

Porównanie jakości życia pacjentek z owrzodzeniami kończyn dolnych w wieku powyżej 41 lat oraz pacjentek poniżej 41 roku życia leczonych operacyjnie i zachowawczo

The comparison of quality of life of female patients over and below 41 years of age with lower limbs ulceration treated surgically or conservatively

Marta Makara-Studzińska, Danuta Podstawka, Małgorzata Wilczek,
Karolina Kryś - Noszczyk

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Owrzodzenia podudzi związane są z wiekiem, znacznie częściej występują u osób po 60 roku życia. Czynniki etiologicznymi owrzodzeń podudzi są m.in.: predyspozycje genetyczne, czynniki związane z warunkami i trybem życia. Często też są wynikiem chorób współistniejących m.in.: choroby tętnic, cukrzycy lub reumatoidalnego zapalenia stawów. Zmiany owrzodzeniowe powodują dyskomfort fizyczny, psychiczny z depresją, co przyczynia się do izolacji społecznej. Badania wskazują, iż zdrowie wraz z wiekiem staje się wartością nadrzędną i jednym z głównych determinantów jakości życia. Powikłania pojawiające się u osób starszych związane z niewydolnością żylną i owrzodzeniami przyczyniają się do obniżenia jakości życia. Grupę badaną stanowiły pacjentki z owrzodzeniami kończyn dolnych leczone na terenie I Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej przy Al. Raławickich 23 w Lublinie na Oddziale Chirurgii. Liczebność grupy wyniosła 60 chorych. Do oceny jakości życia osób z owrzodzeniami podudzi użyto skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia WHOQOL – BREF. Ankieta ta składa się z 26 pytań, które opisują jakość życia chorego w 4 obszarach: fizycznym, psychologicznym, społecznym i środowiskowym. W badaniu wykorzystano również krótki autorski kwestionariusz ankiety. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż wiek pacjentek z owrzodzeniami kończyn dolnych różnicuje ich ocenę jakości życia. W grupie pacjentek powyżej 41 roku życia jakość życia została niżej oceniona, dotyczyło to przede wszystkim sfery: somatycznej, psychologicznej i środowiskowej. Wiek pacjentek istotnie wpływał na ocenę poziomu jakości ich życia.

Słowa kluczowe: Owrzodzenie podudzi, jakość życia, wiek, samopoczucie, leczenie zachowawcze, przewlekła niewydolność żylna, leczenie operacyjne

Abstract

Crural ulcerations are associated with age and are much more common in people over 60 years of age. Ulcers etiologic factors include: genetic predisposition, factors related to the conditions and lifestyle. Often they are the result of co-morbidities such as arterial disease, diabetes, or rheumatoid arthritis. Ulcerating changes cause physical discomfort, mental depression, which contributes to social isolation. Research indicates that with increasing age, health becomes the primary and one of the main determinants of the quality of life. Complications occurring in the elderly connected with ulcers, and venous insufficiency lead to lower quality of life. The study group comprised patients with leg ulcers treated in the Military Hospital with Policlinic in the Public Health Institute, Al. Raławickie 23 in Lublin in the Department of Surgery. The group size was 60 patients. To assess the quality of life of patients with leg ulcers a shortened version of the questionnaire WHOQOL - BREF was used in assessing the quality of life. This survey consists of 26 questions, which describe the quality of life in four areas: physical, psychological, social and environmental. The study also used a brief authors' questionnaire. The research confirms that the age of patients with leg ulcers differentiates their assessment of the quality of life. In the group of patients over 41 years of age the quality of life was assessed lower; primarily it concerned somatic, psychological and environmental areas. The age of patients significantly influenced the assessment of the quality of their lives.

Keywords: leg ulcers, quality of life, age, mood, conservative treatment, chronic venous insufficiency, surgical treatment

Wstęp

Przewlekła niewydolność żylna jest chorobą występującą u znacznej części populacji. W krajach uprzemysłowionych żylaki kończyn dolnych stwierdza się u 30-40% osób dorosłych [1]. W Wielkiej Brytanii w 2007 roku odnotowano między 70, a 190 tysięcy przypadków osób z ranami owrzodzeniowymi. Roczne koszty zabezpieczenia potrzeb związanych z owrzo-

dzeniami podudzi w Wielkiej Brytanii szacuje się na 200 milionów funtów [2].

Owrzodzenia podudzi rozwijające się na tle przewlekłej niewydolności żylną [3] występują u 17-20 % naszego społeczeństwa. Zmiany te związane są z wiekiem, znacznie częściej występują u osób po 60 roku życia [4]. Czynniki etiologicznymi owrzodzeń podudzi są m.in.: predyspozycje genetyczne, czynniki związane z warunkami i trybem życia, bezruch, otyłość,

obrzęk limfatyczny, anemia sierpowata, jatrogenne przyczyny [5], utrata czucia – cukrzyca, nowotwory lub infekcje i urazy [6]. Owrzodzenia towarzyszą często chorobom układowym będąc zwiastunem występowania pozostałych objawów danej choroby [7].

Owrzodzenia żyłne są najcięższym objawem przewlekłej niewydolności żyłnej i trwają od czterech tygodni do nawet 72 lat [8]. Proces leczenia jest złożony i zależy od etapu choroby. Obejmuje on zmiany stylu życia, bandażowanie, przyjmowanie leków flebotropowych, miejscowe leczenie owrzodzenia, skleroterapię i leczenie chirurgiczne [9]. Większość, bo około 90 % wszystkich owrzodzeń stanowią owrzodzenia podudzi pochodzenia żylnego. Około 5 % do 20 % wszystkich owrzodzeń to owrzodzenia tętnicze, spowodowane głównie miażdżycą [10]. W wielu przypadkach owrzodzenia podudzi powstają jako następstwo żylaków podudzi. Przyczyną powstawania owrzodzeń mogą być również choroby tętnic, cukrzyca lub reumatoidalne zapalenie stawów [11].

Związane z przewlekłą niewydolnością żylną dolegliwości oraz ich wpływ na życie chorego mogą być różne. U większości z nich dolegliwości te mogą mieć charakter dyskomfortu oraz powodować uczucie zmęczenia kończyn dolnych, a także niewielkie poszerzenie żył powierzchownych, będące jedynie defektem kosmetycznym [1].

Owrzodzenia często powodują u pacjentów dyskomfort psychiczny z depresją włącznie, a to prowadzi do ich izolacji społecznej [7]. Zmiany owrzodzeniowe niewątpliwie stanowią poważny problem dermatologiczny ale istotnie wpływają także na funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów. Powikłania przewlekłej niewydolności żyłnej często ograniczają wydolność czynnościową zwłaszcza osób starszych, zwiększając tym samym ryzyko niepełnosprawności. Powstałe zmiany skórne stają się przyczyną zaburzeń psychospołecznych prowadząc do obniżenia jakości życia pacjentów. U wielu pacjentów obecność owrzodzenia zmienia obraz samego siebie, wywołuje przykre i uciążliwe dolegliwości, zaburzenia obrazu ciała i niską samoocenę [12, 13].

Leczenie owrzodzeń żylnych goleni stanowi istotny problem medyczny zarówno ze względu na wzrastającą liczbę zachorowań, jak i niezadowalające wyniki stosowanych dotychczas metod terapeutycznych [1]. Skutkiem choroby jest ograniczenie sprawności funkcjonalnej, spadek umiejętności naprawczych i przystosowawczych [14, 15].

Problem skutecznego leczenia owrzodzenia na podudziu o etiologii żyłnej oraz właściwej profilaktyki po uzyskaniu wygojenia nadal pozostaje bardzo trudnym zagadnieniem medycznym. Proces chorobowy stwarza konsekwencje biologiczne, kliniczne, ekonomiczne oraz społeczne. Najważniejsze dotyczą aspektu autonomii zdrowotnej i często są przyczyną rozpoznania różnych dysfunkcji dotyczących przede wszystkim jakości życia.

Badania jakości życia wydają się cennym dodatkiem do ilościowej oceny wyników leczenia, dokonywanej zazwyczaj w ramach klinicznej obserwacji chorych na choroby naczyń obwodowych. Pozwalają zwrócić uwagę na wpływ, jaki leczenie wywiera na życie chorego w zakresie życia społecznego lub emocjonalnego [1].

Według Martinsona i Wikeninga jakość życia wiąże się ze sposobem w jaki pacjent funkcjonuje w środowisku społecznym i naturalnym, dlatego też zależności istniejące między jednostką a środowiskiem są również istotne jak stan jego dobrobytu [16]. Oceniając efekty leczenia uwagę należy zwracać nie tylko na eliminację objawów choroby ale także na biopsychospołeczną wydolność pacjenta do sprawowania samoopieki oraz pełnienia ról społecznych [5].

Jednym z istotniejszych czynników wpływających na jakość życia osób starszych jest wiek. Wraz z wiekiem pogorszeniu ulega stan zdrowia, zwiększeniu ulega odsetek osób chorujących na choroby przewlekłe a także częściej występuje zjawisko wielochorobowości. Badania wskazują, iż zdrowie wraz z wiekiem staje się wartością nadrzędną i jednym z głównych determinantów jakości życia [17]. Powikłania pojawiające się u osób starszych związane z niewydolnością żylną i owrzodzeniami, przyczyniają się do obniżenia jakości życia. Pracownicy ochrony zdrowia zaangażowani w zapewnienie opieki i leczenia osobom chorym wymagają również wiedzy na temat wpływu choroby na jakość życia pacjenta [18, 19].

Celem pracy było porównanie jakości życia pacjentek z owrzodzeniami kończyn dolnych w dwóch grupach wiekowych: do 41 roku życia i powyżej 41 roku życia.

Materiał

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentek z owrzodzeniami kończyn dolnych, leczonych na terenie I Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej przy Al. Raławickich 23 w Lublinie na Oddziale Chirurgii.

Metoda

Materiał badawczy zebrano przy pomocy ankiety oceniającej jakość życia WHOQOL – BREF. Ankieta ta składa się z 26 pytań, których polska wersja została opracowana przez Jaracz i Wołonicą z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, na podstawie ankiety WHOQOL – BREF 100. Badania prowadzono w oparciu o potrzeby skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia WHOQOL – BREF. Ankietowane korzystały z 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało odpowiedź bardzo zła / bardzo niezadowolona, zaś 5 – bardzo dobra / bardzo zadowolona. Wykorzystano również krótki autorski kwestionariusz ankiety. Na pytania zawarte

w ankiecie pacjentki odpowiadały samodzielnie. Kwestionariusz ankiety zawierał 8 pytań, w tym 1 pytanie otwarte, uwzględniał dane demograficzno-społeczne badanych, takie jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, itp. Przed przystąpieniem do badań respondentki zostały poinformowane o sposobie poprawnego wypełniania kwestionariuszy. Podkreślono także anonimowość oraz wyjaśniono, że zebrany materiał zostanie wykorzystany do celów naukowych. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki

W grupie pacjentek leczonych zachowawczo przeważały osoby z wykształceniem wyższym (36,67%), co piąta badana legitymowała się wykształceniem zawodowym, zaś 16,67% grupy miało wykształcenie średnie techniczne z maturą. W dalszej kolejności były to osoby mające wykształcenie: średnie ogólnokształcące z maturą (13,33%), podstawowe (10%) i średnie techniczne bez matury (3,33%). W grupie pacjentek leczonych operacyjnie również przeważały osoby z wykształceniem wyższym. Stanowiły one 43,33% ogółu tej grupy. Równocześnie 23,33% posiadało wykształcenie techniczne z maturą, zaś 1/5 badanych leczonych operacyjnie miało wykształcenie średnie ogólnokształcące z maturą. Po 6,67% badanych miało odpowiednio wykształcenie zawodowe i średnie ogólnokształcące bez matury.

Badania dowiodły, że 56,67% badanych leczonych zachowawczo stanowiły mężatki. Co piąta badana była wdową. W związku nieformalnym pozostawało 13,33% grupy. Jednocześnie 6,67% badanych stanowiły panny. Jako osobę samotną określiła się jedna badana (3,33%). Wśród pacjentek leczonych operacyjnie ponad 2/3 ogółu stanowiły mężatki (66,67%). W dalszej kolejności: wdowy (13,33%), panny (10%) i osoby samotne (6,67%). Jedna badana z tej grupy pozostawała w związku nieformalnym (3,33%).

Z analizy danych wynika, że 70% pacjentek leczonych zachowawczo i 86,67% badanych leczonych operacyjnie pracowało zawodowo. Pozostałe badane (30% z grupy leczonych zachowawczo i 13,33% z grupy leczonych operacyjnie) nie były aktywne zawodowo ze względu na osiągnięty wiek emerytalny lub zły stan zdrowia.

Analiza uzyskanych odpowiedzi pozwala stwierdzić, że połowa pacjentek leczonych zachowawczo była dotknięta chorobą żylakową od ponad 5 lat. Blisko ¼ grupy deklarowała, że jest to okres 4–5 lat (23,33%), zaś 16,67% - okres od roku do trzech lat. Krócej niż rok chorowało 10% badanych z tej grupy. Z kolei wśród pacjentek leczonych operacyjnie 53,33% chorowała od ponad 5 lat. Niespełna co czwarta badana odpowiedziała, że choroba w ich przypadku trwała od 4–5 lat, natomiast 16,67% - od roku do trzech lat. Zaledwie 6,67% badanych leczonych operacyjnie chorowała od kilku miesięcy. (Tab. 1)

Tabela 1. Czas trwania choroby u badanych osób

Czas trwania choroby	Pacjenci leczenia zachowawczo		Pacjenci leczenia operacyjnie	
	N	%	N	%
Do 1 roku	3	10,00	2	6,67
1–3 lata	5	16,67	5	16,67
4–5 lat	7	23,33	7	23,33
Powyżej 5 lat	15	50,00	16	53,33
Razem	30	100,00	30	100,00

Tabela 2. Tryb przyjęcia badanych osób do szpitala

Tryb przyjęcia do szpitala	Pacjenci leczenia zachowawczo		Pacjenci leczenia operacyjnie	
	N	%	N	%
Nagły	7	23,33	2	6,67
Planowany	23	76,67	28	93,33
Razem	30	100,00	30	100,00

W trybie planowym do szpitala zostało przyjętych 76,67% pacjentek leczonych zachowawczo i aż 93,33% leczonych operacyjnie. W pozostałych przypadkach były to przyjęcia nagłe (23,33% pacjentek leczonych zachowawczo i 6,67% badanych leczonych operacyjnie). Tab. 2

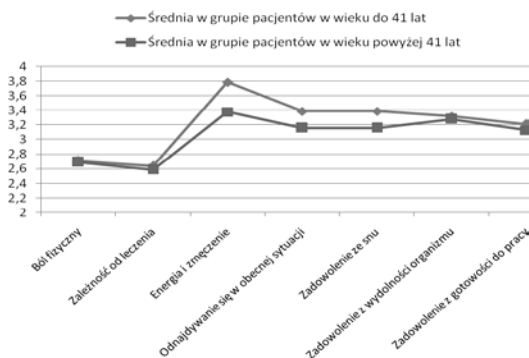
Z badań wynika, że zarówno poczucie jakości życia, jak i zadowolenie ze stanu zdrowia są nieznacznie wyższe w grupie pacjentek przed 41 r. ż. Średnia ocen w grupie pacjentek do 41 roku życia odnosząca się do poczucia jakości życia wyniosła 3,75, w porównaniu do pacjentek po 41 roku życia gdzie średnia ocen wyniosła

3,44. Nieco większa rozbieżność ocen wystąpiła w odniesieniu do zadowolenia ze stanu zdrowia, średnia ocen w grupie pacjentek do 41 r. ż. wyniosła 3,32 w porównaniu do pacjentek po 41 roku życia, gdzie średnia ocen wyniosła tylko 2,94.

Analiza porównawcza danych dla obu grup wiekowych wskazuje, że w zakresie wszystkich 7 analizowanych podskal sfery somatycznej wyższe wskaźniki zadowolenia występują wśród pacjentek przed 41 r. ż. Najbardziej rozbieżne oceny pojawiły się w odniesieniu do oceny energii i zmęczenia, zaś najmniej rozbieżne w przypadku bólu fizycznego, zależności od leczenia,

zadowolenia z wydolności organizmu oraz zadowolenia z gotowości do pracy.

W badaniach zauważono istotnie statystycznie zależność ($p < 0,04$) w odniesieniu do oceny energii i zmęczenia, wyższą średnią uzyskiwały pacjentki przed 41 rokiem życia (3,79) w porównaniu do pacjentek po 41 roku życia (3,38). Co zostało ukazane na wykresie nr 1.



Wykres 1. Ocena jakości życia w obszarze somatycznym a wiek badanych

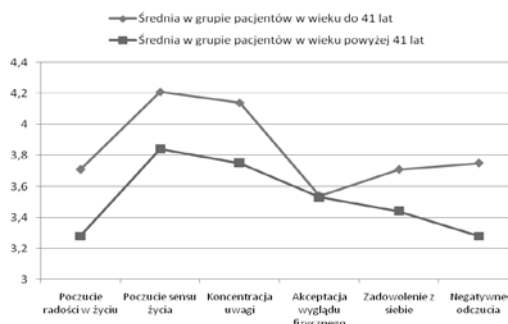
Kolejnym etapem badań było przeanalizowanie ocen w stosunku do sfery psychologicznej. Kolejny zestaw pytań adresowanych do badanych osób pozwalał ocenić odbiór jakości życia w sferze psychologicznej.

Badane odpowiadały na kolejne pytania, posługując się 5-stopniową skalą, w której 1 oznaczało odpowiedź wcale, zaś 5 – w bardzo dużym stopniu / bardzo dobrze / bardzo zadowolona. Wyjątkiem była tu skala odwrócona w pytaniu 26, gdzie 1 oznaczało zawsze, natomiast 5 – nigdy.

Analizując uzyskane dane, należy zauważyć, że osoby do 41 lat wyżej oceniają wszystkie podskale składające się na sferę psychologicznego funkcjonowania.

Największe różnice istotne statystycznie występują w odniesieniu do negatywnych odczuć, średnia ocen w grupie badanej do 41 roku życia wyniosła 3,75 w porównaniu do grupy badanej powyżej 41 roku życia gdzie średnia wyniosła 3,28, zaś najmniejsze w przypadku akceptacji wyglądu zewnętrznego.

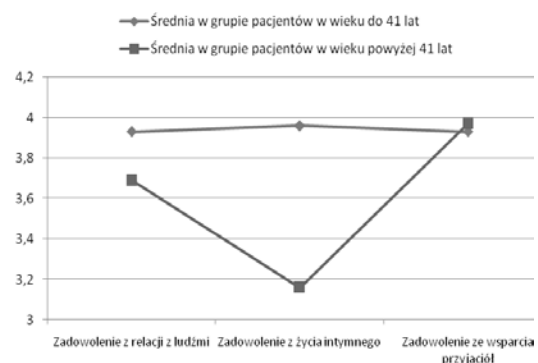
Wykres 2 ukazuje sposób postrzegania jakości życia badanych w sferze psychologicznej.



Wykres 2. Ocena jakości życia w sferze psychologicznej a wiek badanych

W badaniach diagnozowano także ocenę sfery socjalnej badanych w wieku do 41 lat i powyżej tego wieku. Najbardziej rozbieżne oceny dotyczą deklarowanego zadowolenia z życia intymnego, zaś najmniejsze zadowolenia ze wsparcia przyjaciół. Analiza danych wskazuje, że w 2 spośród 3 podskal (66,67%) różnice ocen przemawiają na korzyść pacjentek przed 41 r. ż. Wyżej oceniły one: zadowolenie z relacji z ludźmi i ze swojego życia intymnego. Nieco niżej natomiast zadowolenie ze wsparcia przyjaciół.

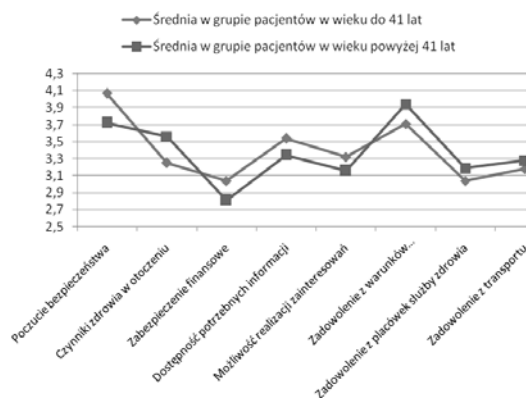
Zauważono istotne statystycznie różnice ($p < 0,01$) w odpowiedziach dotyczących zadowolenia z życia intymnego pacjentek, wyższą średnią uzyskiwały pacjentki poniżej 41 roku życia, średnia w tej grupie wyniosła 3,96 w porównaniu do pacjentek w grupie powyżej 41 roku życia, gdzie średnia w tej grupie wyniosła 3,16 (Wykres 3).



Wykres 3. Ocena jakości życia w sferze socjalnej a wiek badanych

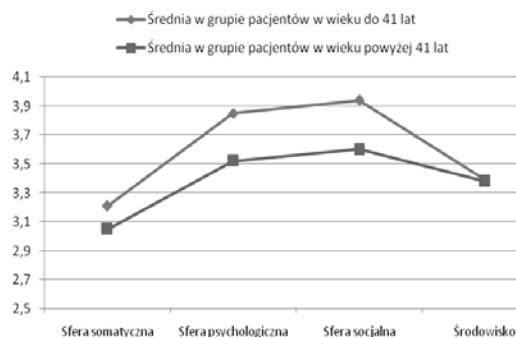
Kolejnym krokiem postępowania badawczego była diagnoza różnic w kontekście środowiskowym. Ocena jakości życia w sferze środowiskowej a wiek badanych. Sfera środowiskowa okazała się tym obszarem funkcjonowania badanych, który wywołał najbardziej zróżnicowane opinie. Osoby w wieku przed 41 r. ż. wyżej oceniły 4 spośród 8 podskal (50%). Były to następujące podskale: poczucie bezpieczeństwa, zabezpieczenie finansowe, dostępność potrzebnych informacji i możliwość realizacji zainteresowań. Pozostałe podskale, a więc: czynniki zdrowia w otoczeniu, zadowolenie z warunków mieszkaniowych, zadowolenie z placówek służby zdrowia oraz z transportu zostały usytuowane wyżej przez badane powyżej 41 lat.

Największe rozbieżności ocen dotyczą poczucia bezpieczeństwa na korzyść osób młodszych, zaś najmniejsze zadowolenia z transportu na korzyść osób starszych (Wykres 4)



Wykres 4. Ocena jakości życia w sferze środowiskowej a wiek badanych.

Na wykresie nr 5 ukazano w jaki sposób badane w wieku do 41 lat i powyżej 41 lat oceniają poszczególne sfery: somatyczną, psychologiczną, socjalną oraz środowiskową.



Wykres 5. Ocena jakości życia w poszczególnych sferach a wiek badanych

Na podstawie otrzymanych danych można stwierdzić, że pacjentki przed 41 r. ż. określają swoją jakość życia za lepszą niż pacjentki, które ukończyły 41 lat. Największa różnica dotyczy ocen sfery socjalnej i psychologicznej, natomiast najmniejsza cech środowiska, w których funkcjonują badane osoby.

Odnosząc się do wyników ilustrujących zróżnicowanie poczucia jakości życia ze względu na czynnik wieku, należy zwrócić uwagę, że osoby młodsze wykazują tendencję do bardziej pozytywnego postrzegania swojego życia w jego różnych obszarach. Zaobserwowane różnice są znaczne w odniesieniu do postrzegania energii i zmęczenia, negatywnych odczuć i zadowolenia z życia intymnego. W pozostałych aspektach mimo pewnych różnic, oceny są jednak zbliżone z nieznaczną przewagą ocen pozytywnych wśród pacjentek przed 41 r.ż.

Omówienie wyników

Z analizy badań wynika, że zarówno poczucie jakości życia, jak i zadowolenie ze stanu zdrowia są wyższe w grupie pacjentek przed 41 r. ż. Analiza porównawcza danych dla obu grup wiekowych wskazuje, że w zakre-

sie wszystkich analizowanych podskal sfery somatycznej wyższe wskaźniki zadowolenia występują wśród pacjentek przed 41 r. ż. Najbardziej rozbieżne oceny pojawiły się w odniesieniu do oceny energii i zmęczenia. Mniejszą energię i większe zmęczenie częściej pojawiało się w grupie osób powyżej 41 roku życia, co może być związane z przewlekłą niewydolnością żylną. Występujące dolegliwości mogą powodować dyskomfort i uczucie zmęczenia kończyn dolnych [1].

Podobną zależność zaobserwowała Bączyk w swoich badaniach, w badaniach tych gorsze samopoczucie częściej występowało u osób powyżej 44 roku życia [7]. Nieznacznie wyższe wyniki uzyskały młodsze kobiety w zakresie podskal: odnajdywania się w obecnej sytuacji i zadowolenia ze snu, zadowolenia z gotowości do pracy, natomiast podskale: ból fizyczny, zależność od leczenia i zadowolenia z wydolności organizmu pozostały dla obu grup kobiet bez znaczących różnic.

Skutki owrzodzeń w zakresie urazów, stresu i utraty godności, są często niedoceniane [20, 21]. Ebbskog i Ekman (2001) [22] stwierdzili, że uczucia beznadziejności, winy, smutku, bezsilności i izolacji, były powszechne u pacjentów z owrzodzeniami podudzi.

Długotrwałe lub ciężkie doświadczenie bólu może prowadzić do depresji, samoleczenia, izolacji społecznej, narkomanii i nawracających myśli samobójczych [23, 24]. Występowanie zapachu i wysięku z rany zostały zidentyfikowane jako główne czynniki ograniczające działalność społeczną pacjentów z owrzodzeniami kończyn dolnych [25]. To może być potęgowane przez niezdolność pacjenta do utrzymania higieny osobistej oraz fizyczne ograniczenia wpływające na zdolność człowieka do pracy, podróżowania, noszenie odpowiedniej odzieży, uprawianie hobby [26]. Podczas gdy czynniki takie jak wiek, słabo kontrolowana cukrzyca i równowaga diety mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia infekcji rany pacjenci mogą sami powodować większe niebezpieczeństwo utrudnionego gojenia się rany w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków, palenia papierosów i braku ruchu czy snu [5].

Znaczenie zadowolenia ze snu wśród pacjentów z owrzodzeniami podudzi zaobserwowano w 2004 roku i niestety obecnie pacjenci z omawianych schorzeniami cierpią na zaburzenia snu [12, 27].

Śzewczyk i wsp. w swych doniesieniach wskazał na ból związany z owrzodzeniami jako przyczynę zmęczenia, uczucia wyczerpania, bezsenności, braku energii, co w konsekwencji może prowadzić do występowania stanów depresyjnych [13, 23, 28]. Ból był też czynnikiem najczęściej występującym wśród pacjentów z owrzodzeniami podudzi, zidentyfikowany jako czynnik powodujący najczęstsze obniżenie wartości jakości życia pacjentów bez względu na wiek [29, 30, 31].

Analizując literaturę przedmiotu, można zauważyć częste pomijanie skutków owrzodzeń w sferze psychologicznej i socjalnej [32; 4].

Badane kobiety przed 41 rokiem życia wyżej oceniają prawie wszystkie podskale składające się na sferę psychologicznego funkcjonowania. Największe różnice istotne statystycznie wystąpiły w odniesieniu do podskali negatywnych odczuć. Jedyną podskalą, w której wiek kobiet nie stanowił o występowaniu różnic była akceptacja wyglądu fizycznego. W pozostałych podskalach (poczucie radości i sensu życia, koncentracja uwagi, zadowolenie z siebie i negatywne odczucia) wyższe wyniki uzyskiwały kobiety przed 41 rokiem życia. Z analizy wynika, iż częściej negatywne odczucia występowały w grupie osób przed 41 roku życia. Odmienne wyniki uzyskała Bączyk, uzyskując wyższe wyniki w grupie badanych po 41 rokiem życia i cechujących się złym samopoczuciem, obniżoną jakością życia [7].

W każdym przypadku pacjenta cierpiącego na owrzodzenia podudzi obserwowano występowanie negatywnych odczuć [33,22]. W ocenie skali funkcjonowania psychologicznego badacze zaobserwowali również dodatkowe negatywne objawy wśród pacjentów z owrzodzeniami kończyn dolnych: poczucie utraty kontroli, frustracje, niespójne traktowanie, obniżone samopoczucie – spowodowane chandrą, samotnością, objawami depresji - często postępujące z wiekiem [34, 35, 36].

Badania prowadzone w Belgradzie wskazują, że wśród badanych leczonych z owrzodzeniem podudzi nastąpiła poprawa jakości życia (po zastosowanej terapii) we wszystkich badanych sferach, wykorzystując kwestionariusz SF-36, z wyjątkiem dziedziny funkcjonowania emocjonalnego. Wynik ten może sugerować lęk pacjentów przed dalszym postępowaniem choroby [37]. Dobre praktyki wskazują też model opieki „Klub Leg” powstały w Queensland z inicjatywy Eileen Teresy Lindsay z Newport (Wielka Brytania), w którym podstawą jest sprawowanie opieki nad chorymi w nieformalnej społeczności miejsca zamieszkania, zachęta do interakcji społecznych, wzajemne wsparcie, wymiana informacji i długoterminowe zaangażowanie, a także profilaktyczna opieka po leczeniu [38, 29].

W badaniach diagnozowano także ocenę sfery socjalnej kobiet w wieku do 41 lat i powyżej tego wieku. Najbardziej rozbieżne oceny dotyczą deklarowanego zadowolenia z życia intymnego, zaś najmniejsze - zadowolenia ze wsparcia przyjaciół. Młodsze kobiety wyżej oceniły: zadowolenie z relacji z ludźmi i ze swojego życia intymnego. Nieco niżej natomiast zadowolenie ze wsparcia przyjaciół. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2005 r. Szewczyk i wsp. stwierdzili, że ponad 80 % chorych z przewlekłymi owrzodzeniami podudzi zrezygnowało z rozwijania własnych zainteresowań, a także w tej grupie zmniejszyła się częstość spotkań towarzyskich, nawiązywania nowych znajomości na rzecz spędzania wolnego czasu w zaciszu domowym z powodu odczuwanych dolegliwości [13]. Podobne wyniki prezentują inni Autorzy [12, 39, 40, 41].

Psychospołeczne i funkcjonalne ograniczenia są częste u pacjentów z owrzodzeniami nóg [10, 27]. Ból, ograniczona mobilność lub upośledzenie prowadzi do izolacji społecznej. W przypadku braku właściwego leczenia pacjenci mogą zostać zupełnie odizolowani od reszty społeczeństwa. Potwierdza to Roper i wsp. [42]. Należy jednak zasygnalizować, że przyczyną izolacji społecznej może być niepełnosprawność.

Osoby w wieku przed 41 r. ż. wyżej oceniły również w sferze środowiskowej: poczucie bezpieczeństwa, zabezpieczenie finansowe, dostępność potrzebnych informacji i możliwość realizacji zainteresowań. Na potrzebę dostępności informacji wśród chorych zwracał uwagę już w 1995 roku Charles. W latach kolejnych Autor zwracał uwagę również na potrzebę pracy chorych, ich mobilność [34].

Pozostałe podskale, a więc: czynniki zdrowia w otoczeniu, zadowolenie z warunków mieszkaniowych, zadowolenie z placówek służby zdrowia oraz z transportu zostały usytuowane wyżej przez badane powyżej 41 lat.

W sferze środowiskowej osoby powyżej 41 roku życia odczuwały mniejsze poczucie bezpieczeństwa, co może być związane z pogarszającym się stanem zdrowia i powikłaniami związanymi z przewlekłą niewydolnością żylną. Liczni autorzy potwierdzają, że ze względu na przewlekły i postępujący charakter, żylaki często prowadzą do inwalidztwa [13, 43, 44].

Wnioski

1. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż ocena jakości życia pacjentów zależy istotnie od wieku pacjentów.
2. Niższą jakość życia wykazują pacjenci powyżej 41 roku życia, a dotyczy to zwłaszcza sfery somatycznej, psychologicznej i socjalnej.
3. Pacjenci poniżej 41 roku życia oceniają swoją jakość życia na wyższym poziomie.

References

1. Zdzenicki M., Andziak P. Jakość życia chorych na choroby tętnic i żył. *Pol. Merk. Lek.* 2008; 24: 141- 268.
2. Posnett J., Franks P. The costs of skin breakdown and ulceration in the UK. In *Skin Breakdown: The Silent Epidemic*. The Smith & Nephew Foundation, UK.2007: 6-12.
3. Morris P., Sander R. Leg ulcers. *Nursing Older People*. 2007; 19(5): 33-37.
4. Maddox D. Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. *Nursing Standard*.2012; 26(38): 42-49.
5. Williams AM. Issues affecting concordance with leg ulcer care and quality of life. *Nursing Standard*.2010; 24 (45): 51-58.
6. NHS Choices. *Leg Ulcer, Venous*. [www.nhs.uk/Conditions/Leg-ulcer-venous/Pages/ Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/Leg-ulcer-venous/Pages/Introduction.aspx). Last accessed: June 21 .2012.

7. Bączny G., Talarska D., Zawirska A. i wsp. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z owrzodzeniami podudzi leczonych na oddziałach dermatologicznych. *Post Dermatol Alergol* 2011; XXVIII(3): 197-202.
8. Briggs M., Closs SJ. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *European Wound Management Association Journal*. 2003; 3(2):14-20.
9. Salavastru CM., Nedelcu LE., Tiplica GS. Management of leg ulcers in patients with chronic venous insufficiency: the experience of a Dermatology Clinic in Bucharest, Romania. *Dermatol Ther.* doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01513.x; 2012; 25(4): 304-13.
10. Parker K. Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard*. 2012; 26 (45): 52-62.
11. Silny W., Prokop J. Owzrodzenia goleni jako problem dermatologiczny W: Ambulatoryjne leczenie chorób żył kończyn dolnych. Zapalski S. Oszkini G(red.). Gdańsk ;Wydawnictwo Via Medica: 2001.
12. Van Hecke A., Gryphonck M., Defloor T. Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 17(1): 29-39.
13. Szewczyk MT., Jawień A., Cierzniańska K., i wsp. Ocena sprawności funkcjonowania chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem goleni. *Post Dermatol Alergol*. 2005; 22: 265-270.
14. Krzemińska S. Starzenie się jako problem XXI wieku. *Świat Farm* 2008;1: 10-11.
15. Chodorowski Z. Geriatria z podstawami gerontologii. Gdynia; PZWL: 2008.
16. Martinson OB., Wilkening EA. Predicting overall life satisfaction: the role of life cycle and socjal psychological antecedents. *Soc Indic Res* .1984; 14: 99-108.
17. Mirczak A., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P. i wsp. Porównanie jakości życia pacjentów w wieku co najmniej 65 lat oraz grupy chorych poniżej 64 roku życia po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego. *Gerontol Pol*. 2012; 20(1): 28-37.
18. Budgen V. Evaluating the impact on patients of living with a leg ulcer. *Nursing Times*. 2004; 100 (7): 30-31.
19. Moffatt C., Price P., Morgan P. Meeting the psychosocial challenges of leg ulceration. *Nursing Times*. 2006; 102(30): 51-53.
20. Wilson AB. Quality of life and leg ulceration from the patient's perspective. *British Journal of Nursing*. 2004; 13 (11): 17-20.
21. Briggs SL. Leg ulcer management: how addressing a patient's pain can improve concordance. *Professional Nurse*. 2005; 20 (6) 39-41.
22. Ebbeskog B., Ekman SL. Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2001; 15(3): 235-243.
23. Jones J., Barr W., Robinson J., Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *British Journal of Nursing*. 2006; 21(15) supp. 11: 17-23.
24. World Union of Wound Healing Societies. *Principles of Best Practice: Minimising Pain at Wound Dressing-Related Procedures. A Consensus Document*. London; Medical Education Partnership: 2004.
25. Douglas V. Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *Journal of Wound Care*. 2001; 10(9): 355-360; Edwards LM (2003) Why patients do not comply with compression bandaging. *British Journal of Nursing*. 2003; 12(11): 5-10.
26. Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJM, de Rooij MJ, van de Kerkhof PCM & van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*, 2004; 13: 341-354.
27. Hareendran A., Bradbury A., Budd J., Geroulakos G., Hobbs R., Kenkre J & Symonds T. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. *Journal of Wound Care*, 2005; 14: 53-57.
28. Edwards H., Courtney M., Finlayson K, Shuter P., Lindsey E. A randomised control trial of community intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18 (11): 1541-1549.
29. Gonz'lez-Consuegra, Renata Virginia Verdú, José Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*; May 2011, Vol. 67 Issue 5: 926-944, 19p. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05568.
30. Briggs M., Flemming K., & Closs S.J. Living with Leg Ulceration: A Meta-synthesis of Qualitative Research. 72. The 2006 International Nursing Research Conference., London, RCN.
31. Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 1998; 25: 158-168.
32. Husband LL. Venous ulceration: the pattern of pain and the paradox. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2001; 5(1) 35-40.
33. Phillips T, Stanton B, Provan A & Lew R. A study of the impact of leg uclers on quality of life: financial, social and psychologic implications. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1994; 31: 49-53.
34. Charles H. Venous leg ulcer pain and its characteristics. *Journal of Tissue Viability*. 2002; 12: 154-158.
35. Stokes S.A. & Gordon S.E. Common stressors experienced by the well elderly: clinical implications. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003; 29: 38-46.
36. Moffatt CJ., Franks PJ., Doherty DC., Martin R., Blewett R & Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. *QJM*. 2004; 97: 431-437.
37. Dunić I., Medenica L., Maksimović Ž., Djurković-Djaković O. [Quality of life in patients with venous ulcers]. [Article in Serbian]. *BMC Dermatol*. [Epub ahead of print]. 2012; 28; 12(1):17.
38. Lindsay E. Leg clubs: a new approach to patient-centred leg ulcer management. *Nursing and Health Sciences*. 2000; 2: 139-141.

39. Hopkins A. Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg ulcers. *British Journal of Nursing*. 2004; 13(9): 556-563.
40. Ebbeskog B., Emami A. Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14(10): 1223-1231.
41. Rich A, McLachlan L. How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse-led study. *Journal of Wound Care*. 2003; 12(2): 51-54.
42. Roper N., Logan W., Tierney AJ. *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing Based on Activities of Living*. Edinburgh .Churchill Livingstone, 2000.
43. Hankin CS., Knispel J., Lopes M., Bronstone A., Maus E. Clinical and cost efficacy of advanced wound care matrices for venous ulcers. *J Manag Care Pharm*. 2012; 18(5): 375-84.
44. Haram R.B. & Dagfinn N. Errors and discrepancies: a patient perspective on leg ulcer treatment at home. *Journal of Wound Care*. 2003; 12: 195-199.

Correspondence address

Danuta Podstawka
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin
e-mail: danutapodstawka@wp.p