

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ
ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Ιωάννα Αρτοπούλου

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Ιωάννα Αρτοπούλου

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτική Επιτροπής

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Γιώργος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΙΩΑΝΝΑ ΑΡΤΟΠΟΥΛΟΥ 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται, έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά

Όνοματεπώνυμο

Γιώργος Πανουτσόπουλος

Όνοματεπώνυμο

Μαρία Τσιρώνη

Όνοματεπώνυμο

Ευχαριστίες

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας. Επιπλέον, εκφράζω τις ευχαριστίες στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Μαρία Τσιρώνη, στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Γιώργιο Πανουτσόπουλο, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ακολούθως θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Διοικητές και τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», ΠΓΝ Ιωαννίνων και Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης. Επίσης ευχαριστώ ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό των συγκεκριμένων νοσοκομείων για την προθυμία του να συμμετάσχει στην έρευνα αυτή.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου και τους φίλους μου, που με τη συνεχή τους συμπαράσταση, την αγάπη, την κατανόηση και την θετική τους σκέψη, ιδιαίτερα τις εποχές των μεγάλων διλημάτων, συνέβαλαν στην εκπλήρωση του στόχου μου!

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Ιωάννα Αρτοπούλου

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί ένα από τα αρχαιότερα ιατρικά προβλήματα. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον άνθρωπο και τον συνοδεύει από τη γέννηση έως το θάνατό του. Ο διαχωρισμός οξέως – χρόνιου πόνου έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκινικό πόνο τελικού σταδίου, διότι απαιτεί διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου τα τελευταία 20 χρόνια έχει βελτιωθεί. Η αποτελεσματική χορήγηση των απαιτούμενων αναλγητικών από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές είναι ο βασικός άξονας της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο σε τυχαίο δείγμα σε ένα γενικό νοσοκομείο της περιφέρειας, σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της περιφέρειας και σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο της πρωτεύουσας.

Υλικό και μέθοδος: Στην παρούσα ποσοτική συγχρονική έρευνα έλαβαν συνολικά μέρος 174 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν στο ΓΠΝ Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», στο ΠΓΝ Ιωαννίνων και στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών. Πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία. Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και το ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” των Betty Ferrell and Margo McCaffery (2008). Αφού εξασφαλίστηκε η γραπτή άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου από τους ερευνητές, πραγματοποιήθηκε μετάφραση στην Αγγλική γλώσσα, αντίστροφη μετάφραση και έλεγχος

από ομάδα ειδικών. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου ήταν 0,75 γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια.

Αποτελέσματα: Το 77,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, το 50,4% ήταν >41 ετών ενώ το 43,1% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ. Το 49,6% εργάζονταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το 27,6% εργάζονταν σε χειρουργική κλινική και το 65,5% εργάζονταν >10 έτη. Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Στη διμεταβλητή ανάλυση, στο επίπεδο του 20% ($p < 0,20$) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ηλικία ($p = 0,09$), το νοσοκομείο εργασίας ($p = 0,001$), την κλινική εργασία ($p < 0,001$) και τα έτη προϋπηρεσίας ($p < 0,06$) με τη βαθμολογία γνώσεων. Για το λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Συμπέρασμα: Διαπιστώνονται, σημαντικά, οι ελλειπείς γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης τους, τη φυσιολογία του πόνου, καθώς και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν αρνητικά στην παρεχόμενη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Οι πληροφορίες, που συγκεντρώθηκαν στην παρούσα έρευνα, μπορούν να φανούν χρήσιμες για τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών στρατηγικών, ενώ συγχρόνως οι ερωτήσεις με χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων μπορούν να λειτουργήσουν ως οδηγός για τους φορείς εκπαίδευσης, αλλά και ως προβληματισμός του παρόντος εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το πώς θα μπορούσαν να βελτιώσουν την παροχή φροντίδας υγείας σε σχέση με εκείνη που παρέχεται έως και σήμερα.

Λέξεις – κλειδιά: πόνος, καρκινικός πόνος, αναλγητικά, οπιοειδή, αξιολόγηση γνώσεων

KNOWLEDGE ASSESSMENT OF NURSING STAFF ABOUT CANCER PAIN

IOANNA ARTOPOULOU

RN, BSc

Abstract

Introduction: Pain is one of the oldest medical problems. It is closely connected with human and accompanies him from birth to death. Separation acid - chronic pain is of great importance for the treatment of patients with end-stage cancer pain because it requires different treatment. The treatment of cancer pain in the last 20 years has been improved. The effective administration of analgesics required by doctors and nurses is the main axis of the treatment of cancer pain.

The **purpose** of this study was to assess the level of knowledge of the nursing staff about cancer pain in a random sample of a general hospital in the region, in a university hospital in the region and in a private hospital in the capital.

Material and Methods: In the present quantitative cross-sectional survey a total sample of 174 nursing staff working in the Hospital of Tripoli "H Euaggelistria", in the University Hospital of Ioannina and in the Private Hospital of Athens "Athens Medical Center" was received. To collect data, an anonymous questionnaire that captures the basic demographic questionnaire and the questionnaire "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" of Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN revised 2008 were used. After securing the written authorization for the use of the questionnaire by the researchers, reverse translation and a validity assessment by an experts group were performed. For the statistical analysis the statistical package SPSS 19 was used. The internal

consistency coefficient Cronbach's alpha of the questionnaire was 0.75 which indicates satisfactory internal consistency.

Results: The 77.6% of participants were women, the 50.4% were > 41 years and the 43.1% were graduates of colleges. The 49.6% worked in a university hospital, the 27.6% worked in surgical clinic and the 65.5% worked > 10 years. The percentage of incorrect responses to all questions were <50% (16 questions in 36). In bivariate analysis, the level of 20% ($p < 0.20$) found statistically significant relationships between age ($p = 0.09$), hospital work ($p = 0.001$), clinical work ($p < 0.001$) and years of service ($p < 0.06$) with the knowledge score. For this reason, a multivariate linear regression was accomplished.

Conclusion: The lack of knowledge of the nursing staff on opioids, the mode of administration and action, the physiology of pain and non-pharmaceutical interventions implemented by the medical and nursing staff which are significantly recorded, may contribute negatively to the supplied care of cancer patients. The information collected in this survey may be useful for planning educational strategies, while questions with a lower percentage of correct responses can act as a guide for training providers, but also as a reflection of the current employee nursing staff regarding how we can improve health care provision in relation to that provided today/so far.

Key words: pain, cancer pain, analgesics, opioids, knowledge of pain.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	14
A. Γενικό μέρος	16
1. Ιστορική αναδρομή του πόνου και των αναλγητικών φαρμάκων.....	17
2. Παθοφυσιολογία του πόνου.....	20
Χαρακτηριστικά του πόνου	22
3. Αξιολόγηση του πόνου	23
4. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου.....	26
Οπιοειδή φάρμακα.....	26
Επιδράσεις των οπιοειδών ανά σύστημα	28
Μέθοδοι χορήγησης οπιοειδών.....	31
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ).....	33
Παρενέργειες ΜΣΑΦ ανά σύστημα:.....	34
Παρακεταμόλη – Ακεταμινοφαίνη:	36
Μη αναλγητικά φάρμακα.....	37
5. Ο καρκινικός πόνος.....	39
Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου	39
Οι αιτίες της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι οι εξής :	43
6. Φροντίδα καρκινοπαθών σε Ψυχολογικό επίπεδο	44
Οι ασθενείς τελικού σταδίου.....	45
B. Ειδικό μέρος.....	48
1. Μεθοδολογικά Θέματα	49
2. Σκοπός της μελέτης.....	52
Επιμέρους στόχοι.....	53
3. Μέθοδος.....	54
Στατιστική ανάλυση.....	55
4. Αποτελέσματα.....	59
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	59
Οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τον πόνο	62
Σχέση απαντήσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά	76

Συσχέτιση ερωτήσεων με τα δημογραφικά στοιχεία	78
5. Συζήτηση.....	92
6. Συμπεράσματα	96
7. Αδυναμίες μελέτης.....	97
8. Προτάσεις	97
Βιβλιογραφία	99
Παράρτημα	103

“ Ο πόνος είναι πάντα κάτι νέο γι’ αυτόν που υποφέρει, αλλά κάτι συνηθισμένο για ‘κείνους που βρίσκονται γύρω του. Εκείνοι θα συνηθίσουν, αλλά αυτός που υποφέρει, όχι. ”

Alphonse Daudet (1840-1897)

Εισαγωγή

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα αρχαιότερα ιατρικά προβλήματα. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον άνθρωπο και τον συνοδεύει από τη γέννηση έως το θάνατό του. Ο πόνος θεωρείται φυσιολογικός αμυντικός μηχανισμός που σκοπό έχει να διαφυλάξει τη ζωή και να προστατέψει τη σωματική ακεραιότητα, καθώς αποτελεί σήμα του οργανισμού για υπάρχουσα ή επικείμενη βλάβη.

Ο John J. Bonica υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι έργο ενός ατόμου, αλλά απαιτεί συγκροτημένη ομάδα γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.^{1,2} Με δική του πρωτοβουλία το 1973 ιδρύθηκε η IASP (International Association for the Study of Pain). Η IASP σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) δημιούργησε το 1986 κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, «Cancer Pain Relief», και αναθεωρήθηκε το 1996. Σύμφωνα με την IASP ο πόνος ορίζεται ως μια υποκειμενική, δυσάρεστη, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη.³

Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος. Ο οξύς πόνος είναι αιφνίδιος και δεν κρατάει πάνω από 3 μήνες, με σχετικά εύκολη αναγνώριση της επώδυνης περιοχής. Ο χρόνιος πόνος κρατάει πάνω από 3 μήνες. Ο εντοπισμός των επώδυνων περιοχών αναγνωρίζεται δύσκολα, ειδικά αν είναι σπλαχνικός. Ο διαχωρισμός οξέως – χρόνιου πόνου έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκινικό πόνο τελικού σταδίου, διότι απαιτεί διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο καρκινικός πόνος συσχετίζεται τόσο με την πρόοδο της νόσου όσο και με τις μεθόδους θεραπείας της.

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου τα τελευταία 20 χρόνια έχει βελτιωθεί. Σε αυτό έχει συνεισφέρει η βελτίωση της διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου, η καλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής αγωγής, η επιμονή των ασθενών και των οικογενειών τους στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και η ανάγκη για καλύτερη ποιότητα ζωής, η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

Η αποτελεσματική χορήγηση των απαιτούμενων αναλγητικών από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο βασικός άξονας της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, είναι αποτελεσματικά σε μεγάλο ποσοστό ασθενών. Τα αναλγητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι

τα μη οπιοειδή (ήπια αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), τα ήπια οπιοειδή και τα ισχυρά οπιοειδή.

Επιπλέον, υπάρχουν όμως και αρκετές μελέτες που δίνουν έμφαση στο διαχωρισμό του πόνου σε σωματικό και ψυχολογικό. Σύμφωνα με τον Frankl (1987), οι καρκινοπαθείς είναι δύσκολο να αντέξουν τον πόνο, τον θεωρούν περιττό και απαράδεκτο. Δεν είναι ο πόνος καθ' αυτού που προκαλεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα. Ο Leshan (1981), καθώς και ο Simonton και οι συνεργάτες του (1988), παρατήρησαν ότι παρότι έχει προηγηθεί παρέμβαση για τον έλεγχο του πόνου, αυτός συνεχίζει να είναι έντονος. Αυτό οφείλεται σε δευτερογενή αίτια, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής αναζητά περισσότερη προσοχή, φροντίδα και αγάπη από το περιβάλλον του.⁴

Α. Γενικό μέρος

1. Ιστορική αναδρομή του πόνου και των αναλγητικών φαρμάκων

Από τους προϊστορικούς λαούς ο πόνος συσχετιζόταν με δαίμονες και κακά πνεύματα, τα οποία κυριεύαν το σώμα. Η θεά Γούλα, από τα Σουμέρια χρόνια, ήταν μία από τις ιατρικές θεότητες που υπήρχαν τότε.⁵ Για την θεραπεία των ασθενειών και κατ' επέκταση και του πόνου, πραγματοποιούνταν τελετουργίες για την εκφόβιση και τελικά την απομάκρυνση των δαιμόνων και των κακών πνευμάτων από τη ψυχή και κατ' επέκταση και από το σώμα τους ασθενούς, ενώ παράλληλα γινόταν χρήση διαφόρων φαρμακευτικών βοτάνων και αιθέριων ελαίων. Η πρώτη γνωστή συνταγή για την αντιμετώπιση του πόνου αναγράφεται σε πήλινη πλάκα, η οποία βρέθηκε στη Μεσοποταμία.⁶ Σπόροι από το φυτό της μήκωνος της υπνοφόρου (*Papaver Somniferum*) (Εικόνα 1), τη γνωστή παπαρούνα, βρέθηκαν στην Μεσοποταμία περίπου από το 4000 πχ. Αυτό κατατάσσει το όπιο ως ένα από τα αρχαιότερα φυτικά αναλγητικά.⁷ Με το πέρασμα του χρόνου η δράση του όπιου διευρύνθηκε και γνωστοποιήθηκε τόσο στους Ασσύριους, όσο και στους Βαβυλώνιους και τους Αιγυπτίους.



PLATE XIII—*Papaver somniferum* (Opium Poppy). (From Jackson: *Experimental Pharmacology and Histologic Medicine*.)

Εικόνα 1. *Papaver Somniferum*

Εκτός από το όπιο χρησιμοποιούνταν ως αναλγητικά και άλλα φυτά όπως (Εικόνα 2):

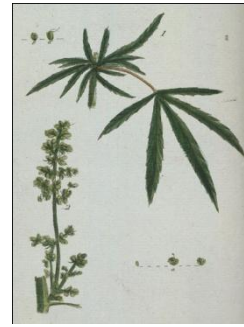
- ο μανδραγόρας, ο οποίος περιέχει ατροπίνη, σκοπολαμίνη και μανδραγορίνη
- το υοσκύαμο, το οποίο περιέχει σκολαμίνη και υοσκυαμίνη
- η ιτιά, η οποία έχει δράση παρόμοια με το σαλικυλικό
- η ινδική κάνναβη (*Cannabis Indica*), η οποία χρησιμοποιούταν για την θεραπεία από πόνους σε περιπτώσεις ρευματισμών, για την αντιμετώπιση της αϋπνίας, καθώς και για την αντιμετώπιση της βροχίτιδας.⁸



Εικόνα 2. Μανδαγόρας

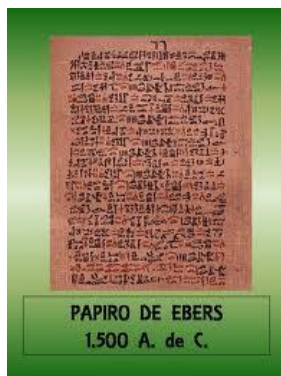


υοσκύαμο

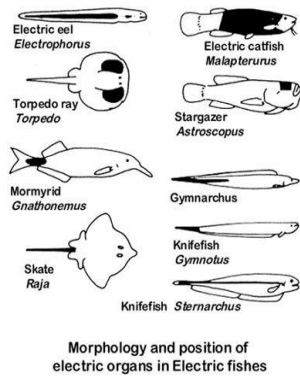


Cannabis Indica

Στον πάπυρο του Ebers (1500 πχ) περιγράφεται μια πληθώρα από βότανα, αναλγητικά και μη.^{8,9,10} Η χρήση του ηλεκτρισμού για την ανακούφιση του πόνου ρευματικής αιτιολογίας τεκμηριώνεται ήδη από τους αρχαίους Αιγύπτιους και αργότερα το ίδιο μέσο θεραπείας παρατηρείται και στους αρχαίους Έλληνες, καθώς και στους Ρωμαίους.¹¹ Στην αρχαία Κίνα χρησιμοποιούταν για τη θεραπεία του πόνου ο βελονισμός, ο οποίος χρησιμοποιείται ως ένα μέσο θεραπείας και ανακούφισης του πόνου μέχρι και σήμερα¹² (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. Πάπυρο του Ebers (1500 πχ)



Ηλεκτροφόρα ψάρια



Αρχαίοι Κινέζικοι χάρτες βελονισμού

Οι αρχαιότερες ελληνικές γραπτές αναφορές, που σχετίζονται με την αντιμετώπιση του πόνου, ανακαλύφθηκαν σε κείμενα του Ομήρου κατά τον 10^ο και 9^ο αιώνα π.χ. Η θεραπεία από τα επώδυνα νοσήματα είναι η πρώτη αρμοδιότητα του Ασκληπιού, όπως παρουσιάζεται

στον Ορφικό ύμνο. Στην Ιλιάδα γίνεται αναφορά στον Τρωικό πόλεμο, κατά τη διάρκεια του οποίου οι γιατροί με σκοπό να απαλύνουν τον πόνο των τραυματιών χρησιμοποιούσαν σηπτικά καταπλάσματα και αναλγητικά. Για την χρήση του όπιου εντοπίζονται υπάρχον αναφορές και στην Μινωική εποχή (1450 πχ). Ο Ιπποκράτης στα έργα του αναφέρει διάφορες φαρμακευτικές ουσίες, κυρίως με αναλγητική δράση, καθώς και ειδικά διαιτολόγια. Εκτός από τα φάρμακα χρησιμοποιούσε φλεβοτομίες, ψυχρά και θερμά επιθέματα. Επηρεασμένη από την Ελληνική ιατρική και φιλοσοφία παρατηρείται να ήταν και η ιατρική στη Ρώμη. Η ίδρυση των πρώτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τον σημερινό όρο γίνεται στο Βυζάντιο. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ήταν συνδυασμός των αρχαιοελληνικών ασκληπιείων και των ρωμαϊκών θεραπευτηρίων.

Η Ιερά Εξέταση απαγόρευσε τη χρήση του όπιου για πάνω από 200 χρόνια, καθώς θεωρούσε διαβολική την Ανατολίτικη προέλευσή του. Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα στον τομέα του πόνου δεν σημειώθηκε κάποια πρόοδος σχετικά με την φαρμακευτική του θεραπεία. Νέα φυτικά είδη με φαρμακευτικές ιδιότητες και ειδικότερα με παυσίπονη δράση, όπως τη κινίνη, εμφανίστηκαν με την ανακάλυψη της Αμερικής. Ο Γάλλος φιλόσοφος Rene Descartes (1596-1650) διατύπωσε τη θεωρία του για την παθοφυσιολογία της αίσθησης του πόνου.

Τον 17^ο αιώνα αρχίζει να μειώνεται η χρήση των φαρμακευτικών φυτών, όπως ο υποκύαμος και ο μανδραγόρας, και προτιμάται η χρήση καθαρών προϊόντων του όπιου. Το 1683 περιγράφεται η διαδικασία της τεχνικής του βελονισμού από τον Wilhelm Ten Rhyne (1647-1700), όπως εκείνη διδασκόταν από Ιάπωνες.

Εξέλιξη στην αντιμετώπιση του πόνου σημειώθηκε το 1803 από τον γερμανό Seturner, ο οποίος διαχώρισε για πρώτη φορά σε καθαρή μορφή το κύριο αλκαλοειδές του όπιου, τη μορφίνη, όπως και το ονόμασε. Το 1820 απομονώνεται η σαλικίνη από τα φύλλα της ιτιάς και το 1897 ακολουθεί η σύνθεση του ακετυλοσαλικυλικού οξέος από τον γερμανό Bayer. Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα παρασκευάζονται για πρώτη φορά τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδες.

Με το πέρασμα των χρόνων γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό το γεγονός ότι ο πόνος που δεν θεραπεύεται έχει επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ανθρώπινης ύπαρξης. Στις μέρες μας το μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελεί η θεραπεία του χρόνιου πόνου.

2. Παθοφυσιολογία του πόνου

Σύμφωνα με την IASP (International Association for the Study of Pain) ο πόνος ορίζεται ως μια υποκειμενική, δυσάρεστη, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη.^{1,2,3}

Ο πόνος δεν είναι ένα μονοδιάστατο σύμπτωμα, και αυτό διότι δεν επηρεάζεται μόνο από την διέγερση ενός υποδοχέα άλγους ή από τον τραυματισμό ενός ιστού, αλλά και από προηγούμενες εμπειρίες πόνου, καθώς και από το περιβάλλον και τις διάφορες επιδράσεις, τη συναισθηματική κατάσταση, ενώ σημαντικό ρόλο διακατέχουν και οι προσωπικές πεποιθήσεις. Στην ουσία ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη υποκειμενική εμπειρία με συναισθηματική συμμετοχή. Το 50% των αισθητικών ινών σ' ένα δερματικό νεύρο προέρχεται από υποδοχείς του πόνου.

Οι υποδοχείς του πόνου, ονομάζονται αλγοϋποδοχείς, είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις, οι οποίες βρίσκονται σε όλο το σώμα. Όταν ενεργοποιούνται οι υποδοχείς αυτοί, το ερέθισμα του πόνου μετατρέπεται σε νευρικές ώσεις. Οι νευρικές ίνες που μετατρέπουν τα επώδυνα ερεθίσματα είναι οι εμμύελες (Αδ) ίνες και οι αμμύελες (c) ίνες. Η διαφορά των δύο ινών είναι στην ποιότητα του πόνου και στον χρόνο εμφάνισής του. Οι εμμύελες ίνες απαντούν στον οξύ, διαξιφιστικό εντοπισμένο πόνο σε 6 – 30 m/sec, ενώ οι αμμύελες ίνες απαντούν στον αμβλύ, διάχυτο πόνο σε 0,5 – 2 m/sec.

Τα κυτταρικά σώματα Αδ και c ινών βρίσκονται στα νωτιαία γάγγλια. Οι νευρικές ίνες εισέρχονται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Η πληροφορία μεταφέρεται από το νωτιαίο μυελό και διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου φτάνει στο θάλαμο, όπου και αναλύεται. Από εκεί διαμέσου των θαλαμοφλοιωδών συνδέσμων φτάνει στο φλοιό και σε περιοχές υπεύθυνες για τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου.

Η διέγερση των υποδοχέων του πόνου μπορεί να επιτευχθεί από πολλαπλά είδη ερεθισμάτων, όπως υψηλές θερμοκρασίες, χημικά ερεθίσματα ή έντονη πίεση.¹³ Γενικότερα, οι υποδοχείς του πόνου ενεργοποιούνται σε κάθε παράγοντα, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει κάποια ιστική βλάβη.

Σε κάποιες παθολογικές καταστάσεις, μετά από ιστική βλάβη, οι αλγοϋποδοχείς δεν προσαρμόζονται στο επαναλαμβανόμενο ερέθισμα και μερικές φορές γίνονται ακόμη πιο ευαίσθητοι. Έτσι, έχουμε την υπεραλγησία, κατά την οποία μπορεί να αυξηθεί η ευαισθησία

σε ένα κανονικό ερέθισμα, ή την αλλοδυνία, όπου ένα κανονικά μη επώδυνο ερέθισμα γίνεται επώδυνο.

Μια αδρή ταξινόμηση με βάση την παθοφυσιολογία και τον εντοπισμό, κατατάσσει τον πόνο σε τέσσερις κατηγορίες¹⁴

1. αλγαισθητικός πόνος
2. νευροπαθητικός πόνος
3. ψυχογενής πόνος
4. φλεγμονώδες πόνος

Ο ψυχογενής πόνος, οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια και δεν συμπίπτει με την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος.

Ο νευροπαθητικός πόνος, εμφανίζεται ως συνέπεια μιας βλάβης ή πάθησης των νεύρων του σώματος ή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Ο αλγαισθητικός και φλεγμονώδες πόνος, προέρχεται από την ενεργοποίηση των υποδοχέων του πόνου. Η διαδικασία της πρόκλησης και της αντίληψης του πόνου καλείται αλγαισθησία.

Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες:

1. την μετατροπή (transduction), που πρόκειται για την διαδικασία κατά την οποία τα βλαπτικά ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στις αισθητικές απολήξεις των νεύρων.
2. την μεταβίβαση (transmission), διαδικασία κατά την οποία μεταδίδονται ηλεκτρικές ώσεις δια μέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος.
3. την τροποποίηση (modulation), που αφορά την διαδικασία μεταβίβασης των αισθητικών πληροφοριών και τροποποίησής τους μέσω ενός αριθμού νευρωνικών επιδράσεων.
4. την αντίληψη, η οποία είναι η τελική διαδικασία όπου η μετατροπή, η μεταβίβαση και η τροποποίηση, αλληλεπιδρούν με τη μοναδική ψυχολογία και μνήμη του ατόμου, για να δημιουργήσουν την τελική υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία, που αντιλαμβανόμαστε σαν πόνο.

Ο αλγαισθητικός πόνος, διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό. Ο σωματικός πόνος είναι συνεχής, σταθερός, διαξιφιστικός, εντοπισμένος και σαφής. Ο σπλαχνικός πόνος είναι συνεχής, αμβλός, διάχυτος και ασαφής.

Χαρακτηριστικά του πόνου

Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος, ανάλογα με τον χώρο που απαντά και το χρόνο που διαρκεί^{14,15}.

Ο οξύς πόνος είναι αιφνίδιος και διαρκεί λιγότερο από 3 – 6 μήνες, οφείλεται σε διέγερση των υποδοχέων του πόνου από χειρουργική επέμβαση ή τραύμα, νόσο του δέρματος ή των εν τω βάθη ινών και θεωρείται σύμπτωμα με προειδοποιητική, διαγνωστική ή θεραπευτική αξία. Η ένταση του οξέως πόνου εξαρτάται από την έκταση του ιστικού τραύματος, ενώ είναι μεγαλύτερη τις πρώτες 24 – 72 ώρες και σταδιακά μειώνεται.

Ο χρόνιος πόνος είναι συνεχής και η έντασή του αυξάνεται προοδευτικά. Ο πόνος εξακολουθεί να υπάρχει και μετά από τον χρόνο αποδομής της νόσου (3 – 6 μήνες). Ο χρόνιος πόνος θεωρείται ασθένεια, διακρίνεται σε μη κακοήθη ή κακοήθη και απαιτεί πολλαπλή θεραπευτική προσέγγιση.

Φυσιολογικός πόνος, είναι ο πόνος που παύει να υπάρχει όταν σταματήσουν τα επώδυνα ερεθίσματα. Αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό, καθώς μας πληροφορεί σχετικά με την ύπαρξη των βλαπτικών παραγόντων και μας απομακρύνει από αυτούς.

Παθολογικός πόνος, είναι ο πόνος που προκαλείται από φλεγμονώδη αντίδραση, η οποία συνοδεύει ιστικό τραύμα ή βλάβη του νευρικού συστήματος.

Καθολικός πόνος, περιγράφεται ως ο πόνος όπως και όταν τον αισθάνεται ο ασθενής, ο οποίος μπορεί να τροποποιηθεί από διάφορους παράγοντες, όπως ψυχολογικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς.

Αναφερόμενος πόνος (deafferentation pain) ή προβαλλόμενος πόνος, είναι ο πόνος που προέρχεται από σπλάχνα αλλά εντοπίζεται σε διαφορετική δερματική περιοχή. Η περιοχή στην οποία «αναφέρεται ο πόνος» είναι ίδιας εμβρυολογικής προέλευσης με το όργανο που πάσχει και νεράνεται από το ίδιο νευροστόμιο. Προκύπτει από την απώλεια κεντρομόλων αισθητικών ερεθισμάτων στις οδούς πόνου του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ).

3. Αξιολόγηση του πόνου

Για την αξιολόγηση του πόνου και την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση του χρειαζόμαστε μια σειρά από διαδικασίες για την σωστή εκτίμησή του. Για τον πόνο δεν υπάρχει καμία αντικειμενική μέτρηση. Ο πόνος δεν καθορίζεται μόνο από την διέγερση ενός αλγούποδοχέα, αλλά και από προηγούμενες εμπειρίες πόνου, προσωπικές πεποιθήσεις, καθώς και από το περιβάλλον.

Η εξέταση σε ένα ασθενή με χρόνια πόνο περιλαμβάνει^{14,16}:

1. Ατομικό ιστορικό: Ξεκινάμε παίρνοντας το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή, όπως μόρφωση, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση κτλ, και στη συνέχεια παίρνοντας και το ψυχολογικό ιστορικό του. Αναζητούμε την αρχική αιτία του πόνου και ασθένειες που μπορεί να συνδέονται με τον πόνο αυτό. Πολύ σημαντικό είναι ο προσδιορισμός του σημείου, της διάρκειας και της ποιότητας του πόνου. Αυτό θα μας βοηθήσει στον εντοπισμό των δομών, που έχουν προσβληθεί, και τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό που τους προκαλεί.
2. Επισκόπηση: Σε αυτό το στάδιο ελέγχουμε τη στάση και τη μορφή του σώματος, το δέρμα, την διάθεση και την εξωτερική του πόνου. Πολύ σημαντική είναι η επισκόπηση των κινήσεων της καθημερινότητας.
3. Ψηλάφηση: Πρόκειται για το στάδιο αξιολόγησης της ποιότητας των ιστών και ανίχνευσης της ευαισθησίας τους σε ηρεμία ή κατά την κίνηση. Κατά την ψηλάφηση του μυοσκελετικού συστήματος αξιολογούμε την κινητικότητα των μυών, τον μυϊκό τόνο κατά την άσκηση και κατά την ηρεμία.
4. Εξέταση του μυϊκού συστήματος: Ενεργητική και παθητική κίνηση, καθώς και αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης και του πόνου κατά την αντίσταση.
5. Νευρολογική εξέταση: Στάδιο αποκάλυψης διαταραχών του ΚΝΣ, του ΠΝΣ, του ΑΝΣ
6. Εξετάσεις: Περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφικός έλεγχος, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, μυελογραφία, ηλεκτρομυογράφημα, σπινθηρογράφημα) και εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες δίνουν πληροφορίες για την προέλευση του πόνου και την γενικότερη κατάσταση του οργανισμού (γενική αίματος, βιοχημικός και ηπατικός έλεγχος, γενική ούρων, ιχνοστοιχεία, ανοσολογικοί δείκτες).

Όταν αξιολογούμε – εκτιμούμε τον πόνο, πρέπει να λαμβάνουμε πάντα υπόψη μας ότι ο ασθενής πονάει όσο αυτός νιώθει ότι πονάει. Εκτιμούμε τον ασθενή που πονάει με

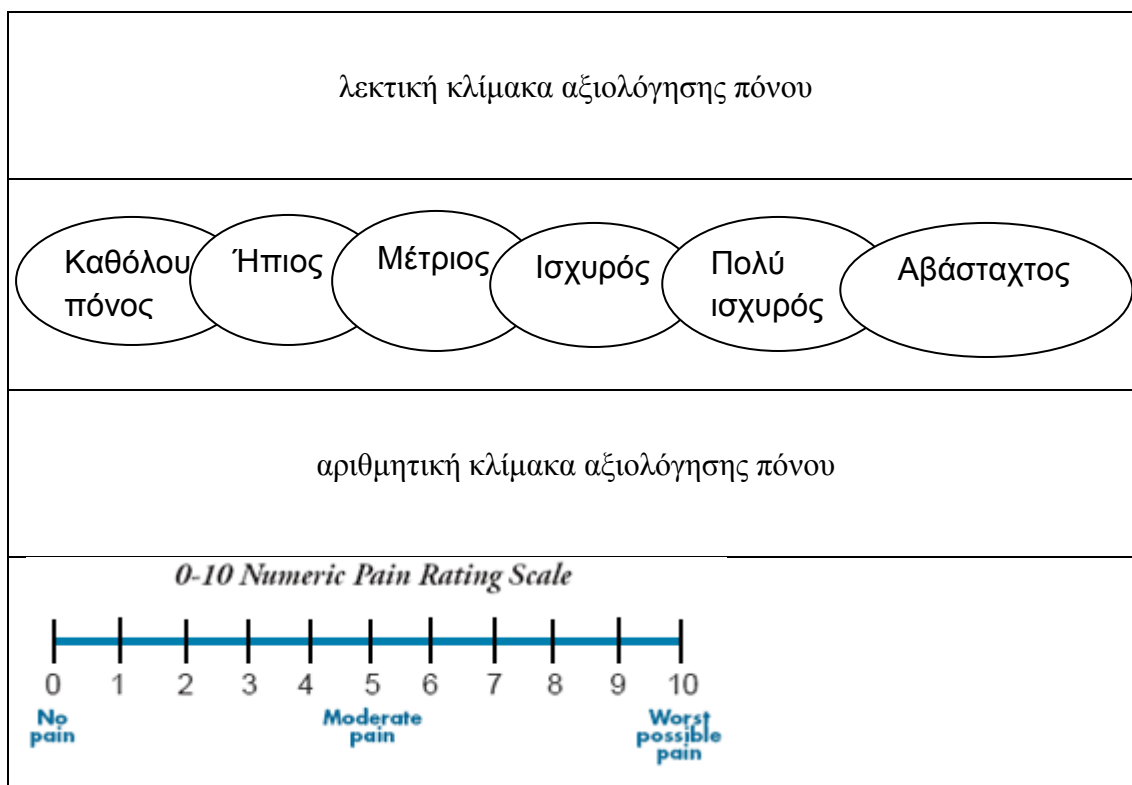
λεπτομερή φυσική - κλινική εξέταση και προσπαθούμε να μετρήσουμε τον πόνο του.^{14,17,18} Η εκτίμηση γίνεται:

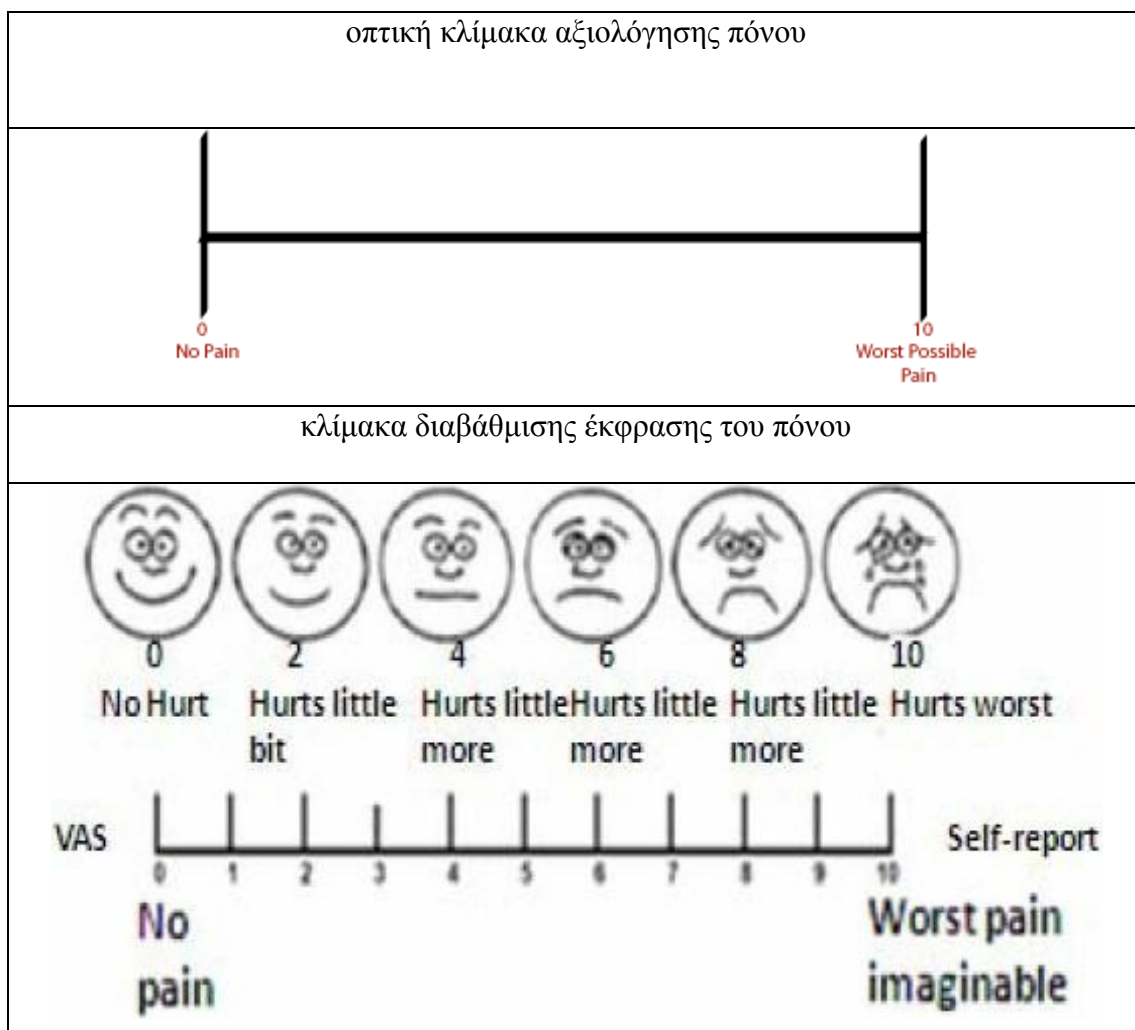
1. Υποκειμενική αλγομετρία:

1.1 Η μονοδιάστατη εκτίμηση του πόνου που περιλαμβάνει (Πίνακας 1):

- την λεκτική κλίμακα αξιολόγησης πόνου
- την αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου
- την οπτική κλίμακα αξιολόγησης πόνου
- την κλίμακα διαβάθμισης έκφρασης του πόνου

Πίνακας 1 Κλίμακες αξιολόγησης πόνου





1.2 Η πολυδιάστατη εκτίμηση του πόνου, όπου χρησιμοποιούνται διάφορα ερωτηματολόγια όπως το McGill, BPI, καθώς και ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής όπως το QLQ, το EORTC κα. Η πολυδιάστατη εκτίμηση δεν χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη, καθώς είναι χρονοβόρα και σχετικά δύσκολη.

1.3 Ημερολόγιο πόνου, το οποίο χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια πόνο ή σε καρκινοπαθείς. Στο ημερολόγιο πόνου καταγράφονται οι καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή, κατά τη διάρκεια των οποίων εκτιμάται ο πόνος. Καταγράφονται, επίσης, οι ώρες ύπνου ανά εικοσιτετράωρο, η διάθεση του ασθενούς, οι οικογενειακές επιρροές, η κοινωνική δραστηριότητα κα.

2. Αντικειμενική αλγομετρία:

Περιλαμβάνει την έκλυση των αντανάκλαστικών και τα προκλητά σωματοαισθητικά δυναμικά.

4. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου

Οπιοειδή φάρμακα

Όποιο χαρακτηριστικό κι αν έχει ο πόνος, μέτριος ή σοβαρός, οξύς ή χρόνιος, καρκινικός ή μη, η πιο συχνή μέθοδος για την αντιμετώπισή του είναι η χρήση των οπιοειδών. Το όπιο προέρχεται από τον αποξηραμένο χυμό του άνθους της παπαρούνας (*Papaver Somniferum*). Μόνο δύο από τα εικοσιπέντε αλκαλοειδή, που περιέχει το όπιο, έχουν αναλγητική δράση (κένδρινη, μορφίνη). Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται οπιούχα και όχι ναρκωτικά, όπως συνηθιζόταν παλαιότερα. Ο όρος ναρκωτικά αφορά κάθε ουσία που μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση.

Πέρα από τους υποδοχείς των οπιοειδών, ο οργανισμός παρέχει τα δικά του ενδογενή οπιοειδή. Υπάρχουν τρεις οικογένειες ενδογενών οπιοειδών: οι εγκεφαλίνες, οι ενδορφίνες και οι δυνορφίνες. Τα ενδογενή οπιοειδή απελευθερώνονται στο ΚΝΣ μετά από εκπόλωση, που προκαλείται από κάποιο ερέθισμα, και συνδέονται με υποδοχείς που βρίσκονται κοντά στη θέση έκλυσής τους (εγκεφαλίνες, δυνορφίνες) ή σε απομακρυσμένες θέσεις (ενδορφίνες). Τα ενδογενή οπιοειδή λειτουργούν ως νευροδιαβιβαστές, νευρορυθμιστές και ως νευροορμόνες.

Οι υποδοχείς των οπιοειδών ανήκουν στην οικογένεια των επτά κυρίαρχων διαμεμβρανικών υποδοχέων που συνδέονται με την πρωτεΐνη G. Υπάρχουν 4 τύποι υποδοχέων οπιοειδών, οι μ , δ , κ υποδοχείς και οι ORL-1. Καθένας από αυτούς τους τύπους υποδοχέων παρουσιάζει διαφορετική συγγένεια με τα φάρμακα που συνδέονται μαζί τους και έχει ένα ιδιαίτερο ρόλο στη φυσιολογία αλλά και την αντιμετώπιση του πόνου¹⁹.

Η ταξινόμηση των οπιοειδών στη κλινική πρακτική πραγματοποιείται με βάση τη:

1. Προέλευση (φυσικά, συνθετικά, ημισυνθετικά)
2. Χημική δομή
3. Ισχύς (ήπια, ισχυρά)
4. Σύνδεση με τον υποδοχέα
 - 2.1. Συγγένεια
 - 2.2. Δράση(αγωνιστές, ανταγωνιστές, αγωνιστές-ανταγωνιστές)

Οι αγωνιστές είναι ουσίες που καταλαμβάνουν μικρό αριθμό υποδοχέων και προκαλούν τη μέγιστη δράση τους, πχ μορφίνη, κωδεΐνη, πεθιδίνη, φεντανύλη, υδρομορφίνη, τραμαδόλη, μεθαδόνη.

Οι ανταγωνιστές είναι ουσίες που αν και καταλαμβάνουν όλους τους υποδοχείς δεν προκαλούν καμία δράση, πχ ναλτρεξόνη, ναλοξόνη.

Οι αγωνιστές – ανταγωνιστές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) οι μερικοί αγωνιστές, που είναι ουσίες που ενεργοποιούν τους υποδοχείς αλλά έχουν περιορισμένη ενδογενή δραστηριότητα, πχ βουπρενορφίνη, β) οι μικτοί αγωνιστές, που είναι ουσίες που είναι αγωνιστές για ένα τύπο υποδοχέων και ανταγωνιστές για κάποιον άλλον, πχ ναλμπουφίνη, πενταζοκίνη.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στη δραστηριότητα των οπιοειδών και εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του επώδυνου συνδρόμου και από τον ίδιο τον ασθενή. Η ισχύς αναφέρεται στη δόση που απαιτείται για να οδηγηθεί στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Ανάλογα με την οδό χορήγησης και τον τύπο του οπιοειδούς που θα χρησιμοποιηθεί αλλάζει και η ισχύς. Γι' αυτό μεγάλη σημασία έχει η ισοαναλογική δόση των οπιοειδών, δηλαδή η δόση που παρέχει αναλγησία ίση με 10mg μορφίνης ενδομυϊκός (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 Ισοαναλγητικές δόσεις των οπιοειδών

	Μορφίνη	Κωδεΐνη	Πεθιδίνη	Μεθαδόνη	Βουπρενορφίνη
Ενδομυϊκά	10mg	130mg	75mg	10mg	0,3 - 0,4mg
Από το Στόμα	20 - 60mg	200mg	300 - 400mg	10 - 20mg	0,4 - 0,8mg

Τα οπιοειδή μεταβολίζονται κυρίως στο ήπαρ, αλλά και στα όργανα που έρχονται σε επαφή με τα οπιοειδή, πχ σε χορήγηση οπιοειδών από το στόμα η απορρόφηση γίνεται από το ΓΕΣ. Η κάθαρση των οπιοειδών είναι υψηλή και γι' αυτό η ηπατική αιματική ροή διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στο ρυθμό μεταβολισμού τους. Η απέκκριση των οπιοειδών γίνεται από τα ούρα, γι' αυτό και σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία απαιτείται προσοχή.

Οι υποδοχείς των οπιοειδών υπάρχουν σε πολλά σημεία του οργανισμού, γι' αυτό εκτός από την αναλγησία έχουν ένα ευρύ φάσμα άλλων φαρμακολογικών ενεργειών, οι οποίες ανάλογα

με τις συνθήκες μπορούν να χαρακτηριστούν ως ανεπιθύμητες ή επιθυμητές. Αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το στάδιο της ασθένειας, η ταυτόχρονη χορήγηση οπιοειδών και άλλων φαρμάκων, η οδός χορήγησης των οπιοειδών, καθώς και η προηγούμενη έκθεση σε οπιοειδή. Τα χαρακτηριστικά της δράσης των οπιοειδών αναλγητικών είναι:

- ✓ Οι αναλγητικές και μη αναλγητικές δράσεις τους συμβαίνουν ταυτοχρόνως.
- ✓ Επί παρουσίας πόνου η φαρμακολογική τους δράση τροποποιείται.

Επιδράσεις των οπιοειδών ανά σύστημα

1. Στο ΚΝΣ

- 1.1** Καταστολή: Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανεπιθύμητη, ενώ συμβαίνει συχνά στην αρχή της θεραπείας ή σε περίπτωση μεγάλης αύξησης της δόσης.
- 1.2** Καταστολή στο βήχα: Οφείλεται στην επίδραση στο κέντρο του προμήκη. Δεν προκύπτει από την χρήση όλων των οπιοειδών.
- 1.3** Αναπνευστική καταστολή: Οφείλεται στην επίδραση στο αναπνευστικό κέντρο του στελέχους. Είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να φθάσει μέχρι την άπνοια. Όλα τα οπιοειδή έχουν την ίδια πιθανότητα να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή. Σε περιπτώσεις που χορηγούνται συστηματικά πάνω από 7-10 μέρες, οι ασθενείς αναπτύσσουν ανοχή σε αυτή την παρενέργεια.
- 1.4** Ευφορία: Οφείλεται στη δράση των οπιοειδών στο λιμβικό σύστημα. Είναι ήπιας μορφής και μερικές φορές μπορεί να υπάρχει δυσφορία.
- 1.5** Μύση: Οφείλεται στη δράση των οπιοειδών στο πυρήνα του Godinger-Westphalτου οφθαλμοκινητικού νεύρου.
- 1.6** Ακαμψία μυών: Κατά κύριο λόγο οι αγωνιστές μπορούν να προκαλέσουν σκελετική μυϊκή δυσκαμψία.
- 1.7** Ναυτία – έμετοι: Εμφανίζονται τις πρώτες μέρες της θεραπείας και συνήθως υποχωρούν αυτόματα μέσα σε 3 - 4 μέρες.
- 1.8** Παισιθήσεις: Συνήθως υπάρχουν οπτικές παραισθήσεις, ωστόσο υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις με απτικές παραισθήσεις.

1.9 Παραλήρημα: Μπορεί να εμφανίζεται κλινικά σαν διεγερτική, υπερδραστήρια κατάσταση ή σαν απόσυρση, υποδραστηριότητα ή και τα δύο μαζί.

1.10 Υπεραλγησία: Αναφέρεται κλινικά σαν παράδοξος πόνος και οφείλεται κυρίως στη χρήση της μορφίνη.

2. Στο Καρδιαγγειακό σύστημα

Η χρήση των οπιοειδών μπορεί να μειώσει τον συμπαθητικό τόνο των αγγείων με αποτέλεσμα την υπόταση. Μπορούν ακόμα να προκαλέσουν αγγειοδιαστολή και βραδυκαρδία. Στις δόσεις, που συνηθίζονται να χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική, οι επιδράσεις των οπιοειδών στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι ελάχιστες.

3. Στο ΓΕΣ

Η χρήση των οπιοειδών μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη γαστρική κένωση, αναστολή της κινητικότητας του εντέρου και δυσκοιλιότητα, λόγω της σύσπασης των λείων μυϊκών ινών κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα. Στο 90% των ασθενών, που λαμβάνουν οπιοειδή, παρατηρείται δυσκοιλιότητα. Η δυσκοιλιότητα, που οφείλεται στη χρήση των οπιοειδών οφείλεται στην ελλάτωση της κινητικότητας του εντέρου, στη μείωση των εκκρίσεων από το πάγκρεας και τη χολή, ηλεκτρολυτών και υγρών, την αύξηση της απορρόφησης των υγρών και της αιματικής ροής στο έντερο. Ανοχή στη δυσκοιλιότητα αναπτύσσεται αργά και γι' αυτό χρειάζεται να χορηγούμε παράλληλα με τα οπιοειδή και υπακτικά. Η χρήση των οπιοειδών αγωνιστών μερικές φορές οδηγεί σε αύξηση της πίεσης στα χοληφόρα και σπασμό του σφιγκτήρα του Oddi. Η εμφάνιση των παρενεργειών αυτών μετά από την χρήση των οπιοειδών δεν συνιστά την διακοπή τους, κυρίως μετεγχειρητικά, για να επανέλθει η κινητικότητα του εντέρου. Όταν τα οπιοειδή χρησιμοποιηθούν περισσότερο από μερικές μέρες, συνίσταται η χρήση υπακτικών, η γρήγορη κινητοποίηση του ασθενή και η επαρκής ενυδάτωσή του.

4. Στο Ουροποιητικό Σύστημα

Η χρήση των οπιοειδών μπορεί να οδηγήσει σε κατακράτηση ούρων. Είναι πιο συχνή σε άνδρες μετά από νωτιαία χορήγηση οπιοειδών. Η κατακράτηση οφείλεται σε σπασμό της ουροδόχου κύστεως, σε αύξηση του τόνου του σφιγκτήρα και σε αναστολή του αντανακλαστικού της κένωσης.

5. Κνησμός – Αλλεργικές αντιδράσεις

Κάποια οπιοειδή προκαλούν έκλυση ισταμίνης με αποτέλεσμα τοπικό ή γενικό κνησμό και ερεθισμό του δέρματος. Η εμφάνιση του κνησμού χωρίς ερύθημα, δεν είναι αλλεργική αντίδραση στα οπιοειδή. Ο κνησμός είναι πιο συχνός μετά από νωτιαία χορήγηση μορφίνης.

6. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες

- 6.1** Ανοχή: η έκθεση σε μία ουσία έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της δράσης της ή την ανάγκη για αύξηση της δόσης για διατήρηση της ίδιας δράσης. Αυτό οφείλεται σε επιδείνωση του πόνου, σε ψυχολογικές ή γνωσιακές διαταραχές ή και σε άλλους παράγοντες. Η ανοχή αναπτύσσεται γρηγορότερα μετά από ενδοφλέβια ή νωτιαία χορήγηση σε σχέση με το ρυθμό ανάπτυξης που παρατηρείται έπειτα από χορήγηση από το στόμα, τον ορθό ή διαδερμικά. Για να καθυστερήσει ή να ελαττωθεί το φαινόμενο της ανοχής, χορηγούμε ταυτόχρονα μη οπιοειδή ή ΜΣΑΦ.
- 6.2** Σωματική εξάρτηση: αποτελεί φαρμακολογική ιδιότητα των οπιοειδών. Συνοδεύεται με την εμφάνιση συνδρόμου στέρησης, όταν διακόπτεται απότομα η ουσία, όταν μειώνεται η δόση του οπιοειδούς, όταν χορηγείται ένας αγωνιστής.
- 6.3** Ψυχολογική εξάρτηση ή εθισμός: Ο ΠΟΥ δίνει τον ορισμό του εθισμού ως «ψυχολογική εξάρτηση, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη επιθυμία πρόσληψης μίας ουσίας, εφόσον η συγκεκριμένη ουσία αυτή προκαλεί μια ευχάριστη κατάσταση στην οποία έχει συνηθίσει το άτομο». Είναι φυσιολογικό οι ασθενείς, που λαμβάνουν οπιοειδή με σκοπό την ανακούφιση του πόνου, να εμφανίσουν εθισμό. Γι αυτό το λόγο έχουν προταθεί δύο όροι:
- 6.3.1** Θεραπευτική εξάρτηση: αναφέρεται στις αντιδράσεις των ασθενών, που λαμβάνουν οπιοειδή, ενώ η πιθανότητα διακοπής τους δημιουργεί φαινόμενα άγχους.
- 6.3.2** Ψευδοεθισμός: Προκαλείται ιατρογενώς. Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν φαινόμενα παρόμοια με εκείνα του εθισμού, όταν δεν ελέγχεται ο πόνος επαρκώς. Αυτή η συμπεριφορά παύει να υφίσταται, όταν ο πόνος ανακουφιστεί.

Μέθοδοι χορήγησης οπιοειδών

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης οπιοειδών: από το στόμα, υπογλώσσια, από το ρινικό βλεννογόνο, τον ορθό, ενδομυϊκά, υποδόρια, ενδοφλέβια, επισκληρίδια, υπαραχνοειδή, ενδοεγκεφαλικά, διαδερμικά¹⁹. Για το ποιά οδός θα χρησιμοποιηθεί ισχύει ο κανόνας του ΠΟΥ ότι «η οδός χορήγησης πρέπει να είναι η λιγότερο επεμβατική και η πιο ασφαλής».

Η χορήγηση των οπιοειδών από το στόμα έχει βραδύτερη έναρξη δράσης και μειωμένη δραστηριότητα. Προτιμάται περισσότερο στους καρκινοπαθείς. Χορηγείται σε μετεγχειρητικούς ασθενείς, με εξαίρεση εκείνων που υπεβλήθησαν σε κάποια επέμβαση στην κοιλιακή χώρα. Η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται από το λεπτό έντερο. Επομένως, οι ασθενείς αυτοί, που παρουσιάζουν συμπτώματα εμετού είτε μετεγχειρητικού ειλεού, δεν μπορούν να πάρουν αναλγησία από το στόμα.

Στην υπογλώσσια χορήγηση το φάρμακο απορροφάται από τους βλεννογόνους και εισέρχεται στην κυκλοφορία με ένα ρυθμό μικρότερο από την ενδοφλέβια χορήγηση αλλά μεγαλύτερο από την ενδομυϊκή. Αυτή η οδός χορήγησης δεν είναι δημοφιλής πρώτον λόγω της φτωχής αναλγησίας που παρέχει και δεύτερον επειδή οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν ναυτία και εμέτους.

Τα διαδερμικά οπιοειδή είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να απελευθερώνουν το φάρμακο με ελεγχόμενο ρυθμό, ελαχιστοποιώντας τις επιδράσεις της θερμοκρασίας του δέρματος και της κυκλοφορίας. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος ώστε το φάρμακο να φθάσει το αναμενόμενο επίπεδο στο πλάσμα για να προκαλέσει αναλγησία. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα στο χρόνιο πόνο. Υπάρχει το μειονέκτημα της μη ελεγχόμενης απορρόφησης και επομένως και της δόσης που μπορεί να ληφθεί.

Η νωτιαία χορήγηση περιλαμβάνει την επισκληρίδιο και την υπαραχνοειδή οδό χορήγησης. Αυτή η οδός χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του οξέως και χρόνιου πόνου.

Η τοπική επάλειψη: Χρησιμοποιείται συχνότερα σε παιδιατρικούς ασθενείς. Απορροφάται από το δέρμα και προκαλεί αναισθησία στην περιοχή που θα γίνει συνήθως μία ένεση ή θα ληφθούν δείγματα αίματος.

Αποκλεισμός νεύρου ή πλέγματος νεύρων: Κάποιες εγχειρήσεις γίνονται σε περιοχές που τροφοδοτούνται από ένα ή δύο νεύρα. Ο αναισθησιολόγος, ο οποίος έχει γνώση της πορείας αυτών των νεύρων μπορεί να χορηγήσει τοπικό αναισθητικό (με ένεση) γύρω από αυτά έτσι ώστε να εμποδιστεί η μεταφορά των επώδυνων ερεθισμάτων κεντρικά. Σε σημεία όπου τα

νεύρα μεταφέρουν αισθητικά αλλά και κινητικά ερεθίσματα το τοπικό αναισθητικό θα προκαλέσει και απώλεια της μυϊκής λειτουργίας στην περιοχή. Αυτό μπορεί να είναι πλεονέκτημα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, αλλά μπορεί να ελαττώσει την κινητικότητα στην μετεγχειρητική περίοδο.

Η ενδορρινική χορήγηση φαίνεται ότι είναι ισοδύναμη με την παρεντερική.

Η παρεντερική οδός περιλαμβάνει την υποδόρια, την ενδοφλέβια και την ενδομυϊκή οδό. Αυτοί οι οδοί προτιμώνται για ταχεία έναρξη δράσης ή για χορήγηση μεγάλων δόσεων. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος χορήγησης οπιοειδών είναι η χορήγηση να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, με την προσθήκη δόσεων διάσωσης και η PCA (Patient controlled analgesia) μέσω διαφόρων οδών. Ενδομυϊκή αναλγησία, συνήθως, γράφεται σαν προκαθορισμένη δόση κάθε 3-4 ώρες. Από αυτή τη δόση οι ανάγκες των ασθενών, βάση μελετών, ποικίλλουν κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Έτσι, με τις παραδοσιακές μεθόδους άλλοι ασθενείς λαμβάνουν λιγότερη και άλλοι περισσότερη ποσότητα αναλγητικού από εκείνη που πραγματικά χρειάζονται.

Χορήγηση οπιοειδών με συνεχής ροή :

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης ή ακόμα σε τμήματα όπου υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Συμπεριλαμβάνει τη συνεχή χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων μέσω ενδοφλέβιου καθετήρα. Η ροή μπορεί να ελέγχεται από ηλεκτρονική αντλία ή απλό οδηγό χορήγησης. Χρησιμοποιείται συνήθως στο χειρουργείο από τους αναισθησιολόγους ή στο δωμάτιο ανάνηψης από το προσωπικό. Ο ασθενής προσλαμβάνει μικρή δόση διαλυμένου οπιοειδούς φαρμάκου αναλόγως των οδηγιών του αναισθησιολόγου έως ότου ο πόνος να καταστεί ελεγχόμενος. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης ο/η νοσηλεύτης/τρια παρακολουθεί την ανταπόκριση του ασθενή στο φάρμακο ελέγχοντας την ανακούφιση του πόνου, τις αναπνοές, το σφυγμό, την αρτηριακή πίεση, καθώς και το επίπεδο συνείδησης. Είναι μία γρήγορη και αποτελεσματική μέθοδος, η οποία προκαθορίζει και την εντύπωση του ασθενή για το χειρισμό του μετεγχειρητικού πόνου. Παρ' όλ' αυτά, η χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής στο θάλαμο απαιτεί την παρουσία νοσηλεύτη/τριας, που θα αποσπαστεί ειδικά για τη συγκεκριμένη κατάσταση για κάποιο χρονικό διάστημα, καθώς δύσκολα μπορεί να εφαρμοστεί.

Ωστόσο, η συγκεκριμένη μέθοδος παρουσιάζει κάποια μειονεκτήματα. Το πρώτο από αυτά έγκειται στο γεγονός ότι χρειάζονται μερικές ώρες ώσπου η συνεχής χορήγηση να προσδώσει το απαιτούμενο επίπεδο φαρμάκου στο πλάσμα και να επιφέρει αναλγησία. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης οι συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα μπορεί να είναι χαμηλές και να μην αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το δεύτερο μειονέκτημα είναι η διαφορετική ανταπόκριση που μπορεί να έχουν οι ασθενείς στο φάρμακο. Ένας συγκεκριμένος ρυθμός χορήγησης μπορεί σε ένα ασθενή να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα ενώ σε έναν άλλο να προκαλέσει άπνοια. Είναι δύσκολο, λοιπόν, για κάποιον να κρίνει την ακριβή αναγκαία ροή που θα πάρει ο ασθενής.

Η PCA είναι η ελεγχόμενη από τον ασθενή ενδοφλέβια χορήγηση μέσω συσκευής. Η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου έχει πολλά πλεονεκτήματα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τους νοσηλευτές. Κατ' αρχήν, ο ασθενής θα χειρίζεται μόνος του τον πόνο του εξοικονομώντας χρόνο στον/στην νοσηλεύτη/τρια που δεν θα πηγαиноέρχεται για να χορηγήσει αναλγητικό. Η κατασκευή τους είναι τέτοια που να παρέχει ασφάλεια στη δοσολογία. Για παράδειγμα, στην περίπτωση χορήγησης μορφίνης, που χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα ώστε να επιφέρει αποτέλεσμα, μετά τη χορήγηση μίας δόσης λειτουργεί το λεγόμενο «σύστημα αποκλεισμού» ή «εμπλοκής». Γίνεται εμπλοκή της συσκευής για ένα χρονικό διάστημα, συνήθως πέντε λεπτά, ώστε να μην είναι δυνατή η λήψη επιπλέον δόσης φαρμάκου. Η τεχνική της μεθόδου PCA αποδίδει στον ίδιο τον ασθενή την ευθύνη.

Είναι παρόμοια τεχνική μ' αυτήν της ενδοφλέβιας χορήγησης. Η κάνουλα μπαίνει ακριβώς κάτω από το δέρμα στο υποδόριο λίπος και χορηγείται το διάλυμα με το οπιοειδές. Διαχέεται στους γύρω ιστούς και μπαίνει στην κυκλοφορία από όπου δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν προσφέρει, όμως, κανένα πλεονέκτημα έναντι της ενδοφλέβιας χορήγησης στους μετεγχειρητικούς ασθενείς, γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται περισσότερο στις χρόνιες παθήσεις, όπου δεν απαιτούνται γρήγορες αλλαγές (αυξομειώσεις) στο ρυθμό χορήγησης.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)

Τα ΜΣΑΦ θεωρούνται φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση του ήπιου έως μέτριου πόνου. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ το 1986 τα ΜΣΑΦ αποτελούν το πρώτο βήμα στην «σκάλα αναλγησίας».⁵⁰ Τα ΜΣΑΦ παρουσιάζουν το φαινόμενο οροφής (ceiling effect), δηλαδή δόση

μετά την οποία οποιαδήποτε αύξηση της ποσότητας του αναλγητικού δεν προσφέρει επιπλέον αναλγησία.

Η αντιφλεγμονώδης δράση οφείλεται στην αναστολή του ενζύμου κυκλοξυγενάση, το οποίο απαιτείται για τη σύνθεση προσταγλανδινών και δευτερευόντως, με την επίδραση στην παραγωγή των ελεύθερων ριζών οξυγόνου, την αναστολή μετανάστευσης λευκών αιμοσφαιρίων, τη σταθεροποίηση των μεμβρανών των λυσοσωματίων και την αναστολή των λευκοτριενίων μέσω αδρανοποίησης του κύκλου της λιποξυγενάσης.

Τα ΜΣΑΦ απορροφώνται γρηγορότερα όταν χορηγούνται από το στόμα και τον ορθό. Μεταβολίζονται στο ήπαρ. Η αναλγητική δράση τους δεν επηρεάζεται από τη χρόνια χορήγηση. Λόγω των παρενεργειών που έχουν τα ΜΣΑΦ, δεν πρέπει η δοσολογία τους να υπερβαίνει τα ανώτερα επιτρεπτά όρια. Η έναρξη δράσης τους είναι μετά από 20 λεπτά, ενώ η μέγιστη δράση τους μετά από 2 ώρες.

Παρενέργειες ΜΣΑΦ ανά σύστημα:

- 1. Γαστρεντερολογικό σύστημα:** Οι υψηλές δόσεις και η μακροχρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ αυξάνουν την συχνότητα εμφάνισης εξέλκωσης, διάτρησης και μαζικής αιμορραγίας. Επίσης, τοπική βλάβη από άμεση επίδραση στον γαστροδωδεκακτυλικό βλεννογόνο. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες παρενεργειών ΜΣΑΦ από το ΓΕΣ είναι : ηλικία άνω των 60 ετών, ιστορικό πεπτικού έλκους και γαστρορραγίας, η λήψη αλκοόλ, η ταυτόχρονη χορήγηση αντιπηκτικών ή κορτικοστεροειδών ή χορήγηση κι άλλων ΜΣΑΦ και τέλος το φύλο του ασθενούς (εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες).
- 2. Ήπαρ - Νεφροί – Υπέρταση:** Μετά από χορήγηση ΜΣΑΦ στο 1-15% των ασθενών παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών.⁵¹ Μετά από μακροχρόνια χρήση ΜΣΑΦ και συνδυασμό αυτών, οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης νεφροπάθειας. Τα ΜΣΑΦ παρεμβαίνουν αρνητικά στη ρύθμιση της ΑΠ λόγω του ότι ανταγωνίζονται διουρητικά αγκύλης, α και β αδρενεργικούς ανταγωνιστές, θειατίδες, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης.
- 3. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:** Τα ΜΣΑΦ μπορούν να προκαλέσουν ζάλη, κεφαλαλγίες, καταστολή. Συνήθως οι παρενέργειες είναι ήπιες και παροδικές.

4. Καρδιαγγειακό σύστημα: Τα ΜΣΑΦ ελαττώνουν την αγγειακή παραγωγή προστακυκλίνης και μπορεί να επηρεάσουν την ισορροπία μεταξύ προθρομβωτικών και αντιθρομβωτικώνεικοσανοειδών. Όταν χορηγούνται ΜΣΑΦ σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων συνίσταται η καθημερινή δόση ασπιρίνης, αν παραμένει χαμηλή.

Διάφορα ΜΑΣΦ:

1. Παράγωγα του σαλικυλικού οξέος (ακετυλοσαλικυλικό οξύ και διφλουνιζάλη): Δόση οροφής 600-1200 mg 3-4 φορές το 24ωρο σε χορήγηση από το στόμα. Προσβάλλουν τα αιμοπετάλια.

2. Διπυρόνη ή Μεταμιζόλη: Χορηγούνται για την αντιμετώπιση των κωλικών των ουροφόρων και χοληφόρων οδών. Χορηγείται ενδομυϊκός ή και ενδοφλεβίως σε εφάπαξ δόσεις των 0,5-1gr.

3. Προπιονικά παράγωγα (Ιβουπροφαίνη, Ναπροξένη, Φαινοπροφαίνη, Κετοπροφαίνη, Φλουρβιπροφαίνη):

4. Δικλοφενάκη: χορηγείται σε περιπτώσεις φλεγμονής και εκφυλιστικών παθήσεων των αρθρώσεων, επώδυνων μυοσκελετικών συνδρόμων. Στην ενέσιμη μορφή τους ενδείκνυται και στον κολικό ουρητήρων. Είναι το φάρμακο με τις πιο συχνές παρενέργειες από το ΓΕΣ. Εμφανίζει πολύ υψηλό θεραπευτικό δείκτη. Δοσολογία: από τον ορθό 50mg 2φορές την ημέρα, από το στόμα 25-50mg 2-3 φορές την ημέρα, ενδομυϊκός 75mg 1-2 φορές την ημέρα. Η χρήση των ενέσεων να μην υπερβαίνει τις 7-10 μέρες.

5. Νιμεσουλίδη: Χορηγείται σε επώδυνες ή φλεγμονώδεις καταστάσεις, οι οποίες αφορούν το μυοσκελετικό σύστημα. Μπορεί να προκαλέσει ίλιγγο, πεπτικό έλκος ή αιμορραγίες από το γαστρεντερικό. Η σοβαρότερη ανεπιθύμητη παρενέργεια αφορά το ήπαρ. Δοσολογία: Η ημερήσια δόση από το στόμα είναι 50-100mg 2-3 φορές το 24ωρο και από τον ορθό 200mg 2 φορές το 24ωρο.

6. Ασεκλοφενάκη: Χορηγείται για τη συμπτωματική αντιμετώπιση άλγους και φλεγμονής της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, οστεοαρθρίτιδας και αγκυλωτικής σπονδυλίτιδας. Σε μακροχρόνια χορήγηση συνίσταται η προληπτική παρακολούθηση ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Η δοσολογία από το στόμα είναι 200mg ημερησίως.

7. Παράγωγα του ανθρανιλικού οξέος: Τα φάρμακα αυτής της ομάδας ονομάζονται και φαινομάτες. Έχουν κυρίως αναλγητική δράση, αντιπυρετική και λιγότερο αντιφλεγμονώδη δράση. Σε ποσοστό 15% των ασθενών στους οποίους χορηγούνται αυτού του τύπου τα φάρμακα προκαλούνται διάρροιες.

i. Μεφαιναμικό οξύ: Δοσολογία από το στόμα και τον ορθό είναι 500mg 3 φορές την ημέρα για ασθενείς άνω των 14ετών και για παιδιά άνω των 6 μηνών 20mg/kg το 24ωρο.

ii. Τολφαιναμικό οξύ με δοσολογία 100-200mg 3 φορές την ημέρα.

8. Οξικάμες:

i. Μελοξικάμη: Δοσολογία σε ρευματοειδή αρθρίτιδα 15mg ημερησίως, σε οστεοαρθρίτιδα 7,5mg ημερησίως και σε απουσία βελτίωσης αυξάνεται έως 15mg. Δεν συνίσταται σε παιδιά κάτω των 15 ετών.

ii. Ροφεκοξίμη: Για την ανακουφιστική θεραπεία οστεοαρθρίτιδας. Η δοσολογία από το στόμα είναι 25-50mg 2 φορές την ημέρα.

Γενικά αυτό που πρέπει να γνωρίζουμε για τα ΜΣΑΦ είναι ότι στην καθορισμένη δοσολογία τους επιδρούν στην φλεγμονώδη εξεργασία και ανεξάρτητα από τον παθογενετικό μηχανισμό της φλεγμονώδους εξεργασίας, επιτυγχάνουν τη μείωση ή και την υποχώρηση των φλεγμονωδών φαινομένων. Η επιλογή του κατάλληλου ΜΣΑΦ στην αντιμετώπιση των διαφόρων παθήσεων δεν είναι πάντα ευχερής. Μπορεί κατά τη χρήση ΜΣΑΦ σε έναν ασθενή να μην παρατηρηθεί ανταπόκριση, ενώ σε κάποιον άλλο ασθενή να υπάρξει ανταπόκριση. Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των ΜΣΑΦ πρέπει σε πολλές περιπτώσεις να χορηγηθούν για 2-3 εβδομάδες, πριν αποφασισθεί η αντικατάστασή τους.

Παρακεταμόλη – Ακεταμινοφαίνη:

Είναι ένα κοινό αναλγητικό που παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και τον πυρετό εντός 30 λεπτών από τη λήψη της πρώτης δόσης. Μέγιστη δόση 4g το 24ωρο. Είναι εναλλακτική λύση της ασπιρίνης, κυρίως σε άτομα με ιστορικό έλκους και γαστρορραγίας. Σε περίπτωση χρόνιας χορήγησης, η παρακεταμόλη μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική ανεπάρκεια.

Μη αναλγητικά φάρμακα

1. Αντικαταθλιπτικά

Χρησιμοποιούνται πιο συχνά στον χρόνιο πόνο, ο οποίος συνδυάζεται με κατάθλιψη, άγχος και αϋπνία. Επηρεάζουν τον πόνο τόσο άμεσα (στο κατιόν ανασταλτικό σύστημα του πόνου) όσο και έμμεσα (με βελτίωση της όρεξης, του ύπνου και του θυμικού)²⁰. Η αναλγησία των αντικαταθλιπτικών επιτυγχάνεται σε 2-3 μέρες, ενώ η αντικαταθλιπτική τους δράση σε 14-21 μέρες. Δίνονται σε συνδυασμό με οπιοειδή, γιατί ενισχύουν την δράση αυτών. Ως πρώτη επιλογή των αντικαταθλιπτικών είναι η Αμιτριπυλίνη. Δεύτερη επιλογή άλλα συναφές αντικαταθλιπτικά. Τρίτη επιλογή, είναι σε συνδυασμό με νευροληπτικά και τέταρτη επιλογή σε συνδυασμό με αντιεπιληπτικά.

2. Αντιεπιληπτικά

Κάποια φάρμακα από αυτή την κατηγορία εμφανίζουν και αναλγητική δράση. Τα φάρμακα αυτά έχουν την ικανότητα να μεταβάλλουν τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών. Ενδείκνυνται για επώδυνα νευρολογικά σύνδρομα με οξύ διαξιφιστικό πόνο ή επίμονο παροξυσμικό πόνο. Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Μερικά από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούμε για τον χρόνιο πόνο είναι:

Φαινοτοΐνη 100-600mg την ημέρα

Βαλπροϊκό νάτριο 200mg 3 φορές την ημέρα. Μέγιστη δόση 2g ημερησίως

Γκαμπαπεντίνη 300-1800mg ημερησίως

3. Βενζοδιαζεπίνες

Έχουν την ικανότητα να μειώνουν τη συναισθηματική αντίδραση στον πόνο και να προκαλούν παλίνδρομο αμνησία. Σε χρόνια χρήση μπορούν να εμφανίσουν εξάρτηση και ανοχή. Σε αυτή την οικογένεια φαρμάκων ανήκουν: διαζεπάμη, αλπαραζολάμη, βρωμαζεπάμη, λοραζεπάμη κα.

4. Κορτικοειδή

Η αναλγητική τους δράση οφείλεται στην κατασταλτική δράση των κορτικοειδών στη φωσφολιπάση A₂, στη μείωση του αραχιδονικού οξέος. Συνίστανται για μικρό χρονικό διάστημα. Τα κορτικοειδή έχουν και αντιφλεγμονώδη δράση, καθώς σταθεροποιούν την κυτταρική μεμβράνη. Μερικά κορτικοειδή: Τριαμσινολόνη 40mg επισκληρίδια, πρεδνιζόλη 60-80mg ημερησίως από το στόμα ή ενδοφλεβίως, δεξαμεθαζόνη 4-16mg ημερησίως από το

στόμα ή ενδοφλεβίως ή ενδορραχιαία ή επισκληρίδια, μεθυλπρεδνιζόλη 40-80mg επισκληρίδια ή ενδοαρθρικά.

5. Διφωσφονικά

Χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου από οστικές μεταστάσεις οφειλόμενες σε καρκίνο του πνεύμονα, μαστού, προστάτη και νεφρών.

Παμιδρονάτη χορηγείται από το στόμα 1200mg την ημέρα και ενδοφλέβια 90mg τον μήνα.

Ζολιδρονικό οξύ χορηγείται ενδοφλεβίως σε αργή έγχυση με δόση 4mg σε 15 λεπτά.

Αλενδρονάτη χορηγείται από το στόμα 10mg ημερησίως

Κλοδρονάτη χορηγείται ενδοφλεβίως 300-600mg ημερησίως για 6 μέρες και από το στόμα 1600-3200mg ημερησίως έως και 6 μήνες.

6. Κεταμίνη

Χορηγείται σε οξύ μετεγχειρητικό πόνο και σε χρόνιο πόνο, κυρίως σε περιπτώσεις νευροπαθητικών πόνων. Δρα στους υποδοχείς NMDA (N-methylD ασπαρτικό οξύ) και στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Προκαλεί αναισθησία, που περιλαμβάνει αναλγησία, ψευδαισθήσεις, αλλοιώσεις της αντίληψης, αμνησία.

7. Καλσιτονίνη

Έχουν κεντρική αναλγητική δράση, η οποία δε σχετίζεται με τους υποδοχείς των οπιοειδών. Έχουν βρεθεί ειδικοί υποδοχείς στον υποθάλαμο και φαίνεται ότι οι αναλγητικές ιδιότητες της καλσιτονίνης συνδέονται με τις σεροτονινεργικές οδούς. Χορηγούνται από τον ρινικό βλεννογόνο, ενδορραχιαία, ενδοφλέβια, ενδομυϊκά και επισκληρίδια.

5. Ο καρκινικός πόνος

Σε ασθενείς με καρκίνο ο διαχωρισμός του πόνου σε οξύ και χρόνια πόνο παίζει διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς το κάθε είδος χρήζει διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σε ασθενείς με καρκίνο αρχόμενου σταδίου η συχνότητα εμφάνισης πόνου είναι 30-40%, ενώ σε τελικού σταδίου 60-85%. Σύμφωνα με μελέτες του ΠΟΥ 3.500.000 καρκινοπαθείς υποφέρουν από πόνο, που δεν αντιμετωπίζεται σωστά. Αυτό οφείλεται στην ανεπαρκή νομική και κυβερνητική συμπαράσταση, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού ειδικών μονάδων αντιμετώπισης του πόνου παγκοσμίως.

Ο πόνος, ως σύμπτωμα του καρκινοπαθούς, μπορεί να οφείλεται στον ίδιο τον όγκο (πίεση ή διήθηση των παρακείμενων ιστών), στη γενίκευση της νόσου, ή ακόμα και να είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόζεται (αποτέλεσμα της τοπικής βλάβης ιστών λόγω της ακτινοθεραπείας ή βλεννογονίτιδες από τις χημειοθεραπείες). Λόγω της πολυπλοκότητας που εμφανίζει ο πόνος στους καρκινοπαθείς, τον κατηγοριοποίησαν τον πόνο σε 4 χαρακτηριστικά στοιχεία.^{14,21} Για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου, λοιπόν, πρέπει να αντιμετωπιστεί ξεχωριστά το καθένα από αυτά τα στοιχεία.

Οι 4 κατηγορίες είναι:

1. Σωματικός πόνος: είναι εντοπισμένος, οξύς και συνεχής.
2. Σπλαχνικός πόνος: είναι οξύς, συνεχής και συχνά συνδυάζεται με ναυτία.
3. Νευροπαθητικός πόνος: είναι παροξυσμικός, με αίσθημα καύσους ή αιμωδίας ή υπαισθησίας συγκεκριμένου νεύρου.
4. Πόνος από συνεχή διέγερση του συμπαθητικού: είναι μεγάλης έντασης, με αίσθημα καύσους και αιμωδίας.

Ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό αίσθημα, γι' αυτό και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η έντασή του. Για την αξιολόγηση του πόνου χρησιμοποιούμε αναλογικές οπτικές κλίμακες.

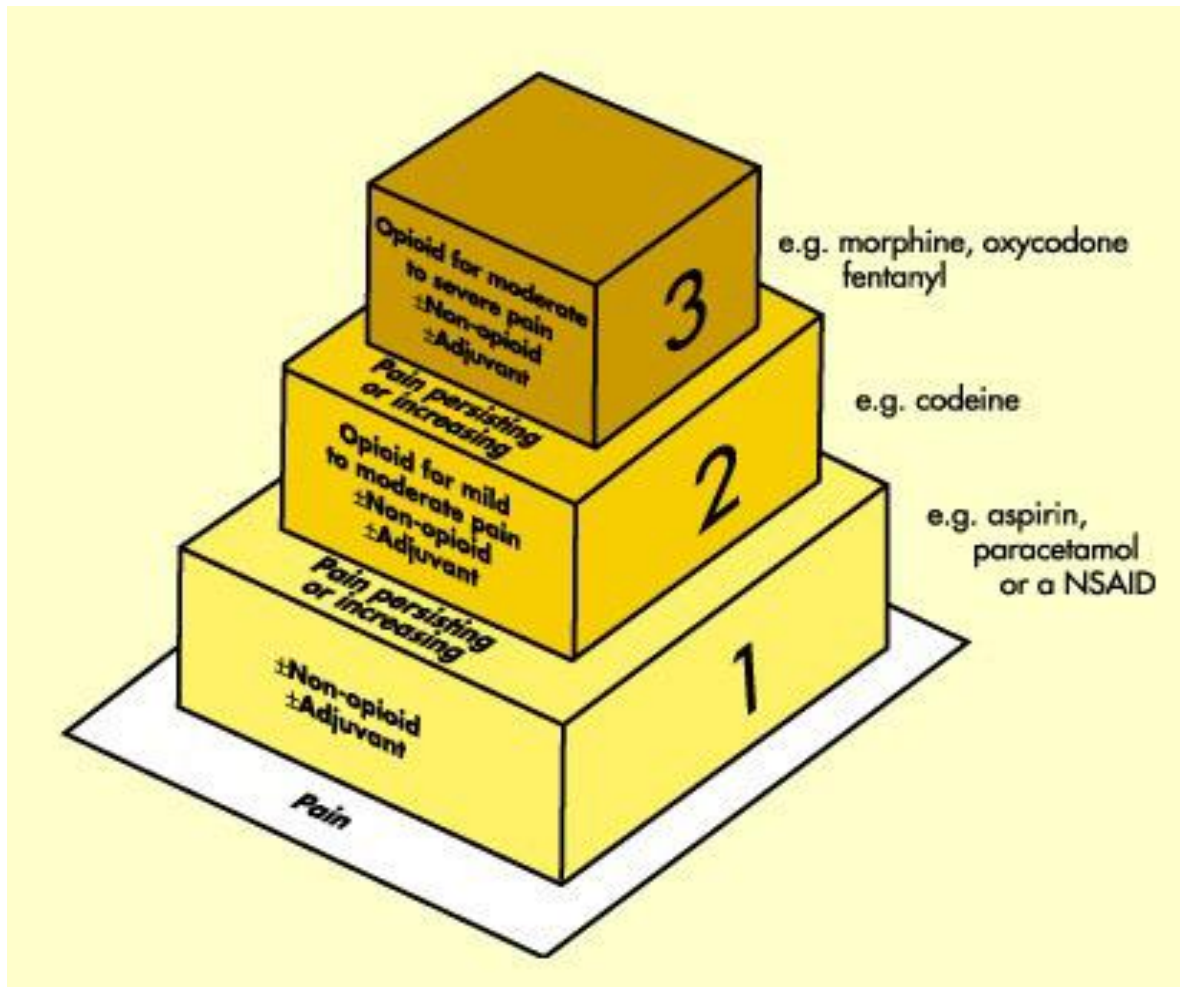
Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Τρεις είναι οι τομείς που περιλαμβάνει η ολοκληρωμένη προσέγγιση της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου: εκτίμηση του πόνου, θεραπευτική στρατηγική και συνεχής φροντίδα.¹⁴

Η εκτίμηση του πόνου είναι ένα ζωτικής σημασίας βήμα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Περιλαμβάνει την κατάσταση όχι μόνο των φυσικών, αλλά και των ψυχολογικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών παραγόντων που συνθέτουν τον πόνο του ασθενούς. Η εκτίμηση περιλαμβάνει επιγραμματικά:

1. Αποδοχή του αισθήματος του πόνου.
2. Εκτίμηση της έντασης.
3. Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης.
4. Ιστορικό του πόνου.
5. Φυσική εξέταση.
6. Διαγνωστική διερεύνηση.
7. Εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης.
8. Εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του πόνου μετά την έναρξη της θεραπείας.

Η αντιμετώπιση του πόνου στους καρκινοπαθείς είναι πολύπλευρη. Ο καρκινικός πόνος είναι θεραπεύσιμος, για να επιτευχθεί αυτό απαιτείτε μια ολιστική προσέγγιση, η κατανόηση του τύπου του ασθενούς και των ψυχοκοινωνικών ζητημάτων, της παθοφυσιολογία του πόνου, και της φαρμακολογία για την ανακούφιση του πόνου. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο στυλοβάτης της διαχείρισης του πόνου, μεταξύ 70% και 90% του συνόλου πόνου από καρκίνο μπορεί να ελεγχθεί με από του στόματος φαρμακευτική αγωγή.⁴⁷ Επαρκής ανακούφιση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί σε περισσότερο από το 75% των ασθενών που λαμβάνουν τη βέλτιστη αναλγητική διαχείρισης χρησιμοποιώντας απλές τεχνικές.⁴⁸ Το 1892 ο ΠΟΥ δημιούργησε την αναλγητική κλίμακα για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου²² (Εικόνα 4).



Εικόνα 4. ΠΟΥ «κλίμακα αναλγησίας».

Μη οπιοειδή αναλγητικά: για τον ήπιο πόνο προτείνεται η χορήγηση παρακεταμόλης ή ακετυλικού οξέους ή ΜΣΑΦ.

Οπιοειδή: είναι τα κύρια αναλγητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Ήπια οπιοειδή: Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η κωδεΐνη (γνήσιος αγωνιστής). Η διάρκεια δράσης της είναι 4-6 ώρες. Η ενδομυϊκή οδός χορήγησης είναι ίδιας δράσης με εκείνη της από του στόματος χορήγησης.

Ισχυρά οπιοειδή:

1. Μορφίνη, η οποία είναι αποτελεσματική στον οξύ και χρόνιο πόνο. Πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η σχέση ισοδυναμίας μορφίνης από το στόμα, υποδορίως ή ενδοφλεβίως είναι 1:3. Η απορρόφηση επιτυγχάνεται σε 15-30 λεπτά σε ενδοφλέβια χορήγηση και 1-2 ώρες σε από του στόματος χορήγηση. Τρόποι χορήγησης:

i. Από το στόμα ανά 12 ώρες. Δεν υπάρχει ανώτερη δόση. Η δόση είναι ανάλογη με τις ανάγκες των ασθενών. Έχουν αναφερθεί δόσεις από 600-3000mg.

ii. Ενδομυϊκά, όπου χορηγείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και για ελάχιστο χρονικό διάστημα.

iii. Υποδόρια, είτε με φορητή αντλία με συνεχή υποδόρια έγχυση σε περιπτώσεις που απαγορεύεται η από του στόματος χορήγηση, είτε με επαναλαμβανόμενες υποδόριες δόσεις ανά 4 ή 6 ώρες.

Ενδοφλέβια, είτε με συνεχή χορήγηση για να επιτυγχάνονται σταθερά επίπεδα αναλγησίας, είτε με ενδοφλέβια αναλγησία κατ' επίκληση του ασθενούς (PCA – Patient Controlled Analgesia).

iv. Υπαραχνοειδής ή επισκληρίδια χορήγηση μέσω αντλιών, για συνεχή, διακεκομμένη ή κατ' επίκληση έγχυση με εξωτερικές αντλίες ή με πλήρως εμφυτευμένες αντλίες.

2. Φεντανύλη, αντί για μορφίνη. Έχει μικρότερη διάρκεια δράσης από την μορφίνη. Χρησιμοποιείται κυρίως διαδερμικά σε σκευάσματα των 12,25,50,75,100μg ανά ώρα. Μεταβολίζεται σε ανενεργούς μεταβολίτες και αποβάλλεται από τους νεφρούς. Άλλες οδοί χορήγησης είναι μέσω νεφελοποιητών ή δια μέσου βλεννογόνων.

Για να πετύχουμε την ελευθερία από τον πόνο του ασθενούς θα πρέπει να χορηγούμε τα κατάλληλα φάρμακα κάθε 3-6 ώρες και όχι μόνο όταν μας τα ζητάει ο ασθενής. Ακολουθώντας τις οδηγίες των τριών αυτών σταδίων διαχείρισης των φαρμάκων με τη σωστή δόση, τη σωστή στιγμή, έχουμε ως αποτέλεσμα μια φθηνή και κατά 80-90% αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου²³.

Βοηθητικά φάρμακα είναι τα αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, αγχολυτικά, μυοχαλαρωτικά, υπακτικά, αντιεμετικά, ψυχοτρόπα, κορτικοστεροειδή. Αυτά τα φάρμακα βοηθούν στη θεραπεία του πόνου και στην πρόληψη ή αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Οι αιτίες της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι οι εξής :

- Λανθασμένη διάγνωση του πόνου. Η ακριβής διάγνωση προϋποθέτει, όχι μόνο την αναγνώριση της υποκείμενης συνθήκης πρόκλησης του πόνου, αλλά και την κατανόηση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού γέννησής του, γεγονός που χρησιμεύει ως βάση για μία αιτιολογική ή συμπτωματική θεραπεία.
- Υποτίμηση της έντασης του πόνου. Η υποτίμηση της έντασης του πόνου οδηγεί συχνά στην υποδοσολογία και στη χορήγηση αναποτελεσματικών για το συγκεκριμένο πόνο αναλγητικών φαρμάκων.
- Υποδοσολογία των κατάλληλων αναλγητικών φαρμάκων από άγνοια και αβάσιμο φόβο της παρενέργειάς τους. Συνήθως η αδιάκριτη προκαθορισμένη δοσολογία για όλους τους ασθενείς μπορεί να είναι σωστή για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου, δεν έχει όμως θέση στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Εδώ, η δοσολογία πρέπει να προσαρμοσθεί ανάλογα με την ατομική ανάγκη και ευαισθησία του κάθε ασθενούς.
- Προτίμηση των ασθενών στα οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα. Ο πόνος σοβαρής έντασης πρέπει να αντιμετωπισθεί με ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά.
- Φόβος των ιατρών και των ασθενών για την ανοχή και για το «κοινωνικό στίγμα» του συνδρόμου στέρησης των ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών.
- Φόβος των ιατρών για τη χρήση των επικουρικών αναλγητικών φαρμάκων.
- Άγνοια της εφαρμογής ειδικών θεραπευτικών διαδικασιών (PCA, επισκληρίδια χορήγηση, νευροαποκλεισμός κλπ).

6. Φροντίδα καρκινοπαθών σε Ψυχολογικό επίπεδο

Ακόμα και όταν η διάγνωση δεν έχει ανακοινωθεί στον ασθενή, οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι παρούσες. Ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, από τα μη λεκτικά μηνύματα που προσλαμβάνει τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον του. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι ποικίλες, όπως το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη κα. Το είδος και ο βαθμός των ψυχολογικών αντιδράσεων ποικίλλει κατά περίπτωση, με κύριο διαμορφωτικό παράγοντα το είδος των ψυχολογικών αντιδράσεων των αμυντικών μηχανισμών. Για την μείωση των ψυχολογικών αντιδράσεων κινητοποιούνται ασυνείδητα αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί. Ο κυρίως αμυντικός μηχανισμός για τους καρκινοπαθείς είναι η άρνηση. Όμως, συχνά, συνυπάρχουν και συλλειτουργούν περισσότεροι του ενός μηχανισμοί άμυνας. Μία σειρά από παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ασθενούς, η φύση και η βαρύτητα της νόσου, η προσωπική σημασία για τον ασθενή και η ψυχολογική αλληλεπίδραση του ασθενούς με το περιβάλλον του, επηρεάζουν το ποιος αμυντικός μηχανισμός θα υπερισχύσει. Ο παράγοντας, που συνηθέστερα παραμελείται, είναι η ψυχοσυναλλαγή του ασθενούς με το περιβάλλον του. Στην περίπτωση αυτή, κεντρικό ρόλο κατέχει η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς.

Το να καθορίσουμε όλους αυτούς τους παράγοντες, ώστε να προτείνουμε συγκεκριμένες μορφές δράσης στο χώρο αυτό, είναι σαφώς δύσκολο, μπορούμε όμως να δώσουμε γενικούς προσανατολισμούς και τακτικές στην παρέμβασή μας στους καρκινοπαθείς.

Αν και ο πόνος δεν αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον καρκινοπαθή και το συγγενικό του περιβάλλον, είναι παρ' όλ' αυτά εκείνο το σύμπτωμα που τους φοβίζει – απασχολεί περισσότερο. Ο αποτελεσματικός έλεγχος του καρκινικού πόνου έχει ως σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών. Το πώς βιώνει ο κάθε ασθενής τον πόνο εξαρτάται από πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες, καθώς και από ατομικές διαφορές. Κυρίως στους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου ο πόνος που βιώνουν είναι δύσκολο να γίνει υποφερτός, εφόσον θεωρείται περιττός και απαράδεκτος.

Σύμφωνα με τον Frankly (1987) δεν είναι ο πόνος αυτός καθ' αυτός που προξενεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα. Τα τελευταία 30 χρόνια χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές για τον έλεγχο του πόνου, όπως η εκπαίδευση στη βιοανάδραση, η ύπνωση

ή κάποιος συνδυασμός και των δύο μεθόδων, καθώς και τεχνικών χαλάρωσης σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χημειοθεραπείες και ένωσαν ναυτία.²⁴ Ο Αναγνωστόπουλος (1986) αναφέρεται σε κάποιες τεχνικές ύπνωσης, όπως η υπνοαναισθησία με την ανάκληση αναμνήσεων σωματικής αναισθησίας, η μετάθεση του πόνου σε άλλα σημεία του σώματος όπου ο πόνος είναι πιο υποφερτός, η απόσπαση της προσοχής και η αναβίωση ευτυχισμένων περιόδων της ζωής του ασθενούς.

Θα μπορούσαν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν προγράμματα που θα στοχεύουν στην ανάπτυξη των θετικών συμπεριφορών και στη μείωση των συμπεριφορών πόνου (σε ομαδική ή ατομική βάση), γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις που τείνουν να χρησιμοποιούν συνδυασμό λειτουργικών και γνωστικών τεχνικών, καθώς και εκπαίδευση στη χαλάρωση.

Ο Leshnan (1981), καθώς και ο Simonton και οι συνεργάτες του (1988), υποστηρίζουν ότι ο πόνος που δεν υποχωρεί παρά τις απαραίτητες παρεμβάσεις για τον έλεγχό του, μπορεί να υφίσταται για δευτερογενή οφέλη, όπως για να αποφέρει στον ασθενή προσοχή, φροντίδα, και αγάπη από το περιβάλλον του.²⁵

Ο Sachs (1992) υποστηρίζει ότι η ύπνωση είναι μία μοναδική ευκαιρία για να βοηθηθούν οι ασθενείς, ώστε να αλλάξουν στάση. Θα λειτουργήσει βοηθητικά, ώστε να καταπολεμηθεί το άγχος που συνδέεται με τη διάγνωση ή τις καταθλιπτικές αντιδράσεις, το άγχος και οι φόβοι που βιώνουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους κα.⁴ Ο Whitehead (1989) αναφέρεται στην εφαρμογή της τεχνικής της αυτό-ύπνωσης σε νέα άτομα που έπασχαν από καρκίνο. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν το φαγητό και τα υγρά που έπαιρνε ο οργανισμός, ο ευκολότερος ύπνος, η συμπεριφορά στη φαρμακευτική αγωγή και στις ακτινοβολίες. Επιπροσθέτως, αναφέρεται στην εφαρμογή της ύπνωσης προκειμένου να αντιμετωπιστεί η δυσκολία στη κατάποση των χαπιών, η ναυτία, ο εμετός, το άγχος για θεραπευτικές αγωγές, όπως η χορήγηση ενδοφλέβιων ενέσεων, ο πόνος των μελών, η ανορεξία και το γενικευμένο άγχος που συνδέεται με νέα κρίση της ασθένειας.⁴

Οι ασθενείς τελικού σταδίου

Ο ασθενής κατά τη τελική φάση του καρκίνου, έρχεται αντιμέτωπος με την ιδέα του θανάτου, αφού η θεραπεία που λαμβάνει είναι πλέον μόνο ανακουφιστική. Καθ' όλη τη διάρκεια του συγκεκριμένου σταδίου, ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα στην άρνηση και την

αποδοχή αυτού του επερχόμενου γεγονότος. Δεν είναι στη θέση να ξέρει αν πρέπει να αποδεχθεί ή να αρνηθεί το γεγονός ότι έρχεται το τέλος της ζωής του. Σε αυτό το στάδιο, μαζί με το φυσικό θάνατο επέρχεται, συνήθως, και ο ψυχολογικός θάνατος που είναι εξίσου σημαντικός, διότι ο ασθενής μετά την ταλαιπωρία που υπέστη με τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες, θέλει να τα εγκαταλείψει όλα.

Σε ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχνάμε. Ζητάμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση και συμπράσταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Οποιαδήποτε ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο, έστω και μικρής χρονικής διάρκειας είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο ασθενής με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Επίσης, είναι σημαντικό να αφήνουμε τους ασθενείς, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους.

Σύμφωνα με την Elisabeth Kubler-Ross (1969), ο ασθενής που στο τελικό στάδιο της ασθένειάς του περνάει από πέντε στάδια ψυχικής διεργασίας:²⁶

1. Το στάδιο της άρνησης

Αυτό το στάδιο είναι ένας φυσιολογικός μηχανισμός άμυνας. Ο ασθενής μπορεί να αρνείται το γεγονός ή τις επιπτώσεις της ασθένειάς του ή την πιθανότητα του θανάτου. Αρνείται να δεχθεί ότι θα αφήσει τους αγαπημένους του, τη δουλειά του και όλα εκείνα που τόσο καιρό τον κρατούσαν στη ζωή. Η άρνηση αυτή δίνει σιγά-σιγά την θέση της στην μερική αποδοχή του γεγονότος. Υπάρχουν μερικές περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής παραμένει στο στάδιο της άρνησης, αλλά αυτές είναι λίγες και σπάνιες.

2. Το στάδιο του θυμού

Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής θεωρεί την κατάληξη της ζωής του άδικη και αδικαιολόγητη. Κι ενώ ο θυμός τους αφορά την ασθένειά τους, εκείνοι ξεσπούν σε όσα άτομα βρίσκονται τριγύρω τους με σκοπό τη φροντίδα και την περιποίησή τους (συγγενείς, φίλοι και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό). Όταν ο θυμός τους είναι προς τον ίδιο τους τον εαυτό βιώνουν έντονες ενοχές. Σύμφωνα με τον Doka (1993) οι ενοχές αυτές μπορεί να υφίστανται σύμφωνα με τον ίδιο τον ασθενή: α) λόγω της συμπεριφοράς και της στάσης ζωής τους, β) ως απόρεια των μη αποδεκτών ή μη ηθικών πράξεων, τις οποίες αξιολογεί ως αρνητικές, γ) των ευκαιριών που δεν αξιοποίησε στη ζωή του και δ) των ανεκπλήρωτων στόχων του.

3. Το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος

Η στάδιο αυτό, χαρακτηρίζεται από τη τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ, γίνεται ένα είδος συμφωνίας μεταξύ του ασθενούς και κάποιας ανώτερης δύναμης στην οποία θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ότι οφείλει την ύπαρξή του, για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. Συχνά, οι υποσχέσεις συνδέονται με μια ενοχή, ένα φόβο ή κάποια τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και το κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.

4. Το στάδιο της κατάθλιψης

Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής αποδέχεται το γεγονός ότι πρόκειται να εγκαταλείψει την υπάρχουσα ζωή και θρηγεί. Η κατάθλιψη αυτού του σταδίου είναι είτε αντιδραστική είτε προπαρασκευαστική, που προετοιμάζει δηλαδή τον ασθενή για τον τελικό αποχωρισμό του από αυτόν τον κόσμο.

5. Το στάδιο της αποδοχής

Είναι το στάδιο, κατά το οποίο ο ασθενής έχει την αίσθηση της απομάκρυνσής του πόνου, του τέλους αυτού του δύσκολου «αγώνα», ενώ συγχρόνως νιώθει να πλησιάζει η στιγμή για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ «ταξίδι». Περιορίζεται η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον, ενώ η γενικότερη συμπεριφορά του ασθενούς εκφράζει την αποδοχή της κατάστασης.

Τα πέντε αυτά στάδια δεν πρέπει κατ' ανάγκην να διαδέχονται το ένα το άλλο. Ορισμένοι ασθενείς, ακόμη κι αν έχουν φθάσει στο στάδιο της αποδοχής, μπορεί να επανέλθουν σε ένα από τα προηγούμενα στάδια, όπως για παράδειγμα σε περίπτωση υποτροπής της ασθένειας.

B. Ειδικό μέρος

1. Μεθοδολογικά Θέματα

Πρόθεσή μας αποτελεί, αρχικά, η ενδεικτική παρουσίαση κάποιων ερευνητικών δεδομένων, που θα στηρίζουν την άποψη του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος που έχει η αξιολόγηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο.

Σε κάθε είδους έρευνα το κύριο μέλημα του ερευνητή είναι να καθορίσει την ερευνητική στρατηγική που θα ακολουθήσει για τη μελέτη του θέματος.⁵⁵ Μία επιστημονική μέθοδος που μπορεί να συμβάλλει στην αποσαφήνιση του συγκεκριμένου θέματος, είναι και η έρευνα επισκόπησης.

Σύμφωνα με τους Cohen και Manion (1980) στις επισκοπήσεις συλλέγονται δεδομένα αποσκοπώντας να περιγραφεί η φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να προσδιοριστούν οι σχέσεις που ενυπάρχουν ανάμεσα στα γεγονότα. Κατά την εκπόνηση μιας έρευνας επισκόπησης ο ερευνητής πρέπει να γνωρίζει καλά τη διαδικασία και τα στάδια τα οποία οφείλει να ακολουθεί στο πλαίσιο ενός κατάλληλου σχεδιασμού. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο διερευνητικό βήμα έγινε στο γενικότερο χώρο της υγείας, με σκοπό τον εντοπισμό της θεματικής και τον καθορισμό του θέματος της συγκεκριμένης μελέτης.

Στο δεύτερο στάδιο απαιτείται μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για άντληση πληροφοριών σχετικά με το θέμα μας. Η βιβλιογραφική επισκόπηση θα συμβάλλει θετικά στη θεωρητική δόμηση της έρευνας, διότι είναι σαφές πως κάθε έρευνα εντάσσεται σ' ένα θεωρητικό πλαίσιο, βάσει του οποίου προσλαμβάνει επιστημονικά συγκρίσιμη υπόσταση, μπορεί δηλαδή να αξιολογηθεί. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στηρίχτηκε κατά κύριο λόγο σε έρευνες, έντυπες αλλά και σε ηλεκτρονικές, που έχουν γίνει στο πεδίο της μελέτης του συγκεκριμένου θέματος. Επίσης μελετήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές που προέρχονται από το αρχείο του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες.

Στο τρίτο στάδιο, ο ερευνητής οφείλει να επιλέξει τη μέθοδο και την τεχνική της διερεύνησης. Η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογικής προσέγγισης είναι καθοριστική για την πορεία της έρευνας. Ο ερευνητής θα κατασκευάσει το εργαλείο έρευνας, το οποίο θα ερμηνεύσει και θα αιτιολογήσει την αναγκαιότητα επιλογής του, επιλογή που τεκμηριωμένα θεωρείται ως η πλέον ιδανική για την εξαγωγή αξιόπιστων ερευνητικών συμπερασμάτων.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, μεταξύ των ερευνητικών διαδικασιών, της ποιοτικής και της ποσοτικής προσέγγισης, επιλέχθηκε ως καταλληλότερη να ακολουθηθεί αυτή της ποσοτικής. Η ποσοτική ερευνητική μέθοδος παράγει αριθμητικά δεδομένα, που μπορούν να οδηγήσουν σε στατιστικές αναλύσεις,^{56,57} και μπορεί να προσφέρει πλούσια δεδομένα σε σύντομο χρονικό διάστημα με δυνατότητα γενίκευσης σε μεγάλο δείγμα ανθρώπων.

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στις ποσοτικές έρευνες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την επεξεργασία των δεδομένων τους με στατιστικές μεθόδους και την αριθμητική παρουσίαση των αποτελεσμάτων τους με τη μορφή πινάκων, διαγραμμάτων κ.α.

Σύμφωνα με την Κυριαζή, οι ποσοτικές έρευνες έχουν σταθερή και δύσκαμπτη δομή. Ο σχεδιασμός της ποσοτικής έρευνας δεν επιδέχεται εύκολα αλλαγές. Ένα ακόμη από τα βασικά χαρακτηριστικά της γνωρίζουμε είναι ότι «επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα».⁵⁸

Σύμφωνα με τον σκοπό της έρευνας και με κύριο μέλημα την απάντηση των προαναφερθέντων ερευνητικών ερωτημάτων, προχωρήσαμε στο σχεδιασμό και στη συνέχεια στην υλοποίησή της, ακολουθώντας όλα τα βήματα που απαιτούνταν, από μεθοδολογικής πλευράς, για την διεκπεραίωσή της, αλλά και τους κανόνες δεοντολογίας που επιβάλλεται να τηρεί ένας ερευνητής, προκειμένου να διασφαλίσει το σεβασμό προς το πρόσωπο των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτή. Με τον τρόπο αυτό, καταλήξαμε στην ολοκλήρωση μιας οργανωμένης και σκόπιμης προσπάθειας για εξαγωγή συμπερασμάτων, χρησιμοποιώντας έγκυρες και αξιόπιστες τεχνικές, προκειμένου αυτά να χρησιμοποιηθούν με ακρίβεια, ευαισθησία και επιστημονική αμεροληψία για την παραγωγή νέας γνώσης. Θεωρήθηκε, λοιπόν, η ποσοτική μέθοδος, κατάλληλη για τη διεξαγωγή της έρευνας, αφενός διότι εξυπηρετεί το σκοπό και τους στόχους που διερευνώνται και αφετέρου για πρακτικούς λόγους. Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας παρουσιάστηκε μία σειρά από παράγοντες, οι οποίοι αποτέλεσαν εμπόδια και συντέλεσαν στην καθυστέρηση της ολοκλήρωσής της. Το βασικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν η προσπάθεια ανεύρεσης άλλων εμπειρικών ερευνών.

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία, καθώς δεν υπάρχουν στα ελληνικά δεδομένα αντίστοιχα πορίσματα για τη μελέτη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο και για το λόγο αυτό τα ποσοτικά στοιχεία, τα οποία θα

εξαχθούν από την έρευνα, επιδιώκουμε να αποτελέσουν στοιχεία για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος καθώς τα τελευταία χρόνια ο καρκινικός πόνος είναι σε διεθνές επίπεδο αντικείμενο αρκετών ερευνών. Η πιο διαδεδομένη μορφή ποσοτικής/εμπειρικής έρευνας είναι η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης.

Για την εκπόνηση της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η επισκόπηση, η οποία αποτελεί μία περιγραφική μέθοδο της εκπαιδευτικής έρευνας. Σύμφωνα με τους Cohen και Manion «Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα.»^{59,60}

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επισκόπηση θεωρήθηκε αναγκαία, καθώς είχε το πλεονέκτημα του μικρού κόστους και τη δυνατότητα στατιστικών αναλύσεων καθ' ότι η συγκεκριμένη μέθοδος προσφέρει αυτή τη δυνατότητα. Κατά τη μέθοδο της επισκόπησης, δύο είναι τα μεθοδολογικά εργαλεία που μπορεί ένας ερευνητής να επιλέξει για τη διεξαγωγή της έρευνάς του: το ερωτηματολόγιο και η συνέντευξη. Το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο συναντάται αρκετά συχνά στην εκπαιδευτική έρευνα και όταν είναι σωστά κατασκευασμένο μπορεί να εξυπηρετήσει στο μέγιστο βαθμό τους σκοπούς της μελέτης. Στην παρούσα έρευνα και αφού λάβαμε υπόψιν τον τύπο των αναγκαίων πληροφοριών που επιθυμούμε να συλλέξουμε, θεωρήσαμε ότι το καταλληλότερο μεθοδολογικό εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο, του οποίου η διαδικασία κατασκευής και η δομή θα αποτυπωθούν σε επόμενη ενότητα.

Στο τέταρτο στάδιο, ο ερευνητής συγκεντρώνει και επεξεργάζεται όλα τα εμπειρικά δεδομένα με κάποιο στατιστικό πακέτο Η/Υ. Η επεξεργασία θα οδηγήσει στην εξαγωγή ποιοτικών ή ποσοτικών δεικτών, κάποιων αποτελεσμάτων τα οποία στο πέμπτο στάδιο ο ερευνητής οφείλει να σχολιάσει προβαίνοντας σε συγκρίσεις με τα ερευνητικά στοιχεία που επικαλέστηκε και παρέθεσε στο θεωρητικό του πλαίσιο. Ο ερευνητής οδηγείται πλέον στην εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς του και μεριμνά για τη διατύπωσή τους με όρους επιστημονικούς. Έτσι, τα συμπεράσματα θα είναι απολύτως κατανοητά, έτοιμα να συνδεθούν με συγκεκριμένες προτάσεις αντιμετώπισης κάθε ενδεχόμενου προβλήματος που προτείνει ο ίδιος ο ερευνητής. Τέλος στο έκτο στάδιο, ο ερευνητής μεριμνά για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνάς του.

2. Σκοπός της μελέτης

Ο πόνος και κυρίως ο καρκινικός πόνος αποτελεί ένα συνηθισμένο κλινικό φαινόμενο που καλείται να αντιμετωπίσει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προσωπικό. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση να ανακουφίζουν τον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς, παρ' όλα αυτά παραμελείται συστηματικά.^{52,53} Οι ασθενείς με καρκινικό πόνο για να έχουν μια ποιοτική φροντίδα ανακούφισης απαιτείται βελτίωση της εκτίμησης και της θεραπείας του πόνου. Παρόλ' αυτά όμως οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν καμία ουσιαστική πληροφόρηση, για το θέμα αυτό κατά την διάρκεια των σπουδών τους.⁵²

Η κατάλληλη αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει τον πλέον ζωτικό ρόλο ανακούφισής τους γιατί περνούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή.^{52,54}

Με βάση τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Είναι προφανές ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνει το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλει αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Επιμέρους στόχοι

- 1.** Η μετάφραση του ερωτηματολογίου «Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα, στη συνέχεια η αντίστροφη μετάφραση στην αγγλική γλώσσα, καθώς και ο έλεγχος της ακρίβειας της απόδοσης των όρων, από ομάδα ειδικών.
- 2.** Ο υπολογισμός της εγκυρότητας και της εσωτερικής συνοχής του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου «Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain».
- 3.** Ανάλυση των αποτελεσμάτων. Συσχέτιση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικής κλινικής σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό άλλων κλινικών. Τυχόν συσχέτιση μεταξύ των χρόνων υπηρεσίας ή του τίτλου σπουδών.
- 4.** Η καταγραφή των λανθασμένων πρακτικών, που ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

3. Μέθοδος

Πρόκειται για ποσοτική συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης (174 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού) προήλθε από τρία μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας (1 δημόσιο, 1 πανεπιστημιακό και 1 ιδιωτικό). Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από τον Αύγουστο έως και το Σεπτέμβριο 2013.

Για τη διεξαγωγή ενός αμφίπλευρου ελέγχου στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ και για την επίτευξη στατιστικής ισχύος $> 0,8$, το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε με βάση τους αντίστοιχους πίνακες στατιστικής ισχύος, στα 170 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.⁴⁹ Τελικά, το δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού που αποτέλεσαν την μελέτη ήταν 174. Συνολικά προσεγγίστηκαν 240 άτομα προκειμένου να συμμετέχουν στην έρευνα. Δέχτηκαν όμως να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο οι 174 (ποσοστό απαντητικότητας 72,5 %).

Η ερευνήτρια σε μία πρώτη προσέγγιση μοίραζε τα ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό, τους δόθηκε το κατάλληλο χρονικό περιθώριο για να το συμπληρώσουν, ενώ σε δεύτερη φάση η ερευνήτρια τα συγκέντρωσε. Για την αποφυγή του φαινομένου Hawthorne οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια μόνοι τους και ανώνυμα.

Το πρωτόκολλο κατατέθηκε στην επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων προκειμένου να εγκριθεί η εφαρμογή του. Επίσης, ενημερώθηκαν και οι προϊστάμενοι των τμημάτων που διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια, προκειμένου να εξασφαλιστεί και η προσωπική τους συναίνεση στην εκπόνηση της μελέτης, αφού κατανόησαν τον σκοπό και τα δυνατά της οφέλη.

Κατά τις ημέρες συλλογής των ερωτηματολογίων, η ερευνήτρια προσέγγιζε το νοσηλευτικό προσωπικό και προέβαινε σε λεπτομερή προφορική ενημέρωση για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης και έρευνας, το φορέα που την εκπονεί, τα ερωτηματολόγια που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν και τον τρόπο με τον οποίο επρόκειτο να συμπληρωθούν. Επίσης, η ερευνήτρια διαβεβαίωνε τους συμμετέχοντες για την διασφάλιση του απορρήτου των δεδομένων της συλλογής και την εθελοντική φύση της συμμετοχής στη μελέτη.

Μετά τη λήψη της προφορικής συγκατάθεσης, το νοσηλευτικό προσωπικό καλούταν να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο και τη φόρμα δημογραφικών στοιχείων.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε:

1. Φόρμα συλλογής δημογραφικών στοιχείων. Η συγκεκριμένη φόρμα αυτή δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Σκοπός, ήταν η συλλογή πληροφοριών για το σύνολο των στοιχείων που έχει δειχθεί ερευνητικά ότι σχετίζονται με την αντίληψη που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τον πόνο. Η φόρμα συλλογής δημογραφικών δεδομένων παρατίθεται στο Παράρτημα Α.

2. Το ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” των Betty Ferrell and Margo McCaffery το οποίο βασίζεται σε προηγούμενη έρευνα (Betty R. Ferrell, Margo McCaffery, 1987) και αναθεωρήθηκε το 2008. Αφού εξασφαλίστηκε η γραπτή άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου από τους ερευνητές, πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα ελληνικά από ομάδα ειδικών και αντίστροφη μετάφραση στα αγγλικά. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Β.

Στατιστική ανάλυση

Οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον καρκινικό πόνο αξιολογήθηκαν με 36 ερωτήσεις. Η βαθμολογία προέκυπτε αθροίζοντας τις σωστές απαντήσεις και διαιρώντας το άθροισμα με το 36 και κυμαινόταν από 0 έως 1. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ισοδυναμούσε με αυξημένο επίπεδο γνώσης.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach’s alpha του ερωτηματολογίου ήταν 0,748, γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (Πίνακας 3). Ελέγχθηκε η αξιοπιστία των ερωτήσεων και η συμφωνία των απαντήσεων με τον συντελεστή ΚΑΠΑ. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Είκοσι πέντε από αυτούς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για δεύτερη φορά (10 ημέρες μετά), προκειμένου να ελεγχθεί η επαναληψιμότητα της μέτρησης μέσα στο χρόνο. Προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και παράλληλα να πραγματοποιηθεί και ο έλεγχος επαναληψιμότητας της μέτρησης, αντιστοιχίστηκε σε κάθε συμμετέχοντα ένας κωδικός αριθμός. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν όλα από τον ίδιο ερευνητή. Ο συντελεστής ΚΑΠΑ ήταν >0,828, γεγονός που δείχνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο.

Πίνακας 3: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	174	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	174	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,748	36

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ερ1	18,5000	22,887	,439	,732
ερ2	18,5517	23,255	,342	,737
ερ3	18,6552	23,002	,387	,734
ερ4	18,8276	23,184	,377	,735
ερ5	18,7931	23,217	,358	,736
ερ6	18,5057	24,194	,147	,748

ερ7	18,2989	24,789	,058	,750
ερ8	18,8103	23,796	,235	,743
ερ9	18,7011	24,719	,029	,755
ερ10	18,5402	23,614	,266	,741
ερ11	18,7931	22,685	,478	,729
ερ12	18,3218	24,092	,241	,743
ερ13	18,4943	23,026	,409	,733
ερ14	18,4598	23,568	,298	,740
ερ15	18,3736	24,813	,031	,753
ερ16	18,1897	25,091	-,005	,750
ερ17	18,7126	24,275	,120	,750
ερ18	19,0230	23,757	,375	,738
ερ19	18,3851	24,920	,004	,754
ερ20	18,5345	24,493	,080	,752
ερ21	18,2126	25,001	,025	,750
ερ22	18,6897	23,603	,260	,742
ερ23	18,4828	24,344	,118	,749
ερ24	18,5402	23,221	,352	,737
ερ25	18,8218	23,881	,219	,744
ερ26	18,2701	24,730	,089	,749
ερ27	18,8276	23,138	,388	,735
ερ28	18,4368	23,346	,359	,737
ερ29	18,4540	23,035	,424	,733
ερ30	18,6609	23,058	,375	,735
ερ31	18,6034	23,836	,211	,745
ερ32	18,7241	23,484	,287	,740
ερ33	19,0575	25,361	-,112	,755
ερ33β	19,1322	24,797	,197	,746
ερ34	18,9770	24,404	,149	,747
ερ34β	19,0690	24,122	,330	,741

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.⁴⁹ Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).⁴⁹

Στη διμεταβλητή ανάλυση, >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) με τη βαθμολογία γνώσεων. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.⁴⁹

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4. Αποτελέσματα

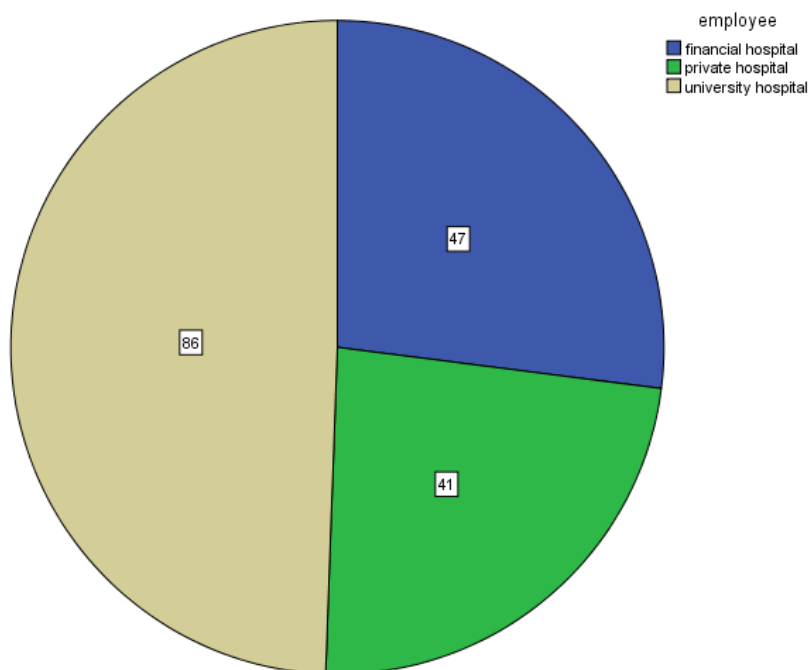
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 174 συμμετέχοντες. Ο μέσος συμμετέχοντας ήταν γυναίκα, ηλικίας μεταξύ 41 έως 50 ετών, απόφοιτος ΤΕΙ (Πίνακας 4). Το 49,6% (n=86) των συμμετεχόντων εργαζόνταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο (εικόνα 5), το 27,6% (n=48) σε χειρουργική κλινική (εικόνα 6) και το μεγαλύτερο ποσοστό (33,9%) είχε προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 20 χρόνων (n=59) (εικόνα 7). Ο όρος "άλλη κλινική" περιλαμβάνει τις εξής κλινικές: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Καρδιολογική, Παιδιατρική, Νεφρολογική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Ορθοπαιδική, ΩΡΛ.

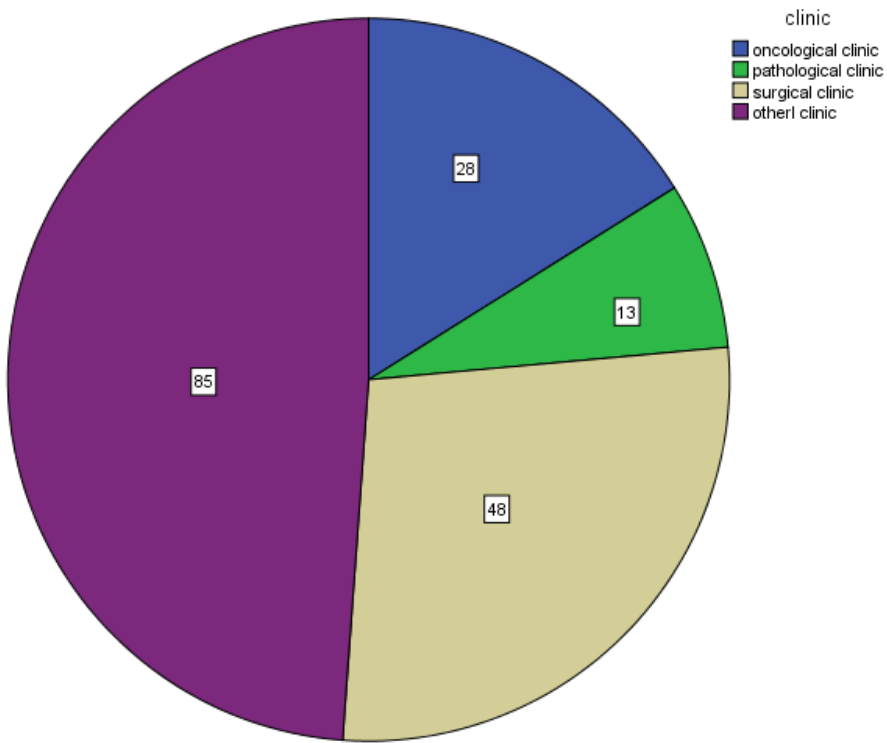
Πίνακας 4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
<i>Γυναίκες</i>	135 (77,6)
<i>Άντρες</i>	39 (22,4)
Ηλικία (έτη)	
<i><30</i>	20 (11,5)
<i>30-40</i>	66 (37,9)
<i>41-50</i>	81 (46,6)
<i>>50</i>	7 (4,0)

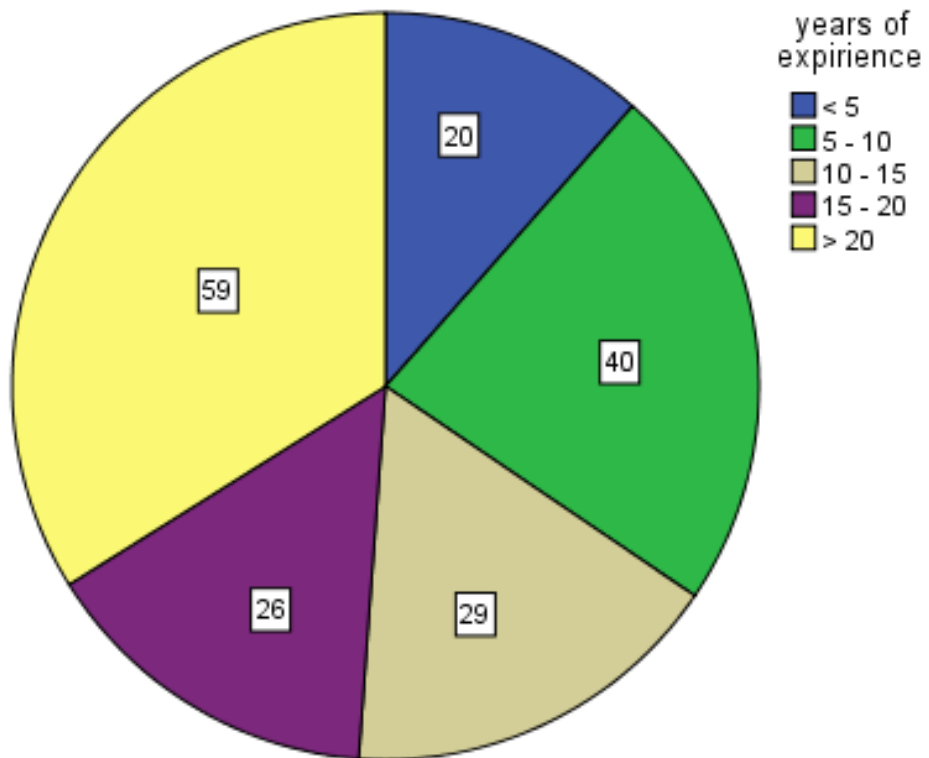
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
<i>ΔΕ</i>	59 (33,9)
<i>ΤΕΙ</i>	75 (43,1)
<i>ΑΕΙ</i>	8 (4,6)
<i>Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα</i>	32 (18,4)



Εικόνα 5: Νοσοκομείο Εργασίας



Εικόνα 6: Κλινική εργασία



Εικόνα 7: Προϋπηρεσία

Οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τον πόνο

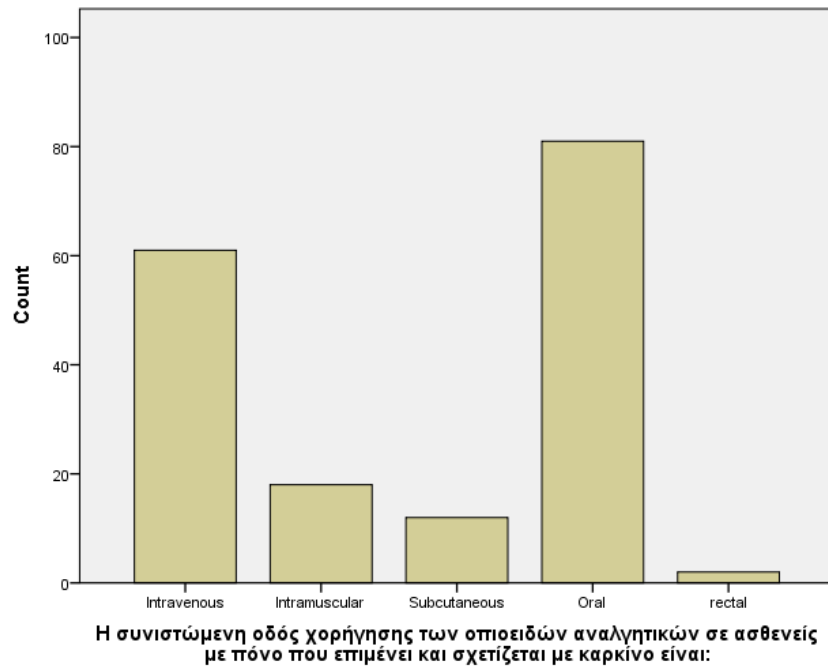
Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών στις 21 ερωτήσεις σωστό/λάθος παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Απαντήσεις Συμμετεχόντων

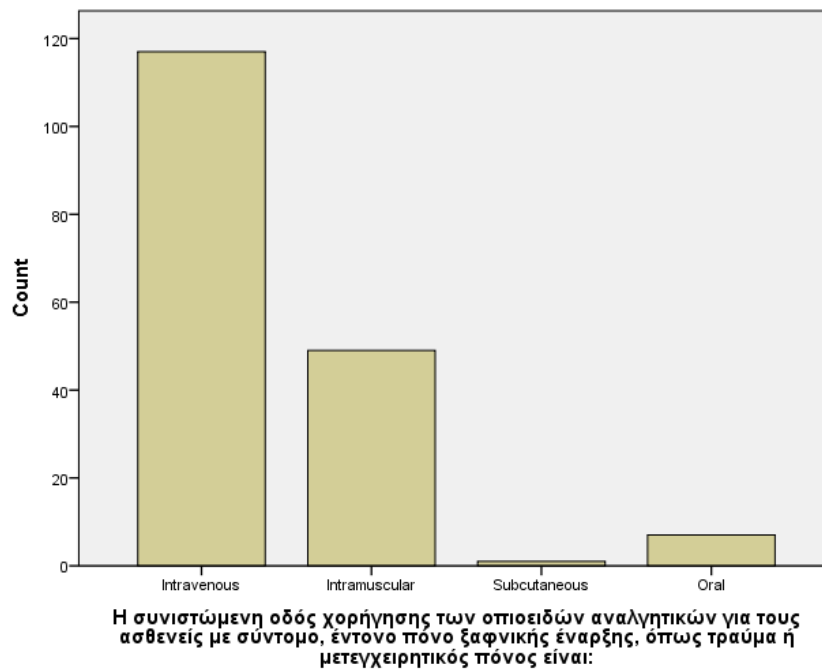
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς. (Λάθος)	60 (34,5)	114 (65,5)
2. Επειδή το νευρικό τους σύστημα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, τα παιδιά κάτω των δύο ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη επώδυνων εμπειριών. (Λάθος)	69 (39,7)	105 (60,3)
3. Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δε βιώνουν έντονο πόνο. (Λάθος)	87 (50,0)	87 (50,0)
4. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο. (Σωστό)	57 (32,8)	117 (67,2)
5. Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις. (Λάθος)	111 (63,8)	63 (36,2)
6. Αναπνευστική καταστολή συμβαίνει σπάνια σε ασθενείς, που λαμβάνουν σταθερές δόσεις από οπιοειδή σε διάστημα μηνών. (Σωστό)	113 (64,9)	61 (35,1)
7. Ο συνδυασμός αναλγητικών, που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου με λιγότερες παρενέργειες από ότι χρησιμοποιώντας ένα μόνο αναλγητικό παράγοντα. (Σωστό)	149 (85,6)	25 (14,4)
8. Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1-2 mg μορφίνης IV είναι 4-5 ώρες. (Λάθος)	114 (65,5)	60 (34,5)
9. Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών. (Λάθος)	95 (54,6)	79 (45,4)
10. Τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς	67 (38,5)	107 (61,5)

που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών. (Λάθος)		
11. Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης. (Λάθος)	111 (63,8)	63 (36,2)
12. Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου. (Λάθος)	29 (16,7)	145 (83,3)
13. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών. (Λάθος)	59 (33,9)	115 (66,1)
14. Παιδιά κάτω των 11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο, έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονιού για την ένταση του πόνου του παιδιού. (Λάθος)	53 (30,5)	121 (69,5)
15. Πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών ενδέχεται να τους οδηγήσουν στο να θεωρούν ότι ο πόνος και η ταλαιπωρία είναι απαραίτητα. (Σωστό)	136 (78,2)	38 (21,8)
16. Εφόσον έχει δοθεί μία αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς. (Σωστό)	168 (96,6)	6 (3,4)
17. Η χορήγηση αποστειρωμένου νερού στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός. (Λάθος)	97 (55,7)	77 (44,3)
18. Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία. (Λάθος)	151 (86,8)	23 (13,2)
19. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όπως η γκαμπαπεντίνη (Neurontin), έχουν ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ανακούφιση από τον πόνο μετά από μια μόνο δόση. (Λάθος)	40 (23,0)	134 (77,0)
20. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά, εκτός εάν ο πόνος οφείλεται σε μυϊκό σπασμό. (Σωστό)	108 (62,1)	66 (37,9)
21. Ναρκωτική/οπιοειδή εξάρτηση ορίζεται ως μία χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: μειωμένη αντίσταση στη χρήση ναρκωτικών/φαρμάκων, ακούσια χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά τη βλάβη και σφοδρή επιθυμία. (Σωστό)	164 (94,3)	10 (5,7)

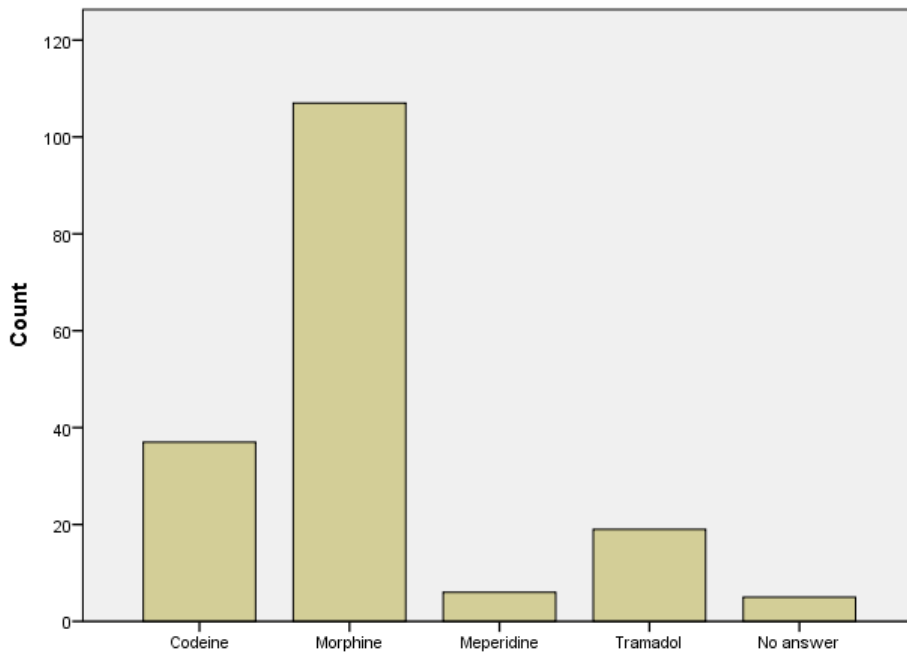
Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής παρουσιάζονται στις εικόνες 8 έως 18.



Εικόνα 8

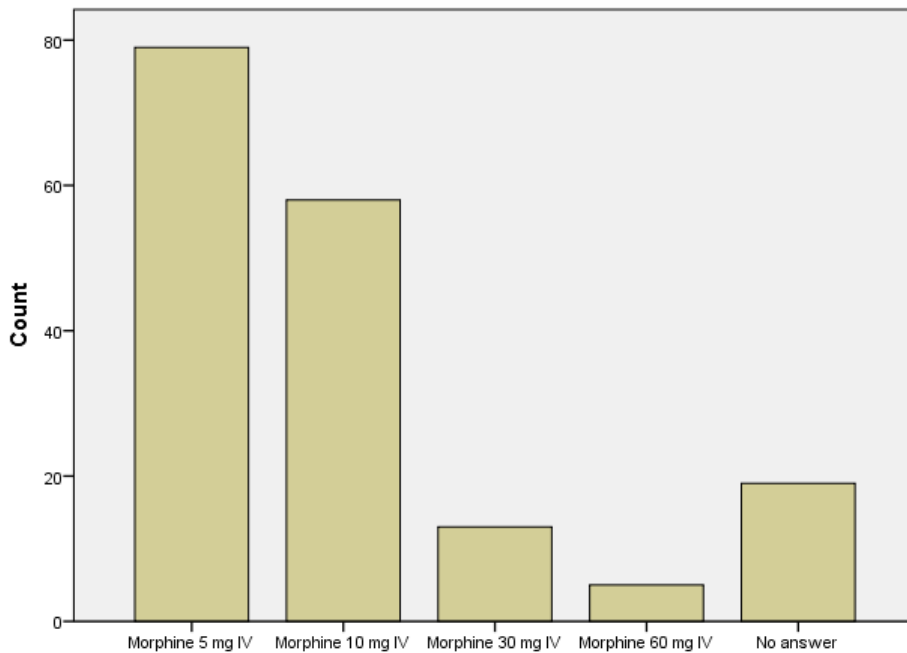


Εικόνα 9



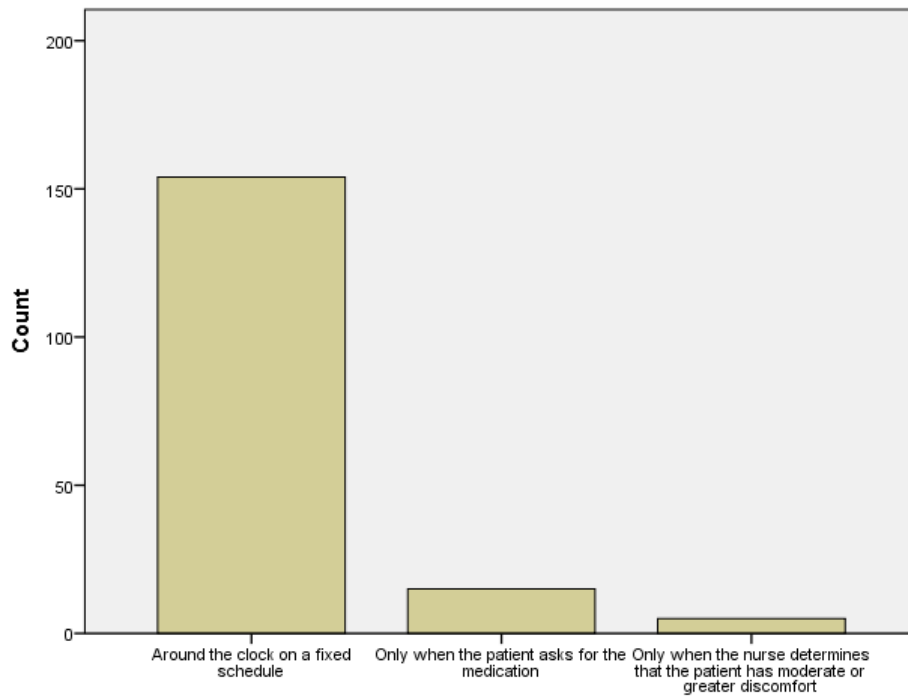
Ποιο από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο;

Εικόνα 10



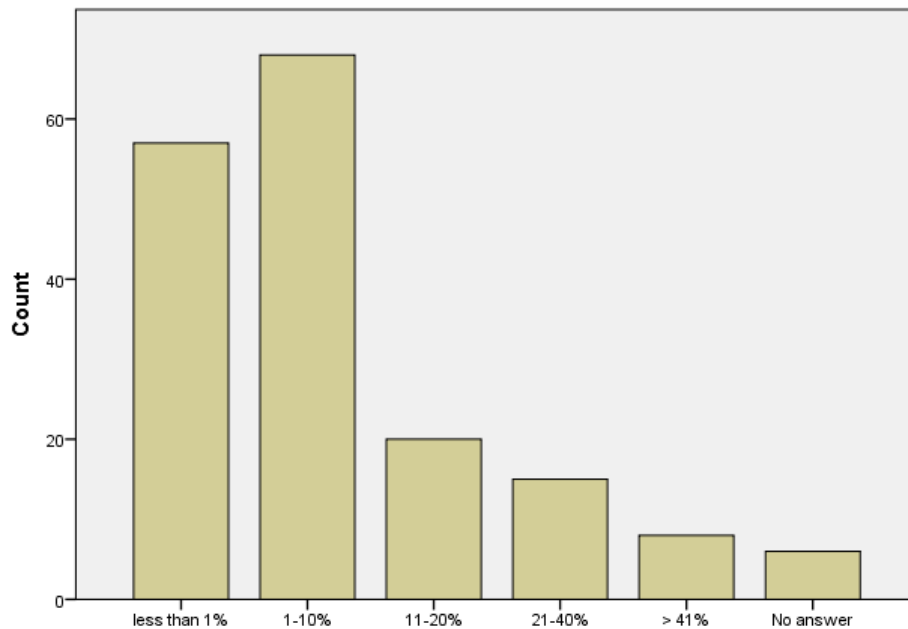
Ποια από τις παρακάτω IV δόσεις μορφίνης, χορηγούμενες σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνη χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες;

Εικόνα 11



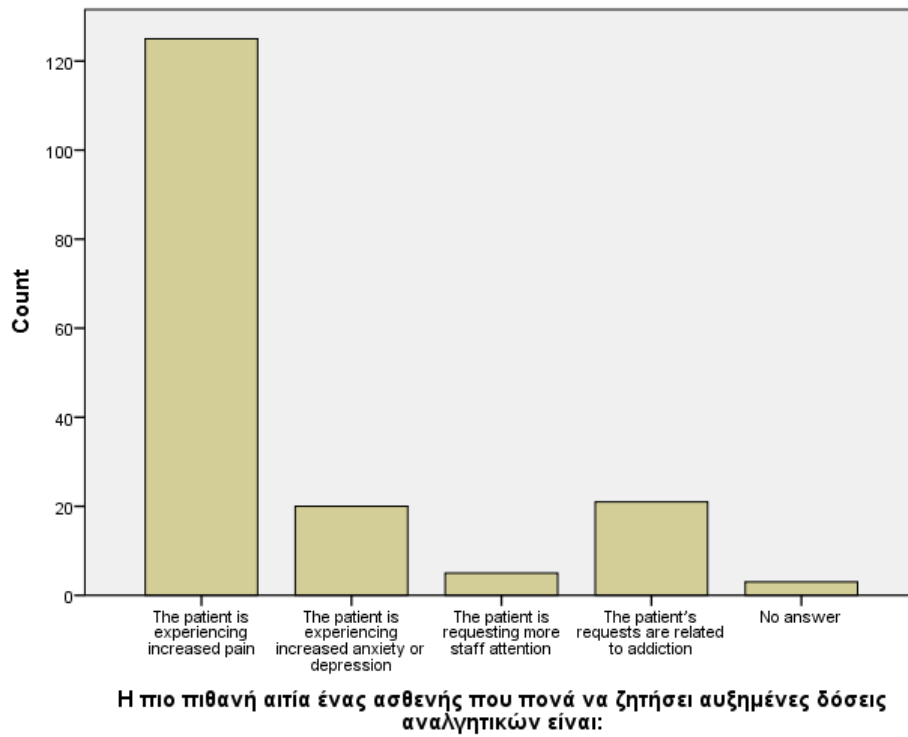
Αναλγητικά για μετεγχειρητικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται:

Εικόνα 12

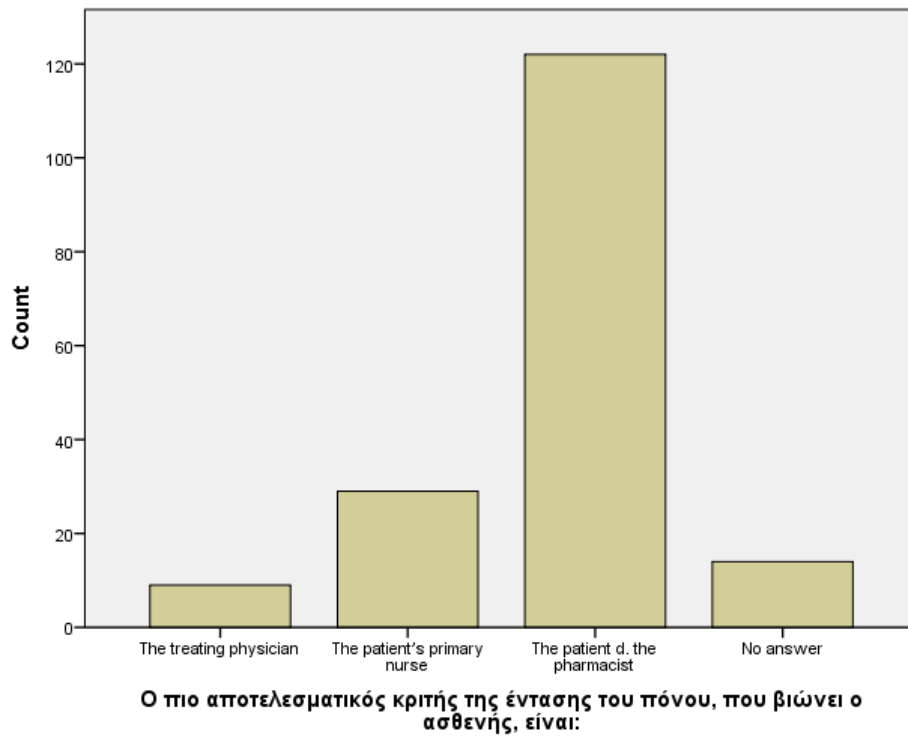


Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπισειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη μέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης / ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg / ώρα ενδοφλεβίως. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής κλινικά

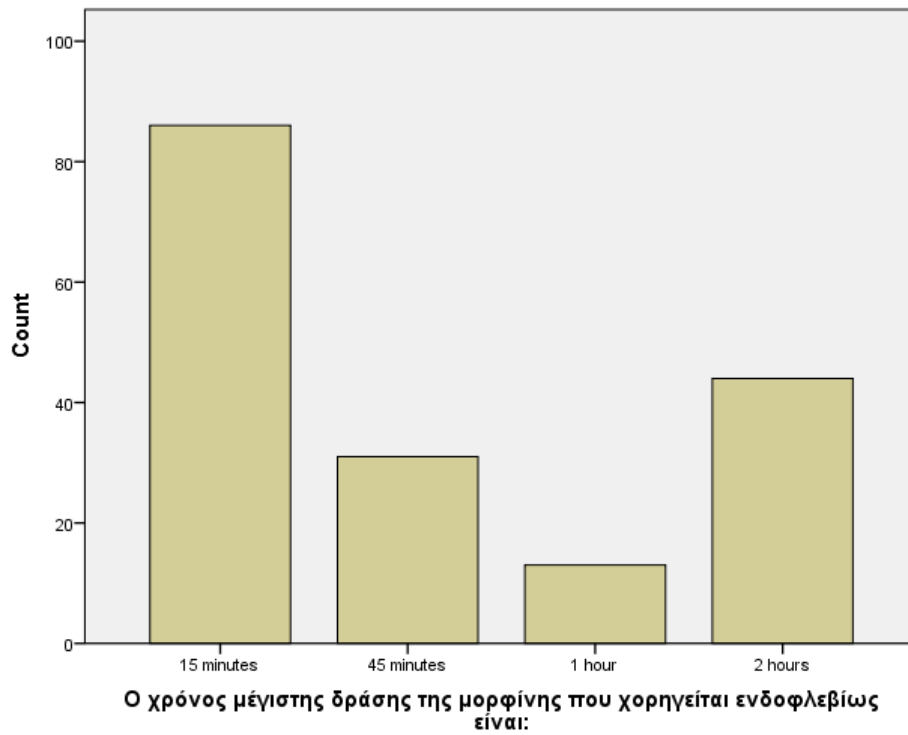
Εικόνα 13



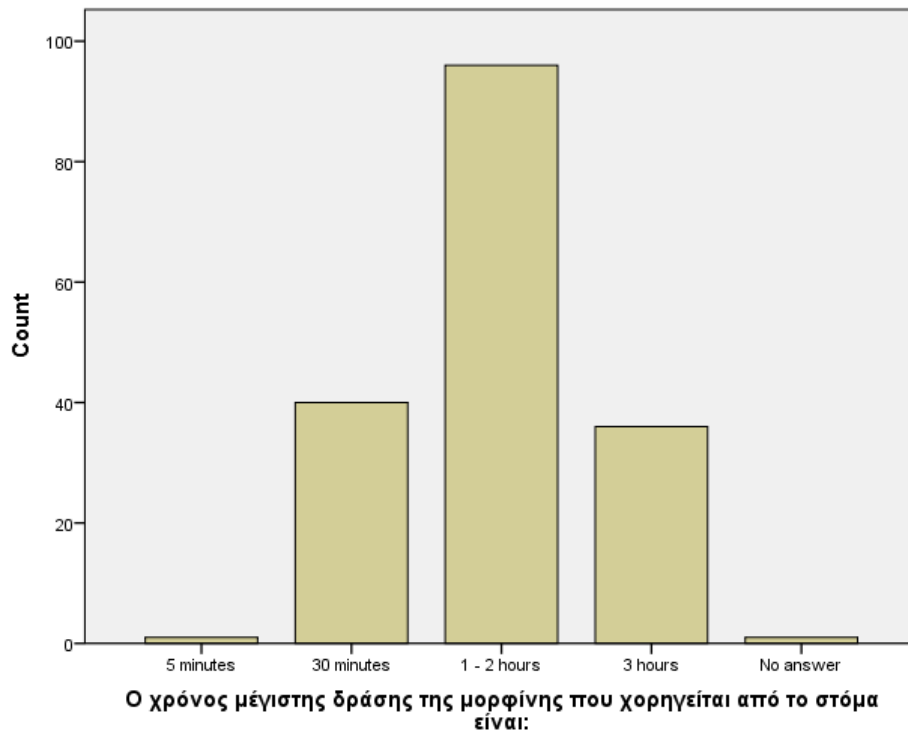
Εικόνα 14



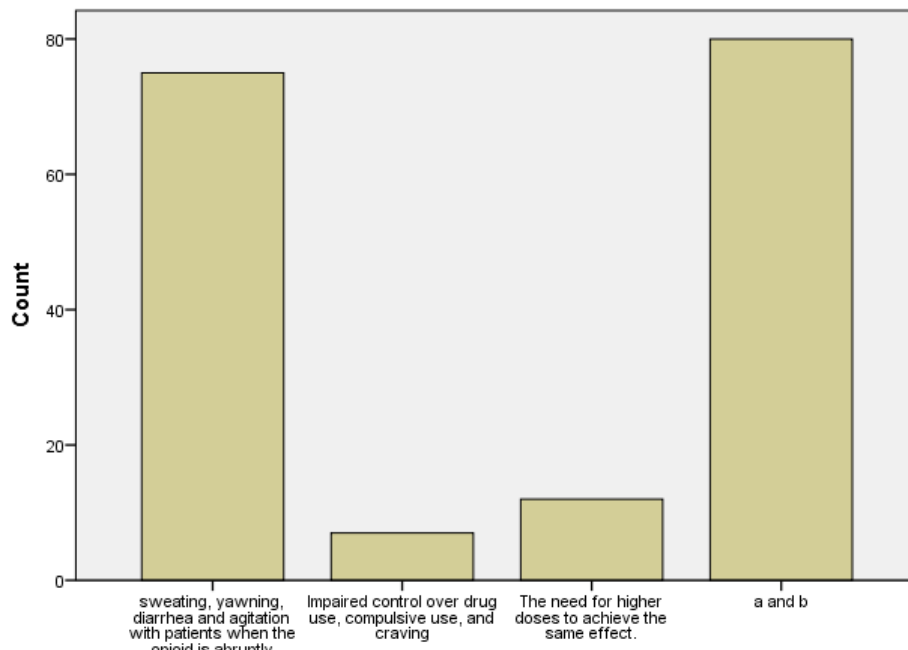
Εικόνα 15



Εικόνα 16



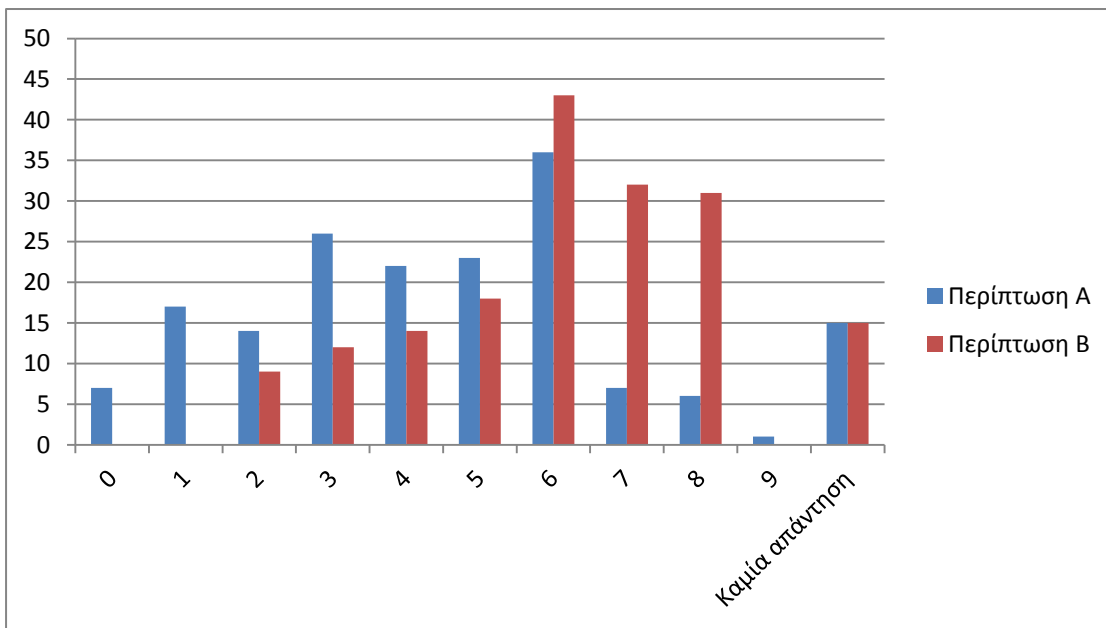
Εικόνα 17



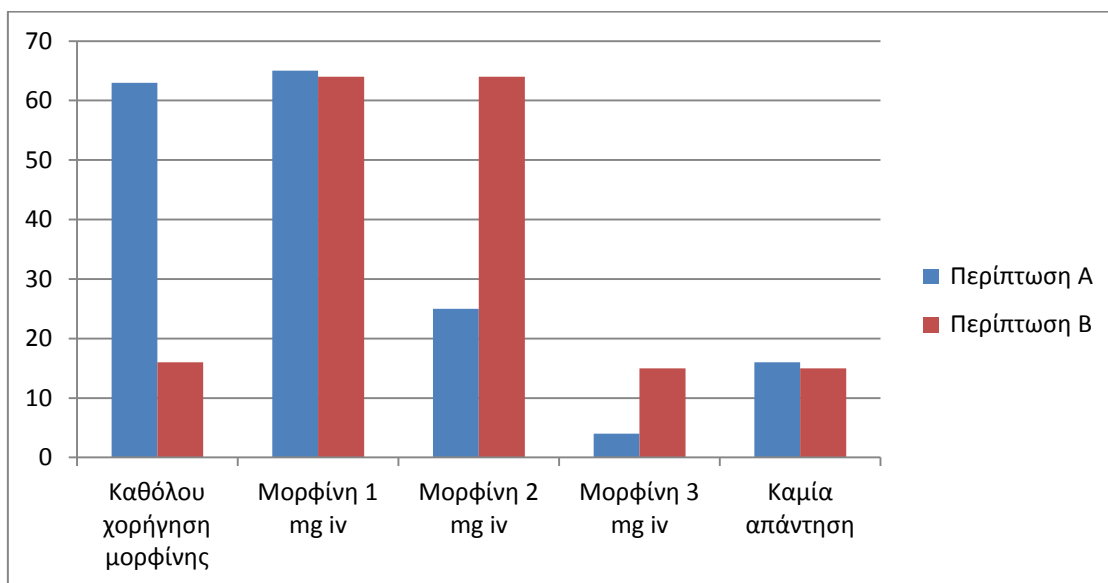
Μετά την απότομη διακοπή των οπιοειδών, σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται με τα ακόλουθα:

Εικόνα 18

Το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις μελέτες περιπτώσεων τόσο στην επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου όσο και στην κατάλληλη αντίδραση. Το 90,2% και το 82,2% έδωσαν λανθασμένη βαθμολογία στις κλίμακες πόνου των περιπτώσεων Α και Β αντίστοιχα. Επίσης το 97,7% και το 91,4% απάντησε λανθασμένα για την κατάλληλη αντίδραση στις περιπτώσεις Α και Β. (εικόνα19,20)

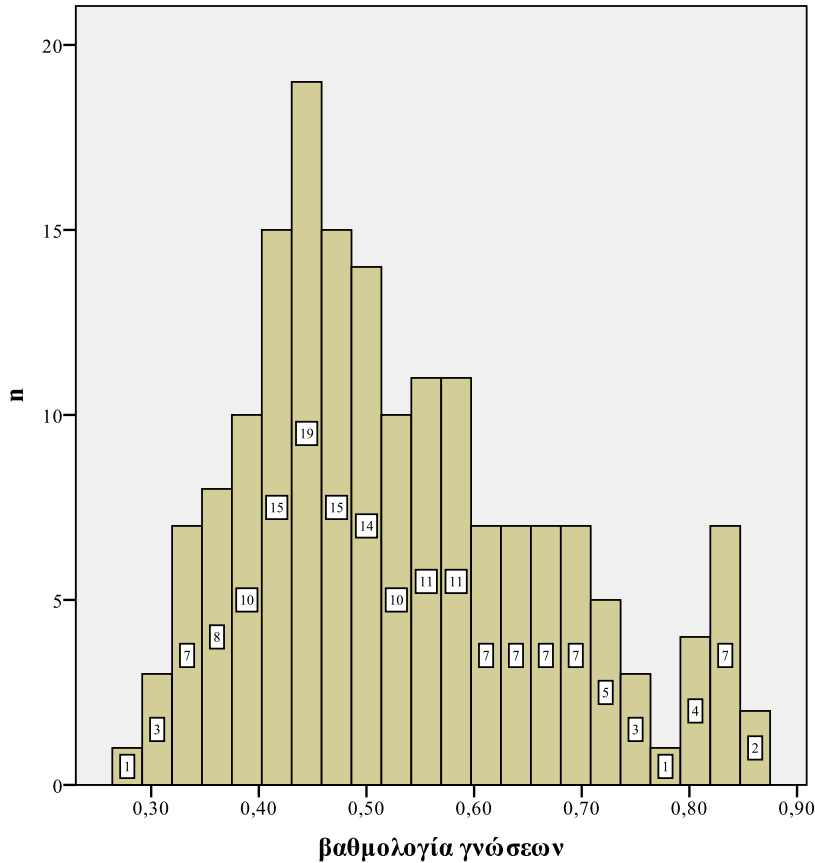


Εικόνα 19



Εικόνα 20

Η μέση βαθμολογία γνώσεων ήταν 0,53 με τυπική απόκλιση 0,14 (εύρος: 0,28-0,86). Το 55,2% των συμμετεχόντων (n=96) είχε μέση βαθμολογία >0,5.



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων.

Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Οι ερωτήσεις σωστό/λάθος και πολλαπλής επιλογής με το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων ήταν οι 4, 18 και 27. Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν οι 7, 12, 16 και 21 (Πίνακας 6)

Πίνακας 6: Ποσοστά σωστών απαντήσεων

Ερωτήσεις με <50% σωστές απαντήσεις	
Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δε βιώνουν έντονο πόνο	87 (50%)
Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο	57 (32,8%)
Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις	63 (36,2%)
Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1-2 mg μορφίνης IV είναι 4-5 ώρες	60 (34,5%)
Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών	79 (45,4%)
Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης	63 (36,2%)
Η χορήγηση αποστειρωμένου νερού στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός	77 (44,3%)
Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία	23 (13,2%)
Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με πόνο που επιμένει και σχετίζεται με καρκίνο	81 (46,6%)
Η IV δόση μορφίνης, χορηγούμενη σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνη χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες	58 (33,3%)
Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη μέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης/ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg/ώρα ενδοφλεβίως. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, ενώ δεν υποφέρει από αναπνευστική νόσο	57 (32,8%)
Ερωτήσεις με >80% σωστές απαντήσεις	
Ο συνδυασμός αναλγητικών, που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου με	149 (85,6%)
Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου	145 (83,3%)
Εφόσον έχει δοθεί μία αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς	168 (96,6%)
Ναρκοτική/οπιοειδή εξάρτηση ορίζεται ως μία χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα	164 (94,3%)
Αναλγητικά για μετεγχειρητικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται	154 (88,5%)

Κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από την ερώτηση με το μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων, οι ερωτήσεις ταξινομούνται ως εξής:

- Εφόσον έχει δοθεί μία αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς (96,6%).
- Ναρκωτική/οπιοειδή εξάρτηση ορίζεται ως μία χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: μειωμένη αντίσταση στη χρήση ναρκωτικών/φαρμάκων, ακούσια χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά τη βλάβη και σφοδρή επιθυμία (94,3%).
- Αναλγητικά για μετεγχειρητικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται (88,5%).
- Ο συνδυασμός αναλγητικών, που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου με λιγότερες παρενέργειες από ότι χρησιμοποιώντας ένα μόνο αναλγητικό παράγοντα (85,6%).
- Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου (83,3%).
- Πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών ενδέχεται να τους οδηγήσουν στο να θεωρούν ότι ο πόνος και η ταλαιπωρία είναι απαραίτητα (78,2%).
- Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όπως η γκαμπαπεντίνη (Neurontin), έχουν ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ανακούφιση από τον πόνο μετά από μια μόνο δόση (77%).
- Η πιο πιθανή αιτία ένας ασθενής που πονά να ζητήσει αυξημένες δόσεις αναλγητικών (71,8).
- Ο πιο αποτελεσματικός κριτής της έντασης του πόνου, που βιώνει ο ασθενής (70,1%).
- Παιδιά κάτω των 11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο, έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονιού για την ένταση του πόνου του παιδιού (69,5%).
- Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών για τους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο ξαφνικής έναρξης, όπως τραύμα ή μετεγχειρητικός πόνος (67,2%).
- Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών (66,1%).
- Τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς (65,5%).

- Αναπνευστική καταστολή συμβαίνει σπάνια σε ασθενείς, που λαμβάνουν σταθερές δόσεις από οπιοειδή σε διάστημα μηνών (64,9%).
- Οι βενζοδιαζεπίνες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά, εκτός εάν ο πόνος οφείλεται σε μυϊκό σπασμό (62,1%).
- Το αναλγητικό φάρμακο που θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο (61,5%).
- Τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών (61,5%).
- Επειδή το νευρικό τους σύστημα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, τα παιδιά κάτω των δύο ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη επώδυνων εμπειριών (60,3%).
- Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται από το στόμα (55,2%).
- Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δε βιώνουν έντονο πόνο (50%).
- Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται ενδοφλεβίως (49,4%).
- Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με πόνο που επιμένει και σχετίζεται με καρκίνο (46,6%).
- Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών (45,4%).
- Η χορήγηση αποστειρωμένου νερού στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός (44,3%).
- Μετά την απότομη διακοπή των οπιοειδών, σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται (43,1).
- Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις (36,2%).
- Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης (36,2%).
- Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1-2 mg μορφίνης IV είναι 4-5 ώρες (34,5%).
- Η IV δόση μορφίνης, χορηγούμενη σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνη χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες (33,3%).
- Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη μέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης/ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg/ώρα ενδοφλεβίως. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο

ασθενής κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, ενώ δεν υποφέρει από αναπνευστική νόσο (32,8%).

- Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο (32,8%).
- Μελέτη περίπτωσης Β. Επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου (17,8%).
- Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία (13,2).
- Μελέτη περίπτωσης Α. Επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου (9,8%).
- Μελέτη περίπτωσης Β. Κατάλληλη αντίδραση (8,6%).
- Μελέτη περίπτωσης Α. Κατάλληλη αντίδραση (2,3%).

Σχέση απαντήσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη διμεταβλητή ανάλυση, στο επίπεδο του 20% ($p < 0,20$) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ηλικία ($p = 0,09$), το νοσοκομείο εργασίας ($p = 0,001$), την κλινική εργασία ($p < 0,001$) και τα έτη προϋπηρεσίας ($p < 0,06$) με τη βαθμολογία γνώσεων. Επίσης βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Ιδιωτικό και Πανεπιστημιακό νοσοκομείο είχε μεγαλύτερη μέση βαθμολογία (0,57 και 0,55 αντίστοιχα) σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Δημόσιο νοσοκομείο (0,47) (Πίνακας 7). Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Πίνακας 7. Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία γνώσεων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία γνώσεων (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,22 ^α
Γυναίκες	0,53 (0,14)	
Άντρες	0,55 (0,15)	
Ηλικία (έτη)	-0,13 ^β	0,09^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,04 ^β	0,6 ^β
Νοσοκομείο εργασίας		0,001^γ
Δημόσιο	0,47 (0,11)	
Ιδιωτικό	0,57 (0,14)	
Πανεπιστημιακό	0,55 (0,14)	
Κλινική εργασία		<0,001^γ
Ογκολογική	0,65 (0,16)	
Παθολογική	0,66 (0,10)	
Χειρουργική	0,53 (0,11)	
Άλλη	0,47 (0,11)	
Προϋπηρεσία (έτη)	-0,15 ^β	0,06^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, οι εργαζόμενοι σε χειρουργική, παθολογική και ογκολογική κλινική είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γνώσεων σε σχέση με τους εργαζόμενους άλλης κλινικής κατά 0,05, 0,19 και 0,18 μονάδες αντίστοιχα με τους εργαζόμενους σε παθολογική κλινική να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία ($0,66 \pm 0,10$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χειρουργική κλινική σε σχέση με άλλη	0,05	0,01 έως 0,10	0,016
Παθολογική κλινική σε σχέση με άλλη	0,19	0,12 έως 0,26	<0,001
Ογκολογική κλινική σε σχέση με άλλη	0,18	0,13 έως 0,23	<0,001

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και των χρόνων προϋπηρεσίας.

Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της κλινικής και της συνολικής βαθμολογίας με $\chi^2 = 103,384 \pm 63$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Έλεγχος χ^2 μεταξύ κλινικής και συνολικής βαθμολογίας

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	103,384 ^a	63	,001
Likelihood Ratio	108,777	63	,000
Linear-by-Linear Association	42,573	1	,000
N of Valid Cases	174		

a. 82 cells (93.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Με αυτούς που δουλεύουν στην Παθολογική κλινική να έχουν δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

Συσχέτιση ερωτήσεων με τα δημογραφικά στοιχεία

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης 5, με $\chi^2 = 103,384 \pm 63$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 5 και της ηλικίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,934 ^a	3	,030
Likelihood Ratio	8,627	3	,035
Linear-by-Linear Association	2,280	1	,131
N of Valid Cases	174		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.53.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό ηλικίας >50 ετών να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης 12, με $\chi^2 = 9,596 \pm 3$ και $p = 0,022$ (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 12 και της ηλικίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,596 ^a	3	,022
Likelihood Ratio	9,927	3	,019
Linear-by-Linear Association	5,350	1	,021
N of Valid Cases	174		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.17.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό ηλικίας 40 - 50 ετών να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης 12, με $\chi^2 = 9,596 \pm 3$ και $p = 0,022$ (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 17 και της ηλικίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,381 ^a	3	,039
Likelihood Ratio	8,543	3	,036
Linear-by-Linear Association	,027	1	,869
N of Valid Cases	174		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.10

Με το νοσηλευτικό προσωπικό < 30 ετών να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης 20, με $\chi^2 = 14,042 \pm 6$ και $p = 0,029$ (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 17 και της ηλικίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,042 ^a	6	,029
Likelihood Ratio	10,739	6	,097
Linear-by-Linear Association	7,980	1	,005
N of Valid Cases	174		

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό > 50 ετών να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ερώτησης 23, με $\chi^2 = 8,549 \pm 3$ και $p = 0,036$ (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 23 και της ηλικίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,549 ^a	3	,036
Likelihood Ratio	8,211	3	,042
Linear-by-Linear Association	6,249	1	,012
N of Valid Cases	174		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.29.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό > 50 ετών να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης 15, με $\chi^2 = 13,195 \pm 5$ και $p = 0,022$ (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 15 και της εκπαίδευσης

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,195 ^a	5	,022
Likelihood Ratio	14,359	5	,013
Linear-by-Linear Association	5,457	1	,019
N of Valid Cases	174		

a. 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .44.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι απόφοιτο ΔΕ να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης 18, με $\chi^2 = 14,915 \pm 5$ και $p = 0,011$ (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 18 και της εκπαίδευσης

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,915 ^a	5	,011
Likelihood Ratio	13,372	5	,020
Linear-by-Linear Association	,118	1	,731
N of Valid Cases	174		

a. 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .26.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι απόφοιτο ΑΕΙ να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ερώτησης 20, με $\chi^2 = 26,298 \pm 10$ και $p = 0,003$ (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 20 και της εκπαίδευσης

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,298 ^a	10	,003
Likelihood Ratio	9,568	10	,479
Linear-by-Linear Association	,446	1	,504
N of Valid Cases	174		

a. 12 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι απόφοιτο ΤΕΙ να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασίας και της ερώτησης 4, με $\chi^2 = 15,048 \pm 2$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 4 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,048 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	16,145	2	,000
Linear-by-Linear Association	4,576	1	,032
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.43.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασίας και της ερώτησης 5, με $\chi^2 = 10,588 \pm 2$ και $p = 0,005$ (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 5 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,588 ^a	2	,005
Likelihood Ratio	10,490	2	,005
Linear-by-Linear Association	,521	1	,470
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.84.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασία και της ερώτησης 18, με $\chi^2 = 6,565 \pm 2$ και $p = 0,038$ (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 18 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,565 ^a	2	,038
Likelihood Ratio	6,208	2	,045
Linear-by-Linear Association	,237	1	,626
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.42.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο δημόσιο νοσοκομείο να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασία και της ερώτησης 23, με $\chi^2 = 11,495 \pm 2$ και $p = 0,003$ (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 23 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,495 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	11,618	2	,003
Linear-by-Linear Association	6,894	1	,009
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.43.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασίας και της ερώτησης 25, με $\chi^2 = 13,031 \pm 4$ και $p = 0,011$ (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 25 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,031 ^a	4	,011
Likelihood Ratio	13,319	4	,010
Linear-by-Linear Association	,376	1	,540
N of Valid Cases	174		

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασίας και της ερώτησης 31, με $\chi^2 = 13,031 \pm 4$ και $p = 0,011$ (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 31 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,049 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	7,192	2	,027
Linear-by-Linear Association	,973	1	,324
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.38.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φορέα που εργασίας και της ερώτησης 32, με $\chi^2 = 14,137 \pm 2$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 32 και του φορέα εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,137 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	14,179	2	,001
Linear-by-Linear Association	1,101	1	,294
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.67.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

- Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 2, με $\chi^2 = 10,338 \pm 3$ και $p = 0,016$ (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 2 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,338 ^a	3	,016
Likelihood Ratio	11,832	3	,008
Linear-by-Linear Association	4,487	1	,034
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.16.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε παθολογική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 4, με $\chi^2 = 17,292 \pm 3$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 2 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,292 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	16,490	3	,001
Linear-by-Linear Association	8,762	1	,003
N of Valid Cases	174		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.26.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε παθολογική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 7, με $\chi^2 = 7,806 \pm 3$ και $p = 0,05$ (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 7 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,806 ^a	3	,050
Likelihood Ratio	11,207	3	,011
Linear-by-Linear Association	1,115	1	,291
N of Valid Cases	174		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.87.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ογκολογική κλινική να έχει δώσει μόνο σωστές απαντήσεις.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 8, με $\chi^2 = 8,075 \pm 3$ και $p = 0,044$ (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 8 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,075 ^a	3	,044
Likelihood Ratio	8,071	3	,045
Linear-by-Linear Association	7,224	1	,007
N of Valid Cases	174		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.48.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν εργάζεται σε ογκολογική – παθολογική – χειρουργική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 10, με $\chi^2 = 9,316 \pm 3$ και $p = 0,025$ (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 10 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,316 ^a	3	,025
Likelihood Ratio	13,796	3	,003
Linear-by-Linear Association	,522	1	,470
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.01.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην χειρουργική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 13, με $\chi^2 = 14,763 \pm 3$ και $p = 0,002$ (Πίνακας 30).

Πίνακας 30. Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 13 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,763 ^a	3	,002
Likelihood Ratio	15,927	3	,001
Linear-by-Linear Association	13,186	1	,000
N of Valid Cases	174		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.41.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν εργάζεται σε ογκολογική – παθολογική – χειρουργική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 17, με $\chi^2 = 11,462 \pm 3$ και $p = 0,009$ (Πίνακας 31).

Πίνακας 31 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 17 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,462 ^a	3	,009
Likelihood Ratio	11,586	3	,009
Linear-by-Linear Association	7,068	1	,008
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.75.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν εργάζεται σε ογκολογική – παθολογική – χειρουργική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 24, με $\chi^2 = 10,805 \pm 3$ και $p = 0,013$ (Πίνακας 32).

Πίνακας 32 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 24 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,805 ^a	3	,013
Likelihood Ratio	11,755	3	,008
Linear-by-Linear Association	8,755	1	,003
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.01.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν εργάζεται σε ογκολογική – παθολογική – χειρουργική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 30, με $\chi^2 = 15,5556 \pm 6$ και $p = 0,016$ (Πίνακας 33).

Πίνακας 33 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 30 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,555 ^a	6	,016
Likelihood Ratio	16,046	6	,014
Linear-by-Linear Association	7,120	1	,008
N of Valid Cases	174		

a. 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ογκολογική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κλινικής και της ερώτησης 31, με $\chi^2 = 17,506 \pm 3$ και $p = 0,001$ (Πίνακας 34).

Πίνακας 34 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 31 και κλινικής

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,506 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	19,178	3	,000
Linear-by-Linear Association	14,078	1	,000
N of Valid Cases	174		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.83.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ογκολογική κλινική να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και της ερώτησης 12, με $\chi^2 = 10,031 \pm 4$ και $p = 0,040$ (Πίνακας 35).

Πίνακας 35 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 12 και τα έτη εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,031 ^a	4	,040
Likelihood Ratio	10,781	4	,029
Linear-by-Linear Association	6,712	1	,010
N of Valid Cases	174		

a. 3 cells (30.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.33.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται >20 έτη να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και της ερώτησης 25, με $\chi^2 = 18,061 \pm 8$ και $p = 0,021$ (Πίνακας 36).

Πίνακας 36 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 25 και τα έτη εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,061 ^a	8	,021
Likelihood Ratio	19,716	8	,011
Linear-by-Linear Association	10,274	1	,001
N of Valid Cases	174		

a. 5 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται >20 έτη να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων.

➤ Με τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και της ερώτησης 26, με $\chi^2 = 10,495 \pm 4$ και $p = 0,033$ (Πίνακας 37).

Πίνακας 37 Έλεγχος χ^2 μεταξύ της ερώτησης 26 και τα έτη εργασίας

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,495 ^a	4	,033
Likelihood Ratio	9,334	4	,053
Linear-by-Linear Association	1,904	1	,168
N of Valid Cases	174		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.30.

Με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται >20 έτη να έχει δώσει το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

5. Συζήτηση

Στην έρευνά αυτή το 77,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Το 50,4% ήταν >41 ετών ενώ το 43,1% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ. Το 49,6% εργάζονταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το 27,6% εργάζονταν σε χειρουργική κλινική και το 65,5% εργάζονταν >10 έτη. Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Η μέση βαθμολογία γνώσεων ήταν 0,47, 0,57, 0,55 για δημόσιο, ιδιωτικό και πανεπιστημιακό αντίστοιχα. Η ηλικία δε σχετίζεται με το επίπεδο γνώσεων στη διαχείριση του πόνου, αντίθετα τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να σχετίζονται με τα ποσοστά σωστών απαντήσεων. Με το νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει σε Παθολογική κλινική να έχει τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων (0,66) και το νοσηλευτικό προσωπικό των Ογκολογικών κλινικών να ακολουθεί με μικρή διαφορά (0,65).

Μελέτες δείχνουν ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα στη διαχείριση του πόνου παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα.^{26,30} Τα αποτελέσματα αυτά δε διαφέρουν σημαντικά από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Μόνο το 55,2% είχε μέση βαθμολογία >0,5. Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων προβληματίζει καθώς ήταν λίγο μικρότερο της τάξεως του 50% (44,4%) στο σύνολό της. Συγκρίνοντας με άλλες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχουν ανάλογα μεγάλα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων όπως στην παρούσα έρευνα. Σε μια μελέτη για την αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την διαχείριση του πόνου στην Ελλάδα, προκύπτει ότι στην πλειοψηφία των ερωτήσεων, οι συμμετέχοντες σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% απάντησαν λανθασμένα.²⁶ Ωστόσο, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν μπορεί να είναι έτοιμη να αναλάβει ένα κρίσιμο ρόλο, διότι η έλλειψη γνώσεων και ατομικών στάσεων μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να ασκήσουν αποτελεσματικά στην επίτευξη της ανακούφισης από τον πόνο.³⁶⁻³⁸

Οι Yildirim et al. το 2008 χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο «Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» για τη μελέτη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο. Ο μέσος όρος σωστών απαντήσεων ήταν μόλις 35,4%.²⁷ Παρόλο που τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν είναι ενθαρρυντικά όσον αφορά στις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, ορισμένες από τις απαντήσεις παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας σε σύγκριση με την

αντίστοιχη έρευνα των Yildrimi et al.²⁷ Συγκεκριμένα μεγάλες διαφορές παρουσιάζονται στις παρακάτω πέντε ερωτήσεις:

- Στην ερώτηση 1 για το αν τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 25,6% (65,5% στην παρούσα έρευνα, 39,9% στην έρευνα των Yildrimi et al).
- Στην ερώτηση 9 για το αν η προμεθαζίνη (Phenegan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 23,3% (45,4% στην παρούσα έρευνα, 22,1% στην έρευνα των Yildrimi et al).
- Στην ερώτηση 15 για την χρήσιμη δοκιμή του placebo για τον προσδιορισμό του πόνου, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 35,5% (44,3% στην παρούσα έρευνα, 8,8 στην έρευνα των Yildrimi et al).
- Στην ερώτηση 22 για τη συνιστώμενη οδό χορήγησης των οπιοειδών σε ασθενείς με παρατεταμένο πόνο, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 40,6% (46,5% στην παρούσα έρευνα, 5,9 στην έρευνα των Yildrimi et al).
- Στην ερώτηση 24 για το ποιο αναλγητικό φάρμακο θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 30,4% (67,2% στην παρούσα έρευνα, 36,8 στην έρευνα των Yildrimi et al).

Σε σύγκριση με έρευνα των Bernardi et al στην Ιταλία το 2007, όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο, οι απαντήσεις κυμαίνονται περίπου στα ίδια ποσοστά επιτυχίας, σχεδόν στο σύνολο των ερωτήσεων.²⁹ Σημαντικές διαφορές προκύπτουν στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Στην ερώτηση 4 για το αν οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 26,7% (32,8% στην ερευνά μας, 6,1% στην έρευνα των Bernardi et al).
- Στην ερώτηση 9 για το αν η προμεθαζίνη (Phenegan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 18,1% (45,4% στην ερευνά μας, 27,3% στην έρευνα των Bernardi et al).
- Στην ερώτηση 13 για το αν οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 33,9% (66,1% στην ερευνά μας, 100% στην έρευνα των Bernardi et al).

- Στην ερώτηση 14 για το αν τα παιδιά κάτω των 11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο και έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονιού για την ένταση του πόνου του παιδιού, βρίσκουμε διαφορά της τάξεως του 22,9% (69,5% στην ερευνά μας, 92,4% στην έρευνα των Bernardi et al).
- Στις ερωτήσεις 32β και 33β, για την κατάλληλη αντίδραση στις μελέτες περιπτώσεων, στην έρευνα των Bernardi et al απάντησαν σωστά 13,6% και 27,3% σε αντίθεση με την έρευνα μας 2,3% και 8,6%.

Μεγάλα ποσοστά σωστών απαντήσεων είχαν και οι δύο έρευνες στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Στην ερώτηση 12 για το ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου, στην ερευνά μας απάντησε σωστά το 83,3% και στην έρευνα των Bernardi et al το 100%.
- Στην ερώτηση 16 για το αν μετά από μια αρχική δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς, στην ερευνά μας απάντησε σωστά το 96,6% και στην έρευνα των Bernardi et al το 98,5%.

Το 2000 οι de Rond et al. έθεσαν εφαρμογή ένα πρόγραμμα παρακολούθησης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πως διαχειρίζεται τον πόνο των ασθενών. Σκοπός ήταν η βελτίωση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τον πόνο και την αναλγητική θεραπεία, να ενισχύσει την κατανόηση της επώδυνης εμπειρίας και να βελτιώσει τη θεραπευτική προσέγγιση. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν πως οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του πόνου βρίσκονταν σε χαμηλά επίπεδα, ωστόσο το πρόγραμμα εκπαίδευσης που ακολούθησε βελτίωσε σημαντικά τις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του ασθενή που πονά. Υψηλά ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων στις ερωτήσεις γνώσεων για τη διαχείριση του πόνου, έδειξε και η μελέτη των Patiraki et al. το 2006.

Σε καμία έρευνα δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του επιπέδου γνώσεων με την ηλικία. Σε κάποιες μελέτες βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με την προϋπηρεσία και την κλινική εργασία. Σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται πως η ηλικία δε σχετίζεται με το επίπεδο γνώσεων στη διαχείριση του πόνου. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση για τον πόνο τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο, όσο και σε

μετεκπαιδευτικά προγράμματα του νοσηλευτικού προσωπικού ανεξαρτήτου φορέα (δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο).^{28,30} Αντίθετα τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να σχετίζονται με τα ποσοστά σωστών απαντήσεων στις περισσότερες έρευνες, καθιστώντας την εμπειρία σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη ευαισθησίας για τον άρρωστο που πονά και τη διαχείριση του πόνου.^{26,27,29}

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς είναι ο πόνος. Αν και στο 90% των περιπτώσεων είναι εφικτή η αντιμετώπιση του πόνου μόλις το 40% των ασθενών που βιώνουν πόνο αντιμετωπίζονται επαρκώς.³³⁻³⁵ Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις μελέτες περιπτώσεων τόσο στην επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου όσο και στην κατάλληλη αντίδραση. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι συνυπάρχει αδυναμία στη διαχείριση και κατανόηση των κλιμάκων αξιολόγησης του πόνου. Το πρόβλημα πιθανόν να μεγεθύνει το γεγονός ότι στα νοσοκομεία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου. Την ένταση του πόνου μόνο ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να την προσδιορίσει. Πολλοί από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ξέρουν ότι η προσωπική αναφορά των ασθενών είναι το πιο ακριβές μέτρο του πόνου. Νοσηλευτικό προσωπικό με κακή γνώση, υποτιμά την ένταση του πόνου.³¹

Οι Howell et al διαπίστωσαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι οι ασθενείς τους πρέπει να αισθανθούν πόνο προτού τους δοθεί φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο.³⁶ Τα αποτελέσματα αυτά δε διαφέρουν σημαντικά από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αφού το 33,9% πιστεύουν ότι οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών.

6. Συμπεράσματα

Για τους καρκινοπαθείς ένας από τους βασικότερους φόβους, εάν όχι ο βασικότερος, είναι ο πόνος. Ο πόνος γίνεται το κυρίαρχο αίτιο της συνολικής ταλαιπωρίας των συγκεκριμένων ασθενών, καθώς παρεμβάλλεται σε κάθε πτυχή της καθημερινότητάς τους, γίνεται ένα δυσάρεστο μέρος της ζωής τους με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα αυτής. Τα παραπάνω αποτελούν κύρια πηγή αναγκαιότητας της γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οτιδήποτε σχετίζεται με την άμεση αντιμετώπιση και ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Η έλλειψη, λοιπόν, γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον πόνο, πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα να υποτιμηθεί η έντασή του και κατ' επέκταση να επέλθει λανθασμένη αντιμετώπισή του.

Η έλλειψη γνώσεων για την διαχείριση του πόνου και την σωστή χρήση των οπιοειδών οδήγησε, σε ορισμένες περιπτώσεις, στη χρήση placebo. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί τη χορήγηση ενός εικονικού φαρμάκου (placebo) ως μία χρήσιμη εξέταση, ώστε να καθορισθεί η πραγματικότητα της αίσθησης του πόνου. Επιπλέον, αρκετοί από το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζουν φόβο για την χρήση των οπιοειδών στους ασθενείς.

Όσον αφορά τη χρήση των ισχυρών οπιοειδών, το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά δεν γνωρίζει ότι η ανοχή στη μορφίνη θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την αύξηση δόσης της ίδιας της μορφίνης. Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε θέση, με βάση όσα αναδείχθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα, να καθορίσει τις αναλγητικές δόσεις μόνο για κάποιο κοινό αναλγητικό.

Διαπιστώνονται, σημαντικά, οι ελλείψεις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης τους, τη φυσιολογία του πόνου, καθώς και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν αρνητικά στην παρεχόμενη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

Εν κατακλείδι, είναι προφανές ότι οι επαρκείς γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αξιολόγηση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

7. Αδυναμίες μελέτης

Πρώτον, στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν μόνο άτομα του παρόντος εργαζόμενου νοσηλευτικού προσωπικού. Δεύτερον το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό και δεν μπορεί να εκπροσωπεί όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της Ελλάδας. Το δείγμα ήταν από τρία νοσοκομεία της Ελλάδας (ΓΠΝ Τρίπολης, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών). Επιπλέον, η δομή του ερωτηματολογίου είναι τέτοια ώστε να μην επιτρέπεται η αξιολόγηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, παρά μόνο η αξιολόγηση των γνώσεών τους.

8. Προτάσεις

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, τα ευρήματα μας δείχνουν την έλλειψη γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού και γι' αυτό κρίνεται αναγκαία:

- Η άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης στο προπτυχιακό επίπεδο, που θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών μάθησης του νοσηλευτικού πληθυσμού.
- Η εκπαίδευση και κατανόηση της φαρμακολογίας, ειδικά στις ενότητες που αναλύεται η χρήση και οι ιδιότητες νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν επαρκώς στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.
- Η γνωστοποίηση, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής και την εμπειρία του πόνου.
- Οι πληροφορίες που δίνονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, οι οποίες αφορούν τυχόν ιδιαιτερότητες ή συνήθειες, που σκιαγραφούν την προσωπικότητα του

ασθενή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά με την θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου. Συγχρόνως, προσωπικές πεποιθήσεις και εμπειρίες του κάθε ασθενή για τον πόνο, είναι δύο παράμετροι που πρέπει να γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να κατανοήσει τις αντιδράσεις του ασθενή και την ένταση του πόνου.

- Η διδασχία και συμβουλευτική των ασθενών, ώστε να μπορούν να ακολουθούν κατάλληλες τεχνικές που θα αφορούν τον ακριβή χρόνο λήψης των φαρμάκων τους, καθώς και τη σωστή προσλαμβάνουσα δοσολογία τους.
- Η πραγματοποίηση διαφόρων σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς της υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνεται διαρκώς για τις νέες εξελίξεις και τεχνικές και να αποκτά ειδικευση και έγκυρες γνώσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.
- Η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εξαιτίας της υποστελέχωσης, να ενδιαφερθεί και να ασχοληθεί με την ενημέρωση, την αντιμετώπιση και την ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

Οι πληροφορίες, που συγκεντρώθηκαν στην παρούσα έρευνα, μπορούν να φανούν χρήσιμες για τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών στρατηγικών, ενώ συγχρόνως οι ερωτήσεις με χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων μπορούν να λειτουργήσουν ως οδηγός για τους φορείς εκπαίδευσης, αλλά και ως προβληματισμός των εργαζόμενων ως προς το πώς θα μπορέσουν να βελτιώσουν την παροχή φροντίδας υγείας σε σχέση με εκείνη που παρέχεται έως και σήμερα.

Βιβλιογραφία

1. Bonica J., The management of pain, Lee and Febiger, Philadelphia, 1953
2. Scott M. Fishman, Jane C. Ballantyne, F.R.C.A., James P. Rathmell, Bonica's Management of pain, Wolters Kluwer/Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2010
3. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva, Switzerland: WHO, 1986, p 18
4. Πταμιανός Γ , Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995, σελ 165-170
5. Παπαγιαννόπουλος Ι., Στοιχεία ιστορίας της ιατρικής, Ιωάννινα, 1992, σελ 13-17
6. Wells JCD., Poppy juice and willow bark: Advances in their use for the 21st century,
7. Available from: <http://www.thepainweb.com/doclib/topics/000009.htm>
8. Μαρσέλος Μ., Ναρκωτικά. Φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων ουσιών, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1986, σελ 85-86
9. Μπουρνιά ΒΚ, Κούση Θ, Κατσίνης Σ, Λασκαράτος Γ, Κωστοπαναγιώτου Γ, Η Αντιμετώπιση του πόνου διαμέσου των αιώνων. Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της αναλγησίας. Ελληνική Αναισθησιολογία 2001, 35:130-42
10. Karenberg A, Leitz C, Headache in magical and medical papyri of Ancient Egypt Cephalalgia, 2001, 21:911-916
11. Sabatowski R, Radbruch L, Schaefer D, Grond S, Lehmann KA, Einfuehrung in die Geschichte der Schmerztherapie, Anaesthesist 1999, 48: 820-826
12. Nawei's Acupuncture Clinic, Initial history of acupuncture in China, Available from: <http://www.acupuncturechinanawei.com/>
13. Julius D, Basbaum AI, Molecular mechanisms of nociception., Nature 2001 Sep 13, 413(6852):203-10
14. Βασιλάκος Δ, Ο πόνος και η αντιμετώπισή του, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2008, 33-56
15. Αργυρά Ε, Βαδαλούκας Α, Σιαφάκα Ι, Αναστασίου Ε, Παπαδόπουλος Γ, Αντιμετώπιση οξέος και χρόνου πόνου, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2006, σελ 66-82
16. Turk DC, Melzack R, Handbook of Pain Assessment, The Guilford Press, London, 2011, p. 45-52

17. Melzack R, Pain Measurement and Assessment, Raven Press, New York, 1983, p 123-144
18. NIPC (National Initiative of Pain Control), Pain Assessment Scales, Available from: http://www.painedu.org/downloads/nipc/pain_assessment_scales.pdf
19. Stevens RA., Ghazi SM, Routes of Opioid Analgesic Therapy in the management of Cancer Pain, Cancer Control, 2000, 7(2):132-141.
20. Feinmann C, Pain relief by antidepressants: Possible modes of action., Pain Volume 23, Issue 1, 1985, p 1-8
21. Besson JM, The neurobiology of pain, Pain Volume 353, Issue 9164, 1999, p 1610-1615
22. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: technical report series. Geneva: World Health Organization, 1986.
23. WHO's cancer pain ladder for adults, Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
24. Λεσάν Λ (1999), Μπορείς ν' αγωνιστείς για τη Ζωή σου, Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα
25. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστοπούλου Φ (1999), Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
26. Patiraki EI, Papathanassoglou ED, Tafas C, Akarepi V, Katsaragakis SG, Kampitsi A, Lemonidou C (2006), A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management, Eur J Oncol Nurs, Dec,10(5):337-52
27. Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. (2008), Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management, Pain Manag Nurs. Mar, 9(1):17-25.
28. de Rond, M.E., de Wit, R., van Dam, F.S., van Campen, B.T., den Hartog, Y.M., & Klievink, R.M. A pain monitoring program for nurses: effects on nurses' pain knowledge and attitudes. Journal of Pain & Symptom Management, 2000, 19(6), 457-467
29. Bernardi M, Catania G, Tridello G. (2007), Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses, Cancer Nurs, Mar-Apr, 30(2):E20-6.
30. Tafas CA, Patiraki E, McDonald DD, Lemonidou C, Testing an instrument measuring Greek nurses knowledge and attitudes regarding pain. Cancer Nurs. 2002, 25:8-14.
31. McCaffery MS, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? J Pain Symptom Manage. 1997, 14: 175-188

32. Kuppelomaki M, Lauri S. Cancer patients' reported experiences of suffering. *Cancer Nurs.* 1998, 21: 364-369.
33. WHO. *Cancer Pain Relief: With A Guide to Opioid Availability.* Geneva: World Health Organization, 1996
34. Cherny N. The management of cancer pain. *Cancer J Clin.* 2000;50: 70-116.
35. Cohen MZ, Easley MK, Ellis C, et al, for the JCAHO. Cancer pain management and the JCAHO's pain standards. An institutional challenge. *J Pain Symptom Manage.* 2003, 25: 519-527.
36. Howell D, Butler L, Vincent L, Watt-Watson J, Stearns N. Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. *Cancer Nurs.* 2000, 23: 55-63
37. Barnason S, Merboth M, Pozehl B, Tietjen M. Utilising an outcomes approach to improve pain management by nurses: a pilot study. *Clin Nurse Spec.* 1998, 12: 28-36.
38. Pritchard AP. Management of pain and nursing attitudes. *Cancer Nurs.* 1988,11:203-209.
39. Rushton P, Eggett D, Sutherland CW. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2003, 30(5):849-855.
40. Hollen CJ, Hollen CW, Stolte K. Hospice and hospital oncology unit nurses: a comparative survey of knowledge and attitudes about cancer pain. *Oncol Nurs Forum.* 2000, 27 (10):1593-1599.
41. Rushton P, Eggett D, Sutherland CW. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2003, 30(5):849-855.
42. O'Brien S, Dalton J, Konsler G, Carlson J. The knowledge and attitudes of experienced oncology nurses regarding the management of cancerrelated pain. *Oncol Nurs Forum.* 1996,23:515-521.
43. Kubecka K, Simon J, Boettcher J. Pain management knowledge of hospitalbased nurses in a rural Appalachian area. *J Adv Nurs.* 1996,23:861-867.
44. Brown S, Bowman J, Eason F. Assessment of nurses' attitudes and knowledge regarding pain management. *J Cont Edu Nurs.* 1999,30:132-139.
45. Γκιάλα Μ. Μ, *Αναισθησιολογία: Επείγουσα και Εντατική ιατρική-Αντιμετώπιση του Πόνου, Α' Έκδοση, Θεσ/κη 1998, Εκδόσεις University Studio Press.*

46. Keir L, Wise A. B, Krebs C, Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου σώματος, 1996, Εκδοτικός όμιλος «Ιων», Εκδόσεις «Έλλην»
47. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA . Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995,63:65–76.
48. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardis M, Aloisio L, Mazzei A, Paladini A, Porzio G, Marchetti P, Varrassi G. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. J Pain Symptom Manage 2004,27:409–16
49. Howitt D. & Cramer D., Στατιστική με το SPSS 13, Τρίτη Αγγλική Έκδοση, Εδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα 2006
50. Organisation W. Analgesic Ladder. World Health Organization,1986
51. Brater DC, Harris C, Redfern JS, Gertz BJ. Renal effects of COX 2 inhibitors. Am J Nephrol 21:1-15, 2001
52. ΖΩΗΣ Κ., ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΙΑΝΗ Ε., Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου. Νοσηλευτική 2008, 47(2):167-174
53. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. J Pain Sympt Managem 2004, 28:47–58
54. Lasch KE, Wilkes G, Montuori LM, Chew P, Leonard C, Hilton S. Using focus group methods to develop multi-cultural cancer pain education materials. Pain Manag Nurs 2000, 1:129–138
55. Παρασκευόπουλος Ι., (1993α). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Τόμος 1ος, Αθήνα: Εκδόσεις του ιδίου
56. Παρασκευόπουλος Ι., (1993β). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Τόμος 2ος, Αθήνα: Εκδόσεις του ιδίου.
57. Ρούσος Π., και Τσαούσης Γ., (2002). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
58. Κυριαζή Ν., (2005), Η κοινωνιολογική έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
59. Cohen L., Manion L. (1980). Research Methods in Education. London: Croom Helm Ltd. (Μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα με τον τίτλο: Cohen L., Manion L., (1997). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Μητσοπούλου, Χ. Φιλοπούλου, Μ. (μτφ.), Αθήνα: εκδ.' Εκφραση.
60. Cohen L., Manion L., Morrison K., (2008), Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα, Μεταίχμιο

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Σωστό ή Λάθος – κύκλωσε τη σωστή απάντηση

1. Τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς. **Σ Λ**
2. Επειδή το νευρικό τους σύστημα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, τα παιδιά κάτω των δύο ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη επώδυνων εμπειριών. **Σ Λ**
3. Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δε βιώνουν έντονο πόνο. **Σ Λ**
4. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο. **Σ Λ**
5. Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις. **Σ Λ**
6. Αναπνευστική καταστολή συμβαίνει σπάνια σε ασθενείς, που λαμβάνουν σταθερές δόσεις από οπιοειδή σε διάστημα μηνών. **Σ Λ**
7. Ο συνδυασμός αναλγητικών, που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς (π.χ., συνδυάζοντας ένα οπιοειδές με ένα ΜΣΑΦ), μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου με λιγότερες παρενέργειες από ότι χρησιμοποιώντας ένα μόνο αναλγητικό παράγοντα. **Σ Λ**

8. Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1-2 mg μορφίνης IV είναι 4-5 ώρες. **Σ Λ**
9. Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών. **Σ Λ**
10. Τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών. **Σ Λ**
11. Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης (δηλαδή, μία δόση πάνω από την οποία δεν μπορεί να επιτευχθεί μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου). **Σ Λ**
12. Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου. **Σ Λ**
13. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών . **Σ Λ**.
14. Παιδιά κάτω των 11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο, έτσι οι νοσηλεύτες θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονιού για την ένταση του πόνου του παιδιού. **Σ Λ**
15. Πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών ενδέχεται να τους οδηγήσουν στο να θεωρούν ότι ο πόνος και η ταλαιπωρία είναι απαραίτητα. **Σ Λ**
16. Εφόσον έχει δοθεί μία αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς. **Σ Λ**
17. Η χορήγηση αποστειρωμένου νερού στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός. **Σ Λ**
18. Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία. **Σ Λ**

19. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όπως η γκαμπαπεντίνη (Neurontin), έχουν ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ανακούφιση από τον πόνο μετά από μια μόνο δόση. **Σ Λ**
20. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά, εκτός εάν ο πόνος οφείλεται σε μυϊκό σπασμό. **Σ Λ**
21. Ναρκωτική/οπιοειδή εξάρτηση ορίζεται ως μία χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: μειωμένη αντίσταση στη χρήση ναρκωτικών/φαρμάκων, ακούσια χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά τη βλάβη και σφοδρή επιθυμία. **Σ Λ**
-

Πολλαπλή επιλογή - Παρακαλώ κυκλώστε τη σωστή απάντηση

22. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με πόνο που επιμένει και σχετίζεται με καρκίνο είναι:
- α. ενδοφλέβια
 - β. ενδομυϊκή
 - γ. υποδόρια
 - δ. από το στόμα
 - ε. από τον ορθό
23. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών για τους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο ξαφνικής έναρξης, όπως τραύμα ή μετεγχειρητικός πόνος είναι:
- α. ενδοφλέβια
 - β. ενδομυϊκή
 - γ. υποδόρια
 - δ. από το στόμα
 - ε. από τον ορθό
24. Ποιο από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο;
- α. κωδεΐνη
 - β. μορφίνη
 - γ. μεπεριδίνη
 - δ. Τραμαδόλη

25. Ποια από τις παρακάτω IV δόσεις μορφίνης, χορηγούμενες σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνη χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες;

- α.** Μορφίνη 5 mg IV
- β.** Η μορφίνη 10 mg IV
- γ.** Η μορφίνη 30 mg IV
- δ.** Η μορφίνη 60 mg IV

26. Αναλγητικά για μετεγχειρητικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται:

- α.** όλο το εικοσιτετράωρο συστηματικά
- β.** μόνο όταν ο ασθενής ζητάει το φάρμακο
- γ.** μόνο όταν ο/η νοσηλεύτης/τρια ορίζει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη δυσφορία

27. Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη μέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης / ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg / ώρα ενδοφλεβίως. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, ενώ δεν υποφέρει από αναπνευστική νόσο, κυμαίνεται σε:

- α.** λιγότερο από 1%
- β.** 1-10%
- γ.** 11-20%
- δ.** 21-40%
- ε.** > 41%

28. Η πιο πιθανή αιτία ένας ασθενής που πονά να ζητήσει αυξημένες δόσεις αναλγητικών είναι:

- α.** Ο ασθενής να βιώνει αυξανόμενο πόνο.
- β.** Ο ασθενής να βιώνει αυξημένο άγχος ή κατάθλιψη.
- γ.** Ο ασθενής να ζητά περισσότερη προσοχή από το προσωπικό.
- δ.** Το αίτημα του ασθενούς να σχετίζεται με εθισμό.

29. Ο πιο αποτελεσματικός κριτής της έντασης του πόνου, που βιώνει ο ασθενής, είναι:

- α.** ο θεράπων ιατρός
- β.** ο νοσηλεύτης
- γ.** ο ασθενής
- δ.** ο φαρμακοποιός
- ε.** ο/η σύζυγος ή η οικογένεια του ασθενούς

30. Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται ενδοφλεβίως είναι:

- α. 15 λεπτά.
- β. 45 λεπτά.
- γ. 1 ώρα
- δ. 2 ώρες

31. Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται από το στόμα είναι:

- α. 5 λεπτά.
- β. 30 λεπτά.
- γ. 1 - 2 h
- δ. 3 ώρες

32. Μετά την απότομη διακοπή των οπιοειδών, σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται με τα ακόλουθα:

- α. εφίδρωση, χασμουρητό, διάρροια και αναταραχή σε ασθενείς, όταν το οπιοειδές διακόπτεται απότομα
- β. Μειωμένο έλεγχο στη χρήση φαρμάκων, καταναγκαστική χρήση και σφοδρή επιθυμία
- γ. Η ανάγκη για υψηλότερες δόσεις ώστε να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα.
- δ. α και β

Μελέτες περιπτώσεων

Παρουσιάζονται δύο μελέτες περιπτώσεων ασθενών. Για κάθε ασθενή καλείστε να πάρετε αποφάσεις για τον πόνο και την φαρμακευτική αγωγή.

Οδηγίες: Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση για κάθε ερώτηση.

33. Ασθενής Α: Ο Ανδρέας είναι 25 χρονών και αυτή είναι η πρώτη ημέρα του μετά από εγχείρηση στην κοιλιακή χώρα. Καθώς εισέρχεστε στο δωμάτιό του, σας χαμογελάει και συνεχίζει να μιλάει και να αστειεύεται με τον επισκέπτη του. Η αξιολόγησή σας αποκαλύπτει τις ακόλουθες πληροφορίες: ΑΠ = 120/80, Σφίξεις = 80, Αναπνοές = 18. Σε μια κλίμακα από 0 έως 10 (0 = καθόλου πόνος / δυσφορία, 10 = χειρότερος πόνος / δυσφορία) αυτός βαθμολογεί τον πόνο του με 8.

A. Στο δελτίο παρακολούθησης του ασθενούς θα πρέπει να επισημάνετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την εκτίμησή σας για τον πόνο του Ανδρέα:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Καθόλου πόνος / δυσφορία

Χειρότερος πόνος / δυσφορία

B. Η εκτίμησή σας, παραπάνω, γίνεται δύο ώρες αφού έλαβε μορφίνη 2 mg IV. Ο βαθμός πόνου ανά μισή ώρα μετά την χορήγηση, κυμαινόταν από 6 έως 8 και δεν είχε καμία κλινικά σημαντική αναπνευστική δυσκολία ή άλλες ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Ο ίδιος έχει προσδιορίσει τη βαθμολογία 2/10 ως ένα αποδεκτό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία του γιατρού του για την αναλγησία είναι «μορφίνη IV 1-3mg κάθε 1 ώρα αν επιθυμεί την ανακούφιση από τον πόνο».

Διαλέξτε πώς θα ενεργούσατε τη δεδομένη στιγμή.

1. Καθόλου χορήγηση μορφίνης.
2. Χορήγηση μορφίνης 1 mg IV τώρα.
3. Χορήγηση μορφίνης 2 mg IV τώρα.
4. Χορήγηση μορφίνης 3 mg IV τώρα.

34. Ασθενής B: Ο Δημήτρης είναι 25 χρονών και αυτή είναι η πρώτη ημέρα του μετά από εγχείρηση στην κοιλιακή χώρα. Καθώς μπαίνετε στο δωμάτιό του, είναι ξαπλωμένος ήρεμα στο κρεβάτι και κάνει γκριμάτσες καθώς γυρίζει. Η αξιολόγησή σας αποκαλύπτει τις ακόλουθες πληροφορίες: ΑΠ = 120/80, Σφίξεις = 80, Αναπνοές = 18.

Με κλίμακα από το 0 έως το 10 (0 = καθόλου πόνος / δυσφορία, 10 = χειρότερος πόνος / δυσφορία) ο ίδιος αξιολογεί/βαθμολογεί τον πόνο του με 8.

A. Στο δελτίο παρακολούθησης του ασθενούς θα πρέπει να επισημάνετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την εκτίμησή σας για τον πόνο του Δημήτρη:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Καθόλου πόνος / δυσφορία

Χειρότερος πόνος / δυσφορία

B. Η εκτίμησή σας, παραπάνω, γίνεται δύο ώρες αφού έλαβε μορφίνη 2 mg IV. Ο βαθμός πόνου ανά μισή ώρα μετά την χορήγηση, κυμαινόταν από 6 έως 8 και δεν είχε καμία κλινικά σημαντική αναπνευστική δυσκολία ή άλλες ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Ο ίδιος έχει προσδιορίσει τη βαθμολογία 2/10 ως ένα αποδεκτό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία του γιατρού του για την αναλγησία είναι «μορφίνη IV 1-3mg κάθε 1 ώρα αν επιθυμεί την ανακούφιση από τον πόνο».

Διαλέξτε πώς θα ενεργούσατε τη δεδομένη στιγμή.

1. Καθόλου χορήγηση μορφίνης.
2. Χορήγηση μορφίνης 1 mg IV τώρα.
3. Χορήγηση μορφίνης 2 mg IV τώρα.
4. Χορήγηση μορφίνης 3 mg IV τώρα.

Δημογραφικά Στοιχεία

1. **Φύλλο:** Γυναίκα
Άντρας
2. **Ηλικία:** < 30 ετών
30 – 40 ετών
40 – 50 ετών
>50 ετών
3. **Μορφωτικό επίπεδο :** ΔΕ
ΤΕΙ
ΑΕΙ
4. **Μετεκπαίδευση:** Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό
5. **Εργάζεστε σε:** Δημόσιο Νοσοκομείο
Ιδιωτικό Νοσοκομείο
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
6. **Κλινική:** Ογκολογική κλινική
Παθολογική κλινική
Χειρουργική κλινική
Άλλη κλινική
7. **Έτη εργασίας:** < 5
5 – 10
10 – 15
15 – 20
> 20



April 2008

Dear Colleague:

The "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" tool can be used to assess nurses and other professionals in your setting and as a pre and post test evaluation measure for educational programs. The tool was developed in 1987 and has been used extensively from 1987 - present. The tool was revised and is now being tested in pain education courses to conduct psychometric analysis on this updated version. There have been minor edits in April 2008.

Regarding issues of reliability and validity: This tool has been developed over several years. Content validity has been established by review of pain experts. The content of the tool is derived from current standards of pain management such as the American Pain Society, the World Health Organization, and the Agency for Health Care Policy and Research. Construct validity has been established by comparing scores of nurses at various levels of expertise such as students, new graduates, oncology nurses, graduate students, and senior pain experts. The tool was identified as discriminating between levels of expertise. Test-retest reliability was established ($r > .80$) by repeat testing in a continuing education class of staff nurses ($N=60$). Internal consistency reliability was established ($\alpha > .70$) with items reflecting both knowledge and attitude domains.

Regarding analysis of data: We have found that it is most helpful to avoid distinguishing items as measuring either knowledge or attitudes. Many items such as one measuring the incidence of addiction really measures both knowledge and attitude about addiction. Therefore, we have found the most benefit to be gained from analyzing the data in terms of the percentage of complete scores as well as in analyzing individual items. For example, we have found it very helpful to isolate those items with the least number of correct responses and those items with the best scores.

Enclosed for your use is a copy of our instrument and an answer key. You may use and duplicate the tool for any purpose you desire in whole or in part. References to some of our studies which have included this tool or similar versions are included below.

We also acknowledge the assistance of several of our pain colleagues including Pam Kedziera, Judy Paice, Deb Gordon, June Dahl, Hob Osterlund, Chris Pasero, Pat Coyne and Nessa Coyle in the current revisions. If using or publishing the tool results please cite the reference as "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2008.

We hope that our tool will be a useful aid in your efforts to improve pain management in your setting.

Sincerely,

Handwritten signature of Betty R. Ferrell in black ink.

Betty R. Ferrell, RN, PhD, FAAN
Research Scientist

Handwritten signature of Margo McCaffery in black ink.

Margo McCaffery, RN, MS, FAAN
Lecturer and Consultant

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 34/02-09-2013 (Θ.22) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ.
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 22 : «Έγκριση άδειας έρευνας μέσω ερωτηματολογίου για την εκπόνηση Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας από την κ. Αρτοποιού Ιωάννα ΠΕ Νοσηλεύτριας»

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η προφορική εισήγηση του Αναπληρωτή Διοικητή του ΠΓΝΙ κ. Ανδρέα Φωτόπουλου, που έχει ως εξής:

Σας θέτω υπόψη την αριθμ. 23210/26-08-2013 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που έχει ως εξής:

ΕΚΕΤ: Η από 10-7-2013 αίτηση της κ. Αρτοποιού Ιωάννας ΠΕ Νοσηλεύτριας με την επισυναπτόμενη αλληλογραφία

Σας θέτουμε υπόψη το παραπάνω σχετικό έγγραφο και σας κάνουμε γνωστό ότι το Δ.Σ. με την αριθμ. 15/21-8-2013 (Θ.7) απόφασή του, συνηγορεί για τη διανομή ερωτηματολογίου από την υπαλλήλο του κλάδου ΠΕ Νοσηλεύτριας Αρτοποιού Ιωάννα στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου

Η μελέτη έχει τίτλο «Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον καρκινικό πόνο» και θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλεύτριας του πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων». Τα αποτελέσματα θα αναλυθούν στη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία της, στην οποία επιβλεπων είναι η κ. Ζωγιά Σοφία Επίκουρος Καθηγήτρια.

Η Δ/ντρια Νοσηλευτικής υπηρεσίας συνηγορεί για τη διανομή του ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς η διανομή του και η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιηθεί εκτός ωραρίου εργασίας.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
2. Το ερωτηματολόγιο της μελέτης.

Από τη διεξαγωγή της δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής Πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής.

Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. ΑΥΓ3(α) οικ. 18910/19-2-2013 (ΦΕΚ 390/Α/Β/21-2-2013) Υπουργική απόφαση.

Στην συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος:

Πρόεδρος: Μαλάμου Μίριμ Βασιλική Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας

Μέλη: Παπανικολάου Οδυσσέας Δ/ντής Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΕΣΥ,
Βαρθολομάτος Γεώργιος ΠΕ Βιολογών, Αλεξίου Δημήτρης ΤΕ Κοινωνικής
Εργασίας και Ζίκα Γισλάνια ΤΕ Νοσηλευτικής.

**Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση
Αποφασίζει ομόφωνα**

Εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου για την εκπόνηση Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας από την κ. Αρτοποιόλου Ιωάννα ΠΕ Νοσηλευτικής που έχει τίτλο: «Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον καρκινικό κίνδυνο» και θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Ανοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων». Τα αποτελέσματα θα συμπεριληφθούν στη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία της, στην οποία επιβλέπων είναι η κ. Ζιγά Σοφία Επίκουρος Καθηγήτρια, σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στην αριθμ. ΔΥΓ3(α) οικ. 18910/19-2-2013 υπουργική απόφαση, (ΦΕΚ 390/21-2-2013).

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ**

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ
Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ
Α. ΦΩΤΙΟΥ
Π. ΓΡΑΒΑΝΗΣ**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ**

**Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.**

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΦΥΛΙΠΠΕΙΑΣΤΡΙΑ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τρίπολη 09 / 09 / 2013

Αριθμ. Πρωτ. 635

ΓΜΗΜΑ: Ε.Σ.
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΤΕΡΜΑ ΕΥΓΩΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ
ΠΑΗΡΟΦΟΡΕΣ: Μ. ΓΙΑΝΝΟΥΔΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (2713) 601711
FAX: (2710) 238175

ΠΡΟΣ: Το Τμήμα Γραμματείας
Ενταύθα

ΚΟΙΝ.: Δ/ντή Ιατρ. Υπηρεσίας
Ενταύθα


ΘΕΜΑ 13^ο: Υποβολή της υπ' αριθμ. 14706/19.07.13 αίτησης της κ. Αρτοπούλου Ιωάννας, του Κλάδου Νοσηλευτριών, Κατηγ. ΠΕ, σχετικά με εκπόνηση ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αού έλαβε υπόψη του την υπ' αριθμ. 14706/19.07.13 αίτηση της κ. Αρτοπούλου Ιωάννας, του Κλάδου Νοσηλευτριών, Κατηγ. ΠΕ, σχετικά με εκπόνηση ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας, **μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα αποφασίζει - συνηγορεί για την χορήγηση αδειάς στην κ. Αρτοπούλου Ιωάννα, για την εκπόνηση ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια της διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας της, με τίτλο: «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ».**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο τέλος επισημαίνει στην ενδιαφερόμενη ότι κατά την διεξαγωγή της εν λόγω ερευνητικής μελέτης, έχει την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και επιπλέον τονίζει ότι το Νοσοκομείο μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και εργασιακά.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Πονηράκος Βενετσάνος
Συντονιστής Δ/ντής
Β' Χειρουργικού Τμήματος

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΕΚ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ
ΤΡΙΠΟΛΗ 09.09.2013

ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΝΝΟΥΔΗ
Δ/ΚΟΣ - Δ/ΚΟΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.