



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**Dipartimento di Medicina**  
**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**L'accertamento e la gestione infermieristica della fatigue nel  
paziente oncologico. Indagine osservazionale presso il  
Dipartimento di Oncologia dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo.**

Relatore: Dott.ssa Katia Magnani  
Correlatore: I.P. Sarah Bernardinello

Laureanda: Eleonora Soncin

**ANNO ACCADEMICO 2014-2015**

# INDICE

<b>RIASSUNTO</b>	
<b>INTRODUZIONE</b>	pag 1
<b>CAPITOLO 1- QUADRO TEORICO</b>	pag.3
1.1 Rilevanza del problema per la professione	pag.3
1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema	pag.4
1.3 Rassegna critica della letteratura disponibile	pag.5
1.3.1 La fatigue: definizione	pag.5
1.3.2 L'epidemiologia della fatigue	pag.5
1.3.3 L'eziologia: cause e fattori di rischio	pag.6
1.3.4 Gli effetti della fatigue sul paziente: manifestazioni cliniche	pag.7
1.3.5 L'assistenza infermieristica: il ruolo dell'infermiere e la gestione e valutazione del paziente	pag.8
1.3.6 Trattamento: interventi farmacologici	pag.10
1.3.7 Trattamento: interventi non farmacologici	pag.10
<b>CAPITOLO 2- SCOPO DELLO STUDIO</b>	pag.12
2.1 Obiettivi dello studio	pag.12
2.2 Quesiti di ricerca	pag.12
<b>CAPITOLO 3- MATERIALI E METODI</b>	pag.13
3.1 Disegno dello studio	pag.13
3.2 Campionamento(pazienti-infermieri)	pag.13
3.3 Attività di raccolta dati	pag.13
3.4 Analisi dei dati	pag.13
3.5 Strumenti di misura(pazienti-infermieri)	pag.14
<b>CAPITOLO 4- RISULTATI</b>	pag.15
4.1 Descrizione e caratteristiche del campione pazienti	pag.15
4.2 Risultati e analisi dei dati sul campione pazienti	pag.16
4.3 Descrizione e caratteristiche del campione infermieri	pag.23
4.4 Risultati e analisi dei dati sul campione infermieri	pag.23
<b>CAPITOLO 5- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b>	pag.27
5.1 Considerazioni sui risultati del campione pazienti	pag.27
5.2 Considerazioni sui risultati del campione infermieri	pag.27
5.3 Limiti dello studio	pag.28
5.4 Implicazioni per la pratica infermieristica	pag.29
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ALLEGATI</b>	

## **RIASSUNTO**

### **INTRODUZIONE**

La fatigue( "astenia" in italiano) è considerata uno dei sintomi più diffusi e devastanti che accompagnano la malattia oncologica ed i suoi trattamenti; il sintomo incide significativamente e in senso negativo sulla persona considerata in senso olistico e sulla sua qualità di vita.

La qualità di vita del paziente è diventata uno degli aspetti di maggiore rilevanza in ambito oncologico e la fatigue oncologica ha preso il significato di vera e propria patologia.

Tuttavia la fatigue oncologica è, ancora oggi, poco riconosciuta, considerata e trattata dal personale sanitario, soprattutto a causa della complessità della sua natura multifattoriale.

E' importante dunque comprendere le cause della fatigue e utilizzare una varietà di interventi per prevenirla e gestirla, al fine di migliorare la qualità di vita del paziente.

### **MATERIALI E METODI**

Lo studio realizzato è di tipo epidemiologico osservazionale, ed è stato svolto presso il Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale S. Maria della Misericordia dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo, in un periodo complessivo di 4 settimane tra luglio e agosto 2015. Esso indaga la presenza e l'impatto della fatigue oncologica, in un campione selezionato di pazienti, sottoposti a trattamenti chemioterapici e radioterapici, afferenti alle U.O. di Oncologia. Onco-ematologia e Day Hospital Oncologico. A questo campione selezionato di pazienti è stato somministrato il seguente strumento: la REVISED PIPER FATIGUE SCALE( PFS-R); la quale valuta la fatigue oncologica se provata dalla persona nel momento della compilazione del questionario.

Sono state valutate inoltre le conoscenze e gli interventi messi in atto dal personale infermieristico delle U.O. relativamente al fenomeno e alla sua gestione, attraverso un questionario creato appositamente per indagare questo aspetto.

## **RISULTATI**

Dai risultati dell'indagine svolta é emerso che: la fatigue è presente nei pazienti oncologici sottoposti a trattamenti antitumorali, con un livello d'incidenza moderato (ovvero su una scala da 1 a 10 è presente con valore che va da 4 a 6) a livello sia olistico che nelle quattro dimensioni principali della persona: le dimensioni comportamentale, affettiva, fisica-sensoriale e cognitiva-dell'umore, e sulla sua qualità di vita. Inoltre dai risultati dell'indagine svolta presso gli infermieri delle U.O, è emerso che: nonostante vi sia la conoscenza della definizione, cause e fattori di rischio, effetti negativi della fatigue sul paziente e vengano messi in atto interventi adatti alla gestione della fatigue in assenza di protocolli validati da seguire per il personale sanitario; non viene effettuato un' accertamento specifico della fatigue attraverso strumenti di valutazione e non vengono divulgate informazioni e nozioni specifiche al paziente per la gestione dei sintomi della fatigue.

## **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

L'indagine svolta ha dimostrato che la fatigue è un fenomeno di natura multifattoriale e poli-sintomatica, diffuso e presente ad impatto moderato sulla persona e sulla qualità di vita. In conclusione le raccomandazioni per la pratica infermieristica che ne derivano sono di: fornire un'adeguata sensibilizzazione e formazione al personale sanitario sul tema della fatigue oncologica attraverso corsi di aggiornamento e di approfondimento; fornire un'adeguata divulgazione delle informazioni relative alla fatigue cancro correlata tra i pazienti oncologici attraverso la creazione di appositi opuscoli, libretti a disposizione degli utenti ed opportuna educazione verbale degli stessi sul tema da parte dell'equipe sanitaria e infine favorire un accertamento, una diagnosi ed una gestione maggiore ed approfondita della fatigue oncologica, da parte del personale sanitario per i pazienti, attraverso l'utilizzo di scale/strumenti di valutazione idonei e strutturati e l'implementazione di protocolli validati per la gestione e la presa in carico del paziente oncologico in presenza di fatigue.

## INTRODUZIONE

*"L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa."*

*( Codice Deontologico)*

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, è una figura centrale nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. Nello specifico, nell'ambito oncologico, egli deve possedere conoscenze specifiche sulla malattia, sulle cause, sui sintomi e sugli interventi infermieristici da attuare. La diagnosi di cancro provoca nella persona e nella sua famiglia una serie di cambiamenti che coinvolgono non solo l'aspetto emotivo ed affettivo, ma anche quello relazionale e della vita quotidiana. La prognosi, spesso infausta, e la necessità di sottoporsi ad indagini strumentali e a procedure terapeutiche aggressive, da un punto di vista emotivo e fisico, richiedono agli operatori sanitari che lavorano nell'ambito oncologico impegno e preparazione adeguata all'assistenza del paziente neoplastico. L'infermiere ha un ruolo molto importante, perchè è la figura professionale più a contatto con la persona. Egli attua un'assistenza olistica e personalizzata al paziente. Lo scopo, le responsabilità e gli obiettivi dell'assistenza oncologica sono diversi e complessi, l'infermiere deve identificare le proprie reazioni di fronte alla malattia e fissare obiettivi realisticamente raggiungibili inerenti all'assistenza al paziente oncologico. Inoltre, l'infermiere deve essere preparato a sostenere l'assistito e i suoi familiari, specialmente nei momenti critici dal punto di vista fisico, emotivo, socio-culturale e spirituale, prendendo quindi in considerazione tutti gli aspetti che spesso si modificano a causa della malattia.<sup>1</sup> Diversi studi in letteratura hanno dimostrato che il sintomo più frequentemente associato con il tumore ed il suo trattamento, nonché il più devastante e responsabile di un significativo impatto negativo sulle condizioni fisiche e psichiche della persona è la fatigue oncologica. Nonostante questo, esso è un tema ancora poco riconosciuto e trattato dagli oncologi e dai professionisti sanitari, che tendono a concentrarsi su altre problematiche cancro-correlate, come il dolore

---

<sup>1</sup> C.Smeltzer S, G.Bare B. Brunner-Suddarth: Infermieristica medico-chirurgica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2006.

oncologico.

L'esperienza di tirocinio svolta al 2°anno in Oncologia, e la consultazione della letteratura scientifica disponibile, mi ha indotto ad approfondire questo tema; esso mi ha interessato particolarmente per la diffusione e l'impatto che ha sulla qualità di vita del paziente, e per la limitata considerazione e gestione del sintomo da parte del personale sanitario. Tutto ciò mi ha portato ad intraprendere questa indagine nelle U.O del Dipartimento di Oncologia di Rovigo, attraverso strumenti di valutazione selezionati, come percorso conclusivo nella tesi di laurea.

Lo scopo di questo studio è quello di indagare la presenza e l'impatto della fatigue oncologica nelle varie dimensioni della persona malata di cancro, in un campione selezionato di pazienti, attraverso un'apposito strumento di valutazione.

Verranno inoltre indagate le conoscenze e la gestione dei sintomi della fatigue da parte del personale infermieristico delle U.O, attraverso un questionario creato appositamente per accertare questo aspetto.

Il primo capitolo della tesi contiene il quadro di riferimento teorico, dove vengono trattati i dati in merito alla rilevanza del problema per la professione, che indicano quanto il fenomeno della fatigue sia presente, e il contesto entro il quale si sviluppa il problema. Inoltre nel primo capitolo viene trattata la revisione critica della letteratura scientifica, ovvero le informazioni che sono presenti su banche dati, riviste, articoli, libri, linee guida per meglio delineare il fenomeno della fatigue.

Nel secondo capitolo vengono descritti gli scopi e le finalità posti per la costruzione di questa indagine. Nel terzo capitolo vengono definiti i materiali e i metodi utilizzati per la realizzazione dello studio ovvero: il tipo di studio, gli strumenti utilizzati, il campionamento e l'attività di raccolta dati.

Nel quarto capitolo vengono descritte le caratteristiche del campione pazienti-infermieri utilizzato per la raccolta dati e i risultati prodotti, rapportandoli agli scopi e alle finalità dello studio riportate nel capitolo 2. Infine nel quinto e ultimo capitolo viene trattata la discussione del lavoro svolto, considerando in modo critico i limiti dello studio; e nelle conclusioni si trovano poi le raccomandazioni e le implicazioni per la pratica futura.

# CAPITOLO 1

## QUADRO TEORICO

### 1.1 Rilevanza del problema per la professione

La fatigue( "astenia" in italiano) correlata al cancro( "cancer related fatigue" in inglese) è uno dei sintomi più comuni e diffusi,maggiormente riferiti dai pazienti ed è avvertito come il più devastante che accompagna la malattia. E' un fenomeno multidimensionale che si sviluppa nel tempo, riduce i livelli di energia, le capacità mentali e lo stato psicologico dei pazienti oncologici. Il paziente prova un'estrema stanchezza, spossatezza,debolezza,mancanza di energia e ha bisogno di riposare più frequentemente o comunque in maniera non proporzionale alle attività sostenute.<sup>2</sup> Secondo lo studio "La percezione della qualità di vita del paziente oncologico italiano" svolto dal CERGAS nel 2002,la fatigue è si la patologia più frequentemente vissuta dai pazienti oncologici,ma è anche quella che viene comunicata al medico con maggiore difficoltà,pur incidendo fortemente sulla qualità di vita del malato. E' proprio la qualità di vita complessiva del paziente che deve diventare un obiettivo di primaria importanza,che coinvolga e impegni tutti i soggetti e tutta l'equipe sanitaria. <sup>3</sup>Secondo altri autori inoltre il 70-80% dei pazienti oncologici riferisce di provare fatigue, questa percentuale aumenta sottoponendosi alle terapie e persiste anche dopo la fine del trattamento,tanto che al termine della chemioterapia la fatigue viene segnalata dai pazienti come il sintomo di più lunga durata e invalidante nella vita quotidiana.<sup>4</sup> Per gli individui sani la stanchezza sembra mantenere uno stato di sano equilibrio tra riposo e attività,nei pazienti oncologici invece diventa una sensazione cronica e spiacevole,un vero e proprio ostacolo al mantenimento della qualità di vita e allo svolgimento delle attività di tutti i giorni.<sup>5</sup> Da questi dati si rende l'importanza di gestire in modo efficace questo problema;tuttavia la gestione è difficile e richiede un'azione congiunta dell'equipe sanitaria con il paziente. Alla base della difficile gestione del problema vi

2 Lussu S. Percezione della qualità di vita: la fatigue nel malato oncologico. *Infermieri Informati* 2004; (2) 10-11.

3 Borgonovi E. Fatigue: problema del malato spesso trascurato dal medico. CERGAS; 2002.

4 Lussu S. Percezione della qualità di vita: la fatigue nel malato oncologico. *Infermieri Informati* 2004; (2) 10-11.

5 De Jong N, Candel MJM, SchoutenH. Course of the fatigue dimension "activity level" and the interference of fatigue with daily living activities for patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Cancer Nurs* 2006; 29(5): 11-12.

sono vari fattori: la fatigue è un sintomo multifattoriale che coinvolge varie dimensioni e aspetti della persona, quindi è ancora poco conosciuto e studiato dai vari professionisti sanitari che tendono a concentrarsi su altre problematiche correlate alla malattia neoplastica, come la nausea, la perdita dei capelli e sintomi simili. La fatigue viene anche definita come la "malattia della comunicazione" in quanto spesso deriva da una mancata e/o inappropriata comunicazione tra il personale sanitario ed il malato, il quale tende ad accettare in silenzio la presenza del sintomo, confondendolo come appartenente alla depressione, ostacolando inavvertitamente la risoluzione del problema.<sup>6</sup>

E' come se il paziente si rassegni ad una scarsa qualità di vita, ovvero non la considera come parte integrante del trattamento clinico; inoltre manca una focalizzazione da parte dell'equipe sanitaria sull'accertamento e gestione dell'astenia quale elemento significativo della vita del paziente.<sup>7</sup> La fatigue rimane, nonostante le numerose scale di rilevazione e valutazione presenti, un fenomeno difficile da definire a causa della sua natura complessa, multifattoriale e delle sue cause scatenanti.

## **1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema**

L'indagine è stata condotta nel Dipartimento Oncologico dell'Ospedale S. Maria della Misericordia dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo. Le realtà operative coinvolte sono state quelle dell'Oncologia, Onco-ematologia e Day Hospital. La mission del Dipartimento è la cura globale del paziente neoplastico con attenzione a tutti gli aspetti della patologia oncologica e al suo evolversi, compresi i problemi psicologici e sociali. Gli obiettivi fondamentali sono: di garantire i trattamenti ottimali nell'ambito di linee guida e protocolli di cura e la corretta assistenza sotto il profilo sia clinico sia psicologico, nell'ottica di un'assistenza multidisciplinare. L'indagine ha visto coinvolti un campione selezionato di 50 pazienti afferenti alle tre U.O, di età superiore ai 18 anni, in trattamento antitumorale, indipendentemente dal tipo e dalla sede della neoplasia per l'inclusione nello studio. Sono stati coinvolti inoltre gli infermieri delle U.O, attraverso la somministrazione di un questionario sulle conoscenze e la gestione della fatigue.

## **1.3 Rassegna critica della letteratura disponibile**

---

6 Villa E. La fatigue: una malattia nella malattia per il paziente oncologico. Humanitas salute;2012.

7 Villa E. La fatigue: una malattia nella malattia per il paziente oncologico. Humanitas salute;2012.



### **1.3.1 La fatigue: definizione**

In una persona sana la fatigue ("stanchezza") viene percepita come sensazione indispensabile che spinge il soggetto a riposare. Questa risposta fisiologica è una protezione attuata dall'organismo contro gli sforzi eccessivi che possono provocare dei danni tissutali permanenti, e per promuovere la guarigione quindi il sentirsi riposati. La fatigue correlata al cancro è distinta dalla stanchezza fisiologica che le persone sperimentano durante la loro vita quotidiana. Una definizione specifica sul paziente oncologico che segue una terapia chemioterapica si ha dal National Comprehensive Cancer Network (NCCN) il quale sostiene che la fatigue relazionata al cancro è: una sensazione persistente, soggettiva di stanchezza o esaurimento, relazionata al cancro e al trattamento della neoplasia, che non è proporzionale ad attività recenti e interferisce con le funzionalità usuali, di conseguenza non si allevia con un periodo appropriato di sonno e riposo.<sup>8</sup> E' una sindrome e può essere considerata una patologia nella patologia e si può presentare nella forma:

-acuta, quando il paziente con un periodo di adeguato riposo riesce a recuperare le energie;

-cronica, quando il paziente non riesce a recuperare le energie neppure dopo un periodo di riposo e un'adeguata terapia di supporto. La fatigue è un sintomo complesso e multidimensionale e uno dei più comuni della patologia tumorale che interessa la sfera fisica, emotiva, cognitiva e comportamentale<sup>9</sup>; essa comprende sensazioni soggettive e oggettive che possono persistere dalla diagnosi di cancro fino alla fine della vita.<sup>10</sup> I pazienti descrivono la fatigue come un senso di stanchezza cronica, depressione schiacciante, spossatezza opprimente e perdita dell'energia vitale.

### **1.3.2 L'epidemiologia della fatigue**

L'epidemiologia della fatigue cancro-correlata è ancora poco definita a causa della grande varietà delle sue cause, fattori di rischio, manifestazioni e complessità. Il NCCN afferma che dal 70% al 100% la fatigue riguarda la maggior parte dei pazienti con

8 NCCN Guidelines 2006.

9 Bower JE, Lamkin DM. Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms, contributing factors, and treatment implication. *Brain Behav Immun* 2013; 30:48-57.

10 Kirshbaum M. Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* 2010;15(5): 214-219.

tumore; è un sintomo perciò molto diffuso nei pazienti con cancro e in quasi tutti i pazienti sottoposti ai relativi trattamenti quali: chemioterapia e radioterapia.<sup>11</sup> La fatigue ha un'alta prevalenza tra i pazienti durante il trattamento chemioterapico, ma anche a distanza di un anno dalla conclusione del trattamento la prevalenza rimane alta; il normale livello di energia ritorna dai 6 mesi ad un anno dalla conclusione della terapia.<sup>12</sup> La condizione è poco riportata in letteratura e ancora poco studiata nonostante sia sempre più frequente in quanto la maggior parte dei pazienti con diagnosi di cancro ha un'età superiore ai 60 anni e va verso il processo d'invecchiamento e di comorbidità che contribuiscono ad aggravare ulteriormente l'incidenza e la severità della fatigue.

### **1.3.3 L'eziologia: cause e fattori di rischio**

Non è ancora ben noto il meccanismo fisiopatologico alla base della fatigue; l'eziologia è multifattoriale. Tra le cause possibili è importante menzionare:

- il tumore e i conseguenti disturbi del metabolismo

questo in quanto la presenza del tumore può indurre le cellule dell'organismo a rilasciare alcune sostanze chimiche dette citochine, che interferiscono con il modo in cui il metabolismo utilizza gli alimenti per ricavarne la necessaria energia.

Pertanto, l'organismo potrebbe non essere più in grado di produrre energia dal cibo, con conseguente dimagrimento fino all'insorgenza della cachessia, un disturbo molto spesso associato alla fatigue;

-le terapie oncologiche

gli interventi chirurgici, la chemio e radioterapia (queste terapie possono causare fatigue fin dalla prima seduta, è correlata al tipo ed alla combinazione di farmaci utilizzati) e l'immunoterapia (es: interferone);

-le malattie concomitanti (l'anemia e la malnutrizione)

L'anemia anche lieve, è una causa determinante di fatigue anche quando non dà manifestazioni cliniche evidenti, tanto che la sua correzione è risultata essere un fattore direttamente proporzionale al miglioramento della qualità di vita del paziente. È un problema molto comune nel paziente oncologico, le persone anemiche fanno fatica a

---

11 Jodar L, Doran A, et al. Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. *Eur J. Oncol Nurs* 2006;(10): 150-155.

12 Tabloni S. *La fatigue* 2° edizione. Roma: La collana del girasole AIMaC; 2008.

respirare,soffrono di vertigini e d'insonnia,accusano spossatezza.

Tra i fattori di rischio,che possono contribuire all'insorgere della fatigue vi sono:

-disturbi del sonno e riposo

l'insonnia è un disturbo comune nei malati di cancro,è spesso causata dal dolore e frequentemente associata con livelli elevati di fatigue, dal 30 al 70% dei pazienti oncologici ne sarebbero colpiti;<sup>13</sup>

-il dolore

il dolore è un sintomo riferito molto comunemente dai malati di cancro,se è molto intenso e persistente,ciò interferisce con l'umore e con l'abilità funzionale e,di conseguenza, è correlato ad alti livelli di fatigue.

Alleviando il dolore si possono ridurre i sintomi della fatigue;

-comorbidità ( nausea e vomito,infezioni,malattie cardiache,polmonari,renali,epatiche,neurologiche)

-cause psicosociali(depressione,ansia, motivazione ridotta,scarso sostegno sociale,problemi economici,contesto culturale,meccanismi di coping alterati)

le persone che ricevono una diagnosi di cancro provano spesso ansia,depressione,stress che,sovrapponendosi,possono contribuire all'insorgere della fatigue.<sup>14</sup>

#### **1.3.4 Gli effetti della fatigue sul paziente: manifestazioni cliniche**

La fatigue ha un significativo impatto negativo sulla dimensione fisica,cognitiva, emotiva e comportamentale della persona. Un'adeguata considerazione della fatigue non può limitarsi alla semplice stima della sua presenza e severità,ma deve evidenziare gli effetti che ha sulla qualità di vita. Innanzitutto c'è da affermare che la percezione della fatigue è soggettiva,in quanto alcuni pazienti possono avvertire un senso di stanchezza molto lieve,che non interferisce con le attività di vita quotidiana,per altri invece le conseguenze possono essere molto pesanti. Inoltre la fatigue può ripercuotersi anche sul rapporto con gli altri,quindi con familiari e amici,perchè il paziente può sentirsi insofferente o provare la tendenza ad isolarsi,in quanto ritiene che la vita di relazione richieda troppo sforzo. Alcuni degli effetti della fatigue più comunemente riferiti dai

---

13 Tabloni S. La fatigue 2°edizione. Roma: La collana del girasole AIMaC, 2008.

14 Tabloni S. La fatigue 2°edizione. Roma: La collana del girasole AIMaC, 2008.

pazienti sono: difficoltà a compiere le normali attività(cucinare,rifare il letto,lavarsi,pettinarsi ecc.), non avere la forza di fare nulla,sentirsi completamente svuotato di ogni energia,difficoltà a concentrarsi e a prestare attenzione a parlare e a prendere decisioni,difficoltà a ricordare le cose,respiro affannoso anche solo dopo avere svolto una leggera attività,sensazione di vertigini o di avere la testa vuota,disturbi del sonno,tendenza alla facile commozione,umore fragile.<sup>15</sup>

In base alla sfera interessata, gli effetti della fatigue si possono identificare in:

-livello fisico: impossibilità di condurre una vita normale e di svolgere le proprie attività abituali. Alla sensazione generale di stanchezza corrisponde un aumento della necessità di dormire e riposare;

-livello mentale/emozionale: riduzione di motivazione ed interesse,sentimenti di tristezza,frustrazione,irritabilità;perdita della capacità di apprezzare la vita presente,difficoltà a concentrarsi,ricordare le cose,memorizzare dati;

-livello sociale/comportamentale: difficoltà a svolgere attività che richiedano anche un minimo sforzo fisico(ad esempio:fare la spesa);perdita di interesse per la vita di relazione;

-livello professionale: interferenze sulla vita lavorativa che si traducono nell'esigenza di cambiare mansioni e ridurre l'orario.<sup>16</sup>

### **1.3.5 L'assistenza infermieristica: il ruolo dell'infermiere e la gestione e valutazione del paziente**

La fatigue,come detto in precedenza,è un problema comune e sempre più diffuso nei pazienti oncologici. La letteratura sostiene l'importanza di un'accurata conoscenza da parte dei professionisti sanitari che lavorano in ambito oncologico,su cos'è la fatigue e le sue cause,perchè su questo si basa poi l'assistenza infermieristica personalizzata.

Essa secondo il NCCN prevede le seguenti fasi: screening,valutazione primaria,interventi di sostegno e rivalutazione. Nello screening si stabilisce la presenza di fatigue e la sua intensità attraverso l'uso di scale di valutazione. La valutazione prevede l'anamnesi e un esame fisico approfondito e si osserva la storia del

---

<sup>15</sup> Catania G. Astenia nel paziente oncologico. Dossier InFad 2007; 18:1-7.

<sup>16</sup> Tabloni S. La fatigue 2°edizione. Roma: La collana del girasole AIMaC; 2008.

paziente,ponendo particolare attenzione ai fattori di rischio sui quali devono essere orientati gli interventi. L'educazione del paziente e il counselling sono importanti per una gestione efficace della fatigue. Infine la rivalutazione permette di analizzare la reazione del paziente agli interventi e di migliorare la gestione della fatigue.<sup>17</sup>

Il ruolo dell'infermiere è fondamentale in quanto si trova nella fase di riconoscimento e valutazione della fatigue ed è essenziale instaurare una buona relazione con il paziente per identificarla. Il paziente viene interrogato sulla presenza della fatigue e di altri sintomi,e su come questa condizione predomini sulle altre cause di disagio. Egli deve porre attenzione alla presenza dei 7 sintomi che maggiormente caratterizzano lo stato di fatigue: anemia,dolore,difficoltà nel sonno,problemi nutrizionali,cambiamenti nei modelli di attività,depressione emotiva,ansia e angoscia e la presenza di comorbilità.<sup>18</sup> Per la fatigue l'osservazione è incentrata sull'esordio,la durata,le interferenze,i fattori associati e quelli che la alleviano perchè permettono di capire l'effetto sulla vita quotidiana. Questa valutazione può avvenire attraverso semplici domande o con l'utilizzo di scale di valutazione specifiche. L'infermiere dovrebbe fornire poi informazioni al paziente sulla natura della fatigue,sulla sua eziologia,sulle sue manifestazioni,su quali attività quotidiane interferisce maggiormente e più precisamente sul fatto che è un fenomeno che non dipende dalla mancanza di volontà personale,che è un problema comune e che può essere curato. Il paziente deve essere educato sull'utilizzo di strategie per gestire la fatigue come conservare l'energia(stabilire le priorità,programmare le attività),distrazioni(musica,lettura),gestione dello stress(tecniche di rilassamento). L'approccio iniziale deve essere rivolto alla correzione delle possibili cause e il ruolo dell'infermiere deve essere di sorveglianza,supporto al paziente,informazioni ai familiari,monitoraggio,assistenza.

Tutto questo in collaborazione con le altre figure professionali per la presa in carico del paziente. Le strategie messe in atto,mirano a minimizzare il disturbo,aiutando il paziente a reagire al senso di spossatezza,identificandone le cause e applicando interventi educativi personalizzati per migliorare la qualità di vita della persona. Da qui il professionista può iniziare a pianificare gli interventi che siano adeguati al paziente e

---

17 NCCN Guidelines 2006.

18 NCCN Guidelines 2006.

alle problematiche emerse dalla valutazione. La gestione infermieristica è la messa in atto degli interventi personalizzati sulla persona. Il piano di assistenza infermieristica prevede quindi un trattamento individualizzato in cui l'infermiere fissa degli obiettivi realistici da raggiungere, li discute con l'assistito e il caregiver in modo tale che il lavoro sia concordato e in un continuum tra professionista sanitario e paziente/familiare. Le strategie generali per la gestione della fatigue sono:

-la formazione e l'educazione del paziente e dei familiari spiegando cos'è la fatigue, a cosa è dovuta e come si può ridurre, avvalendosi anche di opuscoli informativi e descrittivi;

-istruire il paziente sulle strategie generali da attuare per contrastare la fatigue. Secondo le linee guida NCCN gli interventi per il trattamento dell'astenia possono essere classificati in farmacologici e non farmacologici ed è utile associarli insieme.

### **1.3.6 Trattamento: interventi farmacologici**

Il trattamento dipende dal fattore eziologico alla base del sintomo: se la causa della fatigue è l'anemia si utilizzeranno trattamenti volti a ripristinare i valori di emoglobina e ad alleviare i sintomi, con l'incremento dell'energia ed effetti positivi sulla qualità di vita. Se la causa è una depressione può essere utile la somministrazione di farmaci antidepressivi; per l'insonnia invece può essere utile la somministrazione di farmaci ipnoinducenti.<sup>19</sup>

### **1.3.7 Trattamento: interventi non farmacologici**

Il trattamento non farmacologico comprende:

-programmi di attività fisica;

la letteratura scientifica riporta sempre con maggiore frequenza studi che dimostrano la grande utilità dell'attività fisica nel prevenire e trattare la fatigue oncologica; l'esercizio fisico di tipo aerobico come camminare, e svolto con un'intensità adeguata alle proprie forze e condizioni di salute, regala benefici all'organismo in quanto migliora la disponibilità e la distribuzione dell'ossigeno attraverso l'incremento della massa muscolare, il miglioramento della ventilazione e perfusione polmonare e l'aumento della

---

<sup>19</sup> NCCN Guidelines 2006.

riserva cardiaca. Inoltre con l'aumento della serotonina e di altri ormoni, migliora l'umore,riducendo la depressione e l'ansia,dona un senso di maggior controllo,un aumento del livello di energia e una migliore resistenza allo stress; quindi è utile per aumentare le capacità funzionali del soggetto,diminuendo il livello di fatigue e migliorando la qualità di vita,<sup>20</sup>

-programmi di supporto psicosociale e strategie di coping per ridurre lo stress e risparmiare energia;

-strategie di rilassamento per ridurre lo stress;

il sostegno psicologico aiuta il paziente e i suoi familiari a gestire lo stress ed ha effetti positivi sul sistema immunitario e sulla salute in generale. Inoltre è importante trovare tempo per attività che aiutano a rilassarsi,può essere di aiuto: condividere le preoccupazioni con familiari o con amici,dedicare tempo ad attività che distraggono come leggere o ascoltare musica,e infine fare esercizi leggeri come per esempio camminare;

-programmi di educazione del paziente e della sua famiglia,fornire informazioni sulla fatigue(cause,fattori di rischio,strategie di gestione);

-trattamento dei principali fattori di rischio: insonnia,stress emotivo, dolore tramite interventi farmacologici e non(strategie comportamentali-cognitive);

-adeguata programmazione/organizzazione della giornata con alternanza dei periodi di riposo e di attività;

-corretta alimentazione personalizzata,per contrastare il calo di peso e ridurre così la fatigue.

---

20 Wu HS, McSweeney M. Cancer related-fatigue: " It's so much more than just being tired". Eur J Oncol Nurs 2007; 11: 117-125.

## **CAPITOLO 2**

### **SCOPO DELLO STUDIO**

#### **2.1 Obiettivi dello studio**

Questo studio si propone di indagare i seguenti obiettivi:

- identificare la presenza della fatigue nei pazienti oncologici sottoposti a trattamenti antitumorali e valutarne la gravità e l'impatto nella vita quotidiana e nella dimensione fisica/sensoriale, cognitiva/dell'umore, comportamentale ed affettiva/emotiva della persona;
- rilevare le conoscenze degli infermieri delle U.O di Oncologia, Onco-ematologia e DH Oncologico di Rovigo, riguardo la fatigue e accertare i comportamenti e la gestione nella relativa presa in carico del paziente e del problema.

#### **2.2 Quesiti di ricerca**

1. Quanto è presente la fatigue tra i pazienti oncologici e in quale misura?
2. Quanto influisce ed incide la fatigue sulla qualità di vita e sulle varie dimensioni (comportamentale, affettiva, fisica, cognitiva) della persona sottoposta a terapie oncologiche?
3. Quali sono le conoscenze degli infermieri delle U.O riguardo il problema della fatigue?
4. Quali sono i comportamenti e gli interventi che vengono messi in atto dagli infermieri per la gestione della fatigue nella presa in carico del paziente oncologico?



## **CAPITOLO 3**

### **MATERIALI E METODI**

#### **3.1 Disegno dello studio**

Questo studio è un'indagine di tipo epidemiologica osservazionale con finalità descrittive riguardo un fenomeno relativo ad un contesto infermieristico. Lo studio è stato svolto nell'arco di tempo di quattro settimane tra luglio ed agosto 2015.

#### **3.2 Campionamento(pazienti-infermieri)**

Il campione studiato in questa indagine risulta essere così costituito:

-50 pazienti oncologici in trattamento antitumorale afferenti alle U.O del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale S. Maria della Misericordia dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo; nella costituzione del campione sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione dallo studio:

- pazienti terminali;
- pazienti con età inferiore ai 18 anni;
- pazienti in trattamento antitumorale al 1°ciclo.

-12 infermieri afferenti alle U.O sopra citate.

#### **3.3 Attività di raccolta dati**

L'attività di raccolta dati è avvenuta nel periodo complessivo di 4 settimane tra luglio e agosto 2015 tramite la somministrazione di due questionari,uno ai pazienti e uno agli infermieri garantendo il diritto alla privacy e alla dignità della persona tramite la tutela dell'anonimato nella compilazione. Gli strumenti sono stati consegnati personalmente dalla sottoscritta a pazienti ed infermieri attraverso una breve descrizione verbale del questionario,accompagnata dalle indicazioni scritte presenti nella lettera di presentazione nella prima pagina dello strumento.

### **3.4 Analisi dei dati**

I dati sono stati analizzati mediante il programma Excel, ed è stata utilizzata la statistica descrittiva per rielaborare e rendere visibili e chiari alla lettura i risultati.

### **3.5 Strumenti di misura(pazienti-infermieri)**

Lo strumento che si è utilizzato per i pazienti è una scala di autovalutazione multidimensionale utilizzata in area oncologica e validata per valutare la fatigue nei malati oncologici, viene utilizzata inoltre anche per la valutazione della stanchezza cronica in pazienti non oncologici.<sup>21</sup> La Revised Piper Fatigue Scale(PFS-R) è il risultato della modifica della versione originaria della scala PFS, la scala misura la gravità della fatigue e prende in esame quattro dimensioni della persona: la dimensione comportamentale(ovvero la dimensione relativa alle attività di vita quotidiana),emotiva/affettiva,fisica/sensoriale,cognitiva/dell'umore. In tutto sono 22 domande con una scala numerica da 0 a 10 e alcune domande aperte che vanno ad indagare la causa dell'astenia e le strategie utilizzate per eventualmente contrastarla per avere ulteriori informazioni.

Si calcolano i punteggi rispettivi di ogni singola dimensione ed il punteggio totale della fatigue comprendente le 4 aree della persona indagate. Lo strumento utilizza come dimensione temporale il presente "ORA", quindi valuta la fatigue se provata dalla persona al momento della compilazione del questionario.<sup>22</sup>

Per quanto riguarda gli infermieri è stato utilizzato un questionario,creato appositamente dalla sottoscritta per indagare le conoscenze, i comportamenti e gli interventi messi in atto nella gestione della fatigue e nella presa in carico del paziente.

Lo strumento risulta essere composto da 10 domande sia chiuse che aperte, che indagano le conoscenze su definizione,cause ed effetti della fatigue sulla qualità di vita del paziente; le informazioni che vengono date,la presenza di opuscoli informativi,l'accertamento di segni e sintomi della fatigue.

Vengono inoltre indagati, attraverso domande basate sugli 11 modelli funzionali della

---

21 Annunziata M.A, Mazzatti B, Mella S. The revised Piper Fatigue Scale(PFS-R) for the italian cancer patients:a validation study. Tumori 2010;96:276-281.

22 Vedi Allegato n°1.

salute di M. Gordon fondamentali per l'accertamento infermieristico e sulle cause e gli effetti negativi della fatigue, quali comportamenti ed interventi educativi e non vengono messi in atto dagli infermieri<sup>23</sup>.

Nello specifico gli 11 modelli funzionali della salute di Marjory Gordon sono:

1. MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE(modello di salute e benessere percepito dalla persona,comportamento della persona nei confronti della propria salute, stato o condizioni di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro)
2. MODELLO NUTRIZIONALE-METABOLICO(consumo di alimenti e bevande in relazione al fabbisogno metabolico,indicatori dello stato nutrizionale,condizioni di cute,capelli ed unghie)
3. MODELLO DI ELIMINAZIONE(modello di funzione escretoria,abitudini e mezzi che la persona adotta)
4. MODELLO DI ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO(attività di vita quotidiana,tempo libero,svaghi)
5. MODELLO DI SONNO-RIPOSO(livello di energia-sentirsi o non sentirsi in forze, aiuti e problemi relativi al sonno,percezione della quantità e qualità del proprio riposo)
6. MODELLO COGNITIVO-PERCETTIVO(capacità funzionale nell'ambito cognitivo,ricordare,memorizzare..)
7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SE'-CONCETTO DI SE'(atteggiamenti verso se stessi,percezione delle proprie capacità,immagine corporea,modello emozionale,postura,linguaggio)
8. MODELLO DI RUOLO-RELAZIONE(percezione delle proprie responsabilità,impegni di ruolo familiari-lavorativi-sociali)
9. MODELLO DI SESSUALITA'-RIPRODUZIONE( desiderio di avere figli,uso di contraccettivi)

---

23 Vedi Allegato n°3.

10. MODELLO DI ADATTAMENTO-TOLLERANZA ALLO STRESS(modo generale di affrontare le situazioni, capacità percepita di gestire le situazioni e risorse personali su cui poter sempre contare,tono dell'umore)
11. MODELLO DI VALORI-CONVINZIONI(valori,scopi e credenze che guidano le scelte).<sup>24</sup>

---

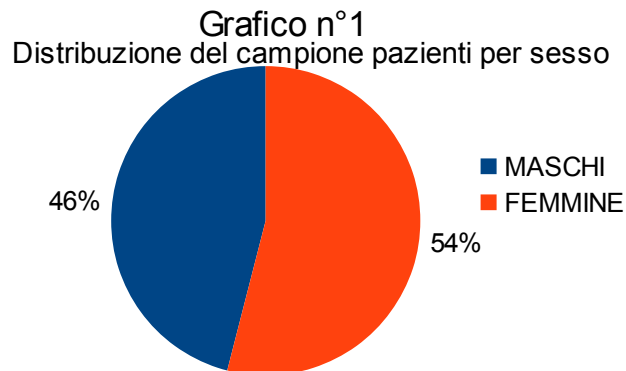
<sup>24</sup> Craven Ruth F, Constance J. Hirnle. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Volume 1: 3° edizione; 462-465.

## CAPITOLO 4

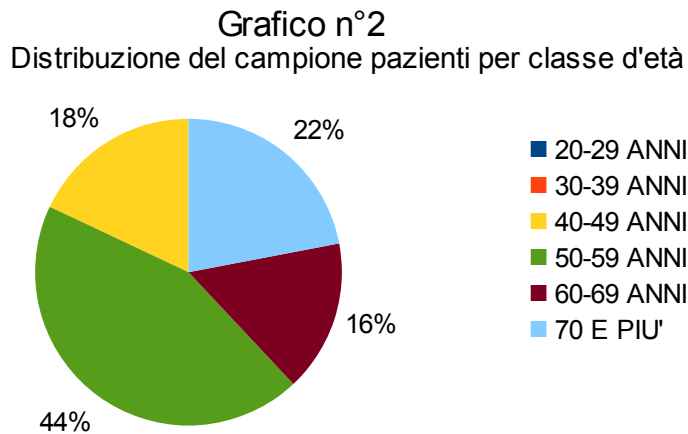
### RISULTATI

#### 4.1 Descrizione e caratteristiche del campione pazienti

Nei tre grafici a seguire viene rappresentata la distribuzione e le caratteristiche del campione di 50 pazienti inclusi in questo studio sulla base di tre parametri: il sesso, l'età e il tipo di neoplasia. In base al sesso risulta essere dominante per il 54% il campione femminile come rappresentato nel grafico n°1:

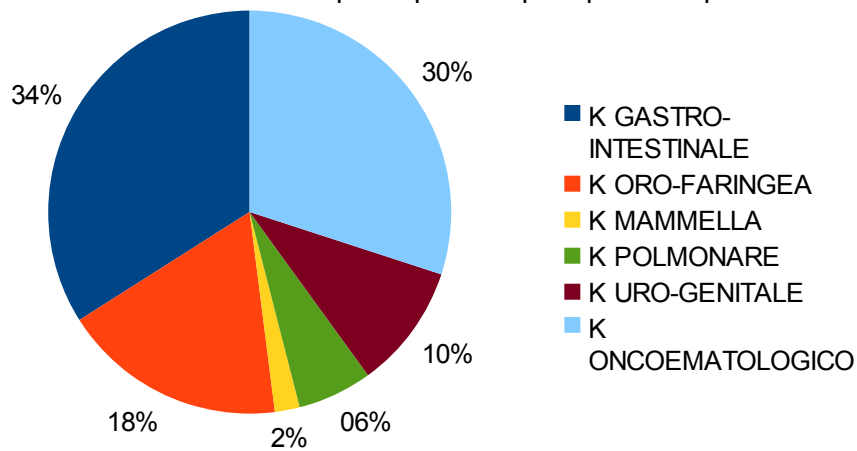


La classe d'età che risulta essere dominante è quella dei 50-59 anni per il 44% come rappresentato nel grafico n°2:



In base al tipo di neoplasia, quella che domina nel campione sono per il 34% quella gastro-intestinale (che comprende tumori al fegato, colon-retto, pancreas, stomaco), e per il 30% il tipo di tumori onco-ematologici come rappresentato nel grafico n°3:

**Grafico n°3**  
Distribuzione del campione pazienti per tipo di neoplasia



#### 4.2 Risultati e analisi dei dati sul campione pazienti

I quesiti della revised Piper Fatigue Scale (PFS-R) sono raggruppati in quattro dimensioni, che riguardano rispettivamente la sfera comportamentale (quesito 2,3,4,5), la sfera affettiva (quesito 6,7,8,9,10), la sfera fisica-sensoriale (quesito 11,12,13,14,15) e la sfera cognitiva-dell'umore (quesito 16,17,18,19,20).

Si analizza l'impatto medio della fatigue sul campione selezionato di pazienti nelle varie dimensioni: per fare questo si calcola la media dei punteggi dei quesiti facenti parte di ogni singola dimensione per ciascun paziente, una volta trovate le medie di tutti i pazienti, vengono distribuite sulla scala numerica di riferimento da 0 (il quale è un valore positivo e corrisponde a nessun impatto della fatigue) a 10 (valore negativo, massimo impatto della fatigue). Per concludere si calcola la media totale di tutte e 4 le dimensioni per tutti i pazienti, sempre distribuendo i valori sulla scala numerica da 0 a 10. La scala numerica è così composta:

0: nessun impatto della fatigue;

1-3: impatto lieve;

4-6: impatto moderato;

7-10: impatto severo.

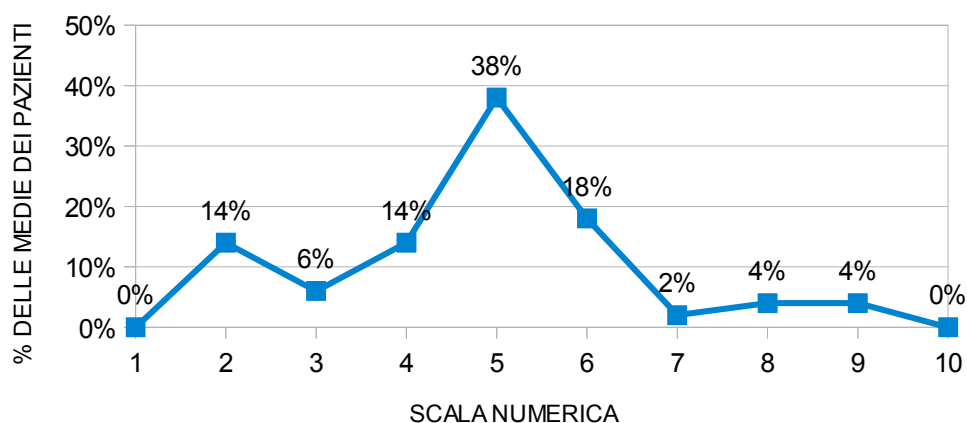
Per le restanti domande, i quesiti 1,21,22 sono analizzati e riportati i dati più rilevanti e prevalenti per l'analisi del problema.

Prima dimensione: COMPORTAMENTALE(media dei punteggi quesiti 2,3,4,5)

Tabella I: Distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto della fatigue nella dimensione comportamentale sul campione pazienti

Area comportamento	Nessun impatto	Impatto lieve			Impatto moderato			Impatto severo			Tot	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Scala numerica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Numero pazienti	0	0	7	3	7	19	9	1	2	2	0	50
% pazienti	0%	0%	14%	6%	14%	38%	18%	2%	4%	4%	0%	100%

#### IMPATTO MEDIO DELLA FATIGUE NELLA DIMENSIONE COMPORTAMENTALE



#### Grafico n°4

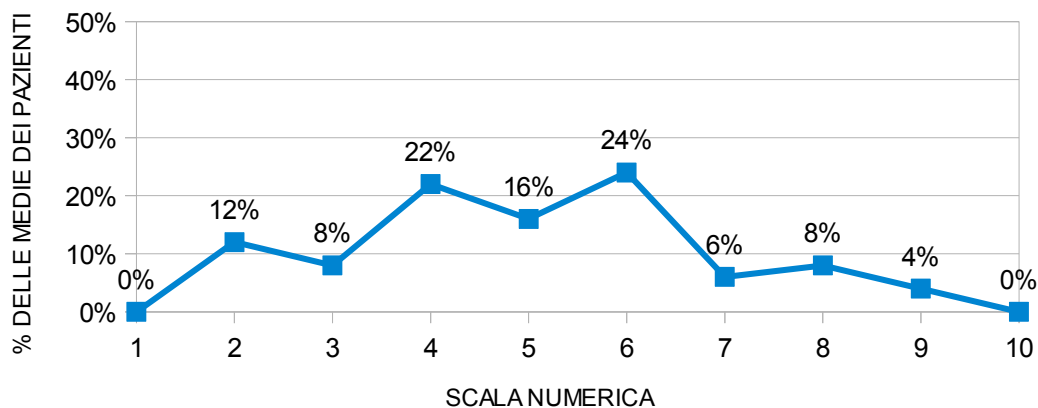
Dai risultati emerge che, nella dimensione comportamentale, per la maggior percentuale dei pazienti, il 38%, il valore medio della fatigue corrisponde a 5, ha quindi un impatto moderato. Dal grafico è evidente una maggiore distribuzione del campione nei valori centrali della scala numerica, quindi da 4 a 6 che corrisponde ad un impatto moderato della fatigue, dove si pone il 70% del campione dei pazienti.

Seconda dimensione: AFFETTIVA(media dei punteggi quesiti 6,7,8,9,10)

Tabella II: Distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto della fatigue nella dimensione affettiva sul campione pazienti

Area affettiva	Nessun impatto		Impatto lieve			Impatto moderato			Impatto severo			Tot
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Scala numerica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Numero pazienti	0	0	6	4	11	8	12	3	4	2	0	50
% pazienti	0%	0%	12%	8%	22%	16%	24%	6%	8%	4%	0%	100%

### IMPATTO MEDIO DELLA FATIGUE NELLA DIMENSIONE AFFETTIVA



#### Grafico n°5

Dai risultati emerge che, nella dimensione affettiva, per la maggior percentuale dei pazienti, il 24%, il valore medio della fatigue corrisponde a 6, ha quindi un impatto moderato. Dal grafico è evidente una maggiore distribuzione del campione nei valori centrali della scala numerica, quindi da 4 a 6 che corrisponde ad un impatto moderato della fatigue, dove si pone il 62% del campione dei pazienti.

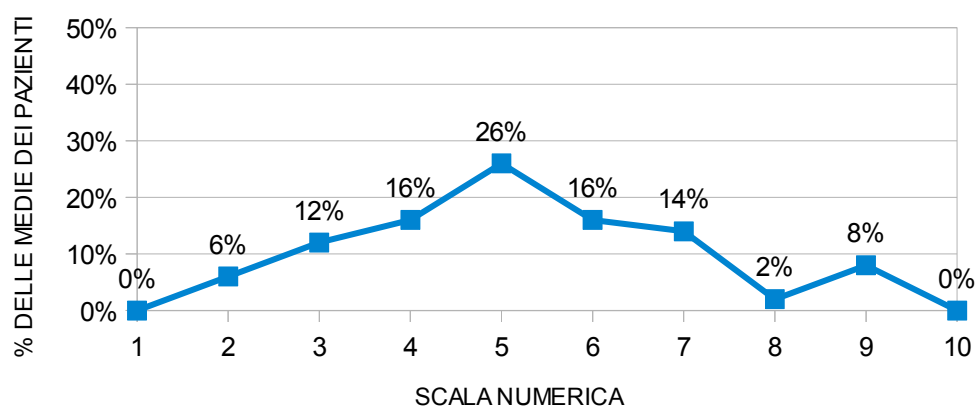
Terza dimensione: FISICA-SENSORIALE (media dei punteggi quesiti 11,12,13,14,15)

Tabella III: Distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto della fatigue nella dimensione fisica-sensoriale sul campione pazienti



Area fisica	Nessun impatto			Impatto lieve			Impatto moderato			Impatto severo		Tot
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Scala numerica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Numero pazienti	0	0	3	6	8	13	8	7	1	4	0	50
% pazienti	0%	0%	6%	12%	16%	26%	16%	14%	2%	8%	0%	100%

### IMPATTO MEDIO DELLA FATIGUE NELLA DIMENSIONE FISICA-SENSORIALE



#### Grafico n°6

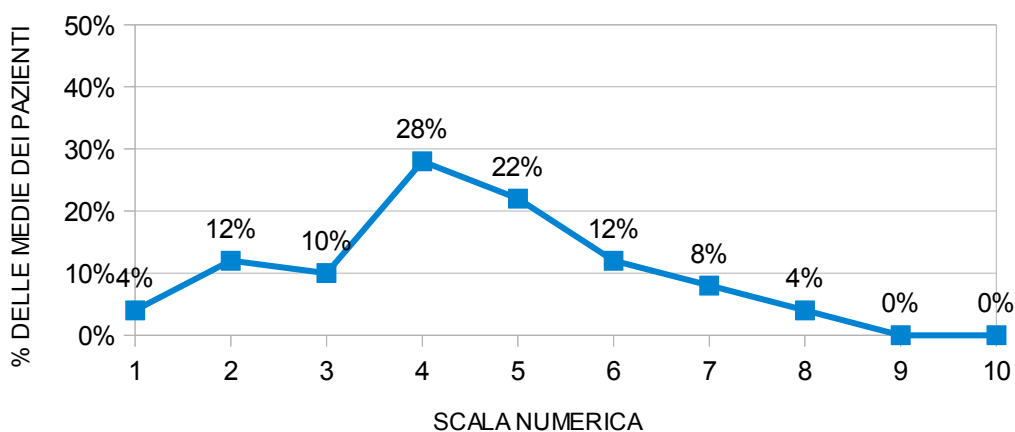
Dai risultati emerge che, nella dimensione fisica-sensoriale, per la maggior percentuale dei pazienti, il 26%, il valore medio della fatigue corrisponde a 5, ha quindi un impatto moderato. Dal grafico è evidente una maggiore distribuzione del campione nei valori centrali della scala numerica, quindi da 4 a 6 che corrisponde ad un impatto moderato della fatigue, dove si pone il 58% del campione dei pazienti.

Quarta dimensione: COGNITIVA-DELL'UMORE(media dei punteggi quesiti 16,17,18,19,20)

Tabella IV: Distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto della fatigue nella dimensione cognitiva-dell'umore sul campione pazienti

Area cognitiva	Nessun impatto	Impatto lieve			Impatto moderato			Impatto severo			Tot	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Scala numerica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Numero pazienti	0	2	6	5	14	11	6	4	2	0	0	50
% pazienti	0%	4%	12%	10%	28%	22%	12%	8%	4%	0%	0%	100%

### IMPATTO MEDIO DELLA FATIGUE NELLA DIMENSIONE COGNITIVA-DELL'UMORE



#### Grafico n°7

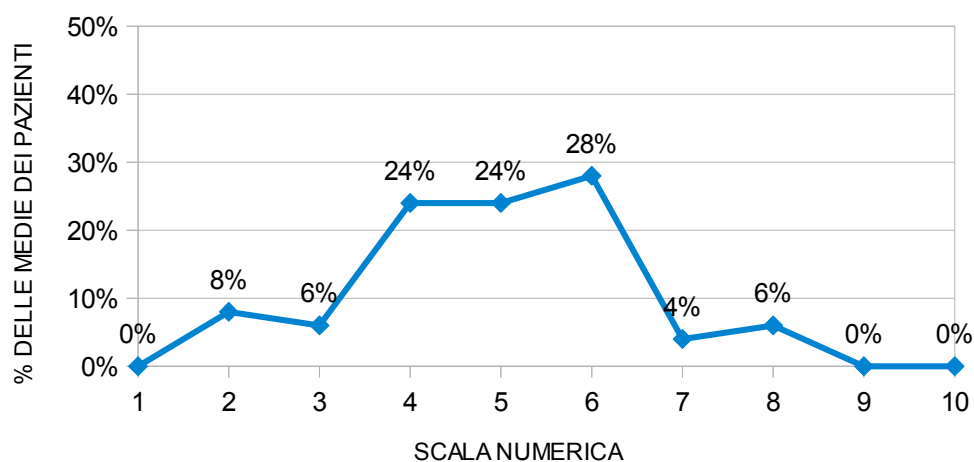
Dai risultati emerge che, nella dimensione cognitiva-dell'umore, per la maggior percentuale dei pazienti, il 28%, il valore medio della fatigue corrisponde a 4, ha quindi un impatto moderato. Dal grafico è evidente una maggiore distribuzione del campione nei valori centrali della scala numerica, quindi da 4 a 6 che corrisponde ad un impatto moderato della fatigue, dove si pone il 62% del campione dei pazienti.

Tutte le 4 dimensioni: COMPORTAMENTALE, AFFETTIVA, FISICA-SENSORIALE, COGNITIVA-DELL'UMORE (media dei punteggi quesiti dal 2 al 20)

Tabella V: Distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto totale della fatigue sul campione pazienti

Tutte le aree	Nessun impatto	Impatto lieve			Impatto moderato			Impatto severo			Tot	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Scala numerica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Numero pazienti	0	0	4	3	12	12	14	2	3	0	0	50
% pazienti	0%	0%	8%	6%	24%	24%	28%	4%	6%	0%	0%	100%

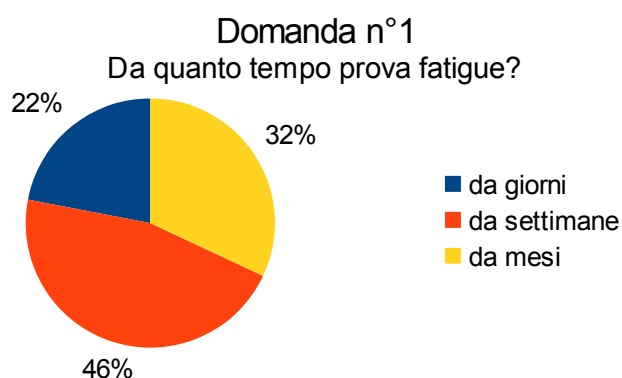
IMPATTO MEDIO TOTALE DELLA FATIGUE



### Grafico n°8

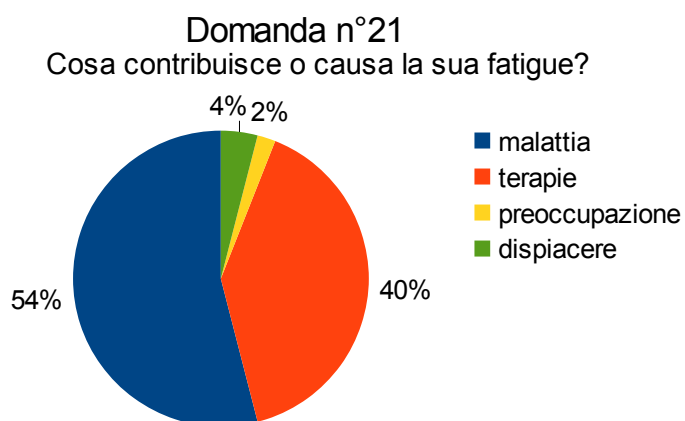
Dai risultati emerge che, in totale nelle quattro dimensioni, per la maggior percentuale dei pazienti, il 28%, il valore medio della fatigue corrisponde a 6, ha quindi un impatto moderato. Dal grafico è evidente inoltre una maggiore distribuzione del campione nei valori centrali della scala numerica, quindi da 4 a 6 che corrisponde ad un impatto moderato della fatigue, dove si pone il 76% del campione dei pazienti.

Analizzando infine la domanda n°1, n°21, n°22 presenti nel questionario per la raccolta di ulteriori informazioni, risulta che:



**Grafico n°9**

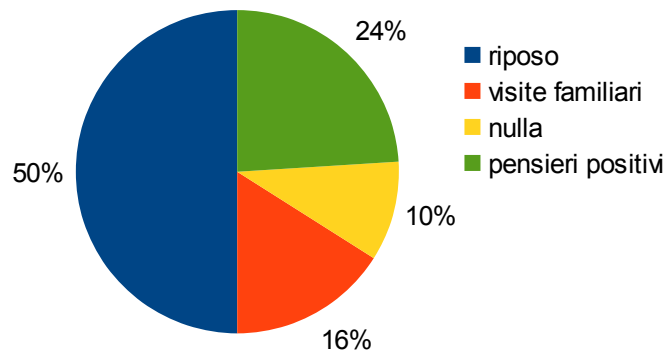
-alla domanda n°1, su quanto tempo si prova fatigue, il 46% del campione pazienti risponde da settimane, il 32% da mesi e il 22% da giorni;



**Grafico n°10**

-alla domanda n°21, su cosa contribuisce o causa la fatigue, il 54% ritiene sia la malattia che contribuisce maggiormente alla sensazione di astenia, il 40% invece ritiene che la sensazione di affaticamento sia causata dalle terapie antitumorali;

Domanda n°22  
Cosa fa alleviare la sua fatigue?



### Grafico n°11

-alla domanda n°22, su quale strategia viene utilizzata per alleviare la fatigue il 50% risponde il riposo, il 24% afferma sia il pensare positivo e le distrazioni, il 16% risponde di trovare nelle visite e nel sostegno dei familiari una strategia per alleviare la sensazione di astenia, e infine il 10% ritiene di non aver trovato ancora nulla che possa aiutare per sostenere la situazione che sta vivendo.

### 4.3 Descrizione del campione infermieri

In base a quattro parametri riportati nel questionario, ovvero il sesso, l'età, il titolo professionale e gli anni di servizio lavorativo nelle U.O., oggetto dell'indagine, il campione infermieri risulta essere così composto: 12 infermieri, tra cui la prevalenza è di sesso femminile, di età compresa tra i 30 e i 45 anni, con diploma professionale o laurea di 1° livello, e con anzianità di servizio tra 1 e 10 anni.

### 4.4 Risultati e analisi dei dati sul campione infermieri

Il questionario per valutare la conoscenza e i comportamenti degli infermieri per la gestione della fatigue nel paziente oncologico risulta essere composto da 10 domande: 8 chiuse/completamento e 2 aperte.

Alla domanda n°1 il 100% degli infermieri risponde di essere a conoscenza del significato di fatigue cancro correlata, e le definizioni comuni che ne vengono date risultano essere:

*-”condizione di profonda astenia poli-sintomatica,psico-fisica,con conseguente riduzione della qualità di vita; -cambiamenti fisici e psicofisici per le terapie;-affaticamento fisico e psicologico correlato alle terapie e alla malattia;-condizione correlata allo stato di debolezza,malessere associata alla chemioterapia e alla radioterapia;-stanchezza/debilitazione/malessere che impediscono di svolgere le normali attività quotidiane”.*

Alla domanda n°2 il 100% del campione ritiene che la fatigue comporti effetti negativi sulla qualità di vita del paziente,e si trova in accordo con gli effetti ritenuti dalla letteratura più negativi e invalidanti per il paziente a livello fisico,sociale/comportamentale, mentale/emozionale e professionale.

Alla domanda n°3 il 100% del campione risulta essere a conoscenza delle cause più importanti che provocano la fatigue,e tra le risposte possibili date vi sono: -le terapie oncologiche;-i disturbi del metabolismo;-l'anemia;-i disturbi del sonno;-il dolore;-le cause psicologiche;-mancanza di supporto familiare valido; risultano essere così in accordo con le cause e i fattori di rischio maggiori riportati dalla letteratura.

Alla domanda n°4 il 40% del campione afferma che in reparto vengono accertati la presenza di segni e sintomi della fatigue nei pazienti,ma che non vi è uno strumento strutturato adatto a questo fine;essi vengono accertati tramite l'accertamento iniziale all'ingresso del paziente nell' U.O;mentre il 60% del campione afferma che non vengono accertati la presenza dei segni/sintomi della fatigue in quanto anche non presente uno strumento adatto per poterlo fare.

Alla domanda n°5 il 40% del campione afferma che vengono forniti consigli ed informazioni al paziente circa la gestione della fatigue ovvero di:-riposarsi e dormire spesso,anche durante il giorno,e di ridurre l'attività;-di intervenire precocemente e proporre,in equipe,trattamenti farmacologici e/o non farmacologici in base all'eziologia della fatigue;mentre il 60% del campione ritiene che nella gestione del paziente oncologico sottoposto a trattamenti antitumorali,circa il controllo della fatigue non vengono date informazioni e consigli specifici in merito al problema.

Alla domanda n°6 l'80% del campione,alla domanda su quali degli 11 modelli funzionali della salute di M. Gordon indagati nella fase dell'accertamento infermieristico e fondamentali per la pianificazione di un'assistenza personalizzata al

paziente, ritiene che tutti i modelli possono essere a rischio di alterazione a causa della fatigue cancro correlata e dei suoi effetti; in particolare i modelli ritenuti più a rischio di alterazione risultano essere: -modello di percezione e gestione della salute; -modello nutrizionale/metabolico; -modello di sonno e riposo; -modello di attività ed esercizio fisico; -modello di ruolo e relazione; -modello di adattamento e tolleranza allo stress; -modello di percezione e concetto di sé.

Alla domanda n°7, nella quale si chiede, per i modelli funzionali di salute alterati o a rischio di alterazione a causa della fatigue, quali sono gli interventi di assistenza infermieristica messi in atto per la gestione della fatigue e per migliorare la qualità di vita del paziente, le risposte degli infermieri risultano essere:

- -alimentarsi con cibo e bevande che piacciono in base allo stato di salute, riposarsi il più possibile e mantenere per quanto possibile le proprie abitudini di vita quotidiana;
- -educazione e conoscenza degli stili di vita, gestione più mirata del tempo a disposizione, condivisione di esperienze e ricorso a consulenze specifiche/specialistiche;
- -necessità di lavorare in equipe con più competenze professionali che coinvolgano attivamente il paziente e la sua rete di supporto negli interventi da effettuare.

Alla domanda n°8, nella quale si chiede, sulla base delle cause e degli effetti più rilevanti della fatigue sul paziente, quali interventi educativi vengono messi in atto per la gestione del problema durante la presa in carico del paziente, le risposte degli infermieri risultano essere:

- -cercare un aiuto psicologico specifico e un ambiente familiare più sereno possibile;
- -colloqui mirati con il paziente per condividere e conoscere le problematiche e fornire adeguate soluzioni che, anche se temporaneamente, possono alleviare gli effetti più negativi;
- -personalizzazione degli interventi, in base ai sintomi specifici che il paziente riferisce, e in base alla conoscenza circa le abitudini di vita, lo stato di salute, l'attività fisica ecc.. consigliando un'alimentazione adeguata, un'attività

fisica leggera e il ricorso ad un aiuto psicologico.

Alla domanda n°9 il 100% del campione afferma che in reparto non ci sono a disposizione dei pazienti informazioni scritte/opuscoli da consultare per informarsi circa il fenomeno della fatigue e su come gestire questo problema, ma ritiene che debbano esserci ed essere presenti per i pazienti.

Alla domanda n°10 il 100% del campione ritiene utile il conseguire ulteriori informazioni e competenze sulla fatigue attraverso diverse modalità ovvero: -corsi di aggiornamento; -incontri specifici; -consultazione della letteratura scientifica disponibile sull'argomento.



## **CAPITOLO 5**

### **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

#### **5.1 Considerazioni sui risultati del campione pazienti**

Dallo studio condotto tramite scala PFS-R, emerge che il valore medio totale dell'impatto della fatigue su tutte e 4 le dimensioni della persona, in tempo presente "ORA", corrisponde ad un valore moderato, su una scala numerica pari a 6. In ciascuna delle quattro dimensioni esaminate, il risultato espresso è di un valore medio della fatigue con un impatto moderato, in particolare nella dimensione comportamentale e fisica-sensoriale è pari a 5, nella dimensione affettiva è pari a 6, e nella dimensione cognitiva-dell'umore è pari a 4. In accordo con la letteratura scientifica, i risultati ottenuti permettono di enfatizzare l'importanza di considerare senz'altro la fatigue come un fenomeno multidimensionale, in quanto incide in modo moderato sulla qualità di vita e sulle capacità della persona. E' un fenomeno alquanto diffuso tra i pazienti oncologici e i livelli d'intensità di impatto del sintomo sulla persona sono generalmente moderati. I risultati convalidano la multi-dimensionalità della fatigue, essa grava su tutte le componenti della persona, coinvolgendola interamente e compromettendone la qualità di vita. Per questa ragione è fondamentale una maggiore attenzione e presa in carico del fenomeno per garantire una migliore qualità di vita ai pazienti oncologici. E' importante favorire l'educazione del paziente relativamente alla definizione di fatigue e alle migliori strategie per attenuarla, e una sensibilizzazione rispetto al problema per favorire un'adeguata comunicazione tra paziente e personale sanitario, utile ai fini dei trattamenti.

#### **5.2 Considerazioni sui risultati del campione infermieri**

Dai risultati sul campione infermieri emerge che non viene ancora effettuato un accertamento ottimale e specifico della fatigue in quanto nonostante siano presenti strumenti strutturati/scale di valutazione idonei a questo scopo, essi non vengono sistematicamente utilizzati nella pratica clinica ; ed emerge inoltre che non vi è ancora un'adeguata educazione e divulgazione di notizie e informazioni relativamente al fenomeno della fatigue ed alla sua gestione al paziente. Questo sia perchè non vi è la

presenza di opuscoli e libretti informativi che possano aiutare il personale sanitario nell'educazione al paziente, sia in quanto gli infermieri esprimono la volontà di partecipare e ricevere più conoscenze ed acquisire più competenze in merito al problema e alla sua gestione, tramite l'adesione a corsi di aggiornamento e di approfondimento. Dall'altra parte però si può senz'altro affermare che il campione infermieri dimostra un'ottima conoscenza del significato di fatigue, delle sue cause e fattori di rischio, e degli effetti negativi che incidono sulla qualità di vita del paziente. Inoltre nonostante non vi sia un protocollo per gli infermieri per indirizzarli circa la gestione e la presa in carico del paziente oncologico in presenza di fatigue, attraverso quindi gli interventi più necessari da mettere in atto, essi dimostrano di sapere bene gestire la fatigue come fenomeno multidimensionale, inquadrando i vari modelli di salute a rischio di alterazione e sapendo pianificare gli interventi di assistenza infermieristica più idonei per la gestione del problema e del paziente. Ritengo dunque sia necessario favorire un'adeguata educazione/formazione del personale sanitario circa la fatigue e la sua gestione, nonché un'appropriata sensibilizzazione sul fenomeno e sulla sua rilevanza, e promuovere un maggior accertamento e presa in carico dell'oncosintomatologia. La letteratura riconosce l'educazione come uno degli aspetti principali del nursing che comprende, tra le altre cose, una buona comunicazione e rapporto empatico con il paziente ed un'adeguata divulgazione di informazioni sulla definizione, eziologia e gestione del sintomo anche attraverso la disponibilità verso gli utenti di materiale informativo specifico per un maggiore approfondimento.

### **5.3 Limiti dello studio**

Tra i limiti riscontrati in questa indagine vi sono: la dimensione numerica ridotta del campione infermieri, in quanto lo studio è stato condotto in solo due realtà operative, dove vi è una presenza di personale sanitario comunque ridotta, rispetto ad altri contesti operativi. Un'altro limite dello studio riscontrato è lo strumento utilizzato per indagare la presenza di fatigue nel paziente, il quale risulta essere sì completo in quanto permette una visione olistica accertando più dimensioni che riguardano la persona; ma dall'altro canto per fare ciò esso si presenta essere abbastanza lungo e nel paziente oncologico comunque affaticato, ha richiesto nella somministrazione più tempo e in alcuni casi un

aiuto nella compilazione.

#### **5.4 Implicazioni per la pratica infermieristica**

Le implicazioni per la pratica emerse da questa indagine sono quelle di:

- -fornire un'adeguata sensibilizzazione e formazione al personale sanitario sul tema della fatigue oncologica attraverso corsi di aggiornamento e di approfondimento;
- -fornire un'adeguata divulgazione delle informazioni relative alla fatigue cancro correlata tra i pazienti oncologici attraverso la creazione di appositi opuscoli,libretti a disposizione degli utenti ed opportuna educazione verbale degli stessi sul tema da parte dell'equipe sanitaria;
- -favorire un accertamento,una diagnosi ed una gestione maggiore ed approfondita della fatigue oncologica,da parte del personale sanitario per i pazienti, attraverso l'utilizzo di scale/strumenti di valutazione idonei e strutturati e l'implementazione di protocolli validati per la gestione e la presa in carico del paziente oncologico in presenza di fatigue.

## BIBLIOGRAFIA

1. C. Smeltzer S, G. Bare B. Brunner-Suddarth: Infermieristica medico-chirurgica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2006.
2. Craven Ruth F, Constance J. Hirnle. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Volume 1: 3° edizione; 462-465.
3. Lussu S. Percezione della qualità di vita: la fatigue nel malato oncologico. Infermieri Informati 2004; (2) 10-11.
4. Borgonovi E. Fatigue: problema del malato spesso trascurato dal medico. CERGAS; 2002.
5. De Jong N, Candel MJJM, SchoutenH. Course of the fatigue dimension "activity level" and the interference of fatigue with daily living activities for patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. Cancer Nurs 2006; 29(5): 11-12.
6. Villa E. La fatigue: una malattia nella malattia per il paziente oncologico. Humanitas salute;2012.
7. Kirshbaum M. Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. British Journal of Community Nursing 2010;15(5): 214-219.
8. Bower JE, Lamkin DM. Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms,contributing factors,and treatment implication. Brain Behav Immun 2013; 30:48-57.
9. NCCN Guidelines 2006.
10. Profilo professionale dell'infermiere-DM 739/1994.
11. Codice deontologico dell'infermiere-2009.
12. Jodar L, Doran A, et al. Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. Eur J. Oncol Nurs 2006;(10): 150-155.
13. Tabloni S. La fatigue 2°edizione. Roma: La collana del girasole AIMaC; 2008.
14. Catania G. Astenia nel paziente oncologico. Dossier InFad 2007; 18:1-7.
15. Mustian k, Morrow G,Carroll J,FIGUEROA-MOSELEY C,Jean-Pierre P,Williams G. Integrative Nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. The Oncologist 2007;12(suppl 1):52-67.
16. Borglin G, Gustafsson M, Krona H. A theory-based educational intervention targeting nurses' attitudes and knowledge concerning cancer-related pain

- management: a study protocol of a quasi-experimental design. *BMC Health Serv Res* 2011 Sep 23;11:233-6963-11-233.
17. Borneman T, Piper BF, Koczywas M, Munevar CM, Sun V, Uman GC, et al. A qualitative analysis of cancer-related fatigue in ambulatory oncology. *Clin J Oncol Nurs* 2012 Feb;16(1):E26-32.
  18. Fitch MI, Mings D, Lee A. Exploring patient experiences and self-initiated strategies for living with cancer-related fatigue. *Can Oncol Nurs J* 2008 Summer;18(3):124-140.
  19. Foubert J. Cancer-related anaemia and fatigue: assessment and treatment. *Nurs Stand* 2006 May 17-23;20(36):50-57.
  20. Gracey JH, Watson M, Payne C, Rankin J, Dunwoody L. Translation research: 'Back on Track', a multiprofessional rehabilitation service for cancer-related fatigue. *BMJ Support Palliat Care* 2014 Dec 19.
  21. Kwakkenbos L, Minton O, Stone PC, Alexander S, Baron M, Hudson M, et al. Can the Cancer-related Fatigue Case-definition Criteria Be Applied to Chronic Medical Illness? A Comparison between Breast Cancer and Systemic Sclerosis. *J Rheumatol* 2015 Jul;42(7):1156-1162.
  22. Lane I. Managing cancer-related fatigue in palliative care. *Nurs Times* 2005 May 3-9;101(18):38-41.
  23. Madden J, Newton S. Why am I so tired all the time? Understanding cancer-related fatigue. *Clin J Oncol Nurs* 2006 Oct;10(5):659-661.
  24. Miura K, Ando S, Imai T. The association of cognitive fatigue with menopause, depressive symptoms, and quality of life in ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer* 2014 Dec 30.
  25. Mort S, Lahteenmaki PM, Matomaki J, Salmi TT, Salanterä S. Fatigue in young survivors of extracranial childhood cancer: a Finnish nationwide survey. *Oncol Nurs Forum* 2011 Nov;38(6):E445-54.
  26. Peters ME, Goedendorp MM, Verhagen CA, van der Graaf WT, Bleijenberg G. Severe fatigue during the palliative treatment phase of cancer: an exploratory

- study. *Cancer Nurs* 2014 Mar-Apr;37(2):139-145.
27. Ream E, Browne N, Glaus A, Knipping C, Frei IA. Quality and efficacy of educational materials on cancer-related fatigue: views of patients from two European countries. *Eur J Oncol Nurs* 2003 Jun;7(2):99-109.
  28. Reif K, de Vries U, Petermann F, Gorres S. A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: a multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial. *Eur J Oncol Nurs* 2013 Apr;17(2):204-213.
  29. Saligan LN, Kim HS. A systematic review of the association between immunogenomic markers and cancer-related fatigue. *Brain Behav Immun* 2012 Aug;26(6):830-848.
  30. Shun SC, Lai YH, Hsiao FH. Patient-related barriers to fatigue communication in cancer patients receiving active treatment. *Oncologist* 2009 Sep;14(9):936-943.
  31. Stricker CT, Drake D, Hoyer KA, Mock V. Evidence-based practice for fatigue management in adults with cancer: exercise as an intervention. *Oncol Nurs Forum* 2004 Sep 17;31(5):963-976.
  32. Stuhldreher N, Reif K, de Vries U, Gorres S, Petermann F. Development and evaluation of a cancer-related fatigue patient education program: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nurs* 2008 Jul 23;7:12-6955-7-12.
  33. Van Gerpen RE, Becker BJ. Development of an evidence-based exercise and education cancer recovery program. *Clin J Oncol Nurs* 2013 Oct;17(5):539-543.
  34. Von Ah DM, Kang DH, Carpenter JS. Predictors of cancer-related fatigue in women with breast cancer before, during, and after adjuvant therapy. *Cancer Nurs* 2008 Mar-Apr;31(2):134-144.
  35. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR. Nonpharmacologic supportive strategies to promote quality of life in patients experiencing cancer-related fatigue: a systematic review. *Clin J Oncol Nurs* 2011 Apr;15(2):203-214.
  36. Wangnum K, Thanarojanawanich T, Chinwatanachai K, Jamprasert L,

- Maleehuan O, Janthakun V. Impact of the multidisciplinary education program in self-care on fatigue in lung cancer patients receiving chemotherapy. *J Med Assoc Thai* 2013 Dec;96(12):1601-1608.
37. Wells JN, Fedric T. Helping patients manage cancer-related fatigue. *Home Healthc Nurse* 2001 Aug;19(8):486-93; quiz 493-4.
38. Winningham ML. Walking program for people with cancer. Getting started. *Cancer Nurs* 1991 Oct;14(5):270-276.
39. Yarbro CH. Interventions for fatigue. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1996 Jun;5(2 Suppl):35-38.
40. Yates P, Aranda S, Hargraves M, Mirolo B, Clavarino A, McLachlan S, et al. Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005 Sep 1;23(25):6027-6036.
41. Yesilbalkan OU, Karadakovan A, Goker E. The effectiveness of nursing education as an intervention to decrease fatigue in Turkish patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2009 Jul;36(4):E215-22.
42. De Nijs EJ, Ros W, Grijpdonck MH. Nursing intervention for fatigue during the treatment for cancer. *Cancer Nurs* 2008 May-Jun;31(3):191-206; quiz 207-8.
43. Ream E, Richardson A, Alexander-Dann C. Facilitating patients' coping with fatigue during chemotherapy-pilot outcomes. *Cancer Nurs* 2002 Aug;25(4):300-308.
44. Schwartz AL. Daily fatigue patterns and effect of exercise in women with breast cancer. *Cancer Pract* 2000 Jan-Feb;8(1):16-24.

## ALLEGATO N°1: QUESTIONARIO PER I PAZIENTI



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
A.A 2014/2015

Gentile Signore/a,

sono una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Padova, con sede a Rovigo. Sto realizzando un'indagine conoscitiva sulla fatigue(stanchezza/astenia legata alla malattia e alla terapia)con lo scopo di accertarne la presenza e l'impatto sulla persona e sulla sua qualità di vita.

Le chiedo cortesemente, al fine di raccogliere informazioni utili per lo svolgimento della mia tesi di laurea, di rispondere al seguente questionario in cui le verranno poste delle domande relativamente a come si sente, e su quanto la fatigue incide sullo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Le assicuro l'anonimato per tutelare la sua privacy,in conformità alla “legge 31 dicembre 1996 n. 675” sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

La ringrazio per la disponibilità e per la gentile collaborazione.

Indichi con una X o faccia un cerchio sul numero che rappresenta la sua risposta.

### QUESTIONARIO

#### PIPER FATIGUE SCALE-R(PFS-R)

1	Da quanto tempo sta provando fatigue(astenia)? <input type="checkbox"/> non provo fatigue <input type="checkbox"/> da minuti <input type="checkbox"/> da ore <input type="checkbox"/> da giorni <input type="checkbox"/> da settimane <input type="checkbox"/> da mesi <input type="checkbox"/> altro(descriva).....
2	Fino a che punto la fatigue che sta provando ora le causa disagio? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 per niente moltissimo
3	Fino a che punto la fatigue che sta provando ora interferisce con la capacità di svolgere il suo lavoro o le attività scolastiche? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 per niente moltissimo
4	Fino a che punto la fatigue che sta provando ora interferisce con la sua vita sociale, e la capacità di socializzare con gli amici?



	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 per niente moltissimo
5	Nel complesso, fino a che punto la fatigue che sta provando ora, interferisce con la capacità di svolgere e di impegnarsi nelle attività di vita quotidiana e del tempo libero? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 per niente moltissimo
6	Come descriverebbe il grado di intensità o di severità della fatigue che sta provando ora? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 lieve severa
7	Come descriverebbe la fatigue che sta provando ora come: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 piacevole spiacevole
8	Come descriverebbe la fatigue che sta provando ora come: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 gestibile ingestibile
9	Come descriverebbe la fatigue che sta provando ora come: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 positiva negativa
10	Come descriverebbe la fatigue che sta provando ora come: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 normale anormale
11	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 forte debole
12	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sveglio assonato
13	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vivace svogliato
14	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 riposato stanco
15	Quanto si senti ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 con energia senza energia
16	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 paziente impaziente
17	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	rilassato	stressato
18	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 euforico	depresso
19	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 capace di concentrarsi e concentrarsi e pensare pensare	incapace di
20	Quanto si sente ora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 capace di ricordare ricordare	incapace di

Per ulteriori informazioni:

21)In generale, cosa crede sia che,più direttamente, contribuisce o causa la sua sensazione di affaticamento?

.....  
 .....

22)In generale, la migliore strategia che lei ha trovato per alleviare la sua sensazione di affaticamento è:

.....  
 .....

SESSO: M  F

ETA':

- 20-29anni
- 30-39anni
- 40-49anni
- 50-59anni
- 60-69anni
- 70 e più

ALLEGATO N°2: TABELLA RIEPILOGATIVA DATI ANALITICI CAMPIONE PAZIENTI AFFERENTI AL DIP. ONCOLOGIA DELL'OSP. S. MARIA MISERICORDIA DELL'AZIENDA ULSS 18 ROVIGO

		QUESTIONARIO PIPER FATIGUE SCALE-R (PFS-R)																											
		Dimensione comportamentale					Dimensione affettiva					Dimensione fisica-sensoriale					Dimensione cognitiva-dell'umore												
D N°1	D N°2	D N°3	D N°4	D N°5	D N°6	D N°7	D N°8	D N°9	D N°10	D N°11	D N°12	D N°13	D N°14	D N°15	D N°16	D N°17	D N°18	D N°19	D N°20	D N°21	D N°22	M	F	ETA'	DIAGNOSI	TRATTAMENTO			
1	da mesi	9	pensionata	10	5	9	10	9	9	8	10	8	9	9	5	9	9	8	4	dispiacere	visite familiari	x		70 e più	oncoematologica	2° ciclo ch.			
2	da mesi	9		8	10	5	9	10	9	9	8	10	8	9	5	9	9	9	4	preoccupazione	visite familiari	x		50-59anni	oncoematologica	2° ciclo ch.			
3	da mesi	10		6	8	5	9	10	8	9	8	7	8	7	3	6	6	4	3	dispiacere	visite familiari	x		50-59anni	k mammella	2°ciclo radio			
4	da giorni	3	pensionata	3	4	2	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	1	terapie	pensieri positivi	x		70 e più	k tube genitali	2°ciclo ch			
5	da giorni	3		4	3	4	2	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	terapie	pensieri positivi	x		50-59anni	k ovaie	2° ciclo ch.			
6	da settimane	5		5	4	6	4	5	6	7	6	5	6	7	4	4	1	7	6	2	1	malattia	pensieri positivi	x		50-59anni	k tube genitali	2° ciclo ch.	
7	da mesi	6		7	6	6	7	6	6	6	7	5	7	6	5	6	3	4	1	terapie	riposo	x		60-69anni	k esofago	3° ciclo ch			
8	da settimane	8		7	6	5	6	5	6	6	5	4	5	4	3	5	2	4	5	2	2	terapie	riposo	x		50-59anni	k esofago	2° ciclo radio	
9	da settimane	7		5	5	6	4	5	4	5	4	5	5	5	5	6	5	6	6	5	malattia	riposo	x		50-59anni	k esofago	2° ciclo ch.		
10	da settimane	8		10	10	8	8	8	8	8	8	10	8	9	10	9	9	9	9	3	malattia	nulla	x		60-69anni	k colon	3° ciclo ch		
11	da settimane	8		10	9	8	8	8	8	8	9	9	7	8	9	8	8	8	9	4	malattia	riposo	x		50-59anni	k fegato	2° ciclo ch.		
12	da settimane	8		10	10	8	8	8	8	8	8	10	8	9	10	9	9	9	9	3	malattia	nulla	x		50-59anni	k colon	2° ciclo ch.		
13	da mesi	7	pensionato	8	8	8	7	7	6	6	9	9	7	6	6	6	8	8	6	3	malattia	nulla	x		70 e più	k polmone	3° ciclo ch		
14	da mesi	7	pensionata	8	8	8	7	7	6	6	8	8	6	7	6	7	7	8	6	4	malattia	nulla	x		70 e più	k polmone	2° ciclo ch.		
15	da mesi	6	pensionata	7	8	8	7	7	6	5	7	7	7	6	6	7	7	7	5	4	malattia	nulla	x		70 e più	k colon	2° ciclo ch.		
16	da settimane	5		6	6	6	6	5	5	6	5	6	5	4	6	6	6	7	5	5	4	terapie	riposo	x		50-59anni	k esofago	3° ciclo ch	
17	da settimane	7	pensionato	5	4	8	8	6	5	6	5	2	6	2	2	2	2	3	3	1	malattia	pensieri positivi	x		60-69anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
18	da settimane	7		6	5	3	7	7	6	5	6	5	2	6	2	2	4	3	3	1	terapie	pensieri positivi	x		50-59anni	k colon	2° ciclo ch.		
19	da settimane	5		4	6	6	4	6	5	4	6	6	4	4	4	2	3	3	4	2	terapie	pensieri positivi	x		50-59anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
20	da settimane	5	pensionata	1	1	1	4	2	2	2	5	3	3	2	2	2	2	1	1	1	malattia	pensieri positivi	x		70 e più	oncoematologica	2° ciclo ch.		
21	da settimane	5	pensionata	1	2	1	3	3	3	2	4	2	2	3	3	3	2	2	2	2	malattia	pensieri positivi	x		70 e più	oncoematologica	2° ciclo ch.		
22	da mesi	6		6	4	5	7	7	5	6	4	6	7	7	7	6	6	5	6	5	5	terapie	riposo	x		40-49anni	k fegato	2° ciclo ch.	
23	da giorni	5		10	6	0	1	8	8	5	5	7	0	1	1	1	1	5	5	0	0	malattia	riposo	x		50-59anni	oncoematologica	2° ciclo ch.	
24	da giorni	5		9	6	2	1	8	7	5	5	2	3	3	4	4	4	4	1	1	malattia	riposo	x		40-49anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
25	da settimane	6		6	4	4	5	6	5	4	5	4	4	5	4	3	5	4	5	5	terapie	riposo	x		50-59anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
26	da mesi	7	pensionato	7	7	8	8	8	8	8	8	5	1	2	3	5	1	5	5	2	2	malattia	riposo	x		60-69anni	k esofago	3° ciclo ch	
27	da mesi	6	invalido civile	7	6	6	5	5	6	6	5	6	7	6	4	5	5	4	4	5	malattia	riposo	x		50-59anni	k esofago	3° ciclo ch + radio		
28	da mesi	6		6	5	6	7	7	5	6	4	6	5	6	7	6	6	5	6	5	5	terapie	riposo	x		40-49anni	k fegato	2° ciclo ch.	
29	da settimane	6		6	5	7	6	6	5	6	6	7	5	6	6	5	6	6	6	2	2	terapie	riposo	x		40-49anni	k colon	2° ciclo ch. + radi	
30	da settimane	6		7	4	4	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	4	4	malattia	riposo	x		40-49anni	k colon	2° ciclo ch.	
31	da mesi	6	pensionata	1	1	4	3	3	3	4	5	6	6	6	7	7	7	7	3	3	malattia	visite familiari	x		70 e più	oncoematologica	2° ciclo ch.		
32	da mesi	6		3	2	3	4	3	3	4	4	5	6	6	7	7	7	5	3	3	terapie	visite familiari	x		60-69anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
33	da mesi	6		3	3	2	3	3	3	4	4	5	6	6	6	7	6	6	6	3	3	terapie	riposo	x		60-69anni	oncoematologica	2° ciclo ch.	
34	da mesi	6		3	2	2	4	4	3	3	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	malattia	visite familiari	x		60-69anni	oncoematologica	2° ciclo ch.		
35	da giorni	6	pensionata	2	4	3	3	3	3	2	2	2	4	3	3	3	2	2	1	1	malattia	pensieri positivi	x		70 e più	k pancreas	3° ciclo ch		
36	da giorni	5	pensionata	2	3	4	3	3	3	3	2	2	2	4	3	3	2	2	1	1	1	terapie	pensieri positivi	x		70 e più	k pancreas	2° ciclo ch.	
37	da giorni	5		5	3	3	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	3	3	3	malattia	riposo	x		50-59anni	k pancreas	2° ciclo ch.		
38	da giorni	6		5	3	3	3	4	3	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	malattia	riposo	x		50-59anni	k colon	2° ciclo ch.	
39	da settimane	5		6	4	4	4	3	4	3	4	3	4	5	6	5	4	4	5	4	4	malattia	riposo	x		50-59anni	k esofago	2° ciclo radio	
40	da settimane	6		4	4	3	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	terapie	visite familiari	x		50-59anni	k esofago	2° ciclo ch.	
41	da settimane	6		5	4	4	3	4	5	4	5	5	6	4	3	4	5	5	3	3	malattia	riposo	x		40-49anni	k fegato	2° ciclo ch.		
42	da giorni	5		5	3	3	4	4	4	3	4	4	5	3	3	4	5	4	3	3	malattia	riposo	x		40-49anni	k colon	2° ciclo ch.		
43	da settimane	6		6	4	4	4	3	3	4	4	4	5	5	3	3	4	4	5	4	3	terapie	riposo	x		60-69anni	oncoematologica	2° ciclo ch.	
44	da settimane	6		5	4	4	4	3	4	4	5	4	5	4	3	4	4	5	4	5	4	3	terapie	riposo	x		50-59anni	k ovaie	2° ciclo ch.
45	da settimane	5		6	4	4	4	4	5	4	5	6	5	6	5	5	5	5	6	6	6	terapie	riposo	x		50-59anni	k ovaie	2° ciclo ch.	
46	da giorni	5		5	4	4	4	4	5	6	6	6	5	5	5	5	6	6	6	6	5	malattia	visite familiari	x		50-59anni	k pancreas	2° ciclo ch.	
47	da mesi	7		6	5	5	5	5	6	6	6	7	7	7	6	6	7	7	6	6	malattia	pensieri positivi	x		50-59anni	k polmone	3° ciclo ch		
48	da giorni	5		4	5	5	5	6	6	6	7	7	5	5	6	6	6	6	6	6	6	malattia	pensieri positivi	x		40-49anni	k colon	2° ciclo ch	
49	da settimane	6		5	5	5	4	5	5	6	7	8	7	7	7	7	7	5	6	6	5	terapie	riposo	x		40-49anni	k colon	2° ciclo ch.	
50	da settimane	9	pensionata	10	5	9	8	7	7	8	8	7	7	8	8	8	7	7	5	5	5	terapie	riposo	x		70 e più	oncoematologica	2° ciclo ch.	

## ALLEGATO N°3: QUESTIONARIO PER INFERMIERI



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
A.A 2014/2015

Gentile infermiere/a, sono una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Padova, con sede a Rovigo. Sto realizzando un'indagine sulla conoscenza del fenomeno della fatigue (legata alla malattia neoplastica e ai trattamenti antitumorali) e sulla relativa gestione da parte del personale infermieristico. Le chiedo cortesemente di rispondere al seguente questionario, assicurandole che le informazioni raccolte mi permetteranno di raccogliere dati e informazioni per la mia tesi di laurea. Le assicuro l'anonimato per tutelare la sua privacy e la ringrazio sin da ora per la sua collaborazione.

### QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA CONOSCENZA E DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI PER LA GESTIONE DELLA FATIGUE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

1	E' a conoscenza del significato di fatigue cancro correlata? SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, quale definizione ne darebbe? <hr/> <hr/>
2	Ritiene che la fatigue comporti effetti negativi sulla qualità di vita del paziente? SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se sì, quali possono essere secondo lei gli effetti più rilevanti e importanti sulla qualità di vita del paziente?(sono possibili più risposte): <ul style="list-style-type: none"><li>■ impossibilità di condurre una vita normale, di svolgere le proprie attività abituali, e aumento della necessità di dormire e riposare;</li><li>■ interferenze sulla vita lavorativa che si traducono nell'esigenza di cambiare mansioni e di ridurre l'orario;</li><li>■ riduzione di motivazione e di interesse, sentimenti di tristezza, frustrazione ed irritabilità, umore fragile, difficoltà a concentrarsi e ricordare le cose;</li><li>■ perdita di interesse per la vita di relazione, difficoltà a svolgere attività che richiedano anche un minimo sforzo fisico (ad esempio</li></ul>

	<p>fare la spesa);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ altro(specificare).....</li> </ul> <p>.....</p>
3	<p>Quali possono essere secondo lei le cause più importanti che provocano la fatigue nel paziente oncologico?(sono possibili più risposte):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ anemia</li> <li>■ terapie oncologiche</li> <li>■ disturbi del metabolismo</li> <li>■ problemi alimentari</li> <li>■ disturbi del sonno</li> <li>■ dolore</li> <li>■ cause psicologiche</li> <li>■ altro(specificare).....</li> </ul> <p>.....</p>
4	<p>Nell' U.O dove lavora, gli infermieri accertano la presenza di segni/sintomi della fatigue nei pazienti in trattamento antitumorale? SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, quali strumenti vengono utilizzati?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ nessuno</li> <li>■ strumento specifico.....</li> <li>■ altro.....</li> </ul> <p>.....</p>
5	<p>Vengono forniti consigli/informazioni al paziente sottoposto a trattamento chemioterapico circa la gestione della fatigue? SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, quali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ che è necessario intervenire precocemente e proporre,in equipe, trattamenti farmacologici e/o non farmacologici(es: fare attività fisica, tecniche di rilassamento ecc..) in base all'eziologia della fatigue;</li> <li>■ di riposarsi e dormire spesso,anche durante il giorno,e di ridurre l'attività;</li> <li>■ di non preoccuparsi,che è un fenomeno normale e che fa parte del processo patologico,non è necessario fare nulla;</li> <li>■ altro.....</li> </ul> <p>.....</p>
6	<p>Sulla base degli 11 modelli funzionali della salute di Marjory Gordon, indagati nella fase dell'accertamento infermieristico e fondamentali per la pianificazione assistenziale, quali ritiene possano essere i modelli alterati o a rischio di alterazione, a causa della fatigue cancro correlata e dei suoi effetti, sulla qualità di vita nel paziente sottoposto a trattamento chemioterapico? (sono possibili più risposte)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE(modello di salute e benessere percepito dalla persona,comportamento della persona nei confronti della propria</li> </ul>

	<p>salute, stato o condizioni di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ MODELLO NUTRIZIONALE-METABOLICO(consumo di alimenti e bevande in relazione al fabbisogno metabolico,indicatori dello stato nutrizionale,condizioni di cute,capelli ed unghie)</li> <li>■ MODELLO DI ELIMINAZIONE(modello di funzione escretoria,abitudini e mezzi che la persona adotta)</li> <li>■ MODELLO DI ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO(attività di vita quotidiana,tempo libero,svaghi)</li> <li>■ MODELLO DI SONNO-RIPOSO(livello di energia-sentirsi o non sentirsi in forze, aiuti e problemi relativi al sonno,percezione della quantità e qualità del proprio riposo)</li> <li>■ MODELLO COGNITIVO-PERCETTIVO(capacità funzionale nell'ambito cognitivo,ricordare,memorizzare..)</li> <li>■ MODELLO DI PERCEZIONE DI SE'-CONCETTO DI SE'(atteggiamenti verso se stessi,percezione delle proprie capacità,immagine corporea,modello emozionale,postura,linguaggio)</li> <li>■ MODELLO DI RUOLO-RELAZIONE(percezione delle proprie responsabilità,impegni di ruolo familiari-lavorativi-sociali)</li> <li>■ MODELLO DI SESSUALITA'-RIPRODUZIONE( desiderio di avere figli,uso di contraccettivi)</li> <li>■ MODELLO DI ADATTAMENTO-TOLLERANZA ALLO STRESS(modò generale di affrontare le situazioni, capacità percepita di gestire le situazioni e risorse personali su cui poter sempre contare,tono dell'umore)</li> <li>■ MODELLO DI VALORI-CONVINZIONI(valori,scopi e credenze che guidano le scelte)</li> </ul>
7	<p>Per i modelli funzionali di salute per lei alterati o a rischio di alterazione a causa della fatigue cancro correlata, quali sono gli interventi di assistenza infermieristica (di natura tecnica,relazionale,educativa,palliativa) che come infermiere fa o metterebbe in atto per la gestione della fatigue e per migliorare la qualità di vita del paziente sottoposto a trattamento chemioterapico?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
8	<p>Sulla base delle cause e degli effetti più rilevanti ed importanti per lei della fatigue cancro correlata nel paziente oncologico, quali interventi educativi, come infermiere, conosce e mette in atto per la gestione del problema durante la presa in carico del paziente?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
9	<p>Nell' U.O dove lavora, ci sono a disposizione informazioni scritte/opuscoli</p>

	<p>che il paziente può consultare per informarsi sul fenomeno della fatigue?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sì, sono a disposizione degli utenti;</li> <li>■ no, non sono presenti;</li> <li>■ no, non ci sono ma ritengo debbano esserci;</li> <li>■ altro.....</li> </ul> <p>...</p>
10	<p>Ritiene utile conseguire ulteriori competenze sulla fatigue? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, in quale modo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ corsi di aggiornamento;</li> <li>■ incontri specifici in U.O.;</li> <li>■ revisione bibliografica, consultazione letteratura sull'argomento;</li> <li>■ altro.....</li> </ul> <p>.....</p>

Per ulteriori informazioni:

Sesso: M  F

Età: 25-35anni  35-45anni  45-55anni

Titolo professionale:

- diploma infermiere professionale
- laurea di 1° livello in Infermieristica
- laurea di 2° livello in Infermieristica
- master

Anni di servizio in questa U.O: \_\_\_\_\_

**ALLEGATO N°4: TABELLA RIEPILOGATIVA DATI INFORMATIVI DEL CAMPIONE INFERMIERI**

	M	F	ETA'	TITOLO PROF.	ANNI SERVIZIO
1		x	45-55anni	diploma inf.prof	10anni
2		x	35-45anni	diploma inf.prof	9anni
3		x	35-45anni	laurea di 1°livello	7anni
4		x	25-35anni	laurea di 1°livello	1anno
5		x	35-45anni	laurea di 1°livello	5anni
6	x		35-45anni	laurea di 1°livello	8anni
7		x	35-45anni	diploma inf.prof	10anni
8		x	25-35anni	laurea di 1°livello	5anni
9		x	35-45anni	laurea di 1°livello	7anni
10		x	35-45anni	diploma inf.prof	8anni
11	x		25-35anni	laurea di 1°livello	1anno
12		x	45-55anni	diploma inf.prof	10anni