OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z OGNISKOWYMI ZMIANAMI NOWOTWOROWYMI W WĄTROBIE PO TERMOABLACJI PRZEZSKÓRNEJ

EVALUATION OF LIFE QUALITY OF POST PERCUTANEOUS RADIOFREQUENCY THERMALABLATION PATIENTS WITH FOCAL CARCINOMA CHANGES IN LIVER

Beata Dorota Bożek-Bezler, Grażyna Bączyk

Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.49>

STRESZCZENIE

Wstęp. Ogniskowe zmiany nowotworowe w obrębie wątroby to najczęstsze powikłanie występujące u pacjentów chorujących na raka jelita grubego. Zalecane przez specjalistów regularne badania USG oraz KT gruczołu stanowią szansę na wcześniejsze wykrycie zmian i wprowadzenie odpowiedniego leczenia. Głównymi standardowymi metodami terapeutycznymi są chemioterapia oraz klasyczny zabieg laparotomii na jamie brzusznej. Radikalne i rozległe leczenie operacyjne niesie ze sobą wiele bólu, stresu oraz wydłuża czas rekonwalescencji chorego. Najnowsza dostępna metoda, jaką jest termoaablacja przezskórna, stanowi alternatywę poprzedzającą rozległą terapię.

Cel. Głównym celem badań była ocena jakości życia chorych z ogniskowymi zmianami nowotworowymi w wątrobie przed termoaablacją przezskórną wątroby i po wykonaniu tego zabiegu.

Materiał i metody. W celu potwierdzenia słuszności i pozytywnego wpływu zabiegu termoaablacji na jakość życia i stan zdrowia przeprowadzono badania na 31 chorych. Pacjenci zarówno przed zabiegiem, jak i 2 tygodnie po zabiegu zostali przebadani za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF oraz EORTC-QLQ C30. Według obu zastosowanych narzędzi badawczych jakość życia chorych uległa znacznej poprawie mimo krótkiego czasu, jaki minął po przeprowadzonej ablacji.

Wnioski. Metoda termoaablacji przezskórnej stanowi nową, mniej inwazyjną alternatywę leczenia dla pacjentów zmagających się ze zmianami nowotworowymi w obrębie wątroby. Przedstawione w pracy badania należałoby poszerzyć o dodatkowe zmienne, które bardziej dokładnie umożliwią zapoznanie się z zagadnieniem jakości życia i pozytywnych rezultatów zastosowanej metody leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: nowotworowe zmiany ogniskowe w wątrobie, termoaablacja przezskórna wątroby, jakość życia, nowotwór jelita grubego, termoaablacja.

ABSTRACT

Introduction. Focal carcinoma changes within liver are the most common complication considering patients with large intestine cancer. According to experts' recommendations, regular USG and CT examinations are a chance for the early detection and application of proper treatment. Basic treatment methods are chemotherapy and conventional abdomen laparotomy. Radical and extensive surgical treatment is painful, stressful and significantly extends convalescence. The alternative treatment preceding extensive therapy is the newest radiofrequency thermal ablation method.

Aim. The main objective of the research was to assess life quality of patients with focal tumor lesions in the liver before and after treatment of percutaneous radiofrequency ablation of the liver.

Material and methods. The study on 31 patients was carried to prove validity and positive influence on life quality and health after radiofrequency thermal ablation. Patients were tested two weeks before and after treatment using WHOQOL-BREF and EORTC-QLQ C30 questionnaires. Despite the short period of time after ablation, patients' health quality considerably improved according to both used testing tools.

Conclusions. Percutaneous radiofrequency thermal ablation is a less invasive alternative for patients affected with carcinoma changes within the liver. Tests presented in this paper ought to be completed with additional variables which will provide precise information about the life quality issue and positive results of applied treatment.

KEYWORDS: focal carcinoma changes in the liver, percutaneous radiofrequency thermal ablation of the liver, life quality, large intestine carcinoma, radiofrequency thermalablation.

Wstęp

Ogniskowe zmiany nowotworowe w obrębie wątroby stanowią najczęstsze dalsze powikłania u chorych zmagających się z nowotworem jelita grubego, u osób palących

papierosy, nadużywających alkoholu, a także u młodych kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne [1].

Trudność w leczeniu zmian opiera się głównie na zbyt późnym wykryciu ognisk nowotworowych, gdyż nie dają żadnych konkretnych objawów mogących niepokoić chorego. Według zaleceń ASCO (American Society of Clinical Oncology) możliwe jest wcześniejsze udzielenie pomocy i wdrożenie odpowiedniego leczenia dzięki badaniom kontrolnym, takim jak tomografia komputerowa jamy brzusznej czy badania laboratoryjne [2, 3].

Leczenie przerzutów do wątroby, jakimi są zmiany ogniskowe, opiera się na metodzie inwazyjnej, czyli tradycyjnym zabiegu operacyjnym, metodzie farmakologicznej, nie do końca dającej zadowalające efekty, lub najnowszej metodzie nieinwazyjnej, jaką jest zabieg termoaablacji przezskórnej wątroby [4]. Ta stosunkowo młoda i perspektywiczna metoda leczenia stanowi ogromny postęp w kierunku zmniejszenia powikłań pooperacyjnych oraz lepszym rokowaniu pacjenta. Stan fizyczny oraz psychiczny, a w szczególności jakość życia chorego ulegają znacznej poprawie, dając szansę na dłuższe życie [5, 6].

Rozpoczynając terapię, wielu pacjentów obawia się ponownych powikłań, bólu oraz rekonwalescencji związanych z rozległym zabiegiem operacyjnym. Jakość ich życia oraz zdrowie psychiczne ponownie ulegają pogorszeniu [7, 8].

Jednakże dzięki najnowszej metodzie leczenia, jaką jest termoaablacja przezskórna wątroby, chorzy mają szansę uniknąć większości swoich obaw. Terapia ta ma za zadanie jak najmniej inwazyjnie, a najbardziej, jak to możliwe, wyleczyć pacjenta, zachowując przy tym jak najlepszą jakość jego życia [9, 10].

Konkretnych prac badawczych w kierunku jakości życia chorych z ogniskowymi zmianami w obrębie wątroby nie ma. Oceny po leczeniu metodą termoaablacji przezskórnej także brak. Podjęcie tego tematu jest ważne oraz potrzebne, gdyż pomoże to zrozumieć problemy, z jakimi borykają się pacjenci oraz z czym wiąże się dokładność zastosowanego leczenia w sferze zarówno somatycznej, jak i psychicznej.

Niniejszą pracę uznać można za pionierską w dziedzinie badań jakościowych, medycyny oraz pielęgniarstwa odnośnie poruszanego tematu. Zaznaczyć należy, że stanowi ona początek dalszych oraz szerszych badań w tym zakresie.

Cel pracy

Głównym celem badań była ocena jakości życia chorych z ogniskowymi zmianami nowotworowymi w wątrobie przed termoaablacją przezskórną wątroby i po wykonaniu tego zabiegu.

Problemy badawcze:

- Jak oceniana jest jakość życia pacjentów przed termoaablacją przezskórną wątroby i po wykonaniu tego zabiegu?

- Jaka jest jakość życia pacjentów (z uwzględnieniem płci i wieku) przed termoaablacją przezskórną wątroby?
- Jaka jest jakość życia pacjentów (z uwzględnieniem płci i wieku) po termoaablacji przezskórnej wątroby?

Materiał i metody

W przeprowadzonych badaniach techniką badawczą stanowiła metoda sondażu diagnostycznego w postaci kwestionariusza i ankiet, które poprzedzone zostały wstępem zawierającym informację na temat celu, zasad oraz rodzaju badania, którym zostali poddani wyrażający na to zgodę pacjenci. Kwestionariusz osobowy składał się z 9 pytań otwartych i zamkniętych, w których możliwe było uzyskanie podstawowych danych (zmiennych) na temat badanego pacjenta, np. płeć, wiek, wykształcenie czy jednostka chorobowa. Został on stworzony samodzielnie zgodnie z zasadami tworzenia metryczek informacyjnych [11].

Do badań wykorzystano również specyficzną skalę EORTC QLQ-C30 w wersji 3.0 w języku polskim oraz skróconą polską wersję WHOQOL-BREF.

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (ang. *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30*) skonstruowała Grupa Badawcza Jakości Życia, powołana przez Europejską Organizację Badań i Leczenia Nowotworów (EORTC). EORTC QLQ-C30 to część modułowego i wszechstronnego podejścia do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową bez uwzględnienia rodzaju czy lokalizacji choroby [11]. W kwestionariuszu podstawowym umieszczono 30 pytań, które dotyczą wpływu choroby na funkcjonowanie w różnych obszarach życia oraz wpływu dolegliwości na jakość życia chorego. Funkcjonowanie pacjentów mierzone jest poprzez skale takie jak: funkcjonowanie: fizyczne (w rolach społecznych i w pracy), emocjonalne, poznawcze, społeczne oraz ogólna jakość życia. Skale, które skupiają się na ocenie wpływu objawów na jakość życia, obejmują: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność, zaburzenia snu, utratę apetytu, zaparcie stolca i biegunkę. Dodatkowo uwzględnia się także wpływ choroby na sytuację finansową chorego. W zadawanych pytaniach kwestionariusza EORTC QLQ-C30 zastosowano 4-stopniową skalę Likerta, z wyjątkiem tych dotyczących oceny stanu zdrowia i ogólnej jakości życia pacjenta, gdzie posłużono się skalą 7-stopniową [11–14].

Skala WHOQOL-BREF także ocenia jakość życia chorego, opierając się na czterech obszarach życia, takich jak: fizyczny, psychologiczny, społeczny oraz środowiskowy. Zastosowana w badaniach skala jest wersją skróconą i składa się z 26 pytań. Punktacja mieści się w przedziale od 1 (bardzo zła) do 5 (bardzo dobra).

Im większa liczba zebranych punktów, tym oceniana jakość życia jest lepsza. Zapytanie numer jeden oraz dwa ankiety analizowane są oddzielnie. Pierwsze odnosi się do indywidualnej oraz ogólnej jakości życia, natomiast drugie do indywidualnego postrzegania własnego zdrowia [12, 13].

Przeprowadzone badania rozpoczęto w marcu 2015 roku, a zakończono w czerwcu 2015 roku. Niewielka grupa badanych (31 chorych) świadczy o tym, że nie wszyscy przyjęci do szpitala pacjenci zostali zakwalifikowani do dalszego leczenia (niespełnione warunki kategoryzacji do zabiegu, stawianych przez ośrodek), jaką jest metoda termoablacji przezskórnej, oraz nie wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniu ankietowym. Obserwacja pacjentów prowadzona była na terenie Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei w Poznaniu na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Minimalnie Inwazyjnej i Urazowej, wśród mężczyzn i kobiet.

Analiza statystyczna

Dla zmiennych na skalach jakościowych wyniki przedstawiono za pomocą liczebności (n) oraz wskaźnika struktury (%). Dla zmiennych na skalach ilościowych wyliczono średnią arytmetyczną (M), medianę (Me), kwartyle (Q1 i Q3), wartości minimalne i maksymalne oraz odchylenie standardowe (SD). Zgodność rozkładu poszczególnych skal z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Ponieważ zmienne nie spełniały założenia o normalności rozkładu, hipotezy weryfikowano za pomocą testów nieparametrycznych: testu kolejności par Wilcoxa, testu U Manna-Whitneya oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. Założono poziom istotności $\alpha = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p < 0,05$. Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011).

Wyniki

Badania przeprowadzono na grupie 31 chorych, u których w wyniku poszczególnych jednostek chorobowych doszło do wystąpienia przerzutów w obrębie narządu wątroby określanych jako nowotworowe zmiany ogniskowe. W pełnym rozkładzie badanej grupy 54,8% stanowiły kobiety, a 45,2% to mężczyźni (**Tabela 1**). Przedstawiane poniżej dane odnoszą się do informacji zawartych w metryczce poprzedzającej zastosowane do badań ankiety. Uwzględniają: wiek badanych, ich wykształcenie, miejsce zamieszkania, status zawodowy, stan cywilny, główne rozpoznanie jednostki chorobowej, zastosowane leczenie oraz czas, jaki minął od wykonanego zabiegu operacyjnego. Informacje te sta-

nowią podstawowe źródło wiedzy na temat chorego, dzięki czemu analiza danego przypadku w kontekście oceny jakości życia pacjenta jest bardziej przejrzysta i możliwa do porównania odnośnie podobieństw czy różnic między jednym a drugim chorym. Mogą stanowić również potwierdzenie, iż te aspekty mają pewien wpływ na przebieg choroby, leczenia czy jakość zdrowia. Grupa badanych została podzielona na trzy kategorie ze względu na wiek: pierwsza w przedziale od 26 do 45 lat, druga – od 46 do 60 lat, trzecia – powyżej 60 lat. Rozkład wykształcenia badanych osób podzielono na cztery kategorie: podstawowe, zawodowe, średnie oraz wyższe. Kolejny rozkład procentowy przedstawia status zawodowy badanych pacjentów. Niezwykle istotną informacją jest podstawowe rozpoznanie jednostki chorobowej; badani wymienili: nowotwór jelita grubego (najliczniejsza grupa chorobowa), nowotwór wątroby, nowotwór piersi, nowotwór odbytu, guz ogona trzustki oraz nowotwór żołądka. Pacjenci zapytani o rodzaj zastosowanego leczenia wskazali: w najwyższym procencie chemioterapię oraz metody operacyjne, następnie radioterapię oraz leczenie farmakologiczne (określone jako bardziej rozszerzone/inne niż podstawowe wg pacjenta). W odniesieniu do upływu czasu od leczenia operacyjnego ankietowani w największym procencie wskazali przedział od roku do 2 lat od wykonanego zabiegu, następnie do roku od operacji oraz powyżej 2 lat od zabiegu.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna badanych
Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of the respondents

Rozkład procentowy badanej grupy z uwzględnieniem podziału na płeć/ Percentage distribution of the study group, taking into account sex categories		
Płeć/ Gender	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
kobieta/woman	17	54,8
mężczyzna/man	14	45,2
Rozkład procentowy badanej grupy z uwzględnieniem podziału na kategorie wiekowe/Percentage distribution of the study group, taking into account age categories		
Wiek/ Age	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
26–45 lat/years	3	9,7
46–60 lat/years	9	29,0
powyżej 60 lat/over 60 years	19	61,3
Rozkład procentowy badanej grupy z uwzględnieniem podziału na wykształcenie/Percentage distribution of the study group, taking into account education		
Wykształcenie/ Education	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
podstawowe/primary education	3	9,7
zawodowe/basic vocational education	10	32,3
średnie/secondary education	10	32,3
wyższe/higher education	8	25,8

Rozkład procentowy badanej grupy z podziałem na miejsce zamieszkania/ Percentage distribution of the study group, taking into account the place of residence		
Miejsce zamieszkania/ Place of residence	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
wieś/village	3	9,7
miasto do 25 tys. mieszkańców/city up to 25 thousands of residents	7	22,6
miasto 25–100 tys. mieszkańców/city 25–100 thousands of residents	11	35,5
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców/city more than 100 thousands of residents	10	32,3
Rozkład procentowy badanej grupy z podziałem na status zawodowy/ Percentage distribution of the study group, taking into account the professional status		
Praca zawodowa/ Professional work	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
pracująca/working	7	22,6
emeryt/rencista/pensioner	20	64,5
nie pracuje/bez pracy/unemployed	4	12,9
Rozkład procentowy badanej grupy z podziałem na stan cywilny/ Percentage distribution of the study group, taking into account the marital status		
Stan cywilny/ Marital status	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
samotna/single	2	6,5
zamężna/zonaty/married	19	61,3
wolny związek/free relation	3	9,7
wdowa/wdowiec/widow/er	7	22,6
Rozkład procentowy badanej grupy z podziałem na rozpoznanie podstawowej jednostki chorobowej/ Percentage distribution of the study group, taking into account primary disease		
Rozpoznanie/ Disease	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
nowotwór jelita grubego/colon cancer	14	45,2
nowotwór wątroby/liver cancer	11	35,5
nowotwór piersi/breast cancer	3	9,7
nowotwór odbytu/rectal cancer	1	3,2
guz ogona trzustki/tumor of the pancreatic tail	1	3,2
nowotwór żołądka/gastric cancer	1	3,2
Rozkład procentowy zastosowanego leczenia/Percentage distribution of the study group, taking into account the treatment		
Leczenie/ Treatment	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
operacyjne/surgery	28	90,3
radioterapia/radiotherapy	9	29,0
chemioterapia/chemotherapy	28	90,3
farmakologiczne/pharmacological	1	3,2
Czas, jaki minął od wykonania zabiegu operacyjnego/ Time passed since surgery		
Czas od operacji/ Time passed since surgery	Liczba/ Number	Procent/ Percentage
do 1 roku/up to 1 year	9	29,0
1–2 lata/years	13	41,9
powyżej 2 lat/over 2 years	6	19,4
bez operacji/no operation	3	9,7
RAZEM/TOTAL	31	100,0

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Do oceny jakości życia badanych pacjentów zarówno przed termoablacją przezskórną wątroby, jak i po wykonaniu tego zabiegu posłużono się kwestionariuszami EORTC QLQ-C30 wersja 3.0 oraz WHOQOL BREF.

W przyjętym narzędziu badawczym EORTC QLQ-C30 skale oceniające jakość życia chorego dzielą się na funkcjonalne oraz objawowe. Przy pomiarze w skali funkcjonalnej za najlepszy wynik przyjmuje się 100; im wyższy wynik, tym lepsze funkcjonowanie. Przy pomiarze w skali objawowej za najlepszy wynik przyjmuje się 0.

Tabela 2. Wyniki pierwszego pomiaru (EORTC QLQ-C30)
Table 2. Results of the first measurement (EORTC QLQ-C30)

Skale funkcjonalne/ Functional scales	M±SD	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3
Stan zdrowia i jakość życia/ Health and quality of life	46,2±19,2	41,7	16,7	91,7	33,3	58,3
Funkcje fizyczne/ Physical functions	74,8±17,1	73,3	40,0	100,0	66,7	86,7
Pełnienie swej roli/ Playing one's role	74,2±19,6	66,7	33,3	100,0	66,7	100,0
Funkcje emocjonalne/ Emotional functions	49,5±25,9	50,0	0,0	100,0	33,3	75,0
Funkcje poznawcze/ Cognition functions	77,4±19,0	66,7	33,3	100,0	66,7	100,0
Funkcje społeczne/ Social functions	65,1±26,3	66,7	0,0	100,0	50,0	83,3

Q1 – dolny kwartył/lower quartile; Q3 – górny kwartył/the upper quartile; Me – mediana/median; M – średnia arytmetyczna/arithmetic average; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Min. – wartość minimalna/minimum value; Maks. – wartość maksymalna/maximum value

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Tabela 3. Wyniki drugiego pomiaru (EORTC QLQ-C30)/(2 tygodnie po zabiegu)
Table 3. Results of the second measurement (EORTC QLQ-C30)/(2 weeks after operation)

Skale funkcjonalne/ Functional scales	M±SD	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3
Stan zdrowia i jakość życia/ Health and quality of life	55,6±17,8	58,3	16,7	91,7	50,0	66,7
Funkcje fizyczne/ Physical functions	77,6±16,0	80,0	46,7	100,0	66,7	93,3
Pełnienie swej roli/ Playing one's role	75,8±20,1	66,7	33,3	100,0	66,7	100,0
Funkcje emocjonalne/ Emotional functions	75,3±14,0	83,3	41,7	100,0	66,7	83,3
Funkcje poznawcze/ Cognitive functions	79,0±21,5	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0
Funkcje społeczne/ Social functions	66,1±24,1	66,7	16,7	100,0	50,0	83,3

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Tabela 4. Porównanie funkcjonowania chorych przed zabiegiem termoablacji przezskórnej wątroby i po zabiegu termoablacji (wyniki testu Wilcoxon)

Table 4. Comparing the functioning of patients before liver thermal radiofrequency ablation surgery and after surgery (Wilcoxon test results)

Podskala/Subscale	Z	p
Stan zdrowia i jakość życia/Health and quality of life	4,4	0,0000
Funkcje fizyczne/Physical functions	2,9	0,0033
Pełnienie swej roli/Playing one's role	1,6	0,1088
Funkcje emocjonalne/Emotional functions	4,5	0,0000
Funkcje poznawcze/Cognition functions	0,4	0,7150
Funkcje społeczne/Social functions	0,8	0,4227

Z – wartość statystyki testu Wilcoxon/Wilcoxon test statistic value;
p – poziom istotności/level of significance

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Analiza wykazała, iż w odniesieniu do każdej z podskal funkcjonalnych średnie wartości przy pomiarze drugim były większe niż w pomiarze pierwszym. Największe różnice dotyczyły funkcji emocjonalnych: wzrost średniej z 49,5 w pierwszym pomiarze do 75,3 w drugim pomiarze, różnica istotna statystycznie ($p < 0,0001$). Wyraźnie polepszyła się również ocena stanu zdrowia i jakości życia: wzrost średniej z 46,2 do wartości 55,6, różnica istotna statystycznie ($p < 0,0001$). Nieco mniejsza poprawa, ale również istotna statystycznie ($p = 0,0033$), dotyczyła funkcji fizycznych (wzrost z średniej 74,8 do 77,6). Pozostałe pomiary nie są istotne statystycznie (**Tabela 4**).

Tabela 5. Nasilenie występowania objawów u chorych przed zabiegiem termoablacji przezskórnej wątroby (EORTC QLQ-C30)

Table 5. The severity of symptoms in patients before thermal radiofrequency ablation of the liver (EORTC QLQ-C30)

Skale objawowe/ Symptomatic scales	M±SD	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3
Zmęczenie/ Fatigue	41,6±17,4	44,4	11,1	66,7	33,3	55,6
Nudności/wymioty/ Nausea/vomiting	10,2±17,6	0,0	0,0	66,7	0,0	16,7
Bóle/ Headaches	25,8±23,1	33,3	0,0	83,3	0,0	33,3
Duszności/ Shortness of breath	11,8±18,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3
Bezsennaść/ Insomnia	46,2±31,8	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7
Brak apetytu/ Lack of appetite	22,6±23,4	33,3	0,0	66,7	0,0	33,3
Zaparcia/ Constipation	15,1±22,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3
Biegunka/ Diarrhoea	8,6±17,1	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0
Problemy finansowe/ Financial problems	41,9±27,2	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Tabela 6. Nasilenie występowania objawów u chorych po zabiegu termoablacji przezskórnej wątroby (EORTC QLQ-C30)/2 tygodnie po zabiegu

Table 6. The severity of symptoms in patients after thermal radiofrequency ablation of the liver (EORTC QLQ-C30)/2 weeks after operation

Skale objawowe/ Symptomatic scales	M±SD	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3
Zmęczenie/Fatigue	32,3±12,0	33,3	11,1	66,7	22,2	33,3
Nudności/wymioty/ Nausea/vomiting	5,4±10,0	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7
Bóle/Headaches	22,0±16,3	33,3	0,0	50,0	0,0	33,3
Duszności/Shortness of breath	9,7±17,6	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3
Bezsennaść/Insomnia	35,5±24,2	33,3	0,0	66,7	33,3	66,7
Brak apetytu/Lack of appetite	11,8±16,2	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3
Zaparcia/Constipation	17,2±20,9	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3
Biegunka/Diarrhoea	6,5±13,4	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0
Problemy finansowe/ Financial problems	41,9±27,2	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Tabela 7. Porównanie funkcjonowania chorych przed zabiegiem termoablacji przezskórnej wątroby i po zabiegu termoablacji (wyniki testu Wilcoxon)

Table 7. Comparing the functioning of patients before liver thermal radiofrequency ablation surgery and after surgery (Wilcoxon test results)

Objawy/Symptoms	Z	p
Zmęczenie/Fatigue	3,3	0,0008
Nudności/wymioty/Nausea/vomiting	1,7	0,0926
Bóle/Headaches	1,2	0,2220
Duszności/Shortness of breath	1,3	0,1797
Bezsennaść/Insomnia	2,8	0,0051
Brak apetytu/Lack of appetite	2,6	0,0099
Zaparcia/Constipation	0,4	0,7150
Biegunka/Diarrhoea	1,1	0,2733
Problemy finansowe/Financial problems	0,0	1,0000

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Za wyjątkiem problemów fizycznych i zaparcí objawy uległy zmniejszeniu. Wyniki istotne statystycznie dotyczyły zmęczenia ($p = 0,0008$), bezsenności ($p = 0,0051$) oraz braku apetytu ($p = 0,0099$) (**Tabela 7**).

Uzyskane wyniki pomiaru z zastosowanego narzędzia badawczego WHOQOL-BREF:

Tabela 8. Porównanie funkcjonowania chorych przed zabiegiem termoablacji przezskórnej wątroby i po zabiegu termoablacji (wyniki testu Wilcoxon)

Table 8. Comparing the functioning of patients before liver thermal radiofrequency ablation surgery and after surgery (Wilcoxon test results)

Dziedzina/Discipline	Z	p
Dziedzina fizyczna/Physical discipline	3,8	0,0002
Dziedzina psychologiczna/Psychological discipline	4,6	0,0000
Relacje społeczne/Social relations	0,5	0,5930
Środowisko/Environment	1,9	0,0630

Z – wartość statystyki testu Wilcoxon/Wilcoxon test statistic value;
p – poziom istotności/level of significance

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Nieznaczną, ale istotną statystycznie poprawę dotyczyła dziedzin fizycznej ($p = 0,0002$) i psychologicznej ($p < 0,0001$).

Dokonano również pomiaru porównującego jakość życia u kobiet i mężczyzn, stosując test U Manna-Whitneya. Wszystkie wyniki w obu grupach są nieistotne statystycznie, co oznacza, że nie wystąpiły różnice w jakości życia zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

Przy użyciu współczynnika korelacji rang Spearmana wykonano również analizę porównawczą wieku badanych osób z wynikami uzyskanymi na poszczególnych skalach. Stwierdzono brak jakiegokolwiek korelacji w przyjętej zmiennej wieku a poszczególnymi zmiennymi ze skal.

Tabela 9. Wyniki korelacji pomiaru pierwszego (I) i drugiego (II) z zastosowaniem testu Spearmana

Table 9. The correlation results of the first (I) and second (II) measurement using the Spearman test

Para zmiennych/Pair of variables	R Spearman	p
Wiek (lata) vs (I) stan zdrowia i jakość życia/ <i>Age(years)vs(I)health and quality of life</i>	-0,06	0,7348
Wiek (lata) vs (II) stan zdrowia i jakość życia/ <i>Age(years)vs(II)health and quality of life</i>	0,04	0,8304
Wiek (lata) vs (I) funkcje fizyczne/ <i>Age(years)vs(I) physical functions</i>	-0,28	0,1209
Wiek (lata) vs (II) funkcje fizyczne/ <i>Age(years)vs(II) physical functions</i>	-0,32	0,0761
Wiek (lata) vs (I) pełnienie swej roli/ <i>Age(years)vs(I) playing one's role</i>	-0,03	0,8932
Wiek (lata) vs (II) pełnienie swej roli/ <i>Age(years)vs(II) playing one's role</i>	-0,01	0,9663
Wiek (lata) vs (I) funkcje emocjonalne/ <i>Age(years)vs(I) emotional functions</i>	-0,06	0,7345
Wiek (lata) vs (II) funkcje emocjonalne/ <i>Age(years)vs(II) emotional functions</i>	0,00	0,9828
Wiek (lata) vs (I) funkcje poznawcze/ <i>Age(years)vs(I) cognitive functions</i>	-0,02	0,9165
Wiek (lata) vs (II) funkcje poznawcze/ <i>Age(years)vs(II) cognitive functions</i>	-0,26	0,1622
Wiek (lata) vs (I) funkcje społeczne/ <i>Age(years)vs(I) social functions</i>	-0,09	0,6397
Wiek (lata) vs (II) funkcje społeczne/ <i>Age(years)vs(II) social functions</i>	-0,05	0,7996
Wiek (lata) vs (I) zmęczenie/ <i>Age(years)vs(I)fatigue</i>	-0,01	0,9416
Wiek (lata) vs (II) zmęczenie/ <i>Age(years)vs(II)fatigue</i>	0,08	0,6847
Wiek (lata) vs (I) nudności/wymioty/ <i>Age(years)vs(I) nausea/vomiting</i>	-0,08	0,6716
Wiek (lata) vs (II) nudności/wymioty/ <i>Age(years)vs(II) nausea/vomiting</i>	0,00	0,9888
Wiek (lata) vs (I) bóle/ <i>Age(years)vs(I) headaches</i>	-0,05	0,7994
Wiek (lata) vs (II) bóle/ <i>Age(years)vs(II) headaches</i>	0,04	0,8278
Wiek (lata) vs (I) duszność/ <i>Age(years)vs(I) shortness of breath</i>	-0,11	0,5644
Wiek (lata) vs (II) duszność/ <i>Age(years)vs(II) shortness of breath</i>	-0,02	0,8954
Wiek (lata) vs (I) bezsenność/ <i>Age(years)vs(I)insomnia</i>	-0,04	0,8418

Wiek (lata) vs (II) bezsenność/ <i>Age(years)vs(II)insomnia</i>	0,08	0,6738
Wiek (lata) vs (I) brak apetytu/ <i>Age(years)vs(I) lack of appetite</i>	0,13	0,4959
Wiek (lata) vs (II) brak apetytu/ <i>Age(years)vs(II) lack of appetite</i>	-0,02	0,9038
Wiek (lata) vs (I) zaparcia/ <i>Age(years)vs(I) constipation</i>	-0,26	0,1513
Wiek (lata) vs (II) zaparcia/ <i>Age(years)vs(II) constipation</i>	-0,06	0,7352
Wiek (lata) vs (I) biegunka/ <i>Age(years)vs(I)diarrhoea</i>	-0,02	0,9315
Wiek (lata) vs (II) biegunka/ <i>Age(years)vs(II)diarrhoea</i>	-0,07	0,6960
Wiek (lata) vs (I) problemy finansowe/ <i>Age(years)vs(I) financial problems</i>	0,04	0,8142
Wiek (lata) vs (II) problemy finansowe/ <i>Age(years)vs(II) financial problems</i>	0,04	0,8142
Wiek (lata) vs (I) dziedzina fizyczna/ <i>Age(years)vs(I) physical discipline</i>	-0,01	0,9547
Wiek (lata) vs (II) dziedzina fizyczna/ <i>Age(years)vs(II) physical discipline</i>	-0,10	0,6065
Wiek (lata) vs (I) relacje społeczne/ <i>Age(years)vs(I) social relations</i>	-0,21	0,2487
Wiek (lata) vs (II) relacje społeczne/ <i>Age(years)vs(II) social relations</i>	-0,21	0,2467
Wiek (lata) vs (I) dziedzina psychologiczna/ <i>Age(years)vs(I) psychological discipline</i>	-0,13	0,4897
Wiek (lata) vs (II) dziedzina psychologiczna/ <i>Age(years)vs(II) psychological discipline</i>	-0,13	0,5000
Wiek (lata) vs (I) środowisko/ <i>Age(years)vs(I) environment</i>	0,19	0,3022
Wiek (lata) vs (II) środowisko/ <i>Age(years)vs(II) environment</i>	0,17	0,3681

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Nie ma również istotnych statystycznie korelacji pomiędzy jakością życia a czasem, jaki minął od operacji (dla osób wcześniej operowanych). Tu także zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana.

Tabela 10. Wyniki korelacji pomiaru pierwszego (I) i drugiego (II) z zastosowaniem testu Spearmana

Table 10. The correlation results of the first (I) and second (II) measurement using the Spearman test

Para zmiennych/ Pair of variables	R Spearman	p
Czas od operacji vs (I) stan zdrowia i jakość życia/ <i>Time since surgery vs (I) health and quality of life</i>	0,18	0,3570
Czas od operacji vs (II) Stan zdrowia i jakość życia/ <i>Time since surgery vs (II) health and quality of life</i>	0,12	0,5316
Czas od operacji vs (I) funkcje fizyczne/ <i>Time since surgery vs (I) physical functions</i>	0,00	0,9972
Czas od operacji vs (II) funkcje fizyczne/ <i>Time since surgery vs (II) physical functions</i>	-0,02	0,9094
Czas od operacji vs (I) pełnienie swej roli/ <i>Time since surgery vs (I) act as</i>	0,10	0,5998
Czas od operacji vs (II) pełnienie swej roli/ <i>Time since surgery vs (II) act as</i>	0,12	0,5386
Czas od operacji vs (I) funkcje emocjonalne/ <i>Time since surgery vs (I) emotional functions</i>	-0,17	0,3959
Czas od operacji vs (II) funkcje emocjonalne/ <i>Time since surgery vs (II) emotional functions</i>	-0,09	0,6365

Czas od operacji vs (I) funkcje poznawcze/ <i>Time since surgery vs (I) cognition functions</i>	-0,02	0,9372
Czas od operacji vs (II) funkcje poznawcze/ <i>Time since surgery vs (II) cognition functions</i>	-0,10	0,6050
Czas od operacji vs (I) funkcje społeczne/ <i>Time since surgery vs (I) social functions</i>	0,26	0,1797
Czas od operacji vs (II) funkcje społeczne/ <i>Time since surgery vs (II) social functions</i>	0,27	0,1722
Czas od operacji vs (I) zmęczenie/ <i>Time since surgery vs (I) fatigue</i>	-0,06	0,7535
Czas od operacji vs (II) zmęczenie/ <i>Time since surgery vs (II) fatigue</i>	-0,29	0,1307
Czas od operacji vs (I) nudności/wymioty/ <i>Time since surgery vs (I) nausea/vomiting</i>	-0,15	0,4310
Czas od operacji vs (II) nudności/wymioty/ <i>Time since surgery vs (II) nausea/vomiting</i>	-0,04	0,8417
Czas od operacji vs (I) bóle/ <i>Time since surgery vs (I) headaches</i>	-0,11	0,5820
Czas od operacji vs (II) bóle/ <i>Time since surgery vs (II) headaches</i>	-0,01	0,9675
Czas od operacji vs (I) duszności/ <i>Time since surgery vs (I) shortness of breath</i>	-0,35	0,0663
Czas od operacji vs (II) duszności/ <i>Time since surgery vs (II) shortness of breath</i>	-0,29	0,1377
Czas od operacji vs (I) bezsenność/ <i>Time since surgery vs (I) insomnia</i>	0,29	0,1408
Czas od operacji vs (II) bezsenność/ <i>Time since surgery vs (II) insomnia</i>	0,29	0,1281
Czas od operacji vs (I) brak apetytu/ <i>Time since surgery vs (I) lack of appetite</i>	-0,01	0,9659
Czas od operacji vs (II) brak apetytu/ <i>Time since surgery vs (II) lack of appetite</i>	0,20	0,3050
Czas od operacji vs (I) zaparcia/ <i>Time since surgery vs (I) constipation</i>	0,16	0,4175
Czas od operacji vs (II) zaparcia/ <i>Time since surgery vs (II) constipation</i>	-0,09	0,6434
Czas od operacji vs (I) biegunka/ <i>Time since surgery vs (I) diarrhoea</i>	0,16	0,4120
Czas od operacji vs (II) biegunka/ <i>Time since surgery vs (II) diarrhoea</i>	0,04	0,8254
Czas od operacji vs (I) problemy finansowe/ <i>Time since surgery vs (I) financial problems</i>	-0,12	0,5377
Czas od operacji vs (II) problemy finansowe/ <i>Time since surgery vs (II) financial problems</i>	-0,12	0,5377
Czas od operacji vs (I) dziedzina psychologiczna/ <i>Time since surgery vs (I) psychological discipline</i>	-0,04	0,8572
Czas od operacji vs (II) dziedzina psychologiczna/ <i>Time since surgery vs (II) psychological discipline</i>	0,19	0,3342
Czas od operacji vs (I) relacje społeczne/ <i>Time since surgery vs (I) social relations</i>	0,42	0,0246
Czas od operacji vs (II) relacje społeczne/ <i>Time since surgery vs (II) social relations</i>	0,37	0,0562
Czas od operacji vs (I) środowisko/ <i>Time since surgery vs (I) environment</i>	0,42	0,0261
Czas od operacji vs (II) środowisko/ <i>Time since surgery vs (II) environment</i>	0,39	0,0394
Czas od operacji vs (I) dziedzina fizyczna/ <i>Time since surgery vs (I) physical discipline</i>	-0,04	0,8572
Czas od operacji vs (II) dziedzina fizyczna/ <i>Time since surgery vs (II) physical discipline</i>	-0,10	0,6020

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Dyskusja

Podjęty temat badań nad jakością życia chorych po termoablacji przezskórnej wątroby stanowił duże wyzwanie. Zagadnienie odnoszące się do pacjentów,

u których zastosowano metodę leczenia termoablacyjnego, jest nowym i wcześniej nieujęty w żadnych badaniach lekarskich ani pielęgnarskich, stąd też wynika brak porównania wyników badań własnych z wynikami innych badaczy. Codzienna praca z chorymi, u których przeprowadza się zabieg ablacji wątroby, ciekawość dotycząca stanu ich zdrowia czy jakości życia skłoniły autorów do podjęcia się przeprowadzenia badań w tym kierunku.

Zgromadzenie dostatecznej liczby chorych do badania nie było łatwym zadaniem. Warunki wykonania zabiegu u pacjenta, jakie stawiane są przez jednostkę leczniczą, są bardzo rygorystyczne. Nie każda osoba może być zakwalifikowana do zabiegu, np. ze względu na stan zdrowia, jakim jest rozległy rozsiew nowotworowy, choroby współtowarzyszące, tj. układu oddechowego, a także wiek pacjenta czy niekorzystne umiejscowienie guza w obrębie narządu.

W przeprowadzonych badaniach uczestniczyło 31 pacjentów, w tym 17 kobiet i 14 mężczyzn. Każdy z ankietowanych był przed zabiegiem termoablacji przezskórnej wątroby. Wiek pacjentów klasyfikował się w granicach od 26. do powyżej 60. roku życia. Najliczniejszą grupę badanych stanowili chorzy powyżej 60. roku życia, bo aż 19 osób. Wysoka liczebność pacjentów w zaawansowanym wieku zakwalifikowanych do zabiegu świadczy o większej częstotliwości zapadalności na różnego rodzaju choroby wraz z wiekiem. U osób poniżej 60. roku życia częstotliwość ta jest znacznie mniejsza. Warto dodać, że do zabiegu termoablacji przezskórnej wątroby zakwalifikowało się więcej kobiet niż mężczyzn, co może sugerować wyższą podatność płci żeńskiej na choroby nowotworowe.

Wpływ wykształcenia nie nasuwa w badaniach żadnych konkretnych wniosków, mimo że osoby z wykształceniem zawodowym i średnim stanowiły najwyższy procent. Poziom wykształcenia nie wywiera większego wpływu na podatność na zachorowanie, jednakże na stopień porozumienia się z badanym czy prawidłową analizę pytań z kwestionariuszy badawczych – tak. Dokładniejszych i bardziej zrozumiałych odpowiedzi udzielały osoby z wykształceniem średnim i wyższym niż z zawodowym czy podstawowym.

Dość ciekawe wnioski nasuwają się z informacji odnośnie miejsca zamieszkania badanych. Najliczniejszą grupę zakwalifikowanych do zabiegu stanowiły osoby pochodzące z miast powyżej 25 tys. mieszkańców, co może świadczyć o większej dostępności do informacji odnośnie najnowszych metod leczenia, wśród których jest termoablacja.

Aktualnie deklarowany przez chorych status zawodowy również potwierdza teorię wieku. Najliczniejszą grupę badanych stanowili emeryci i renciści. Aktyw-

nych zawodowo, którym choroba nie umożliwia dalszej działalności zawodowej, było 22,6%. Najczęściej byli to pacjenci z rozpoznaniem nowotworem wątroby lub pacjenci, u których od zabiegu operacyjnego minął ponad rok, lub pacjenci, którzy nie byli poddani leczeniu operacyjnemu.

Stan cywilny chorych także nie ma wpływu na ich zachorowanie, jednakże odnośnie jakości życia czy wsparcia w chorobie ma duże znaczenie. Osoby pozostające w związkach znacznie wyżej określały jakość swojego życia, zadowolenie z samego siebie czy relacji międzyludzkich. Zauważono również bardziej pozytywne nastawienie na proponowaną formę leczenia i chęć walki o własne zdrowie. Najlichnieszą grupę pacjentów stanowiły właśnie osoby będące w związku małżeńskim.

Bardzo ważną informację stanowi podstawowe rozpoznanie jednostki chorobowej pacjenta. Najwięcej, bo aż 45,2%, stanowiła grupa chorych, u których zdiagnozowano nowotwór jelita grubego. Potwierdza to założenie, że u osób chorujących na nowotwór jelita grubego najczęściej dochodzi do przerzutów w obrębie narządu wątroby, przez co do leczenia termoablacyjnego kwalifikowanych jest najwięcej pacjentów z tym rozpoznaniem. Równie liczną grupę stanowili badani z nowotworem wątroby – 35,5%, u których w standardowym postępowaniu stosuje się, w celu uniknięcia leczenia rozległym zabiegiem operacyjnym, metodę przezskórnej termoablacji. Także chorych z nowotworem piersi, odbytu, żołądka czy guzem ogona trzustki kwalifikowano do zabiegu ablacji. Warto dodać, że najmłodszą grupę pacjentów stanowiły kobiety z postawionym rozpoznaniem nowotworu piersi. Najczęstszym rozpoznaniem podstawowej jednostki chorobowej był nowotwór jelita grubego, co potwierdza, że schorzenie to częściej niż inne daje zmiany ogniskowe w obrębie wątroby, a to wiąże się z koniecznością wykonania zabiegu termoablacji po kwalifikacji do tego zabiegu.

Odnosząc się do stosowanych metod leczenia, jakie deklarowali w kwestionariuszu badani, na równi w najwyższym procencie są chemioterapia oraz leczenie operacyjne. Obie metody terapeutyczne przeważnie zalecane są w leczeniu pacjentów onkologicznych, przez co wynik nie jest zaskakujący. Dodatkowo wymienione leczenie radioterapeutyczne zadeklarowało 29% pacjentów. Wnioskując, standardowym postępowaniem jest leczenie operacyjne z chemioterapią przed wykonaniem zabiegu termoablacji przezskórnej wątroby.

U większości ankietowanych chorych leczenie termoablacyjne poprzedzone było leczeniem operacyjnym. Tylko 9,7% nie zostało poddanych żadnemu zabiegowi. Największy procent stanowiła grupa chorych w przedziale od roku do 2 lat po operacji, u których

zdiagnozowano zmiany ogniskowe w obrębie narządu wątroby. Na tej podstawie można wysnuć dwa podstawowe wnioski: pierwszy – potwierdzający słuszność regularnych oraz jak najszybciej wdrożonych badań kontrolnych w kierunku przerzutów do wątroby, drugi – jak szybko u pacjenta chorującego onkologicznie dochodzi do dalszych powikłań i rozsiewów nowotworowych mimo stosowanego leczenia.

Powyżej przedstawione fakty stanowią bazę podstawowych informacji na temat badanej grupy pacjentów.

W niniejszej pracy badawczej skupiono się na aspekcie jakości życia chorych po przezskórnej termoablacji wątroby. By porównać i wyciągnąć wnioski odnośnie standardu życia badanych, zdecydowano się użyć dostępnych kwestionariuszy oceniających jakość życia. Badania prowadzono na jednej stałej grupie 31 osób zakwalifikowanych do zabiegu ablacji. Ankieta została przeprowadzona dzień przed termoablacją oraz 2 tygodnie po zabiegu. Wyznaczony czas 2 tygodni nie jest przypadkowy, gdyż wspierając się konsultacją od specjalisty w zakresie wątroby i jej leczenia, stwierdzono, że termin ten stanowi czas minimalny, po jakim można sprawdzić zmiany w jakości życia chorych.

Według pierwszego z wybranych kwestionariuszy, czyli EORTC QLQ-C30, oceniono pacjentów w podziale skal funkcjonalnych i objawowych narzędzia badawczego.

W funkcjonalnych aspektach największe zmiany zauważono w dziedzinie stanu zdrowia i jakości życia oraz stanu emocjonalnego pacjentów. Oba aspekty bardzo mocno odnoszą się do zagadnienia jakości życia. Dziedzina stanu zdrowia przed zabiegiem wynosiła średnio 46,2%, a 2 tygodnie po wzrosła aż do 55,6%. Różnicę można określić jako dużą, mając na uwadze niedługi czas, jaki upłynął po ablacji. Wnioskując, jakość życia i stan zdrowia to aspekt, który uległ znacznej poprawie. Odnosząc się do dziedziny emocjonalnej, również zauważono tendencję pozytywnie wzrostową. Przed zabiegiem średnią określano na 49,5%, a po 2-tygodniowej przerwie – na 75,3%. Aspekt emocjonalny jest tutaj o tyle ważny, że pozytywne nastawienie emocjonalne na wiadomości o ponownej chorobie i kontynuowaniu terapii daje lepsze wyniki w leczeniu, chęć do dalszej walki o własne zdrowie oraz nadzieję na lepszą jakość życia i stan zdrowia. Pozostałe czynniki funkcjonalne takie jak: funkcje fizyczne, pełnienie swej roli, funkcje poznawcze oraz funkcje społeczne także uległy poprawie, jednak w mniejszym procencie. Podsumowując, zastosowany test Wilcoxa wykazał istotne statystycznie różnice przed zabiegiem i po zabiegu w obu głównych aspektach skali funkcjonalnej.

Analizując punkty skali objawowej, można zauważyć istotne statystycznie różnice w: odczuwanym zmęczeniu, które z 41,6% spadło do 32,3%, bezsenności

– z 46,2% do 35,5% oraz braku apetytu – z 22,6% do 11,8%. Każdy z trzech wymienionych czynników według testu Wilcozona potwierdza negatywny wpływ stresu i niepewności przed zabiegiem na wybrane aspekty życia chorego; po przeprowadzonej termoablacji dane objawy są mniej odczuwalne w sposób negatywny niż wcześniej. Pozostałe objawy takie jak: nudności/wymioty, bóle, duszności, zaparcia czy biegunka również uległy zmniejszeniu, jednak w mniejszym stopniu. Bez zmian pozostał aspekt problemów finansowych.

Na podstawie skali WHOQOL-BREF i korzystając z testu Wilcozona, istotnie statystycznie różnice wykazano w dziedzinie fizycznej oraz psychologicznej badanych pacjentów. W aspekcie fizycznym nastąpiła znaczna poprawa z 12,4% do 13,1% średniej. Natomiast w aspekcie psychologicznym z 12,8% aż do 14%. Można śmiało wywnioskować, że mimo upływu 2 tygodni od zabiegu u chorych wystąpiła znaczna poprawa jakości życia w sferze fizycznej oraz psychologicznej. Do mniej istotnej, ale również pozytywnej poprawy doszło w pozostałych dziedzinach życia, takich jak relacje społeczne oraz środowisko.

Oba użyte do badania kwestionariusze wykazały poprawę w jakości życia chorych ze zmianami ogniskowymi w obrębie wątroby po zastosowaniu metody leczenia, jaką jest termoablacja przezskórna.

Podsumowując, można dodać, że porównując jakość życia u kobiet i mężczyzn, różnice ze względu na płeć nie wystąpiły i nie są istotne statystycznie. Podobne wyniki uzyskano również, porównując wiek badanych pacjentów czy czas, jaki minął od operacji. Żaden z wymienionych aspektów nie wpływał na jakość życia chorych. Zmienne płci i wieku nie są czynnikami istotnymi statystycznie.

Wnioski

1. Według skali EORTC-C30 oraz WHOQOL-BREF jakość życia pacjentów po 2 tygodniach od zabiegu uległa znacznej poprawie.
2. Zmiennymi, które nie mają wpływu na jakość życia pacjentów, są płeć, wiek oraz czas, jaki minął od operacji.
3. Przeprowadzone badania należy traktować jako wstępne i rozszerzyć o większą liczbę badanych, zakres czasowy po zabiegu (2 tygodnie/3 miesiące/6 miesięcy/rok), a także liczbę wykonanych termoablacji u danego pacjenta.
4. Przeprowadzone badania stanowią nowe źródło wiedzy ukazujące pozytywny wpływ nowej metody leczenia, jaką jest termoablacja przezskórna wątroby. Metoda termoablacji potwierdza zbliżony stopień skuteczności leczenia w porównaniu do klasycznego zabiegu operacyjnego, ze znacznie mniejszym odczuciem cierpienia somatycznego i psychicznego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. D'Angelica M, Fong Y. Wątroba. W: Townsend CM et al. (red.). Sabiston. Chirurgia. T. 4. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013. 358–411.
2. Zadrożny D, Śledziński Z, Studniarek M. Wczesne wyniki leczenia nowotworów pierwotnych i wtórnych wątroby metodą przezskórnej termoablacji. *Pol Prz Chir.* 2008; 80, 8: 730–742.
3. Stańczyk M, Zegadło A, Zwierowicz T, Żak D, Bogusławska R, Maruszyński M. Mikrofalowa ablacja guzów wątroby jako nowe narzędzie w małej inwazyjnej chirurgii wątroby. *Pol Merk Lek.* 2009; 26, 155: 545–549.
4. Locker GY, Hamilton S, Harris J. Update of Recommendations for the Use of Tumor Markers in Gastrointestinal Cancer. *J Clin Oncol.* 2006; 33: 5313–5327.
5. Krawczyk M, Patkowski W. Chirurgia wątroby. *Med Prakt Chir.* 2011; 2: 49–55.
6. Padma S, Martinie JB, Iannitti DA. Ablacja guzów wątroby – metody przezskórne i operacyjne. *Med Prakt – Chirurgia.* 2010; 5, 93: 41–64.
7. Kulig J, Nowak W, Kołodziejczyk P, Kłęk S, Sierżęga M, Gach T. Przezskórna termoablacja nowotworów złośliwych wątroby. *Ultrasonografia.* 2007; 29: 23–29.
8. Pyra A, Pyda P, Drews M. Termoablacja ogniskowych zmian nowotworowych w wątrobie – opis metody. *Now Lek.* 2007; 76, 3: 256–260.
9. Biernacki M, Tenderenda M, Michalak M. Wartość termoablacji w leczeniu pierwotnych i przerzutowych guzów nowotworowych wątroby. *Rocz Med.* 2007; 14, 1: 29–33.
10. Rubinsky B, Onik G, Mikus P. Irreversible electroporation: a new ablation modality – clinical implications. *Technol Cancer Res Treat.* 2007; 6, 1: 37–48.
11. Stelcer B. Jakość życia i integracja psychiczna. W: Wołowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych QOL in medical sciences. Poznań: Dział Wydawnictw Uczelnianych AM im. Karola Marcinkowskiego; 2001. 117–127.
12. Leppert W, Majkowicz M. Validation of the Polish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 15 – Palliative Care (EORTC QLQ-C15-PAL) in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2013; 27: 470–477.
13. Stychno E, Kulczycka K. Problemy badawcze w badaniach jakościowych w pielęgniarstwie. *Piel XXI w.* 2009, 1/2, 26/27: 121–123.
14. Sierakowska M, Krajewska-Kułał E, Lewko J. Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych. W: Krajewska-Kułał E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszyk C (red.). Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. T. 1. Białystok: Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AM w Białymstoku; 2005. 35.

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.10.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.12.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Beata Bożek-Bezler
ul. Cypriana Norwida 17/7
60-867 Poznań
tel.: 61 8612 261
e-mail: beata.db3@gmail.com
Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu