

Psychosociální podpora u pacientů s autoimunitním onemocněním – s revmatoidní artritidou

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Ústav ošetřovatelství, Slezská univerzita Opava, Fakulta veřejných politik v Opavě

Revmatoidní artritidu (RA) řadíme k chronickým zánětlivým onemocněním. Jedná se o zánětlivé poškození kloubů, doprovázené bolestí a ranní ztuhlostí kloubů. V průběhu onemocnění dochází ke komplikacím, které vznikají při samotné léčbě, dále dochází k deformitám kloubů a dalším orgánovým onemocněním. Cílem léčby je potlačení klinických projevů kloubního zánětu či orgánových změn. Součástí léčby je rehabilitace. Důležitý je i psychosociální přístup k nemocným.

Klíčová slova: revmatoidní artritida, psychosociální potřeby, ergoterapie.

Psychosocial support for patients with autoimmune disease – rheumatoid arthritis

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease with inflammatory affliction of joints. It is accompanied by pain and morning stiffness. In the course of the disease, complications occur, partly as side effects of therapy. Joint deformities and various other organ afflictions develop. The objective of RA therapy is to alleviate clinical symptoms of joint inflammation and organic changes, rehabilitation and psychosocial approach to sufferers being a part of the treatment process.

Key words: rheumatoid arthritis, psychosocial needs, occupational therapy.

Med. Pro Praxi 2010; 7(2): 88–89

Definice a charakteristika nemoci

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, charakterizované symetrickým zánětlivým poškozením kloubů a postupným rozvojem kloubních deformací, typickým rentgenovým nálezem na kloubech, kloubní erozí a pozitivními testy na revmatoidní faktory. Postiženy jsou většinou ženy ve věku 40–50 let. Onemocněním trpí 1 % obyvatel (1).

Průběh onemocnění

Vzniku nemoci může předcházet infekce, trauma, emocionální stres, vakcinace. Často se objevují celkové prodromální příznaky – únavy, malátnost, zvýšená teplota, úbytek hmotnosti, nechutenství. Typickým obrazem je symetrická polyartritida.

Diferenciální diagnostika

Rtg vyšetření – skeletu, končetin, kolen, pánve, páteře. Sonografie kloubů. Vyšetření krve – autoprotilátky, revmatický faktor, cirkulující imunokomplexy, antiperinukleární faktory (APF), CRP, typizace antigenní histokompatibility, krevní obraz a diferenciál, sedimentace erytrocytů, hladina gamaglobulinů, ASLO, latex fixační test, LDH, kyselina močová, CPK, hladina železa, kalcia, fosforu. Analýza synoviálního výpotku. Funkční kloubní vyšetření. Sledování bolesti, použijeme některou z hodnotících škál bolesti. Pro zjištění soběstačnosti pacienta je vhodné použít testů

pro hodnocení sebepečce, např. Barthelův index, funkční kódy dle Gordonové.

Léčba

Je konzervativní, v akutním stadiu je nutný klid na lůžku. Léčba je komplexní – farmakoterapie, rehabilitace – cvičení, fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, revmatochirurgie, dietoterapie. Chirurgická léčba je zaměřena na: synovektomii, rekonstrukční výkony na kloubech a šlachách rukou, které sníží bolestivost a zlepší jejich funkční schopnost. Důležitá je i podpůrná léčba, ta se zaměřuje na využití ortopedických pomůcek – francouzské berle, dlahy. Pohybový režim se neomezuje, rehabilitace je zaměřena na zlepšení aktivní a pasivní pohyblivosti. V případě akutního zánětu je vhodný úplný odpočinek v posteli. Při zhoršení stavu na 2–4 hodiny v průběhu dne. Na noc doporučujeme, aby si nemocný oblékl jemné bavlněné rukavice, udržel se tak teplota kloubů a zabránil se ranní ztuhlosti. Teplo lze v průběhu spánku udržet i elektrickou poduškou. Vhodné je nahřátí v teplé vodě po probuzení, ev. i masáž. Neprovádí se v případě akutního zánětu. U chronického zánětu doporučujeme parafínové zábaly. Pacienti mají i oblíbené obklady z čerstvě nastrohaného křenu a hořčičného semínka. V rámci edukace zdůrazníme význam preventivní ochrany kloubů. Edukujeme nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Nemocný musí klouby šetřit, tzn. nepřetěžovat

v běžných denních aktivitách a při domácích pracích. Vhodná je lázeňská léčba. V současné době je používána i biologická léčba, která otevírá nové možnosti jak zastavit progresi revmatoidní artritidy. Touto léčbou se onemocnění částečně zastaví nebo může dojít k úplné remisi. Nevýhodou je její ekonomická náročnost, a proto je nutná její správná indikace. Aplikace biologické léčby je koncentrovaná do několika revmatologických center (4).

Psychologický pohled

RA je závažným chronickým onemocněním a pacient si mnohdy neuvědomuje, že s touto nemocí bude žít dlouho a s velkou pravděpodobností až do smrti. Řada chronických onemocnění neohrožuje momentálně život pacienta, ale má střídatý charakter. Nemocný může prožívat různě dlouhá období, kdy se cítí dobře, poté dojde ke změnám a období, kdy mu nemoc nic nepřipomínalo, je pryč. Bohužel máme celou řadu závažných chronických onemocnění, která nedávají spát nejen samotnému pacientovi, ale i zdravotnickým pracovníkům. U těchto nemocných sledujeme řadu problémů nejen v oblasti fyzické, psychické, ale i sociální. Uvedené problémy popisují nejen sami nemocní, ale i lidé kolem nich. Jedinci s chronickým onemocněním se musí postupně s chorobou vyrovnat. Chronické onemocnění dostává člověka do stresu, který musí zvládat. Chroničtí

pacienti se liší svým chováním od zdravých lidí především ve vnitřním prožívání nemoci, ale i v oblasti sociálního života, tzn. jejich vztah a jednání s druhými lidmi. V řadě studií byli sledováni pacienti s chronickým onemocněním a ukázalo se, že pacienti mívají dlouhou a intenzivní bolest, pohybové obtíže nejen při chůzi, ale i při jiných činnostech. V oblasti psychické se setkáváme s kognitivními problémy a negativními emocionálními zážitky. V rovině kognitivní pacient na nemoc doslova myslí, v jeho mysli se toto téma zjevuje zcela samovolně. Chronické onemocnění má vliv na sebepojetí pacienta, tzn. jak pacient vnímá sám sebe, jak se chápe a hodnotí, jak o sobě přemýšlí. Před onemocněním pacient byl „někým“, nyní je „někým jiným“. Nemocný se začne odcizovat druhým i sám sobě a může dojít až k tomu, že se přestane cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Tito lidé se mohou dostat do situací, kdy ztratí schopnost něco řešit, ale mohou ztratit i sebeúctu a vlastní cenu. Zmíněné stavy mohou pociťovat snadno psychicky zranitelní jedinci. Důležité je vysvětlit pacientovi, aby se pokusil „nemyslet“ na svou nemoc. Jsou pacienti, kteří se snaží hledat pozitivní věci na dané situaci, např. uvědomují si, že mohou více času trávit s rodinou, více se sblížit s některými rodinnými příslušníky, na které dříve neměli tolik času apod. Také vhodně volená zájmová činnost přispívá k lepšímu zvládnutí celé situace. U chronického onemocnění dochází k ovlivnění psychosociálních vazeb. Mění se vztah mezi lékařem a pacientem. Většina pacientů s chronickým onemocněním se stává pesimistickým, někteří odmítají dodržovat režimová opatření. Mění se vztahy mezi manžely a v rodině. Postupem času se zvyšuje únava rodiny a mohou se vyskytovat pocity deprese. Lidé s touto chorobou postupem času ztrácí schopnost vykonávat činnosti běžným způsobem a v běžném rozsahu. Funkční disabilita často vede ke ztrátě zaměstnání a ekonomické závislosti. Postupně se snižuje schopnost sebeobsluhy a zvyšuje se tak závislost nemocného na rodině a společnosti a dochází k omezení sociální aktivity. Všechny tyto následky mohou vyvolávat různé psychické reakce. V důsledku vysoké aktivity onemocnění a pokročilému funkčnímu poškození může dojít k anxiózním a depresivním stavům, snížení sebeúcty a sebevědomí.

V adaptačním procesu u RA hraje důležitou roli osobnost, úroveň vzdělání a rodinné

zázemi pacienta. Kvalitu života pacientovi také výrazně zvyšuje sociální podpora. Umožňuje správné využití funkčních schopností pacienta, čímž podporuje jeho sebevědomí, dále podává srozumitelných informací o průběhu onemocnění a jeho léčbě, poskytováním návodů ke zvládnutí stresových situací a finanční podpora eliminují stres. Nezastupitelnou roli zde hraje právě ergoterapie, která je schopna řadou prostředků přispět ke zlepšení kvality života, včetně informovanosti o organizovaných spolcích (klubech), které sdružují lidi se stejným onemocněním. Zde pacienti získají dostatek užitečných informací o chorobě i o možnostech sociální a finanční podpory. Kluby pořádají rekondiční, kulturní i sportovní akce ve spolupráci s odborníky (fyzioterapeuty, ergoterapeuty, lékaři, sestry, nutriční terapeut a psycholog).

V menších městech, kde není možnost se setkávat v klubech s lidmi se stejným postižením, má významný pozitivní vliv na psychiku i prosté setkávání se se stejně postiženými lidmi, vzájemná výměna zkušeností, porozumění a navázání nových přátelství.

Péče o pacienty s pokročilým stadiem onemocnění může být obtížná. Velkou roli zde hraje rehabilitace a ergoterapie, která by měla být pokud možno soustavná. Důležitá je úprava režimu a bytových podmínek. Při postižení nosných kloubů je na místě používání opěrných pomůcek a stabilizačních ortéz. Jejich výběr musíme vždy přizpůsobit typu postižení kloubu, postižení dalších kloubů a celkové fyzické kondici postiženého jednotlivce. Pacienti s postižením drobných kloubů rukou mohou používat řadu speciálních pomůcek, které jim usnadní denní činnosti (speciální otvírače lahví, konzerv, navlékače ponožek, punčoch atd.). Cílená ergoterapie by se měla zaměřit především na: nácvik základní funkce ruky – uchopu, koordinaci drobných svalů ruky, zvýšení svalové síly ruky, nácvik sebeobsluhy a nezávislosti při všedních denních aktivitách (ADL), včetně používání pomůcek. U revmatoidní artritidy je důležitá: informovanost pacienta o chorobě, instruktaž pravidelného domácího cvičení, uchovat maximum kloubní pohyblivosti a síly svalové, uchovat maximální míru soběstačnosti a nezávislosti, zlepšit kvalitu života (včetně operativního řešení destrukcí a deformit) s následnou fyzioterapií, ergoterapií (komplexním rehabilitačním řešením).

Úkolem ergoterapie je navrátit pacientovi samostatnost v úkonech každodenního života

(ADL) a zvýšení kvality života. Používat metody vycházející z každodenních činností, a díky nim se snažit obnovit funkci postižených kloubů a samostatnost pacienta. V případě, že není možné obnovit funkci kloubu, snaží se ergoterapeut najít a naučit pacienta kompenzační mechanismy, jimiž může být postižená funkce nahrazena.

Závěr

Pro RA je typický nepravidelný průběh, těžko se léčí a dříve či později musí nemocný bojovat s následky choroby, a to nejen v oblasti disability a handicapu. Prognóza se nedá předvídat, zlepšuje ji soustavná rehabilitace, pohybová léčba, sociální péče (najít vhodné zaměstnání, spolupracovat s rodinou a zajistit maximální soběstačnost). Při komplexní léčbě a dodržování režimových opatření je možné zajistit aktivitu a možné pracovní zařazení. Každý člověk je jedinečná bytost, která si zasluhuje citlivý a laskavý přístup, což platí pro lidi zdravé stejně jako pro lidi chronicky nemocné.

Literatura

1. Souček M, Špinar J, a kol. Vnitřní lékařství pro stomatologu. Praha: Grada, 2005.
2. Vencovský L. Autoimunní systémová onemocnění. Praha: Triton, 1998.
3. Vörösová G, a kol. Interní ošetrovatelstvo. Martin: Osve-ta, 2005.
4. Trnavský K. Biologická léčba revmatoidní artritidy. Praktický lékař 2008; 12.
5. Křivohlavý J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.
6. Kubínková D, Křížová A. Ergoterapie. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997.
7. Zacharová E. Komunikace, jako nástroj pacienta k sebe-péči. Bratislava: Sborník 2. Mezinárodní vědecké konference, 2006.
8. Zacharová E. Podíl médií na informovanosti veřejnosti v oblasti zdravotně sociální práce. Trnava: Sborník konference s mezinárodní účastí, 2008.
9. Zacharová E. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. Interní Med. 2008; 5.
10. Zacharová E. Empatie v ošetrovatelské praxi. Ružomberok, 2009. Zdravotnické štúdie. č. 2.
11. Zacharová E. Komunikace s geriatrickým pacientem. Interní Med. 2008; 12.

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

SU Opava, FVP, Ústav ošetrovatelství
Bauerova 4, 746 01 Opava
jana.haluzikova@fpv.slu.cz