

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života pacienta s revmatologickým
onemocněním při biologické léčbě**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Bučková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lenka Bučková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacienta s revmatologickým onemocněním při biologické léčbě
Cíl práce:	Posoudit kvalitu života pacientů s revmatologickým onemocněním před nasazením biologické léčby. Zmapovat, do jaké míry ovlivnilo nasazení biologické léčby kvalitu života revmatologického pacienta.


Mgr. Jana Bublaková
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacienta s revmatologickým onemocněním na biologické léčbě. V teoretické části je rozebrána obecná revmatologie, revmatologická vyšetření, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida a biologická léčba. Praktická část se zabývá analýzou a vyhodnocením dotazníkového šetření. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s revmatologickým onemocněním před a při podávání biologické léčby.

Klíčová slova: kvalita života, revmatologická vyšetření, pacient s revmatologickým onemocněním, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, biologická léčba

Abstract

My thesis is focused on the quality of life in patient with rheumatic illness who is under biological treatment. In the theoretical part we analyse general rheumatology, diagnostics, rheumatoid arthritis, spondylitis and biological treatment. The practical part consists of assessment and analysis of our questionnaire. The aim of my thesis was to find out the quality of life in patient with rheumatic illness before and after biological treatment.

Keywords: quality of life, rheumatic diagnostics, patient with rheumatic illness, rheumatoid arthritis, spondylitis, biological treatment.

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Bublákové za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala. Velké poděkování patří také personálu revmatologické ambulance, který mi ochotně poskytl informace a umožnil mi provést dotazníkové šetření. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se zapojili do mého výzkumu. A v neposlední řadě děkuji celé mé rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Obsah	6
1 Úvod	8
1.1 Cíle práce	10
1.2 Výzkumné otázky.....	10
2 Teoretická část.....	11
2.1 Revmatologie – obecná charakteristika	11
2.1.1 Klasifikace a názvosloví revmatických chorob	11
2.2 Revmatologické vyšetření.....	12
2.2.1 Anamnéza	12
2.2.2 Fyzikální vyšetření.....	14
2.2.3 Laboratorní vyšetření.....	15
2.2.4 Zobrazovací metody v revmatologii	16
2.3 Speciální revmatologie.....	16
2.3.1 Revmatoidní artritida	17
2.3.2 Ankylozující spondylitida.....	19
2.4 Biologická léčba.....	20
2.4.1 Nežádoucí účinky	20
2.4.2 Strategie léčby biologickými preparáty	22
3 Praktická část.....	23
3.1 Metodika výzkumu.....	23
3.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	23
3.3 Průběh výzkumu.....	23
3.4 Zpracování získaných dat.....	23
3.5 Výsledky výzkumu.....	24
3.6 Diskuze.....	42
3.6.1 Zhodnocení 1. výzkumné otázky	42
3.6.2 Zhodnocení 2. výzkumné otázky	43
3.6.3 Zhodnocení 3. výzkumné otázky	44
3.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	44
4 Závěr.....	46
5 Seznam použité literatury	48
6 Seznam grafů	50

7	Seznam tabulek.....	51
8	Seznam příloh.....	52

1 Úvod

Revmatologická onemocnění jsou laickou veřejností nejčastěji vnímána jako nemoci postihující starší věkovou kategorii. Za revmatismus obvykle považují jakékoliv bolesti kloubů a zad. Je potřeba si tedy uvědomit, že revmatická onemocnění mohou postihovat všechny věkové kategorie, že patří mezi chronicky nevyléčitelné choroby, které jsou velice často doprovázeny deformitami končetin a omezením nejen v práci, ale i v běžných každodenních činnostech. Zvyšuje se počet osob s chorobami pohybového aparátu často spojené s metabolickým onemocněním a obezitou. Revmatologická onemocnění, o kterých se zmiňuji v této práci, patří do skupiny autoimunitních onemocnění, a jako takové nemají přímou kauzální léčbu. Vybranými onemocněními jsou revmatoidní artritida a ankylozující spondylitida. Jaké jsou terapeutické možnosti a co je cílem léčby pacientů trpících těmito chorobami?

Pokrok v medicíně je velice dynamický, přináší sebou nové technologie i farmakologické možnosti. Stále je ale velká skupina nemocí, které léčit neumíme, neznáme příčinu jejich vzniku. A objevují se další nová, dosud neznámá onemocnění. Do popředí snahy zdravotníků se dostává možnost zlepšit kvalitu života pacienta, kterého jeho nemoci definitivně zbavit neumíme. Posouzení kvality života je velice individuální a zahrnuje několik oblastí. Cíl je ale obvykle podobný u všech pacientů: snaha zajistit co možná nejplnohodnotnější život, eliminovat bolest a zvýšit soběstačnost jedince ve všech úrovních. Velkým přínosem moderní medicíny je biologická léčba, která přináší pacientům oddálení nežádoucích příznaků nemoci a tím tedy výrazně vylepšuje právě výše zmiňovanou kvalitu života.

Jak hodnotí efektivitu biologické léčby v souvislosti se změnami v kvalitě života sami pacienti, jsem se pokusila zjistit v této práci. Bakalářská práce je tedy zaměřena na zjištění kvality života nemocných s revmatologickým onemocněním před nasazením biologické léčby a při již probíhající biologické léčbě. Popisuji zde dvě nejčastější revmatologická onemocnění, která jsou léčena biologiky, a to revmatoidní artritidu a ankylozující spondylitidu, protože tato onemocnění se vyskytují čím dál častěji u mladší populace. Zdravotní obtíže, kterými trpí pacienti, limitují jejich pracovní aktivitu, pracovní zařazení, společenské postavení a mohou narušovat rodinné zázemí. Práce umožňuje pohled na biopsychosociální obtíže. Pro revmatologické pacienty je důležité najít psychickou rovnováhu, protože jejich onemocnění je postihuje nejen

po stránce fyzické, ale ve velké míře i psychické. Pacienti se musí naučit s tímto onemocněním žít a díky biologické léčbě mají výhled na lepší budoucnost.

1.1 Cíle práce

C1: Posoudit kvalitu života pacientů s revmatologickým onemocněním před nasazením biologické léčby.

C2: Zmapovat, do jaké míry ovlivnilo nasazení biologické léčby kvalitu života revmatologického pacienta.

1.2 Výzkumné otázky

1. Přináší biologická léčba pacientům subjektivně vnímané výrazné vylepšení zdravotního stavu?
2. Má biologická léčba vliv na pacientovo psychické zdraví?
3. Jak pacienti nejčastěji hodnotí kvalitu života před a po nasazení biologické léčby?

2 Teoretická část

2.1 Revmatologie – obecná charakteristika

Revmatologie je podobor vnitřního lékařství, který je zaměřen na výzkum, diagnostiku a léčbu onemocnění pohybového aparátu. Výraz rheumatismus se vyskytl již ve spisech Galenových ve 2. století našeho letopočtu v rámci teorie tělesných tekutin. A až v 17. století bylo slovo revmatismus použito ve vztahu k onemocnění pohybového aparátu děkanem pařížské lékařské fakulty Guillaumenem de Baillou. Postupně se během tří století od termínu revmatismus oddělovaly jednotlivé nozologické jednotky, mezi které patří zpočátku dna, revmatoidní artritida a osteoartróza. Nejvíce se na tomto procesu podíleli Alfred B. Garrod a Jean Martin Charcot. Garrod prokázal zvýšení kyseliny močové u pacientů s dnou a o deset let později pojmenoval revmatoidní artritidu (Pavelka, 2012).

Od slova revmatismus jsou odvozeny názvy několika chorob (např. revmatoidní artritida, revmatická horečka, revmatická polymyalgie), ale samotné slovo revmatismus nemá žádný konkrétní význam, a proto se častěji vyskytuje spojení revmatická onemocnění, kam patří 150 typů různých chorob většinou neznámé etiologie, které postihují pohybový aparát. Některé z těchto chorob se vyznačují silnou bolestivostí, nepříznivým vlivem na funkční schopnosti a kvalitu života nemocných a zvýšenou mortalitou. Pokud se jedná o systémové onemocnění pojiva, mohou být postiženy další orgánové soustavy a někdy nemusí být doprovázeno žádnými muskuloskeletálními projevy (Pavelka, 2012).

2.1.1 Klasifikace a názvosloví revmatických chorob

Definování a vymezení revmatických chorob je složitý historický proces. Názvy revmatických chorob nebyly vytvořeny na základě jednotného logického principu, ale popsány nezávisle na sobě různými autory. Nozologie revmatických chorob je složitá, protože jde o heterogenní skupinu onemocnění, které postihuje různé věkové kategorie, různé orgánové systémy a neznáme jejich etiopatogenezi. Úroveň znalostí nedovoluje vytvořit optimální kvalifikační systém revmatických onemocnění na podkladě jejich etiologie (Pavelka, 2012).

První pokusy třídění revmatických chorob začaly ve 40. letech 20. století. Po několika pokusech vzniká v roce 1983 nová klasifikace americké revmatologické společnosti,

aktualizované MUDr. Decker, která dala podklad 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí.

Ta rozděluje revmatické choroby do 10 skupin na základě klinických projevů a dalších ukazatelů (např. laboratorní a histologické nálezy). Podle této klasifikace se řídíme i v české odborné literatuře. Bez jednotného označení není možné získávat a porovnávat údaje o prevalenci, incidenci, klinických manifestacích, průběhu a léčbě daného onemocnění. (Pavelka, 2012).

2.2 Revmatologické vyšetření

Základním klinickým diagnostickým vyšetřením je pečlivý odběr anamnézy, celkové interní vyšetření a vyšetření pohybového aparátu. Důležitá jsou laboratorní vyšetření, imunologické metody zaměřené na revmatologii a zobrazovací techniky (Olejárová, 2008).

2.2.1 Anamnéza

Anamnéza hraje důležitou roli pro určení správné diagnózy a spolu s klinickým vyšetřením zařadit onemocnění do skupiny příbuzných syndromů. Anamnestický rozhovor se skládá ze tří základních funkcí:

- 1) získání informací o nemocném a o průběhu nemoci
- 2) navázání vztahu lékaře s nemocným
- 3) informování nemocného o povaze onemocnění, možnostech léčby a motivaci k další spolupráci

Předpokladem k úspěšné interakci s nemocným je zapotřebí empatie a správná komunikace přizpůsobená situaci. Při určení diagnózy nám může být vodítkem věk nemocného a pohlaví (Pavelka, 2012).

2.2.1.1 Rodinná anamnéza

Vzniklé revmatické onemocnění hraje důležitou roli v genetické predispozici, např. asociace genu HLA-B27 se spondyloartritidou. Dále musíme hledat v rodině výskyt nemocí jako je revmatoidní artritida, systémové onemocnění pojiva, osteoporóza a krystalové artropatie, výskyt autoimunitních onemocnění obecně, popřípadě maligní onemocnění, kardiovaskulární onemocnění a jiné dědičné choroby (Havelka, 2004).

2.2.1.2 Osobní anamnéza

Osobní anamnéza je nezbytná zejména pro diferenciální diagnostiku. Některé chronické choroby např. endokrinopatie, psoriáza, nespecifické střevní záněty, renální selhání v pravidelném dialyzačním programu mohou být spjata s muskuloskeletálními projevy. Proto nás zajímají údaje o chorobách prodělaných nebo v současnosti probíhajících včetně pohlavně přenosných infekcí, psychiatrických poruch, úrazů a operačních zákroků, dále prodělaná očkování nebo kontakt s osobami s infekční nemocí. U žen je důležitá gynekologická anamnéza. (Pavelka, 2012)

2.2.1.3 Farmakologická anamnéza

Zjišťujeme, jaké léky nemocný aktuálně užívá nebo užíval v minulosti, protože revmatické onemocnění a příznaky mohou být vyvolány léčivy převážně u starších nemocných. Zjišťujeme, zda užívá potravinové doplňky anebo přípravky alternativní medicíny (Pavelka, 2012).

2.2.1.4 Pracovní a sociální anamnéza

Nadměrné či jednostranné zatížení v zaměstnání může mít vliv na vznik některých mimokloubních syndromů. Mezi takto postižené často patří výkonní umělci – hudebníci a tanečníci, pracovníci s vibračními nástroji, při expozici toxických organických látek nebo z otravy olova (Havelka, 2004).

Vlivem choroby pohybového aparátu se může významně snižovat průceschopnost nemocných. Při provozování sportovních a jiných aktivit ve volném čase mohou být vystaveni vlivům mechanickým a toxickým. Zajímají nás koníčky a cestovatelská anamnéza. Důležité je sociální zázemí, rodinné vztahy a ekonomická situace nemocného (Pavelka, 2012).

2.2.1.5 Nynější onemocnění

Dominantním a nejčastějším anamnestickým příznakem, který se objevuje u muskuloskeletálních onemocnění je bolest a ztuhlost kloubu. Někdy mohou být příznaky nespecifické a je důležité zjistit vyvolávající faktor, který se podílí na vzniku obtíží. Bolest může být klidová (zánětlivá revmatická onemocnění) nebo námahová (osteoartróza, mechanicky způsobená bolest zad), akutní z plného zdraví (akutní dnavý záchvat) nebo pozvolná, vyvíjející se několik týdnů až měsíců (revmatoidní artritida,

osteoartróza). Důležité je zjistit časový průběh bolesti a podle toho ji můžeme charakterizovat jako kontinuální, epizodickou a kolísavou. Noční bolesti a ranní bolest jsou typická pro zánětlivá revmatická onemocnění (revmatoidní artritida, spondylartritidy) a naopak odpolední a večerní bolesti ukazují na degenerativní onemocnění. Snažíme se zjistit úlevovou polohu nebo jiný způsob ulevující bolesti (Olejárová, 2008).

Při určování lokalizace bolesti nám pomáhá sám nemocný, ale je potřeba vyšetřit i okolní místa, protože bolest může být přenesena i z poměrně vzdálených lokalizací. Pro vnímání intenzity bolesti se užívá vizuální analogová škála nebo semikvantitativní stupnice 0 – 10, na které hodnota 10 odpovídá maximální možné bolesti (Pavelka, 2012).

Zdravotníky, ale i osobami blízkými bývá bolest někdy podceňována a neléčená bolest zhoršuje psychický stav nemocného (Olejárová, 2011).

Mezi další příznaky patří ztuhlost kloubu a otoky a dále musíme pátrat po celkových příznacích (horečce, únavě, váhovém úbytku), postižení kůže (vyrážka v obličeji, trupu). (Olejárová, 2008).

2.2.2 Fyzikální vyšetření

Cílem fyzikálního vyšetření je objektivně potvrdit a eventuálně upravit diagnózu vytvořenou na základě anamnézy. Na začátku je důležité zaznamenat somatický typ pacienta, stav výživy a svalstva, pacienta zvážíme. Sledujeme nemocného již při příchodu, vnímáme změny na kůži a podkoží, prokrvení, otoky či atrofie. Cenný pro diagnostiku je exantém a na sliznicích může být patrný enantém a ulcerace (Olejárová, 2008).

Pohmat je nejdůležitější vyšetřovací metodou, při které posuzujeme přítomnost typických projevů artritidy – otok a palpační citlivost. Zjišťujeme přítomnost výpotku v kloubní dutině, kůže nad periferními klouby bývá chladnější než okolí, naopak v průběhu zánětu dochází ke zvýšenému prokrvení a s tím spojený vzestup teploty. Dalšími projevy mohou být drásoty, jsou hmatné a někdy mohou být slyšitelné vznikající při pohybu v kloubu. Dále se vyšetřuje rozsah pohybu v kloubu, a to jak aktivní (provádí pacient sám) tak pasivní (provádí lékař). Pacienta vyšetřujeme ve stoje, vleže i při chůzi, provádíme vyšetření periferních kloubů a celé páteře (Pavelka, 2012).

2.2.3 Laboratorní vyšetření

Základní biochemické a hematologické vyšetření je prováděno všem pacientům. Neexistuje žádné screeningové revmatologické laboratorní vyšetření, provádí se vyšetření autoprotilátek, eventuálně vyšetření mikrobiologické (Olejárová, 2008).

2.2.3.1 Hematologické vyšetření

Hematologické vyšetření, které je diagnosticky přínosné, je vyšetření krevního obrazu a diferenciál, kde můžeme pozorovat anémii, která doprovází zánětlivá onemocnění kloubů, systémový lupus atd. Při zvýšeném počtu leukocytů se může jednat o aktivní revmatoidní artritidu, reaktivní artritidu, vaskulitidy atd. Trombocytóza je nespecifickým projevem chronického zánětu. Trombocytopenie může být přítomna u systémového lupusu (Olejárová, 2008).

2.2.3.2 Biochemické vyšetření

Jedno z nejdůležitějších vyšetření krve pro diagnózu revmatologického onemocnění je sedimentace erytrocytů a reaktanty akutní fáze – C-reaktivní protein, sérový amyloid a jiné.

Sedimentace erytrocytů (FW) – je nejjednodušší nespecifický ukazatel zánětu. Zvýšená bývá při revmatoidní artritidě, ankylozující spondylitidě a u většiny zánětlivých procesů. U systémových autoimunitních onemocnění při zvýšené sedimentaci nebývá zvýšený C- reaktivní protein (Olejárová, 2008).

C-reaktivní protein (CRP) – za fyziologických podmínek je jeho hodnota nízká. Při zánětlivém procesu se rychle zvyšuje a po odeznění zánětu opět rychle klesá. Při revmatoidní artritidě, ankylozující spondylitidě bývá společně zvýšené jak CRP tak FW a jsou ukazatelem aktivity onemocnění (Olejárová, 2008).

Dalším vyšetřením, které provádíme je vyšetření renálních funkcí a močového sedimentu, které mohou být změněné při autoimunitních onemocnění. Vyšetření sérového bilirubinu a jaterních enzymů se provádí spíše pro diferenciální diagnostiku (Olejárová, 2008).

2.2.3.3 Imunologické vyšetření

Imunologické vyšetření patří k nejdůležitějším při diagnostice revmatologických chorob. Výsledky musí být porovnávány společně s klinickými projevy nemocného.

Patří sem vyšetření a průkaz autoprotilátek, stanovení hladin komplementu imunoglobulinů a imunogenetického markeru - antigenu HLA – B27 (Pavelka, 2012).

Revmatoidní faktory – stanovujeme pomocí latex fixační zkoušky, nacházíme je u více jak poloviny nemocných s revmatoidní artritidou, mohou se však vyskytovat i u jiných revmatických chorob (Pavelka, 2012).

Antinukleární protilátky (ANA) – reagují s jadernými i cytoplazmatickými antigeny. Výskyt je u systémových zánětlivých revmatických onemocnění.

Anticitrulinové protilátky (anti-CCP protilátky) – velmi specifické jsou u revmatoidní artritidy a dají se diagnostikovat již v počátku onemocnění. Při zvýšení způsobují horší prognózu onemocnění a rychlejší rozvoj erozí (Hochberg, 2009).

Protilátky proti cytoplazmě neutrofilů (ANCA) – jsou podskupinou autoprotilátek a jejich vyšetření je důležité pro diagnostiku vaskulitid (Hochberg, 2009).

2.2.3.4 Vyšetření synoviální tekutiny

Synoviální tekutina je za fyziologických podmínek čirá vazká lehce žlutavá tekutina, která se vlivem zánětu mění, proto při vyšetření sledujeme barvu, zákal, viskozitu. Tekutina se posílá na cytologické vyšetření a diferenciální rozpočet leukocytů, které pomůže rozlišit zánětlivý nebo nezápětlivý výpotek. Při zánětlivém onemocnění je tekutina zmnožená, má sníženou viskozitu a průhlednost, je žluté až žlutozelené barvy a je zakalená. Pokud se jedná o septický výpotek barva je hnědá a výrazně zakalená (Olejárová, 2008).

2.2.4 Zobrazovací metody v revmatologii

Zobrazovací metody používané v revmatologii jsou klasický rentgen, počítačová tomografie (CT), sonografie, magnetická rezonance, trojfázová scintigrafie skeletu, popř. kostní denzitometrie (Olejárová, 2008).

2.3 Speciální revmatologie

Speciální revmatologie se zaměřuje na choroby pohybového aparátu, z nichž pro účely této práce jmenujme dva hlavní reprezentanty: revmatoidní artritidu (RA) a ankylozující spondylitidu (AS).

2.3.1 Revmatoidní artritida

„Revmatoidní artritida (RA) je chronické, zánětlivé onemocnění, jehož hlavním cílem je synoviální výstelka kloubů, šlach a tělových váčků“ (Pavelka 2012, s. 262).

Jedná se o časté kloubní onemocnění způsobující kloubní destrukce a deformity. Je to systémové onemocnění projevující se i mimokloubními postiženími. RA je velmi závažné onemocnění, zkracující život průměrně o 10 let, ale není pro nemocného bezprostředně ohrožující na životě (Olejárová, 2008).

2.3.1.1 Epidemiologie

Onemocnění se vyskytuje téměř na celém světě a postihuje zhruba 1 % populace, častěji ženy a nejvíce kolem 40 až 50 let. Podle některých studií incidence v poslední době mírně klesá. Zvýšený výskyt bývá u rodinných příslušníků, častěji u nemocných žen a jejich dcer nebo mezi ženskými sourozenci (Pavelka, 2012).

2.3.1.2 Etiopatogeneze

Příčina revmatoidní artritidy není známá, ale je zde zřejmá aktivace imunitního systému dosud neidentifikovaným antigenem. Aktivované B lymfocyty infiltrují synoviální tkáň a při tom dojde k tvorbě cytokinů. Dochází k růstu zánětlivé tkáně uvnitř kloubu a následně k dalšímu šíření do okolní tkáně a způsobí destrukci chrupavky, kostí, vazů i šlach. Vséru můžeme najít revmatoidní faktory a autoprotilátky (Olejárová, 2008).

2.3.1.3 Klinický obraz

Klinický obraz závisí na stádiu onemocnění.

Časná RA – počátek onemocnění se projevuje nespecifickými příznaky zánětu, jako je únavnost, zvýšená teplota, bolesti kloubů a nechutenství. Po několika týdnech až měsících dochází k rozvoji artritidy, postihující klouby zápěstí, metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a radiokarpální (RC) klouby. Typické jsou největší bolesti kloubů po ránu, doprovázené výraznou ztuhlostí, která pokud není léčena, může trvat až několik hodin. Klouby u RA jsou zduřelé, bolestivé a omezené v hybnosti. Postiženy jsou mimo drobných kloubů ruky a nohy také klouby ramenní, kolenní nebo kyčelní. Časná RA je definována jako artritida bez přítomnosti kloubních erozí a trvající 1 – 2 roky (Olejárová, 2008).

Objevují se na kůži atrofické změny, vřetenovitě zduřelé prsty s bledou barvou kůže na konečcích až promodralou. Dále se objevuje palmární erytém, dochází ke štěpení nehtů a mohou se vyskytnout nemelanomové kožní nádory (Cetkovská, 2010).

Častým symptomem u revmatoidní artritidy je únava, kterou udává více než 80 % pacientů. Únava je spojována s depresí, s poruchami spánku a s bolestivostí (Forejtová, 2014).

Pokročilá RA – dochází k rozvoji erozí a destrukcí kloubů se vznikem kloubních deformit, které se nejčastěji vytvářejí na kloubech ruky. Komplikací mohou být ruptury šlach, svalů nebo je přítomno postižení n. medikus při syndromu karpálního tunelu (Pavelková, 2009).

Často bývají i mimokloubní postižení tzv. revmatické uzly, které mohou být v oblasti postižených kloubů, které jsou více vystaveny tlaku. Někdy se mohou vyskytovat v plicním parenchymu. Mezi další projevy patří z hlediska očí – suchá keratokonjunktivitida, skleritida nebo episkleritida. Další mimokloubní manifestací je revmatoidní vaskulitida, která postihuje nervový systém a kůži (Olejárová, 2008).

2.3.1.4 Terapie

Léčba je zaměřena na navození remise onemocnění, zpomalení až zastavení progresu a udržení určité funkční stability. Aktivita onemocnění se hodnotí pomocí DAS28 – kompozitní index nebo SDAI – hodnocení oteklých a citlivých kloubů. Základem léčby je snížení bolestivosti, redukce zánětu, snížení destrukce kloubů a udržení optimální pohyblivosti a funkce.

Základní léčbou je farmakoterapie:

- *nesteroidních antirevmatik (NSA)* - působí analgeticky a antiflogisticky
- *chorobu modifikující léky (DMARD)* - působí protizánětlivě, navozují klinickou remisi
- *glukokortikoidy* - součást komplexní terapie u akutní formy RA
- *biologická léčba* - působí proti prozánětlivě působícím cytokinům, aktivačním antigenům. Je to prozatím nejúčinnější konzervativní terapie, dobře snášena pacienty. Je vyšší riziko vzniku tuberkulózy a infekčních chorob, je finančně nákladná.

Nefarmakologická terapie: úprava životosprávy, pohybového režimu, psychologická pomoc, rehabilitace nebo naopak klid na lůžku. (Pavelka, 2012)

2.3.2 Ankylozující spondylitida

„Ankylozující spondylitida (AS) je chronické, zánětlivé revmatické onemocnění, které predilekčně postihuje axiální skelet a primárním místem zánětu jsou místa inserce šlach a ligament na kost“ (Pavelka 2012, s. 294).

Systémové onemocnění postihující axiální skelet, které vede k osifikaci meziobratlových plotének a okolních vazů. Dochází k postupné ankylóze páteře a deformitám páteře. Je zde spojení s antigenem HLA B27, který je autozomálně dominantně dědičný (Olejárová, 2008).

2.3.2.1 Epidemiologie

Onemocnění AS postihuje více muže mezi 20. a 30. rokem, vznik po 35. roce je velmi vzácný. Prevalence AS v populaci je 0,1 – 1 %. Více jak 90 % nemocných je nositelem antigenu HLA B27 (Olejárová, 2008).

2.3.2.2 Etiopatogeneze

Etiologie není známá, pravděpodobně se jedná o dědičný přenos nebo hrají roli určité jiné infekční agens, které jsou spouštěčem této choroby. Pacienti s AS mají často zánět střevní sliznice a zvýšenou střevní permeabilitu (Pavelka, 2003).

2.3.2.3 Klinický obraz

Postižení axiálního skeletu – projevem je necharakteristická bolest zad, později se rozvíjí bolest v kříži. Bolesti typické pro AS se objevují u mladších jedinců, klidová s maximem v ranních hodinách. Dále je to ztuhlost, která po rozhýbání ustupuje. Postižení páteře se projevuje omezením pohybu, nelze udělat hluboký předklon. Komplikací může být vznik sekundární osteoporózy s kompresivní frakturou obratlů (Olejárová, 2008).

Postižení periferních kloubů – v počátku onemocnění se může objevit artritida periferních kloubů, dále dojde k postižení kyčlí, ramen, kolen nebo hlezna (Olejárová, 2008).

Entezitida – je typický projev AS, jedná se o bolestivý zánět v místě úponů šlach dolních končetin (Olejárová, 2008).

2.3.2.4 Terapie

Důležité pro stanovení správné léčby je vyhodnocení aktivity onemocnění. Základem léčby je několik prvků a to nefarmakologické, farmakologické nebo chirurgické řešení.

Nefarmakologická – správná edukace pacienta, aktivní zapojení se do rehabilitačního programu, každodenní domácí cvičení, lázeňské procedury.

Farmakologická – nesteroidní antirevmatika – základní léky, snižují bolest a ztuhlost, určitý pokles progresu na páteři. Analgetika – neopioidní jako doplňková léčba, slabé nebo silné opioidy se dají kombinovat s NSA. Glukokortikoidy – podávají se pouze u synovitidy a enteritidy. Chorobu modifikující léky – patří mezi ně sulfasalazin (SAS). Biologická léčba – anti-TNF preparáty jsou nejúčinnější formou léčby, způsobují vysoký počet remisí a efekt léčby je dlouhodobý.

Chirurgická – nemocný ztrácí možnost horizontálního pohledu před sebe kvůli hyperkyfóze, která se řeší korekční osteotomií. Dále je přivoláván neurochirurg, při podezření na spinální frakturu (Pavelka, 2012).

2.4 Biologická léčba

Biologická léčba je podávána v centrech biologické léčby, která jsou navržena Českou revmatologickou společností a pacienti jsou vedeni v národním registru pacientů s biologickou léčbou ATTRA. Jsou to léky vyráběné pomocí biotechnologií. Léky, které jsou registrovány v České republice: Etanercept (Enbrel), Infliximab (Remicade), Adalimumab (Humira), Rituximab (Mabthera), Abatacept (Orencia). Zatím žádný biologický preparát není schopen navodit kompletní remisi onemocnění (Pavelková, 2009).

Dlouhodobé studie potvrdily přetrvání dlouhodobého terapeutického účinku adalimumabu v kombinaci s metotrexátem klinickou remisi u více než 40 % pacientů (Rovenský, 2006).

2.4.1 Nežádoucí účinky

Nejčastější a nejméně závažné jsou *reakce v místě vpichu* po podání subkutánní injekce. Projevuje se erytémem, edémem popřípadě svěděním. Reakce většinou odezní po několika dnech. Reakce po podání léku intravenózně se vyskytují u 20 % pacientů. Projevy jsou nauzea, bolest hlavy, tachykardie nebo dyspnoe. Podáním glukokortikoidů, antihistaminik či acetaminofenu se reakce zvládne a odezní. Výjimečně se objeví závažná anafylaktická reakce (Pavelková, 2009).

Infekce – během léčby se mohou vyskytovat nezávažné infekce, které nevedou k přerušení léčby. A nebyl ani prokázán ve studiích zvýšený počet infekcí u pacientů na biologické léčbě oproti pacientům na placebo. Před závažnou operací je potřeba vysadit jeden cyklus dávkování (Pavelková, 2009).

Výskyt infekcí je spojován také s užíváním kortikoidů, protože u pacientů, kteří užívají tyto léky společně s biologickou léčbou je tento výskyt menší (Pavelka, 2012).

Nejzávažnější komplikací je *tuberkulóza (TBC)* – vyskytuje se nejčastěji mimoplicní forma (lokalizace v kostech, centrálním nervovém systému aj.). Před nasazením léků se provádí tuberkulinový test na TBC. Někdy se může stát, že pacienti mají tento test falešně pozitivní vlivem imunosupresivní léčby. Výskyt TBC bývá největší v prvních dvanácti měsících nasazení léčby a vyšší výskyt je u preparátu s monoklonálních protilátek, zejména infliximabu (Tegzová, 2011).

Malignity – u pacientů s RA, léčených biologickým preparátem se 2 – 3x zvyšuje riziko hematopoetické malignity – leukémie, lymfomů oproti obecné populaci. Naopak výskyt kolorektálního karcinomu a karcinomu prsu je nižší (Pavelková, 2009).

Pacienti, u kterých se nádorové onemocnění objevilo během léčby, je doporučeno léčbu ukončit a ani pacientům, kteří v posledních 5 letech prodělali lymfom je léčba nedoporučována (Pavelka, 2012).

Autoimunitní onemocnění – méně častá komplikace při užívání biologickým preparátů. Jedná se ve většině případů o systémový lupus erythematoses (SLE) s příznaky motýlovitého erytému a palpovatelné purpury, obvyklé jsou teploty, serozitida a cytopenie. Přechodně se mohou aplikovat glukokortikoidy nebo jiné imunosupresivní léky (Pavelka, 2012).

Kardiovaskulární systém – riziko kardiovaskulárních onemocnění včetně infarktu je jednou z možných komplikací při biologické léčbě (Pavelka, 2012).

Demyelinizační syndromy – výskyt je velmi vzácný. Nejčastěji byly pozorovány roztroušená skleróza, polyneuropatie, transversální myelitida, křeče aj. Pokud se objeví některé příznaky demyelinizace, např. poruchy vidění, parestzie, zmatenost, paréza n. facialis a jiné symptomy je indikováno přerušení léčby a došetření neurologem (MRI mozku a míchy, lumbální punkce a vyšetření evokovaných potenciálů). (Pavelka, 2012).

Hematologické komplikace – vzácné případy pancytopenie a aplastické anemie, které se objevují v prvních několika týdnech. Pravidelně kontrolujeme u pacientů krevní obraz.

Kožní postižení – mohou se objevit kožní komplikace, hypersenzitivní vaskulitida, psoriáza, různé granulomatózní reakce, bulózní léze aj. (Pavelka, 2012).

Hepatální onemocnění – může docházet ke zvyšování aminotransferáz (AT) a k jaternímu selhání. Provádí se monitorace v intervalech 3 – 6 měsíců.

Těhotenství a kojení – nejsou průkazné studie, které by dokazovaly zvýšené riziko u těhotných žen na vznik abnormalit u dětí. Doporučení od České revmatologické společnosti je ukončit léčbu v těhotenství, ale pokud by toto přerušení mělo negativní vliv na zdraví těhotné ženy, doporučuje se pokračovat v zavedené terapii (Pavelka, 2012).

Vakcinace – doporučuje se naočkovat před léčbou proti pneumokokům, chřipce a hepatitidě B. Kontraindikováno je očkování živými vakcínami (spalničky, příušnice, zarděnky, varicella, žlutá zimnice aj.), mohlo by dojít k diseminaci onemocnění.

Perioperační období – pro nedostatečný důkaz vlivu biologické léčby na vzniku pooperačních komplikací se pouze doporučuje vynechání jednoho cyklu terapie v předoperačním období (Pavelka, 2012).

2.4.2 Strategie léčby biologickými preparáty

Léčbu je potřeba zahájit co nejdříve, aby nedošlo ke vzniku ireverzibilních funkčních změn, zejména u revmatoidní artritidy. Lékem první volby při zjištění RA je metotrexát (MTX), pokud není dostačující účinek, přidává se k němu kombinace DMARD anebo se nasadí biologická léčba anti-TNF lék s kombinací zmíněného MTX. Pokud nasazené biologikum nemá takový účinek nebo se dostaví komplikace, může se preparát změnit (Pavelková, 2009).

Závěrem lze říci, že léčba pomocí anti-TNF léků přinesla velký pokrok v léčbě závažných forem zánětlivých revmatických onemocnění. Samozřejmě zůstává spousta nedořešených otázek ohledně toho komu léčbu nasadit a pro které pacienty naopak není vhodná. Obecně však říci, že biologická léčba je bezpečná a její účinek je v podstatě kladný, i když rizika a komplikace se mohou také vyskytnout (Pavelka, 2012).

3 Praktická část

3.1 Metodika výzkumu

Zvolenou metodou práce bylo kvantitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl standardizovaný dotazník, který je využíván pro zjišťování kvality života *SF-36 – O kvalitě života podmíněné zdravím*. S ohledem na potřeby vlastního výzkumu jsem dotazník doplnila o několik dalších položek a otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 a 14 jsou rozvedeny o zhodnocení stavu před a po aplikaci biologické léčby. V úvodu dotazníku jsou pacienti seznámeni se záměrem a účelem práce, jsou instruováni, jak správně dotazník vyplňovat, a je jim zaručena anonymita. Dotazník obsahuje 16 otázek, z nichž je 15 uzavřených a pouze 1 otázka je otevřená.

3.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumným souborem byli pacienti s revmatoidním onemocněním, a to nemocní s diagnostikovanou revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou. Jediným kritériem pro výběr respondentů bylo užívání biologické léčby. Věková hranice pacientů zapojených do výzkumu byla 18 – 74 let.

3.3 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo se souhlasem revmatologického lékaře v jeho ambulanci. (viz příloha B), v období od prosince 2014 do března 2015. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, 55 dotazníků pacientům s RA a 55 dotazníků pacientům s AS. Zpátky se vrátilo 102 dotazníků, 54 dotazníků od pacientů s RA a 48 dotazníků s AS. Návratnost dotazníků byla 92,72 %.

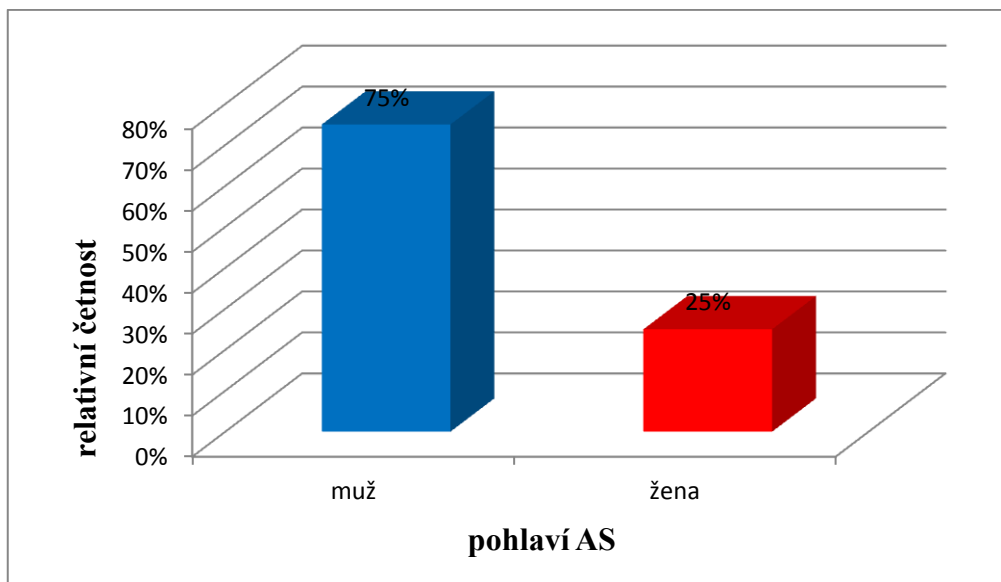
3.4 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala a následně vyhodnotila pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Pro přehled jsem vybrala sloupcové grafy s barevným rozlišením jednotlivých odpovědí, a u některých otázek s více možnostmi jsem zvolila tabulku.

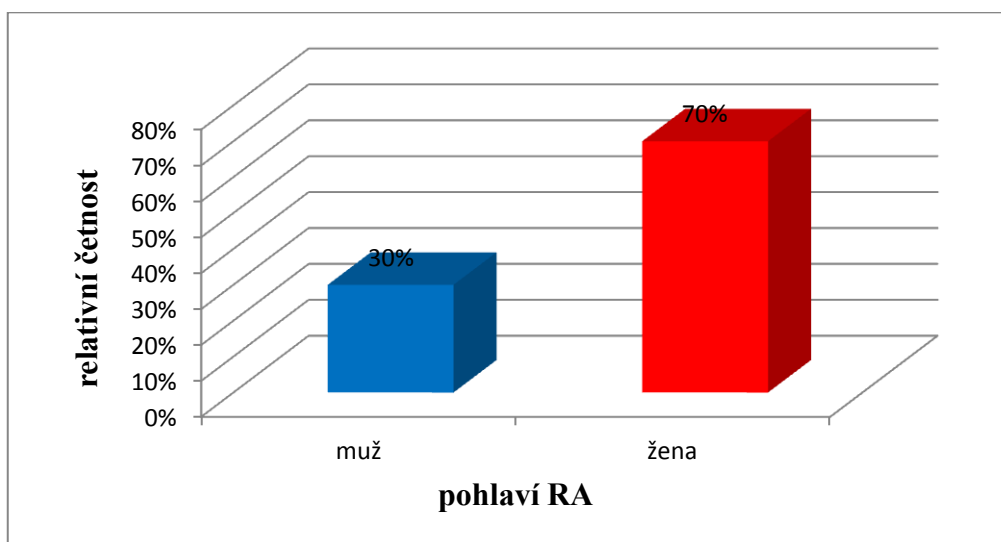
3.5 Výsledky výzkumu

Výsledky dotazníku jsou zpracovány pomocí sloupcového grafu včetně textového popisu, u otázek č. 7, 8, 9, 13, 15 byla použita pro srozumitelnější zobrazení tabulka.

Otázka č. 1: Pohlaví?



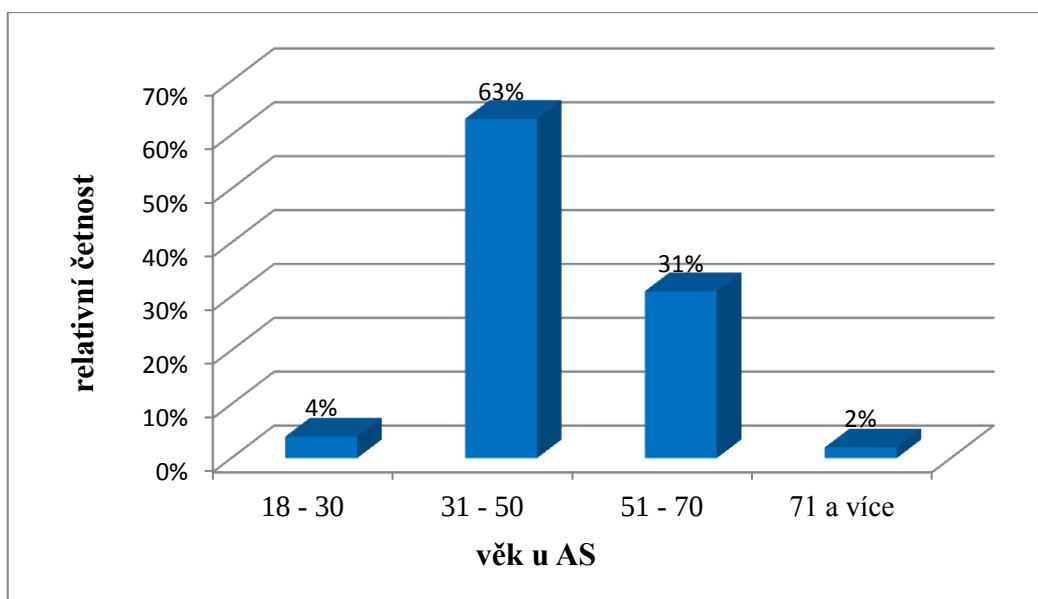
Graf 1 Pohlaví AS



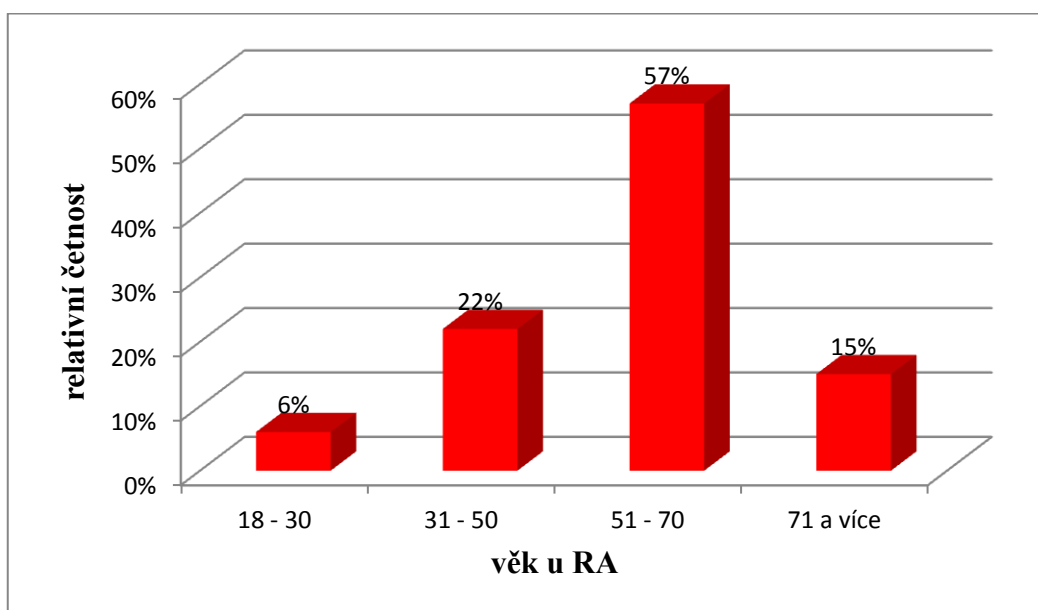
Graf 2 Pohlaví RA

Graf 1 ukazuje relativní četnost pohlaví pacientů AS a pro porovnání pohlaví pacientů graf 2 ukazuje pohlaví pacientů RA. Zde je názorně ukázáno, že onemocnění RA postihuje převážně ženy a naopak onemocnění AS spíše muže. S diagnózou AS odpovědělo 36 mužů (75 %) a 12 žen (25 %). Naopak s diagnózou RA odpovědělo 16 mužů (30 %) a 38 žen (70 %).

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?



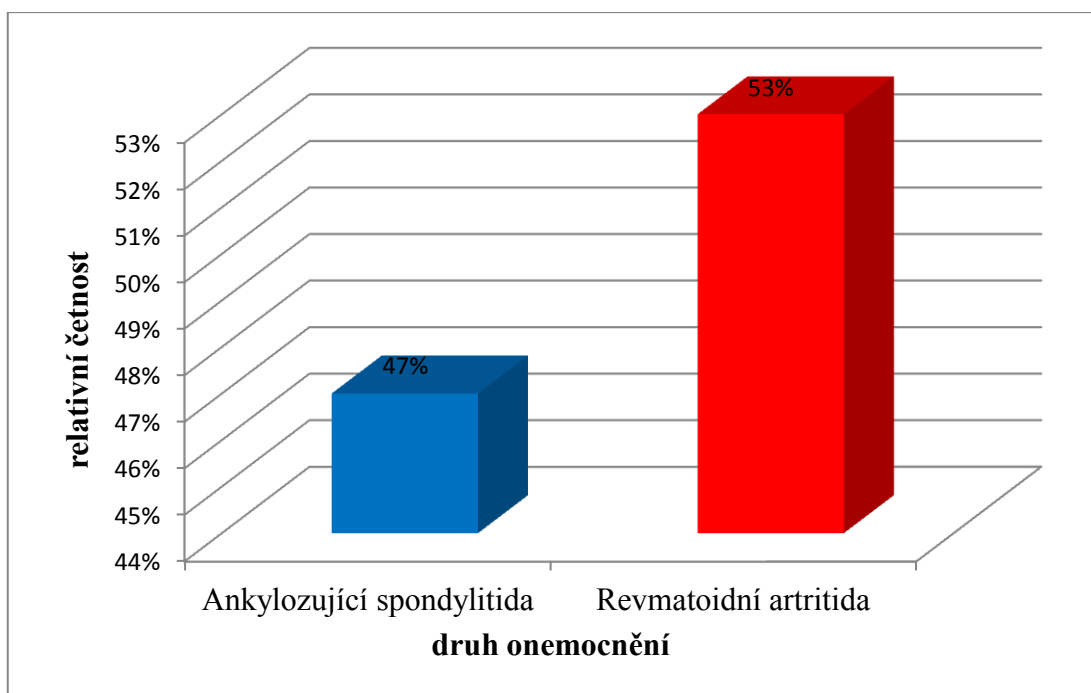
Graf 3 Věk AS



Graf 4 Věk RA

Pomocí grafu 3 a 4 je možné ukázat rozdíl ve věku respondentů, kdy u nemocných AS je výskyt vyšší ve věku do 50 let a naopak u RA je zvýšený výskyt u pacientů nad 50 let. U AS odpověděla 4 % (2 respondenti) u věkové hranice 18 – 30 let, 63 % (30 respondentů) uvedlo věk 31 – 50, 31 % (15 respondentů) bylo ve věku 51 – 70 a 2 % (1 respondent) je ve věku 71 a více let. Věk 18 – 30 let u RA uvedlo 6 % (3 respondenti), 31 – 50 let uvedlo 22 % (12 respondentů), věk 51 – 70 uvedlo 57 % (31 respondentů) a 71 a více let 15 % (8 respondentů).

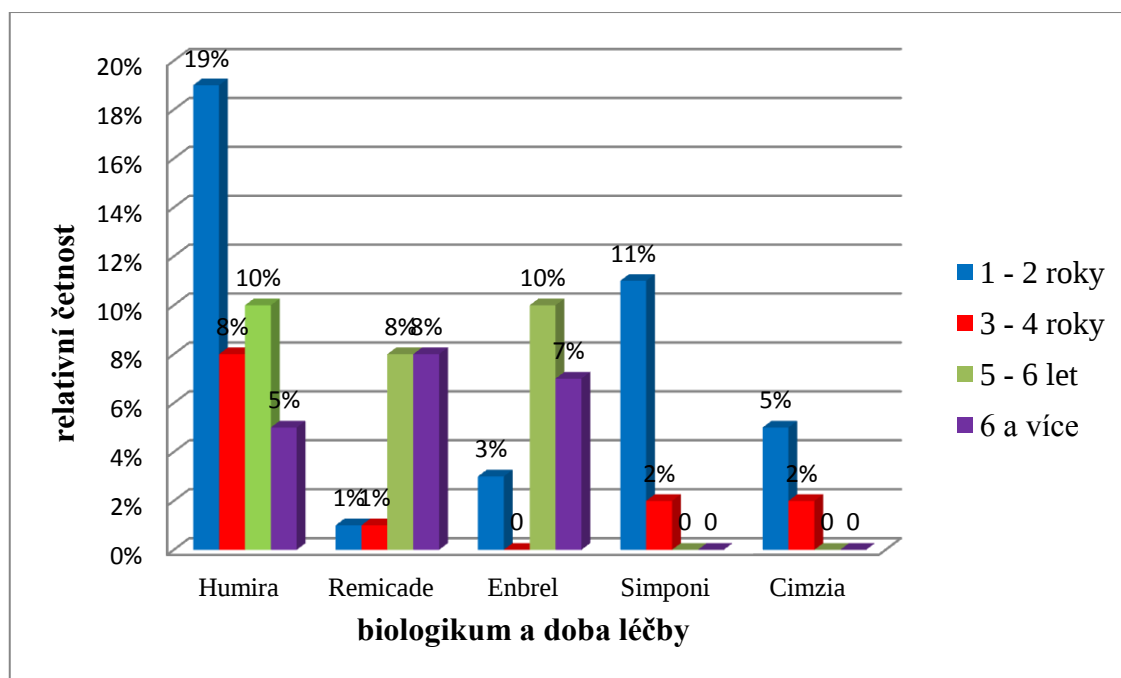
Otázka č. 3: Jakým revmatologickým onemocněním trpíte?



Graf 5 Druh onemocnění

Dotazník celkem vyplnilo 102 respondentů, z toho 47 % (48 respondentů) s AS a 53 % (54 respondentů) s RA.

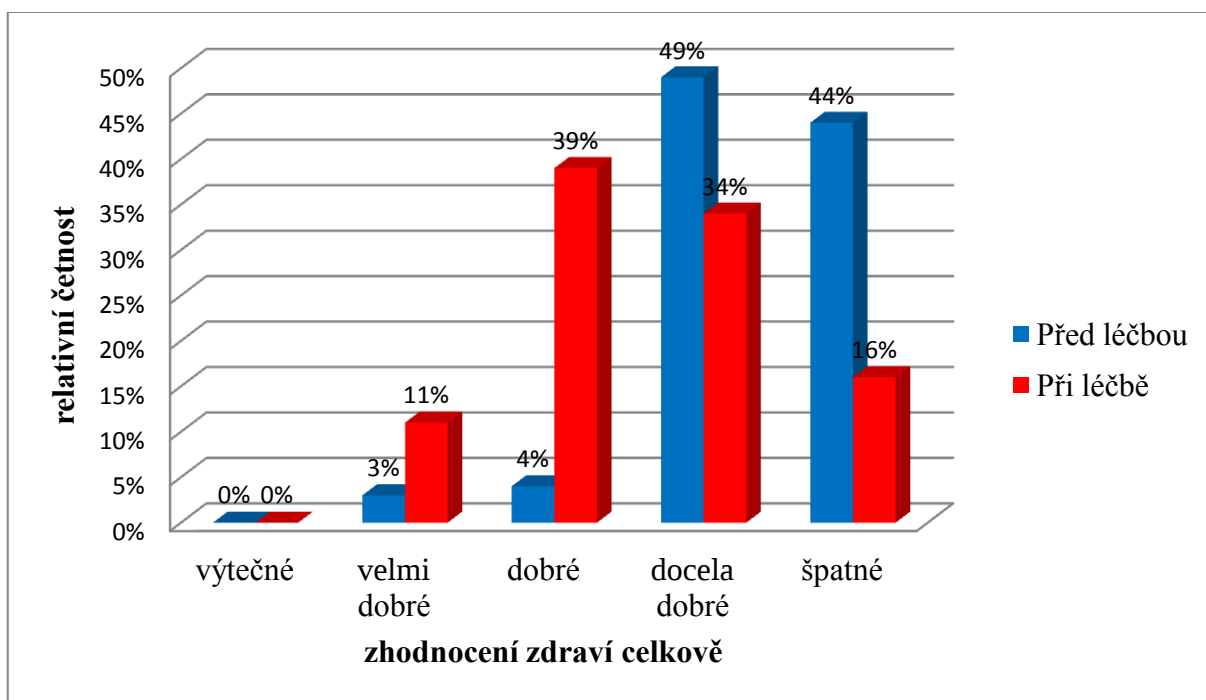
Otázka č. 4: Jak dlouho a jakým biologickým preparátem jste léčeni?



Graf 6 Biologikum a doba léčby

V dotazníku uvedlo 19 % (20 respondentů) užívání Humiry 1 – 2 roky, 8 % (8 respondentů) uvedlo užívání 3 – 4 roky, 10 % (10 respondentů) uvedlo užívání 5 – 6 let, 5 % (5 respondentů) užívá Humiru 6 a více let. U preparátu Remicade uvedlo 1 % (1 respondent) užívání 1 – 2 roky, 1 % (1 respondent) užívá 3 – 4 roky, 8 % (8 respondentů) uvedlo 5 – 6 let, 8 % (8 respondentů) napsalo 6 a více let. Enbrel uvedlo 3 % (3 respondenti) užívání 1 – 2 roky, nikdo neuvedl 3 – 4 roky užívání, 10 % (10 respondentů) užívá 5 – 6 let, 7 % (7 respondentů) uvedlo 6 a více let. Preparát Simponi užívá 11 % (12 respondentů) 1 – 2 roky, 2 % (2 respondenti) 3 – 4 roky a nikdo neuvedl užívání 5 – 6 let a 6 let a více. Preparát Cimzia 5 % (5 respondentů) uvedlo užívání 1 – 2 roky, 2 % (2 respondenti) uvedli užívání 3 – 4 roky a 5 – 6 let a 6 let a více neuvedl žádný respondent.

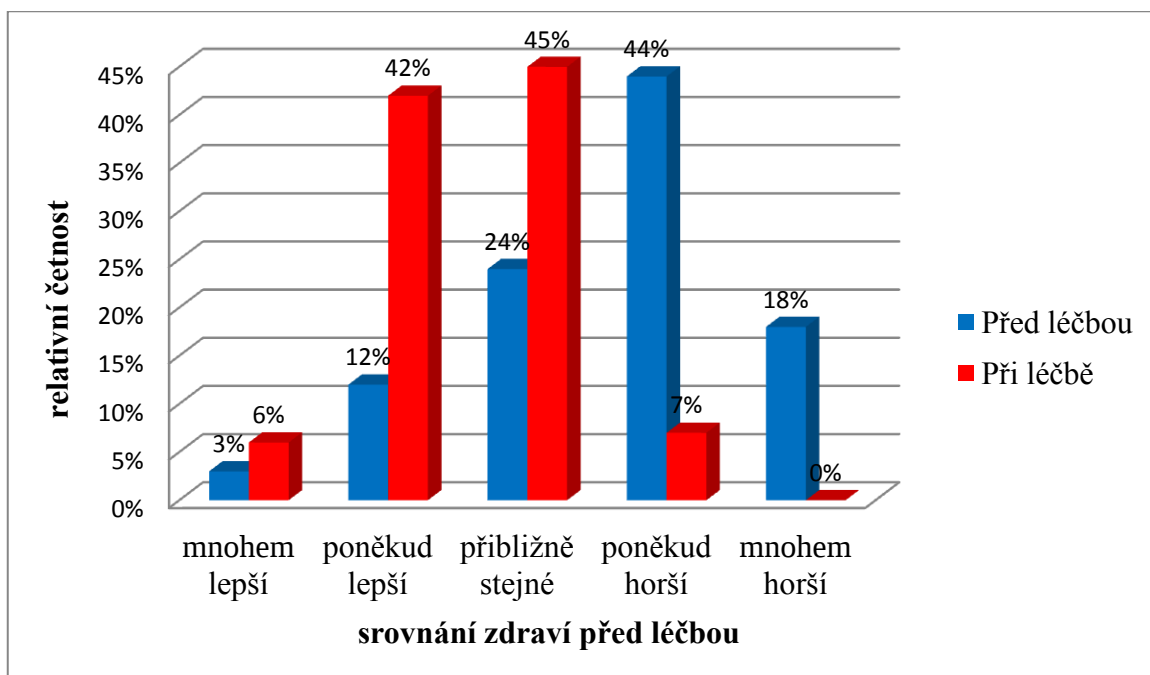
Otázka č. 5: Řekl (a) byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 7 Hodnocení zdraví celkově

Z grafu č. 7 vyplývá, že nikdo z respondentů nehodnotí své zdraví jako výtečné. Jako velmi dobré hodnotí zdraví před léčbou 3 % (3 respondenti) a při léčbě 11 % (11 respondentů), dobré zdraví hodnotí před léčbou 4 % (4 respondenti) a při léčbě 39 % (40 respondentů), nejvíce respondentů se zdravotně cítí docela dobře 49 % (50 respondentů) před léčbou a 34 % (35 respondentů) při léčbě a u poslední odpovědi špatné zdraví odpovědělo 44 % (45 respondentů) před léčbou a 16 % (16 respondentů) při léčbě.

Otázka č. 6: Jak byste hodnotil (a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před léčbou?



Graf 8 Srovnání zdraví

V grafu č. 8 je vidět srovnání zdraví před léčbou a při léčbě, kdy 3 % (3 respondenti) před léčbou uvedli, že je jejich zdraví mnohem lepší a 6 % (6 respondentů) uvedlo, že je jejich zdraví mnohem lepší při léčbě, poněkud lepší zdraví uvedlo 12 % (12 respondentů) před léčbou a 42 % (43 respondentů) při léčbě, přibližně stejně uvedlo 24 % (24 respondentů) před léčbou a 45 % (46 respondentů) při léčbě, poněkud horší porovnání zdraví uvedlo 44 % (45 respondentů) před léčbou a 7 % (7 respondentů) při léčbě, mnohem horší zdraví uvedlo 18 % (18 respondentů) a žádný respondent neuvedl, že by jeho zdraví bylo mnohem horší při léčbě.

Otázka č. 7: Následující otázky se týkají činností, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Tabulka 1 omezení v činnostech běžného dne

Omezení v běžných denních činnostech	Ano, omezovalo hodně				Ano, omezovalo trochu				Ne, vůbec neomezovalo			
	Před léčbou		Při léčbě		Před léčbou		Při léčbě		Před léčbou		Při léčbě	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
usilovné činnosti	89	87,3	10	9,8	3	2,9	80	78,4	14	13,7	8	7,8
středně namáhavé činnosti	44	43,1	48	47,0 5	10	9,8	42	41,2	47	46,1	13	12,7
zvedání nebo nošení běžného nákupu	30	29,4	65	63,7	7	6,9	38	37,3	46	45,1	6	5,9
chůze po schodech několik pater	65	63,7	31	30,4	6	5,9	49	48,0	38	37,3	15	14,7
chůze po schodech jedno patro	20	19,6	67	65,7	15	14,7	19	18,6	50	49,0	33	32,4
předklon, shýbání, poklek	56	54,9	44	43,1	2	1,9	43	42,2	37	36,3	22	21,6
chůze jeden kilometr	38	37,3	57	55,9	7	6,9	23	22,6	42	41,2	37	36,3
chůze pár stovek metrů	21	20,6	45	44,1	36	35,3	9	8,8	47	46,1	46	45,1
chůze do sta metrů	14	13,7	49	48,0	32	31,4	9	8,8	45	44,1	48	47,1
koupání nebo oblékání bez pomoci	18	17,6	65	63,7	19	18,6	22	21,6	53	52,0	27	26,5

Usilovné činnosti omezují pacienty hodně, ať se jedná před léčbou (89 pacientů) i při ní (80 pacientů). Středně namáhavé činnosti omezují pacienty přibližně stejně, odpovědělo před léčbou (44 pacientů hodně, 48 pacientů trochu) a při léčbě (42 pacientů hodně, 47 pacientů trochu). Nošení nákupů omezuje pacienty trochu (před léčbou 65, při léčbě 46) a hodně (před léčbou 30, při léčbě 38). Pokud se jednalo o vyjít několika pater, před léčbou 65 pacientů odpovědělo omezení hodně a 31 omezení trochu, při léčbě odpovědělo 49 pacientů omezení hodně a 38 pacientů trochu. Vůbec žádné omezení uvedlo 6 pacientů před léčbou oproti 15 pacientům při léčbě. Vyjít jedno patro omezuje hodně 20 pacientů před léčbou a trochu 67 pacientů, vůbec neomezuje 15 respondentů. Při léčbě vyjít jedno patro omezuje hodně 20 pacientů, trochu 67 a vůbec 15 lidí. Při léčbě omezilo hodně 19 pacientů, trochu 50 a vůbec 33 pacientů. Předklon a poklek zvládli před léčbou 2 pacienti, trochu omezení uvedlo 44 pacientů a hodně 56 pacientů. Při léčbě omezení hodně uvedlo 43 pacientů, 37 uvedlo trochu a vůbec 22 pacientů. Při chůzi několika desítek metrů, sto metrech nebo kilometru uvedlo při léčbě více respondentů, že omezení nemají vůbec. Při koupání nebo oblékání bez cizí pomoci uvedlo omezení trochu 65 pacientů před léčbou a 53 pacientů při léčbě. Žádné omezení uvedlo 19 pacientů před léčbou a 27 při léčbě.

Otázka č. 8: Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) kvůli zdravotním potížím?

Tabulka 2 omezení v práci kvůli zdravotním potížím

Omezení při práci kvůli zdravotním potížím	Před léčbou				Při léčbě			
	ANO		NE		ANO		NE	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
zkrátil se čas, věnovaný práci	43	42,2	59	57,8	70	68,6	32	31,4
udělal jste méně, než jste chtěl	79	77,5	23	22,5	64	62,7	38	37,3
omezení v druhu práce	88	86,3	14	13,7	76	74,5	26	25,5
potíže při práci	85	83,3	17	16,7	80	78,4	22	21,6

Zkrácení času, který věnovali pacienti práci, uvedlo před léčbou 43 (42,2 %) a 59 (57,8 %) uvedlo žádné zkrácení času. Při léčbě 70 (68,6 %) pacientů uvedlo zkrácení času věnovaného práci a 32 (31,4) pacientům se čas nezkrátil. Před léčbou 79 (77,5 %) pacientů udělalo méně, než chtěli a 23 (22,5 %) udělalo stejně práce. Při léčbě 64 (62,7 %) udělalo méně a 38 (37,3 %) pacientů neudělalo méně. Před léčbou 88 (86,3 %) pacientů uvedlo omezení v druhu práce a 14 (13,7 %) pacientů neomezilo druh práce. Při léčbě 76 (74,5 %) pacientů se omezilo v druhu práce a 26 (25,5 %) se nemuselo omezit. Potíže při práci uvedlo 85 (83,3 %) a 17 (16,7 %) pacientů potíže neuvedlo. Při léčbě 80 (78,4 %) pacientů má potíže a 22 (21,6 %) pacientů nemá potíže při práci.

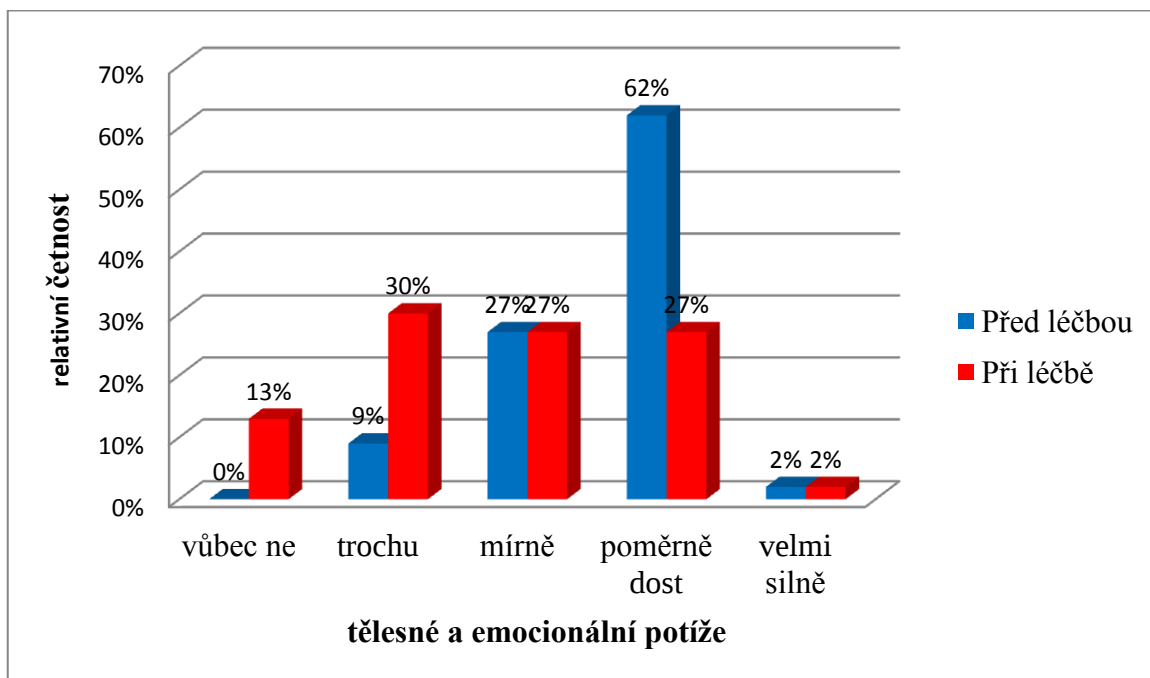
Otázka č. 9: Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

Tabulka 3 omezení kvůli emocionálním potížím

Omezení při práci kvůli emocionálním potížím	Před léčbou				Při léčbě			
	ANO		NE		ANO		NE	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
zkrátil se čas, věnovaný práci	43	42,2	59	57,8	32	31,4	70	68,6
udělal jste méně, než jste chtěl	79	77,5	23	22,5	64	62,7	38	37,3
méně pozornosti při práci	88	86,3	14	13,7	76	74,5	26	25,5

Před léčbou uvedlo zkrácení času věnovaného práci kvůli emocionálním potížím 43 (42,2 %) pacientů a 59 (57,8) pacientů uvedlo, že nemá problémy. Při léčbě odpovědělo ano 32 (31,4 %) a ne 70 (68,6 %) pacientů. Před léčbou udělalo méně práce 79 (77,5 %) pacientů a 23 (22,5 %) pacientů neudělalo méně práce kvůli emocím. Při léčbě udělalo méně práce 64 (62,7 %) a 38 (37,3 %) pacientů uvedlo opak. Méně pozornosti při práci uvedlo 88 (86,3 %) pacientů a ne uvedlo 14 (13,7) respondentů před léčbou. Při léčbě 76 (74,5 %) pacientů uvedlo méně pozornosti a opak uvedlo 26 (25,5 %) pacientů.

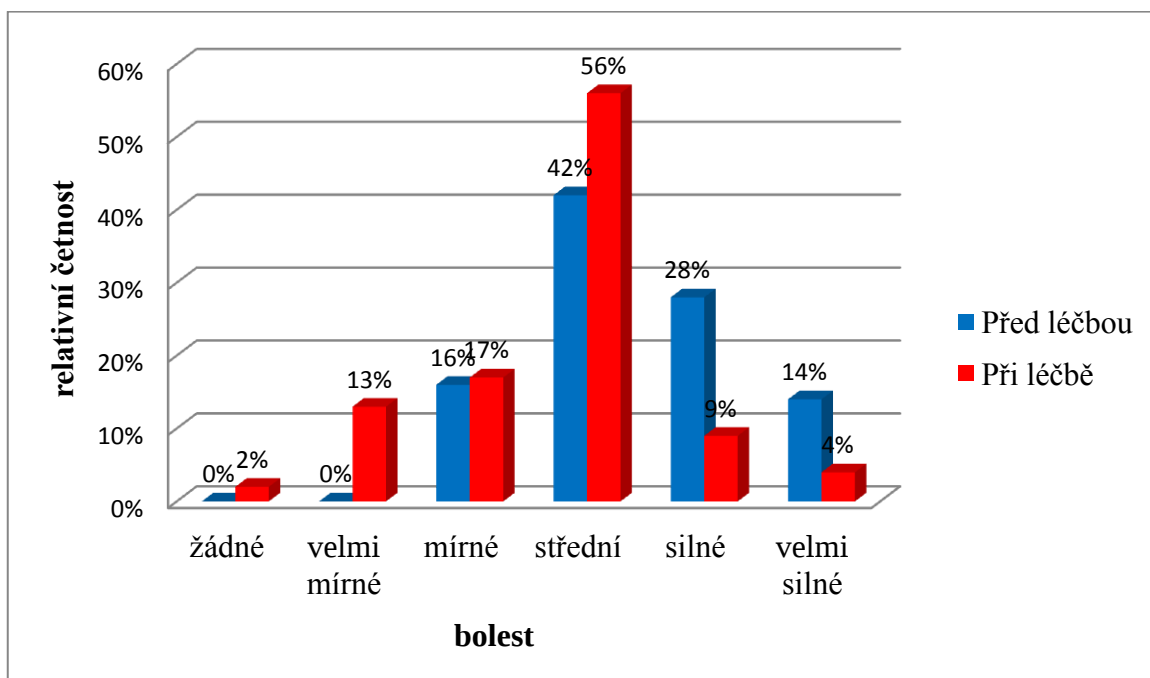
Otázka č. 10: Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti.



Graf 9 Potíže v normálním společenském životě

Problémy ve společenském životě před léčbou uvedlo poměrně dost 63 (62 %) pacientů, mírně uvedlo 28 (27 %), trochu 9 (9 %), velmi silně 2 (2 %) a vůbec ne uvedlo 0 pacientů. Při léčbě nejvíce pacientů odpovědělo trochu 31 (30 %) pacientů, mírně a poměrně dost odpovědělo stejně 28 (27 %) respondentů, velmi silně uvedli 2 (2 %) pacienti a vůbec ne zakroužkovalo 13 (13 %) pacientů.

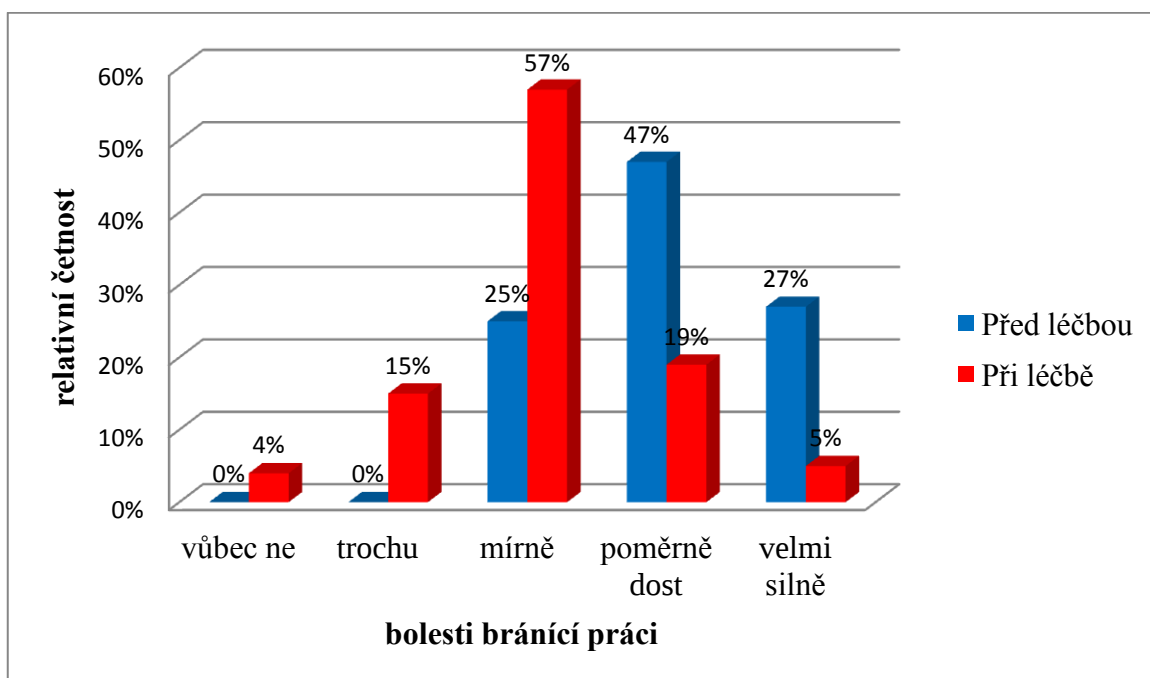
Otázka č. 11: Jak velké bolesti jste měl (a)?



Graf 10 Bolest

Střední bolesti uvedlo 57 (56 %) pacientů, 29 (28 %) uvedlo silné bolesti, 14 (14 %) zakroužkovalo velmi silné bolesti, 16 (16 %) uvedlo mírné bolesti, velmi mírné a žádné neuvedl nikdo. Při léčbě 57 (56 %) pacientů uvedlo střední bolesti, 17 (17 %) pacientů má mírné bolesti, velmi mírné uvedlo 13 (13 %) pacientů, žádné 2 (2 %) pacienti, silné bolesti uvedlo 9 (9 %) a velmi silné 4 (4 %) pacienti.

Otázka č. 12: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma)?



Graf 11 Bolest bránící práci

Poměrně dost bránila bolest před léčbou 48 (47 %) pacientům, velmi silně uvedlo 28 (27 %), 26 (25 %) pacientů uvedlo mírně, trochu a vůbec neuvedl nikdo. Při léčbě 58 (57 %) pacientů uvedlo mírně, 20 (19 %) respondentů uvedlo poměrně dost a velmi silně bránila bolest při práci 5 (5 %) pacientům, trochu uvedlo 15 (15 %) pacientů a vůbec ne 4 (4 %) pacienti.

Otázka č. 13: Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil (a).

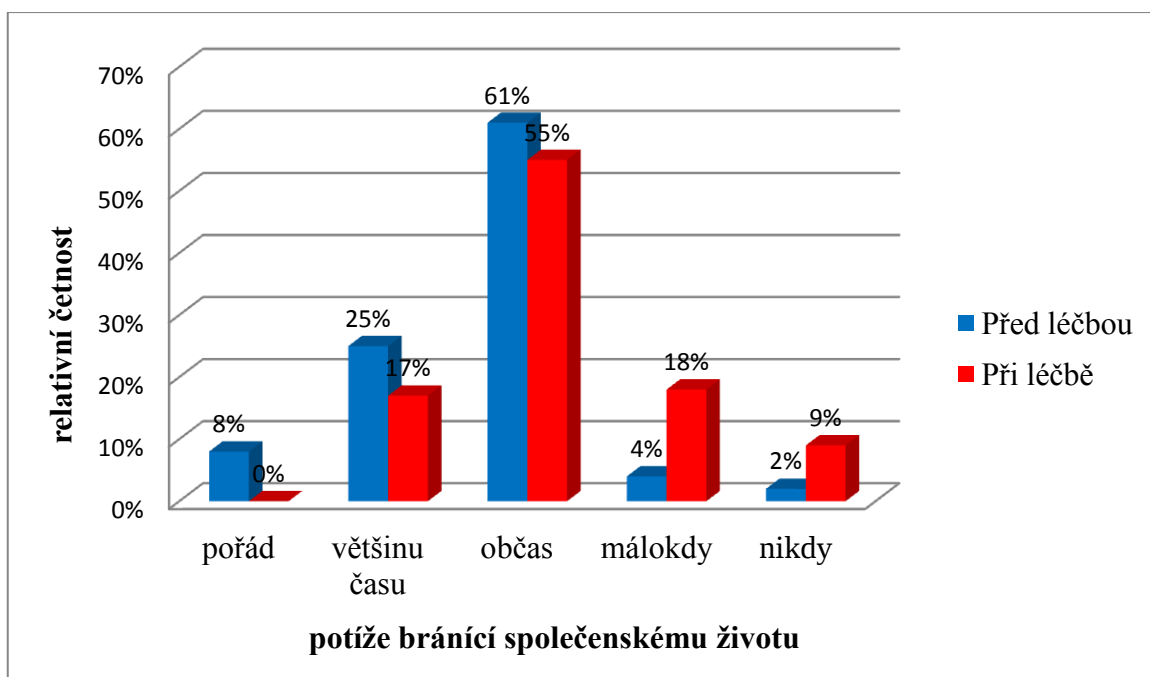
Tabulka 4 Pocity v předchozích týdnech

Jak často v předchozích týdnech jste ...	Pořád		Většinou		Dost často		Občas		Málokdy		Nikdy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
cítili pln elánu	2	1,9	2	1,9	6	5,9	45	44,1	36	35,3	11	10,8
byli velmi nervózní	3	2,9	9	8,8	13	12,7	46	45,1	25	24,5	6	5,9
měli depresi	2	1,9	3	2,9	6	5,9	31	30,4	51	50	9	8,8
pocíťovali klid a pohodu	0	0	2	1,9	16	15,7	53	51,9	24	23,5	7	6,9
byli pln energie	0	0	4	3,9	19	18,6	32	31,4	34	33,3	13	12,7
pocíťovali pesimismus a smutek	2	1,9	9	8,8	11	10,8	43	42,2	26	25,5	11	10,8
cítili se vyčerpání	9	8,8	14	13,7	34	33,3	34	33,3	11	10,8	0	0
byli šťastný	0	0	5	4,9	37	36,3	50	49,1	10	9,8	0	0
cítili se unaveni	10	9,8	24	23,5	35	34,3	33	32,4	0	0	0	0

Plni elánu se cítilo občas 45 (44,1 %) pacientů, málokdy 36 (35,3 %), nikdy 11 (10,8 %), dost často 6 (5,9 %), většinou a pořád 2 (1,9 %) pacienti. Nervózní byli občas 46 (45,1 %) pacientů, málokdy 25 (24,5 %), dost často 13 (12,7 %), většinou 9 (8,8 %), nikdy 6 (5,9 %) a pořád 3 (2,9 %) pacientů. Depresi měli málokdy 51 (50 %) pacientů, občas 31 (30,4 %), nikdy 9 (8,8 %), dost často 6 (5,9 %), většinou 3 (2,9 %), pořád 2 (1,9 %) pacientů. Klid a pohodu pocíťovali občas 53 (51,9 %) pacienti, málokdy 24 (23,5 %), dost často 16 (15,7 %), nikdy 7 (6,9 %), většinou 2 (1,9 %) a pořád nikdo. Plni energie byli málokdy 34 (33,3 %), občas 32 (31,4 %), dost často 19 (18,6 %), nikdy 13 (12,7 %), většinou 4 (3,9 %) a pořád žádný pacient. Pesimismus a smutek pocíťovali občas 43 (42,2 %), málokdy 26 (25,5 %), nikdy a dost často 11 (10,8 %), většinou 9

(8,8 %), pořád 2 (1,9 %) respondentů. Vyčerpání si cítili dost často a občas 34 (33,3 %) pacienti, většinou 14 (13,7 %), málokdy 11 (10,8 %), pořád 9 (8,8 %), nikdy neodpověděl žádný respondent. Šťastný se cítilo občas 50 (49,1 %) respondentů, dost často 37 (36,3 %), málokdy 10 (9,8 %), většinou 5 (4,9 %) a žádný respondent se necítil šťastný pořád a nikdy. Unaveni se cítili dost často 35 (34,3 %), často 33 (32,4 %), většinou 24 (23,5 %), pořád unaveno se cítilo 10 (9,8 %) pacientů a málokdy a nikdy neuvedl žádný pacient.

Otázka č. 14: Uveďte, jak často bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?



Graf 12 Emocionální potíže

Emocionální potíže občas před léčbou uvedlo 62 (61 %) pacientů a při léčbě 56 (55 %), většinu času před léčbou uvedlo 26 (25 %) a při léčbě 18 (17 %), pořád uvedlo emocionální potíže 8 (8 %) respondentů před léčbou a při léčbě nikdo. Málokdy před léčbou napsali 4 (4 %) a 19 (18 %) pacientů při léčbě. Nikdy uvedlo u emocionálních potíží před léčbou 2 (2 %) a 9 (9 %) pacientů při léčbě.

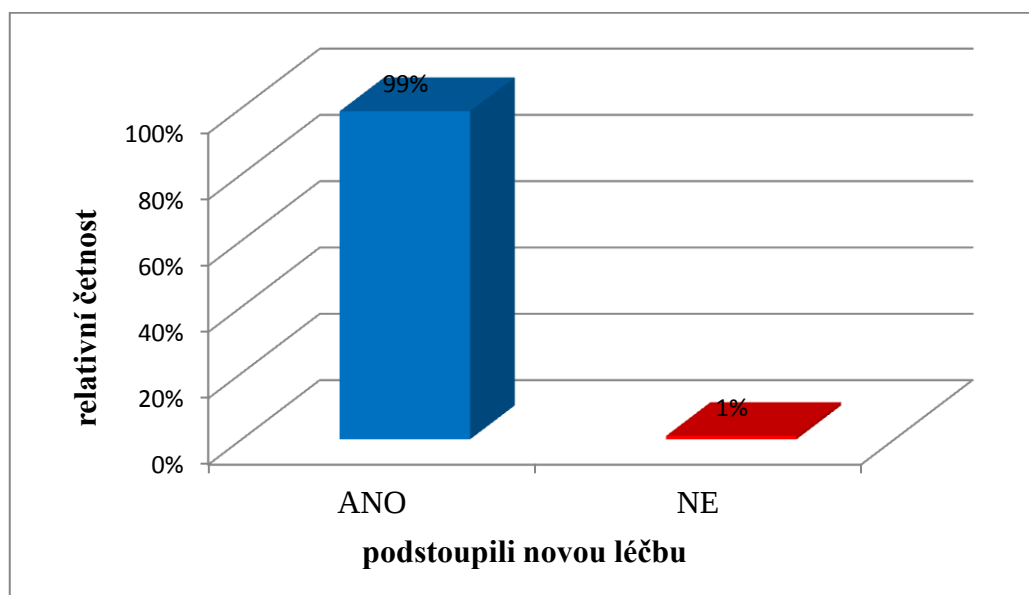
Otázka č. 15: Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

Tabulka 5 Prohlášení o zdraví

Prohlášení:	Určitě ano		Většinou ano		Nejsem si jist		Většinou ne		Určitě ne	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí)	5	4,9	12	11,8	68	66,7	12	11,8	5	4,9
b. Jsem stejně zdravý (a) jako kdokoliv jiný	0	0	1	0,9	33	32,4	32	31,4	36	35,3
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	3	2,9	18	17,4	71	69,6	4	3,9	3	2,9
d. Mé zdraví je perfektní	0	0	3	2,9	7	6,9	29	28,4	63	61,8

68 (66,7 %) pacientů si není jisto, zda onemocní jakoukoli nemocí, většinou ano a většinou ne uvedlo 12 (11,8 %), 5 (4,9 %) uvedlo určitě ne a určitě ano. Nejvíce pacientů 36 (35,3 %) uvedlo, že určitě nejsou stejně zdraví jako kdokoliv jiný, 33 (32,4 %) si nejsou jisti, 32 (31,4 %) uvedlo většinou ne, 1 (0,9 %) uvedl většinou ano a určitě ano neuvedl nikdo. 71 (69,6 %) pacientů očekává, že se jejich zdraví zhorší, 18 (17,4 %) si myslí většinou ano, 4 (3,9 %) uvedlo většinou ne, určitě ne a určitě ano uvedli 3 (2,9 %) pacienti. Nikdo s pacientů neuvedl, že je jeho zdraví perfektní, naopak 63 (61,8 %) pacientů uvedlo určitě ne, 29 (28,4 %) napsalo většinou ne, není si jisto 7 (6,9 %) respondentů a většinou ano uvedli 3 (2,9 %) pacienti.

Otázka č. 16: Uveďte, zda byste znovu podstoupili tuto léčbu?



Graf 13 Podstoupení nové léčby

Nasazení biologické léčby by podstoupilo znovu 101 respondentů (99 %) a 1 respondent (1 %) s nasazením nové léčby nesouhlasil.

3.6 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života pacientů s revmatologickým onemocněním, zhodnotit kvalitu života před nasazením biologické léčby a při užívání biologických preparátů. Zda se bolesti a jiné potíže, ať emocionální či zdravotní mění v souvislosti s léčbou biologickými preparáty. V další části jsou zhodnoceny jednotlivé výzkumné otázky, které jsme vyhodnotili na základě dat získaných z dotazníkového průzkumu.

3.6.1 Zhodnocení 1. výzkumné otázky

První výzkumná otázka se zabývá subjektivním pocitem nemocných, zda jim biologická léčba přináší výrazné zlepšení stavu. V dotazníku se k této otázce vztahují otázky č. 5, 6 a 15.

Z vyhodnocených odpovědí se zdá, že nikdo z respondentů nehodnotí své zdraví jako výtečné. Je zde vidět velký rozdíl v hodnocení zdraví při léčbě, kdy uvedlo 39 % pacientů, že je jejich zdraví dobré, na rozdíl od 4 % pacientů, kteří uvedli to samé, ale před léčbou. Špatné zdraví před léčbou uvedlo 44 % respondentů, ale pouze 16 % respondentů má pocit, že při léčbě je jejich zdraví špatné.

Pokud měli pacienti srovnat své zdraví dnes v porovnání se stavem před léčbou, tak 42 % pacientů uvedlo, že je jejich zdraví poněkud lepší a pouze 12 % pacientů uvedlo to samé před léčbou. Velký rozdíl je vidět v odpovědi na dotaz zda by hodnotili své zdraví poněkud horší, před léčbou to uvedlo 44 % pacientů a při léčbě pouze 7 % pacientů. Pacienti hodnotí své zdraví při biologické léčbě poněkud lépe, než bez této léčby. Pokud měli zhodnotit otázku, zda očekávají, že se jejich zdraví zhorší, tak 70 % respondentů si nejsou jisti a 17 % si myslí, že většinou ano.

Srovnáním všech odpovědí jsem vyhodnotila, že subjektivní pocit nemocných je, že biologická léčba jim do jisté míry zlepšuje zdravotní stav, ale více jak polovina dotázaných má obavy, že po nějaké době se jejich stav opět zhorší. Z výzkumu Kaase (2013) je zřejmé, že výsledky jsou podobné, v jeho práci odpověděli pacienti na otázky omezení v běžných činnostech v podobných procentech. V jeho práci se potvrdila hypotéza, kdy mají pacienti obtíže s vykonáváním běžných denních činností.

Podle odborných studií na Slovensku AIFP, klesla hospitalizace u revmatologických pacientů z 30 % na pouhých 5 %. Díky biologické léčbě mohou klesnout přímé

i nepřímé náklady. Patří sem například hospitalizace, chirurgická léčba, ztráta pracovní výkonnosti, pracovní neschopnost, invalidita, následné ošetrovatelské péče atd. Biologická léčba je stále ve vývoji a je zde šance, že pokud jeden lék přestane mít takový účinek, který od něj očekáváme, bude možnost nahradit ho jiným účinným lékem. (Revma Liga, 2015)

3.6.2 Zhodnocení 2. výzkumné otázky

Druhá výzkumná otázka je zaměřena na pacientovu psychiku, zda biologická léčba má vliv na psychické zdraví nemocných. K této otázce se vztahují otázky č. 9, 10, 13 a 14. V otázce zda se zkrátil čas, který pacienti věnovali práci kvůli pocitům úzkosti a deprese, většina pacientů při léčbě nemá pocit, že by je psychický stav omezoval. Podle výsledků lze říci, že pacienti byli ovlivněni psychickým stavem před užíváním biologické léčby, kdy nebyli schopni vykonávat všechny pracovní úkoly. V omezení pozornosti nebyl velký rozdíl v odpovědích pacientů před léčbou a pacienty v léčbě.

Společenský život měla omezený před léčbou více jak polovina dotázaných. Naopak při léčbě se již procenta v odpovědích pacientů srovnali a odpovídali na dotaz trochu, mírně a poměrně dost v podobných procentech. Z odpovědí se dá usuzovat, že při léčbě se pacienti cítí více psychicky vyrovnaní a nejsou zde právě zaznamenány takové výkyvy, jako v odpovědích před léčbou.

Obdobnými otázkami se zabývala ve své práci Langová (2013). Můžeme posuzovat pouze otázky, které byly vedeny s pacienty při léčbě. Její výzkum vyšel velmi podobně, pacienti se cítili trochu omezení ve společenském a rodinném životě.

Pacienti v otázkách, které zjišťovali, jak se cítili v předchozích dnech, odpovídali většinou uprostřed tabulky, kde jsou odpovědi typu občas a málokdy ve 40 – 50 %. Průměrně odpovědi typu pořád se vyskytovali kolem 3 %. Dotazy se týkaly, zda se cítili plni elánu, energie, unaveni, vyčerpáni nebo trpěli depresí, nervozitou, smutkem, pesimismem anebo byli šťastni.

Z výzkumu Jansové (2011) je zřejmé, že psychika revmatologických pacientů je velmi zatížená. V její práci se zaměřila na lázeňskou péči a z výsledků vychází, že psychika u pacientů se zvedla a pacienti byli zapojeni do společenských a kulturních akcí, které by jinak v místě bydliště neabsolvovali. Mohli se setkat se stejně nemocnými a probrat potíže, které je trápí.

Potíže bránící tělesným a emocionálním obtížím ve společenském životě, jako jsou návštěvy přátel a příbuzných, uvedlo občas více jak polovina pacientů, lze usuzovat, že skoro polovina dotázaných pacientů si myslí, že jim léčba po psychické stránce spíše pomohla. Ze zhodnocených odpovědí vyplývá, že biologická léčba na psychickou stránku pacientů působí. Zlepšuje jejich zapojení do společnosti a nebrání tolik jejich začlenění mezi zdravé jedince.

3.6.3 Zhodnocení 3. výzkumné otázky

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na kvalitu života pacientů před a při nasazení biologické léčby. K této otázce se vztahují otázky č. 7, 8, 11, 12.

Pokud budeme posuzovat kvalitu života je potřeba si uvědomit, co nejvíce lidem dělá potíže, jaký stav je nejvíce ovlivňuje. Pokud se jednalo o bolesti před léčbou, měli pacienti velmi silné až silné bolesti o 15 % více než při léčbě. Bolesti bránily pacientům v práci, ale i doma poměrně dost a velmi silně před léčbou, naopak mírně bránili více jak polovině pacientům při léčbě. Z odpovědí je zřejmé, že bolest velmi brání kvalitě života, neumožňuje pacientům pracovat v takové míře jako by chtěli a biologická léčba jim přináší úlevu od bolesti. V omezeních při práci kvůli zdravotním potížím jsou vidět menší rozdíly v odpovědích před léčbou a při léčbě, ale určité výsledky mluví pro užívání biologické léčby.

V otázkách týkajících se běžných činností, jako je nošení nákupu, chůze do schodů, chůze po schodech, koupání a oblékání se, tak většina pacientů odpověděla, že před léčbou byli omezeni v těchto činnostech hodně. V období podávání léků se v těchto činnostech necítili omezeni vůbec. Kvalita života je určitě zlepšena, pacienti zvládají lépe fyzickou aktivitu při léčbě biologických preparátů.

Diplomová práce Kasse (2013) měla jednu z hypotéz věnovanou běžným každodenním činnostem, a to jak tyto činnosti pacienti zvládají. Výsledek byl, že pacienti zvládají tyto činnosti s určitými potížemi. V porovnání s mým výzkumem se tato hypotéza také potvrdila.

3.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Revmatoidní artritida je velmi závažné onemocnění, které dosud nelze úplně vyléčit, proto na otázku kvality života s tímto onemocněním je velmi složité odpovědět.

Není přesně definována, je popisována jako multidimenzionální, multidisciplinární. Zabývá se jí několik vědních oborů (Gurková, 2011).

Pacienti s revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou jsou léčeni v revmatologických ambulancích a centrech. Biologická léčba se objevuje i v léčbě jiných onemocnění, je to podle studií léčba budoucnosti. Je zde, ale potřeba informovat pacienty i o možných následcích, které tuto léčbu mohou provázet. Určitě by mělo být podáváno více informací pacientům o hrazení léků a kritériích, která tuto léčbu ovlivňují.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro studenty ošetrovatelských oborů, pro pacienty s revmatickým onemocněním, ale i pro laickou veřejnost. Výsledky mohou využít nejen sestry v revmatologii, ale i jiný zdravotnický personál, který přichází do styku s revmatologickými pacienty. Je důležité představit si jaké obtíže nemocný s revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou musí každodenně překonávat a mohou tak určit vhodné ošetrovatelské intervence.

Existuje několik sdružení a spolků, která se věnují problematice revmatologických pacientů např. revma liga, česká asociace pro revmatické choroby, na které je dobré pacienty upozornit. Je už na jejich volbě a rozhodnutí, zda tuto formu pomoci využijí.

4 Závěr

Revmatologická onemocnění jsou v poslední době diagnostikována stále častěji. Dříve bylo revmatologické onemocnění spojováno převážně se starším věkem nemocných. Dnes je výskyt těchto onemocnění zaznamenán již kolem třicátého věku. Příčina onemocnění není známá, proto bychom měli revmatologickým nemocem předcházet dodržováním zdravého životního stylu, dostatečnou životosprávou, správným pohybem a eliminací rizikových faktorů. Onemocnění může být velmi bolestivé a pro mnoho pacientů psychicky náročné, je těžké se vyrovnat s deformitami končetin a neschopností vykonávat každodenní činnosti.

V bakalářské práci na téma „Kvalita života pacienta s revmatologickým onemocněním při biologické léčbě“ jsem se snažila zjistit kvalitu života pacientů před a při biologické léčbě. K tomuto zjištění jsem si stanovila výzkumné otázky, na které jsem se snažila najít odpovědi pomocí statistického vyhodnocení. V teoretické části jsou probrány revmatologická vyšetření, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, klinický průběh nemoci a biologická léčba a její komplikace. Praktická část je zaměřena na zpracování a vyhodnocení stanovených cílů. K výzkumu jsem použila standardizovaný dotazník na kvalitu života SF – 36, který jsem vyhodnotila pomocí sloupcových grafů a tabulek.

Podle všech očekávání, biologická léčba podle mého výzkumu přináší pacientům úlevu od bolesti a tím i zvýšenou psychickou pohodu. Pacienti s biologickou léčbou jsou schopni zapojit se do každodenních činností. Nejsou tolik omezeni při společenských akcích a rodinných setkáních. Určitě je zapotřebí naslouchat pacientům s revmatologickým onemocněním. Snažit se jim pomáhat v činnostech, které už v rámci svého onemocnění nejsou schopni vykonávat.

Patrný byl rozdíl v pohlaví a věku u nemocných s revmatoidní artritidou a ankylozující spondylitidou. U revmatoidní artritidy převládaly ženy a průměrný věk nemocných byl mezi 51 – 70 lety a u ankylozující spondylitidy to byli muži ve věku 31 – 50 let. Prozkoumáním podobných prací a publikací na podobné téma jsem zjistila, že všichni mají stejné poznatky jako já.

Revmatoidní artritida i ankylozující spondylitida jsou nevyléčitelné choroby, nemusí to, ale znamenat, že pacienti toto onemocnění vnímají jako životní úděl. Velmi důležitý je aktivní přístup samotného pacienta, jeho rodiny a celého ošetrovatelského týmu.

V poslední otázce jsem se přímo zeptala pacientů, zda by znovu podstoupili biologickou léčbu a pouze jeden pacient odpověděl, že by jí znovu nepodstoupil. Bohužel jsem nemohla zjistit důvody rozhodnutí pacienta, proč by znovu nechtěl biologickou léčbu, protože dotazníky byly anonymní. Možná je důvodem forma užívání biologické léčby, protože se jedná pouze o léčbu injekční a tedy pro některé pacienty to může být velmi zatěžující. Pokud si jí nejsou schopni aplikovat sami, jsou odkázáni na rodinu nebo zdravotnické zařízení.

Biologická léčba je stále ve výzkumu, sama jsem zapojena do několika studií probíhajících v revmatologickém centru v Jihlavě. Věřím, že tyto léky nám pomohou v boji s nevyléčitelnými chorobami a nemusí se to týkat pouze revmatologických pacientů.

5 Seznam použité literatury

CETKOVSKÁ, P., PIZINGER K., ŠTORK J. *Kožní změny u interních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-802-4710-044.

FOREJTOVÁ, Š. Únava u revmatických onemocnění. *Zdravotnické noviny*, Lékařské listy: odborná příloha zdravotnických novin. Praha: Ambit Media, a. s., 2014, ročník 11, číslo vyd. 5, str. 23 – 24. ISSN 0044-1996

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-802-4736-259.

HAVELKA, S., HOZA, J. *Revmatologie období růstu: diagnostika, terapie, rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 346 s. ISBN 80-859-1289-9.

HOCHBERG, M. C., Silman A. J., SMOLEN J. S., et all *Rheumatoid arthritis*. 1st ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2009. ISBN 03-230-7102-3.

Interaktivní brožura: biologická léčba. [online]. 19. 4. 2015 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.aifp.cz/cs/aktuality/informace-pro-media/biologicka-lecba-pro-pacienty-i-lekare-interaktivni-brozura/>

JANSOVÁ, E. *Biopsychosociální potřeby nemocných s revmatoidní artritidou a systémovým lupus erythematoses*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce doc. RNDr. Lubomír Krejčovský, CSc.

KASS, J. *Míra obtíží při vykonávání běžných denních činností u pacientů s revmatoidní artritidou*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

LANGOVÁ, M. *Revmatologická onemocnění v produktivním věku*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Hurtová Jitka, Mgr.

OLEJÁROVÁ, M., KORANDOVÁ J., ŠTORK J. *Lexikon revmatologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. ISBN 978-802-0424-556.

OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4.

OLEJÁROVÁ, M. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta, 2010, 60 s. ISBN 978-80-204-2281-1.

PAVELKA, K. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf, 2012, 737 s. ISBN 978-80-7345-295-7.

PAVELKA, K., ROVENSKÝ J. *Klinická revmatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 952 s. ISBN 80-726-2174-2.

PAVELKA, K. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*, 1.vyd.nakl.: Grada, 2005, 436 s. ISBN 80-247-1614-3.

PAVELKOVÁ, A. *Revmatoidní artritida a biologická léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2009, 125 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 40. ISBN 978-807-3451-929.

ROVENSKÝ, J. *Revmatologický výkladový slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 275 s. ISBN 80-247-1614-3.

TEGZOVÁ, D. *Biologická léčba v revmatologii a dermatologii*. *Sestra*, Praha: Mladá fronta a.s., 2011, ročník 21, číslo vydání 7-8, str. 19 – 20. ISSN 1210-0404

6 Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví AS	24
Graf 2 Pohlaví RA.....	24
Graf 3 Věk AS.....	25
Graf 4 Věk RA	25
Graf 5 Druh onemocnění.....	26
Graf 6 Biologikum a doba léčby	27
Graf 7 Hodnocení zdraví celkově	28
Graf 8 Srovnání zdraví.....	29
Graf 9 Potíže v normálním společenském životě.....	34
Graf 10 Bolest	35
Graf 11 Bolest bránící práci	36
Graf 12 Emocionální potíže	39
Graf 13 Podstoupení nové léčby	41

7 Seznam tabulek

Tabulka 1 omezení v činnostech běžného dne.....	30
Tabulka 2 omezení v práci kvůli zdravotním potížím	32
Tabulka 3 omezení kvůli emocionálním potížím	33
Tabulka 4 Pocity v předchozích týdnech	37
Tabulka 5 Prohlášení o zdraví	40

8 Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Příloha B - Žádost o umožnění dotazníkového výzkumu

Příloha A – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku zaměřeného na posouzení kvality života osob trpících revmatologickým onemocněním. Získaná data budou použita výhradně pro účely zpracování bakalářské práce na téma „Kvalita života s revmatologickým onemocněním při biologické léčbě.“ Dotazník je anonymní.

Děkuji za spolupráci.

Lenka Bučková, studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické Jihlava.

DOTAZNÍK SF – 36 - O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví před a při aplikaci biologické léčby. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

1. Pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik Vám je let?

- a) 18 – 30
- b) 31 – 50
- c) 51 – 70
- d) 71 a více

3. Jakým revmatologickým onemocněním trpíte?

- a) revmatoidní artritidou
- b) ankylozující spondylitidou

4. Jak dlouho a jakým biologickým preparátem jste léčen? (vypište)

.....

5. Řekl (a) byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) výtečné	1	1
b) velmi dobré	2	2
c) dobré	3	3
d) docela dobré	4	4
e) špatné	5	5

6. Jak byste hodnotil (a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před léčbou?
(zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) mnohem lepší	1	1
b) poněkud lepší	2	2
c) přibližně stejné	3	3
d) poněkud horší	4	4
e) mnohem horší	5	5

7. Následující otázky se týkají činností, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Před léčbou			Při léčbě		
Činnosti	Ano, omezovalo hodně	Ano, omezovalo trochu	Ne, vůbec neomezovalo	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3	1	2	3

d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3	1	2	3
h. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3	1	2	3
i. Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3	1	2	3

8. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) kvůli zdravotním potížím? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Před léčbou		Při léčbě	
	ANO	NE	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval (a) práci nebo jiné činnosti?	1	2	1	2
b. Udělal (a) jste méně, než jste chtěl (a)?	1	2	1	2
c. Byl jste omezen (a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2	1	2
d. Měl (a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel (a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2	1	2

9. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Před léčbou		Při léčbě	
	ANO	NE	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval (a) práci nebo jiné činnosti?	1	2	1	2
b. Udělal (a) jste méně, než jste chtěla?	1	2	1	2
c. Byl (a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2	1	2

10. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti. (zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) vůbec ne	1	1
b) trochu	2	2
c) mírně	3	3
d) poměrně dost	4	4
e) velmi silně	5	5

11. Jak velké bolesti jste měl (a)? (zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) žádné	1	1
b) velmi mírné	2	2
c) mírné	3	3
d) střední	4	4
e) silné	5	5
f) velmi silné	6	6

12. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma)? (zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) vůbec ne	1	1
b) trochu	2	2
c) mírně	3	3
d) poměrně dost	4	4
e) velmi silně	5	5

13. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil (a). (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

Jak často v předchozích týdnech ...	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítila vyčerpan(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

14. Uved'te, jak často bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)? (zakroužkujte jedno číslo)

	Před léčbou	Při léčbě
a) pořád	1	1
b) většinu času	2	2
c) občas	3	3
d) málokdy	4	4
e) nikdy	5	5

15. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí)	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav (a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

16. Uved'te, zda byste znovu podstoupili tuto léčbu?

- a) ano
- b) ne

Příloha B - Žádost o umožnění dotazníkového šetření

MUDr. Andrea Houzarová
REVMATOLOG s.r.o.
Vrchlického 57
586 01 Jihlava

Věc: Žádost o umožnění dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření, které potřebuji ke své bakalářské práci na téma „Kvalita života pacienta s revmatologickým onemocněním při biologické léčbě. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti

Lenka Bučková – III. ročník VŠPJ
Nad Plovárnou 8
586 01 Jihlava

V Jihlavě 5. 1. 2015

Souhlas

