

Ošetrovatelský management únavy u pacientů s onkologickým onemocněním

Lenka Machálková¹, Lenka Štureková¹, Šárka Ročková²

¹Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

²Onkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Únava související s onkologickým onemocněním je nejen pro samotné pacienty, ale i pro ošetřující personál velice závažný symptom. Prevalence výskytu je uváděna až 96 %. Předkládané informace jsou zaměřeny na možnosti včasné detekce únavy, posouzení únavy a plánování adekvátních intervencí, které jsou v souladu s kompetencemi všeobecné sestry. Pro posouzení variabilního vnímání únavy je nepostradatelné subjektivní sdělení zhodnocení pacientem. Všeobecná sestra může pomocí hodnotících nástrojů objektivizovat stav únavy u pacienta. Otevřená komunikace mezi pacientem a personálem je nutností pro plánování dalších postupů a léčby ke zmírnění eventuálně odstranění únavy.

Klíčová slova: únava související s rakovinou, hodnocení, dospělý, sestra, ošetrovatelská péče.

Nursing management of fatigue in cancer patients

Fatigue related to oncological disease is a very serious symptom not only for the patients themselves, but also for the nursing staff. The prevalence is reported to be up to 96%. The information presented is focused on the possibilities of early detection of fatigue, fatigue assessment and planning of adequate interventions that are in accordance with the competences of the general nurse. To assess the perception of fatigue, a subjective assessment by the patient is indispensable. The general nurse can use assessment tools to objectify the patient's fatigue status. Open communication between the patient and the staff is a necessity for planning further procedures and treatments to alleviate or eliminate fatigue.

Key words: cancer-related fatigue, assessment, adult, nurse, nursing care.

Úvod

Únava je častý příznak u onkologických pacientů. Prevalence je 65–96 % (1, 2, 3). S bolestí, dušností a nauzeou je jedním z nejčastějších symptomů (4, 5). Únava je subjektivní tělesný a psychický prožitek pacienta, který má vliv na kvalitu života pacienta. O symptomech jako je únava, suchost sliznice, deprese, poruchy spánku a dalších pacienti s onkologickým onemocněním mnoho nehovoří a je nutné se aktivně systematicky dotazovat (6, 7, 8). „Únava související s rakovinou“ Cancer-related-fatigue – CRF je specifikována jako subjektivní pocit vyčerpání, únavy, slabosti,

ztráty energie pacienta (9). Podle pacientů je také nejzávažnějším a nejobtížnějším symptomem (10). „Jsme tak unaveni, že se nám ani nechce žít“, sdělují pacienti (11). Mezi příčiny a faktory CRF autoři dohledaných studií řadili například infekce, anémii, dehydrataci, přetěžování organismu (9, 12), poruchy spánku, deprese, úzkost, špatné zvládnutí situace (12).

Metodika

Předkládané informace jsou formou teoretického sdělení, které bylo zpracováno z aktuálních odborných zdrojů. V elektronických databázích Google Scholar, PubMed,

Medline byly vyhledány české a zahraniční zdroje pomocí stanovených klíčových slov v českém a anglickém jazyce: únava související s rakovinou, hodnocení, dospělý, sestra, ošetrovatelská péče; cancer-related fatigue, assessment, adult, nurse, nursing care. Zdroje byly dohledány od roku 2007 po současnost, dále byla stanovena kritéria pro využití (plný text, text s obsahem ošetrovatelské péče, dospělý pacient s onkologickým onemocněním). Pro využití primárních zdrojů bylo vyhledávací období rozšířeno od roku 1999. Po vyhledání a následné analýze textů byly vyloučeny duplicitní texty, závěrečné práce,

pokyny pro laické využití v praxi, nespecifické pro onkologické pacienty, protože se zabývaly syndromem chronické únavy. Výsledně bylo využito 21 zdrojů.

Problémy související s CRF

Únava není vidět, neprojevuje se žádnou specifickou polohou těla, ale je jen sdělená pacientem na základě subjektivního hodnocení. Vnímání CRF je u pacientů variabilní a její rozpoznání je náročné. Lépe je možno zaznamenat problémy, se kterými se pacienti potýkají. Problémy související s CRF se projevují v rovině fyzické, kognitivní, afektivní (tabulka 1) (13, 4).

Bariéry posouzení CRF

Únava je subjektivní tělesný a psychický prožitek pacienta, který pacienti zpravidla nesdělují. Pacienti aktivně skrývali únavu, nechťeli obtěžovat ostatní (13). Pokud se zdravotník aktivně nedotazuje konkrétně na CRF, tak ji nezjistí: „Nestěžuji si, protože jsem naživu.“ – „Hlásit únavu, by znamenalo stěžovat si.“ (13). Proto je nutné aktivní systematické dotazování se. Zdravotníci CRF podceňují, považují ji za sekundární, neohrožující život pacienta. Sestry zjišťují a uvádí spíše problémy, které u pacienta souvisí s CRF (6). Ve výzkumu autorů Tollitiho et al. (4) bylo zjištěno, že sestry detekovaly CRF pouze 5x, přičemž u 17 pacientů uváděly problémy spojené s CRF. Včasný záchyt a hodnocení CRF je předpokladem individuální a efektivní ošetrovatelské péče (2). Sestry, které jsou v častém kontaktu s pacientem, uvádí bariéry v tom, že nemají dostatek znalostí o CRF, o dopadu CRF na kvalitu života pacienta, nemají znalosti o možnostech řešení a pomoci pacientům s CRF. Hodnocení CRF sestry popisují jako jejich „subjektivní vnímání“ a v tom vidí nejistotu. Popisují, jak pacienti provádí sebedpěči, jak jsou ochotni

komunikovat, objektivní údaje např. hodnoty naměřených vitálních funkcí, krevních testů. Sestry se nezaměřují na CRF pacienta, ale na potíže s pohybem, nechutenství (4). Tím, že je CRF multidimenzionální, multikauzální a komplexní vjem, je její zvládnutí komplikované. Podle sester je důležitý multidisciplinární management CRF, zapojení fyzioterapeutů a dietologů. Sestra musí být proaktivní a být pacientovým mluvčím (4).

Možnosti posouzení CRF sestrou

Nejlépe lze CRF hodnotit pomocí self-reportu a objektivně posoudit pomocí stručných hodnotících nástrojů (dotazníky, škály) u pacienta v rámci screningu (1). Jako vhodný nástroj se jeví 10bodová numerická hodnotící stupnice (NRS) pro únavu (14). NRS je rychlá, jednoduchá škála, pomocí které lze hodnotit přítomnost a intenzitu CRF. Často je tento termín používán k označení VAS (vizuální analogová škála – písemné označení stupnice závažnosti) (15). Záměrem obou metod je hodnocení závažnosti CRF od nejnižší po nejvyšší na 10bodové stupnici. Obě jsou vysoce použitelné prostřednictvím otázky pro pacienta: Jak byste hodnotil svoji únavu na stupnici od 0 do 10? Přičemž 0 rovná se žádná únava a 10 rovná se nejhorší možná únava. Pacient se vyjádří slovně nebo na 10 cm úsečce označením závažnosti k vyjádření přítomnosti a intenzity CRF. V rámci vyhodnocení platí obecná shoda, že intenzita CRF je hodnocena 3 úrovněmi skóre: mírná únava (skóre 1–3), střední únava (skóre 4–6), závažná únava (skóre 7–10) (16). Pokud pacientovo skóre je 4 a vyšší, je vhodné použít k hodnocení CRF specifický nástroj, multidimenzionální, který obsahuje položky na hodnocení dopadu CRF na každodenní aktivity (5). Je to například Stručný inventář únavy (BFI), jehož 9 položek je zaměřeno na závažnost

a vliv CRF na každodenní aktivity v předchozích 24 hodinách. Z dalších nástrojů například Multidimenzionální inventář symptomů únavy v krátké formě (MFSI-SF), ve kterém v rámci 30 položek lze hodnotit CRF v kontextu globálních, somatických, kognitivních, behaviorálních projevů napříč všemi oblastmi (fyzické, duševní, emocionální, obecné). Každá položka je hodnocena pomocí 5bodové Likertovy stupnice a lze získat přehledné hodnocení CRF ve více oblastech života pacienta (14). Spolehlivé, platné a klinicky využitelné nástroje pro screening a hloubkové hodnocení CRF umožní posouzení a následnou volbu adekvátních individuálních intervencí pro pacienta.

V rámci ošetrovatelské péče může sestra pro posouzení CRF u pacienta využít definujících charakteristik pro stanovení ošetrovatelské diagnózy Únava (17): apatie, letargie, narušená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické aktivity či běžný denní režim, nedostatek energie, neposilující spánek, ospalost, vyčerpání, změna v soustředěnosti, zvýšený požadavek na odpočinek nebo ztráta fyzické kondice, zvýšená fyzická námaha, které souvisí s CRF pacienta.

Při posouzení aktuálního stavu pacienta je vždy nutné jeho subjektivní hodnocení CRF.

Jak pacient vnímá a prožívá únavu? (18, 13, 4)

Při popisu CRF pacienti uvádí: „Během dne to kolísá.“ Dále popisují slabost, vyčerpání: „Nejsem stejný energický člověk, který jsem býval.“ – „Nikdy nekončící únava bez ohledu na to, kolik spím.“ – „Nohy a ruce jsou jako žele nebo hadrová panenka.“ – „Ztratil jsem zájem o mnoho věcí, které mě bavily.“ – „Je to frustrující a vysilující.“ – „Je to typ vyčerpání, kdy je těžké mluvit jasně.“ Z pohledu příčiny CRF pacienti sdělují: „Léčba je tak silná.“ – „Cítím se depresivně a unaveně.“ – „Všiml jsem si změn, jako je chtít být sám a plakat.“ – „Nevědět je to, co si myslím, že způsobuje mou únavu.“ Pro pocit úlevy CRF uvádějí: „Spěte a více spěte.“ – „Nutím se, abych byl aktivní.“ – „Být na světlém místě.“ – „Sednu si a čekám, až to přejde.“ – „Bojuj.“ – „Přinut se.“ – „Snažím se být pozitivní, ale nejsem schopen.“ Jaký má význam CRF pro pacienta z hlediska vnímání a prožívání? Podle sdělení pacientů: „Ztráta každodenního potěšení z pouhého bytí naživu.“ – „Připadám si zby-

Tab. 1. Problémy související s únavou u pacienta s onkologickým onemocněním

Rovina projevů problémů		
FYZICKÁ	KOGNITIVNÍ	AFEKTIVNÍ
Celková slabost	Snížené soustředění se	Snížená motivace
Nedostatek energie	Špatná krátkodobá paměť	Dráždivost, smutek
Nespavost/zvýšená spavost		
Neodpočinutí si		
Vyšší potřeba odpočinku		
Nedokončení aktivit		
Závislost na druhých		

tečný.“ – „Cítím se zranitelný.“ – „Neschopnost normálně fungovat na všech úrovních.“ – „Je to nepředvídatelné.“ – „Cítím se bezcenný.“ Pacienti vnímají a prožívají pocity utrpení: „Žádná radost.“ – „Omezená pohyblivost.“ – „Příliš unavený na interakci s kýmkoli.“ – „Chybí mi vlasy, řasy a tělo.“ – „Bez pomoci nic nezvládnou.“ – „Ano, moje manželství se rozpadá.“ Jako další sdělují, že prožívají bolest, nevolnost, závratě, změny emocí, slabost, ospalost, zácpu, průjem, tvoří se jim otoky, mají pálení v krku, kožní problémy, návaly horka, problémy se zrakem, ztrátu chuti k jídlu, srdeční problémy.

Pacienti poukazují na nedostatečnou komunikaci ohledně CRF, nevarování před CRF (13): „Neřekla jsem únavu. Považovala jsem to za velký šok.“ Pacienti si myslí, že CRF nemohou pochopit ti, kteří ji neprožili: „Lidé mi často říkají, všichni jsme unaveni.“ Pacienti tak zažívají frustrace z normalizace CRF, z nepochopení, používání klišé: „Časem se to zlepší.“ – „Mysli pozitivně.“ Dále poukazují na to, že nemohou vyprávět vlastní prožitky, zkušenosti s CRF v nemoci: „Sestra neměla ponětí, jak poskytnout jakoukoli podporu a nechápala únavu, přesto, že absolvovala seminář o onkologickém onemocnění.“ Být informován je podle pacientů důležité (4): „Dostávat přesné a včasné odpovědi je velmi důležité, díky informovanosti jsem se cítil zapojený.“ – „Informace, které bych potřebovala, musí být přesnější, strukturované a monitorované. V tomto jsem se cítila opuštěná.“

Vnímání CRF pacienta sestrou

Ve studii Tollotiho et al. (4) bylo zjištěno v rámci rozhovorů se sestrami, které pečují o onkologické pacienty, že popisovaly CRF jako fyzickou, duševní, CRF způsobovala to, že se pacienti cítili nemotivovaní něco dělat: „Je to druh únavy, který pacientům zanechává velmi malou ochotu čelit dnešnímu dni, malou motivaci.“ V rámci zvládání CRF sestry uvedly povzbuzování pacientů v osobní hygieně, vstávání z lůžka, v příjmu potravy, poskytly jim „potřebný čas“ pro realizaci činnosti, realizované intervence vycházely z jejich vlastní iniciativy: „Když poslouchám pacienta, který mluví o únavě, je to pro mě problém, opravdu někdy nevím, co mám dělat.“ – „Musíme se nad tím zamyslet, protože si myslím, že povzbuzování pacientů, aby něco dělali...“ – „Provádíme intervence, je

to z vlastní aktivity a ne vždy o tom mluvíme, zapisujeme, hodnotíme. S kolegy se shodneme: je tu problém, co uděláme? Každý z nás dělá něco z toho, co již dříve zkusil, viděl.“ – „Viděl jsem, jak u pacienta pomáhala jeho žena.“ Sestry v závěru studie uvedly, že nemají ověřené nástroje k měření CRF, které by jim usnadnily hodnocení CRF a hodnocení ošetřovatelských intervencí.

Jak může pomoci sestra?

Plánování a realizace pomoci a intervencí je součástí ošetřovatelské péče o pacienta. Včasný screening a hodnocení CRF je klíčovým předpokladem pro individuální a efektivní ošetřovatelskou péči (2). Sestra plánuje aktivity s pacientem dle jeho aktuální CRF a problémů s ní spojených. Činnosti plánuje na základě svých kompetencí, zkušeností pacienta se zvládáním CRF. U pacientů sestry vyvolávají pocity jistoty, zájmu, uklidnění, které signalizují pomocí gest: „Dělají si starosti, dívají se, kontrolují, ptají se, co vy.“ – „Vracejí se, aby viděly, jak se máš, snaží se najít řešení, vezmou mě na procházku.“ – „Sestry mají mnoho věcí na práci a já si myslím: Únava je těžko řešitelná, pro sestry je to věc navíc.“ – „Nemají moc času, protože jsou zaneprázdněny jinými věcmi a jsou lidé, kteří jsou na tom hůře než my.“ – „Musíte být schopni důvěřovat a ujistit se, že vám rozumí.“ – „Specializované sestry by mohly jít více do hloubky a poskytnout praktické rady.“ (2).

Vhodné aktivity sestry

Mezi vhodné aktivity sestry v rámci nefarmakologických intervencí lze například zařadit: posouzení a opakované aktuální posouzení CRF (5, 6); sdělení informací, realizace edukace o CRF pro pacienta, rodinu, přátele, motivační rozhovory, poradenství (pacienti sdělují, že chtějí rady od sester, ale bojí se je oslovit, protože sestry nemají čas) (5), další jsou vhodné psychosociální intervence – kognitivně behaviorální terapie (5, 2), psychoedukační terapie, naučit pacienta šetřit s vlastní energií (vedení si energetického deníku, včetně denního vyhodnocení CRF: dnes jsem byl nedostatečně vyčerpán – přetížen), vytvoření si seznamu úkolů podle důležitosti, včetně rezervy energie pro důležité věci z pohledu pacienta, delegování úkolů (19). Mezi další lze zařadit jógu (2, 5), dotekovou terapii, masáže, muzikoterapii, relaxace (5), plánování

odpočinku mezi jednotlivými aktivitami, dostatek času k jednotlivým činnostem, plánování dopředu, plánování aktivit dle aktuálního stavu pacienta, střídání náročných a méně náročných aktivit během dne (19), spánková hygiena (2), fyzická aktivita, aerobní cvičení střední intenzity (5, 2, 20). Výsledky studií zaměřených na využití nefarmakologických intervencí poukázaly na větší účinky na CRP než intervence farmakologické (2, 21).

Závěr

Všichni zdravotníci by měli přítomnost CRF pravidelně zjišťovat od stanovení onkologické diagnózy, ale i po ukončení primární onkologické léčby. Pacienti by měli být vyšetřováni na CRF již při první návštěvě, pokud jsou hospitalizováni tak denně, eventuálně při každé návštěvě u ambulantního specialisty a vždy při každé změně stavu pacienta. Posouzení CRF by mělo zahrnovat anamnézu CRF, rizikové faktory, které se podílí na CRF, fyzikální vyšetření, další příznaky a sebehodnocení pacientem, co přispívá k CRF. Edukace o CRF by měla být systematickou integrující součástí péče o pacienty s onkologickým onemocněním. Srozumitelné informace přizpůsobené stavu pacienta by měly být poskytovány opakovaně, na začátku, během, ale i po ukončení léčby.

Využití pro praxi

Únava a její dopad na každodenní aktivity je u onkologických pacientů značný. Proto je důležitá včasná detekce a co nejdříve zahájení intervence ke zmírnění CRF a omezení, která jejím vlivem vznikají. Předkládaný text je vhodný pro zdravotníky, kteří pečují o onkologické pacienty v různých fázích onemocnění. Obsahem jsou přehledné informace, které mohou zvýšit povědomí, znalosti zdravotníků o CRF a o možnostech, jak CRF posoudit, ale i možnostech jak pacientům pomoci. V možnostech sestry je posouzení CRF dle standardizovaných nástrojů a následně možnost plánování intervencí, jak pacientovi lze pomoci v jeho aktuální situaci a potížích. Informace mohou také pomoci v týmové multiprofesní spolupráci při přípravě a plánování intervencí u těchto pacientů pro zlepšení efektivity profesionální praxe.

Literatura u autorky
a na www.onkologiecs.cz