

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Γνώσεις και στάσεις νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού γενικού νοσοκομείου για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Παλάσσαρη Χρυσούλα

Αθήνα, 2017

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Παλάσσαρη Χρυσούλα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Πατηράκη Ελισάβετ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Πατηράκη Ελισάβετ, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΕΚ.ΠΑ.

**Κακλαμάνος Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Τμήματος
Νοσηλευτικής.**

**Κατσαραγάκης Στυλιανός, Λέκτορας Παθολογικής Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.**

«Αντιμέτωπη του πόνου και η ανακουφιστική αγωγή είναι δείκτης πολιτισμού ενός λαού.....»

Diego Beltratti

Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη στη μνήμη του πατέρα μου.....

Ευχαριστίες

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης με βοήθησαν συγκεκριμένοι άνθρωποι που νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω.

Πρωτίστως ευχαριστώ την κα. Πατηράκη Ελισάβετ για την αμέριστη συμπαράστασή της και την πολύτιμη καθοδήγησή της.

Ευχαριστώ επίσης τον κ. Κατσαραγάκη Στυλιανό για τις επικοινωνιακές συμβουλές του και την βοήθεια που μου προσέφερε και τον χρόνο που διέθεσε παρά τις πολλές του υποχρεώσεις.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Κακλαμάνο Ιωάννη για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τους συμμετέχοντες στην παρούσα εργασία διότι παρά το φόρτο εργασίας τους διέθεσαν χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Χρωστώ επίσης ευχαριστίες και ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου για την υπομονή και τη συμπαράσταση που υπέδειξε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	6
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο	8
1. Καρκινικός Πόνος	9
1.1. Ορισμός – Επιδημιολογία	9
1.2. Είδη πόνου	10
1.3. Αίτια – Επιπτώσεις	12
2. Θεραπευτική Αντιμετώπιση του Καρκινικού Πόνου	14
2.1. Η διαφορετικότητα του καρκινικού πόνου	15
2.2. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου	15
2.2.1. Μη οπιοειδή φάρμακα	15
2.2.2. Οπιοειδή φάρμακα	16
2.2.3. Ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών φαρμάκων	18
2.3. Ολιστική διαχείριση καρκινικού πόνου	18
3. Γνώσεις και Στάσεις Επαγγελματιών Υγείας ως Καθοριστικοί Παράγοντες στη Διαχείριση του Καρκινικού Πόνου	22
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο	
1. Σκοπός	36
2. Ερευνητικά ερωτήματα	36
3. Υλικό και Μέθοδος	36
4. Στατιστική Ανάλυση	37
5. Ηθική Δεοντολογία	38
6. Αποτελέσματα	38
6.1. Σύγκριση των ορθών απαντήσεων μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας	42
6.2. Διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στον αριθμό των ορθών απαντήσεων για τις γνώσεις και στάσεις για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου	49
6.3. Πολυπαραγοντική διερεύνηση της μεταβλητότητας των ορθών απαντήσεων για τις γνώσεις και στάσεις στον καρκινικό πόνο των συμμετεχόντων	60
7. Συζήτηση	62
8. Περιορισμοί	65
9. Συμπεράσματα – Μελλοντικές Κατευθύνσεις	66
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	67
ABSTRACT	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	92

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου 4,3 εκατομμύρια ασθενών παγκοσμίως χάνουν τη ζωή τους από καρκίνο και διαγιγνώσκονται περί τα 6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις της νόσου ετησίως. Ο καρκίνος συνοδεύεται από τον καρκινικό πόνο και εκτιμάται ότι 3,5 εκατομμύρια ασθενείς υποφέρουν από αυτόν. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μέθοδοι για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς σε όλους τους ασθενείς στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ στις υπό ανάπτυξη η αντιμετώπισή του είναι σχεδόν ανύπαρκτη (Βαδαλούκα, 2014).

Περίπου ποσοστό 52-77% ασθενών με καρκίνο βιώνουν πόνο με το μεγαλύτερο ποσοστό (64%) να έχουν μεταστάσεις, το 59% να είναι κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας, το 33% μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, ενώ για το 1/3 των ασθενών ο πόνος χαρακτηρίζεται μέτριος έως σοβαρός (Beuken-Van Everdinglin et al, 2006). Υπολογίζεται ότι οι ασθενείς με καρκίνο προχωρημένου σταδίου σχεδόν στο 90% βιώνουν έντονο πόνο (Lesage et al, 1999).

Παρά το γεγονός ότι ο καρκινικός πόνος μπορεί να ελεγχθεί μέσω της κατάλληλης διαχείρισης και του πρωτοκόλλου αναλγησίας που έχει εκπονηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να βιώνουν μέτριο έως έντονο πόνο και κάποιοι δε λαμβάνουν επαρκή φαρμακευτική αγωγή. Ένας από τους κύριους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι οι ελλειπείς γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τη διαχείριση του πόνου αλλά και οι εσφαλμένες αντιλήψεις τους σχετικά με την χορήγηση οπιοειδών (Νάστου και συν., 2015). Ένας επίσης σημαντικός παράγοντας ανεπαρκούς αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι και ο ίδιος ο ασθενής.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε γενικό νοσοκομείο σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Αποτελείται από δύο μέρη με το πρώτο να αφορά στην περιγραφή για την επίπτωση του καρκινικού πόνου,

του τρόπου αντιμετώπισής του και των γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας ως καθοριστικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Το δεύτερο μέρος αφορά στην περιγραφή του σκοπού και της μεθόδου που ακολουθήθηκε για τη μελέτη αυτή καθώς και την παρουσίαση και συζήτηση των αποτελεσμάτων της.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

1.1. Ορισμός – Επιδημιολογία

Ο πόνος αποτελεί ένα πολύπλοκο, πολυδιάστατο και υποκειμενικό φαινόμενο που εκδηλώνεται ή επηρεάζει όλα τα άτομα σε κάποια στιγμή της ζωής τους, και έχει χαρακτηριστεί ως «ο δυνάστης των λαών» αλλά και «πάθος ψυχής» (Atkinsanya, 1985; Camp & Sullivan, 1987; Main & Spanswick, 2002) και είναι «ότι το άτομο λέει ότι είναι και υπάρχει όταν το άτομο λέει ότι υπάρχει» (McCafferry & Ferrell, 1997).

Ο πόνος ορίζεται από τη διεθνή ένωση μελέτης πόνου ως μια αισθητηριακή και συναισθηματική δυσάρεστη εμπειρία συσχετιζόμενη με μια πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών εκφραζόμενη με όρους που σχετίζονται με τον χαρακτήρα και την ένταση της. Στην πραγματικότητα, όμως, από την πλευρά του ασθενούς και ιδιαίτερα του πάσχοντος από καρκίνο, ο πόνος αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές και τρομακτικές εμπειρίες με πολλές επιπτώσεις στην ζωή του (IASP, 1994).

Αυτή η διαφορά μεταξύ του επιστημονικού ορισμού και της εμπειρίας του ασθενούς με καρκίνο, έχει οδηγήσει στην υιοθέτηση του ορισμού του καρκινικού πόνου ως «ολικός πόνος», που προτάθηκε από την Dame Cicely Saunders, σχεδόν πέντε δεκαετίες πριν. Στην προσπάθειά της να περιγράψει τον καρκινικό πόνο αναγνώρισε ότι για τον ασθενή ο πόνος έχει σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις. Αυτή η έννοια, σε συνδυασμό με την υποκειμενική φύση του πόνου και την αυξανόμενη πολυπλοκότητα των θεραπευτικών μέσων για την διαχείριση του, αναδεικνύουν τον πόνο ως μια πολύπλοκη έννοια, χαρακτηριζόμενη από ασάφεια, τόσο αναφορικά με την εκτίμησή του όσο και τη διαχείρισή του (Richmond, 2005).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει αναγνωρίσει τον πόνο ως ένα πρόβλημα για την παγκόσμια υγεία, με την επίπτωσή του να παραμένει υψηλή (WHO, 2010), αποτελώντας ένα από τα κυριότερα συμπτώματα των ογκολογικών ασθενών. Ο πόνος επηρεάζει το 30-40% των ασθενών αρχικών σταδίων της νόσου και το 70-80% αυτών σε προχωρημένο στάδιο (Deer, et al, 2011), οι οποίοι αναφέρουν μέτριας ή σοβαρής έντασης πόνο (Caraceni, et al, 2012). Μεταξύ των

ασθενών με οστική μετάσταση ο πόνος αγγίζει το 90% και σαφώς αποτελεί έναν από τους κυριότερους φόβους τους (Gehdoo, 2006).

Πιο αναλυτικά, η επίπτωση του καρκινικού πόνου υπολογίζεται στο 25% μεταξύ ασθενών που έχουν πρόσφατη διάγνωση, στο 33% για αυτούς που βρίσκονται υπό θεραπεία και άνω του 75% για τους ασθενείς προχωρημένου σταδίου. Εκτός από αυτά τα στοιχεία, μεταξύ των ασθενών που έχουν επιβιώσει έχοντας ολοκληρώσει τις θεραπείες τους, ο χρόνιος πόνος επηρεάζει το 33% εξ' αυτών (Sun et al, 2008; Paice & Ferrell, 2011).

Παρά την ύπαρξη θεραπευτικών μέσων για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, δεν υπάρχει αποτελεσματική διαχείριση του έως και για το 80% των ασθενών παγκοσμίως, ιδιαίτερα μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών όπου η πρόσβαση στις θεραπείες είναι προβληματική (WHO, 2010). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο καρκινικός πόνος μπορεί να αντιμετωπισθεί επαρκώς για το 80-90% των ασθενών (Zech et al, 1995). Στην πραγματικότητα υπολογίζεται ότι η αντιμετώπισή του δεν είναι επαρκής για το περίπου 43% των ασθενών με καρκίνο και για το 66-74% αυτών προχωρημένου σταδίου, και δεν τίθεται υπό έλεγχο για τον έναν στους δύο ασθενείς, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (Deandrea et al, 2008; Zeppetella, et al, 2000). Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η διαχείριση του καρκινικού πόνου παραμένει ανεπαρκής παρά τη διαθεσιμότητα φαρμακευτικής θεραπείας του (Zeppetella, et al, 2000).

1.2. Είδη πόνου

Η φλεγμονώδης διαδικασία που προκαλεί τον καρκινικό πόνο συμπεριλαμβάνει την απελευθέρωση κυτοκινών, ιντερλευκινών, χημειοκινών και προσταγλανδινών που οδηγούν στην υπερευαισθησία των αισθητικών νευρώνων. Ωστόσο, ο πόνος μπορεί να διαχωριστεί σε αρκετές κατηγορίες, ανάλογα με τον χρόνο έναρξής του, την παθοφυσιολογία του αλλά και το κατά πόσο προκαλείται από τη νόσο ή τις θεραπείες της (Ballantyne, 2003; Falk et al, 2014; Nicholson, 2066).

Οι τρεις γενικές κατηγορίες καρκινικού πόνου σύμφωνα με την παθοφυσιολογία του είναι οι ακόλουθες (Paice & Ferrell, 2011; Nicholson, 2006; Bennett, et al, 2012; Vadalouca et al, 2012):

- *Αλγαισθητικός*: προκαλείται λόγω του ερεθισμού των αλγοϋποδοχέων επί καταστροφής ή βλάβης ιστών του σώματος και διακρίνεται στον σωματικό και τον σπλαχνικό. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται ως εντοπισμένος, οξύς ή βαθύς όταν εκδηλώνεται στους μυοσκελετικούς ιστούς. Προέρχεται από τα οστά, τους συνδέσμους, τους μύες, το δέρμα ή τους συνδετικούς ιστούς. Ο σπλαχνικός πόνος χαρακτηρίζεται ως διάχυτος με αίσθημα έντονης πίεσης, και προέρχεται από τα όργανα του σώματος.
- *Νευροπαθητικός*: οφείλεται σε βλάβη ή νόσο που επηρεάζει το συμπαθητικό σύστημα και προϋποθέτει νευρική βλάβη. Εκδηλώνεται με το αίσθημα καύσου, μυρμηγκιάσματος αλλά και ως ηλεκτρική εκκένωση και μπορεί να είναι έντονος και συνεχής.
- *Ψυχογενής*: ο πόνος που συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες

Ένας επιπλέον διαχωρισμός του καρκινικού πόνου είναι η σχέση του με τη νόσο, τη θεραπεία της ή των συνοδών νοσημάτων. Αυτή η διάκριση είναι χρήσιμη καθώς πολλές θεραπείες του καρκίνου προκαλούν πόνο. Καθώς αυξάνεται η ηλικία των ασθενών με καρκίνο είναι σημαντική η εκτίμηση και η αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται από συνοδά νοσήματα όπως η αρθρίτιδα ή οι διαβητικές νευροπάθειες (Paice & Ferrell, 2011).

Η ταξινόμηση του καρκινικού πόνου βάσει της έναρξης και της διάρκειάς του αφορά τον *οξύ, χρόνιο* ή *παροξυσμικό* πόνο. Ο παροξυσμικός είναι αυτός που εκδηλώνεται ως έξαρση επί σταθερού χρόνιου πόνου (Narayana et al, 2013). Επίσης, ο πόνος μπορεί να είναι *αυθόρμητος*, με αιφνίδια εκδήλωση ή *περιστασιακός* που σχετίζεται με αυθόρμητες ή ηθελημένες κινήσεις όπως το περπάτημα. Επιπλέον, οι ασθενείς βιώνουν πόνο που σχετίζεται με τη χορηγούμενη δόση αναλγητικών φαρμάκων (Deer, et al, 2011).

Η ταξινόμηση του καρκινικού πόνου είναι πολύ σημαντική καθώς καθορίζει την επιλογή της χορηγούμενης θεραπείας (Deer, et al, 2011).

1.3. Αίτια – Επιπτώσεις

Ο καρκινικός πόνος χαρακτηρίζεται από πολλαπλή αιτιολογία με κυριότερους λόγους πρόκλησής του τους ακόλουθους:

- *Ο καρκίνος:* Ο ίδιος ο καρκίνος προκαλεί πόνο κυρίως λόγω της πίεσης που ασκείται σε ένα από τα όργανα του σώματος, ή τα οστά, ή τα νεύρα (Gehdoo, 2006). Ο πόνος είναι εντονότερος για συγκεκριμένα είδη καρκίνου, (Paice & Ferrell, 2011) και εξαρτάται από το σημείο του όγκου και το στάδιο της νόσου με τους καρκίνους των οστών, του παγκρέατος και του οισοφάγου να προκαλούν πόνο σε μεγαλύτερη συχνότητα, άνω του 80%. Οι καρκίνοι που προκαλούν πολύ συχνά πόνο – 71-80% - είναι του πνεύμονα, στομάχου, προστάτη, ωοθηκών, μήτρας και μαστού. Ακολουθούν, οι όγκοι του στοματοφάρυγγα, εντέρου, νεφρών και εγκεφάλου – 61-70%, και τα λεμφώματα και οι λευχαιμίες (51-60%). Ανεξάρτητα όμως από το είδος του καρκίνου, ο πόνος εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ του 60% και 70% (Mercadante, 2012).
- *Οι θεραπείες της νόσου:* Η χημειοθεραπεία προκαλεί πολλές παρενέργειες που με τη σειρά τους επιφέρουν πόνο, όπως η περιφερική νευροπάθεια, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια και οι κοιλιακές κράμπες. Οι ακτινοβολίες μπορούν να προκαλέσουν την επίπονη αίσθηση καύσου καθώς και χρόνιο πυελικό πόνο ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας και οι χειρουργικές επεμβάσεις προκαλούν τόσο παροξυσμικό πόνο όσο και μετεγχειρητικό. Για παράδειγμα στην περίπτωση μαστεκτομής και θωρακοτομής λόγω τραυματισμού νεύρων προκαλείται νευροπαθητικός πόνος. (Gehdoo, 2006; Sun et al, 2008; Paice & Ferrell, 2011).
- *Ψυχοκοινωνικά αίτια:* Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες ενδέχεται να παρεμποδίσουν την ικανοποιητική διαχείριση του πόνου ή να τον προκαλούν οι ίδιοι, καθώς η κατάθλιψη, το στρες και ο φόβος συσχετίζονται με την εμφάνιση του (Resnik et al, 2001; Andersen & Kehlet, 2011). Στην περίπτωση μη αναγνώρισης αυτών των διαταραχών, ο πόνος εντείνεται παρά την αυξημένη χρήση φαρμάκων. Εξάλλου, η ψυχολογική δυσχέρεια επιδεινώνει τα σωματικά συμπτώματα των ασθενών (Mori et al, 2012; Delgado-Guay et al, 2011).

Οι αρνητικές επιπτώσεις του μη ελεγχόμενου καρκινικού πόνου αφορούν την διαταραγμένη σωματική λειτουργικότητα, την έλλειψη ψυχολογικής ευημερίας και κοινωνικής ζωής των ασθενών και αποτελεί τον κυριότερο φόβο μεταξύ των ασθενών τελικού σταδίου, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους (Yates et al, 2002).

Ο πόνος όντας ίσως το πιο κοινό σύμπτωμα του καρκίνου συνοδεύει τον ασθενή από την διάγνωση, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ακόμη όταν αυτός βρίσκεται σε ύφεση (Ripamonti, et al, 2011). Είναι ένα εξουθενωτικό σύμπτωμα που παρεμβαίνει όχι μόνο στη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική τους ευημερία. Έχει βρεθεί ότι το 67% των ασθενών θεωρεί τον καρκινικό πόνο ως άκρως οδυνηρό και έχει βρεθεί ότι η αποτυχία διαχείρισής του, είναι το κυριότερο κίνητρο για την αναζήτηση υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Breivik, et al, 2009; Yates et al, 2002; Dahl, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 Η διαφορετικότητα του καρκινικού πόνου

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να διαγνωστεί με επιτυχία και να αντιμετωπισθεί με διάφορες μεθόδους (Deer, et al, 2011). Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου διαφέρει από αυτήν των άλλων καταστάσεων, καθώς οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μειωμένο προσδόκιμο ζωής, μειωμένη ανάγκη για ολοκληρωτική αποκατάσταση της λειτουργικότητας, πολλαπλά σημεία όγκου και ειδών καρκίνου, διαφορετικές αντιλήψεις και ερμηνείες στη σημασία του πόνου καθώς και διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών προσεγγίσεων (Deer, et al, 2011).

Αν και ο καρκινικός πόνος ή τα συσχετιζόμενα με αυτόν συμπτώματα δεν μπορούν να εξαλειφθούν εντελώς, περίπου το 90% των ασθενών με καρκίνο θα μπορούσε να απαλλαγθεί από τον πόνο εάν αυτός αντιμετωπισθεί καταλλήλως (Weiss et al, 2001).

Η αξιολόγηση του πόνου πρέπει να εκκινεί με την έντασή του βάσει μιας κλίμακας από το 0 έως το 10 με το πρώτο να θεωρείται «άνευ πόνου» και το τελευταίο ως «αφόρητος πόνος». Εάν αυτή η κλίμακα χρησιμοποιηθεί σωστά μπορεί να βοηθήσει στην σωστή χορήγηση αναλγητικών και να βοηθήσει στην παρακολούθηση της πορείας του πόνου. Επιπλέον, αυτή η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την αντιλαμβανόμενη επίπτωση του πόνου στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Επίσης το πώς ο ασθενής εκφράζει την αίσθηση του πόνου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη καθώς πολλές φορές οι περιγραφές που δίνουν οι ασθενείς βοηθούν στον εντοπισμό του σημείου του πόνου και την αιτιολογία του, για παράδειγμα η αίσθηση του πόνου ως ηλεκτρική εκκένωση υποδηλώνει νευροπαθητικό πόνο από νεύρα που έχουν καταστραφεί από τη νόσο ή τη θεραπεία του (Cleary, 2000).

Ο εντοπισμός του πόνου είναι σημαντικός δηλαδή εάν είναι διάχυτος ή εντοπισμένος καθώς αυτά μπορούν να υποδηλώνουν πόνο προερχόμενο από άλλα νοσήματα. Η αντανάκλαση του πόνου μπορεί να είναι ουσιαστικός παράγοντας για την διάγνωση συνδρόμου πόνου. Επιπλέον, η σημασία που δίνει ο ασθενής στον πόνο

του είναι πολύ σημαντική καθώς επηρεάζει τη σοβαρότητά του και βοηθά στον εντοπισμό της αιτιολογίας του (Cleary, 2000).

2.2. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

Η πιο διαδεδομένη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι αυτή που προτείνεται από τον ΠΟΥ για να καθοδηγήσει και να τυποποιήσει την φαρμακολογική διαχείριση του καρκινικού πόνου συμπεριλαμβάνοντας μη οπιοειδή, οπιοειδή αλλά και συνοδά αναλγητικά φάρμακα (Nersesyan & Slavin 2007).

Η αναλγητική κλίμακα του ΠΟΥ θεωρείται ως η βάση για την διαχείριση του καρκινικού πόνου. Η επανεπικύρωση αυτή της κλίμακας, σε συνδυασμό με πολλές μελέτες είναι καλώς τεκμηριωμένη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου για το 70-90% των ασθενών (Yates et al, 2002; Ahmedzai, 2001).

Τα βήματα διαχείρισης του καρκινικού πόνου σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1986) είναι τα ακόλουθα:

- Βήμα 1 (ήπιος πόνος 1-4): μη οπιοειδή φάρμακα (κάλυψη 24ώρου με Tylenol ή ΜΣΑΦ ± συνοδά φάρμακα).
- Βήμα 2 (ήπιος/μέτριος πόνος 5-6): ήπια οπιοειδή (π.χ. κωδεΐνη, οξυκωδόνη) + μη οπιοειδή ± συνοδά φάρμακα).
- Βήμα 3 (μέτριος/σοβαρός πόνος 7-10): ισχυρά οπιοειδή (π.χ. μορφίνη, υδρομορφίνη, φαιντανύλη) ±μη οπιοειδή ή συνοδά φάρμακα.

2.2.1. Μη οπιοειδή φάρμακα

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά συμπεριλαμβάνουν το *μεφαιναμικό οξύ* και την *παρακεταμόλη* που έχουν αναλγητική και αντιπυρετική δράση αλλά όχι αντιφλεγμονώδη. Παλαιότερα χορηγούνταν μαζί με οπιοειδή κυρίως μεταξύ των γηραιότερων ασθενών με μυοσκελετικούς πόνους ή σχετιζόμενους με οστεοαρθρίτιδα αλλά νέα στοιχεία υποδηλώνουν την φτώχη αποτελεσματικότητά της και τις σημαντικές παρενέργειες που συμπεριλαμβάνουν την ηπατική και νεφρική τοξικότητα (AGSP, 2009; Israel, et al, 2010). Η συνιστώμενη μειωμένη δόση των 2000mg/ημέρα ή η πλήρης αποφυγή της προτείνεται στην περίπτωση ηπατικής ανεπάρκειας και μεταξύ των ατόμων με κατάχρηση αλκοόλ.

Τα *μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα* (ΜΣΑΦ) δρουν αναλγητικά μέσω της παρεμπόδισης της βιοσύνθεσης της προσταγλαδίνης και των φλεγμονωδών μεσολαβητών που εκκινούν, προκαλούν, εντείνουν ή διατηρούν τον πόνο. Αυτά τα φάρμακα φαίνεται να μειώνουν τον πόνο μέσω της επίδρασης τους στο περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα ανεξάρτητα από την αντιφλεγμονώδη δράση τους αν και αυτή η επίδραση δεν είναι πλήρως κατανοητή. Τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ όπως η ασπιρίνη παρεμποδίζουν τα ένζυμα που μετατρέπουν το αραχιδονικό οξύ σε προσταγλαδίνη και ως αποτέλεσμα προκαλούν ελκώσεις, νεφρική δυσλειτουργία και εξασθένιση αιμοπεταλίων (Rainsford, 2007).

Ωστόσο, μια από τις πιθανές επιπλοκές τους είναι ο κίνδυνος καρδιαγγειακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα φάρμακα αυτά όμως είναι χρήσιμα στην θεραπεία των συνδρόμων πόνου που προκαλούνται από φλεγμονές συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλούνται από τον καρκίνο, όπως τις οστικές μεταστάσεις. Ένα επιπλέον πλεονέκτημά τους είναι ότι προκαλούν μειωμένη ναυτία, δυσκοιλιότητα, καταστολή ή ανεπιθύμητες ενέργειες στην πνευματική λειτουργία. Ανάλογα με την αιτιολογία του πόνου αυτές οι δραστικές ουσίες μπορούν να είναι χρήσιμες στον έλεγχο του μέτριου και του σοβαρού πόνου ως επικουρική θεραπεία των οπιοειδών (McNicol et al, 2005). Ένα ακόμη πλεονέκτημα στην ταυτόχρονη χορήγηση τους με οπιοειδή είναι όταν η δοσολογία των δεύτερων προκαλεί καταστολή, σύγχυση, ζαλάδα ή άλλα σημεία προερχόμενα από το κεντρικό νευρικό σύστημα. (Schlansky & Hwand, 2009).

2.2.2. Οπιοειδή φάρμακα

Τα οπιοειδή είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική αναλγησία του καρκινικού πόνου. Ωστόσο, πρέπει να δίνεται προσοχή στην σωστή ουσία που χρησιμοποιείται.

- Η διαδερμική χορήγηση *βουπρενορφίνης* χρησιμοποιείται για τη διαχείριση του πόνου στην Ευρώπη αλλά και στην Αμερική. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι υπάρχει μια μέγιστη δοσολογία πέραν της οποίας η ουσία αυτή σταματά να προσφέρει επιπλέον αναλγησία. Η μέγιστη προτεινόμενη δόση είναι 20mg/ώρα. Η ουσία αυτή μπορεί να χορηγηθεί και παρεντερικά, υπογλώσσια μόνη της ή σε συνδυασμό με ναλοξόνη (Paice & Ferrell, 2011).

- Η *κωδεΐνη* είναι ένα σχετικά πιο ήπιο οπιοειδές φάρμακο που μπορεί να χορηγηθεί μόνο του αν και πιο συχνά χορηγείται σε συνδυασμό με την ακεταμινοφαΐνη. Χορηγείται δια του στόματος σε ταμπλέτες ή ως σιρόπι συχνά σε συνδυασμό με προμεθαζίνη.
- Η *φαιντανύλη* είναι ένα λιποδιαλυτό οπιοειδές χορηγούμενο παρεντερικά, διαδερμικά και ενδομυϊκά (Sathyan et al, 2005; Mystakidou et al, 2004). Η δοσολογία της είναι συνήθως σε μικρογραμμάρια για τη διαχείριση της ασφάλειάς της όταν αυτή χορηγείται ενδοφλεβίως.
- Η *υδροκωδόνη* είναι αντίστοιχη της από του στόματος μορφίνης. Υπάρχει σε συνδυασμό με από του στόματος ουσίες όπως την ακεταμινοφαΐνη. Έχει παρόμοιες ιδιότητες με την μορφίνη και διατίθεται και για παρεντερική χορήγηση (Shibutani et al, 2005). Σε υψηλές δόσεις προκαλεί νεφροτοξικότητα.
- Η *μεθαδόνη* έχει πολλά χαρακτηριστικά που την καθιστούν χρήσιμη στην διαχείριση του καρκινικού πόνου κυρίως στην ανακούφιση από τον νευροπαθητικό πόνο. Ένα ακόμη πλεονέκτημά της είναι ότι παρεμποδίζει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης. Η παρατεταμένη ημίσεια ζωής της μεθαδόνης επιτρέπει την χορήγησή της κάθε 8 ώρες (Davis & Walsh 2001). Επίσης μπορεί να χορηγηθεί από πολλαπλές οδούς όπως παρεντερικά, από του στόματος, ενδοφλεβίως διαβλεννογόνια (Dale et al, 2001).
- Η *μορφίνη* αποτελεί τον χρυσό κανόνα για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου αν και υπάρχει μια τάση πλέον για την επιλογή της ουσίας που είναι περισσότερο αποτελεσματική για τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο ενδέχεται να οδηγήσει σε υπεραλγησία όταν η κάθαρσή της παρεμποδίζεται από νεφρική δυσλειτουργία (Lotsch, 2005).
- Η *οξυκωδόνη* είναι ένα συνθετικό οπιοειδές που επίσης χρησιμοποιείται όπως και η οξυμορφόνη που είναι ημισυνθετικό οπιοειδές (Paice & Ferrell, 2011).

2.2.2.1. Ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών φαρμάκων

Οι πιο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών είναι η δυσκοιλιότητα και η αναπνευστική καταστολή, με την πρώτη να μπορεί να αντιμετωπισθεί με την προληπτική συστηματική χορήγηση καθαρτικών. Η ανοχή στα οπιοειδή ενδέχεται να εκδηλωθεί εντός λίγων ημερών από την έναρξης της κανονικής χρήσης. Επιπλέον η ναυτία και ο έμετος συγκαταλέγονται μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών των οπιοειδών, καθώς και η νεφροτοξικότητα, το γαστρικό έλκος, και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης καταστέλλεται το ΚΝΣ και προκαλείται υπνηλία καθώς και νευρολογικά συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα (Paice & Ferrell, 2011).

2.2.3. Συνοδά φάρμακα

Τα συνοδά φάρμακα συμπεριλαμβάνουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, και τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης που φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην διαχείριση του νευροπαθητικού πόνου. Επίσης χορηγούνται αντιεπιληπτικές ουσίες που φαίνονται αποτελεσματικές στη διαχείριση των νευροπαθειών, αλλά και υπακτικά, αντιεμετικά και υπνωτικά φάρμακα (Paice & Ferrell, 2011)

Τα κορτικοστεροειδή φάρμακα χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση από τον πόνο κυρίως των οστών λόγω της ισχυρής αντιφλεγμονώδους δράσης τους. (Paice & Ferrell, 2011).

2.3. Ολιστική διαχείριση καρκινικού πόνου

Ο καρκινικός πόνος είναι ίσως η πιο δύσκολη επιπλοκή που αντιμετωπίζουν οι ογκολογικοί ασθενείς και η διαχείρισή του μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύπλοκη καθώς αφορά στην συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων (Perez et al, 2016), όπως της ογκολογίας, της ιατρικής πόνου και της ανακουφιστικής φροντίδας (The British pain society, 2010). Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος είναι η κυριότερη αιτία για την οποία οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες παροχής φροντίδας (Roth et al, 2012).

Η διεπιστημονική προσέγγιση μπορεί να ορισθεί ως μια ομάδα που συμπεριλαμβάνει επαγγελματίες υγείας από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους οι οποίοι σε συνεργασία εξετάζουν όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και

αναπτύσσουν ένα εξατομικευμένο πλάνο παροχής φροντίδας για τον κάθε ασθενή (Roth, et al, 2012).

Λόγω του ότι ο καρκινικός πόνος μπορεί να είναι πολύπλοκος και λόγω του γεγονότος ότι για την αντιμετώπισή του εμπλέκονται πολλοί επαγγελματίες υγείας με ελάχιστη ή καθόλου επικοινωνία μεταξύ τους, η διεπιστημονική ομάδα για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου είναι ουσιώδους σημασίας για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή. Αυτή η παρεχόμενη φροντίδα έχει δείξει ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες τηρούνται σε μεγαλύτερα ποσοστά, τα θεραπευτικά πλάνα είναι εξατομικευμένα και αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών (Pawlik, et al, 2008; Vinod, et al, 2010; Bjegovich-Weidman, et al, 2010).

Τα μέλη των ομάδων αυτών ενδέχεται να ποικίλουν ανάλογα με το είδος του καρκίνου και την υπηρεσία παροχής φροντίδας στην οποία απευθύνεται ο ασθενής. Ωστόσο, αυτό που τις διακρίνει είναι η επικοινωνία τους με τον ασθενή συνήθως από τους νοσηλευτές που ανήκουν σε αυτή την ομάδα, ο οποίος αποτελεί και το κέντρο της παρεχόμενης φροντίδας (Lamb, et al, 2011)

Τα μοντέλα διεπιστημονικής προσέγγισης για τη διαχείριση του πόνου που θεωρούνται μεταξύ των πιο αποτελεσματικών αναφορικά με τη μείωση των συμπτωμάτων συνδυάζουν μια ποικιλία φαρμακευτικών μέσων με την εξειδίκευση διεπιστημονικών ομάδων που αποτελούνται από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, καθώς και φυσικοθεραπευτές. Το αποτέλεσμα αυτής της προσέγγισης είναι η ανάπτυξη των ικανοτήτων του ασθενούς να θέσει τον πόνο υπό έλεγχο (Kroenke, et al, 2009). Ωστόσο, αυτό που θα πρέπει να γίνει κατανοητό είναι το γεγονός ότι οι διεπιστημονικές ομάδες για την διαχείριση του πόνου δεν θα πρέπει απλώς να υπάρχουν σε κάποιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας αλλά να πλαισιώνουν όλο το υγειονομικό σύστημα εφαρμόζοντας τις αρχές της ολιστικής προσέγγισης για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων (Turk, et al, 2011).

Σε μια μελέτη μεταξύ 71 ογκολογικών ασθενών και με χρήση του ερωτηματολογίου ESAS για την εκτίμηση της βαρύτητας του πόνου, διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης αναφορικά με τη διαχείριση του πόνου. Βρέθηκε ότι αυτή η προσέγγιση που συνδυάζε την φαρμακευτική και μη φαρμακευτική προσέγγιση βοήθησε στην σωστή εκτίμηση της βαρύτητας του πόνου και την αποτελεσματική ανακούφιση των ασθενών από αυτόν. Ένα ακόμη εύρημα

αυτής της μελέτης ήταν ότι η φροντίδα που ως επίκεντρο έχει τις ανάγκες των ασθενών και παρέχει εξατομικευμένη παροχή φροντίδας δίνει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (Perez, et al, 2016).

Η ψυχολογική δυσφορία αυξάνει την ένταση του καρκινικού πόνου, ο οποίος πολλές φορές δεν αναφέρεται και συνεπώς δεν αντιμετωπίζεται σωστά για πολλούς λόγους τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν και προάγουν την ψυχολογία οδηγούν σε βελτιωμένη διαχείριση του πόνου (The British pain society, 2010).

Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας είναι σημαντική για την ανακούφιση από τον πόνο διότι στοχεύει στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών με κύριο μέλημα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (WHO 2002), και αποτελεί κομμάτι της υποστηρικτικής αγωγής παρέχοντας ανακούφιση από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τελικού σταδίου. Επιπλέον, παρέχει ένα υποστηρικτικό δίκτυο τόσο για τον ασθενή όσο και την οικογένειά του μέσω της ψυχολογικής υποστήριξής της, διασφαλίζοντας την βέλτιστη ποιότητα ζωής (Smith et al, 2012).

Σε μια μελέτη μεταξύ 237 ασθενών με προχωρημένο καρκίνο που παραπέμφθηκαν για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην Ταιβάν, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του πόνου και της ψυχοπνευματικής καταπόνησης. Οι ασθενείς εξετάστηκαν για αυτή την καταπόνηση κατά την εισαγωγή τους και μια εβδομάδα μετά. Το 68,8% των ασθενών εμφάνισε βελτίωση αναφορικά με τον πόνο ενώ το 31,2% όχι. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαχείριση του πόνου και η σχέση της με την κατάθλιψη εξαρτάται από τον πόνο και ότι όταν αυτός δεν ελέγχεται ικανοποιητικά η κατάθλιψη αυξάνεται (Lee, et al, 2015).

Ως μέρος ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας διεξήχθη μια έρευνα για τις στάσεις και τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στην ανακουφιστική φροντίδα για ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Στη μελέτη συμμετείχαν 895 επαγγελματίες υγείας 82,5% από την Ευρώπη και 12,1% από την Αμερική. Το 69% δήλωσε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ασθενών του ήταν ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, για το 22% το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών τους ήταν προχωρημένου σταδίου. Μόνο το 35% των συμμετεχόντων συνεργάζονταν με

ειδικούς ανακουφιστικής φροντίδας, το 38% με δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και το 26% με άσυλα και το 33% με ψυχολόγους. Για το 93% ο λόγος συμπερίληψης της ανακουφιστικής φροντίδας ήταν η διαχείριση του πόνου, για το 84% η κόπωση, το 84% για τη ναυτία και τον έμετο, παρά η διαχείριση των ψυχολογικών προβλημάτων όπως η κατάθλιψη και το άγχος που αφορούσε το 65% των συμμετεχόντων, και το 29% για την ψυχολογική δυσφορία. Γενικά ωστόσο το 88,4% πίστευαν ότι αυτοί θα πρέπει να συντονίζουν την παροχή φροντίδας στο τέλος ζωής αλλά το 42% υποστήριξε ότι ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένοι για την παροχή τέτοιας βοήθειας. Ωστόσο η ανακουφιστική φροντίδα έτυχε θετικής αποδοχής όσον αφορά την άμεση συμπερίληψή της στη διαχείριση αυτών των ασθενών. Μόνο το 15% των συμμετεχόντων ωστόσο ήταν αρνητικό έναντι της ανακουφιστικής φροντίδας (Cherny & Catane, 2003).

Η διεπιστημονική προσέγγιση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ειδικούς όχι μόνο από τον τομέα της ογκολογίας και της ψυχολογίας αλλά και από την ανακουφιστική φροντίδα. Αλλά για να θεωρηθεί επιτυχημένη η διεπιστημονική προσέγγιση για την διαχείριση του καρκινικού πόνου θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη ηγεσία σε αυτή η οποία θα εξασφαλίζει ότι θα ακούγονται όλες οι απόψεις. Επιπλέον, η δυναμική αυτής της ομάδας θα πρέπει να βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη έτσι ώστε να ακούγονται οι διαφορετικές απόψεις μέσω του διαλόγου, γεγονός που οδηγεί στην εκπόνηση του καλύτερου θεραπευτικού πλάνου για τον κάθε ασθενή. Εξίσου σημαντική είναι και η διοικητική υποστήριξη αυτών των ομάδων καθώς και η συμμετοχή του ίδιου του ασθενή (Lamb, et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η διαχείριση του καρκινικού πόνου, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες μέθοδοι αντιμετώπισής του, χαρακτηρίζεται από πολλές δυσκολίες που αφορούν τόσο στα ίδια τα συστήματα υγείας, την νομοθεσία, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς (Klepstad et al, 2005; Weiss et al, 2005; Yates, et al, 2002).

Η ανεπαρκής διαχείριση του καρκινικού πόνου συσχετίζεται άμεσα με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες μπορούν να ορισθούν ως η κατάρτισή τους σχετικά με τις υπάρχουσες θεραπείες και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι στάσεις τους αφορούν κυρίως τις πεποιθήσεις που έχουν σχετικά με τη χρήση των οπιοειδών που προέρχονται είτε από την προσωπική τους εμπειρία ή από την ανεπαρκή κατάρτισή τους. Όταν οι γνώσεις είναι ελλιπείς σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου και τις διαθέσιμες θεραπείες του και οι στάσεις αρνητικές οδηγούν στην υποεκτίμηση της έντασης του πόνου και την επακόλουθη μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του (Nijmeh et al, 2016).

Μελέτες έχουν δείξει ελλείμματα αναφορικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας δηλαδή ανεπαρκή κατάρτιση σχετικά με τη διαχείριση του πόνου. Πιο συγκεκριμένα έχει φανεί ότι ειδικά για τους ογκολόγους ενώ γενικά είναι καταρτισμένοι σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, φαίνεται να μην έχουν επαρκή κατάρτιση αναφορικά με την χορήγηση των οπιοειδών ή την εφαρμογή εναλλακτικών θεραπειών για την διαχείριση του πόνου, παρεμποδίζοντας την ολιστική διαχείριση του ασθενούς (Xue, et al, 2007).

Αναφορικά με τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου έχει παρατηρηθεί το ίδιο αλλά σύμφωνα με μελέτες οι γνώσεις των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις αντιλήψεις τους για τον πόνο. Οι πεποιθήσεις τους και ο φόβος τους για τον εθισμό εμποδίζουν τους νοσηλευτές να χορηγήσουν την κατάλληλη αναλγητική θεραπεία. Σε συνδυασμό με την ανεπαρκή κατάρτιση,

φαίνεται ότι υπερισχύουν οι φόβοι και η ανασφάλεια σχετικά με την χορήγηση των οπιοειδών, που καταλήγει στην ανεπαρκή διαχείριση του καρκινικού πόνου (Bernardi, et al, 2007; Kim et al, 2001&2012; Jun et al, 2006; Park et al, 2003).

Ωστόσο, η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την διαχείριση του καρκινικού πόνου διενεργείται κυρίως μέσω ερωτηματολογίων που συμπεριλαμβάνουν ερωτήσεις τύπου σωστού-λάθους ή πολλαπλών επιλογών. Στις περισσότερες από τις ακόλουθες έρευνες τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν προσαρμοσμένα για τις ανάγκες της εκάστοτε μελέτης. Δημιουργήθηκαν βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και ερωτηματολογίων που είχαν χρησιμοποιηθεί σε άλλες παρόμοιες μελέτες, αλλά και στις κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης του καρκινικού πόνου και στην πλειοψηφία τους συμπεριελάμβαναν ερωτήματα κλίμακας Likert και πολλαπλού τύπου ερωτήματα. Τα ερωτήματα αφορούσαν τις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αναλγητική κλίμακα του ΠΟΥ αλλά και τις δοσολογίες και συνταγογραφήσεις οπιοειδών, τη γνώμη και τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον εθισμό και την αντίδραση των ασθενών, αλλά και τη γνώμη τους για τις δυσκολίες της σωστής διαχείρισης του καρκινικού πόνου.

Τα προβλήματα που προκύπτουν για την ακριβή αξιολόγηση των γνώσεων και των πεποιθήσεων από τις διάφορες μελέτες είναι πρωτίστως η ανομοιομορφία των μεθοδολογιών καθώς τα εργαλεία μέτρησης είναι διαφορετικά αλλά και η ανομοιογένεια του πληθυσμού. Επιπλέον, αναφορικά με τις γνώσεις περί διαχείρισης καρκινικού πόνου τα ερωτήματα συνήθως διερευνούν τη γνώμη και όχι τη γνώση. Επίσης, πολλά ερωτήματα μεταξύ των εργαλείων μέτρησης περιέχουν ερωτήματα που δεν είναι ξεκάθαρα εάν αφορούν γνώσεις ή αντιλήψεις (Jacobsen et al, 2009).

Πιο συγκεκριμένα για την Ελλάδα δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες που να διερευνούν ταυτόχρονα τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Μεγαλύτερη έμφαση στην έρευνα έχει δοθεί μεμονωμένα στη διερεύνηση ομάδων επαγγελματιών υγείας, όπως για παράδειγμα μόνο σε ιατρούς ή μόνο σε νοσηλευτές και λιγότερο έχει μελετηθεί η σύγκριση των ομάδων μεταξύ τους. Από τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσηλευτές στην χώρα μας, διαπιστώθηκε από τους συγγραφείς ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη γνώσεων αν και την τελευταία δεκαετία, οι

μελέτες που έχουν διεξαχθεί είναι λιγοστές (Αρτοπούλου και συν., 2015, Patiraki, et al. 2006; Tafas, et al, 2002). Η μελέτη των Μυστακίδου και συν. (1998) μεταξύ ιατρών έδειξε επίσης σοβαρές ελλείψεις στις γνώσεις του ιατρικού προσωπικού αναφορικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου.

Στην Ελλάδα όπως φάνηκε σε μια μελέτη μεταξύ των προτεραιοτήτων που θέτουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς με καρκίνο, εντοπίστηκαν οι ακόλουθοι τομείς ανεπάρκειας του συστήματος: έλλειψη προσωπικού, εργασιακές συνθήκες, διαχείριση πόνου, κατ' οίκον παροχή φροντίδας, ημερήσιες μονάδες νοσηλείας καθώς και η επικοινωνία (Efsthathiou et al, 2007).

Παρά το γεγονός ότι τα οπιοειδή είναι συνυφασμένα με την διαχείριση του καρκινικού πόνου, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ανεπαρκείς γνώσεις για αυτά γεγονός που επηρεάζει την χορήγησή τους στα άτομα που τα χρειάζονται. Ένας ακόμη λόγος είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν εκπαιδευτεί να διαχειρίζονται το υποκείμενο αίτιο και όχι τον πόνο (Breivik, et al, 2009; AMA, 2010).

Επιπλέον παρατηρείται μια έλλειψη αναφορικά με την επιλογή της κατάλληλης δραστικής ουσίας, της δοσολογίας ή των οδών χορήγησής της (Khan, et al, 2013). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με ελλιπείς γνώσεις για τα οπιοειδή ενδέχεται να καθυστερήσει την χορήγησή τους ή την παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς διαχείρισης πόνου ή παροχής ανακουφιστικής φροντίδας (Atasoy, et al, 2013).

Μεταξύ 116 ασκούμενων ιατρών ενώ η πλειοψηφία δεν δίσταζε να χορηγήσει τη μέγιστη δόση αναλγητικών σε ασθενείς με έντονο πόνο ιδιαίτερα όταν η πρόγνωσή τους ήταν φτωχή, ένας σημαντικός αριθμός προτιμούσε την πεθιδίνη έναντι της μορφίνης λόγω των λιγότερης βαρύτητας παρενεργειών επί μακράς χορήγησης. Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θα συνταγογραφούσε οπιοειδή με προσοχή με κύριο μέλημα την αποφυγή της ανοχής και του εθισμού. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο προσαρμοσμένο στις ανάγκες της μελέτης που συμπεριελάμβανε 3 ερωτήματα σχετικά με τις στάσεις των ιατρών για τη χρήση οπιοειδών, 8 αναφορικά με τις γνώσεις τους και 5 για τη στάση τους για την στιγμιογράφηση οπιοειδών και 9 για τις δυσκολίες ως προς τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. (Nimnaanrat, et al, 2010).

Σε μια ακόμη μελέτη μεταξύ 1000 ιατρών, το 63% είχε περιθάλψει ασθενείς με προχωρημένη νόσο για την οποία τα οπιοειδή θεωρούνται η κύρια γραμμή αντιμετώπισης του πόνου, με το 85% των ιατρών να χορηγούν πετιδίνη, όταν οι ασθενείς έχριζαν ισχυρών οπιοειδών. Το 53% δεν γνώριζε την κείμενη νομοθεσία για την χορήγηση οπιοειδών και το 89% περιόριζε τη δοσολογία τους με σκοπό τη μείωση της πιθανότητας ανοχής ή εθισμού. Αναφορικά με τη δοσολογία το 45% των ιατρών είτε δεν γνώριζαν ή ήταν διστακτικοί ως προς το να την αυξήσουν όταν επρόκειτο για ισχυρά οπιοειδή. Το 33% πίστευε ότι η παρεντερική χορήγηση είναι περισσότερο αποτελεσματική από την δια στόματος στην περίπτωση της διαχείρισης χρόνιου πόνου σε αντίθεση με το 32% που διαφωνούσε με αυτή την άποψη. Το 55% των συμμετεχόντων δε συνταγογραφούσε οπιοειδή λόγω της πεποίθησης τους ότι η αναπνευστική καταστολή αποτελεί μια πολύ σοβαρή παρενέργεια. Και σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο ειδικά σχεδιασμένο για τους σκοπούς της περιέχοντας 31 ερωτήματα που βασίστηκαν σε μελέτη άλλων ερωτηματολογίων παρόμοιων ερευνών, και συμπεριελάμβανε ερωτήματα τόσο για τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις όσο και τις δυσκολίες σχετικά με τη χορήγηση οπιοειδών (Khan, et al, 2014).

Οι Eyob και συν (2013) σε δείγμα 422 αποφοίτων ιατρικής και φαρμακευτικής βρήκαν ότι μόνο το 52,3% έδωσε ορθές απαντήσεις αναφορικά με τα ερωτήματα σχετικά τη διαχείριση του πόνου ενώ το 73% θεωρούσε ότι έχει ικανοποιητικές γνώσεις περί του θέματος. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αυτής περιείχε 23 ερωτήματα που διερευνούσαν τις γνώσεις και τις στάσεις των ιατρών (Eyob et al, 2013).

Στην έρευνα των Brzezinski και συν. (2012) στην οποία συμμετείχαν 203 ιατροί οι παράγοντες που επηρέαζαν τις γνώσεις τους ήταν η εκπαίδευση τους σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου με εξαίρεση τον νευροπαθητικό πόνο, η εκπαίδευσή τους στην ανακουφιστική φροντίδα καθώς και η υποκειμενική τους αντίληψη σχετικά με τις γνώσεις τους. Παρά το γεγονός ότι η εμπειρία στην θεραπεία του καρκίνου και τη συνεργασία με κλινικές διαχείρισης πόνου που επηρέασαν θετικά τις γνώσεις τους γενικότερα, οι γνώσεις για τη χρήση οπιοειδών παρέμειναν ίδιες. Ένα ενδιαφέρον εύρημα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι ιατροί που θεωρούσαν ότι χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου

ήταν αυτοί που βρέθηκαν να έχουν περισσότερες γνώσεις. Χρησιμοποιήθηκε παρόμοιο ερωτηματολόγιο όπως και στις προηγούμενες μελέτες.

Έχει επίσης βρεθεί ότι οι ιατροί που δεν γνωρίζουν την κλίμακα αναλγησίας του ΠΟΥ είναι περισσότερο πιθανό να έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου (Srisawnd, et al, 2013).

Στη Γερμανία περίπου το 23% των παθολόγων και το 34% των εξειδικευμένων ιατρών συνταγογραφούσαν οπιοειδή. Στα 2/3 των παθολόγων η συνταγογράφηση τέτοιων φαρμάκων προοριζόταν για την διαχείριση του καρκινικού πόνου και βρέθηκε ότι μόνο για το 13% των καρκινοπαθών χορηγείτο μορφίνη (Klepstad et al, 2001). Το εργαλείο καταγραφής δεδομένων ήταν προσαρμοσμένο στις ανάγκες της μελέτης.

Η έλλειψη εκπαίδευσης για τον καρκινικό πόνο έχει οδηγήσει σε λανθασμένες γνώσεις σχετικά με τον εθισμό και την ανοχή στα αναλγητικά φάρμακα (Sun et al, 2007; AMA, 2010). Σε μια μελέτη 669 νοσηλευτών και 225 ιατρών βρέθηκε ότι οι ιατροί είχαν περισσότερες γνώσεις από τους νοσηλευτές (65% & 59% αντίστοιχα). Η ερώτηση με τις περισσότερες ορθές απαντήσεις ήταν αυτή που δήλωνε ότι για την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου είναι απαραίτητη η συνεχής αξιολόγησή του, αλλά στο ερώτημα εάν είναι χρήσιμο να δοθεί placebo θεραπεία στους ασθενείς για να εκτιμηθεί εάν ο πόνος τους είναι αληθινός μόνο το 30% απάντησε σωστά, δηλαδή «διαφωνώ». Επιπλέον, το 63% απάντησε σωστά αναφορικά με το εάν ο ασθενής που ζητά αυξημένες δόσεις αναλγητικών φαρμάκων έχει αποκτήσει ψυχολογική εξάρτηση, και για το ότι ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με τη χρήση αναλγητικών επίσης στο 63%. Ωστόσο, όσον αφορά στην πιο κατάλληλη δοσολογία μορφίνης μόνο το 34% απάντησε ότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο όριο (Visentin, et al, 2001).

Οι Elumelu και συν (2014) στη μελέτη 119 νοσηλευτών σχετικά με τις γνώσεις του εν λόγω προσωπικού για τη διαχείριση του πόνου βρήκαν ότι μόνο το 18% είχαν περαιτέρω εκπαίδευση. Το 27,7% ωστόσο μπορούσε να δώσει τον σωστό ορισμό του ολικού πόνου αλλά μόνο το 2% εξ' αυτών γνώριζε τη σωστή διαχείριση του. Το 20% χρησιμοποιούσε την κλίμακα VAS (Visual Analogue Scale) για την εκτίμηση του πόνου και μόνο το 19% γνώριζε την σχέση των οπιοειδών στην διαχείριση του καρκινικού πόνου. Επιπλέον, μόνο το 5,88% γνώριζε για τον

συνδυασμό της ανακουφιστικής φροντίδας και της ψυχοθεραπείας για τη διαχείριση του πόνου και το 63,02% δεν ήταν σίγουρο για την ύπαρξη άλλων θεραπειών. Το ειδικά διαμορφωμένο εργαλείο καταγραφής δεδομένων συμπεριελάμβανε ερωτήματα για τις μεθόδους εκτίμησης του πόνου με έμφαση στην αναλγητική κλίμακα, καθώς και ερωτήματα για τις μεθόδους διαχείρισης του πόνου μέσω φαρμάκων και φυσικοθεραπείας. (Elumelu, et al, 2014).

Στη μελέτη των Patiraki και συν. (2006) μεταξύ 112 νοσηλευτών στην Ελλάδα με σκοπό την αξιολόγηση της εφαρμογής εκπαίδευσης σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, βρέθηκε ότι προ της εφαρμογής της παρέμβασης ο μέσος όρος ορθών απαντήσεων ήταν $17,58 \pm 7,58$ ενώ μετά την παρέμβαση σημειώθηκε αύξηση των ορθών απαντήσεων κατά 15,66% επιβεβαιώνοντας την ανάγκη περεταίρω εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας για την αποτελεσματική διαχείριση του καρκινικού πόνου.

Άλλη μια μελέτη 246 νοσηλευτών έδειξε ότι μόνο το 11,8% είχε συμμετάσχει σε σχετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και το 31,7% είχε διαβάσει είτε βιβλίο ή περιοδικό για τη διαχείριση πόνου. Το 39,65% έδωσε ορθές απαντήσεις σχετικά με την σωστή διαχείριση του πόνου. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με τις γνώσεις ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, το τμήμα εργασίας κυρίως το χειρουργικό καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKASRP), με 22 σωστό/λάθος ερωτήματα και 14 πολλαπλής επιλογής που αφορούσαν τις στάσεις και τις γνώσεις (Yava et al, 2013).

Οι Al-Attar & Sameen (2015) βρήκαν σε δείγμα 95 νοσηλευτών ότι δεν υπήρχαν αρκετές γνώσεις για την διαχείριση του καρκινικού πόνου και η στάση απέναντι του ήταν μάλλον αρνητική. Μόνο το 37,4% είχε πιο ορθές απαντήσεις και για το 92,6% των συμμετεχόντων η βαθμολογία των ορθών απαντήσεων ήταν κάτω του 50%. Στην μελέτη αυτή οι γνώσεις και οι στάσεις δεν συσχετίστηκαν με κάποιο δημογραφικό παράγοντα. Το ερωτηματολόγιο αυτής της μελέτης ήταν το ίδιο με την προηγούμενη, δηλαδή το NKASRP (Al-Attar & Sameen, 2015).

Σε μια ακόμη μελέτη οι κυριότερες δυσκολίες που εντοπίστηκαν αναφορικά με τη σωστή διαχείριση του πόνου μεταξύ νοσηλευτών ήταν ότι οι γνώσεις ήταν

ανεπαρκείς, και ότι οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι τα αναλγητικά δεν μπορούν να ελέγχουν τον καρκινικό πόνο σε αποδεκτά επίπεδα. Επιπλέον οι ασθενείς ενδέχεται να εθιστούν στις ουσίες και ότι αυτές μπορεί να έχουν ανεξέλεγκτες συνέπειες. Στην εν λόγω μελέτη για τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων χρησιμοποιήθηκε ένα προσαρμοσμένο για τις ανάγκες της μελέτης ερωτηματολόγιο ενώ για τη διερεύνηση των δυσκολιών έναντι της σωστής διαχείρισης του καρκινικού πόνου χρησιμοποιήθηκε το Barriers Questionnaire II (BQ-II) (Sadeghy 2016).

Οι κυριότερες ανησυχίες του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του πόνου είναι η αποτυχία να χρησιμοποιήσουν τα κατάλληλα εργαλεία για την αξιολόγηση του πόνου. Οι Manwere και συν (2015), χρησιμοποιώντας ένα ειδικά σχεδιασμένο για τις ανάγκες της έρευνάς τους ερωτηματολόγιο βρήκαν ότι το 76% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δεν έδωσε σωστή απάντηση αναφορικά με τον ιδανικό χρόνο αξιολόγησης του πόνου και το 76% επίσης δεν αναγνώρισε τις κλίμακες μέτρησης του καθώς και τις μη φαρμακολογικές ανακουφιστικές θεραπείες με ποσοστό μόνο 58% να αναγνωρίζει τα οφέλη τους (Manwere, et al, 2015).

Σε μια μελέτη στη χώρα μας μεταξύ 174 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών βρέθηκε ότι οι γνώσεις τους σχετικά με τη διαχείριση του πόνου ήταν ελλιπείς ιδιαίτερα σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησής τους αλλά και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα ήταν το NKASRP (Αρτοπούλου και συν, 2015).

Σε μια ακόμη μελέτη 149 ιατρών και 284 νοσηλευτών βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές αξιολογούσαν και κατέγραφαν τον πόνο ασθενών σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι ιατροί. Αν και οι ιατροί βρέθηκαν να έχουν καλύτερες γνώσεις σχετικά με την διαχείριση του πόνου από ότι οι νοσηλευτές και οι δύο ομάδες δεν είχαν επαρκείς γνώσεις αναφορικά με τις παρενέργειες και την φαρμακολογία των οπιοειδών. Οι ιατροί που εργάζονταν στην ανακουφιστική φροντίδα και οι νοσηλευτές που είχαν λάβει εκπαίδευση σχετικά με την διαχείριση του πόνου βρέθηκαν να έχουν πολύ περισσότερες γνώσεις. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν ειδικά σχεδιασμένο για τη μελέτη βασισμένο στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης καρκινικού πόνου (Jho, et a, 2014).

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα αναφορικά με την χορήγηση της σωστής αναλγητικής θεραπείας του καρκινικού πόνου με οπιοειδή είναι η πεποίθηση των

ιατρών ότι όταν ο ασθενής ζητά την αύξηση των ήδη χορηγούμενων οπιοειδών φαρμάκων, έχει αναπτύξει ανοχή σε αυτά και ψυχολογικό εθισμό και γι' αυτό βιώνει αυξημένο πόνο (Khan, et al, 2014), αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα το γεγονός ότι βιώνει έντονο πόνο. Όμως, στην έρευνα των Peker και συν (2008) μόνο το 24% των συμμετεχόντων πίστευε ότι μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικός έλεγχος του καρκινικού πόνου.

Εκτός της ανοχής στις φαρμακευτικές ουσίες, μια από τις κυριότερες ανησυχίες μεταξύ ιατρών ήταν η σωματική και ψυχολογική εξάρτηση των ασθενών στα οπιοειδή, ο φόβος εθισμού τους σε αυτά (Khan, et al 2014). Αυτές οι ανησυχίες επιβεβαιώνονται και από μια μελέτη μεταξύ 439 νοσηλευτών όπου βρέθηκε ότι οι δυσκολίες για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου με την χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών ήταν το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ των ασθενών ή ο εθισμός τους στις ναρκωτικές ουσίες (D'emele et al, 2016).

Έχει βρεθεί ότι άνω του ενός τρίτου των ιατρών υπερεκτιμούν την πιθανότητα εξάρτησης, γεγονός που οδηγεί σε ένα σημαντικό ποσοστό να χορηγεί μειωμένη δοσολογία με σκοπό την αποφυγή του εθισμού (Khan, et al 2014; Atasoy et al, 2013). Επιπλέον, οι περισσότεροι ιατροί θεωρούν ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη και επαρκή θεραπεία για τον καρκινικό πόνο και ότι οι ασθενείς συνήθως υπερβάλλουν για την έντασή του διότι αποζητούν την προσοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Kim, et al, 2011), ενώ σε αντίθεση σε μια άλλη μελέτη υποστηρίχθηκε ότι ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να αξιολογήσει τον πόνο του καλύτερα (Peker, et al, 2008).

Επιπλέον, η Ben Diane (2005) στη μελέτη της μεταξύ 917 ιατρών βρήκε ότι οι ιατροί δεν ένοιωθαν άνετα περιθάλποντας ασθενείς τελικού σταδίου, γεγονός που βρέθηκε να είναι ανεξάρτητος παράγοντας απροθυμίας χορήγησης μορφίνης.

Όσον αφορά στην ικανότητα των επαγγελματιών υγείας πολλοί από αυτούς δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να διαχειριστούν τον καρκινικό πόνο και φαίνονται πολύ δεκτικοί στο να λάβουν εκπαίδευση σχετικά με την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου (Peker, et al, 2008). Η προσωπική αντίληψη για τις επαρκείς ή μη γνώσεις έχει βρεθεί να είναι ανεξάρτητος παράγοντας ως προς τη σωστή διαχείριση του πόνου (Kim, et al, 2011). Στη μελέτη των Gallagher και συν (2004) οι ιατροί που αισθάνονταν ότι οι γνώσεις τους για τη διαχείριση του

πόνου ήταν ανεπαρκείς είχαν χαμηλότερα ποσοστά γνώσεων σε σχέση με εκείνους που αισθάνονταν ότι οι γνώσεις τους ήταν επαρκείς.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου είναι ότι σύμφωνα με πολλούς ασθενείς οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται περισσότερο να θεραπεύσουν τον καρκίνο τον ίδιο και όχι τον πόνο των ασθενών (AMA, 2010). Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η ενασχόληση με τον έλεγχο του καρκινικού πόνου ενδέχεται να αποσπάσει την προσοχή των ιατρών από την θεραπεία της νόσου (Sadeghy 2016).

Εκτός από την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας εντός των δυσκολιών αποτελεσματικής διαχείρισης του καρκινικού πόνου συγκαταλέγονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά, οι μέθοδοι αξιολόγησης του πόνου καθώς και οι ίδιοι οι ασθενείς.

Στον Καναδά σε μια μελέτη μεταξύ 4618 ιατρών που διαχειρίζονταν ασθενείς με καρκινικό πόνο βρέθηκε ότι οι ογκολόγοι σε σχέση με τους χειρουργούς είχαν τις περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση του πόνου (Gallagher, 2004). Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας του αναισθησιολογικού τμήματος είχαν περισσότερες γνώσεις σε σχέση με εκείνους του χειρουργικού (Visentin, et al, 2001), όπως και στη μελέτη των Hashemi κ.σ. (2015), στην οποία βρέθηκε επιπλέον ότι οι αναισθησιολόγοι είχαν θετικότερη στάση.

Η εμπειρία στη διαχείριση του καρκινικού πόνου είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την χορήγηση της κατάλληλης αγωγής καθώς έχει βρεθεί ότι οι ιατροί που έχουν διαχειριστεί άνω των 50 ασθενών εντός των τελευταίων 12 μηνών διαθέτουν περισσότερες γνώσεις επί του θέματος (Khan, et al, 2014). Η ιατρική ειδικότητα και η εμπειρία τόσο στη χρήση εργαλείων αξιολόγησης του πόνου αλλά στη συνταγογράφηση οπιοειδών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου (Kim, et al, 2011).

Σε μια μελέτη 4618 ιατρών βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική διαφορά στις γνώσεις και τις στάσεις μεταξύ τόσο των διαφορετικών ειδικοτήτων, των ετών προϋπηρεσίας, τον αριθμό ασθενών με χρόνια πόνο αλλά και το μέγεθος της κοινότητας στην οποία εργάζονταν οι ιατροί. Όσο περισσότερη προϋπηρεσία έχουν, όσο μικρότερη κοινότητα και μεγαλύτερος αριθμός ασθενών τόσο πιο επαρκείς είναι

οι γνώσεις. Και σε αυτή τη μελέτη τις περισσότερες γνώσεις τις είχαν οι ογκολόγοι και τις λιγότερες οι χειρουργοί. Οι ιατροί που εργάζονταν σε μικρότερες κοινότητες είχαν το υψηλότερο μέσο όρο γνώσεων. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν βασισμένο σε προηγούμενες παρόμοιες μελέτες και προσαρμοσμένο στις ανάγκες της έρευνας. (Gallagher, et al, 2004).

Η στάση των ιατρών όλων των ειδικοτήτων αναφορικά με τον ορισμό του πόνου, την κατάταξή του, την αξιολόγηση του αλλά και τη διαχείρισή του έχει βρεθεί να είναι παρόμοια και γενικά θετική με την ταυτόχρονη ύπαρξη ανησυχίας σχετικά με τον εθισμό στα οπιοειδή. Το ερωτηματολόγιο καταγραφής αυτής της μελέτης αποτελείτο από 25 ερωτήματα καταγραφής της στάσης των συμμετεχόντων σχετικά με τον καρκινικό πόνο, 14 για τις γνώσεις και 15 για την πρακτική που εφαρμόζουν. (Hashemi, et al, 2015).

Σε μια ακόμη μελέτη βρέθηκε ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα και η ηλικία των νοσηλευτών συσχετίστηκαν τόσο με τις γνώσεις, που φάνηκαν υψηλότερες όσο αυτά τα δύο αυξάνουν, όσο και με τη θετικότερη στάση (Manwere, et al, 2015).

Σε μια μελέτη στην Ελλάδα οι γνώσεις συσχετίστηκαν με την ηλικία, το είδος τους νοσοκομείου και του τμήματος εργασίας. Στα ιδιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία οι νοσηλευτές βρέθηκαν να έχουν περισσότερες γνώσεις και το ίδιο παρατηρήθηκε για τους νοσηλευτές των χειρουργικών, παθολογικών και ογκολογικών κλινικών (Αρτοπούλου κ.σ., 2015).

Η διαχείριση του καρκινικού πόνου είναι ανεπαρκής όταν η αξιολόγησή του είναι ακατάλληλη γεγονός που προκαλεί δυσκολίες (Herr, et al, 2004). Ενώ η αξιολόγηση και η αναγνώριση του πόνου, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, πρέπει να εκκινεί από τη διάγνωση και να συμπεριλαμβάνει τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, μιας ψυχολογικής αξιολόγησης αλλά και της κλινικής εξέτασης (Ripamonti et al, 2011), αυτό δε γίνεται συνήθως στην κλινική πρακτική.

Εκτός από την αρχική εκτίμηση ο πόνος θα πρέπει να επαναξιολογείται και να εκτιμάται η αποτελεσματικότητα της αναλγησίας που χορηγείται, σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ωστόσο, σχεδόν το 27% των ασθενών αναφέρει ότι ο ιατρός τους δεν

τους ρωτά πάντα για τον πόνο τους και μόνο για το 7,9% διεξάγεται επαναξιολόγηση του (Sun et al, 2007; De Conno et al, 2007).

Παρά τις προσπάθειες ένταξης της διαχείρισης του πόνου ως πρωταρχικής σημασίας πτυχή στη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο, υπάρχει μια ασάφεια σχετικά με το τι ακριβώς είναι η αξιολόγηση του πόνου, ποια μέθοδος θα πρέπει να ακολουθείται, γεγονός που προκαλεί την υιοθέτηση εμπειρικών προσεγγίσεων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Η προτίμηση σε αυτές τις προσεγγίσεις ενισχύεται από την πληθώρα διαθέσιμων εργαλείων αξιολόγησης του πόνου, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο το έργο των επαγγελματιών υγείας (Hjermstad et al, 2009).

Η εκτίμηση του ίδιου του ασθενούς για την ένταση του καρκινικού πόνου ίσως είναι το πιο αξιόπιστο στοιχείο για την αξιολόγηση και κατάταξη της βαρύτητας του. Όμως, πολλοί ασθενείς μπορεί να μην είναι ικανοί να εξηγήσουν ή να αξιολογήσουν την ένταση του πόνου που βιώνουν, όπως τα παιδιά, οι ασθενείς με νοητική υστέρηση, οι κατασταλαμένοι αλλά και οι ασθενείς τελικού σταδίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η χρήση παραδοσιακών εργαλείων αξιολόγησης πόνου είναι δύσκολη στην εφαρμογή της (Pasero, 2001).

Εκτός αυτών, οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από τις δικές τους γνώσεις και στάσεις όπως και οι επαγγελματίες υγείας, αποτελώντας μια ακόμη σημαντική δυσκολία έναντι της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου. Αυτή η άποψη υποστηρίχθηκε από τους ιατρούς που συμμετείχαν σε μια μελέτη οι οποίοι δήλωσαν ότι η απροθυμία των ασθενών να λάβουν οπιοειδή αποτελεί σημαντική δυσκολία έναντι της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου (Jho, et al, 2014).

Ωστόσο, οι ασθενείς όπως και οι επαγγελματίες υγείας, φοβούνται τον εθισμό τους στα οπιοειδή και γι' αυτό το λόγο καθυστερούν την λήψη τους ενώ πολλές φορές δεν λαμβάνουν την κατάλληλη γι' αυτούς δοσολογία (Akiyama et al, 2012).

Σε μια μελέτη με στόχο τις δυσκολίες απέναντι στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου μεταξύ 114 ασθενών βρέθηκε ότι το 56% των ασθενών ανέφερε τον πόνο ως ανυπόφορο επηρεάζοντας την κινητικότητα τους, τον ύπνο τους και την συναισθηματική τους ευημερία. Αναγνωρίστηκαν τρεις παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν την απόκριση ενός ασθενούς στον πόνο και αυτοί είναι φτωχή γνώση

σχετικά με τον πόνο, χαμηλός αντιλαμβανόμενος έλεγχος του πόνου και αδυναμία επικοινωνίας του. Επίσης βρέθηκε μια τάση μεταξύ των ηλικιωμένων να αναφέρουν ισχυρό πόνο αλλά ταυτόχρονα ήταν περισσότερο πρόθυμοι να ανεχθούν τον πόνο παρά το ότι αντιλαμβάνονταν ότι είχαν μικρότερο έλεγχο σε αυτόν (Yates, et al, 2002).

Οι συμπεριφοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου καθώς και η αρνητική στάση έναντι του καρκινικού πόνου και της χρήσης οπιοειδών συμβάλλουν στην απροθυμία των ασθενών να αναφέρουν τον πόνο και να συμμορφωθούν με την προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση (Yates, et al, 2002).

Αυτή η απροθυμία συχνά προέρχεται από εσφαλμένες πεποιθήσεις των ασθενών, και κυρίως ότι ο πόνος τους είναι αναπόφευκτος και συνυφασμένος με τη νόσο. Επιπλέον θεωρούν τον πόνο ως ένα σημάδι αδυναμίας (AMA, 2010). Πολλοί ασθενείς δεν θέλουν να ενοχλούν τους ιατρούς και να τους αποσπούν την προσοχή από την θεραπεία της νόσου τους ή ενδέχεται να φοβούνται ότι η ύπαρξη του πόνου είναι ένα σημάδι επιδείνωσης της νόσου (Sun, et al, 2007; AMA, 2010; Gunnarsdottir et al, 2002). Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει ότι οι ασθενείς ενώ δηλώνουν ικανοποιημένοι από την θεραπεία διαχείρισης του πόνου τους ταυτόχρονα αναφέρουν πόνο υψηλής έντασης (AMA, 2010; Dawson et al, 2002).

Εκτός από τους επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους τους ασθενείς, οι δυσκολίες που προκύπτουν από τα συστήματα υγείας και τη νομοθεσία που τα διέπει είναι υπαρκτές καθώς έχει βρεθεί ότι οι διαμορφωτές της πολιτικής για τη χρήση οπιοειδών δεν έχουν επαρκείς γνώσεις έτσι ώστε να επιτρέπουν νομοθετικά την χορήγηση των κατάλληλων δόσεων για την διαχείριση του πόνου μεταξύ καρκινοπαθών (Srisawang et al, 2013).

Σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 58 υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για τη χορήγηση οπιοειδών βρέθηκε ότι το 74,5% είχε ανεπαρκείς γνώσεις και το 66,0% αρνητική στάση απέναντι στη χρήση τους. Επιπλέον, αυτοί που δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση σχετικά με το θέμα είχαν ακόμη περισσότερες πιθανότητες να έχουν αρνητική στάση απέναντι στη χρήση των οπιοειδών (Srisawnd, et al, 2013).

Η νομοθεσία που διέπει την χορήγηση και συνταγογράφηση οπιοειδών ουσιών είναι αυστηρή σε πολλές χώρες και υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στη χρήση τους (Khan et al, 2014). Υπάρχει περιορισμός στην ποσότητα και στην διάρκεια χρήσης οπιοειδών και οι ιατροί που τα συνταγογραφούν πρέπει να πληρούν συγκριμένες προϋποθέσεις. Επιπλέον, οι νομοθέτες ανησυχούν περισσότερο για τον εθισμό και όχι για την διαχείριση του χρόνιου πόνου (Jorarnson et al, 2003). Ωστόσο στη χώρα μας, με τον ν.3418/2005 ορίζεται ότι «οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ανακουφίζουν τον πόνο και να προσφέρουν βελτίωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς», χωρίς αυτό να ισχύει στην πραγματικότητα.

Από το 1984 όταν και ο ΠΟΥ εισήγαγε τη χρήση οπιοειδών για την διαχείριση του καρκινικού πόνου, μπορεί η συνταγογράφησή τους και η κατανάλωσή τους να έχει αυξηθεί παγκοσμίως, παραμένει ωστόσο πολύ χαμηλή και σταθερή και πολλά κράτη δεν αντιμετωπίζουν την χρήση τους ως προτεραιότητα για τη διαχείριση του πόνου (Jorarnson et al, 2003).

Εκτός αυτού, η διαθεσιμότητα των φαρμάκων αυτών αποτελεί ένα πρόβλημα λόγω του ακατάλληλου συστήματος διανομής που οφείλεται στην έλλειψη επικοινωνίας για την αναγκαιότητα των οπιοειδών για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, καθώς και τις περιοδικές διακοπές της κατασκευής τους ή διανομής τους αλλά και την να μην διαθεσιμότητά τους αλλά όχι στις κατάλληλες δόσεις. Επιπλέον, το κόστος αυτών των φαρμάκων είναι υψηλό (Srisawang et al, 2013).

Όλα τα ανωτέρω ενισχύονται και επιβεβαιώνονται από το γεγονός ότι από την πλευρά των νοσηλευτών η περιορισμένη αυτονομία τους και η έλλειψη χρόνου πιθανώς λόγω της ανεπαρκούς στελέχωσης, συμβάλλουν στην ανεπαρκή διαχείριση του καρκινικού πόνου (Elcigil et al, 2011). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές ως σημαντική δυσκολία έναντι της έγκαιρης χορήγησης φαρμακευτικής θεραπείας θεωρούν την ανάγκη εύρεσης ιατρού για την απαραίτητη συνταγογράφηση, ενώ οι ιατροί από την πλευρά τους θεωρούν ως λόγο καθυστέρησης την ανάγκη απόκτησης των φαρμάκων από το φαρμακείο καθώς οι ουσίες αυτές δεν είναι διαθέσιμες εντός των κλινικών (Jho et al, 2014).

Συνοψίζοντας, αυτό που διαφαίνεται ξεκάθαρα από την διαθέσιμη βιβλιογραφία, τόσο στο εξωτερικό όσο και στη χώρα μας, είναι ότι ο καρκινικός πόνος δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς λόγω των μη ικανοποιητικών γνώσεων των

επαγγελματιών υγείας, των στάσεων τόσο των ιατρών και των νοσηλευτών αλλά και των ίδιων των ασθενών, αλλά και στην ίδια τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Επιπλέον, η ίδια η νομοθεσία που διέπει τα διαθέσιμα και αποτελεσματικά φάρμακα για τη διαχείριση του πόνου ενισχύει την πεποίθηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων ότι προκαλούν εθισμό, υποθάλποντας τον φόβο που επικρατεί γύρω από αυτά.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι πολύ λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί που να διερευνούν ταυτόχρονα τις γνώσεις και τις στάσεις των ιατρών και των νοσηλευτών, έτσι ώστε να μπορούν να εντοπισθούν οι τυχόν διαφορές και ομοιότητες των δύο αυτών ομάδων επαγγελματιών υγείας. Στη χώρα μας δε, δεν υπάρχει παρόμοια μελέτη που να εξετάζει μεικτές ομάδες επαγγελματιών υγείας, γεγονός που κρίνει αναγκαία την παρούσα μελέτη, όπως διαφαίνεται στο ακόλουθο μέρος όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των γνώσεων και στάσεων ιατρών και νοσηλευτών.

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1. Σκοπός

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για τον καρκινικό πόνο, ενός δημόσιου νοσοκομείου της Ελλάδας. Ως δευτερεύον στόχος τέθηκε η διερεύνηση των τυχόν διαφορών μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών, του διαφορετικού τμήματος εργασίας καθώς και των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επιδρούν στις γνώσεις και τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προσπάθησε να απαντήσει η παρούσα μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Έχουν οι επαγγελματίες υγείας – ιατροί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών – επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου;
- Διαφέρουν οι γνώσεις και οι στάσεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου;
- Επηρεάζουν οι κοινωνικοδημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες τις γνώσεις και τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου;

3. Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 98 ιατροί, 70 νοσηλευτές και 36 βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Θώρακος «η Σωτηρία» στην Αττική, σε κλινικές του Παθολογικού Τομέα (2 παθολογικές, 14 πνευμονολογικές, 1 ογκολογική-αιματολογική). Ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου αποτέλεσε το γεγονός ότι έχει πολλές διαφορετικές κλινικές οι οποίες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν πολλά περιστατικά ασθενών με χρόνια καρκινικό πόνο. Η μελέτη διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα 2/9/2016-30/12/2016.

Το ποσοστό ανταπόκρισης από τους ιατρούς ήταν 81,8% (μοιράστηκαν 110 ερωτηματολόγια, επεστράφησαν 98) και για τους νοσηλευτές 77,8% (μοιράστηκαν 90, επεστράφησαν 70). Για τους βοηθούς νοσηλευτών το ποσοστό ανταπόκρισης ανήλθε στο 90% (μοιράστηκαν 40, επεστράφησαν 36).

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζονταν σε παθολογική, πνευμονολογική, ογκολογική-αιματολογική κλινική, κατ' ελάχιστον 5 μήνες προϋπηρεσίας και συναίνεσαν ενυπόγραφα να συμμετάσχουν στη μελέτη

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τα ακόλουθα εργαλεία:

- I. *Έντυπο συλλογής δημογραφικών στοιχείων*: Δημιουργήθηκε με σκοπό την καταγραφή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων του δείγματος και συμπεριλαμβάνει επιπλέον ερωτήματα αναφορικά με την προσωπική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας με τον καρκινικό πόνο αλλά και το εάν έχουν παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο για την διαχείρισή του. (Παράρτημα Α).
- II. Κλίμακα “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP)”: Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και πολιτισμικά προσαρμόστηκε για την Ελλάδα το 2006 στην μελέτη των Patiraki και συν. (2006), με αποτελέσματα που δείχνουν ότι αυτή η κλίμακα είναι ικανή και αξιόπιστη να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να διαπιστώσει το επίπεδο γνώσεων και στάσεων για τον καρκινικό πόνο των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α του ερωτηματολογίου

είναι 0,88. Πιο αναλυτικά η κλίμακα αποτελείται συνολικά από 39 ερωτήσεις που διακρίνονται από 3 μέρη με το πρώτο να περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις σωστού-λάθους, το δεύτερο 13 πολλαπλής επιλογής (με μία μόνο σωστή απάντηση), και τέλος το τρίτο μέρος αποτελείται από 4 ερωτήσεις που αφορούν μελέτες περιπτώσεων (Παράρτημα Α).

4. Στατιστική Ανάλυση

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται με τη χρήση του απόλυτου αριθμού (n), τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις. Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες (n) και τα αντίστοιχα ποσοστά (%).

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov - Smirnov test.

Η σύγκριση των κατηγοριών των κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών σε σχέση με τους εξαρτημένους δείκτες πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το t-test για τις διχότομες μεταβλητές και το μοντέλο ANOVA για τις υπόλοιπες μεταβλητές. Για τους ελέγχους στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Bonferroni.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την πολυπαραγοντική ανάλυση της διερεύνησης της μεταβλητότητας του αριθμού των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις γνώσεις και τις στάσεις στη διαχείριση του καρκινικού πόνου.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 95%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS v 17,0. Όλα τα τεστ ήταν διπλής κατεύθυνσης (two-sided).

5. Ηθική Δεοντολογία

Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας όπως αυτές διατυπώνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Η συλλογή των δεδομένων διενεργήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του γενικού νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η παρούσα (Παράρτημα Β).

Οι συμμετέχοντες συμμετείχαν εθελοντικά στη μελέτη κατόπιν ενημερώσεώς τους για τον σκοπό της μελέτης καθώς και για την τήρηση του απορρήτου και της

ανωνυμία τους. Επιπλέον, ενημερώθηκαν οι Προϊστάμενοι και οι Διευθυντές ιατροί των κλινικών στις οποίες διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια προκειμένου να εξασφαλιστεί και η δική τους συναίνεση και πολύτιμη βοήθεια στην εκπόνηση αυτής της μελέτης.

6. Αποτελέσματα

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελείτο από γυναίκες ($n=156$, 76,5%) ενώ ο μέσος όρος ηλικίας επί του συνόλου ήταν $39,55 \pm 8,649$ και το 52,5% ($n=107$) ήταν έγγαμοι. Αναφορικά με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων οι περισσότεροι ($n=101$, 49,5%) είχαν ανώτατη εκπαίδευση ενώ το 18,1% ($n=37$) ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά στην μετεκπαίδευση το 29,9 ($n=61$) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και το 10,3 ($n=21$) ήταν κάτοχοι διδακτορικού τίτλου. Ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας του πληθυσμού ήταν $12,8 \pm 9,7$ έτη.

Μεταξύ των 98 ιατρών οι 67 (32,8%) ήταν ειδικευόμενοι με τους περισσότερους ιατρούς να είναι πνευμονολόγοι ($n=54$). Οι νοσηλευτές στην παρούσα έρευνα ήταν 70 (34,3%) και οι βοηθοί 36 (17,6%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (130) εργάζονταν σε Πνευμονολογική κλινική (63,7%) (Πίνακας 1).

Σχετικά με την εμπειρία του πληθυσμού με τον καρκινικό πόνο (Πίνακας 2) το μεγαλύτερο ποσοστό ($n=136$) δεν είχε προσωπική εμπειρία με καρκινικό πόνο και μόνο το 20,6% ($n=42$) είχε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο για τη διαχείρισή του. Όσον αφορά στον αριθμό νοσηλευομένων ασθενών με καρκινικό πόνο στο χώρο εργασίας του δείγματος το 43,1% ($n=88$) δήλωσε ότι ο αριθμός αυτός κυμαίνεται μεταξύ των 51-100 ασθενών ετησίως.

Πίνακας 1. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά			
Ηλικία	Ελάχιστο-μέγιστο	Μέση τιμή	T.A
	20-63	39,55	8,649
		<i>n</i>	%
Φύλο	Άρρεν	48	23,5
	Θήλυ	156	76,5
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	107	52,5
	Άγαμος/η	86	42,2
	Σε διάσταση	11	5,4
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	37	18,1
	ΑΤΕΙ	66	32,4

	ΑΕΙ	101	49,5
Εκπαίδευση	Βασική	122	59,8
	Μεταπτυχιακό	61	29,9
	Διδακτορικό	21	10,3
Θέση εργασίας	Ειδικευόμενος ιατρός	67	32,8
	Ειδικευμένος ιατρός	31	15,2
	Νοσηλεύτης/α	70	34,3
	Βοηθός νοσηλεύτη	36	17,6
Τίτλος ειδικότητας ιατρών	Ογκολόγος	8	3,9
	Παθολόγος	36	17,6
	Πνευμονολόγος	54	26,3
Έτη προϋπηρεσίας	Ελάχιστο-μέγιστο	Μέση τιμή	Τ.Α.
	0,6-35	12,826	9,744
		n	%
Τομέας εργασίας	Παθολογική κλινική	59	28,9
	Ογκολογική κλινική	15	7,4
	Πνευμονολογική κλινική	130	63,7

Πίνακας 2. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την εμπειρία του με τον καρκινικό πόνο και την παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων			
		n	%
Προσωπική εμπειρία με καρκινικό πόνο (οικογενειακό περιβάλλον)	Ναι	68	33,3
	Όχι	136	66,7
Αριθμός νοσηλευόμενων με καρκινικό πόνο ανά έτος	<50	33	16,2
	51-100	88	43,1
	>100	83	40,7
Παρακολούθηση σεμιναρίων για τον καρκινικό πόνο	Ναι	42	20,6
	Όχι	162	79,4
Εάν «ναι», ποιο	Δεν αναφέρει	22	10,8
	Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου Μεταξά, 2004	2	1,0
	Θερινή ογκολογική συνάντηση, 2016	2	1,0
	Ημερίδα ΝΘΑ Σωτηρία	2	1,0
	Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «ογκολογία θώρακα», 2013	3	1,5
	Συνέδριο «Νοσηλευτική φροντίδα και ογκολογία», 2011	1	0,5
	Σεμινάριο της Αντικαρκινικής εταιρείας, 2006	1	0,5
	Σεμινάριο «Ογκολογία Πνεύμονα»	1	0,5
	Ελληνικό Συνέδριο Ογκολογίας, 2016	1	0,5
	Σεμινάριο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ΜΑΦ «Γαλιλαία»	2	1,0
	ESMO αντιμετώπιση πόνου, 2009,2011	1	0,5
	«Ο ογκολογικός ασθενής στην καθημερινή πράξη», 2015	1	0,5
	Ογκολογικά συνέδρια 2009-2011	1	0,5
	Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου	1	0,5

	ΓΜ Αγ.Σάββας, 2003		
	Σεμινάριο ανακουφιστικής φροντίδας, 2009	1	0,5

6.1.Σύγκριση των Ορθών Απαντήσεων μεταξύ των Διαφόρων Επαγγελματιών Υγείας

Οι 98 ιατροί είχαν περισσότερες ορθές απαντήσεις σε σχέση με τους 70 νοσηλευτές και 36 βοηθούς. Ο μέσος αριθμός των ορθών απαντήσεων των γιατρών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος (με διόρθωση Bonferroni, $p<0,025$) από τον μέσο αριθμό απαντήσεων των νοσηλευτών ή των βοηθών νοσηλευτών (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Μέση τιμή ορθών απαντήσεων ανά θέση εργασίας					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	P
Ιατρός	98	20,80	4,516	13-36	<0,0001
Νοσηλεύτης/α	70	17,51	3,764	11-29	
Βοηθός νοσηλευτή	36	15,86	3,944	8-24	

Πιο αναλυτικά στους Πίνακες 4,5,6, παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων τόσο επί του συνόλου όσο και για κάθε μια ομάδα ξεχωριστά με την επισήμανση των ορθών απαντήσεων όπως αυτές εμφανίζονται στο ερωτηματολόγιο με έντονα γράμματα, καθώς και οι στατιστικές διαφορές για την κάθε απάντηση.

Βρέθηκαν 16 από τα 39 ερωτήματα που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων. Στο πρώτο ερώτημα με στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα $p<0,0001$, που αφορά στην επιβεβαίωση του πόνου μέσω της παρατήρησης των αλλαγών των ζωτικών σημείων του ασθενούς οι ιατροί στην πλειοψηφία τους έδωσαν τις περισσότερες ορθές απαντήσεις σε ποσοστό 71,4% ενώ το 60,0% των νοσηλευτών και το 63,9% των βοηθών απάντησαν λάθος. Το ίδιο βρέθηκε στην 6^η ερώτηση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, με τους νοσηλευτές και τους βοηθούς να έχουν σε μεγαλύτερα ποσοστά δώσει λανθασμένη απάντηση (65,7% & 77,8% αντίστοιχα) ($p<0,0001$). Αναφορικά με την αναπνευστική καταστολή (ερώτημα 8^ο) με $p=0,001$, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί έδωσαν λανθασμένη απάντηση σε σημαντικά μεγάλα

ποσοστά (70,0% και 66,7%) σε αντίθεση με τους ιατρούς που απάντησαν σωστά σε ποσοστό 51,7%.

Αναφορικά με τους ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης και το εάν αυτοί θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή, ($p=0,026$), οι γιατροί απάντησαν ορθά σε μεγαλύτερο ποσοστό (68,4%) ενώ οι βοηθοί είχαν τις λιγότερες ορθές απαντήσεις (νοσηλευτές 51,4%, βοηθοί 47,2%).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών (92,9%) απάντησε σωστά σχετικά με την ενθάρρυνση των ασθενών για χρήση άνω της μία μεθόδου ανακούφισης του πόνου, ερώτηση 16 ($p<0,0001$). Στην ερώτηση 18 σχετικά με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών ($p=0,011$) ενώ και οι 3 κατηγορίες στην πλειοψηφία τους απάντησαν σωστά, οι ιατροί έδωσαν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό τη σωστή απάντηση (89,8%), και το ίδιο βρέθηκε για το ερώτημα 19 ($p=0,012$). Συνεχίζοντας με το εάν ο ασθενής θα πρέπει να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές αποκλειστικά (ερώτηση 20) οι ιατροί και οι νοσηλευτές στην συντριπτική τους πλειοψηφία έδωσαν τις περισσότερες ορθές απαντήσεις (86,7 και 81,4%) σε αντίθεση με το 58,3% των βοηθών ($p=0,001$), ενώ στην χρήση ένεσης placebo (ερώτηση 21), οι νοσηλευτές και οι βοηθοί απάντησαν λάθος σε πολύ μεγάλα ποσοστά (65,7% και 77,8% αντίστοιχα) με στατιστικά σημαντική διαφορά $p<0,0001$.

Προχωρώντας στα ερωτήματα πολλαπλής επιλογής και ξεκινώντας από την οδό χορήγησης των οπιοειδών κανείς βοηθός δεν γνώριζε τη σωστή απάντηση ενώ από τους νοσηλευτές μόνο το 1,4% απάντησε σωστά σε αντίθεση με το 23,5% των ιατρών ($p<0,0001$). Ωστόσο, στο ερώτημα 26 σχετικά με τις ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης μετά από περίοδο 4 ωρών οι νοσηλευτές και οι βοηθοί είχαν παρόμοια χαμηλά ποσοστά σωστής απάντησης (35,7% και 33,3% αντίστοιχα) σε αντίθεση με το 61,2% των ιατρών ($p=0,001$), και το ίδιο παρατηρείται με το ερώτημα 31 όπου οι ιατροί σε ποσοστό 71,4% έδωσαν τη σωστή απάντηση ($p<0,0001$).

Υπήρχαν δυο ερωτήσεις στις οποίες γιατροί και νοσηλευτές έδωσαν ανάλογα ποσοστά ορθών απαντήσεων, ενώ οι βοηθοί όχι. Στην ερώτηση αναφορικά με το εάν τα παιδιά είναι σε θέση να αναφέρουν τον πόνο τους με αξιοπιστία οι ιατροί και οι νοσηλευτές απάντησαν σωστά στο ίδιο ποσοστό (79,6%) οι βοηθοί βρέθηκαν να είναι μοιρασμένοι μεταξύ του σωστού και του λάθους (50,0%) ($p=0,002$). Για το ερώτημα 32 σχετικά με το ποιος δίνει την πιο ακριβή αξιολόγηση του πόνου ενώ και οι τρεις

ομάδες απάντησαν σωστά σε μεγάλα ποσοστά, οι βοηθοί είχαν το μικρότερο (50,0%) ($p=0,010$). Στο ερώτημα 22 σχετικά με την εφαρμογή του κρύου και της ζέστης και οι τρεις ομάδες στην πλειοψηφία τους απάντησαν λάθος με περισσότερους τους βοηθούς και λιγότερους τους ιατρούς ($p=0,014$).

Αντίθετα στο ερώτημα 33 που αφορά στην καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο, οι νοσηλευτές ήταν αυτοί που έδωσαν τις περισσότερες ορθές απαντήσεις (91,4%) ακολουθούμενοι από τους ιατρούς (89,8%) και τους βοηθούς (75,0%) με $p=0,035$.

Επιπλέον υπήρχε μια ερώτηση στην οποία τις περισσότερες ορθές απαντήσεις έδωσαν οι βοηθοί νοσηλευτών. Στο 14^ο ερώτημα, σχετικά με το ότι πέραν μιας συγκεκριμένης δόσης μορφίνης, οι αυξήσεις δεν θα αυξήσουν την ανακούφιση από τον πόνο, οι βοηθοί νοσηλευτών είχαν τις περισσότερες ορθές απαντήσεις (72,2%) ακολουθούμενοι από τους νοσηλευτές και τους ιατρούς, που είχαν τις λιγότερες ορθές απαντήσεις (64,3% και 44,9% αντίστοιχα) με στατιστικά σημαντική διαφορά 0,004.

Τέλος, αναφορικά με τις μελέτες περιπτώσεων δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων.

Πίνακας 4. Κατανομή απαντήσεων για τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον καρκινικό πόνο (α)

Πίνακας 4. Κατανομή απαντήσεων για τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον καρκινικό πόνο (α)								
			n	%	Ιατροί n (%)	Νοσηλευτές n (%)	Βοηθοί νοσηλευτών n (%)	p
1	Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων	Σωστό	93	45,6	28 (26,6)	45 (60,0)	23 (63,9)	>0,0001
		Λάθος	111	54,4	70 (71,4)	28 (40,0)	13 (36,1)	
2	Τα παιδιά κάτω των 2 ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη των επώδυνων εμπειριών εξαιτίας του μη ανεπτυγμένου νευρικού συστήματός τους	Σωστό	84	41,2	41 (41,8)	27 (38,6)	16 (44,4)	0,832
		Λάθος	120	58,8	57 (58,2)	43 (61,4)	20 (55,6)	
3	Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο	Σωστό	117	57,4	60 (61,2)	35 (50,0)	22 (61,1)	0,311
		Λάθος	87	42,6	38 (38,8)	35 (50,0)	14 (38,9)	
4	Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο	Σωστό	53	26,0	32 (32,7)	15 (21,4)	6 (16,7)	0,099
		Λάθος	151	74,0	66 (67,3)	55 (78,6)	30 (83,3)	
5	Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο	Σωστό	28	13,7	9 (9,2)	10 (14,3)	9 (25,0)	0,061
		Λάθος	176	86,3	89 (90,8)	60 (85,7)	27 (75,0)	
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Σωστό	104	51,0	30 (30,6)	46 (65,7)	28 (77,8)	>0,0001
		Λάθος	100	49,0	68 (69,4)	24 (34,3)	8 (22,2)	
7	Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι πολύ αποτελεσματικές στον έλεγχο του ήπιου-μέτριου πόνου, αλλά είναι σπάνια χρήσιμες σε πολύ έντονο πόνο	Σωστό	167	81,9	81 (82,7)	56 (80,0)	30 (83,3)	0,881
		Λάθος	37	18,1	17(17,3)	14 (20,0)	6 (16,7)	
8	Η αναπνευστική καταστολή επέρχεται σπάνια σε ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή για χρονική περίοδο μηνών	Σωστό	89	43,6	56 (51,7)	21 (30,0)	12 (33,3)	0,001
		Λάθος	115	56,4	42 (42,9)	49 (70,0)	24 (66,7)	
9	Η ασπιρίνη των 650 mg PO είναι περίπου ίδιου αναλγητικού αποτελέσματος με την Πεθιδίνη των 50 mg PO	Σωστό	32	15,7	17 (17,3)	11 (15,7)	4 (11,1)	0,682
		Λάθος	172	84,3	81 (82,7)	59 (84,3)	32 (88,9)	
10	Η κλίμακα πόνου του ΠΟΥ προτείνει την χρησιμοποίηση ενός εκ των αναλγητικών παραγόντων, παρά τον συνδυασμό διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων	Σωστό	77	37,7	32 (32,7)	43 (61,4)	18 (50,0)	0,184
		Λάθος	127	62,3	66 (67,3)	27 (38,6)	18 (50,0)	
11	Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της Πεθιδίνης IM είναι 4-5 ώρες	Σωστό	160	78,4	76 (77,6)	56 (80,0)	28 (77,8)	0,926
		Λάθος	44	21,6	22 (22,4)	14 (20,0)	8 (22,2)	

Πίνακας 5. Κατανομή απαντήσεων για τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον καρκινικό πόνο (β)								
			n	%	Ιατροί n (%)	Νοσηλευτές n (%)	Βοηθοί νοσηλευτών	P
12	Η έρευνα έδειξε ότι η promethazine είναι ένας αξιόπιστος παράγοντας αύξησης δράσης των οπιοειδών αναλγητικών	Σωστό	115	56,4	56 (51,7)	41 (58,6)	18 (50,0)	0,689
		Λάθος	89	43,6	42(42,9)	29 (41,4)	18 (50,0)	
13	Ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή για τον πόνο, γιατί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαναλαμβανόμενου εθισμού	Σωστό	84	41,2	31 (31,6)	34 (48,6)	19 (52,8)	0,026
		Λάθος	120	58,8	67 (68,4)	36 (51,4)	17 (47,2)	
14	Πέραν μιας συγκεκριμένης δόσης μορφίνης, οι αυξήσεις στην δόση δεν θα αυξήσουν την ανακούφιση από τον πόνο	Σωστό	89	43,6	54 (55,1)	25 (35,7)	10 (27,8)	0,004
		Λάθος	115	56,4	44 (44,9)	45 (64,3)	26 (72,2)	
15	Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να ανεχτούν τα οπιοειδή για την ανακούφιση από τον πόνο	Σωστό	32	15,7	15 (15,3)	11 (15,7)	6 (16,7)	0,982
		Λάθος	172	84,3	83 (84,7)	59 (84,3)	30 (83,3)	
16	Ο ασθενείς που πονά θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ανέχεται τον πόνο όσο το δυνατό περισσότερο πριν καταφύγει σε μία μέθοδο ανακούφισής του	Σωστό	40	19,6	7 (7,1)	20 (28,6)	13 (36,1)	0,000
		Λάθος	164	80,4	91 (92,9)	50 (71,4)	23 (63,9)	
17	Παιδιά μικρότερης ηλικίας των 11 ετών δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο με αξιοπιστία και επομένως ο/η νοσηλευτής/α πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση των γονιών για την ένταση του πόνου του παιδιού	Σωστό	63	30,9	20 (20,4)	25 (35,7)	18 (50,0)	0,002
		Λάθος	141	69,1	78 (79,6)	78 (79,6)	18 (50,0)	
18	Κάποιος ασθενής βασιζόμενος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο	Σωστό	167	81,9	88 (89,8)	54 (77,1)	25 (69,4)	0,011
		Λάθος	37	18,1	10 (10,2)	16 (22,9)	11 (30,6)	
19	Μετά την αρχική συνιστώμενη δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι διαδοχικές δόσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με την προσωπική απάντηση του ασθενούς στην αναλγησία	Σωστό	164	80,4	87 (88,8)	52 (74,3)	25 (69,4)	0,012
		Λάθος	40	19,6	11 (11,2)	18 (25,7)	11 (30,6)	
20	Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες τους και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα	Σωστό	41	20,1	13 (13,3)	13 (18,6)	15 (41,7)	0,001
		Λάθος	163	79,9	85 (86,7)	57 (81,4)	21 (58,3)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Σωστό	107	52,5	33 (33,7)	46 (65,7)	28 (77,8)	0,000
		Λάθος	97	47,5	65 (66,3)	24 (34,3)	8 (22,2)	
22	Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζέστη θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή	Σωστό	129	63,2	52 (53,1)	50 (71,4)	27 (75,0)	0,014
		Λάθος	75	36,8	46 (46,9)	20 (28,6)	9 (25,0)	

Πίνακας 6. Κατανομή απαντήσεων για τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τον καρκινικό πόνο (γ)								
			n	%	Ιατροί n (%)	Νοσηλευτές n (%)	Βοηθοί νοσηλευτών n (%)	P
23	Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:	Λάθος	180	88,2	75 (76,5)	69 (98,6)	36 (100,0)	<0,0001
		Σωστό	24	11,8	23 (23,5)	1 (1,4)	0 (0,0)	
24	Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης, είναι:	Λάθος	103	50,5	46 (46,9)	42 (60,0)	15 (41,7)	0,127
		Σωστό	101	49,5	52 (53,1)	28 (40,0)	21 (58,3)	
25	Ποια από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα είναι τα ενδεικνυόμενα για την αντιμετώπιση του παρατεταμένου μέτριου ή έντονου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο	Λάθος	109	53,4	56 (57,1)	34 (48,6)	18 (50,0)	0,512
		Σωστό	95	46,6	42 (42,9)	36 (51,4)	18 (50,0)	
26	Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την per os μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες	Λάθος	107	52,5	38 (38,8)	45 (64,3)	24 (66,7)	0,001
		Σωστό	97	47,5	60 (61,2)	25 (35,7)	12 (33,3)	
27	Τα αναλγητικά για τον μετεγχειρητικό πόνο αρχικά πρέπει να δίνονται: σε προκαθορισμένες ώρες/όταν ο ασθενής ζητήσει αναλγητικό/όταν ο νοσηλευτής το κρίνει απαραίτητο	Λάθος	42	20,6	19 (19,4)	15 (21,4)	8 (22,2)	0,917
		Σωστό	162	79,4	79 (80,6)	55 (78,6)	28 (77,8)	
28	Άρρωστος με χρόνια πόνο από καρκίνο λαμβάνει ημερησίως οπιοειδή αναλγητικά για δύο μήνες. Η δόση αυξήθηκε αυτή τη χρονική περίοδο. Χθες ο ασθενής έπαιρνε μορφίνη 200 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως για 3 ώρες. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι:	Λάθος	158	77,5	77 (78,6)	56 (80,0)	26 (72,2)	0,648
		Σωστό	45	22,1	21 (21,4)	14 (20,0)	10 (27,8)	
29	Η αναλγησία για τον χρόνια καρκινικό πόνο θα πρέπει να δίνεται	Λάθος	70	34,3	29 (29,6)	26 (37,1)	15 (41,7)	0,357
		Σωστό	134	65,7	69 (70,4)	44 (62,9)	21 (58,3)	
30	Η πιο πιθανή εξήγηση του γιατί ένας ασθενής με πόνο θα ζητήσει να αυξηθούν οι δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής του πόνου είναι:	Λάθος	49	24,0	30 (30,6)	12 (17,1)	7 (19,4)	0,103
		Σωστό	155	76,0	68 (69,4)	58 (82,9)	29 (80,6)	
31	Ποια από τα παρακάτω φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;	Λάθος	95	46,6	28 (28,6)	42 (60,0)	25 (69,4)	<0,0001
		Σωστό	109	53,4	70 (71,4)	28 (40,0)	11 (30,6)	
32	Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται:	Λάθος	70	34,3	24 (24,5)	28 (40,0)	18 (50,0)	0,010

		Σωστό	134	65,7	74 (75,5)	42 (60,0)	18 (50,0)	
33	Ποιο περιγράφει την καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο	Λάθος	25	12,3	10 (10,2)	6 (8,6)	9 (25,0)	0,035
		Σωστό	179	87,7	88 (89,8)	54 (91,4)	27 (75,0)	
34	Ποιο νομίζεται ότι είναι το ποσοστό των ασθενών που υπερβάλλουν την ένταση του πόνου;	Λάθος	182	89,2	88 (89,8)	60 (85,7)	34 (94,4)	0,381
		Σωστό	22	10,8	10 (10,2)	10 (14,3)	2 (5,6)	
35	Ο εθισμός στα ναρκωτικά/οπιοειδή ορίζεται ως η ψυχολογική εξάρτηση συνοδευόμενη από επιπλέον ζήτηση με την λήψη και χρησιμοποίηση ναρκωτικών για ψυχολογικούς λόγους, όχι για ιατρικούς. Αυτό μπορεί να εμφανισθεί με ή χωρίς τις ψυχολογικές αλλαγές της ανοχής στην αναλγησία και τη φυσική εξάρτηση. Χρησιμοποιώντας αυτόν τον ορισμό, πόση πιθανότητα υπάρχει να επέλθει εθισμός στα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης οπιοειδών αναλγητικών στην θεραπεία του πόνου;	Λάθος	189	92,6	93 (94,9)	62 (88,6)	34 (94,4)	0,275
		Σωστό	15	7,4	5 (5,1)	8 (11,4)	2 (5,6)	
36α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	189	92,6	89 (90,8)	67 (95,7)	33 (91,7)	0,476
		Σωστό	15	7,4	9 (9,2)	3 (4,3)	3 (8,3)	
36β	Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά τη λήψη μορφίνης 2 mg IV. Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του κύκλου. Η ενέργεια που θα κάνετε είναι:	Λάθος	194	95,1	91 (92,9)	69 (98,6)	34 (94,4)	0,237
		Σωστό	10	4,9	7 (7,1)	1 (1,4)	2 (5,6)	
37α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	152	74,5	68 (69,4)	56 (80,0)	28 (77,8)	0,266
		Σωστό	52	25,5	30 (30,6)	14 (20,0)	8 (22,2)	
37β	Η παραπάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες αφού είχε λάβει 2 mg IV μορφίνης. Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναγνωρίζει το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου. Η ενέργεια που θα κάνετε είναι:	Λάθος	167	81,9	75 (76,5)	59 (84,3)	33 (91,7)	0,107
		Σωστό	37	18,1	23 (23,5)	11 (15,7)	3 (8,3)	

6.2.Διερεύνηση της Επίδρασης των Δημογραφικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών στον Αριθμό των Ορθών Απαντήσεων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τη Διαχείριση του Καρκινικού Πόνου

Οι άνδρες επαγγελματίες υγείας έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις σε σχέση με τις γυναίκες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7, Μέση τιμή συνολικών ορθών απαντήσεων ανά φύλο				
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Άρρεν	48	20,04	4,846	0,032
Θήλυ	152	18,42	4,484	

Στον ακόλουθο Πίνακα 8, παρουσιάζονται οι 5 από τις 39 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, στις οποίες οι άνδρες έδωσαν στατιστικά σημαντικές περισσότερες ορθές απαντήσεις από τις γυναίκες.

Πίνακας 8. Διερεύνηση της Επίδρασης του Φύλου στις Ορθές Απαντήσεις					
			Άρρεν N (%)	Θήλυ N (%)	
1	Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων	Λάθος	14 (29,2)	79 (50,6)	0,009
		Σωστό	34 (70,8)	77 (49,4)	
4	Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο	Λάθος	29 (60,4)	122 (78,2)	0,014
		Σωστό	19 (39,6)	34 (21,8)	
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Λάθος	12 (25,0)	92 (59,0)	<0,0001
		Σωστό	36 (75,0)	64 (41,0)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Λάθος	19 (39,6)	88 (56,4)	0,041
		Σωστό	29 (60,4)	68 (43,6)	
23	Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:	Λάθος	35 (72,9)	145 (92,9)	>0,0001
		Σωστό	13 (27,1)	11 (7,1)	
36β	Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά τη λήψη μορφίνης 2 mgIV. Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του κύκλου.	Λάθος	43 (89,6)	151 (96,8)	0,043
		Σωστό	5 (10,4)	5 (3,2)	

Η ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίζονταν με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων ($p=0,002$) (Πίνακας 9). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-50 με μέσο όρο ορθών απαντήσεων 17,95, τα 19 άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 51-65 είχαν μέσο όρο ορθών απαντήσεων 17,84 και τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 20-35 ετών είχαν τις περισσότερες γνώσεις και θετικότερες στάσεις ως προς τη διαχείριση του καρκινικού πόνου.

Πίνακας 9. Μέση τιμή συνολικών ορθών απαντήσεων ανά ηλικιακή ομάδα					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
20-35	76	20,25	4,330	8-33	0,002
36-50	109	17,95	4,711	10-36	
51-65	19	17,84	3,790	11-23	

Στον ακόλουθο Πίνακα 10, παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των ορθών απαντήσεων μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων σε 8 από τα 39 ερωτήματα. Η ηλικιακή ομάδα 20-35 ετών έδωσε τις περισσότερες ορθές απαντήσεις στις περισσότερες ερωτήσεις με εξαίρεση την ερώτηση 5 «Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο» για την οποία η ηλικιακή ομάδα 51-65 ετών έδωσε τις περισσότερες ορθές απαντήσεις.

Πίνακας 10. Διερεύνηση συσχετίσεων ηλικίας						
			20-35	35-50	51-65	p
1	Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων	Λάθος	24 (31,6)	60 (55,0)	9 (47,4)	0,007
		Σωστό	52 (68,4)	49 (45,0)	10 (52,6)	
4	Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο	Λάθος	49 (64,5)	86 (78,9)	16 (84,2)	0,050
		Σωστό	27 (35,5)	23 (21,1)	3 (15,8)	
5	Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο	Λάθος	6 (7,9)	21 (19,3)	1 (5,30)	0,046
		Σωστό	70 (92,1)	88 (80,7)	18 (94,7)	
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Λάθος	31 (40,8)	67 (61,5)	6 (31,6)	0,004
		Σωστό	45 (59,2)	42 (38,5)	13 (68,4)	
11	Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της Πεθιδίνης IM είναι 4-5 ώρες	Λάθος	52 (68,4)	93 (85,3)	15 (78,9)	0,022
		Σωστό	24 (31,6)	16 (14,7)	4 (21,1)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Λάθος	29 (32,8)	64 (58,7)	14 (73,7)	0,003
		Σωστό	47 (61,8)	45 (41,3)	5 (26,3)	
32	Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται από: τον θεράποντα ιατρό/τον νοσηλευτή/τον ασθενή/τον φαρμακοποιό/την οικογένειά του	Λάθος	14 (18,4)	46 (42,2)	10 (52,6)	0,001
		Σωστό	62 (81,6)	63 (57,8)	9 (47,4)	
37α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	47 (61,8)	89 (81,7)	16 (84,2)	0,006
		Σωστό	29 (38,2)	20 (18,3)	3 (15,8)	

Τα έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά ($p=0,001$) με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ομάδα με προϋπηρεσία έως 10 έτη με μέση τιμή ορθών απαντήσεων 20,04, τα 6 άτομα με προϋπηρεσία μεταξύ 31-40 ετών έδωσαν 16,83 ορθές απαντήσεις. Οι άλλες δύο ομάδες που αποτελούνταν από 45 άτομα έκαστος, έδωσαν σχεδόν τον ίδιο αριθμό ορθών απαντήσεων (17,11 & 17,78 αντίστοιχα) (Πίνακας 11). Οι επαγγελματίες υγείας με 0,5-10 έτη είχαν περισσότερες ορθές γνώσεις και θετικότερη στάση για τη διαχείριση του πόνου.

Πίνακας 11. Μέση τιμή συνολικών ορθών απαντήσεων ανά έτη προϋπηρεσίας					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
0,5-10	108	20,04	4,935	8-36	0,001
11-20	45	17,11	3,419	10-23	
21-30	45	17,78	4,258	10-29	
31-40	6	16,83	2,639	12-19	

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ορθών απαντήσεων των 4 ομάδων βάσει των ετών προϋπηρεσίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12 και αφορά συνολικά σε 9 ερωτήματα. Η ομάδα απασχόλησης μέχρι και 10 έτη έδωσε τις περισσότερες ορθές απαντήσεις στις περισσότερες ερωτήσεις με εξαίρεση δυο ερωτήσεις την 6^η (Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις) και 26^η (Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την per os μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες) στις οποίες η ομάδα με προϋπηρεσία 31 με 40 έτη έδωσε περισσότερες ορθές απαντήσεις.

Πίνακας 12. Διερεύνηση συσχετίσεων προϋπηρεσίας							
			0,5-10	11-20	21-30	31-40	p
1	Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων	Λάθος	39 (36,1)	30 (66,7)	21 (46,7)	3 (50,0)	0,007
		Σωστό	69 (63,9)	15 (33,3)	24 (53,3)	3 (50,0)	
4	Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο	Λάθος	71 (65,7)	35 (77,8)	40 (88,9)	5 (83,3)	0,021
		Σωστό	37 (34,3)	10 (22,2)	5 (11,1)	1 (16,7)	
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις	Λάθος	44 (40,7)	26 (57,8)	32 (71,1)	2 (33,3)	0,003

	παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Σωστό	64 (59,3)	19 (42,2)	13 (28,9)	4 (66,7)	
8	Η αναπνευστική καταστολή επέρχεται σπάνια σε ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή για χρονική περίοδο μηνών	Λάθος	51 (47,2)	31 (68,9)	27 (60,0)	6 (100,0)	0,009
		Σωστό	57 (52,8)	14 (31,1)	18 (40,0)	0 (0,0)	
18	Κάποιος ασθενής βασίζόμενος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο	Λάθος	13 (12,0)	10 (22,2)	14 (31,1)	0 (0,0)	0,021
		Σωστό	95 (88,0)	35 (77,8)	31 (68,9)	6 (100,0)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Λάθος	41 (38,0)	32 (71,1)	29 (64,4)	5 (83,3)	>0,0001
		Σωστό	67 (62,0)	13 (28,9)	16 (35,6)	1 (16,7)	
26	Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την per os μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες	Λάθος	50 (46,6)	27 (60,0)	29 (64,4)	1 (16,7)	0,039
		Σωστό	58 (53,7)	18 (40,0)	16 (35,6)	5 (83,3)	
31	Ποια από τα παρακάτω φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;	Λάθος	41 (38,0)	20 (44,4)	30 (66,7)	4 (66,7)	0,008
		Σωστό	67 (62,0)	25 (55,6)	15 (33,3)	2 (33,3)	
32	Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται:	Λάθος	25 (23,1)	20 (44,4)	21 (46,7)	4 (66,7)	0,003
		Σωστό	83 (76,9)	25 (55,6)	24 (53,3)	2 (33,3)	

Κατά τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ επιμόρφωσης και ορθών απαντήσεων όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 13, με στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,0001$, βρέθηκε ότι τα 21 άτομα που ήταν κάτοχοι διδακτορικού έδωσαν κατά μέσο όρο 19,33 ορθές απαντήσεις σε σχέση με τα 61 που κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και ορθές απαντήσεις 20,90, ενώ τα 122 άτομα που δεν είχαν περαιτέρω μεταπτυχιακή επιμόρφωση έδωσαν 17,66 ορθές απαντήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας με μεταπτυχιακό είχαν περισσότερες ορθές απαντήσεις και θετικότερη στάση από εκείνους που δεν είχαν μεταπτυχιακό.

Πίνακας 13. Μέση τιμή συνολικών ορθών απαντήσεων συγκριτικά με την μεταπτυχιακή επιμόρφωση					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
Όχι	122	17,66	4,010	8-33	>0,0001
Μεταπτυχιακό	61	20,90	5,121	12-36	
Διδακτορικό	21	19,33	4,258	14-29	

Οι διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με την μεταπτυχιακή επιμόρφωση παρουσιάζονται στον Πίνακα 14, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ορθών απαντήσεων σε 12 ερωτήματα. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις στις περισσότερες από τις παρακάτω ερωτήσεις με εξαίρεση την ερώτηση 6 (Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις), την ερώτηση 21 για τη χρήση του placebo, την ερώτηση 22 (Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζέστη θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή), την ερώτηση 23 (Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου) και την ερώτηση 31 (Τα φάρμακα που είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου), για τις οποίες οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις.

Πίνακας 14 . Διερεύνηση συσχετίσεων επιμόρφωσης						
			Καμία (n %)	Μεταπτυχιακό (n %)	Διδακτορικό (n %)	P
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Λάθος	71 (58,2)	28 (45,9)	5 (23,8)	0,009
		Σωστό	51 (41,8)	33 (54,1)	16 (76,2)	
9	Η ασπιρίνη των 650 mg PO είναι περίπου ίδιου αναλγητικού αποτελέσματος με την Πεθιδίνη των 50 mg PO	Λάθος	110 (90,2)	45 (73,8)	17 (81,0)	0,014
		Σωστό	12 (9,8)	16 (26,2)	4 (19,0)	
11	Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της Πεθιδίνης IM είναι 4-5 ώρες	Λάθος	95 (77,9)	44 (72,1)	21 (100,0)	0,027
		Σωστό	27 (22,1)	17 (27,9)	0 (0,0)	
20	Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες τους και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα	Λάθος	33 (27,0)	4 (6,6)	4 (19,0)	0,005
		Σωστό	89 (73,0)	57 (93,4)	17 (81,0)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου	Λάθος	74 (60,7)	26 (42,6)	7 (33,3)	0,012

	νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Σωστό	48 (39,3)	35 (57,4)	14 (66,7)	
22	Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζέστη θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή	Λάθος	89 (73,0)	32 (52,5)	8 (38,1)	0,001
		Σωστό	33 (27,0)	29 (47,5)	13 (61,9)	
23	Συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου	Λάθος	115 (94,3)	50 (82,0)	15 (71,4)	0,002
		Σωστό	7 (5,7)	11 (18,0)	6 (28,60)	
27	Αρχική χορήγηση αναλγητικών για τον μετεγχειρητικό πόνο αρχικά	Λάθος	32 (26,2)	6 (9,8)	4 (19,0)	0,035
		Σωστό	90 (73,8)	55 (90,2)	17 (81,0)	
29	Χρόνος χορήγησης αναλγησίας για τον χρόνιο καρκινικό πόνο	Λάθος	55 (45,1)	10 (16,4)	5 (23,8)	0,000
		Σωστό	67 (57,9)	51 (83,6)	16 (76,2)	
31	Χρήσιμα φάρμακα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου	Λάθος	65 (53,3)	24 (39,3)	6 (28,6)	0,044
		Σωστό	57 (46,7)	27 (60,7)	15 (71,4)	
33	Καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο	Λάθος	19 (15,6)	2 (3,3)	4 (19,0)	0,034
		Σωστό	103 (84,4)	59 (96,7)	17 (81,0)	
36α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας	Λάθος	113 (92,6)	56 (91,8)	20 (95,2)	0,875
37α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	97 (79,5)	38 (62,30)	17 (81,0)	0,032
		Σωστό	25 (20,5)	23 (37,7)	4 (19,0)	

Οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο για τον καρκινικό πόνο, έδωσαν κατά μέσο όρο περισσότερες ορθές απαντήσεις, 20,81, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο, 18,28 ($p=0,001$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Μέση τιμή συνολικών ορθών απαντήσεων ανά παρακολούθηση σεμιναρίων				
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Ναι	42	20,81	5,181	0,001
Όχι	162	18,28	4,318	

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι πέντε ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο για τον καρκινικό πόνο έδωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες ορθές απαντήσεις σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παρακολουθήσει αντίστοιχο σεμινάριο. Εξαίρεση αποτελεί η ερώτηση 24 «Η

συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης» στην οποία περισσότερες ορθές απαντήσεις έδωσαν εκείνοι που δεν είχαν παρακολουθήσει αντίστοιχο σεμινάριο.

Πίνακας 16 . Διερεύνηση συσχετίσεων των ορθών απαντήσεων με την παρακολούθηση σεμιναρίων για τον καρκινικό πόνο					
			Ναι	Όχι	p
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Λάθος	15 (35,7)	89 (57,9)	0,026
		Σωστό	27 (64,3)	73 (45,1)	
13	Ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή για τον πόνο, γιατί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαναλαμβανόμενου εθισμού	Λάθος	9 (21,4)	75 (46,3)	0,003
		Σωστό	33 (78,6)	87 (53,7)	
20	Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες τους και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα	Λάθος	2 (4,8)	39 (24,1)	0,005
		Σωστό	40 (95,2)	123 (75,9)	
23	Συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου:	Λάθος	32 (76,2)	148 (91,4)	0,006
		Σωστό	10 (23,8)	14 (8,6)	
24	Συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης	Λάθος	29 (69,0)	74 (45,7)	0,007
		Σωστό	13 (31,0)	88 (54,3)	

Συνεχίζοντας με τις συσχετίσεις μεταξύ των ειδικοτήτων των ιατρών και τον μέσο όρο των ορθών απαντήσεων, βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,0001$, ότι οι ογκολόγοι είχαν τις περισσότερες γνώσεις σε σχέση με τους παθολόγους και τους πνευμονολόγους (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Μέση τιμή ορθών απαντήσεων ανά θέση εργασίας					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
Ογκολόγος	8	26,88	7,318	17-36	>0,0001
Παθολόγος	36	20,81	4,194	13-33	
Πνευμονολόγος	54	19,89	3,495	13-28	

Βρέθηκαν 11 ερωτήματα στα οποία οι ογκολόγοι έδωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες ορθές απαντήσεις από τους παθολόγους ή τους πνευμονολόγους γιατρούς (Πίνακα 18.)

Πίνακας 18. Διερεύνηση συσχετίσεων των ορθών απαντήσεων μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών						
			Ογκολόγος (n,%)	Παθολόγος (n,%)	Πνευμονολόγος (n,%)	P
3	Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο	Λάθος	1 (12,5)	26 (72,2)	33 (61,1)	0,007
		Σωστό	7 (87,5)	10 (27,8)	21 (38,9)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Λάθος	1 (12,5)	6 (16,7)	26 (48,1)	0,003
		Σωστό	7 (87,5)	30 (83,3)	28 (51,9)	
26	Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την peros μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες	Λάθος	1 (12,5)	7 (19,4)	30 (55,6)	0,001
		Σωστό	7 (87,5)	29 (80,6)	24 (44,4)	
27	Αρχική χορήγηση αναλγητικών για τον μετεγχειρητικό πόνο	Λάθος	0 (0,0)	12 (33,3)	7 (13,0)	0,019
		Σωστό	8 (100,0)	24 (66,7)	47 (87,0)	
29	Χρόνος χορήγησης αναλγησίας για τον χρόνιο καρκινικό πόνο	Λάθος	0 (0,0)	15 (41,7)	14 (25,9)	0,044
		Σωστό	8 (100,0)	21 (58,3)	40 (74,1)	
34	Ποιο νομίζεται ότι είναι το ποσοστό των ασθενών που υπερβάλλουν την ένταση του πόνου;	Λάθος	5 (62,5)	35 (97,2)	48 (88,9)	0,012
		Σωστό	3 (37,5)	1 (2,8)	6 (11,1)	
36α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	4 (50,0)	32 (88,9)	53 (98,1)	0,000
		Σωστό	4 (50,0)	4 (11,1)	1 (1,9)	
36β	Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά τη λήψη μορφίνης 2 mg IV. Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του κύκλου.	Λάθος	4 (50,0)	35 (97,2)	52 (96,3)	0,000
		Σωστό	4 (50,0)	1 (2,8)	2 (3,7)	
37α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	4 (50,0)	21 (58,3)	43 (79,6)	0,046
		Σωστό	4 (50,0)	15 (41,7)	11 (20,4)	
37β	Η παραπάνω εκτίμησή σας , έγινε δύο ώρες αφού είχε λάβει 2 mg IV μορφίνης. Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναγνωρίζει το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου.	Λάθος	3 (37,5)	31 (86,1)	41 (75,9)	0,013
		Σωστό	5 (62,5)	5 (13,9)	12 (24,1)	

Αντίστοιχα η κλινική συσχετίζονταν με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ογκολογική κλινική έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις ($p < 0,0001$) από εκείνους που εργάζονταν σε άλλες κλινικές του νοσοκομείου (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Μέση τιμή ορθών απαντήσεων ανά τομέα εργασίας					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
Παθολογική Κλινική	59	19,46	4,292	11-33	>0,0001
Ογκολογική Κλινική	15	23,00	6,908	15-36	
Πνευμονολογική Κλινική	130	18,02	4,139	8-29	

Στον ακόλουθο Πίνακα 20, παρουσιάζονται οι 13 από τις 39 ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ογκολογική κλινική έδωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες ορθές απαντήσεις συγκριτικά με όσους εργάζονταν σε παθολογική ή πνευμονολογική κλινική. Ωστόσο σε δυο ερωτήσεις, την 24 «Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης» και 26 «Ποια από τις ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την per os μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες» οι απασχολούμενοι σε παθολογική κλινική έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις.

Πίνακας 20. Διερεύνηση συσχετίσεων των ορθών απαντήσεων ανάλογα με την κλινική απασχόλησης						
			Παθολογική (n, %)	Ογκολογική (n, %)	Πνευμονολογική (n, %)	p
3	Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο	Λάθος	38 (64,4)	3 (20,0)	76 (58,5)	0,007
		Σωστό	21 (35,6)	12 (80,0)	54 (41,5)	
6	Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις	Λάθος	26 (44,1)	4 (26,7)	74 (56,9)	0,038
		Σωστό	33 (55,9)	11 (73,3)	56 (43,1)	
17	Παιδιά μικρότερης ηλικίας των 11 ετών δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο με αξιοπιστία και επομένως ο/η νοσηλευτής/α πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση των γονιών για την ένταση του πόνου του παιδιού	Λάθος	10 (16,9)	1 (6,7)	52 (40,0)	0,001
		Σωστό	49 (83,1)	14 (93,3)	78 (60,0)	
18	Κάποιος ασθενής βασιζόμενος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να	Λάθος	6 (10,2)	1 (6,7)	30 (23,1)	0,050

	σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο	Σωστό	53 (89,8)	14 (93,3)	100 (76,9)	
21	Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός	Λάθος	21 (35,6)	3 (20,0)	83 (63,8)	0,000
		Σωστό	38 (64,4)	12 (80,0)	47 (36,2)	
24	Συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης	Λάθος	20 (33,9)	9 (60,0)	74 (56,9)	0,010
		Σωστό	39 (66,1)	6 (40,0)	56 (43,1)	
26	Ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την peros μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες	Λάθος	23 (39,0)	7 (46,7)	77 (59,2)	0,032
		Σωστό	36 (61,0)	8 (53,3)	53 (40,8)	
27	Αρχική χορήγηση αναλγητικών για τον μετεγχειρητικό πόνο	Λάθος	24 (40,7)	0 (0,0)	18 (13,8)	0,000
		Σωστό	35 (59,3)	15 (100,0)	112 (86,2)	
29	Χορήγηση αναλγησίας για τον χρόνιο καρκινικό πόνο	Λάθος	25 (42,4)	0 (0,0)	45 (34,60)	0,008
		Σωστό	34 (57,6)	15 (100,0)	85 (65,4)	
31	Ποια φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;	Λάθος	20 (33,9)	2 (13,3)	73 (56,2)	0,000
		Σωστό	39 (66,1)	13 (86,7)	57 (43,8)	
32	Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται από: τον θεράποντα/νοσηλευτή/ασθενή/φαρμακοποιό / οικείους	Λάθος	14 (23,7)	3 (20,0)	53 (40,8)	0,035
		Σωστό	45 (76,3)	12 (80,0)	77 (59,2)	
36α	Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην κλίμακα σύμφωνα με την εκτίμησή σας.	Λάθος	54 (91,5)	11 (73,3)	124 (95,4)	0,007
		Σωστό	5 (8,5)	4 (26,7)	6 (4,6)	
36β	Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά τη λήψη μορφίνης 2 mgIV. Ο ανάμισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του κύκλου.	Λάθος	57 (96,6)	11 (73,3)	126 (96,9)	0,000
		Σωστό	2 (3,4)	4 (26,7)	4 (3,1)	

Ο αριθμός των ορθών απαντήσεων μεταξύ ειδικευομένων και ειδικευμένων ιατρών δε διέφερε στατιστικά σημαντικά (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Μέση τιμή ορθών απαντήσεων μεταξύ ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών				
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Ειδικευόμενος Ιατρός	67	20,45	3,443	0,264
Ειδικευμένος Ιατρός	31	21,55	6,244	

Επιπλέον, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης τιμής του αριθμού των ορθών απαντήσεων και των απαντήσεων για την προσωπική εμπειρία με καρκινικό πόνο ή τον αριθμό νοσηλευομένων ασθενών ανά έτος στον χώρο εργασίας των συμμετεχόντων (Πίνακες 22,23).

Πίνακας 22. Μέσες τιμές αριθμού ορθών απαντήσεων σε σύγκριση με την προσωπική εμπειρία με καρκινικό πόνο				
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Ναι	68	18,12	4,524	0,136
Όχι	136	19,14	4,633	

Πίνακας 23. Μέσες τιμές αριθμού ορθών απαντήσεων σε σύγκριση με τον αριθμό νοσηλευομένων ασθενών με καρκινικό πόνο ετησίως					
	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο-μέγιστο	p
<50	33	19,30	6,157	8-33	0,679
51-100	88	18,51	4,063	10-29	
>100	83	18,90	4,487	10-36	

6.3. Πολυπαραγοντική διερεύνηση της μεταβλητότητας των ορθών απαντήσεων για τις γνώσεις και στάσεις στο καρκινικό πόνο των συμμετεχόντων

Στο μοντέλο Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης ελέγχθηκαν οι μεταβλητές που εμφάνιζαν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,25$ με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων. Το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η ομάδα επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, τα έτη προϋπηρεσίας, η εκπαίδευση (βασική/ μεταπτυχιακή), η κλινική απασχόλησης και η

παρακολούθηση σεμιναρίων για τον καρκινικό πόνο χρησιμοποιήθηκαν στην πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 24.)

Πίνακας 24: Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των αναλύσεων του αριθμού των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις γνώσεις και στάσεις στη διαχείριση του καρκινικού πόνο.				
Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	Sign
Σταθερά	18,54	,669		,000
Νοσηλευτής συμμετέχοντας	-2,542	,702	-,262	>,0001
Βοηθός Νοσηλευτής συμμετέχοντας	-3,000	,882	-,249	,001
Ηλικιακή ομάδα 20-35 ετών	1,200	,682	,126	,080
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου	2,015	,720	,177	,006
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	1,803	,637	,179	,005
Ογκολογική κλινική	3,536	1,084	,201	,001

Ποσοστό 28% ($R^2 = 0,28$) της μεταβλητότητας των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων ερμηνεθike από το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης. Οι μεταβλητές που σχετίζονται με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων είναι οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 20-35 ετών, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, η απασχόληση σε ογκολογική κλινική και η παρακολούθηση σεμιναρίων για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Όλες οι παραπάνω μεταβλητές σχετίζονταν θετικά με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων με εξαίρεση τις μεταβλητές της ειδικότητας όπου οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών αρνητικά με τον αριθμό των ορθών απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 20-35 ετών, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ογκολογική κλινική, και όσοι είχαν λάβει συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, έδιναν περισσότερες ορθές απαντήσεις. Αντίθετα οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών έδιναν λιγότερες ορθές απαντήσεις.

Η συμμετοχή σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου βρέθηκε ο ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας του αριθμού των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων ($R^2_{\text{Change}} = 0,007$).

7. Συζήτηση

Τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ικανοποιητικές γνώσεις για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Οι γνώσεις και οι στάσεις ως προς την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου διαφέρουν μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με τους γιατρούς να έχουν περισσότερες γνώσεις και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων να έχουν περισσότερες γνώσεις στα θέματα διαχείρισης του καρκινικού πόνου σε σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των παθολογικών και πνευμονολογικών τομέων.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι από τα 39 ερωτήματα του ερωτηματολογίου η μέση τιμή του αριθμού των ορθών απαντήσεων μεταξύ των ιατρών ήταν $20,80 \pm 4,5$, των νοσηλευτών $17,51 \pm 3,7$ και των βοηθών $15,86 \pm 3,9$ με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p < 0,0001$), ευρήματα που υποδηλώνουν ότι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας δεν ήταν ικανοποιητικές., ευρήματα που βρίσκονται σε συμφωνία με αρκετές μελέτες (Bernardi, et al, 2007; Kim et al, 2001&2012; Jun et al, 2006; Park et al, 2003). Οι ιατροί έχουν δώσει κατά μέσο όρο περισσότερες ορθές απαντήσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών που έχουν μικρότερο πληθυσμό έχουν περισσότερες ορθές απαντήσεις κυρίως σε ερωτήματα που αφορούν περισσότερο τις αντιλήψεις και όχι τόσο τις γνώσεις όπως υποστήριξε και οι Jho και συν. (2014) στην μελέτη τους, στην οποία ναι μεν οι ιατροί είχαν περισσότερες γνώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό δε, είχε θετικότερη στάση έναντι του καρκινικού πόνου πιθανά λόγω της συχνότερης επαφής με τους ασθενείς.

Τα ερωτήματα τα οποία επί του συνόλου απαντήθηκαν λάθος αφορούσαν κυρίως τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, τους μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, την αναπνευστική καταστολή και τον εθισμό των ασθενών στα οπιοειδή αναλγητικά. Η ανησυχία για τον εθισμό των ασθενών στα οπιοειδή είναι συχνή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όπως έχει αναδειχθεί σε αρκετές μελέτες (D'emeh

et al, 2016; Sun et al, 2007; AMA, 2010). Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της ανάγκης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε αυτά τα θέματα όπως φάνηκε και στην παρούσα μελέτη διότι οι συμμετέχοντες στις αντίστοιχες ερωτήσεις έδωσαν λανθασμένες απαντήσεις (Khan, et al, 2014; Eyob et al, 2013).

Πιο αναλυτικά, και αναφορικά με το φύλο βρέθηκε ότι οι άνδρες έδωσαν περισσότερες ορθές απαντήσεις από τις γυναίκες ($20,04 \pm 4,8$ & $18,42 \pm 4,4$), οι οποίες ήταν περισσότερες σε αντίθεση με τη μελέτη των Αρτοπούλου και συν. (2015) στην οποία οι γυναίκες είχαν τις περισσότερες γνώσεις, εύρημα που όμως αποδόθηκε στον ποσοστό του γυναικείου φύλου στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Αναφορικά με την ηλικία και την προϋπηρεσία στην μελέτη των Manwere και συν. (2015) υποστηρίχθηκε ότι όσο αυτά αυξάνουν τόσο αυξάνουν και οι γνώσεις και η θετικότερη στάση αναφορικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου, εύρημα που υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Galla, et al, 2004; Αρτοπούλου και συν., 2015). Στην παρούσα μελέτη τα ευρήματα σχετικά με την προϋπηρεσία διαφωνούν με τις προαναφερθείσες μελέτες καθώς τα άτομα με προϋπηρεσία έως 10 ετών βρέθηκαν να έχουν περισσότερες γνώσεις. Το ίδιο βρέθηκε σχετικά με την ηλικία, με τους νεότερους επαγγελματίες να τείνουν να έχουν περισσότερες γνώσεις. Το γεγονός ότι τα νεότερα άτομα τείνουν να έχουν περισσότερες γνώσεις ίσως να εξηγείται από το γεγονός ότι οι περισσότερες γνώσεις τους προέρχονται από τις καλύτερες σπουδές τους που είναι και πιο πρόσφατες σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Επιπλέον, ίσως συνδέεται με το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Φροντίδα έχει ενσωματωθεί στα βασικά προγράμματα σπουδών, τουλάχιστον για τους νοσηλευτές.

Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη που κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών είχαν και μεγαλύτερο μέσο όρο ορθών απαντήσεων. Οι Brzezinski και συν. (2012), στη δική τους μελέτη βρήκαν ότι η εκπαίδευση των ιατρών και κυρίως η μετεκπαίδευσή τους στην ανακουφιστική φροντίδα επηρέασε τόσο τις γνώσεις όσο και τις αντιλήψεις τους. Ένα ακόμη εύρημα που συμφωνεί με την άποψη ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο και η περαιτέρω επιμόρφωση επηρεάζουν τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας είναι ότι τα άτομα που είχαν παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο είχαν την πιθανότητα περισσότερων ορθών απαντήσεων, εύρημα που

συμφωνεί με αρκετές παρόμοιες μελέτες (Jho, et al, 2014; Sun et al, 2007; Elumelu et al, 2014).

Αναφορικά με την ειδικότητα των ιατρών βρέθηκε ότι οι ογκολόγοι, αν και λίγοι στον αριθμό, είχαν την πιθανότητα να έχουν περισσότερες γνώσεις, ακολουθούμενοι από τους παθολόγους και τους πνευμονολόγους. Ο Gallagher (2004) στην μελέτη του βρήκε ότι οι ογκολόγοι είχαν περισσότερες γνώσεις για την διαχείριση του καρκινικού πόνου, αλλά σε σχέση με τους χειρουργούς και σύμφωνα μου τους Khan και συν. (2014) η ιατρική ειδικότητα υποστηρίζεται ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική διαχείριση του καρκινικού πόνου.

Η κλινική η οποία συσχετίστηκε με τις περισσότερες ορθές απαντήσεις ήταν η ογκολογική ακολουθούμενη από την παθολογική και την πνευμονολογική πιθανόν διότι οι πρώτες δύο κλινικές διαχειρίζονται ασθενείς με πολλές μορφές καρκίνου, σε αντίθεση με τις πνευμονολογικές που αντιμετωπίζουν περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα σχεδόν αποκλειστικά. Ωστόσο, το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία και με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν ότι κυρίως οι χειρουργικές και παθολογικές κλινικές συσχετίζονται περισσότερο με τις γνώσεις περί διαχείρισης του καρκινικού πόνου (Αρτοπούλου κ.σ. 2015; Gallagher et al, 2004).

Ωστόσο, ο αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών με καρκινικό πόνο δεν επηρέασε την πιθανότητα ορθών απαντήσεων σε αντίθεση με τη μελέτη του Gallagher και συν. (2004) που βρήκε ότι όσο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας τόσο περισσότερες γνώσεις έχουν.

Σύμφωνα με το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης οι μεταβλητές που σχετίζονται με τις πιθανότητες περισσότερων ορθών απαντήσεων ήταν οι επαγγελματίες υγείας ηλικιακής ομάδας 20-35, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, η απασχόληση σε ογκολογική κλινική καθώς και η παρακολούθηση σεμιναρίων σχετικών με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών βάσει του μοντέλου λογαριθμική παλινδρόμησης συσχετίστηκαν αρνητικά με τις ορθές απαντήσεις, δηλαδή είχαν περισσότερες πιθανότητες να απαντήσουν λανθασμένα. Αυτό το εύρημα υποστηρίζεται και σε άλλες παρόμοιες μελέτες σύμφωνα με τις οποίες οι γνώσεις των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις αντιλήψεις τους για τον πόνο προκαλώντας ανασφάλεια ως προς τη χορήγηση των οπιοειδών (Kim et al, 2001&2012; Park, et al, 2003)

Αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει σε παρόμοια αποτελέσματα, όπως των Sun κ.σ. (2007) στην οποία βρέθηκε ότι η έλλειψη περαιτέρω εκπαίδευσης για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου οδηγεί σε λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τα αναλγητικά φάρμακα. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Elumelu κ.σ. (2014) στην οποία μόνο το 18% των νοσηλευτών είχαν περαιτέρω εκπαίδευση. Εκτός από αυτές της μελέτες η ανάγκη περεταίρω εκπαίδευσης αλλά και η χρησιμότητά της για την διαχείριση του καρκινικού πόνου αναδείχθηκε στη μελέτη των Patiraki κ.σ. (2006), στην οποία μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων μεταξύ νοσηλευτών οι ορθές απαντήσεις αυξήθηκαν κατά 15,66% .

Επιπλέον, αναφορικά με το γεγονός ότι η εργασία σε ογκολογική κλινική συσχετίζεται με την πιθανότητα περισσότερων ορθών απαντήσεων, επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες των Kim κ.σ. (2011) & Gallagher κ.σ. (2004) με πιθανότερη εξήγηση την την σχεδόν καθημερινή επαφή των επαγγελματιών υγείας με τον καρκινικό πόνο.

Συνοψίζοντας, αυτό που προκύπτει από την παρούσα μελέτη είναι ότι μεταξύ επαγγελματιών υγείας, οι ιατροί και κυρίως οι ογκολόγοι έχουν τις περισσότερες γνώσεις σχετικά με την διαχείριση του καρκινικού πόνου και ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση συμβάλλει θετικά στην αποτελεσματική διαχείρισή του. Ωστόσο, κατά τη σύγκριση των διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών υγείας παρατηρούνται ελλείψεις σε παρόμοια ζητήματα, με κυριότερα την επαρκή αξιολόγηση του πόνου και την κατάλληλη χορήγηση αναλγητικής θεραπείας του.

8. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από τους ακόλουθους περιορισμούς:

- Οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε ένα μόνο νοσοκομείο.
- Δεν υπάρχει ικανοποιητική αντιπροσώπευση επαγγελματιών υγείας από ογκολογικές κλινικές.

9. Συμπεράσματα-Μελλοντικές κατευθύνσεις

Συνοπτικά από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι:

- Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση του καρκινικού πόνου δεν είναι ικανοποιητικές.
- Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας είναι το φύλο, η ηλικία και προϋπηρεσία, η περαιτέρω επιμόρφωση, καθώς και η κλινική εργασίας. Μεταξύ ιατρών, οι ογκολόγοι έχουν τις περισσότερες γνώσεις αναφορικά με την διαχείριση του καρκινικού πόνου.
- Υπάρχει ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την κατάρτισή του σχετικά με την σωστή αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Αναφορικά με τις μελλοντικές κατευθύνσεις συνοπτικά προτείνονται τα ακόλουθα:

- Διεξαγωγή περισσότερων ερευνών μεταξύ διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας για την διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων τους απέναντι στον καρκινικό πόνο, βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας.
- Τα αποτελέσματα της παρούσας μπορούν να συμβάλλουν σε μια καλύτερη ποιότητα φροντίδας των ασθενών με καρκινικό πόνο στον κλινικό χώρο, η οποία θα είναι απαλλαγμένη από παρερμηνείες και το φόβο χρήσης ορισμένων αναλγητικών που περιβάλλουν τη νόσο και θα λαμβάνει υπόψη της τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, παρέχοντας εξατομικευμένη ολιστική φροντίδα.
- Ιδιαίτερα στη χώρα μας, εν μέσω οικονομικών δυσκολιών, η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος σε περισσότερα νοσοκομεία της χώρας θα βοηθούσε στην επιβεβαίωση ή μη των μη ικανοποιητικών γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας αλλά και στον εντοπισμό άλλων παραγόντων που επιδρούν στην μη αποτελεσματική διαχείριση του καρκινικού πόνου.
- Τα ανωτέρω μαζί με την παρούσα μελέτη θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εκπόνηση στρατηγικών που θα αποσκοπούν στην αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον καρκινικό πόνο με κυριότερο όφελος την ικανοποιητική του διαχείριση σε όλες τις βαθμίδες υγείας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκινικός πόνος έχει σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις. Η υποκειμενική του φύση καθιστά τον πόνο μια πολύπλοκη έννοια τόσο στην εκτίμησή του όσο και στην διαχείρισή του. Ωστόσο, ο καρκινικός πόνος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα με υψηλή επίπτωση αλλά ανεπαρκή αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο και των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επιδρούν σε αυτές.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 98 ιατροί, 70 νοσηλευτές και 36 βοηθοί νοσηλευτών σε γενικό νοσοκομείο της Αττικής. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων καθώς και η Κλίμακα «Γνώσεις και Στάσεις Αναφορικά με τον Πόνο (KASRP) αποτελούμενο από 35 ερωτήματα κλειστού τύπου και δύο μελέτες περιπτώσεων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο $<0,05$.

Αποτελέσματα: Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση του καρκινικού πόνου δεν βρέθηκαν να είναι ικανοποιητικές. Οι ιατροί έχουν περισσότερες εξειδικευμένες γνώσεις σε σχέση με τους νοσηλευτές ($p=0,000$), και κυρίως οι ογκολόγοι, καθώς και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ογκολογική κλινική ($p=0,000$). Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών είναι το φύλο καθώς οι άνδρες βρέθηκαν να έχουν περισσότερες γνώσεις από τις γυναίκες ($p=0,032$), η παρακολούθηση σχετικού σεμιναρίου ($p=0,001$), και οι μεταπτυχιακές σπουδές ($p=0,000$) καθώς και η ηλικία και η προϋπηρεσία ($p=0,002$ & $0,001$ αντίστοιχα). Ως ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας ορθών απαντήσεων βρέθηκε η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ($p=0,007$).

Συμπεράσματα: Ο καρκινικός πόνος μπορεί να αντιμετωπισθεί αλλά υπάρχει ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κυρίως στην ανακουφιστική φροντίδα.

Λέξεις – κλειδιά: καρκινικός πόνος, γνώσεις και στάσεις, επαγγελματίες υγείας.

Abstract

Overview: Cancer pain has physical, emotional, social and spiritual dimensions. Its subjective nature makes pain a complex concept regarding both its assessment and management. However, cancer pain is a worldwide problem with high incidence but inadequate treatment.

Aim: The investigation of the knowledge and attitude of health professionals regarding cancer pain and the sociodemographic factors affecting them.

Material-Method: The sample of the study consisted of 98 physicians, 70 nurses and 36 nurses' assistants of a general hospital in Attiki, Greece. A questionnaire of sociodemographic characteristics recording was used as well as the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain Scale (KASRP), consisting of 35 closed type questions and two case studies. The data analysis was conducted using the software SPSS and the statistical significance was set at <0.05 .

Results: The knowledge of the health professionals about cancer pain management was not found to be satisfactory. Doctors have more specialized knowledge in relation to nurses ($p=0.000$) and mainly oncologists, as well as the health professionals working in oncology clinics ($p=0.000$). The factors which influence the knowledge and attitudes of both doctors and nurses are sex, since men were found to have more knowledge than women ($p=0.032$), attendance of relative seminars ($p=0.001$) and post-graduate studies ($p=0.000$) as well as age and work experience ($p=0.002$ & 0.001 respectively). Ongoing education was found as the strongest independent prognostic factor for more answers ($p=0.007$).

Conclusions: Cancer pain can be adequately managed but there is a need of continuous education of the health professionals mainly in palliative care.

Key-words: cancer pain, knowledge and attitude, health professionals

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Akiyama M., Takebayashi T., Morita T., Miyashita M., Hirai K., Matoba M., et al. (2012). Knowledge, beliefs and concerns about opioids, palliative care and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Supportive Care in Cancer*, 20(5), 923-931.

Al-Attar W.M.A. Sameen F.Y. (2015). Nurses' knowledge and attitudes toward Cancer pain management at Baghdad hospitals. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, 5(3), 1-12.

Almedzai S.H. (2001). Window of opportunity for pain control in the terminally ill. *Lancet*, 357(9265), 1304-1305.

AMA American Medical Association. Module 3 pain management: barriers to pain management & pain in special populations. 2010. Διαθέσιμο στο: http://www.ama-assn.org/speicalty/pain_mgmt/printversion/ama_painmgmt_m3.pdf.

American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Patients (AGSP). (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 57, 1331-1346.

Andersen K.G., Kehlet H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *Journal of Pain*, 12:725-746.

Atasoy A., Bogdanovic G., Aladashvili A., Cvijetic A., Dediu M., Cicmil-Saric M., et al. (2013). An international survey of practice patterns and difficulties in cancer pain management in Southeastern Europe: A Turkish and Balcan Oncology Group Common initiative. *Romania*, 2:2-6.

Atkinsany C.Y. (1985). The use of knowledge in the management of pain: the nurses help. *Nurse Education Today*, 5:41-46.

Ballantyne J.C. (2003). Chronic pain following treatment for cancer: the role of opioids. *The Oncologist*, 8(6):567-575.

Beelken-van Everdingen M.H., de Rijke J.M., Kessels A.G., Schouten H.C., van Kleef M., Patin K. (2006). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18:1437-1449.

Ben Diane M.K., Paretti-Watel P., Galnier A., Favre R., Obadia Y. Comete de Pilotage Soins palliatifs PACA. (2005). Prescription de morphine en cas de douleur intense en phase terminale de cancer: relustats d'une enquete natioanle. *Bull Cancer*, 92:733-740.

Bennett M.I., Bagnall A.M., Jose Closs S. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143:192-199.

Bennett M.I., Rayment c., Hjermstad M., et al. (2012). Prevalence and etiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain*, 153(92):359-365.

Biro E. (2013). Attitudes of Hungarian adults toward use of opioids in pain management. *Orvosihetilap*, 154(12):455-463.

Bjegovich-Weidman M, Haid M, Kumar S et al. (2010). Establishing a community-based lung cancer MD clinic as part of a large integrated health care system: Aurora Health Care. *J Oncol Practice*; 6(6): e27–e30.

Breivik H., Cherny N., Collett B., de Conno F., Filbet M., Founbert A.J., et al. (2009). Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*, 20(8):1420-1433.

Brzezinski K., Zagorski J., Panasiuk L., Brzezinska M. (2012). Assessing levels of knowledge on the principles of pain management during post-graduate education of physicians in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4):851-856.

Camp L.D., O'Sullivan P.S. (1987). Comparison of medical surgical and oncology patients description of pain and nurses documentation of pain assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 12:593-598.

Caraceni A., Hanks G., Kaasa S., Bennett M.I., Brunelli C., Cherny N., et al. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*,13e58-68.

Cherny N.I., Catane R. (2003). Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advance and incurable cancer. Report on a survey by the European Society of medical oncology taskforce on palliative and supportive care. *American Cancer Society*, doi: 10.1002/cncr.11815.

Chiu T.Y., Hu W.Y., Lue B.H., Cheng S.Y., Chen C.Y. (2001). Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, 21:467-472.

Cleary J.F. (2000). Cancer pain management. *Cancer Control*,7(2):120-131.

D'emeh W.M., Yacoub M.I., Darawad M.W., Al-Badawi T.H., Shahwa B. (2016). Pain-related knowledge and barriers among Jordanian Nurses: A national study. *Health*, 8:548-558.

Dahl J.L. (2004). Pain: impediments and suggestions for solutions. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32:124-126.

Dale O., Sheffels P., Kharasch E.D. (2004). Bioavailabilities of rectal and oral methadone in healthy subjects. *Br J Clin Pharmacol*, 58:156-162.

Daniell H.W. (2008). Opioid endocrinopathy in women consuming prescribed sustained-action opioids for control of nonmalignant pain. *J Pain*, 9:28-36.

Davis M.P., Walsh D. (2001). Methadone for relief of cancer pain: a review of pharmacokinetics, pharmacodynamics, drug interactions and protocols of administration. *Support Care Cancer*, 9:73-83.

Dawson R., Spross J.A., Jablonski E.S., Hoyer D.R., Sellers D.E., Solomon M.Z. (2002). Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage*,23(3):211-220.

De Conno f., Neal C., Foubert J., Filbet M., Colett B., Breivik H., et al. (2007). European pain in cancer (EPIC) survey: a report. London: Medical Imprint.

Διαθέσιμο

στο:

http://www.paineurope.com/fileadmin/user_upload/Issues/EPIC_Survey/EPIC_Report_Final.pdf.

Deandrea S., Montanari M., Moja L., Apolone G. (2008). Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*,19(12):1985-1991.

Deer T.R., Smith H.S., Burton A.W., Pope J.E., Doleys D.M., Levy R.M., et al. (2011). Comprehensive consensus based guidelines on intrathecal drug delivery systems in the treatment of pain caused by cancer pain. *Pain Physician*, 14:e282-e312.

Delgado-Guay M.O., Hui D., Parsons H.A., Govan K., De la Cruz M., Thorney S., et al. (2011). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 41:986-994.

Efstathiou M., Ameen J., Coll A.M. (2007). Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. *Eur J Oncol Nurse*, 11(2):141-150.

Eftekhari Z., Mohagheghi M.A., Yarandi F., Egtesadi-Araghi P., Moosavi-Jarahi A., Gilani M.M., et al. (2007). Knowledge and Attitudes of physicians in Iran with regard to chronic cancer pain. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 8:383-386.

Elcigil A., Maltepe H., Esrefgil G., Mutafoğlu K. (2011). Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university Hospital. *Pediatric Hematology Oncology*, 33:S33-S38.

Elumelu t.N., Adenipekin a.A., Eriba L.O., Akinlade B.I. (2014). Knowledge of cancer pain management among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4):74-80.

Eyob T., Mulatu A., Abrha H. (2003). Knowledge and attitude towards pain management among medical and paramedical students of an Ehtiopian ? University. *Relief*,3:1.

Falk S., Bannister K., Dickenson A.H. (2014). Cancer pain physiology. *Br J Pain*,8(4):154-162.

Gallagher R., Hawley P., Yeomans W. (2004). A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manage*, 9:188-194.

Gallagher R., Hawley P., Yeomans W. (2004). A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manage*, 9(4):188-194.

Gehdoo R.P. (2006). Cancer pain management. *Indian J Anaesth*, 50(5):375-390.

Ger L.P., Chang C.Y., Ho S.T., et al. (2004). Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer pain assessment and their acceptance of patients' pain reports. *J Pain Symptom Manage*, 27:61-71.

Gilson A.M., Johanson D.E., Maurer M.A. (2003). Improving state medical board policies: influence of a model. *J Law Med Ethics*, 31:119-129.

Green E., Zwaal C., Beals C., et al. (2010).: Cancer-related pain management: A report of evidence based recommendations to guide practice. *Clin J Pain*, 26:449-462.

Gunnarsdottir S., Donovan H.S., Serlin R.C., Voge C., Ward S. (2002). Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain*, 99(3):385-396.

Hardy J., Quinn S., Fazekas B., et al. (2012). Randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and toxicity of subcutaneous ketamine in the management of cancer pain. *Journal of Clinical Oncology*, 30(29):3611-3617.

Hashemi M., Akbari M.E., Razavi S.S., Saadar-Miaki A., Khameneh S.M.H. (2015). Evaluating resident physicians' knowledge, attitude and practice regarding the pain control in cancer patients. *Iran J Cancer Prev*, 1:1-10.

Herr K., Titler M.G., Schilling M.L., Marsh J.L., Xie X., Andrey G., et al. (2004). Evidence based assessment of acute pain in older adults: current nursing practices and perceived barriers. *Clin J Pain*, 20(5):331-340.

Hjermstad M.D., Fainsinger R., Kaasa S. (2009). European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care*, 3(1):24-30.

Huth M.M., Gregg T.L., Lin L. (2010). Education changes Mexican nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. *Pain Manag Nurs*, 11:201-208.

Israel F.j., Parker G., Charles M., Raymond I. (2010). Lack of benefit from paracetamol (acetoaminphen) for palliative cancer patients requiring high dose strong opioids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage*, 39:548-554.

Jho H.J., Kim Y., Kong K.A., Kim D.H., Choi J.Y., Nam E.J, et al. (2014). Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: A nationwide multicenter survey. *PLoS ONE*, 9(8):e105900.

Joranson D.E., Ryan K.M., Jorenby J.P. (2003). Availability of opioid analgesics in Romania, Europe and the World. Madison: University of Wisconsin Pain & Policy Studies Group/WHO Collaborating Center for Policy and Communications in cancer care.

Khan F., Ahmad N., Iqbal M., Kamal A.M. (2014). Physicians knowledge and attitude of opioid availability, accessibility and use in pain management in Bangladesh. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 40:18-24.

Khan F., Ahmad N., Iqbal N., Kamal A.M. Physicians knowledge and attitude of opioid availability, accessibility and use in pain management in Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 40(1):18-24.

Kim M.H., Park H., Park E.C., Park K. (2011). Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of South Korea in their early career. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(6):783-791.

Klepstad P., Kaasa S., Cherny N., Hanks G., de Conno F. (2005). Research Steering Committee on the EAPC. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliat Med*, 19:477-484.

Klepstad P., Loge J.H., Borchgrevink P.C., Mendoza T.R., Cleeland C.S., Kaasa S. (2001). The Norwegian brief pain inventory questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage*, 24:517-525.

Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, et al. (2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*,301:2099-2110.

Lamb BW, Brown KF, Nagpal K et al. (2011). Quality of care management decisions by multidisciplinary teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*; 18: 2116–2125.

Lamb BW, Sevdalis N, Arora S et al. (2010). Teamwork and team decision making at multidisciplinary cancer conferences: barriers, facilitators and opportunities for improvement. *World J Surg*; 35: 1970–1976.

Lee Y.P., Wu C.H., Chiu T.Y., Chen C.Y., Morita T., Hung S.H., et al. (2015). The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 14:69.

Lesage P., Portenoy R.K. (1999). Cancer Control. *Journal of the Moffitt Cancer Center*, 6(2):136-145.

Lotsch J. (2005). Opioid metabolites. *J Pain Symptom Manage*, 29(S5):S10-S24.

Lui L., So W., Fong D. (2008). Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing*,17:2014-2021.

Main C., Spanswick C. (2000). *Pain management: An interdisciplinary approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Manwere A., Chipfuwa T., Mukwamba M.M., Chironada G. (2015). Knowledge and attitudes of registered nurses towards pain management of adult medical patients: a case of Bindura Hospital. *Health Science Journal*, 9(4):3).

McCaffery M., Robinson E. (2002). Your patient is in pain: Here's how you respond. *Nursing*, 32:36-47.

McCaffery M., Ferrell B.R. (1997). Nurses knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3):175-188.

McNicol E., Strassels S.A., Goudas I., Lau J., Carr DB. (2005). NSAIDS or paracetamol, alone or combined with opioids for cancer pain. *Cochrane Databases Syst Rev*,1: CD005180.

Mercadante S. (2012). Cancer pain under treatment and prognostic factors. *Pain*, 153(8):1770-1771.

Mori M., Elsayem A., Reddy S.K., Bruera E., Fadul N.A. (2012). Unrelieved pain and suffering in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 29:236-240.

Mystakidou K., Katsouda E., Tsilika E., Parpa E., Vlahos I. (2004). Transdermal therapeutic fentanyl-system (TTS-F). *In Vitro*, 18:633-642.

Mystakidou K., Liossi C., Fragiadakis K., Papadimitriou J. (1998). What do Greek physicians know about managing cancer pain? *Journal of Cancer Education*, 13 (1):39-42.

Narayana A., Katz N., Shillington A., et al. (2013). Effect of breakthrough pain on functional status, pain interference, and disability in cancer patients: Findings from the national breakthrough pain survey. *J Clin Oncol*, 31(15):S6627.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. Διαθέσιμο στο: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10893/28816/28816.pdf>.

Nersesyan H., Slavin K.V. (2007). Current approach to cancer pain management: availability and implications of different treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(3):381.

Nicholson B. (2002). Differential diagnosis: nociceptive and neuropathic pain. *Am J Man Care*, 12(9): S256-S262.

Nimmaanrat S., Prechawai C., Phunggrassami T. (2010). Cancer pain and its management: A survey on interns' knowledge, attitudes and barriers. *Palliative Care: Research and Treatment*, 4:11-17.

Paice J.A., Ferrell B. (2011). The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*,61:157-182.

Pasero C. (2009). Challenges in pain assessment. *J Perianesth Nurs*. 2009; 24(1):50-54.

Patiraki E., Papatanassoglou E.D., Tafas C., Akarepi V., Katsaragakis S.G., Kampitsi A., et al. (2005). A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management. *Eur J Oncol Nurs*, 10(5):337-352.

Patiraki E.I., Papathanasoglou E.D., Tafas C., Akarepi V., Katsaragakis S.G., Kampitsi A., et al. (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*, 10:337-352.

Pawlik TM, Laheru D, Hruban RH et al. (2008). Evaluating the impact of a single-day multidisciplinary clinic on the management of pancreatic cancer. *Ann Surg Oncol*; 15(8): 2081–2088.

Peker L., Celebi N., Canbay O., Sahin A., Ckir B., Uzun S., et al. (2008). Doctors' opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. *AGRI*, 20(2): 20-30.

Perez J., Olivier S., Rampakakis E., Borod M., Shir Y. (2016). The McGill University Health Centre Cancer Pain clinic: A retrospective analysis of an interdisciplinary approach to cancer pain management. *Pain Research and Management Article ID 2157950*. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2157950>.

Rainsford K.D. (2007). Anti-inflammatory drugs in the 21st century. *Subcell Biochem*, 42:3-27.

Rauck R.L., Cherry D., Boyer M.F., Kosek P., Cunn J., Alo K. (2003). Long-term intrathecal opioid therapy with a patient-activated, implanted delivery system for the treatment of cancer pain. *J Pain*, 4:441-447.

Resnik D.B., Rehm M., Minard R.B. (2001). The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Med Health Care Philos*, 4:277-288.

Richmond C. (2005). Obituary: Dame Cisely Saunders. *BMJ*, 331:238.

Ripamonti C.E., Bandieri E., Roila F. (2011). ESMO Guidelines working group. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol*, 22(S6):vi69-77.

Ripamonti C.I., Santini D., Maranzano E., et al. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23(supple7):139-154.

Roberts L.J., Finch P.M., Pullan P.T., Bhagat C.I., Price L.M. (2002). Sex hormone suppression by intrathecal opioidsQ A prospective study. *Clin J Pain*, 18:144-148.

Roth RS, Geisser ME, Williams DA. (2012). Interventional pain medicine: retreat from the biopsychosocial model of pain. *Transl Behav Med.*;2:106-116.

Sadeghy A., Mohamadian R., Rahmani A., Fizollah-zadeh., Jabarazadeh F., Azadi A., et al. (2016). Nurse attitude-related barriers to effective control of cancer pain among Iranian Nurses. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(4):2141-2144.

Sathyan G., Jaskowiak J., Evashenk M., Gupta S. (2005). Characterisation of the pharmacokinetics of the fentanyl HCl patient-controlled reansdermal system (PCTS): effect of current magnitude and multiple-day dosing and comparison with IV fentanyl administration. *Clin Pharmacokinet*, 44(S1):7-15.

Schlansky B., Hwang J.H. (2009). Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastropathy. *J Gastroenterol*, 44 ((S19)0:44-52.

Shibutani K., Inchiosa M.A., Sawada K., Bairamian M. (2005). Pharmacokinetic mass of fentanyl for postoperative analgesia in lean and obese patients. *Br J Anaesth*, 95:377-383.

Smith T.J., Staats P.S., Deer T., Stearns L.J., Rauck P.L, Boortz-Marx R.L., et al. (2002). Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol*, 20:4040-4049.

Smith T.J., Temin S., Alesi E.R., et al. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8):880-887.

Srisawang P., Harum-Or-Rashid M., Hirosawa T., Sakamoto J. (2013). Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya Journal of Medical Science*, 75(3-4):201.

Srisawang P., Rashid H.O., Hirosawa T., Sakamoto J. (2013). Physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya J Med*,75:201-212.

Sun V., Borneman t., Piper B., Koczywas M., Ferrell B. (2008). Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *J Cancer Surviv*, 2:65-71.

Sun V.C., Borneman T., Ferrell B., et al. (2007). Overcoming barriers to cancer pain management: An institutional change model. *J Pain Symptom Manage*, 34:359-369.

Sun V.C., Borneman T., Ferrell B., Piper B., Koczywas M., Choi K. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage*,34(4):359-369.

Tafas C.A., Patiraki E., McDonald D.D., Lemonidou C. (2002). Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer Nurs*, 25:8-14.

The British Pain Society. (2010). Cancer pain management. Διαθέσιμο στο https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/book_cancer_pain.pdf

Turk DC, Wilson HD, Cahana A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*.377:2226-2235.

Vadalouca A., Raptis E., Moka E., et al. (2012). Pharmacological treatment of neuropathic cancer pain: a comprehensive review of the current literature. *Pain Practice*, 12(13):219-251.

Vallerand A.H., Riley-Coucet C., Hasenau S.M., et al. (2004). Improving cancer pain management by homecare nurses. *Oncol Nurs Forum*, 31:809-816.

Vincent C. (2005). , Nurses' knowledge, attitudes and practices: Regarding children's pain. *MCM American Journal of Material and Child Nursing*, 30:177-183.

Vinod SK, Sighom MA, Delaney GP. (2010) Do multidisciplinary meetings follow guidelinebased care? *J Oncol Practice*; 6(6): 276–281.

Visentin M., Trentin L., de Marco R., Zanolin E. (2001). Knowledge and Attitudes of Italian Medical Staff towards the Approach and Treatment of patients in pain. *Journal of Pain and Symptom Management*,22(5):925-930.

Weiss S.C., Emanuel L.L., Fairclough D.L., Emanuel E.J. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357(9265):1311-1315.

Wong R., Wiffen P.J. (2002). Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases. *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD002068.

World Health Organisation. (1987). Painladder. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

World Health Organization (WHO). (2007). Access to controlled medications programme: Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf.

Yates P.M., Edwards H.E., Nash R.E., Walsh A.M., Fentiman B.J., Skerman H.M. (2002). Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5):393-405.

Yava A., Cicek H., Tosun N., Ozcan C., Yildiz D., Dizer B. (2013). Knowledge and attitudes of nurses about pain management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*,6(3):494-505.

Zech D.F., Grond S., Lynch J., Hertel D., Lehmann K.A. (1995). Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*,63-65-76.

Zeppetella G., O'Doherty C.A., Collins S. (2000). Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. *J Pain Symptom Manage*, 20:87-92.

Zuccaro S.M., Vellucci R., Sarzi-Puttini P. et al. (2012). Barriers to pain management: Focus on opioid therapy. *Clin Drug Investig*, 32 (Suppl1): 11-19.

Ελληνική

Αρτοπούλου Ι., Αλικάρη Β., Ζυγά Σ. (2015). Αξιολόγηση γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5):604-613.

Βαδαλούκα Α. (2014). *Οξύς και Χρόνιος Πόνος*. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία.

Νάστου Μ, Γκελεβέ Γ., Τρικούπη Α. (2015). Φραγμοί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. *The Greek E-journal of Perioperative Medicine*, 13:2-2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΦΥΛΟ ☐ ΑΡΡΕΝ

☐ ΘΗΛΥ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

☐ ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐ ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ☐ ΣΕ ΧΗΡΕΙΑ

4. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

☐ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ☐ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

5. ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

☐ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

☐ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

6. ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:

7. ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

8. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

☐ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

☐ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

☐ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

9. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

10. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ

☐ < 50

☐ 51 – 100

☐ >100

11. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ/ΔΙΑΛΕΞΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

12. ΕΑΝ «ΝΑΙ» ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΙΤΛΟ – ΕΤΟΣ – ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

.....

.....

ΜΕΡΟΣ Β

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Σωστό Λάθος – Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση :

- Σ Λ 1. Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων.
- Σ Λ 2. Τα παιδιά κάτω των 2 ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη των επώδυνων εμπειριών εξαιτίας του μη ανεπτυγμένου νευρικού συστήματός τους.
- Σ Λ 3. Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο.
- Σ Λ 4. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο.
- Σ Λ 5. Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο.
- Σ Λ 6. Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις.
- Σ Λ 7. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (π.χ. ζέστη, μουσική, προϊόντα φαντασίας κ.λ.π.) είναι πολύ αποτελεσματικές στον έλεγχο του ήπιου – μέτριου πόνου, αλλά είναι σπάνια χρήσιμες σε πολύ έντονο πόνο.
- Σ Λ 8. Η αναπνευστική καταστολή επέρχεται σπάνια σε ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή για χρονική περίοδο μηνών.

- Σ Λ 9. Η ασπιρίνη των 650 mg PO είναι περίπου ίδιου αναλγητικού αποτελέσματος με την meperidine (Πεθιδίνη) των 50 mg PO.
- Σ Λ 10. Η κλίμακα πόνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) προτείνει την χρησιμοποίηση ενός εκ των αναλγητικών παραγόντων, παρά τον συνδυασμό διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων (π.χ. συνδυασμός ενός οπιοειδούς με ένα μη στεροειδή παράγοντα).
- Σ Λ 11. Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της meperidine (Πεθιδίνη) IM είναι 4 – 5 ώρες.
- Σ Λ 12. Η έρευνα έδειξε ότι η promethazine (Phenergan) είναι ένας αξιόπιστος παράγοντας αύξησης δράσης των οπιοειδών αναλγητικών.
- Σ Λ 13. Ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή για τον πόνο, γιατί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαναλαμβανόμενου εθισμού.
- Σ Λ 14. Πέραν μιας συγκεκριμένης δόσης μορφίνης, οι αυξήσεις στην δόση δεν θα αυξήσουν την ανακούφιση από τον πόνο.
- Σ Λ 15. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να ανεχτούν τα οπιοειδή για την ανακούφιση από τον πόνο.
- Σ Λ 16. Ο ασθενής που πονά θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ανέχεται τον πόνο όσο το δυνατό περισσότερο πριν καταφύγει σε μία μέθοδο ανακούφισής του.
- Σ Λ 17. Παιδιά μικρότερης ηλικίας των 11 ετών δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο με αξιοπιστία και επομένως, ο/η νοσηλεύτης/τρια πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση των γονιών για την ένταση του πόνου του παιδιού.
- Σ Λ 18. Κάποιος ασθενής βασιζόμενος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο.
- Σ Λ 19. Μετά την αρχική συνιστώμενη δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι διαδοχικές δόσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με την προσωπική απάντηση του ασθενούς στην αναλγησία.
- Σ Λ 20. Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες του και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα.
- Σ Λ 21. Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός.

Σ Λ 22. Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζέστη θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή.

23. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:

- α. Ενδοφλεβίως
- β. Ενδομυϊκώς
- γ. Υποδορίως
- δ. Από το στόμα
- ε. Από τον πρωκτό

στ. Δεν γνωρίζω

24. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης, π.χ. τραύμα ή μετεγχειρητικό πόνο είναι:

- α. Ενδοφλεβίως
- β. Ενδομυϊκώς
- γ. Υποδορίως
- δ. Από το στόμα
- ε. Από τον πρωκτό

στ. Δεν γνωρίζω

25. Ποια από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα είναι τα ενδεικνυόμενα για την αντιμετώπιση του παρατεταμένου μέτριου ή έντονου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο

- α. Brompton's cocktail
- β. Κωδεΐνη
- γ. Μορφίνη
- δ. Πεθιδίνη
- ε. Μεθαδόνη

στ. Δεν γνωρίζω

26. Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την peros μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες.
- α. Μορφίνη 5 mg IV
 - β. Μορφίνη 10 mg IV
 - γ. Μορφίνη 30 mg IV
 - δ. Μορφίνη 60 mg IV
27. Τα αναλγητικά για τον μετεγχειρητικό πόνο αρχικά πρέπει να δίνονται
- α. Σε προκαθορισμένες ώρες σύμφωνα με συγκεκριμένη αγωγή
 - β. Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει αναλγητικό
 - γ. Μόνο όταν ο/η νοσηλευτής/τρια αξιολογήσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση
28. Άρρωστος με χρόνια πόνο από καρκίνο λαμβάνει ημερησίως οπιοειδή αναλγητικά για δύο μήνες. Η δόση αυξήθηκε αυτή την χρονική περίοδο. Χθες ο ασθενής έπαιρνε μορφίνη 200 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως για 3 ώρες. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι
- α. Λιγότερο από 1%
 - β. 1 – 10%
 - γ. 11 – 20%
 - δ. 21 – 40%
 - ε. >41%
29. Η αναλγησία για τον χρόνια καρκινικό πόνο θα πρέπει να δίνεται
- α. Με το ρολόι σε συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή
 - β. Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει το φάρμακο
 - γ. Μόνο όταν ο/η νοσηλευτής/τρια προσδιορίσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση
30. Η πιο πιθανή εξήγηση του γιατί ένας ασθενής με πόνο θα ζητήσει να αυξηθούν οι δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής του πόνου είναι:
- α. Ο ασθενής βιώνει αύξηση του πόνου
 - β. Ο ασθενής βιώνει αύξηση ανησυχίας ή κατάθλιψης

- γ. Ο ασθενής επιζητεί περισσότερη προσοχή από το προσωπικό
- δ. Οι απαιτήσεις του ασθενούς σχετίζονται με τον εθισμό

31. Ποια από τα παρακάτω φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;

- α. Ιβουπροφαίνη
- β. Υδρομορφίνη
- γ. Αμιτριπτιλίνη
- δ. Όλα τα παραπάνω

32. Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται:

- α. Από τον θεράποντα ιατρό
- β. Από το/τη νοσηλεύτη/τριας του ασθενούς
- γ. Τον ίδιο τον ασθενή
- δ. Τον φαρμακοποιό
- ε. Τον/την σύζυγο του ασθενούς ή την οικογένειά του

33. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο

- α. Λόγω των διαφορετικών και διαφόρων πολιτισμικών πεποιθήσεων στις ΗΠΑ, δεν υπάρχουν πλέον πολιτισμικές επιρροές στην εμπειρία του πόνου.
- β. Οι νοσηλεύτες θα πρέπει να χρησιμοποιούν την γνώση που ορίζει καθαρά την επίδραση του πόνου στον κάθε πολιτισμό (π.χ. Οι Ασιάτες ασθενείς είναι γενικά στωικοί, οι Ιταλοί είναι πιο εκδηλωτικοί και μεγαλοποιούν τον πόνο τους, κ.λ.π.)
- γ. Οι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται εξατομικευμένα για να προσδιορίζονται οι πολιτισμικές επιδράσεις στον πόνο

34. Ποιο νομίζεται ότι είναι το ποσοστό των ασθενών που υπερβάλλουν την ένταση του πόνου; Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

35. Ο εθισμός στα ναρκωτικά/οπιοειδή ορίζεται ως η ψυχολογική εξάρτηση συνοδευόμενη από επιπλέον ζήτηση με την λήψη και χρησιμοποίηση ναρκωτικών για ψυχολογικούς λόγους, όχι για ιατρικούς. Αυτό μπορεί να εμφανισθεί με ή χωρίς τις ψυχολογικές αλλαγές της ανοχής στην αναλγησία και την φυσική εξάρτηση (απόσυρση). Χρησιμοποιώντας αυτόν τον ορισμό, πόση πιθανότητα υπάρχει να επέλθει εθισμός στα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης οπιοειδών αναλγητικών στην θεραπεία του πόνου; Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση

<1% 5% 25% 50% 75% 100%

Μελέτες περιπτώσεων

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

Κατευθύνσεις: Παρακαλώ επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση.

36. Ασθενής Α: Ο Ανδρέας είναι 25 χρονών και είναι η πρώτη μέρα μετά από εγχείρηση στην πύελο. Όταν μπαίνετε στο δωμάτιό του, σας χαμογελάει και συνεχίζει να μιλάει και να αστειεύεται με τον επισκέπτη του. Από την εκτίμησή των ζωτικών του σημείων έχετε τα παρακάτω δεδομένα: ΑΠ = 120/80, Σφύξεις = 80, Αναπνοές = 18. Σε μία κλίμακα από 0 έως 10 (0 = χωρίς πόνο/ενόχληση, 10 = χειρότερο πόνο/ ενόχληση) αυτός βαθμολογεί τον πόνο του ως 8.

A. Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει η εκτίμησή σας για τον πόνο τον Ανδρέα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Χωρίς πόνο/ενόχληση

Ανυπόφορος Πόνος/ενόχληση

B. Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά την λήψη μορφίνης 2 mg IV. Ο ανάμισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1 – 3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου. Βάλτε σε κύκλο την ενέργεια που θα κάνετε αυτή την στιγμή:

1. Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή.
2. Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα.
3. Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα.
4. Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα.

37. Ασθενής B: Ο Γιώργος είναι 25 χρονών και είναι η πρώτη μετεγχειρητική μέρα μετά από επέμβαση στην κοιλιακή χώρα. Μπαίνετε στο δωμάτιό του, είναι ξαπλωμένος ήσυχα στο κρεβάτι και κάνει δυσάρεστες γκριμάτσες καθώς γυρίζει στο κρεβάτι. Από την εκτίμησή των ζωτικών του σημείων έχετε τα παρακάτω δεδομένα: ΑΠ = 120/80, Σφίξεις = 80, Αναπνοές = 18. Σε μία κλίμακα από 0 έως 10 (0 = χωρίς πόνο/ενόχληση, 10 = πολύ μεγάλος πόνος/ενόχληση) βαθμολογεί τον πόνο του ως 8.

A. Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την εκτίμησή σας για τον πόνο του Γιώργου.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Χωρίς πόνο/ενόχληση						Ανυπόφορος πόνος/ενόχληση				

B. Η παραπάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες αφού είχε λάβει 2 mg IV μορφίνης. Ο ανάμισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναγνωρίζει το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για

αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1 – 3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου. Βάλτε σε κύκλο την ενέργεια που θα κάνετε αυτή την στιγμή:

1. Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή.
2. Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα.
3. Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα.
4. Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»



A' ΤΟΜ

Αθήνα: 2-9-16
Αρ. Πρωτ.: 17198

Λ. Μεσογείων 152, 11527

**ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651
FAX: 210 7788055
E-mail: synekp@sotiria.gr

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Έχοντας υπόψη:

- 4) Τις διατάξεις του Ν. 3329/05, άρθρο 7 παρ. 8 εδαφ. 1. (ΦΕΚ 81/4-4-05).
- 5) Την υπ' αριθμ. πρωτ. 15789/28-7-16 αίτηση της κ. Παλάσσαρη Χρυσούλας.
- 6) Το υπ' αριθμ. πρωτ. 17198/25-8-16 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

Η ερευνητική εργασία με τίτλο: «Γνώσεις και στάσεις νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε γενικό νοσοκομείο της Ελλάδος για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου», η οποία θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας από την κ. ΠΑΛΑΣΣΑΡΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ.

Η εν λόγω εργασία αφορά στην συμπλήρωση ερωτηματολογίων από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου μας, με Επιβλέπουσα την Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, κ. Ελισάβετ Πατηράκη.

Επιπροσθέτως, καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, χωρίς απασχόληση προσωπικού (πέραν των συμμετεχόντων) και χωρίς οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας.

Μετά την συγκρότηση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου, το θέμα θα εισαχθεί για επικύρωση της παρούσας Απόφασης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΠΕΤΡΟΣ ΑΥΡΙΝΤΖΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

- ✚ κ. Χρυσούλα Παλάσσαρη
Κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών
- ✚ Επιστημονικό Συμβούλιο
- ✚ Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- ✚ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Διεύθυνσης