

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Role sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Bc. Veronika Švábová

Autor práce:
Eva Poláchová

2007

Abstract

The Rheumatoid Arthritis is a frequent, serious inflammatory disorder of joints. This illness may lead to destruction of cartilage and bone, later to joint deformity and destruction. An inflammation can damage other tissues, such as ligaments and other connective tissue. The Rheumatoid Arthritis may cause damage of many other organs. Approximately one percent of population is victimized by this disorder, approximately two to three times more women than men. The disease is about equally found in all age groups. It usually appears in the middle age, most often between thirtieth and fiftieth year. If Rheumatoid Arthritis is diagnosed before 16-th year, then it is classified as juvenile arthritis. The Rheumatoid Arthritis is found among all human races, nations, sexes and age categories. The course of illness is greatly variable. Usually it is progressive with time often ending in disability. The Rheumatoid Arthritis is an autoimmune disease; the cause is not yet understood. The prevention is impossible and the occurrence unpredictable. It often affects people in perfect health.

This work is focused on a role of outpatient nurses in treatment of Rheumatoid Arthritis. The research was conducted with patients and nurses of rheumatology outpatient clinic. My research was done at the Clinic Medipoint in České Budějovice and the Rheumatoid Institute of Prague. Thanks to their cooperation I was able to question large sample of patients and nurses.

All together I distributed 100 questioners to patients and 50 to nurses. In four weeks patients returned 52 questioners that is 52% response. Response of nurses was 50%.

The study had two objectives. The first objective was to define a role of a nurse in outpatient's therapy of Rheumatoid Arthritis. The second research objective was to determine what patients consider to be the most useful role of a nurse in their therapy.

The study was set to investigate four hypotheses. The first hypothesis was that a nurse transfers knowledge to patients. This was confirmed. The second hypothesis was that a nurse significantly contributes in treatment with corticoids; this was not confirmed.

The third hypothesis was that a nurse by extending her own education also significantly improves quality of patient's Care; this was confirmed too. The last, fourth hypothesis was that educating patients is considered by patients to be most important; however this was not confirmed.

The result of my bachelor's theses (US) can be used in clinical nursing education.

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14. května 2007

.....

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce paní Bc. Veronice Švábové za odborné vedení a za ochotnou konzultaci všech problémů této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Markétě Zeithámové za cenné rady a v neposlední řadě sestrám i klientům, kteří byli ochotni stát se „objekty“ mého výzkumu.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1. 1 Definice revmatoidní artritidy	4
1. 1. 1 Etiologie.....	4
1. 1. 2 Anatomie kloubu , patologická anatomie kloubu	5
1. 2 Klinický obraz, příznaky	6
1. 2. 1 Subjektivní příznaky onemocnění	6
1. 2. 2 Objektivní příznaky onemocnění	7
1. 2. 3 Mimokloubní příznaky onemocnění	7
1. 3 Vyšetřovací metody.....	8
1. 3. 1 Klinické vyšetření kloubu.....	9
1. 3. 2 Laboratorní vyšetření	10
1. 3. 3 Zobrazovací metody	11
1. 4 Terapie	13
1. 4. 1 Medikamentózní terapií	14
1. 4. 2 Nemedikamentózní terapie.....	16
1. 5 Role sestry	17
2. Cíl práce + hypotézy	24
2. 1 Cíl práce	24
2. 2 Hypotézy.....	24
3. Metodika výzkumu	25
3. 1 Metodika práce	25
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4. Výsledky výzkumu.....	26
4. 1 Vyhodnocení grafů u klientů	26
4. 2 Vyhodnocení grafů u sester	39
5. Diskuse	50
6. Závěr	56
7. Klíčová slova	57

8. Seznam použité literatury	61
9. Přílohy.....	62

Úvod

„Revma“ je slovo s dávným historickým původem, znamenalo bolestivé nemoci pohybového ústrojí, zejména nemoci kloubů a páteře. Ty jsou však svým původem i mechanismem velmi různorodé, proto dnes pojem revmatismu je mnohem širší, i když uvedený základ zůstává.

Revmatoidní artritida je chronické, zánětlivé onemocnění kloubů, které může způsobit až kloubní deformitu a destrukci. Kromě kloubů se onemocnění může manifestovat i na vnitřních orgánech těla. Revmatoidní artritida vede k výraznému pohybovému omezení a tím značně omezuje kvalitu života. Revmatickým onemocněním se zabývá obor zvaný revmatologie, který využívá všech teoretických a praktických postupů interní medicíny. Mnohé nemoci a stavy jsou na hranici revmatologie a vnitřního lékařství nebo jiných oborů medicíny jako např. ortopedie, neurologie atd. Léčba a další sledování klientů s revmatoidní artritidou spadá do péče revmatologa. Klient se může obrátit na oddělení revmatologie, která je součástí každé nemocnice nebo na specializované revmatologické ambulance mimo areály nemocnic.

S revmatoidní artritidou se sestry v nemocnici na různých odděleních setkávají často, stejně tak já, když jsem na odborné praxi. Ale jen málo kdo z nás má představu, co práce sestry v revmatologické ambulanci obnáší. Jaké role tato sestra zastává, které role jsou pro klienta v této oblasti nejdůležitější apod.

Role sestry, je chování sestry, které souvisí s jejím postavením ve společnosti. Každá profese ve své roli zaujímá určité místo ve společnosti. Profesní roli velmi ovlivňuje image, kterou profese zaujímá ve společnosti. Sestra má několik rolí, které zastává, ale svým působením v minulosti ani dnes nezastává jednu roli, ale jde vždy o více rolí. Roli sestry ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva.

Myslím si, že téma mé bakalářské práce je velmi zajímavé a problém revmatoidní artritidy málo diskutovaný, z tohoto důvodu jsem si tuto práci vybrala.

1. Současný stav

1. 1 Definice revmatoidní artritidy

Revmatoidní artritida (RA) je časté, závažné, zánětlivé onemocnění kloubů, které vede k destrukci chrupavky a kosti, později ke vzniku trvalých změn v podobě kloubních deformit. Zánětlivý proces může postihovat i další tkáně, jako jsou šlachy, vazy, povázky a svaly. Systémový charakter RA se projeví orgánovým postižením – pleury, perikardu, plicního parenchymu, rohovky a cév. (29)

RA postihuje přibližně 1 % populace (dvakrát až třikrát více jsou postiženy ženy), postiženy mohou být všechny věkové skupiny. Obvykle začíná ve středním věku, maximum incidence je mezi třicátým až padesátým rokem života. Pokud se RA objeví před šestnáctým rokem, jedná se o juvenilní artritidu. RA postihuje všechny rasy. (17)

Průběh onemocnění je velmi variabilní. Celkově je však progresivní a často vede k invaliditě. (19)

1. 1. 1 Etiologie

Podstatou nemoci je porucha obranného systému, co tuto poruchu způsobuje dodnes není známo. Nedá se nemoci předcházet ani její výskyt s jistotou předvídat. RA může vzniknout z plného zdraví.

V dnešní době ovšem převládá názor, že RA je spuštěna nějakým exogenním faktorem, nejčastěji virovou nebo bakteriální infekcí. (1) Pravděpodobná je i genetická predispozice. (6) Zatím ovšem tyto genetické faktory nejsou příliš výrazné, proto nejde s jistotou tvrdit, že RA je geneticky podmíněné onemocnění. U reaktivní revmatoidní artritidy (ReA) je známý rodinný výskyt choroby a asociace s antigenem HLA-B27, který je pozitivní u 65 - 96 % klientů s ReA. Také neexistuje žádný doklad o vzniku RA na podkladě tělesné nebo psychické zátěže, náhodné chřipkové infekce či úrazu kloubu. (19)

V počátečních stádiích onemocnění hrají nejvýznamnější roli zejména T-lymfocyty, které představují až 50 % všech buněk přítomných v zánětlivém infiltrátu. Současně dochází k uvolňování řady rozpustných cytokinů. Nerovnováha mezi pro a protizánětlivými cytokiny může přispívat k nekontrolovatelnému procesu. Přítomny jsou také makrofágy, které jsou významným producentem protizánětlivých cytokinů. V další fázi dochází k aktivaci B-lymfocytů, které produkují revmatické faktory a podílejí se na posílení a udržování autoimunitní reakce. (19)

1. 1. 2 Anatomie kloubu, patologická anatomie kloubu

Klouby jsou spojení kostí umožňující kontrolovaný pohyb. Kloub se skládá z pouzdra, kloubních konců spojovaných kostí a tzv. pomocných zařízení kloubu (nitrokloubní chrupavčité destičky).

Kloubní pouzdro se skládá ze dvou vrstev – vazivové a synoviální. Vazivová vrstva tvoří pevný vnější obal, který je zesílený svazky kolagenních vláken, kterým říkáme ligamenty, vazy. Vazy se vyskytují především v místech, kde je pouzdro namáháno.

Synoviální vrstva (kloubní nitroblána) je tenká blanka, vystýlající kloubní dutinu. Synoviální blanka je zvlhčována tekutinou, synovií, která je produkována buňkami výstelky. Synovie je složena z vody, buněk a bílkovin. Slouží jako ochranné zařízení kloubu, která zvlhčuje třecí plochy kloubních konců a vyživuje kloubní chrupavku.

Kloubní hlavice a jamky tvoří styčné plochy kloubu, které jsou kryty hyalinní chrupavkou. Mezi kloubními konci kostí mohou být vloženy nitrokloubní chrupavčité destičky (disky, menisky), které vyrovnávají nestejně zakřivení hlavic a jamek. (3)

Patologická anatomie kloubu (viz. příloha 3). Zánětlivý proces postihuje kloubní výstelku, synoviální membrána vytváří zánětlivou tekutinu, která vyplňuje kloub. Dochází ke zmnožení granulační tkáně, která začne časem přerůstat na kloubní chrupavku. Chrupavku i příslušný kloub postupně ničí (viz. příloha č. 8). (14)

Zánět se projeví rozšířením cév v postižené tkáni, stěny cév se stávají abnormálně propustné, a proto jimi unikají do kolem cévních prostor bílé krvinky, krevní bílkoviny a tekutiny. V důsledku překrvení je nitroblána překrvená, začervenalá a drobné klky, normálně vystupující z jejího povrchu, jsou zmnoženy. Zároveň do kloubní dutiny uniká z cév tekutina a tím se objevuje výpotek. V průběhu měsíců a roků se do vazivové tkáně ukládá vápník. V důsledku toho se kloubní konce kostí spojují kostěným můstkem a kloub prakticky vymizí. Toto souvislé spojení se nazývá ankylóza neboli ztuhnutí. Tím dochází ke změně základního postavení kloubu. (28)

1. 2 Klinický obraz

RA začíná až 2x častěji v zimních měsících než v létě. Začátek onemocnění bývá plíživý, daleko méně často akutní a u cca 20% klientů začíná onemocnění subakutně. RA má palindromický začátek, kdy bývá postižen jeden kloub, který náhle oteče a je silně bolestivý, někdy začervenalý, celá epizoda trvá několik hodin. (19) Většinou bývají obě strany těla postiženy podobně, jedná se o postižení symetrické. (15) U časné RA jsou nejčastěji postiženy metakarpofalangeální klouby, interfalangelární klouby, zápěstí. Velké klouby jsou postiženy později – ramenní, loketní, krční páteř, kolenní, kyčelní, kotníkový, klouby nohou (metatazofalangeální) (viz. příloha č. 7).

1. 2. 1 Subjektivní příznaky

Jsou to takové příznaky, které vnímá klient.

Hlavním subjektivním příznakem je kloubní bolest (artralgie) různé intenzity, kterou klient pociťuje hlavně po ránu, často vyzařuje do kolemkloubních tkání a svalů, má klidový charakter, zhoršuje se při palpaci a pohybu. (19) Bolest jednoho nebo více kloubů musí trvat nejméně šest týdnů k tomu, aby bylo možné přiznat diagnózu RA.

Dalším příznak na který si klient stěžuje je ranní ztuhlost, která je způsobena nahromaděním edému v zánětlivé tkáni během spánku. Většinou trvá více než jednu hodinu. Nejvíce si na ni klient stěžuje při vstávání z postele a následně po nečinnosti

nebo odpočinku. Opakování pohybu podporuje vyprazdňování tekutiny ze zanícených struktur a ztuhlost odeznívá. Trvání a závažnost ranní a klidové ztuhlosti odráží rozsah místního zánětu. (2)

Dalšími příznaky RA, které sestru zajímají jsou únava, slabost, nechutenství, deprese, ale také poruchy spánku. Tyto systémové příznaky mohou předcházet kloubním příznakům, vyskytovat se současně, nebo až následně. (19)

1. 2. 2 Objektivní příznaky

Jsou takové příznaky, které jdou zjistit jinou osobou např. sestrou, lékařem. Sestra si všímá a posuzuje kloubní otok, palpační bolestivost, teplejší kůži na kloubu, kloubní deformitu, která může být pozorována v klidu, většina se zvýrazní při zátěži, pohybu. Může být prokázána klinicky nebo rentgenologicky. (19)
Kožní změny – makuly, lososovité barvy. Sestra si také všímá okolí kloubu a svalů, které jsou atrofické.

1. 2. 3 Mimokloubní postižení

RA je systémové onemocnění, které se může projevit horečkou, nevolností, úbytkem hmotnosti. Nejčastěji se mimokloubní postižení projevuje na důležitých orgánech a systémech lidského těla.

Revmatoidní uzly (viz. příloha č. 6), které jsou častější u klientů s pozitivními revmatologickými

faktory, nejčastěji vznikají v místech se zvýšeným tlakem – lokty, klouby na ruku apod. Občas mohou být bolestivé. Svaly jsou u RA atrofické. U plicního postižení je nejčastější pleuritida, která je symptomatická. Dále se objevují revmatoidní uzly, plicní fibróza nebo Caplanův syndrom. Kardiální projevy, zde je nejčastější perikarditida, onemocnění myokardu a endokardu. Tyto postižení mohou být symptomatické. U očního postižení je nejčastější keratokonjunktivitida, nejzávažnější je skleritida (viz. příloha č. 5). Mezi neurologické postižení patří kompresivní syndromy,

které vznikají utlačením nervu. U závažných forem dochází ke vzniku senzoricko-motorické neuropatie. Z hematologických abnormalit je nejčastější anémie. Jde o anémii chronických onemocnění a její příčina je multifaktoriální. Častým nálezem je také trombocytóza. Hepatální postižení se projevuje mírným zvýšením AST, ALT. Také mohou být postiženy kosti, nejčastěji osteoporózou (v kombinaci s léčbou). (6) Změny v zažívání většinou souvisí s užíváním léků, které jsou indikovány v revmatologii. Většina těchto léků většinou mohou způsobit vznik žaludečních a duodenálních vředů a to poměrně velmi rychle a náhle. (19)

1. 3 Diagnostika, vyšetřovací metody

V českém ošetrovatelství se sesterské vyšetřovací techniky začínají objevovat teprve v posledním desetiletí. Sestry jsou zvyklé pravidelně sledovat pouze hodnoty ordinované lékařem, vlastní techniky zaměřené na sledování a hodnocení parametrů potřebnou pro vhodnou ošetrovatelskou péči se sestra teprve učí používat.

S rostoucí samostatností sestry v oblasti ošetrovatelského procesu se také zvyšuje samostatnost a odpovědnost. Sestra získává a hodnotí vstupní informace z ošetrovatelské anamnézy, hodnotí klienta z hlediska jeho současného stavu. Samozřejmě zjišťuje parametry ordinované lékařem.

Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích. První fáze se zaměřuje na zhodnocení klienta (zjišťování informací), druhou fází je stanovení ošetrovatelské diagnózy, třetí fáze je zaměřena na plánování ošetrovatelské péče, čtvrtá fáze zahrnuje provedení navržených opatření, poslední fáze ošetrovatelského procesu je hodnocení efektu poskytnuté péče. (26)

Objektivní hodnocení je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče vycházejícího z objektivních údajů o klientovi. Nejčastější oblasti ošetrovatelského hodnocení se týká měření fyziologických funkcí, hodnocení bolesti, měření kvality psychiky, měření soběstačnosti, měření rizika komplikací. (25)

Sestra v revmatologické ambulanci musí znát klasifikační kritéria American College of Rheumatology pro diagnózu revmatoidní artritidy . (viz. příloha 4)

1. 3. 1 Klinické vyšetření kloubu

Důležité je pečlivé odebrání anamnézy. Nejčastější otázky sestry se zaměřují na bolest, zda klient cítí svalovou nebo kloubní ztuhlost, případně ztuhlost v zádech. Také se táže zda se klient bez obtíží a sám může obléknout, chodit po schodech. (2)

Sestra vyšetřuje pohybový systém, kdy klient musí být svlečený, nesmí se spokojit pouze s částí těla, na kterou klient soustřeďuje nejvíce stížností. Klienta sleduje při svlékání a zouvání, kdy klient nemá pocit, že je vyšetřován. Sestra posuzuje klienta při chůzi, ve stoje a v leže. (17) V úvodním vyšetření především klienta pozoruje v klidu a sleduje průběh vybraných pohybů. Vyšetření doplní pohmatem a krátkým vyšetřením kloubů, které jsou postiženy artropatií. (2)

Velmi důležité je vyšetření bolestivosti kloubu. S bolestí se sestra setkává při ošetřování klientů velmi často. Je častým příznakem mnoha onemocnění. Řada léčebných a ošetrovatelských zákroků vyvolává bolest. Nemocný ji prožívá jako negativní, nepříjemný pocit. Být bez bolesti je jedna z nejdůležitějších lidských potřeb. Odstraňování nebo alespoň zmírňování bolesti tvoří základní součást ošetrovatelského procesu v revmatologii. Nejčastější hodnotící metody bolesti jsou verbální škály, neverbální škály, vizuální škály, dotazníky. (25)

U bolesti sestru zajímá začátek (pozvolný,náhlý), charakter bolesti (klidová, námahová, maxima v průběhu dne), intenzita, průběh bolesti (kontinuální, epizodická, kolísavá), úlevová poloha (flexe kloubu, chlad, teplo), reakce na podání nesteroidních analgetik (NSA), pokud je klient užívá.

U ztuhlosti kloubu sestru zajímá , zda se ztuhlost vyskytuje po ránu nebo delší inaktivitě a jak dlouho ztuhlost trvá.

Při objektivním vyšetření sestra zaznamenává somatický typ klienta, stav výživy i svalstva, váhu. Dále si všímá barvy a turgoru kůže, zvýšeného prosáknutí, atrofií, kloubního postavení, deformit a vše zaznamenává do dokumentace. (17)

1. 3. 2 Laboratorní vyšetření

Veškeré laboratorní vyšetření ordinuje lékař. Sestra má však zodpovědnost za odběr a odeslání biologického materiálu. Před každým odběrem sestra srozumitelně informuje klienta o druhu a způsobu získávání materiálu a také klienta poučí, jak se má na vyšetření připravit např. být nalačno apod. Důležité je, aby sestra umožnila klientovi prostor na dotazy a také si zpětnou vazbou ověřila, zda klient všechny informace pochopil. Dále si sestra připraví na podnos všechny pomůcky potřebné k odběrům, řádně označí zkumavky a vyplní žádanku. (12) Užívá-li nemocný léky, je potřebné, aby sestra uvedla na žádanku druh léku. Odebrané a označené vzorky s vyplněnými žádankami odešle do příslušné laboratoře. Výsledky vyšetření sestra získává písemně, elektronicky – ambulance s intranetem nebo při připojení na elektronickou síť, ale také telefonicky.

Laboratorní vyšetření u RA lze zařadit do několika skupin. V první řadě se vyšetřuje krevní obraz a diferenciální rozpočet bílých krvinek. V krevním obrazu se často u RA vyskytuje anémie, která je výrazem aktivity RA, většinou se upraví po potlačení aktivity RA. Nejčastěji se jedná o anémii hypochromní, normochromní a normocytární. Objevuje se také mírná leukocytóza, ovšem vysoká leukocytóza signalizuje nebezpečí infekce. Reaktanty akutní fáze jsou nespecifické indikátory přítomnosti zánětu. Ke zjištění těchto reaktantů se provádí sedimentace erytrocytů a CRP. C-reaktivní protein je považován za nejdůležitější ukazatel aktivity zánětu na rozdíl od sedimentace erytrocytů, která je ovlivněna řadou jiných faktorů např. počtem nebo velikostí erytrocytů. Zvýšeny bývají gama-globuliny naopak albumin klesá, tyto hodnoty se zjišťují pomocí elektroforézy sérových bílkovin. Biochemické vyšetření je součástí základního screeningu klientů s revmatickým onemocněním.

V revmatologii se především používají imunologické vyšetřovací metody, testy protilátkové imunity. U RA se provádí vyšetření revmatoidních faktorů (RF). RF jsou autoprotilátky, které se stanovují latex-fixačním testem nebo metodou ELISA, cca 80 % klientů s RA je séropozitivních. Touto metodou se stanovuje především RF třídy IgM. RF často nebývají pozitivní od začátku onemocnění. Klienti, kteří mají

pozitivní RF mají horší prognózu onemocnění než klienti séronegovativní. Provádí se také vyšetření moči, často se vyskytuje uroinfekce. Moč na mikrobiologické (bakteriologické) vyšetření sestra získává cévkováním nebo poučí klienta o zachycení středního proudu moče, což spočívá v řádném umytí zevní uretry vodou a mýdlem. Po umytí klient první porci moči odmočí do klozetu a pak zachytí střední proud moči do sterilní zkumavky. Moč na mikrobiologické vyšetření má být zpracovaná co nejdříve. Pokud sestra nemá možnost okamžitého odeslání materiálu, je možné moč dočasně uskladnit při teplotě plus 4 °C. V moči se po laboratorním zpracování hodnotí typ a množství bakterií a jejich citlivost na antibiotika. K opakovaným kontrolám moči na bakteriurii je možné, aby sestra použila polokvantitativní metody pomocí Uricultu nebo Spofa testu (popř. jiné značky). (31)

Velmi důležité vyšetření je vyšetření synoviálního výpotku. Existuje několik typů výpotku. Zánětlivý, nezánětlivý, septický a hemoragický. Synoviální tekutina je zakalená, barva může být nažloutlá, bělavá či nazelenalá. Výkon provádí lékař, ten také o punkci klienta informuje, sestra připravuje pomůcky, pečuje o klienta a asistuje při výkonu. Na sterilně prostřený stůl sestra připraví tampony a čtverce, peán, dodávkové kleště, sterilní rukavice, injekční stříkačky a jehly ke znecitlivění místa vpichu, prostředek ke znecitlivění např. Mesocain, punkční jehlu, dezinfekční prostředek, leukoplast, emitní misku a v neposlední řadě potřebné zkumavky. (23)

Mezi specifická vyšetření se řadí např. imunogenetické vyšetření. (19, 20)

1. 3. 3 Zobrazovací metody

U zobrazovacích metod má sestra především úlohu zprostředkovatele. Klientovi zajistí vyšetření. Pro zprostředkování vyšetření s daným oddělením sestra může využít telefonického, emailového spojení, popř. klientovi vypíše žádanku. O daném vyšetření sestra klienta edukuje. Pokud vyšetření vyžaduje speciální přípravu, seznámí klienta s ní. Sestra se také s klientem domluví o způsobu sdělení výsledků vyšetření, dalším objednááním.

Rentgenové vyšetření je základní zobrazovacím vyšetřením. Rentgenové

známky mohou být rozděleny na časné a pozdní. Mezi časné změny patří zduření měkkých tkání a periartikulární poróza a malé okrajové kostní eroze. Časné změny jsou nejlépe vidět na snímku rukou a zápěstí, resp. nohou. K pozdním změnám patří výrazné zúžení kloubní štěrbiny, které je vždy symetrické. K pozdním změnám se řadí prohlubování a zvětšování erozí. V pokročilých stádiích onemocnění jsou přítomny kloubní deformity a kostěná ankylóza. (1) Klasifikace RA je dle rentgenových změn rozdělena podle Steinbrockera do čtyř stádií. V prvním stádiu je klient schopen vykonávat všechnu normální činnost v běžném životě. Žádné změny, může být periartikulární poróza nebo změny měkkých částí. Ve druhém stádiu je klient schopný normální aktivity, v důsledku bolesti nebo omezené pohyblivosti s určitými obtížemi. Objevuje se zde periartikulární poróza, eroze, zúžení kloubní štěrbiny. Třetí stádium, činnost klienta je omezena jak v běžném životě, tak i v zaměstnání. Rentgenový snímek ukazuje destrukci chrupavky a kostí, změny osy kostí. V posledním, tedy čtvrtém stádiu je klient odkázán na lůžko nebo vozík, je schopen se o sebe postarat jen velmi málo nebo vůbec ne. Na rentgenu jsou viditelné změny z předešlých stádií + ankylóza jednoho nebo více kloubů. (1, 19) Sestra před vyšetřením klientovi sdělí potřebné informace např. před vyšetřením si klient musí odložit šperky a také oděv snímkané části těla, dále poučí o kontraindikaci rentgenového záření u těhotných žen.

Magnetická rezonance (MR). Předpokládá se, že v budoucnu půjde o nejdůležitější zobrazovací metodu u revmatoidní artritidy. (29) Používá se především k hodnocení některých tkání, které se nezobrazují na RTG, jako jsou vazy, menisky, facie, sval, chrupavka, ale také i časných změn kosti. Sestra musí znát kontraindikace MR, jelikož vyšetření využívá silné magnetické pole, které působí na každý kovový magnetický předmět v těle, v žádném případě nemohou být vyšetřeni klienti s kardiostimulátorem, kochleárním implantátem, neurostimulátorem. S omezením pak pacienti s kovovou náhradou kloubu, kovovou svorkou v těle, kovovou šponou v oku, umělou srdeční chlopní. Ve většině případů chirurgem zavedené svorky, šrouby a dlahy nejsou problémem, pokud jsou v těle déle než čtyři až šest týdnů. Vyšetření magnetickou rezonancí se zpravidla neprovádí v prvních dvanácti týdnech těhotenství. Sestra se také zajímá zda klient má strach z uzavřeného prostoru (trpí klaustrofobií).

V případě, že klient trpí klaustrofobií musí sestra informovat lékaře, který může podat léky tlumící úzkost (anxiolytika).

Velkou předností je ultrasonografie je, že je levná a neinvazivní a neustále se zlepšuje a její použití se rozšiřuje.

Senzitometrie, která je indikována k vyšetření každému zánětlivému onemocnění. (20)

Xeroradiografie, která umožní detailnější zobrazení kostních okrajů i měkkých částí. Tato metoda se ovšem téměř nepoužívá pro velkou radiační zátěž.

Scintigrafie potvrdí přítomnost synovitidy, rozsah poškození měkkých tkání. (19)

1. 4 Terapie

Péče o klienta s RA je vzhledem k chronickému charakteru onemocnění dlouhodobý proces. (30) Léčba by měla být poskytována multidisciplinárním týmem, a to jak pro lůžkové i ambulantní klienty. V týmu by měl být kromě revmatologa fyzioterapeut, ortoped, chirurg, sociální pracovník, psycholog, praktický lékař.

Důležité je včas rozpoznat a diagnostikovat RA, což je základem úspěšné léčby. Plán léčby by měl být individuální, sestra musí klienta vždy poučit a získat ho pro aktivní spolupráci při léčbě.

Terapie RA se rozděluje na medikamentózní a nemedikamentózní. Medikamentózní léčba zahrnuje podávání nesteroidních antirevmatik, biologickou léčbu RA a podávání kortikosteroidů. (19) Do nemedikamentózní léčby se řadí edukace klienta, režimové opatření jako je klid na lůžku, rehabilitace a fyzikální léčba.

1. 4. 1 Medikamentózní terapie

Nesteroidní antirevmatika (NSA) bývají někdy označována jako léky první linie u RA. Jde o terapii symptomatickou, přináší úlevu od bolesti a zmenšení ztuhlosti. (19) Mezi nejčastěji používaná NSA patří např. Voltaren, Ibuprofen, Brufen, Roxicam. Sestra nyní využívá nových léků, které snižují počet vedlejších účinků tzv. retardované tablety, ty se uvolňují až ve střevě např. Arthrotec, Movalis, Aulin. Mezi nejdůležitější vedlejší příznaky běžných NSA patří gastropatie, vznik žaludečních a duodenálních vředů, porucha srážení krve nebo také renální toxicita. (20)

Kortikosteroidy jsou chemicky obměněné hormony nadledvinové kůry. Velice rychle a intenzívně působící protizánětlivé léky. Užívají se především v období akutních projevů. Rychle ustupuje synovitida, zmenšuje se bolest i ranní ztuhlost, někdy i systémové projevy – únava, malátnost. Někdy dochází k úpravě laboratorních parametrů. Nejčastěji používanými léky jsou Prednison, Medrol, Triamcinolon, lokálně se aplikuje Kenalog. Kortikoidy mohou být klientovi podávány per os, intravenózně nebo intraartikulárně. Kortikoidy aplikuje lékař nebo pověřená sestra. K intraartikulární aplikaci sestra musí nachystat potřebné pomůcky, jako jsou injekční stříkačky a jehly, ampulky s předepsanými léky, sterilní čtverečky, tampóny, dezinfekční prostředek, emitní misku, proužky leukoplastu a také dokumentaci. (22)

Chorobu modifikující léky = Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) objektivně potlačují zánětlivou reakci včetně potlačení reaktantů akutní fáze a zpomalují rentgenovou progresi onemocnění. Zlepšují tím kvalitu života klienta. (19) Tyto léky by měly být podávány již od časných fází onemocnění po dostatečně dlouhou dobu, řadu let. (20) Mezi ty to léky se řadí antimalarika (Delagin, Plaquenil 1 tbl. denně) – nástup účinku za dva až čtyři měsíce, soli zlata (Tauredon inj., Autolan p.o., Ridaura) – nástup účinku za tři až šest měsíců (29), sulfasalazin (Salazopyrin). Methotrexát (Methotrexát Lachema – dávka 7,5-25 mg týdně během 1-2 dnů, 1 tbl=2,5mg) je dnes nejužívanějším lékem v terapii RA. Penicilamin (Metalcapsate) v dnešní době se příliš nepodává pro závažné nežádoucí účinky. Azathioprin (Auzamun), cyklofosfamid (Cyklophosphamid) ten se podává vybraným klientům s RA

v případě závažných mimokloubních příznaků. Cyklosporin A (Consupren) se podává u těžších forem RA. (20)

Biologická léčba je zajišťována v Centrech biologické léčby RA, je jich dvanáct v ČR, spadají pod Revmatologický ústav Praha. Biologická léčba je indikována pokud selhala terapie nejméně 2 DMARDs nebo klient má trvale aktivní zánět kloubu. Biologická léčba využívá protilátky proti TNF α (tumor nekrotizující faktor). Biologická léčba využívá přípravky Infliximab = Remicade, Adalimumab = Humira, Solubilní receptor pro TBN = Enbrel.

Enbrel obsahuje 25 mg účinné látky, aplikuje se dvakrát týdně pod kůži, musí se uchovávat v teplotě 2-8 °C. Aplikaci zajišťuje sestra nebo si lék aplikuje klient sám.

Humira obsahuje 40 mg účinné látky, aplikuje se dvakrát do měsíce pod kůži, také se musí skladovat při teplotě 2-8 °C.

Remicade, obsah 3 mg účinné látky na kg váhy. Je určen pro intravenózní podání dospělým, jeho podávání dětem (0-17 let) nebylo studováno. Je podáván infúzní formou, doporučené trvání infúze je dvě hodiny. Před aplikací sestra vždy aplikuje Dithiaden (i.v., tbl.), pokud se objeví alergická reakce podává se Hydrokortizon (i.v.). Sestra musí sledovat všechny klienty po dobu jedné až dvou hodin po infúzi pro akutní reakce spojené s infúzí. K dispozici musí mít sestra vybavení pro první pomoc – Adrenalin, antihistaminika, kortikosteroidy a vybavení pro umělé dýchání. Sestra musí sledovat vedlejší účinky. Remicade může způsobit poruchy obranyschopnosti, horečku, bolesti hlavy, závratě, hypertenzi, návaly, nauzeu, průjmy, bolesti břicha, dyspepsii, exantémy, pruritus, zvýšené pocení a také pocení, bolest svalů.

Sestra přeruší infúzi v případě, že se vyskytne kopřivka, bolest hlavy, dyspnoe, nauzea, průjem, dyspepsie, pruritus, bolest svalů, atalgie. Kontraindikací pro podání Remicade je těhotenství, klienti se závažným srdečním selháním (NYHA III/IV), klienti s TBC nebo s ostatními závažnými infekcemi, jako jsou sepse, abscesy a oportunní infekce. Remicade se podává 0-2-6-10 týden dále po osmi týdnech. Uchování látky 2-8 °C.

1. 4. 2 Nemedikamentózní terapie

Revmachirurgie se řadí do podoborů ortopedie, která řeší operativním způsobem škody způsobené revmatickými nemocemi na pohybovém ústrojí. Revmatochirurgická terapie má za cíl zajištění stability, obnovení pohyblivosti, odstranění bolesti a také odstranění deformit. Ne vždy je možné všechno zároveň. (9) Nejčastější operace využívané tímhle oborem jsou náhrady kloubů, tzv. kloubní endoprotézy. V dnešní době se používají endoprotézy vyrobené z různorodého materiálu, např. kovu, keramiky, umělých hmot. Nejrozšířenější jsou dnes TEP (totální endoprotézy) kyčelních a kolenních kloubů, ale operují se takto i ramenní klouby, zápěstí, interfalangeální klouby rukou, hlezenní a tarzální klouby, výjimečně i loketní kloub. Výsledky těchto operací jsou v drtivé většině vynikající nebo aspoň velmi dobré. Hlavním ziskem pro pacienta je vymizení bolesti z poničeného kloubu a obnovení hybnosti. Jde o operace technicky náročné, vyžadující dobrou přípravu ze strany revmatologa, internisty a rehabilitačního pracovníka a také o operace velmi nákladné. V současné době jsou již tisíce revmatiků léčených tímto způsobem, mnozí mají nahrazeny dva i více (až sedm) kloubů. (8)

Fyzikální terapie. Fyzioterapie se zabývá léčením osob přírodními prostředky, jako je voda, teplo, chlad, světelné záření, vzdušné lázně a masáže. (7) Nejčastěji cílem této léčby je odstranění bolesti, ale také zlepšení hybnosti, ovlivnění tkáňového metabolismu a příznivé působení na psychiku klienta. V dnešní době má fyzioterapie spíše význam pomocný, důležitější je farmakologické zvládnutí zánětu. Jaký druh fyzioterapie bude zvolen závisí na stavu klienta a na tom, v jaké fázi je jeho onemocnění. Klient by nikdy neměl podstupovat žádnou fyzioterapii bez rady s lékařem.

Tepelné procedury. V poslední době se rozšířila tzv. kryoterapie, což je léčba podchlazením. Při kryoterapii se organismu odnímá teplo. Po počáteční vazokonstrikci (zúžení cév) dochází k vazodilataci (rozšíření cév), poklesu bolesti a svalového spazmu a k postupnému vstřebávání výpotku. Sestra provádí přiložením kryosáčeků na deset až dvacet minut, jedenkrát až dvakrát denně nebo se podává chlazený plyn pomocí

speciálních přístrojů. (11) Další metodou je aplikace parafínu. Řadí se mezi hypertermické procedury, parafín o teplotě 54 °C je nanášen na kůži. (19)

Vodoléčebné procedury zahrnují místní i celkové koupele (Balneoterapie), střídavé koupele, přísadové koupele jodové, sírové, jehličnaté a bahenní koupele, galvanické lázně nebo cvičení ve vodě. (9)

Elektroléčebné procedury, nejsou dráždivé, zvyšují metabolismus a urychlují vstřebávání otoků. Mají také analgetický účinek. Mezi tyto procedury se řadí interferenční proudy, galvanizace, iontoforéza, diatermie. (18)

Záření (infračervená lampa), její teplo zrychluje prokrvení postižené oblasti, mírní bolest, uvolňuje svaly, podněcuje látkovou výměnu a snižuje kloubní ztuhlost. (11)

Masáže. V dané oblasti dochází prostřednictvím mechanického dráždění k hyperémii. Stoupá látková výměna, urychluje se vstřebávání otoků a zlepšuje se funkce daného orgánu. (7)

1. 5 Role sestry

Sestra v revmatologické ambulanci se podílí na odstranění bolesti, zlepšení pohyblivosti klienta, získání anamnézy. Dále zprostředkovává další vyšetření a konzultace, vyřizuje telefonáty, pracuje s dokumentací. Pro klienta je velmi důležitá role sestry, edukátorky. Sestra klienty edukuje, odpovídá na dotazy, pomáhá při řešení zdravotních problémů a je pro klienty psychickou podporou.

Ošetrovatelská péče je odborně zajišťována sestrou. Ošetrovatelství od svého vzniku spojuje profesionalitu s humanizačními prostředky. Profese sestry je také spojena s morálními nároky. (5) Posláním sestry ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby v kontextu prostředí ve kterém žijí a pracují.

Role sestry, je chování sestry, které souvisí s jejím postavením ve společnosti. Každá profese ve své roli zaujímá určité místo ve společnosti. Profesní roli velmi ovlivňuje image, kterou profese zaujímá ve společnosti. Sestra má několik rolí, které

zastává, nejčastější je – sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, manažerka, edukátorka, advokátka, nositelka změn, výzkumnice.

Jako poskytovatelka ošetrovatelské péče musí sestra klienta chápat jako holistickou osobu, respektovat jeho zdraví. Role manažerky je součástí všech ošetrovatelských činností, sestra manažeruje ošetrovatelský proces. Edukační role sestry je zaměřená na utváření zodpovědného chování a jednání klienta v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Sestra advokátka je obhájkyň klientů, reprezentuje jeho práva a také obhájuje zájmy klienta. Aby se ošetrovatelství nestalo stagnující profesí, za to zodpovídá role – sestra nositelka změn. Role sestry výzkumnice je zárukou kvalitní ošetrovatelské péče. (24)

Sestra svým působením v minulosti ani dnes nezastává jednu roli, ale jde vždy o více rolí. Roli sestry ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva. (4)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. V průběhu života se potřeby jedince mění a to z hlediska kvality i kvantity. Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem – žádoucím nebo nežádoucím. Existuje mnoho faktorů, které znemožňují, narušují, popř. mění způsob uspokojování potřeb člověka. Řadí se do nich nemoc, individualita člověka (osobnost), mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a také okolnosti za kterých nemoc vzniká. (29)

Edukační role sestry. Významnou součástí práce sestry v revmatologické ambulanci je edukace klientů, která zahrnuje seznámení klienta s jeho onemocněním, jaké jsou možnosti léčby, co pro sebe může klient udělat sám, informace o zdravé životosprávě (dieta, cvičení, prevence pádů, ochrana kloubů před poškozením), způsob užívání léků (seznámení s lékem, ukázat, jak lék používat), ale také edukace rodiny klienta. (10) Při edukaci je třeba, aby sestra podané informace klientovi neustále opakovala.

Edukace klienta by měla být navržena tak, aby zahrnula cíle, na jejichž formování se podílel sám klient. V moderní medicíně je edukace nezbytná, a to z důvodu toho, že klienti získávají možnost zúčastnit se a ovlivňovat svá cvičení, klient

není v terapii pasivní a také výsledky léčby jsou lepší, když klient převezme část odpovědnosti za svoji rehabilitaci. Edukace klienta slouží jako přirozená součást spolupráce mezi ergoterapeutem, lékařem, fyzioterapeutem, sestrou, sociálním pracovníkem a klientem.

Edukace klienta může probíhat individuálně nebo skupinovými metodami. Edukační programy je velmi vhodné realizovat u ambulantních klientů.

Model edukace, který je využíván v praxi se nazývá Ochrana kloubů pro aktivní život. Tento model je zaměřen na klientovu vlastní aktivitu a filozofii „učím se praxí“. Zmiňovaný model si jde představit jako trojúhelník, kde jednotlivé strany znamenají znalost, inspiraci a akci. Tyto tři prvky na sebe vzájemně působí a ovlivňují. Edukace klienta má za cíl umožnit lépe porozumět své diagnóze (znalost), naučit klienta s nemocí žít (inspirace, emoce) a také uchovat si aktivní životní styl (akce, chování).

Edukace klientů by měla být neustále zaměřena na selfmanagementu (klient je spoluodpovědný za svoji léčbu, činí vlastní rozhodnutí). Každá informace či návod se selfmanagementem úzce souvisí. (10)

Sestra nejčastěji klienta edukuje v oblasti jak chránit klouby před poškozením, jak předcházet přetěžování kloubů. Důležité pro klienta je, aby se zbavil přebytných kilogramů, které zatěžuje páteř a klouby celého těla, nepřetěžoval jednostranně a trvale svoje klouby a páteř, střídal denní činnosti a také si dopřál čas na odpočinek.

K dalším pravidelným léčebným zásadám o kterých sestra informuje klienta patří správná strava. Klient by měl jíst pravidelně cca pětkrát až šestkrát denně, malé porce. Strava by měla obsahovat dostatek zeleniny, ovoce, vitamínů, vápníku a stopových prvků. Klient by měl vynechat tučné maso, dát přednost drůbeži, rybám. (13) Každé kilo navíc zatěžuje nosný aparát, proto je důležité, aby si klient udržoval optimální váhu.

Režimová opatření zahrnují klid na lůžku a rehabilitace. Celotělový klid snižuje systémovou zánětlivou odpověď. Ve stádiu vysoké aktivity ordinuje lékař klid na lůžku. K úlevě od bolesti v akutních stavech se provádí dlahování. Klid na lůžku nebo znehybnění musí doprovázet rehabilitační program, aby nedošlo ke vzniku kontraktur. Sestra s klientem provádí polohování a izometrická cvičení. Cvičení působí

protizánětlivě, proto musí být klient řádně poučen vhodném cvičení, dostatku pohybu. (19) Cviky hlezenního, kolenního kloubu a svalů klenby nožní.

Volba vhodné obuvi je nesmírně důležitá. Funkcí klenby nohy je nést celou váhu těla, pokud je nesprávně zatížena, dojde k předčasnému opotřebení, bolesti, změně její funkce. Špatná funkce klenby má za následek bolest ostatních kloubů těla a páteře. Je vhodné dbát na vhodnou obuv, nejlépe ortopedickou. Boty mají mít správnou velikost, být pevné s pevnou patou, plnou a kulatou špičkou. Nedoporučuje se zcela rovná podrážka – podpatek široký, vysoký zhruba 3 cm, protiskluzový materiál. Letní boty by měly být opatřeny páskem přes patu. Co se týče klientova oblečení, měl by si vybírat oděvy bez knoflíků a složitých zapínacích systémů.

Edukace klienta sestrou je také zaměřena na používání kompenzačních pomůcek. Nejčastějšími kompenzační pomůcky jsou hole, berle, ortézy, které chrání klouby před přetížením, udržují jejich pozici. Dále madla, nástavec na WC, protiskluzové podložky, odlehčené nádoby, navlékače knoflíků apod. (13)

Nácvik přípravy a aplikace biologického přípravku (Humira, Embrel) patří mezi nejdůležitější edukační role sestry v revmatologické ambulanci. Nejdříve se tuto činnost klient učí na gumové figuríně, později provádí nácvik sám na sobě pod dohledem sestry. Sestra musí vždy klienta poučit o správné přípravě léku, následně zkontrolovat aplikaci léku. Klient, co se týče aplikace léku musí být seznámen s dezinfikováním místa vpichu, musí si určit správné místo vpichu. Místo vpichu se průběžně střídá tzv. ve směru hodinových ručiček (rameno, břicho, stehno, druhé stehno, ruka). Sestra klienta také poučí o vytvoření kožní řasy a upozorní o důležitosti udržení sterility injekční stříkačky. Aplikace se provádí subcutánně. Po aplikaci si klient opět odezinfikuje místo vpichu z důvodu prevence infekce. (22) Celou injekční stříkačku uschová a při další návštěvě revmatologické ambulance odevzdá sestře, která ji později vydá k likvidaci infekčního materiálu. Sestra též edukuje o přepravě a úschově léku. Důležité je, že lék nesmí přemrznout, ale také se musí vyhnout vysoké teplotě. Optimální teplota uchování léku je 2-8 °C. Klient je seznámen s možnými komplikacemi spojenými s aplikací léku a ví, jak na ně reagovat. Pokud se nějaká negativní reakce objeví, klient má vždy vizitku dané revmatologické ambulance, na kterou se obrátí.

Role nositelka změn. Ošetřovatelství podobně jako i každá jiná činnost podléhá změnám. V zájmu rozvoje ošetřovatelství se musí sestra ztotožnit s rolí nositelky změn. Sestry by měly být hnacími a ne odporujícími silami změn v ošetřovatelství. (4)

S touto rolí sestry v revmatologické ambulanci se dá spojit práce sestry v Revma lize. Revma liga je mezinárodní liga proti revmatismu, má národní ligy ve všech státech evropských, amerických, v Austrálii, na Novém Zélandě, ale také v četných státech afrických i asijských. Hlavním úkolem Revma ligy je vzdělání a osvěta klientů. (4, 12)

Historie české revmatologické společnosti sahá do počátku 60. let, kdy působila jako samostatná komise Československé fyziatrické společnosti. V roce 1962 se z ní vyčlenila samostatná Československá revmatologická společnost. Sídlem je Revmatologický ústav v Praze a jejím předsedou je Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. Cílem Revma ligy jsou čtyři základní oblasti. První oblast je léčebně-preventivní, kdy seznamuje veřejnost s problematikou revmatických nemocí. Pořádá přednášky, které mají hlavně za úkol klienty seznámit s novinkami týkající se léčby, kompenzačních pomůcek. Ale také poskytují informace o postižení. Rehabilitační oblast zajišťuje ergoterapeutickou péči, zlepšuje pohybové schopnosti, spolupracuje s výrobcí kompenzačních pomůcek, získává prostory na celoroční rehabilitaci, pořádá pro své klienty rekondiční a rehabilitační pobyty. Třetí oblast, kterou se Revma liga zabývá je sociální oblast. Zde zajišťuje poradenské služby, informuje klienta o všech zvýhodnění, spolupracuje s právníkem a sociálním pracovníkem, zajišťuje pečovatelskou péči a také pro své členy vydává časopis, který vychází čtyřikrát ročně. Čtvrtá oblast psychologická slouží klientům, kteří mají potíže s vyrovnáním s nemocí. (21)

Role manažerky. V plánování a realizaci ošetřovatelské péče úzce spolupracuje na jejím realizaci s ostatními členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči. (4) Sestra jako manažerka uplatňuje znalosti mezioborových pracovních postupů, přispívá k efektivní práci multidisciplinárního týmu tím, že udržuje vztahy spolupráce. (16) Sestra jako manažerka také realizuje ošetřovatelský proces, který umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého

klienta. Ošetrovatelský proces je založen na pěti jednotlivých fázích. V první fázi sestra zhodnotí klienta, zjišťuje informace. Sestru zajímá nejen aktuální stav, ale i stav předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví i nemoci, proto sestra musí provést kvalitní zhodnocení klienta s cílem získat co nejvíce informací. Informace jsou zaměřeny na identifikační údaje, které umožní navázat osobní kontakt s klientem, tím že sestra klienta osloví jménem. Dále sestru zajímá současný zdravotní stav a anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální, těmito údaji sestra zjistí běžný způsob klientova života. V druhé fázi ošetrovatelského procesu si sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je identifikace potřeb klienta, které jsou onemocněním narušeny nebo je nemoc vyvolává. Cílem je proto najít co klienta trápí, čím je ohrožen. Sestra klientovi při uspokojování potřeb pomáhat radou, edukací, může pomoci vést rodinu, poskytuje profesionální péči. Ve třetí fázi je charakteristická plánováním ošetrovatelské péče. V této fázi se sestra zaměří také na sebe, zhodnotí to, co může pro klienta udělat a co může pro klienta zařídit, co je schopen klient udělat sám pro sebe a také zda potřebuje pomoc rodiny, jak může být rodina nápomocna. Čtvrtá fáze je provedení navržených opatření a v páté fázi sestra hodnotí efekt poskytnuté péče. Všechny fáze mezi sebou souvisejí a mohou probíhat současně. (26)

Role výzkumnice. Tato role se stává aktuální ve společnosti, ve které se utváří jako důvěryhodná vědecká profese. Ošetrovatelský výzkum přispívá k rozvoji ošetrovatelství a slouží ke zlepšování úrovně péče. Od sestry výzkumnice se vyžaduje přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství.

Role advokátky. Tuto roli sestra zastává pokud klient není schopen projevit svoje potřeby, problémy a přání, sestra se stává jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak klientův pocit bezpečí a jistoty.

Role poskytovatelka ošetrovatelské péče. Jako poskytovatelka ošetrovatelské péče spolupracuje sestra s dalšími odborníky, podílí se na podpoře zdraví a prevenci. Poskytuje informace, které klientům pomáhají dosáhnout optimálního zdraví a obnovy

sil. Sestra poskytuje podporu při získávání nebo zachovávání dovedností umožňujících samostatný život, provádí systematické hodnocení zdravotního stavu klienta. Tyto údaje sestra přesně analyzuje, interpretuje a zaznamenává. (16) Sestra v revmatologické ambulanci také ošetrovatelskou péči zastává v oblasti aplikaci kortikoidů, podávání biologické léčby.

Sestra v revmatologické ambulanci je povinna kontinuálního vzdělávání. Musí si stále udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, prohlubovat a rozšiřovat odborné znalosti v oboru a celkově se neustále seznamovat s novými poznatky v ošetrovatelství, a to prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, odborných akcí profesních organizací a v neposlední řadě samostudiem. (27)

2. Cíl práce a hypotézy

2. 1 Cíl práce

1. Zjistit jaké role má sestra v ambulantní terapii revmatoidní artritidy.
2. Zjistit jakou roli sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy považuje klient za nejdůležitější.

2. 2 Hypotézy

1. Sestra v revmatologické ambulanci zastává roli edukátorky.
2. Sestra v revmatologické ambulanci zastává roli ošetrovatelky v oblasti léčby kortikoidy.
3. Sestra v závislosti na dalším vzdělávání je nositelkou změn v revmatologické ambulanci.
4. Role edukátorky v revmatologické ambulanci je pro klienta nejdůležitější.

3. Metodika výzkumu

3. 1 Metodika práce

Pro získání potřebných informací k této práci byl použit kvantitativní výzkum. Ke zpracování této práce jsem použila metodu dotazování, kterou jsem provedla pomocí techniky sběru dat dvou dotazníků.

První dotazník (viz. příloha č.1) určený pro klienty navštěvující revmatologickou ambulanci byl zcela anonymní a obsahoval 20 otázek. Byly v něm otázky uzavřené, polouzavřené i otázky otevřené. Respondenti odpovídali formou zaškrtnutí zvolených odpovědí. V polouzavřených otázkách měli možnost doplnit údaje, které v dotazníku chybí, abychom se dozvěděli více informací o jejich problému.

Druhý dotazník (viz. příloha č. 2) byl určený pro sestry v revmatologické ambulanci. Dotazník byl anonymní a obsahoval 18 otázek, které byly uzavřené, polouzavřené a jedna otázka otevřená. Výběr nebyl omezen věkem ani pohlavím.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

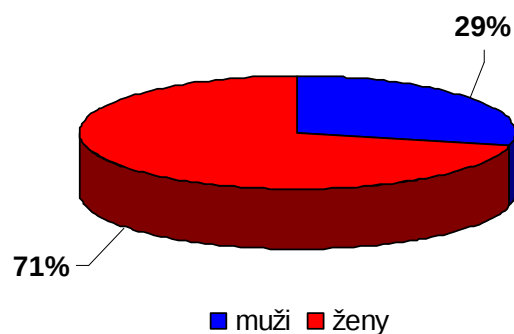
Výzkumný soubor tvořili klienti navštěvující revmatologickou ambulanci a sestry pracující v těchto ambulancích. Výzkum jsem uskutečnila na základě domluvy s ambulancemi na Poliklinice Medipoint v Českých Budějovicích. Dále jsem výzkum prováděla v Revmatologickém ústavu v Praze. Díky jejich spolupráci jsem mohla prostřednictvím dotazníků oslovit co nejvyšší počet klientů a sester.

Celkem jsem rozdala 100 dotazníků pro klienty a 50 dotazníků pro sestry. Za čtyři týdny, během kterých výzkum probíhal, se mi ze 100 dotazníků pro klienty vrátilo správně vyplněných dotazníků 52, což znamená, že návratnost byla 52 %. 6 dotazníků jsem musela vyřadit z důvodu špatného vyplnění. Návratnost u dotazníků pro sestry byla 50 %, jelikož počet revmatologických ambulančí není příliš velký.

4. Výsledky výzkumu

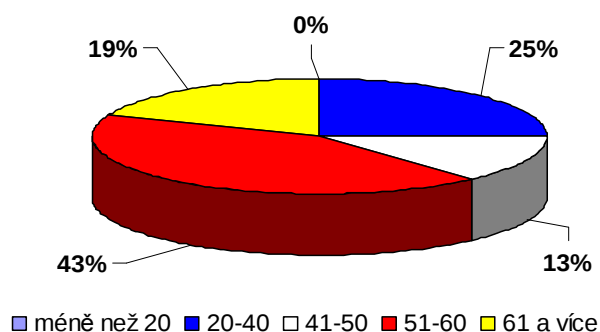
4. 1 Vyhodnocení grafů u klientů

Graf 1 Struktura respondentů dle pohlaví



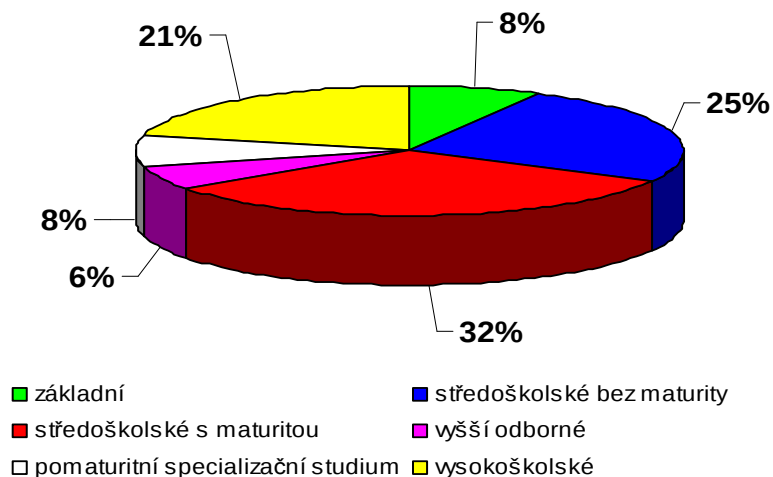
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) bylo 37 (71 %) žen a 15 (29 %) mužů.

Graf 2 Struktura respondentů dle věku



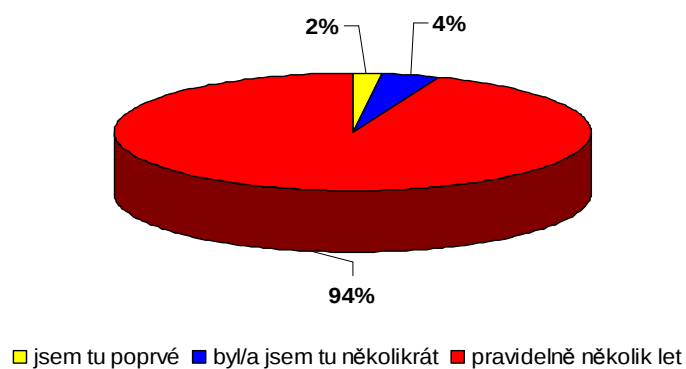
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) bylo 22 (43 %) ve věku 51 - 60let, 13 respondentů (25 %) ve věku 20-40 let, věk „61 let a více“ byl zastoupen u 10 (19 %) respondentů, 7 (13 %) respondentů bylo ve věku 41-50 let. Respondenti ve věku „méně než 20“ let měli 0 % zastoupení.

Graf 3 Struktura respondentů dle vzdělání



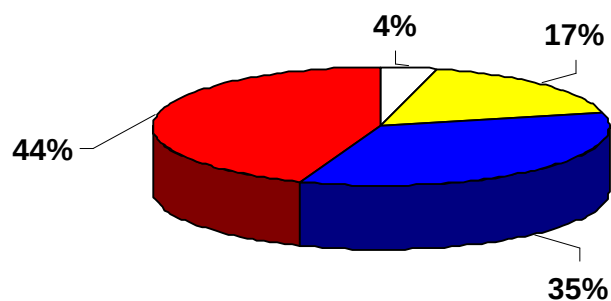
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) mělo 17 (32 %) respondentů středoškolské vzdělání s maturitou, 13 (25 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání bez maturity. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 11 (21 %) respondentů. Pomaturitní specializační studium uvedli 4 (8 %) respondenti. Odpověď „základní“ vzdělání uvedli 4 (8 %) respondenti. 3 (6 %) respondenti měli vyšší odborné vzdělání.

Graf 4 Frekvence využívání revmatologické ambulantní péče



Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 49 (94 %) respondentů uvedlo, že revmatologickou ambulantní péčí využívá „pravidelně několik let“, 2 (4 %) respondenti využili tuto péči několikrát a pouze 1 (2 %) respondent uvedl, že tuto péči využil poprvé.

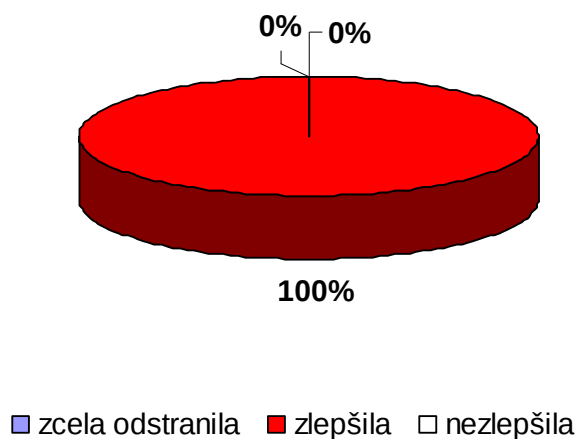
Graf 5 Diagnostika revmatoidní artritidy



□ méně než 2 roky ■ 3-5 let ■ 6-10 let ■ 11 a více let

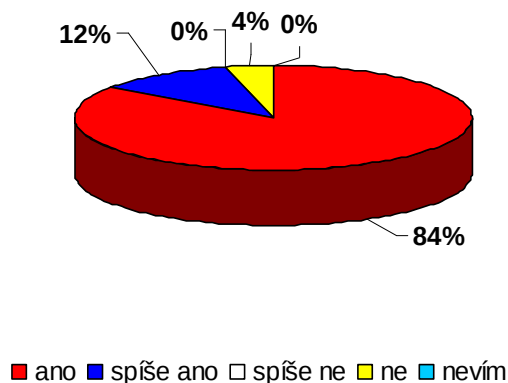
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 23 (44 %) respondentů uvedlo, že doba od uplynutí diagnostikování revmatoidní artritidy je 11 let a více. 18 (35 %) respondentů odpovědělo „6-10 let“. 9 (17 %) uvedlo „3-5 let“ a „méně než 2 roky“ uvedli 2 (4 %) respondenti.

Graf 6 Účinky léčby



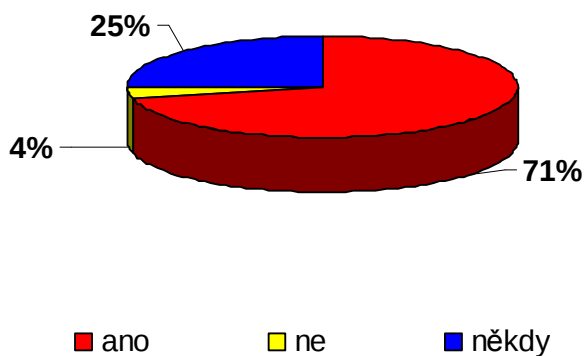
Všech 52 (100 %) respondentů uvedlo, že léčba v revmatologické ambulanci jejich obtíže zlepšila. Další dvě možnosti „zcela odstranila“ a „nezlepšila“ využili respondenti 0 %.

Graf 7 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí



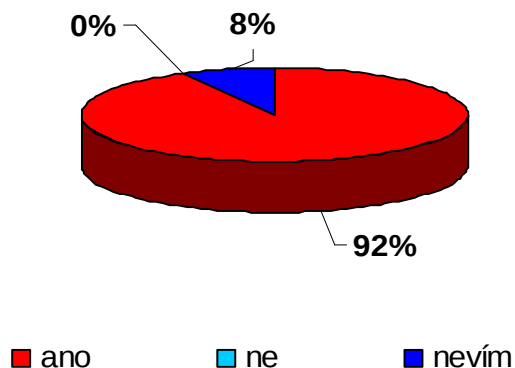
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %), 44 (84 %) respondentů na otázku spokojenosti poskytované ošetrovatelské péče v revmatologické ambulanci odpovědělo „ano“. 6 (12 %) respondentů uvedlo „spíše spokojeno“. 2 (4 %) respondenti odpověděli „ne“, další dvě možnosti „spíše ne“ a „nevím“ využilo 0 (0 %) respondentů.

Graf 8 Informovanost klientů



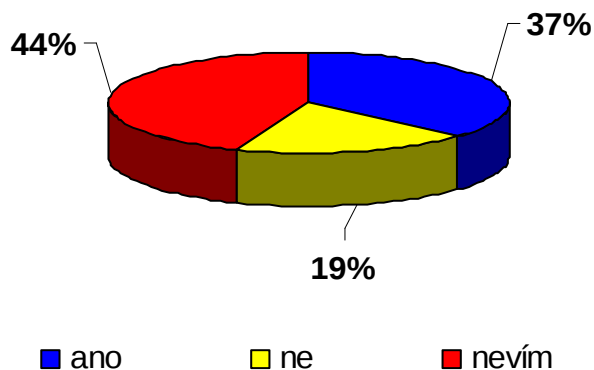
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 37 (71 %) respondentů na otázku zda sestra podává při opakovaných návštěvách nové informace „ano“. Odpověď „někdy“ využilo 13 (25 %) respondentů. 2 (4 %) respondenti odpověděli „ne“.

Graf 9 Důležitost nových informací pro klienta



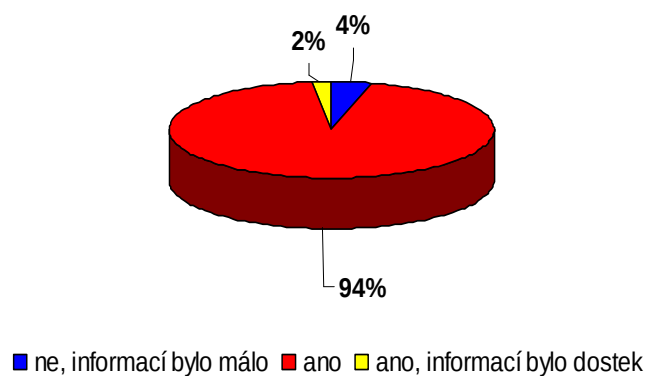
Na otázku zda klient považuje nové informace za důležité 48 (92 %) respondentů z celkového počtu 52 (100 %) odpovědělo „ano“. Další 4 (8 %) respondenti volili možnost „nevím“. Možnost „ne“ byla využita 0 (0 %) respondenty.

Graf 10 Potřeba klientů získávání nových informací



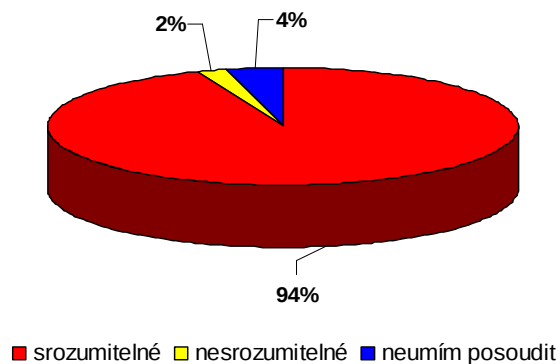
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) na otázku „Uvítal/a by jste více informací“ 23 (44 %) respondentů uvedlo „nevím“, dalších 19 (37 %) odpovědělo „ano“, zbylých 10 (19 %) respondentů odpovědělo „ne“.

Graf 11 Spokojenost klienta s množstvím informací získávaných od sestry



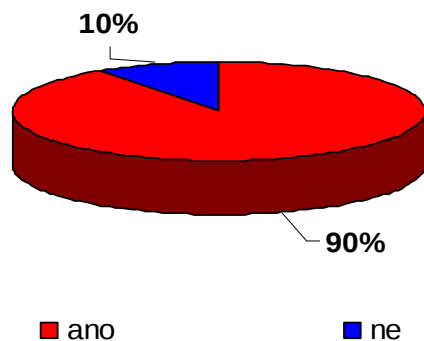
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 49 (94 %) respondentů odpovědělo „ano, informací bylo dostatek“, 2 (4 %) respondenti se vyjádřili odpovědí „ne, informací bylo málo“ a 1 (2 %) respondent odpověděl „ano“.

Graf 12 Srozumitelnost informací podaných sestrou



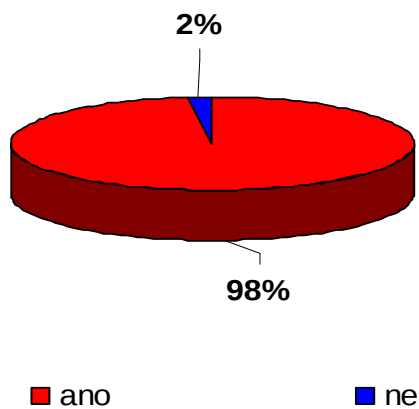
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 49 (94 %) respondentů odpovědělo, že informace, které poskytuje sestra jsou „srozumitelné“, 2 (4 %) respondenti odpověděli „neumím posoudit“ poskytnuté informace, pro 1 (2 %) respondenta jsou informace podané sestrou „nesrozumitelné“.

Graf 13 Možnost kladení sestře doplňujících otázek



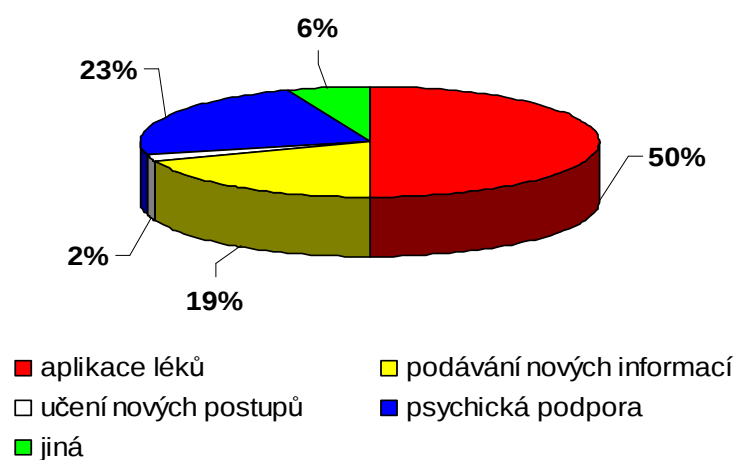
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %), 47 (90 %) respondentů odpovědělo „ano“, 5 (10 %) respondentů odpovědělo „ne“.

Graf 14 Naslouchání sestry během rozhovoru



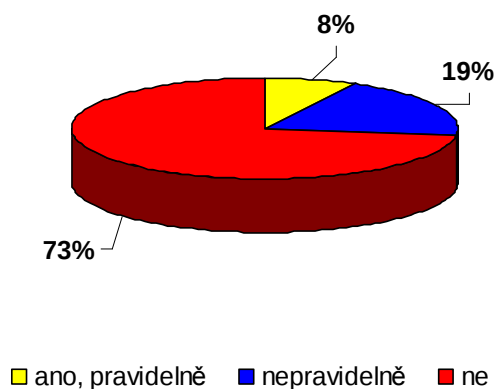
Z celkového počtu respondentů 52(100 %) 51 (98 %) respondentů odpovědělo na otázku zda sestra při rozhovoru naslouchá „ano“, 1 (2 %) respondent odpověděl „ne“.

Graf 15 Oblast, v níž je sestra pro klienta nejdůležitější



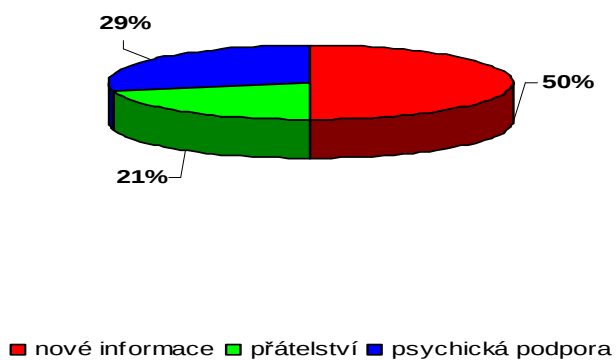
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 26 (50 %) respondentů uvedlo možnost „aplikace léků“, 12 (23 %) respondentů odpovědělo „psychická podpora“, 10 (19 %) respondentů uvedlo možnost „podávání nových informací“, 3 (6 %) respondenti volili odpověď „jiná“ oblast. 1 (2 %) respondent volil možnost „učení nových postupů“.

Graf 16 Návštěva klienta Revma ligy



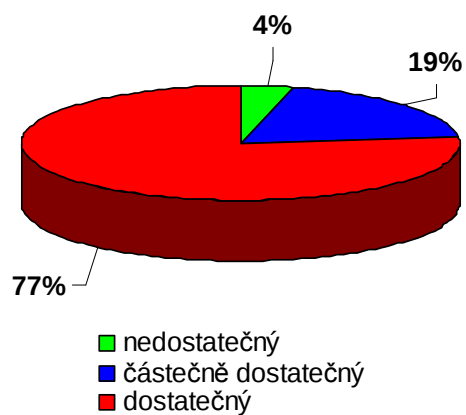
Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) na otázku „Navštěvujete Revma ligu?“, 38 (73 %) respondentů odpovědělo „ne“, 10 (19 %) respondentů „nepravidelně“, 4 (8 %) respondenti uvedli „ano, pravidelně“.

Graf 17 Přínos Revma ligy pro klienta



Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů, kteří navštěvují Revma ligu, 7 (50 %) respondentů uvedlo „nové informace“. Odpověď „psychická podpora“ napsali 4 (29 %) respondenti. Odpověď „přátelství“ napsali 3 (21 %) klienti.

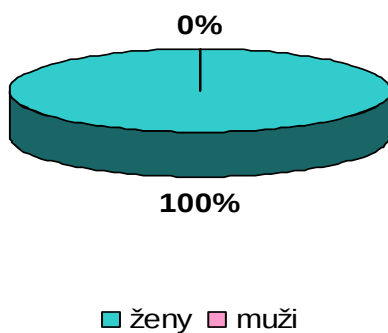
Graf 18 Spokojenost klienta s časem, který mu sestra věnuje



Z celkového počtu respondentů 52 (100 %) 40 (77 %) respondentů uvedlo, že čas, který sestra klientovi věnuje je dostatečný, 10 (19 %) respondentů zvolilo odpověď „částečně dostatečný“, 2 (4 %) respondenti odpověděli čas „nedostatečný“.

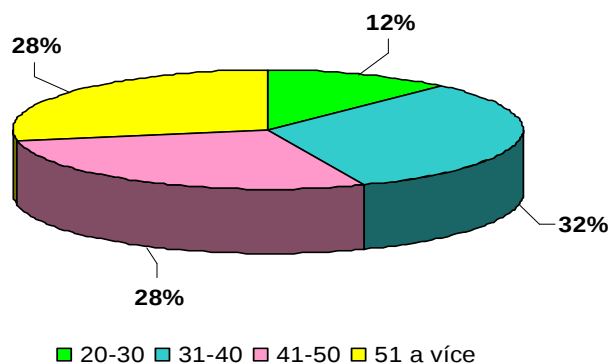
4. 2 Vyhodnocení grafů u sester

Graf 1 Struktura respondentů dle pohlaví



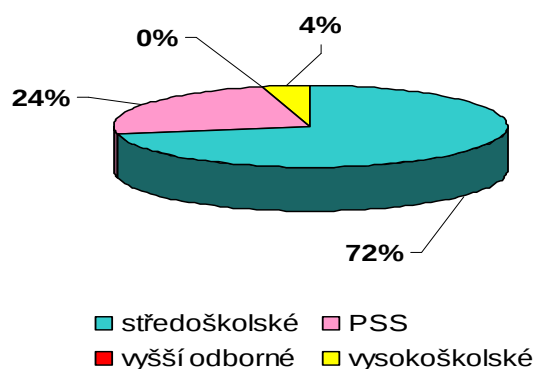
Z celkového počtu respondentů 25(100 %) bylo 25 (100 %) žen a 0 (0 %) mužů.

Graf 2 Struktura respondentů dle věku



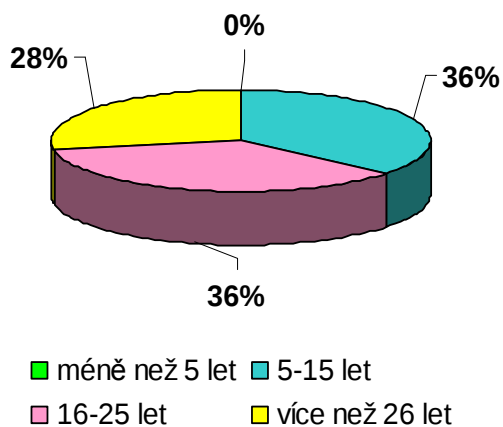
Z celkového počtu respondentů 25 (100 %) bylo 8 (32 %) respondentů ve věku 31-40 let, 7 (28 %) respondentů ve věku 41 - 50, 7 (28 %) respondentů uvedlo věk „51 a více“ let. 3 (12 %) respondenti uvedli věk „20 – 30“.

Graf 3 Struktura respondentů dle vzdělání



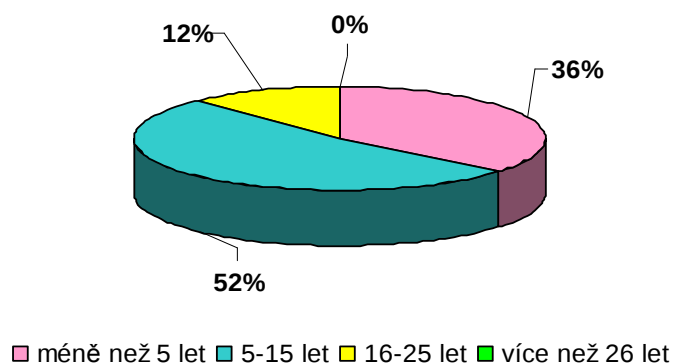
Na otázku „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“ z celkového počtu respondentů 25 (100 %) 18 (72 %) respondentů odpovědělo „středoškolské vzdělání“, 6 (24 %) respondentů uvedlo „pomaturitní specializační studium (PSS)“, vysokoškolské studium uvedl 1 (4 %) respondent, a možnost „vyšší odborné vzdělání“ uvedlo 0 % respondentů.

Graf 4 Délka odborné zdravotnické praxe



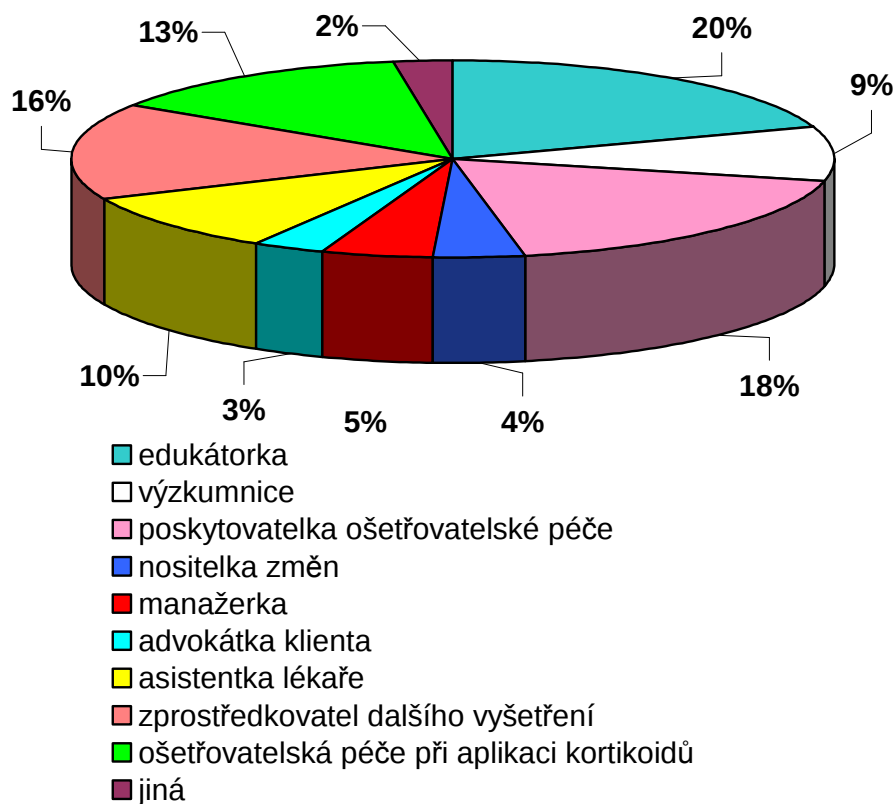
Délka odborné zdravotnické praxe u 9 (36 %) respondentů trvá 16 – 25 let, 9 (36 %) respondentů uvedlo „5-15 let“, 7 (28 %) respondentů uvedlo „více než 26 let“. „Méně než 5 let“ uvedlo 0 % respondentů.

Graf 5 Délka působení na současném pracovišti



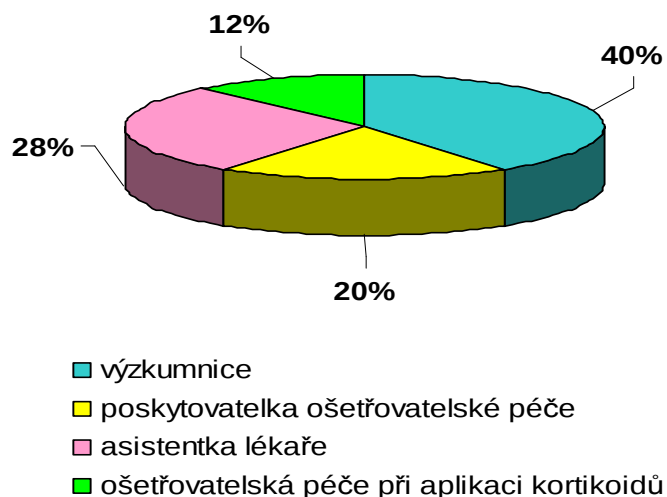
Na současném pracovišti z celkového počtu respondentů 25 (100 %) působí 13 (52 %) respondentů 5-15 let, 9 (36 %) respondentů odpovědělo „méně než 5 let“, 3 (12 %) respondenti uvedli „16-25 let“. Možnost „více než 26 let“ zvolilo 0 % respondentů.

Graf 6 Role sestry, které sestry považují za součást své práce



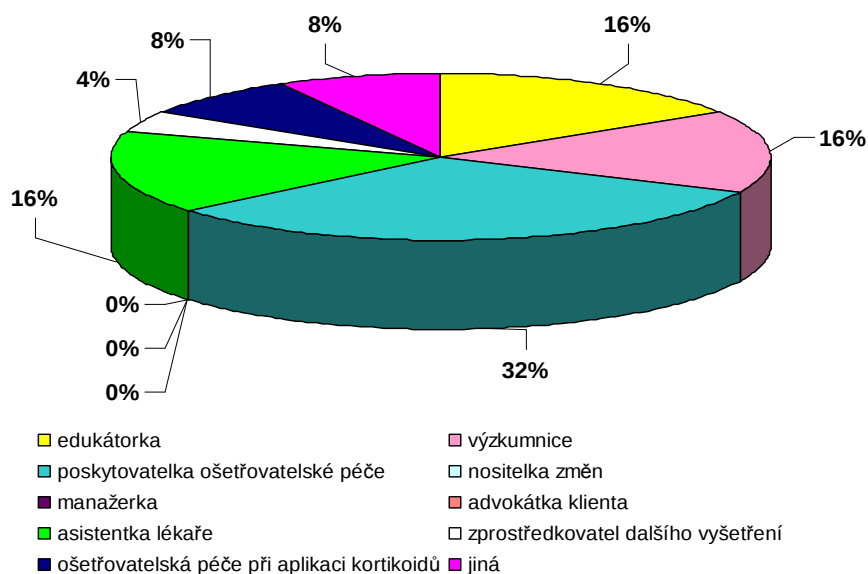
Na tuto otázku mohly sestry zvolit více odpovědí. Celkem bylo 126 (100%) odpovědí. Odpověď „edukátorka“ byla zvolena 25krát (20%). Odpověď „poskytovatelka ošetrovatelské péče“ byla zvolena 23krát (18 %). Odpověď „zprostředkovatel dalšího vyšetření“ byla zvolena 20krát (16 %). Odpověď „ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů“ byla zvolena 17krát (13 %). Odpověď „asistentka lékaře“ byla zvolena 12krát (10 %). Odpověď „výzkumnice“ byla zvolena 11krát (9 %). Odpověď „manažerka“ byla zvolena 6krát (5 %). Odpověď „nositelka změn“ byla zvolena 5krát (4 %). Odpověď „advokátka klienta“ byla zvolena 4krát (3 %). Odpověď „jiná“ byla zvolena 3krát (2 %).

Graf 7 Role, jenž sestra zastává nejčastěji



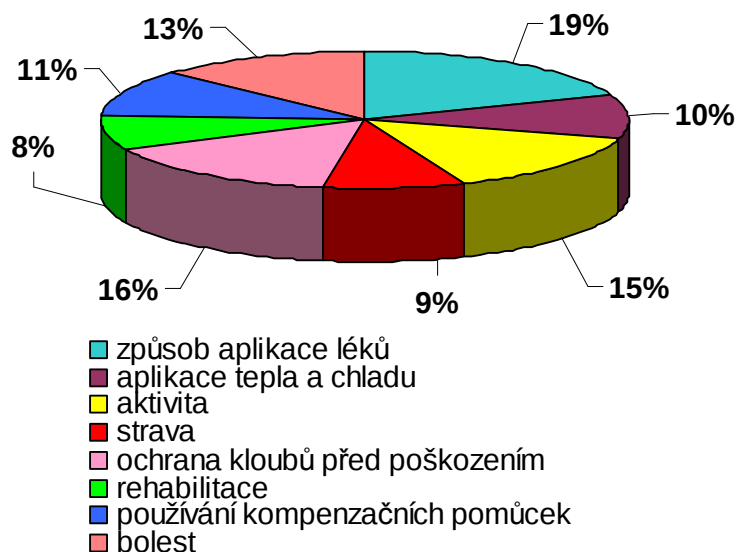
Z celkového počtu 25 (100 %) respondentů 10 (40 %) respondentů odpovědělo „výzkumnice“. Odpověď „asistentka lékaře“ zvolilo 7 (28 %) respondentů . Odpověď „poskytovatelka ošetrovateľskej péče“ zvolilo 5 (20 %) respondentů. Odpověď „ošetrovateľská péče při aplikaci kortikoidů“ uvedli 3 (12%) respondenti.

Graf 8 Role, jenž sestra považuje za nejdůležitější



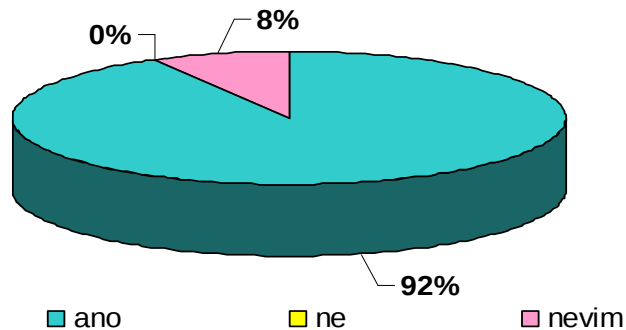
Z celkového počtu respondentů 25 (100 %) uvedlo 8 (32 %) sester odpověď „poskytovatelka ošetrovatelské péče“. Odpověď „výzkumnice“ zvolily 4 (16 %) sestry. Odpověď „edukátorka“ zvolily 4 (16 %) sestry. 4 (16%) sestry zvolily možnost „asistentka lékaře“. Odpověď „ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů“ zvolily 2 (8 %) sestry. Odpověď „jiná“ zvolily 2 (8 %) sestry, které se shodovaly v odpovědi „všechny jsou pro mne stejně důležité“. Odpověď „advokátka klienta“ zvolilo 0 % sester. Odpověď „manažerka“ byla zvolena 0 % sester. Odpověď „nositelka změn“ zvolilo 0 % sester.

Graf 9 Oblasti edukace



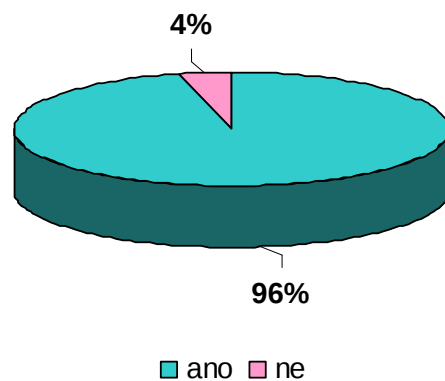
Na tuto otázku mohli respondenti zvolit více odpovědí. Celkem bylo 116 (100%) odpovědí. Odpověď „způsob aplikace léků“ byla zvolena 22krát (19 %). Odpověď „ochrana kloubů před poškozením“ byla zvolena 18krát (16 %). Odpověď „aktivita“ byla zvolena 17krát (15 %). Odpověď „bolest“ byla zvolena 15krát (13 %). Odpověď „používání kompenzačních pomůcek“ byla zvolena 13krát (11 %). Odpověď „aplikace tepla a chladu“ byla zvolena 12krát (10 %). Odpověď „strava“ byla zvolena 10krát (9 %). Odpověď „rehabilitace“ byla zvolena 9krát (8 %).

Graf 10 Důležitost dalšího vzdělávání



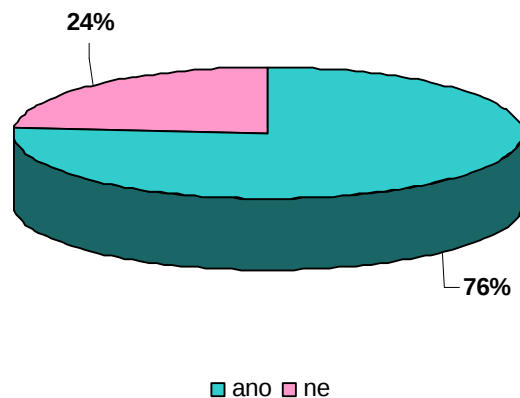
Z celkového počtu respondentů 25 (100 %) 23 (92 %) respondentů uvedlo „ano“, 1 (4 %) respondent odpověděl „nevím“ zda je další vzdělávání v oboru důležité, 0 % sester odpovědělo „ne“.

Graf 11 Frekvence vzdělávacích akcí v revmatologii



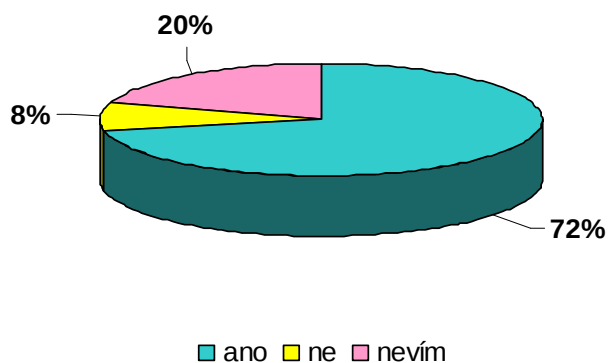
Z celkového počtu dotázaných respondentů 25 (100%), 18 (96 %) respondentů na otázku účasti v posledním roce na vzdělávacích akcích v oboru revmatologie „ano“, 1 (4 %) respondent odpověděl „ne“.

Graf 12 Frekvence vzdělávacích akcí mimo obor revmatologie



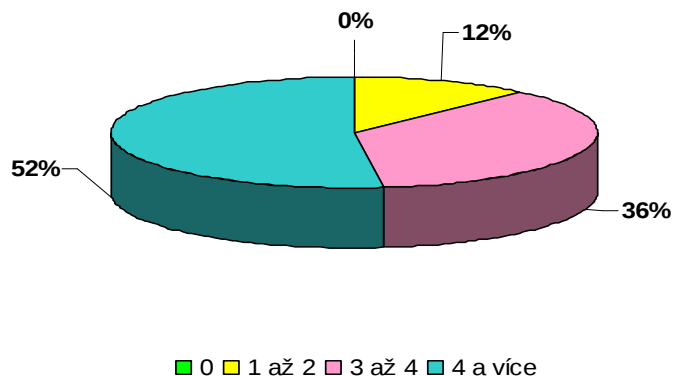
Z celkového počtu respondentů 25 (100 %) na otázku dalšího vzdělávání v posledním roce mimo obor revmatologie uvedlo 19 (76 %) respondentů „ano“, 6 (24 %) respondentů „ne“.

Graf 13 Potřeba dalších vzdělávacích akcí



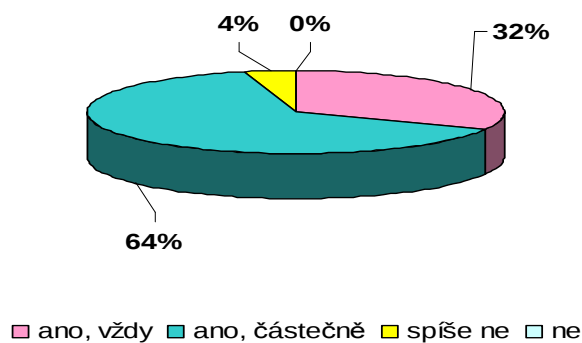
Z celkového počtu dotázaných respondentů 25 (100%), 18 (72 %) respondentů na otázku „Uvítala byste více vzdělávacích akcí“ odpovědělo „ano“, 5 (20 %) respondentů „nevím“, 2 (8 %) respondenti odpověděli „ne“.

Graf 14 Optimální počet vzdělávacích akcí za rok



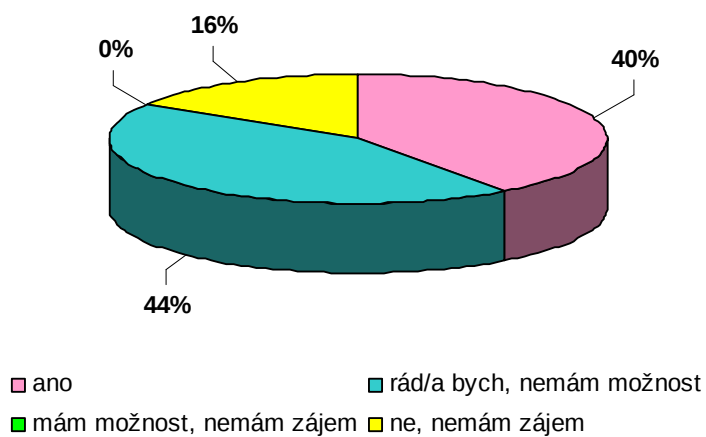
Z celkového počtu dotázaných respondentů 25 (100 %) je pro 13 (52%) respondentů optimální počet vzdělávacích akcí za rok „4 a více“, možnost „3-4“ vzdělávací akce za rok zvolilo 9 (36 %) respondentů, 3 (12 %) respondenti uvedli „1-2“ vzdělávací akce. Poslední možnost „0“ vzdělávacích akcí za rok zvolilo 0% dotázaných respondentů.

Graf 15 Využití nových informací v ambulanci



Z celkového počtu dotázaných respondentů 25 (100 %) 16 (64 %) respondentů na otázku využití nových informací v ambulanci odpovědělo „ano, částečně“, 8 (32 %) respondentů odpovědělo „ano, vždy“, 1 (4 %) respondent odpověděl „spíše ne“ a 0 (0 %) respondentů odpovědělo možnost „ne“.

Graf 16 Účast na ošetrovateľském výzkumu



Z celkového počtu dotázaných respondentů 25 (100 %) 11 (44 %) respondentů na otázku „Podílíte se na ošetrovateľském výzkumu týkající se problému revmatoidní artritidy“ odpovědělo „rád/a bych, nemám možnost“, 10 (40 %) respondentů odpovědělo „ano“, 4 (16 %) respondenti odpověděli „ne, nemám zájem“. Možnost „mám možnost, nemám zájem“ byla využita 0 %.

5. Diskuse

V této práci jsem se snažila zjistit, jaké role v ambulantní terapii sestry zastávají, které považují za důležité a naopak jaké role sestry jsou důležité pro klienty navštěvující revmatologické ambulance.

Dotazník pro klienty (viz. příloha č. 1). Otázky 1, 2, 3 sloužily k rozlišení charakteristiky zkoumaného vzorku. Byly zaměřeny na pohlaví, věk a vzdělání. Dotazník pro klienty vyplnilo 15 mužů (29 %) a 37 žen (71 %), což potvrzuje skutečnost, že revmatoidní artritida postihuje dvakrát až třikrát více ženy. Přesný věk zjišťován nebyl, klienti pouze zaškrtovali věkovou kategorii, do které patří. Nejpočetnější skupinu tvořili klienti ve věku 51 - 60 let (43 %). Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 17 (32 %) klientů, středoškolské vzdělání s maturitou.

Otázky číslo 4, 5, 6 zjišťovaly, jak dlouho klienti revmatologickou péčí využívají, kdy bylo diagnostikováno onemocnění revmatoidní artritida a zda léčba v revmatologické ambulanci jejich obtíže zlepšila či zhoršila. Jelikož revmatoidní artritida je chronické onemocnění, nepřekvapila mě odpověď 49 (94 %) klientů, kteří navštěvují ambulantní péči pravidelně několik let. Přičemž od uplynutí doby diagnostikování revmatoidní artritidy u 44 % klientů uběhlo 11 a více let. Druhý nejvyšší počet 35 % patří klientům, kteří o svém onemocnění ví 6 – 10 let. V šesté otázce se klienti ve 100 % shodli na odpovědi, že léčba v revmatologické ambulanci jejich obtíže „zlepšila“. Šestou otázkou jsem se zabývala, protože zjistí-li klient, že se jeho zdravotní stav mění k horšímu, často se u něj objeví nepříjemné obavy, které může sestra pozorovat a tím klientovi poskytnout psychickou oporou.

Kvalita poskytované ošetrovatelské péče má v dnešní době veliký význam, proto sedmá otázka zjišťovala spokojenost klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v revmatologické ambulanci. I když se klienti v dnešní době stávají čím dál víc kritičtější a otevřenější, o to více mě potěšila odpověď celých 84 % klientů, kteří jsou spokojeni s ambulantní ošetrovatelskou péčí (Graf 7). Osmá otázka sloužila jako doplňující, pokud klient zaškrtnl v předchozí otázce možnost „ne“ a „nevím“. Tyto dvě možnosti klienti nevyužili, proto se tato otázka nedala vyhodnotit.

Otázky číslo 9, 10, 11, 12, 13 byly zaměřeny na podávání informací sestrou v revmatologické ambulanci. Zajímalo mě, jak klienti přistupují k sestrou podaným informacím. Na otázku zda sestra klientovi při opakovaných návštěvách podává nové informace odpovědělo 37 (71 %) klientů „ano“, 13 (25 %) klientů odpovědělo „někdy“ a pouze 2 (4 %) klienti odpověděli „ne“ (Graf 8). Tyto informace považuje 92% klientů za důležité (Graf 9).

Rozhovor je dle mě ovlivněn nejen uměním mluvit, ale i uměním naslouchat. Z praxe vím, že pro klienta je někdy mnohem důležitější si s někým, tedy sestrou, promluvit než, lék, který dostává. Také je důležité, aby sestra při poskytování informací mluvila pomalu, aby používala slova, kterým klient rozumí a nechala klientovi vždy prostor k vyjádření, otázkám. Staré přísloví praví: „Slovo je lék. Ne však každé slovo, ale příhodné slovo v příhodný čas. Jsou i nepříhodná slova, která mají toxický účinek. A též slova, která měla být řečena, ale řečena nebyla“.

V otázce 14, 15 jsem se zaměřovala na chování sestry při rozhovoru s klienty, které zjišťovaly, zda klient může klást sestře doplňující otázky a zda klientovi naslouchala během rozhovoru. Z celkového počtu klientů 52 (100 %) má 90 % respondentů možnost klást sestře doplňující otázky, 10 % tuto možnost nemá (Graf 12). U patnácté otázky jsem byla potěšena odpovědí 98 % klientů, kteří uvedli, že sestra během jejich rozhovoru naslouchá, což považuji za velmi důležité při upevňování vztahu mezi klientem a sestrou (Graf 14).

V 16. otázce mě zajímalo, v jaké oblasti je pro klienta sestra nejdůležitější, jelikož *H4: „Role edukátorky v revmatologické ambulanci je pro klienta nejdůležitější“*. Pro 50 % respondentů je sestra nejvíce důležitá při aplikaci léků, v 23 % jako psychická podpora, 19 % uvedlo možnost „podávání nových informací“. 6 % klientů zaškrtnulo možnost „jiná“ oblast, ty se shodují v odpovědi, že sestra je pro klienty důležitá ve všech uvedených možnostech. Zbylá 2 % klientů volila možnost „učení nových postupů“. Otázka číslo 17 sloužila jako doplňující, zajímalo mě, proč je pro klienta v dané oblasti sestra v revmatologické ambulanci nejdůležitější. 70 % klientů revmatologické ambulance na tuto otázku neodpovědělo vůbec, 30 % uvedlo, že sestra na rozdíl od lékaře má na klienty čas, je trpělivá a umí poradit a je jejich velikou

psychickou podporou (Graf 15). Stanovená hypotéza se mi nepotvrdila, i když role edukátorky dle klientů, jistě patří mezi nejdůležitější v revmatologické ambulanci.

Během sběru informací při psaní bakalářské práce jsem měla možnost zavítat mezi klienty, kteří navštěvují Revma ligu v Českých Budějovicích, velmi mě zaujalo, jakým způsobem se klienti navzájem podporují, předávají si nové zkušenosti, a jaké přátelské vztahy v lize panují. Proto cílem mé 18. a 19. otázky v dotazníku pro klienty bylo zjistit, zda klient navštěvuje Revma ligu a v jaké oblasti je pro něj přínosem. Předpokládala jsem, že nadpoloviční většina všech dotázaných klientů Revma ligu navštěvuje, byla jsem ale překvapená odpovědí 73 % klientů, kteří Revma ligu nenavštěvují vůbec. 19 % Revma ligu navštěvuje nepravidelně a zbylých 8 % navštěvuje Revma ligu pravidelně (Graf 16). Výzkum také ukázal, že Revma ligu navštěvují více klienti v Českých Budějovicích. Na devatenáctou otázku mi proto odpovídalo pouze 14 klientů navštěvujících Revma ligu pravidelně nebo nepravidelně, v 50 % se klienti shodli v přínosu informací, 29 % cítí v lize obrovskou psychickou podporu v tom, že nejsou na onemocnění sami a také 21 % klientů zde navázali velmi silné přátelské vztahy (Graf 17).

Poslední otázka dotazníku pro klienty v revmatologické ambulanci měla zjistit, zda čas, který sestra klientovi věnuje je nedostatečný, částečně dostatečný nebo dostatečný, 77 % klientů uvedlo možnost „dostatečný“ (Graf 18).

Druhý dotazník byl určený pro sestry v revmatologické ambulanci (viz. příloha č. 2). Prvních pět otázek sloužilo ke specifikování zkoumaného vzorku. Výběr nebyl omezen věkem ani pohlavím. Tyto otázky zjišťovaly pohlaví, věk, nejvyšší vzdělání v oboru, délku zdravotnické praxe a čas působení na současném pracovišti. Všechny 100 % dotázaných bylo ženského pohlaví, největší zastoupení 32 % byla věkové kategorie 31 – 40 let (Graf 2). 72 % sester uvedlo středoškolské vzdělání, pouze jedna sestra uvedla vysokoškolské vzdělání (Graf 3). Délka odborné zdravotnické praxe je u 36 % sester 5 – 15 let, stejný počet sester, tudíž 36 %, odpovědělo 16 – 25 let odborné zdravotnické praxe (Graf 4). Na současném pracovišti z celkového počtu dotázaných sester 52 % působí 5 – 15 let z čehož lze usuzovat, že se jedná o zkušené sestry v oboru revmatologie (Graf 5).

Další otázky 6, 7, 8 jsem si stanovila za cílem potvrzení nebo naopak vyvrácení *H1: Sestra v revmatologické ambulanci zastává roli edukátorky*. Literatura Farkašová a kol. (4) uvádí, že sestra svým působením v minulosti ani dnes nezastává jednu roli, ale jde vždy o více rolí. Na základě této literatury jsem se sester ptala, jaké role v revmatologické ambulanci patří k práci sestry. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkem bylo 126 odpovědí. Nejvíce od sester získaly role edukátorky, která byla jimi uvedena 25krát, dále role „poskytovatelka ošetrovatelské péče“, 23krát. Odpověď „zprostředkovatel dalšího vyšetření“ byla sestry zvolena 20krát. Další nabízené možnosti také nezůstaly bez povšimnutí, jen se pozastavím nad odpovědí „jiná“ role sestry, která byla zvolena 3krát. Tyto sestry uvádí, že všechny nabízené role bez výjimky v revmatologické ambulanci patří k práci sestry. Tento výsledek potvrdil teorii Farkašové, i sestra v revmatologické ambulanci nezastává pouze jednu roli, ale vždy více rolí (Graf 6).

7. otázka měla zjistit, jakou roli sestra v revmatologické ambulanci zastává nejčastěji. Bylo pro mě překvapením, že 40 % odpovědělo „výzkumnice“. Tento výsledek však byl ovlivněn výzkumem v Revmatologickém ústavu v Praze, jelikož sestry výzkumnice také spadají do ambulantních sester, ale především tyto sestry úzce spolupracují s lékaři v rámci klinických studií a výzkumných úkolů, a jsou pro zmíněné činnosti speciálně vyškolené. U dalších 28 % sester je nejčastější činností asistence lékaři, 20 % nejčastěji zastává roli poskytovatelky ošetrovatelské péče a u 12 % sester je nejčastější činností ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů (Graf 7).

8. otázka zněla „Jakou roli považujete za nejdůležitější?“, byla volena záměrně, zajímalo mě, zda sestra rozlišuje roli nejčastěji vykonávanou a roli nejdůležitější. Jako nejdůležitější roli označilo 32 % sester roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, i když nejčastější rolí pro sestry je role výzkumnice. Role edukátorky, asistentky lékaře a výzkumnice dostaly po 16 % (Graf 8). Výsledky výzkumu mi potvrdily první hypotézu. *H2: Sestra v revmatologické ambulanci zastává roli ošetrovatelky nejvíce v oblasti léčby kortikoidy*, se nepotvrdila.

Hrba (10) ve své publikaci uvádí, že edukace klienta je významnou součástí práce sestry v revmatologické ambulanci, která zahrnuje seznámení klienta s jeho

onemocněním, jaké jsou možnosti léčby, co pro sebe může klient udělat sám, informace o zdravé životosprávě, způsob užívání léků, ale také edukace rodiny klienta. V 9. otázce jsem se proto zaměřila na oblasti, ve kterých sestra klienta edukuje, i přesto, že první informace o onemocnění a terapii podává lékař, ale je nezbytné, aby stejná informace byla zopakována, někdy i víckrát, jelikož klient má někdy tendenci zapomínat. Sestry měly možnost v této otázce vybrat více odpovědí. Z celkem 116 odpovědí, bylo 22 pro oblast edukace způsobu aplikace léků, 18krát byla volena možnost „ochrana kloubů před poškozením“, třetí oblast edukace, kterou sestry nejvíce volily byla „aktivita“ (Graf 9).

Staňková (27) dává důraz na vzdělávání sester, které si musí stále udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, prohlubovat a rozšiřovat odborné znalosti v oboru a celkově se neustále seznamovat s novými poznatky v ošetrovatelství, a to prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, odborných akcí profesních organizací a v neposlední řadě samostudiem.

V otázkách 10, 11, 12, 13, 14, 15 jsem se zabývala dalším vzděláváním sestry. Tyto otázky měly za úkol zjistit, zda se sestra dále vzdělává v oboru revmatologie, je-li pro sestru důležité další vzdělání, jestli by uvítala více vzdělávacích akcí a kolik je pro sestru optimální počet vzdělávacích akcí za rok. Co se týče kontinuálního vzdělávání, pro 92 % sester je důležité další vzdělávání v oboru ve kterém pracují (Graf 10). V posledním roce se 96 % sester zúčastnilo vzdělávacích akcí v oboru revmatologie, 1 sestra (4 %) uvedla, že se těchto akcí nezúčastnila (Graf 11).

12. otázka dotazníku sloužila jako doplňující pro sestry, které uvedly, že se za poslední rok žádné vzdělávací akce nezúčastnily. V této otázce jsem se tázala na důvod neúčasti. Odpověď sestry zněla „nemám čas“. V otázce číslo 13 jsem se sester dotazovala na účast v posledním roce na vzdělávacích akcích mimo obor revmatologie. 76 % dotázaných sester se těchto akcí zúčastnila, 24 % uvedlo naopak neúčast (Graf 12).

V otázce číslo 14 výzkum ukázal, že 72 % sester by uvítalo více vzdělávacích akcí, přičemž 15. otázka ukázala, že optimální počet vzdělávacích akcí za rok pro 52 % sester jsou „čtyři a více“ (Graf 13, 14).

V 16. otázce mě zajímalo, zda sestry používají ke své práci v ambulanci nové informace získané dalším vzděláním. 64 % sester informace dalším vzděláváním využije ke své práci v ambulanci částečně, 32 % sester nové informace využije vždy, 4 % dotázaných sester spíše ne a 0 % sester odpovědělo možností „ne“ (Graf 15). Myslím si, že výzkum v oblasti vzdělávání sester a používání nových informací v ambulanci dopadl velmi pozitivně. Výzkum ukázal, že pro sestry další vzdělávání je velmi důležité pro další působení v revmatologické ambulanci. *H3: Sestra v závislosti na dalším vzděláváním je nositelkou změn v revmatologické ambulanci, se mi potvrdila.*

V sedmnácté otázce jsem chtěla zjistit proč sestry v ambulanci nepoužívají nové informace získané dalším vzděláním, sestry však nové informace využívají, proto nebyla tato otázka vyhodnocena.

Poslední otázka dotazníku, tedy 18. otázka, pro sestry měla zjistit, zda se podílí na ošetrovatelském výzkumu týkající se problému revmatoidní artritidy. S překvapením jsem zjistila, že 44 % dotázaných sester by se ráda na ošetrovatelském výzkumu podílela, ale nemá možnost. 40 % sester se výzkumu věnuje a 16 % nemá zájem podílet se na ošetrovatelském výzkumu (Graf 16).

6. Závěr

Ve své bakalářské práci „Role sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy“ jsem si zvolila dva cíle. První cíl byl zjistit jaké role má sestra v ambulantní terapii revmatoidní artritidy. dalším stanoveným cílem bylo zjistit jakou roli sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy považuje klient za nejdůležitější. Dle zpracování získaných informací z dotazníků jsem zjistila, že sestra v revmatologické ambulanci nezastává pouze jednu roli, ale vždy zastává více rolí najednou. Mezi role v revmatologické ambulanci patří hlavně role edukátorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, asistentky lékaře, zprostředkovatele dalšího vyšetření a ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů, přičemž nejčastější zastávanou rolí je role výzkumnice a nejdůležitější rolí dle sester je role poskytovatelky ošetrovatelské péče. Klienti považují za nejdůležitější v oblasti podávání léků.

Hypotézu číslo 1, že sestra v revmatologické ambulanci zastává roli edukátorky, jsem potvrdila.

Hypotézu číslo 2, že sestra v revmatologické ambulanci zastává roli ošetrovatelky nejvíce v oblasti léčby kortikoidy, jsem nepotvrdila.

Hypotézu číslo 3, že sestra v závislosti na dalším vzděláváním je nositelkou změn v revmatologické ambulanci, jsem potvrdila.

Hypotézu číslo 4, že role edukátorky v revmatologické ambulanci je pro klienta nejdůležitější, jsem nepotvrdila.

Z výzkumu vyplynulo, že poskytovaná ošetrovatelská péče v revmatologických ambulancích je na velmi vysoké úrovni a už proto věřím, že sestra si nadále bude upevňovat svoji pozici v oblasti revmatologie a věnovat se dalšímu vzdělávání v oboru, které je zajisté velmi důležité, jak pro sestru, tak i klienta navštěvujícího revmatologickou ambulanci.

7. Seznam použité literatury

1. ALUŠÍK, Š. *Revmatologie*. 1. vydání, Praha: Triton, 2002. 111 s. IBSN 80-7254-279-6
2. DOHERTY, M., DOHERTY, J. *Klinické vyšetření v revmatologii*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2000. 200 s. IBSN 80-7169-538-6
3. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. 1. vydání. Olomouc: Epava, 1995. 429s. IBSN 80-901667-0-9
4. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo-teória*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2002. IBSN 80-8063-086-0
5. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Centrum nelékařských zdravotnických oborů. IBSN neuvedeno
6. HOŘČIČKA, V. *Revmatologie*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. 124 s. IBSN 80-7254-056-4
7. HRBA, J. O revmatických nemocech. [online]. Poslední autorizace 2005 [cit. 22.2.2007]. Dostupné z: [http://www.revma.cz/liga/Orevmnem_c.doc].
8. HRBA, J. *Vademecum Revmatologie*. [online]. Poslední autorizace 2005 [cit. 22.2.2007]. Dostupné z: [<http://www.revma.cz/liga/texty.htm>].
9. HRBA, J., KORANDROVÁ, J. *Vybrané problémy péče o revmatiky*. Praha: Revmatický ústav, 1998. 24 s. IBSN 80-238-3058-x

10. HRBA, J. *Vybrané problémy o revmatiky II.* 1. vydání. Praha: Revmatologický ústav, 1999. 66 s. IBSN 80-238-3983-7
11. JONÁŠ, J. *Revmatické nemoci-přírodní léčení.* 1. vydání. Praha: Revmat, 1998. 103 s. IBSN 80-901519-6-5
12. KIENHOLZ, E. *Revma.* 1. vydání. Praha: Revmat, 1993. IBSN 8090151965
13. KORANDROVÁ, J. *Ochrana kloubů.* Informační leták.
14. KORANDOVÁ, J. *Revmatická onemocnění.* 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. IBSN neuvedeno
15. KORANDOVÁ, J. *Revmatoidní artritida.* 1. vydání. Praha: Revmatologický ústav. IBSN neuvedeno
16. MARGARET, F. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN.* 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. IBSN 80-7013-392-9
17. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty.* Praha: Apotex, 2005. 172 s. IBSN neuvedeno
18. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie.* 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 149 s. IBSN 80-7262-145-9
19. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. a kol. *Klinická revmatologie.* 1. vydání. Praha: Galén, 2003. 952 s. IBSN 80-7254-056-4

20. PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 144 s. IBSN 80-246-0445-0
21. Revmatik. Informační bulletin REVMA-LIGY. Praha: občanské sdružení REVMA-LIGA, únor 2002
22. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Informatorium, 1999. 209 s. IBSN 80-86073-40-8
23. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. IBSN 80-86073-97-1
24. SALVAGE, J. *Sestra v akci*. 1. vydání. Praha: Česká asociace sester, 1997. IBSN 92 890 1312 5
25. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľské praxi*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 55s. IBSN 80-7013-323-6
26. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovateľský proces do praxe*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49s. IBSN 80-7013-282-5
27. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 50s. IBSN 80-7013-263-9
28. TRNAVSKÝ, K. *Revmatické nemoci-co o nich víme a jak s nimi žít*. 1.vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 128 s. IBSN 80-7169-051-1

29. TRNAVSKÝ, K., KOLAŘÍK, J. *Onemocnění kloubů a páteře v praxi*. 1.vydání, Praha: Galén, 1997. 417 s. IBSN 80-85824-65-5

30. TRNAVSKÝ, K. a kol. *Léčebná péče v revmatologii*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1993. 168 s. IBSN 80-7169-030-9

31. VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství II*. 1. vydání. Olomouc: Fortuna, 1995. 192 s. IBSN 80-7168-260-8

8. Klíčová slova

Ambulance

Revmatoidní artritida

Role

Sestra

Terapie

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro klienty

Příloha č. 2: Dotazník pro sestry

Příloha č. 3: Patologická anatomie kloubů

Příloha č. 4: Klasifikační kritéria ACR pro diagnózu revmatoidní artritidy

Příloha č. 5: Postižení očí v rámci RA, Episkleritida

Příloha č. 6: Revmatický uzel nad loketním kloubem

Příloha č. 7: Časně stadium revmatoidní artritidy na rukou

Příloha č. 8: Artritida pravého kolenního kloubu

Příloha č. 1: Dotazník pro klienty

DOTAZNÍK

Jmenuji se Eva Poláchová, studuji obor Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pracuji na bakalářské práci, která je zaměřena na role sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy. Dovolte proto, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Dotazník je anonymní.

Prosím o zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který dotazníku věnujete.

S pozdravem Eva Poláchová

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20
- b) 20 - 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 61 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) pomaturitní specializační studium
- f) vysokoškolské

4. Revmatologickou ambulantní péči využíváte:

- a) jsem tu poprvé
- b) byl/a jsem tu několikrát
- c) pravidelně několik let

5. Onemocnění revmatoidní artritida u Vás bylo diagnostikováno před:

- a) méně než 2 roky
- b) 3-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11 a více

6. Léčba v revmatologické ambulanci Vaše obtíže?

- a) zcela odstranila
- b) zlepšila
- c) nezlepšila
- d) jiné

.....

7. Jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí poskytovanou sestrami v revmatologické ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

8. Pokud jste zaškrtnl/a v předchozí otázce možnost c nebo d, napište prosím proč:

.....

.....

.....

9. Podává Vám sestra při opakovaných návštěvách nové informace?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

10. Považujete nové informace za důležité?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Uvítal/a by jste více informací?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Stačilo Vám množství informací, které jste při ošetření od sestry dostal/a?

- a) ne, informací bylo málo
- b) ano, informací bylo dostatek
- c) ano, informací bylo příliš

13. Informace, které Vám sestra poskytuje jsou:

- a) srozumitelné
- b) nesrozumitelné
- c) neumím posoudit

14. Měl/a jste možnost klást sestře doplňující otázky?

- a) ano
- b) ne

15. Naslouchala Vám sestra během rozhovoru ?

- a) ano
- b) ne

16. V jaké oblasti je pro Vás sestra v revmatologické ambulanci nejdůležitější?

- a) aplikace léků
- b) podávání nových informací
- c) učení nových postupů
- d) psychická podpora
- e) jiná

.....

17. Proč je v dané oblasti pro Vás sestra nejdůležitější?

.....

.....

18. Navštěvujete Revma ligu?

- a) ano, pravidelně
- b) nepravidelně
- c) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte prosím otázkou č.20

19. V jaké oblasti je pro Vás Revma liga přínosem?

.....

.....

20. Čas, který Vám sestra věnuje je pro Vás:

- a) nedostatečný
- b) částečně dostatečný
- c) dostatečný

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2: Dotazník pro sestry

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně a kolegové.

Jmenuji se Eva Poláchová, studuji obor Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pracuji na bakalářské práci, která je zaměřena na role sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidy. Dovolte proto, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Dotazník je anonymní.

Prosím o zaškrtnutí pouze jedné z uvedených možností.

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který dotazníku věnujete.

S pozdravem Eva Poláchová

1. Jakého jste pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:

- a) středoškolské
 - b) pomaturitní specializační studium (PSS)
 - c) vyšší odborné
 - d) vysokoškolské – Bc.
- Mgr.

4. Délka Vaší odborné zdravotnické praxe:

- a) méně než 5 let
- b) 5-15 let
- c) 16-25 let
- d) více než 26 let

5. Na vašem současném pracovišti působíte:

- a) méně než 5 let
- b) 5-15 let
- c) 16-25 let
- d) více než 26 let

6. Mezi role sestry v revmatologické ambulanci patří role:(možnost více odpovědí)

- a) edukátorka
- b) výzkumnice
- c) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- d) nositelka změn
- e) manažerka
- f) advokátka klienta
- g) asistentka lékaře
- h) zprostředkovatel dalšího vyšetření
- i) ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů
- j) jiná

.....

7. Jakou roli zastáváte nejčastěji:

- a) edukátorka
- b) výzkumnice
- c) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- d) nositelka změn
- e) manažerka
- f) advokátka klienta
- g) asistentka lékaře
- h) zprostředkovatel dalšího vyšetření
- i) ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů
- j) jiná

.....

8. Jakou roli považujete za nejdůležitější :

- a) edukátorka
- b) výzkumnice
- c) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- d) nositelka změn
- e) manažerka
- f) advokátka klienta
- g) asistentka lékaře
- h) zprostředkovatel dalšího vyšetření
- i) ošetrovatelská péče při aplikaci kortikoidů
- j) jiná

.....

9. V jaké oblasti edukujete?(možnost více odpovědí)

- a) způsob aplikace léků
- b) aplikace tepla a chladu
- c) aktivita
- d) strava
- e) ochrana kloubů před poškozením
- f) rehabilitace
- g) používání kompenzačních pomůcek
- h) bolest

10. Je pro Vás důležité další vzdělávání v oboru:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11. Zúčastnil/a jste se v posledním roce vzdělávacích akcí ve vašem oboru-
revmatologii?**

a) ano

b) ne

12. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 9 NE, napište prosím důvod:

.....
.....

**13. Zúčastnil/a jste se v posledním roce vzdělávacích akcí mimo obor
revmatologie?**

a) ano

b) ne

14. Uvítal/a byste více vzdělávacích akcí?

a) ano

b) ne

c) nevím

15. Kolik vzdělávacích akcí za rok je pro Vás optimální?

a) 0

b) 1-2

c) 3-4

d) 4 a více

16. Používáte ke své práci v ambulanci nové informace získané dalším vzděláváním?

- a) ano, vždy
- b) ano, částečně
- c) spíše ne
- d) ne

17. Pokud jste odpověděl/a NE, bylo to z důvodu:

- a) nejsou pro mě důležité
- b) rád/a bych, ale nemám možnost
- c) mám možnost, ale nemám zájem
- c) nemám potřebu ve své práci něco měnit

18. Podílíte se na ošetrovatelském výzkumu týkající se problému revmatoidní artritidy?

- a) ano
- b) rád/a bych, nemám možnost
- c) mám možnost, nemám zájem
- d) ne, nemám zájem

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 3: Patologická anatomie kloubu



Obrázek 1 Kloub postižený RA

Obrázek 2 Kloub postižený RA s výpotkem

Zdroj: KORANDROVÁ, J. *Revmatická onemocnění*. 1. vydání, Praha 1998

Příloha č. 4: Klasifikační kritéria ACR pro diagnózu revmatoidní artritidy

<i>Kritéria</i>	<i>Definice</i>
1. Ranní ztuhlost	Ranní ztuhlost kolem kloubů trvající nejméně 1 hodinu.
2. Artritida tří nebo více kloubních skupin	Nejméně 3 ze 14 kloubních oblastí (pravý nebo levý PIP, MCP, RC, loket, koleno, kotník, MTP klouby) má současně otok nebo výpotek pozorovaný lékařem.
3. Artritida kloubů rukou	Alespoň jedna oblast je oteklá – RC, MCP nebo PIP.
4. Symetrická artritida	Současné postižení stejných kloubních oblastí na obou polovinách těla.
5. Revmatoidní uzly	Podkožní uzly nad kostními prominencemi nebo extenzorovými plochami kolem kloubů pozorované lékařem.
6. Sérový revmatoidní faktor	Průkaz jakoukoliv metodou, jejíž výsledky nejsou pozitivní ve více než 5 % populace.
7. Rentgenové změny	Rentgenové změny typické pro RA na zadopředním snímku ruky a zápěstí, který musí obsahovat eroze nebo dekalcinace v postižených kloubech nebo blízko nich.

Klient má RA, jestliže jsou pozitivní alespoň 4 kritéria, přičemž 1 – 4 musí trvat nejméně 6 týdnů.

Zdroj: PAVELKA, K. a kol. *Klinická revmatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003.

Příloha č. 5: Postižení očí v rámci RA, Episkleritida



Zdroj: [<http://www.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie/zanetliva.html>]

Příloha č. 6: Revmatický uzel nad loketním kloubem



Zdroj: [<http://www.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie/zanetliva.html>]

Příloha č. 7: Časné stadium revmatoidní artritidy na rukou



Zdroj: [<http://www.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie/zanetliva.html>]

Příloha č. 8: Artritida pravého kolenního kloubu



Zdroj: [<http://www.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie/zanetliva.html>]