

Мирјана Лапчевић¹, Данка Прванов²,
Снежана Борђевић³

¹Дом здравља Вождовац, Београд,

²Дом здравља Панчево,

³Дом здравља Ниш, Србија

Процена квалитета живота оболелих од хроничних реуматских обољења

Сажетак

Кључне речи:

квалитет живота,
упитник *EQ-5D*,
реуматске болести,
социодемографски показатељи

Увод. Квалитет живота у вези са здрављем представља савремену важну смерницу у медицинском одлучивању, као и у анализи ваљаности постојећих и у планирању будућих медицинских интервенција.

Циљ рада. Поред саме процене квалитета живота у целокупној испитиваној популацији, циљ студије је био и процена интензитета и облика повезаности квалитета живота са социодемографским показатељима, дијагнозом, замором и хроничитетом обољења.

Метод. Спроведено је мултицентрично епидемиолошко истраживање квалитета живота, по типу студије пресека на широкој популацији болесника оболелих од реуматских обољења, у 26 установа примарне и терцијарне здравствене заштите. За мерење квалитета живота коришћен је упитник *EQ-5D*.

Резултати. У испитивање је укључено 1.277 мушкараца и 2.198 жена, просечне старости 62 године. Просечне оцене за квалитет живота биле су најбоље у сегменту бриге о себи, док је бол био један од главних компоненти снижења квалитета живота у испитиваној популацији. Такође је показано да болесници са акутним реуматским обољењем, као и болесници који имају више од једног обољења, имају лошији квалитет живота.

Закључак. Сматрамо да је *EQ-5D* веома сензитиван инструмент да измери разлику у квалитету живота у вези са здрављем у различитим популацијама болесника са реуматским обољењима, те да је поуздан мерни инструмент, применљив за истраживање квалитета живота у условима дијаметрално различитих здравствених система.

Увод

Испитивање квалитета живота и могућности за његово унапређење, посебно су важни и приоритетни не само у јавноздравственим, већ и у клиничким дисциплинама, имајући у виду повећање очекиваног трајања живота, пораста учесталости фактора ризика и хроничних незаразних обољења са којима су многи људи принуђени да живе¹. Квалитет живота је широки концепт, који се користи у многим природним и друштвеним наукама, а теоретски обухвата све аспекте живота једне особе². Када процењујемо квалитет живота у ширем смислу, анализирамо четири битна елемента: погодност становања у окружењу, способност индивидуе за живот, спољашње коришћење живота и унутрашње задовољство животом. Међутим, најбољи расположиви збирни индикатор је - колико дуго и срећно човек живи³. Из перспективе здравља (или болести), квалитет живота се односи на социјално, емоционално и физичко благостање болесника након лечења⁴, одражавајући дефиницију здравља Светске здравствене организације (СЗО), као и на утицај болести и лечења на неспособност и свакодневно функционисање⁵. Зато је било потребно да се у оквиру здравственог система обликује посебан концепт изучавања квалитета живота у вези са здравственим стањем пацијента, како би се могла урадити процена утицаја здравствених интервенција на квалитет живота корисника здравствених услуга, и како би се, у супротном, омогућило планирање здравствених интервенција и дијагностичких процедура, које би имале за циљ унапређење квалитета живота пацијената^{6,7}. Стога је било неопходно да се направе одговарајући инструменти мерења квалитета живота у вези са здрављем у виду општих или специфичних упитника, који ефикасно прате сваку промену квалитета живота у популацијама болесника са једним специфичним обољењем. Сви поменути инструменти мере субјективну перцепцију, односно доживљај пацијента о сопственом квалитету живота. Као такви, морају бити конструкционо валидирани, интерно конзистентни, поуздани, сензитивни на промену здравственог стања, поновљиви, релативно кратки и разумљиви, приступачни испитаницима, односно морају бити валидно преведени на матерњи језик популације испитаника, где се упитник користи у истраживању. Најједноставнија подела тестова за мерење квалитета живота је на индексне, профилне и батеријске (тестове великог распона). Тестове могу попуњавати сами испитаници, испитивач или испитаници под надзором испитивача, чиме се искључује могућност да различити испитаници различито интерпретирају једно исто питање⁸. Иако лекари и други здравствени радници могу дати свеукупну клиничку процену тежине обољења болесника или степена погоршања, процењено је да је

неприкладно да лекари учествују у оцењивању квалитета живота болесника. Информација о квалитету живота се може добити само од болесника, јер само они имају директан увид у своја осећања и мисли⁸. Да бисмо пратили одређено обољење, тј. имали добар увид у контролу болести, треба да постоје одговарајући исходи њеног праћења и њене контроле⁹. Конвенционални показатељи обољења, на пример, симптоми, знаци, лабораторијско-биохемијски и функцијски налази, веома су значајни за одређивање ефекта лека на циљни орган, али не указују на то како болесници функционишу у свакодневном животу и колико болест ограничава њихове активности.

С друге стране, познато је да хронична дегенеративна, као и акутна запаљењска реуматска обољења мењају квалитет живота пацијената^{10,11}. Бол, промене расположења, ограничена покретљивост, као и низ других симптома и поремећаја, који прате реуматска обољења, на различите начине ремете квалитет живота болесника с реуматским обољењима. Зато смо сматрали важним да испитамо квалитет живота болесника с реуматским обољењима, као и да проценимо повезаност квалитета живота с различитим модалитетима реуматских обољења, демографским карактеристикама и дужином трајања болести у популацији ових болесника у Републици Србији.

Циљ рада

Овим истраживањем реализовани су следећи циљеви:

- извршена је процена квалитета живота код укупне популације оболелих од хроничних реуматских обољења,
- процењен је квалитет живота код оболелих од хроничних дегенеративних реуматских обољења (хронични цервикални синдром, хронични лумбални синдром, *coxarthrosis*, *gonarthrosis*),
- процењен је квалитет живота код оболелих од хроничних запаљењских реуматских обољења (реуматоидни артритис, псоријазни артритис и анкилозирајући спондилитис),
- извршена је анализа разлика у квалитету живота код болесника са хроничним запаљењским реуматизмом у односу на хронични дегенеративни реуматизам,
- утврђена је повезаност социјално демографских карактеристика, болесника и дужине трајања болести на квалитет живота.

Метод

Истраживање је спроведено као епидемиолошка мултицентрична студија пресека у периоду од 12. до 16. априла 2010. године у организацији Секције опште медицине Српског лекарског друштва. Студију су спровели изабрани лекари опште медицине запослени у домовима здравља у Републици Србији, бањским центрима за лечење и рехабилитацију реуматских болесника, и у оквиру Удружења оболелих од реуматских болести Републике Србије. Испитивање је спроведено на пунолетној популацији болесника с реуматским обољењима, оба пола, док у студију нису укључени болесници којима је по први пут дијагностиковано обољење у време истраживања, болесници са озбиљним проблемима менталног здравља, малигним обољењем и другим тешким соматским обољењима. Спровођење студије било је одобрено од локалних етичких одбора.

Инструменти мерења

За мерење квалитета живота коришћен је стандардизовани упитник *EQ-5D*, који је саставила *Euro QoL* група 1990. године као инструмент за мерење квалитета живота у вези са здравственим стањем појединца¹¹. Упитник *EQ-5D* је осмишљен тако да га болесник самостално попуњава, и погодан је за одговарање путем поште, као и током разговора с доктором. За попуњавање упитника потребно је неколико минута, а упутство за попуњавање било је саставни део упитника. Превод упитника *EQ-5D* коришћеног у испитивању представљен је у табели 1, док је на крају овог упитника била приказана визуелна скала (у облику термометра) од 0-100 где су се пацијенти изјашњавали о свом здравственом стању.

Стање 0 било је најлошије, док је стање 100 било најбоље здравствено стање. Замор је мерен усходном ординарном скалом, дефинисано одговором на питање, да ли се замарате брже од осталих људи (*не* - 1; *да, мало више* - 2 и *да, много више* - 3). Болесници су такође попунили и упитник који садржи питања у вези са социјално-демографским карактеристикама пацијента, као и упитник на коме су испитаници заокруживали реуматска обољења (до два обољења) од којих болују, уз податак о трајању болести изражено у годинама.

Табела 1. Српска верзија упитника за квалитет живота *EQ-5D*

Покретљивост	
1. Немам проблема са кретањем	○
2. Имам неких проблема при кретању	○
3. Везан сам за постељу	○
Брига о себи	
1. Немам проблема са бригом о себи	○
2. Имам неких проблема при прању и облачењу	○
3. Нисам у стању да се сам оперем или обучем	○
Уобичајене активности (нпр. посао, учење, кућни послови, породичне или слободне активности)	
1. Немам проблема са обављањем својих уобичајених активности	○
2. Имам неких проблема у обављању својих уобичајених активности	○
3. Нисам у стању да обављам своје уобичајене активности	○
Бол/Нелагодност	
1. Не осећам бол или нелагодност	○
2. Осећам умерен бол или нелагодност	○
3. Осећам крајњи бол или нелагодност	○
Брига/Потиштеност	
1. Нисам брижан(а) или потиштен(а)	○
2. Умерено сам брижан(а) или потиштен(а)	○
3. Крајње сам брижан(а) или потиштен(а)	○

Статистички методи

Од дескриптивних метода примењени су методи приказа учесталости (*f*) за номинална обележја (пол, обољење, има-нема другу болест, центар истраживања, брачно стање, састав породице, занимање, итд.) с приказом средње вредности (*mode*). Од дескриптивних метода за приказе средњих вредности по нумеричким обележјима (обележја квалитета живота, оцене здравственог стања, замора, старости), коришћена је аритметичка средина (\bar{X}), а за приказ варирања скупа података стандардна девијација (*SD*) и стандардна грешка (*SE*).

Од метода инференцијалне статистике:

- За процену квалитета живота код оболелих од хроничних реуматских обољења и групе с реуматским артритисом, извршена је процена интервала поверења за аритметичку средину на нивоу грешке алфа од 0,05.

- За процену разлика у квалитету живота по модалитетима обољења, социодемографским показатељима, замору, трајању болести и модалитетима има-нема другу болест, коришћен је *MANCOVA* модел. За *post hoc*

тестирања разлике између парова средњих вредности, коришћен је метод по Бонферонију. За тестирање парова вредности између типова болести, узет је ниво значајности од 0,0071, а између парова вредности има-нема другу болест - ниво значајности од 0,05.

Резултати

У истраживање је укључено 3.475 пацијената, 1.277 мушкараца и 2.198 жена, који су у различитом броју регрутовани у 26 установа примарне и терцијарне здравствене заштите, као и у оквиру Удружења оболелих од реуматских болести Републике Србије. Приказ броја укључених пацијената по установама, детаљно је приказан у табели 2.

Табела 2. Приказ фреквенција укључених пацијената по Установама

	Установа	f	%
1	Вождовац	232	6.7
2	Ужице	82	2.4
3	Нови Сад	200	5.8
4	Палилула	147	4.2
5	Звездара	197	5.7
6	Стари Град	50	1.4
7	Смедеревска Паланка	92	2.6
8	Шабац	63	1.8
9	Ивањица	29	.8
10	Крагујевац	171	4.9
11	Крушевац	93	2.7
12	Нишка Бања	200	5.8
13	Зајечар	359	10.3
14	Јодна Бања	99	2.8
15	Лебане	100	2.9
16	МУП Савски Венац	112	3.2
17	Ваљево	100	2.9
18	Младеновац Селтерс	91	2.6
19	Панчево	318	9.2
20	Мерошина	227	6.5
21	Ниш	80	2.3
22	Чукарица	55	1.6
23	Земун	124	3.6
24	Зрењанин	121	3.5
25	Нови Београд	89	2.6
26	Обреновац	44	1.3
26	Укупно	3475	100.0

Податке о занимању није дало 7 пацијената, док је највише било пензионера (N=1.840), затим домаћица (N=521) па радника (N=466). Мали број испитаника се изјаснио као незапослен (N=185). У највећем броју испитаници су били ожењени, односно удате (N=2.406). С брачним другом живи 938 пацијената, 1.027 пацијената с брачним другом и децом, 603 пацијента живи само, 580 пацијената живи с брачним другом, децом и унуцима, док 321 пацијент живи с другом особом ван породичног окружења. Остали пацијенти (N=6) се нису изјаснили по овом питању.

Податак о својој дијагнози нису дала 103 пацијента, док је податак да има једну болест дало 3.475 пацијената, а податак да има и другу болест 2.104 пацијента. Реуматоидни артритис има 1.310 пацијената, 57 је имало анкилозирајући спондилитис, 47 псориазни артритис. Остали пацијенти су имали различита хронична дегенеративна реуматска обољења, највише спондилозу вратне кичме (N=953) и спондилозу лумбалне кичме (N=1.065).

Просечна старост укупне испитиване популације била је 62 године, док је просечно трајање и прве и друге пријављене болести било 12 година. Остали дескриптивни статистици за старост, трајање болести, године школовања, као и дескриптивни статистици по обележјима упитника за квалитет живота *EQ-D*, замарања и здравственог стања приказани су у табели 3.

Табела 3. Дескриптивни статистици за целокупну испитивану популацију по обележјима старости, трајања болести, квалитета живота, замора и здравственог стања

Обележје	N	Мини-мум	Макси-мум	\bar{X}	SE	SD
Старост (године)	3459	19.00	89.00	62.1879	.20624	12.12984
Године школовања	3420	.00	28.00	10.1096	.07543	4.41142
Трајање прве болести	3105	.00	60.00	12.6134	.16333	9.10105
Трајање друге болести	1895	.00	50.00	11.9243	.19972	8.69427
Замарање	3434	1.00	3.00	2.0574	.01097	.64262
Покретљивост	3463	1.00	3.00	1.7742	.00812	.47812
Брига о себи	3460	1.00	3.00	1.5468	.00975	.57344
Уобичајене активности	3456	1.00	3.00	1.7543	.00982	.57754
Ваше здравствено стање данас	3437	.00	100.00	53.7466	.34529	20.24302
Валидно (има податке по свим обележјима)	1837					

Modelom *MANCOVA* процењено је да постоји високо значајан утицај коваријате *старост* на квалитет живота ($F=20.147$; $p<0.01$). Такође, постоје и високо значајне разлике у квалитету живота између модалитета болести ($F=21.579$; $p<0,01$) као и да постоје високо значајне разлике у квалитету живота између категорија има-нема евидентирано друго обољење ($F=33.927$; $p<0.01$). Процењене вредности обележја квалитета живота прерачунате су на просечно старосно доба од 62 године, како би се неутралисао ометајући утицај идентификоване коваријанте *сарост* (табела 4).

Табела 4. Процењене главне средње вредности по обележјима квалитета живота прерачунате на просечну старост пацијента од 62 године

Обележје квалитета живота	\bar{x}	SE	95% Интервал поверења	
			доња	горња
Покретљивост	1.708	.015	1.680	1.737
Брига о себи	1.435	.018	1.400	1.469
Уобичајене активности	1.672	.018	1.637	1.707
Бол-нелагодност	2.015	.015	1.986	2.044
Брига-потештеност	1.824	.020	1.786	1.863
Прерачунато на процењену коваријанту старост (године) = 62.3771				

Такође је показано да се ометајући утицај старости високо значајно равномерно одразио на свих пет обележја квалитета живота (покретљивост, брига о себи, уобичајене активности, бол-нелагодност, брига потештеност). Прикази процењених средњих вредности свих пет обележја квалитета живота по модалитетима обољења и модалитетима има-нема другу болест, представљени су табелама 5 и 6.

Табела 5. Процењене средње вредности обележја квалитета живота по модалитетима обољења прерачуната на просечну старост пацијента од 62 године

Обележје квалитета живота	Прва болест по групама	\bar{x}	SE	95% интервал поверења	
				доња	горња
Покретљивост	Хронични запаљењски реуматизам	1.842	.013	1.817	1.868
	Хронични цервикални синдром	1.538	.022	1.495	1.581
	Хронични проблеми са грудним делом кичме	1.645	.050	1.547	1.742
	Хронични лумбални синдром	1.808	.017	1.775	1.841
Брига о себи	Хронични запаљењски реуматизам	1.656	.016	1.625	1.687
	Хронични цервикални синдром	1.327	.027	1.274	1.379
	Хронични проблеми са грудним делом кичме	1.271	.061	1.152	1.390
	Хронични лумбални синдром	1.484	.021	1.444	1.524
Уобичајене активности	Хронични запаљењски реуматизам	1.859	.016	1.828	1.890
	Хронични цервикални синдром	1.544	.027	1.491	1.597
	Хронични проблеми са грудним делом кичме	1.529	.061	1.409	1.648
	Хронични лумбални синдром	1.755	.021	1.715	1.796
Бол-нелагодност	Хронични запаљењски реуматизам	2.157	.013	2.131	2.182
	Хронични цервикални синдром	1.925	.022	1.881	1.969
	Хронични проблеми са грудним делом кичме	1.959	.051	1.860	2.059
	Хронични лумбални синдром	2.020	.017	1.987	2.054
Брига-потештеност	Хронични запаљењски реуматизам	2.112	.017	2.078	2.146
	Хронични цервикални синдром	1.803	.030	1.745	1.861
	Хронични проблеми са грудним делом кичме	1.542	.067	1.411	1.674
	Хронични лумбални синдром	1.841	.023	1.796	1.885
Прерачунато на процењену коваријанту старост (године) = 62.3771.					

Табела 6. Процењене средње вредности обележја квалитета живота по категоријама има/нема евидентирану другу болест, прерачуната на просечну старост пацијента од 62 године

Обележје квалитета живота	Има/нема другу болест	\bar{X}	SE	95% Интервал поверења	
				доња	горња
Покретљивост	нема другу болест	1.605	.025	1.555	1.655
	има другу болест	1.812	.014	1.784	1.840
Брига о себи	нема другу болест	1.282	.031	1.221	1.343
	има другу болест	1.587	.017	1.553	1.621
Уобичајене активности	нема другу болест	1.555	.031	1.494	1.616
	има другу болест	1.789	.017	1.755	1.823
Бол-нелагодност	нема другу болест	1.866	.026	1.815	1.917
	има другу болест	2.164	.014	2.136	2.193
Брига-потиштеност	нема другу болест	1.611	.034	1.544	1.678
	има другу болест	2.038	.019	2.000	2.076
Прерачунато на процењену коваријанту старост (године) = 62.3771.					

Покретљивост

Постоје високо значајане разлике у покретљивости између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајане разлике у покретљивости између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним проблемом грудне кичме. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у покретљивости између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са хроничним лумбалним синдромом. Постоје значајне разлике у покретљивости између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним проблемима са грудном кичмом. Значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Између осталих парова вредности по категоријама болести, нема значајне разлике. Постоје високо значајане разлике у покретљивости између категорија има-нема друго обољење. Више вредности имају пацијенти који имају друго обољење.

Брига о себи

Постоје високо значајане разлике у бризи о себи између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајане разлике у бризи о себи између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним лумбалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајане разлике у бризи о себи између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у бризи о себи између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Постоје високо значајне разлике у бризи о себи између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Између осталих парова вредности по категоријама болести, нема значајне разлике. Постоје високо значајане разлике у бризи о себи између категорија има-нема друго обољење. Више вредности имају пацијенти који имају друго обољење.

Бол нелагодност

Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним лумбалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Између осталих парова вредности по категоријама болести, нема значајне разлике. Постоје високо значајне разлике у болу-нелагодности између категорија има-нема друго обољење. Више вредности имају пацијенти који имају друго обољење.

Уобичајене активности

Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним лумбалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између пацијената са хроничним лумбалним синдромом

и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Између осталих парова вредности по категоријама болести, нема значајне разлике. Постоје високо значајне разлике у уобичајеним активностима између обољења. Више вредности имају пацијенти који имају друго обољење.

Брига-поташтеност

Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним цервикалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним лумбалним синдромом. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између пацијената са хроничним запаљењским реуматизмом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно веће вредности имали су пацијенти са хроничним запаљењским реуматизмом. Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између пацијената са хроничним цервикалним синдромом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са цервикалним синдромом. Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између пацијената са хроничним лумбалним синдромом и хроничним проблемима грудне кичме. Високо значајно више вредности имали су пацијенти са лумбалним синдромом. Између осталих парова вредности по категоријама болести, нема значајне разлике. Постоје високо значајне разлике у бризи-поташтености између категорија има-нема друго обољење. Више вредности имају пацијенти који имају друго обољење.

Изузев старости, остали социодемографски показатељи (пол, брачни статус, животна заједница, занимање), као ни дужина трајања болести и осећај замора, нису показали значајан утицај на обележја квалитета живота у *MANCOVA* моделу.

Дискусија

Резултати истраживања квалитета живота коришћењем упитника *EQ-5D*, представљени су на различитим испитиваним популацијама са широким спектром обољења¹¹⁻¹⁵, а у неким од ових истраживања дате су процене квалитета живота овим инструментом и у популацији болесника са реуматским обољењима^{11,13,15}.

Упоредивањем наших резултата за процењене средње вредности оцена квалитета живота, вредности добијених у *MANCOVA* анализи, као и средњих вредности за здравствено стање, мора се приметити да наши пацијенти како са запаљењским, тако и са дегенеративним обољењима имају за цео један градус нижи квалитет живота измерен упитником *EQ-5D*, имајући у виду да је скала градирана од 1-3, усходно са смањењем квалитета живота. У студији Волфа и Холиа (*Wolf-Hawley*) 1997. године приказано је код 1.317 пацијената у САД¹⁵ да се оцене за квалитет живота крећу од 0,45 до 0,57 у зависности од врсте обољења, док наши резултати указују да су се средње вредности за бригу о себи кретале од 1,40 до 1,47, где су проблеми са квалитетом живота били најмањи, а за бригу-поташтеност од 1,79 до 1,86 и бол од 1,99 до 2,02, где су проблеми са квалитетом живота били највећи. Међутим, поменути аутори су преформулисали смер и градираност постојеће скале, где су им највеће вредности биле 1 (најбољи квалитет живота), а најмање 0 (најлошији квалитет живота), што им је омогућило да оцене квалитет живота и здравствени статус и код пацијената са смртним исходом, дајући за такав исход оцену 0. Просечна старост испитаника у студији Волф-Холи била је 61 година, а у нашој 62 године, што указује да смо имали сличне демографске услове када је у питању старост пацијената за оцену квалитета живота. Ако упоредимо наше резултате у просечној оцени здравственог стања, која је у нашој популацији била 53,75 а у популацији болесника у САД 63, видимо да пацијенти у САД имају нешто веће оцене здравственог статуса (за око 10%), уз исти постотак виших оцена квалитета живота у односу на нашу популацију, ако се узме у обзир извршена трансформација података у студији Волф-Холи. Овде је потребно нагласити да се упитник *EQ-5D* показао као сензитиван инструмент мерења квалитета живота у вези са здравственим стањем реуматских болесника, те да је у овом смислу валидан, поновљив и упоредив. Као такав, *EQ-5D* се може примењивати за мерење квалитета живота у вези са здрављем у регионима са различитим закономмерним поставкама здравственог система, па и различитим културолошко-социјалним и политичким системима. Упркос томе, мали је број студија квалитета живота на реуматској популацији болесника мерених упитником *EQ-5D*, док се више користе стандардизовани упитници, попут упитника *SF 36*, који садржи далеко већи број питања, те је с њим теже обезбедити услове за истраживање квалитета живота на овако великом броју болесника за кратко време¹⁶. Међутим, применом упитника *SF 36* обезбеђује се евалуација укупног скорa, али и квалитета живота у вези са функционисањем и здравственим стањем пацијента по системима органа, тако да је он свакако информативнији и применљивији у случајевима када треба испитати популацију са

истовремено више органских обољења, па и блажих психијатријских поремећаја^{17,18}. У *MANOVA* моделу показали смо и да је упитник *EQ-5D* био осетљив да измери разлику у квалитету живота болесника који имају више од једног, односно само једно обољење. Наши резултати показују да су бољи квалитет живота имали болесници који имају само једно обољење.

Када је квалитет живота реуматских болесника у питању, посебно је важан проблем психолошког статуса ових болесника, нарочито оних са присутном инфламацијском компонентом болести, односно код болесника са акутним запаљењским реуматским обољењем¹⁹⁻²⁴. Реуматска обољења су скоро увек удружена с променама расположења, а неретко и са анксиозним стањима и мајор депресијом. Упитник *EQ-5D* даје довољно информација о квалитету живота реуматских болесника кроз процену бриге и поташтености, односно анксиозности и депресивности (термини коришћени у оригиналном упитнику на енглеском језику). У нашој студији, као што је већ и поменуто, најлошије оцене, изузев осећаја бола, пацијенти су дали управо по овом питању (табела 4). Овакви резултати указују да је психолошки статус свакако у корелацији са болом, последичним проблемима с покретљивошћу као и ограничењима у самосталном функционисању, али да он можда има и своју посебну молекуларну и биолошку основу. Показано је да имунолошка и неурохуморална дешавања код хроничних, а нарочито код акутних инфламаторних болести, као што су продукција проинфламаторних цитокина (фактор туморске некрозе алфа, интерлеукин 6), мења допаминергичку активност и активност моноаминоксидазе у префронталном режњу мозга²⁵. Наши резултати су показали да је брига-поташтеност високо значајно више изражена код болесника који имају инфламацијску компоненту, односно код болесника са акутним запаљењским реуматизмом (табела 5). Најмање психолошких проблема било је код пацијената са хроничним проблемима грудне кичме у односу на друге групе хроничних болесника, као што су болесници са лумбалним синдромом и болесници са цервикалним синдромом.

Наши резултати су показали да болесници са акутним реуматским обољењима генерално, по свим испитиваним аспектима, имају нижи квалитет живота у односу на болеснике са хроничним реуматским обољењем, тако да су наши налази у корелацији с резултатима других клиничких и епидемиолошких студија, које су показале да болесници са акутним реуматским обољењима имају нижи квалитет живота како у односу на здраву популацију²⁶, тако и у односу на хроничне реуматске болеснике¹⁵.

Постоје студије које су показале да пацијенти са акутним реуматским болестима имају поремећен квалитет живота и у домену сексуалне активности²⁷⁻³⁰, тако да и поремећај на овом нивоу може да доведе до повећања бриге и потиштености; они нису чврсто повезани са осећајем бола и општим физичким функционисањем, већ и променом нивоа расположења који је повезан са имунолошким и неурохуморалним дешавањима.

Закључак

Можемо да закључимо да је упитник *EQ-5D* поуздан упитник за процену квалитета живота у популацији реуматских болесника, те да је осетљив на промене у квалитету живота насталом како због ограничења у покретљивости, осећају бола, тако и у социјално-психолошким аспектима квалитета живота у вези са здрављем, насталих под утицајем присуства једног или више обољења као и присуства-одсуства обољења која имају инфламацијску компоненту. Имајући у виду да је веза опште оцене здравственог стања са оценама квалитета живота коришћењем упитника *EQ-5D* упоредива кроз различите оболеле популације, независно од региона где се истраживање спроводи, мишљења смо да је он једноставан, информативан, осетљив инструмент мерења, који омогућава процену квалитета живота у широком спектру различитих здравствених система.

Захваљујемо се:

1. Свим истраживачима.
2. Главним истраживачима по центрима: ДЗ Вождовац - прим. др Весна Марић; ДЗ Ужице - прим. др Даница Бешевић; ДЗ Нови Сад - др Чвакић; ДЗ "Др М. Ивковић" Палилула - прим. др Драгослава Мишетић; ДЗ Панчево - мр сц. мед. Данка Прванов; ДЗ Мерошина - прим. др Звонко Абрамовић; МУП Савски венац - прим. др Нада Контић; ДЗ Звездара - прим. др Зорка Димитријевић; ДЗ Стари град - прим. др Надежда Радисављевић, прим. др Јулијана Апостолска; ДЗ Смедеревска Паланка; ДЗ Шабац - др Весна Ђурић; ДЗ Ниш; ДЗ "Др С. Милошевић" Чукарица - прим. др Милица Катунца, прим. др Славица Цонић; ДЗ Земун - прим. др Драгица Коси; ДЗ Зрењанин - мр сц. мед. Милоранка Петров Киурски; ДЗ Нови Београд - прим. др Љиљана Јандрић; ДЗ Нишка Бања - др сц. мед. Бојана Стаменковић; Младеновац "Селтерс" - др сц. мед. Весна Кнежевић; Јодна Бања - др Биљана Ердељан; I специјална болница за рехабилитацију, Ивањица - др Радованка Предраговић.
3. Посебну захвалност дугујемо фармацеутској компанији **Roche**, која нам је уступила на коришћење стандардизовани упитник *EQ-5D*, и организационо и материјално подржала извођење студије (штампање и дистрибуцију упитника и статистичку обраду резултата).

Mirjana Lapčević¹, Danka Prvanov²,
Snežana Đorđević³

¹Health center Vozdovac, Belgrade,

²Health center Pancevo,

³Health center Nis, Serbia

Quality of life estimation in patients suffering from chronic rheumatic diseases

Abstract

Key words:

quality of life,
questionnaire EQ-5D,
rheumatic diseases,
sociodemographic indexes

Introduction. Quality of life connected with health represents important and actual guideline in medical decision-making and in analysis of validity of existent and in planning of future medical interventions.

Objective. Beside the estimation of quality of life in tested population, aim was to estimate the intensity and aspect of correlation between quality of life and sociodemographic indices, diagnosis, fatigue, and chronicity of the disease

Methods. A multicentric epidemiological research of quality of life was performed in type of intersection study, comprising a broad population of patients in 26 facilities of primary and tertiary health care, suffering from rheumatic diseases. For measurement of quality of life we have utilized questionnaire EQ-5D

Results. Study comprised 1277 male and 2198 female patients, aged 62 yrs. in average. Generally, appraisal was best in self-care segment, and pain was one of the major components for abatement of quality of life in tested population. It is also indicative that patients with acute rheumatic diseases, and patients with more than one ailment, have lower quality of life.

Conclusion. We believe that EQ-5D is a very sensitive instrument for measurement of differences in quality of life connected with health in different populations of patients with rheumatic diseases, and that it is reliable measuring instrument, relevant for researches of quality of life in diametrically different systems of healthcare.

Литература

1. Nakajima H. *Bringing Health to Life*. Promotion 8. Education 1995;2(4):7-8.
2. Bowling A. *Measuring disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 1995.
3. Veenoven R. *The four qualitiss of life*. Journal of Happiness Studies, 2000; vol. 1, pp1 – 39.
4. Kaplan RM. *Quality of life measurement*. In: Karoly P, editor. *Measurement strategies in health psychology*. New York: John Wiley, 1985.
5. Spilker B, editor. *Quality of life trials*. In: *Guide to clinical trials*. New York: Raven Press, 1991:370-8.
6. Mokrowiecka A, Jurek K, Pinkowski D, Malecka-Panas E. *The comparison of Health-Related Quality of Life (HRQL) in patients with GERD, peptic ulcer disease and ulcerative colitis*. Adv Med Sci 2006; 51:142-7.
7. The EuroQol group – EuroQol - a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.
8. Bateman ED, Bousquet J, Keech ML, Busse WW, Clark TJH, Pedersen SE. *The correlation between asthma control and health status: the GOAL study*. Eur Respir J 2007; 29:56-63.
9. Ayalon L, Gross R, Tabenkin H, Porath A, Heymann A, Porter B. *Correlates of quality of life in primary care patients with hypertension*. Int J Psychiatry Med 2006; 36(4):483-97.
10. Walker JG and Littlejohn GO. *Measuring quality of life in rheumatic conditions*. Clin Rheumatol 2007;26:671-673.
11. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. *Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D)*. Br J Rheumatol. 1997 May;36(5):551-9.
12. Essink-Bot ML, van Royen L, Krabbe P, Bonsel GJ, Rutten FF. *The impact of migraine on health status*. Headache 1995;35:200-6.
13. Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochhead A, Brown H. *Validity of Euroqol -a generic health status instrument-in patients with rheumatoid arthritis*. Economic and Health Outcomes Research Group. Br J Rheumatol 1994;33:655-62.
14. Uyl-de Groot CA, Rutten FF, Bonsel GJ. *Measurement and valuation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment*. Eur J Cancer 1994;30A:111-7.
15. Wollfe F and Hawley DJ. *Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol*. Br J Rheumatol 1997;36: 786-793.
16. Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. *The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation*. J Clin Epidemiol 1998;51:1013-23.
17. Leplege A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interpretation des scores*. Paris: ESTEM; 2001.
18. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L. *Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36*. Scand J Rheumatol 2000;29:20-8.
19. Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE, Smith E. *Depression in rheumatoid arthritis*. J Rheumatol 1988;15:920-5.
20. Murphy S, Creed FH, Jayson MIV. *Psychiatric disorders and illness behaviour in rheumatoid arthritis*. Br J Rheumatol 1988;27:357-63.
21. Creed FH. *Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus*. Ann Rheum Dis 1990;49:808-12.
22. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN. *One month prevalence of mental disorders in the United States*. Arch Gen Psychiatry 1988;45:977-86.
23. Hurwicz ML, Berkanovic E. *The stress process in rheumatoid arthritis*. J Rheumatol 1993;20:1836-44.
24. Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R. *Disability and depression in rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum 1989;32:1100-6.
25. Rosenkranz MA, Jackson DC, Dalton KM, Dolski I et al. *Affective style and in vivo immune response: Neurobehavioral mechanisms*. PNAS 2003;100: 11148-52.
26. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M et al. *The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people*. Health and Quality of Life Outcomes 2009; 7:25.
27. Panush RS, Mihailescu GD, Gornisiewicz MT, Sutaria SH. *Sex and arthritis*. Bull Rheum Dis 2000; 49:1-4.
28. Blake DJ, Maisiak R, Graciela S et al. *Sexual quality of life of patients with arthritis compared to arthritis free controls*. J Rheumatol 1987; 14:570-6.
29. Hill J, Bird H, Thorpe R. *Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships*. Rheumatol 2003; 42:280-6.
30. Kraimaat FW, Bakker AH, Janssen E, Bijlsma JWJ. *Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse*. Arthritis Care Research 1996; 9:120-5.

Примљен • Received: 06.08.2010.
Прихваћен • Accepted: 09.08.2010