

# Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia

*Health problems of patients with osteoarthritis and their impact on the health-related quality of life*

Matylda Sierakowska<sup>1</sup>, Stanisław Sierakowski<sup>2</sup>, Monika Wróblewska<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Słowa kluczowe:** choroba zwyrodnieniowa stawów, problemy zdrowotne, jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia.

**Key words:** osteoarthritis, health problems, health-related quality of life.

## Streszczenie

**Wstęp:** Choroba zwyrodnieniowa stawów jest przewlekłą, niezapalną chorobą stawów o wieloczynnikowej etiologii. Na skutek przewlekłego procesu destrukcyjnego w stawach pacjent odczuwa dolegliwości ze strony narządu ruchu, ma obniżoną sprawność i trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym, a w rezultacie – jakość jego życia jest niższa.

**Cel pracy:** Celem badań jest identyfikacja problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, ocena stopnia sprawności i umiejętności radzenia sobie w życiu codziennym, ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL), określenie roli zespołu terapeutycznego w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych pacjentów i poprawie jakości życia.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów wg kryteriów ACR. Zastosowano kwestionariusz ankiety i indeks niesprawności HAQ (0–3), indeks Leguesne'a (0–24), skalę WOMAC (0–100), wzrokowo-analogową skalę oceny bólu (VAS 0–100), kwestionariusz jakości życia WHOQOL-BREF (4–20).

**Wyniki:** Z wielu zgłaszanych problemów zdrowotnych najbardziej dokuczliwy był ból (82%) – 64 respondentów odczuwało go bardzo często, o dość dużym nasileniu [WOMAC A – 56,86, ból w ruchu (VAS) – 61,14, ból w spoczynku (VAS) – 47,33];  $p \leq 0,05$ . Wraz z wiekiem wzrastało uzależnienie od pomocy innych (WOMAC A – 79,4, WOMAC B – 84,06, WOMAC C – 86,3; indeks Leguesne'a – 20,75, HAQ – 2,6);  $p \leq 0,05$ . Ogółem 51 ankietowa-

## Summary

**Background:** Osteoarthritis is a chronic non-inflammatory disease and has multi-factorial aetiology. In the effect of a chronic destructive process affecting joints, patients suffer from decreased joint mobility and have problems with everyday functioning; as a result, the disease lowers the patients' quality of life.

**Aim of the study:** The objective of the study was to identify major health problems in osteoarthritis patients, evaluate life quality influenced by the state of health, evaluate the degree of physical fitness and ability to cope with everyday tasks and to describe the role of the therapeutic team in solving patients' health problems and improvement of quality of life.

**Material and methods:** The study group consisted of 100 randomly chosen patients with diagnosed osteoarthritis according to the ACR criteria. The basic research tools included a survey questionnaire and Disability Index HAQ (0–3), Lequesne Index (0–24), WOMAC scale (0–100), Visual-Analogue Pain Assessment Scale (VAS 0–100) and life quality questionnaire WHOQOL BREF (4–20).

**Results:** Pain was the most often reported health problem (82%), 64% of subjects reported pain very often (WOMAC A – 56.86, pain during movement (VAS) – 61.14, pain during rest (VAS) – 47.33)  $p < 0.05$ . With age of subjects the dependence on support of others increased (WOMAC A – 79.4, WOMAC B – 84.06, WOMAC C – 86.3; Lequesne index – 20.75, HAQ – 2.6)  $p \leq 0.05$ . In total, 51 subjects reported serious, permanent difficulties in joints function and joints mobility (WOMAC C – 71.48, Lequesne index – 17.47, HAQ – 1.9)

---

## Adres do korespondencji:

dr med. Matylda Sierakowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7 A, 15-096 Białystok, tel./faks +48 85 74 85 528, e-mail: matyldasierakowska@gazeta.pl

nnych deklarowało trwałe ograniczenia ruchomości stawów (WOMAC C – 71,48, indeks Lequesne'a – 17,47, HAQ – 1,9);  $p \leq 0,05$ . W ocenie HRQOL najniższy wynik uzyskano w dziedzinie psychologicznej (QOL – 11) i fizycznej (QOL – 11,2). Większość respondentów ( $n = 65$ ) często odczuwała stany obniżonego nastroju oraz miała poczucie izolacji społecznej i ograniczenia w pełnieniu swoich funkcji.

**Wnioski:** Głównym problemem zdrowotnym osób z chorobą zwyrodnieniową stawów był przewlekły ból. Czas trwania choroby znacząco wpływał na obniżenie sprawności fizycznej – trudności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności. W subiektywnej ocenie HRQOL najstabiliej wypadła dziedzina psychologiczna i fizyczna.

Badania dowodzą, że priorytetowym celem opieki powinno być tagodzenie dolegliwości bólowych, usprawnienie funkcji stawów, ograniczenie inwalidztwa oraz wsparcie emocjonalne i informacyjne.

## Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) (*osteoarthritis*) jest jedną z najczęstszych przyczyn dolegliwości ze strony narządu ruchu, obniżonej sprawności i trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym [1–3]. Charakteryzuje się ona przewlekłym procesem destrukcji chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kostnej, współistniejącym z procesami naprawczymi. Zmianom towarzyszyć może wtórnie proces zapalny błony maziowej. Choroba obejmuje wszystkie tkanki stawu [2]. Dotyczy populacji w starszym wieku, choć może stanowić poważny problem zdrowotny u osób przed 50. rokiem życia. Cięższe postaci ChZS częściej dotyczą kobiet. Postać ChZS z zajęciem stawów kolanowych i biodrowych jest główną przyczyną inwalidztwa osób starszych [4].

Podstawowym problemem klinicznym jest ból stawów, nasilający się w czasie obciążenia i ruchu, a ustępujący w spoczynku. W przypadku bardzo zaawansowanych zmian ból jest silny i pojawia się także przy braku aktywności oraz w nocy (problem bezsenności). Dolegliwością chorych jest również sztywność stawowa, tzw. sztywność startowa, po okresie bezruchu. Ograniczenie ruchomości w stawach występuje z wtórnym zanikiem okolicznych mięśni. Na skutek zmian destrukcyjnych w obrębie stawów dochodzi do zniekształceń i przykurczów. Pacjenci skarżą się na niestabilność w stawach – zwłaszcza w stawie kolanowym [2, 5].

W profilaktyce ChZS istotne jest wczesne wykrywanie schorzeń, które mogą sprzyjać rozwojowi w przyszłości zaburzeń wpływających na funkcje stawu, np. wad postawy, zniekształceń kręgosłupa, nadwagi w zapobieganiu chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego (koksartrozy), czy wczesne korygowanie koślawości i szpotawości kolan – w profilaktyce ChZS kolana (gonartrozy).

Leczenie powinno być zindywidualizowane, wykorzystujące przede wszystkim metody niefarmakologiczne, w przypadku których szczególną wagę przypisuje się

$p \leq 0,05$ . In HRQOL, the lowest test results were observed in the psychological and physical dimension. Most of respondents ( $n = 65$ ) frequently reported low mood, sense of social isolation and limitation in fulfilling life roles.

**Conclusions:** Chronic pain was the main problem of osteoarthritis patients. The disease duration significantly influenced the physical fitness: difficulties with mobility and everyday functioning. In the subjective evaluation of HRQOL, psychological and physical dimensions gave the poorest results.

The primary aim of care is to lower the level of pain and improve the function of joints as well as limit invalidity and provide patients with emotional and information support.

edukacji pacjenta, redukcji masy ciała, ćwiczeniom kinetyczoterapeutycznym i fizykoterapii, a także zaopatrzeniu w pomoce ortopedyczne oraz sprzęt ułatwiający poruszanie się i samoobsługę [6–8].

Akceptacja choroby połączona z profesjonalną opieką, systematycznym przyjmowaniem leków i ćwiczeniami usprawniającymi korzystnie wpływa na poprawę jakości życia.

Badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia oceniają, w jaki sposób wystąpienie choroby i związane z nią ograniczenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Stanowią ważne źródło wiedzy o samopoczuciu chorego i jego problemach [9–11].

Celem badań była identyfikacja głównych problemów zdrowotnych pacjentów z ChZS; ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life – HRQOL*) w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i wpływu środowiska, ocena stopnia sprawności pacjentów i umiejętności radzenia sobie w życiu codziennym, określenie roli zespołu terapeutycznego w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych pacjentów i poprawie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów wg kryteriów Amerykańskiego Kolegium Reumatologii (*American College of Rheumatology – ACR*). W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety i indeksu niesprawności HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire, Disability Index 0–3*), indeksu bólowo-czynnościowego Lequesne'a (*Leguesne Index 0–4*), skali WOMAC (*Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index: A – ból 0–100, B – sztywność 0–100, C – sprawność fizyczna 0–100*), wzrokowo-analogowej skali oceny bólu VAS

w ruchu i spoczynku (*Visual Analogue Score* 0–100) i kwestionariusza jakości życia WHOQOL-BREF (4 dziedziny życia – fizyczna, psychologiczna, relacji społecznych i środowiska) (4–20) w polskiej wersji językowej.

Do analizy statystycznej posłużono się pakietem statystycznym 8.0. Rezultaty weryfikowano testami *t*-Studenta i  $\chi^2$ . Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, gdy poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów z rozpoznaną ChZS. Ze względu na wiek dokonano podziału na trzy grupy: 45–60 lat ( $n = 39$ ), 61–76 lat ( $n = 38$ ),  $\geq 77$  lat ( $n = 23$ ). Wśród 100 ankietowanych były 72 kobiety i 28 mężczyzn. Ze względu na czas trwania choroby badanych podzielono również na trzy grupy: I – 0–5 lat ( $n = 30$ ), II – 6–10 lat ( $n = 39$ ) oraz III  $\geq 11$  lat ( $n = 31$ ). Większość respondentów ( $n = 65$ ) zamieszkiwało obszary miejskie, miało wykształcenie podstawowe ( $n = 40$ ), średnie ( $n = 30$ ) i zawodowe ( $n = 27$ ). Najliczniejszą grupę chorych stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym i z czasem trwania choroby  $\geq 11$  lat (60%) oraz z wykształceniem średnim, chorujący 6–10 lat (56,7%); 1/3 badanych pracowała zawodowo, pozostali w porównywalnych grupach przebywali na emeryturze lub rencie.

### Problemy natury fizycznej

Zmiany zwyrodnieniowe zdiagnozowane w badanej populacji obejmowały zwykle kilka stawów, głównie kręgosłupa (51%) oraz rąk (49%). Na zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych i kolan uskarżało się kolejno 43% i 41% badanych.

Ankietowani zamieszkujący tereny wiejskie nieco częściej wskazywali na problemy ze strony stawów rąk

(60%) oraz stawów biodrowych (51%) w porównaniu z mieszkańcami miast. Zaobserwowano progresję zmian zależną od czasu trwania choroby. U pacjentów z wczesną ChZS (0–5 lat) zmiany dotyczyły głównie stawów kręgosłupa (63,3%), natomiast przy dłuższym czasie trwania ChZS ( $\geq 11$  lat) zmiany obejmowały najczęściej stawy biodrowe (80,6%), stawy rąk (61,3%) oraz kręgosłupa (58%).

Spośród wielu skarg najbardziej dokuczliwym problemem zdrowotnym był ból (82%). Ograniczenie ruchomości (47%) oraz sztywność stawów (40%) oceniono porównywalnie. Nie bez znaczenia była również świadomość przewlekłego, postępującego przebiegu choroby (35%). Analiza nasilenia problemów w zależności od wieku badanych wykazała progresję zmian, szczególnie w zakresie ograniczenia ruchomości. Wraz z wiekiem zwiększało się uzależnienie od pomocy innych osób.

Ocena jakości życia pacjentów na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF wskazała na gorsze funkcjonowanie badanych w dziedzinie psychologicznej (uczucia, samoocena, duchowość) (QOL – 11) i fizycznej (mobilność, ból, zdolność do pracy, czynności życia codziennego) (QOL – 11,2). Najwyższe wyniki uzyskano w dziedzinie społecznej (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna) (QOL – 13,6), nieco niższe w dziedzinie środowiskowej (finanse, bezpieczeństwo, dostępność opieki, informacja) (QOL – 12,36). W grupie najstarszych pacjentów (grupa III) obserwowano zdecydowanie niższe wartości HRQOL w dziedzinie fizycznej (9,11) i psychologicznej (9,55) w porównaniu z grupą I i II ( $p \leq 0,05$ ) (tab. I).

U pacjentów chorujących dłużej niż 10 lat uwagę zwraca znaczny wzrost indeksu Lequesne'a (18,06), WOMAC (wartość średnia 47,55), a także wskaźnika HAQ (2,1) w stosunku do chorych z krótszym czasem trwania choroby ( $p \leq 0,05$ ) (tab. II).

**Tabela I.** Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w odniesieniu do wieku badanych  
**Table I.** Evaluation of life quality influenced by the state of health in relation to the age of subjects

Dziedziny jakości życia	Wiek badanych		
	45–60 lat; grupa I ( $n = 39$ )	61–76 lat; grupa II ( $n = 38$ )	$\geq 77$ lat; grupa III ( $n = 23$ )
HRQOL (4–20)			
dziedzina fizyczna	13,54	10,94	9,11
dziedzina psychologiczna	12,47	10,98	9,55
zmiennosc statystyczna $p$		grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$ grupa II vs grupa III $p \leq 0,05$	
dziedzina społeczna	14,67	13,88	12,26
dziedzina środowiskowa	12,98	12,61	11,48
zmiennosc statystyczna $p$		grupa I vs grupa III $p \leq 0,05$ grupa II vs grupa III $p \leq 0,05$	

**Tabela II.** Ocena funkcjonowania fizycznego z wykorzystaniem indeksów WOMAC, Lequesne'a i HAQ w odniesieniu do czasu trwania choroby

**Table II.** Evaluation of physical functioning with the use of WOMAC, Lequesne and HAQ indexes in relation to the disease duration

Badane parametry	Czas trwania choroby			Ogółem n = 100
	0–5 lat; grupa I (n = 31)	6–10 lat; grupa II (n = 39)	≥ 11 lat; grupa III (n = 30)	
ból w ruchu (VAS)	30,07	55,13	66,97	50,11
ból w spoczynku (VAS)	19,37	39,33	50,77	36,89
WOMAC A	26,56	51,03	62,34	47,19
WOMAC B	26,58	49,55	65	47,45
WOMAC C	31,01	56,39	75,5	54,7
HAQ	0,85	1,47	2,1	1,48
indeks Lequesne'a	7,95	14,5	18,06	13,64
zmiennosc statystyczna p	grupa I vs grupa II i III p ≤ 0,05			
	grupa II vs grupa III p ≤ 0,05			

Wśród badanych 64/100 bardzo często odczuwało bóle stawów, a 36/100 tylko niekiedy. Im dłuższy był czas trwania choroby, tym częściej występowały dolegliwości bólowe (grupa z czasem trwania choroby 6–10 lat – 74,4%, grupa ≥ 11 lat – 93,6%). Badani, którzy bardzo często odczuwali bóle stawów, wskazywali na wyższe wartości indeksu WOMAC A (56,86) oraz większe nasilenie bólu stawów w ruchu (61,14), a także w spoczynku (47,33) w stosunku do pacjentów odczuwających ból tylko niekiedy (p ≤ 0,05) (tab. III).

**Tabela III.** Ocena bólu stawów w spoczynku i w ruchu oraz analiza indeksu WOMAC A w odniesieniu do częstości odczuwanego bólu stawów

**Table III.** Evaluation of joint pain during rest and movement and analysis of WOMAC index in relation to the frequency of joint pain

Badane parametry	Częstość odczuwanego bólu stawów	
	bardzo często grupa I (n = 64)	niekiedy grupa II (n = 36)
WOMAC A	56,86	30,08
ból w ruchu (VAS)	61,14	30,66
ból w spoczynku (VAS)	47,33	18,54
zmiennosc statystyczna p	grupa I vs grupa II p ≤ 0,05	

Większość chorych (n = 61) odczuwało typową dla ChZS sztywność stawów. Obserwowano nasilenie się objawu wraz ze wzrostem wieku pacjentów: powyżej 77. roku życia u 78,3%, w wieku 61–76 lat – u 68,4%.

Ogółem 51 ankietowanych deklarowało trwałe ograniczenie ruchomości stawów, na co wskazuje wysoki indeks WOMAC C (71,48), indeks Lequesne'a (17,47) oraz HAQ (1,9) (p ≤ 0,05) (tab. IV). Problem dotyczył głównie chorych powyżej 77. roku życia (82,6%) i z czasem trwania choroby ponad 10 lat (84%).

**Tabela IV.** Ocena indeksów WOMAC C, Lequesne'a oraz HAQ w odniesieniu do zakresu ruchów w stawach

**Table IV.** Evaluation of WOMAC C, Lequesne, and HAQ indexes in relation to ability of joint movement

Badane parametry	Zakres ruchów w stawach	
	trwałe ograniczenie ruchomości grupa I (n = 51)	częściowe ograniczenie ruchomości grupa II (n = 49)
HAQ	1,9	1,06
WOMAC C	71,48	38,73
indeks Lequesne'a	17,47	10,06
zmiennosc statystyczna p	grupa I vs grupa II p ≤ 0,05	

Prawie połowa ankietowanych ( $n = 49$ ) potrzebowała pomocy w niektórych czynnościach dnia codziennego, natomiast 17 wymagało stałej systematycznej opieki. Pacjenci, którzy wszystkie czynności dnia codziennego wykonywali samodzielnie, w mniejszym stopniu odczuwali nasilenie bólu (WOMAC A – 27,1), sztywność stawów (WOMAC B – 25,39), pogarszanie się sprawności fizycznej (WOMAC C – 27,8), a także lepiej funkcjonowali w swoim środowisku (HAQ – 0,67) w porównaniu z osobami zależnymi od otoczenia, częściowo lub stale ( $p \leq 0,05$ ) (tab. V).

Biorąc pod uwagę kryterium wieku, zaobserwowano, że 56,5% chorych powyżej 77. roku życia potrzebowało stałej, systematycznej opieki. Pacjenci zależni od osób

trzecich mieli bardzo niską wartość HRQOL w dziedzinie fizycznej (6,82) i psychologicznej (8,46), nieco wyższą w środowiskowej (11,19) oraz społecznej (12,96) ( $p \leq 0,05$ ) (tab. VI).

### Problemy natury psychologicznej i społecznej

Większość respondentów ( $n = 65$ ) cały czas odczuwała stany obniżonego nastroju. Dotyczyło to w nieco większym stopniu kobiet (69,4%) niż mężczyzn (53,6%).

Osoby odczuwające stany przygnębienia cały czas znacznie gorzej oceniały swoje funkcjonowanie we wszystkich czterech dziedzinach jakości życia (dziedzina fizyczna – 10,25, psychologiczna – 10,25, środowiskowa –

**Tabela V.** Ocena indeksów WOMAC, Lequesne'a i HAQ w odniesieniu do samodzielnego funkcjonowania pacjentów w swoim środowisku

**Table V.** Evaluation of WOMAC, Lequesne, and HAQ indexes in relation to non-assisted functioning of patients in their environment

Badane parametry	Możliwości samodzielnego funkcjonowania		
	osoby samodzielne grupa I ( $n = 34$ )	osoby potrzebujące częściowej pomocy grupa II ( $n = 49$ )	osoby potrzebujące stałej opieki grupa III ( $n = 17$ )
HAQ	0,67	1,65	2,6
indeks Lequesne'a	8,05	14,72	20,75
WOMAC A	27,1	49,57	79,4
WOMAC B	25,39	49,5	84,06
WOMAC C	27,8	61	86,3
zmiennosc statystyczna $p$	grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$ grupa II vs grupa III $p \leq 0,05$		

**Tabela VI.** Ocena jakości życia badanych w odniesieniu do możliwości samodzielnego funkcjonowania

**Table VI.** Evaluation of life quality in relation to the patient's ability of non-assisted functioning

Dziedziny jakości życia HRQOL (4–20)	Możliwości samodzielnego funkcjonowania		
	osoby samodzielne grupa I ( $n = 34$ )	osoby potrzebujące częściowej pomocy grupa II ( $n = 49$ )	osoby potrzebujące stałej opieki grupa III ( $n = 17$ )
dziedzina fizyczna	13,82	10,86	6,82
dziedzina psychologiczna	12,38	10,99	8,46
zmiennosc statystyczna $p$	grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$ grupa II vs grupa III $p \leq 0,05$		
dziedzina społeczna	14,79	13,19	12,96
dziedzina środowiskowa	13,37	12,08	11,19
zmiennosc statystyczna $p$	grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$		

11,92, społeczna – 13,09) w porównaniu z pozostałymi badanymi ( $p \leq 0,05$ ) (tab. VII).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że przewlekły i postępujący przebieg choroby wpływał na poczucie izolacji społecznej oraz ograniczenie w pełnieniu ról, szczególnie w stanach pogorszenia zdrowia ( $n = 47$ ). Zgłaszane problemy nasilały się wraz z wiekiem; 1/3 badanych skarżyła się na poczucie izolacji społecznej przez cały czas.

W ocenie jakości życia w odniesieniu do odczuwanej izolacji społecznej zaobserwowano istotne różnice w grupie chorych cierpiących z powodu izolacji społecznej przez cały czas (grupa I) w porównaniu z chorymi odczuwającymi izolację w stanach pogorszenia zdrowia (grupa II) czy nieodczuwającymi jej wcale (grupa III). Osoby z grupy I nisko oceniły swoje funkcjonowanie w czterech dziedzinach HRQOL: fizycznej (8,64), psychologicznej (9,47), społecznej (12,59) oraz środowiskowej (11,37) w porównaniu z badanymi z pozostałych grup ( $p \leq 0,05$ ) (tab. VIII).

## Dyskusja

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą chorobą układu ruchu. Charakteryzuje się destrukcją chrząstki stawowej oraz podchrzęstnej warstwy kości, czego następstwem są przewlekły ból, sztywność i ograniczenie ruchomości. W jej przebiegu dochodzi do upośledzenia funkcji biologicznych organizmu, niesprawności fizycznej, kalectwa, a także zmian w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym pacjenta, prowadzących do niskiej oceny jakości życia [1, 2].

Na ocenę jakości życia w ChZS wpływa wiele takich czynników, m.in.: odczuwanie dolegliwości bólowych, poziom sprawności fizycznej, świadomość życia z przewlekłą chorobą, pozycja w społeczeństwie, osobnicze możliwości człowieka dotkniętego chorobą, potencjał jego sił adaptacyjnych oraz stopień uzyskanego wsparcia społecznego [9, 10].

Ocena jakości życia badanych pacjentów na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF wskazuje na gorsze

**Tabela VII.** Ocena jakości życia pacjentów w odniesieniu do odczuwania stanów przygnębienia  
*Table VII. Evaluation of patients' life quality in relation to occurrence of depressed moods*

Dziedziny jakości życia HRQOL (4–20)	Odczuwanie stanów przygnębienia		
	cały czas; grupa I ( $n = 65$ )	nieodczuwające; grupa II ( $n = 4$ )	czasami; grupa III ( $n = 31$ )
dziedzina fizyczna	10,25	13,43	12,75
dziedzina psychologiczna	10,25	13,33	12,21
zmienność statystyczna $p$	grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$		
dziedzina społeczna	13,09	14,83	14,56
dziedzina środowiskowa	11,92	13,63	13,16
zmienność statystyczna $p$	grupa I vs grupa III $p \leq 0,05$		

**Tabela VIII.** Ocena jakości życia pacjentów w odniesieniu do poczucia izolacji społecznej z powodu choroby  
*Table VIII. Evaluation of patients' life quality in relation to their sense of social isolation caused by the disease*

Dziedziny jakości życia HRQOL (4–20)	Odczuwanie izolacji społecznej		
	przez cały czas grupa I ( $n = 34$ )	w stanach pogorszenia zdrowia grupa II ( $n = 47$ )	nieodczuwanie izolacji społecznej grupa III ( $n = 19$ )
dziedzina fizyczna	8,64	12,42	12,51
dziedzina psychiczna	9,47	11,55	12,28
zmienność statystyczna $p$	grupa I vs grupa II i III $p \leq 0,05$		
dziedzina społeczna	12,59	13,84	14,88
dziedzina środowiskowa	11,37	12,55	13,74
zmienność statystyczna $p$	grupa I vs grupa III $p \leq 0,05$ grupa II vs grupa III $p \leq 0,05$		

funkcjonowanie w dwóch głównych dziedzinach HRQOL: psychologicznej (11) i fizycznej (11,2).

W grupie pacjentów w wieku  $\geq 77$  lat obserwuje się najniższą jakość życia w każdej dziedzinie.

Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że ból jest dominującym objawem choroby zwyrodnieniowej stawów [12, 13]. Ból stawów zgłaszali prawie wszyscy pacjenci. Bardzo często był to ból o dość znacznym nasileniu, odczuwało go 64 badanych (WOMAC A – 56,86, ból w ruchu – 61,14, ból w spoczynku – 47,33) ( $p \leq 0,05$ ).

Zaobserwowano, że wraz z wiekiem dolegliwości bólowe nasilały się, a ich częstość się zwiększała (82,6% badanych  $\geq 77$ . roku życia bardzo często odczuwało bóle stawów). Podobną zależność zauważono, badając zmienną czasu trwania choroby. U niemal wszystkich badanych z ChZS trwającą  $\geq 11$  lat (93,6%) bóle stawów występowały regularnie.

W wyniku zmian zwyrodnieniowych dochodzi do ograniczenia sprawności fizycznej, prowadzącej do pojawienia się specyficznych problemów w życiu codziennym chorego, w tym ograniczenia zdolności do dalszego funkcjonowania w roli aktywnego społecznie członka społeczeństwa. Wynikiem spadku wydolności fizycznej jest uzależnienie od pomocy innych, ograniczenie pełnienia ról społecznych, co niewątpliwie wpływa na zaburzenia nastroju, niską samoocenę i wystąpieniem depresji [14, 15].

Wśród badanych trwałe ograniczenie ruchomości stawów deklarowało 51 pacjentów. Były to głównie osoby z długim czasem trwania choroby ( $\geq 11$  lat – 84%) oraz starsze ( $\geq 77$  lat – 82,6%).

Respondenci z czasem trwania choroby ponad 10 lat w ponad 46% wymagali stałej, systematycznej opieki przez cały czas (WOMAC A – 79,4, WOMAC B – 84,06, WOMAC C – 86,3 i indeks Lequesne'a – 20,75 oraz HAQ – 2,6) ( $p \leq 0,05$ ).

Jakość życia zależy od dynamiki procesu chorobowego oraz od umiejętności radzenia sobie z problemami, jakie niesie choroba. Dla większości chorych priorytetem jest samodzielne funkcjonowanie, co wpływa korzystnie na fizyczny i psychiczny stan chorego, wzmacnia wiarę we własne siły oraz przywraca pozytywny sens egzystencji [9, 10, 16, 17].

W ocenie HRQOL zaobserwowano istotną zależność między osobami potrzebującymi stałej systematycznej pomocy w czynnościach dnia codziennego a osobami samodzielnymi bądź wymagającymi tylko częściowego wsparcia ( $p \leq 0,05$ ). Pacjenci zależni od osób trzecich mieli bardzo niską wartość HRQOL w dziedzinie fizycznej (6,82) i psychologicznej (8,46), nieco wyższą w środowiskowej (11,19) oraz społecznej (12,96).

Dla osoby chorej czy niepełnosprawnej bardzo ważne jest zachowanie możliwości aktywnego, niezależnego

życia. Wszelkie niepowodzenia zniechęcają chorego, który może odczuwać bezradność i beznadziejność wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej, mieć poczucie małej możliwości oddziaływania na nią [18]. W sferze zaburzeń emocjonalnych obserwuje się stany obniżonego nastroju, lęki, przygnębienie. Częstość występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród chorych na choroby reumatyczne, w tym ChZS, jest wyższa niż w populacji ogólnej [19, 20]. Zadaniem zespołu terapeutycznego jest nie tylko skuteczne leczenie, ale również wsparcie i porada, jak radzić sobie z problemami życia codziennego, ze stresem i z ograniczeniami, jakie niesie choroba [5, 8, 21, 22].

Analizując wyniki badań własnych, stwierdzono, że stany obniżonego nastroju cały czas odczuwało 65 badanych, były to głównie kobiety. Pacjenci z tej grupy znacznie gorzej ocenili swoje funkcjonowanie we wszystkich czterech dziedzinach jakości życia (dziedzina fizyczna – 10,25, psychologiczna – 10,25, środowiskowa – 11,92, społeczna – 13,09) w porównaniu z pozostałymi badanymi ( $p \leq 0,05$ ).

Otrzymałe wsparcie społeczne zwiększa samoocenę oraz poczucie własnej wartości, co jest ważnym czynnikiem do przezwyciężania trudności. Doświadczenie bliskości z innymi ludźmi, poczucie zrozumienia, akceptacji wzmacnia odporność psychiczną, sprzyja wzrostowi samooceny [23].

W badaniach własnych zaobserwowano, że postępujący charakter choroby wpływał na poczucie izolacji społecznej i ograniczał pełnienie ról u 46 ankietowanych, aczkolwiek tylko w stanach pogorszenia zdrowia. Dysfunkcję w tym zakresie przez cały czas odczuwało 34 pacjentów, głównie powyżej 77. roku życia. Respondenci odczuwający izolację społeczną przez cały czas znacznie niżej ocenili swoje funkcjonowanie w czterech dziedzinach HRQOL: fizycznej (8,64), psychologicznej (9,47), środowiskowej (11,37) i społecznej (12,59), w porównaniu z pozostałymi badanymi ( $p \leq 0,05$ ).

Standardy leczenia opracowane przez Polskie Towarzystwo Reumatologiczne wskazują na duże znaczenie samoopieki, właściwego stylu życia i rehabilitacji w ChZS [2]. Pacjent, który potrafi samodzielnie kierować własnym życiem, akceptujący chorobę, staje się niezależny, adaptuje się do zmieniających się warunków i uczy się żyć oraz funkcjonować, pomimo istniejących ograniczeń w środowisku domowym, zawodowym i społecznym [21, 22, 24].

## Wnioski

1. Głównymi problemami zdrowotnymi występującymi w grupie badanej były: dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchomości stawów, ich sztywność oraz przebiegły, postępujący charakter choroby.

2. Problemy fizyczne oraz społeczne, towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej stawów, wpływały negatywnie na stan psychiczny chorych, wywołując lęk, przygnębienie i poczucie rezygnacji.  
Ankietowani ze wszystkich dziedzin jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia najniżej ocenili funkcjonowanie psychologiczne i fizyczne.
3. Postępująca niesprawność oraz odczuwanie dolegliwości bólowych znacząco wpływały na trudności pacjentów w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Badani zależni od otoczenia gorzej ocenili swoje funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach HRQOL, szczególnie w dziedzinie fizycznej i psychologicznej.
4. Przewlekły, postępujący przebieg choroby wpływał na poczucie izolacji społecznej oraz ograniczenie w zakresie dotychczas pełnionych ról rodzinnych i zawodowych.
5. Jednym z ważnych zadań zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem z chorobą zwyrodnieniową stawów jest wsparcie emocjonalne i pomoc w zmaganiu się z przewlekłą, postępującą chorobą, akceptacji choroby i niepełnosprawności oraz edukacja zdrowotna, mająca na celu przygotowanie chorego do samoopieki i samokontroli własnego zdrowia.

#### Piśmiennictwo

1. Pazdur J. Choroba zwyrodnieniowa stawów – postępowanie terapeutyczne. *Przew Lek* 2003; 10: 77-78.
2. Szczepański L. Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2004; (supl. I) 42: 36-48.
3. Szczygłowski J. Zwyrodnienia narządu ruchu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 74-85.
4. Gburek Z, Goździk J. Zmiany zwyrodnieniowe a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2004; 42: 435-446.
5. Friedrich MJ. Kroki w kierunku zrozumienia i złagodzenia choroby zwyrodnieniowej stawów będą pomocne dla starzejącej się populacji. *JAMA* 2000; 2: 87-90.
6. Tuchocka A, Piotrowska M. Możliwości farmakoterapii w chorobie zwyrodnieniowej stawów. *Przew Lek* 2007; 3: 60-71.
7. Long AF, Kneafsey R, Ryan J. Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *Internat J Nurs Studies* 2003; 40: 663-673.
8. Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse the multi-professional rehabilitation team. *J Adv Nurs* 2002; 37: 70-78.
9. Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 2: 23-26.
10. Sierakowska M. Ocena jakości życia pacjentów. *Reumatologia* 2006; 44: 298-303.
11. Stucki G. Understanding disability. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 289-290.
12. Hill J. Pain and stiffness. In: *Rheumatology nursing. A creative approach*. Hill J (ed.). John Wiley&Sons, Ltd; 2006; 218-243.
13. Grime J, Richardson JC, Ong BN. Perceptions of joint pain and feeling well in older people who reported being healthy: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 597-603.
14. Stanistawska-Biernat E. Społeczne i ekonomiczne aspekty choroby zwyrodnieniowej stawów. *Pol Arch Med Wewn* 2008; 118: 50-53.
15. Zimmermann-Górska I. Choroba zwyrodnieniowa stawów – problem społeczny. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7: 653-656.
16. Wołowicka L, Jaracz K. Wybrane problemy metodologii badań jakości życia związanej ze stanem zdrowia. W: *Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*, Poznań 2001; 231-246.
17. Jędryka-Góral A, Łastowiecka E, Bugajska J. Jakość życia w chorobach reumatycznych a praca zawodowa. *Reumatologia* 2004; 42: 458-465.
18. Stucki G. Understanding disability. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 289-290.
19. Ryan S. Rheumatology. Part 4. Psychosocial issues. *Professional Nurse* 1999; 14: 509-512.
20. Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia* 2005; 43: 160-165.
21. Hill J. Patient education. In: *Rheumatology nursing. A creative approach*. Hill J (ed.). John Wiley&Sons, Ltd, 2006; 436-458.
22. Sierakowska M, Lewko J, Krajewska K i wsp. Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną – rola pielęgniarki w edukacji pacjentów. *Probl Pielęg* 2008; 16: 199-204.
23. Wiraszka G, Stępień R, Wrońska J. Badanie jakości życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 2: 9-13.
24. Sierakowska M, Doroszkiewicz H, Nyklewicz W, Mojsa W. Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwrheumatycznej – implikacje dla opieki pielęgniarskiej. *Probl Pielęg* 2010; 18: 232-238.