

Ocena sprawności funkcjonalnej chorych na reumatoidalne zapalenie stawów na podstawie funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem

Evaluation of the functional status of patients with rheumatoid arthritis by use of the Standardized Practical Equipment

Grażyna Bączyk, Lucyna Gacek

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Słowa kluczowe: sprawność funkcjonalna, funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem, reumatoidalne zapalenie stawów.

Key words: functional state, Standardized Practical Equipment, rheumatoid arthritis.

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłe postępującym procesem zapalnym błony maziowej, doprowadzającym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych, w wyniku czego dochodzi do zniekształceń i upośledzenia funkcji stawów, co w konsekwencji prowadzi do trwałego kalectwa. Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej chorych na RZS.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 120 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów leczonych w poradni reumatologicznej w Poznaniu. Kobiety stanowiły 75% badanych. Średnia wieku badanych to 52,15 roku (SD 12,73). Średni czas trwania choroby wynosił 13,47 roku, (SD 8,62) (tab. I).

Objawy ze strony układu kostno-stawowego oceniano wg następujących zasad: czas trwania sztywności porannej, natężenie bólu wg skali VAS, bolesność uciskowa stawów z wykorzystaniem *Ritchie Articular Index*, siła mięśniowa ręki na podstawie siły chwytu. Do oceny sprawności funkcjonalnej chorych wykorzystano funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem (tab. II).

Wyniki: Około 60% kobiet i 40% mężczyzn nie było zdolnych do wykonania takiego zadania, jak otwieranie słoika. Wykonanie większości zadań wymagało od badanych zastosowania pewnego rodzaju pomocy technicznej albo wykonanie danej czynności odbywało się powoli czy też z pomocą drugiej osoby (tab. III).

Wnioski: Złe wyniki oceny funkcjonowania chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, niezależnie od płci, świadczą o ograniczeniu możliwości wykonywania podstawowych aktywności życiowych. Wiązało się to z bólem stawów, czasem trwania objawu sztywności porannej oraz słabą siłą mięśniową rąk.

Summary

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic progressive inflammation of the synovial membrane, which brings about the destruction of articular and periarticular tissues, resulting in distortion and impairment of joints function, which consequently leads to permanent disability. The aim of this study was to assess the functional state of patients with rheumatoid arthritis.

Material and methods: The study group consisted of 120 patients with rheumatoid arthritis treated in the Rheumatology Clinic in Poznań (75% of them were women). Mean age: 52.15 years, SD (12.73). The mean disease duration was 13.47 years, SD (8.62) (Table I).

Symptoms of the osteoarticular system was evaluated using the following principles: the duration of morning stiffness, pain intensity according to VAS, pain soreness arthritis using the Ritchie Articular Index, hand muscle strength on the basis of grip strength. To assess the functional state of patients the Standardized Practical Equipment was used (Table II).

Results: About 60% of women and 40% of men were not capable of performing such tasks as opening a jar. Performance of most of the tasks required the respondents to use some kind of technical assistance or the activity was slow or was performed with the help of another person (Table III).

Conclusions: Poor results of the evaluation of RA patients' functioning, irrespective of the patients' gender, limited their ability to perform basic activities of life.

Adres do korespondencji:

dr Grażyna Bączyk, 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: 20.09.2010 r.

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłe postępującym procesem zapalnym błony maziowej, doprowadzającym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych, w wyniku czego dochodzi do zniekształceń i upośledzenia funkcji stawów, co w konsekwencji prowadzi do trwałego kalectwa. Oprócz objawów stawowych i okołostawowych występują z różną częstością zmiany w obrębie narządów wewnętrznych: serca, płuc, wątroby, śledziony oraz w obrębie skóry i naczyń krwionośnych. Szacuje się, że RZS dotyczy w Polsce ok. 0,5–1% dorosłej populacji. Kobiety chorują dwu- lub trzykrotnie częściej niż mężczyźni [1].

Pierwotnym umiejscowieniem zmian zapalnych są najczęściej stawy nadgarstkowe, śródrečno-paliczkowe lub międzypaliczkowe bliższe rąk, rzadziej stawy stóp i stawy duże. W stawach, w których toczy się proces chorobowy, pojawia się ból utrudniający ruch. Chorzy cierpią z powodu sztywności stawów i mięśni, szczególnie w godzinach rannych. Czas trwania objawu sztywności porannej jest proporcjonalny do stopnia nasilenia procesu zapalnego. W kolejnym okresie przebiegu RZS proces zapalny może obejmować również ścięgna i pochewki ścięgnowe w pobliżu zajętych stawów. Ze względu na uszkodzenia stawów i więzadeł stawowych pojawiają się odgięcia łokciowe ręki, tzw. ulnaryzacja. Dochodzi również do podwichnięcia dłoniowego paliczka dalszego. W wyniku nadmiernego przeprostu stawów międzypa-

liczkowych bliższych i przykurczu w stawach międzypaliczkowych dalszych oraz w stawach śródrečno-paliczkowych zniekształcenia przyjmują postać tzw. szyjek tańdzych. Przykurcz zgięciowy stawów międzypaliczkowych bliższych w połączeniu z przeprostem stawów międzypaliczkowych dalszych tworzą tzw. palec butonierkowy. Te zmiany w obrębie stawów prowadzą do osłabienia chwytu i sprawności ręki [1, 2]. Badania funkcji układu ruchu po dziesięciu latach trwania choroby wykazują, że niesprawność jest tym większa, im wyższy stopień upośledzenia funkcji stwierdzono na początku choroby [3].

Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej chorych na RZS w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 120 chorych z rozpoznaniem reumatoidalnym zapaleniem stawów (zgodnie z kryteriami klasyfikacyjnymi ACR, zrewidowanymi w 1987 r.) [4], którzy korzystali z opieki reumatologicznej w poradni. Badaniami objęto 90 kobiet (75%) i 30 mężczyzn (25%) w wieku 20–80 lat. Średnia wieku dla badanych kobiet wynosiła $50,88 \pm 13,01$, dla mężczyzn $56 \pm 11,2$, a dla całej grupy $52,15 \pm 12,73$ roku. W związku małżeńskim było 78,3% chorych, pozostali chorzy (21,7%) byli stanu wolnego. Wykształcenie podstawowe i zawodowe miało 52,2% kobiet i 73,3% mężczyzn. Średni czas trwania RZS (w latach) u badanych chorych wyniósł 13,47 roku (tab. I).

Tabela I. Charakterystyka demograficzna i kliniczna 120 chorych na RZS

Table I. Demographic and clinical characteristics of 120 patients with RA

Zmienne	Kobiety (n = 90)	Mężczyźni (n = 30)
średni wiek w latach (SD)	50,88 (13,01)	56 (11,2)
stan cywilny (%)		
wolna/wolny	26,7	73,3
związek małżeński	6,7	93,3
wykształcenie (%)		
podstawowe i zawodowe	52,2	37,8
średnie	10	73,3
wyższe	20	6,7
średni czas trwania RZS (SD)	13,7 (8,62)	12,2 (7,3)
skala VAS Pain (cm) (SD)	6,22 (1,7)	5,97 (1,95)
siła mięśniowa rąk		
prawej (na podstawie siły chwytu) (SD)	72,3 (34,26)*	70,43 (34,28)*
lewej (na podstawie siły chwytu) (SD)	103,13 (67,91)*	101,33 (69,07)*
średni czas trwania sztywności porannej (min) (SD)	107 (0,96)	93 (0,82)
średnia bolesność uciskowa stawów (Ritchie Articular Index) (SD)	22,64 (11,01)	18,21 (10,88)

Test Manna-Whitneya, * $p < 0,05$

Najliczniejszą grupę stanowili badani w III okresie rozwoju choroby (55%), w okresie II/III było 30,8% chorych. Pacjenci z objawami charakterystycznymi dla okresu III/ IV stanowili 14,2% badanych.

Warunkiem przystąpienia była pisemna zgoda chorego na udział w badaniach.

Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2006 r. do marca 2007 r. w poradni reumatologicznej w Poznaniu. Lekarz reumatolog podczas badania lekarskiego oceniał bolesność stawów, wykorzystując *Ritchie Articular Index*, następnie mierzono siłę mięśniową rąk, oceniano natężenie bólu stawowego oraz pytano o czas trwania objawu sztywności porannej. Po krótkiej swobodnej rozmowie proszono chorych o wypełnienie kwestionariusza, a następnie każdy chory wykonywał zadania zgodnie z funkcjonalnym testem z wystandaryzowanym wyposażeniem (wykaz zadań przedstawiono w tabelach II i III).

Objawy ze strony układu kostno-stawowego oceniono według przedstawionych poniższej zasad.

Czas trwania sztywności porannej określano na podstawie informacji od pacjenta [1, 2].

Natężenie bólu oceniano przy użyciu wizualnej skali analogowej (*Visual Analogue Scale – VAS*) – na poziomym odcinku o długości 10 cm, którego jeden z końców określa brak bólu, drugi odpowiada najsilniejszemu bólowi, chory zaznacza na linii punkt odpowiadający nasileniu bólu w danym momencie. Odległość od początku odcinka jest miarą intensywności bólu [5].

Do oceny bolesności uciskowej stawów wykorzystano *Ritchie Articular Index*. Wskaźnik ten określa bolesność uciskową stawów w punktach od 0 do 3:

- 0 punktów – staw nie jest wrażliwy na ucisk,
- 1 punkt – ból przy ucisku,
- 2 punkty – ból i reakcje obronne na ucisk,
- 3 punkty – gwałtowna reakcja obronna na ucisk.

Wartością wskaźnika jest suma punktów dla wszystkich zajętych stawów. Maksymalna jego wartość wynosi 53 punkty [6].

Tabela II. Odsetek chorych wykazujących różne stopnie zdolności do wykonania poszczególnych zadań funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem

Table II. The percentage of patients showing different degrees of ability to perform specific tasks using the Functional Standardized Test Equipment

Funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem	Kobiety (%)				Mężczyźni (%)			
	Punktacja dotycząca stopnia zdolności do wykonania zadania							
Zadania do wykonania	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Otwieranie i zamykanie drzwi	1,2	1,1	12,2	85,5	–	–	10	90
2. Włożenie klucza do zamka w drzwiach, zamknięcie lub otwieranie kluczem drzwi, a następnie wyciągnięcie klucza z zamka	3,3	11,1	44,4	41,2	6,7	6,7	23,4	63,2
3. Wykręcanie numeru telefonicznego na tarczy telefonu	2,2	8,9	36,7	52,2	3,3	6,7	23,4	66,6
4. Włożenie wtyczki do gniazdka umieszczonego tuż nad podłogą	2,2	8,9	50	38,9	3,3	3,3	33,4	60
5. Włączenie i wyłączenie lampki nocnej	1,1	10	38,9	50	3,3	3,3	23,4	70
6. Wymiana żarówki w lampie wiszącej nad głową	5,5	13,3	57,8	23,3	3,3	6,7	36,7	53,3
7. Odkręcenie wieczka stoika lub nakrętki butelki	58,9	21,1	12,2	7,8	40,0	23,4	6,7	29,9
8. Odkręcenie kranu i napełnienie garnka 5 filiżankami wody, wstawienie garnka na kuchenkę i zagotowanie wody	5,6	15,5	58,9	20	3,3	16,7	40	40
9. Otwieranie pojemnika z lekarstwem, wyjęcie odpowiedniej liczby tabletek i włożenie ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki	1,1	11,1	54,5	33,3	3,3	10	36,7	50
10. Włożenie poduszki do poszewki i zawiązanie tasiemek	6,7	13,3	55,6	24,4	10	20	26,7	43,3
11. Wejście po schodach do góry i zejście na dół bez podpory	5,5	15,5	61,2	17,8	3,3	13,3	56,7	26,7

Test Fishera NS

Tabela III. Korelacja pomiędzy objawami klinicznymi a zdolnością do wykonania zadań
Table III. Correlation between clinical symptoms and the ability to perform the tasks

	Ból stawowy	Siła mięśniowa rąk	Sztywność poranna	Czas trwania RZS
1. Otwieranie i zamykanie drzwi	0,183	-0,332**	0,278**	0,187
2. Włożenie klucza do zamka w drzwiach, zamknięcie lub otwieranie kluczem drzwi, a następnie wyciągnięcie klucza z zamka	0,192	-0,26*	0,194	0,167
3. Wykręcanie numeru telefonicznego na tarczy telefonu	0,194	-0,231*	0,191	0,164
4. Włożenie wtyczki do gniazdka umieszczonego tuż nad podłogą	0,173	-0,391**	0,267**	0,243*
5. Włączenie i wyłączenie lampki nocnej	0,167	-0,211*	0,21*	0,268**
6. Wymiana żarówki w lampie wiszącej nad głową	0,231*	-0,192	0,231*	0,214*
7. Odkręcenie wieczka stoika lub nakrętki butelki	0,238**	-0,241*	0,25*	0,245**
8. Odkręcenie kranu i napełnienie garnka 5 filiżankami wody, wstawienie garnka na kuchenkę i zagotowanie wody	0,236**	-0,235*	0,231*	0,249**
9. Otwieranie pojemnika z lekarstwem, wyjęcie odpowiedniej liczby tabletek i włożenie ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki	0,157	-0,171	0,306**	0,311**
10. Włożenie poduszki do poszewki i zawiązanie tasiemek	0,234*	-0,129	0,19	0,342**
11. Wejście po schodach do góry i zejście na dół bez podpory	0,236*	-0,268**	0,244*	0,287**

poziom istotności: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Siła mięśniowa rąk była oceniana na podstawie tzw. siły chwytu. Do tego pomiaru wykorzystuje się sfigmomanometr. Mankiet sfigmomanometru zwiija się w ciasny rulon i napełnia powietrzem do poziomu 40 mm Hg. Badanemu poleca się jak najsilniej ścisnąć ręką rulon. Wartość powyżej poziomu wyjściowego określa siłę mięśniową rąk [1].

Do oceny czynnościowej wykorzystano funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem – Lindmark i wsp. [7].

Test ten określa stopień zdolności do wykonania poszczególnych zadań w trzech następujących obszarach (numeracja poszczególnych zadań odnosi się do ich kolejności w tabeli III):

1. Czynność ręki:

- zadanie nr 1 – otwieranie i zamykanie drzwi,
- zadanie nr 2 – włożenie klucza do zamka w drzwiach, zamknięcie lub otwieranie kluczem drzwi, a następnie wyciągnięcie klucza z zamka,
- zadanie nr 7 – odkręcenie wieczka stoika lub nakrętki butelki,
- zadanie nr 8 – odkręcenie kranu i napełnienie garnka 5 filiżankami wody, wstawienie garnka na kuchenkę i zagotowanie wody,

- zadanie nr 10 – włożenie poduszki do poszewki i zawiązanie tasiemek.
- #### 2. Aktywność fizyczna:
- zadanie nr 4 – włożenie wtyczki do gniazdka umieszczonego tuż nad podłogą,
 - zadanie nr 5 – włączenie i wyłączenie lampki nocnej,
 - zadanie nr 6 – wymiana żarówki w lampie wiszącej nad głową,
 - zadanie nr 11 – wejście po schodach w górę i zejście na dół bez podpory.
- #### 3. Aktywność psychiczna (oceny aktywności psychicznej dokonuje się na podstawie zdolności do wybrania właściwego numeru telefonu oraz odczytania właściwej nazwy leku, możliwości otwarcia pojemnika z lekarstwem, wyjęcia odpowiedniej liczby tabletek i włożenia ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki, uwzględniając dzień tygodnia). Badany wykonuje następujące zadania:
- zadanie nr 3 – wykręcenie numeru telefonicznego na tarczy telefonu,
 - zadanie nr 9 – otwieranie pojemnika z lekarstwem, wyjęcie odpowiedniej liczby tabletek i włożenie ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki.
- Oceny stopnia sprawności wykonania poszczególnych zadań dokonuje się w punktach od 1 do 4:

- 4 punkty – chory może wykonać to zadanie bez trudności,
- 3 punkty – chory może wykonać to zadanie z niewielką trudnością, musi stosować pewien rodzaj pomocy technicznej albo wykonać je powoli,
- 2 punkty – chory może wykonać to zadanie z niewielką trudnością, przy pomocy drugiej osoby albo bardzo powoli lub może wykonać tylko część tego zadania,
- 1 punkt – chory nie jest zdolny do wykonania tego zadania.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę komisji bioetycznej.

Obliczenia statystyczne

Do charakterystyki badanych grup i zmiennych postużono się następującymi miarami statystyki opisowej: średnie, odchylenie standardowe i frakcje procentowe. W celu oceny różnic stopnia zdolności do wykonywania poszczególnych zadań zastosowano test Fishera. Nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya zbadano różnice w zakresie objawów klinicznych. W celu zbadania korelacji pomiędzy objawami klinicznymi a zdolnością do wykonania zadań postużono się współczynnikiem korelacji liniowej r Spearmana. Jako poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystykę kliniczną badanej grupy przeprowadzono na podstawie analizy parametrów klinicznych oceniających układ kostno-stawowy.

Wartość średnia *Ritchie Articular Index* dla całej grupy badanej wynosiła $21,56 \pm 11,10$, dla kobiet $22,64 \pm 11,01$, dla mężczyzn $18,21 \pm 10,88$.

Średnia wartość siły mięśni ręki prawej u kobiet wynosiła 72,3 mm Hg, ręki lewej – 70,43 mm Hg, natomiast u mężczyzn wartości te były następujące: dla ręki prawej – 103,13 mm Hg, dla ręki lewej – 101,33 mm Hg. Uzyskano różnicę statystyczną pomiędzy wynikami mężczyzn i kobiet na poziomie istotności 0,05.

Średni czas trwania objawu sztywności porannej wynosił 103 min dla całej grupy badanej, dla kobiet 107 min, dla mężczyzn – 93 min.

Średnie natężenie bólu w skali VAS dla całej grupy wynosiło 6,16, kobiety natężenie bólu określały na 6,22, a mężczyźni na 5,97 (tab. I).

Określono odsetek chorych wykazujących różne stopnie zdolności do wykonania poszczególnych zadań funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem w podziale na płeć (tab. II):

- zadanie nr 1 – otwieranie i zamykanie drzwi; 85,5% kobiet oraz 90% mężczyzn wykonuje tę czynność bez trudu;

- zadanie nr 2 – umieszczanie klucza w zamku, zamknięcie lub otwieranie kluczem drzwi, a następnie wyciągnięcie klucza z zamka; 3,3% kobiet i 6,7% mężczyzn nie może wykonać tego zadania;
- zadanie nr 3 – wykręcanie numeru telefonicznego na tarczy aparatu telefonicznego; 2,2% kobiet i 3,3% mężczyzn nie jest zdolnych do wykonania tej czynności; 52,2% kobiet i 66,6% mężczyzn wykonuje to zadanie bez trudu;
- zadanie nr 4 – włożenie wtyczki do gniazdka umieszczonego tuż nad podłogą; 50% kobiet oraz 33,4% mężczyzn musi stosować pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje to bardzo powoli;
- zadanie nr 5 – włączenie i wyłączenie lampki przy łóżku, gdy badany leży w łóżku; 50% kobiet oraz 70% mężczyzn wykonuje tę czynność bez trudu;
- zadanie nr 6 – wykręcanie żarówki w lampie wiszącej nad głową; 57,8% kobiet i 36,7% mężczyzn wykonuje tę czynność, ale musi stosować pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje to powoli;
- zadanie nr 7 – odkręcanie wieczka słoika lub nakrętki butelki; 58,9% kobiet i 40% mężczyzn nie jest zdolnych do wykonania tej czynności; 7,8% kobiet i 29,9% mężczyzn wykonuje to zadanie bez trudu;
- zadanie nr 8 – odkręcanie kranu i napełnianie garnka 5 filiżankami wody, wstawienie garnka na kuchenkę i zagotowanie wody; 15,5% kobiet i 16,7% mężczyzn wykonuje to zadanie przy pomocy drugiej osoby lub potrafi wykonać tylko część tego zadania; 58,9% kobiet i 40% mężczyzn, wykonując tę czynność, musi stosować pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje to zadanie powoli;
- zadanie nr 9 – otwieranie pojemnika z lekarstwem, wyjęcie odpowiedniej liczby tabletek i włożenie ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki; 54,5% kobiet i 36,7% mężczyzn może wykonać to zadanie, stosując pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje tę czynność powoli;
- zadanie nr 10 – włożenie poduszki do poszewki i zawiązanie tasiemek; 55,6% kobiet i 26,7% mężczyzn musi stosować pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje to zadanie powoli;
- zadanie nr 11 – wchodzenie po schodach do góry i schodzenie na dół bez podpory; 61,2% kobiet i 56,7% mężczyzn może wykonać tę czynność, stosując pewien rodzaj pomocy technicznej lub wykonuje to zadanie powoli; 17,8% kobiet i 26,7% mężczyzn nie ma trudności z tą czynnością.

Zastosowany test Fishera nie wykazał różnicy statystycznej w ocenie zdolności do wykonywania poszczególnych zadań pomiędzy mężczyznami i kobietami.

Słaba siła mięśniowa rąk, sztywność poranna, ból stawów oraz czas trwania RZS silnie korelują z wynikami większości zadań zawartych w tym teście (tab. III).

Dyskusja

W badaniu 120-osobowej grupy chorych na RZS oceniano stopień zdolności do wykonywania zadań w zakresie czynności ręki, aktywności fizycznej oraz aktywności psychicznej. Wyniki badań wykazały, że najczęściej trudności sprawiały badanym te czynności, których wykonanie jest związane z użyciem znacznej siły mięśni rąk oraz które wymagają wykorzystania pełnego zakresu czynności stawów międzypaliczkowych. Około 60% kobiet i 40% mężczyzn nie może otworzyć wieczka słoika lub nakrętki butelki. Z naszych badań wynika, że wykonanie większości zadań wymagało od badanych zastosowania pewnego rodzaju pomocy technicznej albo wykonanie danej czynności odbywało się powoli lub też z pomocą drugiej osoby, ta sytuacja dotyczyła m.in.: wchodzenia po schodach do góry i schodzenia na dół; otwierania pojemnika z lekarstwem, wyjęcia odpowiedniej liczby tabletek i włożenia ich do specjalnego pudełka z przegródkami na tabletki; odkręcania kranu i napełniania garnka 5 filiżankami wody, wstawienia garnka na kuchenkę i zagotowania wody.

Wyniki naszych badań są zbliżone do obserwacji Nordenskiöld i wsp. [8], którzy wykazali zależność pomiędzy stopniem sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego a siłą mięśni rąk. W badaniach tych zauważono, że 65% kobiet unikało czynności wymagających użycia znacznej siły mięśniowej rąk (otwieranie słoików) oraz czynności, których wykonanie wymaga pewnej zręczności (zapinanie guzików, zawiązywanie tasemek). Wiele trudności sprawiały takie prace domowe, jak odkurzanie, sprząatanie, angażujące stawy biodrowe, kolanowe, ramienne czy łokciowe. Ekdaahl i wsp. [9] również wykazali korelację pomiędzy wykonywaniem czynności związanych z samoopieką i prowadzeniem gospodarstwa domowego a niskimi wartościami siły mięśni ręki.

Fitzpatrick [10] dokonał oceny jakości funkcjonowania 73 chorych na RZS, wykorzystując skalę *Nottingham Health Profile* oraz *Arthritis Impast Measurement Scales*. Zastosował on następujące testy kliniczne: *Ritchie Articular Index*, test siły mięśni ręki, skalę VAS oraz ocenę czasu trwania sztywności porannej. Z badań wynikało, że tylko 6,8% badanych było całkowicie zdolnych do wypełniania typowych czynności dnia codziennego, 90,4% pacjentów było zdolnych do wykonywania czynności dnia codziennego mimo pewnych utrudnień, 2,8% badanych miało znaczne ograniczenia zdolności do wypełniania czynności samoopiekuńczych, zawodowych i niezawodowych.

Pacjent z przewlekłym procesem chorobowym i nieodwracalną dysfunkcją narządu ruchu wymaga stałej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i ciągłego usprawniania [11, 12].

Ocena stopnia sprawności funkcjonalnej chorych na RZS może się przyczynić do opracowania indywidualnych programów terapeutycznych. Może stanowić też cenną wskazówkę w planowaniu leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz rehabilitacji środowiskowej. Ponadto chorzy na RZS powinni umieć chronić stawy przed utrwalaniem deformacji, dlatego tak ważne jest nauczenie ich prawidłowych zachowań podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i czynności zawodowych już w początkowym etapie rozwoju choroby. Żuk i wsp. [13] w artykule na temat ochrony stawów w RZS w obrazowy sposób przedstawiają przykładowe rozwiązania prawidłowego wykonywania czynności i podkreślają znaczenie wprowadzenia edukacji dla chorych na RZS.

Wnioski

Około 60% kobiet i 40% mężczyzn chorych na RZS nie może otworzyć wieczka słoika lub nakrętki butelki. Wykonanie większości zadań wymagało ponadto od badanych zastosowania pewnego rodzaju pomocy technicznej albo wykonanie danej czynności odbywało się powoli lub z pomocą drugiej osoby.

Złe wyniki oceny funkcjonowania chorych na RZS, niezależnie od płci, świadczą o ograniczeniu możliwości wykonywania podstawowych aktywności życiowych. Wiązało się to z bólem stawów, czasem trwania objawu sztywności porannej oraz słabą siłą mięśniową rąk.

Piśmiennictwo

1. Zimmermann-Górska I. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Choroby reumatyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 143-163.
2. Mackiewicz S, Hrycaj P. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Reumatologia. Mackiewicz S, Zimmermann-Górska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; 87-101.
3. Smith CA, Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychol* 1992; 11: 151-162.
4. 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.
5. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 9: 1127-31.
6. Ritchie D, Bouyle J, McInnes J, et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med* 1968; 37: 393-406.
7. Lindmark B, Hamrin E, Törnquist K. Testing daily functions past stroke with standardizes practical equipment. *Scand J Rehabil Med* 1990; 22: 9-14.
8. 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.

9. 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 Rheum* 1988; 17: 63-71.
10. Fitzpatrick R. The measurement of health status and quality of life in rheumatologic disorders. *Baill Clin Rheum* 1993; 7: 207-317.
11. Bączyk G. The evaluation of the functioning and of the quality of life of patients with Rheumatoid Arthritis. *Ann Acad Med Bialostocensis* 2005; 50: 170-173.
12. Bączyk G, Kijewska M. Wpływ rehabilitacji na funkcjonowanie i jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 123-126
13. Żuk B, Księżopolska-Orłowska K. Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Czynności dnia codziennego. *Reumatologia* 2009; 47: 193-201.