

Jolanta Glińska¹, Ewa Adamska², Beata Brosowska¹, Małgorzata Lewandowska¹

¹Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Studentka Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

P

roblemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego

Physical problems of patients in terminal stage of cancerous disease in comparison with the social support from nursing staff

STRESZCZENIE

Wstęp. Okres terminalny choroby nowotworowej powoduje wiele negatywnych skutków w wielu aspektach życia pacjenta. Obok problemów natury psychicznej chorzy na nowotwory odczuwają szereg dolegliwości somatycznych. Większość pacjentów nie radzi sobie z tą sytuacją i wymaga wsparcia ze strony innych osób. Dużą rolę w tym zakresie przypisuje się całemu zespołowi terapeutycznemu, w którym wiodącą rolę powinna odgrywać pielęgniarka. To właśnie ona ma najbliższy i najdłuższy kontakt z pacjentem, jego rodziną oraz wszystkimi członkami zespołu.

Cel pracy. Określenie stanu fizycznego chorych w terminalnym okresie choroby oraz wsparcia społecznego ze strony personelu pielęgniarskiego.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowiło 46 pacjentów z oddziałów opieki paliatywnej w Łodzi. Dane zbierano w oparciu o kwestionariusz ankiety własnej budowy. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu chi² Pearsona.

Wyniki i wnioski. Poprzez analizę wyników wykazano, iż pacjenci odczuwają wiele dolegliwości somatycznych. Na pierwszy plan wysuwają się: duszność, zmęczenie, znużenie; następnie: nudności, wymioty i zaparcia. Najbardziej dokuczliwym problemem dermatologicznym jest świąd skóry i jej wysuszenie. Analizując rodzaje wsparcia w kategorii dostępności i jego otrzymania, można stwierdzić, że wyniki osiągają porównywalne wartości. Wykazano wpływ wsparcia na stan fizyczny pacjentów.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3): 190–198

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, okres terminalny, wsparcie, stan fizyczny

ABSTRACT

Introduction. Terminal period of cancerous disease causes many negative results in various aspects of the life. People with cancers feel many physical symptoms except psychologist problems. Majority of them don't manage with that and they have demanded the support from other people. The therapeutic team has the big role in this case, especially the nurse. She has the nearest and long-lasting contact with a patient, with his (her) family and with all members of the therapeutic team.

Aim. The estimation of physical stage of patients in terminal period of cancerous disease and their expectations in the face of nursing staff.

Material and methods. The estimation of physical stage of patients in terminal period of cancerous disease and the social support from nursing staff. Statistical analysis was performed using non-parametric test: Pearson chi² squared test.

Results. The research has showed that the patients feel many somatic problems. The first one is stuffiness, tiredness, weariness and the next: nausea, vomiting, constipation. The itching and dryness of the skin is the most nagging problem from the skin. To make an analysis the kinds of the support in connection of availability you can see that the results have comparable value. The influence of the social support has been showed.

Nursing Topics 2009; 17 (3): 190–198

Key words: cancerous disease, terminal stage, support, physical stage

Adres do korespondencji: dr Jolanta Glińska, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. G. Narutowicza 58 90-145 Łódź, tel./faks: (0 42) 678 37 26, e-mail: jolanta_glinska@go2.pl

WSTĘP

Wzrost zachorowań na nowotwory i choroby przewlekłe w Polsce powoduje konieczność świadczenia opieki paliatywnej. Polega ona na trosce i zaspokajaniu potrzeb chorego, łagodzeniu dolegliwości somatycznych, jak również zapewnieniu mu pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych i duchowych. Okres terminalny to stan, w którym zaczynają pojawiać się różne dolegliwości, pogarsza się stan zdrowia i sprawność ruchowa, chory nie może wychodzić z domu, wymaga stałej opieki. Stan ten trwa około 6–8 tygodni i jest to okres właściwej opieki paliatywnej, której zadaniem jest objęcie w sposób holistyczny zarówno pacjenta, jak i jego najbliższych oraz wsparcie w chorobie i żałobie. Obok problemów psychicznych, poważne trudności sprawiają chorym na nowotwory dolegliwości somatyczne. Zespół terapeutyczny podejmuje działania w kierunku zmniejszenia uciążliwości związanych z leczeniem i monitorowaniem objawów somatycznych, starając się jednocześnie zapewnić komfort życia pacjentom. Praca zespołu wymaga dużego zaangażowania, dobrego porozumienia się, zdobycia zaufania chorego i jego rodziny. Oparta jest na przestrzeganiu zasad etycznych obowiązujących w opiece paliatywnej: „poszanowanie niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działania, respektowanie zasady sprawiedliwości, uznanie zasady *primum non nocere*, co oznacza: nie szkodzić i nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia (fizycznego, psychicznego i duchowego), przestrzeganie zasady czynienia dobra” [1]. Osoby wchodzące w skład zespołu terapeutycznego opiekującego się pacjentem, służą mu pomocą przez cały okres stanu terminalnego, a kluczowym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny [2, 3].

Cel pracy

Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania:

1. Jakie dolegliwości somatyczne stanowią dla chorych największe problemy w terminalnej fazie choroby nowotworowej?
2. Jak kształtuje się zapotrzebowanie na wsparcie społeczne pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej wobec personelu pielęgniarskiego?
3. Czy wsparcie społeczne ma wpływ na dolegliwości somatyczne chorych?

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród 46 chorych w oddziałach opieki paliatywnej szpitali na terenie Łodzi w 2008 roku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową; narzędziem badawczym były 2 kwestionariusze skonstruowane na potrzeby pracy. Pierwszy dotyczył problemów fizycznych chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej, drugi odnosił się do oczekiwań chorych względem personelu pielęgniarskiego. Kwestionariusze wypeł-

niały osoby, z którymi można było utrzymać kontakt słowno-logiczny. Do analizy statystycznej użyto programu SPSS 12. for Windows z 2003 roku. Analizowano wpływ wsparcia społecznego na stan fizyczny chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie z użyciem testu χ^2 Pearsona dla testów nieparametrycznych. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Chorzy znajdowali się w przedziale wiekowym od 30. do 65. roku życia.

Ponad 50% ankietowanych to osoby powyżej 65. roku życia (52,17%). Osoby młode stanowiły 13,04%. Mężczyźni stanowili 47,83% a kobiety 52,17%. Wszyscy ankietowani mieszkali w mieście. Głównym powodem pobytu w hospicjum była potrzeba zapewnienia chorym godnych warunków przeżycia ostatnich dni.

W pracy analizowano objawy somatyczne, głównie ze strony przewodu pokarmowego, układu oddechowego i moczowego oraz skóry. Wyniki badań przedstawiono na rycinach i w tabeli 1 (wartości procentowej).

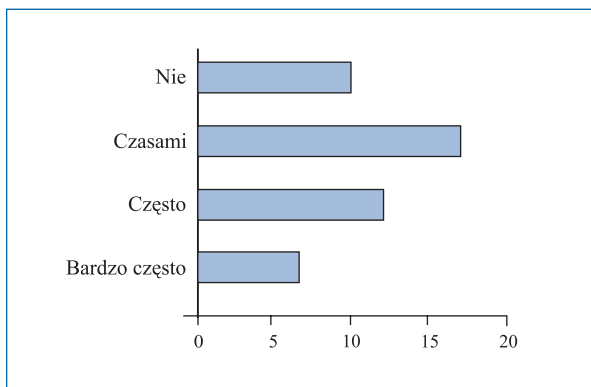
Zaparcia stanowiły problem dla 44% badanych, natomiast biegunki występowały stosunkowo rzadko i nie stanowiły dokuczliwego dla pacjentów problemu.

W pracy podjęto także próbę oceny wpływu wsparcia na stan fizyczny chorego.

W dalszej części pracy analizowano wsparcie otrzymane ze strony personelu pielęgniarskiego w stosunku do oczekiwań pacjentów.

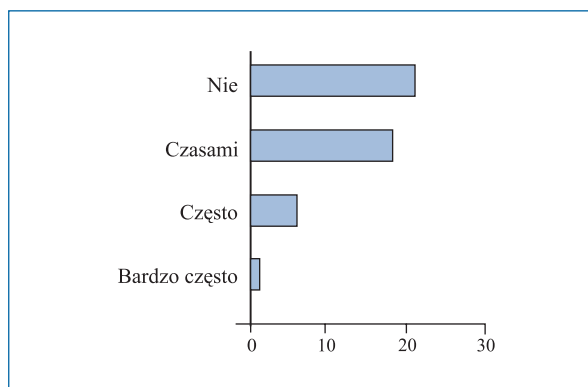
Dyskusja

Wśród chorych umierających, na plan pierwszy wysuwa się potrzeba fizycznego komfortu osiąganego przez kontrolę objawów, a wyrażająca się znacznym złagodzeniem lub całkowitym usunięciem niekorzystnych przypadłości [4]. Dolegliwości somatyczne odczuwane przez osoby chore na nowotwory stanowią poważny problem. Wiążą się one nie tylko z dyskomfortem odczuwanym przez pacjentów, ale także w znacznej mierze utrudniają i ograniczają ich życie zarówno rodzinne, jak i społeczne. Dolegliwości te pojawiają się ze strony różnych układów, jednak wśród najczęściej występujących wymienia się ból. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu „ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [5]. Ból towarzyszący chorobie nowotworowej jest problemem dotykającym zarówno samego pacjenta, jak i jego rodzinę. W trakcie wieloletniego doświadczenia medycyny paliatywnej wskazuje się, że u osób z chorobą no-



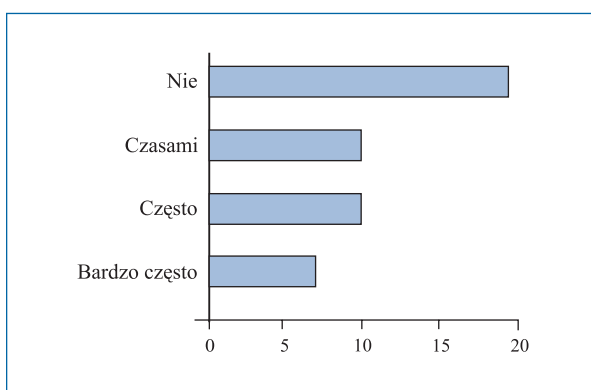
Rycina 1. Suchość w jamie ustnej

Figure 1. Dryness in the mouth



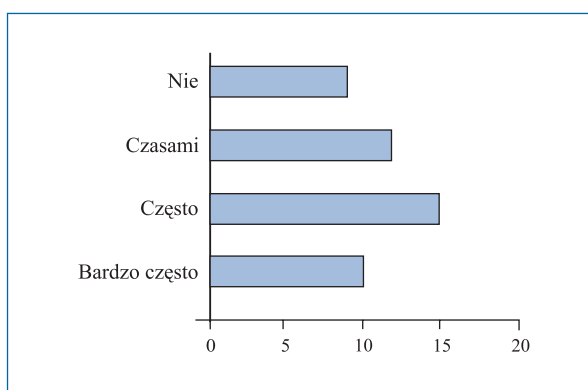
Rycina 2. Przykry zapach z ust

Figure 2. Unpleasant smell from the mouth



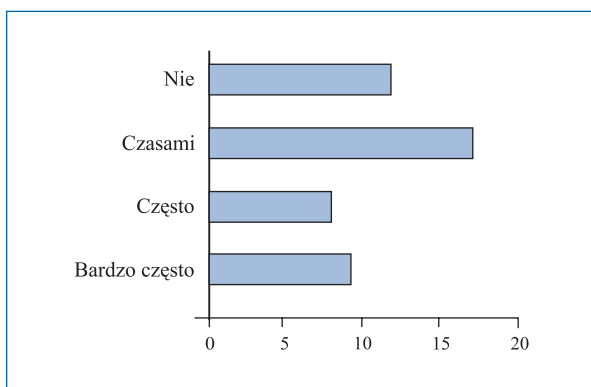
Rycina 3. Zmiany w jamie ustnej

Figure 3. Symptoms in the mouth



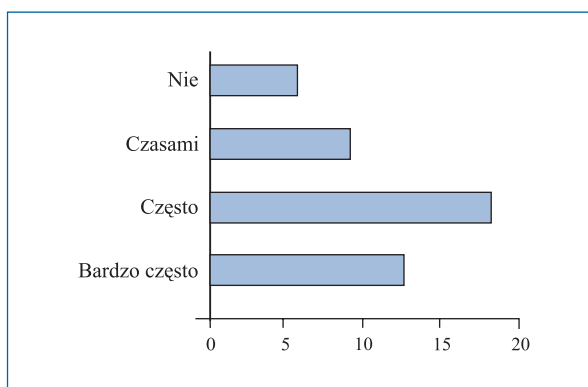
Rycina 4. Brak apetytu

Figure 4. The lack of appetite



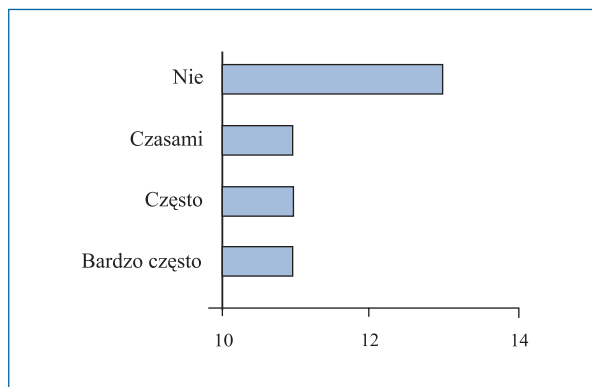
Rycina 5. Zaburzenia smaku

Figure 5. Disfunction of the taste

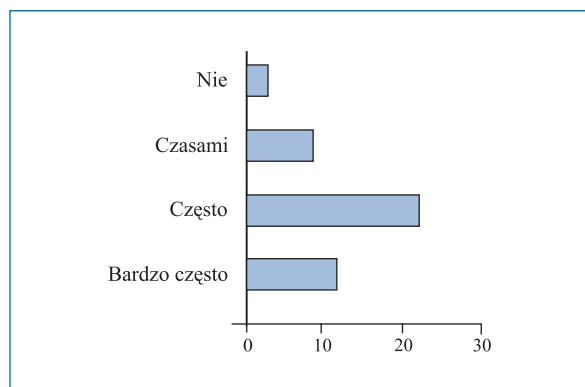


Rycina 6. Nudności i wymioty

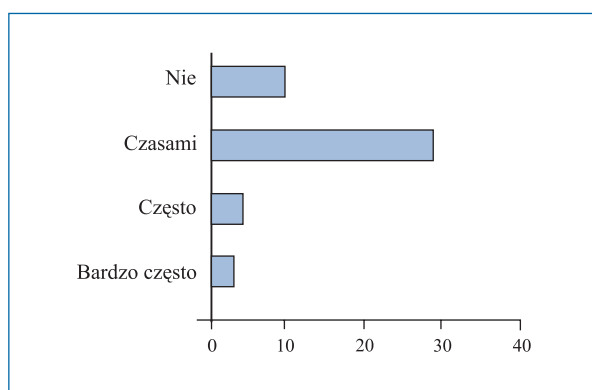
Figure 6. Nausea and vomiting



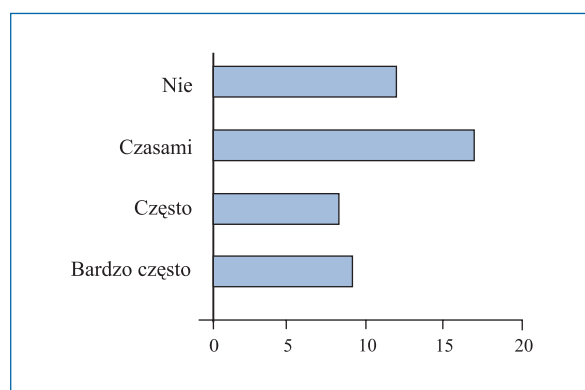
Rycina 7. Świąd skóry
Figure 7. The itching of the skin



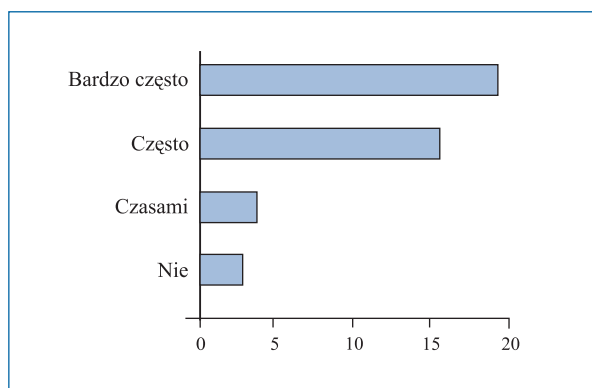
Ryc. 8. Obrzęki
Figure 8. The edemas



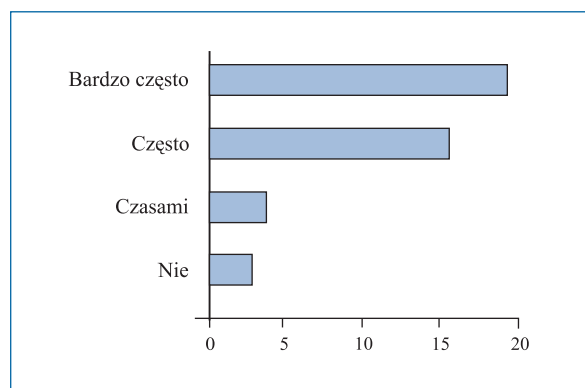
Rycina 9. Kaszel
Figure 9. The cough



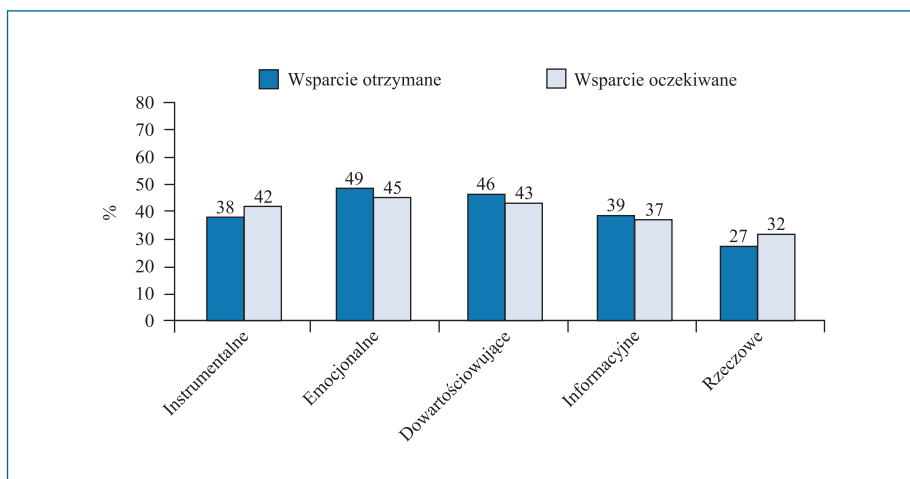
Rycina 10. Dolegliwości bólowe
Figure 10. The pain trouble



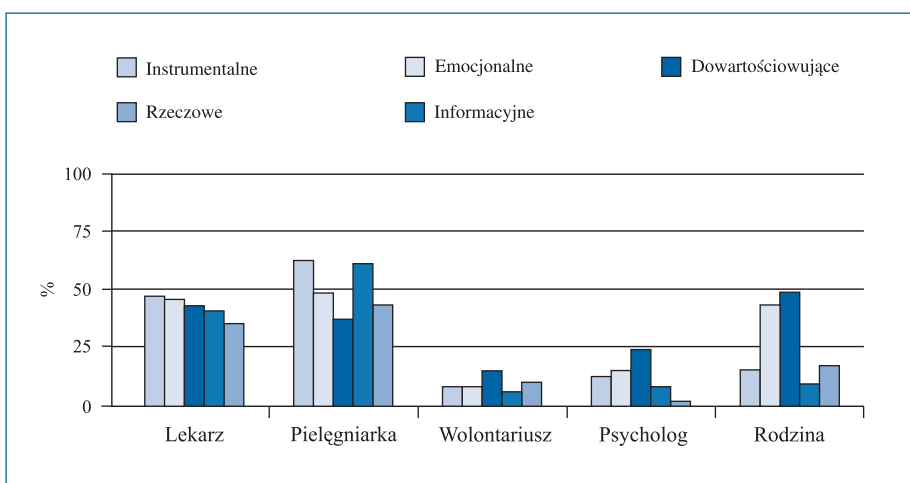
Rycina 11. Duszność
Figure 11. The stuffiness



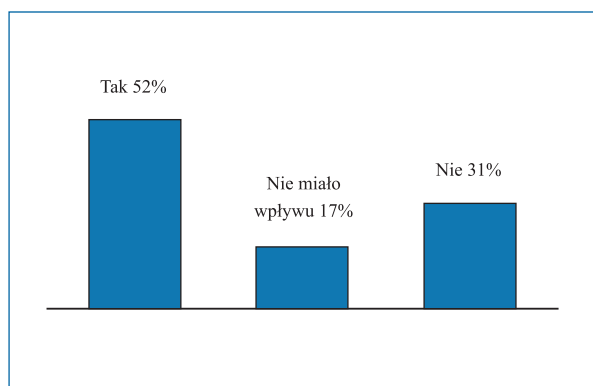
Rycina 12. Zmęczenie
Figure 12. The tiredness



Rycina 13. Rzeczywiste zapotrzebowanie a otrzymane wsparcie
 Figure 13. The real need in comparable with the received support



Rycina 14. Źródła wsparcia dla chorego
 Figure 14. The sources of the support for the patient



Rycina 15. Wpływ wsparcia na stan fizyczny pacjenta
 Figure 15. The impact of support on physical status

wotworową leczenie samego bólu jako objawu somatycznego jest niewystarczające. Już w latach 70. ubiegłego stulecia Cicely Saunders powiedziała, że ból w stanie terminalnym jest doświadczany nie tylko w sferze somatycznej, ale także psychologicznej, socjalnej i duchowej [6]. Jednak w badaniach własnych wykazano, iż ból nie został wymieniony jako dominujący problem, co może oznaczać, że jest on właściwie monitorowany i leczony. Na częste występowanie dolegliwości bólowych uskarżało się jedynie 5% respondentów, natomiast większość (63%) odczuwała go sporadycznie. Wynika to z tego, iż opanowanie bólu przez wiele lat było priorytetem związanym z leczeniem chorób nowotworowych. Obecnie stosowane zasady monitorowania bólu i środki przeciwbólowe podawane zgodnie

Tabela 1. Dolegliwości fizyczne a satysfakcja z udzielonego wsparcia**Table 1.** Physical symptoms and satisfaction from support received

Dolegliwości somatyczne	Satysfakcja z udzielonego wsparcia		
	Tak	Nie	Nie miało wpływu
Łagodne	17	4	6
Dokuczliwe	7	10	2
Analiza statystyczna zależności	test $\chi^2 = 7,17830$ $p = 0,0168$ $df = 2$		

z zasadami drabiny analgetycznej uwalniają pacjentów od tego problemu. Jednakże wyniki niniejszego badania odbiegają od rezultatów badań przeprowadzonych w Częstochowie w Oddziale Medycyny Paliatywnej, tam na silny lub bardzo silny ból uskarżało się aż 50% badanych [7].

W terminalnym okresie choroby pacjentom często doskwiera przykry zapach z ust (halitoza), który wiąże się ze zmianami chorobowymi zachodzącymi w układzie oddechowym i pokarmowym. Powoduje on dyskomfort i może prowadzić do unikania nawiązywania kontaktów z otoczeniem [8]. Przykry zapach jest uciążliwy dla niewielkiej liczby ankietowanych — dolegliwość tę odczuwa czasami 19%, a często tylko 5% badanych.

Kolejny problem — suchość w jamie ustnej spowodowaną między innymi zmniejszeniem wydzielania śliny, przyjmowaniem leków i stosowaniem u pacjentów radioterapii oraz chemioterapii odczuwa 41% ankietowanych. Wywołuje ona u pacjentów cierpienie i pogarsza ich samopoczucie. Charakteryzuje się uczuciem pieczenia języka, bólem, utratą smaku, a także sprawia choremu trudność w połykaniu i mówieniu [9]. Uzyskane wyniki są spójne z badaniami innych autorów [10, 11].

Niekiedy u chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej pojawia się ślinotok. Powoduje on podrażnienie ust i skóry wokół nich [12]. W badanej populacji tylko u 2% stwierdzono tę przypadłość.

Zapalenie jamy ustnej to częsty objaw występujący u chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Wrażliwa na uszkodzenia błona śluzowa jest narażona na powstawanie zmian zapalnych, nadżerek i owrzodzeń. Pacjent odczuwa ból, pieczenie, obrzęk, trudności w połykaniu, krwawienia. Zmiany zapalne mają głównie podłoże grzybicze, bakteryjne i wirusowe [13]. W badanej grupie objaw ten wystąpił u 17 pacjentów, co stanowiło 36,97%.

Nudności i wymioty to kolejny objaw, na który należy zwrócić uwagę, gdyż mogą być przyczyną wielu groź-

nych powikłań, między innymi: odwodnienia, kwasicy metabolicznej, hipokalemii, zaaspirowania treści żołądkowej do układu oddechowego, w wyniku którego może dojść do zachyłstowego zapalenia płuc. W patofizjologii nudności i wymiotów istotną rolę odgrywa teoria receptorowa. Zgodnie z tą teorią „wystąpienie nudności i wymiotów zależy od pobudzenia przez mediatory chemiczne określonych rodzajów receptorów, umiejscowionych w ośrodkowym układzie nerwowym lub obwodowo w zakończeniach nerwowych w przewodzie pokarmowym” [13]. U pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej istnieje wiele przyczyn, które wywołują te nieprzyjemne i powodujące duży dyskomfort objawy. Fakt ten potwierdzają różne dane epidemiologiczne wskazujące, iż nudności i wymioty należą do najczęstszych objawów w ostatnich tygodniach i dniach życia chorego [14]. Na objawy te skarżyło się 65,21% badanych. Z badań przeprowadzonych przez P.J. Franks i wsp. wynika, że nudności i wymioty występują odpowiednio u około 13–44% i 10–27% chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [15].

Zaburzenia smaku to kolejny problem zgłaszany dość często przez pacjentów. Chorzy w terminalnym okresie choroby odczuwają metaliczny posmak w ustach, gorycz, co wzmacnia ich niechęć do jedzenia [13]. Brak apetytu to bardzo poważny problem, prowadzący w efekcie do wyniszczenia organizmu chorego (kacheksji). Rozwój zespołu wyniszczenia nowotworowego zależy od rodzaju i lokalizacji zmian nowotworowych. Wraz z postępem choroby pacjenci tracą chęć do jedzenia, dochodzi do utraty masy ciała, co wiąże się z osłabieniem, zmniejszeniem odporności, a nawet depresją. Stają się całkowicie zależni od otoczenia, pogarsza się ich jakość życia. „Uważa się, że za brak apetytu oraz postępujące wyniszczenie częściowo mogą być odpowiedzialne cytokiny, substancje produkowane przez organizm chorego i przez komórki guza” [13]. Prowadzi to do zaburzeń metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczów, powoduje wzrost zużycia energii i przemieszczanie aminokwasów z mięśni do wątroby.

Brak apetytu stwierdzono u 54% badanych, a zaburzenia smaku u 50%.

W terminalnej fazie choroby nowotworowej może dojść do biegunek, pojawiających się w wyniku stosowania środków przeczyszczających, podawanych w przypadku zaczerwienia masami kałowymi (efekt stosowania opioidów) [16]. Do innych przyczyn należą: radioterapia i chemioterapia, stosowanie leków (na przykład antybiotyków, preparatów żelaza), zaburzenia trawienia i wchłaniania pokarmów z jelit (na przykład rak trzustki, stan po resekcji żołądka jelita cienkiego, grubego), choroby współistniejące (na przykład zespół drażliwego jelita, nieswoiste zapalenia jelit, cukrzyca, infekcje bakteryjne i wirusowe), błędy dietetyczne [16]. Jak wskazują odpowiedzi badanych, problem zaparcia wystąpił u 44% chorych, natomiast biegunki występowały sporadycznie u niewielkiej liczby ankietowanych (10,87%). Podobne wyniki uzyskali K. Buczkowski i M. Krajnik, zdaniem których zaparcia występują u większości pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe [17].

W chorobach nowotworowych częstym objawem jest świąd skóry. Głównymi przyczynami jego powstania jest suchość skóry spowodowana zmniejszeniem elastyczności na skutek niedostatecznego jej nawodnienia lub nadmierną potliwością, a także bakterie i grzyby powodujące zmiany zapalne na skórze oraz niewydolność nerek i wątroby [18].

Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową są szczególnie narażeni na powstawanie odleżyn. Stwarzają one dodatkowe cierpienie, są źródłem infekcji zagrażającej życiu. Istnieje wiele przyczyn zarówno pochodzenia wewnętrznego, jak i zewnętrznego, które predysponują do tworzenia się tych zmian. Obrzęk limfatyczny to kolejna dolegliwość osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Objawia się zwiększonym ciężarem kończyny, zniekształceniem, powoduje ograniczenia ruchów, zaburzenia czucia, ból, uwydatnienie fałdów skórnych. Długo utrzymujące się obrzęki mogą powodować pojawienie się rogowacenia skóry, owrzodzeń, wycieku chłonki, powodując powstanie urazów, w wyniku których może dojść do zakażeń. W badaniach własnych wykazano, że problemy dermatologiczne uznane przez ankietowanych za uciążliwe, to przede wszystkim świąd, natomiast obrzęki i odleżyny nie były przez nich określone jako dominujące. Odleżyny stwierdzono u 19,57% badanych, natomiast na obrzęki skarżyło się 36,96% respondentów.

Za poważny problem chorzy uznali zaburzenia snu (78%) oraz zmęczenie (78,26%), jako objawy w znacznym stopniu pogarszające ich jakość życia. Powodują one dodatkowe osłabienie, niechęć do aktywności fizycznej, trudności z koncentracją uwagi oraz w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem. Potwierdzono to w badaniach wielu innych autorów, zdaniem których zmęczenie jest objawem powszechnie zgłaszanym przez

pacjentów i uznawanym za najbardziej dokuczliwy symptom związany z chorobą nowotworową (CRF, *cancer related fatigue*) lub jej leczeniem [19, 20]. Autorzy amerykańscy zwracają uwagę na rozbieżności w postrzeganiu CRF przez onkologów i osoby chore. W przeprowadzonych przez nich badaniach wskazano, iż zdaniem pacjentów najbardziej dokuczliwym objawem obniżającym ich jakość życia jest zmęczenie, natomiast 61% onkologów uważa, że jest to ból [21, 22]. Ponadto aż 80% onkologów przyznało, że ignoruje objaw zmęczenia u chorych [21].

Dominująca liczba badanych (blisko 80%) zgłaszała duszność. Uciążliwym problemem dla pacjentów był również kaszel, który występował u 53% populacji. Podobne wyniki uzyskali autorzy brytyjscy [23].

Ankietowani nie uznali objawów związanych z nietrzymaniem moczu oraz trudnościami w jego oddawaniu jako problem ich nurtujący. Wiąże się to z tym, iż w tej fazie choroby większość chorych ma założony cewnik do pęcherza moczowego.

Jak wykazano w badaniach własnych oraz w pracach innych autorów, u większości pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej występuje wiele problemów natury fizycznej, co w znacznym stopniu obniża ich jakość życia [24, 20]. Przeważająca liczba chorych nie radzi sobie z tym nowym wyzwaniem i wymaga pomocy ze strony innych osób. Wsparcie społeczne jest jednym z najlepiej poznanych zasobów odporności na tak trudne sytuacje, a jego brak niejednokrotnie nasila cierpienie chorego [25–28]. Biorąc pod uwagę fakt, iż wsparcie postrzegane jest zarówno w kategorii dostępności, jak i jego otrzymania, w pracy badano oba te aspekty. Analizując rodzaje wsparcia w kategorii dostępności i jego otrzymania, można stwierdzić, że wyniki osiągają porównywalne wartości (ryc. 13). Głównym rodzajem pomocy, który otrzymała większość respondentów było wsparcie emocjonalne i dowartościowujące, co w znacznym stopniu podnosiło ich samoocenę obniżoną przez proces chorobowy. Kluczową rolę w tym przypadku odgrywa rodzina. Personel medyczny wspierał pacjentów przede wszystkim pod względem informacyjnym, instrumentalnym, w mniejszym stopniu emocjonalnym. W rozważaniach porównawczych wykazano, że pielęgniarka stanowiła główne źródło wsparcia dla większości ankietowanych we wszystkich jego wymiarach, co pokrywa się z oczekiwaniami pacjentów. Chorzy doceniają fachowość i czas im poświęcony, widzą zaangażowanie osób opiekujących się nimi, choć można zauważyć, że zgłaszali postulaty zwiększenia liczby personelu, a także zwrócenia większej uwagi na wydłużenie czasu poświęcanego na rozmowy oraz dostarczanie większej ilości informacji na temat leczenia i rokowania, co ich zdaniem wpłynęło na poprawę i podniesienie jakości i komfortu ich życia. W badaniach własnych wskazano na wysoki —

choć jeszcze niezadawalający — poziom wsparcia społecznego, głównie instrumentalnego i informacyjnego, ze strony personelu pielęgniarskiego. Wsparcie to w znaczącym stopniu podniosło poziom ich samopoczucia pod względem fizycznym (ryc. 15).

Potwierdzono to również w badaniach innych autorów, wskazujących na to, iż pacjenci korzystający z pomocy zespołu opieki paliatywnej otrzymują znacznie wyższy stopień wsparcia i uśmierzenia dolegliwości w porównaniu z chorymi, którzy korzystają wyłącznie z pomocy lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej [29, 30]. Jednak, jak twierdzą badacze: Desmedt, Michel i Twycross, większość pacjentów chce umierać w domu i korzystać z pomocy lekarza i pielęgniarki rodzinnej wyszkolonej w zakresie opieki paliatywnej [31–33].

Z analizy zebranego materiału wynika, że dolegliwości somatyczne towarzyszą większości chorym (ponad 60%). Jednocześnie wykazano, że czynnikiem podnoszącym ich samopoczucie fizyczne jest wsparcie społeczne. Efektywna pomoc w tym względzie obniża nasilenie się problemów somatycznych. Wykazano istotną zależność statystyczną na poziomie $p = 0,0168$ pomiędzy satysfakcją ze wsparcia, a odczuwaniem dolegliwości fizycznych (tab. 1). Pacjenci, którzy otrzymali wsparcie, głównie instrumentalne i informacyjne, zgłaszali łagodniejsze dolegliwości ze strony badanych układów.

Wnioski

1. W grupie badanych pacjentów głównymi problemami były:
 - w sferze fizycznej to znużenie, zmęczenie i kłopoty ze snem,
 - ze strony układu oddechowego: duszność i kaszel, stanowiące dodatkowe obciążenie również psychiczne wpływające na znaczne obniżenie jakości życia,
 - ze strony układu pokarmowego: nudności i wymioty, brak apetytu, uczucie suchości w jamie ustnej oraz zaparcia; dolegliwości te powodują u pacjentów obniżenie nastroju i osłabienie aktywności fizycznej, niechęć do nawiązywania kontaktów z otoczeniem.
2. W badaniach własnych wskazano, iż personel medyczny, w tym głównie pielęgniarki, spełniają oczekiwania pacjentów w zakresie wsparcia społecznego we wszystkich jego wymiarach.
3. Udzielane wsparcie, głównie instrumentalne i informacyjne, w sposób istotny wpłynęło na stan fizyczny chorego — im wyższy poziom wsparcia, tym łagodniejsze dolegliwości fizyczne.

Mimo iż zagadnienia poruszone w pracy poświęcone są jedynie aspektom somatycznym, należy pamiętać, że nie można oddzielać od siebie poszczególnych składowych jakości życia (fizycznych, psychicznych, duchowych i społecznych) i koncentrować się jedynie na objawach i dysfunkcjach ze strony poszczególnych układów [26, 33].

Piśmiennictwo

1. Górecki M. Hospicjum w służbie umierającym. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.
2. Jarosz J. Opieka paliatywna w onkologii. Przegląd Urologiczny 2006; 7 (37): 7.
3. Cancer pain relief and paliative care. Report of a WHO Expert Comitte. Genewa. World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, nr 804).
4. de Walden-Gałuszko K. Jak skutecznie pomagać chorym umierającym — problemy wsparcia psychicznego. Nowa Medycyna 2004; 2 (124): 67–68.
5. Koper A., Wrońska I. (red.). Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych. Wydawnictwo „Czelej”, Lublin 2003.
6. Saunders C. The care of the dying patient and his family. Contact 1972 (suppl.); 38: 12–18.
7. Mess E. i wsp. Jakość życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Onkologia Polska 2005; 8,3: 158–161.
8. Trella J., Krajnik M., Jassem J. Wybrane problemy w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego w Polsce. Onkologia Polska 2005; 8, 2.
9. Wordliczek J., Dobrowolski J. Ból ostry. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
10. Davies A.N. The management of xerostomia: a review. Eur. J. Cancer Care 1997; 6 (3): 9–14.
11. Davies A.N., Broadley K., Beighton D. Xerostomia in patients with advanced cancer. J. Pain Symptom Manadge. 2001; 22 (4): 820–825.
12. Wordliczek J., Dobrowolski J. Ból przewlekły. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
13. ks. Skobel S. (red.). Życ godnie do końca. Materiały z polsko-niemieckiego sympozjum poświęconego opiece paliatywnej, zorganizowanego przez Łódzki Konwent Zakonu Bonifratrów, Łódź 2000; 47: 47–48, 50–51.
14. Łuczak J. i wsp. Somatyczne aspekty cierpienia. Współczesna Onkologia 2000; 4,5: 224–230.
15. Franks P.J. i wsp. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat. Med. 2000; 93–104.
16. Kopacz A., de Walden-Gałuszko K. (red.). Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 87–91.
17. Buczkowski K., Krajnik M. Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia. Polska Medycyna Paliatywna 2003; 2,4: 241–250.
18. de Walden-Gałuszko K. (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 2005: 145–147.
19. Vogelzang N.J. i wsp. Patient, care — giver and oncologist perceptions of cancer — related fatigue: results of a tri part assessment survery. The Fatigue Coalition Semin. Hematol. 1997; 34 (supl. 2): 4–12.
20. Buss T. Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2,4.1: 148–154.
21. Newsll S. i wsp. How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survery of five oncologist. Cancer 1998; 83: 1640–1651.
22. Franks P.J., Salisbury C. i wsp. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat. Med. 2000; 93–104.
23. Curt G.A. i wsp. Impact of cancer — related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition Oncologist. 2000; 5: 353–360.
24. Twycross R. Introducing Palliative Care. Radclife Medical Press, Abington 1999.

25. de Walden-Gałuszko K. Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2.2: 87–91.
26. Cherny N., Coyle N., Foley K.M. Suffering in the Advanced Cancer Patient. Definition and Taxonomy *Journal of Palliative Care* 1994; 10 (2): 57–70.
27. Roy D. Relief of Suffering: The Doctor's Mandate. *Journal of Palliative Care* 1991; 7.4: 3-4.
28. Salisbury C. i wsp. The impact of different models of palliative care on patients' quality of life: a systematic review. *Palliat. Med.* 1999; 13: 3–17.
29. Wilkinson E.K. i wsp. A patient and carer preference for, and satisfaction with specialist models of palliative care; a systematic literature review. *Palliat. Med.* 1999; 13: 197–2016.
30. Desmedt M., Michel H. Palliative home care: improving co-operation between the specialist team and the family doctor. *Support Care Cancer* 2002; 10 (4): 343–348.
31. Twycross R.G. Wyzwania opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (1): 39–48.
32. Barclay S. i wsp. Caring for the dying: how prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. *Palliat. Med.* 2003; 17 (1): 27–39.
33. Łuczak J. Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym. W: Block B., Otrębski W. *Człowiek nieuleczalnie chory*. Katolicki Uniwersytet Lubelski. Lublin 1997: 68–95.