

**FAKTORI KOJI UTJEČU NA PROVOĐENJE  
FIZIKALNE TERAPIJE  
KOD BOLESNIKA S REUMATOIDNIM ARTRITISOM**

THE FACTORS AFFECTING THE TREATMENT BY THE  
PHYSICAL THERAPY IN THE CASE OF PATIENTS  
WITH THE RHEUMATOID ARTHRITIS

Mirjana Miko i Ivo Jajić

Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju  
Doma zdravlja "Ivo Lola Ribar", Zagreb i

Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju  
Medicinskog fakulteta u nastavnoj bazi  
Kliničke bolnice "Dr M.Stojanović", Zagreb

Izvorni znanstveni članak

SAŽETAK

Analizirani su faktori koji utječu na redovitost provođenja fizikalne terapije u 200 bolesnika s reumatoidnim artritisom (41 muškarac i 159 žena) u dobi od 34 do 55 i više godina.

Rezultati ispitivanja su izdiferencirali opće faktore koji su odgovorni za redovito provođenje fizikalne terapije, a to su klinički tok bolesti i način liječenja, te s druge strane specifične faktore, koji se odnose na strukturu ličnosti bolesnika.

SUMMARY

The factors affecting the regularity of the treatment by the physical therapy in the case of 200 patients with the rheumatoid arthritis (41 men and 159 women) in the age from 34 to 55 and older have been analyzed.

The results of the research differentiated the general factors which are responsible for the regular treatment by the physical therapy, and they are the clinical course of disease and the way of treatment and on the other hand the specific factors which relate to the structure of the patient's personality.

## UVOD

Principi liječenja i rehabilitacije reumatoidnog artritisa temelje se na višegodišnjim iskustvima. Uz temeljno protuupalno, opće mjere i edukaciju bolesnika, funkcionalno liječenje ima značajno mjesto u održavanju i poboljšanju gibivosti oboljelih dijelova lokomotornog aparata. To se postiže fizikalnom terapijom i kineziterapijom (1,2), te kirurškim zahvatima.

U literaturi se rijetko nalaze saopćenja o evaluiranju redovitosti provođenja fizikalne terapije u bolesnika s reumatoidnim artritismom. Stoga smo to učinili u naših bolesnika.

## BOLESNICI I METODA RADA

U ispitivanje je uvršteno 200 bolesnika koji su bolovali od sigurnog i klasičnog reumatoidnog artritisa, čija je dijagnoza postavljena na osnovi kriterija Američkog reumatološkog društva (3,4). U svih su ispitanika ocjenjivani anatomske stadiji bolesti (5).

Sa svakim bolesnikom je proveden iscrpni razgovor, uzete su osobna i radna anamneza, te psihosociološki podaci s obzirom na obitelj i radno mjesto. Obavljen je opći klinički pregled bolesnika i detaljni pregled lokomotornog aparata. Posebnu pažnju posvetili smo vrednovanju faktora interakcije bolesnik - reumatolog. U ispitivanju su korišteni pripremljeni upitni listovi, nakon toga su podaci šifrirani, preneseni na bušene kartice, te obrađeni u Zavodu za statistiku, epidemiologiju i informatiku Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" na računalu "Univac" 1100 / 42 Sveučilišnog računskog centra u Zagrebu. Prilikom obrade podataka koristili smo se metodom taksonomske analize prema Cattellu.

## REZULTATI

Ispitivanu skupinu sačinjavala su 41 muškarca (20,50%) i 159 žena (79,50%) (tablica 1).

Tablica 1 - ŽIVOTNA DOB I SPOL BOLESNIKA

Dobne skupine bolesnika	S p o l				Ukupno	
	muški		žene			
	N	%	N	%	N	%
1 - 34	4	26,67 9,76	11	73,33 6,92	15	100,00 7,50
35 - 54	20	21,74 48,78	72	78,26 45,28	92	100,00 46,00
55 i više	17	18,28 41,46	76	81,72 47,80	93	100,00 46,50
Ukupno	41	20,50 100,00	159	79,50 100,00	200	100,00 100,00

Većina bolesnika bili su u dobi od 35 do 55 godina starosti.

Bolest se pojavila u životnoj dobi od 35 do 55 godine života kod 120 bolesnika (60%), a vrlo rijetko ranije ili kasnije (tablica 2).

Tablica 2 - ŽIVOTNA DOB BOLESNIKA I DOB U KOJOJ SE BOLEST POJAVILA

Dobne skupine bolesnika	Dob u kojoj se bolest pojavila							
	1 - 34		35 - 54		55 i više		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 - 34	15	100,00 34,88	0	0,00 0,00	0	0,00 0,00	15	100,00 7,50
35 - 54	21	22,3 48,84	71	77,17 59,17	0	0,00 0,00	92	100,00 46,00
55 i više	7	7,53 16,28		52,69 40,83	37	39,78 100,00		100,00 46,50
Ukupno	43	21,50 100,00	120	60,00 100,00	37	18,50 100,00	200	100,00 100,00

U momentu istraživanja fizikalnu terapiju je provodilo samo 99 bolesnika (49,5 %), a među kojima je bilo najviše ohih iz drugog anatomskog stadija bolesti (56 ili 56,7%; tablica 3).

Tablica 3 - PROVOĐENJE FIZIKALNE TERAPIJE I ANATOMSKI STADIJ BOLESTI

Provođenje fizikalne terapije	Anatomski stadij bolesti									
	1	2	3	4	Ukupno					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da	6	6,06 50,00	56	56,57 46,67	26	26,26 47,27	11	11,11 84,62	99	100,00 49,50
Ne	6	5,94 50,00	64	63,37 53,33	29	28,71 52,73	2	1,98 15,38	101	100,00 50,50
Ukupno	12	6,00 100,00	120	60,00 100,00	55	27,50 100,00	13	6,50 100,00	200	100,00 100,00



U žena je također "nemarnost" razlog prekida terapije bila češće izražena (tablica 5).

Tablica 5 - SPOL BOLESNIKA I RAZLOZI PREKIDA FIZIKALNE TERAPIJE

Spol	poboljšanje bolesti		pogoršanje bolesti		nemarnost		ostali uzroci		ostalo		ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
muški	0	0	5	12,20 38,46	5	12,20 41,67	11	26,83 15,07	20	48,78 21,74	41	100,00 20,50
ženski	10	6,29 100,00	8	5,03 61,54	7	4,40 58,33	62	38,99 84,93	72	45,28 78,26	159	79,50
Ukupno	10	5,00 100,00	13	6,50 100,00	12	6,00 100,00	73	36,50 100,00	92	46,00 100,00	200	100,00

Prema ličnosti bolesnika zbog nemarnosti fizikalnu terapiju prekinulo je 10 ili 83,33% bolesnika, koji su bili "okarakterizirani" kao samostalna ličnost (tablica 6).

Tablica 6 - LIČNOST BOLESNIKA I RAZLOZI ZA PREKID PROVOĐENJA FIZIKALNE TERAPIJE

Ličnost bolesnika samostalan	Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije										Ukupno	
	poboljšanje bolesti		pogoršanje bolesti		nemarnost		ostali uzroci		ostalo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da	8	80,00 6,02	9	69,23 6,77	10	83,33 7,52	47	64,38 35,34	59	64,13 44,36	133	66,50 100,00
Ne	2	20,00 2,99	4	30,77 5,97	2	16,67 2,99	26	35,62 38,81	33	35,87 49,25	67	33,50 100,00
Ukupno	10	5,00 100,00	13	6,50 100,00	12	6,00 100,00	73	36,50 100,00	92	46,00 100,00	200	100,00 100,00



S druge strane, 11 bolesnika koji su bili karakterizirani kao sumnjičavi ili prkosni nisu prekinuli fizikalnu terapiju.

Bolesnici koji su karakterizirani kao ovisni o uputstvima i savjetima liječnika, 83,33%, nisu prekinuli fizikalnu terapiju (tablica 7).

Tablica 7 - RAZLOZI ZA PREKID PROVOĐENJA FIZIKALNE TERAPIJE I LIČNOST BOLESNIKA (OVISAN)

Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije	Ličnost bolesnika ovisan				Ukupno	
	DA		NE			
	N	%	N	%	N	%
Poboljšanje toka bolesti	4	40,00 5,71	6	60,00 5,62	10	100,00 5,00
Pogoršanje toka bolesti	5	38,46 7,14	8	61,54 6,15	13	100,00 6,50
Nemarnost	2	16,67 2,86	10	83,33 7,69	12	100,00 6,00
Ostali uzroci	26	35,62 37,14	47	64,38 36,15	73	100,00 36,50
Ostalo	33	35,87 47,14	59	64,13 45,38	92	100,00 46,00
Ukupno	70	35,00 100,00	130	65,00 100,00	200	100,00 100,00

## DISKUSIJA

Važnost suradnje bolesnika, koji boluju od reumatoidnog artritisa s reumatologom nije do sada u potpunosti u literaturi obrađivana. U području rehabilitacije pojavljuju se novi aspekti suradnje između bolesnika i liječnika, koji vodi liječenje ili rehabilitaciju (reumatolog, fizijatar) čime se treba privući pažnja i interes bolesnika za dugotrajni proces tretmana (medikamentna i funkcijska terapija).

Suradnja bolesnika s liječnikom nije samo vezana da bolesnik redovito uzima tablete, fizikalnu terapiju i drugo po preporuci liječnika već je važno razvijati i prihvatiti inicijative i aktivnost bolesnika. Takav stav je u skladu s definicijom suradnje prema Taubertu (6), koji govori da je suradnja bolesnika s liječnikom spremnost i sposobnost, da se liječnik i bolesnik jedan prema drugome odnose partnerski i jednako prema bolesti. KomPLICIRA se značenje suradnje ako se uzme u obzir izraženost i trajanje, kao i odnos spremnosti. Prema tome te varijabilne veličine odnose se interindividualno i intraindividualno.

Razlozi prekida fizikalne terapije kod bolesnika s reumatoidnim artritismom u odnosu na životnu dob su različiti kod različitih dobnih skupina. Bolesnici starije životne dobi su "nemarniji" pri pridržavanju uputa za provođenje fizikalne terapije dijelom i radi lošijeg općeg zdravstvenog stanja (druge bolesti) koje mogu negativno utjecati na prihvaćanje takvog oblika tretmana. Postoji niz drugih faktora, koji mogu utjecati na prihvaćanje ili ne prihvaćanje (lokalizacija radne organizacije) za obavljanje fizikalne terapije i drugi.

U životnoj dobi od 35 do 54 godina fizikalnu terapiju je prekinuo najveći broj naših bolesnika zbog pogoršanja toka bolesti. Odlazak na fizikalnu terapiju može predstavljati dodatno fizičko opterećenje koje može dovesti do aktiviranja boli, te i neadekvatno odabrani postupci fizikalne terapije.

Hajnos navodi da kod 30 bolesnika s reumatoidnim artritismom s kroničnim bolnim lumbalnim sindromom od 6 odnosno 3 mjeseci nije našao signifikantnu razliku u životnoj dobi između dvije skupine bolesnika (7). Naši rezultati odudaraju od tih spoznaja. Hajnos dalje naglašava da životna dob i naobrazba nemaju utjecaja na suradnju bolesnika s liječnikom u pogledu pridržavanja uputa. Mi smo našli, da se bolesnici starije životne dobi odriču tretmana fizikalnom terapijom u većoj mjeri zbog pogoršanja ili poboljšanja toka bolesti i zbog ne-

marnosti (58,33%). To se može objasniti velikim angažmanom u kući i smanjenom brigom za vlastito zdravlje.

Većina je naših bolesnika bila u drugom anatomskom stadiju bolesti, u kojih još nisu prisutni teški deformiteti i jači funkcionalni ispadi, pa bolesnici uz druge obaveze i niži stupanj edukacije o bolesti nisu bili motivirani za taj oblik terapije. Dalje je očito, da provođenje fizikalne terapije s kroničnim bolesnicima predstavlja problem i zahtjeva od njih psihički i fizički napor i zamor. S druge strane takvim bolesnicima je jednostavnije uzimanje antireumatika, koji utječu na bol ali ne i na funkcijski status.

Neki su bolesnici samostalni i hiperaktivni pa nemaju vremena niti strpljenja da provode fizikalnu terapiju. Tako je 83,33 % naših bolesnika, koji su bili "karakterizirani" kao samostalne osobe, zbog nemarnosti prekinulo fizikalnu terapiju. Samostalni i hiperaktivni tip bolesnika samoinicijativno mijenjaju tretman i liječenje, pa čak smatraju da time pomažu liječniku, a i ne troše društvena sredstva za svoje liječenje.

Herman je 1979. godine opazio da osobe koje same žive, manje slijede i prate liječničke upute (8). Naša opažanja u cijelosti odgovaraju tim rezultatima.

## ZAKLJUČAK

Na temelju naših istraživanja možemo zaključiti:

1. Ne postoji određen "tipični" bolesnik, koji se pridržava liječnikovih uputa.

2. Za suradnju bolesnika s reumatoidnim artritismom i liječnika reumatologa odgovorni su mnogobrojni činioci na relaciji bolesnik - reumatolog, bolesnik - reumatoidni artritis - način liječenja.

3. Opći činioci suradnje su osobitosti kliničkog toka bolesti i način liječenja.

4. Bolesnici okarakterizirani kao samostalni i neovisni u velikom broju slučajeva prekidaju fizikalnu terapiju zbog nemarnosti, dok bolesnici, koji su okarakterizirani kao ovisni o uputama liječnika ne prekidaju tretman fizikalnom terapijom.

## LITERATURA

1. Jajić I.: Reumatske bolesti sa vježbama za reumatičare, Beograd-Zagreb, Medicinska knjiga, 1978, 1-10.
2. Jajić I.: Operativno liječenje reumatoidnog artritisa, Liječ. Vjesn. 1973, 95:557-60.
3. Ropes MW, Bennet GA, Cobb S., Jacox R., Jessar RA.: Proposed diagnostic criteria for rheumatoid arthritis, Ann. rheum. Dis. 1957, 168:118-25.
5. Steinbrocker O., Traeger CH., Batterman RC.: Therapeutic criteria in Rheumatoid arthritis, J A M A , 1949, 140:659.
6. Fischer B.: Compliance in der Rehabilitation: Begriff, Erfassung, Verbesserungsmöglichkeiten, Prakt. Arzt 1981, 35:1571-92.
7. Hajnos G.: Complianceprobleme in der Physiotherapie, Therapiewoche, 1985, 35:3204-12.
8. Herman U.: Medizin - soziologische Analyse der Einflussfaktore auf Compliance, Nervenarzt, 1979, 50: 102-8.