienti byli sloučeni do jediné skupiny. Studie se zúčastnilo 408 revmatologů a 1015 pacientů (408 z USA a 607 z Evropy). Z 1015 párů lékař a pacient uvedlo 390 (38,4 %) pacientů, že mají úzkost/depresi, zatímco u 180 (17,7 %) pacientů uvedl jejich lékař úzkost/depresi. V 681 (67,1 %) případech lékař i pacient souhlasili s hodnocením úzkosti/deprese, zatímco u 390 případů, kdy pacient uvedl úzkost/depresi, 272 (69,7 %) lékařů úzkost/depresi neuvedlo. Naproti tomu z 625 pacientů, kteří úzkost/depresi neuvedli, v 62 (9,9 %) případech jejich lékař úzkost/depresi uvedl. Tento nesoulad mezi lékaři a pacienty byl pozorován jak v USA, tak v Evropě. Bylo vyzorováno, že častěji úzkost/depresi uváděli starší pacienti (průměrný věk 56,7 let), ženy (77,4 %), pacienti se závažnější RA a s delším trváním RA. Současná úzkost nebo deprese byla spojena s významným dopadem na kvalitu života související se zdravím u RA.

Singh et al. (2021, s. 386-390) posuzovali prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s RA a její korelaci s kvalitou života. Studie byla provedena ve fakultní nemocnici terciární péče v severní Indii. Zahrnuto bylo 88 pacientů (76 žen a 12 mužů), s trváním onemocnění alespoň 1 rok, kteří souhlasili s účastí. Vyřazeni byli pacienti, kteří již užívali antidepressiva a anxiolytika. Průměrný věk pacientů byl 47,7 let a průměrná doba trvání onemocnění byla 6,9 let. K hodnocení deprese a úzkosti byla použita HADS, která obsahuje 14 položek, z nichž 7 se týká deprese a 7 úzkosti. Každá položka je zodpovězena pomocí čtyřbodové škály (0-3) s celkovým možným skóre 21 pro depresi a 21 pro úzkost. Výsledné skóre do 7 je považováno za normální, skóre 8-10 je hraničně abnormální a skóre 11-21 je abnormální. Kvalita života byla měřena pomocí WHOQOL-BREF, která obsahuje 26 položek, které hodnotí 4 hlavní oblasti – fyzické, psychologické, sociální vztahy a prostředí. Výsledné skóre se pohybuje mezi 0-100, přičemž vyšší skóre představuje lepší kvalitu života. Závažnost bolesti byla měřena pomocí 10 centimetrů dlouhé škály VAS a funkční postižení pomocí indické verze dotazníku HAQ, přičemž vyšší skóre znamená větší postižení. Aktivita onemocnění byla měřena pomocí DAS-28. Skóre HADS pro depresi > 7 bylo pozorováno u 68 (77 %) pacientů a pro úzkost > 7 u 61 (69 %) pacientů. Nebyly žádné významné rozdíly mezi pacienty s RA s úzkostí ve srovnání s věkem a DAS-28 s pacienty bez úzkosti. Pacienti s úzkostí měli pravděpodobně kratší dobu trvání onemocnění (6,6 vs. 7,8 let), vyšší skóre HAQ (0,9 vs. 0,7), vyšší úroveň bolesti (VAS 53,8 vs. 39,7) a častěji měli depresi (95 % vs. 37 %) ve srovnání s pacienty bez úzkosti. Pacienti

s úzkostí měli významně nižší skóre ve všech 4 oblastech (fyzické, psychologické, sociální vztahy a prostředí) WHOQOL-BREF ve srovnání s pacienty bez úzkosti, což naznačuje špatnou kvalitu života u pacientů s úzkostí. Pacienti s depresí měli také vyšší úroveň bolesti (VAS 54,2 vs. 33,5) a vyšší pravděpodobnost úzkosti (85 % vs. 15 %) než pacienti bez deprese. Skóre kvality života pacientů s depresí bylo významně nižší než u pacientů bez deprese. Skóre deprese mělo negativní korelaci se všemi 4 oblastmi WHOQOL-BREF, především na oblast psychologickou a oblast prostředí. Jak úzkost, tak deprese predikovaly větší bolest u pacientů s RA. Na základě studie bylo zjištěno, že úzkost a deprese korelovaly se špatnou kvalitou života ve všech 4 oblastech WHOQOL-BREF, vyšší skóre HADS mělo negativní vliv na všechny oblasti WHOQOL-BREF a předpovídalo silnější bolest u pacientů s RA.

V Řecku byla také provedena studie s cílem zjistit prevalenci deprese a úzkosti a také jejich vzájemnou závislost na kvalitě života u pacientů navštěvujících revmatologickou ambulanci. Deprese byla hodnocena pomocí ZSDS, která byla přeložená a ověřená v řeckém jazyce. Úroveň úzkosti byly měřeny pomocí HAM-A přeložené a ověřené v řeckém jazyce. Dosažení skóre 17 a méně značí normální stav, 18-24 mírnou, 25-29 střední a 30 a více těžkou úroveň úzkosti. Stupeň postižení revmatologickým onemocněním byl hodnocen pomocí přeloženého a ověřeného HAQ, kde se skóre pohybuje od 0 do 3, přičemž vysoké skóre představuje nejomezenější funkci. Zařazeni byli pacienti, kteří souhlasili s účastí ve studii, byli starší 18 let, měli prokázané revmatologické onemocnění a měli dostatečnou znalost řeckého jazyka pro vyplnění dotazníku. Do studie bylo zapojeno 514 pacientů (87 mužů a 427 žen), z toho 158 osob bylo s RA (21 mužů a 137 žen). U 31 pacientů (28 žen – 20,4 % a 3 muži – 19,6 %) s RA byla zjištěna deprese. Celkem 112 (21,8 %) z 514 pacientů s revmatickým onemocněním (průměrné ZSDS 41,9) vykazovalo depresi. Mezi ženami byla deprese zjištěna u 98 pacientek (23,0 %), mezi muži u 14 pacientů (16,1 %). Tento rozdíl nebyl statisticky významný. Symptomy úzkosti byly zaznamenány u 190 z 514 pacientů (37,0 %), z toho 51 s RA (43 žen – 27,2 % a 8 mužů – 4,8 %). Mezi pacienty vykazujícími úzkost většina (98, 51,6 %) vykazovala mírnou úzkost, zatímco 44 (23,2 %) vykazovalo střední a 48 (25,3 %) těžkou úzkost. Prevalence úzkosti byla signifikantně vyšší u žen než u mužů (40,0 vs. 21,8 %). Škály úzkosti a deprese (HAM-A a ZSDS) vykazovaly velmi silnou pozitivní korelaci. V důsledku toho se úzkost a deprese vyskytovaly současně u 86 pacientů (16,7 %), přičemž jejich koexistence převažovala častěji u žen než u mužů (18,5 % u žen vs. 8,0 % u mužů). Pokud jde o kvalitu života, HAM-A a ZSDS významně korelovaly se skóre HAQ. Pacienti s koexistující úzkostí a depresí vykazovali významně zvýšené skóre HAQ. Celkem 43 z 514 pacientů (8,4 %) užívalo antidepressiva nebo léky proti úzkosti. Pouze 15 (13,4 %) pacientů s depresivními

symptomy, 23 (12,1 %) pacientů s úzkostnými symptomy a 14 (16,3 %) pacientů s koexistující úzkostí a depresí dostávalo antidepresiva nebo léky proti úzkosti. Pacienti užívající léky měli významně vyšší prevalenci úzkosti, deprese, případně úzkosti a zároveň deprese. Prevalence deprese, úzkosti a jejich koexistence u pacientů s revmatickým onemocněním byla vysoká, přičemž úzkost byla v řecké populaci častější než deprese (Anyfanti et al, 2016, s. 733-736).

Prevalenci a faktory spojené s depresí a úzkostí u pacientů s RA zkoumala prospektivní průřezová studie provedena v Thajsku. Studie se účastnilo 464 pacientů, kteří byli starší 18 let, byla jim diagnostikována RA a podepsali informovaný souhlas. Pacienti s jiným revmatickým nebo autoimunitním onemocněním byli vyřazeni. Aktivita onemocnění a funkční stav byly hodnoceny pomocí DAS28 a thajské verze dotazníku HAQ. K hodnocení kvality života související se zdravím byla použita thajská verze dotazníku EQ-5D. Deprese a úzkost při poslední návštěvě byly hodnocené pomocí thajské verze HADS. Průměrný věk pacientů byl 59 let, medián trvání onemocnění byl 9,9 let a 85 % pacientů tvořily ženy. Téměř polovina (48 %) pacientů byla nezaměstnaná. Disease Activity Scale-28 byla střední (3,5) a průměrné skóre postižení (HAQ) bylo mírné (0,5). Průměrné EQ-5D bylo 0,87. Na základě thajské prahové hodnoty HADS 8 nebo vyšší, která indikuje přítomnost poruchy nálady, mělo 12,5 % pacientů určitý stupeň deprese a 14,5 % určitý stupeň úzkosti. Bylo zjištěno, že podíl deprese a úzkosti se zvyšuje s rostoucí aktivitou onemocnění nebo funkčním stavem a nízkou kvalitou života. Úzkost byla také častější u pacientů trpících RA méně než 10 let, u ženatých/vdaných a u pacientů s kognitivní poruchou/vysokým skóre bolesti (Katchamart et al., 2020, s. 302-304).

Také v Ugandě byla zkoumána prevalence a faktory spojené s příznaky deprese. Zařazeni byli pacienti s RA navštěvující dvě ambulantní kliniky v Kampale v období od září do prosince 2020. Zařazovací kritéria byla věk 18 let a více, potvrzená diagnóza RA a podepsaný informovaný souhlas. Pacienti, kterým byla psychiatrem diagnostikovaná deprese, úzkost či jiná duševní choroba, byli vyloučeni. Data byla sbírána pomocí polo-strukturovaných dotazníků zadávaných ošetřujícími lékaři během klinické péče. Data byla sbírána o následujících parametrech: 1. sociodemografické charakteristiky pacienta (věk, pohlaví, rodinný stav, úroveň vzdělání, aktuální stav zaměstnání, měsíční příjem a finanční podpora); 2. klinická diagnóza (doba trvání onemocnění, závažnost onemocnění, kterou sám uvedl, vzplanutí onemocnění a hospitalizace); 3. medikace (použité Disease-Modifying Antirheumatic Drugs – DMARDs, délka terapie, zdroj DMARDs, měsíční výdaje na DMARDs, spokojenost s léčbou, současné užívání rostlinné medikace, nežádoucí účinky léků); a 4. komorbidity. Kvalita života byla hodnocena pomocí EQ-5D. Celkový sebehodnotící zdravotní stav byl hodnocen pomocí VAS, kde pacienti hodnotili své vnímané zdraví od 0 (nejhorší představitelné

zdraví) do 100 (nejlepší představitelné zdraví). Do studie bylo zařazeno celkem 48 pacientů s mediánem věku 52 let. Převážnou většinu účastníků tvořily ženy (91,7 %), vdaných/ženatých bylo 33,3 % pacientů, 68,8 % mělo neformální zaměstnání. Doba trvání RA byla průměrně 60 měsíců. Medián počtu vzplanutí onemocnění (za poslední 3 měsíce) byl 1 a návštěv kliniky (za posledních 12 měsíců) 4. Přibližně polovina pacientů byla léčena pouze methotrexátem (47,9 %) s mediánem trvání léčby DMARDs po dobu 12 měsíců. Nežádoucí účinky DMARDs uvedlo 33,3 % pacientů a 10,4 % pacientů uvedlo, že DMARDs ovlivnily jejich činnost. Dvacet devět pacientů (60,4 %) mělo komorbidity se středním skóre. Prevalence symptomů deprese byla 70,8 %. Středně těžké depresivní symptomy mělo 27,1 % pacientů a mírné depresivní symptomy mělo 25 % pacientů. Střední věk pacientů s RA s depresivními symptomy byl také významně nižší než u pacientů bez deprese. Podobně pacienti ve věku < 50 let byli významně více depresivní ve srovnání s pacienty ve věku ≥ 50 let. Hodnota indexu zdraví byla signifikantně nižší u pacientů s depresivními symptomy ve srovnání s těmi bez (medián 0,6 vs. 0,7). Celkové sebehodnocení zdravotního stavu bylo také významně nižší u pacientů s depresivními symptomy ve srovnání s těmi bez (medián 50,0 vs. 62,5). Pohlaví, trvání onemocnění, závažnost onemocnění, komorbidity a nežádoucí účinky DMARDs nebyly významně spojeny s příznaky deprese (Bongomin et al., 2021, s. 93-97).

Těž v Německu zjišťovali prevalenci deprese a její rizikové faktory u pacientů s RA, avšak u RA s pozdním nástupem. Studie zahrnovala pacienty starší 60 let, léčené v 1072 ambulancích primární péče, s diagnózou RA zjištěnou v období od ledna 2009 do prosince 2013. Pacienti, kterým byla diagnostikována deprese nebo jim byla v průběhu 12 měsíců před diagnostikováním RA diagnostikována deprese, byli vyloučeni. Po aplikování těchto kritérií bylo vybráno 7301 pacientů s RA. Na jednu ambulanci připadalo v průměru 7 pacientů s RA (minimálně 2 a maximálně 25). Dále bylo vybráno do kontrolního vzorku 7301 pacientů bez RA, bez diagnostikované deprese, bez předepsaných antidepressiv za posledních 12 měsíců. Tito pacienti byli přiřazeni k pacientům s RA (1:1) na základě věku, pohlaví, diagnózy deprese v minulosti a době sledování. Primárním výsledkem byla diagnóza deprese zaznamenaná v databázi mezi začátkem a koncem sledování. Diagnózy deprese vycházely z dokumentace primární péče, která zahrnuje diagnózy stanovené psychiatry. Demografické údaje zahrnovaly věk a pohlaví. Další základní chronické stavy, které by mohly být spojeny s rizikem deprese (diabetes mellitus, arteriální hypertenze, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, demence, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, rakovina, osteoporóza, osteoartróza a zánětlivé polyartropatie kromě RA), byly stanoveny na základě diagnóz primární péče. Průměrný věk pacientů byl 72,2 let, 34,9 % pacientů byli muži. Podíl pacientů s předchozí diagnózou deprese

činil 13,3 % v obou skupinách. Diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, osteoartritida, osteoporóza a zánětlivé polyartropatie se vyskytovaly častěji ve skupině s RA než v kontrolní skupině. Prevalence ostatních onemocnění se mezi těmito dvěma skupinami významně nelišila. U 7,6 % pacientů s RA a 3,9 % pacientů z kontrolní skupiny došlo k rozvoji deprese po 1 roce sledování. Po 5 letech sledování byla diagnóza deprese přítomna u 22 % pacientů s RA a u 14,3 % pacientů kontrolní skupiny. Revmatoidní artritida byla silným rizikovým faktorem pro rozvoj deprese. Došlo k významné interakci RA a diagnostikovaných zánětlivých polyartropatií. Navíc demence, rakovina, osteoporóza, hypertenze a diabetes byly spojeny s vyšším rizikem rozvoje deprese. Závěrem bylo zjištěno, že riziko deprese u německých pacientů s pozdním nástupem RA je významně vyšší, než u pacientů bez RA (Drosselmeyer et al., 2017, s. 437-439).

V Íránu byl proveden systematický přehled a meta-analýza na prevalenci deprese u pacientů s RA. Články byly vyhledávány v databázích: Scientific Information Database, MagIran, Web of Science/ISI, PubMed a Scopus, proces vyhledávání prováděli 2 výzkumníci nezávisle na sobě a neshody řešili diskuzí. Celkem bylo vybráno 6 článků. Metodologická kvalita vybraných článků byla hodnocena pěti aspekty: studijní plán, srovnávací skupiny, charakteristiky vzorků, velikost vzorku a nástroje pro sběr dat. Každý aspekt byl hodnocen 0–3, kdy vyšší skóre indikovalo vyšší metodologickou kvalitu. Celková velikost vzorku byla 1 046 jedinců, v průměru 175 účastníků v každé studii. Dle výsledků byla prevalence deprese hodnocena pomocí BDI u 65,51 % pacientů a pomocí HADS u 66 % pacientů. Výsledky ukázaly, že metodologická kvalita článků, věk účastníků, velikost vzorku a trvání onemocnění neměly žádné významné souvislosti s prevalencí deprese. Nárůst roku publikace vedl k sestupnému trendu v prevalenci deprese, který nebyl statisticky významný. Celkové závěry této studie ukázaly, že více než polovina pacientů s RA měla příznaky deprese, dále že neexistuje žádný vztah mezi metodologickou kvalitou, průměrným věkem účastníků, velikostí vzorku, délkou onemocnění a prevalencí deprese. S nárůstem publikačních let prevalence deprese vykazovala klesající trend, který nebyl významný Jamshidi et al. (2019, s. 54-57).

Systematický přehled a meta-analýzu s cílem popsat prevalenci deprese u RA provedli také Matcham et al. (2013, s. 2136-2144). Bylo provedeno systematické vyhledávání v 6 různých databázích. Pro zařazení studií byly splněny následující kritéria: 1. průřezový design, základní průřezová data z longitudinální studie nebo základní průřezová data ze studie, před rozdělením do skupiny; 2. hlášená úroveň prevalence deprese pomocí diagnostických kritérií, výzkumného diagnostického nástroje nebo validovaného screeningového nástroje; 3. hladina hlášené prevalence jako počet účastníků splňujících předem definovaná kritéria deprese nebo

procento, ze kterého lze vypočítat počet účastníků splňujících kritéria deprese; 4. velikost vzorku byla  $\geq 50$ . Vyřazeny byly studie, které použily selektivní vzorek (např. intervenční studie po rozdělení do skupin); použily pediatrický vzorek; retrospektivně revidované lékařské záznamy za účelem zjištění depresivní symptomatologie. Z meta-analýzy byly vyloučeny studie využívající screeningový nástroj bez uvedení hraničního prahu používaného k detekci deprese. Všechny studie byly nezávisle zkoumány dvěma výzkumníky. Neshody mezi výzkumníky byly vyřešeny diskusí a přezkoumáním po konzultaci s třetím výzkumníkem. Pro posouzení metody odběru vzorků, velikosti vzorku, míry účasti, kritérií používaných k určení deprese a kritérií způsobilosti pro účast ve studiích byl navržen 10bodový nástroj pro hodnocení kvality. Články byly hodnoceny následovně: 0–3 = nízká kvalita; 4–6 = nízká až střední kvalita; 7–8 = střední až vysoká kvalita; 9–10 = vysoká kvalita. Po zohlednění všech kritérií bylo do přehledu zařazeno 72 článků. Studie reprezentovalo celkem 13189 pacientů s RA, medián průměrného věku byl 53,7 let, střední procento žen zastoupených ve vzorku bylo 77 %. Velikost vzorku jednotlivých studií se pohybovala od 50 do 988 (medián 96). Celková kvalita studií byla špatná se středním skóre kvality 3/10. Jedenáct studií (15 %) dosáhlo skóre 0/10 a 82 % studií dosáhlo skóre 5/10 nebo nižší. Žádná studie nedosáhla maximálního skóre 10; jeden však obdržel 9 z 10. Konkrétně 16,6 % studií mělo velikost vzorku větší než 300, pouze 41,7 % uvedlo míru účasti a z nich pouze 40 % mělo míru účasti  $\geq 75$  %. Pouze 55,6 % uvedlo kritéria způsobilosti pro vstup do studie. Prevalence samotné deprese (bez kombinovaných poruch) se v jednotlivých studiích pohybovala mezi 0,04 % a 66,3 %. Prevalence deprese podle PHQ-9 s prahem 10 indikujícím středně těžké až těžké symptomy deprese byla 38,8 %. Úroveň prevalence podle HADS s prahy 8 a 11 byly 34,2 % a 14,8 %.

Častým a poměrně závažným problémem se jeví výskyt deprese a úzkosti u seniorů trpících RA. To dokazuje studie, kterou provedly Sováriová Soósová, Suchanová a Tirpáková (2011, s. 240-245). Deprese byla posuzována pomocí ZSDS. Hrubé skóre se získává součtem hodnot označených odpovědí a následně se konvertuje na 100-bodovou škálu. Výsledek  $<50$  znamená „normální, nejvíe známky deprese“, 50 – 59 „známky minimální nebo lehké deprese“, 60 – 69 „středně silná až celkem zřetelná deprese“,  $>70$  „těžká až extrémně těžká deprese“. Úzkost byla hodnocena pomocí dotazníku BAI, kde se celkové skóre pohybuje v rozmezí 0 – 63, kdy 0 – 7 znamená „bez známek úzkosti“, 8 – 15 „mírná úzkost“, 16 – 25 „středně závažná úzkost“ a 26 – 63 „závažná úzkost“. Zařazovací kritéria do studie byla: diagnóza RA, věk 65 let a více, bydliště ve východoslovenském regionu, ochota spolupracovat a podepsaný informovaný souhlas. Pro získání informací byly použity dotazníky, které senioři vyplňovali samostatně, pokud měli fyzické omezení nebo si to přáli, byly vyplňovány prostřednictvím

řízeného rozhovoru s administrátorem. Výzkumný soubor tvořilo 60 pacientů (73,3 % žen a 26,7 % mužů), průměrný věk byl 70,97 let, nejmladší pacient měl 65 let a nejstarší 83 let, délka trvání RA byla v průměru 17,77 let, nejméně však 1 rok a nejvíce 40 let. Dle výsledků bylo 14 % seniorů s RA bez známek deprese, 24,6 % jevílo známky minimální nebo lehké deprese, 43,9 % středně silnou až celkem zřetelnou depresi a 17,5 % těžkou až extrémně těžkou depresi. Bez známek úzkosti bylo 10,3 % seniorů, 15,5 % mělo mírnou úzkost, 44,8 % středně závažnost úzkost a 29,3 % dotázaných mělo závažnou úzkost.

V České republice bylo provedeno výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů s RA. Jeden z dílčích cílů byl zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů s RA v doméně 8 „negativní pocity“ a zjistit případný staticky významný vztah k doménám 1 „bolest a nepohodlí“ a 2 „energie a únava“. Další cíl byl srovnat subjektivně vnímanou kvalitu života mezi ženami a muži s RA a dále mezi populací s RA a kontrolní zdravou populací. Ke sběru dat byl využit standardizovaný dotazník The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), který se používá k posouzení subjektivně vnímané kvality života v databázi World Health Organization (WHO) a dotazník HAQ. U dotazníku WHOQOL-100 byla využita jeho česká verze, která obsahuje 100 otázek členěných do šesti domén – fyzický stav, prožívání, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita. Dotazník zahrnuje ještě čtyři otázky týkající se celkové kvality života a zdravotního stavu. Dotazník HAQ byl použit také v české verzi, obsahuje dvacet otázek týkajících se každodenních činností a čtyři doplňující polo-uzavřené otázky. Výzkumný soubor osob s RA tvořilo 200 respondentů, 50 mužů a 150 žen. Výběr probíhal na základě dvou kritérií „přítomnost diagnózy RA“ a „pohlaví“, věk ani region nebyl stanoven. Sběr dat probíhal od ledna do května 2013 a návratnost dotazníků byla 93,5 %. Výzkumný soubor kontrolní zdravé populace tvořilo 2200 respondentů. Výběr probíhal na základě kvót, kterými byly subjektivní pocit plného zdraví, pohlaví, region trvalého pobytu a věk. Sběr dat probíhal od ledna do května 2013, z 2200 dotazníků bylo vráceno 1441 – návratnost 65,5 %. Ve facetě 8 „negativní pocity“ bylo zjištěno, že 15 % respondentů má pocity jako rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo depresi „celkem často“, 21,5 % „středně“, 53,5 % „někdy“ a jen 10 % „nikdy“. Dále bylo zjištěno, že zmíněné pocity „hodně“ překáží 7,5 % dotázaných, „středně“ 26 % a „trochu“ 40 %. U 26,5 % respondentů netvoří žádnou překážku pro každodenní fungování. Pocity deprese trápí 7,5 % dotázaných „hodně“, 21,5 % „středně“, 38 % „trochu“ a 34 % zvolilo variantu „vůbec ne“. Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v prožívání negativních pocitů mezi pohlavím. Ve srovnání negativních pocitů mezi populací s RA a kontrolní zdravou populací bylo zjištěno, že se mírně častěji vyskytovaly u populace s RA, nejednalo se však o statisticky významný



rozdíl. Vztah mezi facetou 8 „negativní pocity a facetou 1 „bolest a nepohodlí“ byl prokázán jako staticky významný. Mezi facetou 8 „negativní pocity a facetou 2 „energie a únava“ byl koeficient determinace 42 %, což také prokazuje statistický významný vztah. Ze vztahu mezi facetami tedy vyplývá, že čím větší bolesti a únavu pacient s RA prožívá, tím větší má potíže v oblasti psychiky. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že až 90 % respondentů prožívá psychické problémy v různé intenzitě (Kaas, Tóthová a Martinek, 2014, s. 74-78)

Je žádoucí, aby si lékaři a sestry více uvědomovali symptomy nálady u svých pacientů s RA. Pacientům s RA by měla být poskytnuta psychologická podpora. Pokud u pacienta existuje podezření na psychiatrickou poruchu, měl by být odeslán k psychiatrickému či psychologickému vyšetření (Mok, Lok a Cheung, 2012, s. 258). Léčba depresivní poruchy je zaměřena na zmírnění symptomů deprese. Volba vhodné alternativy léčby, jako je psychoterapie nebo farmakoterapie, závisí na klinických faktorech, jako je závažnost symptomů a průběh onemocnění, a také na preferencích pacienta (Baerwald, Manger a Hueber, 2019, s. 247). Cílem léčby je také zlepšit kvalitu života a soustředit se spíše na měnící se sociálně-psychologické faktory než na pouhé tělesné funkce (Al-Fadl et al., 2014, s. 55). Monitorování stavu duševního zdraví (Khan et al., 2021, s. 196) a věnování zvláštní pozornosti ze stran zdravotnických pracovníků všem dimenzím a prediktorům kvality života u pacientů s RA má zásadní význam pro zlepšení kvality života (Karimi et al., 2013, s. 161), a to bez ohledu na závažnost onemocnění (Karahana et al., 2016, s. 1027).

### **3.1 Význam a limitace dohledaných poznatků**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů s revmatoidní artritidou. Zaměřuje se na faktory nejvíce ovlivňující kvalitu života. Přínosem může být pro studenty ošetrovatelských oborů, pro všeobecné sestry, které se mohou setkat s pacienty s tímto onemocněním. Zjištěné informace by všeobecné sestry mohly využít v poskytování péče o pacienty a tím zlepšit kvalitu jejich života. Práce může také sloužit jako podklad pro další výzkum v této oblasti, zejména v České republice. V přehledové bakalářské práci bylo využito celkem 44 článků. Dohledané články byly napsány v anglickém, českém a slovenském jazyce. Významnou limitací je nedostatek studií a článků zabývajících se kvalitou života a nejvíce ovlivňujícími faktory. V České republice bylo o kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou publikováno jen málo, proto by tato práce mohla sloužit jako podnět pro další výzkum.

Některé výzkumné studie, které byly popsány v této bakalářské práci, zahrnují relativně malý vzorek respondentů, proto také autoři upozorňují, že výsledky nelze zobecnit na všechny

pacienty s revmatoidní artritidou a je vhodné provést další výzkumné studie s větším počtem respondentů. V některých studiích byli pacienti rekrutováni pouze z jednoho centra, proto může být také v tomto případě zobecnitelnost výsledků omezená. Ke sběru určitých dat byly použity self-reportové dotazníky, proto mohou existovat jistá zkreslení a nepřesnosti.

Diagnostika deprese a úzkostných poruch byla ve studii autorů Karahan et al. (2016) odkázána na vlastní škály, což sami autoři zmiňují jako limitaci. Ve studii, kterou provedli autoři Mok, Lok a Cheung (2012), byli rekrutováni pacienti z revmatologických ambulancí. Nebyli zahrnuti pacienti se závažnější aktivitou onemocnění, kteří byli léčeni biologickými přípravky a byli sledováni ambulantně. V důsledku toho mohla být prevalence psychiatrických poruch podhodnocena a skutečná kvalita života pacientů s RA mohla být nadhodnocena. Meta-analýza, kterou provedli autoři Zhang, Cai a Zhu (2020), byla založena hlavně na průřezových datech a počet článků byl relativně malý, což ukázalo, že je potřeba provést více vysoce kvalitních prospektivních studií s větší velikostí vzorků.

## ZÁVĚR

Revmatoidní artritida je nevléčitelné onemocnění postihující klouby. Vysokým přínosem pro pacienty s revmatoidní artritidou může být zkvalitnění života pomocí identifikace ovlivňujících faktorů a jejich řešením. Cílem této bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou.

Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o faktorech ovlivňujících kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. Výsledky studií prokázaly, že pacienti s revmatoidní artritidou trpí mnoha potížemi, jak fyzickými tak psychickými. Mezi nejčastější identifikované faktory ovlivňující život pacientů s revmatoidní artritidou patří únava, pro mnoho pacientů je nejhůře zvladatelným problémem. Dále je to funkční postižení, vyšší aktivita onemocnění a subjektivně vnímaná bolest. Byly dohledány studie, které dokazují dopad onemocnění revmatoidní artritidy také na spánek a sexuální život pacientů. Všechny tyto faktory mají významný vliv na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. Dílčí cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o vlivu psychických problémů na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. U pacientů s revmatoidní artritidou je třeba myslet nejen na fyzické, ale také na psychické problémy. Mezi jednu z nejčastějších komorbidit patří deprese, která je největší v prvních 5 letech onemocnění. Častá je také úzkost. Dohledány byly studie s výsledky, které potvrzují, že psychické potíže patří mezi prediktory kvality života pacientů s revmatoidní artritidou. Bylo zjištěno, že pacienti s revmatoidní artritidou vykazují podstatně větší depresivní symptomy a nižší kvalitu života, než běžná populace. Prevalence deprese a úzkosti se v jednotlivých studiích lišila, avšak dosahovala až 77 %. I druhý dílčí cíl byl splněn.

Dohledané poznatky v této bakalářské práci by mohly být přínosem pro všeobecné sestry, které se s pacienty s revmatoidní artritidou setkají a též pro pacienty samotné. Získání povědomí o faktorech ovlivňujících toto onemocnění by mohlo vést ke zkvalitnění životů pacientů a k věnování větší pozornosti psychickým problémům. Práce by mohla také posloužit jako zdroj informací pro rodiny, které mají v blízkosti nemocného s revmatoidní artritidou a o nemoci zatím nic neví. Výsledky použitých studií mohou být využity pro další výzkum.

## REFERENČNÍ SEZNAM

ABU AL-FADL, Esam Mohammed, Mohammed Ali ISMAIL, Mohammed THABIT a Yasser EL-SEROGY. Assessment of health-related quality of life, anxiety and depression in patients with early rheumatoid arthritis. *The Egyptian Rheumatologist* [online]. 2014, **36**(2), 51-56 [cit. 2022-04-24]. ISSN 11101164. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejr.2013.12.004

ANYFANTI, Panagiota, Areti TRIANTAFYLLOU, Panagiotis PANAGOPOULOS, et al. Predictors of impaired quality of life in patients with rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology: Journal of the International League of Associations for Rheumatology* [online]. 2016, 35(7), 1705-1711 [cit. 2022-04-10]. ISSN 07703198. Dostupné z: doi:10.1007/s10067-015-3155-z

BAERWALD, C., B. MANGER a A. HUEBER. Depression als Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie* [online]. 2019, 78(3), 243-248 [cit. 2022-04-10]. ISSN 03401855. Dostupné z: doi:10.1007/s00393-018-0568-5

BONGOMIN, Felix, Barbra NATUKUNDA, Maria SEKIMPI, Ronald OLUM, Joseph Baruch BALUKU, Anthony MAKHOBBA a Mark KADDUMUKASA. High Prevalence of Depressive Symptoms Among Ugandan Patients with Rheumatoid Arthritis. (ORIGINAL RESEARCH). *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* [online]. 2021, 13, 93-102 [cit. 2022-04-11]. ISSN 1179156X. Dostupné z: doi:10.2147/OARRR.S306503

DROSSELMAYER, Julia, Louis JACOB, Wolfgang RATHMANN, Michael A. RAPP a Karel KOSTEV. Depression risk in patients with late-onset rheumatoid arthritis in Germany. *Quality of Life Research* [online]. 2017, 26(2), 437 [cit. 2022-04-08]. ISSN 09629343.

DRUCE, K. L., G. T. JONES, G. J. MACFARLANE, S. VERSTAPPEN a N. BASU. The longitudinal course of fatigue in rheumatoid arthritis - results from the Norfolk Arthritis Register. *Scottish Medical Journal* [online]. 2015, 59(4), 2059-2065 [cit. 2022-05-18]. ISSN 00369330. Dostupné z: doi:10.1177/0036933014555056

DRUCE, K. L. a N. BASU. Predictors of fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)* [online]. 2019, 58(Suppl 5), v29-v34 [cit. 2022-06-18]. ISSN 14620332. Dostupné z: doi:10.1093/rheumatology/kez346

FELDTHUSEN, Caroline, Mathilda BJÖRK, Helena FORSBLAD-D'ELIA a Kaisa MANNERKORPI. Perception, consequences, communication, and strategies for handling fatigue in persons with rheumatoid arthritis of working age—a focus group study. *Clinical*

*Rheumatology: Journal of the International League of Associations for Rheumatology* [online]. 2013, 32(5), 557-566 [cit. 2022-06-18]. ISSN 07703198. Dostupné z: doi:10.1007/s10067-012-2133-y

GONG, G. a J. MAO. Health-related quality of life among Chinese patients with rheumatoid arthritis: The predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nursing Research* [online]. 2016, 65(1), 55 - 67 [cit. 2022-05-17]. ISSN 15389847. Dostupné z: doi:10.1097/NNR.000000000000137

GUO, G., T. FU, R. YIN, L. ZHANG, Q. ZHANG, Y. XIA, Z. GU a L. LI. Sleep quality in Chinese patients with rheumatoid arthritis: Contributing factors and effects on health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2016, 14(1), 1-8 [cit. 2022-05-23]. ISSN 14777525. Dostupné z: doi:10.1186/s12955-016-0550-3

CHO, Soo-kyung, Dam KIM, Jae-bum JUN, Sang-cheol BAE a Yoon-kyoung SUNG. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). *Rheumatology International: Clinical and Experimental Investigations* [online]. 2013, 33(1), 93-102 [cit. 2022-05-16]. ISSN 01728172. Dostupné z: doi:10.1007/s00296-011-2352-6

IAQUINTA, Monica a Susan MCCRONE. An Integrative Review of Correlates and Predictors of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2015, 29(5), 265-278 [cit. 2022-06-04]. ISSN 08839417. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnu.2015.04.003

JAMSHIDI, T., F. EBTEKAR, S. DALVAND a A. KURDI. Prevalence of depression among Iranian patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* [online]. 2019, 11, 53-59 [cit. 2022-04-11]. ISSN 1179156X.

JI, Juan, Lijuan ZHANG, Qiuxiang ZHANG, Rulan YIN, Ting FU, Liren LI a Zhifeng GU. Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2017, 15(1), 1-7 [cit. 2022-05-26]. ISSN 14777525. Dostupné z: doi:10.1186/s12955-017-0659-z

KAAS, Jiří, Valérie TÓTHOVÁ a Lukáš MARTINEK. Revmatoidní artritida jako psychický problém. *Psychology* [online]. 2014, 5(2), 71-80 [cit. 2022-04-09]. ISSN 18039278.

KARAHAN, A.Y., A. KUCUK, A. BALKARLI, F. KAYHAN, N. OZHAN, O. NAS, T. GUNGOR a S. KUCUKSEN. Alexithymia, depression, anxiety levels and quality of life in

patients with rheumatoid arthritis. *Acta Medica Mediterranea* [online]. 2016, 32(5), 1675 - 1682 [cit. 2022-03-23]. ISSN 03936384. Dostupné z: doi:10.19193/0393-6384\_2016\_5\_149

KARIMI, S., M. H. YARMOHAMMADIAN, A. SHOKRI, P. MOTTAGHI, K. QOLIPOUR a A. KORDI. Predictors and effective factors on quality of life among Iranian patients with rheumatoid arthritis. *Materia socio-medica* [online]. 2013, 25(3), 158-62 [cit. 2022-03-23]. ISSN 15127680. Dostupné z: doi:10.5455/msm.2013.25.158-162

KATCHAMART, W., P. NARONGROEKNAWIN, W. CHANAPAI, P. THAWEERATTHAKUL a A. SRISOMNUEK. Prevalence of and factors associated with depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: A multicenter prospective cross-sectional study. *International Journal of Rheumatic Diseases* [online]. 2020, 23(3), 302-308 [cit. 2022-04-11]. ISSN 1756185X. Dostupné z: doi:10.1111/1756-185X.13781

KHAN, Aslam, V POOJA, Suprakash CHAUDHURY, Varsha BHATT a Daniel SALDANHA. Assessment of depression, anxiety, stress, and quality of life in rheumatoid arthritis patients and comparison with healthy individuals. *Industrial Psychiatry Journal* [online]. 2021, 30, 195-200 [cit. 2022-04-24]. ISSN 09726748. Dostupné z: doi:10.4103/0972-6748.328861

KINGSLEY, Gabrielle, Ian C. SCOTT a David L. SCOTT. Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best Practice* [online]. 2011, 25(4), 585-606 [cit. 2022-05-17]. ISSN 15216942. Dostupné z: doi:10.1016/j.berh.2011.10.003

KOLAH, Sousan, Alireza KHBAZI, Mehrzad HAJALILOO, Leila NAMVAR a Hale FARZIN. The evaluation of quality of life in women with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia as compared with quality of life in normal women. *The Internet Journal of Rheumatology* [online]. 2011, 7(1), 1-5 [cit. 2022-04-08]. ISSN 15288412.

LØPPENTHIN, K., B. A. ESBENSEN, P. JENNUM, M. ØSTERGAARD, A. TOLVER, T. THOMSEN a J. MIDTGAARD. Sleep quality and correlates of poor sleep in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology: Journal of the International League of Associations for Rheumatology* [online]. 2015, 34(12), 2029-2039 [cit. 2022-05-19]. ISSN 07703198. Dostupné z: doi:10.1007/s10067-015-2875-4

MATCHAM, F., I. C. SCOTT, L. RAYNER, M. HOTOPF, G. H. KINGSLEY, S. NORTON, D. L. SCOTT a S. STEER. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*

[online]. 2014, 44(2), 123-130 [cit. 2022-05-16]. ISSN 00490172. Dostupné z: doi:10.1016/j.semarthrit.2014.05.001

MATCHAM, F., L. RAYNER, M. HOTOPIF a S. STEER. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (United Kingdom)* [online]. 2013, 52(12), 2136 - 2148 [cit. 2022-04-11]. ISSN 14620324. Dostupné z: doi:10.1093/rheumatology/ket169

MATCHAM, F., S. NORTON, D. L. SCOTT, S. STEER a M. HOTOPIF. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford, England)* [online]. 2016, 55(2), 268-78 [cit. 2022-04-08]. ISSN 14620332. Dostupné z: doi:10.1093/rheumatology/kev306

MOK, C.C., E.Y.C. LOK a E.F.C. CHEUNG. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology* [online]. 2012, 41(4), 253 - 259 [cit. 2022-03-23]. ISSN 03009742. Dostupné z: doi:10.3109/03009742.2012.664648

MORTADA, M., A. ABDUL-SATTAR a L. GOSSEC. Fatigue in Egyptian patients with rheumatic diseases: A qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2015, 13(1), 134-142 [cit. 2022-05-18]. ISSN 14777525. Dostupné z: doi:10.1186/s12955-015-0304-7

NAS, K., A.J. SARAC, R. CEVIK, et al. Psychological status is associated with health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* [online]. 2011, 24(2), 95 - 100 [cit. 2022-04-10]. ISSN 10538127. Dostupné z: doi:10.3233/BMR-2011-0281

NICASSIO, P. M., M. A. KAY, M. K. CUSTODIO, M. R. IRWIN, R. OLMSTEAD a M. H. WEISMAN. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research* [online]. 2011, 71(2), 79-85 [cit. 2022-06-28]. ISSN 18791360. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.008

PETERSON, Steve, James PIERCY, Stuart BLACKBURN, Emma SULLIVAN a Nan LI. The multifaceted impact of anxiety and depression on patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatology* [online]. 2019, 3(1), 1-10 [cit. 2022-03-23]. ISSN 25201026. Dostupné z: doi:10.1186/s41927-019-0092-5

PURABDOLLAH, Majid, Sima LAKDIZAJI, Azad RAHMANI, Mehrzad HAJALILU a Khalil ANSARIN. Relationship between Sleep Disorders, Pain and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Caring Sciences* [online]. 2015, 4(3), 233-241 [cit. 2022-05-25]. ISSN 22519920. Dostupné z: doi:10.15171/jcs.2015.024

RAO, Y., X. XU, D. LIU, et al. Health-related quality of life in patients with arthritis: A cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2018, 15(4), 1-19 [cit. 2022-05-18]. ISSN 16604601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph15040768

RODRÍGUEZ, Martín A., Nardy N. RIVERO-CARRERA, Joanny C. REY-PUENTE, Natali SERRA-BONETT a Soham AL SNIH. Role of depressive symptoms in the health-related quality of life of Venezuelan patients with rheumatoid arthritis. Results from a tertiary care center. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - An Official Journal of the International Society of Quality of Life Research* [online]. 2020, 29(8), 2129-2136 [cit. 2022-03-23]. ISSN 09629343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-020-02485-7

ROGERS, Heather L., Hardin T. BROTHERTON, Silvia Leonor OLIVERA PLAZA, María Angélica SEGURA DURÁN a Marvín Leonel PEÑA ALTAMAR. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)* [online]. 2015, 55(5), 406-413 [cit. 2022-06-27]. ISSN 22555021. Dostupné z: doi:10.1016/j.rbre.2015.01.005

SALMON, Victoria E., Sarah HEWLETT, Nicola E. WALSH, John R. KIRWAN, Maria MORRIS, Marie URBAN a Fiona CRAMP. Developing a group intervention to manage fatigue in rheumatoid arthritis through modifying physical activity. *BMC Musculoskeletal Disorders* [online]. 2019, 20(1), 1-13 [cit. 2022-05-19]. ISSN 14712474. Dostupné z: doi:10.1186/s12891-019-2558-4

SENRA, H., H. ROGERS, G. LEIBACH, P. PERRIN, M.L.P. ALTAMAR, S.L.O. PLAZA a M.A.S. DURÁN. Health-related quality of life and depression in a sample of Latin American adults with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases* [online]. 2017, 20(11), 1684 - 1693 [cit. 2022-03-23]. ISSN 1756185X. Dostupné z: doi:10.1111/1756-185X.12412



SINGH, Gurmeet, Nikhil MAHAJAN, Sameer ABROL a Abhinav RAINA. Anxiety and depression are common in rheumatoid arthritis and correlate with poor quality of life in Indian patients. *Rheumatology / Reumatologia* [online]. 2021, 59(6), 386-393 [cit. 2022-04-11]. ISSN 00346233. Dostupné z: doi:10.5114/reum.2021.112351

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, Renáta SUCHANOVÁ, Libuša TIRPÁKOVÁ. Bolesť, funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritidou. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, 2(3), 239-247 [cit. 2022-04-09].

SZADY, Paulina, Grażyna BĄCZYK a Katarzyna KOZŁOWSKA. Fatigue and sleep quality in rheumatoid arthritis patients during hospital admission. *Rheumatology* [online]. 2017, 55(2), 65-72 [cit. 2022-05-18]. ISSN 00346233. Dostupné z: doi:10.5114/reum.2017.67600

TAŃSKI, Wojciech, Krzysztof DUDEK, Anna TOMASIEWICZ a Natalia ŚWIĄTONIOWSKA-LONC. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, 19(3088), 3088-3103 [cit. 2022-05-30]. ISSN 19053088. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph19053088

WALTER, Margot J. M., T. M. KUIJPER, J. M. W. HAZES, A. E. WEEL a J. J. LUIME. Fatigue in early, intensively treated and tight-controlled rheumatoid arthritis patients is frequent and persistent: a prospective study. *Rheumatology International: Clinical and Experimental Investigations* [online]. 2018, 38(9), 1643-1650 [cit. 2022-05-18]. ISSN 01728172. Dostupné z: doi:10.1007/s00296-018-4102-5

WAN, Su Wei, Hong-gu HE, Anselm MAK, Manjari LAHIRI, Nan LUO, Peter P. CHEUNG a Wenru WANG. Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. *Applied Nursing Research* [online]. 2016, 30, 176-183 [cit. 2022-05-16]. ISSN 08971897. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnr.2015.07.004

ZHANG, Lijuan, Pingping CAI a Weiyi ZHU. Depression has an impact on disease activity and health-related quality of life in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Rheumatic Diseases* [online]. 2020, 23(3), 285-293 [cit. 2022-04-11]. ISSN 17561841. Dostupné z: doi:10.1111/1756-185X.13774

ZHOU, Congcong. A cross-sectional study of sexual dysfunction in chinese mainland female patients with rheumatoid arthritis. *Archives of Rheumatology* [online]. 2021, 36(2), 244-251 [cit. 2022-06-01]. ISSN 13090291. Dostupné z: doi:10.46497/ArchRheumatol.2021.8074

## SEZNAM ZKRATEK

ACR	The American College of Rheumatology
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CQR	Compliance Questionnaire on Rheumatology
DAS-28	Disease Activity Score in 28 joints
DMARDs	Disease-Modifying Antirheumatic Drugs
EQ-5D	European Quality of Life-5 Dimensions
ESS	Epworth Sleepiness Score
EULAR	European League Against Rheumatism
FSFI	Female Sexual Function Index
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HAQ-DI	Health Assessment Questionnaire Disability Index
HRQoL	Health-Related Quality of Life
MCS	Mental Composite Scale
NHP	Nottingham Health Profile
PCS	Physical Composite Scale
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire-9
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
QOL-RA	The Quality of Life-Rheumatoid Arthritis
RA	Revmatoidní artritida
SDQ	Sleep Disorders Questionnaire
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
USA	Spojené státy americké
VAS	Visual Analogue Scale
WHO	World Health Organization
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
ZSDS	Zung Self-Rating Depression Scale