



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Specifika přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou

Vypracovala: Monika Jindrová
Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice, 2016

Abstrakt

Název práce: Specifika přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou

Základní teoretická východiska: Revmatoidní artritida, chronické autoimunitní onemocnění, které mění životy pacientů, ovlivňuje jeho kvalitu i žebříček hodnot. Dnes, díky pokrokům medicíny, jsou lékaři schopni za pomoci dostupných léčiv zastavit progresi onemocnění, navodit jeho remisi, a zlepšit tak vyhlídky nemocných s revmatoidní artritidou do budoucího života. S měnícími se potřebami pacientů během onemocnění souvisí změny v přístupu sester a v poskytování ošetrovatelské péče. Každá fáze této choroby vyžaduje specifické znalosti a dovednosti ze strany ošetrovatelského personálu.

Cíle práce: Tato bakalářská práce má 2 cíle. Cíl 1: Zjistit, jaké konkrétní intervence sestry využívají v přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou. Cíl 2: Zjistit, jaké sesterské intervence očekávají nemocní s revmatoidní artritidou vzhledem ke svému onemocnění. K cílům byly stanoveny výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Na jaké specifické činnosti se sestry zaměřují při poskytování ošetrovatelské péče nemocným s revmatoidní artritidou? Výzkumná otázka 2: Jaké specifické činnosti uplatňují sestry v rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou? Výzkumná otázka 3: Jaké intervence nemocní s revmatoidní artritidou očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?

Použité metody: Data k empirické části této bakalářské práce byly sbírány pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor, u kterého šetření proběhlo, se skládá ze 14 dotazovaných. Polovinu tvoří sestry pracující v revmatologických ambulancích a na interních odděleních se zaměřením revmatologie. Druhou část souboru představují pacienti trpící revmatoidní artritidou, kteří již byli hospitalizováni na revmatologických odděleních či dochází do revmatologických ambulancí. Odpovědi dotazovaných byly zaznamenávány buď na audio záznamník, nebo písemnou formou do poznámkového bloku. Následně byly přímou transkripcí přepsány do programu Microsoft Word. Pro zpracování

získaných dat byla vybrána metoda otevřeného kódování. Na základě podobnosti zjištěných kódů proběhla jejich kategorizace.

Výsledky: V souvislosti s analýzou dat byly zodpovězeny výzkumné otázky. Mezi intervence, na které se sestry zaměřují v rámci poskytování ošetrovatelské péče nemocným s revmatoidní artritidou, patří podpora sebedpěče. Nejčastěji se jedná o pomoc v pohybové oblasti a s hygienickou péčí. S hygienickou péčí dopomáhají 3 dotazované sestry, a to na základě vizuální monitorace pacientovy soběstačnosti. V souvislosti s touto potřebou zmínila pouze S7 možnost potřeby kompenzační pomůcky se širším úchopem. Specifičtější intervencí je zaměření se na pomoc s úpravou zevnějšku a stravováním, které dotazované také uvádějí. Avšak P4 a P5 zmiňují negativní zkušenost s touto péčí, a to v oblasti stravování, pomoc jim totiž nebyla poskytnuta. Výzkumné šetření dále poukazuje na dobré znalosti sester v rámci podávání vybraných léčiv nemocným s revmatoidní artritidou. Obdobné výsledky vyplývají i v souvislosti s edukací nemocných, kde dotazované prokazují velmi dobrou orientaci v potřebách, jež mohou působit v životech pacientů problémy. Celý edukační proces je tedy směřován do podpory sebeobsluhy a denního režimu pacientů. Ověření edukačních cílů zpětnou vazbou však nevedla ani polovina oslovených sester. Faktem také je, že žádná z dotazovaných pacientek v souvislosti se svým onemocněním neoznačila sestry jako primární zdroj informací. V rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou se dále dotazované sestry zaměřují na výběr a použití vhodných kompenzačních pomůcek, a to na základě vizuálního zhodnocení pacienta či rozhovoru s ním. Nejčastěji sestry poskytují pomůcky podporující pohyb. Pouze 3 dotazované poskytují nemocným s revmatoidní artritidou ergonomické pomůcky, jejichž používání může významně ulehčit pacientům uspokojování potřeb v oblasti sebedpěče. S2, S3, S4 a S7 se orientují také na psychickou podporu pacientů, v souvislosti s ní zmiňují empatický přístup. Ty sestry, jež mají zkušenost s Revma Ligou či se aktivně účastní jejich schůzek, doporučují pacientům ve spojení s psychickou podporou právě toto sdružení. Z výsledků analyzovaných dat získaných od dotazovaných pacientek vyplývá, že nemocní s revmatoidní artritidou neočekávají od sester v první řadě intervence týkající se podpory sebedpěče, edukace a kompenzace, ale ocenili by změny v přístupu

sester, především pak zlepšení komunikace. Odpovědi dotazovaných pacientek ukazují, že postrádají empatii a ochotu ze strany sester. P3, P6 a P7, které se otevřeně k poskytované ošetrovatelské péči vyjadřují, si špatný přístup sester ospravedlňují. Uvádí, že nedostatek vstřícnosti je následek časového presu, ve kterém se ošetrovatelský personál nachází.

Závěr: Cílem práce je analyzovat konkrétní intervence, jež sestry využívají v přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou a intervence, které tito nemocní očekávají. Přestože dotazované sestry napomáhají pacientům v oblasti sebepéče a v rámci svých kompetencí je edukují o podávaných a užívaných lécivech, z výsledků vyplývá, že v rámci přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou pacienti postrádají ochotu a empatii. Na základě analýzy dat se jako výstup pro ošetrovatelskou praxi ukazuje uspořádání semináře pro sestry, jehož cílem by bylo rozšíření znalostí a komunikačních schopností potřebných k ošetrování nemocných s revmatoidní artritidou. Cílovou skupinou pak mohou být nejen sestry z klinické praxe, ale i studentky oboru všeobecná sestra

Klíčová slova: Revmatoidní artritida, ošetrovatelská péče, edukace, sestra, pacient

Abstrakt

Title: Specific approaches of nurses to patients with rheumatoid arthritis

The basic theoretical background: Rheumatoid arthritis, a chronic autoimmune disease that changes the lives of patients, determine its quality and values. Today, due to advances in medicine and available drugs, doctors are able to halt disease progression, and induce a remission, which improves the prospects of patients with rheumatoid arthritis in the future life. Changes in needs of patients during the illness are closely related to changes in attitude and nurses in providing nursing care. Each phase of this disease requires specific knowledge and skills on the part of nursing staff.

Aim: This thesis has two goals. Objective 1: Determine what specific interventions nurses use to approach patients with rheumatoid arthritis. Objective 2: Determine what nursing interventions are patients with rheumatoid arthritis expecting. The objectives of the research questions were raised. Research question 1: What specific activities will nurses focus on in providing nursing care to patients with rheumatoid arthritis? Research Question 2: What specific actions nurses apply while carrying for patients with rheumatoid arthritis? Research Question 3: What patients with rheumatoid arthritis expect from nurses due to their disease?

Methods: Data for the empirical part of this work were collected using research. To collect data, semi-structured interview was chosen. The research group in which the survey was conducted, consisting of 14 respondents. Half are nurses working in outpatient rheumatology and internal departments. The second half is represented by patients suffering from rheumatoid arthritis who were already hospitalized in rheumatology departments or attended the rheumatology clinic. The respondents' answers were recorded on either audio recorder, or written form. Subsequently, the answers were transcribed into Microsoft Word. Open coding system was used or data processing. Coded were categorized based on the similarity.

Results: Research questions were answered in connection with analysis. The self-care belongs to interventions, which nurses have provided to patients with rheumatoid arthritis. Movement and hygienic care belong to the most common providing care. 3

respondents of nurses help with hygienic care to patients, but they are watched self-sufficiency of patients before that. Only S7 talks about compensatory aid in connection with hygienic care, the aid have wider grip. The specific intervention is help with tidying and eating, about these interventions questioned nurses talked too. However P4 and P5 have negative experiences with these interventions. It wasn't provided them. Research inquiry has shown a good knowledge of specific medicine, which nurses have given to patients with rheumatoid arthritis. The same results are emerged from education, where nurses have good orientation in needs of patients. But more than one half of respondent's nurses don't certify results of the education process. The whole of education process is shown to self-care and daily mode of patients. These answers from nurses have a contrary. Respondents P1–P7 haven't shown nurses like primary source of education. Respondents nurses S1–S7 have directed to give patient with rheumatoid arthritis a choice of suitable compensatory aid. At first they carry out an interview or evaluate patient's self-care. The most often they provide movements aids. Only 3 respondent's nurses provide ergonomic aids to patient with rheumatoid arthritis. These aids can make self-care easier. S2–S5 a S7 direct to psychical help, they talk about empathy. Nurses, who have known Revma Liga or they have gone to their dates, have recommended the association in connection with psychic. The patients with rheumatoid arthritis haven't wait intervention self-care, but they have wanted better communication. This result is following from dates of respondents P1–P7. It was found out, that patients have missed empathy and readiness from sister's side. P3, P6 a P7 are talking about press for time, which nurses have.

Conclusion: The aim of this work is to analyze the specific interventions that nurses use to approach patients with rheumatoid arthritis and interventions that these patients expect. Despite nurses care encouraging patients to self-care and their will to educate them about the drugs administered and used, the results indicate that under the approach of nurses to patients with rheumatoid arthritis patients lack the willingness and empathy. Based on data analysis, nurses are to attend seminars; the aim is to broaden the knowledge and communication skills needed to treat patients with rheumatoid

arthritis. Audiences could then be not only nurses from clinical practice, but also the students studying to become a nurse.

Keywords: Rheumatoid arthritis, nursing care, education, nurse, patient

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

Monika Jindrová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Věře Staskové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, připomínky a především trpělivost. Poděkování také patří všem dotazovaným, kteří si našli čas a byli ochotni poskytnout mi rozhovor.

Obsah

1	Současný stav	13
1.1	Etiopatogeneze RA	13
1.2	Klinický obraz RA	14
1.3	Diagnostika RA.....	15
1.4	Farmakologická a chirurgická léčba RA	16
1.5	Nefarmakologická léčba	18
1.5.1	Využití fyzioterapie	19
1.5.2	Využití ergoterapie	20
1.6	Uspokojování potřeb pacientů s RA	21
1.7	Role sestry v péči o pacienty s RA	23
1.7.1	Sestra komunikátorka a poskytovatelka ošetrovatelské péče	23
1.7.2	Sestra edukátorka.....	25
1.7.3	Některé další role sestry v péči o nemocné s RA	29
1.8	Revma Liga – součást podpory nemocných s RA	29
2	Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1	Cíle práce	32
2.2	Výzkumné otázky	32
3	Metodologie	33
3.1	Použité metody	33
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	34
4	Výsledky výzkumného šetření	35
4.1	Identifikační údaje dotazovaných	35
4.2	Vyhodnocování rozhovorů s všeobecnými sestrami	37
4.3	Vyhodnocení rozhovorů s pacienty	50
5	Diskuse.....	60
6	Závěr	67
7	Seznam použitých zdrojů	68
8	Seznam příloh.....	75

Seznam použitých zkratk

ADL – Activity Daily Living

Anti-CCP – Citrulinový peptid

DMARDs – Chorobu modifikující léky

GK – Glukokortikoidy

HAQ – Health Assessment Questionnaire

IADL – Instrumental Activity Daily Living

i.v. – Podání léku do žíly, intravenózně

MCP – Metakarpofalangeální klouby

NSA – Nesteroidní antirevmatika

PIP – Proximální interfalangeální klouby

RA – Revmatoidní artritida

RF – Revmatický faktor

RTG – Rentgenová zobrazovací metoda

s.c. – Podání léku po kůži, subkutánně

Úvod

Revmatoidní artritida (dále jen RA) byla poprvé v Evropě popsána na počátku novověku jedním z pařížských lékařů. Dlouhá staletí lidé s chronickým kloubním zánětem trpěli bolestmi kloubů, jejich deformacemi a znehybněními postižených kloubů. Dnes se již pacienti s tímto onemocněním těší lepší prognóze. Ačkoli je RA doposud nevléčitelným onemocněním, její léčba udělala v několika posledních desetiletích velký pokrok. Účinky terapie zmírňují projevy RA a tak zastavují progresi onemocnění (Olejářova, 2012).

Tématem bakalářské práce jsou specifika přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou. Jejím cílem je odkrýt specifické činnosti, které sestry uplatňují při poskytování ošetrovatelské péče. Výzkumné šetření bude probíhat jak u sester, které se s těmito pacienty setkávají a komunikují s nimi při své každodenní ošetrovatelské praxi, tak i u pacientů, jejichž životy nemoc ovlivňuje.

Vzhledem k tomu, že RA svým chronickým průběhem a četnými omezeními souvisejícími s tímto onemocněním nepříznivě ovlivňuje životy pacientů, je nutný specifický přístup ze strany sester při poskytování ošetrovatelské péče. Stěžejními intervencemi sestry je podpora sebepéče pacienta a pomoc k návratu nemocných do běžného života. Proto by sestra měla dobře znát a ovládat vhodné postupy, které uplatňuje v péči o pacienty s RA, a také pomůcky, jež pacientovi kompenzují omezení a dopomáhají mu vykonávat běžné denní činnosti.

Toto téma jsem si zvolila nejen z toho důvodu, že RA trpí jeden z lidí jeden člověk mně blízký, ale také ze zájmu o danou problematiku a prohloubení si znalostí a dovedností potřebných k péči o pacienty trpící tímto chronickým autoimunitním onemocněním.

1 Současný stav

Pro bližší seznámení s tímto revmatickým onemocněním je nejprve potřeba RA definovat. Jedná se o chronické autoimunitní onemocnění, které má pro kloubní prostředí destruktivní charakter. Dochází při ní k hyperplazii synoviální tkáně a k proniknutí zánětlivých buněk do prostředí spojení kloubu (Lukáš, Žák, 2014). Nejčastěji bývají postiženy drobné klouby ruky, nemoc se ale nevyhýbá ani ostatním kloubním spojení. Projevovat se může i mimokloubně v okolí postižených kloubů a na orgánech (Olejárová, Prokeš, 2005).

1.1 Etiopatogeneze RA

Etiologie tohoto onemocnění není dodnes úplně jasná. Dle Cetkovské et al. (2010) je příčinou vzniku RA podíl genetické predispozice a vnějších faktorů. V genetice existuje spojení RA s HLA genotypem, jenž ovlivňuje reakce imunitního systému a tím přispívá ke vzniku chorob tohoto typu. Mezi vnější faktory, které mohou působit na imunitní systém a způsobit vyvolání autoimunitní reakce, patří streptokoková, bakteriální a virová infekce. Další rizikové faktory se týkají životního stylu. V této oblasti se poukazuje na škodlivý vliv kouření, stresu a psychického stavu. Podle Feleida et al. (2010) existuje spojení mezi autoimunitními reakcemi a negativním psychickým stavem člověka. Další příčinu odhaluje prevalence onemocnění. RA postihuje až čtyřikrát častěji ženy než muže. Dle Shoenfeld et al. (2007) se na vyvolání autoimunitní reakce mohou podílet i ženské pohlavní hormony.

Za vyvoláním autoimunitní reakce stojí antigen. Na něj zareagují buňky imunitního systému, které se zaktivují a začnou se shromažďovat v synoviální membráně, kde se zmnoží. Synoviální membrána změní svoji strukturu a následně dochází ke vzniku specifické tkáně, jež se nazývá revmatický pannus (Olejárová, Korandová, 2011). Na zánětlivých pochodech se účastní T-lymfocyty a ty produkují prozánětlivě působící

cytokin TNF- α . Tyto bílkovinné molekuly podporují změny v kloubu a vyvolávají nespecifické příznaky onemocnění (Jílek, 2014). Revmatický pannus postupem času vyplní kloubní dutinu, může prorůst i do okolí kloubu a zasáhnout chrupavku a kosti, které se nacházejí v blízkosti zasaženého místa. Celý proces vede k erozi kosti a následně k destrukci zasažených tkání. Prognóza RA závisí na včasném začátku zahájení terapie (Olejárová, Korandová, 2011).

1.2 Klinický obraz RA

Klinický obraz RA se liší podle stadia nemoci. Její nástup může trvat týdny až měsíce. První příznaky jsou prodromálního charakteru, pacienti pociťují bolest, ztuhlost kloubů a trpí nechutenstvím. Typickým ukazatelem zánětu je subfebrilie (Pavelka, 2010), RA se však projevuje i psychosomatickými problémy, např. narušeným vzorcem spánku, únavou a vyčerpaností. Celkově nemoc od svého počátku ovlivňuje psychickou pohodu a zasahuje tím do sociálních a pracovních rolí pacienta (Kaas, Tóthová, 2014).

Prvním charakteristickým příznakem pro RA je ranní ztuhlost provázená bolestí spojenou s ohýbáním postižených kloubů (Šafránková, Nejedlá, 2006). Richard Češka (2010) uvádí, že neschopnost ohnout drobné klouby může trvat i víc než jednu hodinu. Klouby zasažené RA jsou teplé, oteklé a na pohmat a při pohybu bolestivé. Intraartikulárně může vznikat výpotek (Olejárová, Korandová, 2011).

RA postihuje nejčastěji klouby rukou, jedná se o zápěstní metakarpofalangeální klouby (dále jen MCP) a proximální interfalangeální klouby (dále jen PIP). Onemocnění se může projevit i na jiných kloubních spojeních, a to např. na kloubech nohou, loktech a velkých nosných kloubech (Olejárová, Korandová, 2011).

V průběhu nemoci vznikají kostní eroze. Při polyartritidě už kromě samotných erozí dochází k destrukcím kloubů (Olejárová, Korandová, 2011) a při významné progresi se klouby mění na pohled v typické deformity známé jako labutí šíje nebo knoflíkové dírky (Češka, 2010).

Jak již bylo uvedeno na začátku kapitoly, RA je onemocnění systémové a projevuje se i mimokloubně. A to nejčastěji v místech vystavených tlaku a pohybu. V podobě zánětu však může zasáhnout i oblast oka (Olejárová, Korandová, 2011). Dále bývá RA příčinou vzniku pleuritidy, perikarditidy a revmatoidní vaskulitidy, při které se mohou objevit kožní vředy a nekrózy (Češka, 2010).

1.3 Diagnostika RA

Diagnostika RA je založena na anamnéze, fyzikálním nálezů a dalších pomocných vyšetření. Pro pestrost potíží je někdy těžké chorobu správně rozpoznat. K včasnému stanovení diagnózy RA napomáhají diagnostická kritéria a klinická vyšetření (Šenolt et al., 2014), ke kterým patří laboratorní a zobrazovací vyšetřovací metody. Tyto metody jsou z hlediska diagnostiky řazeny mezi nejdůležitější (Lukáš, Žák, 2014).

Laboratorní rozbor krve odhalí v aktivní fázi onemocnění zvýšené zánětlivé markery, jako je sedimentace erytrocytů a C-reaktivní protein (Češka, 2010). Jsou i další, již specifictví ukazatelé, kteří pomáhají diagnostikovat RA. Olejárová a Korandová (2011) uvádí, „že u velké části nemocných je v séru přítomen tzv. revmatoidní faktor (dále jen RF), nebo protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu (dále jen anti-CCP). Pokud je RF pozitivní, hovoříme o séropozitivní RA, pokud jsou pozitivní anti-CCP protilátky, artritidu označujeme jako anti-CCP pozitivní“ (Olejárová, Korandová, 2011, s. 123). RF je protilátkou proti vlastním imunoglobulinovým molekulám a stojí za vyvoláním zánětu chronického charakteru (Ferenčík, 2005). Mezi další možnou diagnostiku RA patří vyšetření na antinukleární protilátky, jež jsou zaměřené proti nespecifickým buněčným antigenům (Lukáš, Žák, 2014).

Laboratorně lze vyšetřit i kloubní punktát, který bývá zakalený, nažloutlý a má sníženou vazkost (Češka, 2010). U RA tekutina obsahuje velké množství T-lymfocytů a prozánětlivě působících cytokinů (Ferenčík, 2005).

Dle Češky (2010) je diagnostika rovněž založena na rentgenovém vyšetření (dále jen RTG), které zobrazuje změny v kloubním spojení, jako jsou eroze kosti, přeměny chrupavky či zúžení kloubní štěrbin. Pro hodnocení strukturálních změn v kloubu na základě RTG snímků se užívají čtyři stadia dle Steinbrockera viz Příloha 1 (Češka, 2010). Další zobrazovací metodou je výpočetní tomografie (Šafránková, Nejedlá, 2006). K diagnostice je možné využít i ultrazvuk (Češka, 2010). U podezření na RA nosných kloubů se provádí v celkové anestezii artroskopie, jejímž cílem je odebrat a histologicky vyšetřit synoviální výstelku (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Dále se k diagnostice RA využívají klasifikační kritéria, která byla v roce 2010 navrhuta Evropskou ligou proti revmatismu a Kolejí amerických revmatologů viz Příloha 2 (Olejárová, Korandová, 2011). Oproti tomu Index DAS28 napomáhá revmatologům vyhodnocovat aktivitu RA v průběhu onemocnění (viz Příloha 3). Sami pacienti mohou přispět k diagnostice, a to prostřednictvím dotazníku Health Assessment Questionnaire (dále jen HAQ), kde mohou zhodnotit míru postižení funkce a kvalitu života viz Příloha 4 (Šléglová et al., 2010).

1.4 Farmakologická a chirurgická léčba RA

Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, léčba se za poslední desetiletí zásadně změnila. Revmatologové jsou schopni za pomoci dostupných medikamentů zastavit progresi a navodit remisi tohoto chronického onemocnění, a tím zlepšit vyhlídky pacientů na budoucí život (Olejárová, Korandová, 2011).

Mezi základní farmaka, která jsou ordinována při RA, patří léky modifikující průběh choroby (dále jen DMARDs), glukokortikoidy (dále jen GK) a nesteroidní antirevmatika (dále jen NSA). Nejúčinnějším terapeutickým prostředkem je biologická léčba, která je indikována v případě nedostatečných výsledků dosavadní léčby a při těžkém průběhu choroby. Během celé farmakologické léčby jsou důležité pravidelné

kontroly pacientů s monitorací žádoucích, ale také těch nežádoucích účinků léčby (Pavelka et al., 2014).

Léčivé látky skupiny DMARDs zpomalují a zastavují rentgenovou progresi RA. Účinně odstraňují i její symptomy. Vliv této kategorie léků nastupuje pozvolna a může trvat i několik měsíců. Do léčiv je zahrnuta skupina látek o různém chemickém a strukturálním složení, např. methotrexát, sulfasalazin, leflunomid, azathioprim a další (Martínková, 2007). Při užívání těchto léčiv lékař pravidelně kontroluje krevní tlak, krevní obraz a provádí jaterní a ledvinné testy. Pokud pacient užívá antimalarika, měl by systematicky docházet na kontroly ke svému oftalmologovi v souvislosti s rizikem vzniku retinopatie (Olejárová, Korandová, 2011).

GK jsou pacientům ordinovány především v akutní fázi onemocnění, protože mají silný protizánětlivý a tím i analgetický účinek (Češka, 2010). Tato skupina léků je také známá svým širokým spektrem negativních vedlejších účinků. Působí na orgány a mohou ovlivnit i celkový vzhled člověka, proto je nutné léčbu trvající déle než tři měsíce doplňovat o další léčiva a doplňky stravy. Jedná se např. o kalcium a vitamin D jako prevence osteoporózy. Dále je též vhodné užívat inhibitory protonové pumpy jako prevenci gastroduodenálních vředů. Po zlepšení stavu se dávka GK postupně snižuje s tendencí je postupného úplného vysazení (Olejárová, Korandová, 2011).

Pavelka (2014) o léčbě NSA uvádí, že „terapie NSA umožňuje pouze kontrolu symptomů onemocnění, ale nezabrání progresi strukturálního poškození. U RA se využívá analgetického, protizánětlivého, antipyretického a dekontrakčního účinku NSA“ (Pavelka, 2014, s. 128). NSA lékaři indikují pouze na přechodné období v souvislosti s analgetickým a protizánětlivým účinkem. Dlouhodobé užívání může mít pro organismus toxické následky. U starších pacientů je větší riziko vedlejších účinků (Pavelka, 2005).

Olejárová (2012) ve své publikaci uvádí, že přelom v léčbě RA způsobila tzv. biologická léčba. Jedná se o léčbu hrazenou zdravotní pojišťovnou. Úhrada je poskytnuta pouze pacientům splňujícím přesná indikační kritéria. Léky se podávají v centrech biologické léčby. Mají formu intravenózní (dále jen i.v.), nebo injekční subkutánní (dále jen s.c.). Biologická léčba zpomaluje a zastavuje progresi RA, jelikož

využívá např. látek inhibujících prozánětlivý cytokin TNF- α . Existují i další biologická léčiva zasahující na jiných místech zánětlivého procesu (Olejárová, Korandová, 2011).

Součástí komplexní terapie nemocných s RA je i chirurgická léčba, s nástupem biologické léčby však nejsou tyto výkony příliš časté. Oborem, který se zabývá touto léčbou, je revmatochirurgie. Existuje celé spektrum revmatochirurgických výkonů majících ulevit od bolesti a pomoci znovu obnovit funkci postiženého kloubu. Jsou to např. synovektomie, resekční artroplastika a artrodéza. Největší pokrok chirurgické léčby představují náhrady revmatických kloubů endoprotézou. Dnes se nahrazují nejen nosné klouby dolních končetin, velké klouby horních končetin, loketní a ramenní klouby, ale i drobné klouby rukou v řadě MCP a PIP (Dungl, 2014).

1.5 Nefarmakologická léčba

Za navrácení pacienta do běžného života stojí multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalšího zdravotnického personálu, podílejícího se na péči o pacienta s RA. Hlavním článkem nefarmakologické léčby je rehabilitace, prováděná fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Na základě spolupráce mezi nimi a všeobecnou sestrou se uplatňuje i rehabilitační ošetřovatelství, které se zaměřuje na podporu pohybu, sebepéče a využití kompenzačních pomůcek i bez přítomnosti výše uvedených zdravotnických profesionálů (Jester, 2007).

Nefarmakologická léčba je významnou pomocnou léčbou, zlepšuje pacientovu pohyblivost, umožňuje a urychluje návrat do běžného života i udržení sociálních vztahů. Jedná se o režimová opatření a rehabilitační programy.

1.5.1 Využití fyzioterapie

Fyzioterapie patří do oboru léčebné rehabilitace, jejím úkolem je obnovovat zdatnost jedince po funkční stránce. Cílem rehabilitace je návrat pacienta do běžného života a udržení jeho tělesné kondice do takové míry, do jaké to dovoluje onemocnění. Mimo jiné podporuje nemocné i po psychické a sociální stránce. U RA fyzioterapeuti doporučují pohyb a cvičení, které mohou následně pacienti provozovat sami doma. Také mohou díky aktivní spolupráci navrhnout vhodné polohy, jež jsou pohodlné pro relaxaci a spánek u nemocných s RA. U pacientů s omezenou hybností nacvičují sebeobsahu pomocí kompenzačních pomůcek (Benešová, Benešová, 2009). Pravidelný pohybový režim je pacientům s RA doporučován hned po odeznění akutního zánětu a mělo by se v něm nadále pokračovat po navození remise onemocnění. Je důležité se o technice správného cvičení a zatěžování kloubního aparátu prvně poradit s dostatečně kompetentní osobou, při špatném provedení hrozí riziko poranění a naučení se špatného pohybového stereotypu. K nejvhodnějším pohybům pro revmatiky patří chůze a cvičení, posilovacím cvikům by mělo předcházet vhodné rozcvičení a protažení. Pacienti by neměli překonávat své silové možnosti, zátěž přidávat postupně a při bolesti přestat cviky provádět (Poirot, 2015).

Fyzioterapeut může doporučit i používání ortéz, které znehybní klouby a zmírní tím bolest. Mezi další možnosti zmírnění otoku a bolestivosti se řadí kryoterapie (Olejárová, Korandová, 2011).

Relaxace, ztlumení subjektivních příznaků a zlepšení psychického stavu, může pacient s RA dosáhnout i využitím balneoterapie a fyziatrie. Obě tyto metody poskytují též fyzioterapeuti. Balneoterapie využívá k léčbě přírodních zdrojů. Revmatikům jsou doporučovány jodové, sírné a radonové koupele, jod má dobrý vliv na pojivové tkáně a působí vasodilatačně, síra a její deriváty působí společně s termoterapií na lidský organismus spasmolyticky a analgeticky. Podobné účinky mají i koupele radonové, které navíc působí protizánětlivě (Jandová, 2009). Fyziatrie na rozdíl od balneoterapie využívá fyzikálních a chemických účinků léčby. Tato metoda se užívá např. v kryoterapii, hydroterapii, magnetoterapii a elektroterapii. Tyto fyziatrické

postupy patří mezi nejznámější. Jejich aplikace se liší dle fáze RA (Zeman, 2013). Fyzikální terapie nejčastěji podléhají léčebným rehabilitacím, jež probíhají ambulantně, a také lázeňské léčbě, ve které se pacientovi dostává komplexní péče ve formě naplánovaných procedur. Řada léčebných lázní má ve svém indikačním seznamu RA. Mezi preferovaná lázeňská místa patří Třeboň, Jáchymov, Bohdaneč (www.revmaticke-nemoci.cz). Jako další alternativní léčby uvádí publikace *Vše o léčbě bolesti* i masáže či akupunkturu, přičemž masáže by měl provádět rehabilitační masér. Za těchto okolností jsou opět prokázány pozitivní účinky na tělo – dojde k protažení svalstva, zmírnění bolesti a celkové relaxaci pacienta (Hrabáková, 2010). Akupunktura je známá pod záštitou čínské medicíny, jedná se o alternativní léčbu. Jehly se při proceduře aplikují do specifických míst a výsledkem by mělo být uvolnění a posílení akupunkturních bodů, zmírnění bolesti a navrácení zdraví (Vše o léčbě bolesti, 2006).

1.5.2 Využití ergoterapie

Mezi další metody umožňující návrat pacientů do běžného života patří ergoterapie, zaměřující se na člověka komplexně. Dle Šamánkové (2011) „je ergoterapie založena na předpokladu, že využití cílené a smysluplné činnosti podporuje mentální a fyzické funkce, tím dochází ke zlepšení celkového zdravotního a psychického stavu. Jako terapeutický prostředek se využívá aktivita, která pomáhá obnovit či kompenzovat porušené funkce. Cílem je dosažení maximální soběstačnosti během vykonávání všedních denních činností (dále jen ADL) a nezávislosti, aktivní začlenění pacienta do společnosti a zvýšení kvality jeho života“ (Šamánková et al. 2011, s. 109). Mezi tyto aktivity patří např. oblékání, hygiena a příprava jídla. Ergoterapie je zaměřena i na podporu širší soběstačnosti. Do této kategorie nazvané instrumentální ADL (dále jen IADL) se řadí pracovní činnosti, týkající se domácnosti, volnočasové aktivity aj. Ergoterapeuti do celého procesu zahrnují i rodinu pacienta, jejich první setkání může být pacientům umožněno již v nemocnici. V první řadě zhodnotí ergoterapeuti oblast vykonávání ADL a IADL pacienta dle hodnotících škál a také provedou analýzu

prostředí, ve kterém pacient žije. Následně navrhnu přestavbu domácího vybavení a vhodné kompenzační pomůcky u RA jsou to nejčastěji nástavce na záchodové mísy, madla, protiskluzové dlažby, sedačky ve sprchovém koutě, vhodné úchyty na zásuvkách, výběr kuchyňských baterií a náčiní. Při snížené kloubní pohyblivosti je pacientům z hlediska hygieny doporučeno používat dávkovače mýdel, elektrické kartáčky na zuby a hlavně zjednodušit přístup ke každodenně využívaným předmětům. Existují i pomůcky usnadňující obouvání díky prodloužení obouvací lžice a navlékače na ponožky. Doporučuje se nosit oblečení z pružných materiálů a volit zapínání vpředu. K příjmu potravy jsou speciálně vyrobené lehké sklenice, příbory se zesíleným úchopem, uzpůsobené držadlem a prodlouženou rukojetí. U těchto pacientů je důležité dbát na zamezení přetěžování kloubů, které pak evokují bolest a podporují vznik deformit. Hledí se na užívání odlehčených pomůcek, při aktivitách se doporučuje převážně sedět, těžké předměty po lince sunout, nikoliv nosit, používat domácí elektrické spotřebiče. Pro úklid a péči o domácnost jsou uzpůsobené i pracovní pomůcky jako prodloužené nástavce. Pomůcky ergoterapeuti doporučují mít na kolečkách a po ruce (Jelínková, 2009).

Přestože je doporučení kompenzačních pomůcek doménou ergoterapeutů, měly by je znát i sestry, mohou tak nemocnému popsat a doporučit některou z nich, která mu usnadní život s RA v oblasti uspokojování základních potřeb.

1.6 Uspokojování potřeb pacientů s RA

Každý pacient s RA je jiný, má své specifické, individuální potřeby. Jedno mají ale všichni společné, jejich uspokojování je ovlivněno chronickou bolestí, která, ať už v jakékoliv míře, je součástí jejich života. Kvůli ní se mění životní styl a tempo těchto pacientů. Očekávané výsledky po setkání pacienta a zdravotníků je uspokojování požadovaných potřeb samotným pacientem. Ke zlepšení životních podmínek přispívá léčbou navozená remise, kdy kromě krátké ranní ztuhlosti pacienti nejeví známky onemocnění (www.ulekare.cz).

Základní pilíř k uspokojování potřeb pacientů je pohyb. Ruku v ruce se s ranní ztuhlostí, typickou pro RA, objevuje i bolest a doprovází pak pacienta celý den, během kterého jsou klouby namáhány. Pacienti náhle nemohou vykonávat oblíbený sport, udržet v ruce pomůcky k práci či obyčejnou tužku, často jsou dokonce nuceni změnit zaměstnání a koníčky. Výsledkem bývá demotivace a ztráta zájmů, protože pohyb přispívá k fyzické a psychické pohodě. Se sníženou hybností souvisí deficit sebepečce a to hlavně z hlediska sebeobsluhy. Problémy mohou nastat s uspokojováním základní biologické potřeby – potřeby čistoty a hygieny. Výjimkou nejsou ani potíže spojené s vykonáváním tělesných potřeb, např. sed na toaletu. Pacienti s tímto onemocněním kloubů často nemusí v ruce udržet mýdlo či kartáček na zuby, zejména po ránu, kdy je přítomna ranní ztuhlost. Komplikace se mohou objevit i při oblékání a obouvání. Využívání jemné motoriky jim působí bolest a drobné klouby ruky bývají také náchylnější k zimomřivosti (Trachtová, 2013).

RA mění i stav výživy. Tato potřeba pacientů s nástupem nemoci klesá a to především v akutním stádiu, kdy trpí nechutenstvím. To má za následek úbytek tělesné hmotnosti. V další fázi onemocnění může potřebu výživy ovlivnit bolest spojená s přípravou jídla, prací v kuchyni či úchopem příborů. Nedostatečné uspokojování této potřeby se odráží na zdravotním stavu a také na psychice pacientů (Trachtová, 2013).

Další potřebou vlastní každému jedinci, ať už zdravému, či nemocnému, je dostatek spánku a odpočinku. Pacienti s RA trpí zvýšenou únavou, která se odráží na jejich osobním životě. Pomaleji vnímají okolí, bývají nesoustředění a je ovlivněno i jejich myšlení. Únava zhoršuje celý průběh choroby a také psychický stav. V souvislosti s ní mohou mít pacienti s RA narušený vzorec spánku, děje se tak kvůli bolesti kloubů a svalů, psychickému neklidu a strachu, bolest jim také může bránit najít správnou polohu pro noční klid. V pozadí za nespavostí a únavou stojí často i stres, jenž se též na celkovém zdravotním a psychickém stavu negativně promítá (Kaas, Tóthová, 2014).

1.7 Role sestry v péči o pacienty s RA

Sestra vstupuje během poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s RA do několika rolí. Aby mohly poskytovatelky péče tyto role zastávat, jsou nutné dostatečné znalosti a dovednosti v oboru revmatologie. Výsledkem je zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče, která je připisována pokroku ve zdravotnictví. Sestra přistupuje k pacientovi komplexně – měla by jej pojmout jako jedinečnou lidskou bytost, která má dle květu zdraví biologické, duchovní, emocionální, poznávací a společenské potřeby. V péči o pacienta s RA pak zastává sestra nejčastěji tyto role: sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, edukátorka, komunikátorka, manažerka, nositelka změn, advokátka a výzkumnice. Jednotlivé role se během ošetrovatelského procesu prolínají, ale bývají zastupovány i samostatně, závisí na stádiu RA a celkovém zdravotním stavu pacienta (Farkašová, 2006).

1.7.1 Sestra komunikátorka a poskytovatelka ošetrovatelské péče

Sestra *komunikátorka* je role, do které poskytovatelka ošetrovatelské péče vstupuje již při prvotním setkání s pacientem a přetrvává v ní až do posledního dne pobytu pacienta v nemocnici či jeho konečné návštěvy lékaře. Je nezbytná i při zastávání všech ostatních rolí, které sestra zastupuje při kontaktu s pacientem a při poskytování ošetrovatelské péče. Hlavní předpoklad pro vhodně zvolenou komunikaci mezi sestrou a pacientem s RA je znalost zdravotního stavu nemocného. Jelikož se jedná o pacienta s chronickým onemocněním, mělo by se mu ze strany sestry dostat empatie, pochopení a trpělivosti. Poskytovatelka ošetrovatelské péče by měla naslouchat s citem a vytyčit si pro pacienta zvláštní čas, který věnuje pouze jemu. V dostatečném soukromí jsou často ze strany pacienta vyjádřeny pocity a názory, které by se ošetřující personál za jiných podmínek nedozvěděl. Dále by sestra měla umět dobře vysvětlit všechny postupy, kterými si pacient může usnadnit vykonávání všedních aktivit, a měla by mu přitom dát prostor pro zpětnou vazbu a veškeré dotazy. Neméně důležitá je i komunikace

s rodinou, která se musí s onemocněním svého příbuzného vyrovnat a často se naučit starat o jeho nové, zvláštní potřeby (Venglářová, Mahrová, 2006).

Se sestrou, *poskytovatelkou ošetrovatelské péče*, se setkávají jak hospitalizovaní, tak ambulantní pacienti. Při prvním kontaktu s nemocným, v rámci ošetrovatelského procesu, je úkolem sestry nashromáždit objektivní údaje a subjektivní pocity nemocného, které získá pozorováním a rozhovorem (Tóthová, 2014).

První objektivní údaj může sestra u nemocných s RA zaznamenat již při podání ruky, a to sníženou sílu stisku. Dalších příznaků si může všimnout pohledem a pohmatem. Pacienti jeví známky zánětu a mají teplé, zarudlé a oteklé klouby s omezenou hybností. V pozdějších stádiích onemocnění je na první pohled patrné vřetenovité zduření kloubů a deviace (Nejedlá, 2015).

V souvislosti se získáváním informací od nemocného, při odebrání ošetrovatelské anamnézy, sestra zaznamenává i subjektivní údaje, tedy pocity samotného pacienta. Nedílnou součástí sběru informací jsou dobré komunikační schopnosti, kterými může sestra získat zásadní informace o pacientově zdravotním stavu. Zjištěné informace mohou pomoci multidisciplinárnímu týmu určit diagnózu a zahájit vhodnou léčbu (Olejářová, Korandová, 2011). V rodinné anamnéze se zaměřuje na familiární onemocnění, především na ta autoimunitního charakteru. V osobní anamnéze se táže na alergie, přidružená onemocnění, stres, stravování, životní styl a pohybový režim, tyto ukazatele mohou o původu onemocnění také mnohé prozradit (Bartůňková, 2011). Samotní pacienti mohou během dotazování upozorňovat na problémy s vykonáváním běžných denních aktivit, pracovní činností a ranní startovací bolest kloubů (Vše o léčbě bolesti, 2006). Anamnéza zahrnuje i provedení a vyhodnocení Barthelové testu základních denních činností a ADL, jejichž vykonávání může být kvůli onemocnění zásadně ovlivněno. Součástí je i nutriční screening, poněvadž pacienti mohou trpět nechutenstvím a ztrátou tělesné hmotnosti (Nejedlá, 2006). Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz může přispět i dotazník HAQ, jež vyplňují pacienti. Všechny získané informace od nemocného sestra vyhodnotí a následně stanoví ošetrovatelské diagnózy. U nemocných s RA se nejčastěji týkají akutní a chronické bolesti, deficitu sebezpečí, zvládnutí zátěže a snaze zlepšit komfort (Herdman, 2013). Dále si sestra

vytyčí priority, naplánuje a zrealizuje ošetrovatelskou péči. V závěru ošetrovatelského procesu proběhne vyhodnocení celého plánu (Tóthová, 2014).

Během hospitalizace sestra ulevuje pacientovi od bolesti podáním naordinovaných analgetik a dalších farmakologických prostředků předepsaných lékařem. Sleduje žádoucí a nežádoucí účinky léčiv a dává prostor pacientovi pro dotazy a vyjádření subjektivních pocitů během léčby. Na základě komunikace s pacientem sestra pravidelně zaznamenává do vizuální analogové škály hodnocení míry bolesti (Šafránková, 2006). Deficit sebeděče se liší dle stadia onemocnění. Pacienti mohou mít problém s mobilitou, držením předmětů, oblékáním, hygienou a stravováním. Sestra by měla pacientovi pomoci při sebeobsluze a při použití pomůcek, jejichž úkolem je podpora vykonávání funkčních schopností. Zároveň tyto předměty mohou ulevovat od bolesti, pomáhat s mobilitou a usnadňovat sebeděči. V rámci svých kompetencí může sestra pacientům poskytnout pomůcky, jako jsou hole a berle. Další kompenzační pomůcky doporučují fyzioterapeuti a ergoterapeuti (Valášková, Soukup, 2011). Během těchto úkonů je velice důležitá motivace a psychická podpora ze strany sestry.

Specifické znalosti sestra potřebuje v Centrech biologické léčby, kde pacientům podává preparáty biologické léčby, ať už v i.v. nebo s.c. podobě. Sestra musí znát jejich správné ředění a manipulaci s nimi, rizika léčby a komplikace s ní spojené. Sestra musí pacientům v rámci svých kompetencí poskytnout informace o podstatě léčby, její strategii, dále musí umět řešit alergické reakce, které mohou v průběhu aplikace nastat, a informovat pacienta o možných komplikacích léčby (Fusek, 2012). Znalosti zahrnují i edukaci týkající se aplikace preparátů biologické léčby ve formě s.c. injekcí v domácím prostředí, včetně jejich uchování.

1.7.2 Sestra edukátorka

Důležitou a nezbytnou rolí, kterou sestra zastává během péče o pacienty s RA je role edukátorky. Šulistová a Trešlová (2012) uvádí: „využitím této role sestra zprostředkovává a usnadňuje vhodnou a očekávanou změnu myšlení a chování ve

prospěch zdraví a zlepšení životního stylu“ (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 106). Sestra pacienta učí, vysvětluje mu, demonstruje a procvičuje s ním vytyčené cíle, které mají za úkol snížit negativní důsledky onemocnění a naučit pacienta žít s RA jakožto s chronickou chorobou. Proto, aby edukace dosáhla splnění těchto cílů, jsou důležité znalosti sestry v oboru revmatologie. Nedílnou součástí péče o nemocné jsou komunikační schopnosti, vhodně zvolená komunikace napomáhá správné interpretaci edukace. Vztah sestra–pacient se díky ní stává důvěrnější, a tím pozitivně přispívá celému edukačnímu procesu. Sestra by měla pacienta po dobu edukačního procesu motivovat a dávat mu prostor pro dotazy. Na konci celého procesu je důležité ověřit splnění edukačního cíle zpětnou vazbou (Šulistová, Trešlová, 2012). Celý edukační proces je součástí ošetrovatelské dokumentace. Tím napomáhá poskytování komplexní ošetrovatelské péče a interpersonální komunikaci (Nemcová, Hlinková, 2008).

K naplánování edukačního procesu by sestra měla znát obecnou podstatu pacientovy nemoci, stádium a léčbu, k nemocnému by tedy měla volit individuální přístup.

V oblasti RA se nejčastěji jedná o několik edukačních okruhů. Pacienty s RA neustále trápí chronická bolest, která může ovlivňovat a narušovat jejich psychický stav a společenský život. V rámci edukace by sestra měla pacienta naučit bolest popsat, lokalizovat a také zhodnotit. Pacient by si měl uvědomovat, co jeho bolest zhoršuje a co mu naopak od bolesti pomáhá. Do této oblasti řadíme i úlevu od bolesti nefarmakologického charakteru. Sestra dále edukuje nemocného o lékařem předepsaných léčivech, o správnosti užívání a o jejich účincích, které jsou pozitivní, mohou však přinést i negativa. Okruh nefarmakologické léčby zahrnuje mnoho metod. Sestra pacienta učí správné aplikaci tepla, v mnoha případech stačí nosit oděv, jenž správně kryje a tím zahřívá klouby, nebo mu doporučují používat různé nahřívací sáčky. Také se doporučuje využívání kryoterapie, tj. prvků chladu, které se v obalovém materiálu přikládají na bolavé klouby. Tyto dvě terapie se používají rozdílně dle stadia onemocnění. Pro znehybnění kloubů a úlevu pro kloub zasažený RA může sestra doporučit nošení ortéz. Ve spolupráci s fyzioterapeutem doporučuje vhodnou relaxaci a rehabilitaci (Olejárová, Korandová, 2011).

Další ošetrovatelské problémy, jež se může sestra u pacientů s RA řešit, jsou únava a poruchy spánku. Tyto potíže s sebou přináší další škálu problémů, např. snížení výkonnosti a zhoršení psychického stavu, které se projeví na zdraví pacienta. Sestra by měla odhalit příčinu časté únavy a poruch spánku, pokud souvisí s onemocněním, měla by pacienta naučit, jak problémy zmírnit, popřípadě zcela odstranit. Pacient by si měl za pomoci sestry umět naplánovat denní aktivity a dbát na to, aby se příliš nepřetěžoval a zaměřil se na svůj denní režim, během kterého by se měl pravidelně stravovat, relaxovat a pohybovat se. Vyhýbat by se měl stresorům a špatným návykům během dne. Do edukace by měla být zapojena i rodina pacienta, která mu může pomoci s vykonáváním denních aktivit.

K vykonávání běžných denních aktivit a sebeobsluhy mohou pacientovi pomoci kromě rodiny a přátel i kompenzační pomůcky. Výběr vhodných kompenzačních pomůcek má na starosti rehabilitační lékař, fyzioterapeut a ergoterapeut. Nicméně edukace sestrou by měla zahrnovat i znalost těchto pomůcek, jejich využití a praktické rady pacientovi a jeho rodině. Pacienti s RA mohou využít různé pomůcky, např. berle, vycházkové hole, nástavce na WC, ortézy, otvíráky, obouvátka, hygienické pomůcky, dlahy a nádoby s rozšířenou rukojetí. Sestra by také měla pacienta naučit, jak ulevovat kloubům při domácím úklidu a jak si odlehčovat břemena, kupř. kbelíky na vytírání podlahy, koše s prádlem a vysavače, které k vykonávání těchto činností potřebuje (Olejárová, Korandová, 2011)

S přetěžováním kloubů a organismu člověka souvisí i zdravý životní styl. Ve stravování existují speciální jídelníčky doporučující pacientům s RA vhodnou stravu. Dle Lohmann (2014) by lidé s RA měli vsadit na zásaditou stravu a na snížení příjmu živočišných tuků, ať už v masité, nebo i mléčné podobě. Je doporučována zelenina, ovoce, rybí maso a čerstvé rostlinné oleje. Jídelníček by tedy měl být pestrý a vyvážený. Jako zásadní chybu ve stravování Lohmann (2014) uvádí užívání alkoholu. Při edukaci je vhodné pacienta upozornit i na redukci váhy, protože vysoká tělesná hmotnost přetěžuje klouby, a také na nevhodnost kouření. V případě potřeby je možné doporučit i návštěvu nutričního terapeuta. Se zdravým životním stylem souvisí i pohyb proto

sestra v rámci svých kompetencí pacienta edukuje o pohybu přiměřeném jeho onemocnění, jako je lehké protažení svalů a kloubů a chůze.

Jak už bylo v této kapitole uvedeno, RA zasahuje do všech každodenních aktivit v pacientově životě. Týká se to i zaměstnání, jež často pacienti musí kvůli vysoké fyzické náročnosti změnit. Sestra by měla pacientovi vysvětlit nevhodnost nočních směn v souvislosti s poruchou pravidelnosti denního režimu a psychické zátěže. Opět by měla zdůraznit, že je ku prospěchu vyhnout se nošení těžkých břemen a vysoké fyzické aktivitě. Vhodná je tedy úprava pracovního prostředí a pracovní doby. Pacienti s pokročilou formou onemocnění často musí povolání změnit nejen kvůli celkové zátěži, ale i kvůli nepochopení ze strany zaměstnavatele (Olejárová, Korandová, 2011). Při poklesu pracovní schopnosti pacientů s RA je možné zažádat o invalidní důchod, posudkový lékař následně posoudí pacientův zdravotní stav a je mu přiřazen jeden ze tří stupňů invalidity (Marko, 2015).

Cílem edukace je i prevence před rizikovými faktory zhoršující průběh RA. U stagnující RA je pacientům doporučováno očkování proti chřipce, pokud to stadium onemocnění pacienta nedovolí, je vhodné naočkovat příbuzné a rodinu. Pacienti s chronickým onemocněním jsou totiž ohroženi horším průběhem chřipkového onemocnění a mnohými komplikacemi, na rozdíl od zdravých lidí, kteří netrpí poruchou imunitního systému. Je nutné každoroční přeočkování (Olejárová, 2012). Kromě virů jsou také náchylnější k pneumokokovým infekcím, jejichž očkování je staršími lidmi podceňováno. Pacientům s RA se kvůli chronickému průběhu onemocnění a oslabení imunitního systému toto očkování též doporučuje (Chlábek, 2014).

S edukací se pacienti setkávají i v Centrech biologické léčby. Před intravenózním podáním biologické léčby sestra naučí pacienta, jak se během aplikace léčivé látky chovat. Někteří pacienti využívají biologické léčby, která má podobu s.c. injekcí, protože tu si potom mohou aplikovat v pohodlí domova. Úkolem sestry je naučit pacienty správnou techniku vpichu a místa pro aplikaci určená. K tomu, aby mohl pacient v rámci edukačního procesu demonstrovat s.c. injekci a lépe si ji zafixovat, lze využít i letáku, kde bude postup znázorněn. Pacient by měl dále disponovat znalostmi, jakým způsobem si preparáty uchovávat a jak s nimi manipulovat (Menclová, 2013).

1.7.3 Některé další role sestry v péči o nemocné s RA

Sestra jako *manažerka* odpovídá za koordinované vedení ošetrovatelského procesu u pacientů s RA, zabezpečuje tím komplexní a kvalitní péči. Sestra v této roli umí sestavit účinný ošetrovatelský plán, který je zaměřen na pacienta jako individuum mající své specifické potřeby. Kromě toho sestra manažerka může řídit a organizovat větší skupinu lidí, věnuje se výzkumu, vzdělání a dalším aktivitám zahrnujícím podporu a zkvalitnění poskytování služeb v oboru ošetrovatelství. Mimo jiné může manažerovat i samu sebe.

Praxe a věda jdou neustále kupředu a nevyhýbají se ani oboru revmatologie. Léčba a kompenzace RA během posledních let prodělala velký posun. Sestra jako *nositelka změn* by se v průběhu vykonávání své ošetrovatelské praxe měla neustále vzdělávat a prohlubovat si svoje vědomosti, které napomáhají ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče, v tomto případě o pacienty s RA (Farkašová, 2006).

Advokátka pacienta je další z rolí, které sestra zastává. Sestra hájí zájmy nemocného, zajímá se o jeho potřeby. A s tím souvisí snaha tyto potřeby společně s pacientem uspokojit. Dále se zajímá o pacientovy problémy a přání, na jejichž základě pak stanoví ošetrovatelskou diagnózu a dle plánu ošetrovatelské péče se snaží pacientovým potřebám vyhovět (Špirudová, Králová, 2007).

Skrze výzkumné aktivity se sestra sama může podílet na zlepšení kvality ošetrovatelské péče pacientů s RA. Sestra *výzkumnice* musí mít základy pedagogiky, které uplatňuje pro sběr dat. Touto rolí sestra získává informace podle typu zkoumaného souboru. Může se zaměřit jak na nemocné s RA, tak i na sestry a další personál poskytující jakoukoliv péči pacientům s RA (Farkašová, 2006).

1.8 Revma Liga – součást podpory nemocných s RA

Jak již bylo zmíněno, dle květu zdraví má každý člověk své individuální potřeby, které se snaží uspokojovat nejen během doby, kdy je zdravý, ale i po dobu nemoci.

Pacienti s RA se mohou potýkat s duchovním a sociálním strádáním, a to kvůli možné společenské izolaci a nepochopení okolí. K tomu, aby se po této stránce cítili lépe, mohou pomáhat některé podpůrné skupiny. Jedna z nich je občanské sdružení Revma Liga sdružující pacienty s revmatismem. Mezi nejčastější revmatická onemocnění členů této organizace se řadí osteoartróza a revmatoidní artritida. Kromě samotných pacientů jsou členy příslušníci jejich rodiny, lékaři, ošetrovatelský personál a všichni, které tato problematika zajímá a kteří usilují o zlepšení péče a zkvalitnění života pacientů. Sdružení se zaměřuje na prevenci, léčbu, rehabilitaci, oblast sociální a psychologickou. Od jeho založení vzniklo po celé České republice několik poboček, jež mají za cíl zvýšit povědomí okolí o revmatických chorobách a umožnit pacientům vést plnohodnotný život. Spolupracují na mezinárodní úrovni s EULAR a Ligou proti reumatizmu na Slovensku. Každé tři měsíce vydává bulletin REVMATIK, ve kterém najdou členové informace o svém onemocnění, o aktivitách Revma Ligy a jednotlivých poboček. Do bulletinu mohou přispívat nejen lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotní sestry, ale i samotní pacienti mohou zveřejnit své zkušenosti, rady a životní příběhy (www.revmaliga.cz).

Revma Liga pro své členy pravidelně pořádá rekondiční pobyty a jednotlivé kluby organizují setkání, posezení či semináře. Sdělují si zde informace o nových poznatcích v diagnostice, léčbě a prevenci. Další oblastí, která se nachází v zájmu Revma Ligy, je rehabilitace. Ve speciálních seminářích si členové za pomoci fyzioterapeuta mohou vyzkoušet vhodné cviky, které napomáhají protažení a posílení svalstva a současně nezatěžující klouby, díky ergoterapii si zase mohou zvolit vhodné kompenzační pomůcky. Dále jim tento léčebný obor může nabídnout pomoc při přestavbě bytu, a to ve formě návrhu, jenž by zohledňoval míru postižení pacienta. V seminářích pořádaných ergoterapeuty mají zájemci možnost procvičit si i jemnou motoriku formou výtvarných děl. Poslední oblastí, na kterou Revma Liga soustředí své zájmy, je sociální a psychologická oblast. Revma Liga spolupracuje se sociálními pracovníky, s nimiž se mohou členové poradit o svém problému. Na sezeních si zase mohou promluvit s lidmi mající podobné starosti a trápení a najít si nové přátele (Svatošová, 2010).

Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumné šetření probíhalo v rámci Jihočeského kraje, je potřeba zmínit fungující pobočky v Českých Budějovicích a Táboře. V Českých Budějovicích pobočka Revma Ligy aktivně spolupracuje se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity. Studenti magisterského ošetrovatelského oboru si své znalosti a edukační dovednosti zkvalitňují právě na setkáních se členy Revma Ligy, pro které chystají přednášky a edukační materiály. Pacienti s RA si zase rozšiřují vědomosti a dostávají se jim různých doporučení vhodných pro život s chronickou chorobou. Spolupráce tedy probíhá ve dvou rovinách, kdy se vzdělávají studenti a zároveň pacienti. (Stasková, Šulistová, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké konkrétní intervence sestry využívají v přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou.

Cíl 2: Zjistit, jaké sesterské intervence očekávají nemocní s revmatoidní artritidou vzhledem ke svému onemocnění.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Na jaké specifické činnosti se sestry zaměřují při poskytování ošetrovatelské péče nemocným s revmatoidní artritidou?

Výzkumná otázka 2: Jaké specifické činnosti uplatňují sestry v rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou?

Výzkumná otázka 3: Jaké intervence nemocní s revmatoidní artritidou očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?

3 Metodologie

3.1 Použité metody

Pro sběr dat v empirické části této bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. První část výzkumného souboru, u něhož šetření probíhalo, tvoří sestry pracující v revmatologických ambulancích a na interních odděleních zaměřených na revmatologii v rámci dvou nemocnic v Jihočeském kraji. Druhou část souboru tvoří pacienti s RA, kteří již mají zkušenost s péčí poskytovanou jak v ambulantních zařízeních, tak na oddělení nemocničního zařízení zaměřeného na poskytování péče v revmatologii.

Výzkumné šetření proběhlo v průběhu měsíce února 2016. Na základě polostrukturovaného rozhovoru byly sestrám i pacientům postupně kladeny otázky, týkající se problematiky RA a jejich cílem bylo nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Dotazovaným sestrám bylo položeno celkem 11 otázek zaměřených na poskytování ošetrovatelské péče, kompenzační pomůcky, jež pomáhají uspokojovat běžné denní činnosti nemocnému s tímto onemocněním, dále také na kontakt s pacienty trpící RA. Pacienti odpovídali na 8 otázek týkajících se změn v jejich životě, které nastaly po diagnostikování onemocnění, a to v oblastech sebepéče, sebeobsluhy a také ohledně pomoci sester, které se jim dostává v souvislosti s jejich onemocněním. K otázkám se sestry i pacienti vyjadřovali otevřeně.

Před zahájením samotného rozhovoru byli dotazovaní seznámeni s účelem této bakalářské práce a po získání jejich souhlasu byly následně provedeny rozhovory. Dialogy byly zaznamenány prostřednictvím audio záznamníku, následně byly přímou transkripcí přepsány do písemné podoby v programu Microsoft Word. Některé sestry s tímto způsobem zaznamenávání nesouhlasily a z toho důvodu byly jejich odpovědi během rozhovoru zapisovány do poznámkového bloku a následně přímou transkripcí

přepsány do programu Microsoft Word. Anonymita všech dotazovaných zůstala zachována.

Po prozkoumání získaných údajů od sester a pacientů trpících RA byla pro analýzu dat zvolena metoda otevřeného kódování.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný vzorek tvořilo dohromady čtrnáct dotazovaných, z nichž bylo sedm sester a sedm pacientů s RA. Pět sester pracuje v revmatologických ambulancích, zbylé dvě na interních odděleních se zaměřením revmatologie. Obě tato zdravotnická zařízení se nachází v Jihočeském kraji. Všech 7 dotazovaných pacientů s RA má zkušenost s hospitalizací na interním oddělení zaměřeném na revmatologická onemocnění a současně dochází do revmatologické ambulance.

Rozhovory s pěti dotazovanými sestrami probíhaly v jejich volném čase v rámci zaměstnání, se zbylými dvěma po pracovní době. Některé dotazované, se kterými rozhovor proběhl v pracovní době, mi věnovaly trochu času navíc a poskytly mi k nahlédnutí materiály, (např. brožurky a letáčky), které běžně dostávají pacienti za účelem edukace jak v oblasti týkající se samotného onemocnění, tak v oblasti kompenzačních pomůcek. Se všemi dotazovanými sestrami probíhal rozhovor nenuceně a přirozeně.

Pět pacientů z dotazovaných sedmi jsou členy RL a rozhovor s nimi proběhl během jejich setkání. Zbývající dva nejsou členy žádného sdružení a rozhovory proběhly v prostředí jejich domova. Dotazovaní se k odpovědím vyjadřovali velice otevřeně, se zájmem odpovídali na kladené otázky týkající se jejich života s RA a poskytované péče.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje dotazovaných

Tabulka 1 Identifikační údaje všeobecných sester

Dotazovaný	Označení	Pohlaví	Vzdělání	Délka praxe	Místo působení
Sestra 1	S1	žena	VŠ	18 let	Revmatologická amb.
Sestra 2	S2	žena	VŠ	37 let	Interní odd.
Sestra 3	S3	žena	SZŠ	1 rok	Interní odd.
Sestra 4	S4	žena	VOŠZ	15 let	Revmatologická amb.
Sestra 5	S5	žena	VŠ	18 let	Revmatologická amb.
Sestra 6	S6	žena	SZŠ	14 let	Revmatologická amb.
Sestra 7	S7	žena	SZŠ, specializace v interně	15 let	Interní odd.

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje sester. Všechny dotazované, které byly součástí výzkumného šetření, jsou ženského pohlaví. Sestry S1, S2 a S5 měly nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. S3, S6 a S7 měly vystudovanou střední zdravotnickou školu. S7 kromě střední odborné školy absolvovala i pomaturitní studium Specializace v interních oborech. Poslední dotazovaná S4 měla vystudovanou vyšší odbornou školu zdravotnickou. Délka praxe dotazovaných byla kromě S3 vyšší než 10 let. S2, S3 a S7 pracovaly na interních odděleních se zaměřením revmatologie, ostatní pracují v revmatologických ambulancích.

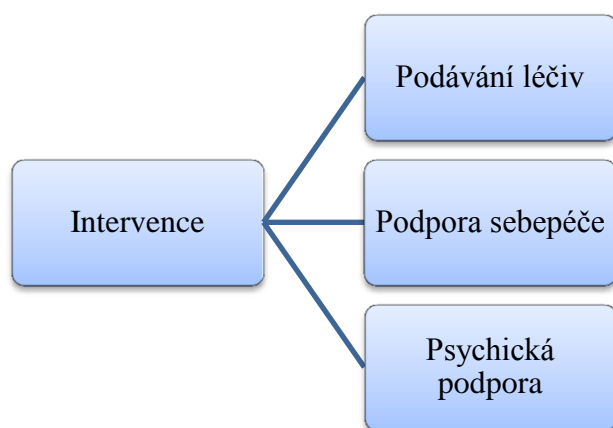
Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů

Dotazovaný	Označení	Pohlaví	Věk	Stadium	Trvání nemoci	Léčba
Pacient 1	P1	žena	43	2.	6 let	biologická
Pacient 2	P2	žena	58	3. – 4.	21 let	biologická
Pacient 3	P3	žena	65	3.	40 let	kortikosteroidy
Pacient 4	P4	žena	59	4.	26 let	biologická
Pacient 5	P5	žena	66	2. – 3.	31 let	biologická
Pacient 6	P6	žena	52	2. – 3.	17 let	kortikosteroidy
Pacient 7	P7	žena	60	2.	13 let	biologická

Tabulka 2 obsahuje identifikační údaje pacientů trpících RA. Výzkumné šetření proběhlo celkem u sedmi pacientů ženského pohlaví. Nejmladší z nich, P1, bylo 43 let, té nejstarší P5 66 let. Stadium jejich onemocnění se pohybovalo od 2. do 4. stupně, ve kterém jsou již dotazované postiženy deformitami a ankylózami kloubních spojení. Mimo P1 trpěly všechny ženy RA nad 10 let. Kromě P6 a P3, které užívaly GK, jsou všechny léčeny preparáty biologické léčby.

4.2 Vyhodnocování rozhovorů s všeobecnými sestrami

Kategorie 1 Stěžejní intervence sestry v péči o pacienty s RA



Kategorie 1 je zaměřena na hlavní činnosti sester během poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s RA. Obsahuje tři podkategorie, do nichž patří podávání léčiv, podpora sebepéče a psychická podpora pacientů.

Podávání léčiv

Podávání léčebných látek a analgetik dle ordinací uvedlo jako svoji hlavní intervenci všech sedm dotazovaných. S4 uvedla: „Zaměřujeme se hlavně na podávání biologické léčby, ať už je to infuzní, nebo subkutánní podoba. Hlídám pacienty během podání v infuzní podobě. Pacienti jsou vždy poučeni, aby hlásili všechny podezřelé pocity.“ S5 tvrzení S4 rozšířila: „Před samotnou aplikací měříme tlak, váhu, výšku, u některých i EKG.“ S6 navázala na jejich výpověď, během podávání léčebných látek se zaměřovala i na edukaci: „Říkám jim, že nemají po aplikaci biologické léčby chodit den do práce a měli by mít klidový režim. Také, že nedoporučujeme ježdění autem, protože někdy dostávají premedikaci.“ Podávání analgetik zmínily celkem tři sestry. S2 tvrdila:

„My se zde setkáváme s těmito pacienty, jen když nastanou komplikace. Takže se zaměřujeme hlavně na bolest.“ S tím se shodlo i tvrzení S3. S7 uvedla: *„Podáváme jim tu léky podle ordinací. Vedou analgetika.“*

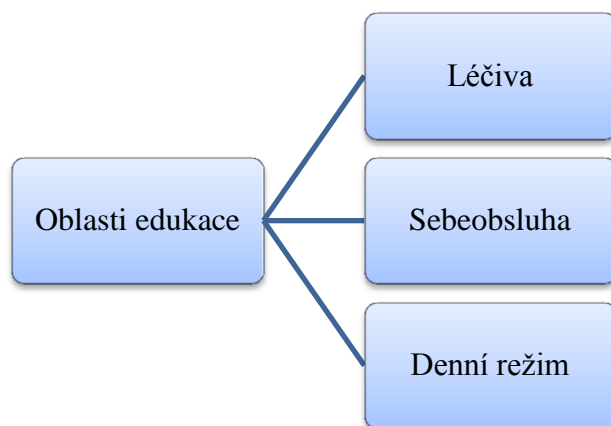
Podpora sebekpěče

Podporu sebekpěče zařadily mezi hlavní intervence dvě sestry. S2 řekla: *„Snažíme se zlepšit jejich pohybovou aktivitu, při hygieně se je snažíme dost aktivizovat. To děláme hlavně my, sestry. Pak s nimi cvičí fyzioterapeuti.“* S7 se vyjádřila obdobně: *„No soběstačnost se snažíme podpořit, co nejvíc to jde.“*

Psychická podpora

Z odpovědí několika dotazovaných mimo jiné vyplynulo, že mezi jejich intervence patřila snaha o psychickou podporu nemocného. S2 řekla: *„I když není mnoho času, snažím se je vyslechnout a poradit. Když vidí nějaké východisko ze své situace,lepší se jim nálada.“* S4 se snažila navodit psychickou pohodu během podávání biologické léčby: *„Pustím jim rádio, u některých podložím místa velkých kloubů, aby jim to bylo pohodlné a cítili se tam celkově dobře.“* S3 v souvislosti s psychickou podporou zmínila nemocničního kaplana: *„Všechny pacienty u nás obchází kaplan, povídá si s nimi a vyslechne je. Pacientům se pak uleví, když se můžou svěřit.“* S7 uvedla motivaci: *„Snažím se je motivovat a psychicky podpořit. Někdy to jde hůř, někdy lépe, záleží na pacientovi.“*

Kategorie 2 Nejčastější oblasti edukace sester



Kategorie 2 se zaměřuje na oblasti, do kterých sestry nejčastěji směřují edukaci pacientů. Z kategorie vypsaly tři podkategorie zaměřené na podávání a užívání léčiv, sebeobsluhu a denní režim pacientů.

Léčiva

Na edukaci v oblasti podávání léčiv se shodly S1, S2, S3 a S5. Z výpovědí vyplynula edukace zahrnující oblasti aplikace léčiv a nežádoucí účinky. S1 řekla: *„Edukace je samozřejmá po všech stránkách. Takže aplikace léků, režim a nežádoucí účinky, samozřejmě v našich kompetencích.“* Výpověď S4 předchozí odpověď doplnila: *„Edukujeme tu ohledně aplikace s.c. injekcí s biologickou léčbou, kterou si pacienti aplikují sami doma. To jim ukazujeme v ordinacích, dostávají k tomu i edukační materiál.“* Obdobně se vyjádřila i S5. Kromě biologické léčby zmínila S2 s S3 podávání analgetik a kortikosteroidů. S2 vypověděla: *„U nás jsou většinou s akutní bolestí nebo s komplikacemi onemocnění. Když jim podáváme analgetika, říkám jim, za jak dlouho dostanou další a jaké mají čekat účinky, ty nežádoucí. Když podávám kortikoidy, říkám, jak by měli upravit stravu nebo na co si dát pozor.“*

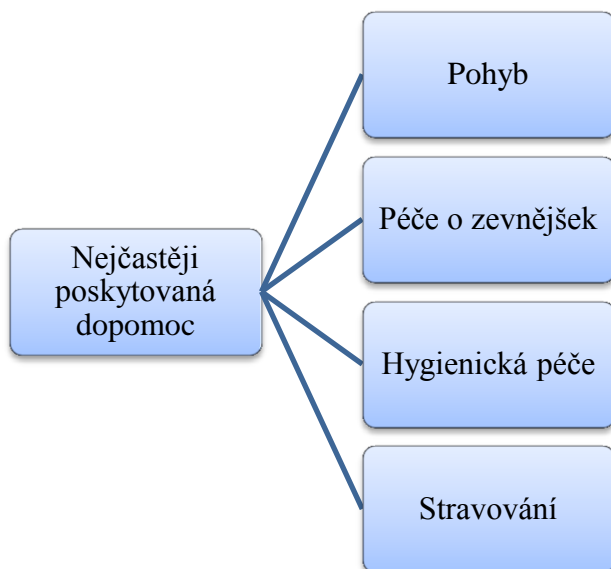
Sebeobsluha

Na edukaci v oblasti sebeobsluhy se zaměřily dvě sestry. S3 řekla: „*Stále jim říkám, že se mají pohybovat. Doporučuju jim hlavně chůzi, nebo aby se domluvili s fyzioterapeutem. Snažím se, aby byli sami schopní udělat si věci, co potřebují a obsloužili se. Když nevědí, jak na to, tak jim radím.*“ S7 pro změnu zmínila: „*Když ho vidím ráno si čistit zuby, řeknu mu, jak si pomoci, že si má koupit kartáček se širším úchopem, vysvětlím mu, proč je to dobré. Už jsem jednomu pacientovi říkala i o nádobí. Měli by co nejvíce věci zvládat sami.*“ S7 radila pacientům i s oblečením: „*Když vidím, že mají deformity prstů a mají problémy s oblékáním, říkám jim, aby si nekupovali halenky s knoflíky, kalhoty se zipy a boty s tkaničkami, protože se s tím musí akorát trápit a ulehčí si aspoň práci.*“ V neposlední řadě sestra zmínila, že ukazuje pacientům, jak se držet speciální přístroje a jakým způsobem si mohou ulehčit práci v kuchyni.

Denní režim

O edukaci v oblasti denního režimu se S1 vyjádřila takto: „*Kromě léků edukujeme i o dodržování režimu. Ne jenom po podání biologické léčby, ale celkově, že by se měl šetřit netahat nic těžkého a hlavně dělat činnosti pravidelně, chodit pravidelně spát a tak.*“ S2 mluvila v souvislosti s denním režimem o důležitosti ochrany kloubů, řekla: „*Edukuju je hlavně v tom, aby se ty klouby snažili šetřit. Nenosili břemena a taky ty klouby chránili před zimou, klidně dvoje rukavice, hlavně neprochladnout.*“

Kategorie 3 Nejčastěji poskytovaná dopomoc v souvislosti s deficitem sebepéče



Kategorie 3 se zaměřuje na nejčastěji poskytovanou dopomoc ze strany sester pacientům s deficitem sebepéče. Z kategorie vplynuly tři podkategorie týkající se péče o zevnějšek, hygienické péče a stravování.

Pohyb

Oblast pohybu, v souvislosti s bolestí, označily za důležitou tři dotazované. S2 řekla: „*Když mají bolest, tak musíme pomáhat úplně se vším, dopomůžeme jim dojít na záchod, dovezeme je na vyšetření nebo poskytneme toho rehabilitačního. Vyvíjí se to od jeho stavu, a co pro dané období potřebuje.*“ S7 dopomáhala za pomoci pomůcek: „*Snažím se, aby se co nejvíc hýbali, takže když mají deformity prstů na dolní končetině nebo problémy s nosnými klouby, dáme jim hole nebo chodítka.*“ S3 se zaměřila na pohyb v souvislosti se vstáváním z lůžka: „*Když hůř chodí, pomáháme jim dojít na záchod, posadit nebo vstát z postelí.*“ S6 v první řadě sledovala pacientovu soběstačnost: „*Pacienti přijdou a my řekneme, odložte si a lehněte na lehátko, sledujeme jak je soběstačný, a když potřebuje, pomůžu mu na lehátko, aby ho mohla paní doktorka vyšetřit.*“

Péče o zevnějšek

Do péče o zevnějšek je zařazeno svlékání, oblékání a obouvání. S tím pomáhala pacientům s RA S1, S3, S6 a S7. Všechny se shodly na tom, že jejich pomoc se odvíjela od vizuálního zhodnocení soběstačnosti pacienta. S3 řekla: „*Když někdo potřebuje, dopomůžeme mu se obléct popřípadě vysvléct.*“ S4 uvedla kromě oblékání a svlékání i pomoc s kompenzačními pomůckami: „*Pomůžu jim obléct a mají tady taky obouvátka, ty můžou kdykoliv využít, ale musím říct, že se hodně snaží sami.*“ Obouvátka pacientům poskytovala i dotazovaná S5.

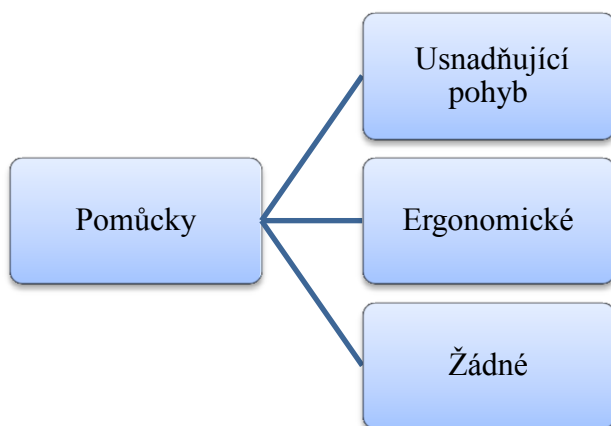
Hygienická péče

Dopomoc s hygienickou péčí zmínily tři dotazované. S2 i S3 uvedly, že pomoc poskytují dle přání a potřeby pacienta. S2 řekla: „*Nejvíce potřebuji s hygienou pomoc, když mají bolesti.*“ S3 doplnila: „*Pomáháme s hygienou, kdy mu připravíme všechny pomůcky, a když někdo potřebuje, dopomůžeme i s mytím.*“ S7 se vyjádřila konkrétněji: „*Při čištění zubů pomáhám, protože těžko udrží kartáček a snažím se je mýt tak, aby měli co nejmenší bolest.*“

Stravování

Dopomoc v oblasti stravování uvedly za nepostradatelnou S2, S3 a S7. S3 se vyjádřila takto: „*Pak třeba s jídlem, kdy mají problém udržet v ruce přístroje a nakrájet tvrdší jídla, tak mu vše připravíme a pak dle přání pacienta taky nakrájíme.*“ S7 zmínila i kompenzační pomůcku: „*Když mají deformity prstů, máme tu pro ně speciální lžíci. Jinak jim krájíme maso a tvrdší kousky.*“

Kategorie 4 Kompenzační pomůcky užívané k podpoře sebepéče pacienta



Kategorie 4 se věnuje kompenzačním pomůckám, které v rámci podpory sebepéče sestry poskytují pacientům. Z kategorie vplynuly tři podkategorie pomůcek, jež jsou poskytovány sestrami nejčastěji.

Pomůcky usnadňující pohyb

Mezi základní kompenzační pomůcky, patří ty pomůcky, které usnadňují přesouvání pacienta a jiné pohybové aktivity. Využívají je S2, S3 a S7. S2 o poskytování pomůcek podporující pohyb řekla: „*Používáme pomůcky jenom, co se týká pohybu. Takže vozíky, hole a berle. Na záchodech a ve sprchách jsou všude madla a sedátka.*“ Podobně se vyjádřila S7 a S3 uvedla obdobnou odpověď: „*Tak používáme vozík, francouzské hole, hole a chodítka. V posteli mají pro podporu pohybu hrazdičku a taky postranicí se mohou chytit.*“

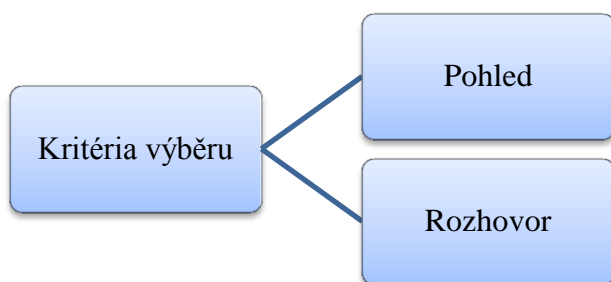
Ergonomické pomůcky

Mezi kompenzační pomůcky, které revmatikům usnadňují život a zlepšují jeho kvalitu, se řadí ergonomické pomůcky. S1 v souvislosti s nimi uvedla: „*Máme tady třeba obouvátka, ale hlavně pacientům pomáháme my osobně.*“ Obouvátka zmínila i S5 a S6. S7 kromě obouvací lžice uvedla: „*Používáme ergonomické pomůcky, takže lehčí nádobí, upravené přístroje a předměty s širším úchopem.*“

Žádné

Naopak žádné kompenzační pomůcky neposkytovaly S4, S5 a S6. S4 to odůvodnila: „*Většinou mají svoje, třeba berle nebo tak. Tady na ambulancích to nemáme.*“ Stejně odpověděla i S5: „*Pomůcky tady nepůjčujeme ani neposkytujeme.*“ Odpověď S6 tuto podkategorii uzavřela: „*Nemáme tu žádné speciální pomůcky, většinou jsou ti lidi soběstační.*“

Kategorie 5 Kritéria výběru pro doporučení vhodné kompenzační pomůcky sestrou



Kategorie 5 je zaměřena na kritéria výběru vhodné kompenzační pomůcky pro pacienta. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie pohled a rozhovor.

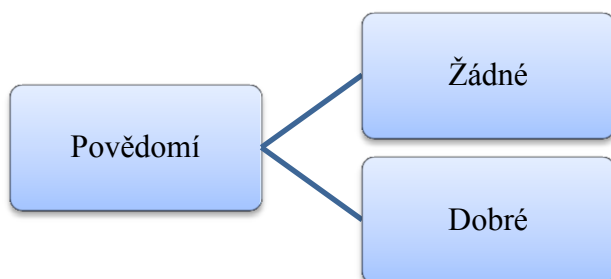
Pohled

Pohledem hodnotily pacientovu soběstačnost S1, S6 a S7. S1 řekla: „*Všímáme si, jak vyndávají kartičku pojišťovny, jak jim jde zapnout bunda a na základě toho poradíme zlepšovák nebo nějakou pomůcku. Máme tu i katalogy, v kterých jsou přehledy kompenzačních pomůcek. Z těch si pacient může vybrat celou škálu pomůcek.*“ S6 také doporučovala pomůcky na základě pohledu: „*Když vidím, že má pacient s něčím problémem, jako z hlediska sebeobsluhy, říkám mu, že by to šlo i jinak, snadněji a odkážu ho na katalog v čekárně.*“ S7 se zmínila i o funkci lékaře v souvislosti s kompenzačními pomůckami: „*Informují o tom hlavně lékaři, ale když jim připravují nebo krájím jídlo a vidím, že jim samotným to dělá problém, říkám jim, že si takový příbor seženou i na internetu nebo ve specializovaných prodejnách, že existuje i lehčí nádobí a i různé polohovací polštáře.*“

Rozhovor

Rozhovor s dotazníkem je další kritérium, na jehož základě doporučovaly sestry pacientům kompenzační pomůcky určené speciálně pro ně. S1 zmínila dotazníky: „*V rámci biologické léčby vyplňují pacienti dotazníky o kvalitě péče a života, kde nám vypisují pomůcky a k čemu potřebují pomoc. Já to zpracovávám a dělám si poznámky, pak to řeknu lékaři a na základě toho jim doporučujeme pomůcky.*“ S4 řekla: „*Tady na ambulancích se pacienti zdržují jen chvíli, ale bavíme se tady, a kolikrát je odkazují na katalog v čekárně nebo jim říkám zkušenosti ostatních pacientů.*“ S5 měla stejnou zkušenost jako předchozí sestry: „*Když si s nimi povídám a řekne, co je třeba v tu danou chvíli trápit, řeknu jim, že existují i různé pomůcky a řeknu jim o katalogu v čekárně.*“

Kategorie 6 Povědomí sester o sdružení Revma Liga



Kategorie 6 se zabývá povědomím sester o sdružení Revma Liga. Z této kategorie vyplynuly dvě podkategorie, dotazované, co nemají žádné povědomí o tomto spolku a sestry, jež Revma Ligu znají, či jsou přímo jejími členkami.

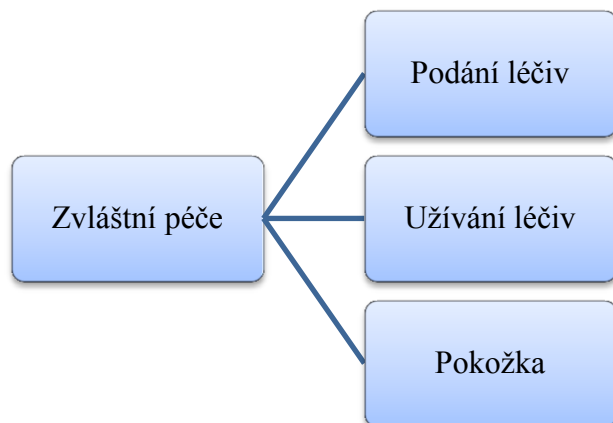
Žádné povědomí

Některé dotazované neměly žádné informace ani zkušenosti s RL. Odpovědi S2, S3 a S7 se téměř shodly. S7 řekla: „*Nemám žádné zkušenosti s Revma Ligou, tudíž ji pacientům nedoporučuju.*“

Dobré povědomí

Dotazované s dobrým povědomím o RL se s touto organizací přímo setkaly nebo o ní slyšely. S1 uvedla: „*Jsem sama členkou. Myslím, že je to pro pacienty hodně přínosné, tady musím znovu zmínit tu ergoterapii, která v rámci Revma Ligy probíhá. A taky se zde setkávají lidi, co mají stejné problémy, mohou si vyměnit zkušenosti a poradit, hodně je to podporuje.*“ S4 se o RL vyjádřila následovně: „*Myslím, že je to pro ně hodně přínosné, vyrábějí různé věci, procvičují prsty, dozví se spousty nových věcí a popovídají si.*“ S5 a S6 stejně jako S1 RL doporučovaly. S6 měla o organizaci tyto informace: „*Pořádají různé akce, setkají se tam s lidmi s podobnými problémy. Pacientům ji určitě doporučujeme, hlavně těm, co sem chodí už déle.*“

Kategorie 7 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s RA



Kategorie 7 se zabývá specifickou ošetrovatelskou péčí, kterou sestry poskytují pacientům s RA v souvislosti s léčbou či užívanými léčivými. Kategorie obsahuje tři podkategorie podání léčiv, užívání léčiv a péči o pokožku.

Podání léčiv

Na tom, že se pacientům v oblasti podání léčiv dostává specifické péče, se shodly S1, S2 a S3. S1 řekla: „*Je hlavně důležité, říct jim, co mají potom dělat, že mají být v klidu a nedoporučujeme ani řízení. A když jim poprvé aplikujeme biologickou léčbu s.c., tak musí být minimálně půl hodiny po aplikaci v čekárně a my je kontrolujeme.*“ S2 se zmínila o péči před podání léčebné látky: „*Tihle pacienti většinou užívají rizikové léky a u nás mají napíchnuté kanyly, takže když je jdeme napichovat, snažíme se je neporanit. Používáme i šetrnější lepení.*“ S3 také hovořila o biologické léčbě: „*Po aplikaci biologické léčby by měli být aspoň den v klidu a teple, vždy jim to připomínám.*“

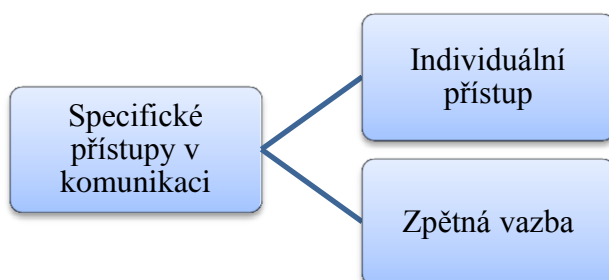
Užívání léčiv

Správné a pravidelné užívání léčiv je bezesporu základem každé léčby. Ani u RA tomu není jinak. V této podkategorii dotazované znovu zmínily edukaci. S5 řekla: *„Klademe důraz na to, aby léky brali pravidelně. Říká jim to jak paní doktorka, tak já. A zase s tím souvisí to, aby nekouřili a popřípadě i zhubli. A ještě s tím souvisí pravidelné prohlídky, to jim také pořád opakujeme.“* S3 a S7 odpověděly obdobně. S7 zmínila GK a NSA: *„Důležitá je pravidelnost dávkování a správná dávka léků. Poučuji o tom i pacienty.“*

Pokožka

Zvláštní péči o pokožku, která je potřeba především u pacientů užívajících GK, uvedly všechny dotazované sestry. Jejich výpovědi se až na pár drobností shodly. S1 řekla: *„Když berou kortikoidy, tak mají papírovou kůži, takže je upozorňujeme, jak se chovat, když se zraní, třeba o trn, že si nemají kůži ostríhávat, protože se jim to pak déle hojí.“* S2 svou odpověď doplnila předchozí dotazovanou: *„Říkáme jim, že si to mají přelepit pouze papírovou náplastí a taky se ptáme, jak se k té kůži chovat, jestli to jako ví.“* S5 zmínila v souvislosti s péčí o pokožku toto: *„Hlavně opatrně promazávat a používat šetrnější náplasti.“* S6 dodala: *„Doporučujeme neдрáždivá tělová mléka.“*

Kategorie 8 Specifické přístupy využívané v komunikaci u pacientů s RA



Kategorie 8 je věnována specifickým přístupům v komunikaci, které sestry volí při dorozumívání se s pacienty trpící RA. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie individuální přístup a zpětnou vazbu.

Individuální přístup

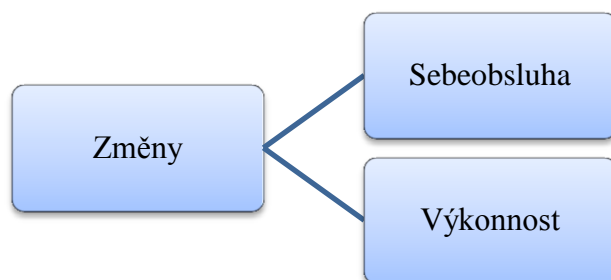
Každý člověk je individuum se svými specifickými potřebami. Nutnost tuto osobnost poznat a vcítit se do ní uvedly S1 i S6. S1 k tomu účelu využila dotazníky: *„Hlavně na základě toho dotazníku komunikujeme, hodnotí kvalitu života jednou za půl roku. Někteří se za něco stydí a neřeknou vám to, ale do dotazníků to napíší. Já ty lidi znám, tak většinou vím, kdo to vyplňoval. Kdyby ty dotazníky byly mezi lidmi, tak bychom se dozvěděli o pacientovi daleko víc.“* S6 se také snažila k pacientům přistupovat individuálně: *„Ke každému je třeba individuální přístup, ale záleží na každém, jaký je. Kdybychom měli na pacienty víc času, tak se i více dozvíme. Ale je to jak kdy, když máte plnou čekárnu, tak se jen těžko můžete tolik pacientovi věnovat.“*

Zpětná vazba

Zpětná vazba je významnou součástí edukačního procesu. V souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí nemocným s RA ji S2 využívala takto: *„Když jdou na vyšetření, tak se ptáme, jestli nám rozumí a potřebují něco dovysvětlit.“* S4 uvedla: *„Většinou se zeptám, jestli mají nějaké dotazy nebo je ještě něco zajímavá.“* Konkrétněji se vyjádřila až S6: *„Opakovaně říkat. Neptat se: Rozumíte? Oni řeknou: Ano. A stejně neví. Na první návštěvě dostanou brožurku a oni si doma připraví dotazy a pak se to s nimi všechno probírá, když je dost času.“*

4.3 Vyhodnocení rozhovorů s pacienty

Kategorie 1 Změny v životech pacientů po onemocnění



První kategorie obsahuje změny, které u pacientů nastaly po vypuknutí onemocnění před fází remise. Z této kategorie vplynuly dvě podkategorie. Kvalitu jejich života ovlivňuje především zhoršená sebeobsluha a snížená výkonnost.

Sebeobsluha

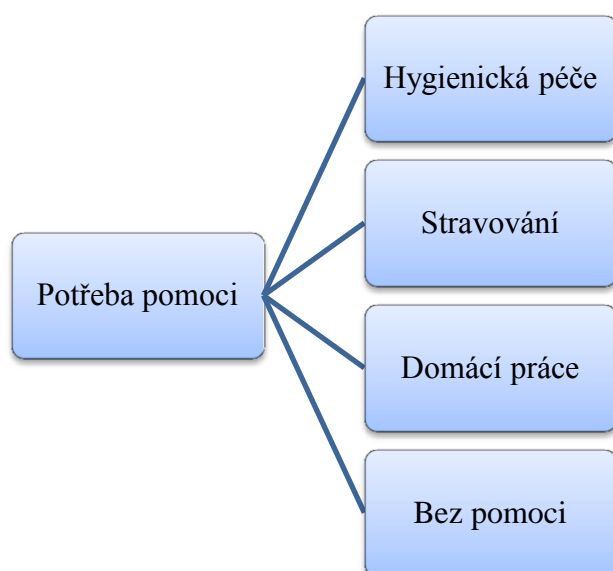
Všechny dotazované se shodly na tom, že onemocnění ovlivnilo jejich sebeobsluhu a to v různých oblastech. P1 uvedla: „*Dělá mi problém dělat běžné domácí práce, musela jsem se přeorientovat na druhou ruku.*“ P3 zmínila: „*Nemohu si vzít boty, jaké bych si představovala. O podpatkách si mohu nechat zdát.*“ Problém s obutím udala i P4. P5 mluvila o své dřívější zálibě v šití: „*Dnes tu jehlu v ruce vůbec necítím, sotva ji udržím mezi prsty.*“ P6 o problémech se sebeobsluhou uvedla: „*Na začátku jsem si nemohla zavázat tkaničky, sednout si na záchod nebo se obléct, byl to zlý sen.*“

Výkonnost

Další zásadní změnou v životech pacientek je snížená výkonnost, která je ovlivňuje po všech stránkách. P1 uvedla: „*Strašně mě bolí tahání těžkých věcí a nemůžu už sportovat, tak jako dřív. Taky bývám hodně unavená.*“ S tímto tvrzením se ztotožnila i P7. P2, P3 a P4 shodně uvedly, že jim ubylo sil. P2 k tomu dodala: „*A každý rok ubude něco dalšího. Děláte jen to, co vám život dovolí.*“ P5 se zmínila o změnách

počasí v souvislosti s RA: „*Někdy to jde hůř, hlavně když se mění počasí. Když je zima, tak je to hrozné, ale jinak je to dobré.*“ P6 ve vztahu s výkonností hovořila o povolání: „*Jsem kosmetička a ruce k práci potřebuji, bylo to pro mě dost šokující.*“ P7 také zmínila zaměstnání: „*Jsem kuchařka, jenže nemůžu do studené vody, jsem tak zimomřivá, na začátku to bylo v kuchyni krutý.*“ P1, P6 a P7 mluvily i o psaní, shodly se, že nevydrží psát dlouhou dobu.

Kategorie 2 Potřeba pomoci



Druhá kategorie se zabývá potřebou pomoci, jež je pro dotazované nezbytná. Tato kategorie má čtyři podkategorie, které vyjadřují, v jakých konkrétních oblastech potřebují pomoci v péči o sebe sama.

Hygiena

V oblasti hygieny potřebovaly pomoc P2, P4, P5 a P6. Shodly se v tom, že je pro ně nutností mít ve vaně či sprchovém koutě sedátko. P3 řekla: „*Do vany si vlezu, ale z ní nejsem schopná se zvednout, ani když se chytám za baterii a madla, nemám sílu postavit*

se na nohy. Musím mít někoho, kdo mě odtud vytáhne.“ Madel využívala i P6. P3 a P5 uvedly, že jejich hygienické potřeby měly širší úchop. P3 to odůvodnila: *„No a kartáček na zuby a hřeben mám s tím širším úchopem, líp se mi to drží a zachází.“* P6 zmínila i výměnu baterií v bytě: *„Po ránu jsem nejvíc ztuhlá, takže jsme museli vyměnit baterie, nemohla jsem je otevřít ani zavřít.“*

Strava

K uspokojení potřeby dostatečné výživy, potřebovaly P4 a P5 ergonomickou pomůcku a dopomoc. P4 řekla: *„A když mě bolí zápěstí, tak mám takovou ohnutou lžici.“* P5 uvedla: *„Mám upravené nože, aby měly širší úchop, každou chvíli mi totiž něco z té ruky vypadne.“* P3 byla závislá na výpomoci v kuchyni: *„Neuzvednu těžší hrnce a neukrojím tvrdou věc, to musí dělat můj muž. Problémy mi dělá i škrábání brambor. Strašně nerada škrabu. I nerada krájím chleba.“*

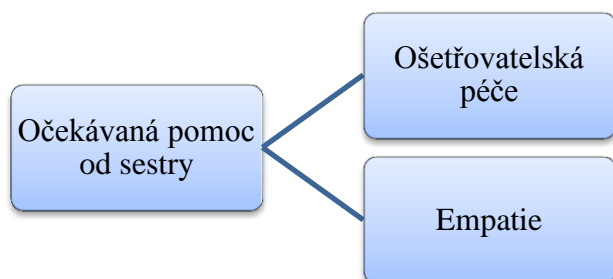
Domácí práce

P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7 se shodly, že neuzvednou těžká břemena. Potřebovaly buď výpomoc rodiny, nebo si k jejich přesouvání různě dopomáhaly. P3 řekla: *„Ona vás ta bolest naučí přizpůsobit se, když uklízím tak kýbl postrkuju před sebou“.* P4 udala: *„Při vytírání mám kýbl ve dřezu, abych se nemusela ohýbat.“* P6 zmínila i speciální mop, který jí celou práci usnadňuje.

Bez pomoci

Pouze P1 a P7 uvedly, že nepotřebovaly žádnou pomoc a zvládly sebeobsahu samy. P1 uvedla: *„Nepotřebuji pomůcky ani žádný rady.“* P7 dodala: *„Bylo to horší, ale teď to jde, pomoc nepotřebuji, všechno zvládnu sama.“*

Kategorie 3 Očekávaná pomoc ze strany sestry



Kategorie 3 se zaměřuje na pomoc, kterou pacienti s RA očekávají ze strany sester. Z této kategorie vplynuly dvě podkategorie, v nichž jsou vyjádřena přání, která vycházejí ze zkušeností nabytých při setkáních s tímto zdravotnickým personálem.

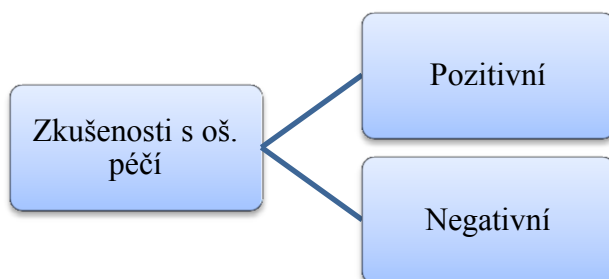
Ošetrovatelská péče

Tato kategorie vplynula ze zážitků dotazovaných z doby hospitalizace. P4 si přála po dobu pobytu v nemocnici následující: „*Jsem zimomřivá a nechci být na průvanu a pod oknem.*“ Potom ještě dodala: „*Myslím, že by s námi měli více mluvit a ptát se nás. Třeba zrovna u nás, jestli nechceme nakrátet jídlo nebo tak.*“ P5 uvedla obdobné přání: „*Strašně se divili, že nemůžu otevřít salám zatavený ve fólii, takže si více o nás zjistit, aby měli na nás více času.*“

Porozumění

P2, P3, P4, P5 a P6 se shodly, že zásadní je empatie a vstřícnost ze strany sester. P2 řekla: „*Stačí, když je člověk vstřícný a milý, jste zvyklí bojovat a nechcete být na nikoho odkázání, pak vám tohle stačí a všechno jde líp.*“ S tím se ztotožnila P3 a P4, která dodala: „*Důležitá je ta komunikace s nimi, stačí, když je milá.*“ P5 a P6 uvedly jako zásadní vstřícnost.

Kategorie 4 Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí



Kategorie 4 se týká zkušenosti, kterou mají dotazované s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Tyto zážitky tvoří dvě podkategorie, které jsou pozitivního a negativního charakteru.

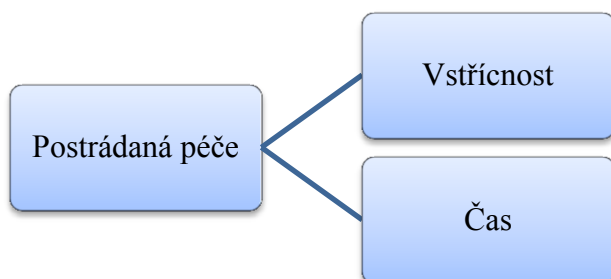
Pozitivní

P1 hodnotila poskytnutou péči ze strany sester pozitivně, řekla: *„Když jsem byla v nemocnici, byli na mě moc hodní. Vozili mě na vozíčku, protože bych nikam nedošla, ale musela jsem se hodně snažit sama. Ani teď, když chodím na infuze, tak nemám větší problémy.“* P3 hodnotila péči obdobně: *„Dali mi berle a ortézu, pak jsem spíše potřebovala rehabilitační.“* P5 také péči chválila: *„Vždy byli ke mně vstřícní, neměla jsem nikdy problém.“* P7 na závěr dodala: *„Žádnou pomoc jsem nepostrádala, se vším mi pomohli, byli vstřícný a milý. A když jsem něco nevěděla, hned mi sestra zavolala doktorku a ta všechno vysvětlila.“*

Negativní

P1, P2 a P4 se zmínily o poskytnuté péči negativně. P1 k prvnímu výroku dodala: *„I když na těch infuzích je to kolikrát takový zvláštní, ani na vás nepromluví, přijdou, odejdou a je to.“* P4 řekla: *„I když jsem hospitalizovaná, tak chci žít jako člověk, ne ležet 24 hodin denně v 17 dní nepřevlečené posteli, kde jsem jedla a spala.“* P2 shrnula své zkušenosti s poskytovanou péčí takto: *„Nemůžu ani pochválit, ani na ně nadávat. Snažím se je pochopit.“*

Kategorie 5 Postrádaná péče v souvislosti s ošetřováním



Kategorie 5 je zaměřená na péči, kterou dotazované v rámci poskytované ošetrovatelské péče postrádají. Tvoří dvě podkategorie, které se věnují vstřícnosti a času.

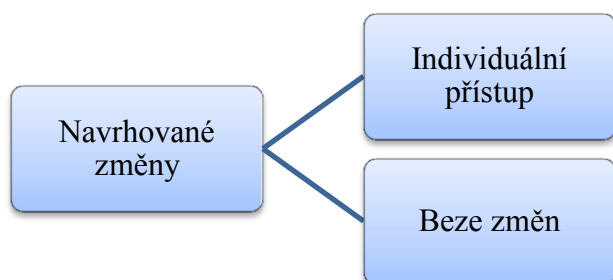
Vstřícnost

V souvislosti s touto podkategorií P2 a P3 jmenovaly bezmyšlenkovitě vstřícnost. P4 řekla: „*Když jsou nepříjemné sestry, jde všechno hůř.*“ P1 po zamyšlení uvedla: „*Mohly by být občas vstřícnější,*“ pak ale pokračuje, „*ale přesto jsem vždy byla spokojená.*“

Čas

Nedostatek vstřícnosti konkrétně P3, P6 a P7 odůvodnily časovým presem, ve kterém se sestry nemohou pacientovi plně věnovat. P3 uvedla: „*Myslím si, že v tom hraje roli čas, mají ho na nás docela málo.*“ P6 řekla: „*Hodně mi pomohla Revma Liga, v ambulanci není čas se na něco ptát a povídat si.*“ P7 odpověděla obdobně: „*Já se dozvěděla hodně informací o revmatoidní artritidě taky v lázních, protože v ambulanci si se mnou nikdo půl hodiny nesesedne a nebude mi povídat, co a jak.*“

Kategorie 6 Změny v přístupu sester k pacientům



Kategorie 6 se zabývá změnami, které by dotazované udělaly ve zdravotnictví a v přístupu sester. Z této kategorie vplynuly tři podkategorie věnující se soukromí, individuálnímu přístupu a také spokojenosti s dosavadním přístupem ošetrovatelského personálu.

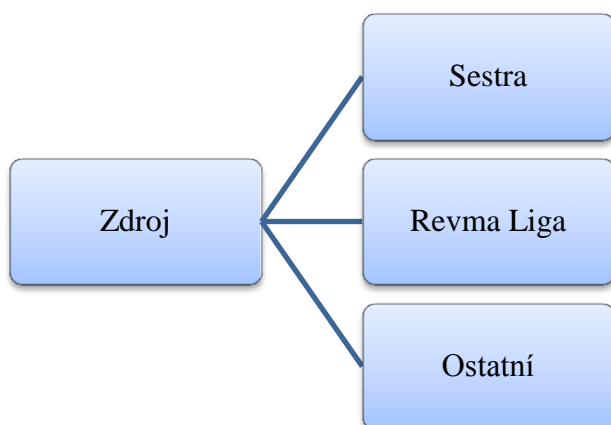
Individuální přístup

Mezi další změny, které by P2, P5 a P6 uvítaly, patří individuální přístup. P2 řekla: „*Chybí mi tam ta vstřícnost k tomu člověku, k jeho problémům*“. P5 se k problematice vyjádřila: „*Možná bych uvítala více času, na povídání*.“ P6 se vyslovila takto: „*Rozhodně bych uvítala více individuálního přístupu, ale dostává se mi ho na Revma Lize, na kterou chodí sestry*.“

Beze změn

Pouze P1 a P7 uvedly, že by nic v přístupu sester k pacientům neměnily. P7 uvedla: „*Já byla spokojená se vším. Mně hodně daly ty lázně, které navštěvuji pravidelně.*“

Kategorie 7 Zdroj informací pro pacienty s RA



Kategorie 7 se zabývá zdrojem informací, od kterého se pacienti dozvídají informace o kompenzaci svého onemocnění a o dalších režimových opatřeních. Tato kategorie se skládá ze tří podkategorií, které vyplynuly z rozhovorů s dotazovanými.

Sestra

Jako zdroj informací uvedly sestru dvě dotazované. P7 řekla: „*Sestřička u revmatologa mi všechno hezky vysvětlila, jak mám brát prášky, co bych měla cvičit. Pak i v lázních ty sestřičky ukazovaly nám třeba různé pomůcky, co mám jíst a taky jak o sebe správně pečovat.*“ P5 chválila péči sester z jiného hlediska: „*Líbilo se mi, jak mě naučily aplikovat si injekce s biologickou léčbou doma, je to úplně bez problémů.*“

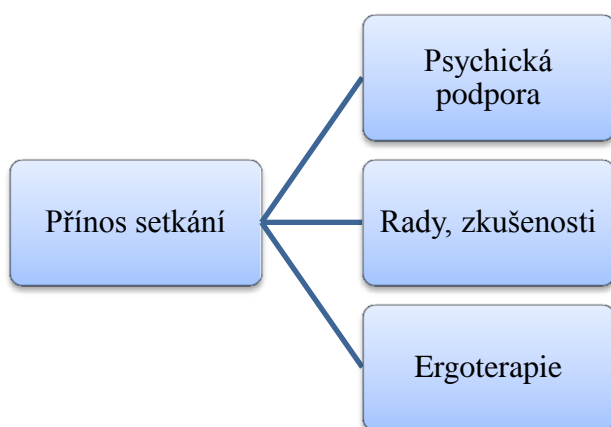
Revma Liga

P2, P3, P4, P5 a P6 byly aktivními členkami RL. P3 a P4 jí připisovaly pozitivní účinky na psychický stav a sdružení udaly i jako užitečný zdroj informací. P3 se o organizaci vyjádřila následovně: „*Spíš Revma Liga je pro mě hodně užitečná. Ukazujeme si tady různé figle a zlepšováky, to se hodí.*“ Tvrzení P4 potvrdilo předchozí názor: „*Spíše jsem se různé rady a zlepšováky dozvěděla až na Revma Lize než u sestry na ambulanci. Ta si udělá svoji práci a řekne k tomu něco málo.*“

Ostatní

V této podkategorii zdrojů informací jsou zahrnuty ostatní odpovědi dotazovaných pacientů. P1 řekla: „*Vůbec nevěděli, co se mnou, takže jsem si na všechno přišla sama. I ortézu jsem si sama koupila, ta mi hodně pomohla.*“ P2 uvedla obdobnou odpověď, že si byla taktéž sama nápomocná. P4 zmínila pomoc fyzioterapeutů: „*Nejvíc informací jsem se asi dověděla od rehabilitačních.*“ P6 chválila psychickou podporu ze strany rodiny: „*Moc mě podpořila moje rodina, není to až tak o tom zdravotnictví, ale o tom zázemí.*“

Kategorie 8 Přínos setkávání se s lidmi se stejným onemocněním



Kategorie 8 se zabývá potřebou setkávání pacientů s RA a přínosem výměny informací a sdílení pocitů z onemocnění během těchto setkání. Z této kategorie vplynuly tři podkategorie psychická podpora, rady a zkušenosti a ergoterapie.

Psychická podpora

Přes polovinu oslovených pacientek se shodlo na tom, že setkávání s lidmi se stejným problémem bylo pro ně psychickou podporou. P1 to odůvodnila: *„Třeba když jsem hrozně nešťastná a popovídám si se známou, co to má taky, tak je mi líp, protože si říkám, že nejsem sama, co něčím trpí.“* P3 odpověděla podobně: *„Mně to moc pomáhá, když mluvím s ostatníma, vidím třeba, že na tom nejsem tak špatně.“* P5 řekla: *„Máme tu všechny stejný problém, jedna je na tom hůř a druhá líp, to taky tu psychiku podpoří.“* Stejného názoru byla i P7. P2 v tomto ohledu také vyjádřila pozitivně, ale z jiného úhlu pohledu: *„Dostanu se s Revma Ligou do míst, do kterých se normálně nedostanu. To je pak legrace a zážitek v jednu. A všichni se tu uvolníme a je nám líp.“*

Rady, zkušenosti

P4, P5 a P6, které byly členkami RL, uvedly jako přínos této organizace sdílení rad a zkušeností. P4 řekla: *„To tady si řekneme o pomůckách, jak co dělat.“* P5 dodává: *„Spoustu věcí víme z přednášek, co pro nás dělají.“* O kladných zkušenostech s přednáškami hovořila i P6.

Ergoterapie

V souvislosti s RL mluvily P5 a P6 o příznivých účincích ergoterapie, probíhající v rámci pravidelných setkání. P5 uvedla: *„V ergoterapii se snaží, abychom třeba prstíčky pořád hýbali, a my se snažíme, abychom to vždycky udělali.“* P6 je hlavní organizátorka ergoterapie, o svém koníčku řekla: *„Když jsou Velikonoce, děláme vajíčka a slepičky, o Vánocích zase vánoční výzdoby. Připravuji to tak, aby to holky zvládly a aby si to mohly udělat i doma.“*

5 Diskuse

Revmatoidní artritida, onemocnění, které je typické svým pozvolným nástupem a nespecifickými příznaky. Včasným odhalením a účinnou léčbou lze předejít změnám, které s sebou přináší v oblasti kvality života, žebříčku hodnot a potřeb. Každý den nemocné s RA doprovází únava a bolest. Tito pacienti mají specifické potřeby, které vyžadují změny přístupu nejen v prostředí domácím, ale i v prostředí nemocničním. Zvláště pak ve znalostech a dovednostech ošetrovatelského personálu, který je s těmito pacienty v neustálém kontaktu.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat specifické činnosti sester, které využívají v přístupu k nemocným s RA, a zjistit intervence, jež očekávají pacienti s RA od sester vzhledem ke svému onemocnění.

V souvislosti s analýzou odpovědí získaných prostřednictvím rozhovorů s dotazovanými jsme nejprve hledali odpověď na třetí výzkumnou otázku: **Jaké intervence nemocní s revmatoidní artritidou očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?** Osloveným pacientkám, dotazovaným P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7, byly kladeny otázky související s jejich onemocněním. Byly zaměřeny na život, pomoc, ošetrovatelskou péči a kompenzaci, která může významně pomoci s uspokojováním každodenních potřeb.

Mezi největší změny, které v životě P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7 nastaly po vzplanutí onemocnění, patří zhoršená sebeobsluha a výkonnost. Obě v negativním slova smyslu. V souvislosti se sebeobsluhou pacientky zmiňovaly hygienu, úpravu zevnějšku a stravování. V oblasti hygienické péče se P2 a P4, P5 a P6 shodly na tom, že potřebují mít v koupelně kompenzační pomůcky v podobě madel a sedátek. P3, P5 a P6 uvedly, že mají doma hygienické potřeby kartáček na zuby a hřeben se širším úchopem. S hygienickou péčí úzce souvisí i úprava vzhledu, kde P3 znovu zmínila používání předmětu se širším úchopem. P6 v této souvislosti hovořila o problémech s obutím. P3, P4 a P5 měly speciálně upravené přístroje se širším úchopem. P5 navíc udala: „*Neuzvednu těžší hrnce a neukrojím tvrdou věc.*“ Z odpovědí vyplývá, že P2, P3, P4 a P6 potřebují k uspokojování potřeb kompenzační pomůcky či pomoc druhé osoby.

Dotazované kvůli svému onemocnění pravidelně navštěvují lékaře. P1, P3, P5 a P7 jsou s poskytovanou ošetrovatelskou péčí spokojené, P2, P4 a P6 k této otázce zaujmuly až negativní postoj. P2 své zkušenosti shrnula: „*Nemůžu ani pochválit, ani na ně nadávat. Snažím se je pochopit.*“ Jedna z otázek rozhovoru dotazovaným poskytla prostor vyjádřit se k tomu, jakou ošetrovatelskou péčí od sester očekávají. Výsledek byl velmi překvapivý. Bezmyšlenkovitá odpověď P2 a P3 byla vstřícnost. Stejný názor měla i P4, P5 a P6. P2 odpověď odůvodnila: „*Stačí, když je člověk vstřícný a milý, jste zvyklí bojovat a nechcete být na nikoho odkázání, pak vám tohle stačí a všechno jde lépe.*“ Při hlubší analýze odpovědí dotazovaných zjišťujeme, že se P2, P3, P4, P5 a P6 setkaly ze strany sester s neochotou, nedostatkem empatie a nepochopením. P3, P6 a P7 omlouvaly tyto nedostatky časovým presem sester. Toto jejich odůvodnění se shodlo s tvrzením Ptáčka et al. (2014), který ve své publikaci poukazuje na přepracovanost sester, které často chodí ze služby do služby a pracují v časové tísní pod velkým tlakem. Tyto skutečnosti mohou vést k demotivaci, chronickému stresu a vyhoření. Z toho lze vyvodit, že časová tíseň, v níž se mohou sestry nacházet, může zabránit navázání vztahu sestra – pacient. K navození tohoto vztahu je důležitý právě dostatek času a klidné prostředí, v něm získává pacient pocit důvěry a jistoty. Důsledkem časové tísně sestry může být neefektivně poskytovaná ošetrovatelské péče, jejíž podstatu tvoří ošetrovatelská anamnéza sestavená na základě informací od pacienta.

Z analýzy odpovědí dotazovaných pacientů vyplývá, že ve vztahu s neefektivní komunikací se k pacientům nedostalo dostatečné množství informací a praktických rad ze strany sester. Informace a rady, které by mohly využít k životu, pak nabývají jinými způsoby. P3 a P4 v souvislosti s tím zmínily RL, P4 uvedla pomoc fyzioterapeutů, P6 podporu rodiny a P1 s P2 si byly dle svých výpovědí nápomocny samy. Pouze P7 uvedla jako primární zdroj informací sestru pracující v lázních a odůvodnila to dostatkem času, který jim je sestra v tomto zařízení schopna věnovat.

Na základě analýzy odpovědí dotazovaných, tedy pacientek trpících RA, jsme si mohli odpovědět na první výzkumnou otázku: **Jaké intervence nemocní s revmatoidní artritidou očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?** Při poskytování

ošetřovatelské péče sestrami nepostrádají dotazované pacientky ani tak intervence týkající se ošetřovatelské péče, jako empatičtější a ochotnější přístup.

Za účelem najít odpovědi na další výzkumnou otázku: **Na jaké specifické činnosti se sestry zaměřují při poskytování ošetřovatelské péče nemocným s revmatoidní artritidou?** byly sestram položeny otázky týkající se ošetřovatelské péče, kterou v rámci své profese poskytují pacientům s RA. Ze získaných odpovědí vyplývá, že mezi hlavní intervence v péči o pacienty s RA sestry řadí podporu sebepéče a podávání léčiv. Jejich výpovědi se shodly s tvrzením Herdmana (2013), podle něhož patří mezi nejčastější potřeby pacientů s RA bezbolestnost, sebeobsluha a dostatečný komfort. Halmo (2015) ve své knize uvádí, že všechny požadavky sebepéče, které jsou u každého individuální, jsou potřebné proto, aby zůstal člověk naživu. Deficit sebepéče jako svoji hlavní intervenci shledaly všechny dotazované, tedy S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7. V této oblasti S2, S6 a S7 dopomáhaly pacientům s pohybem, a to jak manuální dopomocí, tak i prostřednictvím kompenzačních pomůcek. S6 jako jediná uvedla monitoraci pacientovy soběstačnosti před poskytovanou pomocí. Kromě pohybu dotazované sestry zmiňovaly i dopomoc s hygienickou péčí a péčí o zevnějšek, která některým pacientům s tímto chronickým onemocněním může činit problémy. V této oblasti se všechny dotazované shodly na vizuální monitoraci soběstačnosti před poskytnutou dopomocí. V přímé souvislosti s hygienickou péčí se S7 jako jediná vyjádřila konkrétně k poskytované dopomoci během hygienické péče: *„Při čištění zubů pomáhám, protože těžko udržím kartáček, a snažím se je mýt tak, aby měli co nejmenší bolest.“* S1, S5, S6 a S7 také zmiňovaly kompenzační pomůcku, a to v souvislosti s péčí o zevnějšek, konkrétněji s obutím. Dle odpovědí nemocných s RA lze usoudit, že v souvislosti s hygienickou péčí a péčí o zevnějšek potřebují více kompenzačních pomůcek, než dotazované sestry uvádí, např. se jedná o madla a sedátka ve vaně, k úpravě zevnějšku jsou potřeba např. hřebeny a zubní kartáčky s širším úchopem. O dalším využití kompenzačních pomůcek vypověděla S7 ve spojitosti se stravováním. Poskytuje pacientům speciálních přístrojů při deformitách kloubů rukou. S2 a S3 v souvislosti s dopomocí se stravováním konkrétně zmínily neschopnost pacientů pokrájet tvrdší kousky pokrmu. I když S2, S3 a S7 v rozhovorech uváděly dopomoc se stravováním,

pro pacientky P3 a P5 představovalo uspokojení této potřeby problémem a pomoci se jim nedostalo. Lze předpokládat, že příčinami této potíže může být nedostatečná informovanost sester o zdravotním stavu pacienta či nezáměr ze strany zdravotnického personálu, nebo i nedostatečné nemocniční vybavení.

Jako další poskytovanou ošetrovatelskou péči dotazované sestry uvedly podávání léčiv dle ordinací lékaře, a to jak v podávání analgetik, tak i v podávání léčby biologické v i.v. či s.c. podobě. S5 mimo jiné zmínila vyšetření nemocného před podáním preparátu biologické léčby, u kterého asistuje lékaři. Sestry v souvislosti s podávanými léčivými hovořily i o edukaci, kterou soustředily na znalosti pacientů před aplikací biologické léčby a po ní. Dále učily pacienty aplikovat injekce obsahující preparát biologické léčby v pohodlí domova. O edukaci nemocných sestry mluvily i v souvislosti s užíváním léčiv. S5 uvedla: *„Klademe důraz na to, aby léky brali pravidelně. Říká jim to jak paní doktorka, tak já. A ještě s tím souvisí to, aby nekouřili a popřípadě i zhubli. A ještě s tím souvisí pravidelný prohlídka, to jim taky pořád opakujeme.“* Ani jedna z dotazovaných sester však nezmínila, zda si ověřuje efektivnost výsledků své edukace. Dle Šulistové a Trešlové (2012) by všechny edukační cíle, které měly být edukací splněny a pacientem následně po aplikaci biologické léčby dodržovány, měly být ověřovány sestrou. Na druhou stranu o edukaci ve vztahu s léčivými hovořila dotazovaná P5, která si chválila způsob, jakým ji sestry naučily aplikovat biologickou léčbu s.c..

Na základě analýzy odpovědí dotazovaných sester jsme si mohli odpovědět na další výzkumnou otázku: **Na jaké specifické činnosti se sestry zaměřují při poskytování ošetrovatelské péče nemocným s revmatoidní artritidou?** I když se sestry zaměřují na podporu sebepéče a tou se snaží o aktivizaci nemocného, domnívám se, že používání kompenzačních pomůcek v této oblasti potřeb není dostačující, na myslí mám hlavně ergonomické pomůcky. V rámci podávání léčiv sestry hovořily o edukaci, neuváděly však ověření edukačních cílů zpětnou vazbou. Nejistily tedy, zda byl cíl jejich edukace splněn a jestli si pacienti osvojili nové informace. Sestry tedy v rámci přístupu k nemocným uplatňují specifické činnosti jmenované výše, ale domnívám se, že je vykonávají v rámci svých potřeb, nikoliv v rámci potřeb pacienta.

S cílem najít odpověď na výzkumnou otázku: **Jaké specifické činnosti uplatňují sestry v rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou?** byly sestrám během rozhovoru pokládány otázky týkající se činností, jež jsou součástí přístupu, který sestry uplatňují při kontaktu s nemocným s RA.

V rámci celkového přístupu k nemocným s RA uvedly S1 a S6 individuální přístup. S1 opět zmínila dotazníky, díky jejichž vyhodnocování se jí dostává více informací o pacientovi. Výpovědi S6 se nám však dostalo sporné odpovědi: *„Ke každému je třeba individuální přístup, ale záleží na každém, jaký je. Kdybychom měli na pacienty více času, tak se i více dozvíme. Ale je to jak kdy, když máte plnou čekárnu, tak se jen těžko můžete tolik pacientovi věnovat.“*. S tím se shodují výpovědi P3, P6 a P7, jež se též zmínily o nedostatku času, který mají sestry pro pacienty. Je překvapující, že v rámci přístupu k nemocným s RA uvedly pouze S1 a S6 individuální přístup, v době modernizace a pokroků v ošetrovatelství, v kterém se uplatňuje komplexní, holistický přístup, je toto velkým nedostatkem. Ovšem tato problematika je diskutabilní, samy dotazované sestry i pacientky uvedly časovou vyčerpávanost, ve které se ošetrovatelský personál nachází a ve které se těžko hledá dostatek času, jež by sestra mohla věnovat pacientovi.

Jako další specifickou činností dotazované sestry uvedly edukaci. Dle Šulistové a Trešlové (2012) je edukace procesem, během kterého je snahou docílit určité změny a akceptovat ji. V souvislosti s RA je edukační proces nezbytný. Vzdělávání pacientů z hlediska podávání a užívání léčiv, analyzujeme v předchozím textu. Dále všechny sestry, tedy S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 edukovaly nemocné s RA v oblasti sebeobsluhy. Konkrétně v oblasti pohybové, oblasti ergonomických pomůcek, v péči o pokožku a ohledně denního režimu. S3 učila nemocné s RA o důležitosti pohybu, S7 vzdělávala o výhodě nádobí a pomůcek k hygieně se širším úchopem a také je doporučuje. Kromě toho zmínila i oblékání: *„Říkám jim, aby si nekupovali halenky s knoflíky, kalhoty se zipem a boty s tkaničkami, protože se s tím musí akorát trápit. Ulehčí jim to práci.“* Se sebeobsluhou souvisí i péče o pokožku, která je u pacientů beroucích GK jemná a lehce poranitelná. Tuto problematiku zmínily všechny sestry, S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7. S1 pacienty vzdělávala, jak pečovat o kůži po poranění, S5 a S6 je učila o pozitivěch

využívání šetrnějších náplastí a doporučovala pokožku promazávat. Oslovené sestry dále pacienty vzdělávaly v oblasti dodržování určitého denního režimu. S1 a S2 poučovaly pacienty o nevhodnosti nošení těžkých břemen, pravidelném spánku a ochraně kloubů před prochladnutím. V souvislosti s otázkou týkající se edukace S2, S3, S4 a S6 zmínily i zpětnou vazbu. Z jejich odpovědí vyplývá, že předmět své edukace se snaží pacientovi vždy pochopitelně vysvětlit a naučit ji. Následně jim pak dávaly prostor pro jejich dotazy. Překvapivé je, že P1, P2, P3, P4, P5 a P6 však sestry jako primární zdroj informací nesdělily. Z odpovědí P2, P3, P4, P5 a P6 je patrné, že jsou členkami RL, protože ji uvedly ve spojitosti s touto problematikou. Ostatní uvedly fyzioterapeuty a podporu rodiny. Pouze P7 se vyjádřila k této zkušenosti kladně a označila jako hlavní zdroj informací sestru pracující v lázních.

Dále z rozhovorů vyplývá, že v rámci přístupu k nemocným s RA dotazované S1, S2 a S3 a S5, S6 a S7 využívaly kompenzační pomůcky. Dle Šamánkové (2011) kompenzační pomůcky, a to především ty ergonomické se širším úchopem, pacientům s RA dopomáhají obnovovat a nahrazovat nemocí porušené funkce. S2 v souvislosti s touto problematikou uvedla berle, vozíky a nemocniční vybavení v koupelnách např. madla, nástavce na WC a sedátka. S1, S5 a S6 informovaly nemocné o obouvátku bot. S7 využívala a následně doporučovala pomůcky a nádobí se širším úchopem. Jako kritérium výběru vhodné kompenzační pomůcky dotazované volily vizuální monitoraci pacienta a rozhovor. S1 si stejně jako S2 všímala toho, jak se pacienti svlékali, a dalších specifických věcí, jako je vyndávání kartičky pojišťovny z peněženky. Na základě toho doporučovaly pomůcku či odkazovaly pacienty na informační brožury, ve kterých je široké spektrum těchto pomůcek. Prostřednictvím rozhovoru kompenzační pomůcky doporučovala S4 a S5. Přestože odpovědi dotazovaných sester v přímé souvislosti s otázkou týkající se kompenzačních pomůcek byly rozsáhlé, žádná z oslovených pacientek nemluvila o kompenzačních pomůckách v souvislosti s informacemi získanými od sestry.

Zásadní roli hraje u pacientů s chronickým onemocněním i psychická podpora. Dle Venglářové a Mahrové (2006) by se k pacientům mělo přistupovat rovnocenně, empaticky a s citem. Každá z oslovených sester uplatňuje za tímto účelem jiné přístupy.

Empatický přístup uvedla S2, na rozdíl od S3, která se snažila navodit příjemnou atmosféru během aplikace biologické léčby. V průběhu rozhovoru s dotazovanou S3 byl zmíněn i nemocniční kaplan, který obchází pacienty a hovoří s nimi, což je zcela neobvyklé. V rámci psychické podpory pacientů S1 a S4, S5 a S6 doporučovaly sdružení RL, které je dle jejich názoru pro pacienty přínosné jak po psychické stránce, tak po té společenské. Kritérium doporučení je již delší doba trvání nemoci. Přínos tohoto sdružení je u P2, P3, P4, P5 a P6 patrný z rozhovorů, kdy o RL tyto dotazované mluvily pozitivně a s úsměvem na tváři. Domnívám se, že základem psychické podpory ze strany sestry je zájem o pacienta, empatie, ochota a pozitivní přístup. Pokud nemocný s RA komunikuje s personálem, kterému schází tyto komunikační dovednosti, nemůže pak tato sestra pacienta po psychické stránce podpořit.

Na základě analýzy odpovědí dotazovaných jsme si mohli odpovědět na výzkumnou otázku: **Jaké specifické činnosti uplatňují sestry v rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou?** Mezi tyto činnosti dotazované sestry řadí edukaci, kterou směřují do oblastí sebeobsluhy, pohybu a denního režimu. Dále poskytují či doporučují pacientům vhodné kompenzační pomůcky a v rámci svého přístupu se snaží o psychickou podporu. Přestože se sestry k otázkám týkajícím se této problematiky vyjadřovaly velice otevřeně, ani v jedné z těchto oblastí neoznačily dotazované pacientky sestru jako primární zdroj informací. Dle mého názoru tato problematika souvisí s komunikačními schopnostmi a časovou vytížeností sester.

6 Závěr

Pro bakalářskou práci Specifika přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou byly stanoveny dva cíle. První z nich měl zmapovat konkrétní intervence, které sestry využívají v přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou. Druhým cílem je naopak zjistit sesterské intervence, které očekávají nemocní s revmatoidní artritidou vzhledem ke svému onemocnění. Ve spojitosti s těmito cíli byly položeny výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: „Na jaké specifické činnosti se sestry zaměřují při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné s revmatoidní artritidou?“, výzkumná otázka 2: „Jaké specifické činnosti uplatňují v rámci přístupu k nemocným s revmatoidní artritidou?“ a výzkumná otázka 3: „Jaké intervence nemocní s revmatoidní artritidou očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?“

V souvislosti s analýzou získaných dat lze na tyto otázky odpovědět následně. Dotazované sestry se zaměřují na podporu sebepečce, během které se snaží pacienty zaktivizovat. Dále na podávání léčebných látek, jež mají v souvislosti s RA svá specifika. V rámci přístupu sestry pacienty edukují, a to v oblastech, které mohou těmto nemocným působit problémy. Také se zaměřují na doporučování a poskytování vhodných kompenzačních pomůcek, určených k podpoře sebeobsluhy. Během poskytování ošetrovatelské péče se sestry snaží i o psychickou podporu, k níž každá volí jiné přístupy. Přestože k oblasti podávání léčiv a edukace se dotazované sestry vyjadřovaly velice otevřeně, z analýzy vyplývá, že je pacienti s RA nepovažují za hlavní zdroj informací a ze strany sester očekávají především empatický a ochotný přístup. Toho se jim však dle jejich odpovědí nedostává především kvůli časovému presu sester. S časovou vytížeností jistě souvisí nedostatek ošetrovatelského personálu, který je v českých nemocnicích aktuální.

Výstupem této bakalářské práce by mohl být seminář určený jak pro sestry z praxe, tak i pro studenty ošetrovatelství. Na základě analyzovaných dat od sester ošetřujících nemocné s RA a od samotných pacientů by si sestry mohly rozšířit znalosti a komunikační schopnosti potřebné k ošetřování nemocných s revmatoidní artritidou.

7 Seznam použitých zdrojů

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry, 2006. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

BARTŮŇKOVÁ, Jiřina, 2011. Diagnostika autoimunitních onemocnění.

In: BARTŮŇKOVÁ, Jiřina a Milan PAULÍK. *Vyšetřovací metody v imunologii*.

Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3533-7.

BEČVÁŘ, Radim a Karel PAVELKA, 2009. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 2009, č. 7-8, s. 303. ISSN 1212-7299.

BENEŠOVÁ, Eva a Hana BENEŠOVÁ, 2009. Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru. *Sestra*. Roč. 19, č. 5, s. 47-48. ISSN 1210-0404.

CETKOVSKÁ, P., K. PIZINGER aj. ŠTORK, 2010. *Kožní změny u interních onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1004-4.

ČEŠKA, R., et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.

DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

FALEIDE, A. O., L. B. LIAN a E. K. FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

FERENČÍK, Miroslav, 2005. *Imunitní systém: informace pro každého*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1196-6.

FUSEK, Martin, 2012. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3727-0.

HALMO, Renata, 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HERDMAN, T., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

HRABÁKOVÁ, Jana, 2010. Rehabilitační masáže. *Lékařské listy*. Roč. 12, č. 22, s. 30-31. ISSN 0044-1996.

CHLÍBEK, Roman, 2014. Proč očkovat dospělé proti pneumokokům. *Practicus*. Roč. 13, č. 9-10, s. 12-13. ISSN 1213-8711.

JANDOVÁ, Dobroslava, 2009. *Balneologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2820-9.

JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

JESTER, Rebecca, 2007. *Advancing practice in rehabilitation nursing*. Oxford: Blackwell. ISBN 978-1-4051-2508-6.

JÍLEK, Petr, 2014. *Imunologie: stručně, jasně, přehledně*. Vyd. 4. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4822-1.

KAAS, Jiří a Valérie TÓTHOVÁ, 2015. Únava a poruchy spánku jako běžné problémy v životě pacientů s revmatoidní artritidou, *Kontakt*. Roč. 17, č. 1, s. 3-8. ISSN 1212-4117.

LOHMANN, Maria, 2014. *Zásaditá strava: cílená pomoc při nejčastějších druzích onemocnění*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-871-0.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

MARKO, Hana. Invalidní důchod. In: Duchod.cz [online]. © 2015 [cit. 2015-11-09]. Dostupné z: <http://www.duchod.cz/vse-o-duchodu/invalidni-duchod/>.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1356-4.

Meditorial. Lázně. *Revmaticke-nemoci.cz* [online]. © 2015 [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.revmaticke-nemoci.cz/lazne>.

Meditorial. Remise, nebo flar? *Ulekare.cz* [online]. © 2007-20015 [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/remise-nebo-flar-10410>.

MENCLOVÁ, Šárka, 2013. *Specifika práce sestry v centrech biologické léčby*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Fakulta zdravotně sociální. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

MS Word DAS28 formulier. *Das-score.nl* [online]. © 2016 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.das-score.nl>.

NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4449-0.

NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ, 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2455-6.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2012. *Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2657-4.

OLEJÁROVÁ, Martina a Michal PROKEŠ, 2005. *Praktická revmatologie: pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex.

PAVELKA, Karel, 2005. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0459-5.

PAVELKA, Karel, 2010. *Revmatologie*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-688-5.

PAVELKA, Karel, 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5048-4.

POIROT, Lissa. Avoiding Comon Workout Mistakes. In: *Arthritis.org* [online]. © 2013 [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/exercise/how-to/exercise-program-tips.php>.

PTÁČEK, Radek et al, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

Revma liga. O nás. *Revmaliga.cz*. [online]. © 2015 [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.revmaliga.cz>.

SHOENFELD, Y., T. FUČÍKOVÁ a J. BARTŮŇKOVÁ, 2007. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2044-9.

SVATOŠOVÁ, Iveta, 2010. *Spolupráce studentů ZSF se členy Revma Ligy jako oboustranný přínos*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Fakulta zdravotně sociální, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

STASKOVÁ, Věra a Radka ŠULISTOVÁ, 2009. Edukace klientů s revmatickým onemocněním jako součást vzdělávání studentů. In: ČÁP, Juraj a Katarina ŽIAKOVÁ. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii* [CD]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, s. 546 – 553. ISBN 978-80-88866-61-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-61.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1777-82.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠENOLT, L., H. MANN a P. HERLE, 2014. *Revmatologie: doporučení pro včasný záchyt nejčastějších zánětlivých revmatických onemocnění*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-74-9.

ŠLÉGLOVÁ, Olga et al., 2010. Posuzování funkční schopnosti u pacientů s revmatoidní artritidou; validace české verze Stanfordského dotazníku Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Česká revmatologie*. Roč. 18, č. 2, s. 73-83. ISSN 1210-7905.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2007. Sesterská profesní role „Advokátka pacienta“. *Medicína pro praxi*, roč. 12, č. 1, s. 32-34. ISSN 1214-8687.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-246-5.

TÓTHOVÁ, Valérie et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva, et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. IDV PZ. ISBN 978-80-7013-553-2.

VALÁŠKOVÁ, Eva a Tomáš SOUKUP, 2011. Kompenzační pomůcky používané u pacientů s revmatickými chorobami. In: VENCOVSKÝ Jiří a Karel PAVELKA. *Třeboňské revmatologické dny 2011*. Třeboň: Česká revmatologická společnost ČLS JEP, Interní oddělení České Budějovice, a.s. a Lázně aurora, 2011, s. 27. ISBN 978-80-254-9013-6.

VENCOVSKÝ, Jiří, 2011. Nová klasifikační kritéria revmatoidní artritidy – společný projekt ACR/EULAR. *Postgraduální medicína*. Roč. 2011, č. 5, s. 519. ISSN 1212-4184.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISB 80-247-1262-8.

ZEMAN, Marek, 2013. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-403-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Stadia revmatoidní artritidy dle Steinbrockera

Příloha 2 ACR/EULAR klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu

Příloha 3 DAS28 dotazník

Příloha 4 Dotazník Health Assessment Questionnaire

Příloha 5 Otázky k rozhovorům pro sestry

Příloha 6 Otázky k rozhovorům pro nemocné s revmatoidní artritidou

Příloha 1 Stadia revmatoidní artritidy dle Steinbrockera

Stadium I	Změny pouze v měkkých částech; žádné rtg destrukce; může být periartikulární osteoporóza
Stadium II	Osteoporóza; mírné známky destrukce; žádné deformity; může být pohybové omezení, svalová atrofie; uzly; tendovaginitidy
Stadium III	Destrukce chrupavky a kosti; deformity; rozsáhlé svalové atrofie; mimokloubní změny
Stadium IV	Vedle změn předcházejících stadií je fibrózní či kostěná ankylóza

Zdroj:

BEČVÁŘ, Radim a Karel PAVELKA, 2009. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 2009, č. 7-8, s. 303. ISSN 1212-7299.

Příloha 2 ACR/EULAR klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu

Klouby (0-5)	Skóre
1 střední–velký	0
2–10 středních–velkých	1
1–3 malé kl. rukou/nohou nebo zápěstí	2
4–10 malé kl. rukou/nohou nebo zápěstí	3
> 10 (alespoň 1 z rukou/nohou nebo zápěstí)	5
Sérologie (0–3)	
RF a ACPA obojí negativní	0
Alespoň jeden z RF a ACPA nízkce pozitivní	2
Alespoň jeden z RF a 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:

VENCOVSKÝ, Jiří, 2011. Nová klasifikační kritéria revmatoidní artritidy – společný projekt ACR/EULAR. *Postgraduální medicína*. Roč. 2011, č. 5, s. 519. ISSN 1212-4184.

Příloha 3 DAS28 dotazník

Jméno a příjmení Datum narození ____ - ____ - ____

Lékař Datum ____ - ____ - ____

		Levé		Pravé	
		oteklé	Bolestivé	oteklé	Bolestivé
Rameno					
Loket					
Zápěstí					
MCP	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
PIP	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
Koleno					
Mezisoučet					
Celkově	Oteklé		Citlivé		

Jak byla revmatoidní artritida aktivní v průběhu minulého týdne?

(Označte stupeň aktivity na stupnici vyznačenou níže)

Neaktivní _____

Extrémně aktivní

Počet oteklých kloubů (0-28)

Počet bolestivých kloubů (0-28)

Sedimentace erytrocytů za 1 hodinu

Celkové hodnocení aktivity pacientem VAS

$$\text{DAS28} = 0.56 \cdot \sqrt{(\text{t28})} + 0.28 \cdot \sqrt{(\text{sw28})} + 0.70 \cdot \text{Ln}(\text{ESR}) + 0.014 \cdot \text{VAS}$$

--

Zdroj:

MS Word DAS28 formulier. Das-score.nl. [online]. © 2016 [cit. 2016-02-21]. Dostupné

z: <http://www.das-score.nl>.

Příloha 4 Dotazník Health Assessment Questionnaire

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
1. Oblékání a úprava				
Jste schopen/schopna:				
a) sám/a se obléci včetně zavázání tkaniček u bot a zapnutí knoflíků?	_____	_____	_____	_____
b) umýt si vlasy šamponem?	_____	_____	_____	_____
2. Vstávání				
Jste schopen/schopna:				
a) vstát ze židle bez opěrek?	_____	_____	_____	_____
b) ulehnout a vstát z postele?	_____	_____	_____	_____
3. Stravování				
Jste schopen/schopna:				
a) nakrájet si maso na talíři?	_____	_____	_____	_____
b) zvednout plný šálek nebo sklenici k ústům?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít nový pytlík bonbónů?	_____	_____	_____	_____
4. Chůze				
Jste schopen/schopna:				
a) chodit venku po rovném terénu?	_____	_____	_____	_____
b) vyjít pět schodů?	_____	_____	_____	_____
Zaškrtněte všechny pomůcky nebo zařízení, které obvykle používáte k výše uvedeným činnostem:				
_____ Hůl	_____	Pomůcky pro oblékání (háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, lžice na boty s dlouhým držadlem apod.)		
_____ Chodítko	_____	Upravené nebo speciální nádobí		
_____ Berle	_____	Speciální nebo upravené židle		
_____ Vozík pro invalidy	_____	Jiné (upřesněte _____)		
Prosíme, zaškrtněte u kterých činností obvykle potřebujete pomoc jiné osoby:				
_____ Oblékání a úprava	_____	_____ Stravování		
_____ Vstávání	_____	_____ Chůze		

	Bez obtíží	S určitými obtížemi	Se značnými obtížemi	Nejsem schopen
5. Hygiena				
Jste schopen/schopna:				
a) umýt a osušit si tělo?	_____	_____	_____	_____
b) vykoupat se ve vaně?	_____	_____	_____	_____
c) usednout na toaletu a vstát z ní?	_____	_____	_____	_____
6. Dosazitelnost				
Jste schopen/schopna:				
a) sundat předmět vážící 2,5 kg (např. pytlík s brambory) z výšky těsně nad hlavou?	_____	_____	_____	_____
b) ohnout se a zvednout oblečení z podlahy?	_____	_____	_____	_____
7. Stisk				
Jste schopen/schopna:				
a) otevřít dveře auta?	_____	_____	_____	_____
b) otevřít zavařovací sklenice, které již byly předtím otevřené?	_____	_____	_____	_____
c) otevřít a zavřít kohoutek?	_____	_____	_____	_____
8. Činnosti				
Jste schopen/schopna:				
a) vyřídít pochůzku a nakupovat?	_____	_____	_____	_____
b) nastoupit a vystoupit z auta?	_____	_____	_____	_____
c) vykonávat běžné domácí práce, např. luxovat či pracovat na zahrádce?	_____	_____	_____	_____

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

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

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

_____ Hygiena	_____ Stisknutí a otvírání věcí
_____ Dosáhnutí	_____ Pochůzky a běžné domácí práce

Zdroj:

ŠLÉGLOVÁ, Olga et al., 2010. Posuzování funkční schopnosti u pacientů s revmatoidní artritidou; validace české verze Standforského dotazníku Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Česká revmatologie*. Roč. 18, č. 2, s. 73-83. ISSN 1210-7905.

Příloha 5 Otázky k rozhovorům pro sestry

1. Jak se změnil Váš život v souvislosti s onemocněním?
2. V jakých oblastech péče o sebe sama v souvislosti s onemocněním potřebujete pomoci?
3. Jak Vám sestra může pomoci?
4. Jakým způsobem Vám pomohla sestra s uspokojováním základních životních potřeb?
5. Jakou péči ze strany sester jste postrádal (a)?
6. Jakou péči ze strany sester byste uvítal (a)?
7. V čem Vám byly poskytnuté informace a rady ze strany sestry užitečné?
8. Máte potřebu setkávat se a předávat si zkušenosti s pacienty se stejným onemocněním?

Zdroj:

Vlastní.

Příloha 6 Otázky k rozhovorům pro nemocné s revmatoidní artritidou

1. Na jaké činnosti se zaměřujete při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s RA?
2. V jakých oblastech péče o nemocného s RA spolupracujete s ostatními členy multidisciplinárního týmu?
3. Do jaké oblasti nejčastěji směřujete své intervence při péči o nemocné s RA?
4. V jakých oblastech se péče nejčastěji pomáháte pacientovi?
5. Jaké pomůcky používáte při podpoře se péče pacientů s RA?
6. Jaké kompenzační pomůcky pacientům doporučujete?
7. Jaké informace eventuálně zkušenosti se sdružením Revma Liga poskytujete pacientům s RA?
8. Na jaké aspekty kladete důraz v poskytování ošetrovatelské péče v souvislosti s léčbou onemocnění či užívanými léčivými?
9. Na jaké aspekty kladete důraz při komunikaci s pacientem s RA?
10. Jaké činnosti upřednostňujete při osobním kontaktu s nemocným s RA?
11. Na jaké aspekty kladete důraz při péči o kůži nemocného s RA?

Zdroj:

Vlastní.