

REVIEW

ÚLOHY OŠETROVATELSTVA V PODPORE ADAPTÁCIE PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

Role of nursing in supporting adaptation of patients with rheumatoid arthritis

Mária Sováriová Soósová

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva

Summary

The main target of the study presented here is to show the most frequently occurring problems and management of the nursing care in rheumatoid arthritis (RA) patients. An analytical-synthetic approach was chosen for the investigation of the most frequent adaptation problems in patients suffering from RA. The analysis was based primarily on original studies and secondarily on data from the literature (meta-analyses, outlining studies). Roy's adaptation model was the main theoretical framework for evaluation of physical, psychical and social impacts of RA. The author shows a great variety of responses to the disease in particular adaptation modes: particularly pain, damage to joints, tiredness in the field of the physiological adaptation, depression, negative perceiving of the body condition, anxiety, depression, reduced self-esteem in the self-concept mode, development of functional disability and altered role performance (e.g. of partner, parent or co-worker) in the role function mode as well as change of relations with significant others in the interdependence mode. In addition to the disease (the focal stimulus), the responses in particular modes were also affected by further stimuli. Biological responses (particularly pain and the physical activity) were particularly significantly affected by depression, anxiety, personal toughness and fitness, but also for example by the participation in educational programmes. The following stimuli determining the psychosocial adaptation were defined: pain, physical activity, functional disability, social support, and participation in programmes supporting health. Knowledge of the above mentioned stimuli is of importance as a starting point for the choice of approaches performed in support of the adaptation. The nurse is due to aim her attention to those, which she can affect. These are particularly the moderation of pain, improvement/maintenance of the physical activity, reduction in the tiredness and maintenance of energy equilibrium, improvement of the functional ability, reduction in the psychological distress (moderation of anxiety and depression and increase of self-esteem), enhancement of positively perceived social support and supporting the patient in his/her self-classification through the mediation of education.

Key words: rheumatoid arthritis – Roy's adaptation model – nursing care – pain – functional disability – anxiety – depression – social support

Súhrn

Hlavným cieľom tejto štúdie je poukázať na najčastejšie problémy a manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s reumatoidnou artritídou (RA). Na preskúmanie najčastejších adaptačných problémov pacientov s RA a možnosti ich redukcie bol zvolený analyticko-syntetický prístup. Základ analýzy tvorili primárne originálne štúdie ako aj sekundárne literárne zdroje (metaanalýzy,

prehľadové štúdie). Hlavným teoretickým východiskom bol v tejto štúdií Royovej adaptačný model. Autorka poukazuje na širokú paletu odpovedí na ochorenie v jednotlivých adaptačných módoch: najmä bolesť, poškodenie kĺbov, únava v oblasti fyziologickej adaptácie, úzkosť, depresia, negatívne vnímanie obrazu tela, znížená sebaúcta v móde sebakoncepcie, vývoj funkčnej disability a zmenené plnenie rolí (napr. partnera, rodiča, na pracovisku) v móde plnenia rolí ako aj na zmenu vzťahov s významnými inými v móde vzájomnej závislosti. Odpovede v jednotlivých módoch boli okrem ochorenia (ohniskový stimul) ovplyvňované aj ďalšími stimulmi. Biologické odpovede (hlavne bolesť a fyzická aktivita) boli signifikantne ovplyvňované najmä depresiou, úzkosťou, osobnou tvrdosťou a zdatnosťou, ale aj napr. účasťou na edukačných programoch. Ako významné stimuly determinujúce psychosociálnu adaptáciu boli identifikované: bolesť, fyzická aktivita, funkčná disability, sociálna opora, účasť na zdravie podporujúcich programoch. Poznanie uvedených stimulov je východiskové pre výber prístupov zameraných na podporu adaptácie. Sestra musí sústrediť svoju pozornosť na tie, ktoré môže ovplyvniť. Ide najmä o zmiernenie bolesti, zlepšovanie/udržiavanie pohybovej aktivity, redukciu únavy a udržiavanie energetickej rovnováhy, zlepšovanie funkčnej schopnosti, redukciu psychického distresu (zmiernenie úzkosti, depresie, zvyšovanie sebahodnotenia), posilňovanie pozitívne vnímanej sociálnej opory a podporu pacienta v sebariadení prostredníctvom edukácie.

Kľúčové slová: reumatoidná artritída – Royovej adaptačný model – ošetrovateľská starostlivosť – bolesť – funkčná disability – úzkosť – depresia – sociálna opora

ÚVOD

Reumatoidná artritída (RA) je chronické systémové autoimunitné zápalové ochorenie s predilekčným postihnutím kĺbov. Trpí ňou približne 1 % celkovej svetovej populácie. U žien sa vyskytuje asi 3krát častejšie ako u mužov. Medzi jej najvýraznejšie a najtypickejšie príznaky patrí pretrvávajúca pokojová bolestivosť a ranná stuhnutosť postihnutých kĺbov a postupujúce funkčné obmedzenie. Viac ako dve tretiny pacientov majú príznaky ochorenia celé roky až desaťročia. Po desiatich rokoch ostáva v trvalej invalidite až 50 % pacientov s RA. Mimokĺbové príznaky a komplikácie choroby sú príčinou toho, že pri reumatoidnej artritíde je prežívanie pacientov skrátené až o desať rokov. RA predstavuje model chronického ochorenia, ktoré vedie k negatívnemu ovplyvneniu kvality života osoby v širokom meradle (Rovenský a kol., 2001; Hill, Hale, 2004; Burke et al., 2007). Efektívna a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť u pacientov s RA by tak mala vychádzať z princípov ošetrovateľstva a medicíny založenej na dôkazoch, mala by sa opierať o isté koncepčné východiská, mala by byť flexibilná, adaptabilná, holistická a kontinuálna. V rámci ošetrovateľských modelov a teórií takýto prístup deklaruje aj Royovej adaptačný model (RAM). Konceptualizácia RAM poskytuje všeobecné usmernenia pre posúdenie individuálnej adaptácie,

zameriava sa na určenie podnetov, ktoré ovplyvňujú adaptáciu pacienta, poskytuje rámec pre výber a testovanie ošetrovateľských intervencií a pod. (Pollock et al., 1994; Roy, Andrews, 1999).

Cieľom tejto práce je poukázať na kľúčové aspekty ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s RA. Ako teoretické východisko pre posúdenie pacienta a manažment ošetrovateľskej starostlivosti bol zvolený RAM.

Posúdenie adaptácie pacientov s RA v propozíciách Royovej adaptačného modelu

Posudzovanie je prvou fázou ošetrovateľského procesu. Zahŕňa zber subjektívnych a objektívnych dát a ich validáciu. Podľa RAM posúdenie prebieha v dvoch fázach. Prvá fáza zahŕňa posúdenie pacientovho správania v štyroch módoch: fyziologickom, sebakoncepcie a identifikácie v skupine, rolovej funkcie a vzájomnej závislosti. Posúdenie pôsobenia ohniskových, kontextuálnych a reziduálnych podnetov sú druhou fázou ošetrovateľského procesu.

Fyziologický modus

Fyziologický modus sa vzťahuje na jednotlivca, reprezentuje fyzické zdravie, súvisí s fyzickými a biologickými odpoveďami na stimuly vyplývajúce z choroby alebo zmien v klinickom stave (Roy, Andrews, 1999). RA je celkové systémové

zápalové ochorenie, a tak zmeny nastávajú vo všetkých subdimenziách fyziologickej adaptácie. Na základe literárneho prehľadu (Rovenský a kol., 2001; Hill, Hale, 2004; Bands, 2007; Burke et al., 2007) uvádzame najčastejšie zmeny v oblasti fyziologickej adaptácie pacientov s RA, na ktoré treba sústrediť pozornosť pri posúdení.

Aktivita – odpočinok. RA postihuje predominantne kĺby. Ide o poly- alebo mono-artikulárne zvyčajne symetrické postihnutie najmenej troch kĺbov. Väčšinou sú postihnuté kĺby rúk, menej často kolenné kĺby, členky, ramená, metatarzofalangeálne a lakt'ové kĺby, krčná chrbtica a bedrové kĺby. Postupne dochádza k funkčnému obmedzeniu kĺbov, zníženému rozsahu pohybov postihnutých kĺbov, vývoju kontraktúr, deformít kĺbov, svalovej atrofii, zmene postoja, držania tela, tvorbe reumatoidných uzlov. Typická je tiež celková slabosť, únava, fyzická nevykonnosť.

Ochrana. Pri RA ide o lokálne, systémové a orgánové postihnutie ako dôsledok autoimunitného procesu. Lokálne môžeme zvyčajne sledovať: pretrvávajúcu difúznú bolesť a palpačnú citlivosť postihnutých (už vyššie spomínaných) kĺbov, rannú stuhnutosť, zapálenie, teplé a opuchnuté kĺby (artritída), bolesti svalov. Synoviálny výpotok má zápalový charakter. Zo systémových prejavov sa treba zamerať na posúdenie výskytu zvýšenej telesnej teploty, v niektorých prípadoch až horúčky, zvyčajne je zrýchlená sedimentácia, zvýšený C-reaktívny proteín, prítomnosť reumatoidných faktorov, protilátok proti cyklickému peptidu s citrulínom a i. Pacienti sú ohrození aj výskytom rôznych infekcií, rizikom sekundárnej imunodeficiencie (v súvislosti s vlastnou chorobou i liečbou kortikoidmi, cytostatikami), rizikom vzniku anémie, trombocytopenie a i. hematologických abnormalít, Feltyho syndrómom, vaskulitídou, kardiálnym postihnutím (perikarditída až u 50 % pacientov), úrazmi, zlomeninami. V neskorších štádiách dochádza aj k zmenám na koži; tá je lesklá, vyhladená, náchylná na poranenie a ťažšie hojenie rán.

Oxygenácia (ventilácia, perfúzia). Postihnutie dýchacieho systému býva pomerne časté, avšak bez výraznej symptomatológie. Dýchacie ťažkosti môžu súvisieť s manifestovanou pleuritídou, intersticiálnou pľúcnou fibrózou alebo prítomnosťou reumatoidných uzlov.

Výživa (vrátane metabolizmu, využitia energie a pod.). U pacientov s RA sa často stretávame so

systémovými prejavmi, ako sú nechutenstvo, pokles telesnej hmotnosti. V dôsledku liekovej toxicity sa u pacientov s RA môžu vyskytovať aj rôzne iné gastrointestinálne ťažkosti, abnormality hepatálnych testov či hepatopatia.

Vylučovanie (moču a stolice). Ťažkosti s močením, infekcie močových ciest, proteinúria, nefrotický syndróm a i. vznikajú ako dôsledok sekundárnej amyloidózy či nefrotoxického pôsobenia liekov.

Zmysly. Zo zmyslových orgánov bývajú postihnuté pri RA najčastejšie oči, a to suchou keratokonjunktivitídou, episkleritídou a skleritídou. Oči môžu poškodzovať i niektoré lieky používané pri liečbe RA. Po aplikácii kortikosteroidov ide predovšetkým o sekundárnu kataraktu a glaukóm, pri liečbe antimalarikami o keratopatiu a retinopatiu.

Neurologické funkcie. Pri RA môže dôjsť aj k neurologickému poškodeniu. Môžu sa vyvinúť periférne nervové lézie, kompresívne syndrómy, neuropatia a i.

Endokrinné funkcie. U pacientov dlhodobo liečených glukokortikoidmi môže dôjsť k indukcií osteoporózy, zvýšenému riziku infekcie, sťaženému hojeniu rán, gastrointestinálnemu krvácaniu či k indukcií cukrovky. Najmä v súvislosti s teratogénnym účinkom niektorých liekov sa mení aj reprodukčná schopnosť.

Modus sebakoncepcie a identifikácie v skupine

Modus sebakoncepcie reprezentuje emocionálne zdravie, ktoré je predovšetkým založené na psychologických a spirituálnych dimenziách osobnosti (Roy, Andrews, 1999). Fyzické ťažkosti a chronický priebeh RA môžu byť príčinou mnohých psychických problémov. Exacerbácia symptómov často zapríčiňuje u pacientov strach a obavy z progresie choroby a zhoršovania zdravia v budúcnosti. Variabilita striedania „dobrých“ a „zlých“ dní spôsobuje každodenne ťažkosti pri plánovaní udalostí, a najmä u mladých ľudí s artritídou spôsobuje veľké ťažkosti pri sebariadení (Hill, Hale, 2004). Táto neurčitosť, premenlivosť RA a neistota v mnohých oblastiach každodenného života môže vyústiť do anxiety, ktorú pociťujú mnohí pacienti, alebo do depresie. Podľa viacerých autorov (Macejová a kol., 1999; Ozcetin et al., 2007) býva anxieta a depresia často sprievodným prejavom reumatoidnej artritídy.

Zmena fyzického vzhľadu – deformity kĺbov, jazvy po operáciách, znížená kĺbová funkčnosť a pod. bývajú stresormi negatívne ovplyvňujúcimi vnímanie svojho fyzického „ja“. Mení sa aj erotický obraz tela, ktorý je často príčinou zmien i dlhodobých vzťahov s partnerom alebo pôsobí problémovo pri nadväzovaní známosti (Hill, Hale, 2004; Newman, 2007). Zvlášť mladí ľudia sú zraniteľní, majú obavy o svoj vzhľad a z ťažkostí, ktoré im zmena fyzického vzhľadu môže spôsobiť pri nadväzovaní vzťahov. Negatívne vnímanie svojho fyzického „ja“ sa môže stať aj príčinou sociálnej izolácie (Hill, Hale, 2004).

Pretrvávajúca bolesť, celková slabosť, únavnosť, znížená fyzická výkonnosť, negatívne pocity zo svojho vzhľadu, sexuálne problémy, postupná invalidizácia atď. môžu viesť k podceňovaniu svojich schopností, hodnoteniu seba samého ako neschopného zvládnuť určité situácie alebo činnosti, odmietaniu pozitívnych výsledkov a zdôrazňovaniu negatívnych, t. j. k zníženiu sebaúcty (Brekke et al., 2001; Hill, Hale, 2004).

Spiritualita sa považuje za významnú stránku v živote mnohých ľudí. Môže ovplyvňovať spôsob ich života, postoje a pocity k chorobe i smrti. V súvislosti so spirituálnym „ja“ Bartlett et al. (2003) uvádzajú, že spiritualita bola nezávislým prediktorom šťastia a pozitívneho vnímania zdravia u pacientov s reumatoidnou artritídou.

Plnenie rolí

Modus rolovej funkcie reprezentuje roly, ktoré človek zohráva v spoločnosti. Plnenie rolí zahŕňa správanie inštrumentálne (aktuálna fyzická schopnosť pre výkon role) a behaviorálne (pocity, postoje, spokojnosť alebo nespokojnosť s rolou). Rola môže byť primárna (napr. vek, pohlavie), sekundárna (napr. manžel, partner, rodič, rola v zamestnaní) a terciárna (napr. člen záujmovej skupiny) (Roy, Andrews, 1999). Pri RA sa zásadne mení aktuálna fyzická schopnosť pre výkon role. RA spôsobuje problémové plnenie najmä bežných denných aktivít (hygiena, obliekanie, jedenie a i.) a inštrumentálnych denných aktivít (nakupovanie, príprava jedla, upratovanie a i.), výrazne obmedzuje pracovnú schopnosť ako aj spôsob trávenia voľného času a spoločenské aktivity (Rovenský a kol., 2001; Hill, Hale, 2004; Madarasová Gecková, 2005;

Burke et al., 2007; Požonská et al., 2008). K zhoršovaniu funkčnej schopnosti (ale aj napr. k zvyšovaniu percepcie chronickej bolesti a prevalencie depresie) dochádza u pacientov s RA aj so stúpajúcim vekom (Sokka et al., 2003; Baczyk, 2005; Sováriová Soósová, 2009). V multicentrickej štúdií Sokka et al. (2009) poukazujú na vyššiu aktivitu choroby, intenzívnejšie bolesti, únavu a závažnejšiu funkčnú disabilitu u žien. Zhoršovanie funkčnej schopnosti v bežných či inštrumentálnych aktivitách a zhoršovanie pracovnej schopnosti môžu spôsobiť aj zmenu ďalších rolí a vzťahov medzi členmi rodiny – medzi partnermi, rodičmi a deťmi. V súvislosti s príchodom dieťaťa môže byť u žien s RA problémové plnenie roly matky (Hill, Hale, 2004). Medzi partnermi sa môžu objaviť aj sexuálne problémy. Hill et al. (2003) uvádzajú, že artritída limituje viac ako polovicu pacientov pri ich sexuálnom styku. Je to predovšetkým v dôsledku aktivity ochorenia, únavy, bolesti, vyššieho veku, funkčnej disability, nežiaducich účinkov liekov, depresie a narušenému obrazu tela (Hill et al., 2003; van Berlo et al., 2007).

Vzájomná závislosť

Modus vzájomnej závislosti reprezentuje kvalitu vzťahov s významnými inými (significant others) a ďalším podporným systémom, t. j. vedie k rozvoju a udržiavaniu uspokojivých emocionálnych vzťahov a podpore komunity (Roy, Andrews, 1999). Následky RA i spôsob vyrovnávania sa s nimi môžu pozitívne, ale aj negatívne ovplyvniť kvalitu vzťahov s významnými inými (najmä partnermi) a iným podporným systémom. RA najmä v dôsledku funkčnej disability, bolesti, ale aj psychického distresu obmedzuje potrebu sociálnej komunikácie, priateľského vzťahu, ohrozené sú vzťahy medzi partnermi (potreba lásky, úcty, rešpektu) či vzťahy medzi rodičom a deťmi (Hill, Hale, 2004; Burke et al. 2007). Udržanie pozitívnych vzťahov v rodine, vzájomná pomoc a súdržnosť, pozitívne vnímaná sociálna opora má významný vplyv na percepciu bolesti, disabilitu a psychickú pohodu (Tsai et al., 2003; Hill, Hale, 2004).

Environmentálne stimuly ovplyvňujúce adaptáciu pacientov s RA

Posúdenie pôsobenia environmentálnych podnetov (stimulov) je druhou fázou ošetrovateľ-

ského procesu. Stimuly definuje Royová (Roy, Andrews, 1999) ako vonkajšie a vnútorné podnety, ktoré vyvolávajú určitú odpoveď. Stimuly člení na ohniskové – s okamžitým a najväčším vplyvom na adaptáciu, kontextuálne – spolupôsobiacie, modifikujú ohniskové podnety, a reziduálne – stoja v pozadí, majú nejasný charakter. Aj odpovede v jednotlivých módoch (aj keď sú módy nezávislé) môžu pôsobiť ako stimuly na jeden alebo na všetky módy. Stimuly môžu mať pozitívny alebo negatívny vplyv a ich poznanie je nevyhnutné pre výber vhodných ošetrovateľských intervencií. Na základe pôvodných prác i metaanalýz (Pollock et al., 1994; Roy, Andrews, 1999; Minnock et al., 2003; Tsai et al., 2003; Sováriová Soósová, 2009) boli u pacientov s RA, ale aj iným chronickým ochorením identifikované ako ohniskové stimuly: aktuálny zdravotný problém (aktivita, stupeň závažnosti, dĺžka ochorenia), bolesť, disabilita a i. a ako kontextuálne stimuly: sociálno-demografické faktory (napr. vek, pohlavie, vzdelanie, rodinný stav, sociálno-ekonomický status), osobná tvrdosť, nezdolnosť, úzkosť, disabilita, účasť na zdravie podporujúcich programoch, sociálna opora, komorbidity a i. Biologické odpovede (hlavne bolesť a fyzická aktivita) boli signifikantne ovplyvňované najmä depresiou, úzkosťou, osobnou tvrdosťou a zdatnosťou, ale aj napr. účasťou na edukačných programoch (Giraudet-Le Quintrec et al., 2007; Masiero et al., 2007; Ozcetin et al., 2007; Keefe, Somers, 2010). Ako významné stimuly determinujúce psychosociálnu adaptáciu boli identifikované bolesť, fyzická aktivita, funkčná disabilita, sociálna opora, účasť na zdravie podporujúcich programoch (Minnock et al., 2003; Tsai et al., 2003; Giraudet-Le Quintrec et al., 2007; Masiero et al., 2007; Margaretten et al., 2009). Reziduálne faktory sú zvyčajne neznáme alebo nejasné (napr. postoje, presvedčenia pacienta, optimizmus, spiritualita) a pre ich identifikáciu je potrebné dôvernejšie poznanie pacienta (Roy, Andrews, 1999). No aj tieto stimuly môžu mať vplyv na adaptáciu pacientov s reumatoidnou artritídou.

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s RA

Pre výber ošetrovateľských intervencií je podľa RAM potrebné poznanie stimulov a následná

manipulácia s nimi. Ochorenie ako ohniskový stimul sestra nemôže priamo manažovať, preto je dôležité upriamiť pozornosť na tie stimuly (najmä kontextuálne), ktoré sestra môže ovplyvniť (Pollock et al., 1994). Pri výbere a použití vhodných intervencií sa musí sestra zároveň riadiť legislatívnymi normami vymedzujúcimi jej zodpovednosti a právomoci. Na základe toho by sa mala ošetrovateľská starostlivosť u pacientov s RA zamerať najmä na: zmiernovanie bolesti, zlepšovanie/udržiavanie pohybovej aktivity, redukciu únavy a udržiavanie energetickej rovnováhy, zlepšovanie funkčnej schopnosti, redukciu psychického distresu (zmiernovanie úzkosti, depresie, zvyšovanie sebavedomia), posilňovanie pozitívne vnímanej sociálnej opory a edukáciu pacienta.

Zmierňovanie bolesti

Bolesť je hlavným konštantným znakom RA. Jej prítomnosť má negatívny vplyv na pohyblivosť, zhoršuje sebestačnosť v bežných denných aktivitách, súvisí s prežívaním denného stresu, úzkosti a depresie (Macejová et al., 1999; Minnock et al., 2003; Tsai et al., 2003). Zmierňovanie bolesti je teda primárnou úlohou sestier. Je to súbor činností zameraných na špecifické ako aj na všeobecné stratégie (posúdenie, uplatňovanie terapeutickú komunikácie a i.) redukcie bolesti. Zo špecifických stratégií ide predovšetkým o zachovávanie absolútneho pokoja na posteli v akútnom štádiu a aplikáciu analgetík a antireumatik podľa ordinácie lekára. Polohovanie je riadené podľa plánu zostaveného fyzioterapeutom alebo lekárom. Veľmi dôležité je udržanie správneho držania tela (pozri ďalej) a používanie podporných zariadení a pomôcok, ktoré udržia kĺb vo funkčnej pozícii, napr. dlahy, extenzné rukavice a pod. Pri redukcii bolesti sa ukázalo ako efektívne aj využívanie liečby chladom alebo teplom. V akútnom štádiu sa využíva hlavne liečba chladom. Studené obklady spomaľujú vedenie impulzov bolesti do mozgu a motorických impulzov do svalov v bolestivej oblasti, čím zabezpečujú rýchlejší ústup bolesti. Aplikujú sa buď špeciálne vrecká z mrazičky (–18 °C) na 10–20 minút 1–3× denne, alebo sa chlad aplikuje chladeným plynom pomocou špeciálnych prístrojov. V období remisie však chlad, hlavne vlhký, a tiež studená voda ťažkosti zhoršuje, pretože spôsobuje stiahnutie ciev,

znižuje prekrvenie a zvyšuje svalové napätie. Preto by sa mali pacienti vyvarovať prechladnutia, práce v studenom vlhkom prostredí či so studenou vodou, vyhýbať sa chytaniu studených predmetov, hlavne kovových. Tepelné procedúry sa aplikujú pri úplne neaktívnych kĺboch pri prítomnosti sekundárnych osteoartritických zmien. Využívajú sa napr. teplá voda, bahenné zábaly, rašelina, rôzne obklady a zábaly. Veľmi často sa používa vlhké teplo (napr. prúd teplej vody skraca rannú stuhnutosť), rovnako sa osvedčilo suché teplo, napr. aplikované elektrickým vankúšom, teplým vzduchom (v domácnosti napr. prúd tepla z elektrického teplovzdušného sušiča na vlasy), tepelným žiarením (napr. solux) alebo priamym dotykom s teplými suchými predmetmi (predhriate vrecká s pieskom) (Rovenský a kol., 2001; Tauchmannová, Gubzová, 2003; Lemone, Burke, 2004).

Zvyšovanie/udržiavanie pohybovej aktivity

Pohybová aktivita u pacienta s RA prispieva predovšetkým k zlepšeniu svalovej sily, k zmiereniu bolesti a k zvyšovaniu funkčnej schopnosti (Kettunen, Kujala, 2004). Voľba pohybovej liečby závisí od aktivity a štádia ochorenia, druhu postihnutých kĺbov, veku a compliance pacienta. Celkovo by pohybová aktivita mala byť progresívna, mala by sa vykonávať sústavne a pravidelne, nesmie zvyšovať bolesť (bolesť sa môže pri cvičení vyskytovať, mala by ustúpiť do dvoch hodín po cvičení a/alebo odznieť do dvoch dní) a nemala by neprimerane zvyšovať únavu (Tauchmannová, Gubzová, 2003; Koudelková, Kolář, 2007).

Viaceri autori (Rejholec, 1990; Tauchmannová, Gubzová, 2003; Kettunen, Kujala, 2004; White, 2006; Koudelková, Kolář, 2007) uvádzajú nasledujúce opatrenia pri RA: V štádiu vysokej aktivity sa ordinuje pokoj na posteli 2–3 dni, niekedy je vhodná i hospitalizácia. Úplný telesný pokoj znižuje systémovú zápalovú odpoveď, lokálne upokojenie. V akútnych stavoch je vhodná imobilizácia dlahami, kĺb sa má aspoň raz denne v plnom rozsahu pasívne precvičiť. Uplatňujú sa aj dychové a izometrické cvičenia. V rámci prevencie svalovej stuhnutosti, kontraktúr a deformít kĺbov je dôležité dodržiavať zásady správneho polohovania. Postihnuté kĺby by mali byť udržiavané v určitej funkčnej pozícii. Tá sa dá dosiahnuť snímateľnými dlahami, orté-

zami, bandážou a prípadne fixáciou v určitej optimálnej funkčnej polohe. U pacientov s vysoko aktívnou alebo ťažkou formou RA je dôležitá úprava lôžka, ktorá sa však nesmie podceňovať ani u pacientov s ľahším postihnutím. Lôžko by malo byť rovné, pevné, hmotnosťou pacienta sa nesmie prenášať. Nemá byť vyslovene tvrdé, ale primerane mäkké a pružné. Pod hlavou môže byť iba jeden malý, trochu tvrdší vankúšik. Väčší počet veľkých vankúšov vedie k niektorým nesprávnym polohám, hlavne k ohnutiu bedrových kĺbov a ohnutiu chrbtice. Prikrývka má byť teplá, ale ľahká, nesmie tlačiť na špičky nôh v ľahu na chrbte. Pri aktívnej RA sa odporúča najmä poloha na chrbte. Poloha na bruchu je vhodná napr. pri postihnutí ramena a bedrových kĺbov. Dolné končatiny by mali byť vystreté. U pacientov s postihnutím kolenných kĺbov je nevhodné podkladať kolenná vankúšom alebo poduškou, pretože končatina by nemohla byť úplne vystretá. Túto polohu je vhodné na kratšiu dobu vystriedať polohou na boku s pokrčenými končatinami. Chodidlá by sa mali v ľahu na chrbte opierať o peľast' postele, nemali by byť voľne stláčané hmotnosťou prikrývky smerom dole. Dôležitá je aj správna poloha horných končatín. Neodporúča sa ležať s hornými končatinami pritiahnutými k telu s rukami prekríženými na hrudníku. Horné končatiny by mali byť od tela čo najďalej, ak je to možné, dať si napr. ruky za hlavu. Táto poloha sa môže striedať s ľahkým rozpačením s natiahnutými predlaktami s dlanami nahor, lakte sa majú dotýkať podložky. Ak je zápal veľmi silný, že stuhnutie v lakti nie je možné zabrániť, snažíme sa aspoň, aby stuhol zohnutý v ostrom uhle, pretože v tejto polohe lakt'a je možné priblížiť ruku k tvári, jesť, česať sa, umývať sa a pod. Otočenie dlane nahor zase bráni vzniku deformity nazývanej „ochabnutá ruka“ (stuhnuté zápästie s rukou ohnutou dopredu). Vtedy nemožno vyvinúť dostatočnú silu pre uchopenie, päšť možno zatvoriť len veľmi ťažko. Obmedzuje sa činnosť ruky, čo znamená obmedzenie až stratu pracovnej schopnosti. Ak je zápästie ohnuté dozadu, je deformita funkčne výhodnejšia. Najdôležitejšie je, aby zápästie ostalo pevné a nebolestivé, aby bolo oporou ruky pri práci a pri chôdzi na barlách.

Po ústupe zápalovej aktivity sa pokračuje v izometrických cvičeniach a pacient postupne pod vedením rehabilitačného pracovníka začína

aktívne vykonávať pohyby, najmä na precvičenie maximálne možného rozsahu pohybu v kĺboch. Určité aktívne pohyby robí pacient aj počas sebaopatrovateľských aktivít (napr. česanie, obliekanie a pod.), neprecvičujú sa pritom všetky svalové skupiny. Preto treba pacienta povzbudzovať k pravidelnému, systematickému cvičeniu. Ďalej je treba dbať na udržiavanie správnej polohy nielen na lôžku, ale aj v akejkoľvek inej polohe či pri akejkoľvek činnosti počas dňa. Aj nesprávne sedenie môže byť zdrojom deformít, hlavne kolenných a bedrových kĺbov. V hlbokom nízkom mäkkom kresle môže mať pacient silne ohnuté kolená, bedrové kĺby a chrbtica nie je správne podopretá. Aj vstávanie z nízkej polohy je náročné a namáhavé. Nesprávne je aj sedieť na posteli s voľne spustenými dolnými končatinami. Pre pacienta s RA je vhodnejšie sedieť na vyššej stoličke, ktorá môže byť aj mäkká, s mäkkým okrajom, ale s pevným, širokým operadlom. Ak má pacient postihnuté kolená, mal by mať aj v sede vystreté končatiny, napr. podsunutím stoličky pod nohy, pričom nohy by mali byť opreté o operadlo stoličky, špičky nesmú prepadať. Správne držanie tela v stoji, pri pohybe či pri práci je súčasťou programu šetrenia kĺbov. Ochrana kĺbov zahŕňa vytváranie určitej rovnováhy medzi pohybovou aktivitou a odpočinkom, prednostné zaťažovanie veľkých kĺbov a svalových skupín pred malými kĺbmi (napr. ak treba vykonať určitý výkon prstami ruky, snažiť sa ho urobiť použitím väčších alebo viacerých kĺbov), snahu čo najviac obmedziť vplyv gravitácie (knihu nedržať, ale mať opretú), dbať, aby kĺb nebol iba v jednej pozícii pri činnosti, vytvoriť možnosť na prerušenie činnosti, odľahčiť veľké kĺby používaním bariel a i.

Pravidelné cvičenie, udržiavanie správnej polohy tela i jednotlivých kĺbov a ochrana kĺbov sú veľmi dôležité aj v období remisie. V tejto fáze sa už predovšetkým používajú aktívne dynamické cvičenia. Pacient sa učí a realizuje cviky pod vedením skúseného rehabilitačného pracovníka so zameraním na reumatické choroby. Cvičiť sa odporúča 2–4× denne po 10 minút. Niektoré cvičenia pacient nesmie vykonávať samostatne, ale iba pod vedením rehabilitačného pracovníka. Z týchto dôvodov sa pacientovi odporúča navštevovať rehabilitačné pracovisko. Ako vhodné cvičenia sa ukázali napr. bicyklovanie, plávanie, chôdza, aerobik.

Redukcia únavy a udržiavanie energetickej rovnováhy

Bolesť, chronický zápalový proces, nedostatok spánku, anémia a ďalšie faktory pri RA vedú k rozvoju únavy. Samotná únava následne znižuje schopnosť plnenia rolí (sebestačnosť v bežných denných aktivitách, plnenie úloh v domácnosti, znižuje pracovnú výkonnosť), je ale aj zdrojom psychickej nepohody (Riemsma et al., 1998; Hill, Hale, 2004). Manažment redukcie únavy a udržiavania energetickej rovnováhy zahŕňa napr. plánovanie rovnomerných období aktivity a odpočinku, pomoc pacientovi pri určovaní a organizovaní prioritných aktivít, postupné zvyšovanie nárokov na pacienta, podporu predpísaného pravidelného cvičenia, podporu využívania relaxačných techník, spánku, vyváženého stravovania a i. (White, 2006; Burke et al., 2007). Veľmi dôležité je monitorovanie stavu výživy a zabezpečenie adekvátneho príjmu potravy. U pacientov s RA sa odporúča racionálna vyvážená strava s udržiavaním normálnej telesnej hmotnosti, pretože nadváha a obezita prispievajú k zhoršeniu fyzických príznakov RA, ako aj k celkovému zhoršeniu kvality života u pacientov s RA (García-Poma et al., 2007). Dokázaná je prospešnosť diéty bohatej na omega-3 mastné kyseliny (primárne obsiahnuté v rybom oleji) pri redukcii mäkkosti kĺbov (Burke et al., 2007). U pacientov s RA bol dokázaný aj priaznivý vplyv mediteránskej diéty na redukcii zápalovej aktivity, zlepšenie fyzických funkcií a vitality. Pre mediteránsku (stredomorskú) diétu je charakteristická konzumácia cereálií a ich derivátov (chlieb, cestoviny a ryža), strukovín, zeleniny, olivového oleja a suchých plodov. Súčasťou diéty sú taktiež, ale v menšej miere, ryby, vajcia, hydina a mliečne deriváty. Pacientom bol odporúčaný olivový olej, rozdielne margaríny, mrazená zelenina a čaj, znížený príjem mlieka a nízkotučných mliečnych výrobkov a zákaz požívania alkoholických nápojov (Sköldstam et al., 2003).

Zvyšovanie/udržiavanie funkčnej schopnosti

Pri RA sa zásadne mení tak inštrumentálna schopnosť, ako aj behaviorálna stránka plnenia rolí. Funkčná disabilita je spolu s bolesťou významným prediktorom denného stresu a depresie (Tsai et al., 2003; Margaretten et al., 2009). Táto zmena rolí pacienta vyúsťuje aj do zmien v rolách ostatných členov rodiny. To môže zvý-

namne ovplyvniť rodinný život, zvýšiť psychický distress v rodine a spôsobiť ďalšie ťažkosti pri vyrovnávaní sa s dôsledkami ochorenia (Rovenský a kol., 2001; Tsai et al., 2003; Hill, Hale, 2004).

Významnou úlohou sestry je zvyšovanie/udržiavanie samostatnosti pacienta v bežných denných činnostiach. Zvyšovanie nárokov na aktivitu chorého má byť postupné, dôležité je striedanie aktivít s chvíľami odpočinku. U pacientov s RA môže byť postihnutie niekedy veľmi rozsiahle, znemožňujúce i jednoduché výkony sebaobsluhy. Niektoré činnosti však možno uskutočniť pomocou jednoduchých kompenzačných pomôcok. Používanie rôznych kompenzačných pomôcok podporuje samostatnosť pacienta, znižuje námahu pri výkone aktivity, zvyšuje bezpečnosť a redukuje záťaž sestry či inej osoby. Pacientovi treba prakticky ukázať, ako používať jednotlivé pomôcky správnym spôsobom. Kompenzačné pomôcky je možné využiť nielen pri bežných denných aktivitách, pri plnení úloh v domácnosti, ale aj pri niektorých zábavných či rekreačných aktivitách (Tomagová a kol., 2008). V rámci obliekania a úpravy je treba pamätať aj na výber oblečenia a obuvi. Oblečenie by malo udržiavať stálu telesnú teplotu, vhodné oblečenie by malo byť zo savého materiálu (bavlna, vlna), dostatočne voľné, so zapínaním vpredu, vhodnejšie je zapínanie na zapínadlo alebo patenty, gombíky by mali mať priemer aspoň 2 cm, aby sa ľahko dalo oblečenie zapnúť. V rámci prevencie porušenia klenby nohy a deformít kĺbov nohy má význam aj nosenie vhodnej obuvi. Tá by mala byť dostatočne pevná, pritom ale pohodlná. Ak hrozí vbočenie členkového kĺbu, pacientovi sa odporúča nosiť vysoké pevné šnurovacie topánky, ktoré by poskytovali vhodnú oporu. Topánky by mali mať zaokrúhlené špičky, pretože špicaté topánky podporujú deformity palcov nohy. V obuvi by mala byť vstavaná opora pre pozdĺžnu i priečnu klenbu nohy. Pokiaľ sa takáto opora v obuvi nenachádza, pacient by mal používať vložky do topánok. Podrážka na topánkach by mala byť silná, nie tenká, pokiaľ možno pružná a ľahká, pretože sa tým tlmia dotyky so zemou. Zvlášť je dôležité upozorniť pacienta na nosenie správnej obuvi nielen vonku, na pracovisko, ale aj v domácnosti, pretože častokrát doma sa používa mäkká, pohodlná obuv bez nejakej opory a nohy sú často zaťažované najmä

dlhodobým stáťím pri domácich prácach (Rejholec, 1990; Burke et al., 2007).

Keďže RA ovplyvňuje plnenie rôznych rolí, ktoré signifikantne ovplyvňujú vzťahy a psychickú pohodu v rodine, je veľmi dôležitá diskusia s pacientom na túto tému. Nápomocná je aj komunikácia na túto tému medzi pacientom a rodinou. Sestra im môže pomôcť pri určovaní ich síl, ktoré môžu byť použité pri vyrovnávaní sa s novými rolami a ich akceptáciou (Hill, Hale, 2004; Burke et al., 2007). V rámci plnenia úloh v domácnosti je napr. dôležitá diskusia na tému ich prerozdelenia medzi jednotlivých členov domácnosti. U žien môže dôjsť aj k problematickému zvládaniu role matky s príchodom dieťaťa. Sestra a pôrodná asistentka tu môžu byť nápomocné napr. pri plánovaní prioritných aktivít, kontrole bolesti, plánovaní vyváženého stravovania, udržiavaní energetickej rovnováhy a pod. Citlivou témou sú aj partnerské – sexuálne vzťahy. Sestra môže byť nápomocná pacientom pri poskytovaní informácií o pohodlných polohách, úprave prostredia (navodenia intímneho prostredia, relaxácii), možnosti využitia profylaktickej analgézie a poučenia o nežiaducich účinkoch liekov na sexualitu. Ako prvá je však dôležitá otvorená komunikácia medzi partnermi, vo vážnejších prípadoch je potrebné odporučiť konzultáciu so sexuológom (Hill et al., 2003; Hill, Hale, 2004; Bands, 2007).

Redukcia psychického distressu

Rôzne štúdie (Ozcecin et al., 2007; Keefe, Somers, 2010) u pacientov s reumatoidnou artritídou dokazujú, že úzkosť, depresia, psychologický stres, beznádej, vnímaná osobná zdatnosť (self-efficacy), copingové stratégie sú významnými prediktormi bolesti a funkčnej disability. Znížením psychického distressu, posilňovaním sebaúcty, sebariadenia, využívaním adaptívnych copingových stratégií a pod. tak môžeme prispieť k zmierneniu bolesti a zvyšovaniu funkčnej schopnosti. Pre odhalenie týchto problémov je dôležitá terapeutická komunikácia povzbudzujúca pacienta k vyjadreniu pocitov a postojov. Pacientovi je treba pomôcť pri identifikovaní jeho pozitív, zdôrazňovať jeho schopnosti, úspechy, zapájať pacienta do primeraných a obľúbených činností, do cvičebného programu a do spoločenských akcií, podporovať ho v nezávislosti a v sebariadení; pomocným môže byť kontakt s rovnako chorými osobami, svoj-

pomocnými skupinami (Hill, Hale, 2004; Burke et al., 2007; Čáp, Holmanová, 2008). K redukcii psychického stresu, zníženiu depresívnych symptómov prispievajú aj edukačné programy zamerané nielen na poskytovanie informácií, ale aj na self-manažment ochorenia (kontrola bolesti, zvyšovanie nezávislosti v bežných činnostiach a i.) a manažment stresu (Giraudet-Le Quintrec et al., 2007; Masiero et al., 2007). Uplatňovanie efektívnych copingových stratégií (plánovanie, vyhľadávanie inštrumentálnej a emocionálnej sociálnej opory, ...), prežívanie vzťahu s transcendentnom, uplatňovanie pozitívnych religióznych/spirituálnych stratégií (vnímanie Boha ako partnera, oporu, silu, ...) optimizmus tiež prispievajú k redukcii stresu, negatívnej nálady a bolesti (Keefe et al., 2001; Curtis et al., 2005; Rasmussen et al., 2009). V závažných prípadoch je vhodné nadviazať spoluprácu s inými odborníkmi (psychológom, duchovným a pod.).

Posilňovanie pozitívne vnímanej sociálnej opory

Sociálna opora úzko súvisí so stresom, úzkosťou a depresiou. Pozitívne vnímaná sociálna opora sa spája s lepším zvládaním životných ťažkostí, pohodou (well-being) než nedostatočná alebo negatívne vnímaná sociálna opora (Tsai et al., 2003; Strating et al., 2006). Sestra môže podporovať pacienta a rodinu k rozvoju a udržiavaniu rodinných stretnutí, pomôcť pacientovi rozoznávať a akceptovať pomoc zo strany priateľov a rodiny, pomôcť pacientovi a rodine identifikovať stratégie vnímané pacientom ako podporné. Křivohlavý (2001) uvádza, že ako podporujúce správanie býva zo strany pacientov s chronickým ochorením vnímané napr. obstaranie liekov, pomoc odpočívať, vyjadrenie symptiem, prebratie niektorých povinností a ako negatívne správanie (negatívne vnímaná sociálna opora) napr. snaha zatiahnuť pacienta do diskusie, aby zabudol na bolesť, povzbudzovanie k venovaniu sa koničkom, vyjadrenie frustrácie. Sestra môže informovať o ďalších možnostiach sociálnej opory či výpomoci. Významným zdrojom nielen emocionálnej, ale aj informačnej, technickej a inej sociálnej opory sú aj rôzne organizácie či svojpomocné skupiny (Křivohlavý, 2001; Hill, Hale, 2004; Burke et al., 2007). Na Slovensku existuje viacero združení. Jedným z nich je napr. Liga proti reumatizmu, ktorá pôsobí na národnej i medzinárodnej úrovni.

Svojim členom poskytuje poradensko-konzultačné služby, organizuje rekondičné a vzdelávacie pobyty, rôzne kurzy, prednášky, informačno-edukačné kampane, organizuje rôzne spoločensko-kultúrne a športové podujatia a i. (Hrčková, 2006).

Edukačné programy

Viacere štúdie (Pollock et al., 1994; Giraudet-Le Quintrec et al., 2007; Masiero et al., 2007) poukazujú na význam edukácie v procese fyzickej i psychosociálnej adaptácie. Na väčšine edukačných programov sa podieľa multidisciplinárny tím, v ktorom zohráva dôležitú úlohu aj sestra. Edukačné programy sú často zamerané na sprostredkovanie jednak všeobecných informácií o chorobe, liečbe ako aj napr. na kontrolu bolesti, zvyšovanie sebestačnosti v bežných denných aktivitách, udržiavanie energetickej rovnováhy, správnu výživu, efektívne zvládanie stresu či rôzne rehabilitačné techniky. Edukačné kognitívno-behaviorálne programy u pacientov s RA preukázali významnú prospešnosť na zmierňovanie bolesti, redukcii disability, úzkosti, depresie, zlepšovanie sociálnej interakcie, zlepšenie copingových stratégií, spokojnosti a vedomostí (Giraudet-Le Quintrec et al., 2007; Masiero et al. 2007). Z dlhodobého hľadiska mali tieto edukačné programy síce významný, ale malý vplyv. Edukácia by preto nemala byť jednorazovou záležitosťou, mala by prebiehať kontinuálne v určitých pravidelných časových intervaloch. Tiež by nemala byť zameraná iba na sprostredkovanie informácií, v ktorej je pacient pasívnym príjemcom. Pre úspešné sebariadenie je veľmi dôležité aktívne osvojovanie si vedomostí a praktické precvičenie zručností.

ZÁVER

RA predstavuje vážne ochorenie, ktoré narúša adaptačnú schopnosť nielen v biologickej, ale aj v psychosociálnej oblasti. RAM sa javí ako vhodný model na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s chronickým ochorením, akým je RA. Toto ochorenie má mnoho tvárí, a preto vyžaduje účasť mnohých odborníkov ako aj samotného pacienta na liečbe a starostlivosti. Poskytovanie včasnej a optimálnej starostlivosti kladie na ošetrojúci personál značné požiadavky z hľadiska vedomostí a zručností. Tento prehľad môže byť nápomocný pri ľahšej identifikácii problémov pacientov s RA, môže

prispieť k lepšiemu porozumeniu ich preferencií v liečbe a môže byť pomocný pri výbere vhodných intervencií s cieľom dosiahovania optimálnych výsledkov u pacientov.

LITERATÚRA

- Baczyk G (2005). The evaluation of the functioning and of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku, suppl. 50/1*: 170–173.
- Bands VE (2007). Nursing Care of Patients with Rheumatoid Arthritis. *Johns Hopkins Advanced Studies in Nursing, 5/1*: 23–31.
- Bartlett SJ, Piedmont R, Bilderback A, Matsumoto AK, Bathon JM (2003). Spirituality, well-being, an quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 49/6*: 778–783.
- Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK (2001) Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two-year longitudinal observational study. *Rheumatology, 40/4*: 387–392.
- Burke MK et al. (2007). *Medical-Surgical Nursing*. New-Jersey: Prentice Hall, pp. 1060–1066.
- Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 59/2*: 192–198.
- Čáp J, Holmanová E (2008). *Bezpečie a istota. In Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 197 p.
- García-Poma A, Segami MI, Mora CS, Ugarte MF, Terrazas HN, Rhor EA, García E, Ramos MP, Alva M, Castañeda I et al. (2007). Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology, 26/11*: 1831–1835.
- Giraudet-Le Quintrec J-S, Mayoux-Benhamou A, Ravaud P, Champion K, Dernis E, Zerkak D, Ouslimani A, Courpied J-P, Revel M, Kahan A, Dougados M (2007). Effect of a collective educational program for patients with rheumatoid arthritis: a prospective 12-month randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology, 34/8*: 1684–1691.
- Hill J, Hale C (2004). Clinical skills: Evidence-based nursing care of people with rheumatoid arthritis. *British Journal of Nursing, 13/14*: 852–857.
- Hill J, Bird H, Thorpe R (2003). Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology, 42/2*: 280–286.
- Hrčková L (2006). Liga proti reumatizmu v parlamente. *Informačný bulletin, 15/1–2*: 16–19.
- Keefe FJ, Somers TJ (2010). Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain. *Nature Reviews. Rheumatology, 6/4*: 210–216.
- Keefe FJ et al. (2001). Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain, 6/2*: 101–110.
- Kettunen JA, Kujala UM (2004). Exercise therapy for people with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 14/3*: 138–142.
- Koudelková J, Kolář P (2007). *Revmatické choroby*. In *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, pp. 582–585.
- Křivohlavý J (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s. r. o., 279 p.
- Lemone P, Burke K (2004). *Medical-surgical nursing. Critical thinking in client care*. 3. ed. New Jersey: Pearson Education International. Prentice Hall, 1631 p.
- Macejová Ž a kol. (1999). Bolest' a reumatoidná artritída. *Vnitřní lékařství, 45/6*: 359–363.
- Madarasová Gecková A (2005). *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví*. I. diel. Michalovce: PeGaS, s. r. o., 126 p.
- Margaretten M, Yelin E, Imboden J, Graf J, Barton J, Katz P, Julian L (2009). Predictors of depression in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum, 61/11*: 1586–1591.
- Masiero S, Boniolo A, Wassermann L, Machiedo H, Volante D, Punzi L (2007). Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized control trial. *Clinical Rheumatology, 26/12*: 2043–2050.
- Minnock P, FitzGerald O, Bresnihan B (2003). Women with establish rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology, 42/8*: 995–1000.
- Newman AM (2007). Arthritis and sexuality. *The Nursing Clinics of North America, 42/4*: 621–630.
- Ozcecin A, Ataoglu S, Kocer E, Yazıcı S, Yildiz O, Ataoglu A, Ycmeli C (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patient with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *The West Indian Medical Journal, 56/2*: 122–129.
- Pollock SE, Frederickson K, Carson MA, Massey VH (1994). Contributions to nursing science: Synthesis of findings from adaptation model research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 8/4*: 361–372.
- Požonská M, Kollárová B, Mrozková S (2008). Problematika zamestnanosti pacienta s reumatoidnou artritídou vo vzťahu ku kvalite života. In *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša, Prešov: PU v Prešove, FZ v spolupráci s FNŠP J.A. Reimana v Prešove*, pp. 157–160.
- Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB (2009). Optimism and physical health. *Annals of Behavioral Medicine, 37/3*: 239–256.
- Rejholec V (1990). *Revmatismus. Rady nemocným*. Praha: Avicena, 185 p.
- Riemsma RP, Rasker RJ, Taal E, Griep EN, Wouters JMGW et al. (1998). Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *British Journal of Rheumatology, 37/10*: 1042–1046.
- Rovenský J a kol. (2001). *Reumatoidná artritída. In Princípy internej medicíny*. I. vydání. Bratislava: Slovak Academic Press, s. r. o., 2951 p., pp. 1408–1425.
- Roy C, Andrews HA (1999). *The Roy adaptation model*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Sköldstam L, Hakfors L, Johansson G (2003). An experimental study of a Mediterranean diet intervention for patients with rheumatoid arthritis. *Ann*

- Rheum Dis [online]. 62/3: 208–214. [cit. 2008-01-11]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12594104?dopt=Abstract>
34. Sokka T, Krishnan E, Häkkinen A, Hannonen P (2003). Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis & Rheumatism*, 48/1: 59–63.
 35. Sokka T, Toloza S, Cutolo M, Kautiainen H, Makinen H, Gogus F, Skacic V, Badsha H, Peets T, Baranauskaitė A, Géher P, Ujfalušy I et al. (2009). Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA Study. *Arthritis Research & Therapy*. [online]. 11/1: 1–12. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://arthritis-research.com/content/11/1/R7>
 36. Sováriová Soósová M (2009). Možnosti využitia štandardizovaných meracích nástrojov v ošetrovateľskej starostlivosti (Dizertačná práca). Trnava: Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 142 p.
 37. Strating MMH, Suurmeijer TPBM, Van Schuur WH (2006). Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: result from a thirteen-year prospective study. *Arthritis and Rheumatism*, 55/5: 736–744.
 38. Tauchmannová H, Gubzová H (2003). Revmatologická rehabilitace. In *Klinická revmatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, pp. 843–855.
 39. Tomagová M a kol. (2008). *Potreby v ošetrovateľstve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 198 p.
 40. Tsai PF, Tak S, Moore C, Palencia I (2003). Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 43/2: 158–169.
 41. van Berlo WTM, van de Wiel HBM, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WCM, van Rijswijk MH (2007). Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clinical Rheumatology*, 26/1: 30–38.
 42. White C (2006). *Fatigue and sleep*. In *Rheumatology nursing: a creative approach*. Great Britain, Padstow, Cornwall: John Wiley and Sons, pp. 245–270.

Mária Sováriová Soósová
maria.sovariova.soosova@upjs.sk