

Ocena sprawności funkcjonalnej chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem goleni

Evaluation of functional activity of patients with chronic venous insufficiency and leg ulcer

MARIA T. SZEWCZYK¹, ARKADIUSZ JAWIEŃ², KATARZYNA CIERZNIAKOWSKA¹, JUSTYNA CWAJDA¹, KORNELIA KĘDZIORA-KORNATOWSKA³, PAULINA MOŚCICKA², ILONA GRZESZAK³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, p.o. kierownika Zakładu dr med. Maria T. Szewczyk

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Poradnia Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, kierownik Katedry prof. zw. dr hab. med. Arkadiusz Jawień

³Katedra i Klinika Geriatrii, Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, kierownik Katedry dr hab. med. Kornelia Kędzióra-Kornatowska, prof. UMK

Abstract

The aim of the study was to evaluate an activity of elderly patients in aspect of everyday functioning. The influence of chronic venous insufficiency and its complications on the degree of independence of patients treated due to leg ulcer was assessed

Material and methods: Study was conducted in 2004 and 2005 among 76 patients treated in Venous Leg Ulcer Outpatient Clinic of Chair and Clinic of Surgery and patients hospitalized in Chair and Clinic of Geriatrics – Medical University in Bydgoszcz. Mean age of patients was 73,9 years ($\pm 8,51$). Patients were divided into two groups – with and without ulcers. Activity of patients in aspect of basic everyday functions was assessed. Measurement tool was ADL scale (Activity of Daily Living), third part of EASY-Care (Elderly Assessment System) questionnaire.

Results: Mean scores and medians of both groups confirmed the existence of significant differences – mean score of patients with ulcer was 19 points higher ($p < 0,05$) than patients without ulcers.

Conclusion: Chronic venous insufficiency and its terminal state – venous ulcer significantly worsen activity of patients in aspect of everyday living.

Key words: ADL-EASY Care, functional activity, venous ulcer, chronic venous insufficiency, everyday living

Streszczenie

Celem pracy była ocena sprawności chorych w podeszłym wieku w zakresie wykonywania czynności życia codziennego. Badano wpływ przewlekłej niewydolności żylną i jej powikłań na stopień samodzielności chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu owrzodzenia goleni.

Materiał i metody: Badania prowadzono w 2004 i 2005 r. wśród 76 chorych z owrzodzeniem żylnym znajdujących pod opieką Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej (PŁOŻ KiKChO) oraz chorych hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii (KiKG) CM UMK w Bydgoszczy. Średnia wieku badanych wynosiła 73,9 lat ($\pm 8,51$). Chorych podzielono na 2 grupy, w zależności od obecności owrzodzenia. Oceniano sprawność chorych w zakresie podstawowych czynności życiowych dnia codziennego. Narzędzie badawcze stanowiła skala ADL (Activity of Daily Living), III zasadnicza część kwestionariusza ankiety EASY-Care (Elderly Assessment System).

Wyniki: Średnie wartości punktowe i wartości mediany obu grup potwierdzają występowanie znamienych różnic międzygrupowych – średnia punktów uzyskanych w grupie chorych z owrzodzeniem była o ponad 19 pkt wyższa ($p < 0,05$) od średniej punktów uzyskanych przez chorych bez owrzodzenia.

Wnioski: Przewlekła niewydolność żylna i jej końcowe stadium w postaci owrzodzenia znacznie obniżają aktywność funkcjonalną chorych w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Adres do korespondencji: dr med. Maria T. Szewczyk, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 3 71 16 00 w. 232, 256, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

Słowa kluczowe: ADL-EASY Care, aktywność funkcjonalna, owrzodzenie żylna, przewlekła niewydolność żylna, życie codzienne.

(PDiA 2005; XXII, 6: 265–270)

Wprowadzenie

Skupiając uwagę na chorych, najczęściej odwołujemy się do chorób bezpośrednio zagrażających życiu zapominając, że przyczyną niesprawności i znacznego pogorszenia jakości życia są przede wszystkim choroby przewlekłe i postępujące. Przewlekła niewydolność żylna, z powodu powikłań do jakich może prowadzić, ogranicza wydolność czynnościową osób starszych i zwiększa ryzyko niesprawności. Zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem [1, 2]. W naczyniach żylnych proces starzenia prowadzi do znacznego osłabienia ściany naczynia, spadku jego elastyczności i większej podatności na rozciąganie. Sprzyja niewydolności zastawek żylnych i patologicznemu, wstecznemu przepływowi krwi. Współistniejące dysfunkcje układu kostno-stawowego (które wcale nie należą do rzadkości), atrofia i zaniki mięśniowe składające się na niewydolność pompy łydkowej predysponują do utrwalania i nasilania patologii żylnych [3]. Prowadzą do rozwoju nadciśnienia hydrostatycznego, które oddziałując w obrębie mikrokrążenia, staje się przyczyną zmian troficznych i zapalnych tkanek. Niedostateczna perfuzja krwi i przewlekłe zapalenie narusza barierę ochronną skóry, stając się przyczyną jej uszkodzenia i rozwoju owrzodzenia. Początkowo *niegroźny* obrzęk, z czasem przyjmuje ogromne rozmiary i ulega utrwaleniu. Pozanaczyniowa obecność osocza, a często również elementów morfotycznych krwi oraz towarzysząca im aktywność mediatorów zapalenia stymuluje fibroblasty do nadprodukcji kolagenu i włóknienia tkanek. Powstaje stwardnienie tłuszczowo-skórne – lipodermatoskleroza, na podłożu której powstaje rana przewlekła [1–4]. Zaniki mięśniowe – jeśli nie stanowiły składowej pierwotnych przyczyn niewydolności – pojawiają się wtórnie wskutek ograniczonej mobilności i aktywności fizycznej chorych z owrzodzeniem. Nakładają się na zapalenie i zniekształcenia kostno-stawowe ograniczające zakres ruchów

i tym samym nasilające niesprawność chorego [3]. Ponadto zmiany skórne same w sobie stają się przyczyną zaburzeń psychospołecznych i obniżonej jakości życia. Stan skóry, największego ludzkiego organu, pełni nie tylko ważne funkcje biologiczne, ale i komunikacyjne w życiu człowieka. Mimo że jej naruszenie rzadko wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem i utratą życia, rozległe uszkodzenie powierzchniowych tkanek i obecność owrzodzenia zmienia obraz samego siebie, wywołuje przykre i uciążliwe dolegliwości [4–6].

Celem pracy była ocena sprawności chorych w podeszłym wieku w zakresie wykonywania czynności życia codziennego. Badano wpływ przewlekłej niewydolności żylnych i jej powikłań na stopień samodzielności chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu owrzodzenia goleni.

Material i metody

Badania prowadzono w 2004 i 2005 r. wśród 76 chorych z owrzodzeniem żylnym, znajdujących pod opieką Poradni Leczenia Owrzodzeń Żylnych Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej (PLOŻ KiKChO) oraz chorych hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii (KiKG) CM UMK w Bydgoszczy. Średnia wieku badanych wynosiła 73,9 roku ($\pm 8,51$). Chorych podzielono na 2 grupy, w zależności od obecności owrzodzenia. Pierwszą grupę stanowiło 37 chorych z owrzodzeniem goleni (pacjenci PLOŻ KiKChO). W drugiej grupie znajdowało się 39 chorych bez owrzodzenia (pacjenci KiKG). Charakterystykę poszczególnych grup przedstawiono w tab. 1. Występujące różnice w rozkładzie cech demograficznych – płci i wieku, nie miały znaczenia statystycznego. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy na przeprowadzenie niniejszych badań.

Oceniano sprawność chorych w zakresie podstawowych czynności i aktywności życiowych dnia codzienne-

Tab. 1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

Grupa chorych		Ogółem	Chorzy z owrzodzeniem	Chorzy bez owrzodzenia
kobiety	N (%)	46 (60,5%)	25 (67,57%)	21 (53,8%)
	średnia wieku (\pm SD)	73,15	69,60 \pm 8,06 Me=69	77,38 \pm 8,48 Me=78,5
mężczyźni	N (%)	30 (39,5%)	12 (32,43%)	18 (46,1)
	średnia wieku (\pm SD)	75	72,08 \pm 8,67 Me=73	76,84 \pm 6,06 Me=75
razem	N (%)	76 (100%)	37 (48,7%)	39 (51,3%)
	średnia wieku (\pm SD)	73,90 \pm 8,51 Me=75	70,41 \pm 8,23 Me=70	77,13 \pm 7,44 Me=77

go (w tym m.in. ubieranie się, spożywanie posiłków, przemieszczanie się, korzystanie z toalety i utrzymanie higieny osobistej) oraz czynności instrumentalnych, niezbędnych do samodzielnego bytowania w środowisku (robienie zakupów, wykonywanie prac domowych, posługiwanie się pieniędzmi, przygotowywanie posiłków, korzystanie ze środków transportu). W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowiła zasadnicza, III część kwestionariusza ankiety EASY-Care (*Elderly Assessment System*) 1997–8 [7, 8], przeznaczona do oceny sprawności chorych w starszym wieku w zakresie wykonywania ww. czynności – tzw. skala ADL (*Activity of Daily Living*). Kwestionariusz składa się z 17 pytań i przypisanych im wariantów odpowiedzi wraz z punktacją. Suma zebranych wartości punktowych stanowiła podstawę wnioskowania o stopniu sprawności badanych osób. Minimalna liczba uzyskanych punktów – 0, wskazywała na pełną sprawność chorego w obszarach objętych badaniem. Wyższa punktacja oznaczała większy stopień niesprawności i występowanie ograniczeń funkcjonalno-czynnościowych. Maksymalnie chory badany testem ADL, mógł uzyskać 100 pkt, odpowiadających najwyższemu stopniowi niesprawności.

Wyniki badań opracowano w oparciu o metody statystyczne, wyznaczono podstawowe statystyki opisowe – wartości średnie (\bar{X}), odchylenie standardowe (SD) i medianę (Me). Przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi z podziałem chorych na 2 grupy – z owrzodzeniami i bez owrzodzeń goleni. W celu porównania zmiennych mierzalnych zastosowano test t-Studenta dla par niepowiązanych. W analizie korelacji zmiennych zależnych testowano hipotezę o niezależności sklasyfikowanych cech jakościowych – nieparametryczny test Pearsona χ^2 (porównanie częstości wyboru poszczególnych wariantów odpowiedzi w obu badanych grupach). Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Wartości punktowe wyników końcowych testu ADL u wszystkich chorych łącznie wynosiły od 0 do 74 pkt, średnio 15 pkt. Obserwowano duże zróżnicowanie stop-

nia sprawności chorych ocenianych wg parametrów skali – potwierdza to wysoka wartość odchylenia standardowego (SD=22,1) i duża różnica pomiędzy średnią a wartością mediany (Me=5). Połowa badanych (tj. 39 chorych) prezentowała wysoki stopień sprawności, ≤ 5 pkt, w tym 23 osoby (30,26%) uzyskały wynik 0 pkt, wskazujący na pełną samodzielność w wykonywaniu czynności badanych testem ADL. Pozostali chorzy byli mniej sprawni – rozkład uzyskanych przez nich wartości punktowych przedstawiono w tab. 2.

Wyższy poziom sprawności czynnościowej części obserwowano u chorych bez owrzodzenia. Wynik końcowy poniżej wartości mediany (≤ 5 pkt) uzyskało 72% badanych z grupy chorych bez owrzodzenia. Całkowitą sprawność ocenianą wg parametrów skali ADL wykazywało 38,5% tejże grupy. U chorych z owrzodzeniem omawiane wartości przedstawiały się następująco: 29,7% chorych uzyskało wynik ≤ 5 pkt i 21,6% chorych uzyskało wynik końcowy 0 pkt. Średnie wartości punktowe i wartości mediany obu grup potwierdzają występowanie znamienych różnic międzygrupowych – średnia punktów uzyskanych w grupie chorych z owrzodzeniem była o ponad 19 pkt wyższa od średniej punktów uzyskanych przez chorych bez owrzodzenia. Różnice są istotne statystycznie przy $p < 0,05$.

Najmniej problemów sprawiało chorym samodzielne wykonywanie czynności związanych z troską o wygląd zewnętrzny, poruszanie się w obrębie własnego mieszkania, przemieszczanie się z łóżka na fotel, korzystanie z toalety i samodzielne spożywanie posiłków (pytania nr 8., 10., 11., 17.). Ponad 80% chorych nie potrzebowało w tym zakresie pomocy innych osób i nie wymagało konieczności stosowania urządzeń pomocniczych. Ponad 70% chorych nie zgłaszało problemów również w zakresie zagadnień opisanych kolejno w pytaniach nr 5., 6. 12.–14. i 16. Różnice międzygrupowe dotyczyły kilku kwestii. Najwyraźniej zaznaczyły się w pytaniach 5., 6., 13., 14. i 16., w których chorzy bez owrzodzenia prawie 2 razy częściej wybierali odpowiedzi wskazujące na ich większą sprawność i zdolność samodzielnego ubierania się, korzystania z wanny lub prysznica, korzystania z telefonu, przyjmowania leków oraz regularnego wypróż-

Tab. 2. Analiza średnich wartości punktowych testu ADL u chorych podzielonych ze względu na płeć i obecność owrzodzenia

Grupa chorych	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Bez owrzodzenia	Z owrzodzeniem
N (%)	76 (100%)	30 (39,5%)	46 (60,5%)	39 (52,3%)	37 (48,7%)
$\bar{X} \pm SD$	15,00 \pm 22,10 Me=5	11,10 \pm 20,31 Me=2	17,54 \pm 23,06 Me=9	5,64 \pm 11,70 Me=1	24,86 \pm 26,05 Me=15
CI (test t-Studenta dla $p < 0,05$)	9,95–20,05	3,53–18,67	9,81–25,28	1,32–9,96	16,19–33,54
Statystyka testu U Manna-Whitney'a (standaryzowana wartość rozkładu normalnego Z)		Z=1,77; NS		Z=3,37; $p < 0,05$	

niania się. Najniższą wartość punktową (0 pkt), przypisaną odpowiedzi A, uzyskało tu aż 94,8–97,4% chorych znajdujących się w grupie KiKG i tylko 51,3–56,7% chorych z grupy PŁOZ KiKChO. Równie wysoki odsetek (>90%) chorych bez owrzodzenia charakteryzował się pełną sprawnością w zakresie czynności opisanych kolejno w pytaniach 10., 11., 15. i 17. Chorzy z owrzodzeniem znacznie rzadziej udzielali tu odpowiedzi za 0 pkt. Różnice były statystycznie znamienne przy $p < 0,05$.

Tylko 36,8% wszystkich chorych samodzielnie wykonywało większość prac domowych, także ciężkich, jak np. mycie podłogi oraz chodzenie po zakupy (pytania nr 1. i 3.). Pełną sprawność wykazywało tu odpowiednio 41,03% i 71,8% chorych z KiKG oraz 52,3% i 32,4% chorych z PŁOZ KiKChO. Podobnie jak chodzenie po schodach i poruszanie się poza domem (pytania nr 7. i 9.) były to aktywności, w obszarze których nie stwierdzono zależności statystycznych związanych z wyborem odpowiedzi za 0 pkt. Różnice dotyczyły wyboru odpowiedzi wyżej punktowanych – odp. B i C. Chorzy z owrzodzeniem 2 razy częściej wymagali pomocy podczas chodzenia poza domem (pyt. nr 7.), częściej zgłaszali też niezdolność do wykonywania większości prac domowych (pyt. nr 1.). Ponadto prawie 50% chorych z owrzodzeniem wymagało wsparcia i nadzoru innych osób w czasie kąpieli/prysznic. Znacznie częściej potrzebowali pomocy podczas ubierania się, korzystania z telefonu i przyjmowania leków (dot. odpowiedzi B w pyt. nr 5., 6., 14., 16.), wymagali asekuracji w czasie korzystania z toalety i przemieszczania się z łóżka na fotel (pyt. nr 10., 11.). Większej liczby chorych dotyczyły przypadki nietrzymania moczu i stolca, braku umiejętności samodzielnego spożywania posiłków i rozporządzania własnymi pieniędzmi (dot. odp. C w pyt. nr 4., 12., 13. i 17.).

Nie stwierdzono znamienych statystycznie zależności w dokonywaniu wyboru poszczególnych odpowiedzi ze względu na płeć chorych.

Omówienie wyników

Leczenie i opieka nad chorym z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem goleni zazwyczaj skupiają się na fizjopatologii schorzenia – czynników etiologicznych odpowiedzialnych za rozwój niewydolności i zmian w mikrokrążeniu przyczyniających się do destrukcji tkanek. Konsekwencje choroby i jej powikłań traktuje się z mniejszą uwagą. Philips i wsp. wykazali, że problemy związane z obecnością owrzodzenia miały istotne znaczenie dla chorych, nie były jednak dostrzegane ani rozpoznawane przez klinicystów i osoby sprawujące nad nimi opiekę [9]. Tymczasem obecność zaburzeń troficznych skóry, sącząca i brzydko pachnąca rana, mogą rutować na codzienne funkcjonowanie chorego w jego własnym środowisku. Mogą ograniczać sprawność fizyczną i sto-

pień samodzielności chorych, którzy borykają się z uporczywymi objawami, dolegliwościami bólowymi, a w zaawansowanej postaci choroby cierpią również z powodu zmian zapalnych i zwyrodnieniowych innych tkanek [10–12]. Nieprawidłowości układu kostno-stawowego, z czasem pojawiające się u wielu chorych, powodują jego dysfunkcję i dodatkowo ograniczają mobilność. Zmuszają chorych do mniejszej aktywności fizycznej i – w wielu czynnościach codziennego życia – uzależniają ich od innych osób. W literaturze przedmiotu często podkreśla się wpływ przewlekłej niewydolności żylną na występowanie ograniczeń funkcjonalnych [3, 12–14]. Mówi się o trudnościach związanych z poruszaniem – mniejszą niż w populacji osób zdrowych mobilnością oraz obecności ograniczeń i konieczności stosowania urządzeń pomocniczych podczas chodzenia [7, 15, 16]. Według Alexandra podobne problemy dotyczą ok. 8–19% osób starszych chorujących na przewlekłą niewydolność żylną [12]. Moffatt i Harper podkreślają ponadto, że obecność owrzodzenia goleni może utrudniać wykonywanie także prostych, codziennych czynności, np. utrzymanie higieny – mycie się i kąpiel (problemy zgłaszało 90% chorych), ubieranie się (pomocy wymagało 82% badanych) i dopasowanie odpowiedniego obuwia (problem dotyczył 78% chorych) [16].

Wyniki badań własnych wskazują na podobne zależności. Chorzy z owrzodzeniem charakteryzowali się większym upośledzeniem sprawności aniżeli chorzy bez owrzodzenia. Częściej wymagali asekuracji innych osób podczas ubierania się i korzystania z wanny lub prysznic. Z pomocy korzystali też w czasie przemieszczania się z łóżka na fotel, korzystania z toalety, poruszania się poza domem i chodzenia po schodach. Niezdolność samodzielnego wykonywania ciężkich prac domowych dotyczyła głównie tej grupy chorych, co wskazuje na ich większą niesprawność i ograniczenia powstałe na skutek choroby. Długotrwały wpływ czynników przyczynowych – tu: nadciśnienia żylnego, może prowadzić do takich zmian funkcjonalnych i czynnościowych, które zmniejszają samodzielność chorych i uzależniają ich od innych osób. Alexander twierdzi, że daleko posunięte zmiany mogą przyczyniać się również do umieszczenia chorego w domu pomocy społecznej i objęcia go opieką zinstytucjonalizowaną, gdy nie może otrzymać jej od rodziny [12]. Dotyczy to głównie osób starszych, u których patologie obwodowego układu żylnego i owrzodzenia goleni występują znacznie częściej. Chorzy ci ze względu na wiek i towarzyszące mu wieloukładowe zaburzenia obciążeni są – niezależnie od owrzodzenia – innymi problemami zdrowotnymi [17]. Dotykają ich często stany zapalne otaczającej ranę skóry, dysfunkcje i zmiany wsteczne wszystkich narządów i układów, same w sobie ograniczające sprawność i zmniejszające zdolność chorego do radzenia sobie z różnymi czynnościami życiowymi. Przejawem te-

Tab. 3. Porównanie rozkładu wartości punktowych trzech wariantów odpowiedzi chorych bez i z owrzodzeniem wg kwestionariusza EASY-Care

Nr pyt.	Wariant odpowiedzi A*						Wariant odpowiedzi B*						Wariant odpowiedzi C*								
	Ogółem (n=77)		KiKG – chorzy bez owrzodzenia (n=39)		PŁOŻ KiKChO – chorzy z owrzodzeniem (n=37)		Ogółem (n=77)		KiKG – chorzy bez owrzodzenia (n=39)		PŁOŻ KiKChO – chorzy z owrzodzeniem (n=37)		Ogółem (n=77)		KiKG – chorzy bez owrzodzenia (n=39)		PŁOŻ KiKChO – chorzy z owrzodzeniem (n=37)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1.	28	36,84	16	41,03	12	32,43	NS	41	53,95	22	56,41	19	51,35	NS	7	9,21	1	2,56	6	16,22	4,38
2.	53	69,74	32	82,05	21	56,76	4,84	17	22,37	6	15,38	11	29,73	NS	6	7,89	1	2,56	5	13,51	NS
3.	47	61,84	28	71,79	19	51,35	NS	24	31,58	10	25,64	14	37,84	NS	5	6,58	1	2,56	4	10,81	NS
4.	51	67,11	33	84,62	18	48,65	9,85	20	26,32	6	15,38	14	37,84	10,14	5	6,58	0	0,00	5	13,51	5,78
5.	58	76,32	37	94,87	21	56,76	13,21	16	21,05	1	2,56	15	40,54	16,90	2	2,63	1	2,56	1	2,70	NS
6.	58	76,32	37	94,87	21	56,76	13,21	18	23,68	2	5,13	16	43,24	15,69	0	0,00	0	0,00	0	0,00	NS
7.	50	65,79	30	76,92	20	54,05	NS	25	32,89	8	20,51	17	45,95	9,63	1	1,32	1	2,56	0	0,00	NS
8.	67	88,16	38	97,44	29	78,38	4,70	5	6,58	0	0,00	5	13,51	5,78	4	5,26	1	2,56	3	8,11	NS
9.	55	72,37	31	79,49	24	64,86	NS	20	26,32	7	17,95	13	35,14	NS	1	1,32	1	2,56	0	0,00	NS
10.	65	85,53	38	97,44	27	72,97	7,09	9	11,84	0	0,00	9	24,32	11,02	2	2,63	1	2,56	1	2,70	NS
11.	65	85,53	38	97,44	27	72,97	7,09	10	13,16	0	0,00	10	27,03	12,42	1	1,32	1	2,56	0	0,00	NS
12.	55	72,37	35	89,74	20	54,05	10,5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	xxx	21	27,63	4	10,26	17	45,95	18,44
13.	57	75,00	38	97,44	19	51,35	19,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	xxx	19	25,00	1	2,56	18	48,65	9,91
14.	55	72,37	36	92,31	19	51,35	14,09	21	27,63	3	7,69	18	48,65	16,41	X	X	X	X	X	X	XX
15.	68	89,47	39	100,00	21	72,41	9,33	8	11,76	0	0,00	8	27,59	10,75	X	X	X	X	X	X	XX
16.	57	75,00	38	97,44	19	51,35	16,9	15	19,7	1	2,56	14	37,84	16,41	4	5,3	0	0,00	4	10,81	NS
17.	65	85,53	38	97,44	27	72,97	7,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	xxx	11	14,47	1	2,56	10	27,03	5,38

*A, B, C – oznaczają kolejne warianty odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu; w pytaniach zawierających więcej niż 3 możliwe odpowiedzi obserwowano pewną prawidłowość – chorzy dokonywali wyboru tylko 3 z kilku możliwych odpowiedzi, stąd w pytaniu 8. A=0 pkt, B=5 pkt, C=7 pkt (żaden z chorych nie udzielił odpowiedzi za 4 i za 9 pkt), w pytaniu 10. A=0 pkt, B=4 pkt, C=6 pkt (żaden z chorych nie dokonał wyboru odpowiedzi za 7 pkt); pytania 14. i 15. zawierają tylko 2 warianty odpowiedzi do wyboru, które kolejno oznaczono jako A i B

go są także typowe dla podeszłego wieku upośledzenia. Obejmują m.in. zaburzenia poruszania się, upadki i zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upośledzenie sprawności intelektualnej i równowagi psychicznej oraz dysfunkcje narządów zmysłów, głównie wzroku i słuchu [15]. Są one także przyczyną mniejszej sprawności czynnościowej, którą każda choroba, zwłaszcza przewlekła, może nasilać. Fakt ten sprawia, że zaburzenia funkcjonalne diagnozowane u chorych z PNŻ i owrzodzeniem wynikają nie tylko z zaburzeń naczyniowych i nadciśnienia żylnego, lecz również ze zmian wstecznych postępujących wraz z wiekiem. Stąd pojawiające się zaburzenia czynności zwieraczy – nietrzymanie moczu i stolca oraz konieczność wspierania chorych i nadzorowania ich w czasie przyjmowania leków, korzystania z telefonu czy rozporządzania pieniędzmi. Stąd również ograniczenia występujące u chorych znajdujących się w grupie bez owrzodzeń, gdzie średnia wieku wynosząca 77,13 roku sugeruje wpływ wieku na stopień sprawności chorych. W badaniu Tobiasz-Adamczyk i Brzyskiego ryzyko znacznego spadku aktywności funkcjonalnej wzrastało wraz z wiekiem – wskaźnik sprawności funkcjonalnej ADL chorych poddanych 12-letniej obserwacji zmniejszył się istotnie z 9,33 do 7,53 pkt i tym samym potwierdził zmiany charakteryzujące proces starzenia się i jego następstwa. Chorzy wymagali pomocy podczas kąpieli/prysznic i poruszania się poza domem [18]. Według Bień i wsp. najwyższe w hierarchii problemów funkcjonalnych osób starszych znajdują się problemy z wykonywaniem ciężkich prac domowych, robieniem zakupów i poruszaniem się poza domem, przygotowaniem posiłków, kąpielą i rozporządzaniem swoimi pieniędzmi. Tylko co 5. osoba uczestnicząca w badaniu Bień cieszyła się pełną sprawnością i możliwością samodzielnej realizacji podstawowych czynności dnia codziennego [19].

Niezależność funkcjonalna i zdolność do samodzielnego wykonywania większości codziennych zadań i czynności zależy od wieku chorego i związanych z nim zaburzeń strukturalnych i czynnościowych organizmu. Mimo że są one naturalną, wpisaną w dynamikę procesu starzenia konsekwencją zmian inwolucyjnych, stopień niesprawności chorego może ulec obniżeniu wraz z utrzymującą się w czasie chorobą przewlekłą. Przewlekła niewydolność żylna i towarzyszące jej owrzodzenie powodują dysfunkcje narządowe, głównie narządu ruchu, które znacznie upośledzają sprawność funkcjonalną chorych i w wieku czynnościach uzależniają ich od innych osób.

Wnioski

1. Występowanie zaburzeń funkcjonalnych i ograniczenie sprawności w czynnościach codziennego życia stanowi poważny problem populacji osób starszych, zwłaszcza chorujących przewlekle.

2. Przewlekła niewydolność żylna i jej końcowe stadium w postaci owrzodzenia znacznie obniżają aktywność funkcjonalną chorych w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.
3. Poziom aktywności funkcjonalnej u kobiet i mężczyzn w obu grupach chorych był podobny.

Piśmiennictwo

1. Jawień A, Grzela T, Ochwat A: Prevalence of chronic venous insufficiency (CVI) in men and women of Poland. Multicenter cross-sectional study of 40095 patients. *Phlebology* 2003; 3: 110-22.
2. Harris AH, Brown-Etris M, Troyer-Caudle J: Managing vascular leg ulcers: part I: assessment. *Am J Nurs* 1996; 1: 38-44.
3. Orsted HL, Radke L, Gorst R: The impact of musculoskeletal changes on the dynamics of the calf muscle pump. *Ostomy/Wound Management* 2001; 47: 18-24.
4. Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda J: Zaburzenia integralności skóry u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem. *Post Dermat Alergol* 2005; 22: 141-7.
5. Szewczyk MT, Jawień A, Hildebrandt Z: Subiektywne postrzeganie stanu zdrowia chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Część I. *Przeegl Flebol* 2005; 13: 175-81.
6. Szewczyk MT, Jawień A, Hildebrandt Z: Problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Psychospołeczne konsekwencje choroby. Część II. *Przeegl Flebol* 2005; 3: 183-91.
7. Bień B, Wojszel BZ, Wilmańska J i wsp.: Kwestionariusz EASY-Care: założenia i metodologia badań. *Gerontol Pol* 1999; 2: 37-41.
8. Wojszel BZ: Instrumenty pełnej oceny geriatrycznej – zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol* 1997; 1: 48-56.
9. Philips T, Stanton B, Provan A, Lew R: A study on the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social and psychological implications. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 49-53.
10. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, et al.: Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Am Acad Dermatol* 2001; 44: 401-21.
11. Horowitz D, Jonem-Putnam J: Psychological aspects in patients with chronic wounds. In: Rudolph R, Noe JM (eds). *Chronic Problem Wounds*. Little, Brown and Company, Boston, 1983; 165-72.
12. Alexander NB: Gait disorders in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 434-51.
13. Walshe C: Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1092-100.
14. Graham ID, Harrison MB, Shafey M, et al.: Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. *Can Fam Physician* 2003; 49: 896-902.
15. Wojszel B, Bień B: Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontol Pol* 2001; 2: 32-38.
16. Moffatt CJ, Harper P: *Leg ulcers*. Churchill Livingstone, London, 1997.
17. Brown A: Social isolation and the management of leg ulceration JCN. www.jcn.co.uk; online *J Communit Nursing* 2003; 02.
18. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P: Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji. *Gerontol Pol* 2001; 10: 23-9.
19. Bień B, Wojszel BZ, Wilmańska J, et al. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontol Pol* 1999; 2: 42-7.