

Wpływ przewlekłego zmęczenia na jakość życia pacjentów oddziału opieki paliatywnej

The influence of cancer-related fatigue on quality of life in palliative cancer patients

Beata Babiarczyk¹, Aneta Paluch²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

²Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski w Bielsku-Białej

Streszczenie

Wstęp: Znużenie nowotworowe jest określane jako przetrwałe, subiektywne poczucie fizycznego, emocjonalnego i poznawczego osłabienia lub wyczerpania, związane z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, które nie jest proporcjonalne do ostatnio wykonywanej aktywności oraz które zakłóca normalne funkcjonowanie. Stan ten utrudnia leczenie i jest częstą przyczyną utraty sił potrzebnych do zmagania się z chorobą. Według pacjentów zmęczenie jest objawem, który bardziej wpływa na obniżenie jakości ich życia niż ból.

Cel pracy: Analiza wpływu znużenia nowotworowego na jakość życia pacjentów oddziału medycyny paliatywnej.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 73 pacjentów hospitalizowanych na oddziale medycyny paliatywnej. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę wywiadu kwestionariuszowego z użyciem dwóch standaryzowanych, dostępnych w języku polskim ankiet EORTC: QLQ-FA12 i QLQ-C15-PAL, oraz ankiet własnego autorstwa.

Wyniki: Ogólna jakość życia została określona przez badanych na dość niskim poziomie (39,3 pkt). Nieco lepiej oceniano funkcjonowanie fizyczne (52,13 pkt) niż psychiczne (43,74 pkt). Objawami najbardziej uciążliwymi dla badanych były zmęczenie i ból. Najbardziej nasilone było zmęczenie będące przeszkodą w codziennych zajęciach (66,24 pkt) oraz zmęczenie fizyczne (60,03 pkt). Im badany był starszy i miał wyższe wykształcenie, tym występowanie i nasilenie poszczególnych rodzajów zmęczenia było większe. Na pogorszenie jakości życia pacjentów istotny wpływ miała astenia.

Wnioski: Znużenie nowotworowe staje się coraz większym problemem dla chorych onkologicznych, gdyż istotnie negatywnie wpływa na jakość ich życia. Personel medyczny powinien zwracać większą uwagę na szybkie wykrycie tego problemu, by jak najszybciej wdrożyć procedury, które zmniejszą odczuwanie przez pacjenta negatywnych skutków astenii.

Słowa kluczowe: astenia, jakość życia, nowotwór, paliatywny.

Abstract

Introduction: Cancer-related fatigue is defined as the persistent and subjective sense of physical, emotional, and cognitive weakness or exhaustion associated with cancer or its treatment that is not proportional to recently performed activity and which interferes with normal functioning. According to patients, fatigue is a symptom that affects their quality of life more than pain.

Aim of the study: To analyse the impact of cancer-related fatigue in palliative patients on their quality of life.

Material and methods: A total of 73 patients hospitalised in the palliative medicine ward were included in the study. The diagnostic survey method and questionnaire interview technique were applied. Two standardised EORTC surveys: QLQ-FA12 and QLQ-C15-PAL and the authors' own designed questionnaire were used.

Results: The overall quality of life was determined by the respondents at a fairly low level (39.3 points). Physical functioning (52.13 points) was rated slightly better than mental (43.74 points). The most troublesome symptoms for the patients were fatigue and pain. Fatigue being an obstacle in everyday activities (66.24 points) and physical fatigue (60.03 points) were the most severe. The older the respondent and the higher their education, the higher the occurrence and intensity of particular types of fatigue. Asthenia significantly affected the quality of life of the respondents.

Conclusions: Cancer-related fatigue is a growing problem for oncological patients because it significantly affects their quality of life. Healthcare professionals should pay more attention to the early detection of this problem.

Key words: asthenia, quality of life, cancer, palliative.

Adres do korespondencji

dr n. o zdr. Beata Babiarczyk, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała, e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com

WSTĘP

Nowotwory złośliwe, czyli około stu schorzeń sklasyfikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), są drugą przyczyną śmierci w Polsce, a liczba zachorowań na nie wzrosła w naszym kraju dwukrotnie w ciągu ostatnich 30 lat [1].

Dzięki rozwojowi nowych i coraz bardziej zaawansowanych metod diagnostycznych umożliwiających rozpoznanie choroby we wczesnym stadium oraz wprowadzeniu nowych sposobów leczenia długość życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową zdecydowanie się zwiększa. Chorzy onkologiczni borykają się jednak z wieloma ograniczeniami wynikającymi nie tylko z samej choroby nowotworowej, ale często także ze schorzeń współistniejących. Wpływają one na zmianę ich stylu życia, pozycji społecznej, obniżają także ich aktywność, a przede wszystkim stanowią duży problem natury psychicznej, czyli ogólnie negatywnie wpływają na jakość życia. W procesie kompleksowej opieki nad chorymi ważną rolę odgrywa system opieki paliatywnej. Od personelu sprawującego opiekę nad chorymi onkologicznymi w znacznej mierze zależy ich samopoczucie, stosunek do choroby, cierpienia, a co za tym idzie – samoocena jakości życia i stopnia zmęczenia chorobą. Poziom jakości życia w opiece nad osobami dotkniętymi chorobą nowotworową bądź dowolną chorobą przewlekłą jest wykładnikiem skuteczności zastosowanych metod i właściwej opieki medycznej. W ocenie tego poziomu uwzględnia się sferę psychiczną, somatyczną, społeczną oraz sprawność fizyczną [2, 3].

Znużenie nowotworowe (*cancer-related fatigue* – CRF) to zmęczenie, osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) znużenie nowotworowe to przetrwałe, subiektywne poczucie fizycznego, emocjonalnego i poznawczego osłabienia lub wyczerpania, związane z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, które nie jest proporcjonalne do ostatnio wykonywanej aktywności oraz które zakłóca normalne funkcjonowanie. Innym

określeniem znużenia jest astenia. Stan ten jest bezpośrednio związany z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz zastosowaną terapią, utrudnia leczenie i jest częstą przyczyną utraty sił potrzebnych do zmagania się z chorobą. Według wielu pacjentów zmęczenie jest objawem, który bardziej wpływa na obniżenie jakości ich życia niż ból [4–6].

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organisation* – WHO) ze względu na częstość występowania umieściła znużenie nowotworowe w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako oddzielną jednostkę chorobową. Do czynników mających wpływ na wystąpienie znużenia należy m.in. stan zapalny wywołany przez guz lub radioterapię bądź chemioterapię. W badaniach wykazano również, że na zmęczenie mają wpływ ból, strach, niedobory snu, obniżony nastrój, brak lub ograniczenie aktywności, anemia, a także dolegliwości związane ze schorzeniami współistniejącymi. Nie bez znaczenia są również stosowane leki. Wiele leków przeciwbólowych ma silny wpływ na psychikę, co często powoduje astenię u pacjentów [7].

W publikacjach z zakresu medycyny paliatywnej, a także w praktyce klinicznej problem przewlekłego znużenia nowotworowego jest wciąż za rzadko rozpatrywany, choć walka z nim ma kluczowe znaczenie dla poprawy jakości życia osób z chorobą nowotworową. U pacjentów onkologicznych całą uwagę kieruje się zazwyczaj na leczenie bólu, podczas gdy długotrwałe znużenie często wysuwa się u nich na pierwszy plan [6].

CEL PRACY

Celem badania była analiza wpływu znużenia nowotworowego na jakość życia pacjentów oddziałów opieki paliatywnej, a w szczególności:

- ocena jakości życia pacjentów onkologicznych na oddziale medycyny paliatywnej,
- ocena poziomu znużenia nowotworowego u pacjentów przebywających na oddziale medycyny paliatywnej,

- analiza powiązań pomiędzy znużeniem nowotworowym a jakością życia badanych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone od maja do października 2018 r. wśród pacjentów oddziału medycyny paliatywnej. Kryteria włączenia do badania obejmowały:

- wyrażenie przez pacjenta dobrowolnej zgody na udział w badaniu,
- stan pacjenta umożliwiający przeprowadzenie z nim wywiadu,
- rozpoznanie choroby nowotworowej,
- co najmniej osiem dni hospitalizacji na oddziale.

Badanie przeprowadzono zgodnie z wymaganiami deklaracji helsińskiej. Respondentów powiadomiono, że jest ono anonimowe, że można z niego zrezygnować na każdym etapie oraz że uzyskane wyniki posłużą wyłącznie do celów badawczych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego – wywiad kwestionariuszowy. Wywiad z badanymi zawsze był przeprowadzany przez pielęgniarkę (autora badania) z zapewnieniem intymności i ochrony danych osobowych. Użyto dwóch standaryzowanych, dostępnych w języku polskim ankiet EORTC (*European Organisation for the Research and Treatment of Cancer*), o dużym stopniu trafności i rzetelności: QLQ-FA12 oraz QLQ-C15-PAL. Udostępnienie ww. kwestionariuszy przez Komisję Badającą Jakość Życia EORTC z siedzibą w Brukseli oznacza udzielenie zgody na ich niekomercyjne użycie [8].

Kwestionariusz EORTC QLQ-C15-PAL służy do określenia ogólnej jakości życia pacjentów paliatywnych, a także oceny ich funkcjonowania w wymiarze fizycznym i emocjonalnym. Kwestionariusz QLQ-FA12 powstał komplementarnie do ankiety EORTC QLQ-C30 jako moduł uzupełniający dotyczący specyficznego problemu zmęczenia nowotworowego. Zawiera on w sumie dwanaście pytań, pogrupowanych w trzy hipotetyczne skale funkcjonalne (zmęczenie fizyczne, emocjonalne i umysłowe) oraz dwa pojedyncze pytania dotyczące wpływu zmęczenia na codzienne czynności oraz oceny zrozumienia okazywanego przez bliskich chorego. Dane z obu kwestionariuszy opracowano statystycznie zgodnie z wytycznymi i algorytmem zaproponowanym przez autorów. Dla każdego badanego obliczono współczynnik surowy, a następnie dokonano transformacji liniowej w celu uzyskania współczynnika właściwego (*score*). Jego rozpiętość dla wszystkich skal i pojedynczych objawów wynosiła od 0 do 100 pkt. W EORTC QLQ-C15-PAL wyższy współczynnik (*score*) dla skal funkcjonalnych oznacza lepszy poziom funkcjonowania (fizycznego i emocjonalnego), natomiast dla skal objawowych – im większy współczynnik, tym większe nasilenie danego ob-

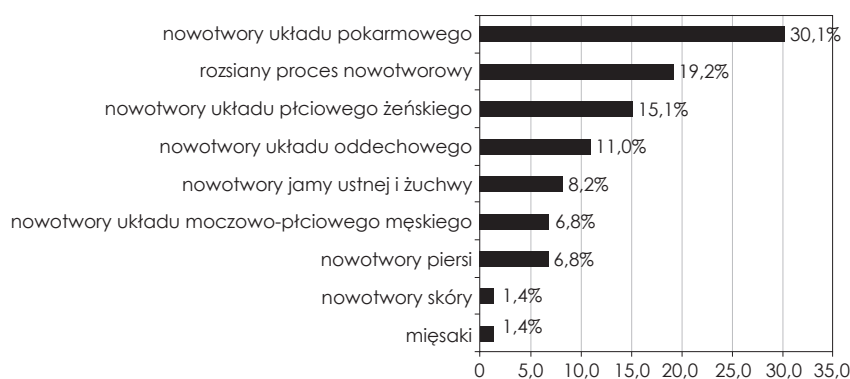
jawu. W QLQ-FA12 im większy jest współczynnik (*score*), tym większe jest nasilenie danego problemu powiązanego ze zmęczeniem [9–11]. Powyższe narzędzia uzupełniono o metryczkę zawierającą 10 pytań, w tym 6 socjodemograficznych i 4 dotyczące sytuacji zdrowotnej badanych (podstawowa jednostka chorobowa, choroby towarzyszące, czas trwania choroby podstawowej i długość hospitalizacji na oddziale). Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu Statistica (wersja 13.0) oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Zmienne mierzone na skali porządkowej scharakteryzowano za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej, przedstawiono za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka). Istotność różnic pomiędzy dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testem istotności różnic, tj. testem *U* Manna-Whitneya. Do badania zależności między zmienną mierzoną na skali porządkowej a zmienną ilościową wykorzystano współczynnik korelacji tau Kendalla (T_k), a do badania zależności między dwoma zmiennymi ilościowymi – współczynnik korelacji rang Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

WYNIKI

W badaniu wzięły udział 34 kobiety (46,6%) oraz 39 mężczyzn (53,4%). Średni wiek badanych wyniósł $66 \pm 12,6$ roku, większość stanowili mieszkańcy miast (63%). Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie zawodowe (45,2%) i średnie (42,5%). Ponad połowa osób (54,8%) była w związku małżeńskim, prawie co trzeci badany był wdowcem lub wdową (27,4%), a co dziesiąty był stanu wolnego. Swoją sytuację materialną około połowa badanych określiła jako „dobrą” (52,1%), prawie co trzeci (27,4%) jako „przeciętną”. Czas trwania choroby, od momentu rozpoznania choroby podstawowej, wynosił średnio $37,6 \pm 60$ miesięcy (2–342 miesiące), natomiast długość hospitalizacji na oddziale wynosiła średnio $28,3 \pm 46,7$ dnia (8–321 dni). Rodzaje nowotworów rozpoznanych u badanych przedstawiono na ryc. 1.

Charakterystyka jakości życia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową przebywających na oddziale medycyny paliatywnej

Analiza odpowiedzi na pytania kwestionariusza QLQ-C15-PAL poddanych transformacji liniowej pozwoliła na określenie poziomu ogólnej jakości życia deklarowanej przez badanych – została ona oszacowana na jedynie $39,30 \pm 19,11$ pkt. W dwóch



Ryc. 1 Charakterystyka rodzajów nowotworów rozpoznanych u badanych

Tabela 1. Charakterystyka zależności pomiędzy wiekiem i wykształceniem a wynikami uzyskanymi w skali QLQ-C15-PAL

Składowe skali QLQ-C15-PAL		Wiek		Wykształcenie	
		Rs	p	T _k	p
ogólna jakość życia		-0,08	0,505	-0,20	0,012
skala funkcjonalna	funkcjonowanie fizyczne	0,33	0,005	0,14	0,076
	funkcjonowanie psychiczne	-0,21	0,077	-0,15	0,054
skale objawowe	zmęczenie	0,01	0,966	0,20	0,012
	nudności i wymioty	-0,15	0,215	0,14	0,084
	ból	-0,21	0,070	0,14	0,088
	duszność	0,01	0,953	-0,03	0,671
	bezsenna	-0,07	0,561	0,11	0,164
	utrata apetytu	0,01	0,906	0,22	0,006
	zaparcie	-0,08	0,505	-0,20	0,012

p – poziom istotności statystycznej, Rs – współczynnik korelacji rang Spearmana, T_k – współczynnik tau Kendalla

skalach funkcjonalnych badani nieco lepiej ocenili funkcjonowanie fizyczne (52,13 pkt) niż funkcjonowanie psychiczne (43,74 pkt), choć współczynniki wskazują, że obydwa typy funkcjonowania sprawiają im dużą trudność. W zakresie skal objawowych najbardziej nasilone u badanych były zmęczenie (67,44 pkt) oraz ból (55,97 pkt). Pacjenci cierpią także na utratę apetytu (48,43 pkt), bezsenność (41,59 pkt) i zaparcia (39,29 pkt). Najmniej nasilonymi objawami okazały się duszność (28,33 pkt) oraz nudności i wymioty (21,47 pkt). Analiza zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami jakości życia wg kwestionariusza QLQ-C15-PAL a danymi socjodemograficznymi wykazała, że istnieją istotne statystycznie różnice dla niektórych korelacji. Zależności dla wieku i wykształcenia przedstawiono w tabeli 1.

Potwierdzono także zależność między sytuacją materialną badanych a samooceną jakości życia ($p = 0,045$, $T_k = 0,16$) oraz ich funkcjonowaniem fizycznym ($p = 0,040$, $T_k = -0,16$). Im lepiej badani ocenili swoją sytuację materialną, tym lepiej oceniali ogólną jakość życia oraz zgłaszali większy problem z funkcjonowaniem fizycznym.

Charakterystyka poziomu znużenia nowotworowego u pacjentów przebywających na oddziale medycyny paliatywnej

Analiza danych uzyskanych z kwestionariusza QLQ-FA12 wykazała, że badani jako najbardziej nasilone oceniali zmęczenie będące przeszkodą w codziennych zajęciach (66,24 pkt) oraz zmęczenie fizyczne (60,03 pkt). Jako nieco tylko mniej nasilone, ale wciąż znaczące oceniali zmęczenie psychiczne (58,48 pkt) i zmęczenie umysłowe (50,49 pkt). Najmniej uciążliwe dla badanych wydaje się zmęczenie jako coś niezrozumiałego dla bliskich (40,67 pkt).

Analiza zależności pomiędzy cechami socjodemograficznymi badanych a wynikami uzyskanymi w skali QLQ-FA12 wykazała, że wiek i wykształcenie są jedynymi zmiennymi socjodemograficznymi istotnie wpływającymi na niektóre wyniki tej skali (tab. 2). Nie potwierdzono także istotności statystycznej wpływu czasu trwania choroby ani rodzaju nowotworu na występowanie i nasilenie się zmęczenia nowotworowego ($p > 0,05$).

Tabela 2. Analiza zależności pomiędzy wiekiem i wykształceniem a wynikami skali QLQ-FA12

Składowe skali QLQ-FA12	Wiek		Wykształcenie	
	Rs	p	T _k	p
zmęczenie fizyczne	0,12	0,316	0,22	0,006
zmęczenie psychiczne	0,26	0,030	0,16	0,048
zmęczenie umysłowe	0,27	0,020	0,03	0,722
zmęczenie jako przeszkoda w codziennych zajęciach	0,16	0,191	0,27	0,001
zmęczenie niezrozumiałe dla bliskich	0,26	0,025	0,05	0,503

p – poziom istotności statystycznej, Rs – współczynnik korelacji rang Spearmana, T_k – współczynnik tau Kendalla

Charakterystyka powiązań pomiędzy znużeniem nowotworowym a jakością życia badanych

Analiza zależności pomiędzy subiektywnie ocenianą ogólną jakością życia badanych a występowaniem i nasileniem się u nich zmęczenia nowotworowego potwierdziła, że istnieją istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy tymi zmiennymi. Oznacza to, że im bardziej nasilone są objawy zmęczenia w wymienionych sferach życia, tym istotnie gorzej badani oceniali jakość swojego życia (tab. 3).

Tabela 3. Charakterystyka korelacji pomiędzy składowymi skali QLQ-FA12 a oceną ogólnej jakości życia badanych

Składowe skali QLQ-FA12	Ogólna jakość życia	
	T _k	p
zmęczenie fizyczne	-0,45	< 0,001
zmęczenie psychiczne	-0,40	< 0,001
zmęczenie umysłowe	-0,25	0,002
zmęczenie jako przeszkoda w codziennych zajęciach	-0,36	< 0,001
zmęczenie niezrozumiałe dla bliskich	-0,41	< 0,001

p – poziom istotności statystycznej, T_k – współczynnik tau Kendalla

DYSKUSJA

Pacjenci onkologiczni borykają się z wieloma ograniczeniami wynikającymi zarówno z choroby nowotworowej, jak i chorób współistniejących, które wpływają na ich styl życia, pozycję społeczną, zmniejszają aktywność oraz oddziałują negatywnie na ich psychikę.

W przeprowadzonym badaniu analiza odpowiedzi udzielonych na pytania z ankiet pozwoliła na określenie ogólnej jakości życia pacjentów przebywających na oddziale medycyny paliatywnej. Jak wskazują uzyskane wyniki, badani ocenili ją na jedynie 39,30 pkt, czyli na dość niskim poziomie. Respondenci nieco lepiej oceniali funkcjonowanie fizyczne niż psychiczne, choć oba typy funkcjonowania sprawiały im dużą trudność. Podobne wyniki potwierdzające, że choroba nowotworowa oraz jej leczenie negatywnie wpływają na jakość życia pacjentów oraz obniżenie jej poziomu we wszystkich wymiarach, uzyskały w swojej pracy Milaniak i Marczevska [12]. Ogólna jakość życia chorych poddanych badaniu przez autorki kształtowała się na poziomie 3,38 pkt (w skali od 1 do 5 pkt), co wskazuje na jej średni poziom. Autorki wykazały także, że obniżenie jakości życia było związane z wiekiem – im pacjenci byli starsi, tym gorzej oceniali jakość swojego życia. Pozostaje to w dużym stopniu w zgodzie z wynikami niniejszego badania, w którym także potwierdzono, że wiek jest zmienną istotnie

wpływającą na ocenę funkcjonowania fizycznego, choć nie wykazano, aby wpływał istotnie na ogólną jakość życia. Jak podają cytowane wyżej autorki, wśród skal funkcjonalnych najgorzej przez badanych ocenione zostały funkcjonowanie psychiczne, fizyczne, socjalne oraz funkcjonowanie w środowisku, które obniżyły się podczas choroby o ok. 40–50%.

W pracy Dębskiej i wsp. [13] średnie funkcjonowanie fizyczne przebadanych chorych onkologicznych nie było aż tak niskie jak w niniejszym badaniu – badani ocenili je średnio na 69,83 pkt. Autorzy cytowanej pracy potwierdzili także, że im bardziej natężone było zmęczenie, tym bardziej obniżała się jakość życia w skalach funkcjonalnych (związek szczególnie między funkcjonowaniem fizycznym a odczuwaniem zmęczenia). Oznacza to, że im większe zmęczenie zgłaszali badani, tym gorsze było ich funkcjonowanie fizyczne i gorsza ogólna jakość życia. Należy jednak nadmienić, że grupę badaną stanowili w tym przypadku chorzy onkologiczni w trakcie chemioterapii, a nie pacjenci paliatywni, u których proces chorobowy jest dużo bardziej zaawansowany, co nie jest bez znaczenia, jeśli chodzi o funkcjonowanie.

Porównując wyniki własne z badaniami autorów, którzy także wykorzystywali skalę EORTC, można zauważyć pewne zbieżności. Dębska i wsp. [13] jakość życia chorych onkologicznych ocenili na poziomie

48,12 pkt. Zmęczenie, które odczuwało 77,63% badanych, wpływało negatywnie na jakość ich życia. Jeszcze niżej, bo jedynie na 34,58 pkt, jakość swojego życia ocenili badani w pracy Jałtuszewskiej i wsp. [14].

Znużenie nowotworowe jako problem jest rozpatrywane rzadko i często pomijane przez personel medyczny, choć są dostępne badania naukowe, które potwierdzają, że walka z nim ma bardzo duże znaczenie dla poprawy ogólnej jakości życia osób z chorobą nowotworową. Pacjenci coraz częściej zgłaszają problem astenii, wg nich jest ona objawem najbardziej wpływającym na obniżenie jakości ich życia [15, 16]. W celu oceny stopnia zaawansowania znużenia nowotworowego stworzono wiele skal (w pracy wykorzystano kwestionariusze EORTC QLQ-C15-PAL oraz QLQ-FA12). W skali objawowej kwestionariusza QLQ-C15-PAL jako najbardziej nasilone badani wskazali zmęczenie (67,4 pkt) oraz ból (56,0 pkt). W badaniu Gawlik i Kurpas [17] dotyczącym skuteczności terapii bólu z udziałem 100 pacjentów objętych domową opieką hospicyjną 60% osób w trakcie badania potwierdziło występowanie dolegliwości bólowych. Około 40% badanych podawało, że mimo otrzymywania pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej nadal odczuwało ból. Autorki pracy wykazały również, że występowanie dolegliwości bólowych negatywnie wpływa na jakość życia, co jest w pewnym stopniu zbieżne z wynikami niniejszego badania. W ocenie znużenia nowotworowego dokonanej na podstawie kwestionariusza QLQ-FA12 najbardziej nasilone okazało się zmęczenie, które było przeszkodą w codziennych czynnościach, oraz zmęczenie fizyczne. Nieco mniej nasilone było zmęczenie psychiczne i umysłowe. Podobne spostrzeżenia odnotowali Jałtuszevska i wsp. [14] w cytowanej wcześniej pracy. Autorzy potwierdzili, że zmęczenie (oceniane na poziomie 69,93 pkt) oraz ból (na poziomie 62,73 pkt) należały do najbardziej nasilonych objawów. Z kolei najmniej nasilonymi objawami wg badanych (podobnie jak w badaniu własnym) okazały się biegunka i duszność. Milaniak i Marczevska [12] w cytowanej wyżej pracy odnotowały nieco odmienne wyniki. Wprawdzie 79% badanej populacji potwierdziło występowanie znużenia nowotworowego, ale jego średnie natężenie badani ocenili na 2,97 pkt (min. 0 – maks. 10), co wskazuje na jego niskie nasilenie. W badaniu potwierdzono ścisły związek między poziomem znużenia a jakością życia. Im większe było zmęczenie w sferze fizycznej, psychicznej i umysłowej, zmęczenie wyrażone jako przeszkoda w codziennym funkcjonowaniu oraz zmęczenie, które nie było zrozumiałe dla bliskich, tym pacjenci gorzej oceniali jakość swojego życia.

Podobnego zdania jest Krawczyk [5], która w badaniu przeprowadzonym w grupie 80 pacjentów chorych onkologicznie potwierdziła, że zwiększenie się natężenia znużenia nowotworowego negatywnie

wpływa na pacjentów i nie pozwala im przystosować się do choroby nowotworowej. Zmęczenie wpływa ujemnie na jakość życia chorego, jego witalność, funkcjonowanie psychiczne, fizyczne, społeczne oraz zwiększa zniechęcenie. Z kolei obniżenie znużenia pozytywnie wpływa na przystosowanie się do choroby nowotworowej. Wpływ znużenia nowotworowego na jakość życia pacjentów był także przedmiotem badania cytowanego wyżej [13]. Dębska i wsp. potwierdzili, że im bardziej natężona była astenia, tym bardziej obniżała się jakość życia w skalach funkcjonalnych (związek szczególnie między funkcjonowaniem fizycznym a odczuwaniem zmęczenia). Oznacza to, że im większe zmęczenie zgłaszali badani, tym gorsze były ich funkcjonowanie fizyczne i ogólna jakość życia.

Do zadań opieki paliatywnej należy zapewnić osobom nieuleczalnie chorym adekwatnej do ich stanu jakości życia, pomoc w przystosowaniu się do nowej sytuacji związanej z chorobą oraz pomoc w oswojeniu się z cierpieniem i akceptacją nieuchronności śmierci. Ważne jest, aby w opiece paliatywnej zwracać szczególną uwagę na objawy pogarszające jakość życia chorych, w tym ból i znużenie nowotworowe [18, 19].

Rozpoznanie znużenia i ocena jego nasilenia za pomocą standaryzowanych narzędzi, takich jak kwestionariusze EORTC, pozwalają na całościową ocenę stanu chorego, umożliwiają poznanie jego deficytów fizycznych i emocjonalnych oraz oczekiwań, co ułatwia podjęcie właściwej terapii. W leczeniu oprócz środków farmakologicznych można zastosować niefarmakologiczne sposoby postępowania, takie jak psychoterapia czy metody relaksacyjne. Do zadań psychoonkologa powinno należeć wyjaśnienie pacjentowi istoty choroby, przekazanie informacji o możliwości wystąpienia zmęczenia i objaśnienie jego przyczyn, a także przedstawienie metod zminimalizowania skutków ubocznych prowadzonego leczenia. Edukacja pacjenta i jego rodziny ma niebagatelny wpływ na ich samopoczucie i ułatwia kontrolę nad prowadzoną terapią. Aby wprowadzić optymalne sposoby leczenia znużenia, należy uwzględnić osobowość pacjenta oraz jego stosunek do choroby. Ważna jest również faza choroby. W ocenie doborze metod leczenia astenii należy wziąć pod uwagę, czy pacjent jest w trakcie leczenia czy też choroba postępuje, a terapia ma charakter paliatywny [4, 16]. Wczesne rozpoznanie i leczenie wszystkich objawów obniżających jakość życia chorych jest bardzo ważnym elementem opieki paliatywnej.

WNIOSKI

Zmęczenie nowotworowe jest najbardziej nasilonym objawem, na który wskazują pacjenci onko-

logiczni. Największą intensywność ma zmęczenie, które badani określają jako przeszkodę w codziennych czynnościach, oraz zmęczenie fizyczne. Udział personelu medycznego w diagnozowaniu problemu znużenia nowotworowego ma duże znaczenie, gdyż jego większa wykrywalność może przynieść korzyści zdrowotne u osób z chorobami nowotworowymi.

Ogólna jakość życia badanych kształtuje się na dość niskim poziomie. Pacjenci nieco lepiej ocenili funkcjonowanie fizyczne niż psychiczne, choć oba typy funkcjonowania sprawiały im dużą trudność. Istnieje ścisłe powiązanie pomiędzy znużeniem nowotworowym a jakością życia. Im większe było zmęczenie w sferze fizycznej, psychicznej, umysłowej, zmęczenie wyrażone jako przeszkoda w codziennych czynnościach oraz zmęczenie, które było niezrozumiałe dla osób z otoczenia chorego, tym pacjenci gorzej oceniali jakość swojego życia. Szybko podjęte i skuteczne działania zmierzające do zlikwidowania problemu zmęczenia nowotworowego u chorych onkologicznych mogą się przełożyć na poprawę jakości ich życia.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

- Didkowska J, Wojciechowska U. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> (dostęp: 4 listopada 2019 r.).
- Raniszewska-Wyrwa A. Doświadczenie somatycznej choroby przewlekłej a poczucie jakości życia. Perspektywa filozoficzno-psycho społeczna. *Pielęg Pol* 2013; 1: 37-41.
- Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89: 467-470.
- Buss T, Kruk A, Wiśniewski P i wsp. Cancer related fatigue – zmęczenie czy osłabienie? Opinie polskich pacjentów z chorobą nowotworową – badanie wstępne. *Med Paliat* 2012; 3: 175-180.
- Krawczyk A. Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia. *Sztuka Leczenia* 2013; 1-2: 21-30.
- Kaczmarek MS, Żułtak-Bączkowska K, Szymkiewicz-Kowalska M i wsp. Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 r. *Med Paliat* 2011; 2: 81-86.
- Brzozowska A, Cisek P, Małecka-Massalska T i wsp. Zespół zmęczenia w chorobie nowotworowej. *Onkol Radioter* 2015; 4: 46-54.
- EORTC. Quality of life. <https://qol.eortc.org/questionnaires/> (dostęp: 30 marca 2018 r.).
- Groenold M, Petersen MA, Aaronson NK i wsp. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL – a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer* 2006; 42: 55-64.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B i wsp. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365-376.
- Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K i wsp. on behalf of the EORTC Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Wyd. 3. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
- Milaniak I, Marczevska E. Ocena wpływu zmęczenia na jakość życia chorych na raka płuca w zależności od cyklu chemioterapii. *Probl Piel* 2014; 22: 327-332.
- Dębska G, Milaniak I, Moskal J. Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkol* 2015; 19: 49-55.
- Jałtuszevska S, Basiński A, Majkowiec M. Dolegliwości bólowe a jakość życia i zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa pacjentów z chorobą nowotworową. *Ból* 2010; 11: 7-12.
- Stone PC, Minton O. Cancer related fatigue. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1097-1104.
- Buss T. Zmęczenie/osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej. W: Ciałkowska-Rysz A, de Walden-Gałuszko K (red.). *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015; 233-244.
- Gawlik M, Kurpas D. Ocena skuteczności leczenia bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną. *Fam Med Prim Care Rev* 2015; 17: 98-102.
- Kaptacz A. Zagadnienia jakości w opiece paliatywnej. W: de Walden-Gałuszko K, Kaptacz A (red.). *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016; 19-27.
- Modlińska A. Opieka paliatywna-interdyscyplinarna z natury. *Med Paliat* 2013; 5: 157-162.