

PERCEPCJA BÓLU U CHORYCH Z PRZEWLEKŁYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH

Perception of pain in patients with chronic limb ischemia



Danuta Ponczek, Katarzyna Piotrowska, Mirosława Felsmann, Marzena Humańska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 1: 13-19

Praca wpłynęła: 9.08.2011; przyjęto do druku: 29.12.2011

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Danuta Ponczek**, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: am.danuta@wp.pl

Streszczenie

Cel pracy: Analiza i ocena bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 59 chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy. W badaniu wzięły udział osoby dorosłe, które wyraziły pisemną zgodę. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza danych osobowych własnej konstrukcji, *Skali oceny bólu Barbary Headley* oraz zmodyfikowanego *Kwestionariusza oceny bólu McGill-Melzacka*.

Wyniki: Około 2/3 badanych swoje zdrowie oceniało na poziomie średnim. Mimo że radzą sobie przeciętnie w życiu codziennym, musieli zmienić swoje dotychczasowe obowiązki w pracy. Ponad połowa ankietowanych, mimo dość młodego wieku, była na emeryturze lub rencie. Badani wykazywali małą aktywność, mieli kłopoty z chodzeniem, a towarzyszący ból był dokuczliwy i niepokojący.

Wnioski: Respondenci mieli problem z wykonaniem niektórych czynności domowych, ból powodował utratę kontroli nad częścią ich życia. Ponad połowa respondentów nie potrafiła kontrolować swojego bólu, dlatego przyjmowała środki przeciwbólowe. Analiza korelacyjna nie wykazała znaczących statystycznie zależności pomiędzy bólem a płcią, wiekiem i wykonaniem zabiegu rewaskularyzacji.

Słowa kluczowe: przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych, ból przewlekły, miażdżycę tętnic kończyn dolnych.

Summary

Aim of study: The analysis and evaluation of pain in patients with chronic limb ischemia.

Material and methods: The research was conducted among 59 patients with chronic limb ischemia at the Surgery Department and Clinic of Antoni Jurasz Hospital University no. 1 in Bydgoszcz. The research group comprised only adults who gave their written approval for participation in the research. The research was conducted by applying a diagnostic poll method with the use of personal data questionnaire prepared by the author, the Pain Assessment Scale by Barbara Headley and a modified Pain Assessment Form (Pain Questionnaire by McGill-Melzack.)

Results: Approximately 2/3 of the subjects estimate their health as average. Despite they manage in their normal life on average, they had to change their previous duties at work. More than half of people who took part in the survey are pensioners though they are still young. The subjects showed little activity, had some problems with walking and the pain was getting worse and worse, which is alarming.

Conclusions: The respondents also have some problems with doing simple housework and due to pain they lose control of their lives. More than half of respondents cannot control their pain and this is why they are taking pain killers. The correlation analysis did not show any statistically significant correlation between pain and sex, age or revascularization.

Key words: chronic limb ischemia, chronic pain, atherosclerosis of lower limbs.

Wstęp

Wraz ze starzeniem się populacji wzrasta częstość występowania miażdżycy kończyn dolnych. Ryzyko zawału serca, udaru mózgu lub przedwczesnego zgonu także jest w tej grupie znacznie większe. Obserwujemy zachorowalność rzędu 1000 pacjentów na 1 milion mieszkań-

ców oraz 40-procentowy wzrost hospitalizacji z powodu miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych. Leczeniem obejmowani są coraz młodsi pacjenci w przedziale wiekowym 40–59 lat. Kobiety przed menopauzą chorują rzadziej niż mężczyźni, lecz po 70. roku życia zachorowalność jest równa u obu płci [1].

Umieralność chorych z bezobjawową miażdżycą tętnic kończyn dolnych jest 2–3-krotnie większa, a osób z objawową miażdżycą 4–7-krotnie niż w porównywalnej pod względem wieku populacji bez miażdżycy. Bezpośrednie powikłania miażdżycy tętnic kończyn dolnych rzadko stanowią przyczynę zgonu. Ze względu na dużą umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych u osób z miażdżycą tętnic kończyn konieczna jest wielokierunkowa profilaktyka [2].

Jednym z pierwszych objawów jest zmiana ocieplenia nóg. Chora noga staje się chłodniejsza od zdrowej przy zachowanej temperaturze otoczenia. Ochłodzeniu skóry może towarzyszyć uczucie kłucia, mrowienia i drętwienia, szczególnie w obrębie palców stóp [3].

Kolejnym poważnym objawem jest chromanie przestankowe i ból spoczynkowy. Wystąpienie tych dolegliwości powoduje zaniepokojenie u chorego i zgłoszenie się do lekarza specjalisty. Ból występujący podczas chodzenia jest najczęściej umiejscowiony w goleni, rzadziej w pośladkach, co powoduje, że chory musi się zatrzymać i odpocząć. Po odpoczynku pacjent może iść dalej, aż do momentu ponownego wystąpienia bólu. Czasami chorzy uskarżają się na kurcze lub silne zmęczenie kończyn. Zdarza się, że dominującym objawem zmuszającym do zatrzymania się jest drętwienie stopy [4, 5]. Ból spoczynkowy ujawnia się wtedy, gdy dopływ krwi do kończyn nie odpowiada intensywności przemiany materii nawet w spoczynku. Początkowo chorzy odczuwają drętwienie palców, które ustępuje podczas masowania. Później pojawia się ból obejmujący palce, stopę i goleń. Ból występuje zwykle nocą, gdy pacjent leży płasko, ustępuje po opuszczeniu kończyny. Chorzy całą noc spędzają w pozycji siedzącej, co powoduje obrzęk stóp i goleni, płyn obrzękowy uciska naczynia mikrokrążenia, jeszcze bardziej pogarszając ukrwienie tkanek. W późniejszym okresie choroby ból nie ustępuje nawet po opuszczeniu kończyny i zastosowaniu opioidów. Często dochodzi do trwałego przykurczu w stawie kolanowym oraz fizycznego i psychicznego wyczerpania chorego [4]. Rokowanie pacjentów z bólami spoczynkowymi jest znacznie gorsze niż w wypadku chromania przestankowego. Brak snu i nieustanny ból prowadzą często do zaburzeń osobowości chorego, co obserwuje się zwłaszcza u osób w podeszłym wieku. Jeżeli nie podejmuje się leczenia, u niemal 50% pacjentów z bólami spoczynkowymi zachodzi konieczność amputacji kończyny [6].

Cel pracy

Celem pracy była analiza percepcji bólu występującego u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. W badaniu poszukiwano odpowiedzi na pytania: Jak chorzy określają swoje odczucia bólowe za pomocą *Kwestionariusza oceny bólu McGill-Melzacka*? Jak ból zaburza codzienne funkcjonowanie na podstawie *Skali oce-*

ny bólu wg Barbary Headley? Jaka występuje korelacja wybranych danych socjodemograficznych w odniesieniu do powyższych zmiennych?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 59 chorych leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, którzy wyrazili pisemną zgodę na udział w nich. Badania przeprowadzono w okresie od lutego do sierpnia 2010 r., po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 37/2010). Badaną grupę stanowili chorzy w II stadium niedokrwienia wg skali Fontaine'a, którzy byli leczeni zachowawczo bądź operacyjnie.

Badania przeprowadzono za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy, tj. *Kwestionariusza oceny bólu McGill-Melzacka*, który umożliwiał pomiar natężenia bólu, opierając się na słowach, które najlepiej określały aktualne odczucia [7], *Skali oceny bólu wg Barbary Headley* ukazującej, jak ból zaburza funkcjonowanie w życiu codziennym, oraz kwestionariusza danych osobowych własnej konstrukcji, który zawierał pytania o dane socjodemograficzne, samoocenę stanu zdrowia, występowanie chorób przewlekłych i nałogów. Badania nie wiązały się z ryzykiem zagrożenia zdrowia, miały charakter wywiadu kwestionariuszowego.

W pracy wykorzystano test niezależności (χ^2), oceniający występowanie zależności między zmiennymi jakościowymi. Tablica niezależności jest podstawą weryfikacji nieparametrycznej hipotezy zerowej głoszącej, że w populacji nie ma zależności między cechami (zmiennymi) X i Y. O poziomie błędów odrzucenia hipotezy zerowej, jeśli jest prawdziwa, informuje poziom istotności. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej *r*-Pearsona, który jest miarą unormowaną. Im mniejsze *p*, tym mniejszy jest błąd przy stwierdzeniu, że zmienne od siebie zależą. Wielkością graniczną jest $p < 0,05$. Analizy statystyczne wykonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS 17.0 dla Windows.

Wyniki

Zdecydowana większość badanych (69,5%) to mężczyźni, kobiety stanowiły 30,5%. Potwierdza się zatem, że mężczyźni chorują znacznie częściej niż kobiety. Najwięcej osób, czyli 67,8%, było w przedziale wiekowym 51–65 lat, 20,3% w wieku powyżej 65 lat, 10,2% w przedziale wiekowym 41–50 lat, a tylko 1,7% miało mniej lub 40 lat. Badanie potwierdziło, że choroby naczyniowe częściej dotyczą osób powyżej 50. roku życia. Pod względem wykształcenia największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (42,4%), niewiele mniej, bo 33,9%, miało

wykształcenie średnie. Najmniej liczną grupę stanowili ankietyowani z wykształceniem podstawowym (18,6%) i wyższym (5,1%). Ponad połowa badanych (67,8%) mieszkała w mieście, a pozostałe 32,2% na wsi. Większość osób (81,4%) mieszkała z rodziną, 18,64% samotnie. Znaczna część ankietyowanych (69,5%) chorowała powyżej 2 lat, 22% od roku do 2 lat i 8,5% do roku. Pośród badanych 23,7% chorowało na cukrzycę, a 61% osób na nadciśnienie tętnicze. Pod względem aktywności zawodowej, ponad połowa respondentów (74,6%) przebywała na emeryturze bądź rencie, 16,9% miało pracę, 8,5% przyznało się do braku pracy. Nieco ponad połowa respondentów (50,8%) potwierdziła, że w przeszłości miała wykonany zabieg rewaskularyzacji, niewiele mniej, bo 49,2%, nie poddało się takiemu zabiegowi.

Analizując wyniki uzyskane z wykorzystaniem *Kwestionariusza oceny bólu McGill-Melzacka*, oceniającego zarówno kategorię sensoryczną, jak i emocjonalną, okazało się, że ból tętniący i pulsujący odczuwało 49,2% ankietyowanych, w tym najwięcej (23,7%) w stopniu średnim. Bólu przeszywającego i przenikającego doświadczało 47,5% badanych, w tym najwięcej (18,6%) w stopniu średnim. Ból kłujący i świdrujący występował u 22% badanych, w tym najczęściej (8,5%) o silnym natężeniu. Ból wrzynający się i rozcinający odczuwało 10,2% osób, z kolei ściskający, zgniatający i uciskający 20,3%, z czego w stopniu średnim 10,2%. Ból rwący, rozrywający i szarpący zgłaszało 28,8% respondentów, w tym najwięcej (15,3%) w stopniu silnym. Ból palący i gorący podało 20,3% osób, w tym najwięcej ankietyowanych (10,2%) oceniali go jako średni. Na ból szczypiący, swędzący, mrowiący lub piekący uskarżało się 18,6% badanych, z czego u 8,5% w stopniu silnym. Ból tępy i głuchy wystąpił u 27,1% respondentów, z czego u 16,9% w stopniu średnim. Ból łupiący odczuwało 22% ankietyowanych, w tym 8,5% także w stopniu średnim. Bólu mdlącego, duszącego doznało tylko 6,8% osób, z czego najwięcej (5,1%) w stopniu słabym. Występowanie bólu oślepiającego i porażającego deklarowało 22% ankietyowanych, w tym najwięcej (8,5%) w stopniu średnim. Ból promieniujący oraz kurczowy i odrętwiający odczuwała ponad połowa respondentów, tj. 67,8%. Ból zimny wystąpił u 22% badanych, z czego w 10,2% przypadków w stopniu średnim i w 10,2% w stopniu silnym. W kategoriach emocjonalnych bólu męczącego, wyczerpującego doznała prawie połowa respondentów, czyli 49,2%, z czego w stopniu średnim 18,6%. Na ból niepokojący i przerażający uskarżało się 61% osób, w tym najwięcej (25,4%) w stopniu średnim. Ból nękający, dręczący wystąpił u 40,7% badanych, z czego silne dolegliwości bólowe podało 11,9% osób. Ponad połowa ankietyowanych (50,8%) przyznała się, że ból jest dokuczliwy, przykry, przy czym 16,9% osób oceniło go na poziomie średnim i silnym. Występowanie bólu wstrętnego i obrzydliwego zgłaszało 20,3% badanych.

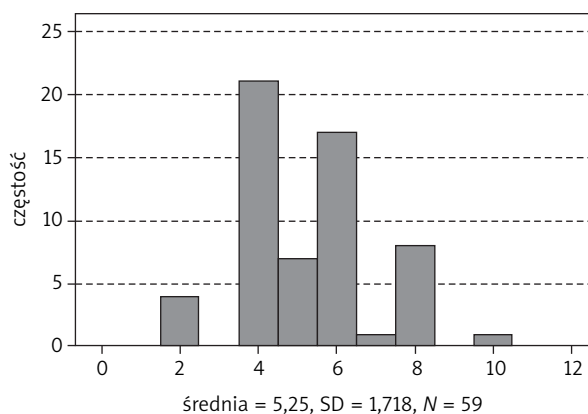
W dalszej kolejności oceniano, czy ból wpływa na aktywność życiową badanych osób. Wykorzystano *Ska-*

łę oceny bólu wg Barbary Headley. Ankietyowani oceniali swój ból w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak bólu a 10 – najgorszy możliwy. Badani oceniali swój ból średnio na 5,25 ($\pm 1,718$), 1/3 oceniła go na 4, nieco mniej na 6, a tylko pojedyncze osoby na 10, czyli najgorszy możliwy (ryc. 1).

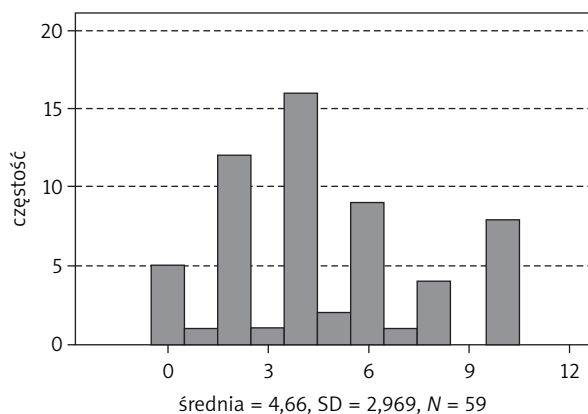
Ból odczuwany w nocy respondenci przeciętnie oceniali na 4,66 ($\pm 2,969$). Najwięcej badanych oznaczyło dolegliwości bólowe na 4 oraz poniżej 4. Znalazły się również osoby, które zaznaczyły 0, co oznaczało brak dolegliwości bólowych w nocy (ryc. 2.).

Na pytanie, czy ból zmniejsza się po przyjęciu pozycji leżącej (gdzie 0 oznacza, że ból znika, a 10 – brak poprawy), ból zmniejszył się średnio do 4,10 ($\pm 2,517$), gdy chory przyjął pozycję leżącą. Najwięcej, bo aż 1/3, respondentów oceniło swoje dolegliwości bólowe na 4, nieco mniej badanych na mniej niż 4, ale znalazły się też osoby, które po przyjęciu pozycji leżącej nie odczuły poprawy ani ulgi w bólu (ryc. 3.).

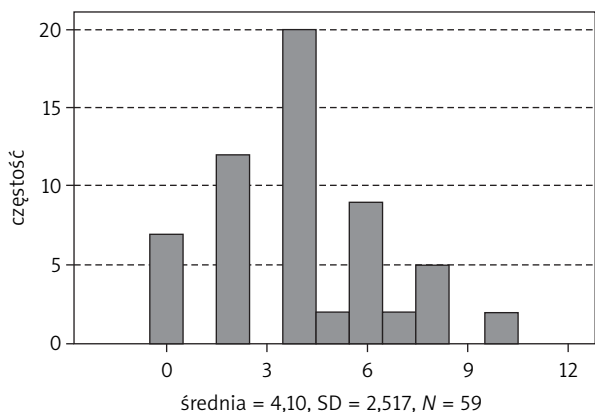
Kolejne pytanie dotyczyło kontroli bólu, gdzie 0 oznaczało całkowitą kontrolę, a 10 – brak kontroli. Badani przeciętnie kontrolowali swój ból na 5,14 ($\pm 3,037$). Najwięcej ankietyowanych zinterpretowało swoje poczucie kontroli nad bólem na mniej niż 5, nieco mniej badanych na 6. Dużą



Ryc. 1. Rozkład badanej grupy pod względem postrzegania bólu



Ryc. 2. Rozkład badanej grupy pod względem odczuwania dolegliwości bólowych w nocy



Ryc. 3. Rozkład badanej grupy pod względem dolegliwości bólowych podczas przyjmowania pozycji leżącej

grupę stanowiły osoby, które nie potrafiły kontrolować swojego bólu (ryc. 4.).

Dotychczasowe rozważania miały określić skalę odczuwanego przez badaną grupę bólu. Podsumowując – okazało się, że przeciętnie plasuje się on na poziomie średnim, przy czym najwięcej ankietowanych zaznaczyło ból promieniujący (32,2%) i niepokojący, przerażający (25,4%). Następnie rozpatrywano, na ile ból zaburza

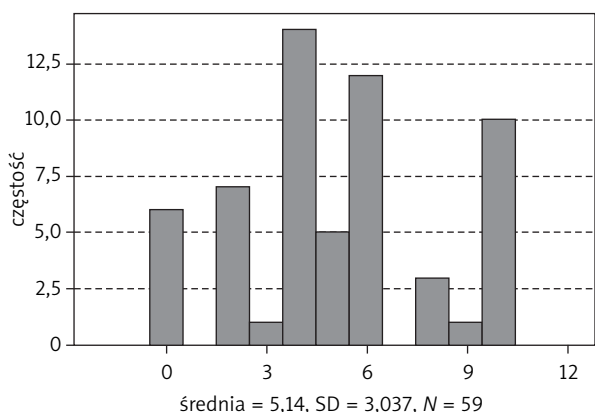
aktywność życiową pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych.

Badani oceniali swoją aktywność w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza bez problemu, 10 – dużą zmianę. Respondenci uznali, że ból zaburza ich aktywność średnio na 5,43 ($\pm 2,903$). Ponadto 1/4 badanych oceniła swoją aktywność na 6, nieco mniej badanych poniżej 4, ale też sporą grupę stanowiły osoby, które zauważyły u siebie dużą zmianę (ryc. 5.).

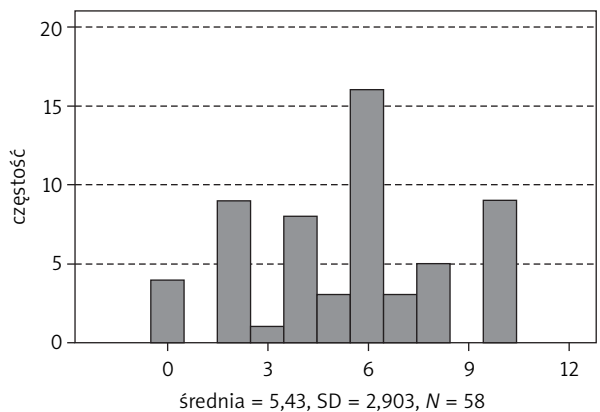
W kolejnym pytaniu respondenci oceniali, jak bardzo zmieniły się ich obowiązki w pracy (gdzie 0 oznaczało brak zmian, 10 – nie mogą pracować). Pacjenci określali zmianę dotyczącą obowiązków w pracy przeciętnie na 8,66 ($\pm 2,643$). Prawie wszyscy potwierdzili, że była to duża zmiana i nie mogli pracować. Tylko nieliczna grupa osób nie odczuła żadnych zmian (ryc. 6.).

Respondenci oceniali, czy ból przeszkadza im w nieruchomym siedzeniu bądź staniu. W skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało – nie przeszkadza, a 10 – uniemożliwia, uzyskano średni wynik 2,42 ($\pm 2,817$). Według większości badanych ból nie przeszkadzał w nieruchomym siedzeniu lub staniu i oceniano go najczęściej poniżej 5 (ryc. 7.).

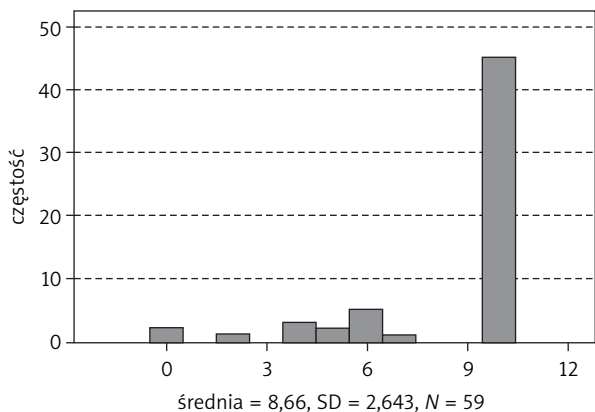
W przypadku sztywności odczuwanej w okolicy pleców lub szyi w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało brak



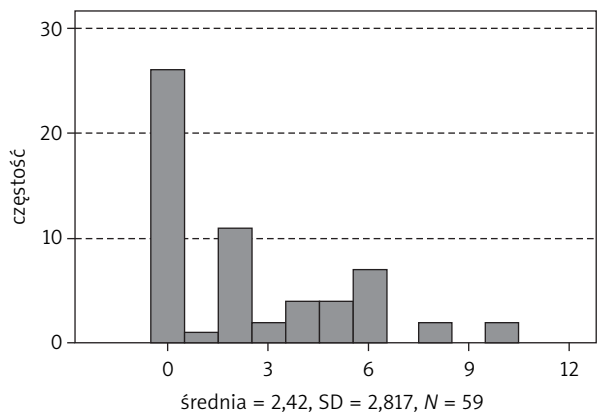
Ryc. 4. Rozkład badanej grupy pod względem możliwości kontroli bólu



Ryc. 5. Rozkład badanej grupy pod względem zaburzenia aktywności życiowej przez ból



Ryc. 6. Rozkład badanej grupy pod względem konieczności zmiany obowiązków w pracy



Ryc. 7. Rozkład badanej grupy pod względem odczuwania bólu przy nieruchomym siedzeniu lub staniu

sztynności, a 10 – całkowite zesztynnienie, badani przeciętnie odczuwali sztywność na 0,68 ($\pm 1,345$). Ponad 3/4 ankietowanych nie odczuwało takiej sztywności (ryc. 8).

W dalszej analizie rozpatrywano, jak badana grupa funkcjonuje w życiu codziennym. Ankietowani oceniali, czy utracili kontrolę nad częścią swojego życia ze względu na ból, gdzie 0 oznaczało zachowaną kontrolę, a 10 całkowitą utratę kontroli. Pacjenci oceniali utratę kontroli przeciętnie na 4,62 ($\pm 2,739$). Najwięcej odpowiedzi było poniżej 6 (ryc. 9).

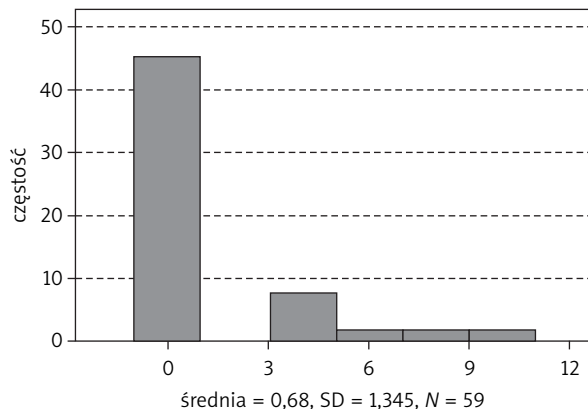
W ocenie, na ile ból przeszkadza w wykonywaniu obowiązków domowych, gdzie 0 oznaczało bez problemu, 10 – niczego nie mogą zrobić, przeciętny wynik to 4,66 ($\pm 2,353$). Prawie 1/3 ankietowanych oceniała go poniżej 5, co wskazuje, że większość badanych radziła sobie z wykonywaniem obowiązków domowych (ryc. 10).

Odnosnie do jazdy samochodem ból przeszkadzał badanym średnio na poziomie 5,95 ($\pm 4,199$). Prawie połowa zaznaczyła 10, co znaczyło, że ból uniemożliwia im jazdę samochodem. Jednakże znalazły się też osoby, które zaznaczyły 0, tj. nie mają z tym żadnych problemów (ryc. 11).

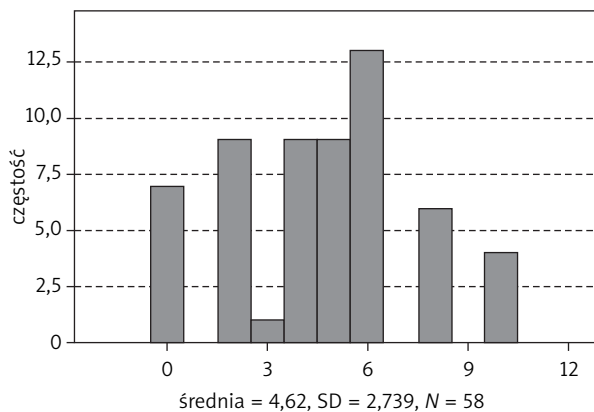
W pytaniu o wpływ bólu na siedzenie (gdzie 0 oznaczało nie przeszkadza, a 10 – nie mogą siedzieć) uzyskano średnią wartość 1,93 ($\pm 2,747$). Ponad 50% osób przyzna-

ło, że ból nie miał wpływu na przebywanie w pozycji siedzącej, a tylko nieliczni deklarowali duże problemy z utrzymaniem ciała w pozycji siedzącej (ryc. 12).

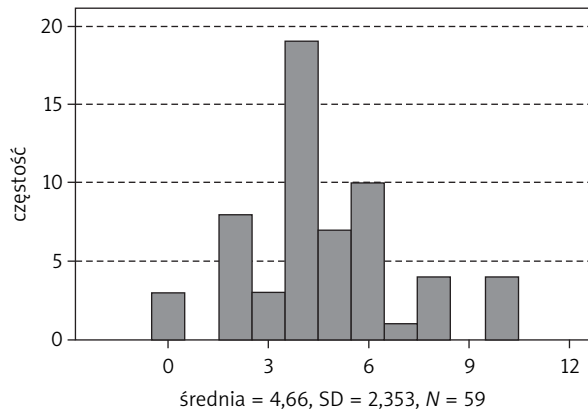
Dalsza analiza dotyczyła samooceny stanu zdrowia respondentów. Około połowa badanych (50,8%) źle oceniła swoje możliwości poruszania się. Niewiele mniej (39%) stwierdziło, że porusza się dobrze. Najmniejszą grupę stanowili badani (10,2%), którzy przyznali, że bardzo źle się



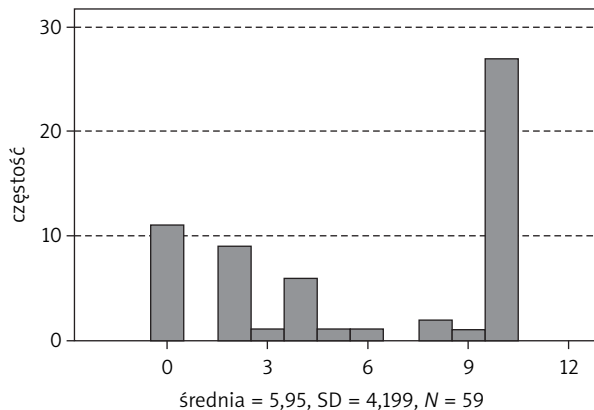
Ryc. 8. Rozkład badanej grupy pod względem odczuwania sztywności w plecach lub szyi



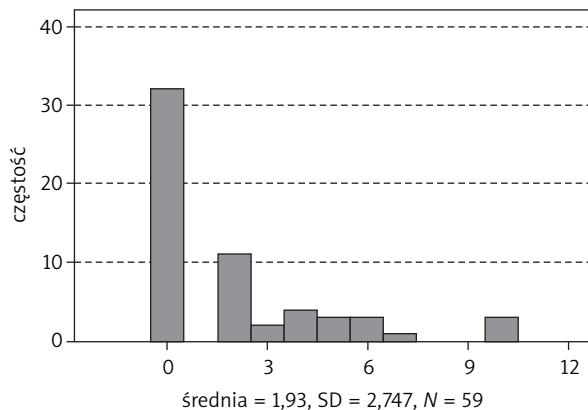
Ryc. 9. Rozkład badanej grupy pod względem utraty kontroli nad częścią życia z powodu bólu



Ryc. 10. Rozkład badanej grupy ze względu na ból uniemożliwiający wykonywanie obowiązków domowych



Ryc. 11. Rozkład badanej grupy ze względu na istniejący ból podczas jazdy samochodem



Ryc. 12. Rozkład badanej grupy ze względu na występowanie problemu związanego z siedzeniem

poruszają. Ponadto 50,8% osób oceniło swój stan zdrowia jako średni, 30,5% jako dość dobry, 13,6% niezadowolający i tylko 5,1% jako dobry. Ból fizyczny ograniczał funkcjonowanie w życiu codziennym: znacznie – 45,8% ankietowanych, trochę – 40,7%, bardzo mocno – 11,9% badanych. Tylko 1 osoba odpowiedziała, że nie odczuwa ograniczeń.

W zakresie stosowania się do zasad prozdrowotnego stylu życia, większość ankietowanych (52,5%) deklaruje, że nie pali papierosów. Niewiele mniej (47,5%) potwierdza, iż palenie jest ich nałogiem. Bardzo duża grupa respondentów (74,6%) przyznaje się do nieprzestrzegania diety przeciwmiażdżycowej. Tylko 25,4% stosuje dietę. Pośród badanych 61% potwierdziło przyjmowanie środków przeciwbólowych.

Oceniano wpływ takich zmiennych, jak płeć, wiek i przebyty zabieg rewaskularyzacji, na percepcję bólu badanych. Okazało się, że istnieją dwie zależności w ocenie bólu. Pierwsza odnosi się do płci. Ból znacznie bardziej przeszkadzał mężczyznom niż kobietom podczas jazdy samochodem ($p < 0,025$). Druga zależność dotyczyła wieku badanych ($p < 0,007$). Wraz z wiekiem ankietowani musieli bardziej zmienić swoje obowiązki w pracy z powodu uciążliwego bólu. Nie wykazano znamienych statystycznie zależności pomiędzy metodą leczenia (rewaskularyzacja, leczenie zachowawcze) a samooceną stanu zdrowia, stopniem ograniczeń w życiu codziennym, stosowaniem się do zasad zdrowego stylu życia oraz postrzegania bólu w ramach *Skali oceny bólu wg Barbary Headley*.

Dyskusja

Miażdżycę tętnic, określana obecnie jako choroba cywilizacyjna, stanowi główną przyczynę przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Charakterystycznym objawem jest chromanie przestankowe, które uniemożliwia dalsze pokonywanie odległości [5]. Towarzyszący chorobie ból stanowi poważny problem dla chorego i jego rodziny.

Badania oceniające odczucia bólowe u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych są ważnym elementem leczenia. Chory, oceniając swój ból, przedstawia jego różnorodność w formie słownej – tworzy „język bólu” [7]. Przeżywanie bólu może przybierać różne formy, a jego natężenie jest cechą zmienną i indywidualną dla każdego człowieka. Ankietowani, oceniając ból w kategoriach sensorycznych i emocjonalnych, mogli doskonale oddać charakter odczuwanego bólu i stopień jego nasilenia.

Czynniki, takie jak możliwość kontrolowania bólu, zmienność nasilenia, ograniczenie ruchomości czy zakłócenie czynności dnia codziennego, mogą wpływać na intensywność odczuwania bólu [8].

Wiśniewska i wsp. [9] analizowali przekonania respondentów na temat kontroli bólu. Byli to pacjenci z bólem spoczynkowym kończyn, zakwalifikowani do zabiegu

rewaskularyzacji. U chorych tych stwierdzono średnie natężenie bólu niedokrwienego przed operacją na poziomie 5,89 pkt wg parametrów skali numerycznej (które po zabiegu obniżało się do 2,85 w 6. dobie), ale aż 1/4 badanej grupy opisywała ból na 8 pkt (25,9%). Z kolei 11,1% osób podało, że ból jest nie do zniesienia. W niniejszym badaniu chorzy najczęściej doświadczali bólu o średnim natężeniu, a tylko nieliczni opisywali swój ból w kategoriach maksymalnych, tj. 9 i 10 pkt, oznaczających najgorszy możliwy ból. Połowa tej grupy miała w przeszłości wykonany zabieg rewaskularyzacji, ale nie miało to wpływu na odczucia bólowe i niedogodności życia codziennego.

Czynniki ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic kończyn dolnych nie różnią się od czynników ryzyka wystąpienia miażdżycy o innym umiejscowieniu. Do najważniejszych należą: wiek, palenie tytoniu, hipercholesterolemia i cukrzyca [10].

W badanej grupie 3/4 respondentów przyznało się do nieprzestrzegania diety przeciwmiażdżycowej, niemal połowa do palenia papierosów, a ok. 1/4 chorowała na cukrzycę. Wiśniewska i wsp. [9] również podają, że najczęściej występującymi czynnikami ryzyka w badanej przez nich grupie były złe nawyki żywieniowe, które dotyczyły ponad 70% chorych, palenie papierosów (60%) i cukrzyca typu 2 występująca u ponad połowy badanych.

Golec i wsp. [11] opisują podobną częstość występowania modyfikowalnych czynników ryzyka miażdżycy: 42% chorych z miażdżycą kończyn dolnych nie przestrzegało diety przeciwmiażdżycowej, 56% paliło papierosy (ponad 20, a nawet 30 lat), 38,3% chorowało na cukrzycę.

W przeprowadzonym badaniu połowa ankietowanych określiła swój stan zdrowia jako średni, ok. 30% jako dość dobry, ok. 14% niezadowolający, a jedynie nieliczni jako dobry. W analizach Wiśniewskiej i wsp. [9] podobnie większość badanych (45%) oceniła swój stan zdrowia jako średni, 22% jako dobry, a 33% zły, nie było osób, które opisywałyby go jako bardzo dobry.

Autorzy nie odnotowali również znaczących statystycznie zależności pomiędzy poziomem natężenia bólu a zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny i aktywność zawodowa. W badaniu opisywanym w niniejszej pracy porównywano tylko wpływ wieku, płci, wykonanego zabiegu rewaskularyzacji i także nie odnotowano istotnych różnic w tym zakresie.

Badania nad oceną bólu stanowią ważny element, który podsumowuje leczenie, określa jego skuteczność oraz weryfikuje ewentualne niedoskonałości. Ból rozpoznawany i leczony doprowadza do równowagi emocjonalnej chorego. Ważne jest, aby nie stał się znaczną częścią jego życia.

Wnioski

1. Opisywana grupa chorych z miażdżycą kończyn dolnych doświadczała dolegliwości bólowych na poziomie śred-

nim. Mniej więcej połowa badanych odczuwała ból tętniący, przenikający, kurczowy i promieniujący oraz twierdziła, że ból jest dokuczliwy. Ankietowani mieli również problem z kontrolowaniem swojego bólu.

2. Pacjenci ocenili swoje zdrowie na poziomie średnim. Blisko połowa miała problemy z poruszaniem, a towarzyszący ból fizyczny wymagał przyjmowania środków przeciwbólowych.
3. Chorzy funkcjonowali w społeczeństwie w stopniu średnim, ponieważ ból uniemożliwiał im częściowe wykonywanie czynności domowych i obowiązków zawodowych oraz przeszkadzał w jeździe samochodem (zwłaszcza mężczyznom).
4. Wiek, płeć oraz przeprowadzony zabieg rewaskularyzacji nie miały istotnego wpływu na doznawane dolegliwości bólowe.

Piśmiennictwo

1. Cybulska B. Czynniki ryzyka rozwoju miażdżycy u kobiet w wieku przedmenopauzalnym. *Kardiologia Polska* 2006; 6: 581-583.
2. Bieniaszewski L. Wskaźnik kostka-ramię w ocenie pacjentów z ryzykiem miażdżycy. *Choroby Serca i Naczyń* 2007; 4: 1-5.
3. Ciosek P, Olczyk S, Pasierski T. Choroby naczyń obwodowych – o czym powinien wiedzieć kardiolog w profilaktyce i leczeniu miażdżycy. *Kardiologia po Dyplomie* 2006; 5: 10-21.
4. de Goog D, Kiernan B. Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain* 1996; 64: 153-159.
5. Derkacz A, Poręba R, Skoczylas A. Wpływ palenia tytoniu na czynność śródbrzońki u mężczyzn z miażdżycą tętnic wieńcowych serca. *Pol Arch Med* 2004; 1: 790-794.
6. Murmyło M. Diagnostyka i leczenie chromania przestankowego: wytyczne TASC. *Puls Medycyny* 2007. Dostępne na: <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/drukuj/8142,diagnostowanie,leczenie,chromania>.
7. Pyszkowska J. Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego Arkusza Oceny Bólu. *Psychoonkologia* 1999; 4: 13-25.
8. Unruh AM, Ritchie JA, Merskey H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clin J Pain* 1999; 15: 31-40.
9. Wiśniewska A, Szewczyk M, Cwajda-Białasik J i wsp. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2009; 3: 113-121.
10. Pasierski T, Gacionga Z, Torbicki A, Szmidt J. *Angiologia. W: Choroby dużych tętnic kończyn*. Andziak P, Pasierski T (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 289-293.
11. Golec K, Szewczyk MT, Stodolska A, Górka A. Ocena stopnia realizacji standardu w opiece okołoperacyjnej nad chorym z miażdżycą kończyn dolnych. *Piel Chir Angiol* 2007; 2: 69-76.