

Značaj medicinskih sestara/tehničara u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritisom

Barbir, Nina

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:560799>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Nina Barbir

**ZNAČAJ MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U
OČUVANJU KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S
REUMATOIDNIM ARTRITISOM**

Završni rad

Split, 2024.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Nina Barbir

**ZNAČAJ MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U
OČUVANJU KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S
REUMATOIDNIM ARTRITISOM
THE IMPORTANCE OF NURSES/TECHNICIANS IN
PRESERVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

dr.sc. Iris Jerončić Tomić, izv. profesor

Split, 2024.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni prijediplomski studij sestrinstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: dr.sc. Iris Jerončić Tomić, izv. profesor

Značaj medicinskih sestara/tehničara u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom

Nina Barbir, 0346012984

Sažetak:

Uvod: Reumatoidni artritis je kronični, sistemski autoimuni poremećaj karakteriziran progresivnom upalom i oštećenjem zglobova, obilježenim izmjeničnim razdobljima egzacerbacije i remisije. Sestrinske intervencije za bolesnike s reumatoidnim artritismom obuhvaćaju različite strategije, uključujući davanje lijekova prema propisu liječnika specijalista, kontinuirano praćenje i evaluaciju upalnog procesa te procjenu pokretljivosti zglobova i mogućih deformiteta.

Cilj: Cilj rada je prikazati ulogu i značaj medicinskih sestara/tehničara u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom.

Rasprava: Različita istraživanja pokazala su da medicinske sestre pozitivno utječu na poboljšanje kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom. Osim pružanja općeg obrazovanja o bolestima, medicinske sestre također podučavaju pacijente o primjeni lijekova, prehrambenim smjernicama i raznim drugim bitnim vještinama potrebnim za učinkovitu samonjegu kod kuće

Zaključak: Medicinska sestra ima značajnu ulogu u poboljšanju kvalitete života bolesnika s RA. Unutar tima za zdravstvenu njegu, medicinske sestre imaju ključnu ulogu zbog njihove opsežne interakcije s pacijentima. Njihova savjetodavna sposobnost, posebno u suradnji s pacijentima i njihovim obiteljima, predstavlja temeljni aspekt sestrinske prakse.

Ključne riječi: reumatoidni artritis; medicinske sestre; kvaliteta života

Rad sadrži: 26 stranica, 1 slika, 0 tablica, 0 priloga, 35 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

University undergraduate study of nursing

Scientific area: biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: dr.sc. Iris Jerončić Tomić, izv. profesor

The importance of nurses/technicians in preserving the quality of life of patients with rheumatoid arthritis

Nina Barbir, 0346012984

Summary:

Introduction: Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic autoimmune disorder characterized by progressive inflammation and joint damage, marked by alternating periods of exacerbation and remission. Nursing interventions for patients with rheumatoid arthritis include various strategies, including the administration of medications as prescribed by specialist physicians, continuous monitoring and evaluation of the inflammatory process, and assessment of joint mobility and possible deformities.

Objective: The aim of the paper is to show the role and importance of nurses/technicians in preserving the quality of life of patients with rheumatoid arthritis.

Discussion: Various studies have shown that nurses have a positive effect on improving the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. In addition to providing general disease education, nurses also teach patients about medication administration, dietary guidelines, and various other essential skills needed for effective self-care at home.

Conclusion: The nurse has a significant role in improving the quality of life of patients with RA. Within the healthcare team, nurses play a key role due to their extensive interaction with patients. Their counseling ability, especially in collaboration with patients and their families, is a fundamental aspect of nursing practice.

Ključne riječi: rheumatoid arthritis; nurses; quality of life

Thesis contains: 26 pages, 1 figures, 0 tables, 0 supplements, 35 references

Original in: hrvatski

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Reumatoidni artritis	1
1.1.1. Epidemiologija	2
1.1.2. Klinička slika.....	3
1.1.3. Dijagnostika.....	4
1.1.4. Liječenje	7
1.2. Uloga medicinske sestre/tehničara u liječenju reumatoidnog artritisa	10
1.2.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije	11
1.2.2. Edukacija bolesnika.....	13
1.3. Uloga medicinske sestre u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritism.....	14
2. CILJ RADA.....	16
3. RASPRAVA.....	17
ZAKLJUČAK.....	21
6. LITERATURA	23
7. ŽIVOTOPIS	26

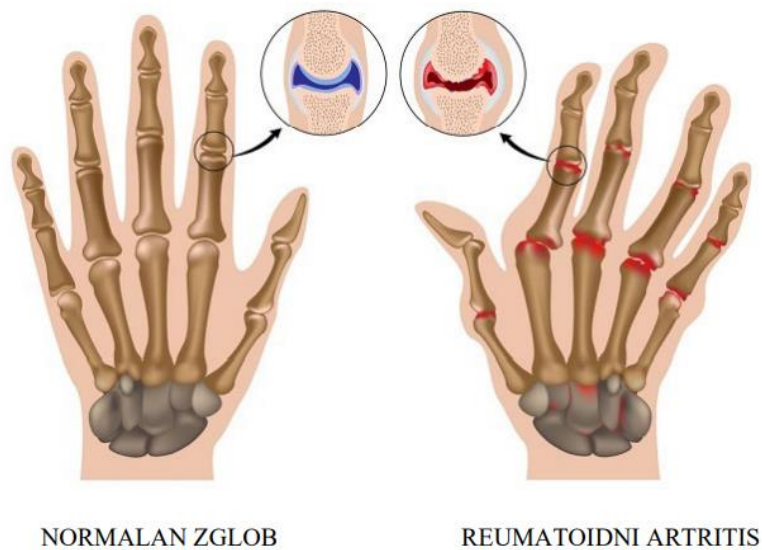
1. UVOD

Reumatske bolesti obuhvaćaju široku kategoriju autoimunih poremećaja koji prvenstveno zahvaćaju mišićno-koštani sustav. Definiirajuća značajka ovih stanja je prisutnost boli, upale i ograničene pokretljivosti zahvaćenih zglobova. Te se bolesti mogu kategorizirati u četiri glavne skupine: upalne reumatske bolesti, degenerativne reumatske bolesti, izvanzglobni reumatizam i metabolički poremećaji koji zahvaćaju kosti i zglobove (1). U nastavku je naglasak stavljen na upoznavanje s reumatoidnim artritismom, kvalitetom života bolesnika, te ulogom medicinske sestre u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom.

1.1. Reumatoidni artritis

Reumatoidni artritis (u daljnjem tekstu RA) je kronični, sistemski autoimuni poremećaj karakteriziran progresivnom upalom i oštećenjem zglobova, obilježenim izmjeničnim razdobljima egzacerbacije i remisije (1). Ovo stanje primarno cilja na zglobove, što rezultira sve težim oštećenjem koje može kulminirati invalidnošću. Patofiziologija RA uključuje nenormalan imunološki odgovor koji napada hrskavicu, kost i, u nekim slučajevima, unutarnje organe. Obilježje ove bolesti je upala i proliferacija sinovijalne membrane, što dovodi do lokalizirane destrukcije hrskavice i susjedne kosti, što u konačnici ugrožava funkcionalnost zahvaćenih zglobova (2). Tipično, zahvaćenost zglobova je simetrična (slika 1).

Mali zglobovi šaka, zapešća, ramena, koljena i gležnjevi najčešće su pogođeni ovim stanjem. Osim zglobova, bolest također utječe na više organa i organskih sustava kod većine pacijenata, značajno pridonoseći morbiditetu i mortalitetu povezanom s reumatoidnim artritismom (1).



Slika 1. Reumatoidni artritis

Izvor: [Online]. 2024. Dostupno na: <https://terrapromo.eu/wp-content/uploads/2019/02/artritis-2.jpg>

1.1.1. Epidemiologija

Reumatoidni artritis je prevladavajuće upalno reumatsko stanje koje pogađa pojedince svih etničkih skupina. Bolest pokazuje veću prevalenciju u žena, s omjerom od približno 3:1 u usporedbi s muškarcima (1). Značajno je da su stope incidencije među populacijom američkih Indijanaca, kao što je pleme Pima od 5,3% i pleme Chippewa od 6,8%, u oštroj suprotnosti sa znatno nižim stopama uočenim u jugoistočnoj Aziji, koje se kreću od 0,2% do 0,3% (3). U Europi se navodi da je učestalost RA između 0,5% i 1%. Nedavne studije ukazale su na pad incidencije među ženama, potencijalno povezan s upotrebom oralnih kontraceptiva, koji mogu dati zaštitni učinak protiv pojave RA. Nadalje, postojeća literatura sugerira da je pušenje povezano s povećanim rizikom od razvoja RA, dok ozbiljnost bolesti i povezane stope smrtnosti mogu korelirati s određenim genima tkivne podudarnosti (4).

Na pojavu reumatoidnog artritisa utječu i genetska predispozicija i čimbenici okoline. Genetski čimbenici odgovorni su za približno 50-60% slučajeva RA, posebice kroz kompleks humanih leukocitnih antigena (HLA tipizacija) (1). Značajna prevalencija RA je dokumentirana među jednojajčanim blizancima. Istraživanja pokazuju da između 35-75%

osoba s RA smatra prehrambene čimbenike koji značajno utječu na težinu njihovog stanja, što je mnoge navelo da pokušaju modificirati prehranu kako bi ublažili simptome (4). Epidemiološka istraživanja otkrila su korelaciju između niskog unosa antioksidansa i prevalencije RA. Postoje utvrđeni dokazi koji povezuju slobodne radikale s upalom i oštećenjem zglobova kod RA, uz zaštitne učinke antioksidansa. Posljedično, ugradnja antioksidansa, kao što su vitamini A i E, često se koristi kao dopunsko liječenje RA. Nadalje, studije su pokazale da pridržavanje mediteranske prehrane, koju karakteriziraju visoke razine antioksidansa i nezasićenih masnih kiselina, može umanjiti upalne reakcije i poboljšati funkcionalni status pacijenata (5).

1.1.2. Klinička slika

Napredovanje reumatoidnog artritisa obično se događa postupno, s pacijentima koji u početku imaju nespecifične simptome kao što su umor, smanjeni apetit, povećan umor, loša kvaliteta sna i pojačano znojenje. Karakteristični simptom je prisutnost jutarnje ukočenosti u malim zglobovima ruku, koja traje više od sat vremena. Pacijentima je često teško pomicati prste nakon buđenja, što zahtijeva određeno vrijeme da povrate pokretljivost. Značajno je da nelagoda općenito izostaje do sljedećeg jutra (5). Nakon ove početne ukočenosti, pojedinci počinju prijavljivati bolove u zglobovima, koji se u početku manifestiraju tijekom kretanja, a kasnije se javljaju čak i u mirovanju. Otok postaje vidljiv, što ukazuje na upalni odgovor unutar sinovijalne membrane. U ranoj fazi bolesti uočava se izljev tekućine u zglobni prostor. Ovi se simptomi obično prvo primijete u radiokarpalnim (RC) zglobovima, kao i metakarpofalangealnim (MCP) i proksimalnim interfalangealnim (PIP) zglobovima obje ruke. Zglobovi zahvaćeni RA obično pokazuju karakterističnu deformaciju (6).

Primjetna je prisutnost neuobičajenih deformiteta u šakama, uključujući različite tipove kao što je deformacija "devine grbe" na metakarpofalangealnoj (MCP) razini, deformacija lakatne šake koja podsjeća na "peraju tuljana", deformacija "labuđeg vrata" koja utječe na prste, deformitet palca s "rupom za gumb" i "čekićastim prstom". Kod reumatoidnog artritisa deformiteti ruku mogu se kategorizirati u tri različite vrste. "Pozitivna ruka" zadržava funkcionalnost unatoč morfološkim promjenama, dok "negativna ruka" nema funkcionalnu

sposobnost, što onemogućuje hvatanje predmeta. "Sakaćeća ruka", iako je rijetka, pogoršava deformaciju osteolizom, što dovodi do skraćenih i ankiloziranih kostiju. Osim toga, haluks deformiteti se često opažaju u stopalima. Iako bolest može zahvatiti bilo koji zglob u tijelu, istraživanja pokazuju da su sklonost zglobovima šaka i stopala, kao i koljenima i ramenima (1, 4).

Kod reumatoidnog artritisa, upalni proces se proteže izvan zglobova, zahvaćajući burze, tetive i njihove ovojnice, što dovodi do pojave eksudativnog tendovaginitisa. Slično, eksudativni burzitis manifestira se na usporediv način. Muskulatura koja okružuje zahvaćene zglobove također je ugrožena, a posebno su osjetljivi mali mišići šaka, nadlaktica i podlaktica. Osim toga, koža na tim područjima može atrofirati, što rezultira tankim i sjajnim izgledom. Sveukupno zdravlje pacijenta ima tendenciju pogoršanja, što često dovodi do anemije, koja smanjuje sposobnost tijela da se odupre infekcijama (1). Približno 20% pacijenata razvije potkožne čvorove. Radiografski pregledi otkrivaju jasne promjene u kostima oko zahvaćenih zglobova, koje se mogu kategorizirati u četiri stupnja: početni stadij karakterizira trakasta osteoporoza, drugi stadij pokazuje eroziju i trošenje, treći stadij karakterizira značajno razaranje kosti praćeno tipičnim deformacije, a četvrti stadij kulminira ankilozom (3, 5).

Na temelju sposobnosti bolesnika za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, pojedince kategoriziramo u četiri funkcionalne klase. U prvom razredu pokretljivost zglobova je očuvana, što omogućuje pacijentu da se uključi u umjereni fizički rad. Druga klasa ukazuje na to da iako pacijent može upravljati svakodnevnim životnim aktivnostima, njegova radna sposobnost je ograničena. U trećem razredu dolazi do značajnog pada ukupne razine aktivnosti bolesnika, au četvrtom razredu pacijent postaje nesposoban za rad, često mora koristiti invalidska kolica ili je vezan za krevet (6).

1.1.3. Dijagnostika

Razlikovanje reumatoidnog artritisa od drugih artričnih stanja predstavlja značajan izazov, budući da nekoliko poremećaja pokazuje sličnosti s RA. To uključuje psorijatični

artritis, giht, pseudogiht, ankilozantni spondilitis, akutnu reumatsku groznicu, gonokokni artritis, boreliozu, osteoartritis i Reiterov sindrom. Uz utvrđivanje znakovitih simptoma, konačna dijagnoza RA zahtijeva laboratorijske pretrage, analizu sinovijalne tekućine dobivene aspiracijom iglom i, u određenim slučajevima, biopsiju zahvaćenih čvorova (6).

Bitno je naglasiti da dijagnostički proces započinje anamnezom koja podrazumijeva dijalog između liječnika i pacijenta. Kroz ovu interakciju, liječnik prikuplja ključne informacije o pacijentovim simptomima. Od vitalne je važnosti utvrditi trajanje početka, postojanost simptoma, način na koji se manifestiraju i druge relevantne čimbenike koji mogu pomoći u prepoznavanju temeljnog stanja. Posljedično, liječnik obiteljske medicine može posumnjati na reumatoidni artritis. Ako se sumnja na RA, početni korak liječnika trebao bi biti provođenje sveobuhvatnog pregleda pacijenta, usredotočujući se na zglobove koje pacijent identificira kao bolne i otečene, nakon čega slijedi procjena pokreta u rukama i nogama (7).

Nakon pregleda pacijentove početne medicinske povijesti i formiranja opravdane sumnje na reumatoidni artritis, liječnik je dužan započeti niz temeljnih laboratorijskih pretraga. Ovi testovi uključuju mjerenje brzine sedimentacije eritrocita (ESR), procjenu razine C-reaktivnog proteina (CRP), kompletnu krvnu sliku i analizu urina. U osoba koje pate od bilo kojeg upalnog stanja, osobito onih s upalom zglobova, brzina sedimentacije eritrocita je tipično povišena; stoga je izraženiji upalni odgovor u korelaciji s većim povećanjem brzine sedimentacije (1). CRP djeluje kao ključni upalni biomarker u laboratorijskoj dijagnostici, specifično ukazujući na prisutnost upale u kontekstu RA. Taj se protein otpušta u krvotok tijekom upalnih procesa, a njegove razine fluktuiraju brže od onih ESR-a. Bitno je prepoznati da ESR i CRP služe kao komplementarni dijagnostički alati; dok razine CRP-a daju snimku trenutnog upalnog stanja, ESR odražava napredovanje bolesti tijekom nekoliko dana ili tjedana (7).

Osim gore navedenih procjena, bitno je procijeniti pacijentovu krvnu sliku kako bi se utvrdile bilo kakve promjene u krvnim stanicama koje bi mogle ukazivati na upalu. Značajno, pojedinci koji pate od upalnih stanja povezanih s reumatoidnim artritisom često imaju

anemiju, što zahtijeva liječenje usmjereno na rješavanje osnovne bolesti. Bez obzira na rezultate laboratorijskih pretraga, ako pacijent ima simptome koji odgovaraju RA, potrebna je uputnica specijalistu reumatologu. Reumatolog će provesti temeljit pregled, usredotočujući se na pacijentove tegobe i simptome, s posebnom pozornošću na mišićno-koštani sustav. Ako nakon ove procjene postoji opravdana sumnja na RA, reumatolog će nastaviti s dodatnim dijagnostičkim mjerama, uključujući sveobuhvatne analize krvi i seruma kao i slikovne studije (8).

U okviru dopunskih krvnih pretraga, specijalist reumatolog može preporučiti njihovu primjenu na temelju kliničke procjene. Jedan od ključnih testova je procjena reumatoidnog faktora (RF), budući da je pozitivan rezultat RF pokazatelj reumatoidnog artritisa kod pacijenta. Osim toga, ključno je mjerenje antitijela protiv cikličkog citruliniranog peptida (anti-CCP), jer pozitivan anti-CCP rezultat dodatno podupire dijagnozu RA. Osim ovih seroloških procjena, slikovne studije također su sastavni dio dijagnostičkog procesa. Magnetska rezonancija (MRI) posebno je vrijedna jer može otkriti rane promjene povezane s artritismom. MRI daje detaljne slike zglobova, uključujući one u šakama, koljenima i ramenima, korištenjem energije koju proizvode jaki magneti. Važno je napomenuti da je MRI vrlo precizan način snimanja koji ne uključuje ionizirajuće zračenje. Međutim, primarna ograničenja MRI uključuju njegovu pristupačnost i povezane troškove (5, 7).

Ultrazvuk (UZV) predstavlja znatno pristupačniju dijagnostičku opciju u usporedbi s magnetskom rezonancijom (MRI) i sposoban je identificirati promjene povezane s reumatoidnim artritismom. U USG dijagnostici prevladava primjena tehnika sivih skala i Power Doppler (PD) jer te metode olakšavaju rano otkrivanje kliničkih manifestacija u bolesnika. Nadalje, ultrazvuk je ključan u kontinuiranoj procjeni bolesti i evaluaciji učinkovitosti primijenjenih terapija. Prednosti ultrazvučne dijagnostike su odsutnost ionizirajućeg zračenja, neinvazivni postupci i mogućnost provođenja multiplanarnih procjena anatomskih struktura (4). Uz MRI i ultrazvuk, u dijagnostičkoj praksi koristi se i kompjutorizirana tomografija (CT). CT je radiološka tehnika snimanja koja koristi rendgensko zračenje u kombinaciji s detektorom, što omogućuje vizualizaciju unutarnjih organa i tkiva pomoću računalno generiranih slika. Ova metoda učinkovito otkriva promjene

kostiju, poput erozija. Dok je CT skeniranje brzo i pouzdano, njegov primarni nedostatak leži u visokim razinama izloženosti ionizirajućem zračenju koje podrazumijeva za pacijenta (8).

U određenim okolnostima, osobito tijekom početnih faza identifikacije bolesti, scintigrafija skeleta služi kao dijagnostički alat. Ova tehnika je neinvazivni pristup koji se koristi u području nuklearne medicine. Vizualizira kosti i zglobove primjenom radiofarmaka. Važno je napomenuti da je ova metoda bezbolna i da se mogu koristiti različite tehnike snimanja ovisno o specifičnoj dijagnozi pacijenta. U konačnici, ključno je prepoznati da početnu sumnju na reumatoidni artritis obično postavlja obiteljski liječnik nakon razgovora s pacijentom i preliminarnog pregleda. Nakon toga liječnik upućuje bolesnika specijalistu reumatologu koji daljnjim pretragama potvrđuje dijagnozu i sastavlja odgovarajući plan liječenja (9).

1.1.4. Liječenje

Kao što je prethodno spomenuto, rana dijagnoza bolesti i brzo započinjanje liječenja ključni su za ublažavanje učinaka reumatoidnog artritisa i usporavanje njegove progresije. Primarni cilj je postići remisiju, što u praktičnom smislu znači da nema otečenih ili bolnih zglobova ili ih ima vrlo malo. Liječenje RA obično počinje s manje agresivnim pristupima, progresivno eskalirajući do intenzivnijih tretmana kako se bolest razvija. Ovo liječenje može uključivati strategije kao što su odmor ili modifikacije prehrane, nakon čega slijede farmakološke intervencije i, ako je opravdano, kirurški zahvati (10).

Načela liječenja reumatoidnog artritisa doživjela su značajnu transformaciju. Povijesno gledano, primarna strategija uključivala je upotrebu nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID), pri čemu su antireumatski lijekovi koji mijenjaju tijek bolesti (DMARD) razmatrani samo kada su se NSAID-i pokazali neučinkovitim. NSAID-ovi služe i u protuupalne i u antireumatske svrhe, a među ostalima uobičajeni primjeri uključuju ibuprofen, diklofenak, ketoprofen, piroksikam i naproksen (5, 8).

Ključno je istaknuti ulogu kortikosteroida, poput Medrola, koji imaju značajnu ulogu u ublažavanju upale i usporavanju napredovanja propadanja zglobova. Unatoč tome, ovi se

lijekovi preporučuju za kratkotrajnu upotrebu, budući da produljena primjena može dovesti do smanjene učinkovitosti i potencijalnih štetnih učinaka, uključujući dijabetes, modrice na koži, stanjivanje kože i glaukom, između ostalog. Trenutna literatura pokazuje da je rano uvođenje antireumatskih lijekova koji modificiraju bolest (DMARD) učinkovito u značajnom sprječavanju napredovanja bolesti. Konkretno, u suvremenim protokolima liječenja reumatoidnog artritisa, nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAID) obično su prva linija obrane nakon pojave početnih simptoma kao što su bolovi u zglobovima i otekline; međutim, rijetko se propisuju izolirano bez istodobne primjene DMARD-a (2, 9).

Glavna funkcija antireumatskih lijekova koji modificiraju bolest (DMARDs) je ublažiti propadanje zglobova uz povećanje funkcionalne sposobnosti pacijenta. Bitno je primijeniti lijek u dozi koja je maksimalno podnošljiva za pojedinog bolesnika te razmotriti modifikaciju režima liječenja ili uvođenje alternativnog lijeka ako se ne postigne željeni terapijski učinak. Obično korišteni DMARD-ovi uključuju metotreksat, sulfasalazin, antimalarike i leflunomid, dok se ciklosporin i azatioprin koriste rjeđe. Nasuprot tome, upotreba penicilamina i soli zlata znatno je smanjena zbog njihovih povezanih nuspojava i odgođenog terapijskog početka (10).

Postojeća literatura pokazuje da metotreksat (MTX) služi kao strukturni analog folne kiseline i da se primjenjuje ili oralno ili parenteralno za liječenje upalnih reumatoloških poremećaja. Kliničke studije su pokazale njegovu značajnu učinkovitost u liječenju reumatoidnog artritisa. Trenutno se MTX smatra zlatnim standardom u liječenju RA. Početna terapija obično započinje tjednim dozama u rasponu od 7,5 do 15 mg, uz prilagođavanje doze kao odgovor na aktivnost bolesti. Ova titracija ima za cilj postići sveobuhvatnu kontrolu bolesti, pri čemu terapijski učinci općenito postaju vidljivi nakon nekoliko tjedana (1). Tijekom primjene metotreksata nužno je pratiti krvnu sliku bolesnika, kao i testove funkcije jetre i bubrega, posebice jer je njegova primjena kontraindicirana u osoba s oštećenjem bubrega. Uobičajene nuspojave uključuju mučninu, a zabilježeni su i slučajevi intersticijalnog pneumonitisa tijekom liječenja ovim lijekom.

Uz metotreksat, sulfasalazin, također poznat kao salazopirin, koristi se u režimima liječenja. Ovaj spoj je konjugat salicilata i sulfapiridina, koji pokazuje i protuupalna i imunomodulirajuća svojstva. Preporučena doza sulfasalazina kreće se od 2 do 3 mg dnevno. Ključno je provoditi redovite testove funkcije jetre tijekom liječenja, jer lijek može dovesti do hematoloških problema, uključujući agranulocitozu, aplastičnu anemiju ili hemolitičku anemiju, uz gastrointestinalne poremećaje. Osim toga, leflunomid je vrijedan pažnje zbog svojih imunomodulatornih učinaka; njegov aktivni metabolit inhibira sintezu pirimidina, koji su neophodni za proliferaciju limfocita koja pridonosi upali kod reumatoidnog artritisa. Standardna doza leflunomida je 20 mg dnevno, a može dovesti do nuspojava kao što su alopecija i stomatitis (4, 8).

U kontekstu antimalarika kao što su klorokin i hidroksiklorokin, važno je napomenuti da ovi lijekovi pokazuju manje nuspojava u usporedbi s prethodno razmatranim lijekovima, pri čemu je toksičnost za mrežnicu najznačajnija nuspojava. Hidroksiklorokin se obično primjenjuje u dozama u rasponu od 200 do 400 mg i često se propisuje u kombinaciji s drugim antireumatskim lijekovima koji modificiraju bolest (DMARD) (2). S obzirom na to da monoterapija često ne uspijeva postići željeni ishod remisije bolesti, uobičajena je praksa koristiti kombinacije DMARD-ova koji posjeduju različite mehanizme djelovanja, čime utječu na putanju bolesti na različite načine. Literatura kategorizira DMARD-ove u tri glavne skupine: konvencionalne sintetske lijekove, biološke agense i ciljane sintetičke lijekove, pri čemu se biološki agensi dalje dijele na izvorne biološke proizvode i njihove biosimilare (5, 8).

Biološki lijek, u svojoj najtočnijoj definiciji, odnosi se na bilo koji farmaceutski proizvod dobiven iz bioloških izvora, kao što su ljudska ili životinjska tkiva. Ova kategorija obuhvaća cjepiva, serume i lijekove dobivene iz ljudske krvi ili plazme. U suvremenom diskursu pojam "biološki lijek" posebno označava one lijekove proizvedene rekombinantnom tehnologijom koja koristi žive stanice. U kontekstu bioloških lijekova dostupnih u Hrvatskoj, značajni primjeri uključuju alfa inhibitore čimbenika tumorske nekroze (TNF) kao što su etanercept, infliksimab, adalimumab i golimumab, kao i antagonist receptora interleukina-6 (IL-6) tocilizumab, te Blokator CD-20 limfocita rituksimab (9).

Kao što je prethodno spomenuto, biološki lijekovi potječu iz bioloških izvora, koji mogu uključivati mikrobiološko, životinjsko ili ljudsko podrijetlo, posebno iz živih organizama kao što su bakterije ili sisavci. Također je ključno naglasiti da su ti biološki lijekovi razvijeni tehnikama genetskog inženjeringa. Pojava biološke terapije 1980-ih označila je značajan napredak u liječenju različitih stanja, uključujući multiplu sklerozu, određene maligne bolesti i upalne reumatske bolesti. Ključna razlika između bioloških lijekova i tradicionalnih lijekova leži u njihovoj proizvodnji; biološki lijekovi nastaju unutar živih stanica, dok se klasični lijekovi sintetiziraju kemijski i mogu se lako replicirati (10).

1.2. Uloga medicinske sestre/tehničara u liječenju reumatoidnog artritisa

U najformalnijem kontekstu, medicinske sestre definiraju se kao pojedinci koji su uspješno završili program obrazovanja za medicinske sestre u skladu s propisima koje su utvrdile njihove zemlje i dobili potrebnu licencu za samostalno pružanje zdravstvene skrbi. Posljedično, medicinska sestra je osoba posvećena pomaganju pacijentima u postizanju ili ponovnom uspostavljanju njihovog potencijala za normalan život unutar njihovog životnog i radnog okruženja, dok također pruža zdravstvenu njegu tijekom razdoblja bolesti ili rehabilitacije (11). Primarni ciljevi sestринства mogu se kategorizirati u tri različita područja: prevencija bolesti i promicanje zdravlja, vraćanje zdravlja putem oporavka i podrške bolesnima te ublažavanje patnje pacijenata koji se suočavaju s teškim i terminalnim stanjima. Ključno je naglasiti bitne funkcije sestринства, koje obuhvaćaju niz aktivnosti uključujući prevenciju bolesti, poboljšanje zdravlja i skrb za osobe s mentalnim i fizičkim bolestima, kao i inicijative za zdravstveno obrazovanje i istraživačka nastojanja (12).

Medicinske sestre imaju priliku sudjelovati u raznolikom nizu profesionalnih uloga. Dok je značajan broj medicinskih sestara zaposlen u bolničkim ustanovama, druge se mogu usredotočiti na organizacijske uloge ili obrazovne pozicije. Unatoč tim različitim okruženjima, sve medicinske sestre dijele zajednički cilj: obratiti se i riješiti zdravstvene probleme koji su im predstavljeni. Njihove odgovornosti uključuju praćenje pacijenata i, kroz pažljivu procjenu njihovog stanja, utvrđivanje specifičnih potreba za medicinskom njegom i provođenje odgovarajućih intervencija. Bez obzira na njihovu obrazovnu pozadinu, stalno

stručno usavršavanje zdravstvenih radnika je ključno, s obzirom na brzi napredak tehnologije i uvođenje novih farmaceutskih proizvoda, što zahtijeva kontinuirano učenje u svim medicinskim disciplinama (12).

Brzi napredak tehnologije doveo je do značajnih poboljšanja u metodologijama liječenja raznih bolesti, uključujući reumatoidni artritis. Za pojedince oboljele od RA, značajan napredak u biološkim i biosličnim lijekovima predstavlja primjer tog napretka, naglašavajući nužnost da medicinske sestre budu dobro informirane o tim tretmanima. Ovi su lijekovi osnažili pacijente da zadrže tipičniji način života, naglašavajući važnost uključivanja pacijenata i njihovih obitelji u olakšavanje boljeg upravljanja izazovima koje predstavlja stanje (11).

1.2.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Procjena stanja pacijenta omogućuje medicinskim sestrama izvlačenje specifičnih zaključaka. Ovaj evaluacijski proces naziva se sestrinska dijagnoza, dok se zaključci proizašli iz ove procjene također nazivaju sestrinska dijagnoza. Čin dijagnosticiranja uključuje analizu i ispitivanje različitih činjenica i okolnosti radi lakšeg razumijevanja i objašnjenja procijenjene situacije (11). Suprotno tome, dijagnoza predstavlja informirano mišljenje koje proizlazi iz takve analize i pregleda. Postoji nekoliko kategorija sestrinskih dijagnoza, uključujući trenutne sestrinske dijagnoze, visokorizične sestrinske dijagnoze, moguće ili vjerojatne sestrinske dijagnoze te povoljne i kolektivne sestrinske dijagnoze. Trenutne sestrinske dijagnoze odnose se na probleme koji se mogu identificirati kroz vidljive karakteristike; na primjer, ako pacijent ne može samostalno koristiti pribor za jelo, to ukazuje na smanjenu sposobnost samostalnog hranjenja, što dovodi do trenutne dijagnoze smanjene sposobnosti hranjenja (12).

Visoko rizične ili potencijalne sestrinske dijagnoze odnose se na probleme koji se još nisu očitovali kod pacijenta, ali se mogu pojaviti ako se ne provedu odgovarajuće preventivne mjere. Na primjer, pacijent koji je nepokretan može biti izložen riziku od razvoja dekubitusa, čak i u odsutnosti bilo kakvih vidljivih promjena na koži, ako se ne primijene preventivne

strategije. Ovu kategoriju identificira terminologija "visokog rizika za", kao što se vidi u slučaju dekubitusa. Kada medicinska sestra naiđe na nedovoljno informacija za utvrđivanje stvarne ili visokorizične dijagnoze, ona može predložiti mogući ili vjerojatni problem na temelju svojih sumnji. Naknadno prikupljanje podataka omogućit će joj da potvrdi ili odbaci svoju informiranu sumnju. Također je bitno napomenuti da u kontekstu kolektivnih sestrinskih dijagnoza, više aktualnih i visokorizičnih dijagnoza mogu koegzistirati zbog ukupnog stanja pacijenta (13).

U procesu formuliranja sestrinskih intervencija bitno je da medicinska sestra posjeduje sposobnost rješavanja specifičnih problema, što podrazumijeva sveobuhvatno razumijevanje svih mogućih rješenja. Oslanjajući se na ovo znanje, medicinska sestra će odabrati najprikladniju intervenciju procjenjujući stanje pacijenta i druge relevantne čimbenike, osiguravajući da je pristup prilagođen pojedincu i minimalizira rizik od štetnih učinaka. Općenito, sestrinske intervencije mogu se kategorizirati u tri različite skupine. Prva skupina uključuje pružanje izravne fizičke pomoći, osiguravajući da se pacijent nalazi u odgovarajućem fizičkom okruženju. Druga skupina obuhvaća ulogu medicinske sestre u motiviranju, vođenju, usmjeravanju i pružanju socijalne podrške pacijentu. Na kraju, treća skupina odnosi se na edukacijske napore i savjetovanje koje se pruža pacijentu (14).

Sestrinske intervencije za bolesnike s reumatoidnim artritisom obuhvaćaju različite strategije, uključujući davanje lijekova prema propisu liječnika specijalista, kontinuirano praćenje i evaluaciju upalnog procesa te procjenu pokretljivosti zglobova i mogućih deformiteta. Uz to, medicinske sestre igraju ključnu ulogu u omogućavanju odgovarajućih režima tjelevoježbe prilagođenih težini bolesnikovih simptoma, promicanju otvorene komunikacije u vezi s pacijentovim problemima, pomaganju u učinkovitom raspoređivanju razdoblja odmora uz dnevne aktivnosti i pružanju edukacije o važnosti modifikacija prehrane u odnosu na dijagnozu. Poticanje pacijenata da se uključe u rasprave o svom stanju također je bitan aspekt skrbi (11, 13).

1.2.2. Edukacija bolesnika

Unutar zdravstvenog tima, medicinske sestre su u jedinstvenoj poziciji da provode značajnu količinu vremena s pacijentima, što njihovu savjetodavnu ulogu u suradnji s pacijentima i njihovim obiteljima čini temeljnim aspektom sestrinske prakse. Mnoga medicinska stanja zahtijevaju promjene načina života i stjecanje novih vještina nakon otpusta, što naglašava odgovornost medicinske sestre da osposobi pacijente za samostalnu brigu o sebi. Osim davanja općih informacija o bolesti, medicinske sestre upućuju pacijente o upravljanju lijekovima, prehranbenim smjernicama i raznim drugim bitnim vještinama potrebnim za učinkovito samokontrolu kod kuće (11). Posljedično, proces savjetovanja ili edukacije pacijenata i njihovih obitelji uključuje medicinsku sestru koja olakšava razumijevanje promjena koje donosi bolest i usmjerava ih u suočavanju s izazovima koje predstavljaju njihove okolnosti. Ovaj obrazovni poduhvat je zajednički napor koji uključuje medicinsku sestru, pacijenta i njihovu obitelj, kao i širi društveni kontekst.

Učinkovita komunikacija između medicinske sestre i pacijenta, zajedno s članovima njihove obitelji, zahtijeva korištenje jasnog i jednostavnog jezika prilagođenog individualnim karakteristikama pacijenta. Medicinska sestra treba naglasiti ključne informacije i provjeriti da pacijent razumije prezentirani materijal. Kako bi se olakšala pacijentova prilagodba novim okolnostima, pisane upute također mogu biti korisne. Osim općih smjernica, ključno je pružiti posebnu edukaciju o propisanim lijekovima za reumatoidni artritis, uključujući moguće rizike i nuspojave (12, 13). S obzirom na kroničnu prirodu RA, mnogi pacijenti teško prihvaćaju svoju dijagnozu; stoga je poticanje pozitivnog načina razmišljanja o ovom stanju ključno. Da bi liječenje bilo uspješno, pacijenti moraju biti dobro informirani o svom režimu terapije, uključiti se u fizikalnu rehabilitaciju i sudjelovati u grupama podrške s drugima koji se suočavaju sa sličnim izazovima. Takva uključenost može olakšati prihvaćanje bolesti, u konačnici poboljšati psihološku dobrobit i poboljšati ishode liječenja (14).

1.3. Uloga medicinske sestre u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao procjenu pojedinca o vlastitom položaju u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava, kao i u odnosu na osobne ciljeve, očekivanja, standarde i brige (15). S obzirom na inherentno subjektivnu prirodu kvalitete života, koja obuhvaća različite aspekte egzistencije pojedinca, ona se može analizirati s više stajališta. Svjetska zdravstvena organizacija kategorizira višestruku prirodu kvalitete života u šest domena: tjelesno zdravlje, mentalno blagostanje, neovisnost, društvene veze, okolišni čimbenici i osobna uvjerenja, uključujući duhovnost i religiju. Važno je napomenuti da kvaliteta života nije objektivna procjena simptoma osobe, funkcionalnih sposobnosti ili prisutnosti bolesti ili invaliditeta. Istraživanja pokazuju da bolesnici s reumatoidnim artritismom (RA) doživljavaju smanjenu kvalitetu života u usporedbi s općom populacijom, posebice u području tjelesnog zdravlja (16). Čimbenici kao što su bol, aktivnost bolesti, oslabljeno tjelesno funkcioniranje i neodgovarajuća dob povezani su sa smanjenom kvalitetom života pacijenata s RA (17, 18).

Većina ljudi želi održati visoku kvalitetu života unatoč kroničnoj bolesti. To je rezultiralo pomakom u zdravstvenim potrebama pacijenata i njihovih obitelji, posebice u potrebi za stručnom podrškom i pripremom za samozbrinjavanje. Stoga su novi modeli skrbi, uključujući inovativna organizacijska i obrazovna rješenja za medicinske sestre, također postali nužni. Potreba za dugotrajnom multispecijalističkom skrbi kroničnih bolesnika, uključujući i one s reumatskim stanjima, rezultirala je razvojem nove uloge medicinskih sestara, tj. medicinske sestre napredne prakse (APN), s dubinskim znanjem u specijaliziranom području medicine i društvenih znanosti, s proširenim kliničkim vještinama u dijagnosticiranju, liječenju i praćenju (sulliječenju) pacijenata. Profesionalna uloga APN-a prvi put je opisana u Sjedinjenim Državama 1970-ih. Međunarodno vijeće medicinskih sestara definiralo je APN kao medicinsku sestru sa stručnošću i sposobnošću donošenja neovisnih odluka potrebnih za produženu praksu. APN-ovi trenutno integriraju istraživanje, obrazovanje, praksu i upravljanje skrbi. Imaju visoku razinu profesionalne neovisnosti i

napredne vještine procjene zdravlja pacijenata. Osim toga, APN samostalno planiraju, provode i evaluiraju zdravstvene programe te pružaju konzultativne usluge drugim subjektima u zdravstvenom sustavu (19).

Liječenje bolesnika s reumatskim bolestima dramatično se promijenilo tijekom posljednjeg desetljeća i uključuje rano započinjanje intenzivnog liječenja i pažljivo praćenje aktivnosti bolesti do postizanja remisije. Isto tako, kod rjeđih bolesti vezivnog tkiva, koje karakterizira poremećaj imunološkog sustava, oštećenje krvnih žila i promjene na mnogim unutarnjim organima, liječenje bolesnika zahtijeva cjelovit pristup. Zbog velikog spektra kliničkih simptoma koji utječu na kvalitetu života bolesnika s reumatskim bolestima, uključujući bolesti vezivnog tkiva, neophodna je stručna zdravstvena njega. Omogućuje individualan pristup pacijentima i daje im osjećaj sigurnosti i povjerenja u bolest. S obzirom na gore navedene podatke, postalo je neophodno poboljšanje usluga i područja kompetencija za reumatološko sestrinstvo (20).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati značaj medicinskih sestara/tehničara u očuvanju kvalitete života bolesnika s reumatoidnim artritismom.

3. RASPRAVA

Najteže posljedice reumatoidnog artritisa su gubitak tjelesne funkcije i kronična bol, koja može imati veliki utjecaj na različita područja postojanja osobe. Cilj ovog istraživanja bio je dobiti uvid u kvalitetu života ispitanika s RA u vezi s percepcijom boli i funkcionalnom sposobnošću. Rezultati su pokazali da ne postoji statistička razlika u kvaliteti života između ispitanika s RA i zdrave populacije. Također, rezultati su pokazali da je jače iskustvo boli značajno povezano s lošijom procjenom socijalnog funkcioniranja, lošijom općom percepcijom zdravlja i lošijim fizičko funkcioniranje. Nadalje, ispitanici koji su lošije procijenili svoje opće funkcionalno stanje pokazali su lošije fizičko funkcioniranje, lošije društveno funkcioniranje i iskusili su veću intenzitet boli. Stoga treba uložiti dodatne napore u definiranje holističkog i integrativnog modela liječenja i rehabilitacije osoba s RA, usmjerenog na ublažavanje boli, poboljšanje funkcionalne sposobnosti, poticanje socijalne interakcije i podržavanje pozitivnih emocionalnih reakcija (18).

Bolesnici s reumatoidnim artritisom opažaju smanjenu kvalitetu života u nekoliko domena, kao što su fizičko zdravlje, razina neovisnosti, okolina i osobna uvjerenja, u usporedbi sa zdravom populacijom. Sve je veći interes za kvalitetu života u kliničkim i medicinskim intervencijama. Malo je studija istraživalo individualne predodžbe pacijenata o kvaliteti života, a intervjui stoga mogu nadopuniti kvantitativne studije. Postoji potreba za dubljim razumijevanjem iskustava pacijenata o kvaliteti života, s obzirom na život s dugotrajnim stanjem kao što je reumatoidni artritis. Cilj studije Malma i sur. bio je istražiti različite načine na koje bolesnici s utvrđenim reumatoidnim artritisom razumiju koncept kvalitete života. Koncept kvalitete života može se shvatiti na tri različita načina: (1) neovisnost u smislu fizičkog funkcioniranja i osobnih financija, (2) osnaživanje u upravljanju životom i (3) sudjelovanje kao iskustvo pripadnosti društvenom kontekstu. Različite koncepcije kvalitete života odražavaju složenost koncepta, uključujući fizičke, psihološke i socijalne aspekte. Ovu složenost važno je imati na umu kada zdravstveni djelatnici pružaju podršku pacijentima u poboljšanju kvalitete njihova života (21). Dvije trećine pacijenata imalo je lošu kvalitetu života, a gotovo jedna trećina njih imala je priličnu kvalitetu života,

također četvrtina ispitanih pacijenata imala je veliki invaliditet. Također je većina njih imala blagu anksioznost. Dok je manje od četvrtine imalo blagu depresiju, a manjina je bila ozbiljno depresivna (22).

Liječenje bolesnika s dijagnosticiranim reumatoidnim artritisom (RA) mora se pridržavati temeljnog protokola skrbi. Temeljita sestrinska procjena igra ključnu ulogu u dijagnostičkom procesu za osobe s RA. Pacijentova povijest bolesti i fizički pregled obično otkrivaju simptome kao što su bilateralna i simetrična ukočenost zglobova, osjetljivost, otekline i varijacije u temperaturi. Dodatno, procjena uključuje procjenu izvanzglobnih manifestacija, koje se mogu manifestirati kao gubitak težine, promjene u osjetilnoj percepciji, limfadenopatija i umor (17, 20).

Medicinske sestre koriste standardizirani popis medicinskih sestara unutar IBIS okvira za procjenu razine neovisnosti svakog pacijenta u različitim funkcionalnim domenama tijekom njihovog boravka u zdravstvenoj ustanovi. Sestrinska dokumentacija pedantno se vodi u skladu s utvrđenim načelima zdravstvenog procesa, a doprinose daju i srednje medicinske sestre i prvostupnice, svaka u okviru svojih kompetencija. Ako je pacijentu potrebna pomoć u aktivnostima samonjege, medicinsko osoblje dostupno mu je 24 sata dnevno (23). Ključno je procijeniti potencijal za samozbrinjavanje, jer to potiče pacijente da postignu viši stupanj neovisnosti tijekom rehabilitacijskog puta, čime se osigurava pružanje odgovarajuće zdravstvene skrbi. Kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja pacijenta omogućuje prilagodbe u procjeni neovisnosti na temelju okolnosti koje se mijenjaju. Pravodobno prepoznavanje svakog pada funkcionalne sposobnosti je ključno, osobito kada se uzme u obzir povećani fizički zahtjev u usporedbi s bolesnikovim kućnim okruženjem. Liječnik specijalist, točnije fizijatar, propisuje fizikalnu terapiju, koju zatim provodi kvalificirani fizioterapeut. Svaki pacijent zahtijeva prilagođeni, holistički pristup, jer individualni odgovori na fizikalnu terapiju mogu značajno varirati, čak i među onima s istom dijagnozom (23, 25).

Odabir fizikalne terapije je inherentno personaliziran, s fizioterapeutima koji provode planove liječenja prema uputama liječnika. Učinkovita komunikacija između pacijenata i

zdravstvenih djelatnika je ključna. U slučajevima kada se primijeti pad funkcije ili pacijenti izraze zabrinutost, odgovornost je medicinske sestre ili fizioterapeuta uputiti osobu fizijatru i slijediti preporuke fizijatra. Tijekom svakog liječničkog pregleda, medicinske sestre trebaju iskoristiti priliku da educiraju pacijente o važnosti promjene štetnih životnih izbora, kao što je prestanak pušenja, održavanje zdrave tjelesne težine, pridržavanje hranjive dijeta i primanje potrebnih cijepljenja (15). Osim toga, uključenost socijalnog radnika ključna je kako bi se osiguralo da pacijentovo životno okruženje bude prikladno i da ima pristup snažnoj mreži podrške. Bolesnike također treba poticati na sudjelovanje u grupama podrške. S obzirom na izazove progresivnog invaliditeta, kronične boli i smanjene kvalitete života, mnogi pacijenti mogu iskusiti depresiju, što zahtijeva podršku i medicinskog osoblja i savjetnika za mentalno zdravlje kako bi im pomogli u upravljanju njihovim stanjima. Integrirani međuprofesionalni tim može ponuditi sveobuhvatnu strategiju za liječenje reumatoidnog artritisa (RA) i poboljšanje ishoda za pacijente (18).

Medicinske sestre u modernim zdravstvenim sustavima prošle su ogromnu evoluciju, nadmašujući svoje osnovne odgovornosti za brigu o pacijentima. Rast uloge medicinskih sestara posebno je zamjetan u područjima interne medicine, gerijatrije, reumatologije i rehabilitacije, gdje medicinske sestre značajno utječu na razvoj i pružanje cjelovitih zdravstvenih usluga. European League Against Rheumatism (EULAR) potiče reumatološke medicinske sestre na blisku suradnju s pacijentom (uključujući najuže članove obitelji), reumatologom i ostalim članovima medicinskog stručnog tima, uz zajednički naglasak na zdravstvenu skrb i rezultate (27). Studije provedene na pacijentima s reumatoidnim artritismom (RA) pokazale su da je njega pod vodstvom medicinskih sestara široko prihvaćena, jednako učinkovita i sigurna kao i njega pod vodstvom liječnika. Osim toga, s pacijentove točke gledišta, skrb koju vode medicinske sestre je prikladna i lako dostupna (28, 29).

Dougados i sur. pokazalo je da je pristup pod vodstvom medicinske sestre imao korisne učinke na upravljanje komorbiditetima kod RA. Ova studija je naglasila prednosti uvođenja programa koji vode medicinske sestre za edukaciju pacijenata s RA. Ovaj program poboljšao je identifikaciju i kontrolu istodobnih medicinskih stanja i omogućio pacijentima da prate težinu svoje bolesti, što je povećalo kvalitetu života bolesnika (25).

Edukacija za pacijente i njihove obitelji predstavlja kritičnu intervenciju koju provode medicinske sestre, s ciljem poticanja najviše razine neovisnosti pacijenata i poboljšanja ukupne kvalitete života. S obzirom na to da su mnoga zdravstvena stanja često povezana s lošim prehrambenim navikama i nedostatkom tjelesne aktivnosti, oslanjanje samo na liječenje nije dovoljno; bitna je sveobuhvatna promjena načina života. Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u pružanju pomoći pacijentima i njihovim obiteljima u izradi planova prehrane, dajući smjernice o kalorijskim potrebama i unosu hrane te preporučujući režime vježbanja prilagođene zdravstvenom statusu pacijenta. Proces liječenja uključuje multidisciplinarni tim stručnjaka, pri čemu medicinske sestre preuzimaju značajnu odgovornost u edukaciji i savjetovanju pacijenata i njihove rodbine. Ključno je da medicinske sestre usvoje personalizirani pristup svakom pacijentu, omogućavajući lakšu i učinkovitiju prilagodbu novim okolnostima. Osim toga, od vitalne je važnosti proširiti zdravstveni odgoj na članove obitelji ili druge bliske osobe koje podržavaju bolesnika, budući da je cijela obitelj sastavni dio uspješne provedbe različitih zdravstvenih mjera.

ZAKLJUČAK

Reumatoidni artritis (RA) je kronična (dugotrajna) autoimuna bolest koja uglavnom zahvaća zglobove. RA se javlja kada imunološki sustav, koji inače pomaže u zaštiti tijela od infekcija i bolesti, napadne vlastita tkiva. Bolest uzrokuje bol, oticanje, ukočenost i gubitak funkcije zglobova. Uzroci nekoliko reumatskih stanja ostaju nepoznati, a odgođeno liječenje rezultira značajnim funkcionalnim ograničenjima, ireverzibilnim oštećenjem i značajno nižom kvalitetom života i svakodnevnim životnim aktivnostima. Liječenje RA ima četiri stupa: bazičnu terapiju, rehabilitaciju, medikamentoznu terapiju i kiruršku terapiju. Etiologija RA ostaje nepoznata i stanje se ne može spriječiti.

Istraživanja navode da reumatoidni artritis uzrokuje smanjenje svih aspekata kvalitete života (ograničenje tjelesne funkcije, tjelesna onesposobljenost i bol), poremećaje mentalnog zdravlja (anksioznost i depresija), te društvenu, okolišnu i seksualnu disfunkciju. Medicinska sestra ima značajnu ulogu u poboljšanju kvalitete života bolesnika s RA. Unutar tima za zdravstvenu njegu, medicinske sestre imaju ključnu ulogu zbog njihove opsežne interakcije s pacijentima. Njihova savjetodavna sposobnost, posebno u suradnji s pacijentima i njihovim obiteljima, predstavlja temeljni aspekt sestrinske prakse. S obzirom na to da brojna zdravstvena stanja zahtijevaju od pacijenata da usvoje modifikacije načina života i steknu nove kompetencije nakon otpusta, imperativ je da medicinske sestre osposobe pacijente za autonomno samokontrolu. Osim pružanja općeg obrazovanja o bolestima, medicinske sestre također podučavaju pacijente o primjeni lijekova, prehrambenim smjernicama i raznim drugim bitnim vještinama potrebnim za učinkovitu samonjegu kod kuće.

Savjetovanje i edukacija pacijenata i njihovih obitelji je suradnički proces u kojem medicinska sestra olakšava razumijevanje promjena koje donosi bolest. Ovaj proces također uključuje strategije podučavanja za snalaženje u izazovima koje predstavlja stanje. Medicinska sestra, pacijent i obitelj - u biti društveni kontekst - sastavni su sudionici ovog obrazovnog nastojanja. Učinkovita komunikacija je ključna; stoga bi medicinska sestra trebala koristiti jasan i jednostavan jezik koji je u skladu s individualnim karakteristikama

pacijenta. Osim toga, važno je da medicinska sestra istakne ključne informacije i provjeri razumijevanje materijala od strane obitelji. Za dodatnu podršku pacijentu u prilagodbi na nove okolnosti, medicinska sestra može dati pisane smjernice. Pravilna njega i edukacija medicinske sestre potiče poboljšanje kvalitete života bolesnika s RA.

6. LITERATURA

1. Durrigl T, Vitulić V. Reumatologija. Zagreb: Medicinska Naklada, 1999.
2. Jajić I. Reumatologija. Zagreb: Medicinska knjiga, 1996.
3. Martinović Kaliterna D, Perković D, Radić M, Marasović Krstulović D, Borić K, Marinović I. Spolni hormoni, imonološki poremećaji i upalne reumatske bolesti. Reumatizam 2014;61(1):17-22.
4. Martinović Kaliterna D, Perković D, Radić M, Marasović Krstulović D, Borić K, Marinović I, Božić I. Klinički pristup bolesniku sa reumatoidnim artritismom, Komorbiditet u bolesnika s reumatoidnim artritismom, Uloga dijagnostičkog ultrazvuka šaka i stopala u bolesnika s reumatoidnim artritismom, Liječenje reumatoidnog artritisa. Reumatizam 2014;61(2):24-58.
5. Kapidžić-Bašić N, Kikanović Š, Hotić-Hadžiefendić A, Dženanović Dž. Promjene u socijalnim odnosima kao posljedica reumatoidnog artritisa i osteoartritisa. Rumatizam 2013;60(1):42-52.
6. Petrač D, i sur. Interna medicina, Zagreb: Medicinska Naklada, 2009.
7. Kehler T. Uloga ultrazvuka u reumatologiji: jučer, danas, sutra. Reumatizam, 2019;66(1):1-7.
8. Morović-Vergles J, Martinović Kaliterna D, Anić B, Babić-Naglić Đ, Grazio S, Grubišić F. Prijedlog preporuka hrvatskoga reumatološkog društva za liječenje bolesnika s reumatoidnim artritismom biološkim i ciljanim sintetskim lijekovima, Reumatizam, 2017;64(2):65-73.
9. Novak S, Zekić T, Gulan-Ravlić J. Liječenje reumatoidnog artritisa. Medicina Fluminensis, 2012;48(4): 414-421.
10. Šupe M. Učinkovitost bioloških lijekova u bolesnika s reumatoidnim artritismom – iskustva jednog centra. Reumatizam, 2019;66(1):1-9.
11. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
12. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zgrebu; 1995.

13. Hrastinski N, Salopek M. Edukacija bolesnika i obitelji. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 2008;4(14):1-7.
14. Kičić M. E- zdravlje – Savjetodavna uloga medicinskih sestara. *Acta Med Croatica*, 2014;68(1):65-68.
15. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.*, 1995.;41(10):1403–1409.
16. Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, i ostali. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.*, 2014.;44(2):123–130.
17. Hodkinson B, Musenge E, Ally M, Meyer P, Anderson R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with early rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.*, 2012.;41(5):366–374.
18. Gudelj Gračanin A, Matić A, Mikula T, Dobša J, Žagar I, Mužinić Marinić L, i ostali. Influence of Biological Therapeutics on Patient-Reported Quality-Of-Life Outcomes (Whoqol-Bref), Functional Scores and Disease Activity among Croatian Patients with Rheumatoid Arthritis: Our Experience. *Psychiatr Danub.*, 2020;32(4):547–552.
19. Bauer L., Bodenheimer T. Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nurs. Outlook*. 2017;65:624–632.
20. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis - a preliminary study. *Acta Clin Croat*. 2019 Mar;58(1):157-166.
21. Malm K, Bergman S, Andersson ML, Bremander A, Larsson I. Quality of life in patients with established rheumatoid arthritis: A phenomenographic study. *SAGE Open Med*. 2017;5(2):205-225.
22. Zhu Y, Zhang H, Xi Y, Zhu H, Lu Y, Luo X, Tang Z, Lei H (2024) The implication of diabetes-specialized nurses in Aiming for the Better Treatment and Management of Patients with Diabetes Mellitus: a brief narrative review. *Diabetes Ther.*, 2024;15:917-927.
23. Bech B, Primdahl J, van Tubergen A. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.*, 2020;79:61–68.

24. Vivienne L, Michael S. Nurses' roles in the management of chronic inflammatory arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.*, 2018;38:2027–2036.
25. Dougados M, Soubrier M, Perrodeau E. Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient self-assessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis: results of a prospective, multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA). *Ann Rheum Dis.*, 2015;74:1725–1733.
26. de Thurah A, Esbensen BA, Roelsgaard IK, Frandsen TF, Primdahl J. Efficacy of embedded nurse-led versus conventional physician-led follow-up in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open*, 2017;5(2):450-467.
27. Sezgin MG, Bektas H. The effect of nurse-led care on fatigue in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Nurs.*, 2022;31:832–842.
28. Wang J, Zou X, Cong L, Liu H. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of nurse-led care in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a randomized trial comparing with rheumatologist-led care. *Int J Nurs Pract.*, 2018;24(4):215-226.
29. Pun J, Tsang CM, Wong J, Kong BCK. Experience of Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study of a Nurse-Led Clinic. *Clinical Nursing Research*. 2023;32(4):840-849.

7. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI:

Ime i prezime: Nina Barbir

Datum i mjesto rođenja: 22.9.2001. Makarska

OBRAZOVANJE:

2008. – 2016. Osnovna škola Vladimira Nazora, Ploče

2016. – 2021. Medicinska škola Dubrovnik, smjer Sestrinstvo

2021. – upis na Sveučilišni preddiplomski studij, Odjel za zdravstvene studije

RADNO ISKUSTVO

Bez radnog iskustva u struci.