

## OCENA PRZYSTOSOWANIA SIĘ DO ŻYCIA CHORYCH Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

### The evaluation of adaptation to life of patients with atherosclerosis of the lower limb arteries



Danuta Ponczek, Lidia Szajkowska

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

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 2: 124–129

Praca wpłynęła: 17.10.2014, przyjęto do druku: 23.02.2015

Adres do korespondencji

Danuta Ponczek, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

#### Streszczenie

**Cel pracy:** Miażdżyca jest główną przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Chorzy wraz z postępowaniem choroby mają coraz większe problemy z wykonywaniem prostych czynności życia codziennego. Ograniczają aktywność fizyczną z powodu bólu kończyny dolnej, nie potrafią zrezygnować z palenia papierosów oraz mają trudności w stosowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych. Celem pracy była ocena przystosowania się do życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy.

Badania przeprowadzono metodą ankietową z zastosowaniem kwestionariusza własnej konstrukcji, składającego się z pytań odnoszących się do sposobów przystosowania się do życia codziennego chorych z miażdżycą kończyn dolnych.

**Wyniki:** Najwięcej badanych (42,0%) radziło sobie z bólem za pomocą leków przeciwbólowych. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że pacjenci z miażdżycą mieli złe nawyki żywieniowe. U większości badanych rzucających palenie przyczyną niepowodzenia był brak motywacji. Ponad połowa (56,5%) ankietowanych stwierdziła, że choroba nie wpłynęła na ich relacje rodzinne. Prawie trzy czwarte uznało, że są aktywni fizycznie, a połowa z nich wykonywała ćwiczenia codziennie. Większość pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych zadeklarowała, że stosuje się do zaleceń lekarskich.

**Wnioski:** Ból kończyny dolnej sprawia, że pacjenci najczęściej sięgają po leki przeciwbólowe, ale nie ograniczają aktywności fizycznej. Pacjenci z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, choć nie całkowicie, ale potrafią przystosować się do życia codziennego.

**Słowa kluczowe:** miażdżyca, przystosowanie się do życia, niedokrwienie kończyn dolnych.

#### Summary

**Aim of the study:** Atherosclerosis is a major cause of chronic ischaemia of lower limbs. Patients with the disease have increasing difficulty in performing simple activities in daily life.

The aim of this study was to evaluate the adaptation to life of patients with atherosclerosis of the lower limb arteries.

**Material and methods:** The research included 50 patients with atherosclerosis of the lower limb arteries hospitalised in the Department of Vascular Surgery and Angiology at University Hospital Number 1 in Bydgoszcz.

The research was conducted with the use of a questionnaire of our own design, consisting of questions relating to ways of adaptation to daily life of patients with lower limb atherosclerosis.

**Results:** Most respondents (42.0%) coped with the pain by taking painkillers. It cannot be concluded that patients with atherosclerosis had bad eating habits. A lack of motivation was the main cause of the failure of stop smoking by the majority of respondents. More than half of the respondents (56.5%) said that the disease had not had any impact on their family relationships. Almost three-quarters of them stated that they were physically active, and half of them had performed exercises every day. Most patients with lower limb atherosclerosis declared that they complied with medical recommendations.

**Conclusions:** Lower limb pain often makes patients take painkillers, but they do not limit their physical activity. Patients with lower limb atherosclerosis are able to adapt to daily life.

**Key words:** atherosclerosis, adaptation to daily life, ischaemia of the lower limbs.

## Wstęp

Choroba jest sytuacją stresową, trudną do zaakceptowania zarówno przez samego chorego, jak i członków jego rodziny. Przystosowanie się do choroby ułatwia proces akceptacji nowej sytuacji. Akceptacja ta jest niezbędna, ponieważ pozwala zmniejszyć negatywne skutki choroby, w tym także stres, ułatwia przystosowanie się do nowych zasad w życiu chorego i jego rodziny oraz pozwala zachować poczucie własnej wartości. Przystosowanie się do choroby zależy od wielu czynników, m.in. od rodzaju i charakteru schorzenia, płci, wieku, wykształcenia, osobowości, inteligencji chorego oraz wcześniejszych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Osoby posiadające takie cechy osobowości, jak: determinacja, wytrwałość, optymizm, nadzieja i wiara w sukces, zwykle mają większe szanse na adaptację do nowej sytuacji [1, 2]. Chorzy, którzy traktują chorobę jako wyzwanie motywujące do działania, łatwiej się przystosowują, ich podatność na stres jest mniejsza, spada poczucie niezadowolenia oraz odnajdują wartość swojego życia [3].

Miażdżyca należy do chorób cywilizacyjnych. Nieleczona może doprowadzić do przewlekłego lub ostrego niedokrwienia różnych narządów. Wielu chorych zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, kiedy ból kończyny dolnej uniemożliwia chodzenie. Pacjenci często borykają się z wieloma problemami natury fizycznej, psychicznej i społecznej. Muszą zmienić swój dotychczasowy styl życia, aby zahamować proces miażdżycowy, co dla wielu osób jest niezwykle trudne do wykonania [4, 5]. Chorzy z miażdżycą tętnic kończyn dolnych najczęściej mają problem z rzuceniem palenia, przewlekłym bólem kończyny dolnej, ze zmianą dotychczasowej diety, z zachowaniem właściwej masy ciała, ze zwiększeniem aktywności fizycznej, stresem, często nie potrafią współpracować z personelem medycznym ani też pielęgnować zmienionych niedokrwieniem kończyn.

Celem badań była ocena przystosowania się do codziennego życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych.

## Materiał i metody

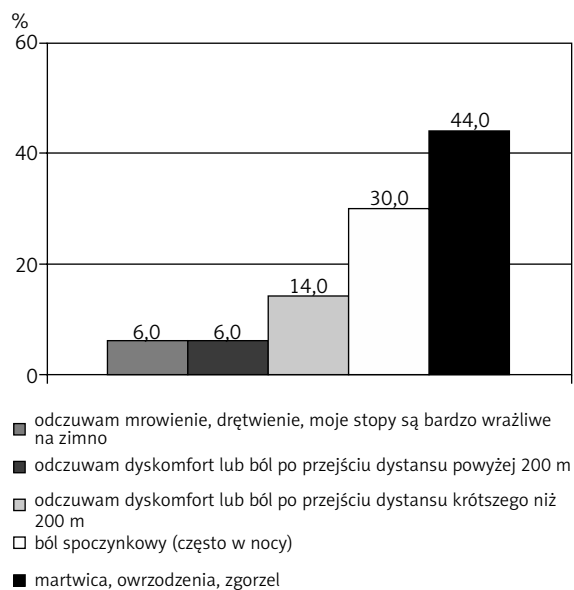
Badaną grupę stanowiło 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety własnej konstrukcji, zatwierdzonej przez Komisję Bioetyczną w Bydgoszczy (KB 563/2012), składającej się z 33 pytań: 2 otwartych i 31 zamkniętych. Kwestionariusz podzielono na 7 części. W pierwszej umieszczono pytania metryczkowe, w kolejnych zawarto pytania dotyczące bólu kończyny dolnej, sposobu odżywiania, palenia papierosów, relacji

rodzinnych, aktywności fizycznej oraz stosowania się do zaleceń lekarskich.

W opracowaniu wyników zastosowano analizę opisową, średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Zastosowano również nieparametryczny test rang Kruskala-Wallisa, używany do porównania wielu prób niezależnych. Przyjęto hipotezę zerową, że nie ma różnicy w badanych grupach oraz poziom istotności  $p \leq 0,05$  jako istotny statystycznie.

## Wyniki

Wśród badanych zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (74,0%). Najczęściej były to osoby powyżej 60. roku życia (74%), ze wsi (38%) lub miasta do 100 tys. (34%), pozostający w związkach małżeńskich lub partnerskich (70%). Najwięcej badanych miało wskaźnik masy ciała *body mass index* – (BMI) o wartości prawidłowej (48,0%) lub nadwagę (32,0%). Kolejna grupa to osoby z otyłością, łącznie 6 osób (12,0%), z czego najwięcej z otyłością I stopnia – 4 osoby (8,0%). Średnia wartość BMI wśród badanych wyniosła 24,75. Wyższy średni wskaźnik BMI osiągnęli mężczyźni – 25,0, przy średnim wskaźniku kobiet – 24,04. Wartość minimalna była zróżnicowana, niższa wśród kobiet (niedowaga). Wartość maksymalna – również zróżnicowana była wyższa wśród mężczyzn (otyłość II stopnia). Ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ) nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami dotyczącej wskaźnika BMI.



Ryc. 1. Rozkład objawów dotyczących zmian w kończynie dolnej

Badani, odpowiadając na pytanie o rozpoznane u nich choroby, zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie od 46 osób (4 osoby nie zgłosiły żadnych chorób) uzyskano 98 odpowiedzi. Ankietowani najczęściej wymieniali nadciśnienie tętnicze, co stanowiło 32,7% wszystkich stwierdzeń. W dalszej kolejności hiperlipidemię (26,5%). Najrzadziej wskazywali na „inne” choroby (7,1%). Pod tym pojęciem odnotowano: bezdech nocny, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, wrzody żołądka, zączę, udar i dnę moczanową.

Poproszono respondentów o określenie objawów odczuwanych w kończynie dolnej. Rozkład odpowiedzi przedstawiono na rycinie 1.

Najwięcej badanych wskazało na martwicę, owrzodzenie, zgorzel (44,0%) oraz ból spoczynkowy występujący często w nocy (30,0%). Ze względu na poziom istotności  $p > 0,05$  nie odnotowano statystycznie istotnych różnic w objawach dotyczących zmian w kończynie dolnej, pomiędzy kobietami i mężczyznami, grupami wiekowymi oraz w związku z miejscem zamieszkania czy liczbą chorób współistniejących.

Odczuwanie bólu kończyny dolnej odnotowano w przypadku wszystkich osób. W skali 0–10 najczęściej badanych oceniło ból na „10” – 46,0%, dalej na „8” – 16,0%, i „5” – 14,0%. Najniżej oceniony ból to „3” – 2,0%. Żaden z badanych nie wskazał na brak odczuwanego bólu. Średnia wartość odczuwanego bólu przez badanych wyniosła  $8,32 \pm 2,055$ . Wyższy średni wynik osiągnęły kobiety –  $8,69 \pm 1,750$ , przy średniej –  $8,19 \pm 2,158$  wśród mężczyzn. Różnica rzędu pół oceny. Wartość minimalna była zbliżona, niższa wśród mężczyzn (3). Wartość maksymalna – identyczna i zarazem maksymalna (10). Tylko 2 osoby (4,0%) stwierdziły, że podczas chodzenia ból się nie nasila i nie zmusza ich do zatrzymania się. Większość badanych uważała, że ból ogranicza ich funkcjonowanie w życiu codziennym bardzo mocno (70,0%), mocno (16%), trochę (12%). Tylko 1 osoba (2,0%) wskazała, że nie ogranicza wcale. Zazwyczaj radzili sobie z bólem za pomocą leków przeciwbólowych (42,0%). W drugiej kolejności stosowali kilkuminutowy odpoczynek (20,0%) oraz siadanie ze spuszczonej nogami (20,0%). Najmniej osób (18,0%) wskazało na inne sposoby radzenia sobie z bólem: spacerowanie, masowanie nogi oraz chodzenie na siłę. Nie odnotowano statystycznie istotnych różnic dotyczących zagadnień dolegliwości bólowych w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Uzyskano natomiast statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami stanu cywilnego dotyczące natężenia bólu i sposobów radzenia sobie z bólem kończyny dolnej. Znacznie większe natężenie bólu odczuwali badani pozostający w związkach –  $8,69 \pm 1,982$ , przy średniej osób samotnych –  $7,47 \pm 2,031$ . Samotni radzili sobie z bólem kończyny dolnej przede wszystkim – i to w jednakowym stopniu – poprzez kilkuminutowy odpoczynek i leki przeciwbólowe (po 40,0%). Badani pozostający w związkach – stosowali głównie

leki przeciwbólowe (42,9%) i siadanie ze spuszczonej nogami (25,7%). Wskaźnik BMI pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami sposobu radzenia sobie z bólem kończyny dolnej ( $p = 0,019$ ). Najwięcej badanych z prawidłową wartością BMI stosowało leki przeciwbólowe (35,7%) lub w jednakowym stopniu siadało ze spuszczonej nogami i stosowało inne sposoby (po 25,0%). Połowa badanych z nadwagą stosowała leki. Badani z otyłością robili kilkuminutowy odpoczynek lub brali leki przeciwbólowe (po 50,0%). Liczba rozpoznanych chorób pozostawała w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami natężenia odczuwanego bólu ( $p = 0,000$ ). Największe natężenie bólu odczuwali badani mający rozpoznane trzy i więcej chorób –  $9,45 \pm 1,508$ . Najmniejsze – badani niemający wcale lub mający jedną chorobę –  $7,00 \pm 2,309$ .

Wśród ankietowanych 32,0% kontrolowało swoją masę ciała co miesiąc, 42,0% nie robiło tego wcale. Najwięcej badanych spożywało 3 posiłki dziennie (66,0%). Tylko 26,0% chorych spożywało 5 posiłków dziennie. Białko w postaci mięsa, roślin strączkowych, ryb lub jaj 2 razy w ciągu dnia zjadało 78,0% respondentów. Ponad połowa badanych (56,0%) spożywała słościki 3 razy w ciągu tygodnia, a 14% dwukrotnie częściej. Większość ankietowanych wskazała, że warzywa i owoce spożywa raz dziennie (46,0%), prawidłową liczbę porcji warzyw i owoców, czyli 5, podało tylko 6 osób (12,0%). Znaczna większość badanych (78,0%) na pytanie o sposób przygotowywania posiłków odpowiadała, że są gotowane, 22,0% – że smażone. Nikt z badanych nie wskazał na pieczenie w piekarniku, kupowanie gotowych potraw czy na inny sposób przyrządzania. Nie odnotowano statystycznie istotnych różnic dotyczących zagadnień odżywiania w związku z BMI, płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania. Stan cywilny natomiast miał wpływ na częstość spożywania warzyw i owoców w ciągu dnia. Badani samotni spożywali owoce i warzywa w większości raz dziennie (60,0%). Z kolei pozostający w związkach 3 razy dziennie (42,9%) i raz dziennie (40,0%). Ogólnie częściej w ciągu dnia owoce i warzywa spożywali badani pozostający w związkach. Liczba rozpoznanych chorób pozostawała w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z częstością kontrolowania masy ciała ( $p = 0,044$ ). Wraz ze wzrostem ilości rozpoznanych chorób wzrastała też częstość kontrolowania własnej masy ciała. Badani niemający żadnej choroby lub mający jedną chorobę w większości nie kontrolowali masy ciała wcale (62,5%), dwiema chorobami – wcale lub 2 razy w roku (po 34,8%), a mający 3 i więcej chorób – 2 razy w roku (36,4%).

Niespełna połowa badanych wskazała, że pali papierosy (46,0%). Średnia liczba papierosów wypalanych w ciągu dnia wyniosła prawie 17 sztuk. Więcej średnio wypalali mężczyźni – ponad 17 sztuk, przy średniej kobiet – niespełna 16 sztuk. Wartość minimalna była zbliżona, niższa wśród mężczyzn (2 sztuki). Wartość mak-

symalna była zróżnicowana, wyższa wśród mężczyzn (40 sztuk). Większość osób palących podejmowała próby rzucenia palenia (73,9%) poprzez stopniowe zmniejszanie liczby wypalanych papierosów, ale tylko u jednej osoby próba ta okazała się udana. Nie stosowano tabletek nikotynowych, papierosów elektronicznych czy też innych sposobów. Powodem nieudanego zerwania z nałogiem był brak motywacji (20,0%), uleganie innym palaczom (8%), najmniej badanych wskazało na stres w życiu codziennym lub zawodowym (4,0%). Ponownie tylko stan cywilny miał istotny statystycznie wpływ na zagadnienia związane z paleniem papierosów. Badani samotni nie rzucili palenia ze względu na brak motywacji (88,9%), z kolei pozostający w związkach przede wszystkim ulegając wpływowi innych palaczy (42,9%). Liczba rozpoznanych chorób również pozostawała w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami obecnego palenia papierosów ( $p = 0,028$ ). Wraz ze wzrostem liczby rozpoznanych chorób wzrastała liczba osób niepalących papierosów. Badani niemający żadnej choroby lub mający jedną chorobę w większości palili papierosy (62,5%). Respondenci z dwiema chorobami w ponad połowie przypadków nie palili papierosów (52,2%), a mający 3 i więcej chorób w większości nie palili papierosów (81,8%).

Zdecydowana większość badanych miała rodzinę lub partnera życiowego (92,0%). Najwięcej ankietowanych oceniło swoje relacje rodzinne w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze) 4 (dobrze) – 30 osób (65,2%). Najmniej wystawiło „3” (średnio) (8,7%), nikt nie wskazał oceny „1” (bardzo źle) lub „2” (źle). Średnia ocena relacji rodzinnych wyniosła  $4,17 \pm 0,570$ . Mężczyźni wystawili wyższą średnią ocenę –  $4,21 \pm 0,641$ , niż kobiety –  $4,08 \pm 0,289$ . Ponad połowa badanych (56,5%) mających rodziny odpowiedziała, że choroba nie wpłynęła na relacje rodzinne. Większość badanych, którzy stwierdzili, że choroba wpłynęła na relacje, ocenili, że był to wpływ pozytywny (41,3%). Jedna (2,2%) osoba oceniła wpływ choroby na relacje rodzinne w sposób negatywny.

Tylko 70% badanych osób zadeklarowało, że są aktywni fizycznie. Połowa przyznała, że wykonywała ćwiczenia codziennie. Prawie co trzeci ankietowany (30%) nie ćwiczył wcale. Kolejna grupa badanych poświęcała dziennie na ćwiczenia więcej niż 45 minut (28,0%), dalej ok. 15 minut (22%) i 30–45 minut (20,0%). Ankietowani przede wszystkim spacerowali (36,0%) lub jeździli rowerem (30,0%). Gimnastykę lub chodzenie po schodach wykonywało po 2,0% osób. Nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu opisywanych w pracy danych demograficznych na aktywność fizyczną tych osób.

Pośród respondentów 70,0% zadeklarowało, że zdecydowanie stosuje się do zaleceń lekarskich, „raczej tak” – 22,0%, „raczej nie” i „zdecydowanie nie” po 4,0%. Wśród badanych samotnych najwięcej zdecydo-

wanie stosowało się do zaleceń lekarskich (46,7%) lub „raczej tak” (40,0%). W grupie pozostających w związku większość zdecydowanie stosowała się do zaleceń lekarskich (80,0%). Regularnie na badania okresowe zgłaszało się 84,0% osób. Zawsze zażywało leki przepisane przez lekarza, nawet jeśli były drogie, 70,0% badanych, pozostali nie zawsze z powodu wysokiej ceny leków.

## Omówienie wyników

Miażdżyca jest chorobą przewlekłą i uogólnioną naczyń tętnicznych. Dotyczy głównie mężczyzn w średnim wieku oraz kobiet po okresie przekwitania. Występuje głównie w krajach wysoko uprzemysłowionych. Ból kończyny dolnej jest jednym z głównych objawów niedokrwienia. W początkowym stadium choroby przejawia się jako mrowienie, drętwienie kończyn, następnie występuje podczas chodzenia, w ostateczności zmienia się w ból spoczynkowy. Postępujący proces chorobowy sprawia, że ból ogranicza funkcjonowanie w życiu codziennym i obniża jakość życia chorych. Do oceny natężenia bólu stosuje się gotowe narzędzia pomagające choremu określić intensywność bólu. Do najbardziej znanych skal należą skale numeryczne (od 0 do 10) oraz skale wizualno-analogowe, na których chory zaznacza stopień odczuwanego bólu [4].

Wiśniewska i wsp. [5] analizowali przekonania pacjentów na temat kontroli bólu. Chorzy najczęściej oceniali ból jako silny, prawie 26% określiło ból w kategoriach 8 pkt. Ból maksymalny (9 i 10 pkt) odczuwało 11,1%. W naszym badaniu niemal połowa ankietowanych oceniła ból kończyny dolnej na 10 pkt (46,0%), kolejnych 16% na 8 pkt. Średnia wartość odczuwanego bólu przez badanych wyniosła 8,32 pkt, z czego wyższy wynik osiągnęły kobiety. Ponad 2/3 respondentów na pytanie dotyczące wpływu bólu na życie codzienne odpowiedziało, że ból kończyny dolnej bardzo mocno ogranicza im funkcjonowanie. Tylko jedna osoba odpowiedziała, że ból wcale nie ogranicza jej funkcjonowania w życiu codziennym. Wyżej wymienieni autorzy nie odnotowali zależności pomiędzy poziomem natężenia bólu a zmiennymi, takimi jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny i aktywność zawodowa. Tutaj wystąpiła zależność między natężeniem bólu a stanem cywilnym ankietowanych. Znacznie większy ból odczuwali badani pozostający w związkach – 8,69 pkt, przy średniej osób samotnych – 7,47 pkt.

Palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych oraz przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Nikotyna uszkadza śródbłonek ściany tętnicy, do której łatwiej przenika „zły cholesterol”. Istnieją różne metody walki z nałogiem, jednak żadna z nich nie będzie skuteczna, jeżeli pacjent nie uświadomi sobie, jak bar-

dzo szkodliwy jest ten nałóg. Pająk i wsp. [6] podają, że czynnikiem wpływającym na przymus palenia jest często brak poczucia kontroli własnej sytuacji życiowej oraz brak wsparcia ze strony najbliższych. Ponczek i wsp. [7] wskazują, że osoby mogące liczyć na wsparcie ze strony rodziny miały większą motywację do rzucenia nałogu. W badaniach własnych prawie połowa (46%) ankietowanych odpowiedziała, że pali papierosy, z czego ok. 74% podejmowało próby rzucenia nałogu, ale tylko u jednej osoby próba była udana. Większość chorych rzucających palenie odpowiedziała, że nie udało im się zerwać z nałogiem z powodu braku motywacji, najmniej osób wskazało jako przyczynę na stres w życiu codziennym. W 2011 r. papierosy paliło 27,2% dorosłych Polaków, średnia liczba wypalanych dziennie papierosów wynosiła 15,43 sztuki [8]. Sztuczka i wsp. [9] potwierdzili, że chorzy palący nałogowo wypalają dużą liczbę papierosów. Większość z nich ponad 20 sztuk dziennie. W przedstawionych badaniach średnia wartość wypalanych papierosów w ciągu dnia wyniosła tylko 3 sztuki mniej. W badaniach Golec i wsp. [10] 5 pacjentów wypalało dziennie 30 papierosów. Choć w pracy nie analizowano wszystkich czynników sprzyjających paleniu papierosów, odnotowano zależność między takimi zmiennymi, jak stan cywilny oraz liczba chorób współistniejących, a problemem rzucenia nałogu. Badani samotni nie rzucili palenia ze względu na brak motywacji. Chorzy pozostający w związkach przede wszystkim ulegali wpływom innych palaczy. U ankietowanych, u których rozpoznano więcej niż jedną chorobę współistniejącą, odnotowano mniejsze natężenie nałogu nikotynowego. Badani niemający żadnej choroby lub mający jedną chorobę w większości palili papierosy. Mający 3 i więcej chorób w większości nie palili papierosów.

Wysiłek fizyczny działa dobroczynnie na układ krążenia, narząd ruchu, utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz gospodarkę lipidową. Housley i wsp. [11] podają, że ryzyko zapadalności na choroby tętnic obwodowych zmniejsza się wraz ze wzrostem aktywności fizycznej, zwłaszcza w średnim wieku, co świadczy o ochronnym działaniu ćwiczeń. Badania wykazały, że u mężczyzn aktywnych fizycznie w wieku 35–45 lat wykrywalność chorób tętnic obwodowych jest znacznie mniejsza. Nie odnotowano tej zależności wśród kobiet. W badaniach własnych 70% osób deklarowało, że są aktywnie fizycznie, z czego połowa wykonywała ćwiczenia fizyczne codziennie. Niepokojące jest, że pozostałe 30% nie poświęcało na aktywność fizyczną żadnego czasu. Najczęstszą formą aktywności fizycznej były spacerowanie i jazda rowerem.

Zdrowe odżywianie polega na przyjmowaniu produktów umożliwiających zachowanie zdrowia lub jego poprawę. Zapobiega powstawaniu takich chorób, jak otyłość, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz nowotwory. W badaniu Golec i wsp. [10]

prawie połowa pacjentów (42%) nie przestrzegała diety przeciwmiażdżycowej, dietę stosowało 18% ankietowanych. Wiśniewska i wsp. [5] potwierdzili, że ponad połowa pacjentów miała złe nawyki żywieniowe, a otyłość dotyczyła ok. 34% pacjentów. W przeprowadzonych badaniach najczęściej było pacjentów z wagą prawidłową (48%), otyłość miało łącznie tylko 6 osób (na podstawie BMI). Wśród ankietowanych znalazły się osoby z niedowagą i jedna osoba na poziomie niedożywienia. Minimalnie wyższy średni BMI osiągnęli mężczyźni. Określono również liczbę spożywanych posiłków. Najwięcej badanych spożywało 3 posiłki dziennie (66%), a zgodnie z zaleceniami powinno ich być 5 lub 6. Ilość przyjmowanych warzyw i owoców w ciągu dnia była także niewystarczająca. Najczęstszym sposobem przygotowywania posiłków wśród chorych było gotowanie.

Miażdżyca kończyn dolnych jest chorobą złożoną, wieloogniskową o długotrwałym przebiegu. Osoby nią dotknięte muszą stawić czoła wielu problemom, których może jednak być mniej, o ile przestrzega się wszystkich zaleceń zdrowego stylu życia i leczenia.

## Wnioski

Chorzy w zdecydowanej większości radzili sobie z bólem kończyn dolnych za pomocą leków przeciwbólowych. Najrzadszym sposobem radzenia sobie z bólem były spacerowanie, masowanie nogi oraz chodzenie na siłę.

Nie można jednoznacznie stwierdzić, że pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych mieli złe nawyki żywieniowe. Wskaźnik masy ciała u większości respondentów był prawidłowy. Ankietowani spożywali jednak zbyt mało warzyw i owoców w ciągu dnia oraz często tylko 3 posiłki dziennie.

U większości ankietowanych rzucających palenie brak motywacji był najczęstszą przyczyną niepowodzenia. Najrzadszą przyczyną niepowodzenia był stres w życiu codziennym.

Nieco ponad połowa ankietowanych deklarowała, że choroba nie wpłynęła na relacje rodzinne.

Ponad połowa respondentów wskazała, że są aktywni fizycznie codziennie. Najczęstszą formą aktywności były spacerowanie i jazda rowerem. Jednak co trzeci ankietowany przyznał się do braku aktywności fizycznej.

Chorzy w znacznej większości stosowali się do zaleceń lekarskich.

Zmienne, takie jak stan cywilny, choroby współistniejące oraz BMI, w różnym stopniu wpływały na przystosowanie się ankietowanych do życia. Osoby będące w związkach odczuwały znacznie większe natężenie bólowe, częściej brały leki przeciwbólowe, częściej spożywały warzywa i owoce, powracały do nałogu pod wpływem innych palaczy oraz w znacznej większości stosowały się do zaleceń lekarskich. Ankietowani ma-

jący więcej niż jedną chorobę współistniejącą mocniej odczuwali ból, częściej kontrolowali swoją masę ciała oraz nie palili papierosów. Chorzy z prawidłowym BMI radzili sobie z bólem za pomocą leków przeciwbólowych, natomiast z otyłością robili kilkuminutowy odpoczynek lub brali leki.

---

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

### **Piśmiennictwo**

1. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89: 467-470.
2. Topór-Madry R. Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. W: *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011; 9: 25-27.
3. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 60: 224-226.
4. Białasik B, Muszaliak M, Szewczyk MT. Ocena dolegliwości bólowych u chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej. *Piel Chir Angiol* 2007; 4: 150-157.
5. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J i wsp. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2009; 3: 113-121.
6. Pająk A, Kawalec E. Psychospołeczne determinanty nałogu palenia papierosów. *Przeg Lek* 2003; 60: 557-561.
7. Ponczek D, Zamiar K. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu. *Piel Chir Angiol* 2012; 3: 123-128.
8. Czapiński J. Nikotynizm w Polsce. Raport dla World Health Organization. Warszawa 2011; 2-4.
9. Sztuczka E, Szewczyk MT. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Piel Chir Angiol* 2008; 1: 5-11.
10. Golec K, Szewczyk MT, Stodolska A, Górka A. Ocena stopnia realizacji standardu w opiece okołoperacyjnej nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2007; 2: 69-76.
11. Housley E, Leng GC, Donnan PT, Fowkes FG. Physical activity and risk of peripheral arterial disease in the general population: Edinburgh Artery Study. *Epidemiol Community Health* 1993; 47: 475-480.