



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ, ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
&
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ**
“ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΕΕΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΩΝ ΚΑΙ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ”

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε

“Σύγχρονες Προσεγγίσεις στην Ανακουφιστική Φροντίδα”

**ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Σημειώσεις Σεμιναρίου

Κατσαραγάκης Στυλιανός

Λέκτορας Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΑΘΗΝΑ 2014



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Νέα Δεδομένα στη Διαχείριση των Συμπτωμάτων στην Ανακουφιστική Φροντίδα

Κατσαραγάκης Στυλιανός

Λέκτορας Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κύριος στόχος της διαχείρισης των συμπτωμάτων είναι η κατά το δυνατόν έγκαιρη πρόληψη ή εξάλειψη των συμπτωμάτων μιας νόσου, η διευθέτηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας της και ο περιορισμός των σχετιζόμενων με τη νόσο ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων.

Το ερμηνευτικό πρότυπο των Good και Good ορίζει ως σύμπτωμα την έκφραση της πραγματικότητας ενός ασθενή, η οποία σχετίζεται με τις εμπειρίες και το άγχος του, σε συνάρτηση με την πολιτισμική και την προσωπική του αντίληψη. Οι συγγραφείς ανέπτυξαν το πρότυπο για να ερμηνεύσουν τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας κατανοούν τις εμπειρίες και τα συμπτώματα των ασθενών με καρκίνο.

Αργότερα οι MacDaniel και Rhodes χρησιμοποίησαν τον όρο βιωμένο σύμπτωμα για να περιγράψουν τις δυο διαστάσεις του, το συμβάν του συμπτώματος και την προκαλούμενη από αυτό καταπόνηση. Το συμβάν του συμπτώματος περιλαμβάνει τη συχνότητα, τη διάρκεια και την έντασή του. Η καταπόνηση είναι ο βαθμός της δυσχέρειας που αναφέρει ο ασθενής ανταποκρινόμενος στο βιωμένο σύμπτωμα.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι κάθε σύμπτωμα χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες μετρήσιμες διαστάσεις: τη σοβαρότητα/ ένταση, τη συχνότητα, την καταπόνηση καθώς και την επίδραση στην καθημερινή ζωή, την αυτονομία και την ψυχολογική ευεξία.

Οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν πλήθος συμπτωμάτων μέσης έως σοβαρής έντασης από τη χρονική στιγμή ακόμα της διάγνωσης και σε όλη την πορεία της νόσου, τα οποία ταξινομούνται σε τοπικά και συστηματικά. Τα τοπικά είναι ειδικά του οργάνου ή του συστήματος του οργανισμού που πλήττεται από τη νόσο ή τη θεραπεία. Τα συστηματικά είναι κοινά μεταξύ των διαφόρων εντοπίσεων καρκίνου και συνήθεστερα περιλαμβάνουν τον πόνο, την κόπωση, την απώλεια βάρους, την ανορεξία, τις διαταραχές του ύπνου, την εξασθένηση, την απώλεια ενέργειας και τη δυσκοιλιότητα. Συχνά η αιτία τους δεν προσδιορίζεται με ακρίβεια και μπορεί να

σχετίζονται είτε με τη νόσο, είτε με την αντινεοπλασματική θεραπεία ή να προκαλούνται και από τις δυο.

Ερευνητικά δεδομένα συμπεραίνουν διαφοροποίηση των συμπτωμάτων ανάλογα με τη χρονική πορεία της νόσου και το είδος της θεραπείας. Οι αναφορές συμπτωμάτων ποικίλουν μεταξύ των διαγνωσθέντων ασθενών και εκείνων που υποβάλλονται σε αντινεοπλασματική θεραπεία. Συνηθέστερα με την πάροδο του χρόνου κάποια ανακουφίζονται ή εξαφανίζονται, άλλα επιδεινώνονται ή αθροίζονται και τις περισσότερες των φορών εκδηλώνονται ταυτόχρονα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς περιγράφουν ταυτόχρονη εμπειρία μέσου αριθμού 10 έως 11 διαφορετικών συμπτωμάτων με εύρος 1-27.

Αναμφίβολα η εμπειρία των συμπτωμάτων είναι ανάλογη σε όλους τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Ο πόνος, η κόπωση, η αδυναμία, η ανορεξία, η εξασθένηση και η ναυτία περιλαμβάνονται στα συχνότερα κοινά συμπτώματα των ασθενών με προχωρημένο νόσο. Σήμερα οι βασικές αρχές και πρακτικές διαχείρισης των συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο, βασίζονται κυρίως στη γνώση και την εμπειρία των αρχών αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου αυτών των ασθενών τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες. Η κλινική εμπειρία οδήγησε στη γενίκευση αυτών των αρχών για τη διαχείριση του συνόλου των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο ως συνέπεια της πολυδιάστατης εμπειρίας βιωμένων συμπτωμάτων.

Θεμελιώδη αρχή της διαχείρισης των συμπτωμάτων αποτελεί η ολοκληρωμένη και αποτελεσματική αξιολόγηση τους. Η συστηματική αξιολόγηση επιτρέπει την κατανόηση των κλινικών χαρακτηριστικών του ασθενή, των επιθυμιών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών του από τη διαχείριση τους καθώς και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Η αρχική αξιολόγηση, ακολουθείται από συνεχή αδιάκοπτη αξιολόγηση προσδιορισμού των αιτιών πρόκλησης των συμπτωμάτων, εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων και αναγνώρισης της αναγκαιότητας τροποποίησης τους καθώς και της επικοινωνίας της εμπειρίας καταπόνησης του ασθενή. Η ποιότητα της επικοινωνίας με τον ασθενή και η δήλωση διαθεσιμότητας αποτελεί βασική παράμετρο της αποτελεσματικής αξιολόγησης και διαχείρισης των συμπτωμάτων του.

Η ανεπαρκής αξιολόγηση οφείλεται σε αίτια που αφορούν τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα υγείας. Οι αντιλήψεις των ασθενών περί

ασθένειας, που επιβάλουν επώδυνες εμπειρίες, ο φόβος προόδου της νόσου από την επιδείνωση ενός συμπτώματος, η πεποίθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τα προβλήματα τους και δεν πρέπει να τους ενοχλούν περιλαμβάνονται μεταξύ των αιτιών υποαναφοράς της εμπειρίας των συμπτωμάτων των ασθενών. Ανάλογα οι επαγγελματίες υγείας συχνά υποεκτιμούν ή αμελούν τα συμπτώματα των ασθενών τους, δε διαθέτουν χρόνο να τα αξιολογήσουν και εικάζουν ότι εκείνοι θα τα αναφέρουν ακόμα και εάν δεν τους ρωτήσουν. Επιπλέον η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η ανεπάρκεια προσωπικού και η απουσία κατάλληλων και αξιόπιστων μεθόδων ή εργαλείων αξιολόγησης τους περιλαμβάνονται μεταξύ των σχετιζόμενων με το σύστημα υγείας αιτιών αναποτελεσματικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο αυτοαναφέρουν μόλις ένα κατά μέσο όρο σύμπτωμα, ενώ η συστηματική αξιολόγηση συμπτωμάτων στο ίδιο ερευνητικό δείγμα ανέδειξε 10 κατά μέσο όρο συμπτώματα.

Οι ευθείς με απλή καθημερινή γλώσσα και όχι ιατρικούς όρους, αρχικά με ανοικτές και στη συνέχεια με εξειδικευμένες ερωτήσεις καθώς και η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων εκτίμησης συμπτωμάτων διασφαλίζει την ολιστική εκτίμηση τους. Η εφαρμογή ερωτηματολογίων εκτίμησης επιτυγχάνει την ποσοτικοποίηση τους, επιτρέποντας συγκρίσεις και παρέχοντας κριτήριο για την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης τους. Σήμερα πλήθος ερωτηματολογίων είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση μεμονωμένων ή συγκεκριμένων συμπτωμάτων σε ποικίλους πληθυσμούς ασθενών με καρκίνο με κριτήριο την εντόπιση ή την πρόοδο της νόσου, καθώς και το είδος της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια αυξάνει ο αριθμός των εργαλείων που μεταφράζονται και σταθμίζονται σε Ελληνικούς πληθυσμούς ασθενών με καρκίνο επιτρέποντας τη χρήση τους στην έρευνα και κλινική πρακτική.

Την αρχική αξιολόγηση των συμπτωμάτων ακολουθεί ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η εξ αρχής διασαφήνιση των κύριων στόχων της ανακούφισης των συμπτωμάτων με τη συμμετοχή του ασθενή καθορίζει το είδος των παρεμβάσεων και κατευθύνει την ενδεχόμενη τροποποίηση τους. Το στάδιο της νόσου, το είδος της αντινεοπλασματικής θεραπείας και η γενική κατάσταση του ασθενή συνεκτιμώνται κατά την επιλογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Αρκετές επιστημονικές εταιρείες υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας και εθνικές επιτροπές στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τον Καναδά, την

Αυστραλία, τη Μεγάλη Βρετανία καθώς και Ευρωπαϊκές επιστημονικές εταιρίες γιατρών και νοσηλευτών ογκολογίας εκδίδουν και αναθεωρούν κατευθυντήριες οδηγίες και πρότυπα διαχείρισης συμπτωμάτων όπως ο πόνος, η ναυτία και η έμεση, η κόπωση κ.α. Αυτές οι οδηγίες αποτελούν γενικές συστάσεις και εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή για τη διαχείριση του συνόλου των συμπτωμάτων.

Η ιεράρχηση των συμπτωμάτων επιτρέπει την έναρξη διαχείρισης των πλέον σοβαρών που προκαλούν τη μέγιστη καταπόνηση. Η ιεράρχηση γίνεται με κριτήριο τόσο την κλινική αξιολόγηση και τους στόχους της φροντίδας όσο και τις προτιμήσεις και επιθυμίες του ασθενή, κυρίως λόγω των διαφορετικών προτεραιοτήτων που θέτουν οι ίδιοι ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας. Η θεραπευτική διαχείριση περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μεθόδους. Συνηθέστερα σχεδιάζεται το κατάλληλο για τον ασθενή φαρμακευτικό θεραπευτικό σχήμα, ενώ οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι παρέχονται συμπληρωματικά.

Ο σχεδιασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων απαιτεί πολυδιεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας κάθε μέλος της οποίας συμβάλει στην εφαρμογή του καθώς και συμμετοχή του ασθενή και του κύριου φροντιστή.

Μελέτες ελέγχου της αποτελεσματικότητας επικεντρωμένων στο πρόβλημα παρεμβάσεων έδειξαν σημαντική βελτίωση της ανακούφισης των συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο. Η συμμετοχή των ασθενών και των φροντιστών τους κατά το σχεδιασμό και η υποστήριξη τους κατά την εφαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων συνέβαλαν στην ικανοποιητική διαχείριση των συμπτωμάτων, στην μείωση της προκαλούμενης καταπόνησης και στην καλύτερη προσαρμογή τους σε επίμονα και παραμένοντα συμπτώματα.

Η επιλογή των φαρμακευτικών σκευασμάτων γίνεται όχι μόνο με κριτήριο την αποτελεσματικότητα τους στη διαχείριση του συμπτώματος αλλά και στη μέγιστη συμμόρφωση των ασθενών στο θεραπευτικό σχήμα. Συχνά οι ασθενείς λαμβάνουν πλήθος φαρμακευτικών σκευασμάτων με συνέπεια να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν πολύπλοκα και μη ευέλικτα σχήματα. Ο φόβος των παρενεργειών και του εθισμού, το αυξημένο κόστος των σκευασμάτων και το προηγούμενο ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών περιλαμβάνονται μεταξύ των παραγόντων μειωμένης συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα. Η διακοπή των αναποτελεσματικών σκευασμάτων προάγει την απλούστευση των σχημάτων και περιορίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η χρήση σκευασμάτων που πιθανά να συμβάλλουν στη διαχείριση περισσότερων του ενός συμπτωμάτων αποτελούν συχνά θεραπευτικό

χειρισμό, όπως για παράδειγμα η χορήγηση δεξαμεθαζόνης που συμβάλλει στη διαχείριση του εμέτου, της ναυτίας, του πόνου και της ανορεξίας. Η ανάπτυξη ευέλικτων και εύκολα εφαρμόσιμων θεραπευτικών σχημάτων διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των συμπτωμάτων.

Η από του στόματος χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών αποτελεί την πρώτη εκλογή, είναι οικονομικότερη, λιγότερο παρεμβατική, ευκολότερη και ασφαλέστερη για τον ασθενή και το φροντιστή του και παρέχει περισσότερη άνεση και μεγαλύτερη συμμόρφωση. Εναλλακτικά η διαδερμική ή η υποδόρια χορήγηση χρησιμοποιείται σε αδυναμία της από του στόματος, αλλά παραμένει ευκολότερη και ασφαλέστερη οδός από την παρεντερική/ ενδοφλέβια χορήγηση. Η σταδιακή αύξηση των δόσεων της επιλεγμένης φαρμακευτικής ουσίας στη μέγιστη ανεκτή δόση ή ακόμα σε επίπεδο ελάχιστης τοξικότητας κρίνεται επιβεβλημένη πριν την απόφαση διακοπής ή αντικατάστασης της. Η τακτική και κατανεμημένη στη διάρκεια της ημέρας χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων εγγυάται την μέγιστη δυνατή ανακούφιση του συμπτώματος και την πρόληψη της επιδείνωσης του σε αντίθεση με την κατ' επίκληση χορήγηση στην περίπτωση μη ανοχής του συμπτώματος. Επιπλέον απαιτείται η παροχή σύστασης φαρμακευτικής δόσης διασώσεως σε αιφνίδια παροξυσμική επιδείνωση ενός συμπτώματος. Χειρισμός που περιορίζει το άγχος του ασθενή και της οικογένειάς του και επιτυγχάνει αποτελεσματικότερο έλεγχο του συμπτώματος και λιγότερες παρενέργειες από τη χορήγηση μη αποτελεσματικών σκευασμάτων.

Ο πολυδιάστατος και υποκειμενικός χαρακτήρας της εμπειρίας των συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο επιβάλλει την αναγκαιότητα αναγνώρισης και άλλων πέραν των φαρμακευτικών μεθόδων για τη διαχείριση τους. Τα τελευταία χρόνια, οι κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης συμπτωμάτων ενσωματώνουν ολοένα και συχνότερα μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Ο βελονισμός – τεχνικές άσκησης πίεσης σημείων του σώματος, οι μαλάξεις – μασάζ, η αρωματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, οι τεχνικές διατήρησης ενέργειας, η διατροφική καθοδήγηση, η φυσική δραστηριοποίηση, οι παρεμβάσεις Πνεύματος – Σώματος (Τεχνικές χαλάρωσης, Ύπνωση, Καθοδηγούμενη φαντασίωση), οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και η συμβουλευτική καθοδήγηση είναι μόνο μερικές από τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για τη διαχείριση των συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο. Τα ερευνητικά δεδομένα για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων αυξάνουν συνεχώς. Η έλλειψη επαρκώς μεθοδολογικά

σχεδιασμένων κλινικών μελετών και η απουσία μετα-αναλύσεων δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων στο σύνολο των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο. Περαιτέρω μελέτη στο μέλλον αναμένεται να διασαφηνίσει την αποτελεσματικότητα τους και να συμβάλει στην αναγνώριση των καταλληλότερων και ασφαλέστερων για τη διαχείριση των συμπτωμάτων.

Η συνεχής παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή, ιδιαίτερα τις περιόδους τιτλοποίησης των δόσεων και αντικατάστασης των φαρμακευτικών ουσιών αποτελεί μείζονος σημασίας θεραπευτικό χειρισμό. Η παρακολούθηση συνεχίζεται περιοδικά ακόμα και στην περίπτωση καλά ελεγχόμενων συμπτωμάτων για την έγκαιρη πρόληψη τυχών επιδείνωσης τους. Η συνεχής παρακολούθηση επιτυγχάνεται με τηλεφωνική ή φυσική επικοινωνία με τον ασθενή και συνήθως τον κύριο φροντιστή. Η παροχή γραπτών οδηγιών έχει βρεθεί ότι αυξάνει τη συμμόρφωση προάγοντας την ανάκληση των απαιτούμενων πληροφοριών.

Σήμερα το κύριο ενδιαφέρον στη διαχείριση συμπτωμάτων επικεντρώνεται στα οργανικά συμπτώματα και κυρίως τα απειλητικά για τη ζωή ή εκείνα που επηρεάζουν την ικανότητα του ασθενή για συνέχιση της αντινεοπλασματικής αγωγής. Τα ψυχολογικά συμπτώματα και κυρίως το άγχος και η κατάθλιψη έπονται του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Αντίθετα κοινωνικά και πνευματικά συμπτώματα/προβλήματα από τη νόσο ή τη θεραπεία ελάχιστα διερευνώνται και σπανιότερα αντιμετωπίζονται. Επιπρόσθετα οι περισσότερες διαθέσιμες γνώσεις για τη διαχείριση συμπτωμάτων επικεντρώνεται στην περίοδο της αντινεοπλασματικής θεραπείας και κυρίως της χημειοθεραπείας. Λιγότερες γνώσεις είναι διαθέσιμες για τη διαχείριση συμπτωμάτων μετά τη χειρουργική εξαίρεση της νόσου, την ακτινοθεραπεία ή άλλες αντινεοπλασματικές θεραπευτικές επιλογές, όπως η ορμονοθεραπεία. Ανάλογα ελάχιστα είναι τα ερευνητικά δεδομένα για τη διαχείριση συμπτωμάτων ασθενών με προχωρημένη νόσο στο τέλος της ζωής, παρά την καθολικά αποδεκτή αναγνώριση της χορήγησης ανακουφιστικής θεραπείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι γενικά συμπτώματα με κυρίως υποκειμενικό χαρακτήρα που περιγράφονται από μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και το είδος της αντινεοπλασματικής θεραπείας όπως η κόπωση, η ανορεξία, η απώλεια σωματικού βάρους κα παραμένουν μεταξύ εκείνων

που υποαναφέρονται από τους ασθενείς και υποθεραπεύονται από τους επαγγελματίες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα της διαχείρισης συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο οδήγησε στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε συγκεκριμένες ομάδες (clusters). Ο τύπος των συμπτωμάτων που περιλαμβάνονται στην ίδια ομάδα φαίνεται να εξαρτάται από την εντόπιση της νόσου, το είδος της αντινεοπλασματικής θεραπείας ή και τις δυο. Κάποιες φορές τα συμπτώματα της ίδιας ομάδας εμφανίζονται ταυτόχρονα γιατί έχουν κοινή αιτία, άλλες απλά το ένα επηρεάζει και επιδεινώνει τα άλλα. Η παρατήρηση της ομαδοποίησης των συμπτωμάτων οδήγησε στη σημαντικότητα της από κοινού διαχείρισης τους, αναγνωρίζοντας ότι η ανακούφιση ή η βελτίωση της εμπειρίας ενός συμπτώματος συμβάλει στην ανακούφιση των άλλων της ίδιας ομάδας. Παραδείγματα ομάδων συμπτωμάτων με κριτήριο την εντόπιση της νόσου είναι: ο πόνος, η διαταραχή του ύπνου και η κόπωση, με ή χωρίς κατάθλιψη σε γυναίκες με καρκίνο μαστού και σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις.

Ο νοσηλευτής είναι παρών να διδάξει, να ενθαρρύνει και να συνδράμει τον ασθενή με καρκίνο, καθοδηγώντας τον και εμπυγχώνοντας τον. Η διαχείριση της εμπειρίας των ασθενών με καρκίνο απαιτεί πολύπλευρη φροντίδα η εφαρμογή της οποίας χρειάζεται ιδιαίτερες δεξιότητες. Οι νοσηλευτές καθημερινά καλούνται να συνδράμουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων και να συνηγορήσουν για τις ανάγκες των ασθενών τους. Η δέσμευση για τη διαχείριση των συμπτωμάτων των ασθενών αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ανακούφισης συμβάλλοντας στη βελτίωση της ευεξίας των ασθενών.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Alvarez A, Walsh D. (2011). Symptom control in advanced cancer: twenty principles. *Am J Hosp Palliat Care*, 28(3), 203-7.

Armstrong TS (2003). Symptoms experience: a concept analysis. *Oncol Nurs Forum*, 30(4), 601-6.

Artherholt SB & Fann JR. (2012). Psychosocial Care in Cancer. *Curr Psychiatry Rep*, 14, 23–29.

Brant JM, Beck S, Miaskowski C. (2010) Building dynamic models and theories to advance the science of symptom management research. *J Adv Nurs*, 66(1), 228-40.

Deshields TL, Nanna SK. (2012). Providing Care for the “Whole Patient” in the Cancer Setting: The Psycho-Oncology Consultation Model of Patient Care. *J Clin Psychol Med Settings*, 17, 249–257.

Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. (2001) Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-76.

Esther Kim JE, Dodd MJ, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C. (2009) A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *J Pain Symptom Manage*, 37(4), 715-36.

Fu MR, LeMone P, McDaniel RW. (2004) An integrated approach to an analysis of symptom management in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), 65-70.

Gapstur RL (2007). Symptom burden: a concept analysis and implications for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*, 34(3), 673-80.

Gilbertson-White S, Aouizerat BE, Jahan T, Miaskowski C (2011). A review of the literature on multiple symptoms, their predictors, and associated outcomes in patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 9(1), 81-102.

Good B, Good MJD. (1981) The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A (eds). *The relevant of social science for medicine*. Dordrecht Holland, Reidel: 165-196.

Gutgsell T, Walsh D, Zhukovsky DS, Gonzales F, Lagman R. (2003). A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(2), 140-148.

Hauser K. (2009). Clinical symptom assessment. In: WalshD, CaraceniAT, Fainsinger R, Foley K, Glare P, Goh C, Lloyd-Williams M, Orarte JN, Radbruch L, eds. *Palliative Medicine*. 1st ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 325-333.

Haworth SK, Dluhy NM. (2001) Holistic symptom management: modelling the interaction phase. *J Adv Nurs*, 36(2), 302-10.

- Homs J, Walsh D, Rivera N, et al. (2006) Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Supportive Care in Cancer*, 14, 444–453.
- Ida RC, Adelaide PM, Stefania B. (2012). Supportive care in cancer unit at the National Cancer Institute of Milan: a new integrated model of medicine in oncology. *Curr Opin Oncol*, 24(4): 391-6.
- Komurcu S, Nelson K, Walsh D, Donnelly SM, Homs J, Abdullah O. (2000) Common symptoms in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 27(1), 24-33.
- Lacasse C, Beck SL. (2007). Clinical assessment of symptom clusters. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(2), 106-12.
- Lee YH, Chiou PY, Chang PH, Hayter M. (2011) A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *J Clin Nurs*, 20(1-2), 73-85.
- O'Mahony M, Hegarty J. (2009). Help seeking for cancer symptoms: a review of the literature. *Oncol Nurs Forum*, 36(4), E178-84.
- Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. (2011) Symptom management: an important part of cancer care. *Cleve Clin J Med*, 78(1), 25-34.
- Sun Y, Knobf MT. (2008). Concept analysis of symptom disclosure in the context of cancer. *ANS Adv Nurs Sci*, 31(4), 332-41.
- Walsh D. (2000) Pharmacological management of cancer pain. *Seminars in Oncology*, 27(1), 45-63.
- Wexler ID, Corn BW. (2012). An existential approach to oncology: meeting the needs of our patients. *Curr Opin Support Palliat Care*, 6(2), 275-9.
- Xiao C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom clusters. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 417-34.
- Yousuf Zafar S, Currow DC, Daugherty CK, Abernethy AP. (2010). Standards for Palliative Care Delivery in Oncology Settings. *The Cancer Journal*, 16(5), 434-443.