

# Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi

## *Cancer pain and intensity of somatic symptoms and quality of life in cancer patients*

Marta Kulpa<sup>1</sup>, Beata Stypuła-Ciuba<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

<sup>2</sup>Poradnia Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy jest ocena nasilenia bólu nowotworowego u osób z chorobą nowotworową, ocena zależności między bólem nowotworowym a jakością życia warunkowaną stanem zdrowia u osób z chorobą nowotworową w zakresie funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego, a także ocena zależności między bólem i uciążliwością objawów somatycznych.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 61 pełnoletnich osób będących pacjentami Poradni Leczenia Bólu w Centrum Onkologii w Warszawie. W badaniu wzięło udział 25 kobiet i 36 mężczyzn z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mierzono Kwestionariuszem jakości życia (QLQ-C30). Poziom bólu mierzono skalą wizualno-analogową (*Visual Analogue Scale* – VAS), natomiast charakter sensoryczny i emocjonalny badano skróconą wersją kwestionariusza Melzack – Skalą bólu (AOP).

**Wyniki:** Uśrednione wyniki w badanej grupie pacjentów świadczą o wysokim nasileniu bólu, średnim poziomie obiektywnej jakości życia warunkowanej nasileniem objawów somatycznych oraz niskim poziomem subiektywnej jakości życia. U badanych osób stwierdzono ujemną korelację pomiędzy bólem a subiektywną i obiektywną jakością życia. Uzyskane wyniki porównań grup pacjentów z wyższą i niższą jakością życia na wymiarach funkcjonalnych względem bólu i uciążliwości objawów somatycznych wskazują, że: 1) im słabsze nasilenie bólu nowotworowego, tym lepsze funkcjonowanie chorych fizyczne i emocjonalne; 2) im mniejsza uciążliwość objawów somatycznych związanych z chorobą nowotworową, tym lepsze funkcjonowanie chorych fizyczne, emocjonalne, w rolach życiowych i relacjach społecznych.

**Wnioski:** Wyniki badań wskazują, że zasadne jest poszerzenie opieki nad pacjentem z bólem nowotworowym o opiekę psychologiczną i socjalną w celu poprawy jakości życia chorych z chorobą nowotworową oraz pośrednio w celu obniżenia postrzeganego nasilenia bólu nowotworowego.

**Słowa kluczowe:** ból nowotworowy, jakość życia.

### Abstract

**The aim of the study** was to assess the relationship between cancer pain and health related quality of life (HRQL) and patients' functioning in the physical, emotional and social area as well as to assess the relationship between pain and intensity of other somatic symptoms.

**Material and methods:** The study included 61 adult in-patients (25 women and 36 men) of the Pain Clinic of Center of Oncology in Warsaw. Quality of Life (QoL) was measured using Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30). The pain was measured using Visual Analogue Scale and a shortened version of the Melzack's questionnaire (AOP).

**Results:** The mean results demonstrate a high intensity of pain, the average level of objective QoL (the severity of somatic symptoms) and a low level of subjective QoL. The results show a negative correlation between pain and the subjective and objective QoL. The results of comparisons between groups of patients with higher and lower subjective quality of life in terms of functional areas of QoL, pain and intensity of somatic symptoms indicate that: the weaker the severity of cancer pain is, the better patients function physically and emotionally, and the lower the severity of their symptoms are, the better functioning in the physical, emotional, social areas is.

**Conclusions:** The results show that it is appropriate to expand the cancer patients' care with psychological and social aspects to improve the quality of life of patients with cancer and, indirectly, to reduce the perceived severity of cancer pain.

**Key words:** cancer pain, quality of life.

Adres do korespondencji:

Marta Kulpa, Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, e-mail: marta@kulpa.net.pl

## WSTĘP

Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia oraz bólem nowotworowym u chorych onkologicznie jest istotna ze względu na konieczność ustawicznego wpływania na jej poprawę na każdym etapie choroby nowotworowej. Dlatego w niniejszej pracy podjęto problematykę uwarunkowań jakości życia u chorych onkologicznie.

W psychoonkologii przeprowadzono wiele badań potwierdzających negatywne związki między bólem i jakością życia. Niestety, niewiele jest badań analizujących wszystkie wymienione zmienne, które charakteryzowałyby się wystarczającą trafnością i rzetelnością badania. W medycynie onkologicznej i w psychoonkologii często stosowane są niewystandaryzowane narzędzia badawcze bądź narzędzia własnego autorstwa bez określenia ich rzetelności i trafności, co powoduje trudności w analizowaniu materiału. Wielokrotnie wykonywane są badania o bardzo ogólnie sformułowanych celach badawczych, bez stawiania hipotez badawczych. Wiele badań, ze względu na specyfikę grupy badanych, jaką są chorzy onkologicznie, będący często w ciężkim stanie zdrowia, przeprowadzanych było na zbyt małej próbie, aby można było na ich podstawie wnioskować o zbadanych zależnościach w kontekście całej populacji osób z chorobami nowotworowymi.

Jakość życia zdefiniowana przez Schipper i wsp. [22] uwarunkowana stanem zdrowia (*Health-Related Quality of Life* – HRQL) jest definiowana jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. Innymi słowy, HRQL można zdefiniować jako ocenę własnego położenia życiowego, dokonaną w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniającą szczególną ich rolę. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia wyznaczana jest przez cztery obszary: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (objawy chorobowe, w szczególności ból) [22].

W psychoonkologii jakość życia to „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, który można sprowadzić do subiektywnej oceny życia jako całości” [28]. Ocena ta obejmuje cztery aspekty funkcjonowania człowieka: fizyczny, poznawczy, społeczny i emocjonalny. Wśród czynników fizycznych bardzo istotny jest

ból nowotworowy [30]. Funkcjonowanie fizyczne oznacza stopień sprawności ruchowej uwarunkowanej objawami chorobowymi oraz zdolnością do samoobsługi. Funkcjonowanie psychiczne wyznacza stopień akceptacji choroby i przystosowania się do nowych warunków życia podyktowanych chorobą; jest uwarunkowany emocjami: przygnębienia, lęku, depresji, gniewu lub radości, satysfakcji, nadziei. Funkcjonowanie poznawcze oznacza stopień wydolności procesów uwagi, pamięci i koncentracji. Funkcjonowanie społeczne rozpatrywane jest w 2 wymiarach: funkcjonowanie w rolach życiowych rozumiane jako możliwość realizacji codziennych czynności, pracy, hobby itp. oraz funkcjonowanie w relacjach społecznych, badające wpływ choroby na życie rodzinne oraz relacje społeczne i towarzyskie pacjenta.

W zakresie somatycznych determinant jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w sferze fizycznej i psychicznej najważniejsza jest uciążliwość objawów związanych z chorobą nowotworową. Objawami tymi są: ból, zmęczenie, nudności, wymioty, duszność, zaburzenia snu, utrata apetytu i zaparcia [30]. Uciążliwość oznacza nasilenie wymienionych objawów somatycznych i spowodowane nimi negatywne konsekwencje w sferze fizycznej i psychicznej. Stan fizyczny jest jednym z najczęściej badanych wymiarów jakości życia pacjenta, co przekłada się również na największą liczbę publikacji medycznych w tym zakresie. Poziom dolegliwości fizycznych jest uznawany przez autorów z jednej strony za składnik jakości życia, z drugiej zaś traktowany jako zmienna warunkująca inne wskaźniki jakości życia wśród pacjentów. W przeglądzie literatury dotyczącym pacjentów objętych opieką paliatywną autorzy jako najczęściej występujące dolegliwości wymienili: ból nowotworowy (11–84%), nudności i wymioty (9–51% pacjentów), problemy z oddychaniem (21–64%) oraz depresję i lęk (27%) [13]. W reprezentatywnej próbie duńskiej [14] najczęstszymi problemami zgłaszanymi przez pacjentów z zaawansowanym rakiem były: zmęczenie (57%), ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (51%), bezsenność (48%) oraz ból (39%). Jedną z ważnych zmiennych modyfikujących typ i natężenie dolegliwości fizycznych wydawać się może rodzaj nowotworu i dostępne są publikacje potwierdzające tę tezę [14, 25]. Jednak niektórzy autorzy podają, iż wśród pacjentów z zaawansowanym rakiem natężenie symptomów

fizycznych jest takie samo bez względu na diagnozę. Najbardziej jednoznaczne dane dotyczą możliwości leczenia bólu [17, 33]. Okazuje się, że dostępna dokumentacja empiryczna jasno wskazuje na istotną poprawę jakości życia w tym zakresie wśród pacjentów objętych opieką i daje jasne wytyczne co do efektywnych sposobów oddziaływania [3, 11]. Podobnie gruntowna dokumentacja poprawy dotyczy duszności. Skuteczne w łagodzeniu tego typu objawów okazały się przede wszystkim interwencje farmakologiczne.

Jak wynika z cytowanych badań, główną somatyczną determinantą jakości życia jest ból nowotworowy. Uważa się, że niezależnie od etapu choroby nowotworowej ból odczuwa ok. 50% chorych, a w zaawansowanym okresie choroby nawet 75%. Na podstawie tych danych zakłada się, że w Polsce ponad 220 tysięcy osób potrzebuje leczenia przeciwbólowego [4, 12, 15]. Jednoczesne odczuwanie 1–3 rodzajów bólu zgłasza 70–80% chorych, a 31–40% ponad 3 rodzaje bólu, z których każdy powinien być zidentyfikowany i czasami wymaga odrębnego postępowania terapeutycznego [4, 12, 15, 27]. Ból jest zawsze doznaniem subiektywnym, dlatego nie należy podważać jego istnienia u chorego, który go zgłasza. Każdy człowiek ma inny wzorzec bólu, w związku z tym należy uznać, że ból jest zawsze taki, jakim opisuje go chory, ponieważ to on jest jego właścicielem, a nie taki, jaki innym się wydaje, że powinien być [27, 32]. W chorobach nowotworowych ból najczęściej występuje w sposób przewlekły i bardzo silny. Ból przewlekły w chorobie nowotworowej nie pełni już funkcji ostrzegawczej, stanowi bardzo przykrą dolegliwość rozpatrywaną jako choroba sama w sobie, ponieważ dezintegruje wszystkie biopsychospołeczne aspekty życia cierpiącego chorego [32].

Pierwszą definicję bólu nowotworowego sformułował Bonica [1, 2]. Według niego „ból nowotworowy to każdy ból spowodowany nowotworem, zastosowanym leczeniem przeciwnowotworowym lub obydwoma sytuacjami jednocześnie”. Ból nowotworowy ma charakter przewlekły, trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy, a nawet kilku lat. Druga, obowiązująca w psychoonkologii, definicja bólu sformułowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu i zaakceptowana przez Światową Organizację Zdrowia mówi, że „ból to nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne doświadczenie, które towarzyszy istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek bądź jest jedynie odnoszone do takiego uszkodzenia”. Definicja ta wskazuje na dwie składowe bólu: sensoryczną, związaną z percepcją bólu, i emocjonalną, związaną z reakcją psychiczną na bodziec bólowy. Komponent emocjonalny bólu ma charakter subiektywny, dlatego doświadczenie bólu ma wymiar wysoce indywidualny dla danego chorego. Implikacją kliniczną wynikającą z tej definicji jest fakt uznania za ból tego, co chory odczuwa i nazywa bólem [10]. Do czynników składających się na ostateczne wrażenie bólu zalicza się:

- fizyczne przejawy bólu, czyli objawy fizjologiczne bólu;
- funkcjonalne przejawy bólu, czyli wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie i samoobsługę;
- psychospołeczne czynniki, czyli wpływ bólu na emocje oraz na jakość i liczbę relacji społecznych;
- duchowe aspekty bólu, czyli rozumienie sensu cierpienia, celu życia, postawy życiowej i światopoglądowej;
- przejawy behawioralne, czyli historia doświadczeń bólowych, obecne doświadczanie bólu, lękowe antycypowanie przyszłości związanej z bólem, stopień przystosowania się do choroby [4, 6, 29, 32].

W doniesieniach opartych na doświadczeniach klinicznych [5] są informacje o synergistycznym wpływie jakości życia warunkowanej stanem zdrowia z bólem nowotworowym. Ból nowotworowy negatywnie wpływa na jakość życia pacjenta, a niska jakość życia zwiększa wrażliwość na ból oraz zmniejsza tolerancję bólu. Na podstawie doniesień klinicznych [5] stwierdza się, że ból przewlekły ze względu na długi i nieprzerwany okres trwania przyczynia się do obniżenia sprawności fizycznej, społecznej i zawodowej. U wszystkich chorych z bólem przewlekłym obserwuje się podobne mechanizmy wpływające na pogorszenie jakości ich życia. Są to: zaburzenia fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Natężenie tych zaburzeń ściśle koreluje z czasem utrzymywania się dolegliwości bólowych oraz stopniem natężenia bólu, natomiast nie zależy od etiologii bólu. Większość chorych z powodu przewlekłego i bardzo dokuczliwego bólu przestaje pracować zawodowo, co powoduje pogorszenie się funkcjonowania w rolach życiowych oraz ograniczenie relacji społecznych. Rezygnacja z aktywności zawodowej najczęściej przyczynia się do pogorszenia warunków finansowych, co pogłębia u chorego poczucie beznadziejności i rozwój negatywnych stanów emocjonalnych, pogarszając funkcjonowanie emocjonalne.

W literaturze przedmiotu dostępnych jest wiele badań ukazujących kierunek i siłę zależności pomiędzy jakością życia a bólem i innymi objawami somatycznymi u chorych onkologicznie. W badaniach Holen i wsp. [9] stwierdzono, że ból nowotworowy wpływa negatywnie w większym stopniu na poziom funkcjonowania fizycznego i psychicznego pacjentów w porównaniu z wpływem bólu o tej samej intensywności u osób z chorobami przewlekłymi nienowotworowymi. Porównywano dwie grupy pacjentów: 300 osób z bólem nowotworowym oraz 286 osób z przewlekłym bólem reumatoidalnym. Do badania jakości życia wykorzystano Kwestionariusz jakości życia (QLQ-C30), a do badania bólu Inwentarz Bólu (BPI). Badanymi byli mężczyźni i kobiety z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu moczowego i pokarmowego oraz z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W badaniach Rutsoen i wsp. [21] stwierdzono, że im

bardziej nasilony jest ból nowotworowy i im dłużej trwa, tym gorsze jest funkcjonowanie chorych fizycznie i w rolach społecznych. Przebadano 157 pacjentów onkologicznych. Do badania jakości życia zastosowano QLQ-C30, do badania bólu użyto VAS i autorskiego kwestionariusza, a do badania negatywnych emocji Skalę Lęku i depresji (HADS). W badaniach Niv i Kreitler [20] nie stwierdzono, aby ból był związany z funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym lub funkcjonowaniem w rolach życiowych. Przebadano 136 pacjentów z chorobami nowotworowymi układu chłonnego. Do badania jakości życia zastosowano Kwestionariusz QLQ-C30, do badania bólu użyto VAS. W badaniach Kroenke i wsp. [16] nie stwierdzono, aby ból był związany z funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym lub funkcjonowaniem w rolach społecznych. Przebadano 405 pacjentów, z których: 32% miało depresję, 24% ból, a 44% zarówno depresję, jak i ból. Do badania jakości życia zastosowano QLQ-C30, do badania bólu użyto Krótkiej skali bólu (BPI), do badania depresji Listy Objawów Hopkinsa (HSCL-20), a do badania korelacji depresji i bólu wykorzystano Skalę bólu i depresji (*Indiana Cancer Pain and Depression* – INCPAD). Zbadano 250 mężczyzn i 155 kobiet z chorobą nowotworową układu chłonnego, krwiotwórczego, kości i tkanek miękkich.

## MATERIAŁ I METODY

W prezentowanej pracy dążono do określenia rozkładu wyników poszczególnych badanych zmiennych: bólu nowotworowego, uciążliwości objawów somatycznych, jakości życia na poziomie funkcjonalnym, fizycznym, psychicznym, społecznym i poznawczym.

W badaniu postawiono następujące pytania i hipotezy badawcze:

1. Czy istnieje związek między bólem nowotworowym a jakością życia w badanej grupie osób. Wyniki badań, cytowanych we wstępie teoretycznym, stanowiły podstawę dla następującej hipotezy: Istnieje ujemny związek między bólem nowotworowym a jakością życia u osób z chorobą onkologiczną.
2. Czy pacjenci z chorobą nowotworową lepiej lub gorzej funkcjonują fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych różniąc się w zakresie poziomu nasilenia bólu i uciążliwości objawów somatycznych związanych z chorobą. Wyniki badań, cytowanych we wstępie teoretycznym, stanowiły podstawę dla następującej hipotezy: chorzy na chorobę nowotworową lepiej funkcjonują fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych odczuwają mniejsze nasilenie bólu nowotworowego oraz mniejszą uciążliwość objawów somatycznych zwią-

zanych z chorobą w porównaniu z chorymi gorzej funkcjonującymi fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych.

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- kwestionariusz QLQ-C30 – do pomiaru subiektywnej i obiektywnej, warunkowanej nasileniem objawów somatycznych jakości życia,
- skalę VAS – do oceny natężenia bólu,
- Arkusz oceny bólu (AOB, Szatanik K., 1985) zastosowany do badania sensorycznego i emocjonalnego wymiaru bólu.

Kwestionariusz QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire, EORTC Study Group on Quality of Life, 1995*) [7] opracowany jest przez grupę badawczą jakości życia pracującą przy Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Raka (*European Organization for Research and Treatment of Cancer* – EORTC). Formularz realizuje wielowymiarowe podejście do oszacowania jakości życia pacjenta poprzez umieszczenie pytań dotyczących wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta w różnych obszarach jego życia. Jakość życia pacjenta mierzona jest w następujących dziedzinach: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, poznawcze, funkcjonowanie w rolach życiowych, funkcjonowanie w relacjach społecznych oraz objawowa jakość życia, która po odwróceniu skali stanowi miarę uciążliwości objawów somatycznych, na którą składają się następujące objawy: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność, zaburzenia snu, utrata apetytu, zaparcia, biegunki, problemy finansowe. Poszczególne zmienne składają się na dwa wymiary jakości życia: objawowy i funkcjonalny, które odzwierciedlają ogólny poziom jakości życia. Odrębnie oceniany jest także subiektywny poziom jakości życia. W większości pytań kwestionariusza zastosowana została 4-stopniowa skala Likerta. Rzetelność kwestionariusza mierzona współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,6–0,81 dla skal funkcjonalnych oraz 0,52–0,86 dla skal objawowych, co przekłada się na wysoką rzetelność narzędzia badawczego. W prezentowanym badaniu własnym rzetelność skal mierzona współczynnikiem Cronbacha wynosiła odpowiednio: subiektywna jakość życia: 0,915, obiektywna jakość życia: 0,84.

Skala VAS służy do oceny poziomu odczuwanego bólu, również nowotworowego. Jest to skala wizualno-analogowa – chory określa siłę bólu na linijce, na której przedstawiona jest linia o długości 10 jednostek, gdzie 0 oznacza „brak bólu”, a 10 „najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić”.

Arkusz oceny bólu (AOB, Szatanik K., 1985) stanowi polską adaptację skróconej wersji kwestionariusza MPQ. Kwestionariusz MPQ [19] zbudowany jest z czterech części badających ból pod względem lokalizacji, charakteru, natężenia i częstotliwości. W ocenie bólu brany jest pod uwagę jego aspekt sensoryczny, emocjonalny i poznawczy. Aspekt sensoryczny ocenia

się na podstawie siły, dynamiki i jakości bólu [19]. Skrócona wersja kwestionariusza zawiera tylko dwie kategorie opisujące ból: sensoryczną, składającą się z 11 słów, oraz afektywną, składającą się z 4 przymiotników.

Przebadano 61 pacjentów podczas ich pierwszej wizyty lekarskiej w Poradni Leczenia Bólu Centrum Onkologii w Warszawie. Warunkiem włączenia do badania było rozpoznanie u osoby badanej choroby nowotworowej trwającej od co najmniej 6 miesięcy oraz współistnienie przewlekłego bólu nowotworowego. Badanie było dobrowolne i anonimowe i posiadało pozytywną opinię komisji bioetycznej. Wśród badanych było 25 kobiet i 36 mężczyzn z rozpoznaną chorobą nowotworową od co najmniej 6 miesięcy, którzy cierpieli z powodu przewlekłego bólu nowotworowego.

## WYNIKI

### Statystyki opisowe

Przebadani pacjenci byli w wieku od 22 do 88 lat. Średnia wieku wynosiła 57 lat. Wykształcenie podstawowe miało 30% badanych osób, średnie 44%, a wyższe 26%. Wśród badanych 16% osób miało rozpoznany nowotwór głowy i szyi, 18% nowotwór piersi, 11% nowotwór jądra, 15% nowotwór układu chłonnego, 13% nowotwór krwi, a 27% nowotwór o innej etiologii.

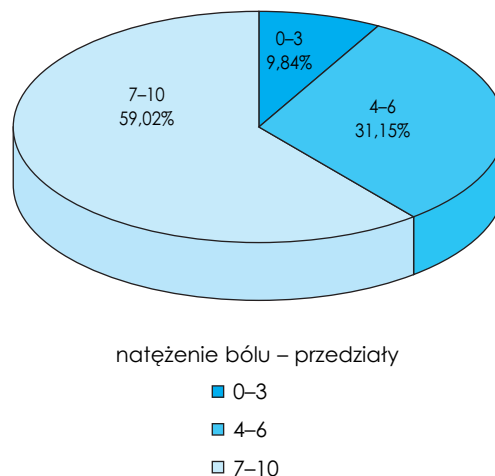
W badanej grupie osób średnie natężenie bólu wynosiło 6,8 w skali 0–10 VAS, co odpowiada wysokiemu natężeniu bólu i dotyczyło aż 59% pacjentów. Jedynie 7 (8,4%) badanych odczuwało niskie nasilenie bólu w skali VAS od 0 do 3 pkt. Ogółem aż 90,2% pacjentów odczuwało średnie i wysokie natężenie bólu (ryc. 1.).

W badanej grupie osób ból w wymiarze sensorycznym najczęściej określany był jako: ostry (54% pacjentów), rwący (49%) oraz promieniujący (39%) (ryc. 2.).

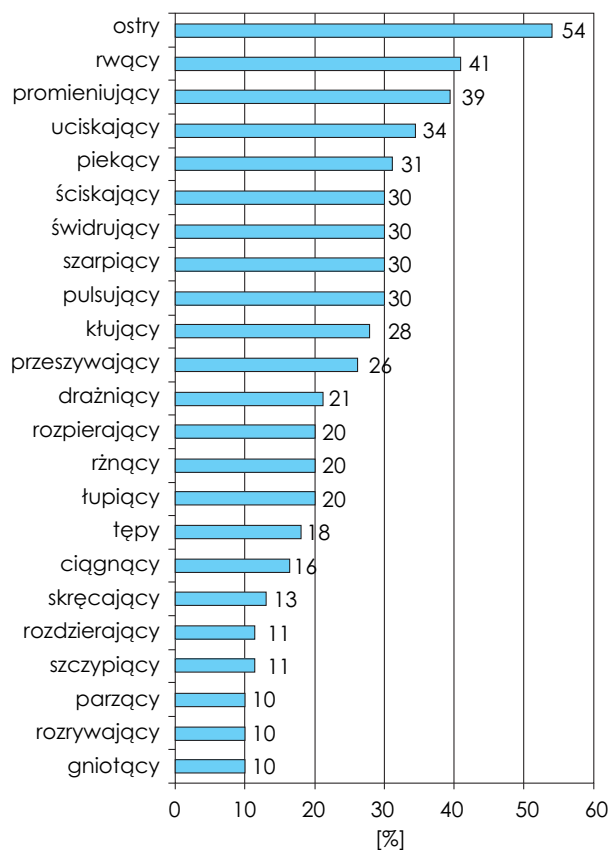
W badanej grupie pacjentów ból w wymiarze emocjonalnym najczęściej był określany jako: wyczerpujący (43%), a najrzadziej jako potworny (13%) oraz okrutny (11%) (ryc. 3.).

W badanej grupie pacjentów parametry jakości życia w wymiarze funkcjonalnym, objawowym i globalnym świadczą o licznych deficytach w zakresie poszczególnych wymiarów jakości życia. W zakresie funkcjonowania w rolach społecznych aż 34,6% badanych wykazywało niski i bardzo niski poziom funkcjonowania w rolach, a jedynie 26,3% pacjentów wykazywało bardzo wysokie i wysokie poziomy funkcjonowania w rolach społecznych. Niestety, aż 42,6% badanych osób osiągało niski lub bardzo niski poziom funkcjonowania emocjonalnego, a jedynie 22,9% badanych pacjentów osiągało wysoki poziom funkcjonowania emocjonalnego. Bardzo wysokie lub wyso-

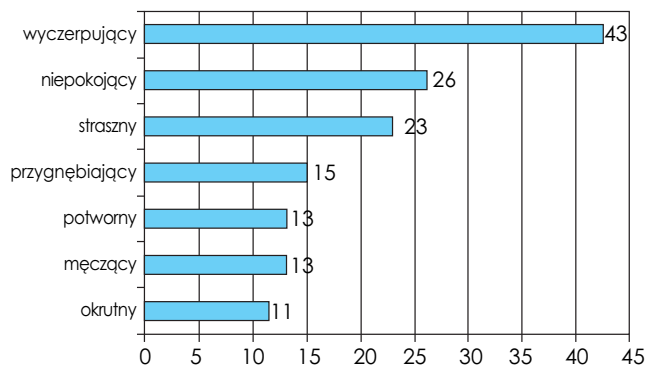
ki poziom funkcjonowania poznawczego osiągało 42,6% badanych pacjentów, jednak spora grupa pacjentów, bo aż 34,4%, osiągała niski lub bardzo niski poziom funkcjonowania poznawczego. Bardzo wysoki lub wysoki poziom funkcjonowania społecznego osiągało 39,4% badanych pacjentów, jednak aż 40% badanych osiągało niski lub bardzo niski poziom funkcjonowania społecznego. Grupa pacjentów wykazujących wysoki i bardzo wysoki poziom nasilenia zmęczenia stanowiła aż 70% wszystkich badanych. Jedynie 4,9% osób wykazywało niski poziom zmęczenia. Ogółem grupa pacjentów mających niskie i bardzo niskie nasilenie nudności stanowiła 73,8% wszystkich badanych, a jedynie 16,4% pacjentów wykazywało bardzo wysokie i wysokie nasilenie nudności. Wysokie i bardzo wysokie nasilenie bólu występowało aż u 81,9% wszystkich badanych. Jedynie 9,8% badanych pacjentów wykazywało bardzo niski lub niski poziom nasilenia bólu. Niskie i bardzo niskie nasilenie duszności występowało u 73,7% badanych. Jedynie 26,2% badanych pacjentów określiło nasilenie duszności jako bardzo wysokie lub wysokie. Ogółem grupa pacjentów mających wysokie i bardzo wysokie nasilenie bezsenności stanowiła aż 59% wszystkich badanych. Nasilenie bezsenności jako niskie lub bardzo niskie określało 40,9% badanych. Nasilenie utraty apetytu jako bardzo wysokie lub wysokie określiło 49,2% pacjentów, natomiast 50,8% badanych określało je jako niskie lub bardzo niskie. Nasilenie zapańc jako bardzo wysokie lub wysokie określiło 47,6% badanych, a 52,4% pacjentów uznało je za niskie lub bardzo niskie. Ogółem aż 88,5% badanych pacjentów oceniło nasilenie biegunek jako niskie lub bardzo niskie. Wysokie lub bardzo wysokie nasilenie biegunek diagnozowane było zaledwie u 11,5% badanych osób. Na niski lub bardzo niski poziom kondycji finansowej wskazywało 77% badanych pacjentów. Jedynie 22,6% respondentów wykazywało bardzo wysokie lub wysokie poziomy kondycji finansowej. Niepokojące wyniki uzyskano w zakresie



Ryc. 1. Rozkład wyników oceny natężenia bólu

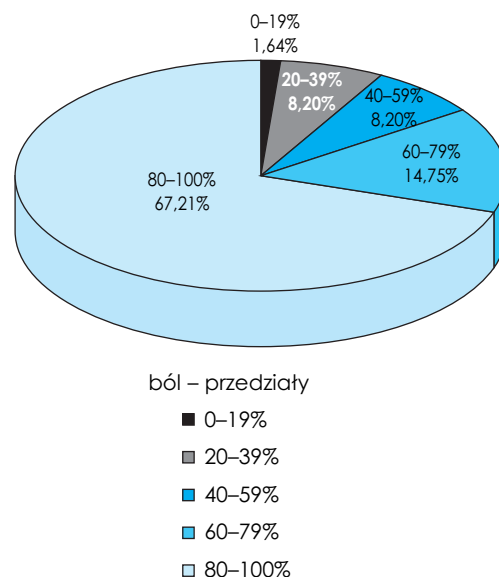


**Ryc. 2.** Graficzna ilustracja rozkładu procentowego oceny bólu w kategorii sensorycznej



**Ryc. 3.** Graficzna ilustracja rozkładu procentowego oceny bólu w kategorii emocjonalnej

poziomu subiektywnej jakości życia. Większość pacjentów, bo aż 60%, wykazywała bardzo niski lub niski poziom subiektywnej jakości życia. Średni poziom subiektywnej jakości życia wykazywało 34,4% badanych pacjentów, a jedynie 4,9% – wysoki. Nieco lepsze wyniki uzyskano w zakresie obiektywnej jakości życia wyliczanej na podstawie nasilenia poszczególnych objawów. Niski i bardzo niski poziom objawowej jakości życia diagnozowany był u 41% badanych



**Ryc. 4.** Rozkład wyników w skali objawowej bólu

pacjentów, a u 26,2% badanych odnotowano bardzo wysoki lub wysoki poziom objawowej jakości życia. Ogółem grupa pacjentów wykazujących wysoki i bardzo wysoki poziom funkcjonowania fizycznego stanowiła aż 93,8% wszystkich badanych. Jedynie 6,1% pacjentów osiągało bardzo niski poziom funkcjonowania fizycznego. Uśredniając wyniki dotyczące jakości życia, badana grupa osób charakteryzowała się wysokim poziomem funkcjonowania fizycznego (66,6), niskim poziomem funkcjonowania w rolach społecznych (37,2), średnim poziomem funkcjonowania emocjonalnego (40), poznawczego (54,4) i społecznego (47,3) oraz wysokim poziomem nasilenia zmęczenia (74,7) i bezsenności (61,7), bardzo wysokim nasileniem bólu (80,9), średnim nasileniem utraty apetytu (54,1) i zapań (47), niskim nasileniem duszności (31,7), nudności (31,4) i biegunek (20,2), niskim poziomem funkcjonowania finansowego (35,5) oraz relatywnie wysokim poziomem subiektywnej (75) i obiektywnej jakości życia (82) (ryc. 4.).

Zaobserwowano, że 67,2% pacjentów wykazywało bardzo wysoki poziom nasilenia bólu, co przekłada się na przedział w zakresie 80–100%. Wysoki poziom nasilenia bólu występował u 14,7% badanych, co przekłada się na przedział w zakresie 60–79%. Średni poziom nasilenia bólu wskazało 8,2% badanych, co przekłada się na przedział w zakresie 40–59%. Z kolei 8,2% badanych osób wykazywało niski poziom nasilenia bólu, co przekłada się na przedział w zakresie 20–39%. Bardzo niski poziom nasilenia bólu wykazywało 1,6% pacjentów, co przekłada się na przedział w zakresie 0–19%. Uzyskane wyniki korespondują z wynikami badań, które wskazują, że w przebiegu choroby nowotworowej i wysokiego nasilenia bólu nowotworowego jakość życia ulega znacznemu obniżeniu [8, 24, 31, 32].

## Wyniki analizy korelacji między jakością życia a bólem nowotworowym

W badanej grupie osób ból korelował dodatnio ze zmęczeniem, natomiast ujemnie z subiektywną i obiektywną jakością życia. Świadczy to o tym, że wraz ze wzrostem nasilenia bólu nowotworowego wzrasta nasilenie zmęczenia, natomiast obniża się poziom subiektywnej i obiektywnej jakości życia oraz że wraz ze zmniejszeniem nasilenia bólu nowotworowego obniża się poziom zmęczenia, natomiast podwyższa się poziom subiektywnej i obiektywnej jakości życia. Otrzymane wyniki weryfikują pozytywnie hipotezę o istnieniu ujemnej korelacji pomiędzy bólem a jakością życia w badanej grupie osób. Zbadana zależność pokrywa się z wynikami badań cytowanymi w części teoretycznej, stwierdzającymi, że ból nowotworowy jest czynnikiem, który w sposób istotny wpływa na obniżenie poziomu jakości życia, oraz stanowiącymi podstawę do sformułowania badanej hipotezy [8, 24, 31, 32].

## Wyniki analizy różnic między podgrupami osób z chorobą nowotworową lepiej lub gorzej funkcjonujących fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych w zakresie nasilenia bólu i uciążliwości objawów somatycznych

W zakresie analiz starano się odpowiedzieć na pytanie badawcze dotyczące tego, czy osoby z chorobą nowotworową lepiej lub gorzej funkcjonujące

fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych różnią się w zakresie poziomu nasilenia bólu i uciążliwości objawów somatycznych związanych z chorobą. Dla potrzeb analizy różnic międzygrupowych wśród badanych utworzono podgrupy osób lepiej i gorzej funkcjonujących fizycznie, emocjonalnie, w rolach życiowych i relacjach społecznych wg następującego kryterium podziału: wyniki chorych powyżej 50. percentyla w skalach funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30 zakwalifikowano jako tworzące podgrupę lepiej funkcjonujących. Wyniki poniżej 50. percentyla jako tworzące podgrupę gorzej funkcjonujących. Do weryfikacji hipotezy zastosowano test *t*-Studenta dla wszystkich badanych zmiennych. Wyniki dotyczące porównań chorych lepiej i gorzej funkcjonujących w zakresie uciążliwości objawów somatycznych, bólu i negatywnych emocji przedstawiono w podziale na poszczególne zmienne w tabelach 1. i 2.

Stwierdzono, że chorzy lepiej funkcjonujący fizycznie odczuwają mniejszy ból i mniejszą uciążliwość objawów w porównaniu z pacjentami gorzej funkcjonującymi fizycznie.

Stwierdzono, że chorzy lepiej funkcjonujący w rolach życiowych odczuwają mniejszą uciążliwość objawów w porównaniu z pacjentami gorzej funkcjonującymi w rolach życiowych. Nie potwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie poziomu natężenia bólu. Stwierdzono, że osoby z chorobą nowotworową lepiej funkcjonujące emocjonalnie uzyskują niższe wartości wskaźników natężenia bólu oraz uciążliwości objawów somatycznych niż chorzy gorzej funkcjonujący emocjonalnie.

**Tabela 1.** Wyniki testu *t*-Studenta dla uciążliwości objawów somatycznych w podgrupach

Zmienna	Podgrupa	N	Średnia	SD	<i>t</i>	df	<i>p</i>
uciążliwość objawów	lepiej funkcjonujący fizycznie	31	45,08	14,84	-4,474	59	0,000*
	gorzej funkcjonujący fizycznie	30	62,74	15,97			
uciążliwość objawów	lepiej funkcjonujący w rolach życiowych	25	45,74	15,15	3,165	59	0,002*
	gorzej funkcjonujący w rolach życiowych	36	59,33	17,35			
uciążliwość objawów	lepiej funkcjonujący emocjonalnie	31	42,51	14,07	6,604	59	0,000*
	gorzej funkcjonujący emocjonalnie	30	65,38	12,93			
uciążliwość objawów	lepiej funkcjonujący w relacjach społecznych	24	44,66	15,696	3,535	59	0,001*
	gorzej funkcjonujący w relacjach społecznych	37	59,67	16,514			

\* Różnica istotna na poziomie < 0,05 (jednostronnie)

**Tabela 2.** Wyniki testu *t*-Studenta dla nasilenia bólu w podgrupach

Zmienna	Podgrupa	N	Średnia	SD	<i>t</i>	df	<i>p</i>
ból	lepiej funkcjonujący fizycznie	31	6,03	2,50	2,424	59	0,018*
	gorzej funkcjonujący fizycznie	30	7,57	2,44			
ból	lepiej funkcjonujący w rolach życiowych	25	6,12	2,60	-1,716	59	0,091
	gorzej funkcjonujący w rolach życiowych	36	7,25	2,48			
ból	lepiej funkcjonujący emocjonalnie	31	6,13	2,617	-2,089	59	0,041*
	gorzej funkcjonujący emocjonalnie	30	7,47	2,374			
ból	lepiej funkcjonujący w relacjach społecznych	24	5,88	2,346	-2,311	59	0,024*
	gorzej funkcjonujący w relacjach społecznych	37	7,38	2,564			

\* Różnica istotna na poziomie < 0,05 (jednostronnie)

Stwierdzono, że pacjenci z chorobą nowotworową lepiej funkcjonujący społecznie uzyskują niższe wartości wskaźników natężenia bólu oraz uciążliwości objawów somatycznych niż chorzy gorzej funkcjonujący społecznie. Uzyskane wyniki badań własnych są spójne z wynikami badań Hølen i wsp. oraz Rustøen i wsp., które stwierdzają, że osoby z chorobą nowotworową odczuwające silniejszy ból nowotworowy gorzej funkcjonują fizycznie, emocjonalnie i społecznie [9, 20].

## DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że główną determinantą wpływającą na jakość życia we wszystkich jej wymiarach funkcjonalnych jest uciążliwość objawów somatycznych, a w szczególności ból nowotworowy. Podsumowując główne wyniki otrzymane w analizowanym badaniu, stwierdzono, że 1) mniejsza uciążliwość objawów somatycznych związana jest z lepszym funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz mniejszym nasileniem depresji i lęku; 2) mniejsze nasilenie bólu nowotworowego związane jest z lepszym funkcjonowaniem fizycznym i emocjonalnym; 3) nie stwierdzono zależności między nasileniem bólu nowotworowego, a funkcjonowaniem w rolach życiowych. Uzyskane wyniki potwierdzają postawione pytania badawcze. Potwierdzają również zasadność stosowania w praktyce Poradni Leczenia Bólu narzędzi do diagnozowania parametrów jakości życia oraz bólu nowotworowego, ponieważ jak wynika z badań, jakość życia pozostaje w silnym związku z bólem nowotworowym. Dołączenie tego rodzaju baterii testów umożliwi szersze rozpoznanie problematyki bólu, z którym pacjent się zgłasza do poradni, a tym samym pozwoli na jeszcze bardziej szczegółowe i trafne postawienie diagnozy i optymalizację leczenia. Dzięki poszerzeniu diagnostyki możliwe będzie wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń związanych z niską jakością życia, co może się przyczynić do obniżenia nasilenia bólu i podwyższenia jakości życia pacjenta. Uzyskane wyniki sugerują, że zasadne byłoby objęcie pacjenta z bólem nowotworowym nie tylko specjalistyczną opieką medyczną, jak w obecnym standardzie poradni, lecz także specjalistyczną opieką psychologiczną oferującą wsparcie psychologiczne i psychoterapię. U pacjentów z nowotworem szczególnie zalecana jest psychoterapia poznawczo-behawioralna w celu nauczenia radzenia sobie z bólem i negatywnymi emocjami.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bonica J. History of Pain Concepts and Therapies. The Management of Pain. London: Lea and Febiger, Philadelphia 1990; 2-17.

2. Bonica J. Multidisciplinary/Interdisciplinary/Pain Programs. The Management of Pain. London: Lea and Febiger, Philadelphia 1990; 197-208.
3. Carr D, Goudas I, Lawrence D i wsp. Management of cancer symptoms: pain, depression, fatigue. Summary, Evidence Reprot/Technology Assessment, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002; 61.
4. Dobrogowski J, Kuś M, Sedlak K, Wordliczek J. Ból i jego leczenie. Springer PWN, Warszawa 1996.
5. Dobrogowski J, Wordliczek J. Medycyna bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 88-95, 514-540, 548-553.
6. Domżał MD, Prusiński A, Szczudlik A, Zalewska B. Ból, podstawowy objaw w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
7. EORTC Study Group on Quality of Life. Scoring manual. EORTC, Brussels 1995.
8. Golec A, Dobrogowski J. Zaburzenia depresyjne i ból przewlekły. Ból 2004; 5: 35-43.
9. Hølen JC, Lydersen S, Klepstad P. The Brief Pain Inventory: pain's interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain. Clin J Pain 2008; 24: 219-225.
10. IASP. Deklaracja Europejskiej Federacji (EFIC) Oddziałów Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu odnośnie bólu przewlekłego. 2001.
11. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. Palliat Med 2003; 17: 498-502.
12. Jarosz J, Hilgier M. Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne. Terapia 2006; 11: 35-41.
13. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Evaluating palliative care – a review of the literature. Palliat Care Res Treat 2009; 3: 5-12.
14. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. Palliative Medicine 2009; 23: 491-501.
15. Kotlińska-Lemieszek A. Epidemiologia bólu w chorobie nowotworowej w Polsce i na świecie. Warszawa 2007.
16. Kroenke K, Zhong X, Theobald D i wsp. Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: prevalence, disability, and health care use. Arch Int Med 2010; 170: 1686-1694.
17. Lundh Hagelin C, Seiger A, Fürst CJ. Quality of life in terminal care – with special reference to age, gender and marital status. Support Care Cancer 2006; 14: 320-328.
18. Melzack R, Wall P. Tajemnica bólu. WAM, Warszawa 2008.
19. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975; 1: 277-299.
20. Niv D, Kreitler S. Pain and Quality of life. Pain Pract 2001; 1: 150-161
21. Rustøen T, Moum T, Padilla G i wsp. Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 234-242.
22. Shipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. J Psychosoc Oncol 1990; 8: 171-185.
23. Schipper M, Levit M. Measuring quality of life: risk and benefits. Cancer Treat Rec 1978; 62: 681.
24. Stępień R, Wrońska I. Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Studia Medyczne 2008; 10: 31-35.
25. Strömberg AS, Groenvold M, Pedersen L i wsp. (2002). Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. Eur J Cancer 2002; 38: 788-794.
26. Szatanik K. Kwestionariusz bólowy – założenia, budowa kwestionariusza, wyniki przeprowadzonych badań. Poznań. V Konferencja Sekcji Badania i Leczenia Bólu. Pol. Tow. Anest. i Int. Terap. 1985.
27. Twycross R, Harcourt J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 1996; 12: 273-282.



28. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
29. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996; 68-73.
30. de Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 37, 120-126.
31. de Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. GUmed, Gdańsk 2003.
32. de Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M, Janiszewska J. Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. Psychoonkologia 2008; 1: 1-6.
33. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender and performance status in 1,000 patients. Support Care Cancer 2000; 8: 175-179.