

ČO JE MOŽNÉ UROBIŤ PRE ZLEPŠENIE PSYCHICKEJ POHODY SOMATICKY CHORÝCH PACIENTOV

¹M. KOVÁŘOVÁ, ²I. DÓCI, ³L. HOSÁK

¹Ústav sociálnej medicíny Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika, Košice, Slovenská republika

²Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika a Fakultná nemocnica s poliklinikou, Košice, Slovenská republika

³Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové, Česká republika

Úvod

Medzi najčastejšie príčiny chorobnosti a invalidity v rozvinutých krajinách sa zaraďuje reumatoidná artritída (RA). Ide o chronickú somatickú chorobu, ktorá postihuje v našich regiónoch približne 1–2 % dospeléj populácie. Choroba postihuje trikrát častejšie ženy ako mužov. Reumatoidná artritída nastupuje v dospeléj populácii zvyčajne medzi 40. a 50. rokom života, ale symptómy choroby sa môžu zjaviť v ktoromkoľvek veku. Toyoshima (1) uvádza, že choroba skracaje dĺžku života mužov v priemere o 7,5 roka a žien o 3,5 roka. Táto chronická progresívna choroba autoimúnneho systému je charakterizovaná nepredvídateľným priebehom. V poslednom období sa čoraz viac dostáva do popredia popri medicínskych a ekonomických následkoch RA aj tá skutočnosť, že choroba v podstatnej miere ovplyvňuje funkčnú kapacitu chorých a kvalitu života. Pacienti v tejto súvislosti uvádzajú na prvom mieste ako problém bolesti, potom obmedzenia v pohyblivosti, ťažkosti s vykonávaním bežných denných činností, bezradnosť, závislosť na pomoci iných, ohrozenie sebaúcty, zásah do zvyčajných sociálnych aktivít pacienta, zásah do rodinných vzťahov, ťažkosti s vykonávaním zamestnania, neprijemnosti spojené s liečbou.

Predkladaná analýza skúma vplyv choroby na psychické zdravie pacientov, tj. zisťuje ktoré faktory je potrebné ovplyvniť pre zlepšenie kvality života v oblasti psychického zdravia.

Materiál a metodika

Výskum bol štruktúrovaný ako štvorročná perspektívna kohortová štúdia (T1-T4) (2). V prvom roku štúdie (T1) skúmaný súbor predstavoval 160 pacientov s včasnými štádiami reumatoidnej artritídy, ktorí naplnili kritéria pre RA a vyhovel začleňujúcim kritériám EURIDISS projektu (3). V štvrtom roku štúdie (T4) zostalo vo vzorke 124 pacientov. Z pôvodného počtu skúmaných pacientov 36 nemohlo byť vyšetrených pre rôzne príčiny (zmena bydliska, neochota ďalej spolupracovať, úmrtie), a tak neboli zaradení do longitudinálnej analýzy.

V predkladanej analýze sme pracovali so základ-

nými socio-demografickými údajmi; s údajom o stupni funkčnej kapacity pacientov, čo sme vyjadrili pomocou Steinbrockerovho indexu (STEIN) (4). Bolesť sme hodnotili pomocou Nottinghamského profilu zdravia (5, 6) a funkčnú neschopnosť pomocou Stanfordského dotazníka hodnotiaceho zdravie indexom neschopnosti (HAQ/FDI) (7). Uvedené nezávislé premenné sme použili v mnohonásobnej regresnej analýze pri hľadaní vzťahu k závislej premennej, tj. k psychickej pohode. Na jej hodnotenie sme použili sebaopisovú mierku, a to Všeobecný dotazník zdravia – 28 položkovú verziu (GHQ-28) (8). Pacient porovnáva svoj súčasný stav (tj. za posledné štyri týždne) so svojím obvyklým stavom. Dotazník má štyri podškály, každá z nich obsahuje sedem položiek. Podškály sú zamerané na prítomnosť somatických symptómov (SOM), prejavov úzkosti a nespavosti (ANX a INS), na sociálnu dysfunkciu (SOC DYS) a na depresiu (DEP). Pacienti hodnotia svoj stav jednou zo štyroch možných odpovedí, a to „cítim sa“:

- 1 – lepšie ako zvyčajne
- 2 – rovnako ako vždy
- 3 – horšie ako zvyčajne
- 4 – podstatne horšie ako zvyčajne.

Odpovede pacientov sú hodnotené Likertovým skórovaním (1, 2, 3, 4). Celkové skóre sa pohybuje v rozsahu od 28 do 112, pričom vyššie skóre znamená vyššiu psychologickú distres, tj. nižšiu hladinu subjektívne vnímanej psychickej pohody. Spoľahlivosť mierky overovaná koeficientom vnútornej konzistencie alfa a vnútropoložkovými koreláciami bola nasledovná – alfa koeficienty podškál sa pohybovali okolo 0,82 a vnútorná konzistencia celkovej škály bola 0,92.

Štatistickú analýzu sme uskutočnili pomocou Štatistického navigátora podľa Rimarčíka (9) a SPSS štatistického balíka programov verzia 7.5. pre Windows 95.

Výsledky

Súbor pacientov, ktorých údaje sme podrobili longitudinálnej štatistickej analýze, predstavovalo 124.

Štruktúra súboru podľa pohlavia pacientov bola nasledovná: pomer počtu žien k mužom v celkovom súbore pacientov predstavoval 5:1. Priemerná dĺžka trvania choroby v súbore pacientov bola 21,3 mesiacov ($SD \pm 15,61$) v T1 a 61,1 mesiacov ($SD \pm 16,48$) v T4. Priemerný vek pacientov v súbore predstavoval na začiatku štúdie 48,3 ($SD \pm 12,1$) rokov, bez významných interpopulatívnych rozdielov. Takmer polovica pacientov mala stredoškolské vzdelanie ukončené maturitnou skúškou (T1:38,8 %, resp. T4:42,5 %). Vzdelanostná štruktúra pacientov poukazuje na interpopulatívne odlišnosti. Ženy najčastejšie uvádzali úplné stredoškolské vzdelanie s maturitou (40,7 %), zatiaľ čo muži učňovské vzdelanie (48,0 %).

Stupeň funkčnej kapacity pacientov vyšetrená pomocou ARA klasifikácie (Steinbrockerov index) bol 1,98 ($SD \pm 0,45$) v T1, resp. 1,94 ($SD \pm 0,55$) v T4, tj. pacienti mali problémy s nevhodnou alebo obmedzenou pohyblivosťou jedného alebo viac kĺbov. Funkčné dôsledky choroby v oblasti telesného fungovania, hodnotené pomocou indexu funkčnej neschopnosti (HAQ/FDI) sa prejavili u polovici všetkých žien (51,1 %) a u jednej štvrtiny mužov (24,0 %). Tieto hodnoty sa pohybovali v intervale od 0,5 do 1,25 pri priemernej dĺžke trvania choroby 21,3 ($SD \pm 15,6$) mesiacov v T1. V priebehu štyroch rokov sledovania došlo k štatisticky významnému prehĺbeniu obmedzení pri vykonávaní bežných denných činností u žien, a to najmä v sebaobslužných činnostiach.

Pri nástupe choroby sme zistili u pacientov výraznejší pocit únavy, výraznejšiu bolesť postihnutých kĺbov a väčšiu mieru obmedzení pohyblivosti, tj. profil zdravia hodnotený pomocou NHP bol v T1 horší ako v T4 (tab. 1).

Tabuľka 1

Priemerné hodnoty a trend vývoja celkového skóre NHP a jeho podškál u pacientov s RA (T1-T4)

Premenná	T1		T4	
	a	b	a	b
NHP súhrnné skóre (19–38)	27,9	100	28,4	101
Podškála:				
Únava	4,2	100	4,4	103
Fyzický pohyb	12,7	100	12,8	101
Bolesť	11,1	100	11,3	101

Psychická pohoda pacientov hodnotená pomocou súhrnného skóre dotazníka GHQ-28 a taktiež pomocou skóre jeho štyroch podškál, poukazuje na to, že hoci sa v priebehu štyroch rokov zlepšila subjektívne vnímaná psychická pohoda pacientov vyjadrená súhrnným skóre, zhoršilo sa skóre hodnotiace prítomnosť somatických ťažkostí a úzkosti v T4 oproti T1 (bez štatistickej významnosti) (tab. 2).

Tabuľka 2

Priemerné hodnoty a trend vývoja skóre psychickej pohody

Parameter	T1		T4	
	a	b	a	b
GHQ – súhrnné skóre (28–112)	56,7	100	56,2	99
Podškála:				
SOM	16,0	100	16,2	101
ANX	14,9	100	14,9	101
DYS	16,1	100	15,6	97
DEP	9,7	100	9,5	99

Vysvetlivky:

SOM – somatické prejavy; ANX – anxieta a insomnie;

DYS – sociálna dysfunkcia; DEP – depresia

U pacientov s dlhším trvaním choroby sme zistili tak výraznejšie somatické prejavy ako aj prejavy úzkosti. Pacienti v T4 sa častejšie sťažovali na nespavosť.

Mnohonásobnou regresnou analýzou sme zistili, že zo skúmaných šiestich premenných (vek, pohlavie, dĺžka trvania choroby, funkčná schopnosť (STEIN a HAQ/FDI) má iba bolesť štatisticky významný vzťah k psychickej pohode pacientov s RA ($\beta = 53,7$; $T = 0,001$).

Diskusia

Pribúdanie počtu chronicky chorých ľudí má ďalekosiahly dôsledok na zdravotnú starostlivosť, ako aj na zmenu stratégie zdravotníckej a sociálnej politiky (10). Z charakteru chronických chorôb vyplýva, že majú dlhé trvanie a sú zväčša nevyliciteľné. Chronická choroba predstavuje dlhotrvajúci stresor v živote pacienta. Dlhodrvajúca choroba podrobuje vážnym skúškam adaptačné zdroje ľudí, čo často vyúsťi do bezradnosti, do depresie, do obáv a do vytvárania negatívneho sebaobrazu (11). Stratégia liečby sa tak posúva v posledných desaťročiach od eliminácie choroby k udržiavaniu prijateľnej úrovne fungovania

chronicky chorých ľudí. To vedie k veľmi dôležitému cieľu, a to k zlepšeniu kvality života ľudí trpiacich chronickými chorobami.

Jednotlivci sa prispôbujú zmenám svojho zdravotného stavu veľmi rozmanitým spôsobom, pričom túto rozmanitosť nie je možné vysvetliť iba medicínskymi faktormi. Práve preto je potrebné skúmať, ktoré faktory sa podieľajú na udržiavaní funkčnosti človeka a schopnosti prispôbiť sa chronickej chorobe, a tak prispievajú k zlepšeniu jeho celkovej kvality života.

V priebehu štyroch rokov skúmania pacientov sme nezistili štatisticky významné zmeny v sledovaných socio-demografických ukazovateľoch, s výnimkou straty zamestnania v dôsledku RA. Pacienti prežívali najvyšší distress v prvom roku sledovania súboru (T1), čo súviselo s menlivým priebehom choroby a neistou prognózou ako aj s ďalšími faktormi. Prierezová analýza vstupných dát (T1) poukázala na to, že psychická pohoda pacientov stredne silne korelovala s ich funkčnou schopnosťou hodnotenou podľa HAQ/FDI ($r = 0,32$) (12). Zhodné zistenia uvádzajú holandskí autori pri skúmaní determinant psychického distressu počas prvého roku po nástupe choroby (13).

Štvorročná štúdia navyše poukázala na významný význam zvládania bolesti pri subjektívnom hodnotení psychickej pohody pacientov. V zhode s našimi zisteniami Hegyi uvádza, že bolesť znižuje kvalitu života a často vyvoláva depresívne stavy u pacientov s reumatickými chorobami a ak ide o starších pacientov tieto stavy disponujú k vývoju geriatrického maladaptívneho syndrómu (14). Zvládnutie bolesti u chorých s RA sa vo veľkej miere môže podieľať na pozitívnom ovplyvnení skutočnosti, ako budú chorí vnímať svoju psychickú pohodu. Tak manažment bolesti má nielen reumatologicko – farmakoterapeutický rozmer, ale aj širší, a to psychologický, psychiatrický, v neposlednej miere aj edukačný. Informovanosť a odborné vedenie pacienta je v tomto kontexte súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta (15).

Záver

V súbore pacientov trpiacich chronickou somatickou chorobou (RA) sme zisťovali vzťah medzi subjektívne vnímanou psychickou pohodou pacientov a vybranými charakteristikami, ako sú pohlavie, vek pacientov, dĺžka trvania choroby, bolesť, funkčná kapacita a funkčná neschopnosť. Mnohonásobná regresná analýza poukázala na to, že bolesť sa podieľala v najväčšej miere na jej vysvetlení. Vyrovnáť sa s bolesťou je najťažšou úlohou akú prináša táto choroba. Uvedené zistenie podporuje vhodnosť tímového prístupu k pacientovi trpiacemu chronickou soma-

tickou chorobou. Úzka spolupráca reumatológa, psychiatra, psychológa a rehabilitačných pracovníkov je nutná k modernej komplexnej starostlivosti takýchto pacientov.

Literatúra

1. TOYOSHIMA, H. - TOTH, PP. - GRABER, MA. University of Iowa Family Practice Handbook. 3rd ed. Chapter 6. Rheumatology: Rheumatoid arthritis. 1996.
2. KOVÁŘOVÁ, M. - SZILASIOVÁ, A. - DIJK, JP. van - KROL, B. Slovakia joins Western European Research on Rheumatoid Arthritis. *Int. J. Health Sci.*, 1994, vol. 5, no. 4, p. 171-174.
3. EURIDISS. European research on incapacitating diseases and social support. Rationale and research protocol of the EURIDISS project. *Int. J. Health Sci.*, 1990, vol. 1, no. 3, p. 217-228.
4. STEINBROCKER, C. - TRAEGER, CH. - BATTERMEN, RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA*, 1949, no. 140, p. 659-662.
5. HUNT, SM., et al. The Nottingham Health Profile subjective health status and medical conditions. *Soc. Sci. Med.*, 1981, 15A, no. 3, p. 221-229.
6. KOVÁŘOVÁ, M., et al. Nottinghamský profil zdravia v hodnotení kvality života pacientov s reumatoidnou artritídou. *Rheumatológia*, 2000, roč. 14, č. 4, s. 177-181.
7. FRIES, JF., et al. The dimensions of health outcomes. The Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales. *J. Rheumatol.*, 1982, no. 9, p. 789-793.
8. GOLDBERG, DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972. (Maudsley Monograph no. 21).
9. RIMARČÍK, M. Štatistický navigátor. 2000. www.statistika.host.sk
10. BAŠKA, T. - STRAKA, Š. Je súčasný trend úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia v Slovenskej republike dôvodom k optimizmu? *Epid. Mikrobiol. Imunol.*, 1995, roč. 44, č. 4, s. 177-179.
11. ONDREJKA, I., et al. Koncepcia kvality života a jej význam v zdravotníctve. *Slov. Lekár*, 2001, roč. 25, 2001, č. 11, s. 256-258.
12. SZILASIOVÁ, A., et al. Psychosociálne faktory a reumatoidná artritída. *Čs. Revmatol.*, 1997, roč. 5, č. 2, s. 82-87.
13. EVERS, AW., et al. Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *J. Behav. Med.*, 1997, vol. 20, no. 5, p. 489-505.
14. HEGYI, L. Reumatické choroby v geriatrickej. *Rheumatológia*, 1996, roč. 10, č. 4, s. 191-193.
15. KOVÁŘOVÁ, M. - BÉREŠOVÁ, A. Sú pacienti trpiaci chronickou chorobou dostatočne a primerane informovaní o svojom ochorení? In *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXIX. dňi zdravotnej výchovy Ivana Stodolu*. Bratislava, ŠFZÚ, 2002, s. 85-90.

Korespondence: Doc. MUDr. Mária Kovářová, CSc.
Ústav sociálnej medicíny LF UPJŠ
Tr. SNP 1
040 66 Košice
Slovenská republika

Do redakcie došlo 20. 6. 2003