

Institut za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju
"Dr Simo Milošević", Igalo¹
Medicinski fakultet, Beograd
Institut za reumatologiju²

Originalni naučni rad
Original study
UDK 616.72-002:615.8
DOI 10.2298/MPNS0706241M

UTICAJ FIZIKALNE TERAPIJE NA KVALITET ŽIVOTA BOLESNIKA SA REUMATOIDNIM I PSORIJAZNIM ARTRITISOM

THE IMPACT OF PHYSICAL THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID AND PSORIATIC ARTHRITIS

Dušan MUSTUR¹ i Nada VUJASINOVIĆ-STUPAR²

Sažetak - Ispitivan je uticaj fizikalnog lečenja na kvalitet života 69 bolesnika sa reumatoidnim artritisom i 40 bolesnika sa psorijaznim artritisom, koji su dolazili iz Norveške u Institut Igalo na lečenje u trajanju od 4 nedelje. Same grupe su služile kao sopstvene kontrole. Osnovni terapijski set su činile primene blatnih obloga/kada, kineziterapija u sali i bazenu sa mineralnom vodom i pojedini oblici elektroterapije sa analgetičkim učinkom. Merenje kvaliteta života je urađeno na početku i na kraju lečenja pomoću opšteg upitnika *EuroQoL*. Ispitivan je i indeks poboljšanja Američkog koledža za reumatologiju, tzv. *ACR improvement*. Zaključeno je da postoji značajno lošiji kvalitet života obolelih od psorijaznog artritisa u oblasti bola/nelagodnosti i u skali zdravstvenog stanja. Posle rehabilitacionog lečenja dolazi do značajnog poboljšanja kvaliteta života u većini dimenzija zdravlja koje sadrži upitnik *EuroQoL*. Indeks poboljšanja je pokazao prosečno poboljšanje ~30% u grupi obolelih od reumatoidnog artritisa, a ~32% u grupi obolelih od psorijaznog artritisa.

Glavne reči: Kvalitet života; Metode fizikalne terapije; Rehabilitacija; Psorijazni artritis; Reumatoidni artritis

Uvod

Kvalitet života, zdravstveni status, hendikep i onesposobljenost su termini koji se međusobno preklapaju. Iako je postulat savremene medicine postizanje visokog kvaliteta života, ne postoji opšta saglasnost stvarnog značenja ovog termina. Brojne definicije kvaliteta života (*Quality of Life-QoL*) su nastale usled različitog pristupa u tumačenju ovog pojma. Definicije variraju od "sposobnosti da se vodi normalan život", do "ispunjenja ličnih ciljeva" [1]. SZO definiše kvalitet života kao opažanje pojedinaca da se njihove potrebe zadovoljavaju i da se oni ne odriču mogućnosti da dostignu sreću i ispunjenje, bez obzira na svoje fizičko stanje i socijalno-ekonomske uslove [2]. Od globalnog, sveobuhvatnog pojma kvalitet života, odvaja se za potrebe medicine užu termin *Health Related Quality of Life (HRQoL)* - kvalitet života u zavisnosti od zdravstvenog stanja [3]. HRQoL je višedimenzionalni koncept, koji mora da uključi najmanje četiri osnovne dimenzije: fizičko funkcionisanje, psihičko stanje, društveno funkcionisanje i stanje opšteg zdravlja.

Fizikalna terapija (FT) je obavezni, sastavni deo lečenja bolesnika obolelih od reumatoidnog artritisa (RA) i psorijaznog artritisa (PsA) i primenjuje se od početka bolesti, paralelno sa opštim merama, medikamentnim i eventualno hirurškim lečenjem. Osnovni ciljevi FT su održavanje odgovarajućeg položaja zglobova, smanjenje bolova i inflamacije, ubrzanje resorpcije edema i eksudata, relaksiranje miškulature, povećanje mišićne snage, poboljšanje funkcije i sprečavanje deformacije zglobova, te poboljšanje opšte kondicije obolelog [4]. Osim ovih

korisnih efekata, FT može smanjiti potrebu bolesnika za medikamentima. Danas se ne zna dovoljno o mehanizmu dejstva mnogih fizikalnih agenasa, a teškoće njihovog standardizovanja i sama priroda ovih tehnika otežavaju sprovođenje dvostruko slepih istraživanja, što ne isključuje njihovu praktičnu primenu u toku lečenja hroničnog artritisa. Tako, ne postoji standardizovana kineziterapija (KT) za RA i PsA, jer bi se na taj način povećala opasnost od pojačanja inflamacije koja postoji i u veoma individualizovanom KT programu, ako se on korektno ne prati. Rehabilitacija bolesnika sa RA i PsA je doživotan proces. Ona bi trebalo da se bavi ukupnom životnom situacijom bolesnika, rešavanjem njegovih somatskih, psiholoških, porodičnih i socijalnih problema. To je kontinuirani proces pomoću kojeg bolesnik maksimizira svoje funkcionalne sposobnosti i funkcionalnu nezavisnost, te je njen uticaj na kvalitet života obolelog veliki [5]. Ona podrazumeva stručnu brigu od početka bolesti, u remisiji i u aktivnoj fazi bolesti, sa ciljem što bolje adaptacije na bolest i nastala oštećenja da bi se nastavio što normalniji život. Ovakvim pristupom i ranom rehabilitacijom procenat potpuno onesposobljenih bolesnika sa reumatoidnim i psorijaznim artritisom smanjuje se sa 25% na 5% [5].

Razvoj medicine i rehabilitacije, zahvaljujući primeni moderne tehnologije, pomaže osobama sa značajnim oštećenjima da dugo žive i funkcionišu. Rehabilitacija odgovarajuće integrisana u druge medicinske grane nesumnjivo poboljšava kvalitet života obolelih, smanjuje broj komplikacija, dužinu hospitalnog lečenja i potrebu za ponovnom hospitalizacijom [6,7].

Skraćenice

RA	- reumatoidni artritis
PsA	- psorijazni artritis
QoL	- <i>Quality of Life</i>
HRQoL	- <i>Health Related Quality of Life</i>
FT	- fizikalna terapija
KT	- kineziterapija
ACR	- Američki koledž za reumatologiju
MHAQ	- <i>Modified Health Assessment Questionnaire</i>
MOS SF-36	- <i>Medical Outcomes Study Short form 36-item Questionnaire</i>
EuroQoL	- <i>The European Quality of Life</i>

Ciljevi ovog rada bili su da se ispita:

1. Da li postoji razlika u kvalitetu života obolelih od RA i PsA?
2. U kojim segmentima je kvalitet života ovih bolesnika najviše umanjen?
3. Da li rehabilitaciono lečenje značajno poboljšava njihov kvalitet života?

Materijal i metode**Bolesnici**

U otvorenom nekontrolisanom istraživanju je ispitivan uticaj primene standardnih tehnika fizikalne medicine i rehabilitacije na kvalitet života obolelih od reumatoidnog i psorijaznog artritisa. Ispitivani uzorak je deo populacije bolesnika sa zapaljenim reumatizmom koji su u grupama (tzv. kohortama) dolazili iz Norveške u Institut Igalo od juna do oktobra 2003. godine na rehabilitaciono lečenje u trajanju od 28 dana. Same grupe su služile kao sopstvene kontrole. To je model *one group pre-test post-test* ispitivanja koji podrazumeva merenja bolesnikovog stanja na prijemu, primenu terapije i merenja na otpustu, da bi se procenili neposredni efekti terapije na kvalitet života. Svi bolesnici su pre ovog bar jednom stacionarno lečeni i klinički obrađeni na nekom od reumatoloških odeljenja u Norveškoj, gde im je postavljena dijagnoza RA/PsA prema važećim kriterijumima Američkog reumatološkog društva i određena medikamentna (nesteroidna, steroidna, bolest modifikujuća i/ili biološka terapija) koju su nastavljali da uzimaju tokom fizikalnog lečenja. Registrovani su opšti podaci: pol, starost bolesnika i trajanje bolesti (u godinama), relevantni klinički podaci (broj bolnih i otečenih zglobova, bol prema vizuelnoj analognoj skali bola - VAS), a procena funkcionalne sposobnosti je vršena pomoću modifikovanog upitnika (MHAQ) na dolasku i na kraju lečenja.

Fizikalna terapija

Balneološki kompleks i kineziterapijski tretman je primenjen kod svih bolesnika. Osnovni terapijski set su činile blatne obloge/kade, kineziterapija u sali i bazenu sa mineralnom vodom, pojedini oblici elektroterapije sa analgetičkim učinkom i talasoterapija kao organizovana (stručna) primena prirodnih faktora mora i primorja (klima, sunce, more,

vetar, aerosol, morska i mineralna voda, morsko blato, pesak i dr) [8]. Bolesnicima su data opšta uputstva o helio-marino terapiji sa naglaskom na kontraindikacije talasoterapije i sprovedenih balneoterapijskih procedura, a bolesnicima sa psorijazom je ukazano na povoljne efekte helio-marino terapije na ovo kožno oboljenje. Kupanje u moru je dozvoljeno 6-8 sati nakon primenjenih balneo procedura da se ne bi neutralisali povoljni efekti aktivne hiperemije.

Merenje kvaliteta života

Kvalitet života je procenjivan na početku i na kraju lečenja pomoću Evropskog upitnika opšteg tipa EuroQoL (EQ-5D) standardizovanog za procenu kvaliteta života bolesnika sa hroničnim oboljenjima. Korišćena je revidirana verzija iz 1993. godine sa 5 dimenzija zdravlja: mobilnost, samoposluživanje, svakodnevne aktivnosti, bol i raspoloženje [9]. Unutar svake dimenzije su tri ponudena odgovora koja najbolje opisuju postojeće zdravstveno stanje, te se kao rezultat odgovora dobija jedinstveni skor kao mera zdravstvenog stanja (0=najgora, 100=najbolja). Drugi deo upitnika je skala zdravstvenog stanja kao lestvica nalik toplomeru, na kojoj je najbolje stanje koje bolesnik može zamisliti označeno sa 100, a najlošije sa 0 [10].

Indeks poboljšanja

Na kraju sprovedenog rehabilitacionog lečenja je proračunavan indeks poboljšanja (*ACR improvement*) prema preporukama Američkog koledža za reumatologiju, pomoću sledeće formule izražen u procentima:

$$\text{Indeks poboljšanja} = \frac{\text{BOZ} + \text{BBZ} + \text{Bol} + \text{MHAQ} + \text{LOZ}}{5} (\%)$$

BOZ - Broj otečenih zglobova (Redukovani 28-zglobni zbir) dobijen po formuli: broj otečenih zglobova na prijemu minus broj na otpustu i podeľjen sa brojem na prijemu.

BBZ - Broj bolnih zglobova određivan je po istom obrascu kao i BOZ [11].

Bol - Bol na prijemu minus bol na otpustu podeľjeno sa bol na prijemu, prema VAS.

MHAQ - Modifikovani upitnik sa 8 pitanja o funkcijskim sposobnostima u toku poslednjih nedelja i četiri ponudena odgovora (1 - idealan, 4 - najgori status) [12]. Skor se dobija podelom ukupnog zbira kodova sa brojem pitanja.

LOZ - Ocena opšteg stanja zdravlja koju daje lekar, računa se po istom obrascu kao i prethodne varijable.

U statističkoj obradi podataka korišćeni su standardni statistički parametri (srednja vrednost, standardna devijacija), razlike dobijenih skorova po grupama su testirane pomoću t-testa za nezavisne uzorke, a značajnost dobijenih razlika pojedinih oblasti kvaliteta života pre i posle terapije je testirana pomoću t-testa za zavisne uzorke.

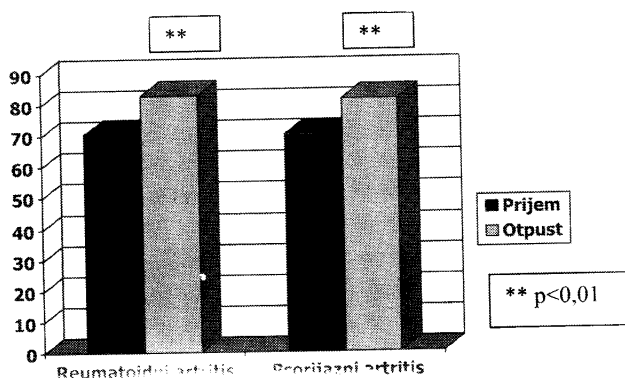
Rezultati

Opšte demografske karakteristike bolesnika

Ispitano je 109 bolesnika, 69 (63,3%) obolelih od RA i 40 (36,7%) obolelih od PsA. Grupu obolelih od RA je činila 51 žena (73,9%) i 18 muškaraca (26,1%), sa proporcionalnim odnosom polova žene/muškarci 2,8/1, starosti $55,2 \pm 11,4$ (27-77) godina, trajanja bolesti $12,5 \pm 7,5$ (1-31) godina. Grupu obolelih od PsA je činilo 27 žena (67,5%) i 13 muškaraca (32,5%), sa proporcionalnim odnosom polova žene/muškarci 2,1/1, starosti $57,2 \pm 9,9$ (37-79) godina, trajanja bolesti $13,3 \pm 6,8$ (1-27) godina. Po svim demografskim parametrima grupe su bile komparabilne ($p > 0,05$).

Upitnik EuroQoL (EQ-5D)

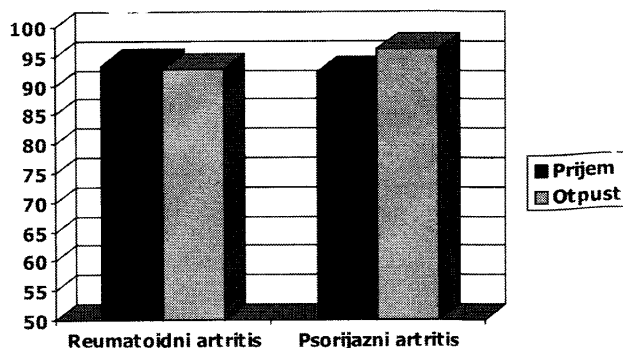
Na prijemu je srednja vrednost skora *pokretljivost* bila $70,3 \pm 24,7$ kod obolelih od RA, a $70 \pm 24,8$ kod obolelih od PsA, po čemu se ove grupe bolesnika nisu razlikovale ($p > 0,05$). Srednja vrednost skora *pokretljivosti* na otpustu je povećana na $82,6 \pm 24$ kod obolelih od RA, a na $81,3 \pm 24,5$ kod obolelih od PsA. U obe grupe obolelih je poboljšanje pokretljivosti bilo visoko značajno ($p < 0,01$) (Grafikon 1).



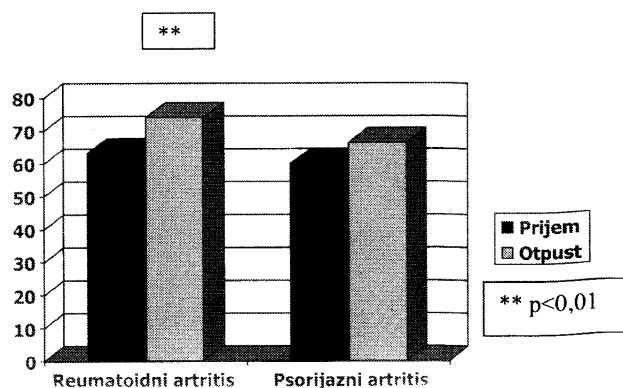
Grafikon 1. Pokretljivost, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 1. Mobility before and after physical therapy

Na prijemu je srednja vrednost skora *samoopsluživanje* bila $93,5 \pm 17$ kod obolelih od RA, a $92,3 \pm 18,3$ kod obolelih od PsA, po čemu se ove dve grupe nisu značajno razlikovale ($p > 0,05$). Na otpustu je srednja vrednost skora *samoopsluživanja* kod obolelih od RA opala na $92,8 \pm 17,7$, a u grupi obolelih od PsA porasla na $96,2 \pm 13,5$, ali dobijene razlike nisu bile u nivou statističke značajnosti ($p > 0,05$) (Grafikon 2).

Srednja vrednost skora *svakodnevne aktivnosti* na prijemu je bila $63 \pm 22,1$ kod obolelih od RA, a $60 \pm 23,2$ kod obolelih od PsA, bez značajne razlike po grupama ($p > 0,05$). Na otpustu se zapaža porast srednje vrednosti skora *svakodnevni aktivnosti* na $73,9 \pm 25,2$ kod obolelih od RA, a na $66,3 \pm 26,3$ kod obolelih od PsA. Značajno poboljšanje na otpustu je postignuto samo kod obolelih od RA ($p < 0,01$) (Grafikon 3).

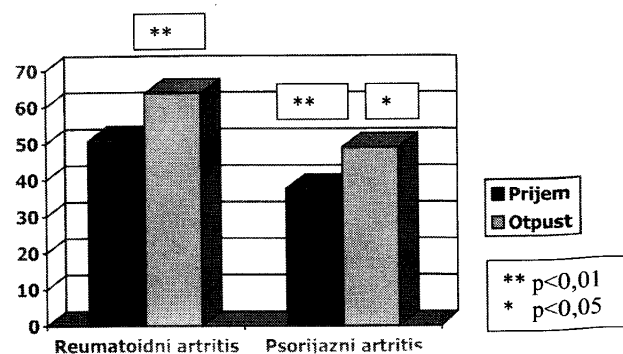


Grafikon 2. Samoopsluživanje, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 2. Self-care before and after physical therapy



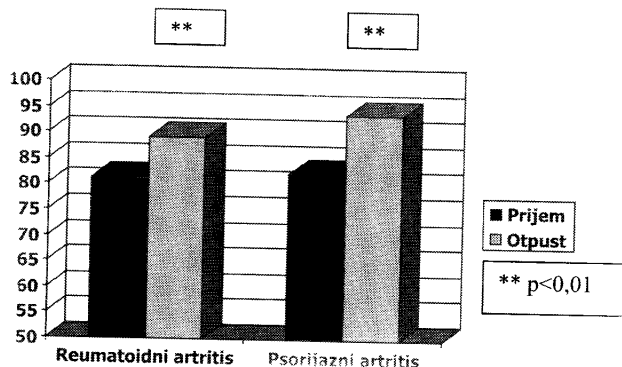
Grafikon 3. Svakodnevne aktivnosti, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 3. Daily activities before and after physical therapy

Na prijemu je srednja vrednost skora *bol/nelagodnost* $50,7 \pm 20,1$ kod obolelih od RA, a $37,5 \pm 21,9$ kod obolelih od PsA. Značajno veću bol/nelagodnost su imali oboleli od psorijaznog artritisa ($p < 0,01$). Na otpustu se zapaža značajno povećanje srednje vrednosti skora *bol/nelagodnost* kod obolelih od RA na $61,6 \pm 22,9$ ($p < 0,01$), dok je poboljšanje skora na $48,8 \pm 17,9$ kod obolelih od PsA na nivou značajnosti ($p < 0,05$) (Grafikon 4).



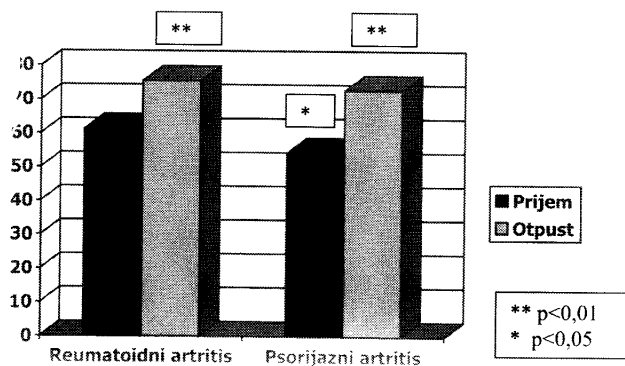
Grafikon 4. Bol/nelagodnost, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 4. Pain/discomfort before and after physical therapy

Na prijemu je srednja vrednost skora *raspoloženje* (anksioznost/potištenost) $81,2 \pm 24,4$ kod obolelih od RA, a $82,5 \pm 24,2$ kod obolelih od PsA, a razlika po grupama nije bila značajna ($p > 0,05$). Srednja vrednost skora *raspoloženje* na otpustu porasla je na $89,1 \pm 20,8$ kod obolelih od RA, a na $93,8 \pm 16,8$ kod obolelih od PsA. U obe grupe je poboljšanje raspoloženja bilo visoko značajno ($p < 0,01$) (Grafikon 5).



Grafikon 5. Raspoloženje, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 5. Anxiety/depression before and after physical therapy

Na prijemu je srednja vrednost skora *skala zdravstvenog stanja* $61,3 \pm 16,1$ kod obolelih od RA, a $54,3 \pm 15,2$ kod obolelih od PsA. Sudeći prema skali, zdravstveno stanje je bilo značajno lošije kod bolesnika sa psorijaznim artritisom ($p < 0,05$). Na otpustu se zapaža porast srednje vrednosti skora *skale zdravstvenog stanja* na $75,5 \pm 14,2$ kod bolesnika sa RA, a na $72,8 \pm 14,4$ kod bolesnika sa PsA. U obe grupe na otpustu postoji visoko značajno poboljšanje u skali zdravstvenog stanja ($p < 0,01$) (Grafikon 6).



Grafikon 6. Skala zdravstvenog stanja, pre i posle fizikalnog lečenja
Graph 6. Health status scale before and after physical therapy

Indeks poboljšanja

Poboljšanje posle završenog rehabilitacionog lečenja je u proseku iznosilo $29,7 \pm 26,2\%$ kod obolelih od RA, a $31,8 \pm 18,6\%$ kod obolelih od PsA.

Diskusija

Produženje dužine životnog veka u razvijenim zemljama poslednjih decenija značajno je promenilo strukturu obolevanja. Neke bolesti kao danak starosti, na primer osteoporoza, poprimaju epidemijske karakteristike, dok hronične zapaljenske bolesti zglobova, nepoznatog uzroka, dobijaju na značaju jer su bolesnici primorani da sa njima žive više decenija. Ova hronična oboljenja po značaju počinju da prevezilaze akutne bolesti, a interesovanje medicine se pomera od jednostavnog produženja životnog veka ka unapređenju kvaliteta života, što postaje novi ideal moderne medicine. Istraživanja kvaliteta života kod obolelih od zapaljenskih reumatskih bolesti su vrlo aktuelna u svetu, uzimajući u obzir učešće ovih oboljenja u strukturi morbiditeta i mortaliteta, te činjenicu da se pravovremenom primenom adekvatne medikamentne i fizikalne terapije postiže ne samo sprečavanje daljeg propadanja, već i značajno poboljšanje kvaliteta njihovog života. U pojedinim studijama u našoj zemlji su posredno obavljena ispitivanja kvaliteta života obolelih od zapaljenskih reumatskih bolesti ispitivanjem ishoda bolesti, funkcionalnog statusa, radne sposobnosti, ali nije bilo posebnih studija koje su se sveobuhvatno direktno bavile merenjem kvaliteta života obolelih od ovih bolesti [4].

Predmet rasprava je koliko vremena bi studije ovog tipa trebalo da traju. U literaturi je naješće vreme praćenja reumatskih bolesnika 6 meseci nakon fizikalne terapije, sa presecima posle 4 nedelje, 3 i 6 meseci. Bolesnici koji su učestvovali u ovom istraživanju su boravili u Institutu po 28 dana, te praćenje posle tog perioda nije bilo izvodljivo, jer su se oni po završenoj rehabilitaciji vraćali u Norvešku.

Broj bolesnika uključenih u ispitivanja kvaliteta života kreće se od nekoliko do nekoliko hiljada. Na primer, u poređenju efekata različitih doza sporodelujućih antireumatika (lekova druge linije) na kvalitet života je učestvovalo svega 10 bolesnika sa RA. Veći broj ispitanika (od nekoliko desetina do nekoliko hiljada) je uključen u istraživanja koja se bave procenom efekata fizikalne medicine i rehabilitacije na kvalitet života [13]. Broj od 109 bolesnika (69 sa RA i 40 sa PsA) u našem istraživanju je sličan broju bolesnika u većini sprovedenih studija [14,15].

Kao instrument za procenu kvaliteta života primenjen je standardizovani evropski upitnik *Euro-QoL* (EQ-5D), zamišljen kao bazični indeks za procenu i opis kvaliteta života obolelih od različitih hroničnih bolesti. Ovaj upitnik je manje senzitiv i slabije otkriva različite nivoe opaženih stanja "bolestan-zdrav" među ispitanicima dobrog zdravlja [16], ali je veoma pouzdan za longitudinalne studije u slučaju reumatoidnog artritisa i dobro korelira sa svim merama težine bolesti osim dužine trajanja oboljenja [17,18].

Za popunjavanje ovog upitnika potrebno je svega 8-12 minuta, što ga čini pogodnim za upotrebu u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Samostalnim popunjavanjem upitnika od strane ispitanika je pristranost anketara svedena na najmanju moguću meru u našem radu. Gubitak podataka je takođe sveden na minimum jer su ovi bolesnici dobro obučeni za popunjavanje sličnih upitnika o kvalitetu života. Tokom anketiranja postoji mogućnost prikazivanja svog života u boljem svetlu od stvarnog, te je pristranost usled davanja društveno prihvatljivih odgovora bolesnika teško eliminisati.

Rehabilitacija bolesnika sa zapaljenskim reumatizmom tipa reumatoidnog i psorijaznog artritisa je doživotan proces. Ona bi trebalo da se bavi ukupnom životnom situacijom i rešavanjem somatskih, psiholoških, porodičnih i socijalnih problema bolesnika. Cilj ovog kontinuiranog procesa je postizanje maksimuma u funkcionalnim sposobnostima svakog pojedinačnog obolelog [19]. Stoga je uticaj rehabilitacije na kvalitet života obolelog veliki. Stacionarna rehabilitacija je naročito važna za edukaciju bolesnika što je njen primarni zadatak, jer samo dobro edukovan bolesnik može kvalitetno da kontroliše nepovoljne faze bolesti i da obavlja KT u kućnim uslovima. Ovo je važno za ukupno očuvanje kvaliteta života obolelih jer je vežbanje u kućnim uslovima, po svojim efektima, podjednako kvalitetno kao ambulatno ili hospitalno vežbanje.

Procena kvaliteta života i funkcionalnog statusa u reumatoidnom i psorijaznom artritisu, slično drugim hroničnim bolestima, postala je neophodna za praćenje zdravstvenog stanja bolesnika. U studiji Sokolla su poređeni funkcionalna sposobnost putem upitnika *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) i kvalitet života putem upitnika *EuroQol* (EQ-5D) u po 47 obolelih od reumatoidnog i psorijaznog artritisa. Zaključeno je da nije bilo značajne razlike u kvalitetu života ($p=0,53$) ni u funkcionalnoj sposobnosti ($p=0,09$) po grupama [14]. U našoj grupi bolesnici sa PsA su imali značajno veću bol, nelagodnost i značajno lošiju skalu zdravstvenog stanja na prijemu u odnosu na obolele od reumatoidnog artritisa. Husted i saradnici su uradili 2 studije. U prvoj je procenjen kvalitet života 113 obolelih od PsA i poređen sa opštom populacijom zdravih u Velikoj Britaniji i Sjedinjenim Američkim Državama. Nađena je značajna redukcija kvaliteta života ovih bolesnika u odnosu na opštu populaciju. Kvalitet života je najviše umanjen po pitanju fizičke uloge, opšteg zdravlja i telesnog bola, a najmanja redukcija je dobijena u sferi mentalnog zdravlja [15]. U drugoj studiji je poređen kvalitet života 107 obolelih od psorijaznog artritisa i 43 obolela od reumatoidnog artritisa pomoću MOS SF-36 upitnika (*Medical Outcomes Study Short Form 36-item Questionnaire*). U obe grupe obolelih je nađena značajna redukcija kvaliteta života i razlike u pojedinim segmentima. Tako su oboleli od psorijaznog artritisa pokazali viši nivo vitalnosti, nešto viši stepen bola i više emo-

cionalnih problema u odnosu na obolele od reumatoidnog artritisa [20].

Ispitivanja kvaliteta života obolelih od različitih zapaljenskih reumatskih bolesti navela su lekare da znatno veću pažnju posvete emocionalnim problemima svojih bolesnika. Direktna korist od studija sprovedenih u SAD je zaključak da primena antidepresiva znatno smanjuje stepen bola i potrebu za analgeticima kod ovih bolesnika [13]. Najveći broj istraživača proučava uticaj različitih medikamenata i terapijskih procedura na kvalitet života bolesnika [10]. Pokretljivost je segment ovog upitnika kojim saznajemo da li ispitanik ima problema pri kretanju izvan kuće ili je nepokretan. U obe grupe naših bolesnika je rehabilitaciona terapija značajno poboljšala skor ove dimenzije kvaliteta života. Samoopsluživanje se odnosi na probleme pri kupanju i oblačenju. Analiza je pokazala da ne postoji značajna razlika na prijemu i na otpustu ni u jednoj grupi, što je uzrok ponuđenih odgovora u vidu trostepene skale (klasičan nedostatak kratkih upitnika zbog čega dolazi do gubitka preciznosti i registrovanja samo jako velikih promena), i/ili visokim skorom na prijemu (>90 od maksimalnih 100), pa je u grupi obolelih od RA čak zabeleženo blago pogoršanje skora na otpustu. Svakodnevne aktivnosti se odnose na probleme pri izvršavanju uobičajenih dnevnih aktivnosti (posao, studije, kućni poslovi, aktivnosti u porodici ili u slobodno vreme). Po završenoj rehabilitaciji su značajno poboljšane svakodnevne aktivnosti kod obolelih od RA, a u grupi obolelih od PsA blago poboljšanje skora nije bilo statistički značajno. Bol/nelagodnost je segment upitnika koji se odnosi na prisustvo i intenzitet osećanja bola/nelagodnosti. Bolesnici sa PsA su imali značajno veću bol/nelagodnost pri prijemu koja se po završenom lečenju značajno smanjuje ($p<0,05$), dok se u grupi obolelih od RA postiže visoko značajno umanjeње bola ($p<0,01$). Raspoloženje je poslednji segment upitnika o osećanju anksioznosti ili potištenosti. Po završenom lečenju se postiže značajno poboljšanje raspoloženja u obe grupe bolesnika. Skala zdravstvenog stanja ispitanika pokazuje da je grupa bolesnika sa PsA značajno lošijeg zdravstvenog stanja na prijemu, a da rehabilitaciono lečenje značajno poboljšava zdravstveno stanje u obe grupe bolesnika ($p<0,01$). Kod obolelih od RA indeks poboljšanja $\sim 30\%$, a kod obolelih od PsA $\sim 32\%$ nakon završenog lečenja, bez značajne razlike po grupama ($p>0,05$).

Zaključak

Nađen je značajno lošiji kvalitet života kod bolesnika sa psorijaznim artritisom po pitanju bola/nelagodnosti i skale zdravstvenog stanja;

Smanjenje kvaliteta života na prijemu je u obe grupe najizraženije po pitanjima bola/nelagodnosti i svakodnevnih aktivnosti;

Rehabilitaciono lečenje je značajno poboljšalo kvalitet života u svim oblastima osim u samo-

opsluživanju (u obe grupe bolesnika) i svakodnevnim aktivnostima u grupi sa psorijaznim artritisom. Postignuto je sveukupno poboljšanje ~30% kod

obolelih od reumatoidnog, a ~32% kod obolelih od psorijaznog artritisa.

Literatura

1. Scott DL, Garrood T. Quality of life measures: use and abuse. *Bailliere's Clin Rheumatol* 2000;14(4):663-87.
2. WHO. Health for all in the XXI century. Geneva (cited 1998, April 28th); Available from URL: <http://www.who.ch>
3. Juniper E. Measurement of health related quality of life. Available from URL: <http://www.qoltech.co.uk>
4. Pilipović N. Reumatologija. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2000.
5. Nedvidek B. Osnovi fizikalne medicine i rehabilitacije. Novi Sad: Medicinski fakultet; 1991.
6. Jevtić M, Vesović-Potić V. Fizikalna medicina. Kragujevac: Medicinski fakultet; 1997.
7. Nakajima H. Bringing health to life. *Promot Educat* 1995;2:7-8.
8. Mihajlović V. Fizikalna terapija. Rijeka Crnojevića: Obodsko slovo; 2002.
9. WHOQOL Group. Measuring quality of life: the development of the World health organization quality of life instrument. Geneva: WHO; 1993.
10. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University press; 1996:446-97.
11. Mustur D. Procena kvaliteta života obolelih od reumatoidnog artritisa i psorijaznog artritisa (magistarski rad). Beograd: Medicinski fakultet; 2005.
12. Pincus T, Summey JA, Soraci JR, Wallston KA, Hummon NP. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983;26:1346-53.
13. Gyatt GH, Feeney DH, Patric DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-9.
14. Sokoll KB, Helliwell PS. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001;28:1842-6.
15. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ. Validating the SF-36 health survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1997;24:511-7.
16. Marra CA, Woolcott JC, Kopec JA, Shojania K, Offer R, Brazier JE, et al. A comparison of generic, indirect utility measures (the HUI2, HUI3, SF-6D, and the EQ-5D) and disease specific instruments (the RAQoL and the HAQ) in rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med* 2005;60:1571-82.
17. Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochead 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;36:551-9.
18. 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;36:551-9.
19. Walker JM, Helewa A. Physical therapy in arthritis. Philadelphia: WB Saunders company; 1996.
20. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;45:151-8.

Summary

Introduction

This open, uncontrolled study examined the effects of physical therapy and rehabilitation on the quality of life in patients with rheumatoid arthritis (RA) and psoriatic arthritis (PsA).

Material and methods

The study included a total of 109 patients (69 with RA and 40 with PsA). Patients came from Norway for a four-week rehabilitation period at the Institute of Physical Medicine, Rehabilitation & Rheumatology - Igalo from June till October, 2003. This was a self-controlled, pretest/posttest study. All patients had six days of physical therapy per week, during a four-week stay, which made a total of 24 therapy days. Basic therapy included mud packs/baths, kinesitherapy, hydrokinesitherapy and electrotherapy with analgesic effects. Quality of Life measurements were conducted two times (on admission and discharge)

using questionnaire EuroQoL (EQ-5D). The research also included evaluation of ACR improvement.

Results

Pain/disability scale and the well being scale showed that quality of life in patients with PsA was significantly lower in comparison with RA patients. However, after 4 weeks, quality of life was much better in most dimensions of the EuroQoL questionnaire. Patients showed no improvement in self-care activities (in both groups) and daily activities (in group with PsA). Significant improvement was measured also in ACR improvement criteria (around 30%).

Conclusions

Physical therapy at the Igalo Institute and good climate conditions have significantly improved the Health-Related-Quality-of-Life in both groups of patients. ACR index showed great

Key words: Quality of Life; Physical Therapy Techniques; Rehabilitation; Arthritis, Psoriatic; Arthritis, Rheumatoid

Rad je primljen 22. VI 2005.

Prihvaćen za štampu 1. IX 2005.

BIBLID.0025-8105:(2007):LX:5-6:241-246.