

DETERMINANTY JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ W PRZEBIEGU MIAŻDŻYCY ORAZ CUKRZYCY TYPU 2



Determinant factors of quality of life in patients after amputation of a lower extremity in the course of atherosclerosis and type 2 diabetes

Monika Kadłubowska, Aleksandra Zawada

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 2: 75–83

Praca wpłynęła: 23.01.2020, przyjęto do druku: 18.03.2020

Adres do korespondencji:

Monika Kadłubowska, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała, e-mail: mka75@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Ocena wybranych aspektów jakości życia chorych po amputacji kończyny dolnej w przebiegu miażdżycy oraz cukrzycy typu 2.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na oddziale chorób wewnętrznych i diabetologii oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu na oddziale chirurgii ogólnej, oddziale rehabilitacji i w poradni chirurgicznej. Użyto metody sondażu diagnostycznego. W badaniach wykorzystano kwestionariusz *The World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF) – kwestionariusz skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia, oraz kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Wyniki poddano analizie statystycznej. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: Większość pacjentów po amputacji kończyny dolnej ocenia swoją jakość życia jako niską. Respondenci najlepiej oceniają dziedzinę środowiskową, czyli odpowiedzialną za przystosowanie otoczenia, najgorzej dziedzinę fizyczną, w tym możliwość wykonywania czynności dnia codziennego. Na satysfakcję z życia ma wpływ podejmowana aktywność zawodowa. Im wyżej wykonana amputacja, tym chorzy gorzej radzą sobie w czynnościach dnia codziennego. Osoby odczuwające ból w dużym stopniu są mniej zadowolone z życia niż osoby, które go nie doświadczają.

Wnioski: Amputacja istotnie wpływa na obniżenie jakości życia. Szczególne znaczenie mają ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego, ból, wysokość amputacji, dostępność środków finansowych i bariery urbanistyczne. Priorytetem w terapii powinna być poprawa zadowolenia z życia chorych, w tym pacjentów z cukrzycą oraz miażdżycą prowadzącą do amputacji.

Słowa kluczowe: jakość życia, miażdżycy, cukrzyca typu 2, amputacja.

Summary

Aim of the study: The assessment of selected aspects of the quality of life of patients who have undergone amputation of a lower extremity in the course of atherosclerosis and type 2 diabetes.

Material and methods: The studies were carried out at the Provincial Hospital in Bielsko-Biała at the Department of Internal Medicine and Diabetology and the Department of General and Vascular Surgery, at the Complex of Health Care Facilities in Żywiec at the Department of General Surgery, the Department of Rehabilitation, and at the Surgical Outpatient Clinic. The studies were carried out using the diagnostic poll method with the use of the WHOQOL-BREF questionnaire and the authors' own survey questionnaire. The study results were subjected to statistical analysis. The adopted significance level was $p < 0.05$.

Results: The majority of patients after amputation of a lower extremity assessed their quality of life at a low level. The domain assessed best by the respondents was the environment domain, and the one assessed worse was the physical health domain. Professional activity has an influence on satisfaction with life. The higher the level of amputation, the worse the patients' ability to cope with everyday activities. Patients experiencing pain are to a high degree less satisfied with life than persons who do not experience it.

Conclusions: Amputation significantly lowers quality of life. The aspects that are of particular significance are the limited possibility of performing everyday activities, pain, the amputation level, the availability of financial resources, and architectural barriers.

Key words: quality of life, atherosclerosis, type 2 diabetes, amputation.

Wstęp

Jakość życia manifestuje się jako subiektywne zadowolenie z różnych sfer życia: rodziny, przyjaciół, zdrowia, możliwości wykonywania czynności dnia codziennego i podejmowania pracy, warunków bytowych i standardu życia w obrębie danej wspólnoty oraz dostępu do rekreacji i dóbr kultury [1, 2]. Ponadto składają się na nią satysfakcja i poczucie szczęścia oraz ocena własnej sytuacji życiowej uwzględniająca przyjętą hierarchię potrzeb i wartości oraz różnicę pomiędzy sytuacją realną a oczekiwaną [3].

Odzwierciedleniem skuteczności prowadzonej terapii pacjentów z cukrzycą czy miażdżycą jest poprawa ich zadowolenia z życia. Choroby cywilizacyjne mają niebagatelny wpływ na poczucie satysfakcji we wszystkich jego aspektach. Wraz z postępem choroby zwiększają się deficyty, można zauważyć znaczące obniżenie nastroju, frustrację, zniechęcenie i złość. Z uwagi na nieustanne ograniczenia zmniejsza się ilość kontaktów społecznych. Cukrzyca wpływa na swobodę odżywiania się, aktywność fizyczną, plany na przyszłość, życie seksualne, pewność siebie, chęć działania oraz na sytuację mieszkaniową, finansową i życie towarzyskie. Gdy choroba jest w zaawansowanym stadium, na jakość życia rzutują nie tylko ograniczenia związane z żywieniem czy z przyjmowaniem leków [4, 5]. Nasilają się dolegliwości oraz dochodzi do powikłań: mikroangiopatii, makroangiopatii i stopy cukrzycowej [6–8]. Równie uciążliwe są objawy miażdżycy, a pogarszanie się stanu zdrowia jest uzależnione od stopnia zaawansowania niedokrwienia. Wraz z rozwojem choroby skraca się dystans chromania przestankowego, pojawia się ból spoczynkowy, nasilają dolegliwości bólowe oraz zmniejsza się sprawność funkcjonalna w zakresie czynności dnia codziennego, przez co znacząco obniża się jakość życia pacjentów [9].

Istotne znaczenie ma diagnoza społecznego funkcjonowania chorych, ich stan emocjonalny oraz gotowość otoczenia do udzielania chorym wsparcia. Efekt działań terapeutycznych zależy także od wieku chorego, czasu trwania choroby i chorób współistniejących [10]. Ostatecznym skutkiem zarówno cukrzycy, jak i miażdżycy jest amputacja. Decyzja o takim sposobie leczenia oraz wybór poziomu odjęcia kończyny zależy od możliwości gojenia kikuta, odpowiedzi na rehabilitację oraz przewidywanej poprawy jakości życia [11]. Jako zabieg destrukcyjny, pozbawiający człowieka sprawności i możliwości lokomocyjnych, amputacja wiąże się z koniecznością przeorganizowania życia, zmiany pracy bądź całkowitej rezygnacji z życia zawodowego i dotychczas pełnionych ról społecznych, a niejednokrotnie korzystania z szeroko pojętego wsparcia społecznego [12, 13].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wybranych aspektów jakości życia chorych po amputacji kończyny dolnej w przebiegu miażdżycy oraz cukrzycy typu 2.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej na oddziale chorób wewnętrznych i diabetologii oraz chirurgii ogólnej i naczyniowej, w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu na oddziale chirurgii ogólnej, oddziale rehabilitacji oraz w poradni chirurgicznej na zasadach całkowitej dobrowolności i z zachowaniem reguł poufności oraz ochrony danych pacjentów.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz *The World Health Organization Quality of Life – BREF* – kwestionariusz skróconej wersji ankiety oceniającej jakość życia (WHOQOL-BREF) w adaptacji Wołowickiej i Jaracz. Kwestionariusz zawiera 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową.

Dziedzina fizyczna ocenia możliwości wykonywania podstawowych czynności, uwzględniając zakres sprawności chorego. Dziedzina psychologiczna analizuje stan psychiczny i emocjonalny. Dziedzina społeczna bada zadowolenie z relacji międzyludzkich pomiędzy środowiskiem zewnętrznym a chorym. Dziedzina środowiskowa weryfikuje stopień przystosowania otoczenia zewnętrznego do potrzeb chorego. Pierwsze dwa pytania rozpatrywane są oddzielnie. Pierwsze pytanie dotyczy indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, a drugie indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja zawiera się w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Do zebrania danych socjodemograficznych oraz dotyczących sytuacji klinicznej przygotowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując pakiet statystyczny Statistica PL 13.3. Na pierwszym etapie oceny statystycznej dla cech wyrażonych w skali przedziałowej wyznaczono średnią i odchylenie standardowe. W obliczeniach statystycznych wykorzystano test niezależności χ^2 oraz χ^2 z poprawką Yatesa. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniach wzięło udział 52 respondentów w wieku od 51 do 80 lat, z czego 63,46% stanowili mężczyźni, natomiast 36,54% kobiety. W związku mał-

żeńskim było 51,92% respondentów. Największa grupa badanych (34,62%) miała wykształcenie średnie, wykształcenie wyższe deklarowało 19,23%, natomiast zawodowe i podstawowe po 23,08%. Spośród ankietowanych największą grupę stanowili emeryci (36,54%) i renciści (32,69%). Czynnych zawodowo było 25% badanych. Główną przyczyną amputacji było niedokrwienie miażdżycowe z współwystępującą cukrzycą typu 2 (69,23%), 15,38% stanowili chorzy tylko na miażdżycę kończyn dolnych, a 13,46% pacjenci wyłącznie z cukrzycą. Najczęściej (51,92%) amputacja była wykonywana na poziomie uda, w 34,61% przypadków była to amputacja stopy, natomiast najrzadziej (13,46%) amputację przeprowadzono na poziomie podudzia. U największej liczby chorych (40,38%) od amputacji upłynęło ponad rok, przedział czasowy 6–12 miesięcy wskazało 11,54% pacjentów, 1–6 miesięcy 25% respondentów, a w przypadku 23,08% osób od amputacji upłynęło mniej niż miesiąc.

Wyniki

Analizując jakość życia chorych, wykazano, że 30,77% respondentów zadeklarowało zadowolenie z jakości życia. Tyle samo osób wskazało neutralną odpowiedź, twierdząc, że ich jakość życia nie jest *ani dobra, ani zła*. Z jakości życia nie było zadowolonych 25% chorych, a 11,54% osób twierdziło, że ich jakość życia była *bardzo zła*.

Rozpatrując wpływ poziomu amputacji na jakość życia chorych, wskazano istotną zależność ($p = 0,00594$).

Pacjenci po amputacji w obrębie uda byli mniej zadowoleni niż osoby, u których została ona wykonana w obrębie stopy. Nie potwierdzono natomiast zależności pomiędzy przyczyną i czasem od wykonania amputacji a jakością życia chorych (tab. 1).

Nie dowiedziono również zależności pomiędzy zmiennymi demograficznymi, takimi jak płeć, miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie oraz stan cywilny, a jakością życia chorych, natomiast stwierdzono istotną zależność ($p = 0,00648$) pomiędzy źródłem utrzymania a jakością życia badanych. Chorzy pracujący zawodowo określali jakość życia w większości jako *dobłą*, zaś utrzymujący się z renty oraz emerytury wybierali głównie odpowiedź *ani dobra, ani zła* bądź *zła*.

Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie miały istotny wpływ na postrzeganie przez respondentów jakości życia ($p = 0,01070$). Osoby, które odczuwały duże natężenie bólu w obrębie kikuta, określały jakość życia jako *ani dobra, ani zła*, znacząca część badanych odpowiedziała, że ich jakość życia była *zła*. Badani z nieznacznymi dolegliwościami bólowymi oceniali jakość życia jako *dobłą* (tab. 2).

Domeny składające się na jakość życia chorego – fizyczna, psychologiczna, społeczna i środowiskowa – zostały ocenione przez pacjentów na podobnym poziomie, przy czym najwyższą oceniono dziedzinę środowiskową, a najniższą dziedzinę fizyczną (tab. 3).

W dziedzinie fizycznej uwagę zwraca zależność pomiędzy sprawnością fizyczną a potrzebami życia codziennego. Ponad połowa badanych odczuwała dolegliwości bólowe w średnim (34,62%) i w dużym natężeniu (30,77%). Chorzy wymagali pomocy me-

Tabela 1. Jakość życia a sytuacja kliniczna

Jakość życia	Bardzo zła	Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra	Ogół	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Poziom amputacji									
W obrębie uda	6	9	10	2	0	27			
W obrębie podudzia	0	0	2	5	0	7			
W obrębie stopy	0	4	4	9	1	18	21,49669	8	0,00594
Przyczyna amputacji									
Niedokrwienie miażdżycowe z współwystępującą cukrzycą typu 2	6	8	11	10	1	36			
Niedokrwienie miażdżycowe	0	2	3	3	0	8			
Cukrzyca typu 2	0	2	2	3	0	7			
Brak odpowiedzi	0	1	0	0	0	1	6,807539	12	0,87007
Czas od wykonania amputacji									
Miesiąc	0	3	4	5	0	12			
Miesiąc – pół roku	4	3	5	0	1	13			
Pół roku – rok	0	2	2	2	0	6			
Ponad rok	2	5	5	9	0	21	15,60752	12	0,20988

Źródło: badania własne, *p* – poziom istotności, *df* – liczba stopni swobody

Tabela 2. Wpływ bólu fizycznego na jakość życia respondentów

Jakość życia	Ból fizyczny					Razem
	Średnio	W dużym stopniu	Wcale	Nieco	W bardzo dużym stopniu	
Dobra	7	2	1	6	0	16
Zła	5	5	2	1	0	13
Ani dobra, ani zła	6	7	0	2	1	16
Bardzo dobra	0	1	0	0	0	1
Bardzo zła	0	1	0	2	3	6
Ogół	18	16	3	11	4	52
Statystyka	χ^2 .	df	p			
χ^2 Pearsona	31,77257	df = 16	p = 0,01070			

Źródło: badania własne, p – poziom istotności, df – liczba stopni swobody

Tabela 3. Średnie wyniki poszczególnych dziedzin WHOQOL-BREF

Dziedzina	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Dziedzina środowiskowa
Średnia (SD)	10,9 (3,3)	11,7 (3,4)	11,9 (3,4)	12,3 (2,9)

Źródło: badania własne, SD – odchylenie standardowe

Tabela 4. Dziedzina fizyczna według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Dziedzina	Wcale		Nieco		Średnio		W dużym stopniu		W bardzo dużym stopniu		Brak odpowiedzi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ból fizyczny	3	5,77	11	21,15	18	34,62	16	30,77	4	7,69	0	0,00
Potrzeba leczenia medycznego	3	5,77	9	17,31	14	26,92	13	25,00	12	23,08	1	1,92
Energia w codziennym życiu	Wcale		Nieco		Umiarkowanie		Przeważnie		W pełni		Brak odpowiedzi	
	2	3,85	16	30,77	15	28,85	15	28,85	4	7,69	0	0,00
Odnajdywanie się w sytuacji	Bardzo źle		Źle		Ani dobrze, ani źle		Dobrze		Bardzo dobrze		Brak odpowiedzi	
	10	19,23	14	26,92	13	25,00	15	28,85	0	0,00	0	0,00
Zadowolenie ze snu	Bardzo niezadowolony		Niezadowolony		Ani zadowolony, ani niezadowolony		Zadowolony		Bardzo zadowolony		Brak odpowiedzi	
	5	9,62	10	19,23	18	34,62	19	36,54	0	0,00	0	0,00
Wydolność w życiu codziennym	7	13,46	16	30,77	15	28,85	12	23,08	2	3,85	0	0,00
	12	23,08	21	40,38	12	23,08	7	13,46	0	0,00	0	0,00

Źródło: badania własne, n – liczba badanych, % – wartość procentowa

dycznej związanej z uśmierzaniem bólu, powikłaniami w gojeniu się rany oraz chorobami współistniejącymi w średnim (26,92%), dużym (25,00%) i bardzo dużym stopniu (23,08%). Badani deklarowali niski (30,77%) oraz umiarkowany (28,85%) zasób energii życiowej w stosunku do zapotrzebowania. Chorzy nie odnajdywali się w swojej sytuacji życiowej (46,15%). Długość i jakość snu oceniano na zadowolającym (36,54%) bądź średnim poziomie (34,62%). Pacjenci w większości byli niezadowoleni (40,38%) lub bardzo niezadowoleni (23,08%) ze swojej zdolności do pracy. Wydolność w życiu codziennym była podobnie oceniana: 30,77%

badanych była niezadowolona ze swoich możliwości podejmowania czynności dnia codziennego, a 28,85% odpowiedziało, że nie jest *ani zadowolona, ani niezadowolona* (tab. 4).

Oceniając dziedzinę społeczną i psychologiczną, wykazano, że badani byli zadowoleni z relacji międzyludzkich (48,08%). Niezadowolenie deklarowało 23,08% osób, a najmniej było bardzo niezadowolonych (3,85%). Chorzy w większości mogli liczyć na duże wsparcie ze strony przyjaciół. Badani byli bardzo niezadowoleni ze swojego życia intymnego (57,69%), tylko nieliczna grupa była bardzo zadowolona (7,69%). Chorzy w śred-

Tabela 5. Dziedzina społeczna według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Dziedzina	Bardzo niezadowolony		Niezsadowolony		Ani zsadowolony, ani niezadowolony		Zsadowolony		Bardzo zsadowolony		Brak odpowiedzi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relacje z ludźmi	2	3,85	12	23,08	13	25,00	25	48,08	0	0,00	0	0,00
Życie intymne	30	57,69	10	19,23	0	0,00	8	15,38	4	7,69	0	0,00
Wsparcie od przyjaciół	0	0,00	6	11,54	10	19,23	26	50,00	10	19,23	0	0,00

Źródło: badania własne, n – liczba badanych, % – wartość procentowa

Tabela 6. Dziedzina psychologiczna według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Dziedzina	Wcale		Nieco		Średnio		W dużym stopniu		W bardzo dużym stopniu		Brak odpowiedzi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Radość w życiu	2	3,85	18	34,62	14	26,92	14	26,92	1	1,92	3	5,77
Sens życia	2	3,85	10	19,23	20	38,46	11	21,15	8	15,38	1	1,92
Koncentracja uwagi	Wcale		Nieco		Średnio		Dość dobrze		Bardzo dobrze		Brak odpowiedzi	
	0	0,00	13	25,00	11	21,15	24	46,15	4	7,69	0	0,00
Akceptacja wyglądu fizycznego	Wcale		Nieco		Umiarkowanie		Przeważnie		W pełni		Brak odpowiedzi	
	16	30,77	13	25,00	11	21,15	8	15,38	4	7,69		0,00
Zsadowolenie z siebie	Bardzo niezadowolony		Niezsadowolony		Ani zsadowolony, ani niezadowolony		Zsadowolony		Bardzo zsadowolony		Brak odpowiedzi	
	4	7,69	20	38,46	11	21,15	13	25,00	4	7,69	0	0,00
Negatywne uczucia	Nigdy		Rzadko		Często		Bardzo często		Zawsze		Brak odpowiedzi	
	4	7,69	11	21,15	18	34,62	16	30,77	3	5,77	0	0,00

Źródło: badania własne, n – liczba badanych, % – wartość procentowa

nim stopniu (38,46%) ocenili poczucie sensu życia. Ponad połowa z nich deklaruowała odczuwanie radości, a 3,85% respondentów wskazało na całkowity jej brak. Badani dość dobrze koncentrowali uwagę (46,15%), przy czym nieznacznie mniejszy odsetek nie był zsadowolony z siebie (38,46%). Duża liczba chorych (30,77%) nie akceptowała swojego wyglądu po amputacji. Wielu było niezadowolonych (38,46%) czy doświadczało wręcz negatywnych uczuć (34,62%) (tab. 5 i 6).

W dziedzinie środowiskowej wykazano, że 40,38% ankietowanych było bardzo niezadowolonych z możliwości komunikacyjnych, tylko 15,38% nie miało zastrzeżeń do udogodnień związanych z przemieszczaniem się środkami transportu. Chorzy byli zsadowoleni z działań placówek służby zdrowia (40,38%). Dość dobrze ocenili dostęp do informacji w swoim otoczeniu (38,46%). Warunki mieszkaniowe oceniali dość dobrze (48,08%), pacjentów niezadowolonych i osób odpowiadających, że nie są ani zsadowolone, ani niezadowolone było odpowiednio po 21,15%. Większość ankietowanych (30,77%) rozwijała swoje zainteresowania, nieznacznie mniejsza liczba osób nie miała takiej możliwości (26,92%). Podobnie rozkładały się odpowiedzi

na pytanie o budżet badanych. Chorzy odpowiadali, że czują się bezpiecznie w swoim środowisku (46,15%) oraz że jest im ono sprzyjające (38,46%) (tab. 7).

Analizując wpływ wybranych czynników na jakość życia respondentów, stwierdzono, że osoby, które były usatysfakcjonowane, oceniły jakość życia jako *dobrą* ($p = 0,00071$). Duże zasoby energii życiowej wiązały się z wartościowaniem jakości życia na poziomie dobrym, a brak energii na poziomie złym ($p = 0,00005$). Również akceptacja wyglądu fizycznego miała wpływ na satysfakcję z życia – im wyższy poziom akceptacji, tym lepsza ocena jakości życia ($p = 0,03910$). Podobnie oceniano stosunek miesięcznego budżetu do zapotrzebowania. Osoby, którym środki finansowe *przeważnie* wystarczały, odpowiadały, że ich jakość życia jest dobra. Badani, którym brakowało pieniędzy, oceniali swoją sytuację jako *złą* ($p = 0,00390$). Chorzy doświadczający wsparcia ze strony otoczenia oceniali swoją jakość życia jako *dobrą*. Pacjenci *niezsadowoleni* określali ją jako *złą* ($p = 0,03256$). Analizując wpływ komunikacji publicznej na jakość życia chorych, stwierdzono, że osoby *bardzo niezadowolone* z komunikacji wartościowali swoją jakość życia jako *złą* ($p = 0,01771$) (tab. 8).

Tabela 7. Dziedzina środowiskowa według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Dziedzina	Wcale		Nieco		Średnio		Dość dobrze		Bardzo dobrze		Brak odpowiedzi	
	n	%	n	%	n	%	v	%	n	%	n	%
Bezpieczeństwo w codziennym życiu	0	0,00	4	7,69	20	38,46	24	46,15	4	7,69	0	0,00
Sprzyjające otoczenie	2	3,85	6	11,54	10	19,23	20	38,46	14	26,92	0	0,00
	Wcale		Nieco		Umiarkowanie		Przeważnie		W pełni		Brak odpowiedzi	
Wystarczająca ilość środków finansowych	9	17,31	14	26,92	14	26,92	15	28,85	0	0,00		0,00
Dostępność informacji	4	7,69	10	19,23	13	25,00	20	38,46	5	9,62		0,00
Realizacja zainteresowań	14	26,92	13	25,00	9	17,31	16	30,77	0	0,00		0,00
	Bardzo niezadowolony		Niezadowolony		Ani zadowolony, ani niezadowolony		Zadowolony		Bardzo zadowolony		Brak odpowiedzi	
Warunki mieszkaniowe	2	3,85	11	21,15	11	21,15	25	48,08	3	5,77	0	0,00
Placówki służby zdrowia	0	0,00	8	15,38	14	26,92	21	40,38	8	15,38	1	1,92
Komunikacja (transportu)	21	40,38	13	25,00	10	19,23	8	15,38	0	0,00	0	0,00

Źródło: badania własne, n – liczba badanych, % – wartość procentowa

Omówienie

Choroba przewlekła istotnie wpływa na funkcjonowanie osoby nią dotkniętej i zmienia dotychczasowe wzorce zachowań we wszystkich aspektach. Jakość życia związana z chorobą wymyka się obiektywnym pomiarom, ocena poszczególnych dominant pozwala jednak poznać deficyty i wypracować rozwiązania [14].

Mimo że amputacja jest agresywnym zabiegiem, często bywa jedynym rozwiązaniem ratującym życie. Jej skutkiem jest zmiana dotychczasowego funkcjonowania i konieczność dostosowania się do ograniczeń. Główną przyczyną utraty kończyny dolnej są schorzenia przewlekłe, w tym choroby naczyń oraz cukrzyca typu 2 [13]. W badaniach własnych najczęstszą przyczyną amputacji było niedokrwienie miażdżycowe ze współistniejącą cukrzycą typu 2. W badaniach Muraczyńskiej i Cieślaka większą grupę stanowili pacjenci z chorobami naczyń (52,5%), mniejszą osoby z powikłaniami cukrzycy (35%) [15]. Również w badaniach Czuchryty i Kowalskiego częstszym powodem amputacji były choroby naczyniowe (53,33%) [16].

Definicja zdrowia rekomendująca holistyczne podejście do pacjenta obejmuje wszystkie sfery życia człowieka. Ważny jest nie tylko stan fizyczny, ale również społeczny i psychiczny oraz ich wpływ na jakość życia badanych [14]. W badaniach własnych chorzy po amputacji zgłaszali pogorszenie stanu zdrowia oraz jakości życia. Ponadto im wyżej wykonana została amputacja, tym jakość i satysfakcja z życia malała. W badaniach Czuchryty i Kowalskiego aż 50% chorych deklarowało niezadowolony z życia po amputacji [16].

W badaniach własnych analiza zależności pomiędzy cechami socjodemograficznymi a jakością życia wskazała jedynie na źródło utrzymania jako zmienną wpływającą na satysfakcję z życia. Chorzy aktywni zawodowo byli zadowoleni. Gorzej swoją sytuację oceniali utrzymujący się z renty i emerytury. Podobne wyniki uzyskały Napieracz-Trzosek i Gorkowicz – według nich praca zarobkowa nie tylko podnosi jakość życia, lecz także wpływa na poprawę kondycji fizycznej, ogólnego stanu zdrowia, witalności oraz funkcjonowania emocjonalnego [1]. W badaniach prowadzonych przez Czuchrytę i Kowalskiego zaobserwowano, że warunki ekonomiczne po amputacji pogarszają się, ponieważ wzrastają koszty utrzymania. Pacjenci wymagają specjalistycznej opieki medycznej, opatrunków oraz leków. Oceniając swoją sytuację materialną, większość respondentów określiła ją jako gorszą (78,94%) [16]. W badaniach własnych nie wykazano zależności pomiędzy pozostałymi cechami socjodemograficznymi a jakością życia. Z kolei Mohammed i Shebl dowiedli, że na jakość życia wpływ mają wiek, płeć, miejsce amputacji oraz stan cywilny. Nie stwierdzili jednak zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, rodzajem wykonywanej pracy oraz warunkami mieszkaniowymi [17].

Na funkcjonowanie chorego po amputacji istotny wpływ ma poziom odjęcia kończyny dolnej. Pozbawienie pacjenta stawu skokowego i kolanowego zdecydowanie obniża jakość życia, ogranicza możliwości przemieszczania się oraz wymusza posługiwanie się protezą [12, 13]. W prezentowanych wynikach badań własnych stwierdzono zależność pomiędzy poziomem amputacji

Tabela 8. Wpływ wybranych aspektów na jakość życia respondentów

Jakość życia	Bardzo zła	Zła	Ani dobra, ani zła	Dobra	Bardzo dobra	Ogół	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Sprzyjające otoczenie									
Bardzo dobrze	2	1	0	10	1	14			
Dość dobrze	2	3	10	5	0	20			
Średnio	2	2	5	1	0	10			
Nieco	0	5	1	0	0	6			
Wcale	0	2	0	0	0	2	40,26131	16	0,00071
Energia w codziennym życiu									
W pełni	0	0	0	4	0	4			
Przeważnie	2	2	0	10	1	15			
Umiarkowanie	2	1	10	2	0	15			
Nieco	2	8	6	0	0	16			
Wcale	0	2	0	0	0	2	48,10139	16	0,00005
Akceptacja wyglądu fizycznego									
W pełni	0	0	0	4	0	4			
Przeważnie	1	2	1	3	1	8			
Umiarkowanie	1	2	2	6	0	11			
Nieco	1	3	6	3	0	13			
Wcale	3	6	7	0	0	16	27,22046	16	0,03910
Wystarczająca ilość środków finansowych									
Przeważnie	2	3	1	9	0	15			
Umiarkowanie	0	2	5	6	1	14			
Nieco	2	3	9	0	0	14			
Wcale	2	5	1	1	0	9	29,03201	12	0,00390
Wsparcie przyjaciół									
Bardzo zadowolony	3	1	2	3	1	10			
Zadowolony	0	6	8	12	0	26			
Ani zadowolony, ani niezadowolony	3	3	4	0	0	10			
Niezadowolony	0	3	2	1	0	6	22,47179	12	0,03256
Komunikacja publiczna									
Zadowolony	0	2	4	2	0	8			
Ani zadowolony, ani niezadowolony	1	0	1	7	1	10			
Niezadowolony	2	1	6	4	0	13			
Bardzo niezadowolony	3	10	5	3	0	21	24,43983	12	0,01771

Źródło: badania własne, *p* – poziom istotności, *df* – liczba stopni swobody

a jakością życia. Chorzy po amputacji w obrębie uda zgłaszali niższą satysfakcję z życia niż osoby, u których wykonano amputację w obrębie stopy. W badaniach nie stwierdzono zależności pomiędzy przyczyną oraz czasem od wykonania amputacji a jakością życia pacjentów. Badania Knezevic i wsp. wykazały, że mniejsze ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym mają osoby z zachowanym stawem kolanowym [18].

Dolegliwości bólowe wpływają nie tylko na ograniczenie sprawności fizycznej oraz możliwość protezowania, lecz także na sferę psychiczną i funkcjonowanie

społeczne. Chorzy nieodczuwający bólu kikuta, bólu fantomowego czy związanego z przykurczami znacznie lepiej oceniają jakość życia we wszystkich sferach. Brak dolegliwości bólowych lub ich zmniejszenie wpływa na stopień samodzielności i niezależności w codziennym funkcjonowaniu [1]. Ponad połowa badanych odczuwała dyskomfort spowodowany występującym bólem w średnim (34,62%) i dużym stopniu (30,77%) podczas wykonywania prac domowych. Respondenci odczuwający dolegliwości bólowe w dużym stopniu ocenili swoją jakość życia jako *ani dobrą, ani złą* oraz *złą*. Po-

dobne wyniki uzyskały Napieracz-Trzosek i Gorzkowicz, które wykazały dużą zależność pomiędzy bólem kikuta a satysfakcją z życia. Chorzy bez dolegliwości bólowych lepiej ocenili jakość swojego życia [1]. Ciekawe wyniki zaprezentowali również Van der Schans i wsp., którzy badali jakość życia po amputacji u osób z bólami fantomowymi. U osób bez dolegliwości bólowych była ona wyższa. Ważnymi determinantami jakości życia były dystans chodzenia i ból kikuta. Pacjenci, którzy odczuwali ból, pokonywali 100–500 metrów, pozostali średnio 500–1000 metrów [19].

Jakość życia ma charakter wielowymiarowy. Obejmuje dziedziny fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. Wpływa na nią wiele czynników, w tym przede wszystkim stan zdrowia oraz warunki ekonomiczne, wsparcie społeczne, dostęp do dóbr kultury [20]. W badaniach własnych pacjenci najwyżej ocenili dziedzinę środowiskową, najniżej zaś dziedzinę fizyczną. W badaniach Kurowskiej chorzy z miażdżycą kończyn dolnych najwyżej ocenili dziedzinę socjalną, a najniżej fizyczną [21]. W badaniach własnych respondenci dość dobrze oceniali poczucie bezpieczeństwa w swoim środowisku (46,15%), możliwość rozwijania zainteresowań (30,77%), dostęp do informacji (38,46%). Badania przeprowadzone przez Hawkinsa i wsp. wykazały duży wpływ więzi społecznej – im więź silniejsza, tym wyższa jakość życia [22].

Dziedzina fizyczna uwzględnia wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie i wydolność, bierze pod uwagę zasoby energii życiowej, odnajdywanie się w danej sytuacji, zadowolenie z snu oraz zdolność do pracy. W badaniach własnych chorzy zgłaszali zależność pomiędzy sprawnością fizyczną a potrzebami życia codziennego. Dotyczyło to zwłaszcza dolegliwości bólowych, ograniczeń związanych z brakiem energii życiowej i wydolnością w życiu codziennym oraz zmniejszoną zdolnością do pracy zawodowej. Z kolei pacjenci badani przez Kurowską najwyższe oceny w dziedzinie fizycznej uzyskali w podskalach energii i zmęczenia oraz zależności od leków i leczenia, najniższe natomiast w podskali zdolności do pracy oraz mobilności [21].

Dziedzina psychologiczna skupia się na odczuwaniu radości w życiu oraz jego sensie. Z badań własnych wynika, że chorzy w znacznym stopniu odczuwali sens swojego istnienia (38,46%), natomiast w mniejszym radość. Osoby po amputacji były narażone na przeżywanie negatywnych emocji związanych z następstwami zabiegu: bólem, unieruchomieniem, a nawet śmiercią.

Duże znaczenie miał wygląd i jego wpływ na aktywność społeczną [16]. W badaniach własnych duży odsetek deklarował negatywne uczucia (34,62%) lub nie akceptował swojego wyglądu po amputacji (30,77%), a osoby umiarkowanie akceptujące swój wygląd fizyczny określały jakość życia jako dobrą. Badania przeprowadzone przez Napieracz-Trzosek i Gorzkowicz prześledziły wpływ, jaki ma odbiór własnego wyglądu

na częstość występowania złego nastroju. Aż 70,64% badanych osiągało poprawę życia po pokonaniu barier psychospołecznych [1].

Z badań własnych wynika, że psychologiczną konsekwencją amputacji są problemy w sferze seksualnej, co wiąże się z niższym poziomem samooceny oraz negatywnym postrzeganiem własnego ciała. Na aspekt ten zwraca też uwagę Kurowska [21]. W badaniach własnych respondenci w większości (57,69%) byli bardzo niezadowoleni ze swojego życia intymnego. Bąk i wsp. donoszą, że osoby chorujące na cukrzycę typu 2 cierpią na zaburzenia seksualne (68% kobiet i 81% mężczyzn), z kolei akceptacja choroby zmniejsza ich odczuwanie [23].

Relacje z bliskimi i przyjaciółmi są istotnym elementem wpływającym w znaczący sposób na poprawę stanu psychicznego. Z badań własnych wynika, że niepełnosprawność nie wpływa negatywnie na wsparcie przyjaciół oraz bliskich. Osoby zadowolone ze swoich relacji oceniają jakość życia jako dobrą. Badania przeprowadzone przez Czuchrytę i Kowalskiego wykazały, że amputacja w niewielkim stopniu wpływa na życie rodzinne. Aż 70% badanych stwierdziło, że w ich subiektywnym odczuciu relacje nie uległy zmianie [16].

Stopień przystosowania otoczenia zewnętrznego (udogodnienia komunikacyjne, warunki mieszkaniowe, możliwość rozwijania zainteresowań oraz dostępność do placówek ochrony zdrowia) wpływa na jakość życia. W badaniach własnych respondenci byli zadowoleni z opieki w placówkach służby zdrowia oraz warunków mieszkaniowych. Z kolei 40,38% osób było niezadowolonych z komunikacji publicznej i oceniało swoją jakość życia jako złą. Podobne wyniki uzyskała Kurowska – badani przyznali najwyższe oceny w dziedzinie środowiskowej otoczeniu domowemu oraz funkcjonowaniu fizycznemu, najniższe zaś zasobom finansowym oraz transportowi [21]. Aby poprawić jakość życia chorych, konieczne jest zatem niwelowanie barier architektonicznych. Z badań prowadzonych przez Napieracz-Trzosek i Gorzkowicz w populacji Polaków wynika, że napotykanne trudności związane z przemieszczaniem się nie wpływają na jakość życia. W przypadku Niemców niedogodności środowiskowe bardzo negatywnie wpływają na osiągnięcie satysfakcji z życia [1].

Amputacja kończyny dolnej jest zabiegiem zmieniającym życie i obniżającym jego jakość. Ważne jest objęcie pacjenta holistyczną opieką. Działania terapeutyczne powinny uwzględniać także szeroko pojętą edukację w dziedzinie zachowań zdrowotnych dotyczących diety, aktywności ruchowej, zaprzestania ryzykownych zachowań, np. palenia papierosów. Chory w miarę możliwości musi potrafić sam radzić sobie w trudnych sytuacjach, zapobiegać progresowi choroby i nie dopuszczać do powikłań [24]. Wskazane jest, aby działania edukacyjne były prowadzone nie tylko przez lekarzy i fizjoterapeutów, lecz także przez pielęgniarki, które ze względu na

znajomość standardów i specyfiki opieki nad pacjentem naczyniowym mogą podnieść efektywność działań prewencyjnych [25].

Wnioski

Pacjenci po amputacji kończyny dolnej w większości oceniają swoją jakość życia jako niską.

Istnieje zależność pomiędzy jakością życia a źródłem utrzymania – pacjenci aktywni zawodowo wyżej oceniają swoją jakość życia niż osoby utrzymujące się z renty lub emerytury. Pozostałe czynniki socjodemograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania) nie wpływają na jakość życia respondentów.

Wykazano istotną zależność pomiędzy jakością życia a poziomem amputacji. Im wyżej wykonana amputacja, tym chorzy gorzej radzą sobie w czynnościach dnia codziennego. Czas od wykonanej amputacji oraz jej przyczyna nie wy wpływają na ocenę.

Wykazano istotną zależność pomiędzy bólem a jakością życia. Chorzy odczuwający ból w dużo mniejszym stopniu są zadowoleni z życia niż osoby, które go nie doświadczają.

Wśród determinant wpływających na jakość życia najlepiej oceniono dziedzinę środowiskową odpowiedzialną za przystosowanie otoczenia, a najgorzej dziedzinę fizyczną, szczególnie w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego.

Chorzy, którzy oceniali swoją jakość życia jako dobrą, byli zadowoleni z otaczającego środowiska, finansów, wsparcia przyjaciół. Ich jakość życia znacząco obniżały wygląd fizyczny oraz komunikacja społeczna.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Napieracz-Trzosek I, Gorzkowicz B. Poziom jakości życia po amputacjach kończyn dolnych z powodu miażdżycy tętnic. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13: 729-738.
- Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Pub Health* 2011; 46: 25-31.
- Ratkowski W, Grabowska-Skrob P, Bzdawski M i wsp. Jakość życia u osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej. *J Health Sci* 2013; 3: 37-39.
- Kocka K, Bartoszek A, Ślusarska B i wsp. Sposób leczenia, czas trwania choroby oraz powikłania cukrzycy typu 2 a jakość życia osób chorych. *Med Rodz* 2017; 20: 9-16.
- Glińska J, Skupińska A, Lewandowska M i wsp. Czynniki demograficzne a ogólna jakość życia chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Probl Pielęg* 2012; 20: 279-288.
- Wierusz-Wysocka B. Związki patogenetyczne między mikro- i makroangiopatią cukrzycową. Część II. Nowe spojrzenie na patogenę makroangiopatii cukrzycowej. *Diabetol Prakt* 2009; 10: 173-179.
- Fowler J. Mikro- i makronaczyniowe powikłania cukrzycy. *Diabetol Dopl* 2011; 8: 40-44.
- Wanot B, Nierobisz E, Biskupek-Wanot A. Amputacja kończyny dolnej jako najcięższe powikłanie cukrzycy. *Med Rodz* 2017; 20: 68-73.
- Paplarczyk M, Gawor A, Ciura G. Ocena jakości życia pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu choroby niedokrwiennej kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 3: 135-140.
- Piotrowska R, Dobosz M, Książek J i wsp. Jakość życia chorych z miażdżycą naczyń obwodowych – przegląd piśmiennictwa. *Ann Acad Med Gedan* 2011; 41: 89-95.
- Norgren L, Hiatt W, Dormandy J i wsp. Konsensus dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). *Acta Angiol* 2007; 13: D1-D80.
- Luczak E, Słaba S, Rochmiński R i wsp. Ocena poprawności i sprawności chodu u pacjentów po amputacji kończyny dolnej w obrębie uda. *Inż Biomed* 2014; 20: 29-38.
- Grzebień A, Chabowski M, Malinowski M i wsp. Analiza wybranych czynników warunkujących jakość życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej – przegląd literatury. *Pol Prz Chir* 2017; 89: 57-61.
- Sawicka K, Wieczorek A, Łuczyk R i wsp. Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 161-178.
- Muraczyńska B, Cieslak T. Functional and social activity of patients after deduction of limb as measures of quality of life. *Ann Univ MCS* 2003; 58: 338-343.
- Czuchryta E, Kowalski W. Jakość życia chorych po amputacji kończyny dolnych. *Aspekty Zdr Chor* 2017; 2: 29-37.
- Mohammed SA, Shebl AM. Quality of life among egyptian patients with upper and lower limb amputation: sex differences. *Adv Med* 2014; 2014: 674323.
- Knežević A, Salamon T, Milankov M i wsp. Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Med Pregl* 2015; 68: 103-108.
- Van der Schans CP, Geertzen JHB, Schoppen T i wsp. Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 429-436.
- Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A. W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: *Jakość życia w naukach medycznych*, Wołowicka L. UM Poznań, Poznań 2002: 17-19.
- Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 107-114.
- Hawkins AT, Pallangyo AJ, Herman AM i wsp. The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg* 2016; 63: 154-162.
- Bąk E, Marcisz C, Krzemińska S i wsp. Relationships of Sexual Dysfunction with Depression and Acceptance of Illness in Women and Men with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 1073.
- Łągoda K, Sierżantowicz R, Dobrenko P i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2018; 1: 27-33.
- Spannbauer A, Madejczyk M, Chwata M i wsp. 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.