

## Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane – związek z cechami klinicznymi choroby, zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi

### Quality of life in multiple sclerosis – association with clinical features, fatigue and depressive syndrome

Beata Łabuz-Roszak, Katarzyna Kubicka-Bączyk, Krystyna Pierzchała, Maciej Horyniecki, Agnieszka Machowska-Majchrzak, Daria Augustyńska-Mutryn, Konrad Kosałka, Krzysztof Michalski, Dominika Pyszak, Joanna Wach

Katedra i Klinika Neurologii w Zabrze  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. K. Pierzchała

#### Summary

**Introduction.** The aim of the study was to assess the health related quality of life in patients suffering from multiple sclerosis (MS) in association with clinical features, fatigue and depressive symptoms.

**Methods.** The examined group consisted of 61 patients (45 women and 16 men) in the mean age of  $38.6 \pm 11.4$ . The mean duration of disease was  $7.1 \pm 6.1$  years. The control group consisted of 30 healthy volunteers. The following questionnaires were used: EuroQol (EQ5D) with visual scale EuroQol-VAS, Modified Impact Fatigue Scale (MIFS) and Beck Depression Inventory (BDI).

**Results.** The quality of life in the examined group of MS patients was significantly lower in comparison to the control group. Results of EQ-5D and EQ-VAS were influenced by age, disease course, level of disability and carried treatment. Statistically significant association was also found between results of the questionnaires assessing quality of life and either fatigue or depressive symptoms.

**Conclusion.** The used questionnaires confirmed that quality of life in patients with MS is significantly worse, especially in the older people with secondary progressive course of the disease, more disable and not treated. Presence of fatigue and depressive symptoms influenced the self-assessment of quality of life. Complex care of MS patient should consider diagnosis and treatment of fatigue and depression which could improve their quality of life.

**Słowa kluczowe:** stwardnienie rozsiane, jakość życia, zmęczenie, depresja

**Key words:** quality of life, multiple sclerosis, fatigue, depression

---

Badanie nie było sponsorowane.

## Wstęp

Stwardnienie rozsiane (SR) to przewlekła choroba zapalna ośrodkowego układu nerwowego, która dotyczy około 2,5 miliona osób na całym świecie [1]. Rozpoczyna się najczęściej w młodym wieku, w okresie najbardziej aktywnego życia zawodowego, społecznego i rodzinnego. U większości osób objawy pojawiają się nagle w postaci rzutu. Symptomatologia jest bardzo zróżnicowana i wynika z lokalizacji uszkodzenia. U chorych występują zaburzenia ruchowe (niedowłady kończyn, niezdolność), czuciowe (uporczywe parestezje, niedoczulica, przeczulica), ze strony nerwów czaszkowych (porażenia gałkoruchowe, zaburzenia widzenia, neuralgia trójdzielna), wegetatywne, jak również psychiczne (zaburzenia poznawcze i nastroju) [2, 3]. Jednym z niedocenianych, lecz bardzo dokuczliwych, objawów SR jest również zmęczenie, które opisywane bywa nawet u 90% chorych [4–13]. Stanowi najczęstszą przyczynę absencji w pracy, jest jednym z głównych powodów ograniczenia aktywności zawodowej. U większości osób choroba stopniowo prowadzi do niesprawności, powoduje ograniczenia w różnych sferach życia. Zaburzenia funkcjonowania wynikające z narastającej niesprawności znacząco pogarszają jakość życia chorych na SR, lecz istotny wpływ na dobrostan chorego ma również zmęczenie i zaburzenia nastroju.

Termin *jakość życia* bywa definiowany na różne sposoby, najczęściej jest rozumiany jako ogólny stopień zadowolenia z życia i poczucie dobrostanu; dotyczy ogólnego stanu fizycznego, umysłowego, emocjonalnego oraz społecznego funkcjonowania jednostki, i ma charakter subiektywny [14]. Pojęcie jakości życia zależnej od zdrowia (ang. health-related quality of life, HRQoL) wprowadził Schipper [za: 14]. Uznał, iż stan zdrowia wpływa w znaczący sposób na życie i funkcjonowanie człowieka, czyli tym samym – na jakość życia.

Pierwszej oceny jakości życia chorych na SR dokonano w 1990 roku [15]. Przewodzone od tamtej pory badania mają na celu nie tylko ewaluację jakości życia, lecz również poszukiwanie czynników, które ją obniżają lub poprawiają. Najczęściej stosowane są różne kwestionariusze, zarówno generyczne (uniwersalne), jak i specyficzne dla choroby [16].

Celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane w zależności od cech klinicznych choroby, współwystępującego zespołu zmęczenia i objawów depresyjnych.

## Material i metody

Badani rekrutowani byli spośród 188 chorych na SR leczonych w Przyklinicznej Poradni Neurologicznej w Zabrze. Z grupy tej 61 chorych (32,4%) zgodziło się na udział w badaniu i podpisało pisemną zgodę. Badania prowadzone były od 1 kwietnia do 30 czerwca 2011 roku.

W skład grupy kontrolnej wchodziło 30 zdrowych ochotników rekrutowanych spośród studentów Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Zabrze.

Z każdym chorym przeprowadzono dokładny wywiad za pomocą autorskiego kwestionariusza. Pytania dotyczyły wieku, przebiegu choroby (wiek rozpoznania, objawy, częstość rzutów, leczenie), wykształcenia, aktywności zawodowej i stanu cywilnego. Następnie przeprowadzono badanie neurologiczne. Sprawność chorych oceniono za pomocą rozszerzonej skali niesprawności ruchowej (EDSS) [17]. Na podstawie wywiadu i analizy dokumentacji medycznej ustalono typ przebiegu choroby. W badaniu wykorzystano następujące kwestionariusze: Zmodyfikowaną Skalę Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale, MFIS) [18], Kwestionariusz Oceny Jakości Życia EuroQol-5D (EQ-5D) wraz ze skalą wizualną EuroQol-VAS (EQ-VAS) [19–21] oraz Skalę Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI) [22].

Zmodyfikowana Skala Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale, MFIS) składa się z 21 pozycji i ocenia wpływ zmęczenia na trzy wymiary jakości życia chorego: fizyczny (Physical MFIS, Ph-MFIS), poznawczy (Cognitive MFIS, C-MFIS) i psychospołeczny (Psychosocial MFIS, Ps-MFIS). Każda z pozycji jest punktowana od 0 do 4, maksymalnie badany może uzyskać 84 punkty. Im wyższy wynik, tym większy wpływ zmęczenia na jakość życia badanego. Skala ta powstała poprzez modyfikację skali oceny stopnia zmęczenia (Fatigue Severity Scale, FSS) [23]. Analiza walidacyjna Zmodyfikowanej Skali Wpływu Zmęczenia została dokonana przez Gruszczak i wsp. [18].

Kwestionariusz EuroQol-5D został opracowany przez międzynarodową grupę ekspertów afiliowaną przez WHO w 1987 r. i służy do samooceny jakości życia ludzi chorych. Składa się z dwóch części: EQ-5D oraz EQ-VAS. EQ-5D zawiera 5 pytań dotyczących: możliwości ruchowych, sprawowania opieki nad sobą, zwykłej codziennej aktywności, a także obecności i nasilenia dolegliwości bólowych, oraz zaburzeń nastroju. Dla każdego pytania istnieją 3 stopniowane możliwości odpowiedzi. Na potrzeby niniejszego badania ustalono następującą punktację: każde pytanie oceniano od 1 (bez problemów) do 3 punktów (duże problemy), a następnie obliczano sumę wszystkich punktów w celu określenia ogólnego stanu zdrowia. Maksymalna możliwa liczba punktów wynosiła 15 (najgorszy stan zdrowia) [19, 20]. Dostępna jest walidowana wersja tego kwestionariusza w języku polskim [24].

EQ-VAS to wizualna skala analogowa, pozwalająca na ogólną ocenę stanu zdrowia i aktywności choroby od 0 (najgorszy wyobrażalny stan zdrowia) do 100 (najlepszy możliwy stan zdrowia). Najczęściej jest przedstawiana w postaci poziomej linii o długości 100 mm, na której chory zaznacza pionową kreską miejsce odpowiadające własnej ocenie stopnia nasilenia choroby. Wynik uzyskuje się mierząc (w milimetrach) odległość od początku skali do miejsca zaznaczonego przez chorego.

Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI) to 21-punktowy kwestionariusz służący do samooceny przez chorego występowania objawów depresyjnych. Każda z pozycji oceniana jest od 0 do 3 punktów w zależności od nasilenia objawów. Maksymalna liczba punktów to 63. Interpretacja wyników jest następująca: 0–9 – brak objawów depresyjnych; 10–19 – depresja łagodna; 20–25 – depresja umiarkowana, 26–63 – depresja ciężka. Standaryzacja polska dokonana została przez Parnowskiego i Jernajczyka w 1977 roku [22].

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej używając programu komputerowego STATISTICA 9.0, Stat Soft Polska. Wynik uznawano za istotny statystycznie, jeżeli uzyskany poziom istotności  $p$  był mniejszy od 0,05. W opisie danych podano standardowe parametry statystyczne: liczebność  $N$ , średnią arytmetyczną  $X$ , odchylenie standardowe  $SD$ .

### Wyniki

Grupę badaną stanowiło 61 chorych (45 kobiet, 16 mężczyzn) w wieku od 21 do 67 lat (średni wiek  $38,6 \pm 11,4$  roku). Grupę kontrolną stanowiło 30 osób (20 kobiet i 10 mężczyzn) w wieku od 23 do 53 lat (średni wiek  $32,5 \pm 10,3$  roku).

W grupie badanej średni czas trwania choroby wynosił  $7,1 \pm 6,1$  roku, średni wiek w chwili rozpoznania choroby –  $31,9 \pm 11,7$ . U 42 chorych stwierdzono nawracająco-zwalniającą postać SR (NZ), u 19 – wtórnie postępującą (WP). Sprawność chorych oceniona za pomocą rozszerzonej skali niesprawności ruchowej (EDSS) wynosiła  $2,8 \pm 1,7$  pkt.

W chwili badania leczonych było 35 osób (57,4%). U badanych chorych stosowano interferon beta 1a (2 osoby), interferon beta 1b (22 osoby), octan glatirameru (3 osoby), daclizumab (3 osoby), mitoksantron (3 osoby), azatioprynę (1 osoba) oraz kwas fumarowy (1 osoba).

Wyszkolenie badanych chorych było następujące: 2 osoby (3,3%) – podstawowe, 11 osób (18%) – zawodowe, 29 osób (47,5%) – średnie, 19 osób (31,2%) – wyższe.

W badanej grupie było 25 osób (41%) aktywnych oraz 36 osób (59%) nieaktywnych zawodowo. Stanu wolnego (panna, kawaler, wdowa, wdowiec, rozwiedziony, rozwiedziona) były 23 osoby (37,7%), 38 badanych (62,3%) pozostawało w stałym związku (związek małżeński, konkubinaty).

Wyniki zastosowanych kwestionariuszy przedstawiono w tabeli 1. W badanej grupie chorych na SR stwierdzono znamienne gorszą jakość życia, jak również wyższy poziom depresji oraz zmęczenia w wymiarze ogólnym, fizycznym i psychospołecznym, w odniesieniu do grupy kontrolnej. Nie stwierdzono znamiennej różnicy w liczbie użytych punktów w skali oceny zmęczenia w wymiarze poznawczym (C-MFIS).

Tabela 1. Wyniki zastosowanych kwestionariuszy (w punktach,  $X \pm SD$ ) w grupie badanej i kontrolnej

	Grupa badana (chorzy na SR) $X \pm SD$	Grupa kontrolna $X \pm SD$	$p$
EQ-5D	$8,05 \pm 2,2$	$5,9 \pm 1,1$	<b>0,000003</b>
EQ-VAS	$66,65 \pm 23,7$	$77,34 \pm 19,3$	<b>0,04</b>
MFIS	$34,02 \pm 18,3$	$22,9 \pm 13,8$	<b>0,004</b>
Ph-MFIS	$16,33 \pm 9,1$	$9,07 \pm 6,2$	<b>0,0002</b>
C-MFIS	$14,31 \pm 8,6$	$11,97 \pm 7,2$	0,2
Ps-MFIS	$3,38 \pm 2,1$	$1,83 \pm 1,4$	<b>0,0006</b>
BDI	$13,02 \pm 10,3$	$8,3 \pm 6,8$	<b>0,027</b>

W grupie badanej zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy jakością życia ocenioną za pomocą kwestionariuszy a zmęczeniem i objawami depresyjnymi (tabela 2). Podobne zależności stwierdzono w grupie kontrolnej.

Tabela 2. Ocena zależności pomiędzy wynikami zastosowanych kwestionariuszy w grupie badanej (współczynnik korelacji Spearmana R, znamienność korelacji P)

	EQ-5D	EQ-VAS	MFIS	BDI
EQ-5D			0,71 p = 0,0000001	0,63 p = 0,000001
EQ-VAS			-0,68 p = 0,0000001	-0,77 p = 0,0000001
MFIS	0,7 p = 0,0000001	-0,68 p = 0,0000001		0,49 p = 0,000397
BDI	0,63 p = 0,000001	-0,77 p = 0,0000001	0,49 p = 0,0004	

Na jakość życia chorych na SR ocenioną za pomocą skal EQ-5D oraz EQ-VAS istotny wpływ miał wiek, przebieg choroby, sprawność i prowadzone leczenie. Sprawność chorych ponadto znamienne statystycznie wpływała na wyniki skali wpływu zmęczenia w wymiarze ogólnym (MFIS), poznawczym (C-MFIS) i psychospołecznym (Ps-MFIS) oraz skali depresji (BDI) (tabela 3).

Tabela 3. Ocena zależności pomiędzy wynikami kwestionariuszy a wiekiem, płcią, wykształceniem, aktywnością zawodową, stanem rodzinnym oraz cechami klinicznymi choroby

	EQ-5D	EQ-VAS	MFIS	Ph-MFIS	C-MFIS	Ps-MFIS	BDI
Wiek	<b>0,025141</b>	<b>0,005707</b>	NS	NS	NS	<b>0,02152</b>	NS
Płeć	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Czas trwania choroby	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Przebieg choroby	<b>0,035</b>	<b>0,002</b>	NS	NS	NS	NS	NS
EDSS	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,012</b>	NS	<b>0,0028</b>	<b>0,037</b>	<b>0,001</b>
Leczenie	<b>0,04</b>	<b>004</b>	NS	NS	NS	NS	NS
Wykształcenie	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Aktywność zawodowa	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Stan rodzinny	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

## Dyskusja

Przeprowadzone badanie wykazało, iż u chorych na SR jakość życia jest istotnie gorsza w porównaniu z osobami zdrowymi. Podobne wyniki uzyskali inni badacze [25–37].

Stwierdzono znamienne korelację zastosowanych skal generycznych samooceny jakości życia (EQ-5D, EQ-VAS) i skali specyficznej dla SR, oceniającej wpływ zmęczenia na jakość życia w kilku aspektach (MFIS). Skale generyczne są proste i łatwe

w życiu, mogą znaleźć zastosowanie u każdego chorego. Skala MFIS ocenia wpływ zmęczenia na jakość życia w kilku wymiarach (fizycznym, poznawczym i psychospołecznym), jest jednak bardziej czasochłonna.

Jak wykazały wyniki niniejszego badania, jakość życia chorych na SR zależy od wielu parametrów klinicznych, takich jak wiek, przebieg choroby, sprawność i prowadzone leczenie. Osoby starsze, z postępującą postacią choroby, mniej sprawne ruchowo i nie poddawane leczeniu, znacznie gorzej oceniają swą jakość życia niż osoby młodsze, z postacią choroby nawracająco-zwalniająca, niższą punktacją w skali EDSS i leczone immunomodulacyjnie lub immunosupresyjnie. Starszy wiek wiązał się z gorszą oceną jakości życia przez chorych na SR również w badaniach innych autorów [38], choć nie we wszystkich [25]. W większości doniesień chorzy z nawracająco-zwalniającego przebiegiem choroby znacznie lepiej oceniali swą jakość życia niż chorzy z jej postępującą postacią [25]. Związek jakości życia z fizyczną sprawnością chorych na SR podkreślają również inni autorzy [25, 35]. Lepsza samoocena jakości życia przez chorych leczonych wiąże się prawdopodobnie z nadzieją na poprawę stanu zdrowia; ponadto osoby leczone były równocześnie młodsze, z nawracająco-zwalniająca postacią choroby i uzyskały mniej punktów w skali EDSS.

Podobnie jak część autorów [25], nie stwierdziliśmy zależności pomiędzy czasem trwania choroby a jakością życia. Odmianą obserwację poczynili inni badacze [35, 38]. Nie odnotowaliśmy również wpływu na jakość życia takich czynników, jak wykształcenie, stan rodzinny i aktywność zawodowa. Wykazaliśmy natomiast, iż na jakość życia chorych istotny wpływ mają objawy pozaruchowe – zmęczenie oraz obecność objawów depresyjnych. Obserwacja ta znajduje potwierdzenie w dostępnym piśmiennictwie [25, 32]. Merkelbach i wsp. [38] wykazali, iż zespół zmęczenia wywiera znaczący wpływ na jakość życia zależną od zdrowia, niezależnie od stopnia niesprawności określonego na podstawie EDSS. W badaniu Fiska i wsp. [39] zmęczenie było dla chorych objawem, który w największym stopniu wpływał na negatywną ocenę jakości życia. Subiektywna ocena jakości życia przez chorych na SR może być efektem negatywnej percepcji rzeczywistości osób z zespołem depresyjnym. Nie można również wykluczyć, iż niska jakość życia jest powodowana obecnością stanów depresyjnych badanych pacjentów. Wówczas leczenie zaburzeń nastroju – interwencja farmakologiczna lub psychoterapia – mogłaby poprawić dobrostan chorego.

Dodatkowo wykazaliśmy, iż obecność zmęczenia u chorych na SR koreluje z obecnością objawów depresyjnych, co potwierdzają wyniki naszych wcześniejszych badań [40] oraz niektórzy inni autorzy [9]. Istnieją również doniesienia o braku związku zmęczenia z depresją [30, 41], zaobserwowano bowiem, że zmęczenie – a nie depresja – zmniejsza się pod wpływem niższej temperatury, po śnie nocnym lub odpoczynku. Ponadto zmęczenie może pojawiać się epizodycznie, depresja zaś jest bardziej trwała.

Pozaruchowe objawy SR, takie jak zmęczenie i depresja, wywierają równie istotny wpływ na jakość życia chorych, jak objawy związane z funkcjonowaniem ruchowym. W kwestionariuszach oceny jakości życia zwraca się uwagę na wszystkie elementy dobrostanu chorego: fizyczne, psychiczne i socjalne. Ocena jakości życia chorych na SR powinna być jednym z elementów procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Celem każdego z lekarzy, jak również innych pracowników służby zdrowia, opiekujących się chorymi na

SR, powinna stać się poprawa jakości życia pacjentów i zmniejszenie negatywnego wpływu choroby na funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym. Należy rozpoznawać i leczyć nie tylko samą chorobę, lecz również objawy towarzyszące, jak zespół zmęczenia i depresję, które w istotny sposób wiążą się z gorszą jakością życia.

### Wnioski

Zastosowane skale potwierdziły, iż jakość życia chorych na SR jest znamienne gorsza, zwłaszcza osób starszych, z wtórnie postępującą postacią choroby, mniej sprawnych ruchowo, nie leczonych immunomodulacyjnie lub immunosupresyjnie.

Obecność zespołu zmęczenia i objawów depresyjnych istotnie wpływa na samoocenę jakości życia przez chorych na SR.

Kompleksowa opieka nad pacjentem chorym na SR powinna uwzględnić rozpoznanie i leczenie zespołu zmęczenia i depresji, co może wpłynąć pozytywnie na poprawę jakości życia.

#### Качество жизни больных рассеянным склерозом – связь с клиническими чертами болезни, синдромом усталости и депрессивными симптомами

##### Содержание

**Вступление.** Задачей проведения исследований была оценка качества жизни больных рассеянным склерозом (РС) в зависимости от клинических черт болезни, сосуществующего утомления и депрессивных симптомов.

**Методы.** Исследованная группа состояла из 61 больного РС (45 женщин и 16 мужчин в среднем возрасте  $38,6 \pm 11,4$  лет). Среднее время продолжительности болезни равнялось  $7,1 \pm 5,1$  лет. Контрольная группа состояла из 30 человек здоровых добровольцев. В исследованиях использованы: Глоссарий оценки качества жизни ЕвроКол СД (EQ SD) вместе с зрительной шкалой ЕвроКол – ВАС. Модифицированную шкалу влияния утомляемости (МШУ), а также шкалу Депрессии Бекка (ШДБ).

**Результаты.** В исследованной группе больных РС обнаружено худшее качество жизни в сравнение с контрольной группой добровольцев. На результаты используемых шкал существенное влияние оказывал возраст, течение болезни, самостоятельность больных и проводимое лечение. Кроме того, отмечено статистически существенная зависимость между результатами глоссария самооценки качества жизни и депрессивными симптомами.

**Выводы.** Примененные шкалы подтвердили, что качество жизни больных РС значительно хуже, особенно у старых больных со вторично прогрессирующей болезнью, с двигательной задержанностью, не леченных. Присутствие синдрома утомления и депрессивных симптомов существенно влияет на самооценку качества жизни. Комплексная опека над больными РС должна учитывать распознавание и лечение утомления и депрессии, что может положительно повлиять на улучшение качества жизни.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, качество жизни, утомление, депрессия

#### Lebensqualität der kranken an Multiple Sklerose – Zusammenhang mit klinischen Symptomen der Krankheit, Syndrom der Müdigkeit (Fatigue) und depressiven Symptomen

##### Zusammenfassung

**Einleitung.** Das Ziel der durchgeführten Studie war die Bewertung der Lebensqualität der kranken an Multiple Sklerose (MS), abhängig von den klinischen Symptomen der Krankheit, Komorbidität der Fatigue und depressiven Symptomen.

**Methoden.** Die untersuchte Gruppe bestand aus 61 MS – Kranken (45 Frauen und 16 Männer) im Durchschnittsalter von 38,6 ± 11,4 Jahren. Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei 7,1 ± 6,1 Jahren. Die Kontrollgruppe bildeten 30 gesunde Probanden. Bei der Studie wurden eingesetzt: Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität EuroQol 5 D (EQ5D) mit der visuellen Skala EuroQol-VAS, modifizierten Skala zur Erfassung der Fatigue (Modified Impact Fatigue Scale, MIFS) und Beck Depression Inventory, BDI.

**Ergebnisse.** In der untersuchte Gruppe der MS – Kranken wurde eine signifikant schlechtere Lebensqualität als bei der Kontrollgruppe nachgewiesen. Das Alter hatte einen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse der EQ-5D und EQ-VAS – Skalen, auch der Krankheitsverlauf, das Leistungsvermögen der Kranken und die eingesetzte Behandlung waren nicht belanglos. Es wurde auch eine statistisch signifikante Abhängigkeit zwischen den Ergebnissen der Fragebögen zur Bewertung der Lebensqualität, Fatigue und depressiven Symptomen beobachtet.

**Schlussfolgerungen.** Die eingesetzten Skalen bewiesen, dass die Lebensqualität der MS – Kranken signifikant schlechter ist, besonders bei älteren Personen, mit der fortschreitenden Form der Krankheit, die weniger mobil und nicht behandelt werden. Das Fatigue - Syndrom und die depressiven Symptome beeinflussen signifikant die Selbsteinschätzung der Lebensqualität. Eine komplexe Betreuung des MS – Kranken soll auch die Diagnose, Behandlung der Fatigue und die Depression berücksichtigen, was einen positiven Einfluss auf die Verbesserung der Lebensqualität haben kann.

**Schlüsselwörter:** Multiple Sklerose, Lebensqualität, Fatigue, Depression

### La qualité de vie des patients souffrant de la sclérose en plaques (SEP) – association des caractéristiques cliniques, du syndrome de fatigue et des symptômes dépressifs

#### Résumé

**Introduction.** On évalue la qualité de vie des patients souffrant de la sclérose en plaque (SEP) en corrélation avec les caractéristiques cliniques, le syndrome de fatigue et les symptômes dépressifs.

**Méthodes.** On examine le groupe de 61 patients souffrant de SEP (45 femmes et 16 hommes, moyenne de l'âge 38,6 ± 11,4). La durée de la maladie – 7,1 ± 6,1 ans. Le groupe de contrôle contient 30 volontaires sains. Pour l'examen on use : EuroQol (EQ5D) avec l'échelle visuelle EuroQol-VAS, Modified Impact Fatigue Scale (MIFS) et Beck Depression Inventory (BDI).

**Résultats.** La qualité de vie dans le groupe avec SEP n'est pas bonne dans le groupe des patients, surtout plus âgés et non traités (résultats de EQ-5D et EQ-VAS). Les symptômes dépressifs et le syndrome de fatigue influent aussi sur la qualité de vie des patients.

**Conclusions.** Ces questionnaires analysés confirment que la qualité de vie de patients souffrant de SEP est pire que des personnes du groupe de contrôle, surtout des patients plus âgés, avec la durée de la maladie plus longue, des patients avec déficits moteurs, non traités. Le syndrome de fatigue et les symptômes dépressifs aussi empirent la qualité de vie des malades. Le traitement complexe doit prendre en considération aussi la thérapie de ce syndrome de fatigue et de la dépression pour pouvoir améliorer la qualité de vie de ces patients.

**Mots clés :** sclérose en plaque (SEP), qualité de vie, fatigue, dépression

#### Piśmiennictwo

1. Bamer AM, Johnson KL, Amtmann DA, Kraft GH. *Beyond fatigue: Assessing variables associated with sleep problems and use of sleep medications in multiple sclerosis.* Clin. Epidemiol. 2010; 2: 99–106.
2. Figved N, Klevan G, Myhr KM, Glad S, Nyland H, Larsen JP, Harboe E, Omdal R, Aarsland D. *Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis.* Acta Psychiatr. Scand. 2005; 112: 463–468.
3. Olek MJ, Dawson DM. *Stwardnienie rozsiane i inne zapalno-demielinizacyjne choroby ośrodkowego układu nerwowego.* W: Bradley W, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurologia w praktyce klinicznej. Zaburzenia neurologiczne.* Tom II. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2006.



4. Bakshi R, Shaikh ZA, Miletich RS, Czarnecki D, Dmochowski J, Henschel K, Janardhan V, Dubey N, Kinkel PR. *Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurological disability*. *Mult. Scler.* 2000; 6: 181–185.
5. Braley TJ, Chervin DC. *Fatigue in multiple sclerosis: mechanisms, evaluation, and treatment*. *Sleep* 2010; 33 (8): 1061–1067.
6. Colosimo C, Millefiorini E, Grasso MG, Vinci F, Fiorelli M, Koudriavtseva T, Pozzilli C. *Fatigue in SM is associated with specific clinical features*. *Acta Neurol. Scand.* 1995; 92 (5): 353–355.
7. Iriarte J, Carreno M, de Castro P. *Fatigue and functional system involvement in multiple sclerosis*. *Neurol.* 1996; 11 (6): 210–215.
8. Kaynak H, Altıntaş A, Kaynak D, Uyanik O, Saip S, Agaoglu J, Onder G, Silva A. *Fatigue and sleep disturbance in multiple sclerosis*. *Eur. J. Neurol.* 2006; 13 (12): 1333–1339.
9. Kotterba S, Eren E, Fangerau T, Malin JP, Sindern E. *Sleepiness and fatigue in multiple sclerosis – comparison of different measuring instruments*. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2003; 71 (11): 590–594.
10. Kroencke DC, Lynch SG, Denney DR. *Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern*. *Mult. Scler.* 2000; 6: 131–136.
11. Stanton BR, Barnes F, Silber E. *Sleep and fatigue in multiple sclerosis*. *Mult. Scler.* 2006; 12 (4): 481–486.
12. Tola MA, Yugueros MI, Fernandez-Buey N, Fernandez-Herranz R. *Impact of fatigue in multiple sclerosis: study of population based series in Valladolid*. *Rev. Neurol.* 1998; 26 (154): 930–933.
13. Trojan DA, Arnold D, Collet JP, Shapiro S, Bar-Or A, Robinson A, Le Cruguel JP, Ducruet T, Narayanan S, Arcelin K, Wong AN, Tartaglia MC, Lapierre Y, Caramanos Z, Da Costa D. *Fatigue in multiple sclerosis: association with disease-related, behavioral and psychosocial factors*. *Mult. Scler.* 2007; 13: 985–995.
14. Majkowicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. W: de Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000, 141–146.
15. Brownscombe I, Laupacis A, Rice GPA, Ebers GC, Noseworthy JH. *Development of a disease-specific quality-of-life measure for multiple sclerosis*. *Neurol.* 1990; 40 (supl. 1): 142.
16. Opara J, Jaracz K, Broła W. *Aktualne możliwości oceny jakości życia w stwardnieniu rozsianym*. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006; 40: 336–341.
17. Kurtzke J. *Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS)*. *Neurol.* 1983; 33: 1444–1452.
18. Gruszczak A, Bartosik-Psujek H, Pocińska K, Stelmasiak Z. *Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Wpływu Zmęczenia (Modified Fatigue Impact Scale) – wyniki wstępne*. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2009; 43: 148–154.
19. EuroQoL Group. *EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life*. *Health Policy* 1990; 16: 199.
20. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: *A measure of health status from the EuroQoL Group*. *Ann. Med.* 2001; 33: 337–343.
21. Wewers ME, Lowe NK. *A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena*. *Res. Nurs. Health* 1990; 13: 227–236.
22. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11, 4: 417–421.
23. Krupp LB, La Rocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. *The Fatigue Severity Scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus*. *Arch. Neurol.* 1989; 46: 1121–1123.

24. Sobczyk W, Gugala M, Rola R. *Rozwój badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych*. Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17 (4): 353–356.
25. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Andersen O, Elovaara I, Farkkila M, Hansen HJ, Mellgren SI, Sandberg-Wollheim M, Sorensen PS, Myhr KM. *Health-related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis*. Mult. Scler. 2007; 13: 386–392.
26. Benito-Leon J, Morales JM, Rivera-Navarros J, Mitchell AJ. *A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life*. Disabil. Rehabil. 2003; 25: 1291–1303.
27. Fruehwald S, Loeffler-Stastka H, Eher R, Saletu B, Baumhackl U. *Depression and quality of life in multiple sclerosis*. Acta Neurol. Scand. 2001; 104: 257–261.
28. Hwang JE, Cvitanovich DC, Doroski EK, Vajarakitipongse JG. *Correlations between quality of life and adaptation factors among people with multiple sclerosis*. Am. J. Occup. Ther. 2011; 65(6): 661–669.
29. Isaksson AK, Ahlström G, Gunnarsson LG. *Quality of life and impairment in patients with multiple sclerosis*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2005; 76: 64–69.
30. Janardhan V, Bakshi R. *Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression*. J. Neurol. Sc. 2002; 205 (1): 51–58.
31. Janssens ACJW, van Dorn PA, de Boer JB, van der Meché FGA, Passchier J, Hintzen RQ. *Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners*. Acta Neurol. Scand. 2003; 108: 389–395.
32. Kargarfard M, Eetemadifar M, Mehrabi M, Maghzi AH, Hayatbakhsh MR. *Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran*. Eur. J. Neurol. 2012; 19 (3): 431–437.
33. Papuć E, Stelmasiak Z. *Factors predicting quality of life in a group of Polish subjects with multiple sclerosis: Accounting for functional state, socio-demographic and clinical factors*. Clin. Neurol. Neurosurg. 2012; 114 (4): 341–346.
34. Patti F, Cacopardo M, Palermo F, Ciancio MR, Lopes R, Restivo D, Reggio A. *Health-related quality of life and depression in an Italian sample of multiple sclerosis patients*. J. Neurol. Sc. 2003; 211: 55–62.
35. Pfenning L, Cohen L, Herman A, Polman C, Lankhorst G, Smits R, van der Ploeg H. *Exploring differences between subgroups of multiple sclerosis patients in health-related quality of life*. J. Neurol. 1999; 246: 587–591.
36. Sadovnick AD, Ebers GC. *Epidemiology of multiple sclerosis: a critical overview*. Can. J. Neurol. Sc. 1993; 20: 17–29.
37. Sehanovic A, Dostovic Z, Smajlovic D, Avdibegovic E. *Quality of life in patients suffering from Parkinson's disease and multiple sclerosis*. Med. Arh. 2011; 65 (5): 291–294.
38. Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. *Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis?* J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190: 388–393.
39. Fisk J, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. *Measuring the functional impact of fatigue initial validation of the Fatigue Impact Scale*. Clin. Inf. Dis. 1994; 18: 79–83.
40. Łabuz-Roszak B, Pierzchała K, Kumor K, Wyrozumska K, Baran A, Werner A, Bąk E, Jaźwiecka M. *Ocena częstości występowania zespołu zmęczenia u chorych na stwardnienie rozsiane*. Wiad. Lek. 2009; 2: 99–103.
41. Zifko UA. *Management of fatigue in patients with multiple sclerosis*. Drugs 2004; 64 (12): 1295–1304.

Adres: Beata Łabuz-Roszak  
Klinika Neurologii, Śląski Uniwersytet Medyczny  
41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 13/15

Otrzymano: 25.05.2012  
Zrecenzowano: 3.08.2012  
Otrzymano po poprawie: 24.08.2012  
Przyjęto do druku: 22.02.2013  
Adiustacja: L. Sz.