

ÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

**2019**

**Bc. Štěpánka Šafnerová**

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Štěpánka ŠAFNEROVÁ**  
Osobní číslo: **Z16N0003P**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR**  
Název tématu: **Kvalita života pacientů s Revmatoidní artritidou**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **OLEJÁROVÁ, Marta.** Lexikon revmatologie pro sestry. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2455-6.
- **OLEJÁROVÁ, Marta.** Revmatologie v kostce. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387- 115-4.
- **PAVELKOVÁ, Andrea.** Revmatoidní artritida a biologická léčba. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-192-9.
- **ROVENSKÝ, Jozef.** Revmatologický výkladový slovník. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1614-3.
- **Q. ASHTON ACTON.** Rheumatoid Arthritis: Advances in Research and Treatment. Atlanta Georgia: ScholarlyEditions, 2011. ISBN 978-1-4649-4553-3.

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Petra Bejvančická**

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. března 2019**



PhDr. Lukáš Štich  
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová  
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

**Bc. Štěpánka Šafnerová**

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S REVMATOIDNÍ  
ARTRITIDOU**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 03. 2019

.....  
podpis

Poděkování patří zejména paní PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení mé diplomové práce. Děkuji především za cenné rady, připomínky, ochotu a poskytnutý čas. Mé poděkování dále patří vedení zdravotnických zařízení, ve kterých probíhalo výzkumné šetření a všem zúčastněným respondentům.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Štěpánka Šafnerová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran: 72

Počet příloh 8

Počet titulů použité literatury 52

Klíčová slova: kvalita života – pacient – revmatoidní artritida

### **Souhrn:**

Práce se zaměřuje na otázku kvality života pacientů s revmatoidní artritidou a porovnává subjektivně vnímanou kvalitu života nemocných se zdravou populací. Dále se snaží ověřit, zda kvalita života mezi pacienty s RA je závislá na pohlaví a zároveň poukázat, že revmatoidní artritida nepřináší pouze omezení ve fyzické oblasti, ale představuje onemocnění také lidské duše. V praktické části jsou zpracovaná data za pomoci standardizovaného dotazníku SF 36, získaná v rámci kvantitativního výzkumu a vyhodnoceny stanovené hypotézy. Na základě uskutečněného výzkumu bylo zjištěno, že pacienti s RA mají horší kvalitu života ve všech dimenzích dotazníku SF 36 v porovnání se zdravou populací. Výsledky dále poukázaly, že kvalita života patientek s RA je buď srovnatelná a/nebo vyšší v porovnání s pacienty s RA.

## **Annotation**

Surname and name: Stepanka Safnerova

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Quality of life in patients with rheumatoid arthritis

Consultant: PhDr. Petra Bejvancicka

Number of pages: 72

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 52

Key words: Quality of life – patient – rheumatoid arthritis

### Summary:

The diploma thesis focuses on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis and to compare the subjectively perceived quality of life in healthy population. The research explores whether the quality of life in patients depends on gender. The research shows that the rheumatoid arthritis causes physical and spiritual limitations. Quantitative research data and determine hypothesis are evaluate by questionnaire SF 36 in practical part. Based on the research was found that quality of life in patients with rheumatoid arthritis is worse in all of dimensions in questionnaire SF 36. It was found that quality of life in women with rheumatoid arthritis is the same as men with rheumatoid arthritis.



# OBSAH

Úvod .....	11
Teoretická část .....	13
1 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA .....	13
1.1 Etiologie .....	13
1.2 Klinický obraz revmatoidní artritidy .....	14
1.2.1 Kloubní postižení .....	15
1.2.2 Mimokloubní postižení .....	16
1.3 Diagnostika Revmatoidní artritidy .....	17
1.3.1 Anamnéza .....	17
1.3.2 Fyzikální vyšetření .....	18
1.3.3 Laboratorní vyšetření .....	18
1.3.4 Vyšetření synoviální tekutiny .....	19
1.3.5 Zobrazovací metody .....	19
1.3.6 Stádia revmatoidní artritidy .....	19
1.4 Terapie revmatoidní artritidy .....	21
1.4.1 Fyzioterapeutické postupy .....	22
1.4.2 Farmakologická léčba revmatoidní artritidy .....	22
1.4.3 Biologická léčba .....	24
1.4.4 Chirurgická léčba .....	25
1.4.5 Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy .....	25
1.4.6 Prognóza onemocnění .....	26
1.4.7 Ošetrovatelská péče u pacienta s revmatoidní artritidou .....	27
2 Kvalita života .....	30
2.1 Pojem kvalita života .....	30
2.1.1 Kvalita života v pojetí různých vědních oborů .....	30
2.1.2 Kvalita života vztažená ke zdraví .....	32

2.1.3	Význam hodnocení kvality života pro ošetřovatelství .....	32
2.1.4	Hodnocení kvality života vztažené ke zdraví .....	35
2.1.5	Generické dotazníky .....	37
2.1.6	Kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou .....	38
	Praktická část .....	41
3	Výzkumné šetření .....	41
3.1	Formulace problému .....	41
3.2	Cíl diplomové práce .....	41
3.3	Hypotézy .....	42
3.4	Metodologie .....	42
3.5	Charakteristika výzkumného souboru .....	45
3.6	Metodika statistické analýzy kvantitativních dat .....	45
3.6.1	Shapiro-Wilk test normality .....	46
3.6.2	Mann-Whitneyův pořadový Test .....	47
3.6.3	Průměrné pořadí výběru .....	47
3.7	Průměrné pořadí výběrů Statistické vyhodnocení hypotéz .....	48
3.8	Testování hypotézy H1 a H2 .....	49
3.9	Testování hypotézy H3 .....	60
4	Prezentace a interpretace dat .....	50
5	Diskuze .....	69
	Závěr .....	74
	Literatura a prameny .....	76
	Seznam zkratk .....	80
	Seznam tabulek .....	81
	Seznam grafů .....	82
	Seznam příloh .....	83
	Přílohy .....	84

# ÚVOD

Revmatoidní artritida je chronické zánětlivé onemocnění, které vede ke vzniku kloubních destrukcí a deformit a způsobuje částečnou či plnou invaliditu. Onemocnění má nepravidelný průběh a postupem času se nemocní musí vypořádat s následky choroby. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, ale nejvyšší výskyt je u žen v mladém věku nebo po menopauze. I přes významné poznatky patogeneze daného onemocnění, zůstává příčina vzniku revmatoidní artritidy stále neznámá. Onemocnění postihuje přibližně 1 % populace, až třikrát častěji jsou postiženy ženy než muži. Jednotlivé průzkumy a statistiky ukazují, že 25 % pacientů po 6 letech od stanovení diagnózy je v invalidním důchodu a až 50 % pacientů není schopno pracovat po 20 letech průběhu nemoci (Olejárová, 2008, s. 28).

V současné době se kvalitě života věnují výzkumné týmy ve světě i v České republice. V ošetrovatelství má své nezastupitelné místo, kdy je na legislativní úrovni zaručována jako cíl ošetrovatelské péče. Za účelem sledování a hodnocení kvality života se vyvinuly konceptuální modely ošetrovatelské péče a teorie kvality života (Mandincová, 2011, s. 47-48). Výzkum v oblasti revmatologie velmi pokročil, a přestože se stále rozrůstá spektrum biologických léků, neexistuje lék, který by navodil remisi revmatoidní artritidy. Zdálo se mi zajímavé zvolit jedno z témat mnohdy opomíjených chronických onemocnění a poukázat, že moderní ošetrovatelství má své nezastupitelné místo v péči o revmatologické pacienty. Dále bych ráda poukázala na fakt, že moderní ošetrovatelství hraje prim v udržení vysoké kvality života u pacientů s RA a může minimalizovat negativní dopad na fyzickou a psychickou stránku jedince. Z tohoto důvodu obor ošetrovatelství je z hlediska kvality života pro pacienty s revmatoidní artritidou tak významný.

Pro svou práci jsem se nechala inspirovat na základě těchto údajů, neboť revmatoidní artritida není onemocnění jen fyzické, ale postihuje i psychické zdraví a jedná se o onemocnění s vysokou mírou invalidity. Tato choroba zatěžuje pacienta, jeho rodinu a ošetrující personál.

Cílem této práce je monitorovat dopad revmatoidní artritidy na život nemocných a porovnat jejich kvalitu života se zdravými jedinci. Také dalším cílem je porovnat kvalitu života mezi pacienty s RA v závislosti na pohlaví, protože se u žen předpokládá větší vazba na rodinné a jiné emoční podněty, díky kterým se jejich emoční zdraví může

zhoršovat. Naším předpokladem je, že ženy vykazují horší kvalitu života v porovnání s muži.

Seznam použité literatury v této diplomové práci vychází z rešerše Národní lékařské knihovny v Praze. Výstupem této diplomové práce je poskytnout výsledky výzkumného šetření společně s případným návrhem řešení problému nestátní neziskové organizaci Revma-liga.

# TEORETICKÁ ČÁST

Následující kapitola se věnuje problematice onemocnění revmatoidní artritidy a problematice kvality života. Literární zdroje jsou čerpány z odborných publikací a to z odborných časopisů Kontakt, Postgraduální medicína, Rheumatologia Herba, Medicína pro praxi aj. Dále z katalogů knihoven (Národní lékařská knihovna v Praze, Studijní a vědecké knihovny v Plzni, Knihovny Revmatologického ústavu) a odborných databází (PubMed, Medvik).

## 1 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

### 1.1 Etiologie

Revmatoidní artritida (RA) je chronické, zánětlivé onemocnění, které vede ke vzniku kloubních destrukcí a deformit. RA zasahuje synoviální výstelku kloubů, šlachy a tíhové vřetky. Postižení kloubů je nejčastěji polyartikulární s následným vznikem kloubních destrukcí a deformit. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, ale nejvyšší výskyt je u žen v mladém věku nebo po menopauze. Značná část nemocných má současně mimokloubní i systémové postižení (Türkova, 2015, s. 123).

Revmatoidní artritida je chronické onemocnění probíhající v různě dlouhých epizodách s remisemi. Remise nastává nejčastěji v prvním roce onemocnění, avšak poté dochází k progresi nemoci. Příčina onemocnění není dosud známá, ale je prokázáno, že na chronickém zánětu se podílejí zánětlivé buňky, které cílí na synoviální membránu a dutinu kloubu. K aktivaci zánětlivých buněk dochází uvnitř kloubu v závislosti na přítomnosti kloubního antigenu. K jejich aktivaci nemusí primárně docházet uvnitř kloubu, ale významný podíl na vzniku onemocnění má také aktivita imunitního systému v periférii, jejíž aktivitou dochází k mimokloubním projevům tohoto systémového onemocnění (Pavelka, 2012, s. 262).

I přes významné poznatky patogeneze daného onemocnění, zůstává příčina vzniku RA stále neznámá. Doposud neidentifikovaný antigen aktivuje u geneticky predisponovaného jedince imunitní systém, který poté vyvolává chronický kloubní zánět. Dochází k aktivaci lymfocytů zejména CD4, následné akumulaci a infiltraci v synoviální

tkáni a lokální produkci prozánětlivě působících cytokinů (TNF- $\alpha$  aj.) a autoprotilátek. Synoviální membrána se přeměňuje na vaskularizovanou granulační tkáň složenou z lymfocytů, makrofágů, fibroblastů, synoviocytů, mastocytů. Tato proliferující tkáň přerůstá přes chrupavku a proniká do ostatních kloubních tkání a způsobuje erozi chrupavky, vazů, šlach a kostí. Prozánětlivý cytokin TNF- $\alpha$  vyvolává celkové příznaky zánětu (zvýšenou teplotu, únavu, nechutenství). Následným krokem v patogenezi je syntéza revmatoidních faktorů a dalších protilátek, které jsou přítomny v séru u většiny nemocných (Olejárová, 2008, s. 34).

Revmatoidní artritida patří mezi častá onemocnění, které se vyskytuje po celém světě. Onemocnění postihuje přibližně 1 % populace. Nejvíce je zachyceno v severní Evropě a Americe, nejméně pak v jižní Evropě. Incidence onemocnění je mezi 10 a 50 na 100 000 obyvatel. Až třikrát častěji jsou postiženy ženy než muži. Nejčastěji se začátek onemocnění detekuje ve čtvrté a páté dekádě života. V důsledku vzniku deformit a funkčního poškození kloubu je 25 % pacientů po 6 letech od stanovení diagnózy v invalidním důchodu a až 50 % pacientů není schopno pracovat po 20 letech průběhu nemoci (Pavelka, 2012). „*Epidemiologická sledování však ukazují, že RA je onemocnění se závažným dopadem na pacienta, zkracuje život průměrně o 10 let a prognóza pacientů s RA je srovnatelná s prognózou pacientů s některými druhy lymfomů.*“ (Olejárová, 2008, s. 28).

## 1.2 Klinický obraz revmatoidní artritidy

Klinický průběh je variabilní a je třeba rozlišovat u časné artritidy (v úvodu onemocnění) a v pokročilých fázích RA. Mohou se vyskytovat rychle progredující strukturální změny, ale i spontánní remise či relapsy. Základním patologickým projevem RA je symetrická polyartritida, která postupuje většinou pomalu a může zasáhnout všechny synoviální klouby těla. RA se vyvíjí plíživě během týdnů až měsíců s projevy kloubního otoku, bolesti a ranní ztuhlosti alespoň jednu hodinu po probuzení. Doba ranních obtíží obvykle koreluje s aktivitou a závažností onemocnění (Němec, 2017, s. 112).

Akutní forma je taktéž možná, ale udává se jen u 10 % pacientů. V průběhu času se aktivita onemocnění liší, a tedy i klinické projevy se mohou lišit. Mohou se klouby poškodit tak, až vznikají deformity (např. kladívkové prsty na nohou, deformity prstů tvaru labutí šíje, ulnární deviace MCP kloubů). Před specifickými příznaky pro RA se může

objevit zvýšená teplota, únava, celková slabost, nechutenství a úbytek hmotnosti. První příznaky již manifestující se RA se v počátku projevují na metakarpofalangeálních, proximálních interfalangeálních a radiokarpálních kloubech a s progresí onemocnění dochází k radiální rotaci karpálních kostí a ulnární deviaci prstů rukou. Častou komplikací je syndrom karpálního tunelu. V počátcích RA může poškodit jen jeden nebo několik málo kloubů. Typickým příznakem je ranní ztuhlost po probuzení, kdy nemocný pocítuje ztuhlost v postižených kloubech, která neustupuje někdy i několik hodin do plného rozhýbání (Pavelková, 2009, s. 41).

Nejčastějšími klouby poškozenými RA jsou loketní, ramenní klouby, kyčelní a kolenní klouby, dále drobné klouby rukou a nohou – metatarzofalangeální (Pavelka, 2012, s. 261).

### **1.2.1 Kloubní postižení**

Revmatoidní artritida se projevuje chronickou symetrickou polyartiritidou a jestliže nedochází k časné léčbě, dochází k rozvoji kostních erozí, zúžení kloubních štěrbin a celkové destrukci zasažených kloubů, které je spojeno s omezením fyzických schopností (Němec, 2017, s. 110).

Poškozené klouby bývají zduřené se zánětlivým výpotkem a v důsledku toho teplé, bolestivé a s omezenou pohyblivostí. K zarudnutí kloubu nedochází. Důležitým projevem poškození je bolest spontánní nebo silnější při palpaci či pohybu. Důkazem revmatoidního zánětu je přítomnost řady buněk, jako jsou B lymfocyty, T lymfocyty, makrofágy, synoviální fibroblasty a neutrofilní leukocyty v infiltrátu nebo jsou příčinou aktivace či tvorby specifických cytokinů. Významným patologickým projevem revmatoidní artritidy je růst zánětlivé tkáně uvnitř kloubu. Chrupavka je tak poškozována zánětlivou tkání, až dochází k procesu odbourávání kosti a vzniku destrukcí. Degradují kloubní struktury včetně chrupavky a dochází ke změně fyziologických vlastností buněk kloubu, chrupavky a kosti. Na rentgenovém snímku je možné vidět zúžení chrupavky a specifické erozivní projevy a následným poškozením kloubu. Řada nemocných se potýká se vznikem revmatoidních uzlů kolem kloubů event. ve vnitřních orgánech a u těžšího poškození také s vaskulitidou. Výsledkem onemocnění je poškození měkkých struktur kloubu včetně pouzdra a vazů, vymizení chrupavky a destrukce kosti (Rovenský, 2014, s. 65).

## 1.2.2 Mimokloubní postižení

Revmatoidní artritida poškozuje organismus i extraartikulárně. Mimokloubní postižení u RA je relativně časté a projevuje se spíše u déle probíhajícího a těžšího onemocnění. Statistika udává, že až 40 % nemocných trpí mimokloubním postižením. K extraartikulárním projevům nemoci patří: kožní projevy, oční, plicní a neurologická manifestace, postižení srdce, gastrointestinální a renální postižení, hematologické postižení (Němec, 2017, s. 111).

Kožní projevy onemocnění zahrnují charakteristické revmatické uzly vyskytující se nejčastěji v okolí postižených kloubů. Revmatické uzly mohou i spontánně vymizet, nebo vhodnou léčbou potlačit. Kožní projevy zahrnují také kožní vaskulitidu a oba tyto příznaky se projevují ischemickými ulceracemi v akrálních částech těla. Revmatoidní vaskulitida se považuje za závažný klinický projev onemocnění, může zasáhnout mnoho orgánů. Může způsobovat změny na kůži nejběžněji v oblasti bérců a konečcích prstů, a to ve formě vyrážky, bércových vředů, nekrózy až následné gangrény a také periferního nervového systému. Méně častá je viscerální vaskulitida myokardu, plic, jater, střev, pankreatu, lymfatických uzlin (Pavelka, 2012, s. 264).

Poměrně časté je také plicní postižení, kdy v plicním parenchymu vzniknou revmatické uzly a mohou imitovat primární či sekundární nádor. Jiným plicním postižením může být pleuritida. Kardiální poškození způsobuje perikarditidu, která bývá často asymptomatická a může vyústit až v chronické srdeční selhání. Nespecifická myokarditida a endokarditida mohou být také projevem, avšak nejsou hemodynamicky významné. Kardiální postižení se může manifestovat postižením chlopní, poruchou v převodním srdečním systému, kardiomyopatií. Je rizikem ke vzniku aterosklerózy. Poměrně častou abnormalitou hematologické manifestace bývá anémie, která se vylepší při úspěšné léčbě nebo podání erytropoetinu. Dále to bývá trombocytóza, leukopenie, lymfadenopatie, splenomegalie. Oční poškození se projevuje jako sekundární Sjögrenův syndrom (suchá konjunktivitida), nebo episkleritidou, skleritidou, kataraktem (Němec, 2017, s. 114).

Postižení svalů je taktéž časté v závislosti bolesti kloubů, kdy nemocný je omezen bolestí a to přispívá ke svalové atrofii. Myopatie vzniklá zánětem se vyskytuje zřídka. Tyto extraartikulární projevy se mohou objevit i oční manifestací, a to suchou keratokonjunktivitidou, episkleritidou a skleritidou (Olejárová, 2008, s. 30).



Poškození gastrointestinálního a renálního traktu se vyskytuje zřídka. Důsledkem chronického zánětlivého procesu může vzniknout AA amyloidóza poškozující orgány těchto soustav (Němec, 2017, s. 112).

### **1.3 Diagnostika Revmatoidní artritidy**

Diagnóza revmatoidní artritidy v pokročilém stádiu je snadná, obtížnější však bývá odhalení onemocnění v počátečním stádiu, kdy se převážná část symptomů nevyskytuje. Diagnóza všech revmatických onemocnění musí brát v potaz systémový charakter a nespokojit se pouze s vyšetřením pohybového aparátu nebo postižené části těla. Velmi důležité je dbát na včasné stanovení diagnózy a volbu účinné terapie, jež zabrání nevratnému poškození kloubu, ke kterému může dojít již v prvním roce onemocnění (Da Silva, 2010, s. 39).

#### **1.3.1 Anamnéza**

Získávání anamnézy slouží k více účelům než pouze sběru dat o nemocném. Slouží také k navázání pozitivního vztahu mezi nemocným a lékařem, nebo k motivaci v léčbě a v neposlední řadě k edukaci. V revmatologii hraje jednu z nejdůležitějších rolí rodinná anamnéza, protože revmatoidní artritida bývá geneticky predisponovaná. Ke vzniku onemocnění však musí přispět více faktorů, zejména faktorů vnějšího prostředí, aby došlo k vyústění dané choroby (Němec, 2017, s. 110).

Při získávání anamnézy bývá dominantním příznakem revmatoidní artritidy charakteristická bolest kloubu (klidová bolest převážně na kloubech rukou a nohou). Důkladná analýza tohoto příznaku je pro celkovou anamnézu významná. Je třeba získat všechny informace o povaze bolesti: její charakter a intenzitu, začátek a časový průběh v neposlední řadě úlevovou polohu. Bolest typická pro revmatoidní artritidu je pozvolná, vyvíjející se během několika týdnů až měsíců. Může se vyskytovat nejen při námaze, ale také v klidu. Dalším typickým jevem daného onemocnění jsou noční bolesti, ranní maximum bolesti a otoky. V osobní anamnéze je třeba se zaměřit také na přítomnost celkových a mimokloubních příznaků (Olejárová, 2008, s. 32).

### 1.3.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření se vyšetřuje fyzický stav pacienta. Odebírají se hodnoty o hmotnosti pacienta a jeho tělesné výšce, údaje o stavu kůže a činnosti periferních kloubů. Popisuje se vzhled a tvar kloubu, rozsah hybnosti, bolestivost na pohmat, teplota a otok. V důsledku působení nemoci může dojít ze zdravého kloubu k vzniku deformací a deformit. Deformací se rozumí změna fyziologického tvaru kloubu, kdežto deformita značí poruchu osového uspořádání artikulujících kostí, kdy dotyk kloubních ploch je zachován (Olejárová, 2008, s. 30).

Mezi základní metody fyzikálního vyšetření v revmatologii se řadí inspekce, kterým se hodnotí celková fyzická konstituce a její morfologické změny, například deformace a deformity kloubu, svalové atrofie. Dále přítomnost kloubního otoku, zarudnutí v oblasti kloubu. Další základní fyzikální metodou je palpace, kterou lze hodnotit otok kloubu, palpační bolestivost kloubní štěrbin, zvýšení kožní teploty a drásoty (Němec, 2017, s. 110).

### 1.3.3 Laboratorní vyšetření

Některá laboratorní vyšetření napomáhají k diagnostice RA, ale žádné z nich nelze pokládat za specifické a rozhodující. Pro diagnózu má zásadní význam vyšetření autoprotilátek. Při vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů bývá počet leukocytů u aktivní revmatoidní artritidy zvýšen. Nejjednodušším, ale nespecifickým laboratorním ukazatelem zánětu je sedimentace erytrocytů, kdy hodnota bývá zvýšená již na počátku onemocnění. Zvýšení C-reaktivního proteinu se nachází u nemocných v akutní fázi, které koreluje se zvýšením FW. Přítomnost revmatoidních faktorů se nachází u 60–70 % nemocných a je spojen s vyšší aktivitou onemocnění, rizikem mimokloubních projevů a je nepříznivým prognostickým ukazatelem. Nejběžněji se autoprotilátky stanovují Latex-fixačním testem nebo metodou ELISA. Anticitrulinové protilátky (anti-CCP) jsou vysoce specifické pro revmatoidní artritidu (97 %) a jsou přítomny již v časném stádiu. Značí těžší prognózu onemocnění (Rovenský, 2014, s. 67-69).

### 1.3.4 Vyšetření synoviální tekutiny

Punkce synoviální tekutiny má nezastupitelné místo v diagnostice revmatických onemocnění zánětlivého typu. Je ultrafiltrátem krevní plazmy a buněčné elementy obsahuje do 750/ml při fyziologických podmínkách. Její charakter je vazké tekutiny s čirým až lehce žlutavým nádechem a lubrikační funkcí kloubních ploch při pohybu. V diagnostice se hodnotí vzhled, barva, zákal a viskozita tekutiny. Dále se provádí cytologické vyšetření a diferenciální rozpočet leukocytů, který je u RA vyšší než 2000/ml. Tekutina mívá žlutou až žlutozelenou barvu, je výrazně zmnožena a viskozita je snížena (Olejárová, 2008, s. 36).

### 1.3.5 Zobrazovací metody

Při podezření na RA se provádí zobrazovací metodou konvenční rentgenové snímky. Prokazatelnými změnami jsou zúžení kloubní štěrbin, kostní destrukce, porucha osového uspořádání kloubu, zánik kloubních štěrbin. Počítačová tomografie (CT) se využívá pro vizualizaci kloubní chrupavky, vazů a měkkých tkání. Sonografie je základní diagnostickou metodou u RA. Má schopnost detekovat nitrokloubní výpotek, léze chrupavky a patologické procesy měkkých tkání (synovitidy, tendinitidy, burzitidy, šlachové ruptury, abscesy). Magnetická rezonance se využívá pro časnou detekci erozivních změn periferních kloubů a jejich měkkých tkání, vizualizaci cév a páteřního kanálu (Olejárová, 2008, s. 34).

### 1.3.6 Stádia revmatoidní artritidy

*„U nemocných s časnou RA lze již na základě současných poznatků vyhodnotit a odhadnout budoucí vývoj a prognózu onemocnění. Negativními prognostickými faktory jsou ženské pohlaví, klinický obraz perzistující polyartritidy, mimokloubní a systémové příznaky, vysoké reaktanty akutní fáze, pozitivita faktoru a anti-CCP protilátek a časný vznik erozí na RTG snímku“ (Olejárová, 2008, s. 30).*

## Časná artritida

Časná artritida je období, kdy dochází ke vzniku prvních klinických obtíží (únava, malátnost, bolest, otoky), ale ještě nedochází k projevu prvních kloubních destrukcí prokazatelných zobrazovacími metodami (Němec, 2017, s. 112).

Úvod onemocnění předchází prodromální období, kdy se vyskytují nespecifické příznaky zánětu a nemocný poprvé začne pociťovat bolesti kloubů, únavu, nechutenství a teplotu. V počátku onemocnění během prvních týdnů až měsíců, udává se nejdéle 1 – 2 roky, mívá RA spíše plíživý, pozvolný charakter. Projevuje se ranní maximální ztuhlostí v postižených kloubech, bolestivostí na pohmat i aktivní i pasivní hybností v kloubu. Postihuje nejprve klouby zápěstí, metakarpofalangeální a proximální interfalangeální. Postižené mohou být kromě kloubů rukou také klouby loketní, kolenní, kyčelní aj. Kůže nad kloubem zůstává bledá (Šenolt, 2011, s. 526-530).

V současné době nejsou vyvinuta diagnostická kritéria pro revmatoidní artritidu, ale jsou vyvinuta kritéria klasifikační, které jsou vymyšlené pro klinické léčebné studie. Nemocní jsou rozděleni do homogenních skupin, aby bylo zajištěno největší možné porovnání výsledků. Snaha zachytit časnou fázi revmatoidní artritidy, což je velmi prognosticky a léčebně významné, vedla ke vzniku euroamerické expertní skupiny, která stanovila klasifikační kritéria (kritéria ACR-EULAR 2010) revmatoidní artritidy užívající dodnes. Nově zformulovaná kritéria jsou úspěšná v časně diagnostice až u 80 % nemocných. Počátek projevu onemocnění se může různě lišit: artritida vyvíjející se od drobných kloubů, přes postižení středních a velkých kloubů až po obraz monoartritidy, teprve progredující do možnosti jasněji diagnostikovat RA. Od samého počátku se onemocnění neprojevuje ihned kloubními obtížemi, ale již imunologické abnormality mohou předcházet kloubním projevům o řadu let. Zdá se být zajímavé, že primárním místem imunologické reakce pravděpodobně není synoviální dutina, ale plicní tkáň, ve které dochází u nemocných s pozitivními protilátkami proti citrulinovaným proteinům k počáteční imunoalteraci. Tato hypotéza korespondovala s vlivem kouření na vznik a průběh RA. Díky zobrazovacím metodám lze potvrdit diagnózu (nález typických erozivních změn a snížení kloubní chrupavky). Ultrasonografické vyšetření může potvrdit polyartikulární postižení na místech, kde jsou prokázány známky pouze artralgie nebo monoartritidy. Laboratorně jsou prokázány zvýšené zánětlivé parametry, protilátky proti citrulinovanému proteinu a pozitivní nález revmatoidních faktorů (Šenolt, 2016, s. 20-24).

## Pokročilá revmatoidní artritida

V průběhu rozvoje onemocnění bývá postižení kloubů polyartikulární a dochází k erozi postiženého kloubu, následné deformaci a deformitě a také častému výskytu mimokloubních příznaků onemocnění (revmatoidní uzly). Nejčastěji poškozené deformitou jsou klouby rukou, kde dochází k ulnární deviaci, deformitě knoflíkové dírky a labutí šíje. Deformity mohou vzniknout na všech kloubech lidského těla, a to velkých kloubech (ramena, lokty, kolena, kyčle), drobných kloubech nohou (halluces valgi) a kloubech krční páteře. Může dojít ke vzniku akutní synovitidy, nebo se mohou také vyskytovat významné komorbidity (únava, kardiovaskulární onemocnění, infekce, osteoporóza, malignity) a následkem těchto přidružených onemocnění je snížená délka života až o 10 let (Charlish, 2009, 35-36).

**Tabulka 1** Hodnocení aktivity RA pomocí indexu DAS 28

DAS 28	
Remise onemocnění	< 2,8
Nízká aktivita	< 3,2
Střední aktivita	< 5,1
Vysoká aktivita	≥ 5,1

**Zdroj:** Olejárová, 2008, s. 37

### 1.4 Terapie revmatoidní artritidy

Léčba revmatoidní artritidy musí být komplexní a musí využívat všech dostupných prostředků k navození remise či zpomalení až zastavení morfologické progresse nemoci. Komplexní léčba zahrnuje farmakologické i nefarmakologické postupy a je multioborová, tj. nespadá pouze do rukou revmatologa, ale poskytuje ji také chirurg, ortoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, sestra, psycholog. Základem úspěchu je také edukace nemocného a motivace ke spolupráci při terapii. Je nutné respektovat fyzická omezení, vyplývající z tohoto závažného onemocnění jako je nízká fyzická námaha či časně ranní obtíže (Olejárová, 2008, s. 37).

Léčba revmatoidní artritidy se během dvaceti let dramaticky posunula. Dříve možnost léčby pouhých symptomů se nyní posunula k možnosti modifikovat průběh nemoci od zpomalení až zamezení progresu nemoci. Terapeutickým cílem každého pacienta je dosáhnout alespoň nízké aktivity, nejlépe však remise onemocnění. Významné faktory přispívající pozitivnímu vývoji je jednoznačně časná až velmi časná diagnostika a léčba, přičemž zpoždění několik málo týdnů progresi nemoci zhoršuje (Pavelka, 2016, s. 264).

#### **1.4.1 Fyzioterapeutické postupy**

Fyzioterapie zaujímá v terapii RA zcela zásadní místo. Pro fyzioterapeutické postupy je nutné znát stádium RA. Pohybová léčba zejména rehabilitace je důležitou součástí komplexní léčby. Pravidelné cvičení by mělo být každodenní samozřejmostí všech nemocných v jakékoli fázi onemocnění. Rehabilitace se zaměřuje na obnovení rozsahu hybnosti v zasažených kloubech, zlepšení svalové síly, jemné i celkové motoriky. V závažnějším stádiu onemocnění se indikuje pasivní cvičení a izometrická cvičení k udržení svalové síly. Balneoterapie je doporučována již od prvního stádia a od II. stádia je možné zažádat komplexní lázeňskou léčbu (Haluzíková, 2010, s. 26).

#### **1.4.2 Farmakologická léčba revmatoidní artritidy**

Poškození organismu RA může docházet rychle a nevratně, proto by se měla pravidelně sledovat a hodnotit aktivita choroby a léčba by měla být zahájena časně. Aktivita a závažnost nemoci jsou individuální a reakce na terapii variabilní. Pilířem terapie revmatoidní artritidy je farmakoterapie, která spočívá v potlačení zánětu. Při léčbě se využívají nesteroidní antirevmatika, která mají protizánětlivý, analgetický, antipyretický a dekontrakční účinek. Doba podávání se doporučuje po nezbytně dlouhou dobu v nejnižších dávkách. Při nedostatečném efektu léčby se mění terapie. Dalším využívaným terapeutickým prostředkem jsou glukokortikoidy a konvenční a biologické chorobu modifikující léky revmatoidní artritidy (disease modifying antirheumatic drugs – DMARD). Na českém trhu je dostupná celá řada chorobu modifikujících léků (DMARD) syntetického a biologického původu a jsou považované za základní léky v terapii RA. Mají schopnost potlačit příznaky onemocnění, zpomalit až zastavit progresi nemoci a zamezují zhoršení kvality života z důvodu snížení fyzických a pracovních schopností. Při stanovení

diagnózy revmatoidní artritidy by se měla zahájit léčba pomocí DMARD, konkrétně syntetickým metotrexátem, který je tzv. lékem první linie v léčbě RA a po uplynutí 1-3 měsíců měl by nastat dostatečný léčebný efekt (potlačení aktivity onemocnění a zpomalení rentgenové progresse) v opačném případě je nutná změna preparátu (Němec, 2017, s. 114-116).

Farmakologická léčba pacientů s RA je dlouhodobá a pravidelná a je nutná pravidelná monitorace léčby z důvodu potencionální toxicity DMARD. Pomocí DMARD dochází u pacientů k remisi, avšak po ukončení léčby se choroba znovu objeví u 2/3 nemocných. V akutní fázi choroby se preferují glukokortikoidy do doby účinku DMARD. Při zahájení léčby DMARD preparátem metotrexátem se očekává vymizení příznaků a ústup choroby, ale pokud se tak nestane ani u dalších preparátů, zahajuje se terapie biologickou léčbou, tj. terapie anti-TNF (Fife, 2016, s. 154).

### **Nesteroidní antirevmatika**

Nesteroidní antirevmatika (NSA) mají analgetický a antiflogistický účinek, avšak terapie pomocí NSA je pouze symptomatická, neovlivňuje morfologickou progresi choroby (rozvoj erozí a deformit). Dlouhodobé užívání může vyvolávat NSA gastropatii, renální nežádoucí účinky aj. (Kozák, 2010, s. 87).

### **Chorobu modifikující léky**

Daná skupina léků tzv. bazální léky RA jsou základem farmakoterapie. Jejich efekt účinku je dlouhodobý a působí určitou dobu i po konci užívání. Negativum léků spočívá v relativní toxicitě, kdy pacienti jsou nuceni užívat během života několik chorobou modifikujícími preparáty. Do této skupiny patří antimalarika, metotrexát, sulfasalazin, soli zlata, penicilamin, cyklosporin A, cyklofosfamid, leflunomid (Rovenský, 2014, s. 68).

### **Glukokortikoidy**

Glukokortikoidy jsou součástí komplexní terapie u aktivních forem onemocnění. Při vysoce aktivní formě nebo orgánových komplikacích jsou indikovány vysoké dávky (1000 mg metylprednisolonu i.v., celkem 3× za léčbu, aplikace zpravidla obden) intravenózní pulzní léčbou. Po zlepšení je snaha dávky snižovat nebo zcela vysadit, aby se

zabránilo vzniku insuficience nadledvin. Glukokortikoidy mohou sloužit i jako doplňková terapie aplikovaná přímo do kloubu, kde jeho léčebný efekt přetrvává týdny až měsíce. Tato intraartikulární terapie se využívá u perzistující artritidy jednoho či několika kloubů, nereagující na systémovou terapii. Terapie však vyžaduje klidový režim po dobu minimálně tří dnů (Cush, 2010, s. 203).

### 1.4.3 Biologická léčba

Zásadní posun v terapii revmatoidní artritidy přinesla biologická léčba, která dokáže zmírnit aktivitu zánětu a destruktivní změny kloubních chrupavek a subchondrálních kostí zcela pozastavit (Türková, 2015, s. 51-56).

Biologické choroby modifikující léky (bDMARD) jsou nově využívanými léky k léčbě systémově autoimunitních onemocnění v revmatologii, které svým účinkem dokáží ovlivnit patogenezi revmatických onemocnění (potlačení až zastavení symptomů). Jedná se o léky ze skupiny inhibitorů TNF- $\alpha$  (tumor nekrotizující faktor  $\alpha$ ), které hrají roli v patogenezi revmatoidní artritidy (Němec, 2017, s. 113).

Biologická léčba je v současné době nejúčinnějším konzervativním terapeutickým prostředkem revmatoidní artritidy, avšak je třeba ji indikovat velmi uvážlivě. Indikování k léčbě nejsou všichni pacienti trpící RA, musí podléhat několika požadavkům a jedním z nich je nedostatečná reakce na léčbu alespoň dvěma chorobu modifikující léky, přičemž mezi nimi by měl být metotrexát. Metotrexát a další léčebný preparát musí být podávány po dobu nejméně 6ti měsíců a aktivita choroby musí být vyhodnocena jako stále vysoce aktivní forma (DAS 28 skóre  $\geq 5,1$ ). Nevýhodou léčby jsou výsledky klinických studií, které prokázaly vyšší riziko infekčních komplikací, včetně tuberkulózy a v neposlední řadě je to její vysoká cena. Skupina léků nazývajících se souhrnně TNF- $\alpha$  (tumor necrosis factor) znamenaly v léčbě RA malou revoluci. Biologickým způsobem se snaží cílit na prozánětlivě působící cytokininy, aktivační antigeny apod. V současné době existují v České republice takto působící preparáty: infliximab, adalimumab, etanercept, fúzovaný protein gamaglobulinu a receptoru pro TNF- $\alpha$ . Každý pacient nemusí na anti-TNF terapii reagovat nebo léčba není dostačující (Olejárová, 2008, s. 40).



**Tabulka 2 Biologické léky RA, dostupné v ČR**

Preparát	Dávkování
Infliximab	i.v. infuze 3-5 mg/kg, další za 14 dní, za 6 týdnů a dále každý 8. Týden
Adalimumab	40mg s.c. pravidelně každé 2 týdny
Etanercept	2 × 25mg nebo 1 × 50 mg týdně s.c.
Rituximab	dvě infuze po 1000 mg v intervalu dvou týdnů

**Zdroj:** (Olejárová, 2008, str. 40)

#### 1.4.4 Chirurgická léčba

Pozitivní vliv na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou má rozvoj revmatochirurgie. Ortopedické a chirurgické korekce deformit rukou a nohou, náhrady kloubů, nejsou pro pacienty trpící RA výjimkou. Ortopedičtí chirurgové provádí v současné době preventivní i korekční výkony na různých kloubech. Preventivním výkonem je například synovektomie, kdy se odstraňuje vnitřní synoviální tkáň a korekčním operace deformit rukou a nohou, stabilizační výkony na krční páteři, nebo náhrada velkých kloubů apod. (Olejárová, 2008, s. 38).

#### 1.4.5 Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy

V roce 2016 jsou vydány Evropskou ligu proti revmatismu (EULAR) nová doporučení (celkem 12) pro léčbu revmatoidní artritidy. Je významné zmínit skórovací systém pro hodnocení aktivity RA, a to DAS 28 hodnotící nízkou, střední, vysokou aktivitu a remisi. Tento skórovací systém zahrnuje počet oteklých kloubů, počet palpačně citlivých kloubů, hodnotu reaktantu akutní fáze (CRP nebo FW) a hodnocení aktivity pacientem na vizuální analogové škále. Ustavené jako nejdůležitější doporučení je velmi časná léčba DMARD ihned po diagnostice revmatoidní artritidy. U časně fáze je žádoucím terapeutickým výsledkem dlouhodobá remise, tak u déletrvajících onemocnění nízká aktivita. Dalším doporučením je monitorace a to v akutní fázi každé jeden až tři měsíce. Nejdůležitějším lékem je stále Metotrexát, který lze kombinovat i s biologickými léky.

Léčba by měla být poskytována edukovanému pacientovi o průběhu nemoci, možnostech léčby a nežádoucích účincích (Pavelka, 2012, s. 265).

Pacient by měl být motivován k léčbě své nemoci a měl by docházet na pravidelné kontroly k revmatologovi. Významnou součástí léčby spolupráce s fyzioterapeutem, kdy pravidelné cvičení udržuje adekvátní hybnost kloubů a zamezuje jejich ztuhlosti. Samotná léčba stojí nejen na užívání farmakologických přípravků, ale hlavně na edukaci o změně životosprávy, pohybovém režimu a podpory nemocného k soběstačnosti (Němec, 2017, s. 109).

#### **1.4.6 Prognóza onemocnění**

Prognóza revmatoidní artritidy se nedá předvídat. Onemocnění má nepravidelný průběh a postupem času se nemocný bude muset vypořádat s následky choroby. Nemoc zlepšuje komplexní léčba a dodržování režimových opatření. Nemoc způsobuje částečnou či plnou invaliditu také pracovní neschopnost a někdy nemocní vyžadují péči blízkých osob. Má výrazný medicínský i sociální dopad a na její léčbu jsou nutné vysoké finanční prostředky. Všechny tyto atributy jsou pro společnost nejen finanční zátěží. „*Mezi špatné prognostické ukazatele patří střední a vysoká aktivita po léčbě csDMARD, vysoké reaktanty akutní fáze, vysoký počet oteklých kloubů, přítomnost pozitivního RF a anti CCP, časná přítomnost erozí a selhání dvou a více csDMARD*“ (Pavelka, 2012, s. 265).

V časně fázi mohou být vyhodnoceny prognostické ukazatele destruktivní artritidy obtížně, přesto existují určité parametry poukazující na zvýšené riziko těžšího průběhu choroby. Jedná se zejména o genetické faktory – například přítomnost tzv. sdíleného epitopu nebo některých bodových mutací. Dalšími ukazateli prognostikující destruktivní průběh jsou sérologické nálezy – přítomnost revmatoidních faktorů a protilátky ACPA, destruktivní změny na malých kloubech již při vstupním vyšetření. Kuřáctví a také pravidelné užívání nadprůměrných dávek alkoholu je hrozícím rizikem těžšího průběhu. Všechny výše zmíněné faktory jsou předpovědí k rychle destruuující nemoci, která může mít těžký dopad na kvalitu života pacienta, a to jeho rodinu, společenský život, profesní kariéru. Revmatoidní artritida je nepředvídatelné onemocnění ve smyslu širokého spektra možností průběhu od mírného bez destruktivních změn po rychle destruuující průběh (Šenolt, 2016, s. 23).

Revmatoidní artritida má tendenci progredovat a způsobovat postupnou destrukci kloubních struktur a vznik deformit, pokud nedochází k časnému a adekvátnímu

léčebnému zásahu. Nepříznivým prognostickým ukazatelem je zejména trvale zvýšená hladina CRP, vysoká koncentrace autoprotilátok nebo mnoho bolestivých a oteklých kloubů. Poškození kloubních struktur a extraartikulární projevy nemoci jsou pro pacienta těžkým dopadem na kvalitu života, protože přináší těžké fyzické omezení. Během nemoci se pacienti potýkají s dalšími přidruženými nemocemi, které ztěžují kvalitní a plnohodnotný život. Může je zužovat únava, malátnost, osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění nebo dokonce malignity (Němec, 2017, s. 114).

#### **1.4.7 Ošetřovatelská péče u pacienta s revmatoidní artritidou**

Očekává se, že sestra pečující o pacienta s revmatoidní artritidou by měla mít znalosti z oboru revmatologie a v závislosti na získaných informacích a dovednostech poskytnout pacientovi komplexní ošetřovatelskou péči. Sestra při péči o nemocné zastupuje mnoho rolí: sestra poskytující ošetřovatelskou péči, sestra komunikátorka a edukátorka, manažerka a výzkumnice. Role sestry se prolínají v závislosti na potřebách pacienta. Role poskytovatelky ošetřovatelské péče stojí na zajištění komplexní péče o pacienta, která spočívá v plánu, realizaci a vyhodnocení ošetřovatelské péče. Specifikou v péči o revmatologického pacienta je podání analgetik a léčivých prostředků předepsaných lékařem. Úkolem sestry je vyhodnotit schopnost sebepečce a pomoci při sebeobsluze pacienta se zahrnutím využití kompenzačních pomůcek, jako jsou francouzské hole, berle a pomůcky do domácnosti. Důležité je, aby sestra motivovala a podporovala pacienta v zacházení s pomůckami (Špirudová, 2015, s. 54-58). Někteří revmatologičtí pacienti získali biologickou léčbu, která vyžaduje, aby sestra uměla s biologickými preparáty zacházet, znát správné ředění léků, aplikaci biologických léků i. v. nebo s. c. a znala potenciální rizika léčiv a alergických reakcí (Fusek, 2012, s. 75).

Role komunikátorky je ústřední rolí ve vztahu sestry a pacienta. Na základě zdravotního stavu je potřeba, aby sestra sama vyhodnotila, jakou komunikaci k pacientovi zvolit, přičemž pacient trpící chronickým onemocněním jakou je revmatoidní artritida si žádá empatické, vstřícné zacházení a trpělivost. Komunikace by zpravidla měla probíhat v soukromí s dostatečným časovým prostorem, aby sestra mohla získat potřebné informace o zdravotním stavu. Sestra získává informace o aktuálním zdravotním stavu: pohledem, pohmatem, ústním sdělením. Sestra vyhodnocuje aktuální stupeň bolesti, soběstačnosti pomocí Barthel testu základních denních činností nebo také nutriční screening. Sestra nesmí také zapomínat na komunikaci s rodinou, která se obvykle z velké části podílí na

ošetřování nemocného a podporuje ho nejen ve fyzické, ale i psychické rovině. Sestra edukující revmatologického pacienta má snahu prostřednictvím edukace snížit důsledky onemocnění a pomoci zlepšit kvalitu života ovlivněnou revmatoidní artritidou a chronickou bolestí. Sestra v roli edukátorky pacientovi vysvětluje, demonstruje, učí novým návykům a dovednostem za účelem splnit společně vytyčené cíle. Je nezbytné, aby sestra zachovala vlídný a trpělivý přístup, aby vztah sestry a pacienta nabyl důvěře a napomáhal edukačnímu procesu. Sestra nesmí zapomínat na motivaci a umožnit pacientovi zpětnou vazbu (Špirudová, 201, s. 54-58).

U revmatoidní artritidy se sestra soustředí primárně na chronickou bolest, kdy učí pacienta vyhodnotit bolest pomocí analogové škály, popsat intenzitu bolesti, zmírnit bolest vhodnými preparáty i nefarmakologickými prostředky. V rámci nefarmakologické léčby demonstruje pacientovi, jak vytvořit Prieessnitzův zábal, aplikovat tepelné obklady nebo doporučuje horkou koupel či kryoterapii v závislosti na stádiu onemocnění. Jelikož RA snižuje úroveň fyzického zdraví, sestra by měla upozornit pacienta, aby se vyhýbal náročné fyzické aktivitě, zvedal těžké věci, či měl náročné povolání s nočními směnami. V důsledku snížené imunity by sestra měla doporučit očkování proti chřipce, které je mezi lidmi podceňováno (Olejárová, Korandová, 2011, s. 25). Pacient užívající biologickou léčbu musí být edukován o správné technice aplikace léků s. c. formou v domácím prostředí a také o manipulaci s danými léčivy (Fusek, 2012, s. 76).

Manažerská funkce sestry u revmatologického pacienta spočívá ve vedení ošetřovatelského týmu, organizaci pracoviště a v neposlední řadě v koordinaci ošetřovatelské péče zaměřenou na komplexní a kvalitní péči mající svá specifika. Sestra výzkumnice má kompetence k získávání statistických dat z oboru revmatologie, která mohou přispět ke zlepšení kvality ošetřovatelské péče pro revmatologické pacienty a jejich kvality života (Špirudová, 2015, s. 55).

Výběr správných ošetřovatelských intervencí je nejdůležitější úlohou sestry při péči o pacienta s revmatoidní artritidou. Klíčovým je zaměření pozornosti na podněty, které sestra může ovlivnit. Sestra prostřednictvím ošetřovatelské činnosti může ovlivnit zejména intenzitu bolesti, intenzitu únavy, zachování úrovně pohybového aparátu, míru psychického napětí (pocitů úzkosti až depresivní onemocnění), psychické podpory pacienta a edukaci. Přítomnost bolesti je pro sestru primární pohnutkou k plánu a realizaci ošetřovatelských intervencí. V akutním stádiu bolesti pacient musí být uložen na lůžko v poloze na zádech a podle ordinace lékaře mu jsou podávána analgetika. Důležité je nepodcenit úpravu lůžka, které by mělo být rovné, primárně měkké a pružné. Přikrývka by

měla být lehká a teplá. Při postižení kloubů dolních končetin je nevhodné je podkládat polštářem a tato poloha na zádech se doporučuje měnit s polohou na boku s pokrčenými dolními končetinami. Poloha na břichu se indikuje v případě postižení bederních a ramenních kloubů. Důležitým úkolem sestry je dbát na zachování správné polohy pacienta na lůžku nebo v křesle po převážnou část dne. Například nevhodné sezení v hlubokém křesle působí negativně na kyčelní a kolenní klouby. Po ústupu akutní fáze sestra pomáhá pacientovi s rehabilitací a společně procvičují pohyby v maximálním možném rozsahu. Pravidelné cvičení udržuje správnou polohu kloubů. Další ošetrovatelská intervence zaměřená na redukci únavy a zajištění energetické rovnováhy pomáhá pacientovi zlepšit celkový zdravotní stav. Sestra by měla rozvrhnout denní aktivity pacient tak, aby aktivita a odpočinek byly v rovnováze. Postupně navyšuje nároky na aktivitu pacienta a učí využívat relaxační techniky. Také monitorace stavu výživy a zajištění vyváženého stravování je důležitým úkolem sestry. U pacientů s RA se doporučuje racionální strava a normální tělesná hmotnost. Nadváha a obezita zatěžuje pohybový systém a celkově vede ke zhoršené kvalitě života (Sovářiová Sošová, 2011, s. 287-297).

## 2 KVALITA ŽIVOTA

### 2.1 Pojem kvalita života

Kvalita života je charakterizována v různých vědních disciplínách odlišně, hovoří se o ní v různých souvislostech a věnují se jí celé výzkumné týmy ve světě. V současné době má v ošetrovatelství své nezastupitelné místo, kdy je na legislativní úrovni zaručována jako cíl ošetrovatelské péče. Za účelem sledování a hodnocení kvality života se vyvinuly konceptuální modely ošetrovatelské péče a teorie kvality života. Kvalita života je zkoumaná a měřená vědními obory, jako jsou psychologie, sociologie, medicína a také ošetrovatelství. Nejobecněji lze hovořit o kvalitě života jako o interakci mnoha faktorů, které působí na život člověka pozitivním nebo negativním způsobem, ovlivňující subjektivní a objektivní míru kvality života (Mandincová, 2011, s. 47-48).

Objektivní kvalita života se posuzuje z uspokojivých materiálních podmínek, sociálních podmínek, sociálního statusu a rovněž z fyzického zdraví. Subjektivní kvalita je spojena s osobní spokojeností a týká se emocionality. Objektem hodnocení je individuální život jedince, na který je nahlíženo z komplexního hlediska zahrnující všechny složky života. Tyto oblasti se vzájemně doplňují a člověk hodnotí, jaký dopad mají na jeho osobní spokojenost (Gurková, 2011, s. 19).

#### 2.1.1 Kvalita života v pojetí různých vědních oborů

##### Kvalita života z hlediska psychologického

Z psychologického hlediska se kvalita života hodnotí pocitem osobní spokojenosti a osobní pohody s vlastním životem jako takovým. Psychologie soustřeďuje pozornost na vztah mezi osobnostními charakteristikami a spokojeností. Nejčastěji se vyskytuje termín *subjective well-being*, jenž reprezentuje kognitivní dimenzi – racionální hodnocení vlastního života a dimenzi emocionální. Lze tedy kvalitu života vyjádřit jako pocit životního štěstí, spokojenosti, seberealizace (Gurková, 2011, s. 22).

##### Kvalita života z hlediska sociologického

Ze sociologického hlediska se na kvalitu života nahlíží podle sociálně-ekonomických atributů úspěšnosti (ekonomické podmínky, společenský status apod.). Dále je kvalita života vnímána jako pocit životní úrovně specifických skupin, a to různých

věkových kategorií, mezikulturně, například příslušníků etnických minorit. Sociologické výzkumy se zabývají faktory, které nejvíce ovlivňují kvalitu života v populaci, konkrétně specifických skupin obyvatelstva (Gurková, 2011, s. 24).

#### Kvalita života z hlediska medicínského

Přestože se medicína zmiňuje o termínu kvalita života až v 70. letech 20. století, je ve zdravotnictví tato problematika stále poměrně mladou. I když v posledních deseti letech je často zdůrazňovaná, stále je tento pojem obtížně specifikovatelný pro svou multidimenzionálnost a multifaktoriální podmíněnost. Dříve byla kvalita života hodnocena ve vztahu ke společnosti, jímž předmětem hodnocení byly ekonomické a sociální faktory, které vyjadřovaly objektivní životní podmínky a jejich subjektivní hodnocení skupinou obyvatel. Prokázalo se na základě výzkumů, že prožívaná kvalita života se neshoduje s podmínkami životního prostředí, a proto jsou nástroje na měření kvality života více zaměřovány na vnitřní osobnostní faktory, než na objektivní podmínky (Gurková, 2011, s. 20).

Přetrvává shoda názoru, že je významné u pacientů sledovat kvalitu života jako jeden z důležitých faktorů při plánování medicínských a ošetrovatelských intervencí a je základním měřítkem zdravotního stavu pacienta. Každé konkrétní onemocnění by mělo využívat specifických nástrojů k zachycení efektivnosti ošetrovatelských intervencí. Je přirozené, že ze zdravotnického hlediska se na kvalitu života nahlíží z oblasti psychosomatického a fyzického zdraví a snaží se sjednotit rozdílné přístupy ke kvalitě života v medicíně a ošetrovatelství. V současné době se v medicíně na zdraví nahlíží z holistického – uceleného pohledu, které je definované jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady. Tuto definici použila poprvé Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2015). Tento termín obsahuje psycho-spirituální, tělesnou a sociální dimenzi. Světová zdravotnická organizace zohledňuje jedinečnost každého člověka a posuzuje kvalitu života podle pozice jedince ve světě v kontextu subjektivního vnímání kvality. Dle zdravotnické organizace (WHO) lze pojem kvalitu života vnímat jako osobní postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, tak jako osobní postavení ve vztahu ke svému životnímu stylu, cílům, zájmům a očekávání (Martínáková, 2015, s. 144).

### 2.1.2 Kvalita života vztažená ke zdraví

Kvalita života v medicíně je mezinárodně označovaná jako Health Related Quality of Life (HRQoL), tedy kvalita života související se zdravím. Uvedený termín označuje kvalitu života ovlivněnou zdravím, zahrnující kvalifikované měření subjektivního vnímání zdraví a také fyzické, psychické a sociální oblasti. Definice HRQoL zní: *„Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdraví nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQoL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím (jakými jsou například onemocnění a jeho léčba) ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné (všeobecná HRQoL) nebo u lidí s určitou chorobou (specifická HRQoL) považovány za důležité“* (Gurková, 2011, s. 47).

Koncept HRQoL byl poprvé použit v osmdesátých letech 20. století autory Kaplanem a Bushem. Primárním účelem HRQoL byla ekonomická a klinická analýza poskytované zdravotní péče. Dalším účelem využití bylo porovnat úroveň HRQoL mezi zdravými a nemocnými u konkrétní choroby. Jeho využití záviselo na rozvoji nástrojů k jeho měření (Gurková, 2011, s. 48).

Koncept HRQoL je chápán jako multidimenzionální ve významu fungování jedince ve vztahu k nemoci, nebo reakce jedince na nemoc v jednotlivých oblastech života (fyzické, psychické, sociální), jako percepce spokojenosti a osobní pohody. Dá se říci, že zdraví a nemoc jsou předpoklady kvality života a HRQoL hodnotí jejich dopad na oblasti kvality života. Kvalitu života je možné z medicínského pohledu ovlivnit mnoha složkami: zmírnění tělesné a duševní bolesti, umožnit co nejvyšší míru nezávislosti jedince na jiných osobách, vyrovnání se se zátěžovými situacemi, pěstování zdravých společenských vztahů, zajištění materiálního bezpečí, schopnost prožívat štěstí. Kvalita života podmíněná zdravím je charakterizována subjektivní percepcí vlivu zdraví, tedy tím, že zdraví je nejvýznamnějším faktorem mající vliv na HRQoL (Gurková, 2011, s. 49).

### 2.1.3 Význam hodnocení kvality života pro ošetřovatelství

V ošetřovatelství se HRQoL začlenila do mnoha oborů a konkrétně v oboru revmatologie má také své využití. Pomocí HRQoL lékaři a nelékařský zdravotnický personál získávají informace ze subjektivního prožívání pacientů a jejich zvládnání nemoci, které se víceméně běžně v klinické praxi nezískávají (Hudáková et al., 2013, s. 96).



Kvalita života se dostává do centra pozornosti za účelem sestavení postupů a opatření u stejných typů obtíží a snahou je standardizovat postupy a opatření při tvorbě individuálního terapeutického plánu. Měřená kvalita je indikátorem efektivní léčby, nebo dopadem vedlejších účinků léků. Může také sloužit k podkladu preventivních programů a plánování zdravotní a sociální péče (Dvořáčková, 2012, s. 41).

Kvalita života se neodvívá pouze od úspěšné či neúspěšné terapie, ale hodnotí se přítomnost bolesti, převažujícího typu prožívaných emocí, zvládnutí fyzické zátěže, schopnost sebeobsluhy aj. Subjektivní kvalita života je vnímána jako rozpor mezi realitou a očekáváním jedince. Pod uvedeným pojmem si lze představit osobní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí a její léčbou. Cílem terapie a celkově zdravotní péče je plnohodnotný život pacienta, který vede k dobrému životnímu pocitu. Ošetřovatelství se zaměřuje na pocit spokojenosti v souvislosti se zdravotním stavem a diagnosticko-léčebnými specifiky (Hudáková et al., 2013, s. 97).

Ošetřovatelství se zaměřuje na kvalitu života a přistupuje k němu jako ke komplexnímu uspokojování potřeb člověka, navrácení zdraví, zmírnění fyzických i psychických obtíží v průběhu umírání. Z ošetřovatelského pohledu definice HRQoL zní: „*Subjektivní pocit pohody pramenící ze spokojenosti nebo nespokojenosti v rámci životních oblastí důležitých pro danou osobu*“ (Gurková, 2011, s. 49). Kvalita života v ošetřovatelství je spojována s osobní spokojeností/nespokojeností se životem, tedy představuje dlouhodobější stav založený na psychické rovnováze. Nejblíže je tato definice k psychologickému hledisku kvality života, kdy se pojí s konceptem SWB (well-being). Uvedené koncepty posouvají kvalitu života výše, než je objektivní úroveň a subjektivní percepce zdravotního stavu (Gurková, 2011, s. 50).

Teorií současného ošetřovatelství je holistická filozofie, díky které se ošetřovatelství stalo samostatným vědním oborem. Holismus pohlíží na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost, a tedy se snaží sjednotit uvedené stránky života v jeden funkční celek. Holismus vychází z řeckého slova „holos“, který poprvé použil J. Ch. Smuts v knize *Holism and Evolution* v roce 1926. Jedinec není projevem jednotlivých částí, ale je souhrnem všech částí dohromady, které spolu interagují v rovině tělesné, duševní a vztahové. Tento ucelený pohled na jedince umožnil komplexnější pojetí zdraví a nemoci a změnil biomedicínský pohled na člověka, který nahlížel na nemoc jako odchylku v některé jednotlivé části. Na zdraví člověka je nahlíženo jako na dynamický proces, jehož cílem je dosáhnout co nejvyšší kvality života. Holismus se stal platformou pro mnoho

ošetřovatelských modelů a teorií, které ovlivnilo ošetřovatelskou praxi, vzdělávání sester a umožnilo ošetřovatelský výzkum (Plevová, 2011, s. 124).

Na kanadské univerzitě v Torontu vznikl model kvality života v holistickém pojetí, které vytvořilo Centrum pro podporu zdraví. Tento model neupřednostňuje fyzický stav, psychický ani sociální jako více důležitý, ba naopak je staví na stejnou úroveň a je tedy v souladu s holistickou teorií. Model je opřen o tři složky, které jsou následně děleny na tři podsložky. Třemi hlavními složkami jsou bytí, náležitosti a realizace a jejich subdomény jsou fyzické, duševní a spirituální bytí; fyzická, sociální a skupinová náležitost; praktická, volnočasová a růstová realizace (Šamánková et al., 2011, s. 265).

Kvalita života nestojí na možnosti uspokojování individuálních potřeb, ale je jednou ze složek kvality života, tvořící její významnou součást. Na základě toho je možné dojít k závěru, že kvalita života je propojena s ošetřovatelstvím. Současné ošetřovatelství si klade uspokojování potřeb pacienta za hlavní cíl, jehož prostřednictvím se snaží zvyšovat kvalitu pacientova života (Mastiliaková, 2014, s. 130).

Determinanty lidských potřeb, ovlivňující kvalitu života, jsou pohlaví jedince, jeho adaptační schopnost, zdravotní stav, životní styl, vliv prostředí aj. Je třeba v této souvislosti zmínit Maslowovu hierarchii potřeb, kterou zformulovali kliničtí psychologové a představitelé humanistické psychologie Abraham Harold Maslow a Carl Rogers. Jednotlivé etáže pyramidy znázorňují oblasti života od nejnižších fyziologických potřeb až k seberealizaci a jsou hierarchicky seřazeny. Vysoká míra uspokojení potřeb posouvá osobnost k vyšší úrovni prožívané pohody a štěstí a může tak více přispívat k rozvoji společnosti (Kelnarová, 2009, s. 77).

Psychologie popisuje potřeby jako stav prožívaného nedostatku nebo nadbytku. Zajišťování a uspokojování lidských potřeb je na poli ošetřovatelství považováno za jeho hlavní úkol a je platformou pro ošetřovatelský proces. Realizace ošetřovatelského procesu zvyšuje kvalitu života nemocného, který ztrácí schopnost uspokojovat své potřeby samostatně (Mastiliaková, 2014, s. 128).

Při porovnání modelu kvality života lze nalézt podobnost některých koncepčních modelů uplatňujících se v ošetřovatelství. Velmi shodný s modelem kvality života je model Teorie základního ošetřovatelství od autorky Virginie Henderson nebo model od Marjory Gordon, Model funkčních vzorců zdraví. Odborníci se zaměřují na totožné oblasti lidského života, které umožňují lépe posoudit celkový stav pacienta a realizovat ošetřovatelskou péči (Olišarová et al., 2013, s. 74).

#### 2.1.4 Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví

K efektivnímu hodnocení zdravotního stavu se využívají standardizované dotazníky, jejichž hodnocení spočívá v skórování odpovědí a jsou efektivním nástrojem k posuzování kvality života podmíněného zdravím. Vnímání zdravotního stavu je nezávislé na reálném klinickém stavu a při jeho posuzování je třeba brát v úvahu rozdíl mezi skutečným zdravím a subjektivním vnímáním spokojenosti a pohody. Tento rozdíl je velmi významný v určování kvality života pacientů (Kaas, 2017, s. 20).

Kvalita života je měřitelná třemi možnými způsoby. U první metody je hodnotitelem sama daná osoba, u druhé metody je hodnotitelem jiná osoba. Třetí možností je kombinace obou metod. V této práci je využívána metoda, kdy hodnotitelem je sama daná osoba. Mezinárodní výzkumný ústav MAPI Research Institute pro měření kvality života provozuje internetovou databázi PROQOLID, která obsahuje informace o instrumentech kvality života. V databázi lze vyhledat tisíce instrumentů podle konkrétního účelu měření, cílové populace, distribuce a také podle plného názvu a jeho autora (Dragomirecká, 2006, s. 31).

Ke zjišťování kvality života podmíněného zdravím slouží dva typy dotazníků. Prvním typem je typ Generický (Generic), který vyhodnocuje a porovnává kvalitu života podmíněnou zdravím mezi populačními skupinami. Druhým typem dotazníků je Specifický typ (Specific), jež se využívá při hodnocení specifické nemoci, srovnávající kvalitu života v časovém průběhu. Snaží se o nejpřesnější detekci determinantů kvality života. Doporučuje se specifický typ dotazníku využívat pro týkající se onemocnění. Při měření kvality života pacientů je nejdůležitější stanovit účel měření, zvolit vhodný nástroj a znát kritéria nástroje, ze kterých je nutné vycházet. Volba mezi širokými možnostmi nástrojů závisí na obsahu a vlastnostech nástroje, cílové skupině a v neposlední řadě na autorských právech a získání souhlasu k použití. Již zmíněný a využívaný v této práci dotazník SF – 36 spadá pod generický typ dotazníku. Uvedený dotazník je zdokonaleným generickým nástrojem, který zdůrazňuje kromě fyzické i psychickou a sociální dimenzi zdraví (Gurková, 2011, s. 112).

Hodnocení kvality života u revmatoidní artritidy je ukazatelem účinnosti terapie. Měření kvality života pacientů s RA je v revmatologii důležitým aspektem ve výzkumu i každodenní klinické praxi. Mnoho studií použilo k monitoraci kvality života obecné i specifické měřicí nástroje. Mezi obecné nástroje se řadí dotazník SF 36, hodnotící kvalitu života v osmi doménách (Olejárová, 2011, s. 187).

Dotazníky k hodnocení kvality života pacientů s revmatoidní artritidou zahrnují domény vzájemně si podobné, nebo se domény téměř opakující. V každém dotazníku je kladen důraz na psychickou oblast zahrnující emoce, náladu a celkové prožívání nemoci pacientem. V rovině fyzické se opakuje soběstačnost, pohyblivost, bolest, únava. Hodnocení oblastí kvality života je velmi podobné s hodnocením oblastí zdraví v ošetrovatelství. Je značné, že v obou případech se při hodnocení posuzují komplexní faktory mající vliv na zdraví a kvalitu života, což je v souladu s holistickou filozofií. Dotazníky jsou konstruovány komplexně, aby bylo možné získat co nejvíce informací o individuálním pacientovi, avšak časově nenáročné. Dotazníky slouží k rychlému a efektivnímu získání dat o nemocném (Kaas, 2017, s. 26).

Revmatoidní artritidu a její dopad na kvalitu života lze monitorovat nástroji sestavené odborníky přímo na konkrétní oblasti nemocných. Jedním z hodnotících nástrojů je dotazník AIMS2-SF (Arthritis Impact Measurement Scale), složený ze 12 škál skórovanými od 0-10. Byl přeložen do několika světových jazyků (Russel, 2008, s. 831).

Dotazník QoL-RA (Quality of Life – Rheumatoid Arthritis) je zformulován do osmi domén a každé doméně dotazovaný přiřazen počet bodů od 1 do 10, přičemž vyšší počet bodů značí vyšší kvalitu života v dané doméně. Jednotlivé domény jsou fyzická schopnost, nálada, míra napětí, zdraví, podpora ze strany rodiny, míra spolupráce s rodinou a přáteli, vnímání artritidy, bolest spojená s artritidou (Lisón et al., 2008, s. 178).

Jiným dotazníkem je jednoduchý dotazník RAQoL (Rheumatoid Arthritis Quality of Life) vzniklý za účelem komplexního získání dat. Nástroj je složen z 30 položek, detekující kvalitu života v osobních vztazích, společenském životě, běžných činnostech a rovněž detekující náladu, záliby aj. Jednoduchost spočívá v zaškrtnutí ANO či NE a následně se za každé zaškrtnuté ANO připočte jeden bod. Ze získaného počtu bodů vyplývá kvalita života, přičemž nižší skóre poukazuje na lepší kvalitu života (Russel, 2008 s. 831-46).

Dalším využitelným dotazníkem u revmatoidní artritidy je dotazník RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease), který je složen ze sedmi domén a pacient přiřazuje počet bodů od 0 do 10 podle aktuálního stavu v dané doméně (Dougados, 2012).

Plný název specifického dotazníku CSHQ-RA je Cedars-Sinai Health-Related Quality of Life for Rheumatoid Arthritis. Tento 33 položkový dotazník slouží k zmapování kvality života pacienta s RA v průběhu čtyř týdnů. Položky jsou rozčleněny do pěti oblastí a dotazovaný přiděluje body od 0 do 100 podle míry ovlivněné onemocněním (Jiyeon et al., 2014, s. 283).

### 2.1.5 Generické dotazníky

V současné době literatura nabízí mnoho druhů generických dotazníků na kvalitu života, proto jsou v této práci uvedeny ty nejčastěji využívané.

Dotazník Short Form – 36 (SF-36) patří mezi generický typ dotazníku a využívá se ke studiím obecné i specifické populace. Tento dotazník hodnotí kvalitu života podmíněnou zdravím (HRQoL) v uvedených dimenzích a také jako celku. Dotazník formuluje osm dimenzí zdravotního stavu a obsahuje třicet šest otázek a jednu individuální otázku. Každá jednotlivá dimenze obsahující dvě až deset otázek, má svůj skórovací systém, kdy respondent může získat body od 0-100. Čím nižší počet získaných bodů, tím horší zdravotní stav v dané oblasti. Tento dotazník je stručný, avšak komplexní. Zajišťuje validitu, spolehlivost a citlivost. Dotazník mohou vyplňovat osoby starší 14 ti let a doba administrace je do deseti minut. Dotazník Short Form – 12 byl zhotoven v roce 1996 Johnem Warem jako zkrácená verze dotazníku SF-36 a slouží k rozsáhlému výzkumu. Doba administrace je cca 5 minut. Dotazník lze vyplnit vlastním pacientem nebo na základě rozhovoru či elektronickou formou e-mailem. Dotazník Short Form – 6D je kratší variantou také dotazníku SF-36 a skládá se z šesti dimenzí. Byl vytvořen v roce 2002 Johnem Brazierem (Gurková, 2011, s. 97-102).

Dalším obecným nástrojem je dotazník EQ-5D, hodnotící zdravotní stav vnímaný subjektivně a objektivně. Výsledkem je EQ-5D hodnotící objektivní zdravotní stav na základě 5 dimenzí. Subjektivní zdravotní stav se značí indexem EQ-5D VAS, zahrnující vizuální analogovou škálu, mající výstupní hodnotu od 0-100 (EQ-5D, 2015).

Dotazník Sickness Impact Profile (SIP) se využívá pro hodnocení kvality života u jakéhokoliv onemocnění, nezohledňuje ani demografické a kulturní aspekty. Dotazník se skládá ze 136 otázek prezentující denní aktivity (sebeobsluhu, spánek, pohyblivost, emocionální život, komunikaci). Položky vyplňuje sám pacient nebo vyškolená osoba. Délka administrace je 30 minut (Vaňásková, 2013, s. 133-135).

Dotazník Euro Quality of Life (EuroQoL) se využívá u celé řady různých onemocnění. Je velmi rozšířeným dotazníkem a také často využívaný pro doplnění k dotazníku SF-36. Výhodou je krátká a jednoduchá administrace. Obsahuje pouze 5 položek zaměřených na pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest a úzkost (EL Miedany, 2016, s. 101).

Světová zdravotnická organizace vytvořila dotazník World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL-100) směřovaný na kvalitu života. Uvedený

dotazník zjišťuje, jak pacient vnímá kvalitu života, zdraví a ostatních aspektů tvořící kvalitu života. Existuje i zkrácená verze dotazníku, který se nazývá WHOQoL-BREF. Oba zmíněné dotazníky se mohou uplatnit regionálně i mezinárodně a slouží k hodnocení kvality života skupin nebo populací. Dotazník WHOQoL obsahuje 100 otázek a jeho zkrácená verze pouze 24 otázek sdružených do 4 domén a následných dvou samostatných otázek posuzujících celkový zdravotní stav a celkovou kvalitu života. Délka administrace plné verze dotazníku se odhaduje na 30 minut a krátká verze maximálně 10 minut (EL Miedany, 2016, s. 54).

### **2.1.6 Kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou**

Revmatoidní artritida je chronické nevyléčitelné onemocnění, jehož vzniku předchází mnoho faktorů, a to vnějších i vnitřních. Vnějšími faktory jsou například infekce, vakcinace. Vnitřními faktory jsou emocionální stres nebo trauma. Tato kapitola se pokusí nastínit, jaký dopad má nemoc na člověka z pohledu holistické filozofie, a tedy jak se projevuje v oblasti bio-psycho-sociální. Pacienti se potýkají s únavou, zvýšenou teplotou, malátností, chronickou bolestí postižených kloubů (Haluzíková, 2010, s. 30).

Všechny zmíněné projevy nemoci způsobují fyzické a hlavně také psychické vypětí. Povaha tohoto chronického onemocnění není života ohrožující, ale velmi ztrpčuje život v oblasti fyzické, psychické i sociální. Pacient se musí s onemocněním vyrovnat, jinak stres vyvolaný onemocněním by nabýval na síle a měl by neblahé účinky na život pacienta. Psychika člověka se mění působením trvalé bolesti, kdy se objevují skličující a smutné nálady. Negativní emocionální zážitky způsobují, že pacient neustále myslí na svou nemoc a toto všechno má negativní dopad na sociální vztahy. Pacient se stává působením chronické nemoci pesimistickým, někdo nechce dodržovat režimová opatření, mění se partnerské a přátelské vztahy. Postupem času se mohou vyskytovat deprese. Pacient není schopen vykonávat běžné denní činnosti, ztrácí zaměstnání a je závislý na své rodině. Pacientovi se mění také pohled sám na sebe, kdy před nemocí se vnímal jako jiný, lepší člověk a jeho sebehodnota má tendenci klesat. Snižuje se sebedůvěra a sebeúcta a může dojít k anxiózním stavům. Nemocný by měl vyhledat pomoc psychologa a negativní pocity brzy řešit. Pacient potřebuje získat návod, jak zvládnout stresové situace, jak využít funkčních schopností a podpořit tak své sebevědomí. Doporučuje se nemyslet na nemoc, ale najít pozitivní věci, které situace přináší. Například je to více času

pro rodinu a blízké přátele. Prostor pro nové zájmy, které by pacienta jinak nenapadlo vyzkoušet (Kaas, 2014, s. 18).

Velmi důležitou úlohou v terapii RA má ergoterapie, která také zajišťuje informace o organizovaných spolcích, kde pacienti mohou získávat aktuální informace o chorobě, o možnosti sociální a finanční podpory, podpory mezi samotnými nemocnými, spolupráci s odborníky a toto všechno přispívá ke zlepšení kvality života (Haluzíková, 2010, s. 39).

Nedílnou součástí léčby u pacientů s RA je ergoterapie, která pomáhá pacientům v sebedpěči, použití kompenzačních a protetických pomůcek a celkové soběstačnosti. U pokročilého stádia onemocnění by ergoterapie s rehabilitací měly probíhat soustavně. Ergoterapeut vyšetří nemocného a stanoví míru závislosti na pomůckách nebo druhé osobě. Ergoterapeut pomůže pacientovi v nácviku sebeobsluhy. Například nacvičí základní úchop ruky, koordinaci drobných svalů ruky spolu s použitím speciálních pomůcek (navlékače ponožek, otvírače lahví, konzerv). Jestliže není možné obnovit funkci kloubu, ergoterapeut s pacientem nacvičí kompenzační mechanismy, kterými lze poškozenou funkci vyrovnat. Vyhodnotit míru soběstačnosti spadá také pod režii zdravotní sestry, což je potřebné k navržení plánu ošetrovatelské péče. Pomocí určených dotazníků k měření, rozhovoru a pozorování vyšetří schopnost oblékání, stravování, hygienu aj. Kvalita života nemocného je nepříznivě ovlivněná v mnoha oblastech, jak v rodinné oblasti, mezilidských kontaktech, tak v zaměstnání. Nemocným jsou k dispozici různé druhy kompenzačních pomůcek, které umožňují zachovávat důstojnost života a zvyšovat jeho kvalitu. Zejména to jsou ortopedické pomůcky: francouzské hole, dlahy. Na základě výzkumného šetření z roku 2011 o možnostech kompenzačních pomůcek u pacientů s RA bylo zjištěno, že oblast hygienické péče v domácím prostředí činí pacientům největší problémy a je třeba v této oblasti využívat mnoho různých druhů kompenzačních pomůcek. Již při vstupu do koupelny hrozí pacientům riziko pádu a uvítali by protiskluzové podložky a madla v koupelně převážná část dotazovaných. Nemocní jsou značně omezení v osobní hygieně, která činí problémy v čištění zubů, mytí zad, stříhání nehtů, holení nohou aj. Byly proto navrženy pomůcky speciálně pro osobní hygienu, a to kartáčky se s různou délkou a tloušťkou, kleštičky na nehty se speciální podložkou, meziprstní prodloužené žínky (Türková, 2015, s. 51-56).

Rehabilitace se snaží zajistit spolu s podpůrnými prostředky kvalitnější život pacientům s RA. Navrhne pacientovi domácí cvičení, které by měl pravidelně zařazovat do svého denního režimu. Rehabilitace zlepšuje aktivní a pasivní pohyblivost. Podpůrná opatření jsou aplikována v případě zhoršení zdravotního stavu. Doporučuje se, aby

nemocný pobýval na lůžku 2-4 hodiny v průběhu dne. V noci je doporučováno prohřívát postel elektrickou poduškou a nosit bavlněné rukavice, aby se klouby zahřály a předešlo ranní ztuhlosti. Při ranní ztuhlosti se nabízí teplá koupel, popřípadě i masáž, avšak kontraindikací je akutní zánět. V případě chronického zánětu si pacient může udělat parafinový zábal nebo účinný obklad z čerstvě nastrouhaného křenu a hořčičného semínka. Mezi podpůrná opatření spadá i důležitá edukace pacienta a jeho rodiny, kdy hlavní myšlenkou je nepřetěžovat pohybový aparát a vyhnout se zátěži při běžných aktivitách. Pacientům s RA je doporučovaná fyzická aktivita, která je jednou z nejdůležitějších preventivních opatření před kardiovaskulárními chorobami a je dokázáno, že pravidelná fyzická aktivita dokáže zlepšit parametry aktivity a závažnosti poškození. Jako další bonus se zvyšuje podíl svalové hmoty a snižuje se tuková tkáň, která zatěžuje pohybový aparát (Závada, 2011, s. 136).

Pacienti s RA by měli dbát na dobrý fyzický stav a upravit svůj běžný denní režim. Je třeba posoudit aktivitu a stádium onemocnění ve vztahu se zaměstnáním. Doporučuje se, aby měli sedavé zaměstnání a vykonávali lehčí fyzickou aktivitu. Měli by se vyvarovat časně pracovní činnosti, nočním směnám, nebo chladného a vlhkého prostředí. Pacienti by měli sledovat svůj zdravotní stav a omezit pobyt v infekčním prostředí. Pokud aktivní forma RA vyžaduje klid na lůžku, není výjimkou hospitalizace v nemocnici. Dle výzkumu Kvalita spánku související s bolestí, depresí a aktivitou onemocnění v RA, bylo zjištěno, že pacienti mají nízkou kvalitou spánku a pouhých 20 % respondentů uvedlo, že mají kvalitní spánek. Pacienti s RA trpí různými symptomy obtíží, od únavy a bolesti kloubů po jejich funkční poškození, avšak bolest není jediným problémem, který způsobuje poruchy spánku. Odborníci zjistili, že poruchy spánku souvisejí s užíváním léků, a to konkrétně Prednisonem (Goes et al., 2017, s. 294-298).

Jako chronická bolest je označována bolest trvající 3-6 měsíců, ale může přetrvávat i delší dobu. Chronická bolest pozbyla významu jako pozitivní varování před poškozením organismu a stala se sama onemocněním. Přetrvávající bolest nepřináší jen fyzické utrpení, ale hlavně také psychické a sociální. Omezuje denní aktivitu a zhoršuje kvalitu života nemocného (Vaňásek et al., 2014, s. 79).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 3.1 Formulace problému

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a věnují se jí celé výzkumné týmy ve světě. V současné době má v ošetrovatelství své nezastupitelné místo, kdy je na legislativní úrovni zaručována jako cíl ošetrovatelské péče. Za účelem sledování a hodnocení kvality života se vyvinuly konceptuální modely ošetrovatelské péče a teorie kvality života. Hlavní problémy, které zvyšují zájem o toto téma, je zejména dopad revmatoidní artritidy na celkovou kvalitu života. Následkem toho revmatoidní artritida způsobuje částečnou či plnou invaliditu a také jednotlivé průzkumy a statistiky ukazují, že 25 % pacientů po 6 letech od stanovení diagnózy je v invalidním důchodu a až 50 % pacientů není schopno pracovat po 20 letech průběhu nemoci (Olejárová, 2008, s. 28). Z tohoto důvodu práce byla zaměřena na problematiku vlivu revmatoidní artritidy na zdravotní stav a kvalitu života pacientů s RA. Identifikovat hlavní problém lze pomocí otázky: Snižuje revmatoidní artritida pacientům kvalitu života?

### 3.2 Cíl diplomové práce

Hlavním cílem práce je monitorovat kvalitu života pacientů s RA a porovnat se vzorkem zdravé populace a také nastínit dopad daného onemocnění na jednotlivé oblasti života. Pro tento cíl byly stanoveny dvě hypotézy. Dalším cílem bylo porovnat kvalitu života mezi pacienty s RA v závislosti na pohlaví. Pro tento cíl byla stanovena třetí hypotéza, která se zabývala posouzením kvality života u mužů a žen trpících revmatoidní artritidou. Naším předpokladem bylo, že ženy vykazují horší kvalitu života v porovnání s muži. U žen se vyskytuje větší vazba na rodinné a jiné emoční podněty, díky kterým se jejich emoční zdraví může zhoršovat.

### 3.3 Hypotézy

**Hypotéza 10:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou je shodná v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 11:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou se snižuje v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 20:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou je shodná v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 21:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou se snižuje v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 30:** Sledované pacientky nedosahují ve srovnání s pacienty shodné/vyšší úrovně kvality života v jednotlivých dimenzích.

**Hypotéza 31:** Sledované pacientky dosahují ve srovnání s pacienty shodné/vyšší úrovně kvality života v jednotlivých dimenzích.

### 3.4 Metodologie

K analýze tématu v předkládané práci byly využity relevantní odborné zdroje z České republiky a dostupné zdroje ze zahraničí v tištěné i elektronické podobě. Literární zdroje byly čerpány z odborných publikací, časopisů a internetových zdrojů. Výzkumná část byla realizována za pomoci standardizovaného dotazníku Short Form 36, který se využívá k hodnocení kvality života podmíněné zdravím. U dosažených výsledků byla provedena statistická analýza dat za pomoci neparametrického dvouvýběrového testu, Mann-Whitney U test, které umožnilo ověření stanovených hypotéz.

K hodnocení HRQoL (Health Related Quality of Life) byl v této práci použit standardizovaný dotazník SF 36 vytvořený kolektivem Ware et al. v roce 1992 a který se velice osvědčil zejména u chronických nemocí jak v České republice, tak v zahraničí.

Zvolený dotazník je tvořen čtyřmi částmi. První část dotazníku je složena z úvodní části, která seznamuje dotazované s účelem dotazníkového šetření a obsahuje instrukce k vyplnění. Je nutné zmínit, že dotazník byl vyplňován anonymně a získaná data sloužila pouze pro účel diplomové práce. Druhá část je tvořena vlastní otevřenou otázkou, která potvrzuje, že respondenti si nejsou vědomi žádné své choroby, která by měla negativní vliv na jejich kvalitu života. Lze tedy předpokládat, že respondenti jsou zdravé osoby. Třetí

část dotazníku obsahuje sociodemografické údaje (pohlaví, věk) ve formě otevřených otázek, které respondenti sami vyplňují. Čtvrtá část dotazníku obsahuje již samotný dotazník SF-36, který je tvořen 36 položkami. Položky dotazníku jsou rozděleny do osmi dimenzí:

- *Fyzické fungování* (10 položek)

Poukazuje na míru fyzické aktivity jako je chůze po rovině, chůze po schodech, vstávání, oblékání atd. Vysoké skóre značí, že fyzická aktivita není limitována zdravím. Nízké skóre značí, že všechny druhy fyzické aktivity včetně koupání nebo oblékání jsou omezeny.

- *Omezení z důvodu fyzického zdraví* (4 položky)

Určuje, v jakém rozsahu míra fyzického zdraví narušuje schopnost pracovat a dělat jiné denní aktivity. Vysoké skóre nepřináší omezení ve výkonu práce a jiných denních aktivit. Nízké skóre představuje neschopnost vykonávat práci a jiné denní aktivity.

- *Bolest* (2 položky)

Odhaluje míru bolesti a její dopad na běžné denní činnosti. Vysoké skóre nepřináší žádné limity ve vykonávání denních aktivity z důvodu bolesti. Nízké skóre poukazuje na prudkou a extrémně limitující bolest, která značně narušuje práci a běžné denní aktivity.

- *Obecné zdraví* (5 položek)

Vykresluje subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Obsahuje také hodnocení osobní odolnosti proti nemocem. Vysoké skóre značí, že dotazovaný ohodnocuje vnímání vlastního zdraví jako výborné. Nízké skóre znamená, že dotazovaný hodnotí své zdraví jako chatrné.

- *Energie/únava* (5 položky)

Popisuje, v jaké míře jedinec cítí životní energii. Vysoké skóre definuje dotazovaného jako jedince s dostatkem energie pro běžné denní činnosti. Nízké skóre definuje dotazovaného jako jedince s nedostatkem životní energie pro vykonávání běžných denních aktivit.

- *Sociální fungování* (2 položky)

Určuje, v jaké míře zdravotní stav a emoční problémy narušují normální společenské aktivity jedince. Vysoké skóre vylučuje, že zdravotní stav by zasahoval do sociální interakce. Nízké skóre vykazuje, že sociální interakce je narušena kvůli zdraví.

- *Omezení z důvodu emocionálních problémů* (3 položky)

Určuje rozsah, v jakém emoční problémy narušují práci a běžné denní aktivity. Vysoké skóre nepřináší omezení ve výkonu práce a jiných denních aktivit. Nízké skóre představuje neschopnost vykonávat práci a jiné denní aktivit důsledkem emočních problémů.

- *Emocionální pohoda* (5 položek)

Charakterizuje všeobecné duševní zdraví včetně úzkosti, depresivního ladění až depresivního onemocnění. Vysoké skóre značí, že u dotazovaného převažují pocity klidu a harmonie v průběhu období 4 týdnů. Nízké skóre značí, že převažují skličující pocity až depresivní onemocnění v průběhu období 4 týdnů (Ware, 1993, s. 9:2).

Tyto jednotlivé položky v dotazníku obsahují několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice od 0-100 (viz příloha 2). Položky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQOL, tedy vyšší kvalitu života týkající se zdraví. Na jednotlivé položky jsou navržené odpovědi typu: Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? (Usilovné činnosti jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů). Jestliže ano, do jaké míry? (Ano, omezuje hodně. Ano, omezuje trochu. Ne, vůbec neomezuje). Zaznamenané odpovědi získaly TS skóre (Transformed Scales Score) od 0-100. Jednotlivé položky byly přiděleny do jedné z osmi dimenzí a pro každého respondenta vznikl aritmetický průměr skórovaných otázek příslušející dimenze. Tyto dimenze nabývají hodnot od 0 do 100. Nižší hodnoty dané dimenze znamenají snížení kvality života, vyšší hodnoty znamenají obecně lepší kvalitu života.

Všechny dimenze jsou ještě sdruženy do dvou hlavních kategorií, a to **celkového fyzického a celkového psychického zdraví**. Obě hlavní kategorie se počítají jako prostý aritmetický průměr daných dimenzí. Celkové fyzické zdraví (PCS) zahrnuje dimenze

ovlivňující fyzické zdraví (fyzické fungování, omezení z důvodu fyzického zdraví, bolest, obecné zdraví a energie/ únava). Celkové psychické zdraví (MCS) agreguje dimenze ovlivňující psychické zdraví (obecné zdraví, energie/ únava, sociální fungování, omezení z důvodu emocionálních problémů, emocionální pohoda).

### 3.5 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření bylo realizováno na vzorku pacientů trpících revmatoidní artritidou a na stejně velkém vzorku běžné populace. Všechny dotazníky byly vyplňovány anonymně. Skupina respondentů s onemocněním RA vyplňovala dotazníky v Revmatologickém ústavu v Praze. Respondenti zastupující běžnou populaci byli osloveni náhodně. Dotazníky byly distribuovány ve fitness centru v Praze, fotbalovém klubu SK Slaný, na lekcích jógy a zdravotního cvičení pro seniory v Praze a dále v knihovně v Praze. Pro výzkumné šetření bylo nejprve dotazováno v běžné populaci 200 respondentů a nasbíráno 151. Podle získaného počtu respondentů jsme dotazníky distribuovali v Revmatologickém ústavu v Praze, kde bylo osloveno 160 respondentů a získáno 150 dotazníků. Sběr dat probíhal v roce 2017–2018. Rozdělení sledovaného souboru podle pohlaví bylo předem záměrně naplánováno, aby v dosaženém souboru byl přibližně stejný počet mužů a žen. U pacientů s revmatoidní artritidou je 74 mužů a 76 žen, v běžné populaci je 74 mužů a 77 žen.

### 3.6 Metodika statistické analýzy kvantitativních dat

Pro kompletaci dat byl využit standardizovaný dotazník Short Form 36. Dotazník byl zvolen na základě schopnosti citlivého posouzení subjektivně vnímané kvality života. Odpovědi dotazníku Short Form 36 byly převedeny dle oficiálního systému TS skóre. Metodika přiřazuje pro jednotlivé odpovědi skóre v rozmezí 1-5 / 0-100. Tato data byla statisticky zpracována, výsledky statistické analýzy pro jednotlivé dimenze a hypotézy jsou uvedeny v tabulce 75 a 76. Nejprve bylo prokázáno, že se jedná o výběry nenormálního rozdělení – proveden **Shapiro-Wilk** test normality. Není tedy vhodné použít pouze aritmetické průměry hodnot daných souborů dat. Jelikož jsou porovnávány vždy dva výběry, byl použit k ověření hypotéz neparametrický dvou-výběrový test, **Mann-Whitney**

U test. Pro všechny testy byla zvolena hladina významnosti 0,05. Statisticky významné rozdíly v řadách dat jsou zobrazeny krabicovými grafy obsahující **mediány** a **kvartily**. Kde medián dané řady představuje statisticky nejvýznamnější údaj z dané skupiny dat (řady) a lze ho tak považovat za vyhodnocení dané kategorie (skupiny dat, řady). Statistické zpracování dat provedla paní inženýrka Ivana Petříková.

### 3.6.1 Shapiro-Wilk test normality

Metoda testování null hypotézy. Null hypotéza je platná tehdy, pokud hodnota  $p$  je menší než zvolená alfa hladina, potom je null hypotéza zamítnuta a současně existuje důkaz, že testované údaje nejsou normální. Naopak, jestliže je  $p$ -hodnota větší než zvolená alfa hladina, pak nulová hypotéza, nemůže být odmítnuta. Jinými slovy, je hypotéza potvrzena.

V tomto případě alfa hladina-hladina významnosti nabývá standardní úrovně 0, 05. Všechny  $p$ -parametry, které jsou v tab. 75 a 76 označeny červeně – jsou menší než zvolená alfa hladina a potvrzují hypotézu dané řady.

Pro testy ověření shody s rozděleními - ověření normality existuje několik různých způsobů jak ověřit normalitu dat. V tomto případě byl zvolen test, založený na porovnání empirické distribuční funkce s teoretickou distribuční funkcí, tedy Shapiro-Wilksův test.

Testová statistika  $W$  k posouzení normality dat je definována jako:

$$Z = \frac{(\sum_{i=1}^n a_i x_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}, \quad (1)$$

, kde  $x_{(i)}$  označují pořádkové statistiky a  $a_i$  váhy, které jsou odvozeny ze středních hodnot a variační matice pořádkových statistik prostého náhodného výběru z  $N(0, 1)$  rozsahu  $n$ . Tyto váhy bývají tabelovány.

Dosazením do rovnice (1) a porovnání parametrů s alfa hladinou bylo ověřeno, zda se jedná o soubor dat s normálním nebo nenormálním rozdělením. Veškeré řady v této diplomové práci spadají do nenormálního rozdělení.

Potvrzení a vyvrácení pracovních hypotéz bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyova testu.

### 3.6.2 Mann-Whitneyův pořadový Test

Statistická metoda, která stejně jako Shapiro-Wilk testuje tzv. „nulovou hypotézu“. Mann-Whitneyův test je neparametrický test, který se používá k porovnání dvou výběrových souborů pro nezávislé výběry. Test není vázán na předpoklad normality výběrů, která byla ověřena pomocí Shapiro-Wilk testem. Předpokladem je pouze spojitost obou distribučních funkcí.

Principálně jde o to, že oba výběry se sloučí a vzestupně uspořádají bez ohledu na to, do kterého výběru jednotlivé hodnoty patřily.

Takto seřazeným hodnotám se přiřadí pořadí (stejným hodnotám se přiřadí **průměrné pořadí**); pokud se neliší jejich rozdělení, pak budou mít i shodné průměrné pořadí.

Testová statistika pro Mannův-Whitneyův test je koncipována jako:

$$U = \min(U_A, U_B), \quad (2)$$

kde

$$U_A = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_A \quad (3)$$

$$U_B = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_B \quad (4)$$

Je-li testová statistika  $U$  menší než kritická hodnota, zamítá se nulová hypotéza ve prospěch alternativní hypotézy. Kritické hodnoty jsou pro malá  $n_1, n_2$  tabelovány. Dosazením do rovnice (2), případně (3) a (4) je získán výsledek testu – parametr  $U$ , který je uveden v příloze 6.

### 3.6.3 Průměrné pořadí výběru

Hodnoty přiřazené výběrům sloučených a seřazených řad, bez ohledu na jejich původní pořadí. Výsledné hodnoty pro jednotlivé dimenze a hypotézy jsou uvedeny viz příloha 6. Sestavení průměrných pořadí bylo provedeno pomocí vyhodnocení řádkové relevantní četnosti každé jedné otázky. Řádková relevantní četnost a veškeré statistické údaje jednotlivých otázek je uvedeno viz příloha 6.

### 3.6.4 Hodnocení SF 36 na základě kvantilů a mediánu

Provedená, výše uvedená statistická analýza umožňuje zobrazení statisticky významných (kvantil) a nejvýznamnějších (medián) dat z daného souboru (dimenze, hypotéza). Za výsledky dimenzí a vlastních hypotéz se dá považovat **medián**.

**Medián** rozděluje statistický soubor přibližně na dvě stejné poloviny; 50 % prvků má hodnotu menší (nebo rovno) než medián a 50 % prvků má hodnotu větší (nebo rovno) než medián.

**Kvartil** ohraničuje horní a dolní významnost seřazených dat skupiny. Dělí soubor dat na 4 stejně velké části. Ohraničená množina dat je v krabicovém grafu v anglickém překladu boxplot, označována jako „krabice“ – box. Kvartil rozděluje statistický soubor na početně stejné čtvrtiny. 25 % prvků má hodnoty menší než dolní kvartil a 75 % prvků hodnoty menší než horní kvartil. Uvažuje se statisticky významným daty řady, které řadí od nejmenší po největší a vybírá 25-75 % dat, dle jejich velikosti. Za *lost data* je považováno 50 % největších a nejmenších dat, ležící v intervalech 0-25 % a 75-100 %.

**Krabicový diagram** je neparametrický test, který umožňuje graficky zobrazit statistický soubor pomocí kvantilů, kde významná data reprezentují interval dat 25-75 %.

Pro testování rozdílu skóre mezi pacienty trpící RA a zdravými jedinci byly využity výsledky získané na základě dotazníku Shor Form 36. Než mohlo dojít k porovnávání dat pomocí neparametrického testu, muselo být provedeno skórování jednotlivých položek podle oficiálního skórovacího systému dotazníku SF-36. Mann-Whitney U test byl použit k testování rozdílu středních hodnot v jednotlivých doménách mezi zdravou populací a pacienty s revmatoidní artritidou a dále k testování z hlediska pohlaví. Výzkumný soubor zahrnoval 150 nemocných respondentů a 151 zdravých respondentů.

### 3.6.5 Průměrné pořadí výběrů Statistické vyhodnocení hypotéz

Jelikož všechny výběry nepochází z normálního rozdělení (ověřeno Shapiro-Wilkovým testem normality) a porovnáváme vždy dva výběry, byl použit k ověření hypotéz neparametrický dvouvýběrový test, Mann-Whitney U test. Testy byly provedeny na hladině významnosti 0,05. Prostřednictvím tohoto bude přijata nebo zamítnuta nulová hypotéza ( $H_0$ ).



### 3.7 Testování hypotézy H1 a H2

**Hypotéza 10:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou je shodná v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 11:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou se snižuje v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 20:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou je shodná v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Hypotéza 21:** Kvalita života jednotlivce trpícího revmatoidní artritidou se snižuje v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací.

**Tabulka 3** Přehled statisticky významných rozdílů

Škála	Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05$						
	U	Z	P-hodn.	Počet (Pacienti s RA)	Počet (Zdraví respondenti)	Prům. pořadí Pacienti s RA	Prům. pořadí Zdraví respondenti
Fyzické fungování	3443,0	-10,439	0,000	150	151	98,5	203,2
Omezení z důvodu fyzického zdraví	6212,5	-6,771	0,000	150	151	116,9	184,9
Omezení z důvodu emocionálních problémů	7007,0	-5,719	0,000	150	151	122,2	179,6
Energie/únava	7659,5	-4,854	0,000	150	151	126,6	175,3
Emocionální pohoda	7633,0	-4,889	0,000	150	151	126,4	175,5
Sociální fungování	4925,0	-8,476	0,000	150	151	108,3	193,4
Bolest	4259,0	-9,358	0,000	150	151	103,9	197,8
Obecné zdraví	5442,5	-7,791	0,000	150	151	111,8	190,0

**Zdroj:** Vlastní

U = Výsledek Mann-Whitneova U testu

Z = Shapiro-Wilkův test normality

P = Pravděpodobnostní hodnota

Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$

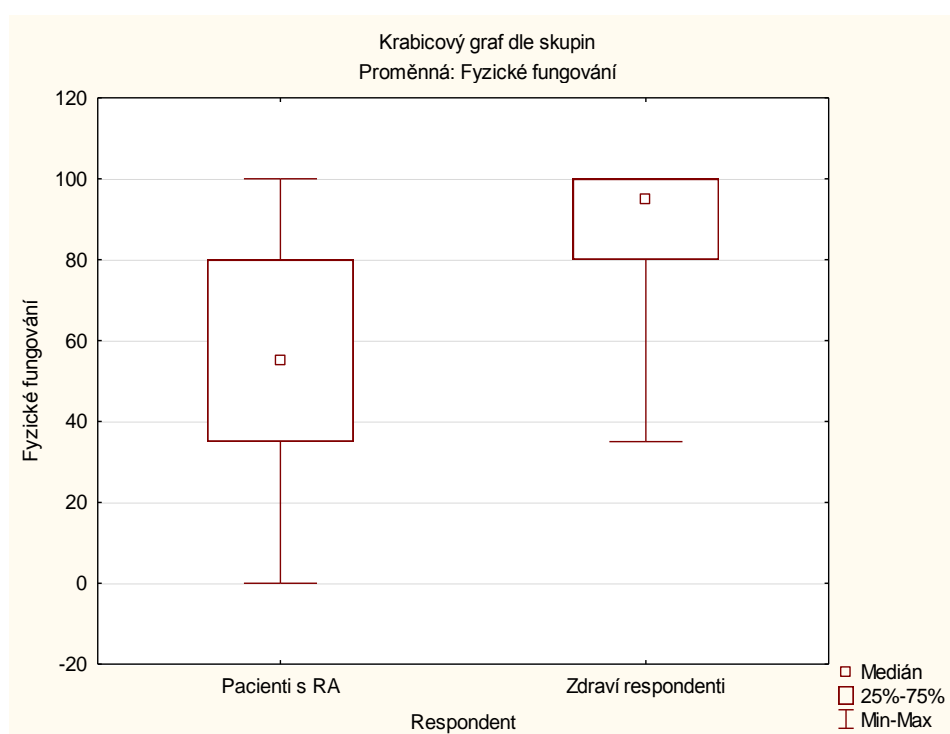
p-hodn.  $\geq 0,05$  (potvrzení H0)

**Statisticky významné rozdíly jsou zobrazeny v následujících boxplotech s mediány a kvartily. Nejprve je uvedeno osm dimenzí (jednotlivé řádky) tabulky 75,**

ze kterých je sestaveno PCS a MCS, tedy výsledné hodnocení H1 a H2. Průměry nejsou díky ne normálnímu rozložení vhodné.

### 3.8 Prezentace a interpretace dat

Graf 1 Hodnocení dimenze Fyzické fungování



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Fyzického fungování dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 55 a u zdravých respondentů hodnoty 95, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

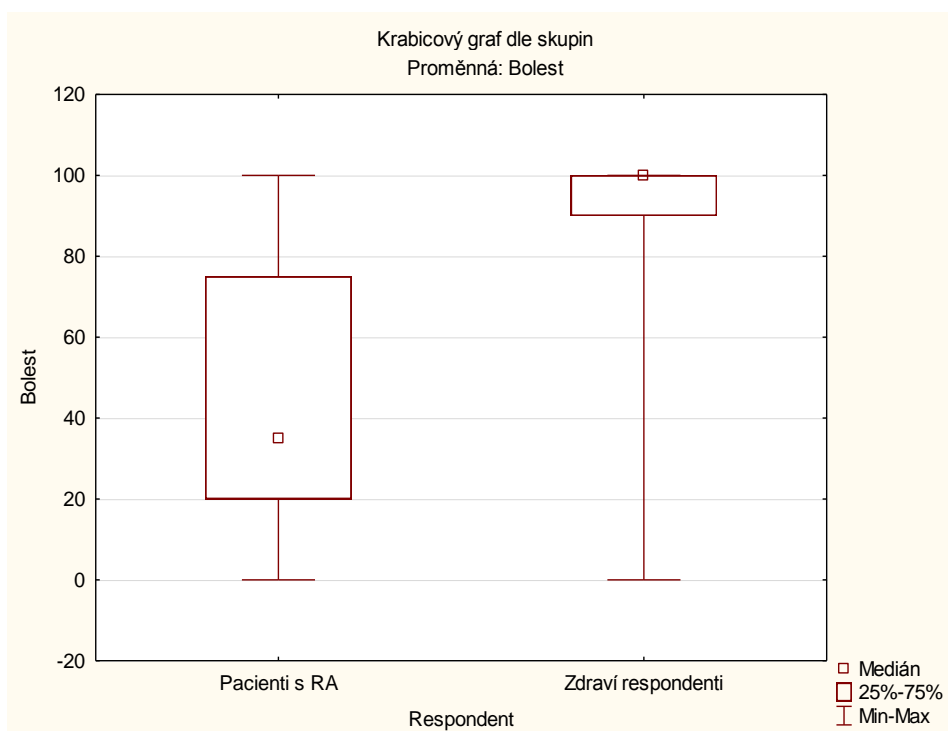
**Graf 2** Hodnocení dimenze Omezení z důvodu fyzického zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Omezení z důvodu fyzického zdraví dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 50 a u zdravých respondentů hodnoty 100, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 3 Hodnocení dimenze Bolest**



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Bolest dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 35 a u zdravých respondentů hodnoty 100, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 4** Hodnocení dimenze Obecné zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Obecné zdraví dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 25 a u zdravých respondentů hodnoty 67, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 5** Hodnocení dimenze Energie/únava



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Energie/ únava dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 50 a u zdravých respondentů hodnoty 60, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

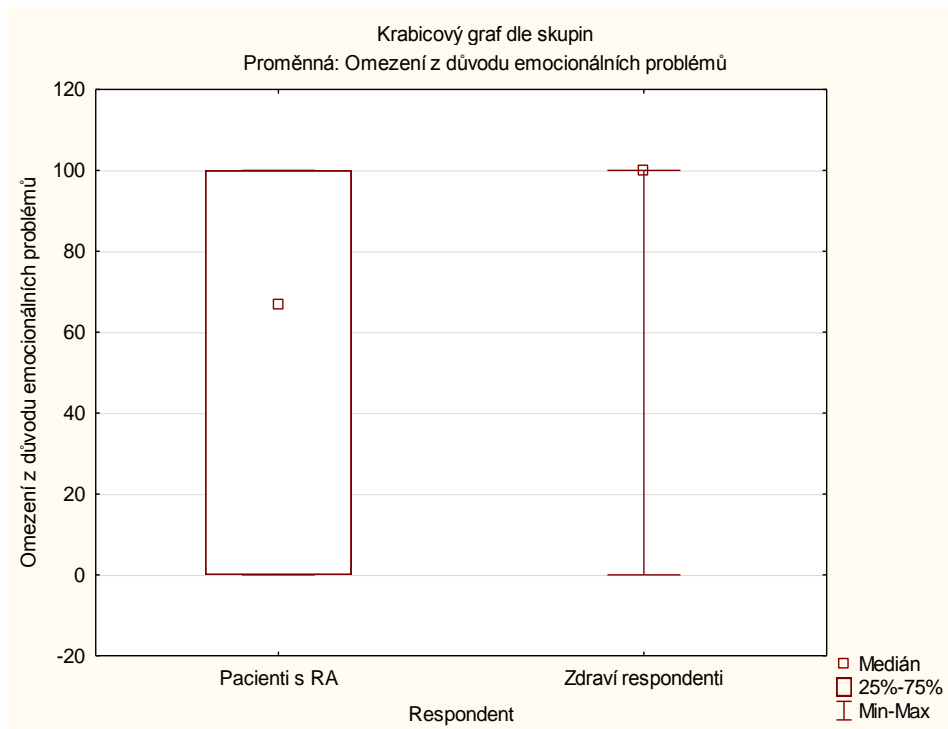
**Graf 6** Hodnocení dimenze Sociální fungování



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Sociální fungování dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 60 a u zdravých respondentů hodnoty 100, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 7** Hodnocení dimenze Omezení z důvodu emocionálních problémů

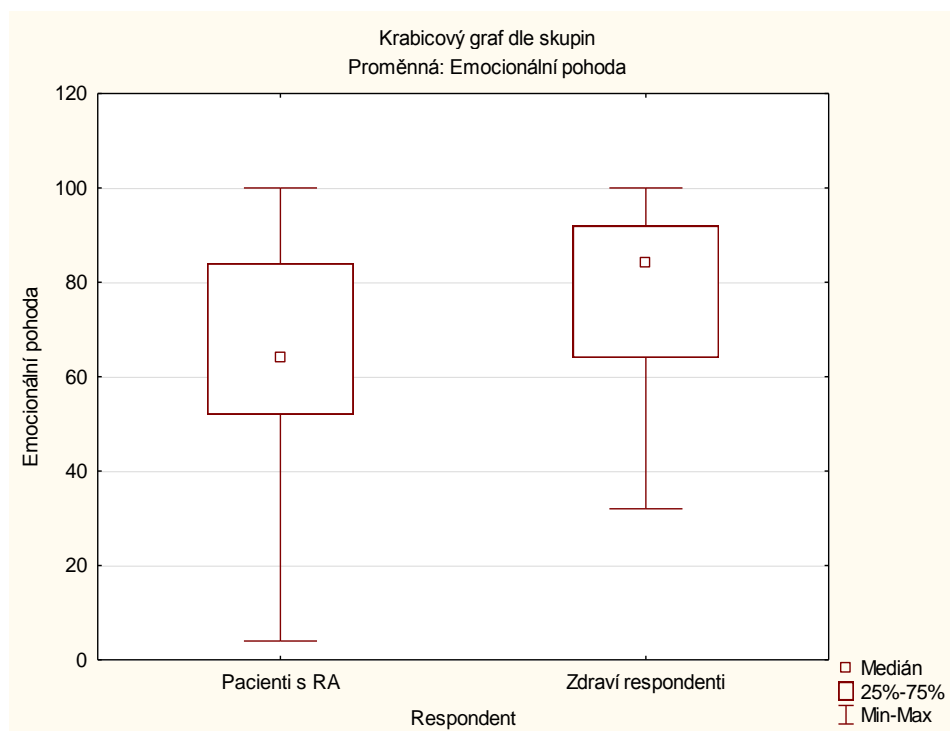


**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v Omezení z důvodu emocionálních problémů dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 66,7 a u zdravých respondentů hodnoty 100, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.



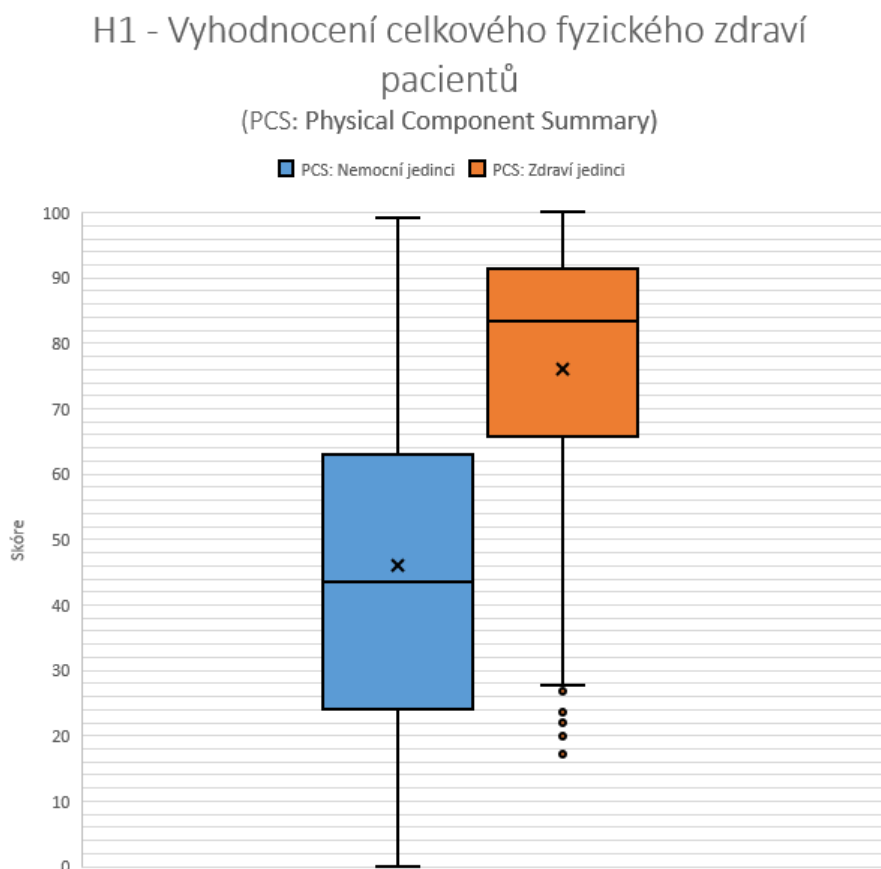
**Graf 8 Hodnocení dimenze Emocionální pohoda**



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Emocionální pohoda dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 64 a u zdravých respondentů hodnoty 84, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

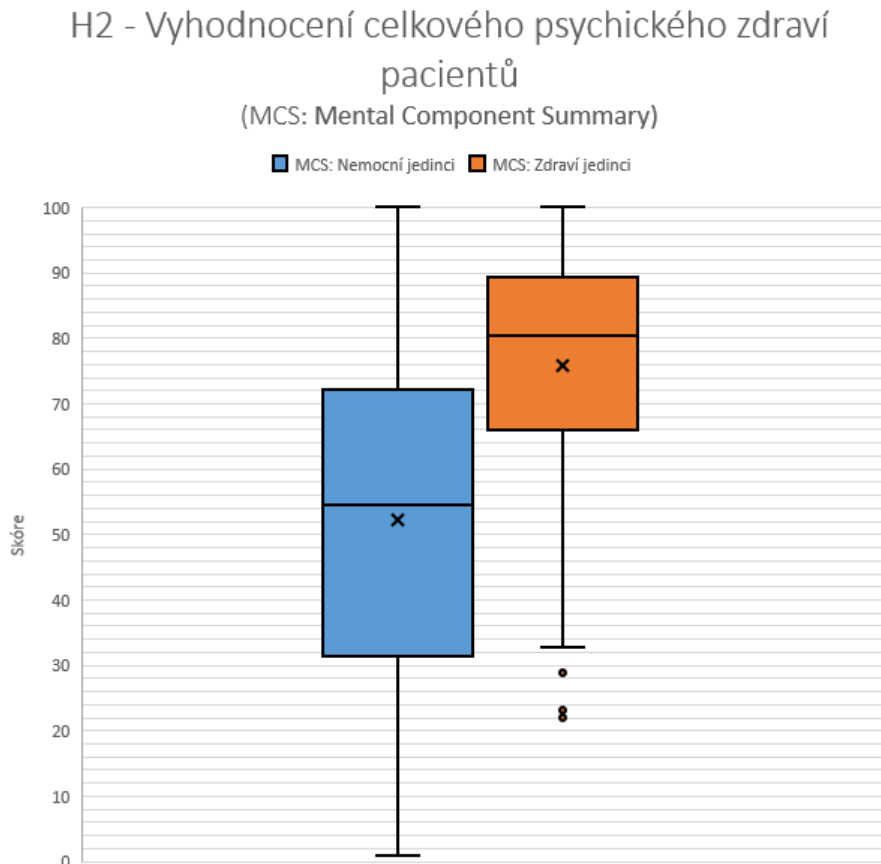
## Graf 9 Grafické znázornění celkového fyzického zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Celkového fyzického zdraví dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 45,8 a u zdravých respondentů hodnoty 82,9, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

## Graf 10 Grafické znázornění celkového psychického zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacienti s RA v oblasti Celkové psychické zdraví dosáhli statisticky významně rozdílného skóre než zdraví respondenti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 54,1 a u zdravých respondentů hodnoty 80,1, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

Závěr:

P-hodnoty všech testů jsou menší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulová hypotéza je tedy zamítnuta. Podařilo se potvrdit statisticky rozdíl mezi pacienty s revmatoidní artritidou a běžnou populací ve všech 8 dimenzích. Na základě průměrného pořadí je možné vidět, které skupiny dosahují v daných dimenzích vyššího skóre. Zdraví respondenti dosahují ve všech dimenzích vyššího skóre.

### 3.9 Testování hypotézy H3

**Hypotéza 30:** Sledované pacientky nedosahují ve srovnání s pacienty shodné/vyšší úrovně kvality života v jednotlivých dimenzích.

**Hypotéza 31:** Sledované pacientky dosahují ve srovnání s pacienty shodné/vyšší úrovně kvality života v jednotlivých dimenzích.

**Tabulka 4** Přehled statisticky významných rozdílů

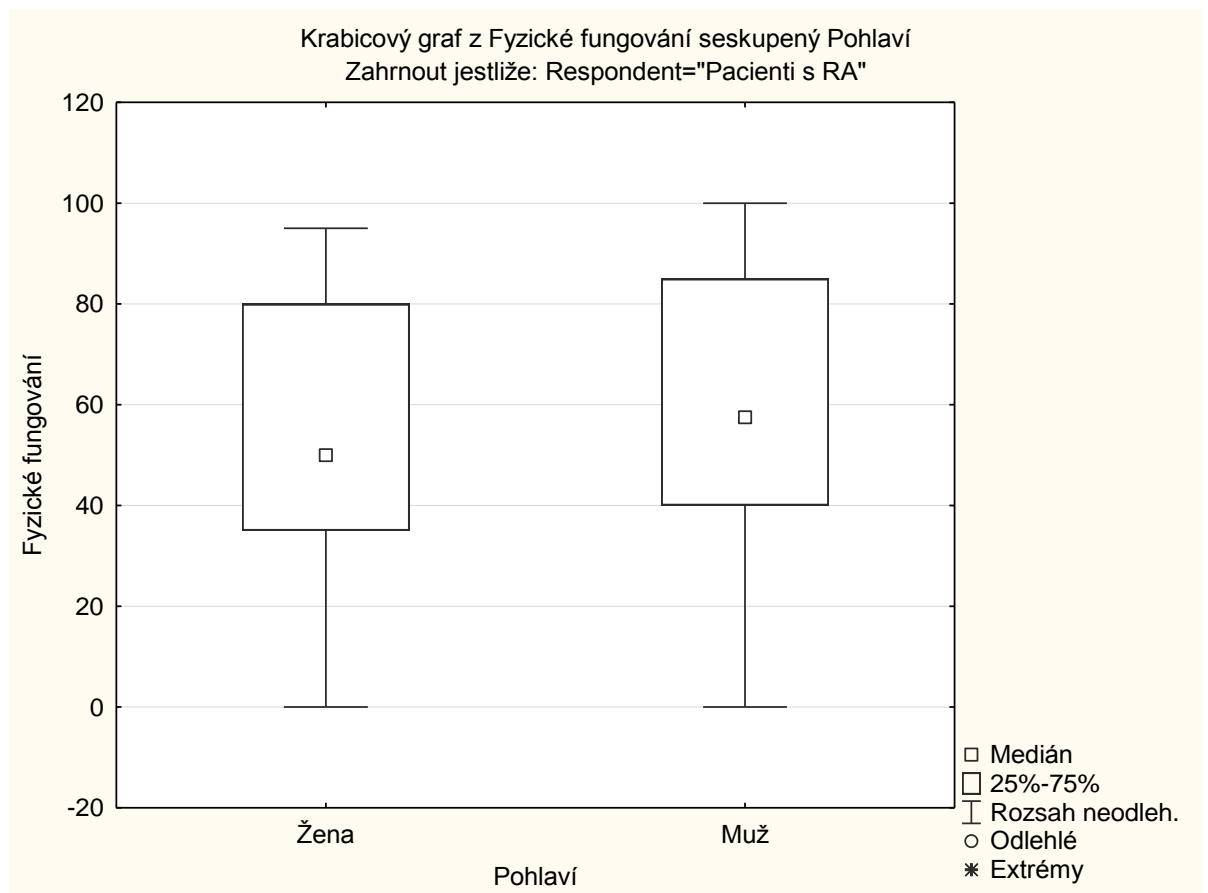
Škála	Mann-Whitneyův U Test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05$							
	Respondent	U	Z	p-hodn.	Počet (Muž)	Počet (Žena)	Prům. pořadí Ženy	Prům. pořadí Muži
Fyzické fungování	Pacienti s RA	2410,0	-1,509	0,131	74	76	70,1	80,8
Omezení z důvodu fyzického zdraví	Pacienti s RA	2610,5	-0,756	0,450	74	76	72,8	78,2
Omezení z důvodu emocionálních problémů	Pacienti s RA	2671,0	-0,528	0,597	74	76	73,6	77,4
Energie/únava	Pacienti s RA	2715,5	-0,361	0,718	74	76	74,2	76,8
Emocionální pohoda	Pacienti s RA	2736,5	-0,282	0,778	74	76	74,5	76,5
Sociální fungování	Pacienti s RA	2729,5	0,308	0,758	74	76	76,6	74,4
Bolest	Pacienti s RA	2714,0	-0,367	0,714	74	76	74,2	76,8
Obecné zdraví	Pacienti s RA	2691,0	-0,453	0,651	74	76	73,9	77,1

**Zdroj:** Vlastní

U = Výsledek Mann-Whitneova U testu  
 Z = Shapiro-Wilkův test normality  
 P = Pravděpodobnostní hodnota  
 Hladina významnosti  $\alpha = 0,05$   
 p-hodn.  $\geq 0,05$  (potvrzení H0)

Statisticky významné rozdíly jsou zobrazeny v následujících boxplotech s mediány a kvartily. Jsou uvedeny dvě dimenze, které značí nižší míru celkového zdraví ženy nežli muže, tedy výsledné hodnocení H3. Průměry nejsou díky ne normálnímu rozložení vhodné.

**Graf 11 Hodnocení dimenze Fyzické fungování**



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Fyzického fungování nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre fyzického zdraví nabývá u pacientů s RA hodnoty 57,5 a u pacientek 50, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 12** Hodnocení dimenze Omezení z důvodu fyzického zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Omezení z důvodu fyzického zdraví nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre fyzického zdraví nabývá u pacientů s RA hodnoty 50 a u pacientek hodnoty 50, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

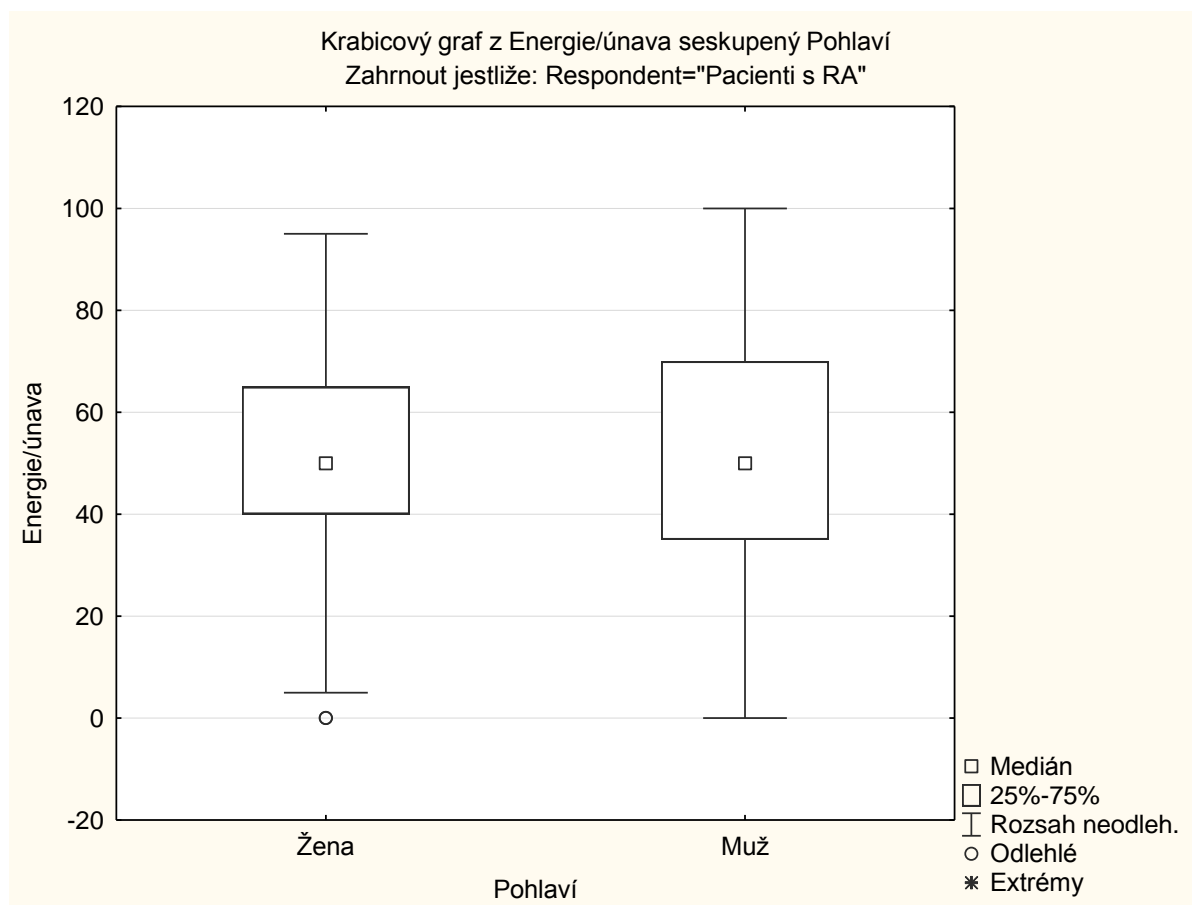
**Graf 13** Hodnocení dimenze Omezení z důvodu emocionálních problémů



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Omezení z důvodu emocionálních problémů nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 66,7 a u patientek hodnoty 66,7, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 14** Hodnocení dimenze Energie/únava

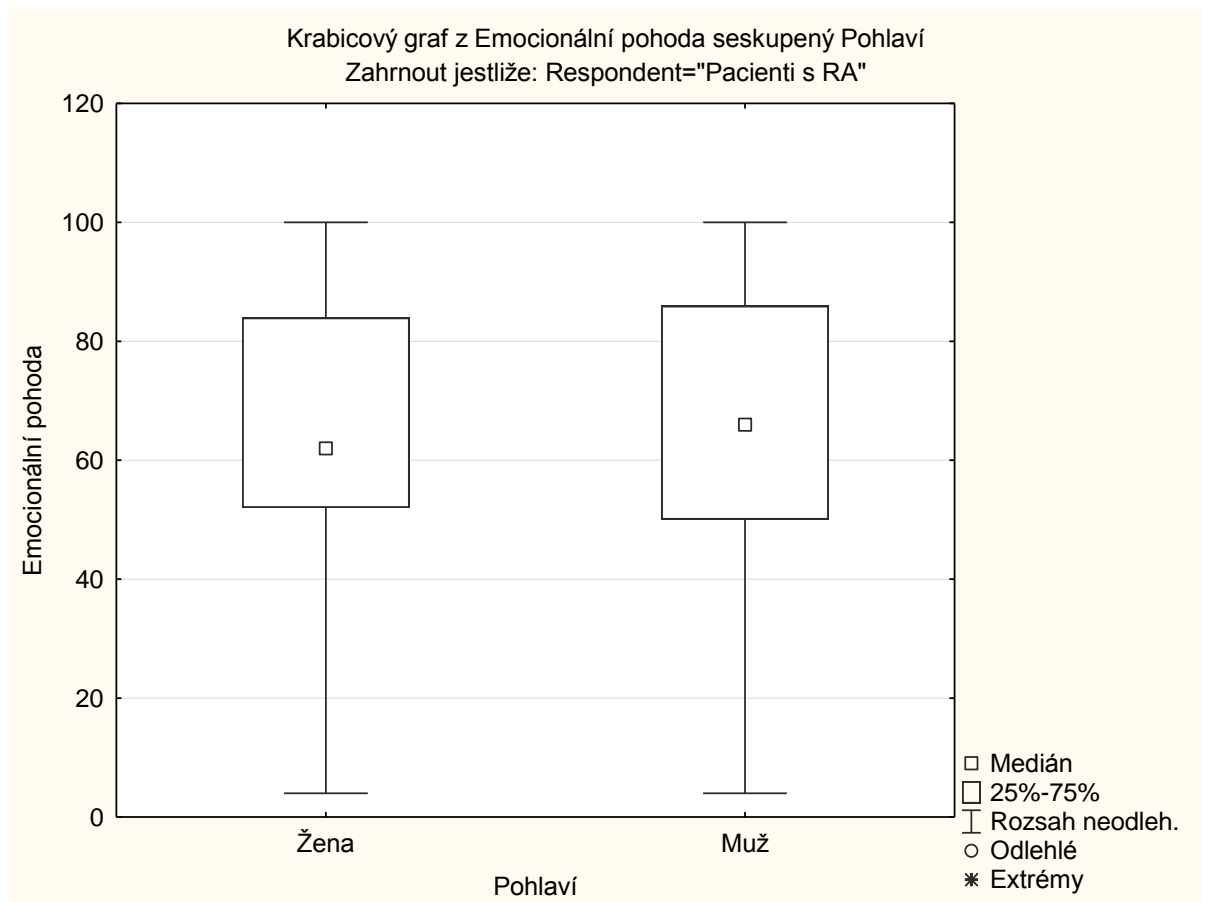


**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Energie/ únava nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 50 a u patientek hodnoty 50, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.



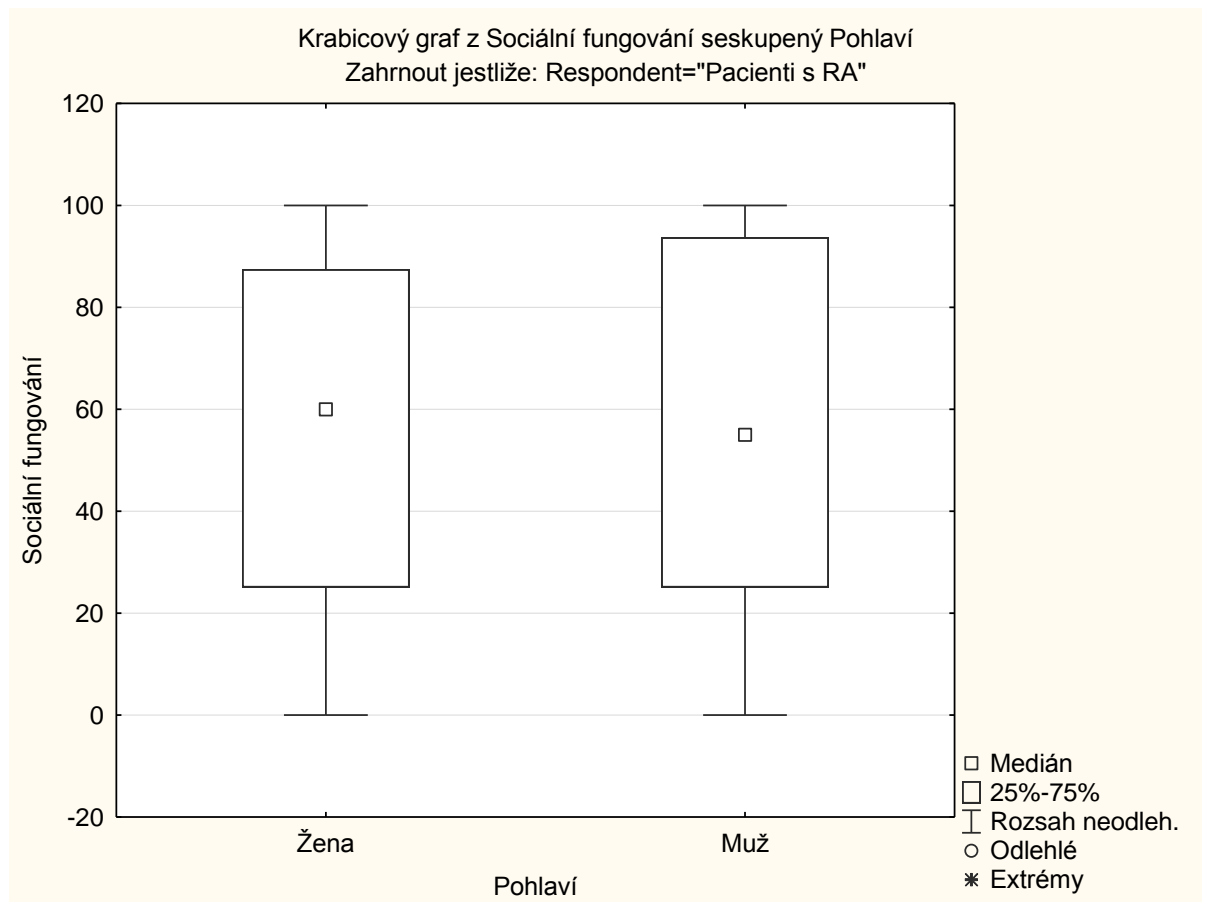
**Graf 15** Hodnocení dimenze Emocionální pohoda



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Emocionální pohoda nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 66 a u pacientek hodnoty 62, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

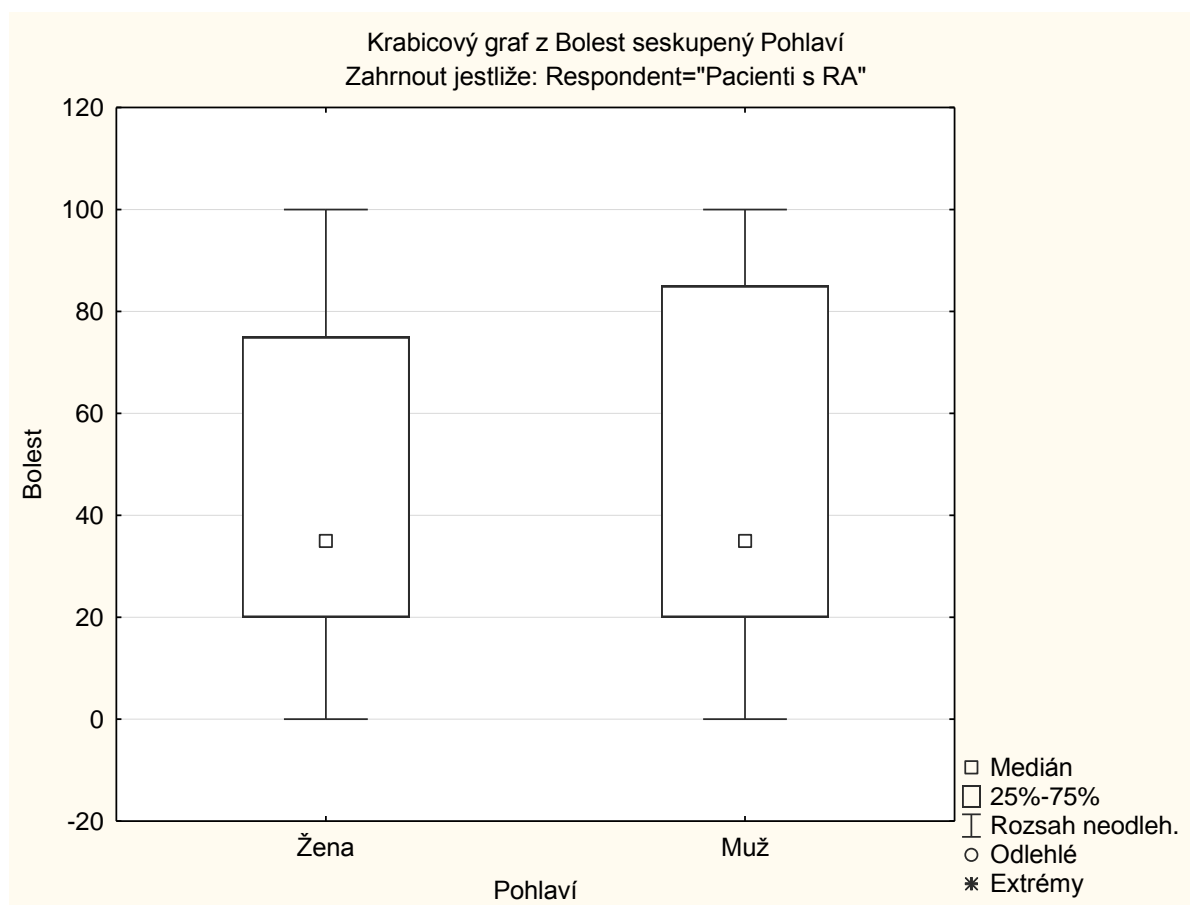
**Graf 16** Hodnocení dimenze Sociální fungování



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Sociální fungování nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre fyzického zdraví nabývá u pacientů s RA hodnoty 55 a pacientky hodnoty 60, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

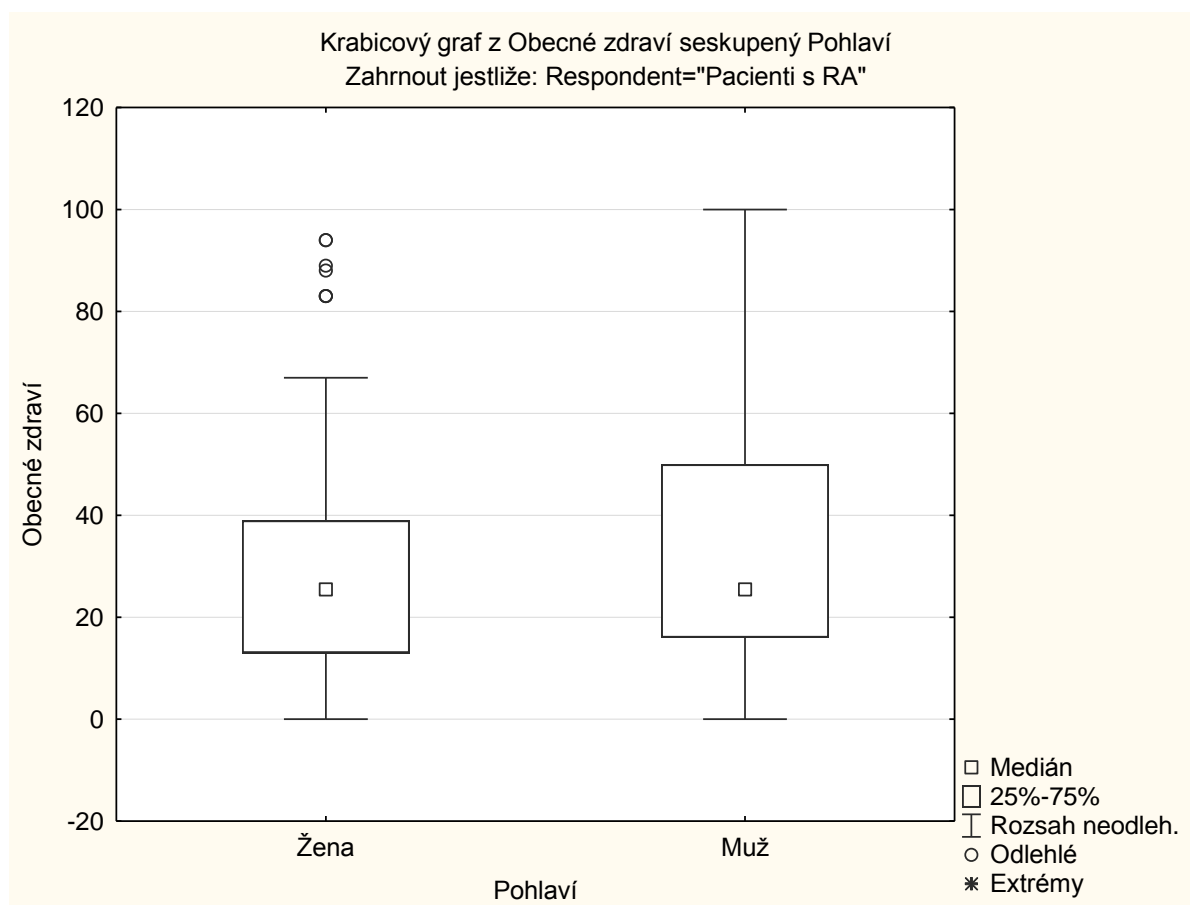
**Graf 17** Hodnocení dimenze Bolest



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Bolest nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre nabývá u pacientek s RA hodnoty 35 a stejně tak u pacientů nabývá hodnoty 35, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

**Graf 18** Hodnocení dimenze Obecné zdraví



**Zdroj:** Vlastní

Pacientky s RA v oblasti Obecné zdraví nedosáhly statisticky významně rozdílného skóre než pacienti. Medián skóre nabývá u pacientů s RA hodnoty 25 a u patientek hodnoty 25,5, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a tím pádem vyšší kvalitu života.

Závěr:

V žádné z osmi dimenzí se nepodařilo statisticky významný vliv pohlaví potvrdit. Teze hypotézy byla zamítnuta. Kvalita života patientek s revmatoidní artritidou není nižší v porovnání s pacienty s revmatoidní artritidou. Kvalita života patientek s RA je buď srovnatelná a/nebo vyšší než u pacientů s RA.

## 4 DISKUZE

Revmatoidní artritida (RA) je chronické zánětlivé onemocnění, které vede ke vzniku kloubních destrukcí a deformit a způsobuje částečnou či plnou invaliditu. Onemocnění se vyskytuje v jakémkoliv věku a je manifestováno po převážnou část života. Onemocnění postihuje přibližně 1 % populace, až třikrát častěji jsou postiženy ženy než muži. Jednotlivé průzkumy a statistiky ukazují, že 25 % pacientů po 6 letech od stanovení diagnózy je v invalidním důchodu a až 50 % pacientů není schopno pracovat po 20 letech průběhu nemoci. Z tohoto důvodu práce byla zaměřena na problematiku vlivu revmatoidní artritidy na zdravotní stav a kvalitu života pacientů s RA.

Z literatury vyplývá, že v poslední dekádě se hodnotí nejen samotná léčba, ale je hlavně kladen velký důraz na ukazatele hodnocení léčby pacientem (tzv. patient oriented outcomes). Jedná se o hodnocení kvality života, včetně aspektů funkčních, emocionálních a sociálních Pavelka (2009, s. 284-287). Tento fakt byl dalším podnětem, který nás inspiroval zaměřit se na hodnocení kvality života.

Koncept HRQOL představuje pojem kvalitu života ovlivněnou zdravím a zahrnuje měření a porovnání zdravých a nemocných jedinců u konkrétní choroby. Nástrojem měření a hodnocení kvality života slouží dotazníky a nejvyužívanější je standardizovaný dotazník o zdravotním stavu je SF-36 (Gurková, 2011, s. 47). Z tohoto důvodu byl v práci použit dotazník české verze SF-36. Mohla být použita i jeho zkrácené verze SF – 12, ale obsahuje méně položek a výsledky v daných dimenzích nemusí být tak přesné. Výsledky dotazníku byly porovnány v obou skupinách analyzovaného souboru a data byla statisticky vyhodnocena pomocí Mann-Whitneyův U Testu. Než došlo k realizaci samotného výzkumu, byly stanoveny tři pracovní hypotézy vztahující se ke kvalitě života pacientů s RA a zdravé populace. Statisticky nejvýznamnější data pro dotazník SF-36 jsou hodnoty mediánů, které jsou graficky znázorněné krabicovými grafy. Hodnoty mediánů znázorňují skóre, které dotazovaní získali v jednotlivých dimenzích, přičemž vyšší hodnota značí menší omezení dané oblasti a její vyšší kvalitu života.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vyhodnotit jednotlivé dimenze dotazníku SF-36 u osob trpících revmatoidní artritidou a porovnat kvalitu života mezi pacienty s RA

a zdravými respondenty. Pro tento cíl byly stanoveny dvě hypotézy, které jsme následně statisticky vyhodnotili.

U první testované hypotézy jsme předpokládali, že sledovaní pacienti dosahují shodné úrovně v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací. Z výsledků vyplynulo, že náš předpoklad nebyl potvrzen. Jak již dříve bylo zmíněno v textu, celkové fyzické zdraví je souborem pěti dimenzí zdravotního stavu: fyzické fungování, omezení z důvodu fyzického zdraví, bolest, obecné zdraví a energie/únava. V dimenzi fyzické fungování (PF) dosáhli pacienti skóre 55 a zdraví respondenti skóre 95. Pacienti s RA v oblasti omezení z důvodu fyzického zdraví (RP) dosáhli skóre 50 a zdraví respondenti skóre 100. Pacienti s RA v oblasti bolest (BP) dosáhli skóre 35 a zdraví respondenti skóre 100. Pacienti s RA v oblasti obecné zdraví (GH) dosáhli skóre 25 a zdraví respondenti skóre 67. Pacienti s RA v oblasti energie/únava (VT) dosáhli skóre 50 a zdraví respondenti skóre 60.

Pavelka (2009, s. 284-287) se zmiňuje o závažnosti dopadu RA na fyzický stav. Dlouhodobé působení RA vyvolává tzv. disabilitu, která se pak projevuje handicapem pacienta a způsobuje především pracovní neschopnost. Dále se zmiňuje o dopadu RA na běžné denní činnosti a zájmové aktivity. Tento fakt koreluje s výzkumným šetřením Rolantové et al. (2009, s. 108) z něhož vyplývá, že pacienti potřebují nejčastěji pomoci v domácnosti a dále při oblékání.

Současné poznatky se shodují, že fyzické symptomy RA ovlivňují další oblasti života, což bylo potvrzeno i v našem výzkumném šetření. Pacienti prokázali horší celkové fyzické zdraví oproti běžné populaci. Také Kaas (2017, s. 172) poukazuje na záludnost této choroby, která pro svůj nevléčitelný charakter ovlivňuje fyzickou i psychickou oblast života.

Raudenská (2012, s. 91) uvádí, že chronická bolest u pacientů s RA omezuje pacienta v pohybu, v každodenních činnostech a možnosti žít nezávislý život. V našem šetření dosáhli v oblasti BP pacienti skóre pouze 35, což je tristní číslo.

Olejárová (2012, s. 26) poukazuje u chronické bolesti na vznik tzv. bludného kruhu, kdy nastává cyklus bolesti a negativních emocí. Bolest spouští negativní emoce a ty posilují negativní prožívání bolesti.

Podle literárních údajů je jedním z nejpodstatnějších problémů, se kterým se pacienti potýkají, únava. Sováriová Soósová (2011, s. 293) ve svém článku potvrzuje únavu jako nejvýraznější negativní faktor působící nepříznivě na psychiku nemocných. Dále poukazuje, že samotná únava snižuje schopnost soběstačnosti, plnění domácích

a pracovních povinností. Výsledné skóre dimenze energie/únava v našem výzkumném šetření je 50. Je možné se tedy domnívat, že únava může působit negativně na psychiku nemocných, avšak není výraznějším faktorem než bolest, jehož skóre dimenze je 35.

Z dalšího výzkumného šetření, které realizoval Kaas et al. (2017, s. 172) za použití dotazníku WHOQOL - 100 vyplynulo, že pacienti mají výrazně horší kvalitu života oproti běžné populaci v doménách Fyzické zdraví a Nezávislost. Na základě těchto výsledků a výsledků našeho výzkumného šetření je nutné pacienty posuzovat pečlivě a také pečlivě hodnotit, které potíže souvisí s nemocí a které nikoliv.

Raudenská (2012, s. 91) ve svém článku uvádí, že u pacientů s chronickou bolestí doporučuje uplatňovat psychosociální model bolesti místo biomedicínského modelu, neboť podporuje pasivitu nemocných a autoritu lékaře. Psychosociální model pomáhá zvyšovat kvalitu života zejména tím, že se soustředí na faktory sociální, rodinné a kulturní. Může uplatnit psychologické techniky, naplánovat psychoterapeutické intervence pro změnu životního stylu a snížení progresi choroby.

Podnětem ke stanovení druhé hypotézy byly výsledky jiných autorů Kaas et al. (2014, s. 71) a literárních údajů, že revmatoidní artritida nepřináší pouze omezení ve fyzické oblasti, ale představuje onemocnění také lidské duše. Druhá stanovená hypotéza ověřovala, zda pacienti dosahují shodné úrovně v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací. Celkové psychické zdraví je rovněž souborem pěti dimenzí: obecné zdraví, energie/únava, sociální fungování, omezení z důvodu emocionálních problémů, emocionální pohoda. Pacienti s RA v oblasti obecné zdraví (GH) dosáhli skóre 25 a zdraví respondenti skóre 67. Pacienti s RA v oblasti energie/únava (VT) dosáhli skóre 50 a zdraví respondenti skóre 60. Pacienti s RA v oblasti sociální fungování (SF) získali dle statistické významnosti výsledné skóre 60 a zdraví respondenti skóre 100. Pacienti s RA v oblasti omezení z důvodu emocionálních problémů (RE) získali dle statistické významnosti výsledné skóre 66,7 a zdraví respondenti skóre 100. Pacienti s RA v oblasti emocionální pohoda (MH) získali dle statistické významnosti výsledné skóre 64 a zdraví respondenti skóre 84.

Podařilo se potvrdit statisticky rozdíl mezi pacienty s RA a běžnou populací ve všech 8 dimenzích. Je možné tedy konstatovat, že RA má vliv na fyzický i duševní stav jedince. **Pacienti s RA dosahují ve všech dimenzích nižšího skóre.**

Celá řada odborníků z oblasti revmatologie hovoří o různých psychických obtížích jako o častých problémech pacientů s revmatoidní artritidou (Olejárová, Kaas, Raudenská a Hill). Olejárová (2011, s. 67) uvádí, že z RA vyplývají problémy jako deprese a neměly

by být její psychologické aspekty přehlíženy. Kaas (2014, s. 18) uvádí, že psychika člověka se mění působením trvalé bolesti, kdy se objevují skličující a smutné nálady. Postupem času se mohou vyskytovat deprese. Raudenská (2012, s. 92) dále popisuje invaliditu a bolest u RA jako prediktor narušené pohody a duševního zdraví. Hill (2006, s. 4) ve své literatuře zmiňuje o negativním dopadu RA na sociální aktivity a uvádí, že více než 50 % pacientů zažilo sociální izolaci.

Naše zjištění lze srovnat s výsledkem autorů Kaas et al. (2014, s. 71). Uvádí ve svém výzkumu, že psychické problémy pociťuje až 90 % dotázaných. Dále bylo prokázáno, že čím vyšší míru bolesti a únavy pacient pociťuje, tím vyšší má psychické potíže. Kaas et al. (2017, s. 172) se zmiňuje také o vzniku deprese na základě zhoršeného psychického stavu.

Tvrzení, že revmatoidní artritida má negativní vliv na emoční stránku života je srovnatelné s výsledky výzkumu rigorózní práce Mgr. Švábové (2006, s. 118). Dokládá, že více než polovina respondentů vykazovala v různé intenzitě depresivní symptomy v sebeposouzení. Lze tedy říci, že depresivní projevy jsou závažným psychologickým aspektem provázející osoby s RA a nejsou ničím neobvyklým.

Psychika v životě člověka je důležitým aspektem, který nesmí být přehlížen. Kaas et al. (2014, s. 79) líčí, že je důležité při přístupu k pacientům brát v potaz chronickou podstatu tohoto onemocnění, která klade na psychiku velké nároky. Tyto výsledky jsou důkazem o nutnosti psychologické podpory jako součásti komplexní péče.

Dalším cílem bylo porovnat kvalitu života mezi pacienty s RA v závislosti na pohlaví. **Třetí stanovená hypotéza** vycházela z teorie, kdy se u žen s onemocněním RA vyskytuje větší vazba na rodinné a jiné emoční podněty, díky kterým se jejich emoční zdraví může zhoršovat. Tedy kvalita života mužů a žen s RA se může značně lišit. Třetí stanovená hypotéza zněla: Sledované pacientky nedosahují ve srovnání s pacienty shodné/vyšší úrovně kvality života v jednotlivých dimenzích. V žádné z osmi dimenzí se nepodařilo statisticky významný vliv pohlaví potvrdit. Teze hypotézy byla zamítnuta. Kvalita života patientek s revmatoidní artritidou není nižší v porovnání s pacienty s revmatoidní artritidou. Kvalita života patientek s RA je buď srovnatelná a/nebo vyšší než u pacientů s RA.

Očekávali jsme, že kvalita života bude snížena u patientek, neboť ženy jsou více emočně založené a muži jsou považováni za potencionálně odolnější jedince. Tato hypotéza se však nepotvrdila. Po shrnutí výsledků práce můžeme říct, že mezi kvalitou života a pohlavím nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly, tedy že subjektivně



vnímaná kvalita života nesouvisí s pohlavím. Toto zjištění je důkazem, že muži i ženy potřebují poskytnout stejnou komplexní péči.

Také podle výsledů rigorózní práce Mgr. Švábové (2006, s. 119), kde byly porovnávány vykazované depresivní symptomy podle pohlaví, dokazuje, že vnímání depresivních symptomů nesouvisí s pohlavím respondentů.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala výzkumem kvality života u pacientů s revmatoidní artritidou v jednotlivých dimenzích zdravotního stavu standardizovaného dotazníku Short Form 36.

Hlavním cílem diplomové práce bylo vyhodnotit jednotlivé dimenze dotazníku SF-36 u osob trpících revmatoidní artritidou a posoudit kvalitu života podmíněnou zdravím mezi pacienty s RA a respondenty bez diagnózy RA. Pro tento cíl byly stanoveny dvě hypotézy, které jsme následně statisticky testovali. U dimenzí informující o fyzickém stavu respondentů byl zjištěn rozdíl mezi pacienty s RA a vzorkem běžné populace. Naše stanovená hypotéza, že pacienti s RA dosahují stejné úrovně v oblasti celkového fyzického zdraví ve srovnání s běžnou populací, nebyla potvrzena. Zdraví respondenti dosahují ve všech dimenzích informujících o fyzickém stavu vyššího skóre.

U dimenzí informujících o psychickém stavu byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi pacienty s RA a vzorkem běžné populace. Naše druhá stanovená hypotéza také nebyla potvrzena. Sledovaní pacienti s RA nedosahují shodné úrovně v oblasti celkového psychického zdraví ve srovnání s běžnou populací. Zdraví respondenti dosahují ve všech dimenzích informujících o psychickém stavu vyššího skóre.

Třetí hypotéza se zabývala posouzením kvality života u mužů a žen trpících RA. Naším předpokladem bylo, že ženy vykazují horší kvalitu života v porovnání s muži. U žen se vyskytuje větší vazba na rodinné a jiné emoční podněty, díky kterým se jejich emoční zdraví může zhoršovat. Stanovená třetí hypotéza byla zamítnuta. Kvalita života pacientek s RA je buď srovnatelná a/nebo vyšší než u pacientů s RA.

K cílům diplomové práce se vázal i výstup práce, a to poskytnout výsledky šetření společně s případným návrhem řešení problému nestátní neziskové organizaci Revma-liga prostřednictvím webových stránek. Z výsledků práce Rolantové et al. (2009, s. 104) vyplývá, že být informovaný o své nemoci je pro pacienty velmi důležité a považují členství v Revma-lize jako velmi přínosné. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli poskytnout výsledky práce této neziskové organizaci.

S ohledem na závěr výzkumného šetření lze konstatovat, že revmatoidní artritida narušuje kvalitu života ve více aspektech. Ačkoliv RA je známá jako fyzické onemocnění, kromě zmíněné fyzické oblasti ovlivňuje i duševní pohodu, narušuje sociální vztahy a sociální role nemocného. V tomto ohledu narušuje celkové psychické rozpoložení jedince a

devastuje lidskou duši. Výsledky výzkumu odhalují široký dopad RA na kvalitu života. Naše výsledky byly porovnány s dostupnou literaturou a korelují s uvedenými údaji autorů. Z praktického hlediska jsou výsledky práce přínosné, neboť poukazují, že samotná lékařská péče ke zlepšení kvality života nedostačuje a v komplexní péči má velký potenciál také ošetrovatelství, které by mělo vycházet ze skutečných potřeb a zájmů nemocného. Doporučili bychom z ošetrovatelského hlediska zlepšit management ošetrovatelské péče sestry v primární, sekundární a terciální sféře. Zvláště sestra v primární péči má účinné nástroje, jak pomoci pacientovi v psychické oblasti a zabránit společenské izolaci. Svou empatií, povzbuzením, možností poskytnout informace o nemoci, komunitních organizacích, kontaktu na sociálního pracovníka aj. by mohlo mít velmi pozitivní efekt na psychiku nemocného. Další významnou kompetencí sestry v primární péči je podpora pacienta v managementu sebe samého. Sestra připraví pacienta na management vlastního zdraví a podpoří jak zdraví, tak motivaci změny životního stylu. Kaas (2017, s. 183) ve své disertační práci uvádí, že RA omezuje jednu z nezákladnějších lidských potřeb, a to soběstačnost. Deficit soběstačnosti devastuje lidskou duši, neboť pacient ztrácí záruku svobodného života. S ohledem na výše zmíněné vnímáme jako přínosné, zaměřit se na management sester zvláště v primární péči, neboť jejich péče může vést k větší spokojenosti pacientů s RA a zlepšení jejich kvality života.

Vlastní výzkum by bylo vhodné doplnit o stádia onemocnění a dobu trvání RA, které může být námětem pro další výzkum této problematiky.

## LITERATURA A PRAMENY

- 1) CUSH, John et al. *Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment*. 3. issue. New York: Professional Communication, 2010. ISBN 978-1-932610-58-1.
- 2) DA SILVA, Jose, WOOLF, Anthony. *Rheumatology in Practice*. London: Springer, 2010. ISBN 978-1-84882-580-2.
- 3) DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN: 80-85121-82-4.
- 4) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 5) EQ-5D, 2015. How to use EQ-5D [online]. Euroqol [cit. 2018-15-03]. Dostupné z: <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>.
- 6) EL MIEDANY, Yasser. *Patient reported outcome measures in rheumatic diseases*. Switzerland: Springer, 2016. ISBN 978-3-319-32851-5.
- 7) FIFE, Bruce et al. *Bolesti kloubů: bezbolestné léčení artritidy, artrózy, dny a fibromyalgie*. Liberec: Dialog, knižní velkoobchod a nakladatelství, 2016. ISBN 978-80-7424-085-0.
- 8) FUSEK, Martin. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3727-0.
- 9) GOES, Ana Claudia Janiszewski et al., 2017. Rheumatoid arthritis and sleep quality. *Revista Brasileira de Reumatologia*. **57**(4), 294-298. ISSN 1809-4570.
- 10) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 978-80-247-3625-9.
- 11) HALUZÍKOVÁ, Jana, ŘÍMOVSKÁ, Zdeňka, 2010. Psychosociální podpora u pacientů s autoimunitním onemocněním - s revmatoidní artritidou. *Medicína pro praxi*. **7**(2), 88-89. ISSN: 1214-8687.
- 12) HILL, J. et al. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley & Sons. 2006. ISBN 978-0-470-01961-0.
- 13) HUDÁKOVÁ, Anna, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
- 14) CHARLISH, Anne et al. *Artritida a revmatismus*. Praha: Svojtka & Co, 2009. ISBN 978-80-256-0144-0.

- 15) JIYEON, Lee. et al., 2014. Measurement properties of rheumatoid arthritis-specific quality-of-life questionnaires: systematic review of the literature. *Quality of Life Research*. **23**(10), 2779-2791. ISSN 0962-9343.
- 16) KAAS, Jiří. *Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou*. Disertační práce. České Budějovice, 2017. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotné sociální fakulta, Katedra Ošetřovatelství.
- 17) KAAS, Jiří et al., 2017. Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou. *Kontakt*. **19**(3), 171-176. ISSN: 1212-4117; 1804-7122.
- 18) KAAS, Jiří et al., 2014. Revmatoidní artritida jako psychický problém. *Psychologie a její kontexty*. **5**(2), 71-80. ISSN 1803-9278.
- 19) KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.
- 20) KOZÁK, Jiří. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: SOLEN, 2010. ISBN 978-80-87327-45-6.
- 21) LISÓN, Fernández et al., 2008. Quality of life of patients with rheumatoid arthritis undergoing out-patient treatment with TNF inhibitors. *Farmacia Hospitalaria*. **32**(3), 178-81. ISSN 1130-6343.
- 22) MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy 1. vydání*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
- 23) MARTINÁKOVÁ, Libuše et al. *Příručka pro výzkumné sestry*. Brno: Facta Medica, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-88056-02-7.
- 24) MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 25) NĚMEC, Petr et al. *Revmatologie pro praxi*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN: 978-80-204-4132-4.
- 26) OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatoidní artritida- čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta a.s., 2012. ISBN: 978-80-204-2657-4.
- 27) OLEJÁROVÁ, Marta, 2011. Nová evropská a česká doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy. *Remedia*. **21**(1), 66-72. ISSN: 0862-8947; 2336-3541.
- 28) OLEJÁROVÁ, Marta et al. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2455-6.
- 29) OLEJÁROVÁ, Marta et al. *Revmatologie v kostce*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-115-4.

- 30) OLÍŠAROVÁ, Věra et al., 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. České Budějovice: *Kontakt*. **15**(1), 14-21. ISSN 1212-4117.
- 31) PAVELKA, Karel et al. *Revmatologie*. Praha: Maxdorf , 2012. ISBN 978-80-7345-295-7.
- 32) PAVELKA, Karel, 2009. Vliv časně léčby inhibitory TNF- $\alpha$  adalimumabem na ztrátu zaměstnání u pacientů s časnou revmatoidní artritidou. *Remedia*. **19**(4), 284-287. ISSN: 0862-8947; 2336-3541.
- 33) PAVELKOVÁ, Andrea. *Revmatoidní artritida a biologická léčba: průvodce ošetrojícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-192-9.
- 34) PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 35) RAUDENSKÁ, Jaroslava, 2012. Biopsychosociální model léčby revmatoidní artritidy v algésiologii. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. **5**(3), 91-93. ISSN: 1337-6896.
- 36) ROLANTOVÁ, Anežka et al., 2009. Klient s revmatoidní artritidou v komunitní péči. *Kontakt*. **11**(1), 103-108. ISSN: 1212-4117; 1804-7122.
- 37) ROVENSKÝ, Jozef. *Geronto Revmatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-147-6.
- 38) RUSEEL, Anthony, 2008. Quality of life Assessment in Rheumatoid Arthritis. *Pharmacoeconomics*. **26**(10), 831-46. ISSN 1170-7690.
- 39) ŘEHULKOVÁ, Oliva et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN: 978-80-7392-073-9.
- 40) SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2011. Úlohy ošetrovatelstva v podpore adaptácie pacientov s reumatoidnou artritidou. *Kontakt*. **13**(3), 287-297. ISSN 1212-4117.
- 40) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 41) ŠENOLT, Ladislav, 2011. Biologická léčba revmatoidní artritidy. *Postgraduální medicína*. **13**(5), 526-530. ISSN: 1212-4184.
- 42) ŠENOLT, Ladislav, 2016. Velmi časná revmatoidní artritida - diagnostika, léčba a hodnocení aktivity. *Postgraduální medicína*. **18**(5) , 20-23. ISSN: 1212-4184.
- 43) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.

44) ŠVÁBOVÁ, Irena. *Problematika depresivních symptomů a jejich bližší charakteristika u osob s revmatoidní artritidou*. Rigorózní práce. Praha, 2006. Filozofická fakulta univerzity Karlovy v Praze, Katedra psychologie.

45) TÜRKOVÁ, Věra, 2015. Využití kompenzačních pomůcek při osobní hygieně u nemocných s revmatoidní artritidou. *Rheumatologia*. **29**( 2), 51-56. ISSN: 1210-1931.

46) VAŇÁSEK, Jaroslav. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

47) VAŇÁSKOVÁ, Eva, 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*. **14**(3), 133-135. ISSN 1213-1814.

48) WARE, John. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Massachusetts: New England Medical Center, 1993. ISBN 978-1891810060.

49) WARE, John et al. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Quality Metric Inc, 2003. ISBN1891810065.

50) ZÁVADA, Jakub, 2011. Kardiovaskulární riziko u revmatoidní artritidy – od patofyziologie k praxi. *Postgraduální medicína*. **13**(5), 531-537. ISSN 1212-4184.

## SEZNAM ZKRATEK

$\alpha$	hladina významnosti
Anti CCP	anticitrulinové protilátky
ACPA	protilátky proti citrulinovaným proteinům u RA
Anti CCP	specifické autoprottilátky proti syntetickým cyklickým citrulinovaným eptidům
CRP	c-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
bDMARD	biologické chorobou modifikující antirevmatické léky
DMARD	chorobu modifikující antirevmatické léky
FW	sedimentace erytrocytů
HRQoL	Health Related Quality of Life
i. v.	intravenózní
MCP	metakarpofalangeální
NSA	nesteroidní antirevmatika
RA	revmatoidní artritida
RTG	rentgen
s. c.	subkutánní
SF-36	Short Form 36
TNF- $\alpha$	tumor nekrotizující faktor alfa
WHO	World Health Organization



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení aktivity RA pomocí indexu DAS 28 .....	18
Tabulka 2 Biologické léky RA, dostupné v ČR .....	22
Tabulka 3 Přehled statisticky významných rozdílů .....	46
Tabulka 4 Přehled statisticky významných rozdílů .....	57

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Hodnocení dimenze fyzické funkce .....	50
Graf 2 Hodnocení dimenze fyzické omezení rolí .....	51
Graf 3 Hodnocení dimenze bolest .....	52
Graf 4 Hodnocení dimenze všeobecné vnímání vlastního zdraví .....	53
Graf 5 Hodnocení dimenze vitalita.....	54
Graf 6 Hodnocení dimenze fyzické a emoční omezení sociálních funkcí .....	55
Graf 7 Hodnocení dimenze emoční omezení rolí .....	56
Graf 8 Hodnocení dimenze duševní zdraví .....	57
Graf 9 Grafické znázornění celkového fyzického zdraví .....	58
Graf 10 Grafické znázornění celkového psychického zdraví .....	59
Graf 11 Grafické znázornění statistických rozdílů mezi pohlavím v dimenzi energie/únava .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Graf 12 Grafické znázornění statistických rozdílů mezi pohlavím v dimenzi duševní zdraví .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Graf 1 Hodnocení dimenze fyzické funkce .....	50
Graf 2 Hodnocení dimenze fyzické omezení rolí .....	51
Graf 3 Hodnocení dimenze bolest .....	52
Graf 4 Hodnocení dimenze všeobecné vnímání vlastního zdraví .....	53
Graf 5 Hodnocení dimenze vitalita.....	54
Graf 6 Hodnocení dimenze fyzické a emoční omezení sociálních funkcí .....	55
Graf 7 Hodnocení dimenze emoční omezení rolí .....	56
Graf 8 Hodnocení dimenze duševní zdraví .....	57
Graf 9 Grafické znázornění celkového fyzického zdraví .....	58
Graf 10 Grafické znázornění celkového psychického zdraví .....	59
Graf 11 Grafické znázornění statistických rozdílů mezi pohlavím v dimenzi energie/únava .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Graf 12 Grafické znázornění statistických rozdílů mezi pohlavím v dimenzi duševní zdraví .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník Short Form 36

Příloha 2 Přehled mediánů skóre k hypotézám H1, H2, H3

Příloha 3 Metodika skórovacího systému SF 36

Příloha 4 Charakteristika dimenzí SF 36 nejnižšího a nejvyššího možného skóre

Příloha 5 Schválení vykonávání výzkumné metody

Příloha 6 Statistické vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku SF 36

Příloha 7 Rešerše

Příloha 8 Manuál ke zpracování dotazníku SF 36

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 Dotazník Short Form 36

### DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

Dobrý den,

Jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni oboru Ošetrovatelství. V rámci mé diplomové práce se zaměřuji na kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro zpracování diplomové práce. V případě dotazu se nebojte obrátit na Safnerova.Stepanka@gmail.com.

Zaškrtněte, prosím, níže uvedené prohlášení, že jste si vědom/a, že netrpíte žádnou chorobou, kvůli které byste vnímali horší kvalitu Vašeho života. Poté můžete přistoupit k vyplnění samotného dotazníku.

Prohlašuji, že si nejsem vědom/a žádného svého onemocnění, které by mělo vliv na sníženou kvalitu mého života:

U každé otázky, prosím, zvolte jednu odpověď.

Předem děkuji.

Uveďte pohlaví:

**ŽENA**

**MUŽ**

Uveďte svůj věk .....

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výtečné ..... 1

Velmi dobré ..... 2

Dobré ..... 3

Docela dobré ..... 4

Špatné ..... 5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem ..... 1

Poněkud lepší než před rokem ..... 2

Přibližně stejné jako před rokem ... 3

Poněkud horší než před rokem ..... 4

Mnohem horší než před rokem ..... 5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického

dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, co jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje Hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Měl jste některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti  
v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Vůbec ne .....     | 1 |
| Trochu .....       | 2 |
| Mírně .....        | 3 |
| Poměrně dost ..... | 4 |
| Velmi silně .....  | 5 |

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Žádné .....       | 1 |
| Velmi mírné ..... | 2 |
| Mírné .....       | 3 |
| Střední .....     | 4 |
| Silné .....       | 5 |
| Velmi silné ..... | 6 |



8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne ..... 1
- Trochu ..... 2
- Mírně ..... 3
- Poměrně dost ..... 4
- Velmi silně ..... 5

9. Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho jak se Vám dařilo v minulých

4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítil.

Jak často v minulých 4 týdnech (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost Často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b. Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. Jste pociťoval(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6

d. Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
h. Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
i. Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v posledním týdnu bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Pořád..... 1
- Většinu času..... 2
- Občas..... 3
- Málokdy..... 4
- Nikdy..... 5

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé

řádce)

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

**Zdroj:** Vlastní

## Příloha 2 Přehled mediánů k hypotézám H1, H2, H3

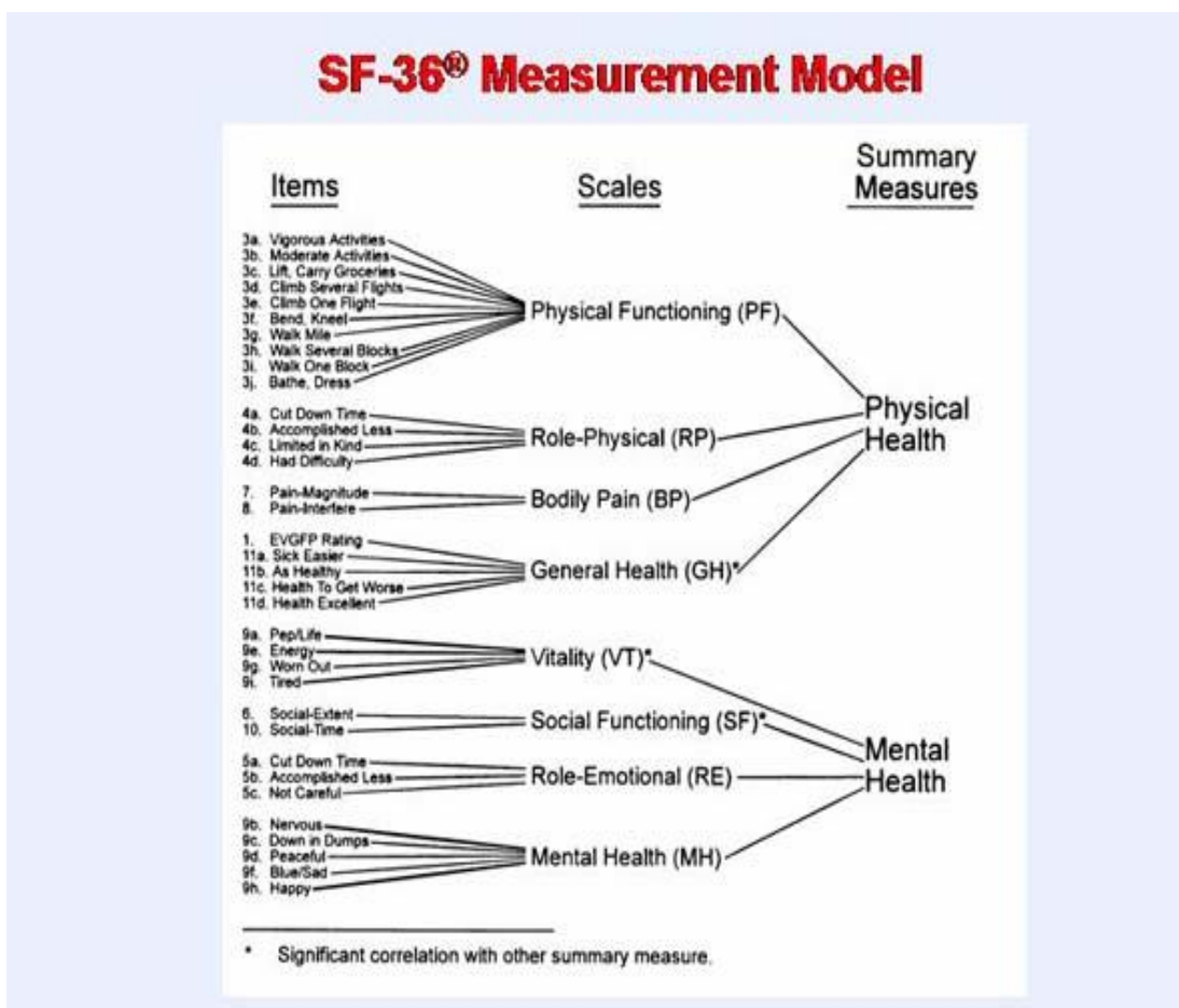
Proměnná	Souhrnné výsledky Popisné statistiky (data, dimenze)			
	Respondent	Medián	Minimum	Maximum
Hodnocení dimenze PF (Fyzické funkce)	Pacienti s RA	55,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze RF (Omezení z důvodu fyzického zdraví)	Pacienti s RA	50,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze RE (Omezení z důvodu emocionálních problémů)	Pacienti s RA	66,7	0,0	100,0
Hodnocení dimenze E/F (Energie/únava)	Pacienti s RA	50,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze EW (Emocionální pohoda)	Pacienti s RA	64,0	4,0	100,0
Hodnocení dimenze SF (Sociální fungování)	Pacienti s RA	60,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze P (Bolest)	Pacienti s RA	35,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze GH (Obecné zdraví)	Pacienti s RA	25,5	0,0	100,0
Hodnocení dimenze PF (Fyzické funkce)	Zdraví respondenti	95,0	35,0	100,0
Hodnocení dimenze RF (Omezení z důvodu fyzického zdraví)	Zdraví respondenti	100,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze RE (Omezení z důvodu emocionálních problémů)	Zdraví respondenti	100,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze E/F (Energie/únava)	Zdraví respondenti	60,0	10,0	100,0
Hodnocení dimenze EW (Emocionální pohoda)	Zdraví respondenti	84,0	32,0	100,0
Hodnocení dimenze SF (Sociální fungování)	Zdraví respondenti	100,0	22,5	100,0
Hodnocení dimenze P (Bolest)	Zdraví respondenti	100,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze GH (Obecné zdraví)	Zdraví respondenti	67,0	0,0	100,0

Proměnná	Souhrnné výsledky Popisné statistiky (data, dimenze)				
	Respondent	Pohlaví	Medián	Minimum	Maximum
Hodnocení dimenze PF (Fyzické funkce)	Pacienti s RA	Žena	50,0	0,0	95,0
Hodnocení dimenze RF (Omezení z důvodu fyzického zdraví)	Pacienti s RA	Žena	50,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze RE (Omezení z důvodu emocionálních problémů)	Pacienti s RA	Žena	66,7	0,0	100,0
Hodnocení dimenze E/F (Energie/únava)	Pacienti s RA	Žena	50,0	0,0	95,0
Hodnocení dimenze EW (Emocionální pohoda)	Pacienti s RA	Žena	62,0	4,0	100,0
Hodnocení dimenze SF (Sociální fungování)	Pacienti s RA	Žena	60,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze P (Bolest)	Pacienti s RA	Žena	35,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze GH (Obecné zdraví)	Pacienti s RA	Žena	25,5	0,0	94,0
Hodnocení dimenze PF (Fyzické funkce)	Pacienti s RA	Muž	57,5	0,0	100,0
Hodnocení dimenze RF (Omezení z důvodu fyzického zdraví)	Pacienti s RA	Muž	50,0	0,0	100,0

Hodnocení dimenze RE (Omezení z důvodu emocionálních problémů)	Pacienti s RA	Muž	66,7	0,0	100,0
Hodnocení dimenze E/F (Energie/únava)	Pacienti s RA	Muž	50,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze EW (Emocionální pohoda)	Pacienti s RA	Muž	66,0	4,0	100,0
Hodnocení dimenze SF (Sociální fungování)	Pacienti s RA	Muž	55,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze P (Bolest)	Pacienti s RA	Muž	35,0	0,0	100,0
Hodnocení dimenze GH (Obecné zdraví)	Pacienti s RA	Muž	25,5	0,0	100,0

**Zdroj:** Vlastní

### Příloha 3 Metodika skórovacího systému dotazníku SF-36



**Zdroj:** WARE, John et al. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Quality Metric Inc, 2003. ISBN1891810065.

## Příloha 4 Charakteristika dimenzí SF 36 nejnižšího a nejvyššího možného skóre

TABLE 9.1 CONTENT-BASED DESCRIPTIONS OF LOWEST AND HIGHEST SCALE SCORES

Concepts	Meaning of Scores	
	Lowest Possible ( <i>Floor</i> )	Highest Possible ( <i>Ceiling</i> )
Physical Functioning	Limited a lot in performing all physical activities including bathing or dressing due to health	Performs all types of physical activities including the most vigorous without limitations due to health
Role-Physical	Problems with work or other daily activities as a result of physical health	No problems with work or other daily activities as a result of physical health
Bodily Pain	Very severe and extremely limiting pain	No pain or limitations due to pain
General Health	Evaluates personal health as poor and believes it is likely to get worse	Evaluates personal health as excellent
Vitality	Feels tired and worn out all of the time	Feels full of pep and energy all of the time
Social Functioning	Extreme and frequent interference with normal social activities due to physical or emotional problems	Performs normal social activities without interference due to physical or emotional problems
Role-Emotional	Problems with work or other daily activities as a result of emotional problems	No problems with work or other daily activities as a result of emotional problems
Mental Health	Feelings of nervousness and depression all of the time	Feels peaceful, happy, and calm all of the time

**Zdroj:** WARE, John et al. *SF-36 Health survey: Manual and Interpretation Guide*. Massachusetts: New England Medical Center Boston, 1993. ISBN 9781891810060.

## Příloha 5 Schválení vykonávání výzkumné metody

**RÚ** Revmatologický ústav

Na Slupi 4, 128 50 Praha 2

Štěpánka Šafnerová  
Nerudova 554  
273 71 Zlonice

V Praze 13. 10. 2017

### Věc: Schválení vykonávání výzkumné metody v Revmatologickém ústavu

Schvaluji Štěpánce Šafnerové, studentce Západočeské univerzity v Plzni, že je kompetentní k distribuci, sběru dat a vyhodnocení dotazníků pro účely diplomové práce s názvem: Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou v Revmatologickém ústavu v čase od 16. 10. 2017 do 31. 3. 2018.

S pozdravem

Revmatologický ústav  
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2  
prof. MUDr. Karel Pavelka DrSc.  
ředitel ústavu

ředitel Revmatologického ústavu  
Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

**Zdroj: Vlastní**



## Příloha 6 Statistické vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku SF 36

Statistické vyhodnocení ot.č.1 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

1)Řekl byste, že Vaše zdraví je celkově?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Výtečné	3	13	16
Řádková rel. četnost	4,05%	17,57%	
Velmi dobré	15	29	44
Řádková rel. četnost	20,27%	39,19%	
Dobré	20	20	40
Řádková rel. četnost	27,03%	27,03%	
Docela dobré	24	11	35
Řádková rel. četnost	32,43%	14,86%	
Špatné	12	1	13
Řádková rel. četnost	16,22%	1,35%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.1 dotazníku SF-36 pro *muže*.

1) Řekl byste, že Vaše zdraví je celkově	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Výtečné	6	15	21
Řádková rel. četnost	7,89%	19,48%	
Velmi dobré	15	29	44
Řádková rel. četnost	34,09%	65,91%	
Dobré	15	21	36
Řádková rel. četnost	41,67%	58,33%	
Docela dobré	28	9	37
Řádková rel. četnost	75,68%	24,32%	
Špatné	12	3	15
Řádková rel. četnost	15,79%	3,90%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot .č. 2 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

2) Jak byste hodnotil své zdraví dnes ve srovnání před rokem?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Mnohem lepší než před rokem	14	2	16
Řádková rel. četnost	18,92%	2,70%	
Poněkud lepší než před rokem	11	8	19
Řádková rel. četnost	14,86%	10,81%	
Přibližně stejné jako před rokem	31	50	81
Řádková rel. četnost	41,89%	67,57%	
Poněkud horší jako před rokem	14	13	27
Řádková rel. četnost	18,92%	17,57%	
Mnohem horší než před rokem	4	1	5
Řádková rel. četnost	5,41%	1,35%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot .č. 2 dotazníku SF-36 pro muže.

2) Jak byste hodnotil své zdraví dnes ve srovnání před rokem?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Mnohem lepší než před rokem	13	8	21
Řádková rel. četnost	61,90%	38,10%	
Poněkud lepší než před rokem	10	3	13
Řádková rel. četnost	76,92%	23,08%	
Přibližně stejné jako před rokem	31	50	81
Řádková rel. četnost	38,27%	61,73%	
Poněkud horší jako před rokem	15	14	29
Řádková rel. četnost	51,72%	48,28%	
Mnohem horší než před rokem	7	2	9
Řádková rel. četnost	9,21%	2,60%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.3 dotazníku SF-36 pro ženy.

3) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Usilovné činnosti jako je běh, náročné sporty.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	50	21	71
Řádková rel. četnost	67,57%	28,38%	
Ano, omezuje trochu	21	18	39
Řádková rel. četnost	28,38%	24,32%	
Ne, vůbec neomezuje	3	35	38
Řádková rel. četnost	4,05%	47,30%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.3 dotazníku SF-36 pro muže.

3) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Usilovné činnosti jako je běh, náročné sporty.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	45	14	59
Řádková rel. četnost	59,21%	18,18%	
Ano, omezuje trochu	27	21	48
Řádková rel. četnost	35,53%	27,27%	
Ne, vůbec neomezuje	4	42	46
Řádková rel. četnost	5,26%	54,55%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.4 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

4) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Středně namáhavé činnosti jako posouvání stolu, luxování, hraní kuželek.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	19	3	22
Řádková rel. četnost	25,68%	4,05%	
Ano, omezuje trochu	38	14	52
Řádková rel. četnost	51,35%	18,92%	
Ne, vůbec neomezuje	17	57	74
Řádková rel. četnost	22,97%	77,03%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.4 dotazníku SF-36 pro *muže*.

4) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Středně namáhavé činnosti jako posouvání stolu, luxování, hraní kuželek.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	18	2	20
Řádková rel. četnost	23,68%	2,60%	
Ano, omezuje trochu	37	13	50
Řádková rel. četnost	48,68%	16,88%	
Ne, vůbec neomezuje	21	62	83
Řádková rel. četnost	27,63%	80,52%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.5 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

5) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Zvedání nebo nošení běžného nákupu.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	15	1	16
Řádková rel. četnost	20,27%	1,35%	
Ano, omezuje trochu	38	11	49
Řádková rel. četnost	51,35%	14,86%	
Ne, vůbec neomezuje	21	62	83
Řádková rel. četnost	28,38%	83,78%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.5 dotazníku SF-36 pro muže.

5) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Zvedání nebo nošení běžného nákupu.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	13	0	13
Řádková rel. četnost	17,11%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	38	9	47
Řádková rel. četnost	50,00%	11,69%	
Ne, vůbec neomezuje	25	68	93
Řádková rel. četnost	32,89%	88,31%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.6 dotazníku SF-36 pro ženy.

6) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Vyjít po schodech několik pater.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	35	15	50
Řádková rel. četnost	47,30%	20,27%	
Ano, omezuje trochu	28	14	42
Řádková rel. četnost	37,84%	18,92%	
Ne, vůbec neomezuje	11	45	56
Řádková rel. četnost	14,86%	60,81%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.6 dotazníku SF-36 pro mžže.

6) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Vyjít po schodech několik pater.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	27	12	39
Řádková rel. četnost	35,53%	15,58%	
Ano, omezuje trochu	29	23	52
Řádková rel. četnost	38,16%	29,87%	
Ne, vůbec neomezuje	20	42	62
Řádková rel. četnost	26,32%	54,55%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.7 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

7) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Vyjít po schodech jedno patro.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	11	4	15
Řádková rel. četnost	14,86%	5,41%	
Ano, omezuje trochu	36	9	45
Řádková rel. četnost	48,65%	12,16%	
Ne, vůbec neomezuje	27	61	88
Řádková rel. četnost	36,49%	82,43%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.7 dotazníku SF-36 pro *muže*.

7) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Vyjít po schodech jedno patro.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	12	2	14
Řádková rel. četnost	15,79%	2,60%	
Ano, omezuje trochu	30	13	43
Řádková rel. četnost	39,47%	16,88%	
Ne, vůbec neomezuje	34	62	96
Řádková rel. četnost	44,74%	80,52%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.8 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

8) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Předklon,shýbání, poklek.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	11	4	15
Řádková rel. četnost	14,86%	5,41%	
Ano, omezuje trochu	36	9	45
Řádková rel. četnost	48,65%	12,16%	
Ne, vůbec neomezuje	27	61	88
Řádková rel. četnost	36,49%	82,43%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.8 dotazníku SF-36 pro *muže*.

8) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Předklon,shýbání, poklek.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	12	0	12
Řádková rel. četnost	15,79%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	39	16	55
Řádková rel. četnost	51,32%	20,78%	
Ne, vůbec neomezuje	25	61	86
Řádková rel. četnost	32,89%	79,22%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.9 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

9) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze asi jeden kilometr.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	20	2	22
Řádková rel. četnost	27,03%	2,70%	
Ano, omezuje trochu	35	9	44
Řádková rel. četnost	47,30%	12,16%	
Ne, vůbec neomezuje	19	63	82
Řádková rel. četnost	25,68%	85,14%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.9 dotazníku SF-36 pro *muže*.

9) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze asi jeden kilometr.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	17	0	17
Řádková rel. četnost	22,37%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	34	11	45
Řádková rel. četnost	44,74%	14,29%	
Ne, vůbec neomezuje	25	66	91
Řádková rel. četnost	32,89%	85,71%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.10 dotazníku SF-36 pro ženy.

10) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze po ulici sto metrů.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	10	0	10
Řádková rel. četnost	13,51%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	35	4	39
Řádková rel. četnost	47,30%	5,41%	
Ne, vůbec neomezuje	29	70	99
Řádková rel. četnost	39,19%	94,59%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.10 dotazníku SF-36 pro muže.

10) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze po ulici sto metrů.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	9	0	9
Řádková rel. četnost	11,84%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	29	5	34
Řádková rel. četnost	38,16%	6,49%	
Ne, vůbec neomezuje	38	72	110
Řádková rel. četnost	50,00%	93,51%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.11 dotazníku SF-36 pro ženy.

11) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze po ulici několik desítek metrů.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	7	0	7
Řádková rel. četnost	9,46%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	30	2	32
Řádková rel. četnost	40,54%	2,70%	
Ne, vůbec neomezuje	37	72	109
Řádková rel. četnost	50,00%	97,30%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.11 dotazníku SF-36 pro muže.

11) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Chůze po ulici několik desítek metrů.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	6	0	6
Řádková rel. četnost	7,89%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	26	3	29
Řádková rel. četnost	34,21%	3,90%	
Ne, vůbec neomezuje	44	74	118
Řádková rel. četnost	57,89%	96,10%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.12 dotazníku SF-36 pro ženy.

12) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	7	0	7
Řádková rel. četnost	9,46%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	30	4	34
Řádková rel. četnost	40,54%	5,41%	
Ne, vůbec neomezuje	37	70	107
Řádková rel. četnost	50,00%	94,59%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.12 dotazníku SF-36 pro muže.

12) Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano, omezuje hodně	7	0	7
Řádková rel. četnost	9,21%	0,00%	
Ano, omezuje trochu	24	4	28
Řádková rel. četnost	31,58%	5,19%	
Ne, vůbec neomezuje	45	73	118
Řádková rel. četnost	59,21%	94,81%	
Celkem	76	77	153



Statistické vyhodnocení ot.č.13 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

13) Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	35	11	46
Řádková rel. četnost	47,30%	14,86%	
Ne	39	63	102
Řádková rel. četnost	52,70%	85,14%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.13 dotazníku SF-36 pro *muže*.

13) Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	35	11	46
Řádková rel. četnost	46,05%	14,29%	
Ne	41	66	107
Řádková rel. četnost	53,95%	85,71%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.14 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

14) Udělal jste méně než jste chtěl?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	37	14	51
Řádková rel. četnost	50,00%	18,92%	
Ne	37	60	97
Řádková rel. četnost	50,00%	81,08%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.14 dotazníku SF-36 pro *muže*.

14) Udělal jste méně než jste chtěl?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	36	16	52
Řádková rel. četnost	47,37%	20,78%	
Ne	40	61	101
Řádková rel. četnost	52,63%	79,22%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.15 dotazníku SF-36 pro ženy.

15) Byl jste omezen v druhu práce nebo jiných činnostech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	43	12	55
Řádková rel. četnost	58,11%	16,22%	
Ne	31	62	93
Řádková rel. četnost	41,89%	83,78%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.15 dotazníku SF-36 pro muže.

15) Byl jste omezen v druhu práce nebo jiných činnostech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	42	17	59
Řádková rel. četnost	55,26%	22,08%	
Ne	34	60	94
Řádková rel. četnost	44,74%	77,92%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.16 dotazníku SF-36 pro ženy.

16) Měl jste potíže při práci nebo jiných činnostech, př. vynaložit zvláštní úsilí?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	50	12	62
Řádková rel. četnost	67,57%	16,22%	
Ne	24	62	86
Řádková rel. četnost	32,43%	83,78%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.16 dotazníku SF-36 pro muže.

16) Měl jste potíže při práci nebo jiných činnostech, př. vynaložit zvláštní úsilí?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	40	13	53
Řádková rel. četnost	52,63%	16,88%	
Ne	36	64	100
Řádková rel. četnost	47,37%	83,12%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.17 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

17) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	32	8	40
Řádková rel. četnost	43,24%	10,81%	
Ne	42	66	108
Řádková rel. četnost	56,76%	89,19%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.17 dotazníku SF-36 pro *muže*.

17) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	33	13	46
Řádková rel. četnost	43,42%	16,88%	
Ne	43	64	107
Řádková rel. četnost	56,58%	83,12%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.18 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

18) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Udělal jste méně než jste chtěl?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	36	10	46
Řádková rel. četnost	48,65%	13,51%	
Ne	38	64	102
Řádková rel. četnost	51,35%	86,49%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.18 dotazníku SF-36 pro *muže*.

18) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Udělal jste méně než jste chtěl?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	34	15	49
Řádková rel. četnost	44,74%	19,48%	
Ne	42	62	104
Řádková rel. četnost	55,26%	80,52%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.19 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

19) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Byl jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný než obvykle?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	31	4	35
Řádková rel. četnost	41,89%	5,41%	
Ne	43	70	113
Řádková rel. četnost	58,11%	94,59%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.19 dotazníku SF-36 pro *muže*.

19) Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím? Byl jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný než obvykle?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Ano	27	8	35
Řádková rel. četnost	35,53%	10,39%	
Ne	49	69	118
Řádková rel. četnost	64,47%	89,61%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.20 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

Ž20) Uvedte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy v posledních 4 týdnech.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Vůbec ne	21	61	82
Řádková rel. četnost	25,61%	74,39%	
Trochu	22	6	28
Řádková rel. četnost	78,57%	21,43%	
Mírně	20	7	27
Řádková rel. četnost	74,07%	25,93%	
Poměrně dost	7	0	7
Řádková rel. četnost	100,00%	0,00%	
Velmi silně	4	0	4
Řádková rel. četnost	100,00%	0,00%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.20 dotazníku SF-36 pro muže.

20) Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy v posledních 4 týdnech.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Vůbec ne	25	61	86
Řádková rel. četnost	32,89%	79,22%	
Trochu	16	11	27
Řádková rel. četnost	21,05%	14,29%	
Mírně	16	1	17
Řádková rel. četnost	21,05%	1,30%	
Poměrně dost	14	2	16
Řádková rel. četnost	18,42%	2,60%	
Velmi silně	5	2	7
Řádková rel. četnost	6,58%	2,60%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.21 dotazníku SF-36 pro ženy.

21) Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Žádné	10	43	53
Řádková rel. četnost	13,51%	58,11%	
Velmi mírné	18	21	39
Řádková rel. četnost	24,32%	28,38%	
Mírné	20	6	26
Řádková rel. četnost	27,03%	8,11%	
Střední	15	3	18
Řádková rel. četnost	20,27%	4,05%	
Silné	8	0	8
Řádková rel. četnost	10,81%	0,00%	
Velmi silné	3	1	4
Řádková rel. četnost	4,05%	1,35%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.21 dotazníku SF-36 pro muže.

21) Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Žádné	16	59	75
Řádková rel. četnost	21,05%	76,62%	
Velmi mírné	13	6	19
Řádková rel. četnost	17,11%	7,79%	
Mírné	18	5	23
Řádková rel. četnost	23,68%	6,49%	
Střední	15	6	21
Řádková rel. četnost	19,74%	7,79%	
Silné	12	0	12
Řádková rel. četnost	15,79%	0,00%	
Velmi silné	2	1	3
Řádková rel. četnost	2,63%	1,30%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.22 dotazníku SF-36 pro ženy.

22) Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci v posledních 4 týdnech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Vůbec ne	14	57	71
Řádková rel. četnost	18,92%	77,03%	
Trochu	23	11	34
Řádková rel. četnost	31,08%	14,86%	
Mírně	18	5	23
Řádková rel. četnost	24,32%	6,76%	
Poměrně dost	14	1	15
Řádková rel. četnost	18,92%	1,35%	
Velmi silně	5	0	5
Řádková rel. četnost	6,76%	0,00%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.22 dotazníku SF-36 pro muže.

22) Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci v posledních 4 týdnech?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Vůbec ne	19	61	80
Řádková rel. četnost	25,00%	79,22%	
Trochu	21	7	28
Řádková rel. četnost	27,63%	9,09%	
Mírně	16	6	22
Řádková rel. četnost	21,05%	7,79%	
Poměrně dost	15	2	17
Řádková rel. četnost	19,74%	2,60%	
Velmi silně	5	1	6
Řádková rel. četnost	6,58%	1,30%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.23 dotazníku SF-36 pro ženy.

23) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jak často jste se cítil pln elánu?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	0	9	9
Řádková rel. četnost	0,00%	12,16%	
Většinou	24	30	54
Řádková rel. četnost	32,43%	40,54%	
Dost často	9	14	23
Řádková rel. četnost	12,16%	18,92%	
Občas	22	13	35
Řádková rel. četnost	29,73%	17,57%	
Málokdy	13	7	20
Řádková rel. četnost	17,57%	9,46%	
Nikdy	6	1	7
Řádková rel. četnost	8,11%	1,35%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.23 dotazníku SF-36 pro muže.

23) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jak často jste se cítil pln elánu?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	8	18	26
Řádková rel. četnost	10,53%	23,38%	
Většinou	15	31	46
Řádková rel. četnost	19,74%	40,26%	
Dost často	7	15	22
Řádková rel. četnost	9,21%	19,48%	
Občas	25	9	34
Řádková rel. četnost	32,89%	11,84%	
Málokdy	13	4	17
Řádková rel. četnost	17,11%	5,26%	
Nikdy	8	0	8
Řádková rel. četnost	10,53%	0,00%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.24 dotazníku SF-36 pro ženy.

24) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl velmi nervózní.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	5	2	7
Řádková rel. četnost	6,76%	2,70%	
Většinou	4	0	4
Řádková rel. četnost	5,41%	0,00%	
Dost často	9	2	11
Řádková rel. četnost	12,16%	2,70%	
Občas	14	12	26
Řádková rel. četnost	18,92%	16,22%	
Málokdy	24	28	52
Řádková rel. četnost	32,43%	37,84%	
Nikdy	18	30	48
Řádková rel. četnost	24,32%	40,54%	
Celkem	74	74	148



Statistické vyhodnocení ot.č.24 dotazníku SF-36 pro muže.

24) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl velmi nervózní.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	2	2	4
Řádková rel. četnost	2,63%	2,60%	
Většinou	8	2	10
Řádková rel. četnost	10,53%	2,60%	
Dost často	9	4	13
Řádková rel. četnost	11,84%	5,19%	
Občas	12	5	17
Řádková rel. četnost	15,79%	6,49%	
Málokdy	23	30	53
Řádková rel. četnost	30,26%	38,96%	
Nikdy	22	34	56
Řádková rel. četnost	28,95%	44,16%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.25 dotazníku SF-36 pro ženy.

25) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste měl takovou depresi, že Vás nemohlo nic rozveselit.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	2	0	2
Řádková rel. četnost	2,70%	0,00%	
Většinou	4	0	4
Řádková rel. četnost	5,41%	0,00%	
Dost často	4	0	4
Řádková rel. četnost	5,41%	0,00%	
Občas	12	6	18
Řádková rel. četnost	16,22%	8,11%	
Málokdy	17	7	24
Řádková rel. četnost	22,97%	9,46%	
Nikdy	35	61	96
Řádková rel. četnost	47,30%	82,43%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.25 dotazníku SF-36 pro muže.

25) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste měl takovou depresi, že Vás nemohlo nic rozveselit.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	1	0	1
Řádková rel. četnost	1,32%	0,00%	
Většinou	5	1	6
Řádková rel. četnost	6,58%	1,30%	
Dost často	6	0	6
Řádková rel. četnost	7,89%	0,00%	
Občas	9	3	12
Řádková rel. četnost	11,84%	3,90%	
Málokdy	17	5	22
Řádková rel. četnost	22,37%	6,49%	
Nikdy	38	68	106
Řádková rel. četnost	50,00%	88,31%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.26 dotazníku SF-36 pro ženy.

26) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste pociťoval klid a pohodu.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	4	6	10
Řádková rel. četnost	5,41%	8,11%	
Většinou	27	34	61
Řádková rel. četnost	36,49%	45,95%	
Dost často	9	17	26
Řádková rel. četnost	12,16%	22,97%	
Občas	19	14	33
Řádková rel. četnost	25,68%	18,92%	
Málokdy	11	1	12
Řádková rel. četnost	14,86%	1,35%	
Nikdy	4	2	6
Řádková rel. četnost	5,41%	2,70%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.26 dotazníku SF-36 pro muže.

26) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste pociťoval klid a pohodu.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	4	13	17
Řádková rel. četnost	5,26%	16,88%	
Většinou	28	41	69
Řádková rel. četnost	36,84%	53,25%	
Dost často	11	10	21
Řádková rel. četnost	14,47%	12,99%	
Občas	14	8	22
Řádková rel. četnost	18,42%	10,39%	
Málokdy	16	3	19
Řádková rel. četnost	21,05%	3,90%	
Nikdy	3	2	5
Řádková rel. četnost	3,95%	2,60%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.27 dotazníku SF-36 pro ženy.

27) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl pln energie.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	3	4	7
Řádková rel. četnost	4,05%	5,41%	
Většinou	20	22	42
Řádková rel. četnost	27,03%	29,73%	
Dost často	7	26	33
Řádková rel. četnost	9,46%	35,14%	
Občas	24	19	43
Řádková rel. četnost	32,43%	25,68%	
Málokdy	11	2	13
Řádková rel. četnost	14,86%	2,70%	
Nikdy	9	1	10
Řádková rel. četnost	12,16%	1,35%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.27 dotazníku SF-36 pro muže.

27) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl pln energie.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	6	16	22
Řádková rel. četnost	7,89%	20,78%	
Většinou	18	28	46
Řádková rel. četnost	23,68%	36,36%	
Dost často	11	14	25
Řádková rel. četnost	14,47%	18,18%	
Občas	21	14	35
Řádková rel. četnost	27,63%	18,18%	
Málokdy	10	4	14
Řádková rel. četnost	13,16%	5,19%	
Nikdy	10	1	11
Řádková rel. četnost	13,16%	1,30%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.28 dotazníku SF-36 pro ženy.

28) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste pociťoval pesimismus a smutek?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	1	0	1
Řádková rel. četnost	1,35%	0,00%	
Většinou	6	0	6
Řádková rel. četnost	8,11%	0,00%	
Dost často	4	2	6
Řádková rel. četnost	5,41%	2,70%	
Občas	13	9	22
Řádková rel. četnost	17,57%	12,16%	
Málokdy	21	20	41
Řádková rel. četnost	28,38%	27,03%	
Nikdy	29	43	72
Řádková rel. četnost	39,19%	58,11%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.28 dotazníku SF-36 pro muže.

28) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste pocíťoval pesimismus a smutek?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	3	0	3
Řádková rel. četnost	3,95%	0,00%	
Většinou	4	1	5
Řádková rel. četnost	5,26%	1,30%	
Dost často	7	0	7
Řádková rel. četnost	9,21%	0,00%	
Občas	14	2	16
Řádková rel. četnost	18,42%	2,60%	
Málokdy	18	19	37
Řádková rel. četnost	23,68%	24,68%	
Nikdy	30	55	85
Řádková rel. četnost	39,47%	71,43%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.29 dotazníku SF-36 pro ženy.

29) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste se cítil vyčerpán?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	4	0	4
Řádková rel. četnost	5,41%	0,00%	
Většinou	7	1	8
Řádková rel. četnost	9,46%	1,35%	
Dost často	11	4	15
Řádková rel. četnost	14,86%	5,41%	
Občas	25	22	47
Řádková rel. četnost	33,78%	29,73%	
Málokdy	22	28	50
Řádková rel. četnost	29,73%	37,84%	
Nikdy	5	19	24
Řádková rel. četnost	6,76%	25,68%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.29 dotazníku SF-36 pro muže.

29) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste se cítil vyčerpán?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	3	1	4
Řádková rel. četnost	3,95%	1,30%	
Většinou	6	2	8
Řádková rel. četnost	7,89%	2,60%	
Dost často	10	2	12
Řádková rel. četnost	13,16%	2,60%	
Občas	25	18	43
Řádková rel. četnost	32,89%	23,38%	
Málokdy	22	26	48
Řádková rel. četnost	28,95%	33,77%	
Nikdy	10	28	38
Řádková rel. četnost	13,16%	36,36%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.30 dotazníku SF-36 pro ženy.

30) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl šťastný?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	5	6	11
Řádková rel. četnost	6,76%	8,11%	
Většinou	24	43	67
Řádková rel. četnost	32,43%	58,11%	
Dost často	9	16	25
Řádková rel. četnost	12,16%	21,62%	
Občas	24	6	30
Řádková rel. četnost	32,43%	8,11%	
Málokdy	10	3	13
Řádková rel. četnost	13,51%	4,05%	
Nikdy	2	0	2
Řádková rel. četnost	2,70%	0,00%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.30 dotazníku SF-36 pro muže.

30) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste byl šťastný?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	7	22	29
Řádková rel. četnost	9,21%	28,57%	
Většinou	33	34	67
Řádková rel. četnost	43,42%	44,16%	
Dost často	8	16	24
Řádková rel. četnost	10,53%	20,78%	
Občas	18	3	21
Řádková rel. četnost	23,68%	3,90%	
Málokdy	9	2	11
Řádková rel. četnost	11,84%	2,60%	
Nikdy	1	0	1
Řádková rel. četnost	1,32%	0,00%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.31 dotazníku SF-36 pro ženy.

31) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste se cítil unaven?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	4	0	4
Řádková rel. četnost	5,41%	0,00%	
Většinou	10	1	11
Řádková rel. četnost	13,51%	1,35%	
Dost často	12	4	16
Řádková rel. četnost	16,22%	5,41%	
Občas	25	31	56
Řádková rel. četnost	33,78%	41,89%	
Málokdy	22	34	56
Řádková rel. četnost	29,73%	45,95%	
Nikdy	1	4	5
Řádková rel. četnost	1,35%	5,41%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.31 dotazníku SF-36 pro muže.

31) Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. Jste se cítil unaven?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	5	1	6
Řádková rel. četnost	6,58%	1,30%	
Většinou	7	1	8
Řádková rel. četnost	9,21%	1,30%	
Dost často	8	1	9
Řádková rel. četnost	10,53%	1,30%	
Občas	30	23	53
Řádková rel. četnost	39,47%	29,87%	
Málokdy	18	34	52
Řádková rel. četnost	23,68%	44,16%	
Nikdy	8	17	25
Řádková rel. četnost	10,53%	22,08%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.32 dotazníku SF-36 pro ženy.

32) Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	3	0	3
Řádková rel. četnost	4,05%	0,00%	
Většinu času	10	1	11
Řádková rel. četnost	13,51%	1,35%	
Občas	26	10	36
Řádková rel. četnost	35,14%	13,51%	
Málokdy	12	11	23
Řádková rel. četnost	16,22%	14,86%	
Nikdy	23	52	75
Řádková rel. četnost	31,08%	70,27%	
Celkem	74	74	148



Statistické vyhodnocení ot.č.32 dotazníku SF-36 pro muže.

32) Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu společenskému životu?	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Pořád	5	0	5
Řádková rel. četnost	6,58%	0,00%	
Většinu času	15	2	17
Řádková rel. četnost	19,74%	2,60%	
Občas	21	3	24
Řádková rel. četnost	27,63%	3,90%	
Málokdy	11	14	25
Řádková rel. četnost	14,47%	18,18%	
Nikdy	24	58	82
Řádková rel. četnost	31,58%	75,32%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.33 dotazníku SF-36 pro ženy.

33) Zdá se, že onemocním poněkud snadněji než jiní lidé.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	13	1	14
Řádková rel. četnost	17,57%	1,35%	
Většinou ano	18	9	27
Řádková rel. četnost	24,32%	12,16%	
Nejsem si jist	12	10	22
Řádková rel. četnost	16,22%	13,51%	
Většinou ne	23	26	49
Řádková rel. četnost	31,08%	35,14%	
Určitě ne	8	28	36
Řádková rel. četnost	10,81%	37,84%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.33 dotazníku SF-36 pro muže.

33) Zdá se, že onemocněním poněkud snadněji než jiní lidé.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	13	3	16
Řádková rel. četnost	17,11%	3,90%	
Většinou ano	17	3	20
Řádková rel. četnost	22,37%	3,90%	
Nejsem si jist	23	13	36
Řádková rel. četnost	30,26%	16,88%	
Většinou ne	11	20	31
Řádková rel. četnost	14,47%	25,97%	
Určitě ne	12	38	50
Řádková rel. četnost	15,79%	49,35%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.34 dotazníku SF-36 pro ženy.

34) Jsem stejně zdrav jako kdokoliv jiný.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	8	17	25
Řádková rel. četnost	10,81%	22,97%	
Většinou ano	11	27	38
Řádková rel. četnost	14,86%	36,49%	
Nejsem si jist	18	16	34
Řádková rel. četnost	24,32%	21,62%	
Většinou ne	15	7	22
Řádková rel. četnost	20,27%	9,46%	
Určitě ne	22	7	29
Řádková rel. četnost	29,73%	9,46%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.34 dotazníku SF-36 pro muže.

34) Jsem stejně zdrav jako kdokoliv jiný.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	8	31	39
Řádková rel. četnost	10,53%	40,26%	
Většinou ano	13	23	36
Řádková rel. četnost	17,11%	29,87%	
Nejsem si jist	15	14	29
Řádková rel. četnost	19,74%	18,18%	
Většinou ne	25	4	29
Řádková rel. četnost	32,89%	5,19%	
Určitě ne	15	5	20
Řádková rel. četnost	19,74%	6,49%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.35 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

35) Očekávám, že se mé zdraví zhorší.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	24	9	33
Řádková rel. četnost	32,43%	12,16%	
Většinou ano	14	6	20
Řádková rel. četnost	18,92%	8,11%	
Nejsem si jist	22	26	48
Řádková rel. četnost	29,73%	35,14%	
Většinou ne	5	12	17
Řádková rel. četnost	6,76%	16,22%	
Určitě ne	9	21	30
Řádková rel. četnost	12,16%	28,38%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.35 dotazníku SF-36 pro *muže*.

35) Očekávám, že se mé zdraví zhorší.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	23	9	32
Řádková rel. četnost	30,26%	11,69%	
Většinou ano	19	3	22
Řádková rel. četnost	25,00%	3,90%	
Nejsem si jist	17	25	42
Řádková rel. četnost	22,37%	32,47%	
Většinou ne	12	17	29
Řádková rel. četnost	15,79%	22,08%	
Určitě ne	5	23	28
Řádková rel. četnost	6,58%	29,87%	
Celkem	76	77	153

Statistické vyhodnocení ot.č.36 dotazníku SF-36 pro *ženy*.

36) Mé zdraví je perfektní.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	2	17	19
Řádková rel. četnost	2,70%	22,97%	
Většinou ano	11	26	37
Řádková rel. četnost	14,86%	35,14%	
Nejsem si jist	18	12	30
Řádková rel. četnost	24,32%	16,22%	
Většinou ne	17	10	27
Řádková rel. četnost	22,97%	13,51%	
Určitě ne	26	9	35
Řádková rel. četnost	35,14%	12,16%	
Celkem	74	74	148

Statistické vyhodnocení ot.č.36 dotazníku SF-36 pro *muže*.

36) Mé zdraví je perfektní.	Pacienti s RA	Zdraví respondenti	Celkem
Určitě ano	3	28	31
Řádková rel. četnost	3,95%	36,36%	
Většinou ano	15	24	39
Řádková rel. četnost	19,74%	31,17%	
Nejsem si jist	13	14	27
Řádková rel. četnost	17,11%	18,18%	
Většinou ne	19	3	22
Řádková rel. četnost	25,00%	3,90%	
Určitě ne	26	8	34
Řádková rel. četnost	34,21%	10,39%	
Celkem	76	77	153

**Zdroj:** Vlastní

## Příloha 7 Rešerše

### PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Štěpánka Šafnerová

Název práce: Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou

Jazykové vymezení: Čeština

Vyhledávací termíny: Revmatoidní artritida, kvalita života, revmatologie

Časové vymezení: 2009-2019

Druhy dokumentů: knihy, e-knihy, články

Počet záznamů: 47

**Základní prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik

Bibliographia medica Českoslovacca

Zpracovala:

Mgr. Lojdová, Oddělení informačních a speciálních služeb NLK

14.3.2019



*Lojdová*

**Zdroj:** Vlastní

## Příloha 8 Manuál ke zpracování dotazníku SF 36

### Step 1: Recoding Items

Item numbers	Change original response category *	To recoded value of:
1, 2, 20, 22, 34, 36	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

### Step 2: Averaging Items to Form Scales

Scale	Number of items	After recoding per Table 1, average the following items
Physical functioning	10	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Role limitations due to physical health	4	13 14 15 16
Role limitations due to emotional problems	3	17 18 19
Energy/fatigue	4	23 27 29 31
Emotional well-being	5	24 25 26 28 30
Social functioning	2	20 32
Pain	2	21 22
General health	5	1 33 34 35 36

**Zdroj:** Rand Health Care [online]. c2013, poslední revize 26. 8. 2013 [cit. 2019-03-13].

Dostupné z: <[https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html)>.