

Praca oryginalna

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH

Health behaviours and selected risk factors of patients with chronic lower limb ischaemia

Lucyna Ścisło, Judyta Pluta, Magdalena Staszkiwicz, Małgorzata Paplaczyk-Serednicka, Marcelina Ryndak

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2024; 18(1): 21–26

DOI: <https://doi.org/10.5114/pchia.2024.138928>

Submitted: 31.10.2023, accepted: 02.12.2023

Adres do korespondencji:

mgr **Judyta Pluta**, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska,
e-mail: judyta.byczek@uj.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych oraz analiza wybranych czynników ryzyka zachorowania wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 pacjentów z rozpoznanym przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych według klasyfikacji Fontaine'a ze stopniem niedokrwienia IIb–IV. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego i autorski kwestionariusz ankiety oraz metodę analizy dokumentacji medycznej.

Wyniki: Zachowania zdrowotne wśród 54% badanych kształtowały się na niskim poziomie. Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a liczbą wypalanych papierosów ($p = 0,0357$), nadciśnieniem tętniczym ($p = 0,0398$), hipercholesterolemią ($p = 0,0446$), wiekiem ($p = 0,0015$) oraz płcią ($p = 0,0021$). W badanej grupie stwierdzono występowanie głównych czynników ryzyka zachorowania na przewlekłą chorobę niedokrwinną kończyn dolnych: płeć, wiek, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, palenie tytoniu, zaburzenia gospodarki lipidowej, a także nadwagę i otyłość oraz występowanie chorób o podłożu miażdżycowym. Według klasyfikacji Fontaine'a wśród badanych przeważał rozpoznany III stopień niedokrwienia (44%), nieco mniej badanych (33%) miało IV stopień, natomiast najmniej osób (23%) miało zdiagnozowany stopień niedokrwienia IIb.

Wnioski: Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych kształtowały się ogólnie na niskim poziomie; na najniższym w kategorii praktyk zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. W badanej grupie pacjentów wykryto obciążenie czynnikami ryzyka zachorowania na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, zachowania zdrowotne, choroba niedokrwienna.

Summary

Introduction: The aim of the study was to assess health behaviours and analyse selected risk factors for disease among patients diagnosed with chronic lower limb ischaemia.

Material and methods: The study included 100 patients with chronic lower limb ischaemia according to the Fontaine classification in stages IIb to IV. The study used the diagnostic survey method using Juczynski's Health Behaviour Inventory and a proprietary survey questionnaire, as well as analysis of medical records.

Results: In the study, 54% of the subjects had low levels of health behaviours. A statistical analysis revealed a correlation between health behaviours and certain risk factors such as the number of cigarettes smoked ($p = 0.0357$), hypertension ($p = 0.0398$), hypercholesterolaemia ($p = 0.0446$), age ($p = 0.0015$), and gender ($p = 0.0021$). The study group had the main risk factors for chronic ischaemic disease of the lower limbs, which include gender, age, hypertension, type 2 diabetes mellitus, smoking, lipid metabolism disorders, overweight and obesity, and history of atherosclerotic diseases. According to Fontaine's classification, diagnosed degree III ischaemia prevailed among the subjects (44%), slightly fewer subjects (33%) had degree IV, while the fewest subjects (23%) were diagnosed with degree IIb ischaemia.

Conclusions: Health behaviours of patients with chronic lower limb ischaemia were at a low level overall; the lowest in the categories of health practices and proper eating habits. A burden of risk factors for chronic lower limb ischaemia was detected in the study group of patients.

Key words: risk factors, health behaviours, ischaemic disease.

Wstęp

Przewlekła choroba niedokrwienna kończyn dolnych jest globalnym problemem zdrowotnym występującym coraz częściej, nieleczona powoduje poważne skutki zdrowotne. Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation – WHO) choroby naczyń obwodowych związanych z miażdżycą należą do najczęściej występujących po chorobie niedokrwiennej serca i udarze niedokrwinnym mózgu [1].

Miażdżycza tętnic obwodowych i aorty jest główną przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Do przyczyn zachorowania w nieznaczym stopniu należą również: zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń, choroba Takayasu, zespoły uciskowe oraz przerost włóknisto-mięśniowy [2, 3].

Czynnikami ryzyka przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych są: wiek, płeć, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia gospodarki lipidowej, otyłość, czynniki genetyczne, mała aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta, spożywanie alkoholu, stres, zakażenia oraz infekcje [2–4].

W przypadku około 80% chorych na przewlekłe niedokrwienie kończyn skuteczne jest leczenie zachowawcze. Jednak chorzy o znacznym zaawansowaniu choroby niedokrwiennej wymagają interwencji chirurgicznych, a u około 10% osób rozwój choroby prowadzi do krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych [5].

Rozpoznanie występujących czynników ryzyka wśród pacjentów, u których zdiagnozowano przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych oraz analiza nasilenia ich konsekwencji wraz z wykazaniem nieprawidłowych zachowań zdrowotnych wśród tej grupy pacjentów pozwoli w znacznym stopniu wdrożyć działania prewencyjne.

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych oraz analiza wybranych czynników ryzyka zachorowania wśród pacjentów z rozpoznaniem przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych; według klasyfikacji Fontaine'a ze stopniem IIb–IV, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego w Klinice Chirurgii i Angiologii.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego (IZZ) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety, a także metodę analizy dokumentacji medycznej.

W autorskim kwestionariuszu ankiety zawarto pytania odnoszące się do przynależności demograficzno-społecznych badanych, czasu zdiagnozowania choroby i czynników ryzyka choroby, prowadzonego stylu życia, a także występowania chorób współistniejących.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego został przeznaczony do badania dorosłych osób zarówno zdrowych, jak i chorych. Zawiera on 24 stwierdzenia opisujące zachowania mające wpływ na zdrowie. Możliwy do uzyskania ogólny wynik punktowy mieści się w przedziale 24–120 pkt. Na podstawie wyniku odczytywane są wartości skali stenowej, gdzie sten 1–4 to wynik niski, sten 5–6 to wynik przeciętny, a sten 7–10 oznacza wynik wysoki. Po uzyskaniu wyniku ogólnego oblicza się nasilenie zachowań dla wyodrębnionych kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne.

W każdej kategorii można uzyskać 6–30 pkt. Następnie na podstawie wyniku w poszczególnych kategoriach określa się uzyskaną średnią i poddaje analizie w grupie badanej [6].

Na użycie narzędzi uzyskano zgodę Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Analizę dokumentacji medycznej wykorzystano do uzyskania informacji na temat stopnia zaawansowania niedokrwienia kończyn według skali Fontaine'a.

W analizie statystycznej danych wykorzystano metody opisowe i analityczne. Testem wykorzystanym w analizach statystycznych był test niezależności zmiennych χ^2 . Nieparametryczne testy oceny różnic między dwoma grupami badano testem *U* Manna-Whitneya. Zależność pomiędzy zmiennymi porządkowymi lub ilościowymi badano z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana. Wszystkie zależności, korelacje oraz różnice były uznane za istotne statystycznie, gdy $p \leq 0,05$. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji szpitala oraz Kierownika Kliniki. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi Deklaracji helsińskiej [7].

Wyniki

Ogólna charakterystyka grupy

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z rozpoznaną chorobą przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych według klasyfikacji Fontaine'a w stopniu IIb–IV, zakwalifikowanych do leczenia zabiegowego. W grupie badanej było 66 mężczyzn (66%) oraz 34 kobiety (34%). Średnia wieku badanych wynosiła 70 lat (SD = 8,03) i wahała się 52–94 lat. Większość badanych było w wieku 65 lat i więcej (76%), a poniżej 65 lat było 24% osób.

Stan zdrowia badanych

Czas od rozpoznania przewlekłego niedokrwienia kończyn w grupie badanej to średnio 7,42 roku

(SD = 7,25). U prawie połowy osób badanych (49%) zdiagnozowano chorobę w czasie 1–5 lat, natomiast w czasie 6–10 lat chorowało 28 badanych (28%). Czas trwania choroby 11–15 lat wykazało 9 osób (9%), a powyżej 15 lat chorowało 14 osób (14%).

Według klasyfikacji stopnia niedokrwienia Fontaine'a poziom zaawansowania IIb rozpoznano wśród 23% badanych. U 44 osób (44%) stwierdzono III stopień niedokrwienia, natomiast IV stopień zdiagnozowano u 33 osób (33%).

Zachowania zdrowotne

Za pomocą formularzy IZZ przeanalizowano ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych. W grupie badanej średnia liczba uzyskanych punktów wyniosła 74,14 pkt (min. 50 pkt, maks. 110 pkt) (tab. 1).

Według IZZ dominował niski poziom zachowań zdrowotnych wśród badanych (54%). Przeciętny poziom zachowań zdrowotnych przejawiało 31 osób (31%), a wysoki poziom wykazano u 15 badanych (15%).

Zachowania zdrowotne pacjentów kształtowały się ogólnie na niskim poziomie; na najniższym w kategorii praktyk zdrowotnych (2,97 pkt) oraz prawidłowych nawyków żywieniowych (2,59 pkt) (tab. 2).

Czynniki ryzyka

Jednym z kluczowych czynników ryzyka w grupie badanej determinujących chorobę niedokrwinną kończyn dolnych była hipercholesterolemia, która została stwierdzona u 93 respondentów (93%). Średni czas od rozpoznania hipercholesterolemii wśród badanych wynosił 9,05 roku (SD = 7,29).

Kolejnym czynnikiem ryzyka było zdiagnozowane wśród 77 osób (77%) współistniejące nadciśnienie tętnicze, na które badani chorowali średnio 11,94 roku (SD = 9,11).

Cukrzyca typu 2 będąca jednym z istotnych czynników ryzyka rozwoju przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych była rozpoznana u 45 badanych (45%), a średni czas zachorowania wyniósł 11,82 roku (SD = 8,98).

Na podstawie wskaźnika masy ciała stwierdzono nadwagę u 39 osób (39%), otyłość u 19 osób (19%), a wartość wskaźnika w normie odnotowano u 38 badanych (38%). Niedowagę miały 4 osoby (4%).

W badanej grupie skontrolowano również obecność chorób współistniejących o podłożu miażdżycowym. Wykazano, że 36 osób (36%) chorowało na chorobę niedokrwinną serca, 28 badanych (28%) doznało zawału serca, a 12 osób (12%) przeżyło w przeszłości udar niedokrwinienny.

Przeprowadzona analiza dotycząca uzależnienia od tytoniu wykazała, że papierosy paliło w przeszłości i pali nadal 88 respondentów (88%). Średni czas rozpoczęcia palenia przez badanych to średnio 20. rok życia (20,15 roku, SD = 7,85), gdzie wiek inicjacji mieścił się w przedziale 9.–75. roku życia. Pośród badanych najczęściej wypalano 11–20 sztuk ($n = 38$, tj. 43,2%) oraz powyżej 30 sztuk papierosów ($n = 30$, tj. 34,1%). Kilka sztuk papierosów okazjonalnie paliło 2,3% osób ($n = 2$), a 1–10 sztuk dziennie paliło 6,8% badanych ($n = 6$). Pozostali badani ($n = 12$, tj. 13,6%) wypalali w ciągu dnia 21–30 sztuk papierosów.

Podejmowanie codziennej aktywności fizycznej zadeklarowało 60 badanych (60%). Wśród najczęściej uprawianych aktywności fizycznych badani deklarowali spacer (76,7%), jazdę na rowerze (21,7%) oraz gry

Tabela 1. Poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w poszczególnych kategoriach – wynik ogólny

Parametry	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.
Nasilenie zachowań zdrowotnych	74,14	73	12,59	50	110
IZZ prawidłowe nawyki żywieniowe	15,49	15	5,19	6	30
IZZ zachowania profilaktyczne	21,44	21	3,20	12	30
IZZ pozytywne nastawienie psychiczne	19,55	19	3,79	11	30
IZZ praktyki zdrowotne	17,73	18	5,11	6	27

IZZ – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w poszczególnych kategoriach – średnia

Parametry	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.
IZZ prawidłowe nawyki żywieniowe	2,59	2,50	0,90	1	6
IZZ zachowania profilaktyczne	3,59	3,50	0,63	2	6
IZZ pozytywne nastawienie psychiczne	3,45	3,16	1,99	1,83	6
IZZ praktyki zdrowotne	2,97	3,00	0,91	1	6
IZZ średnia ze skali stenowej	4,61	4	1,79	1	10

IZZ – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, SD – odchylenie standardowe

zespołowe (1,7%). Codzienną aktywność fizyczną wykonywało 36 badanych (60%), aktywność fizyczną podejmowaną 4–5 razy w tygodniu deklarowało 7 osób (11,7%), a 2–3 razy w tygodniu ćwiczyło 15 osób (25%). Podejmowanie aktywności fizycznej raz w tygodniu zadeklarowało 2 badanych (3,3%).

Analiza nawyków żywieniowych wśród badanych dowodzi, że najwięcej osób (65%) spożywało 2–3 posiłki w ciągu dnia, 26 badanych (26%) 4–5 posiłków dziennie, 6 osób (6%) spożywało 6 i więcej posiłków, a 3 osoby (3%) spożywały 1 posiłek w ciągu dnia. Przekąski między posiłkami spożywało 60 badanych (60%), a były nimi najczęściej owoce (69,7%) lub słodczyce (51,5%). Wśród przekąsek wskazano także sone przekąski (21,2%), natomiast warzywa spożywało najmniej osób (6,1%).

Zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wybranymi czynnikami ryzyka

Dokonano analizy korelacji zachowań zdrowotnych z ilością wypalanych papierosów, z której wynika, że osoby palące 21–30 sztuk papierosów dziennie uzyskały obniżony wskaźnik prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,0325$) oraz zachowań profilaktycznych ($p = 0,0254$) w stosunku do innych palących. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych u osób palących 21–30 sztuk papierosów dziennie był niższy (65,08 pkt, $p = 0,0357$).

W analizie badanych korelacji między poziomem zachowań zdrowotnych a współwystępowaniem nadciśnienia tętniczego wykazano, że osoby ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym posiadały istotnie wyższy wskaźnik zachowań profilaktycznych niż osoby niechorujące na nadciśnienie tętnicze ($p = 0,0398$).

Analiza zależności hipercholesterolemii i zachowań zdrowotnych wykazała, że osoby ze zdiagnozowaną hipercholesterolemią uzyskały wyższe wyniki w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ($p = 0,0446$) oraz praktyk zdrowotnych ($p = 0,0132$) w porównaniu z badanymi, którzy nie byli obciążeni hipercholesterolemią.

Zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a danymi socjodemograficznymi

Dokonano analizy korelacji między danymi socjodemograficznymi a poziomem zachowań zdrowotnych. Wśród kobiet wykazano istotnie wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (3,02 pkt, $p = 0,0003$), zachowań profilaktycznych (3,83 pkt, $p = 0,0039$) oraz ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (79,82 pkt, $p = 0,0021$) w stosunku do mężczyzn, a różnice te były istotne statystycznie.

Z analizy wynika również, że osoby w wieku 65 lat i więcej wykazywały wyższy poziom praktyk zdrowot-

nych (3,19 pkt) niż badani poniżej 65. roku życia (2,28 pkt, $p < 0,0001$), a ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych był wyższy u badanych w wieku 65 lat i powyżej ($p = 0,0015$).

Dyskusja

Choroba tętnic obwodowych kończyn dolnych jest przewlekłą i postępującą chorobą będącą czynnikiem zwiększonej śmiertelności. Wczesne rozpoznanie i zastosowanie leczenia oraz zmiana stylu życia pozwalają na zmniejszenie wystąpienia powikłań choroby [8].

Analiza badań własnych wykazała, że ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych chorych na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych był wysoki (74,14/120 pkt), natomiast po przełożeniu wyników na jednostki standaryzowane na podstawie skali stenowej poziom zachowań zdrowotnych wśród większości badanych (54%) był niski. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w innych badaniach oceniających zachowania zdrowotne oraz jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych był wyższy (87,69/120 pkt), średnie wyniki we wszystkich domenach IZZ również były wyższe w stosunku do wyników badań autorskich [9]. Nieco inne wyniki otrzymali autorzy badań dotyczących zachowań zdrowotnych chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych, którzy wykazali, że zachowania zdrowotne badanych kształtowały się na poziomie przeciętnym [10].

W badaniach własnych dowiedziono, że wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych posiadały kobiety niż mężczyźni. Ponadto potwierdzają to dostępne wyniki badań innych autorów [9–11]. Z dostępnej literatury przedmiotu można wywnioskować, że kobiety posiadają wyższy poziom zachowań determinujących prozdrowotny styl życia niż mężczyźni.

Z przeprowadzonej analizy badań własnych wynika, że wyższy poziom zachowań zdrowotnych posiadały osoby powyżej 65. roku życia. Odmienne dane uzyskano w badaniach Kurowskiej, w których wyższym poziomem zachowań zdrowotnych charakteryzowały się osoby poniżej 50. roku życia, natomiast w badaniach Piotrkowskiej i wsp. nie wykazano wpływu wieku na poziom zachowań zdrowotnych badanych [9, 10].

Płeć jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia miażdżycy oraz przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych; mężczyźni są bardziej narażeni na zachorowanie. Potwierdzają to wyniki badań własnych, w których wzięto udział 66 mężczyzn (66%), jak również wyniki badań innych autorów, w których odsetek udziału mężczyzn był równie wysoki lub wyższy w stosunku do badań autorskich [9, 10, 12–14].

Choroby współistniejące są jednocześnie czynnikami ryzyka zachorowania na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. Szczególnie istotny wpływ ma

dyslipidemia, która dotyczy większości chorujących na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych (96%), nadciśnienie tętnicze (90%), rewaskularyzacja kończyn dolnych w wywiadzie (54%), otyłość (46%) i cukrzyca (40%) [15]. Z analizy badań własnych wynika, iż hipercholesterolemia była najczęstszym czynnikiem ryzyka zachorowania (93%), kolejnym było nadciśnienie tętnicze, które było zdiagnozowane u 77% badanych, a cukrzyca typu 2 była rozpoznana u 45% badanych. Badania innych autorów posiadają równie wysoką częstość występowania nadciśnienia wśród chorych na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych [9, 13]. Istnieje potrzeba prowadzenia profilaktyki u osób chorych na choroby współistniejące będące czynnikami ryzyka zachorowania na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych.

Palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego oraz ściśle skorelowane z wystąpieniem i rozwojem choroby tętnic obwodowych [16, 17]. Badania własne wykazały, że większość grupy (88%) paliła papierosy. Piśmiennictwo naukowe dotyczące badań nad polską populacją z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych podaje równie wysoki odsetek osób palących [10, 13, 14, 18]. Inni autorzy wykazali, że tylko połowa badanych chorujących na chorobę niedokrwinną kończyn dolnych uznała chorobę za poważną i zidentyfikowała nałóg palenia jako jeden z czynników ryzyka choroby [19]. Niezbędnym jest uświadomienie chorym wpływu nikotynizmu na wystąpienie i przebieg choroby niedokrwiennej oraz udzielenie wsparcia w porzuceniu nałogu, co pozwoli na poprawę procesu terapeutycznego oraz jakości życia.

Większość dorosłych z chorobą niedokrwinną kończyn dolnych ma nadwagę lub otyłość [20]. Potwierdzają to badania Łagody i wsp., w których stwierdzono nadwagę u więcej niż połowy badanych (56%), a otyłość wśród 24% osób, oraz badania Spannbaier i wsp., które wykazały, że 63,5% badanych miało nadwagę [13, 14]. W badaniach własnych odsetek nadwagi oraz otyłości był niższy i wynosił odpowiednio 39% i 19%.

Pacjenci z chorobą niedokrwinną tętnic obwodowych spożywają posiłki o niskiej zawartości składników odżywczych, a dieta jest uboga w owoce i warzywa oraz zawiera dużo cukru, tłuszczów nasyconych i trans oraz przetworzonej żywności [21]. Dieta przeciwniażdżycowa jest jednym z elementów terapii i jest niezbędna w utrzymaniu prawidłowego poziomu cholesterolu we krwi. Badania autorskie wykazały podjadanie badanych między posiłkami, w tym najczęstszą przekąską były słodycze (58,7%), rzadziej owoce (29,8%), a najrzadziej słone przekąski (11,5%). W badaniach Piotrkowskiej i wsp. badani posiadali wiedzę dotyczącą zaleceń dietetycznych i zasad codziennej aktywności fizycznej, niemal 11,4% badanych regularnie stosowało dietę przeciwniażdżycową, zaś 60% osób w ogóle nie

stosowało się do zaleceń dietetycznych [10]. Wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych może zmniejszyć częstość występowania choroby niedokrwiennej kończyn dolnych, a jednocześnie niezbędne jest podjęcie interwencji żywieniowych i kontroli masy ciała u pacjentów z rozpoznaną chorobą.

Brak aktywności fizycznej jest jednym z głównych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej kończyn dolnych [22]. Z badań własnych wynika, że aktywność fizyczną podejmowało 60% badanych, a najczęściej wybieraną formą aktywności był spacer. Wynik ten jest różny od wyników zamieszczonych w pracach innych autorów, w których największą grupę stanowiły osoby nie podejmujące żadnej aktywności fizycznej. We wszystkich badaniach najczęstszą formą aktywności fizycznej był spacer [9, 13, 14]. Podejmowane formy aktywności przez badanych prawdopodobnie wynikały z prostoty tych form. W badaniach Bearne i wsp. dowiedziono, że podejmowanie interwencji polegającej na zmianie zachowań związanych z codziennym chodzeniem przynosi poprawę dystansu już po 3 miesiącach [23]. Nadzorowana terapia ruchowa zapewnia korzyści, a u pacjentów z zaawansowaną chorobą przestrzeganie optymalnej terapii poprawia wyniki i zmniejsza śmiertelność [24]. W badaniach innych autorów wykazano, że im większa wiedza na temat choroby niedokrwiennej kończyn dolnych, tym większa praktyka aktywności fizycznej [19]. Można wnioskować, że chorzy z przewlekłą niedokrwinną chorobą kończyn dolnych wymagają edukacji i wsparcia w podejmowaniu codziennej aktywności fizycznej.

Z analizy badań własnych wynika, że badani, którzy mieli rozpoznane choroby takie, jak nadciśnienie tętnicze oraz hipercholesterolemię osiągnęli wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych niżeli osoby nie cierpiące na te choroby. Wyniki te nie znalazły potwierdzenia w literaturze przedmiotu [9–16].

Pacjenci z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych posiadają deficyty w zakresie ogólnej wiedzy na temat choroby, w tym towarzyszącym czynnikom ryzyka choroby [25]. Rosnąca liczba dowodów wykazała korzyści z obniżania poziomu lipidów, kontroli ciśnienia krwi, leczenia cukrzycy, zaprzestania palenia tytoniu i programów ćwiczeń fizycznych w zakresie poprawy objawów i zmniejszenia częstości występowania powikłań choroby [26].

Ważnym zadaniem jest podniesienie świadomości osób zagrożonych chorobą w kwestii ryzyka występowania powikłań i ich konsekwencjach wpływających na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, a także silna motywacja do podejmowania takich działań poprzez rozumienie konsekwencji zdiagnozowanej już choroby. Dostępne dowody naukowe powinny przyczynić się do ukierunkowania strategii zapobiegania chorobie niedokrwiennej kończyn dolnych, zapewniając lepsze zrozumienie przyczynowych czynników ryzyka choroby.

Wnioski

Zachowania zdrowotne pacjentów kształtowały się ogólnie na niskim poziomie; na najniższym w kategorii praktyk zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. W badanej grupie pacjentów wykryto obciążenie czynnikami ryzyka zachorowania na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. Otrzymane wyniki świadczą o potrzebie wprowadzenia działań prewencyjnych przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych oraz powikłań tego schorzenia.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Thomas H, Diamond J, Vieco A i wsp. Global atlas of cardiovascular disease 2000–2016: the path to prevention and control. *Glob Heart* 2018; 13: 143-163.
2. Song P, Rudan D, Zhu Y i wsp. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e1020-e1030.
3. Noszczyk W. Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 13-55.
4. Szczeklik A, Gajewski P. Interna Szczeklika 2022. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2022, 152-174, 502-558.
5. Shamaki GR, Markson F, Soji-Ayoade D i wsp. Peripheral artery disease: a comprehensive updated review. *Curr Probl Cardiol* 2022; 47: 101082.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. *Pracowania Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2009, 110-116.
7. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310: 2191-2194.
8. Chan KA, Junia A. Lower extremity peripheral artery disease: a basic approach. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020; 81: 1-9.
9. Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 107-114.
10. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Książek J i wsp. Zachowania zdrowotne wśród pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Med Rodz* 2019; 22: 131-135.
11. Mattioli AV, Nasi M, Coppi F i wsp. Relationship between socioeconomic status and asymptomatic peripheral arterial disease: a retrospective study. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2020; 21: 720-721.
12. Pakulska M, Gorzkowicz B. Zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic obwodowych na przykładzie pacjentów oddziału chirurgicznego. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 147-151.
13. Spannbaauer A, Madejczyk M, Chwała M, Berwecki A. 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.
14. Łagoda K, Sierżantowicz R, Dobrenko P, Bachórzewska-Gajewska H. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2018; 1: 27-33.
15. Gardner AW, Montgomery PS, Wang M i wsp. Diet is associated with ankle-brachial index, inflammation, and ambulation in patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2020; 72: 1375-1384.
16. Piotrkowska R, Mędrzycka-Dąbrowska W, Jarzynkowski P i wsp. Nicotine dependence and the level of motivation for ceasing smoking in the case of patients undergoing vascular surgeries versus the optimisation of perioperative care-pilot survey. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 10393.
17. Hoek AG, van Oort S, Elders PJM i wsp. Causal association of cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors with peripheral artery disease: a mendelian randomization approach. *J Am Heart Assoc* 2022; 11: e025644.
18. Kadubowska M, Zielińska K. Analysis of dysfunctions in everyday activities in patients with chronic ischaemia of the lower extremities. *Pielęg Chir Angiol* 2019; 13: 159-165.
19. Pedras S, Oliveira R, Veiga C, Silva I. What do patients know about peripheral arterial disease? A knowledge questionnaire. *Port J Card Thorac Vasc Surg* 2023; 29: 31-41.
20. Sagris M, Kokkinidis DG, Lempesis IG i wsp. Nutrition, dietary habits, and weight management to prevent and treat patients with peripheral artery disease. *Rev Cardiovasc Med* 2020; 21: 565-575.
21. Gardner AW, Montgomery PS, Wang M i wsp. Diet is associated with ankle-brachial index, inflammation, and ambulation in patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2020; 72: 1375-1384.
22. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ i wsp. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2020; 141: e139-e596.
23. Bearne LM, Volkmer B, Peacock J i wsp. Effect of a home-based, walking exercise behavior change intervention vs usual care on walking in adults with peripheral artery disease: the MOSAIC randomized clinical trial. *JAMA* 2022; 327: 1344-1355.
24. Dittman JM, Amendola MF, Lavingia KS. Medical optimization of the peripheral artery disease patient. *Semin Vasc Surg* 2022; 35: 113-123.
25. Byskosh N, Pamulapati V, Xu S i wsp. Identifying gaps in disease knowledge among patients with peripheral artery disease. *J Vasc Surg* 2022; 75: 1358-1368.e5.
26. Bhagirath VC, Nash D, Wan D i wsp. Building your peripheral artery disease toolkit: medical management of peripheral artery disease in 2022. *Can J Cardiol* 2022; 38: 634-644.