

Beata Barańska

Jakość życia i jej uwarunkowania w grupie chorych z nowotworem kręgosłupa leczonych operacyjnie

STRESZCZENIE

WSTĘP. Przerzuty do kręgosłupa są częstą manifestacją zaawansowanej choroby nowotworowej. Wraz z rozwojem nowych terapii systemowych i radioterapii przewidywana długość życia pacjentów wzrasta. Wydłużenie długości życia chorych nieodzownie prowadzi do wzrostu niepożądanych incydentów związanych z układem szkieletowym. Zajęcie kręgosłupa przez guzy przerzutowe jest źródłem nieuśmierzonego bólu początkowo o podłożu biologicznym, nasilającego się głównie w godzinach nocnych. W skutek postępującej destrukcji elementów kostnych dochodzi do utraty stabilności i nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa.

CEL PRACY. Celem pracy była ocena jakości życia chorych przed i po zabiegu operacyjnym kręgosłupa z przyczyn onkologicznych i poznanie jej uwarunkowań.

MATERIAŁ I METODY. Badaniem o charakterze prospektywnym objęto 300 pacjentów z przerzutami nowotworowymi kręgosłupa leczonych w Oddziale Ortopedii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w okresie 22 miesięcy (od grudnia 2016 roku do października 2018 roku). Do badań zakwalifikowano 180 pacjentów, u których wykonano zabieg operacyjny w obrębie kręgosłupa z powodu progresji nowotworu złośliwego umiejscowionego pierwotnie w innej lokalizacji. Badaniem właściwym objęto 115 pacjentów, które przeprowadzono w dwóch etapach. W pierwszym etapie badania przeprowadzono w I/II dobie po przyjęciu pacjenta do szpitala, w drugim etapie badanie przeprowadzono 3-4 miesiące po wykonanym zabiegu operacyjnego obejmując nim tą samą grupę.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, szacowania oraz metodę analizy dokumentacji medycznej. Do badań wykorzystano narzędzia badawcze tj.:

Rotterdamską Listę Objawów (RSCL-Rotterdam Symptom Checklist), Skalę Akceptacji Choroby (AIS-AcceptanceIllnessScale), Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (F-SozUK-22), Skalę Katza (ADL), Skalę VAS, Skalę ASIA (ImpairmentScale), Skalę Lovetta i Karnofsky oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 13.

Zmienne ilościowe przedstawiono w postaci średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, minimum, maksimum, mediany, kwartyli. Zmienne jakościowe przedstawiono jako liczebność i częstość.

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitneya i testem Kruskala-Wallis (dla zmiennych niezależnych), testem znaków rangowanych Wilcoxa lub testem McNemara-Bowkera (dla zmiennych zależnych) oraz obliczając współczynnik korelacji rho Spearmana. Wybór testów podyktowany był brakiem normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa i Shapiro-Wilka) lub brakiem równoliczności badanych grup (zweryfikowano testem zgodności χ^2). Wykorzystano również test t dla jednej próby. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

WYNIKI. Ponad połowa badanych (53,9%) prezentowała jakość życia na poziomie przeciętnym. Wykazano różnice w ocenie jakości życia subiektywnej i obiektywnej. Wyższą jakość życia potwierdzono u badanych po zabiegu operacyjnym ($p < 0,0001$) w zakresie odczuwania objawów fizycznych ($30,71 \pm 11,96$ pkt. przed zabiegiem vs. $20,91 \pm 13,00$ pkt. po zabiegu) i objawów psychicznych ($43,98 \pm 14,82$ pkt. przed zabiegiem vs. $31,35 \pm 14,86$ pkt. po zabiegu). Poprawie uległ również poziom aktywności badanych ($p < 0,0001$; $36,56 \pm 22,43$ pkt. do $43,55 \pm 20,40$ pkt.). Poziom akceptacji choroby w badanej grupie był wyższy po zabiegu w porównaniu z oceną przed zabiegiem. Badani z wysokim poziomem akceptacji choroby prezentowali wyższą jakość życia po zabiegu. Wykazano wyższy ogólny wskaźnik spostrzegania wsparcia społecznego ($3,92 \pm 0,57$) oraz wyższy poziom wsparcia emocjonalnego ($4,14 \pm 0,71$ pkt.), wyższy poziom wsparcia praktycznego ($4,23 \pm 0,77$) oraz nieznacznie wyższy poziom integracji społecznej ($p = 0,0499$) badanych po zabiegu operacyjnym w porównaniu z okresem przedoperacyjnym ($3,63 \pm 0,70$; $p < 0,05$).

Badani przed zabiegiem operacyjnym z wyższą oceną stanu ogólnego w skali Karnofsky'ego uzyskali wyższą jakość życia ($p < 0,0001$) w zakresie aktywności. Natomiast

po zabiegu operacyjnym wyższa ocena stanu ogólnego w skali Karnofsky'ego predysponowała do wyższych ocen jakości życia zarówno w obszarze objawów fizycznych ($p=0,0013$) jak i psychicznych ($p=0,0005$). Wykazano również, że badani po zabiegu operacyjnym z wyższym wynikiem na skali Karnofsky prezentowali wyższy poziom aktywności ($p<0,0001$). Badani, którzy przed zabiegiem operacyjnym uzyskali ocenę „D” w skali ASIA (D - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu uszkodzenia oraz więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę równą lub większą od 3 w skali Lovetta) prezentowali wyższą jakość życia w zakresie poziomu aktywności ($44,16\pm 20,70$), w porównaniu z grupą, która uzyskała ocenę „A”, „B” lub „C”. Nie wykazano jednak zależności statystycznej pomiędzy oceną kliniczną badanych a jakością ich życia.

Analiza statystyczna wykazała, że samodzielność pacjentów w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego po operacji wpływała na jakość życia, zarówno w przypadku objawów fizycznych ($p=0,0060$), psychicznych ($p=0,0014$), jak i aktywności ($p<0,0001$). Wraz z poprawą samodzielności wzrastała jakość życia w zakresie odczuwanych objawów oraz zwiększał się poziom aktywności. Wyższy poziom badanych w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego (samoobsługi) zarówno w okresie przed jak i pooperacyjnym determinował wyższą ich jakość życia.

Nie wykazano wpływu zmiennych socjodemograficznych na jakość życia badanych.

WNIOSKI. Paliatywne zabiegi operacyjne obarczające rdzeń kręgowy determinują poprawę jakości życia w badanej próbie. Nasilenie objawów fizycznych, psychicznych oraz niższy poziom aktywności predysponuje do obniżenia subiektywnej jakości życia. Im wyższa akceptacja choroby tym lepsza ocena jakości życia. Interwencja chirurgiczna wpływa pozytywnie na poziom akceptacji choroby warunkując wyższą jakość życia po zabiegu. Odczuwane wsparcie społeczne determinuje lepszą jakość życia w zakresie aktywności oraz mniejsze nasilenie objawów psychicznych. Im wyższy poziom postrzeganego wsparcia tym wyższa jakość życia związana z aktywnością, zarówno przed i o po zabiegu. Dysfunkcje neurologiczne i ograniczenie samoopieki wpływają negatywnie na ocenę jakości życia w badanej próbie. Takie zmienne jak poziom bólu, schorzenia przewlekłe nie miały wpływu na jakość życia. Wysoki poziom samoopieki (przed i po zabiegu) determinuje wyższą jakość życia pacjentów. Zmienne socjodemograficzne (przed i po zabiegu) nie mają wpływu na jakość życia badanych.

SŁOWA KLUCZOWE choroba nowotworowa, przerzuty do kości, jakość życia, wsparcie, akceptacja choroby, samoopieka