

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

MARTA ARENDARCZYK, EWA NOWAK, IZABELLA UCHMANOWICZ,  
JOANNA ROSIŃCZUK – TONDERYS

---

*Quality of life of patients with rheumathoid arthritis*

---

**Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów**

**WSTĘP**

Termin jakości życia (Quality of Life; QL) pojawił się w publikacjach naukowych już w latach 60-tych, ale ze zdrowiem zaczęto go łączyć dopiero w latach 70-tych.(5) Od tamtej pory nie udało się jeszcze jednoznacznie zdefiniować tego pojęcia. Najczęściej uważa się, że termin ten jest całościową samopoczucia jednostki w wymiarze jej psychicznego, fizycznego oraz społecznego funkcjonowania.( 3)

Naukowcy, którzy zajmują się tym zagadnieniem twierdzą, że jakość życia:

- jest zdeterminowana przez ludzkie potrzeby, przekonania, wartości;
- stanowi kategorię dynamiczną, zmienną w czasie i przestrzeni;
- jest odczuciem bardzo osobistym zindywidualizowanym i dla różnych ludzi ma różne znaczenie.(4)

Mimo że istnieją wiele definicji jakości życia w pracy przyjęto definicję, którą autorzy wyprowadzili z definicji zdrowia WHO : Zdrowie jest to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub kalectwa (1) i określono jakość życia jako holistyczną ocenę dobrego samopoczucia bio-psycho-społecznego jednostki.

Najwłaściwszym narzędziem do oceny jakości życia są samooceny i opinie badanych osób na temat własnego życia.(4)

Drogą do sukcesu jest przyjęcie klarownej, zrozumiałej definicji w zakresie zastosowanej techniki pomiaru.(1)

**CEL I ZAŁOŻENIA PRACY**

W literaturze z zakresu reumatologii spotyka się prace dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów, jednak poruszają one problematykę z zakresu etiologii choroby, diagnostyki, symptomatologii, metod leczenia i rehabilitacji tych chorych. Tylko pojedyncze prace dotyczą wpływu tego schorzenia na jakość życia ludzi z RZS. Ta sytuacja stała się powodem do innego ujęcia badań, dzięki którym można przeanalizować zmiany jakości życia (QL-RZS) u osób chorych na RZS.

Chcąc to osiągnąć autorzy próbują odpowiedzieć na kilka pytań:

1. Jak RZS wpływa na wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS?

2. Jakie czynniki mają największy wpływ?:
  - czy występowanie objawów klinicznych (np.: obrzęków, ograniczenia ruchów w stawach, sztywność poranna, itd.)?
  - czy subiektywna ocena jakości życia?
  - czy subiektywna ocena stanu zdrowia?
3. Jak kształtowała się jakość życia chorych na RZS w zależności od:
  - czasu trwania choroby?
  - przebiegu leczenia sanatoryjnego?
  - samodzielnego stosowania ćwiczeń usprawniających?
  - subiektywnej oceny poziomu wiedzy chorych na temat RZS?
  - aktywności zawodowej?
  - czynników społeczno-demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny)?

### **MATERIAŁ BADAŃ**

Materiał stanowiło 53 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), w wieku 38-84 lata (średnia wieku 60 lat). Badania zostały przeprowadzone w czasie od listopada 1999 r. do maja 2000 r. Trzydziestu czterech (34-ch) pacjentów (64,2%) z badanej grupy było hospitalizowanych na Oddziale Internistycznym A Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu (ordynator: Prof. Jacek Szechiński), 12 pacjentów (22,6%) korzystało z opieki Oddziału reumatologicznego (ordynator: lek. med. Joanna Korpanty-Dańda) Wojewódzkiego szpitala Zespołowego im. Babińskiego we Wrocławiu, 7 osób (13,2%) stanowili chorzy leczeni ambulatoryjnie w SP ZOZ w Żarach, w województwie lubuskim.

Badana grupa składała się z 41 kobiet (77,4%; średnia wieku 62 lata i 12 mężczyzn (22,6%; średnia wieku 54 lata). Spośród tych osób – 31 chorych (58,5%) pozostawało w związku małżeńskim, 22 chorych (41,5%) było stanu wolnego. 26 osób (49%) choruje na RZS od ponad 10 lat, 9 osób (17%) od 5 do 10 lat, 9 osób (17%) od 1 do 5 lat; u 9 osób rozpoznano do 1 roku temu. W grupie poddanej badaniom 40 osób (75,5%) nie pracowało spośród nich 18 osób (34%) było na rencie, a 22 osoby (41,5%) na emeryturze. 13 chorych pozostawało czynnych zawodowo. 45 osób (84,9%) stanowili mieszkańcy miast, pozostałe 8 osób (15,1%) – mieszkańcy wsi. 9 osób (17%) miało wykształcenie podstawowe; 11 chorych (20,7%) miało wykształcenie zawodowe; 25 chorych (47,2%) wykształcenie średnie i 8 osób (15,1%) wykształcenie wyższe.

### **METODYKA BADAŃ**

Do przeprowadzenia badań wykorzystano samodzielnie opracowany kwestionariusz Oceny Jakości Życia QL-RZS, w którym ujęto następujące aspekty życia:

- objawy kliniczne (obrzęki, stany podgorączkowe, ból, sztywność poranna, zniekształcenia w stawach)
- sprawność fizyczna (możliwość wykonywania codziennych czynności, możliwość swobodnego poruszania się, osłabienie siły mięśniowej)
- sytuację socjalną (samotność, zdolność do funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie)
- stan psychiczny (występowanie stanów depresyjnych, apatii, uczucia bezradności, rozdrażnienia, zaburzeń snu, niemożność skupienia uwagi)
- subiektywna ocena samopoczucia (określone cele na przyszłość, poczucie sensu życia, poczucie mniejszej wartości, subiektywna ocena wartości życia, subiektywna ocena stanu zdrowia)

Ankietowane osoby poinformowane były o celu przeprowadzenia badań.

## WYNIKI BADAŃ

Badania przeprowadzone kwestionariuszem Oceny jakości Życia QL-RZS (wg własnego opracowania).

1. Częstość występowania cech diagnostycznych opisujących jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.
2. Dane z wywiadu, przeprowadzonego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów poddano analizie.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w częstości występowania obrzęków stawów w zależności od czasu trwania choroby. Obrzęki stawów występowały u 92,5 % chorych. Najczęściej umiejscowione były w obrębie stawów śródrečno-paliczkowych (u 71,4% chorych), nadgarstków (u 67,9% chorych) oraz stawów międzypaliczkowych bliższych (u 67,3% chorych). Stany podgorączkowe występowały u 81,1% pacjentów.

Wykazano istotną statystycznie różnicę w zakresie częstości występowania sztywności porannej i czasu jej trwania. Uczucie sztywności porannej występowało u 92,4% chorych, w tym u 41,5% pacjentów trwała ona 15-30 minut, u 24,5% chorych sztywność poranna trwała 30-60 minut i u 26,4% chorych objaw ten utrzymywał się przez ponad 60 minut. Bolesność uciskowa stawów występowała u 90,6 % pacjentów.

W zakresie występowania zniekształceń w stawach wykazano, iż występowały one u 75,4% chorych, w tym u 37,7% pacjentów dotyczyły one stawów dłoni lub stóp i u 37,7% chorych dotyczyły stawów dłoni i stóp. Istotna statystycznie różnicę stwierdzono w zakresie nadgarstków i/lub stawów łokciowych, i/lub stawów kręgosłupa.

Stwierdzono, iż 50,9% chorych subiektywnie swoją sprawność fizyczną w ciągu ostatnich 3 miesięcy określiła jako słabą, 28,3 % pacjentów określiło ją jako umiarkowaną, 15,1 % chorych swoją sprawność fizyczną określiła jako bardzo niską. Tylko 5,7% chorych oceniło swoją wydolność fizyczną jako dość dobrą.

Wysoki procent chorych ma poczucie mniejszej wartości w społeczeństwie (64,2%). Jakość życia na skutek RZS obniżyła się znacznie u 49,1% badanych, obniżyła się umiarkowanie u 41,5% i nie uległa zmianie u 9,4%.

Analiza wag cech diagnostycznych obliczonych matematyczną metodą Krefft. Za pomocą danych z kwestionariusza własnego opracowania i matematycznej metody Krefft u pacjentów chorych na RZS oceniano wartości wpływu poszczególnych cech diagnostycznych na wartość wskaźnika QL-RZS. Z poddanych analizie 21 cech diagnostycznych uzyskano 19 cech z istotnym statystycznie wpływem na wartość QL-RZS.

## WNIOSKI

1. U chorych na RZS średnia wartość wskaźnika jakości życia QL-RZs wynosiła 0,497.
2. Analiza 21 cech diagnostycznych wykazała, że u większości chorych występowały obrzęki stawów, uczucie sztywności porannej, zniekształcenia stawów, ograniczenie uczestnictwa w spotkaniach ze znajomymi, rodzina. U wszystkich pacjentów występowały zaburzenia emocjonalne.
3. Matematyczna metoda Krefft wykazała, że spośród 21 cech diagnostycznych najwyższy wpływ na wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS chorych na RZS miały: subiektywna ocena jakości życia, subiektywne poczucie sprawności fizycznej, ograniczenia ruchów w stawach oraz subiektywna ocena stanu zdrowia.

4. Wykazano, że na jakość życia QL-RZS chorych na RZS korzystnie wpływa przebycie leczenia sanatoryjnego oraz samodzielne stosowanie ćwiczeń usprawniających.
5. Wykazano, że wyższą wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS mieli chorzy z subiektywnie ocenianym, jako zadowalający poziomem wiedzy na temat schorzenia. Chorzy aktywni zawodowo wykazywali wyższą wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS.
6. Wykazano, że kobiety chorujące na RZS miały niższą wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS.
7. Zaobserwowano najwyższą wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS u osób z wyższym poziomem wykształcenia.
8. Wyższą wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS mieli chorzy posiadający współmałżonka.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Arendarczyk M.: Jakość życia i powrót do pracy chorych po zawale mięśnia serca. Praca doktorska, Wrocław 1996
2. Axford J. i wsp.: Choroby wewnętrzne, t. 1, rozdz.III: Choroby narządu ruchu. Urban&Partner, Wrocław 1996
3. Borysewicz K., Szechiński J.: Rola lokalnego układu renina-angiotensyna w rzs., Reumatologia 2-3, t. XXXIV, cz. I, 1996
4. Hays R.D. i wsp. : Psychometric evaluation and interpretation of health- related quality of life data. Quality of Life Res.1995,3,103-114
5. Szulc W.: Jakość życia a kulturoterapia .Ujęcie modelowe., Pielęgniarstwo 2000,1996, nr 2

## **STRESZCZENIE**

Celem badań jest ukazanie jakości życia chorych na RZS oraz odpowiedź na pytanie czy objawy choroby, czas trwania, dolegliwości z nim związane oraz problemy społeczno – ekonomiczne wpływają na jakość życia chorego.

Przebadano 53 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), w wieku 38-84 lata (średnia wieku 60 lat).

Metody:

- kwestionariusz Oceny Jakości Życia QL-RZS opracowany przez autorów badania
- analiza statystyczna metodą Krefft

Wnioski:

1. U chorych na RZS średnia wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS wynosiła 0,497.
2. Analiza 21 cech diagnostycznych wykazała, że u większości chorych występowały obrzęki stawów, uczucie sztywności porannej, zniekształcenia stawów, ograniczenie uczestnictwa w spotkaniach ze znajomymi, rodzina. U wszystkich pacjentów występowały zaburzenia emocjonalne.
3. Matematyczna metoda Krefft wykazała, że spośród 21 cech diagnostycznych najwyższy wpływ na wartość wskaźnika jakości życia QL-RZS chorych na RZS miały: subiektywna ocena jakości życia, subiektywne poczucie sprawności fizycznej, ograniczenia ruchów w stawach oraz subiektywna ocena stanu zdrowia.
4. Nie zaobserwowano spadku średniej wartości jakości życia QL –RZS chorych w zależności od czasu trwania choroby.

## **SUMMARY**

**Objectives.** The purpose of this study was to determine the quality of life of patients with rheumatoid arthritis and to find the answer how symptoms of illness, the time of, the treatment, symptoms of illness, and the economic problems can influence the quality of life. 53 patients with rheumatoid arthritis, treated at Wrocław Hospitals were examined. Quality of life is measured using a questionnaire elaborated by authors of this study, and statistical analysis using Krefft's method. **Conclusions.** These results show that the biggest influence on the quality of life has a subjective feeling about quality of life.