ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou

Quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis

Jiří Kaas *, Valérie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-03-30

Received in revised form:

2017-05-30

Accepted: 2017-07-10

Published online: 2017-09-29

Keywords:

Quality of life

Patient

Rheumatic arthritis

Rheumatology

ABSTRACT

The goal of the presented study is to compare the quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis to the quality of life of the rest of the population in six domains. The data collection was carried out quantitatively with the use of the standardized questionnaire: WHOQOL-100. 200 people who suffer from rheumatic arthritis were questioned. The following comparison of the subjectively perceived quality of life of such patients to the population norms of the WHOQOL-100 was carried out using the SPSS programme (Statistical Package for the Social Science). The non-parametric Wilcoxon signed-rank test was used for the analysis. The results showed that patients who suffer from rheumatic arthritis show a significantly worse quality of life than the rest of the population regarding the domains of Physical health and Level of independence. The domains of Experience, Social relationships, Environment and Spirituality showed a statistically significant difference. Nevertheless, it is not such a large difference that it exceeds the norms of the rest of the population. From the practical point of view, it is not possible to say that the quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis is significantly different in the mentioned domains. However, it is not possible to neglect these domains regarding the complex care of such patients. The results proved that these domains include fields that the patients who suffer from rheumatic arthritis assess negatively. For this reason, an individual approach of every patient who suffers from rheumatic arthritis is necessary as well as a detailed assessment of the problems directly connected with the illness and other factors.

S O U H R N

Cílem předložené studie je porovnat kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou s běžnou populací v rovině šesti domén. Sběr dat byl realizován kvantitativně prostřednictvím standardizovaného dotazníku WHOQOL-100. Zmíněný instrument byl předložen 200 nemocným trpícím revmatoidní artritidou. Následné srovnání subjektivně vnímané kvality života těchto pacientů s WHOQOL-100 populačními normami pro Českou republiku bylo provedeno v programu SPSS (Statistical Package for the Social Science). Ke zmíněné analýze byl využit neparametrický Wilcoxonův párový

Klíčová slova:

kvalita života

pacient

revmatoidní artritida

revmatologie

* **Korespondenční autor:** Mgr. Jiří Kaas, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika;
e-mail: kaasji00@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.001>

test. Z výsledků vyplynulo, že pacienti s revmatoidní artritidou vykazují výrazně horší kvalitu života vůči běžné populaci v doménách Fyzické zdraví a Nezávislost. V doménách Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí a Spiritualita byl sice statisticky významný rozdíl zjištěn, nicméně se nejedná o rozdíl, který by přesahoval hranice normy pro běžnou populaci. Z praktického hlediska proto nelze spolehlivě říci, že by kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou byla na úrovni těchto domén výrazně odlišná. Nicméně i přesto nelze tyto oblasti v rámci komplexní péče o pacienta s revmatoidní artritidou opomíjet. Na základě výsledků bylo totiž prokázáno, že i v těchto doménách existují oblasti, které část respondentů trpících revmatoidní artritidou hodnotí negativně. Proto je nezbytné ke každému jedinci s revmatoidní artritidou přistupovat individuálně a důkladně posuzovat, jaké obtíže souvisejí přímo s nemocí a jaké jsou důsledkem působení jiných faktorů.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Revmatoidní artritida je onemocnění, na které bylo v minulosti pohlíženo jako na nemoc s chronickým průběhem, jež člověka nijak výrazně neohrožuje. Tento mýtus však překonaly poznatky medicíny, které přinesly důkazy o tom, že nemoc zkracuje svému nositeli život v průměru až o deset let [1]. Jedná se o relativně časté onemocnění postihující až 1 % české populace, které je častěji vázané na ženské pohlaví v přibližném poměru 3 : 1 [2]. Dle autorů Karges a Al Dahouk [3] zauímají největší část pacientů lidé v rozmezí 60–75 let, zároveň však upozorňují na to, že není výjimkou rozvoj onemocnění v kterémkoli jiném věku. Shoenfeld et al. [2] doplňují, že nejčastěji bývá onemocnění diagnostikováno mezi 40. a 50. rokem života. V současnosti je revmatoidní artritida vnímána jako nevyléčitelné onemocnění, které kromě roviny tělesné zasahuje též do psychické a sociální dimenze člověka [4]. K předním problémům, které vedou k negativnímu ovlivnění kvality života, patří bolest, kloubní ztuhlost a s nimi související pohybové omezení [5]. I přesto, že jde výhradně o potíže fyzické, nelze na nemoc pohlížet pouze v této rovině [6]. Jak se totiž shoduje řada odborníků, největší základnost revmatoidní artritidy spočívá v tom, že základní fyzické symptomy značně přesahují do dalších oblastí lidského života. V první řadě je nezbytné poukázat na jejich provázanost s lidskou psychikou. Ovlivnění psychiky je výsledkem nevyléčitelného charakteru onemocnění, jehož přítomnost v životě člověka představuje jakousi životní krizi a ovlivnění řady potřeb jedince, včetně seberealizace [7]. Newman a Matzko [8] popisují významný vliv bolesti, jejíž přítomnost přímo působí na emoční ladění člověka. Zároveň však popisují i opačnou souvislost, kdy psychický stav zpětně ovlivňuje prožívání bolesti [8]. V souvislosti s touto interakcí zmiňuje Olejárová [9] riziko rozvoje tzv. bludného kruhu, kdy bolest na straně jedné negativně ovlivňuje emoce jedince a negativní emoce zpětně posilují onu bolest. Mimo to zde vystupuje podstatný problém únavy, který pacienty s revmatoidní artritidou doprovází po dlouhá léta trvání nemoci [10] a přináší značný dopad na kvalitu života [11]. Fischer a Yu [12] uvádějí, že trpět revmatoidní artritidou znamená trpět ochromujícími pocity únavy. McCabe et al. [13] v této souvislosti doplňují, že samotná únava bývá mnohdy ze strany nemocných vnímána hůře než výše zmíněná bolest.

Dlouhodobá únava způsobuje pokles v každodenní výkonnosti jedince a narušuje plnění běžných životních rolí [14]. Mimo to se zde opět objevuje souvislost s emočním rozpořádáním, kdy může chronická únava způsobit řadu negativních emocí a negativní emoce opět zpětně únavu [15]. Celá situace může být následně zhoršena, pokud únava existuje v kombinaci s bolestí [12].

V souvislosti s únavou nelze opomenout spánek, který nejenže bojuje proti únavě [12], ale taktéž zmírňuje vnímání bolesti a zlepšuje psychický stav [14]. Komplikovanější je opět celá situace v případech, že se dostaví spánkové potíže. Ty totiž v kombinaci s únavou představují velmi vážný problém, neboť dochází k prohloubení únavy a tím k posílení pocitů celkového nepohodlí a zpětnému zhoršení kvality spánku [16]. Velmi výstižně popisuje provázanost mezi jednotlivými symptomy Shlotzhauer [15], který uvádí, že bolest a kloubní ztuhlost spolu s negativními emocemi výrazně narušují kvalitu spánku, čímž dochází k prohloubení únavy, následnému intenzivnějšímu prožívání bolesti a v konečném důsledku opětovnému zhoršení psychického stavu. Nejzávažnějším důsledkem je rozvoj deprese, která je charakteristická přítomností úzkosti, trvale pokleslé náladě a pocity beznaděje [17]. Takový stav může vyústit až v úplné vyčerpání a neschopnost postarat se sám o sebe [15].

Dopad zmíněných problémů na celkovou kvalitu života může být značný. Docházet může k negativnímu ovlivnění společenského života, rodinných i vzdálenějších společenských vztahů [18] či sexuality [19]. S ohledem na charakter výše zmíněných problémů není nijak překvapující negativní dopad onemocnění na plnění pracovních aktivit [20], běžné fungování v rámci domácího prostředí či volný čas [21].

Cílem předložené studie je porovnat kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou s běžnou populací.

Metodika a charakteristika souboru

Použité metody

Předložená studie prezentuje výsledky získané prostřednictvím standardizovaného dotazníku WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life) [22], který byl poskytnut k vyplnění pacientům trpícím revmatoidní

artritidou. Zmíněný dotazník byl zvolen na základě analýzy standardizovaných instrumentů využívaných k posuzování subjektivně vnímané kvality života v databázi Světové zdravotnické organizace. Využita byla jeho česká varianta, souhlas s použitím byl získán od autorky PhDr. Evy Dragomirecké, Ph.D. Dotazník obsahuje sto otázek a je rámcově členěn do šesti domén (Fyzické zdraví, Prožívání, Nezávislost, Sociální vztahy, Prostředí a Spiritualita), které jsou blíže specifikovány pomocí tzv. facet. Každá z facet je tvořena čtyřmi konkrétními otázkami, v rámci kterých je respondent vyzván k označení jedné odpovědi na pětistupňové škále dle jeho subjektivně vnímaného stavu v posledních čtrnácti dnech. Součástí dotazníku jsou též čtyři samostatné dotazy mapující tzv. celkovou kvalitu života. V závěru je dotazník doplněn o identifikační údaje, kterými jsou pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a současný zdravotní stav. Sběr dat pomocí zmíněného instrumentu probíhal v roce 2013.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti s revmatoidní artritidou z celé České republiky. Velikost souboru byla statistikem stanovena na dvě stě nemocných – v poměru sto padesát žen (75 %) a padesát mužů (25 %), což odpovídá přibližnému zastoupení pohlaví v základním souboru. Výzkumný soubor proto můžeme z hlediska pohlaví považovat vůči základnímu souboru za reprezentativní. Vlastní výběr respondentů byl realizován na základě kvótního výběru při stanovení dvou kvót. Těmi byly diagnóza revmatoidní artritida a pohlaví. Věk a region byly ponechány náhodě, neboť se nelze odkázat na žádnou spolehlivou statistiku, která by tyto informace poskytovala. Pro spolehlivé zajištění sběru dat byly nejprve osloveny organizace zajišťující vysoký výskyt pacientů s revmatoidní artritidou, konkrétně Revmatologický ústav v Praze a sdružení Revma-liga České republiky. Oslovená centra zajistila pokrytí převážné většiny výzkumného souboru. Realizace sběru dat v rámci Revmatologického ústavu byla nejprve schválena ze strany managementu, poté byl požadavek postoupen etické komisi, která realizaci šetření schválila. Následně vedení Revmatologického ústavu vymezilo skupinu z řad všeobecných sester, které zajistily seznámení pacientů s výzkumem a nabídly jim možnost účasti. Následné rozhodnutí pacientů bylo zcela dobrovolné. Dotazníky byly Revmatologickému ústavu předány a následně vyzvednuty hromadně, čímž byla zajištěna anonymita respondentů. Obdobně probíhal sběr dat v rámci sdružení Revma-liga. Jediným rozdílem bylo, že zde výzkum nebyl vázán souhlasem etické komise a zapojení do výzkumu záviselo pouze na zájmu pacientů. Zbýlá část dotazníků byla zkompletována technikou „snowball“ na základě kontaktů a doporučení pacientů či odborníků. Vzhledem k velice cílené distribuci dotazníků byla zajištěna vysoká návratnost, která činila 93,5 %.

Statistická analýza dat

Zpracování prezentovaných výsledků probíhalo v několika fázích. V první fázi byly ve statistickém programu SASD (statistická analýza sociálních dat) provedeny výpočty absolutních a relativních četností získaných odpovědí a dále

stanovení jejich středních hodnot a míry variability. Srovnání subjektivně vnímané kvality života pacientů s revmatoidní artritidou s WHOQOL-100 populačními normami pro Českou republiku [22] bylo provedeno v rámci druhé fáze analýzy. Ta byla realizována pomocí programu SPSS (Statistical Package for the Social Science), verze 15.0.

Výsledky

Na základě identifikačních údajů respondentů bylo zjištěno, že se do výzkumného šetření zapojili pacienti v širokém věkovém rozmezí. Největší část výzkumného souboru zaujímají pacienti mezi 36 a 50 lety (39,5 %), dále bylo zastoupeno 26,5 % ve věkovém rozmezí 51 až 65 let, 19,5 % v rozmezí 20 až 35 let a 12,5 % starších 66 let. Zbývajících 2 % svůj věk neuvedla. Z hlediska vzdělání tvořily největší část výzkumného souboru osoby se středním vzděláním s maturitou, dále bylo zastoupeno 25 % pacientů se středním vzděláním bez maturity, 19 % osob s vysokoškolským vzděláním a 4 % se vzděláním základním, 5,5 % úroveň vzdělání neuvedlo.

Výsledky prezentují statistické porovnání kvality života pacientů s revmatoidní artritidou vůči WHOQOL-100 populačním normám pro Českou republiku v rovině šesti domén (tab. 1). Provedení neparametrického Wilcoxonova párového testu na $p < 0,05$ potvrdilo určitý rozdíl na úrovni všech testovaných domén. Z praktického hlediska je však důležité podotknout, že se i přesto na úrovni domén Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí a Spiritualita pohybují výsledná průměrná skóre pacientů s revmatoidní artritidou v mezích populačních norem WHOQOL-100 pro běžnou populaci České republiky, na základě čehož nelze všeobecně říci, že by kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou byla v porovnání s běžnou populací prokazatelně horší. U zbývajících dvou domén Fyzické zdraví a Nezávislost se průměrná skóre pohybují výrazně pod hranicí WHOQOL-100 populačních norem, na základě čehož lze konstatovat, že je v rámci těchto domén kvalita života pacientů s revmatoidní artritidou výrazně horší (viz zvýrazněná průměrná doménová skóre v tabulce 1).

Prokazatelně horší kvalitu života v doméně Fyzické zdraví u pacientů s revmatoidní artritidou způsobila relativně vysoká četnost několika tělesných problémů; 98,5 % respondentů uvedlo určitý výskyt bolesti, kdy 26,5 % uvádí, že trpí bolestí „někdy“, 35,5 % „středně“, 21,5 % „celkem často“ a 15 % „neustále“. Jako další frekventovaný problém byla odhalena únava, kterou v různé intenzitě trpí 94 % dotázaných. Konkrétně bylo zjištěno, že 28 % trápí únava „trochu“, 40,5 % „středně“, 23 % „hodně“ a 2,5 % „maximálně“. Pouze 6 % pacientů využilo odpověď „vůbec ne“. Třetím relativně častým problémem jsou spánkové potíže, kterými trpí 37 % dotázaných „trochu“, 25 % „středně“, 15,5 % „hodně“ a 0,5 % „maximálně“.

Taktéž na úrovni domény Nezávislost byl výrazný rozdíl způsoben několika významnými problémy. První z nich představuje pohybové omezení, které v různé intenzitě souhrnně zmínilo 92,5 % respondentů. Konkrétně bylo zjištěno, že 31 % pacientů s revmatoidní artritidou obtěžují pohybové obtíže „trochu“, 35,5 % „středně“, 23 % „hod-

Tabulka 1 – Porovnání WHOQOL-100 populačních norem pro ČR s průměrnými doménovými skóre souboru pacientů s revmatoidní artritidou

Doména	WHOQOL-100 populační normy pro ČR			Revmatoidní artritida (N = 200)	(Sig.)
	Spodní hranice normy	Průměr normy	Horní hranice normy	Průměrné doménové skóre	
Fyzické zdraví	14,3	15,4	16,5	12,9	0,000
Prožívání	13,5	14,4	15,3	14,5	0,000
Nezávislost	15,9	16,9	17,8	12,3	0,000
Sociální vztahy	14,0	15,1	16,1	15,2	0,000
Prostředí	13,8	14,6	15,4	15,1	0,000
Spiritualita	12,2	13,9	15,6	13,6	0,000

ně“ a 3 % „maximálně“. Druhou podstatnou obtíží jsou problémy při vykonávání každodenních činností. V této oblasti uvedlo 40,5 % dotázaných mírné, 30 % střední a 20 % výrazné problémy. Třetí důležitou oblastí je pracovní výkonnost, kterou hodnotí 20 % dotázaných jako špatnou až velmi špatnou; 25,5 % je s touto dimenzí svého života nespokojeno.

Diskuse

S ohledem na charakter základních projevů nemoci, které mnohdy významně omezují každodenní fungování člověka, může být dopad revmatoidní artritidy na celkovou kvalitu života značný. Na základě výsledků našeho šetření byla prokázána jednoznačně horší kvalita života u jedinců s revmatoidní artritidou v doménách Fyzické zdraví a Nezávislost.

Negativní ovlivnění kvality života v rovině fyzického zdraví není ničím překvapujícím, neboť zde jako jeden z hlavních příznaků figuruje bolest. Jak je známo i z jiných výzkumů, bolest je velice devastujícím příznakem, který narušuje veškeré aspekty každodenního života [23]. V souvislosti s revmatoidní artritidou je bolest považována za dlouhodobý a velice vyčerpávající projev. Na druhé straně však nemusí být pacient tímto příznakem sužován neustále, neboť i přes svou chronickou povahu aktivita onemocnění neustále kolísá [15]. Obdobný trend je patrný i z našich výsledků, kdy sice určitý výskyt bolesti uvedlo 98,5 % dotázaných, nadpoloviční většina však pouze s občasným až středním výskytem. Z dalších negativních faktorů v rámci fyzického zdraví byly odhaleny únava a problémy v oblasti spánku. Námi zjištěná četnost únavy je v souladu s tvrzením autorů McCabe et al. [13], kteří ji označují za velice častý problém doprovázející až 90 % pacientů s revmatoidní artritidou. V rámci našeho výzkumného souboru ji v různé intenzitě uvedlo 94 %. Taktéž v případě třetího fyzického problému v podobě spánkových potíží se naše zjištění přibližuje tvrzením dalších odborníků. Jak například uvádějí Barrett a McNamara [24], tyto problémy doprovázejí přibližně 70 % pacientů. V rámci našeho šetření byly v různé intenzitě odhaleny u 78 %. Pravděpodobně není nutné věnovat další pozornost fyzickému zdraví, neboť dopad onemocnění na tuto oblast je zcela logický. Zaměříme se proto na doménu prožívání, která přinesla poněkud odlišné výsledky, než jsme očekávali.

Na základě tvrzení celé řady autorů, kteří pojednávají o psychických potížích jako o velice častých problémech pacientů s revmatoidní artritidou, jsme předpokládali, že bude na úrovni této domény odhalena výrazně nižší kvalita života i v rámci našeho souboru. Naš výzkum ovšem odhalil spíše opačný trend, kdy byl zjištěn nepatrně lepší stav této domény u pacientů trpících revmatoidní artritidou. Toto pochopitelně odporuje závěrům jiných autorů. Olejárová [9] uvádí, že některým z psychických problémů trpí až 40 % pacientů s revmatoidní artritidou, závěry studie Imran et al. [25] hovoří dokonce o přítomnosti deprese až u 75 % pacientů v aktivním stadiu nemoci. V rámci našeho výzkumu byly psychické obtíže jako úzkost, beznaděje či deprese přiznány ze strany 90 % dotázaných, nutno však podotknout, že více než polovina výzkumného souboru (53,5 %) uvedla, že těmito pocity trpí pouze „někdy“. Zbylá část zmínila varianty odpovědi „středně“ a „celkem často“ (pozn.: tyto výsledky našeho výzkumu byly již dříve publikovány) [26]. Dle našeho názoru je přesná interpretace těchto zjištění velice obtížná, neboť se domníváme, že kupříkladu v souvislosti s termínem deprese, může existovat velice individuální výklad na straně každého pacienta. Někdo může za depresi považovat běžné smutky, které občas potkají každého z nás, jiný zase pouze stavy rozvinuté deprese. Na druhou stranu se zde může promítat jev, kdy si pacient postupem času zvyká na své chronické obtíže a logicky se mu s odstupem času zdají méně závažné než v počátcích onemocnění [15]. I toto mohlo přispět k setření rozdílu mezi běžnou populací a pacienty s revmatoidní artritidou. Další příčinou pak může být fakt, že je doména Prožívání relativně široká a že kromě negativních psychických pocitů zahrnuje též oblast myšlení, učení, paměti a soustředění, sebedůvěru, vnímání těla a vzhledu a v neposlední řadě též pozitivní pocity. Nicméně se domníváme, že i přes ne jednoznačné výsledky v rámci této domény je nezbytné, aby byla psychice u nemocného s revmatoidní artritidou věnována dostatečná pozornost. Již samotný charakter onemocnění, které si vybírá svou daň omezením pacienta v jeho každodenních činnostech, je pro nemocného stresující skutečností [17]. Irwin et al. [27] v této souvislosti popisují jako nejvíce zatěžující právě základní fyzické projevy, jako jsou únava, bolest a poruchy spánku. Velice podstatné jsou závěry některých studií, které prokázaly přímý vztah mezi chronickým autoimunitním zánětem a depresí [28, 29]. Vroomen-Durning [17] dále hovoří i o tom, že k rozvoji depresivního ladění nemocného přispívá i dlouhodo-

bá kortikosteroidní terapie, která stále patří v souvislosti s revmatoidní artritidou k využívaným léčebným postupům. Pojednání o psychice můžeme zakončit tvrzením autorů Fischer a Yu [12], kteří popisují, že je potřeba na tuto dimenzi jedince pomýšlet především proto, že neléčená rozvinutá deprese negativně zasahuje do každodenního fungování a devastuje rodinný, společenský i pracovní život. Domníváme se nicméně, že vzhledem k faktu, že je dopad onemocnění na život konkrétního člověka velmi individuální, je namísto poskytování péče prostřednictvím moderního přístupu orientovaného na pacienta, o kterém pojednávají Waldsbergerová a Trešlová [30].

U třetí domény Nezávislost se opět zastavíme jen krátce, neboť zjištění našeho výzkumu není nijak překvapující. Jak již bylo popsáno výše, byl v rámci této domény prokázán výrazný rozdíl mezi pacienty s revmatoidní artritidou a běžnou populací. Vzhledem k faktu, že revmatoidní artritida je chronické onemocnění postihující pohybový aparát, je takový dopad zcela logický. Naše zjištění můžeme opět pouze podtrhnout tvrzeními dalších odborníků, kteří zmiňují omezení nemocného jak v rámci běžného každodenního fungování [21], tak i v rámci pracovního života [31].

Taktéž v rámci čtvrté domény Sociální vztahy bylo možné oproti běžné populaci předpokládat rozdíl u pacientů s revmatoidní artritidou, neboť i zde se může v souvislosti s nemocí projevit celá řada problémů. Ryan [18] například popisuje negativní ovlivnění rodinných vztahů z důvodu únavy, bolesti, pohybových potíží či negativních emocí. Taktéž Broome a Llewelyn [32] zmiňují nepříznivý vliv chronické nemoci, kdy nemusí docházet pouze k ovlivnění společenského fungování nemocného, ale i k sociální izolaci celé rodiny. Za zmínku stojí též závěry studie autorů Chung et al. [33], která prokázala větší sklon ke stresovým reakcím v rodinách pacientů s revmatoidní artritidou. Ryan [18] doplňuje, že vážným problémem těchto rodin, který směřuje k určitému odcizení, je nepochopení, kdy rodina nedokáže přijmout fakt, že nemoc může způsobovat tak rozsáhlé potíže. V neposlední řadě se zde mohou promítat obtíže v rovině sexuality, která je taktéž součástí zmíněné domény [34]. Abdel-Nasser a Ali [19] v závěrech své studie hovoří o neblahém dopadu onemocnění na sexuální funkce až u 60 % patientek. Navzdory výše zmíněným závěrům jiných autorů odhalila analýza našich výsledků spíše opačný trend, kdy u pacientů s revmatoidní artritidou byla v doméně Sociální vztahy prokázána nepatrně lepší kvalita života. Příčinou tohoto zjištění může být skutečnost, kterou popisují Affleck et al. [35]. Ti ve své studii uvádějí, že revmatoidní artritida nemusí mít v rovině sociálních vztahů pouze negativní dopad, ale může v mnoha případech způsobit i stmelení rodinných vztahů. Mimo to se domníváme, že mnohdy významné vztahové problémy mívají i jedinci zcela zdraví. S ohledem na tato tvrzení si musíme přiznat fakt, že hodnocení této oblasti pouze na základě kvantitativního přístupu je pravděpodobně velmi zkreslující a že je nezbytné hledat další odpovědi pomocí kvalitativně zaměřeného výzkumu.

Předposlední doména – Prostředí patří k těm nejrozsaáhlejším. Vzhledem k tomu, že je v ní zahrnuto několik oblastí, které dle celé řady odborníků patří u pacientů s revmatoidní artritidou k problematickým, jsme i zde předpokládali oproti běžné populaci horší výsledný stav. Jmenovat

lze například obtíže v dopravě, které popisuje Fitzgerald [20], negativní finanční důsledky [8], problémy v rovině běžného fungování v domácím prostředí či dopad onemocnění na volný čas [21]. I přesto se však výsledné průměrné skóre této domény u pacientů s revmatoidní artritidou pohybuje v mezích WHOQOL-100 populačních norem pro ČR a svědčí naopak v porovnání s běžnou populací spíše o něco lepší kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou.

Poslední rovinu kvality života představuje doména Spiritualita. Jak uvádějí Raudenská a Javůrková [36], u jedinců trpících chronickou nemocí se jedná o oblast významnou. Taktéž v rámci našeho výzkumu jsme v souvislosti s chronickou povahou revmatoidní artritidy očekávali určité přehodnocení priorit a životní víry, které by se projevilo výraznějším rozdílem mezi pacienty s revmatoidní artritidou a běžnou populací. I v tomto případě se však průměrné doménové skóre pohybuje v rozmezí WHOQOL-100 populačních norem a nelze tedy jednoznačně říci, že by zde existoval určitý všeobecně platný rozdíl. I přesto však naše zjištění u pacientů s revmatoidní artritidou v doméně Spiritualita svědčí spíše o horší kvalitě života.

Závěr

I přesto, že byl v rámci provedené analýzy prokázán jednoznačný rozdíl jen u dvou domén, je jisté, že nelze na výsledky pohlížet tak, že by se v dalších doménách revmatoidní artritida negativním způsobem neodrážela. Důkazem je celá řada vědeckých studií, které přinášejí podrobnější pohled na různé roviny kvality života a negativní dopad onemocnění jednoznačně potvrzují. Taktéž se domníváme, že je pro podrobné a všezahrnující zmapování kvality života u pacientů s revmatoidní artritidou nezbytné doplnit kvalitativní šetření, které by vedle zjištěných četností, statisticky významných rozdílů a vztahů přesně odhalilo příčiny a důsledky jednotlivých problémů. Domníváme se totiž, že mnohdy stejně intenzivní problémy v některých oblastech mohou postihnout jak jedince zdravého, tak i nemocného. Jako příklad lze uvést již výše zmíněné vztahové problémy, finanční potíže či problémy v dopravě. Pro efektivní zlepšování kvality života nemocného je však podstatné odlišit, které z nich jsou způsobeny přímo negativním vlivem nemoci a které jinými faktory. Mimo jiné je nutné upozornit na další limity naší studie, které souvisejí s tím, že výsledky nebyly hodnoceny ve vztahu k věku a dalším sociologickým faktorům. Tato analýza nebyla provedena v souvislosti s nereprezentativností výzkumného souboru vůči zmíněným ukazatelům.

Konflikt zájmů

Autoři prohlašují, že si nejsou vědomi žádného konfliktu zájmů týkajícího se uvedeného příspěvku.

Poděkování

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční pod-

pory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

LITERATURA

- [1] Olejárová M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton; 2008.
- [2] Shoenfeld Y, Fučíková T, Bartůňková J. *Autoimunita vnitřní nepřítel*. Praha: Grada; 2007.
- [3] Karges W, Al Dahouk S. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada; 2011.
- [4] Cush JJ, Weinblatt ME, Kavanaugh A. *Rheumatoid arthritis: early diagnosis and treatment*. New York: Professional Communication; 2010.
- [5] Olejárová M, Korandová J. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá fronta; 2011.
- [6] Hill J. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006, pp. 217–44.
- [7] Trešlová M, Bártlová S. Psychosociální faktory stresu seniorů a jejich zvládání. *Sociální Práce/Sociálna Práca* 2013;13(3):67–77.
- [8] Newman ED, Matzko CK. *Rheumatoid arthritis: frequently asked questions*. Hamilton: BC Decker; 2007.
- [9] Olejárová M. *Revmatoidní artritida: Čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta; 2012.
- [10] Benenson E. *Rheumatology: symptoms and syndromes*. New York: Springer; 2011.
- [11] Turan Y, Kocağa Z, Koçyiğit H, Gürkan A, Bayram KB, İpek S. Correlation of fatigue with clinical parameters and quality of life in rheumatoid arthritis. *Turkish Journal of Rheumatology* 2010;25:63–7.
- [12] Fischer HD, Yu W. *What to do when the doctor says it's Rheumatoid Arthritis*. Gloucester: Fair Winds Press; 2005.
- [13] McCabe C, Haigh R, Cohen H, Hewlett S. Pain and fatigue. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton CH, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Eds). *Oxford textbook of Rheumatology*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- [14] White C. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006, pp. 245–270.
- [15] Shlotzhauer TL. *Living with Rheumatoid Arthritis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2014.
- [16] Goodchild CE, Treharne GJ, Booth DA, Bowman SJ. Daytime patterning of fatigue and its associations with the previous night's discomfort and poor sleep among women with primary Sjögren's syndrome or Rheumatoid Arthritis. *Musculoskeletal Care* 2010;8(2):107–17.
- [17] Vroomen-Durning M. *Rheumatoid Arthritis and your mental health*. Everyday Health; 2013. [online] [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: <http://www.everydayhealth.com/rheumatoid-arthritis/living-with/rheumatoid-arthritis-mental-health/>
- [18] Ryan S. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006, pp. 193–218.
- [19] Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* 2006;25(6):822–30.
- [20] Fitzgerald P. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006, pp. 311–36.
- [21] Leino M, Tuominen S, Pirlä L, Tuominen R. Effects of rheumatoid arthritis on household chores and leisure-time activities. *Rheumatology International* 2015;35(11):1881–8.
- [22] Dragomirecká E, Bartoňová J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha; 2006.
- [23] Kožuchová M. The assessment of pain impact in selected domains of life of patients in home care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2012;3(3):447–53.
- [24] Barrett D, McNamara P. *Encyclopedia of sleep and dreams*. Santa Barbara: Greenwood; 2012.
- [25] Imran MY, Khan EAS, Ahmad NM, Raja SF, Saeed MA, Haider II. Depression in Rheumatoid Arthritis and its relation to disease activity. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2015;31(2):393–7.
- [26] Kaas J, Tóthová V, Martinek L. *Revmatoidní artritida jako psychický problém*. Psychologie a její kontexty 2014;5(2):71–80.
- [27] Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, Fitzgerald JD, Ranganath VK, Nicassio PM. Sleep loss exacerbates fatigue, depression, and pain in rheumatoid arthritis. *Sleep* 2012;35(4):537–43.
- [28] Mella LFB, Bértolo MB, Dalgalarondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2010;32(3):257–63.
- [29] Matcham F, Ali S, Irving K, Hotopf M, Chalder T. Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016;17:1–9.
- [30] Waldsbergerová M, Trešlová M. Patient-oriented care – history, progress and current state according to literature and in practice in the Czech Republic. *Journal of Health Science* 2016;4(2):74–82.
- [31] Zhang X, Mu R, Wang X, Xu C, Duan T, An Y, et al. The impact of rheumatoid arthritis on work capacity in Chinese patients: a cross-sectional study. *Rheumatology* 2015;54(8):1478–87.
- [32] Broome A, Llewelyn S. *Health psychology processes and applications*. London: Chapman and Hall; 1995.
- [33] Chung S, Ha YJ, Kang EH, Lee YJ, Song YW. The psychosocial status of the family members of rheumatoid arthritis patients in Korea. *Rheumatology International* 2016;36(5):719–24.
- [34] Hari A. Sexual function in Moroccan women with rheumatoid arthritis and its relationship with disease activity. *Clinical Rheumatology* 2015;34(6):1047–51.
- [35] Affleck G, Pfeiffer C, Tennen H, Fifield J. Social support and psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 1998;1(2):71–7.
- [36] Raudenská J, Javůrková A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada; 2011.