

Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi leczonych na oddziałach dermatologicznych

Grażyna Bączyk¹, Dorota Talarska², Agnieszka Zawirska³, Agata Bryl³, Zygmunt Adamski³

¹Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

kierownik Pracowni: dr n. biol. Grażyna Bączyk

²Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

kierownik Pracowni: dr n. biol. Dorota Talarska

³Zakład Mikologii Lekarskiej i Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

kierownik Zakładu: prof. dr hab. Zygmunt Adamski

Post Dermatol Alergol 2011; XXVIII, 3: 197–202

Streszczenie

Wprowadzenie: Owrzodzenia podudzi występują u 17–20% populacji polskiej. Stosunek rozpoznawanych zmian u kobiet i mężczyzn wynosi 2 : 1–3 : 1. Schorzenie to bezpośrednio wiąże się z wiekiem, rzadko występuje przed 60. rokiem życia. W ponad 50% przypadków owrzodzenia utrzymują się powyżej 9 mies., a u ponad 2/3 chorych zdarzają się nawroty. Z tego też względu owrzodzenia podudzi stanowią poważny problem terapeutyczny i społeczny. Powstawanie owrzodzeń jest uwarunkowane predyspozycjami genetycznymi, czynnikami związanymi z trybem i warunkami życia. Owrzodzenia podudzi często towarzyszą chorobom układowym, niekiedy poprzedzając występowanie pozostałych objawów danej choroby.

Cel: Ocena sytuacji życiowej oraz funkcjonowania i jakości życia chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowili chorzy, u których rozpoznano przewlekłe owrzodzenie podudzi, wg klasyfikacji CEAP (*Clinical, Etiologic, Anatomic, Pathophysiological Classification*) przyjętej przez American Venous Society i International Society of Vascular Surgery w 1994 r. Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach dermatologicznych Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu, Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Juraszów w Poznaniu oraz Szpitala Wojewódzkiego im. Perzyny w Kaliszu. Liczebność grupy wynosiła 85 chorych (51% stanowiły kobiety), a średnia wieku badanych 63,97 ±12,76 roku. Do oceny sytuacji życiowej i jakości życia osób z owrzodzeniami podudzi wykorzystano polską wersję skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ). Skala ta obejmuje 20 pytań, które opisują funkcjonowanie i jakość życia chorego w 4 obszarach: fizycznym, psychicznym, społecznym i nasilenia bólu. Ponadto skala ocenia funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjenta pod wpływem odczuwanych dolegliwości, specyficznych dla owrzodzenia podudzi: obrzęków, ociężałości nóg, bólu, trudności w poruszaniu i zaburzeń snu. Pierwsza część skali CIVIQ zawiera pytania w zakresie oceny klinicznej badanych.

Wyniki: Ocena funkcjonowania i jakości życia chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych chorych leczonych na oddziałach dermatologicznych wykazały bardzo złe funkcjonowanie i złą jakość życia badanych.

Słowa kluczowe: owrzodzenia podudzi, funkcjonowanie, jakość życia.

Wstęp

W Polsce owrzodzenia podudzi występują u 17–20% populacji. Stosunek rozpoznawanych zmian u kobiet i mężczyzn wynosi 2 : 1–3 : 1. Choroba bezpośrednio wiąże się z wiekiem, rzadko występuje przed 60. rokiem życia. W ponad 50% przypadków owrzodzenie utrzymuje się powyżej 9 mies., a u ponad 2/3 zdarzają się nawroty [1, 2], dlatego też owrzodzenia podudzi stanowią poważny problem terapeutyczny i społeczny.

Powstawanie owrzodzeń jest uwarunkowane predyspozycjami genetycznymi, czynnikami związanymi z trybem i warunkami życia. Owrzodzenia podudzi często towarzyszą chorobom układowym, niekiedy poprzedzając występowanie pozostałych objawów danej choroby.

Okolo 90% wszystkich owrzodzeń stanowią owrzodzenia podudzi pochodzenia żylnego – w wielu przypadkach powstają jako następstwo żylaków podudzi. Przyczyną mogą być ponadto choroby tętnic, cukrzyca lub reumatoidalne

Adres do korespondencji: dr n. biol. Grażyna Bączyk, Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań, tel. +48 61 655 92 61, faks +48 61 655 92 66, e-mail: gbaczyk@ump.edu.pl

zapalenie stawów [3]. Owrzodzenia tętnicze stwierdza się znacznie rzadziej niż żyłne (ok. 5%); 5% stanowią owrzodzenia innego pochodzenia. Zmiany owrzodzeniowe powodują dyskomfort psychiczny z depresją włącznie, co przyczynia się do izolacji społecznej.

Rozpowszechnienie choroby oraz koszty leczenia wynikające często z nieumiejętności pielęgnowania owrzodzenia oraz prowadzenia nieodpowiedniego stylu życia powodują duże zainteresowanie klinicystów tym schorzeniem. Właściwe sprawowanie opieki wymaga jednak nie tylko znajomości danych klinicznych, lecz także np. możliwości lokomocji, warunków materialnych, więzi rodzinnych, wiedzy o danej jednostce chorobowej, umiejętności zmiany opatrunku, oceny obserwowanych zmian i doboru odpowiednich interwencji.

Owrzodzenia podudzi są niewątpliwie problemem dermatologicznym, ale mają również wpływ na funkcjonowanie biopsychospołeczne chorych.

Według Martinsona i Wilkeninga [4] jakość życia wiąże się ze sposobem, w jakim pacjent funkcjonuje w środowisku naturalnym i społecznym, dlatego związki jednostki ze środowiskiem są równie ważne jak stan jego dobrobytu [5]. Oceniając efekty leczenia, należy zwracać uwagę nie tylko na eliminację objawów choroby, lecz także na biopsychospołeczną wydolność pacjenta do sprawowania samoopieki oraz pełnienia ról społecznych.

Pojęcie jakości życia jest ważnym miernikiem stanu zdrowia pacjentów. Ma ono wiele znaczeń. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia określa się jako: osobiste, indywidualne postrzeganie własnej pozycji życiowej w kontekście kulturowym, systemie wartości, w którym żyje człowiek oraz w odniesieniu do stawianych sobie celów, posiadanych oczekiwań, wzorców i obaw, stopnia zależności od otoczenia, relacji społecznych oraz cech środowiska [6].

Jakość życia zależna od stanu zdrowia – *Health Related Quality of Life* (HRQOL) – jest węższym pojęciem niż ogólna jakość życia, która dotyczy oceny dokonanej przez pacjenta dotyczącej aktualnego poziomu funkcjonowania i satysfakcji w odniesieniu do przyjętej przez niego sytuacji indywidualnej, w zależności od obecnego stanu zdrowia [6]. Według Ryglewicz i Kuran [7] oraz De Walden-Gatuszko [8], HRQOL można określić jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną podczas choroby i leczenia, uwzględniającą ich szczególną rolę.

Bańka [9] podkreślał, że szczęście, dobrostan i jakość życia to efekt rozwoju jednostki, czyli skutek procesu konstruowania standardów porównań dla osiągalnych w czasie informacji oraz wypadkowa rozłożonego w czasie procesu konstruowania sądów o życiu, będących mentalnymi reprezentacjami życia i regulatorami procesu przetwarzania napływających informacji.

Ocena jakości życia opiera się zazwyczaj na analizie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i satysfakcji z życia. Podstawą właściwej opieki jest przygotowanie pacjenta do samoopieki, uwzględniające czynniki sprzyjające owrzodzeniom podudzi, m.in.

wiek, choroby współistniejące i osamotnienie. Wymagane jest indywidualne zaplanowanie procesu edukacyjnego dla każdego pacjenta.

Ważnymi zadaniami opieki zdrowotnej nad osobami w wieku starszym z owrzodzeniami podudzi są: zminimalizowanie utraty funkcjonalności, utrzymanie zdolności do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych oraz ochrona przed pogorszeniem się jakości życia.

Cel

Celem pracy jest ocena funkcjonowania i jakości życia chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych. Postawiono następujące pytania badawcze: Jaki jest stan kliniczny badanych wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ)? Jak jest funkcjonowanie i jaka jest jakość życia badanych w poszczególnych ocenianych dziedzinach skali CIVIQ? Czy na oceny funkcjonowania i jakości życia wpływają czynniki społeczno-demograficzne?

Materiał i metody

Grupę badaną stanowili chorzy, u których zdiagnozowano przewlekłe owrzodzenia podudzi wg klasyfikacji CEAP (*Clinical, Etiologic, Anatomic, Pathophysiological Classification*), przyjętej przez American Venous Society i International Society of Vascular Surgery w 1994 r. [10].

Badania przeprowadzono wśród pacjentów oddziałów dermatologicznych Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu, Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Juraszów w Poznaniu oraz Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu. Liczebność grupy wynosiła 85 chorych (51% stanowiły kobiety), a średnia wieku badanych 63,97 ±12,76 r. Do badań zakwalifikowano wszystkich pacjentów z przewlekłym owrzodzeniem podudzi bez współistniejących innych chorób, których obecność w istotny sposób mogłaby wpłynąć na ocenę jakości życia. Badanie wykonywano w pierwszych dniach pobytu chorego na oddziale. W każdym przypadku uzyskiwano pisemną zgodę chorego na przeprowadzenie ankiety.

Stan kliniczny oceniano na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, w wyniku którego dokonano klasyfikacji stopnia niewydolności żyłnej: klinicznej, etiologicznej, anatomicznej i patofizjologicznej. Analizowano ponadto występowanie i nasilenie się objawów. Objawy kliniczne oceniano za pomocą skali punktowej: gdy nie stwierdzono objawów, chory otrzymywał 0 pkt, jeśli zaobserwowano miernie wyrażone objawy, chory otrzymywał 1 pkt, natomiast w przypadku występowania takich objawów, jak: ból, obrzęk, żyłne chromanie przystankowe, przebarwienie skóry, zapalenie tkanki podskórnej, choremu przypisywano 2 pkt.

Do oceny funkcjonowania i jakości życia chorych z owrzodzeniami podudzi wykorzystano polską wersję skali CIVIQ [11]. Skala CIVIQ obejmuje 20 pytań, które opi-

sują funkcjonowanie i jakość życia chorego w zakresie aktywności fizycznej, mobilności, samopoczucia oraz aktywności społecznej. Pierwsza część skali CIVIQ zawiera pytania dotyczące oceny klinicznej badanych. Skala ocenia ponadto funkcjonowanie pacjenta z uwzględnieniem odczuwanych dolegliwości, specyficznych dla owrzodzenia podudzi: obrzęków, ociążałości nóg, bólu, trudności w poruszaniu się i zaburzeń snu. Im wyższa punktacja, tym lepsze jest funkcjonowanie i lepsza jakość życia. Zakres punktacji wynosił 0–100 pkt.

Analiza statystyczna

Do charakterystyki badanych grup i zmiennych postużono się następującymi miarami statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe i frakcje procentowe. W celu oceny różnic pomiędzy wyróżnionymi grupami zastosowano test *t*-Studenta dla zmiennych niezależnych, a wyniki potwierdzono nieparametrycznym testem *U* Manna-Whitneya. Jako poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystykę demograficzną oraz kliniczną badanych przedstawiono w tabeli 1. W tabeli 2. zaprezentowano objawy kliniczne wg skali CIVIQ u kobiet i mężczyzn. Nasilenie objawów klinicznych mieściło się w przedziale wartości średnich. Mimo że nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy pomiędzy nasileniem objawów klinicznych u kobiet i mężczyzn, to jednak w dziedzinach ograniczenia w funkcjonowaniu oraz zaburzenia snu stwierdzono większe wartości u mężczyzn.

Oceny funkcjonowania i jakości życia badanych były bardzo niskie. Najmniejsze wartości średnie, a tym samym złe oceny funkcjonowania i jakości życia, otrzymali badani, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, w dziedzinie dotyczącej aktywności społecznej, następnie w dziedzinach dotyczących: mobilności, samopoczucia oraz aktywności fizycznej. Płeć badanych nie wpływała na oceny funkcjonowania i jakości życia (tab. 3).

W celu uzyskania odpowiedzi, czy wiek wpływa na ocenę funkcjonowania i jakości życia, badanych podzielono na 6 grup wiekowych (tab. 4.). Stwierdzono istotne statystycznie różnice oceny funkcjonowania i jakości życia chorych w dziedzinie dotyczącej mobilności (sprawność fizyczna) pomiędzy najstarszą grupą wiekową a pozostałymi grupami wiekowymi. Również w zakresie mobilności zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi będącymi w związku małżeńskim i niebędącymi w związku małżeńskim (tab. 5.). Nie wykazano natomiast istotnie statystycznej różnicy pomiędzy ocenami funkcjonowania i jakości życia pomiędzy badanymi zamieszkującymi z innymi osobami a badanymi prowadzącymi gospodarstwo domowe samotnie (tab. 6.). W ocenie dotyczącej wpływu wykształcenia na dziedzi-

Tab. 1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanych

Badani	<i>N</i> = 85
Średni wiek badanych [lata] ± odchylenie standardowe	63,97 ±12,76
Kobiety [%]	51
Wiek [lata] (% udział badanych):	
31–44	7,1
45–55	18,8
56–64	20,0
65–70	12,8
71–80	25,9
81–86	8,2
≥ 87	1,2
Wykształcenie (% udział badanych):	
podstawowe	50,6
średnie	36,5
wyższe	12,9
Stan cywilny (% udział badanych):	
wolny	48,2
w związku	51,8
Zamieszkanie [%]:	
osobno (nieobecny w domu opiekun)	41,2
wspólnie (zapewniona opieka/obecność opiekuna w domu)	55,3
Występowanie owrzodzeń [%]:	
u matki	72
u ojca	24,5
Klasyfikacja kliniczna:	
niewygojone owrzodzenia	100
Klasyfikacja etiologiczna:	
wrodzona	29
pierwotna (idiopatyczna)	50
wtórna (pourazowa, pozakrzepowa)	91
Występowanie ciężkich objawów:	
ból	89
obrzęk	78
żylne chromanie przystankowe	19,3
przebarwienie skóry	80,7
zapalenie tkanki podskórnej	28
Klasyfikacja patofizjologiczna:	
niedrożność lub refluks	62,4
reflaks	33,2
niedrożność	28,5
brak diagnozy	7,5
Klasyfikacja anatomiczna:	
układ żylny powierzchowny	100

Tab. 2. Objawy kliniczne wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w podziale na płeć

Objawy kliniczne wg skali CIVIQ	Kobiety (n = 43) średnia ± SD	Mężczyźni (n = 42) średnia ± SD	Z	Poziom istotności
dolegliwości bólowe, występowanie obrzęków, ociężałość nóg	43,21 ±16,3	42,79 ±16,7	-0,08	0,93
ograniczenia w funkcjonowaniu (trudności w poruszaniu się)	41,84 ±21,5	44,19 ±18,2	-0,0465	0,64
zaburzenia snu	42,4 ±19,8	43,62 ±15,9	-0,24	0,81

Tab. 3. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w podziale na płeć

Dziedziny skali CIVIQ	Kobiety (n = 43) średnia ± SD	Mężczyźni (n = 42) średnia ± SD	t	df	Poziom istotności
aktywność fizyczna	27,88 ±8,62	24,81 ±10,34	1,49	83	0,14
mobilność (sprawność fizyczna)	18,6 ±1,81	19 ±1,69	-1,03	73,4	0,30
samopoczucie	25,86 ±6,4	24,97 ±9,09	0,52	83	0,61
aktywność społeczna	14,62 ±1,23	14,47 ±1,27	0,56	83	0,58

Tab. 4. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w zależności od wieku

Dziedziny skali CIVIQ	Grupy wiekowe (N = 85)	Średnia ± SD	F	Poziom istotności
aktywność fizyczna	31–44	23,83 ±10	1,6	0,17
	45–55	24,12 ±10,6		
	56–64	25,52 ±10,12		
	65–70	27,75 ±8,44		
	71–80	25,04 ±9,26		
	> 81	34,85 ±4,87		
mobilność (sprawność fizyczna)	31–44	19,66 ±1,21	3,84	0,004*
	45–55	19,31 ±1,70		
	56–64	18,76 ±1,48		
	65–70	19,81 ±1,61		
	71–80	18,01 ±1,91		
	> 81	17,57 ±1,61		
samopoczucie	31–44	30 ±13,29	1,31	0,27
	45–55	23,43 ±7,20		
	56–64	26,52 ±9,24		
	65–70	26,31 ±6,59		
	71–80	25,13 ±6,57		
	> 81	20,57 ±1,71		
aktywność społeczna	31–44	14,16 ±1,47	1,84	0,113
	45–55	14,06 ±1,06		
	56–64	14,52 ±1,32		
	65–70	15,01 ±1,26		
	71–80	14,95 ±1,29		
	> 81	14,00 ±1,12		

* p < 0,05

Tab. 5. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w zależności od stanu cywilnego

Dziedziny skali CIVIQ	Badani będący w związku małżeńskim (n = 44) średnia ± SD	Badani będący poza związkiem małżeńskim (n = 41) średnia ± SD	t	df	Poziom istotności
aktywność fizyczna	26,14 ±8,67	26,3 ±10,51	0,08	82	0,94
mobilność (sprawność fizyczna)	19,36 ±1,73	18,25 ±1,58	-3,07	82	0,003*
samopoczucie	26,48 ±8,74	23,97 ±6,36	-1,49	82	0,14
aktywność społeczna	14,4 ±1,1	14,73 ±1,35	-3,07	82	0,23

*p < 0,05

ny funkcjonowania wykazano istotne statystycznie różnice dla badanych z wykształceniem podstawowym i wyższym w zakresie samopoczucia. Badani z wykształceniem podstawowym gorzej funkcjonowali w zakresie samopoczucia, natomiast w dziedzinie dotyczącej aktywności społecznej chorzy z wykształceniem podstawowym lepiej oceniali swoje funkcjonowanie i jakość życia niż badani z wykształceniem średnim i wyższym (tab. 7.).

Omówienie wyników

W Polsce poza badaniami prowadzonymi przy współpracy firm farmaceutycznych nie oceniano jakości życia osób z owrzodzeniami podudzi z wykorzystaniem specyficznej skali do badania funkcjonowania i jakości życia tych chorych. Częstość występowania zmian chorobowych oraz konsekwencje wynikające z przebiegu choroby,

zwłaszcza izolacja społeczna i rozwijająca się depresja, przemawiają za koniecznością prowadzenia oceny sytuacji życiowych tych chorych [12]. Dlatego też celem badań była próba oceny jakości życia osób z owrzodzeniami podudzi hospitalizowanych w szpitalach w województwie wielkopolskim. W badaniach wykazano znacznie obniżoną aktywność funkcjonalną i społeczną, złe samopoczucie i obniżoną jakość życia chorych. Szewczyk i wsp. [13] na podstawie badań przeprowadzonych w 2005 r. stwierdzili, że ponad 80% chorych z przewlekłymi owrzodzeniami podudzi zrezygnowało z rozwijania własnych zainteresowań, a także zmniejszyła się częstość spotkań towarzyskich, nawiązywania nowych znajomości na rzecz spędzania czasu wolnego w zaciszu własnego domu z powodu dolegliwości. Ponadto ból związany z owrzodzeniem w przypadku osób z chorobą przewlekłą jest przyczyną bezsenności, zmęczenia, uczucia wyczerpania,

Tab. 6. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w zależności od zamieszkiwania osobno lub wspólnie

Dziedziny skali CIVIQ	Badani zamieszkujący bez opiekuna (n = 34) średnia ± SD	Badani zamieszkujący wspólnie (n = 47) średnia ± SD	t	df	Poziom istotności
aktywność fizyczna	27,74 ±10,48	24,95 ±8,87	1,29	79	0,2
mobilność (sprawność fizyczna)	19,0 ±1,66	18,7 ±1,77	0,77	79	0,45
samopoczucie	26,06 ±6,18	26,0 ±8,7	-1,17	79	0,24
aktywność społeczna	14,61 ±1,18	14,55 ±1,29	0,23	79	0,82

Tab. 7. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi wg skali *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ) w zależności od wykształcenia

Dziedziny skali CIVIQ	Badani z wykształceniem podstawowym (n = 42) średnia ± SD	Badani z wykształceniem średnim (n = 31) średnia ± SD	Badani z wykształceniem wyższym (n = 11) średnia ± SD	Poziom istotności
aktywność fizyczna	25,57 ±9,39	26,51 ±10,48	27,81 ±7,64	0,77
mobilność (sprawność fizyczna)	18,81 ±1,94	18,7 ±1,48	19,0 ±1,73	0,87
samopoczucie	23,74 ±6,49	24,42 ±6,56	33,63 ±10,4	0,00*
aktywność społeczna	14,93 ±1,26	14,41 ±1,05	13,63 ±1,21	0,00*

*p < 0,05

braku energii, czego następstwem jest występowanie stanów depresyjnych. Podobne doniesienia, potwierdzające wyniki badań własnych, można znaleźć w pracy Jawień i wsp. [14]. Oceniali oni funkcjonowanie oraz biopsychospołeczne ograniczenia u osób z żyłakowatością podudzi. Stwierdzili częste występowanie depresji w badanej grupie chorych, większe ryzyko upadków i niedożywienie. Głównym wnioskiem było stwierdzenie, że u pacjentów z owrzodzeniem podudzi występuje zwiększone ryzyko zaburzonego funkcjonowania w sferze społecznej, emocjonalnej oraz fizycznej (aktywności). W badaniach Yamada i de Gouveia Santos [15] stosujących kwestionariusz *Ferrans and Powers Quality of Life Index* (QLI) stwierdzono, że chorzy z owrzodzeniami podudzi wiodą życie na dobrym poziomie, zwłaszcza w obszarze rodzinnym i duchowym. Duży wpływ na ocenę jakości życia ma religia oraz stan zdrowia, zwłaszcza możliwość poruszania się. Wśród czynników wpływających na biopsychospołeczne problemy pacjentów wymieniono: ból, ograniczenie ruchomości, depresję, obniżone samopoczucie, zaburzenia snu, cierpienie psychospołeczne, trudności w utrzymaniu higieny ciała, izolację społeczną oraz trudności w podejmowaniu aktywności zawodowej.

Pieper i wsp. [16] badali psychospołeczne dostosowywanie, dawanie sobie rady oraz jakość życia pacjentów z owrzodzeniem podudzi. Wykazano, że takie dziedziny, jak środowisko oraz zaburzenia psychospołeczne, korelują z danymi uzyskanymi z kwestionariusza badającego dostosowanie psychospołeczne pacjentów. Niska jakość życia wiąże się z problemami w domu, trudnościami w chodzeniu oraz obniżonym samopoczuciem. Ocena sytuacji życiowej oraz jakości życia chorych z owrzodzeniami podudzi może się przyczynić do opracowania indywidualnych programów terapeutycznych. Może ona stanowić cenną wskazówkę w planowaniu leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz rehabilitacji środowiskowej.

Wnioski

1. Badania nad oceną funkcjonowania i jakością życia chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych chorych leczonych na oddziałach dermatologicznych wykazały utrudnione funkcjonowanie i złą jakość życia badanych. Wartości średnie, które posłużyły do opisu poziomu funkcjonowania i jakości życia, mieściły się w przedziale od 14,47 dla dziedziny dotyczącej aktywności społecznej do 27,88 dla dziedziny dotyczącej funkcjonowania fizycznego. Największe ograniczenia (wyływające ze złego stanu klinicznego) w dziedzinie zdrowia funkcjonalnego dotyczyły takich czynności, jak: wykonywanie prac domowych, pranie, robienie zakupów i przemieszczanie. Ograniczenia w dziedzinie psychicznej dotyczyły poczucia samotności i zamartwiania się.
2. Wiek i stan cywilny badanych miał wpływ na ograniczenia w funkcjonowaniu i ocenę jakości życia. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w ocenie funkcjo-

nowania i jakości życia chorych w dziedzinie dotyczącej mobilności (sprawność fizyczna) pomiędzy najstarszą grupą wiekową i pozostałymi grupami oraz pomiędzy chorymi będącymi i niebędącymi w związku małżeńskim. Zaobserwowano ponadto istotne statystycznie różnice dotyczące poziomu ograniczeń pomiędzy najstarszą grupą wiekową i pozostałymi grupami w zakresie sprawności intelektualnej.

Piśmiennictwo

1. Zapalski S, Krasieński Z, Oszkinis G. Epidemiologia chorób żył. W: Ambulatoryjne leczenie chorób żył kończyn dolnych. Zapalski S, Oszkinis G (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2001.
2. Rutherford RB, Padeberg FT Jr. Venous severity scoring: An adjunct to venous assessment. *J Vasc Surg* 2000; 31: 1307-12.
3. Silny W, Prokop J. Owrzodzenia goleni jako problem dermatologiczny. W: Ambulatoryjne leczenie chorób żył kończyn dolnych. Zapalski S, Oszkinis G (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2001.
4. Martinson OB, Wilkening EA. Predicting overall life satisfaction: the role of life cycle and social psychological antecedents. *Soc Indic Res* 1984; 14: 99-108.
5. Spilker B. Introduction. In: Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Philadelphia, Lippincott-Raven 1996; 1-10.
6. WHO. QOL: position paper from the World Health Organization. *Coc Sci Med* 1995; 41.
7. Ryglewicz D, Kuran W. Jakość życia i oczekiwania terapeutyczne chorych na padaczkę. *Epileptologia* 2003; 11: 171-8.
8. De Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red.). Centrum Onkologii, Warszawa 1997; 73-81.
9. Bańka A. Psychologia jakości życia. SPA, Poznań 2005.
10. Gliński W. Postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyka żyłakowatych owrzodzeń podudzi. Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Medipress Dermatologia* 2000.
11. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res* 1996; 5: 539-54.
12. Jaracz K, Wołowicka L, Bączyk G. Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej. *Gerontol Pol* 2001; 9: 26-30.
13. Szewczyk MT, Jawień A, Cierzniańska K i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem goleni. *Post Dermatol Alergol* 2005; 22: 265-70.
14. Jawień A, Szewczyk MT, Kędziora-Kornatowska K, et al. Functional and biopsychosocial restrictions among patients with a venous ulcer. *Arch Med Sci* 2006; 1: 36-41.
15. Yamada BFA, de Gouveia Santos CL. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Health Management Publication* 2005; 17: 178-89.
16. Pieper B, Szczepaniak K, Templin T. Psychosocial adjustment, coping, and quality of life in persons with venous ulcers and history of intravenous drug use. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2000; 27: 227-37.