

Czernecki, Karol, Ślusarska, Barbara. Pain problem in patients in palliative home care. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(11):63-74. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.11.009>  
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/40436>  
<https://zenodo.org/record/7231857>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przystosowane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2022;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 26.09.2022. Revised: 30.09.2022. Accepted: 20.10.2022.

## Pain problem in patients in palliative home care Problem bólu u pacjentów w paliatywnej opiece domowej

Karol Czernecki <sup>1,2</sup>, Barbara Ślusarska <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fundacja Z Serca Dla Serca, Kępie Zaleszańskie

<sup>2</sup> Absolwent Państwowej Uczelni Zawodowej im prof. St Tarnowskiego w Tarnobrzegu

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Uczelnia Zawodowa im prof. St. Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Karol Czernecki <https://orcid.org/0000-0002-7097-2767>

Barbara Ślusarska - <https://orcid.org/0000-0003-0101-9216>

Autor korespondencyjny:

Karol Czernecki, mgr piel.

Fundacja Z Serca Dla Serca

ul. św. Jana Pawła II 7

37-415 Kępie Zaleszańskie

telefon: 534 007 006

e-mail: karol@domaniolkow.pl

Oświadczenie: Autorzy artykułu, "Problem bólu u pacjentów w paliatywnej opiece domowej." oświadczają, iż konflikt interesów nie występuje.

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem pracy jest określenie natężenia i charakteru bólu oraz metod leczenia, a także ocena poczucia komfortu pacjenta w opiece paliatywnej w środowisku domowym.

**Material i metody:** Badania metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki PAPI (ang. *Paper & Pen Personal Interview*) przeprowadzono wśród pacjentów w opiece paliatywnej świadczonej przez zespół opieki domowej w okresie marca i kwietnia 2022 roku. Badaniem objęto 55 pacjentów leczonych paliatywnie pozostających pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej w regionach: Warszawy, Krakowa, Sosnowca oraz powiatów stalowowolskiego, tarnobrzeskiego oraz sandomierskiego.

**Wyniki:** Wśród badanych 55 pacjentów większość 50,9% (n=28) stanowili mężczyźni. Zdecydowana większość 90,9% (n=50) osób odpowiedziała, że ból występuje, ale pacjenci stosują leki przeciwbólowe. Ból u większości pacjentów 65,5% (n=36) odczuwalny był o każdej porze w ciągu doby. W skali NRS natężenie bólu w zakresie od 4 do 7pkt oceniło 61.8% pacjentów. Wśród dolegliwości towarzyszących bólowi pacjenci wskazywali jako bardzo nasilone następujące: zmęczenie i znużenie (63.6%), senność (41.8%), nerwowość (40.0%), przygnębienie (38.2%), trudności z koncentracją (32,7%), brak energii, osłabienie (30,9%), martwienie się (36,4%), apatia (36,4%), suchość w ustach (34,5%). Średni wynik w skali komfortu w grupie pacjentów wynosi  $M=34,50$ ;  $SD=5,04$ . Wykazano istotną statystycznie zależność między zadowoleniem z opieki, a poziomem odczuwanego komfortu ( $p=0,014$ ).

**Wnioski:** W grupie pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym „ból” jest jedyną z głównych ich dolegliwości chorobowych. Większość pacjentów przyjmuje leki przeciwbólowe, które zmniejszają odczucie bólu lub całkowicie go znosi. Jednak związane z nim dolegliwości pozostają. Pacjenci, którzy zdecydowanie wskazywały na zadowolenie z opieki cechowali się istotnie wyższym poziomem zapewnianego komfortu w porównaniu z pozostałymi pacjentami.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, ból, opieka domowa, komfort pacjenta.

## Abstract

**Aim of the study:** The aim of the study is to determine the intensity and nature of pain and treatment methods, as well as to assess the patient's sense of comfort in palliative care in the home environment.

**Material and methods:** Research using the diagnostic survey method, using the PAPI (Paper & Pen Personal Interview) technique, was carried out among patients in palliative care provided by the home care team in March and April 2022. The study included 55 palliative patients under the care of the home palliative care team in the following cities: Warszawa, Kraków, Sosnowiec and the poviats of Stalowa Wola, Tarnobrzeg and Sandomierz.

**Results:** Of the 55 patients studied, the majority of 50.9% (n = 28) were men. The vast majority of 90.9% (n = 50) of people replied that pain was present, but patients were taking pain medications. Pain in the majority of patients, 65.5% (n = 36), it was felt at any time during the day. On the NRS scale, pain intensity ranging from 4 to 7 points was assessed by 61.8% of patients. Among the symptoms associated with pain, patients indicated the following as very severe: fatigue and weariness (63.6%), drowsiness (41.8%), nervousness (40.0%), depression (38.2%), difficulty concentrating (32.7%), lack of energy, weakness (30.9%), worry (36.4%), apathy (36.4%), dry mouth (34.5%). The average result on the comfort scale in the group of patients is  $M = 34.50$ ;  $SD = 5.04$ . There was a statistically significant correlation between satisfaction with care and the level of perceived comfort ( $p = 0.014$ ).

**Conclusions:** In the group of palliative patients treated at home, "pain" is one of their main ailments. Most patients take painkillers to reduce or completely eliminate the pain. However, the symptoms associated with it remain. Patients who strongly indicated satisfaction with care had a significantly higher level of comfort compared to other patients.

**Key words:** palliative care, pain, home care, patient comfort.

## 1. Wprowadzenie

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) definicja „opieki paliatywnej” opracowana w 2020 roku: „*to podejście, które poprawia jakość życia pacjentów (dorosłych i dzieci) oraz ich rodzin, którzy borykają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu. Zapobiega i łagodzi cierpienie poprzez wczesną identyfikację, prawidłową ocenę oraz leczenie bólu i innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych*”.[1]

Opieka paliatywna ma za zadanie przede wszystkim, zapewnić ulgę w bólu i innych dolegliwościach pacjenta, włączać aspekty psychologicznej i duchowej opieki nad chorym, oferować wsparcie pacjentom oraz ich opiekunom nieformalnych, zarówno podczas trwania choroby, jak i żałoby, poprawić jakość życia chorego, która może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby oraz afirmować życie, takim jakim jest i uznać śmierć, jako naturalny etap w życiu człowieka.[2] Opieka ta ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje swoim zakresem pacjenta, rodzinę oraz społeczność, która chce wspierać i pomagać potrzebującym. To podejście, które poprawia jakość życia pacjentów oraz opiekunów nieformalnych, którzy zmagają się z problemami związanymi z chorobą najbliższej im osoby.[3]

Celem opieki paliatywnej jest poprawa lub optymalizacja poziomu komfortu, zmniejszenie obciążeń, zapewnienia właściwego leczenia i funkcjonowania osoby chorej oraz opiekunów nieformalnych.[4]

Wielu pacjentów pragnie pozostać podczas leczenia w domu. Korzystają oni z formy opieki organizacyjnej, która kwalifikowana jest jako „opieka domowa”. Ten rodzaj opieki paliatywnej jest praktyczny i tańszy. Mobilny zespół złożony z lekarza pierwszego kontaktu i pielęgniarki (wykształconych w zakresie oceny i leczenia bólu) odwiedza pacjentów w ich domach. Ten rodzaj opieki wymaga dużego wysiłku ze strony rodzin i ich maksymalnego wsparcia.[5]

U pacjentów paliatywnych, szczególnie tych leczonych przez zespół domowej opieki, bardzo często pojawiają się problemy i pytania etyczne oraz pytania o sens życia i choroby. Często jedyną odpowiedzią na te pytania jest podjęcie działań, które pomogą cierpiącym pacjentom. Kiedy jednak wyczerpane zostaną wszystkie medyczne metody postępowania w opiece paliatywnej, ostatnim wyborem jest zastosowanie alternatywnych metod leczenia. Zadaniem większości z nich jest zapewnienie pacjentowi komfortu, zapobieganie cierpieniom i złagodzenie bólu.[6]

Problem leczenia bólu w domowej opiece paliatywnej, to zjawisko powszechne i problem ten dotyka wszystkich pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym. Ból nadal stanowi istotną trudność dla wielu pacjentów, pomimo licznych, jasnych i zwięzłych wytycznych dotyczących leczenia bólu w opiece paliatywnej. Wpływ uwarunkowań bólu związanego z chorobą w warunkach opieki domowej na doświadczanie jego odczuwania przez pacjentów pozostaje stosunkowo niezbadany.[7]

Celem pracy jest określenie natężenia i charakteru bólu oraz metod leczenia a także ocena poczucia komfortu pacjenta w opiece paliatywnej w środowisku domowym.

## 2. Materiał i metody

Badania metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki PAPI (ang. *Paper & Pen Personal Interview*) przeprowadzono wśród pacjentów w opiece paliatywnej leczonych w środowisku domowym w okresie marca i kwietnia 2022 roku.

Badaniem objęto 55 pacjentów leczonych paliatywnie w środowisku domowym, pozostających pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej, jako mieszkańców:

Warszawy, Krakowa, Sosnowca oraz powiatów stalowowolskiego, tarnobrzskiego oraz sandomierskiego. Ankietowani pacjenci objęci byli świadczeniami udzielanymi przez zespół domowej opieki paliatywnej. Dane od pacjentów zostały zbierane przez personel pielęgniarski, świadczący swoje usługi w zespołach domowej opieki paliatywnej. Podczas jednej wizyty personel przeprowadzał rozmowę z pacjentem lub pacjent wypełniał ankietę samodzielnie. Czas poświęcony na wypełnienie ankiety pacjenta to średnio 15 minut.

Dla osiągnięcia celów badania wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z autorskiego kwestionariusza pytań. Kwestionariusz autorskich pytań opracowany na podstawie literatury przedmiotu, składał się z pytań :

- metryczkowych dotyczących zmiennych niezależnych (płeć, wiek i miejsce zamieszkania, wykształcenie),
- dotyczących leczenia choroby nowotworowej i uciążliwości w leczeniu domowych oraz informacje o rodzaju leczenia i zadowolenia ze stosowanego leczenia,
- Skala NRS (*Numerical Rating Scale*) dotycząca oceny bólu wykorzystująca 11 stopni nasilenia bólu - od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból.
- oceniających samodzielność pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności według skali Bartel. Zawiera 10 czynności ocenianych w trzech kategoriach: „nie samodzielny”, „potrzebuje pomocy”, „samodzielny”.
- skala poczucia komfortu, zawierająca 9 propozycji działań poprawiających samopoczucie pacjenta dla zmniejszenia przykrych dolegliwości podczas choroby. Każdy item oceniany w skali Likerta od 0 (nie dotyczy) do 5 (bardzo pomaga). W ocenie ogólnej punktacja skali od 0 do 45. Dla skali obliczono rzetelność uzyskanej skali z wykorzystaniem współczynnika alfa Cronbacha. W badanej grupie w skali poczucia komfortu przez pacjenta wskaźnik *alfa*-Cronbacha wynosił 0,81, co wskazuje na zadowalającą rzetelność narzędzia badawczego.

#### Wymagania etyczne

Formularz świadomej zgody poprzedzający pytania ankietowe zawierał wyjaśnienie celu, przedmiotu badań, przybliżonego czasu trwania badania i sposobu odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu. Po zapoznaniu się z informacją na temat badania, respondent został poproszony o wyrażenie chęci udziału w badaniu poprzez ustną zgodę na udział w badaniach. Respondent mógł w dowolnym momencie zrezygnować z udziału w badaniu. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Osoby badane wypełniały kwestionariusz ankietowy indywidualnie lub dane zapisywane były podczas rozmowy przez pielęgniarkę.

#### Analiza statystyczna

Dla danych ilościowych obliczono podstawowe statystyki, takie jak średnia, mediana i odchylenie standardowe. Rzetelność skali komfortu oceniono z wykorzystaniem współczynnika alfa Cronbacha. W celu porównania dwóch prób niezależnych stosowano test t-Studenta lub test Manna-Whitneya w przypadku niespełnienia założeń o normalności rozkładu. Normalność rozkładu badano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. W toku analizy przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Analizy przeprowadzono w programie Statistica 12.3.

### 3. Wyniki badań

#### 3.1. Charakterystyka grupy badanej pacjentów

W grupie 55 osób większość pacjentów 50,9% (n=28) stanowili mężczyźni. W grupie wiekowej poniżej 40 lat znalazło się 9,1% osób (n=5), od 40 do 49 lat miało 14,5% badanych (n=8), od 50 do 59 lat 9,1% (n=5), od 60 do 69 lat 12,7% (n=7). Najliczniejszą grupę

wiekową stanowiły osoby mające 70 lat i więcej tj. 54,5% (n=30). Wśród badanych przeważali mieszkańcy wsi (n=30, tj. 54,5%), liczną grupę stanowili również mieszkańcy małych miast (n=20, tj. 36,4%), natomiast mieszkańcy dużych miast stanowili 9,1% (n=5). Biorąc pod uwagę wykształcenie pacjentów, 21,8% (n=12) stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, 32,7% (n=18) z zawodowym, 20% (n=11) średnim, a 25,5% (n=14) z wykształceniem wyższym. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 1.

**Tabela 1. Wybrane cechy społeczno-demograficzne badanych pacjentów (n=55)**

	Zmienne	n (%)
płeć	kobieta	27 (49,1)
	mężczyzna	28 (50,9)
wiek	poniżej 40 lat	5 (9,1)
	40 do 49 lat	8 (14,5)
	50 do 59 lat	5 (9,1)
	60 do 69 lat	7 (12,7)
	70 lat i więcej	30 (54,5)
miejsce zamieszkania	wieś	30 (54,5)
	małe miasto	20 (36,4)
	duże miasto	5 (9,1)
wykształcenie	podstawowe	12 (21,8)
	zawodowe	18 (32,7)
	średnie	11 (20,0)
	wyższe	14 (25,5)

### 3.2. Charakterystyka odczuć bólowych u pacjentów w opiece paliatywnej domowej

Badani pacjenci zostali zapytani czy występował lub występuje u nich ból, a jeśli tak to czy stosują leki przeciwbólowe?. W odpowiedzi 9,1% (n=5) pacjentów potwierdziło stan, że ból występuje, a zdecydowana większość 90,9% (n=50) osób odpowiedziała, że tak, ale stosuje leki przeciwbólowe. W kolejnym pytaniu: kiedy ból był ostatnio odczuwalny?-zdecydowana większość, bo 87,3% (n=48) odpowiedziała, że było to w dniu wypełnienia ankiety, 3,6% (n=2) wskazała dzień poprzedni, 7,3% (n=4) kilka dni wcześniej, a 1,8% (n=1) określił, że ból występuje doraźnie. Występujący ból u większości pacjentów 65,5% (n=36) odczuwalny jest o każdej porze w ciągu doby, u 5,5% (n=3) nad ranem, u 3,6% (n=2) po południu, u 16,4% (n=9) wieczorem, a u 9,1% (n=5) nocą. Następnie pacjenci zostali poproszeni o ocenę bólu w skali od 1 (ból najmniejszy) do 10 (ból nie do wytrzymania). Żaden z pacjentów nie wskazał odpowiedzi „1”, „2” i „3”, 14,5% (n=8) określiło ból jako „4”, 7,3% (n=4) określiło ból jako „5”, 12,7% (n=7) określiło ból jako „6”, 27,3% (n=15) określiło ból jako „7”, 20% (n=11) określiło ból jako „8”, 16,4% (n=9) określiło ból jako „9”, 1,8% (n=1) określiło ból jako „10”.

Ból charakteryzuje się jedną lub kilkoma cechami, pacjenci mogli wybrać kilka odpowiedzi, by scharakteryzować ból, który im towarzyszy. W podsumowaniu ocen 55 pacjentów, uzyskano aż 190 wskazań w zakresie rodzajów bólu, które doświadczają. Najczęściej, bo dla 40% z nich (n=22) było to uczucie palenia, u 38,2% (n=21) ucisku, a u 36,4% (n=20) ból był przeszywający. 32,7% (n=18) określiło ból jako pulsujący, 30,9% (n=17) jako penetrujący, a 29,1% (n=16) jako męczący nie do zniesienia oraz dokuczliwy. Dla 27,3% (n=15) ból jest zdrętwiały i wyczerpujący, uczucie pieczenia odczuwa 20% (n=11), jako pstry 14,5% (n=8), wrażenie przechodzenia prądu doświadczą 10,9% (n=6), a bolesne uczucie gorąca/zimna występuje u 9,1% (n=5)

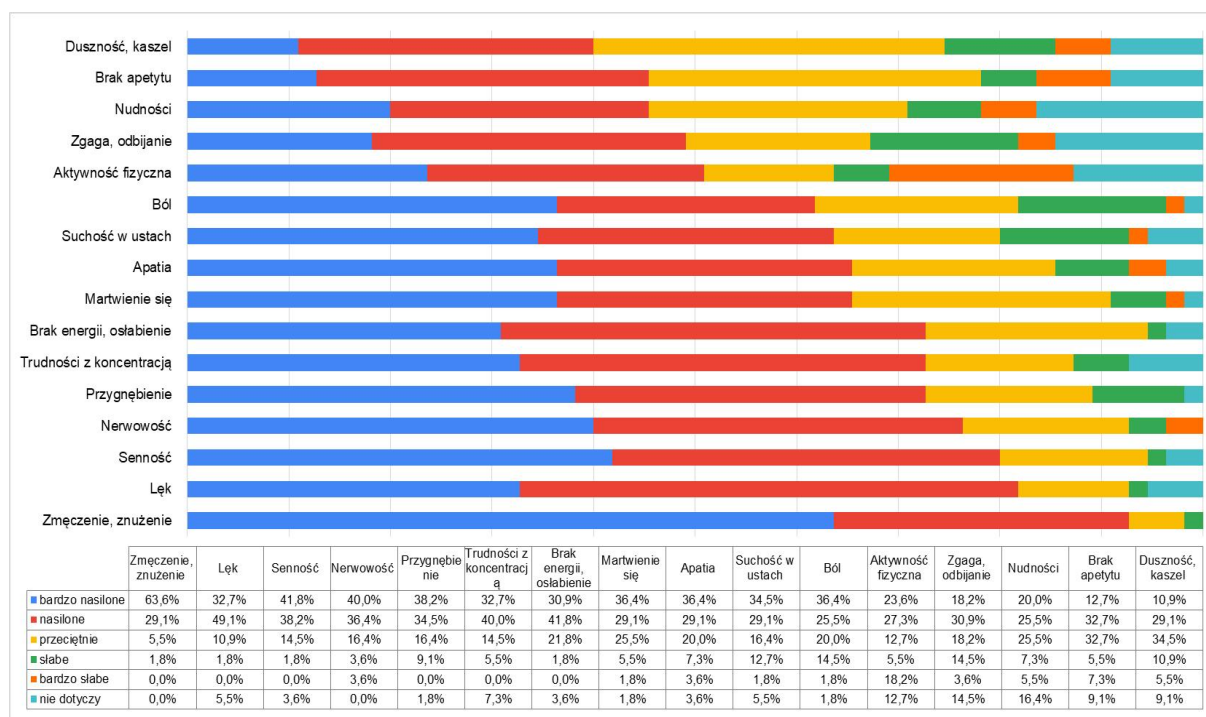
Na koniec zadano pytanie czy podawane leki znoszą odczucie bólu. 23,6% (n=13) odpowiedziało, że tak, 56,4% (n=31), że raczej tak, trudno powiedzieć odpowiedziało 14,5% (n=8), raczej nie 1,8% (n=1), a nie 3,6% (n=2). Wyniki szczegółowe prezentuje tabela 2.

**Tabela 2. Problem bólu i jego wybrane determinanty u pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym.**

<b>Zmienne</b>		<b>n (%)</b>
Występowanie bólu	Tak	5 (9,1)
	Tak, ale stosuję leki p.bólowe	49 (89,3)
	Nie	1 (1,8)
Czas odczuwania bólu	Dziś	48 (87,3)
	Wczoraj	2 (3,6)
	Kilka dni temu	4 (7,3)
	Doraźnie	1 (1,8)
Pora doby występowania bólu	o każdej porze w ciągu doby	36 (65,5)
	Nad ranem	3 (5,5)
	Po południu	2 (3,6)
	Wieczorem	9 (16,4)
	Nocą	5 (9,1)
Natężenie bólu w skali NRS	„0-3”	0 (0)
	„4”	8 (14,5)
	„5”	4 (7,3)
	„6”	7 (12,7)
	„7”	15 (27,3)
	„8”	11 (20,0)
	„9”	9 (16,4)
Charakterystyka odczuć bólowych*	uczucie palenia	21 (38,2)
	ból przeszywający	20 (36,4)
	ból pulsujący	18 (32,7)
	ból penetrujący	17 (30,9)
	męczący nie do zniesienia	16 (29,1)
	dokuczliwy.	16 (29,1)
	zdrętwiały	15 (27,3)
	wyczerpujący	15 (27,3)
	uczucie pieczenia	11 (20)
	ostry	8 (14,5)
	wrażenie przechodzenia prądu elektrycznego	6 (10,9)
	bolesne uczucie gorąca/zimna	5 (9,1)
	Skuteczność działania leków przeciwbólowych w ocenie badanych	Tak
Raczej tak		31 (56,4)
Trudno powiedzieć		8 (14,5)
Raczej nie		1 (1,8)
Nie		2 (3,6)

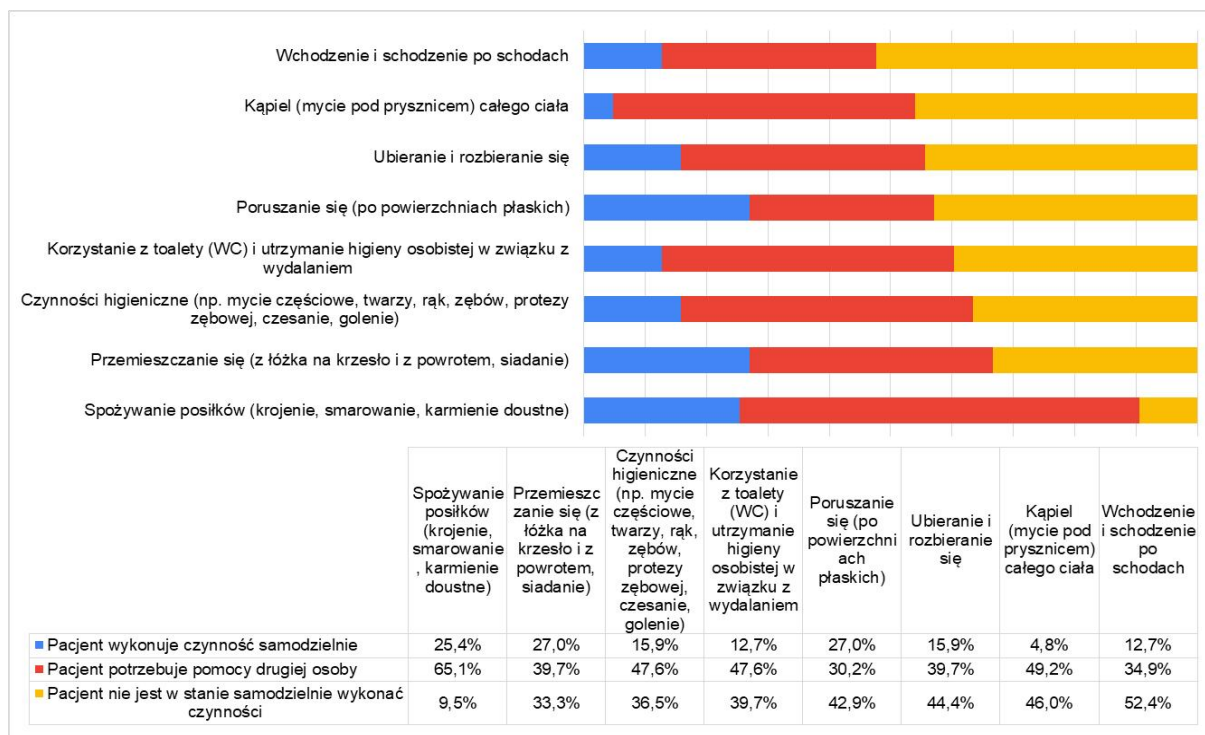
### 3.3. Dolegliwości chorobowe towarzyszące bólowi oraz ocena działań zapewniające komfort pacjentom w opiece paliatywnej domowej

Wśród dolegliwości towarzyszących bólowi pacjenci opieki paliatywnej domowej wskazywali jako bardzo nasilone następujące dolegliwości: zmęczenie i znużenie (63,6%), senność (41,8%), nerwowość (40,0%), przygnębienie (38,2%), trudności z koncentracją (32,7%), brak energii, osłabienie (30,9%), martwienie się (36,4%), apatia (36,4%), suchość w ustach (34,5%), niska aktywność fizyczna (23,6%), zgaga, odbijanie (18,2%), nudności (20,0%), brak apetytu (12,7%), duszność, kaszel (10,9%). Rozkład pozostałych ocen przedstawia Ryc. 1.



Ryc. 1 Uciążliwość objawów choroby u pacjentów paliatywnych w opiece domowej

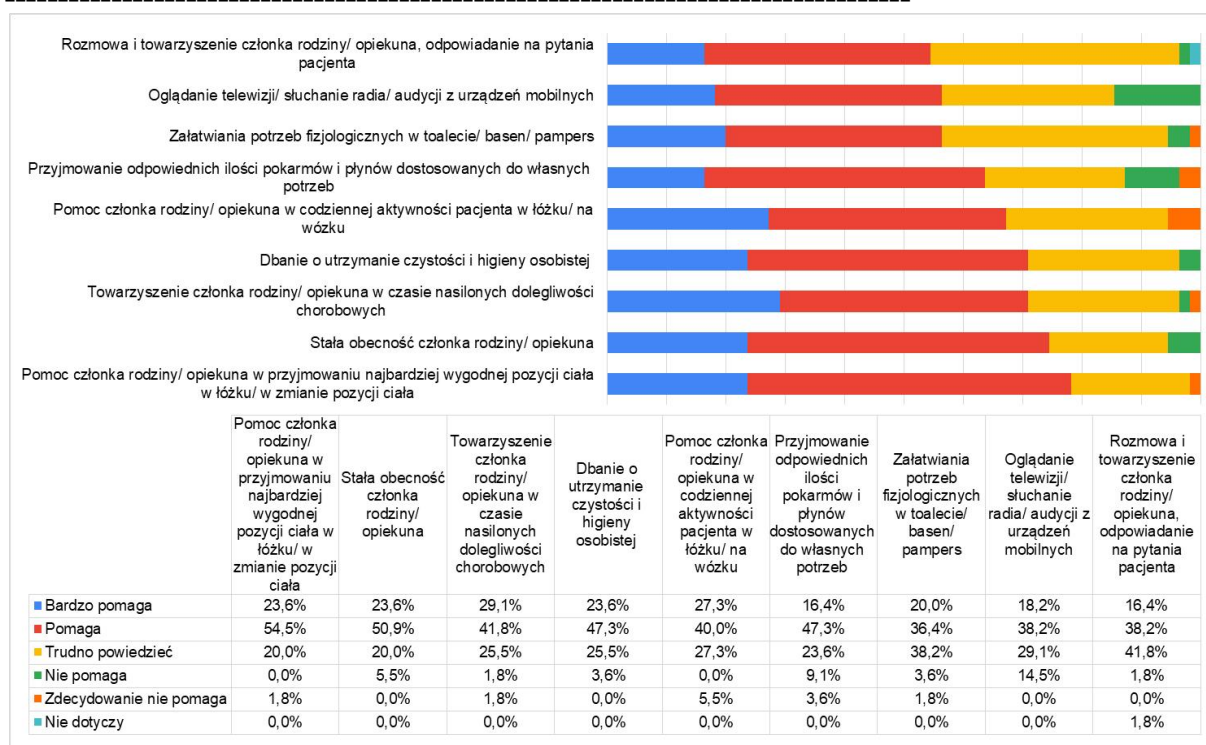
Niewielu pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym jest samodzielnych, i potrafi wykonać zwykłe czynności dnia codziennego. Samodzielność pacjentów podczas wykonywania czynności przedstawia się następująco: wchodzenie i schodzenie po schodach (12,7%), kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała (4,8%), ubieranie i rozbieranie się (15,9%), poruszanie się (po powierzchniach płaskich) (27,0%), korzystanie z toalety (wc) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem (12,7%), czynności higieniczne (np. mycie częściowe twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie) (15,9%), przemieszczenie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) (27,0%), spożywanie posiłków (krojenie, smarowanie karmienie doustne) (25,4%). Rozkład pozostałych ocen przedstawia ryc. 2.



**Ryc. 2. Samodzielność pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności**

Dla zmniejszenia przykrych dolegliwości bólowych pacjenci stosują różne udogodnienia. Wśród rozwiązań, które bardzo pomagają poprawiają ich poczucie komfortu pacjenci wskazali: pomoc członka rodziny/opiekuna w przyjmowaniu najbardziej wygodnej pozycji ciała w łóżku/ w zmianie pozycji ciała (23,6%), stałą obecność członka rodziny/opiekuna (23,6%), towarzyszenie członka rodziny/opiekuna w czasie nasilonych dolegliwości chorobowych (29,1%), dbanie o utrzymanie czystości i higieny osobistej (23,6%), pomoc członka rodziny/opiekuna w codziennej aktywności pacjenta w łóżku/na wózek (27,3%), przyjmowanie odpowiednich ilości pokarmów i płynów dostosowanych do własnych potrzeb (16,4%), załatwianie potrzeb fizjologicznych w toalecie/basen/pampers (20,0%), oglądanie telewizji/ słuchanie radia/ audycji z urządzeń mobilnych (18,2%), rozmowa i towarzyszenie członka rodziny/opiekuna, odpowiadanie na pytania pacjenta (16,4%). Rozkład pozostałych ocen przedstawia ryc. 3.





**Ryc. 3. Ocena komfortu zapewniającego zmniejszenie dolegliwości podczas choroby.**

Średni wynik w skali komfortu w grupie pacjentów poziom komfortu wynosi  $M=34,50$ ;  $SD=5,04$ . Połowa badanych pacjentów miała nie więcej niż 33,5 pkt. (tab. 3).

**Tabela 3. Poziom komfortu u pacjentów.**

grupa	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
pacjent	34,50	33,50	21,00	45,00	5,04

*M* – średnia; *Me* – mediana ; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna; *SD* – odchylenie standardowe

Zbadano także poziom komfortu u pacjentów w odniesieniu do pytania: *Czy jest Pan/Pani zadowolony/-a z opieki świadczonej przez opiekunów?* Wykazano istotną statystycznie zależność między zadowoleniem z opieki, a poziomem odczuwanego komfortu ( $p=0,014$ ). Osoby, które zdecydowanie wskazywały na zadowolenie z opieki cechowały się istotnie wyższym poziomem zapewnianego komfortu ( $M=35,43$ ;  $SD=5,32$ ) w porównaniu z pozostałymi pacjentami oceniającymi w kategoriach „raczej tak” i „trudno powiedzieć”(tabela 4).

**Tabela 4. Poziom odczuwania komfortu u pacjenta, a zadowolenie ze świadczonej opieki świadczonej przez opiekuna**

Czy jest Pan/Pani zadowolony/-a z opieki świadczonej przez opiekunów?	M	Me	SD		p
Tak	35,43	34,00	5,32	8,47	0,014
Raczej tak	33,38	32,00	4,63		
Trudno powiedzieć	34,75	34,50	5,32		

M-średnia; Me – mediana; SD- odchylenie standardowe; H – statystyka testowa; p – poziom istotności

#### 4. Dyskusja

W badaniach własnych wykazano, że pacjenci leczeni w opiece paliatywnej domowej w większości przyjmują leki przeciwbólowe, w związku towarzyszącym im bólem i dolegliwościami choroby nowotworowej.

Ból odczuwało 100% ankietowanych, przy czym na poziomie średnim (4-7pkt) 61.8%, u pozostałych 38.2% pacjentów paliatywnych był to ból silny (8-10 pkt w skali) oraz u 65,5% ankietowanych ból odczuwalny był o każdej porze w ciągu doby. W badaniach Colvin i współautorzy [8], ból występował nawet u 70% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i u około 65% pacjentów paliatywnych.

Podczas przeprowadzania ankiety pacjenci zostali zapytani czy występował lub występuje u nich ból, a jeśli tak to czy stosują leki przeciwbólowe. 9,1% ankietowanych odpowiedziało na tak, że ból występuje, a zdecydowana większość 90,9% osób odpowiedziała, że tak, ale stosuje leki przeciwbólowe. W swoich badaniach Choi & Billings [9], wykazali, że opioidowe leki przeciwbólowe są stosowane w końcowej fazie opieki u ponad 50% pacjentów paliatywnych. Według Winiarczyk & Knetki-Wróblewska [10] w zaawansowanej chorobie ból może występować nawet u 90% pacjentów paliatywnych i wymaga to skutecznego leczenia przeciwbólowego.

W opinii 80% badanych pacjentów przyjmowane leki znosiły lub raczej znoszą uczucie bólu, który im towarzyszy. W badaniach Levy [11], stwierdzono, że ból nowotworowy można skutecznie leczyć u 85 do 95 % pacjentów środkami farmakologicznymi i systemowymi.

W wynikach badań własnych w opinii wyrażonej przez pacjentów 90,9% ankietowanych odpowiedziało, że ból występował w ostatnich 48 godzinach. Ból u większości ankietowanych 65,5% odczuwalny jest całodobowo, a u pozostałych 34,6% o różnych porach dnia. Następnie pacjenci określali skalę bólu od 1 (ból najmniejszy) do 10 (ból nie do wytrzymania). Średnia ważona ocena skali bólu ankietowanych pacjentów wynosi: 6,95. Świadczyć to może o ogromnym bólu fizycznym, który odczuwają pacjenci paliatywni.

W swoich badaniach do podobnego wniosku doszedł Barata, Santos, Graçai wsp. [12], którzy wykazali, że około 42% pacjentów zgłasza ból  $\geq 4$ , a ponad 74% pacjentów paliatywnych przyjmuje leki przeciwbólowe (opioidy).

Wśród głównych dolegliwości jakie towarzyszą pacjentom paliatywnym leczonym w środowisku domowym zgłaszanym przez pacjentów są: zmęczenie i znużenie (63,6%), senność (41,8%), nerwowość (40,0%). Możemy zauważyć, iż na dodatkowe podwyższone czynniki może mieć wpływ rodzaj, nasilenie oraz występowanie niekontrolowanego bólu.

W badaniach Hagarty, Bush, Talarico i wsp. [13], którzy uważają, że niekontrolowany ból jest konsekwentnie wymieniany przez pacjentów jako główne źródła dolegliwości, a lek przed opieką u schyłku życia występuje u 17,2% badanych.

Wyniki badań Mercadante, Porzio, Valle i wsp. [14], wskazują, że najczęstszymi przyczynami, które pogarszają stan zdrowia pacjentów paliatywnych są duszność, ból, majaczenie, obrzęki czy też utrata przytomności.

Niewielu pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym jest samodzielnych i potrafi wykonać zwykle podstawowe czynności. Większość pacjentów wymaga pomocy osób trzecich lub nawet jest od nich uzależniona, gdyż nie jest w stanie wykonać podstawowych czynności. Podobne obserwacje opisują Montagnini, Javier, Mitchinson [15], którzy zauważyli, że pacjenci objęci hospicyjną opieką domową, cierpią na znaczne osłabienie i doświadczają wysokiego poziomu utraty funkcji, upośledzenia mobilności i uzależnienia od osób trzecich podczas wykonywania czynności życia codziennego. W badaniach Adamek, Pop, Bejsteri wsp. [16] prowadzonych w grupie 41 osób objętych opieką hospicyjną i 41 osób korzystających z zabiegów rehabilitacyjnych w systemie ambulatoryjnym wyniki wskazują, że większość osób przyjmowanych do hospicjum charakteryzuje ciężka i umiarkowana zależność w zakresie prostych i złożonych czynności życia codziennego oraz ograniczona sprawność lokomocyjna.

## 5. Wnioski

W grupie pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym „ból” jest jedną z głównych ich dolegliwości chorobowych. Większość pacjentów przyjmuje leki przeciwbólowe, które zmniejszają odczucie bólu lub całkowicie go znosi. Jednak związane z nim dolegliwości pozostają. Pacjenci paliatywni wykazują, że ból jaki u nich występuje (u ponad 65,5%) jest bólem, który pojawia się o każdej porze doby. Wśród głównych dolegliwości towarzyszących bólowi pacjenci zgłaszają: zmęczenie i znużenie, senność, nerwowość, przygnębienie, trudności z koncentracją, brak energii, osłabienie. Ból występujący u pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowym charakteryzuje się: uczuciem palenia, jest bólem przeszywającym, pulsującym, penetrującym, męczącym nie do zniesienia, dokuczliwym, zdrętwiałym i wyczerpującym.

Wielu pacjentów paliatywnych leczonych w środowisku domowych jest niesamodzielnych, zależnych od opiekunów. Występują trudności z samodzielnym wykonaniem podstawowych czynności życiowych takich jak: jedzenie, mycie, ubieranie się, wstawanie z łóżka czy chodzenie. Osłabienie jakie towarzyszy pacjentom podczas choroby nasila ich niesamodzielność i zależność od opiekunów nieformalnych.

Pacjenci oceniają średni poziom komfortu zapewniającego zmniejszenie dolegliwości podczas choroby. Pacjenci, którzy zdecydowanie wskazywały na zadowolenie z opieki cechowały się istotnie wyższym poziomem zapewnianego komfortu w porównaniu z pozostałymi pacjentami.

Zaprezentowane wstępne wyniki badań nad problemem bólu i jego determinantów oraz poczucia komfortu w opiece hospicyjnej domowej wymagają pogłębionych badań.

## Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Palliative care 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (dostęp: 19.02.2022).
2. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T i wsp. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96 [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
3. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278-289. <http://www.ejpc.eu.com/ejpc/ejpcIssue.asp?Z=688305&IssueID=100>

4. Dzierżanowski, T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine* 2021; 13(4): 187-200. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.114495>
5. Sholjakova M, Durnev V, Kartalov A. Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. *Open Access Maced J MedSci* 2018; 6(4): 739-741. doi:10.3889/oamjms.2018.163
6. Barclay L, Lie D. New guidelines issued for family support in patient-centered ICU. *Critical Care Medicine* 2007;37: 605–622.
7. Boström B, Sandh M, Lundberg D i wsp. Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management, *JAN Leading Global Nursing Research* 2004; 45 (4): 410-419. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x>
8. Colvin L, Forbes K, Fallon M. Difficult pain, *BMJ* 2006; 332: 1081. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7549.1081>
9. Choi Y, Billings J. Opioid Antagonists. A Review of Their Role in Palliative Care, Focusing on Use in Opioid-Related Constipation, *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24 (1): 71-90. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00424-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00424-4)
10. Winiarczyk K, Knetki-Wróblewska M. Breakthrough pain in cancer patients, *Oncology in Clinical Practice* 2016; 12 (1): 1-6. [https://journals.viamedica.pl/oncology\\_in\\_clinical\\_practice/article/view/44896/35934](https://journals.viamedica.pl/oncology_in_clinical_practice/article/view/44896/35934)
11. Levy M. Pharmacologic Treatment of Cancer Pain. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335:1124-1132. doi: 10.1056/NEJM199610103351507
12. Barata P, Santos F, Graça M i wsp. Pain Intensity and Time to Death of Cancer Patients Referred to Palliative Care, *Acta Medica Portuguesa* 2016; 29 (11): 694-701.
13. Hagarty M, Bush S, Talarico R i wsp. Severe pain at the end of life: a population-level observational study, *BMC Palliative Care* 2020; 19 (60). doi: [10.1186/s12904-020-00569-2](https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2)
14. Marcadante S, Porzio G, Valle A i wsp. Emergencies in Patients With Advanced Cancer Followed at Home, *Journal of Pain and Symptom Management* 2021; 44 (2): 295-300. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>
15. Montagnini M, Javier N, Mitchinson A. The Role of Rehabilitation in Patients Receiving Hospice and Palliative Care, *Rehabilitation Oncology* 2020; 38 (1): 9-21. doi: 10.1097/01.REO.0000000000000196
16. Adamek J, Pop T, Bejster A i wsp. Stopień ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób przyjmowanych do hospicjum. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków* 2012; 4: 455–464. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-198f9f96-b58f-4b77-8cd6-56d3db107092>