

# Reumatoidartriidi ja reaktiivse artriidiga patsientide elukvaliteet Eestis

**Mare Tender, Riina Kallikorm, Meelis Rahula, Mari-Liis Lepiksoo, Margus Lember –**  
TÜ ja TÜ Kliinikumi sisekliinik

Meditšiinis kasutatakse elukvaliteeti peegeldavaid küsimustikke järjest sagedamini, kuid suhteliselt vähe on uuritud reumaatilist haigust põdevate patsientide olukorda. Mitmed tööd reumatoidartriidi (1) ja psoriaatilise artriidi (2) haigetega on näidanud, et elukvaliteedi erinevate aspektide võrdlemine SF-36, HAQ jt üldiste küsimustike abil aitab hinnata erinevate reumaatiliste haigustega inimeste probleemide kokkulangevust või eripära. Väga vähe on tehtud elukvaliteedi uuringuid reaktiivse artriidiga haigetel.

**Töö eesmärk** oli uurida reumatoidartriidi (RA) ja reaktiivse artriidi (ReA) haigeid, et selgitada kahe erineva prognoosiga põletikulise liigesehaiguse mõju elukvaliteedile ning saada teavet liigesehaigete olukorrast Eestis.

## Uurimismaterjal ja -meetodid

Töö kavandamisel seati järgmised ülesanded: 1) RA- ja ReA-haigete elukvaliteedi uurimine kirjaliku küsitluse teel; 2) RA- ja ReA-haigete elukvaliteedi aspektide selgitamine, analüüsides tulemusi mõlemas rühmas; 3) RA- ja ReA-haigete elukvaliteedi erinevuste väljatoomine küsitluse andmete põhjal; 4) saadud andmete võrdlemine samade patsientidega kolm aastat tagasi tehtud küsitluse tulemustega (3).

Uuringus kasutati küsimustikku SF-36 (*The RAND 36-Item Health Survey Version 1.0*), mis on üks enam levinud üldtervisliku seisundi hindamise küsimustik maailmas (4). See küsimustik koosneb kaheksast valdkonnast: kehaline seisund (10 küsimust), kehalised piirangud igapäevaelus (4 küsimust),

emotsionaalsed piirangud igapäevaelus (3 küsimust), energia ja väsimus (4 küsimust), vaimne heaolu (5 küsimust), sotsiaalne toimetulek (2 küsimust) ja üldtervislik seisund (5 küsimust). Igal küsimusel on 2–6 vastusevarianti. Kõik vastused analüüsitakse protsentskaalas, kusjuures suurem protsent kajastab paremat tulemust. Iga valdkonna lõplik tulemus ühe patsiendi kohta saadakse arvutatuna seda valdkonda kajastavate küsimuste keskmise tulemusena (5). Andmetöötlus programmiga Statistica 6.0 põhineb deskriptiivsel statistikal.

Kõik uuritud patsiendid olid 1998. a TÜ Kliinikumi sisekliiniku reumatoloogia osakonnas ravil olnud RA- ja ReA-haiged. Uuringus küsitleti neid patsiente, kes vastasid 2000. aasta küsitlusele. Valimi iseloomustus on toodud tabelis 1.

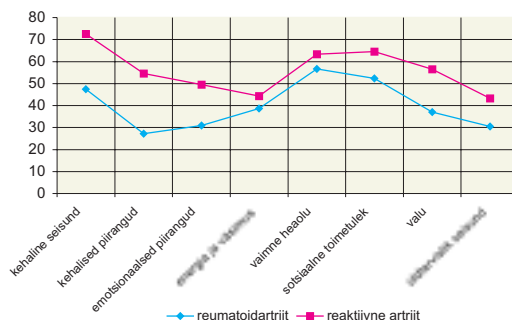
**Tabel 1. Uuritud patsientide valim**

	RA	ReA
Kokku küsitletuid	77	100
Mehed/naised	14/63	37/63
Keskmine vanus	43,9	52,6
Vastanute arv (mehed/naised)	67 (12/55)	69 (27/42)
Vastanute %	87	69

## Tulemused

Küsimustiku SF-36 põhjal saadud haigusepuhune tervisehinnang RA- ja ReA-patsientidel on esitatud tabelis 2 ning joonisel 1.

RA- ja ReA-patsientide tervisehinnang erineb statistiliselt oluliselt ( $p < 0,05$ ) eelkõige kehalise seisundi, kehaliste piirangute, emotsionaalsete piirangute ja valu osas, kusjuures kõikides nendes



**Joonis 1. Tervisehinnangu võrdlus RA- ja ReA-haigetel.**

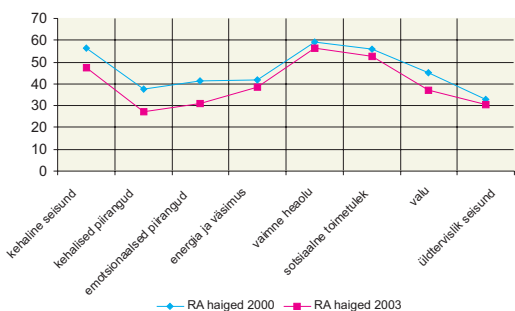
valdkondades on RA-haigete hinnang oma tervisele halvem kui ReA-haigetel. Suhteliselt väiksemad erinevused on energia ja väsimuse, vaimse heaolu ning sotsiaalse toimetuleku valdkonnas, kuid ka seal on RA-haigete tervisehinnangud madalamad kui ReA-haigetel. Ainult energia ja väsimuse osas ei olnud erinevus statistiliselt oluline. ReA-grupis on patsientidel suhteliselt kõrge hinnang kehalisele seisundile, vaimsele heaolule ja sotsiaalsele toimetulekule.

## Tervisehinnangute dünaamika kolme aasta jooksul RA- ja ReA-haigetel

RA-haigete hinnangute võrdlusel (vt jn 2) ilmnes, et kõikides SF-36 valdkondades on patsientide hinnang oma tervislikule seisundile kolme aastaga halvenenud. Kõige suurem negatiivne dünaamika oli hinnangutes kehalisele seisundile, kehalistele ja emotsionaalsetele piirangutele ja valule, kusjuures kahe viimase näitaja osas oli erinevus statistiliselt oluline ( $p < 0,05$ ). Väheoluline muutus oli vaimse heaolu, energia ja väsimuse ning sotsiaalse toimetuleku valdkonnas. Ka üldtervislikku seisundit hindasid RA-haiged praktiliselt samaks kui kolm aastat tagasi tehtud uuringus.

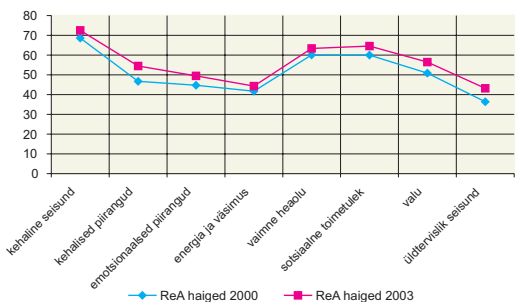
**Tabel 2. SF-36 tulemused valdkonniti (keskmine hinnang ja 95% usalduspiirid)**

Haigus	Kehaline seisund	Kehalised piirangud igapäevaelus	Emotsionaalsed piirangud igapäevaelus	Energia ja väsimus	Vaimne heaolu	Sotsiaalne toimetulek	Valu	Üldtervislik seisund	Tervisliku seisundi muutus
RA	47,4 40,8–54,0	27,2 18,9–35,5	31,0 21,8–40,3	38,6 34,6–42,6	56,6 51,8–61,3	52,4 45,9–58,9	37,0 30,7–43,2	30,5 25,7–35,2	35,0 29,1–40,9
ReA	72,5 66,8–78,2	54,5 44,4–64,7	49,5 39,0–59,9	44,3 39,5–49,0	63,4 59,1–67,8	64,6 58,7–70,5	56,5 50,0–63,0	43,2 38,5–47,9	48,9 42,6–55,1



**Joonis 2. Tervisehinnangu võrdlus RA-haigetel dünaamikas (2000–2003).**

ReA-patsientide tervisehinnangu dünaamika oli vastupidine võrreldes RA-haigetega (vt jn 3). Kõikides SF-36 valdkondades esines positiivne nihe, kuigi erinevused ei olnud statistiliselt olulised. Märkatavam erinevus oli kehaliste piirangute ja valu valdkonnas ning üldtervisliku seisundi osas. Viimases mainitud valdkonnas oli erinevus statistiliselt oluline ( $p < 0,05$ ). Kuigi positiivne dünaamika ReA-haigete elukvaliteedi näitajates ei olnud suur, saadi selle haigusega patsientide rühmas paremad tulemused kõikides valdkondades.



**Joonis 3. Tervisehinnangu võrdlus ReA-haigetel dünaamikas (2000–2003).**

### Arutelu

Küsitlusele vastanute protsent oli postiküsitluse kohta väga hea, ulatudes RA korral 87%ni ja ReA puhul 69%ni. See peegeldab üsna hästi haigete olukorda ja huvi uurimistöö vastu, mille tulemused võiksid olla abiks nii reumatoloogilise teenistuse

korraldamisel kui sotsiaalvaldkonna arengu kavandamisel üldiselt.

SF-36 alusel tehtud RA- ja ReA-patsientide tervisehinnangu analüüs näitas, et RA-haiget hindavad mitmes valdkonnas oma tervist ReA-haigetest madalamalt. Eriti häiriv on valu ja kehalised piirangud. Arvestades RA ja ReA erinevat kulgu ning iseloomu, on see eeldatav tulemus. Samas on oluline märkida, et mõnes valdkonnas – emotsionaalsed piirangud, energia ja väsimus ning üldtervislik seisund – on ka ReA-haigete tervisehinnang tunduvalt madalam kui kehalise seisundi, valu ja kehaliste piirangute osas. See viib mõttele, et on ka muid põhjusi, mis võivad liigesehaige elukvaliteeti halvendada, isegi kui füüsilist valu ja liikumise piiratust igapäevaelus esile ei tooda.

Esimest korda Eestis uuriti liigesehaigustega haigete elukvaliteeti ja selle muutust kolme aasta vältel. Tervisehinnangu muutus 2000.–2003. a oli RA-haigetel selgelt negatiivne. Siin tuli esile just kehalisest puudest ja vaevustest tingitud elukvaliteedi halvenemine. Kuna RA on krooniline progresseeruv põletikuline liigesehaigus, on sellised tulemused ühelt poolt ootuspärased, kuid teisalt tekib küsimus, kas nende haigete ravis ja jälgimises on tehtud kõik nii haigest kui meditsiinipersonalist olenev, et töbi kiiresti ei süveneks ja patsient saaks elada võimalikult täisväärtuslikku elu.

Seevastu ReA-patsiendid hindavad oma tervist paremaks kõikides SF-36 valdkondades, võrreldes eelmise küsitlusega. Sellel haigete rühmal oli väiksem keskmine vanus kui RA-haigetel, ka oli ReA kestus olnud lühem. Kuigi meie töös saadud andmete põhjal pole seda kindlalt võimalik väita, näitavad kirjanduse andmed ja kliiniline kogemus, et paljud ReA-haiget paranevad täiesti ning haigus ei pruugi muutuda krooniliseks. Kõige madalama hinnangu andsid ReA-haiget energia ja väsimuse ning üldtervisliku seisundi valdkonnas, mistõttu võib arvata, et nende näitajate osas mõjutavad meie haigete elukvaliteeti ka mitmed haigusevälised tegurid, sest needsamad patsiendid andsid kõrge hinnangu oma kehalisele seisundile.

## Kokkuvõte

Töö eesmärgiks oli uurida RA- ja ReA-haigeid selgitamaks kahe erineva prognoosiga põletikulise liigesehaiguse mõju elukvaliteedile. Selgus, et mõlema rühma haigete elukvaliteedis on olulisi, sh haigusest tingitud muutusi. RA-haigete elukvaliteet on kolme aastaga jätkuvalt halvenenud: see peegeldab nii haiguse raskust kui võimalikke puudusi haigete kompleksses ravis. Uuringuga on

saadud esmane tõenduspõhine teave kahe põletikulise liigesehaigusega haigete tervisehinnangute kohta Eestis ning selle tulemused loovad aluse töö jätkamiseks. Järgnevalt vajab selgitamist, millised tegurid mõjutavad nende patsientide elukvaliteedi erinevaid aspekte.

mare.tender@kliinikum.ee

## Kirjandus

1. Lubeck DP. Health-related quality of life measurements and studies in rheumatoid arthritis. *Am J Managed Care* 2002;8:811–20.
2. 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.
3. Lai T, Kallikorm R, Salupere R, Kiivet R-A. Patsientide hinnangud oma tervisele krooniliste haiguste korral. *Eesti Arst* 2001;80:450–5.
4. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu Jf, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40–66.
5. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ* 1993;2:217–27.