

PROBLEMATIKA ZAMESTNANOSTI PACIENTA S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU VO VZŤAHU KU KVALITE ŽIVOTA

¹Požonská M., ¹Kollárová B., ²Mrosková S.

¹ Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti

² Katedra klinickej a komunitnej praxe v ošetrovatelstve, Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Súhrn

V práci rozoberáme problematiku zamestnanosti pacientov trpiacich chronickým ochorením - reumatoidnou artritídou. Kvalitu života pacientov vo vybraných aspektoch sme monitorovali prostredníctvom štandardizovaných dotazníkov v zmysle projektu EURI-DISS na Slovensku. Výskumný súbore predstavovalo 50 respondentov, ktorí splnili požadované zahrňujúce a vylučujúce kritériá. Výsledky výskumu boli diskutované s poznatkami iných autorov vrátane výstupov projektu EURIDISS v európskom regióne.

Kľúčové slová: Kvalita života. Reumatoidná artritída. Pacient. Zamestnanosť. Sociálna podpora.

Abstract

In the presented work we are analysing the problems of an employment which have the patients suffering from chronic disease - rheumatoid arthritis. We used the standardized questionnaires in accordance with the project EURIDISS in Slovakia. The experimental group consisted of 50 respondents that fulfilled the inclusive and exclusive criteria. The results of research were compared to the knowledge of other authors as well as the results of the project EURIDISS in European region.

Key words: Quality of life. Rheumatoid arthritis. Patient. Employment. Social support.

Úvod

Monitorovanie úrovne kvality života, ktorá býva rôznym spôsobom poznačená nástupom ochorenia v živote človeka, sa považuje vo vyspelých systémoch zdravotnej starostlivosti za štandardnú súčasť poskytovania ošetrovateľských služieb. Preto ošetrovatelstvo, ako jedna z progresívne sa vyvíjajúcich vedných disciplín, podporuje zisťovanie kvality života zverených pacientov. (9)

Ako ukazujú epidemiologické štatistiky, reumatoidná artritída (RA) je ochorenie, ktoré už v produktívnom veku spôsobuje disabilitu a tým výrazne zhoršuje kvalitu života pacienta. (4) Podľa Rovenského je RA časté, závažné zápalové ochorenie kĺbov, ktoré postihuje všetky vekové skupiny s maximálnym výskytom u mladých ľudí a premenopauzálnych žien. Ochorenie má multifaktórové príčiny, vrátane určitej genetickej predispozície a je preň charakteristický chronický zápal, ktorý je iniciovaný a udržiavaný autoimunitnými mechanizmami. Priebeh RA je veľmi variabilný. Akútne exacerbácie môžu vystriedať remisie. Celkovo je však priebeh progresívny a často vedie k invalidite. Ochorenie taktiež skracaje život až o 10 rokov. (12)

V Slovenskej republike sa odhaduje, že približne 26 750 osôb je postihnutých RA, pričom každoročne pribúda 1337 až 1605 novozistených prípadov. (5)

Kvalita života vo vzťahu k zdravotnému stavu charakterizuje, čo subjekt prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o hodnotenie stupňa zvládnutia rolí a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo považuje chorý sám za ideálne. Účelom merania kvality života nie je zistiť prítomnosť a závažnosť symptómov ochorenia, ale ukázať, ako je individuom manifestácia ochorenia alebo liečba prežívaná. (7)

Kvalita života pri RA je zhoršená vo viacerých aspektoch, okrem iného v znížení schopnosti vykonávať roly v rodine, komunite priateľov i v práci. Podobne vyhládka nestabilnej a progresívnej choroby spôsobuje pokles nádeje do budúcnosti a následne aj obtiažnejšie liečenie. (1)

Funkčná disabilita je kľúčovým problémom v reumatologickej starostlivosti. Podľa Neumanna, Lehmana a spol. (6) funkčná disabilita je výrazom obmedzenej schopnosti alebo neschopnosti vykonávať bežné činnosti, ktoré sú súčasťou každodenného života a znižujú jeho kvalitu. (6) Často je príčinou straty zamestnania a neschopnosti udržať chod domácnosti. Postupne obmedzuje činnosť potrebnú na sebaobsluhu, zvyšuje závislosť chorého od rodiny a spoločnosti a nepriaznivo mení jeho sociálne postavenie v rodine a spoločnosti. Vývoj disability a následný vznik invalidity je v priemere okolo 5-6 rokov po vypuknutí RA. (11) Pri 20-ročnom trvaní RA je až 80% pacientov postihnutých disabilitou. Z toho 18 - 20% je úplne odkázaných na pomoc inej osoby. Aj chorí s kratším trvaním RA však môžu trpieť prechodnou alebo trvalou disabilitou.

Metodika

Cieľom našej práce bolo merať a zhodnotiť kvalitu života pacientov trpiacich reumatoidnou artritídou. Na hodnotenie kvality života sme použili vybrané štandardizované dotazníky.

Predmetom výskumu boli ambulantní pacienti vo veku 20 - 60 rokov, u ktorých bola diagnostikovaná reumatoidná artritída I, II, III. štádia podľa Steinbrockerových kritérií.

Výskumná vzorka

Výskumu sa zúčastnilo 50 respondentov, z toho 22% mužov a 78% žien. Priemerný vek ($48,8 \pm 10,7$) v súbore pacientov bol u mužov $47,8 (\pm 10,5)$ a u žien $49 (\pm 10,9)$ rokov. Priemerný vek mužov, v ktorom im bolo diagnostikované ochorenie bol $44,1 (\pm 11,5)$. U žien $43,5 (\pm 10,7)$ rokov.

Priemerná dĺžka trvania choroby od okamihu diagnostikovania RA reumatológom bola $5,2 (\pm 10,8)$ rokov.

Vzdelanostná štruktúra pacientov je nasledovná: najväčšie zastúpenie má skupina pacientov so základným vzdelaním (42%), nasleduje skupina pacientov s učňovským vzdelaním (34%), úplné stredoškolské vzdelanie uviedlo 20% pacientov a vysokoškolské vzdelanie

majú 4% pacientov.

Výsledky

Situácia zamestnanosti je u človeka trpiaceho na RA zložitá. Menej ako tretina pacientov je zamestnaná niekým iným, alebo vo vlastnej firme. Až 72% pacientov nie je zamestnaných (z toho 4% muži a 68% ženy). Z pacientov, ktorí boli v minulosti zamestnaní, prestalo pracovať kvôli reumatizmu až 58,6%.

Priemerný vek pacientov, ktorí boli nútení predčasne ukončiť pracovný pomer pre chorobu, je 42,7 rokov (\pm 9,1). U žien priemerný vek ukončenia práceschopnosti predstavoval 44,0 (\pm 7,6) rokov, zatiaľ čo u mužov je to 37,3 (\pm 13,1) rokov.

Celkový počet pacientov, ktorí boli zamestnaní je 29 (58%). Z toho desať (34%) pacientov ukončilo pracovný pomer skôr, ako im bola diagnostikovaná RA, trinásť (45%) pacienti ukončili pracovný pomer do 5-tich rokov a šiesti (21%) pacienti prestali pracovať po viac ako 5-tich rokoch. Rozdiely medzi mužmi a ženami nie sú štatisticky významné.

Funkčné dôsledky RA v oblasti telesného fungovania vyjadruje sebahodnotiaci mierka GARS (Groningenská škála obmedzenia činnosti), ktorá sa skladá z dvoch častí: ADL (činnosti sebaopatery) a IADL (inštrumentálne aktivity zabezpečujúce chod domácnosti).

Muži, podobne ako ženy, sú schopní vykonávať bežné denné aktivity so strednými ťažkosťami. Vzťah medzi vekom a ich funkčnou schopnosťou (GARS) poukazuje na to, že klesá schopnosť pacientov vykonávať sociálne roly alebo spĺňať niektoré aktivity sociálneho správania sa spolu so stúpajúcim vekom (Kendall tau = 0,355) ($p < 0,01$). Interpohlavné rozdiely tu nie sú štatisticky významné.

Medzi úrovňou funkčnej schopnosti a dosiahnutým vzdelaním existuje nízka negatívna korelácia (Kendall tau = - 0,15) ($p < 0,01$). Čím je vyššia vzdelanostná úroveň, tým je lepšie zachovaná funkčná schopnosť pacienta.

Zmeny telesnej výkonnosti pacientov s RA sme hodnotili pomocou celkového skóre Nottinghamského profilu zdravia (NHP), merajúceho tri oblasti a to únavu, fyzickú pohyblivosť a prítomnosť bolesti.

Nadpolovičná väčšina pacientov pociťuje bolesti a ťažkosti pri pohybe v rôznych situáciách.

So vzrastajúcou únavou, bolesťami a zhoršujúcou sa fyzickou pohyblivosťou (NHP) sa zhoršuje aj funkčná schopnosť pacienta v bežných denných aktivitách a fungovaní v sociálnych rolách (GARS) (Kendall tau = 0,624) ($p < 0,01$).

Pre pacientov sú pomerne dôležité všetky druhy sociálnej podpory vrátane sociálnej participácie, s výnimkou problémovo - orientovanej inštrumentálnej podpory (PIS), ktorá je pre pacientov s RA veľmi dôležitá.

Z detí, ktoré boli najčastejšími poskytovateľmi pomoci, ju 51% poskytovalo s dennou frekvenciou. Prevažná väčšina pomáhajúcich osôb využíva i telefonický kontakt s respondentmi. Najčastejšie sú s nimi v dennom telefonickom kontakte ich partneri (33%).

Diskusia

Skladba skúmaného súboru podľa pohlavia pacientov poukazuje na pomer počtu žien k mužom 5:1 prevažuje celoslovenský pomer výskytu RA 3:1 Priemerná veková hladina pacientov (48,8 rokov) sa nelíši od údajov uvádzaných inými autormi. Výskumy poukazujú na to, že viac ako 70% ľudí s RA je starších ako 30 rokov. (15)

Vzdelanostná štruktúra pacientov poukazuje na interpohlavné odlišnosti. Kým ženy najčastejšie uvádzali úplné stredoškolské (20%) a učňovské vzdelanie (34%), muži základné vzdelanie (21%). Pomerne nízka vzdelanostná úroveň, pravdepodobne ovplyvnená vidieckym prostredím a výchovou (pacienti uvádzali nemožnosť pokračovať v štúdiu z rodinných i ekonomických dôvodov), má s najväčšou pravdepodobnosťou za následok skorší nástup disability (zdravotnej neschopnosti). Je to pravdepodobne zapríčinené tým, že pacienti s nižším vzdelaním vyhľadávajú odbornú pomoc neskoro, kladú nízku dôležitosť vhodným stravovacím návykom a primeranej fyzickej aktivite. Ťažšie sa vyrovnávajú so stresovými situáciami, čo sa prejaví vo zvýšenej konzumácii alkoholu a cigariet. (1, 12) Vyžadujú si teda väčšiu sociálnu, medicínsku a paramedicínsku starostlivosť, ako chorí s vyššou vzdelanostnou úrovňou. Tento poznatok je výzva pre ďalšie výskumné aktivity v tejto aj iných oblastiach ošetrovateľstva i medicíny, keďže výsledky majú priamy vplyv na kvalitu a efektivitu poskytovanej starostlivosti a umocňujú dôležitosť a správnosť holistického prístupu k pacientovi.

Kvalita života pacientov s RA závisí od udržania dobrej funkčnej schopnosti a od udržania čo najdlhšej nezávislosti vo všetkých oblastiach každodenného života. (5) RA spôsobuje disability už v produktívnom veku. Funkčné dôsledky RA v oblasti telesného fungovania monitorované mierkou GARS nás priviedli k zaujímavému konštatovaniu. V priemere 5-ročné trvanie ochorenia zhoršilo funkčnú schopnosť pacientov na úroveň vykonávania bežných denných aktivít so strednými ťažkosťami. Zároveň prevláda tendencia znižovania funkčného statusu so stúpajúcim vekom. Tieto poznatky podčiarkujú závažnosť RA a zároveň, keďže pacienti sú v produktívnom veku, sa výrazne ohrozi pracovná schopnosť pacientov a tým aj socio - ekonomické postavenie ich rodín. O niečo lepšie sú na tom pacienti s vyššou úrovňou vzdelania. Podobné výsledky boli prezentované aj v EURIDISS štúdií. Výsledky výskumu v našej vzorke pacientov nepoukazujú na interpohlavné rozdiely, avšak výskum realizovaný výskumným tímom Kovárovej a spol. (5) prezentuje zhoršenú funkčnú schopnosť žien oproti mužom.

Zmeny telesnej výkonnosti monitorované testom NHP poukazujú na výraznú previazanosť medzi funkčnou schopnosťou a výskytom bolesti, únavy a fyzickej pohyblivosti. Značný výskyt bolesti a únavy znižuje kapacitu jedinca plniť sociálne i profesijné roly, čo má následne výrazný dopad na zhoršenie psychickej pohody. K podobným záverom dospel aj výskumný tím Kovárovej a spol. (5)

Funkčná disabilita úzko súvisí s oblasťou udržania pracovnej schopnosti chorých s RA.

Priemerný vek pacientov, ktorí boli nútení ukončiť pracovný pomer je, 42,7 rokov. To dokazuje, že RA hrubo porušuje kvalitu života pacientov v produktívnom veku, čím vytvára prostredie neistoty v oblasti partnerskej i ekonomickej, zároveň kladie otázku aj nad ďalšou sebarealizáciou pacienta pri postupujúcej progresii ochorenia.

Takmer 7-ročné vekové oneskorenie straty zamestnania u žien v porovnaní s mužmi si vysvetľujeme (okrem iného aj na základe rozhovoru pri stretnutí s pacientkami) tým, že vysoké pracovné nasadenie žien v domácom i pracovnom prostredí a tiež závislosť ostatných členov rodiny na matke, vytvára obrovský tlak a tým posilňuje vôľu vytrvať aj v nepriaznivých podmienkach zhoršeného zdravia.

Skúmanie situácie zamestnanosti nás vedie k zaujímavým výsledkom. 34% pacientov ukončilo pracovný pomer skôr, ako im bola diagnostikovaná RA. Osobné výpovede týchto respondentov poukazujú na jednej strane na ich nezodpovedný prístup k vlastnému zdraviu odkladaním návštevy lekára pri manifestácii somatických ťažkostí. Na druhej strane vypovedajú o značnom úsilí vytrvať v pracovnom procese napriek ťažkostiam a zároveň signalizujú obavy o stratu zamestnania v prípade častejšej práceneschopnosti zo zdravotných dôvodov. Situácia zamestnanosti, keď 45% pacientov nášho súboru ukončilo pracovný pomer do 5 rokov a 21% pacientov prestalo pracovať po viac ako 5 rokoch, je v súlade s poznatkami viacerých výskumníkov. Podľa Smitha a Smolena (2004) už päť rokov po vypuknutí ochorenia takmer 33% pacientov prestáva pracovať, po 10 rokoch takmer polovica z nich má výraznú funkčnú disabilitu, pričom niektoré štúdie hovoria o 40%. (13) Albers a spol. (1999) v kohorte 186 pacientov s včasnou formou RA došli k záverom, že pracovná neschopnosť bola štyri až pätnásťkrát vyššia ako v bežnej populácii. Po 3 rokoch trvania choroby až 42 % pacientov bolo uznaných za pracovne neschopných. (2) Lister a spol. (8) uskutočnili výskum, ktorý ukázal, že pri 10 ročnom trvaní ochorenia je 50% chorých trvale práceneschopných. Možno konštatovať, že polovica chorých s RA v celosvetovom meradle je práceneschopná. (12)

Ako upozorňuje Mühlpachr (2002), tým, že človek stráca svoju profesnú rolu, stráca svoju funkčnú identitu. Má rolu, ktorá má charakter nie - role, čo ho často demoralizuje a znižuje jeho vlastnú hodnotu. Uvedená skutočnosť teda môže znamenať aj významný zdroj záťaže v podobe nároku na adjustáciu na zmenu. (10)

Invalidita chorého sa odrazí v nižšom ekonomickom príjme rodiny a zvýšenom nároku na služby, ktoré sú v našich podmienkach neprimerane drahé. Z 18-rokov trvajúcej longitudinálnej štúdie ekonomických dôsledkov choroby, ktorý uskutočnil Wolfe (1998) vyplynulo, že celkový príjem rodiny pacientov s RA poklesol v priebehu choroby až o 35% pre pracovnú neschopnosť pacienta. Chorý a jeho rodina sú nútení redukovať výdaje na kultúru, šport, cestovanie a spoločenské kontakty, rodina sa uzatvára do seba, čím sa potenciujú interpersonálne konflikty. (16,12)

Strata zamestnania pre chorobu, resp. nezamestnanosť, negatívne ovplyvňuje prežívanie subjektívnej pohody i kvalitu života jednotlivca, čoho následkom je sťažená adaptácia na ochorenie a jeho následky. Skutočnosť, že až 72% pacientov je nezamestnaných, z toho väčšina žien, je alarmujúci.

Naše výsledky sa v tomto ohľade zhodujú s výsledkami výskumného tímu Kovářovej a spol. (5) v rámci projektu EURIDISS, kde zamestnanosť pacientov bola počas celého sledovaného obdobia nižšia u žien ako u mužov. (5) K podobným záverom došli vo svojich štúdiách v USA aj Escalante, Haas a Del Rincón, ktorí skúmali vzorku 779 pacientov s RA. Z celkového počtu bolo 70% žien a z nich len 21% pracovalo na plný alebo čiastočný úväzok. Situácia zamestnanosti mužov bola lepšia, z 30% ich pracovala viac ako polovica. (3)

Štúdia Younga (2000) na vzorke 732 pacientov s RA tieto poznatky potvrdzuje a dopĺňa, že výraznejšia funkčná disabilita sa vyskytuje u žien.

To, že RA má za následok zhoršenie funkčného statusu pacientov, dosvedčuje okrem počtu nezamestnaných aj to, že v našom súbore nadpolovičná väčšina (58,6%) pacientov prišla o zamestnanie v dôsledku RA. Okrem toho sú v súbore ešte 5 pacienti (10%) s priznaným invalidným dôchodkom v dôsledku poklesu funkčnej i pracovnej schopnosti pri RA, ktorí neuviedli ako dôvod straty zamestnania reumatizmus, keďže nikdy nepracovali.

Analýza markerov v 15 štúdiách zameraných na pracovnú disabilitu, ktorú uskutočnili Sokka a Pincus (2001) indikuje, že demografické ukazovatele ako sú vek, zamestnanie, úroveň edukácie, trvanie ochorenia ako aj funkčný stav v aktivitách denného života prezentované pacientom, identifikujú pracovný status viac ako fyziologické ukazovatele.

Na podklade zistených výsledkov sa stotožňujeme s názorom viacerých autorov, že disabilita nie je osobná charakteristika, ale diera medzi osobnou schopnosťou a požiadavkami prostredia. A napriek tomu, že prevláda tendencia hľadať ohnisko v osobnej schopnosti, nie je vhodné prehliadať úsilie pacientov redukovat požiadavky prostredia aktivitou, psychologickým zvládnutím či externou sociálnou podporou.

Veľmi dôležité je u chronicky chorých jedincov skúmanie situácie nezamestnanosti v súvislosti s vnímanou sociálnou oporou a rozsahom sociálnej siete.

Prežívanie dôsledkov ochorenia a efektívna adaptácia na ne je bez sociálnej podpory veľmi ťažká. Skúmanie týchto aspektov je z pohľadu zlepšenia kvality života pacientov nevyhnutné. Skúmanie rodinnej situácie pacientov našej vzorky indikuje, že drvivá väčšina (84%) žije v permanentnom sociálnom kontakte a vzťahoch (s partnerom, deťmi, súrodencami, inými) a len 16% žije osamelo. Avšak na prežívanie situácie chronického ochorenia a adaptáciu naň má vplyv nielen kvantita, ale i kvalita sociálnych kontaktov. Nevhodná sociálna podpora môže situáciu aj druhotne zhoršiť.

Práca, pracovné miesto a pracovný kolektív poskytujú jednotlivcovi možnosť stať sa členom širšej skupiny, vytvoriť si množstvo vzťahov, z ktorých niektoré sa môžu stať významným zdrojom sociálnej opory.

Pacienti, udávajúci vyššiu úroveň sociálnej podpory, majú optimistickejšiu náladu, vyššiu úroveň sebaúcty, lepšiu subjektívnu pohodu a menej časté príznaky depresie. Sociálna podpora a dobre vytvorená sociálna sieť má dôležitú úlohu v zlepšení kvality života pacienta s RA, pretože umožňuje správne využiť funkčné schopnosti chorého, pomáha udržiavať sebavedomie, znižuje stres vyvolaný ochorením. (12)

Záver a odporúčania

Konečným produktom starostlivosti o pacienta by mala byť jeho spokojnosť s vlastným životom a strávenie každého dňa svojho života na vrchole svojich možností.

Snahou realizovať tieto aktivity v jemu dobre známej komunite sa znásobuje ich efekt. Ako ukazujú výsledky nášho výskumu, potreba ľudsky hodnotných členov sociálnej siete narastá. Zistená zmenená pracovná schopnosť i zhoršený funkčný status, nedostatočné fungovanie v sociálnych rolách, či prežívanie ľudského nedeceňovania, je len kúskom mozaiky obrazu dopadu RA na život pacientov v našom súbore.

Literatúra

1. ACHAT, H., KAWACHI, I., LEVINE, S., BERKEY, C., COAKLEY, E., COLDITZ, G. Social networks, stress and health-related quality of life. [online].[citované 2004-01-11]. Dostupné na internete: <<http://ipsa.pp009.kluweronline.com/content/getfile/5109/12/7/fulltext.pdf>>.
2. ALBERS, J. M., KUIPER, H. H. et al.: Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first year of the disease. In : *Rheumatology* (Oxford), 1999, vol. 38, no. 5, p. 423 - 430.
3. ESCALANTE, A., HAAS, R.W., DEL RINCÓN, I. Measurement of global functional performance in patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests. *The University of Texas Health Science Center at San Antonio*. [online]. 2004.[citované 2005-06-29]. Dostupné na internete: <<http://arthritis-research.com/content/6/4/R315>>.
4. GEISLER, L. *Doctor and patient - a partnership through dialogue*. 1. ed. Frankfurt: Pharma Verlag, 1991. 340 s.
5. KOVÁŘOVÁ, M.: *Sociálna podpora a kvalita života*

chorých s reumatoidnou artritídou. 1.vyd. Rožňava: Rovent, 2003. 124 s. ISBN 80-89168-01-9.

6. LEHMAN, J.F., BRUNNER, G.D., STOW, R.W. Pain threshold measurement after therapeutic application of ultrasound, microwaves, and infrared. In : *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1998, vol. 39, no.5, s. 560-565.
7. LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. In: *Česká a slovenská psychiatrie*, 2001, roč. 97, č.4, s.183-186
8. LISTER, B.J., POLAND, M., DeLAPP, R.E. Efficacy of nabumetone versus diclofenac, naproxen, ibuprofen, and piroxicam in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In : *Am. J. Med.*,1993, vol. 95, no.1, p. 29-35
9. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
10. MŮHLPACHR, P. K problematice vzdělávání seniorů. In: Řehulka, Řehulková: (eds) *Učitelé a zdraví 4*. Brno: Nakl.P.Křepelka, 2002, str.191-203.
11. Preventing disability in the elderly with chronic disease. [online].[citované 2004-03-26]. Dostupné na internete: <<http://www.ahcpr.gov/research/elderdis.htm>>.
12. ROVENSKÝ, J., PAVELKA, K. et al. *Klinická reumatológia*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2000. 1048 s. ISBN 80-8063-022-4
13. SMITH, H.R., SMOLEN, S.J. Rheumatoid Arthritis. [online].[citované 2004-03-22]. Dostupné na internete: <<http://www.emedicine.com/med/topic2024.htm>>.
14. SOKKA,T., PINCUS,T. Markers for work disability in rheumatoid arthritis. In : *J Rheumatol*. Jul,28(7):1718-22. [online]. 2001.[citované 2004-06-29]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed cmd=retrieve dopt=abstract list_uids=11469487>.
15. SZILASIOVÁ, A., KOVÁŘOVÁ, M. et al.: Psychosociálne faktory a reumatoidná artritída. In: *Čes. Revmatologie*, 1997, vol.5, č.2, s. 82-87
16. WOLFE, F., HAWLEY, D.J. The long term outcomes of rheumatoid arthritis: work disability: a prospective 18-year study of 823 patients. In : *J Rheumatol*, 1998, vol. 25, no.11, s. 2108-2117
17. YOUNG, A. et al: How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? In : *Rheumatology*, 39, 603-611. [online]. 2000 [citované 2004-01-11]. Dostupné na internete: <<http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/content/full/39/6/603>>.