

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Health behaviours versus the quality of life in patients with atherosclerosis of the lower extremities



Krystyna Kurowska

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 3: 107–114

Praca wpłynęła: 19.04.2013, przyjęto do druku: 12.07.2013

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Krystyna Kurowska**, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Cel pracy: Określenie wpływ preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody: Przebadano 100 pacjentów z rozpoznaniem miażdżycy tętnic kończyn dolnych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Zachowania zdrowotne oceniono Inwentarzem zachowań zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczynskiego, a jakość życia kwestionariuszem WHOQOL-BREF.

Wyniki: Badani w nieznacznym stopniu różnili się między sobą zachowaniami zdrowotnymi i jakością życia. Zachowania zdrowotne ocenili na wysokim poziomie, wynik przeciętny otrzymali jedynie w zachowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych. Najwyżej ocenili zachowania profilaktyczne, potem pozytywne nastawienie i praktyki zdrowotne. Zachowania zdrowotne różnicował czas trwania choroby, tzn. osoby dłużej chorujące prezentowały wyższe wartości prawidłowych zachowań zdrowotnych. Mieszkańcy wsi wyżej ocenili jakość życia w dziedzinie środowiskowej. Wykazano, że jakość życia nie była zależna od zachowań zdrowotnych. Jakość życia w pojęciu globalnym większość oceniła jako pozytywną, tylko część badanych była niezadowolona ze swojego stanu zdrowia. Najniżej badani ocenili dziedzinę fizyczną, potem psychologiczną, środowiskową, a najwyższą socjalną.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą się przyczynić do głębszego zrozumienia problemów i potrzeb osób z miażdżycą tętnic kończyn dolnych oraz wpłynąć na większą motywację do walki z chorobą. Znajdą także odzwierciedlenie w ich zachowaniach zdrowotnych, co będzie wpływać na utrzymanie optymalnego stanu zdrowia. Mogą również posłużyć do edukacji pacjentów i ich rodzin.

Słowa kluczowe: miażdżycza tętnic kończyn dolnych, jakość życia, zachowania zdrowotne.

Summary

Aim of the study: to investigate the influence of preferred health behaviours on the quality of life, as a determinant of maintaining optimal health.

Material and methods: One hundred patients diagnosed with atherosclerosis of the lower extremities, hospitalized in the Clinic of Vascular Surgery and Angiology in University Hospital number 1 in Bydgoszcz were examined. Health behaviours were assessed using the inventory of health behaviours (IZZ) by Juczynski; the quality of life was assessed using the WHOQOL-BREF questionnaire.

Results: Examined patients did not differ much when it comes to health behaviours and the quality of life. Health behaviours were on the high level except for the proper eating habits, which were on the average level. Preventive behaviours were on the highest level, next positive attitude, and then health practices. Health behaviours differ with regard to how long the person was ill. Patients who were suffering from the disease longer had better results regarding proper health behaviours. Patients from the country assessed better the social sphere of the quality of life. It has been demonstrated that the quality of life was not dependent on health behaviours. Global quality of life was positively considered by the majority, however some patients were not satisfied with their health. The physical sphere gained the least score, then the psychological and environmental sphere. The social sphere got the highest score.

Conclusions: The results received may help to better understand problems and needs of the patient with atherosclerosis of the lower extremities as well as increase the motivation to fight the disease. It may also serve to educate patients and their families.

Key words: atherosclerosis of the lower limbs, quality of life, healthy behaviours.

Wstęp

Choroby tętnic stanowią jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny, miażdżycą jest najczęściej występującym schorzeniem układu krążenia. Ryzyko zachorowania na nią rośnie wraz z wiekiem, a nieleczona może powodować bardzo poważne konsekwencje. Do najpoważniejszych zalicza się: chorobę wieńcową, zaburzenie ukrwienia kończyn dolnych prowadzące do ich amputacji, otępienie starcze oraz udar mózgu [1]. Czynniki ryzyka, które przyspieszają i nasilają tempo rozwoju miażdżycy, to m.in. wiek, płeć i czynniki genetyczne, negatywny wpływ na jej przebieg mają także: niewłaściwa dieta, otyłość, choroby współistniejące, brak aktywności fizycznej oraz palenie tytoniu [2]. W większości przypadków ludzie sami przyczyniają się do rozwoju miażdżycy, prowadząc przez lata niezdrowy tryb życia i unikając badań kontrolnych, które zawczasu mogą ostrzec przed niebezpieczeństwem. Powstałej miażdżycy nie da się wyleczyć, można jednak spowolnić jej postęp dzięki stosowaniu odpowiednich zachowań zdrowotnych. Odgrywają one istotną rolę w procesie ochrony zdrowia i poprawy jakości życia. Człowiek w ramach zmiany swoich nawyków zdrowotnych powinien podejmować działania zmierzające do osiągnięcia jak najwyższego standardu życia. Wczesna identyfikacja modyfikowalnych czynników ryzyka pozwala na wdrożenie profilaktyki, a tym samym może się przyczynić do zmniejszenia liczby chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych [3]. Celem badań było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych jako wykładnika utrzymania optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem chorób układu krążenia. Badania przeprowadzono w okresie od marca do lipca 2012 r. w grupie 100 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/143/2012). Z badań wykluczono osoby z objawami demencji oraz chorych w IV stopniu niedokrwienia wg skali Fontaine'a.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz Inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ) Luczyńskiego, kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-Bref oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Kwestionariuszem WHOQOL-BREF zweryfikowano subiektywną ocenę jakości życia. Umożliwia on otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska [4]. Inwentarz zachowań zdrowotnych

konstrukcji Luczyńskiego opisuje stosowanie różnych zachowań, stanowiących wykładnik zachowania zdrowia. Wszystkie stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu IZZ podzielone są na cztery kategorie. Dotyczą one stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, a także praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego osoby badanej [5].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana, a przy użyciu testu U Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 64 lata, wśród badanych dominowali mężczyźni (85%), większość miała wykształcenie zawodowe (39,8%) i średnie (27,2%), pozostawała w związkach małżeńskich (70,9%), posiadała potomstwo (89,3%) i mieszkała w mieście (72,8%) z rodziną (87,4%). Z emerytury utrzymywało się 55%, z renty 25%, a z pracy zawodowej 9% badanych. Średni czas chorowania na miażdżycę kończyn dolnych wynosił 6 lat. Średnia wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) badanych to 26,6 kg/m², co stanowi wartość prawidłową. Ze schorzeń współistniejących ankietowani podali nadciśnienie tętnicze (74%) oraz cukrzycę typu 2 (39%). Na rodzinne występowanie miażdżycy kończyn dolnych wskazało 47% badanych. Papierosy paliło 69%, a 61% nie stosowało żadnej aktywności fizycznej.

Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (tab. 1). Średnia wyniosła 20,1 pkt na możliwych 30 pkt, co stanowi 67%. Odchylenie standardowe ponad 22% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono spożywanie dużych ilości warzyw i owoców (3,8) oraz dbałość o prawidłowe odżywianie (3,61), najniżej unikanie spożywania soli i silnie solonej żywności (2,97) oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego (2,85). Jest to najniżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych. Badani prezentowali wysoki poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartości punktowa wyniosła 23,2 pkt (77,3%). Odchylenie standardowe ponad 16% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z ich badań (4,65) i posiadanie zanotowanych numerów służb pogotowia (4,52), najniżej natomiast unikanie przeziębień (3,67) oraz zdobywanie wiedzy, w jaki sposób inni unikają chorób (2,42). Jest to najwyżej oceniona kate-

Tabela 1. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych

Pozycja	Zachowania zdrowotne	Prawidłowe nawyki żywieniowe (pn)	Zachowania profilaktyczne (zp)	Pozytywne nastawienie psychiczne (pn)	Praktyki zdrowotne (pz)
N	100	100	100	100	100
średnia	87,69	20,10	23,20	22,35	22,04
odchylenie standardowe	11,594	4,600	3,766	3,356	2,988
ufność -95%	85,39	19,19	22,45	21,68	21,45
ufność +95%	89,99	21,01	23,95	23,02	22,63
mediana	88,0	20,0	23,0	23,0	22,0
minimum	50,0	9,0	14,0	10,0	13,0
maksimum	111,0	30,0	30,0	29,0	30,0
dolny kwartyl	80,5	16,5	20,0	20,0	20,0
górnny kwartyl	97,5	24,0	26,0	25,0	24,0

goria zachowań zdrowotnych. Jako grupa badani prezentują wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Średnia 22,35 pkt (74,5%), na granicy wyników wysokich. Odchylenie standardowe wynosi 15% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie osobiste (4,32) oraz pozytywne myślenie (4,28), najniżej natomiast unikanie sytuacji, które wpływają na nich przygnębiająco (3,34), oraz unikanie takich uczuć, jak gniew, lęk czy desperacja (3,34). Respondenci prezentują wysoki poziom praktyk zdrowotnych. Średnia w tym zakresie wyniosła 22,04 pkt (73,5%). Odchylenie standardowe stanowi ponad 13% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono ograniczenie palenia tytoniu (4,27) oraz wystarczającą długość odpoczynku (3,95), najniżej unikanie przepracowania (3,47) oraz kontrolę własnej masy ciała (3,14). Badani jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Wynik wyniósł średnio 87,69 pkt.

Podjęto próbę ustalenia, czy zachowania zdrowotne wraz ze swoimi kategoriami zróżnicowane są poprzez zmienne, do których wytypowano: płeć, grupy wiekowe, wskaźnik BMI, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas chorowania oraz występowanie choroby w rodzinie. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badane kobiety oraz badani do 50 lat. Najwyższe zachowania

zdrowotne stwierdzono u tych badanych z prawidłową wartością wskaźnika BMI. Wyższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentowali mieszkańcy miasta. Mieszkańcy wsi wyżej ocenili tylko unikanie sytuacji, które wpływają na nich przygnębiająco. Najwyższe zachowania zdrowotne występowały u badanych z wykształceniem wyższym. Wyższe zachowania zdrowotne odnotowano u badanych chorujących powyżej 5 lat oraz niemających w rodzinie chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych.

Analiza kwestionariusza WHOQOL-BREF wykazała, że zdecydowana większość oceniła jakość życia pozytywnie – 63%. Zadowolenie ze zdrowia większość oceniła negatywnie – 61,05%. Jakość życia w ocenie badanych (tab. 2.) to wynik pozytywny (71 pkt), a zadowolenie ze zdrowia przeciętne (46,6 pkt). Wyższą jakość życia prezentowały kobiety. Nieznacznie wyższe zadowolenie z własnego zdrowia wykazywali mężczyźni. Najwyższą jakość życia prezentowali badani w wieku powyżej 70 lat. Zadowolenie z własnego zdrowia w największym stopniu przejawiali badani w wieku 61–70 lat. Najwyższa jakość życia oraz zadowolenie z własnego zdrowia w większym stopniu występowały u badanych z otyłością. Zarówno jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia wyżej ocenili mieszkańcy wsi. Najwyższą jakość życia prezentowali badani z wykształceniem średnim i wyższym, a zadowolenie z własnego zdrowia z wykształceniem

Tabela 2. Średnia jakości życia i zadowolenia ze zdrowia

Pozycja	Średnia	Odchylenie standardowe	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Minimum	Maksimum	Q25	Mediana	Q75
jakość życia	71,00	16,422	67,74	74,26	20,0	100,0	60,0	80,0	80,0
zadowolenie ze zdrowia	46,60	20,510	42,53	50,67	20,0	100,0	40,0	40,0	60,0

średnim. Najwyższa jakość życia cechowała badanych chorujących powyżej 5 lat. Zadowolenie z własnego zdrowia w największym stopniu przejawiali badani chorujący 2–5 lat. Jakość życia najwyżej ocenili badani mający w rodzinie chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 42,7 i jest oceną przeciętną. Najwyższe oceny dziedziny somatycznej (tab. 3.) uzyskano z podskal: energia i zmęczenie (2,89) oraz zależność od leków i leczenia (2,82), najniższe natomiast w zdolności do pracy, (2,64) oraz mobilność (2,36). Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują mężczyźni, mieszkańcy miasta, osoby z wykształceniem zawodowym oraz badani w wieku 51–60 lat i z otyłością, chorujący do roku i badani niemający wiedzy, czy w rodzinie występowała miażdżycza tętnic kończyn dolnych. Średnia ocena dziedziny psychologicznej była przeciętna – 56,37 pkt. Najwyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej (tab. 4.) uzyskali badani w podskali wygląd zewnętrzny (3,62) oraz samoocena (3,39), najniższe w podskalach duchowość/religia/osobista wiara (3,09) oraz myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja (3,03). Wyższe

wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują mężczyźni, także we wszystkich podskalach z wyjątkiem duchowości/religii/osobistej wiary. Najwyższe wyniki prezentowali badani w wieku powyżej 70 lat, z otyłością, mieszkańcy miasta i badani z wykształceniem średnim oraz chorujący powyżej 5 lat i niemający w rodzinie chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Średnia ocena dziedziny socjalnej wyniosła 63,65 pkt i jest to ocena pozytywna. Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej (tab. 5.) odnotowano w zakresie oceny związków osobistych (3,9), najniższe zaś w aktywności seksualnej (2,86). Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej prezentują badani w wieku 51–60 lat, z otyłością, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim, chorujący do roku oraz niemający informacji, czy w ich rodzinach ktoś chorował na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła 59,91 i jest wynikiem przeciętnym, na granicy wyniku pozytywnego. Najwyższe oceny w dziedzinie środowiskowej (tab. 6.) uzyskano za środowisko domowe (4,14) oraz środowisko fizyczne (3,47), najniższe w zasobach finansowych (2,94) oraz transporcie (2,75).

Tabela 3. Średnia z pytań (podskal) oceny stanów – dziedzina somatyczna

Pytanie	Dziedzina somatyczna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	ogólna ocena jakości życia	3,55	0,821	3,39	3,71	4,0	1,0	5,0
2.	ogólna ocena własnego zdrowia	2,33	1,025	2,13	2,53	2,0	1,0	5,0
3.	ból i dyskomfort	2,67	0,995	2,47	2,87	3,0	1,0	5,0
4.	zależność od leków i leczenia	2,82	0,833	2,65	2,99	3,0	1,0	5,0
10.	energia i zmęczenie	2,89	1,109	2,67	3,11	3,0	1,0	5,0
15.	mobilność	2,36	0,990	2,16	2,56	2,0	1,0	5,0
16.	wypoczynek i sen	2,79	1,274	2,54	3,04	3,0	1,0	5,0
17.	czynności życia codziennego	2,77	1,127	2,55	2,99	3,0	1,0	5,0
18.	zdolność do pracy	2,64	1,219	2,40	2,88	2,0	1,0	5,0

Tabela 4. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina psychologiczna

Pytanie	Dziedzina psychologiczna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	ogólna percepcja jakości życia	3,55	0,821	3,39	3,71	4,0	1,0	5,0
2.	ogólna percepcja własnego zdrowia	2,33	1,025	2,13	2,53	2,0	1,0	5,0
5.	pozytywne uczucia	3,20	1,015	3,00	3,40	3,0	1,0	5,0
6.	duchowość/religia/osobista wiara	3,09	0,877	2,92	3,26	3,0	1,0	5,0
7.	myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja	3,03	0,893	2,85	3,21	3,0	1,0	5,0
11.	wygląd zewnętrzny	3,62	0,940	3,43	3,81	4,0	1,0	5,0
19.	samoocena	3,39	0,886	3,21	3,57	4,0	1,0	5,0
26.	negatywne uczucia	3,20	0,943	3,01	3,39	3,0	1,0	5,0

Tabela 5. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina socjalna

Pytanie	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	ogólna ocena jakości życia	3,55	0,821	3,39	3,71	4,0	1,0	5,0
2.	ogólna ocena własnego zdrowia	2,33	1,025	2,13	2,53	2,0	1,0	5,0
20.	związki osobiste	3,90	0,704	3,76	4,04	4,0	2,0	5,0
21.	aktywność seksualna	2,86	0,932	2,68	3,04	3,0	1,0	5,0
22.	wsparcie społeczne	3,85	0,821	3,69	4,01	4,0	1,0	5,0

Tabela 6. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina środowiskowa

Pytanie	Dziedzina środowiskowa	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	ogólna percepcja jakości życia	3,55	0,821	3,39	3,71	4,0	1,0	5,0
2.	ogólna percepcja własnego zdrowia	2,33	1,025	2,13	2,53	2,0	1,0	5,0
8.	wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	3,35	0,869	3,18	3,52	3,0	1,0	5,0
9.	środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	3,47	0,937	3,28	3,66	4,0	1,0	5,0
12.	zasoby finansowe	2,94	1,052	2,73	3,15	3,0	1,0	5,0
13.	możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	3,39	0,875	3,22	3,56	3,0	2,0	5,0
14.	możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	3,33	0,853	3,16	3,50	3,0	1,0	5,0
23.	środowisko domowe	4,14	0,636	4,01	4,27	4,0	2,0	5,0
24.	zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	3,32	1,043	3,11	3,53	4,0	1,0	5,0
25.	transport	2,75	1,048	2,54	2,96	3,0	1,0	5,0

Wyższe wyniki prezentują mężczyźni, również w każdej z podskal z wyjątkiem środowiska domowego, zdrowia i opieki zdrowotnej oraz transportu. Najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku powyżej 70 lat, z otyłością, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim, chorujący powyżej 5 lat oraz badani niewiedzący, czy w rodzinie chorował ktoś na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Respondenci ocenili wyżej

zasoby finansowe, możliwości zdobywania nowych informacji oraz możliwości uczestnictwa w rekreacji. Podsumowując – przy wysokiej ocenie jakości życia oraz niskiej (przeciętnej) ocenie własnego zdrowia, najwyżej oceniona została dziedzina socjalna, dalej dziedzina środowiskowa i najniżej dziedzina fizyczna (tab. 7.). Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) nie odnotowano istotnych sta-

Tabela 7. Zbiorcze zestawienie statystyk oceny stanów oraz pytań o jakość życia i ocenę własnego zdrowia

Pytanie/ dziedzina	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	ogólna percepcja jakości życia	71,00	16,422	67,74	74,26	80,0	20,0	100,0
2.	ogólna percepcja własnego zdrowia	46,60	20,510	42,53	50,67	40,0	20,0	100,0
D.1.	dziedzina fizyczna	42,70	19,262	38,88	46,52	41,0	6,0	100,0
D.2.	dziedzina psychologiczna	56,37	14,712	53,45	59,29	56,0	19,0	94,0
D.3.	dziedzina socjalna	63,65	14,478	60,78	66,52	69,0	31,0	100,0
D.4.	dziedzina środowiskowa	59,91	12,521	57,43	62,39	56,0	25,0	88,0

tystycznie korelacji zachowań zdrowotnych z kategoriami jakości życia.

Dyskusja

Miażdżyca zarostowa jest w 98% przypadków przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych [6]. Celem leczenia jest niedopuszczenie do wystąpienia krytycznego niedokrwienia kończyny i amputacji, a także poprawa jakości życia. Każdy człowiek może w jakimś stopniu wpłynąć znacząco na swoje zdrowie poprzez odpowiednie zachowania zdrowotne i wyeliminowanie czynników antyzdrowotnych. Celem badań było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Niemożliwe jest porównanie wyników badań własnych z innymi próbami, ponieważ w literaturze przedmiotu nie ma publikacji, które wykazywałyby takową zależność. Wykazano natomiast istnienie zmiennych demograficznych, takich jak płeć, które w pośrednim stopniu wpływają na zachowania zdrowotne i jakość życia. Wyniki, jakie uzyskano w kwestionariuszu IZZ, ukazują, że badani byli słabo zróżnicowani między sobą pod względem ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych. Jako grupa reprezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Najwyżej oceniono spożywanie dużych ilości warzyw i owoców oraz dbałość o prawidłowe odżywianie, najniżej unikanie spożywania soli i spożywanie pieczywa pełnoziarnistego. Jest to najniżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych. W odniesieniu do zachowań profilaktycznych badani reprezentują wysoki poziom. Jest to najwyżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych. Najwyżej oceniono przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z ich badań i posiadanie zanotowanych numerów służb pogotowia, natomiast najniżej unikanie przeziębień oraz zdobywanie wiedzy na temat sposobów unikania chorób. Wysokie wartości uzyskali również w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne, uzyskując duże wartości, jeśli idzie o posiadanie przyjaciół, uregulowane życie rodzinne oraz pozytywne nastawienie. Praktyki zdrowotne także klasyfikowały się na wysokim poziomie. Badani najwyżej oceniali ograniczenia tytoniu, najniżej kontrolowanie swojej masy ciała, jako grupa reprezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Oznacza to, że respondenci cechują się odpowiednimi nawykami zdrowotnymi. Przestrzegają właściwych nawyków żywieniowych, prezentują prawidłowe zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne oraz wykazują się pozytywnym nastawieniem psychicznym. Może to być związane z tym, że większość respondentów to osoby chorujące powyżej 2 lat. Ten czas w pełni pozwala na zaznajomienie się z chorobą i czynnikami warunkującymi spowolnienie procesu chorobowego. To również okres, w którym chorzy uczą się przestrzegania odpowiednich zaleceń lekarskich oraz dietetycznych. W ich życiu pojawiła się choroba, a więc

muszą nauczyć się z nią żyć i funkcjonować. Również Kowalczyk-Sroka i wsp. [7] w swoich badaniach na temat zachowań zdrowotnych wśród chorych na cukrzycę i personelu medycznego podkreślają, że osoby przewlekle chore częściej podejmują się zachowania prawidłowych praktyk zdrowotnych niż osoby zdrowe. Dowiedziono, że płeć w przeprowadzonych badaniach jest czynnikiem nieistotnym statystycznie, gdyż większość respondentów to mężczyźni, zaledwie co czwarta osoba to kobieta. Kobiety stanowiły więc niewielki odsetek badanej grupy. Potwierdza się zatem jeden z czynników ryzyka powstawania miażdżycy – w większości jest ona chorobą spotykaną wśród mężczyzn. Jednak w odniesieniu do zachowań zdrowotnych Ostrowska pisze, że to właśnie kobiety w większym stopniu niż mężczyźni zwracają uwagę na podejmowanie prawidłowych praktyk zdrowotnych [8]. Taki sam wynik badań uzyskali Ślusarska i Nowicki w badaniach na temat zachowań zdrowotnych w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących [9]. Również miejsce zamieszkania w przeprowadzonych badaniach było czynnikiem nieistotnym statystycznie. W większości respondenci zamieszkiwali miasto. Zielińska-Więczkowska i wsp. [10] w swoich badaniach przedstawiają następującą zależność: osoby pochodzące z miast cechują się wyższymi wartościami zachowań zdrowotnych. Nie stwierdzono statystycznych zależności pomiędzy deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi a wykształceniem. Andruszkiewicz i Oźmińska [11] w swoich badaniach stwierdziły inaczej – że im wyższe wykształcenie, tym zachowania zdrowotne są korzystniejsze. Może mieć to związek z większą świadomością korzyści płynących z zachowań prozdrowotnych oraz zagrożeń wynikających z niewłaściwej postawy względem zdrowia ludzi o wyższym wykształceniu. Czas trwania choroby miał niewielki wpływ na zachowania zdrowotne, jednak wyższe wartości prezentowały osoby, które chorowały dłużej. Może to wynikać z przystosowania się do odpowiednich nawyków prozdrowotnych i właściwej edukacji pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Podobne wnioski zostały wyciągnięte we wcześniejszych badaniach [2], w których wykazano, że osoby chorujące dłużej wykazują lepsze zachowania zdrowotne, co wiąże się z koniecznością przyjmowania leków, stosowania się do zaleceń lekarskich oraz częstszym poddawaniem się badaniom diagnostycznym. Nie uzyskano potwierdzenia, by wiek, wskaźnik BMI i występowanie choroby w rodzinie w jakiś sposób wpływały na zachowania zdrowotne. Analizę jakości życia rozpoczęto od stopnia zadowolenia z jakości życia chorych jako wartości globalnej. W tej kategorii większość ankietowanych była zadowolona ze swojej jakości życia. Jednak część osób negatywnie oceniła swoje zadowolenie ze zdrowia. Badani są bardziej zadowoleni z własnej jakości życia niż ze swojego zdrowia. Analogiczne wyniki uzyskała Skowron [12], która pisze, że samoocena zdrowia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego kształtuje się na dość niskim poziomie.

W badaniach przeprowadzonych przez Jończyk i wsp. [13] znaczenie statystyczne miała aktywność zawodowa. Chorzy czynni zawodowo wykazali się wyższą jakością życia. Średnia ocena dziedziny fizycznej jest oceną przeciętną. Najwyższe oceny dziedziny fizycznej uzyskano z podskal: energia i zmęczenie oraz zależność od leków i leczenia, najniższe natomiast w zdolności do pracy oraz mobilności. Ocenę przeciętną uzyskali badani w dziedzinie psychologicznej. Najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej uzyskali badani w podskali wygląd zewnętrzny oraz samoocena, najniższe w duchowości/religii/osobistej wierze oraz myśleniu/uczeniu się/pamięci/koncentracji. Ocena dziedziny socjalnej jest pozytywna. Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej uzyskano dla związków osobistych, najniższe dla aktywności seksualnej. W dziedzinie środowiskowej ocena była wynikiem przeciętnym, na granicy wyniku pozytywnego. Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskano za środowisko domowe oraz środowisko fizyczne, najniższe w zasobach finansowych oraz transporcie. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że poziom jakości życia w poszczególnych dziedzinach zmienia się ze względu na płeć. Mężczyźni wyżej oceniali swoją jakość życia zarówno w dziedzinie fizycznej, jak i psychologicznej. Kobiety należą do osób bardziej wrażliwych, przejmujących się swoim stanem zdrowia, nazywane są potocznie „płcią słabszą” ze względu na większe prawdopodobieństwo wystąpienia stanów depresyjnych. Podobne wyniki przedstawiono w artykule Lewko i Krajewskiej-Kułak [14], odnoszącym się do badań chorych na cukrzycę, płeć okazała się czynnikiem różnicującym jakość życia. Wiek jako zmienna demograficzna miał znaczenie tylko w dziedzinie środowiskowej i socjalnej. W dziedzinie środowiskowej najwyżej jakość życia oceniły osoby powyżej 70. roku życia, a najniżej do 50 lat. Ankietowani powyżej 70. roku życia ocenili wyżej swoje bezpieczeństwo oraz dostępność opieki medycznej. Może się to wiązać z tym, że osoby w tym wieku większość swojego czasu spędzają w domu z rodziną i to właśnie tam czują się wystarczająco bezpiecznie, natomiast wiele osób w tym wieku zmagają się z licznymi schorzeniami. Jak wynika z badań, oprócz miażdżycy tętnic kończyn dolnych osoby w tym wieku zmagają się także z cukrzycą i nadciśnieniem, co wiąże się z systematycznymi wizytami kontrolnymi u lekarza. Pacjenci ci są zatem objęci specjalistyczną opieką medyczną. We wcześniejszych badaniach [15] zaobserwowano odwrotną zależność, co można tłumaczyć tym, że osoby starsze charakteryzują się obniżoną sprawnością funkcjonalną w codziennym życiu. Ma to również związek z dziedziną socjalną, gdzie pacjenci powyżej 70 lat swoją aktywność seksualną ocenili na najniższym poziomie. Jednak samo pytanie dotyczące aktywności seksualnej wszyscy respondenci ocenili nisko. Ogólne złe samopoczucie i odczuwanie dolegliwości bólowych może prowadzić do obniżenia libido, zaburzeń hormonalnych, zaburzeń funkcjonalnych, co w konsekwencji skutkuje zaniechaniem kontaktów sek-

sualnych. Jabłońska [16] również mówi o tym problemie u pacjentów z rakiem odbytnicy. Podkreśla, że życie seksualne jest sprawą osobistą każdego człowieka i zarówno chorzy, jak i lekarze niechętnie podejmują tę tematykę. Kolejnym analizowanym elementem było miejsce zamieszkania. Wyższymi wartościami w zakresie jakości życia w dziedzinie środowiskowej odznaczały się osoby mieszkające na wsi. Niższe wartości uzyskały one jedynie w kategoriach posiadania zasobów finansowych, zdobywania nowych informacji oraz uczestnictwa w rekreacji. Często źródłem utrzymania osób mieszkających na wsi jest prowadzenie gospodarki rolnej, co w dzisiejszych czasach nie przynosi wystarczających dochodów nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb życia codziennego, a tym bardziej na różnego rodzaju rozrywki. Również czas trwania choroby miał niewielkie znaczenie statystyczne. Najwyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej uzyskali badani, którzy chorują powyżej 5 lat, najniższe – chorujący do 1 roku. Przyczyniło się do tego to, iż osoby dłużej chorujące zdążyły oswoić się z chorobą. Jakość życia tych osób jest lepsza z tego względu, iż nie koncentrują się tylko i wyłącznie na samej chorobie, ale na czerpaniu z życia przyjemności. Czują się bezpieczni pod względem fizycznym i psychicznym. Taką samą zależność przedstawiono we wcześniejszych badaniach [15], a mianowicie, że osoby chorujące dłużej wyżej oceniają jakość swego życia. W przeprowadzonych badaniach wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych nie wykazano istnienia istotnej zależności między zachowaniami zdrowotnymi, a jakością życia. Jednak przedstawione wyniki mogą posłużyć edukacji pacjentów i ich rodzin. Mogą również być przydatne w celu uświadomienia pacjentom oraz ich najbliższym, jak ważną rolę w życiu człowieka odgrywa profilaktyka.

Wnioski

1. Nie wykazano związku między wpływem zachowań zdrowotnych a jakością życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych.
2. Badani jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Przeciętny wynik uzyskali jedynie w odniesieniu do stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych. Najwyżej badani ocenili zachowania profilaktyczne, potem pozytywne nastawienie i praktyki zdrowotne.
3. Osoby z miażdżycą tętnic kończyn dolnych różnią się w niewielkim stopniu zachowaniami zdrowotnymi. Czynnikiem warunkującym tę zmienność był czas trwania choroby. Wyższymi wynikami cechowały się osoby chorujące dłużej.
4. Jakość życia w pojęciu globalnym większość ankietowanych oceniła jako pozytywną, jednak część z nich była niezadowolona ze swojego stanu zdrowia. Najniżej bada-

ni ocenili dziedzinę fizyczną, potem psychologiczną, środowiskową i najwyżej socjalną.

5. Mężczyźni cechują się wyższym poziomem jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej niż kobiety. W dziedzinie środowiskowej wyższymi wartościami jakości życia charakteryzowały się osoby zamieszkujące obszary wiejskie.
6. Otrzymane wyniki mogą się przyczynić do głębszego zrozumienia problemów i potrzeb osób z miażdżycą tętnic kończyn dolnych oraz wpłynąć na większą motywację do walki z chorobą.

Piśmiennictwo

1. Pruszczyk P, Hryniewski T, Drożdża J. Kardiologia z elementami angiologii. Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2000; 311-323.
2. Kurowska K, Trzeciak D, Głowacka M, Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób zakwalifikowanych do zabiegu kardiologicznego. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 4: 130-135.
3. Bochniak A. Zachowania zdrowotne jako element zdrowego stylu życia. *Lekarz Wojskowy* 2010; 88: 187-193.
4. Juczyński Z. Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001; 116-121.
5. Wotowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001; 212-219.
6. Zdzienicki M, Andziak P. Jakość życia chorych na choroby tętnic i żył. *Pol Merk Lek* 2008; 24: 141, 268.
7. Kowalczyk-Sroka B, Murmurowska-Michałowska H, Cieślak A, Lelonek B. Healthy behaviours among diabetics and Medical Staff. *Ann Acad Med Siles* 2003; 58: 105-110.
8. Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999; 13-26.
9. Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91: 34-40.
10. Zielińska-Więczkowska H, Pawelska K, Muszałik M i wsp. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 4: 23-26.
11. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 298-301.
12. Skowron W. Jakość życia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19: 361-364.
13. Jończyk H, Reczek A, Brzostek T i wsp. Jakość życia chorych na hemofilię typu A. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 116-122.
14. Lewko J, Krajewska-Kułak E. Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek* 2010; 28: 486-489.
15. Kurowska K, Szomszor M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 12: 142-150.
16. Jabłońska J, Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 144-151.