

Jakość życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych

Life quality of patients with venous ulceration of lower extremities

LUCYNA ŚCISŁO ^{1/}, TERESA SOCHA ^{2/}, ELŻBIETA WALEWSKA ^{1/}, GRAŻYNA PUTO ^{1/}, STANISŁAW KLĘK ^{3/}, ANTONI M. SZCZEPANIK ^{4/}, ANTONI CZUPRYNA ^{4/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

^{2/} Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

^{3/} Szpital Specjalistyczny im. Stanley Dudricka w Skawinie

^{4/} I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wprowadzenie. Owrzodzenia żyłne podudzi są chorobą przewlekłą i często przebiegającą z licznymi nawrotami. Analiza jakości życia określa wpływ choroby na stan fizyczny, psychiczny i społeczny chorego człowieka.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych.

Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 61 pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych. Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz skalę jakości życia WHOQOL-BREF.

Wyniki. Wśród badanych, wartość średnia określająca zadowolenie z jakości życia wynosiła 3,47, natomiast ze stanu zdrowia 2,85. Wartość średnia jakości życia w dziedzinie środowisko wynosiła 12,86; społecznej 13,70; psychologicznej 13,33; fizycznej 11,64. Analiza wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy samooceną stanu zdrowia a pcią (mężczyźni wyżej oceniali zadowolenie ze swojego stanu zdrowia niż kobiety $p=0,027$) oraz pomiędzy samooceną jakości życia a pcią (mężczyźni byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia w dziedzinie: fizycznej $p=0,048$ i środowiskowej $p=0,025$) i miejscem zamieszkania (osoby pochodzące z miasta wykazują wyższą jakość życia w dziedzinie psychologicznej).

Wnioski. Badani pacjenci wyżej ocenili swoje zadowolenie z jakości życia, niż ze stanu zdrowia. Najwyżej ocenili jakość życia w dziedzinie społecznej, a najniżej w dziedzinie fizycznej. Jakość życia badanych pacjentów była zależna od pci i miejsca zamieszkania: mężczyźni w stosunku do kobiet wykazują wyższą jakość życia w dziedzinie fizycznej i środowiskowej, a osoby zamieszkujące na wsi wykazują niższy poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, jakość życia, samoocena zdrowia

Introduction. Venous ulceration is a chronic disease with the tendency to recur. The analysis of life quality determines the influence of the disease on physical, psychological and social condition.

Aim. Life quality assessment in patients with venous ulcerations of lower extremities.

Material & Methods. 61 patients with venous ulcerations of lower extremities were included in the study. The study analysis was based on a diagnostic survey, self-made questionnaire and the quality of life scale WHOQOL-BREF.

Results. The average life quality satisfaction was determined at 3.74, the average value concerning medical status – 2.85. Life quality average value in the field of environment was 12.86, social 13.70, psychological 13.33, physical 11.64. The analysis showed a statistically significant association between the medical status self-assessment and gender (the men estimated their medical status satisfaction higher than the women $p=0.027$), and between life quality self-assessment and gender (the men were more satisfied with their life quality in the fields: “physical” $p=0.048$ and “environment” $p=0.025$) and place of living (the patients living in a city showed higher life quality in the psychological field).

Conclusion. The respondents estimated their life quality satisfaction higher than their medical status. Life quality in the social field was rated the highest, the lowest in the physical field. Life quality of the studied patients was dependent on gender and place of living: the men showed higher life quality in the physical and environmental fields, the patients living in a village showed lower life quality level in the psychological field.

Key words: venous ulceration, quality of life, health self-assessment

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 149-154

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.01.2015

Zakwalifikowano do druku: 18.02.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Lucyna Ścisło

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum, UJ

ul. M. Kopernika 25, 31-501 Kraków

tel. 600 654 207, e-mail: lscislo@poczta.onet.pl

Wprowadzenie

Przewlekła choroba żylna kończyn dolnych jest istotnym problemem społeczno-ekonomicznym, zdrowotnym, i leczniczym. Rozpoznawalna jest częściej u kobiet, a jej występowanie wzrasta wraz z wiekiem. Uważa się, że z powodu jej objawów cierpi 30-50% osób dorosłych [1]. W Polsce owrzodzenia podudzi są obecne u 17-20% populacji. W ponad 50% przypadkach owrzodzenie żylnie utrzymuje się powyżej 9 miesięcy, a w ponad 2/3 zdarzają się nawroty [2]. Około 90% wszystkich owrzodzeń, stanowią owrzodzenia podudzi pochodzenia żylnego, powstające często jako następstwo żylaków podudzi. Zakrzepowe zapalenia żył głębokich stanowi przyczynę około 25-50% przypadków niewydolności żył kończyn dolnych oraz jej powikłań – w tym owrzodzeń [3, 4]. Owrzodzenia żylnie kończyn dolnych nadal stanowią poważny problem współczesnej medycyny. Należą do ran przewlekłych, trudno gojących się, obniżają jakość życia chorego i zaburzają jego funkcjonowanie psychospołeczne [4, 5].

Cel badań

Ocena jakości życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń Szpitala Zakonu Bonifratrów oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Chirurgia Naczyń Tomasz Aleksiejew Kleszczyński w Krakowie w okresie od marca do czerwca 2012 roku. Za kryterium doboru osób do badań przyjęto: potwierdzone w dokumentacji medycznej owrzodzenie żylnie kończyn dolnych, brak zaburzeń w zakresie komunikatywności, wyrażenie zgody na udział w badaniu. Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu badań, ich anonimowości oraz sposobie wykorzystywania uzyskanych wyników.

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza wywiadu, który składał się z pytań dotyczących: charakterystyki demograficzno-społecznej badanej grupy, jak również niezbędnych informacji dotyczących przedmiotu badań.

Jakości życia badanych oceniano posługując się skróconą wersją kwestionariusza WHOQOL-BREF polskiej adaptacji Wołowickiej L. i Jaracz K. Kwestionariusz ten umożliwia ocenę jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, środowiskowej i relacji społecznych. Dodatkowo kwestionariusz zawiera dwa odrębnie analizowane pytania: pierwsze dotyczące ogólnej percepcji jakości życia, drugie natomiast służy samoocenie zdrowia. W skład kwestionariusza zalicza się 26 pytań stopniowanych na 5-stopniowej skali (1 bardzo niezadowolony, 5 bardzo zadowolony). Wraz ze wzrostem liczby punktów

otrzymywanych przy pomocy kwestionariusza badani charakteryzowali się lepszą jakością życia.

Analizę statystyczną uzyskanych wyników badania wykonano za pomocą Microsoft Excel 2007. W celu wykrycia różnic między grupami, dla zmiennych nominalnych zastosowano test χ^2 . Ocenę zgodności rozkładu badanych cech ilościowych z rozkładem normalnym przeprowadzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na brak zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym do porównań tych zmiennych zastosowano: test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa

We wszystkich przeprowadzonych analizach istnienie różnic i siły związku między zmiennymi przyjęto poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki

Wśród 61 osób biorących udział w badaniu, u których rozpoznano owrzodzenie żylnie kończyn dolnych, było 62% kobiet; średnia wieku – 68 lat. Najmłodsza kobieta miała 42 lata, najstarsza 86 lat. Wszystkich mężczyzn w badanej grupie było 38%, średnia wieku – 64 lata, najmłodszy mężczyzna miał 41 lat, najstarszy 91 lat. 67% ankietowanych mieszkało na wsi, w mieście mieszkało 33% osób.

W grupie badanych najwięcej osób miało wykształcenie zawodowe – 39%, następnie podstawowe 30%, średnie 28%, wyższe – 3%.

W pracy dokonano analizy objawów, które wystąpiły u badanych pacjentów. U 66% badanych, owrzodzenia żylnie występowały na jednej kończynie dolnej, natomiast u 34% osób znajdowały się na obu kończynach dolnych. Jedno owrzodzenie występowało u 48% osób, dwa owrzodzenia miało 36% badanych, trzy owrzodzenia występowały u 11% osób. U 3% badanych były 4 owrzodzenia, a 5 owrzodzeń wystąpiło u 2% pacjentów. U 8% osób owrzodzenie żylnie trwało 6 miesięcy, u 5% czas ten wynosił 7-12 miesięcy, a u 3% 13-18 miesięcy. Kolejno, u 75 badanych osób, owrzodzenie żylnie trwało dłużej: 19 do 24 miesięcy, u 20% – 25 miesięcy do 5 lat, następnie u 28% pacjentów owrzodzenie trwało 6 do 10 lat, a u 2% 13 lat. Przez okres od 16 do 20 lat, owrzodzenia żylnie utrzymywały się u 11% osób, od 21 do 25 lat – 8% oraz przez okres od 26 do 30 lat również 8%. Owrzodzenie nigdy nie uległo wygojeniu u 43% badanych, a u 57% miało charakter nawrotowy.

Powierzchnia owrzodzenia żylnego wśród badanych osób miała bardzo zróżnicowane wymiary. Do 10 cm² wynosiło pole powierzchni owrzodzenia u 36% osób, 11-50 cm² u 14% osób; 51-100 cm² u 16% badanych. Pole powierzchni owrzodzenia u 10% badanych występowało w wymiarze 101-150 cm²; 151-300 cm² u 7% osób, powyżej 300 cm² owrzodzenie wystąpiło u 3% osób.

Dolegliwości bólowe w różnym stopniu odczuwały wszystkie badane osoby.

W aktywności codziennej, ból niezwykle mocno ograniczał 10% osób, bardzo mocno 25%, dość mocno – 39%, trochę 26% badanych. Owrzodzeniom żylnym podudzi często towarzyszyły problemy skórne. Wśród badanych osób, zmiany na skórze występowały u 95% osób, a tylko u 5% badanych zmian nie było. Zaczerwienienie występowało na skórze u 57% osób, wyprysk u 19%, rumień u 12%, drobne ubytki skóry występowały u 29% badanych. Złuszcający się naskórek na skórze u 45%, świąd u 71%, przebarwienia u 47% pacjentów. Obrzęki na kończynach dolnych występowały u 84% badanych. U badanych występowały także inne choroby żył, jak również schorzenia współistniejące. U 49% osób występowały żylaki, zakrzepicę żylną przebyło 52% pacjentów. Zespół pozakrzepowy został rozpoznany u 39% osób, cukrzyca występowała u 23%, choroby reumatoidalne u 20%, nadciśnienie tętnicze u 10%. Wśród innych chorób które zgłaszali badani (w każdym przypadku po 2%), to: depresja, niedoczynność tarczycy, osteoporoza, padaczka, chłoniak.

Samocena poziomu jakości życia i stanu zdrowia

Badani chorzy określali swoją samocenę jakości życia za pomocą pięciostopniowej skali, od oceny „bardzo niezadowolony” po ocenę „bardzo zadowolony”. Na pytania dotyczące indywidualnej oceny jakości własnego życia, 43% osób odpowiedziało, że są zadowoleni ze swojego życia, bardzo zadowolonych chorych było 12%. W grupie osób niezadowolonych było 13%, oraz 3% bardzo niezadowolonych. Natomiast 30% pacjentów odpowiedziało, że są z jakości swojego życia ani zadowoleni ani niezadowoleni (tab. I).

Zadowolenie z jakości swojego wykazało 33% pacjentów, 26% osób stwierdziło, że są ani zadowoleni ani niezadowoleni, 34% było niezadowolonych, a 7% było bardzo niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia (tab II).

Dokonano porównania ogólnej oceny zadowolenia pacjentów z jakości życia i jakości zdrowia (tab III).

Badani chorzy byli bardziej zadowoleni z jakości życia (średnia 3,47), niż ze stanu zdrowia (średnia 2,85).

Samocena w poszczególnych dziedzinach

Badani pacjenci odpowiadali na pytania odnoszące się do czterech dziedzin życia: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Ogólną ocenę sumującą odpowiedzi zawarto w tabeli IV.

Badani pacjenci najwyżej swoje zadowolenie z jakości życia, ocenili w dziedzinie społecznej (wartość średnia = 13,70), następnie psychologicznej (13,30) i środowiskowej (12,86), a najmniej punktów uzyskali w dziedzinie fizycznej. W dziedzinie społecznej mak-

simum zadowolenia z jakości życia wynosiło 20,00, a minimum 6,68. W dziedzinie psychologicznej średnia samooceny z jakości życia wynosiła 13,33; maksimum 18,00; a minimum 5,32. W dziedzinie środowiskowej średnia wynosiła 12,86, maksimum 18,75; a minimum 18,00. Jakość życia w dziedzinie

Tabela I. Poziom zadowolenia z jakości życia badanych – wg WHOQOL-BREF
Table I. Life satisfaction self-assessment – by WHOQOL-BREF

Liczba punktów w skali	Ocena	Odsetek chorych (%) n=61 (100%)
1	bardzo niezadowolony	3
2	niezadowolony	13
3	ani zadowolony ani niezadowolony	30
4	zadowolony	43
5	bardzo zadowolony	11
Ogółem		100

Tabela II. Poziom zadowolenia z jakości zdrowia badanych – wg WHOQOL-BREF
Table II. Medical status self-assessment – by WHOQOL-BREF

Liczba punktów w skali	Ocena	Odsetek chorych (%) n=61 (100%)
1	bardzo niezadowolony	7
2	niezadowolony	34
3	ani zadowolony ani niezadowolony	26
4	zadowolony	33
5	bardzo zadowolony	0
Ogółem		100

Tabela III. Indywidualna ogólna ocena jakości życia i zdrowia
Table III. Individual general assessment of life quality and health

Kategoria	n	Średnia	Mediana	Moda	Minimum	Maksimum	Odc. Stand.
Zadowolenie z jakości życia	61	3,47	4,00	4,00	1,00	5,00	0,99
Zadowolenie z jakości zdrowia	61	2,85	3,00	2,00	1,00	4,00	0,96

Tabela IV. Ogólna indywidualna ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach – wg WHOQOL-BREF

Table IV. Individual general assessment of life quality in particular fields – by WHOQOL-BREF

Dziedzina	n	Średnia	Mediana	Moda	Minimum	Maksimum	Odc. std
fizyczna	61	11,64	11,44	10,84	4,00	17,72	2,56
psychologiczna	61	13,33	14,00	Wielokr.	5,32	18,00	2,79
społeczna	61	13,70	14,68	16	6,68	20,00	3,08
środowiskowa	61	12,86	13,48	12	6,48	18,75	2,81

Tabela V. Wartości średnie dla czynników dziedziny fizycznej

Table V. Mean values for physical field factors

Podskale dziedziny fizycznej	Wartość średnia w grupie badanych
Ból i dyskomfort	3,13
Czynności życia codziennego	3,03
Możliwość poruszania się	2,91
Zadowolenie z jakości snu	2,88
Zależność od leczenia	3,50
Poziom sił i „energii” życiowej	3,03
Zdolność do pracy	2,91

fizycznej została przez pacjentów oceniona najniżej – 11,64; minimum 4,00; maksimum 17,72.

Jakość życia: dziedzina fizyczna

Analizując poszczególne wyniki z dziedziny fizycznej można zauważyć, że badane osoby najniżej oceniali zadowolenie z jakości snu (2,88). Również nisko była oceniana przez badanych chorych zdolność do pracy oraz możliwość poruszania się (tab. V).

Jakość życia: dziedzina psychologiczna

W dziedzinie psychologicznej, wartość średnia wynosiła 13,33. Analiza poszczególnych wyników dziedziny psychologicznej wykazała, że badani pacjenci najbardziej byli zadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego (3,67), najniżej zaś ocenili zdolność do koncentracji (3,00) (tab. VI).

Jakość życia: dziedzina społeczna

Wartość średnia dla dziedziny społecznej wynosiła 13,70. Badani pacjenci wysoko ocenili wsparcie przyjaciół (3,67) oraz podobnie wysoko zostały ocenione związki osobiste (3,57) (tab. VII).

Jakość życia: dziedzina środowiskowa

Wśród czynników składających się na dziedzinę środowiskową pacjenci oceniali zasoby finansowe. Zostały one ocenione najniżej (2,57). Również nisko badani chorzy ocenili możliwość wypoczynku według swojego upodobania (2,98). Badani chorzy najbardziej byli zadowoleni z warunków mieszkaniowych oraz z opieki medycznej (tab. VIII).

Dokonano próby ustalenia zależności samooceny zdrowia pacjentów określonego przy pomocy kwestionariusza WHOQL-BREF a zmiennymi: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania. W przedstawieniu istotności statystycznej badanych pacjentów wykorzystano test χ^2 oraz test rang Kruskala-Wallisa.

Na podstawie testu χ^2 wykazano, że mężczyźni byli bardziej zadowoleni ze swojego stanu zdrowia niż kobiety. Otrzymane wyniki ($p=0,027$) pozwalają na stwierdzenie, że zadowolenie z jakości zdrowia jest istotnie statystycznie zależne od płci. Kobiety w większości są niezadowolone z własnego zdrowia (tab. IX).

W samoocenie stanu zdrowia na podstawie testu Kruskala-Wallisa nie wykazano zależności od zmiennych, takich jak: „wiek”, „stan cywilny”, „wykształcenie”, „miejsce zamieszkania”, a także zmienne te nie wykazały wpływu na samoocenę stanu zdrowia.

Została zbadana również samoocena jakości życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych pod kątem wpływu wybranych zmiennych: „wiek”, „płeć”, „stan cywilny”, „wykształcenie”, „miejsce za-

mieszkania”. W analizie statystycznej, wykorzystano test χ^2 , test rang Kruskala-Wallisa, oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Analiza statystyczna testem U Manna-Whitneya wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną „płeć” a jakością życia w dziedzinie fizycznej i środowiskowej. W tych dziedzinach mężczyźni wykazują nad kobietami wyższą jakość życia. Dla dziedziny fizycznej – $p=0,048$, dla dziedziny środowiskowej $p=0,025$ (tab. X).

Analiza statystyczna testem rang Kruskala-Wallisa wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem zamieszkania a jakością życia w dziedzinie psychologicznej ($p=0,038$). Osoby pochodzące z miasta wykazują wyższą jakość życia w tej dziedzinie, niż z rejonów wiejskich (tab. XI).

Wśród pozostałych dziedzin (fizyczna, społeczna, środowiskowa) podobnych zależności nie zaobserwowano.

Tabela VI. Wartości średnie dla czynników dziedziny psychologicznej
Table VI. Mean values for psychological field factors

Podskale dziedziny psychologicznej	Wartość średnia w grupie badanych
Wygląd zewnętrzny	3,67
Negatywne uczucia	3,08
Radość z życia	3,09
Zadowolenie z siebie	3,44
Poczucie sensu życia	3,29
Myślenie/koncentracja	3,00

Tabela VII. Wartości średnie dla czynników dziedziny społecznej
Table VII. Mean values for social field factors

Podskale dziedziny społecznej	Wartość średnia w grupie badanych
Związki osobiste	3,57
Wsparcie przyjaciół	3,67
Zadowolenie z życia seksualnego	3,00

Tabela VIII. Wartości średnie dla czynników dziedziny środowiskowej
Table VIII. Mean values for environmental field factors

Podskale dziedziny środowiskowej	Wartość średnia w grupie badanych
Zasoby finansowe	2,57
Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu	3,00
Zadowolenie z opieki medycznej	3,57
Zadowolenie z warunków mieszkaniowych	3,60
Środowisko fizyczne/ zanieczyszczenia	3,36
Możliwość wypoczynku wg upodobania	2,98
Możliwość przemieszczania się	3,07
Możliwość korzystania z nowych informacji	3,29

Tabela IX. Zależności dla zmiennych: płeć i zadowolenie z jakości własnego zdrowia
Table IX. Correlation of gender and health quality

Płeć	Bardzo niezadowolony (%)	Niezadowolony (%)	Ani zadowolony ani niezadowolony (%)	Zadowolony (%)
Mężczyzna	0,0	30,4	17,3	52,1
Kobieta	10,5	36,8	31,5	21,0
Ogółem	10,5	67,2	48,9	73,2

Tabela X. Zależność pomiędzy zmienną: płeć a jakością życia – dziedzina fizyczna i środowiskowa
Table X. Correlation of gender and life quality – physical and environmental field

Zmienna: Jakość życia	Test U Manna-Whitneya względem zmiennej: płeć						
	Suma rang mężczyzna	Suma rang kobieta	U	Z	Poziom p	n mężczyzna	n kobieta
Dziedzina fizyczna	840,00	1045,00	304,00	1,97	0,04	23	38
Dziedzina środowiskowa	863,50	1027,50	286,50	2,2	0,02	23	38

Tabela XI. Zależność pomiędzy: miejscem zamieszkania a jakością życia – dziedzina psychologiczna
Table XI. Correlation of place of living and life quality – psychological field

Zależna: jakość życia dziedzina psychologiczna	Jakość życia (dziedzina psychologiczna) Zmienna niezależna: miejsce zamieszkania Test Kruskala-Wallisa: H (2, n=61)=6,543537 p=0,0379	
	n	Suma rang
Miasto	19	725,50
Wieś	42	1165,50

Zmienne: „wiek”, „stan cywilny”, „wykształcenie” nie miały wpływu na samoocенę jakości życia. Wykazano różnicę statystyczną pomiędzy jakością życia a zmienną „płeć”. Mężczyźni wykazali wyższą jakość życia od kobiet w dziedzinie fizyczna i środowisko. Natomiast w pozostałych dziedzinach dla zmiennej „płeć”, na podstawie testu U Manna-Whitneya nie wykazano różnic istotnych statystycznie.

Dyskusja

Owrzodzenia żyłne podudzi należą do najczęściej rozpoznawalnych ran przewlekłych kończyn dolnych, są wieloaspektowym problemem zdrowotnym, leczniczym, ekonomicznym i społecznym. Pojęcie jakości życia jest ważnym miernikiem stanu zdrowia pacjentów. 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 w którym żyje dana osoba [2]. Analiza literatury wykazała, że owrzodzenia żyłne są poważnym powikłaniem przewlekłej niewydolności żyłnej, nieleczonych żylaków kończyn dolnych, oraz zakrzepicy żył głębokich [5, 6]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż zakrzepicę żylną przebyło 52% badanych, żylaki zaś występowały u 49% osób. Wyniki uzyskane w pracy są zgodne z wynikami innych autorów. Chorzy cierpiący z powodu przewlekłego owrzodzenia, zmagają się z chorobą przez wiele lat. Stanowią specyficzną grupę, w której przeważają osoby starsze. Dane epidemiologiczne podają, iż owrzodzenia żyłne podudzi, najczęściej występują u osób po 60 roku życia [2, 5]. Jest to zgodne z przeprowadzonymi badaniami własnymi: spośród 61 osobowej grupy badanych pacjentów, najliczniejszą grupę 33% osób

stanowiły osoby w wieku 61-70 lat. Grupa w wieku 71-80 lat liczyła 28% badanych. Średnia wieku dla kobiet stanowiła 68 lat, a dla mężczyzn 64 lata. Została potwierdzona teoria, że choroba ta dotyka najczęściej osób starszych. W literaturze, autorzy zwracają uwagę na długoletnie zmaganie się pacjentów z chorobą [2, 7]. Uzyskanie postępu gojenia jest trudne, często proces ten zatrzymuje się na jednym z początkowych etapów, zdarzają się też częste nawroty [7]. Zostało to potwierdzone w badaniach własnych, nawroty wystąpiły u 57% osób. Średnio nawroty pojawiały się trzykrotnie, jest to zgodne z danymi epidemiologicznymi [7]. Owrzodzenia żyłne występują często przez wiele lat. W badaniach własnych, najliczniejszą grupę stanowili pacjenci leczący owrzodzenia przez 6-10 lat: 28% osób, a ponad 30 lat owrzodzenie leczyło 3% pacjentów. Autorzy badań wykazują, że u kilkunastu procent osób z owrzodzeniami żylnymi występują zmiany skórne [7, 8]. Nie znalazło to potwierdzenia w badaniach własnych, gdzie stwierdzono, że zmiany skórne występowały u 95% osób. Powierzchnia owrzodzenia żylnego wśród badanych osób ma zróżnicowane wymiary. Najczęściej w grupie badanych chorych – 36% osób, wynosiła 11-50 cm². Owrzodzenie o powierzchni powyżej 300 cm² wystąpiło u 3% badanych. Rany często rozległe, wymagają stosowania środków opatrunkowych. Dostępna literatura, jako złoty standard terapii, zaleca stosowanie opatrunków specjalistycznych. W grupie badanych, wyłącznie opatrunki specjalistyczne stosowało tylko 15% pacjentów. Natomiast opatrunki specjalistyczne na zmianę z tradycyjnymi, w różnych okresach czasu stosowało 36% osób, a tylko tradycyjne stosowało 49% badanych. Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentami wynika, że pacjenci często nie stosują się do zaleceń lekarskich z powodów ekonomicznych. Na pytanie zawarte w kwestionariuszu WHOQOL-BREF „Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy, by zaspokoić swoje potrzeby?": 33% osób odpowiedziało, że „trochę”, natomiast odpowiedzi: „wcale” – udzieliło 15% osób, odpowiedzi: „średnio” – 39%, a tylko 7% badanych, mogło „całkowicie wystarczająco” zaspokoić swoje potrzeby. Emeryci stanowili 69% grupy badanych osób, renciści 23%, a osób aktywnych zawodowo było tylko 8%. Dane z przeprowadzonych badań własnych świadczą o niskim statusie ekonomicznym badanych osób i z powodu nie stosowania się do zaleceń lekarskich z wykorzystaniem opatrunków specjalistycznych, mogą stanowić częściowe wyjaśnienie wydłużonego

czasu gojenia się owrzodzeń żylnych. Występowanie bólu towarzyszącego owrzodzeniom żylnym jest poważnym problemem leczniczym i pielęgnacyjnym. Na podstawie literatury, nawet 64-70% chorych odczuwa dolegliwości bólowe [5, 9, 10]. Wyniki te nie pokrywają się z analizą badań własnych, gdzie 100% badanych chorych odczuwało ból w różnym stopniu. Jako „dość mocny” ból, odczuwało 39% badanych, 27% określało stopień odczuwanego bólu na poziomie „bardzo mocny” a 9,7% osób podaje, że „trochę” odczuwa ból. Badani pacjenci wyraźnie rozróżniają zadowolenie z jakości życia, od zadowolenia ze stanu zdrowia, pacjenci byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia, niż ze stanu zdrowia. W skali 1-5, średnia samooceny jakości swojego życia wynosiła 3,45, a zdrowia 2,83. Pośród 61 badanych osób (39%) odpowiedziało, że są zadowoleni z jakości swojego życia, 31% było ani niezadowolone ani zadowolone, a 13% odpowiedziało, że z jakości swojego życia są bardzo zadowoleni. W dostępnym piśmiennictwie na temat oceny jakości życia chorych z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych, dokonanej w 2011 r. w szpitalach Poznania i Kalisza na oddziałach dermatologicznych, przez G. Bączyk i wsp. wykazano wpływ wieku, oraz wykształcenia na jakość życia. Nie wykazano wpływu płci i miejsca zamieszkania [2].

W badaniach własnych nie wykazano wpływu zmiennych: wiek, stan cywilny, wykształcenie na jakość życia. Analiza wykazała natomiast, że mężczyźni w dziedzinie „fizyczna” i „środowisko” dowiedli wyższej jakości życia nad kobietami. Wyższą jakość życia wykazali też mieszkańcy miast nad mieszkań-

cami wsi. Wśród pacjentów którzy określali poziom zadowolenia ze swojego stanu zdrowia, mężczyźni w przeważającej większości (52%) byli z niego zadowoleni, natomiast kobiety (37%) najczęściej ze swojego stanu zdrowia nie były zadowolone. Badania nie wykazały wpływu zmiennych: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania na samoocenę stanu zdrowia. Przeprowadzona analiza jakości życia chorych z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych wykazała, że subiektywna ocena jakości życia przez chorego zależy od wielu czynników, niekoniecznie takich, które w sposób oczywisty mogłyby się wyrażać tymi, które głównie mogą określać jakość życia i zdrowia badanych chorych [11, 12].

Wnioski

1. Badani chorzy byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia, niż z jakości swojego stanu zdrowia.
2. Na jakość życia pacjentów z owrzodzeniem żylnym kończyn dolnych miały wpływ zmienne: płeć i miejsce zamieszkania. W dziedzinie „fizyczna” i „środowisko”, mężczyźni wykazali nad kobietami wyższą jakość życia. W dziedzinie „psychologiczna” osoby mieszkające w mieście wykazały wyższą jakość życia nad mieszkańcami wsi.
3. Na poziom zadowolenia ze swojego stanu zdrowia miała wpływ zmienna: płeć. Kobiety najczęściej były niezadowolone z własnego zdrowia, natomiast mężczyźni w przeważającej większości byli zadowoleni ze zdrowia.

Piśmiennictwo / References

1. Staszewicz W, Raciborski W i wsp. Zmiana jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą żylną po ośmiotygodniowym leczeniu preparatem Diosminex. *Chir Pol Via Medica* 2011, 13(1): 5-10.
2. Bączyk G, Talarska D i wsp. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi leczonych na oddziałach dermatologicznych. *Post Dermatol Alergol* 2011, XXVIII(3): 197-202.
3. Szewczyk MT, Jawień A. Leczenie ran przewlekłych – owrzodzenie żyłne. *Pielęg Chir Angiol* 2011, 2: 41-46.
4. Zegarska B, Adrych G i wsp. Analiza wybranych czynników mających wpływ na długość leczenia owrzodzeń żylnych goleni. *Dermatol Klin* 2008, 10(4): 203-206.
5. Szewczyk MT, Jawień A. Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym. *Termedia Wydawnictwa Medyczne Poznań* 2008: 15-28, 53-68, 83-93.
6. Cencora A. Fizjologia krążenia w naczyniach obwodowych. [w:] *Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Cz. I. Noszczyk W (red).* PZWL, Warszawa 2007: 32-33, 37-38.
7. Szewczyk MT. Rola Pielęgniarki w specjalistycznej opiece nad chorym z owrzodzeniem goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2007, 1: 35-38.
8. Barańska-Rybak W, Komorowska O. Zmiany skórne w chorobach naczyń żylnych. *Via Medica* 2012, Forum Med Rodz 2012, 6(1): 35-41.
9. Szewczyk MT, Rogala J i wsp. Psychologiczne i społeczne problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzenie. *Post Dermatol i Alergol* 2007, XXIV(5): 207-210.
10. Wytyczne opracowane na podstawie wyników badań naukowych: Leczenie przewlekłych owrzodzeń żył kończyn dolnych. *Int Angiol* 2008, 27(1): 1-58.
11. Szewczyk MT, Jawień A i wsp. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2007, 3: 96-126.
12. Piotrowska R, Dobosz M i wsp. Jakość życia chorych z miażdżycą naczyń obwodowych – przegląd piśmiennictwa. *Ann Acad Med Gedan* 2011, 41: 89-95.