

Andrzej Nowicki, Aleksandra Staszewska

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego Collegium Medicum Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

# Ocena bólu nowotworowego w opiece paliatywnej u chorych na raka płuca

The assessment of cancer pain in palliative care of patients with lung cancer

## Streszczenie

**Wstęp.** W Polsce rak płuca jest pierwszym pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn oraz drugim u kobiet. Głównym celem leczenia paliatywnego chorych na raka płuca jest zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z jego postępem, kaszlu, krwiopłucia, duszności i zespołu żyły głównej górnej. Opiekę paliatywną realizuje się w formie opieki domowej i stacjonarnej. Celem badań była ocena bólu nowotworowego chorych z rakiem płuca objętych opieką paliatywną.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono metodą ankietową w Hospicjum św. Jerzego w Elblągu i w Hospicjum św. Wawrzyńca w Gdyni, w okresie stycznia do marca 2006 roku. Badaniem objęto grupę 50 osób w wieku 45–85 lat z rakiem płuca. Chorzy znajdowali się pod domową i stacjonarną opieką hospicyjną. Do oceny bólu zastosowano skalę wzrokowo-analogową (VAS).

**Wyniki/Wnioski.** Najwięcej chorych z rozpoznaniem rakiem płuca przekroczyło 60 rok życia. Najczęściej przerzuty były umiejscowione u tych chorych w mózgu. Ból, jaki odczuwali pacjenci przed objęciem opieką paliatywną, oceniano na 6,2 punktu w skali VAS u osób objętych opieką domową i 5,4 punktu u chorych objętych opieką stacjonarną. Najczęstszym miejscem jego występowania była klatka piersiowa, kręgosłup i głowa. Dominował ból pojawiający się nagle i nasilający się podczas ruchu. Dzięki zastosowanemu leczeniu natężenie bólu zmniejszyło się do 2,6 punktu u chorych objętych opieką domową i 1,6 punktu u pacjentów znajdujących się pod opieką stacjonarną. Najczęściej podawanymi lekami przeciwbólowymi były silne opioidy, u połowy badanych w czasie ich stosowania wystąpiły działania niepożądane, przede wszystkim zaparcia. U 86% chorych przyjmowana dawka leku przeciwbólowego była wystarczająca. Dla wielu chorych, głównie znajdujących się pod opieką domową, źródłem wsparcia była rodzina. Podczas leczenia większość pacjentów korzystała ze wsparcia duchownego, tylko 9 osób z pomocy psychologa. Kontrola bólu była dla większości chorych wystarczająca.

**Słowa kluczowe:** rak płuca, ból, opieka paliatywna

## Abstract

**Background.** Lung cancer is the most common malignant neoplasm among men and the second one in women. The main goal of palliative treatment of lung cancer is the reduction of pain complaints connected with its progression: cough, haemoptysis and superior caval vein syndrome. Palliative care is performed in the form of (private) home care as well as in-patient (infirmary) care. The aim of this research was to assess neoplastic pain in patients suffered from lung cancer who underwent palitive care.

**Materials and methods.** Research was conducted in the st. Jerzy Hospice in Elbląg and in st. Wawrzyniec Hospice in Gdynia, from January to March, 2006 and questionnaire survey method were used. The group of

Adres do korespondencji: dr hab. med. Andrzej Nowicki  
Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego CM UMK  
ul. Boruckiego 18, 85–799 Bydgoszcz  
tel. 602 383 210; e-mail: anow1\_xl@wp.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2006, 5, 4, 154–161  
Copyright © Via Medica, ISSN 1644–115X

50 persons at age range from 45 to 85 years with lung cancer were analyzed. Patients were undergone private and infirmary palliative care. Analog-visual scale was used for pain assessment.

**Results and conclusions.** The largest group were patients above 60 years old with lung cancer. In those patients metastases were located mostly in the brain. The pain score was 6.2 points in patients receiving private care and 5.4 points in patients receiving infirmary care. Pain was localized most frequently in the chest, spine and head. Sudden and increasing during moving pains were dominant form of pain. After treatment pain decreased to 2.6 points in private care patients and 1.6 points in infirmary care patients. Analgetics which have been used most frequently were strong opioids. Unfortunately, they caused side effects, especially constipation in about half of patients. The dose of analgetics was sufficient for 86% of patients. For many patients in private care the main source of support was their families. Most patients gained support from priest but only 9% gained support from psychologist. Pain control was sufficient for most patients.

**Key words:** lung cancer, pain, palliative care

## Wstęp

Zarówno w Polsce, jak i na świecie rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u mężczyzn oraz aktualnie drugim u kobiet [1]. U chorych na zaawansowanego raka płuca głównym celem leczenia jest zmniejszenie nasilenia dolegliwości związanych z postępem nowotworu, takich jak ból w klatce piersiowej, kaszel, krwioplucie, duszność i zespół żyły głównej górnej [2]. Paliatywna radioterapia jest wartościową i dobrze tolerowaną metodą leczenia, pozwalającą u większości chorych uzyskać zmniejszenie dolegliwości w obrębie klatki piersiowej. Szacuje się, że około 20–30% ogółu chorych na raka płuca leczy się w ten sposób w pewnym momencie choroby [2, 3]. Paliatywna radioterapia jest szczególnie skuteczna u chorych z bólem i krwiopluciem, natomiast w mniejszym stopniu w przypadku duszności i kaszlu [4]. Ze względu na przewidywany krótki czas przeżycia leczenie powinno być krótkie i mało obciążające.

W przypadku towarzyszącej bólowi duszności postępowanie jest podobne jak w leczeniu kaszlu i polega na wdrożeniu postępowania przyczynowego i objawowego. Leczenie przyczynowe może dotyczyć zespołu żyły głównej górnej, wysięku opłucnowego, lymphangiozy płucnej, płynu w worku osierdziowym. Natomiast w leczeniu objawowym stosuje się morfinę i inne leki opioidowe, leki uspokajające, rehabilitację oddechową, drenaż ułożeniowy, tlenoterapię.

Leczenie farmakologiczne jest podstawową metodą zwalczania bólów nowotworowych szczególnie w przypadkach naciekania ściany klatki piersiowej. Podstawową zasadą leczenia według trójstopniowej drabiny analgetycznej jest jego prostota, wykorzystanie powszechnie dostępnych leków, podawanie ich w określonych dawkach i odstępach czasu. Przyjmuje się, że około 75% chorych z nowotworem odczuwa ból na jednym z etapów choroby.

Najlepiej przygotowany do zwalczania bólów związanych z zaawansowanym rakiem płuca jest specjalistyczny zespół wielodyscyplinarny, składający się z lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, kapelanów i wolontariuszy. Działanie zespołu znajduje swoje odzwierciedlenie w dwóch zasadniczych formach realizowania tej opieki: domowej i stacjonarnej. Działalność wszystkich jednostek opieki paliatywnej obejmuje nie tylko uśmierzenie objawów somatycznych, ale i wsparcie psychiczne, socjalne, duchowe, opiekę nad rodziną, opiekunami chorego podczas jego choroby i po śmierci [5].

Celem pracy była ocena bólu nowotworowego chorych z rakiem płuca objętych opieką paliatywną.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w Hospicjum św. Jerzego w Elblągu i w Hospicjum św. Wawrzyńca w Gdyni, w okresie od stycznia do marca 2006 roku. Analizie poddano grupę 50 osób, w tym 14 kobiet i 36 mężczyzn z rakiem płuca, w wieku 45–85 lat. Średnia wieku wynosiła 67,5 roku. Pod opieką domową znajdowało się 10 kobiet i 15 mężczyzn, a pod opieką stacjonarną — 4 kobiety i 21 mężczyzn.

Do pomiaru natężenia bólu wykorzystano skalę wzrokowo-analogową (VAS, *visual-analogue scale*), zgodnie z którą 0 oznacza „brak bólu”, a 10 — „najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić”.

Badanie przeprowadzono na podstawie autorskiej ankiety, która składała się z dwóch części. Pierwsza część zawierała dane demograficzno-kliniczne uzyskane z historii chorób i z wywiadu z pacjentem, druga składała się z pytań, na które odpowiadał chory.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Relacje zależności pomiędzy zmiennymi określono za pomocą korelacji Spearmana oraz przekroju i prostej Anova. Obliczeń dokonano z zastosowaniem programu komputerowego Statistica. Jako poziom istotności przyjęto  $p \leq 0,05$ , uwzględniono 95-procentowy przedział ufności.

## Wyniki

Charakterystykę populacji pod względem danych demograficznych i klinicznych przedstawiono w tabeli 1. Porównując chorych objętych opieką domową i stacjonarną, można stwierdzić, że obie grupy nie różniły się znamienne pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, umiejscowienia przerzutów i przeprowadzonego leczenia. Leczeniu stacjonarnemu podlegało znacznie więcej mężczyzn niż kobiet.

### Wyniki badań ankietowych

Taka sama liczba chorych otrzymała skierowanie na leczenie paliatywne od lekarza rodzinnego i z poradni onkologicznej. W przypadku opieki domowej częściej wymieniano poradnię onkologiczną, natomiast w przypadku opieki stacjonarnej — lekarza rodzinnego. Najczęstszym źródłem informacji o możliwości leczenia w hospicjum okazał się lekarz.

Przed objęciem opieką paliatywną badani odczuwali ból średnio 7 miesięcy wcześniej, podobne

dane uzyskano w przypadku opieki domowej i stacjonarnej (tab. 2).

Średnia bólu, jaki odczuwali badani przed rozpoczęciem leczenia w opiece paliatywnej, według skali VAS wynosiła 5,8 punktu, po leczeniu ból zmniejszył się średnio do 2 punktów. Różnice te były istotne statystycznie (tab. 2). Porównując natężenie bólu w obu grupach zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jaki i obecnie, nie stwierdzono istotnej różnicy. U tego samego chorego ból występował w różnych lokalizacjach. Najczęstszym miejscem bólu wskazywanym przez chorych była klatka piersiowa, następnie kręgosłup i głowa. Pacjenci objęci opieką domową i stacjonarną wskazywali na podobne lokalizacje bólu (tab. 3). Chorzy najczęściej mówili o bólu występującym nagle i nasilającym się podczas ruchu.

Zagadnienia związane z leczeniem bólu przedstawiono w tabeli 4. Połowa ankietowanych stosowała doustny środek przeciwbólowy, w tym u 3 chorych forma podania była inna. Pacjenci znajdujący się pod opieką domową częściej przyjmowali środki przeciwbólowe doustnie. W obu grupach najczęściej stosowano silne opioidy, które podawano pojedynczo (w jednym przypadku z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi) — w ten sposób leczono 41 chorych. Najczęściej pacjenci przyjmowali leki przeciwbólowe 2 razy na dobę (40%), statystycznie

Tabela 1. Dane demograficzno-społeczne i kliniczne chorych

Table 1. Patients social-demographic and clinical data

Cecha		Liczba badanych (%)	
		Opieka domowa	Opieka stacjonarna
Płeć	Kobieta	10 (40,0%)	4 (16,0%)
	Mężczyzna	15 (60,0%)	21 (84,0%)
Grupy wiekowe	Do 60 lat	5 (20,0%)	7 (28,0%)
	61–70 lat	11 (44,0%)	7 (28,0%)
	71–80 lat	9 (36,0%)	6 (24,0%)
	Powyżej 80 lat		5 (20,0%)
Miejsce zamieszkania	Wieś	1 (4,0%)	4 (16,0%)
	Miasto	24 (96,0%)	21 (84,0%)
Umiejscowienie przerzutów	Mózg	5 (41,7%)	9 (69,2%)
	Skóra		1 (7,7%)
	Wątroba	2 (16,7%)	
	Kości	2 (16,7%)	3 (23,1%)
	Nadnercze	1 (8,3%)	
	Ośrodkowy układ nerwowy	2 (16,7%)	
Przeprowadzone leczenie	Chirurgiczne	0 (0,0%)	1 (4,0%)
	Chemioterapia	11 (44,0%)	7 (28,0%)
	Radioterapia	1 (4,0%)	1 (4,0%)
	Chirurgiczne i chemioterapia	0 (0,0%)	5 (20,0%)
	Chirurgiczne i radioterapia	0 (0,0%)	3 (12,0%)
	Chemioterapia i radioterapia	5 (20,0%)	1 (4,0%)
	Chirurgiczne, chemioterapia i radioterapia	3 (12,0%)	5 (20,0%)
	Nie podjęto leczenia	5 (20,0%)	2 (8,0%)

Tabela 2. Charakterystyka bólu nowotworowego

Table 2. The characteristics of cancer pain

Grupa		Średnia	Odchylenie standardowe	p	
Czas pojawienia się bólu przed objęciem opieką paliatywną (miesiące)	Opieka domowa	8,1	7,90	NS	
	Opieka stacjonarna	5,9	4,12		
	Wszyscy	7,0	6,33		
Poziom odczuwania bólu (skala VAS)	Opieka domowa	Ból przed leczeniem	6,2	1,68	< 0,05
		Ból odczuwany obecnie	2,6	1,85	
	Opieka stacjonarna	Ból przed leczeniem	5,4	2,25	< 0,05
		Ból odczuwany obecnie	1,6	1,85	
	Wszyscy	Ból przed leczeniem	5,8	2,01	< 0,05
		Ból odczuwany obecnie	2,1	1,89	
Ból przed leczeniem	Opieka domowa	6,2	1,68	NS	
	Opieka stacjonarna	5,4	2,25		
Ból odczuwany obecnie	Opieka domowa	2,6	1,85	NS	
	Opieka stacjonarna	1,6	1,85		

VAS (*visual-analogue scale*) — skala wizualno-analogowa; NS (*non significant*) — nieznamienne statystycznie

Tabela 3. Umiejscowienie i charakter bólu

Table 3. Pain localization and characteristics

Cecha	Liczba chorych (%)			p
	Opieka domowa	Opieka stacjonarna	Razem	
Umiejscowienie bólu				
Głowa	5 (12,8%)	7 (17,5%)	12 (15,2%)	NS
Kończyny górne	0 (0,0%)	1 (2,5%)	1 (1,3%)	
Kończyny dolne	2 (5,1%)	3 (7,5%)	5 (6,3%)	
Klatka piersiowa	19 (48,7%)	23 (57,5%)	42 (53,2%)	
Kręgosłup	13 (33,3%)	6 (15%)	19 (24,1%)	
Charakter bólu				
Stały	6 (16,7%)	4 (10,8%)	10 (13,7%)	NS
Rozłany	4 (11,1%)	7 (18,9%)	11 (15,1%)	
Występujący nagle	14 (38,9%)	6 (16,2%)	20 (27,4%)	
Nasilający się podczas ruchu	6 (16,7%)	12 (32,4%)	18 (24,7%)	
Występujący w nocy	6 (16,7%)	6 (16,2%)	12 (16,4%)	
Inne	0 (0,0%)	2 (5,4%)	2 (2,7%)	

częściej w systemie opieki domowej. W opiece stacjonarnej zwykle co 4 godziny lub co 72 godziny. Zalecaną dawkę leku regularnie przyjmowało 96% chorych zarówno wśród pacjentów objętych opieką domową, jak i stacjonarną. U połowy badanych objętych opieką domową i stacjonarną odnotowano działania niepożądane leków przeciwbólowych. Najczęściej wymieniano zaparcia (22 chorych, 50%) i suchość w jamie ustnej (12 chorych, 27,3%). U pacjentów objętych opieką domową i stacjonarną stwierdzano podobne występowanie działań niepożądanych.

Od czasu objęcia chorego opieką paliatywną u 38% chorych konieczne było podanie dodatkowych dawek tego samego i/lub innego leku przeciwbólowego. Pa-

cjenci znajdujący się pod opieką domową i stacjonarną najczęściej przyjmowali dodatkowo ketonal. W opiece domowej i stacjonarnej nie zmieniono formy stosowania leku przeciwbólowego u 56% chorych.

Ocenę leczenia bólu nowotworowego według chorych przedstawiono w tabeli 5. W przypadku 43 chorych (86%) przyjmowana dawka leku była wystarczająca. Podobnie było w przypadku chorych objętych opieką domową i stacjonarną. W przypadku 40% chorych przyjmowanie leku przeciwbólowego wpływało negatywnie na codzienne funkcjonowanie; częściej odczuwali to chorzy pozostający pod opieką domową. Zadowoleni z formy podawania środka przeciwbólowego byli wszyscy chorzy, zarówno objęci opieką domową, jak i stacjonarną.

Tabela 4. Leczenie bólu nowotworowego

Table 4. The treatment of cancer pain

Cecha	Liczba chorych (%)			p
	Opieka domowa	Opieka stacjonarna	Razem	
<b>Forma stosowania środka przeciwbólowego</b>				
Doustna	15 (60,0%)	7 (28,0%)	22 (44,0%)	NS
Podskórna	4 (16,0%)	9 (36,0%)	13 (26,0%)	
Plaster	4 (16,0%)	7 (28,0%)	11 (23,0%)	
Doustna i podskórna	1 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
Doustna i plaster	1 (4,0%)	1 (4,0%)	2 (4,0%)	
Podskórna i plaster	0 (0,0%)	1 (4,0%)	1 (2,0%)	
<b>Stosowane leki przeciwbólowe</b>				
Niesteroidowe leki przeciwzapalne	1 (4,2%)	1 (4,0%)	2 (4,1%)	NS
Słabe opioidy	2 (8,3%)	4 (16,0%)	6 (12,2%)	
Silne opioidy	21 (87,5%)	19 (76,0%)	40 (80,6%)	
Niesteroidowe leki przeciwzapalne + silne opioidy	0 (4,2%)	1 (4,0%)	1 (2,0%)	
<b>Częstość przyjmowania dawki leku przeciwbólowego niezależnie od rodzaju leku</b>				
Co 4 godziny	4 (16,0%)	10 (40,0%)	14 (28,0%)	< 0,05
3 razy dziennie	0 (0,0%)	2 (8,0%)	2 (4,0%)	
2 razy dziennie	15 (60,0%)	5 (20,0%)	20 (40,0%)	
Co 72 godziny	5 (20,0%)	8 (32,0%)	13 (26,0%)	
1 raz w razie bólu	1 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
<b>Regularne o określonej godzinie przyjmowanie zalecanej dawki leku</b>				
Tak	24 (96,0%)	24 (96,0%)	48 (96,0%)	NS
Nie	1 (4,0%)	1 (4,0%)	2 (4,0%)	
<b>Występowanie objawów ubocznych leków przeciwbólowych</b>				
Tak	13 (52,0%)	12 (48,0%)	25 (50,0%)	NS
Nie	12 (48,0%)	13 (52,0%)	25 (50,0%)	
<b>Rodzaje objawów ubocznych leków przeciwbólowych</b>				
Nudności	4 (16,7%)	4 (20,0%)	8 (18,2%)	NS
Wymioty	1 (4,2%)	1 (5,0%)	2 (4,5%)	
Zaparcia	12 (50%)	10 (50,0%)	22 (50,0%)	
Suchość w jamie ustnej	7 (29,1%)	5 (25,0%)	12 (27,3%)	
<b>Konieczność przyjmowania zwiększonej dawki tego samego i/lub innego leku przeciwbólowego</b>				
Tak	12 (48,00%)	7 (28,00%)	19 (38,00%)	NS
Nie	13 (52,00%)	18 (72,00%)	31 (62,00%)	
<b>Leki przyjmowane dodatkowo</b>				
Niesteroidowe leki przeciwzapalne	5 (100,0%)	0 (75,0%)	8 (88,9%)	NS
Pyralgina	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1 (11,1%)	
<b>Zmiana formy stosowania leku przeciwbólowego</b>				
Tak	14 (56,0%)	8 (32,0%)	22 (44,0%)	NS
Nie	11 (44,0%)	17 (68,0%)	28 (56,0%)	

NS (*non significant*) — nieznamienne statystycznie

Większość chorych (88%) poinformowano o działaniach niepożądanych zastosowanego leczenia, podobnie w opiece domowej, jak i stacjonarnej.

Rozkład odpowiedzi był równomierny zarówno wśród pacjentów w opiece stacjonarnej, jak i domowej, 16 chorych (32%) nie potrafiło określić swojego stosunku do choroby. Najczęściej jednak badani twier-

dzi, że nie mogą się z nią pogodzić (36%). Najczęstszym źródłem wsparcia w chorobie była rodzina (44,4%), statystycznie częściej w systemie opieki domowej. Dla chorych zarówno w opiece domowej, jak i stacjonarnej głównym źródłem pomocy była osoba duchowna (66,0%) (tab. 6). Wszyscy odpowiedzieli, że byli zadowoleni z opieki hospicyjnej.

Tabela 5. Ocena leczenia bólu nowotworowego

Table 5. The assessment of treatment of cancer pain

Cecha	Liczba chorych (%)			p
	Opieka domowa	Opieka stacjonarna	Razem	
<b>Ocena działania leku przeciwbólowego — wystarczająca</b>				
Tak	20 (80,0%)	23 (92,0%)	43 (86,0%)	NS
Nie	5 (20,0%)	2 (8,0%)	7 (14,0%)	
<b>Negatywny wpływ przyjmowanego leku na codzienne funkcjonowanie</b>				
Tak	12 (48,0%)	8 (32,0%)	20 (40,0%)	NS
Nie	13 (52,0%)	17 (68,0%)	30 (60,0%)	
<b>Zadowolenie z formy stosowania leku przeciwbólowego</b>				
Tak	25 (100,0%)	22 (88,0%)	47 (94,0%)	NS
Nie	0 (0,0%)	3 (12,0%)	3 (6,0%)	
<b>Informacja o skutkach ubocznych zastosowanego leczenia</b>				
Tak	22 (88,0%)	22 (88,0%)	44 (88,0%)	NS
Nie	3 (12,0%)	3 (12,0%)	6 (12,0%)	

NS (*non significant*) — nieznamienne statystycznie

Tabela 6. Stosunek do choroby i źródła wsparcia

Table 6. Relationship to disease and sources of support

Cecha	Liczba chorych (%)			p
	Opieka domowa	Opieka stacjonarna	Razem	
<b>Stosunek do choroby</b>				
Akceptacja	8 (32,0%)	8 (32,0%)	16 (32,0%)	NS
Nie mogę się z tym pogodzić	9 (36,0%)	9 (36,0%)	1 (36,0%)	
Nie wiem	8 (32,0%)	8 (32,0%)	16 (32,0%)	
<b>Źródła wsparcia</b>				
Rodzina	25 (48,1%)	19 (40,4%)	44 (44,4%)	< 0,05
Znajomi	21 (40,4%)	14 (29,8%)	35 (35,4%)	
Poradnia	3 (5,8%)	4 (8,5%)	7 (7,1%)	
Pielęgniarka	3 (5,8%)	4 (8,5%)	7 (7,1%)	
Brak wsparcia	0 (0,0%)	6 (12,8%)	6 (6,0%)	
Razem	52 (100,0%)	47 (100,0%)	99 (100,0%)	
<b>Źródła korzystania z pomocy psychologicznej</b>				
Psycholog	2 (8,0%)	1 (4,0%)	3 (6,0%)	NS
Duchowny	15 (60,0%)	9 (36,0%)	24 (48,0%)	
Rodzina i pielęgniarka	1 (4,0%)	2 (8,0%)	3 (6,0%)	
Psycholog i duchowny	2 (8,0%)	3 (12,0%)	5 (10,0%)	
Psycholog, duchowny i ludzie życzliwi	1 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
Duchowny i rodzina	1 (4,0%)	2 (8,0%)	3 (6,0%)	
Brak	3 (12,0%)	8 (32,0%)	11 (22,0%)	

## Dyskusja

W nielicznych przypadkach raka płuca rozpoznaje się we wczesnym etapie rozwoju, kiedy można go poddać leczeniu operacyjnemu i osiągnąć najlepsze wyniki. U większości chorych w chwili rozpoznania

rak płuca jest zaawansowany, a u licznych pacjentów konieczna jest opieka paliatywna [6].

Badania przeprowadzono w Hospicjum św. Jerzego w Elblągu i w Hospicjum św. Wawrzyńca w Gdyni. Hospicjum w Elblągu powstało w 1992 roku Oddział stacjonarny w Elblągu był pierwszym tego typu ośrod-

kiem w Polsce i dysponuje obecnie 25 miejscami. Hospicjum w Gdyni powstało w 1987 roku, a w 2000 roku wybudowano oddział stacjonarny, w którym są obecnie 22 miejsca. W obu hospicjach pracują osoby wielu specjalności: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, kapelani, pracownicy socjalni, administracyjni, pracownicy obsługi gospodarczej i technicznej. Hospicja finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dzięki pomocy pozyskanych sponsorów.

Badaniem objęto grupę 50 osób. Choć w Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie analizie poddano 6-krotnie więcej pacjentów z różnymi nowotworami, to w obu badaniach dominującą grupę stanowili mieszkańcy miast. Mieszkańcy miast mają prawdopodobnie większą świadomość społeczną, lepszy dostęp do informacji i lekarzy specjalistów, różnice te mogły również wynikać z liczby chorych w miastach i na wsi w związku z zaludnieniem. Średnia wieku pacjentów objętych opisanymi w niniejszej pracy badaniami była podobna jak w Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie, gdzie wynosiła 66,4 lata, jednak byli to chorzy nie tylko z rakiem płuca [7].

Pacjenci objęci opieką domową i stacjonarną o możliwości leczenia w hospicjum najczęściej dowiadawali się od lekarzy pierwszego kontaktu. Najczęściej u chorych wcześniej stosowano chemioterapię, a u co 3. osoby w ogóle nie podjęto leczenia, ponieważ szansa uzyskania efektu paliatywnego była niewielka, a dodatkowo stan ogólny i sprawność tych chorych były złe. Przerzuty odnotowano u co 4. osoby, najczęściej świadczyło to o znacznym pierwotnym zaawansowaniu choroby.

Średni czas od chwili rozpoznania do czasu objęcia opieką paliatywną wynosił 7 miesięcy. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu stwierdzono, że chorzy długo odczuwali ból, ponieważ najczęściej nie wiedzieli, że mogą szukać specjalistycznej pomocy w poradniach leczenia bólu, a lekarz rodzinny nie zawsze skutecznie prowadził leczenie przeciwbólowe. W komentarzu do ogólnopolskiej akcji Tydzień Walki z Bólem Nowotworowym zorganizowanej w dniach 18–24 listopada 2000 roku zwrócono uwagę, że mimo udogodnień w dostępności do leków przeciwbólowych oraz rozwoju edukacji leczenie bólu nadal stanowi istotny problem zarówno w szpitalu, jak i lecznictwie otwartym, a jednym z jego powodów jest opiofobia [8]. W Polsce brakuje danych na temat jakości leczenia przeciwbólowego i jego dostępności. Ogólne obserwacje pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy do Przychodni Centrum Onkologii w Krakowie pozwoliły oszacować, że u ponad połowy chorych nie zastosowano

wystarczającego leczenia przeciwbólowego w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej [9].

Ból, jaki odczuwali badani przed rozpoczęciem leczenia, wynosił średnio 6,2 punktu w skali VAS u chorych znajdujących się pod opieką domową i 5,4 punktu u pacjentów objętych opieką stacjonarną. Podjęcie leczenia w opiece paliatywnej spowodowało, że ból zmniejszył się znamienne odpowiednio do 2,6 i 1,6 punktu. U tego samego chorego z rakiem płuca ból występował w różnych lokalizacjach, a najczęstszym miejscem była klatka piersiowa. W badanej grupie najczęściej stosowanymi lekami przeciwbólowymi były silne opioidy. Ten rodzaj leku przeciwbólowego podawano nieznacznie częściej pacjentom objętym opieką domową. Zgodnie z drabiną analgetyczną opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) silne opioidy stanowią jej trzeci stopień. W praktyce oznacza to etap, kiedy słabe opioidy wraz z koanalgetykami i lekami wspomagającymi nie są skuteczne w kontroli bólu.

Połowa ankietowanych przyjmowała środki przeciwbólowe drogą doustną. Częściej tę formę stosowano w opiece domowej, a w opiece stacjonarnej — podskórnej. Różnica ta wynika ze sposobu sprawowanej opieki. W opiece stacjonarnej pacjenci są pod stałą opieką wykwalifikowanego zespołu medycznego, który kontroluje godziny podawania leku przeciwbólowego, niezależnie od pory dnia. Dlatego też chorzy objęci opieką domową przyjmowali leki przeciwbólowe znamienne częściej 2 razy na dobę, natomiast w opiece stacjonarnej co 4 godziny. Grupa Ekspertów Europejskiego Towarzystwa Leczenia Paliatywnego w 1996 roku opracowała wytyczne dotyczące stosowania opioidów w leczeniu bólu nowotworowego. Za najbardziej korzystne uznano podawanie leków drogą doustną, w postaci tabletek o kontrolowanym, powolnym uwalnianiu [10]. W prowadzonych badaniach wyjątek stanowiła 1 osoba znajdująca się pod opieką domową, która przyjmowała lek tylko w razie wystąpienia dolegliwości bólowych. U prawie połowy chorych objętych opieką paliatywną zmieniono formę przyjmowania środka przeciwbólowego — na podstawie przeprowadzonego wywiadu stwierdzono, że poprawiło to komfort życia pacjentów. Częściej zmieniano formę stosowania środka przeciwbólowego w opiece domowej. Prawie wszyscy ankietowani byli zadowoleni ze sposobu przyjmowania środka przeciwbólowego. Dla większości chorych stosowana dawka leku była wystarczająca. Wyjątek stanowiło 14% badanych, którzy krótko znajdowali się pod opieką paliatywną, co wpływało na rodzaj leku przeciwbólowego i właściwe ustalenie dawki. Od czasu objęcia opieką paliatywną prawie co 2. chory musiał przyjmować dodatkowe

dawki tego samego i/lub innego leku przeciwbólowego. Dotyczyło to głównie pacjentów objętych opieką domową. Większość chorych przyjmowała dodatkowo ketonal, częściej w przypadku opieki domowej.

Regularnie zalecaną dawkę leku przeciwbólowego przyjmowali prawie wszyscy chorzy. U niemal połowy pacjentów środek przeciwbólowy wpływał negatywnie na codzienne funkcjonowanie, przy czym nieznacznie częściej u osób objętych opieką domową. Choroba zmusiła pacjentów do korzystania z pomocy innych, nawet przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

Silne opioidy, szczególnie morfina, poza działaniem analgetycznym wpływają przeciwkaszlowo, przeciwbiegunkowo oraz łagodzą uczucie duszności. Niestety, stałym działaniem niepożądanym związanym z przyjmowaniem morfiny są zaparcia i suchość w jamie ustnej. Na te objawy ankietowani uskarżali się najczęściej. Występowały one częściej u pacjentów objętych opieką domową. Większość chorych poinformowano o możliwości ich pojawienia się. Najczęściej osobami badanymi byli emeryci i renciści, dla których pomocą w czasie choroby była bliskość i zrozumienie rodziny. Odnotowano istotne różnice statystycznie między opieką domową i stacjonarną, jest to zrozumiałe, ponieważ w przypadku opieki domowej wszyscy chorzy mogli liczyć na wsparcie rodziny. Wiele osób, przede wszystkim znajdujących się pod opieką stacjonarną, nie potrafiło pogodzić się z chorobą i zaakceptować zmian, jakie wniosła w ich życie, aż co 3. chory nie był w stanie określić swojego stosunku do choroby. W badaniach przeprowadzonych w Częstochowie na Oddziale Medycyny Paliatywnej prawie wszyscy pacjenci nie akceptowali choroby i swojego stanu [11].

Celem opieki paliatywnej jest nie tylko zwalczanie bólu somatycznego, równie ważne jest opanowanie cierpienia psychicznego i duchowych (ból totalny). Przyczyną złego stanu psychicznego pacjentów jest ograniczenie roli życiowej, rezygnacja z pracy zawodowej, zmiana wyglądu, biurokratyczne traktowanie i samotność. Należy zapewnić choremu możliwość rozwiązywania konfliktów emocjonalnych, zaspokoić jego podstawowe potrzeby oraz pomóc mu znaleźć zajęcia odpowiednie do stanu zdrowia. W tym procesie istotna jest pomoc kapelanów i psychologów. Większość ankietowanych korzystało z ich wsparcia. Zarówno pacjenci znajdujący się pod opieką domową, jak i stacjonarną najczęściej korzystali z pomocy osoby duchownej. Z tego rodzaju wsparcia częściej korzystały osoby objęte opieką domową. W częstochowskim Oddziale Medycyny Paliatywnej również podkreślano pracę wykonywaną przez psychologów i kapelanów [11].

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono wyników badań na temat leczenia bólu nowotworowe-

go w opiece paliatywnej u chorych z rakiem płuca, dlatego trudno jest przedstawić nasze wyniki na tle wyników innych autorów, ale niektóre ogólne aspekty bólu nowotworowego porównano z wynikami prac dotyczących chorych z różnymi nowotworami, pozostających w opiece paliatywnej.

## Wnioski

1. Do czasu skierowania do opieki paliatywnej badani odczuwali ból średnio 7 miesięcy wcześniej, był on zlokalizowany najczęściej w klatce piersiowej i u większości nasilał się podczas ruchu i występował nagle.
2. Ból, jaki odczuwali chorzy przed objęciem opieką paliatywną, wynosił średnio 5,8 punktu w skali VAS, po leczeniu zmniejszył się znamienne do wartości 2,1 punktu.
3. Głównie stosowanymi lekami przeciwbólowymi były silne opioidy, dla większości chorych przyjmowana dawka leku była wystarczająca. Najczęściej pacjenci przyjmowali leki przeciwbólowe 2 razy na dobę, statystycznie częściej w opiece domowej. U połowy badanych występowały działania niepożądane, najczęściej zaparcia.
4. Najczęstszym źródłem wsparcia w chorobie była rodzina, większość chorych korzystała ze wsparcia duchownego, a tylko nieliczni z pomocy psychologa.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 roku. Centrum Onkologii — Instytut, Warszawa 2004.
2. Senkus-Konefka E., Jassem J. Paliatywna radioterapia chorych na raka płuca. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3: 203–223.
3. Thorogood J., Bulman A.S., Collins T., Ash D. The use of discriminant analysis to guide palliative treatment for lung cancer patients. *Clin. Oncol.* 1992; 4: 22–26.
4. Jassem E. Objawowe leczenie przewlekłego kaszlu w zaawansowanym raku płuca. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3: 235–242.
5. Wójcik B. Być towarzyszem. *Mag. Pielęg. Położ.* 2004; 11: 22.
6. Pyszkowska J. Opieka paliatywna w Polsce. *Twój Mag. Med.* 2004; 12: 32–35.
7. Bańkowska-Polak D., Mazurkiewicz M., Patyra K. Charakterystyka populacyjno-kliniczna chorych objętych opieką terminalną. *Pol. Merk. Lek.* 2004; 16: 52–55.
8. Łuczak J., Kluziak M. Komentarz do ogólnopolskiej akcji „Tydzień Walki z Bólem Nowotworowym” zorganizowanej w okresie 18–24 listopada 2000 roku. *Ból* 2001; 2: 48–51.
9. Krzemieniecki K. Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce. *Współcz. Onkol.* 2005; 9: 30–33.
10. Góraj E. 7 lat stosowania MST Continus w leczeniu bólu przewlekłego w Polsce. *Współcz. Onkol.* 2003; 7: 140–146.
11. Mess L., Szmyd K., Wójcik D., Kempieńska E. Jakość życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Onkol. Pol.* 2005; 8: 158–161.