

Vliv osteoartrózy na život člověka - informovanost veřejnosti o osteoartróze váhonosných kloubů

Jana Šmotková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana ŠMOTKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Vliv osteoartrózy na životní styl člověka**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat teoretickou část:

Seznámit se s anatomií kloubu.

Shrnout informace o osteoartróze.

Popsat úlohu prevence onemocnění v systému zdravotní péče.

Zpracovat praktickou část:

Zjistit informovanost veřejnosti o onemocnění a možnostech jeho předcházení nebo ovlivnění vývoje.

Zmapovat výskyt rizikových faktorů osteoartrózy u veřejnosti.

Zhodnotit, jaké metody používají lidé trpící bolestmi kloubů k jejich tišení.

Použít metodu dotazníkového šetření.

Vytvořit edukační materiál v podobě posteru pro potřeby klientů ortopedických oddělení a ordinací praktických lékařů.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D. a kol. Základy ortopedie. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80 - 7254 - 202 - 8.

TRNAVSKÝ, K. Osteoartróza. Praha: Galén, 2002. 81 s. ISBN 80 - 7262 - 158 - 0.

HNÍZDIL, J., ŠAVLÍK, J., BERÁNKOVÁ, B., TYKALOVÁ, J. Artróza v psychosomatickém přístupu. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 47 s. ISBN 80 - 7254 - 913 - 8.

KOUDELA, K. a kol. Ortopedie. Praha: Karolinum, 2004. 281 s. ISBN 80 - 246 - 0654 - 2.

SOSNA, A. Náhrada kyčelního kloubu. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80 - 7254 - 302 - 4.

GALLO, J. a kol. Artróza váhonosných kloubů ve světle medicíny založené na důkazu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2007. 90 s. Učební texty. ISBN 978 - 80 - 244 - 1741 - 7.

Vedoucí bakalářské práce:

Bc. Eva Matysová

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.

děkan

L.S.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně25.2.2009.....

.....*Štěpán Bora*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé bakalářské práce je „Vliv osteoartrózy na život člověka“. V rámci tohoto tématu jsem se zaměřila na informovanost veřejnosti o osteoartróze váhonosných kloubů. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části jsem zaostřila svůj pohled na informace o onemocnění, příčinách vzniku, rizikových faktorech, projevech onemocnění, na diagnostiku, léčbu a prevenci. V neposlední řadě na důsledky osteoartrózy.

V praktické části jsem se věnovala výzkumu pomocí dotazníkového šetření u veřejnosti. Zkoumala jsem informovanost o osteoartróze, výskyt rizikových faktorů a bolestí kloubů u veřejnosti. U klientů s osteoartrózou pak dopad onemocnění na jejich život.

Klíčová slova: osteoartróza, koleno, kyčel, rizikové faktory, kloubní chrupavka, bolest, prevence

ABSTRACT

The topic of my bachelor thesis is „The Influence of Osteoarthritis of Human Life“. Within my topic I tried to investigate how people are informed on osteoarthritis of knee and hip.

My bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part I am concentrating on basic information on the disease, its causes, risk factors, symptoms, diagnosis, treatment and prevention. I am also mentioning the consequences of osteoarthritis.

The practical parts bring my questionnaire which I distributed among people to find out how much they know about the disease. In the questionnaire I asked about general information, risk factors and pain of joints. I also asked people who suffered from this disease how it affects their lives.

Keywords: osteoarthritis, knee, hip, risk factors, cartilage, pain, prevention

Poděkování:

Děkuji Bc.Evě Matysové za trpělivost, podporu a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji MUDr.Milanu Juricovi a MUDr.Bedřichu Vaškovi za odborné konzultace ohledně tématu osteoartrózy.

Děkuji lidem, kteří vyplnili dotazník ohledně osteoartrózy a umožnili mi tím uskutečnit praktickou část mé práce.

Děkuji všem, kteří mne při psaní této práce podporovali.

Motto:

*„Život je krátký, umění dlouhé, příležitost prchavá, zkušenost klamavá, rozhodnutí obtížné.
Nejenom lékař má poskytnouti, čeho třeba, nýbrž i nemocný, pomocníci a vůbec okolí.“*

Hippokratés

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEFINICE OSTEOARTRÓZY (OA)	13
1.1 ANATOMIE KLOUBU	13
1.1.1 Kloub kyčelní (articulatio coxae)	15
1.1.2 Kloub kolenní (articulatio genus).....	15
1.2 VÝSKYT OSTEOARTRÓZY	16
1.2.1 Prevalence osteoartrózy.....	16
1.2.2 Incidence osteoartrózy.....	16
1.3 KONCEPCE VZNIKU OSTEOARTRÓZY	16
1.3.1 Primární (=idiopatická) artróza	17
1.3.2 Sekundární artróza.....	17
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY OSTEOARTRÓZY	17
1.4.1 Věk a pohlaví	18
1.4.2 Genetická predispozice	18
1.4.3 Estrogeny.....	18
1.4.4 Nutriční faktory	18
1.4.5 Poškození kloubu	18
1.4.6 Nevhodná zátěž kloubu	18
1.4.7 Nadváha.....	19
1.4.8 Kongenitální a vývojové vady kyčelních kloubů	19
1.4.9 Svalová slabost.....	19
1.4.10 Poruchy inervace kloubů	19
1.4.11 Kloubní záněty	19
1.4.12 Stres.....	20
1.4.13 Další onemocnění a stavy.....	20
1.5 KLINICKÝ OBRAZ OSTEOARTRÓZY	20
1.5.1 Koxartróza.....	21
1.5.2 Gonartróza.....	22
1.6 DIAGNOSTIKA OSTEOARTRÓZY	23
1.6.1 Anamnéza.....	23
1.6.2 Fyzikální vyšetření	23
1.6.3 Klasický RTG snímek	24
1.6.4 Magnetická nukleární rezonance (MRI).....	24
1.6.5 Sonografie	24
1.6.6 Scintigrafie	25
1.6.7 Laboratorní vyšetření.....	25
1.6.8 Artroskopie.....	25
1.7 LÉČBA OSTEOARTRÓZY	26
1.7.1 Léčba konzervativní nefarmakologická	26
1.7.1.1 Edukace a režimová opatření	26
1.7.1.2 Pohybová terapie.....	27
1.7.1.3 Fyzikální terapie.....	28
1.7.1.4 Dietní manipulace	29
1.7.1.5 Použití opěrných a protetických pomůcek	29
1.7.1.6 Akupunktura	30
1.7.1.7 Lázeňská léčba	31
1.7.2 Léčba konzervativní farmakologická	32
1.7.2.1 Analgetika	32
1.7.2.2 Nesteroidní antirevmatika (NSA)	32
1.7.2.3 Symptomaticky pomalu působící léky (SYSADOA)	32
1.7.2.4 Lokální terapie	33
1.7.3 Léčba chirurgická.....	33

1.7.3.1	Chirurgické metody se snahou o zachování nebo znovuobnovení kloubního povrchu.....	34
1.7.3.2	Chirurgické metody, které mění rozložení zátěže.....	34
1.7.3.3	Výplach kolenního kloubu.....	34
1.7.3.4	Aloplastika kloubu.....	34
1.8	HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ LÉČBY OSTEOARTRÓZY.....	34
1.9	PREVENCE OSTEOARTRÓZY.....	35
2	NÁSLEDKY OSTEOARTRÓZY.....	38
2.1	BOLEST JAKO HLAVNÍ PROJEV OSTEOARTRÓZY.....	38
2.2	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE GORDONOVÉ U PACIENTA S OSTEOARTRÓZOU.....	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
3	METODIKA PRÁCE.....	44
3.1	CÍLE PRÁCE.....	44
3.2	PŘEDPOKLADY.....	44
3.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	45
3.4	METODICKÝ POSTUP.....	45
3.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	46
4	VÝSLEDEK VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA.....	47
4.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	47
4.2	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	89
4.3	DISKUZE.....	92
	ZÁVĚR.....	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	97
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	100
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	101
	SEZNAM TABULEK.....	103
	SEZNAM PŘÍLOH.....	105

ÚVOD

Osteoartróza, nebo-li artróza se stala součástí našeho každodenního života. Jedná se o komplexní kloubní onemocnění, projevující se hlavně bolestí a s ní související omezenou pohyblivostí a následnou sníženou kvalitou života. Někoho možná napadne otázka, proč nás v současné době artróza tak často postihuje. Ne každý ale ví, že toto onemocnění trápí lidstvo už od pradávna. Souvisí s přirozeným procesem stárnutí člověka a opotřebením pohybového aparátu. V poslední době se však stává frekventovaným tématem různých diskuzí, neboť populace stárne, tudíž výskyt osteoartrózy roste a nabývá na významu. Kromě věku se však na vzniku artrózy podílí i takzvané rizikové faktory. Příčina jako taková je zatím neznámá.

Bolestmi kloubů trpí téměř každý starší člověk. Většinou je také léčí každý po svém. Někdo si v lékárně koupí mast nebo tabletku, jiný si přiloží studený obklad a zůstane ležet, další navštíví lékaře. Málokoho napadne, že bolesti kloubů by mohly být signálem vážnějších potíží a přejít až v těžkou formu osteoartrózy a následnou implantaci totální endoprotézy. V současné době jsme bombardováni reklamami na nové zaručené prostředky v léčbě artrózy a přitom často ani nevíme, co propagovaná léčiva nebo potravinové doplňky obsahují, na co jsou zaměřeny, jestli jsou skutečně praxí ověřeny a jejich účinek je vědecky prokázán. Jisté však je, že pouze zakoupením tabletky nebo masti náš problém s artrózou nevyřešíme. Pokud budeme naše klouby trvale přetěžovat nadměrnou hmotností nebo nevhodným pohybem, pokud budou naše svaly ochablé a my nebudeme naslouchat signálům těla, bude se stav našich kloubů s největší pravděpodobností jen zhoršovat.

Chtěla bych svou práci podat čtenáři z řad veřejnosti ucelený soubor aktuálních poznatků o osteoartróze a přimět ho k aktivnímu přístupu při prevenci tohoto onemocnění tak, aby jeho případné následky byly co nejvíce eliminovány.

K vypracování mé bakalářské práce mě inspiroval příběh z mého okolí, kdy jinak zdravá starší žena se během dvou let stala téměř nepohyblivou a ocitla se na pokraji psychického zhroutení. Tento silný podnět mě přiměl k tomu, že jsem se začala o OA hlouběji zajímat. Zjistila jsem, že v mém okolí se vyskytuje více lidí s podobnými problémy v různých věkových skupinách, i když převážně starších. Přestože se artróza projevuje především u těchto osob, myslím si, že se jedná o celospolečenský problém, a proto je velmi důležitá její časná prevence.

Výstupem mé bakalářské práce je poster, na němž jsou shrnuty nejdůležitější informace o osteoartróze a bude vybízet k aktivnímu přístupu k onemocnění. Poster bude umístěn na pracovištích praktických lékařů a na ortopedických odděleních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE OSTEOARTRÓZY (OA)

Artróza je proces (nebo také skupina kloubních onemocnění) charakterizovaný narušením rovnováhy mezi degradací a novotvorbou tkáně kloubní chrupavky a přilehlé kosti. Vedle změn kloubní chrupavky, které jsou pro artrózu obzvlášť typické, dochází i ke změnám na kosti pod chrupavkou, synoviální tekutině a membráně, kloubním pouzdrů, vazech, šlachách i svalech kolem kloubu. Proto správný název tohoto onemocnění zní osteoartróza. Artróza je spíše zkrácené pojmenování. Osteoartróza a artróza tedy tvoří skupinu navzájem se překrývajících chorobných stavů. [4, 7]

OA nejčastěji postihuje klouby dolních končetin – kloub kolenní (gonartróza) a kloub kyčelní (koxartróza). Velmi často se vyskytuje v meziobratlových kloubech (spondylartróza), může se objevit i v kloubu ramenním (omartróza) nebo v drobných kloubech ruky, obzvlášť v kloubu palce (rhizartróza). Pokud OA postihuje více kloubů lidského těla, hovoříme o polyartróze. [5]

1.1 Anatomie kloubu

K tomu, abychom mohli porozumět OA, je třeba znát alespoň základní stavbu kloubu. Kloub tvoří styčné plochy, chrupavka, kloubní pouzdro, kloubní dutina a pomocná kloubní zařízení (kloubní vazy a šlachy, menisky, burzy). [20]

- ♦ **Styčné plochy** – jedna je vypouklá (kloubní hlavice) a druhá vydutá (kloubní jamka). Jsou tvořeny pevnou, hutnou vrstvou kosti, která je pokryta chrupavkou.[20]
- ♦ **Chrupavka** – je většinou hyalinní. Jen v některých kloubech vystavených velkému tlaku (např. křížokyčelní kloub, kloub mezi kostí hrudní a kostí klíční) je chrupavka vazivová. Zdravá chrupavka má podobu houbovitě tkáně s vysokým obsahem tekutiny. Při zatížení kloubu je tekutina vytlačována a chrupavka snižuje svou výšku. Naopak při odlehčení se tekutina do chrupavky vrací a původní výška chrupavky se tak obnovuje. Hlavní funkce chrupavky je, aby zajistila hladký posun kloubních plošek mezi sebou a aby umožnila pružný přenos zátěže na pohybový aparát. V dospělosti ztrácí chrupavka schopnost růstu, jímž by se kompenzovalo její opotřebení. Navíc během života klesá počet chrupavčitých buněk

(chondrocytů) ve vztahu k množství mezibuněčné hmoty. Z toho vyplývá, že opotřebením je z části vyrovnáno produkcí většího množství mezibuněčné hmoty. Regenerační schopnost kloubní chrupavky zůstává i přesto velmi malá. [2]

- ♦ **Kloubní pouzdro** – spojuje styčné plochy a upíná se po jejich okrajích. Skládá se ze dvou vrstev vnější, fibrosní (tuhá), a vnitřní, synoviální, (měkká). Vazivo vnější vrstvy je převážně kolagenní a přispívá ke stabilitě kloubu. Vazivo vnitřní vrstvy tzv. „Synoviální membrána“ je bohatě zásobeno krevními a mízními cévami a nervy. Produkuje do kloubní dutiny kloubní maz, synovii. [2]
- ♦ **Synoviální tekutina** – neboli kloubní maz je vazká, čirá tekutina. Obsahuje bílkovinné mukoalbuminy a kyselinu hyaluronovou. Kloubní maz pokrývá v podobě tenkého filmu povrch chrupavky a synoviální membrány. Zvyšuje tak skluznost styčných ploch. Množství tekutiny se zvětšuje za přítomnosti zánětu. Přes synoviální tekutinu se odehrává transport základních živin do chrupavky. [19]
- ♦ **Kloubní dutina** – je dutina mezi styčnými plochami, kloubním pouzdrům a popř. i dalšími kloubními útvary. Za normálních podmínek je to kapilární štěrbinová. Může se zvětšit po naplnění tekutinou, vzduchem nebo při chorobných stavech krví či zánětlivě zmnoženou tekutinou. [20]
- ♦ **Kloubní lem** – je tvořen vazivovou chrupavkou. Rozšiřuje plochu kloubní jamky. [2]
- ♦ **Kloubní vazy a šlachy** – Kloubní vazy jsou silné pruhy pevného vaziva vetkané do pouzdra. Někdy brání nežádoucím pohybům a pomáhají zabezpečovat styk kloubních ploch. Šlachy oproti tomu slouží k uvádění kloubu do pohybu. [19]
- ♦ **Disky a menisky** – zasahují do kloubní dutiny. Jsou to ploténky vazivové chrupavky. Vyrovnávají nesrovnalosti zakřivení kloubních ploch a umožňují složitější pohyby. Diskus dosahuje přes celou kloubní dutinu a dělí ji na dvě části. Meniskus zasahuje mezi styčné plochy od obvodu a má tedy volný vnitřní okraj, který je jeho nejtenčím místem. [2]

- ♦ **Burzy** – neboli tíhové váčky. Objevují se v řídkém vazivu v okolí kloubu jako dutiny různé velikosti. Jsou vystlané synoviální membránou, která produkuje tekutinu podobnou kloubnímu mazu. Mohou být sídlem chorobných změn. [2]
- ♦ **Kloubní svaly** – oddělují se z nejhlubších vrstev svalstva v okolí kloubu. Upínají se do kloubního pouzdra. Při pohybu brání uskřínují pouzdra mezi styčnými plochami kloubu. [2]

1.1.1 Kloub kyčelní (*articulatio coxae*)

Kyčelní kloub je kloub kulovitý a omezený. Kyčelní kloub není jen zařízen pro pohyb dolní končetiny. Oba kyčelní klouby nesou trup a balančními pohyby přispívají k udržení jeho rovnováhy. Vlastní pohyby kyčelního kloubu jsou otáčivé pohyby hlavice v jamce. Pohyby jsou umožněny všemi směry – flexe, extenze, abdukce, addukce, rotace. Střední postavení kyčelního kloubu je v mírné flexi se střední abdukcí a s malou zevní rotací. [2]

1.1.2 Kloub kolenní (*articulatio genus*)

Kolenní kloub je složený kloub. Artikulují v něm 3 kosti – femur, tibia a patella. Mezi styčné plochy femuru a tibie jsou vsunuty kloubní menisky. Oba menisky jsou pevně spojeny s tibií a dotvářejí kloubní jamky, protože kondyly tibie jsou téměř ploché. Vnitřní meniskus je upevněn k vnitřnímu postrannímu vazu. To souvisí s jeho menší pohyblivostí a snadnější zranitelností. Číška (patella) je přiložena k patellární ploše stehenní kosti, hledí do kloubu svou zadní plochou, která je pokryta silnou vrstvou chrupavky. Kloubní dutina je prostorná a má komplikovaný tvar. Synoviální membrána vystýlá pouzdro nerovnoměrně. Vazy kolenního kloubu rozlišujeme zevní a vnitřní. Zevní vazy zesilují kloubní pouzdro. Vnitřní vazy nitrokloubní, zkřížené, jsou rozepjaté mezi vnitřními plochami kondylů femuru a tibií. Základní postavení kolenního kloubu je úplná extenze. Postranní vazy a všechny vazivové útvary na zadní straně kloubu jsou napjaty. Femur, tibia a menisky pevně vzájemně naléhají. Tento stav označujeme jako tzv. „uzamknuté koleno“. Základním pohybem kolene je flexe a následná zpětná extenze. Při flexi, kdy je kloub tzv. „odemknutý“ je možná mírná vnitřní i zevní rotace. [2]

1.2 Výskyt osteoartrózy

Nezánětlivé degenerativní onemocnění kloubů, artróza, se stalo téměř civilizační chorobou. Kdysi zcela běžné onemocnění provázející přirozené stárnutí kloubů dnes lékaři řadí mezi vážné choroby vyžadující zvláštní pozornost a soustavnou diagnostickou i léčebnou péči. [5]

Artróza postihuje asi 12% naší populace a až 50% populace nad 70 let. Výskyt OA roste s věkem a to ve všech lokalizacích u obou pohlaví. Stupeň pohybového omezení, invalidity a zhoršení kvality života v mnoha případech dosahuje vysoké závažnosti a často vyžaduje operační náhradu postiženého kloubu. OA je jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. [13]

1.2.1 Prevalence osteoartrózy

Prevalence je aktuální výskyt ve vzorku populace. Prevalence artrózy roste s věkem člověka. Heine ve své patologicko–anatomické práci našel v 1000 pitevních případech přítomnost OA u osob starších 65-ti let téměř ve 100 %. V epidemiologických studiích se nejčastěji používají k diagnostice OA radiologická kritéria. Radiologický nález a klinická symptomatologie se může lišit. Vnímání projevů OA je individuální. Postižení kloubů ruky a kolena je častější u žen než u mužů. Koxartróza se vyskytuje méně než gonartróza. Podíl postižených mužů a žen je vyrovnaný. [4]

1.2.2 Incidence osteoartrózy

Incidence je výskyt nově diagnostikovaných případů za určité časové období. Studie incidence jsou vzácné. Ve studii pocházející z USA byla incidence OA kolenního a kyčelního kloubu 200 nových případů na 100 000 obyvatel za rok. [4]

S určitostí můžeme tvrdit, že incidence a prevalence artrózy váhonosných kloubů začíná ve větší míře narůstat po padesátém roce věku. [19]

1.3 Koncepce vzniku osteoartrózy

Artróza pravděpodobně vzniká působením celé řady okolností, má tedy multifaktoriální etiopatogenezi. [4]

1.3.1 Primární (=idiopatická) artróza

O primární nebo také idiopatické artróze hovoříme tehdy, nelze-li přesně určit vyvolávající moment onemocnění. Může se jednat o následek málo nápadného jednorázového nebo opakovaného přetížení kloubu, metabolického onemocnění chondrocytů nebo porušení rovnováhy subchondrální kosti, vazů, svalů, či kloubní výstelky. U metabolické poruchy tvorby chondrocytů se snižuje množství vytvářené matrix a produkované struktury jsou často abnormální. Chondrocyty se rozpadají. Chrupavka měkne, snižuje svoji výšku, vytváří se v ní trhliny a v kloubu se objevuje chrupavčitá drť. Nastává hyperprodukce synoviální tekutiny a zároveň se snižuje její kvalita z hlediska výživy chrupavky a kloubní lubrikace. Ve snaze organismu o obnovu dochází v subchondrální kostní k hypertrofii, k tzv. „subchondrální skleróze“. V této fázi mohou vznikat v subchondrální oblasti kostní pseudocysty. Degenerativní proces stále častěji provází sekundární zánětlivá složka. Ta postihuje i kloubní pouzdro a vazy a může ovlivňovat stabilitu kloubu. V některých případech se může objevit i porucha kloubní osy. [4,5]

1.3.2 Sekundární artróza

O sekundární OA mluvíme, jestliže je vyvolávající příčina známá a leží mimo kloubní chrupavku. Projevuje se stejně jako OA primární. Stav, který artrózu vyprovokoval se nazývá **preartróza**. Tou může být závažné kloubní poranění, tvarová či osová anomálie (genu varum/valgum, postdysplastická koxartróza, aj.), přímé poškození autoimunitním zánětlivým onemocněním (např. revmatoidní artritida), depozice krystalů nebo opakované krvácení do kloubu (např. hemofilie). [4]

1.4 Rizikové faktory osteoartrózy

Počátkem 80.let 20.století proběhlo jedno z prvních epidemiologických šetření zaměřených na OA kolenního kloubu (Framinghamská studie), později následovaly další. Zjistilo se, že určité faktory mohou ovlivnit vznik nebo progresi artrózy. [4]

Názory odborníků na jednotlivé faktory (např.stres, typy tělesné aktivity) se liší.

Rizikové faktory OA mohou být :

1.4.1 Věk a pohlaví

Do padesátého roku věku je výskyt vyšší u mužů, po překročení padesátého roku roste výskyt OA u žen. Je známo, že se artróza vyskytuje častěji u starších lidí. Věkové faktory zahrnují biologické tkáňové změny, jako je snížená reaktivita chondrocytů na reparativní podněty, menší stabilita kloubu v důsledku oslabení svalů a ligament, hromadění metabolitů a jiné jevy akcelerující rozvoj OA. [19]

1.4.2 Genetická predispozice

Genetika souvisí s vlastnostmi kloubní chrupavky i s lokálními predispozicemi, které vedou k odlišnostem ve tvaru kloubu, velikosti kloubního povrchu či směru působení zátěžových sil. Odhaduje se, že genetické predispozice by mohly ovlivňovat až 50% případů artrózy kyčelního kloubu. Vliv na kolenní kloub bude zřejmě menší. [4]

1.4.3 Estrogeny

Poukazuje se na zvýšený výskyt tzv. „postmenopauzální artrózy“. To znamená rychle progredující OA kloubů ruky u žen po menopauze. Studie prokazují, že hormonální léčba estrogeny může být spojena s nižším výskytem OA kolenního a kyčelního kloubu. [19]

1.4.4 Nutriční faktory

Uvažuje se o příznivém účinku antioxidantů (vitamin C a E). Na kvalitu kostní tkáně kladně působí vitamín D. Rizikovým faktorem tedy může být nedostatek těchto vitamínů. [19]

1.4.5 Poškození kloubu

U kolenního kloubu se převážně jedná o poškození zkřížených vazů a narušení menisků. Předěšlé trauma v oblasti kloubů zvyšuje riziko OA 5-6 x. [19]

1.4.6 Nevhodná zátěž kloubu

OA může být důsledkem sportovní aktivity špičkových sportovců, kde dochází k přetěžování kloubů a možným drobným mikrotraumatům (hráči kopané, vzpěrači aj.). Také zaměstnání, ve kterých člověk dlouhodobě vykonává stereotypní pohyby nebo

nadměrně zatěžuje klouby klekáním či zdviháním těžkých břemen mohou způsobit OA. [19]

1.4.7 Nadváha

Více se nadváha jako rizikový faktor uplatňuje u žen než u mužů. Jedná se především o nadměrné mechanické zatěžování kolenního kloubu. U lidí s vysokou nadváhou, především tedy u žen s BMI nad 27, existuje 3x vyšší riziko potřeby totální kloubní náhrady ve stáří. BMI (Body Mass Index = poměr hmotnosti / výšky² v kilogramech a v metrech) se zde užívá jako orientační ukazatel nutričního stavu. Platnost BMI není absolutní, je třeba věci posuzovat v souvislostech života každého jedince. [5]

1.4.8 Kongenitální a vývojové vady kyčelních kloubů

V dospělosti se na rozvoji OA velkou částí podílí kongenitální subluxace, onemocnění Legg-Calvé-Perthes a epifyzeolýza spojená se skluzem hlavice femoru. Částečně artrózu ovlivňuje i mírnější forma těchto změn, např. acetabulární dysplazie a to převážně u žen. [19]

1.4.9 Svalová slabost

Rozvoj OA kolenního kloubu může urychlit oslabení čtyřhlavého svalu stehenního. Vyvinuté svalstvo stabilizuje kloub, vyrovnává mechanickou zátěž kloubní chrupavky a brání tak vzniku nebo progresi OA. [19]

1.4.10 Poruchy inervace kloubů

Úvaha o tomto rizikovém faktoru vznikla pozorováním Charcotova kloubu u neurosifilis a roztroušené sklerózy. Ukazuje na možnost, že u některých osob by mohly drobné inervační poruchy vyřadit aspoň částečně obranné mechanismy a tak vést k rozvoji degenerativního procesu kloubní chrupavky. [19]

1.4.11 Kloubní záněty

Záněty narušují normální prostředí uvnitř kloubu, snáze pak dochází k rozvoji artrotických změn. [4]

1.4.12 Stres

Význam stresu spočívá v emočním napětí a s ním spojeným zvýšeným napětím svalů. Toto napětí je energeticky hodně náročné a vyčerpává organismus. Pocit celkové únavy často vede k psychosomatickým poruchám, které mohou postihnout i pohybový aparát. Chronický stres a přetížení vyvolávají akutní bolest. Neřešené obtíže přecházejí do chronicity a jejich výsledkem je obraz degenerativního postižení. Stres, přetížení, funkční i organické změny spolu tedy souvisejí. Rozhodující roli hraje čas, během kterého působí stres a přetížení na člověka. Rizikovým je nepříznivý pracovní režim, v němž je organismus nucen fungovat. [5]

1.4.13 Další onemocnění a stavy

Byla objevena pozitivní asociace mezi OA a diabetem mellitem, hyperurikémií a hypertenzí. Negativní asociace pak byla nalezena mezi OA a kouřením cigaret a mezi OA a osteoporózou (negativní vztah pro OA a osteoporózu platí především u koxartrózy). [13]

1.5 Klinický obraz osteoartrózy

První známkou časně OA je zvýšené zadržování vody – otok chrupavky, provázené snižováním obsahu proteoglykanů. Postupně dochází k rozvrásnění kolagenní sítě, erozím a defektům na povrchu chrupavky, která tak po úvodní fázi zbytnění – otoku, začne ubývat. Pro poslední fázi OA je typické vymizení kloubní chrupavky, kdy se proti sobě pohybují dva sklerotické konce kosti a vytváří charakteristické kloubní drásoty. [4,20]

Dá se očekávat, že u osoby s OA se střídají fáze zhoršení (dekompenzace neboli flare) a fáze zlepšení. Klinický obraz se liší podle postiženého kloubu. [4]

- ♦ **Bolest** – je hlavním projevem OA. Samotná poškozená chrupavka postrádá inervaci, bolest tedy vychází z okolních kloubních tkání – subchondrální kost (dřeňová hypertenze, mikrofraktury), osteofyty (dráždění nervových zakončení v periostu), vazy a šlachy (napnutí), úpony (zánět), kloubní pouzdro (zánět, distenze), okolní svaly (spasmus), kloubní výstelka (zánět). Zpočátku se vyskytuje **po větší zátěži** kloubu, při odpočinku pak mizí. Později se bolest objevuje i **v klidové poloze**. Vnímání bolesti je individuální. Typická bývá startovací bolest na začátku pohybu. [4]

- ♦ **Ztuhlost** – objevuje se zejména po ránu, kdy klouby nejsou rozhýbané. Klouby jsou obvykle více citlivé na změnu počasí a prochladnutí. [5]
- ♦ **Omezení pohybu spojené s funkčním omezením** – v důsledku bolestivosti kloubu a kloubních změn nastává omezení rozsahu pohybu, které se zároveň projeví v omezení činností denního života. [19]
- ♦ **Narušení stereotypu chůze** – projevuje se kulháním, nejistotou při chůzi, nestabilitou v kloubu. [4]
- ♦ **Kloubní vrzoty a drásoty** – doprovázejí klienta při pohybu. [4]
- ♦ **Výpotek** – vzniká uvnitř kloubního pouzdra zejména v iritované fázi OA. [4]
- ♦ **Svalové kontraktury** – vznikají často v pozdějším stádiu OA. [19]
- ♦ **Kloubní deformity** – vznikají často v pozdějším stádiu OA. [19]

Klinická stádia artrózy:

- I. Bolesti v závislosti na zátěži, svalové spasmy, mírné omezení hybnosti, drobné drásoty při pohybu.
- II. Bolesti při pohybu, výraznější omezení pasivní hybnosti, palpační citlivost kloubu, drásoty při pohybu, kulhání, bolesti při chůzi ze schodů a z kopce.
- III. Bolesti při pohybu, klidové bolesti, výrazné omezení pasivních pohybů, nápadné kulhání, chůze s využitím opory
- IV. Minimální nebo žádný pohyb v kloubu (= ankylóza), silné bolesti, pohyb jen s pomocí berlí [14]

1.5.1 Koxartróza

Koxartróza je OA kyčelního kloubu. Postihuje jeden nebo oba klouby zároveň. Vyskytuje se primární i sekundární forma. Vznik primární koxartrózy ovlivňují faktory dědičnosti a chronického přetížení. Sekundární koxartróza se většinou rozvíjí v důsledku kloubní inkongruence, vzniklé na podkladě dysplazie kyčelního kloubu nebo traumatických změn. Ojedinele se může rozvinout v důsledku specifického či nespecifického zánětu. [16]

Koxartróza se projevuje bolestí při chůzi lokalizovanou v oblasti hýždí, v tříselech, na přední straně stehna a také v kolenním kloubu. Později se může přidat i klidová bolest rušící spánek. Charakteristická je antalgická klaudikace, což je rychlé provedení kroku přes postižený kloub. Vyskytují se startovací bolesti a pocity ztuhlosti končetiny v kloubu. Postupně se omezuje rozsah pohybu v kyčelním kloubu, zejména rozsah rotací. Při vyšetření nacházíme omezení především vnitřní rotace a bolestivost v krajních polohách kloubu. V důsledku toho má pak kyčelní kloub tendenci zaujímat úlevové postavení v lehké zevní rotaci s mírnou flexí. Tak vzniká často kontraktura. Jestliže podkladem koxartrózy je vrozená kyčelní dysplazie, bývají přítomny další příznaky – Tedelenburgův manévr (pokles jedné strany pánve, pokud nemocný stojí na postižené končetině), či zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve. Často se objevují funkční problémy s obouváním a oblékáním. [19]

Přirozený průběh se u koxartrózy velmi liší. Ve většině případů je pomalu progresivní, dokonce bylo popsáno i přirozené zhojení onemocnění. Jestliže dochází k rychlé progresi obtíží s častými exacerbacemi, hovoříme o tzv. rychle progredující formě, kdy dochází k téměř úplnému poškození kloubu v období 3-36 měsíců. Hlavní komplikací onemocnění může být osteonekróza hlavice femoru, další pak kolaps kosti v oblasti acetabula a protruze hlavice femoru do malé pánve. [13]

1.5.2 Gonartróza

Gonartróza je OA kolenního kloubu. Postihuje jednu nebo více částí kloubu. Může se objevit na mediální i laterální straně. Vyskytuje se forma primární i sekundární OA. Nejčastěji bývá postižen mediální tibiofemorální kloub. K největšímu poškození chrupavky pak dochází na laterálním okraji pately v mediálním kompartmentu. Je to dáno také tím, že při pohybu kloubu jde maximum biomechanické zátěže střední plochou kloubu. Při flexi je patelofemorální kloub zatížen 7-8 násobkem tělesné hmotnosti. K abnormálnímu zatížení některé části chrupavky kolenního kloubu může vést odstranění menisků, valgózní či varózní postavení kolenního kloubu nebo poškození ligament. [19]

U primární gonartrózy se uplatňují faktory dědičnosti, systémové faktory, lokální mechanické potíže a chronické přetížení. Sekundární gonartróza následuje po traumatech nebo zánětlivých, ojediněle septických artritidách. [16]

Kromě obecných projevů OA gonartróza své specifické příznaky. Zdůrazňujeme bolest při chůzi zejména ze schodů a po nerovném terénu. Typickým příznakem je tedy kulhání. Může se objevit ztuhlost kloubu spojená s omezením jeho rozsahu a vznik malého extenčního deficitu (neschopnost úplného vyrovnání kolena v ležící poloze). Bývá přítomná palpační bolest, časté jsou i hrubé drásoty v kolenu. V pokročilé fázi se vyskytuje instabilita v kloubu a kloubní deformace. [13]

Progrese OA kolenního kloubu a zhoršování funkční kapacity nemocného jsou do značné míry závislé na síle čtyřhlavého stehenního svalu. Přirozený průběh je většinou pomalý. Potíže klientů mají nestejnou intenzitu. V poslední době se poukazuje na to, že bolest kloubů u starších osob nemusí být doprovázena retgenologickým nálezem ostoartrotických změn. [19]

1.6 Diagnostika osteoartrózy

Základem vyšetřování je stejně jako u každého onemocnění odběr anamnézy a klinické vyšetření. Ideální by bylo, kdyby rutinní součástí vyšetřovacího protokolu bylo i psychologické vyšetření. [4]

Klinicky heterogenní obraz artrózy vedl k potřebě vzniku diagnostických kritérií pro oblast kolene i kyčle. V současnosti jsou nejrozšířenější diagnostická kritéria, která vypracovala American College of Rheumatology (ACR) Příloha (P IV, P V). [4]

1.6.1 Anamnéza

Anamnéza obsahuje RA, OsA, FA, SA, PA, nynější onemocnění a analýzu bolesti. Je zaměřena na výskyt rizikových faktorů u klienta. Pokusíme se rozebrat bolest klienta – charakter, intenzitu, lokalizaci, délku trvání, nástup během dne, typ bolesti (ostrá, píchavá, pálivá, tupá, vyzařující,...), klidová bolest, akutní nebo chronická, vazbu bolesti na určitou činnost nebo stav, faktory ovlivňující bolest, bolest organicky podmíněná např. silným psychickým jevem. [14]

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Při diagnostice OA se zaměřujeme na hodnocení somatotypu klienta, stav výživy (kachexie, hubenost, normální výživa, obezita), kůže (erytém), podkožní uzly, deformity

kloubů kostí i měkkých tkání, držení postižené krajiny, otoku, zduření, výpotku, citlivosti na pohmat, přítomnosti zvukových projevů při pohybu, měření délky končetin a měření obvodu končetin. Důležité je také funkční vyšetření, při kterém zjišťujeme rozsah pohybu kloubu - flexi, extenzi, abdukci a addukci, vnitřní a zevní rotaci. Kyčel vyšetřujeme vleže na zádech, kromě extenze, kterou vyšetřujeme vleže na boku. Koleno můžeme vyšetřit vleže i vestoje. Při funkčním hodnocení se dále zaměříme na stabilitu kloubu, kloubní ztuhlost, přítomnost svalových kontraktur a celkové hodnocení svalstva, držení těla a stereotyp chůze. [14]

1.6.3 Klasický RTG snímek

Klasický RTG snímek je nejdostupnější a nejlevnější, proto i nejvíce používaná metoda diagnostiky OA. V případě OA váhonosných kloubů je RTG snímek validní pouze tehdy, je-li zhotovený ve dvou projekcích, z nichž alespoň jedna je vestoje. Základními změnami při OA na RTG snímku jsou: zúžení kloubní štěrbiny, tvorba osteofytů na okraji kloubních ploch, které jsou projevem remodelace a přestavby kosti, subchondrální skleróza a tvorba dřevitých cyst. Mohou nastat i deformace povrchu chrupavky a změna tvaru kosti, poškození kosti, ankylóza. V RTG hodnocení se standartně používá **stupnice Kellgrena – Lawrence** (Příloha P VI). RTG snímek přes nesporné výhody poukazuje však již na změny poměrně pokročilé a tedy pozdní. [4]

1.6.4 Magnetická nukleární rezonance (MRI)

Magnetická nukleární rezonance je moderní metoda, jejíž výhodou je schopnost prokázat změny v brzkém stádiu, které ještě nejsou postižitelné při klasickém RTG vyšetření. Zaznamenává anatomicko-histologickou strukturu tkáně, zobrazuje i poměry „funkční“ (prokrvení), znázorňuje i měkké části kloubu (vazy, pouzdro, menisky) a kortikální a trabekulární kost. Používá se k průkazu nekrotizace. Jedná se o cenově náročnou metodu, přesto již dnes má nezastupitelnou úlohu jako neinvazivní metoda v diferenciativní diagnostice zejména postižení „měkkého kolena“. [19]

1.6.5 Sonografie

Sonografie patří k dalším neinvazivním zobrazovacím metodám. Používá se hlavně ke stanovení kloubního výpotku, a to i v kloubech obtížně dostupných. Podle anatomické

stavby kloubu umožňuje posouzení šířky chrupavky, její abnormality a zhodnocení „měkkých“ částí kloubu (pouzdro, vazy, šlachy, burzy, menisky). Využitelnost sonografie je omezená kvůli neschopnosti ultrazvuku pronikat přes kosti. [19]

1.6.6 Scintigrafie

Scintigrafie podává informace o perfuzi kosti a kostní aktivitě. Využívá ^{99m}Tc Technicium. Spíše než morfologii kostí odráží jejich metabolickou aktivitu. Prokazuje počáteční metabolické děje v subchondrální kosti, především v oblasti rostoucích osteofytů. Změny zaznamenává dříve než RTG snímek. Rozvoj změn v subchondrální kosti je důkazem progresu OA. V rutinní diagnostice se metoda zatím nepoužívá. [19]

1.6.7 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se používá v diferenciální diagnostice k vyloučení jiných onemocnění. Běžná laboratorní vyšetření včetně krevního obrazu a biochemických metod jsou u OA obvykle v normě. Zvýšení proteinů v akutní fázi (CRP, fibrinogen, beta 2-mikroglobulin a další) sledujeme při sekundární synovitidě. V běžné praxi zatím neexistují specifické laboratorní testy ke stanovení OA. Laboratorně vyšetřujeme kloubní výpotek cytologicky (počet leukocytů), mikroskopicky (přítomnost krystalů), biochemicky (koncentrace bílkoviny, glukózy, laktátu, kyseliny močové), imunologicky (revmatoidní faktory, antinukleární protilátky, imunoglobuliny, komplement) a bakteriologicky (mikroskopické, sérologické, kultivační, vyš.na DNA bakterií). [14]

Biochemické markery aktivity OA - v současnosti je za nejlepší marker degradace chrupavky stanovitelný v krvi považován tzv. COMP (cartilage oligomert protein). Nachází se v séru nemocných s OA ve zvýšené hladině. [13]

1.6.8 Artroskopie

Artroskopie je diagnosticko-léčebná endoskopická metoda. Umožňuje nám přímý pohled do kloubu ke zhodnocení kloubní chrupavky a postižení kloubní štěrbiny. Současně může být využita k menším léčebným výkonům. [17]

1.7 Léčba osteoartrózy

Léčba OA je obtížná, vzhledem k tomu, že není vždy známá příčina onemocnění. Navíc si musíme uvědomit a přiznat, že artrózu neumíme vyléčit. Hlavní cíle léčby OA tedy jsou: prevence vzniku závažnějších strukturálních změn, tlumení bolesti, minimalizace rozsahu omezení pohybu, zvýšení kvality života, informovanost klienta o povaze onemocnění a o jeho roli v plánované léčbě. Důležitým bodem léčby je získat důvěru nemocného pro následnou kvalitní spolupráci. Léčba musí být komplexní, měla by být individuálně upravena s ohledem na postižené klouby, rozsah a stupeň postižení, úroveň funkční aktivity, věk, povolání a charakter dalších průvodních onemocnění. [4,22]

V posledních letech se objevují pokusy o vytvoření doporučených léčebných postupů (guidelines) pro léčbu OA (Příloha P VII). Zdůrazňují přes určité rozdíly nezbytnost komplexní léčby s individuálním přístupem ke každému jedinci. Metodám farmakologickým by měly předcházet metody nefarmakologické. Postupně by se měly oba druhy metod kombinovat. [4]

Nově se problematikou osteoartrózy zabývá Světová organizace pro výzkum OA (OARSI). OA je řazena k revmatologickým chorobám. V České republice se jí proto zabývá Česká revmatologická společnost. [27]

Terapii OA můžeme rozdělit na léčbu chirurgickou a konzervativní. [12]

1.7.1 Léčba konzervativní nefarmakologická

1.7.1.1 Edukace a režimová opatření

Lékař poučí klienta o podstatě OA, možnostech léčby včetně řešení pokročilých stavů. Může doporučit literaturu, internetové odkazy a popř. jiné informační zdroje. Podá informace ohledně postupů léčby a prognózy onemocnění. Prognóza OA bývá velmi individuální a těžko odhadnutelná. Artróza je typickou poruchou, která úzce souvisí s životním stylem klienta. Snahou celého zdravotnického týmu by mělo být získání nemocného pro nutná režimová opatření. K nim patří redukce hmotnosti u obézních a úprava životních aktivit. [19]

1.7.1.2 Pohybová terapie

Důležitá je kvalita a intenzita pohybové aktivity (sezení, stání, chůze, běh, sporty zvláště zatěžující některé klouby a páteř), střídání zátěže a relaxace jak tělesné tak i duševní. Cvičení udržuje dobrou trofiku svalových skupin v oblasti postiženého kloubu a zároveň omezuje rizika vzniku kloubních a svalových kontraktur. Kvalitní svalový tonus také může chránit kloub před rázovým přetížením a poškozením. Subjektivní obtíže pacientů s dobrým svalovým aparátem bývají výrazně menší. [5]

Moderní rehabilitace preferuje cíl dlouhodobě udržet maximální možnou funkčnost a to nejen postiženého artrotického kloubu, ale v rámci celé senzomotoriky, včetně znovuoobnovy kognitivních a psychosociálních funkcí. Kombinuje prvky léčebné péče a prevence. [4]

Nejčastější formou rehabilitační terapie u klientů s artrózou kyčle a kolene je fyzioterapie. Bylo prokázáno, že vede u pacientů s OA ke tlumení bolestivosti kloubu, zlepšení funkce i psychického stavu. Fyzioterapie může probíhat aktivně, kdy klient cvičí sám pod dohledem fyzioterapeuta, nebo pasivně, respektive reflexně vedením nebo reflexní stimulací pohybu. K podpoře pohybové terapie je možné využít elektrostimulace vybraných svalů. **Pohyb by nikdy neměl být veden do krajních a bolestivých poloh.** [4]

Ve stádiu kompenzované koxartrózy se indikuje aktivní cvičení. Trvání a frekvenci cviků musíme dávkovat velmi opatrně, aby nedošlo k přetížení kloubu. Svalovou sílu zvyšujeme izometrickými a odporovými cviky, často se využívá i kladkových zařízení s nastavitelnou zátěží. Cvičit může klient doma, nejlépe několikrát (3-5x) denně. Cvičení ve skupině má lepší motivační efekt a také to zvyšuje míru respektu k pohybové terapii. Cvičit je možné vleže, vsedě na židli, na míči nebo vestoje s oporou. Často se doporučuje stacionární rotoped s přiměřenou zátěží a cvičení ve vodě (hydrokinezioterapie). Velmi vhodnou aktivitou u klientů s artrózou je plavání. Klouby jsou totiž odlehčeny a přitom se v nich vykonává opakovaně pohyb. I zde platí, že výběr plaveckého stylu nemá způsobovat bolest. Proto je u pokročilé artrózy nevhodný styl prsa. Nedávno provedené analýzy potvrdily zkušenost, že pravidelné cvičení prospívá pacientům s OA kolenního kloubu. Pro podobná tvrzení, týkající se artrózy kyčelního kloubu, bohužel zatím chybí dostatečně potvrzené důkazy. V každém případě má však cvičení pozitivní vliv na celkové vnímání somatického zdraví, sebehodnocení pacienta a eliminaci stresu.[4]

- ♦ **Pohybová terapie gonartrózy** – na prvním místě stojí posilování čtyřhlavého svalu stehenního, který se někdy též nazývá „strážcem kolenního kloubu“. [19]

Cílem pohybové terapie je udržet úplnou extenzi v koleně. Toho můžeme dosáhnout uložením končetiny do závěsu nebo polohovací dlahou. Důležité je kontrolovat úhel varozity nebo valgozity. V případě nepříznivého postavení a nemožnosti operační korekce je nutné, aby K používal při chůzi berle nebo nosil ortézu. [13]

- ♦ **Pohybová terapie koxartrózy** – jejím cílem je udržet v kyčelním kloubu alespoň 20-30° flexi. Snažíme se především o uvolnění svalových kontraktur. Vhodným se ukázalo cvičení dolních končetin při odlehčení v závěsu nebo ve vodě. Prevencí svalových kontraktur je i vhodná poloha nemocného při sezení. Dolní končetina má být co nejméně ohnuta v kolenním a kyčelním kloubu. Z toho vyplývá, že sedadlo má být vyšší tak, aby končetina visela téměř natažená. Pohybová léčba u koxartrózy se zaměřuje na úpravu svalové rovnováhy v oblasti páteř-pánevy-kyčelní kloub. [13]

Všeobecně pomáhá polohování a cvičení do extenze, abdukce a vnitřní rotace, protože hrozí vznik kontraktur ve flexi, zevní rotaci a addukci. Při zhoršujících se bolestech se osvědčilo polohování v úlevové poloze a (jak už bylo napsáno) cvičení v trakčních závěsech. [4]

1.7.1.3 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie se uplatňuje při **tišení bolestivosti kloubů**. Může mít formu lokální, segmentární či celkové **aplikace tepla či chladu**. Podobným principem fungují diatermie, **interferenční proudy, ultrazvuk, laseroterapie a magnetoterapie**. Z přírodních prostředků pak **vodoléčba a balneoterapie**. [5]

Chlad se nejčastěji aplikuje prostřednictvím obkladů, zábalů nebo speciálně vyrobených sáčků. Teploty pod bodem mrazu přerušují schopnost nervových zakončení přijímat a odesílat bolestivé signály. Tento princip účinně tlumí bolest, dochází ke zmenšení otoku a snížení napětí přilehlých svalů. Ochlazování kloubu se většinou doporučuje při akutním

vzplanutí OA. Při přechodu onemocnění do chronického stádia bývá naopak vhodné prohřívání kloubu pomocí teplých parafínových zábalů, termoforů, koupelí nebo aplikací bahna či rašeliny. V akutní i v chronické fázi OA se osvědčilo používání Priessnitzova obkladu. [5]

1.7.1.4 Dietní manipulace

Dietní manipulace zahrnuje podávání některých přírodních látek, vitamínů a stopových prvků. Zřejmě nejvíce prozkoumána je dietní manipulace pomocí mastných kyselin. Spočívá v názoru, že některé kyseliny zejména ze skupiny tzv.3-omega-mastných kyselin mohou tlumit aktivitu určitých mediátorů zánětu. Provedeny byly pokusy s podáváním oleje pupalky dvouleté, který obsahuje kyselinu – gamalinoleovou. Jistých pozitivních léčebných výsledků v léčbě OA dosáhlo podávání vysokých dávek vitamínu E. Vitamín E opět může tlumit tvorbu mediátorů zánětu ze skupiny leukotrienů a prostglandinů. Účinky populárních dietetických prostředků, které obsahují některé složky chrupavky a jsou často velmi oblíbené a především propagované reklamou, ve skutečnosti nebývají podloženy kvalitními studii. [19]

1.7.1.5 Použití opěrných a protetických pomůcek

Typickým průvodním znakem osteoartrózy je problém s chůzí a vykonáváním běžných denních aktivit. Použití opěrných a protetických pomůcek je většinou levná a účinná metoda bez vedlejších účinků, která může zlepšit kvalitu života klienta. [22]

- ♦ **Hole a berle** umožňují odlehčení kloubu a také větší jistotu při pohybu. U lehčích typů onemocnění se doporučují vycházkové hole, u závažnějších pak francouzské hole, popřípadě podpažní berle. Vycházková hůl by se měla nosit vždy na druhé straně, než se nachází postižený kloub. U oboustranného, či vícečetného postižení je vhodnější používání obou francouzských berlí, aby se nenarušil stereotyp chůze a nenastalo poškození páteře. [4]
- ♦ **Pomůcky v domácnosti.** Pro pacienta s OA znamená velké nebezpečí zejména prostor koupelny, kde hrozí uklouznutí na kluzkém mokřím povrchu. Pro ulehčení hygieny lze do vany instalovat sedačku, na vhodná místa umístit madla a protiskluzné podložky. Nejpohodlnější je zbudovat

sprchový kout. Na WC je možné umístit nástavec. V dnešní době existují různé podavače na ulehčení zvedání předmětů ze země. Speciální nástroje pomáhají s oblékáním ponožek. Obouvání usnadní lžice na boty. Některé předměty lze pořídit za spoluúčasti pojišťovny, jiné s plnou úhradou. Celkově bychom měli **upravit prostory** tak, aby se odstranily překážky bránící v pohybu (např. malé koberečky, vysoké prahy, ostré hrany) a abychom klientovi co nejvíce poskytli oporu při pohybu (madla či jiné pevně umístěné kusy nábytku). [4]

- ♦ **Ortézy nebo bandáže** se používají ke stabilizaci především kolenního kloubu. Zároveň do určité míry zabraňují zbytečným a nekoordinovaným pohybům. Nemocný by měl dodržovat jejich přikládání a režim nošení. Má-li nemocný méně výrazné potíže, lze používat ortézu nebo bandáž pouze při větší zátěži (sport, dlouhá chůze aj.). S narůstajícími potížemi a pokročilostí nálezů většinou dochází k prodlužování délky jejich nošení. [4]
- ♦ **Obuv** je nezbytnou součástí kultury moderního člověka. Volba obuvi ovlivňuje kromě nohy a přilehlého hlezenního kloubu také koleno, kyčel, pánev a páteř. Vznikají hypotézy, že obuv by mohla ovlivňovat vznik OA kolenního kloubu u žen a to důsledkem přetížením femoropatelního kloubu. Studie prokázaly pozitivní vliv zešíkmených vložek do bot při valgozitě kolenních kloubů. Vhodnou obuví se mimo jiné koriguje nestejná délka končetin související s progresí OA či úhlovou deformitou kyčelního nebo kolenního kloubu. Brání se tím především následnému zřetězení poruch pohybového aparátu. Dalo by se říci, že kvalitní obuv je dobrým předpokladem ke zdravé chůzi. [4]

1.7.1.6 Akupunktura

Akupunktura je vhodnou doplňkovou léčebnou metodou. Působí symptomaticky, tlumí bolest. Výhodná je u polymorbidních pacientů, protože nerozšiřuje spektrum podávaných léků. [26]

Akupunktura je stará metoda tišení bolesti. Používá se už mnoho století především v Číně a v posledních letech se rozšířila i k nám. Podstatou akupunktury je reflexní dráždění určitých bodů na povrchu těla, ke kterému se používají speciální jehly nebo také

elektrostimulace. Drážděním dochází ke stimulaci reflexních bodů a tím ke zvýšené sekreci endorfinů a zároveň zvýšení prahu pro vnímání bolesti. Vysílání většího množství signálů z periferie do centra tak přeruší příjem signálů ostatních (z nociceptorů). Akupunktura též reflexně navodí rovnováhu vegetativního nervstva a potenciálně tak zvyšuje odolnost organismu proti stresu. [18]

1.7.1.7 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba aplikuje intenzivní formou vybrané léčebné metody. Má přesně stanovené indikace, kde roli hrají především rentgenologické stádium choroby a klinický stav nemocného. [19]

Lázeňská léčba působí na člověka v celé jeho bio-psycho-sociální podstatě. Umožňuje relaxaci, změnu sociálního prostředí a neposlední řadě poskytuje škálu léčebných procedur prospěšných pro klientův zdravotní stav. Z léčebných procedur bývají využívány téměř všechny metody fyzikální terapie. Jedná se hlavně o různé druhy vodoléčby, aplikace tepla či chladu, cvičení v rehabilitačních bazénech, elektroléčbu, masáže a léčebnou tělesnou výchovu. [30]

Celkovou lázeňskou léčbu lze poskytnout na doporučení revmatologa, ortopeda či rehabilitačního lékaře od III.stádia onemocnění, výjimečně i od II.stádia a to v případech rychlé progresse onemocnění nebo častých bolestivých dekompenzací. U obézních klientů je opakovaná lázeňská léčba možná po prokázaném úbytku hmotnosti. [30]

- ♦ **Lázně v České republice zaměřené na léčbu OA:** Lázně Bělohrad, Velichovky, Lázně Bohdaneč, Jáchymov, Třeboň, Hodonín, Bechyně, Fr.Lázně, Teplice v Čechách, Kostelec, Mšené aj. [30]
- ♦ **Při lázeňské léčbě OA jsou využívány přírodní zdroje:** jodobromové vody, radonové vody, sírné vody, termální vody, uhličitě vody a různé druhy slatin. [30]

1.7.2 Léčba konzervativní farmakologická

1.7.2.1 Analgetika

Analgetika, ať už slabší (neopioidní) nebo silnější (opioidní) je možné použít v jakémkoliv stádiu OA s vědomím jejich symptomatického účinku, což je tlášení bolesti. Není vhodné navodit jejich podáváním zcela bezbolestný stav. Bolest je totiž varovný biologický signál. Upozorňuje na přetížení i nevhodnou polohu kloubu. Trvalé přetěžování nebo zaujímání nevhodných pozic umožněné analgezií zvětšuje opotřebenění kloubní chrupavky a může vést k urychlení průběhu OA. Při klidových a nočních bolestech by se však dalo konstatovat, že jsou analgetika nepostradatelná. [22]

Nejčastěji užívaná analgetika: PARACETAMOL, KYSELINA ACETYLSALYCILOVÁ, TRAMADOL. [4]

1.7.2.2 Nesteroidní antirevmatika (NSA)

Nesteroidní antirevmatika jsou nejčastěji používané léky v terapii OA. Mají mírně protizánětlivý a zároveň analgetický účinek. Jsou indikovány u OA, kdy právě probíhá zánětlivý proces a kdy podání paracetamolu nepřineslo žádoucí efekt. NSA snižují námahovou i klidovou bolest, některé studie prokázaly také zkrácení ranní ztuhlosti a zlepšení funkce kloubu. Obecně jsou NSA relativně dobře tolerována. Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem NSA je poškození zažívacího traktu. Další vedlejší účinky mohou být hemoragická gastropatie (gastroduodenální perforace, vředy, krvácení), hepatotoxicita, nefrotoxicita, enterotoxicita, patologie na tenkém a tlustém střevu, aj. NSA by neměla být podávána lidem, kteří užívají kortikosteroidy a kumarinové preparáty. Dále je jejich užívání vysoce rizikové u nemocných, kteří se v minulosti léčili s vředovou chorobou. Nejčastěji podávaná NSA jsou DICLOFENAC, IBUPROFEN, VERAL, COXTRAL, INDOMETACIN supp. [12]

1.7.2.3 Symptomaticky pomalu působící léky (SYSADOA)

SYSADOA byly zavedeny do léčby v 90. letech minulého století. SYSADOA nahradil do té doby neoprávněně používaný název chondroprotektiva. Charakteristický pro léky v této skupině je relativně pomalý nástup účinku, který se dostaví během 3-8 týdnů a přetrvává až 2 měsíce po ukončení léčby. Odborná veřejnost se liší v názorech na prospěšnost

SYSADOA, existují zastánci i odpůrci jejich užívání. Mezi SYSYDOA patří chondroitinsulfát, glukosaminsulfát, kyselina hylauronová (aplikace intraartikulárně), diacerhein a ASU-piascledine. [4]

1.7.2.4 Lokální terapie

Lokální léčba je vhodná zejména u polymorbidních nemocných, protože umožňuje snížit počet celkově podávaných léků. Často doplňuje ostatní léčebné metody. Lokální terapie může být aplikována **perkutánní cestou** (gely, masti, roztoky, náplasti) nebo **injekční formou** (intraartikulárně). Perkutánní aplikace je účinná spíše u povrchově uložených kloubů, kloubů ruky, kolena a kloubů nohy. Využívá lipotropní látky, které dobře pronikají přes kůži a dosahují určité koncentrace ve vazivu, šlachových úponech a kloubních pouzdrech. [4]

Intraartikulárně jsou u OA aplikovány **kortikoidy a kyselina hyaluronová**.

- ♦ Kortikoidy jsou účinné k potlačení zánětlivé reakce u OA kloubu. Mají katabolický účinek na chrupavku a urychlují destruktivní změny. Doporučuje se dávkování max. 5-6 injekcí ročně s časovým odstupem dvou měsíců. [22]
- ♦ Kyselina hyaluronová (KH) je vysokomolekulární látka. Tvoří významnou součást synoviální tekutiny a chrupavky a zajišťuje jejich vysokou viskozitu. Preparáty z KH snižují bolest a u některých nemocných též zlepšují pohyblivost v kloubu. V ČR je dostupná pod názvem Hyalgan nebo Synovial. Podává se intraartikulárně v sérii 5 injekcí převážně u gonartrózy. [22]

1.7.3 Léčba chirurgická

Indikací léčby chirurgické bývá většinou trvalá neúčinnost metod konzervativních (farmakologických i nefarmakologických). Chirurgická léčba může být užitečná v různých stádiích artrotického procesu. Při řešení kongenitálních deformit nebo posttraumatických stavů by měla ostatní metody dokonce předcházet. [16]

1.7.3.1 Chirurgické metody se snahou o zachování nebo znovuobnovení kloubního povrchu.

Patří sem artroskopické odstranění části poškozeného menisku, odstranění poškozené chrupavky, abraze subchondrální kosti apod. Tyto chirurgické postupy jsou v dnešní době hojně využívány. [13]

1.7.3.2 Chirurgické metody, které mění rozložení zátěže.

Řadíme sem především osteotomie (fixace kosti ve změněném osovém postavení). Nejlepší výsledky jsou dosahovány u osob mladších 60-ti let s vyšší životní aktivitou a jen mírně pokročilou OA mediálního kompartmentu. Efekt osteotomie vydrží až 10 let a při jejím neúspěchu lze provést totální aloplastiku kloubu. [13]

1.7.3.3 Výplach kolenního kloubu

Výplach kolenního kloubu je artroskopická metoda. Laváž odstraňuje úlomky chrupavky a kosti, krystaly i různé chemické mediátory. Některá zařízení provádějí laváž i větším množstvím tekutiny (až 2000ml), které nazývají irigacemi. [13]

1.7.3.4 Aloplastika kloubu

Aloplastika kloubu je náhrada poškozeného kloubu kloubem umělým (implantátem). Technika kloubních náhrad se v současnosti velmi rychle rozvíjí. Používají se různé materiály – kov, cement, plasty. Podle typu fixace komponent v kostním lůžku rozlišujeme implantáty cementované, kde je implantát zakotven prostřednictvím kostního cementu, bezcementové, kde kostní tkáň vrůstá do speciálně upraveného povrchu implantátu a nakonec implantáty hybridní, u kterých jsou komponenty fixovány oběma způsoby. Kontraindikacemi aloplastiky jsou závažná interní onemocnění, chronické nebo neléčitelné infekce kdekoli v těle a neochota nemocného k aktivní spolupráci při rehabilitaci. Věk a hmotnost pacienta jsou dnes považovány za vedlejší indikační kritéria. [16]

1.8 Hodnocení výsledků léčby osteoartrózy

Hodnocení výsledků léčby OA hledá souvislost mezi onemocněním v určitém stádiu a provedenou léčebnou intervencí. Byly navrženy následující přístupy k hodnocení stavu a monitorování výsledků léčby OA: postupy založené na údajích získaných od klienta, na

interpretaci zobrazovacích metod, popř. na odběrech tělních tekutin. Podle uspořádání rozlišujeme metody závislé na hodnotiteli (fyzikální vyšetření, testy prováděné lékařem apod.) a nezávislé na něm, založené na sebehodnocení klienta nebo na výstupech laboratorních metod. Monitorování průběhu léčby má smysl pouze pokud známe výchozí stav klienta. [4]

U nemocného s OA můžeme hodnotit míru bolesti. Nejčastěji se k hodnocení bolesti používají **vizuální analogové škály bolesti**. Za minimální klinicky užitečné zlepšení se většinou bere alespoň 20% úleva od bolesti nebo obtíží. Důležitou součástí hodnocení stupně závažnosti OA je popis aktuálních funkčních charakteristik nemocného – **funkční skóre**. Funkční skóre společně s hodnocením stupně bolesti bývá součástí globálních hodnotících schémat. Ta mohou být specifická, pro určitou nemoc, obecná k měření zdravotního stavu či jeho změny, a kombinovaná. Příkladem specifického hodnotícího schématu může být Harrisovo skóre pro kyčelní kloub nebo hodnocení stupně postižení kolenního kloubu vytvořené v Hospital for Special Surgery. Do některých hodnotících schémat se navíc zavádí prvek spokojenost klienta se zvolenou terapií. Podle doporučení OMERACT by měli klinické studie, zaměřené na hodnocení léčby OA, zahrnovat měření bolesti, funkce kloubu a měli by také obsahovat celkové hodnocení léčby pacientem. [4]

1.9 Prevence osteoartrózy

Prevence OA má z dlouhodobého hlediska své nezastupitelné místo. Populace stárne a toto onemocnění se vyskytuje stále častěji. Věk ale není jediný faktor související s OA. V souvislosti s léčbou vyplývá nutnost rozboru životního stylu, popř. jeho úprava. V podstatě běžná bolest kloubů způsobená přetížením, pro jejíž léčení nebyla vytvořena základní režimová opatření, ohrožuje klienta vážnými komplikacemi a rychlejší progresí degenerativních změn. [5]

V oblasti prevence i léčby hraje důležitou roli vztah mezi zdravotníkem a člověkem založený na důvěře. Jen tak je zaručena otevřená výměna informací a jejich spolehlivost. Všeobecně jsou upřednostňovány spíše zdánlivě snadné a rychlé způsoby léčby, spočívající v farmakologickém způsobu tlumení bolesti. I zde je třeba zdůraznit holistický přístup k nemocnému. Základní problém artrózy spočívá většinou v porušení nebo nepřizpůsobení životního stylu. Člověk by měl tedy svou pozornost zaměřit směrem k odpovídající tělesné hmotnosti, psychické i fyzické relaxaci, zdravé výživě a vhodné pohybové aktivitě.

Pacientům s již existujícími potížemi je doporučována jízda na kole nebo rotopedu, plavání a cvičení v bazénu. Existuje literatura věnovaná pohybové aktivitě klientů s OA jednotlivých kloubů. Velmi pozitivně se však může projevit i zdánlivě nepatrné zvýšení pohybové aktivity v podobě krátké vycházky či nepříliš náročné práce v domácnosti nebo na zahradě. Je třeba dbát na pestrost, přiměřenost a pravidelnost pohybových aktivit, které by měly být prováděny s chutí a přinášet pocit relaxace, nikoli únavy nebo dokonce bolesti. Většina pacientů obecná doporučení zná, ale přesto je nedokáže v současné době rychlého životního tempa realizovat. Řešením je aktivní přístup k onemocnění a volba kvalitního erudovaného praktického lékaře, stojícího blízko klientova životního prostoru. [5]

- ♦ **Primární prevence OA** je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění. [20]

U OA spočívá v racionální životosprávě, udržování tělesné hmotnosti v normě a provozování přiměřené pohybové aktivity. Patří sem zároveň umění relaxace, nalezení rovnováhy mezi prací a odpočinkem. Můžeme sem řadit i konzumaci potravin s vyšším obsahem vitamínu C, E, D, přípravků s želatinou i některých potravinových doplňků. Jejím cílem je zachovat zdraví a nedopustit vznik rizikových faktorů OA.

- ♦ **Sekundární prevence** se zaměřuje na vyhledávání časných stádií onemocnění, vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k onemocnění a vhodné léčení těchto stádií. [20]

Rozhodující úlohu zde má člověk s OA. Záleží na něm, jaký si zvolí přístup ke svému onemocnění, zda vyhledá lékaře a bude s ním aktivně spolupracovat, nebo nechá své onemocnění dojít do vážnějšího stádia. V sekundární prevenci se hodně uplatňují metody fyzikální terapie a to především cvičení, zpočátku pod dohledem fyzioterapeuta, později samostatně. Důležitá je také informovanost o onemocnění. V dnešní době nám média předkládají spoustu informací o OA, reklamy se předhánějí v nabídce potravinových doplňků. Zásadní je však pro člověka s OA otázka, do jaké míry je ochoten a schopen změnit svůj životní styl.

- ♦ **Terciální prevence** – má za cíl minimalizovat škody na zdraví způsobené onemocněním. [20]

Jedná se o zachování určité míry kvality života u klienta s OA, předcházení komplikacím a rychlé progresi onemocnění.

2 NÁSLEDKY OSTEOARTRÓZY

Individuálně mohou být následky OA vnímány různě. Podle mezinárodní klasifikace nemocí jsou porucha, disabilita a handicap definovány takto:

- ♦ Impairment – postižení. Hodnotí jej lékař. Postižení je jakákoli ztráta nebo abnormalita v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře či funkci (řeč, intelekt aj.). [13]
- ♦ Disabilita – nezpůsobilost či invalidita. Disabilita je omezení v důsledku onemocnění. Porucha vykonávat určitou činnost způsobem, jaký se u člověka považuje za normální (nezpůsobilost chůze, přemístění, dopravy, aj.). [13]
- ♦ Handicap – znevýhodnění. Handicap je znevýhodnění na společenské úrovni, dopad disability. Projevuje se v zaměstnání, společenské integraci, hospodářské soběstačnosti, orientační, pohybové i fyzické závislosti jedince. [13]

U klienta s OA je tedy impairment osteoartrótický kloub 1.- 4. stupně. Disabilita může být v závislost na postižení - omezení pohyblivosti, neschopnost rychlého reagování a časově omezená pracovní výkonnost. Handicap pak může znamenat obtížné hledání zaměstnání, oslabení společenských vazeb nebo závislost na pomáhající osobě.

2.1 Bolest jako hlavní projev osteoartrózy

Bolest je subjektivní zážitek a existuje vždy, když klient říká, že bolest má. Bolest je komplexní zážitek a současně i komplexní informace pro rozhodování lékaře a sestry. [14]

Chronická bolest může měnit psychiku člověka a jeho způsob života. Klient může trpět častými změnami nálad v závislosti na bolesti. Může pociťovat beznaděj z neúčinnosti terapie, trpět depresemi, být frustrován. Stává se, že myšlení klienta začne být katastrofické, pesimistické. U klienta se mohou objevit pocity méněcennosti a nedůvěry ve vlastní síly. Postupně se člověk začíná izolovat od okolí, nemá náladu a je mu vše lhostejné. Může též nastat změna zaměstnání. Klient je nucen přehodnotit své plány. Nezřídka dochází k problémům v oblasti financí. [18]

Bolest je hlavním projevem OA. Často přechází do chronicity. Při jednání s klientem, který trpí bolestí bychom proto měli respektovat určité zásady. [18]

- ♦ Nechodit kolem nemocného nevšímavě.
- ♦ Sledovat jeho neverbální projevy.
- ♦ Nespíchat, když sděluje, že ho něco bolí.
- ♦ Nebagatelizovat projevy bolesti klienta.
- ♦ Neoznačovat ho slovy „simulant, hysterka, hypochondr.“
- ♦ Nabídnout mu důvěru a důvěryhodnost.
- ♦ Zaujímat empatický vztah ke klientovi.
- ♦ Být mu nablízku - v kontaktu.
- ♦ Posilovat jeho aktivitu v boji s bolestí, hledat účinnou metodu tlumení bolesti, naučit se bolest vnímat jako důležitý signál těla a rozlišovat druhy bolesti. [18]

2.2 Ošetřovatelská anamnéza podle Gordonové u pacienta s osteoartrózou

♦ **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Klienti si většinou neuvědomují počáteční stádia OA, která se projevují ponámahovou bolestí. Nevěnují bolesti pozornost, pokud je nezačne omezovat při běžném pohybu. Mnozí nemají informace o rizikových faktorech OA ani o jejím průběhu. Nepřikládají diagnóze osteoartróza velký význam až do doby, kdy zasáhne výrazně do jejich života např. v neschopnosti vykonávat své zaměstnání nebo všední denní činnosti. Následuje často stádium, kdy člověk užívá různé léky a nechá OA pokračovat v její progresi. Další fáze, ve které se onemocnění už plně projeví a nastupují v ní klidové bolesti, pak člověka zasáhne ve všech oblastech fyzické, psychické i sociální.

♦ **Výživa a metabolismus**

Výživa hraje u lidí s OA výraznou úlohu. Je důležité pravidelně kontrolovat svou hmotnost a udržovat ji v normě. K tomu nám slouží výpočet BMI (Body mass index) (Příloha P VIII). I zde platí pravidlo přijímat pestrou stravu s vyváženým obsahem vitamínu, energeticky přiměřenou tělesnému stavu. U OA jsou doporučovány především vitamíny C, D a E a potraviny s obsahem želatiny. Lidé často zkouší různé potravinové doplňky s různým stupněm účinku. [19]

♦ **Vylučování**

S OA nebývají spojovány problémy s vylučováním. Spíše se zde jedná o omezenou pohyblivost, kvůli které se klient nestihne přemístit na WC, pokud se nachází ve větší vzdálenosti. Je tedy na místě upravit prostředí tak, aby se WC stalo co nejdostupnější a vyprazdňování mohlo probíhat co nejpohodlněji. Jsou k dispozici pojízdné WC, různé úchytky a madla, která usnadní používání WC. [4]

♦ **Aktivita, cvičení**

Cvičení by mělo patřit k denním činnostem člověka s OA. Slouží k zachování rozsahu pohyblivosti kloubu, kladně ovlivňuje i psychiku člověka. Hlavní zásadou při cvičení i vykonávání různých aktivit (zahradničení, práce kolem domu) zůstává nepřetěžovat postižený kloub. Pohyb by neměl způsobovat bolest. Člověk by si také měl najít vhodný způsob relaxace – plavání, aromaterapie, muzikoterapie, aj. [5]

♦ **Spánek, odpočinek**

U klienta s vyšším stupněm postižení kloubů se vyskytují i noční klidové bolesti. Ne zřídka tito lidé trpí problémy s usínáním, častým buzením a následnou únavou přes den. Při usínání je třeba dbát na pravidelné užívání léků na tlumení bolesti. Klient by měl sledovat účinek léku a vybrat společně s lékařem ten, který mu nejvíce vyhovuje. Obdobně je tomu s vytvářením rituálů před usnutím, nalezením úlevové polohy, používáním pomůcek event. používáním různých bylinkových mastí a úpravě prostředí před usnutím. Během dne pak pomáhá dbát na rovnováhu mezi činností a odpočinkem, aby člověk uléhal do lůžka přiměřeně unavený. [18]

- ♦ **Vnímání, poznávání**

Klient s OA by měl být informován o možnosti používání kompenzačních pomůcek jako jsou hole, berle, ortézy a speciálně upravená obuv. Nejlépe pokud jsou tyto informace podány fyzioterapeutem, který zároveň vysvětlí jejich správné používání. Do oblasti vnímání a poznávání patří i vnímání bolesti. Člověk, by měl vysledovat nástup bolesti, charakter i její lokalizaci. Je dobré, pokud si K vede pravidelný deník bolesti, kde denně zaznamenává intenzitu bolesti na stupnici. Pomocí takového deníku lze dobře porovnat i účinnost jednotlivých léků na tlumení bolesti. Je třeba dodat, že bolest nepříjemně ovlivňuje psychiku člověka a proto pacient s OA potřebuje oporu a porozumění zejména v jeho nejbližším okolí.[4]

- ♦ **Sebekoncepce, sebeúcta**

V důsledku omezení v zaměstnání nebo denních činnostech i v důsledku působení bolestivých podnětů může u klientů s OA nastat situačně snížená sebeúcta. Pokud se u K vyskytuje zároveň nějaká fyzická deformita spojená s onemocněním, je výskyt snížení sebeúcty vyšší. I zde platí, že okolí člověka s OA by mělo být jeho oporou a snažit se jeho stav řešit, motivovat jej stanovováním krátkodobých cílů a snažit se tak omezit progresi onemocnění. [18]

- ♦ **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

OA je onemocnění pohybového aparátu, zasahuje tedy do všech oblastí lidského života. Do oblasti plnění rolí a mezilidských vztahů spadá například omezení rodiny v ekonomické oblasti, kdy je klient s OA neschopen vykonávat dřívější zaměstnání. OA může narušit i fungování rodiny, ovlivňuje výběr dovolené a způsob trávení volného času. Může vést až k sociální izolaci a to zejména u starých lidí, kteří v důsledku onemocnění pobývají pouze v prostorách svého obydlí. Úkolem okolí K je tedy zajistit dostatečnou společenskou interakci u izolovaných lidí prostřednictvím návštěv, tisku, televize. [13]

- ♦ **Sexualita, reprodukční schopnost**

Zhoršená sexuální apetence může vyplývat z trvalého nebo častého vnímání bolesti u lidí s OA. Člověk s OA vyžaduje porozumění a citlivý přístup

v sexuální oblasti. Jedná se o velmi citlivé, ale také důležité téma. Pokud klienta provází nějaké tělesné deformity způsobené OA, je dobré zajistit mu psychologický rozhovor, vyslechnout ho a poučit partnera o onemocnění. [18]

♦ **Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

V souvislosti s OA vznikají různé zátěžové a stresující situace. Klient by měl být připravený na to, jak je zvládat. Často se tak děje prostřednictvím blízkých osob, relaxací, fyzické činnosti aj. Tyto způsoby jsou velmi individuální, neměly by však být vůči postiženému destruktivní – alkohol, drogy, negativismus. [18]

♦ **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Mohlo by se zdát, že OA s vírou nebo životním přesvědčením nesouvisí. Zdání často klame. Je důležité, jaký přístup k onemocnění člověk hned zpočátku zaujme. Zda se bude dívat dopředu pozitivně a bude aktivně spolupracovat, nebo nebude spolupracovat a nechá dojít onemocnění do konečného stádia, které je nutné řešit operativně. I zde může hrát roli víra, které pomáhá člověku zvládat těžkou situaci, protože nesmíme zapomínat, že např. totální endoprotéza kloubu je velkou zátěží pro organismus a vždy mohou nastat nečekané komplikace. [18]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zjistit informovanost veřejnosti o onemocnění osteoartróza.

Cíl 2:

Zmapovat výskyt rizikových faktorů osteoartrózy u veřejnosti a její znalost preventivních opatření.

Cíl 3:

Zhodnotit výskyt bolestí kloubů u veřejnosti a metody využívané k jejich tišení.

Cíl 4:

Zmapovat dopad osteoartrózy na život člověka.

3.2 Předpoklady

Hypotéza 1:

Většina veřejnosti (80%) ví, co je to osteoartróza.

Hypotéza 2:

S rostoucím věkem roste informovanost veřejnosti o osteoartróze.

Hypotéza 3:

U více jak poloviny veřejnosti s OA se vyskytnou více než 2 rizikové faktory OA.

Hypotéza 4:

U více jak poloviny veřejnosti, která netrpí OA, se vyskytnou maximálně 2 rizikové faktory.

Hypotéza 5:

Většina veřejnosti (80%) zná alespoň 2 základní preventivní opatření OA.

Hypotéza 6:

Více než polovina osob, u kterých se vyskytuje bolest kloubů nevyhledala lékařskou pomoc.

Hypotéza 7:

Většina respondentů (80%), kteří mívají opakovaně bolesti kloubů, udává jako nejčastější místo lokalizace bolesti kolenní a kyčelní kloub.

Hypotéza 8:

Více jak polovina veřejnosti trpící bolestmi kloubů mezi metodami tišení bolesti dává přednost nefarmakologickým metodám.

Hypotéza 9:

Více než polovina osob trpících osteoartrózou uvádí hlavní změnu životního stylu v oblasti soběstačnosti.

Hypotéza 10:

Více než polovina osob trpících osteoartrózou si myslí, že artróza ovlivnila zásadně a více než zásadně jejich způsob života.

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek mého šetření tvořili respondenti ve věku 20 a více let. Oslovila jsem osoby s již diagnostikovanou OA i osoby, u kterých OA diagnostikována nebyla. Průzkumu se celkem zúčastnilo 110 respondentů různého pohlaví, mezi nimiž převažovaly ženy.

3.4 Metodický postup

V říjnu roku 2008 jsem si po důsledném uvážení zvolila jako téma mé bakalářské práce vliv osteoartrózy na život člověka. V následujícím období jsem začala shromažďovat informace a fakta ohledně osteoartrózy a z širokého tématu osteoartrózy jsem se zaměřila na artrózu váhonosných kloubů.

Výzkumné šetření jsem započala rozhovorem a panem doktorem MUDr. Milanem Juricou, který pracuje na ortopedickém oddělení KNTB a.s. ve Zlíně. Rozhovor se konal

28.10.2008 trval asi 30 minut a pomohl mi k následné formulaci cílů a hypotéz mého šetření.

Jako další výzkumnou metodu jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu – dotazník. Rozdání dotazníku předcházela pilotní studie, kdy jsem osobně rozdala 10 dotazníků osobám různého věku, s OA diagnostikovanou i nediodagnostikovanou. Následovalo upravení formulace některých otázek. Po konzultaci s vedoucí práce bylo zhotoveno a rozdáno 150 dotazníků. Dotazník mého šetření má 3 strany. Tvoří jej 24 položek a prostor k vlastnímu vyjádření dotazovaného. Použila jsem otázky identifikační, uzavřené dichotomické, uzavřené polytomické, otázky polouzavřené, otevřené, filtrační a dvě číselné škály. Dotazník byl zcela anonymní. [1]

Dotazníky jsem rozdala prostřednictvím ochotných sester na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně, v ordinaci privátního lékaře MUDr. Bedřicha Vaška ve Vsetíně a prostřednictvím známých i osobně v místě mého bydliště Brumově-Bylnici a okolí. Výzkum probíhal od 12.12.2008 do 20.3.2009. Vrátilo se mi 113 vyplněných dotazníků, z nichž 3 jsem vyřadila, protože byly vyplněny neúplně. Návratnost dotazníků byla tedy 73,33%.

Dotazníkové šetření mi umožnilo získat poměrně velké množství informací v krátkém časovém intervalu. Výsledky dotazníků jsem procentuálně a graficky zpracovala v následující části mé práce.

3.5 Zpracování získaných dat

Při vyhodnocení získaných dat jsem použila čárkovací metodu. Následně jsem vytvořila tabulky četností a grafy v Microsoft Excelu. Položky byly sestaveny do tabulek, graficky znázorněny a slovně popsány.

Absolutní četnost udává počet dotazovaných odpovídajících v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost vypovídá o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

4 VÝSLEDEK VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA

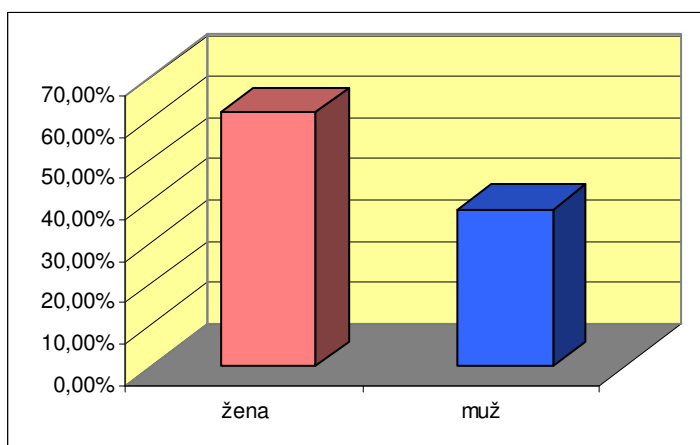
4.1 Zpracování dotazníku

OTÁZKA Č.1

Pohlaví:

Tabulka č.1 - Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	68	61,82%
Muž	42	38,18%
Celkem	110	100%



Graf č.1 - Pohlaví respondentů

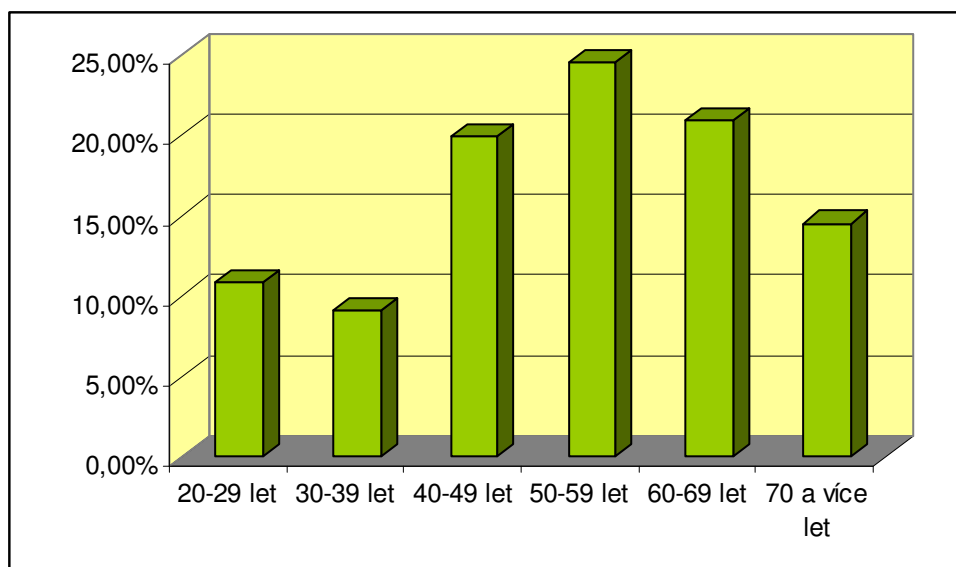
Mezi respondenty bylo 61,82% žen a 38,18% mužů. Výběr respondentů probíhal zcela náhodně. Dle mého názoru je poměr mužů a žen dán tím, že ženy mají početnější zastoupení v české společnosti a zřejmě byly též ochotnější k vyplňování dotazníku.

OTÁZKA Č.2

Věk:

Tabulka č.2 – Věk respondentů

Odověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-29 let	12	10,91%
30-39 let	10	9,10%
40-49 let	22	20,00%
50-59 let	27	24,55%
60-69 let	23	20,91%
70 a více let	16	14,55%
Celkem	110	100%



Graf č.2 – Věk respondentů

Dotazník vyplnilo nejvíce respondentů z věkové skupiny 40-69 let. Je známo, že OA souvisí s přibývajícím věkem a proto si myslím, že na dotazník reagovali spíše starší občané. Nižší procento u respondentů ve věkové skupině 70 a více let je zřejmě způsobeno pasivnějším přístupem těchto seniorů.

OTÁZKA Č.3

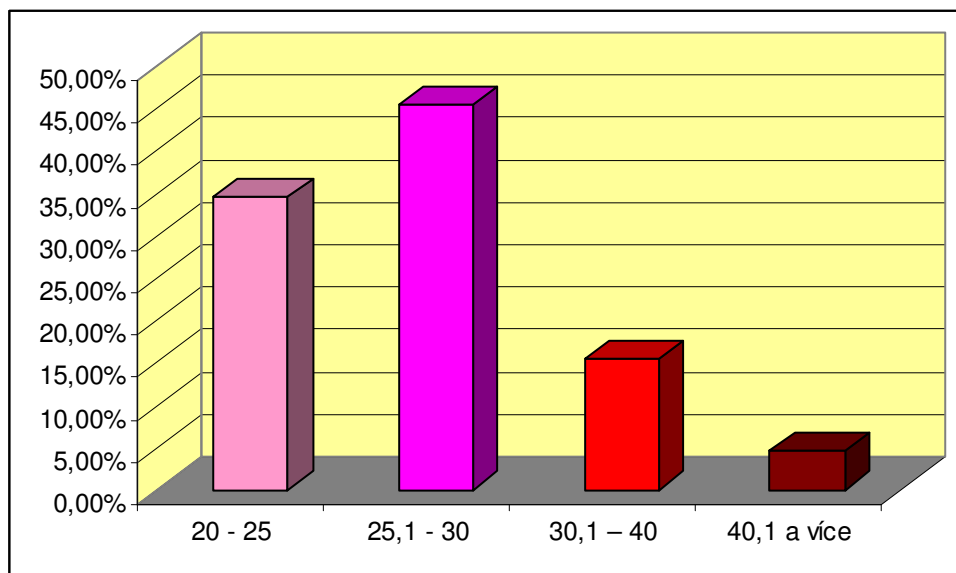
Výška:.....m

Váha:.....kg

Z hodnot výšky a váhy respondentů jsem u každého vypočítala Body Mass Index (BMI), s jehož hodnotou dále pracuji v tabulce.

Tabulka č.3 – Body Mass Index (BMI) respondentů

BMI	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 – 25	38	34,55%
25,1 – 30	50	45,45%
30,1 – 40	17	15,45%
40,1 a více	5	4,55%
Celkem	110	100%



Graf č.3 - Body Mass Index (BMI) respondentů

Nejvíce respondentů (45,45%) po výpočtu BMI trpí lehkou obezitou (BMI 25,1-30). 34,55% dotazovaných má svou tělesnou hmotnost v normě (BMI 20-25). Střední obezita (BMI 30,1-40) postihuje 15,45% respondentů. Těžkou obezitou (BMI 40,1 a více) trpí 4,55% dotazovaných.

OTÁZKA Č.4

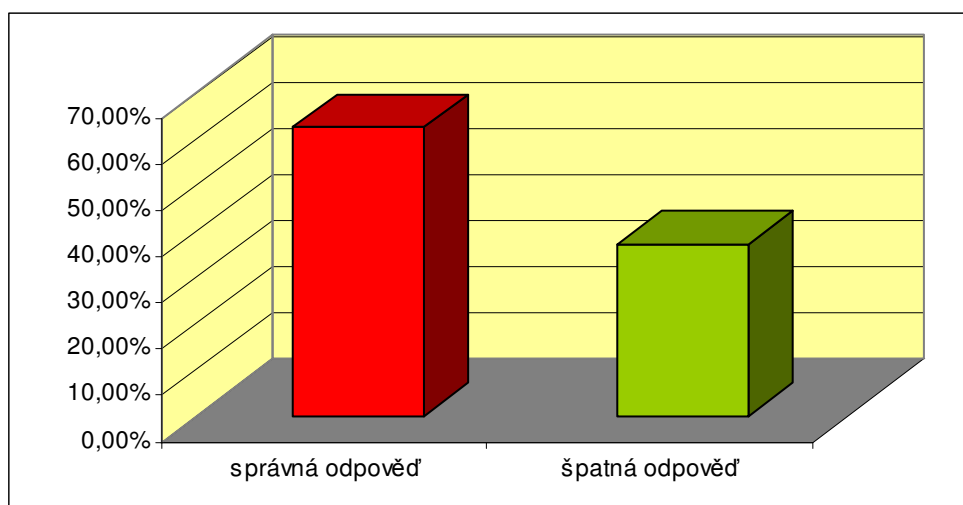
Víte co je „Osteoartróza“ (= artróza) ? (vyberte 1 tvrzení)

Tabulka č.4A – Znalost pojmu osteoartróza

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
řídnutí kostí	27	24,55%
degenerativní onemocnění kloubní chrupavky	69	62,73%
vymizení kloubní tekutiny	4	3,64%
infekce v kloubu	10	9,1%
Celkem	110	100%

Tabulka č.4 – Znalost pojmu osteoartróza

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná	69	62,73%
Špatná	41	37,27%
Celkem	110	100%



Graf č.4 – Znalost pojmu osteoartróza

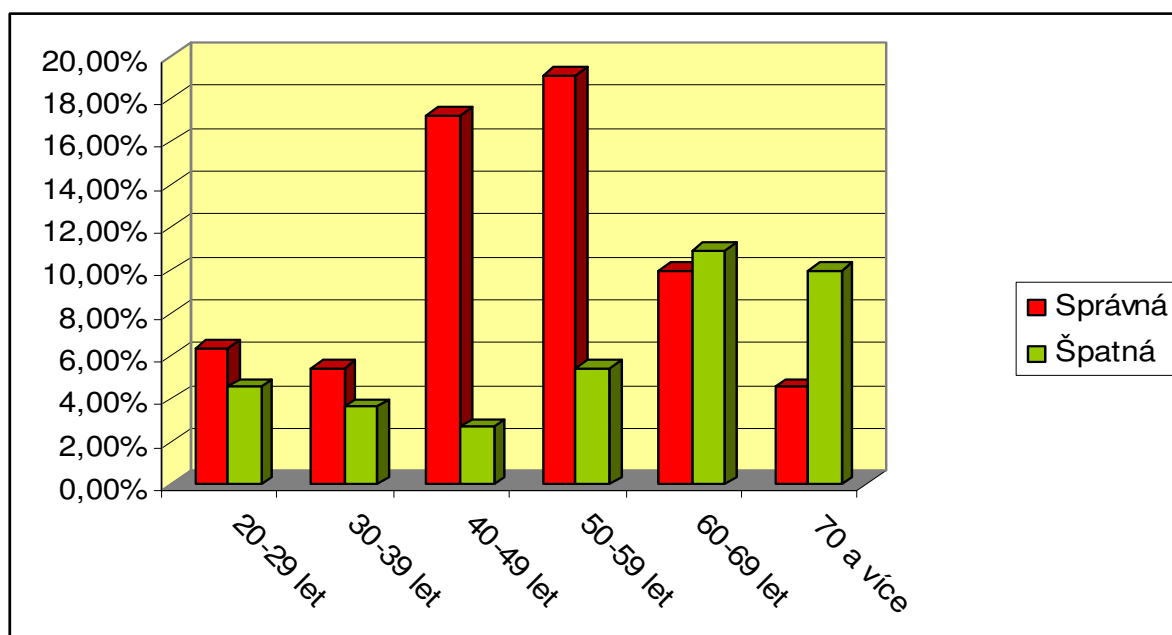
Na tuto otázku odpovědělo 62,73% respondentů správně a 37,27% respondentů špatně. Větší část respondentů tedy zná pojem OA. Jelikož se o OA hovoří většinou ve spojení se staršími občany, zajímalo mě, zda správnost odpovědí souvisela s věkem respondentů.

Tabulka č.4A –Pojem osteoartróza- souvislost s věkem respondentů, absolutní četnost

Odpověď	20-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60-69 let	70 a více	Celkem
Správná	7	6	19	21	11	5	69
Špatná	5	4	3	6	12	11	41

Tabulka č.4B –Pojem osteoartróza- souvislost s věkem respondentů, relativní četnost

Odpověď	20-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60-69 let	70 a více	Celkem
Správná	6,36%	5,45%	17,23%	19,1%	10%	4,55%	62,69%
Špatná	4,55%	3,66%	2,73%	5,45%	10,91%	10%	37,3%



Graf č.4 AB – Pojem osteoartróza - v souvislosti s věkem respondentů

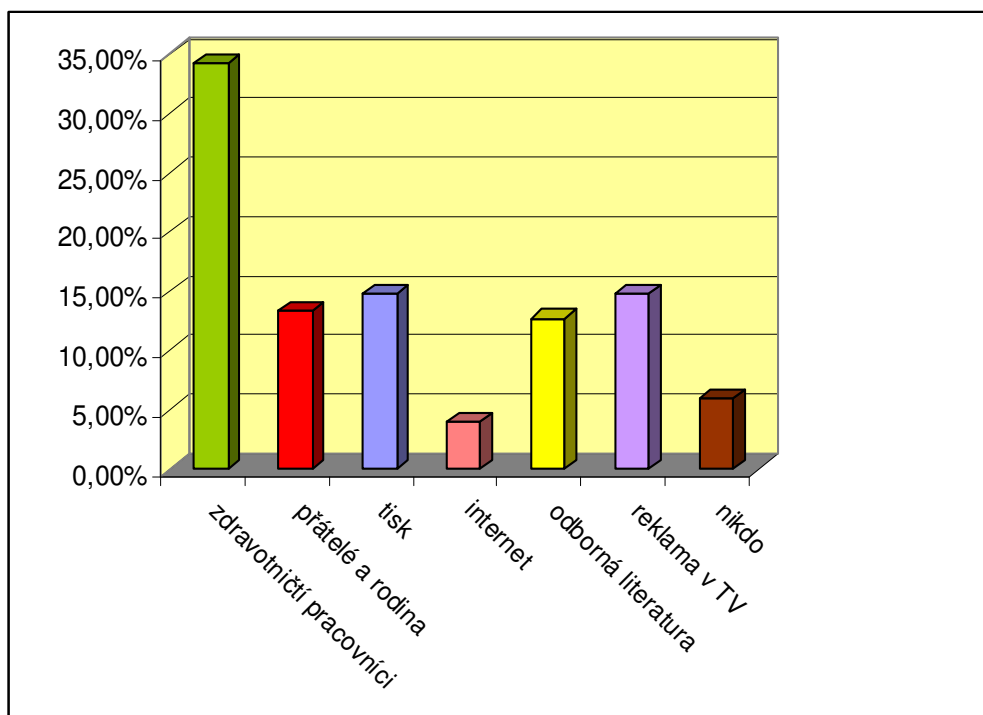
Do 59-ti let převažují správné odpovědi na otázku „Co je osteoartróza?“. Ve věkové skupině 20-29 let odpovědělo správně 6,36% respondentů a špatně 4,55%. Ve věkové skupině 30-39 let odpovědělo 5,45% respondentů správně a špatně 3,66%. Ve věkové skupině 40-49 let znalo pojem OA 17,23%, pojem OA neznalo pouhých 2,73% respondentů. Ve věkové skupině 50-59 let správně odpovědělo 19,1% respondentů a špatně 5,45%. Od 60-ti let výše převládají špatné odpovědi. Ve věkové skupině 60-69 let správně odpovědělo 10% respondentů, špatně pak 10,91%. V poslední věkové skupině 70 a více let odpovědělo správně 4,55% respondentů a špatně 10%. S přibývajícím věkem roste počet postižených OA, a proto jsem si myslela, že jejich informovanost bude spíše vyšší.

OTÁZKA Č.5

O artróze Vás poprvé informovali: (možnost více odpovědí)

Tabulka č.5 – Zdroje informací o OA

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
zdravotničtí pracovníci	51	34,23%
přátelé a rodina	20	13,42%
Tisk	22	14,77%
Internet	6	4,03%
Odborná literatura	19	12,75%
Reklama v TV	22	14,77%
Nikdo	9	6,04%
Celkem	149	100%



Graf č.5 – Zdroje informací o OA

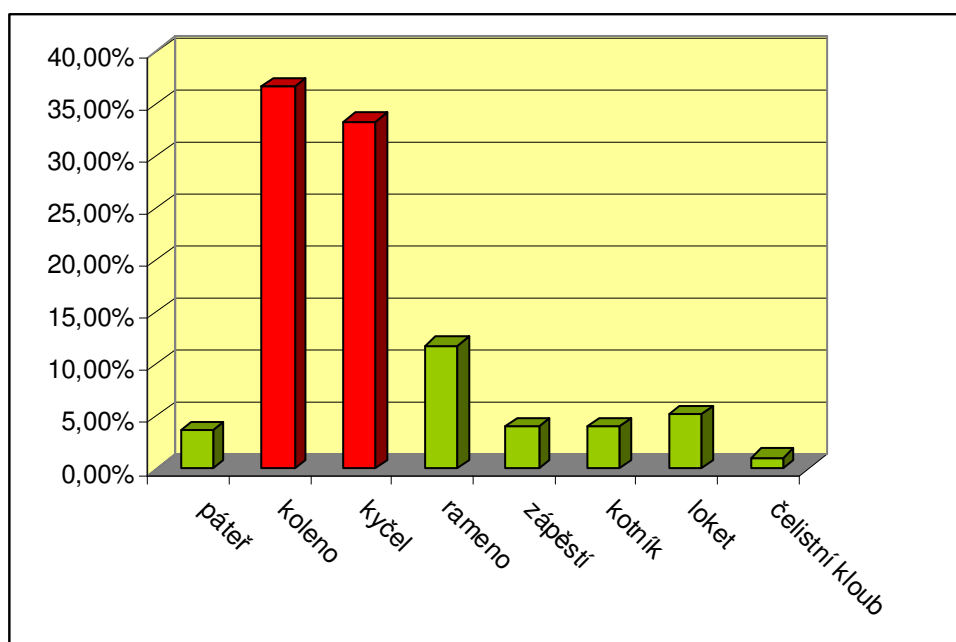
Nejčastěji uvedli respondenti jako zdroj informací o OA zdravotnické pracovníky 34,23%. Tuto skutečnost přikládám zejména tomu, že u velké části respondentů lékař OA diagnostikoval a zároveň je informoval. Druhým nejčastějším zdrojem informací jsou tisk (14,77%) a reklama v TV (14,77%). Informace od přátel a rodiny získalo 13,42% respondentů, z odborné literatury čerpá informace 12,75% dotazovaných. 6,04% veřejnosti není o OA vůbec informováno. Překvapilo mě, že v dnešní počítačové době, kdy je tak hojně využíván internet, se o OA informovalo tímto způsobem pouze 4,03%. Myslím si, že je to dáno tím, že většina starších lidí neumí a nebo nechce počítačovou síť využívat.

OTÁZKA Č.6

Artróza nejčastěji postihuje: (možnost více odpovědí)

Tabulka č.6 – Nejčastější lokalizace artrózy dle odpovědí veřejnosti

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Páteř	10	3,7%
Koleno	99	36,67%
Kyčel	90	33,33%
Rameno	32	11,85%
Zápěstí	11	4,07%
Kotník	11	4,07%
Loket	14	5,19%
čelistní kloub	3	1,11%
Celkem	270	100%



Graf č.6 – Nejčastější lokalizace artrózy dle odpovědí veřejnosti

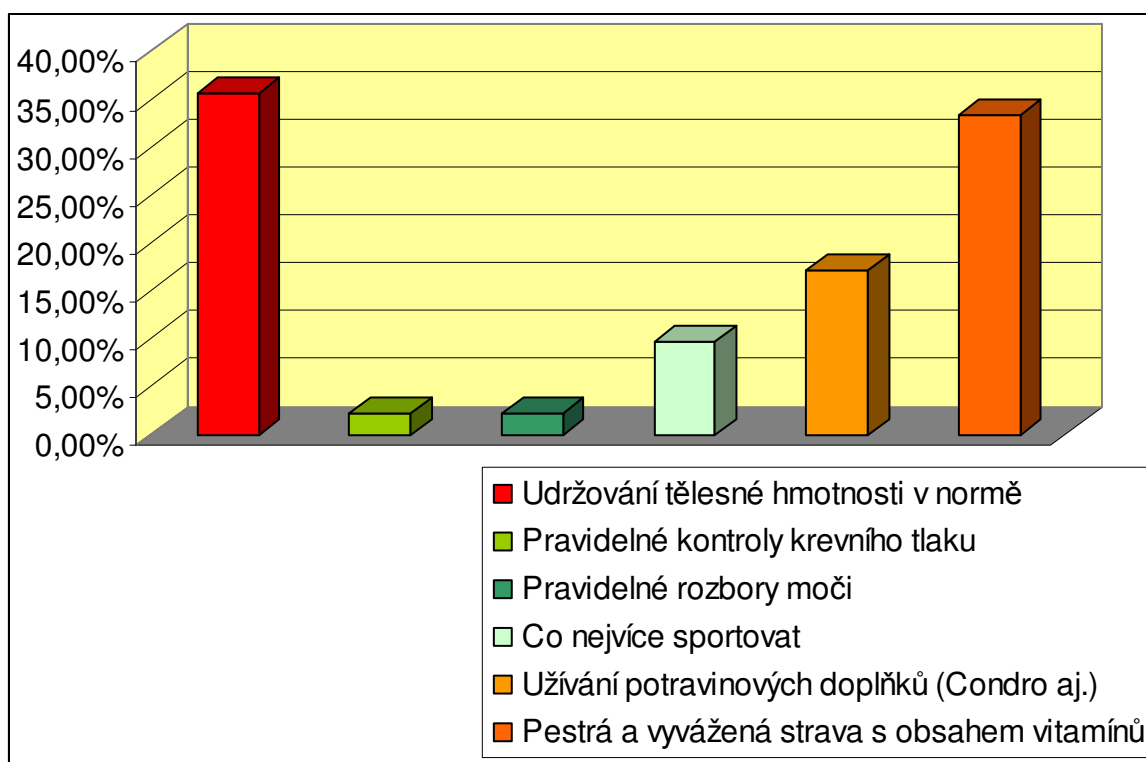
Nejčastější a zároveň nejzávažnější lokalizací OA bývá kolenní a kyčelní kloub. Veřejnost tedy ve většině případech odpovídala správně. Koleno získalo 36,67% a kyčel 33,33%. Kolenní kloub jako místo postižení OA označilo více lidí snad proto, že bolesti způsobené OA kyčelního kloubu zároveň často vyzařují do kolene, a proto se možná bolest kolene vybavila více lidem. Z ostatních odpovědí tvořilo 11,85% rameno; 5,19% loket; 4,07% zápěstí a kotník; 3,7% páteř a 1,11% čelistní kloub.

OTÁZKA Č.7

Znáte některá preventivní opatření, jak předcházet artróze a jejímu rozvoji?
(možnost více odpovědí)

Tabulka č.7 – Preventivní opatření osteoartrózy dle odpovědí veřejnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Udržování tělesné hmotnosti v normě	96	35,56%
Pravidelné kontroly krevního tlaku	6	2,22%
Pravidelné rozborů moči	6	2,22%
Co nejvíce sportovat	26	9,63%
Užívání potravinových doplňků (Condro aj.)	46	17,04%
Pestrá a vyvážená strava s obsahem vitamínů	90	33,33%
Celkem	270	100%



Graf č.7 - Preventivní opatření osteoartrózy dle odpovědí veřejnosti

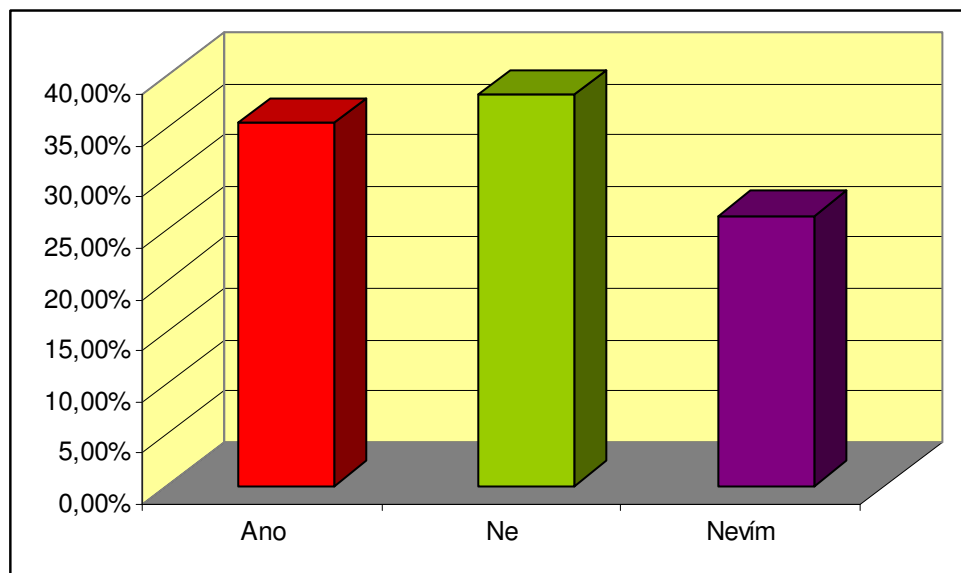
Správné odpovědi na tuto otázku byly - udržování tělesné hmotnosti v normě, užívání potravinových doplňků, pestrá a vyvážená strava. Veřejnost zná tyto preventivní opatření. Odpověď udržování tělesné hmotnosti v normě získala 35,56%, pestrá a vyvážená strava 33,33%. Nižší hodnotu u odpovědi užívání potravinových doplňků přikládám tomu, že o účinku těchto preparátů se stále vedou diskuze. Trochu zarážející je 9,63% u odpovědi - co nejvíce sportovat. Právě v důsledku přetěžování kloubů nevhodným pohybem totiž OA často vzniká. Odpovědi – pravidelné rozbory moče a pravidelné kontroly tlaku získaly shodně 2,22% a pro prevenci OA nemají přímý význam.

OTÁZKA Č.8

Vyskytla se artróza u Vašich rodičů nebo prarodičů?

Tabulka č.8 – Dědičnost artrózy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	35,45%
Ne	42	38,18%
Nevím	29	26,36%
Celkem	110	100%



Graf č.8 – Dědičnost artrózy

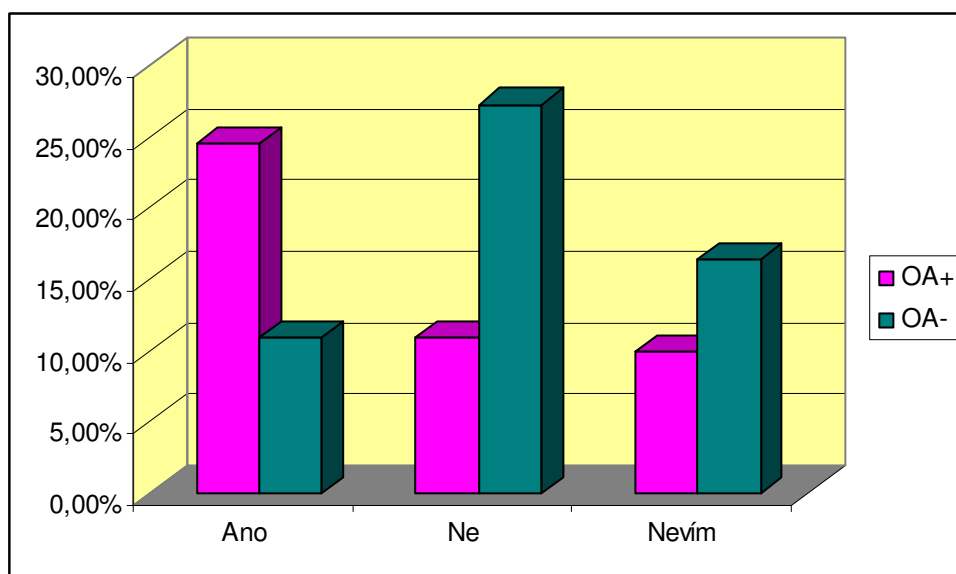
Artróza se vyskytla u rodičů nebo prarodičů u 35,45% respondentů. Neobjevila se ve 38,18% případech. 26,36% respondentů odpovědělo, že neví, jestli rodiče nebo prarodiče měli OA. Zajímalo mě, do jaké míry se liší dědičnost jako rizikový faktor OA u pacientů s OA a u veřejnosti, která OA netrpí.

Tabulka č.8A – Srovnání dědičnosti OA - absolutní četnosti

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	27	12	39
Ne	12	30	42
Nevím	11	18	29
Celkem	50	60	110

Tabulka č.8B – Srovnání dědičnosti OA – relativní četnosti

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	24,55%	10,91%	35,45%
Ne	10,91%	27,27%	38,18%
Nevím	10%	16,36%	26,36%
Celkem	45,46%	54,54%	110



Graf č.8AB – Srovnání dědičnosti OA – relativní četnosti

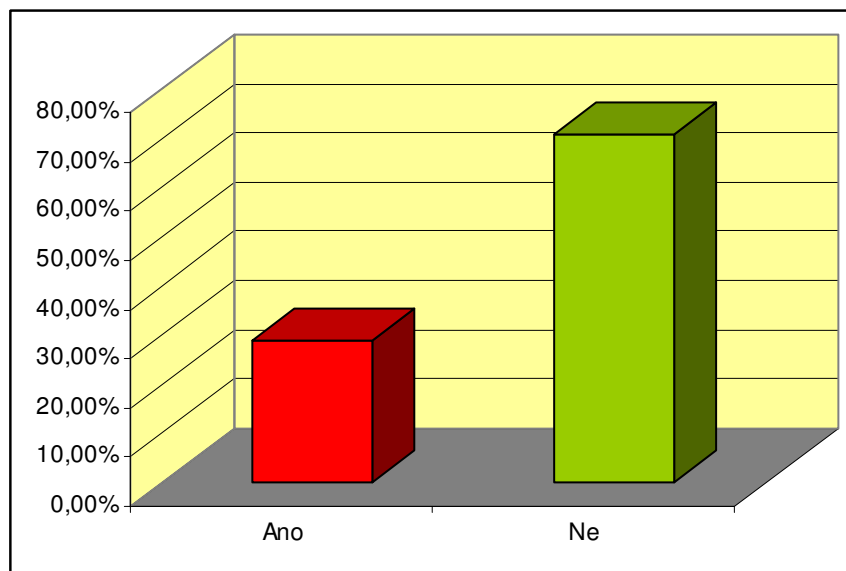
Lidé, kteří mají OA, častěji odpovídali (24,55%), že se OA vyskytla u jejich rodičů nebo prarodičů než lidé, kteří OA nemají (10,91%). Naopak tomu bylo u záporné odpovědi. U lidí, kteří mají OA diagnostikovanou, se nevyskytovala OA u rodičů nebo prarodičů v 10,91%. U lidí, kteří OA diagnostikovanou nemají, se OA nevyskytla u rodičů nebo prarodičů v 27,27%. Klienti s OA jsou také více informováni zda se u nich v rodině OA vyskytovala. Odpověď „nevím“ zvolilo 10% osob s OA a 16,36% osob, které OA nemají. Otázka potvrdila vliv dědičnosti na výskyt OA.

OTÁZKA Č.9

Prodělal/a jste nějaký operační zákrok v oblasti kolene nebo kyčle?

Tabulka č.9 – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	29,09%
Ne	78	70,91%
Celkem	110	100%



Graf č.9 – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů

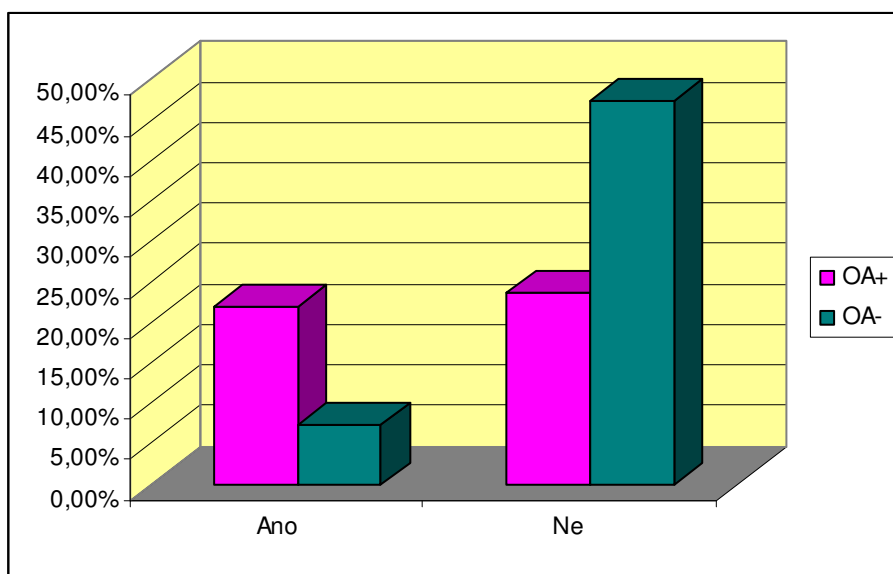
Operační zákrok v oblasti kolene nebo kyčle prodělalo 29,09% respondentů. 70,91% osob odpovědělo, že operační zákrok v této lokalizaci zatím nepodstoupilo. Zajímalo mě srovnání mezi klienty s OA a lidmi, kteří OA netrpí.

*Tabulka č.9A – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů,
srovnání u OA+ a OA-, absolutní četnosti*

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	24	8	32
Ne	26	52	78
Celkem	50	60	110

*Tabulka č.9B – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů,
srovnání u OA+ a OA-, relativní četnosti*

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	21,82%	7,27%	29,09%
Ne	23,64%	47,27%	70,91%
Celkem	45,46%	54,54%	100%



*Graf č.9AB – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů,
srovnání u OA+ a OA-, relativní četnosti*

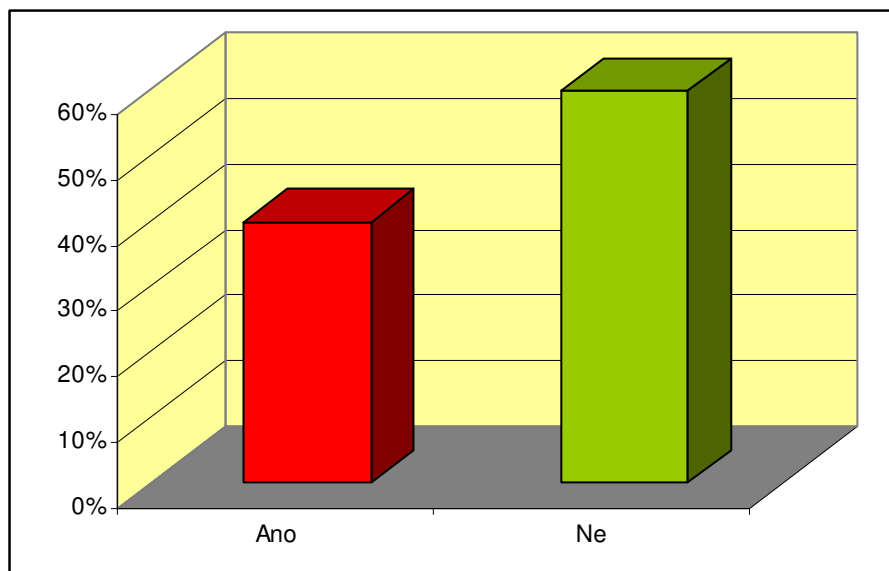
Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů podstoupilo 21,82% veřejnosti, u kterých byla OA diagnostikována, a 7,27% veřejnosti, u nichž OA diagnostikována nebyla. Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů nepodstoupilo 23,64% veřejnosti, u nichž byla OA diagnostikována a 47,27%, u kterých OA diagnostikována nebyla. Odpovědi potvrzují vliv prodělaného operačního zákroku v oblasti váhonosných kloubů na výskyt OA.

OTÁZKA Č.10

Měl/a jste někdy zánět v kloubu – koleno, kyčel?

Tabulka č.10 – Zánět v oblasti váhonosných kloubů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	40%
Ne	66	60%
Celkem	110	100%



Graf č.10 – Zánět v oblasti váhonosných kloubů

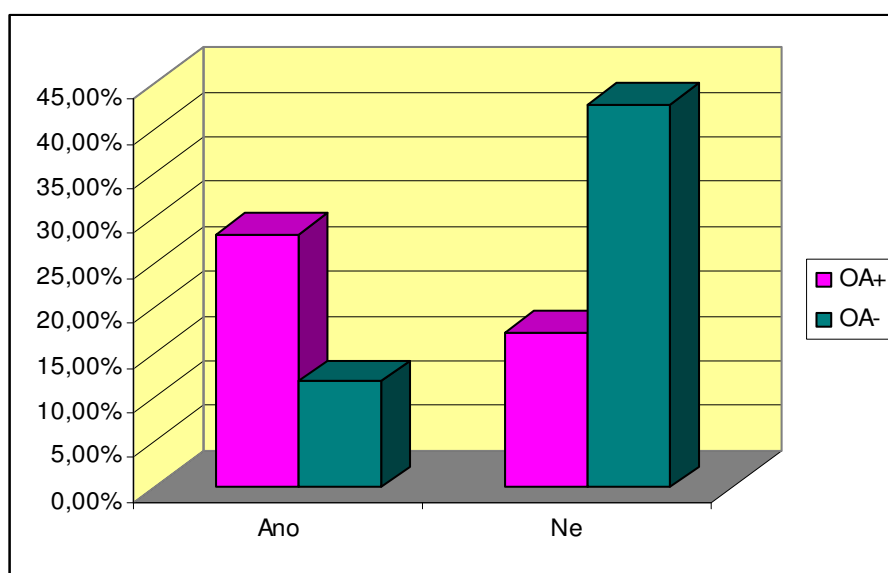
Zánět v oblasti kolenního nebo kyčelního kloubu mělo někdy v minulosti 40% dotazovaných. 60% osob uvedlo, že zánět v oblasti těchto kloubů zatím neprodělalo. Zajímalo mě srovnání mezi klienty s OA a lidmi, kteří OA netrpí.

Tabulka č.10A – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u
OA+ a OA- , absolutní četnosti

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	31	13	44
Ne	19	47	66
Celkem	50	60	110

Tabulka č.10B – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u
OA+ a OA- , relativní četnosti

Odpověď	OA+	OA-	Celkem
Ano	28,18%	11,82%	40%
Ne	17,27%	42,73%	60%
Celkem	45,45%	54,55%	100%



Graf č.10AB – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u OA+
a OA- , relativní četnosti

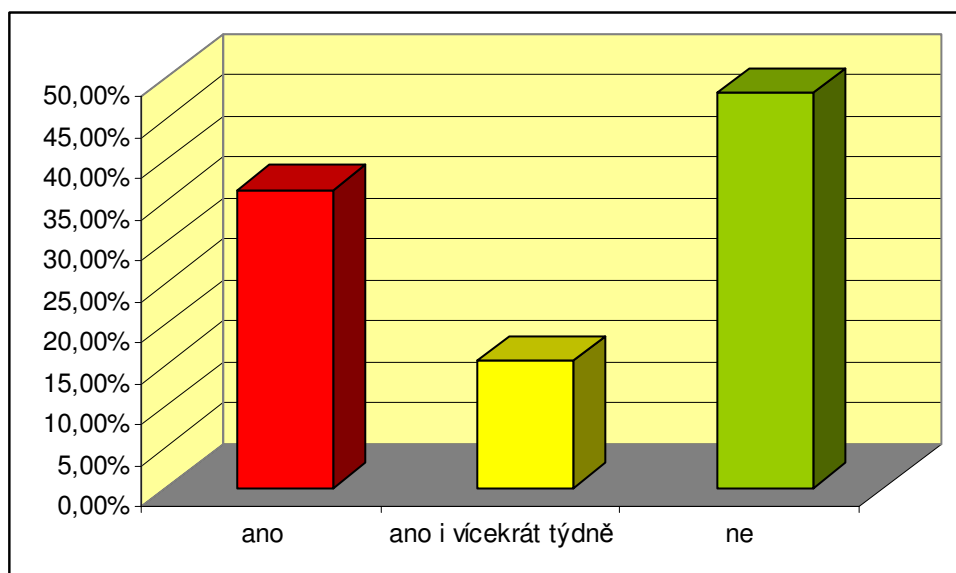
Zánět v oblasti váhonosných kloubů prodělalo 28,18% veřejnosti s OA a 11,82% veřejnosti bez OA. Zánět v oblasti váhonosných kloubů neprodělalo 17,27% veřejnosti s OA a 42,73% veřejnosti bez OA. Otázka potvrdila vliv prodělaného zánětu v oblasti váhonosných kloubů na výskyt OA téže lokalizace.

OTÁZKA Č.11

Provozujete nějakou sportovní aktivitu alespoň jednou týdně?

Tabulka č.11 – Sportovní aktivita provozovaná alespoň jednou týdně

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	36,36%
Ano i vícekrát týdně	17	15,45%
Ne	53	48,18%
Celkem	110	100%



Graf č.11 – Sportovní aktivita provozovaná alespoň jednou týdně

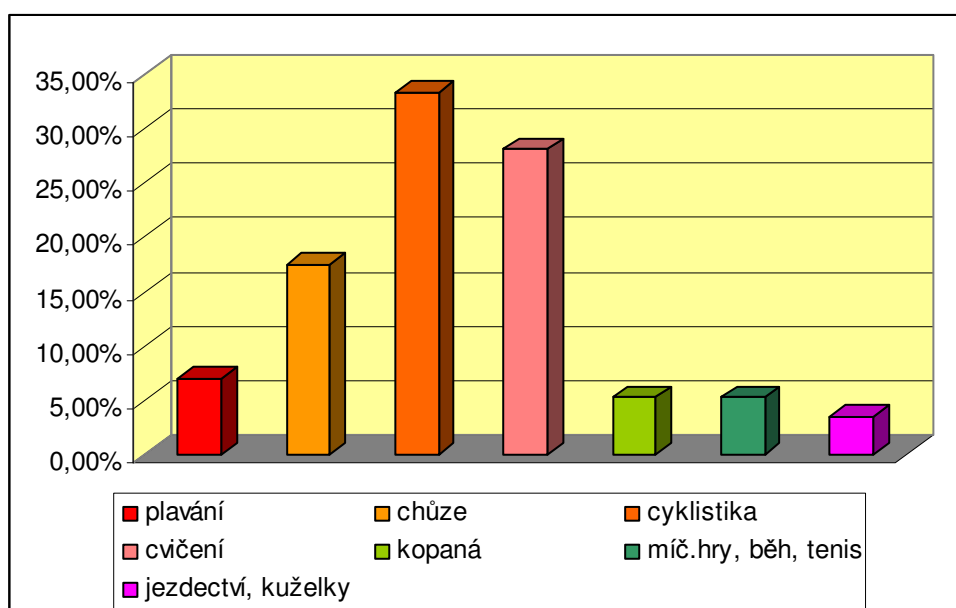
Alespoň jednou týdně provozuje sportovní aktivitu 36,36% respondentů. 15,45% veřejnosti sportuje i více než jednou za týden a 48,18%, tedy téměř polovina respondentů, sportuje méně než jednou týdně.

OTÁZKA Č.12

Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a ano, uveďte o jakou sportovní aktivitu se jedná.

Tabulka č.12 – Nejčastěji uváděné sportovní aktivity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plavání	4	7,02%
Chůze	10	17,54%
Cyklistika	19	33,33%
Cvičení	16	28,07%
Kopaná	3	5,26%
Míč.hry, běh, tenis	3	5,26%
jezdectví, kuželky	2	3,51%
Celkem	57	100%



Graf č.12 – Nejčastěji uváděné sportovní aktivity

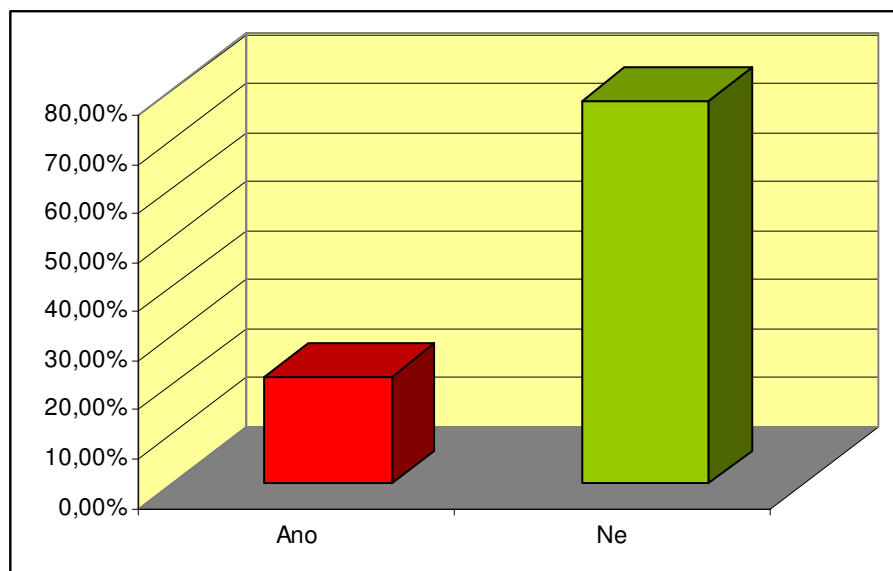
Nejčastěji odpovídali sportující respondenti, že provozují cyklistiku (33,33%). Druhým nejoblíbenějším sportem je pak cvičení (28,07%), dále chůze (17,54%), plavání (7,02%), kopaná (5,26%), míčové hry, běh a tenis (5,26%). Jezdectví a kuželky uvedlo 3,51% respondentů.

OTÁZKA Č.13

Užíváte nějaké potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy?

Tabulka č.13 – Užívání potravinových doplňků nebo vitamínů sloužících k prevenci osteoartrózy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	21,82%
Ne	86	78,18%
Celkem	110	100%



Graf č.13 –Užívání potravinových doplňků nebo vitamínů sloužících k prevenci osteoartrózy

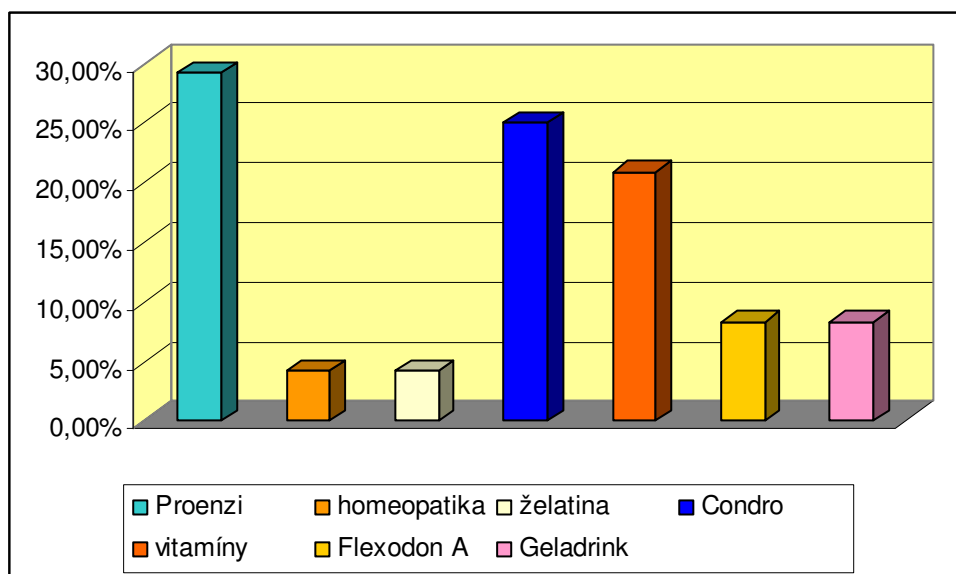
Z grafu vyplývá, že potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci OA užívá 21,82% veřejnosti. Naproti tomu je neužívá 78,18%.

OTÁZKA Č.14

Pokud jste na předcházející otázku odpověděl/a ano, uveďte jaké potravinové doplňky nebo vitamíny k prevenci osteoartrózy užíváte.

Tabulka č.14 – Nejčastěji užívané potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Proenzi	7	29,17%
Homeopatika	1	4,17%
Želatina	1	4,17%
Condro	6	25%
Vitamíny	5	20,83%
Flexodon A	2	8,33%
Geladrink	2	8,33%
Celkem	24	100%



Graf č.14 - Nejčastěji užívané potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy

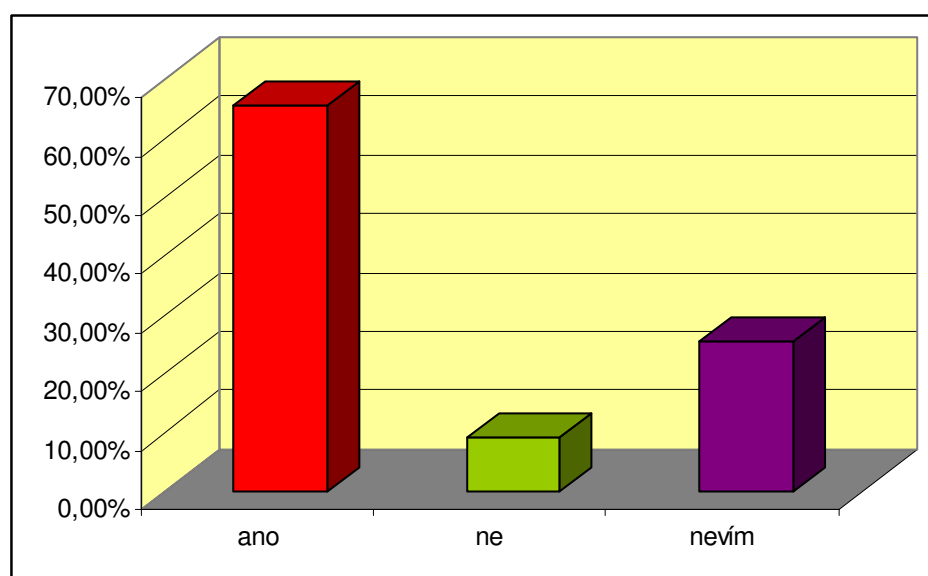
Nejčastěji užívají respondenti potravinový doplněk Proenzi (29,17%), dále pak Condro (25%) a vitamíny (20,83%). Méně často pak užívají Geladrink (8,33%), Flexodon A (8,33%), homeopatika (4,17 %) a želatinu (4,17%).

OTÁZKA Č.15

Myslíte, že jste artrózou ohrožen/a?

Tabulka č.15 – Názor respondentů, zda se cítí ohroženi artrózou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	72	65,45%
Ne	10	9,09%
Nevím	28	25,45%
Celkem	110	100%



Graf č.15 - Názor respondentů, zda se cítí ohroženi artrózou

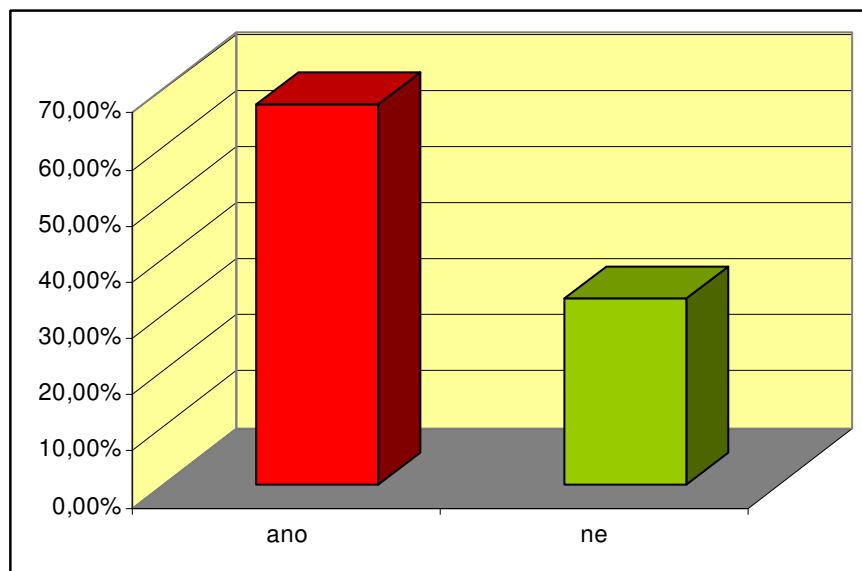
Velká část dotazovaných (65,45%) si myslí, že je ohrožena OA. Někteří respondenti (25,45%) uvedli, že neví, zda jsou ohroženi OA. 9,09% dotazovaných si pak myslí, že se jich onemocnění OA netýká.

OTÁZKA Č. 16

Trpíte opakovanými bolestmi kloubů?

Tabulka č.16 – Výskyt opakovaných bolestí kloubů u respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	74	67,27%
Ne	36	32,73%
Celkem	110	100%



Graf č.16 - Výskyt opakovaných bolestí kloubů u respondentů

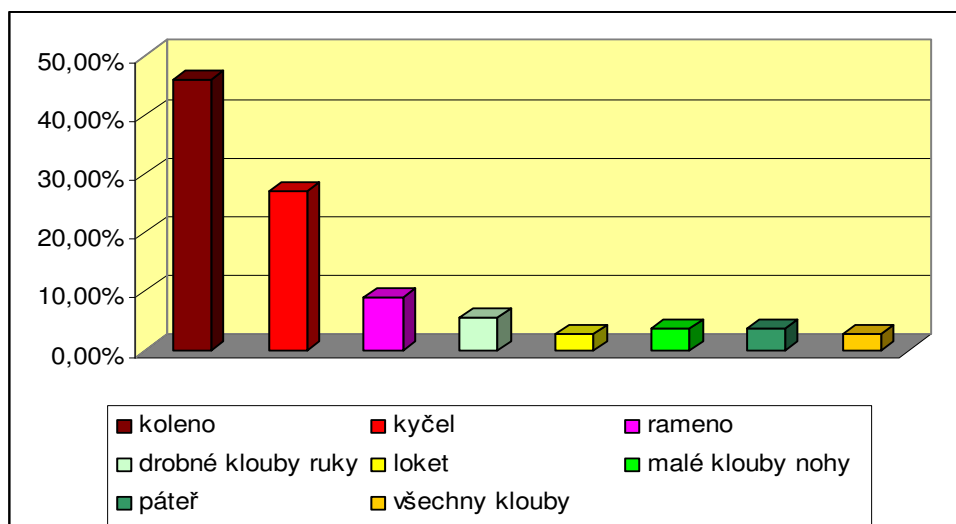
Opakované bolesti kloubů se vyskytují u 62,27% respondentů. 32,73% respondentů neuvádí opakované bolesti kloubů.

OTÁZKA Č.17

Pokud jste na na předešlou otázku odpověděl/a ano, uveďte jakých kloubů.

Tabulka č.17 – Nejčastější lokalizace opakovaných bolestí kloubů u respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Koleno	51	45,95%
Kyčel	30	27,03%
Rameno	10	9,01%
Drobné klouby ruky	6	5,41%
Loket	3	2,7%
malé klouby nohy	4	3,6%
Páteř	4	3,6%
všechny klouby	3	2,7%
Celkem	111	100%



Graf č.17 - Nejčastější lokalizace opakovaných bolestí kloubů u respondentů

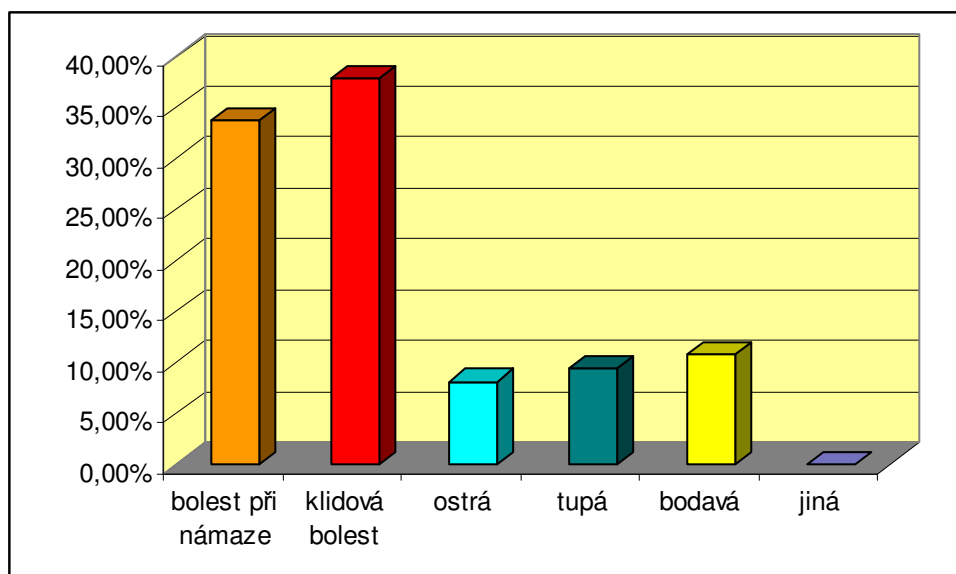
Nejčastěji uváděli respondenti za místo výskytu kloubních bolestí koleno (45,95%) a následně kyčel (27,03%). Další odpovědi se vyskytovaly s výrazně nižší frekvencí: rameno (9,01%), drobné klouby ruky (5,41%), malé klouby nohy (3,6%), páteř (3,6%), loket (2,7%) a všechny klouby těla (2,7%).

OTÁZKA Č.18

Jak byste bolest charakterizoval/a? (jedna odpověď)

Tabulka č.18 – Charakteristika bolestí kloubů u veřejnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
bolest při námaze	25	33,78%
Klidová bolest	28	37,84%
Ostrá	6	8,11%
Tupá	7	9,46%
Bodavá	8	10,81%
Jiná	0	0%
Celkem	74	100%



Graf č.18 – Charakteristika bolestí kloubů u veřejnosti

Mezi druhy bolestí, které se u respondentů vyskytly, převládala klidová bolest (37,84%), následně pak bolest při námaze (33,78%). Někteří respondenti popsali bolest kloubů za bodavou (10,81%), tupou (9,46%) nebo ostrou (8,11%). Jinou charakteristiku bolesti uvedlo 0% respondentů

OTÁZKA Č.19

Pokuste na stupnici od 1 do 10 označit intenzitu bolesti. (zakroužkujte)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

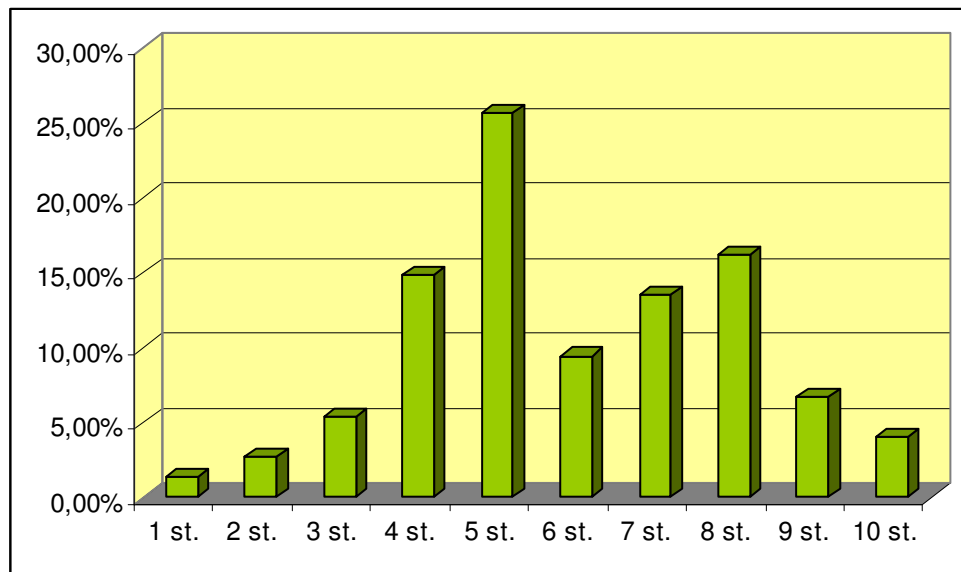
1...nejslabší

5...na hranici snesitelnosti

10...krutá, nesnesitelná

Tabulka č.19 – Intenzita bolestí kloubů u veřejnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	1	1,35%
2	2	2,7%
3	4	5,41%
4	11	14,86%
5	19	25,68%
6	7	9,46%
7	10	13,51%
8	12	16,22%
9	5	6,76%
10	3	4,05%
Celkem	74	100%



Graf č.19 – Intenzita bolestí kloubů u veřejnosti

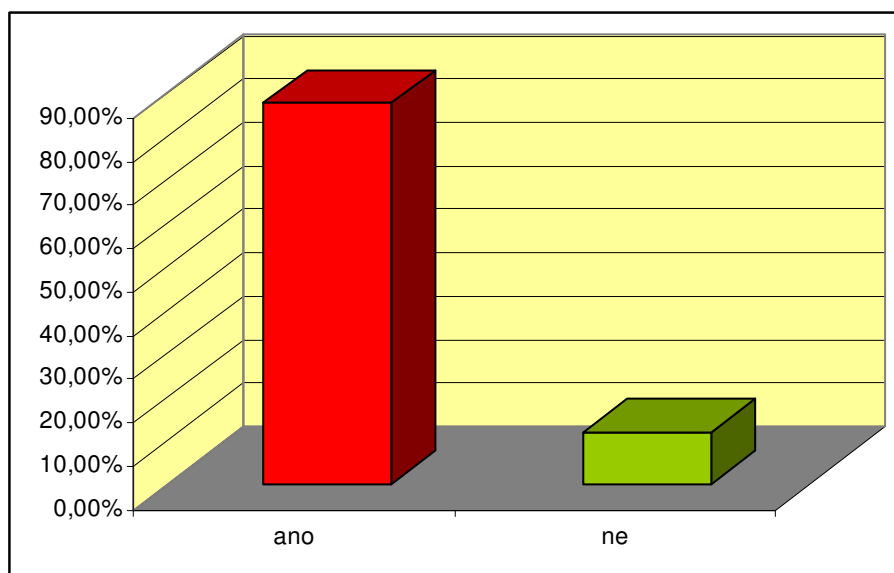
Intenzitu bolesti kloubů popsal nejvíce respondentů stupněm číslo 5 „na hranici snesitelnosti“ (25,68%). 16,22% dotazovaných označilo bolest kloubů stupněm 8; 14,86% stupněm číslo 4; 13,51% stupněm číslo 7; 9,46% respondentů označilo svou bolest stupněm číslo 6. Stupeň číslo 9 získal 6,76% odpovědí, stupeň číslo 10 „krutá, nesnesitelná bolest“ pak 4,05%. Bolest označilo 2.stupněm 2,7% respondentů a 1.stupněm „nejslabší bolest“ 1,35%.

OTÁZKA Č.20

Vyhledal/a jste z důvodu bolestivosti kloubů někdy lékaře?

Tabulka č.20 – Návštěva lékaře v důsledku bolesti kloubů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	87,84%
Ne	9	12,16%
Celkem	74	100%



Graf č. 20 – Návštěva lékaře v důsledku bolesti kloubů

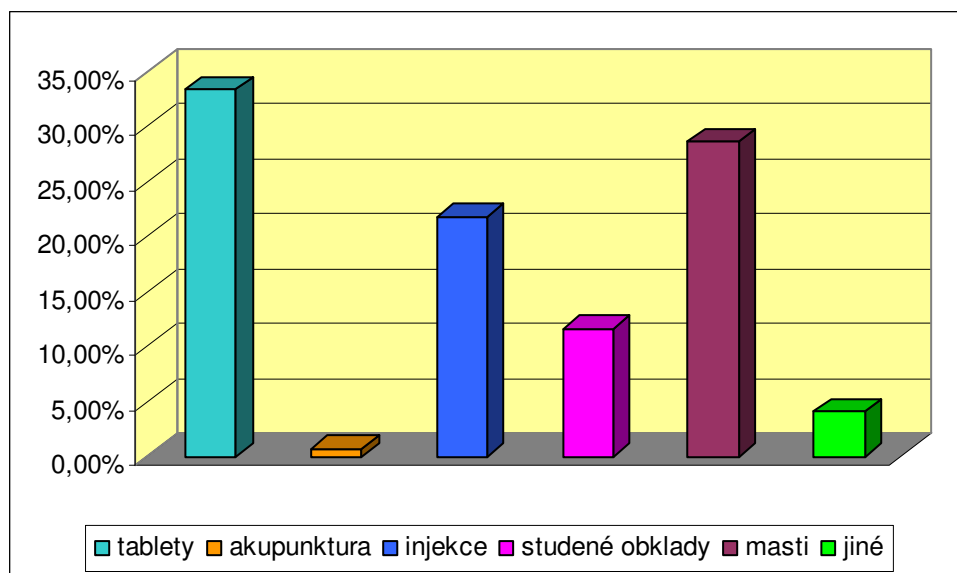
Z důvodu bolestí kloubů navštívilo lékaře 87,84% dotazovaných. Pro 12,16% respondentů není bolest kloubů dostatečným důvodem pro návštěvu lékaře.

OTÁZKA Č.21

Jaké způsoby používáte k tišení bolestí kloubů? (více odpovědí)

Tabulka č.21 - Metody tišení bolestí kloubů u veřejnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tablety	49	33,3%
Akupunktura	1	0,68%
Injekce	32	21,77%
Studené obklady	17	11,56%
Přírodní masti	42	28,57%
Jiné	6	4,08%
Celkem	147	100%



Graf č.21 – Metody tišení bolestí kloubů u veřejnosti

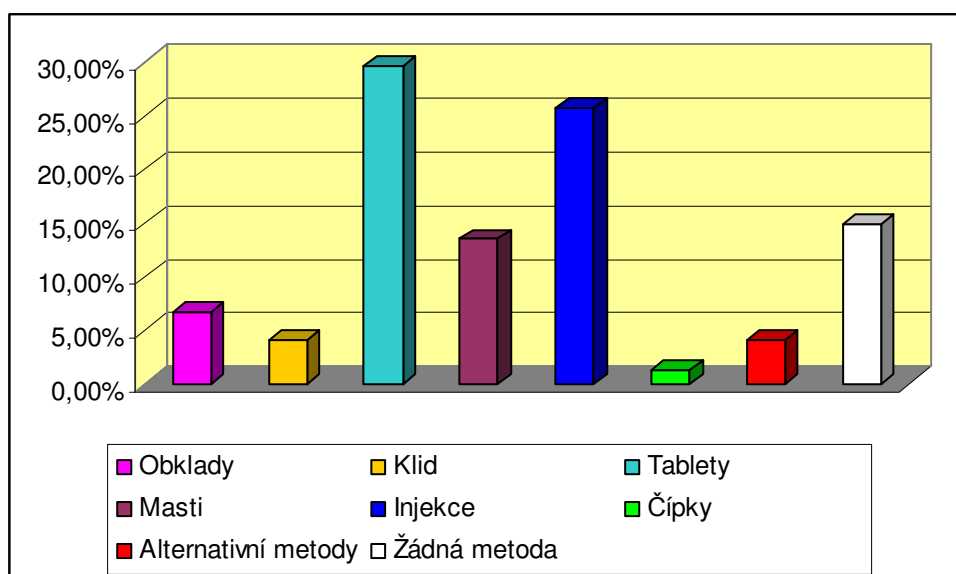
Z šetření vyplývá, že nejpoužívanější metodou tišení bolesti kloubů u veřejnosti jsou tablety (33,3%), dále pak masti (28,57%), injekce (21,77%), studené obklady (11,56%) a jiné metody (4,08%). Nejméně používaná metoda jako způsob tlumení bolesti kloubů je akupunktura, která získala pouhých 0,86% odpovědí.

OTÁZKA Č.22

Kterou metodu tišení bolesti kloubů považujete za neúčinnější? (1 odpověď)

Tabulka č.22 – Neúčinnější metoda tlumení bolesti kloubů u veřejnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obklady	5	6,76%
Klid	3	4,05%
Tablety	22	29,73%
Přírodní masti	10	13,51%
Injekce	19	25,68%
Čípky	1	1,35%
Alternativní metody	3	4,05%
Žádná metoda	11	14,86%
Celkem	74	100%



Graf č.22 - Nejúčinnější metoda tlumení bolesti kloubů u veřejnosti

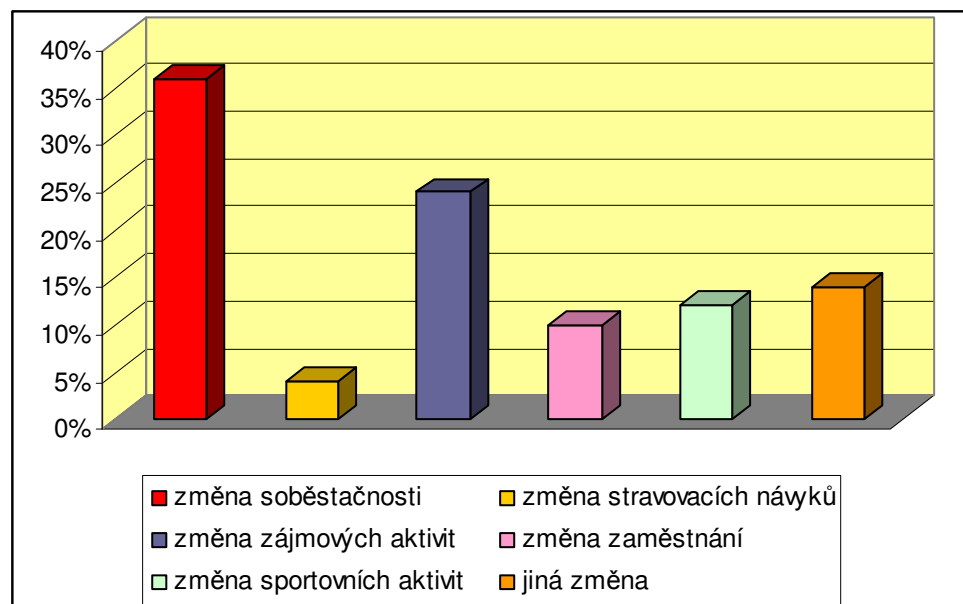
Veřejnost považuje za nejúčinnější metodu tlumení bolesti tablety (29,73%). Bolest mohou účinně tlumit i injekce (25,68%). 14,86% respondentů uvedlo, že jim nepomáhá žádná metoda tlumení bolesti. Přírodní masti považuje za nejúčinnější analgetikum 13,51% respondentů, obklady 6,76%. Klid pomáhá u 4,05% respondentů. Čípky používá nejrareji 1,35% dotazovaných.

OTÁZKA Č.23

V jaké oblasti změnila artróza nejvíce Váš život? (1 odpověď)

Tabulka č.23 – Změna v životě klientů s osteoartrózou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
změna soběstačnosti	18	36%
změna stravovacích návyků	2	4%
změna zájmových aktivit	12	24%
změna zaměstnání	5	10%
změna sportovních aktivit	6	12%
Jiná změna	7	14%
Celkem	50	100%



Graf č.23 - Změna v životě klientů s osteoartrózou

U klientů s OA změnila artróza jejich život nejvíce v oblasti soběstačnosti (36%). 24% klientů změnilo v důsledku onemocnění zájmové aktivity. Jinak (invalidní důchod, ztráta sebevědomí) OA ovlivnila život u 14% klientů. Změna sportovních aktivit proběhla u 12% klientů. Stravovací návyky změnilo 4% klientů.

OTÁZKA Č.24

Označte na stupnici do jaké míry artróza ovlivnila Váš způsob života.

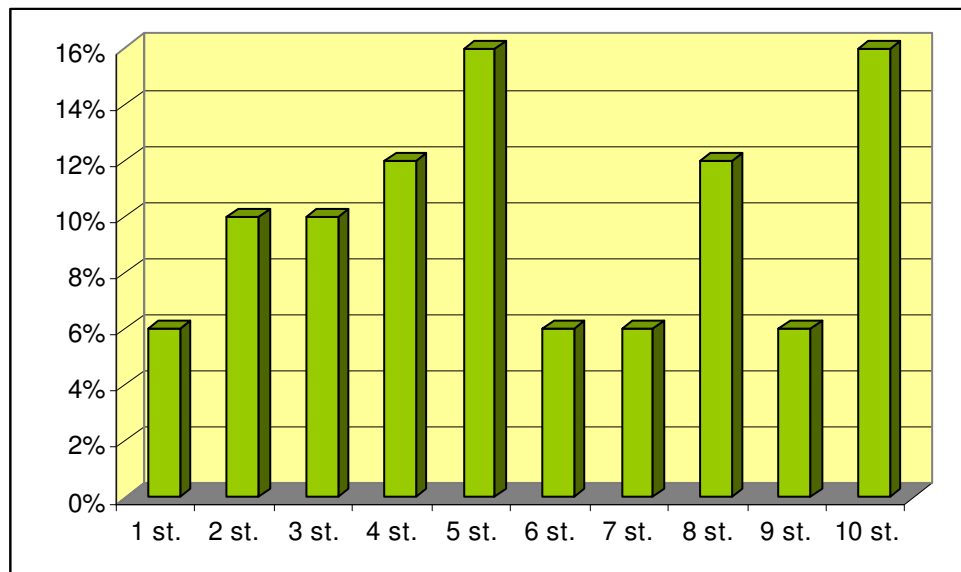
1...nepatrně

5...zásadně

10...zcela zásadně

Tabulka č.24 – Stupeň ovlivnění života lidí s osteoartrózou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 st.	3	6%
2 st.	5	10%
3 st.	5	10%
4 st.	6	12%
5 st.	8	16%
6 st.	3	6%
7 st.	3	6%
8 st.	6	12%
9 st.	3	6%
10 st.	8	16%
Celkem	50	100%



Graf č.24 - Stupeň ovlivnění života lidí s osteoartrózou

U 16-cti % nemocných ovlivnila OA jejich život zásadně – stupeň 5, stejné procentuální zastoupení získal stupeň č.10 – zcela zásadně. Stupněm č.8 a č.4 označilo míru, do jaké ovlivnila OA jejich životy 12% klientů. Stupeň č.2 a č.3 shodně označilo 10% klientů s OA. Stupeň č.1, č.6, č.7 a č.9 si vybralo 6% nemocných.

4.2 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1: Většina veřejnosti (80%) ví, co je to osteoartróza.

Vzhledem k rozšíření OA jsem předpokládala, že většina respondentů (80%) bude vědět, co je to OA. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že 62,73% respondentů zná charakteristiku OA a 37,27% respondentů stále charakteristiku OA nezná. Poměrně hodně osob tedy ví, co je to OA, přesto si ale myslím, že informovanost by mohla být díky rozšířenosti tohoto onemocnění ještě vyšší. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 2: S rostoucím věkem roste informovanost veřejnosti o osteoartróze.

U veřejnosti do 59-ti let převažují správné odpovědi na otázku „Co je osteoartróza?“. U veřejnosti od 60-ti let výše převládají špatné odpovědi. Předpokládala jsem, že tomu bude spíše naopak, protože s přibývajícím věkem roste počet postižených OA. Myslela jsem si tudíž, že informovanost o tomto onemocnění bude s přibývajícím věkem stále vyšší. Je možné, že lidé starší 60-ti let nepřikládají důležitost diagnóze OA mezi jinými diagnózami. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 3: U více jak poloviny veřejnosti s OA se vyskytnou více než 2 rizikové faktory OA.

Příčinu vzniku OA označujeme jako multifaktoriální, neznáme jeden důvod vzniku onemocnění, ale víme, že výskyt tzv.rizikových faktorů zvětšuje pravděpodobnost výskytu OA. U klientů s OA jsem sledovala výskyt rizikových faktorů: **věk 50 a více let, BMI 30,1 a více, faktor dědičnosti OA, výskyt operačního zákroku v oblasti kolenního nebo kyčelního kloubu a výskyt zánětu v oblasti kolenního nebo kyčelního kloubu.** U 21 klientů s OA (42%) se vyskytly max.2 rizikové faktory. 29 klientů s OA (58%) potvrdilo výskyt více než 2 rizikových faktorů OA. **Hypotéza potvrzena.**

Hypotéza 4: U více jak poloviny veřejnosti, která OA netrpí, se vyskytnou maximálně 2 rizikové faktory.

V této hypotéze jsem sledovala výskyt stejných rizikových faktorů jako v hypotéze č.3, ale u veřejnosti, která OA nemá. 54 dotazovaných (90%) z této skupiny uvedlo výskyt max.2 rizikových faktorů OA. Pouze u 6-ti osob (10%), které nemají OA, se objevily více než 2 rizikové faktory OA. **Hypotéza potvrzena.**

Hypotéza 5: Většina veřejnosti (80%) zná alespoň 2 základní preventivní opatření OA.

Udržování tělesné hmotnosti v normě považuje za preventivní opatření v rozvoji OA 96 respondentů (87,27%). Pestrou a vyváženou stravu s obsahem vitamínů vybralo za preventivní opatření v rozvoji OA správně 90 respondentů (81,82%). Většina respondentů tedy zná alespoň 2 základní preventivní opatření v rozvoji OA. **Hypotéza potvrzena.**

Hypotéza 6: Více než polovina osob, u kterých se vyskytuje bolest kloubů nevyhledala lékařskou pomoc.

Z důvodu bolesti kloubů navštívilo lékaře 87,84% dotazovaných. Pro 12,16% respondentů není bolest kloubů dostatečným důvodem pro návštěvu lékaře. Myslím, že vyšší procento osob, které vyhledali lékaře z důvodu bolestivosti kloubů je znakem celkové důvěry veřejnosti k lékařům. Je dobré, že veřejnost řeší právě takto své zdravotní potíže. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 7: Většina respondentů (80%), kteří mívají opakovaně bolesti kloubů, udává jako nejčastější místo lokalizace bolesti kolenní a kyčelní kloub.

Kolenní kloub označilo jako místo nejčastější lokalizace bolesti 51 respondentů (45,95%), kyčelní kloub 30 respondentů (27,03%). Vysvětluji si to tím, že artróza je velmi časté onemocnění a gonartróza je nejčastějším typem artrotického postižení kloubu. Kolenní a kyčelní kloub získal dohromady 72,98% odpovědí. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 8: Více jak polovina veřejnosti trpící bolestmi kloubů mezi metodami tlášení bolesti dává přednost nefarmakologickým metodám.

OA a bolesti kloubů jsou záležitostmi především pokročilejšího věku, proto jsem předpokládala, že v metodách tišení bolesti kloubů budou převažovat metody nefarmakologické. Šetření však prokázalo, že farmakologické metody (tablety, injekce, čípky) k tišení bolesti preferuje 56,76% a nefarmakologické metody (přírodní masti, studené obklady, klid, alternativní metody) upřednostňuje 28,37% respondentů. 14,86% respondentů uvedlo, že neupřednostňuje žádnou metodu k tišení bolesti kloubů, jelikož jim žádná metoda bolesti účinně netlumí. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 9: Více než polovina osob trpících osteoartrózou uvádí hlavní změnu životního stylu v oblasti soběstačnosti.

V důsledku onemocnění OA uvedlo nejvíce klientů (36%) hlavní změnu životního stylu v oblasti soběstačnosti. I přesto, že změna v oblasti soběstačnosti byla uváděna nejčastěji, na potvrzení hypotézy 36% nestačilo. Zbylých 64% klientů s OA udalo hlavní změnu v jiné oblasti života. 24% klientů uvedlo změnu zájmových aktivit, 14% jinou změnu (invalidní důchod, ztráta sebevědomí) a 10% uvedlo změnu zaměstnání. Jen 4% klientů odpovědělo, že v důsledku artrózy změnilo své stravovací návyky. **Hypotéza nepotvrzena.**

Hypotéza 10: Více než polovina osob trpících osteoartrózou si myslí, že artróza ovlivnila zásadně a více než zásadně jejich způsob života.

Z průzkumu vyplývá, že zásadně a více než zásadně ovlivnila OA život u 62% klientů. Z toho zcela zásadně ovlivnila OA život u 16% klientů. Mírnější dopad měla OA u 38% klientů s OA. **Hypotéza potvrzena.**

4.3 Diskuze

Informovanost veřejnosti o osteoartróze.

62,73% veřejnosti ví, že OA je degenerativní onemocnění chrupavky. Myslím si, že se jedná o poměrně uspokojivou informovanost v této oblasti, ale vzhledem k rozšíření tohoto onemocnění a možném dopadu na život člověka by se informovanost mohla zvýšit alespoň na 75%. Zarážející je skutečnost, že u osob nad 60 let informovanost o onemocnění klesá. Komunikace mezi klienty a zdravotníky zřejmě není v této věkové skupině dostatečná a měli bychom se proto zaměřit také na edukace nebo osvětu vyšších věkových skupin. Především bychom se však měli snažit aktivně zapojit celou veřejnost do léčebného i preventivního režimu.

Nejčastěji veřejnost získala informace o OA prostřednictvím zdravotnických pracovníků (34,23%). Překvapilo mě poměrně vysoké procento veřejnosti (14,77%), které bylo informováno o OA televizní reklamou. Jen malé množství veřejnosti se samo aktivně informovalo internetovou cestou (4,03%). 6,04% veřejnosti o AO není informováno vůbec. Z šetření vyplynulo, že většina veřejnosti zná nejčastější místa lokalizace OA – koleno a kyčel. Předpokládám souvislost s výskytem kloubních bolestí, které k OA patří.

Rizikové faktory a znalost preventivních opatření osteoartrózy.

Souvislost mezi stárnutím a výskytem OA je všeobecně známá. Dotazník záměrně vyplňovaly osoby od dvaceti let, jelikož OA se může vyskytnout i u těchto mladších osob. Mladí lidé by měli znát základní informace o OA, aby se snažili tomuto onemocnění předcházet. Za rizikový faktor OA jsem považovala věk 50 a více let.

V otázce č.3 měli respondenti uvést svou hmotnost a výšku. Z těchto hodnot jsem pak vypočítala hodnotu jejich BMI. 34,55% respondentů, tedy přibližně jedna třetina má BMI v normě. 45,45% respondentům mělo BMI v intervalu lehké obezity. Vzhledem k vyššímu věku některých respondentů a výpovědní hodnotě BMI jsem za rizikový faktor OA považovala hodnotu BMI od 30,1. Střední a těžkou obezitou tak podle šetření trpí 20%, tedy jedna pětina respondentů.

Otázka č.7 se zabývala preventivními opatřeními OA. Respondenti měli vybrat preventivní opatření související s OA. Většina jich správně označila udržování tělesné hmotnosti

v normě a pestrou a vyváženou stravu. Tato opatření jsou běžné zásady zdravého životního stylu i přesto jsou pro terapii OA hodně důležitá. Z nabídnutých možností byla správnou odpovědí také odpověď užívání potravinových doplňků (17,04%). Toto číslo podle mého názoru svědčí o různosti náhledů na přínos potravinových doplňků a o jejich ne zcela jednoznačném léčebném efektu. Odpověď „Co nejvíce sportovat“ byla špatnou odpovědí, získala 9,63%. Pravidelné rozbory moče a kontroly krevního tlaku též s OA přímo nesouvisí a získaly shodně 2,22% odpovědí.

Otázky č.8, č.9 a č.10 se týkaly výskytu rizikových faktorů OA – dědičnosti, operačního zákroku a zánětu v oblasti kolenních a kyčelních kloubů. Otázky potvrdily, že výskyt těchto faktorů se výrazně liší u klientů s OA a u osob, které OA nemají.

Otázka č.11 nám odhalila sportovní aktivitu respondentů. 36,36% respondentů uvedlo, že pravidelně sportuje jednou týdně. 15,45% respondentů dokonce sportuje i vícekrát za týden. Téměř polovina respondentů (48,18%) sportuje méně než jednou týdně. Pohyb je součástí zdravého životního stylu a také znakem vyspělé civilizace. Měli bychom se snažit podporovat klienty i naše blízké v pohybové aktivitě. Pomocí kvalitní pohybové aktivity pak můžeme přecházet nejen rozvoji OA.

Nejčastější sportovní aktivita respondentů je cyklistika (33,33%) a cvičení (28,07%). Obávané sporty ve vztahu k OA – kopaná a skupina sportů míčové hry, tenis, běh, získaly shodně 5,26 %.

Užívání potravinových doplňků je jednou z forem prevence i podpory léčby OA. Potravinové doplňky podle výsledků šetření užívá 21,82% respondentů. Zbylá část respondentů (78,18%) zřejmě nemá k potravinovým doplňkům potřebnou důvěru. Nejčastěji užívané potravinové doplňky jsou přípravky Proenzi, Condro a vitamíny.

V hypotézách se mi potvrdilo, že kumulace více rizikových faktorů může způsobit rozvoj OA. U více jak poloviny klientů s OA se vyskytují více než 2 rizikové faktory OA. U více jak poloviny osob, které OA netrpí, se vyskytují méně než 2 rizikové faktory OA. Člověk by tedy měl vědět, co patří k rizikovým faktorům OA, aby v případě, že se u něj vyskytnou mohl správně a včas reagovat změnou životního stylu a tím předcházet OA.

Bolesti kloubů a metody jejich tišení.

Opakovanými bolestmi kloubů podle šetření trpí 62,27% respondentů. Nejčastější místa lokalizací bolestí jsou koleno (45,95%), kyčel (27,03%) a rameno (9,01%). 2,7% respondentů uvádějí, že je bolí všechny klouby v těle.

Klidová bolest se vyskytuje u 37,84% respondentů, námahová bolest u 33,78% dotazovaných. Ostatní typy bolestí (bodavá, tupá, ostrá nebo jiná charakteristika) byly uvedeny podstatně méně často. Překvapil mě vyšší výskyt klidové bolesti než bolesti ponámahové. Klidová bolest je dle mého názoru závažnější. Působí na člověka mnohem déle a více může ovlivnit jeho chování. Je třeba si uvědomit, že u klientů s OA je klidová bolest kloubů častým průvodním jevem a vypovídá o pokročilém stádiu onemocnění. Intenzita kloubních bolestí u respondentů se ve větší míře pohybovala od stupně 4 po stupeň 8, tedy okolo hranice snesitelnosti spíše ke kruté, nesnesitelné bolesti. To naznačuje, že nesmíme bolest kloubů opomíjet, protože mimo jiné výrazně ovlivňuje kvalitu života člověka.

Předpokládala jsem, že více než polovina osob trpící bolestmi kloubů nevyhledala lékařskou pomoc. Tento předpoklad byl mylný. 87,84% veřejnosti vyhledala z důvodu bolestivosti kloubů lékaře a pouhých 12,96% jej nevyhledala.

K tišení bolesti kloubů jsou nejčastěji užívány tablety 33,33%, přírodní masti 28,87% a injekce 21,77%. Akupunkturu používá k tišení bolesti kloubů jen 0,68% dotazovaných. Za nejúčinnější metodu je pak podle veřejnosti považováno užívání tablet 29,73% a injekcí 25,68%. Poměrně vysoké procento respondentů (14,86%) uvedlo, že jim při tišení bolesti nepomáhá žádná metoda.

Jelikož větší část respondentů byla staršího věku, domnívala jsem se, že více jak polovina respondentů bude při tlumení bolesti preferovat nefarmakologické metody, které se využívaly především v dřívějších dobách. Farmakologické metody (tablety, injekce a čípky) však uvedlo za nejúčinnější metodu tlumení bolesti kloubů 56,76% respondentů. Z toho vyplývá pro člověka i zdravotníka povinnost informovat se o vedlejších účincích léků a možných nežádoucích komplikací jejich užívání.

Dopad osteoartrózy na život člověka.

OA mění životní styl člověka. 36% respondentů uvedlo, že největší změna proběhla v oblasti soběstačnosti. Jedná se o zásadní změnu. Nesoběstačnost nutí člověka k závislosti na jiné osobě. 10% klientů s OA uvedlo v důsledku onemocnění změnu zaměstnání. Jen 4% klientů změnilo stravovací návyky. Ostatní změny se týkaly zájmových aktivit, sportu a jiných oblastí. Považuji za důležité, aby byl člověk dobře informován o tom, co je třeba upravit a změnit v důsledku onemocnění. Proto je třeba klást důraz na kvalitu a srozumitelnost komunikace zdravotnického personálu a klientů. Mělo by být samozřejmostí využívání všech dostupných prostředků ke sdělování informací: např. pořady v TV, literární publikace, brožury, letáky, postery, internetové odkazy aj.

Míra do jaké OA ovlivnila život klientů závisí na stupni postižení kloubů. Pohybovala se od 1.stupně (nepatrné ovlivnění) až do 10.stupně (zcela zásadní ovlivnění). Podstatné je že zásadně a více než zásadně (stupeň 5 a více) ovlivnila OA život 62-ti % klientů. Snahou zdravotníků by všeobecně mělo být zachování co nejvyšší míry kvality života klientů.

Otázka č.16 „Myslíte,že jste OA ohrožen/a“ je v dotazníku uvedena spíše pro zajímavost. 65,45% respondentů si myslí, že je OA ohroženo. 25,45% respondentů neví, zda se má cítit ohroženo a jen 9,09% se necítí OA ohroženo. Dalo by se tedy předpokládat, že lidé mají zájem o kvalitní informace ohledně onemocnění OA.

ZÁVĚR

Osteoartróza je nejčastější onemocnění pohybového aparátu u starších lidí. Věkový průměr populace se zvyšuje, a proto nabývá toto onemocnění vážnějšího významu. OA se ale čím dál více vyskytuje i u osob mladších. Jelikož je příčina OA často neznámá, nezbyvá nám, než se zaměřit na výskyt jejich rizikových faktorů. Naší snahou by pak mělo být omezení jejich výskytu v našem životě. K tomu je nezbytné znát alespoň základní informace o OA. Pokud už se u nás OA vyskytla měli bychom navštívit lékaře a hledat vhodný způsob řešení našich problémů.

Neléčená OA může vést k omezení pohyblivosti až úplné ztrátě hybnosti. Vlivem toho pak člověk ztrácí soběstačnost v některých každodenních činnostech. Důsledkem může být změna zaměstnání, změna trávení volného času nebo jiná změna. Hlavním projevem OA je bolest. Nejprve ponáhlová později i klidová. Bolest a různé životní změny jsou hlavní problémy, se kterými se klient s OA potýká. Často kromě jiného také negativně působí na psychiku klienta.

Léčba OA je velmi rozmanitá. Podle posledních doporučení by se mělo postupovat od léčby nefarmakologické, následně k farmakologické terapii. Chirurgická léčba OA se uvádí ve většině případů jako poslední možnost terapie. Povinností zdravotnického personálu je orientovat se v trendech léčby a umět předávat informace klientům, kteří je potřebují.

Cíle, které jsem si stanovila ve své bakalářské práci jsem splnila. Při jejím vypracování jsem se dozvěděla spoustu nových a užitečných informací z odborné literatury, časopisů, internetu, od odborných lékařů i od klientů, kteří trpí tímto onemocněním. Věřím, že získané informace využiji ve své budoucí profesi i osobním životě.

Jedním z výsledků mého šetření je potřeba informovanosti veřejnosti o OA. Vytvořila jsem proto informační poster, na kterém jsou uvedeny základní informace ohledně onemocnění. Poster bude umístěn na ortopedickém oddělení KNTB a.s. ve Zlíně. Ráda bych jej umístila i na ortopedickém oddělení Nemocnice Vsetín a.s. a v ordinacích praktických lékařů v okolí mého bydliště.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetřovatelství*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] ČIHÁK, R. *Anatomie I*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2001. 497 s. ISBN 80-7169-970-5.
- [3] DUNGL, P. A kol. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
- [4] GALLO, J. a kol. *Artóza váhonosných kloubů ve světle medicíny založené na důkazu*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 87 s. ISBN 978-80-244-1741-7.
- [5] HNÍZDIL, J. a kol. *Artróza v psychosomatickém přístupu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 47 s. ISBN 80-7254-913-8.
- [6] JANÍČEK, P. a kol. *Ortopedie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 124 s. ISBN 80-210-2535-2.
- [7] JAVORŮVEK, J. *Život s artrózou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 138 s. ISBN 80-7169-313-8.
- [8] JESSEL, CH. *Úspěšně proti artróze*. Přel. Pondělíček, J. 1.vyd. Praha, Plzeň: Beta-Dobrovský, Ševčík, 2004. 96 s. ISBN 80-7306-159-7, ISBN 80-7291-119-8.
- [9] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., *Ošetřovatelství*. 1.vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s.
- [10] KOUDELA, K. a kol. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 str. ISBN 80 – 246 – 0654 – 2.
- [11] MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KUČERA, M. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 95 s. ISBN 80-247-08886-8
- [12] PAVELKA, K. a kol. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 436 s. ISBN 80-247-0459-5.
- [13] PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

- [14] ROZKYDAL, Z., CHALOUPKA, R. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 66 s. ISBN 80-210-2655-3.
- [15] RYSTONOVÁ, I. *Byliny na revmatismus*. 1.vyd. Praha: Vodnář, 2004. 208 s. ISBN 80-86226-46-8.
- [16] SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
- [17] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. Kapitola 9, Ošetřování pacientů s chorobami pohybového ústrojí, s.145-172.
- [18] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [19] TRNAVSKÝ, K. *Osteoartróza*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 81 s. ISBN 80-7262-185-0.
- [20] WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: SZÚ, 2001. 47 s. ISBN 80-7071-172-8.

Internetové zdroje:

- [21] HLÚBIK, P., KUBÍČEK, M. Nutriční stav a degenerativní onemocnění kloubů. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2006 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202_2006/002-nutri%C4%8Dn%C3%AD%20stav.pdf>.
- [22] HOŘČIČKA, V. Osteoartróza. *Interní medicína* [online]. 2004 [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: <www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/05/03.pdf>.
- [23] KOSTIUK, P. Nové mezinárodní doporučení pro léčbu osteoartrózy. *Edukafarm* [online]. 2008 [cit. 2008-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=690>>.
- [24] OLEJÁROVÁ, M. Lokální nesteroidní antirevmatika v revmatologii. *Praktické lékařství* [online]. 2008 [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: <www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2008/02/06.pdf>.

[25] OLEJÁROVÁ, M. Symptomatická terapie osteoartrózy. *Farmakoterapie* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/564>>.

[26] *Akupunktura* [online]. [2005] [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.akupunktura.cz/akupunktura.htm>>.

[27] *Diagnostika a léčba váhonosných kloubů* [online]. c2005 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.revma.cz/crs/oa.htm>>.

[28] *Efektivita a bezpečnost léčby osteoartrózy* [online]. [2005] [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.avicena.cz/clanky/revmatologie/revmatologie4.htm>>.

[29] *Jak žít s osteoartrózou* [online]. c2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.artroza.com/>>.

[30] *Nemoci pohybového ústrojí* [online]. 2001 , 2009 [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.moje-lazne.cz/nemoci-a-indikace/nemoci-pohyboveho-ustroji/>>.

[31] *Osteoartróza* [online]. [2009] [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/revmatologie/degenerativni.html>>.

[32] *Osteoartróza* [online]. c2007-2008 [cit. 2009-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.euflexxa.medikus.cz/ordinace>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OA	Osteoartróza
RA	Rodinná anamnéza
OsA	Osobní anamnéza
FA	Farmakologická anamnéza
SA	Sociální anamnéza
PA	Pracovní anamnéza

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č.1 - Pohlaví respondentů	47
Graf č.2 – Věk respondentů	48
Graf č.3 - Body Mass Index (BMI) respondentů	49
Graf č.4 – Znalost pojmu osteoartróza.....	50
Graf č.4 AB – Pojem osteoartróza - v souvislosti s věkem respondentů.....	51
Graf č.5 – Zdroje informací o OA.....	53
Graf č.6 – Nejčastější lokalizace artrózy dle odpovědí veřejnosti	55
Graf č.7 - Preventivní opatření osteoartrózy dle odpovědí veřejnosti	57
Graf č.8 – Dědičnost artrózy	59
Graf č.8AB – Srovnání dědičnosti OA – relativní četnosti	60
Graf č.9 – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů	62
Graf č.9AB – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů, srovnání u OA+ a OA- , relativní četnosti	63
Graf č.10 – Zánět v oblasti váhonosných kloubů.....	65
Graf č.10AB – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u OA+ a OA- , relativní četnosti	66
Graf č.11 – Sportovní aktivita provozovaná alespoň jednou týdně	68
Graf č.12 – Nejčastěji uváděné sportovní aktivity	69
Graf č.13 –Užívání potravinových doplňků nebo vitamínů sloužících k prevenci osteoartrózy	71
Graf č.14 - Nejčastěji užívané potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy	72
Graf č.15 - Názor respondentů, zda se cítí ohroženi artrózou	74
Graf č.16 - Výskyt opakovaných bolestí kloubů u respondentů	75
Graf č.17 - Nejčastější lokalizace opakovaných bolestí kloubů u respondentů.....	76
Graf č.18 – Charakteristika bolestí kloubů u veřejnosti	78
Graf č.19 – Intenzita bolestí kloubů u veřejnosti	80
Graf č.20 – Návštěva lékaře v důsledku bolesti kloubů.....	81
Graf č.21 – Metody tišení bolestí kloubů u veřejnosti.....	82
Graf č.22 - Nejúčinnější metoda tlumení bolestí kloubů u veřejnosti	83
Graf č.23 - Změna v životě klientů s osteoartrózou.....	85

Graf č.24 - Stupeň ovlivnění života lidí s osteoartrózou 88

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 - Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka č.2 – Věk respondentů	48
Tabulka č.3 – Body Mass Index (BMI) respondentů	49
Tabulka č.4A –Znalost pojmu osteoartróza	50
Tabulka č.4 – Znalost pojmu osteoartróza.....	50
Tabulka č.4A –Pojem osteoartróza- souvislost s věkem respondentů, absolutní četnost.....	51
Tabulka č.4B –Pojem osteoartróza- souvislost s věkem respondentů, relativní četnost	51
Tabulka č.5 – Zdroje informací o OA.....	53
Tabulka č.6 – Nejčastější lokalizace artrózy dle odpovědí veřejnosti	55
Tabulka č.7 – Preventivní opatření osteoartrózy dle odpovědí veřejnosti	57
Tabulka č.8 – Dědičnost artrózy	59
Tabulka č.8A – Srovnání dědičnosti OA - absolutní četnosti.....	60
Tabulka č.8B – Srovnání dědičnosti OA – relativní četnosti.....	60
Tabulka č.9 – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů	62
Tabulka č.9A – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů, srovnání u OA+ a OA-, absolutní četnosti.....	63
Tabulka č.9B – Operační zákrok v oblasti váhonosných kloubů, srovnání u OA+ a OA-, relativní četnosti	63
Tabulka č.10 – Zánět v oblasti váhonosných kloubů.....	65
Tabulka č.10A – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u OA+ a OA- , absolutní četnosti	66
Tabulka č.10B – Zánět v oblasti váhonosných kloubů – srovnání u OA+ a OA- , relativní četnosti	66
Tabulka č.11 – Sportovní aktivita provozovaná alespoň jednou týdně	68
Tabulka č.12 – Nejčastěji uváděné sportovní aktivity	69
Tabulka č.13 – Užívání potravinových doplňků nebo vitamínů sloužících k prevenci osteoartrózy	71
Tabulka č.14 – Nejčastěji užívané potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy.....	72
Tabulka č.15 – Názor respondentů, zda se cítí ohroženi artrózou	74

Tabulka č.16 – Výskyt opakovaných bolestí kloubů u respondentů.....	75
Tabulka č.17 – Nejčastější lokalizace opakovaných bolestí kloubů u respondentů	76
Tabulka č.18 – Charakteristika bolestí kloubů u veřejnosti.....	78
Tabulka č.19 – Intenzita bolestí kloubů u veřejnosti	79
Tabulka č.20 – Návštěva lékaře v důsledku bolesti kloubů.....	81
Tabulka č.21 - Metody tišení bolestí kloubů u veřejnosti.....	82
Tabulka č.22 – Nejúčinnější metoda tlumení bolestí kloubů u veřejnosti.....	83
Tabulka č.23 – Změna v životě klientů s osteoartrózou	85
Tabulka č.24 – Stupeň ovlivnění života lidí s osteoartrózou	87

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I:	Dotazník
PŘÍLOHA P II:	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
PŘÍLOHA P III:	Kompletní Womac „osteoarthritis“ index
PŘÍLOHA P IV:	Diagnostická kritéria ACR pro artrózu kolenního kloubu (Altman et al., 1986)
PŘÍLOHA P V:	Diagnostická kritéria ACR pro artrózu kyčelního kloubu (Altman et al., 1991)
PŘÍLOHA P VI:	Klasifikace artrózy dle Kellgrena-Lawrence
PŘÍLOHA P VII:	Doporučení EULAR pro léčbu gonartrózy
PŘÍLOHA P VIII:	Body Mass Index
PŘÍLOHA P IX:	Poster
PŘÍLOHA P X:	Výkladový slovník odborných pojmů

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Šmotková a jsem studentkou třetího ročníku oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku s tématem „Vliv osteoartrózy na život člověka“, který je součástí mé bakalářské práce. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní. Dotazník bude použit výhradně k šetření spojenému s bakalářskou prací. Myslím, že osteoartróza (= ARTRÓZA) je téma, které se s přibývajícím věkem může týkat každého z nás. Těším se na Vaše názory a děkuji za čas strávený při vyplňování dotazníku.

Vliv osteoartrózy na život člověka

1.) Pohlaví:

Muž

Žena

2.) Věk:

20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 70 a
více

3.) Výška:.....m

Váha:.....kg

4.) Víte co je „Osteoartróza“ (= artróza)? (vyberte 1 tvrzení)

Řídnutí kostí

Degenerativní onemocnění kloubní chrupavky

Vymizení kloubní tekutiny

Infekce v kloubu

5.) O artróze Vás poprvé informovali (možnost více odpovědí)

Zdravotničtí pracovníci

Přátelé, rodina

Tisk

Internet

Odborná literatura

Reklama v TV

Nikdo

6.) Artróza nejčastěji postihuje: (možnost více odpovědí)

Páteř	Koleno	Kyčel	Rameno	Zápěstí
Kotník	Loket	Čelistní kloub		

**7.) Znáte některá preventivní opatření, jak předcházet artróze a jejímu rozvoji?
(možnost více odpovědí)**

Udržování tělesné hmotnosti v normě

Pravidelné kontroly krevního tlaku

Pravidelné rozbory moče

Co nejvíce sportovat

Užívání potravinových doplňků (Condro, Proenzi,...aj.)

Pestrá vyvážená strava s obsahem vitamínů

8.) Vyskytla se artróza u Vašich rodičů nebo prarodičů?

Ano Ne Nevím

9.) Prodělal/a jste nějaký operační zákrok v oblasti kolene nebo kyčle?

Ano Ne

10.) Měl/a jste někdy zánět v kloubu – koleno, kyčel?

Ano Ne

11.) Provozujete nějakou sportovní aktivitu alespoň jednou týdně?

Ano Ano i vícekrát týdně Ne

12.) Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a ano, uveďte o jakou sportovní aktivitu se jedná.

.....

13.) Užíváte nějaké potravinové doplňky nebo vitamíny sloužící k prevenci osteoartrózy?

Ano Ne

14.) Pokud jste na předcházející otázku odpověděl/a ano, uveďte jaké potravinové doplňky nebo vitamíny k prevenci osteoartrózy užíváte.

.....

15.) Myslíte, že jste artrózou ohrožen/a?

Ano Ne Nevím

16.) Trpíte opakovanými bolestmi kloubů?

Ano Ne

17.) Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a ano, uveďte jakých kloubů.

.....

18.) Jak byste bolest charakterizoval/a?

Bolest při námaze	Klidová bolest	Ostrá
Bodavá bolest	Tupá	Jiná.....

19.) Pokuste se na stupnici od 1 do 10 označit intenzitu bolesti (zakroužkujte)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nejslabší				Na hranici snesitelnosti					Nesnesitelná, krutá

20.) Vyhledal/a jste z důvodu bolestivosti kloubů někdy lékaře?

Ano Ne

21.) Jaké způsoby používáte k tišení bolesti kloubů? (možnost více odpovědí)

Tablety

Injekce

Přírodní masti

Akupunktura

Studené obklady

Jiné.....

22.) Kterou metodu tišení bolesti kloubů považujete za neúčinnější? (pouze 1 odpověď)

.....

Následující otázky jsou pro ty, u kterých lékař artrózu diagnostikoval.

23.) V jaké oblasti změnila artróza nejvíce Váš život? (1 odpověď)

Změna soběstačnosti

Změna zaměstnání

Změna stravovacích návyků

Změna sportovních aktivit

Změna zájmových aktivit

Jiná změna.....

24.) Označte na stupnici do jaké míry artróza ovlivnila Váš způsob života?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Nepatrně


Zásadně

Zcela zásadně

Prostor pro vaše připomínky k tématu i k sestavení dotazníku :

.....
.....
.....
.....
.....

PŘÍLOHA PII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

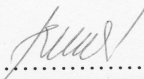
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	JANA ŠTOKLOVÁ
Téma bakalářské práce	VLIV OSTEOARTROZY NA ŽIVOT ČLOVĚKA
Skupina respondentů	VEŘEJNOST 20-... LET
Pracoviště	KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 20. 8. 2008


.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

**PŘÍLOHA P III: KOMPLETNÍ WOMAC „OSTEOARTHRITIS“
INDEX**

Část A – hodnocení bolesti	<p>Jakou bolest pociťujete?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. při chůzi po rovném povrchu 2. při chůzi do schodů a ze schodů 3. v noci na lůžku 4. při sezení nebo ležení 5. při stojí
Část B – hodnocení kloubní ztuhlosti	<ol style="list-style-type: none"> 6. jak významná je ztuhlost vašeho kloubu při ranním vstávání? 7. jak významná je ztuhlost kloubu po sezení, ležení či odpočinku během dne?
Část C – hodnocení funkčních parametrů	<p>Jak obtížné jsou pro vás následující úkony?</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. chůze ze schodů 9. chůze ze schodů 10. vstávání ze sedu 11. stání 12. shýbání se k podlaze 13. chůze po rovině či rovném podkladě 14. nastupování nebo vystupování z auta 15. nakupování 16. navlékání si ponožek či punčoch 17. vstávání z lůžka 18. svlékání si ponožek či punčoch 19. ukládání se na lůžko 20. vstup a výstup z vany 21. sezení 22. usedávání a vstávání z WC 23. vykonávání těžkých domácích prací 24. vykonávání lehkých domácích prací

Legenda: Odpověď na každou otázku se pohybuje v rozmezí: žádné-mírné-střední-těžké-extrémní.

PŘÍLOHA P IV: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ACR PRO ARTRÓZU KOLENNÍHO KLOUBU (ALTMAN ET AL., 1986)

Klinická kritéria:

- 1.) Bolest pro většinu dní minulého měsíce
- 2.) Krepitus při aktivním pohybu kolena
- 3.) Ranní ztuhlost po dobu kratší 30 minut
- 4.) Věk nad 38 let
- 5.) Zvětšení objemu kosti při fyzikálním vyšetření

Vzájemná přítomnost kritérií 1, 2, 3 a 4 nebo 1, 2, a 5 nebo 1 a 5 potvrzuje s největší pravděpodobností OA.

Klinická laboratorní a radiologická kritéria:

- 1.) Bolest po většinu dní minulého měsíce
- 2.) Okrajové osteofyty
- 3.) Analýza synoviální tekutiny typická pro artrózu
- 4.) Věk nad 40 let
- 5.) Ranní ztuhlost po dobu kratší 30 minut
- 6.) Krepitus při aktivním pohybu kolene

Vzájemná přítomnost kritérií 1 a 2 nebo 1, 3, 5 a 6 nebo 1, 4, 5, a 6 potvrzuje s největší pravděpodobností OA

PŘÍLOHA P V: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ACR PRO ARTRÓZU KYČELNÍHO KLOUBU (ALTMAN ET AL., 1991)

Klinická, laboratorní a radiologická kritéria:

- 1.) Bolest kyčle po většinu dní posledního měsíce
- 2.) Femorální nebo acetabulární osteofyty
- 3.) Sedimentace erytrocytů menší jak 20 mm/hodinu
- 4.) Zúžení kloubní štěrbiny na RTG snímku

Vzájemná přítomnost kritérií 1 a 2 nebo 1, 3, a 4, potvrzuje s největší pravděpodobností OA

PŘÍLOHA P VI: KLASIFIKACE ARTRÓZY DLE KELLGRENA-LAWRENCE

1. stádium	Neurčité zúžení kloubní štěrbiny, možné osteofyty
2. stádium	Jisté osteofyty, neurčité zúžení kloubní štěrbiny
3. stádium	Mírné mnohočetné osteofyty, jasné zúžení kloubní štěrbiny, mírná skleróza a možná deformace kostních struktur
4. stádium	Masivní osteofyty, výrazné zúžení kloubní štěrbiny, rozsáhlá skleróza, jistá deformace kostních struktur

Legenda: Kloub je považován za artritický, pokud nález odpovídá 2.stádiu a více.

PŘÍLOHA P VII: DOPORUČENÍ EULAR PRO LÉČBU GONARTRÓZY

1.	Komplexní léčba zahrnující nefarmakologická i farmakologická opatření
2.	Individuální přístup s ohledem na stupeň a závažnost postižení, rizikové faktory, komorbiditu a souběžnou farmakoterapii
3.	Nefarmakologická opatření zahrnující edukace, pravidelná cvičení, používání ortopedických pomůcek, redukci váhy
4.	Paracetamol , analgetikum, jako lék první volby pro dlouhodobou léčbu
5.	Lokální terapie nesteroidními antirevmatiky (NSA)
6.	Systémová NSA (indikace jen při nedostatečné reakci na paracetamol). U zvýšeného rizika výskytu nežádoucích gastrointestinálních účinků je třeba podávat neselektivní NSA s gastroprotektivními léky nebo podávat coxiby (COX-2) nespecifické inhibitory.
7.	Opioidní analgetika (při kontraindikaci, neúčinnosti nebo intoleranci NSA)
8.	Pomalou působící léky u OA (SYSYDOA) – chondroitinsulfát, glukosaminsulfát, diacerin, kyselina hyaluronová, ASU piascledine
9.	Intraartikulární depotní kortikosteroidy (indikace při vzplanutí bolesti a při přítomnosti výpotku)
10.	Chirurgická léčba – u pacientů s RTG známkami OA, kteří pociťují velmi silné bolesti a jejichž klouby mají špatnou funkci by měly být indikovány totální kloubní náhrady

Deset vypracovaných postupů u gonartrózy se liší u koxartrózy pouze v jediném bodě: není doporučována lokální terapie NSA, jejíž účinnost nebyla u koxartrózy prokázána, místo ní byly zařazeny do doporučení preventivní chirurgické výkony na kyčli (u dysplazií, varózních či valgózních deformit).

PŘÍLOHA P VIII: BODY MASS INDEX

$$\text{BMI} = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška [m]}^2$$

20 – 25 = přiměřená hmotnost

25,1 – 30 = prostá nadváha

30,1 – 40 = střední nadváha

40,1 a více = těžka nadváha

Osteoartróza váhonosných kloubů

Osteoartróza neboli artróza je **onemocnění při kterém dochází k narušení kloubní chrupavky a následně i přilehlé kosti**. Nejčastěji postihuje kloub kolenní (gonartróza) a kyčelní (koxartróza). Postihuje až 12% naší populace. Hlavním projev osteoartrózy je **bolest**

Rizikové faktory:

- Věk
- Genetické predispozice
- Nutriční faktory
- Poškození kloubu
- Stereotypní zátěž kloubu
- Nadměrná zátěž kloubu
- Nadváha
- Kongenitální a vývojové vady kyčelního kloubu
- Svalová slabost
- Poruchy inervace

Léčba nefarmakologická:

Režimová opatření – artróza vyžaduje **aktivní přístup klienta k léčbě**, protože úzce souvisí s jeho životním stylem. Důležitý je příjem pestré a vyvážené stravy, vyhýbání se nevhodným pohybům působícím bolest, sledování hmotnosti, popř. snížení hmotnosti. Snaha udržet organismus psychicky v pohodě a najít jakousi rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem patří k základům terapie artrózy.

Pohybová terapie – pohyb by nikdy neměl být veden do krajních bolestivých poloh. Ze sportů se doporučuje cyklistika, cvičení ve vodě, protahování a posilování. Ne příliš vhodnými sporty jsou kopaná, tenis, sporty s tvrdým dohadem jako např. běh.

Fyzikální metody – aplikace tepla či chladu (chlad využíváme k tlumení bolesti při akutním vzplanutí artrózy, teplo v klidovém stádiu), ultrazvuk, laseroterapie, magnetoterapie, interferenční proudy, vodoléčba, balneoterapie.

Dietní manipulace – vhodné je užívání vitamínu C, D a E. Můžeme vyzkoušet i některé z řady potravinových doplňků.

Použití opěrných a protektických pomůcek – nezastupitelnými pomocníky pro klienta s artrózou jsou hole, berlé, ortézy nebo bandáže. Důraz klademe na kvalitní obuv. Je vhodné uvažovat o úpravě domácnosti – instalace madel, úprava koupelny (sedačka do vany nebo zbudování sprchového koutu), umístění nástavce na WC. Používání speciálních podavačů. Odstranění překážek bránících v pohybu – např. vysoké prahy, malé koberečky, ostré hrany.

Akupunktura – vhodná metoda tlumení bolesti, která přitom nerozšiřuje spektrum podávaných léků.

Lázeňská léčba – působí na člověka v celé jeho bio-psycho-sociální podstatě. Využívá hojně fyzikální léčebné metody.

Léčba nefarmakologická:

Režimová opatření – artróza vyžaduje **aktivní přístup klienta k léčbě**, protože úzce souvisí s jeho životním stylem. Důležitý je příjem pestré a vyvážené stravy, vyhýbání se nevhodným pohybům působícím bolest, sledování hmotnosti, popř. snížení hmotnosti. Snaha udržet organismus psychicky v pohodě a najít jakousi rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem patří k základům terapie artrózy.

Léčba chirurgická:

K chirurgické léčbě ve většině případů přistupuje při trvalé neúčinnosti metod nefarmakologických a farmakologických. Radíme sém artroskopické metody, osteotomie a konečně odstranění a náhradu kloubu

PŘÍLOHA P X: VÝKLADOVÝ SLOVNÍK ODBORNÝCH POJMŮ

Abdukce	Pohyb od středu těla
Addukce	Pohyb ke středu těla
Distenze	Roztažení, rozpětí např.kloubního pouzdra nebo vazů
Erytém	Zčervenání kůže
Extenze	Natažení
Femur	Kost stehenní
Flexe	Ohnutí
Genu valgum	Nohy do X, vbočené
Genu varum	Nohy do O, vybočené
Hyperurukémie	Zvýšena hladina kyseliny močové v krvi
Inkongruence	Neshoda, nesouhlas
Kachexie	Patologická hubenost
Kompartment	Součást celku
Kondyl	Kloubní hrbol, výběžek
Kontraktura	Zkrácení
Laterální	Boční
Ligamentum	Vaz
Mediální	Střední
Osteoporóza	Onemocnění, při kterém dochází k úbytku organické i anorganické části kosti.
Patella	Češka
Periost	Okostice, součást kosti
Priessnitzův obklad	Přikládá se na kloub v akutní fázi OA. Příprava: froté ručník namočíme do studené vody, vyždímáme a překryjeme vrstvou suchého froté.

	Aplikace: asi 1 hodinu.
Rotace	Krouživý pohyb
Spasmus	Křeč, vůli neovlivnitelná svalová kontrakce
Synovie	Kloubní výstelka
Tibie	Kost holenní