

RENATA PIOTRKOWSKA<sup>1</sup>, MAREK DOBOSZ<sup>1</sup>, JANINA KSIĄŻEK<sup>1</sup>,  
GRZEGORZ HALENA<sup>2</sup>

## **JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z MIAŻDŻYCĄ NACZYŃ OBWODOWYCH – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA**

### **QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ATHEROMATOSIS – LITERATURE REVIEW**

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: dr n. med. Janina Książek

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: dr hab. med. Jan Rogowski, prof. nadzw.

Celem pracy jest przedstawienie metod oraz wyników badań jakości życia chorych z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych. Badanie jakości życia stanowi cenne uzupełnienie badania lekarskiego szczególnie w stosunku do chorych na choroby przewlekłe. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że pacjenci cierpiący z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych doświadczają znacznego obniżenia jakości życia, które jest częściowo odwracalne w skutecznym procesie leczenia.

### **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA W MEDYCYNIE**

W ostatnich latach zarówno w medycynie, jak i pielęgniarstwie i naukach społecznych nastąpił znaczny rozwój badań nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Zainteresowanie to wynika z przyjęcia modelu medycyny holistycznej, który zakłada interdyscyplinarne podejście do człowieka chorego. Uznanie dokonanej przez pacjenta oceny własnego zdrowia za ważny element w procesie leczenia i pielęgnowania pozwala na aktywne włączenie chorego w realizację tych procesów [24]. Obecnie rozwój nowoczesnej medycyny wiąże się ściśle z badaniami jakości życia chorych. Ocena jakości życia powinna być dokonywana przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi badawczych, a wyniki tych badań przyczyniają się do opracowania coraz lepszych i skuteczniejszych standardów terapii i postępowania w danej jednostce chorobowej [17, 18].

W medycynie szczególne zainteresowanie problematyką jakości życia pojawiło się w latach 70. XX w. Pojęcie jakości życia w medycynie: HRQoL (Health – related quality of life) oznacza jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Pojęcie to zdefiniowano jako „funkcjono-

nalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. HRQoL obejmuje cztery dziedziny:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne [11, 27].

Wyrazem zainteresowania tą problematyką było powołanie przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) międzynarodowej grupy roboczej celem badania jakości życia. Według definicji WHO jakość życia oznacza indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym, systemie wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do jej zadań, oczekiwań, standardów i zainteresowań, uwarunkowanych środowiskowo. W zakres jakości życia WHO zalicza:

- stan fizyczny,
- stan psychiczny,
- stopień niezależności,
- relacje społeczne,
- środowisko,
- religię, wierzenia, przekonania i poglądy [4,7].

## NARZĘDZIA OCENY JAKOŚCI ŻYCIA

Do badania jakości życia wykorzystywane są wystandaryzowane kwestionariusze [17]. Zakres kwestionariusza, liczba ocenianych przez niego wymiarów definiujących jakość życia jest podstawą uznania go za kwestionariusz ogólny lub specyficzny. Wyróżnić więc można kwestionariusze:

a) ogólne (*generic*) – przeznaczone do dokonywania pomiarów w szerokich populacjach osób chorych i zdrowych. Odzwierciedlają one najpełniej wszystkie postulowane elementy składające się na definicję jakości życia. Ich zaletą jest to, że są uniwersalne i mogą być stosowane w różnych grupach chorych, a wynik badania podany jest w ogólnej zsumowanej skali punktowej, którą odnieść można do populacji osób zdrowych. Niektóre z nich są przetłumaczone na kilka języków i wystandaryzowane w różnych krajach, co ułatwia porównywanie uzyskanych wyników. Wymagają one jednak dłuższego niż testy specyficzne przedziału czasu do oceny występujących zmian, ponieważ identyfikują głębsze, wolniej zmieniające się poziomy dysfunkcji jednostki;

b) specyficzne (szczegółowe):

- specyficzne dla określonej choroby (*disease/treatment-specific*) – przeznaczone są do pomiaru jakości życia chorych z określonym schorzeniem albo do oceny wpływu określonej grupy leków na jakość życia. Służą także do badania wybranych aspektów jakości życia, np. funkcji kognitywnych czy seksualnych. Nie zawierają elementów oceny ogólnej jakości życia. Pod względem zasięgu stoją na przeciwnym biegunie niż testy ogólne. Są jednak od nich łatwiejsze w interpretacji klinicznej;
- specyficzne dla grupy chorób (*disease-cluster*) – zawierają nieco mniej elementów oceny ogólnej niż kwestionariusze typu *generic*, ale mogą być zastosowane w całej populacji pacjentów w obrębie jednej grupy chorób, np. sercowo-naczyniowych;

c) mieszane – zawierają nieliczne elementy kwestionariusza ogólnego, ale przeznaczone są do badania jakości życia tylko w określonym schorzeniu [4,26].

Do grupy kwestionariuszy ogólnych mających zastosowanie w ocenie jakości życia chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych należą: 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), European Quality of Life Scale (EuroQoL-5D) [14, 29].

W chorobach naczyń obwodowych SF-36 stosowano w chorobach żył, owrzodzeniu podudzi, w grupie chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych, z tętniakiem aorty i zwężeniem tętnic szyjnych [5,10].

Kwestionariusz SF-36 został napisany przez J. E. Ware i należy do kwestionariuszy standardowych. Jest on jednym z najczęściej stosowanych na świecie kwestionariuszy, służących do oceny stanu zdrowia. Powstał on z prac w RAND Health Insurance Study i Medical Outcomes Study, został uznany za jeden z najważniejszych kwestionariuszy generycznych do oceny HRQL u chorych z rozpoznanymi chorobami układu krążenia. Kwestionariusz SF-36 zawiera 36 pytań zgrupowanych w 8 kategoriach, które połączone są w zbiorcze domeny sprawności fizycznej i emocjonalnej. Punktacja pytań w obrębie każdej kategorii jest kodowana, następnie sumowana i przetwarzana na skalę od 0 (najgorszy z możliwych wyników pomiaru statusu zdrowotnego) do 100 punktów (najlepszy stan zdrowia). SF-36 jest praktyczny, ponieważ jest krótki. Większość osób jest w stanie samodzielnie wypełnić formularz bez zbędnych instrukcji i udziału osób trzecich. Kwestionariusz SF-36 składa się z ośmiu skal mierzących:

- funkcjonowanie fizyczne – domena składa się z 10 pytań (odpowiedzi wielopoziomowe),
- wpływ dolegliwości fizycznych na codzienną aktywność – 4 pytania (odpowiedzi wielopoziomowe),
- dolegliwości bólowe – 2 pytania (odpowiedzi wielopoziomowe),
- ogólne poczucie zdrowia – 5 pytań (odpowiedzi wielopoziomowe),
- aktywność społeczna – pomiar ograniczenia życia towarzyskiego z powodu emocjonalnych lub fizycznych dolegliwości – 2 pytania (odpowiedzi wielopoziomowe),
- emocjonalne problemy zdrowotne – 3 pytania (odpowiedzi wielopoziomowe),
- żywotność – pomiar poziomu energii i zmęczenia – 4 pytania (odpowiedzi wielopoziomowe),
- zdrowie psychiczne – pomiar psychologicznego stresu i dobrego samopoczucia – 5 pytań (odpowiedzi wielopoziomowe). Tak szerokie zastosowanie wynika z ogólnego charakteru pytań [14,27,29].

Drugim co do częstości stosowania niespecyficznym kwestionariuszem w chorobach naczyń obwodowych jest NHP, oceniający energię życiową, sen, emocje, odczuwanie bólu, aktywność fizyczną i społeczną. Kwestionariusz ten stosowany był w grupie chorych po amputacji, chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych oraz chorych z owrzodzeniem podudzia [5, 14, 29].

Innym niespecyficznym kwestionariuszem stosowanym w badaniach chorób naczyń jest EuroQoL-5D. Formularz ten ocenia pięć dziedzin życia: mobilność, zdolność do samoobsługi, aktywność rodzinną i wypoczynkową, odczuwanie bólu oraz funkcjonowanie w rolach życiowych. W jego skład wchodzi analogowa skala (termometr EuroQoL), na której chory może ocenić swoje zdrowie w punktach od 0 do 100 [3, 14, 28].

Do grupy kwestionariuszy specyficznych mających zastosowanie w ocenie jakości życia chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych należą: kwestionariusz ARTEMIS,

Vascular Quality of Life Questionnaire (VascuQoL), Multidimensional Index of Life Quality (MILQ), Walking Impairment Questionnaire (WIQ).

Specyficznym kwestionariuszem mającym zastosowanie w grupie chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych jest ARTEMIS opracowany w 1993 roku. W jego skład wchodzi część ogólna, w której wykorzystano SF-36 i pięć skal specyficznych oceniających wpływ bólu i chromania przestankowego na codzienną aktywność, lęki chorego związane z chorobą, jego stosunek do swojego stanu zdrowia, problemy seksualne. Formularz ten ze względu na brak tłumaczenia i walidacji w społeczeństwach o różnych kulturach i językach nie znalazł powszechnego zastosowania [29]. Formularz VascuQoL, oceniający pięć aspektów zdrowia u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych ma również niewielkie zastosowanie. Formularzem rzadziej stosowanym w badaniach chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych jest MILQ. Kwestionariusz ten zawiera 35 pytań i dotyczą one fizycznych i emocjonalnych aspektów jakości życia [29]. WIQ to 21-elementowy kwestionariusz oceniający 4 domeny funkcjonowania chorego: dystans chromania, szybkość chodzenia, natężenie chromania, zdolność do chodzenia po schodach [21].

#### WYNIKI BADAŃ JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH

Miażdżyca zarostowa w 98% przypadków jest przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Z danych epidemiologicznych wynika, iż najczęściej chorują osoby po 60 roku życia i obserwuje się stałą tendencję wzrostową zachorowalności na miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych. Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych ma charakter przewlekły i wymaga długotrwałego leczenia. Dolegliwości swoiste dla przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych to chromanie przestankowe, ból spoczynkowy, martwica tkanek. Objawy tej choroby są wyjątkowo uciążliwe, przez co negatywnie wpływają na jakość życia chorych, dlatego głównym celem stosowanych metod leczenia w chirurgii naczyniowej jest jej poprawa [19, 22, 29].

Liczne badania dowiodły, że u chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych obserwuje się obniżony poziom jakości życia w porównaniu z osobami zdrowymi w podobnych grupach wiekowych. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez Chetter i wsp. w grupie 235 chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych. Wykorzystali oni takie narzędzia jak: SF-36, NHP, EuroQoL. Po zbadaniu chorych wykazano, że obniżenie jakości życia we wszystkich aspektach zależy bezpośrednio od stopnia niedokrwienia [6]. Również badania Seabrook i wsp. potwierdziły, że grupa chorych po operacji krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych gorzej oceniała swoją mobilność, zdolność do samoobsługi niż grupa kontrolna osób zdrowych [23]. Jednym z elementów oceny w randomizowanym wielośrodkowym badaniu BASIL były badania jakości życia z użyciem formularzy SF-36 i EuroQoL chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych leczonych operacyjnie i wewnątrznaczyniowo. Badanie trwało 5,5 roku. Do badania włączono 452 chorych z krytycznym niedokrwieniem kończyny dolnej, ze zmianami w tętnicach udowej i podkolanowej. Chorzy z obu grup ocenili jakość życia przed operacją jako niską. Po zabiegu wyniki badań potwierdziły poprawę jakości życia w obu grupach, różnice między grupami były nieistotne statystycznie [1, 2]. Badania, które przeprowadzili

Klevsgard i wsp., w których grupę badawczą stanowili chorzy po rewaskularyzacji kończyny również obserwowano poprawę jakości życia. Zmniejszenie odczuwania bólu, poprawę snu, stosunków rodzinnych i reakcji emocjonalnych odczuwali również chorzy po nieudanej rewaskularyzacji [15].

Odpowiedzi na pytanie jaka jest jakość życia po rewaskularyzacji obwodowej u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych oraz krytycznym niedokrwieniem szukali Wann-Hansson i wsp. Przy pomocy kwestionariusza NHP ocenili jakość życia w grupie 142 chorych w okresie 48 miesięcy. W obu grupach odnotowano poprawę jakości życia po operacji. W grupie chorych z krytycznym niedokrwieniem kończyny w okresie 12 miesięcy od operacji następowało pogorszenie mobilności [25].

Na jakość życia chorych na przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych mają niewątpliwie wpływ schorzenia współistniejące. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Engelhardt i wsp. porównujące wpływ rewaskularyzacji obwodowej poniżej stawu kolanowego wśród chorych na krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych i rozpoznaną cukrzycę oraz bez cukrzycy, z zastosowaniem formularza SF-36. Poprawa jakości życia była obserwowana w obu grupach we wszystkich aspektach. Po rewaskularyzacji obwodowej poprawa jakości życia chorych z cukrzycą była słabiej wyrażona niż w grupie bez cukrzycy [12]. Z kolei Louis i wsp., zastosowali VascuQoL, aby oszacować jakość życia pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych. Badanie przeprowadzono w grupie 1404 chorych przed rewaskularyzacją obwodową oraz 3 i 12 miesięcy po leczeniu operacyjnym. Analiza danych wykazała, że badani ocenili jakość życia przed operacją jako niską, natomiast 3 i 12 miesięcy po leczeniu operacyjnym poprawę jakości życia, jednak w grupie chorych z cukrzycą poprawa jakości życia była słabiej wyrażona [20].

W badaniach przeprowadzonych przez Cnotliwego i wsp., których celem była ocena jakości życia chorych z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych, którzy przebyli wielokrotne operacje naprawcze, wykazano wyniki wskazujące na pogorszenie jakości życia wraz ze wzrostem ilości przebytych wtórnych operacji naprawczych [9]. W 2004 roku Kowalik przeprowadził badania oceniające jakość życia chorych z miażdżycą naczyń obwodowych leczonych zachowawczo i operacyjnie. Pacjenci leczeni zachowawczo lepiej oceniali swoją jakość życia niż leczeni operacyjnie. Chorzy operowani wykazywali większe poczucie choroby i mniejszą chęć wykonywania wysiłku fizycznego [16]. Badania Fiodorenko z użyciem kwestionariusza SF – 36 potwierdzają niższą jakość życia pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych w porównaniu do osób zdrowych. Wskazała ona, iż wiodącymi czynnikami determinującymi złą jakość życia chorych na miażdżycę zarostową pozostają: stopień nasilenia niedokrwienego bólu kończyn dolnych, starszy wiek pacjentów, dłuższy czas trwania choroby, wielonarządowe powikłania miażdżycy [13].

## PODSUMOWANIE

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych niewątpliwie wpływa w sposób istotny na upośledzenie codziennej aktywności chorych. Nowoczesne standardy postępowania w codziennej praktyce klinicznej zakładają indywidualizację opieki medycznej nad pacjentem, z uwzględnieniem współdziałania pacjenta w planowaniu terapii. W związku z powyższym pracownicy ochrony zdrowia zobowiązani są do wielowymiarowej oceny stanu zdrowia, także

z uwzględnieniem perspektywy pacjenta. Jak wynika z licznych doniesień naukowych wskaźniki jakości życia pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych przyjmują niższe wartości w porównaniu z osobami zdrowymi. Stopień tego pogorszenia zależy bezpośrednio od stopnia zaawansowania niedokrwienia [6, 23, 23]. Leczenie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych najczęściej prowadzi do poprawy jakości życia. Zaobserwowano, że w trakcie leczenia zachowawczego poprawa ta następuje wraz z wydłużeniem dystansu chromania przestankowego [13]. U chorych leczonych operacyjnie również obserwuje się poprawę jakości życia w wymiarze sprawności ruchowej chorego, zdolności samoobsługi oraz zmniejszenia odczuwania bólu [2, 15, 25]. Ponadto, wykazano, że stopień poprawy jakości życia zależy od zaawansowania choroby, wieku chorego, czasu trwania choroby i schorzeń współistniejących [12, 16]. Występowanie wzajemnych interakcji między stanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym pacjentów a stopniem nasilenia dolegliwości wynikających z choroby sprawia, że ocena zależnej od stanu zdrowia jakości życia nabiera fundamentalnego znaczenia [8]. Majkowicz i wsp., wskazują, że rutynowe oszacowania jakości życia poprawiają komunikację z chorym oraz pozytywnie wpływają na ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem chorego i na jego stan emocjonalny [17].

## PIŚMIENNICTWO

1. Andziak P.: Wyniki badania BASIL wskazują na skuteczność zabiegów wewnątrznaczyniowych w leczeniu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych wywołanego zwężeniem lub niedrożnością tętnic kończyn dolnych. *Kardiol. Pol.* 2006, 64, 5, 553-554. – 2. Adam D.J., Beard J.D., Cleveland T., Bell J., Bradbury A.W., Forbes J.F., Fowkes F.G., Gillespie I., Ruckley C.V., Raab G., Storkey H.: BASIL trial participants. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2005, 366, 9501, 1925. – 3. Broła W., Czernicki J., Szafranec L.: Ocena jakości życia chorych po udarze mózgu. *Pol. Merk. Lek.* 1999, 6,36, 332. – 4. Bronikowska-Kolasa A., Borzęcki A., Szponar A., Maciąg J., Cielica W.: Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z łuszczyką za pomocą kwestionariusza WHOQOL-100. *Nowa Med.* 2008, 15, 3, 4. – 5. Chetter I.C., Spark J.I., Dolan P., Scott D.J.A., Kester R.C.: Quality of life analysis in patients with lower limb ischaemia: suggestions for European standardisation. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1997, 13, 6, 597. – 6. Chetter I.C., Spark J.I., Dolan P., Scott D.J.A., Kester R.C.: Correlating clinical indicators of lower - limb ischaemia with quality of life. *Cardiovasc. Surg.* 1997, 5, 4, 361. – 7. Choi J., Koo J.Y.M.: Quality of life issues in psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2003, 49, 57. – 8. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl. Pielę.* 2009, 17, 2, 123. – 9. Cnotliwy M., Gutowski P., Trojnecka B., Sobuś A., Szumiłowicz G.: Jakość życia chorych po wielokrotnych operacjach naprawczych tętnic kończyn dolnych. *Pol. Przegl. Chir.* 1997, 69, 7, 692. – 10. Currie I.C., Wilson Y.G., Baird R.N., Lamont P.M.: Treatment of intermittent claudication: the impact on quality of life. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1995, 10, 3, 356.

11. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotorowej. K. de Walden– Gałuszko, M. Majkowicz. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994, 13-22. – 12. Engelhardt M., Bruijnen H., Scharmer C., Jezdinsky N., Wöfle K.: Improvement of quality of life six months after infrageniculate bypass surgery: diabetic patients benefit less than non-diabetic patients. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2006, 32, 2, 182. – 13. Fiodorenko Ż.: Ocena jakości życia pacjentów z miażdżycą zarostową oraz makroangiopatią cukrzycową. Rozprawa doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna, 2006; 145-146. – 14. Górski G.: Problematyka oceny jakości życia wśród pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. *Pol. Przegl. Chir.* 2003, 75, 5, 509. – 15. Klewsgard R., Risberg B.O., Thomsen M.B., Hallberg J.R.: A 1- year follow-up quality of life study after hemodynamically successful or unsuccessful surgical revascularization of lower limb ischaemia. *J. Vasc. Surg.* 2001, 33,

- 1, 114. – 16. Kowalik Z.: Ocena kliniczna i jakość życia pacjentów z miażdżycą naczyń obwodowych leczonych zachowawczo i operacyjnie. Rozprawa doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna, 2004, 161. – 17. Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria* 2009, 2, 2; 100. – 18. Michalak A., Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.: Jakość życia. *Ginekol. Prakt.* 2009, 17, 2, 33. – 19. Mickler M., Chęciński P., Synowiec T.: Postępowanie w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych. *Przew. Lek.* 2006, 5, 12. – 20. Nguyen L.L., Moneta G.L., Conte M.S., Bandyk D.F., Clowes A.W., Seely B.L.: Prospective multicenter study of quality of life before and after lower extremity vein bypass in 1404 patients with critical limb ischemia. *J. Vasc. Surg.* 2006, 44, 5, 977.
21. Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A., Nehler M.R., Harris K.A., Fowkes F.G.R.: Konsensus dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). 2007, 13, supl. D, D1. – 22. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008, 89, 4, 467. – 23. Seabrook G.R., Cambria R.A., Freischlag J.A., Towne J.B.: Health-related quality of life and functional outcome following arterial reconstruction for limb salvage. *Cardiovasc. Surg.* 1999, 7, 3, 279. – 24. Sierakowska M., Krajewska-Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004, 2, 23. – 25. Wann-Hansson C., Hallberg I.R., Risberg B., Lundel A., Klevsgard R.: Health-related quality of life after revascularization for peripheral arterial occlusive disease: long-term follow-up. *J. Adv. Nurs.* 2005, 51, 3, 227. – 26. Ware J. E.: Hypertension - when is the clinical problem solved? When quality of life is secured. *Cardiology* 1994, 85, supl 1, 65. – 27. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M.: SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Lincoln R. I.: Quality Metric Incorporated, 1993, 2000. – 28. Wiraszka G., Stępień R., Wrońska I.: Badania jakości życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004, Cz. 2, 9. – 29. Zdzienicki M., Andziak P.: Jakość życia chorych na choroby tętnic i żył. *Pol. Merk. Lek.* 2008, 24, 141, 268.

R. Piotrkowska, M. Dobosz, J. Książek, G. Helena

#### QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ATHEROMATOSIS – LITERATURE REVIEW

##### Summary

Obliterative atheromatosis is, in most cases, the cause of chronic lower limbs ischemia. Symptoms of the disease are unusually bothersome and thus, they negatively affect patients' quality of life. Therefore, improving this aspect is the main goal of the treatment methods applied in vascular surgery.

The aim of the study is reviewing the methods and results of life quality evaluation in patients with peripheral atheromatosis.

The authors present the review of literature on evaluation of life quality in patients with peripheral vascular disorders as well as the results and tools used in the evaluation.

Adres: mgr Renata Piotrkowska

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

tel: 58 349 12 92

e-mail: rpiotrkowska@ gumed.edu.pl