

Spółeczny kontekst przewlekłego bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

Social aspects of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis

Małgorzata Happach¹, Bożena Moskalewicz¹, Izabela Krzemińska-Dąbrowska¹, Katarzyna Świerkocka², Małgorzata Mańczak¹

¹Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii w Warszawie, kierownik Zakładu dr n. hum. Bożena Moskalewicz

²Klinika Chorób Tkanki Łącznej Instytutu Reumatologii w Warszawie, kierownik Kliniki prof. dr hab. med. Hanna Chwalińska-Sadowska, dyrektor Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie prof. dr hab. med. Sławomir Maśliński

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, ból stały, samoocena stanu zdrowia, strategia walki z bólem.

Key words: rheumatoid arthritis, chronic pain, self-assessment, coping.

Streszczenie

Cel: Prześledzenie społecznego kontekstu przewlekłego bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.

Metoda: Przebadano 100 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów chorujących od 5 do 15 lat. Każdy z badanych odpowiadał na pytania kwestionariusza zawierającego zmienne kliniczne i społeczne. Wykorzystano następujące skale: aktywność choroby w skali DAS 28, poziom bólu w skali VAS, skale samooceny stanu zdrowia. Pytano również o sposoby radzenia sobie z bólem i relacje z lekarzem specjalistą.

Wyniki: W dniu badania większość pacjentów zgłaszała bóle o słabym nasileniu. Ponad połowa badanych w ciągu roku poprzedzającego badanie doświadczała bólu o charakterze stałym, a większość badanych cierpiała z powodu bólów nocnych, wybudzających ze snu. Stwierdzono, że obecność bólów stałych i wybudzających ze snu znacznie obniża samoocenę stanu zdrowia badanych. Wykazano również, że w ocenie ponad połowy badanych ich stan zdrowia poprawił się w porównaniu z początkowym okresem choroby. Stan fizyczny poprawił się u 2-krotnie większej liczby osób niż stan psychiczny. W bezpośrednim kontakcie ze specjalistą pacjent oczekuje dialogu z lekarzem i szeroko rozumianej wiedzy o chorobie.

Wnioski: Przewaga poprawy stanu zdrowia fizycznego nad psychicznym po latach trwania choroby może wskazywać na znaczenie czynników psychosocjalnych w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Partnerska rozmowa z lekarzem specjalistą oraz szeroka wiedza na temat choroby są najważniejszymi potrzebami pacjentów.

Summary

Objectives: The study was designed to investigate social aspects of chronic pain and pain causing in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: 100 consecutive patients affected by RA treated in the outpatient department (min. 5, max. 15 years) were included in this study. All patients enrolled in the study answered a 40-minute interview with clinical and demographic data. We used the following measures: DAS 28 – disease activity, VAS – level of pain, and self-assessment of health status. Probands were also asked about coping with the disease and their opinion on doctor-patient relations.

Results: On the day of investigation minor pain was reported by the majority of patients. Minor pain was not dependent on age. Nevertheless, every second patient experienced permanent long-lasting pain for a year before investigation. The majority of the group suffered from night pain, causing disturbance of sleep. Disease activity was average or high in the majority of the investigated group. Permanent, chronic pain causing disturbance of sleep reduces the level of self-assessment of health. Health status of more than half of the group has improved when compared to onset of disease. Improvement of function was two times more frequent than improvement of psychological self-assessment. Patients in direct contact with a specialist look for two important possibilities: to engage in dialogue with a doctor and to receive wide knowledge of disease and treatment.

Conclusions: Significantly lower scores for improvement of psychological status in comparison with functional status after years of treatment indicate the significance of psycho-social

Adres do korespondencji:

lek. Małgorzata Happach, Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. E. Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

Praca wpłynęła: 1.06.2006 r.

Wstęp

Rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) jest na ogół zapowiedzią nie tylko przewlekłego cierpienia, ale też niepełnosprawności, zmniejszenia atrakcyjności fizycznej, konieczności zmiany planów życiowych [1, 2]. Może wiązać się z utratą pracy, znaczenia w społeczeństwie, uzależnieniem finansowym czy zwyczajną biedą. Wszystkie te problemy: socjalne, psychologiczne, zawodowe, nałożone na trudne zagadnienia lecznicze zmuszają człowieka chorego (w istocie samotnego w zmaganiu z chorobą) do wypracowywania własnych metod radzenia sobie z chorobą (ang. *coping*). Mamy nadzieję, że wielostronna analiza badanej grupy pacjentów przybliżyła nieco odpowiedź na pytanie, jakie procedury postępowania od początku choroby pozwolą złagodzić, po latach trwania, skutki choroby.

Celem pracy była ocena stanu fizycznego i psychicznego, strategii radzenia sobie z bólem, a także relacji społecznych w grupie pacjentów chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono za pomocą specjalnie skonstruowanych do celów badania kwestionariuszy, zawierających 66 pytań dotyczących stanu zdrowia oraz relacji społecznych pacjentów. Badanie stanu psychicznego chorych oceniano za pomocą skali Becka i kwestionariusza CISS. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów Przychodni

Tabela I. Charakterystyka badanych pacjentów
Table I. Patient characteristics

	Liczba osób
badani	100
w tym mężczyzn	13
poziom wykształcenia:	
podstawowe	25
średnie	48
wyższe	27
stan cywilny:	
w związku małżeńskim	62
wolni	38
osoby mające dzieci	77
osoby z orzeczoną stopniem inwalidztwa	52
osoby pracujące zawodowo	25

aspects of rheumatoid arthritis. The two most important expectations of the patient in direct contact with a specialist are a partnership and wide knowledge of disease and treatment.

Przyklinicznej Instytutu Reumatologii chorujących na RZS od 5 do 15 lat, w tym 87 kobiet w wieku 32–81 lat oraz 13 mężczyzn w wieku 39–76 lat. Średnia wieku wynosiła 58,5 roku. W związku małżeńskim pozostawały 62 osoby. W 38-osobowej grupie pacjentów samotnych było: 18 osób owdowiały, 9 rozwiedzionych, 11 panien i kawalerów. Dzieci miało 77 chorych. Bliskiej rodziny nie miało 18 pacjentów. W grupie badanych najwięcej, bo aż 48 osób, miało wykształcenie średnie (w populacji Polski osoby z wykształceniem średnim stanowią 32,5%). Wykształcenie podstawowe miało tylko 25 badanych (w Polsce grupa z wykształceniem podstawowym stanowi 57,5%), wykształcenie wyższe – 27 badanych (10% mieszkańców kraju ukończyło szkołę wyższą) [3]. Orzeczoną grupę inwalidzką miały 52 osoby. Reumatoidalne zapalenie stawów było przyczyną orzeczonego inwalidztwa u 48 osób, w tym u 14 chorych RZS było schorzeniem współistniejącym. U 9 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów orzeczono całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, u 21 osób – całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej, a u 22 osób częściową niezdolność do pracy (tab. I).

Wyniki badań

W dniu badania bóle o słabym nasileniu (mierzone w skali VAS) miało 61 chorych, 30 – bóle o średnim nasileniu, a 9 badanych odczuwało bóle silne [4]. Natężenie bólu było niezależne od wieku pacjenta, w każdej grupie wiekowej dominował bowiem ból słaby, rzadziej występował ból średni, a najrzadziej – ból o dużym natężeniu. Bóle towarzyszyły 61 chorym stale lub przez większą część roku poprzedzającego badanie. Bóle nocne, budzące ze snu występowały u 58 pacjentów (ryc. 1).

Jednocześnie z bólami stawów obwodowych chorzy zgłaszali:

- 1) bóle kręgosłupa:
 - bóle karku – 61 badanych,
 - bóle krzyża – 51 badanych,
- 2) bóle mięśniowe – 37 badanych,
- 3) bóle nie związane z układem ruchu – 16 badanych.

Bóle towarzyszące były czynnikiem dodatkowo obciążającym [5].

Sposoby walki z bólem

Na pytanie o sposoby walki z bólem 93 pacjentów odpowiedziało, że jest nim przyjmowanie leków przeciwbólowych. W ciągu roku poprzedzającego badanie 58 chorych stale zażywało niesteroidowe leki przeciwzapalne

(NLPZ). Wśród nich 77% stanowili chorzy z bólami utrzymującymi się stale (45%), 22,4% z bólami okresowymi (13%), 12% chorych w ciągu ostatnich 12 mies. nie zażywało NLPZ. Inne niż NLPZ leki przeciwbólowe zażywało 25 chorych – wśród nich tylko 7 osób zażywało je stale.

Z rehabilitacji – kinezyterapii i fizykoterapii – korzystało 60 chorych.

Do innych metod walki z bólem należały:

- intensywne zajęcia, odwracające uwagę od bólu (38 badanych),
- życie towarzyskie (23 badanych),
- medycyna niekonwencjonalna (12 badanych),
- inne metody (11 badanych).

Sposoby radzenia sobie z bólem stosowane przez chorych były podobne i nie zależały od natężenia bólu.

W porównaniu z początkiem choroby:

- u 8 pacjentów bóle ustąpiły niemal całkowicie,
- u 63 badanych ustąpiły częściowo,
- u 26 badanych bóle nasiliły się,
- u 3 badanych bóle pozostały bez zmian.

W dniu badania u 1/4 chorych stwierdzono wysoką aktywność choroby (w skali DAS 28), u 1/4 – małą aktywność, natomiast u połowy chorych aktywność średnią (3,2–5,1) [6, 7]. Połowa badanych w badaniu radiologicznym wykazywała okres II wg Steinbrockera.

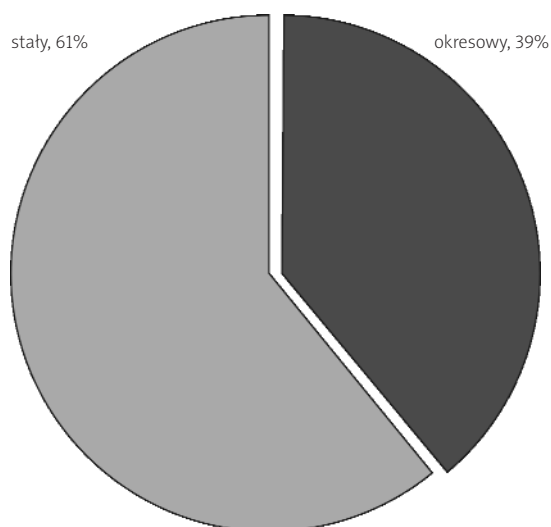
Samoocena stanu zdrowia była dość optymistyczna, 64 badanych oceniło swój stan zdrowia jako średni, 24 jako dobry i bardzo dobry, a tylko 12 jako zły i bardzo zły. W porównaniu z początkiem choroby w odczuciu chorego stan fizyczny:

- poprawił się u 50 badanych,
- pogorszył aż u 38 badanych.

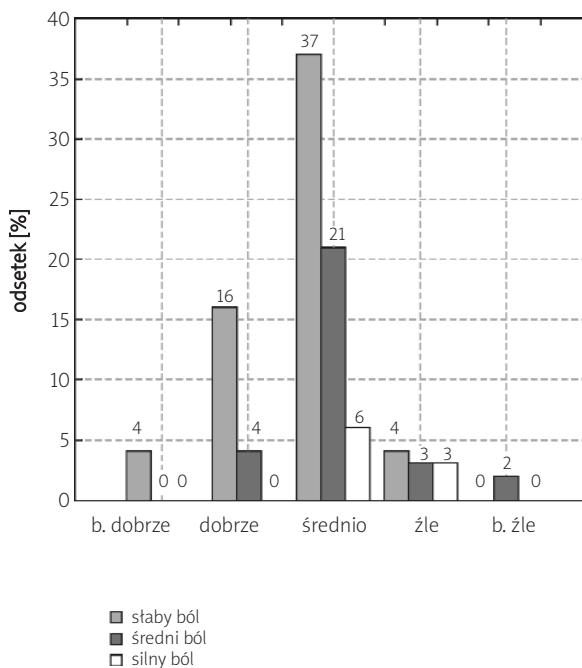
W grupie chorych deklarujących pogorszenie stanu fizycznego w porównaniu z początkiem choroby bóle o charakterze stałym występowały blisko 3-krotnie częściej w ciągu ostatniego roku niż bóle okresowe (do pół roku).

Ocena stanu zdrowia a stopień doznawanego bólu

Chorzy oceniający swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry nie mieli w dniu badania silnych bólów. Wszyscy chorzy oceniający swój stan zdrowia jako bardzo dobry odczuwali słaby ból. U chorych oceniających swój stan zdrowia jako dobry występował ból o słabym lub średnim natężeniu. Bóle silne zgłaszały osoby, które oceniały swój obecny stan zdrowia jako średni lub zły. Należy jednak podkreślić, że u osób oceniających swój stan zdrowia jako średni w dniu badania dominował ból słaby. Dwie osoby na 100 badanych oceniły swój stan



Ryc. 1. Ból stawów w ciągu 12 mies.
Fig. 1. Joint pain during 12 months.

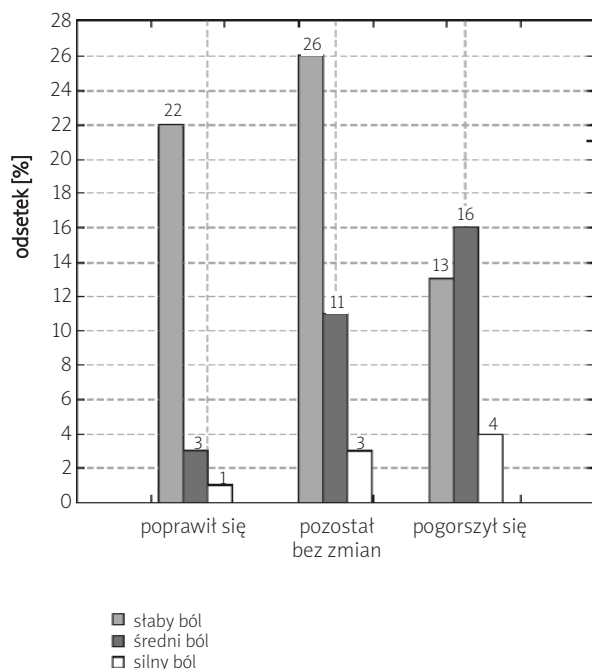


Ryc. 2. Samoocena stanu zdrowia.
Fig. 2. Self-assessment of general health status.

zdrowia jako bardzo zły, zgłaszając przy tym w dniu badania ból o charakterze średnim (ryc. 2.).

Ocena stanu psychicznego

Według samooceny badanych ich stan psychiczny pogarszał się wraz ze wzrostem częstości występowania



Ryc. 3. Zmiany stanu psychicznego w przebiegu RZS.

Fig. 3. Changes in psychological status in course of RA.

bólów o silnym natężeniu. Osoby z bólem słabym oceniały swój stan psychiczny bardziej pozytywnie (ryc. 3.).

Stan psychiczny, w ocenie badanych, poprawił się u 26% w porównaniu z początkiem choroby. W tej grupie badanych 76% przez ostatni rok miało tylko bóle okresowe. Poprawę stanu psychicznego w porównaniu z początkiem choroby częściej zgłaszały osoby z małą aktywnością, mierzoną w skali DAS (64%) [6, 7]. U 33,3% stan psychiczny pogorszył się, a u 40,6% pozostał bez zmian. W grupie chorych, których stan psychiczny się pogorszył, prawie 85% zgłaszało bóle o charakterze stałym. Pogorszenie stanu psychicznego w porównaniu z początkiem choroby częściej zgłaszały osoby z wysoką aktywnością, mierzoną w skali DAS (66%). Żadna z osób, które zgłaszały bóle stawów wybudzające stale ze snu, nie zgłosiła poprawy stanu psychicznego (w porównaniu z początkiem choroby). W ocenie pacjentów stan fizyczny poprawił się w porównaniu z początkiem choroby u 2-krotnie większej liczby pacjentów niż stan psychiczny. Ocena ta była niezależna od stanu cywilnego i wykształcenia badanych.

Powiązania rodzinne w reumatoidalnym zapaleniu stawów

W badanej grupie RZS występowało w najbliższej rodzinie chorego aż u 26 pacjentów (ok. 1/4 badanych).

Wśród osób obarczonych wywiadem rodzinnym choroba występowała u matki – 46%, u ojca – 4% i u rodzeństwa – 4%, oraz u dalszych krewnych – 46%. Występowanie choroby u członków rodziny nie miało związku z poziomem bólu czy stopniem aktywności choroby.

Większość pytanym o relacje rodzinne (78 badanych) twierdzi, że są one dobre lub bardzo dobre, dające wsparcie w chorobie, a tylko 3 badanych uznało, że stosunek rodziny do nich jest zły lub bardzo zły.

W grupie badanych 83 pacjentów deklarowało, że są osobami wierzącymi i praktykującymi. Swój stosunek do wiary pod wpływem choroby zmieniło 10 osób, swojego stosunku do religii z powodu choroby nie zmieniło 86 osób.

Relacje lekarz – pacjent

Najważniejszą sprawą dla pacjenta podczas wizyty u lekarza, poza kontynuacją leczenia, pozostaje rozmowa z lekarzem i jest to oczekiwanie niezależne od poziomu wykształcenia.

Informacji o RZS poza gabinetem lekarskim poszukiwało 75 osób. W grupie osób z wyższym wykształceniem takiej wiedzy poszukiwało 88%, z wykształceniem średnim – 75,6%, a z wykształceniem podstawowym – 58%. Pozostałe osoby zadowolili się wiedzą zdobytą w gabinecie lekarskim. Źródłem wiedzy na temat choroby była najczęściej prasa i inne środki masowego przekazu.

Kondycja finansowa badanych

Wśród badanych pacjentów zawodowo pracowało 25 osób, 20 osób było w wieku produkcyjnym, a 5 osób w wieku poprodukcyjnym (2 osoby – 66 lat, 2 osoby – 68 lat, 1 osoba – 70 lat) [8, 9]. W 100-osobowej grupie badanych 78 osób oświadczyło, że są samowystarczalne pod względem materialnym. Pozostała grupa badanych korzysta z pomocy rodziny (12 osób) bądź z zasiłku. Zasiłek z miejsca pracy otrzymuje 1 osoba, zasiłek z opieki społecznej – 1 osoba. Średnie miesięczne wydatki na leki z powodu RZS w badanej grupie wynoszą 127,50 zł.

Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą o nieznanym przyczynie, a więc pozbawioną leczenia przyczynowego. Przebiega często w sposób trudny do przewidzenia, z okresami zaostrzeń i remisji, często z zajęciem narządów wewnętrznych [10]. Choroba charakteryzuje się zapaleniem stawów, w którym dominującym objawem jest ból towarzyszący choremu na ogół przez całe życie. Poza bólem przewlekłym w badanej

grupie głównym problemem dla chorych była niepełnosprawność i niezdolność do pracy zarobkowej (w grupie badanych 52 osoby miały orzeczoną grupę inwalidzką). Problemy te narastały wraz z czasem trwania choroby. Według danych amerykańskich pacjenci ze schorzeniami narządu ruchu są bardziej skłonni do podjęcia pracy w porównaniu z osobami bez tych schorzeń przy podobnym stopniu niepełnosprawności [11].

Rodzina badanych w przeważającej liczbie odnosi się do nich życzliwie. Nie wyklucza to jednak poczucia osamotnienia w chorobie przewlekłej, dlatego tak ważna jest dla chorego solidarność grup wsparcia i religia.

Wśród badanych, niezależnie od wieku chorego, dominowały w czasie badania bóle o słabym nasileniu (mierzone w skali VAS). Świadczy to dobrze o wynikach leczenia, nie należy jednak zapominać, że poziom bólu zależy też od dawki zażywanych leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych, które często powodują objawy niepożądane wpływające nie tylko na stan fizyczny organizmu, ale także na psychikę chorego [12]. W naszym badaniu bóle nocne, bóle o charakterze stałym i towarzyszące bóle kręgosłupa (odcinka szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego) zgłaszała ponad połowa chorych. Ta uporczywość bólu oraz obecność bólu niezwiązanego z układem ruchu, który zgłaszało 16 badanych, a także narastające problemy zawodowe i socjalne mają zdecydowanie negatywny wpływ na psychikę chorego. Tym m.in. można tłumaczyć obserwację, że w ocenie chorych w porównaniu z początkiem choroby stan psychiczny poprawił się u 2-krotnie mniejszej liczby osób niż stan fizyczny [8]. Stan psychiczny chorego pozostaje w bezpośrednim związku z bólem, jego nasileniem, rozkładem w ciągu doby, a także aktywnością choroby. Wiąże się też z umiejętnością radzenia sobie nie tylko z fizyczną dolegliwością, ale też ze zmieniającym się statusem społeczno-zawodowym. Przewlekłość procesu chorobowego wraz ze starzeniem się organizmu wyczerpuje ludzką odporność na przeciwności losu, szczególnie te związane z niepełnosprawnością i ich konsekwencjami.

Leki przeciwbólowe musi przyjmować 93 badanych, aby zredukować ból do akceptowanego poziomu. Może to świadczyć o tym, że leczenie lekami podstawowymi jest z różnych powodów niedostateczne.

Z rehabilitacji korzystało 60 osób. Inne sposoby walki z bólem zgłaszane przez pacjentów potwierdzają, że choroba z towarzyszącym przewlekłym bólem wymusza zachowania heroiczne. Nie należy o tym zapominać, gdy obcujemy z chorymi reumatycznymi.

Około 80 badanych twierdziło, że w porównaniu z początkiem choroby w dniu badania bóle znacznie się zmniejszyły, i oceniło swój stan zdrowia jako średni, rzadziej dobry lub bardzo dobry. Ocena pacjentów jest jednak bardziej optymistyczna niż wskaźniki obiektywne, wg których 3/4 chorych wykazywało aktywność choroby

średnią lub dużą, a tylko 1/3 małą (w skali DAS). Z analizy samooceny stanu zdrowia wynika, że natężenie bólu nie jest jedynym istotnym czynnikiem. Mimo przewagi optymizmu w ogólnej samoocenie stanu zdrowia w podziale stanu zdrowia na fizyczny i psychiczny dały się zauważyć istotne różnice. Musi to zastanawiać i stanowić inspirację do podjęcia dalszych badań nad tym zagadnieniem.

Ugruntowany w fizjologii i patofizjologii model biomedyczny zdrowia i choroby nie obejmuje szerokiego kontekstu społecznego przewlekłego procesu choroby i jej leczenia. W literaturze dotyczącej problemów etycznych w praktyce medycyny sugeruje się unowocześnienie podejścia do leczenia przez wprowadzenie modelu aksjomedycznego. *Największą zaletą modelu aksjomedycznego jest odkrycie, że pacjent jest czymś więcej niż jedynie obolętym i cierpiącym ciałem, że jako człowiek ma poczucie indywidualnego sensu istnienia i swój własny świat wartości* [13].

Naukowe dowody na obecność poważnych zmian w pozycji społecznej pacjenta, związanych z obniżeniem przychodu i ograniczeniem w wypełnianiu dotychczasowych ról, nasuwają konieczność analizowania tego problemu przez lekarzy leczących przewlekłe choroby reumatyczne [14]. Dane z literatury wskazują na niewielkie wykorzystanie istniejących służb socjalnych: tylko 15% przewlekłe chorych jest kierowanych do pracowników socjalnych, mimo licznej obecności tych ostatnich w strukturze opieki nad chorymi reumatycznymi [1]. Wydaje się więc, że lekarz zajmujący się przewlekłymi chorobami, który zmaga się z bólem i niepełnosprawnością, musi być uzbrojony w dodatkową wiedzę organizacyjną. Musi być to wiedza także psychologiczna i społeczna, ucząca z jednej strony tego, by pozostawiać pacjentowi duże pole aktywności (także terapeutycznej), a z drugiej strony wskazująca drogi działania w sferze socjalnej. Wszystko po to, by pacjent np. po 15 latach trwania choroby, mimo poprawy zdrowia fizycznego, nie pozostawał na marginesie społeczeństwa.

W wielowiekowych dziejach praktyki lekarskiej kontakty lekarza z pacjentem były postrzegane jako zespół oddziaływań tego pierwszego na drugiego [15]. Współczesne koncepcje na temat natury tej relacji podkreślają, że pacjent też wywiera wpływ na lekarza. Najsilniejsza dominacja lekarza pojawia się wtedy, gdy z przyczyn organicznych pacjent nie jest zdolny do jakiegokolwiek z nim współpracy, a najsłabsza – w chorobie przewlekłej, gdy lekarz staje się partnerem chorego lub też jego doradcą. Pacjent chorujący przewlekłe zwykle ma dużą autonomię. Ma własną wizję, percepcję swego problemu zdrowotnego, swoje cele, a czasem żądania, nie zawsze zgodne z koncepcją lekarza. Konflikt, jaki może powstać między lekarzem a pacjentem, jest jednak rozwiązywany z dominacją pozycji lekarza, który wie więcej, ma więcej doświadczenia, często wyższą sprawność intelektualną. Współczesna

socjologia dąży do zaktywizowania pacjenta w procesie leczenia, tworząc koncepcję pacjenta, który ma zerwać z własną ignorancją, apatią i uzależnieniem. Zaleca więc większą dostępność wiedzy medycznej dla chorych i aktywizację roli pacjenta w stosunkach z lekarzami.

W przedstawionych badaniach pacjenci właśnie rozmowę z lekarzem uważają za najlepsze wsparcie i źródło wiedzy o chorobie. Pełna informacja łagodzi lęk, który dominuje nie tylko w pierwszych latach choroby, ale jest towarzyszem chorego przez całe życie. Drugim, po rozmowie z lekarzem, źródłem wiedzy o chorobie jest prasa. Proces poszukiwania informacji przez chorego, uwzględniony w naszych badaniach, jest jedną z metod radzenia sobie z chorobą. Uczenie się własnej choroby łagodzi niepokój i pozwala na łagodzenie agresji. Dzięki poszerzaniu wiedzy budzona przez chorobę agresja znajduje pozytywne ujście w zwalczaniu przeszkód napotykanym w życiu przewlekle chorego. Samo rozpoznanie przyczyn niepokoju i agresji łagodzi te stany. Proces godzenia się z chorobą, poza zdobywaniem ważnych o niej informacji, polega na poszukiwaniu uspokojenia i wsparcia, opanowywaniu procedur leczniczych, określaniu konkretnych i realistycznych celów życiowych, analizowaniu zachowań na wypadek wystąpienia wszystkich możliwych skutków choroby, znajdowaniu celu, pielęgnowaniu poczucia sensu życia [1]. Do strategii radzenia sobie z chorobą zalicza się też przebudowę świadomości, naukę korzystania ze świata fantazji, stosowania ekspresji uczuć (odblokowywanie stresu), minimalizacji zagrożenia [2]. Techniki te utatwiają pogodzenie się z chorobą i przystosowanie do trudnej sytuacji przewlekle chorego. Badania wskazują na utratę po 5 latach trwania choroby 10% aktywności życiowych, stanowiących wartość dla chorego [16]. Te aktywności dotyczyły wielu dziedzin życia: związanych z pracą zawodową i rozwijaniem zainteresowań, uczestniczeniem w życiu społecznym i kulturalnym, spędzaniem wolnego czasu, samowystarczalnością w życiu codziennym, a także możliwością niesienia pomocy osobom z kręgu rodziny lub znajomych. Utrata aktywności stanowi czynnik ryzyka rozwoju zespołów depresyjnych, a ryzyko to wyraźnie zmniejsza umiejętna strategia *działań obronnych* w chorobie [17]. Stanowi ona pole działania tzw. profesjonalistów zdrowia.

Przeprowadzone badania sugerują, że w procesie leczenia ból i stan psychiczny chorego są tymi czynnikami, które wymagają zdecydowanie większej troski. Leczenie bólu przewlekłego ciągle jest niezadowolające, mimo niewątpliwego postępu w rozumieniu wagi zagadnienia w ostatnich latach. Drugim obszarem wymagającym skupienia uwagi jest szeroko pojęta sfera psychiki chorego z koniecznością rozpoznania potrzeb pacjenta i działań psychoterapeutycznych.

Analiza psychologiczna zebranego materiału została przedstawiona w odrębnym opracowaniu.

Autorki dziękują dr med. Marii Rell-Bakalarskiej za możliwość przeprowadzenia badań.

Piśmiennictwo

1. Little H. Coping with rheumatoid arthritis. *Can Med Assoc J* 1982; 127: 190-1.
2. Parker J, McRae C, Smarr K, et al. Coping strategies in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 1376-83.
3. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2005. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.
4. Clark P, Lavielle P, Martinez H. Learning from pain scales: patient perspective. *J Rheumatol* 2003; 30: 1584-8.
5. Carmona L, Gonzales Alvaro I, et al. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimate of disease severity. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 897-900.
6. Fransen J, Twisk JW, Creemers MC, et al. Design and analysis of a randomized controlled trial testing the effects of clinical decision support on the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 124-7.
7. Prevoo ML, van't Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 44-8.
8. McFarlane AC, Brooks PC. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 926-31.
9. van Riel PL, et al. Evaluation and outcome of the patient with established rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003. *Mosby Edinburgh*: 79, 893-905.
10. Arnett F, et al. Revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis: *EULAR Bulletin* 1990; 2: 40-4.
11. Rupiński R, Filipowicz-Sosnowska A. Aktywność choroby a niepełnosprawność u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43: 129-37.
12. Golec A. Psychologiczne aspekty bólu. W: *Medycyna bólu*. Dobrogowski J, Wordliczek J (red.). PZWL/Grunenthal, Warszawa 2003; 72-87.
13. Szawarski Z. *Mądrość i sztuka leczenia*. Wyd. słowo/obraz terytoria, Warszawa 2006.
14. Meenan RF, Yelin EH, Nevitt M, et al. The impact of chronic disease: a sociomedical profile of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1981; 24: 544-9.
15. Ostrowska A. *Modele relacji pacjent – lekarz*. W: *Wstęp do socjologii medycyny*. Ostrowska A (red.). Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1990: 113-33.
16. Fex E, Larsson BM, Nived K, et al. Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *J Rheumatol* 1998; 25: 44-50.
17. Katz P. The impact of rheumatoid arthritis on life activities. *Arthritis Care Res* 1995; 8: 272-8.