



**ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ
ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Α' ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ
ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Ε. ΚΑΤΡΑΚΑΖΟΥ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΑΘΗΝΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ
ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Αικατερίνης Κατρακάζου.

Εξεταστική Επιτροπή:

1....., Επιβλέπων

2....., Μέλος

3....., Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της με Αριθμό Πρωτοκόλλουγια την αξιολόγηση και εξέταση της Αικατερίνης Κατρακάζου.....συνεδρίασε σήμερα.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της υποψηφίου Αικατερίνης Κατρακάζου με τίτλο «ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ» είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους 3 προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους

Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

1....., Επιβλέπων

2....., Μέλος

3....., Μέλος



ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ



ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΟΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ.

ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΣΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΣΙΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ, ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΕΥΤΕΡΟΥ ΑΔΕΛΦΕΟΥΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ, ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΣΙΖΕΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΞΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣ ΤΕ ΚΑΙ ΩΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ, ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ.

ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΑΝ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗΝ, ΕΙΡΞΕΙΝ.

ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΞΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ.

ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΞΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ.

ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΣΙΟΣ ΤΗΣΔΕ.

ΕΞ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΑΝ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ.

Α ΔΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, Η ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ.

ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΞ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ, ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΛΩ.

*Στον σύζυγο μου & στην
οικογένεια μου*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τελειώνοντας τη διαδρομή της συγγραφής της παρούσας εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα κάποιους ανθρώπους που μου έδωσαν τη δυνατότητα να ανακαλύψω ένα νέο και ενδιαφέρον ιατρικό μονοπάτι, αυτό της Ιατρικής του Πόνου.

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στην κα Ιωάννα Σιαφάκα, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και Θεραπείας Πόνου Ε.Κ.Π.Α., Διευθύντρια Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής - Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αντιπρόεδρος ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α, για τη δυνατότητα εκπαίδευσης που μου προσέφερε, την εποικοδομητική συνεργασία μας, την επιστημονικά άρτια, πολύτιμη και δημιουργική καθοδήγησή της, καθώς και για τις ώρες που πάντα πρόθυμα μου αφιέρωσε, συμβουλευόντάς με.

Ακόμα, ένα θερμό ευχαριστώ στην επιβλέπουσα κα Αθανασία Τσαρουχά, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Α' Αναισθησιολογική Κλινική - Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο Νοσοκομείο, για την παραγωγική και πάντα ευχάριστη συνεργασία μας, τη βοήθειά της στη συγγραφή της διπλωματικής μου και, πάνω από όλα, για την ουσιαστική υποστήριξή της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την κα Κασσιανή Θεοδωράκη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Α' Αναισθησιολογική Κλινική - Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής Αρεταίειο Νοσοκομείο, για τη συμβολή της στην ολοκλήρωση της διπλωματικής.

Ευχαριστώ θερμά την κα Αθηνά Βαδαλούκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής, για τις ώρες στήριξης, καθοδήγησης και εκπαίδευσης που μου αφιέρωσε.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στην φίλη μου και συνάδελφο κα Ειρήνη Σοφία Καράμπη, Πνευμονολόγο Εντατικολόγο, Επιμελήτρια Α' του Γ.Ν. Καλαμάτας, που με προέτρεψε να αναζητήσω και να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα της Αλγολογίας. Σε όλη τη διάρκεια του ήταν πολύτιμη αρωγός και συνοδοιπόρος και την ευχαριστώ ιδιαίτερα.

Θερμότερες ευχαριστίες από καρδιάς οφείλω στην κα Χρυσάνθη Μάλλιου, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας,

για την πολύτιμη βοήθεια της στη σύλληψη της αρχικής ιδέας και ολοκλήρωση της εργασίας καθώς και για τις συνθήκες που δημιούργησε ώστε να καταστεί δυνατό να παρακολουθώ τις εργασίες του μεταπτυχιακού προγράμματος στην Αθήνα ενώ εργαζόμουν στο Γ.Ν. Καλαμάτας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην κα Λεμονιά Β. Παλιαλέξη, Διευθύντρια του Αναισθησιολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, για την ουσιαστική υποστήριξή της στην εκπαίδευσή μου στην Ιατρική του Πόνου και τη βοήθεια της στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας μου.

Ευχαριστώ την κα Χαρά Τζαβάρα για την πολύτιμη συμβολή της στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και για την αγόγγυστη υποστήριξη της.

Η συλλογή των δεδομένων και περαιτέρω ανάλυση τους δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχαν οι συνάδελφοί μου από τα Νοσοκομεία Λαμίας, Άμφισσας, Θήβας, Λειβαδιάς, Χαλκίδας και Καλαμάτας, πρόθυμοι να μου αφιερώσουν αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο τους. Τους ευχαριστώ τον καθένα ξεχωριστά αλλά και συνολικά για την προθυμία τους.

Τέλος, θα ήταν σοβαρή παράλειψη να μην εκφράσω τις ευχαριστίες μου και τη βαθιά ευγνωμοσύνη μου προς την οικογένειά μου και τον σύζυγο μου για τα εφόδια που όλα αυτά τα χρόνια μου εξασφάλισαν καθώς και για την αμέριστη ηθική και ουσιαστική συμπαράστασή τους καθ'όλη τη διάρκεια αυτής της πολύχρονης πορείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΠΕΡΙΛΗΨΗ/SUMMARY	- 1 -
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	- 4 -
1. ΠΟΝΟΣ	- 4 -
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ	- 3 -
1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	- 5 -
1.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	- 11 -
1.3.1. ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΕΣ	- 11 -
1.3.2. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	- 13 -
1.3.3. ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	- 13 -
1.3.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	- 13 -
1.3.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	- 13 -
1.4. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	- 13 -
1.4.1. ΧΡΟΝΙΟΣ ΜΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	- 13 -
1.4.2. ΧΡΟΝΙΟΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	- 18 -
2. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	- 23 -
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	- 30 -
1. ΜΕΘΟΔΟΣ	- 30 -
1.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	- 30 -
1.2. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	- 31 -
1.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	- 31 -
1.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	- 32 -
1.4.1. Δημογραφικά-επαγγελματικά-εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων . -	32 -
1.4.2. Γνώσεις συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνιο πόνο	- 36 -
1.4.3. Πεποιθήσεις συμμετεχόντων για το χρόνιο πόνο.....	- 37 -
1.4.4. Πρακτικές συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	- 38 -
1.4.5. Στόχοι και θεραπευτική προσέγγιση των συμμετεχόντων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	- 39 -
1.4.6. Συσχέτιση των πρακτικών των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αναλόγως των εργασιακών χαρακτηριστικών, της εκπαίδευσης, των γνώσεων και των πεποιθήσεων για το χρόνιο πόνο.....	- 42 -
Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	- 55 -
Ε. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	- 63 -
ΣΤ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	- 67 -

A. ΠΕΡΙΛΗΨΗ/SUMMARY

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο χρόνιος πόνος είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα που χρήζει ολοκληρωμένης φροντίδας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 20-50% των ασθενών που φτάνουν σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές υγείας σχετίζεται με χρόνια πόνο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των γνώσεων και των πεποιθήσεων των νοσοκομειακών ιατρών για το χρόνια πόνο με τις πρακτικές διαχείρισής του.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν ιατροί διαφόρων βαθμίδων και ειδικοτήτων, έξι διαφορετικών Γενικών Νοσοκομείων της Ελλάδας (Γ.Ν. Λαμίας, Γ.Ν. Αμφισσας, Γ.Ν. Θήβας, Γ.Ν. Λειβαδιάς, Γ.Ν. Χαλκίδας και Γ.Ν. Καλαμάτας). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης που περιελάμβανε τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους. Στο ερωτηματολόγιο γινόταν καταγραφή της συχνότητας της επαγγελματικής τους ενασχόλησης με ασθενείς με χρόνια πόνο και του είδους της προηγούμενης εκπαίδευσής τους στην αλγολογία προκειμένου να εκτιμήσουν και να θεραπεύσουν τους εν λόγω ασθενείς. Επιπρόσθετα, εκτιμήθηκαν οι απόψεις των ιατρών σχετικά με το χρόνια πόνο τόσο όσον αφορά τη διάρκεια και τα χαρακτηριστικά του όσο και τη στάση του επαγγελματία υγείας ως προς την αντιμετώπιση του σε ατομικό και διεπιστημονικό επίπεδο. Τα τεστ συσχέτισης που χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το Pearson's χ^2 test και το Fisher's exact test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 259 ιατροί συμμετείχαν στην ανάλυση (56% άνδρες και 44% γυναίκες). Το 44,1% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε συχνά/ πολύ συχνά ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο και το 73,2% αντιμετώπιζε συχνότερα γυναίκες με χρόνια πόνο. Περίπου το 79% των συμμετεχόντων γνώριζε τι είναι ο χρόνιας πόνος ενώ το 39% των ιατρών γνώριζε τα είδη του χρόνιου πόνου. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων χορηγούσε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο, σε ποσοστό 48,0% χορηγούσε μη οπιοειδή και το 46,2% των συμμετεχόντων χορηγούσε συχνά/πολύ συχνά περισσότερα του ενός φαρμάκου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο. Μόνο το 31,0% των συμμετεχόντων ακολουθούσε

κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (ΠΟΥ) στην συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων. Τέλος, στην πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης τα ποσοστά χορήγησης τόσο των ΜΣΑΦ όσο και των μη οπιοειδών αναλγητικών δεν συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα εργασιακά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ούτε και με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις τους για το χρόνιο πόνο. Αντιθέτως, τα ποσοστά χορήγησης των οπιοειδών συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για το χρόνιο πόνο. Τέλος, τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών σε ασθενείς με χρόνιο πόνο διέφεραν στατιστικά σημαντικά αναλόγως της ειδικότητας των ιατρών, της συχνότητας αντιμετώπισης των εν λόγω ασθενών, των γνώσεων και των εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα των νοσοκομειακών ιατρών που εξετάστηκε βρέθηκε ότι παρότι οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν συχνά ασθενείς με χρόνιο πόνο και έχουν καλό στόχο ως προς τη διαχείριση του πόνου η έλλειψη εκπαίδευσης στη διαχείριση των εν λόγω ασθενών περιορίζει την ολοκληρωτική και αποτελεσματική φροντίδα τους.

INTRODUCTION: Chronic pain is a common symptom requiring total care. According to bibliography, 20% up to 50% of patients admitted to primary and secondary health care structures is associated with chronic pain.

OBJECTIVE: The aim of this study was to investigate the possible association of hospital doctors' knowledge and beliefs about chronic pain, with its management practices.

METHOD: This was a cross-sectional observational study enrolled physicians in various occupational levels and specialties and took place at 6 different General Hospitals in Greece (Lamia, Amfissa, Thiva, Levadia, Chalkida and Kalamata). Participants were asked to complete a self-evaluation questionnaire in which demographic and occupational characteristics were included. The questionnaire was recording the frequency of occupation with chronic pain patients and the type of advanced education in algology in order to evaluate and treat these patients. In

addition, physicians' views on chronic pain were assessed both in terms of its duration and characteristics and the attitudes of the health professional to treat it at individual and interdisciplinary level. The Pearson's χ^2 test and the Fisher's exact test were used for statistical analysis.

RESULTS: A total of 259 physicians participated in this study (56% male and 44% female). Of the participants, 44.1% treated often / very often patients with chronic pain and 73.2% treated more often women with chronic pain. About 79% of the physicians knew what chronic pain was and 39% of them were aware with the kinds of chronic pain. The majority of participants administered nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in patients with chronic pain, 48.0% administered non-opioids, 46.2% frequently / very often were administering more than one drug to patients with chronic pain. Only 31.0% of the participants followed a specific pharmaceutical protocol recommended by the World Health Organization (WHO) in the prescription of analgesics.

Finally, in the multivariate analysis of the study data, the rates of administration of both NSAIDs and non-opioid analgesics were not statistically significantly correlated with the participants' work and educational characteristics, nor with their knowledge and beliefs about chronic pain. In contrast, opioid administration rates were statistically significantly correlated with participants' knowledge of chronic pain. Finally, the rates of antiepileptic medication in patients with chronic pain differed statistically significantly depending on physician specialty, frequency of treatment, knowledge and educational characteristics of the participants.

CONCLUSIONS: In the team of hospital doctors examined it was found that although participants often treat patients with chronic pain and have good pain management goals, lack of training in the management of these patients limits their comprehensive and effective care.

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΟΝΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί ένα πολυσύνθετο, πολυδιάστατο και συνάμα υποκειμενικό φαινόμενο που εκδηλώνεται ή επηρεάζει όλα τα άτομα σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Έχει χαρακτηριστεί ως «ο δυνάστης των λαών» αλλά και «πάθος ψυχής» (Atkinsany C.Y., 1985, Camp & Sullivan, 1987, Main & Spanswick, 2002). Έχει χαρακτηριστεί ως το 5^ο ζωτικό σημείο (Pain as the 5th Vital Sign Toolkit 2000) και είναι «ότι το άτομο λέει ότι είναι και υπάρχει όταν το άτομο λέει ότι υπάρχει» (McCafferry & Ferrell, 1997).

Ορίζεται από τη διεθνή ένωση μελέτης πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) ως μια αισθητηριακή και δυσάρεστη, συναισθηματικά, εμπειρία συσχετιζόμενη με μια πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών που εκφράζεται με όρους που σχετίζονται με το χαρακτήρα και την έντασή της. Από την πλευρά του ασθενούς, όμως, ο πόνος αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές και τρομακτικές εμπειρίες με πολλές επιπτώσεις στην ζωή του (IASP, 1994).

Η διαφορά μεταξύ του επιστημονικού ορισμού και της εμπειρίας του ασθενούς, οδήγησε την ιατρό Cicely Saunders το 1967 στο να εισαγάγει την έννοια «ολικός πόνος» για το χρόνιο πόνο. Στην προσπάθειά της να περιγράψει το χρόνιο πόνο αναγνώρισε ότι για κάθε ασθενή ο πόνος έχει σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις (Richmond C. 2005). Η παραπάνω διαπίστωση, σε συνδυασμό με την υποκειμενική φύση του πόνου και την πολυπλοκότητα των θεραπευτικών μέσων για τη διαχείρισή του, φανερώνουν ότι ο πόνος είναι μια πολύπλοκη έννοια, χαρακτηριζόμενη από ασάφεια, τόσο όσον αφορά την εκτίμησή του όσο και ως προς τη διαχείρισή του (Richmond C. 2005)

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ

Ο αρχικός κλινικός ορισμός του συνέδεε την αντιστοιχία πόνου και ιστικής βλάβης. Ωστόσο, δεδομένου ότι υπάρχουν και ψυχογενείς περιπτώσεις για τις οποίες δεν υφίσταται αυτή η αντικειμενική αντιστοιχία, έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν στον ορισμό και οι προαναφερθείσες ψυχογενείς καταστάσεις και αυτό οδήγησε σε μία νεότερη και πληρέστερη διατύπωση του ορισμού που εμπεριέχει την έκφραση «ως εάν». Ως εκ τούτου η επιστημονική κοινότητα οικειοποιήθηκε το νέο ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο ο πόνος είναι μια δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία προερχόμενη από πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή το ίδιο βίωμα ως εάν ή σαν να υπήρχε η ιστική βλάβη (IASP Pain 1979).

Η ανωτέρω διεύρυνση και συμπλήρωση του ορισμού αποτέλεσε και τη βάση του τελικού ορισμού που δόθηκε από τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) που αποδέχεται την ισοδύναμη ύπαρξη αισθητηριακού και συναισθηματικού στοιχείου, αλλά και την ύπαρξη πόνου όταν ο ασθενής περιγράφει την εμπειρία του σαν να υπήρχε ιστική βλάβη. Επομένως, ο πόνος μπορεί να οφείλεται και μόνο σε ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή (Σολδάτος Κ, 1991). Ο ψυχογενής πόνος δε, μπορεί να κάνει το άτομο να υποφέρει το ίδιο, όπως ο οργανικός πόνος.

Ιστορικά, θα πρέπει να επισημανθεί η στενή ετυμολογική προέλευση της λέξης πόνος με το με το ομηρικό ρήμα πένομαι (μοχθώ) και τη λατινική poena (ποινή). Μεταγενέστερα, η ανωτέρω ετυμολογική σχέση αντανακλάται στην «ηθικά ανυψωτική αντίληψη» που επικρατεί για τον πόνο και την καταπόνηση σε διάφορες θρησκείες. Εξ' άλλου τόσο ο σωματικός όσο και ο ψυχικός πόνος αποτέλεσαν, και συνεχίζουν να αποτελούν, έναν τρόπο τιμωρίας και φρονηματισμού των παιδιών και των ενηλίκων.

Συνεχίζοντας την ιστορική αναδρομή, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στην εποχή του Ιπποκράτη, για πρώτη φορά, συσχετίστηκε άμεσα ο όρος πόνος με την έννοια της νόσου και του τραύματος, λαμβάνοντας ένα σαφές νοσολογικό περιεχόμενο.

Όσον αφορά την έννοια του πόνου τονίζεται ότι δεν είναι επαρκώς αποσαφηνισμένη δεδομένου ότι επηρεάζεται τόσο από ενδογενείς όσο και από εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι, βεβαίως, έχουν αυστηρά εξατομικευμένο χαρακτήρα. Άλλωστε ο πόνος χαρακτηρίζεται ως μία πολυδιάστατη κατάσταση, μη αντικειμενικά εκτιμήσιμη και μετρήσιμη, η ερμηνεία της οποίας ποικίλλει αναλόγως

της προσέγγισης. Έτσι η φυσιολογία θεωρεί τον πόνο ως διέγερση των νευρικών απολήξεων και μελετά τη ροή αυτής της διέγερσης μέσω των αντίστοιχων νευρικών οδών. Η βιοχημεία ενδιαφέρεται για τα μόρια, τα νευροπεπτίδια και τους μεσολαβητές που σχετίζονται με τον πόνο. Η ψυχολογία και η ψυχιατρική ασχολούνται με τον ψυχογενή πόνο, καθώς και με τους ψυχικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες που παράγουν ή διαμορφώνουν τον ουδό και την ένταση του πόνου. Η εμβιομηχανική και η εργονομία εξετάζουν τη στάση του σώματος, τις κινήσεις και τις ασκούμενες δυνάμεις που προκαλούν ή επιδεινώνουν τον πόνο και τη νόσο. Η κλινική θεραπευτική ενδιαφέρεται κυρίως για τη φύση και τη θεραπεία της παθολογοανατομικής βλάβης που ευθύνεται για τον πόνο (Γουλές Δ. Εννοιολογία του πόνου).

Από την άλλη, ο ίδιος ο ασθενής, που αγνοεί όλα τα ανωτέρω έχει μια τελείως προσωπική άποψη, θεώρηση και «ερμηνεία» του πόνου. Πριν επισκεφθεί τον ιατρό, η αντίληψη του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την πιθανή, εμφανή, βέβαιη ή μη αιτία του πόνου, την εντόπισή του (π.χ. πλησίον της καρδιάς), τις εγκυκλοπαιδικές του γνώσεις για τη νόσο, τη μόρφωση του, την προσωπικότητα του και την ιδιοσυγκρασία του. Επιπρόσθετοι παράγοντες που υπεισέρχονται στην υποκειμενική αντίληψη του πόνου είναι οι προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες που βίωσε είτε ο ίδιος ο ασθενής είτε το άμεσο περιβάλλον του, καθώς και η στάση που ήδη έχει οικοδομηθεί έναντι του πόνου, της ασθένειας και των αξιών της ζωής του (Σολδάτος Κ., 1986). Η σημασία του πόνου διαφέρει ανάμεσα στους ανθρώπους και κατά τον ίδιο τρόπο ποικίλλει για το ίδιο το άτομο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η πλήρης και ακριβής περιγραφή του πόνου δυσκολεύει πολλές φορές τους πάσχοντες και εξαρτάται από την εκφραστικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου. Όπως αναφέρθηκε, ο πόνος είναι δυσάρεστο αίσθημα. Υπάρχουν όμως και άτομα με σαδομαζοχιστική προσωπικότητα που αρέσκονται στον πόνο, καθώς και άτομα που εμφανίζουν συγγενή ή επίκτητη αντοχή στον πόνο. Ο πόνος άλλωστε είναι αυτό που περιγράφει ο ασθενής που τον βιώνει και υπάρχει όποτε και οπουδήποτε λέει ο ίδιος (McCaffery M., 1999).

Όσον αφορά τα ερεθίσματα του πόνου, αυτά οφείλονται σε βλάβη ιστού, σε διαταραχή της ομοιόστασης του (π.χ. ισχαιμία) ή σε δυσλειτουργία οργάνου (σπασμός). Απελευθερώνονται τοπικά ουσίες που διεγείρουν τις νευρικές απολήξεις ή τους υποδοχείς πόνου, προκαλώντας την έναρξη της διαδικασίας αντίληψης του αισθήματος, το οποίο με τη μορφή ηλεκτρικής ώσης (δυναμικό ενέργειας) θα

μεταφερθεί με τις νευρικές ίνες στον εγκεφαλικό φλοιό. Στις περιπτώσεις ψυχογενούς ή σωματόμορφου πόνου δεν αποδεικνύεται εμφανής οργανική βλάβη, αν και η ανωτέρω θεώρηση τίθεται υπό αμφισβήτηση (Mersky H.,1967).

Είναι γνωστό ότι παθολογικές καταστάσεις, όπως η στηθαγική κρίση, εκλύονται και εξαρτώνται από την ψυχική φόρτιση του ασθενή. Γενικά, η ένταση του πόνου επηρεάζεται έντονα από τη συναισθηματική κατάσταση. Το άγχος και ο φόβος επιτείνουν τον πόνο, ενώ η συναισθηματική αποφόρτιση μειώνει τόσο το άγχος όσο και την ένταση του πόνου. Συμπερασματικά, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι σύμφωνα με την κλασική αντίληψη ο πόνος οφείλεται σε οργανικά ή σε ψυχικά αίτια (κατάθλιψη, σωματοποίηση, ψύχωση). Ωστόσο υπάρχει και ο σωματόμορφος χρόνιος πόνος, στον οποίο δεν ανευρίσκεται καμία σαφής αιτία παρά την επισταμένη αναζήτηση (Skevington MS. 1995). Βεβαίως, η εκτίμηση της ποιότητας, του μεγέθους, της διάρκειας, της έντασης και της περιοδικότητας, καθώς και των συνθηκών εμφάνισης, επιδείνωσης ή βελτίωσης του πόνου θα πρέπει να αναζητούνται, να συζητούνται και να συνεκτιμούνται.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η ανακούφιση από τον πόνο είναι ανθρώπινο δικαίωμα, είναι στόχος του ιατρικού λειτουργήματος και προβλέπεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπως περιγράφεται στο άρθρο 2, παράγραφος 1: «η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο» (ν.3418/2005,Φ.Ε.Κ.287).

Συνοψίζοντας, η εμπειρία του πόνου παραμένει ένα πολύπλοκο βιολογικό και ψυχοσωματικό φαινόμενο που συχνά είναι δύσκολο να καθορισθεί, να επεξηγηθεί και να μετρηθεί ποσοτικά ή ποιοτικά (Ιατρού Χ. 2003).

1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ένα από τα δυσκολότερα θέματα στη σύγχρονη αλγολογία, δηλαδή την εις βάθος ενασχόληση με την παθοφυσιολογική, κλινική και θεραπευτική προσέγγιση του οξέως και χρόνιου πόνου είναι η ίδια η ορολογία του πόνου. Οι θεράποντες ιατροί, αναλόγως της ειδικότητάς τους, εκτιμούν-ταξινομούν τον πόνο και τις διάφορες εκφάνσεις του με γνώμονα πρωτίστως το γνωστικό τους αντικείμενο και με την κλινική εικόνα των ασθενών που περιθάλλουν. Πράγματι, η εκτίμηση-αξιολόγηση του πόνου από έναν ιατρό ορθοπεδικό διαφέρει από τον πόνο που εκτιμάται από τον νευρολόγο, το ρευματολόγο ή τον αναισθησιολόγο. Οι διαφορές

αυτές διαπιστώνονται ακόμη και στην ονοματολογία των παθήσεων. Συμβαίνει η ίδια νόσος, αναλόγως της ειδικότητας, να ονομάζεται διαφορετικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η νόσος Sudeck των ορθοπεδικών, η οποία ονομάζεται σύνδρομο σύμπλοκου τοπικού πόνου (complex pain syndrome) για τους αναισθησιολόγους, αλγοδυστροφία για τους ρευματολόγους, αντανακλαστική νευροαγγειακή δυστροφία για τους νευρολόγους ή καυσalgία για άλλες ειδικότητες (Γεωργιάδης Αχ. 2018).

Η ισχύουσα ταξινόμηση του πόνου γίνεται με γνώμονα:

- A. **τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό του πόνου** (ιδιοδεκτικός-αλγαισθητικός (nociceptive) ή νευροπαθητικός (neuropathic))
- B. **τη διάρκεια του πόνου** (χρόνιος, υποξύς, οξύς, παροξυσμικός),
- C. **την αιτιολογία του** (καρκινικός ή μη καρκινικός), και
- D. **την ανατομική εντόπιση του πόνου.**

(WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses)

Έτσι λοιπόν ο πόνος ταξινομείται ως εξής:

- A. **Ιδιοδεκτικός/αλγαισθητικός:** εμφανίζεται όταν η ιστική βλάβη ενεργοποιεί τους ιδιοδεκτικούς υποδοχείς του πόνου, οι οποίοι μπορούν να ανταποκριθούν σε ερεθίσματα που αφορούν τη θερμότητα, το κρύο, τη δόνηση, τη διάταση, καθώς και σε χημικές ουσίες που απελευθερώνονται από τους ιστούς ως απάντηση στην στέρωση οξυγόνου, τη λύση της συνέχειας ή τη φλεγμονή των ιστών.

Ο τύπος αυτός πόνου μπορεί να υποδιαιρεθεί σε:

- i) σωματικό και
- ii) σπλαχνικό, ανάλογα με την εντόπιση των ενεργοποιημένων ιδιοδεκτικών υποδοχέων.

Ειδικότερα, ο σωματικός πόνος προκαλείται από ενεργοποίηση ιδιοδεκτικών υποδοχέων είτε σε επιφανειακούς ιστούς (δέρμα, βλεννογόνος στόματος, μύτης, κ.λπ.) ή σε εν τω βάθει ιστούς όπως ο οστικός, ο αρθρικός, ο μυϊκός, ή ο συνδετικός ιστός. Για παράδειγμα, τα κοψίματα που προκαλούν διατομή ιστών παράγουν επιφανειακό σωματικό πόνο, ενώ οι μυϊκές κράμπες λόγω πτωχής οξυγόνωσης παράγουν εν τω βάθει σωματικό πόνο. Ο σπλαχνικός πόνος προκαλείται από την ενεργοποίηση ιδιοδεκτικών υποδοχέων που βρίσκονται στα σπλάχνα (τα εσωτερικά όργανα του σώματος που περιέχονται σε μια κοιλότητα, όπως είναι τα θωρακικά και τα κοιλιακά όργανα). Αυτό

μπορεί να συμβεί λόγω λοίμωξης, διάτασης από υγρό ή αέριο, έκτασης ή συμπίεσης από συμπαγείς όγκους. Συχνά ο σπλαχνικός πόνος αντανακλάται και σε περιοχές του δέρματος διαφορετικές από την περιοχή του οργάνου που πάσχει όπως π.χ. ο πόνος της στηθάγχης (αντανακλαστικός πόνος) (Urch C.E. 2008).

Τέλος, τον αλγαισθητικό/ιδιοδεκτικό πόνο μπορεί κάποιος να τον διαχωρίσει σε αλγαισθητικό/ιδιοδεκτικό πόνο με και χωρίς βλάβη ιστών (Loaser J. D 2008).

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι αυτός που αρχίζει μετά από ή οφείλεται σε πρωτοπαθή βλάβη ή δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος (IASP 1994) . Ο ορισμός αυτός δεν έχει διαγνωστική ειδικευση και ανατομική ακρίβεια με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαγνωστικά διλήμματα. Έτσι το 2008 η IASP εισήγαγε τον νέο ορισμό του νευροπαθητικού πόνου ως "ο πόνος που προκύπτει σαν άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή νόσου που προσβάλλει το σωματοαισθητικό σύστημα".

B. Χρόνιος πόνος: ονομάζεται αυτός που επιμένει παραπάνω από το φυσιολογικό χρόνο επούλωσης των ιστών ο οποίος θεωρείται ότι έχει διάρκεια έως 3 μήνες. (Chou R. 2009).

Οξύς πόνος: εξυπηρετεί προστατευτική βιολογική λειτουργία, δρώντας ως προειδοποίηση μιας εξελισσόμενης ιστικής βλάβης. Είναι σύμπτωμα έναρξης ή εξέλιξης μίας νόσου και εμφανίζεται γύρω από τον πάσχοντα ιστό. Έχει διάρκεια έως ένα μήνα. Τα συνοδά ψυχολογικά συμπτώματα που προκύπτουν, συνήθως, είναι ελάχιστα και περιορίζονται στο ήπιο άγχος. Ο οξύς πόνος είναι βλαπτικής φύσης και εμφανίζεται δευτεροπαθώς, ως αποτέλεσμα ενός μηχανικού ή θερμικού ερεθισμού των υποδοχέων του πόνου.

Υποξύς πόνος: ονομάζεται αυτός που έχει χρονική διάρκεια μεταξύ 1 και 3 μηνών.

Παροξυσμικός πόνος ή πόνος διαφυγής (Breakthrough pain): είναι ο αιφνίδιος παροξυσμός του χρόνιου καρκινικού πόνου, σε ένα άτομο που ελέγχεται φαρμακευτικά από πλευράς πόνου. Έχει διαφορετική ένταση από τις συνήθεις διακυμάνσεις, εξάρσεις και υφέσεις, που παρουσιάζει κάθε πόνος και χρήζει συμπληρωματικής θεραπείας.

C. Καρκινικός και μη Καρκινικός πόνος: και οι δύο αποτελούν, εκτός από κατηγορίες του πόνου σχετιζόμενες με την αιτιολογία του, τις δύο πιο ευρείες κατηγορίες του χρόνιου πόνου.

Ειδικότερα, ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο (καρκινικός) είναι αποτέλεσμα της θεραπείας για καρκίνο ή προκαλείται από την παθογένεση του καρκίνου. Εξαρτάται από το είδος, τον τύπο, το στάδιο της νόσου και την ανοχή του κάθε ασθενούς στον πόνο. Προκαλείται κυρίως λόγω συμπίεσης ή διήθησης κοίλων οργάνων, μαλακών ιστών, οστών ή νεύρων. Θα μπορούσε επίσης να προκληθεί από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις ή τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούνται για τη σταδιοποίηση της νόσου. Γίνεται ευκόλως κατανοητό ότι η αιτιολογία του ποικίλει σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, η κατηγοριοποίηση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο σύμφωνα με την παθογένεση του είναι σημαντική για τον εντοπισμό και την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας (Paice JA et al. 2011).

Ο καρκινικός πόνος μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιοδεκτικός-αλγαισθητικός, νευροπαθητικός ή μεικτός.

Ο σωματικός αλγαισθητικός πόνος περιγράφεται συχνά ως σφύζων, με ακριβή εντόπιση συνήθως εντός των οστών, των αρθρώσεων, των μυών του δέρματος ή του συνδετικού ιστού, ενώ ο σπλαγχνικός αλγαισθητικός πόνος συχνά περιγράφεται ως πόνος χωρίς ακριβή θέση, αν και εντός σπλαγχνικών οργάνων, όπως το γαστρεντερικό σύστημα ή το πάγκρεας.

Ο νευροπαθητικός καρκινικός πόνος προκαλείται από μια πρωταρχική βλάβη ή δυσλειτουργία του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να οφείλεται στον ίδιο τον όγκο. Συνήθως περιγράφεται ως μούδιασμα, κάψιμο, ηλεκτρική εκκένωση ή μαχαιριά (Paice JA et al. 2011).

Βεβαίως, σε κάποιες περιπτώσεις, ο πόνος μπορεί να μην εμπίπτει αμιγώς ούτε στον ιδιοδεκτικό/αλγαισθητικό ούτε στον νευροπαθητικό πόνο και να έχει μεικτά χαρακτηριστικά (Gutgsell T et al. 2003).

Ο μη καρκινικός πόνος διακρίνεται σε αλγαισθητικό (nociceptive), νευροπαθητικό (neuropathic) και λειτουργικό (functional). Η ένταση του πόνου δεν εξαρτάται άμεσα από την έκταση της βλάβης και τα συμπτώματα μπορούν να διαρκέσουν για πολύ καιρό μετά την αποκατάσταση της. Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας του χρόνιου μη καρκινικού πόνου και τις νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους

αντιμετώπισης του, η πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων αποτελεί σπάνιο φαινόμενο.

D. Ανάλογα με την ανατομική εντόπιση ο πόνος διακρίνεται σε δερματικό , σπλαχνικό, αρθρικό κ.α.

Στην καθημερινή κλινική πράξη ο ιατρός καλείται να θεραπεύσει και τα ακόλουθα είδη πόνου (Γεωργιάδης Α.2018):

Οστικός πόνος

Οι αλγοϋποδοχείς των οστών που βρίσκονται στο περίοστεο και στον μυελό των οστών νευρώνονται από εμμύελες ίνες Αδ και από αμμύελες ίνες τύπου C και διεγείρονται με τον ίδιο τρόπο με τους υποδοχείς του δέρματος, δηλαδή από φλεγμονώδεις ουσίες όπως οι προσταγλανδίνες, η ισταμίνη, η σεροτονίνη, αλλά και με το όξινο περιβάλλον και με τη θερμότητα. Οι ηλεκτρικές διεγέρσεις τόσο από το περίοστεο όσο και από τον μυελό των οστών φθάνουν στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στον εγκέφαλο και χρησιμοποιούν εκτός από το νωτιοθαλαμικό δεμάτιο και το νωτιοπαραβραγχιακό δεμάτιο, ιδιαίτερα όταν το ερέθισμα προέρχεται από κάταγμα ή καρκινική οστική μετάσταση.

Αν και ο οστικός πόνος συνοδεύει πολύ κοινές παθήσεις όπως την οστεοπόρωση, την οστεοαρθρίτιδα, τις οστικές μεταστάσεις κ.ά. οι γνώσεις μας στο θέμα αυτό είναι περιορισμένες (Nencini Sara and Ivanusic Jason 2016).

Ψυχογενής πόνος ή Σωματοποιημένος πόνος

Πρόκειται για πόνο που αποδίδεται στους συναισθηματικούς ή στρεσογόνους παράγοντες που υφίσταται ο κάθε οργανισμός. Εδώ εντάσσονται παραδείγματος χάριν η κεφαλαγία τάσης, η χρόνια οσφυαλγία και το ευερέθιστο έντερο. Ο ψυχογενής πόνος πονά όπως κάθε άλλος πόνος και ταλαιπωρεί τον ασθενή (Cleveland Clinic, 2008).

Προκλητός πόνος (Incident pain)

Παρουσιάζεται μόνο όταν η πάσχουσα άρθρωση κινείται και οφείλεται σε παθήσεις που αφορούν τους αρθρικούς χόνδρους και τα παρακείμενα μαλακά μόρια.

Νυκτερινός πόνος ή νυκταλγία

Πρόκειται για πόνο που εμφανίζεται συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας (02:00-03:00 π.μ.) και αφυπνίζει τον ασθενή. Είναι ένας χαρακτηριστικός φλεγμονώδης πόνος που συνοδεύεται από πρωινή δυσκαμψία, οφείλεται δε σε παροδική πτώση των επιπέδων των κορτικοστεροειδών του οργανισμού, που ακολουθούν τον κιρκάδιο ρυθμό. Παράδειγμα αποτελεί ο πόνος του συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα (νευροπαθητικός

πόνος) όπου παρόλο το αίτιο είναι η φλεγμονή, τα έλυτρα των τενόντων που διέρχονται από τον καρπιαίο σωλήνα φλεγμαίνουν και πιέζουν το μέσο νεύρο προκαλώντας νευροπαθητικό πόνο.

Μηχανικός πόνος

Πρόκειται για πόνο που εμφανίζεται τις απογευματινές ώρες όταν η άρθρωση που πάσχει χρησιμοποιείται καθ'όλη τη διάρκεια της μέρας. Οφείλεται σε κόπωση και υπεραιμία των παρακείμενων μαλακών μορίων. Παραδείγματα είναι ο μηχανικός πόνος της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος που παρέρχεται συνήθως χωρίς αναλγητικά όταν ξεκουραστεί η άρθρωση ή ο μηχανικός πόνος που προέρχεται από κακή στάση του σώματος.

Πόνος εκκίνησης

Πρόκειται για πόνο χαρακτηριστικό της χρόνιας οστεοαρθρίτιδας των ισχίων ή του γόνατος. Ο ασθενής όταν κάθεται δεν πονάει αλλά μόλις σηκωθεί να περπατήσει, στα πρώτα 10 βήματα αισθάνεται έντονο πόνο και δυσκαμψία της αντίστοιχης άρθρωσης, που τον ακινητοποιούν. Εάν επιμείνει στην ενέργεια του, η άρθρωση ελευθερώνεται προοδευτικά και μετά από λίγο μπορεί να βαδίζει φυσιολογικά δίχως πόνο. Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ήταν η πάσχουσα άρθρωση ακινητοποιημένη τόσο περισσότερο διαρκεί ο πόνος εκκίνησης.

Αντανακλαστικός Πόνος (Referred pain)

Πρόκειται για πόνο σε μια περιοχή του σώματος που προκαλείται από πρωτοπαθή βλάβη που βρίσκεται σε άλλη περιοχή του σώματος, π.χ. αντανακλαστικός πόνος στη κάτω σιαγόνα από ισχαιμία του μυοκαρδίου. Η ερμηνεία του με βάση παθοφυσιολογικά κριτήρια είναι περίπλοκη καθώς στο μηχανισμό του εμπλέκεται και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Νευροπαθητικός πόνος

Προκαλείται εξαιτίας δομικής βλάβης ή δυσλειτουργίας των νευρικών κυττάρων στο περιφερικό (ΠΝΣ) ή το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Κάθε εξεργασία που προκαλεί βλάβη στα νεύρα, όμως μεταβολικές, τραυματικές, λοιμώδεις, ισχαιμικές, τοξικές ή ανοσολογικά διαμεσολαβούμενες παθολογικές καταστάσεις, μπορεί να οδηγήσει σε νευροπαθητικό πόνο. Επιπλέον, ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να προκληθεί από συμπίεση νεύρων ή από ανώμαλη επεξεργασία των σημάτων πόνου από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

1.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί βασική διαδικασία για την ταυτοποίηση και την αντιμετώπισή του στον καλύτερο δυνατό βαθμό, με στόχο τη βέλτιστη ποιότητα παροχής φροντίδας των ασθενών. Εργαλεία του ιατρού είναι οι αυτοαναφορές του ασθενούς (Pautex, S., & Gold, G. 2006), η παρατήρηση της συμπεριφοράς του, κάποιες ψυχοφυσιολογικές και αναλογικές μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοσθούν, η κλινική εξέταση, ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος (Jensen et al,1996).

1.3.1. ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΕΣ

Στις αυτοαναφορές συγκαταλέγονται: η συνέντευξη, η τήρηση ημερολογίων και οι κλίμακες αυτοαναφοράς.

A. Συνέντευξη

Μέσω της συνέντευξης ο ιατρός λαμβάνει πληροφορίες από τον ασθενή ή/και τους οικείους του σχετικά με το ιστορικό του πόνου, τα χαρακτηριστικά του, την προσαρμογή του ασθενή στον πόνο και τους τρόπους που τον αντιμετωπίζει (Καραδήμας Ε.Χ. 2005).

B. Ημερολόγια

Πρόκειται για ημερολόγια που τηρούνται από τους ασθενείς ή/και τους οικείους τους και καταγράφουν την εμπειρία του πόνου που βιώνουν. Είναι εξαιρετικά χρήσιμα για πληροφορίες σχετικά με την ένταση του πόνου, τα τυχόν επεισόδια παροξυσμικού πόνου, την συχνότητα τους κτλ. και χρησιμοποιούνται για την αναπροσαρμογή ή την αναθεώρηση του θεραπευτικού σχήματος.

C. Κλίμακες

- a. Μονοδιάστατες κλίμακες: πρόκειται για κλίμακες που αξιολογούν μόνο μια διάσταση του πόνου, την ένταση του. Οι πιο γνωστές κλίμακες αυτής της κατηγορίας είναι: οι κλίμακες οπτικού αναλόγου (Visual Analogue Scale -VAS) (Jensen, M. 2003), οι αριθμητικές κλίμακες (Numeric Rating Scale-NRS), οι λεκτικές κλίμακες (Verbal Rating Scale-VRS) και οι κλίμακες προσώπων.
- b. Πολυδιάστατες κλίμακες: αξιολογούν περισσότερες από μία διαστάσεις του πόνου ταυτόχρονα, όπως την ένταση, την εντόπιση, τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών κ.α. Τέτοια κλίμακα

αποτελεί το ερωτηματολόγιο McGill, το οποίο αξιολογεί ταυτόχρονα την ένταση του πόνου, τη θέση εντόπισης του στο σώμα, την ποιότητα του, τον τρόπο έκφρασης του στον κάθε ασθενή και τους παράγοντες που τον μεταβάλλουν (Melzack, R. 1971). Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και οι Chronic Pain Grade Scale (CPGS) (Von Korff et al 1992), Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES) (Sousa F.A. et 2010), Revised Pain Quality Assessment Scale (PQAS-R)(Jensen et al 2012) κ.α.

- c. Κλίμακες εξειδικευμένες σε συγκεκριμένες παθήσεις: χρησιμοποιούνται για ασθενείς που νοσούν από συγκεκριμένη, γνωστή ασθένεια. Είναι πιο αποτελεσματικές, από τις γενικές κλίμακες, στην αξιολόγηση των επιπέδων του πόνου και της ανταπόκρισης στην θεραπευτική αγωγή (Hawker G.A. et al 2011). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κλίμακες αξιολόγησης του νευροπαθητικού πόνου και είτε αποτελούνται μόνο από ερωτήσεις, όπως το Ερωτηματολόγιο Νευροπαθητικού Πόνου (Neuropathic Pain Questionnaire, NPQ) (Krause, S.J. et al 2003) και οι κλίμακες ID Pain (Portenoy, R. 2006) και PainDETECT (Freyhagen, Ret al 2006), είτε συνδυάζουν τις ερωτήσεις με σωματικές δοκιμασίες, όπως το ερωτηματολόγιο 4 Ερωτήσεων Νευροπαθητικού Πόνου (Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire, DN4) (Bouhassira, D. Rt al 2005).
- d. Κλίμακες για ανήλικα άτομα. Σε παιδιά μικρής ηλικίας ακόμη και αν δεν διαθέτουν την ικανότητα ομιλίας χρησιμοποιούνται κλίμακες παρατήρησης, όπως η κλίμακα Πρόσωπο, Πόδια, Δραστηριότητα, Κλάμα, Δυνατότητα Παρηγόρησης (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability, FLACC) (Merkel, S.I. et al 1997) και η κλίμακα COMFORT (Ambuel, B. et al 1992) που συνδυάζει την παρατήρηση με σωματικές μετρήσεις.

Για τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας χρησιμοποιούνται συχνά κλίμακες αυτοαναφοράς μονοδιάστατες, όπως οι κλίμακες προσώπων με συγκεκριμένες εκφράσεις, ή πολυδιάστατες, όπως είναι το Ερωτηματολόγιο Παιδιατρικού Πόνου Varni/ Thompson (Varni/ Thompson Pediatric Pain Questionnaire, VTPPQ) (Varni, J.W. et al 1987).

1.3.2. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Για τους ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα της ομιλίας ή νοσούν από παθήσεις που δυσχεραίνουν την χρήση αυτοαναφορών (π.χ. άνοια) χρησιμοποιείται η παρατήρηση και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ασθενούς και ιδιαίζόντως η αναζήτηση σε αυτόν, των συμπεριφορών πόνου (Puntillo, K., et al 2002). Σε αυτό βοηθούν τα οικεία του πρόσωπα ή/και το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό αν ο ασθενής νοσηλεύεται.

1.3.3. ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η αξιολόγηση του πόνου με ψυχοφυσιολογικές μεθόδους χρησιμοποιεί τεχνολογικά μέσα όπως ο μαγνητικός τομογράφος, με στόχο την λήψη αντικειμενικών μετρήσεων από τους ασθενείς (MRI-scanning).

Για τις αναλογικές μεθόδους ο ασθενής συγκρίνει την ένταση του πόνου του με την ένταση ενός άλλου ερεθίσματος ή με τον πόνο που έχει βιώσει άλλες φορές.

1.3.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση του ασθενή είναι απαραίτητη τόσο για την ορθή διάγνωση όσο και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής του κατά την επανεξέταση.

1.3.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος για την έναρξη, τη συνέχιση ή την τροποποίηση της φαρμακευτικής θεραπείας.

1.4. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο χρόνιος πόνος υποδιαιρείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον μη καρκινικό και τον καρκινικό πόνο.

1.4.1. ΧΡΟΝΙΟΣ ΜΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος μπορεί να είναι λειτουργικός (functional), αλγαισθητικός (nociceptive) ή νευροπαθητικός (neuropathic). Και στις τρεις κατηγορίες, η ένταση του πόνου δεν είναι πάντα ανάλογη του μεγέθους και της έκτασης της βλάβης και ο πόνος μπορεί να εξακολουθεί να υφίσταται παρά την αποκατάσταση της αρχικής βλάβης.

Όσον αφορά τη παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου είναι γνωστό ότι η μη έγκαιρη αντιμετώπιση του ενδέχεται να μεταβάλει και τα χαρακτηριστικά του εν γένει. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην πλαστικότητα και μεταβλητότητα των νευρωνικών δομών που συμμετέχουν στον πόνο μετατρέποντας τον σε μια αυτόνομη ασθένεια (Fornasari D. 2012).

- ❖ Το άλγος που οφείλεται σε λειτουργική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) ονομάζεται **λειτουργικός (functional) πόνος** και εκλύεται από το ΚΝΣ μετά από φυσιολογικά ερεθίσματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ινομυαλγία και το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Woolf CJ. 2004).
- ❖ Η ιστική βλάβη τραυμάτων, χρόνιων φλεγμονωδών παθήσεων, χειρουργικών επεμβάσεων κλπ. μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό αίτιο χρόνιου πόνου και ονομάζεται **αλγαισθητικός πόνος**. Αναφορικά με την παθοφυσιολογία του είναι γνωστό ότι εμπλέκονται αναλγο-υποδοχείς, οι οποίοι ερεθίζονται από τα φλεγμονώδη κύτταρα που συγκεντρώνονται στο σημείο της βλάβης (Woolf CJ 2004).
- ❖ Τέλος, ο **νευροπαθητικός πόνος** μπορεί να συσχετιστεί με τραύμα π.χ. χρόνιος χειρουργικός πόνος, σύνθετο περιφερικό σύνδρομο πόνου – complex regional pain syndrome, φλεγμονή π.χ. μεθερπητική νευραλγία, ισχαιμία π.χ. διαβητική νευροπάθεια, κακοήθεια ή χημικό ερέθισμα πχ αποτέλεσμα χημειοθεραπείας. Η υποκείμενη παθοφυσιολογική βάση του συγκεκριμένου είδους πόνου σχετίζεται με την καταστροφή νευρώνων του περιφερικού νευρικού συστήματος που οδηγεί σε διαταραχές αγωγής των αλγαινών ερεθισμάτων. Τέλος, η αντιδραστική εκβλάστηση νευρώνων στο περιφερικό νευρικό σύστημα και στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού ενισχύει τα αλγαινά ερεθίσματα εντείνοντας την δυσφορία του αρρώστου (Farquhar-Smith W. 2008).

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στον χρόνο πόνο δεν είναι επαρκώς αποσαφηνισμένοι. Ωστόσο είναι σαφές ότι σχετίζονται με τις προκαλούμενες αλλαγές που εφαρμόζονται ταχέως ή μακροπρόθεσμα στο ΚΝΣ. Η κεντρική ευαισθητοποίηση (central sensitization) συμβαίνει σε περιπτώσεις φλεγμονώδους, λειτουργικού και νευροπαθητικού πόνου και προκαλείται από την αύξηση της διεγερσιμότητας των κεντρικών αναλγο-υποδοχέων του νωτιαίου μυελού (Woolf CJ. 2004). Επίσης δε θα μπορούσε να μη συμπεριληφθεί στους

παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και η περίπτωση της περιφερικής ευαισθητοποίησης (peripheral sensitization) σε περιπτώσεις χρόνιας φλεγμονής με την συμμετοχή των περιφερικών αναλγο-υποδοχέων (Woolf CJ. 2004).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι απαραίτητη κατά κύριο λόγο η εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς ως μεμονωμένη περίπτωση. Προς αυτή την κατεύθυνση ο θεράπων ιατρός οφείλει τόσο να συνεκτιμήσει το αναλυτικό ιστορικό συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής, των προηγούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων και των συνοσηροτήτων όσο και να αξιολογήσει τη φυσική εξέταση του ασθενή και την επίπτωση που έχει ο πόνος στη ζωή του (Farquhar-Smith 2008).

Συμπερασματικά, κρίνεται απαραίτητη η αναλυτική εκτίμηση των παραπάνω με σκοπό τη σωστή ταξινόμηση του πόνου σε χρόνιο μη καρκινικό, τη διεκρίνιση της έντασης, της θέσης, της ποιότητας και της επίδρασης που έχει στη λειτουργικότητα του αρρώστου. Μέσα από τη συγκεκριμένη αναλυτική διαγνωστική προσέγγιση είναι εφικτό να διαμορφωθεί ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο και να τεθούν εφικτοί θεραπευτικοί στόχοι που θα λαμβάνουν υπόψιν το συνολικό προφίλ του αρρώστου.

Είναι σαφές ότι στη συνολική αντιμετώπιση συμπεριλαμβάνονται τόσο θεραπευτικές όσο και μη θεραπευτικές προσεγγίσεις ώστε ο θεραπευτικός αλγόριθμος να ενσωματωθεί ομαλά στη ζωή του ασθενούς με σκοπό να εφαρμοστεί σε μακροπρόθεσμο χρονικό πλαίσιο (Farquhar-Smith W. 2008).

• Νευροπαθητικός πόνος:

1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση πρώτης γραμμής: ανήκουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (tricyclic antidepressants – TCA), οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (serotonin norepinephrine reuptake inhibitors– SSRIs), η γκαμπαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη και το τοπικό σκεύασμα λιδοκαΐνης, ενώ η καρβαμαζεπίνη προτιμάται για τη νευραλγία τριδύμου.

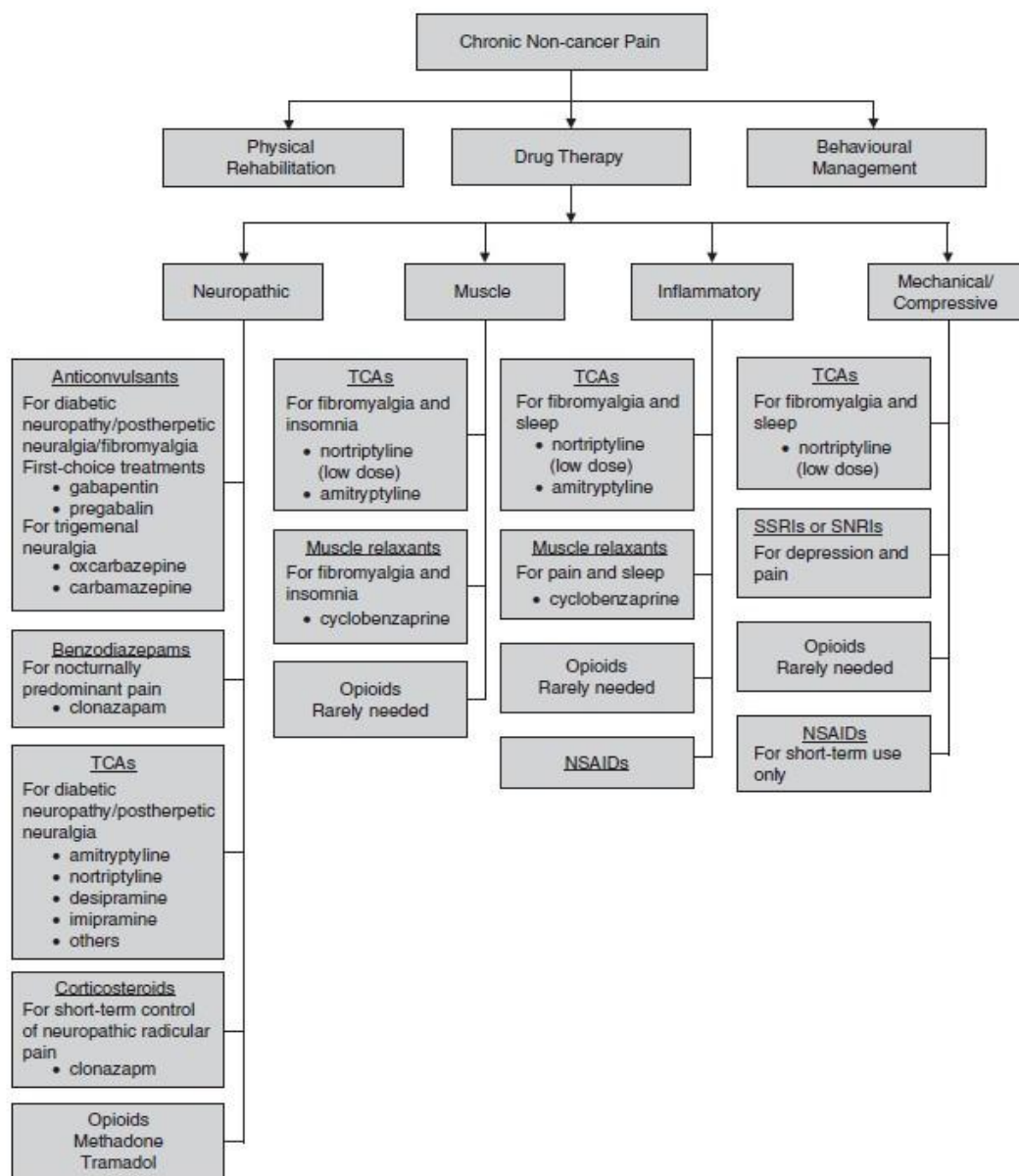
2. Οπιοειδή αναλγητικά: Δεν συνιστώνται στην οξεία φάση του πόνου (<24 ώρες), ωστόσο, μέσω αντι-νευροπαθητικών μηχανισμών, είναι ισχυρά και μπορεί να έχουν ρόλο στη φαρμακευτική αγωγή του νευροπαθητικού πόνου (Eisenberg E. 2006).

• Φλεγμονώδης Πόνος:

1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση πρώτης γραμμής: ανήκουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs), οι ανοσολογικοί παράγοντες καθώς και άλλα αντικαταθλιπτικά που μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι τα απλά αναλγητικά δεν έχουν αποτέλεσμα έναντι στην υποκείμενη φλεγμονώδη νόσο.
2. Σε περίπτωση αποτυχίας της φαρμακευτικής αντιμετώπισης πρώτης γραμμής ενδείκνυται η χρήση οπιοειδών.

Όταν ο πόνος προέρχεται από μηχανικό αίτιο συστήνονται τα NSAIDs για μικρό χρονικό διάστημα, η παρακεταμόλη και τα αντικαταθλιπτικά. Τα οπιοειδή μπορεί να αποτελέσουν επιλογή για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στις παραπάνω θεραπείες. Η χορήγηση οπιοειδών στον μη καρκινικό πόνο αποτελεί μία αμφιλεγόμενη θεραπευτική προσέγγιση. Η Διεθνής Επιτροπή για τη Χρήση Οπιοειδών του Καναδά (National Opioid Use Guideline Group) συστήνει την αξιολόγηση του πόνου, πριν την έναρξη θεραπείας με οπιοειδή (National Opioid Use Guideline Group Canadian guideline for safe and effective use of opioids for CNCP. Online, 2010). Μετά την έναρξη της θεραπείας είναι απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου για τη σωστή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων και για να αποφευχθούν φαινόμενα εθισμού.

Συνοπτικά, στον πίνακα 1. παρατίθενται οι κατευθυντήριες οδηγίες του ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) για την αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου.



(NSAID= μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, SNRI= αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, SSRI= εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης, TCA= τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) (Farquhar-Smith W. 2008).

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Είναι δυνατή η εφαρμογή ποικίλων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων αναλόγως των ανατομικών στοιχείων που εμπλέκονται στην εμφάνιση του πόνου (Turk DC 2011).

- Εγχύσεις. Η έγχυση στεροειδών στον επισκληρίδιο χώρο και τις σπονδυλικές αρθρώσεις αποτελεί την πιο συχνή παρεμβατική τεχνική και προκαλεί, μέσω χορήγησης τοπικών αναισθητικών, νευρικό αποκλεισμό κοντά σε σπλαχνικά ή περιφερικά νεύρα και μύες, με αποτέλεσμα τη διακοπή του αλγινού ερεθίσματος.
- Χειρουργικές επεμβάσεις. Συχνά για την αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου είναι απαραίτητη η χειρουργική αντιμετώπιση του εκλυτικού αιτίου που το προκαλεί. Η σπονδυλοδεσία της ισχιακής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι η συχνότερη επέμβαση αυτού του είδους, ενώ συχνές είναι επίσης η δισκεκτομή, η αποσυμπιεστική πεταλεκτομή και η αντικατάσταση σπονδυλικών δίσκων
- Εμφυτεύματα. Σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω μεθόδων προτείνεται η χρήση εμφυτευμάτων. Η διέγερση της σπονδυλικής στήλης με την εμφύτευση ηλεκτροδίων στο νωτιαίου μυελό ή τα περιφερικά νεύρα φαίνεται να έχει αναλγητικό αποτέλεσμα στο νευροπαθητικό πόνο, μειώνοντας την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή. Τα αποτελέσματα παραμένουν και εδώ υπό συζήτηση εξαιτίας των ελλιπών δεδομένων από την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Συμπερασματικά, ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος είναι ένα συχνό φαινόμενο με έντονες σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Η πλήρης ύφεσή του αποτελεί δύσκολο εγχείρημα καθώς καμία από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές δεν είναι ικανή, από μόνη της, να εξαλείψει τον πόνο. Βεβαίως, η ανωτέρω παρατήρηση δεν πρέπει να αποθαρρύνει την θεραπευτική προσπάθεια αντιθέτως οφείλει να ενισχύει την εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου και την εφαρμογή δόκιμων συνδυασμών φαρμακευτικών, επεμβατικών και συμπληρωματικών προσεγγίσεων.

1.4.2. ΧΡΟΝΙΟΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αναφορικά με την παθοφυσιολογία τους, ο καρκινικός και ο μη καρκινικός πόνος ακολουθούν κοινά μονοπάτια. Ο καρκινικός πόνος διακρίνεται σε

1. Σωματικό και σπλαχνικό αλγαισθητικό
2. Νευροπαθητικό

3. Ψυχογενή

4. Ιδιοπαθή

Οι ανωτέρω κατηγορίες ενδέχεται να συνυπάρχουν στους καρκινοπαθείς ασθενείς.

Σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του, κάθε τύπος καρκινικού πόνου διακρίνεται σε οξύ ή χρόνια ανάλογα με την έναρξη και τη διάρκεια του ερεθίσματος. Ειδικότερα, τα οξέα σύνδρομα συνήθως είναι ιατρογενή, αλλά μπορεί και να σχετίζονται με επιπλοκές της ίδιας της νόσου (πίνακας 2) ενώ τα χρόνια σύνδρομα συνδέονται κυρίως με τις άμεσες επιδράσεις της κακοήθειας ή με την αντικαρκινική θεραπεία (πίνακας 3). Χαρακτηριστικός είναι και ο παροξυσμικός πόνος, που αφορά το 60-70% των ασθενών, προκαλεί άγχος και κατάθλιψη και αυξάνει τη συχνότητα επισκέψεων των ασθενών στα ΤΕΠ.

Πίνακας 2. Οξέα Σύνδρομα	
Αιτίες	Διαταραχές
Αντινεοπλασματική θεραπεία	Νευροπάθεια, εντερίτιδα, κυστίτιδα, αρθραλγία, μυαλγία, στηθάγχη, διάχυτος οστικός πόνος
Διαδικασίες-Παρεμβάσεις	Κεφαλαλγία μετά από οσφουονωτιαία παρακέντηση, πόνος μετά από βιοψία, πόνος λόγω παρεμβάσεων όπως τοποθέτηση σωλήνα θωρακοστομίας, παρακέντηση, τοποθέτηση stent ή αγγειακός εμβολισμός
Σε σχέση με τη νόσο	Αιμορραγία εντός του όγκου, παθολογικό κάταγμα, ρήξη κοίλου σπλάχνου, θρομβοεμβολική νόσος

Πίνακας 3. Χρόνια Σύνδρομα	
Αιτίες	Διαταραχές
Αλγαισθητικός σωματικός πόνος εξαιτίας οστικών μεταστάσεων	Πολυεστιακός οστικός πόνος, σπονδυλικό σύνδρομο πόνου
Αλγαισθητικός σωματικός πόνος λόγω εμπλοκής των μαλακών ιστών	Κεφαλαλγία, ωταλγία, πλευριτικός πόνος, μυϊκές κράμπες
Αλγαισθητικός σπλαχνικός πόνος λόγω κακοήθειας	Ηπατική δυσλειτουργία, απόφραξη χοληφόρων, απόφραξη ουρητήρος
Νευροπαθητικός πόνος λόγω κακοήθειας	Ριζοπάθειες, μονονευροπάθειες, πλεγματοπάθειες, νευραλγίες, περιφερική νευροπάθεια
Αντινεοπλασματικές Θεραπείες (χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες, χειρουργείο, ορμονοθεραπεία)	Περιφερική νευροπάθεια, χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος (μετά από μαστεκτομή, θωρακοτομή κτλ), πόνος μέλους φάντασμα, οστεοακτινονέκρωση, λεμφοίδημα, χρόνια μυελοπάθεια/πλεγματοπάθεια από ακτινοβολία

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε γενικές γραμμές, η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς κρίνεται εξίσου απαραίτητη όπως και στον μη καρκινικό πόνο. Η ακριβής εκτίμηση, αποτελεί το πρωταρχικό βήμα για τη σωστή διαχείριση του πόνου. Για το λόγο αυτό, απαιτείται λήψη πλήρους ιστορικού του πόνου αλλά και κλινική εξέταση πριν τη διενέργεια απεικονιστικών ή άλλων εξετάσεων. Στη διαγνωστική προσπέλαση του χρόνιου καρκινικού πόνου χρησιμοποιούνται κυρίως μονοδιάστατες κλίμακες πόνου, όπως η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS=visual analogue scale), η λεκτική (VRS=verbal scale) και η αριθμητική (NRS=numerical scale).

Μολονότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν και διεξοδικές πολυδιάστατες κλίμακες συχνά είναι δύσκολη η κατανόησή και συμπλήρωσή τους.

Οι ασθενείς μετέχουν στη διαχείρισή του πόνου και οφείλουν να ενθαρρύνονται και να λαμβάνουν ενεργό ρόλο σε αυτή (ESMO=European Society for medical Oncology, Clinical Practice Guidelines, 2012, Recommendation II, B). Η εμπλοκή τους στη διαχείριση του πόνου, βελτιώνει την επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό και συχνά βελτιώνει το αποτέλεσμα της θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το 1986 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO=World Health Organisation) πρότεινε μία στρατηγική για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Η εν λόγω στρατηγική συνοψίζεται ως εξής:

1. Χορήγηση μη οπιοειδών φαρμάκων στον ήπιο πόνο
2. Ήπια οπιοειδή επί αυξημένης έντασης
3. Ισχυρά οπιοειδή σε περίπτωση μη ανεκτού πόνου

Η αναθεώρηση της παραπάνω κλίμακας συνοψίζεται στην νέα κλίμακα WHO (ESMO 2012, CI Ripamonti. 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι μέχρι πρότινος η μορφίνη αποτελούσε το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία το χρόνιου καρκινικού πόνου, πλέον έχει αρχίσει να αναδεικνύεται εξίσου η χρήση οξυκωδώνης και υδρομορφίνης ως οπιοειδή εκλογής (European Association for Palliative Care, EAPC 2012, Caraceni et al 2012). Όσον αφορά τη χορήγηση οπιοειδών, θα πρέπει να χορηγούνται σε συγκεκριμένες ώρες (“around the clock=ATC”) και προτιμάται η από του στόματος (p.os) χορήγηση. Επιπλέον, είναι σημαντικό να δίνεται η δόση διάσωσης (rescue dose), για τις παροδικές εξάρσεις του πόνου, η οποία δεν πρέπει να ξεπερνάει το 10-

20% της συνολικής ημερήσιας δόσης οπιοειδών ή το 25-50% της δόσης που χορηγείται κάθε 4 ώρες. Σε ότι αφορά τον οξύ πόνο στο τέλος της δόσης, οφείλεται σε υποθεραπευτική ATC δόση οπιοειδών και βελτιώνεται με τιτλοποίηση της δόσης και όχι μικραίνοντας τα μεσοδιαστήματα των δόσεων. Αν ο ασθενής λαμβάνει περισσότερες από 4 δόσεις διάσωσης την ημέρα, τότε θα πρέπει να προσαρμοστεί η βασική-παρατεταμένης αποδέσμευσης-αγωγή. Σύμφωνα με τις συστάσεις της EAPC του 2012 (Caraceni et al. 2013), η φαιντανύλη που χορηγείται διαρρινικά ή από του στόματος (υπογλώσσια ή διαβλεννογόνια) μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τον παροξυσμικό πόνο. Πολλές φορές είναι προτιμότερη η χορήγησή της από τα άμεσης απελευθέρωσης οπιοειδή, εξαιτίας της ταχύτερης έναρξης και της μικρότερης διάρκειας δράσης της. Επίσης, στις κατευθυντήριες οδηγίες καθορίζεται ως «αδύναμη» η σύσταση για τη χρήση τους 20-30 λεπτά πριν από συγκεκριμένες πράξεις, που επιβεβαιωμένα οδηγούν σε παροξυσμικό πόνο.

Όσον αφορά την εξατομίκευση της δόσης, πρέπει να λάβουμε υπόψιν την ηλικία, ίσως το φύλο, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και την πιθανή δυσλειτουργία οργάνων. Η μορφίνη και η υδρομορφίνη είναι ασφαλείς σε ήπια προς μέτρια ηπατική ανεπάρκεια, ενώ μείωση της δόσης ή/και αύξηση των μεσοδιαστημάτων των δόσεων, πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Η μεθαδόνη, η φαιντανύλη και η βουπρενορφίνη είναι σχετικά ασφαλή φάρμακα, με μικρή τροποποίηση των δόσεων σε νεφρική ανεπάρκεια. Η φαρμακοκινητική της οξυκωδώνης επηρεάζεται σημαντικά από την ηπατική και τη νεφρική λειτουργία.

Ορισμένες φορές οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής διαφαίνονται πριν την επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος. Σε περιπτώσεις μεταβολής του επιπέδου συνείδησης, εμφάνισης μυοκλονικών σπασμών, παραισθήσεων, ναυτίας, έμετου και ανθεκτικού πόνου είναι απαραίτητη η διακοπή της αγωγής. Η βασική στρατηγική για την απόκτηση ισορροπίας μεταξύ αναλγησίας και ανεπιθύμητων ενεργειών, είναι η αλλαγή του οπιοειδούς. Εναλλακτικά, μπορεί να μειωθεί η δόση του οπιοειδούς κατά 25-50% και ταυτόχρονα να προστεθεί κάποιο μη οπιοειδές σκεύασμα.

Καθίσταται σαφές ότι αναλόγως των παρενεργειών σχεδιάζεται και η φαρμακευτική αντιμετώπισή τους. Πιο συνήθης πρακτική είναι η συνταγογράφηση καθαρικών τόσο για την πρόληψη, όσο και για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας προκληθείσας της χρήσης οπιοειδών (ESMO 2012). Επιπλέον, σε περίπτωση ναυτίας συνίσταται μετοκλοπραμίδη και αντιντοπαμινεργικά φάρμακα (ESMO 2012, Portenoy RK.2010).

Παράλληλα με τη χορήγηση οπιοειδών μπορεί να προστεθούν και μη οπιοειδή αναλγητικά (πχ παρακεταμόλη), μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAID's) και βοηθητικά-συνοδά αναλγητικά. Τα τελευταία είναι φάρμακα που έχουν ένδειξη σε άλλες παθήσεις -χωρίς πόνο-, ωστόσο ανακουφίζουν τον ασθενή από συγκεκριμένους τύπους πόνου. Τα βοηθητικά αναλγητικά, σε αντίθεση με τα οπιοειδή, παρουσιάζουν φαινόμενο «οροφής» δηλαδή αύξηση της δόσης, πέραν ενός ορίου, δεν αυξάνει και το αναλγητικό αποτέλεσμα. Τα φάρμακα αυτά αναφέρονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Βοηθητικά αναλγητικά στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου	
Κατηγορία που βασίζεται στην κλινική χρήση	Φάρμακα
Αναλγητικά για πολλαπλούς σκοπούς	Γλυκοκορτικοειδή, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA), αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs), α2 αδρενεργικοί ανταγωνιστές, κανναβινοειδή, λιδοκαΐνη, καψαΐκίνη
Για νευροπαθητικό πόνο	TCA, SNRIs, αντιεπιληπτικά (γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη κτλ), μεξιλετίνη, λιδοκαΐνη, κεταμίνη, μακλοφένη
Για οστικό πόνο	Διφωσφονικά, καλσιτονίνη, ακτινοβολία (στρόντιο 89 και σαμάριο 153)
Για απόφραξη εντέρου	Αντιχολινεργικά, ανάλογα σωματοστατίνης, γλυκοκορτικοειδή

Τέλος, σε περίπτωση αποτυχίας των φαρμακευτικών μέσων προτείνεται ακτινοβολία και οι επεμβατικές μέθοδοι, όπως οι νευρολυτικοί αποκλεισμοί, η υπαραχνοειδής χορήγηση φαρμάκων, η κυφοπλαστική ή η σπονδυλοπλαστική. Συμπληρωματικές θεραπείες, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, η άσκηση, η ύπνωση και η ψυχολογική υποστήριξη, έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στην πολυδιάστατη προσέγγιση της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου.

2. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πολλοί από τους αναισθησιολόγους σε όλον τον κόσμο δραστηριοποιούνται και προσφέρουν σημαντικό έργο στην ανακούφιση των ασθενών με χρόνια πόνο. Σε αυτή την προσπάθεια διευκολύνονται λόγω του γνωστικού αντικειμένου της εν λόγω ειδικότητας, όπως ευρύ πεδίο γνώσεων από όλο το φάσμα της ιατρικής, ευκολία στον χειρισμό και εφαρμογή ποικίλων φαρμακευτικών και επεμβατικών μεθόδων-τεχνικών. Άλλωστε ο καθηγητής αναισθησιολογίας John Bonnica ήταν ο κύριος εμπνευστής και θεμελιωτής των Ιατρικών Πόνου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από το 1945 και ιδρυτής, το 1973, της **International Association for the Study of Pain** (IASP) που από τότε αποτελεί την μεγαλύτερη διεθνή εταιρεία για την μελέτη του πόνου.

Τα ιατρεία πόνου και παρηγορικής φροντίδας είναι δομές που ανήκουν στα αναισθησιολογικά τμήματα και εντάσσονται στον ευρύτερο χειρουργικό τομέα κάθε νοσοκομείου. Στελεχώνονται πρωταρχικά από αναισθησιολόγους και πλαισιώνονται από νοσηλεύτες, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας,. Όλοι μαζί δημιουργούν διεπιστημονικές ομάδες λειτουργίας ιατρικών σε καθαρά εθελοντική βάση. Συνεργάζονται στενά με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπως ογκολόγους, ορθοπαιδικούς, ρευματολόγους, νευρολόγους, νευροχειρουργούς κ.α. Η συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες ευνοεί μια ολιστική φροντίδα του ασθενή προκειμένου να αντιμετωπιστούν και τα πιο πολύπλοκα ή μη σύνδρομα πόνου.

Σε αυτά προσέρχονται ασθενείς με χρόνια καρκινικό ή μη καρκινικό πόνο και αναζητούν λύση-βοήθεια για το ίσως πιο δυσάρεστο κομμάτι της ασθένειας που τους ταλαιπωρεί, δηλαδή τον πόνο. Αντιμετωπίζονται καθημερινά ασθενείς που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία, χρόνια ισχιαλγία, αυχενικό σύνδρομο, διαβητική νευροπάθεια, χρόνια οστεοαρθρίτιδα των γονάτων, μεθερπητική νευραλγία, καρκινικό πόνο, μετεγχειρητικό πόνο, ινομυαλγία, πυελικό πόνο, ημικρανία, κ.α. Η αντιμετώπιση τους μπορεί να είναι συντηρητική, επεμβατική ή συνδυασμός αυτών. Κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι η ελάττωση του πόνου, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχολογίας του ασθενούς και η επιστροφή του στις καθημερινές δραστηριότητες του.

Η συντηρητική αγωγή αφορά κυρίως τη φαρμακευτική αγωγή που προτείνεται και συνταγογραφείται από τους θεράποντες και ιδανικά ακολουθεί τα δημοσιευμένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης του πόνου για την κάθε πάθηση.

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί και τη θεραπεία πρώτης γραμμής, ενώ οι επεμβατικές τεχνικές έρχονται να δώσουν λύση σε καταστάσεις όπου η αγωγή δεν επαρκεί ή επιπλέκεται με σημαντικές συστηματικές παρενέργειες. Το κατάλληλο θεραπευτικό πρωτόκολλο εξασφαλίζει ποιοτικό και μονιμότερο αποτέλεσμα, ελαττώνοντας την πιθανότητα υποτροπών.

Η επεμβατική θεραπεία του πόνου αποτελεί το ενδιάμεσο στάδιο θεραπείας ανάμεσα στη συντηρητική αντιμετώπιση (φαρμακευτική) και τη χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων που προκαλούν χρόνια πόνο (π.χ. ισχιαλγία από κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου).

Οι επεμβατικές τεχνικές συμπεριλαμβάνουν τις εγχύσεις φαρμάκων (τοπικά αναισθητικά, κορτικοστεροειδή) που γίνονται στοχευμένα σε περιφερικά νεύρα, νευρικές ρίζες της σπονδυλικής στήλης και συμπαθητικά γάγγλια για θεραπευτικούς σκοπούς, επισκληρίδιες εγχύσεις σε όλες τις μοίρες της σπονδυλικής στήλης και αποκλεισμούς νευρικών ριζών ή νευρικών πλεγμάτων (Κορδόλης ΝΙ. 1998).

Οι νεότερες τεχνικές ελάχιστα επεμβατικής προσέγγισης του χρόνιου πόνου κερδίζουν συνεχώς έδαφος, καθώς είναι μη καταστρεπτικές, αντιστρεπτές επί ανάγκης και στοχεύουν κυρίως στην νευροτροποποίηση, δηλαδή στην αλλαγή του τρόπου αντίληψης του ερεθίσματος από τον εγκέφαλο. Οι περισσότερες από αυτές μπορούν να εφαρμοσθούν με τοπική αναισθησία και μπορούν να δώσουν αποτελεσματική λύση, ακόμη και σε ασθενείς με βεβαρυμμένο παθολογικό υπόστρωμα που δεν μπορούν να υποβληθούν σε ένα μεγάλο διορθωτικό χειρουργείο. Ειδικότερα, οι νεότερες τεχνικές ελάχιστα επεμβατικής προσέγγισης του χρόνιου πόνου είναι οι εξής:

A. Νευρόλυση με χρήση ραδιοσυχνοτήτων (RF Ablation).

Η θεραπεία του χρόνιου πόνου με χρήση ραδιοσυχνοτήτων είναι τεχνική χαμηλού κινδύνου με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Η ραδιοσυχνότητα αποτελεί έναν τύπο ενέργειας που χρησιμοποιείται κατά την διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης, με στόχο τη θέρμανση των νεύρων που προκαλούν τον πόνο. Η δράση αυτή αναστέλλει την ικανότητα του νεύρου να στέλνει σήματα πόνου στον εγκέφαλο (Dil Karur 2005). Μια άλλη νέα τεχνική, η παλμική εφαρμογή υψηλών συχνοτήτων ρεύματος προσφέρει μόνο νευροτροποποίηση, χωρίς να οδηγεί σε καταστροφή

νευρικών ιστών (Racz.G.B. 2006). Η μέθοδος εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία ή καταστολή και χρησιμοποιούνται πολύ λεπτές βελόνες που εμφυτεύονται στις επώδυνες νευρικές δομές. Η τεχνική μπορεί να εφαρμοσθεί στον αυχένα, στον ώμο, στη μέση, στον κόκκυγα, στο ισχίο, στο γόνατο, στον άκρο πόδα, στο τρίδυμο νεύρο, στο ινιακό νεύρο, στα συμπαθητικά πλέγματα και στα σπλαχνικά νεύρα. Το αποτέλεσμα της μπορεί να διαρκέσει έως δύο έτη και μπορεί να επαναληφθεί μετά το πέρας της δράσης της.

B. Εμφυτεύσεις αντλιών μόνιμης και σταθερής έγχυσης φαρμάκων.

Με την έγχυση οπιοειδών στον υπαραχνοειδή χώρο της σπονδυλικής στήλης επιτυγχάνεται η χορήγηση χαμηλών δόσεων φαρμάκου απευθείας στο σημείο δράσης των υποδοχέων πόνου (Βαδαλούκα ΑΝ. 2004). Η τοποθέτηση μόνιμης αντλίας ενδείκνυται πρωτίστως για ασθενείς με πόνο καρκινικής αιτιολογίας που δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική θεραπεία και σε περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αγωγή συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά συστηματικών επιπλοκών. Η δοσολογία φαρμάκου που χρησιμοποιείται είναι κατά πολύ μικρότερη σε σχέση με την αντίστοιχη από του στόματος και έτσι, οι συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σαφώς λιγότερες. Η εμφύτευση αντλίας γίνεται με χορήγηση γενικής αναισθησίας ή καταστολής. Ένας καθετήρας εισέρχεται στον υπαραχνοειδή χώρο της σπονδυλικής στήλης μέσω μιας μικρής τομής στην οσφυϊκή χώρα, ενώ ο μηχανισμός της αντλίας εμφυτεύεται υποδοριώς, μέσω τομής, στην πλάγια κοιλιακή χώρα. Η χορηγούμενη δόση φαρμάκου εξατομικεύεται και τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς με την βοήθεια ενός εξωτερικού προγραμματιστή. Η αντλία ανατροφοδοτείται με φάρμακο σε τακτά χρονικά διαστήματα. Σε ασθενείς με καρκινικό πόνο και πτωχό προσδόκιμο επιβίωσης, υπάρχει η δυνατότητα εμφύτευσης προσωρινών reservoir ενδοραχιαίας ή ενδοκοιλιακής έγχυσης φαρμάκων. Η ενδοκοιλιακή έγχυση μορφίνης ενδείκνυται σε ασθενείς με καρκινικό πόνο ανθεκτικό σε οποιαδήποτε μορφή συντηρητικής αντιμετώπισης. Η μορφίνη εγχέεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό μέσω ενός καθετήρα που τοποθετείται στο μετωπιαίο κέρασ των πλάγιων κοιλιών του εγκεφάλου και συνδέεται με ρεζερβουάρ που τοποθετείται υποδοριώς κάτω από το δέρμα στο τριχωτό της κεφαλής.

C. Διέγερση του νωτιαίου μυελού και περιφερική νευροδιέγερση.

Η μέθοδος βασίζεται στη μετάδοση ηλεκτρικών ώσεων μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στον επισκληρίδιο χώρο της σπονδυλικής στήλης και μεταδίδονται μέσω γεννήτριας (όμοιας με βηματοδότη), που εμφυτεύεται υποδέρια

στην κοιλιακή χώρα. Στόχος της διέγερσης του νωτιαίου μυελού αποτελούν το νευρικό δίκτυο που εμπλέκεται στην διαβίβαση και στην επεξεργασία του πόνου. Η γεννήτρια ενεργοποιεί κυκλώματα αναστολής του πόνου, προκαλώντας αντικατάσταση του από ένα ήπιο αίσθημα καύσους ή νυγμού. Η εφαρμογή της μεθόδου αφορά ασθενείς πάσχοντες από νευροπαθητικό πόνο διάρκειας άνω των 6 μηνών που δεν απαντά σε συντηρητικές θεραπείες και ενδείκνυται κυρίως για ασθενείς με χρόνια ισχιαλγία ή οσφυαλγία, απότοκο προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων στην σπονδυλική στήλη ή τραύματος του νωτιαίου μυελού.

D. Περιφερική νευρική διέγερση.

Είναι μια χειρουργική τεχνική, η οποία εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία και αφορά στην εμφύτευση ηλεκτροδίων σε περιοχές άλγους με κατανομή περιφερικών νευρών. Η μέθοδος είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας, της κοκκυγωδυνίας, της διαβητικής ή αλκοολικής περιφερικής νευροπάθειας, της μεσοπλεύριας νευραλγίας μετά από θωρακοτομή ή χρόνια παγκρεατίτιδα, της παραισθητικής μηραλγίας, της ινιακής κεφαλαλγίας, της νευραλγίας μετά από εξελκυσμό του βραχιονίου πλέγματος, της μεθερπητικής νευραλγίας, και του πόνου «μέλους φάντασμα».

Όλες αυτές οι τεχνικές έχουν θέση στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου κάθε μορφής, αρκεί να εφαρμόζονται βάσει ενδείξεων και από εξειδικευμένους, για την κάθε πράξη, ιατρούς. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια πολύπλοκη πάθηση, όπου συχνά χρειάζεται να δοκιμασθούν διαφορετικές θεραπείες και συνδυασμοί θεραπειών για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Για το λόγο αυτό καθίσταται αναγκαία η οργάνωση και λειτουργία εξειδικευμένων ιατρείων πόνου και παρηγορικής φροντίδας όπου ο ασθενής νιώθει ασφάλεια και παρακολουθείται από ειδικούς που συνεργάζονται με κοινό στόχο.

Στην Ελλάδα, παρόλο που από το 1986 η Π.Ο.Υ.(Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) διακήρυξε ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο και οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα (Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας) η νομοθετική κατοχύρωση καθυστέρησε σημαντικά. Έτσι νομοθετικά η παρηγορική και ανακουφιστική φροντίδα αναγνωρίστηκε με τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας το 2005 (Νόμος 3418/2005) και δημοσιεύτηκε υπουργική απόφαση το 2007 (ΔΥ 8/13/οικ.89126/17-8-07) περί δημιουργίας ξενώνων παρηγορικής φροντίδας και υπουργική απόφαση (Υμα/οικ 162017/19-12-07) με την οποία για πρώτη φορά θεσμοθετείται νομοθετικό πλαίσιο για την οργάνωση και

λειτουργία μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου. Όλα όμως παραμένουν σε θεωρητικό επίπεδο, αν λάβουμε υπόψιν μας ότι τα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας δεν έχουν ακόμη συμπεριληφθεί στους οργανισμούς των κρατικών νοσοκομείων, δεν υπάρχουν δομές Ξενώνα & Κατ' Οίκον Νοσηλείας στα αντικαρκινικά τουλάχιστον νοσοκομεία της χώρας, και όπου υπάρχουν, υπολειτουργούν (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι η παρηγορική φροντίδα για έναν ασθενή ξεκινά όταν η έμφαση στη διαχείρισή του δίνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Definition of Palliative Care) η παρηγορική φροντίδα αποτελεί μια προσέγγιση η οποία έχει ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν μια ασθένεια η οποία οδηγεί στο θάνατο. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπεία οποιουδήποτε αιτίου μπορεί να κάνει τον ασθενή και την οικογένειά του να υποφέρουν, μέσω σωστής εκτίμησης και θεραπείας του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Συγκεκριμένα, η παρηγορική φροντίδα (WHO Definition of Palliative Care):

- ❖ παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και τα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία στον ασθενή,
- ❖ υποστηρίζει το δικαίωμα να ζει κάποιος και να αντιμετωπίζει το θάνατο ως φυσιολογικό επακόλουθο της ζωής,
- ❖ δεν αποσκοπεί στην επιτάχυνση ή την αναβολή του θανάτου,
- ❖ ενσωματώνει στη φροντίδα την ψυχολογική και την πνευματική διάσταση,
- ❖ προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης που βοηθά τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο δραστήρια μπορούν μέχρι να πεθάνουν,
- ❖ προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης που βοηθά την οικογένεια των ασθενών να διαχειριστούν από την πλευρά τους τόσο την ασθένεια όσο και το πένθος,
- ❖ χρησιμοποιεί μια ομάδα, η οποία προσεγγίζει τον ασθενή και την οικογένειά του για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των αναγκών τους, συμπεριλαμβανομένης και της συμβουλευτικής προσέγγισης για το πένθος, αν ενδείκνυται,

- ❖ ενισχύει την ποιότητα ζωής και ενδεχομένως επηρεάζει θετικά την πορεία της ασθένειας,
- ❖ είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και στα πρώτα στάδια της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην παράταση της ζωής, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει την απαιτούμενη διερεύνηση για να γίνουν αντιληπτές επιπλοκές από τη θεραπεία που προκαλούν ιδιαίτερη δυσφορία, ώστε να είναι αποτελεσματική η αντιμετώπισή τους.

Μέρος της παρηγορικής φροντίδας αποτελεί και η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Η φροντίδα σε αυτό το στάδιο είναι γνωστή και ως «φροντίδα τελικού σταδίου» (end of life care). Σε αυτή την περίπτωση θεωρείται κατάλληλη η παροχή φροντίδας τελικού σταδίου σε ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο των δύο ετών.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά το τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου οφείλονται σε έναν πολύπλοκο συνδυασμό σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πνευματικών παραγόντων οι οποίοι αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους ανθρώπους που τους φροντίζουν. Για την επαρκή αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων χρειάζεται καλή επικοινωνία και στενή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας από διάφορα επιστημονικά πεδία. Σε πολλές χώρες υπάρχουν τοπικές ομάδες παροχής παρηγορικής φροντίδας, οι οποίες συμβουλεύουν και υποστηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας (ξενώνες φροντίδας, hospice care). Οι ομάδες αυτές παρέχουν συνήθως φροντίδα κατ'οίκον.

Είναι κατανοητό ότι όλοι οι ασθενείς με προοδευτικά επιδεινούμενα ανίατα νοσήματα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες εξειδικευμένης παρηγορικής φροντίδας, οι οποίες αντιμετωπίζουν προληπτικά όλα τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στους ίδιους, την οικογένειά τους και τους φροντιστές τους (Clinical Standards Board for Scotland, 2002). Η εξειδικευμένη παρηγορική φροντίδα εφαρμόζεται από μια ομάδα επαρκώς εκπαιδευμένων γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κληρικών και άλλων, των οποίων η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από νοσήματα απειλητικά για τη ζωή ή από χρόνιες φθοροποιές παθήσεις. Τα μέλη της ομάδας

έχουν λάβει αναγνωρισμένη εκπαίδευση (Clinical Standards Board for Scotland, 2002· National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004).

Στην Ελλάδα έχει ιδρυθεί από το 1997 η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α που αποτελεί την Ελληνική Εταιρία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, από μια ομάδα πρωτοπόρων αναισθησιολόγων με εξειδίκευση στην Αλγολογία που σήμερα αριθμεί περισσότερα από 500 μέλη. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, κυρίως όμως εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εθελοντές. Προσανατολίζεται στη θεραπεία του χρόνιου πόνου και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν ασθένειες όπως ο καρκίνος. Στοχεύει στην προσφορά ποιότητας ζωής και αξιοπρεπούς διαβίωσης καλύπτοντας τις ψυχολογικές, κοινωνικές, και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους, τόσο στο νοσοκομείο όσο και κατ' οίκον και λειτουργεί εθελοντικά.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης, με τη μορφή ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης. Συμμετείχαν οι ιατροί όλων των βαθμίδων και διαφορετικών ειδικοτήτων των Γενικών Νοσοκομείων Λαμίας, Άμφισσας, Θήβας, Λειβαδιάς, Χαλκίδας και Καλαμάτας. Η μελέτη διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από Νοέμβριο έως Δεκέμβριο του έτους 2019 και έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του κάθε νοσοκομείου.

Συλλογή Δεδομένων

Τα δεδομένα της παρούσας διπλωματικής ήταν πρωτογενή, καθώς συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια για πρώτη φορά. Στην παρούσα διπλωματική, η ερευνήτρια ζήτησε από το Γραφείο Προσωπικού των νοσοκομείων που συμμετείχαν στη μελέτη τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο και στην συνέχεια διεξήχθη συλλογή του δείγματος της έρευνας.

Δείγμα έρευνας

Σύμφωνα με στοιχεία των νοσοκομείων, το συνολικό ιατρικό προσωπικό απαρτίζεται από 440 εργαζόμενους. Βάσει του συνολικού αριθμού των ιατρών του νοσοκομείου προσδιορίστηκε το αντιπροσωπευτικό δείγμα της έρευνας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στη χρήση του λογισμικού RAOSOFT (margin error 5%, confidence level 95% and response distribution 50%) το οποίο ανέδειξε ότι στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, ο αριθμός των ερωτηματολογίων θα πρέπει να ανέρχεται σε 206 για το ιατρικό προσωπικό. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 259 ερωτηματολόγια που από ισάριθμους ιατρούς, ανέρχεται σε βαθμό ανταπόκρισης ίσο με 100%.

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Έπειτα από την αναζήτηση στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία δεν βρέθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που να καλύπτει τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Έτσι σχεδιάστηκε εκ νέου ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ωστόσο βασίστηκε σε αντίστοιχες ερωτήσεις άλλων ερευνών ή στην βιβλιογραφία (Emmanuel O. Sanya et al 2014 & M. Elisabetta Zanolin et al 2007).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αρχικά διανεμήθηκε σε 20 ιατρούς προκειμένου να διερευνηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Έπειτα από μικρές επισημάνσεις και σχόλια των επαγγελματιών υγείας όπου και συμπεριλήφθηκαν υπόψιν της ερευνήτριας, τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν έγκυρο και αξιόπιστο για την χρήση όπου προβλεπόταν.

Αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη διενέργεια και το σκοπό της έρευνας, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το εν λόγω ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης. Επιπρόσθετα, πληροφορήθηκαν ότι η συμμετοχή τους θα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και απόρρητη. Τέλος, δόθηκαν ατομικές διευκρινήσεις ως προς τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και η δυνατότητα προσωπικής, τηλεφωνικής και ψηφιακής επικοινωνίας, εφόσον χρειάζονταν περαιτέρω διευκρινήσεις. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε μόνο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης.

1.2. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αποτελείται από τις εξής ενότητες:

- i. Γενικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων,
- ii. Απόψεις ιατρών σχετικά με το χρόνιο πόνο
- iii. Πρακτικές αντιμετώπισης χρόνιου πόνου

Ειδικότερα, έγινε καταγραφή των δημογραφικών (φύλο) και των επαγγελματικών (είδος ειδικότητας, έτη προϋπηρεσίας) χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, καταγραφή της συχνότητας της επαγγελματικής ενασχόλησης με ασθενείς με χρόνιο πόνο και του είδους της προηγούμενης εκπαίδευσης στην αλγολογία προκειμένου να εκτιμήσουν και θεραπεύσουν τους εν λόγω ασθενείς. Επιπρόσθετα, εκτιμήθηκαν οι απόψεις των ιατρών σχετικά με το χρόνιο πόνο τόσο όσον αφορά τη διάρκεια και τα χαρακτηριστικά του όσο και τη στάση του επαγγελματία υγείας ως προς την αντιμετώπιση του σε ατομικό και διεπιστημονικό επίπεδο.

1.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

1.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.4.1. Δημογραφικά-επαγγελματικά-εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το δείγμα αποτελείται από 259 ιατρούς, τα δημογραφικά και εκπαιδευτικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1		N	%
Φύλο	Άντρες	145	56,2
	Γυναίκες	113	43,8
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	59	22,8
	4-6	20	7,7
	7-10	34	13,1
	>11	146	56,4
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	202	78,0
	Ναι	57	22,0
Τι εκπαίδευση έχετε λάβει σχετικά με τον χρόνια πόνο	Ημερίδες/ Συνέδρια	104	40,2
	Σεμινάρια/ Workshops	36	13,9
	Μεταπτυχιακές/ Διδακτορικές σπουδές	7	2,7
	Άλλη εκπαίδευση	20	7,7
Αν άλλη εκπαίδευση, ποιά	ειδικότητα στον Άγιο Σάββα στο ιατρείο πόνου	1	0,4
	1 χρόνο σε ιατρείο χρόνιου πόνου	1	0,4
	Βελονισμός	2	0,8
	Μάθημα σχολής	2	0,8
	Διαδικτυακό course	1	0,4
	Κλινικά	1	0,4
	Πρακτική σε ιατρείο πόνου	2	0,8
	Προπτυχιακή	1	0,4

Το 56,2% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Επίσης, το 56,4% των συμμετεχόντων ασκούσαν την ιατρική πάνω από 10 έτη. Εκπαίδευση για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο είχε το 22,0%. Ο κυριότερος τρόπος εκπαίδευσης σχετικά με το χρόνια πόνο ήταν ημερίδες/συνέδρια, με το ποσοστό να φτάνει το 40,2% και ακολουθούν τα σεμινάρια/Workshops με ποσοστό 13,9%.

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο δίνεται στο Γράφημα 1.



Το είδος εκπαίδευσης που είχαν λάβει οι συμμετέχοντες για το χρόνια πόνο δίνεται στο Γράφημα 2.

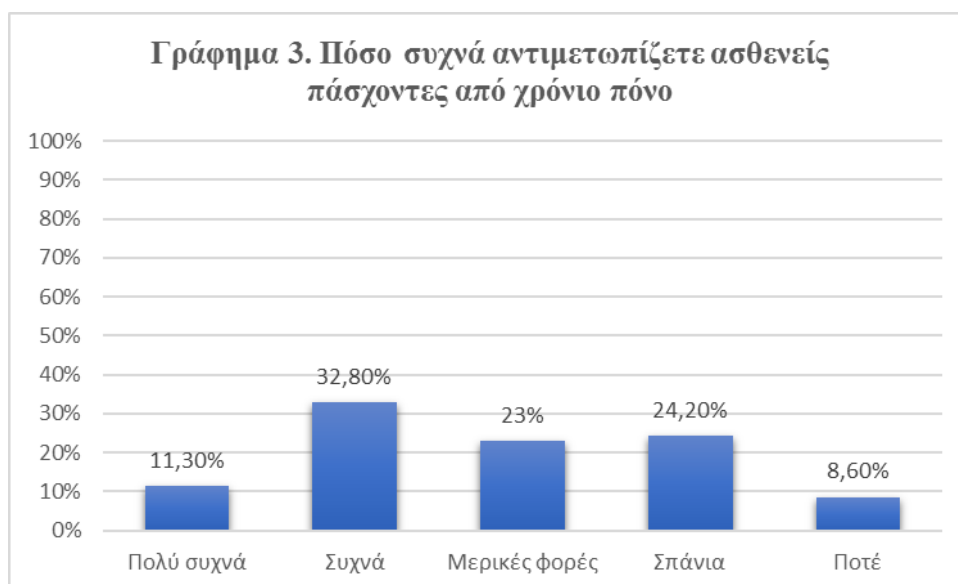


Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2		N	%
Ειδικότητα	Χειρουργική	32	12,4
	Αγροτικοί ιατροί	24	9,3
	Αναισθησιολογία	21	8,1
	Γενική ιατρική	12	4,7
	Καρδιολογία	22	8,5
	Ορθοπαιδική	21	8,1
	Παθολογία	44	17,1
	Παιδιατρική	15	5,8
	Άλλη	67	26,0
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Πολύ συχνά	29	11,3
	Συχνά	84	32,8
	Μερικές φορές	59	23,0
	Σπάνια	62	24,2
	Ποτέ	22	8,6
Οι ασθενείς που αντιμετωπίζετε συχνότερα με χρόνια πόνο ανήκουν	Στο αντρικό φύλο	66	26,8
	Στο γυναικείο φύλο	180	73,2

Το 17,1% των συμμετεχόντων ήταν παθολόγοι και το 12,4% ήταν χειρουργοί. Το 44,1% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε συχνά/ πολύ συχνά ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο και το 73,2% αντιμετώπιζε συχνότερα γυναίκες με χρόνια πόνο.

Η συχνότητα που οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο δίνονται στο Γράφημα 3.



Αναλυτικότερα, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά ως προς την ειδικότητα των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα 3. Οι συμμετέχοντες αγροτικοί ιατροί ήταν 24 (9,3% του δείγματος).

Πίνακας 3

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	N	%
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1	0,4
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	2	0,8
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ	20	7,7
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	12	4,6
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14	5,4
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	13	5,0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	20	7,7
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΙΑ	11	4,4
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	1,2
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ	9	3,5
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	1	0,4
ΟΜΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ	4	1,5
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	21	8,1
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	9	3,5
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	39	15,1
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	1	0,4
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ	1	0,4
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	15	5,8
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ/ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ	8	3,1
ΩΡΛ	12	4,6

1.4.2. Γνώσεις συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνιο πόνο

Οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνιο πόνο δίνονται στον πίνακα 4

Πίνακας 4		N	%
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	54	21,1
	Ναι	202	78,9
Ο πόνος χαρακτηρίζεται ως χρόνιος όταν διαρκεί περισσότερο από	2 μήνες	53	20,9
	3 μήνες	79	31,2
	4 μήνες	38	15,0
	6 μήνες	83	32,8
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	153	61,0
	Ναι	98	39,0
Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά συναντώνται σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο;	Σαφώς εντοπισμένος πόνος	63	24,6
	Μούδιασμα	112	43,8
	Καυσαλγία	135	52,7
	Ασαφώς εντοπισμένος πόνος	133	52,0
	Αλλωδυνία	47	18,4

Το 78,9% των συμμετεχόντων γνώριζε τι είναι ο χρόνιος πόνος. Το 31,2% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά ότι ως χρόνιος χαρακτηρίζεται ο πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες. Το 39,0% των συμμετεχόντων γνώριζε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου. Το 24,6% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά ότι ο σαφώς εντοπισμένος πόνος συναντάται σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο και το 52,0% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά ότι ο ασαφώς εντοπισμένος πόνος συναντάται σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Επίσης, το 43,8% και το 52,7% απάντησαν σωστά ότι το μούδιασμα και η καυσαλγία αντίστοιχα παρουσιάζονται ως σύμπτωμα σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Το 18,4% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά ότι η αλλωδυνία συναντάται σε ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος και ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου δίνονται αντίστοιχα στα Γραφήματα 4 και 5.

Γράφημα 4. Γνωρίζετε τι είναι χρόνιος πόνος



Γράφημα 5. Γνωρίζετε τα είδη του χρόνιου πόνου



1.4.3. Πεποιθήσεις συμμετεχόντων για το χρόνιο πόνο

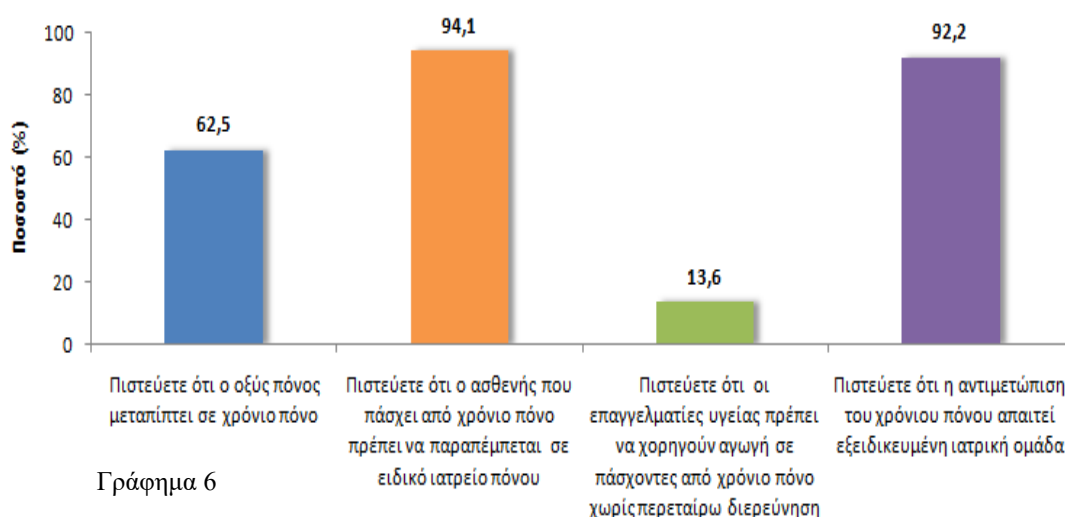
Οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων για το χρόνιο πόνο δίνονται στον Πίνακα

5.

		N	%
Πιστεύετε ότι ο οξύς πόνος μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο	Όχι	94	37,5
	Ναι	157	62,5
Πιστεύετε ότι ο ασθενής που πάσχει από χρόνιο πόνο πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό ιατρείο πόνου	Όχι	15	5,9
	Ναι	240	94,1
Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να χορηγούν αγωγή σε πάσχοντες από χρόνιο πόνο χωρίς περεταίρω διερεύνηση	Όχι	222	86,4
	Ναι	35	13,6
Πιστεύετε ότι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου απαιτεί εξειδικευμένη ιατρική ομάδα	Όχι	20	7,8
	Ναι	237	92,2

Το 62,5% των συμμετεχόντων πίστευε ότι ο οξύς πόνος μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο. Σε ποσοστό 94,1% οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ο ασθενής που πάσχει από χρόνιο πόνο πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό ιατρείο πόνου. Επίσης, το 13,6% των συμμετεχόντων πίστευε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να χορηγούν αγωγή σε πάσχοντες από χρόνιο πόνο χωρίς περεταίρω διερεύνηση και το 92,2% ότι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου απαιτεί εξειδικευμένη ιατρική ομάδα.

Οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνιο πόνο δίνονται στο Γράφημα 6.



1.4.4. Πρακτικές συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

Οι πρακτικές των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο δίνονται στον Πίνακα 6.

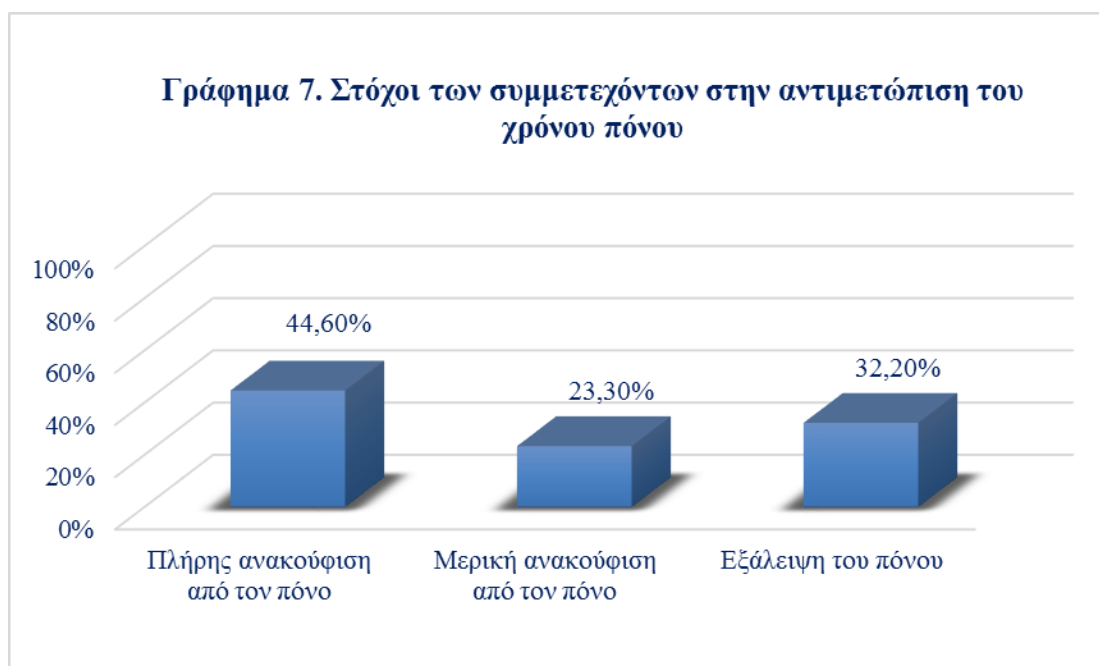
Πίνακας 6	N	%	
Ποιος είναι ο στόχος σας στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	Πλήρης ανακούφιση από τον πόνο	115	44,6
	Μερική ανακούφιση από τον πόνο	60	23,3
	Εξάλειψη του πόνου	83	32,2
Οι ασθενείς που σας επισκέπτονται για χρόνια πόνο έχουν επισκεφτεί ιατρούς άλλων ειδικοτήτων νωρίτερα για τον ίδιο πόνο	Πολύ συχνά	60	24,0
	Συχνά	84	33,6
	Μερικές φορές	65	26,0
	Σπάνια	28	11,2
	Ποτέ	13	5,2
Ποια είναι τα πιο συνήθη αναλγητικά που χορηγείτε σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο;	ΜΣΑΦ	138	54,8
	Οπιοειδή	68	27,0
	Αντιεπιληπτικά	35	13,9
	Μη οπιοειδή (π.χ. Παρακεταμόλη)	121	48,0
Πόσο συχνά χορηγείτε περισσότερα του ενός φάρμακα για τους ασθενείς με χρόνια πόνο	Πολύ συχνά	39	15,5
	Συχνά	77	30,7
	Μερικές φορές	59	23,5
	Σπάνια	49	19,5
	Ποτέ	27	10,8
Στην συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO)	Όχι	174	69,0
	Ναι	78	31,0
Ξαναβλέπετε τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο	Όχι	84	33,1
	Ναι	170	66,9

Το 44,6% των συμμετεχόντων στόχευε στην πλήρη ανακούφιση από τον πόνο. Επίσης, το 57,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συχνά/πολύ συχνά οι ασθενείς που τους επισκέπτονται για χρόνια πόνο έχουν επισκεφτεί ιατρούς άλλων ειδικοτήτων νωρίτερα για τον ίδιο πόνο. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δίνει ΜΣΑΦ σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο με το ποσοστό να είναι 54,8% και ακολουθούν τα μη οπιοειδή (π.χ. παρακεταμόλη) σε ποσοστό 48,0%. Επιπροσθέτως, το 46,2% των συμμετεχόντων χορηγούσε συχνά/πολύ συχνά περισσότερα του ενός φάρμακα για τους ασθενείς με χρόνια πόνο. Το 31,0% των συμμετεχόντων ακολουθούσε κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από

τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO) στην συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων και το 66,9% ξανάβλεπε τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο.

1.4.5. Στόχοι και θεραπευτική προσέγγιση των συμμετεχόντων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

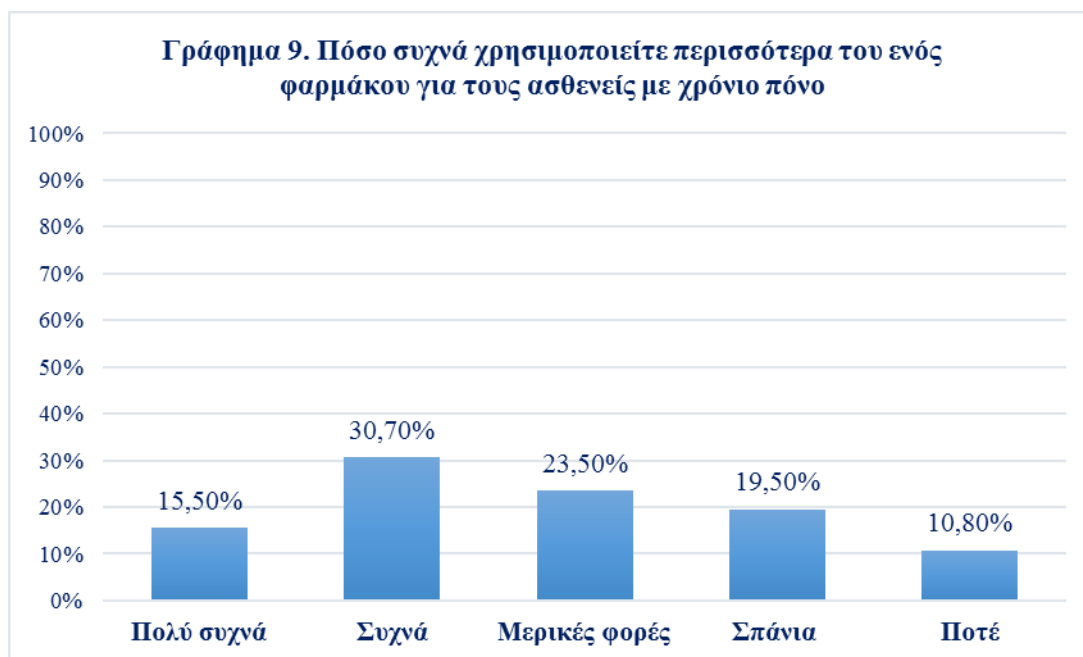
Οι στόχοι των συμμετεχόντων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου δίνονται στο Γράφημα 7.



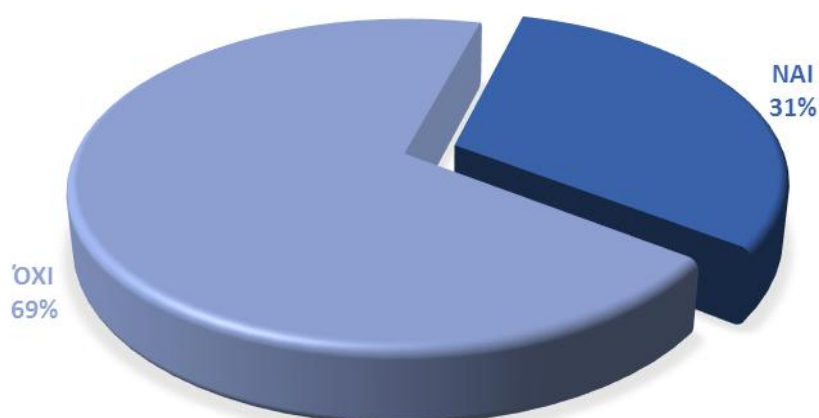
Στο Γράφημα 8 δίνονται τα συνήθη αναλγητικά που χορηγούν σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο.



Στο Γράφημα 9 δίνεται η συχνότητα που οι ιατροί χορηγούν περισσότερα από ένα φάρμακα στους ασθενείς με χρόνια πόνο.



Στο γράφημα 10 δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ακολουθούν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO) στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων.



Γράφημα 10. Στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO)

Οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το χρόνιο πόνο και τη ψυχολογία των ασθενών δίνονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7

		N	%
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	5	1,9
	Ναι	252	98,1
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	13	5,1
	Ναι	243	94,9
Πιστεύετε ότι υπάρχουν μη φαρμακευτικές θεραπείες για τον χρόνιο πόνο	Όχι	38	14,8
	Ναι	219	85,2
Η θεραπεία του πόνου μπορεί να γίνει με:	Φαρμακευτική αγωγή	236	91,8
	Επεμβατικές τεχνικές	158	61,5
	Ψυχοθεραπεία	152	59,1
	Φυσιοθεραπεία	151	58,8
	Ρεφλεξολογία	93	36,2
	Βελονισμό	140	54,5
	Άλλα	14	5,4
	Ανάλογα με την αιτία που προκαλεί τον πόνο	1	0,4
Αν άλλα ποιιά;	Διατροφή,Οζον	1	0,4
	Μαγνητικά πεδία	1	0,4
	Μουσικοθεραπεία	1	0,4
	Νευροδιέγερση	1	0,4
	Συμπάρασταση στον ασθενή άμεσα	1	0,4
	Ύπνωση,Μουσικοθεραπεία	1	0,4

Το 98,1% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου, το 94,9% ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου και το 85,2% ότι υπάρχουν μη φαρμακευτικές θεραπείες για τον χρόνιο πόνο. Το 91,8% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η θεραπεία του πόνου μπορεί να γίνει με φαρμακευτική αγωγή, το 61,5% με επεμβατικές τεχνικές, το 59,1% με ψυχοθεραπεία, το 58,8% με φυσιοθεραπεία και το 54,5% με βελονισμό.

1.4.6. Συσχέτιση των πρακτικών των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αναλόγως των εργασιακών χαρακτηριστικών, της εκπαίδευσης, των γνώσεων και των πεποιθήσεων για το χρόνιο πόνο.

Στον Πίνακα 8 δίνονται ο στόχος των συμμετεχόντων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αναλόγως εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνιο πόνο.

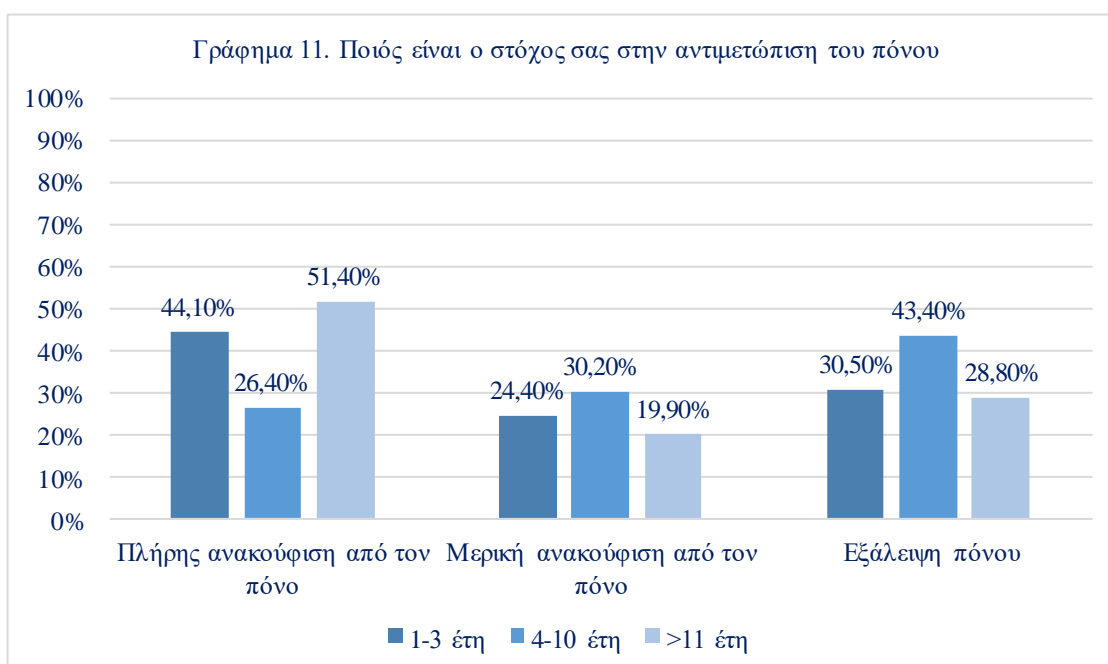
Πίνακας 8. Ποιος είναι ο στόχος σας στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

		Πλήρης ανακούφιση από τον πόνο		Μερική ανακούφιση από τον πόνο		Εξάλειψη του πόνου		P Pearson's χ^2 test
		N	%	N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	13	40,6	10	31,3	9	28,1	0,538
	Αγροτικοί ιατροί	9	37,5	4	16,7	11	45,8	
	Αναισθησιολογία	13	61,9	5	23,8	3	14,3	
	Γενική ιατρική	5	41,7	2	16,7	5	41,7	
	Καρδιολογία	10	45,5	3	13,6	9	40,9	
	Ορθοπαιδική	11	52,4	7	33,3	3	14,3	
	Παθολογία	18	41,9	9	20,9	16	37,2	
	Παιδιατρική	4	26,7	4	26,7	7	46,7	
	Άλλη	31	46,3	16	23,9	20	29,9	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	26	44,1	15	25,4	18	30,5	0,040
	4-10	14	26,4	16	30,2	23	43,4	
	>11	75	51,4	29	19,9	42	28,8	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο πόνο	Όχι	86	42,6	45	22,3	71	35,1	0,151
	Ναι	29	51,8	15	26,8	12	21,4	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνιο πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	52	46,0	32	28,3	29	25,7	0,045
	Μερικές φορές	29	49,2	14	23,7	16	27,1	
	Σπάνια/ Ποτέ	34	40,5	13	15,5	37	44,0	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	14	25,9	15	27,8	25	46,3	0,007
	Ναι	100	49,5	44	21,8	58	28,7	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	62	40,5	33	21,6	58	37,9	0,057
	Ναι	48	49,0	27	27,6	23	23,5	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0,853+
	Ναι	111	44,2	58	23,1	82	32,7	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	3	23,1	3	23,1	7	53,8	0,166+
	Ναι	111	45,9	55	22,7	76	31,4	

[†]Fisher's exact test

Ο στόχος των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα έτη άσκησης της ιατρικής, με το πόσο συχνά αντιμετωπίζουν ασθενείς με χρόνια πόνο και με το αν γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος. Συγκεκριμένα, οι ιατροί με 4-10 έτη ιατρικής άσκησης στόχευαν σε χαμηλότερο ποσοστό σε πλήρη ανακούφιση του πόνου και σε υψηλότερο σε εξάλειψη του πόνου, ενώ τόσο οι ιατροί με 1-3 έτη ιατρικής άσκησης όσο και οι ιατροί με πάνω από 10 έτη ιατρικής άσκησης στόχευαν σε υψηλότερο ποσοστό σε πλήρη ανακούφιση του πόνου. Επίσης, οι ιατροί που αντιμετώπιζαν σπάνια/ποτέ ασθενείς με χρόνια πόνο στόχευαν σε υψηλότερο ποσοστό σε εξάλειψη του πόνου. Οι ιατροί που γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος στόχευαν σε υψηλότερο ποσοστό σε πλήρη ανακούφιση του πόνου.

Στο Γράφημα 11 δίνεται ο στόχος των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ανάλογα με τα έτη άσκησης της ιατρικής.



Στον Πίνακα 9 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που χορηγούν ΜΣΑΦ σε ασθενείς με χρόνια πόνο αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνια πόνο.

Πίνακας 9. Χορηγείτε σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο: ΜΣΑΦ

		Όχι		Ναι		P Pearson's x2 test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	20	62,5	12	37,5	0,159
	Αγροτικοί ιατροί	14	58,3	10	41,7	
	Αναισθησιολογία	9	42,9	12	57,1	
	Γενική ιατρική	4	33,3	8	66,7	
	Καρδιολογία	12	54,5	10	45,5	
	Ορθοπαιδική	6	28,6	15	71,4	
	Παθολογία	18	40,9	26	59,1	
	Παιδιατρική	7	58,3	5	41,7	
	Άλλη	24	38,1	39	61,9	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	33	55,9	26	44,1	0,157
	4-10	23	44,2	29	55,8	
	>11	58	41,1	83	58,9	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	94	48,2	101	51,8	0,080
	Ναι	20	35,1	37	64,9	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	47	41,6	66	58,4	0,409
	Μερικές φορές	26	44,1	33	55,9	
	Σπάνια/ Ποτέ	40	51,3	38	48,7	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνο	Όχι	28	56,0	22	44,0	0,092
	Ναι	85	42,7	114	57,3	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	67	45,6	80	54,4	0,726
	Ναι	42	43,3	55	56,7	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	1	25,0	3	75,0	0,630+
	Ναι	111	45,1	135	54,9	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	4	33,3	8	66,7	0,422
	Ναι	107	45,1	130	54,9	

*Fisher's exact test

Δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά χορήγησης ΜΣΑΦ σε ασθενείς με χρόνια πόνο ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα 10 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που χορηγούν οπιοειδή σε ασθενείς με χρόνια πόνο αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνια πόνο.

Πίνακας 10. Χορηγείτε σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο: Οπιοειδή		Όχι		Ναι		P Pearson's x2 test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	22	68,8	10	31,3	0,201
	Αγροτικοί ιατροί	20	83,3	4	16,7	
	Αναισθησιολογία	10	47,6	11	52,4	
	Γενική ιατρική	9	75,0	3	25,0	
	Καρδιολογία	16	72,7	6	27,3	
	Ορθοπαιδική	18	85,7	3	14,3	
	Παθολογία	32	72,7	12	27,3	
	Παιδιατρική	10	83,3	2	16,7	
	Άλλη	47	74,6	16	25,4	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	45	76,3	14	23,7	0,802
	4-10	37	71,2	15	28,8	
	>11	102	72,3	39	27,7	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	144	73,8	51	26,2	0,583
	Ναι	40	70,2	17	29,8	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	83	73,5	30	26,5	0,580
	Μερικές φορές	40	67,8	19	32,2	
	Σπάνια/ Ποτέ	59	75,6	19	24,4	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιας πόνος	Όχι	42	84,0	8	16,0	0,045
	Ναι	139	69,8	60	30,2	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιας πόνου	Όχι	115	78,2	32	21,8	0,034
	Ναι	64	66,0	33	34,0	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	75,0	1	25,0	1,000+
	Ναι	179	72,8	67	27,2	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	9	75,0	3	25,0	1,000+
	Ναι	174	73,4	63	26,6	

[†]Fisher's exact test

Τα ποσοστά χορήγησης οπιοειδών σε ασθενείς με χρόνια πόνο ήταν σημαντικά υψηλότερα όταν οι ιατροί γνώριζαν τι είναι ο χρόνιας πόνος και ποια είναι τα είδη του.

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που χορηγούν αντιεπιληπτικά σε ασθενείς με χρόνια πόνο αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνια πόνο.

Πίνακας 11. Χορηγείτε σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο: Αντιεπιληπτικά

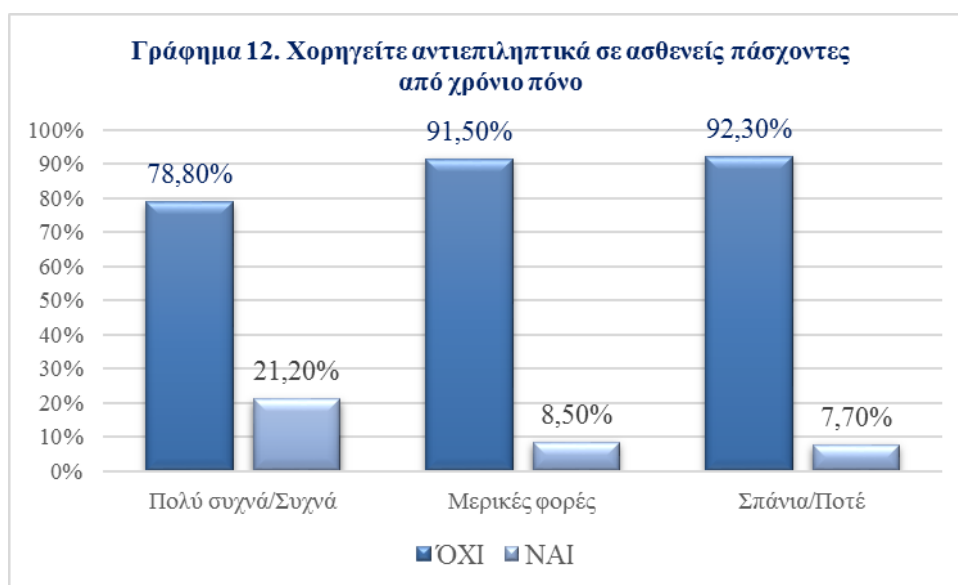
		Όχι		Ναι		P Pearson's x ² test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	27	84,4	5	15,6	<0,001
	Αγροτικοί ιατροί	22	91,7	2	8,3	
	Αναισθησιολογία	10	47,6	11	52,4	
	Γενική ιατρική	9	75,0	3	25,0	
	Καρδιολογία	22	100,0	0	0,0	
	Ορθοπαιδική	17	81,0	4	19,0	
	Παθολογία	39	88,6	5	11,4	
	Παιδιατρική	12	100,0	0	0,0	
	Άλλη	58	92,1	5	7,9	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	54	91,5	5	8,5	0,342
	4-10	45	86,5	7	13,5	
	>11	118	83,7	23	16,3	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	179	91,8	16	8,2	<0,001
	Ναι	38	66,7	19	33,3	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	89	78,8	24	21,2	0,011
	Μερικές φορές	54	91,5	5	8,5	
	Σπάνια/ Ποτέ	72	92,3	6	7,7	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	48	96,0	2	4,0	0,022
	Ναι	166	83,4	33	16,6	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	139	94,6	8	5,4	<0,001
	Ναι	72	74,2	25	25,8	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	4	100,0	0	0,0	1,000+
	Ναι	212	86,2	34	13,8	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	11	91,7	1	8,3	1,000+
	Ναι	204	86,1	33	13,9	

[†]Fisher's exact test

Τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών σε ασθενείς με χρόνια πόνο διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα των ιατρών και με τη συχνότητα αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών ήταν υψηλότερα σε αναισθησιολόγους και γενικούς ιατρούς και χαμηλότερα σε καρδιολόγους και παιδίατρους. Ακόμα, τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών ήταν υψηλότερα στις περιπτώσεις ιατρών που αντιμετώπιζαν

συχνά/πολύ συχνά ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο. Επίσης, τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών σε ασθενείς με χρόνια πόνο ήταν σημαντικά υψηλότερα όταν οι ιατροί είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο καθώς και όταν γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος και ποια είναι τα είδη του.

Στο γράφημα 12 δίνονται τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών σε ασθενείς με χρόνια πόνο ανάλογα με τη συχνότητα αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών.



Στον πίνακα 12 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που χορηγούν μη οπιοειδή σε ασθενείς με χρόνια πόνο αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνια πόνο.

Πίνακας 12. Χορηγείτε σε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο: Μη οπιοειδή (π.χ. παρακεταμόλη)		Όχι		Ναι		P Pearson' x ² test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	15	46,9	17	53,1	0,330
	Αγροτικοί ιατροί	10	41,7	14	58,3	
	Αναισθησιολογία	8	38,1	13	61,9	
	Γενική ιατρική	7	58,3	5	41,7	
	Καρδιολογία	11	50,0	11	50,0	
	Ορθοπαιδική	10	47,6	11	52,4	
	Παθολογία	21	47,7	23	52,3	
	Παιδιατρική	6	50,0	6	50,0	
	Άλλη	42	66,7	21	33,3	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	29	49,2	30	50,8	0,873
	4-10	27	51,9	25	48,1	
	>11	75	53,2	66	46,8	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	104	53,3	91	46,7	0,428
	Ναι	27	47,4	30	52,6	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	59	52,2	54	47,8	0,076
	Μερικές φορές	24	40,7	35	59,3	
	Σπάνια/ Ποτέ	47	60,3	31	39,7	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	30	60,0	20	40,0	0,217
	Ναι	100	50,3	99	49,7	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	81	55,1	66	44,9	0,390
	Ναι	48	49,5	49	50,5	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	75,0	1	25,0	0,623+
	Ναι	127	51,6	119	48,4	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	5	41,7	7	58,3	0,471
	Ναι	124	52,3	113	47,7	

⁺Fisher's exact test

Τα ποσοστά χορήγησης μη οπιοειδών δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

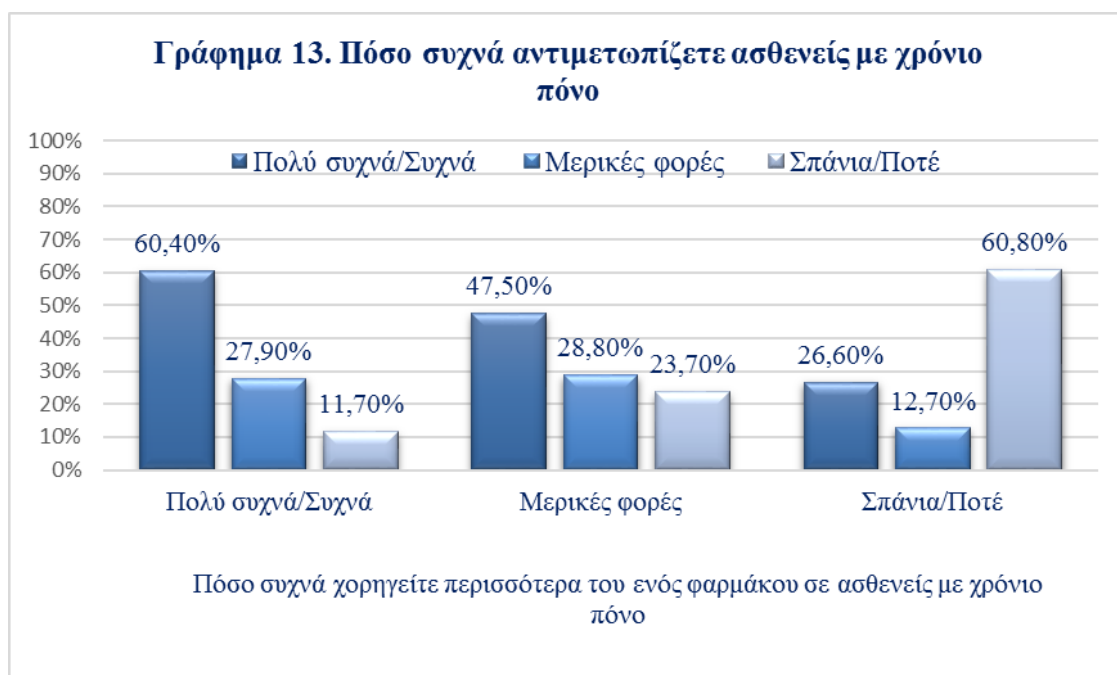
Στον πίνακα 13 δίνεται η συχνότητα χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο από τους συμμετέχοντες αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνια πόνο.

Πίνακας 13. Πόσο συχνά χορηγείτε περισσότερα του ενός φάρμακα για τους ασθενείς με χρόνια πόνο		Συχνά/ Πολύ συχνά		Μερικές φορές		Σπάνια/ Ποτέ		P Pearson's χ^2 test
		N	%	N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	13	40,6	12	37,5	7	21,9	<0,001
	Αγροτικοί ιατροί	7	29,2	2	8,3	15	62,5	
	Αναισθησιολογία	19	90,5	1	4,8	1	4,8	
	Γενική ιατρική	3	25,0	6	50,0	3	25,0	
	Καρδιολογία	7	31,8	5	22,7	10	45,5	
	Ορθοπαιδική	15	75,0	5	25,0	0	0,0	
	Παθολογία	20	46,5	15	34,9	8	18,6	
	Παιδιατρική	1	7,7	0	0,0	12	92,3	
	Άλλη	30	47,6	13	20,6	20	31,7	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	18	31,0	13	22,4	27	46,6	0,010
	4-10	21	41,2	13	25,5	17	33,3	
	>11	77	54,2	33	23,2	32	22,5	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο	Όχι	80	41,0	42	21,5	73	37,4	<0,001
	Ναι	36	64,3	17	30,4	3	5,4	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	67	60,4	31	27,9	13	11,7	<0,001
	Μερικές φορές	28	47,5	17	28,8	14	23,7	
	Σπάνια/ Ποτέ	21	26,6	10	12,7	48	60,8	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιας πόνος	Όχι	17	34,0	1	2,0	32	64,0	<0,001
	Ναι	98	49,5	57	28,8	43	21,7	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	57	39,0	28	19,2	61	41,8	<0,001
	Ναι	53	54,6	29	29,9	15	15,5	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	60,0	1	20,0	1	20,0	1,000+
	Ναι	112	45,9	57	23,4	75	30,7	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	4	33,3	4	33,3	4	33,3	0,598+
	Ναι	110	46,6	54	22,9	72	30,5	

*Fisher's exact test

Τα ποσοστά χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα των ιατρών, τα έτη άσκησης ιατρικής και με τη συχνότητα αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά συχνής/πολύ συχνής χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο ήταν υψηλότερα σε αναισθησιολόγους και ορθοπεδικούς και χαμηλότερα σε παιδίατρους, γενικούς και αγροτικούς ιατρούς. Ακόμα, όσο πιο συχνά αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες ασθενείς πάσχοντες από χρόνια πόνο τόσο υψηλότερο ήταν το ποσοστό χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου. Ακόμα, υψηλότερο ήταν το ποσοστό χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου όταν οι ιατροί είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο καθώς και όταν γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος και ποια είναι τα είδη του.

Στο γράφημα 13 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο ανάλογα με τη συχνότητα αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών.



Στον Πίνακα 14 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνιο πόνο.

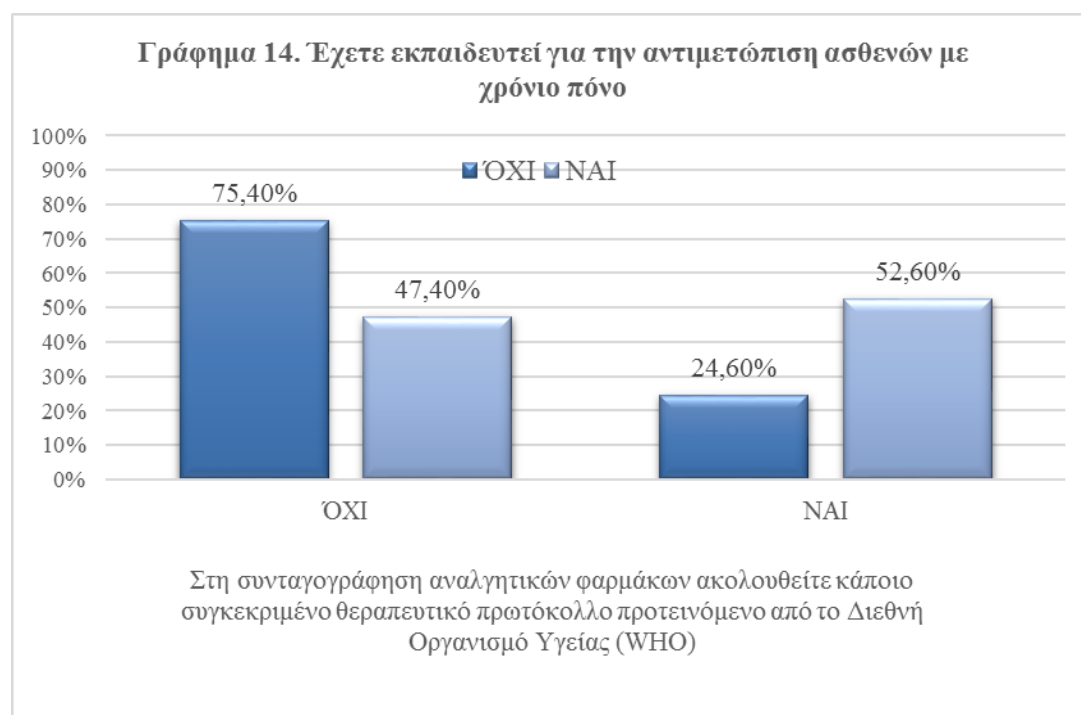
Πίνακας 14. Στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO)

		Όχι		Ναι		P Pearson's χ^2 test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	24	75,0	8	25,0	<0,001
	Αγροτικοί ιατροί	20	87,0	3	13,0	
	Αναισθησιολογία	4	20,0	16	80,0	
	Γενική ιατρική	9	75,0	3	25,0	
	Καρδιολογία	19	86,4	3	13,6	
	Ορθοπαιδική	10	47,6	11	52,4	
	Παθολογία	34	77,3	10	22,7	
	Παιδιατρική	9	75,0	3	25,0	
	Άλλη	45	69,2	20	30,8	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	43	74,1	15	25,9	0,092
	4-10	40	78,4	11	21,6	
	>11	91	63,6	52	36,4	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο πόνο	Όχι	147	75,4	48	24,6	<0,001
	Ναι	27	47,4	30	52,6	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνιο πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	69	61,6	43	38,4	0,060
	Μερικές φορές	41	70,7	17	29,3	
	Σπάνια/ Ποτέ	62	77,5	18	22,5	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	43	86,0	7	14,0	0,004
	Ναι	129	64,8	70	35,2	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	124	84,9	22	15,1	<0,001
	Ναι	46	46,9	52	53,1	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	60,0	2	40,0	0,649 ⁺
	Ναι	169	69,0	76	31,0	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	8	61,5	5	38,5	0,552 ⁺
	Ναι	163	69,1	73	30,9	

⁺Fisher's exact test

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας (WHO) στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα των ιατρών. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων ήταν υψηλότερα σε αναισθησιολόγους και ορθοπεδικούς και χαμηλότερα σε γενικούς και αγροτικούς ιατρούς. Ακόμα, υψηλότερο ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων σε αυτούς που είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο καθώς και σε αυτούς που γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος και ποια είναι τα είδη του.

Στο γράφημα 14 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο φαρμακευτικό πρωτόκολλο προτεινόμενο από τον διεθνή οργανισμό υγείας στη συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων ανάλογα με το αν είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο.



Στον Πίνακα 15 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο αναλόγως των εργασιακών-εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών και των γνώσεων-πεποιθήσεων τους για το χρόνιο πόνο.

Πίνακας 15. Ξαναβλέπετε τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο		Όχι		Ναι		P Pearson's χ^2 test
		N	%	N	%	
Ειδικότητα	Χειρουργική	9	28,1	23	71,9	<0,001
	Αγροτικοί ιατροί	12	52,2	11	47,8	
	Αναισθησιολογία	0	0,0	21	100,0	
	Γενική ιατρική	2	16,7	10	83,3	
	Καρδιολογία	12	54,5	10	45,5	
	Ορθοπεδική	0	0,0	21	100,0	
	Παθολογία	14	31,8	30	68,2	
	Παιδιατρική	9	75,0	3	25,0	
	Άλλη	26	39,4	40	60,6	
Έτη άσκησης ιατρικής	1-3	26	44,8	32	55,2	0,009
	4-10	22	41,5	31	58,5	
	>11	36	25,2	107	74,8	
Έχετε εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο πόνο	Όχι	79	40,1	118	59,9	<0,001
	Ναι	5	8,8	52	91,2	
Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς πάσχοντες από χρόνιο πόνο	Συχνά/ Πολύ συχνά	20	17,7	93	82,3	<0,001
	Μερικές φορές	17	29,3	41	70,7	
	Σπάνια/ Ποτέ	46	56,8	35	43,2	
Γνωρίζετε τι είναι ο χρόνιος πόνος	Όχι	26	51,0	25	49,0	0,002
	Ναι	57	28,5	143	71,5	
Γνωρίζετε ποια είναι τα είδη του χρόνιου πόνου	Όχι	56	37,8	92	62,2	0,044
	Ναι	25	25,5	73	74,5	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου	Όχι	3	60,0	2	40,0	0,337+
	Ναι	81	32,8	166	67,2	
Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει τη θεραπεία του πόνου	Όχι	4	30,8	9	69,2	1,000+
	Ναι	77	32,4	161	67,6	

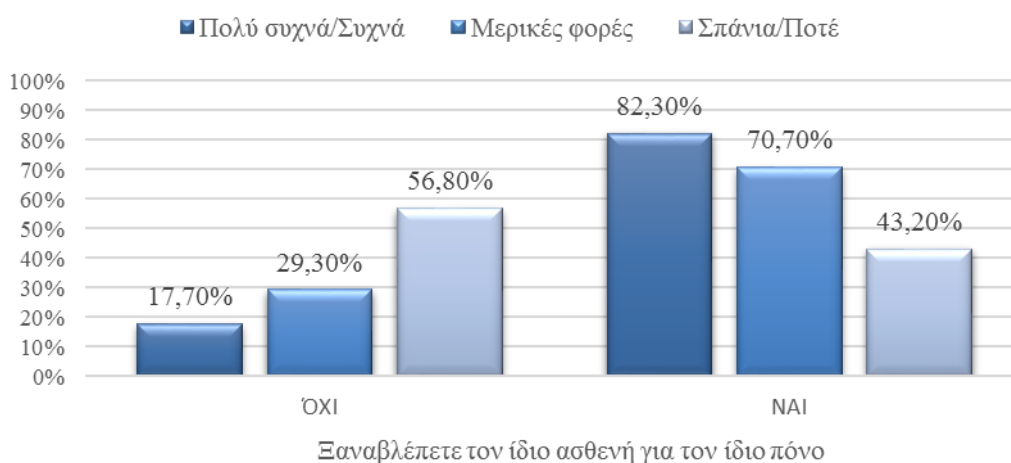
+Fisher's exact test

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα των ιατρών, τα έτη άσκησης ιατρικής και με τη συχνότητα αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο ήταν υψηλότερα σε αναισθησιολόγους και ορθοπεδικούς και χαμηλότερα σε παιδίατρους, γενικούς και αγροτικούς ιατρούς. Ακόμα, όσο πιο συχνά οι συμμετέχοντες ιατροί αντιμετώπιζαν ασθενείς πάσχοντες από χρόνιο πόνο τόσο

υψηλότερο ήταν το ποσοστό εκείνων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο. Επίσης, υψηλότερο ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο σε εκείνους που είχαν εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο καθώς και σε εκείνους που γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος και ποια είναι τα είδη του.

Στο γράφημα 15 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ξαναβλέπουν τον ίδιο ασθενή για τον ίδιο πόνο ανάλογα με τη συχνότητα αντιμετώπισης ασθενών με χρόνια πόνο.

Γράφημα 15. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ασθενείς με χρόνια πόνο



Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί έναν από τους πιο συνηθισμένους λόγους για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και αφορά ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (20 έως 50%) που απευθύνονται τόσο στις πρωτοβάθμιες όσο και στις δευτεροβάθμιες δομές υγείας (Elliott AM et al.1999) & (Gureje O.et al 1998).

Επιπρόσθετα, η διαχείριση του πόνου, οξέως ή χρόνιου, είναι ένα σοβαρό θέμα που αντιμετωπίζουν όλοι οι κλινικοί ιατροί στην καθημερινή πρακτική τους, σε όλες τις χώρες του κόσμου (Ashburn MA 1999) & (Gilson AM. et al 2007).

Ωστόσο, οι γιατροί σε αυτή τη μελέτη παρουσίασαν κάποια έλλειψη στις γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, η οποία είναι πιθανό να παρακωλύει την επίτευξη του στόχου τους.

Στην παρούσα μελέτη μόνο το 22% των ιατρών δήλωσε ότι είχε λάβει εκπαίδευση για το χρόνιο πόνο και αυτό μέσω ημερίδων, συνεδρίων και σεμιναρίων. Μπορεί, συνεπώς, να υποθέσουμε ότι οι εν λόγω ασθενείς υπό τη φροντίδα αυτών των ιατρών είναι πιθανό να μην λάβουν τη βέλτιστη θεραπεία για τον πόνο. Πράγματι, σε μια δημοσίευση της Διεθνούς Ένωσης για την μελέτη του πόνου (IASP) υποστηρίζονται τα ευρήματα της μελέτης μας (Loeser JD. 2012).

Σύμφωνα με την IASP η ανεπαρκής εκπαίδευση για τον πόνο στις ιατρικές σχολές και κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες ήταν ένας σημαντικός παράγοντας υπεύθυνος για την ελλιπή γνώση των ιατρών σχετικά με τον πόνο στην κλινική πρακτική (Schofield P. 2012) & (Loeser JD. 2012). Επειδή αρκετοί κλινικοί ιατροί θα είναι σε κάποιο σημείο της πρακτικής τους αντιμετώπι με τη διαχείριση του πόνου, το πτυχίο ιατρικής χωρίς βασικές γνώσεις στη διαχείριση του πόνου θα πρέπει να θεωρείται ανεπαρκές (Loeser JD. 2012). Συνοπτικά, η ανεπαρκής γνώση σχετικά με τη διαχείριση του πόνου είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για τη βέλτιστη διαχείρισή του (Fields HL. 2011) & (Macpherson C et al 2009) & (Lim R. 2008).

Ένα άλλο αποτέλεσμα της μελέτης είναι ότι το 73,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι αντιμετώπισε συχνότερα χρόνιο πόνο σε ασθενείς του γυναικείου φύλου, αποτέλεσμα που στην μελέτη των De Souza, Juliana Barcellos και συν. το 2017, είναι αρκετά μικρότερο και φτάνει το 56%.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό 94,1% ότι ο ασθενής που πάσχει από χρόνιο πόνο πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό ιατρείο πόνου ενώ σε ποσοστό 92,2% ανέφερε ότι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

απαιτεί εξειδικευμένη ιατρική ομάδα. Σχολιάζοντας περαιτέρω το παραπάνω αποτέλεσμα, επισημαίνεται ότι το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών, αναγνωρίζοντας την μεγάλη κατανομή του χρόνιου πόνου στον πληθυσμό, συγκρότησε επιτροπή για τη διερεύνηση σχετικών θεμάτων και δημοσίευσε έκθεση το 2011 (Institute of Medicine, Relieving pain in America 2011). Σε αυτήν προτείνονται οδηγίες που αφορούν στην εκπαίδευση των κλινικών ιατρών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, σημειώνοντας δε ότι δεν είναι ρεαλιστικό ή επιθυμητό η διαχείριση του πόνου να μεταβιβάζεται αποκλειστικά σε ειδικούς αλγολόγους. Για να υποστηρίξουν τους γενικούς κλινικούς γιατρούς στη διαχείριση των ασθενών τους με χρόνια πόνο, πρέπει να αντιμετωπιστούν θέματα σχετικά με την κατάρτιση και την εκπαίδευση τους. Πράγματι, κάποιοι ασθενείς με χρόνια πόνο μπορούν να αντιμετωπιστούν χωρίς παραπομπή σε ειδικούς ενώ κάποιοι άλλοι μπορεί να απαιτούν παραπομπή σε ειδικό για τον πόνο για κάποιον από τους εξής λόγους: i) συμπτώματα που εξουθενώνουν τον ασθενή, ii) πολύπλοκη κλινική εικόνα, iii) συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται στις αρχικές θεραπείες, και iv) κλιμάκωση της ανάγκης για φάρμακα για τον πόνο (π.χ. υψηλές δόσεις οπιοειδών).

Βεβαίως, το «πότε να αναφερθώ σε έναν ειδικό για τον πόνο;» παραμένει μια αμφιλεγόμενη ερώτηση. Η παραπομπή θα πρέπει ασφαλώς να συμβεί τη στιγμή που παρατηρείται σημαντική ανικανότητα ή απώλεια της λειτουργικότητας του ασθενή ή όταν οι συμπεριφορές πόνου δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από τον θεράποντα ιατρό. Οι περισσότεροι ειδικοί του πόνου θεωρούν ότι οι παραπομπές συχνά γίνονται πολύ αργά κατά τη διάρκεια του πόνου, όταν οι ασθενείς ξεπερνούν τη "χρυσή ώρα". Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις νευροπαθητικές μορφές πόνου και καρκίνου.

Ένα άλλο αποτέλεσμα της μελέτης που χρήζει σχολιασμού είναι ότι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αναλγητικά φάρμακά ήταν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) όπως υποδείχθηκε από το 54.8% των ερωτηθέντων, ακολουθούν τα μη οπιοειδή (π.χ. παρακεταμόλη) με ποσοστό 48%, εν συνεχεία τα οπιοειδή με 27% και τέλος τα αντιεπληπτικά που χορηγούνται από το 13,9% των κλινικών ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ιατροί εμπιστεύονται περισσότερο τις γνώσεις τους σχετικά με τα ΜΣΑΦ και την παρακεταμόλη για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου σε σχέση με τη χρήση οπιοειδών και αντιεπληπτικών.

Πράγματι, στην κλίμακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου (WHO Analgesic Step Ladder) τα ΜΣΑΦ και η παρακεταμόλη

συνιστώνται ως παράγοντες πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση του ήπιου έως μέτριου πόνου, ιδιαίτερα του οξέος πόνου (Classification of chronic pain 1986). Ωστόσο, η παρατεταμένη χρήση των ΜΣΑΦ στο χρόνιο πόνο απαιτεί προσοχή και πρέπει να αποθαρρύνεται, καθώς μπορεί να σχετίζονται με σοβαρού βαθμού πεπτικά έλκη και αιμορραγίες (Ashburn MA 1999) & (Bonica JJ. 1990) & (Classification of chronic pain 1986). Επιπλέον, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs) ενδείκνυνται κυρίως για ήπιο έως μέτριο πόνο, αν και μια σειρά νεώτερων ενώσεων φέρουν ένδειξη και για σοβαρό πόνο. Παρουσιάζουν συνέργια με τα οποιοειδή οπότε ελαττώνεται η δόση των τελευταίων (McCormack K. et al 1994). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης τα ποσοστά χορήγησης τόσο των ΜΣΑΦ όσο και των μη οπιοειδών αναλγητικών δεν συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα εργασιακά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ούτε και με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις τους για το χρόνιο πόνο.

Όσον αφορά τη χρήση της παρακεταμόλης, είναι το πιο συχνά χορηγούμενο από του στόματος αναλγητικό δίχως ιατρική συνταγή. Οι αναλγητικοί μηχανισμοί της παραμένουν αβέβαιοι (Smith HS. 2009). Σε αντίθεση με τα ΜΣΑΦ, δεν είναι αντιφλεγμονώδες και συνδυάζεται συχνά με οπιοειδή για τη μείωση της απαιτούμενης ποσότητας οπιοειδών. Ωστόσο, αυτά τα προϊόντα συνδυασμού είναι δύσκολο να τιτλοποιηθούν καθώς η δόση οπιοειδών περιορίζεται από τις τοξικότητες της παρακεταμόλης σε υψηλότερες δόσεις.

Στο επόμενο βήμα για τη διαχείριση του πόνου βρίσκονται τα οπιοειδή, ασθενή και πιο ισχυρά (Classification of chronic pain 1986) αλλά δυστυχώς, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ιατρών δεν είναι τόσο εξοικειωμένη με τη χρήση τους. Αυτό είναι εμφανές από το ότι μόλις το 27% των ιατρών χρησιμοποιούν οπιοειδή για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Το παραπάνω εύρημα είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών που καταδεικνύουν ότι οι ιατροί δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χορήγηση οπιοειδών και δεν επιθυμούν τη χορήγηση τους ακόμη και σε ασθενείς με επίμονο μη καρκινικό πόνο ακόμη και όταν δεν υπάρχουν κατάλληλες εναλλακτικές λύσεις (Gilson AM. et al 2007) & (Jacobsen R. et al 2007). Σε αντίθεση με τη θέση των ιατρών ως προς τη χορήγηση οπιοειδών, τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα δείχνουν ότι τα οπιοειδή είναι αποτελεσματικά (Jacobsen R. et al 2007) αν και η συνταγογράφησή τους πρέπει να γίνεται λελογισμένα. Η υποκείμενη απροθυμία των ιατρών να χορηγήσουν οπιούχα για τον χρόνιο πόνο οφείλεται στο φόβο του εθισμού και της κατάχρησης καθώς και στις παρενέργειες

των οποιοειδών όπως η δυσκοιλιότητα, η αναπνευστική καταστολή, η υπνηλία, το κόστος και στη σχετικά μειωμένη διαθεσιμότητά τους στα περισσότερα νοσοκομεία (Classification of chronic pain 1986) & (Gilson AM. et al 2007) & (Loeser JD. 2012). Τονίζεται δε ότι στην πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων της εν λόγω μελέτης τα ποσοστά χορήγησης των οπιοειδών συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για το χρόνιο πόνο. Το παραπάνω αποτέλεσμα επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα συνεχούς και σωστής εκπαίδευσης για την καλύτερη διαχείριση του χρόνιου πόνου.

Άλλα χρήσιμα φάρμακα για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, τα οποία προορίζονταν αρχικά (Jensen TS. 2002) μόνο για τη θεραπεία επιληπτικών κρίσεων. Ο μηχανισμός σύνδεσης των διαύλων νατρίου με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα όπως η καρβαμαζεπίνη, με επακόλουθη μείωση της νευρωνικής μετάδοσης τα καθιστά αποτελεσματικά για την θεραπεία αρκετών μορφών χρόνιου πόνου και ιδίως του νευροπαθητικού (van Tulder MW. 2000). Τρία αντιεπιληπτικά φάρμακα (gabapentin, pregabalin, carbamazepine) εγκρίθηκαν από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου (Dobacki DA. et al 2006) και έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα έναντι του εικονικού φαρμάκου σε αρκετές νευροπαθητικές παθήσεις (Finnerup NB et al 2010). Οι ιατροί στη μελέτη φαίνεται να μην είναι πολύ εξοικειωμένοι με τη χρήση αντιεπιληπτικών φαρμάκων αφού μόλις το 13,9% αυτών τα χορηγεί παρά το γεγονός ότι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διαχείριση του πόνου από τη δεκαετία του 1960. Επιπλέον, τα ποσοστά χορήγησης αντιεπιληπτικών σε ασθενείς με χρόνιο πόνο διέφεραν στατιστικά σημαντικά αναλόγως της ειδικότητας των ιατρών (αναισθησιολόγοι vs παιδίατροι), της συχνότητας αντιμετώπισης των εν λόγω ασθενών (συχνά/πολύ συχνά vs σπάνια/ποτέ), των γνώσεων και των εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

Τέλος, μόλις το 15,5% των γιατρών χορηγούν πολύ συχνά δύο ή περισσότερα φάρμακα σε ασθενείς με χρόνιο πόνο ενώ η απάντηση συχνά και ποτέ αναφέρεται από το 30,7% και το 10,8% των συμμετεχόντων αντίστοιχα. Τα εν λόγω αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά της μελέτης των Sanya EO. et al του 2014 όπου το 25% των ιατρών συνταγογραφούσαν περισσότερα του ενός αναλγητικά. Επιπρόσθετα, στην πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης η συχνότητα χορήγησης περισσότερων του ενός φαρμάκων συσχετίστηκε στατιστικά

σημαντικά με τα εργασιακά-εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά και τις γνώσεις των συμμετεχόντων καθώς και με τη συχνότητα αντιμετώπισης ασθενών με χρόνια πόνο. Για πολλούς ασθενείς, μια προσέγγιση που χρησιμοποιεί συνδυασμούς φαρμάκων που στοχεύουν διαφορετικές μεταβολικές οδούς μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη αναλγησία και λιγότερες παρενέργειες, επειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν χαμηλότερες δόσεις κάθε φαρμάκου. Ωστόσο, υπάρχουν σχετικά λίγες μελέτες που αξιολογούν ειδικά συνδυασμούς φαρμάκων για χρόνια πόνο. Η απόκριση της θεραπείας διαφέρει μεταξύ των ατόμων και καμία προσέγγιση δεν είναι κατάλληλη για όλους τους ασθενείς (Turk DC. et al 2011).

Όσον αφορά τον καθορισμένο στόχο για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου το 44,6% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι η πλήρης ανακούφιση από τον πόνο και το 32,2% ότι είναι η εξάλειψή του. Ο στόχος των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα έτη άσκησης της ιατρικής, με το πόσο συχνά αντιμετωπίζουν ασθενείς με χρόνια πόνο και με το αν γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος. Συγκεκριμένα, οι ιατροί με 4-10 έτη ιατρικής άσκησης στόχευαν κυρίως στην εξάλειψη του πόνου σε ποσοστό 43,4%, ενώ τόσο οι ιατροί με λίγα χρόνια εμπειρίας όσο και αυτοί με πολυετή εμπειρία στόχευαν στην πλήρη ανακούφιση του πόνου σε ποσοστά 44,1% και 55,4% αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι ιατροί που αντιμετώπιζαν σπάνια/ποτέ ασθενείς με χρόνια πόνο στόχευαν στην εξάλειψη του πόνου ενώ αυτοί που γνώριζαν τι είναι ο χρόνιος πόνος στόχευαν στην πλήρη ανακούφιση του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αποδεκτά αν συνυπολογίσουμε ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο είναι μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών. Χρειάζονται συνεχή αξιολόγηση, εκπαίδευση και διαβεβαίωση, καθώς και βοήθεια για τον καθορισμό εύλογων προσδοκιών από την αγωγή τους. Οι διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας κατά μέσο όρο οδηγούν σε μείωση κατά 30% μόνο του πόνου (Turk DC. et al 2011). Ωστόσο, ακόμη και μερική απόκριση 30% μπορεί να είναι κλινικά σημαντική και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Farrar JT. et al 2001).

Οι ιατροί σε αυτή τη μελέτη φαίνεται να έχουν καλό στόχο για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, αλλά είχαν μια προκατάληψη σχετικά με τις μη φαρμακευτικές θεραπείες σε ποσοστό 14,8% ενώ αντιμετωπίζουν θετικά την ψυχοθεραπεία, τη φυσιοθεραπεία και το βελονισμό σε ποσοστά >50%. Τα ανωτέρω ευρήματα εναρμονίζονται με το πρωτόκολλο της IASP για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου που προτείνει πολυεπιστημονική προσέγγιση της περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει τη

χρήση και άλλων θεραπευτικών μεθόδων όπως η χαλάρωση και η ανακούφιση από το στρες, η βελτίωση του ύπνου, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες παράλληλα με τη χορήγηση αναλγητικών (Ashburn MA 1999). Πράγματι, η φαρμακευτική αγωγή δεν θα πρέπει να αποτελεί το μοναδικό αντικείμενο της θεραπείας, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν απαιτείται, σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων (Institute for Clinical Systems Improvement Health care guideline 2009). Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν μια ευρεία σειρά θεραπειών που μπορούν να ομαδοποιηθούν στις φυσικές παρεμβάσεις (συμπεριλαμβανομένης της φυσικοθεραπείας, του βελονισμού, μασάζ κ.α) και στις ψυχοπαθητικές παρεμβάσεις όπως η θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς, η οικογενειακή θεραπεία, η εκπαίδευση ασθενών κ.α.

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ότι ο χρόνιος πόνος είναι ένα σύνολο σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών που πρέπει να αντιμετωπιστούν παράλληλα για την επιτυχή διαχείριση του. Αρχίζει με την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το ποια είναι τα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα και εξηγώντας τι προσφέρει κάθε συστατικό θεραπείας. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι συνδυασμένες θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές από κάθε μεμονωμένη προσέγγιση για τη διατήρηση μακροπρόθεσμων κερδών (Scascighini L. et al 2008). Στην παρούσα μελέτη οι ερωτηθέντες ιατροί φαίνεται πως γνωρίζουν πολύ καλά ότι η ψυχολογία του ασθενή επηρεάζει την ένταση του πόνου αφού σε πολύ υψηλό ποσοστό απάντησαν θετικά (98,1%), καθώς και ότι η θεραπεία του πόνου επηρεάζεται από την ψυχολογία του ασθενή αφού σε ποσοστό 94,9% απάντησαν θετικά. Οι ασθενείς με μακροχρόνια ή σύνθετα προβλήματα πόνου πρέπει να αντιμετωπίζονται με μια πολυεπιστημονική προσέγγιση που περιλαμβάνει αξιολόγηση και στενή συνεργασία από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας που μπορεί να διαγνώσει και να θεραπεύσει τις ψυχολογικές πτυχές της δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα, η μείζων κατάθλιψη και ο χρόνιος πόνος συχνά συνυπάρχουν και πρέπει να αντιμετωπιστούν και οι δύο συνθήκες για να μεγιστοποιηθεί η ανταπόκριση της θεραπείας για οποιαδήποτε διαταραχή (Arnow BA et al 2006). Τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος, δύο από τις συνηθέστερες ψυχολογικές συσχετίσεις του χρόνιου πόνου, περιπλέκουν τις παθήσεις του ασθενούς (Clark L. et al 2004). Τόσο η διαταραχή του ύπνου και η απώλεια της όρεξης όσο η έλλειψη ενεργητικότητας και η μειωμένη σωματική δραστηριότητα οδηγούν στην εξασθένηση και ενισχύουν τα συμπτώματα του πόνου του ασθενούς. Οι ασθενείς περιγράφουν συνήθως την έλλειψη ευχαρίστησης και την απουσία

ελέγχου στη ζωή τους. Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας, αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (Tang NK. et al 2006) & (Petrosky E. et al 2003).

Αν αναλύσουμε τα πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης επισημαίνεται ότι i) αυτή αποτελεί μία πρωτότυπη εργασία για τα ελληνικά δεδομένα και, ii) ο πληθυσμός της μελέτης αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομειακών ιατρών συμπεριλαμβανομένων όλων των βαθμίδων των ιατρών και των περισσότερων ειδικοτήτων. Από την άλλη πλευρά βασικό μειονέκτημα της μελέτης είναι ότι έλαβε χώρα σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία της Ελληνικής επαρχίας, που δεν διέθεταν όλα ιατρείο πόνου, και όχι σε νοσοκομεία μεγάλων αστικών κέντρων. Επιπρόσθετα, είναι κατανοητό ότι όταν σε μία μελέτη χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης τα αποτελέσματα εξαρτώνται από την υποκειμενικότητα των απαντήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κύριο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι περισσότεροι ιατροί εμπλέκονται στη θεραπεία ασθενών με χρόνια πόνο στην καθημερινή τους κλινική πρακτική. Οι ιατροί φαίνεται να έχουν καλό στόχο ως προς τη διαχείριση του πόνου, αλλά το «χάσμα» στη γνώση της θεραπείας του πόνου λόγω έλλειψης εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της βασικής ιατρικής και της μεταπτυχιακής τους εκπαίδευσης περιορίζει την ολοκληρωτική και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή με χρόνια πόνο. Τονίζεται δε ότι η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου συχνά προκαλεί τεράστια κοινωνικοοικονομική ζημία τόσο στους πάσχοντες όσο και στην κοινότητα και συνδέεται με έκπτωση της ποιότητας ζωής (Snook SH. 1988) & (Botticelli MG 1986).

Πράγματι, ο χρόνιος πόνος επηρεάζει πάνω από 100 εκατομμύρια ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Institute of Medicine, Relieving pain in America 2013) & (Nahin RL. 2012) και αντιπροσωπεύει το 20% των επισκέψεων εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο, 12% όλων των ιατρικών συνταγών και πάνω από 100 δισεκατομμύρια δολάρια διαθέτονται σε άμεσες και έμμεσες δαπάνες (Alford DP. et al. 2010). Οι δαπάνες που σχετίζονται με τον πόνο (άμεσες δαπάνες και απώλεια μισθών) στις Ηνωμένες Πολιτείες υπερβαίνουν κάθε χρόνο τις ετήσιες δαπάνες για τον καρκίνο, τις καρδιακές παθήσεις και τον διαβήτη (Pizzo PA. et al 2012).

Συμπερασματικά, κρίνεται απαραίτητο να συμπεριληφθεί η διαχείριση του πόνου στο πρόγραμμα συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης των ιατρών. Αυτό θα βοηθήσει να

καλυφθούν τα παρατηρούμενα κενά στη γνώση της διαχείρισης του πόνου και θα επηρεάσει έμμεσα θετικά τη στάση των γιατρών προς τη διαχείριση του χρόνιου πόνου.

Ε. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ.

Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

1.ΤΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΧΕΤΕ / ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΕΣΤΕ?

.....

2.ΦΥΛΟ

- A. ΑΡΡΕΝ
- B. ΘΗΛΥ

3. ΕΤΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

- A. 1-3
- B. 4-6
- Γ. 7-10
- Δ . >11

4.ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

5. ΤΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΗΜΕΡΙΔΕΣ/ΣΥΝΕΔΡΙΑ
- B. ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ/ WORKSHOP
- Γ. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ
- Δ. ΑΛΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....

6.ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- B. ΣΥΧΝΑ
- Γ. ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ:
- Δ. ΣΠΑΝΙΑ
- E. ΠΟΤΕ

Β.ΑΠΟΨΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

1.ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

2.Ο ΠΟΝΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΟΤΑΝ ΔΙΑΡΚΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ:

- A. 2 ΜΗΝΕΣ
- B. 3 ΜΗΝΕΣ
- Γ. 4 ΜΗΝΕΣ
- Δ. 6 ΜΗΝΕΣ

3.ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

4.ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΑΝΤΩΝΤΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ

- A. ΣΑΦΩΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ
- B. ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ
- Γ.ΚΑΥΣΑΛΓΙΑ
- Δ. ΑΣΑΦΩΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ
- E. ΑΛΛΩΔΥΝΙΑ

5.ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΑΝΗΚΟΥΝ:

- A. ΣΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΦΥΛΟ
- B. ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ

6.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑΠΗΤΕΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

7.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΤΑΙ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

8. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΟΡΗΓΟΥΝ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΕΤΑΙΡΩ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

Γ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

1. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ?

- A. ΠΛΗΡΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ
- B. ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ
- Γ. ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΙΑΤΡΟΥΣ ΑΛΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- B. ΣΥΧΝΑ
- Γ. ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- Δ. ΣΠΑΝΙΑ
- E. ΠΟΤΕ

3. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΙΟ ΣΥΝΗΘΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΜΣΑΦ
- B. ΟΠΠΟΕΙΔΗ
- Γ. ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ
- Δ. ΜΗ ΟΠΠΟΕΙΔΗ (π.χ. ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ)

4. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ

- B. ΣΥΧΝΑ
- Γ. ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- Δ. ΣΠΑΝΙΑ
- Ε. ΠΟΤΕ

5.ΣΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΕΘΝΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ (WHO) ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

6.ΞΑΝΑΒΛΕΠΕΤΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

7.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

8.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

9.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ?

- A. ΝΑΙ
- B. ΟΧΙ

10.Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΜΕ

- A. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
- B. ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ
- Γ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- Δ. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- Ε. ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ
- ΣΤ. ΒΕΛΟΝΙΣΜΟ
- Ι. ΑΛΛΑ.....

ΣΤ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Alford DP, Krebs EE, Chen IA, et al. Update in pain medicine. *J Gen Intern Med* 2010; 25:1222.
- Ambuel, B., Hamlett, K.W., Marx, C.M., & Blumer, J.L. (1992). «Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale». *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (1): 95-109.
- Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med* 2006; 68:262.
- Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet* 1999;353;1865-9.
- Atkinsany C.Y. (1985). The use of knowledge in the management of pain: the nurses help. *Nurse Education Today*, 5:41-46.
- Bonica JJ. Definition and taxonomy of pain. In: Bonica JJ (ed) *The Management of Pain*. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990
- Botticelli MG. A cost-conscious approach to the evaluation of patients with chronic back pain. *Hawaii Med J* 1986;45:447-50.
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., Cunin, G., Fermanian, J., Ginies, P., Grun-Overdyking, A., Jafari-Schluep, H., Lantéri-Minet, M., Laurent, B., Mick, G., Serrie, A., Valade, D., Vicaut, E. (2005). «Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)». *Pain* 114 (1-2): 29-36.
- 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. et al. Quidelines for the management of Breakthrough Pain in patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2013;11:29-36.
- Caraceni A. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lance Oncol* 2012 Feb;13(2):58-68.
- Chou R. 2009 Clinical guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic non cancer pain. *Pol Arch Med Wewn* 2009;119:469-77
- Chou R. 2009 Clinical guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in non cancer pain. *Pol Arch Med Wevn* 2009 ;119:469-77.
- CI Ripamonti. Management of cancer pain: ESMO clinical practice quidelines. *Ann Oncol* 2012;23 (suppl 7)
- Clark L, Jones K, Pennington K. Pain assessment practices with nursing home residents. *West J Nurs Res* 2004; 26:733.
- Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl* 1986;3:S1-226.
- Cleveland Clinic, Health information “Psychogenic pain-definition from Biology-online.org. Retrieved 2008-11-05.

Clinical Standards Board for Scotland. (2002). Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edimnburgh NHS Scotland.

De Souza, Juliana Barcellos et al. "Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey." *Pain research & management* vol. 2017 (2017): 4643830. doi:10.1155/2017/4643830

DeBerard MS, Masters KS, Colledge AL, Schleusener RL Schlegel JD. Outcomes of posterolateral lumbar fusion in Utah patients receiving workers' compensation: a retrospective cohort study. *Spine* 2001; 26: 738–46.

Dil Kapur:Radiofrequency lesioning techniques in the management of chronic pain *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 6:2 2005.

Dobecki DA, Schocket SM, Wallace MS. Update on pharmacotherapy guidelines for the treatment of neuropathic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10:185.

Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD006146.

Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354:1248.

Farquhar-Smith W. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Anaesth Intensive Care Med* 2008; 9:3-7

Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001; 94:149.

Fields HL. The doctor's dilemma: Opiates analgesics and chronic pain. *Neuron* 2011;69:591-4.

Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain* 2010; 150:573.

Fornasari D. Pain Mechanisms in Patients with Chronic Pain. *Clin Drug Investig* 2012; 32:45-52

Freyenhagen, R., Baron, R., Gockel, U., & Tölle, T. R. (2006). «-A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain». *Current Medical Research and Opinion* 22(10): 1911-1920.

Gilson AM, Joranson DE, Maurer MA. Improving state pain policies: Recent progress and continuing opportunities. *CA Cancer J Clin* 2007;57:341-53.

Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280:147.

Gutgsell T et al. A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003; 20:140-8).

Hardt J, Jacobsen C, Goldberg J, et al. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Med* 2008; 9:803.

Hawker, G.A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). «Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire

(SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)». *Arthritis Care & Research* 63 (S11): S240-S252. doi:10.1002/acr.20543.

Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 20: CD002014.

IASP Subcommittee on taxonomy: Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6:249-252.

IASP Taxonomy Working Group, USA. 2011. Pain Terms; A Current List with Definitions and Notes of Usage. Διαθέσιμο στο http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf#page=3

IASP, 1994.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain (fourth edition) 2009: Available from: http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.

Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: Assessment and management of chronic pain. Fourth edition November 2009. http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.html (Accessed on December 09, 2010).

Institute of Medicine. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. Available at <http://www.iom.edu/Reports/2011/Relieving-Pain-in-America-A-Blueprint-for-Transforming-Prevention-Care-Education-Research.aspx> (Accessed on January 02, 2013).

Institute of Medicine. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research (2011) <http://www.iom.edu/Reports/2011/Relieving-Pain-in-America-A-Blueprint-for-Transforming-Prevention-Care-Education-Research.aspx> (Accessed on April 29, 2013).

Jacobsen R, Sjogren P, Moldrup C, Christrup L. Patient-related barrier to cancer pain management with opioid analgesics: A systematic review. *J Opioid Manag* 2007;3:207-14.

Jensen TS. Anticonvulsants in neuropathic pain: Rationale and clinical evidence. *Eur J Pain* 2002;6 (Suppl A):61-8.

Jensen, M.P., Chen, C., & Brugger, A.M. (2003). «Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: A reanalysis of two clinical trials of postoperative pain». *Journal of Pain* 4 (7): 407-414.

Jensen, M.P., Lin, C.P., Kupper, A.E., Galer, B.S., & Gammaitoni, A.R. (2012). «Cognitive testing and revision of the Pain Quality Assessment Scale.». *The Clinical Journal of Pain* 29: 400-410.

Jon Raphael MB et al. Cancer Pain :Part 1 :Pathophysiology. Oncological, Pharmacological and Psychological Treatments:A Perspective from the British Pain

Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Medicine* 2010;11:742-764.

Krause, S.J., & Backonja, M.M. (2003). «Development of a neuropathic pain questionnaire». *The Clinical Journal of Pain* 19 (5): 306-314.

Lim R. Improving cancer pain management in Malaysia. *Oncology* 2008;74 (suppl 1):24-34.

Loaser J. D., Treede R. D. 2008. Loaser J, Arendt-Nielsen L, Baron R., Babaum A, et al.

Loeser JD. *IASP clinical Pain Update* 2012;XX;1-6.

Macpherson C, Aarons D. Overcoming barriers to pain relief in the Caribbean. *Dev World Bioeth* 2009;9:99-104.

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

Mc Caffery M. & Ferrell BR.(1997) Sep;14(3):175-88. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?.

Mc Caffery M, Pasero C. *Pain: A Clinical Manual*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, Inc.; 1999.

McCormack K. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and spinal nociceptive processing. *Pain* 1994; 59:9.

Melzack, R., & Torgerson, W.S. (1971). «On the language of pain». *Anesthesiology* 34: 50-59.

Merkel, S.I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J.R., & Malviya, S. (1997). «The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children». *Pediatric Nursing* 23 (3): 293-297.

Mersky H, Spear F. *Pain: Psychological and Psychiatric aspects*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1967.

Nahin RL. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain* 2015; 16:769.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2004). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*.

National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for CNCP. [Online] 2010; Available from: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>.

Nencini Sara and Ivanusic Jason. The Physiology of Bone Pain. How Much Do We Really Know? *Front. Physiol.*, 26 April 2016, <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2016.00157>).

Paice JA et al. The management of cancer pain. *Ca CA Cancer J Clin*. 2011; 61:157-82.

Pain as the 5th Vital Sign Toolkit 2000 at <http://www.va.gov/painmanagement/docs/toolkit.pdf>, Accessed July 23, 2013.

Pautex, S., & Gold, G. (2006). «Assessing pain intensity in older adults». *Geriatrics and Aging* 9 (6): 399-402.

- Petrosky E, Harpaz R, Fowler KA, et al. Chronic Pain Among Suicide Decedents, 2003 to 2014: Findings From the National Violent Death Reporting System. *Ann Intern Med* 2018; 169:448.
- Pizzo PA, Clark NM. Alleviating suffering 101--pain relief in the United States. *N Engl J Med* 2012; 366:197.
- Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: *Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Hanks G et al eds. Oxford: Oxford University press;2010:361.
- Portenoy, R. (2006). «Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain». *Current Medical Research and Opinion* 22 (8): 1555-1565.
- Puntillo, K., Stannard, D., Miakowski, C., Kehrle, K., & Gleeson, S. (2002). «Use of a pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluations.». *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 31 (4): 303-314.
- Racz.G.B.MD,FIPP.Roiz Lopez R ,MD, FIPP:Review Article Radiofrequency Procedures Pain Practice Vol 6,Issue 1 2006,46-50.
- Richmond C. Dame Cicely Saunders. *BMJ*,2005;33: 238.
- Sanya EO, Kolo PM, Makusidi MA. A survey on doctors' knowledge and attitude of treating chronic pain in three tertiary hospitals in Nigeria. *Niger Med J* 2014;55:106-10.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47:670
- Schofield P. Pain education and current curricula for older adults. *Pain Med* 2012;13 (Suppl 2):S51-56.
- Skevington MS. *Psychology of pain*. Wiley, London,1995.
- Smith HS. Potential analgesic mechanisms of acetaminophen. *Pain Physician* 2009; 12:269.
- Snook SH. The cost of back pain in industry. *Occup Med* 1988;3:1-5.
- Sousa, F.A., Pereira, L.V., Cardoso, R., & Hortense, P. (2010). «Multidimensional pain evaluation scale». *Revista Latino- Americana de Enfermagem* 18 (1): 3-10.
- Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; 36:575.
- Turk DC, Wilson HD, Cahana A. treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* 2011; 377:2226-35.
- Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* 2011; 377:2226.
- Urch CE, Suzuki R. 2008. Pathophysiology of somatic, visceral, and neuropathetic cancer pain. Στο Sykes N. , Bennett M.I., Yuan C.S. *Clinical Pain Management: Cancer Pain*. 2nd ed .London: Hodder Arnold :3-12.
- Van Tulder MW. Low back pain and sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2501-13.

Varni, J.W., Thompson, K.L., & Hanson, V. (1987). «The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire: I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis». Pain 28: 27-38.

Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F.J., & Dworkin, S.F. (1992). «Grading the severity of chronic pain». Pain 50: 133-149.

WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses.

Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. AnnIntern Med 2004; 140:441-51

Βαδαλούκα ΑΝ. Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου με παρεμβατικές τεχνικές. Ογκολογική Ενημέρωση 2004, 6: 156 – 159.

Γεωργιάδης Α. Η ταξινόμηση των διαφόρων ειδών του πόνου 2018.

Γουλές Δ. Εννοιολογία του πόνου, ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά, info orthopaedics, <http://iatrikionline.gr>.

Ιατρού Χ. Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 2003; 1: 48-57.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Κορδολής ΝΙ. Νέες τάσεις στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Ελληνική Ογκολογία 1998, 34: 205 – 207.

Σολδάτος Κ, Σακκάς Π και Μπεργιαννάκη Ι. Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού - ασθενούς. Ελλην Ογκολογία 1986; 22:96-102.

Σολδάτος Κ. Πόνος: κλινικές εικόνες και αντιμετώπιση. Κλινικά φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα 1991; σελ 7-16.