
APPLICATION OF A MODEL OF RHEUMATOLOGICAL CARE IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES BY A NURSE

Stefka Stoilova

DCC "St. George" Plovdiv, Republic of Bulgaria ef_i@abv.bg

Daniela Taneva

Medical University of Plovdiv, Republic of Bulgaria taneva.daniela@abv.bg

Mariela Geneva-Popova

Medical University of Plovdiv, Republic of Bulgaria genevapopova@yahoo.com

Abstract: The rapid development of rheumatology over the last 10 years has affected the behavior and care provided by medical professionals serving patients with rheumatic diseases. The long-term prognosis of chronic inflammatory diseases improves after the discovery of highly effective drugs, such as biologics. The health care provided by a rheumatology nurse is developing against the background of the increased need for monitoring of patients in outpatient practices, as well as the growing standard of education and experience of rheumatology nurses. The functions and organization of the work of nurses are significantly influenced by modern trends in the development of nursing. In performing their duties, the roles, tasks and qualifications of nurses should be clearly described in practice frameworks that include protocols and recommendations that guarantee quality health care provided. Nursing activities include physical care, education, and patient counseling. , monitoring of medication intake and coordination of health services, as well as assessment of diseases, providing the patient with education and information about treatment. Advanced practice in rheumatology is described as a model of care in which nurses with extended roles assume personal responsibilities for patients and perform nursing interventions that include monitoring the patient's condition, providing patient education, and providing psychosocial support. Successful management of chronic rheumatic disease requires continuous adherence to treatment, which must be integrated into a person's daily activities. To achieve the goal of treatment, specific tools are used to assess the disease. These are validated forms for assessing the patient's condition, and there are different assessment measures for the individual clinical units. The nurse working in a specialized rheumatology practice must know and master the analysis of these scales or questionnaires. Monitoring the course of the disease is associated with periodic outpatient visits, where the preparation and subsequent monitoring of the therapy of rheumatic patients is performed.

Keywords: nurse, inflammatory joint diseases, rheumatological care, biological agents

ПРИЛАГАНЕ НА МОДЕЛ ЗА РЕВМАТОЛОГИЧНА ГРИЖА ПРИ ПАЦИЕНТИ С РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ОТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Стефка Стоилова

ДКЦ“Свети Георги“ Пловдив, Република България ef_i@abv.bg

Даниела Танева

Медицински Университет Пловдив, Република България tanevadaniela@abv.bg

Мариела Генева-Попова

Медицински Университет Пловдив, Република България genevapopova@yahoo.com

Резюме: Бързото развитие на ревматологията през последните 10 години се отрази върху поведението и грижите предоставени от медицинските специалисти обслужващи пациенти с ревматични заболявания. Дългосрочната прогноза на хроничните възпалителни заболявания се подобрява след откриването на високоефективни лекарства, каквито са биологичните препарати. Здравните грижи, предоставени от ревматологична медицинска сестра, се развиват на фона на повишената нужда от наблюдение на пациентите в извънболничните практики, както и нарастващия стандарт на образование и опит на ревматологични медицински сестри. Функциите и организацията на труда на медицинските сестри са съществено повлияни от съвременните тенденции на развитие на сестринството. При изпълнение на техните задължения, ролите, задачите и квалификациите на медицинските сестри следва да бъдат ясно описани в рамки за практикуване, които включват протоколи и препоръки, представляващи гаранция за предоставени качествени здравни грижи.. Сестринските дейности включват физически грижи, образование и консултиране на пациентите, мониторинг в приема на лекарства и координация на здравните услуги, а също и оценка на заболяванията,

предоставяйки на пациента образование и информация за лечението. Усъвършенстваната практика в ревматологията се описва като модел на грижа, при който медицински сестри с разширена роля, поемат лични отговорности за пациенти и извършват сестрински интервенции, които включват мониторинг на състоянието на пациентите, осигуряване на обучение на пациентите, както и оказване на психосоциална подкрепа. За успешното управление на хронично ревматично заболяване е необходимо непрекъснато придържане към лечението, което трябва да бъде интегрирано в ежедневните дейности на човека. За достигане на целта на лечение се използва специфичен инструментариум за оценка на заболяването. Това са валидирани форми за оценка на състоянието на пациента, като за отделните клинични единици съществуват различни мерки за оценка. Медицинската сестра работеща в специализирана ревматологична практика трябва да познава и владее анализа на тези скали или въпросници. Наблюдението на хода на болестта е обвързано с периодични амбулаторни посещения, където се извършва подготовката, а в последствие и мониторинга на терапията на ревматично болни пациенти.

Ключови думи: медицинска сестра, възпалителни ставни заболявания, ревматологична грижа, биологични средства

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Препоръките от Европейската лига срещу ревматизма (EULAR) гласят, че ревматологичните сестри трябва да участват в цялостно управление на заболяванията, включвайки се в при идентифицирането и оценка на болестната активност, участвайки при изготвяне на медицинската документация и психосоциално подпомагане на пациентите (1,5,10). Ролята на медицинските сестри в управлението на възпалителни ставни заболявания се различава значително по света в зависимост от тяхното образователно ниво, обучение и опит, както и според националните и регионалните разпоредби, свързани с финансирането и цялостното предоставяне на здравни грижи (2,3,4,8). Ролите, задачите и квалификациите на медицинските сестри трябва да бъдат ясно описани в рамки за практикуване, които включват протоколи и препоръки (6,7,9,11).

Целта на това пилотно проучване е да се представи изготвен Модел за ревматологична грижа на пациенти с възпалителни ставни заболявания. За осъществяване ѝ бяха поставени следните задачи: да се определят показателите подлежащи на наблюдение и клиничния инструментариум за оценка на болестната активност при различните нозологични единици и времевия диапазон за наблюдение, както и да се изготви схематичен Модел за ревматологична грижа на пациенти с възпалителни ставни заболявания.

2. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

За целите на експериментално изследване изготвихме Модел за ревматологична грижа на пациенти с възпалителни ставни заболявания, предвиден за прилагане в период от 12 месеца. Моделът включва четири визити: иницираща (нулева)- съвпада с подготовката на пациента при кандидатстване за лечение с биологична терапия, 1-ра при стартиране на лечение с биологичен препарат, 2-ра след 3 месеца от започване на лечение с биологична терапия, 3-та след 6 месеца след започване на лечение с биологична терапия и 4-та – заключителна, след 12 месеца след започване на лечение с биологична терапия (Табл. 1).

Табл. 1. Дейности по визити, включени в Модела за ревматологична грижа на пациенти с възпалителни ставни заболявания.

Дейности	0 визита	Ранд. визита	3 месец	6 месец	12 месец
Подписване на Информирано съгласие за доброволно участие.	+				
Демографски показатели	+	+	+	+	+
Артериално налягане	+	+	+	+	+
Пулс, Температура	+	+	+	+	+
Тегло и ръст.	+	+	+	+	+
Лабораторни тестове, изискуеми по Национална здравна каса	+	+	+	+	+
Рентгенови изследвания,	+	+	+	+	+
Допълнителни консултации с други специалисти	+	+	+	+	+
Пациентски въпросници и скали за болестната активност и качество на живот	+	+	+	+	+

Предоставяне на материали за самообучение на пациента	+	+	+	+	+
Оценка на вредни навици	+	+	+	+	+
Оценка на придружаващи заболявания	+	+	+	+	+
Оценка на странични прояви от лечението	+	+	+	+	+
Оценка на новопоявили се симптоми	+	+	+	+	+
Оценка на удовлетвореността на пациента от програмата по въпросник	+	+	+	+	+
Отчитане на постигнати резултати в резултат от сестринската интервенция	+	+	+	+	+

Резултатите се анализират след попълване на специално подготвена за пилотното проучване анкетна карта и се обработват статистически чрез статистическа програма SPSS, ver 26, $p < 0.05$.

3. РЕЗУЛТАТИ

Използвайки пациентски въпросници и скали от март 2020 година до март 2021 година беше проведено пилотно проучване с участието на 63 пациенти с различни ревматични заболявания - ревматоиден артрит (РА), псориатичен артрит (ПсА) и анкилозиращ артрит (АС). Всички пациенти са оценени като подходящи за започване на лечение с TNF-блокери от комисия, състояща се от 3 ревматолози.

Пациенти на лечение с адалимумаб са 63.5%, пациентите, получаващи лечение с етанерцеп са 36.5%. 95% от пациентите на лечение с адалимумаб и 86.9% от пациентите на лечение с етанерцеп получават метотрексат (MTX) в дозировка 10-20 мг седмично (Табл. 2), 1(2.5%) приема арава и 1(2.5%) приема Сулфасалазин.

Табл. 2 Характеристика на пациенти с възпалителни ставни заболявания преди започване на лечение с TNF-блокери – пилотно проучване.

Характеристики		Лечение с adalimumab	Лечение с etanercept
Брой болни		40(63.5%)	23(36.5%)
Прием на метотрексат		38(95%)	20(86.95%)
Прием на Арава		1(2.5%)	2(8.69%)
Прием на Салазопирин		1(2.5%)	1(4.34%)
Прием на НСПВС		8(20%)	19(82.6%)
Придружаващи заболявания	-Артериална хипертония	36(90%)	14(60.86%)
	-Захарен диабет	2(5%)	6(26.08%)
	-Бъбречна недостатъчност	0(0%)	1(4,34%)
Вредни навици	Тюнопушене	32 (80%)	16(69.56%)
	-Прием на кафе	39 (97.5%)	20(86.95%)
	-Прием на алкохол	21 (52.5%)	12(52.17%)

Три месеца след започване на биологична терапия се установява един отпаднал участник от групата на пациенти лекувани с адалимумаб, поради проява на алергична реакция. Приемът на нестероидни

противовъзпалителни средства (НСПВС) е редуциран за групата на лечение с адалимумаб, които са 8 болни (20.51%), докато за групата получаващи етанерцепт делът се запазва – 19 болни (82.6%) (Табл. 3).

Табл.3. Характеристика на пациенти с възпалителни ставни заболявания 3 месеца след започване на лечение с TNF-блокери – пилотно проучване.

Характеристики		Лечение с adalimumab	Лечение с etanercept
Брой болни		39(63.5%)	23(36.5%)
Прием на Метотрексат		36(92.30%)	19(82.60%)
Прием на Арава		1(2.56%)	3(13.04%)
Прием на Салазопирин		1(2.56%)	0(0%)
Прием на НСПВС		8(20.51%)	19(82.6%)
Придружаващи заболявания	-АХ -ЗД -ХБН	36(92.30%) 2(5.12%) 0(0%)	14(60.86%) 6(26.08%) 1(4,34%)
Вредни навици	Тюнопушене	32(82.05%)	16(69.56%)
	-Прием на кафе	39(100%)	20(86.95%)
	-Прием на алкохол	21(53.84%)	12(52.17%)

За периода на наблюдение липсват регистрирани промени при отразяване на придружаващите заболявания и вредните навици като наличност и честота на проява в двете изследвани групи.

6 месеца след започване на лечение с TNF-блокери се установява редуциран прием на НСПВС, като за групата на лечение с адалимумаб 4 болни (10.25%) пациента, а от получаващите етанерцепт – 12 болни (52.17%). Придружаващите заболявания към този период запазват своята честота, като не са регистрирани движения в тяхната проява и за двете групи. При оценяване на вредните навици впечатление прави задържането на нивата при тютюнопушене и прием на кафе и за двете групи, но се отбелязва редуциране броя на приемащите алкохол също валидно за двете групи (табл.4).

Табл.4. Характеристика на пациенти с възпалителни ставни заболявания 6 месеца след започване на лечение с TNF-блокери – пилотно проучване.

Характеристики	Прием на adalimumab	Прием на etanercept
Брой болни	39(63.5%)	23(36.5%)
Метотрексат	21(53.84%)	15(65.21%)
Арава	1(2.5%)	3(13.04%)

Салазопирин		1(2.5%)	0(0%)
НСПВС		4(10.25%)	12(52.17%)
Придружаващи заболявания	-АХ	36(90%)	14(60.86%)
	-ЗД	2(5%)	6(26.08%)
	-ХБН	0(0%)	1(4.34%)
Вредни навици	Тюнопушене	32 (80%)	16(69.56%)
	-Прием на кафе	39 (97.5%)	20(86.95%)
	-Прием на алкохол	16 (41.02%)	10(43.47%)

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложеният Модел за ревматологична грижа на пациенти с възпалителни ставни заболявания е лесен за прилагане и обхваща най-важните мерки за оценка на болестната активност при всяко конкретно заболяване. Моделът може да се прилага от обучена медицинска сестра в самостоятелна практика или съвместно с лекар. Предимствата на наблюдението и контрола извършвани от медицинска сестра са много, като: времето отделено за предоставяне на информация, времето отделено за изслушване на пациентите, на достъпния език който се използва при комуникацията и т. н. дава възможност на лекуващия лекар да получава информация за успеха на приложената медикаментозна терапия, да прави адекватна оценка на болестната активност или своевременно да се откриват причините поради които пациентите не достигат целта на лечението.

ЛИТЕРАТУРА

- Bech, B., Primdahl, J., van Tubergen, A., et al (2018). update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis *Annals of the Rheumatic Diseases* 2020;79:61-68
- Chiou, S.J, Lee, P.C, Chang, Y.H, Huang, P.S, Lee, L.H, Lin, K.C. (2019). Assessment of patient experience profiles and satisfaction with expectations of treatment effects by using latent class analysis based on a national patient experience survey in Taiwan. *BMJ Open*. 9:e023045
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., et al. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *Euro J Cardiovasc Nurs*.
- Fries, J.F., Spitz, P., Kraines, R.G., Holman, H.R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 23: 137–45.
- Gossec, L., Smolen, J.S., Ramiro, S., et al. (2016). European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis*. 75(3):499–510
- Kotsis, K., Voulgari, P.V., Drosos, A.A., Carvalho, A.F., & Hyphantis, T. (2014). Health-related quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a comprehensive review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Dec;14(6):857-72.
- Larsson, I. (2017). Patients' conceptions of their own influence on good treatment response to biological therapy in chronic inflammatory arthritis. *Patient Prefer Adherence*. 11:1057-1067. Published 2017 Jun 26. doi:10.2147/PPA.S131239
- Marvel, M.K., Epstein, R.M., Flowers, K., & Beckman, H.B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA*. 281:283–287.
- Naughton, C.A. (2018). Patient-Centered Communication. *Pharmacy (Basel)*. 6(1):18. Published 2018 Feb 13. doi:10.3390/pharmacy6010018
- van der Heijde, D., Ramiro, S., Landewé, R., et al. (2016). Update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):978–991

Wolf, A., Vella, R., & Fors, A. (2019). The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *Euro J Cardiovasc Nurs.* 18:299–308.