

## Φραγμοί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Νάστου Μ MD, Γκελεβέ Γ MD, Τρικούπη Α MD PhD.

### ABSTRACT

#### Φραγμοί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Νάστου Μ, Γκελεβέ Γ, Τρικούπη Α

Pain is a disastrous manifestation of cancer that influences the patients' quality of life, their families, and health care providers. It is a multidimensional symptom that includes the physical, psychosocial, emotional and spiritual character of the human organism. Despite the development of new analgesic drugs and updated guidelines, the pain management remains insufficient, and some patients with mild to severe pain do not received adequate pain treatment. This insufficient management can be attributed to barriers related to health professionals, to the patients, and the health care system. Common professional barriers include the bad pain evaluation, the lack of knowledge and skills, and the doctors' reluctance to prescribe opioids. The barriers related to the patient include cognitive factors, emotional factors, and the compliance with analgesic regimens. Barriers related to the health system, like the limited access to opioids, and limited availability of pain and palliative care experts, consist additional challenges, especially in poor countries. Given the multidimensional nature of cancer pain, and the multilevelbarriers involved, the effective pain management demands multimodal interventions from interscientific groups. Educational interventions to the patients and health professionals it is possible to improve the successof pain management.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος είναι ένα οδυνηρό σύμπτωμα του καρκίνου που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, των οικογενειών τους και τους επαγγελματίες υγείας<sup>1-4</sup>. Μέτριος έως σοβαρός πόνος είναι συνήθης σε όλη την πορεία της ασθένειας καθώς και η προοδευτική αύξησή

του κατά τη διάρκειά της. Στην πραγματικότητα, αυτός ο πόνος έχει αναφερθεί στο 59% των ασθενών που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία, στο 64% των ασθενών με προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο και στο 33% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία<sup>5,6</sup>. Η επαρκής διαχείριση του καρκινικού πόνου είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της διαχείρισης των συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο,

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

καθώς οι μελέτες δείχνουν ότι το 1/3 του πληθυσμού παγκοσμίως θα πεθάνει από κακοήθη νόσο. Από τη δημοσίευση της αναλγητικής κλίμακας από τον ΠΟΥ το 1986, έχουν γίνει συνεχείς προσπάθειες για να βελτιωθεί η διαχείριση του πόνου του καρκίνου μέσω διαφόρων κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων<sup>7</sup>. Το Ολοκληρωμένο Εθνικό Δίκτυο Καρκίνου (NCCN) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παρηγορητικής Φροντίδας έχουν συνεισφέρει στην σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου<sup>8,9</sup>. Οι αρχικοί έλεγχοι σκοπιμότητας και αποτελεσματικότητας της αναλγητικής κλίμακας του ΠΟΥ έχουν επιτύχει ποσοστά επιτυχίας 71% έως 100%<sup>10-12</sup>. Μια 10ετής μελέτη επικύρωσης της αναλγητικής κλίμακας του ΠΟΥ πρότεινε ότι για την συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών καρκινικός πόνος μπορεί να ανακουφιστεί με κατάλληλη φαρμακολογική διαχείριση, με ένα ποσοστό αποτυχίας 12%<sup>13</sup>.

Αν και ο πόνος του καρκίνου μπορεί συχνά να ελεγχθεί με την κατάλληλη διαχείριση, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να αισθάνονται μέτριο έως έντονο πόνο και κάποιοι δεν λαμβάνουν επαρκή φαρμακευτική αγωγή<sup>5,14-16</sup>. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ο Cleeland και συν<sup>14</sup> ανέφεραν ότι το 42% των ασθενών δεν λαμβάνουν επαρκή φαρμακευτική αγωγή του πόνου και το 36% παρουσίασαν διαταραχή της λειτουργικότητας, λόγω του πόνου. Η ανεπαρκής

αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου<sup>15</sup>. Μια πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα για τον καρκινικό πόνο ενηλίκων ασθενών με καρκίνο, που διεξήχθη μεταξύ 2006 και 2007, ανέδειξε την ελλιπή διαχείριση του καρκινικού πόνου. Σε αυτή την μελέτη, το 56% των ασθενών παρουσίασαν μέτριο έως έντονο πόνο ( $\geq 5$  από 10 στην αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης [NRS]) τουλάχιστον αρκετές φορές τον μήνα και το 27% κατέταξαν τον πόνο τους ως σοβαρό ( $\geq 7$  από 10 στη κλίμακα NRS). Επιπλέον, μόνο το 24% των ασθενών έλαβαν ισχυρά οπιοειδή και το 11% των ασθενών με μέτριο έως έντονο πόνο δεν έλαβαν αναλγησία. Αυτή η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου οδήγησε σε δυσφορία το 67% των ασθενών και στην επιθυμία θανάτου το 32% των ασθενών.

Η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου του καρκίνου είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα. Πρώτον, ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα, και οι γιατροί δεν έχουν άλλη επιλογή από το να βασίζονται στις αναφορές των ασθενών. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση του πόνου και η απάντησή του στη διαχείριση μπορεί να επηρεαστεί από τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας, και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των δύο. Δεύτερον, αν και τα οπιοειδή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της διαχείρισης του μέτριου και σοβαρού πόνου του καρκίνου, η συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων μπορεί να επηρεαστεί από την τοπική προ-

σβασιμότητα, καθώς και τη στάση απέναντι στα οπιοειδή, μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Τρίτον, ο πόνος σχετίζεται με συναισθηματικά προβλήματα και μπορεί να συνδέεται με άλλα συμπτώματα. Για τους λόγους αυτούς, μια πολυδιάστατη προσέγγιση είναι αναγκαία για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Σε αυτό το άρθρο, θα εξεταστούν οι φραγμοί στη διαχείριση του καρκινικού πόνου, ειδικά σχετιζόμενοι με τους επαγγελματίες υγείας, τον ασθενή και το σύστημα υγείας. Θα συζητηθούν, επίσης, πιθανές λύσεις για να ξεπεραστούν αυτοί οι φραγμοί και τελικά να βελτιωθεί ο πόνος των καρκινοπαθών.

#### **ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η υποσυνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι ένα κοινό άλυτο πρόβλημα στη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο, και οι γιατροί φαίνεται να έχουν επίγνωση αυτού του προβλήματος. Οι περισσότεροι γιατροί που έλαβαν μέρος σε μελέτες βασισμένες σε έρευνες ανέφεραν ότι οι ασθενείς με καρκίνο ήταν ανεπαρκώς αντιμετωπιζόμενοι, και η αντίληψη αυτήδεν άλλαξε με την πάροδο του χρόνου, αλλά ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Το 1990, το 86% των αμερικανών γιατρών που συμμετείχαν σε μια

έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ανέφερε ότι πολλοί ασθενείς με καρκίνο υποθεραπεύονταν<sup>17</sup> και 7 χρόνια αργότερα, το 83% των μελών της ομάδας ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας εξακολουθούσαν να πιστεύουν ότι οι ασθενείς είχαν υποθεραπευτεί για τον πόνο<sup>18</sup>. Στο Ισραήλ στα μέσα της δεκαετίας του 1990, το 58% των γιατρών πίστευαν ότι θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ο καρκινικός πόνος σε περισσότερο από το 75% των ασθενών, αλλά μόνο το 17% ανέφεραν ότι ήταν ικανοί για την επίτευξη αυτού του στόχου στη δική τους κλινική πρακτική<sup>19</sup>.

Πιο πρόσφατα, περίπου το ήμισυ των Φιλανδών γιατρών πίστευαν ότι ο καρκινικός πόνος ήταν καλά αντιμετωπιζόμενος στην δική τους πρακτική (47% των ογκολόγων και 61% των άλλων γιατρών)<sup>20</sup> και περισσότεροι από τους μισούς από μία ομάδα Γάλλων γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα (συμπεριλαμβανομένου του 51% των ογκολόγων και το 60% των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης) ήταν ικανοποιημένοι με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου στη χώρα τους<sup>21</sup>.

Οι αιτίες για την υποθεραπεία του καρκινικού πόνου που σχετίζονται με τους γιατρούς έχουν μελετηθεί. Η πλειοψηφία των μελετών αυτών είτε ζητούσε από τους γιατρούς να επιλέξουν από μια λίστα με εμπόδια είτε υπέβαλαν ανοιχτές ερωτήσεις. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των μελετών, αναφέρ-

θηκαν συχνά εμπόδια που σχετίζονται με την κακή εκτίμηση του πόνου, την έλλειψη γνώσης μεταξύ του προσωπικού, την απροθυμία των γιατρών να συνταγογραφούν οπιοειδή, νομικά ή διοικητικά εμπόδια, την απροθυμία των ασθενών να λαμβάνουν οπιοειδή, και μια απροθυμία των ασθενών να αναφέρουν τον πόνο τους (Πίν.1).

**Πίνακας 1.** Φραγμοί στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου από την οπτική των επαγγελματιών υγείας

**Σχετιζόμενοι με τους επαγγελματίες:**

1. Κακή αξιολόγηση του πόνου
2. Έλλειψη γνώσης
3. Απροθυμία συνταγογράφησης οπιοειδών
4. Φόβος των ανεπιθύμητων αντιδράσεων
5. Κίνδυνος ανάπτυξης ανοχής
6. Φόβος εθισμού στα ναρκωτικά
7. Φόβος νομικών/διοικητικών περιορισμών
8. Υπερβολικοί περιορισμοί στην χορήγηση οπιοειδών από τα φαρμακεία
9. Αντίληψη ότι τα μη οπιοειδή αναλγητικά έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα, όπως τα οπιοειδή αναλγητικά
10. Η αντίληψη της αρνητικής δημόσιας εικόνας της μορφίνης
11. Απροθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να χορηγήσει οπιοειδή
12. Ασυμφωνία μεταξύ αυτο-αξιολόγησης και πραγματικής γνώσης
13. Έλλειψη ειδικών ιατρών στη θεραπεία του πόνου

**Σχετιζόμενοι με τους ασθενείς:**

1. Απροθυμία των ασθενών να αναφέρουν τον πόνο
2. Απροθυμία του ασθενούς να λάβει οπιοειδή
3. Αδυναμία των ασθενών να πληρώσουν για αναλγητικά

**Σχετιζόμενοι με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης:**

1. Έλλειψη τεχνικών νευρικών αποκλεισμών
2. Έλλειψη ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών υποστήριξης
3. Έλλειψη εξοπλισμού ή δεξιοτήτων
4. Έλλειψη πρόσβασης σε ευρύ φάσμα αναλγητικών
5. Έλλειψη πρόσβασης σε επαγγελματικές μεθόδους
6. Δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες μη φαρμακολογικής διαχείρισης του πόνου
7. Επίπτωση της απόστασης στην δυνατότητα προσέγγισης υπηρεσιών πόνου
8. Έλλειψη συντονισμού μεταξύ αυτών που παρέχουν υπηρεσίες πόνου
9. Δυσκολία στην πρόσβαση σε παρεμβατικές υπηρεσίες του πόνου
10. Έλλειψη υποστήριξης από ειδικό στον πόνο και την παρηγορητική φροντίδα
11. Ανεπαρκής καθοδήγηση των ειδικών του πόνου
12. Έλλειψη πρόσβασης σε ευρύ φάσμα οπιοειδών
13. Έλλειψη χρόνου του προσωπικού για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πόνου ου ασθενούς

**Κακή εκτίμηση του Πόνου**

Μια καλή εκτίμηση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του αποτελεσματικού ελέγχου του πόνου. Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της κάθε αξιολόγησης είναι η αυτο-αξιολόγηση του ασθενούς, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν συχνά γενικές ερωτήσεις και στη συνέχεια δεν ακολουθούν την απάντηση περαιτέρω, περιμένουν ο ασθενής να παραπονεθεί αυθόρμητα για τον πόνο

του, ενώ αυτός περιμένει από το γιατρό να τον ρωτήσει σχετικά με τον πόνο του. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται κάποια καθοδήγηση που θα τους επιτρέψει να παρέχουν σχετικές πληροφορίες. Οι κατευθυντήριες αυτές γραμμές δεν εγγυώνται ότι οι ασθενείς θα είναι σε θέση να βρουν τις λέξεις να περιγράψουν τον πόνο τους επαρκώς.

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο οι αξιολογήσεις μπορεί να είναι τόσο κακές, είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς με καρκίνο, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να τους οδηγήσει να αποφύγουν οποιαδήποτε ουσιαστική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς αυτούς. Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες υγείας δε διαθέτουν αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας, έτσι ώστε ακόμη κι αν ήθελαν να επικοινωνήσουν με ουσιαστικό τρόπο με τους ασθενείς τους, δεν έχουν τη δυνατότητα να το πράξουν.

Η ανεπαρκής εκτίμηση του πόνου είναι το εμπόδιο στη διαχείριση του καρκινικού πόνου που έχει αναφερθεί πιο συχνά από τους γιατρούς<sup>17-20,22</sup>. Ηέκφραση του πόνου από τους ασθενείς είναι η μόνη πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση του πόνου. Η χρήση των τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης πόνου επιτρέπει στους γιατρούς να αξιολογούν αυτό το υποκειμενικό σύμπτωμα με ένα αξιόπιστο και έγκυρο τρόπο. Η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) και η NRS είναι απλή και εύκολη

στη χρήση. Ωστόσο, μόνο το 7% έως 43% των γιατρών χρησιμοποιούν μία από αυτές τις κλίμακες στην πρακτική τους, και πολυπαραγοντικά ερωτηματολόγια σπάνια χρησιμοποιούνται<sup>20,23-25</sup>. Ανησυχητικά, 30% έως 51% των γιατρών θεωρούν ότι οι ασθενείς υπερβάλουν για να προσελκύσουν την προσοχή<sup>26</sup>. Επιπλέον, μόνο ένας μικρός αριθμός των ιατρών ανέφεραν ότι εφαρμόζουν κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης του πόνου στην καθημερινή τους πρακτική<sup>19,23</sup>.

#### ***Απροθυμία των γιατρών να χορηγήσουν οπιοειδή***

Υπάρχει μια σειρά από πολύ ανησυχητικούς και διάχυτους μύθους και παρανοήσεις σχετικά με τη χρήση των οπιοειδών, όπως ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή σε παρατεταμένη βάση εθίζονται, ότι τα οπιοειδή πρέπει να διατηρούνται έως ότου ο πόνος να γίνει αβάσταχτος και ότι τα οπιοειδή προκαλούν καταστολή της αναπνοής απειλητική για τη ζωή. Επίσης, η ανακούφιση του πόνου από ένα εικονικό φάρμακο εκλαμβάνεται ότι ο ασθενής ψεύδεται ή υποκρίνεται για τον πόνο του.

Ο φόβος του εθισμού ή «οπιοφοβία» αναφέρεται ως ένας από τους συνηθέστερους λόγους για την κακή διαχείριση του καρκινικού πόνου. Ακόμα κι αν η συχνότητα εμφάνισης της εξάρτησης από οπιοειδή σε ασθενείς με πόνο πιστεύεται ότι είναι λιγότερο από 1%, πάρα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης αγνοούν

αυτό το γεγονός και γίνονται έρμαιο του φόβου τους σχετικά με τη δυνατότητα των ασθενών τους να εθιστούν<sup>62,64</sup>. Επιπλέον, αυτός ο φόβος μπορεί να επιδεινωθεί όταν οι ασθενείς προέρχονται από μια περιοχή όπου η κατάχρηση των ναρκωτικών είναι ένα κοινό πρόβλημα<sup>60</sup>. Ένα από τα μεγαλύτερα παράδοξα στον τομέα της διαχείρισης του πόνου είναι ότι οι ασθενείς που έχουν πόνο που είναι ανεπαρκώς ελεγχόμενος εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορές παρόμοιες με αυτές που εκδηλώνονται από τα άτομα που έχουν εθιστεί στα οπιοειδή. Ο φόβος του εθισμού είναι ένα εμπόδιο που εξηγεί γιατί οι γιατροί είναι απρόθυμοι να συνταγογραφήσουν οπιοειδή. Έχει αποδειχθεί ότι το 25% έως 40% των γιατρών ανησυχούν για τον εθισμό, και το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο για τους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό εθισμού<sup>21,27</sup>. Ο κίνδυνος της ανοχής (ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης δόσης οπιοειδών), η απαίτηση συνταγογράφησης οπιοειδών σε ειδικά έντυπα, καθώς και η αρνητική αντίληψη για τα οπιοειδή ήταν μερικά από τα βασικά εμπόδια για τους γιατρούς<sup>19,21,29,33</sup>.

Μια άλλη παρανόηση που περιβάλλει τη χρήση των οπιοειδών είναι ο υπερβολικός φόβος μήπως προκαλέσουν απειλητική για τη ζωή αναπνευστική καταστολή, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και ασθενείς τελικού σταδίου<sup>63</sup>. Το παράδοξο εδώ είναι ότι αυτή η παρενέργεια των οπιοειδών μπορεί να αναστραφεί με τη χορήγηση ναλοξόνης. Ο ίδιος ο πόνος είναι

ένα ερέθισμα για την αναπνοή και ως εκ τούτου, δεν θα εκδηλωθεί αναπνευστική καταστολή έως ότου ελεγχθεί ο πόνος.

Μεγάλη άγνοια υπάρχει για το πρόβλημα της ανοχής σε ασθενείς με καρκίνο, με πολλούς να πιστεύουν ότι αν αναπτυχθεί μια φορά ανοχή, τα οπιοειδή δε θα έχουν κανένα περαιτέρω όφελος για τον ασθενή. Ως αποτέλεσμα, ορισμένοι γιατροί είναι απρόθυμοι να ξεκινήσουν θεραπεία με οπιοειδή πάρα πολύ σύντομα, καθώς πιστεύουν ότι θα πρέπει να διατηρούνται στο αποθεματικό τους μέχρι τα «τα πράγματα να γίνουν πραγματικά άσχημα». Είναι αλήθεια ότι οι ασθενείς με καρκίνο μπορούν να αναπτύξουν ένα βαθμό ανοχής στα οπιοειδή που απαιτεί αύξηση της δόσης, αν και ο αυξημένος πόνος λόγω της εξέλιξης της νόσου είναι η πιο κοινή αιτία που απαιτείται μια αλλαγή στη δοσολογία του αναλγητικού παράγοντα.

Πολλοί μύθοι και παρανοήσεις έχουν δημιουργηθεί σχετικά με τη χρήση εικονικών φαρμάκων και την απάντηση στο εικονικό φάρμακο στην αντιμετώπιση του πόνου. Μια απόκριση placebo είναι ένα μη-ειδικό αποτέλεσμα της θεραπείας που μπορεί να προκληθεί από μια θετική προσδοκία του αποτελέσματος εκ μέρους και του επαγγελματία υγείας και των ασθενών, από μια ζεστή, με ενδιαφέρον προς τον ασθενή στάση, από την πλευρά του επαγγελματία υγείας ή να αποδίδεται στη φήμη και την ενθουσιώδη χορήγηση του φαρμάκου. Η αντίδραση placebo μπορεί να είναι εξαιρετικά

ισχυρή και συχνά λειτουργεί σε συνέργεια με τις τυποποιημένες φαρμακολογικές θεραπείες<sup>65</sup>. Δυστυχώς, η απάντηση μπορεί να παρερμηνευτεί από τους επαγγελματίες υγείας ως απόδειξη ότι οι ασθενείς λένε ψέματα σχετικά με τον πόνο τους ή υποκρίνονται ή ότι ο πόνος έχει καθαρά ψυχολογική προέλευση.

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι το 23% με 31% των γιατρών έτειναν να καθυστερήσουν τη χορήγηση ισχυρών οπιοειδών μέχρι οι ασθενείς να φθάσουν στο τελικό στάδιο της νόσου τους ή έως ότου ο πόνος τους γινόταν αφόρητος.

Αυτή η απροθυμία να χρησιμοποιήσουν οπιοειδή ήταν υψηλότερη μεταξύ των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας από ότι μεταξύ των ογκολόγων<sup>17,18,21,27,28</sup>, και οι ογκολόγοι έκριναν τους συναδέλφους τους ως πιο συντηρητικούς στους όρους συνταγογράφησης οπιοειδών<sup>22</sup>. Σε περιπτώσεις σοβαρού πόνου, μόνο το ήμισυ περίπου των ιατρών επέλεξε για τη θεραπεία τη χρήση ισχυρών οπιοειδών<sup>17-18,26</sup>.

Κάποια χαρακτηριστικά του ιατρού σχετιζόταν με την πρόωμη επιθετική διαχείριση του καρκινικού πόνου όπως η πρόσφατη εκπαίδευση, η χρήση κλίμακας VAS ή NRS για την αξιολόγηση του πόνου, λιγότερος φόβος εθισμού, η αυτο-αξιολόγηση, η θεώρηση ότι η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί θεραπευτικό στόχο, το αίσθημα ελευθερίας στην αντιμετώπιση του πόνου, και η ανταπόκριση στα αιτήματα

των ασθενών για αύξηση της δοσολογίας σε αυξημένο πόνο, παρά τον κίνδυνο εθισμού<sup>17,24</sup>.

### *Έλλειψη γνώσης*

Η αξιολόγηση σχετικά με το επίπεδο της γνώσης των ιατρών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου έχει διεξαχθεί με διάφορους τρόπους, από ερωτήσεις σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές μέχρι λεπτομερείς ερωτήσεις βασισμένες σε κλινικές συνθήκες.

Οι ογκολόγοι επέδειξαν καλύτερη βασική γνώση της διαχείρισης του καρκινικού πόνου από ότι άλλοι ειδικοί (π.χ. γενικοί ιατροί, ειδικοί παθολόγοι και ειδικοί γηριατρικής). Όμως περισσότερο από το ήμισυ των ογκολόγων απέτυχε να απαντήσει σωστά τις ερωτήσεις που βασίζονταν σε σεναρία<sup>20</sup>.

Όσον αφορά τις βασικές γνώσεις, το 13% έως 68% των γιατρών ήταν εξοικειωμένοι με τις κατευθυντήριες γραμμές της ΠΟΥ ή άλλες κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, αλλά το επίπεδο κατανόησης διέφερε μεταξύ των γιατρών<sup>20,29,30</sup>.

Τα ακόλουθα θέματα έχουν αναγνωριστεί ως περιοχές γνωστικής ανεπάρκειας μεταξύ των γιατρών: η συνήθης φαρμακευτική αγωγή για τον χρόνιο καρκινικό πόνο (42%), η παθοφυσιολογία του καρκινικού πόνου (κυρίως του νευροπαθητικού πόνου), η ισο-αναλγητική δόση και η τιτλοποίηση της δόσης, ο παροξυσμικός πόνος, τα επικουρικά φάρμακα, ο εθισμός και η ανοχή<sup>19,21,25,28,29,31,32</sup>.

### **Ασυμφωνία μεταξύ της αντίληψης και πραγματικότητας**

Οι γιατροί ανέφεραν ότι η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου ήταν ανεπαρκής στην κλινική πράξη, και αυτό το εύρημα συμφωνεί με τις εκθέσεις σχετικά με τον επιπολασμό της επαρκούς διαχείρισης του καρκινικού πόνου<sup>5,15</sup>. Παραδόξως, οι γιατροί συχνά ανέφεραν ότι είχαν καλή γνώση του καρκινικού πόνου και της διαχείρισής του. Για παράδειγμα, το 78% έως 93% των ογκολόγων δήλωσαν ότι έχουν πολύ καλή γνώση του καρκινικού πόνου, ποσοστό υψηλότερο από αυτό που αναφέρθηκε από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων<sup>18,21,22,31</sup>. Κατά την εξέταση, οι ογκολόγοι βρέθηκαν να έχουν μια καλή γενική γνώση (π.χ. εξοικείωση με τις κατευθυντήριες γραμμές της ΠΟΥ), αλλά απάντησαν ανεπαρκώς όταν ερωτήθηκαν σχετικά με συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις<sup>20,22</sup>. Αυτή η διαφορά μεταξύ της αυτοαξιολόγησης και της πραγματικής κατάστασης δείχνει ότι οι γιατροί δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν πλήρως τις ελλείψεις στις γνώσεις τους, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελεί ένα δυνητικό εμπόδιο στη διαχείριση του καρκινικού πόνου.

### **Άλλα Εμπόδια στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου**

Ο φόβος της νομοθεσίας βιώνεται πολύ διαφορετικά στην Κίνα σε σύγκριση με άλλες χώρες. Περίπου το 75% των κινέζων γιατρών δήλωσαν ότι η υπερβολική κρατική νομοθεσία

στη συνταγογράφηση των οπιοειδών ήταν ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για την διαχείριση του καρκινικού πόνου, ενώ το 8% έως 27% των γιατρών στις δυτικές χώρες περιγράφουν τον παράγοντα αυτό ως εμπόδιο για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου<sup>17-21,23,26,28,29,33</sup>. Οι περιοριστικές ρυθμίσεις στη συνταγογράφηση οπιοειδών διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών, με τους γιατρούς στις ανεπτυγμένες χώρες να έχουν πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα οπιοειδών και εκείνοι στις αναπτυσσόμενες χώρες να έχουν περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές.

Οι έρευνες των αμερικανών ογκολόγων το 2009 και των Αυστραλών το 2011 και το 2012, ανέδειξαν ότι η πλειοψηφία των γιατρών δεν παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς για τον πόνο ή την παρηγορητική φροντίδα λόγω των δυσκολιών στην πρόσβαση ή τον προγραμματισμό ραντεβού με αυτές τις υπηρεσίες<sup>22,23</sup>.

### **Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των Επαγγελματικών Εμποδίων στη διαχείριση του Καρκινικού Πόνου**

Μελέτες παρέμβασης για τη βελτίωση του πόνου των καρκινοπαθών από επαγγελματικής πλευράς περιελάμβαναν την επαγγελματική εκπαίδευση, την αξιολόγηση του πόνου, και τη συνδιάσκεψη με έναν ειδικό. Επαγγελματική παρέμβαση για νοσηλευτές έχει αναφερθεί να βελτιώνει τη γνώση και τη στάση των νοσηλευτών μετά την εκπαίδευση. Ωστόσο, καμία



μελέτη δεν έχει δείξει ότι αυτή η βελτίωση στη γνώση οδηγεί σε βελτίωση της διαχείρισης του πόνου<sup>34,36</sup>.

Το Schmerz-Therapiein der Onkologischen Paediatric (STOP), ένα εθνικό πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας σχετικά με τον έλεγχο του πόνου στην παιδιατρική ογκολογία από το 1997-2001 στη Γερμανία, έδειξε ελπιδοφόρα αποτελέσματα για τη βελτίωση των γνώσεων και της πρακτικής<sup>37</sup>. Αυτή η μελέτη σύγκρινε τη διαχείριση του πόνου στην παιδιατρική ογκολογία μεταξύ τμημάτων ενεργούς διαχείρισης της ποιότητας (QM) και τμημάτων μη ενεργούς QM. Και τα δύο σκέλη της μελέτης έλαβαν την κατάρτιση και ένα εγχειρίδιο με βάση τις σύγχρονες πρακτικές αντιμετώπισης του πόνου, και τα ενεργά τμήματα είχαν επίσης εις βάθος κατάρτιση και περιοδική. Οκτώ τμήματα (36 συμμετέχοντες) εντάχθηκαν στο βραχίονα της ενεργούς QM, και 64 τμήματα (193 συμμετέχοντες) εντάχθηκαν στο βραχίονα μη ενεργούς QM. Στους συμμετέχοντες περιλαμβάνονται επικεφαλείς γιατροί, γιατροί πτέρυγας, επικεφαλείς νοσοκόμες, και ψυχολόγοι/κοινωνικοί λειτουργοί. Τα τμήματα ενεργούς διαχείρισης ποιότητας έδειξαν βελτίωση των γνώσεων ελέγχου του πόνου και του νευροπαθητικού πόνου μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των λιγότερο επώδυνων τρόπων χορήγησης και μείωση της χρήσης των μικτών οπιοειδών αγωνιστών-ανταγωνιστών

στην πρακτική τους. Οι ασθενείς μεταξύ των ηλικιών 12 και 17 ετών και οι γονείς των ασθενών ηλικίας κάτω των 12 ετών στο βραχίονα της δραστηκής QM αναφέρουν μείωση της έντασης του πόνου και μειωμένη συχνότητα εμφάνισης σοβαρού πόνου. Σύμφωνα με την αυτο-αξιολόγηση των συμμετεχόντων, το STOP βελτίωσε τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου στα ενεργά τμήματα, ενώ η αλλαγή ήταν αμελητέα στα μη δραστηκά τμήματα QM.

Η Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) διεξήγαγε επίσης μια μελέτη για να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα ενός τυποποιημένου πρωτοκόλλου χορήγησης αναλγησίας για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, με τη διαχείριση του πόνου αναλόγως της διακριτικής ευχέρειας του θεράποντος ιατρού. Σε μία ομάδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα ή του προστάτη, το ποσοστό της μείωσης του χειρότερου πόνου ήταν υψηλότερο στην ομάδα του αναλγητικού πρωτοκόλλου από ότι στην ομάδα της διακριτικής ευχέρειας σε παρακολούθηση 2-εβδομάδων (48% vs 15%,  $P < 0.001$ ), και η διαφορά αυτή διατηρήθηκε για 4 εβδομάδες (52% vs 19%,  $P = 0.045$ ). Ο χειρότερος πόνος μειώθηκε κατά 27% στην αναλγητική ομάδα του πρωτοκόλλου. Αν και η μελέτη έκλεισε νωρίς λόγω τεχνικών προβλημάτων, η ομάδα του αναλγητικού πρωτοκόλλου παρουσίασε καλύτερο έλεγχο του πόνου<sup>38</sup>.

## ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γνωστικά εμπόδια, συναισθηματικά εμπόδια, η μη ορθή τήρηση της αγωγής αποτελούν παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή που μπορούν να μειώσουν την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του καρκινικού πόνου (Πίν.2).

**Πίνακας 2.** Εμπόδια στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου από τη σκοπιά των ασθενών

### Γνωστικά:

1. Ανησυχία σχετικά με την εξέλιξη της νόσου
2. Ανησυχία όσον αφορά τον εθισμό
3. Ανησυχία για την ανάπτυξη ανοχής
4. Δυσμενείς επιπτώσεις
5. Ιδέα του να είναι «καλός ασθενής»
6. Μοιρολατρική πεποιθήση σχετικά με τον καρκινικό πόνο
7. Ανησυχία απόσπασης της προσοχής του ιατρού από τη θεραπεία της νόσου
8. Φόβος των ενέσεων
9. Επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα

### Συναισθηματικά:

1. Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή

### **Γνωστικά Εμπόδια στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου**

Επειδή ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα, η στάση του ασθενούς απέναντι στον πόνο και η γνώση του πόνου του καρκίνου και η διαχείρισή του μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση του πόνου και των συναφών αποτε-

λεσμάτων της. Οι ασθενείς που έχουν ανησυχίες και παρανοήσεις σχετικά με τα φάρμακα για τον πόνο είναι απρόθυμοι να αναφέρουν τον πόνο και να λάβουν οπιοειδή. Άλλα πιθανά εμπόδια από την οπτική γωνία του ασθενή μπορεί να περιλαμβάνουν την κακή επικοινωνία με τους γιατρούς (αποφυγή αναφοράς των συμπτωμάτων για να μην αποσπάσουν το γιατρό από τη θεραπεία του καρκίνου), παρανοήσεις σχετικά με τα φάρμακα του πόνου (φόβος για τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις, τον εθισμό, την ανοχή, και την ανοσοκαταστολή που προκαλείται από τα φάρμακα για τον πόνο), και μοιρολατρικές πεποιθήσεις όπως ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος ή δε μπορεί να ελεγχθεί, ή ότι η αύξηση του πόνου δείχνει την εξέλιξη της νόσου. Οι φραγμοί σχετιζόμενοι με τον ασθενή στην διαχείριση του πόνου του καρκίνου έχουν μελετηθεί χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο αναφοράς 27 σημείων, που αναπτύχθηκε ειδικά για αυτό το σκοπό και στη συνέχεια τροποποιήθηκε ώστε να προκύψει το Ερωτηματολόγιο Φραγμών Π<sup>39,40</sup>.

Οι σχετιζόμενοι με τον ασθενή φραγμοί στη διαχείριση του πόνου του καρκίνου μπορεί να συνδέονται με την κακή ποιότητα ζωής, τον ανεπαρκή έλεγχο του πόνου σύμφωνα με ένα δείκτη διαχείρισης του πόνου (που υπολογίζεται αφαιρώντας τη βαθμολογία της έντασης του πόνου [κανένας=0, Ήπιος=1, Μέτριος=2, Σοβαρός=3] από τη βαθμολογία χρήσης αναλγητικών [0=καθόλου αναλγητικά, 1=μη οπιο-

ειδή αναλγητικά, 2=ήπια οπιοειδή, 3=ισχυρά οπιοειδή], με την αρνητική βαθμολογία να υποδηλώνει ανεπαρκή αντιμετώπιση), και την αρνητική διάθεση (π.χ., κατάθλιψη)<sup>39-41</sup>. Οι σχετιζόμενοι με τον ασθενή φραγμοί στη διαχείριση του καρκινικού πόνου διαφέρουν μεταξύ των πολιτισμών. Αναφερόμενοι σε μια μετα-ανάλυση από τον Chen και συν.<sup>42</sup>, οι Ασιάτες ασθενείς βίωναν μεγαλύτερα εμπόδια στη διαχείριση του πόνου του καρκίνου από ότι οι Δυτικοί ασθενείς, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ανησυχίες σχετικά με την πρόοδο της νόσου, την ανάπτυξη ανοχής, και τη μοιρολατρία.

### **Συναισθηματικοί Φραγμοί στην Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου**

Η ψυχολογική δυσφορία έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται σημαντικά με την αντίληψη του πόνου<sup>43</sup>. Υψηλότερη ένταση του πόνου συνδέεται με ένα υψηλότερο επίπεδο της ψυχολογικής δυσφορίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους, της εχθρότητας, τις διαταραχές της διάθεσης, και του θυμού<sup>44</sup>. Μία πρόσφατη μελέτη για τα εμπόδια στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου που αναφέρθηκαν από ασθενείς σε ογκολογικές κλινικές αποκάλυψε ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στην Απογραφή Κατάθλιψης Beck συνδέθηκαν με υψηλότερα σκορ στο Ερωτηματολόγιο Φραγμών Π<sup>41</sup>. Μια μελέτη από τους Wang και συν.<sup>45</sup> πρότεινε ότι η βελτίωση της κατάθλιψης ήταν ένας από τους προγνωστικούς παράγο-

ντες της βελτίωσης του καρκινικού πόνου με την πάροδο του χρόνου. Δοκιμασία θετική αναφορικά με την κατάθλιψη, σύμφωνα με το Ερωτηματολόγιο Υγείας των Ασθενών-2 είχε επίσης αναφερθεί να σχετίζεται με φτωχότερη προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα<sup>46</sup>. Δεδομένης της σημασίας της ψυχολογικής ευημερίας στην αντιμετώπιση του πόνου, έλεγχος ρουτίνας για την κατάθλιψη και το άγχος θα πρέπει να είναι μέρος της αρχικής εκτίμησης του πόνου.

### **Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή**

Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή σχετίζεται επίσης με την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου. Η συμμόρφωση στα οπιοειδή αναφέρθηκε ότι είναι 63% έως 91%, και η τήρησή τους ως αναγκαία φάρμακα έχει αναφερθεί να είναι 22% έως 27%<sup>47-49</sup>. Σε μια μελέτη σε εξωτερικούς ασθενείς με καρκίνο στην Ταϊβάν, οι προκαταλήψεις σχετικά με τα οπιοειδή αναλγητικά συσχετίστηκαν με χαμηλή συμμόρφωση στην αγωγή με οπιοειδή. Ως εκ τούτου, η αυτο-αποτελεσματικότητα λήψης οπιοειδών των ασθενών (ως αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται η πίστη ή η εμπιστοσύνη στην ικανότητα ενός ατόμου να πραγματοποιήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά για να παραχθεί ένα επιθυμητό αποτέλεσμα) συσχετίζεται θετικά με συμμόρφωση στα οπιοειδή (και ανακούφιση από τον πόνο. Η αυτο-αποτελεσματικότητα

των ασθενών ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός δείκτης της ανακούφισης του πόνου σε μια ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης που περιλάμβανε το φύλο, την εκπαίδευση, καθώς και τις πεποιθήσεις σχετικά με τα αναλγητικά ως ανεξάρτητους παράγοντες<sup>47</sup>. Μια άλλη μελέτη ασθενών με καρκίνο αποκάλυψε ότι η καλύτερη συμμόρφωση με τις συνιστώμενες θεραπείες συσχετίστηκε με λιγότερο σοβαρό πόνο<sup>48</sup>. Τακτική παρακολούθηση για την εκτίμηση της συμμόρφωσης είναι σημαντική για να επιτευχθεί η καλή διαχείριση του πόνου. Το κόστος των οπιοειδών διαφέρει επίσης από χώρα σε χώρα, επίσης ορισμένοι ασθενείς λόγω οικονομικών προβλημάτων έχουν δυσκολία να πληρώσουν την αγωγή τους<sup>50</sup>.

#### ***Παρεμβάσεις για την υπερπήδηση των εμποδίων που σχετίζονται με τους Ασθενείς στη Διαχείριση του Καρκινικού Πόνου***

Βασισμένες σε ασθενείς, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν προταθεί για να διευκολυνθεί η καλύτερη διαχείριση του πόνου των καρκινοπαθών μέσω αλλαγών στη γνώση, στις στάσεις και στις πεποιθήσεις. Μια μετα-ανάλυση 21 τυχαιοποιημένων μελετών από τους Bennett και συν.<sup>51</sup> διεξήχθη για τον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων των διαφόρων παρεμβάσεων για τη διαχείριση του πόνου του καρκίνου. Η εκπαίδευση των ασθενών είχε θετική επίδραση στη γνώση της διαχείρισης του πόνου του καρκίνου των ασθενών και ο-

δήγησε σε στατιστικά σημαντική μείωση της μέσης έντασης του πόνου (0-10 NRS από την «Σύντομη Καταγραφή Πόνου»), με μείωση κατά 1,1 βαθμό του χειρότερου πόνου που βιώνουν οι ασθενείς. Ωστόσο, η παρέμβαση δεν έδειξε σημαντικές επιπτώσεις στη διάθεση ή την ποιότητα ζωής. Οι περισσότερες από τις παρεμβάσεις αποτελούνταν από πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίες καθοδήγησης (15 έως 60 λεπτά) με ένα ενημερωτικό φυλλάδιο. Τα αποτελέσματα σχετικά με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ή την αυτοαποτελεσματικότητα δεν ήταν σταθερά. Αυτή η μελέτη πρότεινε ότι η παρέμβαση έχει μέτρια επίδραση στην ένταση του πόνου, τη στάση και τη γνώση σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα με βάση τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης. Μια πρόσφατη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη<sup>52</sup> μιας προσαρμοσμένης παρέμβασης εκπαίδευσης και προπόνησης (TEC) διεξήχθη σε ασθενείς με καρκίνο με μέτριο πόνο και λειτουργική έκπτωση, σε μια προσπάθεια να ενισχυθεί η διαχείριση του καρκινικού πόνου μέσα από την εκπαίδευση και την καθοδήγηση των ασθενών. Η αυτοαποτελεσματικότητα της επικοινωνίας βελτιώθηκε σημαντικά στην ομάδα TEC. Ωστόσο, οι παρανοήσεις σχετικά με τον πόνο μειώθηκαν και στις δύο ομάδες, και δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι παρανοήσεις του πόνου μειώθηκαν σημαντικά σε παρόμοιο βαθμό και στις δύο ομάδες. Βελτίωση του πό-

νου στην ομάδα TEC παρατηρήθηκε μόνο σε παρακολούθηση 2-εβδομάδων αλλά αυτή η βελτίωση δεν διατηρήθηκε για 6 ή 12εβδομάδες. Η TEC δεν είχε σημαντική επίδραση στη μείωση της σοβαρότητας του πόνου ή στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης ή της ποιότητας ζωής.

Υπάρχουν καλά στοιχεία για να υποστηριχθεί ο ρόλος της εκπαίδευσης των ασθενών στη διαχείριση του πόνου του καρκίνου. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των υφιστάμενων παρεμβάσεων, γεγονός που καθιστά δύσκολο να δοθούν συγκεκριμένες συστάσεις ελλείψει στοιχείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να γίνουν άμεσες συγκρίσεις. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν τα βέλτιστα συστατικά της εκπαίδευσης των ασθενών και να εντοπίσουν το πιο αποτελεσματικό πρόγραμμα.

## **ΦΡΑΓΜΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### ***Εμπόδια στη χρήση οπιοειδών***

Το εύρος των διαθέσιμων φαρμάκων και η πρόσβαση στα οπιοειδή για τον καρκινικό πόνο ποικίλλουν ανάλογα με τη χώρα. Οι γιατροί στις ανεπτυγμένες χώρες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν λιγότερους περιορισμούς από νομικά ή ρυθμιστικά όργανα, ενώ εκείνοι στις αναπτυσσόμενες χώρες συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν περισσότερους περιορισμούς στη συνταγογράφηση των οπιοειδών. Λιγότερο από το 50% των γιατρών στη Γαλλία, τον Καναδά,

και τις ΗΠΑ ένιωθαν άβολα συνταγογραφώντας οπιοειδή ή ότι η συνταγογράφηση τους επηρεαζόταν από τον κανονισμό, ενώ περισσότερο από το 70% των Κινέζων ιατρών ένιωθαν περιορισμό στην ικανότητά τους να συνταγογραφούν οπιοειδή, λόγω των αυστηρών κανονισμών. Ωστόσο, ακόμη και οι γιατροί στις ΗΠΑ έχουν παρανοήσεις σχετικά με το ρυθμιστικό έλεγχο: για παράδειγμα, σχεδόν το 50% των γιατρών που ρωτήθηκαν εξέφρασαν την ανησυχία ότι η υπερβολική συνταγογράφηση ναρκωτικών θα οδηγούσε σε έλεγχο από κάποιο ελεγκτικό όργανο<sup>27</sup>.

### ***Εμπόδια που σχετίζονται με το Σύστημα Υγείας***

Ο πολυπαραγοντικός έλεγχος του πόνου απαιτεί συνεργασία με άλλους ειδικούς, ιδιαίτερα γιατρούς παρηγορητικής φροντίδας. Οι έρευνες γιατρών αποκάλυψαν εμπόδια στην πρόσβαση σε ειδικούς του πόνου και της παρηγορητικής φροντίδας<sup>17,18,23</sup>. Γιατροί ανέφεραν δυσκολία πρόσβασης σε άλλους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών σε νευροκαταστροφικές επεμβάσεις (5% έως 31%), παρεμβατικές υπηρεσίες πόνου (88%), ψυχοκοινωνικής στήριξης (11% έως 54%) και μη φαρμακολογικής διαχείρισης του πόνου (88%).

Ορισμένοι γιατροί ανέφεραν δυσκολία πρόσβασης σε ειδικούς, λόγω της φυσικής απόστασης μεταξύ της δικής τους άσκησης και των εξειδικευμένων υπηρεσιών<sup>17,18,23,28,33</sup>.

### **Εμπόδια σχετικά με την εκπαίδευση**

Η πλειοψηφία των γιατρών που συμμετείχαν σε έρευνα ανέφεραν ότι η εκπαίδευση για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου κατά τη διάρκεια της ιατρικής σχολής και της ειδικότητας ήταν κακή και ότι πιο εκτεταμένη εκπαίδευση ήταν αναγκαία στη Δανία<sup>53</sup>, τη Φινλανδία<sup>20</sup>, τη Γαλλία<sup>21</sup>, το Ισραήλ<sup>19</sup>, τη Νότια Κορέα<sup>26</sup>, τη Σουηδία<sup>25</sup> την Ταϊβάν<sup>28</sup>, την Κίνα<sup>29</sup> και τις ΗΠΑ<sup>17</sup>. Από τους συμμετέχοντες, 10% έως 19% ήταν ικανοποιημένοι με την εκπαίδευσή τους σε σχέση με τον πόνο κατά τη διάρκεια της ιατρικής σχολής, και 52% έως 67% την βαθμολογεί ως φτωχή<sup>17,19,53</sup>. Περισσότερο από το ήμισυ των γιατρών ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου<sup>21</sup>. Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης του πόνου ήταν καλύτερη για τους γιατρούς, οι οποίοι είχαν λάβει εκπαίδευση και κατάρτιση πρόσφατα από ότι για τους ηλικιωμένους γιατρούς, όσον αφορά τόσο την ιατρική σχολή όσο και τη λήψη ειδικότητας<sup>22</sup>. Μόνο το 20% έως 25% των ειδικευόμενων αιματολογίας-ογκολογίας ολοκλήρωσε μια υποχρεωτική παρακολούθηση παρηγορητικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της ειδικότητας<sup>54</sup> και η εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση του πόνου παρέμεινε περιορισμένη ακόμη και για αυτούς<sup>55</sup>.

### **Η Ελληνική Πραγματικότητα**

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα σύμφωνα με μία μελέτη των Δ. Παπαγόρα και

συν. το 2013, σχετικά με τη συχνότητα χορήγησης μορφίνης σε ασθενείς με κακοήθη νόσο τελικού σταδίου στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, μόνο το 2% των κλινικών ανέφεραν ότι έχουν ως πάγια τακτική τη χορήγηση μορφίνης, ενώ στο 16,6% αυτή είναι περιστασιακή. Φραγμοί στη χορήγηση μορφίνης αποτελούν ο φόβος των επιπλοκών, οι ιατρονομικές συνέπειες, ο φόβος της εξάρτησης, η πολύπλοκη και κουραστική διαδικασία συνταγογράφησης, η έλλειψη εμπειρίας στη χρήση της μορφίνης και η απουσία δισκίων μορφίνης από τα φαρμακεία των νοσοκομείων. Αξιοσημείωτη είναι η παντελής απουσία πρωτοκόλλων αναλγησίας, η απουσία εκπαίδευσης στον πόνο και την αναλγησία τόσο προπτυχιακά όσο και κατά τη διάρκεια της ειδικότητας, η μη χρησιμοποίηση κλιμάκων εκτίμησης του πόνου και η γραφειοκρατική δαιδαλώδης και κουραστική διαδικασία προμήθειας της μορφίνης που δρα αποτρεπτικά στη συνταγογράφησης της.

### **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΥΠΕΡΠΗΔΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΡΑΓΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Ο πόνος του καρκίνου είναι ένα πολυδιάστατο σύμπτωμα με φυσικές και μη φυσικές συνιστώσες. Επαρκής έλεγχος του πόνου απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση ως προς την αξιολόγηση και τη διαχείριση. Τα εμπόδια διαχείρισης του καρκινικού πόνου έχουν επίσης πολυδιάστατο χαρακτήρα και περιλαμβάνουν τον

ασθενή, το γιατρό, καθώς και παράγοντες του που σχετίζονται με το σύστημα. Ως εκ τούτου, η επιτυχής διαχείριση του καρκινικού πόνου απαιτεί διεπιστημονικές παρεμβάσεις από διεπαγγελματικές ομάδες<sup>56-58</sup>. Ο ακόλουθος κατάλογος συστάσεων μπορεί να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν μερικά κοινά εμπόδια στη διαχείριση του πόνου του καρκίνου<sup>59-61</sup>

#### **Αξιολόγηση του πόνου και του αποτελέσματος:**

- Χρησιμοποίηση επικυρωμένων εργαλείων για τον έλεγχο και την παρακολούθηση του πόνου (π.χ. NRS και VAS)
- Παροχή πολυδιάστατης αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, λειτουργικής, ψυχοκοινωνικής και πνευματικής πτυχής του πόνου
- Αξιολόγηση συνοδών νοσημάτων
- Συνεχής αξιολόγηση του πόνου με τακτικά ραντεβού παρακολούθησης

#### **Διαχείριση του πόνου του καρκίνου:**

- Τήρηση των πρόσφατα ενημερωμένων κατευθυντήριων γραμμών (π.χ. κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ, τις κατευθυντήριες γραμμές NCCN, και οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρεία Πόνου)
- Επιλογή των κατάλληλων αναλγητικών σε επαρκείς δοσολογίες, μεσοδιαστήματα και οδούς χορήγησης

- Επιλογή ικανοποιητικών συμπληρωματικών αναλγητικών, σύμφωνα με την παθοφυσιολογία του πόνου
- Παρακολούθηση του αποτελέσματος μετά την έναρξη των αναλγητικών
- Πρόβλεψη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αναλγητικών
- Συνεργασία με άλλες ειδικότητες, ιδιαίτερα γιατρούς παρηγορητικής φροντίδας, για μια διεπιστημονική προσέγγιση

#### **Η εκπαίδευση των ασθενών και των μελών της οικογένειας:**

- Ενημέρωση των ασθενών ότι ο περισσότερος πόνος του καρκίνου μπορεί να μετριαστεί, θέτοντας επίσης ρεαλιστικές προσδοκίες και στόχους
- Παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης
- Παροχή εκπαίδευσης στον ασθενή και στην οικογένεια στην κατάλληλη χρήση των φαρμάκων για τον πόνο

#### **Εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας:**

- Διδακτικές διαλέξεις και ασκήσεις για τη διαχείριση του πόνου και την παρηγορητική φροντίδα για τους σπουδαστές και τους ασκούμενους
- Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση σε θέματα πόνου για εξάσκηση των κλινικών ιατρών

- Διεπιστημονικά μαθήματα διαχείρισης του πόνου για να συζητηθούν περιπτώσεις ασθενών
- Αυξημένη κατάρτιση ειδικών πόνου και παρηγορητικής φροντίδας

#### **Αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με το σύστημα:**

- Άρση των οργανωτικών ων εμποδίων για τη χρήση οπιοειδών
- Διασφάλιση της ευελιξίας των ρυθμιστικών μέτρων για τη χορήγηση στους ασθενείς που τα έχουν πραγματική ανάγκη
- Αλλαγές στις νομοθετικές ρυθμίσεις που έχουν σχέση με τη διάθεση φαρμάκων
- Βελτίωση στον τομέα συνταγογράφησης, διανομής, διάθεσης των φαρμάκων
- Συμφωνία για αυξημένη διαθεσιμότητα οπιοειδών σε χώρες με περιορισμένη πρόσβαση
- Αύξηση της διαθεσιμότητας των ιατρικών πόνου και ανακουφιστικής φροντίδας

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η συντονισμένη προσπάθεια από τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες υγείας μαζί με τις ομάδες παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να σπάσει τους φραγμούς και να συμβάλλει σε

σημαντικές βελτιώσεις στη διαχείριση του καρκινικού πόνου.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: A Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 2012;43:503-14.
2. Koyyalagunta D, Bruera E, Solanki DR, et al. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of opioids for cancer pain. *Pain Physician* 2012; 15:ES39-ES58, (suppl 3).
3. Valdimarsdottir U, Helgason AR, Furst CJ, et al. The unrecognized cost of cancer patients' unrelieved symptoms: A nationwide follow-up of their surviving partners. *Br J Cancer* 2002;86:1540-5.
4. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: A pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009;20:1420-33.
5. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with



- cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-49.
6. van denBeuken-van Everdingen MH, deRijke JM, Kessels AG, et al: High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in the Netherlands. *Pain* 2007;132:312-20.
  7. World Health Organization: Cancer Pain Relief. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1986.
  8. National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in oncology. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp#supportive](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#supportive)
  9. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13:e58-e68.
  10. Takeda F. Results of field-testing in Japan of the WHO draft interim guidelines on relief of cancer pain. *Pain Clin*, 1986- whqlibdoc.who.in
  11. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59:850-6.
  12. Walker VA, Hoskin PJ, Hanks GW, et al. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital-based palliative care unit. *J Pain Symptom Manage* 1988;3:145-9.
  13. Zech DF, Grond S, Lynch J, et al: Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. *Pain* 1995;63(1):65-76.
  14. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592-6.
  15. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain: A review of published literature. *Ann Oncol* 2008;19:1985-91.
  16. Hong SH, Roh SY, Kim SY. et al. Change in cancer pain management in Korea between 2001 and 2006: Results of two nationwide surveys. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(1):93-103.
  17. vonRoenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993;119:121-6.
  18. Cleeland CS, Janjan NA, Scott CB, et al. Cancer pain management by radiotherapists: A survey of radiation therapy oncology group physicians. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:203-8.

19. Sapir R, Catane R, Strauss-Liviatan N, et al. Cancer pain: Knowledge and attitudes of physicians in Israel. *J Pain Symptom Manage* 1999;17:266-76.
20. Silvoniemi M, Vasankari T, Vahlberg T, et al. Physicians' self-assessment of cancer pain treatment skills: More training required. *Support Care Cancer* 2012;20:2747-53.
21. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, et al. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer* 1995;76:2375-82.
22. Breuer B, Fleishman SB, Cruciani RA, et al. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: A national survey. *J Clin Oncol* 2011;29:4769-75.
23. Lockett T, Davidson PM, Boyle F. et al. Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: Perspectives of oncologists. *Asia Pac J Clin Oncol* 2014;10(2):e99-e107.
24. Yun YH, Park SM, Lee K, et al. Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Ann Oncol* 2005;16:966-71.
25. Rawal N, Hylander J, Arner S.: Management of terminal cancer pain in Sweden: A nationwide survey. *Pain* 1993;54:169-79.
26. Kim MH, Park H, Park EC, et al.: Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: Young doctors of South Korea in their early career. *Jpn J Clin Oncol* 2011;41:783-91.
27. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, et al. Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: Results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. *South Med J* 2000;93:479-87.
28. Ger LP, Ho ST, Wang JJ. Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: A survey of two medical centers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:335-44.
29. Yanjun S, Changli W, Ling W, et al. A survey on physician knowledge and attitudes towards clinical use of morphine for cancer pain treatment in China. *Support Care Cancer* 2010;18:1455-60.
30. Wolfert MZ, Gilson AM, Dahl JL, et al. Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices. *Pain Med* 2010;11:425-34.

31. Gallagher R, Hawley P, Yeomans W. A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manag* 2004;9:188-94.
32. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, et al. Multicenter study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995;310:1034-7.
33. Yu S, Wan XS, Cheng Y, et al. Special aspects of cancer pain management in a Chinese general hospital. *Eur J Pain* 2001;5:15-20 (suppl A).
34. Huth MM, Gregg TL, Lin L. Education changes Mexican nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Pain Manag Nurs* 2010;11:201-8.
35. Ger LP, Chang CY, Ho ST, et al. Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer pain assessment and their acceptance of patients' pain reports. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27:61-71.
36. Vallerand AH, Riley-Doucet C, Hasenau SM, et al. Improving cancer pain management by home-care nurses. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:809-16.
37. Zernikow B, Hasan C, Hechler T, et al. Stop the pain! A nation-wide quality improvement program in pediatric oncology pain control. *Eur J Pain* 2008;12:819-33.
38. Cleeland CS, Portenoy RK, Rue M, et al. Does an oral analgesic protocol improve pain control for patients with cancer? An intergroup study coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Oncol* 2005;16:972-80.
39. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 1993;52:319-24.
40. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, et al. Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire II (BO-II). *Pain* 2002;99:385-96.
41. Kwon JH, Oh SY, Chisholm G, et al. Predictors of high score patient-reported barriers to controlling cancer pain: A preliminary report. *Support Care Cancer* 2013;21:1175-83.
42. Chen CH, Tang ST, Chen CH. Meta-analysis of cultural differences in Western and Asian patient-perceived barriers to managing cancer pain. *Palliat Med* 2012;26:206-21.
43. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and

- depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 2009;17:573-9.
44. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *J PainSymptomManage* 2002;24:526-42.
45. Wang HL, Kroenke K, Wu J, et al. Predictors of cancer-related pain improvement over time. *Psychosom Med* 2012;74:642-7.
46. Yoong J, Traeger LN, Gallagher ER, et al. A pilot study to investigate adherence to long-acting opioids among patients with advanced lung cancer. *J Palliat Med* 2013;16(4):391-6.
47. Liang SY, Yates P, Edwards H, et al. Factors influencing opioid-taking self-efficacy and analgesic adherence in Taiwanese outpatients with cancer. *Psychooncol* 2008;17:1100-7.
48. Jerant A, Franks P, Tancredi DJ, et al. Tendency to adhere to provider-recommended treatments and subsequent pain severity among individuals with cancer. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:23-31.
49. Valeberg BT, Miaskowski C, Hanestad BR, et al. Prevalence rates for and predictors of self-reported adherence of oncology outpatients with analgesic medications. *Clin J Pain* 2008;24:627-36.
50. Dalai S, Bruera E. Access to opioid analgesics and pain relief for patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2013;10:108-16.
51. Bennett MI, Bagnall AM, Jose Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain* 2009;143:192-9.
52. Kravitz RL, Tancredi DJ, Grennan T, et al. Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): Effects of a tailored education and coaching intervention on pain and impairment. *Pain* 2011;152:1572-82.
53. Sjogren P, Banning AM, Jensen NH, et al. Management of cancer pain in Denmark: A nationwide questionnaire survey. *Pain* 1996;64:519-25.
54. Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *JAMA* 2010;303:1054-61.
55. Buss MK, Lessen DS, Sullivan AM, et al. Hematology/oncology fellows' training in palliative care: Results of a national survey. *Cancer* 2011;117:4304-11.
56. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain:

- 
- A systems approach. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:47-58.
57. Fairchild A. Under-treatment of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care* 2010;4:11-5.
58. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, et al. Barriers to pain management: Focus on opioid therapy. *Clin Drug Investig* 2012; 32:11-9 (suppl 1).
59. Alleyne J. The management of sickle cell crisis pain as experienced by patients and carers. *J Adv Nurs* 1994;19:725-32.
60. Benson H, Friedman R. Harnessing the power of the placebo effect and renaming it “remembered wellness”. *Ann Rev Med* 1996;47:193-9.
61. Dickmann JM, Wassem RA. A survey of nursing students’ knowledge of cancer pain control. *Cancer Nurs* 1991;14:314-20.
62. Jose Closs S. Pain and elderly patients: a survey of nurses’ knowledge and experience. *J Adv Nurs* 1996;23:237-42.
63. McCaffrey M. Pain control: barriers to the use of available information. *Cancer* 1992;70:1438-49[Suppl].
64. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, et al. The importance of placebo effects in pain treatment and research. *JAMA* 1994;271:1609-14.
- 

**Λέξεις Κλειδιά:** καρκινικός πόνος, χρόνιος πόνος, φραγμοί, οπιοειδή

#### **Author Disclosures:**

Authors Nastou M, Geleve G and Trikoupi A have no conflicts of interest or financial ties to disclose.

**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:**

Τρικούπη Αναστασία

Αρτέμιδος 3. 57010 Πεύκα

Τηλ: 6937039359

e-mail: atrikoupi@hotmail.com