



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

mgr Anna Kostka

**Determinanty jakości życia pacjentów
po amputacji kończyny dolnej.**

Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu.

Promotor: Prof dr hab. n. med. Dariusz Janczak

Wrocław, 2019

Życiorys

Anna (Grzebięń) Kostka, urodzona 15 września 1990 roku we Wrocławiu, woj. dolnośląskie. Absolwentka studiów magisterskich (II stopnia) na kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Od 2014 r uczestniczyła studiów doktoranckich (III stopnia), Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. W 2013 roku rozpoczęła pracę zawodową na stanowisku pielęgniarki na Oddziale Chirurgii Naczyniowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Od 2015 roku pielęgniarka na Oddziale Anestezjologii I Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

Dorobek naukowy.

Publikacje pełnotekstowe: 22

Impact Factor: 2,63

Liczba punktów MNiSW: 144

Wybrane artykuły naukowe związane z tematyką chirurgii naczyniowej, w tym amputacji kończyn dolnych:

1. Anna Kostka, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak: Analiza wybranych narzędzi badawczych wykorzystywanych w ocenie jakości życia chorych po amputacji kończyn dolnych; *Acta Bio-Optica Inform.Med.-Inż.Biomed.* 2017 Vol.23 nr 2; s.113-119
2. Anna Kostka, Sylwia Durlej-Kot, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP); *Pielęg.Chir.Angiol.* 2017 Vol.11 nr 3; s.84-93
3. Anna Grzebięń, Mariusz Chabowski, Maciej Malinowski, Izabella Uchmanowicz, Magdalena Milan, Dariusz Janczak: Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation - a review article; *Pol.Przegl.Chir.* 2017 T.89 nr 2; s.57-61
4. Anna Grzebięń, Sylwia Durlej-Kot, Edyta Ośmiałowska, Jan Juzwiszyn, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak: Analiza wpływu

STRESZCZENIE PRACY

Wstęp

Amputacja kończyny jest zabiegiem przeprowadzanym w celu usunięcia kończyny, która w dużym stopniu jest zajęta procesem chorobowym i nie ma już możliwości przeprowadzenia zabiegów rekonstrukcyjnych. Amputacja jest zabiegiem okaleczającym, który zmienia całe życie pacjenta. Jest wykonywana w ostateczności, a decyzja o jej przeprowadzeniu jest trudna zarówno dla samego chorego, jak i dla chirurga, bo podejmowana jest często w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta.

Mimo postępu medycyny w zakresie leczenia urazów, nowotworów czy chorób sercowo-naczyniowych amputacja jest nadal często wykonywanym zabiegiem. Liczba amputacji zwiększa się w wyniku rosnącej zapadalności na cukrzycę, choroby naczyniowe, a także ze względu na starzenie się społeczeństwa. Przyczyną 80-90% amputacji kończyn dolnych w krajach rozwijających się są choroby naczyniowe oraz powikłania cukrzycowe. Główną naczyniową przyczyną amputacji jest miażdżyca tętnic kończyn dolnych, prowadząca do krytycznego niedokrwienia.

Ocena jakości życia dokonywana jest przez każdego pacjenta indywidualnie. Istnieje wiele determinantów warunkujących jakość życia chorych z danym schorzeniem. Pacjenci po amputacji kończyny dolnej są specyficzną grupą chorych ze złożonymi problemami. Odjęcie kończyny dolnej niewątpliwie wiąże się z obniżeniem poziomu jakości życia. Wpływają na to różnego rodzaju ograniczenia, zmiany w życiu prywatnym i zawodowym, a także zmiany w wyglądzie.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wpływu określonych determinantów na jakość życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej na poszczególnych etapach badania a także ocena zmian jakości życia pacjentów po amputacji kończyn dolnych w czasie, jaki upłynął od zabiegu operacyjnego

palenia tytoniu na występowanie powikłań pooperacyjnych u chorych operowanych z powodu niedrożności tętnic szyjnych. Doniesienie wstępne; *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*. T.3 ; pod red. Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosinczuk, Beaty Jankowskiej-Polańskiej; Wrocław : Wydawnictwo Continuo, 2016; s.73-86

5. Mariusz Chabowski, Anna Grzebień, Agnieszka Ziomek, Karolina Dorobisz, Michał Leśniak, Dariusz Janczak.: *Quality of life after carotid endarterectomy: a review of the literature* *Acta Neurol.Belg.* 2017 Vol.117 no.4; s.829-835
6. Sylwia Durliej-Kot, Kamila Brzezicka, Anna Grzebień, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak.: *Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Analiza przypadku w oparciu o klasyfikację ICNP; W:Choroby cywilizacyjne i społeczne XXI w. : przegląd i badania ; red. Monika Maciąg, Beata A. Nowak; Lublin : Wydawnictwo Naukowe Tygiel, 2016; s.70-81*
7. Anna Kostka, Sylwia Krzemińska, Adriana Borodnicz, Sylwia Durliej-Kot, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak.: Pielęgniarstwo transkulturowe w okołoperacyjnej opiece nad pacjentem; J.Educ.Health Sport 2017 Vol.7 no.6; s.145-154

Material i metody

Badanie jakości życia przeprowadzono w grupie 100 pacjentów po amputacji kończyny dolnej na Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Oddziale Angiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, w Klinice Chirurgii w 4 Szpitalu Wojskowym z Polikliniką we Wrocławiu oraz na Oddziale Chirurgii w Strzebińskim Centrum Medycznym. Nabor chorych do badania rozpoczęto w październiku 2016 roku, a zakońcono w maju 2017 roku. Badanie składało się z 3 etapów i łącznie trwało rok. 64% respondentów stanowili mężczyźni. Większość pacjentów (88%) to osoby po 60 roku życia. U 70% chorych przyczyną amputacji były choroby tętnic. Najliczniejszą grupą badanych byli pacjenci po amputacji udowej (54%). 62% chorych potwierdziło, że zabieg odjęcia kończyny w dużym stopniu wpłynął na sytuację materialną.

W pracy poddano analizie dwie grupy czynników:

1. Kluczowe: rodzaj i poziom amputacji, czas jaki upłynął od zabiegu, występowanie dolegliwości bólowych i powikłań pooperacyjnych, obecność chorób współistniejących, występowanie objawów depresyjnych, samodzielność, używanie protezy i sposoby poruszania się;
2. Socjodemograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa, sytuacja materialna, wsparcie rodziny.

Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy: skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life - BREF), kwestionariusz na temat wchodzenia po schodach (The Climbing Stairs Questionnaire, CSQ15), kwestionariusz na temat chodzenia (Walking Questionnaire, WQ35), kwestionariusz na temat siadania i wstawania (The Rising and Sitting Down Questionnaire, R&SDQ39), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Skala Katza, Skala Lęku i Depresji (HADS) oraz kwestionariusz autorskiej ankiety z zastosowaniem skali wizualno-analogowej (VAS) do oceny nasilenia bólu.

Badanie składało się z trzech etapów. Na każdym etapie pacjenci otrzymywali ten sam zestaw kwestionariuszy. Pierwszy etap badania miał miejsce w szpitalu, w okresie pooperacyjnym, w 7 dobie po zabiegu. Kolejne dwa etapy odbywały się w domu pacjenta, pół roku i rok po amputacji. W zależności od wyboru chorego kontakt z respondentem w kolejnych etapach odbywał się drogą telefoniczną, elektroniczną bądź pocztową. Respondenci kwestionariusze wypełniali samodzielnie, a w razie jakichkolwiek problemów korzystali z pomocy.

Respondenci wykazywali duże chęci do wzięcia udziału w badaniu. Okazywali także zadowolenie z faktu zainteresowania się ich problemami na danym etapie, a także z możliwości rozmowy z pielęgniarką i uzyskaniu porad oraz wskazówek niezbędnych w danym okresie leczenia.

Wszystkie obliczenia wykonano w programie R, wersja 3.4.4. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Wyniki analiz statystycznych przedstawiono w formie graficznej i tabelarycznej.

Wyniki-uogólnienia

- Istotne zmiany w czasie odnotowano w przypadku sposobu poruszania się pacjentów oraz występowania dolegliwości bólowych w obrębie rany pooperacyjnej i kikutu ($p < 0,05$).
- Średnia ocena jakości życia dokonana przez ankietowanych wynosi 2,61 punktu ($SD=0,72$), co oznacza, że oceniają oni swoją jakość życia pomiędzy złą a przeciętną (ani dobra ani złą).
- Najlepiej ocenianą przez ankietowanych dziedziną jakości życia jest dziedzina socjalna, a najgorzej dziedzina fizyczna. Jakość życia w tej dziedzinie różniła się istotnie ($p < 0,05$) w kolejnych pomiarach- rosła systematycznie z pomiaru na pomiar.
- Jakość życia w dziedzinie psychologicznej, socjalnej i środowiskowej różniła się istotnie w kolejnych pomiarach. Pół roku po zabiegu spadła w stosunku do poziomu zaraz po zabiegu, by po roku wzrosnąć powyżej tego poziomu

- Determinantem wpływającym w dużym stopniu na jakość życia pacjentów po amputacji jest ból ($p<0,05$). Na pierwszym i drugim etapie badania nasilenie bólu wpływa istotnie na percepcję jakości życia oraz na jakość życia w dziedzinach fizycznej i psychologicznej ($p<0,05$). Zależności te są ujemne. Na trzecim etapie badania nasilenie bólu wpływa istotnie na jakość życia w dziedzinie środowiskowej ($p<0,05$). Zależność ta również jest ujemna.
- Jakość życia pacjentów po odjęciu kończyny w dużym stopniu zależy od poziomu amputacji ($p<0,05$), sposobu poruszania się i samodzielności respondentów ($p<0,05$).
- Istotny statystycznie wpływ na jakość życia na każdym etapie badania ma sprawność pacjentów ($p<0,05$). Pierwszy etap badania pokazuje, że im większa sprawność w zakresie siadania, tym lepsza jakość życia w dziedzinie fizycznej. Po pół roku najmocniej z jakością życia koreluje sprawność we wstawianiu i siadaniu, a obszarem jakości życia najbardziej powiązonym ze sprawnością jest dziedzina środowiskowa. Po roku zaś najmocniejsze są korelacje pomiędzy sprawnością a percepcją jakości życia i jakością życia w dziedzinach fizycznej, psychologicznej i środowiskowej.
- Poziom sprawności ankietowanych różnił się istotnie w kolejnych pomiarach- systematycznie rósł.
- Współczynnik korelacji pomiędzy nasileniem bólu a poziomem sprawności jest istotny statystycznie ($p<0,05$) w pierwszym i drugim etapie badania. W trzecim etapie nie odnotowano takiej zależności.
- Poziom sprawności zależy od poziomu amputacji ($p<0,05$) w okresie pooperacyjnym i pół roku po zabiegu. Im wyższy poziom amputacji tym niższy poziom sprawności pacjentów. Na trzecim etapie badania poziom amputacji nie ma już istotnego wpływu na sprawność respondentów.
- Na poziom sprawności w dużym stopniu wpływa sposób poruszania się ($p<0,05$) na każdym etapie badania. Dodatkowo znaczny wpływ na sprawność respondentów ma wiek, płeć oraz masa ciała.
- Występowanie powikłań pooperacyjnych i przebieg procesu gojenia się rany pooperacyjnej nie mają istotnego statystycznie wpływu na poziom sprawności osób po amputacji kończyny ($p>0,05$).

- Sprawność w zakresie chodzenia po schodach, chodzenia po domu i na zewnątrz, siadania i wstawania różniła się istotnie w kolejnych pomiarach- systematycznie rosła. Duży wpływ na stopień sprawności pacjentów, w każdym obszarze ma nasilenie bólu, poziom amputacji, sposób poruszania się.
- Poziom akceptacji choroby różnił się istotnie w kolejnych pomiarach($p<0,05$). Pół roku po zabiegu spadł w stosunku do poziomu zaraz po zabiegu, by po roku wzrosnąć powyżej tego poziomu
- Na akceptację choroby, na każdym etapie badania, w dużym stopniu wpływa ból ($p<0,05$). Zależność ta jest ujemna, tzn. im większe nasilenie bólu tym mniejsza akceptacja choroby
- Na poziom akceptacji choroby wpływa istotnie sprawność w każdym z obszarów (chodzenia po schodach, chodzenia po domu i na zewnątrz oraz siadania i wstawania) ($p<0,05$). Zależności są dodatnie, tzn. im lepsza sprawność tym większa akceptacja choroby
- Poziom amputacji i sposób poruszania się także istotnie wpływa na poziom akceptacji choroby ($p<0,05$) na każdym etapie badania, podobnie jak poziom sprawności ankietowanych.
- Stopień akceptacji choroby zależy od płci i od wieku ($p<0,05$). U mężczyzn oraz u osób przed 60 rokiem życia jest wyższy.
- Nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych różniła się istotnie w kolejnych pomiarach ($p<0,05$). Po pół roku nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych wzrosło w stosunku do poziomu zaraz po zabiegu, by po roku spaść poniżej tego poziomu
- Nasilenie bólu wpływa istotnie na nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych ($p<0,05$). Zależności te są dodatnie. Tzn. im silniejszy ból tym większe nasilenie zaburzeń na pierwszym i drugim etapie badania. Na trzecim etapie nie odnotowano tak istotnego wpływu bólu na lęk i depresję.
- Na nasilenie zaburzeń lękowych istotny statystycznie wpływ ma także sprawność w każdym z obszarów (chodzenia po schodach, chodzenia po domu i na zewnątrz, wstawania i siadania), poziom amputacji, sposób poruszania się oraz poziom sprawności pacjentów po amputacji kończyny ($p<0,05$).

- Poziom lęku i depresji zależy od wieku i płci oraz stanu cywilnego ($p < 0,05$). Aktywność zawodowa oraz miejsce zamieszkania nie wpływają natomiast na występowanie lęku i depresji wśród respondentów ($p > 0,05$).

- Istotny statystycznie wpływ na występowanie lęku i depresji u pacjentów po amputacji kończyny ma przebieg procesu gojenia się rany pooperacyjnej. U osób, u których doszło do zaburzeń w procesie gojenia się rany poziom lęku i depresji był znacznie wyższy.

- Czynniki kliniczne takie jak: występowanie chorób współistniejących, zmiana masy ciała, przyczyna i rodzaj amputacji, występowanie powikłań pooperacyjnych, nieprawidłowości w obrębie kikutu czy trudności w gojeniu się rany nie wpływają znacząco na jakość życia po amputacji kończyn dolnych ($p > 0,05$).

Wnioski

1. Jakość życia pacjentów po amputacji istotnie zmienia się w czasie. Dopiero rok po zabiegu jakość życia chorych wzrasta. Obniżenie poziomu jakości życia następuje natomiast pół roku po amputacji.
2. Czynniki socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, mają istotny statystycznie wpływ na jakość życia pacjentów po amputacji kończyny.
3. Czynniki kliniczne, takie jak poziom amputacji, poziom bólu, czas, jaki upłynął od zabiegu, podobnie jak sposób poruszania się, poziom sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności oraz w zakresie poruszania się, istotnie wpływają na jakość życia, a także na występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród chorych po amputacji. Warunkują one również stopień akceptacji choroby. Natomiast obecność chorób współistniejących, powikłań pooperacyjnych czy trudności w gojeniu się rany nie ma wpływu na jakość życia respondentów.
4. Lęk i depresja istotnie obniżają jakość życia pacjentów po amputacji kończyn dolnych. Drugi etap badania charakteryzuje się znacznym pogorszeniem stanu psychicznego pacjentów.

5. Zarówno czynniki socjodemograficzne, jak i czynniki kliniczne mają istotny statystycznie wpływ na występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych u pacjentów po odjęciu kończyny.