



VIA MEDICA

www.fr.viamedica.pl

Grażyna Bączyk¹, Katarzyna Kozłowska¹, Włodzimierz Samborski²

¹Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów — przegląd piśmiennictwa

Health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis — review of the literature

STRESZCZENIE

Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest opisywana w następujących dziedzinach jakości życia: fizycznej, emocjonalnej, społecznej, bólu stawowego oraz wpływu RZS na funkcjonowanie chorych. Wpływ RZS na jakość życia często wiąże się z dolegliwościami bólowymi stawów, co utrudnia codzienną aktywność chorego. Prawidłowe funkcjonowanie emocjonalne zakłócają objawy depresji, obniżony nastrój oraz podwyższone napięcie emocjonalne. Dla satysfakcjonującego społecznego funkcjonowania chorych na RZS potrzebne jest wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, specjalistyczna opieka zdrowotna oraz praca zarobkowa.

Głównym celem opieki zdrowotnej jest utrzymanie niezależności tych chorych oraz zabezpieczenie przed pogorszeniem się jakości życia. Kliniczna ocena chorych na RZS i kontrolowanie przebiegu choroby powinny być poszerzone o rutynową ocenę jakości życia, która dostarcza cennych danych, wpływających na stosowaną terapię, umożliwiających lepszą kontrolę przebiegu RZS i pozwalających przewidywać wynik długotrwałej choroby. Potrzebne są także wieloletnie badania dotyczące jakości życia prowadzone wśród polskiej populacji chorych na RZS.

Forum Reumatol. 2017, tom 3, nr 4: 222–229

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów; jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia; przegląd

WSTĘP

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest „przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym, charakteryzującą się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, prowadzącą do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci” [1].

Jak wynika z definicji, RZS jest chorobą nieuleczalną, doprowadzającą do upośledzenia przede wszystkim aparatu ruchu. Wykaza-

no, że niesprawność jest tym większa, im wyższy stopień upośledzenia funkcji stwierdzono na początku choroby [2, 3].

Dlatego też, bardzo często chorzy nie są zdolni do pełnego i czynnego funkcjonowania, do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (mycie się, ubieranie, poruszanie, przygotowywanie posiłków, zakupy, sprzątanie itp.). Z czasem chorzy potrzebują pomocy osób trzecich. Utrata autonomii i pełnej samodzielności wpływa negatywnie na wszystkie aspekty jednostki osobniczej — sferę psychiczną, fizyczną, społeczną i środowiskową [2, 4].

Adres do korespondencji:

dr hab. Grażyna Bączyk
Zakład Praktyki Pielęgniarskiej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwer-
sytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
e-mail: gbaczyk@ump.edu.pl

Problem jakości życia jest podejmowany wielokrotnie w aspekcie chorób przewlekłych, ponieważ najlepiej oddaje wpływ skutków procesu chorobowego na funkcjonowanie człowieka. Jakość życia ma wymiar subiektywny i obiektywny. Mimo wielości definicji, jasno określa się, że jakość życia to postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej, w kontekście warunków społecznych w jakich żyje, kulturowych, wyznawanych wartości czy prezentowanych celów, oczekiwań, dążeń z lub bez choroby. Próby uściślenia definicji jakości życia doprowadziły ostatecznie do stworzenia nowego pojęcia jakości życia, nadającego się do zastosowania w naukach medycznych. Jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQoL, *Health Related Quality of Life*) [5].

Według Shippera i wsp. [6] jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest to funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta. Jest to holistyczne ujęcie powiązań — choroba–życie codzienne pacjenta [7–9]. Ocena jakości życia powinna być uzupełnieniem podstawowych badań medycznych. Stanowi wskaźnik postępu choroby i jej bezpośredniego oddziaływania na chorego. Najczęściej określa się wpływ czynników klinicznych i socjodemograficznych, które determinują poziom jakości życia. Są to: ból, aktywność choroby, farmakoterapia, badania laboratoryjne, płeć, wiek, choroby współistniejące, miejsce zamieszkania, posiadanie rodziny, wykształcenie itp. Wykazano również korelacje pomiędzy poziomą jakości życia a występowaniem choroby psychicznej [10, 11].

Do oceny poziomu jakości życia służą ogólne skale, takie jak SF-36 (ocena jakości życia), WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, WHOQOL-OLD (subiektywna ocena jakości życia), HAQ (kwestionariusz oceny stanu zdrowia), oraz specyficzne — AIMS, AIMS2 (skala wpływu chorób reumatycznych), które poprzez wyszczególnienie konkretnych sfer życia szacują oddziaływanie choroby na codzienne funkcjonowanie [11, 12].

W przypadku chorych na RZS w ocenie jakości życia uwzględnia się podobne parametry kliniczne i demograficzne. Wynika to z faktu, że ból jest głównym czynnikiem obniżającym poziom samopoczucia chorych. Zniekształcenia stawów, zaniki mięśniowe, przykurcze, ograniczenie ruchomości niwelują autonomię chorego, wyłączając z pracy zawodowej, jak również pełnienia obowiązków domowych. Deformacje i zmiana wyglądu wykluczają z pełnienia funkcji społecznych i prowadzenia życia

towarzyskiego. Występuje izolacja społeczna, ryzyko ubóstwa, kiedy chory nie ma pracy, problemy w relacjach interpersonalnych. Widmo nieuchronnej śmierci powoduje nasilenie się lęków i stanów depresyjnych. Terapia farmakologiczna i choroby współistniejące skutkują dodatkowymi dolegliwościami, wynikającymi z leczniczych działań niepożądanych. Badanie i określanie poziomu jakości życia może pomóc włączyć dodatkowe terapie, skierować do odpowiednich specjalistów i uwypuklić problemy, które nie są wykrywane podczas podstawowych badań klinicznych [11–15].

Celem pracy było dokonanie przeglądu badań nad oceną jakości życia chorych na RZS z uwzględnieniem czynników społeczno-demograficznych, klinicznych oraz leczenia farmakologicznego.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA RZS

Badania nad jakością życia u chorych na RZS są prowadzone w polskich i zagranicznych ośrodkach. Różnią się otrzymanymi rezultatami, co może wynikać z liczebności badanej grupy, dysonansu demograficznego czy kulturalnego, zastosowanego kwestionariusza.

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego jakości życia chorych na RZS wskazuje, że najczęściej stosowaną skalą jest *Arthritis Impact Measurement Scales 2* [16], która — opierając się na koncepcji HRQoL [6] pozwala ocenić wpływ choroby na funkcjonowanie chorego w obszarach: fizycznym, psychicznym, społecznym oraz w zakresie doznań somatycznych.

Ocenę jakości życia chorych na RZS z wykorzystaniem skali AIMS 2 przeprowadzono w wielu badaniach, wśród pacjentów różnej narodowości. Hill i WSP. [17] oceniali jakość życia 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 funkcjonowania fizycznego i sprawności ruchowej oraz dla funkcjonowania emocjonalnego mieściły się w przedziale średnim, natomiast natężenie bólu stawowego było wysokie. Wyniki oceny jakości życia w podskali funkcjonowania fizycznego i sprawności ruchowej oraz bólu stawowego korelowały z wynikami oceny funkcjonowania fizycznego skali *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Ponadto ocena jakości życia w podskali funkcjonowania emocjonalnego korelowała z wynikami skali *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Meenan i wsp. [16] porównali jakość życia chorych na RZS z chorymi z chorobą zwyrodnieniową stawów. Liczebność grupy badanej wynosiła 408 chorych, 73% stanowili chorzy na RZS. Średnia wieku wynosiła 60,7 roku, kobiety stanowiły 78% badanych. Jakość życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów była lepsza w podskali samoopieki oraz w podskali aktywności społecznej w porównaniu z jakością życia chorych na RZS. Niższą jakość życia stwierdzono w obszarze czynności ręki i palców oraz czynności w stawie ramiennym u chorych na RZS. Abello-Banfi i Cardiel [18], wykorzystując hiszpańską wersję AIMS, ocenili jakość życia 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 życia badanych oceniono na poziomie średnim, te oceny dotyczyły podskali wykonywania czynności dnia codziennego, podskali funkcjonowania fizycznego, aktywności społecznej oraz funkcjonowania emocjonalnego.

W długoterminowych badaniach Archenholtz i Bjelle [19] 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 życia w następujących podskalach: aktywność fizyczna, czynności związane z samoopieką, czynności dnia codziennego, wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, praca, poziom napięcia emocjonalnego, nastrojów. Niską jakość życia stwierdzono w podskali: czynność ręki i palców, chodzenie i pochylanie się, ból stawowy oraz aktywność społeczna.

Z badań polskich prowadzonych przez Bączyk i wsp. [20, 21] wynikało, że ogólna ocena jakości życia chorych na RZS mieściła się w średnich przedziałach. Na wysoką ocenę jakości życia chorych na RZS miało wpływ wsparcie ze strony ich rodziny i przyjaciół. Niska ocena jakości życia chorych na RZS wynikała z ograniczonych możliwości wykonywania podstawowych aktywności życiowych. Związane było to z bólem stawów, trudnościami z chodzeniem i pochylaniem się oraz z podwyższonym napięciem emocjonalnym i skłonnością do stanów depresyjnych.

W innych badaniach Bączyk i wsp. [22] dokonano porównania jakości życia 123 chorych na RZS oraz 98 chorych z chorobą zwyrodnieniową. Nie wykazano istotnej różnicy pomiędzy jakością życia badanych grup, chociaż wartości średnie w poszczególnych dziedzinach skali AIMS 2 były niższe (wyższa

jakość życia) dla chorych na RZS. Jednakże, wykazano, że chorzy na RZS znacznie wyżej oceniali swój stan zdrowia w porównaniu z pacjentami z chorobą zwyrodnieniową.

Celem badań prowadzonych przez Sierakowską i wsp. [10] 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 ocenili 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 dwie trzecie badanych jest niezadowolona ze swojego stanu zdrowia.

JAKOŚĆ ŻYCIA A CZYNNIKI SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE

Czynniki społeczno-demograficzne mogący mieć wpływ na ocenę jakości funkcjonowania w poszczególnych obszarach życia są: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia.

U ludzi w podeszłym 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 według klasyfikacji Steinbrockera i wsp. [23]. Kobiety wypadły gorzej w zakresie ubierania się, dbania o swój wygląd, jedzenia, chodzenia, sięgania i chwytania. Te wyniki sugerowały, że RZS miał większy wpływ na jakość życia kobiet niż mężczyzn [17]. Meenan i wsp. [16] 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. Badaniami objęto 299 pacjentów. Otrzymane wartości oceniające jakość życia były złe dla podskali aktywności fizycznej. W pozostałych podskalach AIMS2 badani uzyskali średnie wartości. Stwierdzono, że wraz z wiekiem następuje poprawa jakości życia w podskali funkcjonowania emocjonalnego. Natomiast płeć, stan cywilny, poziom edukacji nie korelowały z jakością życia z podskalami AIMS2. Ponadto autorzy tych badań

twierdzili, że u pacjentów, u których choroba trwa dłużej niż 5 lat, jakość życia była ustabilizowana. Niesprawność fizyczna szybko postępuje we wczesnym okresie choroby, a w późniejszych latach proces progresji przebiega bardzo wolno.

Badania Meenana i wsp. [16] wykazały, że nie ma korelacji pomiędzy poziomem edukacji a niesprawnością. Były to wyniki inne w porównaniu z wynikami badań Pincus i Callahan [24], którzy stwierdzili, że u chorych, którzy osiągnęli niski poziom edukacji, przebieg RZS jest cięższy. Niskie wykształcenie, brak potomstwa i ból to czynniki, które według Moćko i wsp. determinują jakość życia [15]. Chorzy prezentowali gorsze wyniki w sferach fizycznej i środowiskowej. Choroba ogranicza możliwości zawodowe badanych, co miało przełożenie na stan ekonomiczny rodzin, a w konsekwencji pogorszenie warunków socjalnych i stanu psychicznego. Wyniki potwierdziły założenie, że wsparcie społeczne i wyższe wykształcenie wpływają pozytywnie na jakość życia. Wiąże się to prawdopodobnie z większą świadomością chorych, wiedzą na temat choroby, leczenia, czynników pogarszających stan zdrowia i możliwości terapeutycznych.

Według Sierakowskiej i wsp. [10] badani zarówno w miastach, jak i na wsiach bardzo dobrze oceniali swoją jakość życia (za wyjątkiem dziedziny środowiskowej), tak samo ludzie z wyższym wykształceniem. Natomiast chorzy owdowiali prezentowali niższy poziom jakości życia w porównaniu z osobami samotnymi czy będącymi w związkach małżeńskich. Także dziedzina fizyczna i środowiskowa to dziedziny najniżej oceniane. Dolegliwości bólowe, dyskomfort, sztywność stawów i osłabienie dokuczały wszystkim badanym, bez względu na wiek. Co ciekawe, w przypadku dziedziny środowiskowej, jej ocena lepiej wypadła u osób zamieszkujących na wsiach, gdzie nie ma tylu barier architektonicznych co w mieście [10].

Mechanizmy związku między poziomem 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 [24].

Z badań Bączyk [20] wynikało, że ocena jakości życia chorych na RZS zależała od

zmiennych demograficznych badanych. Kobiety miały gorsze oceny funkcjonowania emocjonalnego niż mężczyźni. Chorzy młodzi uzyskali niższą jakość życia w dziedzinie fizycznej i sprawności ruchowej. Miejsce zamieszkania oraz stan cywilny badanych nie były wyznacznikami jakości życia chorych na RZS. Satisfakcja życiowa chorych na RZS była lepsza u osób pracujących zawodowo, z wykształceniem średnim i wyższym oraz chorujących dłużej niż 5 lat. Natomiast Sierakowska i wsp. [10] stwierdzili, że długi czas trwania RZS stopniowo obniża jakość życia, szczególnie w dziedzinie fizycznej, mieszkańcy wsi lepiej oceniali swoje funkcjonowanie fizyczne w porównaniu z mieszkańcami miast, a chorzy samotni znacznie gorzej oceniali jakość życia niż chorzy będący w związku małżeńskim. Jankowska i wsp. [13] w swoich badaniach wykazali, że na jakość życia wpływa wiek (im osoba starsza, tym niższej oceniała jakość życia), stan cywilny (osoby samotne), wykształcenie (chorzy z wyższym wykształceniem prezentowali wyższy poziom jakości życia) i warunki mieszkaniowe (lokale, w których były wilgotne pomieszczenia negatywnie oddziaływały na stan fizyczny badanych) [13].

Kowalczyk i Głuszko [25] w swoich badaniach wskazali, że płeć, stan cywilny i miejsce zamieszkania nie wpływają na ocenę poziomu jakości życia. Czynnikiem takim jest natomiast wiek (im starsza osoba, tym gorsze wyniki), który determinuje sprawność ruchową i aktywność zawodową, a także długi czas trwania choroby (który negatywnie wpływa na stan funkcjonalny) [25].

Według doniesień Barłowskiej [14], chorzy mieszkający na wsi mieli niższą jakość życia. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że w mieście jest łatwiejszy dostęp do ośrodków medycznych i punktów rehabilitacyjnych czy aptek. Natomiast nie wykazano takiej zależności względem wykształcenia [14].

Krzemińska-Dąbrowska i wsp. [26] w swojej pracy zajęli się aspektem zdrowia psychicznego chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Wskazali, że stan psychiczny pacjentów z RZS rzadko jest poruszany w badaniach, a przecież ściśle wiąże się z pojęciem jakości życia. Chorzy ci bardzo często prezentują stany lękowe, izolację społeczną, a ostatecznie zapadają na depresję. Jest to tym bardziej istotne, że nie stwierdzone zaburzenia psychiczne są nieleczone i prowadzą do powstania kolejnych dolegliwości somatycznych lub pogłębienia istniejących.

Stawińska i wsp. [27] postanowili ocenić jakość życia tylko u kobiet chorujących na RZS. Czynniki, które wpływały na jego poziom były: czas trwania choroby, stan cywilny, miejsce zamieszkania — wieś, sytuacja zawodowa. Co ciekawe, im krócej trwała choroba, tym chore miały niższy poziom jakości życia. Kobiety, które chorowały ponad 20 lat wykazywały zdecydowanie wyższy poziom jakości życia. Może to być związane z akceptacją choroby i dostosowaniem się do nowych warunków życia. Samotność i brak pracy zawodowej pogarszały stan fizyczny i psychiczny pacjentek. Dla kobiet ważnym aspektem jest także wygląd i poczucie własnej wartości. Ponad połowa ankietowanych nie czuła się atrakcyjnie. Również ból był istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia. Pacjentki nie wskazały, żeby choroba jaką jest RZS wpływała na ich życie seksualne. Moskalewicz i wsp. [28] w swoich badaniach jednak dowiedli, że RZS stwarza problemy w sferze seksualnej u badanych. Temat ten nie jest podejmowany przez samych chorych ani przez lekarzy. A trzeba pamiętać, że osoby chore na RZS również mają potrzeby w sferze intymnej, która jest zazwyczaj pomijana.

Pracą zawodową zajęli się Raciborski i wsp. [29]. Badali oni absencje i prezenteizm u chorych na RZS. Osoby te ze względu na charakter dolegliwości i leczenie muszą opuszczać dni w pracy (absencja) i prezentują mniejszą skuteczność wykonywanej pracy (prezenteizm). Praca zawodowa jest dla osób z RZS nie tylko źródłem dochodu, ale i wartością socjo-środowiskową, pozwala na utrzymywanie kontaktów interpersonalnych, zapewnia wewnętrzne poczucie „przydatności” i „potrzeby”. Jednak z punktu widzenia pracodawcy, pracownik taki jest nieefektywny i generuje koszty. Utrata pracy, jak wskazują powyższe badania, może znacznie wpływać na obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie psychicznym, ekonomicznym szczególnie w aspekcie fizycznym, co potwierdzili w badaniach Chorus i wsp. [30]. Zgodnie z wynikami badań van Vilsteren i wsp. [31] niska jakość życia szczególnie w dziedzinie zdrowia psychicznego, fizycznych ograniczeń i bólu może wiązać się z niską wydajnością pracy.

JAKOŚĆ ŻYCIA A ZMIENNE KLINICZNE

W pracach analizujących wpływ czynników klinicznych na jakość życia chorych na RZS w poszczególnych dziedzinach jakości

życia najczęściej badanymi zmiennymi klinicznymi, będącymi miarami aktywności choroby, były: natężenie bólu stawowego (mierzone skalą VAS), tkliwość 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.

Nordenskiöld i Grimby [32], 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 według skali *Health Assessment Questionnaire*, wykonanie 8 czynności silnie korelowało z siłą mięśni ręki; 65% badanych kobiet unikało wykonywania zadań wymagających zaangażowania pracy stawów: biodrowego, kolanowego, ramiennego i łokciowego, na przykład odkurzenie, kąpiel w wannie, a także czynności, wykonanie, których wymaga użycia dużej siły mięśni ręki, na przykład otwieranie słoików, oraz zadań wymagających wykorzystania pełnego zakresu czynności stawów międzypaliczkowych ręki, na przykład zapinanie guzików czy wiązanie sznurowadeł.

Fitzpatrick [33] dokonał oceny jakości funkcjonowania 73 chorych na RZS, wykorzystując skale *Nottingham Health Profile* (NHP) oraz AIMS. Zastosował następujące testy kliniczne: *Ritchie Articular Index* do oceny tkliwości stawów, test siły mięśni ręki, VAS (*Pain*) — 10 cm do pomiaru natężenia bólu stawowego oraz czas trwania sztywności porannej. Pacjenci hospitalizowani stanowili 34,2% badanej grupy, pozostali chorzy byli leczeni w poradni reumatologicznej. Średni wiek badanych wynosił 54,9 roku. 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 utrudnień, a 2,8% badanych miało ograniczenia w zdolności do wypełniania czynności samoopiekuńczych, zawodowych i niezawodowych. Aktywność fizyczna oraz ból stawowy skali według AIMS i NHP najsilniej korelowały z czterema klinicznymi pomiarami aktywności choroby, natomiast jakość życia w zakresie interakcji społecznych obu skal nie była znacząco powiązana z jakimkolwiek pomiarem klinicznym.

Borstlap i wsp. [34] 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). Klinikznymi i laboratoryjnymi zmiennymi były: siła mięśni ręki — mierzona w igorymetrem, tkliwość stawów — oceniona *Ritchie Articular Index* oraz *Thompson Index*, objaw sztywności porannej, czas chodzenia, stężenie białka C-reaktywnego. Wykazano korelację pomiędzy tradycyjnymi klinicznymi zmiennymi a dziedzinami jakości życia skali IRGL. Silnie korelował objaw sztywności porannej i czas chodzenia z jakością życia w dziedzinie funkcjonowania fizycznego i aktywności ruchowej oraz samoopieki. Ból stawowy, tkliwość i obrzęk stawów oraz objaw sztywności porannej silnie korelowały ze skalą bólu według IRGL. Zaznaczono słabą korelację zmiennych klinicznych i laboratoryjnych z jakością życia w dziedzinie psychologicznej i społecznej. Jedynie poziom depresji wykazywał silną korelację z wymienianymi zmiennymi. Przedstawione zależności były wyższe w porównaniu z wynikami Bijlsma i wsp. [35]. Według Kowalczyk i Głuszko [25] większa liczba bolesnych i obrzękniętych stawów, wysokie stężenie OB, czy silny ból wpływają negatywnie na jakość życia. Wymienione czynniki wzmagają niepełnosprawność u osób chorujących na RZS. Chorzy niejednokrotnie musieli korzystać z pomocy bliskich oraz specjalistycznych urządzeń.

Badania Jankowskiej i wsp. [13] wykazują niższą jakość życia chorych otyłych (masa tkanki tłuszczowej dodatkowo obciąża schorowane stawy), czas trwania choroby powyżej 10 lat i aktywność RZS (im bardziej zaawansowana, tym gorsze wyniki).

Barłowska [14] wskazuje, że jakość życia jest uzależniona od stopnia nasilenia zmian patologicznych w stawach uzyskanych w obrazie RTG. Najniższy poziom jakości życia prezentowały osoby, które miały IV stopień zmian według Steinbrockera i wsp. [23]. U Olewicz-Gawlik i Hrycaj [36] parametry laboratoryjne nie miały wpływu na jakość życia pacjentów. Zależność istniała pomiędzy bólem, czasem trwania sztywności porannej, liczbą obrzękniętych stawów oraz czasem trwania choroby [17].

Występowaniem chorób współistniejących u badanych z RZS zajęli się Rupiński i wsp. [37]. Okazuje się, że osoby chorujące na RZS najczęściej cierpią na nadciśnienie

tętnicze, osteoporozę i chorobę zwyrodnieniową stawów. Dodatkowe jednostki kliniczne, których objawy są nie mniej dolegliwe i sięgają spustoszenie w organizmie, jeszcze pogarszają stan fizyczny i psychiczny chorych na RZS, a tym samym znacznie obniżają jakość życia. Podobne wyniki uzyskali Wisłowska i wsp. [38] — obecność choroby niedokrwiennej serca, osteoporozy, złamań patologicznych w przebiegu osteoporozy, choroby zwyrodnieniowej stawów czy nowotworów złośliwych znacząco obniża poziom jakości życia. Raczkiewicz i wsp. [39] również podkreślają znaczący wpływ RZS na jakość życia poprzez ból i upośledzenie fizyczne, chorzy we wczesnym okresie choroby częściej cierpią z powodu bólu i obniżonego nastroju w porównaniu z chorymi w okresie zaawansowanego okresu choroby. Również te wyniki znalazły potwierdzenie w badaniach West i wsp. [40].

Najnowsze badania w reumatologii dotyczą badań jakościowych w zakresie oceny jakości życia chorych leczonych lekami biologicznymi [41].

Wysocka-Skurska i wsp. [42] dokonali oceny jakości życia względem stosowanej farmakoterapii — leczenie lekami biologicznymi i lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh). Niezależnie od wdrożonej terapii, chorzy oceniali gorzej swój stan fizyczny niż psychiczny, gdzie czynnikiem pogarszającym ów stan był ból. U osób, które stosowały LMPCh objawy natury psychicznej, jak lęk czy depresja, determinowały funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej i funkcjonowanie psychiczne. Wśród osób stosujących leki biologiczne zaburzenia depresyjne i lękowe wpływają jedynie na sferę psychiczną, natomiast ból na sferę fizyczną. Ocenę jakości życia w obszarze fizycznym w obu grupach pogarsza deficyt niesprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a u leczonych LMPCh dodatkowo w sferze psychicznej i społecznej.

Koligat i wsp. [43] dokonali przeglądu literatury w zakresie oceny jakości życia chorych na RZS leczonych leflunomidem, z którego wynika, że badania kliniczne oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają zalety leflunomidem poprzez hamowanie postępu choroby, destrukcji stawów oraz poprawę jakości życia chorych. A bezpieczeństwo stosowania leflunomidu jest porównywalny z bezpieczeństwem sulfasalazyny i metotreksatu. Autorzy podkreślają znaczenie w praktyce lekarskiej nie tylko analizy parametrów klinicznych RZS, ale również

ocenę wpływu stosowanej farmakoterapii na poprawę jakości życia chorych w kontekście oceny jakości codziennego funkcjonowania chorych, która nadal wymaga dalszych wnikliwych badań [43]. Wnioski cytowanych autorów zostały ustalone na podstawie prac poglądowych Hewitson i wsp. [44] oraz badań klinicznych Schattenkirchner [45].

Systematyczny przegląd literatury wskazuje, że tocilizumab poprawia funkcjonalność i jakość życia i zmniejszenie zmęczenia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów [46].

PODSUMOWANIE

Kliniczna ocena chorych na RZS i kontrolowanie przebiegu choroby powinny być poszerzone o rutynową ocenę jakości życia oraz niepełnosprawności chorych, które dostarczają cennych danych, wpływających na stosowaną terapię, umożliwiającą lepszą kontrolę przebiegu RZS i pozwalających przewidywać wynik długotrwałej choroby. Potrzebne są także wieloletnie badania dotyczące jakości życia i niepełnosprawności chorych, prowadzone wśród polskiej populacji chorych na RZS.

ABSTRACT

Evaluation of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis (RA) is described in the following areas of quality of life: physical, emotional, social, joint pain and influence on the functioning of RA patients. Effect of RA on quality of life is often associated with joint pains, which hinders the daily activities of the patient. The proper functioning of the emotional interfere with: depression, depressed mood and increased emotional stress. For satisfactory social functioning of patients with RA need support from family and friends, specialist healthcare and gainful employment. The main

purpose of health care is to maintain the independence of the patient and protection against deterioration of the quality of life. Clinical evaluation of RA patients and control the disease should be extended to the routine evaluation of quality of life, which provides valuable data affecting treatment is employed, enabling better control the course of RA and for predicting the result of prolonged illness. There should also be long-term research on quality of life conducted among the Polish population of patients with RA.

Forum Reumatol. 2017, tom 3, nr 4: 222–229

Key words: rheumatoid arthritis; quality of life; review

Piśmiennictwo

1. Tlustochowicz W, Brzosko M. i in. Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2008;46. ; 3: 111–114.
2. Bobrowska-Snarska, Brzosko M. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Rozdz. reumatologia praktyczna*. Red. Samborski W, Brzosko M. Wolters Kluwer Polska. 2011: 113–130.
3. Spector T. The epidemiology of rheumatic diseases. *Current Opinion in Rheumatology*. 1991; 3(2): 266–271, doi: [10.1097/00002281-199104000-00010](https://doi.org/10.1097/00002281-199104000-00010).
4. Bączyk G. Przegląd badań nad jakością życia u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2008; 4, 6: 372–379.
5. Berzon R, Hays RD, Shumaker SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Qual Life Res*. 1993; 2(6): 367–368, indexed in Pubmed: [8161974](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8161974/).
6. Schipper H, Clinich J, Powell V. Definitions and conceptual issues. In: *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Spilker B, Schipper H, Clinich J, Powell V. ed., 1992, Raven Press, New York, USA.
7. Papuć E. Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Curr Probl Psychiatry*. 2011; 12(2): 141–145.
8. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011; 46 (1): 25–31
9. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health*. 2008; 89(4): 467–470.
10. Sierakowska M, Matys A, Kosior A. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*. 2006; 44(6): 298–303.
11. Bączyk G. Rozwój badań nad pomiarem stanu zdrowia i jakością życia w reumatologii. *Reumatologia*. 2008; 46(5): 284–289.
12. Jankowska-Polańska B, Polański J. Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. *Reumatologia*. 2014; 52(1): 69–76.
13. Jankowska B, Uchmanowicz I, Polanski J, et al. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Family Medicine & Primary Care Review*. 2010; 12(4): 1027–1034.
14. Barłowska J. Wpływ nasilenia zmian radiologicznych w układzie kostno-stawowym i wybranych czynników społeczno – demograficznych na jakość życia pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Przegląd Reumatologiczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów* 2009; 4: 392–398.
15. Moćko J, Zurzycka P. Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013; 1 (42): 15–19.
16. Meenan R, Mason J, Anderson J, et al. AIMS2. The Content and Properties of a Revised and Expanded Arthritis

- Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*. 1992; 35(1): 1–10, doi: [10.1002/art.1780350102](https://doi.org/10.1002/art.1780350102).
17. Hill J, Bird HA, Lawton CW, et al. The arthritis impact measurement scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1990; 29(3): 193–196, indexed in Pubmed: [2357501](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2357501/).
 18. Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *J Rheumatol*. 1994; 21(7): 1250–1255, indexed in Pubmed: [7966065](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7966065/).
 19. Archenholtz B, Bjelle A. Reliability, validity and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS-2). *Journal Rheumatology*. 1997; 24:1370–1377.
 20. Bączyk G. The evaluation of the functioning and of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*. 2005; 50: 170–173.
 21. 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, indexed in Pubmed: [18232100](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18232100/).
 22. Bączyk G, Kleka P, Ochmańska M. Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji Arthritis Measurement Scales (AIMS-2) dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2009,47. ; 5: 282–289.
 23. Steinbrocker O, traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *J Am Med Assoc*. 1949; 140(8): 659–662, indexed in Pubmed: [18150288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18150288/).
 24. 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(4): 355–361, indexed in Pubmed: [7730860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7730860/).
 25. Kowalczyk K, Głuszko P. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. *Reumatologia* 2009;47. ; 1: 4–9.
 26. Krzemińska – Dą, Sudot K, Moskalewicz B. Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia*. 2007; 45(4): 215–218.
 27. Stawińska T, Zulc A, Taczala J, et al. Ocena jakości życia kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Zdrowie Dobrostan*. 2013; 2: 121–131.
 28. Moskalewicz B, Grygielska J, Mańczak M. Związki intymne chorych reumatycznych w opinii profesjonalistów zdrowia, chorych i ich partnerów. *Reumatologia*. 2010; 48(5): 330–336.
 29. Raciborski F, Władysław M, Bebrysz M, et al. Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezencjeizm. *Reumatologia*. 2013; 51(5): 355–362.
 30. Chorus AMJ, Miedema HS, Boonen A, et al. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62(12): 1178–1184, indexed in Pubmed: [14644855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14644855/).
 31. van Vilsteren M, Boot CRL, Knol DL, et al. Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015; 16: 107, doi: [10.1186/s12891-015-0562-x](https://doi.org/10.1186/s12891-015-0562-x), indexed in Pubmed: [25940578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25940578/).
 32. Nordenskiöld U, Grimby G. Assessments of disability in women with rheumatoid arthritis in relation to grip force and pain. *Disabil Rehabil*. 1997; 19(1): 13–19, indexed in Pubmed: [9021280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9021280/).
 33. Fitzpatrick R. The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1993; 7(2): 297–317, indexed in Pubmed: [8334714](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8334714/).
 34. Borstlap M, van de Laar M, Zant J, et al. Components of health: an analysis in rheumatoid arthritis using quality of life questionnaires and clinical and laboratory variables. *Ann Rheum Dis*. 1993; 52(9): 650–654, indexed in Pubmed: [8239759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8239759/).
 35. Bijlsma JW, Huiskes CJ, Kraaimaat FW, et al. Relation between patients' own health assessment and clinical and laboratory findings in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1991; 18(5): 650–653, indexed in Pubmed: [1865409](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1865409/).
 36. Olewicz - Gawlik A, Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własna i przegląd literatury. *Reumatologia*. 2007; 45(6): 346–349.
 37. Rupiński R, Lewandowski Z, Zielińska A, Filipowicz-Sosnowska A. Wpływ chorób współistniejących na rozwój niepełnosprawności w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*. 2007; 45(6): 338–345.
 38. Wisłowska M, Kanecki K, Tyszko P, et al. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*. 2010; 48(2): 104–111.
 39. Raczkiwicz A, Kulig M, Bachtla A, et al. Analiza wybranych czynników, w tym niedoborów witaminy D3, wpływających na jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2013; 51(6): 415–421.
 40. West E, Jonsson SW. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36. *Clin Rheumatol*. 2005; 24(2): 117–122, doi: [10.1007/s10067-004-0976-6](https://doi.org/10.1007/s10067-004-0976-6), indexed in Pubmed: [15340864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15340864/).
 41. Marshall NJ, Wilson G, Lapworth K, et al. Patients' perceptions of treatment with anti-TNF therapy for rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Rheumatology (Oxford)*. 2004; 43(8): 1034–1038, doi: [10.1093/rheumatology/keh237](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh237), indexed in Pubmed: [15150436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15150436/).
 42. Wysocka – Sk, Sierakowska M, Sierakowska S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*. 2012; 50(1): 16–23.
 43. Koligat D, Leszczyński P, Pawlak-Buś K, et al. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych leflunomidem – przegląd literatury. *Reumatologia* 2012; 50. ; 3: 227–232.
 44. Hewitson PJ, Debroe S, McBride A, et al. Leflunomide and rheumatoid arthritis: a systematic review of effectiveness, safety and cost implications. *J Clin Pharm Ther*. 2000; 25(4): 295–302, indexed in Pubmed: [10971781](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10971781/).
 45. Schattenkirchner M. The use of leflunomide in the treatment of rheumatoid arthritis: an experimental and clinical review. *Immunopharmacology*. 2000; 47(2–3): 291–298, indexed in Pubmed: [10878295](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10878295/).
 46. Townes SV, Furst DE, Thenkondar A. The impact of tocilizumab on physical function and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review and interpretation. *Open Access Rheumatol*. 2012; 4: 87–92, doi: [10.2147/OARRR.S14563](https://doi.org/10.2147/OARRR.S14563), indexed in Pubmed: [27790016](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27790016/).
 47. Bączyk G, Gacek L. Ocena sprawności funkcjonalnej u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów na podstawie funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem. *Reumatologia*. 2011; 49(1): 40–46.