

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTÓW Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Evaluation of health-related behaviours of patients with lower extremity arterial disease

Katarzyna Łagoda¹, Regina Sierżantowicz², Paulina Dobrenko³, Hanna Bachórzewska-Gajewska^{1,4}

¹Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Blok Operacyjny, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

⁴Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 1: 27–33

Praca wptynęła: 31.12.2017; przyjęto do druku: 02.03.2018

Adres do korespondencji:

Katarzyna Łagoda, Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Waszyngtona 15a, 15-269 Białystok, e-mail: katalag@wp.pl

Streszczenie

Cel pracy: Postępowanie lecznicze w miażdżycy zależy od stopnia zaawansowania choroby. Stałym elementem postępowania w każdej postaci klinicznej jest leczenie zachowawcze, do którego należą m.in.: eliminacja czynników ryzyka miażdżycy, leczenie farmakologiczne oraz leczenie chorób współistniejących.

Celem pracy była ocena stylu życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych oraz ich oczekiwań dotyczących edukacji zdrowotnej na temat choroby i zalecanego trybu życia.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, obu płci (61% mężczyzn), w wieku od 24 do 89 lat. Badania przeprowadzono w Klinice Kardiologii Inwazyjnej USK w Białymstoku i w Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku. Zastosowano ankietę konstrukcji własnej (44 pytania).

Wyniki: Większość pacjentów nie przestrzegała zaleceń dotyczących zmniejszenia spożycia tłuszczów nasyconych oraz zwiększenia spożycia węglowodanów złożonych i błonnika pokarmowego. Chorzy nie podejmowali regularnie aktywności fizycznej, a prawie połowa paliła papierosy. Prawidłowe BMI miało tylko 16% pacjentów. Chorzy oczekiwali informacji m.in. na temat: pielęgnacji stóp, powikłań, objawów, czynników ryzyka choroby, leczenia farmakologicznego oraz metod rehabilitacji.

Wnioski: Ze względu na wysoki odsetek powikłań miażdżycy w badanej grupie chorych i nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących właściwego stylu życia należy zwrócić szczególną uwagę na edukację pacjentów i motywowanie ich do przestrzegania zaleceń terapeutycznych związanych z leczeniem niefarmakologicznym.

Słowa kluczowe: styl życia, miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

Summary

Aim of the study: In the case of atherosclerosis, therapeutic management depends on the advancement of the disease. The ever-present element of management in each clinical form of the disease is conservative treatment, including e.g. the elimination of risk factors for sclerosis, pharmacological treatment, and the treatment of comorbidities.

The aim of the work was to evaluate the lifestyles of patients with lower extremity arterial disease and the patients' expectations concerning health education referring to the disease and the recommended lifestyle.

Material and methods: The respondent group was composed of 50 patients with lower extremity arterial disease, of both sexes (including 61% of males), aged from 24 to 89 years. The research was carried out at the Invasive Cardiology Clinic of University Clinical Hospital in Białystok and at the Nursing Home in Białystok. A self-constructed survey questionnaire (including 44 questions) was used.

Results: Most of the patients did not observe the recommendations about reducing consumption of saturated fats and increasing the consumption of complex carbohydrates and dietary fibre. They did not exercise regularly, and nearly half of them smoked. Only 16% of the patients had normal BMI. The respondents wanted, among others, information on foot care, complications, symptoms, risk factors for the disease, pharmacological treatment, and rehabilitation methods.

Conclusions: Because of the high percentage of atherosclerosis complications occurring in the investigated group of patients and their failure to observe doctors' orders concerning an appropriate lifestyle, special attention should be given to educating patients and motivating them to observe therapeutic recommendations regarding non-pharmacological treatment.

Key words: lifestyle, lower extremity arterial disease, compliance with medical recommendations.

Wstęp

Miażdżyca tętnic kończyn dolnych jest jedną z najczęściej występujących chorób układu krążenia. Zmiany chorobowe stwierdza się już w dzieciństwie, a nawet w życiu płodowym, jednakże pierwsze objawy choroby pojawiają się przeważnie po 40. roku życia. Największa zachorowalność występuje w 7. i 8. dekadzie życia [1].

Dane epidemiologiczne wskazują, że około 1,5% osób powyżej 50. roku życia ma rozpoznaną miażdżycę tętnic kończyn dolnych, u 3% choroba nie jest rozpoznawana pomimo występowania charakterystycznych objawów, natomiast 11% stanowią chorzy bezobjawowi. W Polsce brak wiarygodnych badań epidemiologicznych uniemożliwia ustalenie dokładnej liczby osób dotkniętych tą chorobą. Szacuje się, że ok. 30 tys. osób co roku zgłasza się do lekarza z powodu miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych i liczba ta z roku na rok wzrasta [2].

Miażdżyca tętnic kończyn dolnych jest chorobą układu naczyniowego rozwijającą się przez wiele lat, powoli i bezobjawowo. Duży wpływ na postęp miażdżycy tętnic mają: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, palenie tytoniu, zwiększone stężenie cholesterolu zawartego w lipoproteinach o małej gęstości, otyłość, niska aktywność fizyczna, a także niewłaściwe odżywianie. Objawy choroby zaczynają pojawiać się z chwilą, gdy tętnice, w wyniku zwężenia lub całkowitego zamknięcia ich światła, nie mogą zapewnić tkankom wystarczającego zaopatrzenia w tlen i składniki odżywcze.

Na miażdżycę tętnic kończyn dolnych częściej chorują mężczyźni, jednak ta różnica na korzyść kobiet znacznie maleje wraz z wiekiem. Przyczyną jest szybki wzrost stężenia cholesterolu LDL w okresie menopauzy, a także rosnąca liczba kobiet palących nałogowo papierosy.

Osoby z miażdżycą tętnic kończyn dolnych są obciążone 2–3-krotnie większym ryzykiem zgonu, zawału serca lub udaru mózgu, dlatego ważne jest jak najszybsze wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Leczenie miażdżycy tętnic obejmuje farmakoterapię, rehabilitację ruchową oraz leczenie operacyjne. Oprócz tego istotne jest leczenie niefarmakologiczne.

Eliminowanie czynników zwiększających ryzyko rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych jest często niedocenianym sposobem postępowania w leczeniu niedokrwienia kończyn dolnych, mimo że wyniki wielu badań potwierdzają związek lub zależność przyczynowo-skutkową pomiędzy stylem życia a stanem zdrowia jednostki. O powodzeniu terapii oprócz leczenia farmakologicznego w znacznej mierze decydują modyfikacja stylu życia pacjentów i przestrzeganie zaleceń dotyczących zakazu palenia tytoniu, zmiany diety, a także zwiększenia aktywności fizycznej [3, 4].

Celem pracy była ocena stylu życia pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych oraz ich oczekiwań dotyczących edukacji zdrowotnej na temat choroby i zalecanego trybu życia.

Materiał i metody

Badaniami objęto 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, obu płci, w wieku od 24 do 89 lat, hospitalizowanych w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku lub mieszkających w Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku. Badania zostały przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej (44 pytania). Zebrane dane poddano analizie ilościowej, procentowej i statystycznej za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p < 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

Ponad połowę pacjentów, tj. 30 osób (60%) hospitalizowanych z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych, stanowili mężczyźni. W przedziale wiekowym od 24 do 50 lat było 32% respondentów, natomiast 18% miało powyżej 70 lat. Połowę ankietowanych stanowili chorzy w wieku od 51 do 70 lat. Średnia wieku pacjentów wynosiła $56,68 \pm 6,3$ lata. Większość ankietowanych (42%) mieszkała z rodziną, natomiast w zakładzie opiekuńczym 22% osób. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawia tabela 1.

Najczęstszą chorobą współistniejącą (80%) u ankietowanych było nadciśnienie tętnicze. Ponadto u chorych rozpoznano: chorobę wieńcową serca (44%), żylaki kończyn dolnych (36%), cukrzycę typu 2 (26%), RZS (2%), przebyty udar niedokrwienno-mózgowy (6%). Do najbardziej dokuczliwych objawów związanych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych chorzy zaliczyli: większą

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane demograficzne		n	%
przedział wieku	24–50 lat	16	32
	51–70 lat	25	50
	powyżej 70 lat	9	18
płeć	kobieta	20	40
	mężczyzna	30	60
miejsce zamieszkania	miasto > 100 tys. mieszkańców	41	82
	wieś	7	18
sytuacja rodzinna	mieszka z rodziną	21	42
	mieszka w zakładzie opiekuńczym	11	22
	mieszka sam	18	36
wykształcenie	wyższe	10	20
	średnie/maturalne	13	26
	zawodowe	17	34
	podstawowe	10	20

wrażliwość stóp na działanie zimna (84%), mrowienie kończyn dolnych (80%), suchość i tuszzenie się/pęknięcie skóry na kończynach (74%). Ponadto pacjenci wymienili: bóle kończyn dolnych w nocy (70%), drętwienie kończyn dolnych (66%) oraz obniżenie ciepłoty skóry kończyn dolnych (50%). Przykurcze mięśniowe występowały u 48% chorych, bóle nóg w spoczynku u 40%, a owrzodzenia na kończynach dolnych oraz zaniki mięśni u 20% pacjentów.

Najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym była wewnątrznacyniowa angioplastyka (42%). U 14% respondentów wykonano implantację pomostów omijających przy użyciu własnych naczyń, a u 12% amputację kończyny dolnej. Pozostałe informacje dotyczące operacji i zabiegów wykonywanych u respondentów zawiera tabela 2.

Ponad połowa ankietowanych (56%) była hospitalizowana w związku z chorobami układu krążenia mniej niż 5 razy, natomiast 30% pacjentów od 6 do 10 razy. Pozostali chorzy częściej niż 10 razy.

Ponad połowę (56%) ankietowanych osób stanowiły chorzy z nadwagą. U 18% pacjentów stwierdzono I stopień otyłości, natomiast u 6% – II stopień otyłości. Otyłość skrajna występowała u 4% badanych osób. Prawidłową masę ciała stwierdzono u 16% osób. Średnia wartość wskaźnika BMI wynosiła 28,44 kg/m². Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy wskaźnikiem BMI u ankietowanych pacjentów a ich wiekiem ($p = 0,7$), płcią ($p = 0,295$), miejscem zamieszkania ($p = 0,107$) oraz poziomem wykształcenia ($p = 0,159$).

Prawie połowa ankietowanych pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych (44%) przyznała się do palenia papierosów. W przeszłości papierosy paliło 28% respondentów. Znaczną część chorych (24%) palących papierosy stanowiły osoby palące przez 20–30 lat. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy paleniem tytoniu a płcią ankietowanych ($p = 0,081$). Na poziomie istotności $p = 0,04$ stwierdzono, że prawie dwukrotnie częściej papierosy palili mieszkańcy dużych miast w porównaniu do osób mieszkających na wsi. Ponadto w badanej grupie chorych papierosy paliły częściej osoby z wykształceniem średnim ($p = 0,041$).

Znaczna część badanych (30%) deklarowała spożywanie alkoholu raz w miesiącu, aż 26% 2–3 razy w tygodniu, a raz w tygodniu 16% respondentów. Natomiast 28% pacjentów stanowili abstynenci. Najczęściej spożywanym alkoholem było piwo (46%) i wódka (46%). Na drugim miejscu ankietowani wymienili wino (34%).

Ponad połowa pacjentów (54%) oceniła, że ich narażenie na stres jest umiarkowane. Spośród pozostałych osób 30% oceniło narażenie na stres jako duże, a 14% jako małe. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy subiektywną oceną narażenia na stres a wiekiem pacjentów ($p = 0,095$), płcią ($p = 0,095$), miejscem zamieszkania ($p = 0,607$) oraz poziomem

Tabela 2. Operacyjne (zabiegowe) leczenie miażdżycy tętnic kończyn dolnych u ankietowanych

Operacje/zabiegi	n	%*
wewnątrznacyniowa angioplastyka	21	42
implantacja pomostów omijających przy użyciu własnych naczyń	7	14
amputacja kończyny dolnej	6	12
sympatektomia	4	8
implantacja pomostów omijających przy użyciu sztucznych protez naczyniowych	1	2
amputacja palucha stopy	1	2
amputacja śródstopia	1	2
nie dotyczy	18	36

* procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jednej odpowiedzi

wykształcenia ($p = 0,346$). Do najczęstszych przyczyn stresu ankietowani zaliczyli: odczuwane dolegliwości (74%), obawę o zły stan zdrowia (54%), konflikty w pracy zawodowej (32%) i złe samopoczucie psychiczne (32%). Ponadto respondenci wymienili: nadmiar obowiązków (28%), trudną sytuację finansową (28%) oraz konflikty w rodzinie (24%). Połowa ankietowanych (48%) stwierdziła, że jest narażona na stres w miejscu pracy. Główną metodą radzenia ze stresem stosowaną przez ankietowanych było oglądanie TV (42%). W dalszej kolejności chorzy wymieniali: rozmowę z bliską osobą (38%), spacer (36%), palenie papierosów (28%), picie piwa (18%), słuchanie muzyki relaksującej (16%). Natomiast 20% pacjentów nie stosowało żadnych metod radzenia sobie ze stresem.

Zdecydowana większość pacjentów stwierdziła, że czas wolny spędza na oglądaniu telewizji (86%) i czytaniu gazety/książki (74%). Połowa chorych wolny czas przeznaczają na sen. Najczęściej podejmowaną formą aktywności fizycznej były: spacer i jazda na rowerze. Codziennie spacerowało 14% chorych, a 2–3 razy w tygodniu prawie połowa respondentów (48%). Jazdę na rowerze 2–3 razy w tygodniu deklarowało 34% ankietowanych osób.

Prawie połowa pacjentów (44%) stwierdziła, że spożywa posiłki 4–5 razy dziennie, a 30% 6 i więcej razy dziennie. Pozostałych 26% chorych spożywa posiłki 2–3 razy dziennie. Prawie połowa ankietowanych (48%) spożywała sery tłuste, żółte i topione raz w tygodniu, natomiast bardzo rzadko 28% spośród badanych. Smalec jeden raz dziennie spożywało 14% pacjentów, a jeden raz w tygodniu 34%, natomiast 14% chorych wcale nie używało smalcu. Słodycze z dodatkiem tłuszczu i używek raz w tygodniu spożywało 36% badanych osób. Boczek i bekon 2–3 razy w tygodniu spożywało 32% respondentów, a bardzo rzadko 22% badanych. Porównywalna liczba pacjentów (24%) podała, że spo-

żywa parówki i tłusty drób raz dziennie lub raz w tygodniu. Owoce jeden raz dziennie spożywało tylko 16% chorych, a warzywa 18%. Pozostali ankietowani owoce i warzywa spożywali znacznie rzadziej.

Prawie 1/3 badanych oceniła swój poziom wiedzy na temat przyczyn choroby (30%), objawów (36%) i czynników ryzyka miażdżycy (32%) jako dobry. Najniżej pacjenci ocenili swój poziom wiedzy na temat badań diagnostycznych, leczenia farmakologicznego i metod rehabilitacji. Prawie połowa (46%) stwierdziła, że nie ma żadnej wiedzy na temat rehabilitacji, natomiast 1/3 pacjentów uważała, że nie posiada wiedzy na temat leczenia farmakologicznego oraz badań diagnostycznych (36%).

Oceniając poziom własnej wiedzy na temat zalecanego trybu życia, pacjenci najwyżej ocenili wiedzę na temat ograniczenia picia alkoholu (34%), ograniczenia spożycia kawy (32%) oraz zaprzestania palenia tytoniu (36%). W podobnym odsetku w tym zakresie pacjenci ocenili swoją wiedzę jako dobrą. Dostatecznie pacjenci ocenili swoją wiedzę na temat diety przeciwmiażdżycowej (38%), metod redukcji masy ciała (32%) oraz metod radzenia sobie ze stresem (40%). Miernie pacjenci oceniali przede wszystkim swoją wiedzę na temat diety przeciwmiażdżycowej (26%) oraz metod redukcji masy ciała (22%).

Spośród zaleceń dotyczących trybu życia otrzymanych przez lekarza prowadzącego ankietowani najczęściej wymieniali: systematyczne przyjmowanie leków (74%), przestrzeganie diety przeciwmiażdżycowej (68%) oraz zaprzestanie palenia papierosów (46%). Natomiast 40% osób badanych uzyskało zalecenie systematycznej aktywności fizycznej, a 38% zmniejszenia nadmiernej masy ciała. Tylko 14% pacjentów stwierdziło, że nie otrzymało żadnych zaleceń.

Pacjentom z miażdżycą kończyn dolnych najwięcej trudności sprawiało przestrzeganie zaleceń dotyczących diety (56%) oraz systematycznego zgłaszania się na wizyty lekarskie (48%). Ponadto 38% ankietowanych osób miało trudności z zaprzestaniem palenia tytoniu, prawie 1/4 chorych wskazała na systematyczne przyjmowanie leków, a 26% na trudności w podejmowaniu aktywności fizycznej.

Większość ankietowanych osób oczekiwała informacji na temat: pielęgnacji stóp (76%), diety przeciwmiażdżycowej (76%), powikłań miażdżycy (68%) i objawów choroby (62%), przyczyn choroby (58%), badań diagnostycznych (58%), czynników ryzyka miażdżycy (58%), leczenia farmakologicznego (52%), metod rehabilitacji (52%) oraz leczenia owrzodzeń (46%), metod redukcji masy ciała (40%), zalecanych form aktywności fizycznej (40%) oraz metod radzenia sobie ze stresem (40%).

Informacje na temat choroby i zalecanego trybu życia pacjenci chcieliby uzyskać od: lekarza (82%), pielęgniarki (78%), dietetyka (54%), fizykoterapeuty (30%) oraz psychologa (28%).

Wyniki

Miażdżycę tętnic kończyn dolnych jako choroba cywilizacyjna stanowi obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zachorowań i zgonów na świecie. Zmiany chorobowe stwierdza się już w dzieciństwie, a nawet w życiu płodowym. Choroba rozpoczyna się zwykle niezauważalnie, w młodym wieku, pierwsze objawy pojawiają się dopiero po 40. roku życia, największa zachorowalność przypada zaś na 7. i 8. dekadę życia. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że najliczniejszą grupę (50%) wśród ankietowanych stanowili chorzy w wieku od 51 do 70 lat, natomiast 18% respondentów miało powyżej 70 lat.

Na miażdżycę tętnic kończyn dolnych częściej chorują mężczyźni. Płeć jest ważnym czynnikiem ryzyka tej choroby. Prawdopodobieństwo zgonu spowodowanego miażdżycą jest kilkakrotnie większe u mężczyzn niż u kobiet. Ta różnica na korzyść kobiet znacznie maleje jednak wraz z wiekiem. W przeprowadzonych badaniach własnych ponad połowę pacjentów, tj. 30 osób (60%) hospitalizowanych z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych, stanowili mężczyźni. Kobiety stanowiły 40% ankietowanych.

Do głównych przyczyn rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych zalicza się uzależnienie od nikotyny. Natógowe palenie tytoniu zwiększa ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, szczególnie w młodym wieku [5]. Wśród patomechanizmów dymu tytoniowego wymienia się uszkodzenie śródbłonna, zmniejszenie stężenia cholesterolu HDL, wzrost stężenia fibrynogenu oraz oksydacyjną modyfikację LDL. Palenie tytoniu wywołuje długotrwały skurcz tętnic oraz przyspiesza krzepnięcie krwi [6]. Jak wskazują Podolec i Kopeć [7], celem postępowania prewencyjnego powinno być całkowite zaprzestanie palenia tytoniu oraz unikanie ekspozycji na dym tytoniowy w pomieszczeniach. W chorobach naczyń obwodowych o powodzeniu terapii oprócz zastosowanego leczenia w dużej mierze decyduje przestrzeganie zaleceń dotyczących zakazu palenia tytoniu [3]. W wielu badaniach potwierdzono, że problem palenia tytoniu dotyczy znacznego odsetka chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych [8–11].

W badaniach przeprowadzonych przez Golec i wsp. [8] wśród 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych ponad połowa (56%) badanych paliła papierosy, a 12% zaprzestało palenia. Znaczną część chorych (24%) stanowiły osoby palące od 20–30 lat. Ponadto 38% respondentów przyznało, że ma trudności z zaprzestaniem palenia tytoniu. Istotnie częściej papierosy palili mieszkańcy dużych miast w porównaniu z osobami mieszkającymi w małych miasteczkach i na wsi. Podobne wyniki uzyskała Pakulska i wsp. – aż 49% pacjentów paliło papierosy pomimo stwierdzonej choroby i otrzymanych zaleceń o konieczności zaprzestania palenia [10].

Według Szyndler i wsp. [12] otyłość staje się jednym z podstawowych zagrożeń zdrowotnych współczesnych

społeczeństw. Jednocześnie jest jednym z gorzej kontrolowanych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Otyłość brzuszna stanowi istotny element przyczyniający się do rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych [13, 14]. W badaniach własnych prawidłową masę ciała stwierdzono tylko u 16% pacjentów, a 56% stanowili chorzy z nadwagą. Średnia wskaźnika BMI u pacjentów wynosiła 28,44 kg/m². Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy wskaźnikiem BMI u ankietowanych pacjentów a ich wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania oraz poziomem wykształcenia. W badaniach Spannbauser nadwagę i otyłość stwierdzono aż u 75% pacjentów z miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych [13]. Chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych należą do grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Brak modyfikacji stylu życia przez pacjentów pogłębia rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach.

Dominującym i pierwszym charakterystycznym objawem miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych jest chromanie przestankowe, czyli ból kończyny pojawiający się w czasie chodzenia, a ustępujący w spoczynku. Pierwszym objawem dostrzeganym przez chorego jest przeważnie bladość i oziębienie niedokrwionej stopy. W badaniach Golec i wsp. [8], w których uczestniczyło 50 pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, najczęściej obserwowano ciągłe oziębienie kończyny (26 chorych) oraz okresowe występowanie nocnych bólów spoczynkowych (22 pacjentów). W badaniach oceniających przystosowanie się chorych do życia z miażdżycą tętnic kończyn dolnych stwierdzono, że dominującym problemem pacjentów był ból kończyn, z którym 42% respondentów radziło sobie za pomocą środków przeciwbólowych [14]. W badaniach własnych do najbardziej dokuczliwych dolegliwości ankietowani zaliczyli: większą wrażliwość stóp na działanie zimna (84%), mrowienie kończyn dolnych (80%) oraz suchość i łuszczenie się skóry na kończynach dolnych (74%). Na ból nóg w spoczynku skarżyło się 40% pacjentów. W procesie edukacji chorych należy uwzględnić wskazówki dotyczące właściwej pielęgnacji skóry w obrębie stóp, ochrony przed oziębieniem i narażeniem na działanie wysokiej temperatury, a także profilaktyki i metod radzenia sobie z bólem kończyn.

Podstawowym postępowaniem w leczeniu miażdżycy jest zastosowanie odpowiednio zbilansowanej diety, która powinna uwzględniać m.in.: ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i cholesterolu pokarmowego, wprowadzenie do menu tłuszczów roślinnych, zmniejszenie spożycia sodu oraz umiarkowane spożycie alkoholu, a także zwiększenie spożycia węglowodanów złożonych i błonnika pokarmowego. W badaniach przeprowadzonych przez Golec i wsp. [8] stwierdzono, że prawie połowa badanych (42%) z miażdżycą tętnic kończyn dolnych nie przestrzegala diety przeciw-miażdżycowej. Dietę stosowało jedynie 18% chorych.

W badaniach własnych stwierdzono, że nawyki żywieniowe pacjentów nie są zadowalające. Pacjenci spożywali zbyt dużo tłuszczu zwierzęcego, węglowodanów prostych, a zbyt mało owoców i warzyw. Ponad połowa pacjentów (56%) stwierdziła, że największą trudnością sprawia im przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przestrzegania diety. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność zwrócenia większej uwagi na edukację pacjentów w zakresie prawidłowego odżywiania i redukcji nadmiernej masy ciała. Istotnym problemem w badanej grupie jest zbyt częste spożywanie alkoholu. Zgodnie z zaleceniami osoby pijące alkohol powinny ograniczyć jego dzienne spożycie maksymalnie do 10 g/dobę u kobiet i do 20 g/dobę u mężczyzn [15].

Obok diety w leczeniu miażdżycy tętnic kończyn dolnych olbrzymie znaczenie ma codzienna, systematyczna aktywność fizyczna. Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej wskazują, że podejmowanie aktywności fizycznej i/lub aerobowego treningu wysiłkowego zmniejsza umiarkowanie z przyczyn sercowo-naczyniowych [15]. W szpitalu lub poradni pacjentom powinno się ustalić próg bólowy ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych. Zaleca się, aby każdy pacjent z chromaniem przestankowym spacerował łącznie 3–5 km dziennie lub jeździł na rowerze 10 km, pokonując w tym czasie tzw. powtarzane odcinki bezbólowe, a więc zatrzymując się w momencie pojawienia się bólu mięśni w celu odpoczynku. Niestety chorzy często otrzymują zbyt ogólne zalecenia, bez dokładnego instruktażu, i chodzą również w czasie bólu, a wysiłek przerywają dopiero w momencie wystąpienia tzw. bólu maksymalnego mięśni. Chodzenie pacjenta w czasie pojawienia się bólu prowadzi do szeregu niekorzystnych następstw (stwardnienie mięśni, wyptukiwanie aktywnych neutrofilów do krążenia ogólnego, uwolnienie wolnych rodników – które przyspieszają postęp miażdżycy) i zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych [16]. Rehabilitację pacjenta należy wdrażać na każdym etapie przewlekłej niewydolności żylną. Regularnie wykonywane ćwiczenia zmniejszają ryzyko powstania owrzodzeń żylnych, poprawiają odpływ chłonki z kończyn dolnych, zwiększają przepływ krwi w mikrokrążeniu, poprawiają czynność pompy mięśniowej łydki, a także wspomagają gojenie istniejącego już owrzodzenia [17].

Z analizy badań własnych wynika, że codziennie spaceruje 14% ankietowanych, a 2–3 razy w tygodniu prawie połowa respondentów (48%). W badaniach Pakulskiej i wsp. stwierdzono, że aż 34,1% pacjentów z miażdżycą tętnic przyznaje się do niepodejmowania żadnej aktywności fizycznej. [10]. W krajach Unii Europejskiej mniej niż 50% osób podejmuje aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy lub podczas aktywności zawodowej, a rehabilitację kardiologiczną proponuje się mniej niż 1/3 pacjentów, którzy się do niej kwalifikują [15].

Zdecydowana większość ankietowanych pacjentów stwierdziła, że spędza czas wolny na oglądaniu telewizji (86%) i czytaniu gazety lub książki (74%). Natomiast 1/2 chorych wolny czas przeznaczają na sen. Niestety bierne formy odpoczynku przeważają nad aktywnością fizyczną, co dodatkowo przyczyniać się może do otyłości oraz pogłębiania się objawów niewydolności krążenia u osób badanych.

Modyfikacja zachowań pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych w dużej mierze zależy od współpracy lekarzy i innych specjalistów z zakresu ochrony zdrowia. Wdrożenie kompleksowej edukacji terapeutycznej w momencie rozpoznania choroby przyczynia się do ograniczenia powikłań miażdżycy. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy profilaktyka przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych sprowadza się do zwalczania czynników ryzyka: całkowitej eliminacji palenia papierosów, zmiany sposobu odżywiania, zmniejszenia nadwagi, zwiększenia aktywności fizycznej. Często chorzy wolą jednak uzyskać krótkie informacje dotyczące zalecanego trybu życia niż uczestniczyć w specjalnych programach edukacyjnych [18].

Oceniając własny poziom wiedzy na temat choroby, prawie połowa ankietowanych (46%) stwierdziła zupełny brak wiedzy na temat metod rehabilitacji, a 36% na temat badań diagnostycznych. Pacjenci stwierdzili, że posiadają dobry poziom wiedzy na temat objawów choroby (36%) oraz jej czynników ryzyka (32%) i przyczyn (30%). Ankietowani oczekiwali informacji na temat: pielęgnacji stóp (76%), powikłań miażdżycy (68%), a także objawów chorobowych (62%). Aż 76% badanych oczekiwało informacji o diecie przeciwmiażdżycowej, a ponad połowa chorych (58%) o zalecanych ziołach.

Miażdżycę tętnic kończyn dolnych jest chorobą przewlekłą, która w znaczący sposób wpływa na jakość życia pacjentów. Pomimo odczuwanych dolegliwości bólowych i ograniczeń związanych z codziennym funkcjonowaniem w wielu badaniach pacjenci pozytywnie oceniają ogólną jakość swojego życia, natomiast negatywnie funkcjonowanie fizyczne. W badaniach Kurowskiej wykazano, że pacjenci byli bardziej zadowoleni z własnej jakości życia niż ze swojego stanu zdrowia [9]. Wiele badań potwierdza, że istotnym elementem obniżającym jakość życia pacjentów z chorobą niedokrwinną kończyn dolnych jest przewlekły ból, ból odczuwany w nocy oraz ból ograniczający wykonywanie czynności dnia codziennego. Natężenie bólu istotnie wpływa na gorszą jakość życia w sferze fizycznej i psychologicznej oraz na percepcję jakości życia. Gorzej swoją jakość życia oceniają także kobiety [19].

Edukacja stanowi istotny czynnik w procesie leczenia pacjenta z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Uważa się, że w wyniku prowadzonych działań edukacyjnych chory powinien nabyć odpowiednio szeroką wiedzę, umiejętności i motywację, które pozwolą mu na wczesne wykrycie powikłań oraz prowadzenie try-

bu życia ograniczającego rozwój procesu chorobowego. Pozwala to na współdziałanie w procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, a przez to obniża poziom lęku u pacjenta, prowadząc do pełniejszej i szybszej akceptacji stosowanych metod leczenia oraz pozyskania chorego do współpracy [8, 16, 18].

Wnioski

Ze względu na wysoki odsetek powikłań miażdżycy w badanej grupie chorych i nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących właściwego stylu życia należy zwrócić szczególną uwagę na edukację pacjentów i motywowanie ich do przestrzegania zaleceń terapeutycznych dotyczących leczenia niefarmakologicznego.

Istnieje potrzeba opracowania szczegółowych programów edukacyjnych dla pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych na temat właściwych zachowań zdrowotnych, uwzględniających m.in.: odżywianie, zwiększenie aktywności fizycznej, utrzymanie należytej masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu oraz umiejętne radzenie sobie ze stresem.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Beręsewicz A, Skierczyńska A. Miażdżycę – choroba całego życia i całej populacji krajów cywilizacji zachodniej. *Chor Serca Naczyń* 2006; tom 3; 1: 1-6.
- Dorobisz A, Kucharski A, Sikorski A. i wsp. Zachorowalność na miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych w populacji Opolszczyzny. *Prz Epidemiol* 2005; 59: 933-944.
- Andruszkiewicz A, Basińska MA. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. *Ann Acad Med Siles* 2006; 60: 471-475.
- Stodolska A, Cierzniańska K, Szewczyk MT i wsp. Zachowania higieniczne chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Pol* 2005; 1: 53-57.
- Wilson PW. Smoking Cessation and Risk of Cardiovascular Disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2006; 8: 276-281.
- Cybulska B, Kłosiński L, Szostak WB. Zapobieganie miażdżycy. W: *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. Tom I. Noszczyk W (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 84-101.
- Podolec P, Kopeć G. Wytyczne wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych w świetle nowych badań klinicznych. *Med Dopl* 2007; 16: 30-36.
- Golec K, Szewczyk MT, Stodolska A i wsp. Ocena stopnia realizacji standardu w opiece okołoperacyjnej nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 2: 69-76.
- Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 107-114.
- Pakulska M, Gorzkowicz B. Zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic obwodowych na przykładzie pacjentów oddziału chirurgicznego. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 147-151.
- Spannbauer A, Madejczyk M, Chwała M i wsp. Jaki jest styl życia pacjentów z miażdżycowym niedokrwieniem tętnic kończyn dolnych kwalifikowanych do chirurgicznych zabiegów naprawczych pomostowania tętnic? *Pielęg Chir Angiol* 2015; 1: 28-35.
- Szyndler A, Chrostowska M, Narkiewicz K. Modyfikacja stylu życia jako podstawa leczenia otyłości. *Kardiol na co Dzień* 2007; 3: 84-88.

13. Psurek A, Szymborska-Kajanek A, Wróbel M i wsp. Otyłość i ryzyko kardiometaboliczne. *Przew Lek* 2008; 3: 10-17.
14. Ponczek D, Szajkowska L. Ocena przystosowania się do życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 124-129.
15. Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej na rok 2012. *Kardiol Pol* 2012; 70 (supl. 1): S1-S100.
16. Spannbauer A, Berwecki A, Ridan T i wsp. Miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych – o czym powinni wiedzieć fizjoterapeuta i pielęgniarka. *Pielęg Chir Angiol* 2017; 11: 117-127.
17. Chilińska E, Zalewska A, Kopcych BE i wsp. Rehabilitacja osób z przewlekłą niewydolnością żylną. *Pielęg Chir Angiol* 2014; 4: 151-156.
18. Piotrkowska R, Dobosz M, Halena G i wsp. Edukacja terapeutyczna w leczeniu chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 1: 13-17.
19. Paplaczek M, Gawor A, Ciura G. Ocena jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 135-140.