



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Deformity drobných kloubů ruky v životě pacienta  
s revmatoidní artritidou**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Lenka Sejrková

**Vedoucí práce:** PhDr. Věra Stasková PhD.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Deformity drobných kloubů ruky v životě pacienta s revmatoidní artritidou jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018 .....

*podpis*

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Věře Staskové Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, ochotu a laskavý přístup. Dále děkuji všem respondentům, kteří se na výzkumné části práce podíleli.

# **Deformity drobných kloubů ruky v životě pacienta s revmatoidní artritidou**

## **Abstrakt**

V této bakalářské práci byly vytyčeny tři cíle. V první řadě poukázat na problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před operací, kterou je náhrada drobných kloubů ruky, v druhém případě zjistit, jakou roli sehrává sestra v ambulantní péči před operací pacienta. Třetím cílem této práce je zjistit, jaká je role sestry po pacientově operaci drobných kloubů ruky.

K dosažení cíle bylo použito kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly prováděny s pacienty s revmatoidní artritidou po náhradě drobných kloubů ruky.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastějším problémem před náhradou drobných kloubů ruky byla bolest a větší nebo menší problémy vázané na kloub v domácnosti, v práci i ukončení nebo změna koníčků či zálib. Také se vyskytovaly poruchy spánku, únava, psychické problémy a nežádoucí účinky léků. Některým se změnila i role v životě, ztrátou zaměstnání či změnou plnění funkce manželky či matky.

V ambulanci jsou pacienti zaměřeni spíše na lékaře, ale pro některé plnila sestra funkci rádce při bolesti a výběru kompenzačních pomůcek. Dále byla psychickou podporou a oporou, zdrojem informací a pomocníkem

Pacienti sestru po operaci vnímali jako pracovního rádce, podporu a navigátora.

Mimo problémy týkající se deformit kloubů ruky mají pacienti s RA i jiné problémy a sestra by měla na tyto problémy brát zřetel, aktivně se na ně dotazovat a přispívat k jejich nápravě.

Práce může být inspirací pro sestry v porozumění a péči o pacienty s revmatoidní artritidou před a po náhradě drobných kloubů ruky.

## **Klíčová slova**

Revmatoidní artritida; léčba; diagnostika; ošetrovatelská péče; pacient; chirurgie;

# **Joint Deformity of a Hand in Life of a Patient with Rheumatoid Arthritis**

## **Abstract**

In this bachelor thesis were set out three aims. At first, to point out the problems of patients with joints deformities of the hand before surgery, which is the substitution of the small joints of the hand, in the second case to find out what role the nurse plays in outpatient care before the operation of the patient. The third aim of this thesis is to find out what the role of the nurse is after the operation of the small joints of the hand of the patient.

A qualitative research survey using the semi-structured interview method was used to achieve the aims. The interviews were conducted with patients with Rheumatoid Arthritis after replacement of the small joints of the hand.

The research has shown that the most common problem in replacing small joints of the hand was pain and problems with joints of hand in the household, work and termination or change of hobbies. Sleep disturbances, fatigue, psychological problems, and side effects of medicaments also occurred. Someone has also changed their roles in life, job loss or changing role of wives or mothers.

In the outpatient clinic, patients are more focused on doctors, but for someone, the nurse performs a counselling function in pain and choosing compensatory aids. It was psychological support, a source of information and a helper.

Patients perceived the nurse after operation as a work counsellor, support and navigator after surgery.

Apart from problems with joints deformities of hand, patients with Rheumatoid Arthritis have other problems and the nurse should take into account these issues, actively talks about them with patients and contributes to their correction.

This bachelor thesis may be an inspiration for nurses in understanding and caring about patients with Rheumatoid Arthritis before and after replacing small joints of the hand.

## **Key words**

Rheumatoid arthritis; treatment of RA; diagnostics of RA; nursing care; patient; surgery;

## Obsah

Obsah .....	6
Úvod.....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Spojení kostí .....	9
1.2 Etiopatogeneze a klinický obraz onemocnění .....	9
1.2.1 Mimokloubní příznaky .....	11
1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody RA .....	12
1.4 Léčba RA .....	15
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienty s RA.....	19
1.5.1 Předoperační péče .....	19
1.5.2 Pooperační péče .....	20
1.5.3 Podíl sestry v péči o pacienta s RA.....	23
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	28
2.1 Cíle práce .....	28
2.2 Výzkumné otázky .....	28
3 Metodika .....	29
3.1 Metodika práce .....	29
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	29
3 Výsledky výzkumného šetření.....	32
3.1 Vyhodnocení rozhovorů pacientů .....	32
4 Diskuse.....	42
Závěr .....	47
Seznam literatury .....	48
Seznam tabulek a schémat .....	53

Seznam příloh .....	54
Přílohy.....	55

## Úvod

Revmatoidní artritida (dále jen RA) je závažné chronické, autoimunitní, zánětlivé onemocnění, postihující synoviální výstelku kloubů, šlachy a tíhové váčky (Němec, 2011) na drobných ručních kloubech a také nožních kloubech (Olejárová et al., 2016).

Značná část pacientů trpících RA má současně mimo kloubních, i systémové projevy např. revmatoidní uzly (Němec, 2016). Prevalence RA činí asi 1 % obyvatel v populaci (Cush et al., 2010). Ženy jsou tímto onemocněním postiženy častěji než muži (Němec, 2016). RA má maximální incidenci ve věku 50-60 let (Olejárová et al., 2016), ale může se také objevit v dětském věku nebo ve stáří (Cush et al., 2010). U většiny nemocných se nachází pozitivní testy na revmatoidní faktory (Němec, 2011).

RA zasahuje do života v oblasti zejména tělesné, ale i duševní a sociální. I přes veškeré účinky terapie, která zmírňuje projevy a progresi onemocnění, dochází k takovým deformitám kloubů, které je nutné řešit pomocí chirurgických zákroků. Jedním z posledních úkonů chirurgických zákroků je náhrada drobných kloubů ruky, na kterou je právě zaměřená tato bakalářská práce.

Hlavním tématem bakalářské práce je poukázat na problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před jejich náhradou a na to, jakou roli pro pacienta v tomto procesu sehrává sestra, ať už v ambulantní péči před operací či v následné péči po náhradě drobných kloubů ruky.

Toto téma jsem si zvolila především proto, že jeden z mých blízkých trpí RA. Dále také ze zájmu o danou problematiku a kvůli prohloubení si znalostí a dovedností potřebných k péči o pacienty trpící tímto chronickým autoimunitním onemocněním. Mým cílem je rozšířit povědomí o RA, neboť dle mého pohledu se stále jedná o onemocnění, o kterém má širší veřejnost poněkud zkreslené představy, a ne každý jej dokáže vnímat se všemi následky, které tato nemoc přináší.



# **1 Současný stav**

## ***1.1 Spojení kostí***

V této kapitole je pojednáváno o anatomickém spojení kostí, které je potřeba znát pro pochopení onemocnění, jeho důsledky a vliv na život pacienta.

Spojení kostí je pevné a pohyblivé. Pevné spojení je pomocí chrupavky (př. žebra ke kosti hrudní), vazivem (př. lební kost), kostní tkání (př. kost pánevní). Pohyblivé spojení je spojení kloubem (Merkunová a Orel, 2008), při kterém dochází k dotyku dvou, nebo více kostí (Fiala et al., 2015).

Kloub (articulatio) se skládá ze styčných ploch, kloubního pouzdra, kloubního mazu a dále z kloubních vazů a kloubních destiček (Srov. Fiala et al., 2015, Merkurová a Orel, 2008).

Styčné plochy (facies articulares), jsou pokryty hyalinní chrupavkou. Většinou vytvářejí kloubní hlavice a jamky a jsou uzavřeny do kloubního pouzdra (Fiala et al., 2015). Kloubní pouzdro (capsula articularis) se upíná na obvod styčných ploch artikulujících kostí a je tvořeno dvěma vrstvami: zevním kolagenním vazivem a vnitřní synoviální membránou, jejíž buňky produkují synoviální tekutinu, kloubní maz (Fiala et al., 2015). Kloubní maz zvyšuje skluznost styčných ploch a vyživuje kloubní chrupavky (Fiala et al., 2015). Kloubní vazy (ligamenta) leží zevně od kloubního pouzdra a zpevňují kloub, vazy leží i uvnitř kloubního pouzdra (např. zadní a přední zkřížený vaz kolenního kloubu). Kloubní destičky jsou např. menisky v kolenním kloubu a disky v loketním kloubu. Destičky jsou chrupavčité a vsunuty mezi kloubní plochy. Zvyšují stabilitu kloubu, a usměrňují tok kloubní tekutiny tak, aby stékala do míst s významným třením (Merkunová a Orel, 2008).

## ***1.2 Etiopatogeneze a klinický obraz onemocnění***

Tato kapitola přibližuje etiopatogenezi a klinický obraz RA, neboť tyto informace jsou důležité pro diagnostiku, zhodnocení následné léčby a možných komplikací.

Příčina vzniku RA zůstává i přes pokroky vědy nepoznána. Jisté je, že na vzniku se podílí vnitřní i vnější faktory (Olejárová, 2012). Lepší pochopení nemoci přineslo porozumění přínosu T-buněk (T-lymfocyty), B-buněk (B-lymfocyty), cytokinů a osteoklastů (Luqmani et al., 2010). Buňky nacházející se v zánětu jsou T a B lymfocyty, makrofágy, synoviální

fibroblasty a neutrofilní leukocyty (Vencovský, 2012). Při hromadění těchto buněk v poškozeném kloubu dochází k novotvorbě cév v synoviální membráně. Tento proces způsobuje, že synoviální výstelka je bohatě vaskularizovaná s rozvojem granulační tkáně (pannus), která přerůstá přes okraj chrupavky. V udržování zánětlivé fáze hrají důležitou roli prozánětlivé cytokiny (Němec, 2011). Při zánětlivé fázi se aktivují osteoklasty, které odbourávají kosti a tím vznikají typické erozivní projevy RA (Vencovský, 2012). Význam také mají poznatky z genetiky, které odhalily HLA – DR4 a DRB1, takzvaný „sdílený epitop“, jako ukazatele prevalence RA (Hamed a Akil, 2010). Pro RA jsou také typické vysoké hladiny revmatoidních faktorů (RF). Tyto faktory se vyskytují hlavně u nemocných s RA, ale mohou se někdy vyskytovat i u dalších systémových či jiných zánětlivých onemocnění, nebo i zdravých jedinců ve vyšším věku (Vencovský, 2012).

Klinický obraz se vyvíjí v průběhu nemoci (Olejárová et al., 2016). Většinou se RA manifestuje jako aktivní a někdy až imobilizující artritida, s rychlou destrukcí kloubních tkání a s různě závažnými mimokloubními příznaky. Před klinickou manifestací se mohou objevit jako celkové příznaky subfebrilie, úbytek na váze, únava, celková slabost či nechutenství (Vencovský, 2012).

Nejčastěji jsou postiženy symetricky metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a radiokarpální (RC) klouby rukou, a drobné klouby nohou (Němec, 2011). Postižené klouby jsou zduřelé, bolestivé, teplé a je typická ranní ztuhlost, klouby nejsou zarudlé. Zduření kloubu je způsobeno zvýšeným množstvím tekutiny v kloubu, růstem synoviální tkáně a ztluštěním kloubního pouzdra (Vencovský, 2012). Charakteristická je symetrická polyartritida, přesto je přibližně u třetiny v časně fázi (první týdny až měsíce) postižení asymetrické. Bývá postižen jeden nebo několik málo kloubů (Češka et al., 2010). Na kloubech lze pozorovat deformity, které jsou způsobené kostní destrukcí, uvolněním šlach a pouzder. Deformity jsou tvaru „labutí šjíje“ nebo „knoflíkové dírky“, na drobných kloubech nohy se vytvářejí tzv. kladívkové prsty (Němec, 2011). Na páteři dochází k subluxaci atlantoaxiálními spojeními, což je zdrojem bolestí krku a hlavy a může vést k nestabilitě, výjimečně i ke kompresi míchy a plegii. Změny mohou být i v čelistních kloubech, jako i v dalších kloubech (Němec, 2011).

### ***1.2.1 Mimokloubní příznaky***

Nejčastějším mimokloubním příznakem jsou revmatoidní uzly. Jsou to nebolestivé podkožní uzlíky s nekrotickou centrální částí (Vencovský, 2012) různé velikosti vyskytující se z pravidla v okolí postižených kloubů, ale mohou se vyskytnout i na loktech či měkkých tkáních (Olejárová et al., 2016).

Velmi časté je také postižení svalů, kdy dochází k hypotrofii až atrofii a klesá u nich svalová síla (Olejárová et al., 2016).

Dalším postižením bývá revmatoidní vaskulitida, která může způsobit vyrážku, kožní vředy, nekrózy a následnou gangrénu (Vencovský, 2012).

Mezi komplikace patří i oční komplikace, které nejsou jednoznačně vázány na vyšší stadia revmatoidní artritidy (Matušková a Fojtík, 2015). Oční komplikace se dělí na primární a sekundární. Primární jsou způsobené vlastním onemocněním a sekundární jsou nežádoucím účinkem terapie RA. Nejčastějším postižením očí je keratoconjunctivitis sicca a její výskyt stoupá s věkem a se závažností kloubního postižení (Matoušková a Hlinomazová, 2008). Méně významnou a závažnou komplikací je i periferní ulcerózní keratitida. Jedná se o destrukci periferie rohovky a přilehlých tkání autoimunitním zánětem (Járová et al., 2014).

Mezi objevujícími se problémy u pacienta s revmatoidní artritidou se řadí únava a poruchy spánku. Únava je jedním z častých projevů a zároveň jedním z hlavních problémů, který vede k největšímu oslabení nemocného. Tento problém doprovází nemocného po dlouhá léta trvání této choroby. Projevy únavy bývají různé a mohou zahrnovat např. zpomalené vnímání, narušené myšlení či sníženou pozornost (Kaas a Tóthová, 2015). Kaas et al. (2014) ve svém článku uvádí, že tyto komplikace pociťuje až 90 % dotazovaných. Choroba má velice komplexní dopad na život jedince, kromě zmíněné fyzické oblasti ovlivňuje sociální vztahy a role nemocného, sebevědomí, kognitivní funkce a celkové psychické rozpoložení jedince. Nemocní mají též sklon k pocitům úzkosti, strachu a obavám z budoucnosti (Kaas et al., 2014). Tyto pocity vedou k zvýšenému vnímání bolesti a bolest dále zhoršuje náladu, kvalitu života a vytváří tak bludný kruh (Olejárová, 2012). V této souvislosti je potřeba řešit tyto problémy včas, aby nedocházelo k rozvoji deprese a sociální izolaci (Kaas et al., 2014).

Dále mohou být postiženy plíce, kdy se může jednat o pleuritidu, intersticiální plicní fibrózu, nebo revmatické plicní uzly v plicní tkáni (Vencovský, 2012).

Další komplikaci uvádí Bozbas et. al (2017) ve článku pojednávajícím o studii zaměřené na zhodnocení prevalence postižení hrtanu u pacientů s RA. Ze studie vyplynulo, že laryngeální příznaky byly přítomny u 26 (61.9 %) pacientů ve skupině RA a 15 (37,5 %) pacientů v kontrolní skupině.

Studie zveřejněná ve článku Wagan et al. (2017), která byla zaměřená na určení frekvence modifikovaných kardiovaskulárních rizikových faktorů u pacientů s RA. Poukazuje na skutečnost, že RA a její léčba Metotrexatem zvyšuje výskyt kardiovaskulárního onemocnění.

U nemocných se také objevují infekční komplikace a některá nádorová onemocnění. (Olejárová, 2012).

### ***1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody RA***

Následující kapitola uvádí diagnostiku a vyšetřovací metody používané k diagnostice RA, které by měly přispět k včasnému odhalení onemocnění, které může zabránit vzniku některých komplikací.

Základním krokem je získání přesné a kompletní anamnézy, která hraje zásadní roli při stanovení správné diagnózy. Díky anamnéze a fyzikálnímu vyšetření lze u značné většiny pacientů stanovit alespoň rámcovou diagnózu (Horák et al., 2014). Základem anamnézy je získat detailní informace o vzniku potíží, lokalizaci, intenzitě a vyvolávajících faktorech. Nedílnou součástí je i zjištění, jaké činnosti pacientovi při potížích ulevují. Při hodnocení nynějšího onemocnění je důležité všimnout si typických příznaků revmatických chorob jako je např. horečka, hubnutí, únava, bolest, otoky, ztuhlost, slabost. Důležité je také zjistit osobní anamnézu, jako je například nynější onemocnění a alergie a dosavadní farmakologickou léčbu, protože některé léky mohou způsobovat některá revmatická onemocnění (např. kličková diuretika se podílejí na vzniku dny). Také je potřeba znát pracovní a sociální anamnézu, kdy jde hlavně o zjištění možné souvislosti mezi negativními vlivy pracovní zátěže a onemocnění pohybového aparátu. Potřeba je zaměřit se na rodinnou

anamnézu, protože na vzniku některých revmatických nemocí se podílí genetika a zevní prostředí (Horák et al., 2014).

Nemocný je vyšetřován skrze fyzikální vyšetření, a to v rámci celkového interního vyšetření, orientačního neurologického vyšetření a vyšetření pohybového aparátu zejména pohledem a pohmatem (Horák et al., 2014). Při vyšetření prstů pohledem se hodnotí postavení prstů vzhledem k jejich dlouhé ose a vzhledem k ruce, také tvar článků prstů, barva a počet prstů (Nejedlá, 2015). Při vyšetření kloubu je nezbytné si všimnout jeho tvaru, útvarů v jeho okolí, kůže nad kloubem a pohyblivosti kloubu (Špinar et al., 2008). Vyšetření kloubu se provádí pohmatem, je vyšetřován otok a bolestivost (citlivost) kloubu. Pokud se v kloubním pouzdru nachází výpotek, tak při kompresi kloubního pouzdra na jedné straně dojde k jeho vyklenutí na protilehlé straně. Jako další můžeme sledovat zvýšenou teplotu nad kloubem v důsledku zánětu, dále pak můžeme zaznamenat krepitaci a hrubé drásoty (Horák et al., 2014).

Mezi příčiny zduření se počítá otok kloubu, ztlustění synoviální membrány a kloubního pouzdra, nahromadění výpotku, oseální hyperplazie (tvorba osteofytů), které propůjčují kloubům nepravidelně zhrubělý tvar (Špinar et al., 2008). Při vyšetření si tedy lze všimnout například vřetenovitého zduření kloubu, které postihuje proximální interfalangeálních kloubů, kdy vznikají ulnární deviace až kloubní ankylózy (znehynění kloubu). Na ruce dochází k postavení tzv. labutí šije a atrofují svaly ruky. Dále je možné se setkat s deformacemi kloubu, s omezením pohybu a drásoty, které bývají způsobeny výrůstky (osteofyty) a exostázami (povrchové výrůstky z kosti nebo chrupavky). Při vyšetření lze nalézt ztlustění distálních interfalangeálních kloubů se ztenčenou a lesklou kůží na povrchu, které je nazýváno Heberednovy uzly, anebo nepravidelné zhrubění proximálních interfalangeálních kloubů, které je označeno jako Bouchardovy uzly (Nejedlá, 2015). *Deformita je ztráta tvaru kloubů vznikající v důsledku abnormálního postavení kostí. Podle stupně deformity se rozlišují deviace (osy kostí tvořících kloub se protínají ve funkčním těžišti hlavice), desaxace (osy se neprotínají ve funkčním těžišti hlavice, protínají se ještě stále v kloubní jamce a hlavici), subluxe (kloubní plochy se dotýkají částečně, ale osy kostí se neprolínají) a luxace (kloubní plochy nejsou v kontaktu). Ulnární deviace v metakarpofalangeálním skloubení bývá přítomna u pokročilých stádií*

*revmatoidní artritidy* (Horák et al., 2014, 312 s.). Při vyšetření se hodnotí také svalstvo a kůže. Chronické kloubní onemocnění často doprovází hypotrofie svalstva, které zajišťuje pohyb v postiženém kloubu. Zarudnutí kůže nad kloubem není příliš častým nálezem (Horák et al., 2014).

Také je potřeba vyšetřit rozsah pohybu kloubu, a to jak aktivní, tak i pasivní hybnost. Omezení pohyblivosti může být způsobeno svalovým spazmem, kloubním výpotkem, fibrózou kloubního pouzdra nebo kostěným srůstem kostí kloubu, často také po úrazech nebo při postižení šlach a nervů. Nejčastějším omezením pohybu je bolest (Špinar, 2008). Důležité je vyšetřit svalovou sílu, která se provádí proti odporu. U RA se provádí orientační zkouška svalové síly stiskem ruky. (Nejedlá, 2015). Při vyšetření stisku ruky se hodnotí čtyři různé polohy. Jedná se o hodnocení, kdy se dotýkají bříška palce a ukazováku. Dále stisk podobající se držení klíče, palec se dotýká laterálního okraje ukazováku. Hodnocení, jak se dotýkají konečky palce a ukazováku. Posledním druhem hodnocení je stisk mezi palcem a druhým a třetím prstem (Pech, 2000).

Důležité je také zaměřit se na hematologická a biochemická vyšetření, která odrážejí nespecificky přítomnost systémového zánětu (Olejárová, 2008). V hodnotách se nachází značně zrychlená sedimentace erytrocytů, hypergamaglobulinemie, zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu (CRP) a přítomnost autoprotilátek. Dále v krevním obraze můžeme zjistit anémii (nejčastěji sekundární), může se objevit i mírná leukocytóza a u aktivního onemocnění i trombocytóza. V séru lze vyšetřit revmatoidní faktor (RF), který je pozitivní zhruba u 60-70 % pacientů. RF se stanovuje pomocí latex fixační zkoušky nebo metodou ELISA (Olejárová, 2008). Pokud vyšlo vyšetření negativní, mělo by se v intervalu 6-12 měsíců opakovat (Němec, 2016). Dále se také vyšetřuje anti – CCP (anticitrulinové protilátky), které jsou vysoce specifické pro RA (Olejárová, 2008). Přítomnost anti – CCP bývá často prokázána v séru pacientů několik let před manifestací onemocnění (Němec, 2016).

Jako základní neinvazivní vyšetření v revmatologii se využívá radiodiagnostických metod, které napomáhají diagnostice, ale i k hodnocení progresu či komplikací. Běžně se využívá rentgenový snímek kloubů, díky kterému je možné hodnotit změny v šířce kloubní štěrbiny, přítomnost osteofytů či erozí, přítomnost kalcifikací a další (Horák et al., 2014). Pro

hodnocení RA dle RTG byla stanovena čtyři stádia podle Steinbrockera. Při prvním stádiu jsou změny pouze v měkkých částech, periartikulární poróza, a nejsou žádné destruktivní změny. Při druhém stádiu jsou již změny dekalifikace periartikulárně, známky destrukce chrupavky a kosti a je zúžená kloubní šterbina. Při třetím stádiu je rentgenový průkaz destrukce chrupavky a kosti a již se vyskytují i kloubní deformity a subluxace. Ve čtvrtém stádiu se nacházejí výše uvedené změny a kostní nebo fibrózní ankylóza (Němec, 2011).

Jako další neinvazivní vyšetření se používají CT, MR, angiografie, ultrazvukové vyšetření, scintigrafie skeletu, denzitometrie a další (Horák et al., 2014).

Při vyšetřování se mohou využít i invazivní metody, jako je punkce kloubního výpotku, biopsie synovie a další (Horák et al., 2014).

Pro stanovení RA byla navrhnutá kritéria EULAR/ACR (Evropská liga proti revmatismu a Americká vysoká škola revmatologie), které jsou založena na typických klinických příznacích, specifických laboratorních nálezech a charakteristických změnách na RTG rukou. Při klasifikaci EULAR/ACR se pohlíží na kloubní postižení které má 0-5 bodů a hodnotí se, zda byl poškozen velký nebo malý kloub/klouby. Dále se hodnotí sérologie v rozmezí 0-3 body. Hodnotí se také trvání příznaků, kdy hraniční hodnota je 6 týdnů a 0-1 bod. Posledním kritériem jsou reaktanty akutní fáze, kdy se hodnotí hodnoty CRP a sedimentace (FW) v rozmezí 0-1 bod. Onemocnění RA je klasifikováno při dosažení nejméně 6 bodů (Olejárová et al., 2016).

Kvalita života pacienta s RA je hodnocena pomocí tříd funkční zdatnosti, kdy do třídy A je řazen pacient, který je schopen vykonávat všechny běžné denní činnosti. Do Třídy B je řazen pacient, který je schopen běžné aktivity, ale je omezen v náročné práci. Do třídy C se řadí takový pacient, jehož činnost je omezena jak v životě, tak v zaměstnání. Pacient zastává lehké práce. Ve třídě D je pacient, který je odkázán na lůžko nebo vozík, neschopen se postarat sám o sebe (Němec, 2011).

#### ***1.4 Léčba RA***

V této kapitole se pojednává o způsobech léčby, která by měla být komplexní a zaměřená na individuální přístup k pacientovi.

Hlavním cílem léčby by mělo být navození a udržení remise, nebo alespoň stavu nízké aktivity onemocnění a tím zabránit vývoji strukturálních změn a funkčního poškození kloubu, poklesu fyzických a pracovních schopností a zhoršení kvality života. V České republice současná strategie léčby vychází z doporučení vytvořených Evropskou ligou proti revmatismu a Českou revmatologickou společností. Základní principy léčby mají jistá doporučení. Každému pacientovi s RA by měla být poskytnuta co nejlepší možná péče, která se zakládá na společném rozhodnutí lékaře a pacienta. Primárně pečujícím lékařem o pacienty s RA by měl být revmatolog, ale je důležitá i spolupráce s ostatními odbornostmi (Němec, 2014).

Komplexní léčba RA by měla zahrnovat kombinaci více způsobů léčby, jako je nefarmakologická, farmakologická a chirurgická léčba. Komplexní léčba má směřovat ke zmírnění bolesti, redukci zánětu, zastavení nebo zpomalení destruktivního procesu, udržení funkce a ke kontrole systémových příznaků choroby. Je důležité, aby byl pacient edukován o své nemoci a měl by mu být vysvětlen přínos pravidelné pohybové aktivity a její limitace v období aktivity onemocnění (Němec, 2014). *Pohybová léčba závisí na aktivitě a stádiu choroby, věku pacienta a celkovém zdravotním stavu. Dále pomáhá cvičení na udržení svalové síly a strečink do krajních poloh, a to až několikrát denně. Cvičení by mělo probíhat i přes mírnou bolest a musí mít určitý postup co do náročnosti. Důležitou součástí je trénink jemné motoriky prstů rukou a nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy v běžných každodenních činnostech. K prevenci vzniku deformit kloubů nebo k jejich korekci můžeme využít kineziotape* (Marečková, ©2017). Mezi úkoly fyzikální a pohybové léčby patří potlačení bolesti, odstranění kloubní ztuhlosti, obnovení pohybu, zvýšení svalové síly a zlepšení funkce kloubu, a proto je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, protetikem a ortopedem (Němec, 2014).

První volbou léčby je farmakologická léčba, kterou zahrnuje léčba nesteroidními antirevmatiky (NSA), chorobu modifikujícími léky (DMARDs) a glukokortikoidy (GK) (Němec, 2014).

Nesteroidní antiflogistika (antirevmatika) nezabrání progresi strukturálního poškození, umožňují pouze kontrolu symptomů onemocnění. U RA se podávají z důvodu svého analgetického, protizánětlivého, antipyretického a dekontrakčního účinku. Doporučuje se



použití v nejnižší efektivní dávce, po nezbytně nutnou dobu (Němec, 2014). Jejich nežádoucí účinky jsou např. gastrointestinální (např. žaludeční nebo duodenální vředy) (Ari a Makmun, 2014), kardiovaskulární (např. zvýšené riziko krvácení, tromboembolie, fibrilace síní) (Mirela- anca, 2015) a další (Němec, 2014).

Glukokortikoidy se používají pro jejich rychlé a výrazně protizánětlivé a imunosupresivní působení a měly by se podávat v co nejnižších dávkách a co nejkratší dobu. Příkladem toho léku je Prednison. Bylo dokázáno, že glukokortikoidy zpomalují RTG – progresi RA. Mezi nežádoucí účinky glukokortikoidů patří náchylnost k infekcím, ovlivnění kvality kůže, ovlivnění metabolismu kostní hmoty a další (Němec, 2011).

Základními léky v terapii RA jsou choroby modifikující léky (DMARDs). DMARDs účinně potlačují symptomy onemocnění, zastavují nebo alespoň významně zpomalují jeho progresi, brání poklesu fyzických a pracovních schopností a zhoršení kvality života (Němec, 2014). Tyto léky by měly být podávány dlouhodobě a léčba by měla být pravidelně kontrolována a upravována, pokud ztratí efekt. Lékem první volby by měl být Metotrexát (MTX), protože zpomaluje rentgenovou progresi onemocnění, a zvyšuje účinnost biologických léků, pokud se s ním užívají v kombinaci (Vencovský, 2012). Nejčastějším nežádoucím účinkem je gastrointestinální intolerance, jako je nauzea, zvracení a další nežádoucí účinky (Svobodová, 2014).

Biologická léčba se v poslední době stala neopominutelnou součástí léčby revmatických pacientů, protože výrazně zlepšila kvalitu jejich života. Jedná se o léčebné přípravky, které jsou vyrobené speciálními bio-technologickými postupy z buněk živých organismů. Tyto léky se obecně nazývají „anti – TNF“ (tzn. protilátka blokuje faktor nekrotizující tumor), kvůli mechanismu svého působení v lidské buňce. Výhodami této léčby je, že nepoškozují ostatní buňky, orgány těla. Její účinek je přesně cílen, protože blokuje činnost určitých prozánětlivých buněk v imunitním systému (Revma liga ČR a Ústav lékového průvodce, 2016).

Chirurgická léčba při RA je zaměřená na obnovení funkce kloubu, zmírnění bolesti, nápravu a prevenci budoucích deformit. Načasování a indikace k chirurgickému výkonu je zatím sporná, ale obecně platí, že pokračující bolest a refrakterní synovitida trvající 3-6

měsíců je indikace k chirurgickému výkonu. Chirurgická intervence u RA je rozdělena do profylaktických a chirurgických postupů. Profylaktická operace odstraňuje synoviální nebo tenosynoviální tkáň ve snaze zlepšit funkci nebo zabránit prasknutí šlach. Terapeutické operace se zaměřují na zlepšení funkce a zmírnění bolesti v situacích, kdy dochází k destrukci kloubů a prasknutí šlach. Důležitá je také efektivní spolupráce mezi revmatologem a chirurgem (Chim et al., 2014). Z chirurgických výkonů se provádí např. artroskopické výkony, synovektomie, artrodézy, operace šlachového aparátu a další (Němec, 2014). Synovektomie je výkon, při kterém se odstraní větší část zanícené synoviální membrány. Je to však pouze dočasné řešení, které nevede k zpomalení destruktivního procesu. V některých případech se provádí artrodéza, která se zaměřuje především na oblast karpálních kostí. Principem artrodézy je fixace kloubu ve výhodné poloze a odstranění bolesti (Vencovský, 2012). Při artrodéze dochází k odstranění konce kostí a spojení kostí dohromady (Charlish, 2009). Totální náhrady kloubu se provádí především na velkých kloubech jako je kyčelní, kolenní, ramenní a další. Náhrada se provádí i na drobných kloubech ruky. Cílem tohoto výkonu je odstranění bolesti a zlepšení funkčního stavu (Vencovský, 2012). Náhrada kloubu je indikována, pokud je kloub bolestivý a je porušena jeho funkce v důsledku kloubní destrukce a subluxace a pokud není možné korigovat ulnární deviaci pomocí uvolnění měkkých tkání (Vodička, 2018). Aby mohla být operace uskutečněna, nesmí být poškozen kožní kryt a neurovaskulární systém (Pech, 2000). Náhrada drobného kloubu ruky je realizována pomocí bezkrevné operace, která trvá cca 60-90 minut. Operace probíhá podobně jako u výměny kyčelního kloubu. U kloubu palce se převážně používá implantát hybridní, který se skládá z jamky, hlavičky a dřívku. U ostatních kloubů se hlavně používají silikonové implantáty. Po operaci se většinou přikládá sádrová dlaha (Kučerová, 2018).

Mezi léčebné metody se také řadí lázeňská léčba, která má v naší republice dlouholetou tradici. Tuto léčbu nabízí např. lázně Jáchymov, Třeboň, Klimkovice, Lázně Bohdaneč a další (Meditationar, © 2017).

## ***1.5 Ošetrovatelská péče o pacienty s RA***

### ***1.5.1 Předoperační péče***

Cílem každého předoperačního vyšetření je posouzení stavu pacienta a zhodnocení rizika ve vztahu k operaci. Do standardního předoperačního vyšetření patří zhodnocení jednotlivých orgánových systémů a odкрыtí závažné patologie či choroby, která by mohla nepříznivě ovlivnit průběh anestezie a operace (Šváb et al., 2008.).

Předoperační příprava je rozdělena na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Do dlouhodobé přípravy patří interní předoperační vyšetření, jehož výsledky nesmí být starší 14 dnů. Interní vyšetření zahrnuje EKG, klinické a laboratorní vyšetření, do kterého patří screeningové vyšetření krve (KO, základní biochemie, aPTT, Quickův test a INR) a screeningové vyšetření moči (moč chemicky + močový sediment) (Slezáková, 2010).

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje 24 hodin před samotným výkonem. Každý pacient musí být před operací, alespoň 6 - 8 hodin lačný, proto se u pacientů s poruchou výživy a s dehydratací hradí energie a tekutiny parenterální cestou (Slezáková, 2010). Pacientovi je sestrou doporučena důkladná hygiena končetiny běžným mýdlem a oholení operačního pole, které je nutné provést krátce před operací (Pilný et al., 2011). Při hygienické péči před operací se klade důraz na stav nehtů (odstranění laku). Den před operací jsou sestrou podávána sedativa a hypnotika dle ordinace lékaře, pro klidný spánek, který pomáhá zvládnout stres. Před operací je nutné sundat všechny šperky a cennosti a odstranit snímatelné zubní náhrady. Jako prevenci tromboembolické nemoci sestra přikládá bandáže nebo punčochy (Slezáková, 2010). Anesteziolog před operací zhodnotí míru rizika operace pro pacienta podle klasifikačních kritérií ASA a stanoví způsob anestezie. Rovněž předepíše vhodnou premedikaci (Vodička, 2018).

Bezprostřední předoperační příprava začíná přibližně asi 2 hodiny před operací. Sestra provádí kontrolu dokumentace klienta, operačního pole, naložení bandáží a odstranění umělého chrupu. Podává premedikaci dle ordinace lékaře (Slezáková, 2010).

Mezi obecnou přípravu před operací na horní končetině také patří podrobné klinické (Fibír, 2011) a funkční vyšetření končetiny (Vodička, 2018), to jest vyšetření rozsahu pohybu jednotlivých kloubů goniometrem (Fibír, 2011), rozsah aktivní i pasivní hybnosti (Fibír,

2011) a funkční zdatnost ruky a celé horní končetiny (Vodička, 2018). Před operací je nutné vyšetřit kožní citlivost, motorickou inervaci a prokrvení. Plánovaný chirurgický zákrok by se neměl provádět, pokud se na končetině nachází nějaké zánětlivé ložisko, exkoriace či nezhojená rána (Fibír, 2011).

Při předoperační přípravě je nutná komunikace mezi sestrou a pacientem, kdy sestra vysvětluje, získává, motivuje, povzbuzuje nebo informuje o účelnosti jednotlivých odborných postupů. Citlivě a uvážlivě volená slova mohou navodit pocit důvěry, klidu a mnohdy i pomoci při těžkém rozhodování pacienta (Zacharová, 2016). Při zvládnutí stresu mohou pomoci procházky po chodbě, hluboké dýchání, zatínání a uvolňování svalů (např. pěstí), hovoření o problému, cvičení (Křivohlavý, 2010). Výkony na horní končetině jsou prováděny v regionální nebo celkové anestezii (Fibír, 2011). Poloha pacienta je většinou v leže na zádech (Vodička, 2018), operovaná končetina je upažená a položená na instrumentačním stolku, nebo upnutá na speciálním fixačním nebo závěsným zařízení (Fibír, 2011).

### ***1.5.2 Pooperační péče***

Pacient po operaci bývá převezen na pooperační pokoj v prvních pooperačních hodinách. Sestra monitoruje základní životní funkce (Janíková a Zeleníková, 2013). Z počátku první dvě hodiny po 15 minutách, pokud je stav stabilní a hodnoty sledovaných funkcí v normě, interval se prodlužuje (Vodička, 2018). Sestra vede dokumentaci, podává infuzní terapii, sleduje základní funkce (TK, P, TT, vědomí), saturaci O<sub>2</sub>, bolest, operační ránu. Zaznamenává pooperační komplikace a celkový stav pacienta. Úkolem sestry je aplikace léků dle ordinace lékaře, pečovat o pohybový režim a hygienu pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013). Je nutné, aby sestra sledovala prokrvení a inervaci zejména periferie končetiny, a to po dobu minimálně 6 hodin nebo do stabilizace stavu. Dále sleduje otok prstů a předchází mu mírnou elevací končetiny a podáváním lékařem ordinovaných antiedematózních léků (aescin, secatoxin, kortikoidy) (Vodička, 2018).

Péče na standardním oddělení je zaměřená na eliminaci bolesti, pooperačních komplikací a podpoření návratu zdravotního stavu na optimální úroveň. Je důležité, aby sestra brala pacienta jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotku. Na standardním oddělení sestra

sleduje základní funkce 1 - 2x denně dle ordinace lékaře, dále monitoruje bolest a výsledky laboratorních vyšetření (Janíková a Zeleníková, 2013).

Bolest je ovlivněná řadou faktorů (např. druh anestezie, vlastní operace, vnímání bolesti pacientem (tzv. práh bolesti). K tišení bolesti mohou být sestrou podávány neopioidní analgetika (např. paracetamol, nesteroidní analgetika), opioidy (slabé, silné) či místní anestetika. Přetrvávající bolest může signalizovat pooperační komplikace (např. infekce, dehiscence apod.). U bolesti se hodnotí intenzita (např. dle VAS), charakter (např. tupá, vystřelující), lokalizace a reakce na léky (Janíková a Zeleníková, 2013).

Aplikace a sledování účinků léků je také úkolem sestry. Sestra nejčastěji v pooperační péči aplikuje analgetika, ATB, antikoagulantia apod. Je důležité kontrolovat i nežádoucí účinky těchto léků (Janíková a Zeleníková, 2013). ATB v rámci profylaxe se podávají maximálně 24 hodin a u vysoce rizikových pacientů 48 hodin po operaci (Vodička, 2018).

Sestra kontroluje i vyprazdňování. Pacient by se měl vymočit cca do 6 - 8 hodin po operačním výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013).

Je nezbytné kontrolovat invazivní vstupy a operační ránu, které jsou možnými vstupy infekce. Sestra pravidelně kontroluje místo vpichu, funkčnost katétrů a s lékařem provádí převazy. Mezi kontrolu operační rány patří prosakování krytí, vzhled okolí kůže apod. (Janíková a Zeleníková, 2013). U zavedené drenáže sestra sleduje charakter a množství odvedené tekutiny a zda nedochází k prosakování v místě zavedení. U podtlakové drenáže stav funkčnosti lahve. Drény se ponechávají obvykle 24 hodin po operaci (Dr. Vodička, 2018).

Jedním z cílů sestry v péči o pacienta je zabránění otoků a dostatečná, ale nikoli přehnaná imobilizace. *Otok lze snížit elevací končetiny, ledováním nebo pomocí farmakoterapie* (Fibír, 2011, s. 22). Elevace spočívá v udržování ruky výše než trup cca 10 - 15 cm. Případně s přestávkami lze dávat loket výše než rameno (Fibír, 2011). V případě aplikace chladu tzv. ledování by sestra neměla pokládat led přímo na kůži, ale přes látku, ledovat 20 - 30 minut max. 2x denně (Vodička, 2018). Je nutné dbát na to, aby nedošlo k přehnané expozici chladu, která může být kontraproduktivní. Při některých zákrocích je možné podávat kortikoidy, pokud nejsou kontraindikované (Fibír, 2011).

Při přikládání obvazu musí sestra dbát na to, aby podkladová vrstva byla volná, dostatečně objemná a plastická, aby umožnila jednak absorbovat narůstající pooperační otok a zároveň působila dostatečnou kompresi (Vodička, 2018). Dále je potřeba vypodložení meziprstních prostorů obvazovým materiálem, ale zároveň by neměly být zavázány špičky prstů, aby bylo vidět jejich prokrvení (Fibír, 2011).

Při samotné operaci se na ruku přikládá turniket (zaškrcení končetiny manžetou), proto je důležité, aby sestra sledovala případné komplikace, k nimž může dojít jako je např. otok končetiny, bolest, ztuhlost, ochablost svalů nebo hypestezie, vzácně i vazospasmus, nervová paréza, trombóza a další. Za relativně bezpečnou dobu přiložení turniketu se považuje 60 - 90 minut (Fibír, 2011).

Po náhradě sestra dbá na polohu při imobilizaci, ve většině případů je nejvýhodnější mírná extenze v zápěstí (do 25 - 35°), flexe v MCP kloubech (asi 50 - 75°) a téměř plná extenze v PIP kloubech (Pilný et al., 2011). Palec by měl být postaven v abdukci a flexi tj. v pozici opozici na II. prst. Tato poloha zajistí vybalancování svalového a vazového aparátu ruky a brání vzniku kontraktur. Po operaci se 3. - 5. den přikládá dynamická dlaha, která zajišťuje odlehčení operovaných struktur a umožňuje aktivní zatížení neoperovaných struktur, a začíná se s pasivním a aktivním cvičením podle indikace operátora (Vodička, 2018).

V případě, kdy je u pacienta provedena artroskopie sestra dbá, aby obvaz netísnil a tím nedošlo k útlaku nervově-cévních struktur. U pacienta je potřeba polohovat končetinu nad úroveň srdce, aby nedoházelo ke vzniku otoku. Aplikuje předepsaná nesteroidní antirevmatika a začíná s časnou rehabilitací (Pilný et al., 2011).

Pokud je u pacienta provedená synovektomie, s rehabilitací se začíná první pooperační den dle snášenlivosti pacienta. Pacienti si cvičí flexi do bolesti pod dozorem fyzioterapeuta. Otok ustupuje většinou do dvou týdnů. Po artroskopické synovektomii je možné redukovat množství léků k terapii RA (Pilný et al., 2011).

Menchaca-Tapia et al. (2016) v článku zveřejnili studii, ze které vyplývá, že u pacientů s RA se jako pooperační komplikace vyskytuje např. porucha hojení ran, ruptura šlachy, serom, infekce rány, nekróza rány atd. (Menchaca-tapia et al., 2016). K těmto komplikacím dochází častěji u pacientů s revmatoidní artritidou v důsledku zhoršené

kvality měkkých tkání, cév, ale i poruchou imunity. To je způsobeno základním onemocněním, ale i vedlejším efektem léků, které pacienti užívají (Vodička, 2018).

Sestra by také neměla zapomínat na uspokojování vyšších potřeb pacienta, jako jsou potřeby seberealizace uznání a pocit sounáležitosti. Jejich neuspokojení se může projevit smutkem, beznadějí a mohou ovlivnit proces celé rekonvalescence (Janíková a Zeleníková, 2013).

### ***1.5.3 Podíl sestry v péči o pacienta s RA***

Podíl sestry v péči o pacienta je velmi důležitá. Úkolem sestry je pacientovi pomoci zvládat potíže související s jeho onemocněním a vést pacienta k sebepéči. Sestra spolupracuje s ostatními pracovníky, jako je např. lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, nutriční terapeut a sociální pracovník.

Základním předpokladem motivace nemocného ke spolupráci je edukace nemocného. Cílem edukace je společně s lékařem poskytnout pacientovi základní informace o jeho nemoci a možných důsledcích, o užívání léků, nežádoucích účincích a závažných symptomech vedoucích k vyhledání lékařské pomoci. Důležité je naučit pacienta, jak zvládat bolest, únavu, poruchy spánku, střídání aktivity a spánku, udržování optimální tělesné váhy, prevenci otlaků, výběr vhodné obuvi a další (Olejárová a Korandová, 2011.).

Bolest je pravidelnou obtíží pacienta, výrazně ovlivňuje kvalitu života, výkon denních aktivit a zapojení do práce či společenských aktivit. Často je bolest podceňována zdravotníky i blízkými osobami (Olejárová a Korandová, 2011). Pokud bolest není léčena, vysává z pacienta energii a nutí ho k nečinnosti. Bolest může způsobovat deprimování, nervozitu, rozčilení nebo únavu. Stupeň bolesti se mění a vnímání bolesti je u každého pacienta jiné (Charlish, 2009). Jedná se o subjektivní vnímání pacienta, a proto je hodnocení obtížné. K hodnocení se tedy využívá různých škál, např. vizuální analogová škála (VAS). Úkolem sestry je naučit pacienta bolest popsat, lokalizovat, vyhodnotit a naučit ji řešit cestou farmakologickou i nefarmakologickou (Olejárová a Korandová, 2011). Pro pomoc od bolesti je možno využít endorfinů, které se vyplavují z mozku a míchy pomocí cvičení, masáží, teplem, zimou, vodoléčbou atd. Pro zvládání bolesti je důležitý i pozitivní přístup a nenechat se bolestí uvěznit. Pro zvládání bolesti bez léků je dobré

využít teplo, kdy se využívá vlhké (př. horké koupele) nebo suché teplo (př. elektrické dečky, podložky), které nejlépe vyhovuje kloubům a měkkým tkáním dlouhodobě postiženým RA. Další možností je využití chladu, který je vhodný při akutních zánětech kloubu. Chlad zmenšuje otok, svalové křeče a bolest. Je možné také využít skotskou lázeň, kdy se střídá teplo a chlad. Dalšími metodami k pomoci od bolesti jsou např. masáž, vodoléčba, dlahy, relaxační terapie, meditace, akupunktura a akupresura (Charlish, 2009).

Únava a porucha spánkového rytmu je častým problémem, který může být zdravotníkem podceňován. Sestra by měla zjistit příčinu únavy, zda se jedná o důsledek přetěžování a nedostatku odpočinku, vlastního onemocnění a jiné. Podle příčiny je potřeba doporučit pacientovi řešení (Olejárová a Korandová, 2011). Řešením je například střídání činností a odpočinku, ale pozor na přílišné odpočívání, které by mohlo vyvolat svalovou ztuhlost. Pacient by měl šetřit svou energii, měl by naslouchat svému tělu a rozpoznat signály k odpočinku. Měl by udržovat tempo, ale nepřepínat se. Přepínání může vyvolat ataku onemocnění. Důležité je šetření energie na důležité denní činnosti a hledat způsoby, jak tyto činnosti dělat s co nejmenším výdejem energie (Charlish, 2009). Je podstatné pacientovi doporučit relaxační techniky, úpravu životosprávy, spánkový stereotyp a odstranění nevhodných návyků. Pacientovi se doporučuje, aby vše nedělal naráz, ukončil činnost i když není hotová, pokud už nemůže v činnosti pokračovat přes bolest a únavu. Za relaxační techniky lze považovat představivost, modlitby, hypnózy, elektroléčba a další (Olejárová a Korandová, 2011).

Sestra by pacienta měla naučit pečovat o klouby, svaly, kůži, sliznice, oči atd. (Olejárová a Korandová, 2011).

Neméně důležité je edukovat pacienta o významu pravidelného cvičení, úpravě pohybových stereotypů a životosprávě (Olejárová a Korandová, 2011). V oblasti pohybu a zachování soběstačnosti nejlépe poradí fyzioterapeut a ergoterapeut. Fyzioterapeut doporučuje volbu sportovních aktivit vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Ergoterapeut může být nápomocný v oblasti uchování soběstačnosti, při vykonávání denních aktivit a při volbě pomůcek (Revma liga ČR a Ústav lékového průvodce, 2016). Pacient by měl v akutní fázi cvičit pouze šetrná cvičení. Nejlepším časem na cvičení je doba, kdy má pacient nejmenší bolesti. Doporučuje se chůze, protože málo zatěžuje klouby



a svaly, a také může pomoci při nadváze. Před začátkem chůze by měl pacient věnovat alespoň 10 minut zahřátí a protáhnutí svalů, po chůzi dalších 5, nebo 10 minut věnovat potáhnutí, aby se svaly uvolnily. Dalším doporučením je cvičení ve vodě. Plavání procvičí celé tělo, protože voda nadnáší tělo. Někdy se doporučuje i golf. Dobré je také cvičit s jinými lidmi, protože se cvičení může stát i zábavným (Charlish, 2009).

Pacientovi je důležité ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem vysvětlit používání kompenzačních a ortopedických pomůcek. Také je potřeba pacienta edukovat ohledně toho, jak pomůcky získat (Olejárová a Korandová, 2011). Některé pomůcky je možné zapůjčit pomocí pečovatelské služby, některé z oddělení sociálních služeb a jiné i z místní nemocnice. Možné je také požádat o dotaci na nákladnější bezbariérové úpravy bytu. Mezi kompenzační pomůcky patří pomůcky v domácnosti, které pacientovi mohou usnadnit běžné činnosti. Mezi tyto pomůcky patří například lopatka a smetáček s dlouhou rukojetí, vypínače se šňůrkou nebo kolébkové vypínače, zabudovaný termostat, nástavce na kliky nebo klíče, páková vodovodní baterie a další. Dále jsou to například kuchyňské pomůcky, mezi které patří například sklápěcí držáky konvice, pomůcky pro snadnější otevírání konzerv a zavařovacích sklenic, ucha na obou stranách u hrnců a pánví, protiskluzové podložky nebo mísy s přísavky a další. V koupelnách pacientovi usnadní pohyb například zvýšené WC, madla po stranách, protiskluzové podložky, sedátka do sprchy a další (Charlish, 2009). Kompenzační pomůcky lze získat zakoupením dané pomůcky, darem buď finančním nebo samotné pomůcky a plnou nebo částečnou úhradou pomůcky zdravotní pojišťovnou (Kocourová a MBA, 2013).

Neméně významným okruhem edukace je správná výživa, která má za cíl udržet optimální hmotnost pacienta a zajistit dostatečný přísun minerálů a vitamínů. U starších pacientů je důležité dbát na příjem a výdej tekutin, protože mají snížený pocit žízně (Olejárová a Korandová, 2011). Pacienti by měli bílkoviny krýt stravou rostlinného původu (luštěniny, houby), nízkotučným mlékem, mořskými rybami a libovým masem nebo uzeninami s nízkým podílem tuku. Bílkoviny ani sacharidy nemají samy o sobě na artritidu přímý vliv. Tuky ovšem mají na zánětlivá onemocnění velký vliv, některé tuky zánět podporují a jiné potlačují. Pacientům se doporučují výhradně hodnotné rostlinné oleje s vysokým obsahem vitamínu E a dietní margaríny. Olivový a řepkový olej pomáhá chránit cévy. Tučným

produktům živočišného původu a tučným sladkostem by se měli pacienti vyvarovat. Z vitamínů jsou pacientům prospěšné vitamíny s antioxidačními účinky jako je vitamín E a C, dále z minerálních látek zinek a selen (Müller a Bahnsen, 2014).

Je podstatné edukovat pacienta i v péči o kůži. Staré osoby mají problém s termoregulací. Revmatici mají v důsledku nemoci nebo farmakoterapie (kortikoidy) křehčí kůži a sklon k pocení. Křehká kůže (papírová kůže) je náchylnější k poranění a tím představuje častou vstupní bránu infekce. (Olejárová a Korandová, 2011). Při péči o pergamenovou kůži je důležité dostatečný příjem tekutin, kůži denně mýt, vždy řádně ošetřovat a pravidelně promazávat. K mytí pokožky by měl používat mycí oleje. Kůži netřít ručníkem, na kůži nelepit náplasti, každé poranění ošetřit dezinfekcí a sterilně přikrýt mastným tylem a čtvercem nebo Leukoporem (Šafaříková et al., 2015). V důsledku problémů s kůží je nezbytná pravidelná péče, jež zahrnuje denní mytí, prevence pocení či prochladnutí, prevence vzniku poranění a otlaků, volbu vhodné obuvi a ošacení. Je nutné prohlížet kůži celého těla. Záda a plosky nohou prohlíží jiná osoba nebo je pacientovi doporučeno zrcátko s prodlouženou rukojetí (Olejárová a Korandová, 2011). Pacient by měl pomocí pravidelného a celkového prohlížení pátrat po změně barvy, kvality kůže, vzniku nových vyrážek, plísní, otlaků a porušení kožní integrity. Aby pacient zabránil vzniku otlaků a puchýřů měl by volit vhodnou, prostornou, nejlépe koženou obuv a savé ponožky. Každý otlak nebo puchýř by měl ošetřit. Při volbě oblečení by měl pacient sáhnout spíše po savých materiálech s jednoduchým zapínáním a možností oděvy vrstvit – zabráni se tím přehřátí nebo prochladnutí. Pacient by měl jakoukoliv kožní změnu hlásit svému lékaři či sestře (Olejárová a Korandová, 2011).

Sebeobsluha a aktivita běžného života je u pacientů s chronickými zánětlivými revmatickými chorobami ovlivněná v důsledku poškození kloubů, omezením fyzické funkce a dalších muskuloskeletálních struktur (Olejárová a Korandová, 2011).

V průběhu nemoci se mění pacientova role v rodině i společnosti. Z tohoto důvodu je v průběhu nemoci někdy nutné změnit zaměstnání (Olejárová a Korandová, 2011).

Je nezbytné se také zaměřit na psychiku nemocného. Cílem je naučit pacienta, aby se nepodceňoval, ale naopak hledal pozitiva, pokusil se nalézt oblast, kde může vyniknout.

Důležité je nalézt motivaci a určit si cíle, za každý úspěch pacienta pochválit nebo odměnit (Olejárová a Korandová, 2011).

Nemoc ovlivňuje kvalitu života i sexualitu pacienta, pacient však o svých intimních problémech většinou nemluví, buď je nespojuje s onemocněním, nebo z důvodu studu. Úlohou sestry by tudíž mělo být aktivní pátrání po těchto problémech a hovořit o nich. Faktory ovlivňující sexuální život jsou anatomické změny (např. náhrady kloubů, deformity), úbytek svalové síly, funkční změny (omezení hybnosti kloubů), bolest, zvýšená únava a další. Sestra by měla zjistit, zda žena menstruuje, kdy byla poslední menstruace, není-li gravidní nebo graviditu plánuje. Tyto údaje jsou důležité v souvislosti s plánováním vyšetření a užíváním některých léků. U revmaticky nemocných je těhotenství důležité plánovat. Lékař musí zhodnotit aktuální stav, aktivitu onemocnění, stanovit vhodný způsob léčby i dalšího průběžného sledování pacientky. Řada léků se nesmí užívat v těhotenství, proto je důležité zajištění antikoncepce při zavedení této terapie (Olejárová a Korandová, 2011).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1. Poukázat na problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před operačním zákrokem, kterou je náhrada drobných kloubů ruky.

Cíl 2. Zjistit, jakou roli pro pacienta sehrává sestra před operací v ambulantní péči.

Cíl 3. Zjistit, jakou roli pro pacienta sehrává sestra po operaci náhradě, kterou je náhrada drobných kloubů ruky.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké problémy má pacient s deformitami drobných kloubů ruky před operací?
2. Jakou roli sehrává sestra pro pacienta v ambulantní péči před operací?
3. Jak vnímají pacienti sestru po operaci- náhradě drobných kloubů ruky?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika práce***

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je založená na připravených otázkách, ale zároveň nebrání, aby v návaznosti na průběh rozhovoru byly doplněny další otázky nebo některé upraveny na základě aktuálního uvážení tazatele. Stejně tak je možné v rozhovoru nepoložit otázky, na které informant odpověděl spontánně (Sedláková, 2014).

V rámci zachování anonymity dotazovaných není uvedeno pracoviště, které poskytlo kontakty na pacienty po chirurgické náhradě drobných kloubů ruky. V první řadě byl získán písemný souhlas vedoucího tohoto pracoviště a dále i od samotných informantek. Informantky souhlasily s nahráváním rozhovorů na diktafon.

Rozhovor obsahoval 40 připravených otázek, počet se u jednotlivých informantek lišil dle jejich odpovědí. Okruhy rozhovorů byly zaměřeny na problémy pacientů před náhradou drobných kloubů ruky. Dále pak na roli sestry pro pacienta v ambulantní péči před operací a jak pacienti vnímali sestru po náhradě drobných kloubů ruky. Otázky viz. Příloha 1.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a přepsány doslovně (příloha, CD ROM). Analýza rozhovorů byla provedena formou tužka-papír a následně vytvořeny kódy. Výzkumné šetření, tedy uskutečňování rozhovorů, probíhalo od února 2018 do konce března 2018.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Sledovaný vzorek byl tvořen skupinou sedmi žen s revmatoidní artritidou po výměně drobných kloubů ruky. Informantky byly vybrány formou záměrného výběru. Společným kritériem byla revmatoidní artritida a stav po náhradě drobných kloubů ruky.

**Tabulka 1:** Identifikační údaje vzorku pacientek s výměnou drobných kloubů ruky

Informantky	Pohlaví	Délka onemocnění	Počet náhrad drobných kloubů ruky	Rok poslední výměny	Stav	Stav povolání
I1	Žena	35 let	4	2012	Vdova	Invalidní důchod→ Důchodce
I2	Žena	23/24 let	1	Cca 2007/2008	Rozve - dená	Invalidní důchod
I3	Žena	20 let	4	Cca 2011	Vdaná	Pracující
I4	Žena	27 let	Pravá ruka bez MCP kloubů	2008	Vdaná	Pracující
I5	Žena	25/26 let	2	2013	Vdaná	Pracující
I6	Žena	35 let	8	Dříve než 2008	Vdaná	Invalidní důchod→ Důchodce
I7	Žena	12	2	2015	Vdaná	Invalidní důchod

**Zdroj:** vlastní výzkum

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje pacientek s revmatoidní artritidou po výměně drobných kloubů ruky. Výzkumné šetření proběhlo u sedmi žen. Nejkratší délka onemocnění je 12 let u I7. Nejdéle trvající onemocnění je 35 let uvedeno I6 a I1. Nejvyšší počet výměn drobných kloubů ruky podstoupila I6, a to celkem osm výměn, nejméně pak

I2 s jednou výměnou. Čtyři informantky (I1, I2, I6 a I7) byly nebo jsou v invalidním důchodu.

### 3 Výsledky výzkumného šetření

#### 3.1 Vyhodnocení rozhovorů pacientů

##### Kategorie 1.: Problémy pacientů s RA před výměnou drobných kloubů ruky

První kategorie se zaměřuje na problémy pacientek s RA v běžném životě před výměnou drobných kloubů ruky. Tato kategorie byla rozdělena do několika podkategorií.

##### **Bolest**

Bolest, jako hlavní problém, uvedlo všech sedm informantek. Její největší intenzitu během dne uvádí I2 ráno. I2 se shoduje s odpovědi I3, I4 a I5, které ještě přidávají ranní ztuhlost. I1 uvádí největší intenzitu bolesti v noci a během dne. I4 ještě dodává: „*Já ještě to tak jakoby mívám tak, že vždycky to jaro mám víc, víc jako rozbouřený... to mám větší problémy, než třeba v zimě nebo v létě...*“ I6 uvádí jako největší intenzitu bolesti ráno a večer. I7 uvádí, že intenzita bolesti byla ovlivněná námahou.

Všechny informantky užívaly léky proti bolesti, I1 a I4 se také zmiňují o injekcích proti bolesti. I5 ještě uvádí: „*Snažila jsem se i nahradit někdy třeba i těma homeopatikama, někdy s větším někdy s menším úspěchem.*“

Bolest ovlivňovala informantky v práci, v domácnosti i v koníčcích. I3 uvádí: „*...špatně se mi pracovalo a bolelo to.*“, I2, I3 a I7 se shodují, že kvůli bolesti musely zanechat milované plení, I5 ještě šití a vyšívání. I6 uvádí: „*...my jsme dělali horskou turistiku a lyžovali, a to všechno padlo, že jo, protože to už potom nešlo.*“ I1 a I4 se naopak shodují, že žádné koníčky neukončily, I4 ještě dodává: „*... naopak ještě jsem si přibrála.*“

##### **Spánek**

Problémy se spánkem uvádí I3 a I5, shodují se na špatném spánku a I5 i usínání. I5 se shoduje s I3: „*Když už to bylo nejhorší, tak jsem si dávala léky.*“ I5 kombinovala léky i s homeopatiky. I1, I4, I6 a I7 se shodují na problémech se spánkem při bolestech.

##### **Únava**

Únavu pociťovalo všech sedm informantek. I3, I5 a I7 se shodují, že si únavou musely jít během dne odpočinout a lehnout. I2 uvádí: „*No spíš ten den mám takový kratší. V 5 hodin*



*už jsem ráda nebo v 6 už koukám na televizi a jen odpočívám a většinou usnu už v 9:00.“ I4 nepřikládá únavu RA ani její léčbě, ale stárnutí. I6 uvádí: „Jako únava je celkově, že jo, člověk už nemá náladu tak nějak moc chodit. Já vím, když jdu do divadla a pak sedím, pak se nemůžu rozejít, tak je mi tak jako trapně, že jo. No a tak vůbec, člověk nemůže dělat věci, který byl zvyklý dělat, no, ale tak bojuj no.“*

### **Kloub**

I1, I2, I3 a I5 se shoduje s I4, která uvádí: „...cokoliv děláte a potřebujete k tomu nějakou sílu, tak tam je problém teda, protože jako síla není...“ I1, I3 a I5 uvádí také jako příklad problém krájení. I2 se například naučila žehlit obouruč. I3 uvádí: „...Před tou operací tak jsem si neutřela zadek. Nevyčistila jsem si pořádně zuby, tak jsem se musela všechno učit na levačku, protože jsem pravák...“ I4 měla také problémy se startováním auta, otočením klíče, zamknutím bytu. I7 uvádí problémy s pohyblivostí kloubu a jemnou motorikou, jako je např. špetička. I1, I3, I4 a I6 zmiňují, že s jejich problémy jim pomáhaly rodiny.

### **Výživa**

I4 a I5 uvádí jako problém pálení žáhy. I5 ještě trpí občasnou zácpou.

### **Kůže**

I1, I2, I6 a I7 se shodují, že mají papírovou kůži. U I2 se objevila i velká alergická reakce na léky, po nichž se celá osypala. I3, I5 a I7 se shodují na suché kůži, I5 se i lámají nehty a padají vlasy. I3 má i problémy se suchostí očí. I4 uvádí: „Jediné co se mi stalo, ale to je to nevím, jestli v souvislosti, když jsem brala v jednu dobu ten Prednison, tak se mi udělaly v létě takový ty pigmentové skvrny.“ Informantky uvádějí, že problém s kůží řeší promazáváním pokožky.

### **Změna role**

I2 uvádí: „Akorát že jsem se rozvedla,...protože jsem očekávala, že mi manžel třeba pomůže s něčím, ale to se nekonalo. Ten to nepřijal, ale děti jo, děti v pohodě a kamarádky taky.“ I5 uvádí, že v zaměstnání jí brali jako méněcennou. I7 uvádí: „ve společnosti ano,

*prostě necítím se mezi nimi dobře, protože oni jsou pro mě zdraví a já jsem taková jako méně pohyblivá.“*

## **Psychika**

I3 udává: *„...měla jsem depresi. No, takže byla jsem psychicky jako dole. I jsem musela navštívit, mám doktorku dotědka, ...“* I5 udává také deprese, a ještě únavový syndrom. Tyto problémy řešila s revmatologem. I2 udává: *„Jsem náchylnější na stresy, nebo na stresy ne, ale na úzkosti. Jo že když se něco stane tak jsem hned z toho vyděšená.“* a donedávna užívala antidepresiva. I6 uvedla psychické problémy a při rozhovoru i plakala. I7 uvedla: *„Jsem spíš vzteklá sama na sebe, nervóznější na rodinu, protože to nezvládám a vím to...“*

## **Sexuální život**

I3, I4 a I6 potvrdili problémy v sexuálním životě.

## **Domácnost**

I1 udává že se pravou rukou ani nenají, ale naučila se s ní psát. I2 udává problémy s jemnou motorikou, vzít jehlu, něco drobně nakrájet, drobnější práce. I3 udává problémy: *„...ukrojení toho chleba, mrkve, otevření dveří. Hmmm, otevření pití, ... Všechno, co je prostě na úchop. ...Otevření zavření těch kozaček, jo, ...zapnout knoflík. Vytírání...“* I4 jako problémy udává: *„...funkce tý ruky... jsem mívala stavy, že jsem ani si nemohla ani utřít zadek. ...třeba kastroly zvednout za jedno ucho...“* I5 jako problémy uvedla: *„Uchopit nůž, nakrájet potraviny, otevřít si třeba láhev s nějakým pitím... otevřít třeba nějaké krabičky nebo ...dózy...“* I6 uvádí: *„Já jsem nebyla schopná uchopit, otevřít, ani tím otvírákem na, tím louskáčkem na ořechy. To bylo pro mě, pro mě byl problém, všechno no.“* I7 uvádí: *„...jsem byla taková jako pomalejší, hnedka mi všechno padalo...“*

## **Práce**

I1 jako problémy uvádí: *„...protože tam byly ty malý děti, který potřebovaly pomoc s oblíkáním, takže tkaničky, to dodneška nezavážu tkaničku. Zipy na bundách, a vůbec tohle to oblíkání, no.“* I3 jako problémy uvádí: *„Úchop třeba tou pinzetou. Držet tu pinzetu v ruce. Jo, stisk té pinzety, třeba i ty masáže, protože masírujete...“* I4 měla problém s tím

něco vzít nebo rozříznout a I5 měla v práci problém s psaním na klávesnici. I6 uvádí: „*Já jsem v práci problém už neměla. Já jsem dřív vstala, rozhýbala jsem ty prsty, pak jsem si sedla a pak jsem si malovala, že jo. A to jsem si vybírala, tak třeba jsem si po ránu třeba něco vyretušovat, a pak jsem dělala tu jemnější práci, když se ty prsty rozhýbaly.*“ Dále uvádí, že dostala výpověď a následně odešla do invalidního důchodu.

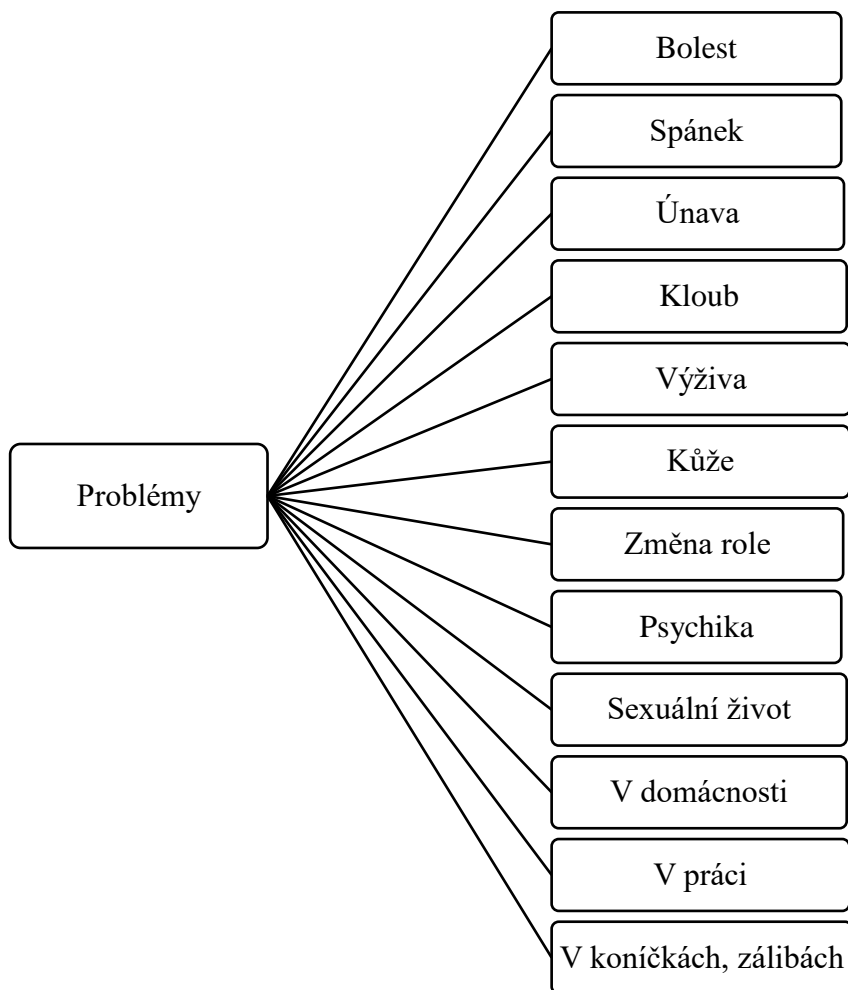
I2 a I7 uvádí, že je nemoc ovlivnila natolik, že museli odejít do invalidního důchodu.

### **Koníčky, záliby**

I4 se shoduje s I1, která uvádí: „*Já sem se snažila, aby mě to neovlivňovalo.*“ I2 uvádí, že musela zanechat koníčku jako je pletení, vyšívání a jiné ruční práce. S tím se shoduje I3, I5 a I7. I6 uvádí: „*To jsem vlastně nemohla dělat nic, jo, i když na té Revma lize, tak děláme a zkoušíme nějaké věci, batikovali jsme šátky třeba, nebo třeba teďka ty vajíčka jsme zdobili a taky jsme tam měli, zrovna jsme pekli z Velikonočního těsta, tak nás tam paní učila různé tvary.*“

Pro zpřehlednění kategorie bylo vytvořeno schéma problémů pacientů.

*Schéma 1: problémy pacientů s RA před výměnou drobných kloubů ruky*



**Zdroj:** vlastní výzkum

## **Kategorie 2: Kompenzační pomůcky**

Druhá kategorie je zaměřena na druhy kompenzačních pomůcek a jejich užívání.

Informantky s výjimkou I7 užívaly nebo užívají kompenzační pomůcky. Nejčastěji zmiňovaná kompenzační pomůcka byl háček na zapínání zipu, který užívá I2, I3, I4 i I5. I1 uvedla: „*Ted'kom mi to děti začly nějak kupovat. Ted' mi koupily takovej ten přibor, protože já potřebuju všechno, jak nezavřu ruce, tak potřebuju všechno, aby mělo tlustý ty ručičky.*“

*Takový ty nástavce na tužky. Dokonce mi vnučka koupila i obouvátko na ponožky takový dřevěný.“ I2 používá kompenzační pomůcky hlavně v kuchyni a jako kompenzační pomůcky uvedla otvírák na pet lahve a na sklenice, háček na otvírání konzerv, návlek na oblékání ponožek a zahnutou lžici používá při bolesti zápěstí. I3 a I4 se shoduje s I2 s otvírákem na pet lahve a I3 ještě přidává držák na mléko. I6 uvádí, že si zkoušela vyrábět různé dlahy na prsty, také používala velký kroužek na klíče, louskáček na ořechy a hasák. I7 neuvedla žádné kompenzační pomůcky.*

### **Kategorie 3.: Role sestry v ambulantní péči**

Třetí kategorie se zaměřuje na roli sestry v péči o pacienta v ambulantní péči.

Informantky byly v ambulanci zaměřeny spíše na paní doktorku. Na vnímání role sestry se vyjadřují následovně. Sestra plnila spíš úkoly uvedené I4: *„...ona je, že jo, na udělat ty náběry, pak hlídá, když jsem tam chodila na biologickou, na studii. Tak musela všechny ty zkumavčičky připravit, tak ona lítala a dělala zase spousta jiných věcí, jo.“* I3 uvedla: *„Já moc se sestrou, jako nekomunikuju. Protože ta doktorka jako, je tak dobrá, jako že já nepotřebuju mít tu sestru jo.“* K tomu ještě I4 dodává: *„...možný, že ta sestřička si říká, že nepolezu do žita, jo.“* I5 uvádí: *„Poradila mi, jak se mám zachovat při bolesti, kdy už je bolest neúnosná, kdy si vzít léky, kdy se snažit ty klouby rozcvičit. Poradila mi různé vychytávky, jak si pomoci, když třeba ty klouby nejsou úplně dobře pohyblivé... Tak mi poradila, že pro takto nemocné lidi se dá koupit spousta prostředků do kuchyně, třeba speciální přístroje na různé pomocníky při otevírání dóz nebo... lahví. ...snažila se mi moje obavy vždycky vysvětlit a zbavit mě strachu.“* Dále uvádí, že při duševních problémech jí sestra poradila: *„Nenechávat to v sobě a mluvit o tom třeba s lékařem nebo se svým okolím.“* a jako informace poskytnuté sestrou před operací uvedla: *„Tak mě hlavně uklidnila, abych se toho nebála, vysvětlila mi, co mě čeká a jak to zhruba bude asi probíhat po té operaci, že se mi bude pořád někdo věnovat.“* I7 uvádí, že sestra jí pomohla při snižování bolesti: *„...dobrým slovíčkem a radou co a jak a jinak prostě. Poradili mi, že si mám dojít na ty masáže nebo jak to je, těch kloubečků malejch... ty obklady taky...“* Dále uvádí: *„No poradili běžný postup, co mě čeká, co nemám, co mám. Co můžu, běžně co se*

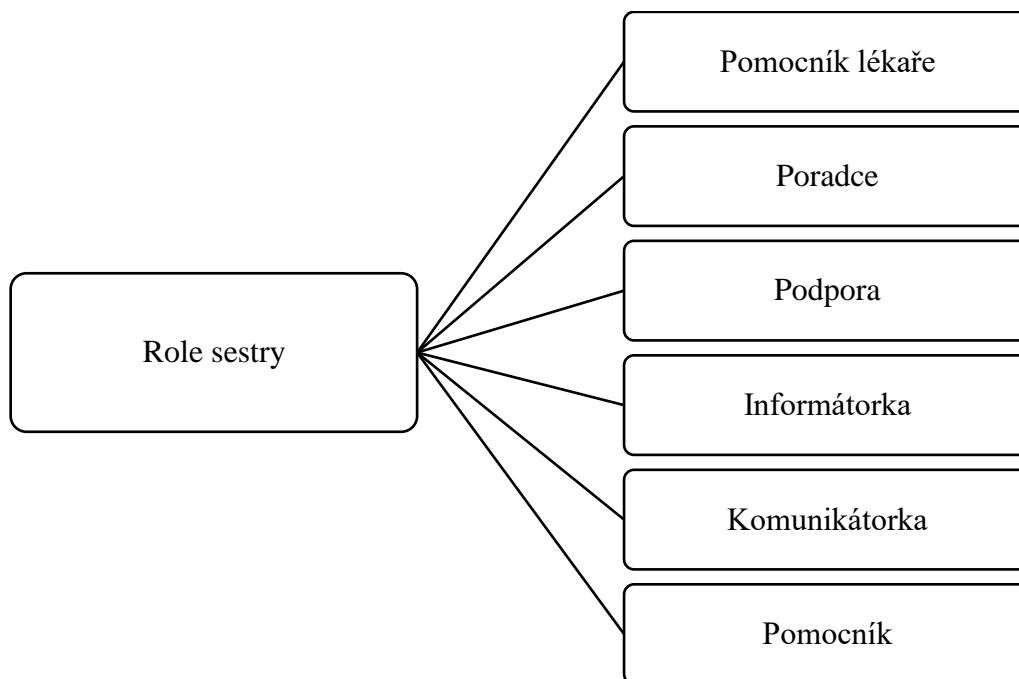
děje před operací. No že určitě léky vynechat. No tak mě povzbuzovali, abych se nebála, že všechno dopadne dobře.“

I4 a I6 se zmínily, že některé informace jim byly sděleny od sestry v Revmatologickém ústavu. I3, I4 a I6 uvedly, že mnohé informace jim jsou sdělena při setkání Revma ligy.

Kromě I2 a I5 informantky neuvedly žádné očekávání od sestry před operací. I2 uvedla: „Já jsem vlastně neočekávala od sestřičky téměř nic, že mi přijde říct co se bude dít, nebo jak to bude pokračovat ten den. A to se stalo...“ I5 uvedla: „Očekávala jsem, že mi vyjde vstříc a že si se mnou povídá v případě mého strachu.“ A toto očekávání bylo naplněno velice dobře.

Pro zpřehlednění rolí sestry pro pacienty v ambulantní péči bylo vytvořeno schéma, které názorně ukazuje vyplývající role sestry.

**Schéma 2:** Role sestry v ambulantní péči



**Zdroj:** vlastní výzkum

#### **Kategorie 4.: Problémy pacienta po operaci**

Čtvrtá kategorie pojednává o problémech pacientů po náhradě drobných kloubů ruky. Mezi těmito problémy je bolest, ale již v menší míře a komplikace v hojení.

##### **Bolest**

Bolesti po výměně kloubů zmiňují I3, I4 I6. I3 se slovy: „*No, jak kdy no, spíš počasím, já to mám spojený s počasím.*“ I4 se shoduje s I6 se slovy: „*Tak já bych řekla po operaci to je mnohem, mnohem lepší, ...Ale nejsou to takové ty bolesti, co jsem zažívala*“. I1 a I2 bolesti po operaci neuvádí. I5 u bolesti uvádí: „*Občas ano, ale hlavně teda se to týká těch dalších kloubů.*“ I7 uvádí: „*Ano mívám, mívám a hodně mě natýkaj mi ty klouby.*“

##### **Komplikace**

Informantky neuvádějí komplikace v pooperačním období, jen I1 a I7. I1 uvádí prodloužené hojení a hnisání rány po operaci zápěstí. Na převazy jezdila do nemocnice, po zlepšení si to převazovala sama doma. I7 uvádí: „*Špatně se mi hojil, myslím, že ten kloubek nešel sevřít úplně, že jako není to ono.*“ Hojení bylo prodloužené.

#### **Kategorie 5.: Změna v činnostech pacienta po operaci.**

Kategorie pátá přibližuje změnu v činnostech po náhradě drobných kloubů ruky.

Informantky uvádějí změnu k lepšímu v domácnosti, kromě I2, s kterou se shoduje I4. I2 uvádí: „*Já myslím, že nic. No přestaly ty bolesti.*“ I3 uvádí: „*Dělám všechno. Netahám těžký nákupy, to mám zakázaný a okopávat zahrádku mám zakázaný..., ale jinak dělám všechno. Všechno zvládám, vaření, luxování... Já jsem šťastnej člověk, mám vyměněný klouby a funguju.*“ I5 uvádí: „*Už zvládám lépe některé domácí práce v kuchyni...*“ I6 uvádí: „*Nezvládnou toho víc, ale v menších bolestech bych řekla jo.*“ I7 uvádí: „*Je to trošku lepší, než to bývalo, jsem víc soběstačná no a no je to lepší.*“

Ohledně zvládnání činností v práci I1 uvádí, že činnosti v práci zvládala špatně, a že už pak dlouho do práce nechodila. I3 uvádí: „*...ted'ka už je to, ťukám (ťuká do stolu), ted' je to*

fajn.“ I5 uvádí: „*Je to lepší, ale samozřejmě některé klouby ještě hodně otýkají, ne ty operované, ty další, ale ta soběstačnost už je lepší.*“

Změnu v koníčcích udává I3: „*...už začínám plíst zase.*“ I5 uvádí: „*Začala jsem se zase věnovat ručním pracem. ... i třeba na zahrádce více pracovat.*“

### **Kategorie 6.: Péče sestry o pacienta po operaci**

Kategorie šestá uvádí, jak sestra pečovala o pacienta po náhradě drobných kloubů ruky.

Péči sestry I3 spatřovala takto: „*V nemocnici... Tam jsou hodně suchý sestry, ... bohužel. ...ne vůbec neměly zájem.*“

V péči o bolest se kromě I3 informantky shodují s I6: „*...tak samozřejmě obchází, chtějí pomoc nějakými analgetiky, utišení bolesti, nebo to chladí po operaci ty rány. Jako starají se hodně. Já je jenom chválím.*“

V péči o psychiku se informantky shodují, že se psychika moc neřešila, buď z důvodu nedostatku času, nebo se pacienti cítili dobře. I5 uvádí: „*Určitě, snažila se mě rozptýlit od bolesti a od...nervozity.*“

K přístupu sestry k pacientově soběstačnosti se pacientky vyjadřovaly následovně. Informantky se shodují s I1, která uvádí: „*...prostě když jsem měla tu ruku ještě zavázanou nebo tak, tak mi třeba nakrájely maso při jídle na talíři, protože to člověk nezvládne, ne? Nebo naleje čaj, nebo takovýhle takový věci.*“ I3 uvádí, že sestry neměly zájem informantce v čemkoliv pomoci.

### **Kategorie 7.: Vnímání sestry pacientem po operaci**

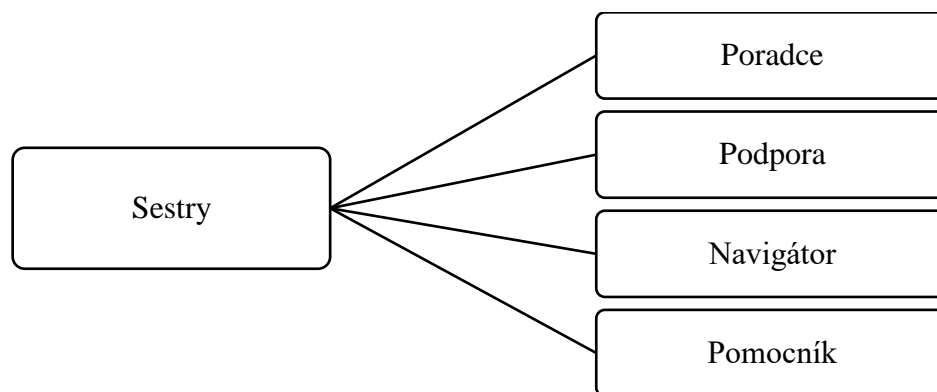
Informantky uvádí, že sestru vnímaly kladně, převážně jako podporu a pracovního rádce, což uvádí I1. I2 o vnímání sestry podotýká: „*Jako navigátora asi, že mi řekne tohle a tohle můžete, tohle a tohle nemůžete ještě, a tak asi.*“ I3 uvádí: „*Rádce určitě ne, jenom ošetřila to, co bylo potřeba, ustlala mi postel...*“ I4 uvádí: „*Heleďte, každý pacient je orientovaný*



na toho doktora, ať chce nebo nechce. Když jsem v ordinaci, jsem nasměrovaná na paní doktorku, a když jsem byla na operaci, tak jsem byla nasměrována na pana doktora Vodičku.“ I6 uvádí: „Jako osobu, na kterou se můžu obrátit s nějakými problémy.“ I7 uvádí: „Jako tu podporu, a že mi pomáhala.“

Pro shrnutí, jak pacient vnímá sestru po operaci, bylo vytvořeno schéma.

**Schéma 3:** Vnímání sestry pacientem po operaci



**Zdroj:** vlastní výzkum

## 4 Diskuse

Bakalářská práce je zaměřená na pacienty s revmatoidní artritidou, kdy cílem práce bylo poukázat na problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před náhradou drobných kloubů ruky. Dále pak jakou roli pro pacienta sehrává sestra před operací v ambulantní péči a jak vnímají pacienti sestru po náhradě drobných kloubů ruky.

V první části kvalitativního šetření byly provedeny polostrukturované rozhovory s pacientkami s revmatoidní artritidou po náhradě drobných kloubů ruky. Na začátku rozhovoru jsme se seznámili s osobními údaji a počtem operací. Nejvyšší počet výměn drobných kloubů ruky podstoupila I6, a to celkem osm výměn, nejméně pak I2 s jednou výměnou.

První oblast rozhovorů byla zaměřená na problémy pacientek. Po analýze získaných odpovědí bylo zjištěno, že bolest jako problém před operací uvádí všechny informantky. I4 k tomu ještě dodává: „*Já ještě to tak jakoby mívám tak, že vždycky to jaro mám víc, víc jako rozbouřený... to mám větší problémy, než třeba v zimě nebo v létě,...*“ . I3, I4 a I5 se shodují na ranní ztuhlosti. Výsledky se shodují s Vencovským (2012), který udává, že postižené klouby jsou zduřelé, bolestivé, teplé a je typická ranní ztuhlost. Při zvládnutí bolesti pomáhaly informantkám analgetika, I1 a I4 se zmiňují i o injekcích proti bolesti. I5 analgetika kombinovala s homeopatiky. Němec (2014) udává podávání nesteroidních antirevmatik u RA z důvodu svého analgetického, protizánětlivého, antipyretického a dekontrakčního účinku.

I2, I3 a I7 uvádí ovlivnění bolestí natolik, že bylo potřeba zanechat oblíbeného pletení a I5 ještě šití a vyšívání. I1 a I4 naopak žádné koníčky neukončily.

Mezi dalšími objevujícími se problémy byla únava a problémy se spánkem. Některé problémy se spánkem byly vázané na bolest, jiné ne. Dle mého názoru problémy se spánkem mívá i zdravý člověk, pokud trpí bolestí. Únavu, kterou zmiňovaly všechny informantky musely řešit odpočinkem během dne, nebo si jít dříve lehnout. K těmto závěrům došli i Kaas a Tóthová (2015), kteří uvádí, že mezi objevujícími se problémy u pacienta s revmatoidní artritidou se řadí únava a poruchy spánku.

V souvislosti s deformitou kloubů se I1, I2, I3 a I5 shodují s I4, která uvádí: „...*cokoliv děláte a potřebujete k tomu nějakou sílu, tak tam je problém teda, protože jako síla není...*“ Jako příklad uvádějí informantky problémy při krájení, žehlení, hygienické péči (čištění zubů, toaleta), startování auta, otočením klíče (zamknout byt) otevření dveří, dále pak stravování, problémy s jemnou motorikou, vzít jehlu, něco drobně nakrájet, drobnější práce. Vše spojené s úchopem. S tím se shoduje I7 uvádí: „...*jsem byla taková jako pomalejší, hnedka mi všechno padalo...*“ K podobným výsledkům dospěla Jindrová (2016), která uvádí, že mezi největší změny patří zhoršená sebeobsluha a výkonnost. V Souvislosti se sebeobsluhou uvádí problémy s hygienou, úpravou zevnějšku a stravováním. Uvádí potřebu kompenzačních pomůcek, používání předmětů se širším úchopem nebo pomoc druhé osoby. Nejčastější užívanou kompenzační pomůckou uváděnou informantkami byl háček na zip. Další zmiňované kompenzační pomůcky byly otvírák na pet lahve, návlek na obouvání ponožek, háček na otvírání konzerv, držák na mléko a velký kroužek na klíče.

Jako problém s výživou bylo uvedeno pálení žáhy a I5 ještě trpí občasnou zácpou. Dle Němce (2014) tyto problémy souvisí s užíváním nesteroidních antirevmatik, které mají nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt.

U pacientů s RA užívající kortikoidy se vyskytuje pergamenová, suchá kůže. O tuto kůži je nutné řádně pečovat a dbát na správné ošetření poranění. Není vhodné na tuto kůži lepit náplasti, protože kůže se snadno roztrhne. Šafaříková et al. (2015) uvádí, že při péči o pergamenovou kůži je důležitý dostatečný příjem tekutin, řádné ošetření a pravidelné promazávání kůže. Každé poranění správně ošetřit a sterilně přikrýt.

Kaas et al. (2014) uvádí že, choroba má velice komplexní dopad na život jedince, kromě fyzické oblasti ovlivňuje sociální vztahy a role nemocného, sebevědomí, kognitivní funkce a celkové psychické rozpoložení jedince. Z našeho šetření také vyplynulo, že na pacienty s RA má vliv okolí, kdy může docházet ke změně rolí. To dokazuje I2 a I5. I2 se změnila role rozvodem, uvádí: „*Akorát že jsem se rozvedla, protože jsem očekávala, že mi manžel třeba pomůže s něčím, ale to se nekonalo. Ten to nepřijal, ale děti jo, děti v pohodě a kamarádky taky.*“ Jako problémy se sociálními vztahy byly uvedeny problémy v zaměstnání, a ve společnosti I7: „...*prostě necítím se mezi nimi dobře, protože oni jsou pro mě zdraví a já jsem taková jako méně pohyblivá.*“

Vzhledem k příznakům onemocnění může docházet u pacientů k psychickým problémům. Mají pocity úzkosti, strachu a obavy z budoucnosti. Během rozhovorů se tyto problémy potvrdily. Informantky zmiňovaly deprese, únavový syndrom, úzkost, vztek sama na sebe a I6 při rozhovoru o psychických problémech i plakala. Psychické problémy řešily s revmatologem nebo specialistou a užívaly antidepresiva. Uvedené problémy zmiňuje i Kaas et al., (2014). Z výsledků vyplývá, že psychika v životech těchto pacientů hraje velkou roli. Pokud není člověk v psychické pohodě, promítá se to i do jeho tělesného stavu. Z toho plyne, že by tato oblast neměla být v žádném případě zanedbávána.

Informantky zmiňují i problémy v sexuálním životě. Olejárová a Korandová (2011) k tomuto uvádí, že nemoc ovlivňuje kvalitu života i sexualitu pacienta, pacient však o svých intimních problémech většinou nemluví, buď je nespojuje s onemocněním, nebo z důvodu studu. Rolí zdravotníka by tudíž mělo být aktivní pátrání po těchto problémech a hovořit o nich.

Při analýze dat vyplynulo, že pacientky mají problémy i v práci. I2, I6a I7 uvádí, že nemoc je ovlivnila v takové míře, že odešly do invalidního důchodu. I6 k tomu uvádí: „...já jako neperspektivní, protože jsem nemocná, tak jsem odcházela, mezi prvníma. Což jsem brala jako velkou zradu teda, řečeno s tím: Podívej se na sebe, jak pajdáš a muže máš v Rakousku, tak tě uživí.“ V této souvislosti se lze ztotožnit s tvrzením Olejárové a Korandové (2011), které uvádí, že v průběhu nemoci je často nutné přehodnotit náplň práce či změnit zaměstnání, ale v současné době se tak většinou neděje, protože pacienti svůj stav tají ze strachu ze ztráty zaměstnání. Domníváme se, že strach ze ztráty zaměstnání může vést k celkovému zhoršení stavu pacienta, snížení výkonnosti v práci, a proto by zaměstnavatelé k těmto zaměstnancům měli přistupovat empaticky a pokud je to možné, nabídnout jim práci vzhledem k jejich onemocnění.

Mezi problémy vyskytující se u pacientek před operací jsou bolest, únava, změna role, deformity kloubů a nežádoucí účinky léků.

Jindrová (2016) ve své práci narazila na časovou vytíženost, ve které sestra těžko hledá dostatek času, který by mohla věnovat pacientovi. Při analýze dat jsme zjistili, že pacientky v ambulanci byly zaměřeny spíše na paní doktorku. Sestra plnila pro informantky role

pomocníka lékaře, poradkyně, podpory, informátorky a komunikátorky. Roli poradce plnila například při razení, jak se zachovat při bolesti, kdy se snažit ty klouby rozcvičit, volby masáže drobných kloubů ruky a kdy si vzít léky. Dále plnila funkci informátorky a pomocníka ohledně kompenzačních pomůcek a roli komunikátorky a opory, když se snažila vše vysvětlit, zbavit strachu a uklidnit dobrým slovíčkem. I4 a I6 se zmínily, že některé informace jim byly sděleny od sestry v Revmatologickém ústavu. Informantky také sdělily, že mnohé informace jsou jim sdělená při setkání Revma ligy. Setkání Revma ligy se uskutečňuje každý poslední čtvrtek v měsíci. Tohoto setkání se také účastní sestry z revmatologické ordinace, které poskytují pomoc, radu, oporu a přichází s novými nápady pro zlepšení kvality jejich života. Na setkání si mohou sdělovat vlastní zkušenosti a navzájem si pomoc. I6 k Revma lize uvádí: „...*jak chodíme do té zdravotky, kde se scházíme, jak jsou tam paní doktorka... (z důvodu zachování anonymity nejsou jména uvedena.) Takže ty víš spoustu věcí, a jak sem s nimi i na telefonu.*“ Z výzkumného šetření vyplývá, že Revma liga může pro její členy doplňovat roli sestry v ambulanci. Výsledky se shodují se Zacharovou (2016), která zmiňuje nutnost komunikace mezi sestrou a pacienta.

Na výzkumnou otázku: Jakou roli sehrává sestra pro pacienta v ambulantní péči před operací? Lze odpovědět, že informantky vnímají sestru jako pomocníka lékaře, poradce a podporu, informátorku, komunikátorku, oporu a pomocníka.

Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že pooperační péče na standardním oddělení je zaměřená na eliminaci bolesti a pooperačních komplikací. Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti po náhradě drobných kloubů už netrpí bolestí, nebo alespoň ne takovou jako před operací. Bolesti se týkají spíše těch ostatních kloubů. I7 uvádí: „*Ano mívám, mívám a hodně mě natýkají ty klouby.*“ V péči sestry o bolest informantky uvedly, že sestra se zajímá o jejich bolest a snaží se jim ulevit například analgetiky nebo ledováním.

Komplikace v pooperačním období nastaly pouze u I1 a I7. U informantek nastalo prodloužené hojení, hnisání rány, špatné hojení a že ten kloubek nešel sevřít úplně. Komplikacemi u pacientů s RA se věnovali Menchaca-Tapia et al. (2016), který jako komplikace uvádí poruchu hojení ran, rupturu šlach, serom, infekce rány, nekrózu ran a další.

Sestra by měla pečovat o uspokojování vyšších potřeb, jako je potřeba seberealizace, uznání a pocit sounáležitosti. Neuspokojení vyšších potřeb může vést k pocitu smutku, beznaděje a může ovlivnit proces celé rekonvalescence (Janáková a Zeleníková, 2013).

Při výzkumném šetření se v péči o psychiku informantky shodují, že se psychika moc neřešila, buď z důvodu nedostatku času, nebo se pacienti cítili dobře. I5 uvádí: „*Určitě, snažila se mě rozptýlit od bolesti a od...nervozity.*“ Toto zjištění je překvapivé, vzhledem k častému výskytu psychických problémů u pacientů s RA by tato péče měla být intenzivnější, aby byl naplněn holistický přístup k pacientovi.

K péči o soběstačnost pacienta se informantky vyjadřují kladně, když se shodují s I1, která uvádí: „*...prostě když sem měla tu ruku ještě zavázanou nebo tak, tak mi třeba nakrájely maso při jídle na talíři, protože to člověk nezvládne ne? Nebo naleje čaj, nebo takovýhle takový věci.*“ Pouze I3 byla v rozporu s tímto tvrzením. Jindrová (2016) také uvádí, že sestry pečovaly o pacienty v oblasti hygienické péče a péče o zevnějšek, stravování a k těmto činnostem doporučovaly kompenzační pomůcky.

Chim et al (2014) uvádí, že chirurgická léčba při RA je zaměřená na obnovení funkce kloubu, zmírnění bolesti, nápravu a prevenci deformit. V průběhu výzkumného šetření jsme zjistili shodu, protože informantky uvádí zlepšení v kvalitě života po operaci i možnost věnovat se svým koníčkům.

Poslední výzkumnou otázkou bylo: Jak vnímají pacienti sestru po operaci náhradě drobných kloubů ruky? Na základě analýzy odpovědí informantek lze uvést, že sestru po operaci informantky vnímaly kladně, převážně jako podporu a pracovního rádce, navigátora, který řekne, co můžete a nemůžete a také pomocníka a ošetřovatele.

## **Závěr**

Pro tuto bakalářskou práci Deformity drobných kloubů ruky v životě pacienta s revmatoidní artritidou byly stanoveny tři cíle. První z nich měl poukázat na problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před náhradou drobných kloubů ruky. Druhý z nich měl zjistit, jakou roli pro pacienta sehrává sestra před operací v ambulantní péči. Poslední cíl měl zjistit, jakou roli pro pacienta sehrává sestra po náhradě drobných kloubů ruky.

V souvislosti s analýzou dat lze uvést, že problémy pacientů s deformitami drobných kloubů ruky před náhradou jsou následující: velký vliv na pacienta má bolest, únava, postižený kloub, psychika, problémy v domácnosti, v práci, v zálibách a mnohé další. Je tedy nutné, aby sestra k pacientovi přistupovala s ohledem na tyto problémy. Měla by se aktivně na tyto problémy dotazovat a poskytnout pacientovi pomoc a oporu.

Jakou roli pro pacienta sehrává sestra před operací v ambulantní péči, bylo obtížnější zjistit, neboť v ambulanci jsou pacienti zaměřeni spíše na lékaře. Pro některé však sestra plnila funkci rádce a pomocníka při bolestech a výběru kompenzačních pomůcek. Dále byla často psychickou podporou a oporou a zdrojem informací.

Z výzkumného šetření v souvislosti s pojetím role sestry pacientem je možno uvést, že sestru po náhradě drobných kloubů ruky informantky vnímaly jako pracovního rádce, podporu, navigátora a pomocníka.

Závěrem práce je nutno upozornit, že pacienti s RA mají mnoho problémů, některé lze vyřešit náhradou drobných kloubů ruky, ale i přesto by sestra měla na všechny tyto problémy brát zřetel, aktivně se na ně dotazovat a přispívat k jejich nápravě.

Předkládaná práce by mohla přispět k širšímu povědomí o této nemoci, pomoci sestrám v porozumění potřebám pacienta s revmatoidní artritidou, a to nejen po náhradě drobných kloubů ruky.

## Seznam literatury

1. ARI, F., MAKMUN, D., 2014. Current Prevention and Management of Non-steroid Anti Inflammatory Drugs Associated Gastroenteropathy [databáze]. *Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology*. 15(3), 161-169. [cit. 2018-02-19]. ISSN 14114801. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118158794&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
2. BOZBAS, G. et al., 2017. An often overlooked joint in rheumatoid arthritis: cricoarytenoid joint [databáze]. *Biomedical Research*. 28(4), 1733-1737 s. [cit. 2017-10-9]. ISSN 0970938X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=121777722&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
3. CUSH, J. J. et al., 2010. *Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment*. 3. vydání. West Islip NY: Professional communications inc. 368 s. ISBN 978-1932610-58-1.
4. ČEŠKA, R., et al., 2010. *Interna*. 1. vydání. Praha: Triton. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
5. FIALA, P. et al., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
6. FIBÍR, A., 2011. Obecné principy chirurgických výkonů na horní končetině. In: PILNÝ, J. et al., *Chirurgie ruky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 395 s. ISBN 978-80-247-3295-4.
7. HAMED, K., AKIL, M., 2010. Rheumatoid Arthritis: Clinical Features and Diagnosis. In: ADEBAJO, A. et. al., *ABC of rheumatology*. 4. vydání Chichester: BMJ Books. 175 s. ISBN: 978-1-4051-7068-0.
8. HORÁK, P. et al., 2014. Vyšetření v revmatologii. In: TÁBORSKÝ, M. et al., *Interní propedeutika*. Praha: mladá fronta a.s., s. 304-322. ISBN 978-80-204-3207-0.
9. CHARLISH, A., 2009. *Artritida a revmatismus*. Praha: Svojtka & Co. 160 s. ISBN 978-80-256-0144-0.



10. CHIM, H. W. et al., 2014. Update on the surgical treatment for rheumatoid arthritis of the wrist and hand [databáze]. *Journal of Hand Therapy*. 27(2), 134-142. [cit. 2017-12-10]. ISSN 0894-1130. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24530143&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
11. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. JÁROVÁ, N., PALOS, M., MAZAL, Z., 2014. Periferní ulcerózní keratitida – závažná komplikace revmatoidní artritidy. *Česká revmatologie* [databáze]. 22(2), 100-106.[cit. 2017-5-10] ISSN 1805-4463. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:a2aceb26-0611-11e5-b183-d485646517a0>
13. JINDROVÁ, M., 2016. *Specifika přístupu sester k nemocným s revmatoidní artritidou*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
14. KAAS, J., 2013. Míra obtíží při vykonávání běžných denních činností u pacientů s revmatoidní artritidou. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
15. KAAS, J., TÓTHOVÁ, V., 2015. Únava a poruchy spánku jako běžné problémy v životě pacientů s revmatoidní artritidou [online]. *Kontakt*. 17(1), 3-8. ISSN 1804-7122. [cit. 2017-5-8]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150401090909495627.pdf>
16. KAAS, J., TÓTHOVÁ V., MARTÍNEK, L., 2014. Revmatoidní artritida jako psychický problém. *Psychologie a její kontexty* [online]. *Psychologie a její kontexty*. 5(2), 71-80. ISSN 1805-9023. [cit. 2017-5-8]. Dostupné z: [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Kaas\\_etal\\_2014\\_2.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Kaas_etal_2014_2.pdf)
17. KOCOURKOVÁ, V., MBA, 2013. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro handicapované. [online]. [cit. 2018-2-10]. ISSN 2336-7555. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pomucky-a-hracky/rehabilitacni-a-kompenzacni-pomucky>
18. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres-příručka pro duševní pohodu*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

19. LUQMANI, R., PINCUS, T., BOERS, M., 2010. *Rheumatoid Arthritis*. Oxford: Oxford University Press. 150 s. ISBN 978-0-19-955675-5.
20. MATUŠKOVÁ, V., FOJTÍK, Z. 2015. Oční komplikace u pacientů s revmatoidní artritidou [online]. *Česká Revmatologie*. 23(3), 83-90. ISSN 1805-4463. [cit. 2017-5-8]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-revmatologie-clanek/ocni-komplikace-u-pacientu-s-revmatoidni-artritidou-56604>
21. MATOUŠKOVÁ, V., HLINOMAZOVÁ, Z., 2008. Méně časté oční komplikace u pacientů s revmatoidní artritidou [online]. *Česká a slovenská oftalmologie*. 64(5), 213-215. [cit. 2017-5-8]. ISSN 1805-4447. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:b73b14fb-69bb-11e3-93fe-d485646517a0>
22. MENCHACA-TAPIA, V. M. et al., 2016. Adverse outcomes following hand surgery in patients with rheumatoid arthritis [databáze]. *Plastic Surgery*. 24(2), [cit. 2018-02-18]. ISSN 22925503. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116897310&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
23. MAREČKOVÁ, J., © 2017. *Revmatoidní artritida* [online]. Praha: FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o. [cit. 2018-1-10]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/revmatoidni-artritida>
24. MEDITONAR., ©2017. *Revmatici vyrazte do lázní! Odpočíte si a uleví se vám* [online]. Praha: revmatické-nemoci. [cit. 2018-1-5]. ISSN 1803-8190. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-revmatoidni-artritida/revmatici-vyrazte-do-lazni-odpocinete-si-a-ulevi-se-vam-1229>
25. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing a.s. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
26. MÜLLER, S., BAHNSEN B., 2014. Chutně při artróze a artritidě: léčba pohybem a stravou. S údaji o kalorické hodnotě a obsahu živin. 1. vydání. Praha: Ikar. 85 s. ISBN 978-80-249-2266-9.
27. MIRELA-ANCA, S., 2015. The relationship between non-steroid anti-inflammatory drugs and cardiovascular risk-the myths, the misconceptions, the news, the realities. [online]. *Balneo Research Journal*. 6(4), 239-244 s. [cit. 2018-02-19]. ISSN

20697597.

Dostupné

z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116201502&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>

28. NEJEDLÁ, M., 2015, *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
29. NĚMEC, P., 2011. Revmatoidní Artritida. In SOUČEK, M. et al., *Vnitřní lékařství 2. díl*. Praha: Grada Publishing a.s, s. 162-80. ISBN 978-80-204-4132-4.
30. NĚMEC, P., 2014. Terapie revmatoidní artritida. In: PAVELKA K. et al., *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 125-152. ISBN 978-80-247-5048-4.
31. NĚMEC, P., 2016. Revmatoidní Artritida. In NĚMEC, P. et al., *Revmatologie pro praxi*. Praha: mladá fronta a.s., s. 809-816. ISBN 978-80-247-2110-1.
32. OLEJÁROVÁ, M., 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4.
33. OLEJÁROVÁ, M., KORANDOVÁ, J., 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: mladá fronta a.s. 182 s. ISBN 978-80-204-2455-6.
34. OLEJÁROVÁ, M., 2012. Revmatoidní artritida. Čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší. Praha: mladá fronta a.s. 36 s. ISBN 978-80-204-2657-4.
35. OLEJÁROVÁ, M. et al., 2016. *Revmatologie v obrazech*. 1. vydání. Praha: mladá fronta a.s. 278 s. ISBN 978-80-204-4249-9.
36. PECH, J. et al., 2000. *Revmatochirurgie ruky přehled současných znalostí*. 1. vydání. Praha: Scholae nove Comenium. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.
37. PILNÝ, J. et al. 2011. *Chirurgie ruky*. 1. vydání Praha: Grada Publishing a.s., 400 s. ISBN 978-80-247-3295-4.
38. REVMA LIGA ČR., ÚSTAV LÉKOVÉHO PRŮVODCE., 2016. Léčba revmatoidní artritidy v ČR pohledem pacientů. [online]. Praha. [cit. 2017-12-11]. Dostupné z: [http://revmaliga.cz/sites/default/files/Revma-vyzva-brozura\\_web\\_strany.pdf](http://revmaliga.cz/sites/default/files/Revma-vyzva-brozura_web_strany.pdf)

39. SEDLÁKOVÁ, R, 2014. Výzkum médií-Nejužívanější metody a techniky. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
40. SVOBODOVÁ, R., 2014. Současné postavení metotrexátu v léčbě revmatoidní artritidy. [online]. *Praktické Lékárenství*. 10(6). 206-210. [cit. 2017-12-18]. ISSN - 1803-5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/06/02.pdf>
41. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii 1*. Praha: Grada Publishing a.s. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
42. ŠPINAR, J. et al., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada Publishing a.s. 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
43. ŠAFAŘÍKOVÁ, I. et al. 2015. Péče o kůži u nemocných s revmatoidní artritidou. [online]. [cit. 2018-2-10]. In: Revma liga. *Informační bulletin*. Praha. S. 15. Dostupné z: [http://www.revmaliga.cz/sites/default/files/attachments/casopisREVMATIK\\_2015\\_61\\_0.pdf](http://www.revmaliga.cz/sites/default/files/attachments/casopisREVMATIK_2015_61_0.pdf)
44. ŠVÁB, J. et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
45. Téma: Náhrady drobných kloubů ruky. Informace poskytla KUČEROVÁ, K., 2018., instrumentářka na sálech. Nemocnice České Budějovice. 27. 3. 2018. 11:15.
46. Téma: Náhrady drobných kloubů ruky. Informace poskytl Dr. VODIČKA, Z., 2018., lékař na ortopedickém oddělení. Nemocnice České Budějovice. 22. 2. 2018. 16:45.
47. VENCOVSKÝ, J., 2012. Revmatoidní Artritida. In: PAVELKA, K. et al., *Revmatologie*. Praha: Maxdorf a.s., s. 262-279. ISBN 978-80-7345-295-7.
48. WAGAN A. A. et al., 2017. Modifiable cardiovascular risk factors in Rheumatoid Arthritis. [databáze]. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 33(4), 1-6. [cit. 2018-2-10]. ISSN 1682024X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124600451&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
49. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

## **Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1: Identifikační údaje vzorku pacientek s výměnou drobných kloubů ruky.....	30
Schéma 1: problémy pacientů s RA před výměnou drobných kloubů ruky .....	36
Schéma 2: Role sestry v ambulantní péči .....	38
Schéma 3: Vnímání sestry pacientem po operaci .....	41

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Seznam otázek rozhovoru .....	55
Příloha 2: CD s rozhovory .....	56
Příloha 3: Myšlenková mapa (pomocník sestry) .....	57

## **Přílohy**

### *Příloha 1: Seznam otázek rozhovoru*

#### **Jaké problémy má pacient s deformitami drobných kloubů ruky před operačním zákrokem náhradě drobných kloubů ruky?**

1. Jak dlouho trpíte onemocněním RA?
2. Kolik operací - výměn drobných kloubů ruky jste proděl/a?
3. Jak dlouho jste po operaci?
4. Měl/a jste před operací bolesti?
5. Jak se měnila intenzita bolesti během dne?
6. Co Vám pomáhalo při zvládnání bolesti?
7. Jak Vás bolesti ovlivňovaly v práci?
8. Jak Vás bolesti ovlivňovaly v domácnosti?
9. Jak Vás bolest ovlivňovala v běžném životě (koničky, záliby, ...)?
10. Měl/a jste nějaké problémy se spánkem?
  - a. Jaké konkrétní problémy?
  - b. Jak jste tyto problémy řešil/a? (léky, meditace,...)
11. Pociťoval/a jste únavu způsobenou RA, nebo její léčbou a jak se u Vás projevovala?
  - a. Jak jste tento problém řešil/a?
12. Používal/a jste nějaké kompenzační pomůcky?
  - a. Jaké konkrétní pomůcky jste používal/a k čemu sloužily?
13. Jaké problémy jste měl/a při běžných denních činnostech v souvislosti s kloubem před operací?
  - a. Jak jste tyto problémy řešil/a?
14. Vyskytly se u Vás nějaké problémy s výživou?
  - a. Jak se tyto problémy projevovaly?
15. Vyskytly se u Vás nějaké problémy s kůží?
  - a. Jak se tyto problémy projevíly?
16. Změnila se pro Vás nějakým způsobem role v rodině a ve společnosti?
17. Projevila se nemoc i na Vaší psychice?
18. Projevila se nemoc ve Vašem sexuálním životě?
19. Co Vám před operací činilo největší problémy v domácnosti?

20. Co Vám před operací činilo největší problémy v práci?

21. Jak Vás obtíže ovlivňovaly v zálibách, koníčcích?

### **Jakou roli sehrává sestra pro pacienta v ambulantní péči před operací?**

22. Jak Vám pomohla sestra při snižování bolesti kloubů?

23. Poradila Vám sestra nějaké způsoby, jak bojovat s Vašimi duševními problémy?

a. Jaké konkrétní?

24. Poradila Vám sestra nějaké způsoby, jak bojovat s Vašimi problémy při běžných činnostech jako je vaření, koupel, uklízení,....?

a. Jaké konkrétní?

25. Jaké informace vám sestra podala ohledně přípravy na operaci?

26. Projevila sestra zájem o Vaše pocity ohledně operace?

27. Jak se sestra snažila Vaše obavy zmírnit?

28. Jak jste vnímala podporu sestry před operací?

29. Co jste od sestry před operací očekával/a?

30. Jakým způsobem toto očekávání bylo naplněno?

### **Jak vnímají pacienti sestru po operaci náhradě drobných kloubů ruky?**

31. Máte bolesti i po operaci?

32. Nastaly u Vás nějaké komplikace v pooperačním období?

33. Jak sestra po operaci pečovala o tyto komplikace?

34. Jak sestra po operaci pečovala o Vaší bolest?

35. Jak sestra po operaci pečovala o Vaší psychiku?

36. Jak sestra po operaci přistupovala k Vaší soběstačnosti?

37. Co se po operaci pro Vás změnilo v domácnosti?

38. Jak po operaci zvládáte činnosti v práci?

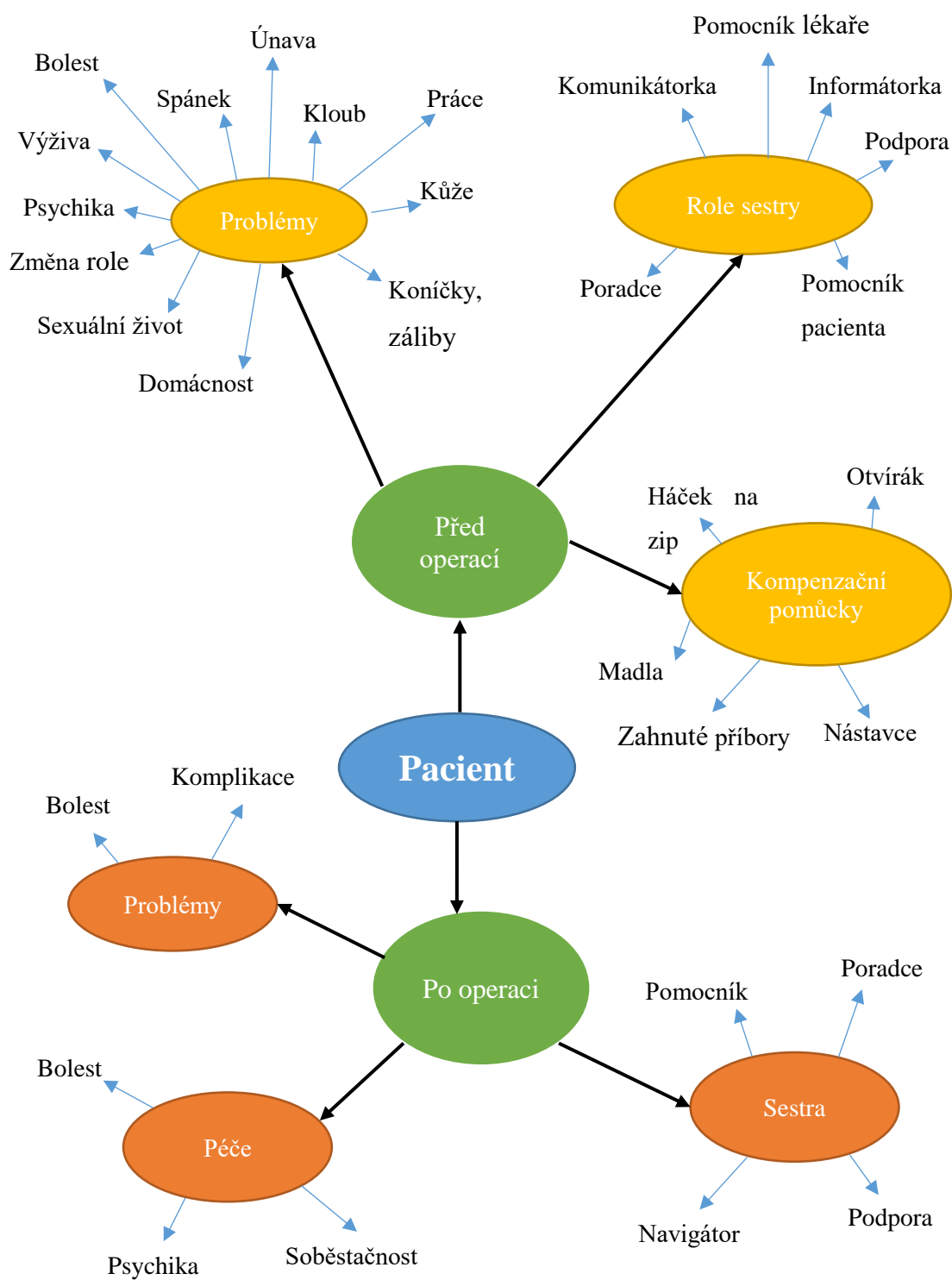
39. Jak se po operaci změnily Vaše koníčky, záliby?

40. Jak jste vnímala sestru po operaci (pracovní rádce, podpora,...)?

### ***Příloha 2: CD s rozhovory***



**Příloha 3: Myšlenková mapa (pomocník sestry)**



**Zdroj:** vlastní tvorba