

Amputacja jako następstwo choroby niedokrwiennej kończyn dolnych u pacjentów w wieku 65 plus – w kontekście akceptacji choroby

Amputation as a consequence of lower limb ischemic disease in patients aged 65+ – in the context of disease acceptance

Mariola Głowacka^{1,2}, Anna Zabłocka¹

¹ Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

² Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku

Streszczenie

Cel. Celem pracy było przedstawienie stopnia akceptacji choroby przez pacjentów w wieku powyżej 65 lat poddanych amputacji kończyny dolnej w przebiegu choroby niedokrwiennej. **Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 61 mężczyzn i 19 kobiet poddanych amputacji kończyny dolnej w przebiegu choroby niedokrwiennej. W badaniu wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji, skalę AIS do oceny akceptacji choroby. **Wyniki.** Akceptacja choroby przez pacjentów została oceniona na średnio 20,93 pkt. na 40 pkt. możliwych w skali AIS. Zaobserwowano ujemną korelację ($R = -0,42, p < 0,001$) pomiędzy wiekiem pacjentów a ich poziomem akceptacji choroby. Nie zauważono wpływu wykształcenia i płci pacjentów na poziom akceptacji choroby. **Wnioski.** Akceptacja choroby przez pacjentów znajduje się na umiarkowanym poziomie. Pacjentom młodszym łatwiej jest zaakceptować amputację kończyny dolnej. Płeć oraz wykształcenie pacjentów nie miało wpływu na ich poziom akceptacji choroby. (Gerontol Pol 2021; 29; 14-18) doi: 10.53139/GP.20212903

Słowa kluczowe: amputacja kończyny dolnej, choroba niedokrwienna, akceptacja.

Abstract

Objective. This study aimed to assess the acceptance of the lower limb amputation in the course of ischemic disease by patients over 65 years of age. **Material and methods.** 61 men and 19 women who underwent amputation of the lower limb in the course of ischemic disease took part in the study. The study employed a self-constructed questionnaire, AIS-scale to assess the acceptance of disease. **Results.** Patient acceptance of the disease was estimated at an average of 20.93 pts out of 40 pts available in the AIS scale. A negative correlation ($R = -0.42, p < 0,001$) was observed between the age of patients and their level of disease acceptance. Education and gender of the patients did not affect disease acceptance. **Conclusion.** Patients' acceptance of the limb loss is at a moderate level. Younger patients tend to accept amputation of the lower limb more easily. Patients' gender and level of education did not affect their level of acceptance of the disease. (Gerontol Pol 2021; 29; 14-18) doi: 10.53139/GP.20212903

Keywords: amputation of the lower limb, ischemic disease, acceptanc.

Wstęp

Ogólna lub częściowa utrata dolnej kończyny jest częstym zagrożeniem, głównie u pacjentów po 65 roku życia [1]. Stosunkowo najczęstszym wskazaniem do przeprowadzenia operacji amputacji kończyny jest niedokrwienie w toku uogólnionej miażdżycy naczyń bądź cukrzycy [2]. Nieczęste wskazania to złośliwe nowotwo-

ry w sferze kończyny, wady wrodzone bądź urazowe uszkodzenia tkanek kończyny, utrudniające rekonstrukcję pęczka naczyniowo-nerwowego, np. zmiążdżenie [3].

Podstawowym celem amputacji jest zredukowanie tkanek martwiczych oraz odpowiednie przygotowanie kikuta do zaprotezowania. W ostatnich latach zmniejsza

się liczba wykonywanych dużych amputacji na rzecz chirurgii naczyniowej [4]. Jednocześnie rośnie liczba amputacji wtórnych, po nieefektywnej rewaskularyzacji. Są to amputacje wysokie, z niepełną możliwością późniejszej rehabilitacji oraz protezowania [1].

Wedle wytycznych TASC II, podstawowymi wskazaniami do amputacji kończyny w sytuacji przewlekłego krytycznego niedokrwienia dolnej chirurgii są ból spoczynkowy, który się nie poddaje kontroli, rozległa martwica stopy lub ciężka infekcja zagrażająca egzystencji i zdrowiu pacjenta. Jednakże w sytuacji wystąpienia ostrego krytycznego niedokrwienia kończyny zabieg amputacji należy przeprowadzić, kiedy pomimo leczenia przeciwkrzepliwego w USG Doppler potwierdza się brak bądź silne osłabienie impulsów ciśnienia kostkowego (kategoria III) [5].

Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie problematyki amputacji rozpatrywanej jako następstwo choroby niedokrwiennej kończyn dolnych u pacjentów w wieku 65 plus w kontekście akceptacji choroby.

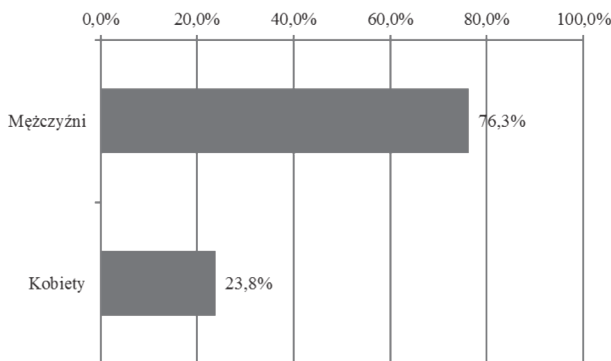
Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 61 mężczyzn i 19 kobiet poddanych amputacji kończyny dolnej w przebiegu choroby niedokrwiennej. W badaniu wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji, skalę AIS do oceny akceptacji choroby.

Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.1. Do analizy zmiennych posłużono się wyłącznie testami nieparametrycznymi. Wybór tego typu testów uwarunkowany był niespełnieniem podstawowych założeń testów parametrycznych tj. zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym, które zweryfikowano testem W Shapiro-Wilka. Dla większości zmiennych liczbowych obliczono statystyki opisowe: średnią, medianę, minimum, maksimum, kwartył pierwszy i trzeci oraz odchylenie standardowe. Do oceny różnic w przeciętnym poziomie cechy liczbowej w dwóch populacjach posłużono się testem U Manna-Whitney’a. Korelacja dwóch zmiennych niespełniających kryterium normalności rozkładu określona została przy pomocy współczynnika korelacji rang Spearmana. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 80 pacjentów poddanych amputacji kończyny dolnej w przebiegu choroby niedokrwiennej. Wśród badanych było 61 mężczyzn (76,2%) oraz 19 kobiet (23,8%) (rycyna 1).

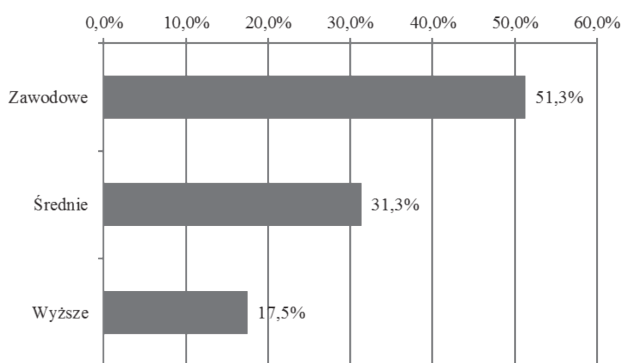


Rycyna 1. Struktura badanych według płci
Figure 1. Structure of respondents by gender

Źródło: opracowanie własne

Badani byli w wieku od 65 do 96 lat, przy czym średnia wieku wynosiła 71,7 roku \pm 7,28 roku.

W badanej grupie 41 osób (51,2%) posiadało wykształcenie zawodowe, 25 osób (31,3%) było z wykształceniem średnim oraz 14 osób (17,5%) z wykształceniem wyższym (rycyna 2).



Rycyna 2. Podział badanych ze względu na wykształcenie
Figure 2. Division of respondents by education

Źródło: opracowanie własne

Stopień akceptacji przez badanych, własnej choroby i jej konsekwencji w postaci amputacji kończyny oceniono za pomocą skali akceptacji choroby AIS. W skali tej badani uzyskać mogli od 8 do 40 pkt. a wyższa liczba zdobytych punktów oznaczała wyższy poziom akceptacji choroby. Średnia ocena poziomu akceptacji choroby przez badanych pacjentów wynosiła 20,93 pkt. \pm 5,25 pkt. zatem mieściła się blisko wartości środkowych. Najniższym odnotowanym poziomem akceptacji choroby był wynik 11 pkt., zaś najwyższym wynik 36 pkt. Po-

Tabela I. Poziom akceptacji własnej choroby - wyniki skali AIS

Table I. Acceptance level of own disease - results of the AIS scale

AIS	Statystyki opisowe							
	n	x	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
[8-40 pkt.]	80	20,93	20,00	11,00	36,00	17,00	25,00	5,25

n-liczba obserwacji; x -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartył dolny; Q3-kwartył górny; SD-odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne

łowa badanych pacjentów uzyskała w skali AIS nie więcej niż 20 pkt., zaś co czwarty badany uzyskał ich nie więcej niż 17 (tabela I).

Poziom akceptacji choroby odniesiono do wieku badanych osób. Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,001$) i miała umiarkowaną siłę ($R = -0,42$). Ujemna wartość korelacji wskazywała, że wraz ze wzrostem jednej zmiennej malała wartość drugiej zmiennej. Stąd im starsi byli badani pacjenci tym poziom akceptacji przez nich choroby był niższy. Młodszym pacjentom łatwiej było zaakceptować chorobę i jej następstwa (tabela II).

Tabela II. Poziom akceptacji własnej choroby a wiek

Table II. Acceptance level of own disease and age

Zmienne	R	p
AIS a wiek	-0,42	<0,001

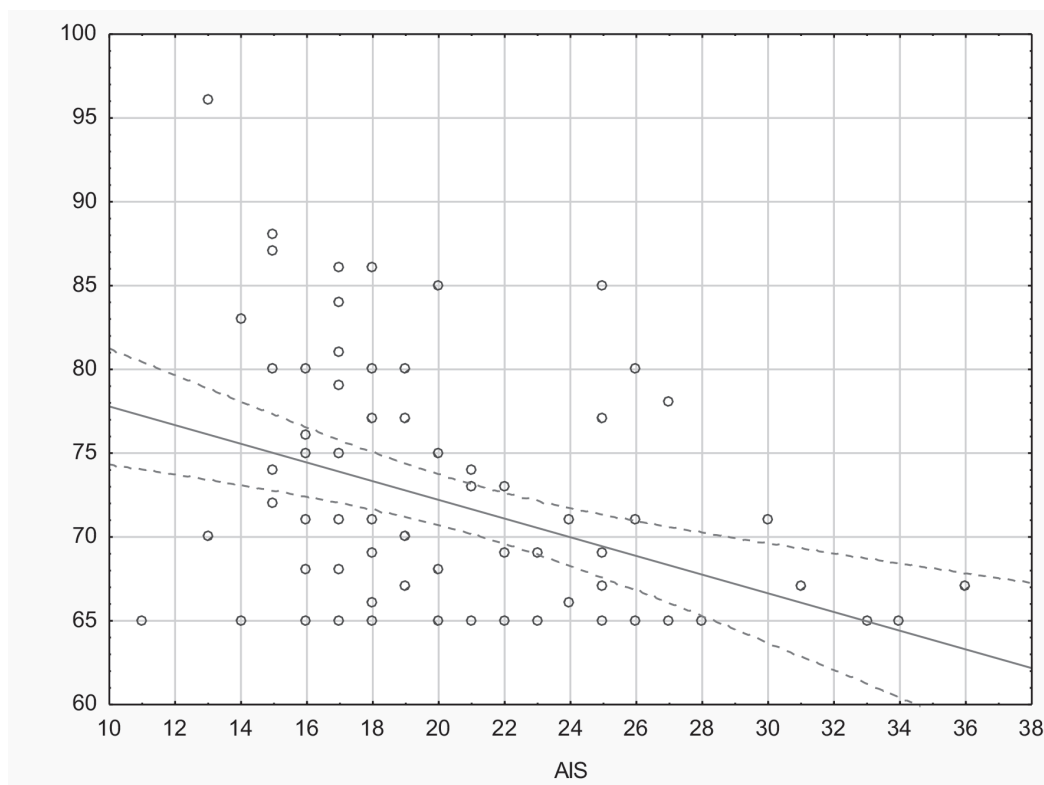
R-wartość korelacji rang Spearmana; p-poziom istotności różnic

Źródło: opracowanie własne

Opisaną zależność przedstawiono na wykresie rozrzutu. Punkty, oznaczające kolejne osoby układają się wzdłuż linii regresji w kierunku w dół, co potwierdza ujemną orientację badanej zależności (rycina 3).

Poziom akceptacji choroby nie zależał od płci badanych osób ($p=0,395$). Nieznacznie wyższy był jednak poziom akceptacji choroby przez mężczyzn aniżeli przez kobiety (tabela III).

Podobnie, poziom akceptacji choroby nie zależał od poziomu wykształcenia badanych osób ($p=0,159$). Nieznacznie wyższy był jednak poziom akceptacji choroby przez osoby z wykształceniem średnim lub wyższym aniżeli przez osoby z wykształceniem zawodowym (tabela IV).



Rycina 3. Poziom akceptacji własnej choroby a wiek

Figure 3. Acceptance level of own disease and age

Źródło: opracowanie własne

Tabela III. Poziom akceptacji własnej choroby a płeć

Table III. The level of acceptance of one's own illness and gender

AIS	Statystyki opisowe							
	n	x	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Mężczyźni	61	21,23	21,00	11,00	36,00	17,00	25,00	5,52
Kobiety	19	19,95	20,00	14,00	28,00	17,00	23,00	4,25
Razem	80	20,93	20,00	11,00	36,00	17,00	25,00	5,25
p	Z = 0,85 p = 0,395							

n-liczba obserwacji; x -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartyl dolny; Q3-kwartyl górny; SD-odchylenie standardowe Z-wynik testu U Manna-Whitney'a; p-poziom istotności różnic
 Źródło: opracowanie własne

Tabela IV. Poziom akceptacji własnej choroby a wykształcenie

Table IV. Acceptance level of own disease and education

AIS	Statystyki opisowe							
	n	x	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Zawodowe	41	20,22	19,00	13,00	36,00	17,00	22,00	4,91
Średnie/wyższe	39	21,67	21,00	11,00	34,00	18,00	25,00	5,55
Razem	80	20,93	20,00	11,00	36,00	17,00	25,00	5,25
p	Z = -1,41 p = 0,159							

n-liczba obserwacji; x -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartyl dolny; Q3-kwartyl górny; SD-odchylenie standardowe Z-wynik testu U Manna-Whitney'a; p-poziom istotności różnic
 Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Amputacja jest zabiegiem wprowadzającym bardzo duże zmiany w życia pacjenta, zarówno w sferze fizycznej, psychicznej jak i społecznej. Alternatywnym sposobem radzenia sobie z amputacją kończyny dolnej jest poddanie się operacji wstawienia endoprotezy, zastępującej brakującą kończynę. Henderson E.R. i wsp. oceniali akceptację rezultatu takiego zabiegu u dzieci, ich poziom zadowolenia i satysfakcji oraz postrzeganie swojego ciała. Badanie objęło 19 chłopców i 20 dziewczynek w średnim wieku 10,6 lat, którzy uzyskali endoprotezę różnych części kończyny dolnej wskutek przebiegu pierwotnego mięsaka kości. Do oceny zadowolenia pacjentów z uzyskanej endoprotezy wykorzystano skalę PODCI (Pediatric Outcomes Data Collection Instrument). W wyniku badań ustalono, że młodzi pacjenci są bardzo zadowoleni z endoprotezy którą uzyskali, osiągając średnio 87,3 pkt. na 100 pkt. możliwych w skali PODCI. Ponadto, nie mieli oni żadnych problemów z kontaktami społecznymi i tworzeniem nowych przyjaźni [5]. Ograniczeniem tego badania jest brak grupy kontrolnej, poddanej amputacji bez uzyskania protezy. Mimo wszystko, biorąc pod uwagę umiarkowany poziom akceptacji amputacji zaobserwowano u pacjentów w badaniu własnym, można wywnioskować że w części przypadków odratowanie kończyny poprzez wstawienie endoprotezy doprowadziłoby do większego zadowolenia oraz akceptacji pacjenta.

Badanie prowadzone przez Akarsu i wsp. miało na celu porównanie adaptacji do nowej jakości życia oraz funkcjonalności pacjentów poddanych amputacji jednostronnej i obustronnej. W badaniu wzięło udział 15 pacjentów po amputacji jednostronnej (grupa I) oraz 15 pacjentów po amputacji obustronnej (grupa II). Do oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusz SF-36, zadowolenie z protezy zostało określone za pomocą kwestionariusza SAT-PRO oraz skali Houghtona, poziom akceptacji choroby za pomocą skali ABIS, natomiast funkcjonalność pacjentów za pomocą testu chodu 6- i 10-minutowego (6MWT, 10MWT). W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że jakość życia pacjentów pod kątem fizycznym i emocjonalnym była niższa w grupie II. Pacjenci po jednostronnej amputacji uzyskali również lepszy rezultat w skali Houghtona oraz testach 6MWT i 10MWT, co świadczy o ich wyższej funkcjonalności. Zaobserwowano również, że pacjenci, którzy uzyskali protezę utraconej kończyny cechowali się wyższą jakością oraz satysfakcją z życia. [6].

Akceptacja utraty kończyny jest dużym indywidualnym wyzwaniem dla każdego pacjenta, ponieważ odciska piętno w każdej sferze życia – fizycznej, psychicznej, społecznej i finansowej [4]. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że zakres akceptacji choroby jest zróżnicowany, jednak najczęściej jest umiarkowany; pacjenci młodszy z reguły reagują lepiej na utratę kończyny. Zakres literatury na temat akceptacji choroby przez pacjentów z amputowanymi kończynami jest bardzo

ubogi. Z tego względu konieczne jest prowadzenie dalszych badań w tym zakresie.

Wnioski

1. Największy odsetek pacjentów po amputacji akceptuje w umiarkowanym stopniu swoją chorobę.

2. Pacjentom młodszym łatwiej jest zaakceptować amputację. Płeć oraz wykształcenie pacjentów nie miały wpływu na poziom akceptacji ich choroby.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Nazarewski S. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych, *Chirurgia po Dyplomie* 2016;11(1)
2. Noszczyk W. *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014
3. Pruszczyk P., Hryniewiecki T., *Kardiologia z elementami angiologii: Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych*, Medical Tribune Polska. Warszawa 2010
4. Januszewicz A. *Nadciśnienie tętnicze - zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
5. Kokot F. (red.). *Choroby wewnętrzne – Choroby serca i naczyń krwionośnych*, PZWL, Warszawa 2016.
6. Grodzicki T., Januszewicz A.; Januszewicz W., *Terapia nadciśnienia tętniczego*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004