



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

**Potřeba nefarmakologického tišení bolesti u pacientů
s revmatoidní artritidou**

Vypracovala: Bc. Naděžda Boukalová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Klíčová slova: Revmatoidní artritida, Zdravotní sestra, Pacient, Bolest

Diplomová práce na téma *Potřeba nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou* byla vytvořena v návaznosti na pilotní studii, během které samotní respondenti projevili zájem o více informací v oblasti nefarmakologické léčby bolesti. U chronických onemocnění, kterým je právě revmatoidní artritida, je nesmírně důležité, aby tišení bolesti pomocí farmakologických a nefarmakologických metod šlo ruku v ruce.

Cílem práce bylo zjistit jaké možnosti nefarmakologického tišení bolesti využívají pacienti s revmatoidní artritidou. A také jak probíhá spolupráce mezi pacienty a sestrami právě v této oblasti. Práce zahrnovala následující cíle. 1. Zmapovat, zda pacienti s revmatoidní artritidou ke snížení bolesti upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými. 2. Zjistit, který ze způsobů nefarmakologického tišení bolesti využívají pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji. 3. Zmapovat zájem pacientů s revmatoidní artritidou o nefarmakologické tišení bolesti. 4. Zjistit podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou.

Teoretická část práce je věnována patofyziologii onemocnění, problematice chronické bolesti a hodnocení kvality života. Ve druhé, empirické části, je uveden postup samotného výzkumu, charakteristika výzkumného souboru a výsledky.

Pro kvantitativní šetření bylo celkem distribuováno 130 dotazníků, z nichž se vrátilo 102 relevantně vyplněných dotazníků. Získaná data byla zpracována a k testování hypotéz byla použita metoda chí kvadrát testu. Byly stanoveny 3 hypotézy. H1 Pacienti s revmatoidní artritidou ke snížení bolesti upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými. Tuto hypotézu bylo možné potvrdit pouze v akutním stádiu nemoci. H2 Pacienti s revmatoidní artritidou využívají jako metodu nefarmakologického tišení bolesti častěji termoterapie než rehabilitace. Tato hypotéza se nám pro nízký počet respondentů potvrdit nepodařila. H3 Větší zájem o nefarmakologické tišení bolesti projeví pacienti s vyšším vzděláním (vyšší odborné, vysokoškolské), než pacienti se vzděláním nižším. Zde se nám podařilo prokázat, že vliv vzdělání má vliv pouze na výběr metody v akutní fázi nemoci.

Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru se 7 respondentkami pracujícími na lůžkovém oddělení i v ambulanci. Z kvalitativního šetření vyplynulo, že se sestry neustále vzdělávají pasivní i aktivní účastí na různých seminářích a kongresech a snaží se tak předat svým pacientům maximální možné množství důležitých informací týkajících se nefarmakologického tišení bolesti, které považují za nedílnou součást léčby revmatoidní artritidy.

Výsledky šetření budou poskytnuty všem spolupracujícím zařízením, aby bylo možné zlepšit vzájemnou spolupráci mezi pacienty a sestrami.

Abstract

Key Words: Arthritis rheumatic, Nurse, Patient, Pain

This diploma thesis called “Need of non-pharmacology pain relieving for patients afflicted by Arthritis rheumatic” has been created as a next step of a previous pilot research. Respondents of the previous investigation expressed their interest in non-pharmacology pain relieving. It is very important to relief pain caused by Arthritis rheumatic as chronic disease in balance manner by usage of both approaches pharmacology and non-pharmacology.

The goal of this study has been to investigate possibilities of non-pharmacology pain relieving among patients afflicted by Arthritis rheumatic and how these patients cooperate with nurses. The research comprises following goals: 1. Ascertain, whether patients afflicted by Arthritis rheumatic prefer pharmacology to non-pharmacology pain relieving. 2 Ascertain, which method of non-pharmacology pain relieving is mostly used. 3 Ascertain the interest of patients to relief pain by usage of non-pharmacology methods. 4 Ascertain the nurses’ influence on the non-pharmacology pain relieving.

The theoretical part is focused on pathophysiology of the disease, the issue of chronic pain and quality of patient life. The second, empirical part, is dedicated not only to actions of the investigation itself, but also its characteristics and results.

There were issued 130 questionnaires for qualitative analysis. 102 of 130 questionnaires has been retrieved and filled in properly. Data from questionnaires was compiled and hypotheses were tested by usage of Chi-squared test. 3 hypotheses have been built: H1 Patients afflicted by Arthritis rheumatic prefer pharmacology pain relieving to non-pharmacology. This hypothesis H1 was affirmed only for patients in acute stage of Arthritis rheumatic. H2 Patients afflicted by Arthritis rheumatic prefer thermotherapy to rehabilitation when considering non-pharmacology pain relieving. This hypothesis H2 was not confirmed due to low number of respondents.

H3 Patients achieved higher education degree express higher interest in non-pharmacology pain relieving. Higher education degree of patients has only impact on method in acute stage of Arthritis rheumatic.

Qualitative investigation was carried out by half-structured interview with 7 respondents working on inpatient department and also outpatient department. Several statements could be concluded out of qualitative investigation: Nurses have been persistently educating by passive or active participation on various seminars or congresses. They have been trying to convey information about non-pharmacology treatment to their patients. They consider non-pharmacology treatment as an indispensible part of a treatment.

Investigation results will be provided to all collaborative departments to support improvement in cooperation between nurses and patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Potřeba nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne (14. 8. 2014)

.....

(Bc. Naděžda Boukalová)

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za vedení práce a cenné rady při jejím zpracování. Velmi si také vážím konzultací s PhDr. Věrou Staskovou, která díky svým praktickým zkušenostem s lidmi trpícími revmatoidní artritidou mou práci a pohled na toto onemocnění velmi obohatila.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	11
1.1	Revmatoidní artritida	11
1.1.1	Anatomie a fyziologie kloubu.....	11
1.1.2	Etiologie nemoci	12
1.1.3	Klinický obraz.....	13
1.1.4	Vyšetřovací metody a diagnostika.....	15
1.2	Komplexní léčba revmatoidní artritidy.....	17
1.2.1	Režimová opatření	17
1.2.2	Fyzikální terapie a lázeňská léčba	19
1.2.3	Farmakologická terapie.....	20
1.2.4	Chirurgická léčba.....	23
1.3	Podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti.....	24
1.3.1	Bolest	24
1.3.2	Podíl sestry na tišení chronické bolesti u pacientů s RA	25
1.3.3	Možnosti nefarmakologického tišení bolesti	28
1.4	Kvalita života pacientů s RA	31
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1	Cíle práce	36
2.2	Hypotézy práce	36
2.3	Výzkumné otázky	36
3	METODIKA.....	37
3.1	Použitý metodický postup.....	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	38
4	VÝSLEDKY.....	39
4.1	Výsledky kvantitativního šetření	39
4.2	Testování hypotéz	62
4.3	Výsledky kvalitativního šetření	67
5	DISKUSE	75
6	ZÁVĚR.....	83

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	85
8	SEZNAM GRAFŮ	92
9	SEZNAM TABULEK.....	93
10	SEZNAM SCHÉMAT.....	94
11	SEZNAM PŘÍLOH	95

Úvod

V souvislosti s onemocněním „revmatoidní artritida“ převládá u většiny populace stále ještě mylná domněnka, že postihuje převážně starší populaci. RA se totiž může objevit v kterémkoliv věku. Prevalence choroby se pohybuje okolo 1 % a častěji jsou postiženy ženy než muži (poměr výskytu u žen: mužů je 2-3:1) (1). Jedná se o chronické zánětlivé systémové onemocnění kloubů vznikající na autoimunitním podkladě, které vede k destrukci kloubu, a následně pak ke vzniku jeho deformit. Jedním z hlavních a nejčastějších příznaků tohoto onemocnění je bolest kloubů, která je mnohdy provázena jeho zduřením, což je považováno za příznak akutně probíhajícího zánětu. Bolest v tomto případě může mít jak charakter akutní, tak i chronický, což společně s postupným omezením hybnosti ovlivňuje kvalitu života nemocných. První volbou při tišení bolesti jsou farmakologické prostředky. Nástup jejich účinku je sice rychlý, ale z dlouhodobého hlediska je jejich nadužívání pro tělo velmi neprospěšné. To je důvodem zamyslet se i nad jinými formami tišení bolesti.

V souvislosti s touto skutečností bude práce věnována převážně možnostem zvládnání bolesti nefarmakologickými prostředky. Je ovšem nutné, aby se na tomto procesu společně s pacientem podílel celý tým zdravotníků, lékařů i nelékařských zdravotnických profesí a péče probíhala interdisciplinárně. V praxi to znamená zacílit léčbu pacienta a péči o něj nejen na lékaře a sestru, ale též požádat o spolupráci fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, nutričního terapeuta, popřípadě podpůrné skupiny.

Bolest a vznikající deformity kloubů mají vliv na kvalitu života. Tím vzniká potřeba pomoci pacientům s RA s návratem do běžného života, byť jen částečně. Smyslem a cílem práce je zmapovat zkušenosti sester pracujících v revmatologických ambulancích a vyjít z potřeb a přání samotných pacientů s RA. Získaná data budou sloužit jako podklady pro vytvoření centra pro revmatiky v Českých Budějovicích. Jelikož v této oblasti zatím žádné zařízení podobného typu nefunguje, jeví se toto řešení jako smysluplné.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida (dále jen RA) je poměrně časté chronické systémové zánětlivé kloubní onemocnění, které může být svým průběhem velmi závažné a vést až k trvalé invaliditě. RA se může vyskytnout ve všech věkových kategoriích, přičemž nejčastěji je její vzplanutí zaznamenáno u mladých žen a v období po menopauze. Onemocnění vzniká na autoimunitním podkladě, což znamená, že imunitní systém napadá svou reakcí vlastní zdravou tkáň. RA postihuje nejčastěji klouby ruky, kde je také z pravidla zachycen počátek onemocnění, ale může mít i mimokloubní projevy, pro které je RA zařazována mezi systémová onemocnění. To se projevuje postižením kůže, očí, srdce, krve ve smyslu anemických poruch, ledvin, cév a nervů. Ke vzplanutí dochází nejčastěji plíživě a pozvolna v 50–70 % všech případů RA (2). Ovšem jsou i případy, kdy je vznik nemoci náhlý a velmi expanzivní a destruktivní. K exacerbacím dochází hlavně v jarních měsících (březen, duben). Ke vzplanutí nemoci dochází v zimě až 2× častěji než v jiném ročním období. Ke zhoršenému průběhu onemocnění napomáhá současně probíhající infekce v těle, úraz, těhotenství nebo duševní nepohoda (3).

1.1.1 Anatomie a fyziologie kloubu

Pro lepší pochopení a orientaci v dané problematice je v této kapitole uveden stručný anatomický popis kloubu spolu s jeho fyziologickými vlastnostmi.

Kloubem (*articulatio synovialis*) je označováno pohyblivé spojení dvou nebo více kostí vzájemným dotykem. Na konci kosti rozeznáváme dvojí typ zakončení. Jedná se buď o kloubní hlavici, nebo kloubní jamku. Dle typu zakončení, respektive spojení, pak můžeme rozeznávat např.: kloub kulovitý, sedlový, elipsový, válcový, plochý atd. Oba konce kloubu jsou tvořeny hyalinní chrupavkou, která má za úkol tlumit nárazy a usnadňovat tím jeho pohyb (4). Celé toto spojení je chráněno kloubním pouzdrem (*capsula articularis*), které se skládá ze dvou vrstev. Zevní vrstva (*membrana fibrosa*) je tvořena fibrózní membránou a vnitřní synoviální membránou (*membrana synovialis*). Vnitřní membrána kloubu je tvořena buňkami, tzv. synovialocyty, které společně s krevní plasmou tvoří synoviální tekutinu. Tato tekutina, známá také pod pojmem

kloubní maz, má za úkol vyživovat kloub, zvyšovat a udržovat pružnost chrupavek a také snižovat tření. Pokud dojde k postižení kloubu RA, pak zánět probíhá právě na této úrovni. V důsledku všech imunitních reakcí dojde k přestavbě synoviální membrány, její neovaskularizaci a proliferaci synoviocytů. Tím dochází ke změně, která se nazývá „panus“. Úkolem vnitřní membrány je vytvořit kolem kloubu šterbinovitý prostor (*cavitas glenoidalis*). Pouzdro je navíc zpevňováno kloubními vazy – ligamenty (5).

Cévní zásobenění probíhá na úrovni kloubního pouzdra. Kloubní pouzdro má obvykle dvojí kapilární síť, kdy povrchová se nachází ve fibrózní vrstvě a hluboká ve vrstvě synoviální.

Inervace pouzdra je zajištěna senzitivními vlákny, která dávají informace o poloze kloubu, rychlosti, směru pohybu a jeho napětí. Autonomní nervová vlákna pak inervují cévy kloubního pouzdra. Bohatší inervaci má vrstva fibrózní a okolní zpevňující vazy. Ruka je pro člověka velice důležitým orgánem, který od pradávna umožňoval přežití v boji či zajištění obživy. Kromě toho byla ruka také používána jako prvotní nástroj pro komunikaci. I v dnešní době má tento orgán svůj nepostradatelný význam. Je to náš nejdálší oddíl na horní polovině těla (6). Skládá se ze zápěstí a pěti prstů. Na ruce můžeme dle lokalizace a tvaru rozlišit několik typů kloubů. V zápěstí jsou tzv. radiocarpální klouby (*lat. articulatio radiocarpalis*), dále jen RC. Na ně navazují metakarpofalangeální (*lat. articulatio metacarpophalangealis*), dále jen MCP, které pokračují v proximální interfalangeální klouby (*lat. articulatio proximalis interphalangealis*), dále jen PIP, a poslední distální interfalangeální klouby (*lat. articulatio distalis interphalangealis*), dále jen DIP. Na palci jsou pak pouze dva klouby, a sice kořenový kloub palce MCP a interphalangeální skloubení (*articulatio interphalangealis*) dále jen IP (7).

1.1.2 Etiologie nemoci

Etiologie nemoci není zcela známá a jednoznačná. Stejně tak jako všechna ostatní onemocnění má i RA svou historii. Jako první s termínem revmatoidní artritida přišel anglický lékař a genetik sir Archibald Edward Garrod v roce 1859. Do té doby se hovořilo o revmatických nemocech bez přesného odlišení, jak ho máme dnes. Zmínky o nemocích, které postihují klouby, jsou známy již od dob Hippokrata (460–377 př.

Kr.), který sám rozeznával prudký hostec kloubní (dnes známý jako revmatická horečka) od dny (pogrady). Další doklady pochází i z dob starého Egypta, kam se nejspíš lidé s revmatismem jezdili léčit do některých z tamních soudobých lázní. Za zmínku stojí i paleopatologické nálezy kosterních pozůstatků z Ameriky, kde byly známky RA nalezeny na kostech pocházejících z dob 3–5 tisíc let před Kristem. Zde vědci zvažují možnost, že byla RA do Evropy zavlečena po Kolumbových výpravách stejně jako například syfilis (2).

S určitostí na toto onemocnění však můžeme usuzovat až od 18. století, kdy bylo přesně popsáno jako polyarthritis progressiva chronica. Dle popisu obnášelo bolest kloubů, svalové obtíže, zvýšenou teplotu a poruchu funkce kloubu. Ze známých osobností tímto onemocněním trpěli například Pierre Auguste Renoir, Eliška Krásnohorská nebo Edith Piaf (8,9).

I přes to, že zmínky o projevech revmatického postižení kloubů jsou popisovány již v dobách před Kristem, její etiologie není ani ve 21. století zcela objasněna. „V rozvoji onemocnění se předpokládá společná účast dědičných a zevních faktorů,“ (1, s. 25). Za etiologická agens zevního prostředí jsou považované bakterie (*mycobacterium*, *escherichia coli*, *streptococcus*, *staphylococcus*) a viry (*EBV*, *virus hepatitidy B*). Z vnitřních, tedy imunitních, mechanismů se na vzniku podílejí T-lymfocyty, kde hlavním regulátorem zánětu je TNF- α (tumor nekrotizující faktor α). V synovii každého kloubu se nacházejí centra B-lymfocytů, ve kterých se tvoří autoprotilátky, které při vazbě s autoantigeny vytváří imunokomplex, který pak vyvolá zánětlivou reakci. V kloubu pak sledem všech imunitních reakcí dochází k přestavbě synoviální membrány, její neovaskularizaci a proliferaci synoviocytů. Tento celý proces vede postupem času k destrukci a přestavbě kloubu (1).

1.1.3 Klinický obraz

Aby sestra dokázala adekvátně pečovat o nemocného a poskytovat mu informace a rady, měla by znát vznik i průběh RA. Onemocnění může probíhat v cyklech, jichž je několik typů. Nejčastější je tzv. polycyklický typ, během kterého dochází ke střídání exacerbací s remisemi různé délky. Druhý je typ monocyklický, při kterém se vyskytují remise trvající déle než jeden rok. Třetím je typ trvale progresivní, který se sice

vyskytuje jen u cca 10 % nemocných, zato je však velmi destruktivní. Pro tyto vlastnosti získal označení maligní (2).

Klinický obraz může být velmi různorodý, pro lepší orientaci zde bude rozdělen na příznaky místní (kloubní) a celkové (systémové). Mezi celkové počáteční příznaky onemocnění patří horečky, kožní vyrážka ve formě makul lososovité barvy, únavnost, slabost, ztráta hmotnosti, poruchy spánku. Místní příznaky lze rozlišit na objektivní a subjektivní. Subjektivními příznaky, které pacienti většinou udávají, jsou bolest kloubu, která je horší po ránu – v klidu, ranní ztuhlost, která je způsobena nahromaděním otoku v zánětem postiženém kloubu. Ztuhlost má dlouhodobější charakter, na rozdíl od osteoartrické ztuhlosti, která trvá několik minut – tzv. startovací. Z objektivních příznaků lze pozorovat typické postižení MCP, PIP a RC kloubů. Ty bývají postiženy symetricky, jsou oteklé, teplé a palpačně bolestivé. Takto postižený kloub se označuje jako aktivní. Čím je stádium nemoci vyšší, tím jsou destruktivní změny na kloubu znatelnější. „Mohou se objevit subluxace a luxace v MCP a PIP kloubech. Typickými změnami jsou deformita labutí šije (flexe MCP, hyperextenze PIP a flexe v DIP) a deformita knoflíkové dírky (flexe v PIP a hyperextenze v DIP kloubech),“ (1, s. 26). Nejčastěji dochází k postižení PIP, RC, kolenního kloubu a kotníku. Ovšem vyloučeno není ani další postižení kloubů, kterými mohou být loket, rameno, kyčelní kloub a klouby nohou. Postiženy mohou být stejně tak i krční obratle. Pokud se synovitida vyskytne v oblasti okolo prvního (atlas) a druhého (axis) krčního obratle, může dojít k atlantoaxiální subluxaci, která působí bolesti krku a hlavy se závratěmi a parestezií.

Mimokloubní postižení má širokou škálu projevů. Mezi ty nejzávažnější řadíme vaskulitidu, amyloidózu a plicní fibrózu. Jedním z nejčastějších projevů jsou revmatoidní uzly, které se vyskytují ve 20- 30% případů. Tyto uzly jsou lokalizovány do oblasti „...nad proximální hranou ulny a nad olekranonem. Mnohotný výskyt se označuje jako revmatoidní nodulóza“ (1, s. 29). K nejčastějším projevům na plicích se řadí pleuritida. Z kardiálních projevů zánět srdce ve všech jeho vrstvách (perikarditida, myokarditida, endokarditida). K projevům při postižení očí patří suchá keratokonjunktivitida. V krvi nemocného se mohou vyskytnout projevy anémie. Trombocytóza nebo trombocytopenie jsou vzácné.

1.1.4 Vyšetřovací metody a diagnostika

Klíčem k úspěchu při léčbě RA je její včasná diagnóza. Toto onemocnění nelze zcela vyléčit, ale je možné výrazně v mnohých případech zpomalit jeho postup a pomoci tak pacientovi vést plnohodnotný život po delší dobu. Diagnostika RA spočívá především ve stanovení klinických změn, přítomnosti revmatoidního faktoru při laboratorním vyšetření a změnách na RTG snímku. K nejzákladnějším vyšetřením patří anamnéza a fyzikální vyšetření. V anamnéze pátráme po familiárním výskytu onemocnění. Důležitý je přesný popis začátku onemocnění a jeho průběhu i s časovými údaji. Ptáme se na anamnézu bolesti, celkové příznaky, prodělaná onemocnění, anamnézu sociální, farmakologickou a alergologickou. Fyzikální vyšetření zahajuje lékař, kterému asistuje sestra. V revmatologické ambulanci je pacient vyšetřen pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem. Pohledem je sledovaná tzv. ušlechtilá kloubní kresba, otoky, zarudnutí a jiné kožní změny. Deformity, svalové atrofie a držení jak ruky, tak i celého těla. Palpací zjišťujeme otok, zvýšenou teplotu, měkké drásoty typické pro synovitidu. Důležitým úkonem je zjištění rozsahu pohybu v kloubu. Hybnost v daných kloubech rozlišujeme na aktivní, kterou pacient vykoná sám, a pasivní, kterou provádí vyšetřující. „Podle počtu postižených kloubů hovoříme o monoartritidě (1 kloub), oligoartritidě (1–4 klouby) a polyartritidě (≥ 5 kloubů), (1, s. 17). K diagnostice hybnosti páteře se využívá měření tzv. Shoberovy distance, kdy se měří rozsah rozvinutí bederního úseku páteře, rozsah rozvinutí hrudního úseku páteře měří tzv. Stiborova distance. Pokud chceme zjistit pouze orientační schopnost rozvinutí páteře, tak se užívá tzv. Thomayerova distance. Při hodnocení flexe v krční a horní části bederní páteře se používá Flèche podle Forestiera. (9).

Laboratorní vyšetření se skládá ze základního biochemického a imunologického vyšetření. Krev odebírá lékařem pověřená sestra dle standardu. Sestra je zodpovědná za správný odběr, označení zkumavky a doručení do laboratoře spolu s řádně vyplněnou žádankou o příslušné vyšetření. Z hematologického hlediska se vyšetřuje krevní obraz a diferenciál bílých krvinek. Ve výsledcích těchto vyšetření lze sledovat anémii a zvýšený počet leukocytů. V biochemickém obraze jsou zvýšené reaktanty akutní fáze, které slouží jako nespecifický průkaz přítomnosti zánětu a mezi které patří sedimentace

erytrocytů C- reaktivní protein (CRP). Z diagnostického hlediska je dnes již významnější spíše CRP jako ukazatel probíhajícího zánětu. Z imunologických vyšetřovacích metod se při RA uplatňuje revmatoidní faktor, který se stanovuje za pomoci latex-fixačního testu. Jeho prostřednictvím se určí hladina imunoglobulinů G. Pozitivita se nachází asi u 60–70 % pacientů. Dále se vyšetřují antinukleární protilátky a anticitrulinové protilátky, které jsou pro RA velmi typické, jelikož se nachází asi u 80% nemocných (9).

Důležitým diagnostickým postupem je odběr synoviální tekutiny prostřednictvím punkce kloubní dutiny. Tento odběr je prováděn za přísně aseptických podmínek a je nesmírně důležitá spolupráce lékaře sestry i pacienta. S pacientem je potřeba komunikovat, aby věděl, co se bude dít, a mohl spolupracovat. Pokud neprobíhá zánětlivý proces, je tekutina čirá, bez zápachu, vazká a po kultivaci je vždy sterilní. U RA je synoviální tekutina žlutá až žlutozelená; může být též bělavé barvy, má sníženou viskozitu a vysoký obsah bílkovin (10).

K základním diagnostickým postupům patří RTG vyšetření. Změny na rentgenovém snímku mohou být rozděleny dle Steinbrockera na několik stádií. V I. stadiu, kde dochází ke změnám pouze v měkkých tkáních, na RTG nejsou patrné destrukce a může se vyskytnout periartikulární poróza. Ve II. stadiu jsou již patrné známky destrukce, ovšem bez deformit, s možným pohybovým omezením, svalovou atrofií, uzly, tendovaginitidou či osteoporózou. U III. stadia již dochází k destrukci chrupavky a kosti, deformitám, atrofiím a změnám i mimo kloub. IV. stadium pak přináší ještě i fibrózní či kostěnou ankylózu, která je nezvratná.

Na tato stadia navazují třídy funkční zdatnosti, které jsou rozděleny na a, b, c, d (příloha 1). Dalším hodnotícím kritériem je hodnocení funkční schopnosti pacienta. V roce 2010 vydal expertní panel odborníků, který reprezentoval Evropskou ligu proti revmatismu (EULAR) a Kolej amerických revmatologů (ACR), nová revidovaná pravidla pro diagnostiku RA (11). Pravidla, která vydala ACR v roce 1987, byla původně vytvořena díky výzkumu, kterého se účastnili pacienti, kteří trpěli RA alespoň 5 let. Nová pravidla umožňují diagnostikovat RA mnohem dříve a díky včasnému zahájení léčby lépe korigovat průběh onemocnění. K diagnóze RA lékař přistupuje,

dosahuje-li pacient dle těchto kritérií 6 bodů z 10 (příloha 2). Další, ve světě nejvíce užívanou metodou k hodnocení funkční schopnosti, je dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire), jehož vyplnění zabere pacientovi 5–10 min. Dotazník slouží k určení míry soběstačnosti a sebeobsluhy (12).

1.2 Komplexní léčba revmatoidní artritidy

Revmatoidní artritida, jak již bylo uvedeno, svou povahou sice spadá mezi nevyléčitelné choroby, ale v současnosti ji lze úspěšně léčit, a tím zpomalit průběh i následky onemocnění. Cílem léčby je snaha o zachování funkčnosti kloubu, zabránění nebo alespoň omezení progresivních procesů a udržení soběstačnosti pacienta. Neméně důležitým úkolem je i tišení bolesti a mírnění zánětu, což spolu mnohdy souvisí. Léčba by měla být komplexní a probíhat na interdisciplinární úrovni (13). Pacient by měl být plně seznámen s povahou vlastního onemocnění stejně jako se všemi možnostmi a postupy během léčby a prognózou. Měl by vědět, jaká jsou režimová opatření, možnosti nefarmakologické a farmakologické léčby onemocnění. Určitá stadia RA vyžadují chirurgické řešení, o kterém by měl být pacient informován. Sdělování diagnózy a navrhování dalších terapeutických úkonů má ve svých pravomocech lékař. Především na sestře je, aby pacienta řádně seznámila s dodržováním režimových opatření a byla k dispozici pro dotazy z této oblasti. Sestra by měla být schopna doporučit vhodnou literaturu. Seznámit pacienta s podpůrnými skupinami (např. Revma Liga) (14), s jejich činností a pacienta v těchto spolecích aktivně zapojit. Sestra by měla pacienta maximálně zapojit do péče o sebe sama a vhodně ho motivovat k provádění nejrůznějších, jemu prospěšných aktivit, čemuž bude blíže věnována další kapitola.

1.2.1 Režimová opatření

U pacientů s diagnózou RA je dodržování režimových opatření významnou prevencí při snižování rizika vzniku komplikací. Režimová opatření mají své nezastupitelné místo v mírnění bolestí, předcházení zatuhnutí kloubů a slouží též jako prevence kontraktur. Jejich dodržováním se nejen lepší fyzická kondice, ale významně pomáhají pacientům i po psychické stránce.

Při dodržování těchto opatření je zapotřebí si uvědomit, zda se jedná o chronické nebo akutní stadium nemoci. Při akutním stadiu se doporučuje klid na lůžku, pokud se

objeví celkové příznaky (horečky, únava, slabost, vyrážky atp.). V případě, že je akutní zánětlivou exacerbací postižen kloub pouze místně, stačí ponechat v klidu pouze tuto končetinu. Pokud má pacient klidový režim a dovoluje to jeho stav, nemělo by se zapomínat na doprovodnou rehabilitaci příslušné oblasti. Cvičení v takovém případě provádí druhá osoba. Je-li pacient hospitalizován, měla by sestra myslet na zajištění fyzioterapeuta nebo cvičit s pacientem sama (9).

V chronické fázi je nutné pacientovi vysvětlit, že cvičení působí protizánětlivě. Znamená to, že pokud bude pravidelně provádět doporučená cvičení, výrazně tím zpomalí destruktivní proces a sníží bolest kloubů. Sestra musí mít vždy na paměti, že cvičení by mělo být přizpůsobeno jednak celkovému zdravotnímu stavu pacienta, jednak stádiu RA.

Dalším opatřením, které nelze opomínat, je strava a s ní spojená hmotnost pacienta. I když není přesně definovaná dieta vhodná při revmatickém onemocnění, je výhodou doporučit pacientovi racionální stravu. U každého by měla být v první řadě zhodnocena tělesná konstituce. K tomu nejsnáze pomůže tzv. body mass index (dále jen BMI). Za ideální váhu se považuje hodnota BMI mezi 18–25. K výsledku dojdeme snadným výpočtem, kdy $BMI = \text{váha člověka} / \text{vydělina jeho výškou v metrech na druhou}$. Čím více se jeho hodnota dostává nad hranici 25, tím více zdravotních komplikací s sebou přináší. Komplikacemi plynoucími z obezity při revmatickém onemocnění je přetěžování kloubů, jejich další poškozování a bolest. Nejlepší je pro pacienta úprava jídelníčku a zařazení adekvátního pohybu. Pokud to umožní situace a pacient má zájem, je vhodná spolupráce s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem (15).

Čím více je pohyb či sportovní aktivita fyziologická, tím více kloubům prospívá. Za obecně prospěšný pohyb je považována chůze. Do popředí se dnes dostává chůze s holemi tzv. nordic walking. Hole slouží nejen jako opora, ale také zapojuje do pohybu více ruce, což je právě u RA žádoucí. Další možností je cvičení ve vodě. Voda by měla být pro pacienty s revmatoidní artritidou spíše teplá, např. vodoléčebné bazény v nemocnici nebo v lázních. Zvlášť pozor si musí dávat na průvan.

Rozhodně není vhodné cvičení ve fitness centrech, kde se zvedají těžká břemena, a sporty, kde jsou klouby přetěžovány např. tenis nebo squash.

Ne vždy se ale sestra setká v praxi s pacientem, který je schopný vykonávat aktivity běžného denního života tak kvalitně, jak byl zvyklý, nebo dokonce jak je potřeba. Měla by být tedy schopná nejen ohodnotit stav pacienta (o hodnoticích technikách bude pojednáno v další kapitole Kvalita života), ale především doporučit vhodné kompenzační pomůcky (dále jen KP), kterých na trhu stále přibývá. KP jsou pro pacienty s RA mnohdy nedílnou součástí života, jelikož by bez jejich pomoci bylo provádění mnohých činností neřešitelným problémem. Jejich úkolem je snížit postižení nemocných s RA a umožnit jim zapojení do běžného denního života. Jsou určeny hlavně pro nemocné ve 3. a 4. stadiu onemocnění, ale jejich použití není vyloučené ani v nižších stádiích onemocnění. Pomůcky, které zajišťují soběstačnost v běžných denních činnostech, se nazývají adjuvatika. Druhou základní skupinou jsou tzv. kalceotika. Do této skupiny se řadí obuv, různé dlahy a podpůrné pohybové pomůcky. Adjuvatika lze rozdělit do skupin podle toho, k čemu se využívají: k osobní hygieně (mycí houby s prodloužením rukojeti, sedačka do vany, protiskluzové podložky), úpravě zevnějšku (hřebeny s prodlouženou rukojetí), oblékání (navlékač ponožek), stravování (přístroje se speciálním ergonomickým tvarem rukojeti), vaření, usnadnění přesunu, ale i pro realizaci zájmů revmatika. Většinu těchto pomůcek si hradí pacient sám, i když některé z nich jsou částečně nebo plně hrazeny zdravotními pojišťovnami (16).

V rámci režimových opatření je nutné dbát na prevenci úrazů, doporučit práci v suchém, teplém prostředí, kde není na pacienta kladen vysoký nárok jak po stránce fyzické, tak psychické (17).

1.2.2 Fyzikální terapie a lázeňská léčba

Jednou z mnoha možností léčby a úlevy od bolesti je fyzikální terapie, která využívá nejrůznějších fyzikálních metod a postupů. Blahodárnost jejích účinků je známa již po tisíce let a to nejen u lidí, ale i u zvířat. Za kolébku fyzikální terapie je považována Čína, kde již 4700 let př. n. l. využívali účinků vodoléčby. Ve 3. tisíciletí př. n. l. Číňané napsali jednu z prvních knih o vodoléčbě a různých masážních technikách. Ve středověku nabraly lázně veliké obliby, ovšem spíše ve smyslu společensko-zábavního charakteru. Dnes se vodoléčba v souvislosti s revmatoidní

artritidou využívá především v chronické fázi onemocnění. Ve fyzikální terapii lze ale využít i mnohé další metody jako například léčba pomocí elektrické energie, ionizujícího záření, mechanické působení (masáže), fototerapie, termoterapie či naopak kryoterapie. Jednotlivé metody budou blíže rozepsány v kapitole Nefarmakologické tišení bolesti (1, 2).

Neméně dlouhou historii má i lázeňství. Jeho hlavním smyslem je využití přírodních léčivých zdrojů ve formě různých ozdravných koupelí, lázní, pití léčivých pramenů a vod. Poukaz na lázeňskou léčbu smí vystavit ošetřující lékař, který léčbu doporučuje: revmatolog nebo rehabilitační lékař. To, zda pacient má právo na lázeňskou léčbu či nikoli léčbu, uvádí zákon 48/1997 sb. „Zákon o veřejném zdravotním pojištění“ (18), který dále upravuje vyhláška číslo 267 z roku 2012 „Vyhláška o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost“ (19). Pokud tedy chce pacient žádat o lázeňskou léčbu, hlavním předpokladem je, že nesmí mít akutně probíhající zánět. Dále je pak důležité absolvovat odborné vyšetření revmatologem spolu s dokladem laboratorních výsledků a dále s popisem RTG snímků, které však nesmí být starší než dva roky. V České republice mají revmatici možnost navštívit lázně, kde se na tato onemocnění specializují. Např. lázně v Bechyni, Třeboni, Jáchymově nebo Klimkovicích (18).

1.2.3 Farmakologická terapie

I přesto, že se téma práce věnuje nefarmakologickému tišení bolesti, je zapotřebí zmínit i farmakologickou terapii pro ucelení problematiky, neboť v akutní fázi onemocnění jsou léky stále volbou číslo jedna. Ordinace farmak je vždy plně v kompetenci lékaře. Sestra zde zastává roli poradce a kontroluje dodržování léčebného režimu. Jejím úkolem je dohlédnout na to, aby pacient věděl, jak léky správně užívat, doporučila mu, aby si důkladně četl příbalové letáky a sledoval případné nežádoucí účinky. Aby se nebál zeptat se. Jak sestra, tak lékař si musí získat důvěru pacienta a to nejen přístupem, ale i projevem dostatečného množství znalostí, pochopením a nasloucháním.

Medikamentózní léčba je při RA vždy zahajována nesteroidními antirevmatiky (dále jen NSA) společně v kombinaci s dalšími léky. Jejich hlavní účinek je

antiflogistický, antipyretický, analgetický a do jisté míry zmírňuje i ztuhlost kloubů, je tzv. dekontrakční. Pacientům je potřeba připomenout, že tyto léky řeší pouze symptomatologii onemocnění, ale nikoliv onemocnění samotné. Zde je úkolem sestry při rozhovoru s pacientem pátrat v anamnéze po nežádoucích účincích, kterými mohou být např. krvácení do gastrointestinálního traktu, které se projeví buď jako meléna (natrávená krev ve stolici), pokud se vyskytne v nižších pasážích, nebo jako hematemésa v pasážích vyšších. Dlouhodobé užívání NSA může mít za následek vředovou chorobu žaludku, která při perforaci vředu může pacienta vážně ohrozit na životě. Aplikační forma léků může ve formě tablet, kapslí, injekcí nebo čípků dosáhnout rychlejšího nástupu účinku. Mezi NSA patří mnoho léků, které se liší svou účinnou látkou, délkou biologického poločasu i typem nežádoucích reakcí. Mezi nejpoužívanější NSA se řadí ty, jejichž hlavní účinnou složkou je Diclofenac. Dále lze zmínit ibuprofen, naproxen, indometacin a další. Nověji se na trhu vyskytují tzv. koxiby. Tyto léky lépe reagují s COX-2 receptory, čímž zajišťují nižší počet nežádoucích účinků na gastrointestinální trakt. Tyto léky ovšem nejsou vhodné pro pacienty se zvýšeným rizikem tromboembolických komplikací a onemocněním srdce pro vznik infarktu myokardu. Je důležité pacienta poučit i o generických názvech léků tak, aby nedošlo k předávkování některými látkami. Toto riziko představují především NSA, která ve vysokých dávkách a dlouhodobém užívání přináší mnohé komplikace (20). Další velkou a velmi významnou skupinou léků užívaných v léčbě RA jsou choroby modifikující léky (disease-modifying anti-rheumatic drugs dále jen DMARDs). Tato zkratka je mezinárodně uznávána pro skupinu těchto léků. „Celkově se dá říci, že je celosvětově přijímáno, že tyto léky modifikují průběh nemoci – tj. objektivně potlačují zánětlivou reakci včetně potlačení reaktantů akutní fáze a zpomalují rentgenovou progresi onemocnění.“ (2, s. 209). Pacienti by tyto léky měli užívat dlouhodobě a nezdědka dokonce řadu let. Mezi zástupce DMARDs patří methotrexát, sulfasalazin, antimalarika, sloučeniny zlata, glukokortikoidy. Právě glukokortikoidy jsou léky, které jsou spojovány s množstvím nežádoucích účinků zvláště při dlouhodobém užívání. Důvodem, proč jsou ordinovány, je snaha o snížení imunitní odpovědi organismu. Zde je opět úkolem sestry edukace pacienta v užívání kortikoidů. Důležité je zmínit, že

pokud pacient bere léky dlouhodobě, nesmí je vyřadit ze dne na den, ale jejich dávky snižovat postupně. Dále je důležité léky užívat v doporučených dávkách, aby se předešlo iatrogennímu Cushingovu syndromu. Měla by být pravidelně kontrolována glykémie (glukokortikoidy její hladinu zvyšují), krevní srážlivost, stav kůže a svalů a minimalizovat riziko vzniku infekce. U pacientů, kteří dlouhodobě užívají glukokortikoidy, dochází ke vzniku tzv. papírové kůže v místě jejich aplikace. Je třeba dbát na zvýšenou péči o tuto oblast. Nepoužívat zde náplasti, nedrhnout kůži během mytí. V případě poranění překrýt sterilním obvazem. Sestra by měla dbát zvýšené opatrnosti při odběrech krve, zavádění kanyl nebo měření tlaku (7).

V posledních deseti letech vystupuje do popředí tzv. biologická (cílená) léčba. Jedná se o léčbu, kterou indikuje lékař v případě, že onemocnění probíhá velice rychle, agresivně a neproběhla dostatečná reakce organismu na standardní terapeutický postup. Zde jsou jasně daná kritéria vydaná Českou revmatologickou společností. Dříve platilo, že biologická léčba byla indikována, pokud pacient s RA nereagoval na léčbu s použitím alespoň dvou léků modifikujících chorobu, kdy jedním z léků byl metothrexát v dávce nejméně 20mg týdně, byl pacientem tolerován po dobu alespoň šesti měsíců a i přes tuto léčbu byla aktivita nemoci hodnocena jako vysoká (dle DAS 28 (disease activity score) $\geq 5,1$). Dnes se již biologická léčba zahajuje, pokud je aktivita nemoci DAS 28 3,9 a výše. Biologická léčba se využívá i v případě, pokud je absolutní kontraindikace k užívání DMARDs (11).

Biologická léčba byla postavena na principu inhibice TNF- α . Úkolem lékaře je, aby z množství preparátů, jež jsou dnes na trhu dostupné, vybral ten nejvhodnější. Léčebnou látku je možné aplikovat buď do podkoží, nebo intravenózně. Podle typu prostředku se látka aplikuje 1× týdně nebo 1× za 14 dní. Pacient může docházet do centra pro biologickou léčbu, kde mu přípravek aplikuje sestra, nebo ho může užívat sám. Zde by sestra měla pacienta poučit o zásadách aplikace. Aby pacient dbal na dodržení času aplikace, střídal místa vpichu, sledoval nežádoucí účinky. Při skladování přípravku je nutné, aby byl uložen v lednici, ideálně v dolní části, kde se teplota pohybuje okolo 2-8°C, a dát pozor, aby přípravek nezmrzl. Před aplikací se přípravek vyndá z lednice a nechá se stát, aby se samovolně ohřál na pokojovou teplotu. Další možností je aplikace

intravenózní, která musí být prováděna přímo v centru pro biologickou léčbu. Před zahájením léčby musí mít pacient zhotovené laboratorní vyšetření, které musí být v normě, natočené EKG a vyšetřeny fyziologické funkce. Během intravenózní aplikace by mělo být v dosahu vybavení k resuscitaci pro případ neočekávané a nepřiměřené alergické reakce. Sestra poučí pacienta, aby ji v případě jakýchkoliv nežádoucích účinků (svědění kůže, pocení, zhoršeného dýchání) okamžitě informoval. Jakákoliv nežádoucí reakce je kontraindikací pro pokračování v biologické léčbě (21).

1.2.4 Chirurgická léčba

Pokud selhala všechna léčebná opatření a nemoc poškodila klouby natolik, že došlo k nezvratnému poškození kloubu, může být vhodným řešením chirurgická léčba. V pozdních stádiích revmatoidní artritidy, kdy již dochází ke kontrakturám, patologickému postavení kloubů a vysokému omezení hybnosti s bolestí, lze volit jako možný typ léčby právě chirurgický zákrok. Těmito chirurgickými postupy se zabývá obor zvaný revmatochirurgie, který spadá k ortopedickým oborům coby jeho specializace. Pokud je nutné chirurgický zákrok podstoupit, je na místě spolupráce odborníků z oboru revmatologie, ortopedie a rehabilitace (22). Lékař navrhuje pacientovi chirurgický zákrok v případě, že zánět nebyl konzervativní léčbou zvládnutý po dobu tří až šesti měsíců. Pokud pacient souhlasí, je předán do péče chirurga, který zhodnotí, jaký typ operace bude zvolen, tedy bude-li se jednat o výkon profylaktický (tendosynovektomie, synovektomie). Nebo zda půjde o výkon rekonstrukční (osteotomie, artrodéza, aloplastika) (23).

Pro pacienta, který podstoupí chirurgický zákrok na pohybovém aparátu, je pak velmi důležité, aby byla co nejdříve zahájena rehabilitace pro obnovení maximální pohyblivosti. To vyžaduje mnoho úsilí i času, jak ze strany pacienta, tak ze strany personálu. Sestra má v pooperačním období za úkol tišit bolest, podporovat sebepečí v oblastech, ve kterých je to potřeba, a předcházet vzniku komplikací. V ambulantní péči je mu pak oporou a snaží se mu jak zodpovědět veškeré dotazy, tak mu může pomoci navrátit se zpět do běžného života a společnosti (24).

1.3 Podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti

Bolest je fenomén, který člověka provází od počátku věků. Člověk se po dlouhá staletí snažil proti ní bojovat různými prostředky a přijít na její původ, aby bylo možno ji léčit co nejefektivněji. Lidé si od bolesti pomáhali různými metodami. Již v počátcích medicíny byl hlavním cílem pacient bez bolesti.

1.3.1 Bolest

Bolest je subjektivní pocit, který pacientovi vždy věříme (25). Světovou zdravotnickou organizací společně s Asociací pro studium bolesti je bolest definována jako: „Nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání“ (24, s. 21). Vyvolavatelů bolestí může být hned několik. Mezi nejčastější patří chemické, fyzikální, biologické, ale je známa i tzv. psychogenní bolest. Nejčastější rozdělení bolesti je však podle délky jejího trvání.

Akutní bolest trvá hodiny až dny, ale nepřesahuje délku 4 týdnů. Její funkce je velmi důležitá, jelikož je většinou dávána do spojitosti s tím, co ji vyvolalo. Bývá ostrá a pacient je schopen ji přesně lokalizovat. Tento typ bolesti velmi dobře reaguje na léčbu. Pokud se nepodaří odstranit včas vyvolávající příčinu, nebo je špatně navrhnutá léčba, může se bolest prodloužit i na několik týdnů. To bohužel neplatí pro RA, jelikož zde není příčina bolesti známá. Když se člověk setká s akutní formou bolesti, doprovází ji i celková reakce organismu. Dochází k mělkému dýchání, zrychlení tepové frekvence a vyššímu srdečnímu výdeji, minimalizování pohybu. Velmi prudká bolest může vyvolat i zvracení až hyperglykémii (26).

Pokud je tento úsek mezi 4–12 týdny, mluví se někdy o tzv. subakutní bolesti. Nejčastěji se sem řadí bolest poúrazová a bolest po chirurgickém výkonu. Druhým typem bolesti je chronická. Jedná se o takovou bolest, která trvá nejméně tři měsíce, ale může trvat i několik let. Na chronickou bolest se nelze dívat jako na varovný příznak, jelikož z tohoto hlediska postrádá smysl. Intenzita bolesti se může střídat. Pro nemocného je velmi vyčerpávající, snižuje výkonnost i práce schopnost, což má nepochybně i ekonomický dopad. Nemocní s chronickou bolestí jsou ohroženi těžkými depresivními stavy. S chronickou bolestí se můžeme nejčastěji setkat u vertebrogenních obtíží, osteoartritidě, revmatoidní artritidě, migrén, atd. (27).

1.3.2 Podíl sestry na tišení chronické bolesti u pacientů s RA

Pro různé typy onemocnění jsou známé odlišné typy chronické bolesti. Ač je zde bolest společným jmenovatelem, pak u každé nemoci má svůj vlastní charakter. To, do jaké míry člověk svou bolest vnímá, nezávisí pouze na faktorech fyziologických, ale i na psychických. Velkou roli přitom hraje věk. Malé dítě bolest vnímá zcela jinak než dospělí či senior. K věku by se dalo přiřadit i pohlaví. Ženy jsou vůči bolesti více citlivější díky tomu, že estrogény snižují práh bolesti. Na rozdíl od testosteronu, jehož účinek je opačný. (24) Důležitou roli hrají i předchozí zkušenosti s bolestí. Neméně podstatný je i fakt, k jaké nemoci se bolest váže. Jde-li o běžné onemocnění nebo o chronické a nevyléčitelné či neléčitelné s fatálními následky. Jak člověk reaguje na bolest, záleží na přemorbidním typu osobnosti a povahových rysech. Chronická bolest je doprovázena řadou somatických příznaků, jako jsou poruchy spánku, zácpa, nechutenství, snížená výkonnost, únavnost, pokles sexuálních funkcí a další (26).

Jak již bylo zmíněno v úvodu, bolest kloubů u RA je jedním z hlavních důvodů, které přivádí nemocné k lékaři. Podle výzkumu, který byl uveřejněn v časopise Rheumatology z roku 2003, kterého se zúčastnily ženy ve věku mezi 40–60 lety trpící RA minimálně 3 roky, vyplývá, že pro většinu z nich byla bolest dominujícím příznakem tohoto onemocnění. Tento výzkum mapoval vnímání zdraví a pohody u svých respondentů (28).

Mnoho zdravotnických pracovníků má ovšem sklony k podhodnocování bolesti, což má na pacienta neblahý vliv. V této oblasti má vzdělaná a empatická sestra pro pacienta nesmírnou hodnotu. Právě ona by měla ve spolupráci s pacientem bolest tišit, mapovat pokroky v jejím odstraňování a pomoci mu bolest zvládnout co nejefektivněji. K tomu je potřeba bolest správně ohodnotit a také zjistit, v čem pacienta bolest omezuje nejvíce. U bolesti je důležitá správně odebraná anamnéza. Zde zjišťujeme, jak dlouho bolest trvá, jak je silná, co ji vyvolává a naopak snižuje. Ve kterou denní dobu je bolest neintenzivnější, závislost bolesti na pohybu, zda bolest brání v usínání nebo vyvolává noční probouzení a v jakých aktivitách bolest brání (29). K hodnocení bolesti je možné použít mnoho dotazníků a škál. K hodnocení bolesti se používá např. technika PQRST. (**P** – co bolest vyvolává a co jí snižuje, **Q** – jaká je kvalita bolesti, **R** – kde je bolest

lokalizována, **S** – síla bolesti, **T** – trvání). Nejčastěji se používá visuální analogová škála bolesti (dále jen VAS). Slouží k popisu aktuální intenzity bolesti (30). Pacient má za úkol na stupnici ukázat, jak silná jeho bolest je. U dětí je škála přizpůsobena věku a místo číslic mohou být použity obličejové (Faces Pain Scale). Standardně se na pravé straně značí oblast úplně bez bolesti a vlevo naopak bolest největší. Lze použít i stupnici od 0 do 10. Škály nám slouží k rychlé a snadné orientaci a hodnocení účinnosti intervencí k tlumení bolesti. Zdravotnickému personálu může při hodnocení a léčbě chronické bolesti pomoci, pokud si pacient vede tzv. deník bolesti, kam zaznamenává, kdy bolest má, co udělal pro její zmírnění a kdy se mu od bolesti ulevilo. Zde je úkolem sestry seznámit pacienta se smyslem deníku, proč je pro něj důležitý a jak jej správně vyplnit a využívat (31).

Při mírnění bolesti je klíčová úloha sestry, respektive její spolupráce s nemocným. Všeobecná sestra, ať již na lůžkovém oddělení nebo v ambulanci, by si měla umět dobře zorganizovat ošetrovatelskou péči. Nejvhodnější, nejúčinnější a nejpoužívanější metodou je v současnosti ošetrovatelský proces. Je to systematický a dynamický proces sběru informací o stavu nemocného. Základem kvalitně prováděné péče je správně odebraná ošetrovatelská anamnéza. Tu lze rozpracovat díky rozhovoru s nemocným, dotazníkem, pozorováním nebo studiem předešlé zdravotní dokumentace. Na základě odebrání anamnézy se stanoví diagnóza. Ta by se dala shrnout matematickou rovnicí asi takto: problém + příčina = diagnóza. Z časového hlediska můžeme diagnózu rozdělit na akutní, chronickou nebo potencionální. Podle etiologie na somatickou, psychickou (psychologickou) a sociální. Při stanovení ošetrovatelských diagnóz sestry pracují s diagnostickými doménami. U nás nejznámější jsou klasifikační domény dle NANDA-international (North American Association for Nursing Diagnosis International). Podle této publikace se diagnóza chronická bolest nachází pod číslem 00133 a akutní pod číslem 00132. Ve své podstatě se jedná o diagnostický systém, který má sestřím pomoci se orientovat v problematice ošetrovatelských diagnóz. Další velkou myšlenkou je snaha o celosvětové sjednocení ošetrovatelského jazyka. Nejde zde o standardizaci péče, ale o způsob dosažení norem, kterým se vyjádří konkrétní ošetrovatelské činnosti. Pokud se sestry na celém světě naučí používat standardizovaný ošetrovatelský jazyk a

pracovat s těmito systémy, bude se pak ošetrovatelství vyvíjet mnohem rychleji a předávání si informací a zkušeností na mezinárodních konferencích bude velkým přínosem (32).

V případě bolesti je potřeba správně odlišit, zda se jedná o bolest akutní nebo chronickou. U chronické bolesti lze předpokládat, že bude sestra navíc více pracovat s problematikou v oblasti psychologické a sociální, které lze také označit jako ošetrovatelské diagnózy. Je ovšem třeba mít vždy na paměti, že tyto diagnózy vznikají z primární příčiny, kterou je právě chronická bolest. Pokud se podaří vyřešit nebo zmírnit hlavní problém, pak se zmírní nebo odstraní i ty související. Jedná se nejčastěji o zhoršenou pohyblivost, deficit sebeděče v různých oblastech nebo může jít o projevy ošetrovatelských diagnóz únava, sociální izolace, strach ze ztráty zaměstnání, riziko pádu. Po zhodnocení stavu pacienta a sestavení diagnóz je třeba společně určit cíl péče a očekávané výsledky. Ty by měla sestra sestavovat nejen dle individuálních potřeb klienta, ale i za spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu. Všechny cíle ošetrovatelské péče by měly být reálné, aby nedošlo k demotivaci jak pacienta, tak sestry. S vysokými a nespílitelnými cíli je možné se setkat právě u diagnózy bolesti (33). Pokud se stanoví diagnóza: Chronická bolest v souvislosti se základním onemocněním. Sestra si může celkem nesprávně dát jako cíl: Pacient neudává bolest. Ten však je velmi náročný až nespílitelný jak pro sestru, tak pro pacienta. Reálnější a efektivnější je si jako cíl stanovit např.: Pacient udává zmírnění bolesti o 2 stupně na škále (s použitím pětistupňové VAS). Pokroky zde lze velmi dobře objektivně hodnotit (34).

Dalším krokem je naplánování výsledných kritérií (co se očekává od pacienta) a ošetrovatelských intervencí (postupů, které musí splnit sestra), kterými se dosáhne stanovených cílů. Zde se uvádí kdo, co, jakým způsobem a kdy má zvládnout. Poslední částí plánu je hodnocení cílů. Je důležité poznamenat, které cíle byly splněny úplně, částečně, cíle, které splněny nebyly, případně mohou vzniknout i zcela nové diagnózy. Výstupem celého tohoto procesu by měl být spokojený klient se saturovanými potřebami v oblastech bio-psycho-sociálních (35).

1.3.3 Možnosti nefarmakologického tišení bolesti

Mnozí autoři, kteří se zabývají ve svých pracích právě touto problematikou, používají různá dělení. Tato kapitola je seřazena tak, aby vytvořila ucelený přehled na danou problematiku.

Pokud uvažujeme o využití nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s RA, máme mnoho možností. Bohužel celá řada nemocných, stejně jako lékařů a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, se častěji přiklání k farmakologickým tišícím prostředkům. Nástup jejich účinku je sice nejrychlejší, ale z dlouhodobého hlediska jsou pro tělo nevýhodné a škodlivé. Sestra, která pracuje v revmatologické ambulanci, by toto měla mít na paměti a nemocného vhodně motivovat a edukovat o jiných možnostech tišení bolesti, než jsou právě farmaka. Pro lepší orientaci v této problematice jsou níže některé z možností uvedeny. O rehabilitaci, cvičení i možnostech lázeňské léčby je již pojednáno výše v kapitole „Režimová opatření“, nyní budou podrobněji popsány i další metody.

1.3.3.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie (dále jen FT) je považovaná za jednu z nejstarších léčebných metod vůbec. Je založená na praktickém uplatnění fyzikálních léčebných metod, které působí na živý organismus. Využívá energií tepelné, elektrické, magnetické aj. V této práci budou jen okrajově popsány ty, které lze využít při léčbě RA. Velmi hezký, stručný a však ucelený pohled nám může být k dispozici v některých zahraničních odborných časopisech (36, 37).

Léčba chladem, tzv. kryoterapie nebo také negativní termoterapie, se využívá nejčastěji při léčbě akutní formy zánětu. Chladem se může na organismus působit buď lokálně, pomocí chladících sáčků, nebo celkově. S poměrně novou technikou léčby chladem přišel v 70. letech minulého století japonský profesor Toshima Yamauchi. Tato metoda je založena na principu celotělového podchlazení. Postupně se stává po celém světě stále oblíbenější a žádanější. Terapie probíhá v tzv. kryosaunách, kde se teplota pohybuje okolo -110 až -160 °C, a člověk zde tráví zpočátku pouze 2–3 minuty. Kontraindikací této procedury jsou drogové závislosti, kardiovaskulární onemocnění, chladové alergie či klaustrofobie. Probíhající menstruace u žen není absolutní

kontraindikací k proceduře, ovšem je potřeba dbát zvýšené opatrnosti. Tato léčba je doporučována nejen lidem s onemocněním kloubů, ale i při psoriase, ekzémech, po operacích na pohybovém ústrojí, migrénách, chronickém onemocnění dýchacího systému, roztroušené skleróze atd. (38).

Opačnou možností je terapie teplem. Tato metoda je v akutním stadiu kontraindikována úplně. Může se ovšem stát, že pacient, který je bez známek akutního vzplanutí, nemusí termoterapii snášet dobře. Lze využít jak tepla vlhkého (koupele), tak i suchého (teplé zábaly, obklady). Účinky této terapie jsou vazomotorické, myorelaxační, spasmolytické a analgetické. Možností pozitivní termoterapie je využití parafínu. Jedná se o vosk vyrobený z ropy. Jeho výhoda spočívá v uvolňování vysokého tepla poté, co se zahřeje. Může být aplikován jako parafínový zábal, ale i jako parafínová lázeň. Po lázni by se požadovaná oblast měla zabalit nejdříve do igelitu, následně do ručníku a uvolňování tepla podpořit tímto způsobem alespoň po dalších 15–20 minut. V rámci termoterapie se lze setkat i s tzv. aplikací pleoidů, což jsou látky biologického původu, které jsou schopné dobře vázat vodu a vytvořit kašovitou konzistenci (rašelinné či bahenní lázně) (38).

Další velmi rozšířenou možností FT je tzv. hydroterapie. Tato metoda se uplatňuje u RA v podobě velkých koupelí ve vodě se stejnou teplotou, jako má lidské tělo (izotermní), nebo s teplotou vyšší (hypertermní). Možností jsou také vířivé koupele nebo podvodní masáže.

Při léčbě RA lze využít i elektroterapie, která využívá elektrické energie. U RA lze aplikovat nízkofrekvenční terapie, středně frekvenční terapie nebo galvanoterapie.

Použití se ale odlišuje podle stadia a fáze onemocnění. Dalšími terapeutickými metodami jsou i laser a ultrazvuk. Popis jednotlivých metod by však svým obsahem přesahovala základní obsah i cíl práce, proto jsou zde jen takto zmíněny.

1.3.3.2 Alternativní medicína

V posledních letech se do popředí stále více dostává vliv alternativní medicíny. U nás se již velmi dlouho pracuje s různými bylinkami, ze kterých se vyrábí různé čaje, masti nebo bylinné tinktury či tablety. Stále častěji se však máme možnost setkat i s tradiční čínskou medicínou, východní filosofií a prací s energiemi.

Velmi dobrých výsledků při tišení bolesti bylo dosaženo za pomoci zázvoru. Tato bylina, která je svým původem z Asie, je vhodná nejen jako koření do kuchyně, ale její extrakt lze využít k léčbě chronické bolesti. Nejdůležitější léčivé složky jsou obsaženy v lepkavém oleji a pryskyřici. O tom, na jakém principu tyto složky fungují, přinesl výsledky ze svého výzkumu až v osmdesátých letech minulého století dánský vědecký pracovník Dr. K. C. Sivastrava. Tehdy prováděl pokusy na myších, které měly končetiny postiženy artritidou. Jedna ze složek zázvorového extraktu zmírnila artritické příznaky během třiceti dnů. Později přešel k výzkumu u pacientů trpících různými kloubními onemocněními. U všech se během třech měsíců dostavilo výrazné zlepšení a zmírnění příznaků nemoci. „Zmírnění bolesti v důsledku užívání zázvorového extraktu je pravděpodobně způsobeno kombinací inhibice COX-2 enzymů, inhibice tromboxanové syntetázy a stimulace endorfinů“ (39, s. 96).

Pokud pacient trpí chronickou bolestí, která je jedním z dominujících rysů právě i pro RA, je na místě využití různých cvičení a relaxačních technik, které mohou zmírnit bolest a pomohou pacientům zklidnit i ducha. Jsou různé možnosti relaxace, které by člověk měl volit ryze individuálně a podle aktuální nálady a stavu. Kromě relaxačních technik je možné cvičit i jógu nebo čchi kung. Čchi kung je starodávná taoistická metoda cvičení. Čchi je označení pro „životní energii“ a kung znamená práci. Jedná se o systém cviků, které na sebe navazují tak, aby podpořily správné proudění životní energie. Podle starých mistrů tao je tato energie známá jako chi, qui nebo také čchi na tři základní zdroje, kterými jsou vesmírná čchi, universální čchi a čchi země. Vesmírná čchi vznikla z prapůvodní životní energie a je popisována jako základní esence a inteligence života. Universální čchi vyzařují sílu celého vesmíru, tedy všech galaxií, planet a hvězd. Čchi země je zase považována za třetí sílu přírody, do které jsou zahrnuty všechny energie matky přírody. Podstatou cvičení je harmonizovat tělo s duší, uvolnit se a posílit zároveň (40).

Úkolem sestry je být pacientovi oporou a poradcem při zkoušení alternativ v tišení bolesti. Měla by se snažit jej motivovat správným směrem, umět pacientům poradit, kde v okolí mohou najít vhodná zařízení nebo by měla vědět, kde může pacient tyto informace získat. Může se sama aktivně podílet tak, že např. vybaví čekárnu edukačním

materiálem a letáky s vhodnými druhy cvičení, které nabízí různé spolky a organizace v okolí.

1.4 Kvalita života pacientů s RA

Bolest má na kvalitu života zásadní vliv. Trpí-li člověk bolestí, zejména chronickou, projeví se to na kvalitě jeho života ve smyslu omezení v aktivitách běžného denního života. Pro správné pochopení této kapitoly je dobré si nejprve vymezit pojem „kvalita života“ (dále jen KŽ). To ovšem není vůbec snadný úkol, protože jeho jednoznačná definice v podstatě neexistuje. Lépe řečeno, žádná není obecně akceptována. Na úvod úvahy je tedy vhodné si položit otázku, co vlastně pojem „kvalita“ vyjadřuje? Dle slovníku je ekvivalentem kvality „hodnota“, „jakost“ nebo „stav věci“. Co si ovšem pod těmito termíny představit v případě spojení KŽ? Je-li někým hodnocena KŽ, pak se většinou nejedná o to, jak dlouhý náš život bude, což by mohlo odpovídat ekvivalentu „stav života“. Tedy na život se nepohlíží pouze s ohledem na kvantitu, člověk se nesnaží žít věčně. Fenomémem posledních desítek let se naopak stává zaměření na kvalitu života jako takovou – tedy na „hodnotu, jakost“ života. Obvykle je při sledování KŽ brán zřetel především na fyzický a psychický stav jedince, jeho způsob života a pocit životní spokojenosti (41).

Existuje mnoho definic KŽ. Většina z nich vychází z Maslowovy pyramidy potřeb, podle které jsou člověkem nejprve naplňovány základní (fyziologické) potřeby, a teprve pak potřeby vyšší (potřeba bezpečí, potřeba sebeúcty, aj.) Pro hodnocení KŽ byla dokonce přijata r. 1993 jednotka 1 QIL (quality of individual life; viz níže). Kdo však může soudit kvalitu cizího života a měřit ji? Křivohlavého definice KŽ sama napovídá, že měřítkem si může být pouze sám posuzovaný člověk: „Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. Cíle směřování života jsou hodnoceny podle hierarchie hodnot, cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka právě zaměřeno,“ (42, s. 40).

Při hodnocení KŽ je důležité, aby byla správně ohodnocena životní situace vlastní pouze konkrétnímu „zkoumanému“ jedinci. Nehrají zde svou roli pouze objektivní faktory jako zdraví, tedy nepřítomnost nemoci či jejích příznaků. Musí být brán zřetel i

na psychiku jedince, spokojenost se sebou samým, na jeho sociální prostředí a společenské uplatnění, náboženské i ekonomické aspekty, apod. (42). Sestra může kvalitu života pacienta s RA ovlivnit tím, že mu pomůže zmírnit bolest. Toho nejlépe dosáhne tím, že bude pacienta správně edukovat o nutnosti cvičení a dalších možnostech nefarmakologického tišení bolesti. Vše dokáže pacientovi podat tak, aby to pochopil, aby věděl, proč je to pro něj důležité a začal se sám aktivně podílet na léčbě. Nejčastějším předmětem hodnocení je totiž životní pocit individua, který se neustále mění, přechází z jednoho období do druhého a v tomto časovém procesu se mění i jednotlivé faktory zahrnuté do zkoumání. Přičemž hodnocení KŽ může být vyjádřeno jak kvalitativními, tak i kvantitativními indikátory, probíhá jak na úrovni objektivního hodnocení z pohledu pozorovatele, tak subjektivního z postavení zkoumaného jedince. Kromě zkoumání života jedince se může hodnotit i život skupiny, společnosti nebo celé populace. Např. při hodnocení KŽ z pohledu péče o pacienta se nejčastěji hovoří o kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou, pacientů v oddělení JIP, umírajících atp. Zde jde však spíše o hodnocení z vnějšku – hodnotí se především objektivní faktory a kroky provedené ze strany ošetřujících, protože zkoumané skupiny lidí jsou různorodé a jejich KŽ je přes všechnu snahu ošetřujících značně snižena. Při hodnocení KŽ se však setkáváme s problémem, kdy se tento pojem často zaměňuje s jinými jako např.: sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare) a lidský rozvoj (human development), které jsou zhusta používány jako analoga (43).

Kvalitu života zkoumá především během posledních 30 let mnoho vědních oborů, mezi které mimo ošetřovatelství a medicíny patří ještě sociologie, ekonomika, andragogika, psychologie, filozofie a mnoho dalších. A i přes to, že definice těchto oborů nejsou jednotné a každý má svůj specifický postup a svá měřítka, i přes to všechno je hodnocení kvality života jejich nedílnou součástí a má v každé z nich své velmi důležité místo. Například v ošetřovatelské péči je KŽ všeobecně brána jako výsledek jejího snažení, respektive je ukazatelem její efektivity. Ferrans ve své publikaci vymezila na základě přehledu definic KŽ 5 kategorií, které specifikují významy KŽ pro ošetřovatelskou péči: Schopnost vést normální život, pocit štěstí, spokojenosti, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně „aktivní“ život, mít

úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity (44). U pacientů s RA se hodnotí KŽ před zahájením biologické léčby i v jejím průběhu. Stejně tak i při podávání DMARs. Ošetřující personál má tak přehled i o samotném průběhu nemoci (45).

Ke snížení kvality života dochází, je-li narušeno zdraví jedince nebo vyskytne-li se překážka ve vykonávání denních činností jedince. Správnému vnímání kvality pak do značné míry napomáhá společnost, která svou snahou může buď přispět ke zlepšení vnímání kvality, může být lhostejná, nebo může snižovat úroveň kvality znevýhodněných obyvatel. Z pohledu zdravotnictví je hodnoceno především to, jaký dopad má nemoc na jedince, jeho psychický stav, způsob života a naplnění potřeb. Tak se postupně pojem začal šířit a zkoumat, až se propracoval do multidimenzionálních rozměrů, kdy správně ohodnotit skutečnou kvalitu života je úkol velmi nelehký. KŽ utváří tři hlavní oblasti. Patří sem oblast fyzická, psychická a sociální. To ovšem neznamená, že kvalitu ovlivňuje pouze individuální životní standard, jak tomu bývalo z počátku, ale také životní prostředí společně s mnoha dalšími požadavky (sociologické, kulturní, ekonomické). Tudíž jaký bude výsledek hodnocení, je dáno vlivem různých faktorů. Těmto faktorům se říká indikátory (domény) kvality života. Ovšem názory vědců na to, které domény by se měly hodnotit, se rozcházejí (46). Například domény kvality života, které byly vymezeny pro oblast ošetrovatelství, jsou následující: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s onemocněním a léčbou, spiritualita.

Snaha měřit kvalitu života prochází svým boomem především v posledních 15 letech. Pro správné měření a hodnocení kvality života je zapotřebí používat standardizovaných škál a dotazníků, aby se získaná data dala považovat za validní a reliabilní. K tomuto účelu byl vytvořen konkrétní přístup hodnocení KŽ speciálně pro psychologii, sociologii i zdravotnictví. Produktem medicínských věd je tedy kvalita života hodnocená z pohledu souvisejícího se zdravím, jako standardizovaná zkratka se uvádí HRQoL (Health Related Quality of Life). Tento systém hodnocení kvality života se využívá především v ošetrovatelství a je používán zhruba od osmdesátých let minulého století. Z počátku byl vytvořen pro účely provádění ekonomických a klinických analýz v rámci zdravotní péče. Tato metoda se používá zejména ke sledování

vlivu nemoci na hodnocení KŽ člověka. Většina otázek dotazníku vychází z domén KŽ (viz výše) a obsahuje 20–150 otázek (44).

KŽ lze u každého nemocného hodnotit jak subjektivně z pohledu dotazovaného, tak objektivně z postoje tazatele. Nejpodstatnější jsou ovšem informace subjektivní. To, jakým způsobem vnímá svůj vlastní zdravotní stav sám nemocný. Všechny testy určené k hodnocení KŽ musí projít měřením validity a reliability a jsou standardizované. Dotazníky lze rozdělit na dva základní typy, kterými jsou dotazníky generické a specifické (47).

Tyto dotazníky jsou určeny k obecnému hodnocení zdravotního stavu a nepřihlízejí ke konkrétním nemocem, respektive nejsou uzpůsobeny ke zkoumání vlivu konkrétních nemocí na hodnocení KŽ pacienta. Mezi ty nejznámější dotazníky tohoto typu patří ADL (Activity daily living) nebo dotazník SF 36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire). Dotazník SF 36 je jedním z nejoblíbenějších generických dotazníků při hodnocení KŽ. Je sestaven tak, aby byl aplikovatelný na široké spektrum pacientů s různými typy onemocnění. Tento dotazník by měla být schopna vyplnit osoba starší 14 let. Dotazník má 8 dimenzí rozdělených do 36 otázek. Každá položka má několik možností volby odpovědi. Tyto odpovědi jsou škálované. Lepších výsledků dosahují pacienti, kteří měli na počátku léčby hodnotu KŽ na velice nízké úrovni.

Všechny tyto dotazníky slouží především ke zhodnocení úspěchu nebo případně neúspěchu zvolené léčby daného typu onemocnění (44).

To, do jaké míry pacienti s RA posuzují kvalitu svého života, se odvíjí převážně od stádia nemoci (tedy, je-li právě choroba aktivní či nikoliv), a ne podle kvality ošetřovatelství. Do této souvislosti totiž spadá i fakt, zda trpí pacient bolestí či nikoliv. Dalším měřítkem je míra progresu nemoci. Pacient, který má již těžké poškození kloubu a velké omezení hybnosti, bude mít rozhodně sníženou kvalitu svého života, ať už je péče ošetřovatelství na vysoké úrovni či nikoliv. Proto jsou výsledky dotazníků relevantní především při léčitelných onemocnění, u neléčitelných chorob nesou výpovědní hodnotu jen do určité míry (48).

Kvalita života je tedy především subjektivní hodnotou, která závisí na mnoha proměnlivých faktorech. Proto ji můžeme zkoumat a vyhodnocovat jen do určité míry a

pouze v závislosti na spolupráci pacienta, který předně svým názorem ovlivňuje výsledky zkoumání. I tak je vhodné stav KŽ pacienta zjišťovat a snažit se o jeho zlepšení, či udržení. Ať již dotazníkovou metodou, nebo metodou přímého rozhovoru, která může probíhat při dlouhodobém léčení i denně. Každé pozitivní slovo a věnování se pacientovi pomáhá ke zlepšení kvality jeho života (44).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat, zda pacienti s revmatoidní artritidou ke snížení bolesti upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými.
2. Zjistit, který ze způsobů nefarmakologického tišení bolesti využívají pacienti s revmatoidní artritidou nejčastěji.
3. Zmapovat zájem pacientů s revmatoidní artritidou o nefarmakologické tišení bolesti.
4. Zjistit podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou.

2.2 Hypotézy práce

1. Pacienti s revmatoidní artritidou ke snížení bolesti upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými.
2. Pacienti s revmatoidní artritidou využívají jako metodu nefarmakologického tišení bolesti častěji termoterapii než rehabilitaci.
3. Větší zájem o nefarmakologické tišení bolesti projeví pacienti s vyšším vzděláním, než pacienti se vzděláním nižším.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou?
2. V jaké míře se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou?

3 METODIKA

3.1 Použitý metodický postup

Pro dosažení cílů této práce a získání dostatečného množství dat bylo využito metod kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Vlastní výzkum byl proveden v průběhu června a července 2014.

Kvantitativní část výzkumu byla určena pacientům s RA ve středočeském a jihočeském kraji. Byla oslovena tři pracoviště v různých regionech, kde se specializují na léčbu revmatoidní artritidy. Pro sběr empirických dat byla zvolena technika dotazníku (příloha 3), který čítal celkem 20 otázek, z čehož bylo: 13 otázek uzavřených s možností jedné odpovědi, 4 otázky polouzavřené a 3 otázky otevřené.

Otázky v dotazníku byly předem připraveny a rozděleny do několika sekcí. V první části byly otázky demografické, které zjišťovaly věk, vzdělání a také současný stav onemocnění. Další část byla již zaměřena na metody nefarmakologického tišení bolesti, se kterými by měli mít zkušenost sami respondenti, a na zjištění, co je při bolesti první pacientovou volbou k jejímu tišení. Ve třetí části byly otázky zaměřené na zjištění zájmu o více informací o nefarmakologickém tišení bolesti a v neposlední řadě otázky, které směřovaly na komunikaci mezi pacientem a sestrou. Dotazníky byly respondentům rozdávány a od nich vybírány osobně.

Všechna takto získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2010 a podrobena statistické analýze dat pomocí chí kvadrát testu.

Pro kvalitativní část výzkumu byla zvolena metoda nestandardizovaného rozhovoru. Otázky pro rozhovor byly předem připravené, otevřené a sestavené tak, aby navazovaly na poslední část dotazníku pro pacienty (příloha 4). Rozhovor probíhal se sestrami, které pracují v jednotlivých revmatologických pracovištích středočeského a jihočeského kraje. První okruh otázek byl všeobecný a mapoval věk, vzdělání a pohled na nefarmakologické tišení bolesti. Druhý okruh otázek byl koncipován tak, aby co nejlépe odrážel způsob, kterým se sestry samy podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti. Třetí okruh zjišťoval míru, jakou se sestry podílejí nebo by byly schopny se podílet na nefarmakologickém tišení bolesti. Rozhovory byly podrobeny analýze pomocí zakotvené teorie podle A. Strausse a B. Glasera. (50) Získaná data byla

zpracována pomocí programu Microsoft Office Word 2010 a některé výsledky zakresleny graficky pomocí funkce SmartArt v témže programu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro uskutečnění výzkumného šetření byla oslovena celkem tři pracoviště prostřednictvím písemné žádosti. Po podepsání písemné žádosti jednotlivými pracovišti bylo možné výzkum uskutečnit.

Z celkového počtu 130 dotazníku byla návratnost 107 dotazníků, návratnost činila 78,5 %. Z tohoto počtu vrácených dotazníků bylo potřeba vyřadit pro neúplnost údajů 5 dotazníků. Ke statistickému zpracování bylo použito 102 dotazníků. Dotazníky byly rozdány pacientům, kteří byli léčeni ambulantně, případně hospitalizováni v některém ze zařízení. Jediným kritériem pro výběr respondentů byla diagnóza revmatoidní artritidy.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo celkem sedm sester. Odpovědi byly zapisovány během rozhovoru na záznamový arch.

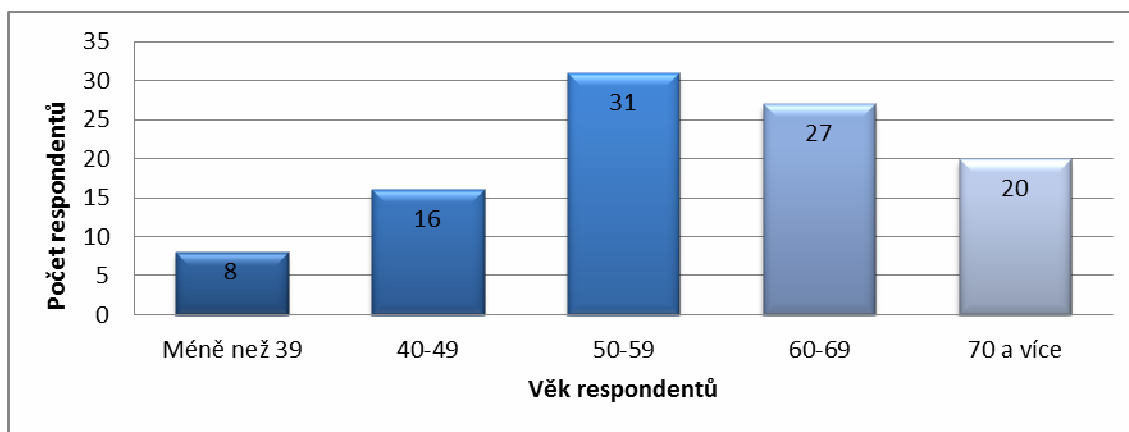
4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Ke sběru dat pro kvantitativní šetření jsme zvolili metodu dotazování, technikou dotazníku. Výzkumný vzorek v této části výzkumu tvořili respondenti s diagnózou revmatoidní artritidy. Z celkového počtu 102 (100 %) respondentů trpících revmatoidní artritidou bylo 25 (24,6 %) mužů a 77 (75,4 %) žen.

V následující části budou prezentovány výsledky jednotlivých otázek provedeného dotazníkového šetření. Ke zpracování výsledků a jejich grafické úpravě byl použit program Microsoft Excel 2010.

Graf 1 Věk respondentů



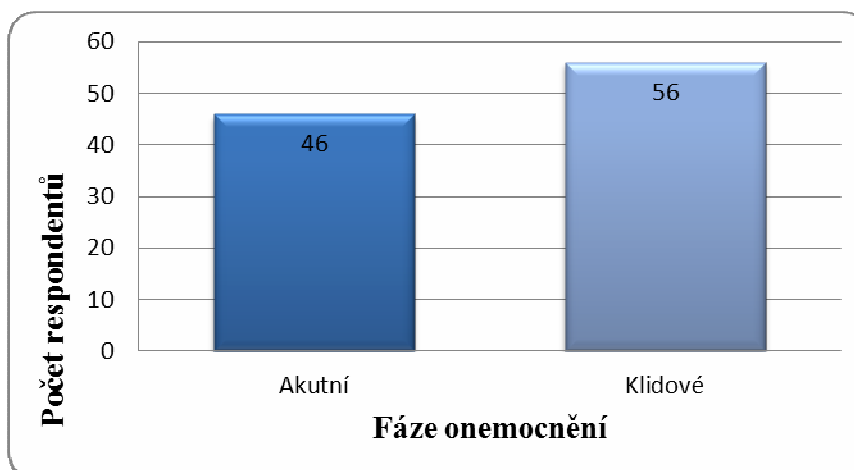
Největší zastoupení s celkovým počtem 31 (30,4 %) měli respondenti ve věku mezi 50-59 rokem, ve věkové kategorii 60-69 bylo celkem 27 (26,4 %) respondentů. Ve věku nad 70 let bylo 20 (19,6 %). Relativně podobnou účast zaznamenali respondenti ve věku 40-49, kterých bylo 16 (15,6 %). Respondentů mladších 39 let bylo 8 (7,9 %).

Graf 2 Dosažené vzdělání



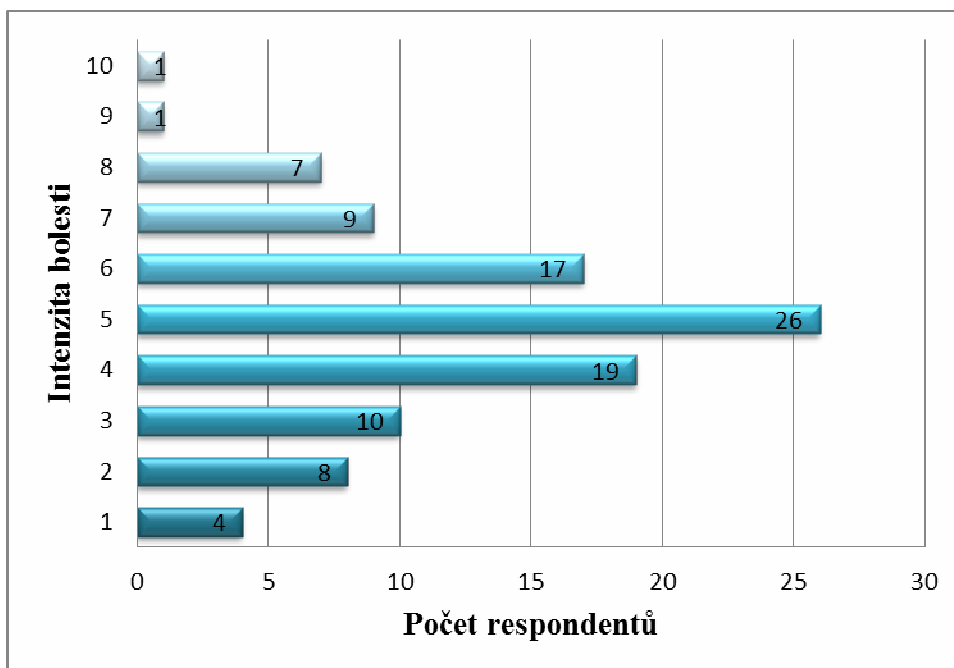
Středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou mělo 45 (44,2 %) respondentů. 30 (29,5 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání s výučním listem. Vysokoškolské vzdělání mělo 11 (10,8 %), vyšší odborné vzdělání pak 8 (7,9 %) respondentů a základní vzdělání 7 (7,9 %) respondentů.

Graf 3 Současná fáze onemocnění



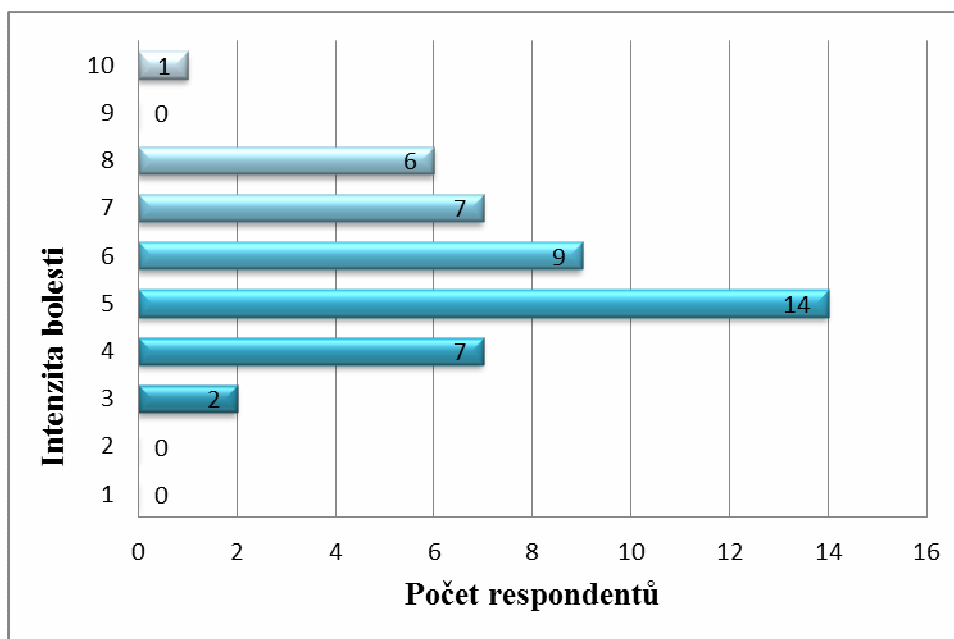
V době, kdy pacienti vyplňovali dotazníky, 46 (45,1 %) z nich bylo v akutní fázi a 56 (54,9 %) v klidové fázi onemocnění.

Graf 4 Hodnocení současné intenzity bolesti



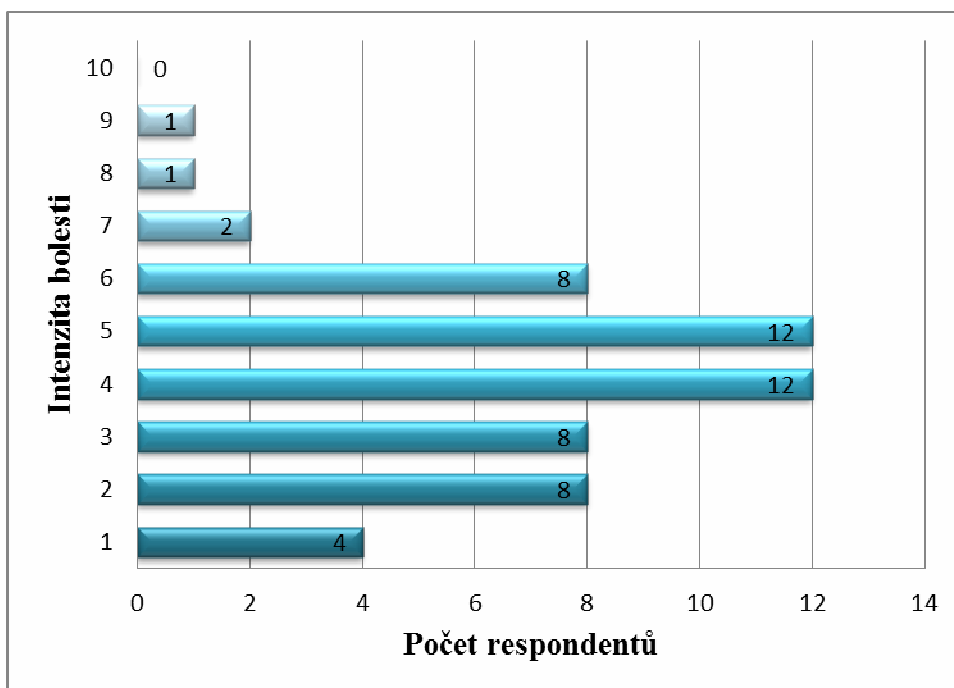
Při hodnocení současné intenzity bolesti nejvíce pacientů udává bolest na stupni číslo 5, celkem 26 respondentů (25,4 %). Dalších 19 (18,6 %) respondentů uvádí bolest na stupni číslo 4, 17 (16,7 %) na stupni číslo 6. Stupeň bolesti číslo 3 udává 10 (9,7 %) a 9 (8,9 %) respondentů na stupni číslo 7. Na stupni číslo 2 udává bolest 8 (7,9 %) respondentů a 7 (6,9 %) respondentů udává bolest na stupni číslo 8. 4 (4 %) respondenti uvádí bolest na stupni číslo 1, tedy vůbec žádnou. 1 (1 %) respondent uvádí bolest na stupni číslo 9 a 1 (1 %) respondent udává bolest na stupni číslo 10, tedy jako nesnesitelnou.

Graf 5 Hodnocení intenzity bolesti v akutní fázi



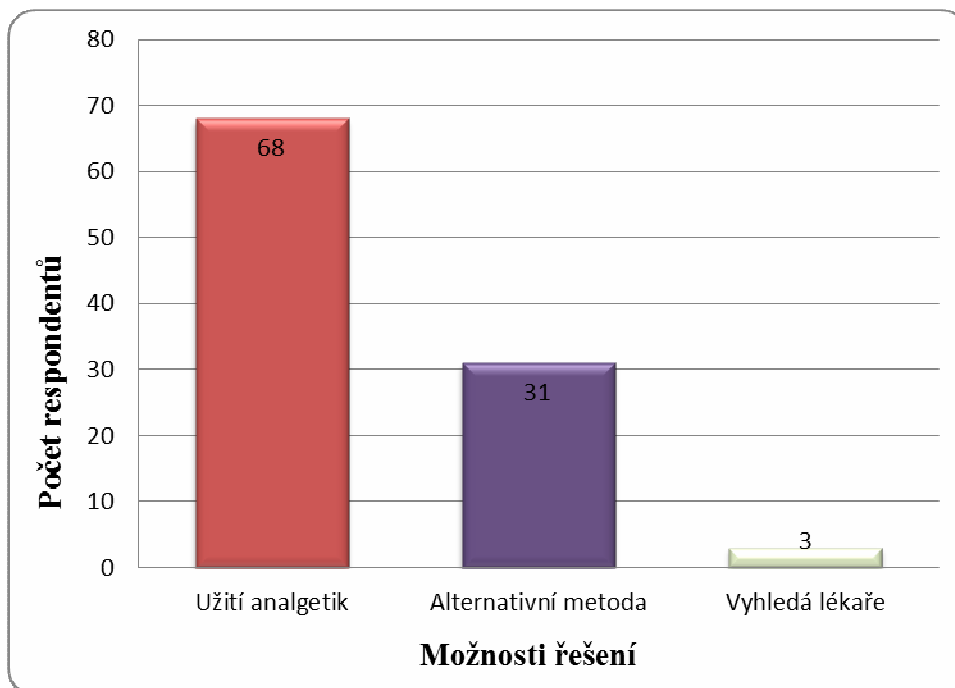
Tento graf prezentuje odpovědi respondentů, kteří se nacházejí v akutní fázi onemocnění. Nejvíce z nich udává na stupnici od 1 = žádná bolest do 10 = nesnesitelná bolest číslo 5. Zde se nachází celkem 14 (30,5 %) respondentů. 9 (19,5 %) respondentů udává bolest na stupni číslo 6. 7 (15,2 %) udává stupeň číslo 7. 7 (15,2 %) respondentů udává bolest na čísle 4. 6 (13,1 %) respondenti udávají bolest na úrovni čísla 8. 2 (4,4 %) respondenti na stupni 3 a jeden (1,8 %) udává bolest na stupni 9.

Graf 6 Hodnocení intenzity bolesti v klidové fázi



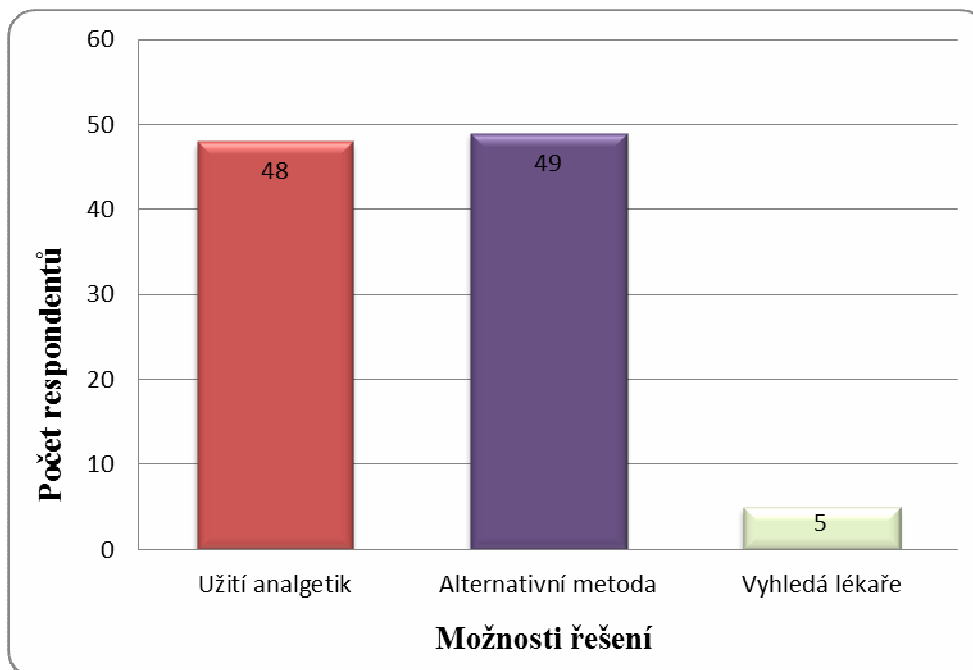
Tento graf prezentuje odpovědi respondentů, kteří se nacházejí v klidové fázi nemoci uvádí, 12 (21,5 %) respondentů bolest na stupni číslo 4. Shodně 12 (21,5 %) respondentů vnímalo bolest na stupni číslo 5. 8 (14,3 %) na stupni číslo 2. 8 (14,3 %) na stupni číslo 3. 8 (14,3 %) udávalo bolest na stupni 6. Číslo 2 uvedli 4 (7,2 %) respondenti. Na stupni 7 se nacházeli 2 (3,5 %) respondenti. 1 (1,8 %) respondent uvedl bolest na stupni číslo 8 a 1 (1,8 %) respondent uvedl bolest na stupni číslo 9.

Graf 7 Řešení bolesti v akutní fázi



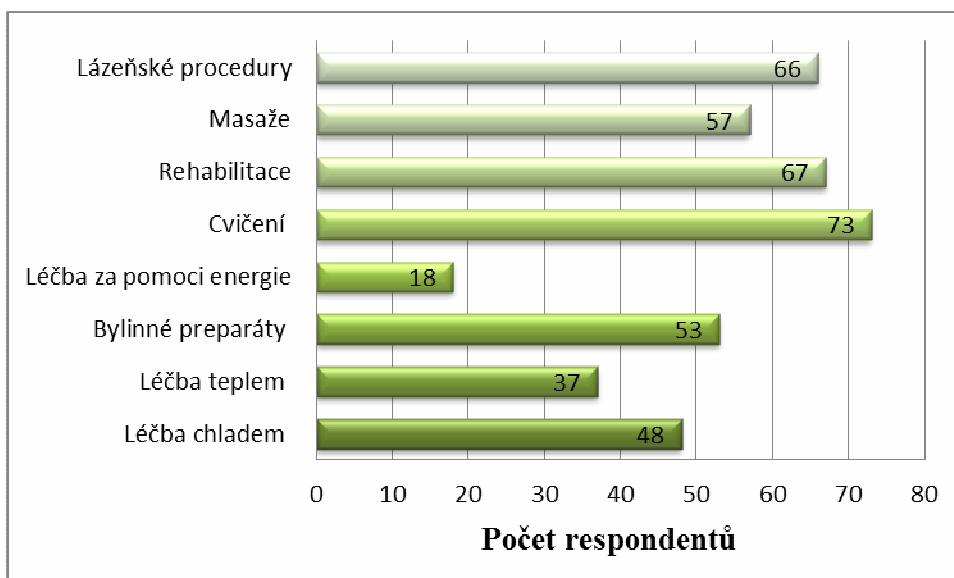
Na otázku, jak pacienti reagují, pokud se dostaví bolest v tzv. akutní fázi odpovídali následovně: Pro 68 (66,7 %) respondentů je první volbou užití analgetik. 31 (30,4 %) zkusí nejprve některou alternativní metodu tišení bolesti, než užije analgetika a 3 (3 %) respondenti raději ihned vyhledají lékaře.

Graf 8 Řešení bolesti v klidové fázi



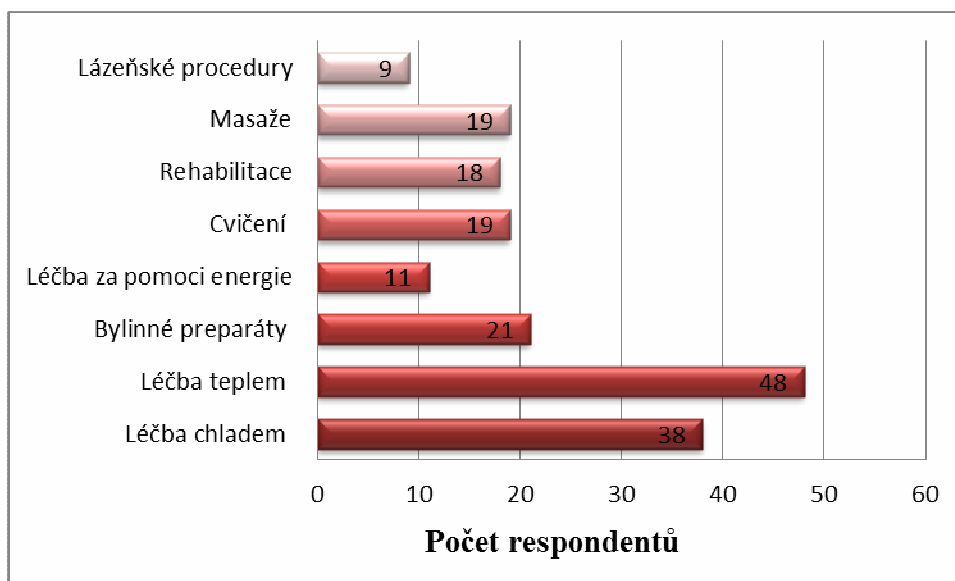
Pokud se dostaví bolest v klidové fázi, potom 49 (48 %) ze všech dotazovaných zkusí nejprve alternativní metodu, než se uchílí k užití analgetik. 48 (47 %) respondentů se opět rozhoduje pro užití léků proti bolesti a 5 (4,9 %) pro snížení bolesti nedělá nic a raději vyhledá lékaře.

Graf 9 Pozitivní zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi



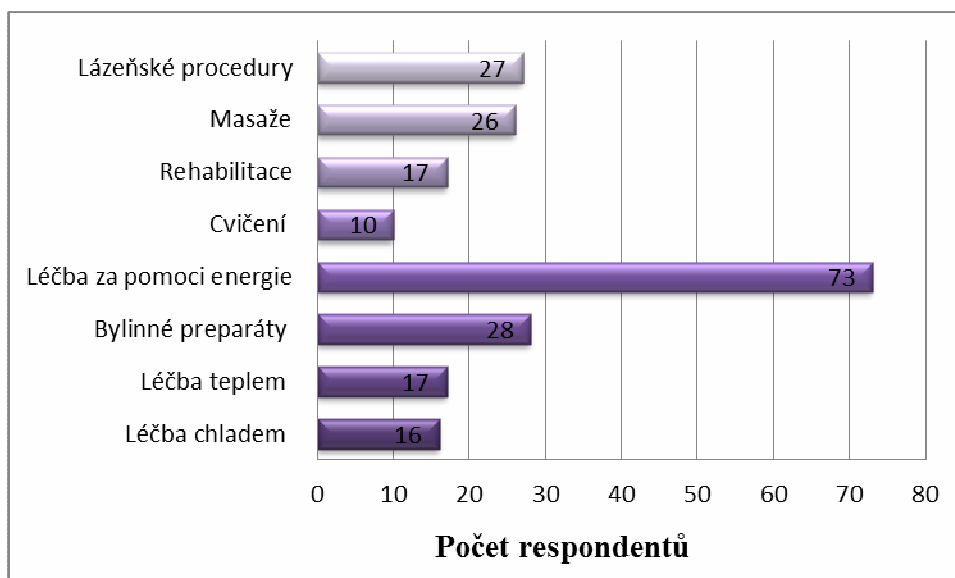
Podle četnosti odpovědí má nejvíce respondentů v klidové fázi nemoci pozitivní zkušenost s cvičením, 73 (71, 5 %). Dále má 67 (65, 7 %) respondentů pozitivní zkušenost s rehabilitací a 66 (64, 8 %) respondentů pozitivní zkušenost s masáží. U 57 (55, 8 %) respondentů má pozitivní vliv na tišení bolesti v klidové fázi masáž. 53 (52 %) respondentům se osvědčilo užívání bylinných preparátů. 48 (47 %) respondentů považuje za pozitivní léčbu chladem a 37 (36, 3 %) má pozitivní zkušenost s léčbou teplem. Celých 18 (17, 7 %) respondentů s léčbou za pomocí energie.

Graf 10 Negativní zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi



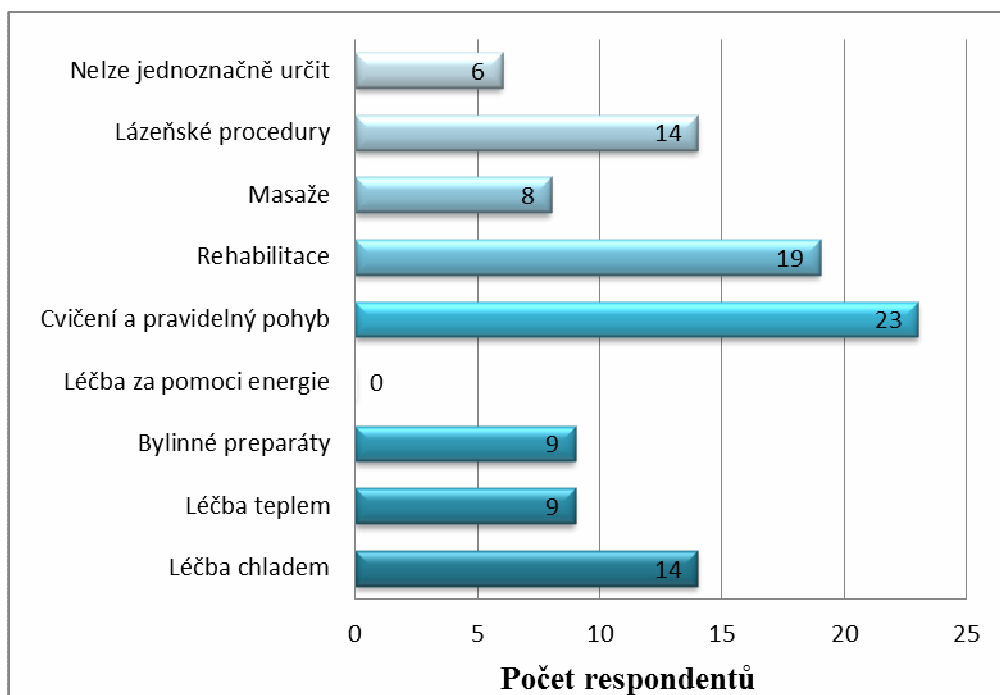
V klidové fázi nemoci má naopak negativní zkušenost 48 (47 %) respondentů s léčbou teplem. S léčbou chladem pak 38 (37, 3 %) respondentů. 21 (20, 5 %) respondentů má negativní zkušenost s bylinnými preparáty. 19 (18, 6 %) respondentů má negativní zkušenost s tišením bolesti cvičením a stejně tak 19 (18, 6 %) respondentů s masážemi. 18 (17, 7 %) respondentům nevyhovuje k tišení bolesti v klidové fázi rehabilitace. 11 (10, 8 %) respondentů má negativní zkušenost s léčbou pomocí energie a 9 (8, 9 %) s lázeňskými procedurami.

Graf 11 Žádné zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi



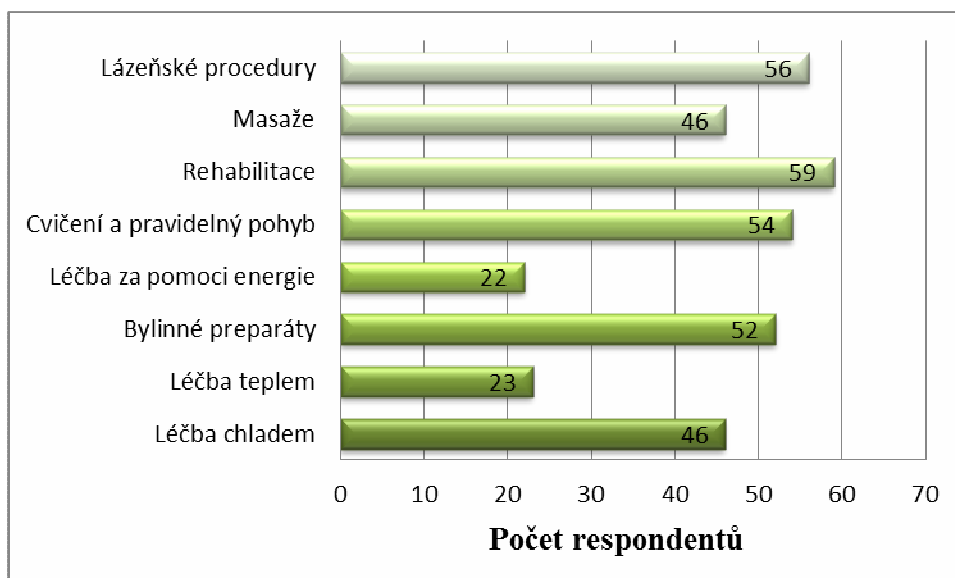
Největší množství 73 (71, 5 %) respondentů nemá žádné zkušenosti s tišením bolesti v klidové fázi za pomoci energie. 28 (27, 4 %) respondentů nemá zkušenost s bylinnými preparáty. 27 (26, 4 %) respondentů nemá v klidové fázi zkušenost s lázeňskými procedurami a 26 (25, 4 %) respondentů s masážemi. 17 (16, 8 %) respondentů nemá zkušenost s rehabilitacemi a 17 (16, 8 %) respondentů s léčbou teplem. Žádné zkušenosti s cvičením v klidové fázi nemoci má 10 (9, 9 %) respondentů.

Graf 12 Neosvědčenější metoda tišení bolesti v klidové fázi



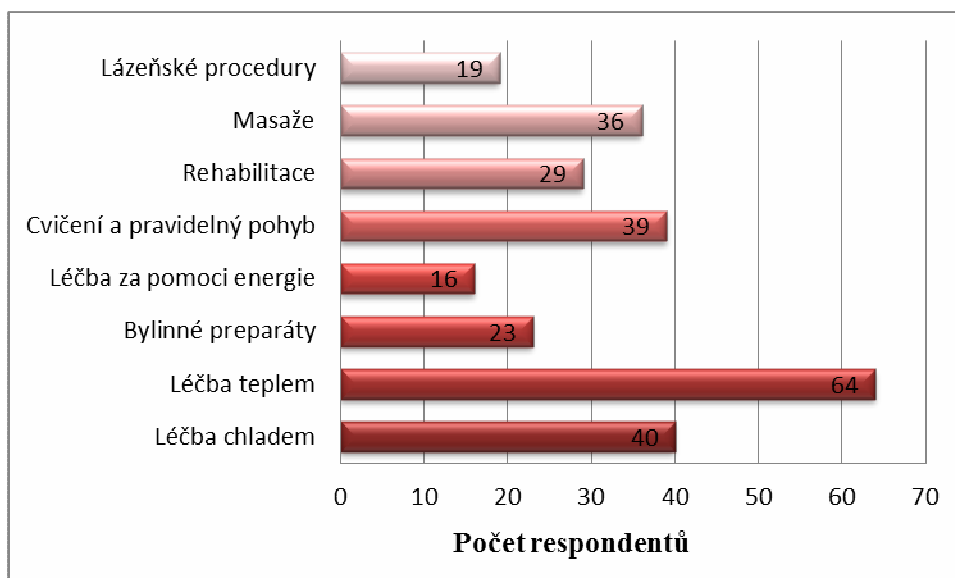
Z alternativních metod, které respondenti využívají v klidové fázi nemoci, hodnotí jako nejlepší cvičení a pravidelný pohyb. Tato metoda nejvíc pomáhá 23 (22,6 %) respondentům. 19 (18,6 %) respondentů má nejlepší zkušenosti s rehabilitacemi. 14 (13,7 %) respondentů nejvíce využívá léčby chladem a 14 (13,7 %) respondentů hodnotí jako nejlepší metodu lázeňské procedury. 9 (8,9 %) respondentů nejlépe hodnotí léčbu teplem a dalších 9 (8,9 %) respondentů bylinné preparáty. 8 (7,9 %) respondentům pomáhají nejvíc masáže. 6 (5,8 %) respondentů uvedlo, že nelze jednoznačně určit metodu, která by mu v tišení bolesti v klidové fázi pomáhala jednoznačně nejlépe.

Graf 13 Pozitivní zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi



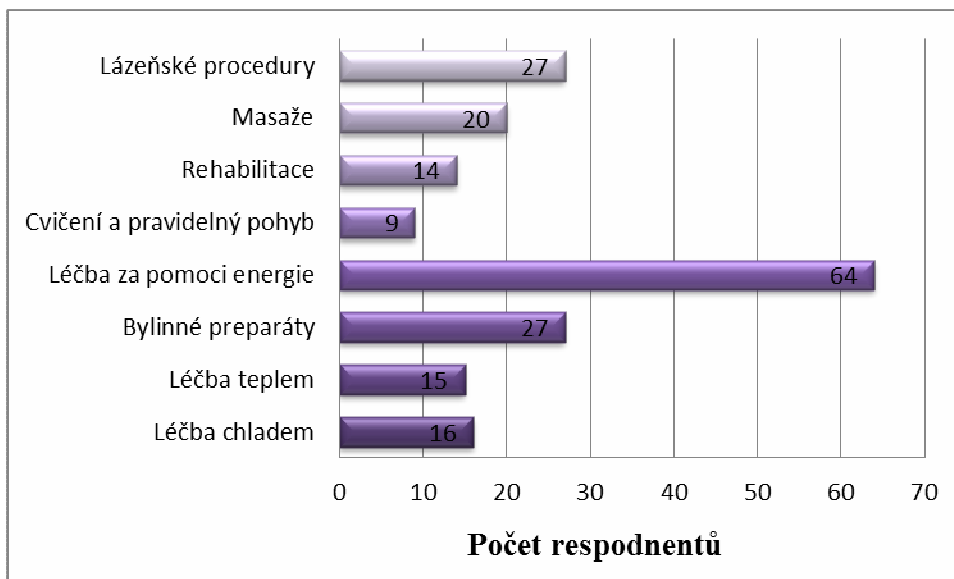
Podle četnosti odpovědí má nejvíce respondentů v akutní fázi nemoci pozitivní zkušenost s cvičením, 59 (57, 9 %). Dále má 56 (55 %) respondentů pozitivní zkušenost s lázeňskými procedurami a 54 (53 %). U 52 (51 %) respondentů mají pozitivní vliv na tišení bolesti v akutní fázi bylinné preparáty. 46 (45, 1 %) respondentům se osvědčily masáže. 46 (45, 1 %) respondentů považuje za pozitivní léčbu chladem a 23 (22, 6 %) má pozitivní zkušenost s léčbou teplem. Celých 22 (21, 5 %) respondentů má pozitivní zkušenost s léčbou za pomoci energie.

Graf 14 Negativní zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi



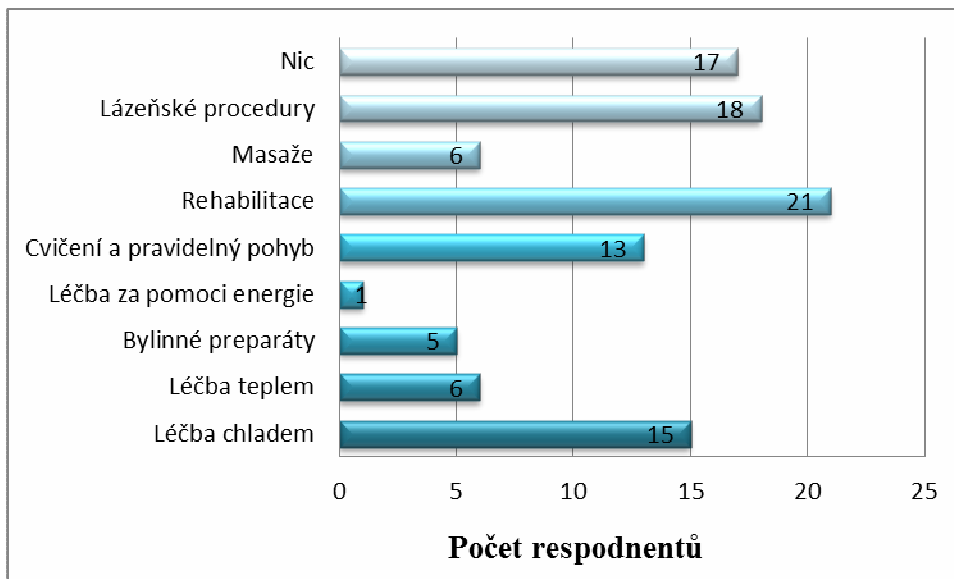
Nejvíce negativních zkušeností s tišením bolesti v klidové fázi mají pacienti s léčbou teplem, tuto možnost zvolilo 64 (62, 7 %) respondentů. 40 (39, 3 %) respondentů má negativní zkušenost s termoterapií. 39 (38, 6 %) respondentů vnímá negativně v akutní fázi cvičení a pohyb a 36 (35, 2 %) respondentů hodnotí negativně masáže. 29 (28, 5 %) respondentům nedělá v akutní fázi nemoci dobře rehabilitace. 23 (22, 6 %) respondentů má negativní zkušenost s bylinnými preparáty. 19 (18, 6 %) respondentů vnímá negativně lázeňské procedury a 16 (15, 7 %) respondentům nevyhovuje léčba za pomoci energie.

Graf 15 Žádné zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi



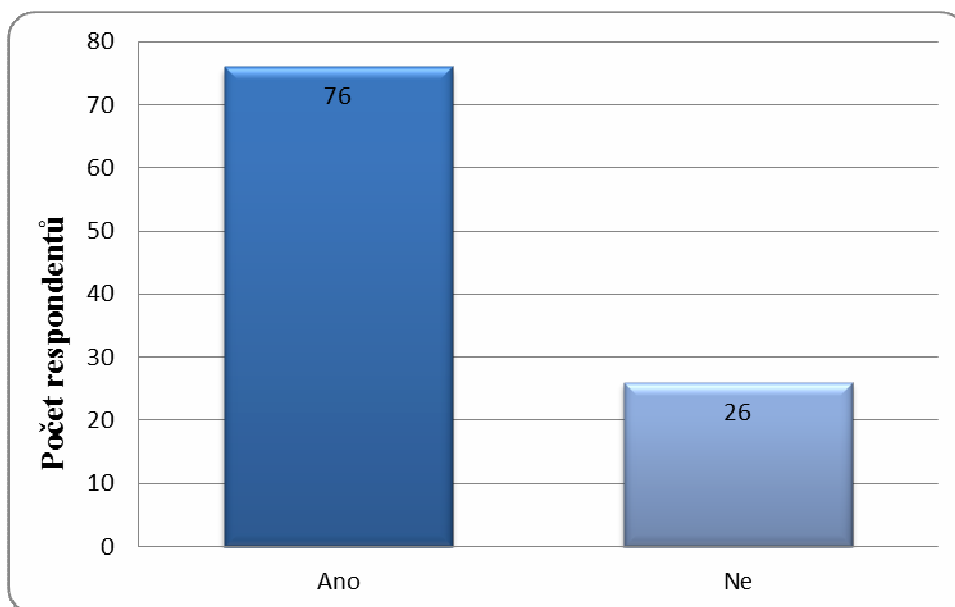
Největší množství 64 (62, 7 %) respondentů nemá žádné zkušenosti s tišením bolesti v akutní fázi za pomoci energie. 27 (26, 4 %) respondentů nemá zkušenost s bylinnými preparáty. 27 (26, 4 %) respondentů nemá v akutní fázi zkušenost s lázeňskými procedurami a 20 (19, 6 %) respondentů s masážemi. 16 (15, 7 %) respondentů nemá zkušenost s léčbou chladem a 15 (14, 8 %) respondentů s léčbou teplem. 14 (13, 7 %) respondentů nemá zkušenost s rehabilitacemi. Žádné zkušenosti s cvičením v klidové fázi nemoci nemá 9 (8, 9 %) respondentů.

Graf 16 Nejosvědčenější metoda tišení bolesti v akutní fázi



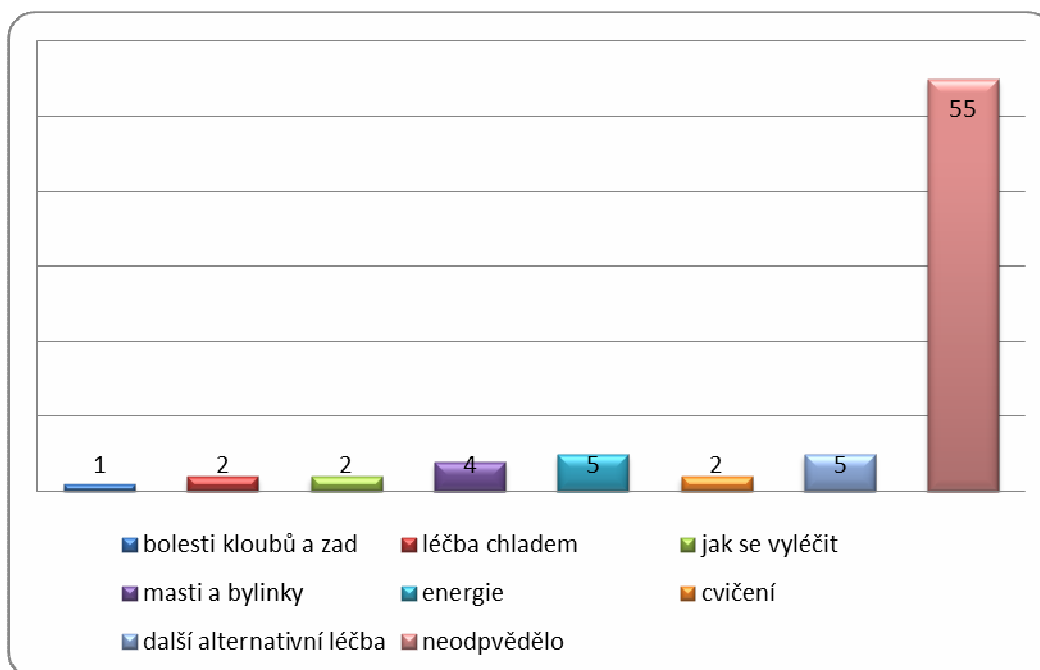
Celkem 21 (20,5 %) respondentů má nejlepší zkušenost s tišením bolesti v akutní fázi s rehabilitacemi. 18 (17,7 %) respondentů považuje za nejúčinnější metodu lázeňské procedury. 15 (14,8 %) respondentů má nejlepší zkušenosti s léčbou chladem. Cvičení a pravidelný pohyb dělá při tišení bolesti nejlépe 13 (12,7 %) respondentům. 6 (5,8 %) respondentů považuje za nejúčinnější léčbu teplem a 6 (5,8 %) pak masáže. 5 (4,9 %) využívá nejvíce bylinné preparáty a 1 (1 %) respondent považuje za nejefektivnější metodu tišení bolesti použitím energie.

Graf 17 Zájem respondentů o více informací



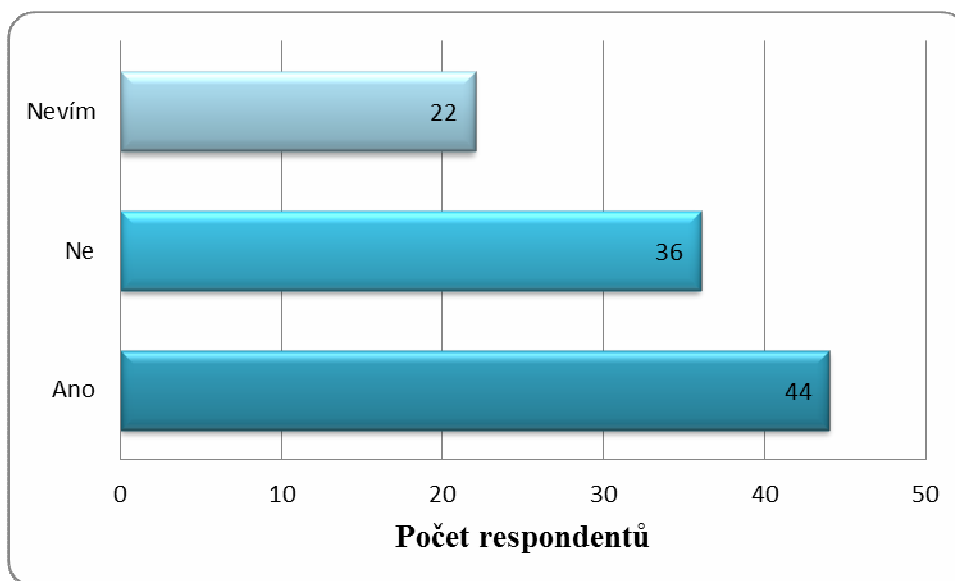
Další otázka mapovala zájem respondentů o více informací, které by se týkaly dalších možností tišení bolesti. Zájem o více informací mělo 76 (74,6 %) respondentů. O žádné další informace nestálo 26 (25,4 %) respondentů.

Graf 18 O jaké informace by měli pacienti zájem



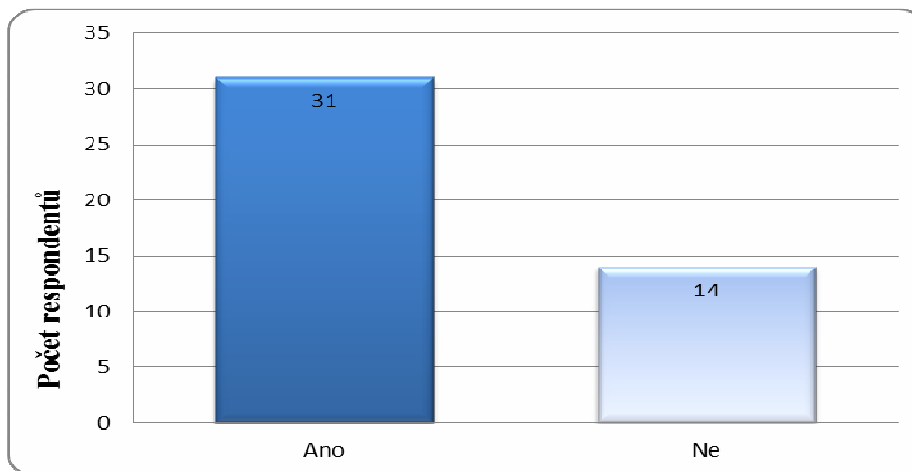
Respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že by měli zájem o více informací, dostali v následující otázce prostor pro zodpovězení otázky – kterých konkrétních oblastí by se měly informace týkat. Odpovědi na tuto otázku se celkem zúčastnilo 76 (100 %) respondentů. Z těchto respondentů 55 (72,4 %) nevedlo žádnou odpověď. 5 (6,4 %) respondentů by rádo vědělo více o tišení bolesti za pomoci energie. 5 (6,4 %) o dalších alternativních metodách tišení bolesti. 4 (5,3 %) respondenti by rádi věděli více o mastích, bylinkách, popřípadě homeopatické léčbě. 2 (2,6 %) respondenti by chtěli vědět více o cvičení vhodném přímo pro revmatiky. 2 (2,6 %) respondenty zajímalo, jak se vyléčit, a 2 (2,6 %) projeví zájem o léčbu chladem. 1 (1,4 %) respondent by měl rád více informací o tišení bolesti zad a kloubů.

Graf 19 Možnost setkávat se s lidmi se stejnou diagnózou



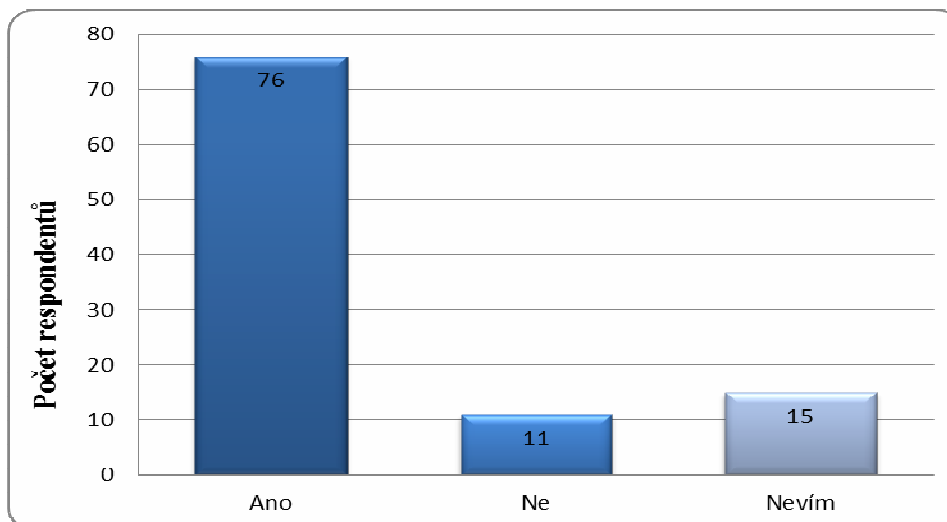
Tento graf ukazuje odpovědi na otázku, zda mají nemocní možnost ve svém okolí se setkávat se stejně nemocnými lidmi, 44 (43,1 %) z nich uvedlo, že ano. 36 (35,2 %) respondentů uvedlo, že tu možnost nemají a 22 (21,5 %) respondentů o takové možnosti neví.

Graf 20 Využití možnosti setkávat se s lidmi se stejnou diagnózou



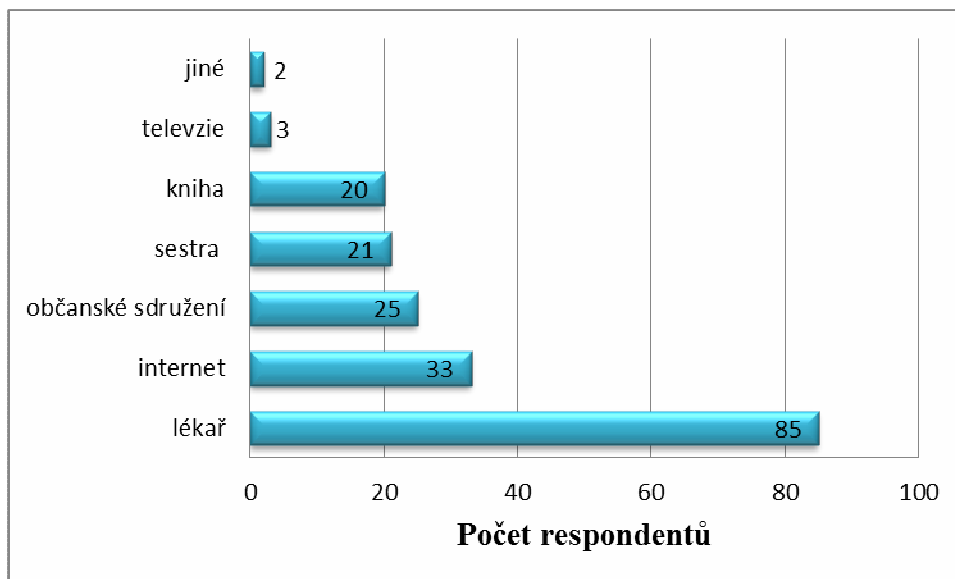
Ze 44 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že mají možnost setkávat se se stejně nemocnými lidmi, této možnosti využívá 31 (70,5 %) z nich. 13 (29,6 %) tuto možnost nevyužívá.

Graf 21 Zájem respondentů o odborné zařízení poskytující komplexní péči



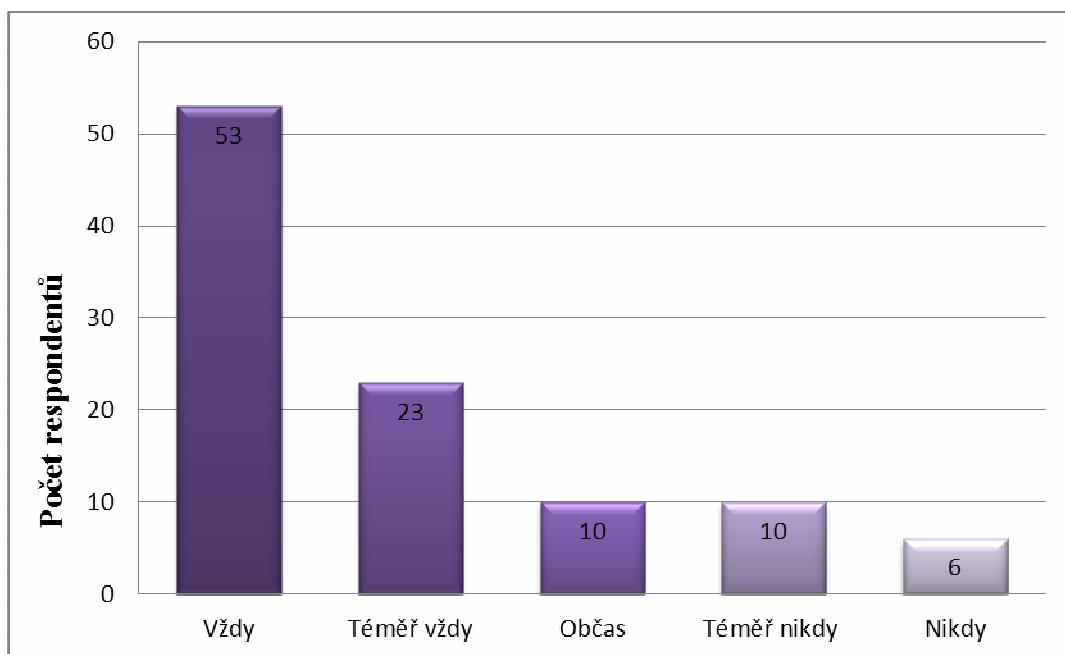
Takové zařízení, kde by nemocným byla poskytována komplexní péče a poradenství ohledně metod nefarmakologického tlášení bolesti, by uvítalo 76 (74,6 %) respondentů. 11 (10,8 %) respondentů by o takové zařízení zájem nemělo a 15 (14,8 %) respondentů neví, zda by o takové zařízení stáli či nikoli.

Graf 22 Preferovaný zdroj informací



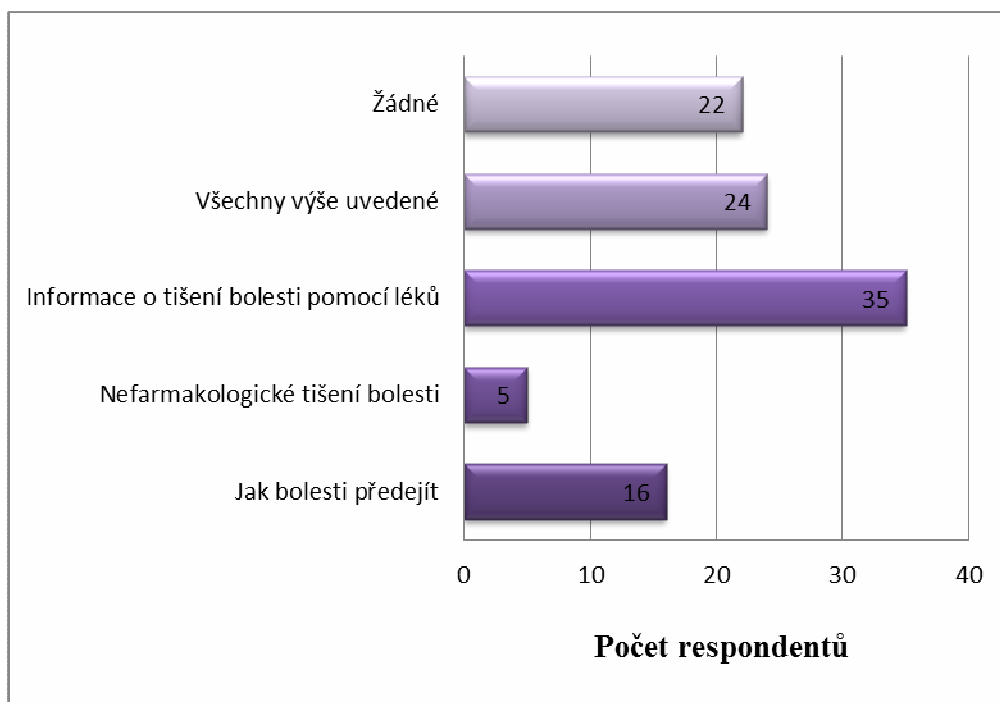
Graf znázorňuje četnost odpovědí respondentů na otázku, jaký zdroj informací preferují pro získávání informací. Z nabídky si mohli vybrat i více možností odpovědí. 85x se vyskytla odpověď, že jako zdroj informací preferují lékaře. 33x používají k vyhledávání informací internet. 25x bylo uvedeno, že dochází k předávání informací a získávání nových prostřednictvím občanského sdružení. 21x zazněla jako zdroj pro získávání informací sestra a 20x respondenti uvedli časopis nebo knihu. Se objevily i jiné zdroje k získávání informací. Jeden z nich uvedl magistru v lékárně a druhý přátele a rodinu.

Graf 23 Odpověď sestry na dotaz ohledně tišení bolesti z pohledu pacientů



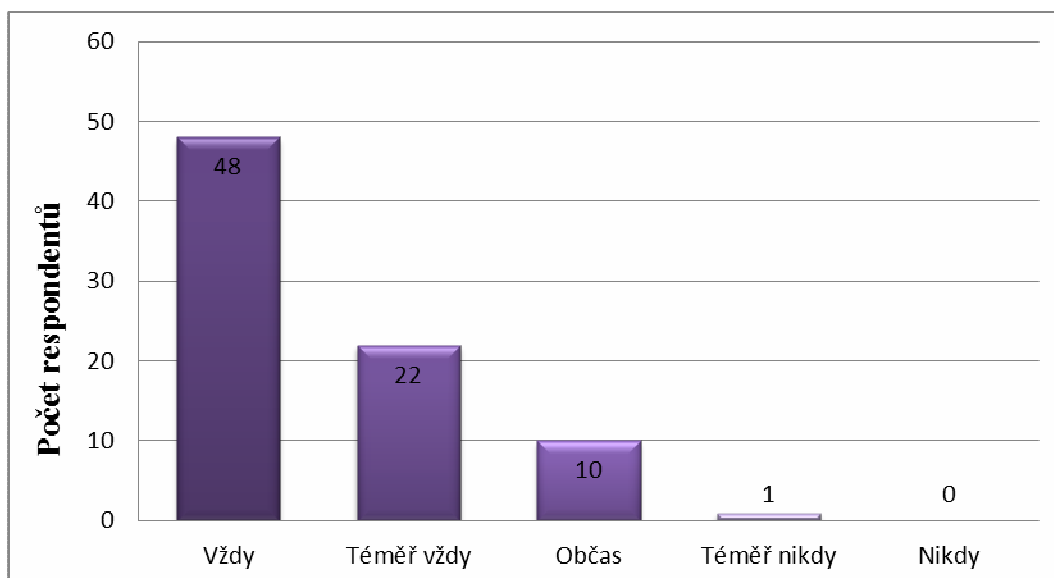
Pokud pacienti položí otázku sestře, 53 (52 %) z nich dostane na svou otázku odpověď vždy, 23 (22,6 %) respondentů téměř vždy. 10 (9,9 %) respondentů uvádí, že mu sestra odpoví jen občas. 10 (9,9 %) respondentů nedostane od zdravotní sestry odpověď téměř nikdy a 6 (5,8 %) respondentů nikdy.

Graf 24 Podávání informací pacientům o tišení bolesti sestrou



Nejvíce respondentů, celkem 35 (34,3 %) uvedlo, že jim sestra podává nejvíce informací ohledně tišení bolesti s užitím léků. 24 (23,6 %) respondentů dostává komplexní informace o tišení bolesti. 22 (21,5 %) respondentů uvedlo, že nedostává od zdravotní sestry žádné informace. 16 (15,7 %) respondentů uvedlo, že dostává informace o tom, jak bolesti předejít. 5 (4,9 %) respondentů dostává informace od sestry o tom, jak lze bolest tišit pomocí nefarmakologických metod.

Graf 25 Srozumitelnost poskytnutých informací



Z celkového počtu 81 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že od sestry dostávají informace ohledně tišení bolesti, ať už jakékoliv, tak jsou pro 48 (59,2 %) z nich poskytnuté informace srozumitelné vždy. Pro 22 (27,1 %) respondentů jsou informace srozumitelné téměř vždy. 10 (12,3 %) respondentů rozumí sděleným informacím jen občas. 1 (1,2 %) respondent uvedl, že informacím nerozumí téměř nikdy.

4.2 Testování hypotéz

Testování H1

H1: Pacienti s revmatoidní artritidou ke snížení bolesti upřednostňují farmakologické prostředky před nefarmakologickými.

Pro testování H1 byly stanoveny následující pracovní hypotézy, ve kterých jsou porovnávané očekávané skupiny respondentů zastoupeny stejně. Test byl proveden za pomoci chí kvadrát testu.

H0: Pacienti neupřednostňují farmakologické prostředky.

HA: Pacienti upřednostňují častěji farmakologické prostředky.

Tabulka 1 Tišení bolesti – Akutní fáze

Metoda tišení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Užití analgetik	68	68,7 %
Alternativní metody	31	31,3 %
Celkem	99	100 %
Dosažená hladina významnosti (P)		0,02 %

Statistickým testováním zde můžeme zamítnout H0. Na základě hladiny významnosti P (0,02 %) lze potvrdit, že v akutní fázi využívají pacienti k tišení bolesti častěji analgetika.

Tabulka 2 Tišení bolesti – Klidová fáze

Metoda tišení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Užití analgetik	48	49,5 %
Alternativní metody	49	50,5 %
Celkem	97	100 %
Dosažená hladina významnosti (P)		91,9 %

V případě tišení bolesti v klidové fázi nelze zamítnout H_0 . Na základě hladiny významnosti P (91,9 %) – **nelze tedy potvrdit, že pacienti v případě klidové fáze onemocnění častěji využívají analgetika.**

H₂: Pacienti s revmatoidní artritidou využívají jako metodu nefarmakologického tišení bolesti častěji termoterapie než rehabilitace.

Pro verifikaci H₂ byly stanoveny následující pracovní hypotézy, ve kterých jsou porovnávané očekávané skupiny respondentů zastoupeny stejně. Test byl proveden za pomoci chí kvadrát testu.

H₀: Pacienti nevyužívají častěji termoterapii.

H_A: Pacienti využívají častěji termoterapii.

Tabulka 3 Volba metody tišení bolesti – Akutní fáze

Metoda tišení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Termoterapie (teplo + chlad)	23	54,8 %
Rehabilitace	19	45,2 %
Celkem	42	100 %
Dosažená hladina významnosti (P)		53,7 %

V tomto případě nelze zamítnout H_0 . Na základě hladiny významnosti P (53,7 %) **nelze tedy jednoznačně vyjádřit, že by pacienti v akutní fázi nemoci využívali častěji termoterapie než rehabilitace.** Lepší verifikace hypotézy by ovšem bylo možná, pokud by byl větší vzorek respondentů.

Tabulka 4 Volba metody tišení bolesti- Klidová fáze

Metoda tišení bolesti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Termoterapie (teplo + chlad)	21	50 %
Rehabilitace	21	50 %
Celkem	42	100 %
Dosažená hladina významnosti (P)		100 %

V tomto případě nelze zamítnout H_0 . Na základě hladiny významnosti P (100 %) **nelze tedy jednoznačně říci, že by pacienti v klidové fázi nemoci využívali častěji termoterapie než rehabilitace.** Lepší verifikace hypotézy by ovšem byla možná, pokud by byl větší vzorek respondentů.

H3: Větší zájem o nefarmakologické tišení bolesti projeví pacienti s vyšším vzděláním (vyšší odborné, vysokoškolské), než pacienti se vzděláním nižším.

Pro verifikaci H3 jsme si stanovily následující pracovní hypotézy. Test byl proveden za pomoci chí kvadrát testu.

H0: Výše dosaženého vzdělání nemá vliv na zájem o nefarmakologické tišení bolesti.

HA: Výše dosaženého vzdělání má vliv na zájem o nefarmakologické tišení bolesti.

Tabulka 5 Řešení bolesti v akutní fázi

Vzdělání	Analgetika	Alternativa	Celkem
Základní škola	8	0	8
Střední škola s výučním listem	21	8	29
Střední škola s maturitou	32	11	33
Vyšší odborná škola + vysoká škola	2	6	8
Celkem	68	31	99
Dosažená hladina významnosti (P)			0,4 %

Zde se nám za pomoci zjištěné hladiny významnosti P (0,4 %) podařilo potvrdit, že dosažené vzdělání má vliv na volbu metody tišení bolesti v akutní fázi. Protože je hladina nižší než 5 %, zamítáme H0. **Lze tedy tvrdit, že výše dosaženého vzdělání má vliv na výběr metody tišení bolesti v akutní fázi.**

Tabulka 6 Řešení bolesti v klidové fázi

Vzdělání	Analgetika	Alternativa	Celkem
Základní škola	3	4	7
Střední škola s výučním listem	20	9	29
Střední škola s maturitou	20	22	42
Vyšší odborná škola + vysoká škola	8	11	19
Celkem	51	46	97
Dosažená hladina významnosti (P)			31 %

Zde se nám za pomoci chí testu **nepodařilo potvrdit, že dosažené vzdělání má vliv na volbu metody tišení bolesti v klidové fázi.** Protože získaná hladina významnosti P (31 %) je vyšší než %, potvrzujeme H₀.

Tabulka 7 Zájem o více informací

Vzdělání	Zájem	Nezájem	Celkem
Základní škola	5	3	8
Střední škola s výučním listem	24	6	30
Střední škola s maturitou	31	14	45
Vyšší odborná škola + vysoká škola	16	3	19
Celkem	76	26	102
Dosažená hladina významnosti (P)			43 %

Zde se nám za pomoci chí testu **nepodařilo potvrdit, že dosažené vzdělání má vliv na zájem o více informací ohledně tišení bolesti.** Hladina významnosti P (43 %). Protože je vyšší než 5 %, potvrzujeme H₀. **Lze tedy tvrdit, že výše dosaženého vzdělání nemá vliv na zájem o více informací ohledně nefarmakologického tišení bolesti.**

4.3 Výsledky kvalitativního šetření

V následující části jsou uvedena data, která byla analyzována z rozhovorů se sestrami. Celé rozhovory včetně kategorizace dat jsou součástí přílohy.

Schéma 1 Informace o respondentech

Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7
1 rok	7 let	2 roky	16 let	12 let	2 roky	30 let
VŠ	VŠ	student VOŠ	specializace	SZŠ	VŠ	SZŠ

Ve schématu je uveden počet let praxe a vzdělání. Tyto otázky byly pokládány sestram proto, aby byl vidět případný vliv těchto dvou faktorů na odpovědi. Sestra 1 má vysokoškolské vzdělání a jeden rok praxe. Druhá sestra má také vysokoškolské vzdělání a na revmatologii pracuje již sedmým rokem. Sestra 3 má nedokončenou vyšší odbornou školu a s revmatiky pracuje dva roky. Sestra 4 si po střední škole udělala specializaci a praxi v oboru má již šestnáct let. Sestra 5 má ukončenou střední zdravotnickou školu a praxi dvanáct let. Sestra 6 má vysokou školu a praxi dva roky. Sestra 7 má za sebou již 30 let praxe v oboru revmatologie a vystudovala střední zdravotnickou školu.

Zkušenosti sester s nefarmakologickým tišením bolesti

Dvě ze sester se nedokázaly k otázce adekvátně vyjádřit kvůli krátké praxi. Ostatních 5 sester se shoduje, že je nefarmakologické tišení bolesti vnímáno jako důležitá součást léčby. Zkušenosti mají většinou pozitivní. Záleží podle nich samozřejmě i na výběru metody léčby. Největší úspěch z jejich pohledu přináší ergoterapie, rehabilitace a spolupráce s fyzioterapeuty. Tři ze sester však vnímají jako problém spíše skutečnost, že je v tomto ohledu špatná spolupráce s pacienty. V tom smyslu, že málokdy sami pacienti vynaloží aktivitu, a pokud funguje léčba, málokomu se chce například cvičit.

Získávání nových znalostí a dovedností

V této oblasti je z odpovědí naznačená tendence zájmu respondentek o další vzdělávání v oboru revmatologie. Jedna ze sester se vzdělává především studiem odborné literatury. Jako důvod uvádí velmi krátkou dobu praxe. Zbýlých šest respondentek uvádí účast na seminářích, přednáškách nebo kongresech. Tři z těchto sester se prozatím účastní jen pasivně, jelikož ještě, dle jejich slov, nemají dostatek zkušeností, které by mohly prezentovat ostatním. Zároveň ale přiznávají, že se samy podobných akcí chtějí účastnit i aktivně. Další tři sestry se pak účastní různých akcí jak aktivně, tak i pasivně. Jedna sestra uvedla, že kromě toho se snaží nejen o publikaci v odborných časopisech, ale o informování veřejnosti za pomoci místních periodik.

Schéma 2 Získávání nových poznatků a dovedností



Edukace a reedukace pacientů

Zde měly respondentky možnost vyjádřit se, jaký způsob edukace využívají u nových pacientů (základní edukace) a jakou formu edukace používají u stávajících pacientů (reedukace a komplexní edukace). (51) U nových pacientů všechny sestry shodně uvádějí jako nejčastější formu edukace individuální rozhovor a monologický výklad. Jedna ze sester odpovídá: *„Při prvním setkání jim vše ukazují a vysvětlují, ale injekci aplikují sama. Při druhé návštěvě mají možnost si to vyzkoušet nejprve na modelu kůže, pak si zkusí injekci aplikovat sami. Poté je to už jen na domluvě, pokud zvládnou aplikaci sami, tak dostanou balení a dělají to doma sami. Pokud se na to necítí, dojíždí na aplikaci sem. Každý má vždy dost času a samozřejmě i prostor pro otázky.“* Jedna sestra uvádí, že pacienty s nově diagnostikovanou RA needukuje, jelikož pacienti prý zájem o informace nemají. Poukazuje také na to, že je taková povinnost spíše v kompetenci sester v ambulancích. Dvě ze sester při edukaci nových pacientů používají tištěné edukační materiály.

U edukace a reedukace stávajících pacientů se všechny sestry shodují na preferované formě individuálního rozhovoru. Tři z nich uvádí, že dávají pacientům i informační materiály a letáky.

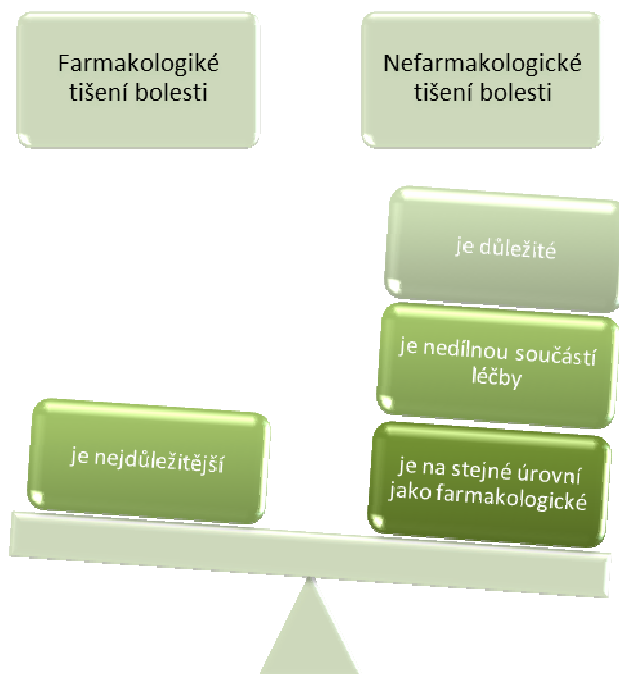
Zkušenosti s vedením deníku bolesti

Čtyři sestry uvádí, že v jejich zdravotnickém zařízení pacienti nemají povinnost vést si deník bolesti. Jako důvod uvádí fakt, že pacienti si vše pamatují. Jak den, tak intenzitu bolesti i způsob jejího tišení. Tři ze sester uvádí, že jejich pacienti jsou zároveň informováni o tom, že mohou kdykoliv své problémy konzultovat s lékařem nebo se objednat na kontrolu dříve, než byla stanovená kontrola běžná. Další tři respondentky uvádí, že pokud do jejich zařízení dochází pacienti ambulantně, tak si s sebou musí deník bolesti nosit a předkládat při kontrole. Pokud jsou hospitalizovaní na oddělení, potom s nimi sestry každý den vyplňují denní záznam o bolesti, součástí kterého je i vizuální analogová škála bolesti. Také podle toho si pak sestry stanovují plán péče na aktuální den.

Vnímání důležitosti nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s RA

To, jakým způsobem sestry edukují pacienty ohledně nefarmakologického tišení bolesti, do jisté míry ovlivňuje i jejich vlastní přístup k těmto metodám. Proto bylo důležité položit jim takovou otázku. Jedna respondentka uvádí, že to důležité do jisté míry je, ale ona sama za mnohem důležitější považuje vlastní farmakoterapii. Dvě ze sester uvádějí, že považují nefarmakologické tišení bolesti za nedílnou součást léčby. Další dvě to považují za důležité a dvě ze sester pokládají nefarmakologické tišení bolesti na stejnou úroveň jako farmakologické.

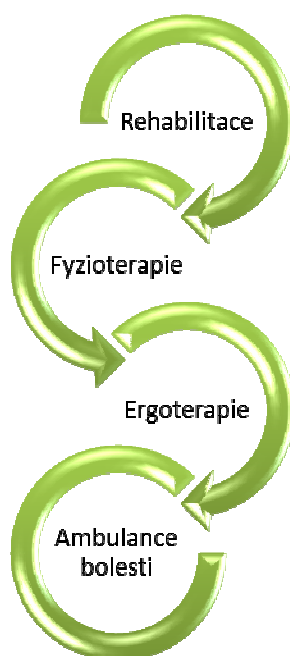
Schéma 3 Důležitost nefarmakologického tišení bolesti



Spolupráce sester s dalšími odborníky

Všechny respondentky se shodují na tom, že mezioborová spolupráce probíhá aktivně. Vidí v ní velký význam a bez mnohých oborů by se neobešla ani správná diagnostika ani samotná léčba. Nejčastěji zmiňují rehabilitaci, ergoterapii, spolupráci s fyzioterapeuty, ambulancemi bolesti a ortopedii. Některé potom uvádí, že v rámci komplexní péče by bylo dobré zahrnout do jednoho centra i vlastní kožní a oční laboratoře a věnovat větší péči duši chronicky nemocných pacientů. Tedy spolupráci s psychiatry a psychology. Neméně důležité potom vnímají práci sociálních pracovníků.

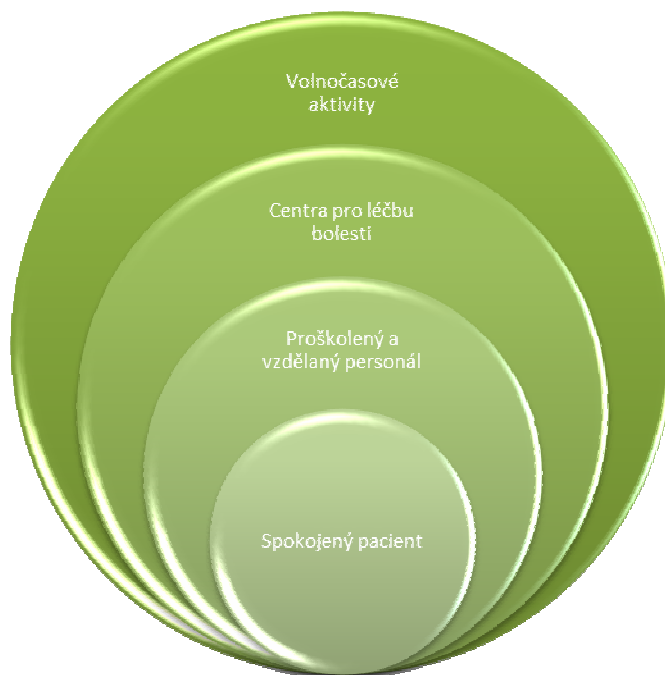
Schéma 4 Spolupráce s dalšími odborníky



Pohled sester na zařízení poskytující komplexní péči

Na tuto otázku se odpovědi shodují u čtyř sester, které uvádí, že je zřízení takového centra podle nich ideálním postupem a pro pacienty velkým přínosem. Jedna sestra uvádí, že není ani tak důležité mít vše na jednom místě, jako mít všechny pozice obsazené kvalitním a řádně proškoleným personálem. A dvě sestry uvádí, že by takový stav sice byl ideální, ale připadá jim nereálné takové centrum vytvořit. Schéma potom znázorňuje, na jakém by mělo takové zařízení fungovat. V centru všeho dění by měl být spokojený pacient. Péči o něj by měl zajišťovat vzdělaný a řádně proškolený personál. Další pomyslnou sféru péče, by měla tvořit centra pro léčbu bolesti, kde by měl personál pacienta informovat o nefarmakologickém tišení bolesti ve větším měřítku, než je tomu nyní. V poslední oblasti péče by neměl chybět aktivity typu ergoterapie, cvičení, společná setkání s dalšími pacienty ale i odborníky. Pro účely tohoto schématu jsou pod souborným názvem volnočasové aktivity.

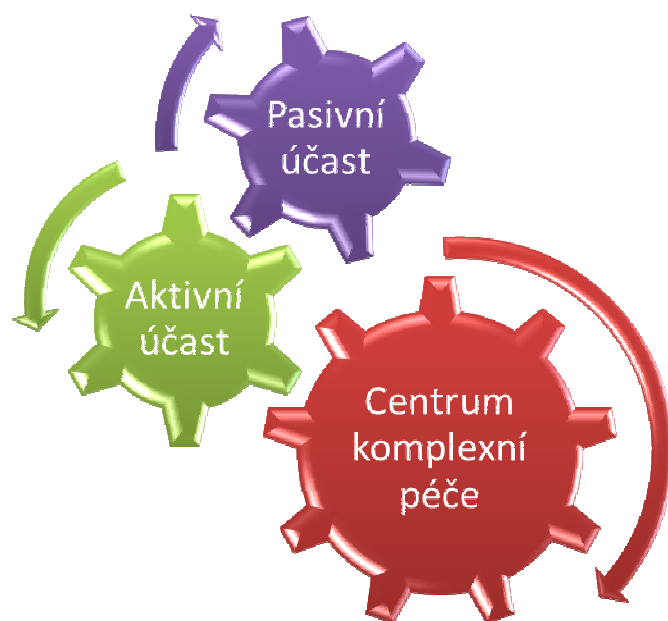
Schéma 5 Centrum komplexní péče



Míra podílu sester na vzniku takového centra

Jelikož většina sester reagovala na založení centra pozitivně, byla jim položena otázka: „*V jakém rozsahu byste byla ochotná v rámci konání dobra pro pacienty se podílet na vzniku takového zařízení?*“ Jedna sestra by se jednoznačně nezúčastnila vůbec. Tři sestry vidí svou účast pasivně ve smyslu podpory realizačního týmu. Tři respondentky uvádí, že by se rozhodně podílely aktivně na plánování i samotné realizaci.

Schéma 6 Podíl sester na vznik centra komplexní péče



5 DISKUSE

Pro naplnění cílů práce byly sledovány dva soubory, a to sestry a pacienti. Pacientům byl rozdán dotazník a se sestrami byl proveden rozhovor. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 102 respondentů. Rozhovor pro kvalitativní šetření nám poskytlo 7 sester z různých pracovišť Středočeského a Jihočeského kraje.

Jedním z nejsložitějších cílů ošetrovatelské péče je tišit bolest pacientů s chronickým onemocněním na co nejnižší možnou hranici a s minimálními vedlejšími účinky (24). V tomto případě je tedy namísto aktivní a neustálá spolupráce pacienta se sestrou. Bolest a omezení hybnosti jsou jedny z dominujících příznaků revmatoidní artritidy (1, 24). Dále je nám známo, že RA postihuje pacienty bez rozdílu věku, o čemž svědčí věkové rozdělení našich respondentů. 8 (7,9 %) respondentů bylo ve věku do 39 let. 16 (15,7 %) respondentů bylo ve věkovém rozmezí 40–49 let. Nejvíce respondentů 31 (30,4 %) bylo ve věku mezi 50–59 rokem. 27 (26,4 %) respondentům bylo mezi 60–69 lety a 20 (19,6 %) respondentům bylo nad 70 let. Z tohoto počtu respondentů byla většina žen, tedy 77 (75,4 %) a muži tvořili zbylých 25 (24,6 %) respondentů. (otázka č. 2) Tento poměr odpovídá statistice, kterou uvádí ve své publikaci Pavelka (1).

Skrze první hypotézu jsme chtěli potvrdit nebo zamítnout, zda pacienti s RA upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými. Tuto hypotézu jsme vytvořili na základě publikací, které se věnují tišení bolesti a vždy se nejvíce dozvídáme o farmakologických tišících prostředcích a vlastních zkušenostech z praxe (24). *V akutní fázi onemocnění se nám tato hypotéza jednoznačně potvrdila, jelikož pro 68 (66,7 %) respondentů jsou první volbou analgetika. (otázka č. 7) Tyto výsledky ovšem nevnímáme negativně, právě naopak. Jelikož v akutním stádiu nemoci jsou to právě léky, které bolest tiší tím nejefektivnějším a pro pacienta nejrychlejším způsobem. Alternativní metodu tišení bolesti vyzkouší 31 (30,1 %) respondentů. Zbytek 3 (3 %) respondentů ihned vyhledá lékaře. V klidové fázi nemoci tedy tuto hypotézu již potvrdit nelze. V klidové fázi nemoci pacienti využívají farmakologické a nefarmakologické prostředky k tišení bolesti téměř shodně. 48 (47 %) respondentů užije*

analgetika ihned, 49 (48 %) respondentů zkusí nejprve alternativní metodu a 5 (5 %) respondentů raději ihned vyhledá lékaře (otázka č. 7). Je dobře, že pacienti využívají nefarmakologických prostředků k tišení bolesti, a vedlejší škodlivý vliv analgetik se tak snaží minimalizovat.

Další hypotéza, kterou jsme sestavili na základě jednoho z cílů práce a kterou bylo potřeba verifikovat, měla zjistit, zda pacienti s RA využívají k nefarmakologickému tišení bolesti častěji termoterapii (chlad + teplo) než rehabilitaci. Zeman ve své publikaci uvádí rozličné metody, které se využívají v klidovém a akutním stádiu nemoci (38). Tak jsme se i my rozhodli pacientům nabídnout různé možnosti tišení bolesti a stejným způsobem jako výše jsme oddělili akutní a klidové stádium. U obou forem průběhu nemoci měli respondenti na výběr mezi léčbou chladem, léčbou teplem, bylinnou terapií, léčbou za pomoci energie, cvičením, rehabilitacemi, masážemi a lázeňskými procedurami. Mimo to měli samotní respondenti možnost vypsat další metody, se kterými mají ještě zkušenost. Respondenti měli nejprve za úkol označit, se kterou z metod mají pozitivní zkušenost, se kterou negativní zkušenost a kterou metodu neznají (otázka č. 8). Pokud budeme hodnotit i odpovědi na tyto otázky, potom v klidové fázi má nejvíce respondentů 71,5 % pozitivní zkušenost se cvičením a pravidelným pohybem. Nejvíce negativních odpovědí získala metoda tišení bolesti pomocí tepla. Tuto metodu tišení bolesti v klidové fázi považuje za negativní 47 % respondentů.

Respondenti měli možnost vyjádřit se k tomu, která z metod je pro ně tou nejúčinnější v tišení bolesti nefarmakologickou cestou, v klidové fázi uvedlo 22,6 % respondentů jako nejúčinnější metodu cvičení a pravidelný pohyb. 18,6 % respondentů vnímá nejlépe rehabilitace. Léčba chladem získala 13,7 % respondentů stejně jako lázeňské procedury. Léčba teplem a bylinné preparáty také získaly shodně 8,9 % respondentů. Masáže získaly 7,9 % respondentů s pozitivní zkušeností s touto metodou.

V akutní fázi onemocnění také respondenti nejprve hodnotili, se kterou metodou mají pozitivní zkušenosti, negativní zkušenosti a kterou metodu neznají (otázka č. 10). Zde 57,9 % respondentů hodnotí pozitivně rehabilitace. Nejvíce negativních odpovědí získala opět léčba pomocí tepla, kterou považuje za nevyhovující 62,7 % respondentů.

V otázce, kde měli respondenti vybrat pouze jednu variantu, která jim vyhovuje nejvíce (otázka č. 11), vyhodnotili nejlépe rehabilitaci, kterou vidí jako neúčinnější metodu 20, 5 % respondentů. 17,7 % respondentů vnímá jako neúčinnější metodu lázeňské procedury a 14, 8 % respondentů uvádí léčbu chladem. 12,7 % respondentů preferuje cvičení a pravidelný pohyb. Ostatní metody, tedy léčba teplem, bylinné preparáty, masáže a léčba za pomoci energie získaly necelých 5 %. *Ani v jedné fázi onemocnění se nepodařilo potvrdit hypotézu, že by pacienti využívali častěji ktišení bolesti termoterapie než rehabilitace.*

Výsledky jsou velice uspokojivé, jelikož nejvyužívanějšími metodami jsou cvičení, rehabilitace a lázně. Vše jsou to způsoby, které nejenže pomáhají tišit bolest, ale zároveň pomáhají předcházet vzniku komplikací, jako jsou postupné omezování hybnosti, kontraktury a s tím spojené omezení v oblastech sebezpečí (1). Tudiž i kdyby pacienti měli negativní zkušenosti se všemi ostatními metodami a drželi se jen těchto, jsou to nadmíru uspokojivé výsledky. Zároveň tyto metody zmiňuje ve svých publikacích Pavelka jako jedny z neúčinnějších. Kromě toho má většina pacientů zkušenosti s více metodami tišení bolesti jak v akutní, tak v klidové fázi nemoci. Zde si můžeme myslet, že to je také díky správně prováděné edukaci sestrami.

Třetí hypotéza ověřovala, zda větší zájem o tišení bolesti projeví respondenti s vyšším vzděláním (vyšší odborná a vysoká škola) nebo se vzděláním nižším. Nejvíce respondentů mělo středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou, celkem jich bylo 45 (44,2 %). Druhé nejčtenější bylo zastoupení respondentů se středoškolským vzděláním zakončeným výučním listem, celkem 30 (29,5 %). Vysokoškolské vzdělání získalo 11 (10,8 %) respondentů. 8 (7,9 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a dalších 8 (7,9 %) základní vzdělání (otázka č. 3).

Kromě vlastního zájmu o více informací (otázka č. 12), který projevilo 74,6 % respondentů, jim také byl poskytnut prostor pro vyjádření, kterých oblastí by se měly informace týkat (otázka č. 13). Z respondentů, kteří tuto odpověď zodpověděli, zmiňovali nejčastěji, že by rádi dostali více informací o dalších alternativních metodách tišení bolesti, o léčbě pomocí energie a léčbě chladem. Zmiňované bylo i cvičení, přičemž by jeden respondent velmi uvítal kolektivní cvičení, které by bylo vhodné

právě pro lidi s diagnózou revmatoidní artritidy. *Hypotéza, že má vzdělání vliv na zájem o více informací týkajících se nefarmakologického tišení bolesti, se nám potvrdit nepodařila.* Bylo to způsobeno především tím, že v množství respondentů nebyli v dostatečném počtu zastoupeni respondenti s vyšším vzděláním.

Dle našich vlastních zkušeností si mohou pacienti předat i mnohé informace při setkáních, která zaštiťují různá občanská sdružení, například Revma liga. 44 (43,1 %) respondentů uvedlo, že možnost setkávat se s podobně nemocnými pacienty ve svém okolí mají (otázka č. 14). Z těchto respondentů pak takové možnosti využívá 31 (70,5 %) respondentů (otázka č. 15).

Podobná otázka byla položena i během rozhovoru samotným sestrami. Dle nich je takové centrum pro pacienty rozhodně velmi přínosnou záležitostí. Jedna ze sester však zmiňuje, že je mnohem důležitější mít dobře proškolený a zkušený personál. My vnímáme jako důležité umět spojit obojí dohromady. Mile nás také překvapilo, že kromě jedné z nich by ostatní byly ochotné podílet se na vzniku takového zařízení, ať už aktivně nebo pasivně. Na vzniku a chodu takového projektu se určitě cení jakákoliv vynaložená aktivita. Všechny sestry se spolu s námi shodly, že tato obdoba komplexní péče má budoucnost. A to nejen v revmatologii, ale je to záležitost, kterou by určitě ocenilo i mnoho chronicky nemocných lidí s jinými diagnózami. Pevně věříme, že tato podoba péče o nemocné bude v budoucnu zlatým standardem.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou. V průběhu historie se role sestry v péči o pacienta a její kompetence vůbec velice změnily. Z původní role sestry pečovatelky, která byla pacientovi především k zajištění péče v základních životních oblastech, jak je uvádí např. Florence Nightingalová (52) se role sestry dále vyvíjela ve shodě s požadavky společnosti, a to nejen odborné, ale i laické (53). Dnes je důležité, aby sestra kromě množství odborných znalostí z oblasti medicíny byla vzdělaná i v oblastech psychologie, pedagogiky nebo například managementu. Aby se její role z pasivní pomocnice a asistentky lékaře posunula do role samostatně uvažujícího, aktivního a rovnocenného člena celého týmu ošetrovatelství. Tento trend se již vyvíjí v mnoha oblastech, kdy můžeme vidět samostatně pracující například stoma sestry nebo

podiatrické sestry. Dalším úkolem tedy bylo nejen zjistit podíl sestry na nefarmakologickém tišení bolesti, ale ve své podstatě i to, jakým způsobem sestra začleňuje do péče o pacienta. Abychom získali celistvý pohled na situaci, bylo nutné zjistit, nejen jaké zkušenosti mají v této oblasti samotní pacienti, ale také, jaký je pohled sester.

Zjistili jsme, že 52 % respondentů dostane od sestry odpověď na otázku týkající se tišení bolesti vždy. 22,6 % respondentů obdrží odpověď téměř vždy. Na druhou stranu odpověď nedostane téměř nikdy 9,9 % respondentů a nikdy nedostane odpověď 5,8 % respondentů (otázka č. 18). Tuto informaci nevnímáme jako nikterak alarmující zjištění, ovšem jsme zastánci toho, aby se komunikace mezi sestrou a pacientem ještě vylepšila. Aby se pacienti nebáli obrátit se na sestru a aby měli důvěru a jistotu, že dostanou adekvátní odpověď.

Dále nás zajímalo, jaké odpovědi ohledně tišení bolesti dostávají respondenti od sestry nejčastěji (otázka č. 19). Zde jsme zjistili, že více než 30 % respondentů dostává nejčastěji informace ohledně tišení bolesti s užitím léků. Což je pochopitelné a správné, jelikož pacienti s revmatoidní artritidou užívají velké množství léků a je potřeba jim připomínat, jaké jsou účinky jednotlivých léků, a to jak žádoucí, tak i nežádoucí. Pacienti by měli mít neustále na paměti, kdy nastavená léčba účinkuje tak, jak má, a kdy se mají ozvat, jelikož něco není v pořádku. O postupu je v takovém případě má informovat jak lékař, tak sestra. A pozitivní je i fakt, že 23,6 % respondentů získává od sestry komplexní informace, tedy nejen ty, které se týkají užívání léků, ale i informace ohledně předcházení bolesti a možnostech nefarmakologického tišení bolesti. Poměrně velký počet respondentů 21,5 %, nedostává od sestry informace žádné. Tento výsledek mohl být ovlivněn faktem, že sestra v ambulanci nemá takový prostor pro rozhovor s pacientem, jako má lékař.

Za neméně důležitou informaci považujeme i to, do jaké míry rozumí pacienti informacím, které jim sestra podá (otázka č. 20). Zde se ukázalo, že 68,6 % respondentů informace od sestry za srozumitelné považuje. Z pohledu sestry by totiž mělo být podstatné nejen informaci podat, ale vědět, že ji pacient pochopil. Ujistit se zpětnou vazbou, že předávání informací probíhá tak, jak má (51).

Dále se nám jevílo jako zajímavé zjistit, jaký zdroj pro získávání informací respondenti preferují (otázka č. 17). Měli na výběr z možností lékař, sestra, televize, internet, kniha, občanské sdružení nebo nějaké jiné informační zdroje. Nejvíce respondentů, celých 86 z nich preferuje coby zdroj informací lékaře. 29 respondentů uvádí jako zdroj informací internet. 24 respondentů získává informace z různých občanských sdružení. 17 respondentů shodně uvádí, že jako zdroj informací využívá sestru a 17 respondentů hledá více informací v knihách nebo časopisech. 2 respondenti pro více informací sledují televizi a 1 respondent uvedl jako jiný zdroj informací lékárnici.

Tyto informace hodnotíme jako pozitivní zjištění, jelikož se pacienti sami aktivně snaží o získání co největšího množství informací, čímž se stávají aktivními účastníky své vlastní léčby.

Abychom získali ucelený přehled, považovali jsme za důležité znát i názor sester, a to, zda pacienti mají podporu při nefarmakologickém tišení bolesti. Sestry se jednohlasně shodují, že alternativní metody tišení bolesti jsou pro pacienty velice důležité. Tři z nich ovšem zároveň uvádí, že je mnohdy složitá spíše spolupráce s pacienty v této oblasti – přimět je ke spolupráci a ke cvičení, než samotná edukace.

Mile nás překvapilo, že většina z dotazovaných sester si neustále doplňuje znalosti v oblasti nefarmakologického tišení bolesti, a to především na různých seminářích a kongresech, kterých se účastní aktivně nebo aktivní účast plánují. Zde nás vyvíjející se trend samozřejmě potěšil. Díky získaným informacím pak bylo snazší dostat odpověď na výzkumné otázky.

VO 1: Jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou?

Stejně jako ostatní obory, tak i revmatologie má svá specifika. Proto základem pro správný způsob podílení se, ať už se jedná o cokoliv, je vzdělávání. A dle výsledků rozhovorů si toho sestry jsou plně vědomé. Výše dosaženého vzdělání není zdaleka tak rozhodující jako další zájem přímo o revmatologii. Každá ze sester si byla plně vědoma, že je důležité se účastnit kurzů, seminářů a kongresů, které se zabývají aktuální problematikou a novinkami v oboru. Účast sester na těchto vzdělávacích akcích probíhá

aktivně i pasivně. Obojí je samozřejmě důležité. Stejně tak si sestry, které neměly dostatečně dlouhou praxi, plně uvědomují, že aby mohly jít samy někam přednášet, musí nejprve získat dostatečné znalosti z praxe.

Od vzdělání a praxe se potom odvíjí další kvalita předávaných informací. To je důležité především při edukaci pacientů. O bolesti se sestry baví s pacienty velmi často, dalo by se říci, že to je hlavní téma, ať už se jedná o pozici na ambulanci nebo oddělení. Sestry v tomto ohledu používají především edukaci formou dialogu s pacientem. Všechny se shodují, že pacienti jsou zvyklí hodně se ptát, a to sestry vnímají jako velké pozitivum. U všech respondentek byl znát velký zájem o obor a velmi vstřícný přístup k pacientům. Na základě analýzy rozhovorů odpovídáme na 1. výzkumnou otázku, že *sestry se podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů aktivně, především formou edukace.*

VO2: Do jaké míry se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti.

Zde se ukázalo, že sestry nefarmakologické metody vnímají jako velmi důležitou součást léčby. Všechny z nich tedy vítají spolupráci s dalšími odborníky. Samy také pacienty podněcují k aktivitě v této oblasti. Na základě analýzy rozhovorů, na 2. výzkumnou otázku odpovídáme, že *pro to, do jaké míry se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti, je rozhodující především samotný přístup sester k nefarmakologickým postupům a neméně záleží i na prostoru, který jim v této oblasti umožňuje jejich zaměstnavatel.*

Všechny respondentky by uvítaly centrum, kde by byla pacientům věnována komplexní péče. A potěšující zprávou je i to, že 6 ze 7 respondentek by bylo ochotných se podílet na jeho vzniku. Tři sestry by se rády zapojily i aktivně, což je pro obor a jeho další rozvoj a co nejlepší fungování velmi příznivá zpráva.

Jednou z největších myšlenek této práce bylo zjistit zájem o vytvoření centra v souvislosti s problematikou nefarmakologického tišení bolesti. V tomto centru by měli pacienti více možností ke vzdělávání v mnoha oblastech týkajících se problémů plynoucích z diagnózy RA a trávit zde volný čas. Nejen, že by na takovém místě našli svého revmatologa a sestru, ale veškerou odbornou péči v podobě fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitace, ambulance bolesti, psychologa nebo sociálního pracovníka.

Zajisté by zde získali i mnoho informací o metodách nefarmakologického tišení bolesti, a stejně tak by zde mohli některé z nich vyzkoušet i osobně. Dále by zde měli možnost vidět různé protetické a kompenzační pomůcky, které by jim usnadnili mnoho každodenních činností, které kvůli poškození způsobené nemocí nyní vykonávat nemohou. Také by si mohli sami tyto pomůcky vyzkoušet, získat informace o tom, jak a kde si je pořídit, a zároveň si je zde i zakoupit. Měli by také možnost se zde setkávat v rámci Revma ligy s dalšími pacienty a pořádat různé semináře pro odbornou i laickou veřejnost. O zařízení, které by toto vše nabízelo, projevil zájem 74,6 % respondentů (otázka č. 16).

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zaměřit se na problematiku nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou. Stanovili jsme si 3 hypotézy, které jsme testovali pomocí kvantitativního šetření za použití metody dotazníku. Výzkumný soubor kvalitativního šetření tvořili pacienti s diagnózou RA, kteří se léčili ambulantně nebo byli hospitalizováni na oddělení.

Skrze první hypotézu jsme chtěli zjistit, zda pacienti upřednostňují farmakologické tišící prostředky před nefarmakologickými. Tato hypotéza se nám podařila potvrdit pouze v případě, že se jedná o akutní fázi onemocnění. V klidové fázi je tato hypotéza zamítnuta.

Ve druhé hypotéze bylo úkolem zjistit, zda pacienti s revmatoidní artritidou využívají jako metodu nefarmakologického tišení bolesti častěji termoterapie než rehabilitace. *V tomto případě se nám hypotéza nepotvrdila. U klidové fáze je nepatrný náznak, že pacienti využívají častěji termoterapie než rehabilitace, ovšem pro malý vzorek respondentů skutečně není možné tuto hypotézu adekvátně posoudit.*

Třetí hypotéza byla formulovaná tak, že větší zájem o nefarmakologické tišení bolesti projeví pacienti s vyšším vzděláním (vyšší odborné, vysokoškolské) než pacienti se vzděláním nižším. V tomto případě nám připadalo vhodné posuzovat nejen zájem, ale i samotné využívání jednotlivých metod, jelikož výběr metody svým způsobem značí i zájem o ni. *Pokud se jedná o akutní fázi, pak se nám potvrdilo, že zde má na výběr metody vzdělání vliv. V klidové fázi se nám již toto tvrzení nepodařilo potvrdit. Stejně tak se nám nepodařilo jej potvrdit v otázce, která směřovala přímo na zájem o více informací. Zde byl sice celkový počet respondentů dostačující, ovšem pouze malá část z nich měla potřebné vzdělání, tudíž nebylo možné hypotézu potvrdit ve statisticky významném měřítku.*

Na čtvrtý cíl práce se již vztahovaly výzkumné otázky VO1: Jakým způsobem se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou?

V tomto případě jsme zjistili, že sestry se nejčastěji podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti formou edukace a některé z nich se účastní i setkání různých podpůrných skupin (např. Revma liga).

U VO2: V jaké míře se sestry podílejí na nefarmakologickém tišení bolesti u pacientů s revmatoidní artritidou? *Zde jsme zjistili, že všechny respondentky si neustále prohlubují a zdokonalují své znalosti v oblasti revmatologie a všechny z nich práce v tomto oboru nejen zajímá, ale i baví. A správně postupují při edukaci nových pacientů i během reedukace stávajících.* Z výsledků dále vyplynulo, že myšlenka vytvoření centra komplexní léčby pro pacienty s revmatoidní artritidou, potažmo pro pacienty s revmatologickým onemocněním, a zájem o více informací týkajících se možností nefarmakologického tišení bolesti se jeví jako smysluplné nejen pacientům, ale i sestřám. To do jaké míry a jakým způsobem mohou sestry s pacienty spolupracovat, popisuje například i Evropská liga proti revmatismu ve svém Doporučení pro úlohu zdravotní sestry v léčbě zánětlivých revmatických onemocnění (revmatoidní artritidy, ankylozující spondylitidy a psoriatické artritidy, viz. příloha č. 5).

Vzhledem k získaným výsledkům, které naznačují, že většina pacientů má zkušenosti s nefarmakologickým tišením bolesti, bychom je rádi podpořili v jejich úsilí ohledně využívání těchto možností tím, že pro ně bude vypracovaná brožura, kde najdou bližší informace k různým formám nefarmakologického tišení bolesti. Kromě toho v brožuře najdou i kontakt na místa, která metody nabízí v jednotlivých městech, ve kterých byl výzkum uskutečněn. Stejně tak bychom rády podpořili sestry, aby neustávaly ve svém úsilí edukovat pacienty ohledně nefarmakologického tišení bolesti. Výsledky práce bychom chtěli uveřejnit v některém odborném časopise a na konferencích. V neposlední řadě jsme potěšeny zájmem pacientů o více informací v této oblasti a chuti setkávat se stejně nemocnými lidmi a předávat si informace. K tomu by mělo sloužit centrum nefarmakologického tišení bolesti, ve kterém by pacienti měli možnost získávat nejen teoretické, ale i praktické zkušenosti z této oblasti. Zde by bylo dobré ještě zjistit, co by zde pacienti ocenili nejvíce např. formou krátké ankety.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) PAVELKA, K. et al. *Revmatologie*. Praha: Galén, 2010. 177 s. ISBN 978-80-7262-688-5.
- 2) PAVELKA, K. *Klinická revmatologie*. Praha: Grada, 2003. 952 s. ISBN 8072621742.
- 3) OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4.
- 4) DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie pohybového systému: Obecná anatomie*. Praha: Karolinum, 1996. 170 s. ISBN 80-7184-223-0.
- 5) FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2008. s. 7–24. ISBN 978-80-246-1291-5.
- 6) ČIHÁK, R., et al. *Anatomie I*. Praha: Grada, 2001. 497 s. ISBN 80-7169-970-5.
- 7) ROKYTA, R. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetřovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. Praha: ISV, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X.
- 8) *Revmatoidní artritida*, Medicína pro 21. století. TV, ČT 2 [online]. © 1996-2014. [cit 20.2.2014]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10175805663-medicina-pro-21-stoleti/dily/>
- 9) CHROBÁK, L. a kolektiv. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. 243 s. ISBN 978-80-247-1309-0.

- 10) PAVELA, K. *Laboratorní vyšetřovací metody v revmatologii*. Brno: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1992, 134 s. ISBN 80-7013-126-8.
- 11) PAVELKA, K., VENCOVSKÝ, J. Doporučení české revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. *Česká revmatologie* [online] Praha: Revmatologický ústav, 2010, č. 4, s 182-191 [cit. 3.3.2014]. ISSN: 1803-6597. Dostupné z: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/doporuceni_RA.pdf
- 12) ŠLÉGLOVÁ, O., DUŠEK, L., OLEJÁROVÁ, M., TEGZOVÁ, D., VENCOVSKÝ, J., PAVELKA, K. Posuzování funkční schopnosti u pacientů s revmatoidní artritidou; validace české verze Stanfordského dotazníku Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Česká revmatologie* [online] Praha: Revmatologický ústav, 2010, č. 2, s. 73–83 [cit. 06-01-2013]. ISSN: 1803-6597. Dostupné z: http://www.revmatologickaspolecnost.cz/dokumenty/Posuzovani_funkcni_schopnosti.pdf.
- 13) BEČVÁŘ, R., VENCOVSKÝ, J., NĚMEC, P., et al. Doporučení české revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Účinnost a strategie léčby. *Vnitřní lékařství*. 2008, roč. 54, č. 1, s. 84–99. ISSN 0042-773X.
- 14) *Revma Liga* [online] [cit. 2013-06-22]. Dostupné z: <http://www.revmaliga.cz/index.html>
- 15) HANIŠOVÁ, N., I. MÁLKOVÁ. Měření obezity. *STOB* [online]. 23. Únor, 2009. ©STOB 2010 [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/zaciname-hubnout-mereni-nadvahy-a-obezity/mereni-obezity>
- 16) TÜRKOVÁ, V. *Podpora soběstačnosti nemocných s revmatoidní artritidou ve vybraných denních činnostech v domácím prostředí*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství.

- 17) OLEJÁROVÁ, M. *Hodnocení funkčního postižení, kvality života a nákladů na léčbu u nejčastějších revmatických onemocnění*. Praha: IGA MZ ČR, 2004
- 18) ČESKO. Zákon č. 48/1997 sb., ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html
- 19) ČESKO. Vyhláška č. 267/2012 ze dne 27. července 2012 o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost [online]. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 91. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html
- 20) SÚKL. *Koxiby a riziko gastrointestinálních, kardiovaskulárních a kožních nežádoucích účinků*. Praha: SÚKL, 2004 [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/koxiby-a-riziko-gastrointestinalnich-kardiovaskularnich-a?highlightWords=koxiby>
- 21) OLEJÁROVÁ, M. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta, 2010. 150 s. ISBN 978-80-204-2281-1.
- 22) DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8
- 23) GHATTAS, L., et al. Hand surgery in rheumatoid arthritis: state of the art and suggestion for research. In *Rheumatology*. 2005. n. 44. p. 834-845
- 24) ROKYTA, R. *Bolest a jak s ní zacházet. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 25) TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN: 978-80-7013-553-2

- 26) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti, příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- 27) MINNOCK, P., FITZGERALD, O., BRESNIHAN, B. Women in established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. In *Rheumatology*. 2003. n. 42. p. 995-1000.
- 28) OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulantní praxi: Od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. 398 s. ISBN: 978-80-7345-247-6
- 29) PAVELKA, K. Bolest u revmatických onemocnění, možnosti hodnocení a léčby. In *Bolest*. Praha: Tigis, 2006, s. 425–444. ISSN 1212-0634.
- 30) KNOTEK, P., *Chronická bolest pohybového aparátu*. Praha: IGA MZ ČR, 1997, s. 36.
- 31) DUŠKOVÁ, B. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. s. 60. ISBN 978-80-7368-461-7.
- 32) MAREČKOVÁ, J., 2006b. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1399-3.
- 33) MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 144. ISBN 80-247-1262-8.
- 34) MÜLLER, I. *Bolestivé syndromy pohybového ústrojí v ordinaci praktického lékaře*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 116s. ISBN 80-7013-196-9.

- 35) TOBĚRNÁ, K. *Centra pro léčbu chronické bolesti v systému českého zdravotnictví*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Škola veřejného zdravotnictví, 2005, 43 s.
- 36) COOK, S., L., Pharmacological and Nonpharmacological Treatment of Rheumatoid Arthritis. In: *Counseling Points™: Enhancing Patient Communication for the Infusion Nurse An Official Publication of the Infusion Society* [online]. March, 2008, [cit. 2012-05-25]. Dostupné z: http://counselingpoints.com/RA_0308.pdf
- 37) VLIELAND, Vliet, T., P., M., Non-drug care for RA—is the era of evidence-based practice approaching?. In: *Oxford Journals: Rheumatology* [online]. June, 24, 2007, [cit. 2012-05-25]. Dostupné z: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/46/9/1397.full.pdf>
- 38) ZEMAN, M. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: ZSF JCU, 2013. 106 s. ISBN: 978-80-7394-403-2
- 39) MINDELL, E. *Jak zmírnit bolest artritidy přírodní cestou: všechno co byste měli vědět o artritidě*. Praha: Pragma, 2008, 150 s. ISBN 978-80-7349-112-3.
- 40) CHIA, M. *Golden elixír Chi Kung*. Vermont: Destiny Books, 2005, s. 1-3. eISBN-13: 978-1-59477-792-9
- 41) ŠOLCOVÁ, I. Kvalita života v psychologii: osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE 2004, s. 120. ISBN 80-86625-20-6.
- 42) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 43) SLOVAČEK, L. et al. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, ročník 73, č.

- 1, s. 6–9 [online cit. 2009-03-10]. Dostupné z WWW:
http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf.
- 44) GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN: 978-80-247-3625-9
- 45) BERNARD, CH. N. *Za lepší kvalitu života: artritida a revmatismus*. Praha: IDM, 1996. s. 185. ISBN 80-238-2022-2.
- 46) KALOVÁ, H., PETR, P., BICAN, J. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Jejím rozdíly podmíněné pohlavím. *Folia Phoenix*. 2005, ročník 10. Supplementum 1/2005, s. 20–22. ISSN 1801-1063.
- 47) MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života. In: Robust 2000. *Sborník prací jedenácté letní školy JČMF*. Praha: JČMF, 2001. roč. 11. s. 176–183. [cit. 06-01-2013]. ISBN 80-7015-792-5. Dostupné z:
http://www.statpol.cz/robust/2000/maly_00.pdf.
- 48) VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 2000. New York: United Nation University Press, 2006, č. 1, s. 1–39 [cit. 06-01-2013]. ISBN: 92-808-1130-4. Dostupné z:
<http://repub.eur.nl/res/pub/8862/2000c-full.pdf>
- 49) PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 605 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 50) ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2
- 51) JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- 52) NIGHTINGALE, F. *Kniha o ošetrování nemocných*. Praha: J. Otto, 1874. 187 s.

53) KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN
978-80-247-3224-4

8 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	39
Graf 2 Dosažené vzdělání.....	40
Graf 3 Současná fáze onemocnění.....	40
Graf 4 Hodnocení současné intenzity bolesti.....	41
Graf 5 Hodnocení intenzity bolesti v akutní fázi.....	42
Graf 6 Hodnocení intenzity bolesti v klidové fázi.....	43
Graf 7 Řešení bolesti v akutní fázi.....	44
Graf 8 Řešení bolesti v klidové fázi.....	45
Graf 9 Pozitivní zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi.....	46
Graf 10 Negativní zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi.....	47
Graf 11 Žádné zkušenosti při tišení bolesti v klidové fázi.....	48
Graf 12 Neosvědčenější metoda tišení bolesti v klidové fázi.....	49
Graf 13 Pozitivní zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi.....	50
Graf 14 Negativní zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi.....	51
Graf 15 Žádné zkušenosti při tišení bolesti v akutní fázi.....	52
Graf 16 Nejosvědčenější metoda tišení bolesti v akutní fázi.....	53
Graf 17 Zájem respondentů o více informací.....	54
Graf 18 O jaké informace by měli pacienti zájem.....	55
Graf 19 Možnost setkávat se s lidmi se stejnou diagnózou.....	56
Graf 20 Využití možnosti setkávat se s lidmi se stejnou diagnózou.....	57
Graf 21 Zájem respondentů o odborné zařízení poskytující komplexní péči.....	57
Graf 22 Preferovaný zdroj informací.....	58
Graf 23 Odpověď sestry na dotaz ohledně tišení bolesti z pohledu pacientů.....	59
Graf 24 Podávání informací pacientům o tišení bolesti sestrou.....	60
Graf 25 Srozumitelnost poskytnutých informací.....	61

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Tišení bolesti – Akutní fáze	62
Tabulka 2 Tišení bolesti – Klidová fáze	63
Tabulka 3 Volba metody tišení bolesti – Akutní fáze	64
Tabulka 4 Volba metody tišení bolesti- Klidová fáze	64
Tabulka 5 Řešení bolesti v akutní fázi.....	65
Tabulka 6 Řešení bolesti v klidové fázi.....	66
Tabulka 7 Zájem o více informací	66

10 SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma 1 Informace o respondentech	67
Schéma 2 Získávání nových poznatků a dovedností	68
Schéma 3 Důležitost nefarmakologického tišení bolesti	70
Schéma 4 Spolupráce s dalšími odborníky	71
Schéma 5 Centrum komplexní péče	73
Schéma 6 Podíl sester na vznik centra komplexní péče	74

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Třídy funkční zdatnosti u revmatoidní artritidy	96
Příloha 2 Nově navržená ACR/ EULAR 2010 klasifikační kritéria revmatoidní artritidy....	97
Příloha 3 Dotazník pro pacienty	99
Příloha 4 Otázky pro rozhovor se sestrami	106
Příloha 5 Doporučení EULAR.....	107

Příloha 1 Třídy funkční zdatnosti u revmatoidní artritidy

Třída a plná zdatnost, nemocný je schopen vykonávat všechnu normální činnost

v běžném životě

Třída b zdatnost dostatečná pro běžnou činnost, ale omezená v náročné práci

Třída c činnost je omezena i v běžném životě, nemocný je schopen zastat jen lehké práce, obvykle s obtížemi

Třída d pacient je schopen postarat se o sebe jen velmi málo nebo vůbec ne, je většinou odkázán na lůžko nebo vozík, potřebuje pomoc další osoby

Zdroj: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2009/07/08.pdf>

Příloha 2 Nově navržená ACR/ EULAR 2010 klasifikační kritéria revmatoidní artritidy

KLOUBY (0-5)	
1 velký	0
2-10 velkých	1
1-3 malé klouby rukou/ nohou nebo zápěstí s nebo bez postižení velkých kloubů)	2
4-10 malé klouby rukou/ nohou nebo zápěstí (s nebo bez postižení velkých kloubů)	3
>10 (alespoň 1 malý kloub rukou/nohou nebo zápěstí)	5
SEROLOGIE (0-3)	
RF a/ nebo ACPA obojí negativní	0
RF a/ nebo ACPA nízce pozitivní	2
RF a/ nebo ACPA vysoce pozitivní	3
TRVÁNÍ SYMPTOMŮ (0-1)	
< 6 týdnů	0

≥ 6 týdnů	1
REAKTANTY AKUTNÍ FÁZE (0-1)	
Normální CRP a FW	0
Abnormální CRP a/nebo FW	1

Zdroj: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/doporuceni_RA.pdf

Příloha 3 Dotazník pro pacienty

Dotazník určený pro pacienty s revmatoidní artritid

Vážená paní, Vážený pane,

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Veškerá data budou sloužit pouze jako podklad pro výzkumnou část mé diplomové práce. Při vyplňování zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď, popřípadě stručně odpovězte na otázku.

Bc. Naděžda Boukalová

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

1) *Pohlaví:*

- a. Muž
- b. Žena

2) *Váš věk:*

- a. Méně než 39
- b. 40-49
- c. 50-59
- d. 60-69
- e. 70 a více

3) ***Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***

- a. Základní
- b. Středoškolské s výučním listem
- c. Středoškolské s maturitou
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské

4) ***Označte, v jaké fázi nemoci se nacházíte v současné době:***

- a. Akutní (zduřelé klouby, bolest, vyšší omezení pohybu)
- b. Klidové-chronické (kloub je klidný, bez výrazných změn)

5) ***Označte na stupnici současnou intenzitu Vaší bolesti, kdy 1= vůbec žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest:***

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Žádná bolest

Nesnesitelná bolest

6) ***Pokud se dostaví bolest kloubu v tzv. AKUTNÍ FÁZI nemoci (projevující se zduřelým, oteklým a bolestivým kloubem, vyšším omezením pohybu), první volbou pro Vás je:***

- a. Užití analgetik - léků proti bolesti
- b. Zkusíte nejprve alternativní metody, pokud nezaberou užijete léky proti bolesti
- c. Pro snížení bolesti z výše uvedeného nic neděláte a ihned vyhledáte lékaře

7) ***Pokud se dostaví bolest kloubu, v tzv. KLIDOVÉ FÁZI nemoci (kloub je klidný, bez výrazných změn), první volbou pro Vás je:***

- a. Užití analgetik - léků proti bolesti
- b. Zkusíte nejprve alternativní metody, pokud nezaberou užijete léky proti bolesti
- c. Pro snížení bolesti z výše uvedeného nic neděláte a ihned vyhledáte lékaře

8) Označte, se kterými alternativními metodami tišení bolesti v tzv. **KLIDOVÉ FÁZI** nemoci (kloub je klidný, bez výrazných změn) máte **POZITIVNÍ** a **NEGATIVNÍ** zkušenosti a které metody **NEZNÁTE**.

POZITIVNÍ NEGATIVNÍ / NEZNÁM

- _____ 1) Léčba chladem _____ /
- _____ 2) Léčba teplem _____ /
- _____ 3) Bylinné preparáty (čaje, obklady, kapsle) _____ /
- _____ 4) Léčba za pomoci energie (energetické masáže) _____ /
- _____ 5) Cvičení a pravidelný pohyb (plavání, chůze, jóga) _____ /
- _____ 6) Rehabilitace _____ /
- _____ 7) Masáže _____ /
- _____ 8) Lázeňské procedury _____ /

Jiné (uved'te):.....

9) S jakou výše uvedenou alternativní metodou máte nejlepší zkušenosti v klidové fázi onemocnění? Uved'te pouze číslo, které je napsané před Vámi zvolenou metodou.

.....

10) Označte, se kterými alternativními metodami tišení bolesti v tzv. AKUTNÍ FÁZI nemoci (projevující se zduřelým, oteklým a bolestivým kloubem, vyšším omezením pohybu) máte POZITIVNÍ a NEGATIVNÍ zkušenost a které metody NEZNÁTE.

POZITIVNÍ

NEGATIVNÍ/ NEZNÁM

- | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ 1) Léčba chladem _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 2) Léčba teplem _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 3) Bylinné preparáty (čaje, obklady, kapsle) _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 4) Léčba za pomoci energie (energetické masáže) _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 5) Cvičení a pravidelný pohyb (plavání, chůze, jóga) _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 6) Rehabilitace _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 7) Masáže _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | _____ 8) Lázeňské procedury _____ | <input type="checkbox"/> | / | <input type="checkbox"/> |

Jiné (uved'te):

.....

11) S jakou výše uvedenou alternativní metodou máte nejlepší zkušenosti v akutní fázi onemocnění? Uved'te pouze číslo, které je napsané před Vámi zvolenou metodou.

.....

.Měl/a byste zájem o více informací týkajících se dalších možností nefarmakologického tišení bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

12) Pokud jste v předešlé otázce označil/a odpověď „Ne“, přejděte na otázku č. 14. Pokud jste v předchozí otázce označil/a možnost „Ano“ vyjádřete, kterých konkrétních oblastí by se měly informace týkat? Prosím vypište:

.....
.....

13) Máte v okolí svého bydliště možnost setkávat se s lidmi se stejným onemocněním?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

14) Pokud jste v předešlé otázce označil/a odpověď „Ne“ nebo „Nevím“, přejděte na otázku č. 16. Pokud jste v předchozí otázce označil/a možnost „Ano“, využíváte vy sám/sama této možnosti?

- a. Ano
- b. Ne

15) Uvítal/a byste ve svém okolí odborné zařízení, kde byste mohl/a získat informace o alternativních metodách nefarmakologického tišení bolesti?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

16) Jaký zdroj informací o možnostech tišení bolesti a jejímu předcházení preferujete?

- a. Lékař
 - b. Sestra
 - c. Televize
 - d. Internet
 - e. Kniha, časopis
 - f. Občanská sdružení (například Revmaliga, Klub bechtěreviků)
- Jiné (uveďte):.....

17) Sestra Vám na dotazy týkající se tišení bolesti odpoví, zvolte odpověď.

- a. Vždy
- b. Téměř vždy
- c. Občas
- d. Téměř nikdy
- e. Nikdy

18) Jaké informace ohledně tišení bolesti Vám poskytuje sestra v revmatologické ambulanci?

- a. Informace, jak lze bolesti předejít
- b. Informace týkající nefarmakologického tišení bolesti
- c. Informace týkající se tišení bolesti s užitím léků
- d. Všechny předchozí možnosti
- e. Žádné
- f. Jiné (uveďte).....

19) Pokud jste v předchozí odpovědi zvolil/a možnost „Žádné“, dále již dotazník nevyplňujte. Informace týkající se tišení bolesti podané sestrou jsou pro Vás srozumitelné:

- a. Vždy
- b. Téměř vždy
- c. Občas
- d. Téměř nikdy
- e. Nikdy

Zde je prostor pro Vaše názory a připomínky:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku

Bc. Naděžda Boukalová

Příloha 4 Otázky pro rozhovor se sestrami

Otázky pro rozhovor se sestrami

- 1) Jaká je délka Vaší praxe v revmatologické ambulanci?*
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*
- 3) Jaké máte zkušenosti s nefarmakologickým tišením bolesti u pacientů s RA?*
- 4) Jakým způsobem získáváte nové informace, poznatky a dovednosti ohledně nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s RA?*
- 5) Jakým způsobem probíhá Vámi vedená edukace pacientů, s nově diagnostikovanou RA ohledně možností nefarmakologického tišení bolesti?*
- 6) Jakým způsobem probíhá Vámi vedená reedukace stávajících pacientů ohledně možností nefarmakologického tišení bolesti?*
- 7) Jaké máte zkušenosti s vedením deníku bolesti?*
- 8) V jaké míře vnímáte důležitost nefarmakologického tišení bolesti u pacientů s RA?*
- 9) S jakými dalšími odborníky spolupracujete v rámci léčby bolesti u pacientů s RA a v jaké míře spolupráce probíhá?*
- 10) Jaký význam podle Vás má pro pacienty s RA zařízení, ve kterém by se pacientům věnovala komplexní péče, a měli by možnost získávat informace o nefarmakologickém tišení bolesti?*
- 11) V jakém rozsahu byste byla ochotná v rámci konání dobra pro pacienty se podílet na vzniku takového zařízení?*

Příloha 5 Doporučení EULAR

EULAR doporučení pro úlohu zdravotní sestry v léčbě zánětlivých revmatických onemocnění (revmatoidní artritidy, ankylozující spondylitidy a psoriatické artritidy)

- 1) Pacienti by měli mít v průběhu onemocnění přístup ke zdravotní sestře, jež pacientům poskytne edukaci směřující ke zlepšení jejich znalostí o chronických revmatických chorobách a jejich léčbě
 - ✓ Edukace pacienta je definována jako plánovaný proces směřující ke zlepšení života s nemocí a zvýšené soběstačnosti
- 2) Pacienti by měli mít dostupné konzultace zdravotní sestry směřující ke zlepšení komunikace, kontinuity péče a spokojenosti s péčí
 - ✓ Konzultace zdravotní sestry mohou zahrnovat edukaci pacienta, poskytování informací, monitorování choroby (sledování příznaků, kontroly výsledků laboratorních testů), poradenství v oblasti životního stylu a podporu při zvládnání artritidy.
- 3) Pacienti by měli mít přístup ke službě „zdravotní sestry na telefonu“, aby se zlepšila kontinuita péče a podpora byla poskytována průběžně
 - ✓ Telefonní služby, poskytované zdravotními sestrami, např. telefonní linky pomoci, představují rychlý přístup k péči. Tyto služby mohou zodpovídat dotazy a řešit obavy pacientů, související s chorobou, nebo provádět pravidelné telefonické kontroly
- 4) Zdravotní sestry by se měly účastnit komplexní péče, kontrolovat aktivitu nemoci, zmírňovat příznaky a zlepšovat výsledky/výstupy péče upřednostňované pacientem

- ✓ Komplexní péče zahrnuje též monitorování choroby (např. sledování příznaků nemoci, kontroly laboratorních testů) i poskytování péče v širokém spektru dalších problémů, souvisejících s nemocí, např. kardiovaskulárním rizikem, psychosociálními problémy a omezením aktivity
- 5) Zdravotní sestry by měly psychosociálních problémy vyhledávat, vyhodnocovat je a hovořit o nich, aby se minimalizovaly případné úzkosti a deprese pacienta
- ✓ Psychosociálními aspekty nemoci jsou obavy nebo pochybnosti o zdravotním stavu, o vlivu nemoci na pacienta a jeho/její rodinu a jejím dopadu na zaměstnání, běžný denní život a společenské aktivity pacienta
- 6) Zdravotní sestry by měly podporovat pacienty při získávání dovedností péče o vlastní osobu tak, aby se u pacientů zvýšilo sebevědomí a pocit kontroly a sebedůvěry
- ✓ Sebedůvěra představuje víru v dosažení určitých cílů a pocitu kontroly nad chorobným procesem vlastními silami
- 7) Zdravotní sestry by měly poskytovat péči na základě protokolů standardní péče a směrnic v souladu s příslušnou národní legislativou
- ✓ Doporučené postupy poskytují popis terapie a péče založené na vědeckých důkazech, zatímco protokoly standardní péče popisují místně schválené postupy, podle kterých je třeba v procesu péče o nemocné postupovat
- 8) Zdravotní sestry by měly mít přístup ke kontinuálnímu vzdělávání, aby se jejich znalosti a dovednosti zlepšily a udržely
- 9) Po specializačním studiu by sestřám měly být nabídnuty i rozšířené kompetence v souladu s národní legislativou
- ✓ Rozšířené kompetence: tím, že sestry získávají více zkušeností, stanou se více specializovanými a mohly by převzít některé odpovědnosti přesahující tradiční

hranice ošetrovatelské péče, např. některé technické úkony dosud prováděné revmatology

10) Z důvodu úspory nákladů by mohly některé intervence a monitorování nemoci provádět v rámci komplexní péče zdravotní sestry

- ✓ Intervence mohou zahrnovat edukaci pacienta, poskytování rad, doporučení k dalším odborníkům, ale i poskytování péče o široké spektrum dalších problémů souvisejících s nemocí, jako jsou např. doporučení o kardiovaskulární péči, řešení obav a pochybností, jak nemoc ovlivňuje každodenní život. Monitorování choroby představuje sledování příznaků nemoci a kontroly výsledků laboratorních testů

Zdroj: http://cazr.phorum.cz/EULAR_doporuceni.pdf