

# ANALIZA DYSFUNKCJI W CODZIENNYCH CZYNNOŚCIACH WŚRÓD PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH

## Analysis of dysfunctions in everyday activities in patients with chronic ischaemia of the lower extremities



Monika Kadłubowska, Katarzyna Zielińska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 4: 159–165

Praca wpłynęła: 23.09.2019; przyjęto do druku: 6.10.2019

Adres do korespondencji:

Monika Kadłubowska, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała, e-mail: mka75@o2.pl

### Streszczenie

**Cel pracy:** Analiza zaburzeń w codziennych czynnościach wśród chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych (*peripheral artery disease* – PAD).

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono wśród chorych z rozpoznaniem PAD na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej od kwietnia do października 2017 r. Badania prowadzono przy użyciu metody sondażu diagnostycznego za pomocą narzędzi: kwestionariusza ankiety *Oswestry Disability Index* (ODI) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczącej sytuacji socjodemograficznej i zdrowotnej badanych. Wyniki poddano analizie statystycznej, za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

**Wyniki:** Chorzy zgłaszali największe trudności w zakresie czynności życia codziennego, tzn. chodzenia i stania, podróżowania, aktywności seksualnej, życia towarzyskiego i podnoszenia ciężarów. Najmniej kłopotliwe było dla nich siedzenie, czynności pielęgnacyjne i spanie. Największe zaburzenia w czynnościach dnia codziennego oraz sferze psychospołecznej dotyczyły grupy z bólem spoczynkowym i zgorzelą, najmniejsze natomiast grupy bez bólu lub z bólem pojawiającym się po przejściu ponad 200 metrów. Osoby wypalające większą liczbę papierosów miały większe dolegliwości bólowe i odczuwały większe ograniczenia w spaniu. Ankietowani dłużej palący intensywniej odczuwali ból oraz mieli większe ograniczenia związane ze spaniem i aktywnością seksualną.

**Wnioski:** Wraz z postępem choroby zwiększały się dolegliwości bólowe oraz pojawiały się dysfunkcje w zakresie codziennych czynności. Palenie papierosów wpływało na zwiększenie dolegliwości bólowych oraz większe ograniczenia w spaniu i aktywności seksualnej.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia, miażdżyca, przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych, codzienne czynności.

### Summary

**Aim of the study:** The analysis of disorders occurring in everyday activities of patients with chronic ischaemia of the lower extremities.

**Material and methods:** The studies were carried out among inpatients of the Department of General and Vascular Surgery of the Provincial Hospital in Bielsko-Biała from April to October, 2017. The studies were conducted using the diagnostic poll method with the help of the following tools: the Oswestry Disability Index (ODI) survey questionnaire and our own survey questionnaire. The study results were subjected to statistical analysis, and the adopted level of significance was  $p < 0.05$ .

**Results:** The patients reported greatest difficulties in the scope of everyday activities, i.e. walking and standing, travelling, sex life, social life, and lifting heavy items. The activities that were least troublesome for them were sitting, personal care, and sleeping. The greatest disorders in everyday activities and in the psychosocial domain referred to the group with rest pain and gangrene, and the smallest disorders, in turn, referred to the group without pain or with pain occurring after walking a distance of over 200 metres. Persons smoking a higher number of cigarettes had greater pain ailments, and they experienced greater limitations in sleeping. The surveyed subjects smoking for a longer time experienced pain more intensively and had greater limitations related to sleep and sexual activity.

**Conclusions:** Along with the progression of the disease, pain ailments intensified and dysfunctions in the scope of everyday activities appeared. Smoking cigarettes impacted the intensification of pain ailments and caused greater limitations in sleeping and in sexual activity.

**Key words:** disorders, atherosclerosis, chronic ischaemia of the lower extremities, everyday activities.

## Wstęp

Jedną z głównych chorób cywilizacyjnych dotykających ludzkość jest miażdżycza [1] odpowiadająca za powstawanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych (*peripheral artery disease* – PAD). Objawy chorobowe występują już u osób powyżej 55. roku życia, a w populacji powyżej 75. roku życia ryzyko ich wystąpienia wzrasta do 30% [2]. U 5% pacjentów z chromaniem przestankowym powyżej 65. roku życia po 5 latach konieczne jest wykonanie dużej amputacji [3], a 40% umiera w ciągu 10 lat od ustalenia rozpoznania [4].

Szybki postęp choroby prowadzi do stopniowego pogarszania stanu zdrowia, narastania objawów chorobowych, pogłębiania problemów w radzeniu sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego, pogarszania funkcjonowania społecznego i niepełnosprawności oraz wpływa na jakość życia chorego [5].

Główną barierą w wykonywaniu codziennych czynności jest ból mięśni kończyn dolnych, początkowo ustępujący po odpoczynku, a w miarę postępu choroby utrzymujący się stale. Wpływa on na wycofywanie się z dotychczasowej aktywności, uniemożliwia wypocinek nocny oraz prowadzi do fizycznego i psychicznego wyczerpania. Jako jeden z najbardziej dokuczliwych rodzajów bólu jest źródłem cierpienia i frustracji [6]. Obniżenie sprawności fizycznej, społecznej, zawodowej i umysłowej może powodować stany lękowe, gniew, a nawet poczucie utraty kontroli nad życiem i zdrowiem [7]. Pojawiająca się depresja potęguje ograniczenie zdolności funkcjonowania i zwrótnie nasila ból [8]. Przystosowanie do pogarszającego się stanu zdrowia jest bardzo trudnym zadaniem dla chorego. Wiąże się ze zmianą dotychczasowego stylu życia i podjęciem zachowań prozdrowotnych. Dla wielu chorych jest to dodatkowe źródło stresu [6]. Aby ułatwić pacjentom wprowadzanie zmian, zapewnić skuteczne leczenie i zaproponować odpowiednie wsparcie, ważna jest ocena zaburzeń w codziennych czynnościach, która może przyczynić się do poprawy ich funkcjonowania oraz polepszenia jakości świadczonyj opieki.

Celem pracy była analiza zaburzeń występujących w codziennych czynnościach wśród chorych z PAD.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej od kwietnia do października 2017 r. przy użyciu metody sondażu diagnostycznego. Badania wykonano na zasadach całkowitej dobrowolności i z zachowaniem reguł poufności oraz ochrony danych pacjentów. Do oceny zaburzeń w codziennych czynnościach wykorzystano kwestionariusz *Oswestry Disability Index* (ODI) weryfikujący stopień zaburzenia w wykonywaniu codziennych czynności przez badanych. Składa

się on z 10 pytań zamkniętych dotyczących: intensywności bólu, czynności pielęgnacyjnych (mycia, ubierania, podnoszenia przedmiotów, chodzenia, siedzenia, stania, spania), a także czynności psychospołecznych, takich jak aktywność seksualna, życie towarzyskie i podróże. W każdym z pytań występuje sześć możliwych odpowiedzi. Pozycje oceniane są w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak ograniczeń w danej czynności, natomiast 5 największą możliwą niepełnosprawność/dolegliwość. Wszystkie pozycje mają jednakową wagę. Zakres wyników dla każdego elementu to od 0 do 5. Zakres wyników dla indeksu wynosi od 0 do 100% [9].

Do oceny sytuacji socjodemograficznej (wiek, płeć, wykształcenie, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, relacje rodzinne) i zdrowotnej badanych (palenie papierosów, czas, od kiedy pacjent choruje, dystans chromania przestankowego, czy jest pod opieką poradni naczyniowej/chirurga naczyniowego oraz jak często korzysta z kontroli w ww.) wykorzystano kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby niniejszego badania.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS. Dla prób niezależnych wykorzystano test *t* Studenta, test ANOVA; korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W analizach statystycznych przyjęto za poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W badaniach wzięło udział 70 pacjentów z rozpoznaniem PAD w wieku 50–89 lat ( $M = 67$ ;  $SD = 7,49$ ). Wśród ankietowanych zdecydowanie przeważali mężczyźni (74%), kobiety stanowiły 26%. Najwięcej osób miało wykształcenie zawodowe (39%) i średnie (36%), nieco mniejsza część respondentów miała wykształcenie podstawowe (16%). Najmniej osób było z wykształceniem wyższym licencjackim (6%) i magisterskim (4%). Połowa ankietowanych paliła papierosy ( $M = 14,8$  sztuk;  $SD = 8,42$ ). Co najmniej połowa palaczy wypalała przynajmniej 15 papierosów dziennie. Największa liczba wypalanych papierosów wynosiła 40, najmniejsza – 3 papierosy dziennie. Średni staż palenia wynosił 32,9 lat ( $SD = 12,71$ ); co najmniej połowa palaczy paliła przez przynajmniej 35 lat. Rozkład zmiennej kształtował się w przedziale od 5 do 54 lat. Średni czas trwania PAD wynosił 6,8 lat ( $SD = 5,46$ ). Co najmniej połowa respondentów chorowała przez przynajmniej 5 lat. Najkrótszy czas choroby to 1 miesiąc, natomiast najdłuższy – 20 lat. Etapy rozwoju PAD znajdują odzwierciedlenie w stworzonej przez Fontaine'a skali niedokrwienia kończyn dolnych. W zależności od zaawansowania choroby wyróżnia się następujące etapy: I stopień: brak lub nieznaczne objawy kliniczne pod postacią mrowienia, drętwienia i wrażliwości na zimno;

II a stopień: chromanie przestankowe lekkie – powyżej 200 metrów; II b – chromanie umiarkowane lub ciężkie – poniżej 200 metrów; III stopień: niedokrwienny ból spoczynkowy; IV stopień: zgorzel lub owrzodzenie [10].

W badaniach własnych pacjenci bez dolegliwości bólowych stanowili 4%. Ponad połowa (54%) respondentów zgłaszała chromanie przestankowe po przejściu maksymalnie 200 metrów, większy dystans było w stanie pokonać 14% ankietowanych. Ból spoczynkowy odczuwało 21% ankietowanych. Zgorzel występowała u 6% chorych.

Największe dolegliwości bólowe stwierdzono w grupie z bólem spoczynkowym i zgorzelą oraz w grupie osób, które bez bólu były w stanie przejść najwyżej 200 metrów, najmniejsze natomiast w grupie bez bólu lub z bólem pojawiającym się po przejściu 200 metrów. Różnice były istotne statystycznie ( $p < 0,050$ ) (tab. 1).

Średnia wartość indeksu niepełnosprawności wynosiła 46,9% (SD = 20,48%). Co najmniej połowa ankietowanych uzyskała wartość indeksu 48%. Najniższy uzyskany wynik to 2%, najwyższy – 86%. Analiza dysfunkcji w zakresie codziennych czynności wykazała ograniczenia związane z chodzeniem (M = 2,9), stanieniem (M = 2,8), podróżowaniem (M = 2,8), aktywnością seksualną (M = 2,7), życiem towarzyskim (M = 2,7), podnoszeniem przedmiotów (M = 2,5) i intensywnością

dolegliwości bólowych (M=2,4). Mniejsze ograniczenia dotyczyły siedzenia (M=1,7), czynności pielęgnacyjnych (M = 1,5) i spania (M = 1,5) (tab. 2).

Analiza zależności między liczbą wypalanych papierosów, długością palenia a wynikami indeksu niepełnosprawności Oswestry wykazała statystycznie istotny związek między liczbą wypalonych papierosów a intensywnością bólu ( $p = 0,041$ ) oraz odczuwaniem ograniczeń w spaniu ( $p = 0,075$ ). Osoby wypalające większą liczbę papierosów odczuwały większe ograniczenia w wymienionych aspektach (tab. 3).

Stwierdzono również związek między długością palenia a intensywnością bólu ( $p = 0,002$ ), występowaniem ograniczeń związanych ze spaniem ( $p = 0,002$ ) i aktywnością seksualną ( $p = 0,015$ ). Dłużej palący ankietowani intensywniej odczuwali ból oraz przejawiali większą niepełnosprawność w wymienionych dziedzinach życia (tab. 3). Stwierdzono statystycznie istotne powiązanie między długością choroby a poziomem ograniczeń w wykonywaniu niektórych czynności. Respondenci dłużej chorujący mocniej odczuwali ból ( $p = 0,007$ ), częściej odczuwali ograniczenia związane z czynnościami pielęgnacyjnymi ( $p = 0,005$ ), z chodzeniem ( $p = 0,035$ ), siedzeniem ( $p = 0,001$ ), stanieniem ( $p = 0,003$ ), spaniem ( $p = 0,011$ ), aktywnością seksualną ( $p = 0,020$ ) i z życiem towarzyskim ( $p = 0,010$ ).

**Tabela 1.** Zależność pomiędzy nasileniem dolegliwości bólowych a stopniem zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Parametr	Brak bólu lub ból po przejściu ponad 200 metrów		Ból po przejściu do 200 metrów		Ból spoczynkowy i zgorzel		ANOVA <i>p</i>
	M	SD	M	SD	M	SD	
Intensywność bólu	1,7	1,11	2,6	1,22	2,6	1,02	0,050

*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności*

**Tabela 2.** Indeks niepełnosprawności Oswestry

Parametr	M	SD	Me	Mo	Min.	Maks.
Chodzenie	2,9	1,09	3,0	3,0	0,0	5,0
Stanie	2,8	1,45	3,0	3,0	0,0	5,0
Podróżowanie	2,8	1,69	3,0	3,0	0,0	5,0
Aktywność seksualna	2,7	1,74	3,0	3,0	0,0	5,0
Życie towarzyskie	2,7	1,39	3,0	3,0	0,0	5,0
Podnoszenie przedmiotów	2,5	1,61	2,0	4,0	0,0	5,0
Intensywność bólu	2,4	1,19	2,0	2,0	0,0	5,0
Siedzenie	1,7	1,33	2,0	1,0	0,0	4,0
Czynności pielęgnacyjne	1,5	1,37	2,0	0,0	0,0	5,0
Spanie	1,5	1,07	1,0	1,0	0,0	4,0
Indeks niepełnosprawności Oswestry (%)	46,9	20,48	48,0	40,0	2,0	86,0

*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Mo – dominanta, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna*

**Tabela 3.** Zależność między zmiennymi indeksu niepełnosprawności Oswestry a liczbą wypalanych papierosów, długością palenia i czasem trwania choroby

Czynność	Współczynnik Spearmana	Liczba papierosów	Długość palenia	Czas trwania choroby
Intensywność bólu	<i>R</i>	0,35	0,50	0,32
	<i>p</i>	0,041	0,002	0,007
Czynności pielęgnacyjne	<i>R</i>	0,12	0,09	0,33
	<i>p</i>	0,479	0,595	0,005
Podnoszenie przedmiotów	<i>R</i>	-0,06	0,03	0,16
	<i>p</i>	0,731	0,881	0,192
Chodzenie	<i>R</i>	-0,10	0,01	0,25
	<i>p</i>	0,572	0,937	0,035
Siedzenie	<i>R</i>	0,09	0,18	0,38
	<i>p</i>	0,619	0,299	0,001
Stanie	<i>R</i>	-0,02	0,15	0,35
	<i>p</i>	0,909	0,385	0,003
Spanie	<i>R</i>	0,30	0,51	0,30
	<i>p</i>	0,075	0,002	0,011
Aktywność seksualna	<i>R</i>	0,20	0,46	0,31
	<i>p</i>	0,287	0,015	0,020
Życie towarzyskie	<i>R</i>	0,28	0,06	0,30
	<i>p</i>	0,108	0,721	0,010
Podróżowanie	<i>R</i>	0,23	0,22	0,19
	<i>p</i>	0,183	0,211	0,112
Indeks niepełnosprawności Oswestry (%)	<i>R</i>	0,19	0,29	0,37
	<i>p</i>	0,285	0,095	0,002

*R* – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana, *p* – poziom istotności

Osoby te cechowały się również wyższą ogólną niepełnosprawnością ( $p = 0,002$ ) (tab. 3).

Największe zaburzenia czynnościach dnia codziennego stwierdzono w grupie chorych z bólem spoczynkowym i zgorzelą, najmniejsze natomiast w grupie bez bólu lub z bólem pojawiającym się po przejściu 200 metrów. Wraz z postępem zaawansowania PAD zwiększały się trudności z pielęgnacją ( $p = 0,047$ ), podnoszeniem przedmiotów ( $p < 0,001$ ), chodzeniem ( $p < 0,001$ ), siedzeniem ( $p = 0,001$ ), staniem ( $p < 0,001$ ), spaniem ( $p = 0,002$ ) oraz aktywnością seksualną ( $p = 0,002$ ), życiem towarzyskim ( $p = 0,013$ ) i podróżowaniem ( $p < 0,001$ ) (tab. 4).

## Dyskusja

Zaburzenia występujące w PAD manifestują się głównie jako ból, mrowienia, drętwienia i kurcze mięśni

kończyn dolnych, prowadząc do ograniczenia sprawności fizycznej i wystąpienia zaburzeń w wykonywaniu czynności dnia codziennego [11], co wpływa na jakość życia chorego [5].

W prezentowanych badaniach własnych chorzy z PAD zgłaszali największe trudności w zakresie chodzenia, a następnie stania, podróżowania, aktywności seksualnej, życia towarzyskiego i podnoszenia ciężarów. Ciekawe badania przeprowadzili Regensteiner i wsp. Ich celem było scharakteryzowanie i porównanie zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu chorych na PAD i pacjentów z innymi chorobami sercowo-naczyniowymi z osobami, które nie cierpiały na żadne z tych schorzeń. Jak wynika z tych badań, pacjenci z PAD mieli większe trudności z chodzeniem niż osoby z grupy chorych na schorzenia sercowo-naczyniowe. Chorzy z PAD byli bardziej ograniczeni bólem w łydce, natomiast pozostali chorzy na schorzenia sercowo-naczyniowe

**Tabela 4.** Zależność między zmiennymi indeksu niepełnosprawności Oswestry a stopniem zaawansowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Czynność	Brak bólu lub ból po przejściu ponad 200 metrów		Ból po przejściu do 200 metrów		Ból spoczynkowy i zgorzel		ANOVA
	M	SD	M	SD	M	SD	p
Czynności pielęgnacyjne	0,7	1,03	1,5	1,35	1,9	1,45	0,047
Podnoszenie przedmiotów	0,8	1,14	2,7	1,43	3,1	1,56	< 0,001
Chodzenie	1,2	1,09	3,1	0,67	3,5	0,61	< 0,001
Siedzenie	0,8	1,14	1,6	1,24	2,5	1,22	0,001
Stanie	1,5	1,33	3,0	1,28	3,4	1,34	< 0,001
Spanie	0,7	0,75	1,6	1,06	2,0	1,00	0,002
Aktywność seksualna	1,1	1,45	2,8	1,67	3,4	1,46	0,002
Życie towarzyskie	1,8	1,30	2,9	1,26	3,2	1,46	0,013
Podróżowanie	1,2	1,21	3,1	1,66	3,4	1,38	< 0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności

bólem w klatce piersiowej, kołataniem serca i dusznościami [12].

Problemy z chodzeniem stanowią najbardziej dotkliwe ograniczenie funkcjonowania pacjentów z PAD. Potwierdzają to analizy Piotrkowskiej i wsp. Większość badanych przez nich chorych nie była w stanie samodzielnie chodzić. Ponad 53% pacjentów używała do chodzenia laski, wiele osób potrzebowało pomocy innych, a część korzystała z wózka inwalidzkiego. Tylko połowa samodzielnie wykonywała wszystkie czynności codzienne, takie jak mycie się, ubieranie, spożywanie posiłków czy wydalanie. Dodatkowo ponad 73% osób oceniało swoją aktywność fizyczną przed zabiegiem jako małą. Świadczy to o tym, jak bardzo chorzy z PAD doświadczają ograniczeń w sferze fizycznej [13]. Analizując aktywność fizyczną, Spannbaauer i wsp. zwrócili uwagę na jej brak (61,5%) u większości pacjentów z PAD. Wśród preferowanych form aktywności w grupie chorych podejmujących aktywność ruchową (38,5%) znalazły się spacer, pływanie, jazda na rowerze i ćwiczenia siłowe. Istotny jest również fakt, że 42,3% badanych uważała, iż aktywność fizyczna nie ma wpływu na stan ich zdrowia [14]. Przemawia to za koniecznością prowadzenia działań edukacyjnych wśród pacjentów z PAD, co podkreślają również autorzy [14].

W badaniach własnych wykazano zależność pomiędzy stopniem zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu a zaawansowaniem PAD. Im bardziej zaawansowana choroba i im silniejsze dolegliwości bólowe, tym większe ograniczenia w zakresie czynności codziennych. Badania przeprowadzone przez Paplaczek i wsp. wykazały, że pacjenci, którzy odczuwali ból po przejściu ponad 200 metrów, o wiele lepiej postrzegali swoją jakość życia zarówno w sferze fizycznej, jak i psychologicznej

w porównaniu z pacjentami odczuwającymi ból spoczynkowy i po przejściu mniej niż 200 metrów [15].

W badaniach własnych średni wynik odczuwanego bólu wynosił 2,4 w skali 0–5 dla całej grupy badanej. Dolegliwości uniemożliwiały chorym funkcjonowanie w życiu codziennym, wykonywanie obowiązków domowych i jazdę samochodem (podróżowaniu). Podobne wyniki uzyskali Ponczek i wsp., których pacjenci z PAD doświadczali dolegliwości bólowych o średnim natężeniu [16].

Jak powszechnie wiadomo, głównym czynnikiem ryzyka będącym przyczyną rozwoju miażdżycy wśród chorych jest palenie tytoniu. W badaniach własnych 50% ankietowanych paliło papierosy; średnia długość palenia wynosiła 32,9 lat. Wykazano statystycznie istotny związek między liczbą wypalanych papierosów a intensywnością bólu i odczuwaniem ograniczeń w spaniu. Osoby palące odczuwały silniejsze dolegliwości bólowe oraz większe ograniczenia w spaniu. Stwierdzono również związek między długością palenia a intensywnością bólu, występowaniem ograniczeń związanych ze spaniem i aktywnością seksualną. Ankietowani dłużej palący intensywniej odczuwali ból oraz charakteryzowali się większą niepełnosprawnością w wymienionych aspektach życia. Fakt ten potwierdzają również badania Wiśniewskiej i wsp. Znacząco wyższy poziom bólu niedokrwionego zgłaszali chorzy, którzy palili papierosy. Nie określono natomiast wpływu długości palenia na nasilenie dolegliwości [8]. Co ciekawe, w badaniach Spannbaauer i wsp. zauważono, że mimo edukacji dotyczącej szkodliwości palenia prowadzonej wśród wszystkich pacjentów z PAD tylko 9,6% palaczy skutecznie rzuciło nałóg [14].

W prezentowanych badaniach ankietowani oceniali swoją aktywność seksualną i życie towarzyskie na



średnim poziomie. Kurowska wspomniała, że złe samopoczucie i ból mogą doprowadzić do obniżenia libido, zaburzeń hormonalnych i funkcjonalnych, co skutkuje niechęcią do kontaktów, w tym seksualnych. Nadmieniła również, że zagadnienie życia seksualnego jest tematem niechętnie podejmowanym wśród chorych, co może wpływać na wyniki badań w tym zakresie [17].

Pojawiająca się niepełnosprawność wpływa na zaburzenie równowagi emocjonalnej, obniża poczucie własnej wartości i sprawia, że chory staje się uzależniony od pomocy innych osób [13]. Aby zapewnić sobie odpowiednie funkcjonowanie w życiu codziennym, potrzebne jest uzyskanie wiedzy potrzebnej do profilaktyki PAD i ograniczenia rozwoju choroby.

Wraz z rozwojem medycyny i przemianą w obszarze zdrowia społeczeństw (wzrost zachorowań na choroby przewlekłe) pojawia się konieczność bardziej systemowego spojrzenia na pacjenta. Zakłada ono aktywny udział chorego w procesie zdrowienia oraz przesunięcie odpowiedzialności za zdrowie z personelu na pacjenta. Aby współpraca między osobą dotkniętą chorobą a zespołem terapeutycznym przebiegała w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania, konieczne jest określenie postaw i oczekiwań obu stron [18].

Edukacja terapeutyczna odgrywa kluczową rolę w leczeniu chorego na PAD. Pacjent, który otrzyma odpowiednie wskazówki dotyczące zmiany trybu życia, a następnie się do nich zastosuje, ma szansę na poprawę swojego komfortu i zmniejszenie dolegliwości. Ponczek i wsp. stwierdzili, że najtrudniejsze są rzucenie palenia tytoniu, zmiana dotychczasowej diety i zwiększenie aktywności fizycznej. Z ich badań wynika, że większość osób palących podejmowała próby rzucenia nałogu lub zredukowała liczbę wypalanych papierosów. Jak się okazuje, tylko jednej osobie udało się rzucić palenie tytoniu na stałe. Zalecenia lekarskie pacjenci traktowali dość poważnie. Przeważająca część chorych regularnie zgłaszała się na badania okresowe i zawsze zażywała przepisane leki. W swoich badaniach Ponczek i wsp. stwierdzili, że ankietowani nie odżywiali się źle, jednak spożywali zbyt mało warzyw i owoców, a średnia liczba posiłków w ciągu dnia wynosiła 3, co było niewystarczające [6]. Spannbaauer i wsp. podkreślają również konieczność świadomego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym. Proces ten – oprócz edukacji dotyczącej zmiany dotychczasowych nawyków dietetycznych, nałogów, proponowanych form leczenia – powinien uwzględniać aktywny udział w różnych formach leczenia zachowawczego, takich jak nadzorowany trening marszowy na bieżni, nienadzorowane formy ćwiczeń marszowych, trening na ergometrze rowerowym, ćwiczenia kończyn górnych i dolnych oraz zabiegi fizykoterapeutyczne [19].

Aby ograniczyć zachorowalność na PAD, konieczne jest zwiększanie świadomości społeczeństwa w zakresie prewencji chorób krążenia. Edukacja terapeutyczna

stanowi fundament leczenia tego schorzenia, zwłaszcza że zachorowalność na miażdżycę w ciągu najbliższych lat ma się zwiększać [20]. Leczenie powinno uwzględniać kompleksowe działania, mieć zindywidualizowany charakter i być prowadzone przez cały zespół terapeutyczny, w tym pielęgniarki [14, 19].

## Wnioski

Największe trudności w wykonywaniu codziennych czynności chorzy zgłaszali w odniesieniu do chodzenia, a następnie stania, podróżowania, aktywności seksualnej, życia towarzyskiego i podnoszenia ciężarów.

Wraz z postępowaniem choroby zwiększały się dolegliwości bólowe oraz pojawiały dysfunkcje w zakresie codziennych czynności – z wyjątkiem podróżowania.

Im większa liczba wypalanych papierosów, tym silniejsze dolegliwości bólowe oraz większe problemy ze snem.

Im dłuższy czas palenia papierosów, tym silniejsze dolegliwości bólowe oraz większe ograniczenia w spaniu i aktywności seksualnej.

---

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Brodziak A. Pathogenesis, prevention and treatment of peripheral artery disease. *Ann Acad Med Siles* 2014; 68: 430-448.
2. Zdrojowy K, Sapien-Raczowska B, Adamiec R. Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych – element obrazu klinicznego miażdżycy tętnic- aktualne zalecenia. *Pol Merkuriusz Lek* 2010; 28: 71-74.
3. Rościszewski P, Koziarska-Rościszewska M. Niezdolność do pracy u osób z niedokrwieniem kończyn dolnych. *Orzecznik Lek* 2009; 6: 48-66.
4. Grochulska A, Jerzemowski J. Miażdżycza tętnic obwodowych, a aktywność fizyczna chorych. *Geriatrics* 2011; 5: 267-273.
5. Zdzienicki M, Andziak P. Jakość życia chorych na choroby tętnic i żył. *Pol Merk Lek* 2008; 24: 268-274.
6. Ponczek D, Szajkowska L. Ocena przystosowania się do życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2015; 2: 124-129.
7. Kadłubowska M, Kózka M. Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z bólem niedokrwinnym. *Probl Piel* 2014; 22: 293-299.
8. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J i wsp. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 3: 113-121.
9. <https://eprovide.mapi-trust.org/> (dostęp: 30.01.2017).
10. Norgren L, Hiatt W, Dormandy J i wsp. Konsensus dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). *Acta Angiol* 2007; 13 (supl. D): D1-D80.
11. Andziak P. Chirurgia naczyniowa. *Med Dypl* 2012; 21: 63-70.
12. Regensteiner J, Hiatt WR, Coll JR i wsp. The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the Peripheral Arterial Disease Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival (PARTNERS) Program. *Vasc Med* 2008; 13: 15-24.
13. Piotrkowska R, Książek J, Patoła A. Niedokrwienie kończyn dolnych jako przyczyna niepełnosprawności pacjentów. W: Pacjent podmiotem zespołu terapeutycznego. Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszcuk C (red.). Białystok 2005; 318-323.
14. Spannbaauer A, Madejczyk M, Chwała M i wsp. Jaki jest styl życia pacjentów z miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych

- kwalfikowanych do chirurgicznych zabiegów naprawczych pomostowania tętnic? *Pielęg Chir Angiol* 2015; 1: 28-35.
15. Paplaczek M, Gawor A, Ciura G. Ocena jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 135-140.
  16. Ponczek D, Piotrowska K, Felsmann M i wsp. Percepcja bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 1: 13-19.
  17. Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 107-114.
  18. Kurowska K, Wrońska I, Zajac M. Współpraca zespołu terapeutycznego z pacjentem Poradni Naczyniowej. W: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk C (red.). Białystok 2005; 61-66.
  19. Spannauer A, Berwecki A, Ridan T i wsp. Miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych – o czy powinni wiedzieć fizjoterapeuta i pielęgniarka. *Pielęg Chir Angiol* 2017; 11: 117-127.
  20. Piotrkowska R, Dobosz M, Halena G i wsp. Edukacja terapeutyczna w leczeniu chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 1: 13-17.