



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Γραμματεία:
Νέο Κτίριο Ιατρικής, Πτέρυγα 2, 4^{ος} Όροφος,
Περιοχή Μεζούρλο Λάρισα

Τηλ. 2410685710
Fax. 2410685554

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΛΟΓΟΘΕΤΗ ΕΛΕΝΑ
ΙΑΤΡΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β΄

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΛΑΡΙΣΑ 2010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
(ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
(ΜΕΛΟΣ)

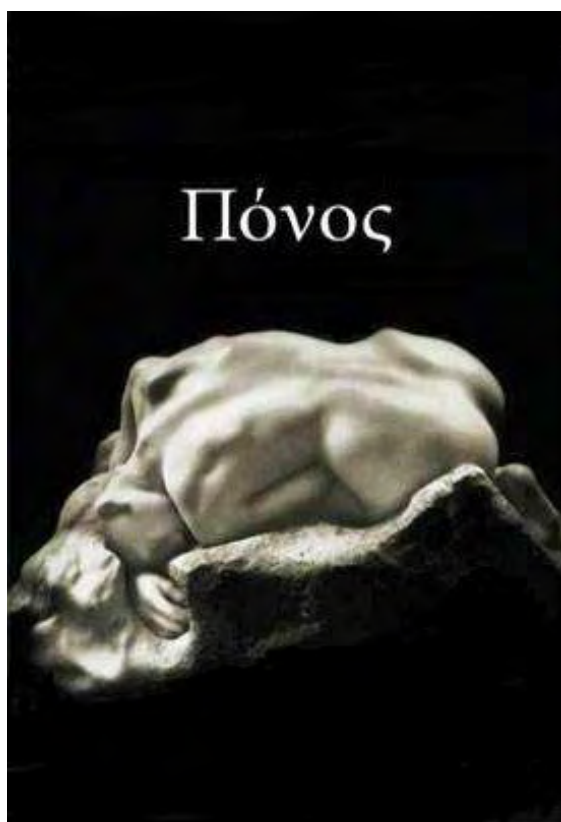
ΔΑΝΙΗΛ ΖΩΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
(ΜΕΛΟΣ)

“Κανείς δεν πήρε στα σοβαρά τον πόνο μου”, “Φρικτός πόνος, δεν μπορούσα να κουνηθώ”, “Η κατάστασή μου τραγική”. “Έκοψα τη δουλειά”.

Αυτά έγραφε μεταξύ άλλων η Αμαλία Καλυβίνου στο χειρόγραφο ημερολόγιο της, **πριν** την επίσκεψή της σε ιατρείο πόνου και παρηγορητικής φροντίδας. Αντιθέτως, **μετά** την πρώτη της επίσκεψη σε αυτό:

“Πρώτη φορά που δεν αμφισβητήθηκε ο πόνος μου. Πρώτη φορά που ένιωσα ότι ο γιατρός απέναντί μου καταλάβαινε τι του έλεγα. Πρώτη φορά που γιατροί με προέτρεπαν και με στήριζαν να κάνω πράγματα”.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Γενικό Μέρος	3-23
1. Εισαγωγή	4-6
2. Τι είναι πόνος – Διάκριση πόνου	6-7
3. Πως και γιατί αισθανόμαστε πόνο	7-8
4. Χαρακτηριστικά των ανθρώπων που πονούν	8-9
5. Επιδράσεις χρόνιου πόνου	9-11
6. Ιστορική αναδρομή στα Ιατρεία Πόνου	11-13
7. Προβλήματα Ιατρείων Πόνου σήμερα	14-15
8. Τι είναι Παρηγορητική Φροντίδα	16-17
9. Παράμετροι που σχετίζονται με την Παρηγορητική Φροντίδα	17-19
10. Ανάπτυξη και Φιλοσοφία της Παρηγορητικής Φροντίδας	19-21
11. Φροντίδα στο τέλος της ζωής	21-22
12. Ολοκληρωμένη Ανακουφιστική Φροντίδα	22-23
 Ειδικό μέρος	 24-59
1. Υλικό-Μέθοδος	25-33
2. Αποτελέσματα	34-47
3. Συζήτηση-Συμπεράσματα	48-59

Βιβλιογραφία	60-71
Περίληψη	72-73
Abstract	73-74

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2007)¹, έως το 2015, 15.000.000 άνθρωποι θα πάσχουν από καρκίνο, εκ των οποίων το 30-40% θα υποφέρει από πόνο στα αρχικά στάδια της νόσου και 80-90% στα τελικά στάδια. 1 στους 5 ανθρώπους παγκοσμίως, 40-60 ετών, υποφέρει σήμερα από μέτριο έως έντονο χρόνιο πόνο. 1 στους 3 είναι ανίκανος, λόγω του πόνου, να ζήσει ανεξάρτητη ζωή. 1 στους 4 έχει διαταραγμένη ή κατεστραμμένη σχέση με συγγενείς και φίλους, λόγω του πόνου. Συνεπώς, ο πόνος έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας τις τελευταίες δεκαετίες στις προηγμένες χώρες. Μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο *Journal of the American Geriatric Society* το 2007, αναφέρει ότι οι λειτουργικές ικανότητες και η εμφάνιση των συμμετεχόντων, ηλικίας 50-59 ετών, με χρόνιο πόνο, ήταν συγκρίσιμες με εκείνες ατόμων ηλικίας 80-89 ετών, που δεν υπέφεραν από χρόνιο πόνο.

Τα θέματα που αφορούν τους ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις πρόκειται να πολλαπλασιασθούν στις επόμενες δεκαετίες². Το 2030, για πρώτη φορά στην ιστορία, ο αριθμός των υπερηλίκων θα ξεπεράσει τον αριθμό των νέων^{1,2}. Όχι μόνο θα υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι, αλλά θα παρατηρηθεί αύξηση του προσδόκιμου ζωής ακόμα και με χρόνιες θανατηφόρες παθήσεις. Τον προηγούμενο αιώνα, κύριες αιτίες θανάτου ήταν τα λοιμώδη νοσήματα και τα ατυχήματα. Σήμερα, οι κυριότερες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τα εγκεφαλικά, οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονικές ασθένειες και οι άνοιες^{3,4}.

Όσον αφορά τον καρκίνο, τις προηγούμενες δεκαετίες, οι θεραπείες ήταν αναποτελεσματικές και ο ασθενής κατέληγε σε λίγους μήνες. Σήμερα το 50% περίπου των καρκινοπαθών καταλήγει από τον καρκίνο συμπεριλαμβανομένου του 85% όσων λαμβάνουν χημειοθεραπεία^{5,6}.

Η πλειονότητα των προγραμμάτων παρηγορητικής φροντίδας ξεκίνησε με καρκινοπαθείς και περιοριζόταν στο πεδίο αυτό. Όμως, των υπηρεσιών της και της αξιοπιστίας της μπορούν να επωφεληθούν και οι ασθενείς με διάφορες σοβαρές χρόνιες παθήσεις.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών παρηγορητικής φροντίδας. Σύμφωνα με μια αντιπροσωπευτική έρευνα⁷, σε μονάδα παρηγορητικής φροντίδας στη Γερμανία, οι πιο σημαντικές αιτίες για την ανάγκη παρηγορητικής φροντίδας είναι ο πόνος (58% των ασθενών) και άλλα σωματικά συμπτώματα (55% των ασθενών), αλλά έντονη παρουσία είχαν και προβλήματα που σχετίζονταν με τη διατροφή (36%), τη νοσοκομειακή περίθαλψη (15%), κοινωνικά (14%) ή ψυχολογικά προβλήματα (14%), ανάγκες φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου (16%) και άλλα προβλήματα (19%). Οι περισσότεροι ασθενείς υποφέρουν επίσης από διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών ή από κινητικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες^{8,9,10,11,12,13,14}, ο χρόνιος πόνος οφείλεται κατά 87% στην ανεπαρκή αντιμετώπισή του στα αρχικά στάδια, με αποτέλεσμα να προκύπτει τεράστιο κόστος από την περίθαλψη, αποζημίωση και την μείωση παραγωγικότητας.

Αν και λίγοι άνθρωποι πεθαίνουν από τον πόνο, πολλοί πεθαίνουν με πόνο και ακόμα περισσότεροι ζουν με πόνο.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΝΟΣ

Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις, το τι ακριβώς είναι πόνος είναι δύσκολο να καθορισθεί, κι αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μία προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό "ερέθισμα-απάντηση" σύμπλεγμα. Σύμφωνα με τον ορισμό που καθιέρωσε η IASP (International Association for the Study of Pain) το 1979, **«πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή επαπειλούμενη βλάβη ιστών ή ερεθισμό, ή που περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη»**. Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται **ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος**^{15,16}.

Εκτός από τη βαρύτητα, διάκριση στον πόνο γίνεται και με βάση τη χρονιότητα. Έτσι διακρίνουμε τους^{15,16}:

1. Οξύς πόνος (Acute Pain)

Είναι η φυσιολογική, προβλεπόμενη απάντηση σε βλαπτικό χημικό, θερμικό και μηχανικό ερέθισμα και σχετίζεται με τραύμα, χειρουργική επέμβαση και οξεία νόσο.

2. Χρόνιος πόνος (Chronic Pain)

Είναι μια επώδυνη κατάσταση που επιμένει και που η αιτία της δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί. Ο χρόνιος πόνος είναι δυνατόν να συνδυάζεται με μακρόχρονη ανίατη νόσο.

Αναπόφευκτα, ο διαχωρισμός μεταξύ **οξέος** και **χρόνιου** πόνου είναι αυθαίρετος. Είναι γεγονός όμως, ότι ο οξύς πόνος δρα σαν πολύτιμος δείκτης της ύπαρξης κάποιας παθολογικής κατάστασης, σε αντίθεση με τον χρόνιο πόνο, ο οποίος εκτός του ότι δεν προσφέρει καμιά γνωστή βιολογική υπηρεσία, εμπλέκει ποικίλους φυσιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς στο ίδιο το άτομο και την οικογένειά του.

ΠΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ ΠΟΝΟ^{17,18,19}

Ο τρόπος με τον οποίο αισθανόμαστε πόνο αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία, η οποία διεξάγεται από το νευρικό σύστημα. Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από τη θερμοκρασία, την πίεση ή τις χημικές ουσίες που απελευθερώνουν ιστοί, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβη. Όλοι αυτοί οι παράγοντες ενεργοποιούν τα νευρικά κύτταρα στο νευρικό σύστημα. Ο πόνος εξυπηρετεί έναν χρήσιμο σκοπό σε πολλές περιστάσεις. Μας παρέχει μια προειδοποίηση για το ότι το σώμα μας κινδυνεύει να υποστεί ή υφίσταται ήδη κάποια βλάβη. Αυτό μας δίνει τον χρόνο να αντιδράσουμε και να αφαιρέσουμε το βλαβερό ερέθισμα, όπως για παράδειγμα όταν καίγεται το χέρι μας στη φωτιά. Ωστόσο, ορισμένες φορές, ο πόνος προέρχεται από βλάβη των ιστών την οποία δεν μπορούμε να απομακρύνουμε, όπως κάποια φλεγμονή στις αρθρώσεις ή κάποιος όγκος, ο οποίος πιέζει τα όργανα στο σώμα μας. Ο οξύς πόνος εμφανίζεται γενικώς ξαφνικά, είναι προσωρινός και ελαττώνεται είτε από μόνος του, είτε μετά από αποτελεσματική θεραπεία του προβλήματος που τον προκαλεί. Ο χρόνιος πόνος επιμένει ή επανεμφανίζεται για παρατεταμένες και συχνά απροσδιόριστης διάρκειας περιόδους.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΟΝΟΥΝ ^{18,19,20,21}

Η συμπεριφορά του πάσχοντος από χρόνιο πόνο είναι τελείως διαφορετική από αυτού που υποφέρει οξέως. Χαρακτηρίζεται από μετριοπάθεια και αυτοσυγκράτηση, με την οποία ο πάσχων προσπαθεί περισσότερο με λεκτικά και λιγότερο με εξωλεκτικά (σωματικά) στοιχεία να περιγράψει και να πείσει για το χρόνιο επώδυνο δράμα του. Παρά τις έντονες αιτιάσεις, εμφανίζει συχνά αδυναμία να εντοπίσει και να περιγράψει με σαφήνεια τον πόνο του, τον οποίο εκφράζει με αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραμονή στο κρεβάτι, εύκολη κόπωση, μειωμένη σωματική, ψυχολογική και επαγγελματική απόδοση, άδειες κ.λ.π. Αντίθετα με τον οξύ πόνο, δεν εμφανίζει σημεία δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ιδρώτες, μυδρίαση, ταχυκαρδία, ωχρότητα κ.λπ. Πολλές φορές η έλλειψη εμφανών σωματικών συμπτωμάτων ή αναπηρίας, η αδυναμία ανεύρεσης αιτίας και η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου, εγείρουν αμφιβολία και δυσπιστία. Είναι άλλωστε γνωστό ότι αυτοί που υποφέρουν από χρόνιους πόνους και μάλιστα οι ηλικιωμένοι, συχνά αμφισβητούνται από το περιβάλλον τους. Έτσι αισθάνονται υποχρεωμένοι κάθε φορά να «αποδείξουν» ότι πονάνε. Ο ασθενής συνεχίζει να αναζητά την αιτία του πόνου και τη λύση του αινίγματος του, υποβαλλόμενος σε ατελείωτες σειρές εξετάσεων, στοιβάδες συνταγών και φάρμακων και ακολουθώντας μη ιατρικές μεθόδους¹⁷. Συχνά, δεν εντοπίζεται οργανική αιτία για τα συμπτώματα του ή εάν εντοπισθεί ο πόνος του, δεν είναι απόλυτα και αναλογικά συμβατός με τη βλάβη. Αρκετές φορές στο χρόνιο πόνο συμβαίνει να μην μπορεί να δοθεί καμία ιατρική εξήγηση, παρά τον επισταμένο παρακλινικό έλεγχο.

Η παραπομπή του ασθενούς στον ψυχίατρο μπορεί να είναι επικίνδυνο γεγονός, αφού κατά κανόνα το εκλαμβάνει ως απόρριψη, με αποτέλεσμα την τελική επιδείνωση της κατάστασής του²⁸.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ^{18,19,20,21}

Την τελευταία δεκαετία, η οποία έχει χαρακτηριστεί ως “δεκαετία ελέγχου και έρευνας του πόνου” (the Decade of Pain Control and Research), βρίσκονται σε εξέλιξη δεκάδες μελέτες, οι οποίες έχουν δείξει έως τώρα ότι οι επιδράσεις του χρόνιου πόνου εξαρτώνται από²⁰:

Α) τα χαρακτηριστικά του πόνου (αιτιολογία, διάρκεια, ένταση)

Β) την προσωπικότητα του ατόμου

Γ) κοινωνικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η επίδραση της οικογένειας και του εργασιακού περιβάλλοντος, η παιδεία και η εθνικότητα του ατόμου^{19,20}.

Επιδράσεις στη λειτουργία και τη συμπεριφορά του ατόμου

Οι διαταραχές του ύπνου και η έλλειψη ανάπαυσης τη νύχτα είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα. Οι ασθενείς αισθάνονται καταβεβλημένοι, αλλά συγχρόνως είναι ευερέθιστοι και έχουν την τάση να φιλονικούν με άτομα της οικογένειας ή συναδέλφους τους. Πολλοί χάνουν την όρεξή τους για φαγητό και αδυνατίζουν. Άλλοι πάλι, βρίσκουν διέξοδο τρώγοντας υπερβολικά και καταντούν παχύσαρκοι. Ασχολούνται συνεχώς με το πρόβλημά τους και επισκέπτονται γιατρούς

εκλιπαρώντας για φάρμακα και εγχειρήσεις, ενώ μειώνουν τις φυσικές τους δραστηριότητες και τα προηγούμενα ενδιαφέροντά τους²⁰.

Ψυχολογικές επιδράσεις^{21,22}

Πρόσφατες κλινικές μελέτες δείχνουν οι ψυχολογικές επιδράσεις του χρόνιου πόνου εξαρτώνται από τη διάρκειά του. Ο Hendler διέκρινε 3 φάσεις: α) την Πρώιμη φάση (2-6 μήνες μετά την εγκατάσταση της χρονιότητας) που χαρακτηρίζεται από υποχονδριακές εκδηλώσεις και υστερία, β) την Ενδιάμεση φάση (6 μήνες – 2 χρόνια) που χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, άγχος, εριστικότητα και τάσεις αυτοκτονίας και γ) την Όψιμη φάση (μετά τα 2-3 χρόνια) όπου ο ασθενής μαθαίνει να ζει με τον πόνο, αν και ακόμη δεν τον αποδέχεται²¹.

Κοινωνικές επιδράσεις³⁴

Από τα προαναφερθέντα μπορεί κανείς να αντιληφθεί τις επιδράσεις που έχει η συμπεριφορά του ασθενούς με χρόνια πόνο στην οικογένειά του και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Η αλλαγή ρόλων στην οικογένεια, η απόλυση ή η παραίτηση από την εργασία σε παραγωγική ηλικία και η αποδοχή τελικά του ρόλου του αρρώστου καθιστούν το άτομο παθητικό μέλος στο κοινωνικό σύνολο. Είναι άλλωστε γνωστό ότι αυτοί που υποφέρουν από χρόνιους πόνους και μάλιστα οι ηλικιωμένοι, συχνά αμφισβητούνται από το περιβάλλον τους. Έτσι αισθάνονται υποχρεωμένοι κάθε φορά να «αποδείξουν» ότι πονάνε²⁰.

Οικονομικές επιδράσεις

Ενώ ο οξύς πόνος είναι εξ' ορισμού μια σύντομη και αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία και επομένως είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί το κόστος του, ο χρόνιος πόνος καταλήγει να κυριαρχεί στην ζωή του ασθενούς και συχνά της οικογένειας, του περιβάλλοντος και των θεραπόντων. Εκτός από την σοβαρή αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, ο χρόνιος πόνος έχει σαν συνέπεια μεγάλη οικονομική επιβάρυνση σε πολλούς τομείς, όπως:

- 1) Κόστος υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής αγωγής
- 2) Απώλεια ωρών εργασίας
- 3) Απώλεια εισοδήματος
- 4) Ελάττωση παραγωγικότητας
- 5) Οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, του περιβάλλοντος και των εργοδοτών.
- 6) Αυξημένες αποζημιώσεις

Έγκυρες πηγές τοποθετούν το τελικό οικονομικό κόστος του χρόνιου πόνου για την κοινωνία στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ^{23,24,25}

Παρ' όλο που ο πόνος αποτελεί μία πανανθρώπινη εμπειρία, αιτία μεγάλης οδύνης από τις αρχές της Δημιουργίας, παρ' όλο που στη διαδρομή των αιώνων έγινε αφορμή να προβληματισθεί ο άνθρωπος για την αντιμετώπισή του και να προστρέξει στην αναζήτηση μέσων που θα μπορούσαν να τον απαλύνουν (μάγοι, σοφοί, γιατροί), εν τούτοις μόνο στα τέλη του περασμένου αιώνα άρχισε να εφαρμόζεται σποραδικά μία κάπως αιτιολογημένη θεραπευτική αγωγή, η οποία διαμορφώθηκε σε πραγματική επιστήμη στο δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα²⁴.

Οι επιτακτικές ανάγκες εξασφάλισης αναλγησίας στους τραυματίες του Α΄ και Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, έγιναν αφορμή να αποκτηθεί σημαντική εμπειρία και έθεσαν τα θεμέλια των **Ειδικών Μονάδων Διάγνωσης, Πρόγνωσης και Αντιμετώπισης του Πόνου (Nerve Block Clinics, Pain Relief Clinics, Pain Centers)**^{23,24}.

Δεν νομίζω ότι μπορώ να περιγράψω καλύτερα τι είναι ιατρείο πόνου και πως μπορεί να φανεί χρήσιμο σε κάποιον από το να αρκεστώ στην αντιγραφή της περιγραφής, όπως αυτή αναφέρεται από το [Ινστιτούτο Γ.Ν. Παπανικολάου](#). “Τα ιατρεία πόνου αποτελούν τμήμα του αναισθησιολογικού ή χειρουργικού τομέα κάθε νοσοκομείου. Παρέχουν συμβουλές, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένη ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα. Οι δραστηριότητές τους αφορούν κυρίως τον οξύ και χρόνιο καρκινικό πόνο, αλλά και άτομα με μετεγχειρητικό πόνο, χρόνιες οσφυαλγίες, νευραλγίες και άλλες ασθένειες. Τα ιατρεία πόνου στοχεύουν στην ανακούφιση από τον πόνο, στην παροχή βοήθειας για

καλύτερη αξιοποίηση των λειτουργικών δραστηριοτήτων, στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και στην επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.”

Δειλά δειλά, πριν από μερικά χρόνια, ξεκίνησε η οργανωμένη αντιμετώπιση του πόνου με την δημιουργία των πρώτων “Ιατρείων Πόνου” που επανδρώθηκαν ευκαιριακά με επιστήμονες που είχαν “δει” το πρόβλημα^{24,25} και είχαν αρχίσει να ασχολούνται με αυτό το θέμα. Κάποιοι αναισθησιολόγοι στην αρχή και στην συνέχεια κάποιοι ογκολόγοι ήταν οι πρώτοι που ξεκίνησαν την προσπάθεια οργάνωσης αυτών των ιατρείων, με εμφανή την έλλειψη της σωστής ακαδημαϊκής υποδομής για την άρτια λειτουργία τους. Τα ιατρεία πόνου εντάσσονται στα αναισθησιολογικά τμήματα των νοσοκομείων, στελεχώνονται από αναισθησιολόγους και λειτουργούν σε εθελοντική βάση.

Μέχρι και σήμερα εξακολουθούν να είναι λίγα, ενώ θα έπρεπε όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία να έχουν αντίστοιχα τμήματα, και λειτουργούν χάρη στην προσπάθεια και το φιλότιμο γιατρών και νοσηλευτών. Είναι υποστελεχωμένα, δεν διαθέτουν επαρκείς χώρους και δεν είναι ενταγμένα στους οργανισμούς των νοσοκομείων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ ΣΗΜΕΡΑ

Τα πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα των Κέντρων Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας σήμερα είναι τα εξής:

1. Τα **ιατρεία Πόνου**, που έχουν ήδη δημιουργηθεί στα μεγάλα νοσοκομεία, **χρειάζονται ενίσχυση**. Η «ολιστική αντιμετώπιση» είναι **απαραίτητο να γίνεται από ομάδα ειδικών**, στην οποία θα συμμετέχουν **πολλές ειδικότητες** εκτός από αυτήν του αναισθησιολόγου, π.χ. ορθοπεδικοί, νευρολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ακόμα και ψυχίατροι²⁶.
2. Η μεγάλη πλειονότητα των γιατρών δίνουν έμφαση κυρίως στη διάγνωση και στη θεραπεία, **σαν να μη τους αφορά η φροντίδα των συνανθρώπων τους που δεν κατάφεραν να θεραπεύσουν** - και υποφέρουν μέσα στην απομόνωση, το άγχος και τη σιωπή. Σπάνια, οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς παραπέμπονται στα Κέντρα Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας^{27,28}.
3. Οι **κυβερνήσεις δίνουν ελάχιστα ποσοστά από τον προϋπολογισμό** για την παρηγορητική φροντίδα. Η άρνηση ή η απροθυμία κυρίως των Διοικήσεων ορισμένων Νοσοκομείων να ενισχύσουν την εθελοντική προσφορά των γιατρών και νοσηλευτών για την ίδρυση νέων ιατρείων ή ακόμα και για την αναβάθμιση της λειτουργίας των ήδη υπαρχόντων, οδηγεί σε ψυχολογική κόπωση αυτών που ασχολούνται.
4. Οι δυσκολίες που συναντούν οι υπεύθυνοι γιατροί στη συνταγογράφηση των οπιοειδών για τον χρόνιο πόνο, είτε αυτός είναι καλοήθης ή και κακοήθης ακόμα (χρονοβόρες εγκρίσεις από

Νομαρχία και Επιτροπή Ναρκωτικών του Υπουργείου Υγείας) είναι πολλές φορές αξεπέραστες.

5. Η μη κυκλοφορία στη χώρα μας σκευασμάτων ασθενών και ισχυρών οπιοειδών σε διάφορες μορφές (π.χ. υδρομορφίνη, οξυκωδόνη κλπ.) δυσχεραίνει το έργο των θεραπόντων²⁹.
6. Δεν υπάρχουν Ξενώνες νοσηλείας ασθενών τελικού σταδίου, ενώ παράλληλα ψηφίζονται υπουργικές αποφάσεις για μελλοντική λειτουργία τους, χωρίς τη συμβουλευτική γνώμη των αρμοδίων επιστημονικών εταιρειών.
7. Η απουσία των εκπροσώπων των επιστημονικών εταιρειών που είναι υπεύθυνες για την ανακούφιση του πόνου και την παρηγορητική φροντίδα από συμβουλευτικές επιτροπές του υπουργείου, όταν σε αυτές συμμετέχουν ακόμη και άνθρωποι με άσχετο αντικείμενο, είναι ενδεικτική του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται η παρηγορητική φροντίδα στη χώρα μας. Ενδεικτικά αναφέρω ότι στην επιτροπή ναρκωτικών του υπουργείου δεν υπάρχει κλινικός γιατρός που να γνωρίζει τη χρήση των οπιοειδών.

Παρόλα αυτά, οι ασθενείς που προσέρχονται στα 43 επίσημα Ιατρεία ή Μονάδες Πόνου που λειτουργούν καθημερινά, πολλαπλασιάζονται.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ^{30,31,32,33,35,36}

Η γερμανική λέξη «palliativ» (στα ελληνικά «καταπραϋντικός», «παρηγορητικός», «ανακουφιστικός») προέρχεται από το λατινικό «palliare», που σημαίνει τυλίγω, σκεπάζω. Με τον όρο «παρηγορητική φροντίδα» εννοούμε την καλύτερη δυνατή ανακούφιση των σωματικών ενοχλήσεων, σε περίπτωση που δεν είναι πλέον δυνατόν να θεραπευθεί η ασθένεια. Αποτελεί την ενεργό φροντίδα των αρρώστων που η ασθένειά τους δεν είναι θεραπεύσιμη, την φροντίδα που ενισχύει τη ζωή και βλέπει το θάνατο σαν την φυσιολογική εξέλιξή της. Σκοπεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών οι οποίοι πάσχουν από προχωρημένη νόσο, αλλά και των συγγενών τους. Εξυπακούεται ότι, ακόμα και αν η νόσος του δεν είναι ιάσιμη, ο ασθενής δικαιούται να καταλήξει με αξιοπρέπεια.

Τις δραστηριότητες της παρηγορητικής ιατρικής για την εν λόγω περίθαλψη συμπληρώνει η παροχή ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής βοήθειας, τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους. Έτσι, θα λέγαμε πως παρηγορητική φροντίδα σημαίνει την ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση από μια ομάδα που στελεχώνεται από ιατρό ειδικευμένο στην παρηγορητική ιατρική – και ιατρούς άλλων τομέων, αν η συνεργασία τους χρειάζεται – νοσηλευτές (με ιδιαίτερες ειδικεύσεις), εθελοντές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, πνευματικούς συμβούλους, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους ακόμη, στην ιδανική περίπτωση, συμμετέχουν μουσικοθεραπευτές και εικαστικοί θεραπευτές.

Το σημαντικότερο ρόλο στην Παρηγορητική Φροντίδα παίζει ο άρρωστος με τις δικές του επιθυμίες, αγωνίες και ανάγκες. Το

θεραπευτικό προσωπικό κάνει ό,τι μπορεί για να καταπραΰνθούν οι πόνοι και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής του ασθενούς και απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή των μεθόδων της παρηγορητικής ιατρικής είναι ο άρρωστος πραγματικά να τη χρειάζεται και να την επιθυμεί.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ^{36,37,38}

Τρείς είναι οι παράμετροι οι οποίοι σχετίζονται με την παρηγορητική φροντίδα: τα συμπτώματα, η εικόνα του ίδιου του ασθενούς για τον εαυτό του και η σχέση του με το δικό του επικείμενο θάνατο.

Τα συμπτώματα είναι εκείνα που αντιμετωπίζονται πρώτα, καθώς συνδέονται άρρηκτα με την αντίληψη του ασθενούς για την ποιότητα της ζωής του. Τα συμπτώματα πρέπει να αναμένονται, να προλαμβάνονται, να απομακρύνονται ή να εξαλείφονται όσο είναι δυνατόν.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι η εικόνα του ασθενούς για τον εαυτό του, η οποία επηρεάζεται από σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος. Ο παράγοντας αυτός εμπεριέχει τρεις διαστάσεις:

- Σωματική διάσταση: η απώλεια και ο τραυματισμός της σωματικής λειτουργίας επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου

- Συμβολική διάσταση: η παραμόρφωση και η αλλαγή των σωματικών λειτουργιών υπεισέρχονται στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς
- Κοινωνική διάσταση: η εικόνα του εαυτού και οι σωματικές αλλαγές επηρεάζουν τη συμπεριφορά των άλλων απέναντι στον ασθενή

Τέλος, η τρίτη παράμετρος στην παρηγορητική φροντίδα είναι η στάση του ασθενούς απέναντι στο δικό του επικείμενο θάνατο. Μερικές φορές ο φόβος του θανάτου και ο περιορισμός του μέλλοντος του ασθενούς είναι οι μόνοι λόγοι για τους οποίους ο ασθενής υποφέρει³⁷. Οι ασθενείς που βιώνουν το ενδεχόμενο του θανάτου τους, ίσως επηρεάζονται σημαντικά και αρνούνται να συμμετέχουν σε διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Συχνά, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση πως ο ρόλος των επιστημόνων που παρέχουν την παρηγορητική φροντίδα έγκειται στο να προστατεύσει τον άρρωστο από την συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του ή να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή «να τον βοηθήσει να πεθάνει». Στην ουσία, το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει είναι «να βοηθήσει τον άρρωστο να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Κανείς δεν μπορεί να «πιέσει» τον άρρωστο να αποδεχθεί τον θάνατό του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν τον συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, όσο και τον θάνατο γενικότερα. Με τη διακριτική του

παρουσία εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν θα τον εγκαταλείψει, ακόμα και όταν δεν διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ^{39,40,41,42,43,44}

Ο DR Balfour Mount, ήταν ο πρώτος που καθόρισε την ανακουφιστική φροντίδα, ιδρύοντας το πρώτο νοσοκομείο βασιζόμενο στην ανακουφιστική φροντίδα Royal Victoria Hospital at McGill University in Montreal in 1975. Το μοντέλο αυτό ακολούθησε την διαεπαγγελματική συνεργασία, μέσα στο σκελετό της παροχής φροντίδας και στελεχώθηκε από ομάδα ειδικών, οι οποίοι θα κατανοούσαν τις ανάγκες του ασθενούς που θα πεθάνει και της οικογένειάς του. Ήταν το πρώτο μοντέλο που περιλάμβανε την έρευνα και την εκπαίδευση στην διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων του ασθενούς.

Ο ορισμός του Π.Ο.Υ για την ανακουφιστική φροντίδα πρόσφατα τροποποιήθηκε και διευρύνθηκε να συμπεριλάβει την αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι μόνο των ασθενών με κακοήθεια όπως ίσχυε. Ο ορισμός έχει ως εξής: **Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργή συνολική φροντίδα σε ασθενείς στους οποίους η νόσος δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ο έλεγχος του πόνου, των υπολοίπων συμπτωμάτων και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων είναι απαραίμλλης σημασίας. Ο κανόνας της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.**

Η ανακουφιστική φροντίδα αναγνωρίζει ότι ο θάνατος είναι μια φυσιολογική διαδικασία, η οποία δεν πρέπει ούτε να επισπεύδεται ούτε να αναβάλλεται. Η πρόνοια της διαχείρισης των συμπτωμάτων που περιλαμβάνει ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη για τους ασθενείς και τις οικογένειες, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, όταν δημιουργείται ένα πλάνο για να προάγει την σωστή βίωση της εμπειρίας του θανάτου και της απώλειας από την οικογένεια.

Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας όπως συμπεριλήφθηκε από διάφορους οργανισμούς (Last Acts Palliative Care Task Force, the National Hospice and Palliative Care Organization, World Health Organization) περιλαμβάνει τα παρακάτω στοιχεία:

- Προάγει την ανακούφιση από τον πόνο και άλλα ενοχλητικά συμπτώματα
- Προσδιορίζει το θάνατο σαν μια φυσιολογική και φυσική διαδικασία
- Αναγνωρίζει ότι η διαδικασία του θανάτου είναι εξατομικευμένη και συντελείται μέσα στη δυναμική της οικογένειας
- Δεν σκοπεύει να ματαιώσει ή να αναβάλλει το θάνατο
- Προβάλλει την ποιότητα ζωής και συνδέει τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις της φροντίδας
- Χρησιμοποιεί διεπιστημονική ομάδα για να εκτιμήσει τις πολυπαραγοντικές ανάγκες του χρονίως πάσχοντα και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένης συμβουλευτικής κατά το πένθος, όπου απαιτείται.

- Ενισχύει την ποιότητα της ζωής και επηρεάζει θετικά την πορεία της ασθένειας
- Η σωστή ανακουφιστική φροντίδα με ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, προάγουν την ποιότητα ζωής και την υγεία τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειας
- Παρέχει ένα υποστηρικτικό σύστημα, βοηθώντας τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο ενεργά γίνεται μέχρι τον θάνατο
- Εφαρμόζεται και στα πρώιμα στάδια της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που σκοπεύουν να επιμηκύνουν τη ζωή, όπως χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και περιλαμβάνει όλες τις έρευνες που χρειάζεται για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση των επώδυνων κλινικών επιπλοκών (WHO 2009)

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ^{50,51,52,54,55}

Η φροντίδα στο τέλος της ζωής αντανακλά ένα σαφώς καθορισμένο χρονικά όριο της φροντίδας. Περιγράφεται σαν κάτι φανερά έκδηλο και περιλαμβάνει την φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας του, όταν ο ασθενής πεθαίνει ή είναι πολύ κοντά στο θάνατο, με άλλα λόγια πολύ βαριά πάσχων.

Η πρώιμη παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας βελτιώνει την επικοινωνία στο περιβάλλον του πάσχοντος και των γύρω δομών, μειώνει επιπλέον τους φόβους, την ανησυχία και τον ψυχικό πόνο, τα οποία είναι πιο έκδηλα και ενισχυμένα στο τέλος της ζωής.

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η επιστήμη που οδηγεί στην πράξη την φροντίδα στο τέλος της ζωής. Προτρέπει τους κλινικούς που

ασχολούνται με αυτή να παρέχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τη διάγνωση μέχρι το θάνατο και όχι μόνο να παρέχονται υπηρεσίες τις τελευταίες μέρες και ώρες ζωής του ασθενούς. Η ανακουφιστική φροντίδα, σε αντίθεση με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, φαίνεται να παρέχει υψηλή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς που υποφέρουν από τις επιπλοκές μιας προοδευτικής νόσου. Ο σκοπός της δεν είναι σε καμιά περίπτωση να μικρύνει τη διάρκεια ζωής ή να παρεμβληθεί στην κύρια θεραπεία.

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ^{64,65,66,67}

Καθορίζοντας ειδικές παρεμβάσεις ανακουφιστικής φροντίδας που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, είναι πρωταρχικής σημασίας να προσδιοριστεί η στάση του ασθενούς απέναντι στην συνεχιζόμενη νόσο του. Μια προσεκτική θεώρηση είναι απαραίτητη όταν εκτιμούμε την έκταση της νόσου και τις επιδράσεις της βαρύτητας των συμπτωμάτων στον ασθενή. Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει:

- Προσδιορισμό της φύσης των κλινικών ευρημάτων και των επιδράσεων των συμπτωμάτων
- Προσεκτική και εκτενής λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση και ανασκόπηση όλων των θεραπειών φαρμακευτικών και μη, εκτίμηση με ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις της κατάστασης και προσεκτική διαφορική διάγνωση τυχόν συνυπαρχόντων παθολογιών ή αναστρέψιμων συμπτωμάτων
- Προσεκτική εκτίμηση του προβλήματος και της συνολικής κατάστασης του ασθενή και ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Για

παράδειγμα, η προτεραιότητα σε ασθενή με λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, αφυδατωμένου και κατάκοιτου θα είναι διαφορετική από την ίδια κατάσταση σε έναν ξύπνιο, ενεργητικό και ανεξάρτητο ασθενή

- Οριστικοποίηση του κόστους των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς. Οτιδήποτε είναι σωστό και ευεργετικό για κάποιον, μπορεί να είναι επιβλαβές και λανθασμένο για κάποιον άλλο. Εκτίμηση των κινδύνων σε σχέση με τα οφέλη για τις θεραπευτικές ενέργειες, καθώς και των υπερβολικών και μη απαραίτητων παρεμβάσεων
- Συζήτηση των διαφόρων παρεμβάσεων με τον ασθενή και την οικογένεια του και βοήθεια στη λήψη μιας απόφασης με ρεαλιστικό προσδοκώμενο όφελος

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας επιλέχθηκε ως θέμα, από κοινού με τον υπεύθυνο Καθηγητή κ. Γουργουλιάνη Κωνσταντίνο, “Διερεύνηση των γνώσεων επαγγελματιών υγείας πάνω στο θεσμό του Ιατρείου Πόνου”.

Πολυάριθμες μελέτες και εργασίες^{56,57,63,64} έχουν γίνει και δημοσιευθεί όσον αφορά τις μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου, που αποτελεί μια συχνή οντότητα με μεγάλη οικονομική επίπτωση στην παγκόσμια οικονομία. Μετά τη διάγνωση της ασθένειας, διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες αναπτύσσονται από τη στιγμή της διάγνωσης και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτοί διογκώνονται, κυρίως από τη στιγμή που εξαντλούνται όλες οι δυνατές θεραπείες και δεν υπάρχει προσδοκία για την περαιτέρω ίαση και αντιμετώπιση της νόσου. Ο ασθενής βυθίζεται στην θλίψη και η απελπισία του μεγαλώνει ακόμη περισσότερο όταν σε όλο αυτό το «δράμα» του έρχεται να προστεθεί και ο πόνος.

Το πόσο περίπλοκη είναι η παθοφυσιολογία του πόνου και πόσο σημαντική και ουσιαστική είναι η φροντίδα και η υποστήριξη των ασθενών σ’ αυτή τη φάση της ζωής τους, είναι γνωστά παγκοσμίως. Η ευαισθητοποίηση και η σφαιρική ενημέρωση των λειτουργών υγείας τόσο πάνω στο θέμα του πόνου όσο και πάνω στους τρόπους και χώρους αντιμετώπισής του κρίνεται μείζονος σημασίας. Η άγνοια και πολλές φορές εσφαλμένη αντίληψη, τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και των ίδιων των ασθενών, οδηγεί σε μεγάλη αύξηση των επισκέψεων των τελευταίων σε διάφορους φορείς υγείας για

αναζήτηση θεραπείας, η οποία τις πιο πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται. Έτσι, οι ασθενείς καταναλώνονται με την εφαρμογή άσκοπων, χρονοβόρων και οικονομικά ασύμφωρων θεραπειών, χωρίς όμως κλινικό όφελος.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων, πάνω στα Ιατρεία Πόνου και το ακριβές αντικείμενό τους, των ιατρών και νοσηλευτών της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίοι αντιμετωπίζουν καθημερινά ασθενείς χρονίως πάσχοντες και είναι υπεύθυνοι για την σωστή και εξορθολογισμένη καθοδήγηση και αντιμετώπισή τους.

Αποφασίστηκε η συγκεκριμένη μελέτη να περιλαμβάνει τα νοσοκομεία του Βόλου και της Λάρισας (Γενικό και Πανεπιστημιακό).

Η εκπόνηση της έρευνας επιτεύχθηκε με την δημιουργία και την διανομή ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις. Κάποιες από αυτές ήταν ερωτήσεις βασικών γνώσεων πάνω στο θεσμό των Ιατρείων Πόνου, ενώ άλλες ήταν εξειδικευμένες ερωτήσεις που αφορούσαν τη λειτουργία του παραπάνω θεσμού.

Συνολικά, τυπώθηκαν και διανεμήθηκαν 190 ερωτηματολόγια. Αυτά παραδόθηκαν προσωπικά σε κάθε έναν από τους γιατρούς και νοσηλευτές των προαναφερθέντων νοσοκομείων. Κατεβλήθη προσπάθεια ώστε η μορφή των ερωτηματολογίων να είναι όσο το δυνατό απλούστερη και να συμπληρωθεί ανώνυμα. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται οι ακόλουθες ερωτήσεις:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Έχετε ακούσει ποτέ για το θεσμό του ιατρείο πόνου;

Ναι ☐ Όχι ☐

2. Αν όχι, τι φαντάζεστε ότι μπορεί να είναι

.....
.....
.....
.....

3. Ποια ιατρική ειδικότητα ασχολείται συστηματικά με τον πόνο;

Παθολόγος	<input type="checkbox"/>
Γενικός Γιατρός	<input type="checkbox"/>
Αναισθησιολόγος	<input type="checkbox"/>
Χειρουργός	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρος	<input type="checkbox"/>
Ογκολόγος	<input type="checkbox"/>

4. Σ' ένα ιατρείο πόνου παρέχουν τις υπηρεσίες τους:

Γιατροί	<input type="checkbox"/>
Φυσικοθεραπευτές	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτές	<input type="checkbox"/>
Ψυχολόγοι	<input type="checkbox"/>
Κοινωνικοί λειτουργοί	<input type="checkbox"/>
Εθελοντές (πολίτες)	<input type="checkbox"/>

5. Έχετε επισκεφθεί ποτέ ιατρείο πόνου;

Ναι ☐ Όχι ☐

6. Αν είχατε πρόβλημα χρόνιου πόνου:

Θα πηγαίνατε σε ιατρείο πόνου από μόνος σας ☐
Θα πήγαινα μόνο αν μου το σύστηνε ο γιατρός μου ☐
Δεν θα πήγαινα ποτέ ☐

7. Τα ιατρεία πόνου απευθύνονται:

σε ηλικιωμένους ☐
σε παιδιά ☐
σε ενήλικες ☐

8. Τα Ιατρεία Πόνου νοσηλεύουν ασθενείς;

Ναι ☐ Όχι ☐

9. Σε ποιο είδος πόνου απευθύνεται ένα Ιατρείο Πόνου;

Καρκινικός Πόνος ☐
Οσφυαλγία ☐
Μεθερπητική Νευραλγία ☐
Πόνος τοκετού ☐
Πόνος «μέλους φάντασμα» ☐
Διαβητική Νευροπάθεια ☐
Νευραλγία τριδύμου ☐
Κεφαλαλγία ☐
Μετεγχειρητικό Πόνο ☐

10. Πιστεύετε πως ο πόνος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στη χώρα μας;

Ναι ☐ Όχι ☐

11. Λειτουργεί στο χώρο εργασίας σας Ιατρείο Πόνου;

Ναι ☐ Όχι ☐

**12.Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχουν σε όλα τα νοσοκομεία
Ιατρεία Πόνου;**

Ναι ☐ Όχι ☐

13.Τα ιατρεία πόνου παρέχουν:

Συμβουλές	<input type="checkbox"/>
Φαρμακευτική αγωγή	<input type="checkbox"/>
Ιατρονοσηλευτική φροντίδα	<input type="checkbox"/>
Δωρεάν σίτιση	<input type="checkbox"/>
Ψυχολογική Υποστήριξη	<input type="checkbox"/>
Τηλεφωνική Υποστήριξη	<input type="checkbox"/>
Κατ' οίκον νοσηλεία	<input type="checkbox"/>

14.Η αντιμετώπιση του ασθενούς είναι:

Συντηρητική	<input type="checkbox"/>
Παρεμβατική	<input type="checkbox"/>
Και τα δύο	<input type="checkbox"/>
Κανένα από τα δύο	<input type="checkbox"/>

15.Τα ιατρεία πόνου στοχεύουν:

Στην ανακούφιση από τον πόνο	<input type="checkbox"/>
Στην επανένταξή του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο	<input type="checkbox"/>
Στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του πάσχοντα	<input type="checkbox"/>
Στην ανεύρεση εργασίας του πάσχοντα	<input type="checkbox"/>

16.Έχετε ακούσει για παρηγορητική ιατρική;

Ναι ☐ Όχι ☐

17.Η παρηγορητική Ιατρική στοχεύει:

- Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ☐
ανίατη νόσο
- Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγγενών τους ☐
- Στην εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς ζωής ☐
- Στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου ☐

18.Η διαδικασία της παρηγορητικής φροντίδας αφορά ασθενείς με:

- Καρκίνο ☐
- AIDS ☐
- Ανίατα νευρολογικά νοσήματα ☐
- Τελικά στάδια καρδιακής, αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας ☐
- Νόσος Alzheimer ☐
- Προχωρημένη ηλικία ☐
- Προθανάτια φροντίδα. ☐

**19.Υπάρχουν μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου πέραν της
φαρμακευτικής αγωγής;**

Ναι ☐ Όχι ☐

**20.Γνωρίζετε ή έχετε ακούσει ποτέ για κάποια από τις παρακάτω από
τις παρακάτω μεθόδους;**

- Βελονισμός ☐
- Χειροπρακτική ☐
- Διαλογισμός ☐
- Θεραπεία με όζον ☐
- Rei-ki ☐
- Ρεφλεξολογία ☐

Άλλο.....

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν σε πακέτο φύλλων εργασίας (spreadsheet) του λογισμικού Microsoft Excel Office 10 for Windows XP. Για τη βιοστατιστική ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας δεδομένων (statistical package) SPSS 16.0 edition (SPSS for Windows). Ακολούθως, έγινε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών (normal distribution), όλων των ποσοτικών μεταβλητών (quantitative variables), με τη χρήση της μη παραμετρικής δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov.

Για την περιγραφή του υλικού χρησιμοποιήθηκαν ο μέσος όρος (mean) για το δείγμα (sample) και η αντίστοιχη δειγματική έκφραση για την τυπική απόκλιση (standard deviation). Από την τυπική απόκλιση υπολογίστηκε το τυπικό σφάλμα (standard error) το οποίο και απεικονίζεται στις γραφικές παραστάσεις κατά υποομάδα περιστατικών.

Ο μέσος όρος (mean) για δείγμα (sample) υπολογίσθηκε σύμφωνα με τη γνωστή μαθηματική διατύπωση :

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

Όπου Σ=άθροισμα, x_i =τιμές της μεταβλητής, n =σύνολο των περιστατικών κατά μεταβλητή, ενώ η αντίστοιχη δειγματική έκφραση για την τυπική απόκλιση (standard deviation) ορίζεται ως εξής :

$$s = \sqrt{\frac{\sum n_i (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Ο τύπος για το τυπικό σφάλμα s_x είναι ο παρακάτω:

$$s_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Για τον έλεγχο βιοστατιστικών υποθέσεων (hypothesis tests) εφαρμόστηκε, ανάλογα με τη φύση των συγκρίσεων, η παραμετρική μέθοδος student t-test για ανεξάρτητα δείγματα (t-test for independent samples), με υπολογισμό της τιμής του t (t value), σύμφωνα με τον

$$t = \frac{\bar{x} - \mu}{s_{\bar{x}}} = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s^2}{n_1} + \frac{s^2}{n_2}}}$$

τύπο :

όπου t= τιμή του στατιστικού student t-test και η δοκιμασία χ^2 .

Επιπλέον, υπολογίσθηκαν οι συντελεστές μεταβλητότητας

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{[\sum (x - \bar{x})^2] \cdot [\sum (y - \bar{y})^2]}} = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{n}}{\sqrt{[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}] \cdot [\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}]}}$$

(correlation coefficients) σύμφωνα με τον τύπο :

όπου χ, ψ μεταβλητές.

Ακόμη, ελέγχθηκε η στατιστική σημαντικότητα των συντελεστών r, κατά περίπτωση, με βάση την αντίστοιχη διατύπωση :

$$t = \frac{r}{\sqrt{1 - r^2}} \cdot \sqrt{n - 2}$$

Επιπρόσθετα, υπολογίσθηκαν οι συντελεστές μεταβλητότητας (correlation coefficients) και ελέγχθηκε η στατιστική σημαντικότητα των συντελεστών r κατά περίπτωση.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τις δοκιμασίες Mann Whitney U και χ^2 . Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως Μέσος όρος \pm Τυπικό Σφάλμα είτε ως ποσοστό επί τοις εκατό (%). Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας τίθεται το $p < 0,05$.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανταπόκριση των ιατρών ήταν εντυπωσιακή, αφού συμπληρώθηκαν τα 176 ερωτηματολόγια από τα 190, ποσοστό 92,65%.

Ερώτηση 1: Έχετε ακούσει ποτέ για το θεσμό του Ιατρείου Πόνου;

Το ποσοστό των γιατρών και νοσηλευτών που έχουν ακούσει για το θεσμό ήταν εξαιρετικά υψηλό σε σχέση με αυτούς που το άκουγαν για πρώτη φορά και κυμάνθηκε αντίστοιχα στο 93,8 % και 6,2 %. Τα ποσοστά ήταν περίπου παρόμοια μεταξύ ανδρών-γυναικών, γιατρών-νοσηλευτών, ειδικών-ειδικευομένων.

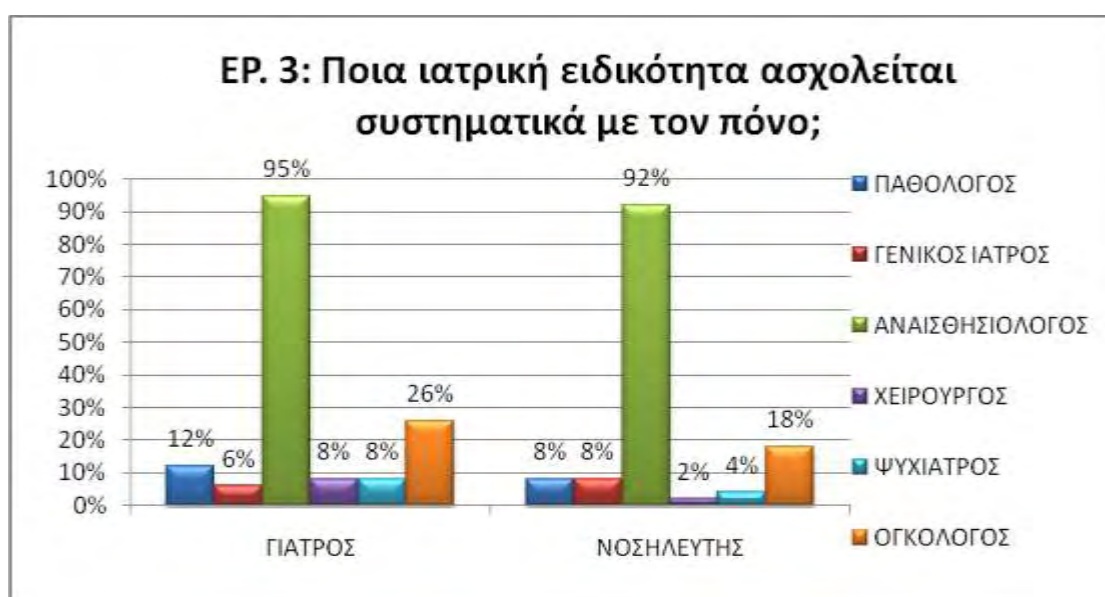


Ερώτηση 2: Αν όχι, τι φαντάζεστε ότι μπορεί να είναι;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, οι οποίοι δεν γνώριζαν το θεσμό, απάντησαν από τον χρησιμοποιούμενο και μόνο όρο (Ιατρεία Πόνου) πως πρόκειται για ιατρεία αντιμετώπισης περιστατικών πόνου, ενώ κάποιoi (30% περίπου) προσδιόρισαν και το είδος του πόνου, δηλαδή χρόνιος.

Ερώτηση 3: Ποια ιατρική ειδικότητα ασχολείται συστηματικά με τον πόνο;

Στην ερώτηση αυτή η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 95% των γιατρών και 92% των νοσηλευτών, απάντησαν πως ο γιατρός που ασχολείται συστηματικά με τον πόνο είναι κατά κύριο λόγο ο Αναισθησιολόγος, ενώ ένα ποσοστό 26% των γιατρών και 18% των νοσηλευτών επέλεξε και τον Ογκολόγο. Μικρά ήταν τα ποσοστά 12% και 8% αντίστοιχα αυτών που επέλεξαν τον Παθολόγο.



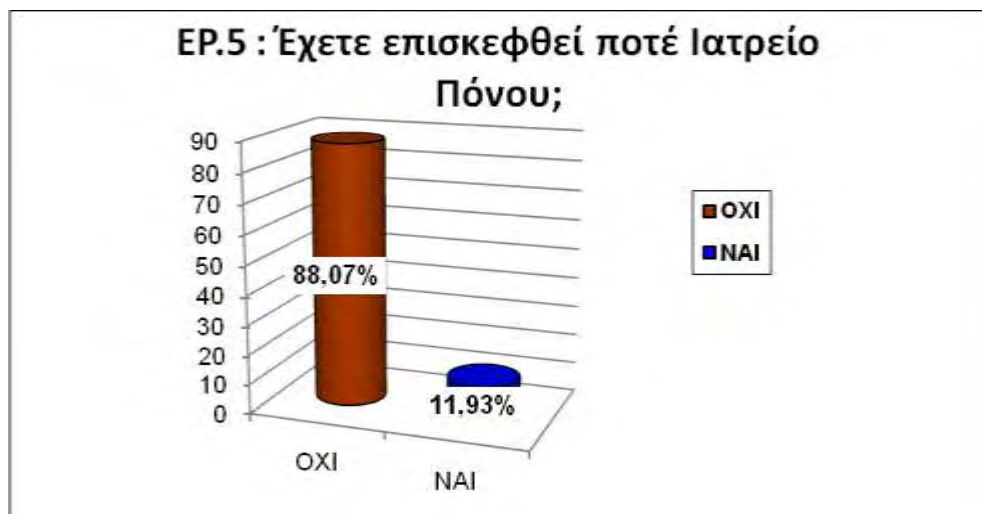
Ερώτηση 4: Ποιοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' ένα ιατρείο πόνου;

Η ερώτηση αυτή επέτρεπε απεριόριστο αριθμό απαντήσεων και αποσκοπούσε στη εκτίμηση της εικόνας που έχουν οι γιατροί και νοσηλευτές της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη στελέχωση και λειτουργία ενός Ιατρείου Πόνου. Αξιοσημείωτο αποτέλεσε το ποσοστό 45% των γιατρών και 35% των νοσηλευτών που δεν γνώριζαν ότι στα Ιατρεία Πόνου απασχολούνται νοσηλευτές. Δηλαδή, το ένα τρίτο των νοσηλευτών αγνοεί πως μπορεί να εργαστεί και να προσφέρει σε ένα τέτοιο τμήμα. Ενώ, 58% των γιατρών και 72% των νοσηλευτών αγνοεί τη δραστηριότητα των ψυχολόγων και φυσικοθεραπευτών στα Ιατρεία Πόνου.



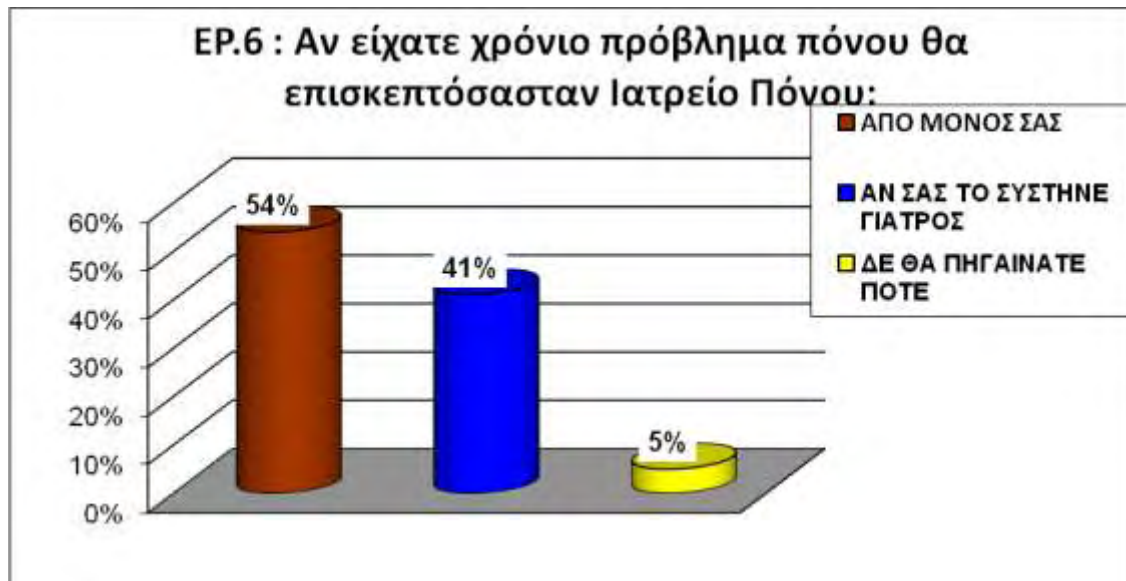
Ερώτηση 5: Έχετε επισκεφθεί ποτέ ιατρείο πόνου;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88%) δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ ιατρείο πόνου.



Ερώτηση 6: Αν είχατε πρόβλημα χρόνιου πόνου θα πηγαίνατε σε ιατρείο πόνου μόνος σας, αν σας το σύστηνε ο γιατρός σας ή δεν θα πηγαίνατε ποτέ;

Στην ερώτηση αυτή 4% των γιατρών και 8% των νοσηλευτών απάντησαν πως δεν θα πήγαιναν ποτέ σε Ιατρείο Πόνου. Μόνοι τους θα πήγαιναν 53% των γιατρών και 56% των νοσηλευτών, ενώ 43% των γιατρών και 36% των νοσηλευτών θα πήγαιναν μόνο αν τους το σύστηνε ο γιατρός τους. Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται το συνολικό ποσοστό των ερωτηθέντων.



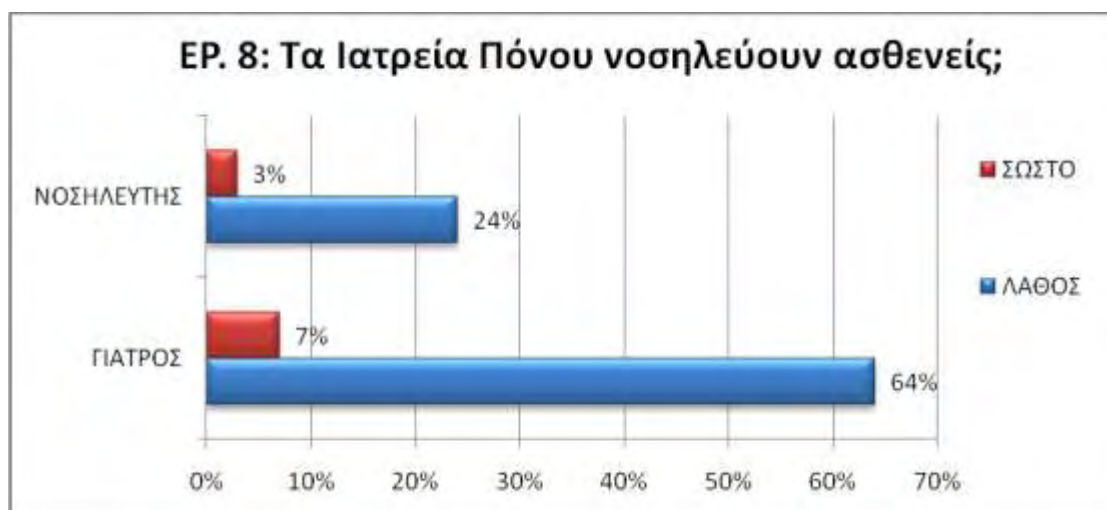
Ερώτηση 7: Σε ποιους απευθύνονται τα ιατρεία πόνου;

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (περίπου 90%) απάντησε τους ενήλικες. Τραγικό είναι το ποσοστό (>50%) των γιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι δεν γνωρίζουν ότι τα ιατρεία πόνου απευθύνονται και σε παιδιά, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του συνόλου των ερωτηθέντων (περίπου 30%) δεν πιστεύει πως οι ηλικιωμένοι μπορούν να απευθύνονται σε τέτοιου είδους ιατρεία.



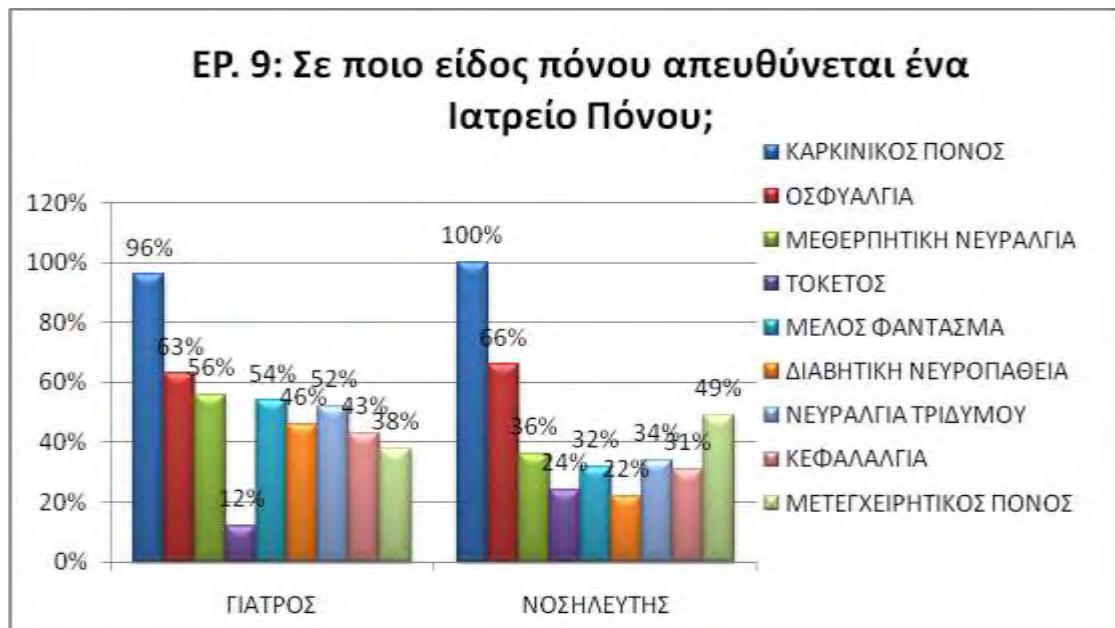
Ερώτηση 8: Τα Ιατρεία Πόνου νοσηλεύουν ασθενείς;

Εδώ, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 156- ποσοστό 90%, απάντησε λάθος (δεν νοσηλεύουν ασθενείς), ενώ μόλις 18-ποσοστό 10% απάντησε σωστά.



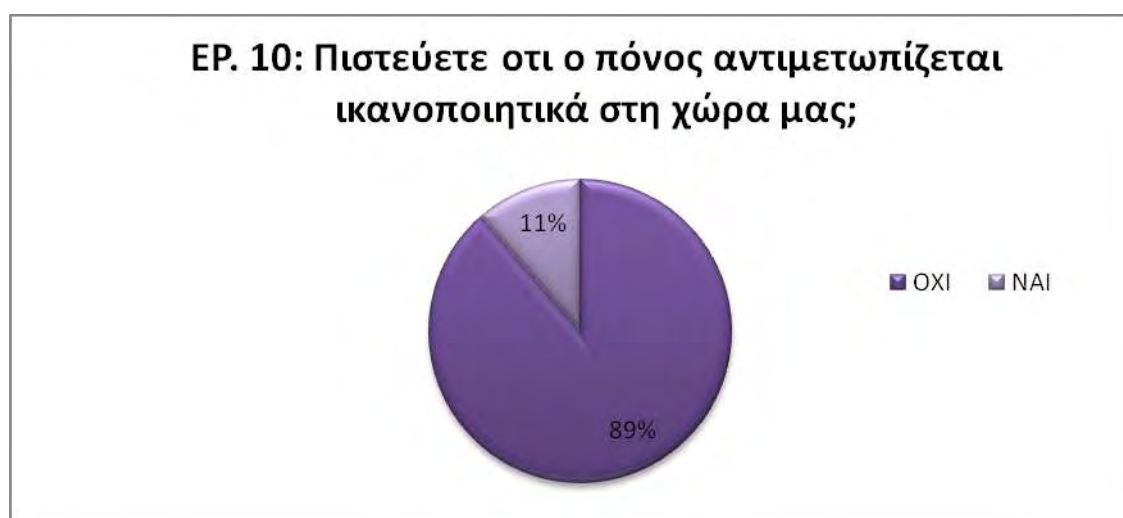
Ερώτηση 9: Σε ποιο είδος πόνου απευθύνεται ένα Ιατρείο Πόνου;

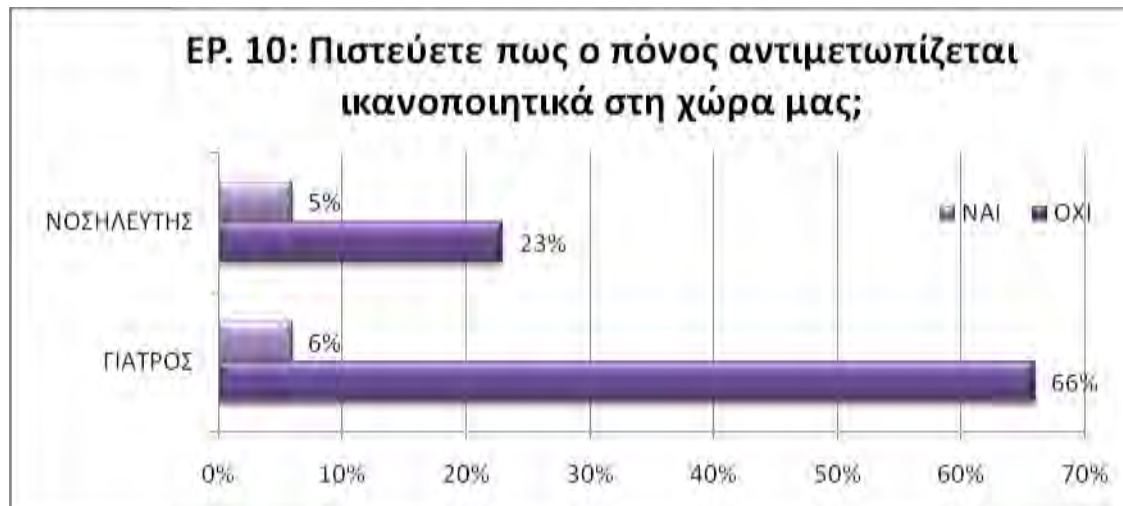
Η ερώτηση αυτή εμπεριείχε απεριόριστο αριθμό απαντήσεων και αποσκοπούσε στη εκτίμηση των γνώσεων των ερωτηθέντων, σχετικά με το ποιες οντότητες αντιμετωπίζονται σ' ένα Ιατρείο Πόνου. Αξιοσημείωτο ήταν το ποσοστό (άγγιζε το 100%) αυτών οι οποίοι απάντησαν τον καρκινικό πόνο, ενώ εντυπωσιακό ήταν το ποσοστό 25%) αυτών που πίστευαν πως ο παραπάνω πόνος είναι ο μόνος που αντιμετωπίζεται στα συγκεκριμένα ιατρεία. Η πλειοψηφία δε των ερωτηθέντων, περίπου 50% των γιατρών και 70% των νοσηλευτών έχει άγνοια για το ποιες πραγματικά νόσοι θα μπορούσαν να βρουν βοήθεια και υποστήριξη σ' ένα τέτοιο κέντρο, ποσοστό αρκετά υψηλό.



Ερώτηση 10: Πιστεύετε πως ο πόνος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στη χώρα μας;

Στην ερώτηση αυτή, μόνο το 11% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως ο πόνος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στη χώρα μας.





Ερώτηση 11: Λειτουργεί στο χώρο εργασίας σας Ιατρείο Πόνου;

Οι 49 από τους 176 ερωτηθέντες (ποσοστό 28%) απάντησαν πως στο χώρο εργασίας τους δεν λειτουργεί Ιατρείο Πόνου, ενώ και στα τρία νοσοκομεία στα οποία διεξήχθη η έρευνα λειτουργούν ιατρεία και μάλιστα πάνω από 10 χρόνια το καθένα.



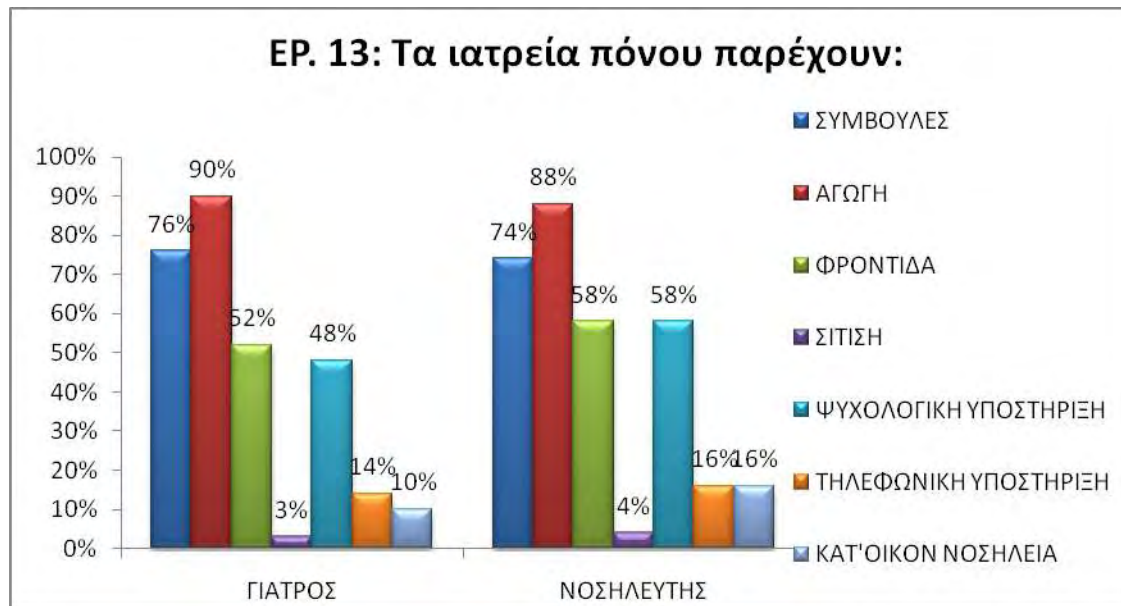
Ερώτηση 12: Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχουν σε όλα τα νοσοκομεία Ιατρεία Πόνου;

Η πλειοψηφία των λειτουργών υγείας πιστεύει πως θα έπρεπε να υπάρχουν ιατρεία πόνου σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (3%) πιστεύει πως δεν είναι αναγκαίο σε όλα τα νοσοκομεία.



Ερώτηση 13: Τι υπηρεσίες παρέχουν τα ιατρεία πόνου;

Η ερώτηση αυτή αφορά την γνώση επάνω στη δουλειά που γίνεται στα ιατρεία πόνου και τις παροχές προς τους ασθενείς. Τα υψηλότερα ποσοστά των απαντήσεων (90% για γιατρούς και 88% για νοσηλευτές) αφορούσαν την φαρμακευτική αγωγή, ενώ τα ποσοστά της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και της ψυχολογικής υποστήριξης και για τους μεν και για τους δε ανερχόταν στο 50%.



Ερώτηση 14: Η αντιμετώπιση του ασθενούς στα ιατρεία πόνου είναι συντηρητική, παρεμβατική ή και τα δύο;

Το 72% των ερωτηθέντων μόνο έδωσε τη σωστή απάντηση (και τα δύο), ενώ αρκετά μεγάλο (22%) ήταν το ποσοστό αυτών που απάντησαν μόνο συντηρητική.



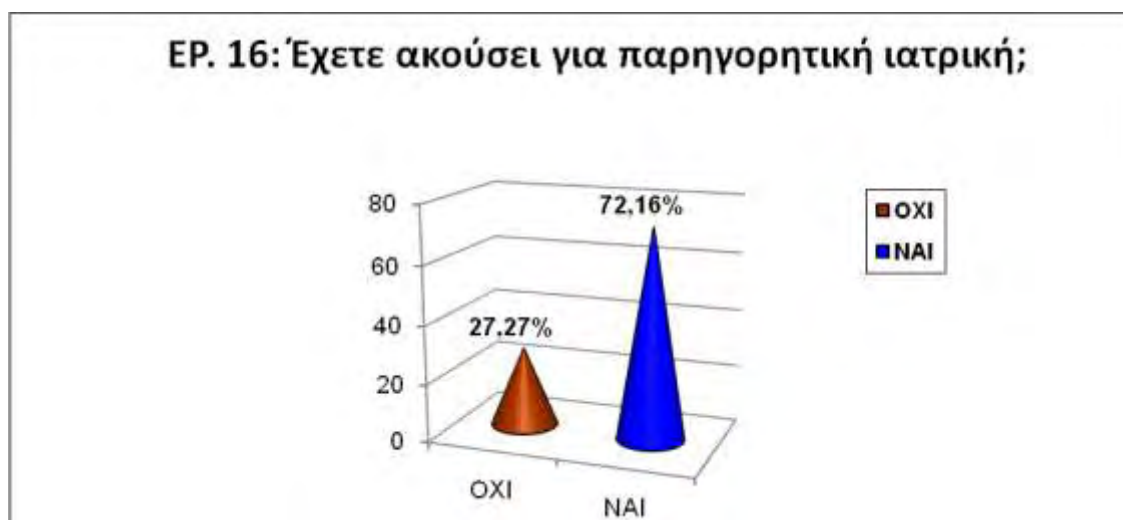
Ερώτηση 15: Ποιοι είναι οι στόχοι των Ιατρείων Πόνου;

Και στην ερώτηση αυτή υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων, με το καθολικό σύνολο των ερωτηθέντων να εστιάζει στην ανακούφιση από τον πόνο, ενώ μόνο 30% των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει πως η αντιμετώπιση των ασθενών στα ιατρεία πόνου βοηθά στην επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και 50% στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του πάσχοντα και ως εκ τούτου τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.



Ερώτηση 16: Έχετε ακούσει για παρηγορητική ιατρική;

Το 27% των ερωτηθέντων δεν έχουν ακούσει ποτέ για παρηγορητική ιατρική.



Ερώτηση 17: Που στοχεύει η παρηγορητική Ιατρική;

Στην ερώτηση αυτή, 95% των γιατρών και 88% των νοσηλευτών απάντησαν στη βελτίωση της ζωής ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ανίατη νόσο, ενώ εξαιρετικά χαμηλά ήταν τα ποσοστά 31% των γιατρών και 45% των νοσηλευτών αυτών που πιστεύουν πως η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει εκτός των άλλων και στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου, ενώ σε μεγαλύτερα πλαίσια κυμάνθηκαν τα ποσοστά (44-78%) αυτών που πιστεύουν πως μέσα στους στόχους της είναι και η εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς ζωής.



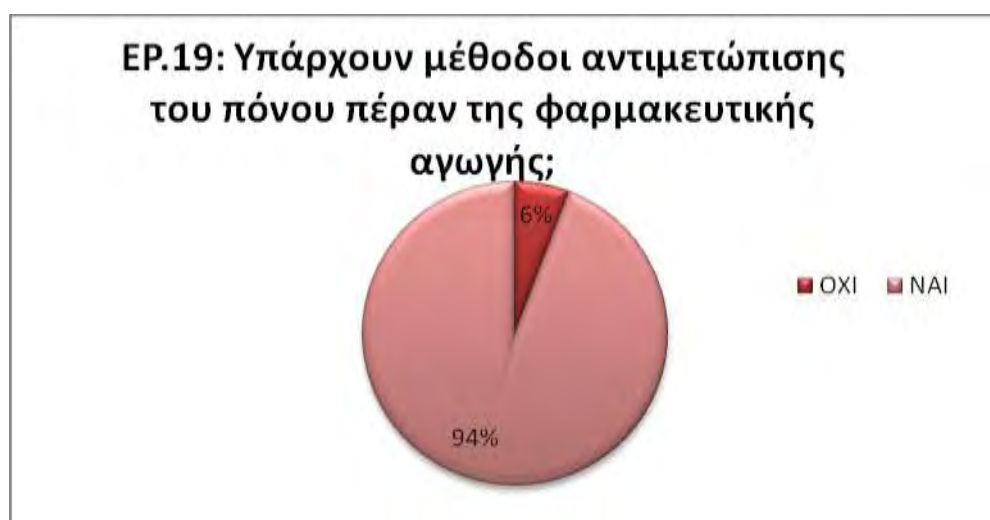
Ερώτηση 18: Ποιους ασθενείς αφορά η διαδικασία της παρηγορητικής φροντίδας;

Στην ερώτηση αυτή σωστά (όλα τα παραπάνω) απάντησαν 62 άτομα, ποσοστό 38%, ενώ οι υπόλοιποι ερωτηθέντες απάντησαν διάφορους συνδυασμούς νόσων, με αξιοσημείωτα υψηλά τα ποσοστά άγνοιας, τα οποία άγγιξαν το 75-90%, για την αντιμετώπιση νόσων που κατακλύζουν την καθημερινότητά μας, όπως AIDS, νόσος Alzheimer, Τελικά στάδια καρδιακής, νεφρικής και αναπνευστικής ανεπάρκειας.



Ερώτηση 19: Υπάρχουν μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου πέραν της φαρμακευτικής αγωγής;

94% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως υπάρχουν κι άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου πέραν της φαρμακευτικής αγωγής.



Ερώτηση 20: Γνωρίζετε ή έχετε ακούσει ποτέ για κάποια από τις παρακάτω από τις παρακάτω μεθόδους;

Το σύνολο των γιατρών και νοσηλευτών (100%) ήταν ενήμεροι για την ύπαρξη του βελονισμού ως προτεινόμενη θεραπεία για τον πόνο, ενώ αρκετά υψηλά ήταν τα ποσοστά αυτών που έχουν ακούσει για χειροπρακτική (60%), Διαλογισμό (45%) και ρεφλεξολογία (60%).

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο χρόνιος πόνος είναι αυτοτελής και πολυπαραγοντική νόσος και η αντιμετώπισή του είναι υψίστης σημασίας. Η μη ανακούφισή του μπορεί να προκαλέσει στους ασθενείς:

- Κατάθλιψη
- Διακοπή καθημερινών δραστηριοτήτων
- Διαταραχή όρεξης και ύπνου
- Αίσθημα άγχους και εγκατάλειψης
- Απελπισία
- Άρνηση θεραπείας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή

Η φροντίδα των ασθενών, που παρουσιάζουν πολλαπλά συμπτώματα και έχουν πολύπλοκες ανάγκες, απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, η οποία θα αξιοποιεί επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων

(γιατρούς, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α), με καλή γνώση ελέγχου των συμπτωμάτων, επαρκείς ικανότητες επικοινωνίας και διάθεση προσήλωσης στον ασθενή.

Μόνο εξειδικευμένα κέντρα με ειδικές γνώσεις πάνω στην παθοφυσιολογία του πόνου, που αντιμετωπίζουν τον πάσχοντα ως σύνολο (σώμα και ψυχή) είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπισή του και την επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του σύνολο.

Παγκοσμίως, υπάρχει τα τελευταία χρόνια μία στροφή των λειτουργιών υγείας στην εξειδικευμένη αντιμετώπιση του πόνου και στην αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στους χρονίως πάσχοντες.

Κύριος στόχος της μελέτης που εκπονήθηκε ήταν η καταγραφή και η εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων και των απόψεων ενός δείγματος των επιστημόνων υγείας στην Ελλάδα, πάνω στο θέμα του πόνου και της αντιμετώπισής του. Επιπλέον, σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας δεν υπάρχει μέχρι σήμερα, στην ευρύτερη βιβλιογραφία, έρευνα που να αξιολογεί το επίπεδο των γνώσεων, της υποδομής και των αναγκών των επιστημόνων υγείας σχετικά με το θέμα αυτό.

Στην έρευνά μας στις γενικές ερωτήσεις για τον πόνο, την ύπαρξη των ιατρείων πόνου και ποιοι ασχολούνται με αυτό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε αρκετά σωστά στις ερωτήσεις, εκτός από αυτή που αφορούσε τις ηλικιακές ομάδες που μπορούν να απευθυνθούν σ' ένα τέτοιο μέρος, όπου πάνω από το 50% δεν γνώριζε ότι και τα παιδιά μπορούν να απευθυνθούν σ' ένα Ιατρείο Πόνου, χαρακτηριστικό της

ελλιπούς ενημέρωσης και της σύγχυσης που επικρατεί και στον ιατρονοσηλευτικό κόσμο σχετικά με το παραπάνω θέμα. Επίσης, 30% περίπου των ερωτηθέντων δεν πιστεύει πως οι ηλικιωμένοι μπορούν να απευθύνονται σε τέτοιου είδους ιατρεία, γεγονός που εμπίπτει στο ευρύτερο πλαίσιο της θεώρησης που έχουμε ως χώρα, αλλά και της νοοτροπίας μας ως υγειονομικοί για τους ηλικιωμένους.

Ο γιατρός που ασχολείται συστηματικά με τον πόνο είναι κατά κύριο λόγο ο Αναισθησιολόγος απάντησαν 95% των γιατρών και 92% των νοσηλευτών, αξιοσημείωτο ποσοστό, το οποίο αναδεικνύει την τρομερή έλλειψη γνώσεων ή διάθεσης ενασχόλησης πολλών γιατρών κλινικών ειδικοτήτων με το πρόβλημα του πόνου, οι οποίοι ουσιαστικά είναι αυτοί που έρχονται άμεσα και πιο συχνά σε επαφή με τους πάσχοντες και έχοντες ανάγκη υποστήριξης ασθενείς. Οι γιατροί που απάντησαν στα ερωτηματολόγια ήταν αποκλειστικά κλινικοί και μάλιστα η πλειοψηφία τους ήταν χειρουργοί και παθολόγοι, οι οποίοι σε καθημερινή βάση αντιμετωπίζουν χρονίως πάσχοντες. Οι ίδιοι αυτοί γιατροί, αλλά και οι νοσηλευτές των τμημάτων τους θεωρούν τον Αναισθησιολόγο υπεύθυνο ή ίσως καταλληλότερο για να ασχοληθεί με αυτό το θέμα. Σε όλες τις προηγμένες χώρες, οι Αναισθησιολόγοι κρατούν τα ηνία αυτών των ιατρείων^{92,98}, αλλά σε ουσιαστική συνεργασία με ογκολόγους και τους θεράποντες ιατρούς, χειρουργούς ή παθολόγους, οι οποίοι λαμβάνουν ενεργό μέρος στην παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών. Στη χώρα μας, το φορτίο αυτό το έχουν επωμιστεί αποκλειστικά και μόνο οι Αναισθησιολόγοι, ενώ η συνεργασία άλλων ειδικοτήτων αποφαίνεται αρκετά δυσχερής. Οι λόγοι για το οποίο πιθανόν να συμβαίνει αυτό είναι αφ' ενός η

έλλειψη γνώσεων για μια τέτοια ενασχόληση, αφετέρου η έλλειψη διάθεσης.

Όσον αφορά την ερώτηση για το ποιοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' ένα ιατρείο πόνου, όλες οι μελέτες^{64,92,98} αναδεικνύουν την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους ασθενών, αφού πρωταρχικός στόχος αποτελεί η ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές αποτελούν το βασικό πυρήνα στελέχωσης ενός τέτοιου κέντρου, το οποίο δεν θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να προσφέρει ολοκληρωμένες και ουσιαστικές υπηρεσίες χωρίς την ανεκτίμητη συνεισφορά ψυχολόγων, φυσικοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, ακόμη και εθελοντών^{30,56,63}. Οι γνώσεις των γιατρών και νοσηλευτών και σ' αυτό το σημείο υστερούν με χαρακτηριστικό το ποσοστό των ερωτηθέντων (45% των γιατρών και 35% των νοσηλευτών), οι οποίοι δεν γνωρίζουν ότι στα Ιατρεία Πόνου απασχολούνται νοσηλευτές. Δηλαδή, το ένα τρίτο των νοσηλευτών αγνοεί πως μπορεί να εργαστεί και να προσφέρει σε ένα τέτοιο τμήμα. Ενώ, 58% των γιατρών και 72% των νοσηλευτών αγνοεί τη δραστηριότητα των ψυχολόγων και φυσικοθεραπευτών στα Ιατρεία Πόνου.

Το γεγονός ότι 4% των γιατρών και 8% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι δεν θα πήγαιναν ποτέ σε ιατρείο Πόνου, ενώ το επίσης υψηλό ποσοστό των 43% των γιατρών και 36% των νοσηλευτών θα πήγαιναν μόνο αν τους το σύστηνε ο γιατρός τους, δηλώνει για μια ακόμη φορά την άγνοια των ανθρώπων (πολύ περισσότερο μάλιστα όταν είναι και υγειονομικοί) πάνω στο θέμα του πόνου και παράλληλα εκφράζει το φόβο που προκαλεί ακόμη και η ιδέα να χρειαστεί κανείς τέτοιου είδους βοήθεια. Τα ιατρεία πόνου, ακριβώς για το λόγο ότι η

πλειοψηφία των υγειονομικών τα έχουν συνδέσει με τον καρκίνο μόνο, κρύβουν ένα μυστήριο σχετικά με τη λειτουργία τους και τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται εκεί. 94% των γιατρών και 86% των νοσηλευτών δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ Ιατρείο Πόνου, ενώ αναμφισβήτητα έχουν επισκεφθεί ιατρεία όλων των υπολοίπων κλινικών ειδικοτήτων και σίγουρα ο λόγος δεν είναι ασφαλώς η έλλειψη ανάγκης, όσο η έλλειψη ενημέρωσής τους για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπισθούν σ' έναν τέτοιο χώρο.

Στην ερώτηση για τα είδη του πόνου που αντιμετωπίζονται εκεί, το 50% των γιατρών και 70% των νοσηλευτών φάνηκε πως έχει άγνοια για το ποιες πραγματικά νόσοι θα μπορούσαν να βρουν βοήθεια και υποστήριξη σ' ένα τέτοιο κέντρο, ενώ το ποσοστό αυτών που πιστεύουν πως τα Ιατρεία Πόνου απευθύνονται μόνο στους καρκινοπαθείς άγγιξε το 25%. Το αρκετά αυτό μεγάλο ποσοστό αποδεικνύει περίτρανα την ελλιπή γνώση και ενημέρωση των λειτουργών της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο συγκεκριμένο θέμα. Αυτό προδιαθέτει δυστυχώς στην αλόγιστη χρήση ακριβών εξετάσεων και φαρμάκων στον τομέα της υγείας, δίχως να υπάρχει επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική και συσχέτιση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness), αφού οι ασθενείς γίνονται κοινωνοί μιας αποσπασματικής και λανθασμένης φροντίδας, ψάχνοντας αιτίες και καταναλώνοντας χρόνο και χρήματα σε πανάκριβες μη στοχευμένες θεραπείες¹⁰². Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η διαιώνιση του πόνου και έλλειψη ποιότητας ζωής του πάσχοντος.

Ανατρέχοντας στα λεξικά, το ανακουφίζω σημαίνει καλύπτω, προστατεύω. Επιπλέον ορισμοί ορίζουν το «ανακουφίζω» σαν «μειώνω την ασθένεια» ή «τροποποιώ την ένταση, τα συμπτώματα». Τα Ιατρεία

Πόνου στοχεύουν σ' αυτό το αποτέλεσμα. Ως εκ τούτου, ορισμένα οργανωμένα κέντρα νοσηλεύουν ασθενείς προκειμένου να προσφερθεί σ' αυτούς και τις οικογένειές τους ολοκληρωμένη και ουσιαστική φροντίδα. Το γεγονός αυτό, το οποίο θα μπορούσε να χαρακτηρίσει κανείς φυσικό, αφού πρόκειται για βαρέως πάσχοντες, οι οποίοι χρήζουν συστηματική θεραπεία, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (το ποσοστό ανέρχεται στο 86%) το αγνοεί. Οι λειτουργοί υγείας, στη Θεσσαλία τουλάχιστον, αγνοούν πως οι ασθενείς που απευθύνονται στα Ιατρεία Πόνου μπορούν να νοσηλευτούν, λαμβάνοντας έτσι συστηματικότερη θεραπεία, όπου αυτή απαιτείται γεγονός που αποδεικνύεται και από τις απαντήσεις στην ερώτηση 14, για το αν η θεραπεία του πόνου μπορεί να είναι συντηρητική, παρεμβατική ή να τα συνδυάζει και τα δύο. Στην ερώτηση αυτή 72% των ερωτηθέντων μόνο έδωσε τη σωστή απάντηση (και τα δύο), ενώ αρκετά μεγάλο (22%) ήταν το ποσοστό αυτών που απάντησαν μόνο συντηρητική.

Η σωστή αντιμετώπιση του πάσχοντος από χρόνιο πόνο απαιτεί συνδυασμό συντηρητικής και παρεμβατικής θεραπείας. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος ισχυρών μελετών και μετά-αναλύσεων που στηρίζουν την άποψη αυτή^{25,33,100}. Όλοι οι ασθενείς αρχικά πρέπει να ενημερώνονται και να κατευθύνονται στην καταλληλότερη θεραπεία, αλλά και στην υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής, σύμφωνα με τις οδηγίες και τις παρεμβάσεις των ειδικών.

Διεθνείς μελέτες^{101,99,98,90,103} έχουν γίνει για το πόσο αποτελεσματικά αντιμετωπίζεται ο πόνος στις προηγμένες χώρες και την αναγκαιότητα λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου. Στην πιο χαρακτηριστική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τον Centeno C et

αι και δημοσιεύθηκε το 2007¹⁰³ στο Palliative Medicine, εκτιμήθηκε το επίπεδο αντιμετώπισης του πόνου σε 52 χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πιο οργανωμένες χώρες σε αυτό τον τομέα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Πολωνία και η Αρμενία, με τη Γαλλία να βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις και την Ελλάδα να απουσιάζει εντελώς από την έρευνα. Στην ερώτηση 10 της δικής μας μελέτης, μιας και δεν υπάρχουν αντικειμενικά στοιχεία, οι ερωτηθέντες απάντησαν στο τι πιστεύουν για τη δική μας χώρα και αν ο πόνος στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά. 20% των νοσηλευτών, ενώ μόνο το 8% των γιατρών, πιστεύουν πως ο πόνος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στη χώρα μας, και αυτή είναι μάλλον η εικόνα που μας αντιπροσωπεύει.

Αυτό όμως το οποίο εκφράζει επακριβώς το πρόβλημα και αποδεικνύει την μεγάλη έλλειψη ενδιαφέροντος πάνω στο θέμα του χρόνιου πόνου, αποτελεί το αποτέλεσμα της ανάλυσης στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου, η οποία αναφέρεται στη γνώση λειτουργίας ιατρείου πόνου στα νοσοκομεία στα οποία διεξήχθη η έρευνα. Το 28% των ερωτηθέντων απάντησε πως στο νοσοκομείο του δεν λειτουργεί Κέντρο Πόνου, ενώ και στα τρία Νοσοκομεία λειτουργούν Ιατρεία για πάνω από 10 χρόνια το καθένα. Το ποσοστό δεν διέφερε μεταξύ γιατρών-νοσηλευτών, ούτε μεταξύ ειδικευμένων-ειδικευομένων. Σχεδόν, λοιπόν, ένα τρίτο των εργαζόμενων υγειονομικών στα νοσοκομεία της Θεσσαλίας δεν γνωρίζει την ύπαρξη των Ιατρείων Πόνου στο χώρο εργασίας του, ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία τους (97%) πιστεύουν πως θα έπρεπε να υπάρχουν σε όλα τα νοσοκομεία (ερώτηση 12).

Στην ερώτηση 13 που αφορά την γνώση επάνω στη δουλειά που γίνεται στα ιατρεία πόνου και τις παροχές προς τους ασθενείς, τα υψηλότερα ποσοστά των απαντήσεων (90% για γιατρούς και 88% για νοσηλευτές) αφορούσαν την φαρμακευτική αγωγή, ενώ τα ποσοστά της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και της ψυχολογικής υποστήριξης και για τους μεν και για τους δε ανερχόταν στο 50%. Η συντριπτική, λοιπόν, πλειοψηφία των λειτουργών υγείας πιστεύει πως στα Ιατρεία Πόνου πραγματοποιείται μόνο χορήγηση φαρμάκων και κανενός άλλου είδους φροντίδα και υποστήριξη.

Σύμφωνα με τα καταστατικά λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου, η δημιουργία των οποίων στηρίχθηκε σε μεγάλες διεθνείς μελέτες^{68,70,77,85,86, 91,93} που κατέδειξαν το είδος των ασθενών που θα μπορούσαν να ωφεληθούν και τις ακριβείς ανάγκες τους, τα Κέντρα αυτά στοχεύουν στην ανακούφιση από τον πόνο, την επανένταξή του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και την επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του πάσχοντα. Την ολοκληρωμένη αυτή γνώση φαίνεται πως την έχει ένα πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων, αφού μόνο 30% των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει πως η αντιμετώπιση των ασθενών στα ιατρεία πόνου βοηθά στην επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και 50% στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του πάσχοντα και ως εκ τούτου τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Το καθολικό σύνολο των ερωτηθέντων εστιάζει στην ανακούφιση από τον πόνο, αγνοώντας ουσιαστικά την βασική αρχή λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου, η οποία στοχεύει, όπως προαναφέρθηκε στην ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου (ψυχή και σώμα)^{18,44,50}.

Όσον αφορά την Παρηγορητική Ιατρική, το 20% των γιατρών και το 49% των νοσηλευτών δεν έχουν ακούσει ποτέ για αυτήν (ερώτηση 16), αν

και τα αποτελέσματα της ανάλυσης στην ερώτηση 17 αποδεικνύουν πως και αυτοί που έχουν ακούσει δεν γνωρίζουν το ακριβές αντικείμενό της. Στην ερώτηση αυτή, 95% των γιατρών και 88% των νοσηλευτών απάντησαν πως στόχος της είναι η βελτίωση της ζωής ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ανίατη νόσο, εξαιρετικά χαμηλά ήταν τα ποσοστά, 31% των γιατρών και 45% των νοσηλευτών, αυτών που πιστεύουν πως η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει εκτός των άλλων και στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου, ενώ στα ίδια πλαίσια περίπου κυμάνθηκαν και τα ποσοστά (45-50%) αυτών που πιστεύουν πως μέσα στους στόχους της είναι και η εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς ζωής.

Στη διεθνή βιβλιογραφία^{39,40,50,52,77} δίνεται μεγάλη έμφαση στην φροντίδα στο τέλος της ζωής. Η διάγνωση τελικού σταδίου μιας νόσου αλλάζει τα θεμέλια της ίδιας μας της ύπαρξης, μας στερεί τον έλεγχο και τη δυνατότητα να ελπίζουμε και να σχεδιάζουμε για το μέλλον. Όταν ένας ασθενής διαγιγνώσκεται με νόσο τελικού σταδίου, ακόμα και οι ίδιοι οι ιατροί έρχονται αντιμέτωποι με την ευθραυστότητα της ανθρώπινης ζωής. Μερικές φορές ο φόβος του θανάτου και ο περιορισμός του μέλλοντος του ασθενούς είναι οι μόνοι λόγοι για τους οποίους ο ασθενής υποφέρει^{50,39}. Οι ασθενείς που βιώνουν το ενδεχόμενο του θανάτου τους, επηρεάζονται σημαντικά και αρνούνται να συμμετέχουν σε διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Συχνά, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση πως ο ρόλος των επιστημόνων που παρέχουν την παρηγορητική φροντίδα έγκειται στο να προστατεύσει τον άρρωστο από την συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του ή να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή «να τον βοηθήσει να πεθάνει». Στην ουσία, το σημαντικότερο που προσφέρει η παρηγορητική φροντίδα είναι ότι

«βοηθά τον άρρωστο να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Κανείς δεν μπορεί να «πιέσει» τον άρρωστο να αποδεχθεί τον θάνατό του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν τον συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, όσο και τον θάνατο γενικότερα. Με τη διακριτική του παρουσία εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν θα τον εγκαταλείψει, ακόμα και όταν δεν διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει.

Οι επαγγελματίες της ανακουφιστικής φροντίδας με τη συνεργασία τους, μπορούν να συνεισφέρουν στην ολοκληρωμένη και περιεκτική φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειάς του από τη διάγνωση μέχρι το θάνατο. Δυστυχώς, όμως, αυτή η ιδανική προσέγγιση σπάνια συμβαίνει και συχνά οι παρεμβάσεις της παρηγορητικής φροντίδας προσφέρονται στο τελικό στάδιο, λίγο πριν το θάνατο και με ένα αποσπασματικό και ατελή τρόπο.

Οι ασθενείς οι οποίοι μπορούν να βρουν βοήθεια και στήριξη σε όλη την πορεία της νόσου τους είναι πολλοί. Καρκινοπαθείς, ασθενείς με AIDS, ανίατα νευρολογικά νοσήματα, νόσο Alzheimer, άρρωστοι στα τελικά στάδια καρδιακής, αναπνευστικής, ή νεφρικής ανεπάρκειας, ακόμη και υπερήλικες^{64,68,76}. Τη γνώση αυτή φάνηκε από τη μελέτη μας πως την έχουν πολλοί λίγοι, αφού σωστά (όλα τα παραπάνω) απάντησαν 62 άτομα, ποσοστό 38%, ενώ οι υπόλοιποι ερωτηθέντες απάντησαν διαφόρους συνδυασμούς νόσων, με αξιοσημείωτα υψηλά

τα ποσοστά άγνοιας, τα οποία άγγιξαν το 75-90%, για την αντιμετώπιση νόσων που κατακλύζουν την καθημερινότητά μας, όπως AIDS, νόσος Alzheimer, Τελικά στάδια καρδιακής, νεφρικής και αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Εναλλακτικές Θεραπείες όπως ο βελονισμός^{104,105,106}, η χειροπρακτική, ο διαλογισμός, η θεραπεία με όζον, η ρεφλεξολογία κ.α. χρησιμοποιούνται συχνά στην συμπτωματική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. 94% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι η μόνη μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου, ενώ το σύνολο των γιατρών και νοσηλευτών (100%) ήταν ενήμεροι για την ύπαρξη του βελονισμού ως προτεινόμενη θεραπεία για τον πόνο. Αρκετά υψηλά ήταν τα ποσοστά αυτών που έχουν ακούσει για χειροπρακτική (60%), Διαλογισμό (45%) και ρεφλεξολογία (60%).

Συμπερασματικά, η μελέτη που εκπονήθηκε αποδεικνύει πως το επίπεδο κατάρτισης των επιστημόνων στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας υπολείπεται σε βασικές παραμέτρους που αφορούν το θεσμό των Ιατρείων Πόνου. Αν και σε επίπεδο γενικών γνώσεων φαίνεται πως είναι ενήμεροι για το πρόβλημα του χρόνιου πόνου, εντούτοις οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς όσον αφορά τη λειτουργία, τη στελέχωση και τις παροχές τους.

Η αναγκαιότητα μιας πληρέστερης και πιο συστηματικής ενημέρωσης των ιατρών και νοσηλευτών της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης καταδεικνύεται από το ποσοστό τόσο των λανθασμένων όσο και των ελλιπών απαντήσεων.

Η συνολική ολιστική αντιμετώπιση ενός ασθενούς είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και όχι πολυτέλεια για τους λίγους, όταν η ίαση δεν είναι εφικτή.

Η λειτουργία σύγχρονων δομών Παρηγορητικής Φροντίδας αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας. Η χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στην Παρηγορητική Φροντίδα αποτελεί αναγνωρισμένο ανθρώπινο δικαίωμα που πρέπει να απολαμβάνουν όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως ηλικίας, κατοικίας, οικονομικής κατάστασης. Οι επιστημονικές πράξεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του πόνου και όλων των συνοδών συμπτωμάτων είναι πολιτισμός.

Ο πόνος σήμερα αντιμετωπίζεται, από όπου κι αν προέρχεται και όσο σοβαρός κι αν είναι. Ακόμα και χρόνια σύνδρομα ή πόνοι καρκινικοί μπορούν να ανακουφιστούν σημαντικά ή και να εξαφανιστούν. Ο ασθενής σήμερα μπορεί να ωφεληθεί τα μέγιστα από νέες μεθόδους, καθώς έχει αποδειχτεί πια ότι όταν δεν πονάει ο άνθρωπος, τότε έχει πιο γρήγορη ίαση.

Ο ασθενής δεν έχει ανάγκη μόνο από φροντίδα των συστημάτων του οργανισμού του για να κερδίσει την ευζωία. Η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη πρέπει να συνοδεύουν την ιατρική και νοσηλευτική πράξη, ειδικά όταν το πρόβλημα παρουσιάζει χρονιότητα και οι αντοχές είναι λίγες.

Η καταπολέμηση του πόνου πρέπει να αποτελεί μέγιστο στόχο για ηθικούς, ανθρωπιστικούς και ιατρικούς λόγους. Φαίνεται πως μια οργανωμένη και λεπτομερέστερη επιμόρφωση των επιστημόνων υγείας, αλλά και ένα σωστά δομημένο και συντονισμένο πρόγραμμα

ενημέρωσης των πολιτών κρίνονται αναγκαία, ώστε να υπάρξει καθοδήγηση και σωστός προσανατολισμός των ανθρώπων που υποφέρουν αβοήθητοι, σήμερα στον 21^ο αιώνα, όπου η έλλειψη πόνου αποτελεί δείκτη πολιτισμού ενός λαού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics, National Statistic Report, Vol 49, no 12, October 9 2001; and National Vital Statistics Report, Vol 50, no 6, March 21, 2002.
2. Perspectives in Palliative Care, Kim K. Kuebler, Joanne Lynn, James Von Rotten, Seminars in Oncology Nursing, 2005.
3. United States Department of Health and Human Services, offices of Disease Prevention and Health Promotion, Healthy People 2010, Objectives for Improving Health (Dart A), Washington, DC; 2000.
4. Lynn A, Adamson D., Living Well at the End of Life Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age Band Health White Paper, Arlington, VA; 2003.
5. Aitkenhead A.R, Rowbotham D.J, Smith Graham (2001). Textbook of Anaesthesia, 4th edition. Churchill Livingstone, 2001; pp 738-742
6. National Comprehensive Cancer Network, Palliative care: Clinical practice guidelines in oncology, J N CCN 2003; 394-420.

7. Koch U., Mehnert A. Palliative care in Germany. Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006 Nov; 49 (11): 1075-6
8. Implementing Quality Palliative Care, Frank D. Ferris, MD, Xavier Gomer-Batiste, MD, PhD, Carl Johan Furst, MD and Stephen Connor, PhD, 2007.
9. Widder J., Clewisching-Goschnik M. The concept of disease in Palliative Medicine, Med Health Care Phila 2002; 5: 191-197.
10. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, Warr D, Jadad AR. (2008). What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. J Pain Symptom Manage. 2008 Feb;35(2):177-87. Epub 2007 Dec 26.
11. Rama Sapir, Nathan I. Cherny Analgesia, Cancer Pain and Encyclopedia of the Neurological Sciences, 2003, Pages 143-150
12. Scottish Partnership for Palliative Care. Joined up thinking, joined up care: increasing access to palliative care for people with life-threatening conditions other than cancer. Edinburgh: Scottish Partnership for Palliative Care, 2006.
13. Scottish Partnership for Palliative Care. Making good care better: national practice statements for palliative care in adult care homes in Scotland. Edinburgh: Scottish Partnership for Palliative Care, 2006.
14. Scottish Government. Better health, better care. Edinburgh: Scottish Government Health Department, 2007.
15. Thienhaus, O.; Cole, B.E. (2002). Classification of pain. Pain Management: A practical guide for clinicians (6d). American Academy of Pain Management.

- 16.** Morgan G.E., Mikhail M.S., Murray M.J., (2006). Clinical Anesthesiology, 4th edition. McGrawHill, 2006; pp 359-362, 373-374.
- 17.** Bonica J.J. The management of pain. Philadelphia, London. Lea and Febiger, 1990; pp 180-195
- 18.** Grahek Nikola, (2007). Feeling Pain and Being in Pain (Bradford Books), 2007; pp 10-25
- 19.** Hendler N, (2003). Patients and chronic pain. Md, Med 2003 Autumn;4(4):7
- 20.** Keefe FJ, (2000). Pain behavior observation: current status and future directions. Curr Rev Pain. 2000;4(1):12-7.
- 21.** Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM, (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. J Pain. 2004 May;5(4):195-211
- 22.** Δανάη Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σελ. 146.
- 23.** David Clark PhD, From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer, The Lancet Oncology, Volume 8, Issue 5, May 2007, Pages 430-438
- 24.** P. Prithvi Raj, (1996). Pain Medicine. History of pain. Mosby, 1996; pp 3-10
- 25.** Melzack R. (1999) Pain--an overview. Acta Anaesthesiol Scand. 1999 Oct;43(9):880-4.
- 26.** Cherlin E, Morris V, Morris J, Johnson-Hurzeler R, Sullivan GM, Bradley EH. (2007). Common myths about caring for patients with terminal illness: opportunities to improve care in the hospital setting. J Hosp Med. 2007 Nov;2(6):357-65.

- 27.**Chang E, Hancock K, Harrison K, Daly J, Johnson A, Easterbrook S, Noel M, Luhr-Taylor M, Davidson PM. (2005). Palliative care for end-stage dementia: a discussion of the implications for education of health care professionals. *Nurse Educ Today*. 2005 May;25(4):326-32.
- 28.**Devi BC, Tang TS, Corbex M. (2006). What doctors know about cancer pain management: an exploratory study in Sarawak, Malaysia. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2006;20(2):15-22
- 29.**Jarlbaek L, Hallas J, Kragstrup J, Andersen M. (2006). Cancer patients' first treatment episode with opioids: a pharmacoepidemiological perspective. *Support Care Cancer* 2006;14:340–7.
- 30.**National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality for Palliative Care, 2nd, ed., Pittsburg PA.: National Consensus Project, 2009.
- 31.**Saunders, C.M. (1990). *Hospice and Palliative Care; An interdisciplinary approach*. London. Edward Arnold.
- 32.**Grant, Elk, Ferrell, Morisson, Evon Gunten, Current Status of Palliative Care Clinical Implementation, Education and Research, *CA Cancer J Clin* 2009; 59; 327-338.
- 33.**Meier DE. (2006) Palliative care in hospitals. *J Hosp Med*. 2006 Jan;1(1):21-8.
- 34.**I Higginson, A Wade, M McCarthy. Palliative care: views of patients and their families. *BMJ* 1990; 301 : 277 doi: 10.1136/bmj.301.6746.277 (Published 4 August 1990)

- 35.** Anne Merriman. Status of cancer pain and palliative care
Journal of Pain and Symptom Management, Volume 12, Issue 2,
August 1996, Pages 141-143
- 36.** Muir JC, Arnold RM. (2002). Palliative care and the hospitalist: an
opportunity for cross-fertilization. *Dis Mon.* 2002 Apr;48(4):207-
16.
- 37.** Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and
palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-1011.
- 38.** Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using
satisfaction to measure the quality of palliative care. *J Adv Nurs.*
2003;42(4):324-339.
- 39.** Kubler-Ross E (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- 40.** Rando TA (Ed.) (1986). *Loss and Anticipatory Grief*. Massachusetts.
Lexington Books.
- 41.** Cor, C.A. & Corr, D.M. (Eds.) 1983. *Hospice Care: Principles and
Practice*, New York; Springer.
- 42.** Corr, Nabe, Corr (1994). *Death and Dying, Life and Living*, Pacific
Grove, CA: Books Cole Publ Co.
- 43.** Francke AL. Evaluative research on palliative support teams: a
literature review. *Patient Educ Couns.* 2000; 41: 83-91.
- 44.** Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care. *Palliat Med.*
2003;17(1):11-20.
- 45.** Brannon, L. & Feist, J. (2000), *Health Psychology: An Introduction
to Behaviour and Health*, 4th edn, Brooks/ Cole, USA.
- 46.** Drum C. David, (1999). *The Chronic Pain Management Sourcebook*.
Lowell House. Amazon, 1999; pp 307-325
- 47.** McCarthy LH, Bigal ME, Katz M, Derby C, Lipton RB. (2008).
Chronic Pain and Obesity in Elderly People: Results from the

Einstein Aging Study. J Am Geriatr Soc. 2008 Nov 19. [Epub ahead of print]

- 48.**Staats PS, Hekmat H, Staats AW. (2004) The psychological behaviorism theory of pain and the placebo: its principles and results of research application. Adv Psychosom Med. 2004;25:28-40.
- 49.**Tan G, Jensen MP, Thornby J, Anderson KO. (2005). Ethnicity, control appraisal, coping, and adjustment to chronic pain among black and white Americans. Pain Med. 2005 Jan-Feb;6(1):18-28
- 50.**Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. Lancet 1998; 351 Suppl. 2:SII21-SII29.
- 51.**Mills M, Davies HT, Macrae WA. Care of dying patients in hospital. BMJ 1994; 309: 583-586.
- 52.**Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA 2001; 285: 925-932.
- 53.**Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. BMJ 1990; 301: 277-281.
- 54.**Thomas K. Caring for the Dying at Home. Companions on a Journey. Oxford, Radcliffe Medical Press, 2003.
- 55.**Kutner L. The living will. Coping with the historical event of death. Bayl Law Rev 1975; 27: 39-53.
- 56.**Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007;18(9):1437-49.

- 57.**Wall P., Melzack R., (1989) Textbook of pain. New York. Churchill Livingstone, 1989; pp 220-245
- 58.**Yang P. (2009). Epidemiology of lung cancer prognosis: quantity and quality of life. *Methods Mol Biol.* 2009;471:469-86.
- 59.**Zaza C, Baine N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:526–42.
- 60.**Garcia-Perez et al. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? *Palliat Med* 2009;23:17-22.
- 61.**Fox CR. (2007). What health care providers know (and need to know) about palliative care. *J Allied Health.* 2007 Winter; 36(4):209-15.
- 62.**Kenny LJ. (2003). An evaluation-based model for palliative care education: making a difference to practice. *Int J Palliat Nurs.* 2003 May;9(5):189-94.
- 63.**Jane Seymour, David Clark, Michelle Winslow. Pain and palliative care: the emergence of new specialties Original Research Article *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 29, Issue 1, January 2005, Pages 2-13.
- 64.**Armitage M, Mungall I. Palliative care services: meeting the needs of patients. *Clin Med* 2007;7:436-8.
- 65.**Morrison RS, Siu AL, Leipzig RM, Cassel CK, Meier DE. The hard task of improving the quality of care at the end of life. *Arch Intern Med.* 2000;160(6):743-747

- 66.**Polly Edmonds, Organization of palliative care services Original Research ArticleMedicine, Volume 32, Issue 4, 1 April 2004, Pages 2-3
- 67.**Clinical notes for informal carers in palliative care: recommendations from a random patient file audit Palliat Med December 2005 19: 639-642, doi:10.1191/0269216305pm1092oa
- 68.**Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. BMJ 2005; 330: 611-612.
- 69.**Kessler LG, Ramsey SD. The forest and the trees: The human costs of cancer. J Natl Cancer Inst 2007, 99:2-3
- 70.**B. Gomes, I.J. Higginson, E. Davies Hospice and Palliative Care International Encyclopedia of Public Health, 2008, Pages 460-469
- 71.**O'Neill WM, O'Connor P, Latimer EJ. Hospital palliative care services: three models in three countries. J Pain Symptom Manage 1992; 7: 406-413.
- 72.**Gomez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, et al. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years (2005). J Pain Symptom Manage 2007; 33: 584-590.
- 73.**Schrijnemaekers V, Courtens A, van den Beuken M, Oyen P. The first 2 years of a palliative care consultation team in the Netherlands. Int J Palliat Nurs 2003; 9: 252-257.
- 74.**Costantini M, Higginson IJ, Boni L, et al. Effect of a palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. Palliat Med 2003; 17: 315-321.
- 75.**Salomon L, Belouet C, Vinant-Binam P, Sicard D, Vidal-Trecan G. A terminal care support team in a Paris university hospital: care providers' views. J Palliat Care 2001; 17: 109-116.

- 76.**Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* 2001; 29: 277-282.
- 77.**Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliat Med* 1998; 12: 353-363.
- 78.**Smith R. A good death. An important aim for health services and for us all. *BMJ* 2000; 320: 129-130.
- 79.**Payne S, Smith P, Dean S. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliat Med* 1999; 13: 37-44.
- 80.**World Health Organization. Definition of Palliative Care, 2006. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Date last updated: 2009. Date last accessed: 17 February 2009.
- 81.**Seymour J, Gott M, Bellamy G, Ahmedzai SH, Clark D. Planning for the end of life: the views of older people about advance care statements. *Soc Sci Med* 2004; 59: 57-68.
- 82.**Straton JB, Wang NY, Meoni LA, et al. Physical functioning, depression, and preferences for treatment at the end of life: the Johns Hopkins Precursors Study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 577-582.
- 83.**Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000; 3: 287-300.
- 84.**Wennberge JE, Thomson PY, Fisher ES, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, et al. Use of hospitals, physician visits, and hospice care during

- the last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. *BMJ*2004;328:607.
- 85.**Barclay S. Palliative care for non-cancer patients: a UK perspective from primary care. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. *Palliative care for non-cancer patients*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- 86.**Forrest S, Barclay S. Palliative care: a task for everyone. *Br J Gen Pract*2007 57;539:503.
- 87.**Murray SA, Boyd K, Thomas K, Higginson IJ. Developing primary palliative care. *BMJ* 2004;329:1056-7.
- 88.**Brazil K, Bainbridge D, Sussman J, Whelan T, O'Brien MA, Pyette N. Coordination of palliative cancer care in the community: "unfinished business".*Support Care Cancer*. 2009 Jul;17(7):819-28. Epub 2009 Feb 6.
- 89.**Camilla Zimmermann, MD, MSc; Rachel Riechelmann, MD; Monika Krzyzanowska, MD, MPH; Gary Rodin, MD; Ian Tannock, MD, PhD Effectiveness of Specialized Palliative Care. *JAMA*. 2008; 299(14): 1698-1709.
- 90.**Clark D, Henk H, Janssens R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med*2000;14:479.
- 91.**Royal College of Physicians Working Party. *Palliative care services: meeting the needs of patients*. London: Royal College of Physicians, 2007.
- 92.**Penrod J, Morrison RS, Meier DE. Studying the Effectiveness of Palliative Care--Reply *JAMA* September 3, 2008 300: 1023-1024

- 93.**Little V. Palliative care needs in American Samoa J Palliat Med. 2009 May;12(5):411-3.
- 94.**Brazil K, Howell D, Marshall D, Critchley P, Van den Elsen P, Thompson C. Building primary care capacity in palliative care: proceedings of an interprofessional workshop. J Palliat Care2007;23:113-6.
- 95.**SDO Research Summary. Care provided by generalists at the end of life: scoping exercise on research priorities. London: NHS Institute for Health Research Service Delivery and Organization Programme. 2007.
- 96.**Munday D, Mahmood K, Dale J, King N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? Fam Pract2007;24:486-494.
- 97.**Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. Br J Gen Pract 2008;58:256-63
- 98.**Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA; et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. Qual Saf Health Care. 2003;12(4):298-303.
- 99.**Blair H. Smith, Kay I. Penny, Alison M. Elliott, W. Alastair Chambers and W. Cairns Smith. The Level of Expressed Need—a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community. European Journal of Pain, Volume 5, Issue 3, June 2001, Pages 257-266
- 100.**Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):91-96.

- 101.**Kaasa S, Loge JH. Quality-of-life assessment in palliative care. *Lancet Oncol.* 2002;3(3):175-182
- 102.**Boni-Saenz AA, Dranove D, Emanuel LL, Lo Sasso AT. The price of palliative care. *Clin Geriatr Med.* 2005;21(1):147-163.
- 103.**Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Praill D, De Lima L, Greenwood A, Flores LA, Brasch S, Giordano A; EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med.* 2007 Sep;21(6):463-71.
- 104.**Berman BM, Langevin HM, Witt CM, Dubner R. Acupuncture for chronic low back pain. *N Engl J Med.* 2010 Jul 29;363(5):454-61
- 105.**Trigkilidas D. Acupuncture therapy for chronic lower back pain: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010 Jun 7.
- 106.**Teets RY, Dahmer S, Scott E. Integrative medicine approach to chronic pain. *Prim Care.* 2010 Jun;37(2):407-21.

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης: Η καταγραφή και εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων των ιατρών και νοσηλευτών της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όσον αφορά τα Ιατρεία Πόνου και το ακριβές αντικείμενό τους.

Υλικό-Μέθοδος: Δημιουργία και διανομή ερωτηματολογίων στα Νοσοκομεία Βόλου και Λάρισας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίστηκαν σε 2 μεγάλες κατηγορίες: Α) Στις ερωτήσεις γενικών γνώσεων, Β) Στις εξειδικευμένες ερωτήσεις. Συνολικά, τυπώθηκαν και διανεμήθηκαν 190 ερωτηματολόγια, τα οποία παραδόθηκαν στα 3 προαναφερθέντα Νοσοκομεία.

Αποτελέσματα: Από τα 190 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν απαντήθηκαν τα 176, δηλαδή ποσοστό 92,65%. Στις γενικές ερωτήσεις, η πλειοψηφία απάντησε σωστά, ενώ στις εξειδικευμένες ερωτήσεις το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ήταν σημαντικά μικρότερο, καθώς επίσης αξιοσημείωτο ήταν των ποσοστό των ελλιπών απαντήσεων.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει ακούσει για το θεσμό των Ιατρείων Πόνου, χωρίς όμως ουσιαστικά να γνωρίζει το ακριβές αντικείμενο ενασχόλησής του, τόσο στο επίπεδο των προβλημάτων που αντιμετωπίζονται σ' αυτό, όσο και το είδος των παροχών που πραγματοποιούνται. Στις εξειδικευμένες ερωτήσεις υπολείπεται σημαντικά και έχει εσφαλμένη γνώση σε αρκετά θέματα που αφορούν τη λειτουργία και την ουσιαστική αποστολή του. Μια οργανωμένη και λεπτομερής επιμόρφωση των επιστημόνων υγείας, αλλά και ένα σωστά συντονισμένο πρόγραμμα ενημέρωσης των

πολιτών εντός της κοινότητας κρίνονται αναγκαία, ώστε να υπάρξει σωστός προσανατολισμός των ασθενών που υποφέρουν αβοήθητοι.

Λέξεις κλειδιά: δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, πόνος, ιατρεία πόνου, παρηγορητική φροντίδα

Abstract

Aim of the study: To record the knowledge level of the medical doctors and nurses with regard to the palliative care.

Materials-Methods: 190 questionnaires were delivered at 3 hospitals of the Central Greece. This questionnaire was comprised of 20 questions which classified into two main categories: A) questions of definition, B) specific questions,.

Results: From the 190 questionnaires were answered 176 (92,65%). Regarding the questions of definition the majority of the doctors answered true, while the number of the true answers in the specific questions was significantly smaller. Also remarkable was the proportion of incomplete replies.

Discussion-Conclusion: The majority of respondents have heard about the institution of Pain Clinics, but really don't know the exact subject of engaging, both in terms of problems encountered in this' and kind of benefits. On specific questions are substantially below and has an incorrect knowledge in a number of issues relating to the functioning and effective mission. An organized and detailed training for scientists, but also a properly coordinated program to inform citizens within the

community is deemed necessary, in order to ensure the correct orientation of patients suffering.

Key words: *secondary health care, pain, pain clinics, palliative care*