

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**1. lékařská fakulta**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2008**

**Bc. Jana Andršová**

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Navazující magisterské studium**  
**učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Únava u revmatologických pacientů**

**2007/2008**

**Bc. Jana Andršová**

**Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová**

**Poděkování:**

Děkuji PhDr. Haně Horové za vedení diplomové práce a vstřícné jednání, vrchní sestře Revmatologického ústavu Janě Korandové za pomoc při výzkumu a podporu, Mgr. Zdeňku Marešovi za pomoc při statistickém zpracování výzkumu.

**Obhajoba diplomové práce dne: .....**

**Jméno oponenta: .....**

**Hodnocení: .....**



**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 30. 4. 2008.

.....

## **OBSAH:**

<b>Anotace v českém jazyce</b> .....	8
<b>Abstrakt v anglickém jazyce</b> .....	9
<b>1 Úvod</b> .....	10
<b>2 Teoretická část</b>	
<b>2.1 Revmatická onemocnění</b> .....	11
2.1.1 Klasifikace .....	11
2.1.2 Etiologie .....	12
2.1.3 Základní příznaky .....	13
2.1.4 Vyšetřovací metody .....	13
2.1.5 Léčba .....	15
2.1.6 Prognóza .....	16
2.1.7 Revmatická onemocnění charakterizovaná zvýšenou únavou pacienta .....	16
<b>2.2 Únava</b> .....	22
2.2.1 Charakteristika .....	22
2.2.2 Přístup k únavě .....	23
2.2.3 Dělení únavy .....	24
2.2.4 Únava jako projev onemocnění .....	27
2.2.4.1 Chronické únavové stavy .....	28
2.2.4.2 Chronická únava jako součást syndromů .....	29
2.2.5 Příčiny únavy .....	31
2.2.6 Hodnocení únavy .....	34
2.2.7 Řešení únavy, léčba .....	35
<b>2.3 Únava u pacientů s revmatickým onemocněním</b> .....	36
2.3.1 Nejčastější příčiny únavy .....	38
2.3.2 Zvládání únavy .....	41
2.3.3 Úloha sestry v revmatologii .....	42
2.3.4 Edukace v práci sestry .....	44
2.3.5 Edukace zaměřená na únavu .....	46
<b>3 Empirická část</b>	
<b>3.1 Metodika výzkumu</b> .....	50
3.1.1 Cíle a hypotézy výzkumu .....	50
3.1.2 Použité metody .....	50
<b>3.2 Výsledky rozboru dokumentace</b> .....	51

<b>3.3 Charakteristika výzkumného vzorku</b> .....	52
<b>3.4 Rozbor a výsledky výzkumu</b> .....	55
<b>4 Diskuze</b> .....	71
<b>5 Závěr</b> .....	75
<b>6 Seznam literatury</b> .....	77
<b>7 Seznam zkratk</b> .....	80
<b>8 Seznam příloh</b> .....	81
<b>9 Přílohy</b> .....	82

## **Anotace**

Titul a jméno autora:	Bc. Jana Andršová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Vádeňská 800, 140 59 Praha 4
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Únava u revmatologických pacientů
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Horová
Počet stran:	81
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	revmatologie, revmatická onemocnění, únava, sestra v revmatologii, informovanost, edukace

Diplomová práce je zaměřena na problematiku únavy u revmatologických pacientů. Teoretická část je věnována charakteristice revmatických onemocnění a únavy. Blíže popisuje ta onemocnění, pro která je únava typickým příznakem. Samostatná kapitola je věnována i vlastní únavě. Závěr teoretické části zdůrazňuje úlohu sestry a význam edukace pacientů v revmatologii. Formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku byl zjišťován postoj pacientů k únavě, míra jejich informovanosti a přístup zdravotníků a rodiny k tomuto problému. Statistické zpracování výsledků vedlo k tvorbě edukačního listu pro revmatologické pacienty.

## **Abstract**

Author's name: Bc. Jana Andršová

School: Charles University, Prague  
1<sup>st</sup> Faculty of Medicine  
Institut of Theory and Practice of Nursing  
Videňská 800, 140 59 Prague 4

Program: Health Care Administration

Title: Fatigue of rheumatic patients

Consultant: Hana Horová, Ph.D.

Number of pages: 81

Number of attachments: 8

Year: 2008

Key words: Rheumatology, rheumatic diseases, fatigue, a nurse  
in rheumatology, awareness of fatigue, education

In my thesis I concentrate on problems with fatigue of rheumatic patients. The theoretical part deals with features of rheumatic diseases and fatigue. It closely describes illnesses of which fatigue is a typical symptom. There is a separate chapter where fatigue is specified itself. At the close of the theoretical part there is being emphasized how important is the role of a nurse and education of patients in rheumatology. I surveyed patients' attitude to fatigue, their awareness of tiredness and an approach of health workers and families to this problem. This quantitative survey was done by questionnaires. The outcome data were statistically processed and it resulted in creating an educational sheet for rheumatic patients.

# 1 Úvod

Revmatologie je klinický obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou, prevencí a posuzováním onemocnění pohybového aparátu. Je to interdisciplinární obor vycházející z výsledků ortopedie, neurologie, oftalmologie, dermatologie, imunologie a mnoha dalších oborů.

Revmatická onemocnění postihují pohybový a nosný aparát, někdy jsou kombinovaná orgánovým postižením. Je jich několik desítek, někteří odborníci určili na 200 druhů. Zjednodušeně se jedná o zánětlivá, degenerativní, metabolická a mimokloubní samostatná onemocnění, nebo o několik různých vzájemně se prolínajících procesů. Často mají chronický průběh a jsou druhou nejčastější příčinou invalidizace. Postihují jedince obou pohlaví a všech věkových kategorií, představují vážný zdravotnicko-spoločenský problém. V posledních letech v naší populaci ubylo pacientů s revmatickou horečkou, bakteriální artritidou a naopak přibylo s degenerativními kloubními chorobami a bolestivými syndromy páteře. Mezi časté projevy revmatických onemocnění patří bolest, otok, ztuhlost kloubů, poruchy hybnosti, snížená svalová síla, kloubní deformity, poruchy spánku, únava, nechutenství, skleslost, pesimistické ladění, deprese. Vzhledem k většinou neznámé etiologii a ne vždy jasné patogenezi je léčba spíše symptomatologická.

V revmatologii patří únava k celkovým příznakům. V naší odborné literatuře věnované revmatologii se o ní píše jako o doprovodném jevu, který se vyskytuje téměř u každého, zvláště pak systémového onemocnění. Přístup k únavě je různý, liší se podle jednotlivých autorů, jako zástupců nejrůznějších oborů (neurologie, onkologie, paliativní péče, imunologie,...). Definovat únavu téměř nelze, protože terminologie není jednotná. Je těžké rozlišit, kdy se jedná o únavu fyziologickou a kdy o patologickou. Problematice únavy je u nás věnována pozornost teprve v několika posledních letech. V zahraničí se k ní přistupuje mnohem komplexněji, jako k samostatnému problému vyžadujícímu odbornou pomoc.

Tématem mé diplomové práce je právě únava u pacientů s revmatickým onemocněním. Ve své praxi sestry na revmatologickém oddělení jsem se setkala s únavou jako s obtíží, na kterou si pacienti stěžovali a která byla zdravotníky spíše podceňována.

Cílem práce je utřídit současné poznatky a názory na únavu. Ve výzkumné části pak zmapovat tuto obtíž v revmatologii, zjistit postoj pacientů k únavě, míru jejich informovanosti a v neposlední řadě přístup zdravotníků a rodiny k tomuto problému. V případě potvrzení hypotézy o nedostatečné informovanosti pacientů o únavě a možnostech, jak s ní bojovat, je záměrem vytvořit edukační list.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Revmatická onemocnění

Revmatologie je obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou onemocnění pohybového aparátu nechirurgického typu. Revmatická onemocnění postihují pohybový aparát (klouby, kosti, páteř, svaly, vazy, šlachy, úpony), ale často mají i charakter systémových onemocnění, a proto postihují i další orgány jako je srdce, plíce, ledviny, GIT, oči apod. Uvádí se, že jsou nejčastější příčinou somatických obtíží obyvatel. 1/3 všech práce neschopných lidí má revmatické onemocnění jako primární příčinu své invalidity. Více než 40 % osob starších 65 let má nějaké revmatické obtíže. Revmatické choroby jsou vážným zdravotnicko-společenským problémem. V mnohých případech se zde jedná o chronicky nemocné, kteří jsou někdy odkázáni i na celoživotní lékařskou pomoc. (7, 28, 34)

Prevalence vybraných revmatických chorob (7)

Typ onemocnění	Prevalence
<b>Bolesti zad a periartikulární postižení</b>	> 20 %
<b>Osteoartróza</b>	
průkaz RTG	25 %
postižení kolenních kloubů	3,8 %
postižení kyčelních kloubů	1,3 %
<b>Zánětlivé artropatie</b>	
revmatoidní artritida	1,0 %
krystaly ind. artropatie	1,0 %
ankylozující spondylartritida	0,1 %
psoriatická artritida	0,1 %
systémový lupus erytematodes	< 0,1 %

#### 2.1.1 Klasifikace revmatických onemocnění

Revmatických onemocnění je několik desítek, někteří odborníci jich určili na 200 druhů. Zahrnují lehčí místní postižení např. tenisový loket, kladívkové prsty, ale i těžké život ohrožující stavy s víceorgánovým postižením, např. systémový lupus erytematoides nebo vaskulitidy. Tato onemocnění mají zcela odlišný původ, průběh, terapii i prognózu. Bylo vypracováno několik třídících i klasifikačních kritérií podle různých aspektů: podle příčiny (tam, kde je známa), podle mechanismů etiopatogeneze, podle lokalizace, průběhu. Vzhledem k většinou neznámé etiologii a ne vždy jasné patogenezi není klasifikace revmatických onemocnění jednotná. V současné době je akceptováno více typů. U nás vznikla klasifikace, jejímž autorem je prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., ředitel Revmatologického ústavu v Praze (viz příloha č.1). (7,28)

K nejpoužívanějším patří klasifikace Americké revmatologické asociace.

Zkrácená klasifikace a nomenklatura revmatických chorob podle Americké revmatologické asociace (ARA) z roku 1983.(7)

<b>1. Difuzní (celkové) choroby pojivové tkáně</b>	
Revmatoidní artritida	Polymyozitidy, dermatomyozitidy
Juvenilní chronická artritida	Vaskulopatie
Systémový lupus erytematodes	Sjögrenův syndrom
Systémová sklerodermie	Překryvné syndromy
Difuzní fasciitida	
<b>2. Artritidy se spondylitidou</b>	
Ankylozující spondylartritida (Bechtěrevova choroba)	Artritidy provázející zánětlivé choroby střev
Reiterův syndrom	Psoriatická artritida
<b>3. Osteoartróza</b>	
Primární	Sekundární
<b>4. Revmatické syndromy vázané na přítomnost infekčního agens</b>	
<b>Přímé:</b> bakteriální, virové, mykotické, parazitární	
<b>Reaktivní:</b> bakteriální (revmatická horečka), virové	
<b>5. Metabolické a endokrinní choroby</b>	
Krystalické artropatie: dna, chondrokalcinóza	
Ostatní abnormality: amyloidóza, hemofilie	
Dědičné stavy	
<b>6. Nádory</b>	
Primární	Sekundární
<b>7. Neurovaskulární choroby</b>	
<b>8. Choroby kostí a chrupavky</b>	
Osteoporóza, osteomalacie	Osteolýza a chondrolýza
Hypertrofická osteoartropatie	Avaskulární nekrózy
Difuzní hyperostóza skeletu	Tietzův syndrom
Pagetova choroba kostí	Biochemické a anatomické abnormality
<b>9. Mimokloubní revmatismus</b>	
Juxtaartikulární léze (burzitida, léze šlach a jejich úponů)	
Diskopatie	
Idiopatická bolest zad v křížobederní oblasti (low back pain)	
<b>10. Různé stavy spojené s kloubními manifestacemi</b>	

### 2.1.2 Etiologie revmatických onemocnění

U většiny revmatických onemocnění příčinu neznáme. Velká část je vyvolána interakcí komplexní genetické predispozice s různými zevními faktory. Patogeneze těchto nemocí zahrnuje poruchy metabolismu pojivové tkáně, změny v imunitních mechanismech, zánětlivé změny, poškození vyvolaná různými mikrokrystaly a další patologické procesy. Ani patogeneze není u všech zcela jasná. (7)



### 2.1.3 Základní příznaky

Příznaky revmatických onemocnění rozlišujeme na místní (kloubní), celkové a mimokloubní.

Mezi místní příznaky patří v první řadě bolest. Důležité je určení její lokalizace, intenzity, časového průběhu, vazeb, rozlišení klidové bolesti od námahové. Jedná se o subjektivní údaj, který často obsahuje citovou složku. Její vnímání je velmi individuální. Kloubní lokalizace ukazuje na onemocnění kloubu. Mimokloubní bolest může být svalová nebo vycházet ze šlach, úponů, burz, vazů, kostí, nervových tkání nebo může být přenesená. Otok kloubu může být způsoben prosáknutím (nejčastěji zánětlivým) kloubního pouzdra, nebo nitrokloubním výpotkem. Sleduje se zabarvení, teplota a poruchy v postavení kloubu. Na otoku tkání kolem kloubu se může podílet zánět burz, šlachových pouzder. Ztuhlost kloubů je dána vlastním nitrokloubním procesem, který narušuje kloubní struktury a změnami kloubních vazů, šlach a svalů. Ranní ztuhlost se často vyskytuje u revmatoidní artritidy a jiných zánětlivých onemocnění, kdy bývá delší než jednu hodinu. Krátkodobá může být u osteoartrózy. Poruchy funkce – mohou postihovat dolní končetiny (omezený rozsah pohybu, poruchy chůze) i horní končetiny (nedovře pěst, neudělá špetku, má ochablý stisk, omezenou funkci ramenních kloubů, špatně se obléká,...). Jako následek funkčních poruch vnímáme omezení hybnosti, rozsahu pohybu. Je nutné rozlišit mezi omezením hybnosti aktivní a pasivní. Kloubní zhrubnutí je příznačné pro degenerativní a zánětlivé procesy. Jedná se o osteofytické rozšíření kostních okrajů. Zvukové fenomény, tzv. krepitus, doprovází zánětlivé a degenerativní onemocnění kloubů. Patří sem i kloubní deformity, svalové atrofie.

K celkovým příznakům, které ukazují obvykle na zánětlivé onemocnění nebo systémové choroby pojiva, patří zvýšená teplota, pocení, nechutenství, úbytek hmotnosti, únava, schvácenost, celkový pocit nemoci, skleslost, deprese, poruchy spánku.

Na mimokloubní příznaky je třeba se ptát cíleně, protože pacient je zpravidla nedává do souvislosti s muskuloskeletárními poruchami. Sledují se zde kožní projevy (vyrážka, lupenka,...), oční (zánět spojivek, duhovky,...), kardiální (dušnost, palpítace,...), plicní (kašel, dušnost,...), gastrointestinální (průjmy, zvracení, bolesti žaludku,...), ledvinové (otoky,...). (4, 32, 33)

### 2.1.4 Vyšetřovací metody

#### Anamnéza

Správně odebraná anamnéza (osobní, rodinná) a řádně provedené klinické vyšetření mohou určit diagnózu až na 80 %. Důležité je zachycení začátku revmatického onemocnění, jeho typu (akutní, subakutní, plíživý) a zjištění, co mu předcházelo, jako např. stres, infekce, oslunění. Mnohé napoví i věk pacienta. (28)

## Objektivní vyšetření

Skládá se z kompletního interního a speciálního kloubního vyšetření, kdy se manuálně vyšetřují všechny klouby a páteř. U kloubů si všimáme hlavně známek zánětu (artritidy), jejich vzhledu, přítomnosti deformací a rozsahu pohybu. Palpačním vjemem jsou časté tzv. kloubní drásoty. (7, 28)

## Pomocné a laboratorní vyšetřovací metody

Jsou důležité vzhledem k povaze onemocnění, jejich pestrosti a často neznámé příčině.

Indikovaná jsou ze 3 hlavních důvodů:

1. Stanovení diagnózy, vyloučení jiných chorob.
2. Sledování aktivity onemocnění, jejího průběhu.
3. Monitorování vedlejších nežádoucích účinků léků. (28)

<b>Přehled laboratorních vyšetření u revmatických chorob</b>	
<b>Biochemická</b>	minerály, urea, kreatinin, kyselina močová, jaterní testy, moč chemicky + sediment
	metabolismus Ca, P, izoenzymy ALP, osteokalcin, pyridinolin, deoxypyridinolin
	ELFO bílkovin, reaktanty akutní fáze (CRP, SAA)
	tumorózní markery
<b>Imunogenetická</b> (zde se používají hlavně testy protilátkové imunity, méně pak buněčné imunity)	autoprotilátky (RF, ANA, ACLA, APLA, ENA, imunoblott)
	imunoglobuliny
	cirkulující imunokomplexy (CIK)
	imunogenetické vyšetření (HLA B27)
<b>Hematologická</b>	KO + diferenciální rozpočet bílých krvinek, FW
	hemokoagulační testy
<b>Mikrobiologická</b>	přímá kultivace (krev, moč, stolice, sputum, výpotek, výtěry, stěry z potencionálních zdrojů infekce)
	<u>protilátky v séru proti baktériím</u> (ASLO, BWR, proti boreliím...)
	<u>proti virům</u> (anti-HIV, HBV, EBV, CMV) <u>proti parazitům, plísním</u>
<b>Vyšetření synoviálního výpotku</b>	fyzikální vlastnosti, cytologie, přítomnost krystalů, mikrobů, imunologické vyšetření

<b>Nejčastější patogeny vyvolávající reaktivní artritidu</b>	
Chlamydia trachomatis Ureaplasma urealyticum Neisseria gonorrhoe Shigella flexneri Yersinia enterocolitica	Salmonella species Yersinia pseudotuberculosis Campylobacter jejuni Streptococcus pyogenes

## Přístrojové vyšetřovací metody v revmatologii

RTG vyšetření a jeho modifikace, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), ultrasonografie, scintigrafie, denzitometrie, artroskopie, elektromyograf (EMG). (4, 32)

### 2.1.5 Léčba

Většinu revmatických onemocnění zatím neumíme vyléčit, ale umíme je výrazně ovlivnit. Jedná se spíše o léčbu symptomatologickou, protože etiopatogenní léčbu převážné většiny neznáme. Jejich příznivé ovlivnění i zlepšení prognózy je možné pouze pomocí tzv. komplexní léčby, což znamená využitím všech jejich možností.

<b>Komplexní terapie revmatických onemocnění</b>	
1. Farmakoterapie	5. Balneoterapie
2. Rehabilitace	6. Psychoterapie
3. Fyzikální léčba	7. Chirurgická léčba
4. Ergoterapie	8. Ambulantní péče, následná péče

V léčbě každé revmatologické choroby je použití uvedených postupů velmi individuální. U některých, zvláště těžkých zánětlivých revmatických chorob, stojí v popředí léčba medikamentózní, která by měla zvládat progresi chorobného procesu a někdy i zachránit život nemocného. U jiných, např. u ankylozující spondylitidy, je na prvním místě rehabilitace. U mimokloubního revmatismu zase dáváme přednost spíše léčbě lokální, fyzioterapie a jiným postupům. Chronické degenerativní kloubní choroby kladou naopak velké nároky na užívání všech nemedikamentózních postupů. Z léčby medikamentózní se uplatňují pouze snahy o dosažení analgésie. Dostupnost jednotlivých postupů může být závislá na místě bydliště nemocného. (28, 34)

Ideálně by se měl na péči o revmatiky podílet celý tým zdravotnických pracovníků.

<b>Multidisciplinární přístup</b>	
Nutnost vzájemné spolupráce mezi obory a ošetrovatelským týmem	
1. specialista - revmatolog	7. dermatolog
2. internista	8. psycholog
3. neurolog	9. protetik
4. rentgenolog	10. rehabilitační pracovníci
5. ortoped, revmatochirurg	11. sociální pracovníci
6. oftalmolog	12. zdravotní sestra

Revmatologie má tedy interdisciplinární charakter. Erudovaný specialista musí znát kromě vlastní revmatologie i vnitřní lékařství, klinickou imunologii, rehabilitaci, fyzikální léčbu, principy ortopedie a z ní vycházející revmatochirurgie.

Péče o revmatiky, je u nás i celosvětově prvotně založena na ambulantní léčbě. (34)

## **2.1.6 Prognóza**

Záleží na včasné diagnostice a na tom, kdy se pacient dostane do péče lékaře specialisty – revmatologa. Jen malé procento pacientů s revmatologickou diagnózou lze zcela vyléčit. Většina onemocnění přechází do chronicity, která se časem zhoršuje a je druhou nejčastější příčinou vedoucí k invaliditě. V posledních letech ubylo revmatických horeček a bakteriálních artritid. Přibývá degenerativních kloubních chorob a bolestivých syndromů páteře. Terapie revmatických onemocnění prošla v posledních letech významným rozvojem. Pomohl jí vývoj i jiných oborů jako imunologie, biochemie, farmakologie. Probíhá prudký rozvoj analgetik, nesteroidních antirevmatik, biologické léčby, syntetických kortikoidů, chondroprotektiv. Objeveny byly degradační enzymy a jejich působení na chrupavku. Zavedením a zdokonalením umělých kloubů došlo ke změně osudu celé řady pacientů. Přibývá bezbariérových prostor, zvýšil se výběr ortopedických a kompenzačních pomůcek. Tím u mnohých pacientů vzrostly možnosti sebeobsluhy. Záleží na jejich přístupu, aktivitě a snaze s onemocněním bojovat. (7, 28)

## **2.1.7 Revmatologická onemocnění charakterizovaná zvýšenou únavou pacienta.**

Mezi tato onemocnění hlavně patří revmatoidní artritida, systémový lupus erytematodes, fibromyalgie, myozitidy a Sjögrenův syndrom. (6, 29)

### **2.1.7.1 Revmatoidní artritida (RA)**

Je chronické systémové zánětlivé onemocnění. Jeho projevy postihují hlavně periferní klouby s následnou destrukcí kloubní chrupavky, vznikem deformací a deformit postižených kloubů. Mohou být poškozeny i mimokloubní struktury. Vyskytuje se prakticky po celém světě, v 1-3 % populace. Může propuknout v každém věku, maximální výskyt je u mladých nemocných a u premenopauzálních žen. Postihuje obě pohlaví, ženy častěji (2-3 : 1). Bezprostřední příčina vzniku RA není dodnes známa. Onemocnění má multifaktoriální příčiny, včetně určité genetické predispozice. K faktorům, které se mohou na vzniku a průběhu podílet, patří klima, roční období, endokrinní faktory - estrogeny, psychogenní faktory, změny prostředí a způsobu života. RA může vzplanout z plného zdraví, někdy po předchozím infektu, nepřiměřeném fyzickém nebo psychickém přetížení. Je pro ni charakteristický chronický zánět, který je iniciován a udržován autoimunitními mechanismy. Průběh RA je velmi variabilní. Akutní vzplanutí mohou být vystřídána remisemi. Její celkově progresivní průběh vede často k invaliditě. U 50-70 % nemocných bývá začátek plíživý, u 20 % subakutní a u 15 % akutní. V popředí je polyartritida, postihující především metakarpofalangeální a proximální interfalangeální a radiokarpální klouby nebo odpovídající klouby na dolních končetinách. Současně s artritidou se objevuje typická ranní ztuhlost kloubů. Klouby jsou většinou bolestivé, teplejší, zduřelé s omezenou pohyblivostí. Kůže nad kloubem nebývá barevně změněna. S pozdější postupnou progresí onemocnění dochází

k ulnární deviaci prstů a deformacím kloubů, na dorzech rukou k atrofii interoseálních svalů, která se projeví jejich miskovitým prohnutím. K celkovým příznakům patří subfebrilie, váhový úbytek, nevykonnost, únava, depresivní ladění. Mimokloubní postižení jsou častější u déle trvajícího a těžšího průběhu onemocnění. Revmatoidní uzly jsou jeho nejčastější známkou, vyskytují se u 20-30 % nemocných. Jako revmatoidní nodulóza se označuje jejich vícečetný nále. Mimokloubní orgánové projevy nejčastěji zasahují srdce (perikarditida až v 50 %), cévy (vaskulitida), plíce (pleuritida), oči (suchá keratokonjunktivitida u 10-35 %), kosti (osteoporóza v kombinaci s léčbou kortikosteroidy), periferní nervy (tunelové syndromy), játra (i bez závislosti na terapii u aktivní RA bývá mírné zvýšení ALT, AST), mimokloubní struktury pohybového aparátu (burzitidy) a mnohé další orgány, orgánové systémy.

Pro stanovení diagnózy RA mají dnes význam především klinické projevy. K diagnostice RA se používají revidovaná kritéria Americké revmatologické asociace (ARA).

<b>Revidovaná kritéria ARA z roku 1987</b>	
<b>1.</b>	Ranní ztuhlost trvající alespoň 1 hodinu
<b>2.</b>	Artritida alespoň 3 kloubních skupin
<b>3.</b>	Artritida kloubů rukou
<b>4.</b>	Symetrická artritida
<b>5.</b>	Podkožní revmatické uzly
<b>6.</b>	Pozitivní revmatoidní faktor
<b>7.</b>	RTG změny
Pro diagnózu RA musí být splněna 4 kritéria ze 7 uvedených. Kritéria 1-4 musí být přítomna alespoň 6 týdnů.	

Podle anatomického postižení a rentgenového obrazu rozlišujeme 4 stádia RA.

<b>Stádia AR dle Steinbrockera</b>	
<b>Stádium I</b>	Změny pouze v měkkých částech, žádné RTG destrukce, může být periartikulární poróza.
<b>Stádium II</b>	Osteoporóza, mírné známky destrukce, žádné deformity, může být pohybové omezení, svalová atrofie, uzly, tendovaginitidy.
<b>Stádium III</b>	Destrukce chrupavky a kosti, deformity, rozsáhlé svalové atrofie, mimokloubní změny.
<b>Stádium IV</b>	Vedle změn předcházejících stádií je fibrózní či kostěná ankyulóza.

K diagnostice přispívá průkaz revmatoidního faktoru, bývá až u 85 % nemocných RA pozitivní. Dále sem patří HLA typizace, sonografie, analýza synoviálního výpotku, sledování aktivity zánětu. V terapii se užívají režimová opatření (v akutním stavu je vhodný klid na lůžku s prevencí kontraktur), fyzikální terapie, rehabilitace (pro potlačení bolesti, odstranění ztuhlosti, obnovení pohybu, zlepšení funkce, zvýšení svalové síly), farmakoterapie (analgetika, nesteroidní antirevmatika, léky modifikující průběh choroby – soli zlata, antimalarika, sulfasalazin, penicilamin, dále cytostatika, kortikoidy, imunoterapie, biologická léčba). Dále se zde uplatňuje intraartikulární léčba (vpravování depotních kortikosteroidů s výrazným protizánětlivým účinkem do kloubu), revmatochirurgie a ortopedie

(synovektomie, totální náhrady kloubů, artrodéza). RA je chronické onemocnění, jehož průběh je velmi variabilní. Nejčastěji probíhá pozvolna, s různými epizodami akutního vzplanutí. Má celkově progresivní průběh vedoucí často k invaliditě. Záleží i na přístupu pacienta, jeho ochotě spolupracovat. RA zkracuje život až o 10 let. Současné terapeutické možnosti dokáží průběh choroby zpomalit, ale ne vyléčit. (7, 29)

### 2.1.7.2 Systémový lupus erytematodes (SLE)

Systémový lupus erytematodes je autoimunitní onemocnění postihující téměř všechny důležité orgány těla, zvláště však kůži, klouby, kardiovaskulární systém, ledviny, centrální nervový systém a plíce. Je charakterizováno hyperaktivitou B-lymfocytů, jež vede k tvorbě protilátek převážně zaměřených proti orgánově nespecifickým antigenům. Dosud není jisté, zda nejde o syndrom, jehož společným jmenovatelem jsou uvedené projevy. Celosvětová incidence onemocnění je 10 případů na 100 000 obyvatel. Prevalence kolísá mezi 20-30 případy na 100 000 obyvatel. Výskyt SLE je závislý na etnickém původu a geografické poloze. Uvádí se, že je 2 - 3x častější u amerických černochů, než u obyvatel kavkazského původu. Častější je onemocnění žen ve fertilním věku. Ženy mezi 20. - 30. rokem života onemocní 6x častěji než muži. V dětství a ve věku nad 50 let jsou postiženy 3x častěji než muži. Klinické zkušenosti ukazují, že se spíše jedná o syndrom s mnohačetnou etiologií (infekce, koncentrace pohlavních hormonů, dědičnost, imunitní regulační mechanismy, zevní látkové vlivy, sociálně-ekonomické podmínky). Klinické projevy onemocnění jsou buď celkové, nebo jsou vyvolány zánětem různých orgánů či systémů jako je kůže, sliznice, klouby, ledviny, mozek, serózní blány, plíce, srdce i trávicí systém. Orgány jsou zasaženy buď jednotlivě, nebo v kombinaci. Stanovení diagnózy SLE využívá klasifikační kritéria revidovaná v roce 1982.

<b>Přehled klasifikačních kritérií SLE</b>	
1.	Obličejový motýlkový kožní erytém
2.	Diskoidní erytém (vyvýšený)
3.	Fotosenzitivita kůže
4.	Ulcerace ústní sliznice
5.	Artritida – obvykle neerozivní
6.	Serozitida (pleuritida, perikarditida)
7.	Postižení ledvin (1. příznak – proteinúrie)
8.	Neurologické poruchy (křeče, psychóza)
9.	Hematologické poruchy (hemolytická anémie, leukopenie, lymfopenie, trombocytopenie)
10.	Imunologické poruchy – pozitivita LE buněk, falešná pozitivita BWR, pozitivita protilátek proti DNA (anti-dsDNAS), proti antigenu Sm
11.	Antinukleární protilátky – v kterémkoli časovém období, s jistotou, že nemocný neužívá léky, které vyvolávají syndrom indukovaného lupusu

Pro diagnostiku je důležitá přítomnost 4 a více těchto kritérií současně, nebo jsou-li postupně prokazatelná v době sledování nemocného. Postižení životně důležitých orgánů, zvláště ledvin a CNS, je nutno pokládat za významné činitele ovlivňující nemocnost

a smrtelnost choroby, způsobené poškozením tkáně základním onemocněním nebo nežádoucím důsledkem terapie. Doba přežívání se postupně za posledních 20 let prodloužila. 5 let se z 60 % posunulo na 90% a 20 let překoná více než 60 % všech nemocných.(7, 29)

### 2.1.7.3 Fibromyalgie (FM)

Patří mezi celkové mimokloubní revmatické onemocnění. FM je chronický nezánettlivý muskuloskeletární syndrom charakterizovaný plošnou bolestí se ztuhlostí a zvýšenou citlivostí na tlak v určitých bodech, který nemá zjevnou příčinu v synovitidě a nebo myozitidě. 80-90 % nemocných představují ženy mezi 30. - 50. rokem života. Prevalence v dospělé populaci Evropy je v rozmezí 3-10 %. V některých zemích představuje FM až 5 % klientely praktických lékařů a až 20 % klientely revmatologů. FM přichází ve dvou formách, tj. primární a sekundární, která je zpravidla spojena s jiným revmatickým onemocněním. Část nemocných splňuje požadavky pro diagnózu chronického únavového syndromu (CFS) nebo syndromu mnohočetné chemické senzitivity (MCS). Etiopatogeneze FM není známa. Spekuluje se o několika možnostech. Například, že se jedná o formu stresové reakce, poruchu IV. (non-REM) fáze spánku s nálezem na EEG, imunologické, biochemické, hormonální, morfologické a jiné abnormality. Klinické příznaky se dají rámcově rozdělit do 3 skupin.

<b>Stratifikace klinických projevů FM</b>	
<b>1. Základní</b> - všichni	plošná muskuloskeletární bolest, početné bolestivé body
<b>2. Typické</b> - většina	bolestivá ztuhlost, únavnost, poruchy spánku, ponámahová bolestivost
<b>3. Přidružené</b> - někteří	bolesti hlavy, závratě, poruchy paměti, parestézie, spazmy tračnicku, dráždivý měchýř, retence tekutin, Raynaudův fenomén, deprese, úzkost

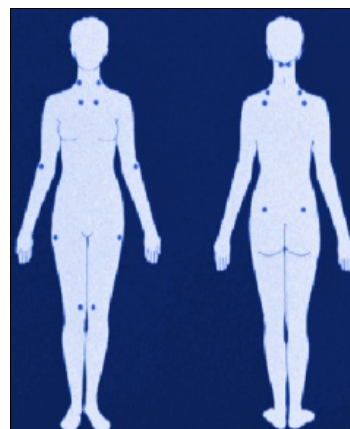
Na diagnostice se podílejí kritéria ARA z roku 1990 (splnění obou podmínek).

1. Anamnéza plošné bolesti s trváním nejméně 3 měsíce

Plošná bolest na levé nebo pravé polovině těla, nad či pod pasem, axiální bolest, rozložení šíje, přední strana hrudníku, úroveň hrudních nebo bederních segmentů páteře.

2. Tlaková bolest v 11 z 18 vymezených bodů

18 bolestivých bodů se testuje pomocí digitální palpace (tlakem asi 4 kg) dolorimetrem.



FM je chronické onemocnění s kolísavou intenzitou, rozsahem obtíží a variabilním vztahem k psychické zátěži, chladným obdobím roku, traumatu, včetně operačního. Mnohaletý průběh nemoci ztrpčuje, ale nezkracuje život, nevede k deformitám, kosmetické újmě nebo k pohybové invaliditě. FM snižuje výkon v míře srovnatelné s RA. V řadě zemí je výraznou příčinou opakovaných pracovních neschopností, invalidity.(7, 29, 41)

### 2.1.7.4 Myozitidy

Jedná se o zánětlivé revmatické onemocnění příčně pruhovaných svalů, patřící do skupiny systémových onemocnění pojiva.

Rozdělují se do několika skupin.

1. Primární idiopatická polymyozitida (PM)
2. Primární idiopatická dermatomyozitida (DM)
3. PM - DM v dětském věku
4. Myozitida asociovaná s maligním onemocněním

Častěji se vyskytuje u DM, celkově pak u 15-20 % nemocných PM, DM. Lokalizace nádorů jsou různé, nejčastější je karcinom ovárií, prsu u žen a karcinom plic u mužů. Tumor a myozitida se většinou objevují ve stejnou dobu.

5. Myozitida kombinovaná s jiným systémovým revmatickým onemocněním

Patří mezi tzv. překryvné syndromy. Jsou to chorobné jednotky, které současně splňují diagnostická kritéria dvou nebo více systémových chorob pojivové tkáně. Nejčastěji bývá jejich součástí právě PM a DM spolu s systémovou sklerózou, méně často s RA a SLE.

6. Vedle těchto 5 bodů se řadí zvlášť další jednotky, jako jsou myozitida s inkluzními tělísky, granulomatózní myozitida, eozinofilní myozitida, fokální a nodulární myozitida.

Samostatně vzniklé tzv. idiopatické zánětlivé myopatie (IZM) nejsou příliš častá onemocnění, uvádí se 2-10 nových případů na milion obyvatel. Vyskytují se v každém věku. Maximum je v dětství a středním dospělém věku. Poměr dívek a chlapců je v dětství 1:1, v dospělosti je postiženo 2,5x více žen.

Etiologie vzniku idiopatického svalového zánětu je nejasná. Ojedinele bylo popsáno působení léků, toxinů, infekčních činitelů, které mohou vyvolat vznik myozitidy. Ukázalo se, že se nejspíše jedná o autoimunitní poškození svalů, které spustil nejspíše infekční činitel u geneticky vnímavých jedinců. V předchorobí se mohou vyskytovat teploty, Raynaudův fenomén, kloubní ztuhlost až artritida, pokles hmotnosti, nechutenství. Základním projevem je svalová slabost, která vede k atrofiím a následně ke kontrakturám svalstva. Symetricky postihuje proximální svaly končetin a trupu a krku. Slabost dolních končetin se projeví obtížemi při stoupaní, zvedání se ze židle. Chůze se stává kolíhavou. Na horních končetinách komplikuje zvedání předmětů, oblékání, česání. Těžce postižení (10- 15%) mají poruchy polykání a snadno u nich může dojít k aspiraci. Postižení svalstva hrtanu a měkkého patra se projeví chrapotem a nosním hlasem. Bolesti a citlivost uvádí jen asi polovina nemocných. Typické kožní změny jsou u DM. Onemocnění také provází kardiální příznaky (manifestující se především na EKG), vznik kalcifikací, artralgie, artritida, dušnost způsobená slabostí dýchacích svalů. Mezi závažné a poměrně časté patří difúzní alveolitida, progredující do intersticiální plicní fibrózy. Může se vyskytnout i aspirační pneumonie, která je nejčastější příčina smrti těchto nemocných. Klasifikace se provádí použitím kritérií Bohana a Petera. K diagnostice pomáhá laboratorní vyšetření (zvýšení sérové hladiny CK, LD, AST,



ALT, aldolázy a myoglobinu, výskyt autoprotilátek u 70-80 % pacientů), EMG, biopsie svalové tkáně, MR, ... Léčba myozitidy má dvě hlavní složky. Jednou je rehabilitace, která pracuje na zachování svalové funkce, prevenci atrofie a kloubních kontraktur. Druhou je včasná a dostatečná léčba. Používají se kortikosteroidy, cytostatika, imunoglobuliny, chirurgicky se řeší kalcifikace, ... U poloviny dětských pacientů dochází k remisi. 30-40 % má chronické aktivní onemocnění a vyžaduje trvalou terapii. Zbytek tvoří těžké komplikované případy. U dospělých je prognóza méně příznivá, většina vyžaduje chronickou, dlouhodobou léčbu. Při časně diagnóze, léčení a prevenci hlavně infekčních komplikací je prognóza lepší. Poměrně často vedou tato onemocnění k trvalé invaliditě. (7, 29)

### **2.1.7.5 Sjögrenův syndrom**

Autoimunitní chronické zánětlivé onemocnění, které se vyskytuje samostatně nebo provází SLE, RA, sklerodermii, dermatomyozitidu, polymyozitidu, chronickou hepatitidu, ... je charakterizované zánětem až zánikem exokrinních žláz (slinných, slzných), ale i střevních, potních, bronchiálních a vaginálních. Sjögrenův syndrom postihuje častěji ženy v poměru 9:1. Nejčastěji se projevuje mezi 40. - 60. rokem věku, vícekrát byl zaznamenán i v dětském věku. Etiologie není zatím jednoznačně známá. Poukazuje na rozvoj autoimunitní reakce, kde se uplatňuje vliv konstitučních faktorů, faktorů vnějšího prostředí. Jednoznačně lze potvrdit význam genetických faktorů. Uvažuje se o hormonálních vlivech, virových spouštěčích. Jako první se mohou objevit otoky slinných žláz, uzlinový syndrom či alopecie. Další příznaky vyplývají z postižení slinných a slzných žláz. Na očích se projevuje zánětem spojivek, suchou keratokonjunktivitidou s pálením v očích a světloplachostí, dále pocitem filmu v zorném poli, pocitem cizího tělesa v oku. S nedostatečnou sekrecí slin je spojena suchost v ústech a rtů, zvýšená přilnavost a fisury jazyka, obtíže při konzumaci suché potravy, časté pití při jídle. K dalším příznakům patří suchost v nose, opakující se epistaxe, chronická rinofaringitis, bronchitis. Při postižení sluchové trubice se objevuje pocit zalehnutí v uších, vzniká chronická otitida. S postižením GIT systému jsou přítomny dysfagické obtíže, poruchy trávení i poškození pankreatických funkcí. Dále v klinickém obrazu najdeme suchou kůži a vagínu. K extraglandulárním projevům nejčastěji patří kožní vaskulitidy, Raynaudův fenomén, funkční renální abnormality (u 15-25%), neuropatie a artritidy. Dosud nejsou klasifikační kritéria pro Sjögrenův syndrom mezinárodně jednotná. Pro diagnostiku nejsou laboratorní výsledky průkazné. Vyšetřuje se stav a funkce slinných a slzných žláz. Terapie je převážně symptomatologická. Podávají se umělé slzy, umělé sliny, bromhexin, preparáty s obsahem pilokarpinu, lokální lubrikanty. Na extraglandulární projevy např. antirevmatika, antimalarika, cytostatika a další. (7, 29)

## 2.2 Únava

### 2.2.1 Charakteristika

Jednotná terminologie ani definice únavy neexistuje. Čeština, ale i jiné jazyky jasně nerozlišují, jaký termín označuje fyziologickou a jaký patologickou únavu. Tato situace působí potíže v chápání únavy jako přirozeného jevu, následku špatného životního stylu, příznaku onemocnění. Nejednotná terminologie se stává velkým problémem při porovnávání výsledků mezinárodních studií a současně je překážkou i v rozvoji teoretických poznatků o únavě jako klinickém fenoménu, dále v překládání dotazníků, kdy jednotlivé výrazy nemají odpovídající koreláty. Například v angličtině a francouzštině používané slovo *fatigue*, označující pocit extrémní vyčerpanosti, neobvyklé únavy, nemá obdobu v češtině, slovenštině, němčině, italštině, švédštině... Je nutno jej překládat opisem, který ovšem nemusí být vnímán totožně s originálem. Latinské slovo *fatigatio* se do češtiny překládá jako celkové vyčerpání. Kábrtův *Lexicon medicum* jej uvádí jako únavu, zemdlenost. Pro únavu, unavenost se v angličtině používá termín *tiredness*, v italštině *stanchezza*, v němčině *die Müdigkeit*, *ermüdet*, *müde*. V němčině se používají i výrazy jako *die Übermüdung* - nadměrná únava, *die Erschöpfung*, *erschöpft* – vyčerpání, *algemeine Erschöpfung* – celkové vyčerpání, *akute, chronische Erschöpfung* – akutní, chronická únava. (6, 10, 26, 36, 47)

Únava má více poloh a můžeme ji chápat jako:

- *zcela přirozený fyziologický jev*, „zdravou“ únavu, která provází náš každodenní život a je pro nás příjemnou odměnou po dostatečně intenzivní tělesné či duševní práci nebo kombinaci obou (30),
- *proces* spuštěný odpovědí organismu na zátěž, který snižuje výkonnost a upozorňuje nás, kdy je čas si odpočinout a nabrat nové síly (35),
- *obranný signál* našeho těla, který nás chrání před přetížením a poškozením organismu, vede nás k odpočinku a přerušení dosavadní činnosti podobně jako bolest, zvýšená teplota, zívání, hlad nebo žízeň (6, 22),
- *individuální pocit* (22,35),
- *rizikový faktor* doprovázený zhoršením schopnosti rychlého úsudku a reakce na okolní podněty, vede k vzestupu rizika sportovních a pracovních úrazů, automobilových nehod (23,46),
- *komplexní stav*, který působí na fyzickou, mentální, emocionální a sociální stránku člověka (26),
- *následek* našeho nesprávného životního stylu (8),
- *limitující faktor*, příčinu změny stylu života (38),
- *subjektivní příznak, projev onemocnění, obtíž*, kterou sice každý velmi dobře vnímá, ale kterou lze jen těžko potvrdit a změřit nějakým vyšetřením (22),
- *přívodní jev všech chronických a životohrožujících onemocnění* (26),

- *celkové vyčerpání, extrémní unavenost*, do které dlouhotrvající únava může vyústit (8, 22),
- *stav, který snižuje možnost kontrolovat vlastní život*, vykonávat činnosti, které pacient chce nebo potřebuje dělat, zhoršuje kvalitu života (26).

Slovo „vyčerpánost“ se užívá v případě, když chceme popsat velký rozsah příznaků, které jsou v souvislosti s neschopností udržet tělesnou aktivitu. V běžném životě je to fenomén, který aktivity a oblasti našeho zájmu ohraničuje. (Holder-Powell und Jones 1990) (6)

U zdravých lidí může být vyčerpánost ze sportu, ze dne nabitého činností nebo z emočního napětí. V normálním případě zlepšuje únavu klid, uvolnění napětí a změna aktivit. Jak vyčerpánost, tak následná fáze uvolnění a odpočinku jsou normálními reakcemi. Zdraví lidé se na vyčerpánost nedívají jako na zdravotní problém, protože je časově omezená a protiopatření jsou k dispozici (Tack 1990). (6)

Podle Hashimota et al. (1975) jsou popsány symptomy pro všechny postižené vyčerpáností výrazně citelné. Jsou to: snížená pozornost, motivace a rychlost reakcí, omezené schopnosti vnímání a myšlení, snížená pečlivost a zvýšená možnost chybovat, neschopnost zvládat tělesné a duševní aktivity. (6)

Při definici únavy a při popisu chronické únavy by se mělo vždy uvažovat o následujících kritériích (Winningham 1996) (36):

- krátkodobá versus chronická únava,
- biofyzikální versus psychosociální aspekty za fyziologických okolností, které mají vliv na stav výkonnosti (např. hodnocené Karnofského indexem výkonnosti),
- chronická únava versus podobné příznaky, jako je slabost, závratě, zkrácený dech,...
- relativní příspěvek patologických okolností (nemoci, léčby) k únavě,
- možnost farmakologické ovlivnění únavy,
- relativní účinek procesů odpočinku a zotavení na únavu,
- působení výživy, prostředí,
- vliv procesu dospívání na únavu,
- individuální vlivy na vnímání únavy,
- interakce únavy s jinými příznaky jako je např. bolest,
- duchovní význam únavy pro individualitu,
- kulturní rozdíly vnímání únavy a ovlivňující únavu.

Podle Carpenita (1995) (26) je únava „... trvalý pocit vyčerpání a snížené schopnosti vykonávat fyzické či mentální aktivity, který přetrvává, i když je pacient v klidu.“

Smith Pigg et al (1985) ji popisují jako subjektivní stížnost na slabost, vyčerpání nebo malátnost, často spojenou s podrážděností a klesající výkonností. (6)

Pipper (1991) uvádí, že je to „zahlcující a trvalý pocit vyčerpání a snížení psychické a fyzické výkonnosti.“(6)

Severoamerická asociace sester pro tvorbu ošetrovatelských diagnóz definuje únavu, únavový syndrom jako zdrcující přetrvávající pocit vyčerpání a neschopnosti vykonávat fyzickou i duševní činnost. (3)

### 2.2.2 Přístup k únavě

V běžné praxi se setkáváme se dvěma přístupy k únavě. Buď je brána jako problém a podle toho se k ní přistupuje, nebo je jako příznak podceňována. Záleží na pohledu odborníka a oboru, který zastupuje. Únava je doprovodný příznak všech chronických onemocnění. Často se o ní zmiňují neurologové, onkologové, imunologové, hematologové, endokrinologové, psychologové, psychiatři, své místo má i v paliativní péči. Podle mých zkušeností je nejlépe únava podchycena v onkologii. Zde se na ni myslí jako na důležitý symptom, který byl zahrnut do nových diagnostických kritérií, do Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD – 10) (viz příloha č. 2) . Na základě tohoto kroku lze v onkologii snadněji únavu vykazovat pro statistické účely.

Lidé s chronickými chorobami trpí podobnými symptomy jako pacienti s nádorovým onemocněním. (Skilbeck et al., 1998) (6)

Únava je zanedbávaný příznak, na který si nemocní nestěžují a lékaři jej nezjišťují. (Andrews 1999) (36)

I když lékař zná únavu z vlastní zkušenosti, má tendence tento stav podceňovat. Proto je vhodné, aby poznal sám na sobě, jak mohou patologickou únavu vnímat pacienti. (8)

K tomuto účelu nabídla firma Janssen – Cilag virtuální program, kde má člověk za úkol sám provést několik jednoduchých úkonů např. připravit snídani, zvednout vyzváněcí telefon, otevřít přicházející návštěvě... . Jako fyzická činnost sloužilo šlapání pedálů, které se virtuálně projevovalo jako pohyb ve směru pohledu. I když člověk šlapal velmi rychle, program mu splnění zadání neumožnil. U zdravého člověka byla nejvíce vnímána neschopnost úkol splnit i přesto, že se velmi fyzicky snažil. Program tak ukázal na fyzickou, psychickou i sociální dimenzi únavy ( nestihl vzít telefon, otevřít návštěvě) a na to, jak stálé a nekorigované vědomí vlastní nedostatečnosti destruuje další dimenze lidské osoby. Pocit maření času únavou popsal i Cella 1999. (36)

V zahraniční literatuře je únavě věnováno mnohem více pozornosti než u nás.

### 2.2.3 Dělení únavy

Dělení únavy je velmi obtížné. Velké problémy zde opět působí nesjednocená terminologie, některé pojmy neznají „hranici“ mezi fyziologickou a patologickou únavou. Je zde patrný pohled různých autorů a jejich specializace. Únava je spíše označována účelově, podle toho, co chce autor přiblížit.

Základním dělením by *teoreticky* mohlo být rozdělení únavy na fyziologickou a patologickou, dále podle místa původu na fyzickou, psychickou a kombinovanou, podle rychlosti vzniku a délky trvání na akutní a chronickou. Chronickou únavu můžeme dále dělit

na periferní a centrální, lehkou a těžkou, součást únavového stavu nebo syndromu.

*Fyziologická* (přirozená, akutní) únava může být definována jako obranný a ochranný mechanismus člověka, který mu pomáhá udržet fyziologickou rovnováhu. Únava je fenomén, který neoddelitelně patří do našeho života. I zdravý člověk pocítuje někdy během dne únavu. Je reakcí na fyzickou a pracovní zátěž, emoční vyčerpání a stres. Tento druh únavy po odpočinku mizí.(8, 38, 43, 46)

*Fyzická únava* nebo-li svalová, tělesná, se dostavuje především při usilovné, dlouhotrvající práci, tedy naprosto přirozeně. Rychlost nástupu únavy závisí na velikosti a rytmu práce svalu. Příčinou svalové únavy je především vyčerpání pohotových energetických rezerv a hromadění katabolitů. Vnímáme ji často jako pokles svalové síly, slabost, ztrátu rychlosti, jemné koordinace pohybů, případně jako bolest nebo ztuhlost kosterních svalů nejčastěji horních nebo dolních končetin. Pokud zátěž pokračuje a vyčerpání se stupňuje, může být provázena třesem, křečemi, kontrakturou, chvěním očních víček, nejistotou pohybů, pocitem na omdlení nebo na zvracení, hučením v uších a mžítka před očima. (22, 35)

*Psychická, duševní*, nebo také *centrální únava* je pojmenovaná podle místa svého původu. Projevuje se při vyčerpání energetických zásob v našem mozku. Vyvolává snížení výkonu v důsledku poruch vznikajících v CNS. Dochází k zpomalení přenosu informací, útlumu myšlení a rozhodování, jakožto i snížení smyslového vnímání a útlumu sensorických funkcí. Vnímáme ji většinou jako pocit vyčerpání, ztrátu koncentrace, zhoršení paměti, ospalost, pocity nelibosti, podrážděnosti, sklon k depresím, nemotivovanému strachu, emoční labilitě.(22, 35)

Obě formy únavy se při fyzické a mentální zátěži zpravidla *kombinují*, mění se pouze jejich vzájemný poměr. Ke kombinaci únavy obvykle dochází, pokud je tělesná práce monotónní, dlouhotrvající, bez častých přestávek. Přesné rozlišení je velmi obtížné. (22, 35)

Několik autorů (8, 22, 35) v souvislosti s fyzickou a duševní únavou uvádí pojem unavitelnost a zotavení, které mají vliv na vznik únavy a zpětného obnovení sil. Unavitelnost je vázána s věkem, pohlavím, tělesnou konstitucí, zdravotním stavem, způsobem života, stupněm fyzické i duševní adaptability, trénovaností, faktory zevního prostředí, dostatkem spánku, spokojeností, vyrovnaností, radostí ze života, z práce apod. Zotavení. Po skončení výkonu, aktivním či pasivním odpočinku únava mizí. V nečinnosti, a zvláště při spánku, dochází k regeneraci sil. Svalovou únavu odstraňuje odpočinek, správná výživa, fyzikální terapie (masáž, vodoléčba), přispívá k tomu i celkové zvyšování tělesné zdatnosti.

*Akutní* únava je také do určité míry vnímána jako fyziologická. Vyvolává nepříjemné i příjemné pocity. Má minimální vliv na každodenní aktivity a kvalitu života. Po přerušení vyvolávající příčiny, změně situace, odpočinku rychle ustoupí. Odezní buď ihned po nějaké intervenci (6), nebo do 24 hodin (35), v horším případě po několika dnech strávených

v lůžku (26). Nouza uvádí během několika hodin, nanejvýš jednoho až dvou dnů. Trvá-li únava déle a neodpovídá-li vynaložené námaze, nebo je provázena dalšími příznaky, vnímá ji jako varovný signál, který může být projevem onemocnění nebo poruch organismu.(6, 22 26, 35)

*Patologická (chronická) únava.* Začíná-li v našem životě únava převažovat, stává se nežádoucím a limitujícím faktorem, který se jednoznačně negativně podílí na naší schopnosti pracovat. Je popisována jako nepříjemný pocitu trvalé celkové tělesné a duševní vyčerpanosti. Ohroženi jsou spíše ti, kteří trpí nějakým onemocněním, zvláště pak chronickým. Odborníci ji v tomto případě popisují jako varovný signál poškození organismu a označují ji u nás jako vyčerpanost. ((8, 22, 38, 43, 46)

Každodenní únava, která přetrvává, graduje, kumuluje se, neustoupí po odpočinku, může vést ke *chronické únavě*. Většinou má kombinovanou příčinu, často bez návaznosti na námahu nebo zatížení. Je mnohem silnější než předešlé zkušenosti. Účel chronické únavy neznáme. Sužuje nemocného sama o sobě, nebo se pojí s dalšími obtížemi, např. zvýšenou teplotou, bolestmi hlavy, kloubů, svalů, šlach a jejich úponů, poruchou spánku, paměti a koncentrace. Může se stát součástí únavového stavu nebo syndromu (podrobněji popsáno v následující kapitole). Nelze ji rychle odstranit. Určitými metodami nebo léky je možné ji zlepšit nebo časově omezit. Má výrazný vliv na každodenní aktivity a kvalitu života.(6, 22, 26, 35) Na časovém rozhraní se autoři neshodují, vychází z priority vlastního oboru. V publikacích Centra klinické imunologie (22) je za chronickou označována únava trávající déle než 6 měsíců, v revmatologii (6) vyskytující se soustavně a déle než jeden měsíc, v onkologii (ICD) v průběhu dvou po sobě jdoucích týdnů každý den, nebo téměř každý den, ve fyziologii (35) není časově ohraničena.

Nouza řadí mezi akutní a chronickou ještě *únavu protahovanou*, která trvá déle než 6 týdnů. Pokud neznáme příčinu této déletrávající únavy, jakou může být např. stav po těžké chřipce, přetrvávající zánět, dlouhodobé přetěžování, nedostatečná relaxace, je to podnět k vyhledání praktického lékaře. (22)

Časová hranice mezi akutní a chronickou únavou není určená. Autoři mají na časové rozhraní různé názory.

Chronickou únava je dále rozdělována na periferní a centrální.(6) Příčina *centrální únavy* je opět v poškození lokalizovaném v CNS. Za pravděpodobnou příčinu je označován místní nedostatek volních nebo mimovolních centrálních podnětů, např. při chybějící motivaci, nebo následek anémie, bolesti, strachu z bolesti, účinky léků, nedostatek energie způsobený akutní fází nemoci, psychologické aspekty (deprese, úzkost, strach, stres, nuda, zodpovědnost a konflikty), vliv prostředí (sociální prostředí, bezprostřední okolí, hluk, světlo a klima), nedostatečný spánek či odpočinek, neodpovídající výživa a obezita, následky nemoci, medikamentózní léčba, psychická nerovnováha, chirurgické zákroky.

O *periferní únavě* se mluví jako o poruše funkcí lokalizovaných v periferních nervech, nebo v motorické jednotce svalu. Pro volní pohyb svalů je nutný řetězec událostí. Slabost a únava se mohou vyskytnout jako důsledek poruchy funkcí v jednom nebo více místech hierarchického neuromuskulárního řetězce, který spojuje CNS s kontrahujícím svalem. (6)

Ve fyziologii je dále chronická únava dělena na místní a celkovou bez další specifikace. (35) V němčině se často patologická únava popisuje, jako „únava celého těla, celková únava“. (6)

Podle délky léčby rozeznáváme lehkou a těžkou chronickou únavu. (8)

*Lehkou chronickou únavu* rozpoznáváme tak, že běžné starosti působí neodpovídající psychické problémy, spánek nestačí, abyste se uvolnili, musíte používat alkohol nebo sex. Mnozí se vaše infekční nemoci, vitalizuje vás jen káva nebo čaj, jíte nadměrné množství sladkostí, máte sami ze sebe špatný pocit a uvědomujete si rozdíl mezi svou výkonností z dřívějšího a nyní, cítíte se deprimováni. Nemocní se uzdraví velmi snadno, během několika dnů či týdnů mohou získat zpět ztracenou vitalitu.

*Těžká forma chronické únavy* je lékařským oříškem. Pacient na sobě musí pracovat někdy celé měsíce a v extrémně těžkých případech i celé roky. Jenom jedna příčina nikdy nestojí v pozadí chronické únavy, ve hře je více zátěžových faktorů současně, které jsou zodpovědné za chronicky přetrvávající pocit únavy a vyčerpání. (8)

*Chorobný stav únavy* popisuje Jonáš jako stav, kdy člověk ztrácí radost z činnosti, ze které se donedávna radoval. Děti ho více obtěžují, něžné projevy partnera, partnerky vnímá jako obtěžující, spánek mu nepřináší odpočinek. Ráno se dovídá, že v noci skřípe zuby a bolí ho hlava od napětí čelistních svalů, které se přenáší na svaly šíje. Věci, které má řešit odkládá, je často nervózní, pro nic se nenadchne, nemůže se uvolnit, cítí trvalé napětí. Objevují se častá infekční onemocnění, chřipky, záněty průdušek, začínají se ozývat staré nemoci např. zlomeniny, podvrknutí kloubu, v mládí prodělané potíže s žaludkem, močovým měchýřem. Snižuje se koncentrace, sexuální výkonnost. Připadá si, že rychleji stárne, nerozvíjí nové činnosti, raději nikoho nenavštěvuje, trpí poklesem nálady, je depresivní. Posiluje se často pitím kávy nebo alkoholu, neváhá sáhnout po povzbuzujících tabletách. Má daleko větší chuť na sladké, které představuje velké zatížení pro slinivku břišní. (8)

Je důležité rozlišovat podstatu chronické únavy a chronického únavového syndromu (CFS). Diagnostikovat CFS můžeme u člověka, který má vyčerpávající únavu trvající déle jak 6 měsíců a který nemá žádné medikamentózní a psychiatrické předpoklady, jež způsobují i další symptomy. (6)

#### **2.2.4 Únava jako projev onemocnění**

Jonáš tvrdí, že je v první řadě třeba vyšetřením zjistit, zda je únava svébytný příznak a je symptomem onemocnění, který již nazývá chronickou únavou, nebo pouhým příznakem jiného tělesného nebo duševního onemocnění. Člověk, který déle než 6 měsíců pozoruje

snížení obvyklé aktivity, má považovat svou únavu již za chorobnou.(8)

Nouza, mluví-li o únavě jako projevu onemocnění, mluví o chronické únavě, která je součástí některého lépe či hůře definovaného únavového stavu nebo syndromu.(23)

Chronické únavové stavy a únava jako součást syndromů jsou zde podrobněji uvedeny k dokreslení celkového obrazu o únavě a k zpřehlednění pozice chronického únavového syndromu, únavy v revmatologii a již dříve zmíněné fibromyalgie 2.1.7.3.

#### **2.2.4.1 Chronické únavové stavy**

Tyto stavy vyvolávají poměrně dlouhodobé obtíže, těžko se diagnostikují, ovlivňují a léčí. Tím představují velkou zátěž pro nemocné, jejich lékaře i celou společnost. Jsou znakem naší uspěchané doby. Patří k nim chronický únavový syndrom, povirový (postinfekční) únavový syndrom, autoimunitní tyroiditida a skupina moderních civilizačních onemocnění.

##### **Chronický únavový syndrom (CFS)**

Chronický únavový syndrom (CFS – chronic fatigue syndrome) je dnes označován také jako chronický únavový a imunitní dysfunkční syndrom (CFIDS - chronic fatigue and immune dysfunction syndrome), který může lépe definovat mnohosystémový charakter onemocnění, u něhož je dominující únava pravidelně provázená poruchami obranyschopnosti. Oba tyto názvy vyjadřují stejnou chorobu. Nejčastěji jsou postiženy ženy středního věku, vzdělané bělošky. Muži a děti mohou onemocnět také. Jde převážně o lidi ambiciózní, pracovně velmi vytížené, zodpovědné, pečlivé, s velkým smyslem pro povinnost. U mladých žen se často setkáváme s návazností obtíží na dobu po porodu. Údaje o výskytu CFS v populaci jsou velmi nepřesné. Odhady výskytu CFS se pohybují mezi 37 – 400 nemocnými na 100 000 obyvatel. V USA uvádějí četnost až 500 nemocných na 100 000 obyvatel. V ČR se odhaduje 40 – 400 nemocných s plně vyjádřeným CFS na 100 000 obyvatel. Příčina CFS dodnes není známa. Uvažuje se o infekčním původci, komplexní imunitní poruše, dále o vlivu stresu, deprese, .... Dosud není k dispozici definitivní diagnostický postup. K nejznámějším a nejvíce používaným patří Holmesova (viz příloha č. 3) a Fukudova kritéria.

Fukudova kritéria (1994) vychází z Holmesových, nejsou již tak přísná, aby méně vyhraněné nebo mírnější případy nebyly definicí vyloučeny. Plně účinná léčba nebyla zatím nalezena. Převažuje symptomatická léčba. Lékaři se snaží především ovlivnit poruchy spánku, depresivní stavy, tlumit bolesti a zažívací obtíže. Nezbytné je přistupovat k pacientovi komplexně a individuálně. Možnými terapeutickými přístupy je imunologická léčba, enzymoterapie, podávání glukokortikoidů, tricyklických antidepresiv, psychoterapie, dietoterapie a výživové doplňky (vitamíny, minerály, přírodní výtažky, bylinky), rehabilitační medicína a fyzikální terapie a alternativní medicína ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Toto onemocnění neohrožuje nemocného na životě, ale snižuje výrazně kvalitu jeho života. Může vést ke kratší či delší invaliditě. V roce 1996 u nás při pražské Klinice MUDr.



J. Svobody vzniklo Centrum péče o nemocné s chronickým únavovým syndromem, systémovými poruchami a dalšími poruchami imunity, které zajišťuje kompletní péči o nemocné s CFS. Umožňuje přístup k nejnovějším informacím, spolupráci mezi odborníky, patientský a lékařský registr. Nezastupitelnou roli zde mají i patientské organizace. 12. květen je vyhlášen mezinárodním dnem podpory nemocných s CFS. Toto datum připomíná narození Florence Nightingalové, anglické válečné ošetrovatelky, která sama byla postižena nemocí podobnou CFIDS, která ji na několik desítek let upoutala na vozík. V tento den po celém světě probíhají akce, které upozorňují na tento problém nemalé skupiny lidstva (až 0,5% populace). Jsou oslovovány vlády, parlamenty, vědecké společnosti i široká veřejnost. (8, 25, 30)

#### **Povirový (postinfekční) únavový syndrom**

Patří k častým příčinám chronické únavy, která trvá déle, než jsme zvyklí. Patří sem stavy po prodělaných hlavně virových infekcích, chřipkách, mononukleóze,..., které stály organismus mnoho sil. (23)

#### **Autoimunitní tyroiditida**

Jde o autoimunitní onemocnění, u kterého se ukázalo, že se může v mnoha případech s CFS překrývat. Postihuje 3 – 5 % lidí z celkové populace. Je tedy minimálně desetkrát častější než CFS, postihuje častěji ženy. (23)

#### **Skupina moderních civilizačních onemocnění**

*Syndrom mnohočetné chemické přecitlivělosti (MCS)* – za vyvolávající příčinu se považuje neadekvátní reakce organismu na chemické látky, znečištěnou potravu, vodu a životní prostředí. K těmto látkám patří pesticidy, deodoranty, cigaretový kouř, freony, parfémy a průmyslové exhalace. Syndromem trpí více ženy, stěžují si na chronickou únavu, bolesti hlavy, kloubů, sníženou výkonnost. Po vyloučení expozice obtíže ustupují.

*Choroby nemocných interiérů (SBS)* – zde se uvažuje o nepříznivých vlivech suchého nevětraného interiéru moderních staveb a případně v nich přítomných škodlivých chemických látek (radon, formaldehyd ...), nebo mikroorganismů a jejich toxinů.

*Fibromyalgie* - patří také mezi civilizační onemocnění a je podrobně rozpracovaná v kapitole 2.1.7.3.

*Syndrom války v Perském zálivu (PWS)* – je velmi zvláštní jednotkou. Ukázalo se, že více než polovina amerických veteránů války v Perském zálivu (1991) si dodnes stěžuje na těžkou únavu, bolesti hlavy, pálení sliznic... Příčina není doposud známa, uvažuje se o expozici bojovými plyny, zplodinami z hořících ropných polí, preventivně podaných léčích, vlivu prožitého stresu a dalších psychologických aspektech. (23, 30)

#### **2.2.4.2 Chronická únava jako součást syndromů**

Únava často provází stavy spojené s anémií, chronickými neurologickými, psychiatrickými onemocněními, zhoubnými nádory, psychickými poruchami a jarní únavou. (23)

**Anémie** je nedostatek hemoglobinu nebo erytrocytů. Jejím základním projevem je únava.(23, 38)

**Chronická onemocnění** spojená s chronickým zánětem, jako je zánět vedlejších dutin nosních a středouší, zánětlivá onemocnění tenkého a tlustého střeva, revmatická onemocnění, ale i chronické infekce jako je lymfická borelióza, tuberkulóza a AIDS. Jde o choroby, kdy zánět nebo infekce přejde do chronicity. Tehdy se uplatňují škodlivé mechanismy poškozené imunity, zvláště reakce autoimunitní povahy. Zánět zde ztrácí svoji ochrannou roli, nemá již schopnost reparovat tkáň a místo toho škodí. Produkuje látky tlumící vlastní obranyschopnost. Tehdy se původně obranné mechanismy obracejí proti vlastním buňkám, tkáním a mnohdy dochází k jejich nevratnému poškození. Tak jako tomu je při revmatoidní artritidě, roztroušené mozkomíšni skleróze, Crohnově chorobě a dalších vážných onemocnění. (23)

Chronická únava byla popsána i jako varovný signál přicházejícího poškození organismu. Nadměrná únava může předcházet 30 – 55 % infarktů myokardu a náhlých srdečních úmrtí (Appels a Mulder 1988). Patří i mezi tři hlavní stresory u hemodialyzovaných nemocných. (Eichel 1986) (36)

**Neurologická onemocnění.** Zvláště těžké stavy chronické únavy provázejí postižení periferní i centrální nervové soustavy. Jde o cévní mozkové příhody, dále o Parkinsonovu nemoc, Alzheimerovu demenci, myasthenii gravis a zvláště roztroušenou sklerózu, při níž nemocní považují únavu za nejhorší příznak svého onemocnění (Krupp a Alvarez 1988). (23, 36, 45)

**Zhoubné nádory.** Chronická únava může být předzvěstí nádorového bujení. Je nejčastějším příznakem u onkologicky nemocných. Její prevalence se odhaduje mezi 75 - 96% (Stone et al 1998). Lze se domnívat, že i tato únava je způsobena vyčerpáním energetických rezerv se zvýšenou spotřebou danou růstem nádoru a ne zcela účinnou aktivací imunitního systému. Zvláště těžká únava provází léčbu nádorových onemocnění, chemoterapii, ozařování.(23, 36)

**Psychiatrická onemocnění.** Nejtěžší stavy vyčerpání, nechuti k životu patří ke klinickému obrazu endogenní deprese, která může probíhat sama o sobě, nebo jako součást bipolární, cyklické maniodepresivní psychózy. (23)

**Psychické poruchy.** Sem patří stavy provázené celkovým neklidem, úzkostí, panickou depresivní poruchou nebo poruchami spánku. Spánková porucha se pojí s únavou např. u fibromyalgie, chronického únavového syndromu, spánkových poruch jako je syndrom spánkové apnoe, narkolepsie či idiopatická hypersomie. (23)

**Jarní únava** je v poslední době v popředí zájmu lékařů, nemocných i široké veřejnosti. Časově byla takto vymezena proto, že postihuje v tuto dobu podstatně více lidí než v jiných ročních obdobích. Únava v tomto období souvisí s proběhlou zimou, s minimem slunečního světla, s vysokým výskytem infekčních onemocnění, s chybnou

skladbou potravy, s nedostatkem vitamínů a dalších přírodních látek. To v dnešní době spíše společně s nárůstem stresu a působením mnoha škodlivin v životním prostředí k poškozování buněk, což se nejvíce projeví v imunitním systému. (23)

### 2.2.5 Příčiny únavy

Příčiny chronické únavy nejsou jednoznačně objasněné. Faktory, které způsobují nebo zhoršují únavu, nejsou dosud zcela probádané a je pravděpodobné, že se na jejím vzniku podílí mnoho mechanismů (Miaskowski a Portenoy 1998). Existují různé teorie vzniku únavy, pomocí nichž lze zvolit koncepcce celkového přístupu k nemocnému. (26, 36, 22)

Existují různé domněnky, které jsou rozpracovávány v mnoha teoriích a modelech únavy. V každém případě je třeba o příčinách únavy uvažovat v souvislostech. Jednodušší modely počítající pouze s jedním faktorem a jsou spíše didaktickou pomůckou. Únava se hodnotí např. ve vztahu ke kachexii, imobilitě, psychosociální zátěži, anémii, léčbě určitými farmaky, radioterapií, chemoterapií, chirurgickému zákroku, dalším příznakům onemocnění a vlastní chorobě. (36)

Na celkovém obraze únavy se podílejí všechny složky lidské osobnosti. Winninhamová se pokusila holisticky popsat vztahy mezi jednotlivými příznaky únavy. V jejím modelu je uveden soubor primárních příznaků nemoci (průjem, nauzea, zvracení, teplota, dušnost, deprese, bolest, únava, strach, zmatenost a pocit sociální izolace), na které působí základní onemocnění, jeho léčba, predisponující podmínky (kachexie, snížená oxygenace,...) a vlivy prostředí. To vše má vliv na snížení funkčního stavu organismu, jeho rezerv a snížení aktivity pacienta. Chybějící energie se podepíše na adaptaci organismu na nemoc, nové podmínky, zhoršení primárních příznaků, aktivitě. Dlouhotrvající nečinnost může vyvolat až energetickou krizi, kdy člověk není schopen existovat bez pomoci druhých. Následkem toho se spíše zdravotní problém stává sociálním. Spirituální rozměr únavy lze pouze tušit ve strategiích adaptace a překonávání nemoci.

Gall (1996) rozlišuje 3 příčiny únavy: fyziologickou, psychologickou a patologickou.

Podle Vodvářky lze rozlišovat následující příčiny (36):

- nahromadění určitých metabolismů vedoucích k únavě,
- spotřeba a následný nedostatek některých rozhodujících látek,
- změny průběhu biochemických a fyziologických reakcí v nových podmínkách,
- ovlivnění CNS, které může vést k aktivaci inhibičního systému, nebo útlumu funkce aktivace,
- adaptace na nové podmínky, reakce na stres,
- příliš málo či příliš mnoho odpočinku nebo aktivity.

Základním mechanismem patofyziologie únavy mohou být abnormální poruchy v energetickém mechanismu. Jsou to buď zvýšené požadavky (nádorový růst, infekce, teplota, operace), nebo snížení dostupnosti metabolických substrátů (při anémii, hypoxii, špatné výživě), anebo abnormální produkce substancí poškozujících metabolismus nebo normální svalovou funkci (způsobená cytokiny nebo protilátkami). (36, 39)

Dalším možným mechanismem vzniku únavy mohou být poruchy spánku a deprese. Neexistuje však žádný jasný důkaz, který by tuto hypotézu podpořil. Není jasné, zda deprese a poruchy spánku jsou prvotní anebo druhotné, zda únavu způsobují, nebo zda jsou pouze jejími příznaky. Jasně je, že mezi únavou a depresí existuje vztah (Ray 1991). Jasně také je, že únava a deprese se nevyskytují současně ve stejné intenzitě, čili jde o dva rozdílné jevy (Visser a Smets 1998).

Únava je komplexní jev a podílí se na něm celá řada příčin (44):

- Příčiny mezi motorickým centrem a nervosvalovou ploténkou (selhání řídicího mechanismu či přenosu nervosvalového impulsu, porucha na nervosvalové ploténce, poruchy cirkadiální rytmicity,...). V 80. letech byl navržen neurofyziologický model, kdy se myslelo, že CNS a cirkadiální rytmus mají vliv na vznik únavy. Funk, Tornquist, Champagne 1989 se domnívali, že mozek, psychika a mícha tvoří centrální část tohoto modelu a nervy s kosterními svaly periferní část. Podle nich vede poškození CNS k nedostatku motivace, poruchám nervového přenosu v míše a v oblasti hypotalamu. Poruchy spánku a pocit, že spánek není dostatečně osvěžující, byly považovány za projev abnormální funkce CNS (Portenoy, Itri 1999). (26)
- Únava při energetických pochodech ve svalovém vlákne (kumulace metabolitů, nedostatek kyslíku, energetických zdrojů nutných ke kontrakci).
- Nesouhra aktinu a myosinu (nedostatek nebo porucha transportu kalcia, ...)
- Podíl únavového receptoru na vzniku únavy, jehož existence nebyla zatím prokázána.
- Následek decondice.
- Určitý stupeň opotřebení materiálu.

Vodvářka poukázal na určité prvky (metabolity, hormony, energie), na nichž jsou některé z teorií vystavěny (36).

- Metabolity  
Zvýšením hladiny různých metabolitů, jako je např. laktát, vodíkové ionty, produkty buněčného rozpadu, bylo popsáno u nemocných s projevy únavy (Piper 1987). Produkty laktátu jsou výsledkem normální svalové únavy. Nádorové buňky a buňky zánětu tvoří skupiny látek, které nebyly dosud bezpečně definovány, ale které přímo či nepřímo únavu působí. V této souvislosti se mluví o cytokinech. (net překlad RA)

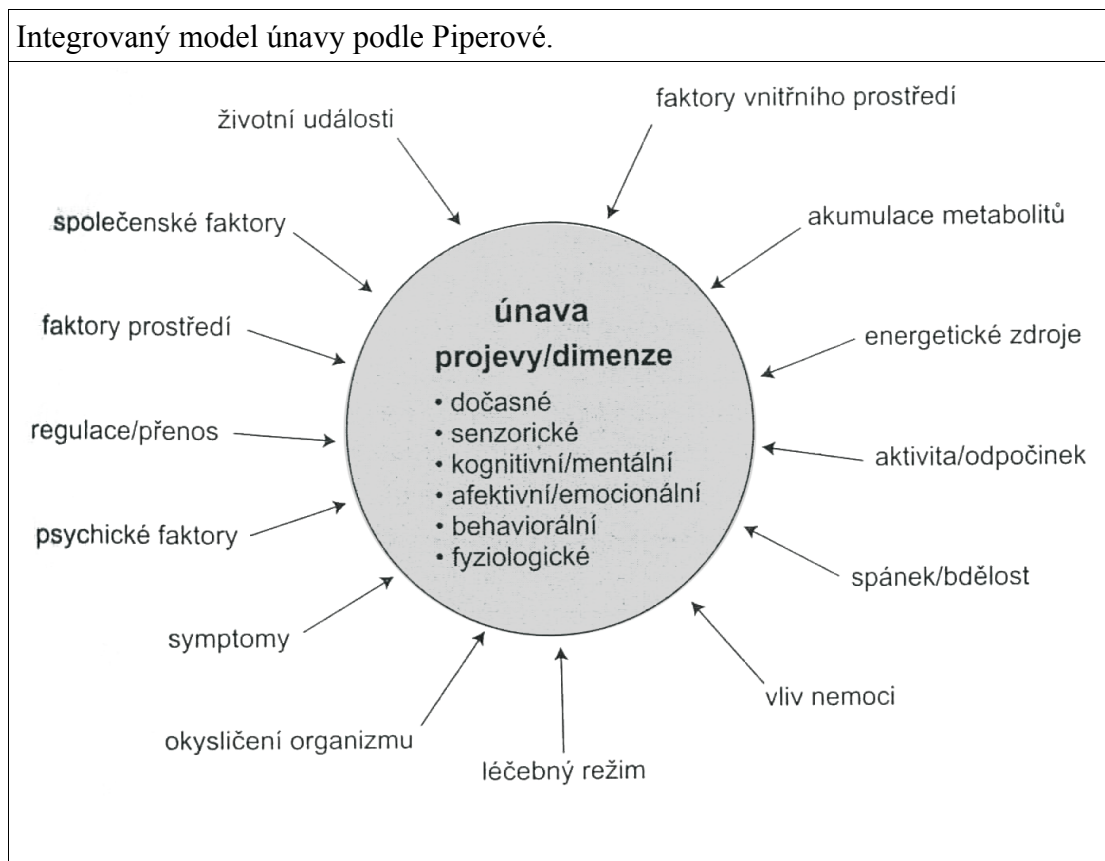
- **Hormony**  
Dalším mechanismem je abnormální produkce hormonů. Ta může mít za následek hypokalcemii, kachexii, anémii, které jsou charakterizované únavou. Velmi důležitá je i osa hypotalamus – hypofýza – nadledvinky.
- **Energie**  
V některých případech se zdá, že tělo vyžaduje více energie, než je dostupné. Zvláště nemocní kachektičtí a pacienti s teplotami, infekcemi si často stěžují na akutní i chronickou únavu.

Podle Porockové (26) se uplatňují na vzniku únavy vlivy:

- stresu a centrální nervové soustavy,
- nemoci a léčby,
- osobní faktory a vlivy prostředí.

Winninghamová (1999) se ve své teorii únavy zaměřila na tzv „dekondiční efekt“ závažného onemocnění, jeho příznaků a léčby. Tento efekt byl výsledkem U pacienta z důvodu nemoci viz příloha č. 4. (26, 36)

Pipperové model zapojuje biochemické, fyziologické a behaviorální procesy jako možné příčiny únavy a jejího dopadu na člověka. Používá teorii narušení vnějšího i vnitřního fungování člověka. Tento model se jeví jako nejkompexnější. (26)



## 2.2.6 Hodnocení únavy

Únava je subjektivní příznak, který sice každý velmi dobře vnímá, ale který lze jen těžko potvrdit a změřit nějakým vyšetřením. (22)

Únava se podepíše i na vzhledu postiženého. V tváři si všimneme jeho povadlého výrazu obličeje daného sníženým napětím mimických svalů, kruhů pod očima, pokleslých víček, očí bez jiskry. Je přepadlý, obvykle málomluvný, odpovědi jsou stručné, mnohdy jednoslabičné, celkové reakce zpomalené. (22)

Mohou se sledovat pouze některé dobře definované biologické funkce a jejich porovnáním v situacích různé zátěže odvodit i stupeň únavy. Dokážeme kvalifikovat fyzickou výkonnost využitím postupů s moderními přístroji (ergometrie) nebo přesně definované fyzické zátěže (step test, grip test, walk test). Pomocí psychologických testů lze posoudit schopnosti duševní. Co však stále nedokážeme dostatečně objektivizovat, je právě únava. (22, 36)

Jedním z nepřímých přístupů objektivizace únavy je celodenní registrace fyzické aktivity jednoduchým přístrojem, aktigrafem (Mini-Motionlogger Actigraph). Přístroj má pacient připevněn na zápěstí 24 hodin. Registruje jeho celodenní aktivitu, počet a rozsah pohybů. Přístroj nerozlišuje fyziologickou a patologickou únavu. Fyzické příznaky jsou přítomny vždy, dokonce i jejich relativní četnost je téměř shodná. Liší se však ve změnách intenzity během dne. (36)

Při vyšetření únavy má významnou úlohu odběr anamnézy. U únavy hodnotíme její závažnost, průběh v čase (začátek, celkový a denní průběh, trvání), faktory a prostředky, které ji ovlivňují, a zhodnotí se i zátěž způsobená únavou. Další pozornost se upírá na nedostatek energie, svalovou slabost, poruchy spánku, špatné nálady, kognitivní funkce a na pátrání po možných příčinách. (36)

Subjektivní hodnocení únavy lze zaznamenat na vizuální analogové škále (VAS) či na lineární analogové škále (LAS, LASA). Tímto jednoduchým nástrojem můžeme sledovat průběh závažnosti únavy u jednoho pacienta. Srovnávat únavu u různých pacientů takto nelze, protože každý pacient do výsledné hodnoty promítne různé váhy všech dimenzí únavy. Číselná nebo slovní škála jsou podobné nástroje se stejným rozměrem.

Zprostředkovaně nám o únavě pacienta může říci sledování některých dobře definovaných biologických funkcí a jejich porovnání v situacích různé zátěže. Další metodou hodnotící únavu jsou dotazníky. Existují dotazníky zaměřené na kvalitu života v různých dimenzích, kde jsou dotazy na únavu pouze jedním z aspektů a dotazníky tvořené přímo pro hodnocení únavy, např. PFS – Piper Fatigue Scale, CIS – Checklist Individual Strength, Rhoton Fatigue Scale, MFI-20 – Multidimensional Fatigue Inventory, FAQ – Fatigue Assessment Questionnaire ... Metody dotazníkového šetření přinášejí mnohá úskalí, jejich použití podléhá často schválení „vlastníka“ a není vždy bezplatné. (36)

## Posuzování únavy

Víceohnskové aspekty únavy znesnadňují její zhodnocení. Ideální osobou pro posouzení tohoto dlouhotrvajícího procesu, jak u ambulantního nebo hospitalizovaného pacienta, je sestra. Hladina únavy není konstantní, mění se s aktivitou pacientovy nemoci, léčbou a odpočinkem. V neposlední řadě se dále mění také podle toho, zda pacient prošel vzdělávacím procesem a naučil se, jak únavu zvládat. Posouzení únavy se děje rozhovorem z očí do očí, je nezbytné získat jak subjektivní (viz příloha č. 5), tak objektivní informace.

Pacient by měl být dotazován v přítomnosti svého partnera, pečovatele nebo příbuzného. Pozorování pacientova chování a jeho vzorců nálady by měly být zaznamenány, stejně jako informace o mechanismech jejich zvládnání, laboratorních nálezech, fyzických problémech, určení diety, historie léků apod. Užitečný je psaný záznam, který shromažďuje veškeré informace.(6)

<b>Položky záznamu</b>	
Vymezení problému	Výživu
Vzorec nemoci	Bolest
Kardiovaskulární a respirační problémy	Faktory prostředí
Léčbu	Práci a aktivitu
Symptomy	Chování a náladu
Laboratorní šetření	Rodinu
Spánkový vzorec a odpočinek	Další důležité informace
Mechanismy vyrovnávání se s únavou a vědomosti o ní	

K tomu, aby mohly sestry poskytovat odpovídající péči založenou na důkazech a vyhovující pacientům i jejich rodinám, potřebují více informací o tom, jak pacienti i jejich příbuzní nemoc prožívají. (6)

### 2.2.7 Řešení únavy, léčba

Únavu nelze řešit pouze jedním opatřením. Je to komplexní stav, který působí na fyzickou, mentální, emocionální a sociální stránku člověka. (26)

Stejně jako jiné příznaky ji nelze léčit jako izolovaný problém. Má-li být léčba úspěšná, musí být vícerozměrová (viz příloha č. 6). Únava zasahuje všechny dimenze člověka, proto je nutné volit její komplexní léčbu. Únava často odráží celkový stav organismu, na kterém se odráží rozsah, fáze nemoci, předchozí léčba, současné užívání léků, psychologický stres, deprese, strach z budoucnosti. Na sociální nerovnováhu působí ztráta zaměstnání, financí, hledání nových vztahů, na spirituální oblast selhání organismu, popření dosavadní existence osoby, ztráta nebo otřesení dosavadní víry. Lékař musí pacientovi dát jasně najevo, že mu věří jeho únavu, i když často nelze zjistit žádný patologický objektivní nález. Rozhovor by měl odhalit, jak pacient únavu pociťuje a jak zasahuje do oblasti fyzické, psychologické, sociální a spirituální. Proto je prvním krokem důkladný odběr anamnézy. (36)

Dále je nutno eliminovat nebo potvrdit některé známé příčiny např. deprese, stres, poruchy spánku, bolesti, anémie, alkohol,... Důležité je probrat s pacientem všechny léky, které užívá, pátrat po možných nežádoucích účincích, zjistit, jak a kdy léky užívá, dodržuje-li léčebný plán, a zvážit nekonvenční přístupy k léčbě bolesti (relaxace, masáže, představy), které by mohly snížit užívání analgetik. Nutné je přehodnotit potřebu centrálně působících látek – analgetik, opioidů, antidepresiv, zvláště tricyklických, dále kardiak – beta blokátorů a také antihistaminik. Stimulační látky mohou zvednout náladu, zlepšit pocit pohody, schopnost koncentrace, ale jejich vedlejší účinky zahrnují úzkost, nespavost, podrážděnost, nervozitu, působí i noční můry, paranoiu a srdeční komplikace. (26, 36, 44)

Přístupy k léčbě únavy jsou dva, s použitím farmak a bez jejich použití. Farmakologická léčba nebyla dosud rigorózně zhodnocena v klinických studiích. Farmakologické ovlivnění únavy má omezené možnosti. Přesto existují důkazy, které podporují užívání některých léků. Užívají se psychostimulancia, kortikoidy, antidepresiva, kofein a jiné. V onkologii jsou popsány výsledky léčby s progestiny (megestrol-acetát) hlavně u kachektických pacientů a některé další perspektivní látky jako je Thalidomid, Melatonin, Clenbuterol, v paliativní péči metylfenidat (Ritalin), dextro-amfetamin (Dexedrine), v neurologii amantadin (antagonista dopaminu), pemolin (stimuluje CNS). (26, 36) Nefarmakologické přístupy jsou plná doporučení (3, 26, 36, 44) a zřejmě nejdůležitějším krokem je edukace pacienta a jeho rodiny. Pochopení rodiny vede k vytvoření bezpečného zázemí a snížení obav nemocného. Existují individuální rozdíly mezi nemocnými, proto je nutné k nim i individuálně přistupovat. (36)

## 2.3 Únava u pacientů s revmatickým onemocněním

Únava je hlavní problém oslabující pacienty s revmatickým onemocněním a obzvláště je spojována s jejich akutním vzplanutím. Může oslabit pacientovu schopnost adekvátně fungovat a vyrovnávat se s běžnými problémy, vážně narušit kvalitu jeho života. Následně může vést ke snížení pracovního výkonu a náchylnosti ke zranění a zvyšujícímu se nedostatku času, kterým vrcholí:

- podrážděnost, vztek vůči sobě a okolí,
- frustrace vznikající z neschopnosti dokončit úkol, plnit své životní úkoly, role,
- pocit zahlcení, bezmoci, beznaděje,
- napjaté vztahy s přáteli a rodinou, pramenící z neporozumění příčinám a závažnosti únavy, neschopnosti podílet se na mnoha aspektech rodinného života,
- nedostatek osobní kontroly. (6)

Únava je pocit fyzické a psychické slabosti. Únava je obvyklá jako bolest, je běžná a neviditelná. Má tendenci vypadat jako onemocnění a roste, když je hodně emocionálního stresu (Tack 1990). Lidé s onemocněním jako je např. revmatoidní artritida (RA) nebo fibromyalgie mají denně zkušenost s únavou, a to bez ohledu na to, zda něco dělali nebo



spali. Wolfe et al. (1996) zjistil, že klinicky vysokou mírou únavy trpí více než 45% RA nebo osteoartrózy a 76% pacientů s fibromyalgií. Únava je také hlavním příznakem lupus erytematodes, v některých studiích je uváděna jako nejproblematičtější aspekt tohoto onemocnění (Shortal et al 1995). Únava u RA a lupus erytematodes je spojována s poruchami spánku a s poruchami nálady a částečně také s depresí (Basia 1995, Mc Kinly et al 1995, Shortal et al 1995). Označit příčinu přidružených obtíží je těžké a Mc Kinly navrhuje, že budeme sledovat důsledky nemoci prostřednictvím spánku a emocionálních obtíží, které pomohou lépe porozumět únavě u lupus erytematodes. (9)

Mnoho studií z celého světa týkajících se únavy v revmatologii je uvedeno v Allied Health Professionals in Rheumatology Abstracts (2005).

Často jsou prezentovány i na revmatologických kongresech. V roce 2005 se konal 6. výroční Evropský revmatologický kongres pořádaný Evropskou ligou proti revmatismu. Program sekce Allied Health Professionals in Rheumatology byl zaměřen především na kvalitu života, kterou únava a pocit vyčerpání revmatiků limituje. Zveřejněny byly i výsledky studie Predicting Fatigue in Rheumatoid Arthritis autorů G. J. Treharna, D. A. Booth, G. D. Kitase. Autoři se pokusili předpovědět míru únavy u pacientů s revmatoidní artritidou. Na začátku studie a následně po roce byla měřena míra únavy na vizuální analogové škále a omezení funkční schopnosti pomocí Stradfordského dotazníku HAQ (Health Assessment Questionnaire). Výsledky ukázaly na potřebu cíleného ovlivnění únavy jako samostatného příznaku choroby ovlivňujícího nejen funkční, ale i pracovní schopnosti nemocného. (12)

V současnosti probíhá studie Arthritis research campaign, jedná se o výzkum asi 120 pacientů s RA v Bristolu. Nový klinický test se zaměřuje na nalezení nových efektivních metod, jak zvládat hlavní příznak – únavu. Začal v lednu 2006 a bude trvat do roku 2009 pod vedením Dr. Sarah Hewlett, University of the West of England. Dřívější menší průzkumy ukázaly, že mnoho pacientů s RA považuje únavu za stejně důležitou jako bolest. Je těžké ji zvládat a lékaři ani další profesionálové ji neléčí. Vyčerpání je zcela pohlcuje a liší se od normální únavy, neboť je kruté, nepředvídatelné a nemá zjevnou příčinu, zároveň ovlivňuje všechny aspekty života. 90% lidí s RA má zkušenost s vyčerpáním, 40% denně, pacienti mají pocit, že je únava zanedbávána a není jí věnována dostatečná pozornost od lékařů. Někteří pacienti s RA tím velmi strádají, a proto je důležité jim vysvětlit, že je to součást onemocnění. /Dr. Hewlett/ Ale ani vysvětlení jim samozřejmě nepomůže únavu zvládat prakticky. Při jiných dlouhodobých onemocněních je tento self-management program zaměřený na myšlení, cítění, chování a praktické využití velmi nápomocný. Pokusíme se to otestovat i při RA. (40)

V multidisciplinárním týmu je fyzioterapeut, pracovní terapeut, klinický psycholog a sestra, budou srovnávat efektivitu 2 různých metod, jak zvládat únavu. Jedné skupině pacientů jsou rozdány propagační materiály, podle nichž se mají starat o klouby. Dále je

zvládání únavy součástí hodinového skupinového sezení, jež vede revmatologická sestra. Druhá skupina podstoupí šestitýdenní kurz self-managementu (s použitím kognitivně-behaviorální terapie) vedený klinickým psychologem. V kurzu se pracuje s pojmy jako je stanovení cílů, stupňovaná cvičení, hospodaření s energií, objevování souvislostí mezi únavou, bolestí, stresem a depresí. Pacienti budou povzbuzováni, aby přesměřovali svou frustraci a zlost na pozitivní činnosti, aby se naučili stanovit si čas na sebe a ujasnili si priority, podle kterých budou hospodařit s omezeným množstvím energie, již mají. Výsledky studie umožní v Bristolu týmu výzkumníků, aby vydali směrnice (vodítka), které bude možné používat mezinárodně a budou obsahovat nejefektivnější metody zvládání únavy.(40)

Výzkumný projekt ATTRA je pod odbornou garancí České revmatologické společnosti. Zakládá se na průběžném (před, během a po) hodnocení pacientů s revmatoidní artritidou, ankylozující spondylartritidou, psoriatickou artritidou a juvenilní idiopatickou artritidou léčených biologickou léčbou. Projekt stále probíhá po celé ČR. Součástí projektu je i rozsáhlý program sledování kvality života nemocných. Pro tento účel se používají dotazníky SF – 36, HAQ a EURO QOL. Ty jsou zaměřené na zhodnocení zdravotního a duševního stavu pacienta, jak se cítí, jak zvládá obvyklé činnosti atd. Na stav únavy a vyčerpání poukazuje celkové vyplnění dotazníku a několik podotázek.

Únava je individuálně vnímaný, subjektivní, těžce hodnotitelný příznak. Ke zmapování únavy se používá záznam na vizuální analogové škále a dotazníky. Ty pomáhají lidem vyjádřit závažnost svých příznaků, zmapovat únavu a poskytují nástroj ke zhodnocení efektivity léčby. Buď jsou zaměřené přímo na únavu, nebo ji zachycují jen okrajově.(39)

V naší odborné literatuře se píše o únavě jako o běžném příznaku, doprovodném jevu, který se vyskytuje téměř u každého revmatického onemocnění, zvláště pak systémového. V praxi je únava často podceňována a zlehčována. Teprve v několika posledních letech se u nás věnuje problematice únavy u revmatických pacientů více pozornosti.

V zahraniční literatuře je únavě dáována větší váha. Přístupuje se k ní mnohem komplexněji, jako k samostatnému problému, který pacienti dosti intenzivně vnímají a pociťují jeho negativní dopady, s jejichž vyřešením je nutno pacientům pomoci.

### **2.3.1 Nejčastější příčiny únavy**

Revmatická onemocnění mají mnoho příčin, které vedou k únavě. Některé jsou v přímé souvislosti s onemocněním a jeho příznaky (např. zvýšená aktivita onemocnění, bolesti), ostatní se vztahují k doprovodným situacím (např. zaměstnání, prostředí). (6)

#### **Aktivita onemocnění**

Pacienti s akutním zánětlivým onemocněním kloubů nebo jiných tkání se cítí unaveni, stěžují si na bolesti. Při RA může mít únava a aktivita onemocnění společný průběh,

viníky jsou pravděpodobně cytokiny. Podobně je tomu u virových onemocnění, jako je chřipka, rýma. Ranní ztuhlost trvá déle a síla v rukou ubývá. Laboratorní testy ukazují zvýšené akutní reakce těla ve formě sníženého Hb a zvýšené hodnoty krevních destiček. Ve svém vzájemném působení vedou důsledky aktivního onemocnění k bolestem, otupělosti, nárůstu vyčerpanosti. Pokud je cílená léčba účinná, měla by teoreticky vyčerpanost úměrně klesat. Z důvodu celé řady faktorů se tak nestává vždy. Např. u pacientů s kardiorespiračním onemocněním únava přetrvává. (6, 9, 39)

### **Bolest**

Bolest oslabuje, přispívá k únavě, narušuje spánek. Bolesti patří ke znakům revmatických onemocnění. Tři nejčastější příčiny jsou záněty, mechanické defekty způsobené zničením struktury kloubu a přetěžování určitých svalů. Pacienti si stěžují, že bolesti zesilují vyčerpanost a vyčerpanost komplikuje vyrovnávání se s bolestmi. Mnozí trpí stálými nebo chronickými bolestmi, což velice vysiluje. Faktory bolesti, které se podílejí na vyčerpání, jsou intenzita, druh, délka trvání, lokalita bolesti, strach z bolesti, očekávání pacienta a zacházení s pacientem trpícím bolestí. Pokud se dostane bolest pod kontrolu, může se aktivita pacienta zvýšit. (6, 9, 39)

### **Anémie**

Anémie je důležitým indikátorem pro aktivitu onemocnění. Únavu zvyšuje. Ta se může přiměřenou terapií anémie výrazně redukovat (Turnbull 1987). Myslet se musí i na možné ztráty do GIT v souvislosti s nežádoucími účinky léčby. (6)

### **Atrofie svalů**

Mnoho revmatických onemocnění způsobuje svalovou atrofii (Wasting). Příčinou je buď nemoc sama a její léčení, nebo chybějící svalová aktivita často související s bolestmi. Z důvodu převzetí činnosti atrofického svalu, musí ostatní svaly více pracovat. Toto vede k redukci vytrvalosti a následně k dřívějšímu vyčerpání. Kromě toho se stane, že se svaly nepřizpůsobí reálné tělesné váze a zachovávají si velikost a sílu pro ideální váhu (Newham et al. 1983). (6, 39)

### **Tělesná aktivita**

Z poškození struktur a funkce pohybového ústrojí vyplývají tělesná omezení, která vylučují sportovní aktivity. K těmto poruchám patří záněty šlach, kloubů, svalů. Nezávisle na základní příčině mají poruchy pohybového aparátu přímý vliv na motorické možnosti a omezují tak rozsah tělesné aktivity. U většiny lidí může být zvýšená tělesná aktivita důvodem pro vyčerpanost. Lidé s artritidou potřebují dodatečnou energii, aby mohli vykonávat normální činnost. U těchto lidí se objevuje vyčerpanost u činností, které zdraví lidé zvládají bez problémů (Smith Pigg et al. 1985). Artritida způsobuje mechanické defekty na nohách, to nutí pacienta k dodatečnému vynaložení síly, pokud se chce pohybovat. Proto může být i chůze na krátkou vzdálenost extrémně namáhavá. Mnoho pacientů s artritidou udává, že se musí dvakrát tolik namáhat a vynaložit dvakrát tolik energie pro provedení

stejně činnosti než dříve (Crosby 1991). Po fázi imobility pociťují pacienti většinou začátky cvičení jako velice namáhavé. Částečně lze přičíst námahu nezvyklým smyslovým vjemům a netrénovanému kardiovaskulárnímu systému, zároveň nepřiměřeným reakcím autonomního nervového systému. Pacienti jsou po době, kdy jsou neschopni pohybu, rychle vyčerpatelní. Projevy onemocnění je přirozeně nutí ke snížené aktivitě (Holder-Pewer a Jones 1990). (6)

### **Léky**

Léky mohou při vzniku vyčerpanosti sehrát roli. Některé způsobují ospalost, narušují koncentraci, jiné zesilují pocit vyčerpanosti. K těmto lékům patří analgetika, antikonvulziva, antidepresiva, protizánětlivé léky (pocit lehké závratí), trankvilizéry snižující svalové napětí, hypnotika, antihistaminika, betablokátory, antidiabetika, antihypertenziva, myorelaxancia, cytostatika. Atrofie způsobená steroidy je příčinou periferního vyčerpání. Zvýšená potřeba energie k udržení tělesné aktivity zvyšuje celkové vyčerpání. Přes steroidy a cyklosporiny vyčerpanost opět stoupá. (6, 39)

**Renální insuficience** - při nefropatii, bezprostředně souvisí s farmakoterapií v revmatologii.(6)

### **Výživa**

Optimální výživa pro boj s vyčerpáním je nutná, ale je mnoho problémů, které lidem s revmatickým onemocněním ztěžuje dodržování vhodné diety. Systémový charakter mnohých onemocnění vede ke zvýšené energetické potřebě pro základní buněčné funkce. Lehká horečka způsobuje zvýšení bazálního metabolismu, který vede ke zvýšení příjmu potravy. Jako důsledek bolestí, které jsou způsobeny revmatickým onemocněním, se může vyskytnout anorexie, protože psychické a fyzické funkce postiženého jsou omezeny. Léky, např. nesteroidní antiflogistika, mohou mít negativní vliv na GIT. Penicilamin, i.m. injekce Au, orální steroidy mohou způsobit změny chutí nebo afty v ústech. Bolesti v čelistech mohou být zdrojem obtíží při kousání. Sjögrenův syndrom, kde je regulována tvorba slz a slin, vede k suchosti v ústech a obtížnému polykání. Některé léky způsobují zácpu, která má vliv na chuť k jídlu. Musíme brát v úvahu, že také alkohol a kofein může přispět k vyčerpanosti. Zatím neznáme konkrétní potraviny pomáhající u RA. (6, 39)

### **Psychologické aspekty**

Podrážděnost, nízký práh tolerance a problémy v sociálním kontaktu mají souvislost s vyčerpáním. Pacienti se cítí často sklíčení z důvodu chronicity svého onemocnění, bolestí, nejisté budoucnosti. Chronická onemocnění často způsobují stres, nejistotu, a to může vést k depresi. Deprese není spojená jen s poruchou nálady, ale také s různými fyzickými příznaky a jedním z nich je únava. Problémy ve vztazích mohou vzniknout jednak proto, že pacienti neumí se svou situací zacházet, a nebo, když ostatní projevují pro jeho situaci málo pochopení. Pro vyčerpání nejsou sexuální vztahy uspokojivé. Základem neuspokojených vztahů jsou tělesná omezení, aktivita onemocnění a problémy v sociálních

vztazích. Pacienti často zkouší svá omezení zakrývat. Toto je pro ně zatěžující a omezující. Stres, strach, konflikty a zodpovědnost mohou přispět k vyčerpání. Dlouhá chvíle a monotónnost zapříčiňují pocity bezradnosti, únavy. To vede ke krátkým dřímotám během dne a k narušení rytmu spánku a bdění. (6, 39)

### **Faktory okolí**

Okolí, ve kterém pacient žije a pracuje, může mít výrazný vliv na vyčerpání. Velikost a úprava domácího prostředí, jako i poloha a přístupnost mají vliv na celkovou situaci. Pokud dům má patra a ložnice, koupelna, WC se nachází v patře, musí pacient několikrát denně zvládnout schody. Tato nutná spotřeba energie též přispívá k vyčerpanosti. Také špatně a neprakticky zařízená kuchyně a nedostatečné vybavení vede ke zvýšení únavy. Nepohodlný sedací nábytek, postel nezlepšují možnosti odpočinku. Zrovna tak hluk a špatné osvětlení, teplo nebo zima. Někteří pacienti říkají, že se při teplém počasí cítí rychleji vyčerpaní. Přetopená místnost způsobuje také únavu. (6)

Zaměstnání. Pro ranní ztuhlost pociťují mnozí pacienti běžnou denní činnost jako velice namáhavou. Při přípravě do zaměstnání je ranní ztuhlost problém. Pacienti s artritidou potřebují ráno více času, aby vše stihli. Musí vstávat velice brzy. Také vykonávaná práce může být velice únavná. Někdy mohou být jen krátké pauzy na odpočinek. K ukončení činnosti je potřeba více času než dřív, což má za následek větší pracovní zatížení. Ani po návratu z práce není často odpočinek bezprostředně možný. Příprava jídla a jiné nutné domácí práce, rodina, rodinné závazky a povinnosti potřebují čas. Potřeba odpočinku je individuální. (6, 39)

### **Nedostatek znalostí**

Nedostatek znalostí může přispět k vyčerpání. Pacienti musí být obeznámeni, jak je důležité hospodařit s energií pomocí střídání aktivity a odpočinku, rozdělení aktivit, určení priorit, ochrana kloubů, cvičení. Edukaci je věnována samostatná kapitola. (6)

## **2.3.2 Zvládání únavy**

Doporučení pacientům, jak si úspěšně pomoci s vlastní únavou, obsahuje (6):

- adekvátní, ne však nepřiměřený spánek,
- zavedení cyklu práce/odpočinek přijatelného pro daného jedince,
- eliminaci přílišného stresu, úzkosti či nudy,
- pohybová cvičení,
- program aktivit vyhovující jedincovým schopnostem.

Účinné užívání léků upravující onemocnění by mělo pomoci zmírnit únavu a redukovat bolest, ztuhlost, anémii. Faktory prostředí by měly být přizpůsobeny tak, aby snižovaly námahu při denních činnostech a umožňovaly relaxaci a odpovídající odpočinek. Měla by být zvážena pomoc, jež se zaměřuje na asistenci při činnostech. Důležité jsou informace o ochraně kloubů a vydávání energie. Rozčleněný a vyvážený cvičební program zaměřený na co nejlepší funkci organismu, zmírňování bolesti a obnovení svalového objemu,

by měl být pečlivě naplánován fyzioterapeutem spolu s pacientem. Přístup ke zvládnání únavy je v základě multidisciplinární. Jakmile je hotové posouzení únavy, sestra identifikuje problémy a obrátí se na příslušného člena týmu pro odpovídající intervenci.

Doporučené intervence pro zvládnání únavy u revmatických onemocnění (6).

- Vymezte diagnostiku únavy a zahajte vhodnou, specificky zaměřenou rehabilitaci.
- Vymezte plán péče a stanovte realistické cíle s pacientem.
- Podpůrná léčba zahrnuje:
  - léčbu nemoci, která snižuje aktivitu onemocnění,
  - léčbu anémie, pokud není přímo vázána na proces onemocnění,
  - nápravu jakékoli chemické nevyváženosti a
  - léčbu lokálně zanícených kloubů.
- Intervence sester a terapeutů:
  - poskytnutí všech odborných informací,
  - upozornění na ochranné pomůcky pro zmírnění svalové únavy, jako např. vložky do obuvi, dlahy na zápěstí apod.,
  - bezpečný cvičební režim, který se bude měnit podle stavu kloubů.
- Zásah sociálního pracovníka pokud je to nutné.
- Vzdělání a informovanost pacienta je klíč k dosažení optimální spolupráce, dodržování zásad ochrany kloubů a zacházení s energií.
- Zmírnění zátěže, stresu a podpora relaxace.
- Podpora stejně postižených skupiny může pomoci v případě, že je podporována profesionály. Nejdelší tradici u nás má Revmaliga a Klub Bechtěreviků.(18, 41, 45)
- Telefonická pomoc tzv. horkých linek dává pacientům pocit, že nejsou tolik izolováni, osamoceni, a také jim pomůže s pojmenováním problému a včasnému rozhodnutí k jeho řešení.
- Vymezit vzorec spánku a poradit s jeho zvládnáním. (6)

### **2.3.3 Úloha sestry v revmatologii**

Revmatická onemocnění postihují všechny věkové kategorie a obě pohlaví. Mají většinou celoživotní charakter. Pacient si brzo uvědomí, že se jedná o chronické nevyléčitelné onemocnění. Sestra v tomto oboru by měla být kompletně obeznámena s celkovou problematikou a znát všechny již uvedené souvislosti.

Vyrovnaní se s chorobou neprobíhá jednorázově. Má své fáze, stejně jako prožívání choroby u pacientů s onkologickou diagnózou. První fází je šok, druhou odmítnutí, popření, v třetí přichází žal, smutek, deprese, ve čtvrté nepřátelství, zlost a v poslední páté přizpůsobení se. Končí buď přijetím, adaptací, nebo nepřijetím, maladaptací, která se pak odráží ve způsobu komunikace pacienta s okolím. Předpokladem dobré adaptace je dostatečná informovanost, zájem pacienta a jeho rodiny spolupracovat.

Prožívání nemoci je individuální záležitostí každého jedince. Záleží na osobnosti člověka, jeho předpokladech se s onemocněním vyrovnat, způsobu života, míře nutných změn, zkušenostech s překonáváním překážek, věku, kdy nemoc zasáhla. Dále na závažnosti onemocnění, charakteru obtíží, následků, možnostech léčby a rehabilitace. U těchto onemocnění většinou neexistuje kauzální terapie. Prognóza je zde nejistá, s postupem času se zhoršuje. Existují rozdíly v dopadu onemocnění na život pacienta. Většinou tyto choroby nezkracují život, ale přinášejí život plný útrap, bolesti a omezení. Je obtížné předpovědět důsledky nemoci na pacienta a jeho blízké. Velmi důležité je sociální zázemí, reakce rodiny, přijetí choroby samotným nemocným.

Při terapii a ošetřování revmatika je nezbytná kontinuální péče, a to od stanovení diagnózy po celý zbytek jeho života. Péče by neměla být zaměřena pouze na potlačení choroby, ale měla by pacientovi pomoci zvládnout bio-psycho-sociální dopady svého onemocnění. Škála problémů k řešení vyžaduje účast různých profesí. Jde zde o multioborovou a týmovou spolupráci, ve které je pacient vždy aktivním členem.

Pacient od zdravotníků očekává odstranění problému, uzdravení a hlavně informace, jak by si mohl pomoci sám. Naučíme-li pacienta, jak se může zbavit problému (zmírnit stres, únavu, šetřit klouby,...), umožníme mu převzít aktivní roli při zvládnání své choroby. Odstraníme, zmírníme jeho pocit bezmoci, nejistoty.

Cíl terapeutické a ošetrovatelské péče je zvládnout nemoc a naučit pacienta s nemocí žít. Základní podmínkou dobré péče a další spolupráce je navázání kvalitního dlouhodobého profesionálního vztahu s pacientem a jeho rodinou. Velkou úlohu zde hraje oboustranná důvěra, znalost vzájemných očekávání a ochota plnit uzavřené dohody. Různí pacienti vyžadují různé přístupy. Někdo potřebuje povzbudit, jiný pohladit po duši, najít zúčastněného posluchače nebo určitou důraznost v jednání, která se může někdy zdát až tvrdá. Mnohdy se řeší i emotivní reakce, při kterých nechybí slzy. Problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem nastanou, když pacient odmítá, vyhýbá se kontaktu se zdravotníkem, nebo je-li příliš závislý na pomoci a podpoře druhých. Zde se nejvíce uplatní komunikační dovednosti sestry.

Mezi klíčové role sestry patří podpora pacienta i jeho blízkých. Tím nejmenším, co můžeme udělat, je povzbuzovat, chválit, motivovat k aktivitě.

Sestra na oddělení revmatologie by měla mít také dobré pozorovací schopnosti. Může někdy dříve než lékař zaznamenat zhoršující se místní nebo celkové projevy onemocnění. Je nejen třeba, aby změny zaregistrovala, ale také je dokázala vyhodnotit a zareagovat na ně.

Pro „revmatiky“ jsou nejobtížnější rána, kdy je trápí ranní ztuhlost kloubů a často nemají ani pocit odpočinku. Proto musí mít ráno dostatek času na rozhýbání, aby mohli absolvovat své činnosti (toaletu, snídani, rehabilitaci, léčebné procedury, vyšetření ...). Pro usnadnění vstupu do nového dne se jim nejčastěji podávají na noc hypnotika, analgetika,

myorelaxancia a ráno mezi šestou a sedmou hodinou analgetika, nesteroidní antirevmatika. Každý den u revmatika může být jiný. Podílí se na tom třeba i změna počasí.

Důležitým úkolem sestry je pomoci pacientovi k co nejvyššímu možnému stupni soběstačnosti. Proto za něj jednotlivé úkony nedělá, ale pouze mu dopomáhá podle jeho zdravotního stavu. To vyžaduje velkou trpělivost z obou stran. Významnou roli zde hraje používání kompenzačních a ortopedických pomůcek, které zvyšují soběstačnost, bezpečnost, dodávají jistotu při pohybu a šetří klouby.

Sestra si musí všimnout i účinnosti podávaných léků. Sledovat jejich žádoucí efekt (zmírnění bolestí, uvolnění svalů, navození spánku ...) a současně nežádoucí účinky, které mohou být i život ohrožující. Farmakologická léčba je velmi široká. Mnohé z léků patří do rizikových skupin. Proto je pro tyto skupiny společná častá kontrola laboratorních hodnot. Svým výčtem vedlejších účinků jsou nejznámější kortikoidy. Dále sestra sleduje, zda-li je pacient stále aktivně zapojen, neochabuje-li ve svém boji s nemocí, je-li stále aktivním členem týmu.

Dalším důležitým úkolem je edukační činnost sestry, které je věnována následující kapitola. (11, 16, 17, 19, 20)

### **2.3.4 Edukace v práci sestry**

Cílem edukace je v první řadě podávat srozumitelné údaje a naučit pacienta i jeho blízké pátrat po informacích na správných místech. Nedostatek znalostí může vést k inaktivitě pacienta. Data z nesprávných míst mohou být zavádějící, to pak často vede k narušení komunikace mezi pacientem a zdravotníky, k jeho nespokojenosti až poškození. Nejčastěji pacienti informace získávají od sousedů, příbuzných, z čekáren lékaře (od pacientů, z letáků), prostřednictvím médií (bulvární, komerční tiskoviny, TV, rozhlas), od zdravotníků, od svépomocných skupin, z odborné literatury, internetu. Někdy je těžké rozlišit správnost získaných sdělení, a proto je důležité, aby se pacient nebál konzultovat své nové poznatky s lékařem či sestrou.

Klíčový význam edukace pacienta a jeho rodiny spočívá především v tom, že se pacient aktivně zapojí do práce ošetrovatelského a terapeutického týmu. Budou-li všichni informováni, budou lépe spolupracovat, lépe zvládat obtížné situace, a tím se zmírní dopady na všechny zúčastněné. Poučený pacient je aktivnější, snáze se zapojuje do spolurozhodovacích procesů, lépe komunikuje, spolupracuje, dříve se naučí se svojí chorobou žít, i terapeutické výsledky jsou většinou uspokojivější a trvalejší. Poskytováním informací se naplňuje i zákon vycházející z etického kodexu – Práv nemocných. (37)

Musíme si uvědomit, že v průběhu vývoje onemocnění se u pacienta mění anatomické poměry, rozsah pohybu, sebeobsluha, sebehodnocení, společenské uplatnění, žebříček hodnot, priorit, kvalita života, sociální zázemí apod., proto je vhodné edukace opakovat a dbát na aktuální potřeby, celkový stav.



### **Než sestra zahájí edukační činnost, musí:**

- **sama být orientovaná v problematice, mít znalosti.**

Sestra musí mít teoretické znalosti z interny, rehabilitace, revmatologie, edukace, podrobněji znát revmatická onemocnění, jejich vlivy na kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Musí vědět, kam a na koho se má obrátit, neví-li sama, spolupracovat s ostatními členy ošetrovatelského týmu, pracovat na základě subjektivních pocitů a potřeb pacienta a objektivního nálezu.

- **vědět, kdy začít edukovat.**

Důležité je správné načasování, správná indikace určitého edukačního programu, jeho srozumitelnost, kontinuita a zasazení do edukačního plánu pacienta. Nejvhodnější edukační dobou je, když se pacient smíří s chorobou a začne spolupracovat. Neměla by nás mást doba trvání nemoci. I zkušený pacient může mít stejné nebo i větší problémy než pacient na počátku choroby! Musíme brát v úvahu, že se nemusel setkat se zkušeným zdravotníkem a uvědomit si, že pacient není vždy schopný nebo ochotný přijmout informace. Opakováním se o správnosti informace utvrzuje.

- **navázat kontakt, vztah s pacientem a jeho rodinou.**

Nezbytné pro zahájení edukace je navázání kontaktu, zvolení vhodného individuálního přístupu a vhodné komunikace s pacientem.

- **zjistit, co vědí o dané problematice (úvodní rozhovor).**

Odebrat osobní, rodinnou anamnézu, kde sestra aktivním způsobem pátrá, jaké jsou:

- subjektivní problémy,
- očekávání (od návštěvy lékaře, tohoto pohovoru,....),
- znalosti o své chorobě,
- zájem o informace, schopnost, ochota informace přijmout a zpracovat,
- sociální zázemí,
- jaké má pacient návyky, zlovyky, jakým pověrám věří.

- **umět správně edukovat.**

Základem je dodržovat správné zásady komunikace, zvolit tu nejvhodnější metodu edukace, stanovit si cíle, plán edukace. Sebelepší příprava nebude účelná, pokud obsah programu není pro jednotlivé pacienty podstatný. Při plánování edukačního programu by měla brát zřetel, že pacient je dospělý, má určité vlastní znalosti a přesvědčení. Dospělí mají osobní zkušenosti a podle nich se rozhodují. Všechny nabízené informace by měly být akceptovatelné, srozumitelné, podávané záživnou formou a použitelné. Lépe je používat výrazy jako, bylo by dobré, mohla byste, doporučuji. Sestra by se měla snažit pacienta daty nezahltit, nepřístupovat direktivně a vědět, kde bude edukovat, aby si mohla např. připravit různé podpůrné prostředky.

*Edukaci zaměřujeme na:*

- cesty k informacím,
- život s chorobou (vše o chorobě, co dělat, když dojde k jejímu novému vzplanutí, kde omezuje, jak provádět tělesná cvičení, jak šetřit své klouby, jak vnímat sám sebe ve vztahu ke své chorobě ...),
- jak vytrvat, být sociálně aktivní, být prospěšný v komunitě,
- základní příznaky onemocnění (bolest, únava, ztuhlost kloubů ...),
- hybnost, sebeděže (návčik sebeobslužných technik, používání ortopedických a kompenzačních pomůček, pravidelné cvičení, zachování rozsahu pohybu, svalové síly, změnu životosprávy, pracovních postupů, ochrana kloubů, prevence pádů),
- vzhled těla, sebehodnocení, vlastní limitaci (vhodná volba oděvů, obuvi, kosmetiky, účesu, pomůček, partnerské vztahy, zhodnocení vlastních možností, určení si dosažitelných cílů),
- problematiku partnerských vztahů (potence, libida, těhotenství, péče o dítě),
- farmakoterapie (pravidla užívání, nežádoucí účinky, vedení „lékového deníčku“),
- spolupráci se zdravotníky,
- schopnost požádat o pomoc a radu, když je třeba, i jak nežádoucí pomoc odmítnout.

Při edukaci nesmíme zapomínat na rodinu pacienta, protože choroba zasahuje i ji. Je dobře, když členové rodiny neslyší názory pouze od pacienta, ale také od zdravotníků. Účelné jsou přímé kontaktní adresy, osobní kontakty, kontakty na svépomocné skupiny, sdružení.

▪ **pokusit se podložit svou edukaci podpůrnými prostředky.**

Písemností, letákem, brožurkou, seznamem literatury, kontaktů, internetových odkazů, audio a video záznamy, počítačovými programy... Výhodou písemného materiálu je, že si jej může pacient vzít domů a získané informace znovu vyhodnotit a prohodit s rodinnými příslušníky. Lze je použít i pro budoucnost jako podporu paměti. (6, 13, 14, 15, 37)

### **2.3.5 Edukace zaměřená na únavu**

V českých edukačních materiálech jsem nenalezla žádný písemný podklad věnovaný únavě u pacientů s revmatickým onemocněním. Čerpala jsem proto pouze ze zahraniční literatury.

#### **1. Vysvětlení příčiny únavy.**

Mnoho lidí s revmatickým onemocněním trpí únavou, která je součástí onemocnění. K tomu je mnoho důvodů. Nemoc jako taková způsobuje únavu, bolesti způsobují únavu, protože ruší spánek a odpočinek a k rozhýbání kloubů je potřeba dalšího použití síly. Také léky

mohou přispět k pocitu vyčerpanosti, zrovna tak špatná výživa, nebo přemíra kofeinu a alkoholu. Stres a celková otupělost též unavují. Abychom mohli zacházet s vyčerpaností, musíme ji akceptovat, vědět, že patří k nemoci, a naučit se najít cesty k jejímu zvládnutí. (6)

## **2. Typy ke zvládnutí vyčerpanosti.**

- Plánujte si svůj den.
- Vyberte si priority a zabývejte se jen skutečně důležitými věcmi.
- Dělejte, na co stačíte, ale nezapomeňte na přestávky. Hodně kratších přestávek je lepší než jedna dlouhá.
- Poproste rodinu a přátele o pomoc.
- Udělejte přestávku dříve, než budete unaveni.
- Zacházejte se svojí energií úsporně, jak jen je možno.
- Organizujte si svou domácí práci tak, aby všechny potřebné předměty byly po ruce, a pracujte s výhledem dopředu.
- Zkuste nesedět déle než 20 – 30 minut, než budete opět stát nebo chodit.
- Sedněte si pokud možno při všech aktivitách, které trvají déle než 10 minut.
- Zkuste zamezit aktivitám, které nemůžete přerušit, když se unavíte, např. příprava složitějšího jídla.
- Zamezte aktivitám, které vás dlouho zaměstnávají. Lepší jsou aktivity trvající kratší dobu. Doporučuje se každou hodinu 10 minut odpočívat.
- Zamezte nošení věcí, na které můžete použít voziček. Tak můžete všechny věci, které
- potřebujete, transportovat najednou, např. abyste mohli prostříť.
- Zástěra s velkou kapsou je užitečná pro nošení malých předmětů.
- Srovnejte si předměty pravidelné potřeby, např. talíře, příbory, sůl, ... do výše očí
- a kolen. Pak se nemusíte tak často ohýbat a natahovat.
- Nesetrvávejte déle v jedné pozici a dělejte časté přestávky, když jedete autem.
- V letadle nebo vlaku si rezervujte sedadlo u uličky tak, abyste mohli vstát a chodit.
- Ochrana kloubů
  - Chraňte si své klouby tak dobře, jak jen je možno.
  - Posunujte předměty místo toho, abyste je zvedali.
  - Používejte, pokud je možno, velké klouby. Noste tašky loktem nebo ramenem a nikoli pomocí malých kloubů ruky.
  - Rozdělte zatížení na tolik kloubů, jak jen je možné. Držte např. hrnek oběma rukama, místo jen palcem a prsty jedné ruky.
  - Dodržujte správné držení těla.
  - Používejte, dle možností, hodně kompenzačních pomůcek. Např. vozík k převozu (viz příloha č. 7).
  - Auto s automatickou převodovkou je předností.

- Sport
  - Nezapomeňte sportovní aktivity vyrovnat přestávkami.
  - Začínajte pomalu a zvyšujte rozsah sportovních aktivit. Turistika a plavání jsou vhodné druhy sportu.
  - Denně provádějte své pohybové cvičení.
  - Pomalu zvyšujte objem posilovacího cvičení.
- Uvolnění
  - Používejte relaxační techniky (masáže, hudbu, aromaterapii).
- Výživa
  - Vyživujte se zdravě a vyváženě.
  - Jezte málo, vyhýbejte se mléčným produktům, kofeinu a alkoholu.
- Spaní
  - Zkuste zlepšit kvalitu spánku.
  - Rady pro zotavující spánek
  - Pokud v noci nemůžete dostatečně dlouho spát, zkuste si přes den zdřímnout na 10 – 20 min. Po 14:30 h byste již dřímat neměli, protože se nutkání spánku snižuje a začínají problémy s usínáním.
  - Postarejte se, aby vaše ložnice přispívala k chuti spát. Odstraňte zbytečné předměty, ale také pachy např. z jídla, které vám připomínají denní aktivity.
  - Postarejte se o příjemnou teplotu.
  - Záclony by neměly propouštět světlo.
  - Postel by měla být pevná, ale pohodlná, přikrývky lehké, ale teplé/hřejivé.
  - Postarejte se o příjemnou atmosféru před odchodem na lůžko. Poslouchejte uklidňující hudbu, čtěte (nudnou) knihu a nebo provádějte uvolňující cviky než si jdete lehnout.
  - Zamezte před spánkem namáhavým tělesným aktivitám, protože by se tělo aktivizovalo, a tím by dostal mozek signál, že je čas být vzhůru a být aktivní. Nejlepší čas na sport je pozdní dopoledne, nebo časný večer. Omezte namáhavou duševní činnost.
  - Uvolňovací cvičení a speciální program s klidovými pauzami a sportovními aktivitami vám mohou pomoci dobře spát a udržet vaši soběstačnost.
  - Zkuste jít každý den ve stejnou hodinu spát, tím se posílí vaše vnitřní hodiny, dodržujte rytmus spánku a bdění.
  - Nenuťte se spát. Nedívejte se na hodiny, když nemůžete usnout. Lépe je vstát nebo číst nebo se dívat na TV tak dlouho, dokud se necítíte unavení.
  - Před ulehnutím si vezměte nanejvýš něco lehkého k jídlu a pijte málo. Teplé mléčné nápoje mohou navozovat spánek.
  - Vyvarujte se jít spát hladoví nebo s plným žaludkem. Hlad vás nenechá usnout

a po přílišném jídle může pálit žáha.

- Po večeři nepijte kávu, čaj, kakao, žádnou kolu a také žádný alkohol. Kofein může být ještě po šest hodin účinný a přispět k neklidné noci. Po alkoholu jste nejdříve ospalí, ale během noci ruší spánek.
- Teplá koupel s éterickými oleji před spaním může uvolnit unavené svaly, redukovat bolesti a podpořit spánek.
- Před ulehnutím na lůžko by měla být ošetřena bolest. K tomu jsou vhodné léky tišící bolest, ale vedle léků na bolest je nutné vzít i protizánětlivé léky. Také jiné metody by se měly brát v úvahu, střídavé použití tepla, chladu nebo masáže.
- Postarejte se, aby vaše klouby zaujaly příjemnou, nebo fyziologickou polohu, aby nebyly nadměrně zatěžovány. Podle okolností je nošení dlahy během noci nutností.
- Nezvykejte si na hypnotika. Mnoho lidí je může bez negativních účinků krátkodobě užívat, ale po delší době ztrácí účinek. Kromě toho mění strukturu spánku, což je po delší dobu škodlivé.
- Nezůstávejte ležet v posteli, když jste během 30 minut (dle vašich zvyklostí) neusnuli. (Někteří experti doporučují čekat jen 10 min. To se nehodí pro pacienty s revmatickým onemocněním.) Vstaňte a běžte do jiného pokoje, až se budete cítit unaveni. Opakujte to tak dlouho, než usnete. (1, 2, 6)

## **3 Empirická část**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jakou roli hraje únava v životě pacienta s revmatologickým onemocněním. Pro svou diplomovou práci jsem si stanovila níže uvedené cíle a hypotézy.

#### **3.1.1 Cíle a hypotézy výzkumu**

I. CÍL : zmapovat problém únavy u pacientů s revmatickým onemocněním

otázky č.: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 20, 21

Hypotéza H1

Revmatičtí pacienti vnímají únavu jako dlouhodobý a každodenní problém, který je svázán s jejich diagnózou a výrazně zasahuje do jejich všedního života.

II. CÍL : zjistit, jak se pacient cítí informován a podíl jeho vlastních aktivit v boji s únavou

otázky č.: 8, 13, 14, 14a, 16, 17, 18, 19, 22

Hypotéza H2

Více než 2/3 pacientů mají pocit nedostatečné informovanosti o únavě a možnostech jejího řešení, a proto sami aktivně informace vyhledávají.

III. CÍL : zjistit přístup zdravotníků a rodiny k problému pacientů a svých bližních s únavou

otázky č.: 9, 10, 11a, 11b, 12, 14b, 16

Hypotéza H3

Zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost problému únavy, zatímco rodiny pacientů jsou dostatečnou oporou.

#### **3.1.2 Použité metody**

Údaje byly získány rozbořem zdravotnické dokumentace pacientů a cíleným dotazníkovým šetřením. Pro zpracování získaných údajů bylo použito statistických metod. Jedná se o výzkum kvantitativní.

#### **Rozbor dokumentace**

V 94 chorobopisech byl proveden rozbor s zaměřením na únavu jako ošetřovatelskou diagnózu.

#### **Metoda dotazníku**

K výzkumu jsem použila dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 8). Při jeho sestavení jsem využila své poznatky z práce sestry na oddělení revmatologie KN Liberec a současně mnohaleté zkušenosti své konzultantky vrchní sestry Revmatologického ústavu v Praze.

Vlastnímu výzkumu předcházel předvýzkum u 18 pacientů, podle kterého jsem upravila obsahovou i grafickou stránku dotazníku a zjistila faktory pro otázku č. 20, 21, 22.

Definitivní verze dotazníku obsahuje:

Úvodní část, která zahrnuje vysvětlení účelu dotazníku a zdůrazňuje anonymitu respondenta.

Dále následovaly, identifikační položky a 22 otázek.

Otázky dotazníku jsou:

- Identifikační – pohlaví, věk, diagnóza
- Doplňující – na dobu v péči revmatologa, č. 15
- Uzavřené – č. 1, 2, 9, 10, 11a), 16, 17, 18, 19, 20, 22
- Polouzavřené – č. 8, 13, 14,
- Otevřené – č. 4, 11b)
- Škálované – č. 3, 5, 6, 7, 12, 21

Anonymitu jsem pacientům zajistila tím, že mohli své vyplněné dotazníky přímo vhodit do uzavřené schránky nebo je vložit do obálek a zalepené předat sestře na ambulanci.

### **Statistické metody**

Výsledky výzkumu jsou zpracovány matematicko-statistickými postupy. Výsledky jsou prezentovány v tabulkách a grafech.

## **3.2 Výsledky rozboru dokumentace**

Výsledek rozboru dokumentace pacientů měl pomoci v rozhodovací fázi výzkumu a potvrdit domněnku, že zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost problému únavy u revmatických pacientů.

<b>Rozbor dokumentace pacientů</b>		
Místo	Počet chorobopisů	Počet záznamů ošetřovatelských diagnóz týkajících se únavy
Praha	44	4
Liberec	50	5
Celkem	94	9

Provedený rozbor dokumentace ukázal, že pouze 9 pacientů z 94 mělo záznam o únavě v ošetřovatelských diagnózách. Domněnka se potvrdila.

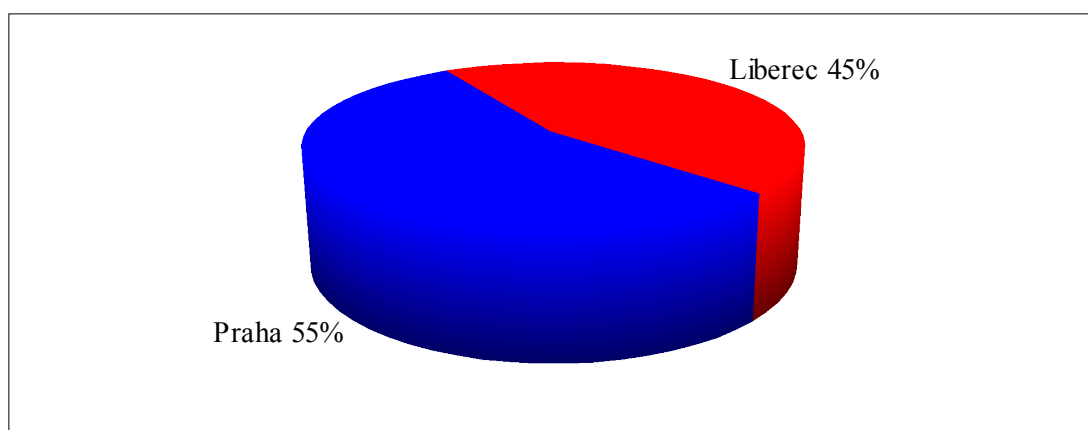
### 3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumu jsem zahrнула ambulantně léčené pacienty, kteří trpí revmatickým onemocněním. Zaměřila jsem se hlavně na diagnózy, jako je revmatoidní artritida, ankylozující spondylartritida, lupus erytematoses, u kterých je únava typickým příznakem.

Výzkum probíhal ve spolupráci s Revmatologickým ústavem v Praze a na oddělení revmatologie KN Liberec a to pouze v jejich ambulantních částech.

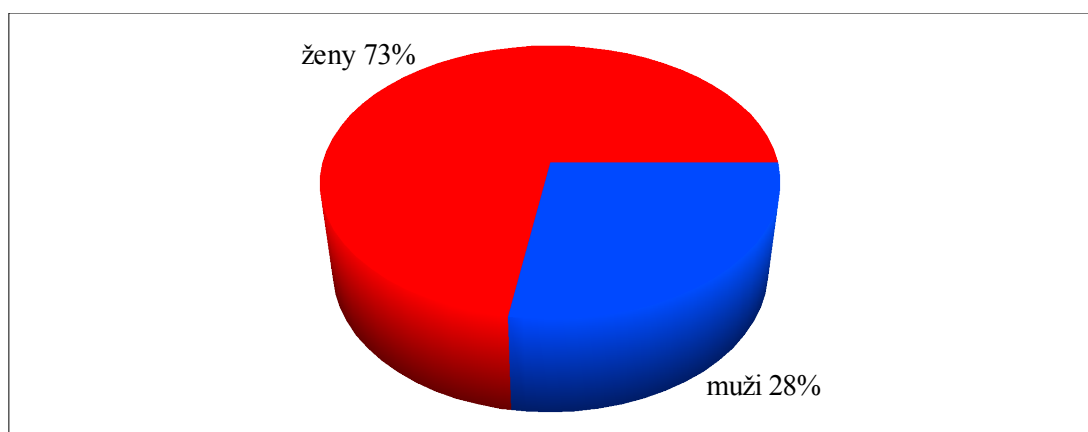
Celkem bylo osloveno 120 respondentů. Z toho 87 žen a 33 mužů ve věkovém rozpětí od 23 do 79 let. Nejčastější diagnózou dotazovaných byla v 69 % revmatoidní artritida, četnost dalších diagnóz nepřesáhla 10 %. Délka péče u odborného lékaře revmatologa se pohybovala od 8 měsíců do 44 let, průměrně tedy 10,5 let. Většina pacientů (89 %) byla soběstačná, nebo potřebovala jen minimální pomoc.

0-1 Místo získání informací (vyplnění dotazníku)	počet	%
Liberec	54	45,00%
Praha	66	55,00%



55 % dotazníků bylo pacienty vyplněno v Praze a 45% v Liberci.

0-2 Pohlaví	počet	%
ženy	87	72,50%
muži	33	27,50%



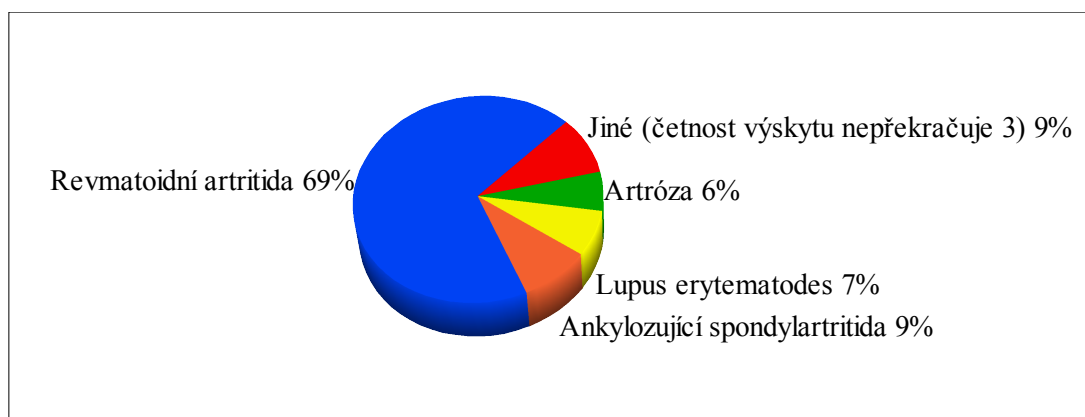
Téměř 3/4 respondentů tvoří ženy.



0-3 Věk	průměr	±	od	do
	53,3	13,18	23	79

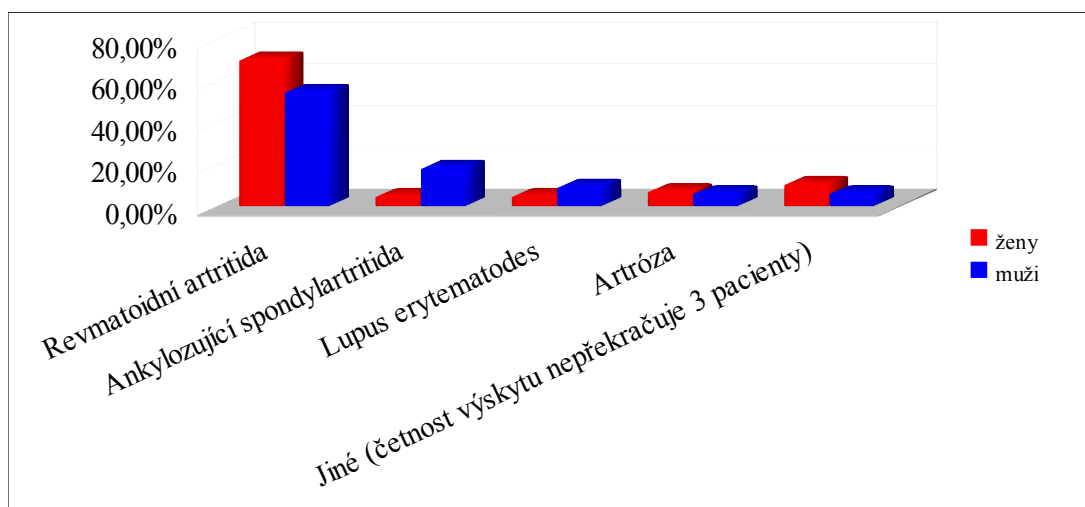
Průměrný věk respondentů je 53 let (od 23 do 79 let).

0-4 Diagnóza	počet	%
Revmatoidní artritida	79	68,70%
Ankylozující spondylartritida	10	8,70%
Lupus erytematodes	8	6,96%
Artróza	7	6,09%
Jiné (četnost výskytu nepřekračuje 3 diagnózy)	11	9,17%
Nevyplnilo (pacientů ze 120)	5	4,17%



Mezi respondenty převažují ze dvou třetin pacienti s revmatoidní artritidou.

0-4-a Diagnóza v závislosti na pohlaví	ženy		muži	
	počet	%	počet	%
Revmatoidní artritida	61	70,11%	18	54,55%
Ankylozující spondylartritida	4	4,60%	6	18,18%
Lupus erytematodes	4	4,60%	3	9,09%
Artróza	6	6,90%	2	6,06%
Jiné (četnost výskytu nepřekračuje 3 pacienty)	9	10,34%	2	6,06%



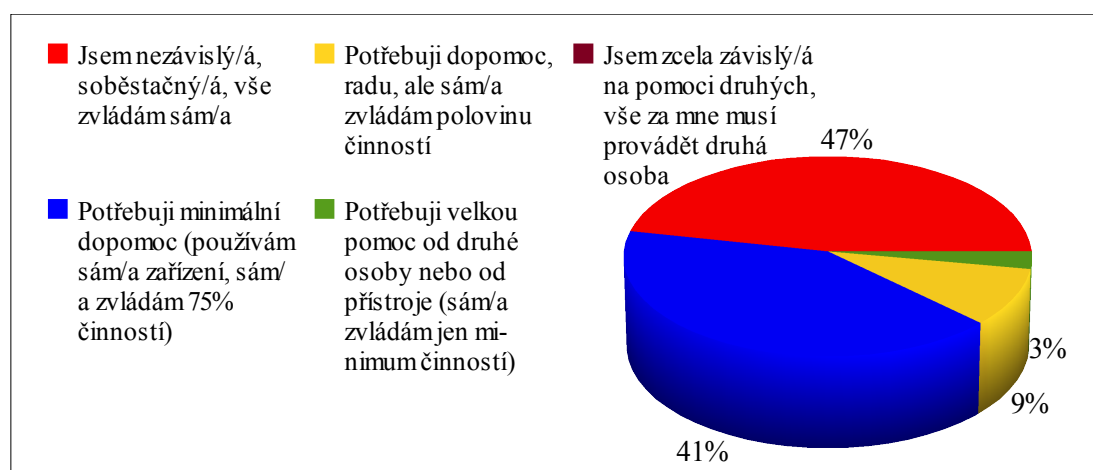
U žen je častější (rozdíl cca 15%) revmatoidní artritida, u mužů pak ankylozující spondylartritida (rozdíl cca 13%) a lupus erytematodes (rozdíl cca 4%).

0-5 Jak dlouho jste v péči odborného lékaře - revmatologa ?	identifikační údaj		
	±	min	max
průměr			
10,97	10,17	0,08	44,17

Pozn.: Nevyplnilo 5 pacientů ze 120.

Pacienti jsou v péči revmatologa průměrně 10,5 roku (od 0 do 44 let).

0-6 Jak hodnotíte svou soběstačnost ?	otázka dotazníku č. 15	
	počet	%
Jsem nezávislý/á, soběstačný/á, vše zvládám sám/a	50	46,73%
Potřebuji minimální dopomoc (používám sám/a zařízení, sám/a zvládám 75% činností)	44	41,12%
Potřebuji dopomoc, radu, ale sám/a zvládám polovinu činností	10	9,35%
Potřebuji velkou pomoc od druhé osoby nebo od přístroje (sám/a zvládám jen minimum činností)	3	2,80%
Jsem zcela závislý/á na pomoci druhých, vše za mne musí provádět druhá osoba	0	0,00%



Většina pacientů (88%) je zcela nezávislá, soběstačná nebo potřebuje jen minimální dopomoc.

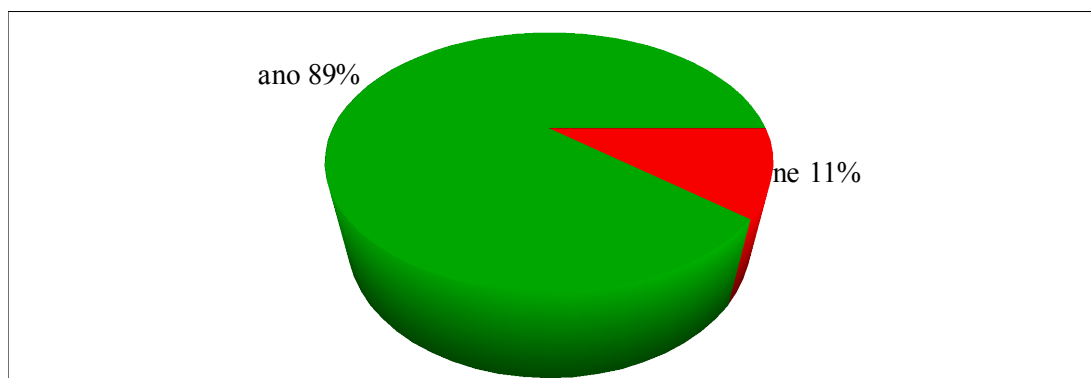
### 3.4 Rozbor a výsledky výzkumu

#### Výsledky získané k ověření hypotézy H1

##### Hypotéza H1

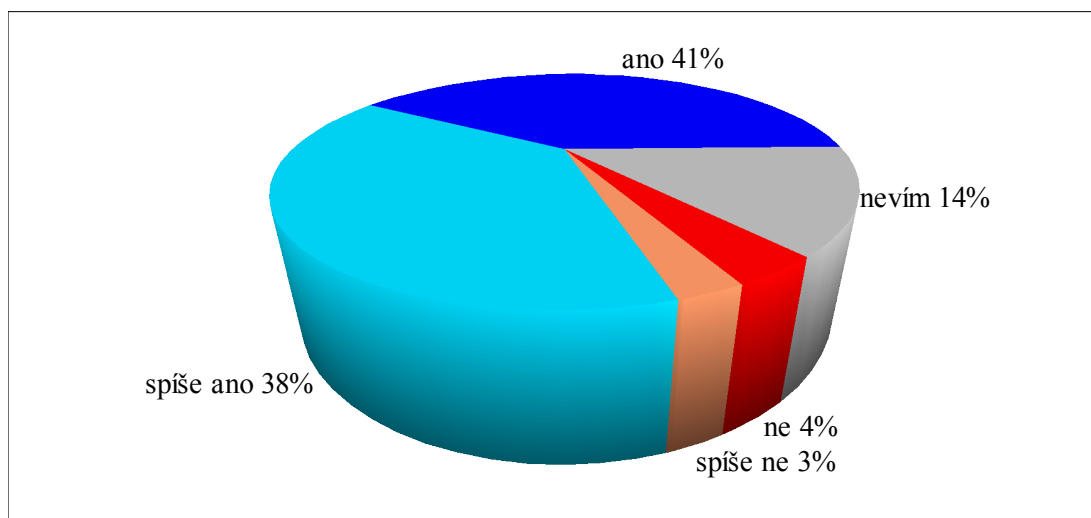
Revmatičtí pacienti vnímají únavu jako dlouhodobý a každodenní problém, který je svázán s jejich diagnózou a výrazně zasahuje do jejich všedního života.

1-1 Míváte pocit únavy / vyčerpání ?	otázka dotazníku č. 1	
	počet	%
ano	107	89,17%
ne	13	10,83%



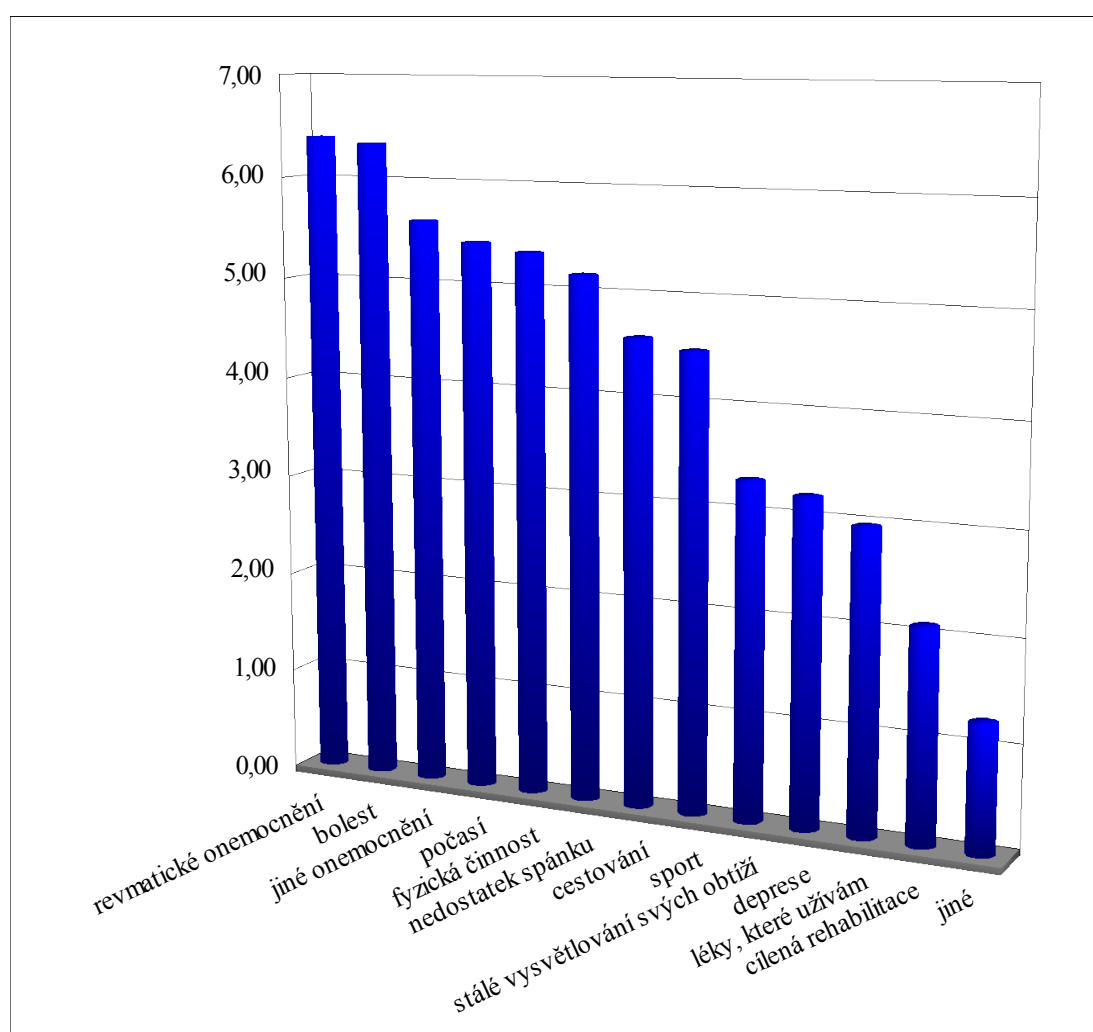
Téměř 90% oslovených respondentů s revmatologickým onemocněním mívá pocit únavy. Na další otázky dotazníku odpovídali pouze pacienti s pocitem únavy. Z toho vyplývá, že další vyhodnocení se týká 107 dotazníků.

1-2 Myslíte si, že vaše únava souvisí s revmatickým onemocněním ?	otázka dotazníku č. 2	
	počet	%
ano	44	41,12%
spíše ano	41	38,32%
spíše ne	3	2,80%
ne	4	3,74%
nevím	15	14,02%



Téměř 80% pacientů spojuje svou únavu s revmatickým onemocněním, 14% neví a pouze 7% tuto souvislost vylučuje.

1-3 Jak zvyšuje vaši únavu:	otázka dotazníku č. 21	
	průměr	±
revmatické onemocnění	6,39	2,89
bolest	6,34	2,94
jiné onemocnění	5,60	3,27
počasí	5,41	2,7
fyzická činnost	5,34	2,93
nedostatek spánku	5,15	2,99
cestování	4,58	2,7
sport	4,49	3,65
stále vysvětlování svých obtíží	3,31	3,21
deprese	3,20	3,24
léky, které užívám	2,97	2,9
cílená rehabilitace	2,09	2,53
jiné (špatné mezilidské vztahy)	1,25	3,31



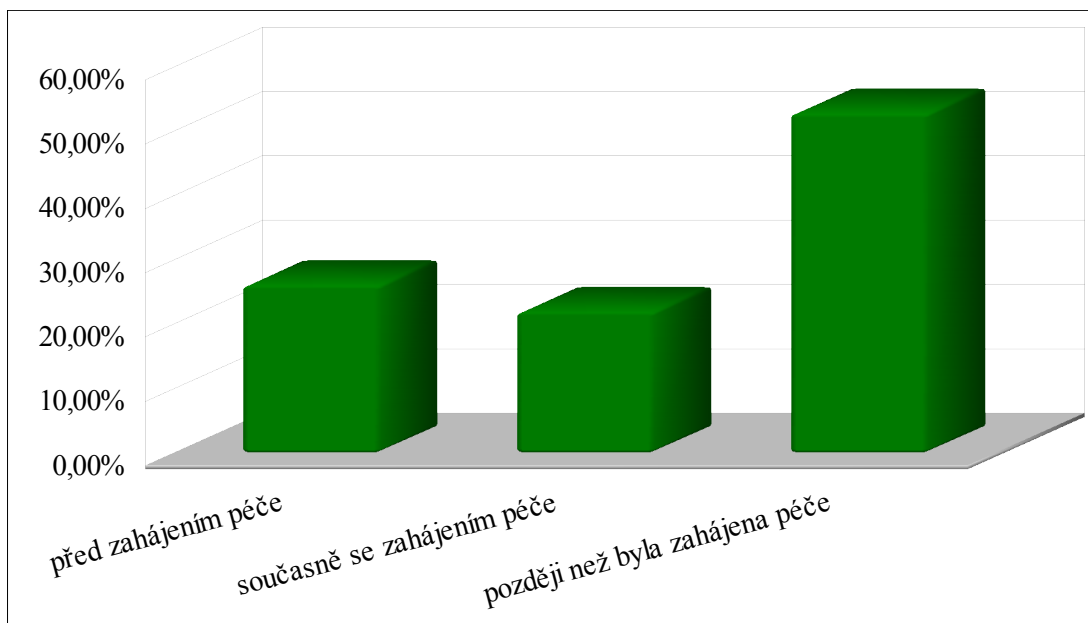
Nejvíce pacientům zvyšuje únavu vlastní revmatické onemocnění následované bolestí.

1-4 Jak dlouho máte problémy s únavou ?	otázka dotazníku č. 4		
průměr	±	min	max
7,88	7,84	0,25	42

Pozn.: Nevyplnili 2 pacienti ze 107.

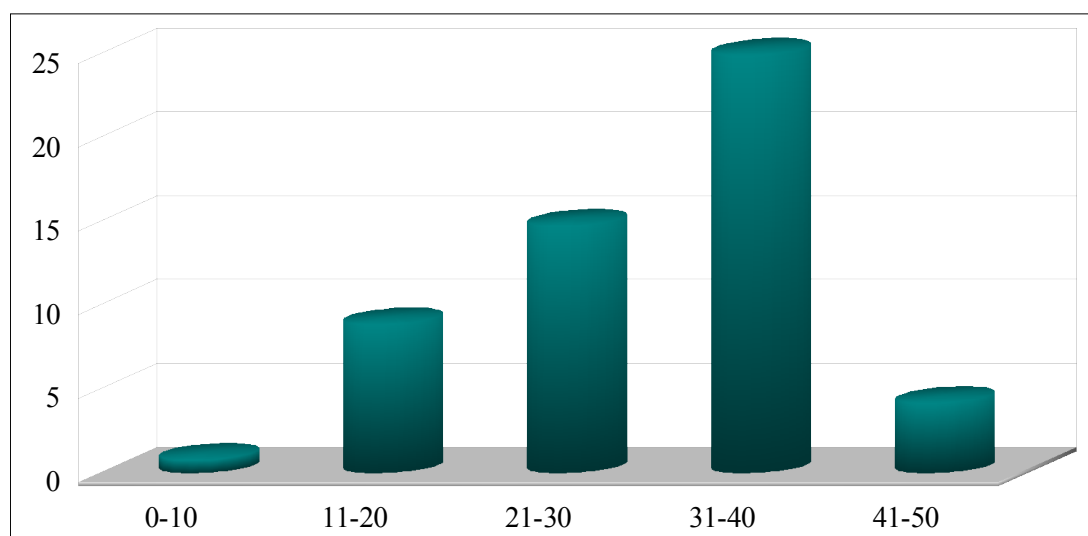
Pacienti mají problémy s únavou průměrně 8 let (od 3 měsíců do 42 let).

<b>1-5 Objevil se u pacientů problém s únavou před / po zahájení revmatologické péče ?</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
před zahájením péče	31	25,83%
současně se zahájením péče	26	21,67%
později než byla zahájena péče	63	52,50%



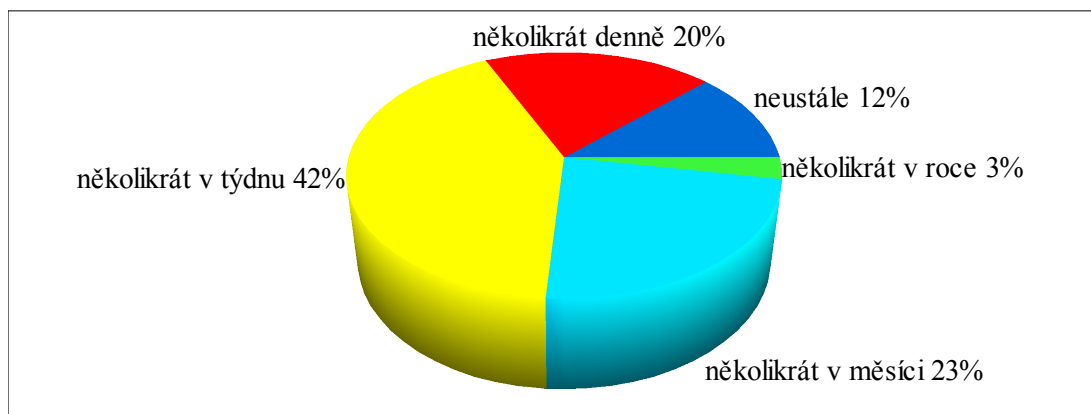
Více než polovina revmatolog. pacientů začala mít problém s únavou později než vyhledali odbornou péči revmatologa.

<b>1-6 Kdy se začala projevovat únava vzhledem k počátku revmatologické péče ?</b>					
Počet let v péči revmatologa	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50
Počet pacientů	55	21	10	3	1
O kolik let později se projevila únava od začátku revmatologické péče - průměr (roky)	0,78	8,87	14,75	24,94	4,17



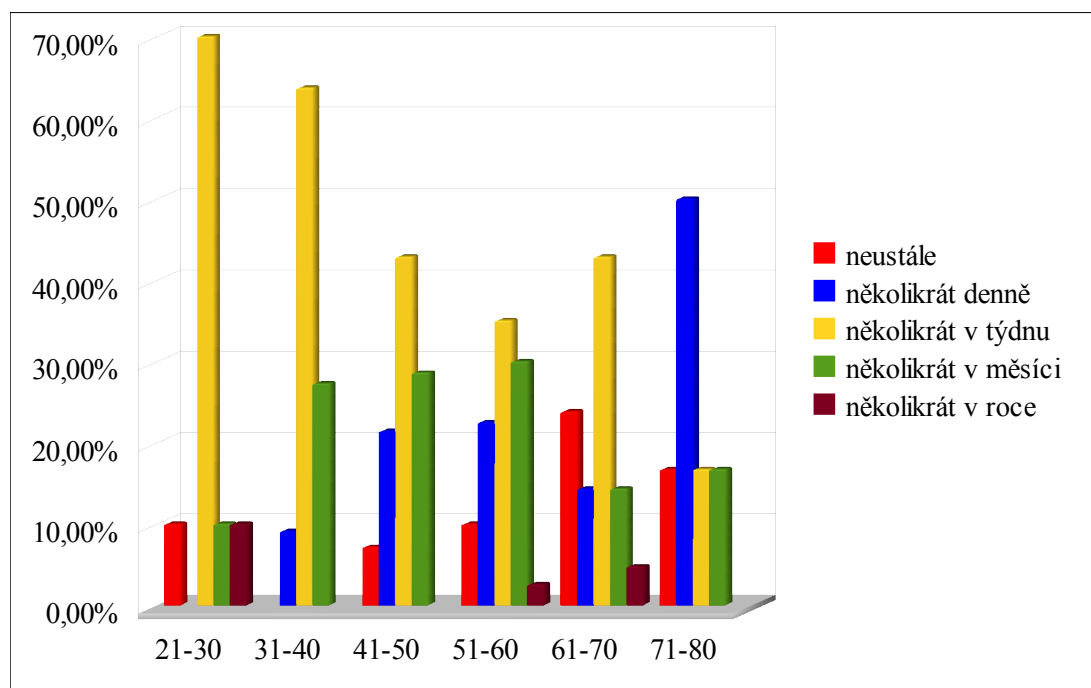
Výsledek časového srovnání počtu let v péči revmatologa a relativního počátku únavy vztáženého k okamžiku zahájení odborné revmatologické péče nezávisle na věku pacienta ukazuje na to, že čím déle je pacient v péči revmatologa, tím později se u něj objevily projevy únavy.

1-7 Jak často míváte pocit únavy ?	otázka dotazníku č. 5	
	počet	%
neustále	13	12,15%
několikrát denně	21	19,63%
několikrát v týdnu	45	42,06%
několikrát v měsíci	25	23,36%
několikrát v roce	3	2,80%



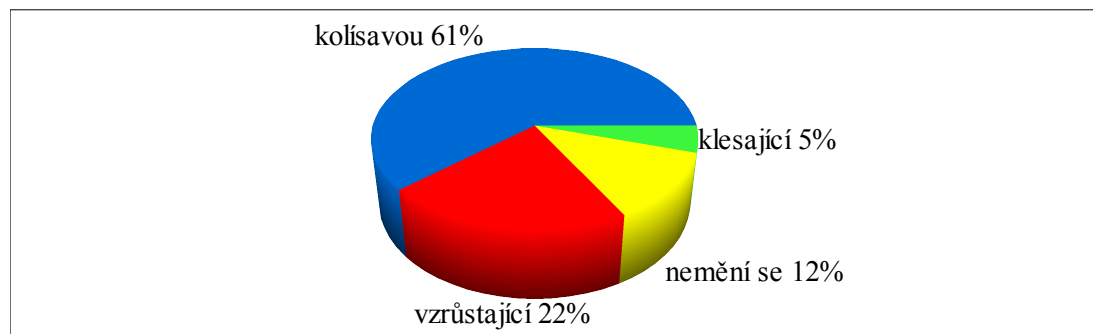
Pacienti mívají pocit únavy nejčastěji několikrát v týdnu, přičemž 12% pacientů má pocit únavy neustále.

1-7-a Pocit únavy v závislosti na věku	Věk pacientů					
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
neustále	10,00%	0,00%	7,14%	10,00%	23,81%	16,67%
několikrát denně	0,00%	9,09%	21,43%	22,50%	14,29%	50,00%
několikrát v týdnu	70,00%	63,64%	42,86%	35,00%	42,86%	16,67%
několikrát v měsíci	10,00%	27,27%	28,57%	30,00%	14,29%	16,67%
několikrát v roce	10,00%	0,00%	0,00%	2,50%	4,76%	0,00%



U věkových skupin 21-30 a 31-40 let výrazně převládá pocit únavy několikrát v týdnu, u nejstarší skupiny 71-80 převládá pocit únavy několikrát denně.

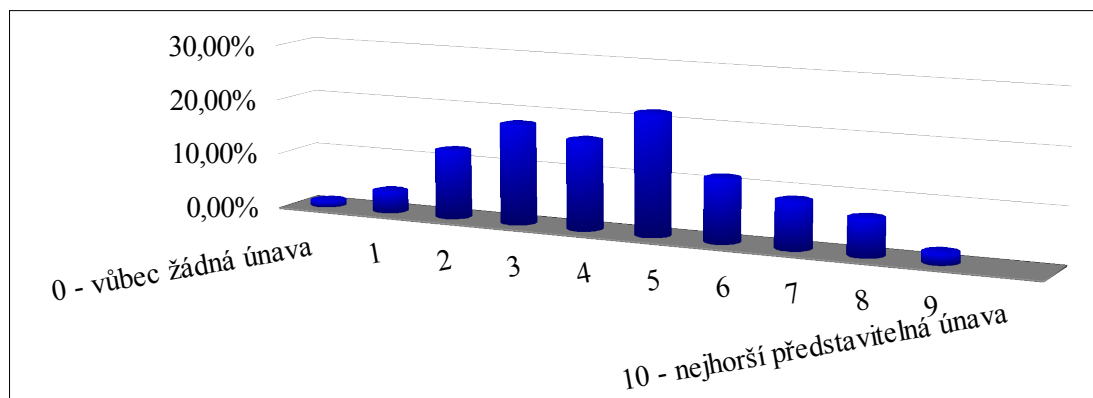
1-8 Jakou má vaše únava během posledního roku tendenci ?	otázka dotazníku č. 6	
	počet	%
kolísavou	65	61,32%
vzrůstající	23	21,70%
nemění se	13	12,26%
klesající	5	4,72%
nevyplnilo (pacientů ze 107)	1	0,93%



Pacienti uvádějí nejčastěji kolísavou tendenci své únavy.

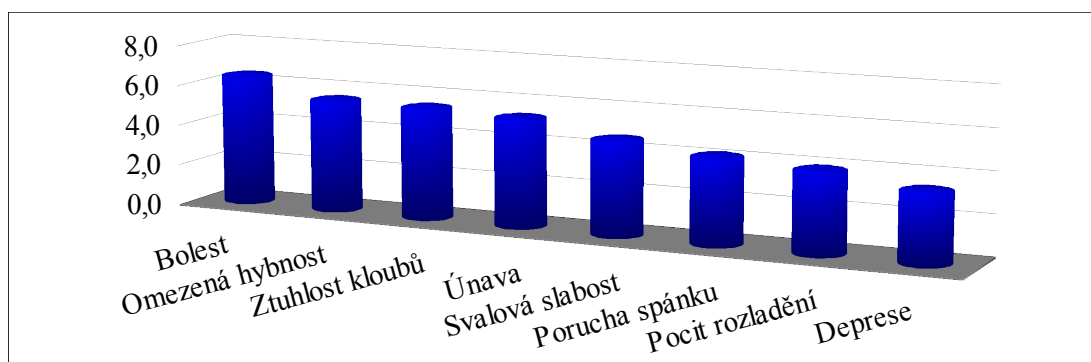
1-9 Jaká je vaše únava dnes ?	otázka dotazníku č. 3	
	počet	%
0 - vůbec žádná únava	1	0,94%
1	4	3,77%
2	13	12,26%
3	19	17,92%
4	17	16,04%
5	23	21,70%
6	12	11,32%
7	9	8,49%
8	7	6,60%
9	2	1,89%
10 - nejhorší představitelná únava	0	0,00%

aritmetický průměr ze stupňů únavy	4,52
±	1,96
median	5
max	9
min	0



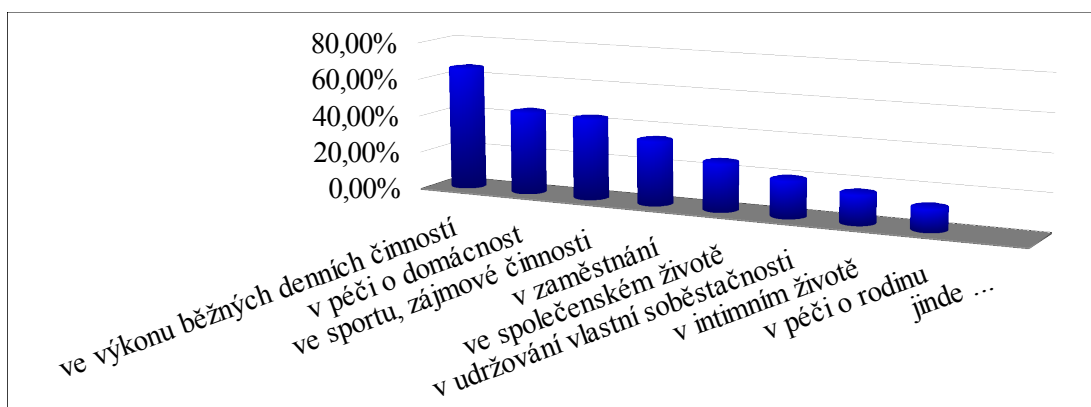
Aktuální únava pacientů je střední intenzity, spíše menší únava.

1-10 Přiřaďte pořadí uvedeným obtížím od 1. do 8. místa podle toho, jak moc vám ztěžují život.	otázka dotazníku č. 7						
	celkem uvedeno	průměrné pořadí	1.místo	2.místo	3.místo	1.-3. místo	vážený průměr uvedení na všech místech
Bolest	94	2,59	34	20	16	70	6,4
Omezená hybnost	92	3,47	18	16	17	51	5,5
Ztuhlost kloubů	88	3,56	13	15	19	47	5,4
Únava	94	3,71	10	15	21	46	5,3
Svalová slabost	82	4,4	6	7	8	21	4,6
Porucha spánku	77	4,84	6	11	5	22	4,2
Pocit rozladění	77	5,09	6	6	8	20	3,9
Deprese	56	5,64	5	6	3	14	3,4



Nejvíce pacientům ztěžuje život bolest, dále omezená hybnost a ztuhlost kloubů následovaná únavou. Nejméně pak deprese.

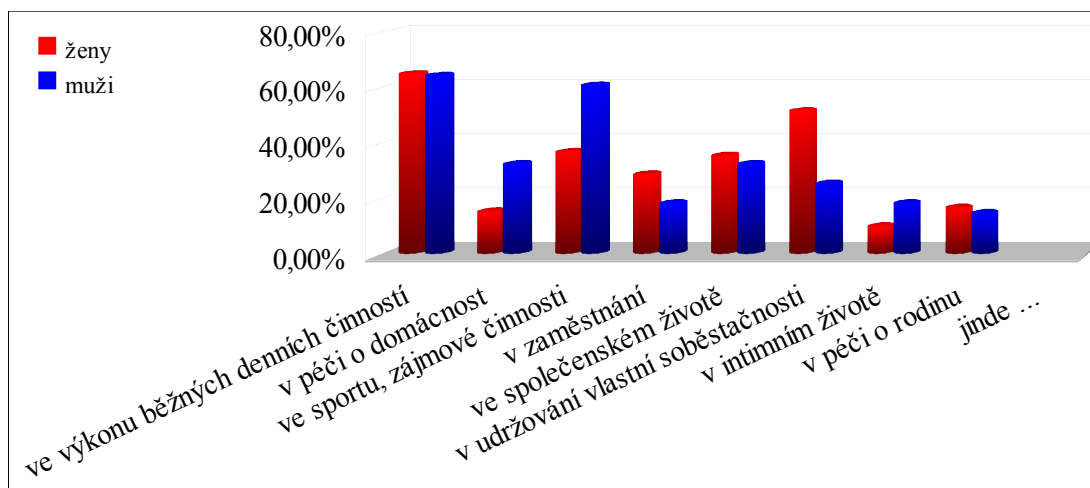
1-11 V čem vás únava nejvíce omezuje ?	otázka dotazníku č. 20	
	počet	%
ve výkonu běžných denních činností	67	65,69%
v péči o domácnost	45	44,12%
ve sportu, zájmové činnosti	44	43,14%
v zaměstnání	35	34,31%
ve společenském životě	26	25,49%
v udržování vlastní soběstačnosti	20	19,61%
v intimním životě	16	15,69%
v péči o rodinu	12	11,76%
jinde ...	0	0,00%



Nejvíce pacienty únava omezuje ve výkonu běžných denních činností.



1-11-a Omezení aktivit únavou v závislosti na pohlaví	ženy		muži	
	počet	%	počet	%
ve výkonu běžných denních činností	48	64,86%	18	64,29%
v péči o domácnost	11	14,86%	9	32,14%
ve sportu, zájmové činnosti	27	36,49%	17	60,71%
v zaměstnání	21	28,38%	5	17,86%
ve společenském životě	26	35,14%	9	32,14%
v udržování vlastní soběstačnosti	38	51,35%	7	25,00%
v intimním životě	7	9,46%	5	17,86%
v péči o rodinu	12	16,22%	4	14,29%
jinde ...	0	0,00%	0	0,00%

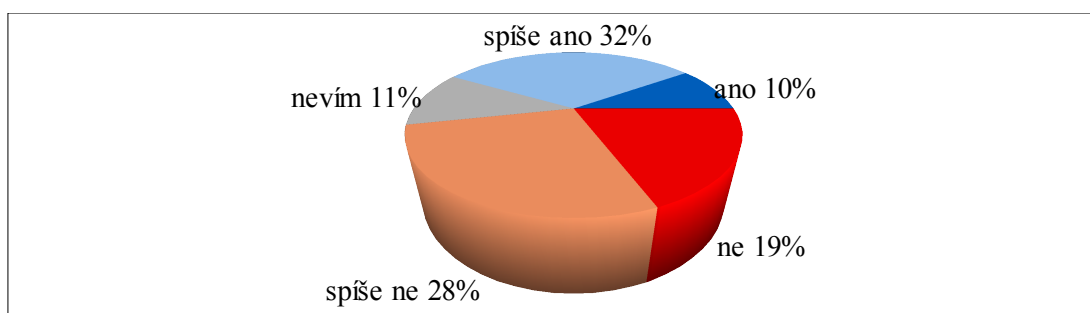


## Výsledky získané k ověření hypotézy H2

### Hypotéza H2

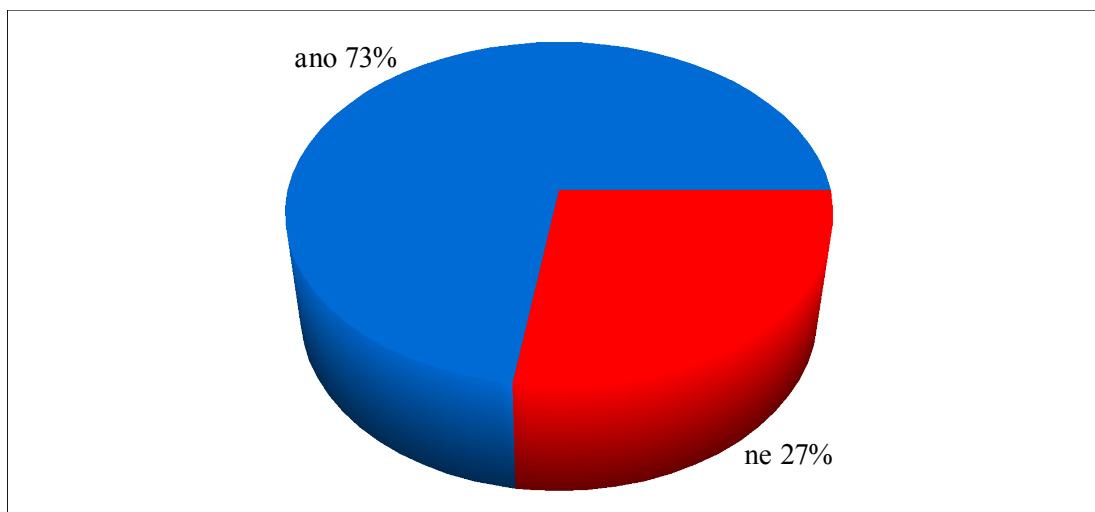
Více než 2/3 pacientů mají pocit nedostatečné informovanosti o únavě a možnostech jejího řešení, a proto sami aktivně informace vyhledávají.

2-1 Myslíte si, že máte dostatek informací jak s únavou bojovat ?	otázka dotazníku č. 17	
	počet	%
ano	10	9,52%
spíše ano	34	32,38%
nevím	12	11,43%
spíše ne	29	27,62%
ne	20	19,05%
nevyplnilo (pacientů ze 107)	2	1,87%



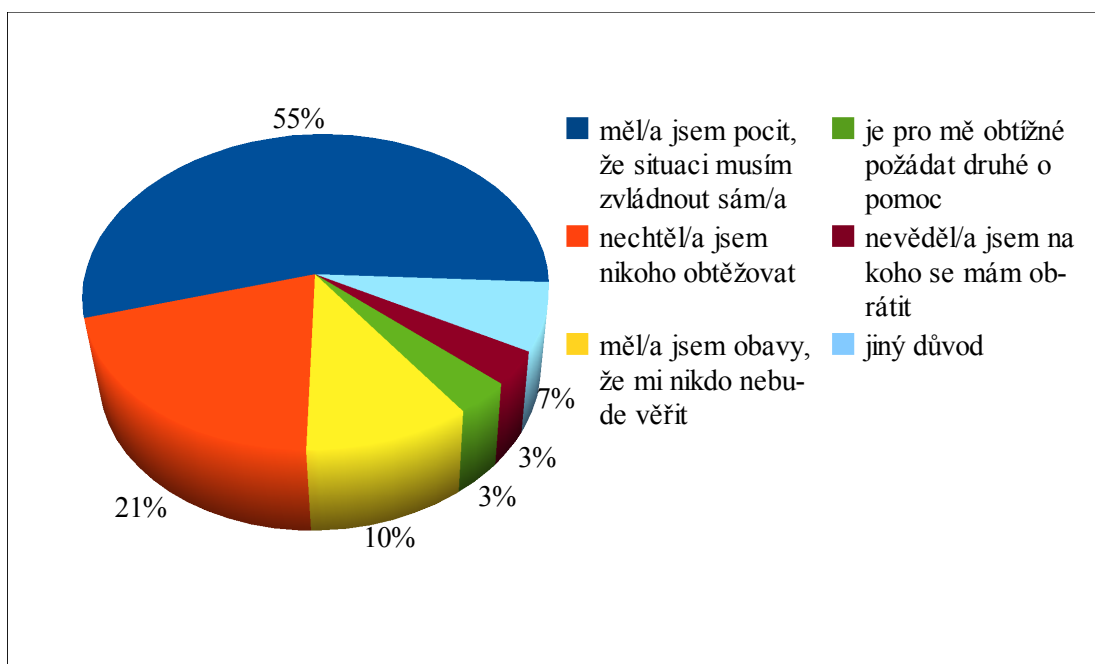
Podíl pacientů, kteří se cítí informováni je přibližně vyrovnaný s podílem pacientů, kteří se cítí neinformováni.

2-2 Svěřil jste se se svým problémem s únavou ?	otázka dotazníku č. 8	
	počet	%
ano	77	72,64%
ne	29	27,36%
nevyplnilo (pacientů za 107)	1	0,93%



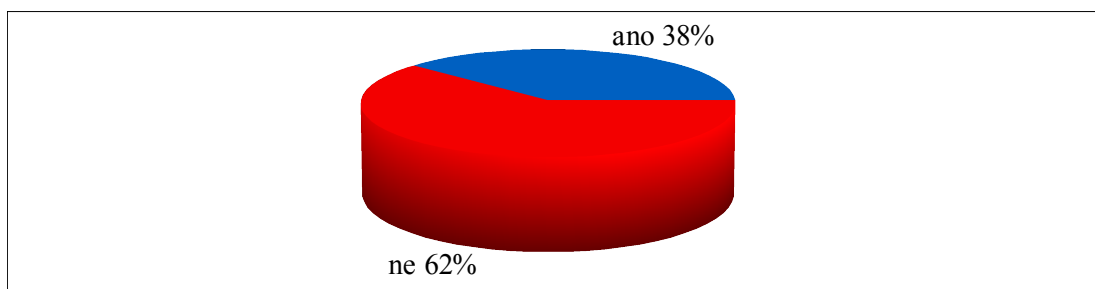
Téměř tři čtvrtiny pacientů se svěřily se svým problémem s únavou.

2-3 Pokud jste se se svým problémem s únavou nesvěřil, tak proč ?	otázka dotazníku č. 8	
	počet	%
měl/a jsem pocit, že situaci musím zvládnout sám/a	16	55,17%
nechtěl/a jsem nikoho obtěžovat	6	20,69%
měl/a jsem obavy, že mi nikdo nebude věřit	3	10,34%
je pro mě obtížné požádat druhé o pomoc	1	3,45%
nevěděl/a jsem na koho se mám obrátit	1	3,45%
jiný důvod (je u mě běžná)	2	6,90%

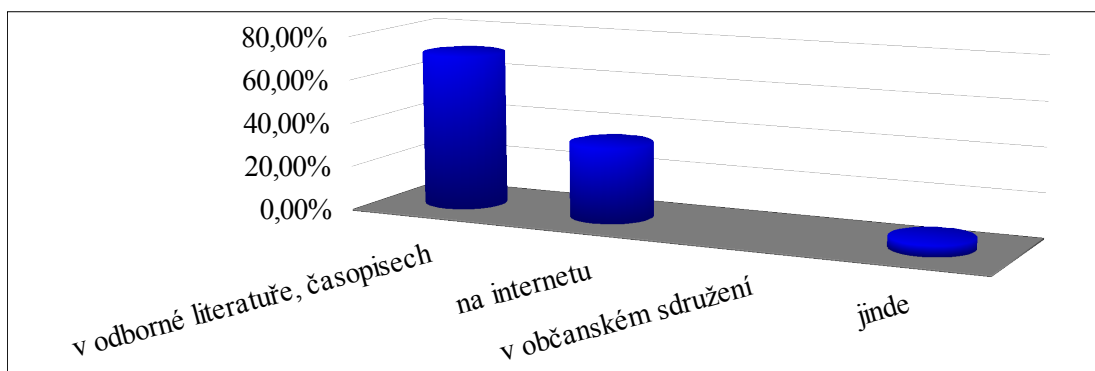


Více než polovina pacientů, kteří se nesvěřili se svým problémem s únavou, měla pocit, že situaci musí zvládnout sama.

2-4 Hledal/a jste sám/a aktivně informace o únavě ?	otázka dotazníku č. 13	
	počet	%
ano	41	38,32%
ne	66	61,68%

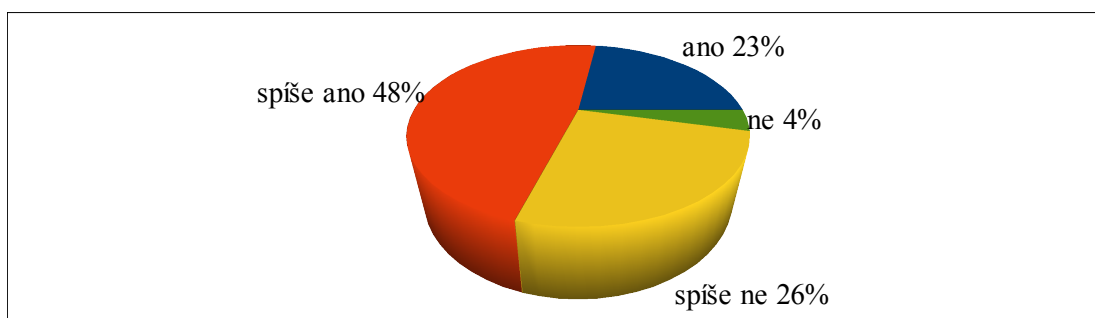


2-5 Pokud ano, kde ?	otázka dotazníku č. 13	
	počet	%
v odborné literatuře, časopisech	29	70,73%
na internetu	14	34,15%
v občanském sdružení	0	0,00%
jinde (spolupacient, nemocnice)	2	4,88%



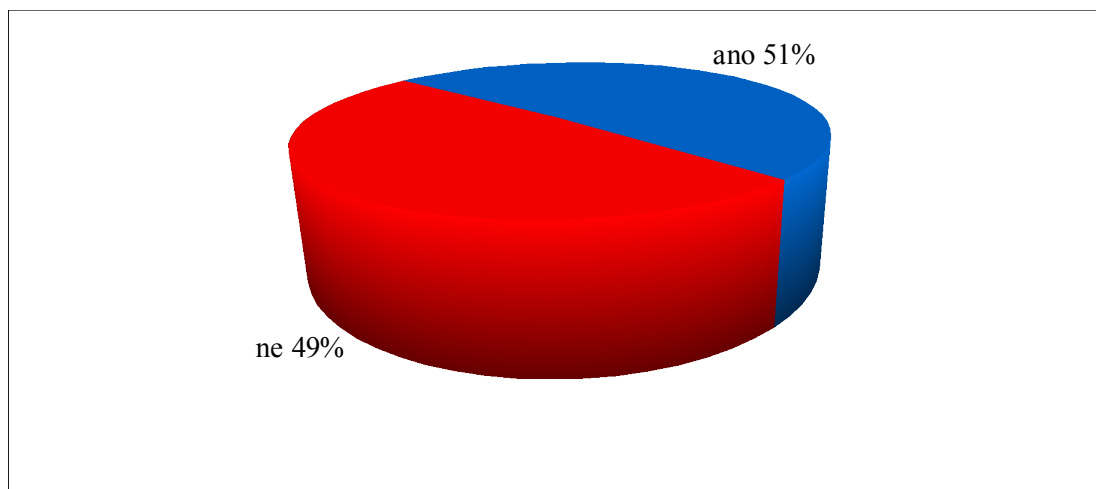
Asi třetina pacientů sama aktivně hledala informace o únavě. Dvě třetiny pacientů hledaly informace především v odborné literatuře a časopisech, třetina i na internetu.

2-6 Využíváte prakticky svých získaných znalostí jak s únavou bojovat ?	otázka dotazníku č. 19	
	počet	%
ano	24	22,86%
spíše ano	50	47,62%
spíše ne	27	25,71%
ne	4	3,81%
nevyplnilo (pacientů za 107)	2	1,87%



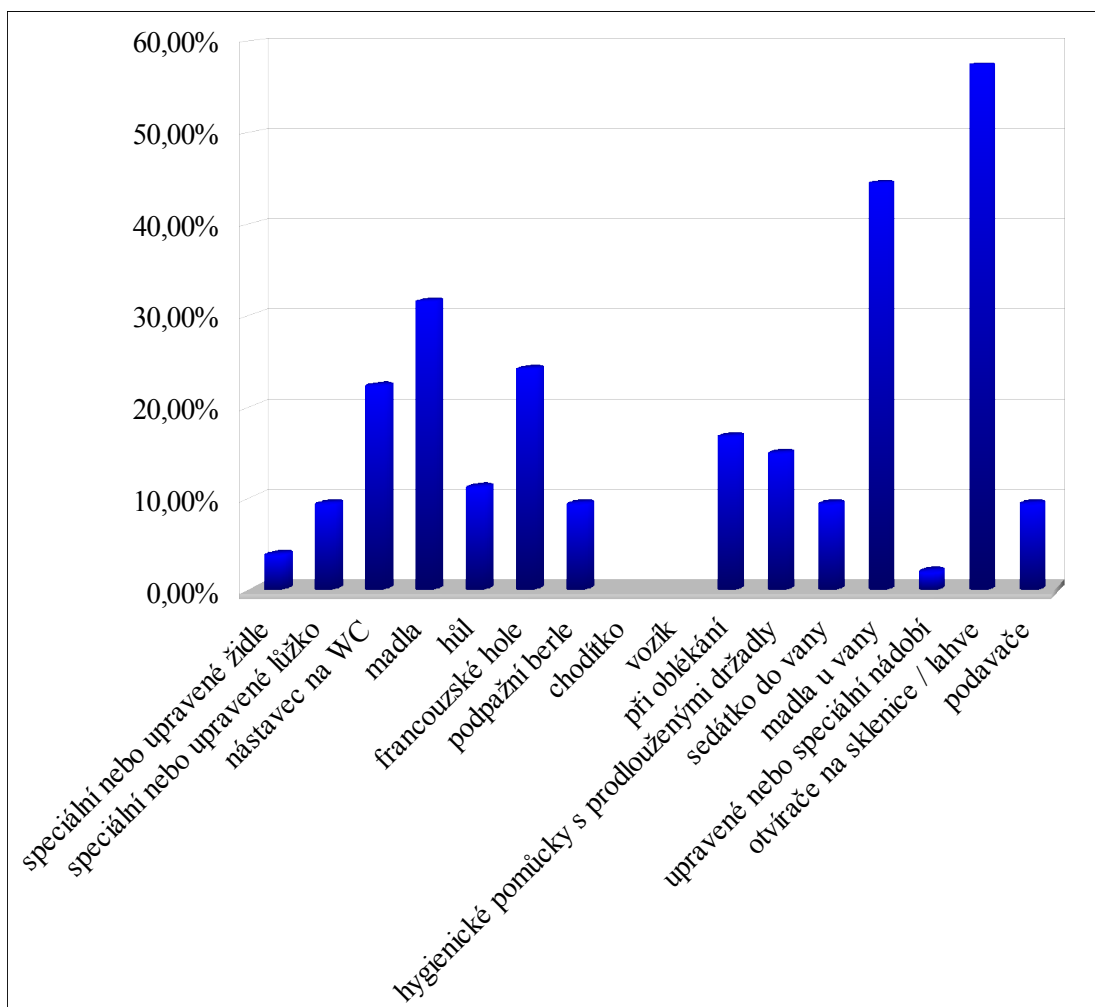
Prakticky využívají svých znalostí téměř tři čtvrtiny pacientů.

2-7 Používáte kompenzační a ortopedické pomůcky ?	otázka dotazníku č. 14	
	počet	%
ano	54	50,94%
ne	52	49,06%
nevyplnilo (pacientů za 107)	1	0,93%



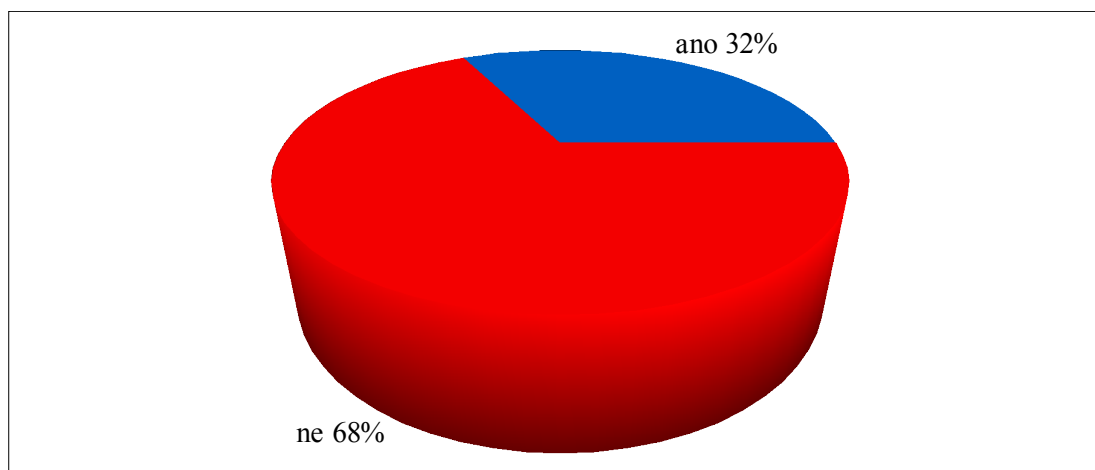
Více než polovina pacientů používá kompenzační pomůcky.

2-8 Pokud používáte kompenzační a ortopedické pomůcky, pak jaké ?	otázka dotazníku č. 14a)	
	počet	%
<b>při vstávání</b>		
speciální nebo upravené židle	2	3,70%
speciální nebo upravené lůžko	5	9,26%
nástavec na WC	12	22,22%
madla	17	31,48%
jiné	0	0,00%
<b>při chůzi / pohybu</b>		
hůl	6	11,11%
francouzské hole	13	24,07%
podpažní berle	5	9,26%
chodítka	0	0,00%
vozik	0	0,00%
jiné (kolo)	1	1,85%
<b>při oblékání</b>		
natahovač punčoch/ponožek, nazouvák, táhlo na zip, háčky na zapínání knoflíků	9	16,67%
<b>při hygieně</b>		
hygienické pomůcky s prodlouženými držadly	8	14,81%
sedátko do vany	5	9,26%
madla u vany	24	44,44%
jiné	0	0,00%
<b>při stravování</b>		
upravené nebo speciální nádoby	1	1,85%
otvírače na sklenice / lahve	31	57,41%
jiné (upravený příbor)	1	1,85%
<b>při běžných domácích činnostech</b>		
podavače	5	9,26%
jiné (stahovač zápěstí, vozík)	3	5,56%



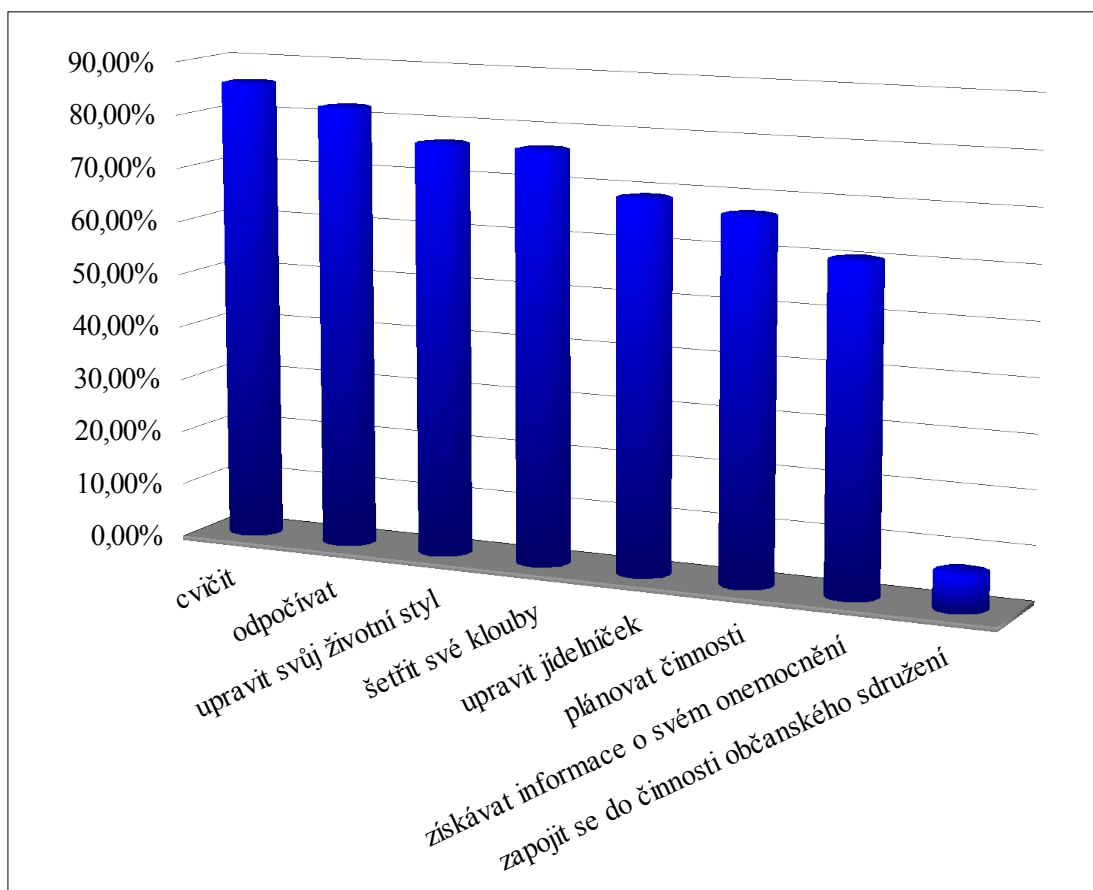
Více než polovina pacientů používá otvírače na sklenice/lahve, asi třetině ulehčují život madla, dále pak nástavce na WC a francouzské hole. Žádný z pacientů nepoužívá chodítko.

2-9 Informoval vás někdo o tom, že se můžete proti únavě poměrně výrazně bránit také sám/a ?	otázka dotazníku č. 16	
	počet	%
ano	34	32,38%
ne	71	67,62%
nevyplnilo (pacientů ze 107)	2	1,87%



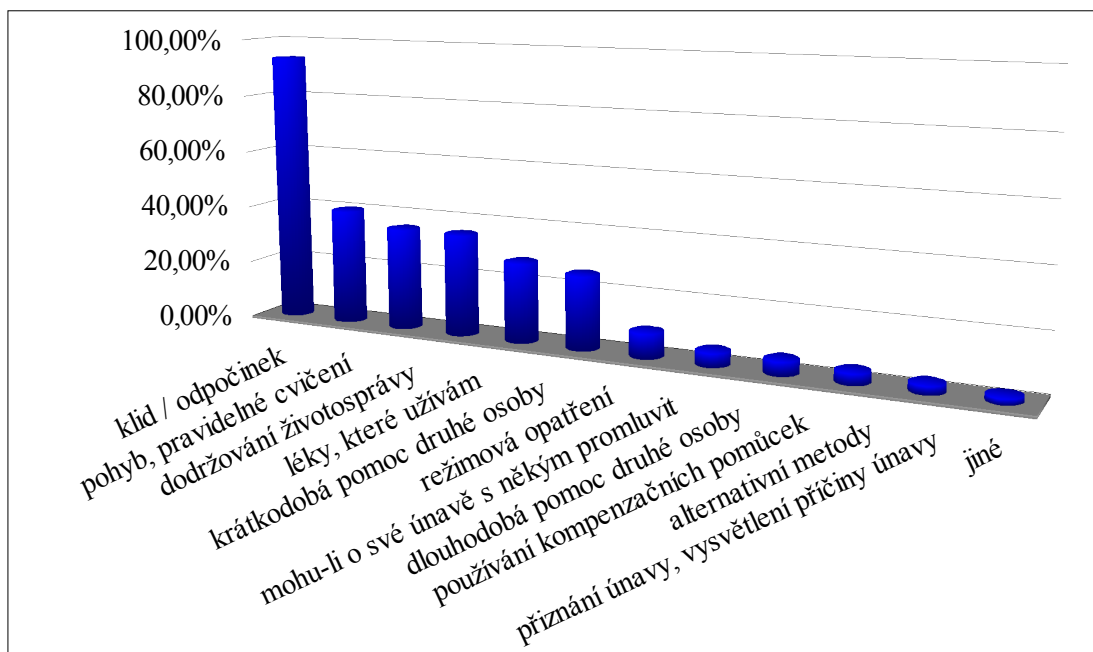
Dvě třetiny pacientů mají pocit, že je nikdo neinformoval o tom, že se proti únavě mohou bránit také sami.

2-10 Víte jak při boji s únavou:	otázka dotazníku č. 18	
	počet	%
cvičit	90	85,71%
odpočívat	87	82,08%
upravit svůj životní styl	81	76,42%
šetřit své klouby	81	76,42%
upravit jídelníček	73	68,87%
plánovat činnosti	71	66,98%
získávat informace o svém onemocnění	64	60,38%
zapojit se do činnosti občanského sdružení	7	6,60%



Více než dvě třetiny pacientů má znalosti o základních režimových opatřeních.

2-11 Co vám proti únavě nejvíce pomáhá ?	otázka dotazníku č. 22	
	počet	%
klid / odpočinek	99	93,40%
pohyb, pravidelné cvičení	42	40,00%
dodržování životosprávy	37	35,24%
léky, které užívám	37	35,24%
krátkodobá pomoc druhé osoby	29	27,62%
režimová opatření	27	25,47%
mohu-li o své únavě s někým promluvit	9	8,57%
dlouhodobá pomoc druhé osoby	5	4,76%
používání kompenzačních pomůcek	5	4,76%
alternativní metody	4	3,81%
přiznání únavy, vysvětlení příčiny únavy	3	2,86%
jiné (příroda, procházky, kontakt s mladými lidmi)	2	1,92%



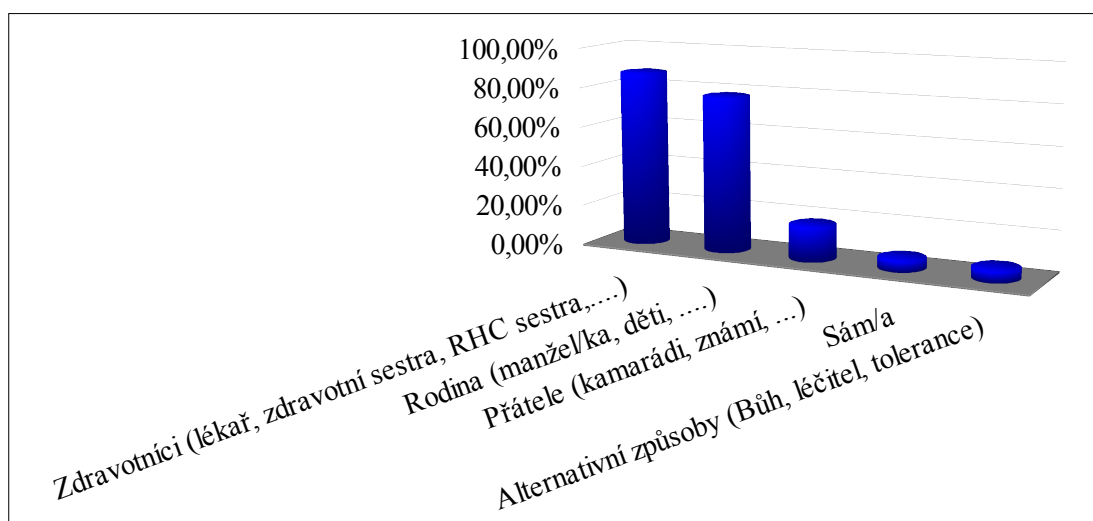
Naprosté většině pacientů pomáhá proti únavě klid, odpočinek. Přibližně třetině pak pomáhají i pohyb, pravidelné cvičení, dodržování životosprávy a léky.

## Výsledky získané k ověření hypotézy H3

### Hypotéza H3

Zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost problému únavy, zatímco rodiny pacientů jsou dostatečnou oporou.

3-1 Kdo vám nejvíce pomohl ?	otázka dotazníku č. 11b)	
Dle okruhů sestavených z položek uvedených pacienty v dotaznících	počet	%
Zdravotníci (lékař, zdravotní sestra, RHC sestra,...)	82	87,23%
Rodina (manžel/ka, děti, ....)	73	77,66%
Přátele (kamarádi, známí, ...)	16	17,02%
Sám/a	5	5,32%
Alternativní způsoby (Bůh, léčitel, tolerance)	5	5,32%



Nejvíce pacientům pomohli zdravotníci a dále rodina.

<b>3-2 Komu jste se svěřil/a se svým problémem s únavou ?</b>	<b>otázka dotazníku č. 9</b>	
	<b>počet</b>	<b>%</b>
člen rodiny	70	89,74%
lékař	70	89,74%
přátelé / známí	42	53,85%
zdravotní sestra	28	35,90%
RHC sestra	20	25,64%
spolupacient	18	23,08%
lidový léčitel	5	6,41%
občanské sdružení	1	1,28%
někdo jiný (v zaměstnání)	2	2,56%

Vyplnilo 78 pacientů - ti, kteří se svěřili se svým problémem s únavou. Se svým problémem s únavou se nejvíce pacienti svěřili členu rodiny a lékaři.

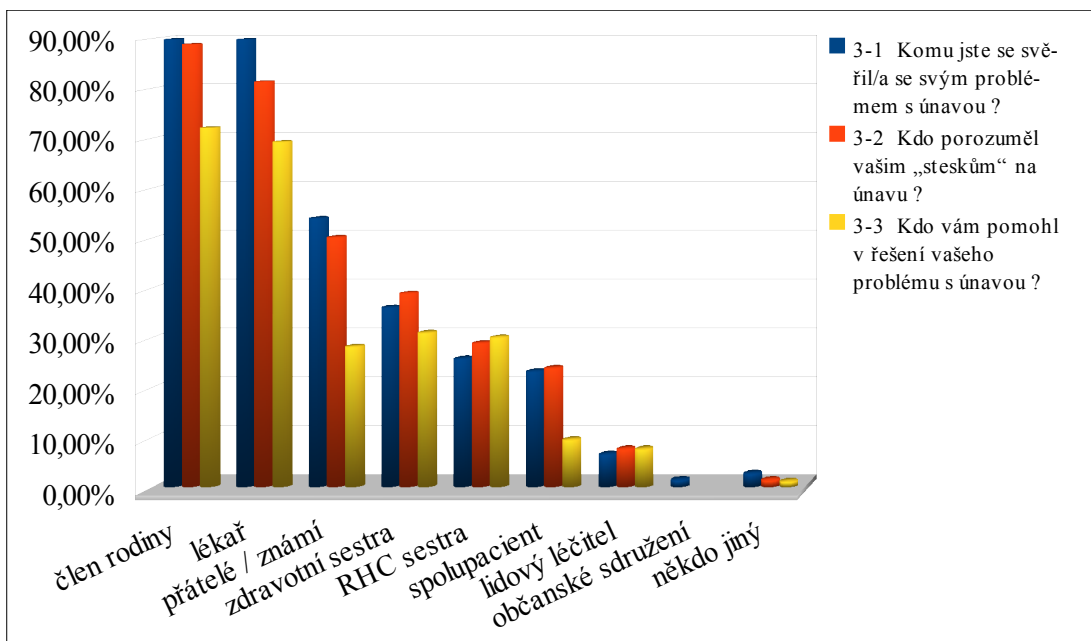
<b>3-3 Kdo porozuměl vašim „steskům“ na únavu ?</b>	<b>otázka dotazníku č. 10</b>	
	<b>počet</b>	<b>%</b>
člen rodiny	71	88,75%
lékař	65	81,25%
přátelé / známí	40	50,00%
zdravotní sestra	31	38,75%
RHC sestra	23	28,75%
spolupacient	19	23,75%
lidový léčitel	6	7,50%
občanské sdružení	0	0,00%
někdo jiný (v zaměstnání)	1	1,25%

Nejvíce pacientovým steskům na únavu porozuměl člen rodiny následovaný lékařem.

<b>3-4 Kdo vám pomohl v řešení vašeho problému s únavou ?</b>	<b>otázka dotazníku č. 11a)</b>	
	<b>počet</b>	<b>%</b>
člen rodiny	77	71,96%
lékař	74	69,16%
přátelé / známí	30	28,04%
zdravotní sestra	33	30,84%
RHC sestra	32	29,91%
spolupacient	10	9,35%
lidový léčitel	8	7,48%
občanské sdružení	0	0,00%
někdo jiný (v zaměstnání)	1	0,93%

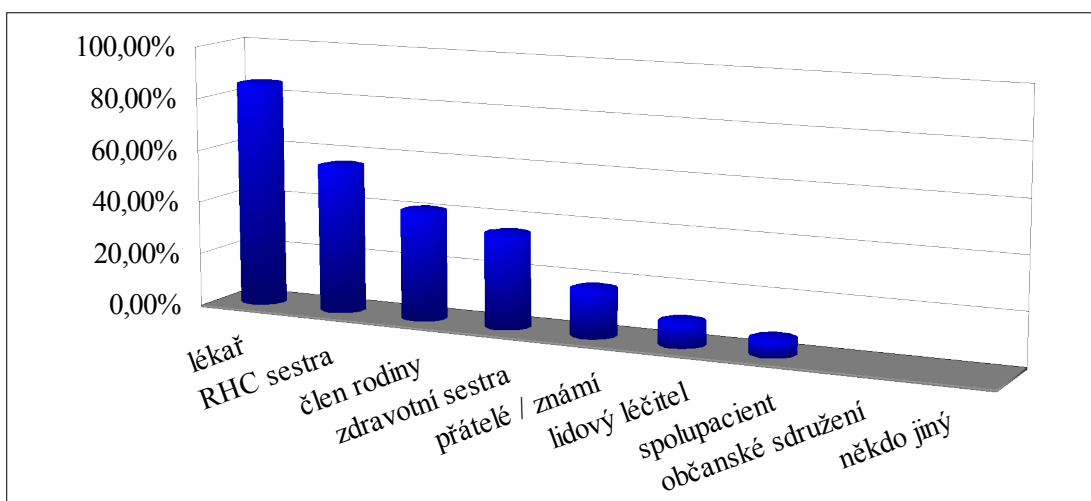
Pacientům pomohl při řešení problému s únavou člen rodiny a dále lékař.





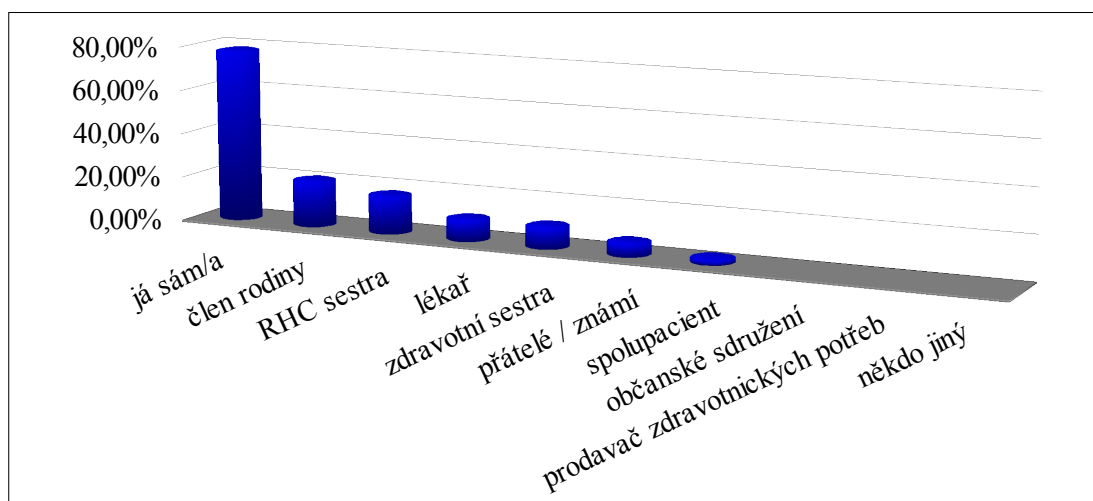
3-5 Informoval vás někdo o tom, že se můžete proti únavě poměrně výrazně bránit také sám/a ?	otázka dotazníku č. 16	
	počet	%
ano	34	32,38%
ne	71	67,62%

3-6 Pokud ano, kdo vám takové informace poskytl ?	otázka dotazníku č. 16	
	počet	%
lékař	29	85,29%
RHC sestra	19	55,88%
člen rodiny	14	41,18%
zdravotní sestra	12	35,29%
přátelé / známí	6	17,65%
lidový léčitel	3	8,82%
spolupacient	2	5,88%
občanské sdružení	0	0,00%
někdo jiný	0	0,00%



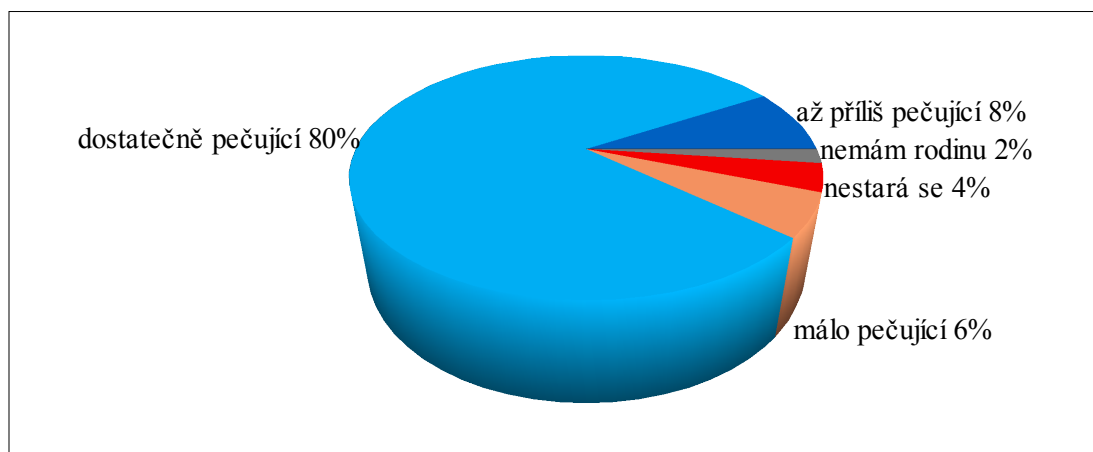
Dvě třetiny pacientů mají pocit, že je nikdo neinformoval o tom, že se proti únavě mohou bránit také sami. Informované třetině pacientů informace poskytl nejčastěji lékař, RHC a zdravotní sestry a také členové rodiny.

3-7 Kdo vás naučil používat kompenzační pomůcky ? (odpovídají pouze ti, kteří je používají)	otázka dotazníku č. 14b)	
	počet	%
já sám/a	42	77,78%
člen rodiny	11	20,37%
RHC sestra	9	16,67%
lékař	5	9,26%
zdravotní sestra	5	9,26%
přátelé / známí	3	5,56%
spolupacient	1	1,85%
občanské sdružení	0	0,00%
prodavač zdravotnických potřeb	0	0,00%
někdo jiný	0	0,00%



Nejčastěji se pacienti naučili používat kompenzační pomůcky sami.

3-8 Myslíte si, že vaše rodina je při zvládnání vašeho problému s únavou:	otázka dotazníku č. 12	
	počet	%
až příliš pečující	9	8,49%
dostatečně pečující	85	80,19%
málo pečující	6	5,66%
nestará se	4	3,77%
nemám rodinu	2	1,89%
nevyplnilo (pacientů ze 107)	1	0,93%



80% pacientů vnímá svou rodinu jako dostatečně pečující.

## 4 Diskuse

Předložená diplomová práce se zabývá únavou u revmatických pacientů. Předmětem diskuse je zhodnocení výsledků a potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Hlavním cílem práce bylo zmapovat únavu v revmatologii, dále zjistit postoj pacientů k únavě, míru jejich informovanosti a přístup zdravotníků a rodiny k tomuto problému. V závěru teoretické části je nastíněna úloha sestry v revmatologii a zdůrazněn význam edukace pacientů s revmatickým onemocněním. V empirické části jsou prezentovány výsledky výzkumu, které byly získány rozborem dokumentace pacientů a dotazníkem vlastní konstrukce.

Výzkum probíhal od ledna do května 2007 na ambulantních pracovištích ve spolupráci se sestrami Krajské nemocnice v Liberci a Revmatologického ústavu v Praze. Zařazeni byli pouze ambulantní pacienti s diagnózami typickými doprovodnou únavou, u kterých se předpokládalo, že nebudou mít výrazné akutní obtíže a budou již určitou dobu s problematikou obeznámeni. Celkem bylo osloveno 120 respondentů, 66 v Praze a 54 v Liberci. Z toho 87 žen a 33 mužů o věkovém průměru 53 let. Nejčastější diagnózou dotazovaných byla revmatoidní artritida (69%), dále ankylozující spondylartritida (9%), lupus erytematodes (7%), artróza (6%). Četnost počtu dalších diagnóz nepřesáhla 3. Porovnání únavy mezi pacienty s různými diagnózami nebylo možné, neboť ve vzorku respondentů výrazně převládla revmatoidní artritida. Ze základní charakteristiky vzorku můžeme potvrdit i známou skutečnost, že revmatoidní artritida je častý problém žen v 5. dekádě života. Průměrná délka péče u odborného lékaře, revmatologa, byla 10,5 roku. Většina (89%) pacientů byla soběstačná nebo potřebovala jen minimální pomoc. Mezi skupinami oslovených pacientů v Praze a v Liberci nebyly výrazné rozdíly, a proto v dalším zpracování výsledků výzkumu tyto skupiny nerozlišuji. I když se některé rozdíly předpokládaly především v přístupu a zapojení do občanských sdružení.

Na základě stanovených cílů byly formulovány 3 hypotézy.

Hypotéza H1

*Revmatičtí pacienti vnímají únavu jako dlouhodobý a každodenní problém, který je svázán s jejich diagnózou a výrazně zasahuje do jejich všedního života.*

*Hypotéza se potvrdila.*

Pocit únavy a vyčerpání mělo 89% oslovených. Denně se s únavou potýkalo 32%. Pouze 13 pacientů ze 120 uvedlo, že tento pocit nemá. Od nich nebyly další informace získávány. Srovnáním menší studie předcházející Arthritis research campaign s výsledky empirické části této práce nevykazuje výrazné rozdíly. Zahraniční studie poukazuje na zkušenost s únavou u 90% pacientů trpících revmatoidní artritidou a na to, že tuto obtíž pociťuje denně 40% dotázaných.

Vazbu únavy s revmatickým onemocněním plně, nebo částečně, potvrdilo 79% respondentů. Ve výčtu obtíží nejvíce zvyšovalo únavu právě revmatické onemocnění, dále to byla bolest, jiné onemocnění, které často vede k celkovému zhoršení stavu, počasí, fyzická činnost a nedostatek spánku. V mnohém se zde promítly nejčastější příčiny únavy popsané již v teoretické části.

Únavu jako problém vnímali pacienti průměrně 7,9 let. Ze srovnání tohoto údaje s průměrnou délkou doby v péči revmatologa 10,5 roku vyplývá, že si 57% pacientů únavu uvědomuje kratší dobu, než po kterou jsou léčeni odborníkem. To ukazuje na únavu jako příznak, který je na začátku onemocnění vnímán, ale jako problém je chápán až později, kdy se stává jednou z dominujících obtíží. Nástup únavy se liší podle doby, po kterou byli pacienti v péči revmatologa. Ve skupině respondentů léčených 10 let a méně, v níž se vyskytla nadpoloviční většina pacientů, byl nástup únavy necelý rok od zahájení péče revmatologa. Dále se ukázalo, že v mladším věku převažuje únava, která se vyskytuje několikrát v týdnu, později nastupuje denní únava. Neustálá únava si našla pacienty v každém věku. Ze 65% převládala kolísavá tendence únavy. Aktuální stav únavy, který pacienti vyznačili v dotazníku, se pohyboval průměrně ve středních hodnotách, a proto se nedomnívám, že by jejich momentální stav únavy výrazně ovlivnil vyplnění dotazníku. Únava se ve výčtu nejběžnějších obtíží umístila na čtvrtém místě. V pořadí jako první se ukázala bolest, následovaná omezenou hybností a ztuhlostí kloubů, které spolu úzce souvisejí. Respondenti uvedli bolest a únavu shodně, a to 94krát, rozdíl byl pouze v pořadí. Pacienty nejčastěji únava omezuje v běžném životě (66%), v péči o domácnost (44%), sportu, zájmové činnosti (43%), zaměstnání (34%). Ve srovnání žen a mužů se ukázala stejná omezení v denních činnostech. Muže více únava omezovala v péči o domácnost, ve sportu, zájmové činnosti, intimním životě. Ženy cítily omezení v zaměstnání, společenském životě, udržování vlastní soběstačnosti, v péči o rodinu. Na první pohled může být zarážející, že v péči o domácnost omezovala únava spíše muže. Ze zkušenosti však víme, že muži často přebírají úlohy v domácnosti, jsou-li nějak omezeni v pracovním životě.

#### Hypotéza H2

*Více než 2/3 pacientů mají pocit nedostatečné informovanosti o únavě a možnostech jejího řešení, a proto sami aktivně informace vyhledávají.*

*Hypotéza se potvrdila jen částečně, pocit nedostatečné informovanosti mělo 58%, samo aktivně vyhledávalo informace jen 38% respondentů.*

Pocit celkové nedostatečné informovanosti udává 58% respondentů a 68% nemá konkrétní povědomí, jak by proti únavě mohli sami bojovat. Pacienti měli určité tendence získávat další informace sami. Tři čtvrtiny z nich se někomu svěřily, zbývající čtvrtina chtěla z 55% zvládnout situaci sama. Z celkového počtu respondentů aktivně vyhledávalo údaje o únavě pouze 38%, dvě třetiny z nich nejčastěji v odborné literatuře. Svých znalostí plně využívá čtvrtina a částečně polovina pacientů. Ortopedické a kompenzační pomůcky používá

51% oslovených. Nejčastěji uvádějí otvírač na lahve, madla v koupelně a na WC. Určitě se zde projevil i celkový stav respondentů, kdy je většina z nich soběstačná, nebo potřebuje jen minimální dopomoc. Ukázalo se ale, že 86% oslovených ví, jak cvičit, 82% umí odpočívat, 76% má povědomí, jak šetřit své klouby a upravit svůj jídelníček. Drtivá většina pacientů si je vědoma toho, co jim nejvíce pomáhá při boji s únavou. Na prvních místech se umístil klid, odpočinek, pohyb, pravidelné cvičení, dodržování životosprávy a léky. K tomu musí mít patřičné informace. To ukazuje na subjektivitu pocitu informovanosti a individualitu potřeb jedince. Je pravdou, že mnohé edukace probíhají nenásilnou formou během rozhovoru a pacienti si ani nemusí uvědomit, že jsou poučováni. Proto se domnívám, že tak vysoké procento respondentů má pocit nedostatečných informací.

### Hypotéza H3

*Zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost problému únavy, zatímco rodiny pacientů jsou dostatečnou oporou.*

*Hypotéza se potvrdila jen částečně, protože 87% respondentů uvedlo, že jim právě zdravotníci nejvíce pomohli při zvládnání únavy.*

Na základě zkušeností z praxe nebyl takto pozitivní výsledek pro zdravotníky očekáván. Rozbor dokumentace a výsledky dotazníkového šetření poukázaly na skutečnost, že únava je jako problém řešena, ale jako ošetrovatelská diagnóza není zaznamenávána. Prostudováním 94 chorobopisů se našlo pouze 9 ošetrovatelských záznamů týkajících se únavy.

87% respondentů uvádí na prvním místě zdravotníky jako osoby, které jim nejvíce pomohly při zvládnání únavy. Z nich na prvním místě lékaři (69%), dále zdravotní sestry (31%) a rehabilitační sestry (30%). Při porovnání aspektů, komu se pacient svěřil, kdo mu porozuměl a kdo pomohl, se objevil lékař na druhém místě za členem rodiny. Je faktem, že u zdravotní sestry byl pozitivní nárůst v položce porozumění. Zdravotní sestra se zde projevila jako empatická. Rehabilitační sestře se pacienti ze všech zdravotníků svěřovali nejméně, ale dostalo se jim od ní více pomoci při zvládnání únavy. Pozitivně v tomto ohledu působí i fakt, že rehabilitační sestra má na konkrétního pacienta vyměřen určitý čas a věnuje se pouze jemu.

Pokud někdo poučil pacienta, že se může proti únavě bránit sám, objevil se na prvních místech opět lékař, tentokrát společně s rehabilitační sestrou. Kompenzační a ortopedické pomůcky se naučili používat pacienti převážně sami. Je zarážející, že se ani v jednom případě neprojevila aktivita prodávače zdravotnických potřeb. Může to být ale i skladbou nejvíce používaných pomůcek.

Rodiny pacientů byly označeny v 80% jako dostatečně pečující. Rodinní příslušníci jsou ti, kterým se nejčastěji jejich blízcí svěřují, ti, kteří porozumějí a nejvíce pomohou. Zde se ukazuje, jak moc je důležitá psychická podpora nejbližších. Proto je rodina uváděna na předních místech.

Je překvapující, jak malou úlohu při řešení problému s únavou mají občanská sdružení. Příčiny mohou být různé, a to jak na straně zdravotníků, např. malá propagace, tak na straně pacienta. Je pravdou, že ambulantní léčbu v Revmatologickém ústavu v Praze absolvuje i řada pacientů z celé republiky. Pro ně může být cesta a další aktivity spojené s návštěvou lékaře zatěžující až stresující situací, která snižuje jejich schopnost vnímat nové informace.

## 5 Závěr

Tématem mé diplomové práce je únava u pacientů s revmatickým onemocněním. Stanovila jsem si tyto základní cíle: zhodnotit problém únavy, zjistit postoj pacientů k únavě, míru jejich informovanosti a přístup zdravotníků a rodiny k uvedenému problému. Jsem si vědoma, že tyto cíle neobsahují, ani nemohou obsáhnout, celou šíři tohoto tématu.

Jedná se o teoreticko-empirickou práci. Ke zjištění potřebných dat byl použit rozbor dokumentace a dotazník vlastní konstrukce. Respondenti byli osloveni ve spolupráci se sestrami v ambulantních částech Krajské nemocnice v Liberci a Revmatologického ústavu v Praze. Celkem bylo ochotno spolupracovat 120 respondentů, 66 v Praze a 54 v Liberci. Z toho bylo 87 žen a 33 mužů s věkovým průměrem 53 let. Převažující diagnózou u dotazovaných byla revmatoidní artritida. Průměrná délka péče odborného lékaře, revmatologa, byla 10,5 roku. Téměř 90% pacientů bylo soběstačných, nebo potřebovali jen minimální dopomoc.

Na základě cílů diplomové práce byly stanoveny tři hypotézy.

*H1: Revmatictí pacienti vnímají únavu jako dlouhodobý a každodenní problém, který je svázán s jejich diagnózou a výrazně zasahuje do jejich všedního života.*

*H2: Více než 2/3 pacientů mají pocit nedostatečné informovanosti o únavě a možnostech jejího řešení, a proto sami aktivně informace vyhledávají.*

*H3: Zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost problému únavy, zatímco rodiny pacientů jsou dostatečnou oporou.*

Ukázalo se, že únava je vnímána po celou dobu onemocnění. Výraznou obtíž se ale stává až po určité době. V rozmezí léčby trvající do 10 let, v níž se vyskytla nadpoloviční většina pacientů, byl nástup únavy necelý rok po zahájení odborné péče. Pacienti viděli souvislost své únavy s revmatickým onemocněním. Nejvíce je omezovala v běžném životě.

Při hodnocení druhé hypotézy vznikl rozpor mezi pocitem informovanosti pacienta a jeho skutečnými znalostmi. Pacient potvrzoval určité dovednosti, které by bez znalostí jen těžko prováděl. Z toho vyplývá, že si pacienti pak nejsou prováděné edukace plně vědomi. Sami nové poznatky většinou nehledali a nikdo z nich nebyl zapojen do občanského sdružení. Svůj problém ale chtěli řešit, svěřovali se a většina se snažila svých znalostí využívat i prakticky.

Prokázalo se, že zdravotníci a rodinní příslušníci jsou největší oporou pacientů v boji proti únavě. Výsledky rozboru dokumentace ukázaly, že zdravotní sestra únavu nedokumentuje, i když tento problém chápe a podílí se na jeho řešení. 80% pacientů mělo rodinu dostatečně pečující.

Jsem si vědoma, že tato práce neobsáhla celou problematiku únavy v revmatologii a výzkumný vzorek je příliš malý pro jednoznačné závěry. Věřím však, že alespoň z části poukázal na problematiku únavy v revmatologii.

Na základě zjištěných výsledků navrhuji věnovat se v dalším výzkumu formě a rozsahu edukace, porovnat dvě skupiny pacientů, edukované a kontrolní. Přínosné by mohlo být i zmapování konkrétně prováděné edukace pacientů v ambulantní péči. Zajímavé by bylo i podobné šetření s vyšším počtem respondentů, kteří jsou méně soběstační a více závislí na pomoci druhých. Předmětem výzkumu by se mohla stát i úloha a dostupnost občanských sdružení.

**Pro zlepšení současné situace navrhuji následná opatření.**

- Vytvořit standardizované postupy edukace v revmatologii.
- Poskytovat edukaci individualizovaně.
- Vytvořit edukační list, který by mohl pomoci pacientům lépe si uvědomit aktivity, které jsou pro zmírnění únavy prospěšné. Zdravotník by měl pak čím podložit svou edukaci a více by pomýšlel na tento problém.
- Zvážit funkci sestry vyčleněné pouze pro edukaci pacientů.
- Klást větší důraz na problematiku únavy u vybraných revmatologických onemocnění v pregraduálním vzdělávání sester.
- V rámci postgraduálního vzdělávání umožnit sestřím specializaci v revmatologii.



## 6 Seznam literatury

1. CIKÁNKOVÁ, V. Co by měl vědět – revmatik. Sestra, 2001, roč. 11, č. 7-8, s. 46-47. ISSN 1210-0404.
2. CIKÁNKOVÁ, V. Rehabilitační ošetřování nemocných s chorobami pohybového ústrojí. Sestra, tématický sešit revmatologie, č. 3, s. 8-10, 1999.
3. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 1996 ISBN 80-7169-294-8.
4. DOHERTY, M., DOHERTY, J. Klinické vyšetření v revmatologii. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-538-6.
5. HILL, J. Rheumatology Nursing. London: Churchill Livingstone 1998. ISBN 0 443 05792 3.
6. HILL, J. Lehrbuch rheumatologische Pflege. Bern: Huber, 2005. ISBN 3-456-83406-3.
7. HORČIČKA, V. Revmatologie - minimum pro praxi. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-056-4.
8. JONÁŠ, J. Únava. Přírodní léčení. Praha: Remat, 1998. ISBN 80-901519-3-0.
9. ISENBERG, A., D.; MADDISON, P., J.; WOO, P.; GLASS, D.; BRUDVELD, F., C. Oxford textbook of rheumatology. Third edition, 2004. ISBN 0 198 50948 0.
10. KÁBRT, J., KÁBRT, J., jr. Lexicon Medicum. Praha: Galén 1995. ISBN 80-85824-10-8.
11. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8
12. KORANDOVÁ, J. Co přinesl 6. výroční EULAR kongres. Sestra, 2005, roč. 15, č. 11, s. 49. ISSN 1210-0404.
13. KORANDOVÁ, J. Edukace revmatologického pacienta. Sestra, 1998, roč. 8, č. 3, s. 19.
14. KORANDOVÁ, J. Edukační program v revmatologii. Sestra, 2000, roč. 10, č. 9, s. 3. ISSN 1210-0404.
15. KORANDOVÁ, J. Jak může vypadat spolupráce zdravotníků s pacienty ? Zdravotnické noviny, 2003, roč. 52, č. 9, s. 6-7. ISSN 0044-1996.
16. KORANDOVÁ, J. Práce sestry v revmatologii. Sestra, 1997, roč. 7, č. 5, s. 6-8.
17. KORANDOVÁ, J. Psychologické aspekty ošetřování pacientů s revmatickým onemocněním. Sestra, 2001, roč. 11, č. 7-8, s. 45-46. ISSN 1210-0404.
18. KORANDOVÁ, J., BARDFELD, R. Revmatické choroby, občanská sdružení našich revmatiků, manifest pro třetí milénium, dekáda kostí a kloubů, program pacient partnerem a co dál...? Česká revmatologie, 2001, roč. 9, č. 1, s. 32-34. ISSN 1210-7905.

19. KORANDOVÁ, J. Revmatologie v geriatrii. Florence, 2006, roč. 2, č. 5, s. 29-32. ISSN 1801464x
20. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
21. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize. Praha: Svoboda a. s., 1993.
22. NOUZA, M. Únava a únavové stavy I. Praktický lékař, roč. 83, č. 8, s. 436 – 438, 2003.
23. NOUZA, M. Únava a únavové stavy II. Praktický lékař, roč. 83, č. 9, s. 498 - 501, 2003.
24. NOUZA, M. Únava známá a neznámá. Praha: Centrum péče o nemocné a chronickým únavovým syndromem, systémovými chorobami a dalšími poruchami imunity při Klinice MUDr. J. Svobody, 1999.
25. NOUZA, M., SVOBODA, J. Chronický únavový syndrom v otázkách a odpovědích. Praha: Centrum péče o nemocné a chronickým únavovým syndromem, systémovými chorobami a dalšími poruchami imunity při Klinice MUDr. J. Svobody, 1996.
26. O'CONNOR, M., ARANDA S. Paliativní péče (pro sestry všech oborů). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
27. PAVELKA, K. a kol. Pokroky v revmatologii. Všeň: Alter, 1996. ISBN 80-85775-42-5
28. PAVELKA, K. Revmatologie. Vnitřní lékařství, svazek VII. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-145-9.
29. PAVELKA, K.; ROVENSKÝ, J. a kol. Klinická revmatologie. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-174-2.
30. PONĚICKÝ, J.; KAČINETZOVÁ, A. Chronická únava. I. Svalový revmatismus. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-319-9.
31. RYCHLÍKOVÁ, E. Aby klouby nebolely. Zdravý pohyb v každém věku. Sdružení MAC, s.r.o., 1997. ISBN 80-86015-18-1.
32. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
33. TRNAVSKÝ, K., DOSTÁL, C. a kol. Klinická revmatologie. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0038-5.
34. TRNAVSKÝ, K. a kol. Léčebná péče v revmatologii. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-030-9.
35. TROJAN, S. a kol. Fyziologie. Učebnice pro lékařské fakulty. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-027-87.
36. VODVÁŘKA, P. Únava při onemocnění zhoubnými nádory. Radioterapeutická klinika Fakultní nemocnice Ostrava, edukační materiál.

37. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-270-1.

**Internetové odkazy:**

38. Anémie - únava. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.anemie-unava.cz/cojeunava.html>> [cit. 5. ledna 2008].
39. Arthritis Research Campaign. Arthritis information. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.arc.org.uk/arthinfo/patpubs/6269/6269.asp>> [cit. 15. ledna 2008].
40. Arthritis Research Campaign. Bristol rheumatoid arthritis patients in new fatigue trial. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.arc.org.uk/news/pressreleases/17340.asp> Bristol> [cit. 15. ledna 2008].
41. Klub Bechtěreviků. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.klub-bechterevidu.com>> [cit. 22. února 2008].
42. Revmatologie, studijní materiál, 3. lékařská fakulta UK. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie>> [cit. 8. dubna 2007].
43. Masarykův onkologický ústav v Brně, chronická únava. [online]. Dostupné na WWW: <[http://www.mou.cz/mou/section\\_show.jsp?s=1107&selIdDoc=606](http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=1107&selIdDoc=606)> [cit. 5. ledna 2008].
44. Nadační fond Impuls, únava. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.multiplesclerosis.cz/clanek/unava.html>> [cit. 28. ledna 2008].
45. Revmaliga. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.revma.cz/liga>> [cit. 22. února 2008].
46. Když únava hlásí stop. [online]. Dostupné na WWW: <<http://schlankheit.blog.cz/0801/kdyz-unava-hlasi-stop>> [cit. 28. ledna 2008].
47. Slovník, česko-německý a německo český. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.seznam.cz>> [cit. 15. dubna 2008].

## 7 Seznam zkratek

ACLA	antikardiolipidové protilátky
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
ANA	antinukleární protilátka
AST	aspartátaminotransferáza
APLA	antifosfolipidové protilátky
ARA	Americká revmatologická asociace
ASLO	antistreptolysin O
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
EBV	virus Epstein-Barrové
Ca	vápník
CFS	chronic fatigue syndrome
CFIDS	chronic fatigue and immune dysfunction syndrome
CIK	cirkulující imunokomplex
CK	kreatinkináza
CMV	cytomegalovirus
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DM	dermatomyozitida
DNA	deoxyribonucleic acid
EEG	elektroencefalograf
EKG	elektrokardiograf
ELFO bílkovin	elektroforéza bílkovin
EMG	elektromyograf
ENA	extrahovatelný nukleární antigen
FM	fibromyalgie
FW	sedimentace erytrocytů podle Fahraeuse a Westergrena
GIT	gastrointestinální trakt
HAQ	health assessment questionnaire
HBV	virus hepatitidy B
HIV	human immunodeficiency virus
HLA	antigeny skupiny A lidských leukocytů (human leukocyte antigens)
IZM	idiopatické zánětlivé myopatie
KO	krevní obraz
LAS	lineární analogová škála
LD	laktátdehydrogenáza
MCS	multiple chemical sensitivity
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MR	magnetická rezonance
OA	osteoartróza
P	fosfor
PM	polymyozitida
PWS	Persian gulf war syndrome
QOL	Quality of Life
RA	revmatoidní artritida
RF	revmatoidní faktor
RTG	rentgen
SAA	sérový amyloidový protein
SBS	sick building syndrome
SF-36	short form subject questionnaire 36
SLE	systemový lupus erytematodes
USA	United states of America
VAS	vizuální analogová škála
WC	water closet

## **8 Seznam příloh**

Příloha č. 1 Členění revmatických onemocnění dle Pavelky

Příloha č. 2 Klasifikace únavy při nádorovém onemocnění

Příloha č. 3 Holmesova kritéria syndromu chronické únavy

Příloha č. 4 Winninghamová, teorie únavy

Příloha č. 5 Příklad subjektivního hodnocení únavy.

Příloha č. 6 Obecný vyšetřovací a léčebný postup únavy

Příloha č. 7 Ukázky kompenzačních pomůcek

Příloha č. 8 Dotazník vlastní konstrukce

# 9 Přílohy

## Příloha č. 1 Členění revmatických onemocnění dle Pavelky (28)

<b>1. Zánětlivá revmatická onemocnění</b>	
a) revmatoidní artritida	
b) systémová onemocnění pojiva	
	- systémový lupus erytematodes
	- systémová skleróza
	- polymyozitida – dermatomyozitida
	- vaskulitidy
	- Sjögrenův syndrom
c) spondylartritidy	
	- ankylozující spondylitida
	- psoriatická artritida
	- reaktivní artritidy
	- enteropatické artritidy
<b>2. Degenerativní kloubní onemocnění</b>	
osteoartróza	
	- lokalizovaná
	- generalizovaná
<b>3. Metabolická kostně-kloubní onemocnění</b>	
2. krystalické artropatie	
3. osteoporóza, osteomalacie	
<b>4. Mimokloubní revmatismus</b>	
a) lokální	
	- juxtaartikulární ( léze šlach, tendinitidy, burzitidy)
	- diskopatie
	- idiopatická bolest v zádech
b) celkový (fibromyalgie)	
<b>5. Septické artritidy</b>	
2. bakteriální	
3. virové	
4. mykotické	
5. parazitární	
<b>6. Další</b>	
a) nádory a paraneoplastické syndromy	
b) kloubní projevy při endokrinopatiích	
c) neurovaskulární projevy (útlakové syndromy atd.)	
d) avaskulární osteonekróza	
e) kloubní projevy při krvácivých onemocněních	
f) amyloidóza	
g) sarkoidóza	

## Příloha č. 2 Klasifikace únavy při nádorovém onemocnění

Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-10, nevolnost a únava – R 53 (21).

### **R53** Nevolnost a únava

Asténie NS

Slabost:

- . NS
- . chronická
- . nervová

Celkové zhoršení fyzického stavu

Letargie

Unavenost

*Nepatří sem: slabost:*

. vrozená (P96.9)

. stařecká (R54)

*vyčerpání a únava (způsobená) (v):*

. bojem (F43.0)

. nadměrným vynaložením sil (T73.3)

. polohou (T73.2)

. horkem (T67.-)

. neurasténii (F48.0)

. těhotenství (O26.8)

. senilní asténii (R54)

. únavový syndrom (F48.0)

. poviřový (G93.3)

#### **ICD-10 kritérií únavy při nádorovém onemocnění (26)**

*O únavě hovoříme když:*

**A** – Následující příznaky se vyskytují každý den nebo téměř každý den v průběhu dvou po sobě jdoucích týdnů.

*Výrazná únava, úbytek energie nebo zvýšená potřeba odpočinku, které neodpovídají zvýšené aktivitě, plus 5 nebo více z těchto faktorů:*

- . pacient si stěžuje na povšechnou slabost nebo těžké nohy
- . snížená koncentrace nebo pozornost
- . snížená motivace nebo zájem zapojit se do neobvyklých aktivit
- . insomnie nebo hypersomnie
- . spánek který nepřináší osvěžení nebo nové síly
- . pacient má pocit, že musí bojovat, aby nebyl nečinný
- . zvýšená náladovost (smutek, frustrace, podrážděnost)
- . obtíže při dokončení každodenních činností z důvodu pocitu únavy
- . pacient má pocit, že se mu horší krátkodobá paměť
- . únava která přetrvává několik hodin po zátěži

**B** – Příznaky způsobují klinicky významný distress nebo narušují sociální život, zaměstnání a další oblasti pacientova života.

**C** – Z anamnézy, fyzikálního vyšetření nebo laboratorních výsledků je zřejmé, že příznaky jsou důsledkem nádorového onemocnění a nebo protinádorové léčby.

**D** – Příznaky nejsou primárně příznakem psychiatrického onemocnění, jako je těžká deprese, somatoformní poruchy, somatizační porucha nebo delirium.

*(Portenoy, Itri, 1999)*

### **Příloha č. 3 Holmesova kritéria syndromu chronické únavy (23, 30)**

Podle Holmesa (1988) jsou kritéria syndromu chronické únavy:

- A. Dvě hlavní, která musí splňovat každý pacient.
- B. Jedenáct symptomatických kritérií. (Jsou to údaje pacienta o obtížích, které pociťuje, jako subjektivní stesky, které lze těžko dokázat i vyvrátit.)
- C. Tři fyzikální kritéria (Objektivní změny na těle pacient, které lékař zjistí při vyšetřování.)

#### **A. Hlavní kritéria**

1. Prvním kritériem je náhle vzniklá a vracející se únava, dříve se nevyskytující a způsobující více než 50% snížení předešlé aktivity, trvající déle než 6 měsíců.
2. Druhým kritériem je vyloučení známých stavů, které se mohou vyznačovat nadměrnou únavou:

- Nádorová onemocnění
- Anémie
- Chronické infekce (Lymfská borelioza, toxoplazmóza, tuberkulóza, parazitární houbové a plísňové infekce)
- Snížená činnost štítné žlázy
- Onemocnění nadledvinek, hypofýzy
- Cukrovka
- Roztroušená skleróza
- Zánětlivé onemocnění svalů
- Zánětlivé revmatické choroby
- Lékové závislosti
- Chronické postižení jater, ledvin
- Krevní choroby
- Postižení srdce a plic
- Psychiatrické nemoci, jako endogenní deprese, neurózy, schizofrenie, hysterie

#### **B. Symptomová kritéria**

- Zvýšená teplota (37,3 – 38 °C)
- Bolesti v krku
- Bolestivost a lehké zduření krčních a podpažních lymfatických uzlin
- Generalizovaná únava svalů
- Bolesti ve svalech
- Protrahovaná únava po námaze, dříve dobře tolerované
- Bolesti kloubů bez známek zarudnutí
- Bolesti hlavy
- Neuropsychické poruchy (špatné soustředění, světloplachost, poruchy paměti, deprese, předrážděnost)
- Poruchy spánku (spavost, špatné usínání, buzení se)
- Rozvoj příznaků během několika hodin až dnů

#### **C. Fyzikální kritéria**

- Teplota naměřená v ústech, tj. objektivně zjištěná 37,3 až 38,6 °C
- Neexudativní faryngitida (neboli zánět nosohltanu)
- Hmatné a citlivé lymfatické uzliny kolem kývačů na krku nebo v podpažní jamce (uzliny větší než 2 cm v průměru svědčí pro jiné onemocnění)

#### **Hodnocení kritérií**

Při chronickém únavovém syndromu musí být pozitivní dvě hlavní kritéria, 6 z 11 symptomových a 2 ze 3 fyzikálních.

Pokud nejsou k dispozici fyzikální kritéria, musí být z 11 symptomových kritérií přítomno 8. Symptomová kritéria jsou obtíže vnímané nemocným. Zaznamenání těchto subjektivních údajů v dokumentaci může být naopak zkresleno pohledem lékaře.



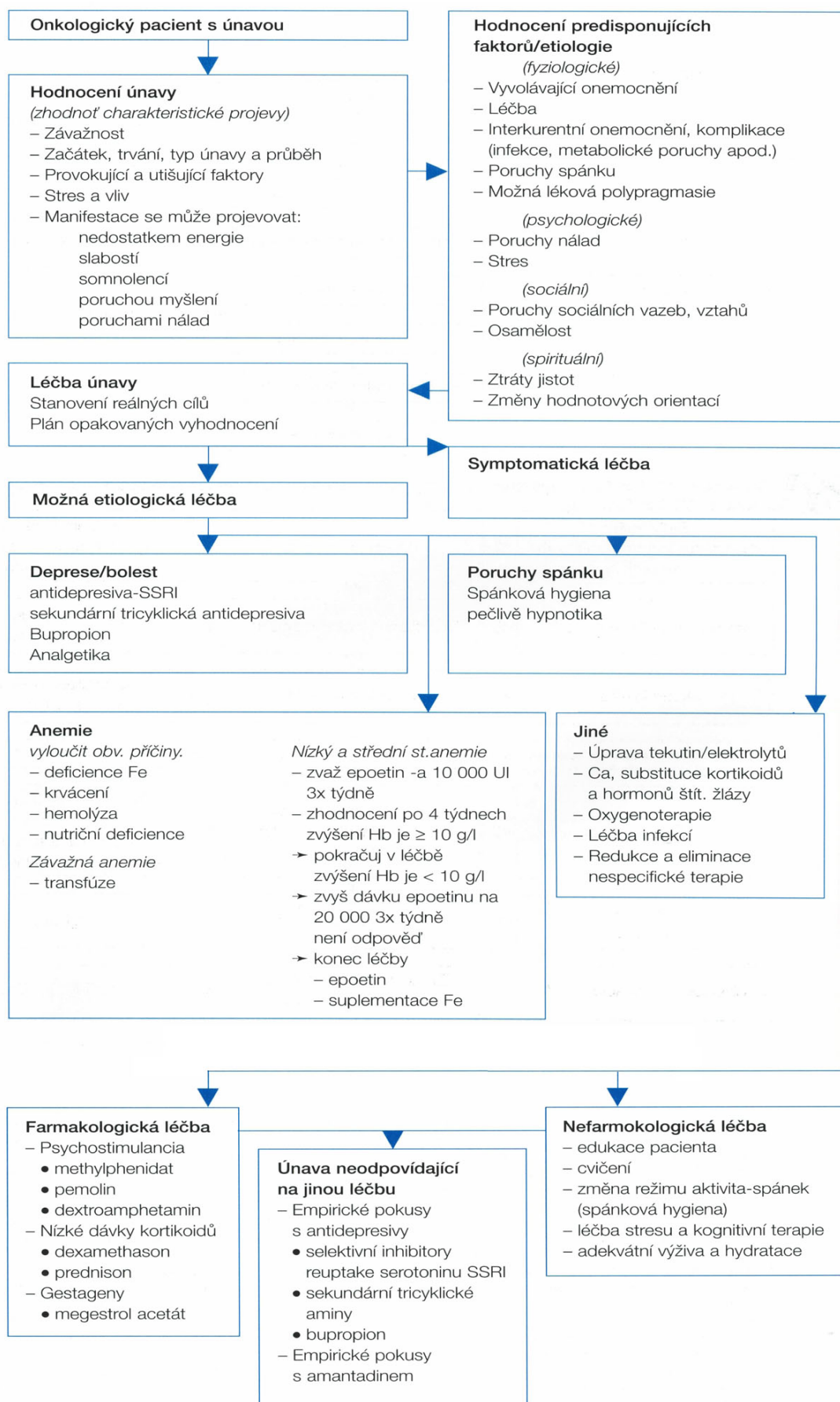
## Příloha č. 4 Wunninghamová, teorie únavy (26)

Teorie únavy podle Wunninghamové je založena na 10 principech.
1. Příliš mnoho stejně jako příliš málo odpočinku vede ke zvýšenému pocitu únavy.
2. Příliš málo stejně jako příliš mnoho aktivity vede ke zvýšenému pocitu únavy.
3. Relativní rovnováha mezi aktivitou a klidem podporuje obnovení funkcí, nerovnováha zvyšuje pocit únavy a dekondice.
4. Dekondice je adaptační reakce organismu, který snižuje svůj výkonný potenciál.
5. Každodenní výdej energie prostřednictvím činnosti je nejsilnějším známým regulátorem tělesných energetických systémů.
6. Každý příznak nebo stav, který přispívá ke snížení aktivity, vede k dekondičnímu zvýšení únavy a snížené funkci organismu.
7. Jakákoli intervence, která vede ke zmírnění příznaku nebo zlepšení stavu a snížení aktivity, současně slouží ke snížení únavy a podporuje fungování organismu za předpokladu, že intervence nemá sedativní či katabolické účinky.
8. Pocit únavy zvyšuje negativní vliv dalších příznaků.
9. Další příznaky a stavy zvyšují pocit únavy.
10. Dekondice a pocit únavy společně působí na každý aspekt pacientova života a negativně ovlivňují kvalitu života, čímž přispívají k většímu utrpení.

## Příloha č. 5 Příklad subjektivního hodnocení únavy. (6)

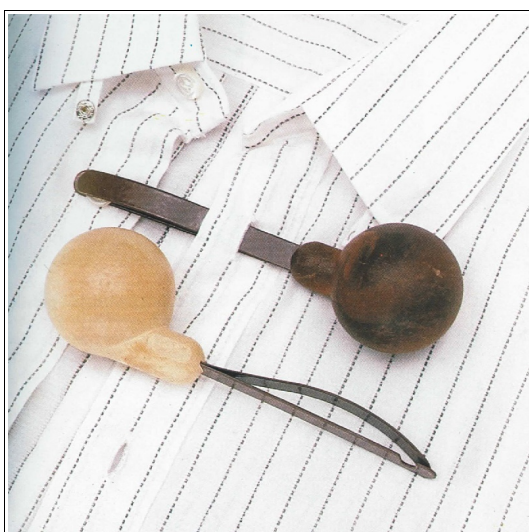
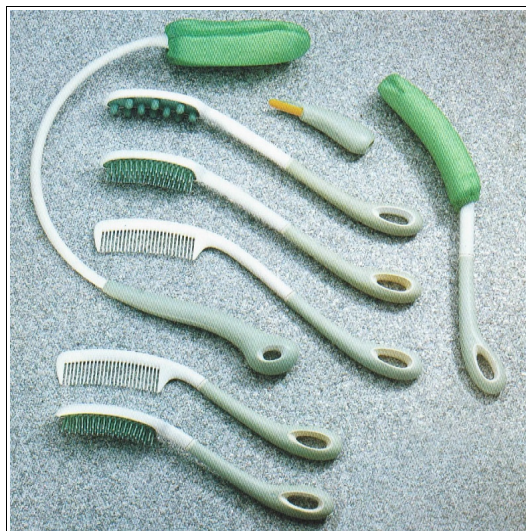
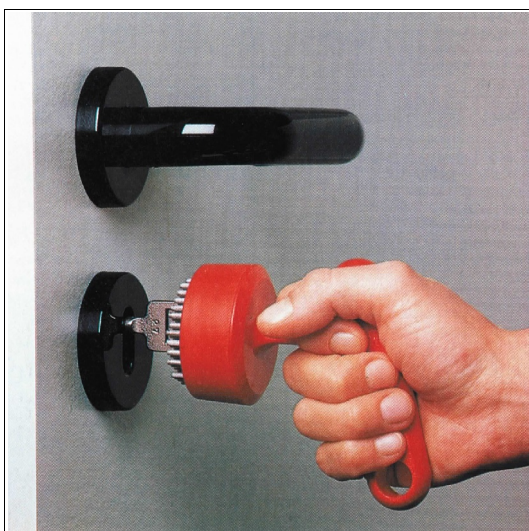
<u>Prosím udělejte X na řádce tam, kde se podle vás nejpřesněji odráží, jak se cítíte.</u>	
<i>Jak dlouho cítíte obvykle únavu?</i>	
Hodiny.....	Týdny
Dny	
<i>Jak byste popsali únavu, kterou obvykle cítíte?</i>	
Mírná.....	Těžká
Střední	
<i>Do jaké míry se podle vás na únavě, jež pocítujete, podílí stres?</i>	
Vůbec ne.....	Velký problém
<i>Když jsem unaven, cítím obvykle bolest.</i>	
Žádná bolest.....	Silná bolest
Střední	
<i>Do jaké míry vám spánek uleví od únavy?</i>	
Žádná úleva.....	Úplná úleva

## Příloha č. 6 Obecný vyšetřovací a léčebný postup únavy (Portenoy a Itri 1999) (36)

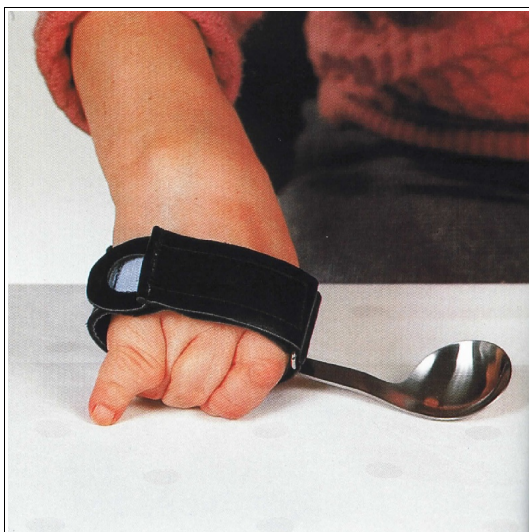
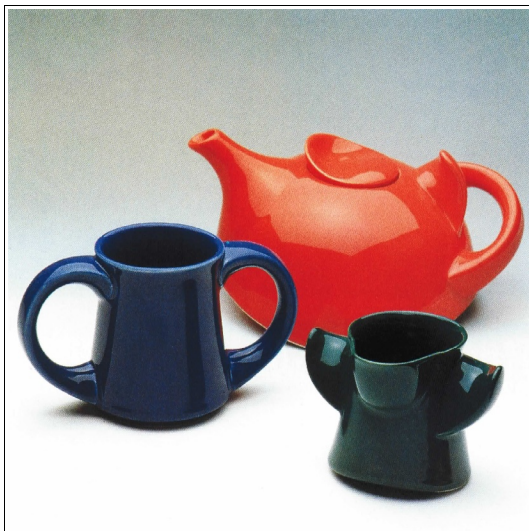




## Příloha č. 7 Ukázky kompenzačních pomůcek







## Příloha č. 8 Dotazník vlastní konstrukce

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

### 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Dotazník k diplomové práci

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia na 1. LF UK, oboru učitelství na SZŠ. V současné době zpracovávám diplomovou práci na téma – Únava u pacientů s revmatickým onemocněním. Dovoluji si Vás proto požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky práce budou sloužit ke zkvalitnění zdravotní péče v tomto oboru. Dotazník je anonymní a poskytnuté informace slouží pouze ke zpracování diplomové práce.

**Odpovědi označte křížkem, doplňující odpovědi pište prosím hůlkovým písmem.**

Děkuji za spolupráci.

Bc. Jana Andršová

#### ZÁKLADNÍ ÚDAJE

POHLAVÍ  MUŽ  ŽENA

VĚK .....

DIAGNÓZA  revmatoidní artritida  lupus erytematodes  
 ankylozující spondylartritida  jiná: .....

Jak dlouho jste v péči odborného lékaře – revmatologa ? ..... roků, ..... měsíců

#### 1. MÍVÁTE POCIT ÚNAVY / VYČERPÁNÍ ?

ANO  NE → V případě, že jste odpověděl/a **NE**, dále nevyplňujte.

#### 2. MYSLÍTE SI, ŽE VAŠE ÚNAVA SOUVISÍ S REVMAICKÝM ONEMOCNĚNÍM ?

ANO  SPÍŠE ANO  SPÍŠE NE  NE  NEVÍM

#### 3. JAKÁ JE VAŠE ÚNAVA DNES ? Označte její intenzitu jediným křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

————————————

vůbec žádná únava

nejhorší představitelná únava

#### 4. JAK DLOUHO MÁTE PROBLÉMY S ÚNAVOU ?

..... roků, ..... měsíců

#### 5. JAK ČASTO MÍVÁTE POCIT ÚNAVY ?

NEUSTÁLE  NĚKOLIKRÁT DENNĚ  NĚKOLIKRÁT V TÝDNU  
 NĚKOLIKRÁT V MĚSÍCI  NĚKOLIKRÁT V ROCE

**6. JAKOU MÁ VAŠE ÚNAVA BĚHEM POSLEDNÍHO ROKU TENDENCI ?**

- VZRŮSTAJÍCÍ       KLESAJÍCÍ       KOLÍSAVOU       NEMĚNÍ SE

**7. PŘIŘAĎTE POŘADÍ UVEDENÝM OBTÍŽÍM OD 1. DO 8. MÍSTA, PODLE TOHO, JAK MOC VÁM ZTĚŽUJÍ ŽIVOT.**

BOLEST	
DEPRESE	
OMEZENÁ HYBNOST	
POCIT ROZLADĚNÍ	
PORUCHA SPÁNKU	
SVALOVÁ SLABOST	
ÚNAVA	
ZTUHLOST KLOUBŮ	

Číslo neopakujte.

Proškrtněte, pokud obtíž nemáte.

**1. = nejvíce**

8. = nejméně

**8. SVĚŘIL(A) JSTE SE NĚKDY NĚKOMU SE SVÝM PROBLÉMEM S ÚNAVOU ?**

- ANO       NE → Proč ?
- Nechtěl/a jsem nikoho obtěžovat
  - Měl/a jsem obavy, že mi nikdo nebude věřit
  - Měl/a jsem pocit, že situaci musím zvládnout sám/a
  - Je pro mne obtížné požádat druhé o pomoc
  - Nevěděl/a jsem na koho se obrátit
  - Jiný důvod, jaký ? .....

Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 NE, otázky č. 9 a 10 nevyplňujte a pokračujte dále až otázkou číslo 11.

**9. KOMU JSTE SE SVĚŘIL(A) SE SVÝM PROBLÉMEM S ÚNAVOU ?**

Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |                      |                              |                             |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ČLENU RODINY         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PŘÁTELŮM, ZNÁMÝM     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LÉKAŘI               | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZDRAVOTNÍ SESTŘE     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| REHABILITAČNÍ SESTŘE | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| SPOLUPACIENTOVI      | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LIDOVÉMU LÉČITELI    | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| NĚKOMU JINÉMU        | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

→ pokud ANO, komu ? .....

## 10. KDO POROZUMĚL VAŠIM „STESKŮM“ NA ÚNAVU ?

Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |                      |                              |                             |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ČLEN RODINY          | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LÉKAŘ                | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZDRAVOTNÍ SESTRA     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| REHABILITAČNÍ SESTRA | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| SPOLUPACIENT         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LIDOVÝ LÉČITEL       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| NĚKDO JINÝ           | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

└─▶ pokud ANO, kdo ? .....

## 11. KDO VÁM POMOHL V ŘEŠENÍ VAŠEHO PROBLÉMU S ÚNAVOU ?

a) Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |                      |                              |                             |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ČLEN RODINY          | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LÉKAŘ                | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZDRAVOTNÍ SESTRA     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| REHABILITAČNÍ SESTRA | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| SPOLUPACIENT         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LIDOVÝ LÉČITEL       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| NĚKDO JINÝ           | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

└─▶ pokud ANO, kdo ? .....

b) Vypište, **kdo** vám nejvíce pomohl :

na 1. místě : .....

na 2. místě : .....

na 3. místě : .....

## 12. MYSLÍTE SI, ŽE VAŠE RODINA JE PŘI ZVLÁDÁNÍ VAŠEHO PROBLÉMU S ÚNAVOU :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AŽ PŘÍLIŠ PEČUJÍCÍ | <input type="checkbox"/> DOSTATEČNĚ PEČUJÍCÍ | <input type="checkbox"/> MÁLO PEČUJÍCÍ |
| <input type="checkbox"/> NESTARÁ SE         | <input type="checkbox"/> NEMÁM RODINU        |  |

## 13. HLEDAL/A JSTE SÁM/A AKTIVNĚ INFORMACE O ÚNAVĚ ?

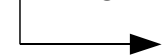
- ANO     NE

- └─▶ pokud ANO, **kde** ?
- V odborné literatuře, časopisech
  - Na Internetu
  - V občanském sdružení
  - Jinde, kde ? .....



#### 14. POUŽÍVÁTE KOMPENZAČNÍ, ORTOPEDICKÉ POMŮCKY ?

ANO       NE



pokud ANO, **a) Jaké pomůcky používáte ?**

**PŘI VSTÁVÁNÍ :**

- SPECIÁLNÍ NEBO UPRAVENÉ ŽIDLE
- SPECIÁLNÍ NEBO UPRAVENÉ LŮŽKO
- NÁSTAVEC NA WC
- MADLA
- JINÉ, popište .....

**PŘI CHŮZI, POHYBU :**

- HŮL
- FRANCOUZSKÉ HOLE
- PODPAŽNÍ BERLE
- CHODÍTKO
- VOZÍK
- JINÉ, popište .....

**PŘI OBLÉKÁNÍ :** (např. háček na zapínání knoflíků, táhlo na zip, jiné popište)

.....  
.....

**PŘI HYGIENĚ :**

- HYGIENICKÉ POMŮCKY S PRODLOUŽENÝMI DRŽADLY
- SEDÁTKO DO VANY
- MADLA U VANY
- JINÉ, popište .....

**PŘI STRAVOVÁNÍ :**

- UPRAVENÉ NEBO SPECIÁLNÍ NÁDOBÍ
- OTVÍRAČE NA SKLENICE, LAHVE
- JINÉ, popište .....

**PŘI BĚŽNÝCH**

**DOMÁCÍCH**

**ČINNOSTECH :**

- PODAVAČE
  - JINÉ, popište .....
- .....

**b) Kdo vás naučil je používat ?**

Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |                        |                              |                             |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ČLEN RODINY            | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LÉKAŘ                  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZDRAVOTNÍ SESTRA       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| REHABILITAČNÍ SESTRA   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| SPOLUPACIENT           | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PRODAVAČ ZDRAV. POTŘEB | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| JÁ SÁM/A               | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| NĚKDO JINÝ             | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

.....  
pokud ANO, kdo ? .....

.....

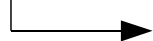
### 15. JAK HODNOTÍTE SVOU SOBĚSTAČNOST ?

Zaškrtněte jednu z možností.

- Jsem nezávislý/á, soběstačný/á, vše zvládám sám/a
- Potřebuji minimální dopomoc (používám sám/a zařízení, sám/a zvládám 75% činností)
- Potřebuji dopomoc, radu, ale sám/a zvládám 50% činností
- Potřebuji velkou pomoc od druhé osoby nebo od přístroje (sám/a zvládám jen minimum činností)
- Jsem zcela závislá/ý na pomoci druhých, vše za mne musí provádět druhá osoba

### 16. INFORMOVAL VÁS NĚKDO O TOM, ŽE SE MŮŽETE PROTI ÚNAVĚ POMĚRNĚ VÝRAZNĚ BRÁNIT TAKÉ SÁM/A ?

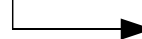
- ANO       NE



pokud ANO, **informace vám poskytl ...**

Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |                      |                              |                             |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ČLEN RODINY          | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LÉKAŘ                | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZDRAVOTNÍ SESTRA     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| REHABILITAČNÍ SESTRA | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| SPOLUPACIENT         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| V OBČANSKÉM SDRUŽENÍ | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| LIDOVÝ LÉČITEL       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| NĚKDO JINÝ           | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |



pokud ANO, kdo ? .....

### 17. MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE DOSTATEK INFORMACÍ, JAK S ÚNAVOU BOJOVAT ?

- ANO       SPÍŠE ANO       SPÍŠE NE       NE       NEVÍM

### 18. VÍTE JAK, PŘI BOJI S ÚNAVOU :

Zaškrtněte u každé možnosti ano nebo ne.

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| UPRAVIT SVŮJ ŽIVOTNÍ STYL                  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ŠETŘIT SVÉ KLOUBY                          | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| CVIČIT                                     | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| UPRAVIT JÍDELNÍČEK                         | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ODPOČÍVAT                                  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| PLÁNOVAT ČINNOSTI                          | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZAPOJIT SE DO ČINNOSTI OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| ZÍSKÁVAT INFORMACE O SVÉM ONEMOCNĚNÍ       | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

### 19. VYUŽÍVÁTE PRAKTICKY SVÝCH ZÍSKANÝCH ZNALOSTÍ, JAK S ÚNAVOU BOJOVAT ?

- ANO       SPÍŠE ANO       SPÍŠE NE       NE

## 20. V ČEM VÁS ÚNAVA NEJVÍCE OMEZUJE ?

Označte maximálně 3 pro vás nejdůležitější oblasti.

- VE VÝKONU BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ
- V UDRŽOVÁNÍ VLASTNÍ SOBĚSTAČNOSTI
- VE SPORTU, ZÁJMOVÉ ČINNOSTI
- VE SPOLEČENSKÉM ŽIVOTĚ
- V ZAMĚSTNÁNÍ
- V PÉČI O DOMÁCNOST
- V PÉČI O RODINU
- V INTIMNÍM ŽIVOTĚ
- JINDE : .....

## 21. JAK ZVYŠUJE VAŠÍ ÚNAVU :

Intenzitu označte jediným křížkem v každém řádku. **0** – vůbec ; **10** – maximálně zvyšuje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NEDOSTATEK SPÁNKU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOLEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÉKY, KTERÉ UŽÍVÁM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POČASÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REVMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JINÉ ONEMOCNĚNÍ (NAPŘ. CHŘIPKA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÍLENÁ REHABILITACE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FYZICKÁ ČINNOST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CESTOVÁNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STÁLÉ VYSVĚTLOVÁNÍ SVÝCH OBTÍŽÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JINÉ : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22. CO VÁM PROTI ÚNAVĚ NEJVÍCE POMÁHÁ ?

Označte maximálně 3 pro vás nejdůležitější oblasti.

- KLID / ODPOČINEK
- REŽIMOVÁ OPATŘENÍ (ÚPRAVA PRACOVNÍ DOBY, PLÁNOVÁNÍ ČINNOSTÍ ... )
- DODRŽOVÁNÍ ŽIVOTOSPRÁVY
- KRÁTKODOBÁ POMOC DRUHÉ OSOBY
- DLOUHODOBÁ POMOC DRUHÉ OSOBY
- POUŽÍVÁNÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK
- POHYB, PRAVIDELNÉ CVIČENÍ
- MOHU-LI O SVÉ ÚNAVĚ S NĚKÝM PROMLUVIT
- PŘIZNÁNÍ ÚNAVY, VYSVĚTLENÍ PŘÍČINY ÚNAVY
- LÉKY, KTERÉ UŽÍVÁM
- ALTERNATIVNÍ METODY, UVEĎTE JAKÉ .....
- JINÉ : .....

Děkuji za vyplnění dotazníku !

Bc. Jana Andršová