

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta zdravotnických studií**

**Život pacienta s onemocněním Bechtěrevova choroba**

**Kristýna Liesková**

**Bakalářská práce**

**2014**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Lieskovská**  
Osobní číslo: **Z10021**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Život pacienta s onemocněním Bechtěrevova choroba**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**


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

Seznam odborné literatury:

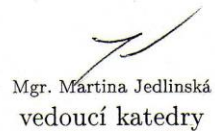
1. ALUŠÍK, Š. Revmatologie, Postgraduální klinický projekt. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-279-6.
2. ČIHÁK, R. Anatomie 1. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 978-80-7169-970-5.
3. DUNGL, P. a kol. Ortopedie. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
4. OLEJAROVÁ, M. Revmatologie v kostce. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-115-4.
5. PAVELKA, K. a kol. Revmatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-145-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. července 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Martina Jedlinská  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

**Prohlášení:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem využila v této práci, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, hlavně se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o použití jiného subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností, až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Kristýna Lieskovská

.....

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat vedoucí práce Mgr. Marii Holubové za odborné vedení práce, cenné rady, ochotu a hlavně trpělivost.

Ráda bych také poděkovala Ing. Petře Pipkové za jazykovou korekci.

Také bych chtěla poděkovat personálu a pacientům zdravotnického zařízení, kde probíhal sběr informací k praktické části práce.

## **ANOTACE**

Tématem mé bakalářské práce je Život pacienta s onemocněním Bechtěrevova choroba. Práce je rozdělena do dvou částí. První je teoretická část, zde je pojednáváno o anatomii páteře, zejména křížové oblasti. Část práce je věnovaná samotnému onemocnění Bechtěrevova choroba, základnímu rozdělení, ztuhnutí páteře klinickému obrazu a léčbě. Jedna z kapitol se věnuje vyšetření hybnosti páteře. V oblasti léčby jsem se nejvíce zaměřila na pohybovou aktivitu.

Druhá část je výzkumná, zaměřená na vyhodnocení dotazníku a statistické zpracování údajů u vybraných respondentů ve zdravotnickém zařízení provádějící diagnostiku a ambulantní a hospitalizační léčbu revmatických onemocnění. Dotazníky byly zaměřeny především na kvalitu života, jak ambulantních, tak hospitalizovaných klientů. Především jsem zjišťovala, jak se cítí, zda je nemoc nějak omezuje.

Praktickým výstupem práce je návrh cvičebných úkonů, které brání ztuhnutí páteře a ve výsledku působí i úlevu od bolesti. Účelem je protažení páteře a velkých kloubů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Bechtěrevova choroba, hybnost páteře, RHB

## **ANNOTATION**

The topic of my thesis is “the patient’s life with the Bechterew disease”. The work is divided into two parts. The first part is theoretical; here is the analysis of the anatomy of the spine, especially the lumbar. Part of the work is devoted to the Bechterew's disease, primary distribution, stiff spine clinical picture and treatment. One chapter is devoted to examination of spinal mobility. In the area of treatment I was most focused on physical activity.

The second part of my thesis is research oriented, focused on the evaluation of the questionnaire and statistical processing of data from selected respondents in a health care facility performing diagnostics and outpatient and inpatient treatment of rheumatic diseases. Questionnaires were focused primarily on the quality of life of both outpatient and hospitalized clients. In particular, I investigated how they feel, whether the disease somehow restricts them.

The practical outcome of this work is to design exercise acts that prevent stiffening of the spine and result in operating and relief from pain. The purpose is to stretch the spine and large joints.

## **KEY WORDS**

Bechterew 's disease, motion of the spine, physical therapy

# OBSAH

ÚVOD .....	12
CÍLE .....	13
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
1.1. Anatomie a fyziologie páteře .....	14
1.2. Křížová oblast .....	14
1.3. Ligamenta páteře .....	15
1.4. Meziobratlové destičky .....	16
<b>2. BECHTĚREVOVA CHOROBA (ANKYLOZUJÍCÍ SPONDYLARTRITIDA)</b> .....	<b>17</b>
2.1. Ztuhnutí páteře .....	17
2.2. Klinický obraz .....	17
2.3. Vyšetřovací metody .....	18
2.3.1. Anamnéza .....	18
2.3.2. Zobrazovací metody .....	18
2.3.3. Laboratorní vyšetření .....	19
2.4. Terapie .....	19
2.4.1. Farmakologická léčba .....	19
2.4.2. Nefarmakologická léčba .....	20
2.4.3. Operační terapie .....	20
2.5. Komplikace AS .....	20
2.6. Ošetrovatelská péče .....	21
<b>3. EDUKACE</b> .....	<b>25</b>
3.1. Edukační proces .....	25
3.2. Edukační metody .....	26
<b>4. VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>27</b>
4.1. Výzkumné otázky .....	27

4.2. Metodika výzkumu.....	27
4.3. Analýza výsledků dotazníků .....	29
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>43</b>
<b>EDUKAČNÍ MATERIÁL .....</b>	<b>46</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>47</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>48</b>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek 1</b> Graf znázorňující věk respondentů.....	30
<b>Obrázek 2</b> Graf znázorňující zaměstnání dotazovaných.....	30
<b>Obrázek 3</b> Graf znázorňující s kým respondenti žijí.....	31
<b>Obrázek 4</b> Graf znázorňuje, zda mají respondenti nějaké zájmy a zda se jim věnují.....	31
<b>Obrázek 5</b> Graf zobrazuje, zda tělesné, či emocionální obtíže brání společenskému životu.....	32
<b>Obrázek 6</b> Graf znázorňující, zda po zjištění diagnózy se zhoršily vztahy s blízkými.....	32
<b>Obrázek 7</b> Graf znázorňující bolest způsobenou Bechtěrevovou nemocí.....	33
<b>Obrázek 8</b> Graf znázorňující intenzitu obtíží.....	33
<b>Obrázek 9</b> Graf znázorňující jakou bolest respondenti pociťovali, během posledních 3 měsíců. ....	34
<b>Obrázek 10</b> Graf znázorňující dobu ranní ztuhlosti.....	34
<b>Obrázek 11</b> Graf znázorňující stupeň samostatnosti.....	35
<b>Obrázek 12</b> Graf znázorňující kvalitu spánku.....	35
<b>Obrázek 13</b> Graf znázorňující spokojenost se sexuálním životem.....	36
<b>Obrázek 14</b> Graf znázorňující psychický stav dotazovaných.....	36
<b>Obrázek 15</b> Graf znázorňující jak respondenti zvládají stresové situace.....	37
<b>Obrázek 16</b> Graf znázorňující jak se respondenti momentálně cítí.....	37
<b>Obrázek 17</b> Graf ukazující zda onemocnění ovlivnilo stravovací návyky.....	38
<b>Obrázek 18</b> Graf znázorňující zvládání běžných činností.....	39
<b>Obrázek 19</b> Graf znázorňující zvládání běžných činností.....	39
<b>Obrázek 20</b> Graf znázorňující zvládání běžných činností.....	40
<b>Obrázek 21</b> Graf znázorňující zvládání běžných činností.....	40
<b>Obrázek 22</b> Graf znázorňující zvládání běžných činností.....	41
<b>Obrázek 23</b> Graf znázorňující hodnocení kvality života respondenty.....	42

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1</b> Tabulka znázorňující pohlaví respondentů.....	29
--	----

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AS - Ankylozující spondylitida

CT – počítačová tomografie

NMR – magnetická resonance

RHB – rehabilitace

RTG – rentgen

UZ – ultrazvuk

HLA – human leucocyte antigens

TZV. - takzvaný

Obr. – obrázek

s. - strana

Tab. – tabulka

aj. – a jiné

a kol. – a kolektiv

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

## ÚVOD

Bechtěrevova choroba se obvykle ve světě označuje jako ankylozující spondylitida. Ankylozující spondylitida je jedním z několika onemocnění, které patří do skupiny chronických zánětlivých revmatických onemocnění, známých jako spondyloartropatie. (Weisman, 2011, s. 5) Podstatou onemocnění je zánět, který postihuje především axiální skelet a vede k rozvoji osifikace meziobratlových plotének. (Olejárová, 2008, s. 71) Touto nemocí trpěli už i králové a faraoni. Svědčí o tom nálezy z Údolí Králů. Po prozkoumání těl (mumií) se u nich zjistilo, že touto nemocí trpěli. (Olejárová, 2011, s. 8, 9)

V roce 1893 ruský neurolog a psychiatr Vladimír Michajlovič Bechtěrev se touto nemocí zabýval, a tak ankylozující spondylitida bývá označovaná jako Bechtěrevova choroba. (Olejárová, 2011, s. 8)

Tato choroba častěji postihuje muže než ženy. Udávaná prevalence Bechtěrevovy choroby v populaci je od 0,1 % až do 1 %. Přesná příčina tohoto onemocnění není doposud známá, ale v poslední době se nejvíce připisuje souvislosti s přítomností antigenu HLA-B27. V naší populaci je okolo 8 % obyvatel, u kterých se vyskytuje HLA- B27. (Koudela, 2004, s. 110) Antigen HLA-B27 se vyskytuje asi u 95 % pacientů. Tato nemoc bohužel není při dnešních léčebných možnostech vyléčitelná, tudíž její léčba spočívá v potlačování příznaků a zlepšování hybnosti pomocí cvičení a zpomalení progresu onemocnění. (Pavelka, 2012, s. 294)

## **CÍLE**

1. Popsat problematiku Bechtěrevovy choroby, její diagnostiku a možnosti léčby.
2. Zjistit a porovnat nejčastější problémy pacientů s Bechtěrevovou chorobou.
3. Zjistit a porovnat, jak Bechtěrevova choroba ovlivňuje muže a ženy.
4. Vytvořit edukační materiál o pohybové léčbě nemocných s Bechtěrevovou chorobou

# 1. Teoretická část

## 1.1. Anatomie a fyziologie páteře

Páteř je tvořena 26 kostmi spojenými do ohebné, zakřivené struktury. Je hlavní oporou osy tělní, probíhá od lebky až k pánvi, kde přenáší váhu trupu na dolní končetiny. Je v ní uzavřena i páteřní mícha a poskytuje úponová místa pro žebra a svaly krku a zad. (Marieb, 2005, s. 170)

Rozlišujeme pět částí páteře, v nichž mají obratle stejné vlastnosti. Oblast krční, u všech savců se skládá ze sedmi obratlů, které umožňují otáčení hlavy. Oblast hrudní, je složena z dvanácti obratlů, k nimž jsou připojena žebra, která tvoří hrudní koš. Oblast bederní, tvoří ji pět obratlů, větší než ostatní, protože nesou většinu tělesné hmotnosti a podílejí se na vzpřímeném držení těla. Oblast křížová, skládá se z pěti spojených obratlů, které tvoří křížovou kost, na niž jsou připojeny pánevní kosti. Oblast kostrční, je složena ze čtyř nebo pěti obratlů, menších a taky srostlých. (Rigutti, 2006, s. 44)

Obratle všech oblastí mají podobnou strukturu. Skládají se z těla (corpus) uloženého vepředu a obratlového oblouku (arcus) vzadu. Tělo je část, která nese váhu. Tělo s obloukem ohraničují otvor, foramen vertebrale (obratlový otvor). Sousedící obratle tak formují páteřní kanál, kterým probíhá páteřní mícha. (Marieb, 2005, s. 170)

Každý obratel má navíc obloukovité výrůstky (trnové výběžky), na něž se váží svaly a vazy trupu. (Rigutti, 2006, s. 45)

## 1.2. Křížová oblast

Os sacrum, křížová kost, kterou tvoří vertebrae sacrales, sakrální obratle, je součástí páteře, jednak svým spojením s kostmi pánevními tvoří součást pánve a účastní se funkcí pletence dolní končetiny. Kraniálně je široká, kaudálně se zužuje. Na os sacrum se rozeznávají tyto útvary: **facies dorsalis** - zadní, konvexní plocha křížové kosti; **facies pelvica** - přední konkávní plocha; **lineae transversae**, příčné linie - viditelné hranice pěti srostlých obratlů na přední ploše kosti, dobře zřetelné i v dospělosti; **foramina sacralia anteriora** (pelvica) čtyři páry otvorů na přední ploše kosti (na místě intervertebrálních otvorů mezi presakrálními obratli); leží při lineae transversae; **foramina sacralia posteriora** (dorsalia) - obdobné čtyři páry otvorů na zadní ploše kosti; **canalis sacralis** - pokračování páteřního kanálu v kosti křížové; do něho vedou foramina sacralia pelvina i dorsalia, vždy společným otvorem, který se teprve ve hmotě kosti rozdělí do otvoru na přední a na zadní straně; **hiatus sacralis** - otvor

do sakrálního kanálu na jeho dolním konci, je to vlastně neuzavřený oblouk obratle S5; **cornua sacralia** - párové, kaudálně směřující výběžky, které lemují okraje neuzavřeného oblouku obratle S5 a kaudálně mírně vyčnívají při hiatus sacralis na zadní straně kosti. **Partes laterales ossis sacri** vytvářejí hmotu kosti zevně a vpředu; odpovídají zbytkům žeber. **Facies auricularis** je párová, mírně zvlňená, rozsáhlá kloubní plocha zevně na partes laterales, v rozsahu obratlů S1 – S3; je to plocha pro křížokyčelní skloubení. **Tuberositas sacralis** je drsná plocha v horní části pars lateralis vzadu za facies auricularis; je to místo úponu snopců zadního a mezikostního křížokyčelního vazů. **Basis ossis sacri** - označení pro horní terminální plochu obratle SI, na kterou prostřednictvím meziobratlové destičky nasedá tělo obratle LI. **Promontorium** je přední okraj basis ossis sacri, který spolu s meziobratlovou ploténkou a předním dolním okrajem obratle L5 vyčnívá dopředu na hranici presakrální páteře a pánve jako dopředu vyčnívající úhel. **Processus articulares superiores**, horní kloubní výběžky křížové kosti, jsou uloženy při odstupu oblouku obratle SI pro skloubení s dolními kloubními výběžky obratle L5; s určitou variabilitou jsou tvarované a postavené jako u bederních obratlů. **Apex ossis sacri** je kaudální konec křížové kosti; představuje vlastně dolní terminální plošku těla obratle S5. (Čihák, 2009, s. 99 - 102)

### 1.3. Ligamenta páteře

Ligamenta páteře zahrnují dlouhé vazy, podélně poutající celou páteř a krátké vazy, které spojují oblouky a výběžky sousedních obratlů.

#### 1.3.1. Dlouhé vazy

K dlouhým vazům patří Ligamentum longitudinale anterius, přední podélný vaz, který spojuje obratlová těla po přední straně páteře od předního oblouku atlasu až na křížovou kost. Ligamentum longitudinale posterius, zadní podélný vaz, který pojí obratlová těla po jejich zadní ploše, od kosti tylní po kost křížovou. Ligamentum sacrococcygeum posterius superficiale, ten se táhne uprostřed po zadním povrchu křížové kosti. (Čihák, 2009, s. 108)

#### 1.3.2. Krátké vazy páteře

Ligamenta flava pojí oblouky obratlů. Jsou z elastického vaziva a žlutého zbarvení. Ligamenta intertransversaria ty pojí příčné výběžky. Nejsilnější jsou v bederní části páteře. Ligamenta interspinalia pojí trnové výběžky. Jsou z pevného vaziva, které brání rozvíření obratlových trnů při předklonu. Nacházejí se i v hrudní a krční části páteře, kde probíhají nejen mezi trny, ale i dále dorsálně od nich a jako silný pruh se táhnou od dolních krčních

obratlů a ke kosti týlní. Retinaculum caudale curis je snopec vaziva a to se táhne od hrotu kostrče k přiléhající kůži. (Čihák, 2009, s. 108)

#### **1.4. Meziobratlové destičky**

Jsou vytvořeny v pohyblivé části páteře, spojují terminální plochy sousedních obratlových těl, s těmi se tvarově shodují. Celkový počet destiček je 23. Každá destička má v okrajích vrstvičky hyalinní chrupavky, srostlé s kostí obou těl obratlů. Vlastní destičku tvoří chrupavka vazivová, která na obvodu přechází v husté fibrosní vazivo. Meziobratlové destičky fungují taky jako pružné vložky mezi obratli. (Čihák, 2009, s. 107)

## **2. Bechtěrevova choroba (Ankylozující spondylartritida)**

Ankylozující spondylitida je chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje axiální skelet. Primárním místem zánětu jsou šlachy a ligamenta na kostech. (Pavelka, 2012, s. 294) Postupně se vyvíjí ankylóza a deformace páteře. U části nemocných mohou být postiženy periferní klouby, mohou se vyskytovat mimo kloubní manifestace, různé kožní projevy, aortální insuficience a plicní fibrózy. (Olejárová, 2008, s. 71)

Podle typu postižení dělíme do tří forem. Axiální, zde je postižen pouze osový skelet, tedy páteř. Rizomelickou, zde jsou současně s páteří postiženy i kořenové končetinové klouby (kyčel, ramena). Periferní (neboli skandinávská forma), kdy je kromě páteře postižení i periferních kloubů (kolen, kotníků...). (Olejárová, 2011, s. 18) Nejčastěji onemocnění postupuje kaudokraniálním směrem. Princip konečné deformity je kyfóza. (Dungl, 2005, s. 639)

V minulosti byla AS považována především za onemocnění postihující především muže, ale nedávné studie prokázaly rovnoměrnější rozložení mezi pohlavím. (Weisman, 2011, s. 5 - 12) U žen AS probíhá mírněji než u mužů a manifestuje se především na veliké klouby. (Wilson, 1997, s. 450, 451)

### **2.1. Ztuhnutí páteře**

Obratle jsou spojeny malými klouby, jejichž dutina je vystlána synoviální membránou. Dále těla obratlů pojí meziobratlové vazy. (Trnavský, 1994, s. 66)

U AS dochází k zánětu mezi obratli, prvně bývají postiženy sakroiliakální (křížobederní) klouby, kterými je páteř spojena s pánví. Do vazů, které jsou okolo kloubů, se ukládají vápenaté soli a vazy ztvrdnou. Když zánět ustoupí, tvoří se na tom místě kost. Výsledkem je, že páteř ztuhne a stává se neohebnou. V nejtěžších případech můžou páteřní klouby srůst a zcela brání pohybu. Mohou se také zanítit klouby, které se pojí k žebrům, a to způsobuje dýchací obtíže. (Bird, 2007, s. 21)

### **2.2. Klinický obraz**

AS obvykle začíná bolestmi zad zánětlivého charakteru. U části nemocných bývá jako prvním projevem periferní artritida. (Olejárová, 2008, s. 73) Bolesti zad, většinou v bederní části páteře nevystřelují do dolních končetin, mají spíše tzv. zánětlivý charakter. Nemoc způsobuje

omezené rozvíjení páteře, časté mimoskeletální příznaky, ke kterým patří psoriáza, střevní záněty a u některých pacientů i reaktivní artritida. (Pavelka, 2012, s. 294) V rozvinuté formě dochází k osifikaci a postupnému ztužování páteře v kyfotickém postavení. Proces začíná zpravidla v oblasti kříže a postupuje kraniálně. V pokročilém stádiu je páteř zcela ztuhlá a neohebná. (Sosna, 2001, s. 90)

Při zániku mezivertebrálních kloubů můžou mít klienti dechové potíže. Bolest je horší po ránu a po rozhýbání se bolest mírní anebo mizí. Mohou se objevit bolesti v místě úponů svalů, hlavně Achillovy šlachy. Okolo 25 % pacientů trpí očními projevy. (Horčíčka, 1999, s. 71) Často to je zánět duhovky. Velmi zřídka to bývá postižení plicní tkáně, nebo srdeční chlopně. (Olejárová, 2011, s. 4)

## **2.3. Vyšetřovací metody**

### **2.3.1. Anamnéza**

Důležitá je především rodinná anamnéza. Je zde velmi zajímavá úloha genů při vzniku Bechtěrevovy nemoci. Rodinný výskyt AS a příbuzných nemocí jako záněty oční duhovky či lupénka je u pokrevních příbuzných znám dlouho. Nemoc není úplně klasicky dědičná, neznamená totiž, že muž s Bechtěrevovou chorobou musí mít všechny své děti postižené touto nemocí, avšak riziko je u nich vyšší. (Olejárová, 2011, s. 15)

### **2.3.2. Zobrazovací metody**

RTG vyšetření je velmi přínosné pro zjištění diagnózy, ale i pro sledování průběhu onemocnění (Olejárová, 2011, s. 21) V časných fázích může být nález němý, později se však vyvíjejí charakteristické změny. Zánět kostí křížové a kyčelní (sakroiliitida) se projevuje nepravidelným průběhem kloubní štěrbin a erozemi v průběhu štěrbin a konečně ankylózou. Ve vyšších vrstvách páteře se vyvíjejí jemné, oblé osifikace meziobratlových plotének, které přemostují meziobratlové prostory. Dle RTG postižení páteře rozlišujeme celkem 5 stadií. Stadium I (jednostranná sakroiliitida), stadium II (oboustranná sakroiliitida), stadium III (syndesmofyty na bederní páteři), stadium IV (syndesmofyty na hrudní páteři a stadium V (syndesmofyty na krční páteři). (Olejárová, 2008, s. 75)

CT a NMR vyšetření jsou metody, které nezatěžují pacienta žádným zářením a dokáže zobrazit tkáň tvrdé, měkké, přítomnost tekutiny a prokreslí tvar a strukturu hluboce

položených orgánů. (Olejárová, 2011, s. 21) Má veliký přínos pro časnou diagnostiku, kdy ještě RTG snímek je negativní nebo nespecifický. (Olejárová, 2008, s. 75)

UZ vyšetření se nejčastěji provádí u podezření na zánět končetinových kloubů, zejména u kyčelních kloubů. Pomocí UZ můžeme zjistit např. zesílení výstelky kloubu u chronického zánětu, nebo zmnožení nitrokloubní tekutiny. (Olejárová, 2011, s. 22)

### **2.3.3. Laboratorní vyšetření**

Důležitým laboratorním vyšetřením je vyšetření na HLA B27. HLA jsou bílkovinné molekulární značky na povrchu všech buněk lidského těla. Avšak nejvíce jich je na povrchu leukocytů, proto se označují zkratkou HLA (human leucocyte antigens). Je jich několik skupin, které se označují písmeny a mnoho podtypů, které se označují čísly. Více jak 90 % pacientů s AS jsou nositelé HLA B27. (Olejárová, 2011, s. 16)

Nemocní často mívají zvýšenou sedimentaci erytrocytů a C-reaktivního proteinu. U některých stabilizovaných pacientů, bývají tyto hodnoty zvýšené celoživotně. (Olejárová, 2008, s. 75)

## **2.4. Terapie**

Předpokladem správné terapie u nemocného s AS je individuální vyhodnocení pacienta podle aktivity a progresivity onemocnění, přítomnosti mimo kloubních manifestací a přítomnosti dalších onemocnění. Léčba Bechtěrevovy choroby by měla být komplexní a skládá se z léčby nefarmakologické, farmakologické a eventuálně z léčby chirurgické. (Pavelka, 2012, s. 301)

### **2.4.1. Farmakologická léčba**

Základním pilířem farmakologické léčby jsou nesteroidní antirevmatika, která rychle snižují bolest a ztuhlost u nemocných během 48 až 72 hodin. (Pavelka, 2012, s. 302) Upřednostňují se zejména antirevmatika s delší dobou trvání, aby působila přes celou noc. Do této skupiny patří například meloxikam, naproxen nebo upravený diklofenak s prodlouženým účinkem. Jestliže jsou tyto léky užívány delší dobu a pravidelně, tak mají i protizánětlivý účinek. (Olejárová, 2011, s. 23)

Při nedostatečném účinku je možnost přidat paracetamol, například Paralen, Panadol aj. Pokud paracetamol nestačí je možnost kombinace se slabšími opioidními analgetiky, například tramadol, kodein apod. Tyto léky však působí pouze proti bolesti. (Olejárová, 2011, s. 23, 24, 25) Jen výjimečně při progresi se mohou použít kortikoidy. (Horčíčka, 1999, s. 73)

Momentálně nejúčinnější formou léčby ankylozující spondylitidy jsou anti- TNF preparáty. Při léčbě anti-TNF jsou ovlivněny příznaky axiální i příznaky periferní artritidy, tak entezopatie. Účinnost léčby byla prokázána i u pokročilých forem onemocnění, nicméně u časných forem se zdá být vyšší. Pro léčbu AS byly na základě úspěšných studií schváleny etanercept, infliximab, adalimumab a golimumab. (Pavelka, 2012, s. 303, 304)

#### **2.4.2. Nefarmakologická léčba**

Základem nefarmakologické léčby je získání pacienta pro aktivní rehabilitační program. (Pavelka, 2012, s. 303) Pohybová léčba sice progresi nemoci nezastaví, ale je pro nemocného celoživotní nutností. Muže napomáhat zpomalení progresu a zlepšovat funkční stav pacienta. Samotné cvičení přináší symptomatickou úlevu. Doporučuje se nemocným pevné a tvrdé lůžko s malou podložkou pod hlavou. Cvičení může být s náčiním, na náradí, či prostná. Nemocným se doporučují lehká cvičení, jako plavání. Naopak se nedoporučují silová cvičení, či bojové sporty. Nezbytnou součástí cvičení je i dechová gymnastika. (Olejárová, 2008, s. 78)

Nefarmakologicky můžeme řešit bolest kloubů a zad aplikací tepla anebo chladu, masáží a důležitým faktorem je cvičení. (Olejárová, 2011, s. 25)

#### **2.4.3. Operační terapie**

Při postižení velkých kloubů, jako kyčelního, či kolenního, se jedná o totální náhradu kloubu. Před touto operací je třeba, aby pacient byl v co nejlepší fyzické i duševní kondici. (Pavelka, 2012, s. 305)

Další chirurgickou metodou je korekční osteotomie u klientů s výraznou hyperkyfózou. Tito pacienti ztratili schopnost horizontálního pohledu před sebe a mají potíže při chůzi. Jelikož jde o velmi technicky náročnou operaci, měla by být prováděna ve vysoce zkušených centrech. (Pavelka, 2012, s. 305)

### **2.5. Komplikace AS**

Z komplikací to může být přenesení zánětu do různých orgánů, jako například do očí. Bývá to asi u 25 % nemocných a zánět postihuje duhovku a řasnaté tělísko. (Trnavský, 1994, s. 68)

Závažnou komplikací Bechtěrevovy choroby je amyloidóza, ta patří i mezi nejčastější příčinu úmrtí nemocných. (Olejárová, 2008, s. 74)

Dále se jedná o vedlejší účinky léků, zejména nesteroidních antirevmatik, které dráždí zažívací trakt a mohou napomoci vzniku peptického vředu a tím krvácení do žaludku, či duodena. (Trnavský, 1994, s. 69)

## **2.6. Ošetrovatelská péče**

Do sledovaného ústavu zaměřeného na léčbu revmatických onemocnění klienti přicházejí na základě doporučení odborným lékařem, nebo odborným pracovištěm jiných nemocnic. Při příchodu je pacient přijat lékařem, který s pacientem podrobně sepíše anamnézu. Po sepsání anamnézy lékař přistoupí k fyzikálnímu vyšetření, zejména pak k vyšetření hybnosti páteře. (Příloha A) Po tomto vyšetření má lékař již přibližný náhled nemoci. Pro potvrzení se pacientovi odebere krev na zánětlivé markery, popřípadě na imunologické vyšetření, pro zjištění antigenu HLA-B 27. Poté se pacientovi provede RTG vyšetření, který zobrazí zánětem změněné nebo srostlé obratle, tzv. bambusovou tyč. (Příloha B) Po těchto vyšetřeních je schopen lékař určit, zda se jedná o Bechtěrevovu chorobu a v jakém je stádiu. Poté lékař posoudí, zda je pro pacienta dostačující léčba ambulantní, nebo je potřeba hospitalizace. Pracoviště se snaží hospitalizaci omezit na nezbytné minimum a řešit léčbu především ambulantně.

Léčba ambulantní obnáší návštěvu pacienta každých 8 - 9 týdnů, kdy se pacientovi odebere kontrolní odběr krve na zánětlivé markery, a jsou pacientovi podány léky v infuzích. Léky, které jsou podávány, se rovněž liší, a to podle toho, v jakém stádiu nemoci pacient je a jak na něj léky působí. Nejčastěji podávaným lékem ve sledovaném zařízení, byl lék Remicade. Remicade je protizánětlivý léčivý přípravek. Každý rok se u ambulantních pacientů provádí kontrolní MRI, pro kontrolu průběhu onemocnění a správnosti léčby. Tito pacienti jsou rovněž poučeni o důležitosti rehabilitace.

Hospitalizovaní pacienti jsou přijati na lůžkové oddělení všeobecnou sestrou, která s pacientem na sesterském pokoji vyplní elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, kde všeobecnou sestru především zajímají identifikační údaje (jméno, příjmení, rodné číslo, kontakty), dále pak fyziologie (výška, hmotnost, BMI). Všeobecná sestra zhodnotí úroveň sebekpéče, a to zejména v oblasti příjmu potravy, hygieny, oblékání a celkové pohyblivosti. Dále pak zjišťuje dietní omezení, denní příjem tekutin, zda má pacient umělý chrup a potíže s ním spojené, vylučování (frekvenci, rituály s ním spojené), spánek a odpočinek (počet hodin spánku, kvalitu spánku a návyky související se spánkem). Všeobecná sestra se doptá na

sebepečení, sexualitu a víru. Po sepsání ošetrovatelské dokumentace je pacient umístěn na pokoj. Všeobecná sestra ho seznámí se sociálním zařízením pokoje, poté mu pomůže vybalit věci, stručně ho seznámí s chodem oddělení a odkáže ho na dokumentaci (řád oddělení, práva pacientů), kterým je vybaven každý pokoj.

Každý den v 6:15 všeobecná sestra roznese teploměry po oddělení, poté se provádí u pacientů hygiena, soběstační pacienti si zajistí sami v příslušném sociálním zařízení. U pacientů méně soběstačných popřípadě nesoběstačných pomáhá, nebo hygienu provádí všeobecná sestra. V 7:00 probíhá odběr krve, poté v 7:30 se rozdává snídaně. Po 8. hodině všeobecná sestra obejde nemocné, kteří mají onemocnění dalšího systému (hypertenzní nemoc, kožní onemocnění aj.) a provede u nich doplňující výkony, jako měření fyziologických funkcí, popřípadě nanesení lokálních léčiv (krémy, masti). Okolo 9. hodiny probíhá na oddělení vizita lékařů. Mezi 10:00 až 12:00 všeobecné sestry plní ordinace lékařů, zde se nejčastěji pacientům podávají infuze s léky a obchází rehabilitační pracovník, který s pacienty provádí lehké cviky. Ve 12:00 se na oddělení podává oběd. Během odpoledne všeobecná sestra plní ordinace lékaře. V této době mají pacienti RHB procedury. Okolo 15:00 pacienti dostávají svačinu. Během odpoledne, mají pacienti možnost navštívit denní místnost s televizí, nebo si jít odpočinout do venkovního atria, v prostorách oddělení je i malá knihovna. V 17:30 se podávají léky a večere a v 18:00 se u pacientů provádí večerní hygiena. (Mikšová, 2005, s. 61 - 80)

Na tomto oddělení všeobecná sestra sleduje celkový stav pacienta. Celkový stav zahrnuje především fyziologické funkce, a to hodnoty krevního tlaku, pulzu, dechu, teploty a saturace. Dále sleduje bolest, její lokalizaci, charakter a intenzitu a v neposlední řadě sleduje psychický stav klienta. (Vytejšková, 2013, s. 13; Mikšová, 2005, s. 61, 65, 71, 77)

Všeobecná sestra by měla zhodnotit úroveň soběstačnosti v oblasti hygienické péče, výživy a vyprazdňování a popřípadě kompenzovat nedostatky. Pro stanovení úrovně soběstačnosti ve sledovaném ústavu, bylo využito hodnocení funkční soběstačnosti podle M. Gordonové. Dále by se měla zajímat o spánek a odpočinek, rehabilitaci a psychosociální potřeby. (Slezáková, 2006, s. 105, 106, 107)

Jedním z cílů ošetrovatelské péče je zmírnit bolesti pacienta, dodržování předepsaného farmakologického režimu a osvojení si relaxačních technik. Při kontaktu s pacientem všeobecná sestra provede důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, intenzity, charakteru a typu. V těchto situacích je jen na pacientovi, jak svou bolest popíše. Pokud se nepřesně či

nedostatečně vyjádří, všeobecná sestra mu nemůže pomoci tak, jak je v jejich schopnostech a možnostech. Proto je třeba vše pacientovi v klidu a důkladně vysvětlit. K přesnému popisu bolesti slouží škály a tabulky s možnostmi výběru. Pacient lokalizuje povrchovou bolest. Intenzita se dá vyjádřit na škále od 0 do 10 stupňů, pro přesnější určení je dobré k jednotlivým stupňům přidat i slovní hodnocení (bez bolesti, mírná či silná bolest atd.). Charakter může pacient popsat pomocí přídavných jmen, pro přesnější určení může sestra pomoci nabídkou jednotlivých typů (bodavá, bušivá, ostrá, pronikavá, řezavá, tupá atd.). Typ zahrnuje dobu začátku, trvání, konce a intervaly bez bolesti. Důležité je i zohlednit věk a pohlaví pacienta. Ze současných poznatků vyplývá, že mohou být rozdíly mezi muži a ženami v prožívání bolesti a reakci na ni. Citlivost má tendenci se s věkem snižovat. Musí se brát ohled i na užívání analgetik nebo narkotik v minulosti (včetně alkoholu). Hlavním cílem sestry je pomoci pacientovi zvládnout bolest. Přiblíží jeho očekávání realitě, protože bolest často nelze zcela odstranit, ale většinou ji lze zmírnit nebo kontrolovat. Dále zkoumá využití nefarmakologických metod zvládnutí bolesti (řízené představy, terapeutický dotek, masáž). Naučí pacienta dýchacím technikám k dosažení celkové relaxace. Omezí užívání analgetik a narkotik (bývají návykové a zhoršují poruchy spánku). Na konci každé práce s klientem sestra zopakuje, jak bezpečně užívat léky, které jejich vedlejší účinky vyžadují lékařské vyšetření, upozorní na rizika nevyzkoušených anebo nemedicínských prostředků a postupů a dle potřeby doporučí poradenství. Chronická bolest vždy ovlivní vztahy a dynamiku rodinného života. (Kolektiv autorů, 2006, str. 26, 163, 169, 192; Stackeová, 2012, s. 13, 25, 111, 115, 131)

Další sledovaný aspekt je spánek. Pacient si může ztěžovat na poruchy spánku. Všeobecná sestra se informuje co je příčinou poruchy. Bolest bývá nejčastějším důvodem, proč pacient nespí. Všeobecná sestra se snaží bolest odstranit, nebo zmírnit. Nedílnou součástí bývá informovanost všeobecné sestry o pacientových před spánkových rituálech. Pokud to bude v možnostech všeobecné sestry, tak pacientovi tyto rituály umožní. (Šafránková, 2006, s. 31, 32, 33)

Pacient si také může ztěžovat na poruchy vyprazdňování. Nejčastěji se jedná o sklony k zácpě z důvodu snížené aktivity a jistý podíl můžou mít i psychické faktory. Pokud tyto komplikace nastanou, všeobecná sestra může tento problém řešit doporučením ke změně stravy, zvýšení pitného režimu, popřípadě ordinací lékaře aplikací projímavých léčiv. (Šafránková, 2006, s. 27, 28)

Klient také může pociťovat strach a úzkost. Zde bývá nejčastější příčinou samotné onemocnění, či změna prostředí. V tomto případě role všeobecné sestry spočívá ve zmírnění nebo odstranění příčin strachu a navození pocitu bezpečí. (Šafránková, 2006, s. 30)

### **3. Edukace**

Edukace je výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Proces edukace začíná již při příchodu do léčebného zařízení, kdy je pacient poučen o tom, jaká vyšetření ho čekají, jak budou probíhat a co obnášejí za komplikace. Pacient je přijat lékařem, který s klientem sepíše anamnézu, při které se zajímá zvláště o rodinnou anamnézu a s ní spojený výskyt onemocnění AS. Poté je klientovi vysvětleno jaké vyšetřovací metody ho čekají. Zejména se jedná o zobrazovací metody, které jsou bezbolestné. Důležité je také seznámit pacienta s léčbou a RHB. Zde je důležité klást důraz na účinnost a s tím i spojené zmírnění bolesti. (Juřeníková, 2010, s. 7 – 12; Špirudová, 2005, s. 117 – 121)

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, *educare* a znamená jakékoli situace za účasti lidí či zvířat, při kterých probíhá nějaký edukační proces. (Špirudová, 2005, s. 117, 118).

Vzdělávání jedince je proces s cílem navodit požadované dovednosti, vědomosti a návyky. Za komplexní edukaci můžeme považovat edukaci, kdy jsou jedinci předávány vědomosti, jsou vytvářeny dovednosti a postoje ve zdraví, které vedou ke zlepšení zdraví. Cílové skupiny pro edukaci lze dělit na nedeterminovanou, determinovanou a cílovou uživatelskou skupinu. Za nedeterminovanou lze považovat tu, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení. Další skupinou edukace jsou determinované skupiny. Zařazení této skupiny do edukace podléhá některým kritériím, jako třeba věku, či druhu onemocnění. Poslední skupinou jsou cílové uživatelské skupiny. Edukace v této skupině je plánovaná individuálně na základě edukačních potřeb. (Juřeníková, 2010, s. 9, 12).

#### **3.1. Edukační proces**

Edukační proces je činnost, při které dochází k učení, a to záměrně, či nezáměrně. Edukační proces začíná již v prenatálním období a končí smrtí.

Edukační proces je činnost několika lidí, ve které dochází k učení pacienta. Do samotného procesu edukace vstupují čtyři determinanty. První je edukant, subjekt učení. Nejčastější subjekt ve zdravotnickém zařízení je nejčastěji zdravý, nebo nemocný klient, ale také to může být i zdravotník. Další, který patří do procesu edukace je edukátor, ten je aktérem edukační aktivity. Ve zdravotnickém zařízení to bývá nejčastěji lékař, nebo všeobecná sestra. Jako třetí

patří do edukačního procesu edukační konstrukty, to jsou plány, zákony a předpisy a standardy, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Poslední determinanta je edukační prostředí, to je prostředí, ve kterém samotná edukace probíhá. (Juřeníková, 2010, s. 10)

### **3.2. Edukační metody**

Pojem metoda pochází z řeckého slova met-hodos, to doslova znamená za cestou. Edukační metodu můžeme chápat, jako promyšlené působení edukátora. Edukátor aktivizuje edukanta v jeho učení. Při výběru jednotlivých edukačních metod musíme přihlídnout k osobnosti edukanta k jeho vědomostem a dovednostem.

Edukační metody se dělí do tří skupin. Metoda teoretická, do které patří seminář, cvičení, nebo klasická přednáška. Další metodou je metoda teoreticko-praktická, která probíhá podobně jako diskuze. Poslední metodou, je metoda praktická je podobná exkurzi, instruktáži a probíhá za pomoci asistování. (Juřeníková, 2010, s. 37)

## **4. Výzkumná část**

### **4.1. Výzkumné otázky**

1. Jaké bude složení respondentů s onemocněním Bechtěrevova choroba ve sledovaném zdravotnickém zařízení?
2. Bude více žen uvádět sociální izolaci oproti mužům?
3. Adaptují se ženy lépe na bolest než muži?
4. Budou muži zvládat stresové situace lépe oproti ženám?
5. Co budou respondenti udávat za nejčastější pomoc proti ztuhlosti?

### **4.2. Metodika výzkumu**

Ke zpracování výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum, který byl realizován pomocí dotazníku. (Příloha C)

Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připravené ve formě formuláře. V úvodu formuláře bývá krátké vysvětlení, za jakým účelem byl dotazník vytvořen, z jakého důvodu je respondentem vyplňován a uvádí se zde, zda je dotazník anonymní. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Než byly dotazníky rozdány, byla provedena pilotáž k ověření, zda je dotazník srozumitelný. Pilotáž byla provedena 11/2012 u 5 pacientů, poté byly provedeny drobné úpravy u 5 otázek.

Sběr dat probíhal v léčebném ústavu od 3. 12. 2012 do 30. 9. 2013. Tento ústav je zaměřený na léčbu a RHB pacientů s revmatickým onemocněním. Dělí se na ambulantní a lůžkové oddělení, které má 54 lůžek. Etická komise zdravotnického zařízení souhlasila s provedením výzkumu. Byli osloveni pacienti hospitalizovaní i pravidelně docházející, kteří projevíli souhlas s výzkumným šetřením. V ústavu jsem rozdala 80 dotazníků, z toho 35 hospitalizovaným pacientům a 45 ambulantním pacientům. Od hospitalizovaných pacientů návratnost činila 29 dotazníků. Od ambulantních pacientů se vrátilo 42 dotazníků. Celková návratnost činila 71 dotazníků. Pro neúplnost dat byly 4 dotazníky vyřazeny a kvůli nečitelnosti dat v dotazníku, byly 2 vyřazeny. Pro statistické zpracování dat bylo tedy použito 65 dotazníků.

Dotazník obsahoval 20 otázek zaměřených především na kvalitu života pacientů s onemocněním Bechtěrevova choroba.

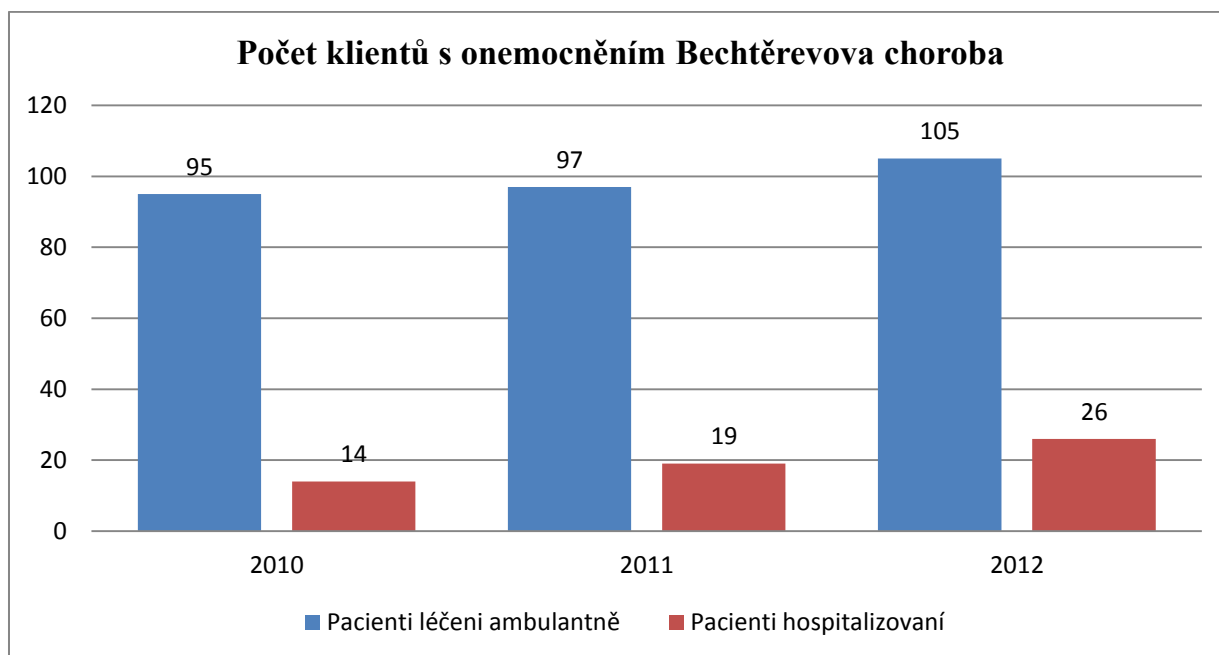
Dotazníky byly určeny pacientům s Bechtěrevovou nemocí, kteří tímto onemocněním trpí více jak 1 rok.

Dotazníky byli zcela anonymní, anonymita byla zajištěna pomocí vkládání dotazníku do přiložené obálky. Respondenti měli možnost se zeptat při nejasnostech u vyplňování dotazníku. Všichni dotazovaní pacienti souhlasili s výzkumným šetřením.

V dotazníku jsem použila většinou otázky uzavřené a 4 otázky byly polozavřené.

Data byla vyhodnocena v absolutní a relativní četnosti. Odpovědi byly zpracovány v programu Microsoft Excel a následně prezentovány v grafech.

### 4.3. Složení pacientů s onemocněním Bechtěrevova choroba ve sledovaném zdravotnickém zařízení



Obrázek 1 Graf zobrazuje složení pacientů s onemocněním Bechtěrevova choroba a jejich rozdělení na hospitalizované pacienty a pacienty léčené ambulantně

Statistická data poukazují rozdíl mezi pacienty hospitalizovanými a léčenými ambulantně v letech 2010 – 2012 v ústavu v Praze. Data jsem pořídila se souhlasem ústavu.

### 4.4. Analýzy výsledků dotazníků

#### Otázka č. 1

**Jaké je Vaše pohlaví?**

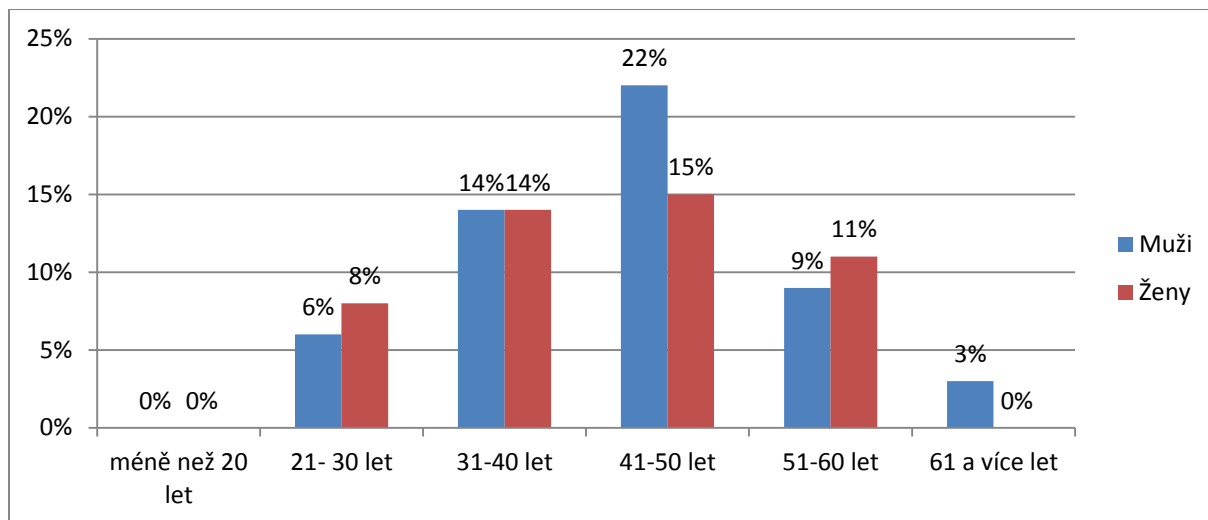
Tabulka 1 Tabulka znázorňující pohlaví respondentů

	absolutní četnost	relativní četnost
žena	31	48%
muž	34	52%
celkem	65	100%

V identifikační otázce č. 1 jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 65 respondentů (100 %), je 31 žen (48 %) a 34 mužů (52 %).

## Otázka č. 2

### Jaký je Váš věk?

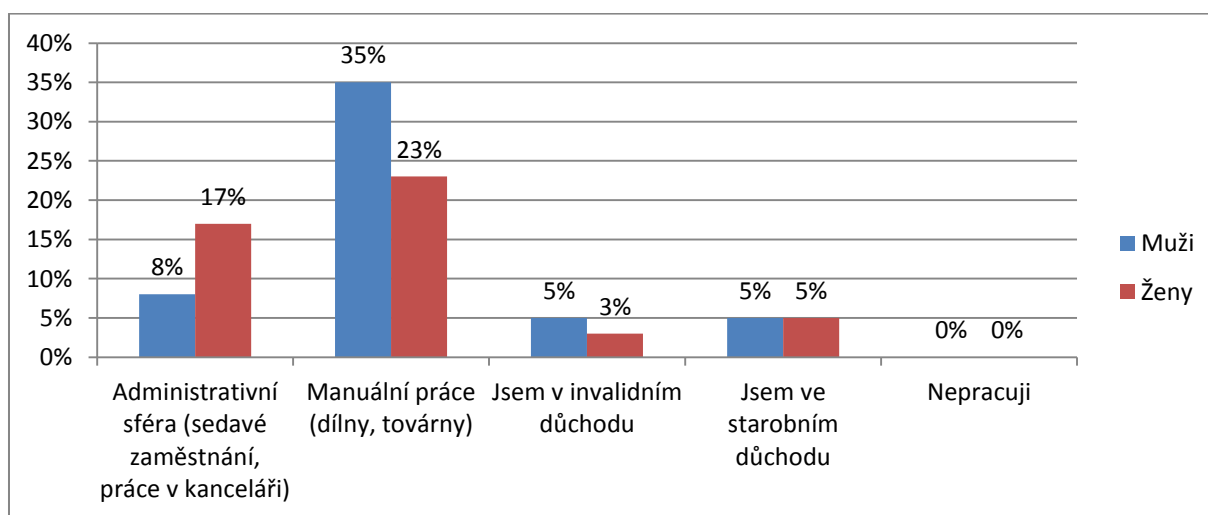


Obrázek 2 Graf znázorňující věk respondentů

V identifikační otázce č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. Průměrný věk respondentů je 40,5 let. Nejvíce respondentů jak u mužů 14 (22 %), tak u žen 10 (15 %) bylo ve věku od 41 do 50 let.

## Otázka č. 3

### Vaše zaměstnání?

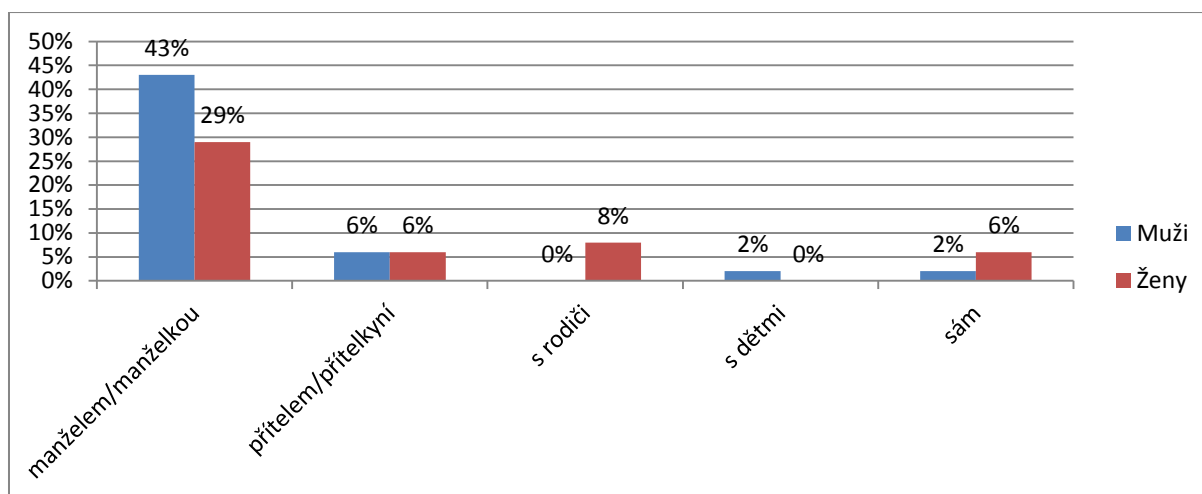


Obrázek 3 Graf znázorňující zaměstnání dotazovaných

V grafu k identifikační otázce č. 3 je znázorněno zaměstnání dotazovaných. Nejpočetnější skupinou jsou lidé pracující manuálně, celkem 23 mužů (35 %) a 15 žen (23 %). Žádný z respondentů nevedl, že je nepracující.

#### Otázka č. 4

##### Žijete s?

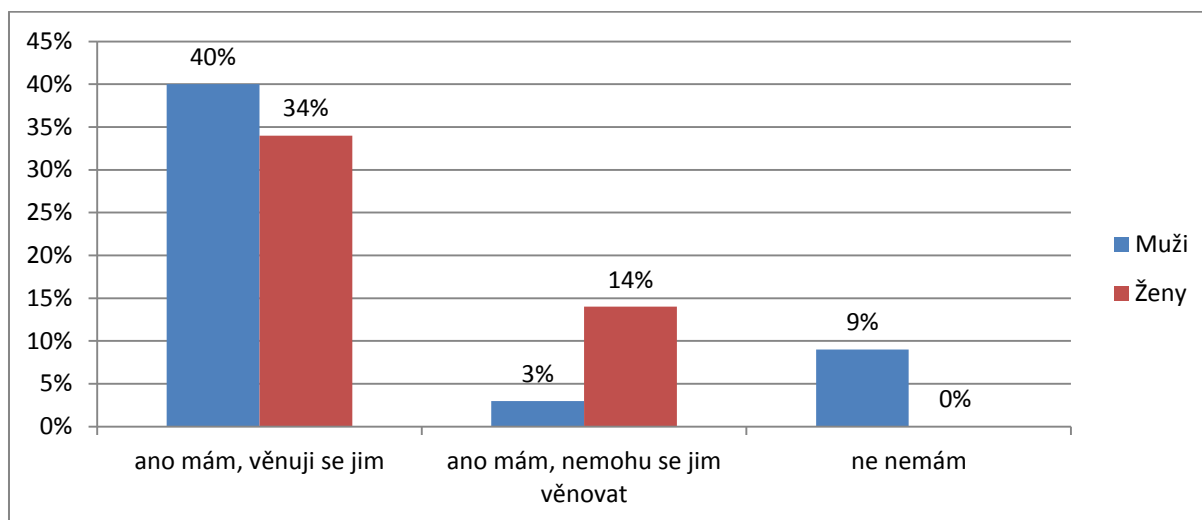


Obrázek 4 Graf znázorňující s kým respondenti žijí

Nejčastější odpovědí bylo, že žijí s manželem, či manželkou, celkem tuto odpověď označilo 28 mužů (43 %) a 18 žen (28 %). 1 muž (2 %) a 4 ženy (6 %) odpovědělo, že žijí sami.

#### Otázka č. 5

##### Máte nějaké zájmy a věnujete se jim?

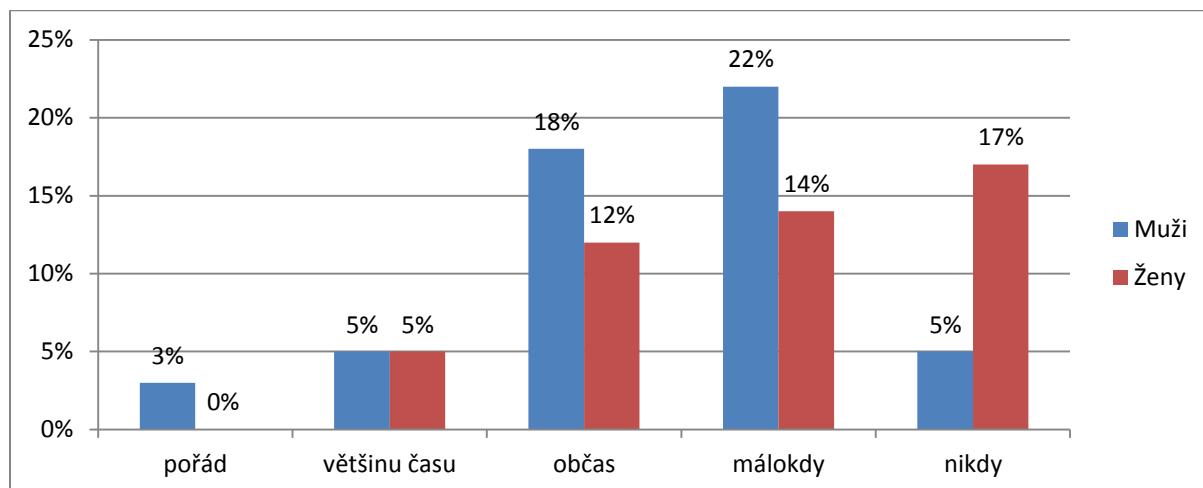


Obrázek 5 Graf znázorňuje, zda mají respondenti nějaké zájmy a zda se jim věnují

V otázce č. 5 respondenti odpovídali na otázku, zda mají nějaké zájmy a jestli se jim věnují. Nejčetnější odpovědi jak u mužů 26 (40 %), tak u žen 22 (34 %) bylo, že zájmy mají a věnují se jim. Nejčastějším druhem zájmu u mužů byl sport, především fotbal. U žen to byl také sport, a to plavání, dále potom četba knih a vaření.

## Otázka č. 6

**Brání Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel, kina, společenských akcí)?**

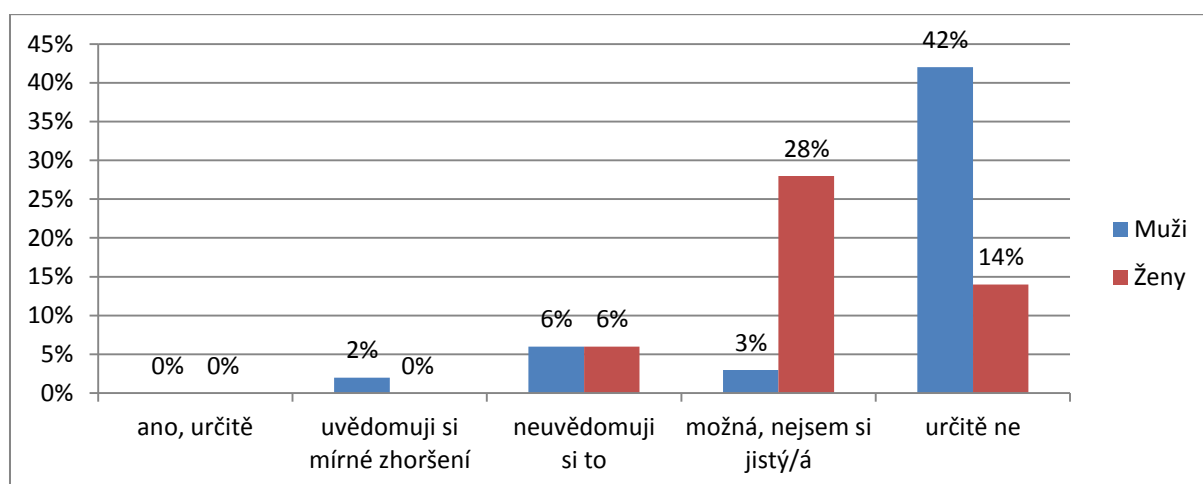


**Obrázek 6** Graf zobrazuje, zda tělesné, či emocionální obtíže brání společenskému životu

V otázce č. 6 mě zajímalo, jestli respondentům brání jejich obtíže ve společenském životě. Většina mužů 14 (22 %) uvádí, že málokdy. Celkem 11 žen (17 %) uvádí, že jim nikdy nebrání.

## Otázka č. 7

**Myslíte si, že po zjištění diagnózy se zhoršily Vaše vztahy s blízkými nebo přáteli?**

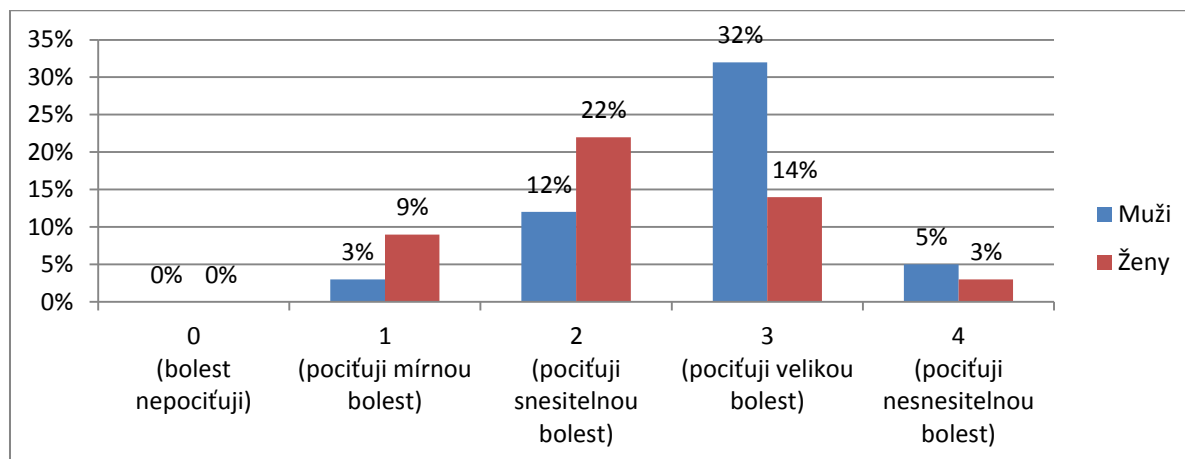


**Obrázek 7** Graf znázorňující, zda po zjištění diagnózy se zhoršily vztahy s blízkými

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, jestli po zjištění diagnózy se zhoršil u respondentů vztah s blízkými. Většina mužů 27 (42 %) odpovědělo, že určitě ne. Většina žen 18 (28 %) odpověděla, že možná, ale nejsou si jisté. Žádný z respondentů nevedl, že by jim určitě zjištění diagnózy zhoršilo vztahy s blízkými.

## Otázka č. 8

**Jak byste popsal/a celkovou bolest způsobenou Bechtěrevovou nemocí a kde ji pociťujete?**

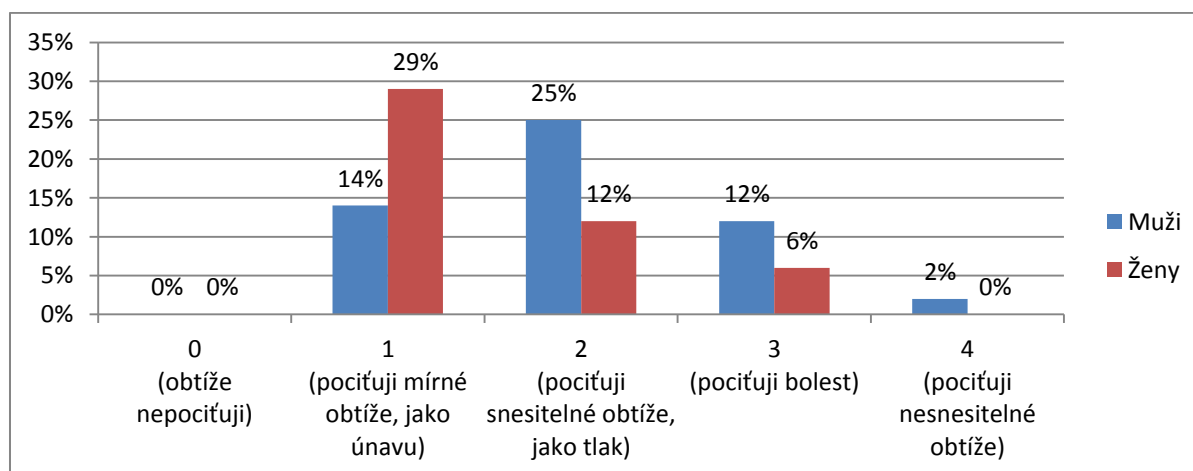


**Obrázek 8 Graf znázorňující bolest způsobenou Bechtěrevovou nemocí**

V otázce č. 8 jsem se ptala, jak by respondenti popsali bolest a kde jí pociťují. Průměrná bolest (2,74) u mužů se pohybuje mezi snesitelnou a velkou bolestí. U žen se v průměru (2,22) bolest pohybuje u snesitelné bolesti. Nejčastěji označovaným místem bolesti byl krk, záda, kyčle.

## Otázka č. 9

**Jak byste popsal/a intenzitu obtíží, které byly vyvolány tímto onemocněním?**

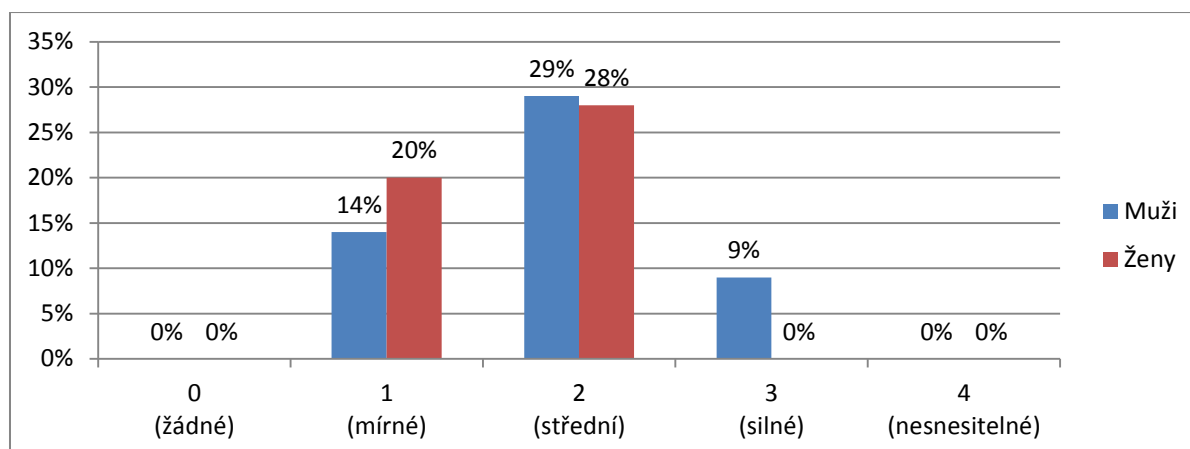


**Obrázek 9 Graf znázorňující intenzitu obtíží**

V otázce č. 9 jsem se dotazovala na intenzitu obtíží, které vyvolalo toto onemocnění. Muži v průměru (2,1) pociťují snesitelné obtíže, jako tlak. Ženy průměrně (1,5) pociťují obtíže mezi mírnými, jako je únava, až snesitelnými, jako je tlak.

## Otázka č. 10

**Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 3 měsících?**

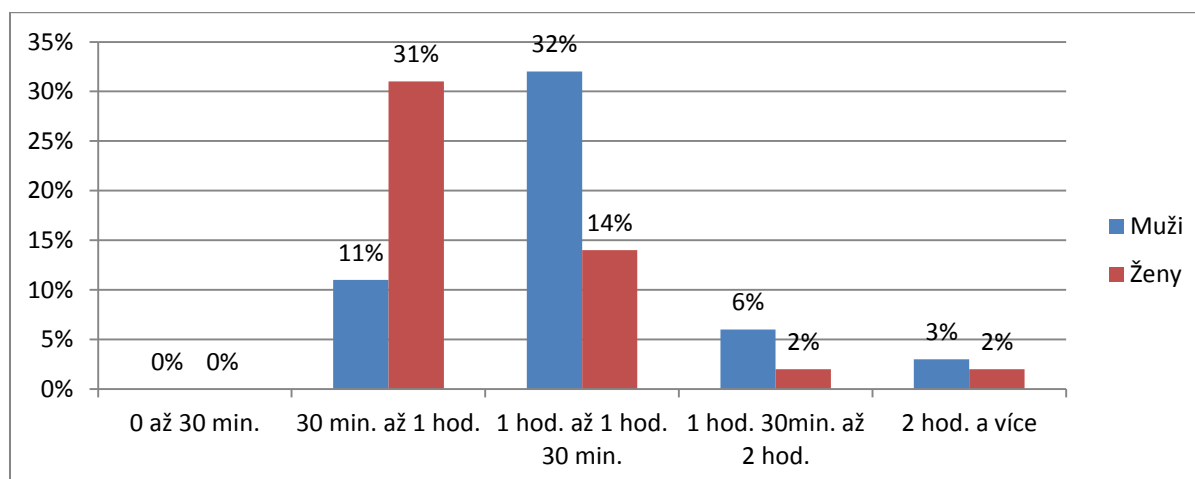


**Obrázek 10 Graf znázorňující jakou bolest respondenti pociťovali, během posledních 3 měsíců.**

V otázce č. 10 mě zajímalo, jak velkou bolest respondenti pociťovali za poslední 3 měsíce. Jak muži v průměru (1,9), tak i ženy v průměru (1,6) nejčastěji označili, že se jejich bolest pohybuje mezi mírnou a střední.

## Otázka č. 11

**Jak dlouho trvá ranní ztuhlost od doby, kdy vstanete a co napomáhá jejímu zmírnění?**

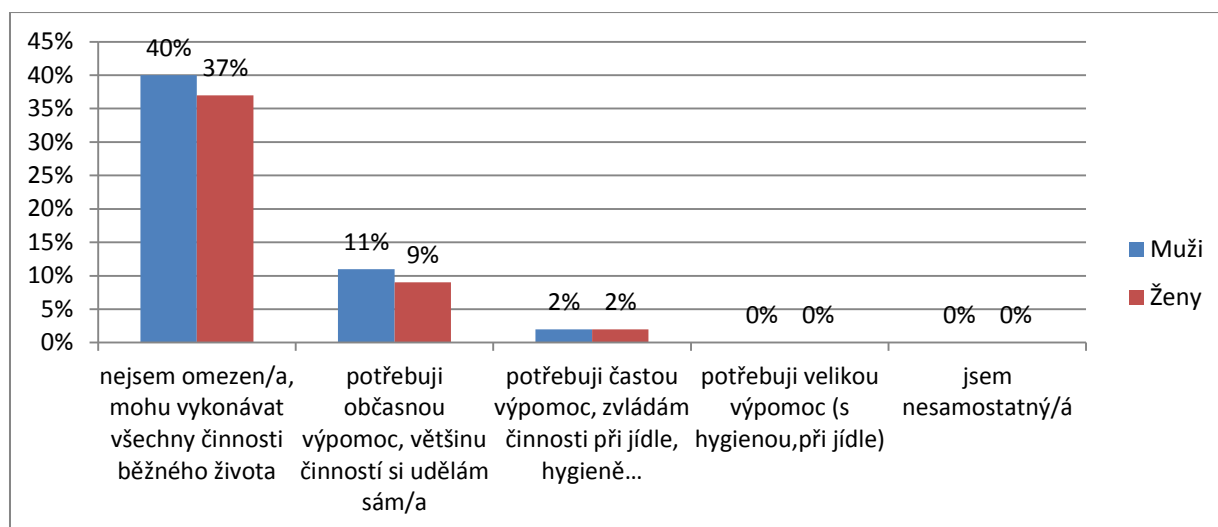


**Obrázek 11 Graf znázorňující dobu ranní ztuhlosti**

V otázce č. 11 mě zajímalo, jak dlouho trvá ztuhlost od doby, co respondenti vstanou. U mužů 21 (32 %) byla nejčastější odpověď, že ranní ztuhlost trvá okolo hodiny až hodiny a půl. U žen 20 (31 %) bylo nejčastější odpovědí, že ranní ztuhlost trvá okolo půl hodiny až hodiny. Celkem 93 % respondentů v dotazníku uvedlo, že proti ranní ztuhlosti jim napomáhá pohybová léčba.

## Otázka č. 12

### Jak byste označili svůj stupeň samostatnosti?

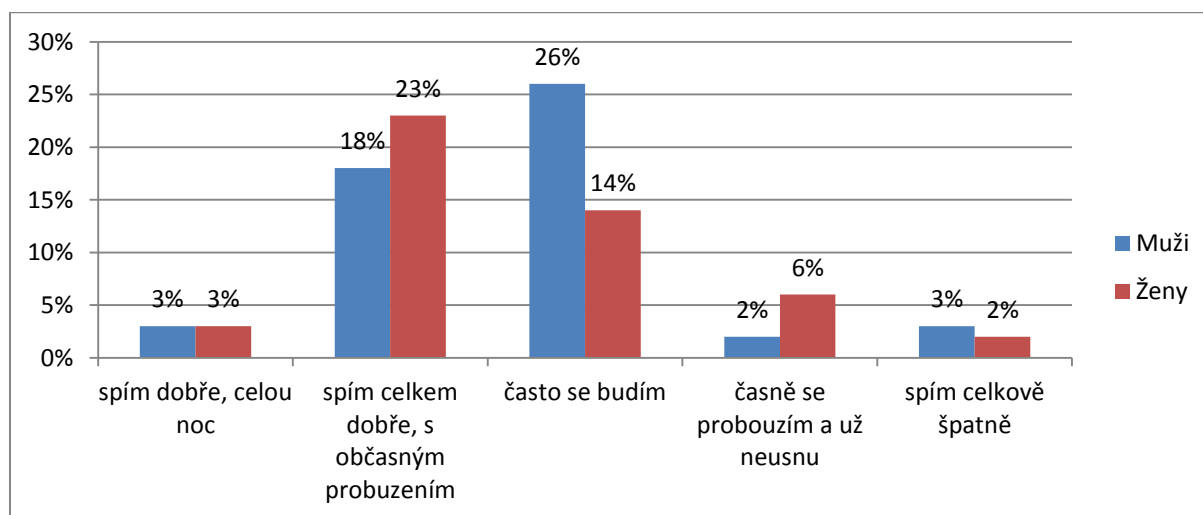


Obrázek 12 Graf znázorňující stupeň samostatnosti

V otázce č. 12 jsem se ptala na stupeň samostatnosti. Většina respondentů, jak muži 26 (40 %), tak i ženy 24 (37 %) odpověděli, že nejsou omezeni a mohou vykonávat činnosti běžného života.

## Otázka č. 13

### Jak spíte?

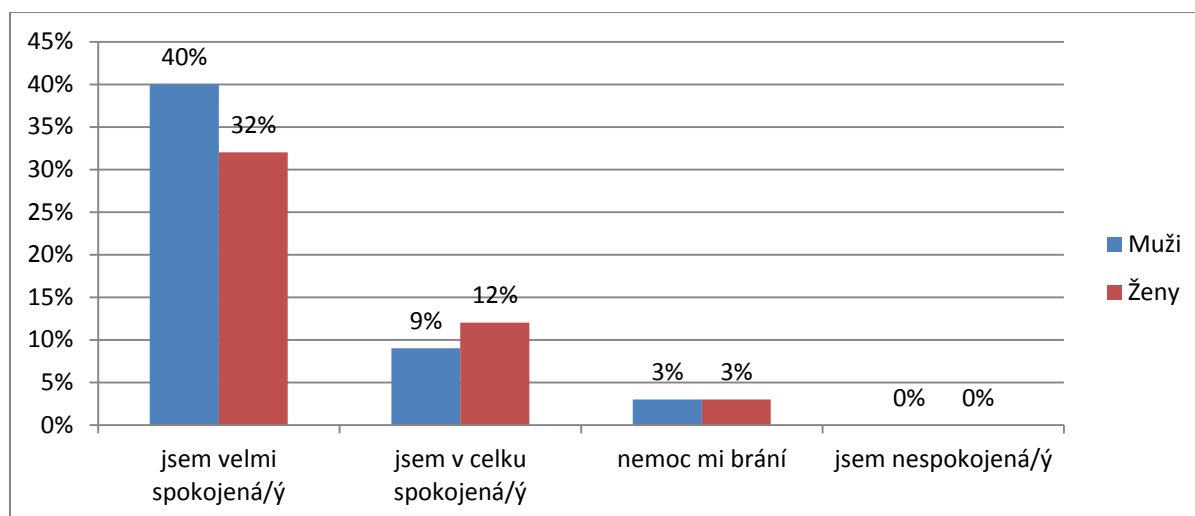


Obrázek 13 Graf znázorňující kvalitu spánku

V otázce č. 13 jsem se ptala na spánek. Většina mužů 17 (26 %) udává, že se v noci budí. Většina žen 15 (23 %) spí dobře s občasným probuzením. Udávaným narušitelem spánku je bolest.

## Otázka č. 14

### Jak jste spokojený/á s Vaším sexuálním životem?

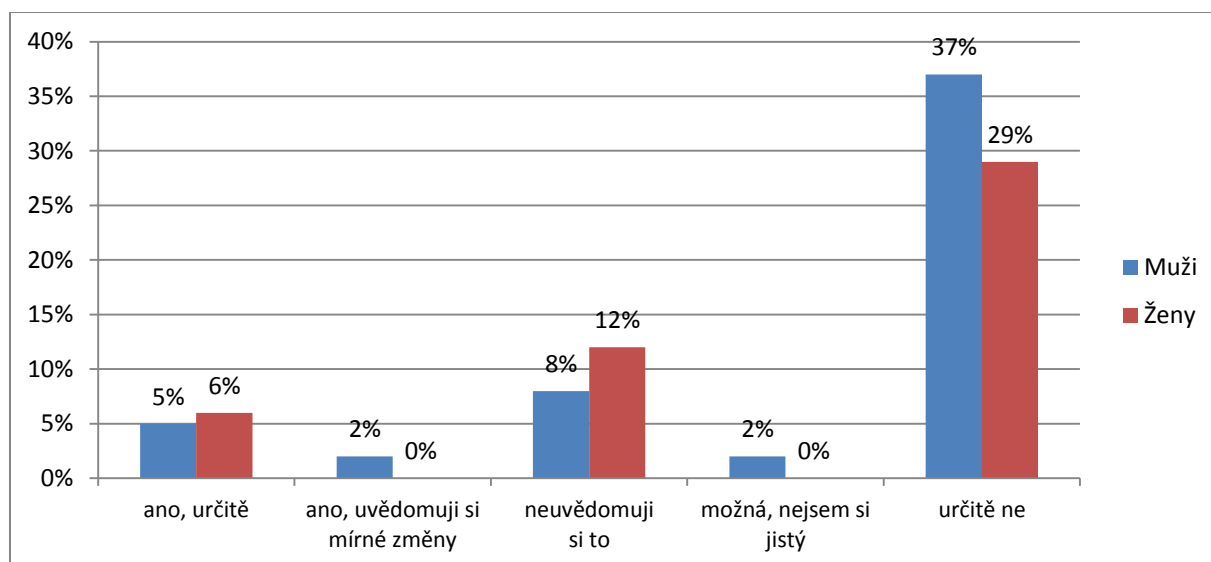


Obrázek 14 Graf znázorňující spokojenost se sexuálním životem

V otázce č. 14 jsem se dotazovala na spokojenost se sexuálním životem. Nejčastější odpovědi u mužů 26 (40 %), tak u žen 21 (32 %) je, že jsou velmi spokojeni.

## Otázka č. 15

### Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš psychický stav?

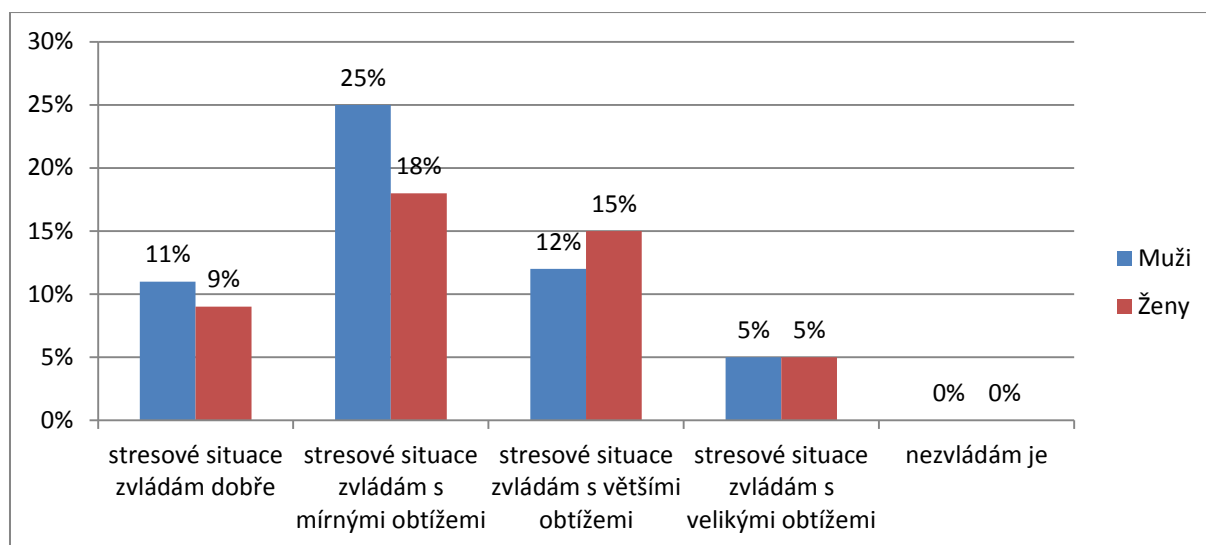


Obrázek 15 Graf znázorňující psychický stav dotazovaných

V otázce č. 15 jsem se dotazovala, zda ovlivnilo onemocnění psychický stav. Většina mužů 24 (37 %) a žen 19 (29 %) uvádí, že určitě neovlivnilo.

## Otázka č. 16

### Jak zvládáte stresové situace?

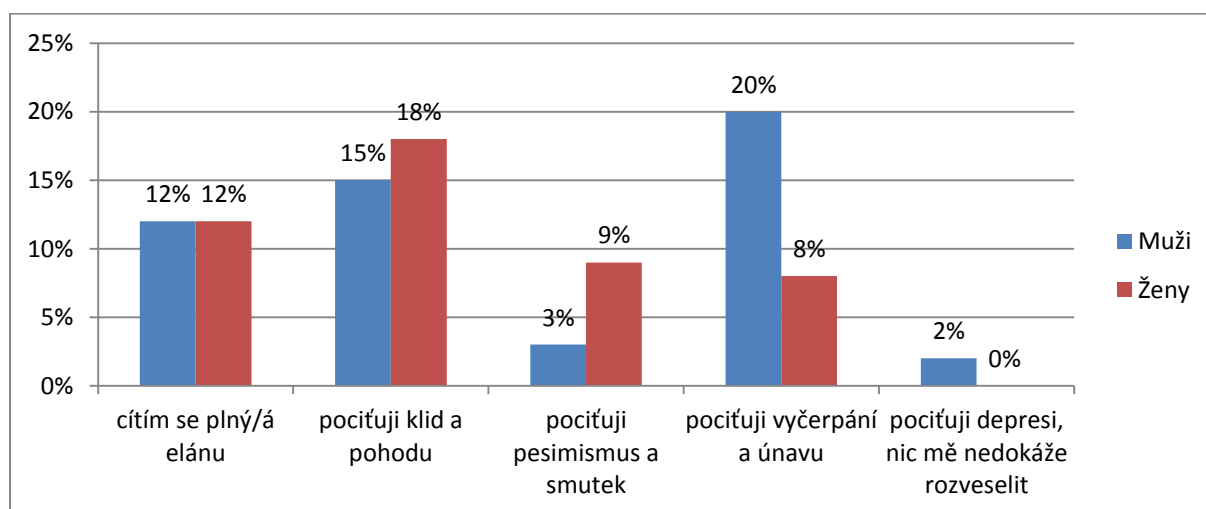


Obrázek 16 Graf znázorňující jak respondenti zvládají stresové situace

V otázce č. 16 jsem zjišťovala, jak dotyční zvládají stres. Nejčastější odpověď mužů 16 (25 %) je, že stresové situace zvládají s mírnými obtížemi. I u žen byla nejčastější odpověď 12 (18 %), že stresové situace zvládají s mírnými obtížemi.

## Otázka č. 17

### Jak se momentálně cítíte?

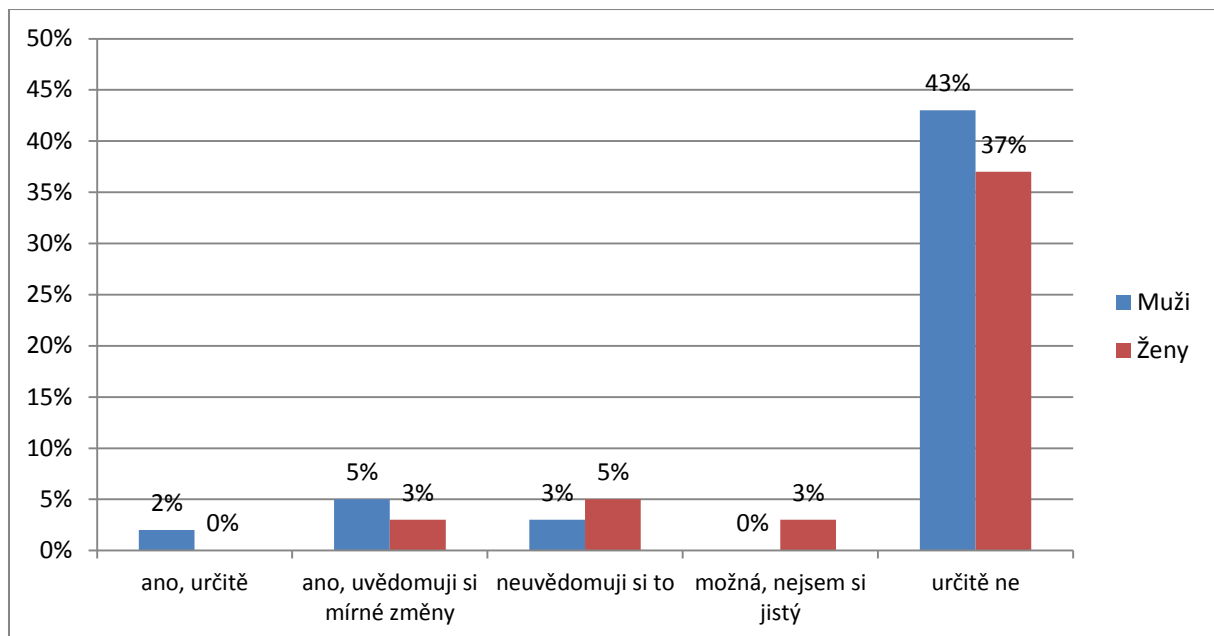


Obrázek 17 Graf znázorňující jak se respondenti momentálně cítí

V otázce č. 17 mě zajímalo, jak se dotazovaní cítí. Většina mužů 13 (20 %) pociťuje vyčerpání a únavu. Zatímco většina žen 12 (18 %) cítí klid a pohodu.

## Otázka č. 18

### Ovlivňuje Vaše onemocnění Vaše stravovací návyky?



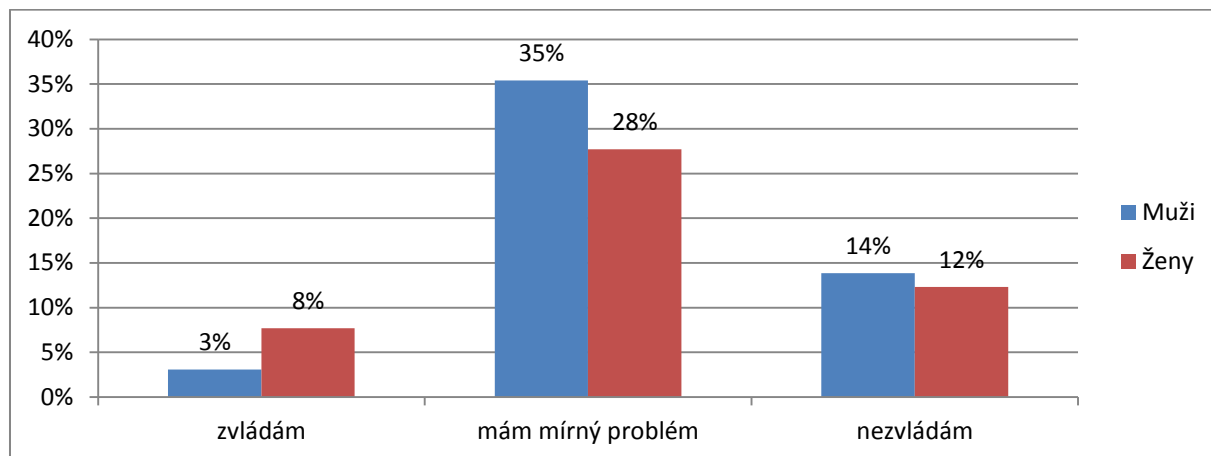
**Obrázek 18 Graf ukazující zda onemocnění ovlivnilo stravovací návyky**

V otázce č. 18 mě zajímalo, zda ovlivnilo onemocnění stravovací návyky. Většina mužů 28 (43 %) a žen 24 (37 %) uvádí, že určitě neovlivnilo. U žen i mužů, kteří uvádějí, že jim onemocnění ovlivnilo stravovací návyky, se jedná o změny v pitném režimu k lepšímu a v dietním opatření.

## Otázka č. 19

### Jak zvládáte běžné činnosti každodenního života?

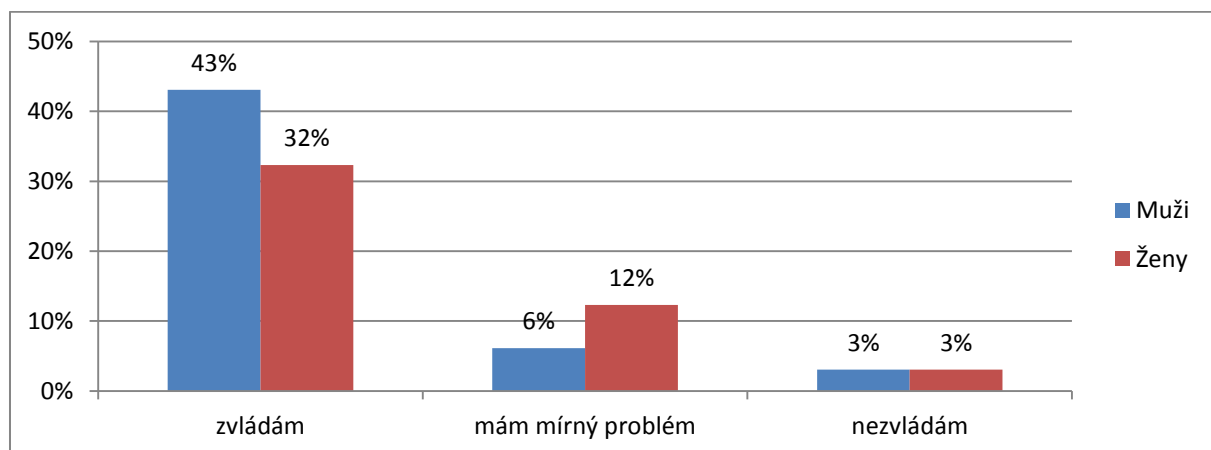
a) usilovné činnosti jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů



Obrázek 19 Graf znázorňující zvládání běžných činností

V otázce č. 19 mě zajímalo, jak respondenti zvládají běžné denní činnosti. V první části jsem se ptala, jak zvládají usilovné činnosti, jako běh, zvedání těžkých břemen. Většina mužů 23 (35 %) a žen 18 (28 %) uvádějí, že mají mírný problém.

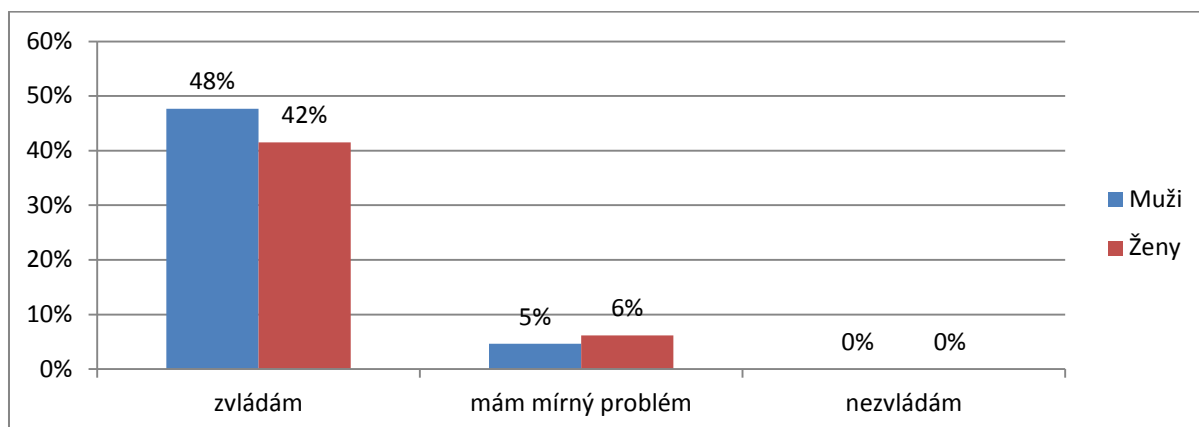
b) středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, jízda na kole



Obrázek 20 Graf znázorňující zvládání běžných činností

V druhé části jsem se dotazovala na středně namáhavé činnosti, jako je posunování stolu, či luxování. Většina mužů 28 (43 %) a žen 21 (32 %) tyto činnosti zvládají.

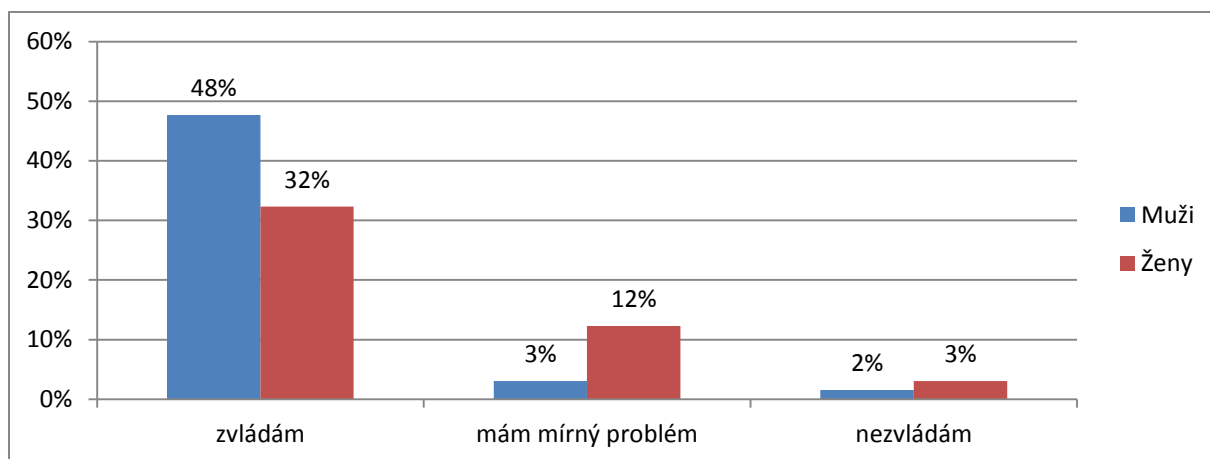
c) zvedání, nebo nesení běžného nákupu



**Obrázek 21** Graf znázorňující zvládání běžných činností

V třetí části otázky č. 19 mě zajímalo, jak respondenti zvládají nést běžný nákup. Zde většina mužů 31 (48 %) i žen 27 (42 %) uvádějí, že tuto činnost zvládají.

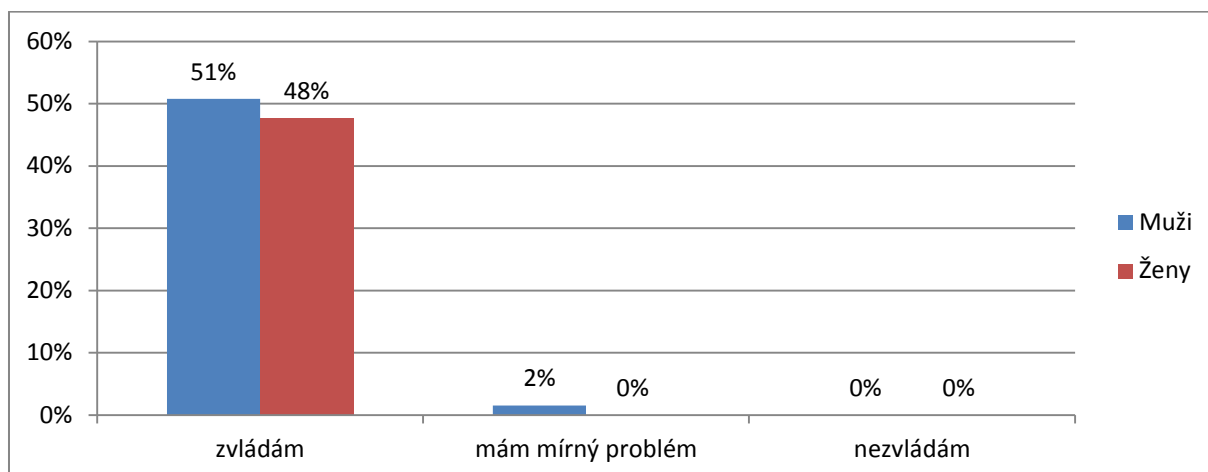
d) vyjít po schodech několik pater



**Obrázek 22** Graf znázorňující zvládání běžných činností

Ve čtvrté části otázky č. 19 jsem se dotazovala, zda zvládají respondenti vyjít několik pater. Většina mužů 31 (48 %) a žen 21 (32 %) tuto činnost zvládají.

e) vyjít po schodech jedno patro

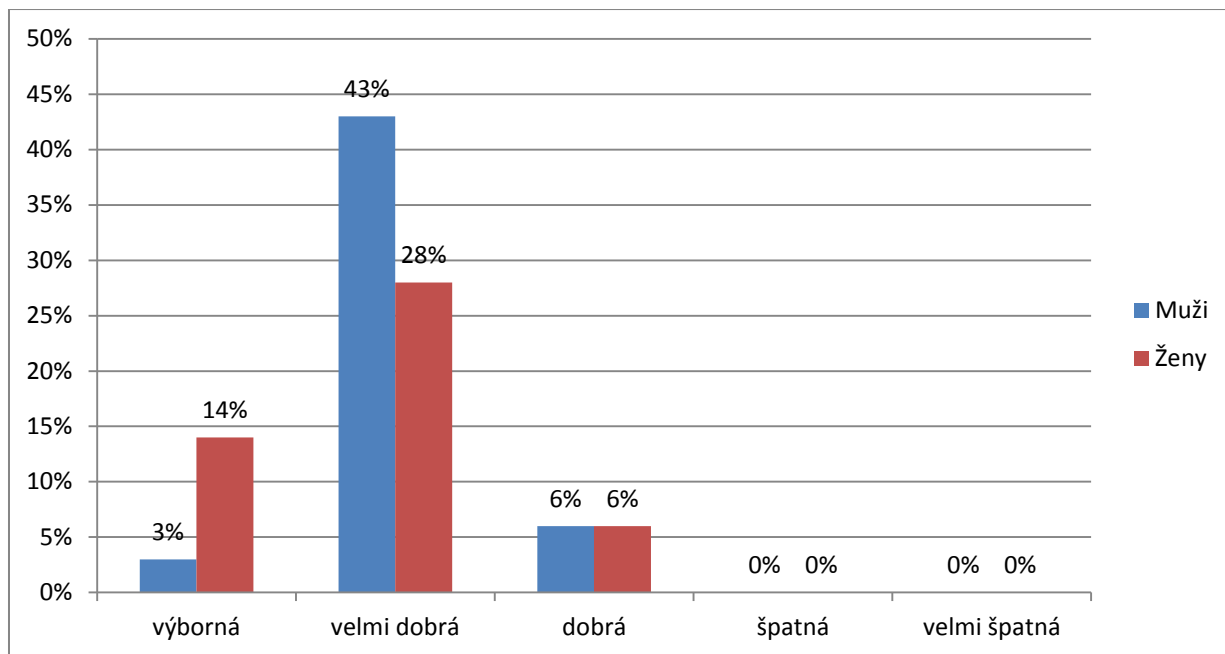


**Obrázek 23** Graf znázorňující zvládání běžných činností

V páté části jsem se ptala, jestli zvládnou vyjít po schodech jedno patro. Zde naprostá většina mužů 33 (51 %) uvádí, že zvládají. A 31 (48 %) žen, tedy všechny, uvádějí, že problém nemají.

## Otázka č. 20

**Jak byste hodnotila kvalitu svého života?**



**Obrázek 24** Graf znázorňující hodnocení kvality života respondenty

V otázce č. 20 mě zajímalo, jak by respondenti zhodnotili kvalitu svého života. Zde většina mužů 28 (43 %) i žen 18 (28 %) hodnotí kvalitu svého života jako velmi dobrou.

## 5. Diskuze

Ve výzkumném šetření jsem se zabývala tím, jak se žije lidem s onemocněním bechtěrevova choroba. Výzkumu se zúčastnili muži i ženy. Získané informace jsem následně srovnávala mezi ženami a muži. Průměrný věk respondentů je 40,5 let. Stanovila jsem si 4 výzkumné otázky.

**První výzkumná otázka:** Jaké bude složení respondentů s onemocněním Bechtěrevova choroba?

K první výzkumné otázce se vztahují dvě otázky z dotazníku. V otázce č. 1 jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 65 respondentů (100 %), bylo 52 % mužů a 48 % žen. V otázce č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. Průměrný věk respondentů byl 40,5 let.

Literatura uvádí, že Bechtěrevova nemoc postihuje ve větší míře muže ve 2. až 3. dekádě života. (Dungl, 2005, s. 639)

**Druhá výzkumná otázka:** Bude více žen uvádět sociální izolaci oproti mužům?

K druhé výzkumné otázce se vztahuje několik otázek v dotazníku. V otázce č. 6 jsem se dotazovala, zda brání obtíže respondentům v jejich společenském životě. 12 % žen uvádí, že občas jejich tělesné, nebo emocionální obtíže brání. Většinu času brání tyto potíže 5 % ženám. U mužů je tomu tak, že 5 % nikdy tyto obtíže nebránily. Tělesné, nebo emocionální obtíže občas brání ve společenském životě 18 % mužů. Většinu času tyto potíže zabraňují 5 % mužů. A 3 % mužů uvádí, že jim brání pořád. **Zde můžeme vidět, že celkem 20 ženám minimálně jednou tělesné, či emocionální obtíže bránily společenskému životu. Mužů bylo celkem 31, kterým tyto obtíže taky minimálně jednou bránily společenskému životu.** Dále k této výzkumné otázce patří otázka č. 7, ve které mě zajímalo, zda po zjištění diagnózy se u klientů zhoršily vztahy s blízkými. Zde 14 % žen a 42 % mužů uvádí, že určitě nezhoršily. Odpověď, že možná, ale nejsou si jisti, zvolilo 28 % žen a 3 % mužů. Stejný počet jak u mužů, tak i u žen 6 % si to neuvědomuje. Mírné změny si uvědomuje 1 muž (2 %). **Z této otázky vyplývá, že ženy si nemyslí, že by jim zjištění diagnózy zhoršily vztahy s blízkými. U mužů si 1 respondent uvědomuje mírné zhoršení.** V otázce č. 5 jsem se respondentů ptala, jestli mají nějaké zájmy. Jak si můžeme všimnout v grafu č. 4, celkem 34 % žen udává, že zájmy mají a věnují se jim, 14 % žen udává, že zájmy sice mají, ale nemohou se jim věnovat. 40 % mužů zájmy má a věnuje se jim, 3 % mužů zájmy má, ale nemohou se jim věnovat. A celkem 9 % mužů zájmy nemá. **Zde vidíme, že sice většina respondentů své zájmy má a věnuje se jim,**

**ale celkem 9 žen se svému koníčku nevěnuje a 8 mužů se svým zájmům nevěnuje, nebo je nemá.**

Dle S. Boryse a D. Perlmana osamělost prožívají obě pohlaví přibližně stejně často, ženy o své osamělosti mluví častěji, muži tuto skutečnost spíše popírají. Dále je uváděná skutečnost, že muži svou osamělost prožívají hůře než ženy. (Dragon, Duck, 2005, s. 233)

**Z mého výzkumného šetření tedy vyplývá, že více mužů ze sledovaného souboru respondentů trpí sociální izolací oproti ženám.**

**Třetí výzkumná otázka:** Adaptují se ženy lépe na bolest než muži?

Tato výzkumná otázka vychází z otázek číslo 8, 9, 10. Otázka č. 8 zjišťovala, jak by respondenti popsali aktuální bolest způsobenou Bechtěrevovou nemocí. Mírnou bolest pociťuje 9 % žen a 3 % mužů. Středně snesitelnou bolest cítí 22 % žen a 12 % mužů. Velikou bolest udává 14 % žen a 32 % mužů. Celkem 3 % žen a 5 % mužů pociťuje nesnesitelnou bolest. Otázka č. 9 zjišťovala, jak by dotazovaní popsali intenzitu obtíží, které vyvolalo toto onemocnění. Mírné obtíže jako je únava pociťuje 29 % žen a 14 % mužů. Celkem 12 % žen a 25 % mužů cítí snesitelné obtíže jako tlak. Bolest cítí 6 % žen a 12 % mužů. Nesnesitelné obtíže uvádí 2 % mužů. V otázce č. 10 jsem se dotazovala na bolest, kterou respondenti pociťovali za poslední 3 měsíce. Zde 20 % žen a 14 % mužů uvádí, že pociťovali mírnou bolest. Střední bolest cítilo 28 % žen a 29 % mužů. Celkem 9 % mužů uvedlo, že za poslední 3 měsíce cítili silnou bolest.

Studie prováděná v Kanadě a ve Finsku se shodují ve výsledku, že ženy prožívají vyšší intenzitu strachu z bolesti než muži. (Liddell, 1997; Heikkila, 1999) Výzkum Edmunda Keoghela z britské univerzity v Bathu došel k závěru, že bolestí trpí více ženy. Odborníkům je dobře známo, že muži obecně mají vyšší práh bolesti, ale hůře bolest snášejí, zato ženy bolest vnímají silněji, ale vydrží více. (Keogh, 2005)

**Z výsledků mého šetření můžeme vyvodit, že ženy ve sledovaném souboru pociťují v menší míře bolest oproti mužům.**

**Čtvrtá výzkumná otázka:** Budou muži zvládat stresové situace lépe oproti ženám?

K této výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 16 z dotazníku, Jak zvládáte stresové situace. 11% mužů udává, že stresové situace zvládají dobře, mírné obtíže při zvládání stresu má 25 % mužů. Celkem 12 % mužů uvádí, že mají větší obtíže. 5 % mužů má veliké obtíže. Ve většině

případů muži udávali jako nejčastější obtíže bolesti hlavy, zažívací obtíže a nespavost. 9 % žen uvádí, že stresové situace zvládají dobře. Celkem 18 % žen uvádí, že stresové situace zvládá s mírnými obtížemi. 15 % žen má větší obtíže při zvládání stresu. 5 % žen má veliké obtíže se zvládáním stresových situací. Většina žen uvádí, že nejčastěji trpí nespavostí při řešení stresových situací.

Z výzkumného šetření ve spolupráci Filadelfské nemocnice a Univerzity Thomase Jeffersona vyplývá, že ženy mnohem snáze propadají depresím a úzkosti. Vyplývá to z toho, že ženy jsou častěji vystaveny stresovým situacím oproti mužům. Ve výzkumném šetření prováděném na potkanech (samcích a samicích) byla jednotlivá pohlaví vystavena stejnému stresu, a poté byly jejich vystresované mozky podrobně zkoumány. U samců bylo prokázáno, že si se stresem dokážou lépe poradit, než samičky. (Bourke, Harrell, 2012)

**Z mého průzkumu vyplývá, že ženy ve sledovaném souboru mají větší problémy se zvládáním stresových situací.**

**Pátá výzkumná otázka:** Co budou respondenti udávat za nejčastější pomoc proti ztuhlosti?

K poslední výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 11, Jak dlouho trvá ranní ztuhlost od doby, kdy vstanete a co napomáhá jejímu zmírnění, z dotazníku. V této otázce odpovědělo celkem 93 % respondentů, že proti ranní ztuhlosti jim napomáhá pohybová léčba.

Studie, do které bylo zařazeno 30 jedinců s ankylozující spondylitidou s cílenou pohybovou léčbou vyplývá ze získaných výsledků, že pravidelná pohybová terapie v léčbě pacientů s ankylozující spondylitidou má významný přínos. (Levitová, 2008)

## **Edukační materiál**

Praktickým výstupem práce je materiál, který jsem vytvořila na základě rozhovorů s pacienty. Během návštěv léčebného ústavu jsem při rozhovoru s pacienty často slýchala, že jim RHB léčba pomáhá, ale doma se jim provádět nechce, neboť zabere příliš mnoho času. Na základě toho jsem sestavila soubor cviků, které jsou jednoduché, ale účinné a nezaberou příliš času. Navíc některé cviky se mohou provádět i během dne, v pracovním prostředí a není nutné mít jakékoliv pomůcky. U každého cviku je názorná fotografie a slovní popis, který daný cvik vystihují.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce se zabývá životem pacientů s onemocněním Bechtěravova choroba. A to z důvodu, že se setkáváme s čím dál větším počtem lidí, které tato nemoc postihla. Nejdůležitější u pacientů s tímto onemocněním je brzká diagnostika onemocnění. Je důležité věnovat se pacientům s tímto onemocněním nejen v léčbě bolesti, ale je zde důležitá i rehabilitace, která napomáhá ke zpomalení tohoto onemocnění.

Práce obsahuje teoretickou a výzkumnou část. Hlavním cílem teoretické části bylo popsat onemocnění Bechtěrevova choroba, jeho charakteristiku, etiologii, anamnézy, diagnostiku a také léčbu. Dalším z cílů této práce bylo také popsání komplikací tohoto onemocnění, edukace a ošetrovatelské péče. Stěžejní cíl této práce bylo popsat nejčastější problémy a porovnat je mezi muži a ženami. Dále pak vytvořit edukační materiál, který bude sloužit lidem s tímto onemocněním.

Cílem výzkumné části bylo provedení šetření u vybraného souboru pacientů. Zajímalo mě, které z pohlaví bude mít větší problém v oblasti zvládnání stresu, adaptace na bolest a sociální izolace. K tomuto šetření byl použit dotazník, pomocí kterého jsem zjistila a zhodnotila, které pohlaví má větší potíže v uvedených problematikách. S pomocí dotazníku jsem zjistila, že ve sledovaném vzorku, měli s těmito oblastmi větší problémy spíše muži než ženy.

Závěrem práce bych chtěla zmínit, jak je důležité zabývat se včasnou diagnostikou tohoto onemocnění. Toto onemocnění není léčitelné, ale včasná diagnostika je přínosem pro zpomalení tohoto onemocnění. (Dungl, 2005, s. 639)

# POUŽITÁ LITERATURA

## Knihy

1. BIRD, Howard a kol. *Artritida*. vyd. 1. Praha: Slovart, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7391-007-5.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie I*. vyd. 2. Praha: Grada Avicenum, 2009, 516 s. ISBN 80-7169-970-5
3. DRAGON, W., Duck, S. *Understanding research in personal relationships*. vyd. 1. Londýn: Sage, 2005, 352 s. ISBN 9781847871220
4. DUNGL, P. *Ortopedie*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
5. HORČIČKA, V. *Revmatologie*. vyd. 1. Praha: Triton, 1999, 124 s. ISBN 80-7254-056-4
6. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 356 s. ISBN 80-247-1720-4
8. KOUDELA, K. *Ortopedie*. vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 281 s. ISBN 80-246-0654-2
9. KRÁLOVÁ, M; MATĚJČKOVÁ, V. *Rehabilitace u revmatických nemocí*. vyd. 1. Praha: Avicenum, 1985, 163 s.
10. MARIEB, Elaine N., MALLATT, John. *Anatomie lidského těla*. vyd. 1. Brno: CP Books, 2005, 863 s. ISBN 80-251-0066-9.
11. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 176 s. ISBN 978-80-247-1443-1
12. OLEJÁROVÁ, M. *Bechtěrevova choroba*. vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2011, 31 s. ISBN 978-80-204-2568-3
13. OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4
14. PAVELKA, K., VENCOVSKÝ, J., HORÁK, P., ŠENOLT, L., MANN, H., ŠTĚPÁN, J. a kol. *Revmatologie*. vyd. 1. Praha: Maxdorf, 2012, 740 s. ISBN 978-80-7345-295-7
15. RIGUTTI, A. *Ilustrovaný atlas anatomie*. vyd. 1. Praha: Sun, 2006, 240 s. ISBN 80-7371-142-7
16. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 196 s. ISBN 978-80-247-1775-3

17. SOSNA, Antonín a kol. *Základy ortopedie*. vyd. 1. Praha: Triton, 2001, 169 s. ISBN 80-7254-202-8.
18. STACKEOVÁ, D. *Cvičení na bolavá záda*. vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 144 s. ISBN 978-80-247-4089-8
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetřovatelství I*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5
20. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, et al. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1213-X
21. TRNAVSKÝ, K. *Revmatické nemoci*. vyd. 1. Praha: Grada Avicenum, 1994, 124 s. ISBN 80-7169-051-1.
22. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0
23. WEISMAN, M. *Ankylosing Spondylitis*. vyd. 1. New York: Oxford University Press, 2011, 136 s. ISBN 978-0-19-539910-3
24. WILSON, F. *General orthopedics*. McGraw-Hill, Health Professions, 1997, 558 s. ISBN 978-0070707573

## Časopisy

25. BOURKE, CH. H.; HARRELL, C. S. Stress-induced sex differences: Adaptations mediated by the glucocorticoid receptor. *Hormones and Behavior*. 2012, vol. 62, n. 3, p. 210. ISSN 0018506X
26. HEIKKILA, J. Gender differences in fear related to coronary arteriography. *Heart Lung*. 1999, vol. 28, n. 1, p. 20-30. ISSN 559-567.
27. KEOGH, E. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management. *Pain*. 2005, vol. 113, n. 2, p. 37-46. ISSN 0304-3959.
28. LEVITOVÁ, A; DAŘOVÁ, K. Vliv pohybové terapie na pohyblivost páteře a subjektivní vnímání bolesti u jedinců s ankylozující spondylitidou. *Česká revmatologie*. 2008, roč. 16, č. 1, s. 4 – 8. ISSN 1210-7905
29. LIDDELL, A; LOCKER, D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997, vol. 25, n. 4. ISSN 314-318.

## **Zákony, směrnice, manuály**

30. Směrnice č. 9/2012. *Pravidla pro zveřejňování závěrečných prací a jejich základní jednotnou úpravu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2012.
31. UNIVERZITA PARDUBICE. Fakulta zdravotnických studií. *Metodický manuál pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, listopad 2012

## **PŘÍLOHY**

Příloha A: Vyšetření hybnosti páteře.....	50
Příloha B: RTG krční páteře tzv. „bambusová tyč“.....	51
Příloha C: Dotazník.....	52

## **Příloha A: Vyšetření hybnosti páteře**

Nejdůležitější a nejvíce užívaná jsou tato vyšetření:

1. Schoberova distance, znázorňuje se tím rozsah bederního předklonu. Změříme ho tak, že od spojnice obou spina iliaca posterior superior, která označíme na páteři dermatografem, si odměříme směrem nahoru u pacienta stojícího volně 10 cm a vyznačíme. Poté se nemocný vyzve, aby se maximálně předklonil, po předklonu by se měly obě vyznačená místa oddálit. U zdravého jedince je tato vzdálenost 14 až 16 cm.
2. Stiborova distance, znázorňuje rozvinutí hrudního i bederního úseku současně. Vycházíme od stejného bodu jako u předchozí metody, ale měříme vzdálenost až k trnu C7. Tato vzdálenost se pak u zdravého jedince prodlouží nejméně o 7 cm. (Králová, 1985, str. 85, 86)
3. Ottův inklinací index, u vyšetřovaného pacienta vyznačíme trnový výběžek Th1 a směrem dolů odměříme 30 cm. Tato vzdálenost by se po maximálním předklonu měla zvýšit nejméně o 3,5 cm. Stejným způsobem se dá změřit i záklon, při němž se obě značky k sobě přiblíží, a to přibližně o 2,5 cm.
4. Čepojův příznak, označí se C7 a směrem nahoru odměříme 8 cm u stojícího pacienta, vyšetřovaný má hlavu v nulové poloze. Při maximálním ohnutí hlavy se vzdálenost obou bodů zvýší u volně hybné krční páteře, a to asi o 3 cm. (Králová, 1985, str. 86)
5. Rozvinování krční páteře, vyzveme pacienta ke sklonění hlavy. U zdravého jedince se brada dotkne sternu. Pokud se tak nestane, změříme vzdálenost, která zbývá.
6. Záklon hlavy, určuje hybnost krční páteře v cervikálním úseku. Měří se u svislé plochy např. u zdi, vyšetřovaný se dotkne temenem zdi, u níž patami stojí. Jestliže to nedokáže, změříme zbytkovou vzdálenost. (Králová, 1985, str. 87)
7. Thomayerova vzdálenost, označuje vzdálenost mezi špičkami prstů a podlahou, na které vyšetřovaný stojí a maximálně se předklání. Pacient nesmí flektovat kolenní klouby. Tato vzdálenost je ovlivněná hybností páteře, ale také hybností kyčelních kloubů. (Králová, 1985, str. 88)

**Příloha B: RTG krční páteře tzv. „bambusová tyč“**



Dostupné z WWW: <http://www.bodycentrum.net/lecebne-zakroky/nejcastejsi-obtize/bechtere-vechtere-ve-choroba-ankylozujici-spondylartritida/>.

## Příloha C: Dotazník

# DOTAZNÍK

*Dobrý den,*

Jmenuji se Kristýna Lieskovská a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice, kde studuji bakalářský program Ošetřovatelství. Toto je dotazník, který bude sloužit k mé bakalářské práci na téma Život pacienta s onemocněním Bechtěrevova choroba.

Prosím o vyplnění tohoto dobrovolného dotazníku, který je anonymní. Postup při vyplňování dotazníku je jednoduchý. Zakroužkujte vždy jednu odpověď. Tam, kde je možné vypsát odpověď, vypište ji na vymezené místo.

Děkuji za vyplnění

Kristýna Lieskovská

### 1. Pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

### 2. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61 a více let

### 3. Pracujete?

- a) Pracuji v administrativní sféře (sedavé zaměstnání, práce v kanceláři)
- b) Mám manuálně zaměřené zaměstnání (dílna, továrna)
- c) Mám invalidní důchod
- d) Mám starobní důchod
- e) Nezaměstnaný

### 4. Žijete s? (možnost více odpovědí)

- a) Manželem / manželkou
- b) Přítelem / přítelkyní
- c) S rodiči
- d) S dětmi
- e) Sám

**5. Máte nějaké zájmy a věnujete se jim?**

- a) Ano mám, věnuji se jim  
*Jaké zájmy?* .....
- b) Ano mám, nemohu se jim věnovat  
*Jaké zájmy?* .....
- c) Ne nemám

**6. Brání Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např.: návštěvy přátel, kina, společenských akcí)?**

- a) Pořád
- b) Většinu času
- c) Občas
- d) Málokdy
- e) Nikdy

**7. Myslíte si, že po zjištění diagnózy se zhoršily Vaše vztahy s blízkými nebo přáteli?**

- a) Ano, určitě
- b) Uvědomuji si mírné zhoršení
- c) Neuvěřuji si to
- d) Možná, nejsem si jistý/á
- e) Určitě ne

**8. Jak byste popsal/a celkovou bolest způsobenou Bechtěrevovou nemocí a na kterých částech těla ji pociťujete?**

- a) **0** – (bolest nepociťuji)
- b) **1** – (pociťuji mírnou bolest)  
*Kde?*.....
- c) **2** – (pociťuji středně snesitelnou bolest)  
*Kde?*.....
- d) **3** – (pociťuji velikou bolest)  
*Kde?*.....
- e) **4** – (pociťuji nesnesitelnou bolest)  
*Kde?*.....

**9. Jak byste popsal/a celkové obtíže, které byly vyvolány tímto onemocněním?**

- a) **0** – (obtíže nepociťuji)
- b) **1** – (pociťuji mírné obtíže, jako únavu)
- c) **2** – (pociťuji snesitelné obtíže, jako tlak)
- d) **3** – (pociťuji bolest)
- e) **4** – (pociťuji nesnesitelné obtíže)

**10. Jak veliké bolesti jste měla v posledních 3 měsících?**

- a) **0** – (žádné)
- b) **1** – (mírné)
- c) **2** – (střední)
- d) **3** – (silné)
- e) **4** – (nesnesitelné)

**11. Jak dlouho trvá ranní ztuhlost od doby, kdy vstanete a co napomáhá jejímu zmírnění?**

- a) 0 až 30 minut  
*Nápomocný činitel*.....
- b) 30 min. až 1hod.  
*Nápomocný činitel*.....
- c) 1 hod. až 1 hod. 30 min.  
*Nápomocný činitel*.....
- d) 1 hod. 30 min. až 2 hod.  
*Nápomocný činitel*.....
- e) 2 hod. a více  
*Nápomocný činitel*.....

**12. Stupeň samostatnosti?**

- a) Nejsem omezen/a, mohu vykonávat všechny činnosti běžného života
- b) Potřebuji občasnou výpomoc, většinu činností si udělám sám/a
- c) Potřebuji častou výpomoc, zvládám činnosti při jídle, hygieně...
- d) Potřebuji velikou výpomoc (s hygienou, při jídle)
- e) Jsem nesamostatný/á

**13. Jak spíte?**

- a) Spím dobře, celou noc
- b) Spím celkem dobře s občasnými probuzeními  
*Narušitel spánku?*.....
- c) Často se budím  
*Narušitel spánku?*.....
- d) Časně se probouzím a už neusnu  
*Narušitel spánku?*.....
- e) Spím celkově špatně  
*Narušitel spánku?*.....

**14. Jak jste spokojená/ý s Vaším sexuálním životem?**

- a) Jsem velmi spokojená/ý
- b) Jsem v celku spokojená/ý
- c) Nemoc mi brání
- d) Nespokojená/ý

**15. Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš psychický stav?**

- a) Ano, určitě
- b) Ano, uvědomuji si mírné změny
- c) Neuvědomuji si to
- d) Možná, nejsem si jistý
- e) Určitě ne

**16. Jak zvládáte stresové situace?**

- a) Stresové situace zvládám dobře
- b) Stresové situace zvládám s mírnými obtížemi
- c) Stresové situace zvládám s většími obtížemi
- d) Stresové situace zvládám s velikými obtížemi
- e) Nevládám je

**17. Jak se momentálně cítíte?**

- a) Cítím se plný/á elánu
- b) Pociťuji klid a pohodu
- c) Pociťuji pesimismus a smutek
- d) Pociťuji vyčerpání a únavu
- e) Pociťuji depresi, nic mě nedokáže rozveselit

**18. Ovlivňuje Vaše onemocnění Vaše stravovací návyky?**

- a) Ano, určitě  
*Jak?* .....
- b) Ano, uvědomuji si mírné změny  
*Jaké?* .....
- c) Neuvědomuji si to
- d) Možná, nejsem si jistý
- e) Určitě ne

**19. Jak zvládáte běžné činnosti každodenního života?**

	<i>Zvládám</i>	<i>Mám mírný problém</i>	<i>Nezvládám</i>
a) Usilovné činnosti jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b) Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, jízda na kole	1	2	3
c) Zvedání, nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d) Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e) Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3

**20. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?**

- a) Výborná
- b) Velmi dobrá
- c) Dobrá
- d) Špatná
- e) Velmi špatná