



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea

***Gli strumenti di misura del dolore totale nelle donne
con tumore al seno: revisione di letteratura***

Relatore: Dott.ssa Ida Lion

Laureanda: Salina Maria

Matricola: 1060984

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

P. 1

CAPITOLO 1. Inquadramento teorico

P.2

- 1.1. Classificazione del dolore
- 1.2. Dolore oncologico
- 1.3. Tumore al seno
- 1.4. Rilevanza infermieristica

P.2
P.3
P.5
P.7

CAPITOLO 2. Materiale e metodi

P.8

- 2.1. Obiettivi di ricerca
- 2.2 Fonti di ricerca
- 2.3 Parole chiave
- 2.4. Criteri di selezione
- 2.5. Sintesi dei risultati

P.8
P.8
P.9
P.10
P.11

CAPITOLO 3. Risultati della ricerca

P.14

- 3.1. Presentazione degli studi selezionati

P.14

CAPITOLO 4. Discussione

P.20

- 4.1. Valutazione critica della letteratura analizzata
 - 4.1.2. Obiettivi infermieristici
 - 4.2.1. Strumenti di misurazione quantitativi del dolore oncologico
 - 4.2.2. Strumenti Multidimensionali
 - 4.2.3. Scale Unidimensionali
 - 4.2.4. Raccomandazioni infermieristiche per la valutazione del dolore oncologico
- 4.3. Strumenti di misurazione qualitativi
 - 4.3.1. Valutazione dell'immagine corporea
 - 4.3.2. Misurazione del distress psicologico
 - 4.3.3. Misurazione del distress psicosociale
 - 4.3.4. Misurazione della demoralizzazione
 - 4.3.5. L'impatto del tumore al seno con metastasi
- 4.4. Medicina narrativa
- 4.5. Norme giuridiche in Italia e potenziale applicazioni nel Veneto
- 4.6. Limiti e punti di forza della ricerca

P.20
P.20
P.20
P.21
P.21

P.23
P.24
P.24
P.26
P.28
P.29
P.29
P.30
P.31
P.32

CONCLUSIONI

P.33

BIBLIOGRAFIA

P.34

ABSTRACT

Introduzione. La percezione del dolore oncologico in pazienti con tumore al seno rappresenta un problema molto rilevante che coinvolge la persona nella sua totalità. Il professionista sanitario è tenuto ad un'attenta valutazione del dolore oncologico sia negli aspetti quantitativi che qualitativi. Gli aspetti quantitativi valutano e misurano il dolore oncologico allo scopo di determinarne la causa, l'intensità, la durata e di scegliere il trattamento. La presa di coscienza del professionista sanitario della percezione soggettiva del dolore del paziente favorisce la concezione della malattia come dimensione biologica dove anche il vissuto della persona ha un ruolo importante allo scopo di creare una relazione assistenziale positiva dalla quale impostare un progetto terapeutico personalizzato e condiviso.

Materiali e metodi. Gli articoli scientifici sono stati reperiti tramite le banche dati di PubMed, ILISI, BMV (Banche dati biblioteca virtuale), RCNO, NHS *evidence* e riviste biomediche online; i libri di testo sono stati consultati dal sistema bibliotecario Pinali dell'Università degli studi di Padova. Sono stati utilizzati i seguenti Mesh: pain, pain measurement, breast cancer, guideline, evidence based pain, narrative, narrative medicine, nursing, cancer pain, qualitative instruments, in end life oncological pain, nursing narrative, pain scale in advanced breast cancer.

I criteri di selezione riguardano la pertinenza all'argomento, adulti, genere femminile, ospedalizzati, studi pubblicati negli ultimi dieci anni in lingua inglese e italiana.

Risultati. Gli studi reperiti sono stati ulteriormente selezionati. L'elaborato di tesi ha incluso 3 Linee Guida e 20 articoli dai quali emerge la validità, affidabilità degli strumenti di misurazione qualitativi e il loro impiego per la valutazione multidimensionale delle persone oncologiche e con cancro al seno e un approccio multidimensionale, olistico e personalizzato per ridurre l'impatto negativo che la malattia ha sulla persona e dare sollievo dal dolore.

Conclusioni. L'assistenza infermieristica prevede un intervento multidimensionale e un approccio personalizzato alla persona che tiene in considerazione al centro della cura gli aspetti psicologici, fisici, spirituali. Gli strumenti utilizzabili comprendono le scale di valutazione unidimensionali e multidimensionali, le scale di misurazione dell'immagine corporea e dell'impatto del tumore sulla persona, la qualità di vita e il distress psicologico e psicosociale.

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di ricerca affronta il dolore oncologico nelle donne colpite da tumore al seno e trae origine dall'esperienza di tirocinio professionalizzante svolto presso l'Unità Operativa di Chirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, realtà in cui ho potuto osservare l'impatto del dolore sulla qualità di vita delle donne assistite.

Il tumore alla mammella incrina più o meno profondamente il concetto di sé delle donne affette e, talvolta, influenza negativamente la loro qualità di vita; rappresenta un evento traumatico in quanto la paziente è costretta a rielaborare la propria immagine corporea e a convivere con paure, stati d'animo e proiezioni di un futuro incerto.⁽⁴⁾

Durante la permanenza in questo contesto ho potuto rilevare che molte di queste pazienti affrontava l'evento malattia, private dell'appoggio psicologico dei cari, senza poter contare sul sostegno della loro famiglia per la maggior parte della permanenza in degenza. Questa condizione in alcuni casi ha reso difficoltosa l'assistenza a causa dell'impatto della malattia e degli effetti che il dolore produce sulla qualità di vita.

La percezione del dolore è, infatti, influenzata da fattori emotivi, comportamentali, cognitivi, culturali e dai significati attribuiti al dolore che possono variare da persona a persona.⁽¹⁾ In particolare, il dolore oncologico ha un impatto emotivo sulla persona,⁽²⁾ interferisce sulla qualità di vita e nelle relazioni sociali e interpersonali, agendo sulla vulnerabilità della persona e della famiglia.⁽¹⁾

Per tale motivo è nato da parte mia l'interesse a studiare e approfondire in letteratura gli strumenti di misura quantitativi e qualitativi utilizzati per l'accertamento del dolore oncologico, in grado di rilevare anche gli aspetti psicologici, spirituali ed emotivi, per sviluppare quel rapporto empatico di fiducia con le assistite e comprenderne la dimensione umana di malattia.

Il dolore è, infatti, un fenomeno multidimensionale complesso che coinvolge la persona nella sua totalità e richiede un accertamento mirato. Ogni professionista sanitario è tenuto a considerare il dolore oncologico sia negli aspetti quantitativi che qualitativi, al fine di accertare e misurare il dolore, identificandone le cause, l'intensità, la durata e permettere la scelta terapeutica più efficace e appropriato al caso.⁽²⁾

CAPITOLO 1

INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 Il dolore

Il dolore è definito come un'esperienza sensoriale, emotiva e sgradevole che deriva da un danno tissutale reale e potenziale.⁽⁶⁾

Il dolore è un fenomeno multidimensionale, un'esperienza personale - soggettiva che coinvolge l'intera persona modificandone, spesso, la percezione della realtà, ed, è influenzato dall'educazione, dalle circostanze, dall'attenzione, e da altri parametri psicologici.

Esistono tre principali dimensioni psicologiche del dolore, che includono:

1. sensorio -discriminante
2. affettivo - motivazionale
3. cognitivo - valutativo

Esse influenzano i meccanismi motori responsabili delle risposte che caratterizzano il dolore.⁽²⁾

La classificazione si basa su tre aspetti: origine, intensità e durata.

In base all'origine dello stimolo si distinguono tre tipi di dolore:

1. **dolore nocicettivo – meccanico - strutturale:** origina da nocicettori sottoposti a stimoli di elevata intensità, esempio nocicettori nei segmenti articolari
2. **dolore nocicettivo infiammatorio:** causato dalla sensibilizzazione dei nocicettori periferici per azione di mediatori infiammatori
3. **dolore neuropatico** (centrale e periferico): conseguenza di lesioni neurologiche (SNC, SNP) che causano abnorme attività degli impulsi con mancanza di correlazione tra entità dello stimolo periferico e sensazione dolorosa.

L'intensità del dolore può variare da persona a persona a seconda dell'esperienza dolorosa precedente e le aspettative personali; rappresenta un parametro fondamentale per la corretta valutazione del dolore e per la scelta farmacologica. A tal fine L'OMS ha stabilito una classificazione del dolore in base all'intensità in lieve (grado 1: da 1 a 3), moderato (grado 2: da 4 a 6), grave (grado 3: da 7 a 10).⁽²⁾

In base alla durata il dolore viene classificato in **acuto e cronico**.⁽³⁾ Il dolore *acuto* ha esordio improvviso, inaspettato, insorge a seguito di un trauma o malattia o intervento

chirurgico,⁽²⁾ ha durata limitata nel tempo, se non gestita correttamente può evolvere in dolore cronico persistente che può causare disabilità al paziente.

Il dolore *cronico* perdura oltre tre mesi senza risoluzione, irreversibile, non alleviabile con trattamenti specifici. Può essere continuo o ricorrente, comportare cambiamenti affettivi e dell'umore, isolamento sociale.⁽⁷⁾

Inoltre, il dolore può essere suddiviso in **superficiale** (per stimolazione meccanica, termica, chimica dei nocicettori del tessuto cutaneo o delle mucose), **viscerale** (per stimolazione dei nocicettori viscerale o somatico, nel distretto toracico, pelvico, addominale, per intervento del Sistema nervoso somatico), **somatico** (può essere costante o intermittente, e può insorgere nei muscoli, legamenti, tendini), **neuropatico**, da richieste metaboliche, o da eccesso metabolico (per danno vascolare).⁽¹³⁾

1.2 DOLORE ONCOLOGICO

Il paziente affetto da dolore oncologico deve far fronte, nel corso della malattia, a numerosi fattori stressanti, fisici e psicologici che comprendono la paura di morire, la sofferenza, la disabilità fisica, la perdita dell'autonomia, la possibilità di una mutilazione chirurgica o il deturpamento causato dalla malattia come può verificarsi nel caso di un tumore al seno. Questi sono tutti fattori che possono minacciare l'immagine corporea e l'immagine che una persona ha di se stessa. Sebbene queste paure siano presenti in tutti gli ammalati di cancro, il grado di distress è variabile da persona a persona ed esso dipende dalla personalità del soggetto, dalle abilità di coping e dai supporti sociali.

Il dolore oncologico ha un forte impatto emotivo sulla persona in quanto viene caricato di significati che il soggetto attribuisce alla malattia; alle componenti fisiche si associano aspetti sociali, emotive, spirituali che rendono angosciante l'esperienza di dolore che viene definita "dolore totale" per sottolinearne la complessità e il coinvolgimento di tutta la persona, distinto dal dolore di uguale intensità ma dovuto a causa non maligna che non ha sul soggetto lo stesso impatto.

Conseguenze del dolore oncologico

Il paziente neoplastico va incontro a decadimento fisico e può presentare distress psicologico che varia tra gli individui ed è influenzato da diversi fattori che possono

essere: presenza e grado di dolore, stadio della malattia, abilità di coping del soggetto, situazione psicologica, livello di sviluppo emozionale.

Il dolore oncologico può ostacolare il processo di coping e di adattamento, può aumentare il senso di vulnerabilità e i sentimenti negativi come la sfiducia, l'abbandono, il sentirsi indifesi, la disperazione e la sofferenza le quali possono essere causate anche da alcuni disturbi psicologici e dall'esperienza di altri sintomi. Devastanti sono anche le conseguenze sociali che il dolore oncologico provoca nelle persone, agendo non solo sul paziente ma anche sulla famiglia per i problemi economici che possono presentarsi, per la necessità in alcuni casi di dover abbandonare il lavoro, comportando quindi, una perdita del ruolo professionale e la diminuzione dell'autostima.

L'accertamento del dolore oncologico

Un accertamento adeguato è indispensabile per una gestione efficace del dolore, esso si pone due obiettivi:

- raccolta delle caratteristiche del dolore (insorgenza, decorso, durata, manifestazioni fisiopatologiche)
- valutazione dell'impatto del dolore e del ruolo che esso riveste nello stato di sofferenza del paziente ⁽¹⁾

L'accertamento tiene conto della complessità del dolore, del paziente e della diversità del dolore che la persona neoplastica può presentare; in esso è importante valutare:

- storia della malattia oncologica ⁽²⁾
- conseguenze del dolore che includono compromissione delle attività quotidiane, disfunzioni psicologiche, familiari, professionali, disturbi del sonno, dell'appetito, della vitalità, problemi finanziari
- stato psicologico del paziente come ansia, depressione, umore, idee di suicidio, significato percepito del dolore, frustrazione, sentimenti positivi come gioia, amore, speranza
- aspetto culturale, religioso del paziente, relazione familiare
- comportamenti di dolore e la reazione di questi da parte della famiglia ⁽¹⁾

- l'atteggiamento del paziente nel far fronte allo stress e verso le precedenti malattie; sue modalità di gestire i problemi e la sua capacità di controllare le proprie emozioni
- distress causato da altri sintomi⁽¹⁾

L'OMS raccomanda un approccio multidisciplinare che miri a migliorare il sintomo dolore e l'aspetto psicologico del malato e dei familiari⁽³⁾ e propone di credere al paziente e di valutare le caratteristiche del dolore.

Esistono diversi strumenti di misura che sono classificati in unidimensionali e multidimensionali. La scelta della scala è condizionata dalla necessità di una frequente rivalutazione e pertanto deve essere facile e di rapida applicabilità; in essa è importante alternare domande aperte alle scale.⁽²⁾

1.3 Il tumore al seno

Il tumore al seno rappresenta il 29% di tutte le tipologie dei tumori⁽⁵⁾ ed è una delle neoplasie più diffuse nel mondo. Rispetto alla fascia di età, l'incidenza di tumore al seno aumenta rapidamente con l'aumentare degli anni, raggiungendo un picco intorno ai 50 anni di vita, mentre risulta meno pronunciata ma persistente dopo tale età; sotto i 55 anni rappresenta la prima causa di morte.⁽⁴⁾ Tale tumore colpisce le donne nel loro ruolo sociale, nella loro identità e femminilità (definita socialmente come donna ideale) e nella funzione generatrice.

L'impatto sulle donne colpisce più livelli, dal *dominio fisico*, al *dominio sociale* (isolamento, stigma, difficoltà relazionali, lavorative, domestiche), dal *dominio psicologico* (senso di inutilità, tristezza, stress, timore di recidiva, ansia) al *dominio spirituale* (perdita della speranza, di progettualità, incertezza sul futuro).

Queste ripercussioni sono dovute sia al tumore in sé che alla rottura biografica che coinvolge il senso di identità dell'individuo. Occorre capire come le donne vivono la loro condizione a livello relazionale e come le relazioni possono ripercuotersi sulla malattia a tutti i livelli.

L'esperienza di malattia oncologica incrina in ogni caso, in modo più o meno profondo, il concetto di sé: spesso il cambiamento fisico rappresenta un evento traumatico mettendo la donna in difficoltà, perché costretta a rielaborare la propria immagine corporea, oltre che a convivere con la paura e altri stati d'animo negativi.

L'immagine corporea è influenzata dalla sensibilità tattile, dolorifica e dal controllo motorio, da associazioni di pensiero, da emozioni e da fattori psicologici e sociali, pertanto, da questo si può dedurre che quando si ha un'alterazione di una parte corporea vi è una ripercussione sull'immagine di sé, poiché l'evento lesivo comporta reazioni emotive psicologiche e sociali, con conseguente alterazione dei processi di adattamento. L'alterazione dell'immagine corporea può provocare, inoltre, sentimenti di angoscia, di dolore, di depressione che devono essere elaborati per poter ricostruire una nuova immagine di sé.⁽⁸⁾

Ecco che la riduzione del dolore offre speranza alla paziente e permette di reagire affrontando il trattamento terapeutico con più voglia di vivere e di lottare.⁽⁹⁾

Curare non vuol dire solo guarire, è importante rispettare la dignità della persona e mantenere il benessere psicologico e sociale, potenziando le capacità residue, nel rispetto delle reazioni ambientali e relazionali della persona. Occorre *agire insieme* per ottenere sollievo dal dolore, mediante un intervento personalizzato in grado di tener conto della cura in una visione olistica (nelle componenti fisiche, psichiche, spirituali, e sociali) e per ottenere questo non si possono limitare le cure al solo trattamento farmacologico, ma è essenziale una relazione d'aiuto attraverso la quale ci si rapporta all'intera persona, nella sua realtà umana, sociale, culturale. La relazione d'aiuto permette all'infermiere di restituire alla persona autonomia, dignità e autostima.⁽⁸⁾

L'approccio globale al malato oncologico deve permettere di attivare risorse attraverso una relazione basata sull'ascolto e sulla valorizzazione della persona, rispettandola nel suo "sentire", presupposto, questo, per una medicina umana in cui prendersi cura significa occuparsi dei problemi di salute, dei bisogni, alleviare i disagi; un dovere questo, che non solo è deontologico ma anche etico.

L'infermiere deve possedere il carattere olistico dell'assistenza e privilegiare l'approccio multidimensionale e multidisciplinare, considerando tre obiettivi in oncologia:

- umanizzazione della cura e valorizzazione delle proprie competenze
- difesa degli interessi dell'assistito
- garanzia che ci si attenga al proprio ruolo⁽¹⁰⁾

1.4 Rilevanza del problema per la professione infermieristica

Un principio guida dell'infermiere alla valutazione del dolore è la consapevolezza che, durante la fase di accertamento, raccoglie informazioni dal paziente per una comprensione della sua esperienza dolorosa.

Un accertamento accurato del dolore è in relazione con la conoscenza di alcuni concetti che, comprendono: meccanismo del dolore e del suo controllo, tolleranza e reazioni del dolore, interdipendenza delle reazioni fisiologiche e psicologiche al dolore. La valutazione del dolore è oggettiva e centrata sul vissuto della persona, comprende:

- effetti fisici (manifestazioni del dolore)
- effetti funzionali (influenza del dolore sulle attività di vita quotidiana)
- fattori psicosociali (ansia, paura)
- fattori che influenzano la tolleranza al dolore (disagio, fatica, rabbia, ansia)
- aspetti spirituali che comportano cambiamenti delle relazioni sociali e lavorative e familiari

Essendo il dolore un'esperienza soggettiva non visibile e oggettivamente osservabile, non vi è possibilità di quantificarlo in modo diretto e obiettivo, ne consegue che l'accertamento del dolore dipende dal paziente, da quanto egli riesce a comunicare verbalmente e dal comportamento.

Misurare e valutare il dolore è fondamentale, allo scopo di :

- individuare la causa, l'intensità, la qualità, la durata
- scegliere il trattamento adeguato e valutazione della sua efficacia⁽¹⁾

L'infermiere è uno dei professionisti che ha contatti più frequenti con i pazienti e ha un ruolo centrale nell'identificare la persona che ha il dolore, valutare il dolore e applicare i metodi per il controllo del dolore. La capacità di svolgere il ruolo centrale è dato dalla conoscenza dei meccanismi del dolore, dei metodi per valutare il dolore, delle competenze per attuare gli interventi. L'infermiere deve essere aperto all'uso di nuove tecniche per il sollievo dal dolore, coltivarne la conoscenza e l'addestramento pratico. I principi per la formazione specifica dell'infermiere finalizzati alla corretta gestione del paziente con dolore devono prevedere:

- considerazione del dolore come esperienza multidimensionale
- accertamento del dolore e del suo impatto sulla persona, registrazione del dolore, trattamenti, coinvolgimento del paziente, abbattere i pregiudizi sul dolore⁽¹⁾

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivi di ricerca

La ricerca effettuata in letteratura ha come ambito di interesse la misurazione del dolore oncologico in donne con tumore al seno, con i seguenti obiettivi:

- analizzare e revisionare la letteratura e linee guida relative all'ambito di interesse
- individuare l'approccio infermieristico e gli strumenti di misurazione quantitativi e qualitativi, innovativi e/o alternativi più efficaci per l'accertamento del dolore oncologico considerando tutti gli aspetti dimensionali della persona e le possibili implicazioni nella pratica infermieristica.

I quesiti di ricerca sono:

- esistono strumenti di misurazione quantitativi e qualitativi innovativi utilizzati per l'accertamento del dolore oncologico?
- quali sono gli strumenti di accertamento del dolore in Italia?

Al fine di individuare gli studi di interesse specifici è stato utilizzato il metodo PICO per effettuare l'analisi del problema principale:

P : donna con tumore al seno

I : interventi infermieristici per l'accertamento del dolore oncologico

C : strumenti di misurazione del dolore

O : scale di misura o strumenti qualitativi

2.2 Fonti della ricerca

La ricerca bibliografica è stata effettuata tra Luglio e Agosto 2015. Il materiale è stato reperito con le seguenti modalità:

- consultazione da connessioni remote di periodici elettronici e banche dati rese disponibili dal sistema bibliotecario dell'Ateneo dell'università di Padova
- consultazione di periodici elettronici previa ricerca sulle Banche dati Medline, Cochrane Library, ILISI (dal sito della Federazione IPASVI di Roma), BMV (anche dati biblioteca virtuale), RCNO, NHS evidence e a riviste biomediche online come Evidence Based Nursing, Lippincott Williams e Wilkins, Bmj, pain nursing

- consultazione dei libri di testo rese disponibili dal sistema bibliotecario Pinali dell'Università degli studi di Padova
- integrazione da altre fonti tratte da siti web
- utilizzo di motori di ricerca google, google scholar

2.3 Parole chiave

Per quanto concerne l'interrogazione delle banche dati e dei motori di ricerca rilevanti per la ricerca, sono state utilizzate diverse parole chiave in forma combinata e non, utilizzando Mesh Terms riportati di seguito:

pain, pain measurement, breast cancer, guideline, evidence based pain, narrative, narrative medicine, nursing, cancer pain, narrative medicine in pain, evaluation multidimensional person, strumenti di valutazione della qualità del dolore, measurement qualitative e quantitative cancer pain, qualitative instruments in end life oncological pain, chronic pain, advanced breast cancer, evaluation of psychological spiritual distress end stage cancer, metodi per valutare la dimensioni della persona nel dolore oncologico, nursing narrative in breast cancer, pain scale in advanced breast cancer, scale in cancer pain, medicine narrative in women with cancer.

Con operatori booleani per aiutare la ricerca AND, OR.

Le stringhe di ricerca utilizzate sono:

“pain measurement/methods” [Mesh] AND “pain measurement/methods” [Mesh] AND “evaluation qualitative pain” “qualitative” [All field] AND (“instrumentation” [subheading] OR “instrumentation” [All field] OR “instruments” [All field]) AND end ” [All field] “narration” [Mesh] AND “ pain “[Mesh] AND (“pain / nursing “[Mesh] “narration” [Mesh] OR “ chronic pain/ nursing “[Mesh]) Measurement qualitative AND advanced breast cancer.

2.4 Criteri di selezione

Le pubblicazioni e il materiale ottenuto dalla consultazione dei testi sono stati suddivisi in base ai seguenti criteri:

- *studi effettuati sull'argomento*: studi pubblicati negli ultimi dieci anni in lingua inglese e italiana
- *campo d'azione*: infermieristico
- *strutture*: ospedaliere
- *target considerato*: adulti, genere femminile
- *pertinenza degli argomenti*: sono stati scartati le fonti che trattavano marginalmente l'argomento

Dal materiale emerso durante la ricerca molti articoli non sono state presi in considerazione in quanto:

- articoli disponibili solo previo abbonamento alla rivista
- articoli solo con abstract (mancanza di full text)

2.5 Sintesi dei risultati

Banca dati	Parole chiave	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Titoli
Centro Studi EBN	Linee Guida Dolore Adulto	1	1	<i>La valutazione del dolore oncologico sul paziente adulto e pediatrico</i>
Pubmed Health Care		1	1	<i>Advanced Breast Cancer: Diagnosis And Treatment.</i> February 2009
AIOM		1	1	<i>AIOM . Linee Guida. Terapia del dolore in oncologia.</i> Edizione 2013
Medline	Pain Scale, advanced breast cancer	34	11	A. Mehnert, S. Vehling, A. Hocker, C. Lehmann, U. Koch. 2011. Journal of pain and symptom management. <i>Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale.</i> vol. 42 no. 5 Novembre 2011; 42:768e776 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.013. EPUB 2011 May 18 [Pubmed – Indexed For Medline]
				M. Aryam, Khazaee-Pool, A.Montazeri, F. Majlessi, A.R Foroushani, aavv. 2014. BMC Women's Health. <i>Breast Cancer-Preventive Behaviors: exploring Iranian women 's experiences.</i> http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/41 [Pubmed – indexed for Medline]
				Brunelli. aavv. 2010. Health and quality of life outcomes. <i>Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain.</i>

				http://www.hqlo.com/content/8/1/42 [Pubmed – Index For Medline]
	Breast cancer aspect psychological			A. Krikorian, JT. Limonero, J. Vargas, C. Palacio. 2013. <i>Assessing suffering in advanced cancer patients using pictorial representation of illness and self-measure (PRISM), preliminary validation of the Spanish version in a Latin American population.</i> Support care cancerdec;21(12):3327-36. DOI: 10.1007/S00520-013-1913-5. EPUB 2013 AUG PMID: 23903801 [Pubmed - Indexed For Medline]
				SJ. Stapleton , J. Holden, J. Epstein, DJ. Wilkie. 2015. Cancer Nurs. A <i>systematic review of the symptom distress scale in Advanced cancer studies.</i> PMID: 26252436 [Pubmed - As Supplied By Publisher]
	Breast cancer medicine narrative			S. Atkinson, S. Rubinelli. 2012. <i>Crit Rev Oncol Hematol.</i> <i>Narrative in cancer research and policy: voice, knowledge and context.</i> DOI:10.1016/S1040-8428(13)70004-0. Europe. [Pubmed- Indexed For Medline]
				M. Pérez, aavv. 2013 Journal Of Cancer Survivorship Research and practice. <i>A novel intervention using interactive technology and personal narratives to reduce cancer disparities: African American breast cancer survivor stories.</i> DOI: 10.1007/s11764-013-0308-4 [Pubmed - Indexed For Medline]
	Evalua -			M. P. J. Bogaarts, aavv. 2011. <i>Development Of The Psychosocial</i>

	tion qualita- tive in breast cancer			<i>Distress Questionnaire—Breast Cancer (PDQ-BC): a breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems.</i> DOI 10.1007/S00520-010-0968-9 [Pubmed - Indexed For Medline]
BCM WO - MEN'S HEALT CARE		1	1	A. GORINI, aavv. 2015. Breast Cancer : Target And Therapy. <i>Development and psychometric testing of a breast cancer patient-profiling questionnaire.</i> [Pubmed - Indexed For Medline]
Medline	Evalua - tion qualita - tive quanti - tative, breast cancer			N. Resseguie. 2013. BMC Women's Health. <i>Psychometric properties of a French version of a Dutch scale for assessing breast and body image (BBIS) in healthy women.</i> HTTP://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/24 [Pubmed - Indexed For Medline]
				M. Georita, Frierson, aavv.2006. <i>Ann Behav Med.</i> <i>Body change stress for women with breast cancer: the breast- impact of treatment scale.</i> [Pubmed - Indexed For Medline]
				A. Iskandarsyah, aavv. 2013. <i>The distress thermometer and its validity: a first psychometric study in Indonesian women with breast cancer.</i> DOI:10.1371/journal.pone.0056353 [Pubmed - Indexed For Medline]

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Presentazione degli studi selezionati

Autori	Obiettivi	Metodo (tipo di studio)	Partecipanti	Outcome osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
A. Iskandarsyah C. De Clerk , aavv. 2012. <u>The distress thermometer and its validity: a first psychometric study in Indonesian women with breast Cancer</u>	L'obiettivo è la traduzione della versione Distress thermometer in lingua indonesiana. Testare la validità, determinare il punteggio normale per distress rilevanti	Studio psicometrico. Comprende due fasi. Utilizzo della scala analogica, lista di problemi, modulo socio demografico, scala dell'ansia e della depressione. Metodo per tradurre il DT in lingua indonesiana	Campione di 120 donne con cancro al seno presso l'ospedale Hasan sadici, reparto di chirurgia oncologica	Le donne di 45 anni sono casalinghe, sposate e con livello educativo, sottoposte a chemioterapia o a radioterapia. I problemi verificati nei domini sono: lavorativi, scolastici e finanziari e di trasporto, cura dei bambini, emozione, psicologici	I partecipanti dovevano riempire un questionario. Effettuare il self report sullo stato civile, livello educativo, assicurativo, storia familiare del cancro al seno	Associazioni significative tra il punteggio di PL e le caratteristiche demografiche. Nello stadio avanzato: problemi emozionali, fisici rispetto allo stadio 1 e 2. Le scale DT e dell'ansia sono correlate con la qualità di vita e con i domini della qualità di vita	La versione indonesiana DT è un valido strumento ma è inconsistente l'associazione tra distress e le caratteristiche socio demografiche e cliniche. Il distress è associato con stadi del cancro al seno
A. Gorini, aavv. 2015. <u>Development and psychometric testing of a breast cancer patient-profiling questionnaire</u>	Sviluppare e validare le proprietà psicometriche di un questionario per pazienti con cancro al seno ed essere il core per futuri strumenti computerizzati	Revisione della letteratura. Divisa in 2 fasi. Utilizzo di index DVI per la validità e analisi della consistenza	Un campione di 100 pazienti con cancro al seno. Un campione di 730 soggetti sani	Il questionario risulta facile, chiaro, accettabile. Assenza di ansia nei soggetti sani. Consistenza interna buona del test re test dell'affidabilità	Valutazione della qualità divergente e discriminante, della differenza di: età, livello educativo, stato civile, presenza di figli, storia di cancro, trattamenti psicologici	Sono stati rilevati: percezione e auto valutazione della salute globale, ansia, immagine corporea, vita sessuale. Percezione di salute peggiore in pazienti con cancro e ansia	Lo strumento è valido per rilevare alterazioni psicologiche in pazienti e può essere incluso in nuovi strumenti per supporto decisionale e per la pratica clinica

Autori	Obiettivi	Metodo (tipo di studio)	Partecipanti	Outcome osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
A. Krikorian , J. T. Limonero, J. Vargaj, C. Palaci. 2013. <u>Assessing suffering in advanced cancer patients using pictorial representation of illness and self-measure (PRISM), preliminary validation of the Spanish version in a Latin American population</u>	L'obiettivo dello studio è di adattare PRISM con proprietà psicometriche e esplorare i criteri di validità nel cancro avanzato e cure palliative	Il metodo consiste nella valutazione della validità della scale e la sua relazione con VAS, ESAS, DED, SISC, PRIS. (scale del distress emozionale)	209 partecipanti con cancro avanzato in attesa di consulenza delle cure palliative	Non c'è correlazione socio demografica, tipi di cancro e misura SIS. C'è correlazione tra diagnosi e SIS. SIS è correlato con DED;VAS; ESAS	Suddivisione dei partecipanti in tre gruppi (livello basso, moderato, alto). Tra questi gruppi viene comparata ciascuna scala. Valutazione del distress emozionale, spirituale, coping, fisico, psicologico	PRISM è correlato con i fattori psicosociali come distress emozionale, ansia, perdita di controllo, coping, distress spirituale, perdita della dignità, disperazione; non è in relazione con anedonia e depressione, burden, desiderio di morte	PRISM è un valido strumento di misurazione della sofferenza nei pazienti con cancro avanzato. E' raccomandata l'analisi delle altre proprietà psicometriche. I risultati supportano il bisogno di personalizzare il care sulle persone
N. Resseguer, C..R. Nogues, aavv. 2013. <u>Psychometric properties of a French version of a Dutch scale for assessing breast and body image (BBIS) in healthy women</u>	Esaminare le proprietà psicometriche di BBIS (scala di valutazione dell'immagine corporea) in donne che hanno eseguito il test per BRCA1/2	Questionario prima e dopo del test genetico BRCA Chi- square test; PCA (principal component analysis) per analizzare le dimensionalità della scala BBIS	Campione di 568 Donne di età ≥ 18 anni Libere dal cancro	Le caratteristiche socio demografiche sono associate con i valori della scala BBIS; alto livello di educazione è associato con il basso rischio di valore della scala BBIS	Traduzione della scala tedesca in francese. Analisi della dimensionalità della scala e delle caratteristiche socio demografiche e psicologiche	Emergono 3 dimensioni: soddisfazione con l'immagine corporea, valori legati all'immagine corporea, percezione dell'attrazione, soddisfazione con il tumore al seno	BBIS è uno strumento generico utilizzabile per valutare l'immagine corporea in donne affette o no

Autori	Obiettivi	Metodo (tipo di studio)	Partecipanti	Outcome osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
M. Pérez, aavv.. 2013. <u>A novel intervention Using interactive Technology and personal Narratives to reduce Cancer disparities: African, American breast Cancer survivor stories</u>	Sviluppare e pilotare una innovativa tecnologia, intervenendo di comunicazione ai pazienti afro americani con cancro al seno mediante storie di sopravvissute afro americane al tumore al seno	Studio pilota. Programma video- storie (con impatto emotivo) e intervista. Lo studio è diviso in tre fasi: selezionare le storie di sopravvissuti, sviluppo del programma, implementare lo studio pilota con sopravvissuti	21 donne afro americane sopravvissute al tumore al seno di cui solo 10 sono rimasti all'indagine 7 rifiutarono e 34 risultarono inabili)	I video clip ebbero un impatto positivo, le donne si rispecchiavano con le storie. Questa tecnica avrà un impatto sulla nuova diagnosi e aderenza al follow up	Sono stati codificati 36 video clip di donne sopravvissute. La valutazione riguarda il coping, spiritualità, diagnosi, ricevere supporto, loro reazioni, gruppo di supporto, protesi. Si considera età 32 – 68 anni	I partecipanti hanno ritenuto interessante e informative le storie dei sopravvissuti. Il programma sarebbe utile per i familiari e amici dei sopravvissuti al cancro al seno con nuova diagnosi	La nuova tecnologia è favorevolmente valutata dai sopravvissuti al cancro al seno ed è, ora, in fase di sperimentazione RCT.
M. Georita, Frierson, aavv. 2006. <u>Body change stress for women with breast cancer: the breast-Impact of treatment scale</u>	Creare affidabile strategia di valutazione di risposte di donne alla chirurgia al seno. Descrizione della scala BITS (breast impact of treatment scale) mediante 13 item	Trial clinico degli interventi psicologici	194 donne divise in 2 gruppi considerando età, malattia, trattamento	Correlazione di BITS con misure dello stress, sessualità, disturbo dell'umore. Alti livelli di stress per cambiamento dell'immagine corporea; visione negativa sulla sessualità e comportamento sessuale	Valutazione, prima della terapia adiuvante e dopo l'intervento chirurgico, dell'immagine corporea, la funzione cognitiva e la risposta sessuale	Il test mostra relazione ma non sovrapposizione di BITS con misure di stress, distress emozionale e sessualità. La validità è mostrata con la valutazione della soddisfazione del corpo	L'uso precoce di BITS consente di valutare esiti di qualità di vita per donne con cancro al seno

Autori	Obiettivi	Metodo (tipo di studio)	Partecipanti	Outcome osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
M. Khazae-Pool, A. Montazeri, A. R. Froushani, aavv. 2014. <u>Breast cancer-preventive behaviors: exploring Iranian women's experiences</u>	Lo scopo è di esplorare l'esperienza di donne iraniane riguardo la prevenzione comportamentale per il cancro al seno e fornire un quadro più chiaro sul tema	Studio qualitativo. Comprende due gruppi: una discussione di gruppo e un'intervista individuale	Campione di 24 donne senza cancro e con età di ≥ 30 anni	Emergono stress gestionale, stile di vita salutare, percezione del supporto sociale, barriere individuali (la vergogna, mancanza di conoscenza, paura, esitazione) e ambientali	Discussione di gruppo e intervista individuale su caratteristiche socio culturali. Esplorazione su conoscenze, percezione e azioni sul cancro e su fattori sociali influenzanti il comportamento	Le donne erano motivate per la prevenzione comportamentale del cancro. Le donne credono che lo stress ambientale sia associato al cancro; vengono usati pensieri positivi e spiritualità, rilassamento per lo stress	La consapevolezza, attitudini positive, fattori emozionali, sono importanti parametri che incoraggia donne a praticare prevenzione comportamentale per il cancro al seno
A. Mehnert, S. Vehling, A. Hocker, C. Lehmann, U. Koch. 2011. <u>Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale</u>	Valutare le proprietà psicometriche dell'adattamento della scala della demoralizzazione della versione tedesca in un campione di pazienti con cancro al seno	E una breve relazione metodologica, analisi psicometrica. Comprende 2 studi. L'utilizzo di: scala dell'ansia, distress thermometer, self report questionnaire	516 pazienti con cancro avanzato di cui nello Studio 1 erano 270 pazienti mentre nello Studio 2 erano 83 pazienti	Associazioni tra le dimensioni di DS con distress, ansia, depressione, mancanza di senso della vita. La demoralizzazione è correlata con problemi emozionali, fisici, familiari. Le donne mostrano alto livello di demoralizzazione	Analizzare strutture fattoriali, riproducibilità, consistenza, validità divergente attraverso associazioni con gruppo tra misure di distress, ansietà, depressione, atteggiamenti di vita correlati	L'analisi mostra 4 dimensioni della scala di demoralizzazione (DS): disforia, perdita di significati e di scopo, senso di fallimento, demoralizzazione. Il DS è associata con ansia, distress e depressione. DS ha buone proprietà psicometriche	Il DS è uno strumento valido e affidabile della rilevanza clinica in pazienti con cancro avanzato

Autori	Obiettivi	Metodo (Tipo Di Studio)	Partecipanti	Outcome Osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
M. P. J. Bogaarts, aavv. 2011. <u>Development of the psychosocial distress Questionnaire breast cancer (PDQ-BC): a breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems</u>	Sviluppare uno strumento breve, facile all'uso, accettabile strumento di screening psicosociale, multidimensionale specifico per pazienti con cancro al seno.	Studio pilota. Utilizzo di scale STAI, CES-D, WHO QOL, l'indice cronbach's alpha, CFI, RSMA	Campione di 164 donne	C'è correlazione tra le scale eccetto tra supporto sociale e problemi fisici. I pazienti hanno indicato PDQ-BC (questionario per cancro al seno) facile e hanno percepito le domande come rilevanti	L'infermiere tirocinante pone delle domande sull'immagine corporea, sintomo depressione, stato d'ansia, finanza. Le domande sono adattate all'uso delle scale STAI, CES-D, WHO QOL	PDQ-BC è un buon strumento per valutare i problemi psicosociali	Lo strumento è sviluppato per specifici problemi rilevanti per pazienti con cancro al seno e che ricevono chemioterapia adiuvante; è legata a un sistema per guidare l'allocazione ai diversi livelli di fornitori di cure psicosociali
S.J. Stapleton, J. Holden, J. Epstein, D. J. Wilkie. 2015. <u>A systematic review of the symptom distress scale in advanced cancer studies</u>	Revisione della letteratura in cui si usa SDS (Scala dei sintomi distress) come misura dei sintomi in pazienti con cancro avanzato	Revisione sistematica della letteratura	Nessuno	La maggior parte degli investigatori utilizzano il disegno di ricerche descrittive e trasversali e campione convenienza. Difficile comparazione tra proprietà psicometriche, tipo di cancro, stadio, range di età	E' stata effettuata una revisione mediante ricerca su banche dati PubMed, Cinhal, Embase. La revisione riassume la conoscenza dei sintomi generati da un paziente con cancro avanzato	Prevalenza della fatigue e del sintomo distress. L'appetito è posizionato più in alto rispetto all'intensità e frequenza del dolore	SDS cattura l'esperienza del sintomo del paziente in modo da informare il ricercatore o il clinico (medico) sulla severità del distress riferito dall'intervistato

Autori	Obiettivi	Metodo (Tipo Di Studio)	Partecipanti	Outcome Osservati	Intervento	Risultati	Conclusioni
Brunelli, aavv. 2010. <u>Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with Chronic cancer pain</u>	Comparare le proprietà psicometriche di NRS (Numerical rating scale) e VRS (Verbal rating scale) nella valutazione dell'esacerbazione e del dolore episodico e penetrante	Studio trasversale	240 pazienti con dolore oncologico avanzato, episodico o penetrante	Per intensità dolorosa bassa si calcola la proporzione di consistenza per la capacità delle due scale di discriminare tra dolore penetrante intensità del dolore esacerbato. La tipologia di tumore comprende cancro del tratto gastro intestinale, metastasi, dolore neuropatico, dolore somatico. I dati della letteratura che favoriscono l'uso di NRS sono basati su proprietà intrinseche di misurazione	Misurazione del dolore mediante scale NRS e VRS e in un secondo momento (3-4 ore dopo) la riproducibilità delle due scale mediante un questionario. Valutazione dell'intensità del dolore esacerbato e penetrante mediante questionario	VRS e NRS mostrano buone proprietà psicometriche. NRS ha rivelato alta capacità discriminative nel distinguere i due tipi di dolore e alta riproducibilità quando si misura l'esacerbazione del dolore mentre la riproducibilità delle due scale nella misurazione del background pain era simile	I dati suggeriscono che nell'esacerbazione del dolore oncologico i pazienti utilizzano NRS più di VRS e come NRS dovrebbe essere preferito rispetto a VAS da questa popolazione di pazienti

DISCUSSIONE

4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata

Secondo gli studi esaminati emergono diversi strumenti di misurazione del dolore nella donna con tumore al seno. Essi valutano: il dolore, l'immagine corporea, la qualità di vita, gli aspetti fisici, psicologici, psicosociali e spirituali che possono influenzare la *qualità di vita* della donna, finalizzati ad instaurare una relazione di fiducia che possa favorire nella persona assistita capacità decisionali, adesione ai trattamenti e dare sollievo dal dolore oncologico, riducendone l'impatto negativo della malattia.

4.1.2 Obiettivi infermieristici

L'accertamento mirato del dolore oncologico nella donna con tumore al seno ha come obiettivo quello di caratterizzare l'esperienza dolorosa al fine di comprenderlo e interpretarlo allo scopo di fornire assistenza volta a ridurre e a rendere sopportabile il dolore stesso. L'infermiere deve procedere indagando diversi criteri:

- localizzazione
- tipo
- intensità
- propagazione
- fattori allevianti (come ad esempio sonno, riposo)
- fattori aggravanti (come disagio, affaticamento, paura, ansia, rabbia, tristezza, depressione)
- reazioni umane, in particolare sintomi somatici associati al dolore ⁽¹⁰⁾

4.2.1 Strumenti di misurazione quantitativi del dolore oncologico

Esistono numerosi metodi per la valutazione del dolore oncologico. L'infermiere deve selezionare lo strumento o la scala più appropriata per il tipo di dolore.

Gli strumenti di valutazione del dolore oncologico vengono distinti in scale:

- **globali** (semplicità di utilizzo, rapidità, riproducibilità nel tempo)
- **complesse** (associano scale di vocabolario, scale comportamentali dell'umore, il disegno proiettato)
- **unidimensionali** (semplici, permettono l'autovalutazione, misurano l'intensità, comprendono VAS, scale verbali semplici, scale numeriche)

- **metodi multidimensionali** (raggruppano parole, test proiettivi, scale comportamentali ovvero scale di etero valutazione che necessitano di un lungo periodo di osservazione e scale affettive dell'ansia e dell'umore, diario, mappe del dolore, scale delle espressioni facciali, *Mc Gill Pain Questionnaire*

La scelta della scala più appropriata è condizionata dalla necessità di una frequente rivalutazione, pertanto deve risultare di facile e rapida applicabilità.

Il dolore oncologico richiede anche la valutazione della localizzazione, dell'intensità, dei descrittori del dolore e degli aspetti temporali, fisiopatologici e delle cause.⁽³⁹⁾

4.2.2 Strumenti Multidimensionali

- **Mc Gill Pain Questionnaire:** valuta in modo più completo il dolore a diversi livelli ed è frequentemente usato nella pratica clinica.

Esistono diverse versioni di tale strumento, quella standard comprende quattro parti:

1. localizzazione
2. valutazione qualitativa del dolore
3. decorso del dolore
4. intensità del dolore

Una forma ridotta del questionario è la *Short Form Mc Gill Questionnaire* che consiste nel prevedere 5 descrittori (11 sensitivi, 4 affettivi) valutabili dal paziente su una scala da 0 a 3, include la VAS.

- **Diario del dolore:** valuta i comportamenti da dolore mediante esposizione orale o scritta; è compilato dal paziente in cui registra il numero di volte che esegue delle attività di vita quotidiana (sedere, camminare, stare in piedi, attività domestiche, ricreative) dove viene annotata l'intensità del dolore.
- **Mappa del dolore:** valuta la sede e la distribuzione del dolore; attraverso l'uso di una figura umana o di un diagramma il paziente segna dove avverte il dolore. Queste mappe non misurano l'intensità reale del dolore.⁽¹⁰⁾

4.2.3 Scale Unidimensionali

- **VRS (Verbal Rating Scale):** sono scale ordinali o di categoria; comprendono un certo numero di categorie prefissate rappresentate da aggettivi ordinati in sequenza crescente. Il soggetto indica in quale categoria appartiene il suo dolore.

Sono semplici e applicabili, facilmente comprensibili, sono sensibili al cambiamento e sono correlate con altre misure di intensità del dolore.

- **VAS** (Scala Analogica Visiva): è una scala lineare che misura le caratteristiche soggettive del dolore legate all'intensità; è una rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore rappresentata da una linea lunga dieci centimetri dove l'intervallo tra i due estremi è segnato ogni centimetro. Un'estremità indica assenza di dolore e l'altra indica peggior dolore. Esistono delle varianti con una linea calibrata lunga dieci centimetri con una serie di riquadri adiacenti e numerati da 0 a 10.
- **NRS** (Scala di valutazione numerica): è rappresentata da una serie di numeri corrispondenti a gradi crescenti di intensità del dolore. E' una scala usata con diverse possibilità di punteggi: da 0 a 5, da 0 a 10, da 0 a 100. Zero indica assenza di dolore, il valore più alto indica peggior dolore provato. Il paziente può indicare il dolore verbalmente o graficamente il numero che rappresenta l'intensità del dolore provato: 1. nessun dolore, 2 lieve- moderato, 3 forte, 4 insopportabile.⁽¹⁾

Tra i metodi soggettivi per misurare l'intensità del dolore le scale VAS, NRS, VRS hanno dimostrato di essere affidabili ma nessuna di queste è superiore all'altra. Le tre scale sono significativamente differenti per numero di categorie di risposta, pazienti, preferenza clinica, somiglianza di dati mancanti e requisiti di somministrazione. VRS e NRS sono facili da usare e presentano buone proprietà psicometriche anche se nessuno studio è stato condotto per confrontarli nella valutazione del dolore esacerbato. Entrambe sono state incluse nel *questionario BP – EP (Valutazione del dolore episodico intenso e penetrante)* e nello studio di Brunelli Cinzia 2010 al fine di confrontarli nella valutazione dell'esacerbazione del dolore in termini di riproducibilità e capacità discriminatorie per distinguere il dolore esacerbato dal dolore severo. Lo studio mostra alta capacità discriminatorie di VRS nel distinguere il dolore e alta riproducibilità di NRS per misurare il dolore esacerbato, inoltre suggerisce che NRS dovrebbe essere preferito rispetto a VRS e che i pazienti utilizzano appropriatamente NRS nella misurazione dell'esacerbazione del dolore oncologico.⁽³⁵⁾

4.2.4 Raccomandazioni infermieristiche per la valutazione del dolore oncologico

Le Linee Guida della valutazione del dolore oncologico⁽³⁶⁾ raccomandano la valutazione dell'intensità, dell'esacerbazione del dolore, del sollievo dato dalle terapie; la valutazione di altri aspetti deve essere introdotta senza creare disagio alla paziente, inoltre è raccomandato l'inclusione di questi domini negli strumenti di valutazione esistenti e accettati come essenziali.

Lo strumento migliore per la valutazione del dolore è il **colloquio** con il paziente⁽¹⁾, definito come accertatore competente; grazie al suo coinvolgimento nella valutazione del dolore è possibile sviluppare una relazione di fiducia, migliorando così la probabilità di un efficace accertamento delle diverse caratteristiche dolore.

Per un effettivo controllo del dolore, infatti, è indispensabile valutare non solo la dimensione fisica ma anche quella funzionale, psicosociale e spirituale.

L'impatto funzionale e psicosociale del dolore si ottiene attraverso una valutazione completa basata sulla indagine di:

- intensità, gravità e tipo di dolore
- durata, qualità del dolore e irradiazione
- assunzione di farmaci analgesici
- esame obiettivo
- indagini cliniche

Lo strumento di valutazione deve essere in grado, pertanto, di misurare:

- intensità del dolore
- sollievo dal dolore
- disagio psicologico
- danno funzionale

Lo sviluppo di Linee Guida raccomanda l'utilizzo di scale numeriche, verbali e visive, in funzione del paziente da trattare.

È fondamentale una regolare valutazione del dolore a intervalli regolari per poter stabilire l'efficacia degli analgesici,⁽³¹⁾ in modo continuo, secondo il tipo del dolore e intensità. Occorre selezionare uno strumento in base a:

- localizzazione del dolore
- effetto del dolore
- livello del dolore qualità del dolore

- severità del dolore
- uso di farmaci

Oltre ai parametri già descritti vanno considerati anche tutti i sintomi dolorosi e gli effetti avversi dei farmaci.

L'intensità è valutata mediante VAS, NRS, *Scale Verbali*, *Faces Scale*, *Behavioural Scale*.

Per una valutazione completa vanno considerati i seguenti parametri: esame fisico, storia del dolore, significato del dolore, fattori situazionali, effetti sulla vita quotidiana, effetti psicosociali e spirituali.

I seguenti parametri vanno valutati in modo continuo: intensità qualità, localizzazione, estensione del sollievo, barriere a implementare il trattamento, livello di sedazione.⁽³²⁾

Le raccomandazioni prevedono:

- uno screening del dolore, almeno a tutte le persone a rischio, una volta al giorno
- selezionare lo strumento per la valutazione
- rivalutare regolarmente il dolore
- a ogni nuovo episodio di dolore e in seguito a nuovi interventi procedurali non hanno raggiunto il livello massimo⁽³³⁾

4.3 Strumenti di misurazione qualitativi

Per fare una corretta valutazione del dolore oncologico è importante considerare il dolore nella sua multidimensionalità, quindi le caratteristiche del dolore e il soggetto stesso; è importante non solo capire la natura e le cause del dolore ma anche la comorbilità che può incidere sul trattamento, le aspettative e gli obiettivi del paziente e valutare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali.⁽³⁴⁾

4.3.1 Valutazione dell'immagine corporea

L'immagine corporea è intesa come concetto multidimensionale, coinvolge la percezione di sé, atteggiamenti verso il corpo e strumenti adatti per la valutazione i quali, come suggerisce il modello cognitivo comportamentale dell'immagine corporea, include soddisfazione e insoddisfazione per il corpo, credenze e l'importanza cognitivo, comportamentale ed emotiva che la persona attribuisce alla loro comparsa. La valutazione dell'immagine corporea deriva dalla discrepanza o congruenza tra

percezione fisica del sé e valori ideali personali dell'aspetto fisico. Poiché il seno è uno dei principali simboli della femminilità le scale dell'immagine corporea dovrebbero includere come esso viene percepito e il contesto coinvolto.⁽¹²⁾

Ogni situazione che causa una trasformazione dell'immagine corporea porta a un senso di perdita che può evolvere in perdita di autostima, della fiducia, del senso di sé e della propria esistenza. Per tale motivo, l'infermiere deve stare attento alla valutazione di dati significativi, di alterazione reali o potenziali e dell'immagine corporea in ogni persona che fa esperienza di mutilazione fisica in quanto le reazioni coinvolgono tutte le sfere della persona, la quale deve essere intesa in senso olistico e globale valutandone pertanto la dimensione fisica, emotiva, sociale, spirituale le quali hanno intensità diversa in relazione all'importanza che la persona attribuisce alla parte del corpo sofferente.

La valutazione infermieristica relativa all'immagine corporea comprende la misurazione di reazioni:

- a livello fisico, come il rifiuto di toccare o di guardare il corpo, trascuratezza
- a livello emotivo (angoscia, spersonalizzazione, sentimenti negativi)
- a livello spirituale (distacco dal corpo, esistenza)
- a livello sociale (vergogna, imbarazzo, isolamento sociale, incomprensione di coppia)
- adattamento alla perdita

Una scala di valutazione proposta per cogliere alterazioni dell'immagine corporea è la **Body Image Rating Scale** che necessita ancora di sperimentazione per essere validata e per verificarne la significatività. Questa scala Lickert comprende quattro livelli - mai, raramente, qualche volta, spesso, sempre - e considera se la persona mostra piacere verso una parte del corpo, se è soddisfatta o se nasconde una parte del corpo specifica.⁽¹⁰⁾

La perdita del seno o il cambiamento significativo dell'immagine corporea risulta in genere una delle maggiori cause di distress. La misurazione dell'accettazione dell'immagine corporea non è inclusa negli strumenti per misurare la qualità di vita. Alcuni metodi comprendono la valutazione del grado di soddisfazione o l'integrità corporea; non esiste un “*gold standard*” di misurazione, tuttavia, nello studio di Frierson G.M.⁽³⁸⁾ del 2006 si è sviluppata una strategia chiamata **BITS** (Breast Impact

of Treatment Scale) affidabile e valida per la valutazione della risposta delle donne sottoposte a intervento chirurgico al seno. Lo studio osserva le risposte ai cambiamenti in seguito all'operazione chirurgica e ad altre terapie, grazie all'utilizzo di **BSS** (*Body Satisfaction Scale*), **IES** (*Impact of Events Scale*) e allo sviluppo del concetto di stress dovuto al cambiamento dell'immagine corporea che risulta essere in relazione allo stress psicologico soggettivo che accompagna i sentimenti negativi, distress sentimentale, emozioni e comportamenti risultanti da cancro al seno e/o chirurgia demolitiva del seno. Lo stress per il cambiamento dell'immagine corporea si manifesta con i sintomi dello stress traumatico che includono esitazione, il rivivere l'esperienza traumatica e la perdita di interesse generale. Lo stress del cambiamento dell'immagine corporea può raggiungere il picco nei giorni o settimane successive all'intervento chirurgico e ai relativi trattamenti ed è correlato a mastectomia segmentale o radicale. La scala **BITS** valuta lo stress traumatico, distress psicologico e sessuale, e facilita l'assistenza a donne con distress significativo dovuto al cambiamento dell'immagine corporea; inoltre è appropriata con la valutazione cognitiva del comportamento e delle reazioni allo stress delle donne.⁽³⁸⁾

La versione francese della scala tedesca BBIS (*Breast and Body Image Scale*) è uno strumento generico che può essere utilizzato per valutare l'immagine corporea in donne colpite dal tumore al seno. E' uno strumento psicometrico, che consiste di 20 item ciascuno con punteggio 0/1/2/3, considera tre dimensioni: valori legati all'immagine corporea, alla soddisfazione dell'immagine corporea e percezione dell'attrazione, il grado di soddisfazione in donne con il tumore al seno. Il risultato ottenuto da uno studio di Resseguier N. 2013 suggeriscono di somministrare la scala a un'altra popolazione per poter confermare la sua validità.⁽¹²⁾

4.3.2 Misurazione del distress psicologico

L'impatto dei fattori psicologici può differire tra uomini e donne. I ricercatori dovrebbero tenere conto della differenza del genere maschile e femminile relativo all'immagine corporea, considerata come componente essenziale dell'interesse e dell'attività sessuale dato che l'immagine del sé fisico include la percezione, l'attitudine, l'apparenza, lo stato di salute, le abilità e la sessualità.

Il **distress psicologico** è definito come un'esperienza sgradevole multifattoriale di natura psicologica, sociale, emozionale, spirituale che interferisce con l'abilità di far

fronte al cancro; può dare conseguenze psicologiche, (come ansia, depressione) sociali (diminuzione di attività sociali, inattività sessuale) e ha un impatto anche sull'immagine corporea e sull'interesse sessuale. I problemi della funzione sessuale (desiderio e inabilità) sono i più compromessi tra i problemi della qualità di vita.

Il distress è associato con la bassa aderenza ai trattamenti raccomandati, con la scarsa soddisfazione per la cura e la scarsa qualità di vita e pertanto deve essere riconosciuto dai professionisti della cura della salute.

Il distress psicologico, l'immagine corporea, salute fisica e l'attività sessuale sono interconnessi con la misurazione della QdV tra i pazienti con tumore. L'influenza del distress psicologico sull'immagine corporea e l'attività sessuale è data da uno studio su un campione di pazienti oncologici considerando le caratteristiche demografiche e distress psicologico, attraverso l'utilizzo di MSAS (*Memorial Symptom Assessment Scale*). Lo studio mostra un'influenza negativa dello distress psicologico sull'immagine corporea nelle donne, sul disturbo del sonno, difficoltà di concentrazione, paura.⁽¹⁴⁾

Secondo il **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**, il distress dovrebbe essere riconosciuto, monitorato, documentato, trattato in tutti gli stadi della malattia oncologica e in tutti i setting e misurato con uno strumento che valuti il distress negli aspetti psico-sociali e spirituali; la NCCN ha sviluppato un valido strumento di misurazione del distress psicologico che è il **Termometro per il Distress o Distress Thermometer (DT)** il quale presenta un solo item, chiede ai pazienti di valutare il loro distress mediante l'utilizzo della scala analogica visiva (**VAS**); il livello significativo del distress corrisponde al punteggio di 4; lo strumento è stato somministrato ai pazienti con cancro alla prostata, al polmone e al seno ed è stato tradotto nelle lingue inglese, indonesiana, tedesca, spagnola e italiana. Il punteggio pari a 5 indica problemi sperimentati dai pazienti nelle pratiche familiari, finanziari, religiosi e fisici probabilmente dovuti allo stadio avanzato del cancro. Il distress misurato con la versione indonesiana di DT, in donne con cancro al seno, è associato con gli stadi del tumore e una bassa correlazione con la QdV, salute generale e con i domini della QdV che stabiliscono la validità della versione indonesiana di DT.⁽¹⁵⁾

Lo screening del distress può essere rapidamente eseguito mediante il **DT**, costituito da 38 item, che include una lista di problemi fonti di distress e misura il livello di distress auto valutato. Lo strumento si presenta nella figura verticale con punteggio da 0 (no

distress) a 10 (distress estremo), il punteggio ≥ 4 indica distress da moderato a severo. I punteggi che variano da 0 a 38 includono item relativi agli effetti fisici, sulla famiglia, sulle emozioni e sulla spiritualità/religione. E' stato usato in uno studio per confrontare il distress tra donne sopravvissute al tumore al seno e donne con il tumore al seno in atto, riuscendo a dimostrare i livelli di distress, a 3 mesi dalla diagnosi e a 6 mesi dal trattamento, in 2 gruppi di donne il cui livello di distress risultava simile dopo tre mesi dalla diagnosi, mentre nelle donne sopravvissute diminuiva a 6 mesi dal trattamento.⁽¹⁹⁾

4.3.3 Misurazione del distress psicosociale

Il **Questionario del distress psicosociale (PDQ-BC)** è stato utilizzato in uno studio⁽¹⁶⁾ e consiste di 9 sotto scale, con 35 domande, che permettono la valutazione dei fattori di rischio psicosociale (ansia, supporto sociale), problemi psicosociali, fisici, immagine corporea, economici, sessuali, clinici, stati ansiosi e fattori demografici (stato civile, età); questo strumento è semplice per la compilazione, non gravoso, accettabile ed è utile per la valutazione in pazienti con tumore al seno; facilita la consapevolezza delle preoccupazioni e dei bisogni per la cura di queste pazienti durante il trattamento chemioterapico e follow up ed è utile per poter prendere decisioni relativi alle cure psicosociali. Le sottoscale comprendono: *Center Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D)* con scale di auto valutazione di 20 item per il grado del sintomo depressivo; *World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-100)* presenta, nella versione tedesca, domande su problemi fisici, finanziari, sessuali; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire-Breast (EORT QLQ BR-23)* presenta domande sull'immagine corporea per donne con tumore al seno; *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* per l'ansia.⁽¹⁶⁾

ALGA- BC Questionnaire (ALGA Breast Cancer): è uno strumento multidimensionale affidabile che, sviluppato nello studio di Gorini,⁽¹⁷⁾ valuta lo stato cognitivo, fisico, psicologico delle donne con cancro al seno; è costituito da 29 item e permette mediante la valutazione del profilo della paziente di creare una relazione tra medico e paziente, compliance del soggetto e incrementare le decisioni mediche.

La Scala del sintomo distress (SDS): è uno strumento per misurare l'esperienza di 11 sintomi distress dei pazienti con cancro avanzato ed è ampiamente usato nelle diagnosi di cancro. E' inesistente una revisione sistematica.⁽¹⁸⁾

4.3.4 Misurazione della demoralizzazione

Demoralizzazione: è un concetto per descrivere il distress con eventi stressanti; alcuni criteri di diagnosi sono: pessimismo, isolamento, disperazione. Uno strumento utile per misurare la demoralizzazione in pazienti con cancro avanzato è la **Demoralization Scale (DS)** che misura il distress esistenziale, considerando 5 dimensioni: perdita del significato e scopi, disforia, senso di fallimento, impotenza, sconforto. Le proprietà psicometriche della versione tedesca sono stata studiata in uno studio che dimostra la validità e l'affidabilità della scala.⁽²⁰⁾

4.3.5 L'impatto del tumore al seno con metastasi

Benessere fisico, sociale, emotivo, esistenziale

Le donne con questo tipo di patologia devono affrontare molte sfide che comprendono procedure, dolore, fatigue, disabilità occupazionale, danno cognitivo, perdita del ruolo familiare e lavorativo, e sono a rischio di distress emozionale (depressione, ansia), distress esistenziale e solitudine. Emerge da uno studio di Mosher C.E. 2013 che si è occupato di questo fenomeno mediante autovalutazione scritta, attraverso l'indagine dell'impatto della malattia sul benessere fisico, emotivo, sociale delle donne e la loro esperienza quotidiana con la malattia. Il distress emozionale comprende sentimenti di shock e di isolamento al momento della diagnosi, spavento, perdita di controllo della loro vita, paura per la progressione della malattia, il carico del sintomo fisico con fatigue, dolore, sentimenti di colpa, difficoltà di concentrazione, di memoria e le limitazioni associate al dolore.

Il dolore è visto nella sua accezione multidimensionale come un'esperienza angosciante, associata a fatigue e altri sintomi. Anche la preoccupazione sull'immagine corporea, rispetto ad esempio alla perdita dei capelli o ai cambiamenti fisici secondari a mastectomia, le donne esprimono imbarazzo o descrivono il problema come “qualcosa di devastante” legata anche alla paura per l'impatto della loro morte sulla famiglia o difficoltà di familiari o amici ad accettare la diagnosi; la reazione alla malattia: negazione, evitazione, discomfort, problemi esistenziali e attesa di trovare un senso per affrontare la loro sofferenza.⁽²¹⁾

In uno studio qualitativo del 2014, Khazaei e Pool hanno intervistato una popolazione vasta di donne iraniane, dimostrando che esistono ancora barriere culturali per ottenere un'effettiva prevenzione del cancro al seno, anche laddove le donne ne riconoscano

l'importanza. Le barriere includono: la disinformazione e i dubbi, le paure, l'ignoranza sui rischi, nonché gli aspetti economici ed emotivi, il mancato supporto sociale così come uno stile di vita salutare, considerati fattori indispensabili per poter sostenere processi di prevenzione e motivare le donne a praticare la prevenzione comportamentale per il tumore al seno.⁽²²⁾

4.4 Medicina Narrativa

La medicina narrativa viene definita come una metodologia d'intervento clinico assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa; è un approccio multidisciplinare, secondo l'Istituto Superiore della Sanità, personalizzato e reattivo per i bisogni del paziente.⁽²⁷⁾ La medicina narrativa è considerata un metodo alternativo per comprendere la persona in modo olistico, prendendo in considerazione come i pazienti descrivono se stessi e la loro esperienza e i vissuti di malattia, attraverso testimonianze autobiografiche.⁽²⁴⁾

I racconti personali permettono di capire come viene vissuto l'impatto con il cancro e la relativa cura, la storia personale, le emozioni, le percezioni soggettive, le interpretazioni e i significati di malattia; adottare tale metodo permette di entrare nella prospettiva del *prendersi cura* della persona e considerare la malattia da *disease* a *illness*.

Questa prospettiva consente di prendere in considerazione emozioni, desideri, aspettative e contesto sociale della persona, consentendo di integrare l'approccio qualitativo a quello tradizionale nell'assistenza al paziente e di creare relazione assistenziale, per poter definire un progetto terapeutico personalizzato e condiviso.

La medicina narrativa, tuttavia, richiede competenze interpretative e saper *vedere con gli occhi dell'assistito*, cogliendone i vissuti con comprensione e vicinanza empatica.⁽²⁵⁾

La narrazione costituisce la forma con cui il paziente descrive il proprio malessere, incoraggia l'empatia, la costruzione dei significati, potenziando nel soggetto la riflessione dell'esperienza e permette alla persona di prendere decisioni con più consapevolezza; inoltre, rafforza la relazioni con gli altri, la capacità di esprimere gli stati d'animo, i disagi e la condivisione del vissuto attraverso la testimonianza.

L'interpretazione del vissuto a partire dal dato di narrazione richiede di instaurare una relazione significativa con il paziente.⁽²³⁻²⁶⁾, attuando tecniche comunicative quali la capacità di ascolto attivo e di collocamento degli eventi temporali.

Attraverso la forma narrativa è possibile evidenziare i diversi significati e forme date

all'esperienza del cancro. I temi che vengono discussi sono quelli relativi all'esperienza della mastectomia e sul significato attribuito all'immagine corporea, alla femminilità e all'impatto sulla sessualità. La narrazione spesso sottolinea che la ri-negoziazione dell'identità può essere intesa come un processo relazionale.⁽²⁷⁾

Gli strumenti utilizzati in medicina narrativa sono: il colloquio, le interviste semi-strutturate, la scrittura riflessiva, il narratore vicario, la video-intervista. La metodologia richiede di procedere per stadi: dalla stimolazione la narrazione, alla raccolta dei contenuti, poi indicizzati per ricostruirne i significati personali attribuiti ed elaborare un linguaggio narrativo, in grado di valutare l'impatto emotivo.⁽²⁷⁾

4.5 Norme giuridiche in Italia e potenziali applicazioni

Il dolore è un'esperienza soggettiva che non si lascia facilmente definire: ogni persona ha una propria esperienza dolorosa legata alla propria individualità, alla cultura di appartenenza e alla storia personale. In base all'articolo 34 del Nuovo Codice Deontologico, l'infermiere si attiva per prevenire e controllare il dolore e alleviare la sofferenza, si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari. L'infermiere ha il compito di misurare il dolore e di valutare l'efficacia della terapia e prevenire effetti secondari.

Misurare e valutare il dolore costituisce il passo fondamentale per individuare le strategie di intervento e di disporre adeguati parametri per verificare l'efficacia del trattamento.

Di recente il ruolo dell'infermiere è stato riconosciuto nell'articolo 5 della Legge 38/2010, che riconosce la figura professionale dell'infermiere, con specifiche competenze nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative. Nella stessa Legge vengono indicate, oltre alle attribuzioni professionali, i requisiti delle strutture di cure palliative e gli orientamenti dei trattamenti antalgici.

Il dolore se non trattato incide sulla qualità della vita di una persona e ne mina l'integrità fisica e psichica,⁽²⁹⁾ proprio per questo viene considerato un parametro vitale, quindi rilevato più volte durante la giornata. La sua valutazione è fondamentale per poi sviluppare un adeguato piano terapeutico.⁽³⁰⁾

La Regione del Veneto, sottolinea la tutela della salute delle persone con dolore e in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita, nel DGR Veneto n. 1090 del 06.05.2008 ⁽³⁷⁾, in cui il dolore viene introdotto come parametro vitale, la cui misurazione deve essere

eseguita alla presa in carico e rivalutata dopo un periodo di tempo congruo e sempre registrata nel diario clinico del paziente per una visualizzazione rapida dell'andamento. Tale normativa raccomanda al personale di rilevare e motivare la persona a riferire esplicitamente il dolore mediante l'utilizzo dello strumento di misurazione NRS (per adulti e bambini di età > 7 anni) , la scala delle facce per bambini da 3 a 7 anni.

Durante il mio percorso di tirocinio ho potuto constatare che NRS risulta essere la scala prevalentemente utilizzata dai professionisti sanitari, avendo caratteristiche di economicità, semplicità di somministrazione e facilmente comprensibile per i pazienti.

4.6 Limiti e punti di forza della ricerca

Durante la ricerca ho potuto riscontrare che un numero elevato di articoli scientifici si riferiva a strumenti di misurazione quantitativi utilizzati nelle donne con tumore al seno: quasi tutti gli studi accertano caratteristiche psicometriche del dolore per permettere di dimostrare la validità e l'affidabilità degli strumenti; ho reperito pochi studi in oncologia che si orientavano agli aspetti multidimensionali qualitativi del dolore totale, anche se alcuni studi sono stati considerati dagli stessi autori stimolanti per avviare ricerche future. Altro limite riscontrato è che questi studi non fanno emergere le possibili applicazioni degli strumenti qualitativi nella pratica clinica.

CONCLUSIONI

Dall'analisi della letteratura è stato possibile evincere che esistono numerosi strumenti qualitativi e quantitativi per l'accertamento del dolore oncologico, utilizzabili nella pratica clinica nelle donne con tumore al seno, che ampliano l'orizzonte del dolore dalla dimensione fisica a quella multidimensionale.

Gli strumenti di misurazione quantitativi sono classificati in scale unidimensionali e scale multidimensionali e sono: Mc Gill Questionnaire, Diario del dolore, Mappe del dolore, Verbal Rating Scale, Scala Analogica Visiva e Scala di valutazione numerica.

Gli strumenti di misurazione qualitativi, invece, comprendono scale di misurazione dell'immagine corporea, del distress psicologico, psicosociale e della demoralizzazione.

L'assistenza infermieristica richiede di caratterizzare l'esperienza dolorosa dell'assistito, al fine di comprenderla e interpretarla allo scopo di fornire un'assistenza volta a ridurre e a rendere sopportabile il dolore stesso, accompagnando la persona nella malattia.

La ricerca ha potuto evidenziare l'importanza di un'assistenza infermieristica in grado di comprendere e rispettare la dignità umana, volta al perseguimento del massimo benessere possibile della persona: agire tempestivamente per ottenere il sollievo dal dolore mediante un intervento personalizzato, rimette al centro la persona nelle sue dimensioni costitutive, nelle componenti fisiche, psichiche, sociali e spirituali, inscindibili in una somma maggiore delle parti, con la consapevolezza che il tumore al seno influenza le donne soprattutto nelle dimensioni dell'immagine corporea e della femminilità, in proiezione futura.

I risultati della misurazione degli aspetti qualitativi del dolore nella donna con tumore al seno possono, pertanto, essere utili strumenti per restituire autonomia, dignità, autostima, scelta decisionale alla persona e per poter ridare la speranza alla paziente e favorire una maggiore partecipazione al trattamento terapeutico.

Un valido strumento per comprendere la persona e la sua esperienza dolorosa, da introdurre anche nel contesto padovano, potrebbe essere il ricorso alla medicina narrativa, che permetterebbe alla persona di descrivere il proprio dolore, alla ricerca dell'attribuzione di un senso personale alla malattia.

Il DGR Veneto n.1090 del 6 maggio 2008 stabilisce che la misurazione del dolore sia effettuata mediante scale NRS e Wong-Backer, scale che, alla luce della presente ricerca appaiono limitate rispetto alle diverse tipologie di strumenti qualitativi reperiti.

BIBLIOGRAFIA

- (1) S. Minuzzo. *Nursing del dolore*. Carocci Faber 2004 Roma
 - (2) Beasseur. Guilbaud. Chauvin. *Dolori. Fondamenti di base. Farmacologia. Dolore acuti e cronici. Terapia*. Mediserve 1998 Milano
 - (3) IPASVI - *Il dolore oncologico e il suo controllo. ECM. Federazione IPASVI*
www.ipasvi.it Reperito il 20.07.2015
 - (4) A. R Bianco, S. De Placido, G. Tortona. *Core Curriculum. Oncologia Clinica*. Mc Graw Hill 2011 Milano
 - (5) *Tumore alla mammella. Ministero della Salute* www.salute.gov.it reperito il 20.07.2015
 - (6) Brunner. Suddarth. *Infermieristica medico-chirurgica*. Casa editrice Ambrosiana. Quarta edizione. 2010 Milano
 - (7) M. Laccetti, S. Kazanowsk, aavv. *Pain management*. 2th Edition. Quick look nursing. 2009 USA
 - (8) IPASVI Editoriale www.ipasvitaranto.com Reperito il 20.07.2015
 - (9) V. Belcastro. *Le malattie della mammella*. Luigi Pellegrini Editore 1999 Cosenza
 - (10) G. Artioli, P. Copelli. *Manuale di Scienze Infermieristiche. Collana Diretta da Mario Bianchini. Assessment Infermieristico. Approccio Orientato Alla Persona*. Poletti Editore. 2005 Milano
 - (11) P. Pantaleo. *Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia*. Franco Angeli Edizioni 2012
 - (12) N. Resseguie. 2013. BMC Women's Health. *Psychometric Properties Of A French Version Of A Dutch Scale For Assessing Breast And Body Image (BBIS) In Healthy Women*. BMC Women's Health 2013, 13:24
[Http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/24](http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/24)
- [Pubmed - Indexed For Medline]
- (13) G. Fanelli, G. Gersini, P.L. Canoico. *Recenti Progressi*. 2012. *Dolore in Italia*.

Analisi della situazione. Proposte operative. Recentiprogredi2012; 103(4):133-141
Reperito 25.07.2015 www.recentiprogredi.med

(14) T. Baker, J. Krok, S. Mc Millan. 2014. *Sexual activity and body image: examining gender variability and the influence of psychological distress in cancer patients.* Published in final edited form as: 2014 October; 22(4): 409-422 Doi. 10.1080/09589236.2012.708828.

[Pubmed - Indexed For Medline]

(15) A. Iskandarsyah. 2012. Journal Pone. *The Distress Thermometer And Its Validity: A First Psychometric Study In Indonesian Women With Breast Cancer.* PLOS ONE 8(2): E56353. DOI:10.1371/JOURNAL.PONE.0056353

[Pubmed - Indexed For Medline]

(16) M.P.J. Bogaarts, aavv. 2011. Support Care Cancer. *Development of the Psychosocial Distress Questionnaire—Breast Cancer (PDQ-BC): a breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems.* Support care cancer (2011) 19:1485–1493 DOI 10.1007/S00520-010-0968-9

[Pubmed - Indexed For Medline]

(17) A. Gorini aavv. 2015. Breast Cancer: Target And Therapy. *Development And Psychometric Testing Of A Breast Cancer Patient-Profiling Questionnaire.*

Breast Cancer Target and Therapy 2015;7 133-146

[Pubmed - Indexed For Medline]

(18) SJ. Stapleton, J. Holden, J. Epstein, DJ. Wilkie. 2015. Cancer Nurs. A *Systematic Review Of The Symptom Distress Scale In Advanced Cancer Studies.*

PMID: 26252436 [Pubmed - As Supplied By Publisher]

(19) J. Lester, aavv. 2015. Oncol Nurs forum. *Women With Breast Cancer: Self-Reported Distress In Early Survivorship.*

Oncol Nurs forum 2015; 42(1): E17–E23. DOI:10.1188/15.ONF.E17-E23.

[Pubmed - Indexed For Medline]

(20) A. Mehnert, S. Vehling, A. Hocker, C. Lehmann, UweKoch. 2011.

Jpainsymman, *Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the Demoralization Scale.*

j.jpainsymman.2011.02.013. EPUB 2011 May 18 vol. 42 no. 5 Novembre 2011; 42:768-776 *Journal Of Pain And Symptom Management*

Doi: 10.1016 [Pubmed – Indexed For Medline]

(21) C. Mosher, C. Johnson, M. Dickler, L. Norton, aavv.2013. *Breast J. Living with metastatic breast cancer: a quality analysis of physical, psychological and social sequelae.* *Breast J.* 2013; 19(3): 285-292. DOI: 10.1111/tbj.12107 [Pubmed – Indexed For Medline]

(22) M. Khazaee-Pool, A. Montazeri, M. Fereshteh, A. R. Foroushani, aavv. 2014. *Bmc Women's Health. Breast Cancer-Preventive Behaviors: Exploring Iranian Women's Experiences.* <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/41> [Pubmed – Indexed For Medline]

(23) *Medicina Narrativa* www.bmv.bz.it Reperito il 20.08.2015

(24) K. Manocchi. *La medicina narrative. Un momento di affrontare la malattia.* www.medicinanarrative.it Reperito il 20.08.2015

(25) S. Marcadelli, G. Di Taranto. *Narrative based medicine e medicina di genere.* *Medicina narrativa* N.1. 2011 www.medicinanarrativa.it Reperito il 20.08.2015

(26) The Daily Nurse. *Medicina Narrativa.* www.thedailynurse.eu Reperito il 20.08.2015

(27) *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e degenerative.* www.iss.it CNMR *Medicina Narrativa* Reperito il 20.08.2015

(28) S. Atkinson, S. Rubinelli. 2012. . *Crit Rev Oncol Hematol. Narrative In Cancer Research And Policy: Voice, Knowledge And Context.*

Crit Rev Oncol Hematol. 2012 DECEMBER 31; 84(0 2): S11–S16. DOI:10.1016/S1040-8428(13)70004-0. EUROPE. [Pubmed-Indexed For Medline]

(29) Ministero Della Salute. *Definire e valutare il dolore*

www.salute.gov.it reperito il 20.08.2015

(30) M. Schiavon. IPASVI Gorizia. *L'assistenza infermieristica ed il dolore*. Articolo Feedback N3. Sito IPASVI Gorizia: www.ipasvigorizia.it Reperito il 20.08.2015

(31) Centro Studi EMN. *La valutazione del dolore oncologico sul paziente adulto e pediatrico*. www.evidencebasednursing.it Reperito il 10.08.2015

(32) Centro Studi EBM. 2007. *Accertamento e gestione del dolore*. Supplemento 2007. www.evidencebasednursing.it Reperito il 10.08.2015

(33) Evidence based nursing. *Assessment And Management Of Pain*. 2002. www.evidencebasednursing.it Reperito il 10.08.2015

(34) Federazione Collegio Infermieri. Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia. *Il dolore oncologico e il suo controllo*. www.ipasvi.it Reperito il 10.08.2015

(35) Brunelli, aavv. 2010. *Health And Quality Of Life Outcomes. Comparison Of Numerical And Verbal Rating Scales To Measure Pain Exacerbations In Patients With Chronic Cancer Pain*. *Health And Quality Of Life Outcomes* 2010, 8:42. <http://www.hqlo.com/content/8/1/42> [Pubmed – Index For Medline]

(36) AIOM. *Linee Guida. Terapia del dolore in oncologia*. AIOM Edizione 2013 www.aiom.it Reperito il 20.08.2015

(37) Regione Veneto. *DGR n 1090 del 06.05.2008. Raccomandazioni per la valutazione e trattamento del dolore*. www.regione.veneto.it Reperito il 12.10.21015

(38) G. M. Frierson. 2006. *Ann Behav Med. Body change stress for women with breast cancer: The Breast-Impact Of Treatment Scale*. *Ann Behav Med* 2006 AUGUST; 32(1):7781. [Pubmed - Indexed For Medline]

(39) H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen, L.A. Rosseland, L. Romundstad, E.K. Hals, aavv. 2008. *BJA. Assessment of pain*. *Br J Anaesth* 2008 Jul;101(1):17-24. www.bia.oxfordjournal.org Reperito il 20.07.2015