



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Νοσηλευτική αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις στο σπίτι. Συστηματική ανασκόπηση

Σπουδαστής:

Τζαμάκου Ελευθερία, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 27)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ελσάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2006

Επιβλέπουσα

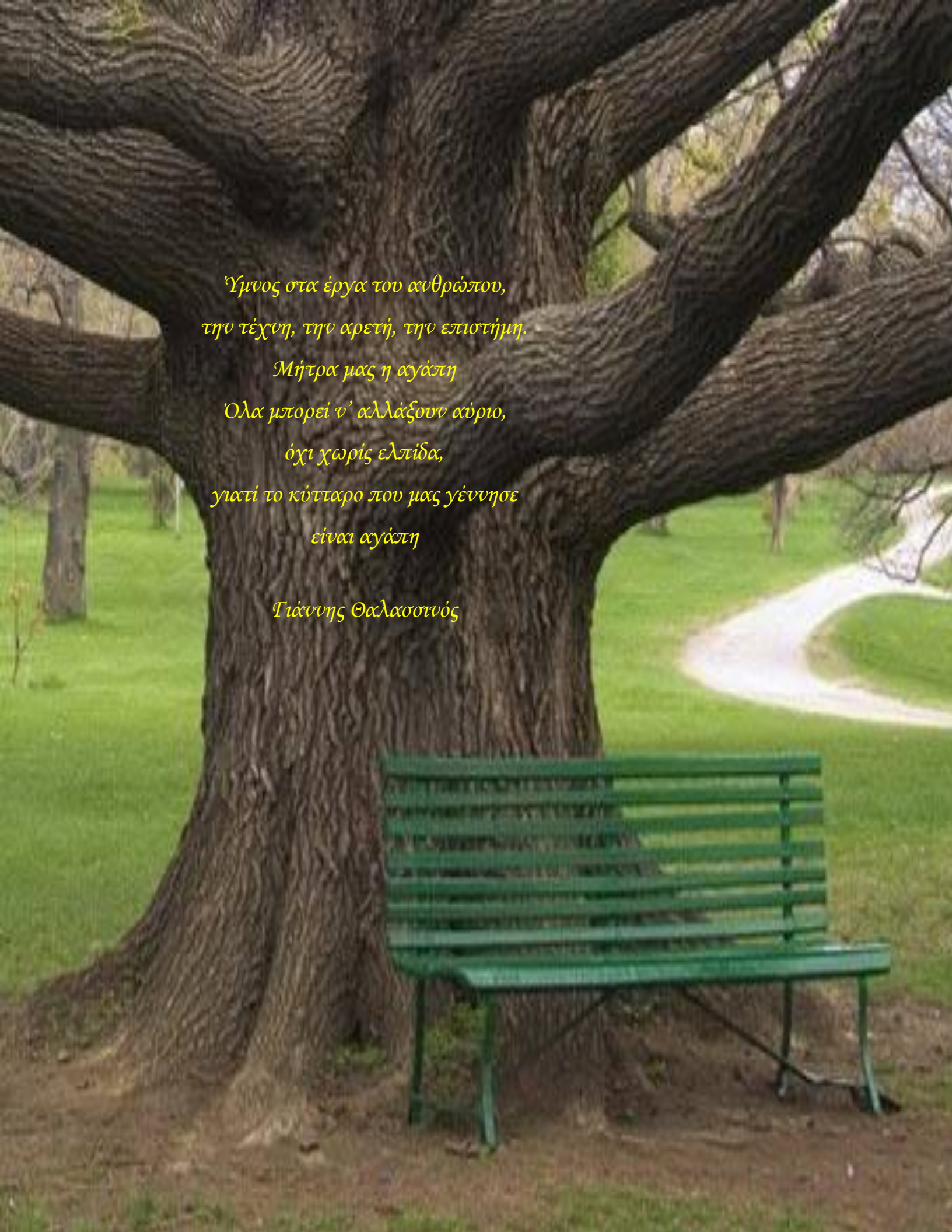
Ελισάβετ Πατηράκη -
Κουρμπάνη

Επίκουρη Καθηγήτρια
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ / ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / ΣΦΡΑΓΙΔΑ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:



Ύμνος στα έργα του ανθρώπου,
την τέχνη, την αρετή, την επιστήμη.

Μήτηρ μας η αγάπη
Όλα μπορεί ν' αλλάξουν αύριο,
όχι χωρίς ελπίδα,
γιατί το κύτταρο που μας γέννησε
είναι αγάπη

Γιάννης Θαλασσινός

στους αγαπημένους ασθενείς...

ευχαριστίες ...

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία και κλείνοντας ένα κύκλο εμπειριών δύο χρόνων, θα ήθελα να ζητήσω ένα μεγάλο συγγνώμη στην κόρη μου Θεοδώρα, στο γιο μου Βασίλη και στο σύζυγό μου Γιώργο, για τις στιγμές που δε μοιραστήκαμε όλο αυτό το διάστημα και να εκφράσω την αγάπη και την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς μου, Βασίλειο και Αγγελική, που χωρίς την αμέριστη υπομονή και συμπαράστασή τους, δε θα είχε ολοκληρωθεί η προσπάθεια αυτή.

Οφείλω να ευχαριστήσω μέσα από τα βάθη της καρδιάς μου την κα Ελισάβετ Πατηράκη – Κουρμπάνη, Επίκουρη Καθηγήτρια στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών στο τμήμα Νοσηλευτικής, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναλαμβάνοντας την εποπτεία της παρούσας διπλωματικής, αλλά και για την καθοδήγηση και στήριξη, όχι μόνο την παρούσα στιγμή, αλλά όλα τα χρόνια της μέχρι τώρα επαγγελματικής μου πορείας. Αποτελούσε πάντοτε και συνεχίζει ν' αποτελεί για μένα, πρότυπο αγάπης, σεβασμού και θαυμασμού.

Τον κ. Δημήτριο Δαμίγο Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, το σπουδαίο αυτό Δάσκαλο, που συνέβαλλε στην αλλαγή του τρόπου σκέψης μου αλλά και δράσης, μέσα από μια εκπληκτική και πρωτόγνωρη βιωματική εμπειρία.

Την κ. Διονυσία Καρέτσου, γραμματέα του προγράμματος και Παιδαγωγό Ψυχολόγο, για τον επαγγελματισμό, την οργανωτικότητά της, αλλά και για την αμέριστη βοήθεια και φιλία, που απλόχερα μου προσέφερε, καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος .

Την κ. Ελένη Ευτυχίδου, για την εμπιστοσύνη, ευαισθησία και καλοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου.

Πάνω από όλους όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου, τους ασθενείς με καρκίνο, που δίνουν καθημερινά μαθήματα ζωής και αγάπης σε όλους εμάς. Τους ευχαριστώ ΟΛΟΥΣ, όχι μόνο εκείνους, τους πιο δυνατούς, αλλά και τους λιγότερο δυνατούς, που με δίδαξαν και συνεχίζουν να με διδάσκουν, να μη φοβάμαι τον πόνο και το θάνατο, αλλά να συμπορεύομαι μαζί τους...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες

Αντί προλόγου	9
Εισαγωγή	13
Πόνος στον άνθρωπο με καρκίνο	17
- Σύνδρομο πόνου και αιτιολογία του	19
- Η έννοια του ολικού πόνου	22
- Γενικές αρχές αναλγητικής αγωγής στον καρκινικό πόνο	25
- Επείγουσες εισαγωγές ασθενών, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών	29

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

I.

1. Οστικές μεταστάσεις - Επιδημιολογικά δεδομένα	32
2. Παθοφυσιολογία οστικών μεταστάσεων	35
3. Συμπτώματα οστικών μεταστάσεων	42
4. Εκτίμηση και Διαγνωστική Αξιολόγηση ασθενών με οστικό πόνο	49
5. Θεραπευτικές προσεγγίσεις ογκολογικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις	53
5.1 Χειρουργική αντιμετώπιση	54
5.2 Ακτινοθεραπεία	56
5.3 Χημειοθεραπεία / Ορμονοθεραπεία	60
5.4 Διφωσφονικά	61
5.5 Καυτηρίαση με ραδιοκύματα	68
5.6 Ραδιοϊσότοπα	70
5.7 Επεμβατικές τεχνικές	71
5.8 Φαρμακευτικές προσεγγίσεις οστικού πόνου	72
5.9 Συμπληρωματικές μεθόδους διαχείρισης οστικού πόνου	79

6. Ποιότητα ζωής και οστικός πόνος	84
7. Προβλήματα – Εμπόδια στη διαχείριση του οστικού πόνου	93

II.

1. Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι	106
1.1 Ιστορική αναδρομή δομών νοσηλείας στο σπίτι	107
1.2 Η εξέλιξη της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι	111
1.3 Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σήμερα	116
1.4 Οι διαστάσεις του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή	123
1.5 Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου στο σπίτι	131
1.6 Κλίμακες μέτρησης πόνου	134
1.7 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις ανακούφισης του οστικού πόνου στο σπίτι	138
1.8 Ο ολικός πόνος της οικογένειας	142

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<i>Σκοποί</i>	146
<i>Μεθοδολογία</i>	147
<i>Αποτελέσματα</i>	149
<i>Συζήτηση – Περιορισμοί</i>	157
<i>Μελλοντικές προσεγγίσεις – κατευθύνσεις</i>	160
<i>Πίνακας μελετών ανάλυσης</i>	161
<i>Αντί επιλόγου</i>	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

... Αντί προλόγου

Η θεραπευτική προσέγγιση και οι θεωρίες που σχετίζονται με τον πόνο υπέστησαν ποικίλες μεταβολές κατά την πορεία της εξέλιξης της ανθρωπότητας. Στις αρχικές φαντασιώσεις περί μαγείας και δαιμόνων προστέθηκε αργότερα η προοδευτική συσσώρευση εμπειρικών γνώσεων και η προσπάθεια ορθολογικής εξήγησης του φαινομένου. Μόλις στη νεότερη εποχή έγινε δυνατή η αντικατάσταση αυτών των θεωρήσεων, με θεωρίες που βασίζονται στη μορφολογία και την παθοφυσιολογία, χωρίς ωστόσο να εξαλειφθούν οι πιο δημοφιλείς από τις παλαιότερες δοξασίες.(Sabatowski και συν., 1999)

Στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, ο πόνος κατανοήθηκε ως μια εμπειρία, η οποία μπορεί να περιγραφεί πλήρως μόνο από αυτόν που υποφέρει. Αν και μπορεί να παρατηρηθούν συγκεκριμένες ψυχολογικές αντιδράσεις και συμπεριφορές, η σύγχρονη ιατρική έχει δημιουργήσει όχι μόνο μία παράμετρο που ν' αντιπροσωπεύει την κατανόησή μας , αναφορικά με το τι γνωρίζουμε ότι σημαίνει, να πονάει κάποιος . Σύμφωνα με το Melzack (1983) η « σιωπηλή διάσταση του πόνου» είναι η σοβαρότητά του ή η έντασή του, από τη στιγμή άλλωστε που ο πόνος παρουσιάζεται ως ένα υποκειμενικό φαινόμενο με ποικίλα χαρακτηριστικά. (Noble και συν., 2005)

...αλλά όταν δεν μπορείς να το μετρήσεις, όταν δεν μπορείς να το εκφράσεις με νούμερα, η γνώση σου μοιάζει να είναι πενιχρή και ανικανοποίητη

Lord Kelvin Lecture “ Electrical Units of Measurement ”, May 3, 1893

Η διαθέσιμη έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση των αναλγητικών θεραπειών την περίοδο που άρχισε μόλις λίγο μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, ενθάρρυνε τουλάχιστον τρία πεδία επιστημονικής προσπάθειας.

Το πρώτο πεδίο είναι γνωστό ως ψυχοφυσική. Μετρά το αποτέλεσμα της αναλγησίας ποσοτικοποιώντας τον επιβλαβή ερεθισμό, ο οποίος ευθύνεται για την ενημερότητα του υποκειμένου σχετικά με τον πόνο, καθώς επίσης και το μέγιστο ερεθισμό, εκείνον δηλαδή, τον οποίο το υποκείμενο είναι ικανό να ανεχτεί. Η συγκεκριμένη ουσιώδη αρχή, χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των εν δυνάμει αναλγητικών παραγόντων στα ζώα και τη διερεύνηση των μηχανισμών του πόνου σε αυτά. Με αυτό τον τρόπο μπορούν ν' αναγνωριστούν νέοι παράγοντες αναλγησίας σ' ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης του

φαρμάκου, αλλά και νέα φάρμακα στόχοι, χρησιμοποιώντας μοντέλα πόνου προερχόμενα από τα ζώα.

Το δεύτερο πεδίο αφορά στην περιγραφή των ποικίλων απόψεων για τον πόνο ή της ποιότητάς του, χρησιμοποιώντας καθιερωμένες λέξεις σε έγκυρα ερωτηματολόγια τα οποία δημιουργήθηκαν από τους κλινικούς, στην προσπάθειά τους να τον κατηγοριοποιήσουν. Πρόκειται για μια κλινική μέθοδο αναγνώρισης μηχανισμών, με τους οποίους ο πόνος προκαλείται στο κάθε άτομο χωριστά.

Το τρίτο πεδίο αφορά στη μεθοδολογία που επιτρέπει τις συνεχόμενες μετρήσεις κατά τη διάρκεια χορήγησης αναλγητικού ή εικονικού φαρμάκου. Παράγει δεδομένα τα οποία επιτρέπουν διαμέσου ξεχωριστών μελετών, τη σύγκριση μεταξύ των αναλγητικών. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας βασίζεται στη μετανάλυση των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, διαμορφώνοντας τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και τα κλινικά πρωτόκολλα, τα οποία θα χρησιμοποιήσουν όλοι οι κλινικοί που θα εμπλακούν στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. (Noble και συν., 2005)

Αν και αυτά τα τρία πεδία μέτρησης πόνου, έχουν βρει τη θέση τους στην ανάπτυξη των φαρμάκων ή στη μοντέρνα κλινική πρακτική, αυτό που μας δίνει τη σημαντική πληροφόρηση (με την οποία οι αναλγητικές θεραπείες μπορούν ν' αξιολογηθούν και να συγκριθούν), είναι η αναφορά του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή (χρησιμοποιώντας απλές κλίμακες έντασης του πόνου), το διάστημα που υποβάλλεται σε θεραπεία. (Noble και συν., 2005) Παρά τις προαναφερθείσες βασικές ανακαλύψεις μετά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, σχετικά με την κατανόηση, αναγνώριση και φαρμακευτική διαχείριση του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο, ακόμη και σήμερα χρειάζεται να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη η υποκειμενική εμπειρία του καρκινικού πόνου. (Clark, 2005) Με αυτή την άποψη συμφωνεί και ο Athur Frank (2002), κοινωνιολόγος και ασθενής με καρκίνο, υποστηρίζοντας ότι « ο πόνος είναι η πιο δύσκολη πλευρά της καρκινικής εμπειρίας για να περιγράψει κανείς ».

Είναι ξεκάθαρο επίσης, ότι η αναφορά του πόνου από τον ασθενή είναι πολύ σημαντική, αλλά δεν είναι επαρκής. Πρέπει να εκτιμηθούν η λειτουργική κατάσταση, η χρήση της φροντίδας υγείας και η κατάσταση εργασίας. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν και πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί, για να διατηρήσουν αρκετή ευελιξία αναφορικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η περιορισμένη ικανότητά τους να διαγνώσουν με ακρίβεια τις αιτίες που προκαλούν τον πόνο. (Wiffen, 2000)

Τα τελευταία 50 χρόνια οι ασθενείς με καρκίνο εμπλέκονται όλο και πιο ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία τους και στη φροντίδα τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν εμβαθύνει στην κατανόηση και στη μέτρηση του πόνου. Η προαγωγή της αυτονομίας του ασθενούς, αποτελεί έναν οδηγό κλειδί για αλλαγή, οδηγώντας στην εισαγωγή μακράς δράσης αναλγητικών φαρμάκων, ειδικών συσκευών και θεραπευτικών τεχνικών για τη χορήγησή τους και επομένως εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης του πόνου. (Clark, 2005)

Ένα πολύ ισχυρό και απλό εργαλείο για να εκτιμηθούν οι αναλγητικές παρεμβάσεις στον ασθενή, αποτελούν οι τυχαιοποιημένες μελέτες. Η ειδική αξία των τυχαιοποιημένων μελετών στον έλεγχο του πόνου, είναι η ικανότητά τους να ελαχιστοποιήσουν τις συγχυτικές επιδράσεις των αγνώστων παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τις ανταποκρίσεις των ασθενών. Επιπλέον μελέτες που αφορούν στην αναλγησία, βοηθούν στην ερμηνεία και διευκρίνιση ειδικών θεμάτων όπως: η πηγή χρηματοδότησης, η ανταπόκριση στο εικονικό φάρμακο και οι προσδοκίες των ιατρών και των ασθενών. (Jaded και συν.,1999) Συμπεριφορές, μύθοι και λανθασμένες πεποιθήσεις, αλλάζουν με αργό ρυθμό , αναφορικά με τη φύση της θεραπείας του πόνου. (Stem, 1998)

Για την κατάλληλη και ολιστική φροντίδα του ασθενούς, αλλά και τη διαφοροποίηση των συγκεκριμένων αιτιών του καρκινικού πόνου, κρίνεται απαραίτητη η προσέγγισή του από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας. (Seraphim, 2001) Η ομάδα αυτή, για να βελτιώσει την ανακούφισή του, πρέπει να έχει άριστη εκπαίδευση σε θέματα φαρμακολογίας και χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων. Οι νοσηλευτές πρέπει ν' αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της θέσης τους στην εκτίμηση του πόνου και στη χορήγηση των αναλγητικών και να προτείνουν τροποποιήσεις στις τεχνικές διαχείρισης του πόνου των ασθενών τους, θέτοντας ως υψηλής προτεραιότητας ζητήματα, τη διάγνωση και την ανακούφιση του πόνου. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, αλλά και το ευρύτερο κοινό, έχουν τις δικές τους απόψεις για το ποιος είναι ειδικός για την αντιμετώπιση του πόνου, έχουν τους δικούς τους φόβους για τα φάρμακα και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανακούφισή του, αλλά και τις δικές τους συμπεριφορές σχετικά με την πιθανότητα ανάπτυξης εθισμού. (Stem, 1998)

Επομένως πριν ακόμη οι επαγγελματίες υγείας αναλάβουν ρόλους, αντιδράσεις, πριν μετρήσουν ανταποκρίσεις, πριν καν καλά αρχίσουν να θεραπεύουν, πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος, το πλαίσιο και τη φύση της εμπειρίας του πόνου. (Cor, 1994)

« Ο πόνος αποτελεί ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Η διαχείρισή του είναι μια συμφωνία μεταξύ τους. Όλο και πιο συχνά ο γιατρός δεν ακούει την παράκληση, καθώς έχει την επιλογή να φύγει από τη σκηνή. Ο ασθενής και ο νοσηλευτής δεν μπορούν να φύγουν- όσο και να το θέλουν κάποιες φορές και οι δύο. Συμφωνούν στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τον πόνο, και αυτό είναι η ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας ».

(Cop, 1990b)

Η πολυετής εμπειρία μου στη φροντίδα ασθενών με πόνο και η ευαισθητοποίησή μου από τις αναφορές των αρρώστων και των συγγενών τους, με οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος της διπλωματικής εργασίας. Κάθε ένας από αυτούς τους αρρώστους αποτελεί μια νέα πρόκληση της ομάδας υγείας, γιατί αντιμετωπίζει με το δικό του τρόπο την εξέλιξη του πόνου του, που πολλές φορές αιφνίδιοι, ξενίζει και δεν ακολουθεί τα συνήθη πρότυπα.

Καταλυτική ήταν η παρουσία του αρρώστου Π.Χ με καρκίνο ουροδόχου κύστεως. Η άρνηση του Κου Π.Χ, ο οποίος υπέφερε υπερβολικά λόγω οστικών μεταστάσεων, να λάβει οπιοειδή για αρκετό χρονικό διάστημα, εξέπληξε όλη τη θεραπευτική ομάδα. Ακόμη και στην τελική περίοδο της ζωής του έλεγε: « Εμένα δεν ήρθε η ώρα μου ακόμη, όταν φθάσω στο τέλος, θα πάρω και από αυτά » (εννοούσε τα οπιοειδή). Και απευθυνόμενος σ' εμένα έλεγε: « Εσύ εκεί που πας και μαθαίνεις τόσα πράγματα για τον πόνο, πες μου, βγήκε κανένα καινούργιο φάρμακο, να το πεις στο γιατρό να μου το γράψει; Τι αρρώστια είναι αυτή που μου έχει φάει τα κόκαλα και με κάνει να πονώ τόσο; ». Ο σπάνιος αυτός ασθενής έζησε με τον καρκίνο 6 χρόνια, με ηπατικές, οστικές και εγκεφαλικές μεταστάσεις και δέχθηκε τα οπιοειδή μόλις μόνο δύο μήνες πριν πεθάνει.

Εισαγωγή

Μισό εκατομμύριο των κακοήθων νεοπλασιών που διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο, δίνουν μεταστάσεις στα οστά (Peacock, 1996) και το πιο συχνό σύνδρομο πόνου που παρουσιάζεται στους ασθενείς με καρκίνο, είναι εκείνο του μεταστατικού οστικού πόνου. (Portion, Kenner και Foley, 1996)

Τις πιο συχνές αιτίες μεταστατικού οστικού πόνου αποτελούν: ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, του προστάτη , και του νεφρού. Οι οστικές μεταστάσεις τεκμηριώνονται σ' ένα ποσοστό 60% - 84% των Ογκολογικών ασθενών με συμπαγείς όγκους (Mercadante 1997) και προσβάλλονται πιο συχνά, η σπονδυλική στήλη, η λεκάνη και τα κάτω άκρα, χωρίς ν' αποκλείονται τα άνω άκρα και το κρανίο. Ποσοστό 79% των ασθενών με οστικές μεταστάσεις, βιώνουν σοβαρό πόνο, πριν λάβουν παρηγορητική θεραπεία για την αντιμετώπισή του. (Janjian, 2001) Ο μεταστατικός οστικός πόνος αποτελεί τον κύριο λόγο επίσκεψης των ασθενών στο γιατρό και είναι η πιο ενοχλητική επιπλοκή των οστικών μεταστάσεων. Αποτέλεσμα των οστικών μεταστάσεων ή της διείσδυσης του όγκου στα οστά, αποτελεί η τροποποίηση κάποιων ή όλων των βασικών λειτουργιών των οστών (οργανική υποστήριξη, ερυθροποίηση, ομοιόσταση ηλεκτρολυτών). Σημαντικοί παράγοντες στην επιλογή της πιο κατάλληλης θεραπείας αποτελούν οι εξής παράγοντες: ο τύπος του όγκου, ο αριθμός των οστικών βλαβών (μονήρεις ή πολλαπλές), ο τύπος της βλάβης (μικτός, λυτικός ή βλαστικός), ο βαθμός εμπειρίας άλλων συμπτωμάτων και η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. (Mayer , Struthers και Fisher, 1997)

Εάν ληφθούν υπόψη οι παραπάνω παράγοντες τότε επιτυγχάνεται ανακούφιση του πόνου, διατηρείται ή επανακτάται η λειτουργική ικανότητα και βελτιώνεται η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. Για τη διευθέτηση των προαναφερόμενων θεμάτων δύναται ν' αποβεί χρήσιμη η χρήση κλινικών αλγόριθμων. Επιπλέον με τον πόνο, συνήθεις επιπλοκές όπως η απώλεια της κινητικότητας, τα κατάγματα του σκελετού, η υπερασβεστιαμία, η πίεση της σπονδυλικής στήλης και των νευρικών ριζών, ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κλινική πορεία των ασθενών με μεταστατική οστική νόσο είναι σχετικά μακροχρόνια και οι ασθενείς βιώνουν συνεχόμενες επιπλοκές για μια περίοδο αρκετών χρόνων. Οστικές μεταστάσεις θα παρουσιάσουν γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε ποσοστό περισσότερο από 75-80 % και από τη στιγμή

της επιβεβαίωσης της παρουσίας τους, ο μέσος χρόνος επιβίωσης υπολογίζεται περίπου στα 2.5 έτη. (Portenoy, Kanner και Foley, 1996) Οι συγκεκριμένες γυναίκες ενδέχεται να παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο σοβαρού οστικού πόνου, παρόλα αυτά όμως πολλές γυναίκες μπορεί να μην τον αναφέρουν όπως πρέπει. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των ατόμων που εμφανίζουν συγκεκριμένο πόνο, ποικίλει αρκετά σε διάφορες αναφορές από 50% έως και 95%. (Lupo, 1994) Οι διαφορές αυτές μπορεί να εξηγηθούν από ένα αριθμό παραγόντων, περιλαμβάνοντας τον τύπο του καρκίνου, την αμεσότητα με τις νευρικές δομές και το στάδιο της νόσου. Δυστυχώς ο οστικός πόνος διεθνώς δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από πολλούς επαγγελματίες υγείας, κυρίως γιατί οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για ν' ανακουφίσουν το μεταστατικό οστικό πόνο, απαιτούν συνεργασία ομάδας επαγγελματιών υγείας, (Janjian, 2001) της οποίας η λειτουργία δεν είναι πάντα αρμονική.

Για την επιλογή καλύτερων θεραπευτικών προσεγγίσεων αναφορικά με τον πόνο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κλινική κατάσταση του ασθενούς, το προσδόκιμο επιβίωσης, η συστηματική αναλγητική αγωγή, η συμμόρφωσή του στη λήψη των φαρμάκων και η καλή ποιότητα ζωής. (Ripamonti και Fulfaro, 2001; Berger και Koprowski, 2002)

Η μη επαρκής αντιμετώπιση του πόνου αφορά στα εμπόδια της εκτίμησης του πόνου, είτε από τον ίδιο τον ασθενή (διστακτικότητα αναφοράς πόνου, διστακτικότητα λήψης οπιοειδών και φτωχή συμμόρφωση στην αγωγή) , είτε από τους επαγγελματίες υγείας (έλλειψη γνώσης, μη συνταγογράφηση φαρμάκων, μειωμένη προτεραιότητα στον έλεγχο των συμπτωμάτων, μη σωστή καταγραφή του πόνου), είτε από το σύστημα (μη διαθέσιμα οπιοειδή αναλγητικά, μη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα, έλλειψη κάλυψης των αναλγητικών φαρμάκων εκτός νοσοκομείου από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς). (Miaskowski και συν., 2001)

Επιπλέον σήμερα το 90 % της φροντίδας των Ογκολογικών ασθενών παρέχεται σε εξωτερική βάση, γι' αυτό κρίνεται σημαντική η γνώση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών στη συνταγογραφούμενη αναλγητική αγωγή από τη στιγμή που η έλλειψη συμμόρφωσης των ασθενών στην αναλγητική αγωγή, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες υποθεραπείας του καρκινικού πόνου. (Miaskowski και συν., 2001)

Ασθενείς με οστικές μεταστάσεις πιθανά δεν μπορούν να ελπίζουν στην ίαση, αλλά μπορούν όμως με την ορθή διαχείριση του οστικού πόνου να ελπίζουν, στην καλή ποιότη-

τα ζωής τουλάχιστον των 2-3 ετών. Θέματα ποιότητας ζωής αναφορικά με τον πόνο και την κινητικότητα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, έναντι των θεραπειών όπως ΧΜΘ, ΑΚΘ και Χειρουργική σταθεροποίηση- ακινητοποίηση. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, έχουν ανάγκη τη συνεχή σωματική και συναισθηματική υποστήριξη, καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας τους. (Piasecki, 1996) Η αντιμετώπιση όμως και η διαχείριση των προβλημάτων των ασθενών με οστικές μεταστάσεις, στο σπίτι, αποτελεί χωρίς αμφιβολία ένα σύνθετο πρόβλημα, τόσο για την ιατρική όσο και για τη νοσηλευτική κοινότητα.

Προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη οργανωμένων δομών παροχής υγείας στο σπίτι, όπως ακριβώς υπάρχουν στις προηγμένες υγειονομικές χώρες, σε αντίθεση με τη χώρα μας όπου είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες.

Κεντρικό άξονα στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση αποτελεί η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις στο σπίτι. Ξεκινά με την εισαγωγή και μια μικρή αναφορά στον καρκινικό πόνο γενικά αλλά και στις εισαγωγές των ασθενών με καρκίνο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Στο γενικό μέρος παρατίθενται τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφορικά με τις οστικές μεταστάσεις και τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, ενώ στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης της παθοφυσιολογίας των οστικών μεταστάσεων. Ακολουθεί η εκτίμηση και η διαγνωστική αξιολόγηση των ασθενών με οστικό πόνο και αναλύονται εκτενώς οι θεραπευτικές προσεγγίσεις των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις : η χειρουργική αντιμετώπιση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία/ ορμονοθεραπεία, η χρήση των διφωσφονικών και των ραδιοϊσοτόπων, η καυτηρίαση με ραδιοκύματα, η φαρμακευτική αντιμετώπιση του οστικού πόνου και οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι διαχείρισής του. Στη συνέχεια ακολουθούν θέματα που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και οστικό πόνο και δίνεται ιδιαίτερη σημασία στα προβλήματα – εμπόδια που προκύπτουν κατά τη φροντίδα τους.

Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι αποτελεί το βασικό κεφάλαιο και επικεντρώνεται στις νοσηλευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, θέσεις και παρεμβάσεις, ενσωματώνοντας τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συσταθεί για τον καρκινικό πόνο, αλλά και τις διαθέσιμες κλίμακες εκτίμησης, μέτρησης και αξιολόγησής του. Το γενικό μέρος ολοκληρώνεται με μια αναφορά στον πόνο που νιώθουν τα μέλη της οικογένειας, από τη

στιγμή που στην πλειοψηφία τους αποτελούν τους κύριους φροντιστές των συγκεκριμένων ασθενών, στο σπίτι.

Στο Ειδικό μέρος επιχειρείται η αξιολόγηση και σύνθεση των αποτελεσμάτων των ήδη δημοσιευμένων νοσηλευτικών μελετών, προκειμένου ν' αναγνωριστούν, να καθοριστούν και ν' αξιολογηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφορικά με την ορθή αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, στο περιβάλλον του σπιτιού.

Πόνος στον άνθρωπο με καρκίνο

Πίνακας 1. Καινοτομίες κλειδιά στη διαχείριση του πόνου (1939 – 1999)

Καρκίνος. Η ονομασία προέρχεται από το ελληνικό καρκίνος και το λατινικό cancer. Ο Γαληνός επέλεξε τον όρο εξαιτίας της ομοιότητας των ποδιών καβουριού, με τις πρησμένες φλέβες των εξωτερικών όγκων. Επικρατεί ωστόσο η αντίληψη, ότι η συγκεκριμένη νόσος ονομάστηκε έτσι, γιατί ο πλάγιος τρόπος βαδίσματος του καβουριού, μοιάζει πολύ με την « ύπουλη » πορεία της. Ο καρκίνος θεωρείται ταυτόσημος με τη συρρίκνωση του σώματος. Αρκετές φορές ο ασθενής είναι φοβισμένος, υποφέρει από φρικτούς πόνους και αγωνιά, καθώς έρχεται αντιμέτωπος με το αναπόφευκτο τέλος, το θάνατο. Σύμφωνα με τον Βίλχελμ Ράιχ « Είναι μία νόσος που συνοδεύει τη συγκινησιακή παραίτηση, τη βιοενεργητική συρρίκνωση, την εγκατάλειψη της ελπίδας».

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το 90% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο βιώνουν σοβαρό πόνο και ότι ο πόνος εμφανίζεται στο 30% του συνόλου των ασθενών με καρκίνο, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Παρόλο που δε βιώνουν πόνο όλοι οι ασθενείς με καρκίνο, ο οποίος σπανίως αποτελεί σημείο πρώιμου καρκίνου, η επίπτωσή του συνήθως αυξάνεται με την επιδείνωση της νόσου. Δυστυχώς υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των ασθενών που πονούν, μπορεί να υποθεραπεύονται με αποτέλεσμα κάποιες αναφορές να στηρίζουν την άποψη, ότι το 25% των ασθενών ενδέχεται να πεθάνουν με σημαντικό πόνο.

Η μείωση της έντασης του πόνου, αποτελεί το επίκεντρο των περισσότερων καινοτομιών αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης στην έρευνα του πόνου (Πίνακας 1), από το 1940 έως το 2000. Ο βαθύτερος οδηγός για ένα αξιόπιστο, έγκυρο και ευαίσθητο μέτρο για την έντασή του, είναι η ανάγκη να καθιερωθεί η αποτελεσματικότητα των αναλγητικών φαρμάκων αλλά και άλλων θεραπειών, που ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση διαφόρων επώδυνων καταστάσεων.

1939	Λίστα λέξεων πόνου, ταξινομημένες σε 5 ομάδες (Dallenbach)
1940	Ψυχοσωματικές μέθοδοι. Η ουδός του πόνου, η μικρότερη δυνατή διαφορά στην ένταση του ερεθισμού και η ανοχή (Hardy, Wolff, Goodell)
1941	Tail flick test (D' Amour and Smith)
1948	Απλές περιγραφικές κλίμακες για την ένταση του πόνου και την ανακούφισή του (Keele)
1950	Πρόκληση στην εγκυρότητα της ψυχοσωματικής μεθοδολογίας (Beecher)
1952	Καθιερώθηκαν αρχές και πρακτικές για τη μέτρηση υποκειμενικών ανταποκρίσεων (Beecher)
1953	Average Pain Index - (Beecher)
1956	Ελεγχόμενες κλινικές μελέτες αναλγητικών. Διασταυρούμενες τυχαιοποιημένες μελέτες (Houde and Beecher)
1964	Οπτική αναλογική κλίμακα μέτρησης πόνου (VAS - γραμμή 10 cm) (Bond)
1966	Υπομέγιστη προσπάθεια με την τεχνική της περίδεσης του μέλους. Μια προσπάθεια αντιγραφής του πόνου από την κλινική στο εργαστήριο (Smith)
1971	Διευρυμένη λίστα γλώσσας του πόνου, σε 3 κατηγορίες (Melzack and Torgeson)
1975	Το ερωτηματολόγιο πόνου του McGill (Melzack)
1979	Ορισμός του πόνου από τον IASP (Mersky)
1981	Κλίμακα του πόνου με πρόσωπα για παιδιά (Rogers)
1982	Περιγράφεται η συμπεριφορά του πόνου και η UAB κλίμακα συμπεριφοράς πόνου (Keefe and Block, Richards)
1983	Θεωρία της απόφασης της αίσθησης (μετρά την ικανότητα των υποκειμένων να διακρίνουν μεταξύ της χαμηλής και υψηλής έντασης ερεθισμού)(Clark and Yang)
1983	Ηθικές κατευθυντήριες οδηγίες για την εξερεύνηση του πόνου στα ζώα που έχουν τις αισθήσεις τους (Zimmerman)
1987	Μετανάλυση στην κλινική έρευνα (L' Abbé)
1996	Ποιοτική εκτίμηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών για την ένταξη των συστηματικών μελετών στη θεραπεία του πόνου (Jadad, McQuay, Moore)
1996	Total Pain Relief – TOTPAR , Numbers needed to treat – NTT , Sum Pain Intensity Difference – SPID (McQuay)
1999	Πόνος – το 5 ^ο ζωτικό σημείο (Joel)

Πόνος στον άνθρωπο με καρκίνο

Πηγή : Noble και συν., 2005

Σύνδρομο πόνου και αιτιολογία τους

Η αναζήτηση της θεραπείας για τον οξύ ή χρόνιο πόνο, απαιτεί μια πληρέστερη ολοκληρωμένη εκτίμηση, για τον καθορισμό της αιτιολογίας και των σημείων εντόπισης των συγκεκριμένων συνδρόμων πόνου που βιώνει το συγκεκριμένο άτομο και διακρίνονται στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες. (Serafini, 2001)

- **Σωματικός ή σωματοαισθητικός πόνος:** Εξορμάται από μαλακά μόρια, είναι έντονος, οξύς, εντοπίζεται καλά και θεραπεύεται με αντιφλεγμονώδη και με οπιοειδή.
- **Σπλαγγικός πόνος:** Εξορμάται από τα σπλάγχνα, είναι αμβλύς, βύθιος με πτωχή εντόπιση και αντιμετωπίζεται με οπιοειδή και κορτικοειδή
- **Νευροπαθητικός πόνος:** Συνεχής ή παροξυσμικός, ως καύσος, αιμωδία ή ηλεκτρική εκκένωση, με ριζιτική/νευροτομική αντανάκλαση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά, αντιεπιληπτικά, αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή και κορτικοειδή φάρμακα
- **Οστικός ή μηχανικός πόνος:** Συνεχής, σοβαρός, εντοπιζόμενος καλά, με επιδείνωση σε κίνηση, φόρτιση ή χρήση άρθρωσης. Αντιμετωπίζεται με αντιφλεγμονώδη, μηχανική αποσυμπίεση ή στήριξη. (Πενθερουδάκης, 2006)

Ο πιο συχνός καρκινικός πόνος είναι αυτός που προέρχεται από όγκους που μεθίστανται στα οστά. Περίπου 60-80% των ασθενών με οστικές μεταστάσεις βιώνουν πόνο. Ο δεύτερος πιο συχνός καρκινικός πόνος προέρχεται από όγκους που διηθούν τα νεύρα και τα κοίλα όργανα- σπλάγχνα. Οι όγκοι δίπλα στις νευρικές δομές μπορεί να προκαλέσουν τον πιο σοβαρό πόνο. Ο τρίτος σε συχνότητα πόνος σχετίζεται με τον καρκίνο, εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας (ΧΜΘ), ακτινοθεραπείας (ΑΚΘ) και της χειρουργικής επέμβασης.

Ο καρκινικός πόνος, μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορα μέρη του σώματος. Περισσότερο από 80% των ασθενών βιώνουν πόνο σε δύο απομακρυσμένα σημεία και περισσότερο από 30% σε τρία ή περισσότερα απομακρυσμένα σημεία. (Λιόση, 1998 ; Lupo, 1994)

Γι' αυτό οι διαφορετικές εντοπίσεις του πόνου θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να εκτιμώνται χωριστά, διότι υπάρχει πιθανότητα να χρήζουν κάποιας διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης.

Ο πόνος που σχετίζεται με κακοήγη νεοπλασία μπορεί να είναι αποτέλεσμα κυρίως της πίεσης από τον όγκο (75-80%), της αντικαρκινικής θεραπείας (15-19%), η ανεξάρτητος από τον καρκίνο και τη θεραπεία σε ποσοστό 3-5% των ασθενών.

Ο καρκινικός πόνος μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα με την αιτιολογία του:

- **Πόνος που προκαλεί ο καρκίνος από μόνος του - άμεσος επηρεασμός από τον όγκο (70%)** : εισβολή στα οστά και εισβολή ή συμπίεση νευρικών στοιχείων, απόφραξη αγγείων ή του συστήματος έκκρισης βλέννας, απόφραξη ή επηρεασμός των βλεννογόνων
- **Διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι (20%)** : πόνος σχετιζόμενος με διάφορες διαδικασίες (παρακέντηση πνεύμονος, βιοψία μυελού των οστών), μετεγχειρητικά σύνδρομα (ακρωτηριασμός, μετά από μαστεκτομή), οξύς μετεγχειρητικός πόνος, πόνος μετά από χημειοθεραπεία (άσπτη νέκρωση, βλεννογονίτιδα, περιφερική νευροπάθεια), πόνος μετά από ακτινοβολία (εντερίτιδα, βλεννογονίτιδα)
ΧΜΘ- σχετιζόμενη βλεννογονίτιδα, μετεγχειρητικά σύνδρομα, ΑΚΘ
- **Σύνδρομα εμφανιζόμενα εξαιτίας του καρκίνου (< 10%)** : πόνος σχετιζόμενος με την εξασθένηση : δυσκοιλιότητα, σπασμός/διάταση μυών, έλκη κατακλίσεων, παρανεοπλασματικά σύνδρομα, μεθερπητική νευραλγία
- **Πόνος μη σχετιζόμενος με την ασθένεια ή τη θεραπεία της (< 10%)**: παρούσα διαταραχή : σπονδυλόλυση, οστεοαρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, εκφυλιστική δισκοπάθεια, ημικρανία. (Λιόση, 1998)

Οι οστικές μεταστάσεις, μια βασική επιπλοκή διαφορετικών τύπων καρκίνου, μπορεί ν' αποτελούν την πρώτη ένδειξη ότι η νόσος έχει διασπαρεί και ότι η πρόγνωση επιδεινώνεται. Αποτελούν συχνή αναμενόμενη συνέπεια των συμπαγών όγκων και μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρό πόνο , μειώνοντας το δείκτη λειτουργικότητας, την ποιότητα ζωής και αυξάνοντας τα κατάγματα και τις άλλες επιπλοκές που συμβάλλουν στη νοσηρότητα. (Serafini, 2001)

Για να καθοριστεί η αιτιολογία του οστικού πόνου και οποιοδήποτε πιθανοί επιπλεκόμενοι παράγοντες, όπως η πίεση του νωτιαίου μυελού, νευρολογικά προβλήματα και επικείμενα

παθολογικά κατάγματα, πρέπει να πραγματοποιηθούν ολοκληρωμένες και εμπεριστατωμένες διαγνωστικές εκτιμήσεις. Η χρήση της συμβατικής ακτινοβολίας και του σπινθηρογραφήματος των οστών, βοηθούν στην επιβεβαίωση της παρουσίας των οστικών μεταστάσεων, στην εκτίμηση της έκτασης της νόσου, στην ταξινόμηση των βλαβών ανάλογα με τον επικρατέστερο τύπο (οστεολυτική, οστεοβλαστική ή μικτή) και τέλος στην κατηγοριοποίηση των βλαβών εκείνων που αποτελούν κίνδυνο για την εμφάνιση κατάγματος ή πίεσης στο νωτιαίο μυελό. (Serafini, 2001)

Η έννοια του ολικού πόνου

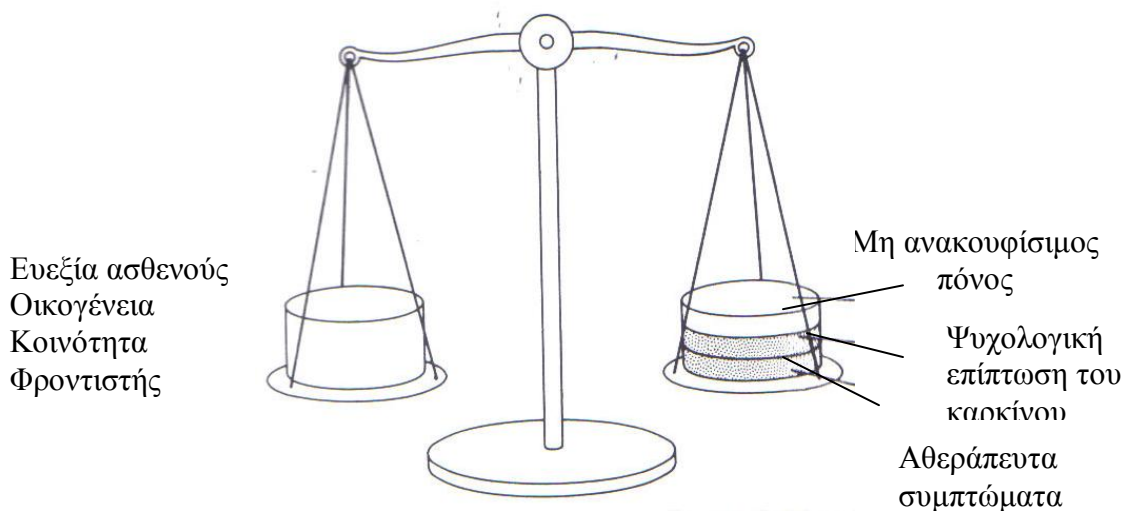
Εξαιτίας του ότι ο πόνος αποτελεί βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο και όχι απλά ένα οργανικό γεγονός, δεν πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να ξεχνούν το μοντέλο του « ολικού πόνου ». Η εμπειρία του πόνου συγκροτείται από πολλαπλές και αλληλοκαλυπτόμενες διαστάσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη σωστή προσέγγιση και ανακούφισή του. Η διάσταση που αφορά στη φυσική κατάσταση, περιλαμβάνει την εντόπιση, την έναρξη και τη διάρκεια του αιτίου που τον προκαλεί. (Λιόση, 1998)

Η αισθητήρια διάσταση αφορά στην ένταση και τους άλλους χαρακτήρες του πόνου. Η συναισθηματική διάσταση, σχετίζεται με τη ψυχική διάθεση του ασθενούς (ανήσυχος, μελαγχολικός). Η γνωστική διάσταση που έχει σχέση με την αντίληψη. Η συμπεριφορική διάσταση που αφορά στη συμπεριφορά συμπεριλαμβάνει την εξωτερίκευση και περιγραφή του πόνου, καθώς και τους τρόπους επικοινωνίας. Η κοινωνικο-πολιτισμική και πνευματική διάσταση περικλείουν την οικογενειακή και κοινωνική ζωή, κουλτούρα και εθνικότητα, τρόπους συμπεριφοράς, πιστεύω και κοινωνικές επιρροές, περιβάλλον, δημιουργικότητα και ανάπαυση, υπευθυνότητες στη δουλειά και στο σπίτι . (Λιόση, 1998) Ένα λεπτομερές ιστορικό πόνου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της προσέγγισής του. Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία κατά την οποία κάθε είδος πόνου θα πρέπει ν' αναγνωρίζεται, να προσεγγίζεται και να χαρακτηρίζεται ως προς την ένταση, τον εντοπισμό, τις περιοχές ακτινοβολήσης, πώς και πότε ξεκίνησε, αν άλλαξε και με ποιο τρόπο κατά την πάροδο του χρόνου και με ποιο τρόπο/μέθοδο, επιδεινώνεται ή βελτιώνεται. Πολύτιμο υλικό για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αξιολόγηση του πόνου αποτελούν η διερεύνηση της συχνότητάς του (διακοπτόμενος, συνεχής), της ποιότητάς του, (αίσθημα «μαχαιριάς», κάψιμο), ο απολογισμός επιτυχίας ή αποτυχίας της τρέχουσας ή των προηγούμενων μορφών θεραπείας , ο βαθμός κατά τον οποίο επηρεάζεται η ζωή του και η συσχέτισή του με αγγειοκινητικές ή νευρολογικές ανωμαλίες. (Λιόση, 1998)

Η ακρόαση των αρρώστων, η διάθεση χρόνου, η φυσική εξέταση, σε συνδυασμό με το λεπτομερές ιστορικό και τα εργαστηριακά ευρήματα, θα πρέπει να συλλέξουν τα απαραίτητα στοιχεία για το σχηματισμό διαφορικής διάγνωσης κάθε είδους πόνου. Με

αυτό τον τρόπο θα λαμβάνονται αποφάσεις για την πιθανή ανάγκη αύξησης της θεραπευτικής προσπάθειας και της τροποποίησης θεραπευτικής αγωγής. (Λιόση, 1998)

Πίνακας 2



Πηγή : Rowlingson (1993)

Χρειάζεται να διατηρηθεί η ισορροπία της ευεξίας των ασθενών, οικογένειας, κοινότητας και εκείνων που παρέχουν φροντίδα, έναντι των δυσμενών επιπτώσεων του καρκίνου, όπως αναφέρεται στον Πίνακα 2. Είναι πιθανό οι περιοχές με σκίαση δεξιά δηλαδή οι ψυχολογικές επιπτώσεις της διάγνωσης και τα αθεράπευτα συμπτώματα να τροποποιούνται δυσκολότερα από την αποτελεσματική διαχείριση του μη ανακουφίσιμου πόνου (καθαρή περιοχή δεξιά), η οποία μπορεί να γείρει τη ζυγαριά υπέρ του ασθενή, της οικογένειας, της κοινότητας . (Rowlingson, 1993)

Οι βασικές αρχές διαχείρισης του πόνου είναι να μειώσουν τον πόνο και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, να επιτρέψουν στον ασθενή και σ' αυτούς που τον φροντίζουν να έχουν επιλογές, να μην προκαλέσουν περαιτέρω βλάβη, και να χρησιμοποιήσουν τις διαθέσιμες πηγές όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται.

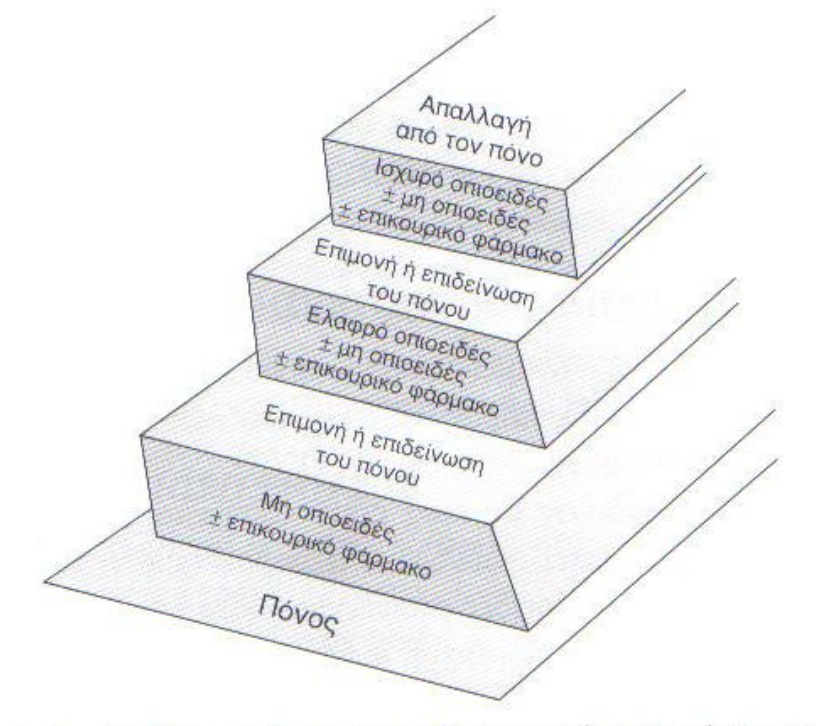
Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί, η χειρουργική επέμβαση να συνιστά την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή ανακούφισης πόνου με τη θεραπεία του υποκείμενου αιτίου, αλλά η από του στόματος χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων, θεωρείται η αποτελεσματικότερη θεραπεία για το 90% των ασθενών και αποτελεί το κεντρικό σημείο της διαχείρισης του καρκινικού πόνου.

Γενικές αρχές αναλγητικής αγωγής

Η ανακούφιση του πόνου αποτέλεσε προτεραιότητα για τον ΠΟΥ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) και το 1990 στη Γενεύη, η Ειδική Επιτροπή καθιέρωσε τις κατευθυντήριες οδηγίες που είναι πια ευρέως γνωστές ως « η αναλγητική σκάλα των τριών βημάτων του Π.Ο.Υ » στον επόμενο Πίνακα. (Πίνακας 3) (Lupo, 1994)

Πίνακας 3 . Κλίμακα Ανακούφισης του Πόνου του ΠΟΥ(1986)

Επιτυχής έλεγχος πόνου με ανεκτές παρενέργειες στο 80-90% των καρκινοπαθών



Έναρξη μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους (ΜΣΑΦ) ή ακεταμινοφαίνης

Επί μη ελέγχου άλγους, προσθήκη ελάσσονος οπιοειδούς, όπως η κωδεΐνη

Μείζονα οπιοειδή εφόσον μέτριος ή έντονος πόνος δεν ελέγχεται

Πηγή : (Πενθερουδάκης , 2006)

Η ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου, αποτελεί σήμερα ένα ρεαλιστικό στόχο για τους περισσότερους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής, απλά και μόνο με την ορθή χρήση ενός περιορισμένου αριθμού φαρμάκων (McCaffery, 1992; McGivney 1984). Η εξειδίκευση στη διαχείριση των οπιοειδών έχει οδηγήσει στην επιτυχημένη θεραπεία του καρκινικού πόνου (από μόνα τους θεωρούνται ο πιο σημαντικός παράγοντας επιτυχημένης θεραπείας). (Portenoy, 1993), επομένως οι ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό πόνο, θα πρέπει να λαμβάνουν οπωσδήποτε οπιοειδή. Στις περισσότερες περιπτώσεις αναφέρεται ικανοποιητική ανταπόκριση (έως και 90%), αν και οι ασθενείς πολλές φορές μπορεί ν' αποκτήσουν ανοχή και να χρειάζονται αύξηση των δόσεων. Υπάρχει αρκετά συχνά αρνητική αντίληψη για τη χρήση της μορφίνης, ότι δηλαδή δίνεται σε ασθενείς τελικού σταδίου, αν και εκτιμούν από την άλλη την επίτευξη της ανακούφισής τους από τον πόνο με τη χρήση των οπιοειδών. Αρκετά συχνές είναι και οι αρνητικές σκέψεις για τις παρενέργειες των οπιοειδών, το φόβο εθισμού και η απώλεια του ελέγχου. (Heatley, 2005) Όλοι όσοι συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών με καρκινικό πόνο θα πρέπει να κατανοούν και να διακρίνουν τις τρεις έννοιες της Ανοχής, της Φυσικής και της Ψυχολογικής εξάρτησης. **Ανοχή** είναι η προοδευτική εγκατάσταση αντίστασης στις δράσεις του φαρμάκου ώστε να απαιτούνται υψηλότερες δόσεις για το ίδιο αποτέλεσμα (Lupo, 1994). Ανοχή αναπτύσσεται με τον ίδιο ρυθμό σε ωφέλιμες και βλαβερές δράσεις του οπιοειδούς με εξαίρεση την ναυτία/έμεση (ταχεία ανοχή), δυσκοιλιότητα (αργή ανοχή). Ανάλογα με τον τρόπο χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων, αναπτύσσεται αργή ανοχή επί χορηγήσεως από του στόματος, ταχύτερη ανοχή επί παρεντερικής χορήγησης. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι η ανοχή στην αναλγητική δράση συνήθως δεν είναι συχνή. **Η Φυσική εξάρτηση** προκαλείται από τη φυσιολογική προσαρμογή των ιστών στις επιδράσεις ενός φαρμάκου. Είναι συχνή και πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τον εθισμό. Δεν αποτελεί πρόβλημα για την σταδιακή μείωση ή διακοπή της μορφίνης σε ασθενείς με υποχώρηση άλγους, με τη μείωση της δόσης μορφίνης κατά 25% ανά 5-7 ημέρες (Πενθερουδάκης , 2006) **Εθισμός** ορίζεται η νοσολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από καταναγκαστική επαναληπτική χρήση φαρμάκου με απώλεια ελέγχου και συνεχιζόμενη αναζήτησή του, παρά την ύπαρξη σοβαρών παρενεργειών. Εξαιρετικά ασυνήθης σε καρκινοπαθείς (<1:1000) και αν ο πόνος δεν ελέγχεται επαρκώς

τότε μιλάμε για Ψευδοεθισμό.

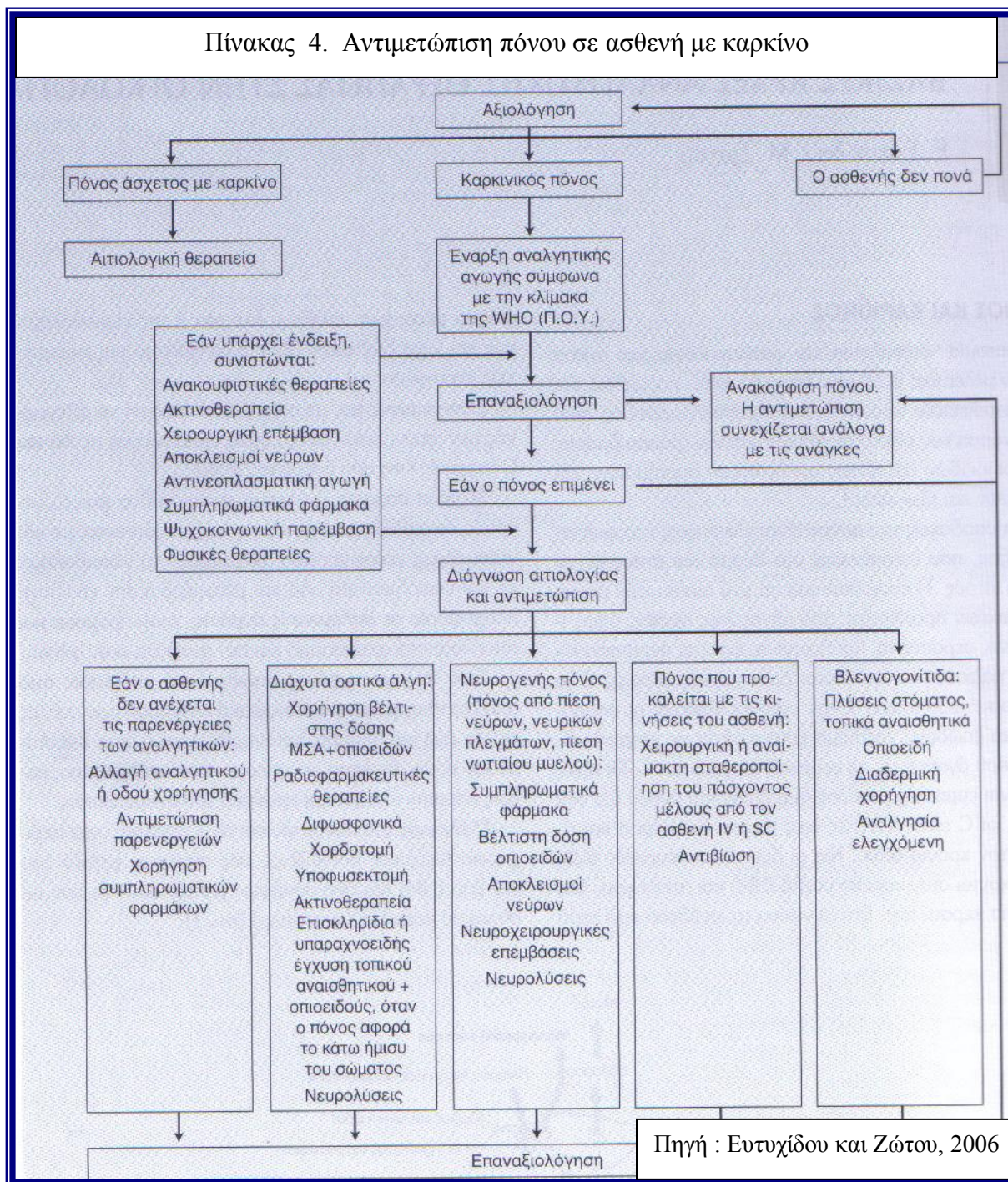
Ακολουθούν οι βασικές αρχές της αναλγητικής αγωγής: Η αναλγητική αγωγή χορηγείται σύμφωνα με την κλίμακα του Π.Ο.Υ, σε τακτά χρονικά διαστήματα και από του στόματος (per os) όταν αυτό είναι δυνατό. Όταν δεν είναι δυνατή η από του στόματος χορήγηση, επιλέγονται τα διαδερμικά συστήματα ή η από το ορθό χορήγηση. Όταν η παρεντερική χορήγηση είναι απαραίτητη, προτιμάται η υποδόρια χορήγηση σε σχέση με την ενδομυϊκή. Τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται σε σταθερή, περιοδική βάση ανά το 24ωρο. Επιπρόσθετες περιστασιακές δόσεις πρέπει να χορηγούνται κατά τα πρώτα 24ωρα για τον συνεχή και πλήρη έλεγχο του πόνου. Η αναλγητική θεραπεία δεν πρέπει να χορηγείται μόνον επί κρίσεως άλγους. Η αναλγητική δόση για την πρόληψη του άλγους είναι πάντα χαμηλότερη αυτής που απαιτείται για την καταστολή κρίσεως άλγους. Η χρήση συμπληρωματικών φαρμάκων για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και την πρόληψη παρενεργειών. Η αλλεργία στην μορφίνη είναι εξαιρετικά σπάνια (<1%) και κρίνεται απαραίτητη η εξατομίκευση της θεραπείας. (Πενθερουδάκης , 2006)

Οι προγνωστικοί παράγοντες αποτυχίας αναλγητικής αγωγής είναι : ο νευροπαθητικός πόνος, ο παροξυσμικός πόνος , το ιστορικό κατάχρησης και/ή εθισμού σε οπιοειδή, η ανάγκη ταχείας κλιμάκωσης των δόσεων των οπιοειδών, καθώς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Σημαντικοί είναι οι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με την ένταση και τη διακύμανση του πόνου, επηρεάζουν τη δραστηριότητα, διαταράσσουν την ανάπαυση και τον ύπνο. Σημαντική κρίνεται η αξιολόγηση του πόνου του ασθενούς και από την οικογένεια . (Πενθερουδάκης , 2006)

Για επιλεγμένους ασθενείς, στους οποίους ο πόνος είναι δύσκολος να ελεγχθεί, οι εξειδικευμένες τεχνικές αντιμετώπισης όπως τα απλά ή σύνθετα μπλοκ των νεύρων, ο ερεθισμός της σπονδυλικής στήλης, η διαδερμική χορδοτομή ή οι νευροχειρουργικές επεμβάσεις, μπορεί να κριθούν αναγκαίες. Θεραπείες όπως το T.E.N.Σ (διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός) ή ο βελονισμός, ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν. Ο συνδυασμός των προσεγγίσεων στοχεύοντας στα διαφορετικά επίπεδα μέσα στο νευρικό σύστημα, μπορεί να παρέχει την καλύτερη ανακούφιση του πόνου, με τις λιγότερες παρενέργειες. Η σημασία της ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης δεν πρέπει να παραβλέπεται και να ξεχνιέται . Η καλή επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς,

αυτούς που τους φροντίζουν και τους Επαγγελματίες Υγείας, θεωρείται απαραίτητη για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση του πόνου των ασθενών με καρκίνο.

Ο αλγόριθμος που ακολουθεί, (Πίνακας 4) συνοψίζει την αντιμετώπιση του ασθενή με καρκίνο.



Επείγουσες εισαγωγές ασθενών με καρκινικό πόνο

Οι ασθενείς που παρουσιάζονται στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών παραπονιούνται συχνά για πόνο και συχνά σύμφωνα με τον Martin (1997) καταφεύγουν σ' αυτό, αναζητώντας βοήθεια. Ανεξάρτητα από το εάν εισάγονται στο Νοσοκομείο ή πηγαίνουν σπίτι, φεύγουν από το Τμήμα των Επειγόντων μ' ένα υψηλό επίπεδο πόνου, ενώ θα έπρεπε αν όχι να νιώθουν άνεση, ο πόνος να είναι τουλάχιστον σε ανεκτά επίπεδα. Αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της καλής ποιότητας ζωής και όταν ο χρόνιος πόνος δεν ανακουφίζεται, προκαλεί κατάθλιψη, ανησυχία, διαταραχές του ύπνου, μειώνει τη διάθεση, τη δραστηριότητα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοαξία, τροποποιώντας τα δυναμικά της οικογένειας, αυξάνοντας το στρες αναφορικά με τα οικονομικά και τον αριθμό των επισκέψεων φροντίδας υγείας. Έχει αναφερθεί ότι το 75 % όλων των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, πονούν (Tanabe και Buschmann, 1999)

Υπολογίζεται ότι σχεδόν κάθε ασθενής με καρκίνο θα εισαχθεί έστω για μία φορά στη Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, από την αρχή έως το τέλος της πορείας της νόσου του. (Schefer και Mattmann, 1997)

Οι Ογκολογικοί ασθενείς παρουσιάζονται στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών με συμπτώματα σχετιζόμενα με οξεία νόσο, με επιπλοκές από την αντικαρκινική θεραπεία αλλά και με συμπτώματα μη διαγνωσμένης κακοήθειας. (Swenson και συν., 1995). Οι Brown, Bradley και Calman, (1983) βρήκαν ότι το πιο συχνό σύμπτωμα εισαγωγής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ασθενών με νεοδιαγνωσμένο καρκίνο, ήταν ο πόνος (42%). Ο πόνος συχνά συνοδεύεται με προοδευτική επιδείνωση του καρκίνου, αλλά αποτελεί και το πιο συχνό σύμπτωμα καθοδήγησης των γιατρών για διάγνωση κακοήθειας.

Σε μια αναδρομική ανασκόπηση 5.640 ενηλίκων ασθενών, που εισήχθησαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, την 1^η εβδομάδα κάθε μήνα του έτους 1992, στο Νοσοκομείο Methodist στη Μινεάπολη (Community Teaching Hospital) καταγράφηκαν : η ηλικία, το φύλο, ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, η προηγούμενη αντικαρκινική θεραπεία, οι προηγούμενες εισαγωγές στο Νοσοκομείο και τα συμπτώματα κατά την εισαγωγή. Σημαντικά επίσης θεωρήθηκαν, η καταγραφή της θεραπευτικής αγωγής που έλαβαν στο τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών, η ημέρα, η ώρα και η διάρκεια παραμονής τους.

Από τους 5640 ασθενείς , οι 284 είχαν ογκολογικό ιστορικό και οι 122 (43%), επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για κάποιο ογκολογικό πρόβλημα.

Τα πιο συχνά ογκολογικά προβλήματα ήταν : προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα (48%), πόνος (40%, n = 49), νευρολογικά προβλήματα (38%), προβλήματα από το κυκλοφορικό (25%), προβλήματα από το αναπνευστικό (23%). Από τους 49 ασθενείς με πόνο, οι μισοί έλαβαν φαρμακευτική αγωγή στο Τμήμα Επειγόντων. Είναι συνηθισμένη για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών η ανεπαρκής αναγνώριση και κατά συνέπεια η μη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκινικού πόνου. Οι 30 ασθενείς με πόνο εισήχθησαν στο Νοσοκομείο και από αυτούς οι 27 έλαβαν τη φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι πιο συχνές αιτίες πόνου ήταν : μεταστατική νόσος (n= 20), απόφραξη λεπτού εντέρου (n= 8), απόφραξη ουροποιητικού σωλήνα (n= 2) και εν τω βάθει θρόμβωση (n= 2). (Swenson και συν., 1995) Οι ώρες εισαγωγής στα Επείγοντα ήταν : κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00 π.μ – 3:00 μ.μ) ποσοστό 44.3%, το απόγευμα (3:00 μ.μ – 11:00 μ.μ) 39.1 % και κατά τη διάρκεια της νύχτας (11:00 μ.μ. – 7:00 π.μ) ποσοστό 16.6%.

Συμπερασματικά σημαντική θεωρείται η πολύ καλή λήψη του ατομικού ιστορικού των ογκολογικών ασθενών (Swenson και συν., 1995) και η ικανότητα αναγνώρισης και αξιολόγησης όχι μόνο του πόνου, αλλά όλων των ογκολογικών συμπτωμάτων, προκειμένου ν' αντιμετωπιστούν σωστά οι ανάγκες των ασθενών και ν' ανακουφιστούν, αν όχι ν' αρθούν τα διάφορα προβλήματα, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο ολιστική φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο.

Τ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

I.

1. Οστικές μεταστάσεις - Επιδημιολογικά δεδομένα

Η ανάπτυξη των οστικών μεταστάσεων , υποδηλώνει ότι η νόσος δεν έχει πιθανότητες ίασης και κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός πλάνου διαχείρισής τους, λαμβάνοντας υπόψη τον καθορισμό και την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ασθενών. Μισό εκατομμύριο των καρκίνων που διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο, δίνουν μεταστάσεις στα οστά. (Piasecki, 1996) Οι οστικές μεταστάσεις είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες πόνου σε ανθρώπους με καρκίνο. Ο μεταστατικός οστικός πόνος αποτελεί τον κύριο λόγο επίσκεψης των ασθενών στο γιατρό και είναι η πιο ενοχλητική επιπλοκή των οστικών μεταστάσεων. Είναι δύσκολο να καθοριστεί ακριβώς η επίπτωση και η επικράτηση των οστικών μεταστάσεων, υπολογίζεται όμως ότι 15-20% των ασθενών με καρκίνο θ' αναπτύξουν δευτεροπαθή οστική νόσο.(Richardson, 1989; Welch – McCaffery, 1988)

Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που πέθαναν από καρκίνο (564,830 ανά έτος) θα εμφανίσουν οστικές μεταστάσεις σε κάποιο χρονικό σημείο της πορείας της ασθένειάς τους. Παρόλα αυτά συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου, θα δώσουν μεταστάσεις περισσότερο συχνά στα οστά. Η ανάπτυξη των οστικών μεταστάσεων εμφανίζεται στον καρκίνο του πνεύμονα, στον καρκίνο του μαστού, στον καρκίνο του προστάτη, στους νεφρούς, στο θυρεοειδή και στο πολλαπλούν μυέλωμα, με κάποιες παρεκκλίσεις κλινικού τύπου, ανάλογα κάθε φορά με τον τύπο του καρκίνου. (El-Bolkainy, 1991; Phillips, 1998) Στην καθημερινή πρακτική, σχεδόν το 80% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο μαστού, πνεύμονα και προστάτη, θ' αναπτύξουν οστικές μεταστάσεις. (Phillips, 1998). Το υπόλοιπο 20% θα έχουν καρκίνο νεφρού, θυρεοειδή, ήπατος, εντέρου, τραχήλου της μήτρας και παγκρέατος. Στο μαστό και στον προστάτη τα οστά συχνά αποτελούν τα πρώτα σημεία διασποράς του καρκίνου .

Οι οστικές μεταστάσεις δεν έχουν την ίδια συχνότητα, με τον καρκίνο που ξεκινά από τα οστά. (πρωτοπαθής καρκίνος οστών). Ο πρωτοπαθής καρκίνος είναι λιγότερο συχνός από τις οστικές μεταστάσεις . Οι οστικές μεταστάσεις αποτελούν για τους ασθενείς με καρκίνο, μια καταστροφική επιπλοκή. Το πιο άσχημο για τον ασθενή αποτελεί το γεγονός ότι με την παρουσία των οστικών μεταστάσεων, επέρχεται στην πραγματικότητα η αρχή του τέλους γι' αυτόν και συνήθως υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει πια ίαση για τη νόσο αυτή. (Mundy, 1997)

Η κατανομή των οστικών μεταστάσεων περιλαμβάνει τη σπονδυλική στήλη, την πύελο, τα πλευρά, το κρανίο και τα γειτονικά μακρά οστά. Σπάνιες είναι οι μεταστάσεις του γόνατος ή του αγκώνος, κυρίως από τον καρκίνο του πνεύμονα. (Ταβερναράκη, 2005)

Η φλεβική κυκλοφορία του ανθρώπινου σώματος στη σπονδυλική στήλη, διευκολύνει τις οστικές μεταστάσεις στις παραπάνω θέσεις. Επιπρόσθετα, η πλούσια σε αγγείωση ερυθρά σειρά του μυελού, είναι διαθέσιμη για να τραφεί ο όγκος. Αυτό το σύστημα κυκλοφορίας χωρίς βαλβίδες, περιγράφηκε αρχικά από τον Batson (1940). Εκτείνεται από το κρανίο έως το ιερό οστό και συνδέεται με πολλά όργανα, όπως μαστό, προστάτη, πνεύμονα, νεφρούς και θυρεοειδή. Αυτή η φυσιολογία εξηγεί την τάση των καρκινωμάτων να διασπείρονται στα προαναφερθέντα σημεία του σκελετού. (Piasecki, 1996)

Η έναρξη των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την καταστροφή των οστών, αποτελεί κλινική ένδειξη, η οποία συχνά οδηγεί στη διάγνωση των οστικών μεταστάσεων. (Phillips, 1998) Οι οστικές μεταστάσεις εμφανίζονται σ' ένα ποσοστό ασθενών 65-75% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη. Οι περισσότεροι ασθενείς θα πεθάνουν με τις οστικές μεταστάσεις. Από τη στιγμή που παρουσιαστούν οι οστικές μεταστάσεις, μόνο το 25% πρόκειται να επιβιώσουν για 5 χρόνια και ο μέσος όρος επιβίωσης είναι 3 χρόνια. (Meade, Saad και Weingard, 2002)

Περισσότερες από αυτές είναι οστεοβλαστικές, μερικές οστεολυτικές και συχνά μικτές.

Η αιτιολογία τους είναι η ενεργοποίηση των οστεοβλαστών και των οστεοκλαστών από τους μεσολαβητές που απελευθερώνονται από τα μεταστατικά κύτταρα του όγκου στα οστά. (Mundy, 1997; Coleman, 1997) Οι πρωτοπαθείς εντοπίσεις που δημιουργούν οστικές μεταστάσεις (ανάλογα με τη συχνότητα εντόπισης) είναι στο μαστό, προστάτη, πνεύμονα, παχύ έντερο, στόμαχο, ουροδόχος κύστη, μήτρα, ορθό, θυρεοειδή αδένες και αναφέρονται στον Πίνακα 5. Ειδικότερα στους άντρες, πιο συχνά εμφανίζονται στον προστάτη, πνεύμονα, ουροδόχο κύστη, στόμαχο, ορθό, παχύ έντερο και στις **γυναίκες στο μαστό, μήτρα, παχύ έντερο, στόμαχο, ορθό, ουροδόχος κύστη**. (Ταβερναράκη, 2005) Η μεταστατική οστική νόσος, μπορεί να έχει σοβαρές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικο-οικονομικές επιδράσεις στους ασθενείς, αλλά και στους φροντιστές τους. Είναι σημαντικό την κάθε μία να τη βλέπουμε σαν αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής εμπειρίας και όχι κάθε μία ξεχωριστά. (O'Leary, 2001)

Πίνακας 5. Εμφάνιση οστικών μεταστάσεων	
Καρκίνος	Εμφάνιση οστικών μεταστάσεων (%)
Μυέλωμα	70-95
Νεφροί	20-25
Μελάνωμα	14-45
Ουροδόχος κύστη	40
Θυρεοειδής	60
Πνεύμονας	30-40
Μαστός	65-75
Προστάτης	65-75

Πηγή : (Coleman, 2001)

Σημαντική κρίνεται η κατάλληλη παρέμβαση της ομάδας φροντίδας υγείας στη διαχείριση των οστικών μεταστάσεων, με σκοπό τη μεγιστοποίηση της θεραπευτικής επιτυχίας.

2. Παθοφυσιολογία οστικών μεταστάσεων

Η μετάσταση αποτελεί το τελευταίο τμήμα μιας διαδικασίας, που περιλαμβάνει πολλά βήματα. Βασικό σημείο για την έρευνα του καρκίνου αποτελεί η κατανόηση αυτών των βημάτων. Τέτοια γνώση θα μπορούσε να οδηγήσει σε καλύτερους τρόπους πρόληψης των μεταστάσεων.

Τα φυσιολογικά κύτταρα παραμένουν στη θέση τους από μία ουσία, η οποία είναι παρόμοια με την ασβεστολάσπη που κρατά τα τούβλα ενωμένα για να σχηματίσουν τους τοίχους ενός κτιρίου. Τα περισσότερα φυσιολογικά κύτταρα στο σώμα (εκτός από τα κύτταρα του αίματος) τείνουν να παραμένουν στη θέση τους. Τα καρκινικά όμως κύτταρα είναι ικανά να αποσπώνται από την εξωκυττάρια μήτρα και να ταξιδεύουν τριγύρω στο σώμα. Από τη στιγμή εκείνη θα πρέπει να είναι ικανά να αναπτυχθούν σ' ένα περιβάλλον, το οποίο είναι διαφορετικό από το όργανο από το οποίο ξεκίνησαν και να προκαλέσουν τον οργανισμό να δημιουργήσει νέα αιμοφόρα αγγεία, για να μπορούν να λάβουν οξυγόνο και τροφή.

Μερικά καρκινικά κύτταρα κουβαλούν ουσίες οι οποίες τα ωθούν να προσκολληθούν καλύτερα στις επιφάνειες των κυττάρων σε διαφορετικά όργανα και δημιουργούν ουσίες που καταστρέφουν τα οστά, εξασθενίζοντάς τα και διαλύοντάς τα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων ασβεστίου στο αίμα και στο κάταγμα των οστών.

Οι μηχανισμοί ανάπτυξης οστικών μεταστάσεων είναι η απ' ευθείας επέκταση, η παλινδρόμηση φλεβικού αίματος (συνηθέστερα σε μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη από ενδοκοιλιακά όργανα) και οι εμφυτεύσεις νεοπλασματικών εμβόλων, πιο συχνά στον ερυθρό μυελό, μέσω της κυκλοφορίας. Οι εμφυτεύσεις αυτές, αποτελούν το βασικό μηχανισμό απομακρυσμένων μεταστάσεων και ανευρίσκονται οι συνηθέστερες εντοπίσεις στη λεκάνη, στη σπονδυλική στήλη, τα εγγύς τμήματα άκρων και τις πλευρές. (Ταβερναράκη, 2005)

Η φυσιολογική επαναδόμηση των οστών περιλαμβάνει την απομάκρυνση του παλαιού οστού και την αντικατάστασή του από νέο. Αρκετοί οστεοκλάστες ανασκάπτουν μία κοιλότητα, δουλεύοντας ως ομάδα και από τη στιγμή που ολοκληρώσουν το έργο τους, τα μονοπύρηνια κύτταρα μαλακώνουν την επιφάνεια και εξαφανίζονται. Πιστεύεται ότι

αυτά τα κύτταρα μπορεί να διεγείρουν τη δράση των οστεοβλαστών, οι οποίοι μετατρέπονται σε νέο οστό. (Pemberton, 1995)

Η δράση των οστεοκλαστών και των οστεοβλαστών διεγείρεται από πεπτίδια του όγκου, ανεξάρτητα από τον τύπο του καρκίνου. Όταν διεγείρεται η δράση των οστεοκλαστών επέρχεται η λύσις, ή το κάταγμα του οστού. Ο οστικός πόνος προκαλείται από την εμφάνιση της οστεόλυσης. Η υπερασβεστιαμία εμφανίζεται όταν οι οστεοκλάστες διαλύουν το ασβέστιο, το οποίο και αυξάνεται στο αίμα. Η λύσις επιφέρει εξασθένηση των οστών, διότι δεν υπάρχει ισορροπημένη δράση των οστεοκλαστών και των οστεοβλαστών, οδηγώντας τους οστεοβλάστες να μετατραπούν τυχαία σε οστέϊνη ουσία. Οι οστεοβλάστες στον καρκίνο του προστάτη μπορεί να διεγερθούν και ο σχηματισμός οστού να επεκταθεί ανώμαλα στο μυελό των οστών. (Pemberton, 1995)

Οι οστικές μεταστάσεις, συχνά διασπείρονται ενοαγγειακά, διαμέσου των αρτηριών των σπονδυλικών και παρασπονδυλικών φλεβικών πλεγμάτων.

Οι μεταστάσεις ξεκινούν από την αγγειακή κοιλότητα των οστών και επεκτείνονται προς το φλοιό. Η άμεση διήθηση των οστικών μεταστάσεων, εμφανίζεται λιγότερο συχνή εκτός από τους όγκους κεφαλής – τραχήλου, όπου διεισδύουν άμεσα στις κρανιοπροσωπικές δομές και των πλευρών όπου διηθούνται από ενδοθωρακικές μάζες.

Η καταστροφή των οστών προκαλείται από τα καρκινικά κύτταρα, διεγείροντας τη δράση των οστεοκλαστών. Παράγονται αρκετές ουσίες (πρωτεΐνη σχετιζόμενη με την παραθυρεοειδική ορμόνη, μεταλασσόμενοι αυξητικοί παράγοντες, προσταγλαδίνες και άλλες κυτοκίνες), οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στη δράση των οστεοκλαστών, ή έμμεση (διαμέσου των οστεοβλαστών ή των ανοσοποιητικών κυττάρων). Αυξάνεται η οστεοβλαστική δραστηριότητα και δημιουργεί διάφορες ανωμαλίες (σκλήρυνση), οι οποίες φαίνονται στο σπινθηρογραφικό έλεγχο των οστών, με ισότοπα. Από την οστεοκλαστική δραστηριότητα προέρχονται οι λυτικές βλάβες, όπως αυτές του μυελώματος. Μπορεί να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή, τόσο οι λυτικές, όσο και οι σκληρυντικές μεταστάσεις.(Phillips, 1998)

Οστικές μεταστάσεις εμφανίζουν συνήθως άτομα ηλικίας > των 50 ετών και αναφέρονται στον Πίνακα 8, οι εξής μορφές απεικόνισης: η οστεοσκληρυντική ή οστεοβλαστική, η οστεολυτική και η μικτή. (Ταβερναράκη, 2005)

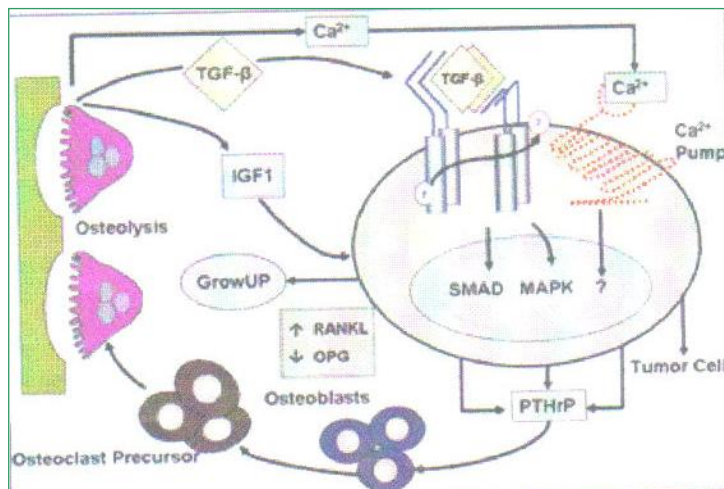
Η οστεοσκληρυντική νόσος κυριαρχεί στον καρκίνο του προστάτη, σε αντίθεση με τον καρκίνο του μαστού όπου οι ακτινολογικές ανιχνεύσιμες βλάβες, δείχνουν μικτή εμφάνιση οστεοβλαστικών και οστεολυτικών εντοπίσεων. Σε μερικές περιπτώσεις, ο σχηματισμός νέου οστού δεν προηγείται απαραίτητα από την απορρόφηση του οστού. Αυτό πιθανά οφείλεται στους αυξητικούς παράγοντες των οστεοβλαστών, όπως ο μεταλλαγμένος αυξητικός παράγοντας β και ο αντλούμενος από τα αιμοπετάλια αυξητικός παράγοντας, ο οποίος έχει κεκαθαριστεί από τα προστατικά νεοπλασματικά κύτταρα. (Rubens, 1996)

Πίνακας 8. Συνήθεις ακτινολογικές μορφές οστικών μεταστάσεων	
Μαστός	Οστεολυτική ή μικτή
Προστάτης	Οστεοσκληρυντική ή οστεοβλαστική
Πνεύμονας 1. Καρκίνωμα 2. Καρκινοειδές	Οστεολυτική Οστεοσκληρυντική ή οστεοβλαστική
Παχύ έντερο	Οστεολυτική, σπάνια σκληρυντική
Στόμαχος	Οστεοσκληρυντική ή μικτή
Ουροδόχος κύστη	Οστεολυτική, σπάνια σκληρυντική
Μήτρα	Οστεολυτική
Ωοθήκες	Οστεο λυτική
Ορθό	Οστεολυτική
Θυρεοειδής	Οστεολυτική
Νεφρός	Οστεολυτική, επεκτατική
(S. Chapman, R.Nakienly: Aids to Radiological Differential Diagnosis)	

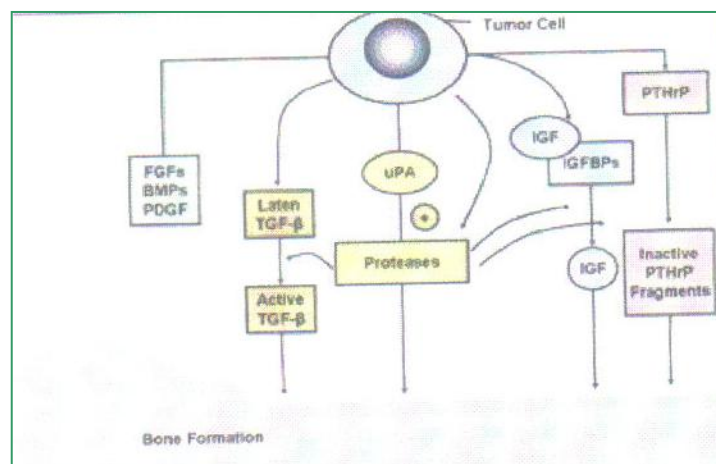
Πηγή : (Ταβερναράκη, 2005 ;El-Bolkainy, 1991)

Σχήμα 1. Οστεοκλαστικές και οστεοβλαστικές μεταστάσεις

Οστεοκλαστικές οστικές μεταστάσεις



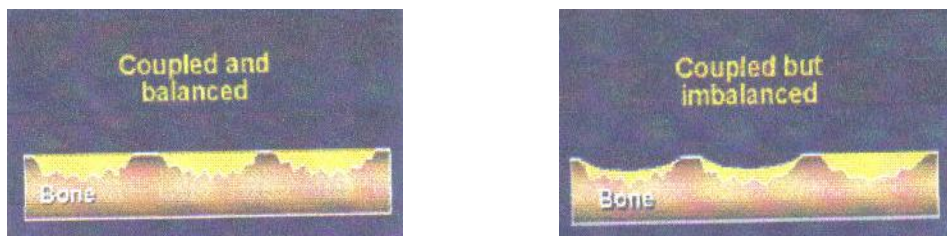
Οστεοβλαστικές οστικές μεταστάσεις



Πηγή : (Mundy, 2002)

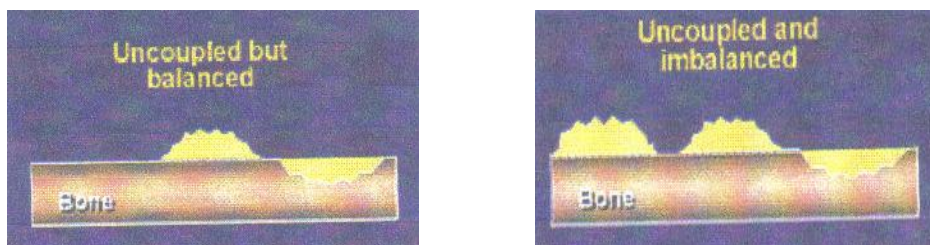
Στη φυσιολογική διαδικασία επαναδόμησης, η απορρόφηση και ο σχηματισμός του οστού, διπλασιάζονται και ισορροπούν. (Σχήμα 2)

Σχήμα 2. Διπλασιασμός και Ισορροπία Διπλασιασμός και μη Ισορροπία (δυσαναλογία)



Το νέο οστό συντίθεται σε κατάλληλες ποσότητες, στη θέση εκείνη όπου το παλαιό οστό απορροφήθηκε. « Διπλασιάζονται » σημαίνει ότι οι λειτουργίες των οστεοβλαστών και οστεοκλαστών είναι βαθιά αλληλοσυνδεόμενες. « Ισορροπούν », σημαίνει ότι ισοδυναμεί το ποσό του οστού που καταστρέφεται, με το ποσό του νέου οστού που σχηματίζεται. Με την παρουσία του καρκίνου και την μετάστασή του στα οστά και κυρίως στις οστεολυτικές βλάβες, εμφανίζεται μη ισορροπία (δυσαναλογία) (Σχήμα 2). Δυσαναλογία επίσης παρατηρείται και σε ασθενείς με οστεοπόρωση. Καθώς το οστό επανασχηματίζεται, γίνεται δυσανάλογο και η δραστηριότητα των οστεοκλαστών υπέρμετρη. Οι οστεοβλάστες δεν μπορούν να συνθέσουν το οστό που καταστράφηκε και επομένως υπάρχει καθαρή απώλεια οστού. (Coleman 2003)

Σχήμα 3 Μη διπλασιασμός και Ισορροπία Μη διπλασιασμός και Μη Ισορροπία (δυσαναλογία)



Χαρακτηριστικά στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται μη διπλασιασμός, αλλά ισορροπημένος σχηματισμός οστού (σχήμα 3), με αποτέλεσμα να διαταρράσσονται οι δραστηριότητες των οστεοκλαστών και οστεοβλαστών. Η κατάσταση αυτή αντιπροσωπεύει μία διαδικασία, κατά την οποία δεν υπάρχει ξεκάθαρη αλλαγή στο οστό, πάντως ο σχηματισμός και η απορρόφηση του οστού αποδιοργανώνονται. Διακρίνονται περιοχές με ακατάλληλα μειωμένα και αυξημένα ποσά οστού. Η κατάσταση αυτή εμφανίζεται αρχικά με μικτές βλάβες καρκίνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμη και στην περίπτωση των βλαβών των οστεοβλαστών, η αναχαίτιση των οστεοκλαστών (απορρόφηση οστού) είναι σημαντική, για να βοηθηθεί η εξισορρόπηση της μη ομαλής διαδικασίας επαναδόμησης. (Coleman, 2003)

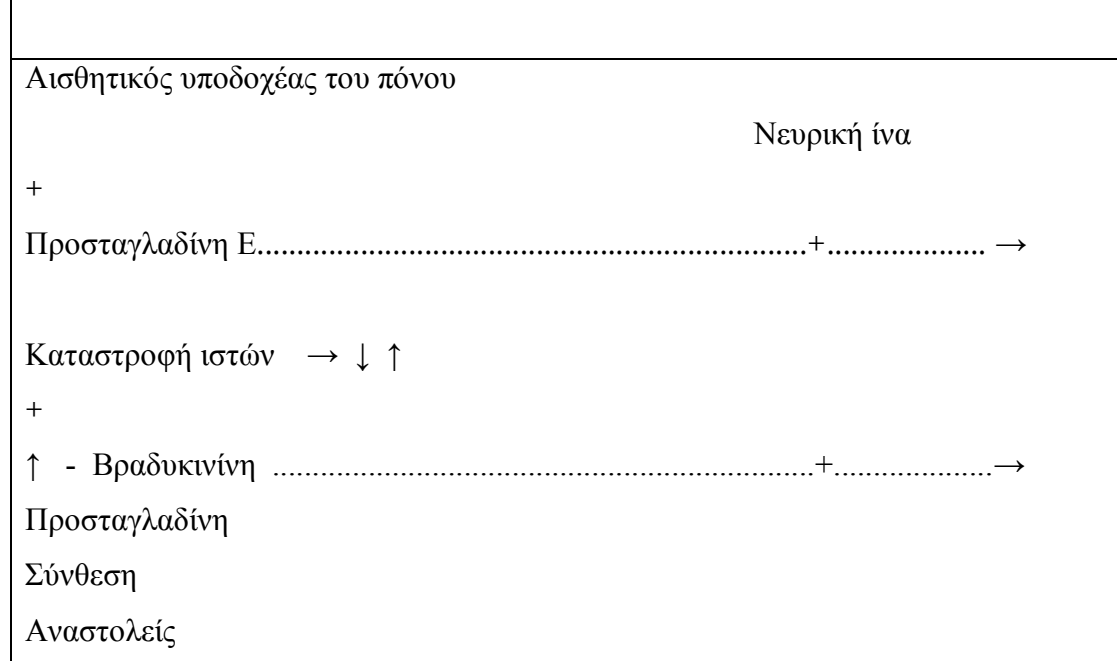
Η οστεοβλαστική δραστηριότητα διαταράσσεται όταν δε διπλασιάζεται το οστό και δεν υπάρχει ισορροπία (Σχήμα 3). Μία ξεκάθαρη αύξηση του σχηματισμού του οστού, συχνά εμφανίζεται σε σημεία όπου δεν υπάρχει προηγούμενη απορρόφηση οστού. Αυτό συνήθως παρατηρείται σε οστεοβλαστικές βλάβες (μεταστατικό καρκίνο προστάτη).

Στον επανασχηματισμό του οστού όπου παρατηρείται μη διπλασιασμός και μη ισορροπία, στην ουσία υπάρχει ένα υπερβολικό ποσό νέου αδύναμου οστού, το οποίο πολύ εύκολα μπορεί να σπάσει. (Coleman, 2003)

Ο καρκίνος παράγει μεταβολίτες, οι οποίοι έχουν εν δυνάμει δράση στα κύτταρα των αισθητικών υποδοχέων του πόνου ή στις κεντρομόλες νευρικές ίνες. Μπορεί να προκληθεί απόφραξη των αιμοφόρων αγγείων και επομένως μείωση του οξυγόνου και του pH που επιδρά στους ιστούς, παράγοντας βραδυκιδίνη και προσταγλαδίνη (Πίνακας 9) . Αυτές διεγείρουν τους αισθητικούς υποδοχείς του πόνου, προκαλώντας στον ασθενή την εμπειρία του πόνου. (Pemberton, 1995)

Η θεραπεία της μεταστατικής οστικής νόσου είναι σύνθετη, καθώς το μυοσκελετικό σύστημα, φυσιολογικά υπηρετεί τρεις λειτουργίες ; το μεταβολισμό των ηλεκτρολυτών, την αιμοποίηση και την οργανική υποστήριξη. Με την παρουσία της λύσης του οστού στη μεταστατική νόσο, η υπερασβεστιαμία, μπορεί να εμφανιστεί σ' ένα ποσοστό 10-20% των ασθενών, κατά άλλους 10-40% . (Piasecki, 1996)

Πίνακας 9. Η αιτία του πόνου



Πηγή : (Piasecki, 1996)

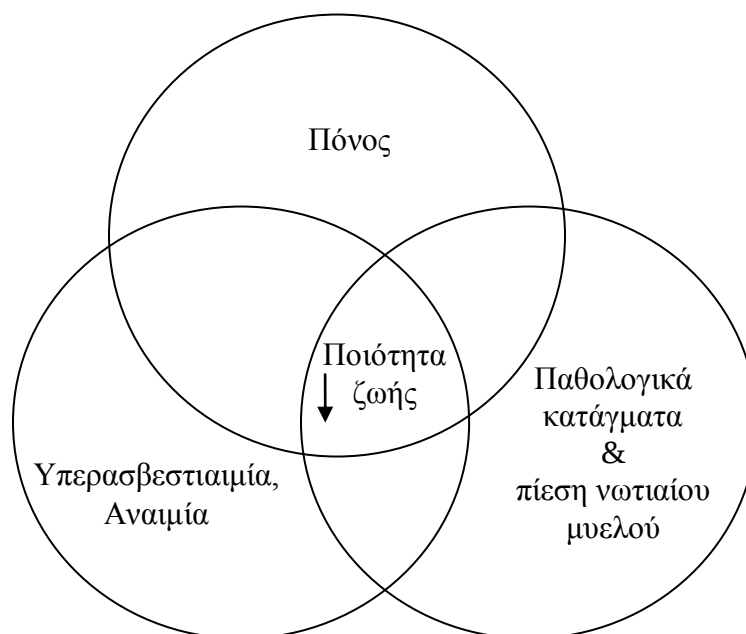
Ο μυελός των οστών ρυθμίζει την παραγωγή του αίματος σύμφωνα με τις ανάγκες του οργανισμού. Όταν ο όγκος εισέλθει στο μυελό και οι θεραπείες όπως η ΑΚΘ και η ΧΜΘ καστρέφουν το μυελό, τότε μπορεί να παρουσιαστεί ανώμαλη παραγωγή λευκοκυττάρων, ερυθροκυττάρων και θρομβοπεταλίων. Η αποκατάσταση των φυσιολογικών κυττάρων και η πρόληψη της λοίμωξης, απαιτεί μετάγγιση των παραγόντων του αίματος, καθώς επίσης και προφυλακτική αντιβίωση.

Το μυοσκελετικό σύστημα επιτρέπει στο άτομο να περπατά, να σηκώνεται, να ξαπλώνει. Παθολογικά κατάγματα παρατηρούνται στο 9 % των ασθενών με οστικές μεταστάσεις, τα οποία και παρουσιάζονται με οποιαδήποτε δραστηριότητα. Στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, απαιτείται σύνθετη διαχείριση του πόνου και ξεκούραση στο κρεβάτι, με όλους τους κινδύνους που συνεπάγεται η ακινητοποίηση. Εάν η μεταστατική νόσος εξασθενεί τα οστά, συστήνεται η χειρουργική σταθεροποίηση. (Piasecki, 1996)

3. Συμπτώματα οστικών μεταστάσεων

Στα συμπτώματα ή στις κλινικές επιπτώσεις των οστικών μεταστάσεων, συμπεριλαμβάνονται ο πόνος, τα παθολογικά κατάγματα, η πίεση του νωτιαίου μυελού, η υπερασβεστιαμία, προβλήματα από το μυελό όπως αναιμία, θρομβοπενία (Πίνακας 6) και όλα αυτά μαζί συνθέτουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Πίνακας 6. Κλινικές επιπτώσεις οστικών μεταστάσεων



Πηγή : Mayer, Struthers και Fisher (1997)

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 7) αναφέρονται αναλυτικά τα σημεία, τα συμπτώματα, οι διαγνωστικές εξετάσεις και η θεραπεία, των κλινικών προβλημάτων που σχετίζονται με τις οστικές μεταστάσεις,

Πίνακας 7. Κλινικά προβλήματα σχετιζόμενα με τις Οστικές Μεταστάσεις : Σημεία, Συμπτώματα, Διαγνωστικές Εξετάσεις και Θεραπεία			
Κλινικό πρόβλημα	Σημεία/Συμπτώματα		Θεραπεία *
Πόνος	Συχνά αμβλύς, με αυξανόμενη ένταση και χειροτέρευση τη νύχτα, μειωμένη λειτουργικότητα, ευαισθησία πάνω από το σημείο του πόνου	Ακτινογραφίες, σπινθηρογράφημα οστών, αλκαλική φωσφατάση ορού	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, άλλα αναλγητικά και επικουρικά φάρμακα, μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (ζέστη, κρύο, χαλάρωση), ΑΚΘ, ραδιοφαρμακευτικά, διφωσφονικά
Παθολογικά κατάγματα	Οξύς, κοφτερός, εστιασμένος πόνος, με τοπική ερυθρότητα ή οίδημα	Ακτινογραφίες, έλεγχος κινητικότητας	Χειρουργική επέμβαση (καθήλωση), ΑΚΘ (προληπτικά εάν είναι εφικτό), διφωσφονικά
Πίεση νωτιαίου μυελού	Αρχικό σύμπτωμα πόνου στην πλάτη αμφοτερόπλευρα, αλλαγές στην αισθητικότητα (αιμωδίες, μυρμηγκιάσματα), αδυναμία και άλλες νευρολογικές διαταραχές (ανικανότητα -αλλαγές στο έντερο και στην ουροδόχο κύστη)	Ακτινογραφίες, αξονική και μαγνητική τομογραφία, νευρολογικός έλεγχος	ΑΚΘ με στεροειδή, χειρουργική επέμβαση (αποσυμπίεση σπονδυλικής στήλης)

Υπερασβεστιαμία (ασβέστιο στον ορό > 10.5 mg/dl	Ανορεξία, ναυτία, έμετος, δίψα, δυσκοιλιότητα, λήθαργος, σύγχυση	Διόρθωση του ασβεστίου ορού, έλεγχος αλβουμίνης	Ενυδάτωση, ενδοφλέβια διφωσφονικά, κινητοποίηση
Αναιμία	Κόπωση, φτερουγίσματα και δύσπνοια	Πλήρης αιματολογικός έλεγχος, βιοψία μυελού των οστών	Μεταγγίσεις, ερυθροποιητίνη άλφα, καθυστέρηση ή μείωση δόσεων άλλης θεραπείας, έλεγχος για άλλες αιτίες που μπορεί να συμβάλλουν στην αναιμία (π.χ αιμορραγία)
* Επιπλέον στη θεραπεία του καρκίνου με τη ΧΜΘ και την Ορμονοθεραπεία			

Πηγή : Mayer, Struthers και Fisher (1997); Struthers, Mayer και Fisher (1998)

Τα στοιχεία που πιστοποιούν την επιβάρυνση ασθενών από τις οστικές μεταστάσεις είναι : η επηρεασμένη κινητικότητα, η περιορισμένη λειτουργική ικανότητα, ο σοβαρός οστικός πόνος, ο έντονος πόνος και η παράλυση, από πίεση του νωτιαίου μυελού, η επώδυνη και μακροχρόνια αποκατάσταση από τα παθολογικά κατάγματα, η εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειας / φροντιστές, οι παρενέργειες από τη θεραπεία και η δυσφορία και δυσκολία μετακίνησης λόγω επισκέψεων στο Νοσοκομείο/Κλινική.

Ο οστικός πόνος εμφανίζεται περίπου στο 70 % των ασθενών με οστικές μεταστάσεις. Όταν αξιολογούμε ασθενείς με πρωτογενή καρκίνο του μαστού, πνεύμονα και προστάτη, θα πρέπει να έχουμε πάντοτε στο μυαλό μας την πιθανότητα ανάπτυξης οστικών μεταστάσεων και ο ασθενής μπορεί ν' αναφέρει πόνο ο οποίος δεν ανταποκρίνεται ή ανταποκρίνεται εν μέρει, στα οπιοειδή.(Pemberton, 1995)

Η Mantyh και οι συνεργάτες της αναγνώρισε δύο συγκεκριμένους τύπους πόνου σχετιζόμενους με τον καρκίνο στα οστά. Ο πρώτος τύπος χαρακτηρίζεται ως αμβλύς πόνος, που επηρεάζει γενικά τα οστά και εμφανίζεται σχετικά νωρίς. Συχνότερος είναι ο πόνος αυτός, ο οποίος οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση μιας διάγνωσης. Σ' αυτό το στάδιο παρουσιάζεται πολύ μικρή καταστροφή του οστού, τα καρκινικά κύτταρα διεισδύουν σ' αυτό και φαίνεται να εκκρίνουν χημικά συστατικά που επηρεάζουν τα νεύρα γύρω από τα οστά, τα οποία με τη σειρά τους αποκτούν υπερευαίσθησία. Ο πόνος ορίζεται επιστημονικά, ορίζοντας τις ουσίες που εκκρίνουν ο νωτιαίος μυελός και τα περιφερικά νεύρα. Συνεπώς υπάρχουν δύο ξεκάθαροι ορισμοί του πόνου : πόνος από φλεγμονή, όπως αρθρίτιδα και πόνος από βλάβη νεύρων, όπως νευροπαθητικός πόνος. (Mantyh, 2000)

Η εντόπιση του πόνου θεωρείται πολύ σημαντική, ο ασθενής ενδέχεται να παραπονεθεί για πόνο στην πλάτη, ή να δείξει με το δάκτυλο κατευθείαν σε κάποιο πλευρό, σημεία που δηλώνουν τοπική ευαισθησία στα οστά, ιδιαίτερα όταν εφαρμοστεί πίεση. Αρχικά έρχεται και φεύγει, τείνει να χειροτερεύει τη νύχτα, ανακουφίζεται με την κίνηση, ενώ στη συνέχεια, μπορεί να περιγράφεται ως συνεχής και σταθερός ή αρκετά έντονος, μπορεί να χειροτερεύει με την κίνηση ή την υπέρμετρη άσκηση – τέντωμα του οστού, κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων και ν' ανακουφίζεται με την ξεκούραση. Δε υπάρχει συσχέτιση αυτών των συμπτωμάτων με την έκταση της μεταστατικής νόσου και κατά τον ίδιο τρόπο, μπορεί το ασβέστιο στον ορό να μην αυξάνεται όταν διεξάγεται αιματολογικός έλεγχος. (Pemberton, 1995)

Ο οξύς πόνος ή ο πόνος που εξελίσσεται πολύ γρήγορα, δηλώνει πολλές φορές σοβαρό πρόβλημα και πρέπει ν' αποκλειστούν τα εξής ογκολογικά επείγοντα περιστατικά : κατάγματα , πίεση σπονδυλικής στήλης, εγκεφαλικές μεταστάσεις, ή απόφραξη εντέρου. Τα οστά μπορεί να σπάσουν, προκαλώντας πολύ έντονο πόνο και περιορισμένη κίνηση. Αυτά τα οποία σπάζουν πιο εύκολα, είναι τα μακρά οστά των χεριών και των ποδιών, καθώς επίσης και τα οστά της σπονδυλικής στήλης. Σημάδι κατάγματος μερικές φορές αποτελεί ο ξαφνικός πόνος στη μέση της πλάτης. (Baweja, 2005) Οι απλές ακτινογραφίες επαρκούν για τη διάγνωση. Παρατηρείται ευαισθησία στο σημείο που πονά ο ασθενής κατά τη διάγνωση και πόνος κατά τη μεταφορά βάρους.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να διαχωρίζει το μεταστατικό κάταγμα από το κάταγμα που οφείλεται σε οστεοπόρωση. Παρατηρούνται συνήθως στους ενήλικες, κυρίως στις γυναίκες και είναι ατραυματικά κατάγματα (με ποσοστό μεταστάσεων 39%) στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΘΜΣΣ) και στην οσφυϊκή (ΟΜΣΣ). (Ταβερναράκη, 2005) Τα κατάγματα από μετάσταση εμφανίζουν τα εξής απεικονιστικά ευρήματα, κυρίως στη μαγνητική τομογραφία : ανώμαλο σχήμα αυχένων, μεταστάσεις σε σπονδύλους, επισκληρίδιος μάζα, κοίλανση οπίσθιας επιφάνειας σπονδυλικής στήλης.

(Coleman, 2000)

Η αναγκαιότητα της διαχείρισης των καταγμάτων των οστών είναι ξεκάθαρη αλλά μπορεί σημαντικά ν' αυξήσει το κόστος της θεραπείας. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι πάνω από 50% του κόστους της συνολικής θεραπείας, αποδίδονται στη διαχείριση των συμβαμάτων από το σκελετό όπως πόνος, κατάγματα, συμπτώματα υπερασβεστιαμίας και πίεση νωτιαίου μυελού.(Groot 2003)

Επιπρόσθετα, οι οστικές μεταστάσεις στο σπονδυλικό σώμα, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης δημιουργίας πίεσης του νωτιαίου μυελού, προκαλώντας σημαντικό πόνο και δυσφορία. (Coleman, 2000) Μόνο το 1-2% όλων των ασθενών με καρκίνο θ' αναπτύξει την εν δυνάμει αυτή κατάσταση. (Twycross, 1995; Foley, 1993) Ο προοδευτικός πόνος στην πλάτη, ο οποίος εντοπίζεται κεντρική ή στη ρίζα των νωτιαίων νεύρων, αυξάνεται με την κίνηση ή τη μεταφορά και παρουσιάζει αμφοτερόπλευρα νευρολογικά ελλείματα, είναι σημεία όπου πρέπει να αξιολογούνται ανάλογα. (Piasecki, 1996)

Η εμπειρία του καρκινικού πόνου, στο σύνολό της, μπορεί να είναι αυξημένη κατά την πίεση του νωτιαίου μυελού, ως αποτέλεσμα μυϊκού σπασμού, πίεση των νευρικών ριζών και προκαλείται σπλαχνικός πόνος, από τη διάταση της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου. Ο αυξημένος πόνος και η επιδείνωση της νόσου, έχει ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες για τους ασθενείς. (O'Leary, 2001)

Η υπερασβεστιαμία συχνά εντοπίζεται με ευρέως διαδεδομένες οστικές μεταστάσεις. Αναφέρεται ότι το 10-40% του ογκολογικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια της νόσου τους θα προσβληθούν. (Mc Closkey, 1997; Gaich και Burtis, 1991; Mundy, 1987) Είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού αυξημένης οστεοκλαστικής απορρόφησης, φτωχής νεφρικής έκχυσης και μειωμένης σπειραματικής διήθησης, που οδηγούν σε αυξημένες

συγκεντρώσεις ασβεστίου στο πλάσμα. Αυτό φαίνεται να επιταχύνει την εμφάνιση του πόνου ή να τον επιδεινώνει, τροποποιώντας το κατώφλι του πόνου. Τα παραπάνω αποτελούν μια εξήγηση στο ότι μερικοί ασθενείς βιώνουν μερική ή πλήρη ανακούφιση του οστικού πόνου, με τη διόρθωση των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα. (Piasecki, 1996)

Τα συμπτώματα της υπερασβεστιαϊμίας εκτός από τον πόνο, περιλαμβάνουν νευρομυϊκή ευερεθιστότητα (τετανία και σπασμούς), νευρομυϊκή καταστολή (αδυναμία μυών, μειωμένα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, δυσκοιλιότητα και απειλητικές για τη ζωή καρδιακές αρρυθμίες), τροποποιημένη διανοητική κατάσταση, σύγχυση, ζάλη, έμετο και δίψα.(Ο' Leary U, 2001) Σ' αυτούς τους ασθενείς η τιμή του ασβεστίου στον ορό ξεπερνά τα 12 mg και απαιτεί άμεση θεραπεία. Η κατάσταση αυτή θεωρείται απειλητική για τη ζωή και αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, επέρχεται ο θάνατος. Η θεραπεία περιλαμβάνει αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου 300 ml/h με 4-6 liters έγχυσης φυσιολογικού ορού, σε συνδυασμό με αντιοστεοκλαστικούς (antiosteoclastic) παράγοντες όπως καλσιτονίνη, plicamycin, γάλλιο και διφωσφονικά. Το παραπάνω σχήμα και η χορήγηση της φουροσεμίδης (Lasix), αυξάνει την απέκκριση του ασβεστίου από τα ούρα. (Piasecki, 1996)

Οι χρόνιες φλεγμονώδεις αλλαγές μέσα στον οργανισμό που συχνά συσχετίζονται με τις οστικές μεταστάσεις, ενδέχεται ν' αναχαιτίσουν την κινητοποίηση του σιδήρου από τις αποθήκες του οργανισμού και να προκαλέσουν χρόνια αναιμία. (Foley, 1993) Η χρόνια αναιμία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει αυξημένο λήθαργο και μειωμένη κινητικότητα, επιταχύνοντας την εμφάνιση εν τω βάθει θρόμβωσης και το σχηματισμό ελκών που οδηγούν με τη σειρά τους σε αυξανόμενο πόνο. Στη μεταστατική νόσο, εξαιτίας της εισβολής του όγκου, ο μυελός των οστών καταστέλλεται και η κατάσταση αυτή προϋποθέτει μειωμένες δόσεις κυτταροτοξικών φαρμάκων. Οι ασθενείς οδηγούνται σε ψυχολογική ένταση , καθώς αλλάζει το προσδόκιμο επιβίωσης και συνολική αύξηση του βιώματος του πόνου. (Ο' Leary U, 2001)

Εάν η οστική νόσος εξαπλωθεί, μπορεί να εμφανιστούν άλλα συμπτώματα. Εάν ο ασθενής μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να υποστεί αυτόματο κάταγμα ή κατάρρευση της σπονδυλικής στήλης, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε νευρικό πόνο και πιθανή πίεση της σπονδυλικής στήλης, έχοντας ως αποτέλεσμα την παραπληγία.

Τότε το ασβέστιο στον ορό του αίματος μπορεί ν' αυξηθεί και να οδηγήσει σε υπερασβεσταιμία, καθώς το ασβέστιο απορροφάται από την αιματική ροή κατά τη διάρκεια του κατάγματος του οστού. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να μείνουν απαρατήρητα και χωρίς αντιμετώπιση, καθώς τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που εμφανίζονται περιλαμβάνουν το λήθαργο, τη σύγχυση, τη ναυτία, την κατάθλιψη και τη δυσκοιλιότητα. (Pemberton, 1995)

Ενώ τα παραπάνω σημεία και συμπτώματα είναι αναμενόμενα, οι επαγγελματίες υγείας σε συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οφείλουν και πρέπει να τ' αναγνωρίσουν έγκαιρα, έτσι ώστε να τ' αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα. (Pemberton, 1995)

4. Εκτίμηση και Διαγνωστική Αξιολόγηση ασθενών με οστικό πόνο

Παρά το γεγονός ότι οι διαδικασίες για τη διάγνωση των οστικών μεταστάσεων τυπικά δεν έχουν στανταριστεί, αναγνωρίζονται μερικές γενικές κατευθυντήριες αρχές. Βασικό στόχο αποτελεί η ανίχνευση των μεταστάσεων, η εκτίμηση του μεγέθους και της εντόπισής τους, ο κίνδυνος των παθολογικών καταγμάτων και τα αποτελέσματα από τη διήθηση του όγκου (στο νωτιαίο μυελό, στα αγγεία και τα νεύρα). Ο βασικός στόχος θα πρέπει να είναι η πρόωπη ανίχνευση. Η διαγνωστική μέθοδος θα πρέπει να έχει υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία, επιτρέποντας τον προγνωστικό υπολογισμό και εκτίμηση, της επιτυχίας της θεραπείας. Οι εξετάσεις επανελέγχου, θα πρέπει να εστιάζουν στην αναγνώριση των αλλαγών (αυξήσεις ή μειώσεις) των μεταστάσεων, τόσο στον αριθμό τους όσο και στο μέγεθός τους. (Felsenberg και Gowin, 1999)

Οι διαθέσιμες διαγνωστικές διαδικασίες είναι : απλές ακτινογραφίες, σπινθηρογράφημα οστών, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αιματολογικός έλεγχος και ούρων, βιοψία . (Piasecki, 1996)

Οι ασθενείς με οστικές μεταστάσεις είναι συνήθως άνω των 40 ετών και παρουσιάζονται με προηγούμενο ιστορικό καρκίνου και σκελετικό πόνο προοδευτικής φύσεως. Η αρχική εστία του καρκίνου είναι άγνωστη, σ' ένα ποσοστό 3-5% των ασθενών με οστικές μεταστάσεις. Σ' αυτή τη μικρή υποομάδα ασθενών, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν μια σειρά επιπλέον εξετάσεων, σε μια προσπάθεια να αναγνωριστεί η πρωταρχική εστία.

Η Αμερικάνικη Εταιρία Καρκίνου (American Cancer Society - 2005) αναφέρει ότι πρέπει να πραγματοποιούνται απλές ακτινογραφίες στα επώδυνα σημεία ή στις περιοχές όπου το σπινθηρογράφημα των οστών ήταν θετικό. Πάντως ενδέχεται το 50% του συμπαγούς οστού να καταστρέφεται πριν γίνει ορατή η βλάβη στις απλές ακτινογραφίες. Αλλά οι ακτινογραφίες μπορεί να βρουν κατάγματα στα οστά, τα οποία έχουν εξασθενήσει από τη μετάσταση. Οι απλές ακτινογραφίες θώρακος, θα πρέπει να πραγματοποιούνται ως μέρος του ελέγχου, πριν τη βιοψία. Το σπινθηρογράφημα οστών με τεχνητό, καθορίζει εάν μία βλάβη είναι περιορισμένη τοπικά (μονοοστική) ή έχουν προσβληθεί πολλά οστά (πολυοστική). Αυτή η εξέταση σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα έχει περιορισμένη αξία, από τη στιγμή που στην εξέλιξή της υπάρχει περιορισμένος ή και καθόλου, σχηματισμός οστού.

Χορηγούνται διάφορες ραδιοενεργές ουσίες και συγκεντρώνονται στα κύτταρα των οστών που νοσούν, σε όλο το σώμα. Αυτές οι περιοχές είναι γνωστές ως « hot spots ». Τέτοιες κηλίδες όμως δύναται να προκαλέσει κάποια λοίμωξη, η αρθρίτιδα, ή άλλες νόσοι των οστών. (Piasecki, 1996) Το σπινθηρογράφημα οστών ανιχνεύει τις μεταστάσεις νωρίτερα από τις απλές ακτινογραφίες.

Οι οστικές μεταστάσεις πρέπει να ερευνηθούν για την ολοκληρωμένη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Η προτίμηση του καρκίνου του προστάτη για τα οστά, προϋποθέτει την ύπαρξη σπινθηρογραφήματος οστών και ακολούθως απεικονιστικών εξετάσεων, πνεύμονα και ήπατος. Η παρουσία οστικών μεταστάσεων αποκλείει τη σταδιοποίηση τοπικής νόσου ή λεμφαδένων. Η σταδιοποίηση των λεμφαδένων αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση όπως η χειρουργική ή η ΑΚΘ, με σκοπό την ίαση. Παραπέμπουμε τους ασθενείς για παρηγορητική ΑΚΘ, μετά από αμφοτερόπλευρη εκκρίζωση λεμφαδένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της νόσου στο T3 στις περισσότερες περιπτώσεις και επιτρέπει την ακτινοβολήση περιορισμένων πεδίων, έχοντας ως αποτέλεσμα τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες. Για το λόγο αυτό η παρουσία ή η απουσία των οστικών μεταστάσεων αποτελεί το πιο σημαντικό κριτήριο καθορισμού του μονοπατιού της διερεύνησης – προς τη λεμφαδενική νόσο και /ή την τοποπεριοχική θεραπεία. (Denis, 1994) Στις πνευμονικές μεταστάσεις, οι λυτικές βλάβες, παρουσιάζονται όταν η καταστροφή του οστού υπερβαίνει το νέο οστικό σχηματισμό. Αντίθετα οι βλαστικές βλάβες, όπως φαίνονται στις μεταστάσεις από τον καρκίνο του προστάτη, εμφανίζονται, όταν ο νέος οστικός σχηματισμός υπερβεί την καταστροφή του οστού. Στο μεταστατικό καρκίνωμα, σπάνια εμφανίζεται μονοοστική βλάβη και σ' αυτή τη βλάβη (μονοοστική) ενδείκνυνται η χρήση απεικονιστικών εξετάσεων όπως η μαγνητική (MRI) και αξονική τομογραφία (CT scan). (Piasecki, 1996)

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρία Καρκίνου (2005) η αξονική τομογραφία χρησιμοποιεί φάσμα ακτίνων χ, προκειμένου να ληφθούν κάποιες εικόνες του σώματος από διάφορες γωνίες. Ο υπολογιστής συνδυάζει τις εικόνες, για να σχηματιστεί μια λεπτομερής απεικόνιση και να ελεγχθεί εάν ο καρκίνος έχει διασπαρεί στα οστά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης ως οδηγός για την εισαγωγή βελόνης σε μια ύποπτη για μεταστάσεις περιοχή και την αφαίρεση ενός δείγματος ιστού για την επιβεβαίωση ή όχι της

παρουσίας καρκινικών κυττάρων. Η Μαγνητική τομογραφία πραγματοποιεί διασταυρούμενες φωτογραφίες του σώματος και δε χρησιμοποιεί ακτίνες χ όπως η αξονική, αλλά ραδιοκύματα και δυνατά μαγνητικά πεδία. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την απεικόνιση των μαλακών μορίων του οργανισμού, τη σπονδυλική στήλη και το νωτιαίο μυελό. Η πραγματοποίησή της διαρκεί λίγο περισσότερο χρονικό διάστημα από την αξονική τομογραφία. Η PET (τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων) χρησιμοποιεί ένα σχηματισμό από ζάχαρη, όπου περιέχει στο εσωτερικό του ένα ραδιενεργό άτομο. Τα καρκινικά κύτταρα του σώματος απορροφούν τη ζάχαρη και με μια ειδική κάμερα μαρκάρουν τις περιοχές όπου συγκεντρώνεται η ζάχαρη. Είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση της διασποράς των καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες αλλά και όταν ο γιατρός υποψιάζεται ότι υπάρχει μετάσταση, αλλά δεν μπορεί να εντοπιστεί με τις άλλες απεικονιστικές μεθόδους.

Η Αμερικάνικη Εταιρία Καρκίνου (2005) υποστηρίζει ότι κάποιοι τύποι καρκίνου απελευθερώνουν συγκεκριμένες ουσίες (καρκινικοί δείκτες) στην κυκλοφορία του αίματος, ή στα ούρα. Ο καρκίνος μπορεί επίσης να προκαλέσει κάποια όργανα του σώματος να παράγουν υψηλά επίπεδα συγκεκριμένων χημικών ουσιών. Γι' αυτό κρίνονται χρήσιμες οι εξετάσεις αίματος και ούρων. Απαραίτητες κρίνονται η ηλεκτροφόρηση ανοσοσφαιρινών για το μυέλωμα, το επίπεδο του προστατικού αντιγόνου (PSA) και εξετάσεις ούρων, για την ανίχνευση καρκίνου νεφρού, ουροδόχου κύστεως και προστάτη. (Piasecki, 1996)

Η βιοψία οστού αποτελεί μία άλλη μέθοδο, η οποία κρίνεται απαραίτητη για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της μεταστατικής οστικής νόσου ή όταν τα αποτελέσματα από τις άλλες μεθόδους δεν είναι ξεκάθαρα. Μπορεί να παραλειφθεί η βιοψία από τον Ογκολόγο, εάν δεν τίθεται θέμα διάγνωσης, ή οι επαναλαμβανόμενες βιοψίες αν ο ασθενής έχει ήδη μεταστατική νόσο σε άλλα οστά. (Piasecki, 1996) Η βιοψία με κλειστή βελόνη πραγματοποιείται, εάν δεν κρίνεται αναγκαία η σταθεροποίηση ενός

παθολογικού ή επικείμενου κατάγματος, είτε στο Ακτινολογικό Εργαστήριο με Αξονική Τομογραφία είτε στο Χειρουργείο με χειρουργική επέμβαση. Εάν η σταθεροποίηση κρίνεται απαραίτητη, η βιοψία πραγματοποιείται με ακινητοποίηση του τμήματος, πριν την καθορισμένη διαδικασία. (Piasecki, 1996) Πρόκειται σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία Ακτινολογίας (Society of Interventional Radiology) για μια τυπική διαδικασία για εξωτερικούς ασθενείς με σπάνιες επιπλοκές όπως αιμορραγία και λοίμωξη (< 1%).

Στο 90% των ασθενών με τη βιοψία με βελόνη λαμβάνονται αρκετοί ιστοί, για να καθοριστεί η αιτία της ανωμαλίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με μεταστατική νόσο, έχουν ήδη γνωστό ιστορικό καρκίνου. Πάντως συχνά, εξαιτίας της έκβασης της ασθένειάς τους, βιώνουν κατάθλιψη και ανησυχία. Η θεραπεία της μεταστατικής νόσου είναι δύσκολη και η πιθανότητα ίασης πολύ μικρή. Η επιβίωση, εξαρτάται από την αρχική εστία και μπορεί να κυμανθεί από 4 μήνες έως 4 έτη. (Piasecki, 1996) Το χρονικό διάστημα που ο ασθενής να ζήσει έχοντας οστικές μεταστάσεις είναι ένας συνεχιζόμενος αγώνας και εκφράζεται από έναν « ανώνυμο ασθενή», με τη φράση : « Συνεχίζω να σκαρφαλώνω στο βουνό, αλλά ο καρκίνος συνεχίζει να με σπρώχνει προς τα κάτω »

5. Θεραπευτικές προσεγγίσεις για τις Οστικές Μεταστάσεις

Η αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων γίνεται με χειρουργική σταθεροποίηση του πάσχοντος οστού, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ραδιενεργό στρόντιο, ρήνιο ή σαμάριο, καυτηρίαση με αδιοκύματα, καθώς επίσης η αναλγητική αγωγή (φαρμακευτική) και οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι διαχείρισης του οστικού πόνου. Τα τελευταία χρόνια προστέθηκαν στη θεραπεία του οστικού πόνου τα διφωσφονικά. (Mayer, Struthers και Fisher 1997)

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία του όγκου που υποβόσκει, μπορεί να αποτελέσει τον πρωταρχικό τρόπο προσέγγισης διαχείρισης των οστικών μεταστάσεων. Επιπρόσθετα οι παρεμβάσεις παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να προλάβουν ή να θεραπεύσουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τις οστικές μεταστάσεις.

Ο στόχος της θεραπείας είναι ν' ανακουφιστεί ο πόνος, να προληφθούν ή να αποκατασταθούν τα παθολογικά κατάγματα, η πίεση της σπονδυλικής στήλης και η υπερασβεστιαμία, προκειμένου να διατηρηθεί ή να βελτιωθεί η λειτουργική ικανότητα, να προληφθεί ή να καθυστερήσει η επιδείνωση της νόσου, παρατείνοντας την επιβίωση και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

5.1 Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε κάποιες περιπτώσεις υποδεικνύεται η χειρουργική καθήλωση των καταγμάτων ή εν δυνάμει καταγμάτων. Σημαντική κρίνεται η λήψη απόφασης για χειρουργική παρέμβαση και αρκετοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη, όπως : η πρόγνωση, η καταλληλότητα του οργανισμού, ο βαθμός του πόνου και η απώλεια της λειτουργικότητας.

Εκτενέστερα, τα κλινικά κριτήρια για τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις αναγνωρίστηκαν από τον Harrington (1988) και τροποποιήθηκαν από τον Mirels (1989) και περιλαμβάνουν το σημείο εντόπισης (άνω ή κάτω άκρο), το βαθμό του πόνου, τον τύπο της βλάβης (μικτή, λυτική ή βλαστική) και το μέγεθος (το ποσό εμπλοκής καθορίζεται από το κλάσμα της διαμέτρου της εγκάρσιας τομής του οστού, στην ακτινογραφία). Αυτά τα κριτήρια εκτιμώνται και βαθμολογούνται και τα πιθανά σκορ κυμαίνονται από 4-12. Ένα συνολικό σκορ από 8 και πάνω δηλώνει υψηλό κίνδυνο για παθολογικό κάταγμα και από 9 και πάνω υπάρχει υψηλή συσχέτιση με επικείμενο κάταγμα. Σκορ από 8 και πάνω απαιτεί χειρουργική καθήλωση και ακτινοβολία, ενώ κάποιος με σκορ 7 ή < από 7, θα ωφεληθεί από την ακτινοβολία, αλλά δε θα χρειαστεί απαραίτητα χειρουργική επέμβαση.

Σύμφωνα με τον Heatley (2005) διαφορετικές χειρουργικές λύσεις μπορεί να προταθούν σύμφωνα με το είδος του κατάγματος την κλινική κατάσταση και το προσδόκιμο ζωής. Η ορθοπαιδική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εσωτερική καθήλωση και οστεοσύνθεση, την αφαίρεση της άρθρωσης και την αποκατάστασή της, την τμηματική εκτομή μεγάλης έκτασης του οστού και προσθετική αποκατάσταση και αρθροπλαστική. Η διαδικασία της διαδερμικής σπονδυλοπλαστικής για τους ασθενείς που έχουν αποτύχει οι συμβατικές θεραπείες, αποτελεί μια χρήσιμη επιλογή. Η συγκεκριμένη διαδικασία μειώνει σημαντικά το χρόνο ανάρρωσης των καταγμάτων από την πίεση της σπονδυλικής, αξαλείφοντας την ανάγκη για φροντίδα μακράς διάρκειας και αποκατάσταση, μειώνοντας έτσι τις ανάγκες από σπάνιες πηγές. Επιτυγχάνεται καλή ανακούφιση του πόνου, αυξάνεται η κινητικότητα και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές αποδεικνύονται πολύ σημαντικοί καθόλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Χρειάζεται μια καλύτερη διερεύνηση και κατανόηση της φυσικής ιστορίας της διαταραχής, έτσι ώστε να ξέρουν σε ποιο σημείο της θεραπευτικής διαδικασίας να παρέμβουν και εάν περιμένοντας ή βελτιώνοντας την ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης, θα μειωθούν οι ιατρικές επιπλοκές από την ίδια την παραμόρφωση. Αρκετά όμως ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα και περαιτέρω μελέτες κρίνονται απαραίτητες. (Larsen, 2004)

Η χειρουργική επέμβαση θα λαμβάνεται όταν παρουσιάζεται κατάγμα. Τα εν δυνάμει πλεονεκτήματα της χειρουργικής παρέμβασης θα πρέπει να εναρμονίζονται με την επιβίωση του ασθενούς. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα πλεονεκτήματα της μη επεμβατικής θεραπείας, η πιθανότητα επίτευξης της σταθεροποίησης του οστού, η βελτίωση της επούλωσης του κατάγματος και η πρόωπη κινητοποίηση. Οι ακτινοανθεκτικοί όγκοι όπως το σάρκωμα και ο καρκίνος του νεφρού, σχετιζόμενοι με την εμπλοκή εκτεταμένων μαλακών μορίων, απαιτούν ως παρηγορητική θεραπεία, τον ακρωτηριασμό του άκρου.

Η χειρουργική σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης και των άκρων, μπορεί δραματικά να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να μειώσει τον πόνο και το υποφέρειν των ασθενών και να προλάβουν επιπλοκές σχετιζόμενες με την ακινησία, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα σε πολλούς ασθενείς να παραμένουν στο σπίτι και να τους φροντίζουν εκεί. Η ανάρρωση από τη χειρουργική καθήλωση είναι πιο γρήγορη και απαιτεί λιγότερες επιθετικές διαδικασίες. Ένας υψηλός ρυθμός επιτυχίας μετά τη χειρουργική παρέμβαση έχει αναφερθεί ότι οδηγεί σε βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών. Περισσότεροι από το 60% των ασθενών οφελούνται από τη χειρουργική αποσυμπίεση, επτυγχάνοντας επαρκή νευρολογική αποκατάσταση. Η παρουσία νευρολογικού ελείμματος, το οποίο δε λύνεται γρήγορα με την ΑΚΘ, την υποτροπή μετά την ΑΚΘ, και την προχωρημένη αστάθεια της σπονδυλικής στήλης, αποτελούν ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης των βλαβών της σπονδυλικής στήλης.

Η Χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται επίσης εάν τα άνω άκρα έχουν προσβληθεί αμφοτερόπλευρα ή έχουν πολλαπλές εστίες, ή όταν κρίνονται απαραίτητα άλλα προσαρμόσιμα βοηθήματα (πατερίτσες, Πί κ.α.). Αν και η χειρουργική επέμβαση είναι τεχνικά εφικτή, μερικές φορές το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών είναι πολύ σύντομο (λιγότερο από 6 εβδομάδες) (Heatley, 2005) και ο δείκτης λειτουργικότητας φτωχός, έτσι ώστε οι ασθενείς να μην ωφελούνται από τη διαδικασία. Αυτός ο τρόπος θεραπείας στις συγκεκριμένες περιπτώσεις δεν αποτελεί ρεαλιστικό στόχο (συνδέεται με υψηλό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας) και μπορεί η ακτινοβολία να αναδεικνύεται πιο κατάλληλη. Οι νοσηλευτές προετοιμάζουν τους ασθενείς ψυχολογικά πριν την επέμβαση και τους υποστηρίζουν καθόλη τη διάρκεια της ανάρρωσης στο σπίτι.

5.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) είναι πολύ αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου (ιδιαίτερα όταν η βλάβη είναι μονήρης) (Baweja και Tan , 2005) και στον τοπικό έλεγχο των όγκων. Μπορεί να εφαρμοστεί είτε μετά τη χειρουργική επέμβαση, είτε αντί αυτής.

Η ΑΚΘ (External beam radiation) μπορεί να εφαρμοστεί σε συγκεκριμένες βλάβες με μια πιθανότητα βελτίωσης του πόνου σ' ένα ποσοστό 80%-90% (μερικής 30% ή πλήρους 50%). (Ward, 2000)Τυπικά, χορηγείται σε δέκα συνεδρίες (30 Gy στον καρκίνο του προστάτη) (Baweja και Tan , 2005) για διάστημα 2 εβδομάδων, αλλά μερικές φορές χορηγούνται 5 θεραπείες σε μία εβδομάδα (σύντομες συνεδρίες).

Σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και προσδώκιμο επιβίωσης ένα χρόνο το μέγιστο, αρκετοί γιατροί τυπικά συστήνουν παρηγορητική ακτινοθεραπεία σε δόσεις 40-50 Gy, σε χρονικό διάστημα τεσσέρων με πέντε εβδομάδων, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα για μια πλήρη ανταπόκριση (ανακούφιση), στη μέγιστη δυνατή διάρκεια. (Baweja και Tan, 2005) Το πλήρες αποτέλεσμα της ΑΚΘ επέρχεται 2 με 3 εβδομάδες από την ολοκλήρωσή της. Ακόμη και η μερική ανακούφιση μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή και να μειώσει τη λήψη των απαιτούμενων αναλγητικών. (Heatley, 2005)

Αν και η ακτινοθεραπεία φαίνεται να είναι μια σχετικά μη επεμβατική μέθοδος με λίγες παρενέργειες, μερικές φορές οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι με την ύπαρξη του πόνου, αλλά και την εξάρτηση από τους άλλους κάθε φορά που θα πρέπει να πηγαίνουν στο Νοσοκομείο για τη θεραπεία.. Επιπλέον οι ασθενείς αρκετά συχνά, δε συμπαθούν το Γραμμικό Επιταχυντή, παραπονιούνται για κλειστοφοβία και απαιτούν συγκεκριμένη υποστήριξη και καθησυχασμό από τους ακτινοθεραπευτές και από τους νοσηλευτές. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί για την πρόληψη των παθολογικών καταγμάτων και ως θεραπεία για την παρούσα ή την επικείμενη πίεση της σπονδυλικής στήλης, η οποία και απαιτεί θεραπεία αμέσως μετά τη διάγνωση. Όσο περισσότερο μένει χωρίς θεραπεία, τόσο λιγότερο αναστρέψιμα είναι τα συμπτώματα.

Σοβαρές παρενέργειες από την ΑΚΘ δεν υπάρχουν και το θετικό αποτέλεσμά της θα εμφανιστεί εντός ενός μήνα. Μία δόση των 8Gy, ανακουφίζει αρκετά τον πόνο καθώς παρατείνεται η θεραπεία και για τους περισσότερους ασθενείς πρέπει ν' αποτελεί θεραπεία εκλογής. (Fürrst, 1994) Οι ασθενείς που υποτροπιάζουν μετά την αρχική ανταπόκριση (1^η υποτροπή), μπορούν να ξαναλάβουν θεραπεία με καλά αποτελέσματα. (Fürrst, 1994)

Σύμφωνα με τους Wilbert και Van den Hout (2003) μία και μόνη συνεδρία ακτινοβολίας για τις επώδυνες οστικές μεταστάσεις, αποδεικνύεται εξίσου αποτελεσματική και λιγότερο ακριβή, σε σχέση με τη θεραπεία με περισσότερων συνεδριών. Μελετήθηκαν 1157 ασθενείς στην Ολλανδία με επώδυνες οστικές μεταστάσεις, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν είτε μία συνεδρία ακτινοβολίας 8 Gy, είτε 6 συνεδρίες των 4 Gy. Δεν υπήρξε διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων (43 εβδομάδες για την ομάδα μονοθεραπείας και 40.4 εβδομάδες για την ομάδα με τις 6 συνεδρίες) , αλλά και ούτε στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με το προσδόκιμο επιβίωσης (17.7 εβδομάδες έναντι 16 εβδομάδων). Συγκρινόμενες οι δύο ομάδες, η μία συνεδρία των 8 Gy παρέχει ίση παρηγορητική φροντίδα και ποιότητα ζωής και έχει χαμηλότερο ιατρικό και κοινωνικό κόστος, γι' αυτό και στις Σκανδιναβικές Χώρες θεωρείται ως η θεραπεία εκλογής (παρηγορητική) για τους ασθενείς με καρκίνο και επώδυνες οστικές μεταστάσεις.

Για τα παθολογικά κατάγματα, αν ο στόχος είναι η μείωση της επανατιτάνωσης του σημείου του κατάγματος, συνήθως δίνεται ένα μεγαλύτερης διάρκειας θεραπευτικό σχήμα. (Fürost, 1994) Οι πολλαπλές οστικές μεταστάσεις μπορεί σπάνια ν' αντιμετωπιστούν με την ημισωματική ακτινοβολία, διότι ενδέχεται να εμφανιστούν συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα και μυελοκαταστολή. (Keen, 1980) Τα ραδιενεργά ισότοπα όπως το ^{89}Sr αποτελούν εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι, μ' ένα ρυθμό ανταπόκρισης, της ίδιας τάξεως περίπου με την εξωτερικού φάσματος ακτινοβολία. (Laing και συν., 1987)

Συχνά ανταποκρίνονται καλά στην ακτινοθεραπεία συμπτώματα όπως ο πόνος στην πλάτη, συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα και κινητική και αισθητική απώλεια των άκρων, αλλά κρίνεται αναγκαία η πρόωπη διάγνωση. Η ακτινοθεραπεία αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία, σε ασθενείς με ένα ραδιοευαίσθητο όγκο και μη αστάθεια της σπονδυλικής στήλης. Θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η αστάθεια της σπονδυλικής στήλης, η χειρουργική επέμβαση και η μετεγχειρητική ακτινοβολία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε σοβαρά ασθενείς για ν' ανακουφίσει τον πόνο και ίσως να σταματήσει περαιτέρω νευρολογικές διαταραχές.

Η δόση της ακτινοβολίας ποικίλει σύμφωνα με τους στόχους της θεραπείας, την ευαισθησία του όγκου και την κλινική εμπειρία από μία ατομική θεραπευτική δόση 8 Gy

σε μία 2 Gy για 25 ημέρες (2 Gyx25) (Greenberg, Kim και Posser, 1980)

Η ημισωματική ακτινοβολήση (Hemibody Irradiation – HBI) σύμφωνα με τον Woodruff (1993), ενδείκνυνται σε ασθενείς με διάσπαρτες και επώδυνες οστικές μεταστάσεις, θεωρούμενη ως θεραπεία ασθενών τελικού σταδίου. Δίνεται μία δόση στο άνω, μέσο και κάτω μέρος του σώματος σε μία δόση των 6 gy. Από τη στιγμή της ανάρρωσης του οργανισμού από τη μυελοκαταστολή, θ' ακολουθήσει η ακτινοβολήση του άλλου μισού του σώματος, 4 με 8 εβδομάδες αργότερα. Η μέθοδος αυτή ελέγχει τον πόνο, στο 80 με 85% των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία. (Piasecki, 1996) (στο 50% πλήρως και στο 30% εν μέρει). Καθώς αναμένεται το αποτέλεσμα της ΑΚΘ, ο πόνος πρέπει ν' ανακουφιστεί κι αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση των με στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ως βοηθητικά – αναλγητικά. (Pemberton, 1995) Ο μέσος όρος διάρκειας ανταπόκρισης είναι 4 μήνες, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών ανταποκρίνεται σε 48 ώρες. Σύμφωνα με τη Bates, (1987) μετά την ακτινοβολήση τοπικά, πάνω από το 30% των ασθενών βίωσε ανακούφιση του πόνου, εντός της πρώτης εβδομάδος. (Phillips, 1998)

Η ημισωματική ακτινοβολία δεν αποκλείει τη μελλοντική ακτινοβολήση τοπικά, σε σημεία όπου υπάρχει πόνος (Pemberton, 1995) και είναι απαραίτητο το χρονικό διάστημα των 6 εβδομάδων μεταξύ των θεραπειών, εάν επρόκειτο για επανάληψη.

Οι πολλαπλές οστικές μεταστάσεις μπορούν να θεραπευτούν με την ημισωματική ακτινοβολήση, αλλά εξαιτίας της εμφάνισης καταστολής του μυελού των οστών και διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα, χρησιμοποιείται σπάνια. Τα ραδιενεργά ισότοπα αποτελούν εναλλακτική θεραπεία για το μεταστατικό καρκίνο, με ρυθμό ανταπόκρισης ίδιο περίπου με την ακτινοβολήση εξωτερικού φάσματος. Στην ΑΚΘ, ο μηχανισμός ανακούφισης του πόνου δεν έχει καλά κατονοηθεί και τα αποτελέσματα δεν εξαρτώνται άμεσα, από το αν ο όγκος είναι αρχικά ακτινοευαίσθητος ή όχι. (Pemberton, 1995)

Η πίεση του νωτιαίου μυελού μπορεί να εμφανιστεί εξαιτίας των επισκληρίδιων μεταστάσεων. Αρχικά, η προσβεβλημένη περιοχή λαμβάνει υψηλές δόσεις ακτινοβολίας και στο τέλος μικρότερες δόσεις. Επιπρόσθετα τα στεροειδή χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά, για να μειωθεί το τοπικό οίδημα. (Piasecki, 1996)

Η τοξικότητα από την κατά το ήμισυ ακτινοβολήση είναι αμφιλεγόμενη. Ο ασθενής

συχνά αναφέρει ναυτία, έμετο, στοματίτιδα, αλωπεκία, πνευμονίτιδα, μυελοκαταστολή και διάρροια. Εξαιτίας των παραπάνω, δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς με πτωχή σωματική κατάσταση, σε ασθενείς με πολύ χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια, αιμοσφαιρίνη και αιμοπετάλια και σε αυτούς που το προσδόκιμο επιβίωσης είναι λιγότερο από 2 μήνες. (Phillips, 1998)

Μερικοί ασθενείς βιώνουν πόνο από τις οστικές μεταστάσεις σε υψηλό βαθμό, πριν από οποιαδήποτε αλλαγή στις απεικονιστικές εξετάσεις. Άλλοι πάλι μπορεί να μην αισθάνονται καθόλου πόνο και να προσέρχονται στο γιατρό λόγω παθολογικού κατάγματος. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη και μετά από κάτι πολύ απλό, όπως το σήκωμα μιας τσάντας. Ο πόνος εμφανίζεται, όταν εμπλέκεται το περίοστεο κι αυτό συμβαίνει γιατί περιέχει τον αισθητήρα τροφοδότησης του νεύρου στα οστά. (Pemberton, 1995)

Στόχος της παρηγορητικής ακτινοβολήσης αποτελεί ο έλεγχος των συμπτωμάτων. Απαιτείται περίπου 1 μήνας πριν επιτευχθεί συμπτωματική ανακούφιση με την ακτινοθεραπεία. Πολλοί ασθενείς πάντως, με πόνο οφειλόμενο στον καρκίνο, δε λαμβάνουν επαρκή αναλγησία και τα οπιοειδή συχνά δε συνταγογραφούνται έως ότου οι ασθενείς αποτύχουν να ανταποκριθούν στην παρηγορητική ακτινοθεραπεία. Εκτιμήθηκαν με το Wisconsin Brief Pain Inventory (BPI) τα συμπτώματα 108 ασθενών, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στην κλινική Πόνου για οστικές μεταστάσεις. Το έγκυρο αυτό εργαλείο (BPI) αξιολογεί τη σοβαρότητα του πόνου χρησιμοποιώντας την κλίμακα με τα νούμερα 0-10, όπου το 10 αντιπροσωπεύει τον αφόρητο πόνο, αυτόν που δεν μπορεί κανείς να φανταστεί. (Janjan και συν., 1998)

5.3 Χημειοθεραπεία / Ορμονοθεραπεία

Οι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι (μαστού, προστάτου, ενδομητρίου) που παρουσιάζουν οστικές μεταστάσεις συχνά σχετίζονται με αργή πρόοδο της νόσου και μεγαλύτερη επιβίωση και η ορμονοθεραπεία έχει αποδειχτεί ότι προσφέρει όφελος. (Wood, 1993) Η ενδοκρινική θεραπεία εξαιτίας της χαμηλής τοξικότητας, συγκριτικά με τη ΧΜΘ , θα πρέπει να αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής, σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς. Εάν η κατάσταση αυτή είναι άγνωστη, βοηθητικοί προγνωστικοί παράγοντες μπορεί να είναι τα διαστήματα ελεύθερης νόσου, αργά προεμμηνοπαυσιακή και αργά μεταμμηνοεπαυσιακή, αργή επιδείνωση των μεταστατικών βλαβών, μεταστάσεις οστών και μαλακών μορίων, χωρίς την εμπλοκή σπλαχνικών μεταστάσεων. (Wood, 1993) Ο χειρισμός με ορμόνες μπορεί να οδηγήσει σε ανακούφιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με επώδυνες οστικές μεταστάσεις από τον καρκίνο του προστάτη. Η επιλογή της θεραπείας, που περιλαμβάνει οιστρογόνα, αντιανδρογόνα, ολικό μπλοκάρισμα ανδρογόνων και ορμονικούς αγωνιστές απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης, θα εξαρτώνται από την παρουσία και άλλων ταυτόχρονων ασθενειών, τις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Η επιδείνωση της ασθένειας του ασθενούς , ενώ ήδη λαμβάνει ορμονοθεραπεία, ίσως είναι μία ένδειξη διακοπής της. (Wood, 1993) Η αποτελεσματικότητα της ορμονοθεραπείας σχετικά με την ανακούφιση του πόνου ασθενών με προχωρημένο καρκίνο, δεν έχει ιδιαίτερα μελετηθεί.

Το όφελος της ανακουφιστικής ΧΜΘ είναι δύσκολο να μετρηθεί. Πιθανές ενδείξεις της, μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα εξαιτίας μεταστατικής νόσου, διήθησης μυελού, υπερκαλλαιμία, κλινικές καταστάσεις που είναι γνωστές ότι σχετίζονται με τις οστικές μεταστάσεις. Το πρόβλημα προκύπτει όταν γίνεται προσπάθεια ν' αξιολογηθεί κλινικά η ανταπόκριση της ΧΜΘ σε ασθενείς που υποφέρουν από επώδυνες οστικές μεταστάσεις. Θα φαινόταν αληθοφανές ότι ένα φάρμακο που δείχνει ένα καλό ρυθμό αντικειμενικής ανταπόκρισης, θα ήταν χρήσιμο για την ανακούφιση του πόνου. Πάντως οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν ανακούφιση του πόνου χωρίς αντικειμενική ανταπόκριση του όγκου. Η εκτίμηση της ανταπόκρισης στα οστά είναι πιο δύσκολα να εκτιμηθεί από οποιαδήποτε άλλο μεταστατικό σημείο. (Mercadante, 1997)

5.4 Διφωσφονικά

Η επιτυχημένη διαχείριση των οστικών μεταστάσεων θα πρέπει να έχει ως στόχο την ανακούφιση του πόνου και τη σταθεροποίηση του σκελετού, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. (Meade, Saad και Weingard, 2002)

Τα διφωσφονικά, αρχικά εισέβαλαν στο χώρο της Ογκολογίας για την αντιμετώπιση της υπερασβεστιαϊμίας και στη συνέχεια καθιερώθηκαν λόγω της δράσης τους στις οστικές μεταστάσεις, ενώ ένα ζητούμενο που παραμένει, είναι η αντineοπλασματική τους δράση. (Χριστοδούλου, 2006)

Τα διφωσφονικά στον καρκίνο του μαστού και στο πολλαπλούν μυέλωμα, έχουν σημαντικά μειώσει τη νοσηρότητα και έχουν αποτελέσει καθιερωμένη θεραπεία. Στον καρκίνο του μαστού, έχουν αυξήσει το χρόνο προς την επιδείνωση των οστικών μεταστάσεων. Στο πολλαπλούν μυέλωμα βελτίωσαν το διάστημα ελεύθερο νόσου – σε 2 χρόνια . (Heatley, 2005)

Τα διφωσφονικά συστήνονται αμέσως μετά τη διάγνωση των οστικών μεταστάσεων και αποτελούν την καθιερωμένη θεραπεία για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται με το σκελετό. Μειώνουν τις επισκέψεις στο γιατρό (για χειρουργική επέμβαση, για ΑΚΘ), μειώνουν τον κίνδυνο καταγμάτων, προλαμβάνουν την απώλεια οστού (που προκύπτει από τις μεταστατικές βλάβες) και οι κλινικές μελέτες έδειξαν όφελος και στην ανακούφιση του πόνου. (Heatley, 2005)

Δουλεύουν αναχαιτίζοντας την απορρόφηση των οστών ή τη σύνθλιψή τους. Τα οστά συνεχώς επαναδιαμορφώνονται από δύο τύπους κυττάρων : τους οστεοκλάστες, όπου ευθύνονται για τη σύνθλιψη των οστών και τους οστεοβλάστες όπου επαναχτίζουν το οστό. Αν και η ακριβής διαδικασία του πως δουλεύουν τα διφωσφονικά δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή, φαίνεται ότι αναχαιτίζουν τους οστεοκλάστες και προκαλούν απόπτωση (θάνατος των κυττάρων) σε αυτά τα κύτταρα κι ως εκ τούτου μειώνουν την απώλεια οστού. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα δεσμεύονται στο οστό και επομένως μπλοκάρουν τους οστεοκλάστες από τη σύνθλιψη του οστού. (Ross, 2003) Τα καρκινικά κύτταρα απελευθερώνουν ποικίλους παράγοντες που ερεθίζουν την οστεοκλαστική δραστηριότητα, προκαλώντας αυξημένη σύνθλιψη του οστού.

Αναχαιτίζοντας τους οστεοκλάστες τα διφωσφονικά μειώνουν αποτελεσματικά την επιζήμια επίδραση των καρκινικών κυττάρων στην οστική πυκνότητα. Μία ανάλυση των αποτελεσμάτων 30 κλινικών μελετών αποδεικνύουν ότι τα διφωσφονικά καθυστέρησαν την εμφάνιση σκελετικών καταγμάτων, μειώθηκαν οι ανάγκες για ΑΚΘ των οστικών μεταστάσεων, μειώθηκαν τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα και μειώθηκαν οι ανάγκες για χειρουργικές επεμβάσεις από τους χειρουργούς. (Ross, 2003)

Μία δημοσιευμένη μετανάλυση δημοσιευμένων δεδομένων από 6 μελέτες, διέκρινε μία μείωση του κινδύνου των συμβαμάτων από το σκελετό (με εξαίρεση την υπερασβεστιαμία), σε ασθενείς που έλαβαν διφωσφονικά (σχετικός κίνδυνος συμβάματος από το σκελετό 0.88;95%, διάστημα εμπιστοσύνης 0.81 έως 0.96; $p=0.004$). 7 από 9 διπλές- τυφλές μελέτες και 2 από τις 3 ανοικτές μελέτες, εκτίμησαν τον πόνο ή τη χρήση των αναλγητικών και διαπίστωσαν σημαντική μείωση στα σκορ του πόνου ή της αναλγητικής αγωγής, μετά τη λήψη διφωσφονικών. (Bloomfield, 1999)

Μελέτες με διφωσφονικά όπως η ιμπανδρονάτη, έχουν δείξει ότι μειώνουν την εμφάνιση σκελετικών επιπλοκών και ανακουφίζουν τον οστικό πόνο (αναφορά στην κλίμακα των 5 σημείων) σε ασθενείς με καρκίνο μαστού και οστικές μεταστάσεις. Πάντως η ιμπανδρονάτη δε μειώνει τον αριθμό των παθολογικών καταγμάτων ή την καθυστέρηση του χρονικού διαστήματος εμφάνισης σκελετικών επιπλοκών σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Αντίθετα με την παμινδρονάτη και το ζολανδρονικό οξύ, η ιμπανδρονάτη δηλώνεται μόνο για σθενείς με καρκίνο μαστού και οστικές μεταστάσεις. (Body, 2004) Σε μελέτη του ζολανδρονικού οξέος χορηγούμενου σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη και οστικές μεταστάσεις, εκτιμήθηκε η ποιότητα ζωής με αρκετά μέτρα, περιλαμβάνοντας το Brief Pain Inventory. Αύξηση του σκορ του μέσου όρου του πόνου συγκριτικά με την έναρξη, ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για τους ασθενείς στην ομάδα με το εικονικό φάρμακο(.88), από ότι για τους ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα θεραπείας (.43) ($p=0.026$). Επιπλέον τα σκορ του πόνου ήταν μεγαλύτερα για την ομάδα με το εικονικό φάρμακο, από αυτήν που έλαβε ζολανδρονικό οξύ, σε όλα τα χρονικά σημεία που σημειώθηκαν. (Saad, 2006)

Άλλη μελέτη παρηγορητικής θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη ή μαστού, με οστικές μεταστάσεις, το ζολανδρονικό οξύ βελτίωσε σημαντικά τον πόνο και κατά

συνέπεια την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς είχαν σημαντική μείωση του οστικού πόνου (οπτική κλίμακα) από τα αρχικά δεδομένα πριν τη θεραπεία (από 36.9 έως 23.1; $p < 0.0001$) και τα σκορ αναλγησίας (από 1.65 σε 1.28; $p < 0.0001$) (Saad, 2006)

Από την άλλη, τα διφωσφονικά δε συστήνονται για την πρόληψη των οστικών μεταστάσεων ή τη βελτίωση της επιβίωσης σε γυναίκες με τοπικά εκτεταμένο καρκίνο του μαστού ή τη μη παρουσία οστικών μεταστάσεων . Οι τρέχουσες ενδείξεις δεν υποστηρίζουν επαρκώς τη χρήση των διφωσφονικών ως επικουρική θεραπεία, είτε για τη βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών με πρώιμο στάδιο καρκίνου μαστού, είτε ως επικουρική θεραπεία για την πρόληψη των προβλημάτων από το σκελετό. (Bloomfield, 1999) Οι ασθενείς με καλά ελεγχόμενο οστικό πόνο και σύντομο προσδόκιμο επιβίωσης (λιγότερο από 6 μήνες), αποτελούν εξαίρεση. Δεν υπάρχουν επίσης δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους στους άντρες με καρκίνο του μαστού, παρά μόνο για τους άντρες με πολλαπλούν μυέλωμα που συμμετείχαν σε τυχαιοποιημένες μελέτες με διφωσφονικά . Από τη στιγμή που δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι το όφελος που παρατηρήθηκε στις μελέτες ασθενών με πολλαπλούν μυέλωμα, είναι ειδικό του φύλου, είναι λογικό να συσταθεί η χρήση των διφωσφονικών και στους άντρες με καρκίνο του μαστού και οστικές μεταστάσεις. (Bloomfield, 1999)

Τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις όπως καρκίνο του πνεύμονα, νεφρού κ.α. που έλαβαν διφωσφονικά. Παρά το μικρό προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών, όταν λαμβάνουν ζολεδρονικό (Zometa) 4 mg κάθε 3 εβδομάδες μαζί με άλλες αντινεοπλασματικές θεραπείες (ΧΜΘ), καθυστερεί η εξέλιξη της οστικής νόσου, ενώ παρουσιάζονται λιγότερες σκελετικές επιπλοκές. (Χριστοδούλου, 2006)

Αρκετές μελέτες τεκμηριώνουν τη χρησιμότητα των διφωσφονικών σε μεταστατική οστική νόσο σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα, καρκίνο προστάτη και μαστού. Από τη στιγμή που οι παραπάνω κακοήθειες είναι συχνές και οι ασθενείς αυτοί ζουν για αρκετό χρονικό διάστημα, υπάρχουν σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους.

Οι σκελετικές επιπλοκές έχουν σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος, που επιβαρύνει όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και τα συστήματα υγείας. (Χριστοδούλου, 2006)

Τα διφωσφονικά, αποτελούν την κύρια θεραπεία των οστικών μεταστάσεων . Στους ασθενείς με οστικές μεταστάσεις και πόνο, η θεραπεία με pamidronate (Aredia), Zoledronate (Zometa) ή Clodronate, αποτελεί επικουρική θεραπεία στις ήδη καθιερωμένες μεθόδους ελέγχου του πόνου. (Bloomfield, 1999) Η παμιδρονάτη (Aredia), το ζολενδρινικό οξύ (Zometa), η μπανδρονάτης (Bondronate), αντιμετωπίζουν τις οστικές μεταστάσεις σε ικανοποιητικό βαθμό, υπάρχουν όμως κάποιες διαφορές μεταξύ τους, όπως ποιά έχει τη μεγαλύτερη ικανότητα να παρέχει ικανοποιητική ανακούφιση από το μεταστατικό οστικό πόνο, νεφρική ασφάλεια και περισσότερες απαιτήσεις για επίβλεψη (monitoring). Η επιλογή της οδού χορήγησης (από το στόμα, ή ενδοφλεβίως), κρίνεται πολλές φορές εξίσου σημαντική, τόσο για τους νοσηλευτές, όσο και για τους ασθενείς. (Bloomfield, 1999) Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών με οστικές μεταστάσεις. Η αναμενόμενη υπάρχουσα οργανική εξασθένηση και οι δυσκολίες στην κίνηση παρέχουν επιπρόσθετες θεραπευτικές προκλήσεις. Η εξασφάλιση της συμμόρφωσης της θεραπείας με διφωσφονικά από το στόμα ενδέχεται να μην είναι εφικτή, όπως και το ταξίδι για την ενδοφλέβια θεραπεία ρουτίνας στο νοσοκομείο, ν' αποτελεί σπατάλη χρόνου και μεγάλη εξουθένωση τόσο για την οικογένεια, όσο και για τους φίλους των ηλικιωμένων ασθενών. Σημαντική κρίνεται και η εξασφάλιση του ότι η θεραπεία των οστικών μεταστάσεων με διφωσφονικά, δε θα χειροτερεύσει την έκβαση των ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι είναι πιο επιρρεπείς στα προβλήματα από τους νεφρούς, καθώς υπάρχει η πιθανότητα να έχουν μειωμένη νεφρική λειτουργία, λόγω λήψης και άλλων νεφροτοξικών φαρμάκων. Η ενδοφλέβια χρήση των διφωσφονικών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη νεφρική λειτουργία των ασθενών, γι' αυτό πολλές φορές συνίσταται η αποφυγή περαιτέρω έκθεσής των.

Από την Αμερικανική Εταιρία Καρκίνου (American Cancer Society – 2006), συστήνεται στους ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά ο οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος στοματικής κοιλότητας, δοντιών και γνάθων , πριν ξεκινήσουν θεραπεία με διφωσφονικά, διότι τα διφωσφονικά μπορεί να προκαλέσουν οστεονέκρωση στα οστά της γνάθου. Οι ασθενείς που παραπονιούνται για έντονο πόνο στη γνάθο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να κάποιο τμήμα της άνω ή κάτω γνάθου να έχει νεκρωθεί. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των δοντιών στην περιοχή, ενώ μπορούν να

εμφανιστούν και λοιμώξεις. Δεν έχει αποδειχτεί με σαφήνεια γιατί συμβαίνει αυτό ή πως μπορούν να προληφθεί μία τέτοια κατάσταση. Έχει αποδειχτεί όμως ότι ο κίνδυνος αυξάνεται, όταν υποβάλλονται οι ασθενείς σε χειρουργική επέμβαση στη γνάθο ή σε αφαίρεση κάποιου δοντιού. Η καλή στοματική υγιεινή, το καλό βούρτσισμα των δοντιών και ο συχνός οδοντιατρικός έλεγχος αποδεικνύονται αποτελεσματικοί τρόποι πρόληψης. Οι πιθανές λοιμώξεις των δοντιών και των ούλων, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Τα διφωσφονικά αποβάλλονται σχεδόν αποκλειστικά από τους νεφρούς, η νεφροτοξική τους δράση είναι μικρή και σχετίζεται με το ρυθμό ενδοφλέβιας χορήγησης και τη δόση.

Τα νεότερα διφωσφονικά μπορούν να χορηγηθούν με ταχύτερη ροή (ενοφλέβια έγχυση) και είναι λιγότερο νεφροτοξικά. Ο ασφαλής ρυθμός της παμινδρονάτης (δεύτερης γενιάς) είναι 2-4 ώρες και των διφωσφονικών ιμπανδρονάτης και ζολενδρινικού (3^{ης} γενιάς) είναι 30 και 15 λεπτά αντίστοιχα. Άλλες παρενέργειες είναι οστικά άλγη, πυρετός, καταβολή και σπανιότατα υπασβεστιαμία. (Χριστοδούλου, 2006)

Συνήθως χορηγούνται από τους νοσηλευτές ενδοφλεβίως κάθε 3-4 εβδομάδες στο Νοσοκομείο, ή σε Κλινική για εξωτερικούς ασθενείς (Heatley, 2005), αφού πρώτα εξασφαλιστεί ότι η κρεατινίνη και η αλβουμίνη είναι στα φυσιολογικά επίπεδα

Μεγαλύτερη ανεξαρτησία παρέχει η **λήψη των διφωσφονικών από το στόμα**, στο σπίτι. Οι νοσηλευτές βοηθούν τους ασθενείς και φροντίζουν για την κατάλληλη συμμόρφωσή τους στην από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου, δίνοντάς τους συμβουλές για το πως θα λαμβάνουν τις κάψουλες και βοηθώντας τους να οργανώσουν τις ημερήσιες δόσεις ρουτίνας. (Heatley, 2005) Αντενδείκνυται η από του στόματος χορήγηση των διφωσφονικών, στους ασθενείς που δεν ανέχονται την από του στόματος φαρμακευτική αγωγή λόγω ναυτίας/εμέτου ή οισοφαγίτιδας.(Moos, 2005)

Τα διφωσφονικά έχουν περιορισμένη βιοδιαθεσιμότητα χορηγούμενα από του στόματος και γίνονται δύσκολα ανεκτά, προκαλώντας έλκη, οισοφαγίτιδα και γαστρεντερικά προβλήματα. (Χριστοδούλου, 2006) Η θεραπεία με Ibandronate (ιμπανδρονάτη – Bondronate) από το στόμα, είναι ιδιαίτερα επιθυμητή, διότι το φάρμακο είναι κατάλληλο (παίρνοντας μία μικρή σε μέγεθος ταμπλέτα καθημερινά, στο σπίτι), μειώνοντας το κόστος φροντίδας υγείας που σχετίζονται με τις ενδοφλέβιες εγχύσεις και χωρίς την

παρουσία προβλημάτων από τους νεφρούς. Οι κλινικές μελέτες επίσης δηλώνουν ότι 50mg Ibandronate από το στόμα, έχουν την ίδια δραστικότητα με την ενδοφλέβια έγχυση και σχετίζεται με χαμηλή εμφάνιση σοβαρών συμβαμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα. (Moos, 2005)

Πρόσφατες μελέτες – δεν έχουν δημοσιευτεί πλήρως- δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση των σκελετικών επιπλοκών και στη βελτίωση του πόνου σε 846 ασθενείς με κακοήγη οστική νόσο από καρκίνο μαστού, λαμβάνοντας ιμπανδρονάτη από το στόμα (50 mg ημερησίως) για 56 εβδομάδες. (Χριστοδούλου, 2006) Δεν υπάρχει απόδειξη από τη διεξαγωγή κλινικών μελετών, αναφορικά με τη διάρκεια της χρήσης των διφωσφονικών. Η σύσταση της Αμερικανικής Ογκολογικής Εταιρίας (ASCO) είναι η συνέχιση της θεραπείας, έως τη μεγάλη επιδείνωση της κατάστασης ικανότητας των ασθενών. Είναι προφανές ότι η χορήγησή τους συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και παρά τα προβλήματα βιοδιαθεσιμότητας και τις γαστρεντερικές διαταραχές, η χορήγηση διφωσφονικών από το στόμα (ιδιαίτερα τρίτης γενιάς), κρίνεται αναγκαία. (Χριστοδούλου, 2006)

Η καθιερωμένη θεραπεία για την πρόληψη των σκελετικών επιπλοκών είναι η θεραπεία με διφωσφονικά. Παρά την αποτελεσματικότητά τους παραμένουν κάποια ερωτήματα από τη στιγμή που δεν έχουν ξεκαθαριστεί ο κατάλληλος θεραπευτικός σχεδιασμός και η δόση. Επιπλέον δεν έχουν ξεκαθαριστεί θέματα όπως : πότε πρέπει να ξεκινήσει μία θεραπεία και πόσο χρονικό διάστημα θα διαρκέσει.

Ο Coleman (2006) αναφέρει ότι τα μέχρι σήμερα δεδομένα υποστηρίζουν μια χρονική διάρκεια θεραπείας με διφωσφονικά, 24 μηνών. Συγκεκριμένοι βιοχημικοί δείκτες (το N τελοπεπτίδιο κολλαγόνου τύπου I και η αλκαλική φωσφατάση ειδική των οστών) στον ορό και στα ούρα δίνουν κάποιες απαντήσεις στα πιο πάνω ερωτήματα. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα των δεικτών του οστού δε θ' ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών από τα οστά και έτσι πιθανόν να λάβουν διφωσφονικά σε μειωμένη δόση. Οι δείκτες μπορεί να λειτουργήσουν ως εργαλεία όχι μόνο διαγνωστικά, αλλά και παρακολούθησης και να καθορίσουν τις κατάλληλες χρονικές στιγμές χορήγησης (έναρξη και ολοκλήρωση θεραπείας διφωσφονικών).

Η εύρεση πεισσότερων υποστηρικτικών δεικτών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για

την παρακολούθηση και καθοδήγηση των θεραπειών των ασθενών, μπορούν να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη αυτών των παραγόντων, καθώς θα μετριάζονται /ελαχιστοποιούνται οι παρενέργειες. Τα αποτελέσματα αυτά με τη σειρά τους, θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και θα ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος από τις επιπλοκές της θεραπείας. Επιπρόσθετα οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιηθούν για να αναγνωριστούν οι ασθενείς υψηλού κινδύνου, να ξεκινήσει νωρίτερα η θεραπεία και να προγραμματιστεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, αλλά και να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς θα λάβουν την κατάλληλη θεραπεία αναφορικά με την πρόληψη των σκελετικών επιπλοκών. Για το λόγο αυτό χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για τη σημαντικότητα των δεικτών στην κλινική πράξη .(Saad, 2006)

Η καλύτερη θεραπευτική επιλογή θεωρείται αυτή που συζητάται με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά και κρίνεται κάθε φορά, με βάση την ατομική του κατάσταση. (Heatley, 2005)

5.5 Καυτηρίαση με ραδιοκύματα

Πολλοί ογκολόγοι, ακτινολόγοι και χειρουργοί, προκειμένου να καθορίσουν εάν κάποιος ασθενής είναι κατάλληλος υποψήφιος για καυτηρίαση με ραδιοκύματα, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα παρακάτω: Ο ασθενής πρέπει να έχει τεκμηριωμένη απόδειξη οστικών μεταστάσεων, πόνο σχετιζόμενο με εστιασμένες οστικές μεταστάσεις (κυρίως οστεολυτικές), με ανθεκτικότητα στα οπιοειδή ή μη οπιοειδή αναλγητικά και στην ακτινοθεραπεία. Η προέλευση του πόνου του ασθενούς να μην αποτελεί επικείμενο κίνδυνο κατάγματος, να έχει ο ασθενής να έχει φυσιολογικό χρόνο πήξεως και ν' αρνηθεί ή να μην μπορεί να λάβει οπιοειδή ή ακτινοθεραπεία

Οι Callstrom και συν (2002), με σκοπό να καθορίσουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της καυτηρίασης με ραδιοκύματα , τη μείωση του πόνου, τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς επίσης και τη μείωση των αναλγητικών, μελέτησαν πάνω από 10 μήνες, 12 ασθενείς με μονήρη επώδυνη οστεολυτική μετάσταση, στους οποίους είχε αποτύχει η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία και ανέφεραν σοβαρό πόνο (σκορ πόνου ≥ 4), για μια περίοδο 24 ωρών.

Για τη μέτρηση του πόνου χρησιμοποιήθηκε το Brief Inventory Pain, μία ημέρα μετά τη διαδικασία, κάθε εβδομάδα για ένα μήνα και στη συνέχεια κάθε δεύτερη εβδομάδα συνολικός επανέλεγχος, 6 μήνες). Πραγματοποιήθηκε επίσης καταγραφή των αναλγητικών φαρμάκων στα διαστήματα των επανελέγχων. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν με διαδερμική απεικονιστική – καθοδηγούμενη είτε με υπέρηχο, είτε με αξονική τομογραφία καυτηρίαση με ραδιοκύματα, κατά την οποία μια λεπτή βελόνη με ενσωματωμένο ηλεκτρόδιο εισαγόταν στη βλάβη (οστική μετάσταση) υπό γενική αναισθησία. Η ηλεκτρική ενέργεια περνούσε διαμέσου του ηλεκτροδίου στην οστική βλάβη που παρήγαγε ζέστη μέσα στα κύτταρα που περιέβαλαν το ηλεκτρόδιο.

Η ανάλυση των πρωταρχικών στόχων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με σύγκριση και των δύο διαδικασιών. Το μέγεθος του όγκου ήταν 1-11 εκατ. Πριν από την καυτηρίαση με ραδιοκύματα , το σκορ του μέσου χειρότερου πόνου, σε 24 ώρες, στους 12 ασθενείς ήταν 8 (αναλογία 6-10), ενώ στις 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία, μειώθηκε στο 3.1 ($p=.001$). Το σκορ μέσου πόνου πριν από τη θεραπεία ήταν 6.5 και μειώθηκε στο 1.8

($p < .001$), 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Ο μέσος όρος παρέμβασης του πόνου στη γενική δραστηριότητα, μειώθηκε από 6.6 σε 2.7 ($p = .002$), 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Οι 8 στους 10 ασθενείς που έπαιρναν αναλγητικά, ανέφεραν μείωση της χρήσης τους κάποια στιγμή μετά τη καυτηρίαση με ραδιοκύματα. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές επιπλοκές, η ανακούφιση του πόνου κρίθηκε ουσιώδης και αποδείχτηκε ασφαλής για τις επώδυνες οστεολυτικές μεταστάσεις. (Callstrom και συν., 2002)

5. 6 Ραδιοϊσότοπα

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν τις οστικές μεταστάσεις. Μπορούν να χορηγηθούν συστηματικά για να δοθεί ακτινοβολία στο σώμα. Τα πλεονεκτήματα της θεραπείας με ραδιοϊσότοπα , έναντι εναλλακτικών μεθόδων παροχής ακτινοβολίας περιλαμβάνουν λιγότερη τοξικότητα, εύκολη χορήγηση και αποτελεσματικότητα σε υποκλινικά σημεία των μεταστάσεων. Η αποθήκευση, η παρασκευή/διανομή και η χορήγηση θα πρέπει να είναι υπό αυστηρό έλεγχο. Η μείωση του αριθμού των παραγόντων του αίματος μπορεί να επέλθει από τη διάχυτη πρόσληψη της δόσης της ακτινοβολίας στο μυελό των οστών. Η τοξικότητα από τη μυελοκαταστολή αναμένεται να είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με εκτεταμένες μεταστάσεις και πολλαπλούς κύκλους ΧΜΘ και ΑΚΘ. Η ανωμαλία στον αριθμό των παραγώγων του αίματος και ιδιαίτερα η θρομβοπενία, είναι το βασικό κριτήριο αποκλεισμού για τη χορήγηση ραδιοϊσοτόπων. (Mercadante, 1997)

Το στρόντιο – 89 και το σαμάριο 153 αποδεικνύονται αποτελεσματικά για τις πολλαπλές μεταστατικές οστεοβλαστικές βλάβες, όπως αναδεικνύονται από το σπινθηρογράφημα οστών. Η ανακούφιση του πόνου διαρκεί 4 μήνες ή και περισσότερο, με ελάχιστες παρενέργειες. (Whitcare και Maxwell και Douglas, 2004)

Το στρόντιο χημικά μοιάζει με το ασβέστιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία πολλαπλών επώδυνων μεταστάσεων σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη, χορηγώντας σχετικά χαμηλές δόσεις σε μια περιοχή με ευρεία διασπορά και έχει αρκετά πλεονεκτήματα. Επιτυγχάνεται 70% ανταπόκριση εντός μίας ή δύο ετών και μπορεί η χορήγησή του να επαναληφθεί αλλά ενέχει τον κίνδυνο της θρομβοπενίας. (Ward, 2000)

Αρκετές θεραπείες έχουν προταθεί για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των ραδιοϊσοτόπων. Πολλές φορές μπορεί να πραγματοποιηθεί συνδυασμός διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Μετά από την ΑΚΘ και την ημισωματική ακτινοβολήση, η θεραπεία με τα ραδιοϊσότοπα έχει δείξει ότι προσφέρει επιπλέον ανακούφιση του πόνου, αν και η σημαντική μυελοκαταστολή, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σ' αυτούς τους συνδυασμούς. Η χορήγηση των διφωσφονικών μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερη

κατακράτηση των ραδιοϊσοτόπων στο σημείο της οστικής μετάστασης. Μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου με το συνδυασμό των δύο που προαναφέρθηκαν από τη μονοθεραπεία, είναι πιθανή. Προτείνεται ο συνδυασμός των ραδιοϊσοτόπων με το Cisplatin, ενώ έχει αναφερθεί καλή ανακούφιση του πόνου και μείωση ή διακοπή της αναλγητικής αγωγής. (Mercadante, 1997)

Αν και η ενδοφλέβια χορήγηση των ραδιοϊσοτόπων έχει αποδειχτεί αποτελεσματική, παραμένει ένας αριθμός δυσκολιών στην επέκταση των δεδομένων αυτών, στην κλινική εφαρμογή των συγκεκριμένων παραγόντων. Ο βαθμός της ανακούφισης του πόνου, ιδιαίτερα του περιστασιακού πόνου, δεν έχει επαρκώς ποσοτικοποιηθεί, καθώς η αξιολόγηση των κριτηρίων μπορεί να ποικίλει ευρέως, κάνοντας τις συγκρίσεις μεταξύ των αναφορών αρκετά δύσκολες. Η σταδιακή αύξηση των δόσεων των ραδιοϊσοτόπων για τον καθορισμό των μέγιστων ανεκτών δόσεων με την υψηλότερη ανταπόκριση του πόνου, δεν έχει ποτέ διερευνηθεί σωστά. Πάντως η κατηγοριοποίηση των χαρακτηριστικών πριν τη θεραπεία και η επαρκής ποσοτικοποίηση της τοξικότητας, λείπουν στις περισσότερες μελέτες. (Mercadante, 1997)

5.7 Επεμβατικές τεχνικές

Φάρμακα πρώτης γραμμής στον καρκινικό πόνο είναι τα αναλγητικά από του στόματος, τα οπιοειδή, τα συμπληρωματικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Όταν εμφανίζονται παρενέργειες από αυτά, ή όταν δεν επιτυγχάνεται επαρκής ανακούφιση και απαιτείται προσωρινή άμεση αντιμετώπιση ισχυρού πόνου, εξετάζεται το ενδεχόμενο να περιληφθούν παρεμβατικές τεχνικές που είτε καταστρέφουν, είτε διακόπτουν τις αισθητικές οδούς μεταβίβασης του πόνου. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Επώδυνες καταστάσεις, άσχετα με το εάν κάποιος ασθενής έχει καρκίνο ή όχι, αντιμετωπίζονται αποκλειστικά και μόνο με αποκλεισμούς νεύρων. Χρησιμοποιούνται τα κορτικοστεροειδή, σε συνδυασμό με τα τοπικά αναισθητικά λιδοκαΐνη και βουπιβακαΐνη. Οι αποκλεισμοί νεύρων γίνονται για διαγνωστικούς, προγνωστικούς, θεραπευτικούς και προληπτικούς λόγους. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

5.8 Φαρμακευτικές προσεγγίσεις οστικού πόνου

Η παρουσία του πόνου ποικίλει ανάλογα με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, αλλά πάνω από το 90% των ασθενών με προχωρημένη νόσο βιώνουν σημαντικό πόνο.

Το 60% των ασθενών με μεταστατική νόσο αναφέρουν πόνο. Πάνω από το 75% των ασθενών με καρκίνο μπορούν να λάβουν ανακούφιση με τη συνηθισμένη φαρμακευτική αγωγή. Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από τις οστικές μεταστάσεις, τη θεραπεία τους (μετεγχειρητικός πόνος ή στοματίτιδα) και/ή πόνο ανεξάρτητο από τον καρκίνο, όπως η οστεοπόρωση και η αρθρίτιδα, καθώς επίσης και πόνο προερχόμενο από δυσκοιλιότητα.

Οι ασθενείς με καρκίνο περιγράφουν τον πόνο τους σαν πυροβολισμό, κοφτερό και συχνά έντονο κατά την πίεση. Είναι σημαντικό ν' αναγνωριστεί η πηγή του πόνου, έτσι ώστε να γίνουν κατάλληλες παρεμβάσεις. Εργαλεία όπως το Ερωτηματολόγιο του McGill αποτελούν αξιολογικά εργαλεία για την αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου. (Piasecki, 1996)

Μία έρευνα 1177 Ογκολόγων ανέδειξε πολλά προβλήματα στη σωστή ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο. Τα πιο συχνά εμπόδια είναι : πτωχή εκτίμηση του πόνου, μη αναφορά του από τους ασθενείς και φόβος εθισμού εκ μέρους των ασθενών. Σ' αυτές τις προβληματικές περιοχές πρέπει να βρεθούν λύσεις βελτίωσης της διαχείρισης και του ελέγχου του πόνου και σ' αυτό ακριβώς εστιάζουν την προσοχή τους διάφοροι Οργανισμοί (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου). Οι ασθενείς με προβλήματα από το στομάχι, ενδέχεται να χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με ενδοφλέβια χορήγηση για την ανακούφιση του πόνου, καθώς επίσης και άλλα χρήσιμα από το στόματος φάρμακα (κωδεΐνη, dilaudid, levodromoran κ.α). Αρκετή διάδοση έχουν και τα διαδερμικά αυτοκόλλητα, όπως η φαιντανύλη, τα οποία είναι αρκετά αποτελεσματικά για 72 ώρες. Εξαιτίας του ότι δεν παρέχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα τις πρώτες 18 ώρες, πρέπει το χρονικό αυτό διάστημα ο ασθενής να καλύπτεται με επιπλέον από του στόματος φάρμακα. Οι δόσεις των οπιοειδών θα πρέπει να τιτλοποιούνται και πολλά από αυτά μπορεί να υπερβαίνουν τις καθορισμένες δόσεις. Μετεγχειρητικά οι δόσεις μπορεί να μειώνονται, αλλά όχι απαραίτητα να διακόπτονται. Το κλειδί για τη σωστή χορήγηση των οπιοειδών είναι η σύμφωνα με το ρολόι χορήγηση και όχι όποτε ο ασθενής τα χρειάζεται. (Piasecki, 1996)

Σύμφωνα με την αναλγητική κλίμακα του ΠΟΥ, οι ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό πόνο, θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή. Στις περισσότερες περιπτώσεις αναφέρεται ικανοποιητική ανταπόκριση, αν και οι ασθενείς πολλές φορές μπορεί ν' αποκτήσουν ανοχή και να χρειάζονται αύξηση των δόσεων. Υπάρχει αρκετά συχνά αρνητική αντίληψη για τη χρήση της μορφίνης, ότι δηλαδή δίνεται σε ασθενείς τελικού σταδίου, αν και εκτιμούν από την άλλη την επίτευξη της ανακούφισής τους από τον πόνο με τη χρήση των οπιοειδών. Αρκετά συχνές είναι και οι αρνητικές σκέψεις για τις παρενέργειες των οπιοειδών, το φόβο εθισμού και το χάσιμο του ελέγχου. (Heatley, 2005)

Ενδείκνυται και η χρήση των μη οπιοειδών φαρμάκων όπως η ακεταμινοφαίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως η ασπιρίνη, ibuprofen naproxen, λόγω του ότι ασκούν περιφερική δράση, για την ανακούφιση του πόνου. Τα παραπάνω φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό μ' ένα οπιοειδές. (Piasecki ,1996)

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά, είναι αναστολείς της προσταγλαδίνης και μπορούν να ελέγξουν τον πόνο στο 80% των περιπτώσεων μέσα σε λίγες ημέρες. Μπλοκάρουν τη σύνθεση της προσταγλαδίνης αναχαιτίζοντας το ένζυμο κυκλοοξυγενάση. Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι το Diclofenac 50mg TDS ή Naproxen 500mg BD. Μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό στο στομάχι, ο οποίος μπορεί να μειωθεί με Ranitidine 150 mg BD ή Omeprazole 20 mg OD ταυτόχρονα. Το Diclofenac 150 mg και το Ketorolac 30-60 mg κάθε 24 ώρες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με υποδόρια έγχυση, εάν η από του στόματος χορήγηση δεν κρίνεται κατάλληλη.(Twycross, 1997; Ward 2000)

Ο οστικός πόνος δε θα ανταποκριθεί στα οπιοειδή από μόνα τους, γι' αυτό σε περίπτωση συνταγογράφησης ενός ΜΣΑΦ, θα ήταν σωστό να συνταγογραφηθεί και ένα φάρμακο προφύλαξης του γαστρικού βλενογόνου. Χρειάζεται ένα φάρμακο το οποίο θα διακόψει τη σύνθεση της προσταγλαδίνης. Τέτοια φάρμακα αποτελούν η ινδομεθακίνη και η ασπιρίνη (ΜΣΑΦ).

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλα φάρμακα για ν' ανακουφίσουν τον πόνο ή να προλάβουν την καταστροφή του οστού. Παράδειγμα αποτελεί η καλσιτονίνη, μία ορμόνη η οποία υπάρχει φυσιολογικά σε όλους τους τύπους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τα ΜΣΑΦ. Κατά τις περιόδους στρες (εγκυμοσύνη, ανάπτυξη), είναι

υπεύθυνη για την προστασία των οστών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της υπερασβεστιαϊμίας και αναστέλλει τη δράση των οστεοκλαστών και την απορρόφηση από τα οστά. Αν και είναι γνωστό ότι η καλσιτονίνη έχει μια επίδραση κατά της προσταγλαδίνης, μια μελέτη από τους Szanto και Rado κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είχε διαφορετικό σημείο επίθεσης από την ινδομεθακίνη (ασθενείς που δεν ανακουφίστηκαν από τον πόνο με την ινδομεθακίνη, ανακουφίστηκαν με την καλσιτονίνη). Παρόλο που δε βρέθηκε εξήγηση για το μηχανισμό του αναλγητικού αποτελέσματος, η ανακούφιση από τον πόνο παρατηρήθηκε στο 65% των ασθενών στη μελέτη. (Pemberton, 1995)

Τα επικουρικά αναλγητικά χορηγούνται για άλλους σκοπούς και επιπροσθέτως, για τη διαχείριση του πόνου. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν, τ' αντικαταθλιπτικά (περιλαμβάνεται η αμιτρυπτίνη), τα οποία βοηθούν αρκετά στην ανακούφιση από το νευροπαθητικό πόνο και σε συνδυασμό μ' ένα μη οπιοειδές αναλγητικό δίνουν αποτέλεσμα και μειώνουν τον πόνο κατά 74% . Ενδείκνυται και η χρήση των κορτικοστεροειδών, συχνά ως επικουρικά αναλγητικά για ταχεία ανακούφιση (σε χρονικό διάστημα 24 ωρών), για σοβαρό πόνο και για σύντομο χρονικό διάστημα, καθώς οι άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (π.χ ακτινοθεραπεία , έχουν προγραμματιστεί και έχουν ξεκινήσει. Τα κορτικοστεροειδή, είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με διάφορους τύπους πόνου, συμπεριλαμβάνοντας το νευροπαθητικό πόνο και τον πόνο στο ορθό. Η παρατεταμένη χορήγησή τους (> 3 μήνες), σε υψηλές δόσεις σχετίζεται με σοβαρές επιπλοκές, όπως η μυελοκαταστολή, καταστροφή των μυών και αιμορραγία από το γαστρεντερικό, γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται όταν είναι εφικτό. (Struthers, Mayer και Fisher, 1998) Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν και άλλα φάρμακα όπως τα αντιεπιληπτικά (φαινυντοΐνη) και οι αμφεταμίνες.

Όλα τα φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου, προκαλούν κάποιες εν δυνάμει παρενέργειες όπως : καταστολή, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση υγρών, αναπνευστική καταστολή, νεφρική δυσλειτουργία, γαστρεντερικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση. (Piasecki, 1996) Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να τιτλοποιείται σύμφωνα με τις παρενέργειες, οι οποίες με τη σειρά τους θα πρέπει να αντιμετωπιστούν αναλόγως (για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας συνταγογραφούνται συνήθως υπακτικά) .

Κρίνεται επιπλέον σημαντική η συστηματική εκτίμηση του πόνου με τις αξιόπιστες διαθέσιμες κλίμακες (McGill, ή η απλή αριθμητική κλίμακα).

Χρήσιμες αποδεικνύονται και οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι/τεχνικές όπως η χαλάρωση, ο περισπασμός, η εικονική πραγματικότητα, η βιοανατροφοδότηση, το ΤΕΝΣ, η μουσική και η ύπνωση. Ο συνδυασμός των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών μέτρων, αποσκοπεί στη μέγιστη ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο. (Piasecki, 1996)

Συνοπτικά θα μπορούσε να προταθεί η εξής θεραπευτική προσέγγιση του οστικού πόνου, των παθολογικών καταγμάτων και της πίεσης του νωτιαίου μυελού :

Θεραπεία οστικού πόνου : χορήγηση Δεξαμεθαζόνης 4 mg PO κάθε 6 hr , ΜΣΑΦ, Cox 2, ειδικών αναστολέων και διφωσφονικά αλλά και ακτινοθεραπεία

Κατάγματα : χορήγηση ΜΣΑΦ, Cox 2, ειδικών αναστολέων και οπιοειδών με PCA (αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή). Συνίσταται η χειρουργική αντιμετώπιση (χειρουργική σταθεροποίηση- καθήλωση)

Πίεση του νωτιαίου μυελού : χορήγηση Δεξαμεθαζόνης 12 mg PO κάθε 6 hr . Η Μαγνητική Τομογραφία, η ακτινο-θεραπεία και η συμβουλευτική από Νευροχειρουργό, κρίνονται απαραίτητες.

Παρατίθενται στη συνέχεια δύο πίνακες: ο ένας αφορά στην ισοδυναμία των οπιοειδών (Πίνακας 10) και ο άλλος στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα που ενδείκνυται στη διαχείριση των οστικών μεταστάσεων και που όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συμβουλεύονται και να εφαρμόζουν. (Πίνακας 11).

Πίνακας 10 . Ισοδύναμες δόσεις οπιοειδών για ασθενείς βάρους έως 50 κιλά

Αγωνιστές	Κατά προσέγγιση ισοδύναμη δόση	Διάρκεια δράσης	Οδός χορήγησης
Υδατικό ^{2,3} διάλυμα μορφίνης	30 mg	3-4 h	p.o.
Δισκία μορφίνης ² ελεγχόμενης αποδέσμευσης (MST)	90 mg	12 h	p.o.
Amp. HCL Μορφίνης	10 mg	3-4 h	SC, IM, IV
Μεπεριδίνη	300 mg	2-3 h	p.o.
Μεπεριδίνη	75-100 mg	2-3 h	IM, IV
Μεθαδόνη	20 mg	8 h	p.o.
	10 mg	8 h	IM, IV
Φαιτανύλη			
Συνεχής χορήγηση	50 µg/h	Συνεχής έγχυση	IV
Συνεχής χορήγηση (TD) ⁴	50 mg/h	72-48 h	TD (TD=Διαδερμική)
Δεξτροπροποξυφαίνη	65-130 mg	4-6 h	IM
Κωδεΐνη	200 mg	3-6 h	p.o.
Τρυλική διυδροκωδεΐνη	120 mg	12 h	p.o.
Μικτοί Αγωνιστές (έχουν πολύ περιορισμένες ενδείξεις)			
Ναλμπουφίνη	10	3-6 h	
Πενταζοκίνη	180	3-4 h	
Πενταζοκίνη	60	3-4 h	

Σχόλια

1. Οι δόσεις δεν ισχύουν σε ασθενείς ΣΒ < 50 Kg, ηλικίας άνω των 80 ετών, σε νεφρική ηπατική ανεπάρκεια και καταστάσεις που επηρεάζουν τον μεταβολισμό φαρμάκων.
2. Η σχέση p.o./παρεντερική χορήγηση είναι 6:1 σε μεμονωμένη χορήγηση, π.χ. στον οξύ πόνο. Σε χρόνια χορήγηση η σχέση είναι 3:1. Οι συνιστώμενες ως ισοδύναμες δόσεις ποικίλλουν μεταξύ δημοσιευμένων πινάκων. Το ουσιαστικό κριτήριο για κάθε ασθενή θα πρέπει να είναι το κλινικό αναλγητικό αποτέλεσμα.
3. Επειδή δεν υπάρχει διασταυρούμενη ανοχή, είναι προτιμότερο, όταν αλλάζει η οδός χορήγησης, να χορηγείται χαμηλότερη δόση από την ισοδύναμη και να τιτλοποιείται ανάλογα.
4. Σε ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή για πρώτη φορά, δεν πρέπει να χορηγηθούν περισσότερα από 25 µg/h TD φαιτανύλης. Σε ασθενείς που ήδη έπαιρναν οπιοειδή 50% μετά την αρχική τιτλοποίηση, πιθανόν να χρειασθεί αύξηση της δόσης.

Πηγή : Ευτυχίδου και Ζώτου (2006)

Πίνακας 11 . Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

Κατηγορία	Αντιφλεγμονώδης, αντιπυρετική, αναλγητική δράση			
	Δραστική ουσία	Συνήθης αρχική δόση (mg/ημέρα)	Συνήθης οριακή δόση (mg/ημέρα)	Σχήμα χορήγησης ανά ώρες
Παράγωγα σαλικυλικού οξέος	Ασπιρίνη ¹	2.600	6.000	4-6 ώρες
	Διφλουνιζάλη ²	1.000	1.500	12
Οξικά οξέα	Ινδομεθακίνη ³	75	200	8-12
	Τολμετίνη	600	2.000	6-8
	Σουλινδάκη	300	400	12
	Σουπροφαίνη	600	800	6
	Κετορολάκ	120	240	4-6
Παράγωγα του προπιονικού οξέος	Δικλοφαινάκη	75		
	Ιβουπροφαίνη	1.200	4.200	4-8
	Φαινοπροφαίνη	800	3.200	6
	Κετοπροφαίνη	150	300	6-8
	Ναπροξένη	500	1.000	12
	Φλουμπιπροφέν	100	300	8-12
Παράγωγα του φαινυλνιθανιλικού οξέος	Μεφαιναμικό οξύ	4	1.000	6
	Μεκλοφαιναμικό οξύ			
Οξικάμες	Πιροξικάμη	20	40	24
	Τενοξικάμη	20	40	25
Πυραζολάμες	Φαινυλβουταζόνη	300	400	6-8
	Οξυφαινυλβουταζόνη	300	400	6-8
Αντιπυρετικά, Αναλγητικά				
Παράγωγα Π-αμινοφαινόλης	Παρακεταμόλη ή ακεταμινοφαίνη	2.600	6.000	4-6

Σχόλια

1. Πρότυπο φάρμακο, με το οποίο συγκρίνονται φάρμακα της ίδιας κατηγορίας. Αναστέλλει τη συσώρευση των αιμοπεταλίων, ο χρόνος ροής μπορεί να παραταθεί επί μέρες μετά τη χορήγησή της. Εμφανίζει παρενέργειες από το γαστρεντερικό.
2. Έχει λιγότερες παρενέργειες από το γαστρεντερικό σε σχέση με την ασπιρίνη.
3. Ισχυρό αντιφλεγμονώδες, υψηλότερη συχνότητα ερεθισμού του στομάχου και διαταραχών ΚΝΣ σε σχέση με τα άλλα φάρμακα της κατηγορίας του.

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΚΥΚΛΟ-ΟΞΥΓΕΝΑΣΗΣ (COX)

Αναστολείς COX-1	Ασπιρίνη
	Ινδομεθακίνη
	Ιβουπροφαίνη
Αναστολείς COX-1 και COX-2	Πιροξικάμη
	Δικλοφαινάκη
	Ναπροξένη
Αναστολείς COX-2	Κετορολάκη
	Σελεκοξίμη
	Ροφεκοξίμη
	Παρεκοξίμη

Πηγή : Ευτυχίδου και Ζώτου (2006)

Οι Επαγγελματίες Υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τις ισοδύναμες δόσεις των οπιοειδών, έτσι ώστε να γίνεται σωστή τιτλοποίηση των δόσεων, σύμφωνα με τις παρενέργειες των ασθενών, οι οποίες ακολούθως θα πρέπει ν' αντιμετωπίζονται με ορθό τρόπο.

Η αντιμετώπιση και η διαχείριση των προβλημάτων των ασθενών με οστικές μεταστάσεις αποτελεί ένα σύνθετο και δύσκολο πρόβλημα τόσο για την ιατρική όσο και για τη νοσηλευτική κοινότητα. Ο στόχος είναι να ληφθεί ανακούφιση δια μέσου διαφορετικών μεθόδων. Οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πλευρές του υποφέρειν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαχείριση του πόνου των ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη θα πρέπει να δίνεται σε κάθε στάδιο της νόσου και καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας τους. Ένας εξατομικευμένος σχεδιασμός θα πρέπει να ακολουθείται, με την εφαρμογή ενός συνδυασμού των διαφόρων θεραπευτικών επιλογών, λαμβάνοντας υπόψη τη χορήγηση της αποδεκτής για τον κάθε ασθενή αναλγητικής αγωγής με όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες. Η προσεκτική εφαρμογή, μιας σωστής προσέγγισης θα πρέπει να « επιτρέπει » στον ασθενή με οστικές μεταστάσεις να ζει χωρίς πόνο και όσο το δυνατόν με περισσότερη κινητικότητα, παρά την άσχημη φυσική ιστορία της κακοήθους νεοπλασίας.

5.9 Συμπληρωματικές μέθοδοι διαχείρισης οστικού πόνου

Οι ψυχοκοινωνικές και συμπληρωματικές μέθοδοι δεν υποκαθιστούν αλλά συμπληρώνουν την ήδη χορηγούμενη αντινεοπλασματική και αναλγητική αγωγή και εφαρμόζονται συνδυαστικά με την ιατρική θεραπεία. Σκοπός τους είναι η ανακούφιση του στρες, η μείωση του πόνου και του άγχους, δίνοντας έμφαση στην αίσθηση ευεξίας. Οι συγκεκριμένες θεραπείες ενσωματώνονται σε όλες τις φάσεις της νόσου, συμβάλλουν στην ολιστική αντιμετώπιση του πόνου και εστιάζουν στην ποιότητα ζωής. Οι Ευτυχίδου και Ζώτου (2006) περιέγραψαν αναλυτικά τις ψυχοκοινωνικές και συμπληρωματικές μεθόδους, ξεκινώντας από το σαφή διαχωρισμό των Εναλλακτικών Θεραπειών με τις Συμπληρωματικές Θεραπείες, , ανεξάρτητα αν για πολλούς οι όροι είναι συνώνυμοι. Οι Συμπληρωματικές θεωρούνται εκείνες οι θεραπείες οι οποίες χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα παράλληλα και ταυτόχρονα με τη θεραπευτική αγωγή, ενώ οι Εναλλακτικές χρησιμοποιούνται αντί της κανονικής θεραπείας ή τις αποδεδειγμένες επίσημες φαρμακευτικές ή άλλες θεραπείες, ενώ στερούνται τεκμηρίωσης και μπορεί να είναι και επιβλαβείς. Μελέτες στις Η.Π.Α το 1997 δείχνουν ότι το 42% του γενικού πληθυσμού χρησιμοποιεί έστω και μία συμπληρωματική θεραπεία, ενώ το ποσοστό σε γυναίκες με καρκίνο μαστού υπολογίζεται υψηλό (63% - 83%). Οι Van de Greek και συν (1999) στις μελετηθέντες 112 εξωτερικές ασθενείς με καρκίνο μαστού, όπου κατά σειρά ανέφεραν ως τις πιο προσφιλείς για αυτές μεθόδους: Την προσευχή (76%), την άσκηση (38%), τις τεχνικές χαλάρωσης (21%), τις ομάδες αυτοβοήθειας (21%), τη νοητική απεικόνιση (19%), τα θεραπευτικά βότανα (14%) και το μασάζ (10%). Παρά το μεγάλο ποσοστό ασθενών που χρησιμοποιούν συμπληρωματικές θεραπείες, ο θεράπωντας συνήθως το αγνοεί, είτε γιατί ο ίδιος δε το ρωτά, είτε γιατί ο ίδιος ο ασθενής δεν το αναφέρει φοβούμενος μια ενδεχομένως αρνητική αντίδραση του γιατρού. Για τους λόγους αυτούς η καλή επικοινωνία γιατρού – ασθενή κρίνεται αναγκαία για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των μεθόδων αυτών που στοχεύουν στη σωματική και νοητική χαλάρωση. Η μυϊκή ένταση, η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και οι σκέψεις που προκαλούν στρες επιδεινώνουν τον πόνο. Δεν είναι τυχαίο που μέσα στην επιστημονική κοινότητα, οι ερευνητές των μεθόδων αυτών είναι νευροφυσιολόγοι. Πρόσφατες πειραματικές μελέτες

δείχνουν ότι το πόσο δυσάρεστα βιώνεται ένα επώδυνο ερέθισμα σταθερής έντασης, καθώς επίσης και η κυρίαρχη νοητική στάση του ατόμου επηρεάζει την αιματική ροή σε περιοχές του φλοιού και συγκεκριμένα στην έλικα του προσαγωγού. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Συχνότερα αναφερόμενες τεχνικές χαλάρωσης είναι οι απλές ασκήσεις που δίνουν μεγάλη σημασία και εστιάζουν στη σωστή λειτουργία της αναπνοής, ο διαλογισμός και η προοδευτική χαλάρωση κατά την οποία ο ασθενής χαλαρώνει διαδοχικά τους μυς του, με τη σύσπασή τους. Σκοπός των ασκήσεων αυτών, είναι να μάθει ο ασθενής ν' αναγνωρίζει έγκαιρα την ένταση που βιώνει και τους τρόπους ελαχιστοποίησής της. Ο συνδυασμός των τεχνικών χαλάρωσης, με την απόσπαση της προσοχής ή την ευχάριστη νοητική απεικόνιση, (για την αντιμετώπιση γενικά του πόνου αλλά και του οστικού) αποδεικνύεται αποτελεσματικότερος.

Η απόσπαση της προσοχής ενδέχεται να περιλαμβάνει από την απλή συζήτηση και την παρακολούθηση τηλεόρασης ακόμη και το τραγούδι. Μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς σε μονόκλινα δωμάτια, χρειάστηκαν περισσότερη αναλγησία σε σχέση με τους νοσηλευόμενους σε θαλάμους με περισσότερα κρεβάτια, γιατί πιθανά η απόσπαση προσοχής στους πρώτους ήταν λιγότερες. Επιπλέον στη μείωση του πόνου και του στρες μπορούν να συμβάλλουν ευχάριστες νοητικές εικόνες από τη φύση (ή αλλού) τις οποίες προτιμούν και επιλέγουν οι ίδιοι οι ασθενείς. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Πλεονεκτήματα των παραπάνω μεθόδων, είναι ότι δε χρειάζονται ειδικό τεχνικό εξοπλισμό, είναι εύκολες στην εκμάθηση, δεν απαιτούν μακρόχρονη εκπαίδευση του προσωπικού και συνεπώς γίνονται εύκολα αποδεκτές από τον ασθενή, ιδιαίτερα όταν ο ειδικός που παραπέμπει έχει θετική προσέγγιση.

Κάθε ασθενής για να βρει ποια μέθοδος του ταιριάζει περισσότερο από αυτές που του προτείνονται, πρέπει να δοκιμάσει και στη συνέχεια να επιλέξει. Ο κάθε ασθενής με καρκίνο, καταβάλλει μια σημαντική προσπάθεια, να διαχειριστεί και να επιλύσει (εάν είναι εφικτό) τα προβλήματα που του προκαλεί η νόσος, αλλά και οι παρενέργειες της θεραπείας. Χρειάζεται συμμάχους και αυτούς που συνήθως θέλει κοντά του, είναι ο σύντροφος και τα παιδιά του, αλλά και τους σταθερούς του φίλους. Ομάδες στήριξης που αποτελούνται από ασθενείς με παρόμοιες εμπειρίες, ή κάποιες φορές ένας ειδικευμένος

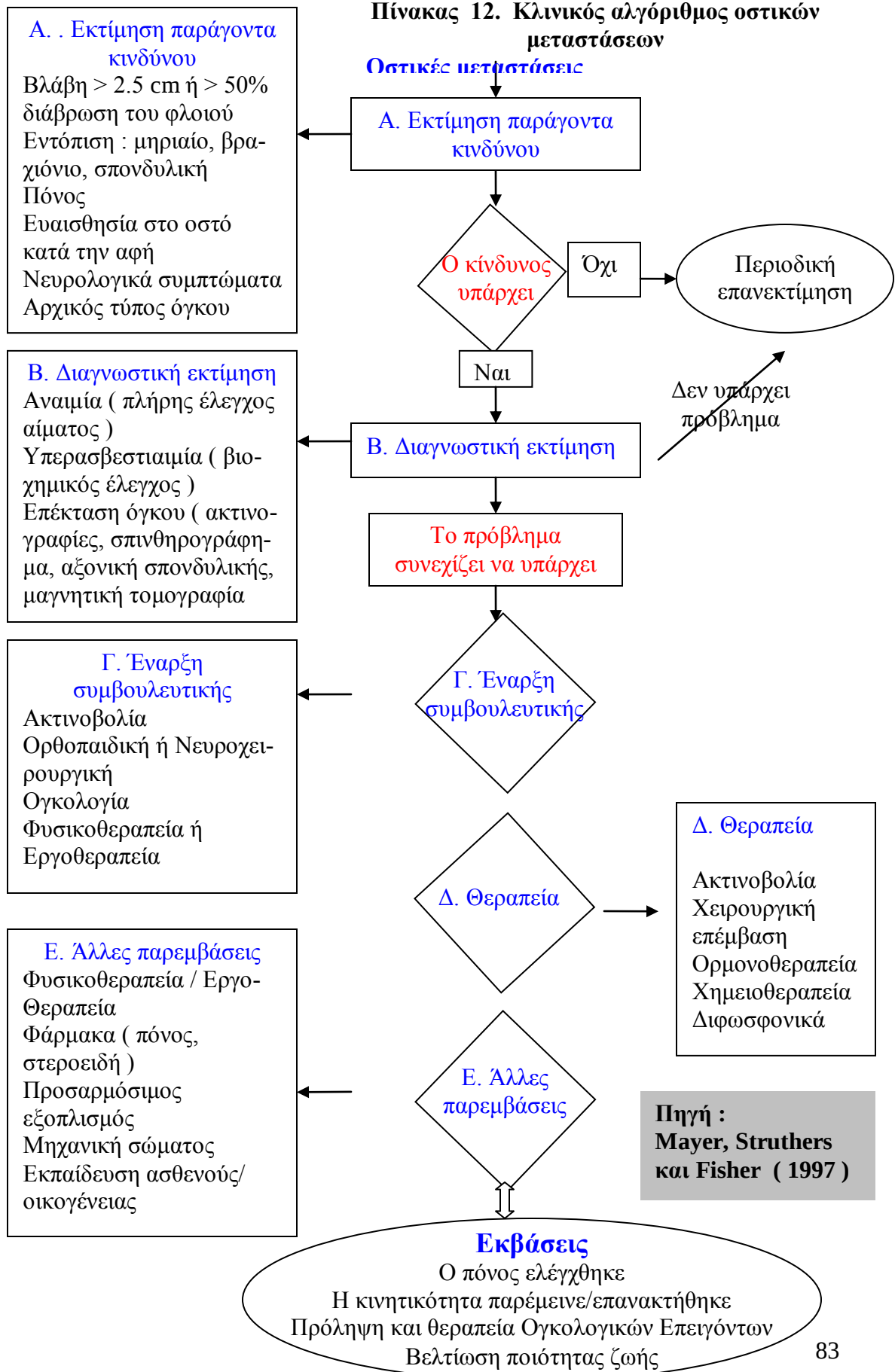
επαγγελματίας ψυχικής υγείας, μπορούν να προσφέρουν πολύ σημαντική βοήθεια. Για να καλυφτούν οι ανάγκες ενός ασθενή με οστικές μεταστάσεις στο σπίτι, χρειάζεται τη διεπιστημονική συνεργασία πολλών ατόμων όπως φροντιστές ασθενών (οικογένεια, γείτονες, φίλοι), μέλη της νοσηλευτικής ομάδας (γενικοί/εξειδικευμένοι νοσηλευτές), της ιατρικής ομάδας (Γενικοί γιατροί, Ειδικευμένοι στην Ανακουφιστική Ιατρική, ιατροί άλλων ειδικοτήτων: Ακτινοθεραπευτές, Ορθοπαιδικοί, Χειρουργοί, Ογκολόγοι κ.α.), της κοινωνικής ομάδας : (κοινωνικοί λειτουργοί), της πνευματικής ομάδας (ιερείς πνευματικοί σύμβουλοι), της ψυχολογικής ομάδας (διασυνδετική ψυχιατρική, ψυχοθεραπευτές, κλινικοί ψυχολόγοι, σύμβουλοι), άλλους θεραπευτές (εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές , θεραπείες δράματος, μουσικής και τέχνης), ή ειδικούς (φαρμακοποιοί, διαιτολόγοι), καθώς και υποστηρικτικό προσωπικό (διοικητικό προσωπικό, βοηθοί φροντίδας, οδηγοί, κηπουροί και άλλοι), Εθελοντές. (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2006) Η βραχυπρόθεσμη υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, διδάσκει στον ασθενή νέες δεξιότητες στην αντιμετώπιση των δυσκολιών , βοηθά στην αξιοποίηση από τον ίδιο τον ασθενή, των ψυχικών και ηθικών αποθεμάτων του στην αντιμετώπιση του πόνου και παρέχει ψυχική υποστήριξη. Μελέτες έχουν δείξει,ότι άτομα χωρίς κοινωνική υποστήριξη, έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτου όχι μόνο από καρκίνο αλλά και από άλλες ασθένειες, συγκριτικά με άτομα ανάλογης ηλικίας με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Εκτεταμένες αναφορές των Munro και Mount αναφέρονται στην εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, η οποία αποτελεί μια συμπληρωματική προσέγγιση στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας για την ανακούφιση του πόνου και εντάσσεται στο γενικότερο πρόγραμμα φροντίδας. Η μουσική δίνει τη δυνατότητα έκφρασης αλλά και επικοινωνίας των συναισθημάτων σε μη λεκτικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα αποσπά την προσοχή από τα σωματικά προβλήματα μ' ένα διαφορετικό τρόπο από τα άλλα ερεθίσματα.

Ο ασθενής μπορεί ν' αντλήσει επιβεβαίωση και ικανοποίηση, μέσα από την ανάδυση δημιουργικών ικανοτήτων του ασθενή. (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Συνοπτικά στον Πίνακα 12 , παρατίθεται ο κλινικός αλγόριθμος οστικών μεταστάσεων, η χρήση του οποίου αποτελεί σημαντική βοήθεια για την ομάδα υγείας στην αναγνώριση των οστικών μεταστάσεων και στη διαχείριση του πόνου και μπορεί να λειτουργήσει ως γενικό πλάνο αρχικά και στη συνέχεια να εξατομκευτεί για τον κάθε ασθενή .

Πίνακας 12. Κλινικός αλγόριθμος οστικών μεταστάσεων



6. Ποιότητα ζωής και οστικός πόνος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), όρισε την ποιότητα ζωής ως « την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες τους, τα πρότυπά τους και τις ανησυχίες τους ». (Ραχιώτης και Μπεχράκης, 2006 ; World Health Organization, 2000)

Η έννοια της ποιότητας ζωής, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, αποτελείται από έξι διαστάσεις που αναλύονται στη συνέχεια (πίνακας 13) :

Πίνακας 13 . Διαστάσεις και πλευρές της ποιότητας ζωής

Διάσταση	Πλευρές που περιέχονται στη διάσταση
	- Συνολική ποιότητα ζωής και γενική υγεία
Σωματική υγεία	- Ενεργητικότητα και κόπωση
	- Πόνος και ενόχληση
	- Ύπνος και ανάπαυση
Ψυχική υγεία	- Σωματική εικόνα και εμφάνιση
	- Αρνητικά συναισθήματα
	- Θετικά συναισθήματα
	- Αυτοεκτίμηση
	- Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση
Επίπεδο ανεξαρτησίας	- Κινητικότητα
	- Καθημερινές δραστηριότητες
	- Εξάρτηση από ιατρικές ουσίες και βοήθεια
	- Ικανότητα εργασίας
Κοινωνικές σχέσεις	- Προσωπικές σχέσεις
	- Κοινωνική υποστήριξη
	- Σεξουαλική δραστηριότητα
Περιβάλλον	- Χρηματικοί πόροι
	- Ελευθερία, φυσική ασφάλεια και προστασία
	- Υγεία και κοινωνική φροντίδα: πρόσβαση και ποιότητα
	- Οικιακό περιβάλλον
	- Ευκαιρίες για απόκτηση νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων
	- Συμμετοχή και δραστηριότητες για αναψυχή/ελεύθερος χρόνος
	- Φυσικό περιβάλλον (Ρύπανση/ θόρυβος/κυκλοφορία/κλίμα)
	- Συγκοινωνίες
Προσωπικές αξίες	- Θρησκεία/πνευματικότητα/προσωπικές πεποιθήσεις

Πηγή :

World Health Organization (WHO) 2000.
Introducing the WHO Quality of life
instruments.

<http://www.who.int/msa/mhh/mhp/qiz.htm>

Η πρώτη διάγνωση του καρκίνου – από τη στιγμή που ξεπεραστεί το πρώτο σοκ – διακατέχεται αρκετές φορές, από ένα « αγωνιστικό πνεύμα » η δεύτερη διάγνωση των οστικών μεταστάσεων όμως, έρχεται να δηλώσει ότι η ασθένεια είναι μη ιάσιμη. Το γεγονός αυτό επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία των ασθενών και μειώνει πολλές φορές την ικανότητά τους να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Κάποιοι ασθενείς θα βιώσουν αρκετή ταλαιπωρία από τον πόνο των οστών, εξαιτίας της προσβολής περιοχών του σώματος, όπως τα βραχιόνια, τα μηριαία οστά, οι πλευρές και η πύελος.

Ακόμη και ο ήπιος ή μέτριος οστικός πόνος δημιουργεί αναπηρία, εμποδίζοντας τον ασθενή να εργαστεί, να περάσει όμορφα τον ελεύθερό του χρόνο, να παίζει με τα εγγόνια του, τα παιδιά του, να περπατήσει ή ν' ασχοληθεί με την κηπουρική ή άλλα χόμπυ. Μερικοί ασθενείς δυσκολεύονται στην ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων εξαιτίας των βλαβών στα οστά και νιώθουν πολλές φορές έντονη την ανάγκη να μοιραστούν τις παραπάνω επιδράσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής τους αλλά και των οστικών μεταστάσεων με τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές, στους οποίους και απευθύνονται από την αρχή. (Heatley, 2005)

Εξαιτίας του ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη, όπως άλλωστε και η ίδια η ζωή, πολλοί είναι εκείνοι οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωσή της όπως η ψυχο-σωματική υγεία του ατόμου, οι πεποιθήσεις του, η αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον και οι κοινωνικές του σχέσεις. Το επίπεδο υγείας συνδέεται στενά με το επίπεδο ποιότητας ζωής. Επομένως είναι αυτονόητο, ότι η μέτρηση του επιπέδου υγείας, σχετίζεται άμεσα με τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

Σημαντικά χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν τους δείκτες υγείας (δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας) και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής είναι η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η θρησκεία, η οικογενειακή κατάσταση, τα κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα και το φυσικό περιβάλλον. (Ραχιώτης και Μπεχράκης, 2004)

Οι δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής, εξαιτίας του ότι έχουν έντονα οικονομικό χαρακτήρα, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σχέσης κόστους – αποτελέσματος ορισμένων θεραπειών (χωρίς αυτό ν' αποτελεί και τη μοναδική εφαρμογή της). Το γεγονός αυτό προκαλεί αντιπαραθέσεις ποικίλου χαρακτήρα, που αφορούν στην ηθική αλλά και στην επιστημονική τους αξιοπιστία. Οι δείκτες αυτοί είναι οι βαθμοί ευεξίας,

τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής (QUALYS), τα προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής και το συνολικό φορτίο νόσου (DALYS).

Οι παράγοντες που περιορίζουν την εγκυρότητα της έρευνας αναφορικά με την ποιότητα ζωής, είναι η ασάφεια του όρου αλλά και η χρήση ακατάλληλων εργαλείων μέτρησης. Η αύξηση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για την ποιότητα ζωής οδήγησε στην αύξηση του αριθμού των εργαλείων με στόχο την ορθή μέτρησής της.

Σε μία ισπανική μελέτη (Fernández-Ballesteros, 1998), όπου μελετήθηκαν διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής 65 άτομων (οι οποίοι επιλέχτηκαν από το σύνολο 1014 ατόμων), που ζούσαν στο σπίτι, σε δημόσια ή ιδιωτικά ιδρύματα, (διαφορετικής ηλικίας και φύλου και διαφορετικής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης). Βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τον τρόπο ζωής και από προσωπικές καταστάσεις. Τα άτομα που ζούσαν στο δικό τους σπίτι, ήταν νεότεροι, οι άντρες και όσοι ανήκαν σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, θεωρούσαν τον εαυτό τους ικανό ν' ανταπεξέλθουν στα διάφορα προβλήματα, αναφέροντας λιγότερες δυσκολίες στο ν' ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Φαίνεται ξεκάθαρα το σημαντικό ρόλο που παίζει το περιβάλλον του σπιτιού στην ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού. (Saad, 2006) Κατ' επέκταση όταν πρόκειται για ασθενείς με καρκίνο και ειδικότερα με οστικές μεταστάσεις, η παραμονή του ασθενούς στο σπίτι, αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον στο σπίτι, διότι οι μετακινήσεις των συγκεκριμένων ασθενών δε θα είναι πάντοτε εύκολες. Μία από τις πιο δύσκολες και εξουθενωτικές καταστάσεις με τις οποίες συχνά έρχεται αντιμέτωπος ο νοσηλευτής και για τις οποίες καλείται να βρει λύσεις, είναι ο πόνος από τις οστικές μεταστάσεις. Ο οστικός πόνος παρεμβαίνει στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, περιορίζει τις ικανότητές τους, συχνά οδηγεί σε αισθήματα φόβου, θυμού και κατάθλιψης με αποτέλεσμα την επιβλαβή επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. (Coleman 1997) Από διάφορους ερευνητές και συγγραφείς περιγράφεται ως ένα πρόβλημα, το οποίο σπάνια ελέγχεται με τη συνηθισμένη αναλγησία. Ο πόνος που δεν ανακουφίζεται, επηρεάζει τόσο την κινητικότητα, όσο και τη λειτουργικότητα των ασθενών. Δυστυχώς, παρουσιάζεται πιο συχνά, τη στιγμή όπου η πρόσβαση του ασθενούς στην ιατρική φροντίδα είναι

περιορισμένη, τόσο εξαιτίας της ανικανότητάς του, όσο και της μειωμένης λειτουργικότητας. (Phillips, 1998) Η λειτουργικότητά τους επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και ο οστικός πόνος και η νοσηρότητα του σκελετού έχουν μία βαθιά επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, διακινδυνεύοντας την κινητικότητά τους.

Σε πρόσφατες μελέτες οι επιπλοκές από το σκελετό έχουν συνδεθεί με τη μείωση τόσο της επιβίωσης, όσο και της ποιότητας ζωής των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο προστάτη ανθεκτικό στην ορμονοθεραπεία. Ο Kruth και οι συνεργάτες του, διεξήγαγαν μία αναδρομική ανασκόπηση των φακέλων των ασθενών, μαζί με μία προοπτική εκτίμηση της ποιότητας ζωής και του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο προστάτη με οστικές ή όχι μεταστάσεις. Οι ασθενείς με οστικές μεταστάσεις (έναντι των ασθενών χωρίς οστικές μεταστάσεις) είχαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ στην κλίμακα σύντομης φόρμας -8 (Short Form -8 scale) τόσο για τη σωματική όσο και για τη λειτουργική ικανότητα. Το ολικό σκορ σχετικά με τη λειτουργική ικανότητα της αντικαρκινικής θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη (Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate - FACT-P - Total Score) , τον πίνακα έκβασης της μελέτης (Trial Outcome Index) και την υποκλίμακα σωματικής ευημερίας ασθενών με καρκίνο προστάτη (Physical Well Being Prostate Cancer Subscale), ήταν κι αυτό χαμηλότερο. ($p < 0.05$) (Saad, 2006)

Στους ασθενείς με καρκίνο, είναι πολύ συχνές οι διαταραχές ύπνου, αλλά τα περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα δεν επιτρέπουν τη γενίκευσή τους. Τα προβλήματα ύπνου, μπορεί ν' αποτελούν συμπτώματα από την ίδια τη νόσο, μέρος μίας αντίδρασης λόγω στρες, που απορρέει από τη διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου, επακόλουθο κάποιων συμπτωμάτων της νόσου όπως ο πόνος και τέλος οι παρενέργειες από την αντικαρκινική θεραπεία (Hu και Silberfarb, 1991)

Σε μία μελέτη 24 ασθενών που ελάμβαναν ΑΚΘ για οστικές μεταστάσεις, οι ασθενείς με χαμηλό δείκτη ζωτικότητας, όπως επίσης και οι ασθενείς που έλαβαν υψηλότερες δόσεις ΑΚΘ, ανέφεραν περισσότερες διαταραχές ύπνου . Επιπλέον ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο κόπωσης το απόγευμα, συγκριτικά με το πρωί. (Miaskowski και Lee, 1999)

Σε άλλη μελέτη, 123 ασθενείς εισήχθησαν σε Κλινική Ανακουφιστικής Φροντίδας για ανακούφιση του πόνου και βρέθηκε ότι το 30% αυτών κοιμούνται λιγότερο από 5 ώρες,

με τις γυναίκες να κοιμούνται περισσότερο. Οι ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή είχαν περισσότερη υπνηλία. Περισσότερη υπνηλία είχαν επίσης και οι ασθενείς με χαμηλό δείκτη ζωτικότητας καθώς επίσης και περισσότερες ώρες ημερήσιου ύπνου. Ασθενείς με ανησυχία, είχαν περισσότερες δυσκολίες στην έλευση του ύπνου, δεν αναπλήρωναν το χαμένο ύπνο και έβλεπαν εφιάλτες. Όσοι παρουσίασαν κατάθλιψη, ξυπνούσαν νωρίς το πρωί, δεν αναπλήρωναν το χαμένο ύπνο, ένιωθαν κόπωση και είχαν εφιάλτες, συμπτώματα που εμφανίστηκαν και σε ασθενείς με σύγχυση. (Mercadante, Girelli και Casuccio, 2004)

Ο πόνος είναι ένας από τους πρωταρχικούς παράγοντες που προκαλούν αϋπνία στους ογκολογικούς ασθενείς. Η αϋπνία εμφανίζεται σ' ένα ποσοστό 30% - 50% του ογκολογικού πληθυσμού, (Theobald, 2004) αλλά δεν έχει δοθεί η ανάλογη προσοχή συγκριτικά με άλλα συμπτώματα όπως ο πόνος και η κόπωση. (O'Donnell, 2004)

Συνδέεται αρκετά συχνά με ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και ανησυχία. (Theobald 2004) Ο πρωταρχικός στόχος της αϋπνίας και γενικότερα των διαταραχών ύπνου, θα πρέπει να είναι η ανακούφιση της βαθύτερης διαταραχής (καρκινικός πόνος, κατάθλιψη, ανησυχία) ,η οποία φαίνεται ν' αποτελεί την αιτία τους. (O'Donnell, 2004) Η διαχείριση των διαταραχών ύπνου πρέπει να περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες, για να βελτιωθεί η συνολική ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών.

Οι Weinfurt και συν βρήκαν ότι οι επιπλοκές από το σκελετό σε άντρες με καρκίνο του προστάτη που περιγράφεται στον Πίνακα 14, περιλαμβάνοντας την ακτινοβολήση των οστών και την παρουσία παθολογικών καταγμάτων, σχετιζόταν με σημαντική μείωση του σκορ μέτρησης ποιότητας ζωής. (Weinfurt και συν 2002; Weinfurt και συν 2005)

Πίνακας 14. Επιπλοκές σκελετικών μεταστάσεων στον καρκίνο του προστάτη

Πρωταρχικές Επιπλοκές

Πόνος

Παθολογικά κατάγματα

Πίεση νωτιαίου μυελού

Υπερασβεστιαμία

Απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση

Απαραίτητη η ακτινοβολία

Δευτερογενείς Επιπλοκές

Χρήση αναλγησίας εξαιτίας των επιπλοκών

Επιπλοκές από τη χειρουργική επέμβαση

Επιπλοκές από την Ακτινοθεραπεία

Μειωμένη κινητικότητα

Πηγή : Mercadante (2004)

Οστεοπόρωση

Τα παθολογικά κατάγματα σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο προστάτη, συσχετίζονται με μειωμένη συνολική επιβίωση. Σε αντίστοιχη μελέτη για τους ασθενείς με ιστορικό καταγμάτων των οστών, η συνολική επιβίωση ήταν 121 μήνες, έναντι 160 μηνών για εκείνους χωρίς παρόμοιο ιστορικό. (Oefelein και συν., 2002)

Οι παραπάνω μελέτες επισημαίνουν τις αρνητικές συνέπειες των επιπλοκών από το σκελετό στην ποιότητα ζωής των ασθενών και ο **Πίνακας 15** περιγράφει συνοπτικά τις επιδράσεις των συμβαμάτων σχετιζόμενων με το σκελετό , στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με οστικές μεταστάσεις

Πίνακας 15. Επιδράσεις των συμβαμάτων σχετιζόμενων με το σκελετό , στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με οστικές μεταστάσεις

Επιδράσεις συμβαμάτων σχετιζόμενων με το σκελετό

Σοβαρός οστικός πόνος

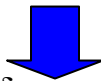
Παθολογικά κατάγματα

Συμπτώματα υπερασβεστιαμίας

Πίεση νωτιαίου μυελού

Επηρεασμένη κινητικότητα και χειροτέρευση της ποιότητας ζωής

Αυξημένο ιατρικό κόστος



Αρνητική επίδραση στην επιβίωση

Πηγή : Coleman (1997)

Η εμφάνιση κατάθλιψης και ανησυχίας στους ασθενείς με καρκίνο αυξάνεται με τα υψηλά επίπεδα αναπηρίας, προχωρημένης νόσου και πόνου. Οι ασθενείς με οστική μεταστατική νόσο, αντιπροσωπεύουν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα. Πέραν τούτου οι σχετιζόμενοι με τον καρκίνο οργανικοί παράγοντες, μπορεί να παρουσιαστούν ως κατάθλιψη. Ψα ψυχολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν την άσχημη διάθεση, την έλλειψη ελπίδας, το αίσθημα ότι αναξιότητας, την ενοχή και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Αν και η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και γνωστικών – συμπεριφορικών τεχνικών, τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν τον κύριο τρόπο αντιμετώπισης, των ασθενών που πληρούν κριτήρια για κύρια καταθλιπτικά επεισόδια. (Mercadante, 1997)

Η σχετιζόμενη με το στρες της νόσου ανησυχία και οι οργανικοί παράγοντες, όπως ο πόνος, τα φάρμακα, η λοίμωξη και μεταβολικές διαταραχές, είναι πολύ συχνοί στους ασθενείς με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις.. (Mercadante, 1997)

Κρίνεται αναγκαίο να ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική η αναγνώρισή των προβλημάτων ύπνου από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές, στους ασθενείς με οστικό πόνο και ν' αναπτυχθεί πλάνο φροντίδας, το οποίο να περιλαμβάνει: την εκτίμηση των προαναφερόμενων διαταραχών (ύπνου – αγρύπνιας, κατάθλιψης, ανησυχίας κ.α) τον καθορισμό παρεμβάσεων, τη χρήση εργαλείων μέτρησης με τεκμηρίωση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας, το σχεδιασμό κλινικών μελετών για τον έλεγχο των παρεμβάσεων αναφορικά με τον πόνο τους στους ογκολογικούς ασθενείς και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο συγκεκριμένο θέμα. (Chark και συν., 2004)

7. Προβλήματα – Εμπόδια

Αρκετές μελέτες αναφέρουν, ότι ο σχετιζόμενος με τον καρκίνο πόνος, συχνά δεν αντιμετωπίζεται όπως θα έπρεπε. Η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν τη διαχείριση του πόνου, τις συμπεριφορές των ασθενών σχετικά με τον πόνο και τις παρανοήσεις σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή ανακούφισης του πόνου (Erkes και συν., 2001; Howell και συν., 2000)

Η διαχείριση του πόνου περιλαμβάνει ένα σύνθετο σύστημα παροχής υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας, όπου ο καθένας λειτουργεί σε συνδυασμό με τις δικές του απόψεις, τα δικά του πιστεύω, την προσωπική του στάση και γνώση, επηρεάζοντας έτσι τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τον πόνο και τον έλεγχό του.

Το νοσοκομειακό σύστημα υγείας, το οποίο αντιπροσωπεύει την παροχή των απαραίτητων πηγών ή ακόμη υπηρεσιών για τον έλεγχο του πόνου και του κανονισμού της χρήσης τους και θέτει περιορισμούς στην ποιότητα ελέγχου του πόνου που μπορεί να επιτευχθεί.

Υπάρχουν πολλαπλά πιθανά προβλήματα ελέγχου του πόνου, σύμφωνα με τον Cleeland τα οποία μόνο εάν αναγνωριστούν και κατανοηθούν, μπορούν ν' αντιμετωπιστούν και κατά συνέπεια να μειωθεί ο δυσάρεστος αντίκτυπός τους. Χρειάζεται επομένως περισσότερη έρευνα, έτσι ώστε να επιβεβαιωθεί η σπουδαιότητά τους.

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στους ασθενείς με καρκίνο και είναι αδιαμφισβήτητο αυτό που φοβούνται περισσότερο. Πολλοί μύθοι και παρανοήσεις σχετικά με τη χρήση των οπιοειδών, αλλά και γραφειοκρατικές διαδικασίες συνταγογράφησης και διάθεσή τους, συντελούν σημαντικά στο πρόβλημα της επίτευξης της καλύτερης δυνατής διαχείρισής του. Αρκετοί ασθενείς επομένως εξακολουθούν να πονούν σήμερα, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν και τα κατάλληλα μέσα , για την ανακούφισή του. Διάφοροι λόγοι συμβάλλουν στην ανεπιθύμητη αυτή κατάσταση, όπως η έλλειψη της δυνατότητας αυτοπροστασίας των ασθενών, αλλά και οι ανεπαρκείς αποφάσεις εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. (Redmond, 1998)

Προβλήματα που σχετίζονται με το επιστημονικό προσωπικό

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μεταξύ των νοσηλευτών ογκολογίας, έχουν στηριχτεί πολλές φορές σε μελέτες άλλων νοσηλευτικών ειδικοτήτων, για να καθορίσουν την έλλειψη στη γνώση και την επικράτηση ενός περιορισμένου αριθμού αρνητικών συμπεριφορών. (Randall-David, Wrigth, Porterfield και Lesser, 2003)

Οι νοσηλευτές φαίνεται ότι υιοθετούν μια ποικιλία συμπεριφορών αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου, οι οποίες παρεμβαίνουν με τις κατάλληλες αντιδράσεις στα παράπονα των ασθενών σχετικά με τον πόνο. Σε μια μελέτη 85 ασθενών που διεξήχθη σε δύο μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία, έδειξε το 89% των νοσηλευτών πίστευαν ότι θα έπρεπε να έχουν περισσότερο έλεγχο με το πέρας του χρόνου στην αναλγητική αγωγή των ασθενών, απ' ότι ο ίδιος ο ασθενής ή η οικογένειά του και το 84% πίστευε ότι η συστηματική αναλγητική αγωγή σύμφωνα με το ρολόι, δεν ήταν επιθυμητή συγκριτικά με την « όποτε χρειάζεται » χορήγηση. Το 56% δήλωσε παρανόηση του όρου εθισμός και το 51% δήλωσε ότι η δική τους εκτίμηση του πόνου των ασθενών, ήταν πιο έγκυρη, από ότι η εκτίμηση των ίδιων των ασθενών. (McMillan και συν., 2000). Ο Dalton και συν. (1998) βρήκε ότι μεταξύ των μιας ομάδας νοσηλευτών που ανταποκρίθηκαν στο να λάβουν μέρος στη μελέτη που διεξήγαγαν, οι 34 πίστευαν ότι οι ασθενείς πρέπει να μην πονούν. Επιπλέον οι περισσότεροι από αυτούς τους νοσηλευτές, επιβεβαίωσαν ότι οι αντιλήψεις τους σχετικά με τον πόνο, επηρέαζαν τις εκτιμήσεις των ασθενών.

Οι νοσηλευτές λαμβάνουν πολύ λίγη πληροφόρηση σχετικά με τη διαχείριση του πόνου. Μία μελέτη νοσηλευτών από 23 χώρες, έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές δεν έλαβαν στα πλαίσια της βασικής τους εκπαίδευσης, εκπαίδευση για θέματα διαχείρισης του πόνου (Weissman 1988), ενώ σε μελέτες που διεξήχθησαν στην Αυστραλία και στις Φιλιππίνες, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι πίστευαν ότι η εκπαίδευσή τους για θέματα που αφορούν στον πόνο, ήταν ανεπαρκής, (Chiu, Trinca, Lim και Tuazon, 2003) ομοίως ο Zalon (1999) υποστήριξε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (86% , στο σύνολο των 100 νοσηλευτών), θεωρούσαν τον εαυτό τους ανεπαρκή, αναφορικά με το κατά πόσο είναι έτοιμοι να φροντίσουν τους ασθενείς που πονούν (Fothergil-Bourbonais και Wilson-Barnett 1992). Οι Ferrell, McGuire και Donovan (1993) ανασκόπησαν τα δημοσιευμένα νοσηλευτικά κείμενα από το 1985 έως το 1992 που σκοπό είχαν να καθορίσουν την πληροφόρηση που ανατέθηκε στους νοσηλευτές να διαβάσουν σχετικά με τον εθισμό από τα οπιοειδή. Συμπέραναν ότι στην καλύτερη περίπτωση η πληροφόρηση αυτή, ήταν ανεπαρκής και συχνά ανακριβής.

Η έλλειψη της προετοιμασίας των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου των ασθενών με καρκίνο, φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες, όπου

αποδεικνύεται ότι δεν λαμβάνουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τον πόνο (Lebonits και συν, 1997) ή τη διαχείρισή του, στους ασθενείς με καρκίνο (McCaffery και Ferrell , 1992).

Η έλλειψη των νοσηλευτών αλλά και των υπόλοιπων μελών της ομάδας φροντίδας υγείας, οδηγεί αρκετές φορές σε άστοχες αποφάσεις, ως προς τη φύση του πόνου ενός ασθενούς, τους στόχους της θεραπείας, τη χορήγηση και συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων.

Από την ελλιπή γνώση φαρμακολογίας και τις λανθασμένες αντιλήψεις στη χρήση αναλγητικών, όπως υπερβολικοί φόβοι εμφάνισης ψυχικής εξάρτησης και αναπνευστικής καταστολής, καθώς και αδυναμία χρήσης των πινάκων ισοδυναμιών και αναλγητικών, οδήγησαν στη δημιουργία μύθων και παρανοήσεων για τον πόνο καθώς επίσης και στην ανεπαρκή αξιολόγηση του πόνου. (Πατηράκη – Κουρμπάνη και Λεμονίδου, 2002)

Οι συνήθεις παρανοήσεις και μύθοι για τον καρκινικό πόνο και την αντιμετώπισή του, είναι : Ο πόνος που οφείλεται στον καρκίνο είναι αθεράπευτος και αναπόφευκτος και μετά από τη συχνή χρήση οπιοειδών για τον πόνο, είναι συχνή η αναπνευστική καταστολή. Πιστεύεται ότι στους ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα, η εξάρτηση είναι αρκετά συχνή, ενώ τα ισχυρά οπιοειδή δεν πρέπει να χορηγούνται, παρά μόνο όταν ο πόνος γίνεται πολύ ισχυρός. Από την άλλη, η ανακούφιση του πόνου μετά τη λήψη εικονικού φαρμάκου (placebo), είναι απόδειξη ότι ο ασθενής ψεύδεται για το ότι πονάει, ενώ υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς αναφέρουν τον πόνο τους αυθόρμητα. Οι νεότεροι ασθενείς υποφέρουν περισσότερο από τους ηλικιωμένους και ότι ο ίδιος βαθμός βλάβης θα πρέπει να προξενεί παρόμοιο βαθμό πόνου, έστω και αν οι ασθενείς δεν είναι όμοιοι. Ακόμη πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που υποφέρουν, πρέπει να εκδηλώνουν κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά (να σφαδάζουν, να βογγούν) (Redmond, 1998) Είναι πολλοί εκείνοι οι ασθενείς που θεωρούν ότι πρέπει να κάνουν οικονομία στο φάρμακο, μέχρι ο πόνος να είναι έντονος, ότι οι ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν παίρνουν μορφίνη. Αρκετές φορές οι ασθενείς πιστεύουν ότι κανένας δεν επιθυμεί ν' ακούσει για τον πόνο του, (Λιόση, 1998) ή ακόμη αποφεύγουν να τον αναφέρουν και σ' αυτούς που τους φροντίζουν , διότι γνωρίζουν ότι αυτό, τους προκαλεί δυσφορία και άγχος, με αποτέλεσμα να τους παρέχουν λιγότερη φροντίδα. (Dar και συν., 1992)

Ορισμένοι επιστήμονες χρησιμοποιούν εικονικά χάπια ή ενέσεις (placebo), για να ελέγξουν ένας ασθενής μεγαλοποιεί τον πόνο του ή προσποιείται και αρκετές φορές για να

τιμωρήσουν τους ασθενείς που παρουσιάζουν αυτού του είδους την απαιτητική συμπεριφορά.(Redmond, 1998)

Χρειάζεται ολοκληρωμένη αξιολόγηση – συνήθως της κατάστασης με την οποία θα γίνουν γνωστά : τα είδη πόνου, τα αίτιά του, πως τον αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωσή του, (Redmond, 1998)καθώς και τ' άλλα προβλήματα που μπορεί να συνοδεύουν τον πόνο των ασθενών με οστικές μεταστάσεις κατά τη φροντίδα τους στο σπίτι, όπως ανορεξία, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία ή δίψα, ναυτία, έμετο, υπνηλία, δύσπνοια, αϋπνία κ.α. Οι αποφάσεις για τη διαχείριση του πόνου αρκετές φορές, λαμβάνονται μόνο βάσει παρατηρήσεων, δημιουργώντας πρόβλημα, από τη στιγμή που δεν είναι πάντα φανερός. Ιδανικά, η αξιολόγηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, απαιτεί τουλάχιστον μία αρχική επίσκεψη του θεράποντος ιατρού στο σπίτι του ασθενούς. Στην πραγματικότητα όμως αυτό δε συμβαίνει, διότι οι γιατροί στις χώρες όπου υπάρχει κατ' οίκον νοσηλεία, αναλαμβάνουν έναν άμεσο, εποπτικό ρόλο κι αυτό αποτελεί εμπόδιο στη διαχείριση του πόνου των ασθενών στο σπίτι, αλλά και στη μεταξύ τους επικοινωνία. Πολλοί γιατροί έχουν ελλιπή εκπαίδευση στη διαχείριση του πόνου, γι' αυτό και μπορεί να είναι διστακτικοί στη συνταγογράφηση οπιοειδών στους ασθενείς που παραμένουν στο σπίτι. (Taylor και συν., 1993) Τα αναλγητικά που είναι διαθέσιμα στο νοσοκομείο, δεν είναι πάντοτε διαθέσιμα στο σπίτι (International Narcotics Control Board 1996) και υπάρχει έλλειψη δεδομένων για το πόσο ασφαλής είναι η χορήγηση των οπιοειδών στο σπίτι. Η εκτίμηση του πόνου των ασθενών απαιτεί συνεχιζόμενο έλεγχο και συνεχή επανεκτίμηση, πρώτιστα από το νοσηλευτή, που όμως δεν είναι πάντοτε εφικτό για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι. Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες που να καθοδηγούν τους φροντιστές, σχετικά με τη διάθεση (επιστροφή – καταστροφή) των οπιοειδών φαρμάκων μετά το θάνατο του ασθενούς. Οι διάφορες αντλίες και συσκευές έγχυσης κοστίζουν αρκετά και ο συγκεκριμένος, σύνθετος τεχνολογικός εξοπλισμός, απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό. Οι συστάσεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου εξοπλισμού στη φροντίδα των ασθενών στο σπίτι, αναδεικνύονται χρήσιμες γι' αυτούς που τους φροντίζουν.

Προβλήματα που σχετίζονται με τον ασθενή και την οικογένειά του

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι η γνώση των ασθενών και οι απόψεις τους για τον πόνο, παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο πώς τον αντιλαμβάνονται οι ίδιοι και σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους αλλά και την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία.

Οι ασθενείς μπορεί να είναι διστακτικοί στο να εκφράσουν στους επαγγελματίες υγείας πότε πονούν, ίσως να μη γνωρίζουν ότι μπορούν να ελπίζουν στην ανακούφιση από τον πόνο, ότι οι Επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να μειώσουν τη σοβαρότητά του και ότι δεν πρέπει ν' ανησυχούν για τη λήψη φαρμάκων, από φόβο σοβαρών παρενεργειών.

Μία ολοκληρωμένη προσέγγιση στην εκτίμηση του πόνου περιλαμβάνει την αξιολόγηση της γνώσης των ασθενών και τις απόψεις τους για τον πόνο και τη διαχείρισή του και την αναθεώρηση των συχνών εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με την αναλγησία.

Αρκετοί μύθοι χρειάζεται να συζητηθούν ανοικτά και οι πιο συνηθισμένοι, από την πλευρά των ασθενών και της οικογένειας, είναι ότι ο πόνος αποτελεί μέρος της ζωής, απλά πρέπει να τον ανεχτούν. Πιστεύουν ότι δεν πρέπει να πάρουν το φάρμακο για τον πόνο, έως ότου το έχουν πραγματικά ανάγκη, γιατί φοβούνται τον εθισμό και σαφώς είναι κάτι που δεν επιθυμούν. Προτιμούν να μην πάρουν το φάρμακό τους γιατί φοβούνται τη δυσκοιλιότητα. Δε θέλουν ν' απασχολήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διότι γνωρίζουν ότι έχουν και άλλους ασθενείς να φροντίσουν. Πολλοί έχουν την άποψη ότι η λήψη της μορφίνης δηλώνει ότι ο ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής του. Από την άλλη η οικογένεια πιστεύει ότι παίρνοντας τα φάρμακα οι ασθενείς γίνονται συγχυτικοί και είναι καλύτερα να μην τα πάρουν (Fink 2000)

Συζητώντας τους παραπάνω μύθους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτίμησης του πόνου, όχι μόνο αναγνωρίζονται οι ανησυχίες των ασθενών, αλλά παρέχεται η ευκαιρία στους ασθενείς και στις οικογένειές τους να εκπαιδευτούν σε θέματα που αφορούν στα φάρμακα για τον πόνο και στον τρόπο με τον οποίο δουλεύουν. Κατά καιρούς επικρατούσε η αντίληψη από την πλευρά των ασθενών και των μελών της οικογένειας, ότι η συμπεριφορά, όπως παράπονα που αφορούν στον πόνο ή στην ανεπαρκή ανακούφισή του, μπορεί να συμβάλλουν σε κατώτερη φροντίδα. Οι ασθενείς συνειδητοποιώντας ότι έχουν περιορισμένο χρόνο με τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να θέσουν θέματα άλλης προτεραιότητας, στο χρόνο που θα έχουν στη διάθεσή τους. Θεωρώντας ότι οι στωικοί ασθενείς θα λάβουν περισσότερο χρόνο και προσοχή, οι ασθενείς αποφασίζουν για τον εαυτό τους ότι η

δυσφορία, δεν αποτελεί μέρος του ρόλου του « καλού » ασθενούς. Αυτό είναι άλλο ένα θέμα εσφαλμένης αντίληψης το οποίο χρήζει περαιτέρω συζήτηση.

Η ικανότητα των ασθενών ή αυτών που τους φροντίζουν να εξοικειωθούν με τις διάφορες τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου, συμβάλλει στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού ελέγχου του. Η ικανότητα αυτή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι ίδιοι μύθοι και οι παρανοήσεις για τον πόνο και τη θεραπεία του, που επηρεάζουν και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Πολλοί από αυτούς ανησυχούν για την ύπαρξη επιπλοκών που δεν μπορούν ν' αντιμετωπιστούν, όπως οι γνωστικές διαταραχές και εκφράζουν το φόβο ότι ο ασθενής ενδέχεται ν' αναπτύξει ανοχή και εξάρτηση στα αναλγητικά φάρμακα. Το αποτέλεσμα πολλές φορές είναι ο ασθενής να μην θέλει να πάρει τα οπιοειδή, η οικογένεια ν' αρνείται να του τα δώσει, εμφανίζοντας και οι δύο πλευρές, συμπεριφορά μη συμμόρφωσης, μειώνοντας πολλές φορές τη συχνότητα χορήγησης ή τη δόση του αναλγητικού. (Redmond, 1998)

Σε περίπτωση παρενεργειών από τη θεραπεία (ναυτία, δυσκοιλιότητα, καταβολή), η κατάσταση γίνεται πιο σύνθετη. Η σύγχυση του ασθενούς, που έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές να μην καταλαβαίνει το σωστό τρόπο λήψης των φαρμάκων, ένα πρόβλημα που μπορεί να επιδεινώνεται, ή το θεραπευτικό σχήμα είναι υπερβολικά περίπλοκο, συμβάλλουν πολλές φορές στη μη συμμόρφωση. (Niven, 1996). Σε τέτοιες περιπτώσεις έχουν καταγραφεί περιστατικά, όπου οι ασθενείς παίρνουν ή τους δίνουν αυτοί που τους φροντίζουν, ανεπαρκή συμπληρωματική αναλγησία μετά από ένα επεισόδιο εμετού ή μετατρέπουν σε σκόνη τα χάπια μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης τρίβοντάς τα. (Redmond, 1998) Πρόκειται για ακούσια λάθη, τα οποία συνήθως παρουσιάζονται όταν λόγω μεγάλης ηλικίας ή άγχους, η μνήμη των ασθενών και των φροντιστών τους εξασθενεί, γεγονός που τους δυσκολεύει να θυμούνται και τις πιο απλές οδηγίες. Λάθη επίσης γίνονται όταν οι οδηγίες δεν επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ή οι αρχικές οδηγίες είναι ανεπαρκείς. (Boyle και συν., 1992)

Άλλοι πάλι ασθενείς αποφασίζουν συνειδητά να μη συμμορφωθούν με τη θεραπεία τους, γιατί θεωρούν ότι έτσι διατηρούν τον έλεγχο της κατάστασής τους. (Austin και συν., 1986)

Για μερικούς ασθενείς ο πόνος αποτελεί επιβεβαίωση ότι είναι ζωντανοί και ιδιαίτερα γι' αυτούς που έχουν προχωρημένο καρκίνο, η μόνη απόφαση στην οποία θα μπορούσαν

να έχουν έλεγχο, είναι εκείνη για το αν θα πάρουν αναλγητικά ή όχι.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν την αναλγητική αγωγή στο σπίτι, έχουν τον απόλυτο έλεγχο τόσο ως προς τη συχνότητα λήψης των φαρμάκων, όσο και ως προς το χρόνο. Η συμπεριφορά μη συμμόρφωσης του ασθενούς και τα αίτιά της πρέπει να εντοπιστούν σε πρώιμο στάδιο, για να μην βγαίνουν λανθασμένα συμπεράσματα για την αντίδραση του πόνου στις διάφορες παρεμβάσεις και τη φύση του.

Η απροθυμία του ασθενούς να αναφέρει τον πόνο του, αποτελεί άλλο ένα εμπόδιο αντιμετώπισης του πόνου και πιθανόν να σχετίζεται με τις παρανοήσεις και τους μύθους αναφορικά με τα οπιοειδή, (Riddell και Fitch, 1997; Franke και Theeuwes, 1994) ή μια μοιρολατρική πίστη, ότι ο πόνος δεν μπορεί να ελεγχθεί και είναι αναπόφευκτος, γι' αυτό « γιατί να κάνει τον κόπο να τον αναφέρει κανείς » (Yates και συν., 1995)

Την άρνηση της αναφοράς του πόνου στους Επαγγελματίες Υγείας, τόσο οι ασθενείς όσο και από αυτούς που τους φροντίζουν, αρκετά συχνά τη χρησιμοποιούν ως μηχανισμό άμυνας, διότι διαφορετικά θα σήμαινε ότι έπρεπε να παραδεχτούν την ύπαρξη μιας νόσου σε εξέλιξη και αρκετές φορές άσχημης σε πρόγνωση. (Ferrell και συν., 1995)

Κάποιοι ασθενείς ανησυχούν, ότι η απασχόληση του ιατρικού , νοσηλευτικού προσωπικού και όλης της ομάδας με τον πόνο τους, τους αποσπά από τη θεραπεία της ασθένειας τους η οποία θεωρείται σημαντικό έργο, ενώ άλλοι ασθενείς πιστεύουν ότι ο « καλός» ασθενής, όταν πονάει, δεν παραπονιέται. Μερικοί είναι πρόθυμοι να υπομείνουν τον πόνο, με σκοπό να επιτύχουν κάποιο βαθμό πνευματικής εξιλέωσης. (Kotarba, 1983)

Άλλοι ασθενείς διστάζουν να παραπονεθούν για πόνο, διότι η στωική αντίδραση στον πόνο θεωρείται φυσιολογική, ιδίως για τους άντρες, οι οποίοι και ανταμείβονται εξαιτίας του ότι « δείχνουν γενναίοι », υιοθετώντας τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. (Garro, 1980)

Προβλήματα που σχετίζονται με το σύστημα περίθαλψης

Οι γραφειοκρατικοί μηχανισμοί που διέπουν τη συνταγογράφηση, την παροχή και τη χορήγηση των οπιοειδών σε πολλές χώρες, αποτελεί ένα από τα εμπόδια αντιμετώπισης του πόνου, το οποίο δύσκολα αναγνωρίζεται και όχι πάντοτε. Το πρόβλημα προέκυψε από τη στιγμή που η διεθνής κοινότητα, έλαβε αυστηρά μέτρα για την καταπολέμηση του προβλήματος της παράνομης χρήσης φαρμάκων. Δυστυχώς αυτό συνεπάγεται την απαγορευμένη πρόσβαση στα οπιοειδή, των ασθενών που τα έχουν πραγματικά ανάγκη και

αυτό το ζήτημα καλείται να διευθετήσει ο ΠΟΥ.

Σε μερικές χώρες υπάρχει πρόβλημα με το **σύστημα φροντίδας υγείας**, όπου τα μέτρα σχεδιάστηκαν για να ελέγχουν την αλόγιστη χρήση των οπιοειδών. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οπιοφοβία τόσο εκ μέρους των γιατρών, όσο και των ασθενών. Φαίνεται να διακατέχονται από ένα υπερβολικό φόβο ότι η χορήγηση των οπιοειδών, έστω και μία φορά θα επιφέρει κατάχρηση . (Lupo, 1994)

Για τους ασθενείς που δε νοσηλεύονται, υπάρχουν κάποιες σημαντικές δυσκολίες ή καθυστερήσεις στην εκτέλεση των συνταγών σχετικά με τα οπιοειδή και αυτό διότι δεν υπάρχουν αποθέματα σε όλα τα φαρμακεία, είτε λόγω χαμηλής ζήτησης, είτε λόγω κινδύνου κλοπής. Αυτό σημαίνει για πολλούς ασθενείς διακοπή της συνέχειας της φροντίδας και σημαντικό εμπόδιο για την ορθή αντιμετώπιση του πόνου σε αντίθεση με το νοσοκομείο, όπου η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται πιο εύκολα. Αρκετές φορές βέβαια δεν επιτυγχάνεται η σωστή επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομείων και των άλλων δομών (κλινικές πόνου, ιατρεία πόνου, ξενώνες τελικής νοσηλείας) και δημιουργείται ένα χάσμα μεταξύ τους. . Η κατάσταση αυτή προβληματίζει τους επαγγελματίες υγείας, καθώς σταδιακά μπορεί να επιδεινώνεται, από τη στιγμή που οι ίδιοι φροντίζουν διαφορετικές πλευρές της νόσου των ασθενών, αλλά κανείς δεν αναλαμβάνει την ευθύνη συνολικά, για την αντιμετώπιση του πόνου. (Redmond, 1998)

Τ' αποτελέσματα της ανεπαρκούς αναλγησίας επεκτείνονται και σε τομείς όπως η καθυστέρηση στη θεραπεία, η παρεμπόδιση καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς, ψυχολογικές δυσλειτουργίες (κατάθλιψη, άγχος) και το αυξανόμενο κόστος νοσηλείας (παρατεταμένη ή επαναλαμβανόμενη νοσηλεία) (Ζώης, 1996)

Ο Ζώης (2006) αναλύει με πολύ ωραίο τρόπο τις **πολιτισμικές διαστάσεις** που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην υποθεραπεία του πόνου και αναφέρει ότι ο πόνος είναι μια έννοια με επιστημονικό, φιλοσοφικό, κλινικό και πολιτισμικό περιεχόμενο και πρέπει να εξετάζεται πολύπλευρα για την πλήρη κατανόησή του και ακολούθως για τη σωστή αντιμετώπισή του. Αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας και αυτό γιατί σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (με καρκίνο ή άλλες διαγνώσεις), βιώνουν έντονο πόνο. Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την έκφρασή του όπως : πολιτισμικό υπόβαθρο, φύλο, συναισθηματική κατάσταση και βαθμό προσαρμογής στον πόνο. (Redmond, 1998)

Μια αδιαμφισβήτητη διαπίστωση είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση ν' ανακουφίζουν τον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς, αλλά δυστυχώς η υποχρέωση αυτή αρκετά συχνά και συστηματικά παραμελείται. Μερικές αιτίες που κάνουν κάποιο άτομο να υποφέρει, είναι ο πόνος, η φύση της ασθένειας, η αγωνία του θανάτου, το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλειψη ικανότητας, η λύπη και άλλες καταστάσεις.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι η έννοια του υποφέρειν έχει γενικότερο περιεχόμενο και χαρακτήρα, ενώ ο πόνος αποτελεί συγκεκριμένο είδος αίσθησης. Βασικό ρόλο στην έκφραση, απάντηση και αντιμετώπισή του, παίζει η ψυχοκοινωνική και πολιτισμική διάσταση που εμφανίζει και που καθορίζει την ερμηνεία της δυσάρεστης αυτής αίσθησης.

Ο πολιτισμός εξελίσσεται στη διάρκεια του χρόνου, και δέχεται επιρροές από ερεθίσματα του περιβάλλοντος και από κοινωνικές δομές. Διαμορφώνει πεποιθήσεις και συμπεριφορές που δίνουν μια νέα υπόσταση στην εμπειρία και στο βίωμα του πόνου.

Αναφέρεται σε πρότυπα τρόπων ζωής, πιστεύω και αξίες, κανόνες, σύμβολα και πρακτικές θεσμών, ομάδων ή ατόμων, που κατά πρώτο μαθαίνονται, κατά δεύτερο μοιράζονται και κατά τρίτο μεταδίδονται με την πάροδο του χρόνου, από γενιά σε γενιά. (Τσαρούχα, 2006)

Τα άτομα της ίδιας πολιτισμικής ομάδας (φοιτητές στις σχολές επιστημών υγείας, μέλη οικογένειας), αντιδρούν μοναδικά στον πόνο και επομένως υπάρχει ανισότητα στην εμπειρία αλλά και στην αντιμετώπισή του. (Ζώης, 2006) Ανισότητα παρατηρείται και κατά τη διαδικασία που ακολουθείται με τον επερχόμενο θάνατο ανάμεσα στις πολιτισμικές ομάδες, στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν τόσο στη θεραπεία / φροντίδα αλλά και στη γενικότερη αντίληψη για τον καρκίνο και την πρόληψή του. (Τσαρούχα, 2006)

Η έννοια του πόνου ορίζεται από την προσωπική κουλτούρα του καθενός και με τον όρο αυτό, σύμφωνα με τους κοινωνιολόγους, εννοούμε το προσωπικό σύστημα αξιών, τον τρόπο ζωής, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των ατόμων. (Ζώης, 1996) Μια σειρά αλλαγές, όπως προσαρμογή της νομοθεσίας στα νέα δεδομένα και διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για την αντιμετώπιση του πόνου σε όλο το φάσμα του, κρίνονται απαραίτητες για την αντιμετώπιση της υποθεραπείας. Πρέπει να επανεξεταστεί η φιλοσοφία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και από τα πρώτα χρόνια της φοίτησής τους, πρέπει να ερευνήσουν τις προκαταλήψεις και τους μύθους που συνδέονται με την εμπειρία του πόνου. Ιδιαίτερα για

τους νοσηλευτές, εξαιτίας του ότι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και δίπλα στον ασθενή, η αντιμετώπιση και κατ' επέκταση η ανακούφιση του πόνου, ενέχει τη δική τους κουλτούρα μέσα στο σύστημα υγείας.

Πρώτο βήμα των επαγγελματιών υγείας για την αναγνώριση των ασθενών ως ισότιμους, αποτελεί η αναγνώριση των προσωπικών τους αξιών και πεποιθήσεων, έτσι ώστε ν' αναπτυχθούν σχέσεις αλληλοσεβασμού και αμοιβαιότητας. (Ζώης, 1996) Καλούνται οι νοσηλευτές, όσο αυτό είναι εφικτό, να ικανοποιήσουν τις πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών, όπως οι θρησκευτικές ανάγκες, ο τρόπος επικοινωνίας τους, οι διατροφικές ανάγκες και η διαδικασία του θανάτου. Τα πολιτισμικά πιστεύω και οι κανόνες των ασθενών, επηρεάζουν τις κοινωνικές στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια.

(Τσαρούχα, 2006)

Στις σημερινές πολυ-πολιτισμικές κοινωνίες, οι νοσηλευτές είναι οι κατεξοχήν συνήγοροι των ασθενών αναφορικά με τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους για καλύτερη θεραπεία, ιδιαίτερα των ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, αυτών που ανήκουν σε ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και γενικά των ατόμων που χρειάζονται ενδυνάμωση και μεγαλύτερη υποστήριξη για την αντιμετώπιση του πόνου τους. (Ζώης, 2006) Αυτό τεκμηριώνεται σε μια μελέτη 304 ασθενών με πόνο (1 μήνα πριν την εισαγωγή τους στη μελέτη και με μέσο όρο διάγνωσης 20 μήνες), εκ των οποίων οι 130 δήλωσαν μεταστατικό καρκίνο και ανάμιξη του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών όπως: διασκέδαση, ύπνο, σχέσεις, εργασία, περπάτημα και διάθεση. Οι ασθενείς ήταν διαφορετικής εθνικότητας όπως: 183 λευκής φυλής, 98 Αφρικανοί της Αμερικής, 5 Ισπανοί και 18 άλλων εθνικοτήτων. (Hasenau, 2003)

Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν κατά τις μετρήσεις του πόνου (επίπεδο πόνου, δυσφορία από συμπτώματα και λειτουργική κατάσταση) και τα μέτρα ελέγχου του (γνώση και συμπεριφορές, εμπόδια, αντίληψη ελέγχου). Οι παρεμβάσεις στους συγκεκριμένους ασθενείς στόχευαν στον έλεγχο του πόνου, διότι φαίνεται ότι εάν ελεγχθεί ο πόνος, μπορεί να μειωθεί. Σημαντική κρίνεται η εκπαίδευση των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, καθώς η αύξηση της γνώσης θα οδηγήσει στη μείωση των εμποδίων και των αρνητικών συμπεριφορών, αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου. Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται, όταν οι ασθενείς ανήκουν σε διαφορετικές εθνικότητες (μειονότη-

τες), διότι βιώνουν υψηλότερα σκορ χειρότερου πόνου, υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας από τα συμπτώματα και υψηλότερα επίπεδα παρέμβασης του πόνου σε κάποιες δραστηριότητες, συγκριτικά με τους ασθενείς που ανήκουν στη λευκή φυλή.(Hasenau, 2003)

Τίθενται όμως κάποιοι φραγμοί στην προσέγγιση των ασθενών οι οποίοι αναλύονται πρόσφατα από την Τσαρούχα (2006) τους οποίους πρέπει να ξεπεράσουν για να παρέχουν κατάλληλη και ολοκληρωμένη φροντίδα και διακρίνονται σ' εκείνους που **σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας και τους σχετιζόμενους με τα συστήματα υγείας.**

Οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών αν και πολλές φορές οι πεποιθήσεις τους διαφέρουν από αυτές των ασθενών. Διάφορα προβλήματα παρουσιάζονται σχετικά με τη διαπολιτισμική επικοινωνία σε κάθε κοινότητα (δυσκολίες σχετικά με τη γνώση της γλώσσας, τα παραδοσιακά έθιμα και την κατανόηση των διαφόρων θρησκειών). Είναι δυνατή η χρήση μεταφραστή, αλλά μπορεί να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις (να χαθούν λεπτομέρειες), ειδικά όταν εμπλέκονται αφηρημένες έννοιες, όπως τα συναισθήματα. Η επικοινωνία δυσχαιρένει πολλές φορές εξαιτίας της ηλικίας των ασθενών και του φύλου. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές πρέπει ν' αποφεύγουν τις παρεξηγήσεις της γλώσσας του σώματος (π.χ να μην κοιτάζουν απευθείας στα μάτια, δείχνοντας έτσι σεβασμό), γι' αυτό οφείλουν να είναι πολιτισμικά ενήμεροι.

Αναφορικά με τα συστήματα οι περισσότερες εγκαταστάσεις δεν έχουν σχεδιαστεί για να ικανοποιήσουν τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών, ενώ η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και επαγγελματιών υγείας, εμποδίζουν την ανάλογη με την παράδοση του ασθενούς, παροχή φροντίδας. Είναι αδύνατον να τηρηθούν κάποια έθιμα μετά το θάνατο των ασθενών, ενώ σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας (αρκετοί ασθενείς αναμένουν μια κλίνη νοσηλείας), η έλλειψη προσωπικού περιορίζει το χρόνο του νοσηλευτή που θ' αφιερώσει στον ασθενή και στις ιδιαίτερές του ανάγκες. Κρίνεται επομένως αναγκαίο από τους νοσηλευτές ν' αναγνωρίζουν και να σέβονται τη διαφορετικότητα του κάθε ασθενή, αναπτύσσοντας πολιτισμική ευαισθησία βελτιώνοντας την ποιότητας ζωής του και παρέχοντας ολιστική φροντίδα. Είναι απαραίτητο να έχουν ευελιξία κατά τη φροντίδα ασθενών που διαφέρουν από τους ίδιους και ν' αποφεύγουν να τους κατηγορούν για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Στα πλαίσια αυτά γεννήθηκε ένας νέος κλάδος της νοσηλευτικής, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, η οποία ψάχνει να βρει την ουσία, διασχίζο-

ντας τα πολιτισμικά σύνορα και «είναι ο τομέας της Νοσηλευτικής που ενδιαφέρεται για τη νοσηλευτική φροντίδα μ' ένα τρόπο ευαίσθητο απέναντι στις ανάγκες ατόμων διαφορετικής κουλτούρας σε μια κοινωνία». Η επαφή με τις πολιτισμικές ανάγκες (θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας), αποτελεί μια διαδικασία συνεχιζόμενης εξέλιξης, με το νοσηλευτή να προσπαθεί να αποκτήσει μια ικανότητα λειτουργίας σύμφωνα με το πολιτισμικό πλαίσιο και το υπόβαθρο μιας κοινότητας ή ενός ατόμου.

Οι προαναφερθέντες μύθοι και οι παρανοήσεις, τόσο από το ευρύ κοινό, όσο και από τους Επαγγελματίες Υγείας, πρέπει να ξεπεραστούν και να εξαλειφτούν. Πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά και να τροποποιηθούν εάν χρειαστεί, οι γραφειοκρατικές διατάξεις που περιορίζουν την εισαγωγή, τη διανομή και τη χορήγηση των οπιοειδών, (Redmond, 1998) σε άτομα που πραγματικά έχουν ανάγκη από τα συγκεκριμένα φάρμακα. Οι προσπάθειες συνέχισης της φροντίδας των ασθενών θα πρέπει να θεωρείται τακτική ζωτικής σημασίας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, στο σπίτι και ο ασθενής να μην αισθάνεται αποξενωμένος, περιθωριοποιημένος και παραμελημένος. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι συγκεκριμένες ομάδες ασθενών που βιώνουν μέτριο έως και σοβαρό πόνο, δε λαμβάνουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή και εκτιμάται κατάλληλα ο πόνος τους.

Ομάδες υψηλού κινδύνου για παρουσία πόνου θεωρούνται οι μειονότητες (65% των ασθενών με πόνο δε λαμβάνουν την αναλγητική αγωγή σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ– συγκριτικά με το 30% των μη μειονοτήτων), οι ηλικιωμένοι (> από 70 ετών), τα παιδιά, οι γυναίκες, όσοι έχουν ιστορικό κατάχρησης ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά), όσοι έχουν υψηλού βαθμού ανησυχία σχετικά με πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα, όσοι διαθέτουν υψηλές προσδοκίες για κατάλληλη διαχείριση του πόνου, όσοι έχουν ιστορικό χρόνιου και προεγχειρητικού πόνου , όσοι διαθέτουν υψηλό σκορ αναφορικά με το δείκτη λειτουργικότητας και αυτοί που « μοιάζουν πιο υγιείς από άλλους », όσοι βιώνουν οξύ, περιστασιακό- παροξυσμικό (breakthrough) πόνο, όσοι έχουν οστικές μεταστάσεις ή νευροπαθητικό πόνο. Το Διεθνές κέντρο καρκίνου (International Cancer Center) αναφέρει ότι οι Αφρικανοί της Αμερικής και οι Ισπανοί ασθενείς με σοβαρό πόνο, έχουν λιγότερες πιθανότητες από τους ασθενείς λευκής φυλής, να αποκτήσουν ακόμη και τα συνηθισμένα φάρμακα για τον πόνο, διότι στα φαρμακεία των μη – λευκών κοινοτήτων δεν υπάρχουν

επαρκή αποθέματα οπιοειδών.

Μία μελέτη 281 Ισπανών ασθενών και μη- λευκών εξωτερικών ασθενών με επανεμφάνιση του καρκίνου ή μεταστατική νόσο, έδειξε ότι το 65% των ασθενών με πόνο, δε λαμβάνουν αναλγητική αγωγή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ και έχουν τριπλάσια πιθανότητα να μην λάβουν επαρκή ανακούφιση του πόνου και παρηγορητική φροντίδα (πρόβλημα πιο έντονο στις μειονότητες, παρά στο μέσο όρο του ασθενούς) . Το ποσοστό των ασθενών με ανεπαρκή θεραπεία για τον πόνο, είναι σημαντικά υψηλότερο στα προγράμματα Κλινικής Ογκολογίας στην Κοινότητα, όπου θεραπεύουν κυρίως Αφρικανούς που ζουν στην Αμερική και Ισπανούς ασθενείς, από άλλες δομές. Έτσι μεταξύ των μειονοτήτων, η θεραπεία για τον πόνο επηρεάζεται επίσης από τον τύπο των δομών που υπάρχουν. Διαφορές στο σχεδιασμό της θεραπείας, στη διαχείριση του πόνου και τη χρήση της φροντίδας στους ξενώνες τελικής νοσηλείας, υπάρχουν μεταξύ των Αφρικανών γυναικών που ζουν στην Αμερική και των γυναικών άλλων εθνικοτήτων. Σύμφωνα με τους Anderson και συν (2000), το 31% των Αφρικανών που ζουν στην Αμερική και το 28% των Ισπανών ασθενών, με μεταστατικό ή επανεμφανιζόμενο καρκίνο, λαμβάνουν αναλγητικά ανεπαρκούς ισχύος στα πλαίσια της διαχείρισης του πόνου.

Αν και οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι η πτωχή εκτίμηση του πόνου, αποτελεί βασικό εμπόδιο για την κατάλληλη θεραπεία του πόνου, συχνά υποτιμούν τη σοβαρότητα του στου συγκεκριμένους ασθενείς με καρκίνο (Αφρικανοί που ζουν στην Αμερική και Ισπανοί). Η εθνικότητα του ασθενούς, έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στο ποσό των οπιοειδών που συνταγογραφούνται από το γιατρό, παρά στο ποσό των οπιοειδών που χορηγεί ο ίδιος ο ασθενής. Οι ασθενείς της λευκής φυλής έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από τους Αφρικανούς της Αμερικής να λάβουν αναλγητικά (74 % έναντι 57%), παρά τις όμοιες αναφορές σχετικά με τον πόνο και τα παράπονά τους.

Οι Ισπανοί με απομονωμένα κατάγματα των μακρών οστών, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να μη λάβουν φάρμακο για τον πόνο, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το 55% των Ισπανών ασθενών δε λαμβάνουν αναλγητική αγωγή συγκρινόμενου με το 26% των μη Ισπανών της λευκής φυλής. (Todd και συν., 2000) Οι Αφρικανοί που ζουν στην Αμερική με χρόνια νόσο για την αντιμετώπιση του πόνου χρησιμοποιούν τεχνικές όπως περισπασμός, ενίσχυση ελπίδας και προσευχή, ενώ της λευκής φυλής χρησιμοποιούν κυρίως τεχνικές

αγνόησης του πόνου. Σημαντικοί τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου και του πόνου, των Ισπανών ασθενών, αποτελούν η θρησκεία και η πίστη.

Το νόημα του πόνου σχετικά με τον καρκίνο, διαφέρει κατά κάποιον τρόπο μεταξύ των Αφρικανών που ζουν στην Αμερική και Ισπανών. Οι μεν Αφρικανοί τον περιγράφουν ως « χτύπημα – πληγή », μιλώντας περισσότερο για την αισθητική συνιστώσα, ενώ οι Ισπανοί εστιάζουν περισσότερο στη συναισθηματική συνιστώσα του πόνου και τον περιγράφουν ως « υποφέρειν ». Αρκετοί γιατροί, δεν κατανοούν την έκφραση του πόνου από τον ασθενή και των συμπτωμάτων του , εξαιτίας της έλλειψής της φτωχής γνώσης για την υγεία, προβλήματα με τη γλώσσα του. Οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και μόρφωση έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να υπερασπίζονται πεποιθήσεις, οι οποίες ενδέχεται να αποτελέσουν εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. (Anderson και συν. 2002; Ward, 1993)

Υποστηρίζεται ότι οι παραπάνω ομάδες αλλά και άλλες οι οποίες έχουν περιθωριοποιηθεί από την κοινωνία, παρουσιάζουν προβλήματα στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και δεν λαμβάνουν επαρκή εκτίμηση του πόνου τους. Η βελτίωση της επικοινωνίας ασθενών – γιατρών και η αύξηση της παροχής φροντίδας, επιτυγχάνονται με την αναγνώριση αυτών που κινδυνεύουν από μη κατάλληλη διαχείριση του πόνου. (Ζώης, 2005)

Ο επαγγελματίας υγείας σε μία διαφοροποιημένη κοινωνία, πρέπει ν' αυξήσει την πολιτιστική του ενημερότητα και ευαισθησία, έτσι ώστε να παρέχει φροντίδα σε άτομα με διαφορετικά πιστεύω, αξίες και συνήθειες.

Ο οξύς και χρόνιος πόνος που δεν εκτιμάται κατάλληλα, μπορεί να καταλήξει σε μη επαρκή διαχείριση του πόνου και να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική, συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευημερία των ασθενών. Αναγνωρίζοντας, εκτιμώντας και κατανοώντας σωστά τα διάφορα προβλήματα- εμπόδια σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, οι νοσηλευτές συμβάλλουν σημαντικά στην επαρκή ανακούφισή του.(Randall-David και συν., 2003)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

II.



*« Δος μου τη χάρη να μην είμαι δειλός,
μα μόνο στην επιτυχία μου να έχω το έλεός σου
και στην αποτυχία μου άφησέ με
το σφίξιμο να βρίσκω του χεριού σου »*

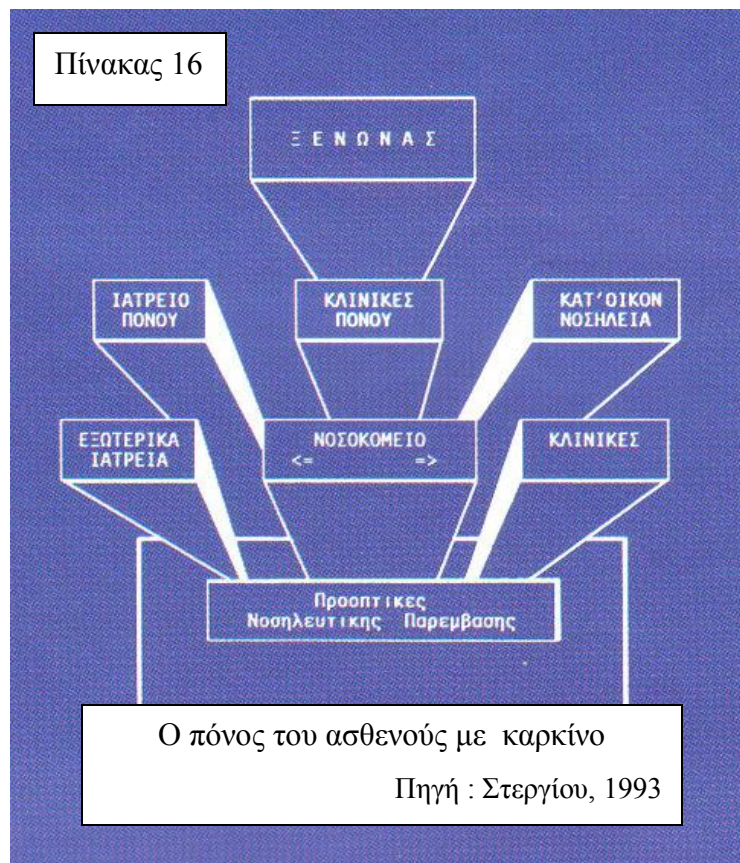
Ραπιντράθαθ Τγκόρ « Το μάζεμα των καρπών »

1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις στο σπίτι

1.1 Ιστορική αναδρομή δομών νοσηλείας στο σπίτι

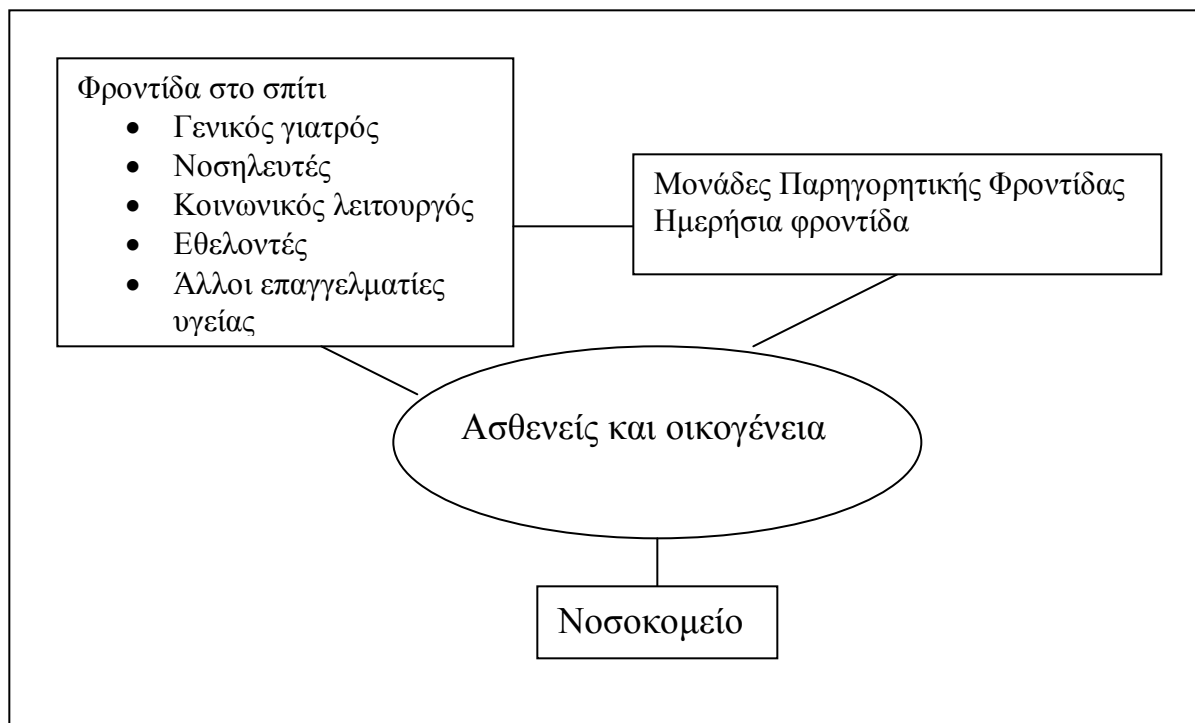
Η Florence Nightingale το 1870, είχε υποστηρίξει ότι « κανένα σύστημα δεν μπορεί να επιβιώσει παραμένοντας αδρανές », με αποτέλεσμα η Νοσηλευτική να πάει πιο μπροστά, να προχωρήσει με αγάπη και σεβασμό για τον άνθρωπο και ν' αφομοιώσει στο μέγιστο, την τεχνολογία, την πρόοδο και τη σύγχρονη έρευνα της Ιατρικής κοινότητας, αναφορικά με τον χρόνιο καρκινικό πόνο. Απέκτησε επομένως περισσότερη εμπειρία και γνώση, ανέλαβε τις νέες ευθύνες της, προώθησε νέους τρόπους συνεργασίας, ισορροπίας και προσέγγισης από όλες τις οπτικές γωνίες, προσπάθησε να δει τον άρρωστο με καρκίνο ολιστικά, τόσο στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου, ενός Ιατρείου και Κλινικής Πόνου, στην κατ' οίκον νοσηλεία (νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι) αλλά και στους Ξενώνες τελικής Νοσηλείας.

Ο Πίνακας 16 δείχνει χαρακτηριστικά τις δομές που θα πρέπει να είναι διαθέσιμες για την ανακούφιση των ασθενών με καρκίνο, αποτελώντας ταυτόχρονα προοπτικές νοσηλευτικής παρέμβασης.



Επομένως ο ασθενής και η οικογένεια, θα πρέπει ν' αποτελούν το κέντρο ενός δικτύου, που θα το συνθέτουν το Νοσοκομείο, οι μονάδες παρηγορητικής φροντίδας, η μονάδα ημερήσιας νοσηλείας και η φροντίδα στο σπίτι, από Επαγγελματίες Υγείας. (Πίνακας 17)

Πίνακας 17



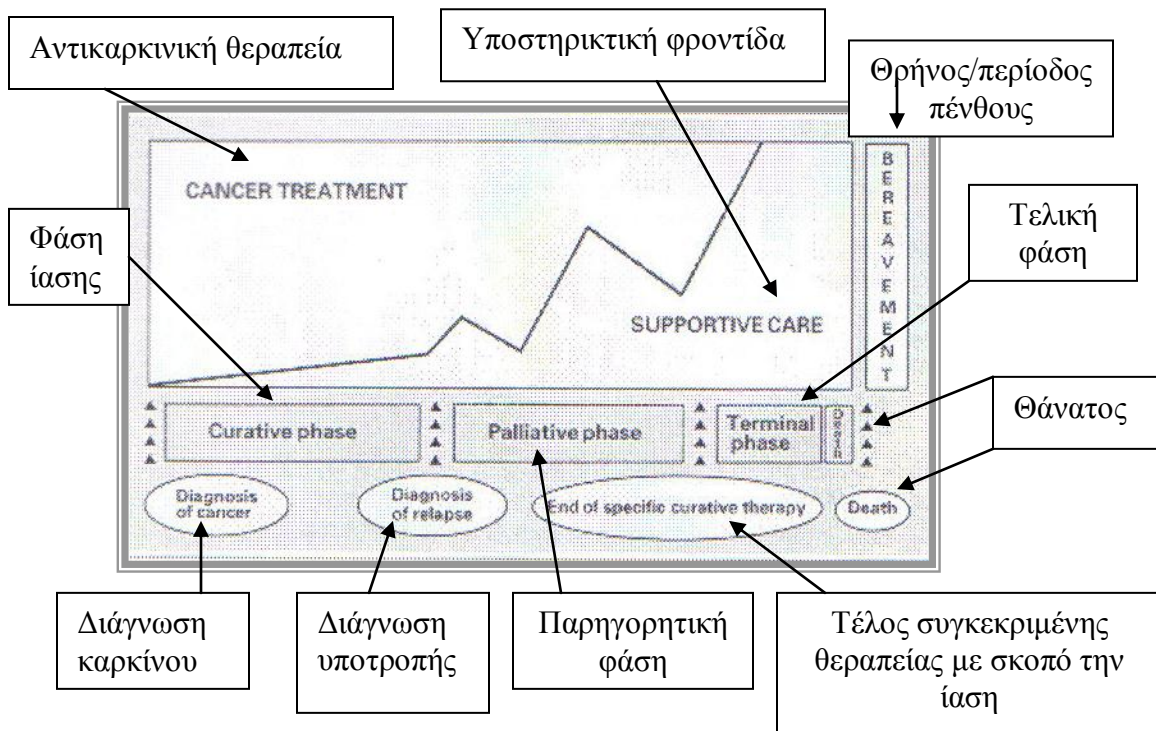
Πηγή : (Poulain, Langlade και Goldberg, 1997)

Ο κάθε Επαγγελματίας Υγείας πρέπει να αναλαμβάνει το δικό του συγκεκριμένο ρόλο και θέση μέσα στην ομάδα φροντίδας υγείας, ανάλογα με την επαγγελματική του ιδιότητα και ειδικότητα. (Poulain, Langlade και Goldberg 1997) Η ομάδα επαγγελματιών υγείας απαρτίζεται από : Ογκολόγο Ιατρό, Νοσηλεύτη, Ακτινοθεραπευτή, Χειρουργό, Ψυχολόγο, Ορθοπαιδικό, Φυσικοθεραπευτή, Κοινωνικό Λειτουργό, Εργοθεραπευτή, Διαιτολόγο.

Η συνεχιζόμενη φροντίδα (Πίνακας 18) και εκτίμηση του πόνου του ασθενούς και του βαθμού ανακούφισής του, της κινητικότητάς του, καθώς επίσης και της πρόληψης σκελετικών επιπλοκών και νευρολογικών διαταραχών κάνουν τη φροντίδα του ασθενούς εκ μέρους του νοσηλευτή πιο σύνθετη.

Οι νοσηλευτές στα πλαίσια της ενασχόλησής τους με τους συγκεκριμένους ασθενείς, οφείλουν να εκτιμούν συνεχώς την κατάστασή τους και να τους υποστηρίζουν ψυχολογικά, από τη στιγμή της διάγνωσής τους, μέχρι το τέλος.

Πίνακας 18. Η έννοια της συνεχιζόμενης φροντίδας



Πηγή: WHO Technical Series Report 804, Geneva: World Health Organization, 1990

Η φροντίδα στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων, όμως σε οργανωμένη μορφή άρχισε να εμφανίζεται από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Η τεράστια αύξηση των δαπανών για την υγεία, χωρίς όμως τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, αλλά και χωρίς τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως η « κατ' οίκον νοσηλεία » ή « νοσηλεία στο σπίτι ».

Σήμερα, ο ορισμός που έχει επικρατήσει στη διεθνή βιβλιογραφία είναι της Warhola C. (1980) και έχει ως εξής: *« η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί μια συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα, που παρέχει υγειονομικές, κοινωνικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε άτομα και οικογένειες στον τόπο της διαμονής τους και στην ευρύτερη κοινότητα, με στόχο την προαγωγή, τη διατήρηση, την αποκατάσταση της υγείας ή τη μεγιστοποίηση του επιπέδου της ανεξαρτησίας. Δευτερογενής στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του αντίκτυπου της ανικανότητας και της αρρώστιας. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών γίνεται με γνώμονα την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων και της οικογένειας, χρησιμοποιώντας όλους τους διαθέσιμους υλικούς και ανθρώπινους πόρους»*. (Ντζιλέπη, 2001)

1.2 Η εξέλιξη της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι

Η νοσηλευτική φροντίδα, ήταν παρούσα όπου υπήρχε και υπάρχει ανθρώπινη ζωή, χωρίς όμως να είναι οργανωμένη και συστηματική άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας (επάγγελμα). Ο αποκλειστικός σχεδόν χώρος φροντίδας των ασθενών, ήταν το σπίτι, μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων, με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι, ξεκίνησε με την ίδρυση του τάγματος των Διακονισσών, από τη Χριστιανική Εκκλησία οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα και την κάλυψη των αναγκών των φτωχών ανθρώπων.

Κύριος σκοπός της συγκεκριμένης φροντίδας, ήταν ν' ανακουφίσει τον πόνο, προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει τη νόσο και διήρκεσε μέχρι τον 5^ο και 6^ο αιώνα. (Gallagher 1985; Bolander 1994)

Εξέλιξη της κατ' οίκον νοσηλείας στις ΗΠΑ

1800 : Έναρξη του θεσμού της νοσηλείας στο σπίτι, από φιλόανθρωπους, που παρείχαν νοσηλευτική φροντίδα, τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους.

1877: Η πρώτη οργανωμένη ομάδα που προσέλαβε πτυχιούχους νοσηλευτές προκειμένου να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι (Spiengel 1983), ήταν το γυναικείο κίνημα της Νέας Υόρκης

1893: Η πρώτη οργανωμένη υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι, δημιουργήθηκε από το σύλλογο των επισκεπτριών νοσηλευτών της Νέας Υόρκης

1898: Καθιερώθηκε κυβερνητικό πρόγραμμα παροχής νοσηλείας στο σπίτι, στο Λος Άντζελες (Spiengel)

1900 : Οι ΗΠΑ διέθεταν ήδη 20 δομές παροχής νοσηλείας στο σπίτι, που απευθύνονταν σε μη αστικές περιοχές και ο Ερυθρός Σταυρός οργάνωσε αντίστοιχη υπηρεσία (1912)

1909 : Έναρξη ενός ασφαλιστικού προγράμματος υγείας που ενσωμάτωνε στις παρεχόμενες υπηρεσίες τη νοσηλεία στο σπίτι, από την ασφαλιστική εταιρεία Μητροπόλιταν

1947: Στη νέα Υόρκη, διαμορφώθηκε το πρώτο πρόγραμμα συνεχιζόμενης νοσηλείας στο σπίτι, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και αφορούσε στους χρόνιους ασθενείς που είχαν κατά μέσο όρο τη μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας.

Πηγή : Ντζιλέπη (2001)

Εξέλιξη της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη, ήταν γνωστό ότι νοσηλεία στο σπίτι πριν την εποχή της Florence Nightngale, παρείχαν λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες. Οι ομάδες αυτές εργαζόταν αφιλοκερδώς, ανήκαν στις κατώτερες τάξεις, δεν είχαν εκπαίδευση και η έμπνευσή τους προερχόταν από την αγάπη τους προς το συνάνθρωπο.

Η Nightngale, δημιούργησε σχολές που παρείχαν εκπαιδευμένους νοσηλευτές, ανεβάζοντας το επίπεδο της νοσηλευτικής, έτσι ώστε ν' αντιμετωπίζουν όχι μόνο τις ανάγκες των χρόνιων πασχόντων, αλλά και των οξέων περιστατικών. Το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι ιδρύθηκε το 1859, από τον William Rathbone στο Λίβερπουλ της Αγγλίας για τους φτωχούς. (Gallagher 1985; Bolander 1994) Από τότε σημειώθηκαν τεράστιες αλλαγές καθώς η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί βασικό τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο ασθενής έρχεται πολύ κοντά με την υγειονομική ομάδα, ενώ βρίσκεται στο δικό του φιλικό περιβάλλον. (Ντζιλέπη, 2001)

Η οργανωμένη νοσηλεία είναι πολύ καλά ανεπτυγμένη στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο, τη Γερμανία και στη Γαλλία, ενώ στην Ελλάδα, στην Ιταλία και στην Πορτογαλία, είναι αναπτυσσόμενη. Στο Βέλγιο η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να καλύψει οικονομικά τη φροντίδα στο σπίτι, αλλά και μετά την οξεία φάση της νοσηλείας του (WHO 1997), όλες τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην επανεκπαίδευση, στην κοινωνική επανένταξη και στην επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς. (Ντζιλέπη, 2001) Στην Ιταλία έχει αναπτυχθεί σε μικρή έκταση και παρέχεται από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Στην Ισπανία, η νοσηλεία στο σπίτι είναι περιορισμένη στο δημόσιο τομέα , όπου από το 1990 οι εκπαιδευμένες κοινοτικές νοσηλεύτριες, έχουν εισαχθεί σ' ένα καλά οργανωμένο σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας. Στην Ολλανδία το πολύ καλά αναπτυγμένο σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας που υπάρχει, χρηματοδοτείται από ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα . Παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες σε αυτούς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και στους βαριά πάσχοντες. (Ντζιλέπη, 2001) Στη Δανία φαίνεται να υπάρχει η πιο καλά οργανωμένη, δυναμική και εκτεταμένη υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας, όπου οι νοσηλευτές επισκέπτονται ασθενείς, στους περισσότερους δήμους, με αυτοκίνητα, όχι μόνο την ημέρα αλλά και τη

διάρκεια της νύχτας, πραγματοποιώντας νοσηλευτικές παρεμβάσεις, παρακολουθώντας συνεχώς με αυτό τον τρόπο την εξέλιξη της υγείας τους (WHO 1997 ; Ντζιλέπη 2001)

Στην Ιρλανδία επίσης υπάρχει πολύ καλά οργανωμένη κατ' οίκον νοσηλεία στο σπίτι, με το νοσηλευτή να αναλαμβάνει και νυχτερινή βάρδια, για τις επισκέψεις στο σπίτι και τις επτά ημέρες της εβδομάδας.

Εξέλιξη της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ελλάδα

Ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας δεν είναι κάτι καινούργιο, όπως αναφέρει η Ντζιλέπη (2001) σε μια πολύ ωραία ιστορική διαδρομή, από τη στιγμή που είναι γνωστό ότι ο Ασκληπιός και η οικογένειά του ασχολήθηκε με την παροχή φροντίδας. Η κόρη του Ακεσώ πρόσφερε φροντίδα στους αρρώστους , πηγαίνοντάς τους βότανα και τρέχοντας κοντά τους οποιαδήποτε στιγμή. Αργότερα τα μοναστήρια αναλάμβαναν ως μέρος της αποστολής τους τη νοσηλεία στο σπίτι, με την εξάπλωση του Χριστιανισμού.

Το 1875 ξεκινά ως θεσμός με τους απόφοιτους του « νοσηλευτικού εκπαιδευτηρίου ο Ευαγγελισμός », που ιδρύθηκε από τη βασίλισσα Όλγα. Μέχρι το 1884 στην πόλη των Αθηνών, οι απόφοιτοι μετά από 6μηνη εκπαίδευση, προσέφεραν νοσηλεία σε άπορους αλλά και εύπορους ασθενείς. Στη δεκαετία του 1980 ξεκίνησαν οι πρώτες οργανωμένες ειδικές υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι, όπως τα ογκολογικά νοσοκομεία.

Πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι, στην Ελλάδα, είναι το νοσοκομείο « Μεταξά », που ξεκίνησε πειραματικά το 1979 να προσφέρει φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. (Ντζιλέπη, 2001)

Γνωστά είναι τα ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του Νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. Το Γ.Ο.Ν.Κηφισιάς « Άγιοι Ανάργυροι », το 1987 , δημιούργησε μια μικρή αλλά ευέλικτη ιατρο-νοσηλευτική υπηρεσία για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο στο σπίτι, την Υ.Κ.Ο.Ν (1 γιατρός, 3 νοσηλευτές, 1 γραμματέα, 1 κοινωνική λειτουργό και 1 ψυχολόγο). Από το 1996, οργανώθηκαν από τα νοσοκομεία της περιφέρειας υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλεία (νοσοκομείο Βόλου, στη συνέχεια Δράμας, Σύρου, Άμφισσας και Πανεπιστημιακό Ηρακλείου για ψυχιατρικά περιστατικά.)

Παράλληλα ο ιδιωτικός τομέας άρχισε ν' αναπτύσσει τέτοια προγράμματα, είτε σαν ιδιωτικά νοσοκομεία (π.χ. ΥΓΕΙΑ), είτε σαν ιδιωτικά γραφεία. Βασικός στόχος της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας σε αυτό τον τομέα, είναι ο σχεδιασμός και η λειτουργία αυτόνομων προγραμμάτων στην κοινότητα, όπου η εκτίμηση των αναγκών θα πραγματοποιείται στις πραγματικές συνθήκες, στο περιβάλλον στο οποίο κινούνται οι ασθενείς αλλά και στο χώρο όπου ζουν και εργάζονται. (Lionis, 1995)

Στην Ελλάδα οι φορείς όπου δύναται να οργανώσουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας είναι :

Τα κέντρα υγείας, τα κέντρα υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τα αγροτικά ιατρεία, οι ιδιωτικοί κοινωφελείς οργανισμοί, οι μονάδες κοινωνικής πρόνοιας, οι εθελοντικές οργανώσεις, η τοπική αυτοδιοίκηση (δήμοι και κοινότητες), η εκκλησία τα νοσοκομεία οι ιδιώτες, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κινητές μονάδες ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Απαραίτητη θεωρείται η συγκατάθεση και η συνεργασία του ασθενούς- οικογένειας, για την αντιμετώπισή του πόνου στο σπίτι, αλλά και των συμπτωμάτων από τη νόσο γενικότερα. Η παρουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος θα συμβάλλει ενεργά στην καλή νοσηλεία του ασθενούς, στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας, στην κοινωνική επανένταξή του, στην ηθική και ψυχολογική υποστήριξη. Η μη ύπαρξη ανάγκης συνεχούς νοσοκομειακής περίθαλψης του ασθενούς, η ασφαλιστική κάλυψη και η στοιχειώδη οικονομική δυνατότητα εκ μέρους των ασθενών, αλλά και η άμεση και ταχεία αντιμετώπιση κάποιων αναγκών των ασθενών σε μονάδα βραχείας νοσηλείας, κρίνονται ζωτικής σημασίας.

Κατά τη νοσηλεία στο σπίτι αναδεικνύονται διάφορα προβλήματα και δυσκολίες, τα οποία αφορούν αυτή κάθε αυτή την εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων στο σπίτι, αυτά που αφορούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών, όσα σχετίζονται με το θεσμικό πλαίσιο και τη λειτουργία της κατ'οίκον νοσηλείας και διάφορα προβλήματα που αφορούν στη συνεργασία νοσηλευτή-ασθενούς-οικογένειας.

13 Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι σήμερα

Η νοσηλεία στο σπίτι, αποτελεί τη συνέχεια της εξατομικευμένης φροντίδας μέσα στον οικογενειακό περίγυρο και προέκταση της νοσοκομειακής φροντίδας, με σκοπό την ανάρρωση, την αποκατάσταση και την φροντίδα στο τελικό στάδιο. Ο Nuzzo – Milone (1995) υποστήριξε ότι όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι θα πρέπει να σχεδιάζονται, να οργανώνονται και να διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτή, με εμπειρία στην κοινοτική Νοσηλευτική και τη διοίκηση. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας, συλλέγει συνεχώς και καταγράφει με ακρίβεια τα δεδομένα του ασθενή με συστηματικό τρόπο. Χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για να ιεραρχήσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις με βάση την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του. Στη συνέχεια αναπτύσσει σχέδιο φροντίδας με καθορισμένους στόχους, ενσωματώνοντας σ' αυτό νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ατόμου. Συνεχώς αξιολογεί στις παρεμβάσεις του, τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του, καθώς και την πρόοδο αναφορικά με την επίτευξη των στόχων που έθεσε από την αρχή, ώστε και ν' αναθεωρεί όποτε χρειάζεται τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, το σχέδιο φροντίδας και τη βάση των δεδομένων. Είναι υπεύθυνος για τη συνεχιζόμενη φροντίδα στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία, με τις ήδη διαθέσιμες πηγές της κοινότητας.

Παρεμβαίνει για να προλάβει τυχόν επιπλοκές από τη θεραπεία, την ακινησία και τις διαταραχές στην αισθητικότητα και στην κινητικότητα, παρακολουθώντας συνεχώς και δίνοντας μεγάλη προσοχή στη λειτουργία της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου (Wilkes, 1999). Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι και τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα, την ασφάλεια και την καταλληλότητα του σπιτιού, τη χορήγηση φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται, καθώς και το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή.

Είναι ενήμερος για τις διαθέσιμες πηγές και τα μέσα που διατίθενται για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας και προτείνει τον εξοπλισμό που πιθανόν είναι απαραίτητος, ή τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή στο σπίτι. Φροντίζει για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων και καταγράφει όλες τις παρεχόμενες νοσηλευτικές πράξεις. Έχει συχνή τηλεφωνική επικοινωνία

νία με τους ασθενείς και το φροντιστή και στις ημέρες που δεν είναι προγραμματισμένες επισκέψεις στο σπίτι και δίνει απαντήσεις σε ερωτήματα αν χρειάζεται. Ενδιαφέρεται για τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού και τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και οργανώνει ομαδικές συναντήσεις με τις οικογένειες των πασχόντων, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, ηθική ενίσχυση και αλληλοϋποστήριξη. (Σουρτζή 1997; Κυριακίδου 1997; Rosdahl 1995)

Η εκτίμηση και οι παρεμβάσεις μη κατάλληλης αντιμετώπισης, καθώς και η εν δυνάμει κατάθλιψη, πρέπει να περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό της φροντίδας. Κατά το σχεδιασμό της εξόδου από το νοσοκομείο υπάρχει το ενδεχόμενο παραπομπής των ασθενών σε νοσηλευτική μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας, ή φροντίδα σε ξενώνα τελικής φροντίδας. (Flounders και Ott, 2003) Οι νοσηλευτές προσπαθούν σε συνεργασία πάντοτε με την ομάδα φροντίδας υγείας, να υποστηρίζουν τον ασθενή σε όλες τις δύσκολες στιγμές και να δίνουν ορθές λύσεις στα προβλήματά του. Οι σκοποί των νοσηλευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, η διατήρηση ή η βελτίωση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας του ασθενούς και η πρόληψη των παθολογικών καταγμάτων (Phillips, 1998) Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί την πιο συχνή μέθοδο αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων ή αβέβαιης έκβασης, όπως η διάγνωση των οστικών μεταστάσεων. (Lazarus and Folkman, 1984) Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η μείωση του στρες. Η εξειδικευμένη εκπαίδευση και γνώση σε θέματα που αφορούν στη θεραπεία και η κοινωνική υποστήριξη, αποτελούν μεθόδους ενίσχυσης της προσαρμογής των ασθενών στη νόσο. (Hoskins και συν., 1996; Northouse, Laten και Reddy, 1995) Η πληροφόρηση βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει τη φυσιολογία της νόσου, να ενημερωθεί για τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις και να συμμετάσχει στη λήψη απόφασης. (Maxwell, Givant και Kowalski, 2001)

Αξίζει να σημειωθεί ότι μία σημαντική παράμετρος στην ανακούφιση του οστικού πόνου, παραμένει η κατανόηση του προβλήματος πόνου, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Πρέπει να πιστέψουν ότι ο καρκινικός πόνος μπορεί να ελεγχθεί, αλλά απαιτείται επιμονή και χρόνος, ότι ο πόνος δε σημαίνει απαραίτητα επιδείνωση της νόσου, ότι θεωρείται απαραίτητη η χρήση της « κλίμακας του πόνου » για τον έλεγχό του, ότι μόνο το άτομο που πονά γνωρίζει την ένταση του πόνου που αισθάνεται και ότι ο επαρκής

έλεγχος του πόνου αποτελεί δικαίωμα κάθε ασθενούς με προχωρημένο καρκίνο, το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του εργασιακού πλαισίου του νοσηλευτή. (Λιόση, 1998)

Ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει στον ασθενή ότι η ανακούφιση του πόνου είναι εφικτή και εξηγεί και αναλύει σ' αυτόν και την οικογένειά του, τις διαθέσιμες μεθόδους για την επίτευξή της. Η σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση εκ μέρους του νοσηλευτή, βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να ξεπεράσει τους μύθους που έχουν δημιουργηθεί για τον πόνο και τις παρενέργειες των αναλγητικών. Η πληροφόρηση δίνει την αίσθηση του ελέγχου, ενδυναμώνοντας όλους τους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά (Collean, 2000) σε αποφάσεις που αφορούν στη νόσο τους και στη γενικότερη φροντίδα τους. Ειδικότερα, η διαχείριση του οστικού πόνου απαιτεί ιδιαίτερη εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με ποιο τρόπο και πότε, πρέπει ο ασθενής ν' αναφέρει τον πόνο του και με ποια μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας θα πρέπει να επικοινωνεί, όταν αυτός δεν ανακουφίζεται όπως αναμένεται. Επιπλέον, κρίνεται ζωτικής σημασίας, η ενσωμάτωση των αλλαγών εκ μέρους του ασθενούς, προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική ανακούφιση, σχετικά με τη δραστηριότητά του, τον τρόπο ζωής του και τη συμπεριφορά του. (Heatley, 2005)

Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στο σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου ανακούφισης του πόνου, και στην τήρηση των γραπτών οδηγιών και κατευθύνσεων μπορεί να τον ενισχύσει και να του υπενθυμίσει κάποια πράγματα, σε περίπτωση που ο νοσηλευτής δεν είναι διαθέσιμος. Από τη στιγμή που ο ίδιος ο ασθενής, λάβει τον έλεγχο της διαχείρισης του πόνου του και με την ορθή και τεκμηριωμένη καθοδήγηση του νοσηλευτή, αλλά και όλων των μελών φροντίδας υγείας, πειραματίζεται με τις καινούργιες θεραπευτικές τεχνικές, θα βρει τη μέθοδο που δουλεύει καλύτερα και με ξεχωριστό και μοναδικό τρόπο, για την κάθε περίπτωση. (Heatley, 2005) Ο ασθενής προσδοκάται να πιστέψει, ότι η μη ανακούφισή του, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες και θα πρέπει να πληροφορεί και να ενημερώνει την ομάδα για κάθε αλλαγή του πόνου.

Επομένως στην Ογκολογία είναι πολύ σημαντικό κατά πρώτον, οι νοσηλευτές και κατ' επέκταση τα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας (ενδέχεται η ομάδα ν' απαρτίζεται από νοσηλευτή ειδικευμένο στην Ορθοπαιδική, στην χημειοθεραπεία ορμονοθεραπεία ή στην ακτινοθεραπεία) , κατά την επικοινωνία με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, να

μιλούν με γλώσσα κατανοητή και ν' αποφεύγουν τη χρησιμοποίηση επιστημονικών όρων. επιπλέον, οι ασθενείς που επιθυμούν και επιλέγουν να είναι ενήμεροι και να έχουν πληροφόρηση για όλα τα θέματα που αφορούν στη φροντίδα τους, να λαμβάνουν την ανάλογη πληροφόρηση για τα διαθέσιμα μοντέλα αντιμετώπισης του πόνου και να διεκδικούν το δικαίωμα επιλογής της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί ή ακόμη και ν' αρνηθούν ένα προτεινόμενο τύπο αντιμετώπισής του (φαρμακευτική αγωγή ή άλλους τρόπους ανακούφισης όπως βαθιές αναπνοές, μασάζ, μουσική, χαλάρωση, βιοανατροφοδότηση και ύπνωση). (Λιόση, 1998) Η άμεση αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων της νόσου και των παρενεργειών από τις διάφορες θεραπείες, συμβάλλει σημαντικά στην ανακούφιση του πόνου. Διότι πόνος, είναι και η αλωπεκία (προσωρινή ή μόνιμη), η απώλεια του μαστού (ενός μαστού ή και των δύο), η δυσκολία στη σεξουαλική ζωή (σεξουαλική αδυναμία ή ανικανότητα), ο ακρωτηριασμός διαφόρων μελών του σώματος. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, της ανεξαρτησίας και του αυτοελέγχου, καθώς και οι μολύνσεις και τα παραμορφωμένα μέλη από το λεμφοίδημα (Σχήμα 4)

Σχήμα 4 . Πόνος



Ακόμη πόνος είναι η ναυτία, ο έμετος, η ανορεξία, η ξηροστομία και η στοματίτιδα που προκαλούν αδυναμία και καταβολή. Δυσφορία προκαλούν η εξάντληση και εξασθένιση από τη δυσκοιλιότητα, τη διάρροια, την κατάκλιση και την ακράτεια ούρων. Επιπρόσθετα, πόνος είναι η δύσπνοια, ο λόξυγκας, ο βήχας και η αϋπνία, που εάν δεν αντιμετωπιστούν,

πανικοβάλλουν τον ασθενή, τον αποσυντονίζουν, τον αποδιοργανώνουν, τον τρομάζουν και τον εξουθενώνουν. (Στεργίου, 1993)

Η υπνηλία, είναι ένα από τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζεται με την έναρξη των οπιοειδών και αναμένεται τουλάχιστον για 3 ημέρες μετά την έναρξη ή την αύξηση της αναλγητικής αγωγής. Ο νοσηλευτής καθησυχάζει τον ασθενή ότι από τη μια θα βρει ανακούφιση και θα επανακτήσει τη χαμένη του ηρεμία και ισορροπία και από την άλλη το σώμα χρειάζεται λίγο χρόνο για να προσαρμοστεί στα νέα φάρμακα ή τυχόν στις αλλαγές της δοσολογίας. (Λιόση, 1998)

Εξαιτίας του ότι ο πόνος συνυπάρχει στο πλαίσιο των πολλαπλών συμπτωμάτων που προαναφέρθηκαν, είναι αρκετά συχνά δύσκολο ν' ανιχνευτεί, κατά πόσο η δυσλειτουργία ενός ασθενή σχετίζεται με την ψυχική του διάθεση, τον πόνο ή με άλλα προβλήματα. Συνεπώς η ερμηνεία του πόνου και το προσωπικό νόημα που αναφέρει ο κάθε ασθενής ξεχωριστά, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, στη μέτρηση και στην όσο το δυνατόν αποσαφήνιση των δυσμενών επιδράσεων του πόνου στη ζωή τους. Η εκτίμηση και η με την ταυτόχρονη και κατάλληλη ενημέρωση της θεραπευτικής ομάδας, αποτελεί μεγάλη ευθύνη αλλά και πρόκληση, ιδιαίτερα με την ανάπτυξη της τεχνολογίας σχετικά με την ιατρική φροντίδα, τα τελευταία 35 χρόνια. Μία όψη της αποτελεί το γεγονός ότι οι ασθενείς δύναται να λάβουν θεραπείες στο σπίτι, οι οποίες παλαιότερα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν μόνο στα πλαίσια ενός νοσοκομείου. (Witteveen και Boxtel, 1994)

καταγραφή των κλινικών ευρημάτων – συμπτωμάτων εκ μέρους του νοσηλευτή, Όταν η από του στόματος ή η υποδόρια λήψη μορφίνης είναι αδύνατη, τότε για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου στο σπίτι, μπορεί η μορφίνη να δοθεί ενδοφλέβια, ενδοραχιαία ή με τοποθέτηση καθετήρα στον επισκληρίδιο χώρο. Με τη χορήγηση της μορφίνης στον επισκληρίδιο χώρο ή κατά την ενδοραχιαία χορήγηση, οι παρενέργειες (υπνηλία, δυσκοιλιότητα) είναι λιγότερες. Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA), με φορητή αντλία έγχυσης, επιτρέπει στον ασθενή να ελέγχει μόνος του το χορηγούμενο φάρμακο. Ανησυχία κυριεύει τους ασθενείς και αυτούς που τους φροντίζουν, μετά από νοσηλεία στο Νοσοκομείο σύμφωνα με το ρολόι, σχετικά με κάποια ερωτήματα που προκύπτουν πηγαίνοντας σπίτι όπως: « Τι θα γίνει αν κάτι πάει στραβά; Μπορεί ο γενικός γιατρός και ο νοσηλευτής της περιοχής να χειριστεί καταστάσεις όπως όταν

αναβοσβήνει ή/και χτυπάει ο συναγερμός της αντλίας (alarm), όταν σταματούν οι σταγόνες του φαρμάκου να πέφτουν, ή όταν η κασέτα/σύριγγα έγχυσης του φαρμάκου, αδειάσει; ».

Ειδικευμένοι κλινικοί (νοσοκομειακοί) γιατροί και νοσηλευτές, βοηθούν τους γενικούς γιατρούς, να μάθουν να χειρίζονται τις συσκευές έγχυσης, παρέχοντάς τους πρωτόκολλα, εκπαιδευτικά μαθήματα και 24ωρη υποστήριξη και πληροφόρηση. Η 24ωρη παροχή υπηρεσιών των γιατρών, των νοσηλευτών, αλλά και φαρμακοποιών θα μειώσει την ανησυχία με την οποία διακατέχονται ασθενείς και φροντιστές και θα τους παρέχουν την αναγκαία και απαραίτητη υποστήριξη, μειώνοντας το κόστος και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους. (Witteveen και Boxtel, 1994) Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν τον ασθενή και την οικογένεια, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους όπως βίντεο (Rowland 1994), έντυπο υλικό κ.α. Οι ασθενείς και οι συγγενείς διδάσκονται πώς να χειρίζονται μόνοι τους κάποιες συσκευές όπως το TENΣ και τις αντλίες συνεχούς έγχυσης αναλγητικών. Μαθαίνουν επίσης πώς να εγχύουν στον επισκληρίδιο καθετήρα τα φάρμακα καταγράφοντας πάντοτε τις παρατηρήσεις τους για τη γενική πορεία της κατάστασής τους και ειδικότερα του πόνου. Επιπλέον διδάσκονται πώς να τηρούν με ακρίβεια τις οδηγίες που τους δίνει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής. (Στεργίου, 1993) Φροντίζουν για την ασφαλή λειτουργία των ενδοφλέβιων γραμμών, των εμφυτεύσιμων καθετήρων, της αλλαγής της σύριγγας με το αναλγητικό ή του σάκου εάν πρόκειται για ΧΜΘ, μετάγγιση ή παρεντερική διατροφή. (Rowland, 1994) Σήμερα διατίθεται ένα μεγάλο φάσμα συσκευών χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων, οι οποίες όμως απαιτούν σχολαστική φροντίδα κι αυτό ίσως δημιουργεί ένα πρόσθετο εμπόδιο στην ορθή αντιμετώπιση του πόνου, όταν ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να τις χρησιμοποιήσει. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε γιατί έχουν μειωμένη επιδεξιότητα στα χέρια, λόγω περιφερικής νευροπάθειας ή αρθρίτιδας, είτε λόγω μειωμένης όρασης. Άλλες φορές αντιμετωπίζουν παθητικά την κατάσταση ή αισθάνονται πολύ μεγάλη ευθύνη και βάρος το ν'αναλάβουν τη φροντίδα τους ή ακόμη διακατέχονται από φόβο για την τεχνολογία. (Redmond, 1998)

Καλό είναι οι νοσηλευτές να παρευρίσκονται στην πρώτη συνάντηση γιατρού – ασθενούς, έτσι ώστε να επιβεβαιώσουν την καταλληλότητα του ασθενούς να λάβει αναλγητική αγωγή στο σπίτι. Ζωτικής σημασίας κρίνεται η αναγνώριση των ασθενών και των φροντιστών τους που είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν τις συγκεκριμένες συσκευές με ορθό τρόπο γεγονός που σημαίνει ότι κάποιες φορές θα χρειαστεί να διακοπεί η χρήση μιας συσκευής

παροχής φαρμάκου, όταν τα οφέλη της υπερκαλύπτονται από το βάρος που δημιουργεί σ' εκείνους που τη χρησιμοποιούν. (Redmond, 1998)

1.4 Οι διαστάσεις του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής, λειτουργεί σαν ανεξάρτητος συνεργάτης στις νοσηλευτικές μονάδες ή στις άλλες δομές, όπως στο σπίτι, χωρίς να κατέχει απαραίτητα την ανώτερη θέση στην ιεραρχία. Συνεργάζεται, υποστηρίζει και καθοδηγεί τη φροντίδα τους. Αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή με πόνο σαν επείγουσα περίπτωση που έχει ανάγκη από ανακούφιση. Τον επισκέπτεται όσο το δυνατόν πιο σύντομα, του αφιερώνει τον ανάλογο χρόνο που απαιτείται προκειμένου να συλλέξει τις απαραίτητες εκείνες πληροφορίες, για ν' αξιολογήσει την επώδυνη εμπειρία του. Στα καθήκοντά του περιλαμβάνονται οι τακτικές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, η άμεση εφαρμογή ορισμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η με λεπτομέρεια αναφορά της κατάστασής του και της προόδου του, η εποπτεία και η διδασκαλία νοσηλευτών, ασθενών και οικογένειας και τέλος συνεχόμενη τηλεφωνική επικοινωνία και συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας πόνου, αλλά και άλλους επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων. (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1998) Η αξία του συμβουλευτικού ρόλου του νοσηλευτή και η υποστήριξη των ασθενών καθόλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανησυχίες τους και ακούγοντάς τους δεν πρέπει να υποτιμώνται με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αν και η φροντίδα του ασθενούς που πονά είναι διεπιστημονική, ο νοσηλευτής αποτελεί τις περισσότερες φορές τον κεντρικό άξονα της ομάδας. Τις περισσότερες φορές είναι ο συντονιστής, αφού αυτός πρώτος μεταφέρει τις διάφορες πληροφορίες σχετικά με τον πόνο, στα άλλα μέλη της ομάδας και αποτελεί το συνδετικό της κρίκο. Ο ρόλος του συνδετικού κρίκου μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας, προσδιορίστηκε για πρώτη φορά με επίσημη και ομόφωνη αναφορά διεπιστημονικής ομάδας των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας στο « Consensus Development Conference on Pain » (Engber, 1986)

Οι νοσηλευτές επιπροσθέτως βρίσκονται στην ιδανική θέση να εκπαιδεύσουν με ευαισθησία τους ασθενείς αναφορικά με τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα των προβλημάτων από τις παρενέργειες της θεραπείας, αλλά και από το σκελετό τους. (Heatley, 2005) Ο εκπαιδευτικός τους ρόλος επηρεάζεται από τον τύπο των ασθενών, από τη δομή στην οποία παρέχεται η φροντίδα τους (Νοσοκομείο, κοινότητα κ.α.), αλλά και από της εκπαίδευση των νοσηλευτών και την εμπειρία τους. Η εκπαίδευση του ασθενούς από το νοσηλευτή, για τη

χειρουργική επέμβαση είτε για προφύλαξη, είτε για σταθεροποίηση των οστών-, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία/ορμονοθεραπεία, τη χρήση ραδιοϊσότοπων και διφωσφονικών, τη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση του πόνου (βάσει πρωτοκόλλου) και τυχόν άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, αποτελεί πεδίο υψίστης σημασίας (Piasecki, 1996) και έρευνας.

Οι θεραπευτικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ολοκληρώνουν και συμπληρώνουν την αναλγητική θεραπεία. Στην περίπτωση της χρόνιας νόσου, οι ασθενείς δεν έχουν πιθανότητα ανάρρωσης, γι' αυτό χρειάζεται να μάθουν να ζουν και να δέχονται τα καθημερινά τους προβλήματα, έτσι ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Η ενεργός συμμετοχή και αποδοχή της υπευθυνότητας από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους τόσο στο θεραπευτικό σχεδιασμό όσο και στον επανέλεγχό τους, εκτός των άλλων, συμβάλλει στη μείωση των παρεξηγήσεων, των εντάσεων και των αντιπαραθέσεων με το υγειονομικό προσωπικό, αναπτύσσοντας με αυτό τον τρόπο αρμονικές σχέσεις. Για τους νοσηλευτές όπως και τους άλλους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τέτοια δραστηριότητα υπάρχουν πλεονεκτήματα. Εκτός από τη βελτίωση και την ολοκλήρωση της ανθρώπινης και επαγγελματικής τους ταυτότητας, μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος του συναισθηματικού στρες και η πιθανότητα επαγγελματικής κόπωσης. Η δυνατότητα εμβάθυνσης των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους ασθενείς, δίνουν την πιθανότητα μεγαλύτερης επαγγελματικής ικανοποίησης. (Sidoti, 2005)

Δυστυχώς πολλές φορές υπάρχει η φτωχή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών - ασθενών. Οι νοσηλευτές αποδίδουν το παράπονο του ασθενούς ότι πονά, σε ψυχολογικούς παράγοντες ενώ οι συμπεριφορές των ασθενών μπορούν να επιπλέξουν το πρόβλημα. Όπως ορισμένοι νοσηλευτές και πολλοί ασθενείς έχουν υπερβολικούς φόβους σχετικά με τις παρενέργειες των αναλγητικών και συχνά πιστεύουν ότι οι « καλοί » ασθενείς δεν πρέπει να παραπονιούνται. (Foley, 1996)

Η διατήρηση καλής επικοινωνίας και η κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του, δεν επαρκούν. Τα διάφορα νοσοκομεία και όλες οι υπόλοιπες υπάρχουσες δομές, πρέπει να εντάξουν τη διαχείριση του πόνου, στην καθημερινή πρακτική. (Foley, 1996) Η αξιολόγηση του πόνου σε μορφή ρουτίνας, μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη της

αίσθησης της εγρήγορσης και ευθύνης αναφορικά με τον πόνο, στην ανάπτυξη προγραμμαμάτων ποιοτικής διασφάλισης αντιμετώπισής του, στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τον ασθενή και γενικότερα στη βελτίωση της ποιοτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας. (Λιόση, 1998)

Η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία ορίζεται ως « η εφαρμογή της επιστημονικής κλινικής μεθόδου αξιολόγησης των προβλημάτων και αναγκών του ασθενούς, συστηματικού προγραμματισμού, διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και εκτίμησης των αποτελεσμάτων αυτής ». Με την κατανόηση, κλινική επάρκεια και εξειδικευμένες γνώσεις, ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής και συνεχίζει να πονά, με τη δική του ευαλωτότητα στην ασθένεια, στον πόνο και στο θάνατο. Πολλές φορές επηρεάζονται στην προσωπική τους ζωή με αποτέλεσμα ο « πόνος του νοσηλευτή » ή αλλιώς ο « πόνος της συμμετοχής » να είναι δυσβάσταχτος και δύσκολα ανεκτός. Για το λόγο αυτό η νοσηλεία των αλγούντων ασθενών και ιδιαίτερα των ασθενών με οστικό πόνο, απαιτεί υπέρβαση και ηρωισμό, απέναντι σ' ένα ηθικό πρόβλημα, όπου ο πόνος προκαλείται ή επιτρέπεται να υπάρχει σαν αποτέλεσμα ανθρώπινων πεποιθήσεων, κρίσεων, ενεργειών ή απουσία αξιών. (Πατηράκη- Κουρμπάνη 1998)

Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ρόλο κλειδί στην αναφορά, καταγραφή και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του πόνου, που είναι ο εντοπισμός του, η συχνότητα, η έναρξη, ο χαρακτήρας του, η ένταση και η ταχύτητα εμφάνισής του. Έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδεύουν τους ασθενείς στη χρήση δελτίων αναφοράς οστικού πόνου και των ημερολογίων πόνου σε ημερήσια βάση, βοηθώντας τους ν' αναφέρουν τα συμπτώματά τους με ακρίβεια και κατά συνέπεια να λαμβάνουν μερική ή πλήρη ανακούφισή του, που τόσο πολύ έχουν ανάγκη. (Λιόση 1998) Ενθαρρύνουν επίσης τους ασθενείς να συζητούν θέματα που τους απασχολούν αναφορικά με την εικόνα σώματος, διάφορες ανησυχίες και φόβους, τόσο για τη νόσο όσο και την πρόγνωση. Το περιβάλλον του ασθενούς θα πρέπει να εκτιμάται αντικειμενικά και να τροποποιούνται τα εμπόδια στην αυτοφροντίδα. Πρέπει επίσης κάποιες φορές να τροποποιούνται οι δραστηριότητες της οικογένειας και οι επαγγελματικές τους δραστηριότητες (ασθενών και οικογένειας). (Maxwell, Givant και Kowalski, 2001 Με αυτόν τον τρόπο οι νοσηλευτές βρίσκονται στη σημαντική θέση, ν'

αναγνωρίζουν τις αιτίες του πόνου διαμέσου της ακριβούς εκτίμησής του και να συζητούν τις θεραπευτικές) επιλογές με τους θεράποντες γιατρούς και τα άλλα μέλη της ομάδας, υπερασπίζοντας πάντοτε έναν από τους βασικούς ρόλους τους, αυτόν του συνηγόρου του ασθενούς. Ο νοσηλευτής καλείται από τη φύση του ρόλου του να αποτελέσει οποτεδήποτε χρειαστεί, το συνήγορο του ασθενούς και να φροντίσει για την κατάλληλη και αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο και να συμβάλλει με τον τρόπο αυτό στην άνεση του ασθενούς και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. (Phillips, 1998) Μερικές φορές η ανάληψη αυτού του ρόλου μπορεί ν' αποβεί μια απογοητευτική εμπειρία, όταν κανείς δεν ακούει τα παράπονα του ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα ενδέχεται ν' αποτελεί κριτικό παράγοντα ικανοποιητικής αντιμετώπισής του.

« το να σε ακούν και να σε καταλαβαίνουν αποτελεί ήδη θεραπεία για κάποιον ασθενή και ακόμη περισσότερο όταν ο ίδιος επιθυμεί να τον αντιμετωπίζουν ως ξεχωριστή προσωπικότητα ».(Sidoti, 2005) Η καλή ακρόαση εκ μέρους του νοσηλευτή, οδηγεί στην ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης και καλής επικοινωνίας ενδυναμώνοντας τη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή – ασθενούς, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι.

Οι νοσηλευτές δε θα πρέπει να χρησιμοποιούν κριτική γλώσσα κατά την επικοινωνία τους με τα μέλη της οικογένειας στο σπίτι. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι πολιτισμικά ευαίσθητος και να διευθετεί τις συγκεκριμένες ανάγκες επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του. Το μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, μπορεί να επιφέρει στρες, τόσο μεταξύ των συντρόφων, όσο και μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας, καθώς αυξάνει η μεταξύ τους εξάρτηση. Ο διασυνδετικός ρόλος του νοσηλευτή, εκφράζεται με την ενημέρωση και παραπομπή των ασθενών και της οικογένειάς του, σε ομάδες υποστήριξης και κοινωνικές υπηρεσίες, όπου παρέχεται επιπλέον εκπαίδευση και βοήθεια στην προσαρμογή στη νέα κατάσταση, ανάλογα με το επίπεδο ατομικής, συναισθηματικής και οικονομικής επιβάρυνσης. Κάθε προσπάθεια και παρέμβαση που σχεδιάζεται, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει συζήτηση με όλα τα μέλη της οικογένειας, τα οποία καλούνται πολλές φορές, ν' αναλάβουν νέους ρόλους και υπευθυνότητες αναφορικά με τη φροντίδα των αγαπημένων τους. (Maxwell, Givant και Kowalski, 2001) Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα και ανακούφιση του πόνου, παίζει σημαντικό ρόλο στην περαιτέρω διαχείρισή του. Οι προτεινόμενες συστάσεις για την εκτίμηση της ικανο-

ποίησης του ασθενούς με τη διαχείριση του πόνου είναι : η αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου επεισοδίου πόνου, η μελέτη συγκεκριμένων πληθυσμών ασθενών, ο έλεγχος διαφορετικών κλιμάκων, για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου , η αναζήτηση και ανακάλυψη μαζί με τον ασθενή, των διαφορών μεταξύ της βαθμολόγησης της έντασης του πόνου και του επιπέδου ικανοποίησης από τη διαχείριση του πόνου και την αξιολόγηση των προσδοκιών του ασθενούς για τον πόνο και την ανακούφισή του. (Miaskowski, 1994) Η απλή παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον ασθενή δε συνεπάγεται πάντοτε την ανακούφισή του. (Λανάρα, 1994) Οι φίλοι του Ιώβ, όταν κάθισαν μαζί του « εις την κόπρον », είχαν καλές προθέσεις και θέλησαν να τον βοηθήσουν, αλλά αντί να τον παρηγορήσουν, αύξησαν τον πόνο του.

Ο Terrien γράφει σχετικά : « Ήταν πολλοί λευκοί. Και το άνθος της ζωής είναι ερυθρό. Στερούντο και των πλέον απαραίτητων προσόντων για την αποστολή τους. Ο κόσμος φθείρεται από το ψύχος και όχι από το σκοτάδι. Η ψυχή κατά τη δοκιμασία της δε ζητά συμβουλή, αλλά κατανόηση, δε ζητά φως, αλλά θαλπωρή. Ήλθαν καταρτισμένοι θεωρητικά για να συναντήσουν τον πάσχοντα άνθρωπο, μόνο με τη διάνοιά τους. Όμως η καρδιά, ως κέντρο συναισθημάτων, αποτελεί το σημείο συναντήσεως των ανθρώπων ».

Ο Νοσηλευτής είναι πιο κοντά απ' όλους στον ασθενή προς το τελικό στάδιο της ζωής του, γι' αυτό τον ακούει προσεκτικά και πιστεύει πάντοτε το παράπονο του. Αν υπάρχει έντονος πόνος ή άγχος, ενημερώνει αμέσως την υπεύθυνο για τον ασθενή επιστήμονα υγείας. Σε αιφνίδιο έντονο πόνο, παρά την αναλγητική αγωγή δε διατάζει και δεν αναβάλλει να δώσει το φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί από το θεράποντα ιατρό. Ελέγχει τις πιθανές απλές αιτίες πρόκλησης του πόνου, αξιολογεί προσεκτικά τον πόνο (κλίμακα πόνου), καταγράφει και αναφέρει τα δεδομένα της αξιολόγησης στη θεραπευτική ομάδα και δεν παραιτείται από την προσπάθεια ανακούφισής του (Πατηράκη – Κουρμπάνη 2006) Σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς θα χρειαστούν παρηγορική ΑΚΘ, για τον έλεγχο όχι μόνο του πόνου αλλά και των γενικότερων συμπτωμάτων. Πολλοί ασθενείς με πόνο σχετιζόμενο με τον καρκίνο, δε λαμβάνουν επαρκή αναλγητική αγωγή και τα οπιοειδή συχνά δε συνταγογραφούνται στους ασθενείς, παρά μόνο όταν αποτύχει η παρηγορική ΑΚΘ. Στη μελέτη των Janjan και συν (1998) εκτιμήθηκαν τα συμπτώματα που παρουσίασαν 108 ασθενείς, οι οποίοι παραπέμφθηκαν σε κλινική πολλών ειδικοτήτων για οστικές μεταστάσεις

χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Wisconsin Brief Pain Inventory. Το έγκυρο αυτό εργαλείο, εκτιμά τη σοβαρότητα του πόνου χρησιμοποιώντας την κλίμακα με τα νούμερα, από το 0-10, όπου το 10 αντιπροσωπεύει το χειρότερο πόνο που μπορεί κανείς να φανταστεί. Οι ασθενείς είχαν μέσο όρο ηλικίας 55 έτη και από τα 108 άτομα που μελετήθηκαν τα 65 είναι άντρες και τα 43 γυναίκες. Ο ιστολογικός τους τύπος ήταν : καρκίνος του μαστού (24%), καρκίνος αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας (22%), καρκίνος του προστάτη (19%), καρκίνος του νεφρού (13%), μελάνωμα (7%), καρκίνος του πνεύμονα (6%) και ποικιλία άλλων ιστολογικών τύπων (8%). Το 21% των ασθενών εργαζόταν κανονικά έξω από το σπίτι, παρά την παρουσία μεταστατικής νόσου. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή της διάγνωσης κυμαινόταν από 2 εβδομάδες έως 2,3 χρόνια, με μέσο όρο από τη στιγμή της διάγνωσης τους 22 μήνες και από αυτούς το 30% είχαν διαγνωστεί τους τελευταίους 6 μήνες. Μόνο το 45% βίωσε πραγματική ανακούφιση του πόνου μετά από τη συνταγογραφούμενη αναλγησία και το 23% των ασθενών έδειξε ότι ήταν αναποτελεσματική. Η συγκεκριμένη μελέτη αποδεικνύει ότι οι οστικές μεταστάσεις προκαλούν σημαντικό πόνο, ο οποίος συχνά υποθεραπεύεται με τα αναλγητικά, πριν χορηγηθεί η αντινεοπλασματική θεραπεία. (Janjan και συν., 1998)

Η διάγνωση των οστικών μεταστάσεων, ως σύμπτωμα προχωρημένου καρκίνου, συχνά προαγγέλλει την αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος του ασθενούς. Τη στιγμή που οι στόχοι της θεραπείας αλλάζουν κι από την υπόσχεση της ίασης φτάνουμε στην ελπίδα της αυξανόμενης ποσοτικής και ποιοτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής που ανήκει στην Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας, αποτελεί ένα παράγοντα ελπίδας. (Phillips, 1998)

Οι νοσηλευτές στο χώρο της Ογκολογίας, γνωρίζοντας τη σύνθετη φύση των οστικών μεταστάσεων προκειμένου να ενισχύσουν την προσαρμογή των ασθενών, καλούνται να οργανώσουν μεθόδους εκτίμησης, παρέμβασης και αξιολόγησης. Νοσηλευτικά μοντέλα σύγχρονων θεωρήσεων της νοσηλευτικής επιστήμης, όπως το μοντέλο προσαρμογής της Roy, μπορούν να κατευθύνουν αποτελέσματα στην εκτίμηση των σωματικών (πόνο, κινητικότητα) και των ψυχοκοινωνικών (έννοια του εαυτού, λειτουργικότητα, ανεξαρτησία) και πνευματικών ανησυχιών και προβλημάτων αυτών των ασθενών. Εκπαιδεύοντας τους ασθενείς και καθησυχάζοντάς τους, ότι πάντοτε υπάρχει και κάτι παραπάνω που μπορεί να γίνει και ότι η ικανότητα να συμμετέχει κάποιος ολοκληρωτικά στο στίβο της ζωής, είναι

ένας στόχος που αξίζει, μπορεί τελικά ν' αποδειχθεί ότι είναι το πιο πολύτιμο δώρο που μπορεί να λάβει ο ασθενής με προχωρημένη νόσο προς το τέλος της ζωής τους. (Phillips, 1998)

Είναι προφανής ο πολυδιάστατος ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των ασθενών που πονούν, ο οποίος οικοδομείται αρχικά σε οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, αλλά αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται με την κλινική εμπειρία. Αποτελεί μια ισόβια πρόκληση, ανάγκη και υποχρέωση του κάθε νοσηλευτή.

Πίνακας 19 . Νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες προάγουν την προσαρμογή των ασθενών στην καινούργια κατάσταση που οδηγούνται, λόγω των οστικών μεταστάσεων

Modes	Nursing Intervention ^a
Physiological	Chemotherapy or hormonal therapy for underlying disease Bisphosphonate therapy to prevent skeletal-related events Pain management, radiation or radio-pharmaceuticals therapy, and diversion (music, meditation) Recognize symptoms of hypercalcemia and spinal cord compression or other skeletal-related events. Modification of environmental barriers Supportive care if surgical intervention or physical therapy is needed
Self-concept	Patient education Establish culturally sensitive communication within the family/support group. Encourage participation in support groups and use of social services. Assess spiritual needs. Assess sexuality needs.
Role function	Assess functional status. Involve family in patient teaching and support.
Interdependence	Heighten awareness of symptoms related to fear, anxiety, and depression. Maintain maximum level of independence.

Πηγή : Maxwell, Givant και Kowalski (2001)

Η ανάγκη καθιέρωσης διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών και κατάλληλων εργαλείων εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου, κρίνονται απαραίτητα, με σκοπό να παρέχεται μια πιο οργανωμένη φροντίδα και καλύτερη ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, ιδιαίτερα στους ασθενείς με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, στο περιβάλλον του σπιτιού.

1.5 Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες

Παγκοσμίως για ένα αυξανόμενο αριθμό ασθενών με καρκίνο, το σπίτι αποτελεί το χώρο φροντίδας τους. Στις βιομηχανικές χώρες, οι τάσεις χρηματοδότησης και παροχής φροντίδας υγείας, προτείνουν ότι θα υπάρξει μια αυξανόμενη ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών παροχής επαρκούς διαχείρισης του πόνου στο σπίτι για ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η διαχείριση του πόνου στο σπίτι μπορεί ν' αποτελεί τη μόνη λύση, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κοινότητα, τοπικές κλινικές διαχείρισης του πόνου για εξωτερικούς ασθενείς ή κοντινές υπηρεσίες για φροντίδα μακράς διάρκειας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1990, δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα της φροντίδας στο σπίτι ως πρωταρχική δομή της παρηγορητικής φροντίδας και προτείνει ότι το νοσοκομείο θα πρέπει να θεωρείται ως πηγή υποστήριξης και όχι ως κεντρική δομή παροχής φροντίδας. Ο ΠΟΥ ζήτησε δημόσια οικονομική υποστήριξη για αυτούς που φροντίζουν και τη διεύρυνση των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι, από τη στιγμή που αναγνώρισε ότι αυτοί που φροντίζουν και οι νοσηλευτές, μοιράζονται την ευθύνη της διαχείρισης του καρκινικού πόνου των ασθενών στο σπίτι. Ακόμη σήμερα κρίνεται απαραίτητη μια διαφορετική προσέγγιση αποτελεσματικής διαχείρισης του καρκινικού πόνου στο σπίτι, από εκείνη του νοσοκομείου.

Ο οργανισμός της διαχείρισης του καρκινικού πόνου στο σπίτι, υπαγορεύεται από οικονομικούς περιορισμούς και διαφορές στα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας : Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να ενταχθεί στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας (όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο), σε ιδιωτικά πρακτορεία παροχής φροντίδας στο σπίτι (όπως στην Αμερική), σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (όπως στην Κύπρο) ή σε εθελοντές (όπως στην Ινδονησία).

Μία ανασκόπηση των εμποδίων και των πλεονεκτημάτων διαχείρισης του πόνου στο σπίτι, προτείνει ότι εάν οι ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας που τους φροντίζουν, οι νοσηλευτές και οι γιατροί, συνεργαστούν στενά, μοιραστούν τις πληροφορίες, χρησιμοποιήσουν έγκυρα εργαλεία εκτίμησης του πόνου, λάβουν συγκεκριμένη εκπαίδευση για να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στην παροχή φροντίδας στο σπίτι και αν

ο κάθε ένας από αυτούς κατανοήσει το δικό του ρόλο, τότε η ανακούφιση του πόνου είναι επιτυχής. Για τους ασθενείς με ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και τις οικογένειές τους, μεγάλη ανησυχία αποτελεί ο φόβος του θανάτου, με πόνο. Η κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί, αν και δυστυχώς μερικά από τα παραπάνω εμπόδια μοιάζουν αξεπέραστα. Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, για την αντιμετώπιση του καρκινικού – οστικού – πόνου, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη, τις διεθνείς συστάσεις (κατευθυντήριες οδηγίες) που έχουν καθιερωθεί για την ανακούφισή του και (WHO 1996 ; Jacox και συν 1994) Οι διεθνείς συστάσεις παρέχουν επιπλέον καθοδήγηση σε θέματα όπως : την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου, το σχεδιασμό και το συντονισμό της φαρμακευτικής θεραπείας στο σπίτι, τη λήψη αποφάσεων σε συνεργασία με το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του σχεδιασμού διαχείρισης του πόνου στο σπίτι, την εκτίμηση των αλλαγών στην ένταση του πόνου, την τροποποίηση της αναλγητικής αγωγής μαζί με τον ασθενή όπου και όταν χρειάζεται και τη συμμόρφωση του ασθενούς με το θεραπευτικό σχεδιασμό διαχείρισης του πόνου. Τα παραπάνω πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, για την ορθή διαχείριση και ανακούφιση και του οστικού πόνου

Συνοπτικά στον Πίνακα 20 που ακολουθεί , αναφέρονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που καθιερώθηκαν από το 1986 έως το 1994 (μια δεκαετία περίπου) και που η κάθε μία από αυτές, αποτελεί ένα κάλεσμα για τη συστηματική εκτίμηση του σκοπού των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, καθώς επίσης και της εκτίμησης της ποιότητας και του κόστους των δραστηριοτήτων διαχείρισης του πόνου. Πολλές από τις παρακάτω κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν ότι οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, μπορούν να διεξαχθούν, ως μέρος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 20 . A DECADE OF GUIDELINES ON PAIN MANAGEMENT

1986	World Health Organization	Cancer pain relief
	American Cancer Society	The treatment of pain in the patient with cancer
1988	Australian National Health and Medical Research Council	Management of severe pain
1989	American Pain Society	Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain
	American Cancer Society	Pain control in the patient with cancer
	Canadian Council of Health Facilities Accreditation	Palliative care program standards
1990	Oncology Nursing Society	Position paper on cancer pain
	Wisconsin Cancer Pain Initiative	Handbook of cancer pain management
	Royal College of Surgeons College of Anaesthetists	Report of the working party on pain after surgery
	American Academy of Pediatrics	Report of the consensus conference on the management of pain in childhood cancer
1991	World Health Organization	Cancer pain relief, 2nd Edition
	American Pain Society	Quality assurance standards for relief of acute pain and cancer pain
1992	United States Agency for Health Care Policy and Research	Acute pain management: operative or medical procedures and trauma
	American Society of Clinical Oncology	Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelines
	International Association for the Study of Pain	Management of acute pain: a practical guide
1994	United States Agency for Health Care Policy and Research	Management of cancer pain

Πηγή : Miaskowski (1994)

1.6 Κλίμακες μέτρησης πόνου

Η πολυδιάστατη και υποκειμενική φύση του ανθρώπινου πόνου, δεν μπορεί εύκολα να εκφραστεί με αριθμούς, σε αντίθεση με τις δυσλειτουργίες των διαφόρων οργάνων του σώματος, όπου εύκολα μπορούν να μετρηθούν - να εκφραστούν με αριθμούς - και επομένως να συγκριθούν με νούμερα. Η προσπάθεια μέτρησης του πόνου μέσω ακούσιων σωματικών αντιδράσεων δεν είναι επιτυχής κι αυτό γιατί δεν υπάρχουν αξιόπιστοι οργανικοί δείκτες στον άνθρωπο. (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1998) Υπάρχουν μόνο κάποιες κλινικές ενδείξεις που σχετίζονται με τον πόνο όπως η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, διαστολής κόρης οφθαλμού, η αύξηση βάθους αναπνοής και κλάμα, η αύξηση της κινητικής άμυνας ή απόσυρσης προς το επώδυνο ερέθισμα. (Hebben, 1985) Οι καλύτερες διαθέσιμες μέθοδοι μέτρησης του πόνου, είναι αυτές που χρησιμοποιούν τις λεκτικές αναφορές των ασθενών, από τη στιγμή που ο πόνος είναι προσωπική υπόθεση και επομένως υπάρχει μεγάλη δυσκολία δημιουργίας αξιόπιστου και αντικειμενικού μέσου μέτρησης. Η αξιολόγηση του πόνου, καθορίζει την επαρκή αποτίμηση των βιοχημικών, νευρικών και ψυχογενών μηχανισμών του και της αναλγησίας. Οι μοναδικές λεκτικές ικανότητες του ατόμου είναι αυτές που ανοίγουν το παράθυρο στην προσωπική εμπειρία του και είναι πλέον γεγονός ότι ο πόνος μπορεί να ορισθεί μόνο μέσω αυτής της εμπειρίας. (Πατηράκη – Κουρμπάνη 1998) (McQuire 1984)

Σε άρθρο ανασκόπησης η Πατηράκη – Κουρμπάνη (1998), κατέγραψε και ανέλυσε τις κατηγορίες των διαθέσιμων κλιμάκων, που μετρούν ένταση, συμπεριφορά και φυσιολογικά φαινόμενα, που σχετίζονται με τον πόνο αλλά και τις πολλαπλές και ποικίλες διαστάσεις του, οι οποίες αναλύονται αντίστοιχα.

Στις κλίμακες μέτρησης συμπεριφοράς ανήκουν οι παρακάτω κλίμακες :

Οι κλίμακες **αντικειμενικής μέτρησης συμπεριφοράς**, όπου γίνεται μια προσπάθεια μέτρησης αξιόπιστων δεικτών πόνου, που παρέχονται από παρατηρητές, με τη βαθμολόγηση παρουσίας ή απουσίας ειδικών συμπεριφορών. Η **μέτρηση συμπεριφοράς αυτοαναφοράς πόνου**, γίνεται με το Ημερολόγιο πόνου (Pain Diary): συμπλήρωση ημερολογίου καθημερινών δραστηριοτήτων. Η **μέτρηση εντόπισης πόνου**, σαν δείκτης μέτρησης αυτοαναφοράς συμπεριφοράς. Η τεκμηρίωσής της επιτυγχάνεται με τα σχέδια πόνου (Pain drawings) στα οποία ο ασθενής υποδεικνύει την / τις εντόπιση/εις του. Αρκετές κλίμακες το

συμπεριλαμβάνουν αντλώντας χρήσιμα κλινικά στοιχεία, αλλά δεν έχει συγκεκριμένο σύστημα μέτρησης. Αξιόλογη θεωρείται η ανάπτυξη αξιόπιστου έγκυρου συστήματος μέτρησης παρουσίας ή απουσίας πόνου σε 45 πιθανές περιοχές του σώματος. Εξίσου αξιόλογη θεωρείται και η ταξινόμηση σε ζωγραφιές αλγούντων παιδιών ανάλογα με το περιεχόμενο και το προεξάρχον χρώμα τους.

Στις **απλές κλίμακες αυτοαναφοράς έντασης πόνου** ανήκουν :

Η **λεκτική κατηγορική κλίμακα**, η οποία περιλαμβάνει 3-5 κατατασσόμενα λεκτικά περιγραφικά επίθετα, μεταξύ των οποίων επιλέγει ο ασθενής εκείνο που κατά τη γνώμη του, περιγράφει καλύτερα τον πόνο του. Η **γραφική (δια διαγράμματος) κλίμακα**, αποτελείται από γραμμή, όπου στα άκρα της αναγράφονται όχι πόνος, ανυπόφορος πόνος. Ανά ίσα διαστήματα κατά μήκος της γραμμής μπορεί να γράφονται περιγραφικές λέξεις. Η **αριθμητική κλίμακα και το θερμόμετρο πόνου**, χρησιμοποιούνται αντί για λέξεις, αριθμοί. Έχουν συνήθως λεκτικά άκρα (ανύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος) και βαθμολογούνται 0-10, 0-20, ή 0-100. Χρησιμοποιούνται είτε σε γραπτή μορφή, είτε σε προφορική και είναι εύχρηστες και κατανοητές. Η **κλίμακα οπτικών αναλογιών**, είναι μία ευθεία γραμμή 10 cm, με κάθετες γραμμές στα άκρα, όπου αναγράφονται ανύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος, χωρίς να παρεμβάλλονται λέξεις ή αριθμοί μεταξύ τους. Ο ασθενής δείχνει το σημείο της γραμμής που εκείνος θεωρεί ότι αντιστοιχεί η ένταση που βιώνει και η μέτρηση γίνεται σε mm της απόστασης, από το αρχικό άκρο, μέχρι το σημείο που δήλωσε. Η **κλίμακα προσώπων**, είναι μια τεχνική προβολής προσώπων (ενδείκνυται κυρίως για τα παιδιά και για τους ηλικιωμένους), όπου επιλέγει ο ασθενής από έξι εικονιζόμενα πρόσωπα, το πρόσωπο εκείνο που εκφράζει περισσότερο αυτό που αισθάνεται. Η **κλίμακα χρωμάτων**, όπου το ασθενές παιδί κατατάσσει ορισμένα χρώματα από εκείνο που αντιπροσωπεύει ότι δεν πονά καθόλου, μέχρι το χειρότερο πόνο και στη συνέχεια επιλέγει το χρώμα που βρίσκεται πιο κοντά στον πόνο που νιώθει.

Κλίμακες που αφορούν στην πλησιέστερη μέτρηση, όχι μόνο της έντασης , αλλά και της ολικής εμπειρίας του πόνου, είναι οι **κλίμακες πολυδιάστατης μέτρησης πόνου**.

Στις παραπάνω ανήκουν : Η **δύο διαστάσεων κλίμακα (Two component scale)**, όπου χρησιμοποιήθηκαν κυρίως για τη μέτρηση πειραματικού ισχαιμικού πόνου. Βαθμολογείται η φυσική αίσθηση (αριθμητική κλίμακα 1-100) και η ενόχληση που εκλύεται από την

αίσθηση (ελάχιστα, μέτρια, έντονα ενοχλητική και μόλις υποφερτή). Η μέθοδος **Multiple pain description and matching methods**, όπου αποτελείται από τρεις ομάδες που αφορούν στη δυσαρέσκεια, στην ένταση και στην οδυνηρότητα και διερευνάται ο πόνος μέσα από τριάντα εννέα λέξεις (δεκατρείς σε κάθε ομάδα). Επιτρέπει διασταυρούμενη κλιμάκωση για τον καθορισμό αλληλουχίας. Το Ερωτηματολόγιο πόνου του **McGill (The McGill Pain Questionnaire) MPQ** (Turk 1993) . Όλες οι μορφές του εκτός από τη σύντομη, εκτιμούν την εντόπιση με ανθρώπινο σχήμα και περιέχουν εβδομήντα οκτώ λέξεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν σε τέσσερις ομάδες τις εξής διαστάσεις ποιότητας πόνου : Αισθητηριακή (Sensory - 42 λέξεις σε 10 υποομάδες), Επίδρασης (Affective – 14 λέξεις σε 5 υποομάδες), Εκτίμησης (Evaluative – 5 λέξεις σε μία ομάδα) και ποικίλες (Miscellaneous – 14 λέξεις σε 4 υποομάδες). Η σύντομη μορφή του **MPQ**, περιλαμβάνει δεκαπέντε λέξεις ποιότητας (11 αισθητηριακή – 4 επίδρασης), οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα έντασης 0-3 όπου 0=καθόλου, 1- ήπιος, 2=μέτριος, 3=έντονος πόνος. Άλλη κλίμακα πολυδιάστατης κλίμακας είναι η **Card Sort Method** η οποία βασίζεται στο **MPQ**, αλλά είναι πιο εύκολη στη συμπλήρωση. Έχει τη μορφή ζευγών σύγκρισης επιθέτων περιγραφής ποιότητας. (αισθητηριακή, επίδραση, χρονική εκτίμηση). Το **Dartmouth Pain Questionnaire** αναπτύχθηκε ως βοηθός του **MPQ** και προσφέρει τέσσερις αντικειμενικές μετρήσεις, όπως παράπονα σώματος, διαταραχές λειτουργικότητας, διατηρητέες θετικές πλευρές λειτουργικότητας και σωματικές παρεμβάσεις και μία υποκειμενική μέτρηση που αφορά στις αλλαγές αυτοεκτίμησης με την εμφάνιση πόνου. Το **Wisconsin Brief Pain Questionnaire** αναπτύχθηκε για την πολυδιάστατη μέτρηση του καρκινικού πόνου και σήμερα ονομάζεται: **The Brief Pain Inventory**, που περιέχει : ιστορικό πόνου, αιτιολογία, ένταση, εντόπιση, ποιότητα και επίδραση πόνου στις δραστηριότητες, όπως ψυχική διάθεση, κινητικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, απόλαυση ζωής, εργασία και ύπνο. Το **Memorial Pain Assessment Card**, περιλαμβάνει μια περιγραφική κατηγορική κλίμακα επιθέτων πόνου, δύο κλίμακες οπτικών αναλογιών (έντασης και ανακούφισης του πόνου) και μία λεκτική περιγραφική κλίμακα ψυχικής διάθεσης. Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο πολυδιάστατης μέτρησης του πόνου.

Άλλες κλίμακες μέτρησης πόνου είναι οι ψυχοσωματικές κλίμακες (Psychophysics) που ποσοτικοποιείται μια υποκειμενική αίσθηση όπως ο πόνος, συγκρινόμενος μ' ένα

μετρήσιμο αισθητικό φαινόμενο. Χρειάζονται εξειδικευμένο υλικό και δεξιότητες. Οι **κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής**, οι οποίες προσφέρουν αξιόλογες πληροφορίες για τα συναισθήματα των αλγούντων ασθενών και την επίδραση του πόνου στη φυσιολογική λειτουργικότητα. Γνωστές κλίμακες είναι : The profile of Mood States, η Sickness Impact Profile, The Beck Depression Inventory, The symptom Checklist 90 και η μικρότερη έκδοση του Brief Inventory Pain

Συνοψίζοντας αξίζει ν' αναφερθεί, ότι στην κλινική πράξη κρίνεται χρήσιμη και απαραίτητη η καθημερινή και συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση του πόνου, των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με αυτόν αλλά και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκαν. Για την απόκτηση των παραπάνω πληροφοριών κρίνεται απαραίτητη η συμπλήρωση ημερολογίων και διαγραμμάτων πόνου. Το διάγραμμα πόνου διευκολύνει τη διάγνωση και τη θεραπεία του, ενώ αποτελεί τη μεθοδικότερη συνεχή παρακολούθηση ασθενούς. Πρέπει ν' αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του νοσηλευτικού φακέλου, να διατίθεται στην ομάδα υγείας όλο το 24ωρο και να συμπληρώνεται είτε από το νοσηλεύτη, είτε από τον ασθενή, είτε από το φροντιστή του – μέλος οικογένειας. Η επιτυχία του εξαρτάται από την ειλικρίνεια του ασθενούς και το ενδιαφέρον του ερευνητή.

Η επιλογή του εργαλείου μέτρησης, αλλά και ο καθορισμός του χρόνου της αξιολόγησης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την αξιολόγηση του πόνου. Η συχνότητα αξιολόγησης διενεργείται με γνώμονα την άνεση του ασθενούς, ανεξάρτητα από τις διακυμάνσεις της έντασης και χωρίς να υπάρχει ομοφωνία, τόσο στην κλινική πράξη όσο και στις κλινικές μελέτες. (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1998) Σημαντικός παράγοντας για τον έλεγχο του οστικού πόνου αποτελεί η εξισορρόπηση της δραστηριότητας με την ξεκούραση. Η κόπωση αυξάνει τον πόνο και την έλλειψη επιδεξιότητας. (Derek, Hanks και MacDonald, 1993; Woodruff 1993)

1.7 Άλλες μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις ανακούφισης του οστικού πόνου στο σπίτι

Η Phillips (1998) αναφέρει χαρακτηριστικά κάποιους τρόπους τους οποίους μπορούν οι νοσηλευτές να εφαρμόσουν για την ανακούφιση του πόνου στο σπίτι, ανεξάρτητα από τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και να διδάξουν τον ίδιο τον ασθενή να τις εφαρμόζει.

Η θερμότητα εξαιτίας του ότι δρα ως αντι-ερεθιστικό, παρέχει άμεσο αποτέλεσμα στους ιστούς τοπικά και ανακουφίζει τον πόνο. Ως αντι-ερεθιστικό η αίσθηση της θερμότητας μειώνει τη μετάδοση των σιναπτικών του πόνου και επίσης μπορεί να επιφέρει ανασταλτικό ερέθισμα από τον εγκέφαλο. Η επίδραση τοπικά στους ιστούς περιλαμβάνει αγγειοδιαστολή, αυξημένη αιματική ροή, χαλάρωση των μυών και αυξημένη συμμόρφωση των ιστών.

Η θεραπεία με εφαρμογή θερμότητας στους επιφανειακούς ιστούς, μπορεί να πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας μπουκάλια με ζεστό νερό, θερμά πακέτα και επιθέματα, θερμές λάμπες ή υδροθεραπεία, έχοντας άνετη εφαρμογή στο περιβάλλον του σπιτιού. Τα θερμά πακέτα μπορεί να είναι αυτοσχέδια, χρησιμοποιώντας ελαφρά υγρά καθαρά υφάσματα ή πανιά, ζεσταμένα στο φούρνο μικροκυμάτων. Η υδροθεραπεία, αποτελεί έναν άλλον τρόπο περιγραφής της εφαρμογής θερμότητας, με εκτεταμένη παραμονή (μούλιασμα) σε ζεστό ντους ή μπάνιο. Οι ακριβές θεραπευτικές συσκευές δε χρησιμοποιούνται συχνά, από τη στιγμή που οι απλές διαθέσιμες μέθοδοι στο σπίτι, είναι πολύ αποτελεσματικές.

Η θεραπεία με θερμότητα μπορεί όμως να προκαλέσει και καταστροφή των ιστών. Δε θα πρέπει να εφαρμόζεται (ή να εφαρμόζεται με προσοχή), σε περιοχές με μειωμένη αισθητικότητα, παράλυση ή μειωμένη έκχυση υγρού (διϋδρωμα ή εξίδρωμα) από τους ιστούς. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται οι προαναφερθείσες μέθοδοι, κατευθείαν σε όγκους ή σε μολυσμένους ιστούς. Οι ασθενείς με περιορισμένη γνωστική ικανότητα ή μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, από έναν ικανό και αξιόπιστο φροντιστή.

Ο οστικός πόνος επιδεινώνεται με το κρύο, γι' αυτό και τα ζεστά ρούχα παίζουν σημαντικό ρόλο. Από την άλλη, τα πολύ στενά ρούχα και το βαρύ ντύσιμο, μπορεί να προκαλέσουν περισσότερο ερεθισμό, στους ήδη ευαίσθητους ιστούς. Δίνοντας έμφαση στα ανοιχτόχρωμα και άνετα ρούχα, παρέχεται μεγαλύτερη άνεση.

πραγματοποιεί τις δραστηριότητες βήμα βήμα και να θέτει ρεαλιστικούς στόχους. Προτείνεται ένα απλοποιημένο πλάνο και ανάλογη βοήθεια με τα καθημερινά καθήκοντα. Υπενθυμίζεται στον ασθενή ότι το να δέχεται βοήθεια για τις δραστηριότητες ρουτίνας, θα διατηρήσει την ενέργειά του για να τη διαθέσει σε κάποιες άλλες πιο ευχάριστες δραστηριότητες. Συστήνεται επίσης να ξεκουράζεται 2 φορές την ημέρα για 30 λεπτά και να κοιμάται το βράδυ, 8 με 10 ώρες. Αποθαρρύνεται ν' αναπληρώσει τις χαμένες ώρες ύπνου (αϋπνία κατά τη διάρκεια της νύχτας) με παρατεταμένους μικρουπνάκους κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αντίθετα προτείνονται μέτρα διατήρησης ενός φυσιολογικού κύκλου δραστηριότητας – ξεκούρασης και πρόληψης της αϋπνίας. Ο ασθενής ο οποίος δεν αισθάνεται άνετα εξαιτίας του οστικού πόνου, λαμβάνει συμβουλές να διατηρήσει όσο το δυνατόν σωστότερη στάση στο σώμα του ή να τη διορθώσει όταν είναι εφικτό. Μεγάλη διαφορά υπάρχει όταν ξεκουράζεται έχοντας τα άκρα του τεντωμένα και σχεδόν ευθυγραμμισμένα, παρά διπλωμένα.

Υποστήριξη των αδύναμων αρθρώσεων επιτυγχάνεται με τη χρήση μαξιλαριών ποικίλου μεγέθους . (Λιόση 1998) Αρκετά βοηθητικό φαίνεται ότι είναι το ολόσωμο μαξιλάρι, με το οποίο επιτυγχάνεται ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης, του ισχίου και του γόνατος, όταν ο ασθενής ξαπλώνει στο πλάι.

Τα προγράμματα φυσικοθεραπείας, η σωματική άσκηση και αποκατάσταση, μπορούν να βελτιώσουν τον έλεγχο του πόνου, μέσα από μία ποικιλία μεθόδων. Η παθητική και η ενεργητική άσκηση, θ' ανακουφίσει τη γενική μυοσκελετική δυσφορία που σχετίζεται με την έλλειψη δραστηριότητας. Ορθοτικά μηχανήματα, μπορούν ν' ανακουφίσουν ή να προλάβουν τον πόνο, σταθεροποιώντας ή ακινητοποιώντας επώδυνους ιστούς και αρθρώσεις. Βοηθήματα κινητικότητας, όπως δεκανίκια, μπαστούνι ή άλλα, μειώνουν τον πόνο που αποτελεί συνέπεια της κινητικότητας και αυξάνουν τη λειτουργικότητα. Διάφοροι κορσέδες μπορούν να σταθεροποιήσουν τη θωρακική ή την οσφυϊκή μοίρα, το κολάρο Φιλαδέλφειας, χρησιμοποιούνται για να σταθεροποιήσουν την αυχενική μοίρα.

Τέλος η ακινητοποίηση, ως τελευταία λύση - είτε με τη χρήση αναπηρικού καροτσιού, είτε με την ξεκούραση στο κρεβάτι – μπορεί ν' αποτελεί τη μόνη επιλογή για τους ασθενείς που λαμβάνουν τη βέλτιστη αναλγησία και υποστήριξη. (Woodruff, 1993) Η βοήθεια του φυσικοθεραπευτή, στη διδασκαλία τεχνικών κινητοποίησης με τα παραπάνω βοηθήματα,

μπορεί ν' αποδειχτεί ουσιώδης, αναφορικά με τη διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερης ανεξαρτησίας εκ μέρους του ασθενούς. (Piasecki, 1996)

Η πρόληψη της δυσκαμψίας στις αρθρώσεις, η απορρύθμιση του καρδιαγγειακού και η μυϊκή ατροφία, είναι καταστάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν, αποφεύγοντας οι ασθενείς την παρατεταμένη ακινησία. Από τη φάση της αποδρομής και μετά, η άσκηση συμβάλλει στην αντιμετώπιση του μυϊκού πόνου, κινητοποιεί τις δύσκαμπτες αρθρώσεις, ενδυναμώνει τους μυς, συμβάλλει στην καλή λειτουργία του καρδιαγγειακού και βοηθά στην καλύτερη ισορροπία, συγχρόνως με την αίσθηση ευεξίας. Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να κινούνται, να ενθαρρύνονται και να συμμετέχουν στην αυτοφροντίδα τους (όσο είναι εφικτό) και να πραγματοποιούν ασκήσεις που συνδυάζουν κίνηση και αναπνοή. Τον ασθενή περιορίζουν πολλές φορές η μεγάλη ηλικία, η μειωμένη κινητικότητα, η ανάρρωση και η φυσική κατάσταση, υπάρχουν ασκήσεις που μπορεί να κάνει σε ύπτια ή καθιστή θέση. Υπάρχουν προγράμματα άσκησης που συνθέτουν στοιχεία σύγχρονης επιστήμης και αρχαίων ιατρικών συστημάτων, όπου διαμόρφωσε η ανθρώπινη εμπειρία με το πέρασ των αιώνων, που βελτιώνουν την κινητικότητα, την αναπνευστική λειτουργία, την αντοχή και τον ύπνο. (Yoga, Pilates mat κ.α.) (Ευτυχίδου και Ζώτου, 2006)

Μια από τις ανησυχίες των νοσηλευτών, είναι ο κίνδυνος της πτώσης στο σπίτι και των παθολογικών καταγμάτων, κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας, στους ασθενείς με οστικές μεταστάσεις. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς εκτίθενται σε παράγοντες υψηλού κινδύνου που συνδέονται άμεσα με τις πτώσεις, όπως αδυναμία, γενική εξασθένιση, προβλήματα ισορροπίας και αφυδάτωση. Η γενική προσέγγιση για την πρόληψη των πτώσεων, προϋποθέτει την αναγνώριση των ασθενών που ανήκουν είναι επιρρεπείς σε τέτοιες καταστάσεις, λαμβάνοντας υπόψη τη σωματική και κοινωνική δραστηριότητα. Η μάθηση στρατηγικών πρόληψης και η τροποποίηση του χώρου του σπιτιού (άνετος χώρος, προσοχή σε επιφάνειες που μπορεί να κάνουν τον ασθενή να γλιστρήσει και κατάλληλος έπιπλα και γενικά οικιακός εξοπλισμός). Σε μια προοπτική μελέτη (Bunting και συν, 1985), μελετήθηκαν 54 ασθενείς με οστικές μεταστάσεις κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος αποκατάστασης. 16 από τους 54 ασθενείς παρουσίασαν αυτόματα κατάγματα, αλλά μόνο ένας από αυτούς εμφάνισε αυτόματο κάταγμα το διάστημα που συμμετείχε στο πρόγραμμα. Η προαναφερθείσα μελέτη υποστήριξε τη σημασία κινητοποίησης των ασθενών με μεταστατική νόσο στα οστά. Επιπλέον ανέδειξε ότι ομάδα υψηλού κινδύνου

αποτελούσαν οι νεότερες γυναίκες και οι ασθενείς με εκτεταμένη νόσο, λυτικές μεταστάσεις και προηγούμενα αυτόματα κατάγματα.

Κατά το σχεδιασμό της φροντίδας, οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν την ύπαρξη οστικών μεταστάσεων, ιδιαίτερα κατά τη μεταφορά και τη μετακίνηση των ασθενών στο κρεβάτι. Είναι απαραίτητο να υπενθυμίζουν στον εαυτό τους αλλά και στους ασθενείς, ότι όλα τα οστά ενδέχεται να υποστούν αυτόματο κάταγμα και ιδιαίτερα τη στιγμή που ο ασθενής προσπαθεί να φτάσει το τηλέφωνο ή όταν κλωτσά τα κλινοσκεπάσματα. Επομένως από τη μια πλευρά κρίνεται σημαντική η φροντίδα των νοσηλευτών, αλλά από την άλλη δεν αποτελεί εγγύηση για την μη εμφάνιση αυτόματων καταγμάτων στους ασθενείς.

1.8 Ο ολικός πόνος της οικογένειας

Καθώς τα θεραπευτικά σχήματα για τους ασθενείς με καρκίνο και οστικό πόνο, έχουν γίνει πιο σύνθετα και οι ασθενείς ζουν περισσότερο, η ευθύνη της διαχείρισης του πόνου αλλά και των άλλων συμπτωμάτων μετατίθεται κατά μεγάλο βαθμό στους φροντιστές μέλη της οικογένειας. Η αλλαγή από τη φροντίδα στο νοσοκομείο, στην κατ' οίκον φροντίδα, στη φάση προς το τέλος της ζωής των ασθενών με καρκίνο, έχει δημιουργήσει αναστάτωση και μεγάλες απαιτήσεις στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (Carlsson και Rollison, 2000). Ο Laizner και οι συνεργάτες του (1993) έδειξαν ότι συχνά οι συγγενείς βάζουν τις ανάγκες τους πάνω από τις δικές τους. Για το λόγο αυτό, συνεπάγονται κίνδυνοι για την υγεία των φροντιστών, εξαιτίας της υπερβολικής επιβάρυνσής τους. (Kristjanson, 1996) (Field και McGoughey 1998). Ο ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας που σχετίζεται με το θάνατο του ασθενούς στο σπίτι αποτελεί η υποστήριξη της οικογένειας (De Conno 1996) και η σωματική και ψυχολογική εξάντληση της οικογένειας είναι η συχνότερα αναφερόμενη αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. (Gomas, 1993) Αιτία στρες για αυτούς που φροντίζουν τους ασθενείς με καρκίνο (και αυτών με οστικές μεταστάσεις), αποτελεί ο ανεπαρκής έλεγχος των συμπτωμάτων. Η μελέτη της Kristjanson (1996) έδειξε, ότι η συμπτωματική δυσφορία των ασθενών σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής τους και που κατά την παρηγορητική φάση υπάρχει και ισχυρή συσχέτιση με την κατάσταση υγείας των μελών της οικογένειας.

Οι Payne και συν (1999), αναφέρουν ότι το 41% των φροντιστών βιώνει υψηλά επίπεδα έντασης, αλλά και μεγάλο ποσοστό ψυχολογικής δυσφορίας (το 84% των φροντιστών). Έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες και άλλα προβλήματα που απασχολούν τους φροντιστές όπως απώλεια βάρους, κατάθλιψη, άγχος, νευρικότητα αλλά και γνωστική αποδιοργάνωση. (Carlsson και Rollison, 2000)

Στη Σουηδική μελέτη των Carlsson και Rollison (2000) αρκετά υψηλή ήταν και η επιβάρυνση των φροντιστών κατά την αξιολόγηση μιας ομάδας προηγμένης φροντίδας στο σπίτι (Πίνακας 20). Οι μισοί φροντιστές περίπου ένιωσαν καθηλωμένοι στο σπίτι, κάτι που αναδείχτηκε και από τη μελέτη των Fakhoury και McCarthy (1998) αλλά και έλλειμμα ύπνου. (Kristjanson 1996; Jones 1993; Merrouche και συν., 1996) (Bramwell και συν., 1995)

Στην ίδια μελέτη οι γυναίκες ένοιωθαν περισσότερο καθηλωμένες στο σπίτι από τους άνδρες ($p < 0.01$) και αυτό αποτέλεσε τη μόνη δημογραφική διαφορά, ενώ οι Payne και συν (1999), ανέφεραν ότι οι γυναίκες φροντιστές είχαν μεγαλύτερη ψυχολογική νοσηρότητα και στρες από τους άντρες, ομοίως και οι νεότεροι από τους μεγαλύτερους σε ηλικία φροντιστές. (Carlsson και Rollison, 2000)

Πίνακας 20. Συναισθήματα που αναφέρθηκαν από φροντιστές κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο σπίτι (αριθμός και ποσοστό). Όχι =καθόλου/λίγο. Ναι=πάραπολύ/πολύ

Θέμα	Όχι	Ναι	Δεν απάντησαν
Καθηλωμένος στο σπίτι	38 (55%)	31 (45%)	6
Απομονωμένος στο σπίτι	54 (74%)	19 (26%)	2
Έλλειμμα ύπνου	34 (49%)	36 (51%)	5
Ικανοποιημένος με όσα έχετε πετύχει	13 (19%)	54 (81%)	8

Πηγή : Carlsson και Rollison (2000)

Οι κίνδυνοι για την υγεία των φροντιστών, προκύπτουν λόγω της υπερβολικής τους επιβάρυνσης εξαιτίας της ευθύνης, της απομόνωσης, της παραμονής τους στο σπίτι, του μειωμένου ύπνου και της βαριάς σωματικής φροντίδας που απαιτείται. Πρόβλημα όμως αποτελεί η απροθυμία κάποιων ασθενών να δεχτούν βοήθεια από μη μέλη της οικογένειας και μερικές φορές οι συγκρούσεις μεταξύ ασθενών είναι αναπόφευκτες. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ο φροντιστής συνειδητοποιεί τα όριά του και πρέπει να έχει την ευκαιρία ν' αντικατασταθεί είτε από άλλους συγγενείς, είτε από τις υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, ή άλλες « υπηρεσίες συμπαράστασης » (όπου αυτές υπάρχουν).

Οι Grande και συν., (1997) ανέφεραν την έντονη επιθυμία μερικών ασθενών να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια, την ανεξαρτησία, αλλά και το συνηθισμένο τρόπο ζωής τους «δικαιολογεί» κατά κάποιο τρόπο την προαναφερθείσα απροθυμία των ασθενών, να λάβουν φροντίδα από μη μέλη της οικογένειας. Οι Carlsson και Rollison (2000) το 81% των φροντιστών ήταν ικανοποιημένο με όσα είχε επιτύχει, ενώ το 88% είχε την πεποίθηση ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε, κατά την τελική φάση, όταν τους φρόντιζαν

στο σπίτι. Όταν οι φροντιστές αισθάνονται ικανοποίηση από την απόδοσή τους και τη φροντίδα που παρέχουν, χρησιμοποιούν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ως δικαιολογία για το στρες που βιώνουν, επομένως αφήνουν να εννοηθεί στις περισσότερες φορές ότι ο αγώνας άξιζε τον κόπο.

Στην ίδια μελέτη εξετάστηκε η σχέση της κατάστασης της υγείας των φροντιστών που έχασαν κάποιο αγαπημένο τους συγγενή και τις αντιλήψεις τους για την παραχθείσα φροντίδα. Υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στον τρόπο αντίληψης της φροντίδας που έλαβε ο ετοιμοθάνατος ασθενής και τη ψυχολογική, σωματική και διανοητική ευεξία των φροντιστών. Εκείνοι που ήταν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που προσέφεραν είχαν περισσότερες πιθανότητες να χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους εξαιρετική και την ψυχολογική τους κατάσταση εξίσου καλή, ενώ το 87% δήλωσε ότι θα επέλεγε ξανά τη φροντίδα του αγαπημένου προσώπου, στο σπίτι. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μελέτες που ερευνούν τις ανάγκες των φροντιστών στο σπίτι, δείχνουν ότι η ανάγκη και η ζήτηση για πληροφόρηση είναι μεγάλη, ενώ στη μελέτη των Carlsson και Rollison (2000) οι φροντιστές ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με την υποστήριξη και τη φροντίδα, παρά με τις πληροφορίες που τους δόθηκαν. Ωστόσο, η διάρκεια της επαφής ανάμεσα στην οικογένεια και στην ομάδα, είχε θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις πληροφορίες για την ομάδα φροντίδας στο σπίτι ($p<0.01$). Η αντιμετώπιση των διαφόρων αναγκών τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών και οι παρεχόμενες - ανάλογα με τις ανάγκες τους - πληροφορίες, εξασφαλίζουν την παροχή υψηλής ποιότητας κατ' οίκον φροντίδας.

Η σωστή θεραπεία των συμπτωμάτων του κάθε ασθενούς ξεχωριστά και εξατομικευμένα, βοηθά στο θρήνο των φροντιστών. (Pemberton 1995) Η επίτευξη της ανακούφισης των συμπτωμάτων και ιδιαίτερα του πόνου, αποτελεί πρόκληση για όλους τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι οφείλουν να διαβεβαιώνουν τον ασθενή και την οικογένεια, ότι θα υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια οποτεδήποτε ζητηθεί, τόσο την ημέρα, όσο και τη νύχτα. Οφείλουν να προφυλάξουν το συγγενή που φροντίζει τον ασθενή στο σπίτι, από τον κίνδυνο υπερβολικής επιβάρυνσης και να του προσφέρουν δυνατότητα αναπλήρωσης, σχεδιάζοντας τις απαραίτητες παρεμβάσεις για τη διευκόλυνσή του. Αν δεν ληφθούν υπόψη τα παραπάνω, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αυτοί που φροντίζουν να γίνουν οι ίδιοι ασθενείς. (Carlsson και Rollison 2000)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Νοσηλευτική αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, στο σπίτι. Συστηματική ανασκόπηση

Σκοποί

Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η αξιολόγηση και σύνθεση των αποτελεσμάτων των ήδη δημοσιευμένων νοσηλευτικών μελετών, προκειμένου ν' αναγνωριστούν, να καθοριστούν και ν' αξιολογηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αναφορικά με την ορθή αντιμετώπιση του οστικού πόνου των ασθενών με καρκίνο, στο περιβάλλον του σπιτιού.

Η αναγνώριση, υιοθέτηση, βελτίωση ή περαιτέρω μελέτη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ανακούφισης πόνου, δύναται να συμβάλλει στην ικανοποιητική ανακούφιση των αναγκών των ασθενών με οστικό πόνο (και κατά συνέπεια η παραμονή τους στο σπίτι) θα μειώσει το κόστος νοσηλείας τους, την παρουσία προβλημάτων από το σκελετό, αλλά και τις εισαγωγές τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το σημαντικότερο ζήτημα είναι το γεγονός, ότι η μερική αλλά και πλήρης ανακούφιση του οστικού πόνου και των συνοδών του συμπτωμάτων, θα επιφέρει την παράταση της ζωής των ασθενών για αρκετό χρονικό διάστημα και την παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού, μειώνοντας ταυτόχρονα τα συμπτώματα δυσφορίας, το χαμηλό ηθικό και την κατάθλιψη .

Τα ευρήματα αυτά πιθανόν θ' αποτελέσουν βάση για περαιτέρω μελέτη του θέματος από την ογκολογική νοσηλευτική κοινότητα. Επιπλέον διαφαίνεται ότι με τη βοήθεια των μελλοντικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων τόσο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όσο και μεταξύ των ασθενών με καρκίνο και των φροντιστών τους, θ' αναγνωριστούν και θ' αρθούν τα εμπόδια και θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Μεθοδολογία

Εξετάστηκαν (on line και δια χειρός) νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες στα εξής έγκριτα νοσηλευτικά και ιατρικά περιοδικά - ογκολογικά και μη –από το 1993 και μετά :

American Journal of Hospice and Palliative Care

Cancer Nursing

Clinical Journal of Oncology Nursing

Oncology Nursing Forum

End of Life Care

European Journal of Oncology Nursing

Home – Health Care Nurses

Journal of Pain and Symptom Management

Nursing Times

Nursing Standards

Orthopaedic Nurses

Pain

Seminars in Oncology Nursing

The Journal of Pain

Άρθρα αντλήθηκαν από το προσωπικό αρχείο βιβλίων, άρθρων, πρακτικών συνεδρίων, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και από τις εξής βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο : Medline, Cochrane Library, Embase, Scirus και Cinahl

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις παραπάνω βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις κλειδιά :

nurs* AND metastas* AND pain AND home care

nurs* AND metastas* AND bone pain AND home care

nurs* AND metastas* AND pain AND home care AND randomized trials

Home nurses AND metastas* AND bone pain

Home visiting nurses AND bone metastases AND pain

Cancer Nursing AND bone AND Palliative care

Cancer AND bone pain AND quality of life

Metastases AND skeletal pain AND nurses AND quality of life AND home care

Τέθηκε χρονολογικός περιορισμός στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας η οποία και διεξήχθη από το 1990 έως το Δεκέμβριο του 2005 , λόγω ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών και της νοσηλευτικής έρευνας,, αναφορικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου στο σπίτι, την τελευταία 15ετία. Τέθηκε γλωσσικός περιορισμός και επιλέχθηκαν άρθρα που δημοσιεύτηκαν στην Αγγλική, στην Ισπανική και στην Ιταλική γλώσσα (λόγω γνώσης και δυνατότητας μετάφρασής των από τον ερευνητή).

Εξετάστηκαν επίσης όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής στη μελέτη και εξαιρέθηκαν οι νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες ανακοίνωσης περίπτωσης (case studies) και όσα άρθρα ή πηγές δεν ήταν διαθέσιμα

Κριτήρια επιλογής

Νοσηλευτικές μελέτες ασθενών > 18 ετών

Μη νοσηλευόμενοι ασθενείς - εξωτερικοί ασθενείς

Νοσηλευτικές μελέτες ασθενών με συμπαγείς όγκους (εξαιρούνται σαρκώματα και αιματολογικά νοσήματα π.χ λεμφώματα, πολλαπλούν μυέλωμα)

Νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση του οστικού πόνου στο σπίτι

Νοσηλευτικές μελέτες που αφορούν στα εμπόδια σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με οστικό πόνο στο σπίτι (συνταγογράφηση, συμμόρφωση , επαρκή διάθεση φαρμάκων)

Αποτελέσματα

Παρόλο που έχουν γραφτεί πάρα πολλά για την παθοφυσιολογία του οστικού πόνου, για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (ΧΜΘ, ΑΚΘ, Χειρουργική επέμβαση, διφωσφονικά, ραδιενεργά φάρμακα κ.α.) των οστικών μεταστάσεων και του -προερχόμενου από αυτές- πόνου, για τις φαρμακευτικές και άλλες μεθόδους αντιμετώπισής του, καθώς επίσης και τα εμπόδια στη διαχείρισή του και θέματα που αφορούν στην ποιότητα ζωής, η λεπτομερής αναζήτηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι είναι πολύ λίγες οι νοσηλευτικές μελέτες που αναφέρονται στο πρόβλημα του οστικού πόνου και ιδιαίτερα στη διαχείρισή του στο περιβάλλον του σπιτιού.

Από τις 172 νοσηλευτικές πηγές που βρέθηκαν μόνο οι 80 μελετήθηκαν. Οι υπόλοιπες 92 εξαιρέθηκαν λόγω μη συνάφειας τους με το προς μελέτη στόχο. Από τις 80 πηγές, μετά από προσεκτικότερη ανάγνωση και κατανόηση των σκοπών τους, το σχεδιασμό τους, το μέγεθος του δείγματος, τις μεθόδους ανάλυσης και τ' αποτελέσματά τους, απορρίφθηκαν όσες δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Από την ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι οι Ιάπωνες έχουν ασχοληθεί αρκετά με την αντιμετώπιση των ασθενών με πόνο στο σπίτι, αλλά εξαιτίας του γλωσσικού περιορισμού, ήταν αδύνατον να μελετηθούν οι δημοσιευμένες μελέτες που υπάρχουν και ν' αναλυθούν τα αποτελέσματά τους.

Το τελικό δείγμα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι 12 μελέτες. Αρχικά αξιοποιήθηκαν 10 πρωτογενείς μελέτες ($\approx 84\%$), που αναφέρονται σε ψυχολογική εκπαιδευτική νοσηλευτική παρέμβαση, με σκοπό την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και τεχνικών ανακούφισης του πόνου 212 εξωτερικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις και των φροντιστών τους αλλά και την ανάλογη νοσηλευτική υποστήριξη για τη βέλτιστη ανακούφισή του. Στη συνέχεια αναφέρεται μία μελέτη, που αφορά στα προβλήματα ύπνου, κόπωσης και πόνου, 24 εξωτερικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις που λαμβάνουν ταυτόχρονα ακτινοθεραπεία και μία ποιοτική μελέτη, όπου αναλύει την εμπειρία του πόνου δέκα ασθενών, δέκα φροντιστών και δέκα νοσηλευτών στο σπίτι, με πόνο σχετιζόμενο με τον καρκίνο, χωρίς όμως να γίνεται σαφής η ύπαρξη ή όχι οστικού πόνου.

Από τις δώδεκα μελέτες, οι δέκα αποτελούν τυχαιοποιημένες μελέτες (οι 9 είναι δευτερογενείς αναλύσεις της ίδιας τυχαιοποιημένης μελέτης), η ενδέκατη είναι πιλοτική (περιγραφική-μελέτη συσχέτισης) και η δωδέκατη είναι ποιοτική μελέτη.

Από τις διεξαχθείσες μελέτες που αναλύονται στη συνέχεια δέκα πραγματοποιήθηκαν, στη Βόρεια Καλιφόρνια (δεδομένα από επτά περιοχές), μία στην Καλιφόρνια (σ' ένα Πανεπιστημιακό νοσοκομείο και ένα Γενικό νοσοκομείο, όπου οι ασθενείς ελάμβαναν ακτινοθεραπεία) και στην τελευταία μελέτη, οι συμμετέχοντες, προερχόταν από τρεις μονάδες φροντίδας υγείας στο σπίτι, στη Νότια Καλιφόρνια.

Ανάλυση Μελετών

Το PRO-SELF PAIN Control Programme, είναι μια ψυχολογική εκπαιδευτική νοσηλευτική παρέμβαση, που είχε σκοπό να προσφέρει τους ασθενείς και τους φροντιστές τους , διαμέσου μιας ψυχολογικής νοσηλευτικής εκπαιδευτικής προσέγγισης, γνώση και δεξιότητες αλλά και προαγωγή τεχνικών με την παροχή απαιτούμενης παροχής νοσηλευτικής υποστήριξης, για τη βελτίωση της ανακούφισης του πόνου των εξωτερικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις. (West και συν., 2003) Πραγματοποιήθηκαν τρεις επισκέψεις στο σπίτι (1^η, 3^η, 6^η, εβδομάδα) και τρεις εβδομαδιαίες τηλεφωνικές συνεντεύξεις (2^η, 4^η, 5^η εβδομάδα) σε χρονική περίοδο έξι εβδομάδων. Από τις 212 ασθενείς αποδέχτηκαν στη μελέτη, οι 115 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα του PRO-SELF pain Control Programme και οι 97 στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα του PRO-SELF, αυξήθηκε σημαντικά ($p = 0.001$), η λήψη όλων των αναλγητικών φαρμάκων, αλλά και η λήψη σύμφωνα με το ρολόι, κατά ένα μέσο όρο 50 mg την ημέρα (εκφράζεται σε ισοδύναμα της μορφίνης), ενώ για την ομάδα ελέγχου η λήψη οπιοειδών δεν άλλαξε στο διάστημα των 5 εβδομάδων και άνω, της συλλογής δεδομένων. Η διαφορά αυτή αν και ήταν κλινικά σημαντική, δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η βαθμολογία έντασης στην ομάδα του ομάδα του PRO-SELF , μειώθηκαν για το μέσο όρο (1.3, $p = 0.0001$), τον ελάχιστο (0.7, $p = 0.0001$) και για το χειρότερο πόνο (1.4, $p = 0.04$), χρησιμοποιώντας την αριθμητική κλίμακα από 0-10. Μειώθηκαν επίσης οι ώρες την ημέρα με πόνο, κατά μέσο όρο , 5.5 ώρες την ημέρα.

Οι Edrington και συν (2004), σε μια μελέτη 187 εξωτερικών ασθενών (57 άντρες και 130 γυναίκες) και πόνο από οστικές μεταστάσεις, από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια (δευτερογενής ανάλυση της τυχαιοποιημένης μελέτης του PRO-SELF PAIN Control Programme). Στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε μια προσπάθεια να καθοριστεί εάν υπάρχουν

διαφορές στα χαρακτηριστικά του πόνου των ασθενών (ιδιαίτερα στην ένταση), μεταξύ των δύο φύλων και να καθορίσει επίσης τις τυχόν διαφορές ανάλογα με τη συνταγογράφηση και τη λήψη της αναλγητικής αγωγής . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του πόνου (συμπεριλαμβάνοντας την ένταση του πόνου) ή τη συνταγογράφηση και τη λήψη της αναλγητικής αγωγής. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, προτείνουν ότι το φύλο, μπορεί να μην επηρεάσει τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις στο χρόνιο καρκινικό πόνο, αντίθετα από τον οξύ πόνο, όπου έχουν διαπιστωθεί διαφορές στην ανοχή και ευαισθησία απέναντι στον πόνο (Fillingim και Maixner, 1995; Fillingim, Edwards και Powell, 1999; Fillingim και Ness, 2000; Riley, Robinson και Wise και συν. 1998 , στην αποτελεσματικότη-τα συγκεκριμένων αναλγητικών και των παρενεργειών τους. (Edrington και συν 2004)

Λόγω της σπουδαιότητας της συγκεκριμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης, αναλύθηκε στη μελέτη των Kim και συν (2004) ο έλεγχος της αποτελεσματικότητάς της, συγκρινόμενης με την καθιερωμένη φροντίδα στην ομάδα ελέγχου, στη βελτίωση της γνώσης των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου των ασθενών με οστικές μεταστάσεις. Από το ίδιο δείγμα των 212 ασθενών, οι 174 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη και βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις. Η συγκεκριμένη δευτερογενής ανάλυση επιβεβαίωσε ότι το PRO-SELF PAIN Control Programme κρίνεται μια αποτελεσματική παρέμβαση για την αύξηση γνώσης (σημαντική βελτίωση στα 5 από τα 9 διδαχθέντα αντικείμενα) των ασθενών, σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου από οστικές μεταστάσεις στο σπίτι. Η προαναφερόμενη εξατομικευμένη εκπαιδευτική προσέγγιση μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο από τους Επαγγελματίες Υγείας και να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών.

Σε μια προσπάθεια ελέγχου του βαθμού συσχέτισης χαρακτηριστικών πόνου, κατάθλιψης, σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας με την ποιότητα ζωής, αξίζει ν' αναφερθεί μία άλλη ανάλυση στα πλαίσια του PRO-SELF pain Control Programme. Πρόκειται για τη μελέτη των Rustøen και συν. (2005), στην οποία από τους 212 ασθενείς, ολοκλήρωσαν τη μελέτη οι 157. Εκτός από το βαθμό συσχέτισης των παραπάνω παραγόντων, ερευνήθηκε εάν κάποιοι από αυτούς, αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες ποιότητας ζωής. Διαπιστώθηκε ότι το νόημα του πόνου σχετίζεται με όλες τις παραμέτρους

που μελετήθηκαν (ιδιαίτερα η ένταση και η διάρκειά του) και οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ποιότητας ζωής ήταν η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, με την κατάθλιψη να πρωτοστατεί.

Ένα άλλο ζήτημα που διαπιστώθηκε από τους Paul και συν. (2004) ήταν η αναζήτηση των κατάλληλων σημείων στην αριθμητική κλίμακα 0-10, που διαχωρίζουν τον ήπιο, μέτριο και σοβαρό πόνο, βασισμένα στις βαθμολογίες των ασθενών που συμμετείχαν, σχετικά με το μέσο όρο πόνου και το χειρότερο πόνο, χρησιμοποιώντας μια ευρύτερη κλίμακα των εν δυνάμει σημείων. Πρόκειται για δεδομένα που αντλήθηκαν από μία ακόμη δευτερογενή ανάλυση, της τυχαιοποιημένης μελέτης του PRO-SELF pain Control Programme. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι 160 ασθενείς (από τους 212, οι οποίοι και συμπλήρωσαν τις κλίμακες που όριζε η μελέτη). Οι μελετητές προσπάθησαν να καθορίσουν για το συγκεκριμένο πληθυσμό τα διακριτά σημεία των τριών ομάδων σοβαρότητας πόνου (ήπιος, μέτριος, σοβαρός), λαμβάνοντας υπόψη τα διάφορα μέτρα έκβασης, με γνώμονα τη λειτουργική κατάσταση, τη διάθεση του ασθενούς και την ποιότητα ζωής. Τ' αποτελέσματα της μελέτης, επιβεβαίωσαν μια μη γραμμική σχέση της έντασης και της σοβαρότητας του καρκινικού οστικού πόνου και της παρέμβασής του στη λειτουργικότητα των ασθενών. Φάνηκε ότι το 4 αποτελεί το όριο μεταξύ ήπιου και μέτριου καρκινικού πόνου στην αριθμητική κλίμακα 0-10. Ως διακριτά σημεία των τριών ομάδων σοβαρότητας πόνου ορίστηκαν για τον ήπιο πόνο το σκορ 1-4, για το μέτριο > 4-7 και για το σοβαρό > 7-10. Τα ευρήματα προτείνουν ότι η διαφορετική έκβαση των ασθενών μπορεί να επηρεάζεται διαφορετικά, από τα διαφορετικά επίπεδα της σοβαρότητας του πόνου, ή μπορεί να εξαρτάται από το μέτρο που χρησιμοποιείται, ή ακόμη να επηρεάζεται από την ευαισθησία του μέτρου. Η επιλογή για το αν θα χρησιμοποιηθούν κλίμακες μέσου όρου ή χειρότερου πόνου για να καθοριστούν τα σημεία αλλαγής της σοβαρότητας του πόνου (ήπιος, μέτριος, σοβαρός), μπορεί να χρειαστεί να βασιστεί στην κατανομή σοβαρών κατηγοριών, μέσα στο δείγμα, όπως οι συγκεκριμένες συνιστώσες του προβλήματος του πόνου που ερευνάται, ή η αιτιολογία του.

Οι Miaskowski και συν. (2004), προσπάθησαν να ελέγξουν την αποτελεσματικότητα του PRO-SELF PAIN Control Programme συγκρινόμενου με την καθιερωμένη φροντίδα, αυξάνοντας τη συνταγογράφηση και τη λήψη των αναλγητικών φαρμάκων, για να δουν εάν και κατά πόσο μειώνεται το σκορ της έντασης του πόνου. Από τους 212 ασθενείς,

θεωρήθηκαν κατάλληλοι οι 174 και βρέθηκε ότι στην ομάδα του PRO-SELF, η βαθμολόγηση αναφορικά με την ένταση του πόνου μειώθηκαν σημαντικά από την αρχική βαθμολογία (baseline), συγκριτικά με αυτά της ομάδας ελέγχου. Αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των ασθενών με τον πιο κατάλληλο τύπο αναλγητικής αγωγής, από 28.3% σε 37.0%, στην ομάδα του PRO-SELF, συγκριτικά με την ομάδα καθιερωμένης φροντίδας που επίσης αυξήθηκε από 29.6% σε 32.5%. Η διαχείριση επομένως του καρκινικού πόνου μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση της ψυχολογικής και εκπαιδευτικής παρέμβασης, τον ρόλο του νοσηλευτή ως επόπτη, μέσα στο πλαίσιο της αυτοφροντίδας.

Οι ασθενείς της ομάδας του PRO-SELF, οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου (συνολικά οι 155 ασθενείς από τους 212) και οι φροντιστές μέλη της οικογένειας (n=90), συμπλήρωσαν ένα ημερήσιο ημερολόγιο διαχείρισης πόνου (ημιδομημένο ερωτηματολόγιο), τα δεδομένα του οποίου ανέλυσαν οι Schumacker και συν (Οκτώβριο 2002). Για την ομάδα παρέμβασης (PRO-SELF), αποδεικνύεται χρήσιμη η συμπλήρωσή του σ' ένα ποσοτό 75% και για την ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 73%. Για τους φροντιστές αποδείχτηκε χρήσιμο και ότι μπορεί να λειτουργήσει ως παρέμβαση αυτοφροντίδας. Η καθημερινή καταγραφή της έντασης του πόνου και της λήψης των αναλγητικών φαρμάκων, αποτελεί μια υποσχόμενη συνιστώσα της εκπαιδευτικής παρέμβασης που πραγματοποιείται, με σκοπό τη βελτίωση του καρκινικού πόνου. Η χρησιμοποίηση του ημερήσιου ημερολογίου διαχείρισης του πόνου, ενδείκνυται για ν' αυξήσει τη γνώση σε θέματα που αφορούν στη διαχείρισή του, στην αίσθηση του ελέγχου του, στη διευκόλυνση της επικοινωνίας, αλλά και στην καθοδήγηση της συμπεριφοράς διαχείρισης του πόνου, αναφορικά με την αυτοφροντίδα.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, συστήνουν ότι η καλύτερη χρήση των αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου είναι η συστηματική χορήγηση σύμφωνα με το ρολόι και όχι όποτε παραπονιέται ο ασθενής για πόνο. Οι Miaskowski και συν (2002) θέλησαν να δουν εάν υπάρχουν διαφορές στις βαθμολογίες αναφορικά με την ένταση και τη διάρκεια του πόνου, μεταξύ των εξωτερικών ογκολογικών ασθενών, οι οποίοι λαμβάνουν συστηματικά οπιοειδή σύμφωνα με το ρολόι, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς της άλλης ομάδας που λαμβάνουν οπιοειδή όποτε χρειάζεται. Προσπάθησαν να καθορίσουν επίσης τυχόν διαφορές στην συνταγογράφηση της αναλγητικής αγωγής και στη λήψη της μεταξύ των δύο ομάδων , κατά τη διάρκεια πέντε εβδομάδων.. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μια δευτερογενή

ανάλυση δεδομένων από τη μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη του PRO SELF pain programme. Συμμετείχαν στη μελέτη 137 εξωτερικοί ασθενείς με πόνο από οστικές μεταστάσεις, οι οποίοι και συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, βαθμολόγησαν σε καθημερινή βάση την ένταση του πόνου και συμπλήρωσαν ένα ημερολόγιο αναφορικά με την καθημερινή λήψη της αναλγητικής αγωγής. Μεταξύ των δύο ομάδων, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο σκορ της έντασης του μέσου όρου, του ελάχιστου και του χειρότερου πόνου, ή των καθημερινών ωρών που οι ασθενείς πονούν, μεταξύ των δύο ομάδων. Ο συνολικός μέσος όρος της δόσης των οπιοειδών, που συνταγογραφήθηκε και ελήφθηκε, ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς που έλαβαν συστηματική αγωγή, από αυτούς που έλαβαν αγωγή « όποτε χρειάζεται ». Αναφορικά με το πόσο επηρεάζει ο πόνος τις καθημερινές δραστηριότητες βρέθηκαν σημαντικές διαφορές με υψηλά ποσοστά ανάμιξης στην ομάδα της συστηματικής χορήγηση αναλγητικών, σε σχέση με τη διάθεση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την διασκέδαση και απόλαυση της ζωής. Οι ασθενείς που ελάμβαναν συστηματική αναλγητική αγωγή συγκριτικά με την ομάδα χορήγησης « όποτε χρειάζεται », σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη συνολική επίδραση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες. Παρόλο που οι συγγραφείς συμφωνούν ότι οι ασθενείς με καρκινικό πόνο πρέπει να παίρνουν συστηματική αγωγή σε καθημερινή βάση και για τον παροξυσμικό πόνο «όποτε χρειάζεται», επισημαίνονται δύο σημαντικές αρχές αποτελεσματικής διαχείρισης του καρκινικού πόνου. Πρώτο η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού σχήματος και δεύτερο η τιτλοποίηση της δόσης για την επίτευξη κατάλληλου αποτελέσματος, μ' ένα αποδεκτό επίπεδο παρενεργειών. Οι αρχές αυτές στην παρούσα μελέτη δεν τηρήθηκαν ως ρουτίνα, στους εξωτερικούς ασθενείς που βίωσαν πόνο από οστικές μεταστάσεις

Οι Schumacher και συν., (2002) σε μια ποιοτική μελέτη 52 εξωτερικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις και 33 φροντιστών τους προσπάθησαν να περιγράψουν τις δυσκολίες διαχείρισης του πόνου στο σπίτι, που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους, κατά τη διάρκεια μιας ψυχολογικής εκπαιδευτικής νοσηλευτικής παρέμβασης (PRO SELF pain programme) και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν ασθενείς και νοσηλευτές για τη διαχείρισή του στο σπίτι . Η ποιοτική ανάλυση εντόπισε δυσκολίες στην εφαρμογή ενός πλάνου διαχείρισης του πόνου στο σπίτι σε επτά ζητήματα όπως : η απόκτηση της

συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής, το δικαίωμα / πρόσβαση στην πληροφόρηση, την εξατομικευμένη συνταγογράφηση αναλγητικής αγωγής, την αντιμετώπιση παρενεργειών, την κατανόηση σύνθετης πληροφόρησης, την αντιμετώπιση του νέου ή του ασυνήθιστου πόνου και την αντιμετώπιση πολλών συμπτωμάτων ταυτόχρονα.

Οι Miaskowski και συν. (2001) σε μία ακόμη μελέτη στα πλαίσια του PRO SELF pain programme, προσπάθησαν να εκτιμήσουν το επίπεδο συμμόρφωσης στην αναλγητική αγωγή, 65 εξωτερικών ασθενών με καρκινικό πόνο από οστικές μεταστάσεις σε χρονική περίοδο πέντε εβδομάδων. Ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος φάνηκε ότι συμβάλλει στη μη αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, είναι η φτωχή συμμόρφωση των ασθενών στην αναλγητική αγωγή. Η συμμόρφωση των ασθενών στην αναλγητική αγωγή διακυμάνθηκε για τη συστηματικά χορηγούμενη θεραπεία από 84.5% - 90.8% και για την αναλγητική αγωγή επί πόνου (όποτε χρειάζεται) από 22.2% - 26.6%. Δεν υπήρξαν διαφορές στη συμμόρφωση στις πέντε διαδοχικές μετρήσεις της μελέτης. Η μη συμμόρφωση και η πιθανολογούμενη από τους συγγραφείς ανεπαρκής συνταγογραφούμενη αναλγητική θεραπεία, υποστηρίζεται από το εύρημα ότι οι ασθενείς που ανέφεραν ως χειρότερη βαθμολόγηση έντασης του πόνου ≥ 7 , σε κλίμακα 0-10 , δεν παρουσίασαν βελτίωση του πόνου και τις πέντε εβδομάδες.

Σε πιλοτική μελέτη οι Miaskowski και Lee (1999) διερεύνησαν τη σχέση της έντασης του πόνου, τη σοβαρότητα της κόπωσης και των διαταραχών ύπνου με τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής αγωγής, 24 ασθενών που ελάμβαναν ΑΚΘ για οστικές μεταστάσεις, σε χρονική περίοδο 48 ωρών. Στόχος της μελέτης ήταν η περιγραφή των στρατηγικών που χρησιμοποιούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς, στη διαχείριση του πόνου και της κόπωσης. Οι ασθενείς της μελέτης ανέφεραν μέτριο πόνο και κόπωση και ο μέσος όρος βαθμολόγησης του πόνου δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά στην περίοδο των 48 ωρών. Οι ασθενείς όμως ανέφεραν υψηλότερη βαθμολόγηση κόπωσης το απόγευμα απ' ότι το πρωί . Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαταραχές ύπνου, ιδιαίτερα οι ασθενείς με χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας και σε ασθενείς που έλαβαν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας.

Οι Ferrell και συν., (1993) σε μια ποιοτική μελέτη, διερεύνησαν τις εμπειρίες του πόνου στο περιβάλλον του σπιτιού, δέκα ασθενών με μεταστατικό καρκίνο, δέκα φροντιστών

και δέκα νοσηλευτών κατ' οίκον νοσηλείας. Οι ασθενείς θα έπρεπε να είχαν καρκίνο και πόνο σχετιζόμενο με αυτόν, να υπάρχει ο πόνος για τουλάχιστον ένα μήνα, να λαμβάνουν οπιοειδή και να μπορούν να δώσουν συνέντευξη. Οι φροντιστές έπρεπε να είναι πρώτου βαθμού συγγένειας με τους ασθενείς και οι νοσηλευτές, να έχουν τουλάχιστον δύο χρόνια εμπειρία και 6 μήνες σε κατ' οίκον δομή. Αναζήτησαν τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η κάθε ομάδα ξεχωριστά σχετικά με τη διαχείριση του πόνου στο σπίτι, και προσπάθησαν να βρουν τυχόν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η προσέγγιση των ασθενών αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου, ήταν να παλέψουν για ελέγξουν τον πόνο τους, οι φροντιστές να βρουν τρόπους παροχής μεγαλύτερης άνεσης στους αγαπημένους τους και οι νοσηλευτές να προσπαθούν να εκπληρώσουν μια επείγουσα αποστολή : την εκρίζωση του πόνου . Οι κυρίαρχες στρατηγικές που χρησιμοποίησαν οι ασθενείς, για την ανακούφιση του πόνου, ήταν η λήψη αναλγητικών, ασκήσεις χαλάρωσης και φυσικής άσκησης, ενώ για την αντιμετώπιση της κόπωσης η παρακολούθηση τηλεόρασης, διάβασμα και ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όλοι οι συμμετέχοντες (ασθενείς, φροντιστές και νοσηλευτές) θεωρούσαν τα αναλγητικά φάρμακα ως πρωταρχική οδό ανακούφισης του πόνου και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ως δευτερεύουσες. Όμως η πνευματική προσέγγιση και ιδιαίτερα η προσευχή, επισημάνθηκε ως σημαντικός παράγοντας ανακούφισης του πόνου. Οι νοσηλευτές και οι φροντιστές αναφέρθηκαν στην προσωπική τους συμμετοχή στον πόνο των ασθενών, ενώ οι ασθενείς ανησυχούσαν για την πιθανότητα επιβάρυνσης των φροντιστών τους. Παρόλο που οι νοσηλευτές συχνά ανέφεραν τις οικονομικές επιπτώσεις της ανακούφισης του πόνου, οι ασθενείς και οι φροντιστές αναφερόταν εξαιρετικά σπάνια.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται από σημαντικές τεχνολογικές και δημογραφικές εξελίξεις, μεταβολές του νοσολογικού φάσματος με επικράτηση των εκφυλιστικών και χρόνιων νοσημάτων. Η ανάδειξη νέων ασθενών αλλά και ασθενειών, υπαγορεύει την εξασφάλιση ενός επιλεγμένου και κατάλληλα εκπαιδευμένου κυρίως νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, τόσο για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών, όσο και για την εξασφάλιση ενός καλά οργανωμένου και ανεπτυγμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. (Χριστοπούλου, 1998)

Η σημαντικότητα του προβλήματος του οστικού πόνου σε ασθενείς με καρκίνο και η διαχείρισή του στο περιβάλλον του σπιτιού, που εκφράζεται όχι μόνο από την υψηλή επίπτωσή του, αλλά και από την ανεπαρκή αντιμετώπισή του, δε συμβαδίζει με τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης. Θέτοντας ως στόχο την αναζήτηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε μια ομάδα ασθενών, μ' ένα τόσο συχνό, σύνθετο και πολυδιάστατο πρόβλημα (όπως οι οστικές μεταστάσεις και ο οστικός πόνος των ασθενών με καρκίνο στο σπίτι), η προσδοκία του ερευνητή ήταν η εύρεση αρκετών μελετών προς ανάλυση. Μεγάλη έκπληξη αποτέλεσε η ύπαρξη μόνο μιας νοσηλευτικής εκπαιδευτικής παρέμβασης, το PRO-SELF Pain Programme (διεξήχθησαν δέκα μελέτες, που αφορούσαν στη συγκεκριμένη νοσηλευτική παρέμβαση).

Η μελέτη των Miaskowski και Lee (1999), ενδέκατη μελέτη , διερεύνησε τη σχέση της έντασης του πόνου, της κόπωσης και των διαταραχών ύπνου, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους σε ακτινοθεραπευόμενους ασθενείς. Περιέγραψε επίσης την υιοθέτηση διαφόρων στρατηγικών ανακούφισης του πόνου και αντιμετώπισης της κόπωσης.

Η μελέτη των Ferrell και συν. (1993), δωδέκατη μελέτη, πρόκειται για μια πολύ χρήσιμη μελέτη ασθενών με μεταστατικό καρκίνο και πόνο, στο σπίτι και αφορά στην κατανόηση της ολικής εμπειρίας του πόνου. Το σημαντικό είναι ότι προσπαθεί να δει το πρόβλημα όχι μόνο από την πλευρά του ασθενούς (όπως συνηθίζεται μέχρι σήμερα), αλλά και από την πλευρά των φροντιστών και των κατ' οίκον νοσηλευτών.

Σ' ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας , με συγκεκριμένες δομές και εκπαιδευτικό σύστημα, όπως οι ΗΠΑ (και οι δώδεκα μελέτες διεξήχθησαν στην Καλιφόρνια των Ηνωμένων Πολιτειών) , αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς τελικά δεν ανακουφίστηκαν και συνέχισαν να πονούν. Κατάφεραν βέβαια να διερευνήσουν όλες τις συνιστώσες του οστικού πόνου,

χωρίς όμως να υπάρχουν άλλες μελέτες προς σύγκριση.

Το PRO-SELF Pain Programme , αποτελεί μια μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη, δεδομένα της οποίας αναλύθηκαν σε εννέα δευτερογενείς μελέτες στο σύνολό τους, οι οποίες αφορούν στο ίδιο δείγμα ασθενών (212 ασθενείς με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις) στην ίδια δομή (εξωτερικοί ασθενείς) και πληρούν τα κριτήρια επιλογής της, συμβαδίζοντας με τον αρχικό στόχο που είχε τεθεί. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσχέρεια εκ μέρους του ερευνητή, παράθεσης συμπερασμάτων και συγκριτικών αποτελεσμάτων.

Αναδεικνύεται όμως από τα αποτελέσματα των δέκα συγκεκριμένων μελετών η αύξηση της γνώσης των ασθενών και των φροντιστών τους σε θέματα που αφορούν στη διαχείριση του πόνου, (Kim και συν., 2004) η κατανόηση των διαφόρων διαστάσεων του πόνου, των μεταξύ τους συσχετίσεων και της επίδρασής τους στην ποιότητα ζωής τους (Rustøen και συν. 2005). Το PRO-SELF Pain Programme αποτελεί μια θετική νοσηλευτική παρέμβαση (West και συν. 2003) , δε φαίνεται όμως ν' άλλαξε κάτι στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών και ο πόνος παρέμεινε υποθεραπευόμενος, ενώ πολλοί ασθενείς πεθαίνουν χωρίς να έχουν ανακουφιστεί από αυτόν.(Coward και Wilkie, 2000) . Τα προβλήματα – εμπόδια σχετικά με την ανακούφιση του πόνου που παραμένουν και πρέπει να ξεπεραστούν αφορούν στην εκτίμηση του πόνου, είτε από τον ίδιο τον ασθενή (διστακτικότητα αναφοράς πόνου, διστακτικότητα λήψης οπιοειδών και φτωχή συμμόρφωση στην αγωγή) , είτε από τους επαγγελματίες υγείας (έλλειψη γνώσης, μη συνταγογράφηση φαρμάκων, μειωμένη προτεραιότητα στον έλεγχο των συμπτωμάτων, μη σωστή καταγραφή του πόνου), είτε από το σύστημα (μη διαθέσιμα οπιοειδή αναλγητικά, μη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα, έλλειψη κάλυψης των αναλγητικών φαρμάκων εκτός νοσοκομείου από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς). (Miaskowski και συν., 2001) Επιπλέον σήμερα το 90 % της φροντίδας των Ογκολογικών ασθενών παρέχεται σε εξωτερική βάση, γι' αυτό κρίνεται σημαντική η γνώση του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών στη συνταγογραφούμενη αναλγητική αγωγή από τη στιγμή που η έλλειψη συμμόρφωσης των ασθενών στην αναλγητική αγωγή, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες υποθεραπείας του καρκινικού πόνου. (Miaskowski και συν., 2001)

Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την άρση των παραπάνω εμποδίων και

οι Vallerand και συν (2004) υποστηρίζουν ότι όπου βελτιώνεται η εκπαίδευση, μειώνονται πολλά από τα προβλήματα, βελτιώνεται η διαχείριση του πόνου, αλλά και αναγνωρίζεται πιο εύκολα η συμπεριφορά των ατόμων που πονούν, από τους επαγγελματίες υγείας, εάν λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με θέματα που αφορούν στον πόνο. (Katsma και Souza, 2000)

Η εκπαίδευση βέβαια των ενηλίκων και ο τρόπος μάθησής τους διαφέρει πολύ από την εκπαίδευση και τον τρόπο μάθησης των ανηλίκων.(Μανιάτη, 2004) Σύμφωνα με τον Jarvis η μάθηση αποτελεί διεργασία του μετασχηματισμού της εμπειρίας σε γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις. Αυτή η διεργασία επηρεάζεται βαθύτατα από την ερμηνεία, το νόημα που δίνουμε στις τρέχουσες εμπειρίες μας. Η εμπειρία αποτελεί το νευραλγικό στοιχείο στον « κύκλο » της μάθησης. Η πορεία προς τη μάθηση ενισχύεται όταν στη διάρκεια της εκπαιδευτικής διεργασίας αξιοποιούνται όσα ήδη γνωρίζουν. Ο ρόλος του εκπαιδευτή και οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιεί, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να υπονομεύουν την αξιοπρέπεια και την ανθρώπινη υπόσταση των εκπαιδευομένων (επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, οικογένεια), αλλά πρέπει να στοχεύουν στην ενίσχυσή τους. Οι Νοσηλευτές δεν πρέπει να θεωρούν τον εαυτό τους ως αποκλειστική πηγή των γνώσεων, αλλά να ενθαρρύνεται η σκέψη, η δράση και η έκφραση των εκπαιδευομένων ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους.

Η εκπαίδευση αποτελεί βασική μορφή νοσηλευτικής παρέμβασης, ιδιαίτερα στο χώρο της Νοσηλευτικής Ογκολογίας. Μέρος της εκπαίδευσης αποτελεί η παροχή γραπτής πληροφόρησης, όπως τα ενημερωτικά έντυπα, τα φυλλάδια και τα βιβλία και θεωρείται καλή τακτική για τους ασθενείς . (Θεοδωροπούλου Α και Θεοδωρόπουλος Δ, 2004) Ο Arthur (1995) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στη γραπτή πληροφόρηση του ασθενούς, παραθέτει αρκετές μελέτες που δείχνουν τη σημαντικότητα της γραπτής ενημέρωσης στην καλλιέργεια της μνήμης αλλά και στη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Στους ασθενείς που λαμβάνουν έντυπη ενημέρωση, δίνεται η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων, θέτουν περισσότερες ερωτήσεις και βελτιώνουν την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όταν οι τελευταίοι τους επισκέπτονται στο περιβάλλον του σπιτιού. Μ' αυτόν τον τρόπο (με τη γραπτή ενημέρωση) οι ασθενείς απορροφούν και αφομοιώνουν περισσότερες πληροφορίες, ελαττώνεται το άγχος και η

κατάθλιψη, αυξάνεται η κατανόηση, η αποδοχή της ασθένειας και της θεραπείας και συμμετέχουν με πιο ενεργό τρόπο στη φροντίδα τους. Όταν το έντυπο υλικό είναι καλά επιμελημένο από τους νοσηλευτές (σε κατανοητή γλώσσα, χωρίς δύσκολους ιατρικούς όρους), είναι μη δαπανηρό, εύκολο στην ανάγνωση και στην παραγωγή και μπορεί εύκολα να εκσυγχρονιστεί. (Θεοδωροπούλου και Θεοδωρόπουλος, 2004)

Ένας τρόπος για να μειωθεί η απώλεια πληροφοριών είναι η χρήση σημειωματάριου ή ημερολογίου, όπως του ημερήσιου ημερολογίου διαχείρισης πόνου (η χρησιμότητά του επιβεβαιώνεται σε μία από τις δευτερογενείς αναλύσεις του PRO-SELF Pain Programme). Τα γεγονότα καταγράφονται χρονικά, όσο πιο σύντομα γίνεται και περιλαμβάνουν το πότε, το πως, το που, με ποιόν, τι και για πόσο. (Μαστρογιάννης, 1998)

Η τηλεφωνική επικοινωνία, (πραγματοποιήθηκε και στο PRO-SELF Pain Programme, στις τρεις από τις έξι αξιολογήσεις της διαχείρισης του πόνου των εξωτερικών ασθενών με οστικές μεταστάσεις) ή γενικά οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, είναι μία από τις ταχύτατα αναπτυσσόμενες υπηρεσίες στην παροχή πληροφοριών σχετικά με θέματα που αφορούν στη φροντίδα, στην υγεία και στη στήριξη. (Mason, 2000) Το τηλέφωνο μπορεί να προσφέρει υποστήριξη στα άτομα και ν' αποτελέσει ένα αποτελεσματικό μέσο μετάδοσης γενικών αλλά και πιο συγκεκριμένων πληροφοριών, ατομικά στον κάθε ασθενή. Είναι πολύ χρήσιμο στους ηλικιωμένους (έχουν πρόσβαση σ' ένα τουλάχιστον τηλέφωνο), ή σε αυτούς με περιορισμένη κινητικότητα (ασθενείς με οστικές μεταστάσεις οι οποίοι είναι καθηλωμένοι στο κρεβάτι και δυσκολεύονται να επισκεφτούν τα ιατρεία του νοσοκομείου ή άλλες διαθέσιμες υπηρεσίες). Οι ομάδες αυτές προτιμούν την προφορική επικοινωνία και διατηρούν θετικές απόψεις για τη χρησιμοποίηση του τηλεφώνου ως μέσου απόκτησης απλών και όχι σύνθετων πληροφοριών αναφορικά με το χρόνιο πόνο και γενικά για την υγεία. Οι πολύπλοκες συμβουλές δε δίνονται μέσω τηλεφώνου και οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας παραπέμπουν σε μία πρόσωπο με πρόσωπο παροχή συμβουλών, (Θεοδωροπούλου και Θεοδωρόπουλος, 2004) από την ομάδα φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτή κατ' οίκον.

Οι νοσηλευτές κρίνεται αναγκαίο να συμμετέχουν αλλά και ν' αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την έναρξη προγραμμάτων κλινικού ελέγχου, τα οποία θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και στον καθορισμό των τομέων της καθημερινής κλινικής πράξης (Θεο-

δοσοπούλου, 2001) στο περιβάλλον του σπιτιού, όπου χρειάζεται να μελετηθούν περισσότερο για να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ενασχόληση των νοσηλευτών με την έρευνα για την εισαγωγή νέων μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις στο σπίτι στην καθημερινή κλινική πράξη και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μελλοντικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, υπογραμμίζει πρωτίστως την αναγκαιότητα της κατάλληλης εκπαίδευσής τους, αλλά και της κατάλληλης εκπαίδευσης των υπόλοιπων μελών της ομάδας φροντίδας υγείας, του ασθενούς και της οικογένειας.

Η ευθύνη των εξειδικευμένων νοσηλευτών θα πρέπει να επεκταθεί πέρα από την εφαρμογή των εξειδικευμένων μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου και συγκεκριμένα στην προσπάθεια ανάπτυξης στενής σχέσης επικοινωνίας, (Θεοδοσοπούλου, 2001) εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Είναι σε θέση να δημιουργήσει επικοινωνιακά κανάλια με τον ασθενή και να αποκωδικοποιήσει λεκτικές και μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας, μεταβιβάζοντάς τις στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. (Ροβίθης, 2002)

Με την οργάνωση εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών στην κοινότητα, θα εξασφαλιστεί ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη της ομάδας παροχής φροντίδας (διαφορετικών ειδικοτήτων) θα εξοικειωθούν με τις βασικές αρχές αντιμετώπισης του πόνου που οφείλεται στον καρκίνο και ιδιαίτερα με τον οστικό πόνο των ασθενών στο σπίτι και θα εφαρμοστούν κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Η συγκεκριμένη νοσηλευτική παρέμβαση (PRO-SELF Pain Programme) αλλά και οι μελέτες των Miaskowski και Lee (1999) και Ferrell και συν. (1993) ενδέχεται ν' αποτελέσουν τη βάση για την περαιτέρω εφαρμογή αξιόλογων θεραπευτικών και εκπαιδευτικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Περιορισμοί

Η ψυχολογική εκπαιδευτική νοσηλευτική παρέμβαση δεν μπορεί να γενικεύσει τ' αποτελέσματα που αντλήθηκαν από τις εννέα επιμέρους μελέτες, διότι το μεγαλύτερο δείγμα αποτελούσαν γυναίκες που ανήκαν στη λευκή φυλή και άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικής θέσης. Δεν γνωρίζουμε αν τ' αποτελέσματα θα ήταν παρόμοια σε άτομα άλλης εθνικότητας ή σε άτομα χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής θέσης.

Στη μελέτη των Miaskowski και Lee, 1999 (ενδέκατη μελέτη) περιορισμό αποτέλεσε το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων ασθενών και το ότι και οι 24 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ελάμβαναν ταυτόχρονα ακτινοθεραπεία.

Στη δωδέκατη μελέτη (Ferrell και συν. 1993) που συμπεριλήφθηκε στο δείγμα των μελετών προς ανάλυση, παρόλο που δεν ήταν σαφής η ύπαρξη οστικών μεταστάσεων, οι διαγνώσεις των ασθενών πιθανολογούσαν την παρουσία τους, χωρίς όμως την αντικειμενική τεκμηρίωσή τους. Απαραίτητη κρίνεται η περαιτέρω έρευνα και η εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω περιορισμούς

Διακρίνονται πολλά κενά στη βιβλιογραφία και το πρόβλημα στη χώρα μας είναι πιο έκδηλο, λόγω των προαναφερθέντων προβλημάτων και εμποδίων αλλά και λόγω της απουσίας οργανωμένης κατ' οίκον νοσηλείας και συντονισμένης ομάδας παροχής φροντίδας υγείας.

.

Μελλοντικές κατευθύνσεις

Η κατανόηση των προβλημάτων-εμποδίων που επηρεάζουν αρνητικά τη διαχείριση του οστικού πόνου και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο (αλλά και τους προβλεπτικούς παράγοντες που συνδέονται με αυτή), στο περιβάλλον του σπιτιού, μπορεί να οδηγήσει στον καθορισμό και στην αξιολόγηση ποικίλων μελλοντικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η διερεύνηση της τήρησης των αρχών της αναλγητικής αγωγής (ορθή συνταγογράφηση από τους θεράποντες, συμμόρφωση από τους ασθενείς και τους φροντιστές) και η υιοθέτηση τυχόν μεθόδων αυτοφροντίδας από τους ίδιους τους ασθενείς, αποτελούν κομβικά σημεία ανακούφισής τους από τον οστικό πόνο και μπορεί ν' αποτελέσουν πεδίο μελλοντικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο σπίτι, σε ασθενείς με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, αναφορικά με τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την κόπωση ή τη συμμόρφωσή τους με την αναλγητική αγωγή, αποτελεί μια άλλη πρόταση για τους νοσηλευτές ερευνητές.

Πρόκληση ακόμη αποτελεί η μελέτη ασθενών διαφόρων εθνικοτήτων και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου αναφορικά με την αντίληψη και την εμπειρία του πόνου.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, πιθανά θα συμβάλλει στην αύξηση της γνώσης, θα οδηγήσει στη μείωση των εμποδίων και των αρνητικών συμπεριφορών, αναφορικά με τη διαχείριση των ασθενών με οστικό πόνο στο σπίτι. Ένας από τους μελλοντικούς στόχους θα ήταν να διερευνηθεί το χρονικό διάστημα διατήρησης της γνώσης αυτής, από τους ασθενείς, τους φροντιστές, αλλά και τους νοσηλευτές.

Οι παραδοσιακοί ρόλοι με έμφαση στην παρεχόμενη θεραπεία και τη φροντίδα στο χώρο της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δε φαίνονται να είναι πλέον επαρκείς. Οι νοσηλευτές εκπαιδευτικοί, χρειάζονται βοήθεια ώστε τόσο οι ίδιοι, όσο και οι εκπαιδευόμενοι τους, ν' αναπτύξουν νέους ρόλους, στους οποίους η έμφαση θα δίνεται στην πρόληψη, στην προαγωγή της υγείας και στη φροντίδα στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής στην κοινότητα τις περισσότερες φορές, είναι υποχρεωμένος να εργάζεται μόνος του και να παίρνει αποφάσεις, γι' αυτό προϋπόθεση της άσκησης του ρόλου του, αποτελεί η αυτονομία σε όλα τα επίπεδα. (Κοτζαμπασάκη, 2004) Στα επόμενα χρόνια, θα

δίνεται περισσότερη έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της κοινοτικής νοσηλευτικής. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών θα μειώνεται και η φροντίδα θα επικεντρώνεται στα κέντρα υγείας και στο σπίτι, δίνοντας όλο και μεγαλύτερη έμφαση στη χρησιμοποίηση των συστημάτων τηλευγείας (Meerabeau, 1999; Lindeman, 2000) Συμβούλια και συνδιασκέψεις διενεργούνται και θα διενεργούνται πιο συχνά στο μέλλον και με τη βοήθεια της τηλεδιάσκεψης, δε θα κρίνεται απαραίτητη η φυσική παρουσία των ατόμων στον ίδιο χώρο. Η σημαντικότερη όμως εξέλιξη στο χώρο της εκπαίδευσης είναι η τηλεμάθηση διαμέσου των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των σύγχρονων μέσων της τηλεδιάσκεψης, ενώ από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ενθαρρύνεται όλο και περισσότερο και δίνεται προτεραιότητα στη χρηματοδότηση προγραμμάτων μάθησης από απόσταση. (Κοτζαμπασάκη, 2004)

Η έκρηξη στην τεχνολογία και στη γνώση, παίρνει καθημερινά τεράστιες διαστάσεις και είναι πολύ δύσκολο και πολλές φορές αδύνατο, να τις παρακολουθήσει κανείς. Οι Νοσηλευτές όμως δεν πρέπει να θαμπωθούν από την επιστημονική πρόοδο και την τεχνολογία, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να ξεχάσουν ότι η Νοσηλευτική ως Επιστήμη αφορά στη φροντίδα ανθρώπων και όχι στις μηχανές. Κάθε νεωτερισμός που αφορά στην τεχνολογία, πρέπει να στηρίζει και να υποστηρίζει τη διαδικασία της φροντίδας, αλλά όχι να την υποκαταστήσει. Πρέπει να προετοιμαστούν κατάλληλα οι Νοσηλευτές ώστε να είναι σε θέση ν' αντιμετωπίσουν τις μελλοντικές προκλήσεις (Κοτζαμπασάκη, 2004) αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις, στο σπίτι και όχι μόνο, να εργαστούν αποτελεσματικά μέσα στα πολύπλοκα και πλέον σύγχρονα συστήματα υγείας, με το να είναι ανταγωνιστικοί, και να κατέχουν ηγετικές θέσεις. Η παραπάνω προοπτική επιβάλλει τη στενή συνεργασία και συσχέτιση της εκπαίδευσης και της κλινικής πρακτικής στην Κοινότητα.

Το πεδίο μελέτης ασθενών με καρκίνο και οστικές μεταστάσεις στο σπίτι, είναι ανοικτό για οποιεσδήποτε μελλοντικές παρεμβάσεις, από τη στιγμή που η ενδελεχής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε τη σημαντικότητα αλλά και την αναγκαιότητά τους.

Πίνακας των 12 μελετών βρέθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση

Συγγραφείς	Σκοπός	Μέγεθος δείγματος και πληθυσμός ασθενών	Ερευνητικός σχεδιασμός	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα
West C , Dodd M, , Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P and Miaskowski C (2003)	Να προσφέρει στους ασθενείς και στους φροντιστές τους , διαμέσου μιας ψυχολογικής εκπαιδευτικής νοσηλευτικής προσέγγισης, με γνώση και δεξιότητες και προαγωγή τεχνικών με την παροχή απαιτούμενης νοσηλευτικής υποστήριξης που χρειάζεται για τη βελτίωση της ανακούφισης του πόνου	Από τους 212 που εξωτερικούς ασθενείς με οστικές μεταστάσεις που εγγραφήκαν στη μελέτη, οι 115 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα του PRO-SELF pain Control Programme και οι 97 στην ομάδα ελέγχου	Τυχαιοποιη- μένη μελέτη (Τυχαιοποίη- ση στην καθιερωμένη ομάδα n= 93 ή στο PRO- SELF PAIN Control n =81 Programme)	Οι ασθενείς και των δύο ομάδων στο τέλος κάθε ημέρας ανέφεραν τα σκορ του πόνου τους και τα αναλγητικά φάρμακα που πήραν. Η ομάδα του PRO-SELF, έλαβε ατομική εκπαίδευση και εποπτεία, σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, κατά τη διάρκεια 3 επισκέψεων στο σπίτι και 3 τηλεφωνικών επαφών, για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων.	Στην ομάδα του PRO-SELF, αυξήθηκε σημαντικά ($p = 0.001$) , η λήψη όλων των αναλγητικών φαρμάκων και σύμφωνα με το ρολόι κατά ένα μέσο όρο 50 mg την ημέρα (εκφράζεται σε ισοδύναμα της μορφίνης), ενώ για την ομάδα ελέγχου η λήψη οπιοειδών δεν άλλαξε στο διάστημα των 5 εβδομάδων και άνω, της συλλογής δεδομένων. Η διαφορά αυτή αν και ήταν κλινικά σημαντική, δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η βαθμολόγηση έντασης στην ομάδα του PRO-SELF , μειώθηκε για το μέσο όρο (1.3, $p = 0.0001$) , τον ελάχιστο (0.7, $p = 0.0001$) και για το χειρότερο πόνο (1.4, $p = 0.04$), χρησιμοποιώντας την αριθμητική κλίμακα από 0-10. μειώθηκαν επίσης οι ημερή- σιες ώρες με πόνο, κατά μέσο όρο , 5.5 ώρες την ημέρα

West C, Dodd M, Paul S, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. The PRO-SELF: Pain Control Program – An Effective Approach for Cancer Pain Managment. 2003;30(1):139-153

Kim J, Dodd M, West C, Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P and Miaskowski C (2004)	Να ελέγξει την αποτελεσματικότητα μιας ψυχολογικής και εκπαιδευτικής παρέμβασης, συγκρινόμενη με την ομάδα ελέγχου, στη βελτίωση της γνώσης των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου ασθενών με οστικές μεταστάσεις	Από τους 212 που εγγραφήκαν στη μελέτη, 174 εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο, που βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια, συμμετείχαν στη μελέτη	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα n= 93 ή στο PRO-SELF PAIN Control n =81 Programme)	Συμπλήρωση των ασθενών και από τις δύο ομάδες ερωτηματολογίου για δημογραφικά στοιχεία και το δείκτη λειτουργικότητας, συμπλήρωση της κλίμακας εμπειρίας πόνου (Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων και το Pain Experience Scale – PES – δομημένο ερωτηματολόγιο, όπου μετράει τη γνώση των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου) πριν και μετά την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής παρέμβασης	Το PRO-SELF PAIN Control Programme αποδείχτηκε αποτελεσματική παρέμβαση για την αύξηση γνώσης (σημαντική βελτίωση στα 5 από τα 9 διδαχθέντα αντικείμενα) των ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου από οστικές μεταστάσεις στο σπίτι. Η προαναφερόμενη εξατομικευμένη εκπαιδευτική προσέγγιση μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο από τους επαγγελματίες υγείας και να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών.
---	--	--	---	--	--

Kim J, Dodd M, West C, Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. The PRO- SELF Pain Control Program Improves Patient's Knowledge of Cancer Pain Management. Oncol Nurs Forum. 2004;31(6)181-190

Rustøen T, Moum T, Padilla G, Paul S and Miaskowski C (2005)	Έλεγχος βαθμού συσχέτισης χαρακτηριστικών πόνου, κατάθλιψης, σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας με την ποιότητα ζωής και ποιοι από τους παραπάνω παράγοντες αποτελούν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες αυτής	Από τους 212 που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 157 εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο, που βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια, έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση (δευτερογενής ανάλυση). Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για δημογραφικά στοιχεία και το δείκτη ζωτικότητας και συγκεκριμένες ερωτήσεις από τα εξής ερωτηματολόγια: πολυδιάστατη κλίμακα ποιότητας ζωής για τον καρκίνο - Multidimensional Quality of Life Scale-Cancer (MQOLS-CA2), κλίμακα ανακούφισης πόνου-Pain Relief Scale από το Brief Pain Inventory , κλίμακα εμπειρίας πόνου (Pain Experience Scale - PES) και η Medical Outcomes Study Short Form (κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας- MOS-SF-36)	Το νόημα του πόνου σχετίζεται με όλες τις παραμέτρους που μελετήθηκαν (ιδιαίτερα η ένταση και η διάρκειά του). Οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ποιότητας ζωής ήταν η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, με την κατάθλιψη να πρωτοστατεί. Δεν μπορούν να γενικευτούν τ' αποτελέσματα σε όλους τους ασθενείς με οστικό πόνο γιατί το δείγμα ήταν κυρίως γυναίκες με καρκίνο μαστού, λευκής φυλής
--	---	--	---	---	---

Rustøen T, Moum T, Padilla G, Paul S and Miaskowski C. Predictors of Quality of Life in Oncology Outpatients with Pain from Bone Metastasis. Journal of Pain and Symptom Management. 2005;30(3):234-242

Paul S, Zelman D, Smith, Miaskowski C (2004)	Ν' αναζητήσει τα κατάλληλα σημεία στην αριθμητική κλίμακα 0-10, που διαχωρίζουν τον ήπιο, μέτριο και σοβαρό πόνο. Να καθορίσει για το συγκεκριμένο πληθυσμό τα διακριτά σημεία των τριών ομάδων σοβαρότητας πόνου (ήπιος, μέτριος, σοβαρός), λαμβάνοντας υπόψη τα διάφορα μέτρα έκβασης, με γνώμονα τη λειτουργική κατάσταση, τη διάθεση και την ποιότητα ζωής.	Από τους 212 που εγγραφήκαν στη μελέτη, συμμετείχαν οι 160 ασθενείς	Δευτερογενής ανάλυση Από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση (δευτερογενής ανάλυση). Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για δημογραφικά στοιχεία και το δείκτη ζωτικότητας, το Brief Pain Inventory , την κλίμακα εμπειρίας πόνου (Pain Experience Scale - PES) και την Medical Outcomes Study Short Form (κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας- MOS-SF-36)	Τ' αποτελέσματα της μελέτης, επιβεβαίωσαν μια μη γραμμική σχέση της έντασης και της σοβαρότητας του καρκινικού οστικού πόνου και της παρέμβασής του στη λειτουργικότητα των ασθενών. Φάνηκε ότι το 4 αποτελεί το όριο μεταξύ ήπιου και μέτριου καρκινικού πόνου στην αριθμητική κλίμακα 0-10. Ως διακριτά σημεία των τριών ομάδων σοβαρότητας πόνου ορίστηκαν για τον ήπιο πόνο το σκορ 1-4, για το μέτριο > 4-7 και για το σοβαρό > 7-10. Τα ευρήματα προτείνουν ότι η διαφορετική έκβαση των ασθενών μπορεί να επηρεάζεται με πολλούς τρόπους, από τα διαφορετικά επίπεδα της σοβαρότητας του πόνου, ή μπορεί να εξαρτάται από το μέτρο που χρησιμοποιείται, ή ακόμη και από την ευαισθησία του μέτρου.
--	---	---	---	--	---

Paul S, Zelman D, Smith M, Miaskowski C. Categorizing thw severity of cancer pain : further exploration of the establishment of cutpoints. Pain. 2005;113:37-44

Edrington J, Paul S, Facione N, Tripathy D, Koo P, Karen S, Miaskowski C (2004)	Να καθορίσει εάν υπάρχουν διαφορές στα χαρακτηριστικά του πόνου των ασθενών (ιδιαίτερα στην ένταση), μεταξύ των δύο φύλων. Να καθορίσει επίσης τις τυχόν διαφορές ανάλογα με τη συνταγογράφηση και τη λήψη της αναλγητικής αγωγής	Συμμετείχαν 187 εξωτερικοί ασθενείς (57 άντρες και 130 γυναίκες)	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση. Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των ασθενών και από τα δύο σκέλη της τυχαιοποιημένης μελέτης – καθιερωμένη φροντίδα και θεραπεία-Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για δημογραφικά στοιχεία και το δείκτη λειτουργικότητας, το Brief Pain Inventory (τις ερωτήσεις που αφορούν στο πως ο καρκινικός πόνος επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να πραγματοποιεί τις καθημερινές του δραστηριότητες). Η συνταγογράφηση και η λήψη της αναλγητικής αγωγής, καθορίστηκε και επιβεβαιώθηκε μία εβδομάδα μετά (επίσκεψη νοσηλεύτη στο σπίτι), χρησιμοποιώντας οι ασθενείς, το καθημερινό ημερολόγιο διαχείρισης του πόνου.	Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του πόνου ή τη συνταγογράφηση και τη λήψη της αναλγητικής αγωγής, ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, προτείνουν ότι το φύλο, δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις στο χρόνιο καρκινικό πόνο, αντίθετα από τον οξύ πόνο.
---	---	--	---	--	---

Edrington J, Paul S, Dodd M, West C, Facione N, Tripathy D, Koo P, Schumacher K, Miaskowski C. No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2004;28(3):225-232

Miaskowski C Dodd M, West C, Schumacher K, Paul S, Tripathy D, Koo P (2004)	Να ελέγξει την αποτελεσματικότητα του PRO-SELF PAIN Control Programme συγκρινόμενου με την καθιερωμένη φροντίδα, αυξάνοντας τη συνταγογράφηση και τη λήψη των αναλγητικών φαρμάκων και μειώνοντας τη βαθμολόγηση έντασης του πόνου	Από τους 212 που εγγραφήκαν στη μελέτη, οι 174 εξωτερικοί ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Ο νοσηλευτής έρευνας επισκεπτόταν τους ασθενείς 3 φορές στο σπίτι (ασθενείς στο σκέλος της καθιερωμένης φροντίδας) και ενδιάμεσα στις επισκέψεις, τους τηλεφωνούσαν άλλες 3 φορές. Η ειδικά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια παρέμβασης, έβλεπε τους ασθενείς στο σκέλος του PRO-SELF και τους παρείχε ψυχολογική και εκπαιδευτική παρέμβαση, δίνοντάς τους οδηγίες σχετικά με το πως θα επικοινωνούν με το γιατρό τους σε περίπτωση που χρειαζόταν αλλαγές στην αναλγητική αγωγή ή όταν δεν ανακουφιζόταν ο πόνος τους. Τους δίδασκαν πως να χρησιμοποιούν μη φαρμακευτικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου. τους επισκεπτόταν άλλες δύο φορές και τους τηλεφωνούσαν 3 φορές (στα πλαίσια του επανελέγχου), προτείνοντάς τους τρόπους βελτίωσης και αντιμετώπισης, του πόνου τους	Στην ομάδα του PRO-SELF, η βαθμολόγηση αναφορικά με την ένταση του πόνου μειώθηκε σημαντικά από την αρχική βαθμολόγηση (baseline), συγκριτικά με αυτά της ομάδας, της καθιερωμένης φροντίδας . Αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των ασθενών με τον πιο κατάλληλο τύπο αναλγητικής αγωγής, από 28.3% σε 37.0%, στην ομάδα του PRO-SELF, συγκριτικά με την ομάδα καθιερωμένης φροντίδας που επίσης αυξήθηκε από 29.6% σε 32.5%. Η διαχείριση του καρκινικού πόνου μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση της ψυχολογικής και εκπαιδευτικής παρέμβασης, ενσωματώνοντας την εποπτεία του νοσηλευτή, στο πλαίσιο της αυτοφροντίδας.
---	--	---	---	---	--

Miaskowski C, Dodd M , West C, Schumacher K, Paul S, Tripathy D, Koo P. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Self-Care Intervention to Improve Cancer Pain Management. Journal of Clinical Oncology. 2004;22(9):1713-1720

Schumacher K, Koresawa S, West C, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C (2002)	Να περιγράψει τη χρήση του ημερήσιου ημερολογίου διαχείρισης πόνου σε εξωτερικούς ασθενείς με καρκινικό πόνο από οστικές μεταστάσεις	Από τους 212 που εγγραφήκαν στη μελέτη, 155 εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο, που βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια, ολοκλήρωσαν τη μελέτη και 90 φροντιστές – μέλη οικογένειας.	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Το ημερήσιο ημερολόγιο διαχείρισης πόνου δόθηκε και συμπληρώθηκε και από την ομάδα ελέγχου (καθιερωμένη θεραπεία) και από την ομάδα παρέμβασης. Το περιεχόμενο και η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκαν διαμέσου μαγνητοσκοπημένων απαντήσεων σ' ένα ημιδομημένο ερωτηματολόγιο.	Η συμπλήρωση του ημερήσιου ημερολογίου πόνου αποδεικνύεται χρήσιμη τόσο στους ασθενείς (ομάδα παρέμβασης 75% και ομάδα ελέγχου 73%), όσο και σε αυτούς που τους φροντίζουν (και στις δύο ομάδες) και μπορεί να λειτουργήσει ως παρέμβαση για αυτοφροντίδα. Χρησιμοποιήθηκε για να αυξήσει τη γνώση για τον πόνο, ν' αυξήσει την αίσθηση ελέγχου, να διευκολύνει την επικοινωνία και να καθοδηγήσει τη συμπεριφορά διαχείρισης του πόνου αναφορικά με την αυτοφροντίδα
--	--	---	---	--	---

Schumacher K, Koresawa S, West C, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(2):14-28

Schumacher K, Koresawa S, West C, Hawkins, Johnson C, Wais E, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C (2002)	Να περιγράψει τις δυσκολίες διαχείρισης του πόνου στο σπίτι, που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με οστικές μεταστάσεις και οι φροντιστές τους και τις οποίες μοιράζονται με τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια μιας ψυχολογικής εκπαιδευτικής παρέμβασης	Συμμετείχαν 52 ασθενείς με οστικές μεταστάσεις και 33 φροντιστές – μέλη της οικογένειας	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Μαγνητοφωνήθηκαν οι συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο των νοσηλευτών με τους ασθενείς και τους φροντιστές (1 ^η , 3 ^η , 6 ^η εβδομάδα) και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις (2 ^η , 4 ^η και 5 ^η εβδομάδα), ενώ είχε προηγηθεί εκπαίδευση των ασθενών αναφορικά με τις γενικές αρχές διαχείρισης του πόνου	Η ποιοτική ανάλυση εντόπισε δυσκολίες στην εφαρμογή ενός πλάνου διαχείρισης του πόνου στο σπίτι, σε 7 ζητήματα : απόκτηση της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής, δικαίωμα / πρόσβαση στην πληροφόρηση, εξατομικευμένη συνταγογράφηση αναλγητικής αγωγής, αντιμετώπιση παρενεργειών, την κατανόηση της σύνθετης πληροφόρησης, αντιμετώπιση του νέου ή του ασυνήθιστου πόνου, αντιμετώπιση πολλών συμπτωμάτων ταυτόχρονα
--	--	---	---	---	--

Schumacher K, Koresawa S, West C, Hawkins C, Johnson C, Wais E, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P and Miaskowski C. Putting Cancer Pain Management Regimens into Practice at Home. Journal of Pain and Symptom Management. 2002;23(5):369-382

-

Miaskowski C, Mack K, Dodd M, West C, Paul S, Koo P, Schumacher K, Facione N (2002)	Να καθορίσει εάν υπάρχουν διαφορές στις βαθμολογίες αναφορικά με την ένταση και τη διάρκεια του πόνου, μεταξύ των εξωτερικών ογκολογικών ασθενών, οι οποίοι λαμβάνουν συστηματικά οπιοειδή σύμφωνα με το ρολόι, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς της άλλης ομάδας που λαμβάνουν οπιοειδή όποτε χρειάζεται. Να καθορίσει επίσης διαφορές στην συνταγογράφηση της αναλγητικής αγωγής και στη λήψη της	Από τους 212 που εγγραφήκαν στη μελέτη, 137 εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο, που βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια, ολοκλήρωσαν τη μελέτη. 74 έλαβαν συστηματική αναλγητική αγωγή σύμφωνα με το ρολόι και 63 όποτε χρειάστηκε	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Τα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση (δευτερογενής ανάλυση). Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των ασθενών και από τα δύο σκέλη της τυχαιοποιημένης μελέτης – καθιερωμένη φροντίδα και θεραπεία-Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για δημογραφικά στοιχεία, την κλίμακα για το δείκτη ζωτικότητας, ένα ημερήσιο ημερολόγιο πόνου και ένα ημερήσιο ημερολόγιο λήψης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς επίσης το Wisconsin Brief Pain Inventory με ερωτήσεις που αφορούν στην ανάμιξη του πόνου και στην ικανότητα του ασθενούς να πραγματοποιήσει 8 δραστηριότητες	Μεταξύ των δύο ομάδων, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο σκορ της έντασης του μέσου όρου, του ελάχιστου και του χειρότερου πόνου, ή των καθημερινών ωρών που οι ασθενείς πονούν. Ο συνολικός μέσος όρος της δόσης των οπιοειδών, που συνταγογραφήθηκε και εκλήφθηκε , ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς που έλαβαν συστηματική αγωγή, από αυτούς που έλαβαν αγωγή « όποτε χρειάζεται ». Η μη συμμόρφωση και η πιθανολογούμενη από τους συγγραφείς ανεπαρκής συνταγογραφούμενη αναλγητική θεραπεία, υποστηρίζεται από το εύρημα ότι οι ασθενείς που ανέφεραν ως χειρότερη βαθμολόγηση έντασης του πόνου ≥ 7 , σε κλίμακα 0-10 , δεν παρουσίασαν βελτίωση του πόνου και τις πέντε εβδομάδες.
---	---	---	---	--	--

Miaskowski C, Mack K, Dodd M, West C, Paul S, Koo P, Schumacher K, Facione N. Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around-the-clock dosing of Analgesics to achieve adequate pain control.

The Journal of Pain. 2002;3(1):12-20

Miaskowski C, Dodd M, West C, Paul S, Tripathy D, Koo P, Schumacher K (2001)	Να εκτιμήσει το επίπεδο συμμόρφωσης στην αναλγητική αγωγή, των εξωτερικών ασθενών με καρκινικό πόνο από οστικές μεταστάσεις	65εξωτερικοί ασθενείς με καρκίνο (όσοι ανήκαν στην ομάδα ελέγχου-καθιερωμένη θεραπεία), που βίωσαν χρόνιο πόνο από οστικές μεταστάσεις από 7 δομές στη Βόρεια Καλιφόρνια	Δευτερογενής ανάλυση από τυχαιοποιημένη μελέτη (Τυχαιοποίηση στην καθιερωμένη ομάδα ή στο PRO-SELF PAIN Control Programme)	Ημερήσια βαθμολόγηση της διάρκειας και της έντασης του πόνου από τους ασθενείς και εκτίμηση του μέσου όρου των αποτελεσμάτων, κάθε εβδομάδα. Μετατροπή όλων των οπιοειδών αναλγητικών σε ισοδύναμα της μορφίνης. Οι συνολικές ημερήσιες δόσεις των οπιοειδών συνταγογραφήθηκαν και χορηγήθηκαν συστηματικά ή όποτε χρειαζόταν, υπολογίστηκαν οι δόσεις τους και στη συνέχεια ο μέσος όρος για κάθε εβδομάδα της μελέτης. Για τον υπολογισμό της συνταγογράφησης και χορήγησης όλων των οπιοειδών και μη, καθώς και των επικουρικών αναλγητικών, ελήφθη υπόψη η κλίμακα ποσοτικοποίησης της φαρμακευτικής αγωγής (Medication Quantification Scale – MQS) και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος όπως ακριβώς περιγράφηκε από τον Steelman και συν (1992)	Δεν υπήρξαν διαφορές στην ένταση και στη διάρκεια του πόνου, κατά το χρονικό διάστημα των 5 εβδομάδων που διήρκεσε η μελέτη, μεταξύ των δύο ομάδων, για τους ασθενείς με σοβαρό πόνο. Δεν υπήρξαν διαφορές στη συμμόρφωση στις πέντε διαδοχικές μετρήσεις της μελέτης. Η μη συμμόρφωση και η πιθανολογούμενη από τους συγγραφείς ανεπαρκής συνταγογραφούμενη αναλγητική θεραπεία, υποστηρίζεται από το εύρημα ότι οι ασθενείς που ανέφεραν ως χειρότερη βαθμολόγηση έντασης του πόνου ≥ 7 , σε κλίμακα 0-10, δεν παρουσίασαν βελτίωση του πόνου και τις πέντε εβδομάδες. Ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος φαίνεται ότι συμβάλλει στη μη αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, είναι η φτωχή συμμόρφωση στην αναλγητική αγωγή
Miaskowski C, Dodd M, West C, Paul S, Tripathy D, Koo P, Schumacher K. Lack of adherence with the analgesic regimen : A significant barrier to effective cancer pain management. Journal of Clinical Oncology. 2001;19(23):4275-4279					

Miaskowski C, Lee K. (1999)	Να περιγράψει την ένταση του πόνου και τη σοβαρότητα της κόπωσης, να εκτιμήσει τις διαταραχές ύπνου, για μια περίοδο 48 ωρών. Να περιγράψει τις σχέσεις μεταξύ αυτών των συμπτωμάτων και των ποικίλων χαρακτηριστικών της θεραπείας, καθώς επίσης να περιγράψει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι ασθενείς και οι φροντιστές τους, έτσι ώστε να διαχειριστούν τον πόνο και την κόπωση	24 ογκολογικοί εξωτερικοί ασθενείς που ελάμβαναν ΑΚΘ για οστικές μεταστάσεις και έπαιρναν οπιοειδή για την ανακούφιση του πόνου	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Δόθηκαν στους ασθενείς ερωτηματολόγια : Πληροφόρησης ασθενούς περιγραφική αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, κλίμακα κόπωσης της Lee, κλίμακα του κέντρου επιδημιολογικών μελετών – κατάθλιψης (CES-D : Center or Epidemiological Studies-Depression Scale ημερολόγια δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας για τον πόνο και την κόπωση και φόρμα για το ιατρικό ιστορικό. Υποκειμενικά δεδομένα ύπνου αποκτήθηκαν με συνεχόμενη μη επεμβατική παρακολούθηση της δραστηριότητας για 48 ώρες, χρησιμοποιώντας ένα αισθητήρα κίνησης εφαρμοσμένο στον καρπό (Mini Motion – logger Actigraph, Ambulatory Monitoring, Inc, Ardsley, NY)	Οι ασθενείς ανέφεραν μέτριο πόνο και κόπωση. Ο μέσος όρος των σκορ του πόνου δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά στην περίοδο των 48 ωρών. Οι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία κόπωσης το απόγευμα απ’ ότι το πρωί . Ιδιαίτερα οι ασθενείς με χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας και οι ασθενείς που έλαβαν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας παρουσίασαν σημαντικές διαταραχές ύπνου. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν αρκετές στρατηγικές για τη διαχείριση του πόνου και της κόπωσης.
-----------------------------	---	---	-------------------------------	--	--

Miaskowski C, Lee KA. Pain, fatigue and sleep disturbances in oncology patients receiving radiation therapy for bone metastases: a pilot study. J Pain Symptom Manage. 1999 May;17(5):320-32

Ferrell B, Taylor E., Grant M, Fowler M and Corbisiero R (1993)	Να διερευνήσει τις εμπειρίες του πόνου στο περιβάλλον του σπιτιού, των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο, των φροντιστών τους και των νοσηλευτών κατ' οίκον νοσηλείας. Ν' αναζητήσει τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι 3 ομάδες και να βρει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ τους	10 ασθενείς, οι 10 φροντιστές τους και 10 νοσηλευτές κατ' οίκον νοσηλείας.	Ποιοτική μελέτη	Και οι 3 ομάδες έδωσαν συνέντευξη (30 ανεξάρτητες συνεντεύξεις) και απομαγνητοφωνήθηκαν τα αποτελέσματα Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε από μια ειδική ερευνητική ομάδα που την αποτελούσαν : 3 ερευνητές νοσηλευτές ογκολογίας, ένας νοσηλευτής δεοντολογίας και 2 θεολόγοι.	Τα ευρήματα έδειξαν ότι η προσέγγιση των ασθενών αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου, ήταν να παλέψουν για τον έλεγχο του πόνου, οι φροντιστές να ψάχνουν τρόπους παροχής μεγάλης άνεσης και οι νοσηλευτές να προσπαθούν να εκπληρώσουν μια επείγουσα αποστολή : την εκρίζωση του πόνου. Οι κυρίαρχες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για την ανακούφιση του πόνου, ήταν λήψη αναλγητικών, ασκήσεις χαλάρωσης και φυσικής άσκησης. Για την αντιμετώπιση της κόπωσης χρησιμοποιήθηκε η παρακολούθηση της τηλεόρασης, διάβασμα και ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας
---	--	--	-----------------	---	--

Ferrell B. R, Taylor E., Grant M, Fowler M and Corbisiero R. Pain management at home. Struggle, comfort and mission. Cancer Nursing. 1993;16(3):169-178

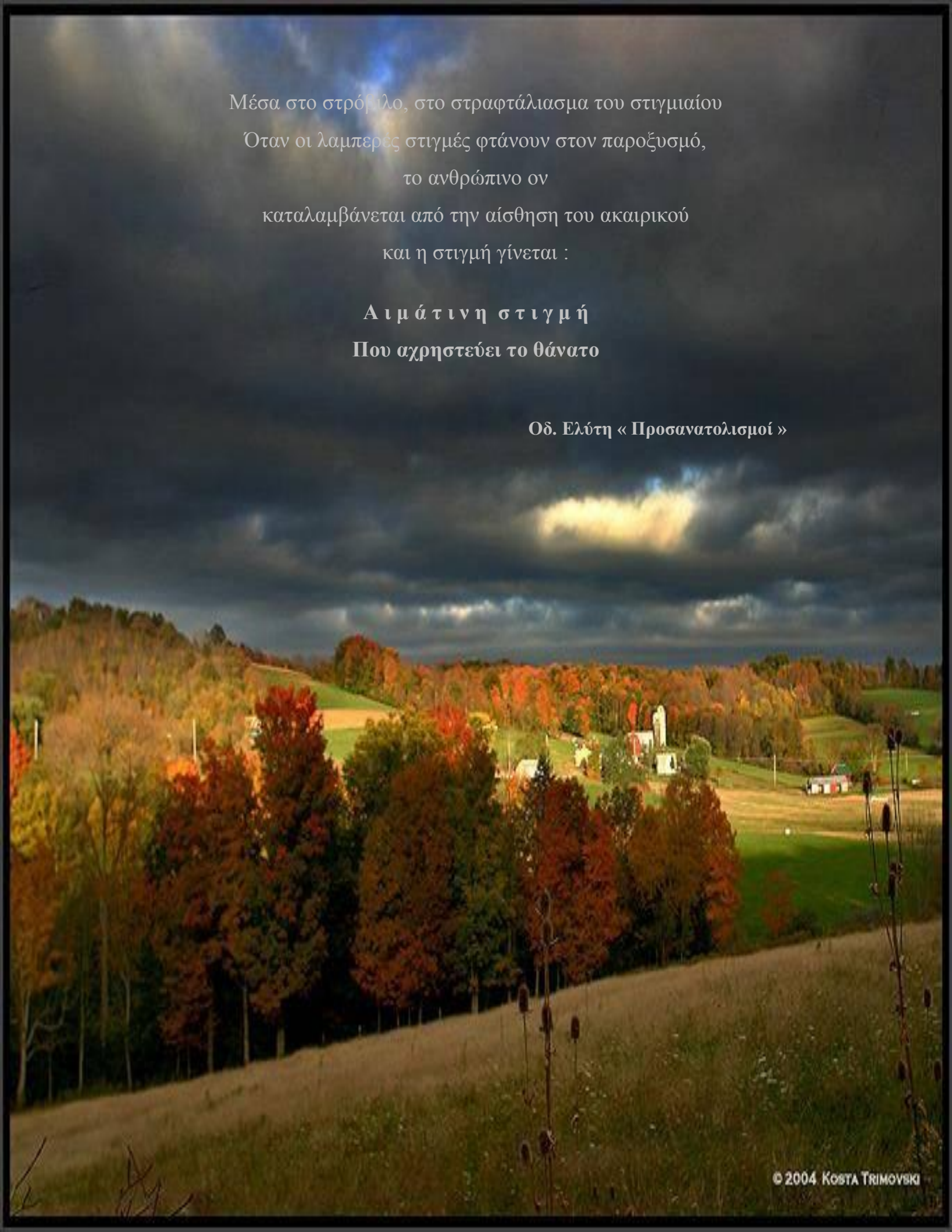
Αντί επιλόγου παραθέτω απόσπασμα από άρθρο συναδέλφου :

« Στις ατέλειωτες κυλιόμενες σκάλες, ένας άνθρωπος προσπαθεί ν' ανέβει προς την επιφάνεια, κινούμενος αντίθετα προς την κατεύθυνσή τους. Η ταχύτητα του κυλίνδρου που κινεί τις σκάλες δεν είναι συνεχής. Έτσι, ορισμένες φορές οι σκάλες κινούνται αργά και ο άνθρωπος φαίνεται να κάνει μια πρόοδο στην κίνησή του προς την επιφάνεια. Και ακριβώς τότε, όταν ένα μικρό βήμα έχει γίνει και λίγο ύψος έχει κερδιθεί, ο μηχανισμός του κυλίνδρου επιταχύνει και αρπάζει και πάλι τον άνθρωπο πολύ κοντά στη βάση της σκάλας. Ο τελευταίος κάνει μια μεγαλύτερη προσπάθεια να ανεβεί, αποτυγχάνει και τότε εξουθενωμένος εγκαταλείπει, οπότε μετά από λίγο και οι σκάλες φαίνεται να κινούνται τόσο αργά που σχεδόν έχουν ακινητοποιηθεί. Βλέποντάς το αυτό ανανεώνονται οι ελπίδες του και ξεκινά και πάλι προς τα επάνω, για να επαναληφθεί ο ίδιος κύκλος που τελικά τον αποθαρρύνει εντελώς.

Όταν αυτό το βλέπουν κάποιοι φίλοι του, τον βοηθούν ερχόμενοι οι ίδιοι στις κυλιόμενες σκάλες όπου και αυτός βρίσκεται. Για λίγο, με τη βοήθειά τους, καταφέρνει ν' ανέβει σε ένα σεβαστό ύψος.

Για τον παρατηρητή είναι φανερό παρά τις προσπάθειες του ανθρώπου να αποφύγει το αναπόφευκτο, οι σκάλες θα τον οδηγήσουν τελικά στη βάση τους. Οι φίλοι του σε όλη του αυτή την προσπάθεια θα τον βοηθούν για όσο τους είναι δυνατόν...»

(Λιαρμακόπουλος, 1998)

A dramatic landscape photograph of a valley. The foreground is a grassy hillside with some dry, brownish vegetation. In the middle ground, there is a dense forest of trees with vibrant autumn foliage in shades of orange, red, and yellow. A small white church with a tall steeple is visible in the distance, nestled among the trees. The background shows rolling hills and more trees. The sky is dark and cloudy, with a bright, glowing area where sunlight is breaking through, creating a dramatic effect.

Μέσα στο στρόβιλο, στο στραφτάλιασμα του στιγμιαίου
Όταν οι λαμπερές στιγμές φτάνουν στον παροξυσμό,
το ανθρώπινο ον
καταλαμβάνεται από την αίσθηση του ακαιρικού
και η στιγμή γίνεται :

Αιμάτινη στιγμή
Που αχρηστεύει το θάνατο

Οδ. Ελύτη « Προσανατολισμοί »

Βιβλιογραφία

1. American Cancer Society. Overview : Bone Metastasis. What causes bone metastasis?
<http://www.cancer.org> (αναθεωρήθηκε 12/22/2005)
2. American Cancer Society. Treatment of Pain and Other Symptoms. Prostate Cancer.
Revised 07/26/2006. <http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI>
3. Anderson K, Richman S, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza T, et al. Cancer pain management among Underserved Minority Outpatients: Perceived Needs and Barriers to Optimal Control. Cancer. 2002; 94(8) : 2295 -2304
4. Arthur V. Written patient information : a review of the literature. Journal of Advanced Nursing.1995;21:1081-1086
5. Austin C et al. Hospice home care pain management : four critical variables. Cancer Nurs 1986; 9:58-65)
6. Baweja M, Tan W. Bone metastases in Prostate Cancer : Known and Novel Targets for Palliation. Supportive and Palliative Cancer Care. 2005; 1 (2) : 47-58
7. Berger AM, Koprowski C. Bone pain : Assessment and management. In : Berger A, Portenoy RK, Weissman DE. Principles and practice of supportive oncology -2nd edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2002
8. Bloomfield D, Warr D, Whelan T, Pritchard K, Levine M and the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative Breast Cancer Disease Site Group and the Systemic Treatment Disease Site Group. Use of Biphosphonates in patients with bone metastases from breast cancer. Curr Oncol 1999;6:144-54

9. Body JJ, Diel IJ, Bell R et al. Oral ibandronate improves bone pain and preserves quality of life in patients with skeletal metastases due to breast cancer. *Pain* 2004;111:306-12
10. Bolander R.V. Home care Nursing. In: Sorensen and Luckmann's basic nursing. A psychophysiology approach. Third edition. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994; pp 400-401)
11. Boyle DM et al. Oncology Nursing Society position paper on cancer and aging; the mandate for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum* 1992; 19: 913-33)
12. Bramwell L et al. Need for overnight respite for primary caregivers of hospice clients. *Cancer Nurs* 1995;18(5):337-43
13. Brown MW, Bradley JA and Calman KC, Malignant disease in the accident and emergency department, *Br J Clin Pract* 37 (1983), pp. 203-208
14. Callstrom M, Charboneau W, Goetz M, Rubin J, Wong G, Sloan J, Novotny P, Lewis B, Cancer and Emerging Issues in cancer pain: Research and Practice Documenting Barriers to Cancer Pain Management Charles S. Cleeland In : <http://www.painresearch.utah.edu/cancerpain/ch19.html>
15. Carlsson M, Rollison B. Το στρες των φροντιστών κατά τη φροντίδα στο σπίτι. *Oncology Nurses*. 2000;5(3):18-19
16. Chiu L H, Trinca J, Lim L M and Tuazon JA. A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students: Australia and Philippines. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41:98-108)
17. Clark D. Stories of Cancer Pain : A Historical Prespective. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;29(1):22-31
18. Clark J, Cunningham M, McMillan S, Vena C, Parker K. Sleep disturbancies in people

with cancer, part II : evaluating the evidence for clinical decision making. Oncol Nurs Forum. 2004;Jul 13;31(4):747-71

19. Cleeland C. S, Gonin R, Hatfield A.K, Edmonson J.H, Blum R.H, Stewart J.A and Pandya K.J. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. New England Journal of Medicine. 1994; 330:592-596

20. Coleman RE. Conclusion : Bone markers in metastatic disease. Cancer Treatment Reviews. 2006;32(Suppl 1):27-28

21. Coleman RE. Metastatic bone disease : clinical features, pathophysiology and treatment strategies. Cancer Treat Rev. 2001;27:165-176

22. Coleman RE. Skeletal complications of malignancy. Cancer. 1997;80(suppl):1588-1594

23. Colleau S. Resources for patient education about pain relief in cancer. Cancer Release 2000 ;13(3-4)

24. Colleau S. Managing cancer pain at home: are international guidelines needed?

Cancer pain Release

http://www.whocancerpain.wisc.edu/eng/10_2/guidelines.html

25. Coleman RE, Theriault RL, Smith MR, Rosen LS. The evolving role of bisphosphonates for cancer treatment-induced bone loss [monograph]. Release date June 2003. Διαθέσιμο: <http://www.medscape.com/viewprogram/2511pnt>.

26. Copp L. Pain assessment, management and research: the nurse's role. In: Gibson H.B. Psychology, Pain and Anaesthesia. 1994. Chapter 4 . Pages 80-94

27. Coward D, Wilkie D. Meanings associated with self – report and self-management decision making. *Cancer Nursing*. 2000;23(2):101-108
28. Dalton J A, Carson J, Mann J D, Blau W, Bernard S, and Youngblood R. An examination of nursing attitudes and pain management practices. *Cancer Practice*. 1998;6:115-124
29. Dar R, Beach C, Barden P and Cleeland C. Cancer Marital System : A Study of Patients and their Spouses. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1992;7(2):87-93
30. De Conno F et al. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 1996;32A(7):1142-7
31. de Wit R, van Dam F, Hanneman M, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, et al. Evaluation of the use of a pain diary in chronic cancer pain patients at home. *Pain*. 1999; 79:89-99
32. de Wit R, van Dam F, Hanneman M, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhousts G, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients : Follow up results from a randomized controlled trial. *Pain*. 1997;73:55-69
33. Denis L. Trends in the diagnosis and treatment of prostate cancer. *Oncology in Practice* Jan1994;14-17
34. Derek D, Hanks G and MacDonald N : *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York, Oxford University Press, 1993
35. El-Bolkainy N. *General Pathology of Cancer*. 1st Edition, 1991 p : 165
36. Edrington J, Paul S, Dodd M, West C, Facione N, Tripathy D, Koo P, Schumacher K, Miaskowski C. No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain.

Journal of Pain and Symptom Management. 2004;28(3):225-232

37. Engber D. Report of the NIH Consensus development Conference on pain. J of Pain and Sympt Manag. 1986;1(3):165-170

38. Erkes E B, Parker V G, Carr R L and Mayo R M. An examination of critical care nurses' Knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. Pain Management Nursing. 2001; 2(2):47-53

39. Ευτυχίδου Ε, Ζώτου Μ.. Βασικές Αρχές Αναλγητικής Θεραπείας στην Ογκολογία. Από : Βασικές Αρχές θεραπείας του καρκίνου. Φούντζηλας Γ και Μπαρμπούνης Β. Δεύτερος Τόμος. 2006 σελ 895-919

40. Fakhoury W, McCarthy M. Can the experience of caring at home affect carers retrospective evaluation of community care services? Scand J Caring Sci 1998;12:179-85

41. Felsenberg D, Gowin W. Skeletal imaging in oncology. Oncology in Practice Feb 1999;15-17

42. Fernández-Ballesteros R. Quality of life: The differential conditions. Psychology in Spain, 1998;2(1):57-65

43. Ferrell BR et al. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. Onc Nurs Forum 1995;22:1212-8)

44. Ferrell B R, McGuire D B and Donovan M I. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. Journal of Professional Nursing. 1993;9:79-88

45. Ferrell B. R, Taylor E., Grant M, Fowler M and Corbisiero R. Pain management at home. Struggle, comfort and mission. Cancer Nursing. 1993;16(3):169-178

46. Field D, McGoughey J. An evaluation of palliative care services for cancer patients in the Southern Health and Social Services Board of Northern Ireland. *Palliat Med* 1998;12:83-97
47. Fillingim B.R, Edwards RR, Powell T. The relationship of sex and clinical pain to experimental pain responses. *Pain*. 1999;83:419-425
48. Fillingim R.B, Maixner W. Gender differences in responses to noxious stimuli. *Pain Forum*. 1995;4:209-221
49. Fillingim R. B, Ness Tj. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neurosci Biobehav Rev* 2000;24:485-501
50. Fink R. Pain assessment : the cornerstone to optimal pain management. *BUMC Proceedings* 2000;13:236-242
51. Flounders J, Ott B. Oncology Emergency Modules : Spinal Cord Compression. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30 (1) :E 17- E23
52. Foley K. Controlling the Pain of Cancer. What need to know about cancer. *Scientific American*. September 1996 : 128-129
53. Foley K.M. Pain assessment and cancer pain syndromes. 1993. In : Doyle D, et al (eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publishers
54. Fothergill-Bourbonnais F and Wilson-Barnett J. A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17:362-372
55. Fürst C. The role of radiotherapy and chemotherapy in the Palliative care of patients with cancer. *Oncology in Practice* Jan1994:11-13

56. Gaich G and Burtis W.J. The diagnosis and treatment of malignancy-associated hypercalcaemia. *Endocrinologists*. 1991; 1:371-379
57. Gallagher B.M. Nursing role in home health care. In :Jarvis L. *Community health nursing : Keeping the public healthy*. Second edition. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1985; pp 327-333
58. Garro L. Culture, pain and cancer. *J Palliat Care* 1990;6:34-44) (Bond MR. The suffering of severe intractable pain. In: Kosterlitz HA. Terenius LY, eds. *Pain and Society*. Weinheim: Verlag Chemie, 1980)
59. Glover J, Miaskowski C, Dibble S and Dodd M. Mood states of oncology outpatients :does pain make a difference? *J Pain Symptom Manage* 1995;10:120-128
60. Grande G et al. Support needs in the last year of life: patient and carer dilemmas. *Palliat Med* 1997;11:202-8
61. Greenberg H, Kim J-H and Posser J. Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: results with a new treatment protocol. *Ann. Neur.* 1980;8:361-366)
62. Gomas J. Palliative care at home: a reality or mission impossible? *Palliat Med.* 1993;7(suppl3):45-59
63. Groot MT, Boeken Kruger CG, Pelger RC, UYL-DE Groot CA. Costs of prostate cancer, metastatic to the bone, in the Netherlands. *Eur Urol.* 2003;43:226-232
64. Hasenau S. American Society of Pain Management Nurses. 13th Annual Meeting on February 21,2003)
65. Heatley S. Supporting patients with bone metastases: The nurses'role. *ONS Newsletter Summer 2005*

66. Hebben N. Toward the Assessment of Clinical Pain. In Aronoff GM (Ed) Evaluation and Treatment of Chronic pain. Baltimore – Munich Urban & Schwarzenberg 1985:451-469
67. Hilemman J.W, Lackey N.R. Hassancin R.S. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. Oncol Nurs Forum. 1992;19:771-7
68. Hoskins C.N, Baker S, Budin W, Ekstrom D, Maislin G, Sherman D, Steelman-Bohlander J, Bookbinder M and Knauer C. Adjustment among husbands of women with breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology. 1996; 14(1):41-69
69. Howell D, Butler L, Vincent L, Watt-Watson J and Stearns N. Influencing nurses' knowledge, attitudes and practice in cancer pain management. Cancer Nursing. 2000;23:55-63
70. Hu D.S, Silberfarb P.M. Management of sleep problems in cancer patients. Oncology. 1991;5(9):23-7
71. Θεοδοσοπούλου - Ευθυμίου Ε. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης του βιβλίου των Shaun Kinghorn και Richard Gamlin). Η αντιμετώπιση του πόνου (Keith Farner) Από : Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Εξασφαλίζοντας Ελπίδα και Ποιότητας ζωής. 2001;2:30-55
72. Θεοδωροπούλου Α και Θεοδωρόπουλος Δ. Πληροφόρηση ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα. Νοσηλευτική. 2004;43(1):54-60
73. ICC (International Cancer Center) Who we are. Pain and Cancer
<http://iccnetwork.org/cancerfacts/cfs7.htm>
74. International Narcotics Control Board. Availability of Opiates for Medical Needs. New York: UN, 1996

75. Jacox A et al. Management of cancer pain : clinical practice guidelines. Rockville : Agency for Health Care Policy and Research publication no. 94-0592, 1994.)
76. Jadad A, Cepeda S. Clinical Trials in Pain Relief : 10 Challenges. Pain (Clinical Updates). 1999;7(2)
77. Janjian N. Bone metastases: approaches to management. Semin Oncol 2001; 28(4 Suppl 11):28-34
78. Janjan N, Payne R, Gillis T, Podoloff D, Libshitz H, Lenzi R, Theriault R, Martin C, Yasko A. Presenting Symptoms in Patients Referred to a Multidisciplinary Clinic for Bone Metastases. Journal of Pain and Symptom Management.1998 16 (3):171-178
79. Jones R et al. Death from cancer at home: the carers' prespective. BMJ. 1993;306:249-51
80. Katsma D. L, Souza C.H. Elderly pain assessment and pain management of long term care nurses. Pain Management Nursing.2000;1(3):88-95
81. Keen W. Half – body radiotherapy in the management of metastatic carcinoma of the prostate. J. Urol.1980;123;713-715
82. Kim J, Dodd M, West C, Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. The PRO- SELF Pain Control Program Improves Patient's Knowledge of Cancer Pain Management. Oncol Nurs Forum. 2004;31(6)181-190
83. Kleinman A. The illness narratives. New York : Basic Books. 1988
84. Knudson G, Grinis G, Lopez-Majano V, et al. Bone scan as a stratification variable in advanced prostate cancer. Cancer 1991;68:316-320

85. Kotarba JA. Percertion of death, belief systems and the process of coping with chronic pain. Soc Sci Med 1983;17(10):681-9)
86. Κοτζαμπασάκη Σ. Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα : Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. Νοσηλευτική. 2004;43(1):14-22
87. Kristjanson L. Family member's perceptions of palliative cancer care: predictors of family functioning and family members. Health J Palliat Care 1996;12(4):10-20
88. Κυριακίδου Ε.Θ. Κοινοτική Νοσηλευτική. Δεύτερη έκδοση. Αθήνα. Έκδοση Ε.Θ.Κυριακίδου.1997;347-361
89. Laing A, Ackery D, Bayly R, et al. Strontium – 89 chloride for pain palliation in prostatic skeletal malignancy. Br. J. Radiol.1991;64;816-822)
90. Laizner A-M et al. Needs of family caregivers of persons with cancer: a review. Semin Oncol Nurs. 1993;9 (2):114-120
91. Λανάρα Β. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τελικού σταδίου. Νοσηλευτική γραμμή. Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1994. Τεύχος 11. Σελ 8-12
92. Landis S, Murray T, Bolden S, Wingo P. Cancer statistics 1998. CA Cancer J Clin 1998;48(1):6-29
93. Larsen D. Percutaneous vertebroplasty. Nursing Standard;14-Apr 20.2004;18:33-37
94. Lawlis G, Achterberg J, Kenner L, Kopetz K. Ethnic and sex differences in response to clinical and induced pain in chronic spinal pain patients. Spine 1984;9:751-4. Bibliographic Links.
95. Lebovits A H, Florence I, Bathina R, Hunko V, Fox M T and Bramble C Y. Pain

knowledge and attitudes of healthcare providers: Practice characteristic differences. Clinical Journal of Pain. 1997;13:237-243

96. Lindeman A.C. The future of nursing education. J Nurs Educ 2000;39(1):5-12

97. Lionis S. District health systems based on primary health care: The role of health care teams and local authorities in assessing population health needs-experience from Crete. In : Iliffe S, Deppe H.U., Eds Health Care in Europe: competition or solidarity. Proceedings of the 9th Conference of the International Association for the Study of Health Policy (Europe). Verlag for Akademische Schriften, Frankfurt-Bockenheim 1995

98. Λιόση Μ. Νοσηλευτική εκτίμηση του πόνου. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας 1998. Τόμος Α'. σελ. 119-138

99. Lupo A. Pain Control for cancer patients at home. Oncology in Practice. 1/1994: 7-10

100. Μανιάτη Α. (Μετάφραση). Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και κατάρτιση. Θεωρία και πράξη του Peter Jarvis. Μεταίχμιο, 2004

101. McCaffery M. Pain Control-Barriers ti the use of available information. Cancer 1992;70:1438-1449

102. McCaffery M and Ferrell B R. Opioid analgesics: Nurses' knowledge of does and psychological dependence. Journal of Nursing Staff Development. 1992;8:77-84

103. McGivney W.T and Grooks G.M. The care ofpatients with severe chronic pain in terminal illness. JAMA 1984;251:1182-1188

104. McMillan S C, Tittle M, Hagan S, Laughlin J. Management of pain and pain-related symptoms in hospitalized veterans with cancer. *Cancer Nursing*. 2000;23:327-336
105. McQuire D. Selecting an instrument to measure cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum* 1984;11(6):85-87
106. Mantyh P. Cancer Center. University of Minnesota. Cancer Center News . How Smart Bombs for Pain Work. Finding open doors to new treatments for bone cancer pain. Winter 2000.
107. Mason P. Health Information. *The Pharmaceutical Journal*. 2000;246:306-307
108. Μαστρογιάννης Δ. Εξερεύνηση της έννοιας της αντανάκλασης (reflection) στη νοσηλευτική πράξη. Πλεονεκτήματα και πρακτικές. *Νοσηλευτική*. 1998;4:380-385
109. Maxwell T, Givant E and Kowalski M. Exploring the management of bone metastasis according to the Roy Adaptation Model. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28(7):1173-1181
110. Mayer D, Struthers C and Fisher G. Bone Metastases: Part II-Nursing Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing* . 1997;1(2):37-43
111. Meade – D’Alisera, Saad F, Weingard K. The management of Complications related to prostate cancer : An Evolving role for Nurses. CME (Release Date 12,2002). Symposium, Florida May 25, 2002
112. Meerabeau L. Nursing education for the millennium. *J. Adv Nurs*. 1999;30(1):1-3
113. Mercadante S, Girelli D, Casuccio A. Sleep disorders in advanced cancer patients : prevalence and factors associated. *Support Care Cancer*. 2004 May;12(5):355-9. Epub 2004

114. Mercadante S. Malignant bone pain : pathophysiology and treatment. *Pain* 1997; 69: 1-18
115. Merrouche Y et al. Quality of final care for terminal cancer patients in a comprehensive cancer centre from the point of view of patients' families. *Support Care Cancer* 1996;4:163-8
1996
116. Miaskowski C, Lee KA. Pain, fatigue and sleep disturbances in oncology patients receiving radiation therapy for bone metastases: a pilot study. *J Pain Symptom Manage.* 1999 May;17(5):320-32
117. Miaskowski C, Dodd M , West C, Paul S, Tripathy D, Koo P, Schumacher K. Lack of adherence with thw analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology.* 2001;19(23):4275-4279
118. Miaskowski C. Effective Cancer Pain Management : From Guidelines to Quality Improvement. *Pain. Clinical Upadates* 1994;2 (2)
119. Miaskowski C, Dodd M , West C, Schumacher K, Paul S, Tripathy D, Koo P. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Self-Care Intervention to Improve Cancer Pain Management. *Journal of Clinical Oncology.* 2004;22(9):1713-1720
120. Miaskowski C, Dodd M , West C, Paul S, Tripathy D, Koo P, Schumacher K. Lack of adherence with thw abnalgesic regimen : A significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology.* 2001;19(23):4275-4279
121. Miaskowski C, Zimmer E.F, Barrett K.M, Dibble S.L and Wallhagen M. Differences in patients' and family caregivers' perceptions of the pain experience influence patient and caregiver outcomes. *Pain.* 1997;72:217-226

122. Miaskowski C, Lee K. Pain, Fatigue and Sleep disturbances in Oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;17(5):320-332
123. Miaskowski C, Mack K, Dodd M, West C, Paul S, Koo P, Schumacher K, Facione N. Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around-the-clock dosing of Analgesics to achieve adequate pain control. *The Journal of Pain*. 2002;3(1):12-20
124. Moos von R. Biphosphonate Treatment Recommendations for Oncologists. *The Oncologist* 2005;10 (suppl 1): 19-24
125. Mundy G. R. Bone resorption and turnover in health and disease. *Bone*. 1987;8(2):9-16
126. Niven N *Health psychology : an introduction for nurses and other health professionals*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1989) (Hanks GW et al. Morphine in cancer pain; modes of administration. *Br Med J* 1996; 312 : 823-6)
127. Noble B, Clark D, Meldrum M, Have H, Seymour J, Winslow M, Paz S. The measurement of pain, 1945- 2000. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;29(1):14-21
128. Northouse L.O, Laten D and Reddy P. Adjustment of women and their husbands to recurrent breast care. *Research in Nursing and Health*
129. Ντζιλέπη Π. Κατ'οίκον Νοσηλεία - Μια Κοινωνική Αναγκαιότητα. Πρακτικά 9^{ου} Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας , Κρήτη 2001
130. Nuzzo – Milone P. Home Health Nursing. In : Smith C, Maurer A.F. *Community health nursing, theory and practice*. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 1995:779

131. O' Donnell JF. Isomnia in cancer patients. Clin. Cornestone. 2004;6 (Suppl 1):6-14
132. Oefelein M.G, Ricchiuti V, Conrad W, Resnick M.I. Skeletal fractures negatively correlate with overall survival in men with prostate cancer. J. Urol;168:1005-7
133. O'Leary U. Bone metastasis : secondary illness, primary concern. Nursing Times. Oct 11. 2001;97(41):32-34
134. Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση. Νοσηλευτική. 1998;4:316-326
135. Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. Σημειώσεις στα πλαίσια μεταπτυχιακών μαθημάτων, για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα « Αντιμετώπιση του πόνου ». Μάϊος 2006
136. Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε και Λεμονίδου Χ. Γνώσεις Νοσηλευτών για την αντιμετώπιση καρκινικού πόνου. Νοσηλευτική. 2002;1:28-33
137. Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε και Λεμονίδου Μ. Φροντίδα ασθενών με καρκίνο στο τελικό στάδιο της νόσου. Από: Βασικές Αρχές θεραπείας του καρκίνου. Φούντζηλας Γ και Μπαρμπούνης Β. Δεύτερος Τόμος. 2006 σελ 1063-1104
138. Paul S, Zelman D, Smith M, Miaskowski C. Categorizing thw severity of cancer pain : further exploration of thw establishment of cutpoints. Pain. 2005;113:37-44
139. Payne S et al. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. Palliat Med 1999;13:37- 44
140. Pemberton C. Diagnosing and treating bone metastases. Nurs Times 1995 Jan 18-24;91(3):32-4

141. Πενθερουδάκης Γ. Σημειώσεις στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών « Αντιμετώπιση του πόνου ». Ιούνιος 2006
142. Phillips L. Managing the pain of bone metastases in the home enviromenment, The American Journal of Hospice & Palliative Care.1998;15(1):32-42
143. Piasecki P. Nursing care of the patient with metastatic Bone disease. Orth Nurs. 1996;15(4):25-33
144. Portenoy RK, Kanner R, Foley KM. Pain syndromes with cancer. Philadelphia Q WB Saunders, 1996 : 191-215
145. Poulain P, Langlade A, Goldberg J. Cancer Pain Management in the Home. Pain. 1997;5(1)
146. Preston D. et al. Treatment of metastatic bone pain with Strontium-89. Nucl. Med.Biol.1987;14;219-222
147. Randall-David E, Wrigth j, Porterfield D, Lesser G. Barries to cancer pain management : home – health and hospice nurses and patients. Support Care Cancer (2003) 11:660 -665
148. Ραχιώτης Γ, Μπεχράκης Π.Κ. Ποιότητα ζωής. Εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βοηθητικά προβλήματα. Ιατρική. 2006;89(2):184-194
149. Redmond K. Τί εμποδίζει την αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου από καρκίνο σε εξωνοσοκομειακό ίδρυμα. Oncology Nurses σήμερα 1998;3(2):10-13
150. Richardson J. Bone metastasis. Professional Nurse. 1989;6:438-442

151. Riddell A, Fitch MI. Patient's knowledge and attitudes toward the management of cancer pain. *Onc Nurs Forum* 1997; 24:1775-84) (Franke AL, Theeuwes I. Inhibition in expressing pain : a qualitative study among Dutch surgical breast cancer patients. *Cancer Nurs* 1994;17:193-9
152. Riley JL, Robinson ME, Wise EA, et al. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli : a meta-analysis. *Pain*. 1998;74:181-187
153. Ripamonti C, Fulfaro F. Pathogenesis and pharmacological treatment of bone pain in skeletal metastases. *Quarterly J Nuclear Medicine* 2001; 45 (1) : 65-77
154. Ροβίθης Μ. Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. *Νοσηλευτική*. 2002;2:156-162
155. Robinson R, Spicer J, Lazarus R.S and Folkman S. Stress, appraisal and coping. 1984. New York: Springer
156. Rosdahl B.C. Rehabilitation, ambulatory and home care nursing . In: Textbook of basic nursing. Sixth edition. Philadelphia, J.B. Lippincott Company. 1995:1418-1421
157. Ross JR, Saunders Y, Edmonds PM, et al. Systematic Review of Role of Bisphosphonates on Skeletal Morbidity in Metastatic Cancer. *British Medical Journal* 2003;327:469-471
158. Rowland G. Ambulatory chemotherapy in cancer patients at home. *Oncology in Practice* Jan1994:21- 22
159. Rowlingson J, Hamill R, Patt R, Cancer pain. *Comprehensive Assessment of the Patient With Cancer Pain*. 1993; Chapter 2: 22-39

160. Rubens RD. Metastatic bone disease in prostate cancer . Oncology in Practice Feb 1996;2-3
161. Rustøen T, Moum T, Padilla G, Paul S and Miaskowski C. Predictors of Quality of Life in Oncology Outpatients with Pain from Bone Metastasis. Journal of Pain and Symptom Management. 2005;30(3):234-242
162. Saad F. Optimizing patient therapy : the role of bone markers?. Cancer Treatment Reviews. 2006;32(Suppl 1):3-6
163. Sabatowski R, L.Radbruch, D. Schafer, S. Grond, K.A.Lehmann. Einführung in die Geschichte der Schmerzttherapie. Anaesthesist. 1999;48:820-826
164. Schefer H, Mattmann S, Emergencies in Oncology. Schweiz Rundsch Med Prax. 1997 Feb 18;86(8):296-301
165. Schumacher K, Koresawa S, West C, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C.The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. Oncol Nurs Forum. 2002;29(2):14-28
166. Schumacher K, Koresawa S, West C, Hawkins C, Johnson C, Wais E, Dodd M, Paul S, Tripathy D, Koo P and Miaskowski C. Putting Cancer Pain Management Regimens into Practice at Home. Journal of Pain and Symptom Management. 2002;23(5):369-382
167. Serafini AN. Therapy of metastatic bone pain. J Nucl Med. 2001Jun; 42(6):895-906
168. Sidoti E, Batista A, Sonzogno M, Tringali G. Therapeutic Patient Education : From the Cure to the Taking Care. Supp Pall Cancer Care 2005;3:83-86

169. Society of Interventional Radiology – Cancer , Non surgical Treatments for Metastatic Cancer in Bones. Bone Cancer diagnosis. Needle biopsy.
<http://www.sirweb.org/patPub/BoneCancerMain.shtml>)
170. Σουρτζή Π. Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και νοσηλεία στο σπίτι. Νοσηλευτική. 1997; 1:24-30
171. Stem J. Pain Management. Why can't we do it better?. Midest Anesthesia Consultants. 1998. <http://www.bergsmysriad.com/page4.htm>
172. Στεργίου Μ. Προοπτικές Νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθή. Νοσηλευτική γραμμή. 1993 (3):39-43
173. Struthers C, Mayer D and Fisher G. Nursing management of the patient with bone metastases. Seminars in Oncology Nursing. 1998; 14(3):199-209
174. Swenson KK, Rose MA, Ritz L, Murray CL, Adlis SA. Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. Ann Emerg Med. 1995 Jul;26(1):12-7
175. Ταβερναράκη Α. Κακοήθεις όγκοι οστών ενηλίκων. Ογκολογική Ενημέρωση. 2005 : 7(2); 94-95
176. Taylor EJ, Ferrell BR, Grand M, Cheyney L. Managing cancer pain at home: the decisions and ethical conflicts of patients, family caregivers and homecare nurses. Oncol Nurs Forum 1993;20:919-927

177. Theobald DE. Cancer pain, fatigue, distress and isomnia in cancer patients. Clin Cornerstone. 2004; 6 Suppl 1D: S15-21
178. Τσαρούχα Σ. Στάσεις διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων απέναντι στη διάγνωση του καρκίνου, τη θεραπεία του και η νοσηλευτική τους φροντίδα. Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Νοσηλευτικής ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αθήνα 2006. σελ 367-390
179. Todd K, Deaton C, D’Adamo A and Goe L. Ethnicity and Analgesic Practice. Analas of Emergency Medicine.. 2000;35(1) : 11-16
180. Turk D. Assess the Person, Not just the Pain. Pain. Clinical Updates. 1993; Vol I (3)
181. Turk DC, Okifuji A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? Pain. 1999;82:139-148
182. Twycross R.G. Management of pain in skeletal metastasis. Clinical Orthopaedics and related research. 1995;312:187-196
183. Vallerand A, Hasenau S, Templin T. Barriers to pain management by home care nurses. Home Healthcare Nurse. 2004;22 (12):831-838
184. Ward G. Pain in Cancer. American Cancer Nursing.2000;14(9)
185. Ward S, Goldberg N, Miller – McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik –Plank D,et al. Patient – Relared Barriers to pain management of Cancer Pain. Pain.1993;52(3):319-324

186. Welch – McCaffery D. Metastatic bone cancer. *Cancer Nursing*.1988;11(2):103-111
187. Welch T, Farrell M, Maus T, Lee R, Reading C, Petersen I, Pickett D. Painful Metastases Involving Bone : Feasibility of Percutaneous CT- and US- guided Radio-frequency Ablation. *Radiology* 2002;224: 87-97
188. Weinfurt KP, Li Y, Castel LD, Timbie JW, Glendenning A, Schulman KA. The impact of skeletal-related events on health- related events for the health-related quality of life of parents with metastatic prostate cancer. *Ann Oncol* 2002;13(Suppl 5):180. Abstract 662P
189. Weinfurt KP, Li Y, Castel LD, et al. The significance of skeletal-related events for the health-related quality of life of parents with metastatic prostate cancer. *Ann Oncol* 2005;16:579-84
190. Weissman D E. Cancer pain education: A call for role models [Editorial] *Journal of Clinical Oncology*. 1988;6:1793-1794
191. West C, Dodd M, Paul S, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. The PRO-SELF: Pain Control Program – An Effective Approach for Cancer Pain Managment. 2003;30(1):139-153
192. Whitecare P, Maxwell T, Douglas A. Principles of Palliative Care Medicine . Part 2: Pain and Symptom Management. *End of life Care*;4(2):88-10
193. Wiffen P. The Future : Will Pain be Abolished or Just Pain Specialists? *Pain (Clinical Updates)*. 2000;8(6)
194. Wilbert B, Van den Hout. New Standard of Care for Painful Bone Metastases. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95:222-229

195. Wilkes G. (1999). Neurological disturbances. In C Yarbrow, M Frogge & M Goodman (Eds). Cancer symptom management (2nd ed., pp 344-381
196. Witteveen E, Boxtel T. Home care technology for oncology patients. *Oncology in Practice* Jan1994;18-20
197. WHO. Technical Series Report 804, Geneva: World Health Organization, 1990
198. WHO 2000. The structure of the WHOQOL -100. In : <http://www.int/msa/mhh/mhp/q15.htm>
199. World Health Organization (WHO) 2000. Introducing the WHO Quality of life instruments. In: <http://www.who.int/msa/mhh/mhp/qiz.htm>
200. World Health Organization Cancer Pain Relief : with a guide to opioid availability. 2nd ed., Geneva : WHO, 1996)
201. Wood B.C. Hormone treatments in the common hormone-dependent carcinomas. *Palliat. Med.* 1993; 7 :257-272
202. Woodruff R. Palliative Medicine : Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer and AIDS (2nd ed.). Victoria, Australia, 1993
203. Χριστοδούλου Χ . Στο : Φούντζηλας Γ και Μπαρμπούνης Β. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Τα διφωσφονικά (.2006 : 985-992
204. Χριστοπούλου Ι. Υπηρεσίες Υγείας στην Κοινότητα. Μτεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Μάρτιος 1998-Ιούνιος 1998. Τόμος Α'. 1998:280-284

205. Yamashita K, Veda T, Komatsubara Y, et al. Breast cancer with bone-only metastases-visceral metastases free rate in relation to anatomic distribution of bone metastases. *Cancer* 1991;68:634-637
206. Yates P et al. Pain : the views of elderly people living in long term residential care settings. *J Adv Nurs* 1995; 21: 667-74)
207. Ζώης Κ. Πολιτισμικοί φραγμοί στην υποθεραπεία του πόνου. *Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*. 1996.σελ. 357-366