



BOLEŠŤ, FUNKČNÝ STAV, ÚZKOSŤ, DEPRESIA A SOCIÁLNA INTERAKCIA U SENIOROV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU

PAIN, FUNCTIONAL STATUS, ANXIETY, DEPRESSION, AND SOCIAL INTERACTION IN OLDER ADULTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Mária Sováriová Soósová, Renáta Suchanová, Libuša Tirpáková

*Ústav ošetrovatelstva, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Slovenská republika
Department of Nursing Care, Faculty of Medicine, Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Slovakia*

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo posúdiť bolesť, funkčný stav, úzkosť, depresiu, sociálne aktivity a sociálnu oporu u seniorov s reumatoidnou artritídou (RA) a ich vzájomné vzťahy, posúdiť možné rozdiely vzhľadom na pohlavie, rodinný stav, vek, trvanie ochorenia a komorbiditu. **Metódy:** U 60 seniorov s RA bola posudzovaná intenzita bolesti vizuálnou analógovou škálou (VAS), funkčná disabilita Stanfordským dotazníkom hodnotiacim zdravie indexom disability (HAQ-DI), úzkosť Beckovým inventárom úzkosti (BAI), depresia Zungovým sebahodnotiacim dotazníkom depresie (SDS) a sociálna interakcia škálou sociálnych aktivít (SA) a sociálnej opory (SO) nástroja Škály merania vplyvu chorôb kĺbov 2 (AIMS2). **Výsledky:** U seniorov s RA bolo zistené pociťovanie priemerne silnej bolesti, stredná až ťažká funkčná disabilita, prežívanie stredne silnej úzkosti a depresie, obmedzovanie v spoločenských aktivitách. Vo vnímaní sociálnej opory bolo zistené najlepšie skóre. Medzi sledovanými premennými boli Pearsonovou koreláciou zistené väčšinou signifikantné ($P \leq 0,05$) kladné slabé až silné vzťahy. Medzi pohlaviami neboli zaznamenané rozdiely. Horšie skóre ($P \leq 0,05$) bolo zistené v oblasti prežívania úzkosti a vo vnímanej sociálnej opore u osamelo žijúcich seniorov oproti seniorom žijúcim v manželskom zväzku. Štatisticky významný pozitívny vzťah ($P \leq 0,05$) sa potvrdil medzi vekom a prežívaním úzkosti, medzi trvaním ochorenia a depresiou, medzi komorbiditou a funkčným stavom a depresiou. **Záver:** Ako naznačujú výsledky, prioritou v starostlivosti o túto skupinu seniorov by nemalo byť iba zmierňovanie bolesti a zlepšovanie/udržiavanie funkčných schopností, ale aj redukcia úzkosti a depresie, a to o to viac, čím sú seniori starší, čím u nich trvá ochorenie dlhšie, s komorbiditou a tiež u osamelo žijúcich.

Kľúčová slova: reumatoidná artritída, seniori, bolesť, funkčná disabilita, úzkosť, depresia, sociálna interakcia.

Abstract

Aim: The aim of this study was to assess pain, functional status, anxiety, depression, social activity, and social support and their interactions in older adults with rheumatoid arthritis (RA), and to assess possible differences by gender, marital status, age, duration of disease, and co-morbidity. **Methods:** Pain intensity was assessed by the Visual Analogue Scale (VAS), functional disability by the Stanford Health Assessment Questionnaire – Disability Index (HAQ-DI), anxiety by the Beck Anxiety Inventory (BAI), depression by the Zung Self-rating Depression Scale (SDS), social activity by the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) with scale of Social Activity (SA), and social support (SO) by AIMS2 with scale Support from family and friend in 60 elderly with RA. **Results:** There were found average strong pain, moderate to severe functional disability, moderate anxiety and moderate-to-marked depression, and limitation in social activity in elderly with RA. The best score was found in scale of social support. Significant ($p \leq 0.05$) mild to severe relations were confirmed between explored objectives by Pearson's correlations. Between genders no significant differences were recorded. Worse score ($p \leq 0.05$) was detected in anxiety and social support in elderly living alone compared to married elderly. Between age and anxiety, duration of disease and depression, co-morbidity and functional disability, and depression were confirmed significant ($p \leq 0.05$) positive relationships. **Conclusion:** According to results, not only pain reduction and improving/maintaining of functional status is the priority of care in elderly with RA, but also reduction of anxiety and depression is important, mainly in older, with longer duration of disease, co-morbidity and also for elderly living alone.

Key words: rheumatoid arthritis, older adults, pain, functional disability, anxiety, depression, social interaction.

Úvod

V období starnutia a staroby dochádza k nárastu

korespondence: maria.sovariova.soosova@upjs.sk

ochorení pohybového aparátu. Choroby pohybovej sústavy tvoria druhú najpočetnejšiu skupinu ochorení u seniorov (Zavázalová, Zaremba, Zikmundová,

2004, s. 130 – 131). Reumatoidná artritída (RA) je chronické, dlhotrvajúce ochorenie, ktorého prevalencia v populácii nad 60 rokov stúpa, pohybuje sa okolo 2 – 3 % a sú ňou v priemere asi 3 x častejšie postihnuté ženy ako muži (Rovenský, Payer, Homerová, 2008, s. 15; Gabriel, Michaud, 2009, s. 1 – 2). RA zvyčajne začína medzi 30. – 50. rokom veku života, no 1/3 vzniká vo veku nad 60 rokov (RA vznikajúca vo vyššom veku) (Rovenský et al., 2008, s. 15). Väčšina chorých seniorov má tak RA dlhú dobu a vyvinuté pokročilé deštruktívne kĺbové zmeny u nich vedú k závažným deformitám a ťažším funkčným zmenám (Rovenský, Payer, Homerová, 2008, s. 15). Okrem toho RA navodzuje negatívne afektívne prejavy a spôsobuje zmeny v sociálnej oblasti života (Rovenský et al., 2001, s. 238 – 239). Pri týchto zmenách treba brať do úvahy aj fakt, že samotné obdobie starnutia a staroby sa vyznačuje mnohými biologickými, psychickými a sociálnymi zmenami. Dochádza k poklesu funkcií a adaptačných schopností organizmu, klesá výkonnosť, spomaľuje sa duševná činnosť. Starší ľudia sú zraniteľnejší, citovo labilnejší, so sklonom k negatívnym citom, ťažšie sa prispôbujú novým situáciám, bránia sa zmenám a strácajú určité perspektívy (Jiráček, 2004, s. 554 – 570). Zhoršuje sa ich zdravotný stav a výskyt viacerých porúch súčasne je typický pre toto obdobie (Zavázalová, Zaremba, Zikmundová, 2004, s. 130 – 131).

Cieľ

Cieľom tejto štúdie je posúdiť funkčný stav, bolesť, úzkosť, depresiu, sociálne aktivity a sociálnu oporu a ich vzájomné vzťahy u seniorov s RA. Ďalším cieľom je zistiť možné rozdiely vzhľadom na pohlavie a rodinný stav a analyzovať vzťah veku, trvania ochorenia a komorbidít k spomínaným premenným.

Súbor

Výskumný súbor tvorili 60 pacienti s RA priebežne prichádzajúci do reumatologických ambulancií. Výber súboru bol zámerný. Kritériom pre zaradenie bola diagnóza reumatoidnej artritídy podľa American Rheumatism Association (Arnett et al., 1988, s. 315 – 324), vek 65 rokov a viac, bydlisko vo východoslovenskom regióne, ochota spolupracovať a podpísaný informovaný súhlas. Ako vyčleňujúce kritériá boli stanovené: vek 64 rokov a menej, iné primárne ochorenia pohybového aparátu a iné ochorenie, ktoré viedlo k invalidite.

Metodika

Na získanie empirických informácií bola použitá batéria štandardizovaných dotazníkov, ktorú seniori s RA vyplnili samostatne. U seniorov, ktorí mali fyzické obmedzenie (napr. ťažkosti s udrzaním pera, poruchu zraku a pod.) alebo si to jednoducho sami prišli, boli dotazníky vyplnené spolu administrátorom prostredníctvom riadeného rozhovoru.

Bolesť bola posudzovaná na vizuálnej analógovej škále (VAS) – 100 mm úsečka, kde 0 znamená žiadnu bolesť a 100 neznesiteľnú bolesť. U seniorov bola posudzovaná zvyčajná intenzita bolesti v priebehu posledného mesiaca.

Na posúdenie funkčného stavu bola použitá slovenská verzia Stanfordského dotazníka hodnotiaceho zdravie indexom disability (HAQ-DI) (Bruce, Fries, 2003, s. 1 – 6; Szilasi et al., 2002, s. 21 – 29), ktorou sa posudzovali aktivity denného života (ADLs) počas posledných dvoch týždňov v 8 kategóriách ako je obliekanie a sebaobsluha, vstávanie, stravovanie, chôdza, hygienické úkony, schopnosť dosahu a úchopu, udržanie predmetov a pohybové aktivity. Celkové skóre sa pohybuje v rozsahu od 0 do 3. Je ho možné zaradiť do troch skupín a interpretovať nasledovne: skóre od 0 do 1 predstavuje miernu až strednú disability, skóre medzi 1 až 2 predstavuje strednú až ťažkú disability a skóre medzi 2 až 3 ťažkú až veľmi ťažkú disability (Bruce, Fries, 2003, s. 1 – 6). Siegert et al. (2006, s. 112) navrhol nasledujúcu interpretáciu celkového skóre funkčnej disability podľa HAQ-DI: 0,0 – 0,5: pacient je úplne sebestačný, 0,5 – 1,25: pacient je ešte sebestačný, ale už má menšie alebo väčšie ťažkosti pri ADLs, 1,25 – 2,0: pacient je stále sebestačný, no má veľké problémy pri ADLs, 2,0 – 3,0: ťažko handicapovaný pacient.

Úzkosť bola posudzovaná Beckovým dotazníkom úzkosti (Back Anxiety Inventory – BAI) (Beck et al., 1988, s. 893 – 897). Celkové skóre sa pohybuje v rozsahu 0 až 63. Výsledky sa interpretujú takto: 0 – 7: bez známok úzkosti, 8 – 15: mierna úzkosť, 16 – 25: stredne závažná úzkosť, 26 – 63: závažná úzkosť.

Depresia bola posudzovaná Zungovým dotazníkom depresie (Self-rating Depression Scale - SDS) (Zung, 1965, s. 63 – 70). Hrubé skóre sa získava súčtom hodnôt označených odpovedí. Hrubé skóre sa následne konvertuje na 100-bodovú škálu, tzv. SDS index (hrubé skóre krát 1,25). Výsledky (SDS index skóre) sa interpretujú takto: menej ako 50: normálny, nejaví známky depresie, 50 – 59: známky minimálnej alebo ľahkej depresie, 60 – 69: stredne silná až celkom zreteľne vyjadrená depresia, 70 a viac: ťažká až extrémne ťažká depresia.

Sociálne aktivity boli posudzované škálou sociálnych aktivít (SA) a sociálna opora škálou podpory zo strany rodiny a priateľov (SO) nástroja Škály merania dosahu chorôb kĺbov 2 (Arthritis Impact Measurement Scales 2, AIMS2) (Meenan et al., 1992, s. 1 – 10; Sováriová Soósová et al., 2009, s. 301 – 312). Výsledné štandardizované skóre sa pohybuje v rozsahu 0 – najlepší zdravotný stav až 10 – najhorší zdravotný stav.

Zo štatistických metód boli použité jednorozmerné opisné štatistické metódy (absolútne (N) a frekvenčné (%) hodnoty, aritmetický priemer (M), smerodajná odchýlka (SD), minimálna (MIN) a maximálna (MAX) hodnota). Na posúdenie vzájomných vzťahov medzi sledovanými premennými (HAQ-DI, VAS, BAI, SDS, SA a SO), posúdenie vzťahu medzi vekom, trvaním ochorenia, komorbiditou a spomínanými premennými bola použitá Pearsonova korelácia (r). Na posúdenie rozdielov vzhľadom na pohlavie a rodinný stav bola použitá jednofaktorová analýza rozptylu (ANOVA). Štatistická významnosť bola overená t-testom (P). Výsledky boli spracované v 95 % konfidenčnom intervale na hladine štatistickej významnosti $\alpha \leq 0,05$. Na štatistickú analýzu bol použitý štatistický program Statistical Package for the Social Sciences, verzia 17.

Výsledky

Náš súbor tvorilo 60 seniorov s RA s priemerným vekom $M = 70,97$ ($SD = 4,21$) rokov. Najmladší pacient mal 65 a najstarší 83 rokov. RA trvala u pacientov našej vzorky priemerne 17,77 ($SD = 10,00$) rokov, najmenej 1 rok a maximum 40 rokov. Väčšina pacientov bola ženského pohlavia (73,3 %). Väčšina seniorov (59,3 %) žila na vidieku. 48,30 % žilo v manželskom zväzku, 43,3 % už bolo ovdovelých, 3,3 % pacientov žilo oddelene, rovnaké percento bolo slobodných, 1 (1,7 %) bol rozvedený. Väčšina respondentov mala stredoškolské vzdelanie bez maturity (35,0 %), 31,7 % malo úplné stredoškolské vzdelanie, 30,0 % ukončilo základnú školu a 3,3 % dosiahlo vysokoškolské vzdelanie. U pacientov sme sledovali aj výskyt pridružených ochorení z 11 možností. Niektorí pacienti (6,7 %) nemali žiadne pridružené ochorenie, maximálny zistený počet bol 10 pridružených ochorení (1,7 %). Priemerne pripadalo na jedného pacienta 2,27

($SD = 1,75$) pridružených ochorení. Najčastejším pridruženým ochorením bol vysoký krvný tlak (85,0 %) a ochorenie srdca (43,3 %) a v 25,0 % prípadov sa vyskytovala cukrovka. 15,0 % malo ochorenie pečene a málokrvnosť resp. iné ochorenie krvi, 11,7 % malo vred alebo iné ochorenie žalúdka, 10,0 % uviedlo ochorenie obličiek, rovnako 10,0 % priznalo duševné ochorenie, 8,3 % uvádzalo ochorenie pľúc, 3,3 % uviedlo užívanie alkoholu a drog a rovnaké percento nádorové ochorenie.

Ako naznačujú výsledky (tabuľka 1) v sledovanej vzorke seniori s RA priemerne pociťovali silné bolesti a trpeli strednou až ťažkou disabilitou. Aj v psychickej oblasti života zaznamenávame výrazné prežívanie úzkosti a depresívnej nálady. Výsledky priemerne naznačujú stredne silnú úzkosť a depresiu u pacientov s RA v období starnutia a staroby. V sociálnej oblasti života pozorujeme tiež obmedzovanie v spoločenských aktivitách. Najlepšie vnímanou oblasťou bola u seniorov s RA sociálna opora. Použitím nami adaptovanej stupnice funkčnej disability podľa Siegerta et al. (2006, s. 112) sme mali v prvej kategórii úplne sebestačných 6,7 % seniorov s RA (skóre HAQ-DI: 0,0 – 0,49), 8,3 % bolo stále sebestačných, no už s menšími či väčšími ťažkosťami pri ADLs (skóre 0,5 – 1,24), 26,7 % malo veľké ťažkosti pri ADLs (skóre 1,25 – 1,99) a ťažko handicapovaných seniorov s RA bolo 58,3 % (skóre 2,0 – 3,0). Ak by sme chceli presne vyjadriť výskyt úzkosti 10,3 % seniorov s RA bolo bez známok úzkosti, 15,5 % javilo známky miernej úzkosti, 44,8 % malo stredne závažnú úzkosť a 29,3 % trpelo závažnou úzkosťou. Bez známok depresie bolo 14,0 % seniorov s RA, známky minimálnej alebo ľahkej depresie javilo 24,6 %, stredne silná až celkom zreteľne vyjadrená depresia bola zaznamenaná v 43,9 % a ťažká až extrémne ťažká depresia v 17,5 % seniorov s RA.

Sledovali sme aj vzájomné vzťahy medzi jednotlivými premennými (tabuľka 2). Výsledky naznačujú signifikantný vzájomný priamo úmerný pozitívny slabý až silný vzťah medzi väčšinou sledovaných premenných.

V sledovaných oblastiach sme nezaznamenali žiadne štatisticky významné rozdiely medzi pohlaviami (tabuľka 3).

Tab. 1 Funkčný stav, bolesť, úzkosť, depresia, sociálne aktivity a sociálna opora u seniorov s reumatoidnou artritídou

	N	MIN	MAX	M	SD	95 % konfidenčný interval	
						Dolný	Horný
VAS	58	5,00	100,00	60,59	23,87	54,31	66,86
HAQ-DI	60	0,00	3,00	1,79	0,76	1,77	2,16
BAI	58	5,00	58,00	21,91	11,21	18,97	24,86
SDS	57	35,00	81,00	61,08	10,24	58,36	63,80
SA	59	0,00	9,00	5,59	2,31	4,99	6,19
SO	59	0,00	5,00	0,74	1,19	0,43	1,05

VAS – vizuálna analógová škála, HAQ-DI – Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie indexom disability, BAI – Beckov inventár úzkosti, SDS – Zungova sebahodnotiacia škála depresie, SA – sociálne aktivity, SO – sociálna opora

Tab. 2 Vzájomné vzťahy (r) medzi funkčným stavom, bolesťou, úzkosťou, depresiou, sociálnymi aktivitami, sociálnou oporou

	VAS	HAQ-DI	BAI	SDS	SA	SO
VAS	-	0,620***	0,313*	0,279*	0,203	0,208
HAQ-DI	0,620***	-	0,589***	0,489***	0,199	0,251
BAI	0,313*	0,589***	-	0,513**	0,195	0,352**
SDS	0,279*	0,489***	0,513**	-	0,216	0,189
SA	0,203	0,199	0,195	0,216	-	0,376**
SO	0,208	0,251	0,352**	0,189	0,376**	-

VAS – vizuálna analógová škála, HAQ-DI – Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie indexom disability, BAI – Beckov inventár úzkosti, SDS – Zungova sebahodnotiacia škála depresie, SA – sociálne aktivity, SO – sociálna opora, *P ≤ 0,05, **P ≤ 0,01, ***P ≤ 0,001

Tab. 3 Dôsledky reumatoidnej artritídy – rodové rozdiely

		95 % Konfidenčný interval							P
		N	M	SD	Dolný	Horný	MIN	MAX	
VAS	Muži	16	62,31	21,16	51,04	73,59	10,00	91,00	0,737
	Ženy	42	59,93	25,04	52,13	67,73	5,00	100,00	
HAQ-DI	Muži	16	2,11	0,75	1,71	2,51	0,13	3,00	0,382
	Ženy	44	1,92	0,76	1,68	2,15	0,00	3,00	
BAI	Muži	16	22,06	12,07	15,63	28,49	5,00	48,00	0,951
	Ženy	42	21,86	11,01	18,43	25,29	5,00	58,00	
SDS	Muži	16	58,80	12,56	52,10	65,49	35,00	80,00	0,298
	Ženy	41	61,97	9,21	59,06	64,88	41,00	81,00	
SA	Muži	16	5,31	2,19	4,15	6,48	0,50	8,50	0,573
	Ženy	43	5,70	2,36	4,97	6,43	0,00	9,00	
SO	Muži	16	0,86	1,48	0,07	1,65	0,00	5,00	0,644
	Ženy	43	0,70	1,07	0,37	1,03	0,00	3,75	

VAS – vizuálna analógová škála, HAQ-DI – Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie indexom disability, BAI – Beckov inventár úzkosti, SDS – Zungova sebahodnotiacia škála depresie, SA – sociálne aktivity, SO – sociálna opora

Signifikantne horšie skóre bolo zistené v prežívaní úzkosti a v sociálnej opore u pacientov osamelo žijúcich (slobodní, rozvedení, ovdovelí, žijúci oddelene) oproti pacientom žijúcim v manželskom zväzku (tabuľka 4). Zaujímali nás aj vzťah medzi vekom, trvaním ochorenia, počtom pridružených

ochorení a sledovanými premennými (tabuľka 5). Štatisticky významný pozitívny vzťah sa potvrdil iba medzi vekom a úzkosťou, trvaním ochorenia a depresiou. Zistený bol signifikantný pozitívny vzťah medzi komorbiditou a funkčným stavom a depresiou.

Tab. 4 Dôsledky reumatoidnej artritídy – rozdiely vzhľadom na rodinný stav (manželia – žijúci v manželskom zväzku, osamelo žijúci – slobodní, rozvedení, ovdovelí, žijúci oddelene)

		95 % Konfidenčný interval							
		N	M	SD	Dolný	Horný	MIN	MAX	P
VAS	Manželia	28	55,79	24,15	46,42	65,15	5,00	100,00	0,140
	Osamelo žijúci	30	65,07	23,11	56,44	73,70	8,00	97,00	
HAQ-DI	Manželia	29	1,78	0,71	1,51	2,04	0,13	2,75	0,058
	Osamelo žijúci	31	2,15	0,77	1,86	2,43	0,00	3,00	
BAI	Manželia	27	18,33	9,09	14,74	21,93	5,00	36,00	0,022
	Osamelo žijúci	31	25,03	12,06	20,61	29,45	6,00	58,00	
SDS	Manželia	26	59,22	11,46	54,59	63,85	35,00	76,00	0,213
	Osamelo žijúci	31	62,64	9,00	59,34	65,94	43,00	81,00	
SA	Manželia	28	5,46	2,09	4,65	6,27	0,50	8,00	0,687
	Osamelo žijúci	31	5,71	2,51	4,79	6,63	0,00	9,00	
SO	Manželia	28	0,36	0,82	0,04	0,68	0,00	3,13	0,016
	Osamelo žijúci	31	1,09	1,35	0,59	1,58	0,00	5,00	

VAS – vizuálna analógová škála, HAQ-DI – Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie indexom disability, BAI – Beckov inventár úzkosti, SDS – Zungova sebahodnotiacia škála depresie, SA – sociálne aktivity, SO – sociálna opora

Tab. 5 Vzťah medzi vekom, trvaním reumatoidnej artritídy, komorbiditou a bolesťou, funkčným stavom, úzkosťou, depresiou, sociálnymi aktivitami, sociálnou oporou

	VAS	HAQ-DI	BAI	SDS	SA	SO
Vek	0,039	0,237	0,313*	0,207	0,010	-0,054
Trvanie RA	0,118	0,184	-0,057	0,333*	0,106	0,006
Komorbidita	-0,062	0,257*	0,230	0,349**	-0,066	0,089

VAS – vizuálna analógová škála, HAQ-DI – Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie indexom disability, BAI – Beckov inventár úzkosti, SDS – Zungova sebahodnotiacia škála depresie, SA – sociálne aktivity, SO – sociálna opora, *P ≤ 0,05, **P ≤ 0,01

Diskusia

U seniorov s RA sme sledovali intenzitu bolesti, závažnosť funkčnej disability, výskyt úzkosti, depresie, obmedzenie v sociálnych aktivitách a spokojnosť so sociálnou oporou a ich vzťah k vybraným demografickým faktorom, trvanie ochorenia a komorbidite.

Pocitovaná bolesť u seniorov s RA našej vzorky bola rôznej intenzity – od miernej až po neznesiteľnú, priemerne však seniori s RA pocitovali silné bolesti. Ako naznačujú minimálne hodnoty VAS, v našom súbore bola zistená minimálne mierna bolesť, t. j. prítomnosť bolesti bola zaznamenaná u všetkých seniorov s RA. V štúdií Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5) bol zaznamenaný častejší výskyt bolesti u seniorov s RA oproti seniorom, ktorí netrpeli RA. Bartošovič (2006, s. 66) vo vzorke seniorov globálne bez špecifikovania ochorenia uvádza, že bolesti neboli prítomné v 27,1 % seniorov a 72,9 % seniorov bolesť

uvádzalo. V porovnaní s týmito výsledkami sa javí, že seniori s RA našej vzorky trpeli bolesťou častejšie ako seniori z celkovej populácie. Bolesť v našej vzorke mala pozitívny silný vzťah k funkčnej disability a stredne silný k úzkosti a depresii a slabo, ale nesignifikantne súvisela so sociálnymi aktivitami a sociálnou oporou. So stúpajúcou intenzitou bolesti tak dochádzalo u seniorov s RA k zhoršovaniu funkčnej disability a negatívnych afektívnych prejavov a veľmi slabo aj k obmedzovaniu v sociálnych aktivitách a horšej spokojnosti so sociálnou oporou. Aj Tsai et al. (2003, s. 158 – 169) uvádza, že bolesť spolu s funkčnou disability ovplyvňuje mieru denného distresu a depresie u seniorov s RA. V prežívaní bolesti sme nezistili rozdiely medzi pohlaviami, ani medzi žijúcimi v manželskom zväzku a osamele žijúcimi, podobne ako v štúdií Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5). Vo vzťahu k veku nebol zistený žiaden vzťah k intenzite bolesti, čo je ale napr. v rozpore so štúdiou

Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5) a Jakobsonovej a Hallbergovej (2002, s. 430 – 443), ktoré hovoria o zvyšovaní bolesti s vekom u seniorov. Bolesť sa slabozintenzívnovala s dlhším trvaním ochorenia, čo naznačuje aj prehľadová štúdia Jakobsonovej a Hallbergovej (2002, s. 430 – 443), no naopak štúdia Stratingovej et al. (2006, s. 739) nepoukazuje na zmeny v bolesti v súvislosti s dĺžkou trvania RA. V súvislosti s komorbiditou sme nezaznamenali žiadny vzťah k intenzite bolesti. V štúdiu Dominick et al. (2004, s. 3 – 5) uvádza, že s narastajúcim počtom pridružených ochorení pribúdajú častejšie dni s vyskytujúcou sa bolesťou. No v tejto štúdiu bola sledovaná frekvencia bolesti, nie jej intenzita.

V našej vzorke trpeli seniori s RA priemerne ťažkou disabilitou, t. j. mali veľké ťažkosti pri vykonávaní ADLs. Plne sebestačných bolo iba 6,7 % seniorov s RA. Bartošovič (2006, s. 33) použitím Barthelovej testu sebestačnosti zistil u vzorky seniorov z domovov dôchodcov globálne (bez špecifikácie druhu ochorenia) tieto výsledky: 55,8 % bolo plne sebestačných, 36,1 % malo závislosť ľahkého stupňa, 4,2 % závislosť stredného stupňa a 3,9 % závislosť ťažkého stupňa. Tieto výsledky poukazujú na celkovo lepší funkčný stav seniorov bez ohľadu na druh ochorenia oproti seniorom s RA v našej vzorke. Aj v štúdiu Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5) bol zaznamenaný častejší výskyt obmedzení v ADLs u seniorov s RA oproti seniorom, ktorí netrpeli týmto ochorením. Funkčná disabilita bola v silnom vzťahu najmä s bolesťou. No čím bola funkčná disabilita závažnejšia, tým sa u seniorov nielen zintenzívňovala bolesť, ale prehľbovala sa aj úzkosť a depresia. Funkčná disabilita slabozúvisela aj s obmedzovaním sociálnych aktivít a vnímaním sociálnej opory. Aj v iných štúdiách (Fiksenbaum et al., 2005, s. 287 – 289; Tsai et al., 2003, s. 158 – 169) bol zaznamenaný podobný vzťah medzi funkčnou disabilitou, bolesťou a negatívnymi afektívnymi prejavmi. Medzi pohlaviami sme nezistili signifikantné rozdiely vo funkčnom stave, iba trend horšej funkčnej disability u mužov. Nevýznamné rozdiely medzi pohlaviami vo funkčnej schopnosti (s trendom závažnejšieho obmedzenia u mužov) zaznamenávame aj u Dominicka et al. (2004, s. 5). No napr. v štúdiu iných autorov (Sokka et al., 2003, s. 61; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287) zaznamenávame horší funkčný stav u žien. Vzhľadom na rodinný stav tiež nezistujeme rozdiely vo funkčnom stave medzi žijúcimi v manželskom zväzku a osamele žijúcimi, podobne ako v štúdiu Dominicka et al. (2004, s. 5). Narastajúci vek tiež prispel k zhoršovaniu funkčného stavu u seniorov s RA v našej vzorke, ale ako naznačujú korelačné vzťahy veľmi slaboz. Na

zhoršujúci sa funkčný stav najmä v súvislosti s vekom poukazujú viacerí autori (Sokka et al., 2003, s. 61; Dominick et al., 2004, s. 5; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287). K progresii funkčnej disability u našich seniorov s RA prispievalo aj dlhšie trvanie RA, no tiež iba veľmi slaboz. Aj v longitudinálnej štúdiu Sokka et al. (2006, s. 3113 – 3116) zaznamenal v priebehu 5 rokov väčšinou stabilné skóre HAQ-DI u pacientov s RA mladších ako 70 ročných; progresia funkčnej disability u pacientov s RA bola vo veľkej miere vysvetľovaná procesom starnutia. S pribúdaním počtu ochorení signifikantne dochádzalo k zhoršovaniu funkčného stavu u seniorov s RA. Podobne aj v štúdiu Dominicka et al. (2004, s. 4 – 5) zaznamenávame s pribúdajúcim počtom ochorení trend častejšej frekvencie dní s obmedzením vo funkčnej schopnosti, ale aj signifikantne horšie globálne hodnotenie fyzického stavu a častejší výskyt dní „nie dobrého“ fyzického zdravia.

V psychickej oblasti života sme zaznamenali priemerne stredne závažnú úzkosť a stredne silnú až celkom zreteľne vyjadrenú depresiu u seniorov s RA, pričom úzkosťou netrpelo iba 10,3 % a depresiu nemalo iba 14,5 % seniorov s RA. Jiráček (2004, s. 557, 558) uvádza, že prevalencia úzkosti sa globálne u seniorov odhaduje na 5 – 6 % a incidencia depresie vo veku 65 a viac je 12 – 15 %. V porovnaní s týmito hodnotami je výskyt úzkosti a depresie v našom súbore seniorov vyšší oproti celkovej populácii seniorov. Častejší výskyt dní „nie dobrého“ duševného stavu bol zaznamenaný aj u seniorov s RA oproti iným – netrpiciam RA v štúdiu Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5). Naše výsledky naznačujú signifikantne pozitívne vzťahy medzi prežívaním úzkosti, depresie a intenzitou bolesti, funkčnou disabilitou, vnímanou sociálnou oporou. Aj iné štúdie poukazujú na to, že zreteľne vyjadrená, závažná depresia predstavuje riziko väčšej bolesti, únavy a funkčnej disability (Fifield et al., 1998, s. 1855), ale aj opačne intenzita bolesti, závažnosť funkčnej disability a vnímaná sociálna opora ovplyvňujú mieru úzkosti a depresie (Fiksenbaum et al., 2005, s. 287 – 289; Tsai et al., 2003, s. 158 – 169). U seniorov s RA sme medzi pohlaviami nezaznamenali rozdiely v prežívaní úzkosti a depresie. Podobne nemalo pohlavie u seniorov s RA vplyv na rozvoj distresu a depresie aj v iných štúdiách (Tsai et al., 2003, s. 158 – 169; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287). Vzhľadom na rodinný stav sme zistili v našom súbore prežívanie výraznejšej úzkosti u osamele žijúcich seniorov, čo pravdepodobne súvisí aj s prežívaním nedostatočnej sociálnej opory. V prežívaní depresie sme u seniorov vzhľadom na rodinný stav rozdiely

neidentifikovali. V štúdií Dominicka et al. (2004, s. 3 – 5) neboli zistené rozdiely v oblasti duševného zdravia medzi osamele žijúcimi a vydatými/ženatými. S vekom v našom súbore seniorov signifikantne narastala úzkosť a slabo, ale nesignifikantne aj depresia. V iných štúdiách nachádzame podobné i odlišné zistenia. V štúdií Dominick et al. (2004, s. 3 – 5) uvádza, že s pribúdajúcim vekom dochádzalo u seniorov s RA k častejšiemu výskytu „nie dobrých“ dní duševného zdravia, v iných štúdiách autori (Tsai et al., 2003, s. 158 – 169; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287; Strating et al., 2006, s. 740) nezistili signifikantný vzťah medzi vekom a depresiou či distresom. Trvanie ochorenia nesúviselo s rozvojom úzkosti, ale malo signifikantný vzťah k prehlbovaniu depresie. Strating et al. (2006, s. 739) v 13-ročnej longitudinálnej štúdií nezaznamenáva zmeny v prežívaní stresu (úzkosť a depresia), na rozdiel od našej štúdie. V ich štúdií však boli zaradení pacienti mladší s kratším trvaním RA. Komorbidita v našom súbore seniorov s RA signifikantne súvisela s rozvojom závažnejšej depresie a slabo aj s úzkosťou. Podobné výsledky sledujeme aj v štúdií Dominicka et al. (2004, s. 4 – 5), kde so zvyšujúcou sa komorbiditou súviselo zhoršovanie globálneho hodnotenia duševného stavu a signifikantne častejšie sa vyskytovali dni „nie dobrého“ duševného zdravia.

U seniorov sme zaznamenali aj problémové plnenie sociálnych aktivít, ako napr. stretávanie sa s priateľmi, príbuznými, stretnutia v určitých záujmových spolkoch a pod. Obmedzenie sociálnych aktivít až sociálnu izoláciu u seniorov s RA nad 60 rokov oproti mladším pacientom s RA opisuje Baczyk (2005, s. 172) v poľskej štúdií. V oblasti sociálnej opory (napr. pocit, že rodina je na blízku a ochotná pomôcť) sme u seniorov s RA zaznamenali najlepšie subjektívne hodnotenie, podobne ako v poľskej štúdií (Baczyk, 2005, s. 172). Obmedzovanie sociálnych aktivít (rodinných stretnutí, návštev rodiny, záujmových skupín a pod.), v našej vzorke seniorov signifikantne súviselo s negatívnejším vnímaním sociálnej opory a iba slabo s funkčnou disabilitou, bolesťou, úzkosťou a depresiou. Vnímanie a hodnotenie sociálnej opory signifikantne súviselo s možnosťou realizácie sociálnych aktivít, ale aj s pocitmi úzkosti a slabo aj s intenzitou bolesti, funkčnou disabilitou a závažnosťou depresie. Pozitívne vnímaná sociálna opora súvisela s prežívaním menej intenzívnych bolestí, lepším funkčným stavom a prežívaním menšieho stresu, úzkosti a depresie a naopak negatívne vnímaná sociálna opora resp. nespokojnosť so sociálnou oporou súvisela s intenzívnejšími

bolesťami, závažnejšou funkčnou disabilitou a častejším prežívaním úzkosti a depresie u seniorov s RA. O podobnom signifikantnom vzťahu medzi vnímaním sociálnej opory a bolesťou, funkčnou disabilitou, distresom, úzkosťou a depresiou hovoria aj iné štúdie (Tsai et al., 2003, s. 158 – 169; Fiksenbaum et al., 2005, s. 286 – 291; Strating et al., 2006, s. 740). Medzi pohlaviami sme v sociálnych aktivitách a sociálnej opore nezistili rozdiely. Baczyk (2005, s. 172) zisťuje horšie skóre v sociálnych aktivitách u mužov. V sociálnej opore, podobne ako my, nezisťujú rozdiely vzhľadom na pohlavie aj iní autori (Baczyk, 2005, s. 172; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287; Strating et al., 2006, s. 740 – 741). Signifikantne horšie skóre sme zistili vo vnímanej sociálnej opore najmä u osamele žijúcich seniorov s RA v našej vzorke. Medzi vekom, trvaním RA a sociálnymi aktivitami a sociálnou oporou neboli zistené významné vzťahy. Vzhľadom na vek nezaznamenávajú rozdiely v sociálnych aktivitách a sociálnej opore v komunite seniorov s RA ani iní autori (Baczyk, 2005, s. 172; Fiksenbaum et al., 2005, s. 287; Strating et al., 2006, s. 740 – 741).

Záver

Poznanie dôsledkov RA špecificky v období starnutia a staroby má význam pre lepšie pochopenie pacienta, jeho preferencií v liečbe a ošetrovateľskej starostlivosti a pri výbere vhodných intervencií s cieľom dosahovania optimálnych výsledkov. Reumatoidná artritída je známa najmä svojimi biologickými následkami – bolesťou a funkčnou disabilitou, čo sa potvrdilo aj v našom súbore seniorov s RA. Závažným je však aj výskyt úzkosti a depresie, ktoré sa javia častejším problémom u seniorov s RA oproti celkovej populácii seniorov. Významnou sa v skupine seniorov javí sociálna opora, ktorá má mediačný vplyv na bolesť, funkčnú disabilitu a na prežívanie úzkosti a depresie. Tieto negatívne dôsledky sa do istej miery prehlbujú aj s pribúdajúcim vekom, trvaním ochorenia, u osamele žijúcich a s pribúdajúcim počtom ochorení. Prioritou v starostlivosti o túto skupinu seniorov by preto malo byť nielen zmierňovanie bolesti a zvyšovanie/udržiavanie funkčných schopností. Ale ako naznačujú výsledky, títo seniori vyžadujú zvlášť psychologickú starostlivosť zameranú na zmierňovanie úzkosti a depresie ako aj posilňovanie pozitívne vnímanej sociálnej opory, a to o to viac, čím sú starší, čím u nich trvá ochorenie dlhšie, u osamele žijúcich a s väčším počtom pridružených ochorení.

Limitácie štúdie

V porovnaní s analogickými štúdiami sme väčšinou dospeli k podobným záverom. Určité rozdiely môžu byť dané výberom a veľkosťou vzorky, používaním rôznorodých štandardizovaných nástrojov v štúdiách, ale aj kultúrnymi a spoločenskými podmienkami v jednotlivých krajinách, hlavne sociálno-ekonomickým zabezpečením seniorov ako aj systémom zdravotnej starostlivosti o túto skupinu. Nami zistené údaje nemôžeme zovšeobecniť na celú populáciu seniorov s RA. Výsledky sú platné iba v našej sledovanej vzorke, no poskytujú určitú sondu do problematiky starostlivosti o túto skupinu seniorov.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Štúdia bola schválená lokálnou etickou komisiou. Pacienti boli informovaní a uistení, že s účasťou na tejto štúdii sa nespájajú žiadne riziká. Neexistuje žiaden konflikt záujmov.

Bibliografické zdroje

ARNETT, F. C. et al. 1988. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1988, vol. 31, no. 3, p. 315–324.

BACZYK, G. 2005. The evaluation of the functioning and of the quality of life of patients with Rheumatoid Arthritis. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku (Annales Academiae Medicae Bialostocensis)* [online]. 2005, vol. 50, Suppl. 1, p. 170–173. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <http://www.advms.pl/roczniki_2005_sipl_1/volumes/Rocznik_AB_M_50_2005_ssuppl_1.pdf>.

BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniory v domove dôchodcov*. 1. vyd. Bratislava: Charis s. r. o., 2006. 156 s.

BECK, A. T. et al. 1988. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988, vol. 56, no. 6, p. 893–897.

BRUCE, B., FRIES, J. 2003. The Stanford health assessment questionnaire: Dimensions and practical application. *Health and Quality Life Outcomes* [online]. 2003, vol. 1, no. 1/20, p. 1–6. [cit. 2010-01-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.hqlo.com/content/1/1/20>>.

DOMINICK, K. L. et al. 2004. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2004, vol. 2, no. 1/5, p. 1–8. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/5>>.

FIFIELD, J. et al. 1998. Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1998, vol. 41, no. 10, p. 1851–1857.

FIKSENBAUM, L. M. et al. 2005. A psychosocial model of functional disability. *Ageing International*. 2005, vol. 30, no. 3, p. 278–295.

GABRIEL, S. E., MICHAUD, K. 2009. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity

of the rheumatic diseases. *Arthritis Research & Therapy* [online]. 2009, vol. 11, no. 3/229, p. 1–16. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <<http://arthritis-research.com/content/11/3/229>>.

JAKOBSSON, U., HALLBERG, I. R. 2002. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2002, vol. 11, no. 4, p. 430–443.

JIRÁK, R. 2004. Poruchy afektivity ve stáří. In KALVACH, Z. et al. (eds). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 554–570.

MEENAN, R. F. et al. 1992. The Content and Properties of a Revised and Expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2) Health Status Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*. 1992, vol. 35, no. 1, p. 1–10.

ROVENSKÝ, J. et al. 2001. Reumatoidná artritída. In ĎURIŠ, I., HULÍN, I., BERNADIČ, M. (eds). *Princípy internej medicíny*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, s.r.o., 2001. s. 1408 – 1425.

ROVENSKÝ, J., PAYER, J., HOMEROVÁ, Z. 2008. Klinický obraz a priebeh reumatoidnej artritídy začínajúcej vo vyššom veku. *Via practica* [online]. 2008, roč. 5, č. 1, s. 14–18. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2902&magazine_id=1>.

SIEGERT, C. E. H. et al. 2006. Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. In McDowell, J. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3-rd ed. New York: Oxford University press, 2006. s. 112, 117.

SOKKA, T. et al. 2003. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis and Rheumatism* [online]. 2003, vol. 48, no. 1, p. 59–63. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <http://www.aramis.stanford.edu/downloads/AR2003_59.pdf>.

SOKKA, T. et al. 2006. Changes in Health Assessment Questionnaire Disability scores over five years in patients with rheumatoid arthritis compared with general population. *Arthritis and Rheumatism*. 2006, vol. 54, no. 10, p. 3113–3118.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., TIRPÁKOVÁ, L., SUCHANOVÁ, R. 2009. Validita a reliabilita slovenskej verzie Škál merania dosahu chorôb kĺbov 2 (AIMS2). In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martine UK v Bratislave, Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. s. 301 – 312.

SZILASIOVÁ, A. et al. 2002. Stanfordský dotazník hodnotiaci zdravie pomocou indexu disability (HAQ) u pacientov s reumatoidnou artritídou – validita a reliabilita slovenskej verzie. *Reumatológia*. 2002, roč. 16, č. 1, s. 21–29.

STRATING, M. M. H., SUURMEIJER, T. P. B. M., VAN SCHUUR, W. H. 2006. Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: result from a thirteen-year prospective study. *Arthritis and Rheumatism* [online]. 2006, vol. 55, no. 5, pp. 736–744. [cit. 2010-06-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.22231/pdf>>.

TSAI, P.-F. et al. 2003. Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, vol. 43, no. 2, p. 158–169.

ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V., ZIKMUNDOVÁ, K. 2004. Nemocnost, potřeba a spotřeba zdravotní péče u osob vyššího věku. In KALVACH, Z. et al. (eds). *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 129 - 131.

ZUNG, W. W. K. 1965. A Self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965, vol. 12, no. 1, p. 63–70.