

Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Evaluation of quality of life of patients with rheumatoid arthritis

Matylda Sierakowska¹, Alicja Matys¹, Anna Kosior², Barbara Ottarzewska², Jacek Kita², Stanisław Sierakowski², Elżbieta Krajewska-Kułak¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku, kierownik Zakładu prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

²Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Białymstoku, kierownik Kliniki prof. dr hab. med. Stanisław Sierakowski

Słowa kluczowe: subiektywna ocena jakości życia, reumatoidalne zapalenie stawów.

Key words: subjective evaluation of quality of life, rheumatoid arthritis.

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, zapalną, układową chorobą tkanki łącznej, prowadzącą do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Przewlekły i okaleczający charakter RZS oraz ograniczona skuteczność i niepożądane skutki postępowania terapeutycznego wpływają na jakość życia pacjentów. Wraz z rozwojem choroby, deformacją stawów i postępującą niesprawnością chory staje się zależny od otoczenia, ma problemy z akceptacją choroby, co niesie ze sobą wiele problemów natury nie tylko fizycznej, ale również psychologicznej i społecznej. Pacjent potrzebuje wsparcia i opieki ze strony najbliższych i personelu medycznego.

Celem pracy była ogólna ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego; ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z RZS; ocena wpływu czasu trwania choroby na jakość życia.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że pacjenci są niezadowoleni ze swojego zdrowia, wraz z czasem trwania choroby i postępem zmian stawowych i narządowych gorzej oceniają swoje funkcjonowanie, zwłaszcza w sferze fizycznej, potrzebują wsparcia i pomocy, co szczególnie dotyczy osób samotnych. Wielokierunkowe postępowanie terapeutyczne powinno zmierzać w kierunku nie tylko łagodzenia dolegliwości związanych z chorobą, ale także poprawy funkcjonowania pacjenta, a co za tym idzie, poprawy jakości jego życia.

Summary

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, systemic connective tissue disease leading to disability, physical handicap or even premature death. The chronic and injurious character of RA and limited therapeutic effectiveness with possibilities of side effects affect the quality of life of RA patients. Along with development of the disease, deformation of joints and progression of disability means that the patient becomes dependent, has problems with accepting the disease, and has many problems not only of physical, but of also psychological and of social nature. The patient needs support and care from family and medical staff.

The aim of the study was to estimate in patients with RA: the quality of life in physical, psychological, social and environmental domains, effect of social-demographic factors on quality of life also taking into account 4 domains and effect of the duration of disease on quality of life.

It was found that patients suffering from RA are unsatisfied with their health. The decrease of physical function was especially underlined by RA patients. The quality of life of patients with RA decreased during the duration of disease especially when systemic and joints changes were progressing and disability and physical handicap were increasing. In this period the patients need support, especially lonely persons.

It is concluded that a multidirectional therapeutic program should not only include efforts to improve somatic status but also to improve physical and social status of RA patients.

Adres do korespondencji:

dr med. Matylda Sierakowska, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a, 15-096 Białystok, tel./faks +48 85 74 85 528 w. 36

Wstęp

Jakość życia w medycynie wiąże się z koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta. Pomiar jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia polega na subiektywnych ocenach pacjentów, ich fizycznym, psychicznym i społecznym aspekcie codziennego kontaktu ze skutkami choroby oraz rezultatami leczenia. Stanowi pewnego rodzaju wgląd w nasilenie objawów i działania niepożądane, wpływające na komfort życia pacjenta. Ocena, z reguły subiektywna, pozwala poznać sytuacje, które wpływają na postawy i dążenia pacjenta, który staje się partnerem w procesie leczenia i pielęgnowania [1–3].

Czynniki determinujące jakość życia w chorobie odnoszą się do samej choroby – zmiennych dotyczących procesu chorobowego oraz obrazujących rezultat choroby i czynników socjodemograficznych, takich jak wiek, płeć, praca (pełnienie ról) oraz wsparcie społeczne. Jakość życia chorych cierpiących przewlekły ból czy niesprawność jest wynikiem pojedynczej i niepowtarzalnej interakcji wpływu choroby, osobniczej możliwości chorego, jego sił adaptacyjnych i procesów radzenia sobie z chorobą [4].

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, zapalną chorobą układu ruchu, prowadzącą do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa [5]. Ograniczenie wydolności funkcjonalnej wpływa na różne dziedziny życia pacjenta: pracę zawodową, wypoczynek, wzajemne relacje w rodzinie, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, osamotnienie i pogłębiającą się depresję [6, 7]. Przystosowanie się do zmian w życiu spowodowanych chorobą, okaleczeniem, inwalidztwem jest dla wielu pacjentów sprawą trudną.

Podstawowym problemem chorych na RZS jest przewlekły, często o dużym nasileniu, wielostawowy ból, który znacznie ogranicza aktywność, zniechęca do podejmowania wysiłku i utrudnia rehabilitację leczniczą. Obecnie uważa się, że ból jest jednym z najistotniejszych czynników determinujących stan zdrowia [8]. Dodatkowo dołączają się inne dolegliwości, takie jak sztywność poranna, nocne drętwienia i pieczenie rąk, a na skutek zmian destrukcyjnych w stawach i tkankach okołostawowych – przykurcze, zaniki mięśniowe, zniekształcenia stawowe i ograniczenie ich ruchomości. Problem jakości życia (QOL) w RZS to nie tylko problem dolegliwości, ale także tolerancji leczenia, działania niepożądanego terapii oraz śmiertelności związanej z chorobami współistniejącymi.

Specyfika choroby oraz jej leczenie wpływa również niekorzystnie na stan emocjonalny pacjentów. Chorzy często są apatyczni, przygnębieni, zniechęceni do dalszego leczenia, nierzadko coraz gorzej radzą sobie ze stresem, co jest związane z lękiem i poczuciem niepew-

ności o przyszłość. Można zaobserwować objawy depresji, szczególnie, gdy następuje pogorszenie stanu zdrowia zmuszające do korzystania z pomocy otoczenia w wykonywaniu codziennych czynności.

Chory cierpiący na przewlekłą chorobą reumatyczną wymaga stałej opieki lekarskiej, potrzebuje wsparcia, opieki ze strony najbliższych i personelu medycznego. Od niego jednak głównie zależy, na ile pozwoli chorobie zmienić swoje życie prywatne i zawodowe, w jaki sposób poradzi sobie z problemami, jakie niesie choroba. Umiejętność samoopieki, przy współudziale rodziny i zespołu terapeutycznego, ma niewątpliwie korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy była ogólna ocena jakości życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i wpływów środowiskowych; ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z RZS; ocena wpływu czasu trwania przewlekłej, postępującej choroby na jakość życia pacjentów.

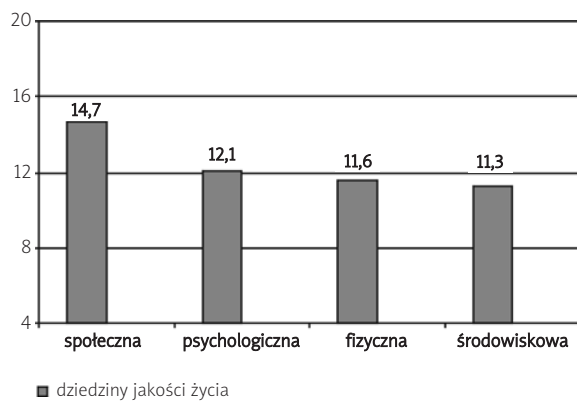
Materiał i metodyka badań

Badania przeprowadzono w grupie 64 pacjentów z rozpoznaniem wg kryteriów ACR [9] reumatoidalnym zapaleniem stawów, będących pod stałą opieką Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych AM w Białymstoku. Chorzy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Oceny jakości życia dokonano na podstawie kwestionariusza ankiety WHOQOL BREF w polskiej wersji językowej. Oceniano 4 dziedziny: fizyczną, psychologiczną, relacji społecznych i środowiskowych [10].

Wyniki badań

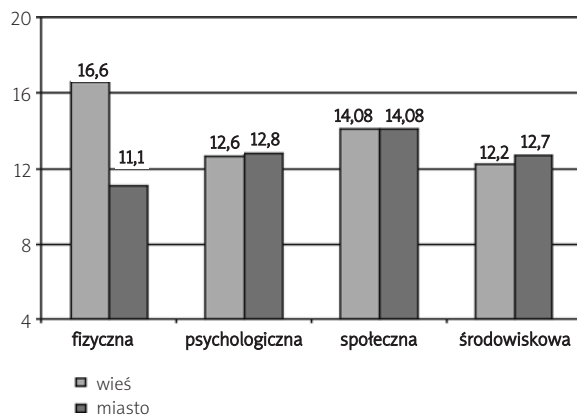
Analiza badanej grupy pod względem czynników społeczno-demograficznych

Grupę badaną (64 chorych) stanowiły w większości kobiety (58) – 90,6%. Pacjentów podzielono na 3 grupy pod względem wieku: I grupa – do 40. roku życia (20,3%), II grupa – 41–60 lat (50%), III grupa – od 61. roku życia i powyżej (29,7%). Najbardziej reprezentatywną grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (46,9%) i podstawowym (25%). Ponad 70% badanych pozostawało w związku małżeńskim. Osoby owdowiałe (wyłącznie kobiety) stanowiły 17,2%, samotne 10,9%. Uwzględniając miejsce zamieszkania chorych, większość (aż 70,3%) była mieszkańcami miast, natomiast 29,7% badanych mieszkało na wsi. Pacjentów podzielono również na 3 grupy pod względem czasu trwania RZS: I grupa



Ryc. 1. Ogólna ocena jakości życia w RZS.

Fig. 1. The general estimation of the quality of life in RA.



Ryc. 2. Wartość dziedzin jakości życia a miejsce zamieszkania.

Fig. 2. The value of domains of the quality of life and the place of residence.

– osoby chorujące do 9 lat – 45,3%, II grupa – 10–20 lat – 42,2%, III grupa – 21 lat i więcej – 12,5%.

Jakość życia z uwzględnieniem sfery fizycznej, dobrostanu psychicznego, stosunków społecznych i środowiskowych

Jakość życia oceniono, biorąc pod uwagę dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy), dziedzinę psychologiczną (wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, wiara, myślenie, koncentracja, pamięć),

Tabela I. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach w zależności od wieku badanej grupy

Table I. The quality of life in each domain and age of the examined group

Badane parametry	Wiek		
	do 40 lat	41–60 lat	61 lat i więcej
liczba pacjentów	13 (20,3%)	32 (50%)	19 (29,7%)
dziedziny QOL (wartość średnia)			
dziedzina fizyczna	11,8	11,1	11,2
dziedzina psychologiczna	13,8	11,5	12,3
dziedzina społeczna	15,4	14,2	12,4
dziedzina środowiskowa	11,1	12,9	13,2

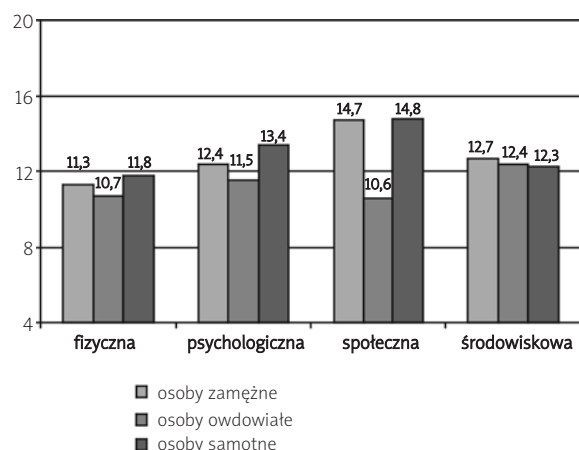
relacje społeczne (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna) i środowisko (zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna, dostępność i jakość) [11].

Z przeprowadzonej ogólnej analizy poszczególnych dziedzin jakości życia w skali od 4 do 20 punktów najlepiej wśród badanych wypadła dziedzina społeczna (14,7), nieco gorzej, na poziomie średnim, dziedzina psychologiczna (12,1). Najstąbiej natomiast kształtuje się dziedzina dotycząca życia w domu, bezpieczeństwa, dóbr materialnych, dostępności do opieki medycznej i informacji – środowiskowa (11,3) i fizyczna (11,6) (ryc. 1).

Uwzględniając zmienną wieku, chorzy na RZS, niezależnie od grupy wiekowej, postrzegają gorzej jakość życia w dziedzinie fizycznej w porównaniu z innymi domenami. Pacjenci z grupy I (do 40 lat) słabiej oceniają dziedzinę środowiskową (11,1), natomiast w wieku 41–60 lat dziedzinę fizyczną (11,1) i psychologiczną (11,5). Ankietowani w wieku 41–60 lat wysoko oceniają wsparcie od bliskich osób – dziedzina społeczna (14,2) (tab. I).

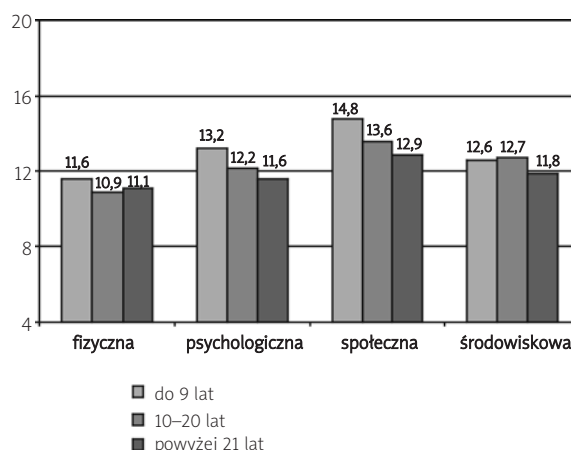
Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania osób badanych, uzyskane wyniki nie wykazują dużej różnicy w ocenie poszczególnych dziedzin, jedynie w dziedzinie fizycznej charakterystyczne jest, że chorzy mieszkający na wsi bardzo dobrze oceniają swoją jakość życia (16,6) w porównaniu z mieszkańcami miasta (11,1) (ryc. 2).

Poziom wykształcenia odzwierciedla posiadaną wiedzę, często rodzaj wykonywanej pracy, obciążenie fizyczne, umiejętność radzenia sobie z problemami. Osoby z wykształceniem wyższym najlepiej oceniły swoją QOL w relacjach społecznych (16,2), a także w pokonywaniu trudności dnia codziennego w związku z chorobą – dziedzina fizyczna (12,5). W ocenie dziedziny fizycznej najgorzej wypadły osoby z wykształceniem podstawowym



Ryc. 3. Wartość dziedzin jakości życia a stan cywilny badanych.

Fig. 3. The value of domains of the quality of life and the civil status.



Ryc. 4. Wartość dziedzin QOL a czas trwania choroby.

Fig. 4. The value of domains of the quality of life and duration of disease.

(10,9). Pacjenci ze średnim wykształceniem słabo ocenili jakość życia w dziedzinie środowiskowej (9,5) (tab. II).

Nie obserwuje się znacznej różnicy w ocenie jakości życia osób będących w związku małżeńskim i samotnych, natomiast osoby owdowiałe znacznie słabiej oceniają swoją jakość życia w porównaniu z osobami z dwóch pozostałych grup, szczególnie w dziedzinie fizycznej (10,7) i społecznej (10,6) (ryc. 3.).

Ankietowani z krótszym czasem trwania RZS (do 9 lat) lepiej oceniają swoje związki osobiste i wsparcie społeczne (14,8). W dziedzinie psychologicznej punktacja jest także wysoka i wynosi 13,2. Dziedzina fizyczna wypadła najgłębiej w trzech badanych grupach, szczególnie wśród pacjentów dłużej chorujących, i wynosi w grupie II – 10,9, a w grupie III – 11,1. Obserwuje się

tendencję do obniżania jakości życia w poszczególnych dziedzinach wraz z czasem trwania choroby (ryc. 4.).

W ogólnej ocenie zadowolenia z jakości życia wyniki nieznacznie się różniły. Największa grupa, bo 39,1%, była zadowolona z jakości swojego życia, 34,3% było średnio zadowolonych, natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby niezadowolone (26,6% badanych). Wynik oceny zadowolenia z jakości życia w skali 1–5 wynosi 3,1 (średnie zadowolenie).

Przy ocenie zadowolenia ze stanu swojego zdrowia różnice w opiniach badanych były istotne. Najwięcej osób było niezadowolonych ze swojego zdrowia (64,1%), 26,6% było średnio zadowolonych, natomiast zaledwie 9,3% było zadowolonych ze swojego zdrowia. Globalna ocena zadowolenia ze zdrowia w skali 1–5 wyniosła 2,4.

Tabela II. Wykształcenie a jakość życia

Table II. Education and quality of life

Liczba osób	Wykształcenie			
	wyższe	średnie	zasadnicze	podstawowe
	11 (17,1%)	30 (46,9%)	7 (11%)	16 (25%)
dziedziny QOL (wartość średnia)				
dziedzina fizyczna	12,5	11,03	11,2	10,9
dziedzina psychologiczna	12,6	12,7	12,9	12,2
dziedzina społeczna	16,2	13,9	12,7	13,5
dziedzina środowiskowa	12,5	9,5	12,8	12,6

Omówienie

Zainteresowanie problematyką jakości życia w medycynie wiąże się z holistyczną koncepcją medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta, koncentrującą wysiłki na uczynieniu życia chorego aktywnym i zbliżonym do życia ludzi zdrowych. Badania jakości życia oceniają, w jaki sposób wystąpienie choroby i związane z nią ograniczenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Stanowią ważne źródło wiedzy o samopoczuciu chorego i jego problemach [12].

Na ocenę jakości życia przewlekle chorych wpływa zarówno choroba i jej przebieg, jak i wiele innych czynników, m.in. wiek, płeć, pełnienie ról społecznych, osobnicze możliwości człowieka dotkniętego chorobą, potencjał jego sił adaptacyjnych i procesy radzenia sobie z chorobą oraz stopień uzyskanego wsparcia społecznego [13]. Starszy wiek jest dodatkowym czynnikiem pogłębiającym stopień niepełnosprawności, który wpływa na funkcjonowanie pacjenta w różnych sferach [14].

W przeprowadzonych badaniach pacjenci chorzy na RZS, niezależnie od grupy wiekowej, gorzej postrzegają swoją jakość życia w dziedzinie fizycznej w porównaniu z innymi domenami. Pacjenci w wieku do 40 lat słabiej oceniają dziedzinę środowiskową (11,1), natomiast w wieku 41–60 lat dziedzinę fizyczną (11,1) i psychologiczną (11,5).

Diagnoza choroby przewlekłej niesie ze sobą bardzo wiele zmian i wyzwań w życiu pacjenta, dezorganizując jego życie rodzinne, wymuszając modyfikacje dotychczasowych relacji. Pojawienie się choroby w rodzinie powoduje koszty emocjonalne oraz materialne. Choroba może być przeszkodą w zdobyciu zawodu, kontynuowaniu nauki lub dotychczasowej pracy oraz w założeniu rodziny. Praca zawodowa jest z kolei czynnikiem motywującym do aktywności, utrzymania sprawności, systematycznego leczenia. Szacuje się, że po 5 latach trwania choroby 50% chorych traci zdolność do pracy, a po 10 latach odsetek ten zbliża się do 100% [5, 14]. Choroba ogranicza możliwości zawodowe pacjentów, obniżając tym samym dochody rodziny. Ma to niewątpliwy wpływ na sferę środowiskową, co odzwierciedlają wyniki badań własnych, gdzie w ogólnej ocenie najniżej wypadła dziedzina dotycząca m.in. zasobów finansowych, wolności i bezpieczeństwa (11,3).

Poziom edukacji i zainteresowania wpływają również na przebieg zapalenia stawów, indukują działalność, sprzyjają utrzymaniu pracy, wspomagają radzenie sobie z chorobą [14].

W badanej grupie pacjenci z wyższym wykształceniem wyżej oceniali dziedzinę fizyczną (12,5) niż ankietowani z wykształceniem podstawowym (10,9). Wpływ wykształcenia na umiejętność radzenia sobie z chorobą potwierdzają obserwacje Katz wskazujące, że istnieje

związek między niskim poziomem wiedzy, wykształceniem a słabymi rezultatami w przebiegu RZS w samoopiece [15]. Wykazano, że osoby z dłuższym okresem edukacji znacznie lepiej troszczyły się o siebie (ogrzany basen, udogodnienia w wannie, stosowanie metod relaksacyjnych, metod kontrolujących stres, diety).

Środowisko, w którym przebywa chory, ma istotny wpływ zarówno na zdolność wykonywania pracy, jak i inne aspekty związane z niepełnosprawnością. Obecność barier fizycznych, takich jak schody, wąskie stopnie, niskie krzesła, komunikacja miejska, mogą warunkować, na ile chory niepełnosprawny może funkcjonować w środowisku. Znajduje to prawdopodobnie potwierdzenie w badaniach własnych, w których pacjenci pochodzący ze wsi znacznie wyżej ocenili swoje funkcjonowanie fizyczne (QOL 16,6) niż mieszkańcy miasta (QOL 11,1).

Niepełnosprawność na początku choroby jest determinowana przez aktywność procesu chorobowego, natomiast w miarę postępu RZS dochodzi do zmian destrukcyjnych w stawach, upośledzających funkcjonowanie chorego w życiu codziennym [14].

Osoby z dłuższym czasem trwania RZS gorzej oceniają badane w pracy domeny. Obserwuje się obniżanie jakości życia w poszczególnych dziedzinach wraz z czasem trwania choroby.

Pacjenci chorzy reumatycznie, niesprawni fizycznie, cierpiący ból, sztywność, osłabienie, odnoszą wrażenie, że są ciężarem dla innych. Wycofują się z aktywnego życia. Nie chcą podejmować nowych wyzwań [16]. Badania wskazują, że u ponad 20% chorych na RZS stwierdza się depresję [17], a im większy stopień depresji, tym mniejsza umiejętność samoopieki oraz większa bezradność i osamotnienie pacjenta. Kwiatkowska podkreśla, że wśród pacjentów chorujących na RZS odczuwających dolegliwości bólowe 60–80% będzie cierpieć na depresję [18]. W innych badaniach Kossakowska stwierdza, że RZS często współistnieje z objawami depresji, które mogą wystąpić u co trzeciego chorego, przy czym nasilenie objawów depresyjnych jest najczęściej łagodne lub umiarkowane [19]. Potwierdzają to inni badacze, stwierdzający depresję o łagodnym nasileniu u ok. 20–36% chorych [20, 21].

W wynikach przeprowadzonych badań dziedzina psychologiczna, dotycząca uczuć zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, samooceny, duchowości, wiary, procesów myślowych, w ogólnej klasyfikacji znalazła się na poziomie średnim, wynoszącym 12,1. Obserwuje się natomiast, że osoby owdowiałe, niemające wsparcia w bliskiej osobie, gorzej radzą sobie z różnymi sferami życia, szczególnie w dziedzinie fizycznej (10,7) i społecznej (10,6), niż osoby zamężne czy nawet samotne.

Postępowanie terapeutyczne w chorobie reumatycznej powinno być kompleksowe i rozpoczynać się możliwie jak najszybciej, obejmując oprócz farmakote-

rapii również edukację chorego, fizykoterapię, kinezyterapię, terapię zajęciową i psychoterapię [13, 22]. Zadania opiekuńcze wobec chorego na RZS w dużej mierze sprowadzają się do ochrony i ułatwiania życia z chorobą przy zachowaniu możliwie jak najdłuższej samodzielności i twórczej aktywności [22, 23].

W prezentowanej pracy ponad połowa badanych deklaruwała niezadowolony stan ze swojego zdrowia.

Jakość życia w chorobach przewlekłych zależy nie tylko od dynamiki procesu chorobowego, ale także od umiejętności radzenia sobie z problemami, jakie niesie choroba. Deficyt sprawności fizycznej wpływa niekorzystnie na subiektywną ocenę zdrowia i jakość życia. Dla większości chorych najważniejsze jest, by być jak najdłużej samodzielnym, co ma duże znaczenie praktyczne i emocjonalne, wpływa korzystnie na stan fizyczny i psychiczny, wzmacnia wiarę we własne siły oraz przywraca pozytywny stosunek do wykonywanych codziennych czynności [23, 24].

Wnioski

1. Pacjenci z RZS najniżej oceniają dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależność od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek, zdolność do pracy) oraz środowiskową, dotyczącą zasobów finansowych, wolności, bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, dostępności i jakości opieki zdrowotnej.
2. Ze swojego zdrowia niezadowolonych jest 2/3 chorych.
3. Długi czas trwania RZS wpływa na jakość życia pacjentów, stopniowo ją obniżając, szczególnie w dziedzinie fizycznej, co wiąże się z postępującą niesprawnością.
4. Mieszkańcy wsi istotnie lepiej oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne w porównaniu z mieszkańcami miast.
5. Osoby owdowiałe znacznie gorzej oceniają jakość swojego życia niż osoby będące w związku małżeńskim czy osoby samotne.

Piśmiennictwo

1. Bowling A. Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. Open University Press, Buckingham 1997.
2. De Walden-Galuszko K, Majkowicz M. Badanie jakości życia w medycynie. *Gazeta Lekarska* 1997; 4: 40.
3. Schipper H, Clinch J, Powell V. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Spilker B (eds). Lippincott-Raven, Philadelphia 1996: 11-24.
4. Rejsner C, Szczygielska-Majewska M. Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. CMDNiSKM, Warszawa 1992.
5. Filipowicz-Sosnowska A, Stanisławska-Biemał E, Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2004; 42 (supl.): 8-13.
6. Lapsley HM, March LM, Tribe KL, et al. Living with rheumatoid arthritis: expenditures, health status, and social impact on patients. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 818-21.
7. Mili F, Helmick ChG, Zack MM, et al. Health reality quality of life adults reporting arthritis: analysis of data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, US, 1996-1999. *J Rheumatol* 2003; 30: 160-6.
8. Minnock P, Fritz Gerald O, Bresnihan B. Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology* 2003; 42: 995-1000.
9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
10. Jaracz K, Wołowicka L, Kalfoss M. Quality of life in polish respondents. *Qual Life Res Int J* 1999; 565.
11. Wołownicka L, Jaracz K. Wybrane problemy metodologii badań jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Wołownicka L (red.). Dział Wydawnictw Uczelnianych, Poznań 2001: 233-305.
12. Calin A, Cormack J. *Reumatologia – pytania i odpowiedzi*. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.
13. Kamieńska I, Sierakowska M. Problemy pielęgnacyjne i zasady samoopieki w reumatoidalnym zapaleniu stawów. W: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J i wsp. (red.). Białystok 2005: 121-30.
14. Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Złożoność procesu niepełnosprawności u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43: 138-46.
15. Katz PP. Education and self-care activities among persons with rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1057-66.
16. Faleńczyk K. Zadania pielęgniarki wobec pacjentów z nieurazowymi schorzeniami układu ruchu na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. W: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa internistycznego*. Cegła B, Felańczyk K, Kuczma-Napierała J (red.). Akademia Medyczna, Bydgoszcz 2003: 162-7.
17. Blalock SJ, De Vellis RF. Rheumatoid arthritis and depression: an overview. *Bull Rheum Dis* 1992; 41: 6-8.
18. Kwiatkowska B. Depresja w chorobach reumatycznych. *Terapia* 2003; 10: 52-3.
19. Kossakowska AB. Objawy depresji u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna, Białystok 2004.
20. Pincus T, Griffith J, Pearce S, et al. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 879-83.
21. Smedstad LM, Moim T, Vaglum P, et al. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with rheumatoid arthritis and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 377-82.
22. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
23. Bobiatyńska E. W sojuszu na rzecz przewlekłe chorych. *Magazyn Pielęgniarki i Późnej* 2001; 3: 17-8.
24. Carr AJ, Higginson IJ. A quality of life measure patient centered? *Br Med J* 2001; 322: 1357-60.