

Revmatoidní artritida jako psychický problém

Rheumatoid arthritis as psychic problem

Jiří Kaas^{1*}, Valérie Tóthová¹, Lukáš Martinek¹

¹ *Katedra ošetrovatelství a porodní asistence ZSF JU v Českých Budějovicích*

Abstrakt

Článek se zabývá problematikou psychických potíží u pacientů s revmatoidní artritidou. Jsou v něm prezentovány dílčí výsledky výzkumného projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Součástí výzkumu bylo též zmapovat subjektivně vnímanou kvalitu života nemocných s revmatoidní artritidou v oblasti prožívání a odhalit tak subjektivní psychické problémy, se kterými se nemocní potýkají. Výzkumný soubor tvořilo 200 pacientů trpících revmatoidní artritidou z celé České republiky, v poměru 150 žen a 50 mužů. Vlastní šetření probíhalo v období od ledna do května roku 2013. Výsledky přinesly informace o tom, že různě intenzivní subjektivní psychické problémy pociťuje až 90 % dotázaných. Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi psychikou a fyzickými projevy, jako je únava a bolest. Lze tedy říci, že čím intenzivnější únavu a bolest nemocný pociťuje, tím větší jsou jeho psychické potíže a naopak. Toto zjištění je důkazem nezbytnosti komplexního přístupu k nemocnému s revmatoidní artritidou s větším uplatněním odborníků z oblasti psychologie.

Klíčová slova: revmatoidní artritida, psychika, deprese, komplexní terapeutický přístup

Abstract

The article deals with the issue of psychic problems of rheumatoid arthritis patients. Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory motor system disease with comprehensive impact on the patient's life. The disease is often considered an exclusively physical disease. But such approach is insufficient because the disease is accompanied by motor limitations of different intensities, by pain and by fatigue that cause considerable exhaustion to the patient. The patients often must give up their hobbies and in some cases even their jobs. In most serious cases, even common daily activities including self-servicing actions become an obstacle to the patient. It is therefore logical that the psyche of a patient with such disease is considerably strained.

*Korespondenční autor: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence ZSF JU, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, ČR
e-mail: kaasji00@seznam.cz

One of the partial goals of the study consisted in mapping the subjectively perceived quality of life of rheumatoid arthritis patients in facet 8, "negative feelings", and in ascertaining whether there is statistically significant relation to facets 1, "pain and discomfort", and 2, "energy and fatigue". Another goal consisted in comparing the subjectively perceived quality of life between men and women with rheumatoid arthritis, as well as between population of rheumatoid arthritis patients and control healthy population.

The study was implemented within the research project of the Grant Agency of the University of South Bohemia in České Budějovice number 120/2012/S, „Reflection of quality of life in nursing", under use of two standardized questionnaires, WHOQOL–100 and HAQ. This article presents exclusively the data acquired based on the WHOQOL–100 questionnaire. The research set consisted of patients suffering from rheumatoid arthritis from all over the Czech Republic. The size of the set was determined by a statistician at 200 individuals suffering from the disease, in a ratio of 150 women and 50 men. The selection set was derived from the basic set of rheumatoid arthritis patients and can therefore be considered representative with regard to the whole Czech population of rheumatoid arthritis patients. The actual selection of respondents was carried out based on quota selection, at specifying two quotas: presence of the diagnosis of rheumatoid arthritis" and "gender". The data collection took place from January to May 2013. 214 questionnaires were distributed in total, to achieve the required return amount of 200. The return rate was 93,5 %. The statistical data analysis was performed in two stages. The first degree of data sorting was implemented in the SASD program (Statistic Analysis of Social Data); the second degree was implemented in the SPSS program (Statistical Package for the Social Science), version 15.0.

It was ascertained based on the study that up to 90 % of respondents feel problems of different intensity in psychic area. 73,5 % of respondents perceive the problems as obstacle of different intensity to daily life. 66 % respondents reported actual feelings of depression. A very surprising finding consisted in the result of comparison of facet 8, "negative feelings", between the population suffering from rheumatoid arthritis and the control healthy population. Based on the comparison, it was found out that the control healthy respondents reported psychic problems in almost the same frequency and intensity as the rheumatoid arthritis patients. Such a high frequency and sameness to rheumatoid patients occurred probably due to wrong interpretation of the question from the respondents' perspective, particularly in healthy population that uses the term of "depression" relatively often for different common feelings of sadness and mood changes every person faces repeatedly in common life. It is not possible to admit that such a high percentage of healthy population suffers from actual depression. No statistically significant difference was found from the perspective of genders, based on comparison of results of facet 8, "negative feelings". Based on evaluation of relations between facet 8 (negative feelings) and facet 1 (pain and discomfort) and 2 (energy and fatigue), it was found out that there is statistically significant relation between the facets. It can be therefore accepted that patients feeling more intensive fatigue and pain experience more psychic problems and *vice versa*. The results evidence that therapy of rheumatoid arthritis as somatic disease is not sufficient and that comprehensive approach considering all patient's aspects should be applied in this area.

Keywords: rheumatoid arthritis, psyche, depression, comprehensive therapeutic approach

Úvod

Revmatoidní artritida (RA) je celosvětově rozšířenou chorobou, kterou v současné době trpí přibližně 0,5 až 1 % celosvětové populace. Obecně se jedná o jedno z nejrozšířenějších zánětlivých revmatických onemocnění, se kterým se až třikrát častěji potýkají ženy (Češka, 2010; Luqmani, Pincus, & Boers, 2010). Faktory, které toto onemocnění spouštějí, nejsou stále přesně odhaleny (Dítě, 2007), při jeho rozvoji a udržování se však uplatňují různé patologické autoimunitní procesy v těle nemocného (Klener, 2011). Intenzita klinických příznaků je značně individuální, choroba je charakteristická střídáním akutních vzplanutí s různě dlouhými obdobími remise (Pavelka, 2010). V prvních fázích rozvoje nemoci jedince obvykle doprovází nejrůznější nespecifické příznaky, jako jsou únava a slabost, snížení výkonnosti, neurčité bolesti pohybového systému či zvýšená tělesná teplota (Da Silva & Woolf, 2010). V pozdějších fázích se začíná rozvíjet charakteristické kloubní postižení, nejčastěji v podobě polyartritidy – zánětlivé poškození většího počtu kloubů (Adebajo, 2010; Vokurka & Hugo, 2010). Jelikož se jedná o onemocnění nevyléčitelné a tím pádem doživotní, je předním cílem léčby předcházet rozvoji komplikací a udržet co nejvyšší možnou funkční úroveň nemocného (Pavelková, 2009).

Mnohdy je na revmatoidní artritidu pohlíženo jako na čistě fyzické onemocnění, opak je však pravdou. Choroba má velice komplexní dopad na život jednotlivce, kromě zmíněné fyzické oblasti ovlivňuje sociální vztahy a role nemocného, sebevědomí, kognitivní funkce a celkové psychické rozpoložení jedince (Hill, 2006). Nemocní mají též sklony k pocitům úzkosti a strachu (Olejárová & Korandová, 2011). Pokud nejsou výše zmíněné psychické problémy včas u nemocného řešeny, vede stav k rozvoji deprese a sociální izolace. Deprese u nemocných s revmatoidní artritidou je považována za jeden z nekomplikovanějších příznaků, kterým trpí až třetina nemocných. Na jejím rozvoji se nejvíce uplatňují chronická bolest, únava a nedostatečná sociální podpora (Hill, 2006). Vzhledem k tomu, že bolest a únava patří k nejčastějším a zároveň nejintenzivnějším problémům doprovázející nemocné s revmatoidní artritidou, je nezbytné pohlížet na ně komplexně a neřešit pouze jejich fyzickou povahu. Obdobně jako u dalších chronických chorob zde totiž existuje značný vliv psychosomatiky (Benenson, 2011). U nemocných se proto může rozvinout jakýsi „bludný kruh“, kdy fyzické příznaky negativně ovlivňují psychiku nemocného a narušená psychika zpětně zhoršuje prvotní fyzické projevy choroby (Olejárová, 2012). Podstatná je tedy komplexní diagnostika a včasná, účinná terapie, která předchází rozvoji tohoto bludného kruhu. Nezbytný je zde multidisciplinární přístup, s využitím jak farmakologických, tak nefarmakologických terapeutických postupů (Cush, Weinblatt, & Kavanaugh, 2010).

Deprese a další psychické potíže se již v minulosti staly předmětem celé řady výzkumných šetření po celém světě. Zmínit lze turecký výzkum zaměřený na srovnání prevalence deprese a úzkosti u pacientů s revmatoidní artritidou a kontrolní zdravé populace (Isik, Koca, Ozturk, & Mermi, 2007), brazilský výzkum srovnávající výskyt deprese u pacientů se zánětlivou revmatoidní artritidou a nezápětlivou osteoartrózou (Mella, Bértolo, & Dalgalarondo, 2010), dále íránský výzkum zkoumající frekvenci výskytu deprese u nemocných s revmatoidní

artritidou (Behnam, Moghimi, Ghorbani, & Ghahremanfard, 2013) či norskó–finský výzkum zaměřený na zhodnocení úzkosti a deprese u pacientů s revmatoidní artritidou (Söderlin, Hakala, & Nieminen, 2000).

Metodologie

Cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat subjektivně vnímanou kvalitu života u pacientů s několika vybranými chronickými chorobami (Revmatoidní artritida, Crohnova choroba, Ischemická choroba dolních končetin a Chronická obstrukční plicní nemoc) a kontrolní zdravé populace. Jedním z dílčích cílů výzkumného šetření bylo zmapovat subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů s revmatoidní artritidou ve facetě 8 „negativní pocity“ a zjistit, zda existuje statisticky významný vztah k facetám 1 „bolest a nepohodlí“ a 2 „energie a únava“. Dalším cílem bylo provést srovnání subjektivně vnímané kvality života mezi muži a ženami s revmatoidní artritidou a dále mezi populací pacientů s revmatoidní artritidou a kontrolní zdravou populací.

Metodika

Výsledky prezentované v tomto příspěvku byly získány během realizace výzkumného projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích číslo 120/2012/S s názvem „Odráz kvality života v ošetrovatelství“, který je v současné době řešen na Katedře ošetrovatelství a porodní asistence Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ke sběru dat byl u všech výše popsaných skupin využit standardizovaný dotazník WHOQOL–100 (The World Health Organization Quality of Life). U každé populace byl dále využit specifický standardizovaný instrument, který nejlépe vyhovoval specifickým dané populace a cílům výzkumného projektu. U nemocných s revmatoidní artritidou byl využit dotazník HAQ (Health Assessment Questionnaire). Dotazník WHOQOL–100 byl vybrán na základě analýzy standardizovaných instrumentů používaných k posouzení subjektivně vnímané kvality života v databázi Světové zdravotnické organizace. Dotazník WHOQOL–100 byl využit v jeho české verzi, souhlas s jeho použitím byl získán přímo od autorky použité verze PhDr. Evy Dragomirecké, Ph.D. Dotazník obsahuje sto otázek a je členěn do šesti domén – fyzický stav, prožívání, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita, které jsou dále rozděleny do dvaceti čtyř facet. Každá z facet zahrnuje čtyři konkrétní otázky, u kterých respondent uvádí jednu z předložených možností na pětistupňové škále, podle toho, která z možností nejvíce odpovídá jeho současnému stavu v posledních čtrnácti dnech. Součástí dotazníku jsou též čtyři otázky zaměřené na celkové hodnocení kvality života a zdravotního stavu. V závěru dotazníku jsou uvedeny základní identifikační údaje – pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a současný zdravotní stav. Použití druhého specifického instrumentu HAQ bylo zvoleno na základě doporučení předních odborníků Revmatologického ústavu v Praze. Dotazník byl použit v jeho české verzi,

validované Českou Revmatologickou Společností a Centrem biostatistiky a analýz v Brně roku 2010. Jedná se o volně použitelný nástroj. Dotazník obsahuje dvacet otázek, zaměřených na konkrétní každodenní činnosti. Respondent u každé této činnosti vybírá jednu ze čtyř předložených odpovědí, dle toho, jak intenzivní potíže při výkonu dané činnosti pociťuje. Dotazník dále obsahuje čtyři polouzavřené otázky, ve kterých může respondent označit, případně doplnit kompenzační pomůcky, které při vykonávání každodenních činností využívá a dále činnosti, u kterých potřebuje pomoc druhé osoby.

Při tvorbě tohoto příspěvku byly využity vybrané výsledky získané prostřednictvím dotazníku WHOQOL–100, konkrétně výsledky facety 1 „bolest a nepohodlí“, facety 2 „energie a únava“ a facety 8 „negativní pocity“ u populace s revmatoidní artritidou a facety 8 „negativní pocity“ u kontrolní zdravé populace.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor populace s revmatoidní artritidou tvořili pacienti z celé České republiky. Velikost výběrového souboru byla statistikem stanovena na dvě stě nemocných trpících tímto onemocněním v poměru sto padesát žen (75 %) a padesát mužů (25 %). Základní soubor pacientů s revmatoidní artritidou byl stanoven na základě (v době přípravy projektu) nejnovější odborné literatury, která uvádí přibližnou prevalenci onemocnění na 1 % celkové české populace s přibližně třikrát častějším zastoupením u ženského pohlaví (Olejárová & Korandová, 2011). Výzkumný soubor lze proto považovat za reprezentativní vzhledem k celkové populaci pacientů s revmatoidní artritidou žijících na území ČR. Vlastní výběr respondentů probíhal na základě kvótního výběru při stanovení dvou kvót: „přítomnost diagnózy revmatoidní artritida“ a „pohlaví“. Věk a region dotazovaných nebyl stanoven. Při vlastním výběru respondentů byly předně osloveny organizace, které zajišťují vysoký výskyt pacientů s revmatoidní artritidou, konkrétně Revmatologický ústav v Praze a sdružení Revma–liga ČR. Sběr dat probíhal v období od ledna do května roku 2013. Celkem bylo distribuováno 214 dotazníků, než bylo dosaženo požadovaného počtu 200 respondentů. Vzhledem k velice cílené distribuci dotazníků byla zajištěna vysoká návratnost, která činila 93,5 %.

Velikost výzkumného souboru kontrolní zdravé populace byla statistikem odvozena ze základního souboru celé české populace, a proto jej lze taktéž považovat za reprezentativní. Velikost základního souboru byla stanovena na základě informací Českého statistického úřadu. Výběrový soubor tvořilo 2200 jedinců z celé České republiky, kteří byli vybíráni prostřednictvím kvótního výběru. Stanovenými kvótami byly subjektivní pocit plného zdraví, pohlaví, region trvalého pobytu a věk. Respondenti byli na základě věku rozděleni do šesti skupin v rozmezí dvacet až sedmdesát let a více. Z distribuovaných 2200 dotazníků bylo navráceno 1441. Návratnost činila 65,5 %. Sběr dat probíhal v období od ledna do května 2013.

Statistická analýza dat

Statistická analýza dat probíhala ve dvou fázích. První stupeň třídění dat byl realizován ve statistickém programu SASD (statistická analýza sociálních dat), ve kterém byly provedeny výpočty absolutních a relativních četností získaných odpovědí a dále výpočet jejich středních hodnot a míry variability. Druhý stupeň třídění byl proveden v programu SPSS (Statistical Package for the Social Science), verzi 15.0 a zahrnoval porovnání subjektivně vnímané kvality života populace s revmatoidní artritidou s kontrolní zdravou populací a porovnání kvality života pacientů s revmatoidní artritidou z hlediska pohlaví a subjektivně vnímaného aktuálního zdravotního stavu. Pro tyto účely bylo využito Mann–Whitneova U testu. Následně byl u vybraných dat vypočítán pořadový Spearmanův koeficient korelace a koeficient determinace s cílem nalézt statisticky významné vztahy mezi vybranými facetami. Výběr facet pro tento typ analýzy byl zcela záměrný, vybrány byly facet, u kterých jsme určitou souvislost předpokládali a chtěli jsme ji potvrdit, případně vyvrátit.

Výsledky

Ve facetě 8 „negativní pocity“ jsme nejprve zjišťovali, jak často nemocní prožívají negativní pocity jako například rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese, nakolik jim tyto pocity překáží v plnění každodenních činností a nakolik je pocity deprese trápí.

Z výsledků jsme zjistili, že pocity jako rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese pocítuje 15 % respondentů „celkem často“, 21,5 % „středně“ a 53,5 % „někdy“. Pouze 10 % výzkumného souboru označilo odpověď „nikdy“. Dále z výsledků vyplynulo, že 7,5 % dotázaných překáží výše zmíněné pocity ve vykonávání každodenních činností „hodně“, 26 % „středně“ a 40 % „trochu“. Pro zbývajících 26,5 % pak tyto pocity nepředstavují žádnou překážku v každodenním fungování. Ve třetí otázce jsme zjišťovali, nakolik nemocné trápí pocity deprese. Opět 7,5 % označilo odpověď „hodně“, 21,5 % „středně“ a 37 % „trochu“. Zbýlých 34 % se přiklonilo k variantě „vůbec ne“.

V další statistické analýze jsme se v souvislosti s facetou 8 „negativní pocity“ zaměřili na porovnání výsledků z hlediska pohlaví, dále na porovnání výsledných skóre této facet mezi populací s revmatoidní artritidou a kontrolní zdravou populací a na vyhodnocení vztahů mezi facetou 8 „negativní pocity“ a facetami 1 „bolest a nepohodlí“ a 2 „energie a únava“.

Tabulka 1: Srovnání středních hodnot facetových skóre z hlediska pohlaví ve facetě 8 negativní pocity

Faceta 8 negativní pocity	Průměr		Medián		STD		signifikance
	muži (N=50)	ženy (N=150)	muži	ženy	muži	ženy	
	9,34	9,50	9,00	9,00	2,69	3,18	,921

Tabulka 1 prezentuje srovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě 8 „negativní pocity“ mezi muži a ženami. K vyhodnocení těchto dat byl využit Mann–Whitney U test na hladině významnosti $p < 0,05$. Na základě tohoto testu nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v prožívání negativních pocitů z hlediska pohlaví a lze tedy přijmout závěr, že se subjektivně vnímaná kvalita života ve facetě 8 „negativní pocity“ neliší v souvislosti s pohlavím.

Tabulka 2: Srovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě 8 negativní pocity mezi pacienty s revmatoidní artritidou a zdravou populací

Faceta 8 negativní pocity	Zdravá populace (N=1441)			Populace s RA (N=200)			Mann–Whitney U test signifikance
	Průměr	Medián	STD	Průměr	Medián	STD	
	9,10	9,00	2,75	9,46	9,00	3,06	,216

Tabulka 2 znázorňuje porovnání středních hodnot facetových skóre ve facetě 8 „negativní pocity“ mezi populací postiženou revmatoidní artritidou a kontrolní zdravou populací. Srovnání bylo provedeno pomocí Mann–Whitney U testu na hladině významnosti $p < 0,05$. Na základě výsledků bylo zjištěno, že se sice negativní pocity v mírně vyšší frekvenci vyskytují u nemocných s revmatoidní artritidou, nicméně se nejedná o statisticky významný rozdíl. Na základě těchto výsledků tedy nelze prokázat, že by pacienti s revmatoidní artritidou prožívali negativní pocity v intenzivnější míře, než zdravá populace.

Tabulka 3: Vztah facetu negativní pocity k facetám bolesti a nepohodlí a energie a únava

<i>Spearmanův koeficient korelace</i>		Faceta 1	Faceta 2
		bolest a nepohodlí	energie a únava
Faceta 8	Koeficient korelace	,600	-,646
negativní pocity	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	200	200
<i>Koeficient determinace</i>		36 %	42 %

Tabulka 3 souhrnně prezentuje výsledky výpočtů Spearmanova koeficientu korelace na hladině významnosti $p < 0,01$ a koeficientu determinace, pomocí kterých byly vyhodnoceny vztahy mezi facetou 8 „negativní pocity“ s facetami 1 „bolest a nepohodlí“ a „energie a únava“. Tyto dvě facetu byly vybrány záměrně, neboť se o bolesti a únavě často v odborné literatuře hovoří, jako o nejčastějších a zároveň nejvíce zatěžujících problémech revmatických pacientů.

Mezi facetou 8 „negativní pocity“ a facetou 1 „bolest a nepohodlí“ byl prokázán statisticky významný vztah, který se jeví jako střední lineární závislost. Koeficient determinace byl vypočítán na 36 %. Při vyhodnocení druhého vztahu mezi facetou 8 „negativní pocity“ a facetou 2 „energie a únava“ byla prokázána taktéž střední lineární závislost obou veličin. Výsledek výpočtu koeficientu determinace mezi těmito facetami je 42 %.

Z výsledků obou analýz vyplývá, že oba zjišťované vztahy jsou statisticky významné, a lze tedy přijmout tvrzení, že čím intenzivnější bolest a únavu nemocný s revmatoidní artritidou pociťuje, tím intenzivnější jsou jeho potíže v psychické oblasti.

Diskuze

Celá řada odborníků z oblasti revmatologie hovoří o různých psychických potížích jako o častých problémech pacientů s revmatoidní artritidou (Hill, 2006; Isik et al., 2007; Olejárová, 2012). Na základě našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že různě intenzivní problémy v psychické oblasti pociťuje až 90 % respondentů. Jako různě silnou překážku v každodenním životě vnímá tyto potíže 73,5 % dotázaných. Samotné pocity deprese pak uvedlo v různé intenzitě 66 % dotázaných. Naše zjištění lze srovnat s výsledky tureckého výzkumu, ve kterém byla deprese spolu s úzkostí zjištěna u 70,8 % pacientů (Isik et al., 2007) či se závěry brazilského výzkumu, ve kterém byla deprese přítomna u 53,2 % zkoumaného vzorku (Mella et al., 2010). Při porovnání s iránským a norskó–finským výzkumem byla deprese v rámci našeho šetření zjištěna ve výrazně vyšší frekvenci. V případě iránského výzkumu byla deprese odhalena „pouze“ u 30,4 % a v případě norskó–finského výzkumu u 20 % nemocných (Behnam et al., 2013; Söderlin et al., 2000).

Poměrně překvapující byl pro nás výsledek srovnání facety 8 negativní pocity z hlediska pohlaví. Předpokládali jsme, že budou psychické potíže častěji přítomny u ženské populace trpící revmatoidní artritidou, neboť ženy jsou obecně více emočně založené. O mužích se pak často hovoří jako o racionálnějších a odolnějších bytostech. Tato naše hypotéza se však nepotvrdila, neboť bylo odhaleno, že se frekvence ani závažnost psychických potíží z hlediska pohlaví nijak neliší. Toto zjištění považujeme za velice podstatné, neboť je pro nás důkazem, že je potřeba poskytovat naprosto stejnou psychologickou péči jak mužům, tak ženám a neopomíjet muže coby potenciálně psychicky silnější a odolnější jedince.

Za další velice překvapující výsledek považujeme porovnání facety 8 negativní pocity mezi populací trpící revmatoidní artritidou a kontrolní zdravou populací. Na základě této komparace bylo totiž zjištěno, že zdraví respondenti uváděli psychické potíže v téměř stejné frekvenci a intenzitě, jako nemocní s revmatoidní artritidou. Samotnou depresi uvedlo 66,3 % zdravé populace, což je dokonce o 0,3 % více, než uváděli nemocní s revmatoidní artritidou. Domníváme se však, že k této vysoké frekvenci a shodě s revmatickými nemocnými došlo především z důvodu chybné interpretace této otázky z hlediska respondentů, především pak ve zdravé populaci, neboť odmítáme připustit fakt, že by skutečnou depresi trpělo tak vysoké procento zdravé populace. Příčinu spatřujeme konkrétně v tom, že značná část zdravé laické veřejnosti často označuje termínem „deprese“ nejrůznější běžné smutky a změny nálad, se kterými se každý z nás v běžném životě opakovaně setkává. U pacientů s revmatoidní artritidou se pak přikláníme k názoru, že lze tento výsledek považovat za důvěryhodnější v souvislosti s tím, že jde o chronické onemocnění, u kterého hraje důležitou roli fenomén adaptace, kdy si nemocný na vzniklé potíže postupem času zvyká a během života s nemocí je paradoxně vnímá jako méně závažné. V souvislosti s tímto naším tvrzením si proto myslíme, že nemocný dlouhodobě bojující se strastmi, které mu jeho nemoc přináší, již nepociťuje tak

intenzivně běžné a často malicherné problémy, kterými se mnohdy zabývá každý z nás. Tento náš názor podporují Tress, Krusse a Ott (2008), kteří hovoří o tom, že i přesto, že psychickými problémy trpí až 40 % nemocných s revmatoidní artritidou, jen malá část o nich hovoří a většina nemocných s tímto onemocněním zvládá své obtíže velice trpělivě.

Na základě vyhodnocení vztahů mezi facetou 8 (negativní pocity) a facetami 1 (bolest a nepohodlí) a 2 (energie a únava) jsme došli, z našeho pohledu, k velice přínosným závěrům, neboť byla potvrzena existence vzájemného ovlivňování mezi psychikou, bolestí a únavou, která je popisována některými autory z oblasti revmatologie (Cush et al., 2010; Hill, 2006; Olejárová, 2012). Toto zjištění je pro nás opět důkazem toho, že nestačí k revmatoidní artritidě přistupovat pouze k jako čistě fyzickému onemocnění, i když se tak může na první pohled jevit. Potvrzení existence statisticky významných vztahů mezi výše popsányi facetami je pro nás impulzem k nutnosti vyhodnotit i další potenciální souvislosti mezi různými oblastmi života nemocného s revmatoidní artritidou, neboť jak popisuje Hill (2007), k rozvoji deprese může přispět i nedostatečná sociální podpora či omezení fyzického pohybu, které v této souvislosti zmiňují Tress et al. (2008). Plně proto souhlasíme s tvrzením Olejárové a Korandové (2011), které zmiňují důležitost zapojení rodiny a přátel nemocného do celého léčebného procesu. Přikláníme se též k nezbytnosti multidisciplinárního přístupu, na který kladou důraz Cush et al. (2010) a plně podporujeme myšlenku zapojit do komplexní péče o nemocné s revmatoidní artritidou též psychoterapeuty, psychology a pracovníky sociální sféry.

Závěr

Psychické problémy revmaticky nemocných jsou často poněkud přehlíženou oblastí. Psychika však znamená v životě každého z nás důležitý aspekt, který nesmí být opomíjen. Při přístupu k nemocnému s revmatoidní artritidou je důležité pochopit, že jde o onemocnění chronické, se kterým se jedinec potýká až do konce svého života. Choroba je doprovázena bolestí, únavou, postupným zhoršováním pohybových schopností a dalšími nepříjemnými příznaky, které nemocného velice vyčerpávají. Není tedy divu, že jsou na psychiku takto nemocného člověka kladeny velké nároky. Lze předpokládat, že se takto nemocný člověk může postupem času cítit zbytečný a méněcenný, může ztrácet sociální kontakt se svým okolím, mnohdy se možná musí vzdát svých koníčků a zálib či v horším případě svého zaměstnání. V nejvážnějších případech se pro takto nemocného člověka stávají problémem i naprosto všední činnosti každodenního života včetně úkonů sebeobslužných. Všechny tyto problémy se s největší pravděpodobností opět promítnou do psychiky nemocného, která může opět v negativním smyslu ovlivňovat jeho fyzické problémy. Není proto pochyb o tom, že v péči o nemocného s revmatoidní artritidou je důležité zohlednit všechny tyto aspekty a nesoustředit se pouze na fyzickou stránku choroby, neboť jedině takový přístup je základem pro zajištění skutečně komplexní a účinné léčby.

Zdroje financování

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 120/2012/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Literatura

- Adebajo, A. (2010). *ABC of rheumatology*. Chichester: Wiley–Blackwell.
- Behnam, B., Moghimi, J., Ghorbani, J., & Ghahremanfard, F. (2013). The Frequency and Major Determinants of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Turkish Journal of Rheumatology*, 28(1), 32–37.
- Benenson, E. (2011). *Rheumatology: Symptoms and Syndromes*. London: Springer.
- Cush, J. J., Weinblatt, M. E., & Kavanaugh, A. (2010). *Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment*. New York: Professional Communications, Inc.
- Češka, R. (2010). *Interna*. Praha: Triton.
- Da Silva, J. A. P., & Woolf, A. D. (2010). *Rheumatology in practice*. London: Springer.
- Dítě, P. (2007). *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén.
- Hill, J. (2006). *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(6), 872–878.
- Klener, P. (2011). *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén.
- Luqmani, R., Pincus, T., & Boers, M. (2010). *Rheumatoid Arthritis*. Oxford: Oxford University Press.
- Mella, L. F. B., Bértolo, M. B., & Dalgalarondo, P. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 257–263.
- Olejárová, M. (2012). *Revmatoidní artritida: čtení o nemoci severoamerických indiánů, slavných malířů i vaší*. Praha: Mladá fronta.
- Olejárová, M., & Korandová, J. (2011). *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá Fronta.
- Pavelka, K. (2010). *Revmatologie*. Praha: Galén.
- Pavelková, A. (2009). *Revmatoidní artritida a biologická léčba*. Praha: Maxdorf.
- Söderlin, M. K., Hakala, M., & Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29, 177–183.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Vokurka, M., Hugo, J. (2010). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.