

Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

The review of investigations of quality of life of patients with rheumatoid arthritis

Grażyna Bączyk

Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
kierownik Katedry dr hab. med. Krystyna Jaracz

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, jakość życia – przegląd.

Key words: rheumatoid arthritis, quality of life – review.

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłym postępującym procesem zapalnym tkanki łącznej prowadzącym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych, w wyniku czego dochodzi do zniekształceń i upośledzenia czynności tych tkanek, a w konsekwencji do trwałego kalectwa. Współistniejące choroby oraz częste powikłania spowodowane leczeniem dodatkowo powodują utratę sprawności funkcjonalnej.

Ocena jakości życia chorych na RZS dotyczy następujących dziedzin jakości życia: fizycznej, emocjonalnej, społecznej, a także bólu stawowego oraz wpływu RZS na funkcjonowanie chorych. Wpływ RZS na jakość życia w dziedzinie fizycznej dotyczy odczuwanych dolegliwości bólowych stawów, co utrudnia codzienną aktywność chorego. Najczęściej występującymi problemami emocjonalnymi są: objawy depresji, obniżony nastrój oraz podwyższone napięcie emocjonalne. Dla właściwego funkcjonowania społecznego chorych na RZS konieczne jest wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół oraz specyficzna opieka zdrowotna. Głównym celem opieki zdrowotnej jest utrzymanie niezależności tych chorych oraz zabezpieczenie przed pogorszeniem się jakości życia.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłym postępującym procesem zapalnym błony maziowej prowadzącym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych, w wyniku czego dochodzi do zniekształceń i upośledzenia czynności tych tkanek i w konsekwencji do trwałego kalectwa [1–3].

Summary

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, systemic connective tissue disease leading to loss of function in the joints, disability, and physical handicap.

Additional, diseases co-existing and frequent complications caused treatment are impact in functional loss. Evaluation of quality of life of patients with rheumatoid arthritis concerns three domains: physical, emotional, social and arthritis pain and arthritis impact. RA effects the quality of life in the physical domain. These effects joint pain, which makes everyday activities difficult for the patient. The most frequently emotional problems among patients with RA are: depression, decrease mood and high level of tension. Important for social functioning among patients with RA is support from family and friends, and specific health care. The principal goals of health care for patients with joint disorders are to maintain independence and preserve good quality of life.

Badania funkcji układu ruchu po dziewięciu latach trwania choroby wykazują, że niesprawność jest tym większa, im wyższy stopień upośledzenia funkcji stwierdzono na początku choroby [2].

Niesprawność fizyczna w zaawansowanym okresie choroby jest ściśle związana z okresem choroby (kryte-

Adres do korespondencji:

dr n. biol. Grażyna Bączyk, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań, tel. +48 61 655 92 61, faks +48 61 655 92 66, e-mail: gbaczyk@ump.edu.pl

Praca wpłynęła: 16.07.2008 r.

ria progresji choroby wg Steinbrockera), z radiograficznymi zmianami w układzie kostno-stawowym, z aktywnym szybko postępującym przebiegiem RZS [4].

Bryl i wsp. [5] donoszą, że wśród 246 badanych osób w pierwszych 10 latach trwania choroby RZS jest przyczyną niepełnosprawności u 12,5% mężczyzn oraz 22,7% kobiet. Uważano, że u ludzi młodych proces zapalny jest aktywniejszy i wcześniej prowadzi do inwalidztwa, wykazano jednak gwałtowny postęp choroby u chorych powyżej 60. roku życia i szybszą utratę sprawności fizycznej. Twierdzi się, że przynajmniej 50% chorych poniżej 65. roku życia w ciągu pierwszych 10 lat jest niezdolnych do wykonywania swojego zawodu i przechodzi na rentę inwalidzką [6, 7].

Ponad połowa chorych na RZS ma co najmniej jedną inną przewlekłą chorobę, np. chorobę układu oddechowego, pokarmowego, krążenia, moczowego, cukrzycę czy amyloidozę. Częste są także powikłania spowodowane leczeniem, szczególnie przewlekłym stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych [3, 8]. Coraz powszechniejsze zastosowanie badań endoskopowych pozwala obiektywnie ocenić wpływ niesteroidowych leków na błonę śluzową górnego odcinka przewodu pokarmowego. Autorzy badań sygnalizują, że chorzy na RZS są bardziej podatni na rozwój choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy niż osoby z chorobą zwyrodnieniową stawów [9].

Czas przeżycia chorych na RZS w porównaniu z czasem przeżycia odpowiedniej grupy (pod względem wieku i płci) ludzi zdrowych jest krótszy o 10–15 lat, natomiast jest porównywalny z czasem przeżycia osób z chorobami serca i ziarnicą złośliwą [10, 11].

W wielu badaniach coraz częściej elementy funkcjonowania społecznego, zawodowego i jakości życia chorych na RZS traktuje się jako wskaźnik skuteczności leczenia, opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji.

W kilku polskich opracowaniach omówiono jedynie jakość funkcjonowania fizycznego, nie analizując – zgodnie z podstawowym założeniem Campbella [12], prekursora w badaniach jakości życia – subiektywnego ustosunkowania się badanego do własnej sytuacji życiowej.

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego jakości życia chorych na RZS wskazuje, że najczęściej wykorzystywaną skalą jest *Arthritis Impact Measurement Scales 2* [13], która – opierając się na koncepcji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life* – HRQoL) – pozwala ocenić wpływ choroby na funkcjonowanie chorego w obszarach: fizycznym, psychicznym, społecznym oraz w zakresie doznań somatycznych.

Ocenę jakości życia chorych na RZS w poszczególnych obszarach funkcjonowania mierzoną skalą AIMS 2 przeprowadzono w wielu pracach, wśród pacjentów

różnej narodowości. Hill i wsp. [14] oceniali jakość funkcjonowania chorych na RZS w populacji angielskiej. Grupę badaną stanowiło 30 chorych, w tym 27 kobiet. Średnia wieku wynosiła 53 lata, a średni czas trwania choroby 12 lat. Opierając się na trzyskładnikowym modelu skali AIMS, średnie wartości dla stanu fizycznego i sprawności ruchowej oraz dla stanu emocjonalnego mieszczą się w przedziale średnim, natomiast natężenie bólowe jest wysokie. Wyniki oceny jakości funkcjonowania w obszarze stanu fizycznego i sprawności ruchowej oraz bólu stawowego korelują z wynikami oceny jakości funkcjonowania fizycznego skali *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), również ocena jakości funkcjonowania w obszarze stanu emocjonalnego koreluje z wynikami skali *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Meenan i wsp. [13] porównali jakość funkcjonowania chorych na RZS z grupą osób z chorobą zwyrodnieniową stawów. Liczebność grupy badanej wynosiła 408 chorych, 73% stanowili chorzy na RZS. Średnia wieku wynosiła 60,7 roku, kobiety stanowiły 78% grupy badanej. Spośród badanych 66% nie miało innych współistniejących chorób, u 25% badanych występowało nadciśnienie, a 9% cierpiało na inne choroby. Ocena jakości funkcjonowania tych chorych przedstawiona w wartościach średnich jest korzystniejsza dla chorych na chorobę zwyrodnieniową stawów w obszarze wykonywania zadań związanych z samoopieką oraz w obszarze aktywności społecznej w porównaniu z chorymi na RZS. Gorszą ocenę jakości funkcjonowania stwierdzono w obszarze czynności ręki i palców oraz czynności w stawie ramiennym u chorych na RZS. Jakość funkcjonowania w pozostałych obszarach życia dla chorych na RZS oceniona została jako średnia, natomiast dobrą ocenę jakości funkcjonowania badani osiągnęli w obszarze wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół oraz w obszarze satysfakcja życiowa.

Abello-Banfi i wsp. [15], wykorzystując hiszpańską wersję AIMS, ocenili jakość funkcjonowania 97 pacjentów chorych na RZS leczonych w przychodni reumatologicznej. Średni wiek grupy badanej wynosił 44,1 roku, średni czas trwania choroby – 8,6 roku. Jakość funkcjonowania wahała się w przedziałach średnich wartości dla obszaru wykonywania czynności dnia codziennego, dla obszaru stanu fizycznego, aktywności społecznej oraz stanu emocjonalnego.

W długoterminowych badaniach Archenholtza i wsp. [16] brało udział 78 pacjentów leczonych w poradni reumatologicznej. Średni czas trwania choroby wynosił 8,8 roku, a średnia wieku badanych 52,7 roku. Stwierdzono średnią jakość funkcjonowania w następujących obszarach: poziom aktywności fizycznej, czynności związane z samoopieką, czynności dnia codzien-

nego, wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, praca, poziom napięcia emocjonalnego, nastroj. Złą jakością funkcjonowania zaznaczono w obszarach: czynność ręki i palców, chodzenie i pochylenie się, ból stawowy oraz aktywność społeczna.

Z badań polskich prowadzonych przez Bączyk [17] wynika, że ogólna ocena jakości życia chorych na RZS mieści się w średnich przedziałach. Na dobrą ocenę jakości życia chorych na RZS ma wpływ wsparcie ze strony ich rodziny i przyjaciół. Zła ocena jakości życia chorych na RZS wynika z ograniczonych możliwości wykonywania podstawowych aktywności życiowych. Związane jest to z bólem stawów, trudnościami z chodzeniem i pochyleniem się oraz z podwyższonym napięciem emocjonalnym i skłonnością do stanów depresyjnych.

W innych badaniach Bączyk i wsp. [18] dokonano porównania funkcjonowania i jakości życia 123 chorych na RZS oraz 98 chorych na chorobę zwyrodnieniową. Nie wykazano istotnej różnicy pomiędzy funkcjonowaniem i jakością życia badanych grup, chociaż wartości średnie w poszczególnych dziedzinach skali AIMS 2 były niższe (lepsza jakość życia) dla chorych na RZS. Wykazano, że chorzy na RZS znacznie wyżej oceniali swój stan zdrowia w porównaniu z osobami z chorobą zwyrodnieniową.

Celem badań prowadzonych przez Sierakowską i wsp. [19] była ocena jakości życia chorych na RZS na podstawie kwestionariusza ankiety WHOQOL BREF w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych. Stwierdzono, że pacjenci najniżej oceniają dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależność od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból) oraz środowiskową w zakresie wolności, bezpieczeństwa psychicznego, dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Według doniesień Sierakowskiej 2/3 badanych jest niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia.

Funkcjonowanie i jakość życia a czynniki społeczno-demograficzne

Czynniki społeczno-demograficzne, które mogą wpływać na ocenę jakości funkcjonowania w poszczególnych obszarach życia, to: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia.

U ludzi w starszym wieku RZS przyspiesza fizyczną zależność od otoczenia, psychosocjalną niesprawność oraz ogranicza wypełnianie zadań codziennych.

W badaniach brytyjskich określano wpływ rozwoju RZS na sprawność fizyczną w zależności od płci. Obserwowano 63 kobiety i 22 mężczyzn; cała grupa została zakwalifikowana do III okresu rozwoju choroby wg klasyfi-

kacji Steinbrockera. Kobiety wypadły gorzej w zakresie ubierania się, dbania o swój wygląd, jedzenia, chodzenia, sięgania i chwytania. Te wyniki sugerują, że RZS ma większy wpływ na jakość życia kobiet niż mężczyzn [14].

Meenan i wsp. [20] zastosowali skalę AIMS w ocenie jakości życia chorych na RZS, którzy chorowali dłużej niż 5 lat, w kontekście następujących zmiennych społeczno-demograficznych: płeć, wiek, stan cywilny, poziom edukacji. Badaniem objęto 299 pacjentów. Otrzymane wartości oceniające jakość funkcjonowania były złe dla obszaru aktywności fizycznej. W pozostałych obszarach badani uzyskali średnie wartości. Stwierdzono, że wraz z wiekiem następuje poprawa w jakości funkcjonowania w obszarze stanu emocjonalnego, natomiast płeć, stan cywilny, poziom edukacji nie korelują z jakością funkcjonowania w badanych obszarach. Autorzy twierdzą, że u pacjentów, u których choroba trwa dłużej niż 5 lat, funkcjonowanie w poszczególnych obszarach jakości życia jest ustabilizowane. Te rezultaty są zbieżne z wynikami prac prowadzonych przez Sherrera i wsp. [7], którzy dowodzą, że funkcjonowanie chorych na RZS ulega stabilizacji po upływie pierwszych kilku lat trwania choroby. Niesprawność fizyczna szybko postępuje we wczesnym okresie choroby, a w późniejszych latach proces progresji przebiega bardzo wolno.

Badania Meenana i wsp. wykazują, że nie ma korelacji pomiędzy poziomem edukacji a niesprawnością [13]. Wyniki te są inne w porównaniu z wynikami prac Pincusa i wsp. [21], którzy twierdzą, że u chorych osiągniętych niski poziom edukacji przebieg RZS jest cięższy.

Mechanizmy związku między uczeniem się i rozwojem RZS nie są znane. Wykształcenie, jako wskaźnik zachowania pacjenta, może objawiać się lepszymi nawykami zdrowotnymi, poprzez aktywniejsze uczestniczenie w procesie terapeutycznym (stosowanie się do zaleceń). W jednym z badań stwierdzono, że 65% badanych pacjentów nie potrafiło określić rodzaju swojej choroby reumatycznej. Fakt ten ściśle łączył się z niskim poziomem wykształcenia [7].

Reumatoidalne zapalenie stawów bardzo często powoduje utratę pracy i konieczność przejścia na rentę inwalidzką, co wiąże się z gorszą sytuacją materialną. Pincus [10] donosi, że po 9 latach trwania RZS tylko 15% badanych w wieku produkcyjnym kontynuowało pracę zarobkową.

Z badań Bączyk [22] wynika, że ocena jakości życia chorych na RZS zależy od zmiennych demograficznych badanych. Kobiety miały gorsze oceny w obszarze emocjonalnym niż mężczyźni. Młodzi chorzy uzyskali wyższe oceny jakości życia w zakresie stanu fizycznego i sprawności ruchowej. Miejsce zamieszkania oraz stan cywilny badanych nie są wyznacznikami ocen jakości

życia chorych na RZS. Satysfakcja życiowa chorych na RZS jest wyższa u osób pracujących zawodowo, z wykształceniem średnim i wyższym oraz chorujących dłużej niż 5 lat. Sierakowska i wsp. [19] podają, że długi czas trwania RZS stopniowo obniża jakość życia, szczególnie w dziedzinie fizycznej, mieszkańcy wsi lepiej oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne w porównaniu z mieszkańcami miast, a chorzy samotni znacznie gorzej oceniają jakość życia niż chorzy będący w związku małżeńskim.

Funkcjonowanie i jakość życia a zmienne kliniczne

W pracach analizujących wpływ czynników klinicznych na ocenę jakości funkcjonowania chorych na RZS w poszczególnych obszarach jakości życia omawiane są najczęściej następujące zmienne kliniczne, będące miarami aktywności choroby [23–26]: natężenie bólu (mierzone skalą VAS), stopień tkliwości stawów (*Ritchie Articular Index*, *Thompson Index*), siła mięśni ręki (na podstawie siły chwytu ręki), objaw sztywności porannej, stężenie hemoglobiny, wartość OB, stężenie białka ostrej fazy.

Nordenski Öld i wsp. [26] w badaniach 20-osobowej grupy kobiet chorych na RZS leczonych w poradni reumatologicznej wykazali występowanie silnej korelacji pomiędzy wartościami siły mięśni prawej i lewej ręki oraz natężeniem bólu stawowego a stopniem zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego. Spośród 20 zadań do wykonania wg skali *Health Assessment Questionnaire*, wykonanie 8 czynności silnie koreluje z siłą mięśni ręki; 65% badanych kobiet unikało wykonywania zadań wymagających zaangażowania pracy stawów: biodrowego, kolanowego, ramiennego i łokciowego, np. odkurzanie, kąpiel w wannie, a także czynności, których wykonanie wymaga użycia dużej siły mięśni ręki, np. otwieranie słoików, oraz zadań wymagających wykorzystania pełnego zakresu czynności stawów międzypalczkowych ręki, np. zapinanie guzików czy wiązanie sznurowadeł.

Ekdahl i wsp. [27] również wykazali korelację pomiędzy wykonywaniem czynności związanych z samoopieką i prowadzeniem gospodarstwa domowego a niskimi wartościami siły mięśni ręki.

Fitzpatrick i wsp. [28, 29] dokonali oceny jakości funkcjonowania 73 chorych na RZS, wykorzystując skalę *Nottingham Health Profile* (NHP) oraz AIMS. Zastosowali oni następujące testy kliniczne: *Ritchie Articular Index* do oceny tkliwości stawów, test siły mięśni ręki, VAS – 10 cm do pomiaru natężenia bólu oraz ocenę czasu trwania sztywności porannej. Pacjenci hospitalizowani stanowili 34,2% badanej grupy, pozostali chorzy

byli leczeni w poradni reumatologicznej. Średni wiek badanych wynosił 54,9 roku, a średni czas trwania choroby 13,5 roku. Według kryteriów klasyfikacji stanu funkcjonalnego w RZS 6,8% badanych było całkowicie zdolnych do wypełniania typowych czynności dnia codziennego, 90,4% pacjentów było zdolnych do wykonywania czynności dnia codziennego, mimo pewnych trudności, a 2,8% badanych miało ograniczenia w zdolności do wypełniania czynności samoopiekuńczych, zawodowych i niezawodowych. Jakość funkcjonowania w obszarach: aktywność fizyczna oraz ból stawowy skali AIMS i NHP korelują najlepiej z czterema klinicznymi pomiarami aktywności choroby, natomiast jakość funkcjonowania w obszarze interakcji społecznej obu skal nie jest znacząco powiązana z jakimkolwiek pomiarem klinicznym.

Borstlap i wsp. [30] analizowali jakość życia chorych w aspekcie tradycyjnych wyznaczników klinicznych i laboratoryjnych. Do oceny jakości życia 282 chorych na RZS wykorzystano skalę: *Modified Health Assessment Questionnaire* (MHAQ) oraz *Influence of Rheumatic Diseases on Health and Lifestyle* (IRGL). Klinicznymi i laboratoryjnymi zmiennymi były: siła mięśni ręki – mierzona wigrametrem, tkliwość stawów – oceniona *Ritchie Articular Index* 0–78 oraz *Thompson Index* (0–534), objaw sztywności porannej, czas chodzenia 9 m oraz stężenie białka ostrej fazy. Wykazano korelację pomiędzy tradycyjnymi klinicznymi zmiennymi a dziedzinami jakości życia skali IRGL. Objaw sztywności porannej i czas chodzenia silnie korelują z jakością funkcjonowania w dziedzinach: stan fizyczny i aktywność ruchowa, samoopieka, oraz z podskala wpływu choroby. Ból stawowy, tkliwość i obrzęk stawów oraz objaw sztywności porannej silnie koreluje ze skalą bólu wg IRGL. Zaznaczono słabą korelację zmiennych klinicznych i laboratoryjnych z jakością funkcjonowania w dziedzinie psychologicznej i społecznej. Jedynie poziom depresji wykazuje silną korelację z wymienianymi zmiennymi. Przedstawione zależności są wyższe w porównaniu z wynikami Bijlsma i wsp. [24] oraz Pincusa [21] i Bączyk [22].

Funkcjonowanie i jakość życia a leczenie farmakologiczne

Farmakologiczne leczenie chorych na RZS oprócz stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (najczęściej z grupy preferencyjnych inhibitorów cyklooksygenazy 2) obejmuje podawanie leków modyfikujących proces zapalny, których skuteczność jest stwierdzona po upływie kilku tygodni. Najczęściej stosowanymi lekami tej grupy są leki antymalaryczne, sulfasalazyna, metotreksat, leflunomid oraz obecnie

rzadko stosowane sole złota. Leki modyfikujące nie tylko działają przeciwzapalnie, ale równocześnie hamują postęp zmian destrukcyjnych w stawach. U chorych, u których nie nastąpiła poprawa w wyniku leczenia środkami modyfikującymi proces zapalny i przeciwzapalnymi niesteroidowymi, stosuje się glikokortykosterydy oraz leki immunosupresyjne (azatiopryna, cyklosporyna A, cyklofosfamid) [1, 3]. Obecnie coraz częściej stosowane są leki biologiczne (inhibitory TNF- α , inhibitory IL-1 oraz inhibitory proliferacji limfocytów B) [31].

Tradycyjna terapia RZS oparta na tzw. piramidowym modelu terapii należy do przeszłości, dlatego nowe podejście leczenia RZS polega na łączeniu leków przeciwzapalnych z lekami modyfikującymi lub lekami immunosupresyjnymi oraz leczeniu lekami biologicznymi [3, 31–33].

Tugwell i wsp. [34] wykazali w swoich badaniach, że leczenie metotreksatem chorych na RZS poprawia kliniczny stan chorego, a przez to ogólną jakość życia, sprawniejsze wykonywanie towarzyszących życiu podstawowych czynności. Badaniami objęto 123 chorych, 63 pacjentom podawano metotreksat, 60 chorych otrzymało placebo. Do oceny jakości życia badacze wykorzystali skalę *Patient Preference Function Questionnaire* (MACTAR) oraz *Lee Functional Index* (LFI). Zmienne zależne stanowiły tradycyjne wskaźniki kliniczne. Wykazano zależność statystycznie istotną pomiędzy zmiennymi klinicznymi a placebo i metotreksatem.

W badaniach prowadzonych przez Bombardiera [35], w których udowodniono pozytywny wpływ leczenia auranofinem na funkcjonowanie chorych, do oceny jakości życia zastosowano skalę *Quality of Well Being Questionnaire* (QWB) oraz *Toronto Activities of Daily Living* (TADL). Wykazano istotny wpływ leczenia solami złota na sprawność wykonywania codziennych czynności życiowych. Odnotowano wyraźną poprawę w zdolności chodzenia, częstsze korzystanie ze schodów, a nie z windy, sprawniejsze podnoszenie się z pozycji siedzącej i leżącej. Stwierdzono też lepszą jakość funkcjonowania w innych czynnościach, np. ubieraniu się, spożywaniu posiłków. W grupie badanej wystąpiły objawy działania niepożądanego tego leczenia. Wysypka pojawiła się u 24% badanych, biegunka u 13%, leukopenia u 0,6% badanych.

Najnowsze badania w reumatologii dotyczą badań jakościowych w zakresie oceny jakości życia chorych leczonych lekami biologicznymi [31].

Funkcjonowanie i jakość życia a leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne chorych na RZS ma na celu zahamowanie rozwoju zmian destrukcyjnych stawów, zmniejszenie

natężenia bólu, zwiększenie zakresu czynności w stawach, zapobieganie wczesnemu inwalidztwu [36].

Zabiegi operacyjne u chorych można podzielić na:

- operacje profilaktyczno-lecznicze (zapobiegające destrukcji stawów i ścięgien oraz zniekształceniom stawów),
- operacje korekcyjno-rekonstrukcyjne, wykonywane u chorych z rozwiniętymi zmianami i zniekształceniami stawów [36].

Roy i wsp. [37] oceniali jakość funkcjonowania chorych po leczeniu operacyjnym w poszczególnych obszarach jakości życia wg skali AIMS. Grupę badaną stanowiło 49 pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, 41 chorych na RZS oraz 7 badanych z innymi chorobami reumatycznymi; u 35 chorych wykonano całkowitą wymianę stawu biodrowego, u 40 badanych całkowitą wymianę stawu kolanowego. Ocena jakości funkcjonowania chorych przed leczeniem operacyjnym była zła dla obszaru fizycznej aktywności oraz dla obszaru wypełniania zadań związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Analiza wyników oceny jakości funkcjonowania tych chorych po leczeniu operacyjnym wykazała zależność statystycznie istotną pomiędzy jakością funkcjonowania w obszarach aktywności fizycznej i poziomem depresji a zabiegiem operacyjnym.

Borsptlap i wsp. [38] oceniali jakość życia 62 pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz 35 chorych na RZS po całkowitej wymianie stawu biodrowego. Ocenę jakości życia dokonano w 3., 6. i 12. mies. po zabiegu operacyjnym na podstawie skal: *Influence of Rheumatic Disease on Health and Lifestyle* oraz niemieckiej wersji AIMS 2. Pozytywny wpływ wymiany stawu biodrowego podczas badania w 12. mies. po zabiegu operacyjnym w obu grupach dotyczył obszaru psychologicznego oraz funkcji stawu biodrowego ocenionej wg skali *Harris Hip Score* (HHS) [39].

Funkcjonowanie i jakość życia a rehabilitacja

Rozwój RZS jest związany z obniżoną sprawnością układu kostno-stawowego, z atrofią mięśni, obniżoną siłą mięśniową i osłabioną kondycją krążeniowo-oddechową. Dlatego chorzy wymagają stałego leczenia usprawniającego.

Burkhardt i wsp. [40] stwierdzili poprawę w sile mięśni rąk, zwiększoną elastyczność kręgosłupa, krótszy czas trwania sztywności porannej, mniejszą liczbę tkliwych stawów i poprawę zmiennych psychicznych u pacjentów z RZS, którzy ukończyli 12-tygodniowy program aerobiku bądź aerobiku w basenie. Ćwiczenia rekreacyjne zmniejszyły poziom depresji oraz poczucie izolacji społecznej.

Ronen i wsp. [41] prowadzili program rehabilitacji w 60-osobowej grupie chorych na RZS. Program ten obejmował kinezyterapię, hydroterapię oraz psychoterapię. Badani byli uczestnikami tego programu przez 8 tygodni, a następnie wyuczone ćwiczenia kontynuowali w domu. Po 12 mies. przeprowadzono badania ankietowe, wykorzystując skalę AIMS. Porównując wartości średnie badania przed okresem rehabilitacji z wartościami wyników badania po zakończonym programie rehabilitacyjnym, stwierdzono poprawę dotyczącą jakości funkcjonowania w obszarze stanu fizycznego i sprawności ruchowej, w obszarach interakcji społecznej oraz stanu emocjonalnego, obniżył się też poziom bólu stawowego.

Pawlenko i wsp. [42] przeprowadzili badania na temat skuteczności kompleksowej rehabilitacji medycznej chorych na RZS z uszkodzonym stawem ramiennym w grupach badanych liczących po 40 chorych leczonych w warunkach szpitalnych. Chorzy byli poddani kompleksowej rehabilitacji medycznej (terapia farmakologiczna, grupowa gimnastyka lecznicza, indywidualne ćwiczenia, masaże, fizykoterapia, refleksoterapia oraz psychoterapia). Po przeprowadzeniu leczenia w szpitalu badani otrzymywali wskazówki dotyczące kontynuacji ćwiczeń terapeutycznych w domu. W ocenie skuteczności rehabilitacji stosowano test do określenia zakresu czynności w stawie ramiennym, test do pomiaru aktywności życiowej i zawodowej badanych oraz 5-stopniową skalę bólu. Wymienione testy przeprowadzono przed rehabilitacją i po jej zakończeniu. Autorzy wykazali pozytywny wpływ rehabilitacji poprzez zwiększenie zakresu czynności w stawie ramiennym oraz zwiększenie aktywności zarówno w czynnościach życia codziennego, jak i w wykonywaniu zadań zawodowych.

Rutkowska i wsp. [43] w badaniach 100-osobowej grupy chorych na RZS stwierdzili trudności i ograniczenie w życiu codziennym tych chorych. Autorzy wykazali, że przebieg RZS w znacznym stopniu ograniczył sprawność ruchową i aktywność życiową tej grupy chorych. Leczenie farmakologiczne w niedostatecznym stopniu było wspierane leczeniem fizykalnym oraz zaopatrzeniem ortopedycznym.

Zieliński i wsp. [44], na podstawie przeprowadzonych badań nad wpływem leczenia uzdrowiskowego na sprawność czynnościową kończyn dolnych u 180 chorych na RZS, wykazali statystycznie istotną poprawę chodu, ocenioną testem lokomocyjnym, wyraźną poprawę sprawności chorych, ocenioną testem sprawnościowym oraz znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych. Wyniki tych badań są zgodne z wcześniejszymi doniesieniami, które wskazują na korzystne i celowe leczenie uzdrowiskowe chorych na RZS, niezależnie od okresu choroby.

Psychoterapia odgrywa istotną rolę w leczeniu chorych na RZS. Ból oraz niesprawność fizyczna jako konsekwencje rozwoju choroby występują jednocześnie z różnymi zmiennymi psychicznymi. Wcześniejsze określenie – „osobowość reumatoidalna” – charakteryzujące osobowość chorych na RZS, z powodu braku potwierdzających dowodów zostało odrzucone, a badania nad zmiennymi psychicznymi koncentrują się wokół oceny stopnia niepokoju, napięcia emocjonalnego reakcji depresyjnych, satysfakcji oraz psychologicznego przystosowania się do swojej choroby. We wcześniejszych badaniach ocena depresji wydaje się najczęściej badaną zmienną w stanie psychicznym u chorych na RZS; występowanie depresji u chorych na RZS jest częstsze niż w grupach kontrolnych [45].

Devins i wsp. [46] w swoim opracowaniu wykazali, że zmiany w funkcjonowaniu fizycznym korelują z reakcjami depresyjnymi. Obniżenie sprawności fizycznej jest czynnikiem ryzyka pogorszenia się stanu psychicznego i odwrotnie. W badaniach nad rozwojem objawów depresyjnych wśród kobiet chorych na RZS stwierdzono, że kobiety, które miały ograniczenie w wykonywaniu czynności wg skali *Health Assessment Questionnaire*, były 4-krotnie częściej narażone na rozwój depresji.

Współczesne podejście działań psychoterapeutycznych ukierunkowane jest na proces przystosowania się do choroby oraz umiejętność radzenia sobie. Uznano, że chorzy, którzy skupiają się na emocjach, takich jak: samoobwinianie się, wyolbrzymianie sytuacji, są gorzej przystosowani do choroby. Chorych, którzy aktywnie koncentrują się na próbach dawania sobie rady poprzez np. uzupełnianie wiadomości na temat choroby, zwalczanie bólu czy prowadzenie ćwiczeń, łatwiej dostosowują się do sytuacji chorobowej [47, 48].

Udowodniono, że satysfakcja pacjentów z poziomu wsparcia ze strony rodziny była istotnie powiązana z psychicznym przystosowaniem się do choroby. Ci chorzy, którzy postrzegali swoich domowników jako osoby wspomagające, przystosowali się lepiej do sytuacji chorobowej [47, 48].

Do strategii radzenia sobie, które były skuteczne w redukcji bólu, należą przede wszystkim techniki relaksacyjne i tworzenie nowych programów edukacyjnych opartych na społeczności oraz programy samoopieki i kursy samoradzenia sobie z RZS [48].

Podsumowanie

Na podstawie przeglądu powyższych badań nad jakością życia stwierdza się, że funkcjonowanie i jakość życia chorych na RZS jest zła w obszarach: czynność ręki i palców, chodzenie i pochylanie się oraz w obszarze

bólu stawowego, natomiast jakość funkcjonowania w obszarze emocjonalnym waha się w przedziale średnim. Pozytywną ocenę jakości funkcjonowania uzyskał obszar wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. Badani, u których leczenie farmakologiczne było uzupełniane programami rehabilitacyjnymi, leczeniem operacyjnym i uzdrowiskowym, osiągnęli lepsze oceny jakości życia. Wiek i płeć są słabymi determinantami jakości życia.

Badania polskie wskazują na niedostateczne wspieranie leczenia farmakologicznego rehabilitacją. Postępowanie terapeutyczne powinno być kompleksowe, obejmujące nowoczesną farmakoterapię, edukację chorego i jego rodziny, fizykoterapię, kinezyterapię oraz psychoterapię, aby zminimalizować utratę funkcjonalności, utrzymać zdolność chorych do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, zabezpieczyć ich przed pogorszeniem się jakości życia.

Piśmiennictwo

- Mackiewicz S, Zimmermann-Górska I. Reumatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; 82-101.
- Spector TD. The epidemiology of rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 1991; 3: 266-271.
- Zimmermann-Górska I. Reumatoidalne zapalenie stawów. Choroby reumatyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 143-163.
- Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *J Am Med Assoc* 1949; 140: 659-661.
- Bryl W, Wąsiewicz E, Krzyżaniak A, Gałęcki J. Badanie potrzeb rehabilitacyjnych. *Zdrowie Publiczne* 1991; 102: 5-6.
- Sherrer US, Bloch DA, Mitchell DM, et al. Disability in rheumatoid arthritis: comparison of prognostic factors across three populations. *J Rheumatol* 1987; 14: 705-709.
- Sherrer YS, Bloch DA, Mitchell DM, et al. The development of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 494-500.
- Sierakowski S, Bernacka K. Nowe poglądy na patogenezę reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 1990; 28: 52-57.
- Zubrzycka-Sienkiewicz A, Reguła J, Orłowska J, Jarosz D. Zmiany w górnym odcinku przewodu pokarmowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i osteoartrozę przewlekłą leczonych niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. *Reumatologia* 1997; 35: 5-19.
- Pincus T, Callahan LF. Early mortality in RA predicted by poor clinical status. *Bull Rheum Dis* 1992; 41: 1-4.
- Voskuyl AE, Zwinderman AH, Westedt M. The mortality of rheumatoid vasculitides compared with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 266-271.
- Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol* 1976; 31: 117-124.
- Meenan R, Mason J, Anderson J, et al. AIMS-2: The content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scales health status questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1-10.
- Hill J, Bird HA, Lawton CW, Wright V. The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 193-196.
- Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, Alarcón-Segovia D. Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *J Rheumatol* 1994; 21: 1250-1255.
- Archenholtz B, Bjelle A. Reliability, validity and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS-2). *J Rheumatol* 1997; 24: 1370-1377.
- Bączyk G. The evaluation of the functioning and of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Rocz Akad Med Białymst* 2005; 50: 170-173.
- Bączyk G, Samborski P, Pieścikowska J, et al. Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Adv Med Sci* 2007; 52 Suppl 1: 55-59.
- Sierakowska M, Matys A, Kosior A i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2006; 44: 298-303.
- Meenan RF, Kazis LE, Anderson JJ. The stability of health status in rheumatoid arthritis: a five-year study of patients with established disease. *Am J Public Health* 1988; 78: 1484-1487.
- Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations? *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 355-361.
- Bączyk G. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Pielęgniarstwo Polskie* 1999; 9-10: 7-22.
- Anderson RJ. Clinical features and laboratory. Rheumatoid arthritis. Primer on the rheumatic diseases. Arthritis Foundation, Atlanta 1993; 90-95.
- Bijlsma JW, Huiskes CJ, Kraaijaat FW. Relation between patients own health assessment and clinical and laboratory findings in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991; 18: 650-3.
- Bradley LA. Pain measurement in arthritis. *Arthritis Care Res* 1993; 6: 178-186.
- Nordenskiöld U, Grimby G. Assessments of disability in women with rheumatoid arthritis in relation to grip force and pain. *Disabil Rehabil* 1997; 19: 13-19.
- Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. Use of a Swedish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Scand J Rheumatol* 1988; 17: 263-271.
- Fitzpatrick R, Ziebland S, Jankinson C. A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1992; 31: 87-90.
- Fitzpatrick R. The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Baillieres Clin Rheumatol* 1993; 7: 297-317.
- Borstlap M, van de Laar M, Zant J, van der Korst J. Components of health: an analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables. *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 650-654.
- Marshall NJ, Wilson G, Lapworth K, Kay LJ. Patients perception of treatment with anti-TNF therapy for rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Rheumatology* 2004; 43:1034-1038.

32. Fries JF. Reevaluating the therapeutic approach to rheumatoid arthritis: the sawtooth strategy. *J Rheumatol* 1995; 17: 22-25.
33. Wilske KR. Approches to the management of rheumatoid arthritis: rationale for early combination therapy. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 24-27.
34. Tugwell P, Bombardier C, Buchanan W. Methotrexate in rheumatoid arthritis. Impact on quality of life assessed by traditional standard-item and individualized patient preference health status questionnaires. *Arch Intern Med* 1990; 150: 59-62.
35. Bombardier C, Ware J, Russell J, Larson M. Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Results of a multicenter trial. *Am J Med* 1986; 81: 565-578.
36. Jakubowski S. Leczenie operacyjne chorób reumatycznych. W: Choroby reumatyczne. Zimmermann-Górska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993; 98-115.
37. Roy CW, Hunter J. What happens to patients awaiting arthritis surgery? *Disabil Rehabil* 1996; 18: 101-105.
38. Borstlap M, Zant JL, Van Soesbergen M, Van der Korst JK. Effects of total hip replacement on quality of life in patients with osteoarthritis and in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheum* 1994; 13: 45-50.
39. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969; 51: 737-755.
40. Burckhardt CS, Moncur C, Minor MA. Exercise tests as outcome measures. *Arthritis Care Res* 1994; 7: 169-175.
41. Ronen R, Braun Z, Eyal P, Eldar R. A community – oriented programme for rehabilitation of person with arthritis. *Disabil Rehabil* 1996; 18: 476-481.
42. Pawlenko TM, Tempska-Cyrankiewicz K, Kowalczywska J. Efektywność kompleksowej rehabilitacji medycznej chorych na reumatoidalne zapalenie stawów z uszkodzeniem obręczy barkowej i ich aktywność fizyczna i społeczna. *Reumatologia* 1990; 28: 45-51.
43. Rutkowska E, Borkowska E. Jakość życia osób z chorobą reumatyczną. W: Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Wotowicka L (red.). Poznań 1997; 11: 141-145.
44. Zieliński Z, Filipowicz-Sosnowska A. Wpływ leczenia uzdrowskiego na sprawność czynnościową kończyn dolnych u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 1991; 29: 34-39.
45. Young LD. Psychological factors in rheumatoid arthritis. *J Consul Clin Psychol* 1992; 60: 619-627.
46. Devins GM, Edworthy SM, Guthrie NG, Martin L. Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis: differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. *J Rheumatol* 1992; 19: 709-715.
47. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Henszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 44-64.
48. Covic T, Adamson B, Spencer D, Howe G. A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 1287-1294.