

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W PRZEBIEGU CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ KOŃCZYN DOLNYCH

Evaluation of the quality of life of patients with chronic pain who suffer from ischemic disease of the lower limbs



Małgorzata Paplaczek¹, Anna Gawor², Gabriela Ciura³

¹Szpital Uniwersytecki w Krakowie

²Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

³Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 135–140

Praca wptynęła: 17.07.2015; przyjęto do druku: 22.07.2015

Adres do korespondencji:

Małgorzata Paplaczek, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków, tel. 530 369 280, e-mail: g.paplaczek@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Choroba niedokrwienna kończyn dolnych ogranicza sprawność człowieka oraz powoduje występowanie bólu przewlekłego. Celem badań było poznanie jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. Szukano odpowiedzi na pytanie, jaki wpływ na jakość życia pacjentów mają poszczególne składowe.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Naczyniowej i w Poradni Chirurgii Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Objęto nim grupę 105 chorych w wieku 47–93 lat, którzy odczuwali ból przewlekły. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, w której wykorzystano narzędzia: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, kwestionariusz WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*), skalę Barthel, skalę wzrokowo-analogową (*Visual Analogue Scale – VAS*).

Wyniki: Mężczyźni stanowili 60% badanej grupy. Chorzy odczuwali ból średnio od 1,67 roku, najczęściej po wysiłku fizycznym i w nocy. Kobiety deklarowały niższą jakość życia w porównaniu z mężczyznami. Osoby w stałych związkach wykazały wyższy poziom jakości życia niż osoby samotne. Jakość życia badanych determinował czas odczuwania bólu, okoliczności jego występowania wg klasyfikacji Fontaine'a, a także sprawność pacjentów w czynnościach dnia codziennego. Osoby mniej sprawne oceniły ją jako niższą niż osoby bardziej sprawne.

Wnioski: Analiza wyników badań pozwoliła na stwierdzenie, że występowanie u pacjentów z chorobą niedokrwienną kończyn dolnych bólu przewlekłego negatywnie wpływa na ich życie. Prezentowana przez nich jakość życia jest znacznie obniżona. Wyniki badania wskazują na konieczność obejmowania pacjentów holistyczną opieką medyczną, ze szczególnym uwzględnieniem sfery psychicznej i społecznej.

Summary

Introduction: Lower limb ischemic disease reduces quality of life and causes chronic pain. The aim of this study was to investigate quality of life of patients with chronic pain who suffer from ischemic disease of the lower limbs. The research carried out looked for answers to the question of how individual factors impact on the quality of life of patients.

Material and methods: The study was conducted at the Department of Vascular Surgery and the Vascular Surgery Clinic of the University Hospital in Krakow. This included a group of 105 patients aged 47-93 years, who experienced chronic pain. In the study, a diagnostic survey method was used – a surveying technique, which used the following tools: a questionnaire of our own design, questionnaire WHOQOL-BREF, Barthel scale, scales pain: VAS, NRS and the McGill-Melzack Pain Questionnaire.

Results: Men accounted for 60% of the study group and the remainder were women. Patients felt the pain for an average of 1.67 years. Patients most often experienced pain after walking 200 metres and at night. The average intensity of pain felt by respondents was 6.39 points. The women recorded lower quality of life than men. People in stable relationships showed higher quality of life compared to single people. The quality of life of respondents determined the time of experiencing pain, according to the circumstances of its occurrence. Fontaine, as well as the efficiency of the patients in the days of daily activities. People found it less efficient as lower than those who are more efficient.

Conclusions: Analysis of the results led to the conclusion that the occurrence of chronic pain in patients with ischemic lower extremity had a negative impact on their lives. Their quality of life was far from desirable, and they had insufficient skills to cope with the chronic pain. These results indicate that patients need to embrace holistic medical care, with particular emphasis on mental health and social aspects.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienna kończyn dolnych, ból przewlekły, jakość życia.

Key words: lower limb ischemia, chronic pain, quality of life.

Wstęp

Choroba niedokrwienna kończyn dolnych jest jednostką chorobową determinowaną przez występowanie miażdżycy. Jak wskazują dane epidemiologiczne dotyka ona 3–10% światowej populacji, natomiast w ciągu 10 lat od jej rozpoznania umiera ok. 40% chorych. Za przyczynę występowania miażdżycy wskazano czynniki podlegające modyfikacji, do których należą m.in. dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, palenie papierosów, niska aktywność fizyczna, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i alkoholizm, oraz czynniki niemodyfikowalne, takie jak płeć, wiek czy skłonność genetyczna [1].

Choroba niedokrwienna kończyn dolnych to stan, w którym podaż tlenu do tkanek kończyn dolnych jest przewlekłe niewystarczająca wskutek upośledzonego przepływu krwi w tętnicach. Jednym z objawów niedokrwienia jest dysfunkcja kończyny ze względu na jej mrowienie i drętwienie, co powoduje ograniczenia w zakresie poruszania się. Najbardziej jednak znamienym objawem, wpływającym na życie chorych to ból przewlekły. Do określenia bólu występującego w chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych została opracowana klasyfikacja Fontaine'a. Początkowo ból pojawia się po podjęciu aktywności fizycznej, tj. po przejściu odległości 200 m, później po przejściu dystansu krótszego niż 200 m, a na koniec występuje w spoczynku i w porze nocnej [2, 3].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) jakość życia oznacza „[...] poczucie jednostki co do jej pozycji życiowej w ujęciu kulturowym oraz systemu wartości, w którym żyje, w odniesieniu do jej osiągnięć, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [4]. Jakość życia jest pojęciem z pogranicza kilku obszarów i odnosi się do każdej ze sfer życia człowieka, tj. fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej. Jakość życia stała się w ostatnich latach przedmiotem wielu badań, których wyniki wskazują, że na jej postrzeganie wpływa wiele składowych, m.in. czynniki socjalne i demograficzne, występująca choroba czy dysfunkcja [5].

Celem badań było poznanie jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. Analizowano, jaki wpływ na jakość życia pacjentów mają poszczególne składowe.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Naczyniowej i w Poradni Chirurgii Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Objęto nim grupę 105 chorych (42 kobiety i 63 mężczyzn) w wieku 47–93 lat, którzy odczuwali ból przewlekły w przebiegu choroby niedo-

krwiennej kończyn dolnych. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, w której wykorzystano narzędzia: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, kwestionariusz WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*), skalę Barthel i skalę wzrokowo-analogową (*Visual Analogue Scale* – VAS).

Do opracowania statystycznego użyto pakietu statystycznego R 3.1.2. Zależności między cechami zostały zmierzone współczynnikiem korelacji Pearsona, przy poziomie istotności $p = 0,05$. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę kierownika oddziału.

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji składał się z 23 pytań, które odnosiły się do podstawowych danych socjalnych i demograficznych badanych: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, źródła dochodu, a także informacji dotyczących ich stanu zdrowia: chorób współistniejących, długości odczuwania bólu przewlekłego, okoliczności i częstości występowania dolegliwości bólowych, dodatkowych dolegliwości, stosowania środków farmakologicznych oraz palenia papierosów.

W celu określenia jakości życia badanych wykorzystano kwestionariusz opracowany przez WHO, który ocenia jakość życia w sześciu wymiarach: percepcji jakości życia, własnego zdrowia, dziedziny socjalnej, fizycznej, środowiskowej i psychologicznej. Kwestionariusz zawiera 26 pytań, w których badany określa w skali od 1 do 5 wpływ danego zjawiska na jego odczucie jakości życia. Pierwsze dwa pytania odnoszą się do jakości życia w zakresie ogólnym, kolejne 24 dotyczą poszczególnych wymiarów życia. Narzędzie to jest popularne i wykorzystywane przez wielu badaczy [6].

Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę VAS. Skala ta ma postać linijki o długości 10 cm, na której badany wskazuje poziom odczuwanego przez niego bólu. Przyjęto, że wartość 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast liczba 10 oznacza najgorszy ból, jaki chory jest w stanie sobie wyobrazić. Zaletą skali jest jej powtarzalność i dobre rozumienie przez pacjentów [7, 8].

Do oceny sprawności badanych w zakresie czynności dnia codziennego wykorzystano skalę Barthel. Skala ta bierze pod uwagę takie czynności, jak: spożywanie posiłków, ubieranie się i rozbieranie, przemieszczanie się po powierzchniach płaskich, utrzymywanie higieny osobistej, w tym kąpiel całego ciała, kontrolowanie oddawania stolca i moczu. Oceniając chorego, punkty przyznaje się w zależności od jego zdolności/możliwości do wykonywania powyższych czynności. Chory może otrzymać od 0 do 100 punktów. Na podstawie wyniku chorego przyporządkowuje się do trzech kategorii: 86–100 pkt – to chory całkowicie sprawny, 21–85 pkt

– chory, który częściowo nie radzi sobie w zakresie wykonywanych czynności i wymaga niewielkiej pomocy, 0–20 pkt – chory, który nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego i wymaga dużej pomocy [9].

Wyniki

Pomiaru jakości życia dokonano za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Badani w większości ocenili ogólny poziom swojej jakości życia jako ani dobry, ani zły (36,10%) oraz jako zły (33,33%). Żaden z ankietowanych nie ocenił swojego poziomu jakości życia jako bardzo dobry (ryc. 1).

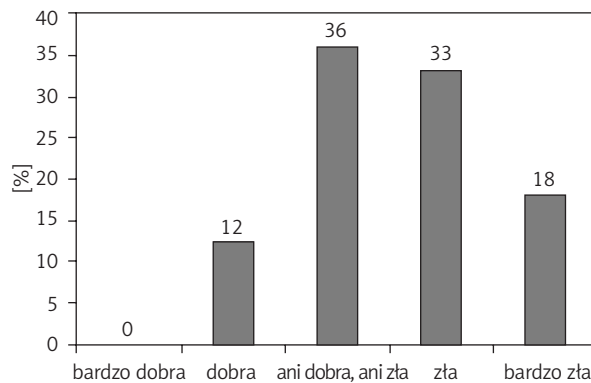
Jak wykazała analiza statystyczna, wiek badanych chorych nie korelował z jakością ich życia. Badanie wykazało istotną zależność tylko dla dwóch czynników socjalnych i demograficznych: płci oraz stanu cywilnego. Analiza statystyczna wskazała na istotne różnice pomiędzy płcią a jakością życia badanych. Wartość p z testu t -Studenta była niższa niż 0,05 u kobiet dla czterech składowych jakości życia. Oznacza to, że płeć istotnie wpływała na jakość życia badanych w tych czterech składowych: kobiety niżej niż mężczyźni oceniły jakość swojego życia, zdrowia oraz dziedziny fizycznej i psychologicznej jakości życia (tab. 2).

W analizie oceny wpływu stanu cywilnego na poziom jakości życia wykorzystano wariację ANOVA. Wartość p z analizy wariancji (ANOVA) była niższa niż 0,05 dla dziedziny socjalnej, a więc jakość życia w tej dziedzinie zależała od stanu cywilnego. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wyglądała ta zależność, wykonano analizę *post-hoc* testem HSD Tukeya, która wykazała, że osoby będące w stałym związku małżeńskim miały istotnie wyższą jakość życia w dziedzinie socjalnej niż osoby rozwiedzione (tab. 3).

Zbadano także wpływ innych czynników socjalnych i demograficznych na jakość życia, takich jak źródło utrzymania oraz wykształcenie, jednak analiza nie wykazała istotności statystycznej. Czynniki te nie wpływały na jakość życia badanych.

Natężenie bólu zostało zbadane za pomocą skali VAS. Badanie wykazało, że średnie natężenie bólu mierzone za pomocą skali VAS wśród badanych uplasowało się na poziomie 6,39. Kobiety wskazały na wyższy poziom natężenia bólu (6,81) niż mężczyźni (6,11). Dokonano analizy wpływu natężenia bólu na jakość życia badanych. Natężenie bólu wpływało istotnie na cztery spośród sześciu składowych jakości życia ($p < 0,05$). Zależności te były ujemne. Wynika z tego, że im większe natężenie bólu, tym gorsza percepcja jakości życia i zdrowia oraz gorsza jakość życia w dziedzinach fizycznej oraz psychologicznej badanych (tab. 4).

Kolejnym czynnikiem istotnie wpływającym na ocenę jakości życia były okoliczności odczuwania bólu przez chorych zgodnie z klasyfikacją chromania prze-



Ryc. 1. Ogólna jakość życia badanych

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Cecha badanej grupy	Liczba badanych (n = 105)	
		%
Płeć	kobiety	42 40
	mężczyźni	63 60
Wiek [lata]	45–50	8 7,6
	51–60	15 14,4
	61–70	25 23,8
	71–80	37 35,2
	81–90	14 13,3
	> 91	6 5,7
Miejsce zamieszkania	wieś	26 24,7
	miasto do 25 tys.	24 22,8
	miasto poniżej 100 tys.	26 24,8
	miasto powyżej 100 tys.	29 27,7
Wykształcenie	podstawowe	22 21
	zawodowe	34 32,4
	średnie	27 25,7
	wyższe	22 20,9
Źródło utrzymania	emerytura	54 51,3
	renta	23 21,9
	bezrobocie	11 10,6
	praca zawodowa	17 16,2
Stan cywilny	zamężna/żonaty	42 40
	panna/kawaler	17 16,1
	rozwiedziona/ rozwiedziony	9 8,6
	wdowa/wdowiec	36 34,3
	związek nieformalny	1 1

stankowego wg Fontaine'a. Dokonana analiza statystyczna pokazała, że wartości p z analizy wariancji (ANOVA) były niższe niż 0,05 dla czterech podskal jakości życia badanych, a więc zależały one od okoliczności

Tabela 2. Wpływ płci na jakość życia badanych

Składowe jakości życia	Kobiety		Mężczyźni		p
	średnia	SD	średnia	SD	
percepcja jakości życia	2,12	0,89	2,63	0,9	0,005
percepcja własnego zdrowia	2,12	0,89	2,63	0,9	0,005
dziedzina fizyczna	10,52	1,44	11,38	1,62	0,007
dziedzina psychologiczna	9,64	2,31	11,02	2,52	0,006
dziedzina socjalna	12,43	2,41	12,87	2,25	0,337
dziedzina środowiskowa	13,1	2,65	13,25	2,33	0,747

Tabela 3. Wpływ stanu cywilnego na poziom jakości życia badanych

Składowe jakości życia	Kawaler/panna		Stały związek		Rozwiedziony/ rozwiedziona		Wdowiec/wdowa		p
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
percepcja jakości życia	2,35	0,61	2,56	1,1	2,22	0,83	2,36	0,87	0,669
percepcja własnego zdrowia	2,35	0,61	2,56	1,1	2,22	0,83	2,36	0,87	0,669
dziedzina fizyczna	10,76	1,09	11,33	1,91	10,67	1,32	10,92	1,44	0,466
dziedzina psychologiczna	10,12	1,69	10,88	3	9,89	2,15	10,28	2,3	0,542
dziedzina socjalna	12,53	2,35	13,4	2,12	11,44	1,74	12,25	2,47	0,044
dziedzina środowiskowa	12,94	2,68	13,93	2,1	12	2	12,72	2,67	0,055

Tabela 4. Wpływ natężenia bólu na jakość życia badanych

Składowe jakości życia	Korelacja z VAS/NRS			
	współczynnik korelacji	p	kierunek zależności	siła zależności
percepcja jakości życia	-0,786	< 0,001	ujemny	bardzo silna
percepcja własnego zdrowia	-0,786	< 0,001	ujemny	bardzo silna
dziedzina fizyczna	-0,778	< 0,001	ujemny	bardzo silna
dziedzina psychologiczna	-0,783	< 0,001	ujemny	bardzo silna
dziedzina socjalna	-0,179	0,067	-	-
dziedzina środowiskowa	0,006	0,954	-	-

VAS (Visual Analogue Scale) – skala wzrokowo-analogowa, NRS (Numerical Rating Scale) – skala numeryczna

występowania dolegliwości bólowych u chorych. Analiza *post-hoc* testem HSD Tukeya wykazała, że pacjenci odczuwający ból po przejściu ponad 200 m istotnie lepiej postrzegali swoje zdrowie i mieli istotnie lepszą jakość życia w dziedzinach fizycznej oraz psychologicznej niż pacjenci odczuwający ból w spoczynku lub po przejściu krótszego odcinka niż 200 m. Natomiast chorzy odczuwający ból w spoczynku lub po przejściu odcinka krótszego niż 200 m zdecydowanie lepiej postrzegali swoje zdrowie i mieli lepszą jakość życia niż pacjenci odczuwający ból w nocy (tab. 5).

Badania własne wskazały na istotnie wyższą jakość życia u chorych bardziej sprawnych w zakresie czynności dnia codziennego. Wartość *p* z testu *t*-Studenta była niższa niż 0,05 dla czterech składowych jakości życia WHOQOL-BREF, a więc sprawność funkcjonalna w zakresie czynności dnia codziennego znacząco wpływała

na jakość życia badanych w tych czterech składowych: osoby mniej sprawne, które w skali Barthel uzyskały 70 pkt, niżej oceniały swoją jakość życia i swoje zdrowie oraz dziedziny fizyczną i psychologiczną jakości życia niż osoby bardziej sprawne (tab. 6).

Omówienie wyników

Choroba niedokrwienna kończyn dolnych jest schorzeniem ściśle związanym z ograniczeniami w zakresie sprawności ruchowej, a także odczuwaniem bólu przewlekłego. Ból stanowi doznanie, które ingeruje w każdą ze sfer życia człowieka: fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Problemy osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego dotyczą nie tylko ich samych, ale także ich rodzin. Bliscy bardzo często towarzyszą chorym,

Tabela 5. Wpływ okoliczności występowania bólu wg klasyfikacji Fontaine'a na jakość życia badanych

Składowe jakości życia	Po przejściu > 200 m		W nocy		W spoczynku/ po przejściu < 200 m		p
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	
percepcja jakości życia	3,23	0,53	1,60	0,63	2,48	0,65	< 0,001
percepcja własnego zdrowia	3,23	0,53	1,60	0,63	2,48	0,65	< 0,001
dziedzina fizyczna	12,45	1,06	9,65	0,86	11,00	1,22	< 0,001
dziedzina psychologiczna	12,68	1,59	8,25	1,48	10,48	1,87	< 0,001
dziedzina socjalna	13,18	1,88	12,25	2,63	12,64	2,34	0,201
dziedzina środowiskowa	13,20	1,92	13,28	2,85	13,04	2,62	0,933

Tabela 6. Wpływ sprawności w zakresie czynności dnia codziennego na jakość życia badanych

Składowe jakości życia	Barthel 70		Barthel 75		p
	średnia	SD	średnia	SD	
percepcja jakości życia	2,05	0,86	2,95	0,75	< 0,001
percepcja własnego zdrowia	2,05	0,86	2,95	0,75	< 0,001
dziedzina fizyczna	10,38	1,42	11,95	1,38	< 0,001
dziedzina psychologiczna	9,43	2,27	11,91	2,12	< 0,001
dziedzina socjalna	12,52	2,55	12,93	1,93	0,376
dziedzina środowiskowa	13,28	2,75	13,07	1,99	0,667

próbując złagodzić ich dolegliwości i cierpienie, co niejednokrotnie wpływa negatywnie także na stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Jak wskazują Lame i wsp. [10] ból niezależnie od miejsca jego występowania czy też natężenia zawsze wywiera negatywny wpływ na sytuację życiową jednostki. Przewlekły ból szczególnie niekorzystnie wpływa na jakość życia, ogólny stan zdrowia, wymiar społeczny, a także psychiczny. Wasilewski i wsp. [11] opisali zjawisko bagatelizowania przez chorych złego samopoczucia oraz pogorszonej jakości życia na poczet odczuwanego bólu. Jak wskazuje teoria stresu transakcyjnego Lazarusa i Folkman [12] w wyniku przedłużającego się napięcia i przewlekłego stresu u człowieka dochodzi do wyczerpania zasobów jednostki. Wyniki badań własnych przedstawione w niniejszej pracy wskazały, że u większości badanych chorych doszło do pogorszenia jakości życia. Ocenili oni swoją jakość życia jako średnią lub złą. Podobne wyniki badań przeprowadzone wśród chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych uzyskali Wiśniewska i wsp. [3], gdzie respondenci ogólny stan swojego zdrowia i samopoczucia również określili jako średni. Pogorszenia jakości życia chorych w wyniku występowania bólu przewlekłego dowiedli także w swoich badaniach Reis i wsp. [13].

Rustoen i wsp. [14] podkreślają szczególne znaczenie czynników socjalnych oraz demograficznych w odniesieniu do bólu przewlekłego i jakości życia. Analiza wyników tych badań dowiodła, że wiek badanych miał istotne znaczenie w ocenie jakości życia. Zależność

ta wskazywała na lepszą ocenę jakości życia u osób w starszej grupie wiekowej. Natomiast Low i wsp. [15] zwrócili uwagę na zmniejszającą się jakość życia wraz z wiekiem chorych. Odmiennie wyniki do powyższych uzyskali Repka i wsp. [16], którzy w badaniach nie wykazali związku pomiędzy jakością życia a wiekiem badanych. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, w których wiek pacjentów nie miał wpływu na jakość ich życia. Wiek respondentów można jednak powiązać ze sprawnością chorych w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Badania własne wskazały na zdecydowanie niższą jakość życia tych chorych, których sprawność w zakresie czynności dnia codziennego była mniejsza.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że niższa jakość życia występowała u badanych kobiet. Odmiennie wyniki przedstawili Lee i wsp. [17], którzy zanotowali niższą jakość życia u mężczyzn cierpiących na choroby przewlekłe. Również ci sami autorzy w swoich pracach nie stwierdzili zależności między stanem cywilnym a jakością życia badanych. Przeciwnie wyniki przyniosły badania własne, które przedstawiają występowanie lepszej jakości życia u chorych pozostających w stałych związkach. Takie same wnioski w swoich pracach otrzymali Repka i wsp. [16].

Obecnie obserwuje się wzrost migracji ludności z tendencją do opuszczania wielkich miast na rzecz wsi, nie występują też różnice w zakresie dostępu do specjalistycznych gabinetów medycznych, użytkowania mediów, zdobywania wykształcenia oraz wiedzy. Za-

równomiernie mieszkańcy dużych miast, jak i wsi korzystają z takich usług bez ograniczeń. Powyższe zjawisko dowodzi, że jakość życia nie jest determinowana przez miejsce zamieszkania [18]. Analiza wyników badań własnych potwierdza tę teorię, która wskazuje na brak zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a deklarowaną jakością życia przez badanych. W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach Lee i wsp. [17], nie wykazano także korelacji pomiędzy jakością życia a pozostałymi czynnikami socjalnymi i demograficznymi, jakimi są źródło dochodu oraz wykształcenie.

Na jakość życia badanych chorych wpływał jednak czas występowania dolegliwości bólowych. Jak wskazały badania własne, im dłuższy był czas odczuwania bólu, tym niższa była jakość życia. Podobną zależność w swoich badaniach wykazali Ponczek i wsp. [19]. Również ci sami autorzy dowodzą wpływu okoliczności występowania bólu wg klasyfikacji Fontaine'a na jakość życia badanych. Analiza wyników badań własnych wskazuje, że najgorsza jakość życia występowała u tych chorych, którzy odczuwali dolegliwości bólowe nocą. Ocena bólu stanowi najważniejszy i podstawowy warunek prawidłowej terapii chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych. Kluczową rolę odgrywa tutaj prawidłowo dobrany sposób komunikacji z chorym, a także wielodyscyplinarne podejście do problemu. Pozwala to na ocenę różnych dziedzin życia chorego oraz tego, jak występujący ból na nie wpływa. Chory odczuwający ból przewlekły wymaga wsparcia zarówno ze strony bliskich, jak i profesjonalistów świadczących nad nim opiekę medyczną.

Przeprowadzone badania nad zjawiskiem bólu w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych obrazują zmienność czynników, które składają się na konieczność wielodyscyplinarnego, indywidualnego podejścia do pacjenta. Najbardziej znamienne są czynniki socjalne i demograficzne, które wpływają na jakość życia chorego. Uzyskanie tych informacji pozwala na prawidłowe ukierunkowanie terapii chorych, a to może doprowadzić do powrotu równowagi emocjonalnej u pacjentów i jednocześnie sprawić, że odczuwany ból przestanie być głównym punktem ich życia.

Wnioski

1. Ból przewlekły wpływa negatywnie na jakość życia pacjentów z chorobą niedokrwinną kończyn dolnych.

2. Najniższa jakość życia występowała u chorych z niższą sprawnością w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego, odczuwających ból w nocy oraz odczuwających ból przez dłuższy czas.

3. Czynniki socjalne i demograficzne determinowały poziom jakości życia chorych i jej składowych. Obniżona jakość życia występowała u kobiet oraz u osób samotnych. Pozostałe czynniki socjalne i demograficzne nie wpływały na poziom jakości życia i jej składowych.

4. Chorzy wymagają wielodyscyplinarnego, indywidualnego podejścia w celu postawienia prawidłowej diagnozy posiadanych deficytów w zakresie sfery fizycznej, psychicznej, duchowej oraz społecznej.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Beręsewicz A. Miażdżycza i choroba niedokrwienna serca z lotu ptaka. W: Patofizjologia miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca. Beręsewicz A (red.). Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa 2011; 9-26.
- Grochulska A, Jerzemowski J. Miażdżycza tętnic obwodowych a aktywność fizyczna chorych. Geriatria 2011; 5: 267-273.
- Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J i wsp. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Pielęg Chirurg Angiol 2009; 3: 113-121.
- Białasik B, Muszaliak M, Szewczyk MT. Ocena dolegliwości bólowych u chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej. Pielęg Chirurg Angiol 2007; 4: 150-157.
- Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. Zdrowie Publiczne 2011; 121: 99-103.
- Kowalska M, Skrzypek M, Danso F, Humeniuk M. Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców Aglomeracji Górnośląskiej. Przegląd Epidemiol 2012; 66: 531-553.
- Frampton CI, Hughes-Webb P. The Measurement of Pain. Clin Oncol 2011; 23: 381-386.
- Kocot-Kępska M, Szutdrzyński K. Skale oceny bólu; dostępne na: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/show.html?id=91404> [dostęp z dnia 11 stycznia 2014].
- Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R. Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19: 1-4.
- Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JS i wsp. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity. Eur J Pain 2005; 9: 15-24.
- Wasilewski D, Wojnar M, Chatizow J. Depresja a ból: ogólnopolskie badania epidemiologiczne. Psychiatr Pol 2010; 3: 435-445.
- Mantyselka P. Aspects of life and pain. Scand J Pain 2014; 5: 129-130.
- Reis F, Gomes MK, Rodrigues J i wsp. Pain and Its Consequences in Quality of Life: A study with WHOQOL – Bref in Leprosy Patients with Neuropathic Pain. ISRN Tropical Medicine 2013; 1-7.
- Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR i wsp. Age and the experience of chronic pain. Clin J Pain 2005; 21: 513-523.
- Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11: 146.
- Repka I, Wordliczek J. Wpływ czynników demograficzno-społecznych na natężenie bólu, jakość życia oraz jej poszczególne składowe wśród chorych z bólem przewlekłym. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21: 348-359.
- Lee GK, Chronister J, Bishop M. The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. Rehabilitation Counseling Bulletin 2008; 51: 177-189.
- Wójcik-Żołądek M. Współczesne procesy migracyjne: definicje, tendencje, teorie. Studia BAS 2014; 40: 9-35.
- Ponczek D, Zamiar K. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu. Pielęg Chirurg Angiol 2012; 3: 123-128.
- Leppert W, Forycka M, Walden-Gałuszko K i wsp. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. Psychoonkologia 2014; 1: 17-29.