

# Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej

*Evaluation of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis depending on the used therapy*

Izabela Wysocka-Skurska<sup>1</sup>, Matylda Sierakowska<sup>2</sup>, Stanisław Sierakowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Słowa kluczowe:** jakość życia, ból, niesprawność, emocje, metody terapii farmakologicznej.

**Key words:** quality of life, pain, disability, emotions, therapy approaches.

## Streszczenie

**Wstęp:** Ograniczenie wydolności funkcjonalnej w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) wpływa na różne dziedziny życia pacjenta, m.in. na pracę zawodową, wypoczynek, wzajemne relacje w rodzinie czy możliwość zaspokojenia potrzeb. Postępujący przebieg choroby, powikłania układowe, stany przygnębienia i depresja wpływają na obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia.

**Cel pracy:** Celem pracy jest ocena porównawcza jakości życia pacjentów z RZS, w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, poddawanych różnym metodom terapii farmakologicznej.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 100 pacjentów z RZS. Populację chorych podzielono na 2 grupy: I grupę stanowili pacjenci, u których zastosowano leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh), II grupę – chorzy otrzymujący leki biologiczne. Metodą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem: skal analogowych VAS (0–100), indeksu niesprawności HAQ (0–3), *Skali lęku i depresji* (HADS-A i HADS-D) (0–21) oraz skali oceny jakości życia SF-36 (0–100).

**Wyniki:** Większość ankietowanych – grupa I i II (ok. 57 pkt) odczuwa średnie nasilenie bólu (tab. II). Ból znacząco wpływa na funkcjonowanie fizyczne u chorych z grupy II ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,05$ ) (tab. IV). Czas trwania choroby znacznie wpływa na dolegliwości bólowe oraz odczuwanie lęku i depresji w obu grupach badanych (tab. V). Analiza skali SF-36 pozwala stwierdzić, że wartość średnia funkcjonowania fizycznego (PCS) w grupie I jest na poziomie  $35,3 \pm 13,8$ , natomiast w grupie II  $39,3 \pm 15,1$  (tab. I). Duży odsetek

## Summary

**Introduction:** Limitations to the functional efficiency in patients with rheumatoid arthritis (RA) influence various aspects of the patients' lives, such as professional career, leisure time, relationships in the family and ability to fulfil patients' needs. The progressive course of the disease, systemic complications, and feelings of anxiety and depression result in lowering the level of health and quality of life.

**Aim of the study:** The aim of this work is to evaluate the quality of life of patients with RA in terms of their physical, mental and social functioning, undergoing various pharmacological therapies.

**Material and methods:** The study included 100 patients with RA. Patients were divided into two groups: group I comprised patients treated with DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs), group II comprised patients treated with biological medicines. The method of research was a diagnostic survey using a visual analogue scale (VAS) (0–100), disability scale (HAQ) (0–3), anxiety and depression scale (HADS-A and HADS-D) (0–21) and health survey SF-36 (0–100).

**Results:** The majority of patients in groups I and II (some 57 point) feel moderate pain (Table II). Pain significantly affects physical function in patients in group II ( $r = -0.40$ ;  $p < 0.05$ ) (Table IV). Duration of illness significantly affects the perception of pain and anxiety and depression in both groups (Table V). SF-36 scale analysis indicates that the average physical functioning score (PCS) in group I is  $35.3 \pm 13.8$ , whereas in group II it is  $39.3 \pm 15.1$  (Table I). In a high percentage of respondents (50%) in group II it was found that their medical condition was almost the same as before the year (Fig. 1).

## Adres do korespondencji:

mgr Izabela Wysocka-Skurska, Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok, tel. +48 85 746 84 82, e-mail: elwirawysocka@wp.pl

**Praca wpłynęła:** 23.11.2011 r.

respondentów (50%) z grupy II ocenia, że ich stan zdrowia jest prawie taki sam jak przed rokiem (ryc. 1).

**Wnioski:** Problemy natury psychologicznej w znacznym stopniu wpływają na ocenę jakości życia (PCS i MCS) w I grupie badanych (ryc. 2). Zaburzenia lękowe i depresyjne w grupie II mają większy wpływ na funkcjonowanie psychiczne (MCS) (tab. III). Zwiększający się deficyt niesprawności w czynnościach dnia codziennego (HAQ) powoduje pogarszanie się oceny PCS w obu grupach. Niesprawność zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz obniża MCS, szczególnie w grupie I (ryc. 3).

## Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, immunologicznie zależną, układową chorobą tkanki łącznej, charakteryzującą się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów, zmianami pozastawowymi i powikłaniami narządowymi [1].

Zgodnie z najnowszymi standardami diagnostyczno-terapeutycznymi ACR/EULAR bardzo istotne jest szybkie ustalenie prawidłowego rozpoznania i rozpoczęcie terapii lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) [2–4]. Leki te zmniejszają objawy zapalenia, spowalniają proces zapalny, lecz nie zapobiegają postępowi zmian destrukcyjnych w stawach oraz nie zapobiegają rozwojowi zmian narządowych. Konieczne staje się zatem poszukiwanie nowych, skuteczniejszych leków, które mogłyby być stosowane przez długi czas w formie monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami. Wieloletnie badania pozwoliły na lepsze poznanie patogenezы chorób reumatycznych, co przyczyniło się do powstania nowej generacji leków o strukturze białkowej, tzw. leków biologicznych, wytwarzanych z zastosowanych technik rekombinowanego DNA. U zdecydowanej większości chorych z RZS już po pierwszym podaniu leku następuje poprawa kliniczna [1, 5].

Proces zapalny bardzo często prowadzi do różnorodnych zaburzeń, zarówno w sferze somatycznej, w procesach psychicznych (zmiany nastroju przejawiające się podwyższeniem poziomu lęku i depresji), jak i w aktywności społecznej. Dodatkowo współistniejące choroby oraz częste powikłania spowodowane leczeniem sprawiają, że chorzy tracą zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych i stają się zależni od otoczenia [6, 7].

W chorobie przewlekłej, jaką jest RZS, bardzo ważną jest ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia, umożliwiającą subiektywną ocenę funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego pacjenta w chorobie, niepełnosprawności oraz w środowisku społecznym i zawodowym [8–10]. Na poziom jakości życia chorych na RZS wpływają głównie: postępujący deficyt niesprawności, uporczywy ból, zmęczenie i depresja. Modyfikują ją również przekonania dotyczące stanu zdrowia oraz problemy natury psychologicznej. Ocena jakości życia pozwala poznać

**Conclusions:** Psychological problems significantly influence the Evaluation of the quality of life (PCS and MCS) in patients in group I (Fig. 2). Anxiety and depressive disorders in patients in group II influence mental functioning (MCS) more (Table III). Increasing disability deficit in everyday activities (HAQ) results in decreasing PCS evaluation in groups I and II. Disability increases the risk of anxiety and depressive disorders and lowers MCS, especially in group I (Fig. 3).

sytuacje mające wpływ na postawy i dążenia pacjenta, który staje się partnerem w procesie leczenia i pielęgnowania. Umiejętność samoopieki, przy współudziale rodziny i zespołu terapeutycznego, ma niewątpliwie korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów z RZS [11, 12].

Celem pracy jest ocena porównawcza jakości życia pacjentów z RZS, leczonych tradycyjnie i lekami biologicznymi, w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, w zależności od takich zmiennych, jak: niesprawność, lęk, depresja, ból oraz sztywność poranna stawów i czas trwania choroby.

## Materiał i metody

Analizę porównawczą przeprowadzono w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badaniem objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem RZS ustalonym na podstawie standardów diagnostycznych ACR (1987 r.). Materiał zebrano indywidualnie, drogą bezpośrednich spotkań z pacjentem, po wyrażeniu przez niego świadomej zgody. Populację podzielono na 2 grupy: I – pacjenci leczenia LMPCh ( $N = 50$ ), II – chorzy leczeni tzw. lekami biologicznymi ( $N = 50$ ).

Metodą stosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem: kwestionariusza ankiety, skal analogowych (ból, sztywności porannej stawów), indeksu niesprawności HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), Skali lęku i depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS-A i HADS-D) oraz skali oceny jakości życia SF-36.

Skala SF-36 ocenia domeny życia, takie jak funkcjonowanie fizyczne (*physical component summary* – PCS) i psychiczne (*mental component summary* – MCS). Punktacja w poszczególnych podskalach wynosi od 0 do 100.

Skala oceny bólu VAS ocenia natężenie bólu w zakresie od 0 do 100 mm.

Kwestionariusz oceny zdrowia to forma samooceny chorego dotycząca zdolności wykonywania codziennych czynności życiowych. Punktacja zawiera się w zakresie od 0 do 3 pkt.

Kwestionariusz HADS składa się z 2 niezależnych podskal, dotyczących depresji (HADS-D) i lęku (HADS-A) – zakres skali 0–21 pkt.

Do analizy statystycznej zebranych danych wykorzystano metody opisu i badania współzależności właściwe dla cech ilościowych (współczynnik korelacji Pearsona i korelacji porządkowej rang Spearmana) i jakościowych. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, gdzie  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Najliczniejszą grupę pacjentów z rozpoznaniem RZS stanowiły kobiety ( $N = 70$ ); mężczyźni –  $N = 30$ . W grupie wiekowej < 45 lat było 31 badanych, w wieku 46–60 lat – 45, a w grupie > 60 lat – 24 osoby. Najwięcej osób (63) mieszkało w miastach, na wsi – 37. Ponad połowa chorych (59) była na rencie lub emeryturze. Czynną aktywność zawodową deklarowało 25 badanych, natomiast 16 osób okresowo nie pracowało.

Biorąc pod uwagę czas trwania choroby, pacjentów z RZS podzielono na 2 grupy: grupa I – czas trwania choroby do 10 lat (49 osób), grupa II – czas trwania choroby ponad 10 lat (51 badanych).

## Analiza oceny jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego i fizycznego (SF-36) w obu grupach badanych

Wartość średnią funkcjonowania fizycznego (PCS) określano w grupie I na poziomie  $35,3 \pm 13,8$ , a w grupie II  $39,3 \pm 15,1$ . Wskazywało to na dość słabe funkcjonowanie w sferze fizycznej w obu grupach badanych. Wartości średnie jakości życia w sferze psychicznej (MCS) były na poziomie ok. 44 pkt (średnia ocena funkcjonowania psychicznego). Nie obserwowano różnic istotnych statystycznie w obu grupach badanych. Z badań oceny jakości życia wynika, że respondenci na nieco wyższym poziomie oceniali sferę psychiczną niż fizyczną (tab. I).

W grupie chorych leczonych LMPCh, w porównaniu z osobami przyjmującymi leki biologiczne, znacznie gorzej wypadła sfera dotycząca ograniczenia w rolach społecznych z przyczyn fizycznych (RP = 10 vs 22) ( $p < 0,05$ ). Stwierdzono również różnicę, aczkolwiek nieistotną statystycznie, pomiędzy grupą I a II w ocenie ograniczeń w pełnieniu ról

**Tabela I.** Ogólna ocena jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej w obu grupach badanych

**Table I.** General estimate of quality of life in physical and mental sphere in both researched groups

Badana cecha	Funkcjonowanie fizyczne PCS		Funkcjonowanie psychiczne MCS	
	osoby przyjmujące LMPCh	osoby przyjmujące leki biologiczne	osoby przyjmujące LMPCh	osoby przyjmujące leki biologiczne
liczba pacjentów	50,0	50,0	50,00	50,0
wartość średnia	35,3	39,3	44,70	43,8
odchylenie standardowe	13,8	15,1	21,90	19,8
wartość minimalna	15,5	16,7	4,25	135,0
wartość maksymalna	79,7	79,7	100,00	91,7

**Tabela II.** Charakterystyka szczegółowych domen jakości życia w obu grupach badanych

**Table II.** Detailed characteristics of domain of quality of life in both researched groups

Składowe jakości życia SF-36	Chorzy leczeni LMPCh	Chorzy leczeni lekami biologicznymi	Analiza statystyczna
funkcjonowanie fizyczne (PF)	43,2	42,6	NS
ograniczenia w rolach społecznych z przyczyn fizycznych (RP)	10,0	22,0	$p \leq 0,05$
ból (BP)	55,6	57,6	NS
ogólne zdrowie (GH)	33,8	35,7	NS
witalność (VT)	44,1	46,5	NS
funkcjonowanie społeczne (SF)	40,4	41,8	NS
ograniczenia w rolach społecznych z przyczyn psychicznych (RE)	42,7	34,6	NS
zdrowie psychiczne (MH)	50,8	54,1	NS

społecznych z przyczyn psychicznych (RE = 42,7 vs 34,6) (tab. II).

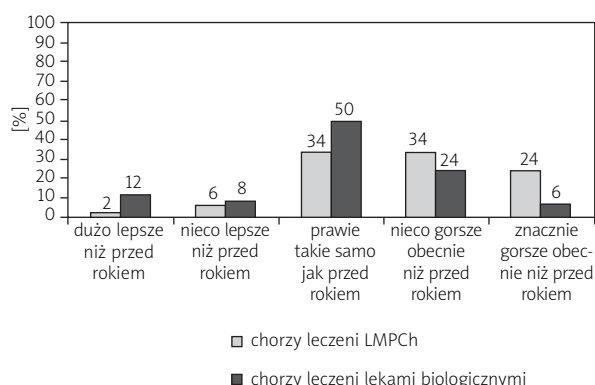
Analizie poddano również ocenę obecnego stanu zdrowia w porównaniu ze stanem przed rokiem. Z ogólnego zestawienia procentowego wynika, iż wielu respondentów leczonych lekami biologicznymi (50%) stwierdziło, że ich stan zdrowia obecnie jest prawie taki sam jak przed rokiem, a 24%, że nieco gorszy. Chorzy leczeni LMPCh w 34% ocenili, że ich stan zdrowia jest prawie taki sam jak przed rokiem, porównywalna grupa uważała, iż jest on nieco gorszy obecnie niż przed rokiem (ryc. 1).

### Ocena jakości życia (SF-36) a odczuwanie lęku i depresji (HADS-A, HADS-D) w obu grupach badanych

Dokonując analizy zaburzeń lękowych lub depresyjnych u pacjentów leczonych LMPCh (grupa I), wartość średnia lęku wynosiła  $9,1 \pm 4,3$ , a w grupie II  $8,9 \pm 3,7$ , co wskazywało na istnienie zaburzeń lękowych. Wartość średnia depresji u chorych leczonych LMPCh oraz lekami biologicznymi była na poziomie ok. 7, co wskazywało w obu grupach na normę i brak zaburzeń depresyjnych.

Analizując wyniki badań poziomu lęku i depresji (HADS-A, HADS-D) oraz funkcjonowania fizycznego i psychicznego (SF-36 PCS, SF-36 MCS), zaobserwowano korelację. W grupie chorych stosujących LMPCh stwierdzono bardzo wysoką zależność pomiędzy odczuwaniem lęku (HADS-A) a funkcjonowaniem psychicznym (SF-36 MCS) ( $r = -0,55; p < 0,0001$ ) oraz odczuwaniem depresji (HADS-D) a funkcjonowaniem psychicznym (SF-36 MCS) ( $r = -0,53; p < 0,0001$ ). Zaobserwowano również korelację między odczuwaniem lęku (HADS-A) a funkcjonowaniem fizycznym (SF-36 PCS) ( $r = 0,30; p < 0,05$ ) (ryc. 2).

W grupie przyjmującej leki biologiczne odnotowano bardzo wysoką korelację pomiędzy odczuwaniem depresji



Ryc. 1. Porównanie obecnego stanu zdrowia do okresu przed rokiem w obu badanych grupach.

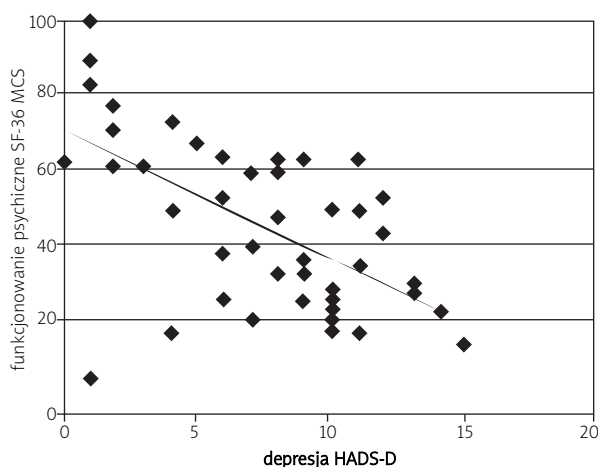
Fig. 1. Comparison of state of present health for period with before year in both of groups researched.

(HADS-D) a funkcjonowaniem psychicznym (SF-36 MCS) ( $r = -0,52; p < 0,0001$ ). Stwierdzono również korelację pomiędzy odczuwaniem lęku (HADS-A) a funkcjonowaniem psychicznym (SF-36 MCS) ( $r = -0,48; p < 0,05$ ) (tab. III).

### Ocena jakości życia (SF-36) a odczuwanie bólu (VAS) w obu grupach badanych

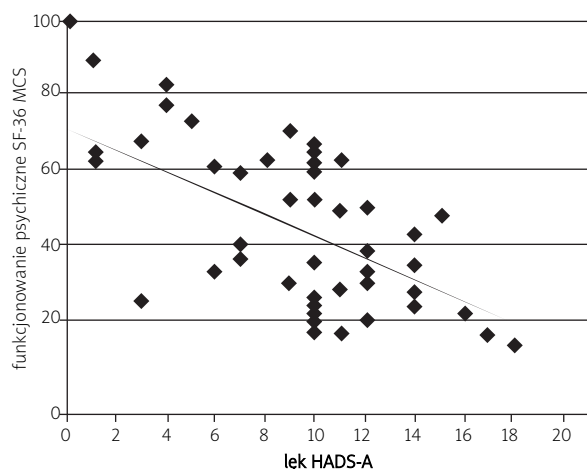
Wartość średnia bólu u chorych stosujących LMPCh wynosiła  $59,5 \pm 12,9$ , a u leczonych lekami biologicznymi  $60,4 \pm 17,9$ , co wskazywało na średni stopień odczuwania bólu zarówno w grupie I, jak i w grupie II.

Analizując korelację pomiędzy odczuwaniem dolegliwości bólowych (VAS) a funkcjonowaniem fizycznym (SF-36 PCS) i psychicznym (SF-36 MCS), zaobserwowano wysoką korelację pomiędzy odczuwaniem bólu a funkcjonowaniem fizycznym u respondentów przyjmujących leki biologiczne ( $r = -0,40; p < 0,05$ ) (tab. IV).



Ryc. 2. Odczuwanie lęku i depresji a funkcjonowanie psychiczne (SF-36 MCS) w grupie I.

Fig. 2. Perceiving of fear and depression but mental functioning (SF-36 MCS) in group I.



**Tabela III.** Odczuwanie lęku i depresji a funkcjonowanie fizyczne (SF-36 PCS) i psychiczne (SF-36 MCS) w grupie II

**Table III.** Perception of fear and depression, and physical (SF-36 PCS) and mental (SF-36 MCS) functioning in group II

Wybrane zmienne	Chorzy leczeni lekami biologicznymi					
	HADS-A			HADS-D		
	R Spearmana	R <sup>2</sup>	p	R Spearmana	R <sup>2</sup>	p
funkcjonowanie fizyczne SF-36 PCS	-0,12	0,002	0,3910	-0,19	0,01	0,184
funkcjonowanie psychiczne SF-36 MCS	-0,48	0,11	0,0003	-0,52	0,15	0,0001

R – wartość współczynnika korelacji rang Spearmana; R<sup>2</sup> – współczynnik determinacji; p – poziom istotności

**Tabela IV.** Odczuwanie bólu (VAS) a funkcjonowanie fizyczne (SF-36 PCS) i psychiczne (SF-36 MCS) w obu grupach badanych

**Table IV.** Perception of pain (VAS), and physical (SF-36 PCS) and mental (SF-36 MCS) functioning in both researched groups

Wybrane zmienne	Chorzy leczeni lekami biologicznymi					
	HADS-A			HADS-D		
	R Spearmana	R <sup>2</sup>	p	R Spearmana	R <sup>2</sup>	p
funkcjonowanie fizyczne SF-36 PCS	-0,011	0,001	0,9367	-0,40	0,30	0,0035
funkcjonowanie psychiczne SF-36 MCS	0,0019	0,000004	0,9894	-0,24	0,050	0,0829

R – wartość współczynnika korelacji rang Spearmana; R<sup>2</sup> – współczynnik determinacji; p – poziom istotności

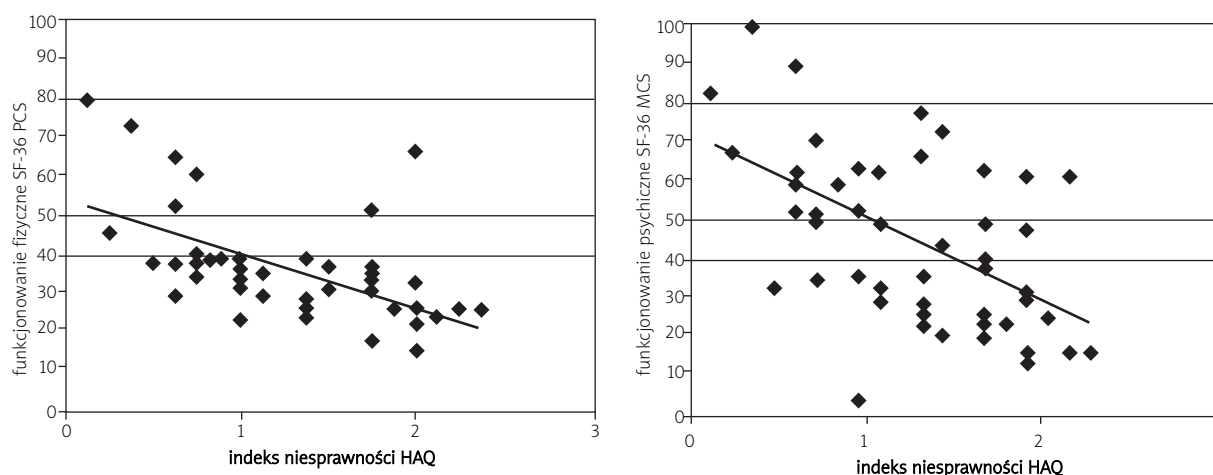
### Ocena jakości życia (SF-36) a sprawność fizyczna (indeks niesprawności HAQ) w obu badanych grupach

Wartość średnia HAQ dla grupy I wynosiła  $1,3 \pm 0,5$ , a dla grupy II  $1,4 \pm 0,6$ , co wskazywało na pewne ograniczenia lub potrzebę pomocy w niektórych codziennych czynnościach. Nie obserwowano różnic istotnych statystycznie w obu grupach badanych ( $p > 0,05$ ).

U pacjentów leczonych LMPCh zaobserwowano bardzo wysokie korelacje pomiędzy poziomem niesprawności (HAQ) a jakością życia w sferze funkcjonowania fizycznego ( $r = -0,61$ ;  $p < 0,0001$ ) i psychicznego ( $r = -0,54$ ;  $p < 0,0001$ ). Wraz z pogarszającą się sprawnością w czynnościach dnia codziennego słabła ocena jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego i fizycznego (ryc. 3).

U chorych stosujących leki biologiczne stwierdzono korelację pomiędzy poziomem niesprawności (HAQ) a jakością życia w sferze fizycznej ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,05$ ). Postępująca niesprawność w wykonywaniu czynności dnia codziennego w tej grupie badanej nie wpływała natomiast znacząco na ocenę jakości życia w sferze psychicznej.

Analizując wpływ czasu trwania choroby na badane zmienne, zaobserwowano różnicę istotną statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) pomiędzy nasileniem bólu w grupie 0–10 lat (grupa I – 58,65 vs grupa II – 47,68) oraz w grupie > 10 lat (grupa II – 70,5 vs grupa I – 60,65). W grupie powyżej 10 lat trwania choroby stwierdzono również różnicę istotną statystycznie ( $p \leq 0,05$ ) w zakresie odczuwania sztywności porannej (grupa II – 59,31 vs grupa I – 47,43) oraz ogólnej oceny zdrowia (grupa II – 65,39 vs grupa I – 56,91).



**Ryc. 3.** niesprawność a funkcjonowanie fizyczne (SF-36 PCS) i psychiczne (SF-36 MCS) w grupie I.  
**Fig. 3.** Inefficiency, but physical functioning (SF-36 PCS) and mental (SF-36 MCS) in group I.

Zaobserwowano, że wraz z czasem trwania choroby gorsza była ogólna ocena zdrowia, ocena aktywności choroby, nasilało się odczuwanie sztywności porannej oraz bólu, zwiększało się odczuwanie lęku i depresji w obu grupach badanych (tab. V).

### Omówienie wyników i dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą przewlekłą, prowadzącą do niepełnosprawności, inwalidztwa, a nawet przedwczesnej śmierci. Nieodwracalne zmiany stawowe powstają w ciągu pierwszych lat trwania

**Tabela V.** Analiza zależności wyników badań od czasu trwania choroby  
**Table V.** Analysis of dependence of results of research on duration of disease

Badana cecha	Czas trwania choroby 0–10 lat		Czas trwania choroby powyżej 10 lat	
	grupa I	grupa II	grupa I	grupa II
ogólna ocena zdrowia (mm)	49,62	51,40	56,91	65,39
	NS		$p \leq 0,05$	
ocena aktywności choroby (mm)	52,03	49,00	58,86	64,32
	NS		NS	
nasilenie sztywności porannej (mm)	43,00	37,52	47,43	59,31
	NS		$p \leq 0,05$	
odczuwanie bólu (VAS) (mm)	58,65	47,68	60,65	70,50
	$p \leq 0,05$		$p \leq 0,05$	
indeks niesprawności HAQ	1,20	1,02	1,49	1,69
	NS		NS	
odczuwanie lęku (HADS-A)	8,74	8,54	9,69	9,28
	NS		NS	
odczuwanie depresji (HADS-D)	7,40	6,61	7,47	8,17
	NS		NS	
ocena funkcjonowania fizycznego (SF-36 PCS)	38,03	45,42	32,22	34,59
	NS		NS	
ocena funkcjonowania psychicznego (SF-36 MCS)	44,48	47,37	45,13	41,04
	NS		NS	

choroby, co z perspektywy pacjenta oznacza określone dolegliwości, dysfunkcje fizyczne, obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia. W Polsce na RZS choruje ok. 400 000 osób i są to przede wszystkim osoby młode, między 30. a 50. rokiem życia [1].

Zgodnie z najnowszymi zaleceniami ACR/EULAR leczenie farmakologiczne należy wdrożyć jak najszybciej, wprowadzając leki LMPCh, monitorując objawy niepożądane i dostosowując terapię indywidualnie do każdego chorego. Wyniki badań dowodzą, że efektywność postępowania terapeutycznego znacząco wpływa na komfort życia pacjenta [2–4].

Prowadzone w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych UMB badania obejmowały 100 pacjentów z rozpoznaniem RZS ustalonym na podstawie standardów diagnostycznych ACR z 1987 r. Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowiły kobiety (70%), mężczyźni – 30%. Ankietowanych podzielono na 2 grupy: I grupę stanowili chorzy leczeni LMPCh, II grupę – chorzy otrzymujący leki biologiczne.

Głównymi problemami zdrowotnymi pacjentów w badanej populacji były: dolegliwości bólowe, sztywność poranna, postępująca niesprawność ruchowa w zakresie poruszania się, ogólne złe samopoczucie, osłabienie oraz stany przygnębienia i obniżenia nastroju.

Na jakość życia chorych z RZS wpływają głównie takie czynniki, jak: inwalidztwo, uporczywy ból, zmęczenie i depresja. Modyfikują ją przekonania dotyczące stanu zdrowia i problemy natury psychologicznej [11, 12].

Badania własne wskazują na dość słabe funkcjonowanie chorych, szczególnie w sferze fizycznej (grupa I 35,3 ± 13,8, grupa II 39,3 ± 15,1). Wartości średnie jakości życia w sferze psychicznej w obu grupach badanych były na poziomie ok. 44 pkt. Wskazuje to na średnią ocenę funkcjonowania psychicznego.

W badaniach Bączyk, dotyczących oceny jakości życia 120 pacjentów z RZS, zaobserwowano, że respondenci oceniają swój stan fizyczny i sprawność ruchową oraz stan emocjonalny na poziomie średnim [8].

Celem badań przeprowadzonych przez Sierakowską i wsp. była ocena jakości życia chorych na RZS na podstawie kwestionariusza WHOQOL BREF w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych. Wykazano, że respondenci najniżej oceniają dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależności od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból) oraz środowiskową w zakresie wolności, bezpieczeństwa psychicznego, dostępności i jakości opieki zdrowotnej [11].

Analizując w badaniach własnych zależność pomiędzy czasem trwania choroby a oceną jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego (SF-36 PCS) i psychicznego (SF-36 MCS), zaobserwowano, iż niezależnie od czasu trwania choroby i metody leczenia respondenci w obu grupach bada-

nych oceniają jakość życia na poziomie średnim, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej.

Meenan i wsp. zastosowali skalę AIMS do oceny jakości życia chorych na RZS. Autorzy zauważyli, że u pacjentów, u których choroba trwała dłużej niż 5 lat, funkcjonowanie w poszczególnych obszarach jakości życia było ustabilizowane [13].

Sherrer i wsp. w swoich badaniach donoszą, że funkcjonowanie chorych na RZS w życiu codziennym stabilizuje się po upływie pierwszych kilku lat trwania choroby. Niesprawność fizyczna szybko postępuje we wczesnym okresie choroby, a w późniejszych latach proces progresji przebiega bardzo wolno [14].

W badaniach Bączyk można zauważyć, iż osoby chorujące dłużej wskazują wyższe oceny satysfakcji życiowej. Fakt ten łączyć można z procesem adaptacji chorych do przebiegu i następstw przewlekłej choroby. Zaobserwowano również, że prawie wszystkie wskaźniki oceniające jakość życia osób, u których proces chorobowy trwał dłużej niż 5 lat, były nieco korzystniejsze w porównaniu z osobami, które chorowały krócej [8].

Analizując zależność pomiędzy odczuwaniem bólu (VAS) a funkcjonowaniem fizycznym (SF-36 PCS) i psychicznym (SF-36 MCS), zaobserwowano w badaniach własnych wysoką korelację pomiędzy odczuwaniem bólu a funkcjonowaniem fizycznym u respondentów przyjmujących leki biologiczne ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,05$ ). Nie odnotowano korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie chorych leczonych LMPCh.

W badaniach Wiśłowskiej i wsp., przeprowadzonych wśród 51 pacjentów, najbardziej widoczną korelację stwierdzono pomiędzy oceną jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego a odczuwaniem dolegliwości bólowych [15].

Bączyk, analizując korelację pomiędzy natężeniem bólu a jakością życia, wykazała również związek pomiędzy tymi wskaźnikami. Zaobserwowano znaczną zależność pomiędzy natężeniem bólu a oceną satysfakcji życiowej chorych (wartość współczynnika rzędu 0,3–0,4) [8].

Z badań własnych wynika, że zarówno w grupie chorych leczonych lekami biologicznymi, jak i LMPCh ponad połowa respondentów (grupa I i II – 56) zgłaszała poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Wielu ankietowanych (grupa I – 36%, grupa II – 34%) deklarowało dysfunkcje o nieznanym nasileniu w każdej dziedzinie codziennego życia. Niewielu respondentów (grupa I – 8%, grupa II – 10%) zgłaszało całkowitą niemożność wykonywania codziennych czynności bez pomocy.

Bączyk zwraca uwagę, iż tylko 6,8% badanych było całkowicie zdolnych do wykonania typowych czynności dnia codziennego, 90,4% pacjentów było zdolnych do wykonywania czynności dnia codziennego mimo pewnych

utrudnień, a 2,8% miało ograniczenia w zdolności do wypełniania czynności samoopiekuńczych, zawodowych i niezawodowych [8, 9].

Analizując zależność pomiędzy stopniem niesprawności (HAQ) a oceną jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego i psychicznego u osób ankietowanych leczonych LMPCh, zaobserwowano bardzo wysokie korelacje pomiędzy indeksem niesprawności HAQ a skalą: oceny jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego ( $r = -0,61$ ;  $p < 0,0001$ ) oraz psychicznego ( $r = -0,54$ ;  $p < 0,0001$ ). U respondentów leczonych lekami biologicznymi stwierdzono wysoką korelację między natężeniem poziomu niesprawności (HAQ) a oceną jakości życia w sferze fizycznej ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,05$ ).

Olewicz-Gawlik i wsp. w badaniach przeprowadzonych w grupie 72 chorych na RZS zaobserwowali znaczny wpływ postępującej niesprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego na ocenę jakości życia. Średnia wartość HAQ w grupie badanej wynosiła 1,3 (zakres 0–2,62) [10].

## Wnioski

1. Niezależnie od metody leczenia farmakologicznego obie grupy na wyższym poziomie oceniają jakość życia w sferze funkcjonowania psychicznego niż fizycznego.
2. Problemy sfery psychicznej (lęk, depresja) w grupie leczonej LMPCh wpływają znacząco na gorszą ocenę jakości życia, zarówno w sferze funkcjonowania psychicznego, jak i fizycznego. Zaburzenia lękowe i depresyjne u chorych stosujących leki biologiczne mają większy wpływ na funkcjonowanie psychiczne.
3. Dolegliwości bólowe powodują gorszą ocenę jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego u respondentów leczonych lekami biologicznymi. U ankietowanych stosujących LMPCh ból nie wpływa znacząco na ocenę jakości życia, zarówno w sferze funkcjonowania fizycznego, jak i psychicznego.
4. Zwiększający się deficyt niesprawności w czynnościach dnia codziennego (HAQ) pogarsza ocenę jakości życia w sferze fizycznej w obu grupach badanych. Niesprawność obniża ocenę funkcjonowania psychicznego i społecznego, szczególnie w grupie przyjmującej LMPCh.

## Piśmiennictwo

1. Filipowicz-Sosnowska A, Stanisławska-Biernat E, Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. Medycyna po Dyplomie 2004; 2: 9-21.
2. Stanisławska-Biernat E, Sierakowska M, Sierakowski S. Nowe kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów. Reumatologia 2010; 48: 361-365.
3. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2010; 62: 2569-2581.

4. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010; 69: 1580-1588.
5. Jarecka M, Borowicz P. Rekombinowane leki biologiczne w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. Terapia i Leki 2009; 8: 540-547.
6. Newth S, Delongis A. Individual differences, mood and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. Psychology Health 2004; 19: 283-305.
7. Hewlett S, Cockshott Z, Duddy J, et al. Anxiety is more common than depression in arthritis. Rheumatology 2002; 41 (suppl. 2): 23.
8. Baczyk 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.
9. Bączyk G. Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2008; 46: 372-379.
10. Olewicz-Gawlik A, Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. Reumatologia 2007; 45: 346-349.
11. Sierakowska M, Krajewska-Kułak E, Sierakowski S. Postępująca niepełnosprawność, ból a jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Przegl Lek 2005; 62: 89-94.
12. Sierakowska M, Matys A, Kosior A i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2006; 44: 298-303.
13. 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; 31: 714-720.
14. 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.
15. Wiśłowska M, Kanecki K, Tyszko P, Kapata A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2010; 48: 104-111.