

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***ΣΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ***

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΑΝΝΑ

ΠΕΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2006

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τον τελευταίο καιρό όλο και συχνότερα αναγνωρίζεται ότι μια αποτελεσματική παρέμβαση στο χώρο της ογκολογίας πρέπει να πάρει υπόψη της τόσο τους οργανικούς, όσο και τους ψυχολογικούς παράγοντες. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια η προσφορά όλων όσων δουλεύουν σ' αυτό το χώρο θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν παράλληλα με τη διάρκεια επιβίωσης φροντίσουν και για την ποιότητα της ζωής και τις ψυχολογικές ανάγκες κάθε ανθρώπου. Αυτή η ολιστική προσέγγιση προϋποθέτει την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ψυχολογικές διαστάσεις της αρρώστιας και στην ειδική ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου με καρκίνο και της οικογένειάς του.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών σε θέματα που σχετίζονται με τον καρκινικό πόνο. Διότι, είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	9
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	11
<i>A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</i>	<i>12</i>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	3
1.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΝΟΣ;.....	4
1.2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	4
1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	8
1.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
1.5. ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ.....	10
1.6.ΕΚΤΙΜΗΣΗ / ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	11
1.7. ΘΕΩΡΙΑ ΠΥΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: GATE CONTROL THEORY	14
1.8. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	18
2.1. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	20
2.2. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.....	21
2.3. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	23
2.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ.....	26
2.5. ΜΕΘΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	32
2.6. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΗ.....	42
3.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ	43
3.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	45
3.3. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	46
3.4. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.....	58
3.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	60

3.6. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	61
3.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ66

4.1. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	68
----------------------------------------------	----

4.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	70
----------------------------	----

4.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	73
-----------------------------------------------------------------------	----

4.4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	74
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... 77

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	78
-----------------------	-----------

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	79
-------------------------------------------------	-----------

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	84
-------------------------------------------------------------------	-----------

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	86
--------------------------	-----------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	107
---------------------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
---------------------------	------------

<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α..... 113</i>	
------------------------------------	--

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν και πάνω απ' όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα προϊστάμενο του νοσηλευτικού τμήματος, Μερκούρη Αναστάσιο για την υποστήριξη που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αυτής.

Επίσης ευχαριστούμε θερμά όλους τους καθηγητές του νοσηλευτικού τμήματος, οι οποίοι μας καθοδήγησαν και μας δίδαξαν σ' όλο το διάστημα της τετραετούς φοίτησής μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων ΠΑ.Γ.Ν.Η. και Βενιζελείου για την προθυμία του να συμμετάσχει στην έρευνα αυτή.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις, τι ακριβώς είναι ο πόνος είναι δύσκολο να καθοριστεί. Κι αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μια προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό «ερεθίσμα-απάντηση» σύμπλεγμα. Σύμφωνα με τον ορισμό που καθιέρωσε η IASP (International Association for the Study of Pain, 1979) πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική καταστροφή ιστών ή που περιγράφεται σαν τέτοια».

Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος. Ο πόνος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή παθολογικός, οξύς ή χρόνιος, σωματικός ή σπλαχνικός ή νευροπαθητικός και καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας. Το μέγεθος του ερεθίσματος, η αντίληψή του σαν πόνος και η απάντηση που προκαλείται αποτελούν μέρη μίας εξίσωσης στην οποία ουσιαστικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του ατόμου και η φιλοσοφική του τοποθέτηση απέναντι στο φαινόμενο της ζωής.

Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησης του επιδρά στον τρόπο ζωής των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μία πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία, πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει. Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από το χώρο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομείο-κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στην ανακούφιση του, γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή.

Οι βασικότερες προϋποθέσεις για την ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου θεωρούνται η εκπαίδευση των επιστημών υγείας, η διαθεσιμότητα των αναλγητικών φαρμάκων και η εθνική πολιτική. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι τίποτε δεν θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα της ζωής των αλγούντων ασθενών με καρκίνο, εκτός από τη μετάδοση και εφαρμογή των ήδη διαθέσιμων γνώσεων σε σχέση με την αντιμετώπιση του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων του, οι οποίες εξασφαλίζουν ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

Είναι λοιπόν προφανές ότι οι νοσηλευτές με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Γι' αυτό κρίνεται επιβεβλημένη η άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και συνεχιζόμενο επίπεδο που θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών μάθησης του συγκεκριμένου νοσηλευτικού πληθυσμού.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επάρκειας των γνώσεων των νοσηλευτών στην κλινική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, καθώς και η εκπαιδευτική τους προετοιμασία στο γνωστικό αντικείμενο του καρκινικού πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σε αντίθεση προς άλλες μορφές αισθήσεων, είναι δύσκολο να δοθεί ένας ικανοποιητικός ορισμός για την αίσθηση του πόνου, που αποτελεί υποχρεωτική εμπειρία της ανθρώπινης ζωής αφ' ότου υπάρχει ο άνθρωπος.

Στην ουσία ο πόνος είναι εντελώς προσωπική υπόθεση του καθενός, εξ ολοκλήρου υποκειμενικής φύσεως και φαινόμενο κατ' εξοχήν σύνθετο.

Σημαντικός λόγος για τη σύγχυση που επικρατεί σχετικά με τη φύση του πόνου, είναι το γεγονός, ότι, όλοι μάθαμε να χρησιμοποιούμε με ευκολία τη λέξη «πόνος» χαρακτηρίζοντας έτσι πλήθος δυσάρεστων αισθήσεων από τη στιγμή που αυτές γίνονται στενόχωρες, δυσάρεστες, ερεθιστικές, σοβαρές, έντονες ή δυσβάσταχτες για τον άρρωστο.

Γεγονός είναι ότι τον πόνο επηρεάζουν πολλοί παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, το φύλλο, η ηλικία, η φυλή, η προσωπικότητα, η ιδιοσυγκρασία, η εκπαίδευση και η διαπαιδαγώγηση του ατόμου, η καλλιέργεια, η ανατροφή και βεβαίως η συναισθηματική κατάσταση (Παρλαπάνη, 1999, σελ. 9).

Ο Αριστοτέλης θεωρούσε τον πόνο σαν μια ποιοτική ιδιότητα ή πάθος της ψυχής, αίσθηση που αποκτάται εμπειρικός και εκ διαμέτρου αντίθεση της ευχαρίστησης.

Πόνος και ευχαρίστηση κατά τον Αριστοτέλη είναι οι κύριες φυσιολογικές δυνάμεις που καθοδηγούν την ανθρώπινη δράση.

Ο Σοφοκλής πάλι είπε το περίφημο «για να ασκήσουμε επίδραση επί του πόνου είναι περισσότερο χρήσιμο να γνωρίζουμε τις σκέψεις των ανθρώπων παρά τη φυσιολογία αυτών».

Η άποψη του Αριστοτέλη για τον πόνο ήταν παραδεκτή μέχρι τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όταν πλέον οι επιστήμονες άρχισαν να θεωρούν τον πόνο ως μια ιδιαίτερη μορφή αίσθησης.

Ορισμένοι συγγραφείς από 30ετία περίπου πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελείται από δύο τμήματα: την αντίληψη του πόνου και την αντίδραση σε αυτόν. (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 9).

Η αντίληψη του πόνου είναι μια αυτοτελής νευροφυσιολογική διαδικασία με τις δικές της δομικές, ανατομικές, λειτουργικές και αισθητικές ιδιότητες και επιτυγχάνεται με ανάλογους νευρικούς, αισθητικούς και μεταβιβαστικούς μηχανισμούς.

Αντίθετα η αντίδραση στον πόνο είναι μία σύνθετη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει και τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου. Αντιπροσωπεύει τις συγκινησιακές και φυσιολογικές εκδηλώσεις που προκύπτουν από τον πόνο, ανάλογα με το τι αισθάνεται, τι πιστεύει και τι κάνει το κάθε άτομο όταν πονάει. Είναι προφανές ότι η αντίδραση στον πόνο διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς και επί του ίδιου ατόμου με την πάροδο του χρόνου και την πείρα που αποκτά από τη ζωή εν τω μεταξύ. Η αντίληψη του πόνου και η αντίδραση σ' αυτόν συχνά διακρίνονται με σαφήνεια. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν: ο τραυματισμός στο πεδίο της μάχης και ο τραυματισμός αθλητών στη διάρκεια αγώνων. Διαχωρίζονται επίσης κατά τη γενετήσια διέγερση, τη μυστικιστική έξαρση, επί πασχόντων από τραυματική καταπληξία, επί ορισμένων βλαβών του εγκεφάλου ή και επί ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον η αντίδραση στον πόνο μπορεί να κατασταλεί βουλητικά όπως π.χ. οι κραυγές, καθώς και σωματικά αντανακλαστικά αμύνης.

1.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΝΟΣ;

Ο ορισμός του πόνου που προτείνεται από τη Διεθνή Ένωση για τη μελέτη του πόνου (International Association for the study of pain, 1979) θα μπορούσε να αποτελέσει σημείο αναφοράς.<<Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύει κάποια πραγματική ή δυσάρεστη ιστική βλάβη ή που περιγράφεται από το μέγεθος μιας τέτοιας βλάβης. Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός, κάθε άτομο μαθαίνει τη χρήση της λέξης μέσω εμπειριών που σχετίζονται με τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του. Είναι αναμφισβήτητη μια αίσθηση που αναφέρεται σε κάποιο ή σε κάποια σημεία του σώματος αλλά είναι πάντα δυσάρεστη και ως εκ τούτου αποτελεί συναισθηματική εμπειρία.>> (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1989).

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Είναι προφανές ότι ο πόνος αποτελεί παράγοντα θεμελιώδους αξίας για την ανθρώπινη συμπεριφορά, δεδομένου ότι μεταξύ των άλλων αποτελεί ένα σύστημα

προειδοποίησης και έτσι αντιπροσωπεύει μια λειτουργία αποφασιστική και πολλές φορές σωτήρια για τη ζωή.

Πράγματι ενώ η έλλειψη αισθήσεων θα μπορούσε να αντιρροπισθεί, τόσο τα ζώα, όσο και ο άνθρωπος, θα μπορούσαν να εκτεθούν σε θανάσιμο κίνδυνο οπωσδήποτε ισχυρά το συναίσθημα και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Οι υποδοχείς του πόνου

Οι υποδοχές του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις, ευρύτατα

διασκορπισμένες σε όλη την επιφάνεια του σώματος καθώς και στα εσωτερικά όργανα (οστά, μυς, αρθρώσεις, τοιχώματα κοίλων σπλάγγων, ορογόνους υμένες, μήνιγγες κλπ.).

Ο πόνος συνήθως προκαλείται από τον ερεθισμό των εξειδικευμένων αυτών υποδοχέων ή των κεντρομόλων οδών που τους αντιστοιχούν και διεγείρονται από ερέθισμα που είναι δυνητικά βλαβερό για τον οργανισμό.

Όπως ήδη τονίσθηκε βρίσκονται σε κάθε όργανο, τα σημεία πόνου πάντως στο δέρμα είναι πολύ περισσότερα και από τα σημεία πίεσεως και από τα σημεία θερμοκρασίας.

Υπολογίζεται ότι σ' ένα δερματικό νεύρο το 50% αισθητικών ιών προέρχονται από υποδοχές του πόνου.

Οι ίνες αυτές είναι λεπτές εμμύελες ίνες Αδ ή αμμύελες ίνες c και σχετίζονται με διάφορες ποιότητες πόνου. οξύς, διαξιφιστικός, εντοπισμένος πόνος (ίνες Αδ) αμβλύς, καυστικός, διάχυτος πόνος (ίνες c)

Η υποδιαίρεση όμως αυτή παρατηρείται μόνο κάτω από σταθερές συνθήκες και δεν φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία.

Επιπλέον δεν συνδέονται με αισθηματικούς υποδοχείς του πόνου όλες οι ίνες C και Αδ. Μεταξύ αυτών των κεντρομόλων ιών βρίσκουμε ακόμη ίνες που μεταφέρουν ερεθίσματα θερμού-ψυχρού και κιναισθησίας. Ίνες C επίσης μεταφέρουν φυγόκεντρα ερεθίσματα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος προς διάφορα όργανα της περιφέρειας (π.χ. λείες μυϊκές ίνες των αγγείων, ιδρωτοποιοί αδένες) (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 16).

Οι ίνες αυτές παρότι δεν εξυπηρετούν τη μεταφορά ερεθισμάτων πόνου, συχνά έχουν σημασία στην ολοκλήρωση του φαινομένου του πόνου.

Οι περισσότεροι υποδοχείς του πόνου, όπως αποδείχθηκε πειραματικά, μπορούν να διεγερθούν από πολλαπλά είδη ερεθισμάτων π.χ. έντονη πίεση, ακραίες θερμοκρασίες ή και από χημικά ερεθίσματα. Υπάρχουν πάντως και απολήξεις πόνου που ερεθίζονται από ένα μόνο τύπο ερεθίσματος π.χ. οι υποδοχείς καύσου καθώς και ειδικοί υποδοχείς πόνου οι οποίοι αντιδρούν μόνο σε πίεση ή μόνο σε χημικά ερεθίσματα .

Γενικά οι υποδοχείς του πόνου είναι ευαίσθητοι σε κάθε παράγοντα ο οποίος προκαλεί, ή απειλεί να προκαλέσει βλάβη των ιστών γι' αυτό και οι υποδοχείς του πόνου είναι γνωστοί σαν *nociceptors*, χαρακτηρίζονται δε τόσο οι Αδ και οι Cαπό υψηλούς ουδούς και απαιτούν έντονα ερεθίσματα για να ενεργοποιηθούν.

Το «μικρό περιβάλλον» του υποδοχέα του πόνου που αποτελείται π.χ. από τριχοειδή αγγεία, λείες μυϊκές ίνες, φυγόκεντρες συμπαθητικές ίνες, μπορεί να υποστεί παθοφυσιολογικές μεταβολές και να ασκήσει μια αποφασιστική σημασίας δράση επί της ερεθισμότητας του υποδοχέα του πόνου και έτσι να πάρει μέρος στη δημιουργία του πόνου.

Διάφορες χημικές ουσίες μπορεί να ερεθίσουν τους υποδοχείς του πόνου και να τους κάνουν πιο ευαίσθητους σε άλλα ερεθίσματα(=ευαισθητοποίηση). Οι ενδογενείς αλγινές ουσίες έχουν ιδιαίτερη σημασία στη σύναψη αυτή.

Ο τόνος των λείων μυϊκών ινών μπορεί επίσης να διεγείρει τους υποδοχείς του πόνου (όπως π.χ. επί των περιπτώσεων κωλικού) και το ίδιο δυνατόν να συμβεί επί διαφόρων άλλων επιδράσεων από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Τα προαναφερθέντα δείχνουν τις διάφορες δυνατότητες μεταβολής της ευαισθησίας των υποδοχέων του πόνου, και αποτελούν καταστάσεις που δεν μελετήθηκαν ακόμη λεπτομερώς αν και παρέχουν βάσιμες ελπίδες, όσον αφορά, τη δυνατότητα θεραπευτικής επέμβασης στην περιφέρεια (Παρλαπάνης, 1999)

Η διέγερση των υποδοχέων και η αντίληψη του πόνου

Πολλοί υποδοχείς του πόνου μπορούν να ερεθιστούν από ποικίλου τύπου ερεθίσματα(θερμικά, μηχανικά, χημικά). Ο ουδός όμως διέγερσης του υποδοχέα δεν

συμπίπτει με τον ουδό της αίσθησης του πόνου, που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υψηλότερος αυτού του υποδοχέα, οπότε οι ώσεις από τους υποδοχείς πρέπει να αθροισθούν τοπικά και χρονικά στο Κ.Ν.Σ. για να προκαλέσουν πόνο.

Τέτοια αθροιστικά φαινόμενα συμβαίνουν σ' όλα τα αισθητικά συστήματα.

Παρόλο όμως που δεν ταυτίζονται ο ουδός διέγερσης του υποδοχέα με τον ουδό του πόνου, απεδείχθη ότι ο ρυθμός διέγερσης του υποδοχέα και η υποκειμενική αίσθηση του πόνου αυξάνονται με την αύξηση της έντασης του ερεθίσματος.

Ο πειραματικός πόνος του δέρματος θεωρούμε δεδομένο ότι οφείλεται στον ερεθισμό και τη διέγερση των ειδικών υποδοχέων αυτού. Δεν έχουν ανακοινωθεί πάντων ακόμη συγκριτικές δοκιμασίες του ίδιου είδους μεταξύ των εσωτερικών οργάνων και των μυών. Παρόλο που υπάρχουν και εδώ πολυάριθμες ίνες Αδ και C με χαρακτηριστές δυνητικά αισθητικούς, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η διέγερσή τους σχετίζεται με την αίσθηση του πόνου.

Υπόθεση παραμένει, ότι ο χρόνιος πόνος που ξεκινά από την περιφέρεια, οφείλεται και αυτό σε διέγερση των ιδίων υποδοχέων που έχουν ταυτοποιηθεί με τη χρήση πειραματικού επώδυνου ερεθίσματος.

Απαιτούνται πολλές μελέτες ακόμη ωστόσο να αποσαφηνισθεί η σχέση μεταξύ διέγερσης των νεύρων και της αίσθησης του πόνου (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 19.)

Χημικές επιδράσεις επί των υποδοχέων

Οι παθοφυσιολογικές μεταβολές στο «μικρό περιβάλλον» των υποδοχέων οφείλονται πρωταρχικά στην αυξημένη απελευθέρωση ενδογενών ουσιών από τους περιβάλλοντες ιστούς, όπως KCl, ιόντα H⁺, σεροτονίνη, βραδυκίνη, ισταμίνη, προσταγλαδίνες, καθώς και μερικές σφαιρίνες.

Όταν οι ουσίες αυτές εφαρμοσθούν πειραματικά επί του ανθρώπινου δέρματος, προκαλούν πόνο. Συγκεντρώσεις βραδυκίνης και σεροτονίνης ικανές να προκαλέσουν πόνο, ανευρίσκονται επί φλεγμονοδών διεργασιών και είναι αποδεδειγμένο ότι οι ενδογενείς αυτές ουσίες παίζουν ουσιαστικό ρόλο στον πόνο και στη φλεγμονή και γι' αυτό είναι γνωστές σαν αλγεινές ουσίες.

Οι αλγεινές αυτές ουσίες αποτελούν ένα ισχυρό επώδυνο ερέθισμα σε όλα τα όργανα. Σε συγκεντρώσεις χαμηλές, κάτω του ουδού του υποδοχέως, όταν δηλαδή δεν μπορούν να διεγείρουν τους υποδοχείς έχουν μία τάση ευαισθητοποιητική. Σε μικρές δόσεις η βραδυκινίνη και η προσταγλαδίνη E₂ μπορεί να ελαττώσει τον ουδό του υποδοχέα έναντι άλλου ερεθίσματος (π.χ. θερμικού).

Οι αλγεινές ουσίες σχετίζονται επίσης με τη διέγερση υποδοχέων στον καρδιακό και τους σκελετικούς μυς. Ο πόνος της ισχαιμίας του μυοκαρδίου και των σκελετικών μυών που εργάζονται με χαμηλή αιματική περιοχή θεωρείται ότι οφείλεται σ' αυτούς τους μηχανισμούς.

Η δράση των αλγεινών ουσιών στους υποδοχείς είναι αρκετά περίπλοκη. Για παράδειγμα, η διέγερση αισθητικών υποδοχέων του πόνου των μυών από τη βραδυκινίνη αυξάνεται πάρα πολύ, εάν παρούσα κατά την ίδια στιγμή είναι η σεροτονίνη ή η προσταγλαδίνη E₂. Από την άλλη πλευρά η σύνθεση της προσταγλαδίνης E₂ διευκολύνεται από τη βραδυκινίνη.

Αυτή η πολλαπλή αλληλοεπίδραση σχετίζεται ίσως και με τον πόνο της φλεγμονή (Stanley, 1989).

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο όρος χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια σειρά παροδικών αισθήσεων που αντιλαμβάνονται όταν ένα ερέθισμα έχει ένταση αρκετή για να προκαλέσει βλάβη στους ιστούς ή τραύμα μικρής έκτασης, το οποίο όμως δεν προκαλεί εκτεταμένη αντιδραστική φλεγμονή ούτε βλάβη του νευρικού συστήματος. Ο Sherrington στις αρχές του αιώνα χρησιμοποίησε τον όρο «noxious=βλαβερό» για να περιγράψει ακριβώς αυτό τον τύπο του ερεθίσματος. Ο φυσιολογικός πόνος μπορεί να προκληθεί από μηχανικό, θερμικό ή χημικό ερέθισμα. Πειραματικά έχει δημιουργηθεί συγκεκριμένος ουδός κατά τον οποίο η αίσθηση παύει πια να είναι πίεση, ζεστό ή κρύο και γίνεται επώδυνο ερέθισμα. Η ένταση του ερεθίσματος που φθάνει τον ουδό του πόνου είναι όμοια με αυτήν που προκαλεί το αντανακλαστικό της απόσυρσης / ανάκλησης (flexion withdrawal reflex, το τράβηγμα δηλαδή ή την απομάκρυνση του μέλους από το βλαπτικό ερέθισμα). Η σχέση μεταξύ της έντασης του ερεθίσματος και της απάντησης σε αυτό είναι ποσοτική, μέχρις ότου το ερέθισμα ξεπεράσει τα όρια ανοχής.

Ο φυσιολογικός πόνος πρέπει να διακρίνεται από τη δυσάρεστη αίσθηση που προκαλείται από αβλαβή ερεθίσματα "innocuous stimuli", καθώς στην περίπτωση αυτή αφενός παρεμβάλλονται ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος και η υποβολή, αφετέρου δε ο πόνος εκδηλώνεται με αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, επιτηδευμένες κλπ.

Η έννοια του φυσιολογικού πόνου ανταποκρίνεται στη λειτουργία των φυσιολογικών αισθήσεων. Τελεολογικά, αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό μηχανισμό, καθώς μα απομακρύνει από τους έστω και παροδικά βλαπτικούς παράγοντες. Στην καθημερινή ζωή αγγίζοντας κρύα ή ζεστά αντικείμενα, δεχόμενοι πίεση από έντονο ερέθισμα, τσίμπημα ή τσουγκρανιά, έχουμε πολλαπλές ευκαιρίες να αντιληφθούμε τι σημαίνει φυσιολογικός πόνος και να εκτιμήσουμε τις δυνατότητες ανοχής μας σε αυτόν (Παρλαπάνης, 1999).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Είναι η αίσθηση που προκαλείται είτε από μία φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει ιστικό τραύμα, είτε από βλάβη του νευρικού συστήματος. Γι' αυτό διακρίνεται σε φλεγμονώδη και νευρολογικό. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, έχουν ενδιαφέροντα κοινά χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν από το φυσιολογικό πόνο:

Ο πόνος μπορεί να συμβεί κατά την απουσία εμφανούς ερεθίσματος.

Η απάντηση σε ερέθισμα μεγαλύτερου ουδού μπορεί να είναι υπερβολική ως προς το μέγεθος ή τη διάρκεια του ερεθίσματος

Ο ουδός για την πρόκληση του πόνου ελαττώνεται σε επίπεδα, που φυσιολογικά ένα αβλαβές ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει πόνο.

Η αίσθηση του πόνου μπορεί να επεκταθεί από το σημείο του τραύματος σε μή τραυματισμένη περιοχή.

Μπορεί να δημιουργηθούν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και του σωματοαισθητικού συστήματος.

Κατά τον παθολογικό πόνο διακόπτεται η εκλεκτικότητα ή εξειδίκευση του σωματοαισθητικού συστήματος και παρατηρείται δυσαρμονία μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης. Το ερέθισμα δεν προκαλεί αντίστοιχη απάντηση. Δεν υπάρχει

“adequate stimulus= κατάλληλο ερέθισμα”. Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από ασήμαντο ερέθισμα, να είναι έντονος και εξαιρετικά παρατεταμένος.

1.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος είναι οξύς ή χρόνιος

Οξύς είναι ο πόνος που προκαλείται από τραύμα ή χειρουργική επέμβαση, νόσο του δέρματος ή των εν τω βάθει ιστών ή από παθολογική λειτουργία των σπλάχνων. Οι αιτίες προκαλούν ιστική βλάβη που είναι αναστρέψιμη. Από βιολογική άποψη μπορεί να έχει προειδοποιητική, διαγνωστική ή θεραπευτική αξία. Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος είναι άχρηστος και βλαβερός.

Ο Χρόνιος πόνος είναι αυτός που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες ή αλλιώς είναι εκείνος που επιμένει ένα μήνα πέρα από τη συνηθισμένη πορεία μιας οξείας νόσου ή ενός λογικού χρόνου που απαιτείται για επούλωση του τραύματος. Εμφανίζεται σε χρόνιες παθολογικές καταστάσεις. Υποτροπιάζει (Παρλαπάνης, 1999).

Ο πόνος μπορεί να είναι: σωματικός – σπλαχνικός - νευροπαθητικός

Οι συνιστώσες του πόνου είναι:

-αισθητική επικριτική (sensory discriminative)

-συναισθηματική συγκινησιακή (affective emotional)

γνωστική ερμηνευτική (cognitive intercepte)

1.5. ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ

1. Σωματικός πόνος: από τους μυς, τα οστά, το δέρμα, τον υποδόριο ιστό και το περιτόναιο άγεται με τις Αδ και C ίνες. Κατανέμεται στο αντίστοιχο δερμοτόμιο της ρίζας που διεγείρεται. Είναι πόνος οξύς, σαφής, εντοπιζόμενος.
2. Σπλαχνικός πόνος. Από τα σπλάχνα άγεται με ίνες C και με λίγες Αδ. Κατανέμεται στα αντίστοιχα στοιχεία του ΑΝΣ. Είναι πόνος αμβλύς, μη εντοπιζόμενος.

3. Νευροπαθητικός πόνος:

α) αλλοδυνία: Είναι ο πόνος σε μη βλαπτικά ερεθίσματα

β) υπεραλγησία: Είναι η υπερβολική απάντηση των υποδοχέων στα βλαπτικά ερεθίσματα. Αναπτύσσεται μετά από διακοπή της περιφερικής αισθητικής οδού (διατομή του νεύρου πριν από το γάγγλιο της οπίσθιας ρίζας). Οφείλεται στις αυτόματες πυροδοτήσεις του NM και του θαλάμου από ερεθίσματα που έρχονται από την περιφέρεια λόγω ανώμαλων εκβλαστίσεων των νεύρων, διακοπής των ανασταλτικών ώσεων, τροποποίησης των νευρομεταβιαστών και υποδοχέων, ενδογενή διεγερσιμότητα των κομμένων νωπιαίων νευρώνων, ή φυσιολογική λειτουργία του ANΣ (ενώ η αισθητική οδός είναι καταστρεμμένη).

Μετά από μια ιστική βλάβη, στις τελικές απολήξεις εκλύεται ουσία P και συγκεντρώνονται αλγογόνες ουσίες (βραδυκίνη, ακετυλοχολίνη, ιόντα H^+ και K^+ , προσταγλαδίνες, λευκοτριένια). Οι ουσίες αυτές προκαλούν την πρωτοπαθή υπεραλγησία. Η ουσία P προκαλεί αγγειοδιαστολή και επιδρά στα μαστοκύτταρα που εκκρίνουν ισταμίνη και στα αιμοπετάλια που εκκρίνουν σεροτονίνη. Οι ουσίες αυτές ευαισθητοποιούν γειτονικούς υποδοχείς πόνου. Προκαλούν τη δευτεροπαθή υπεραλγησία. Πρωτοπαθής και δευτεροπαθής υπεραλγησία αποτελούν την περιφερική ευαισθητοποίηση. Έτσι προκύπτει ένα καταιγισμός ερεθισμάτων στα οπίσθια κέρατα του NM –ευαισθητοποίηση των νευρώνων των οπίσθιων κεράτων, και επέκταση των δεκτικών πεδίων (Παρλαπάνης, 1999).

1.6.ΕΚΤΙΜΗΣΗ / ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η εκτίμηση του πόνου είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του μεγέθους του πόνου και της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής. Τα περισσότερα Κέντρα Αντιμετώπισης του Πόνου χρησιμοποιούν ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο και δελτίο εξέτασης, ώστε να έχουν ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του αρρώστου (McCaffery, 1999)

- Ιστορικό. Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου πρέπει να διερευνήσει την ένταση, την προέλευση και την παθοφυσιολογία του

πόνου. Οι πληροφορίες από τον άρρωστο, τους συγγενείς, ή το γιατρό που παραπέμπει τον άρρωστο στο Ιατρείο του Πόνου πρέπει να δίνουν απάντηση στα ερωτήματα: πότε πονά, που πονά, την ένταση του πόνου, ποιοι παράγοντες ενισχύουν ή αμβλύνουν τον πόνο, καθώς πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησής του. Εάν είναι άρρωστος με χρόνιο πόνο πρέπει να επιμείνουμε σε ερωτήσεις που αφορούν τον επαγγελματικό, τον κοινωνικό, τον οικονομικό και τον ψυχολογικό τομέα.

- Φυσική εξέταση. Έχει σκοπό να συνδέσει την επώδυνη σημειολογία που αναφέρει ο άρρωστος (ενοχλήματα / παράπονα) με την ανατομική οδό του πόνου. Συμβάλλει επίσης ουσιαστικά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κατά την επανεξέταση του ασθενούς.
- Εργαστηριακές εξετάσεις. Απαραίτητες είναι μόνο οι εξετάσεις που απαιτούνται για τη συνέχιση ή τροποποίηση ή / και διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Π.χ. η λευκοπενία επιβάλλει διακοπή της χορήγησης καρβαμαζεπάμης. Ακτινολογική διερεύνηση απαιτείται για επιβεβαίωση μεταστάσεων και προσθήκη ακτινοβολίας κλπ.
- Μέθοδοι μέτρησης και εκτίμησης του πόνου. Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου δεν είναι ευχερής, γιατί στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή. Ο Lassagna από το 1960 σημείωσε ότι ο "γιατρός που ασχολείται με τον πόνο είναι στο έλεος του αρρώστου. Εξαρτάται από την ικανότητα και προθυμία του αρρώστου να επικοινωνήσει μαζί του". Χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται κλίμακες οι οποίες δίνουν ενδείξεις για το μέγεθος (ένταση και διάρκεια) του πόνου.

α. Κλίμακα λέξεων. Πέντε συνήθως λέξεις: μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός, αβάστακτος πόνος. Δεν είναι αξιόπιστη. Οι ασθενείς επιλέγουν συνήθως τις μεσαίες λέξεις.

β. Κλίμακα αριθμών. Κλίμακα οπτικού ανάλογου. Αριθμητική κλίμακα από 0 (=καθόλου πόνος) έως 10 (ο χειρότερος πόνος). Είναι απλή και εύχρηστη

γ. Πίνακας με σχήματα προσώπου με χαμόγελο έως κλάμα. Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά.

δ. Ερωτηματολόγιο MPQ. Έντυπο ερωτηματολόγιο περιγραφής των στοιχείων του πόνου. Αναφέρεται σε είκοσι ενότητες.

ε. Ημερολόγιο πόνου.

στ. Πολυφασική περιγραφή της προσωπικότητας. Περιλαμβάνει και ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική σφαίρα, την κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς. Θεωρείται πιο αντικειμενική, αλλά απαιτεί εμπειρία, χρόνο και ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.

ζ. Προσπάθεια εκτίμησης του μεγέθους του πόνου γίνεται επίσης με ακουστικά και σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά, πονόμετρο ή αλγόμετρο πίεσης.

η. Πειραματικά. ερευνάται συνήθως ο πόνος, με την καταγραφή της ανοχής θερμού ερεθίσματος (υποχρεώνεται το πειραματόζωο να πατήσει πάνω σε θερμαινόμενη επιφάνεια).

Πως μετρείται ο πόνος;

Η μέτρηση του πόνου έχει να αντιμετωπίσει δυσκολίες, διότι ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό φαινόμενο, επομένως τελικά μετρήσιμο και συγκρίσιμο μόνο έμμεσα και όχι αντικειμενικά. Αυτό που είναι άμεσα δυνατόν να μετρηθεί είναι τα δυναμικά ενεργείας των νευρικών ινών, η ισχύς των αντανακλαστικών φυγής, οι μεταβολές της εγκεφαλικής λειτουργίας μέσω μέτρησης εγκεφαλικών δυναμικών (ηλεκτροεγκεφαλογραφία), ο καθορισμός μεταβολικών δραστηριοτήτων εντός του εγκεφάλου. Επιπλέον μπορεί κανείς άμεσα, μέσω των αλλαγών φυσιολογικών παραμέτρων, να βγάλει συμπεράσματα για την ύπαρξη πόνου και να τον καθορίσει έτσι ημιποσοτικά. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και λεκτικές ή μη λεκτικές καθώς και παραλλακτικές παράμετροι επικοινωνίας, μετρήσεις συμπεριφοράς (π.χ. εκφράσεις προσώπου και σώματος, ανησυχία κ.λ.π.), μέτρησης της υποκειμενικής αντίληψης του πόνου μέσω εκτίμησης από παρατηρητή (Luban-plazza, 1998).

1.7. ΘΕΩΡΙΑ ΠΥΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: GATE CONTROL THEORY

Την υποστήριξαν οι Metzack και Wall το 1965. Η θεωρία βασίζεται σε νευροανατομικά δεδομένα, δηλαδή στις διαφορετικές ιδιότητες των Αδ και C νευρικών ινών.

Φυσιολογικά, η πύλη η οποία βρίσκεται στη φαιά ουσία των οπισθίων κεράτων του ΝΜ, είναι μισάνοικτη εξαιτίας συνεχούς αλλά μικρής δραστηριότητας των ινών C. Αν αυξηθεί η κίνηση στις ίνες C η πύλη θα ανοίξει εντελώς. Το αντίθετο θα γίνει όταν αυξηθεί η κίνηση στις ίνες Αδ. Όταν έρθει το επώδυνο ερέθισμα αυξάνεται η κίνηση τόσο στις ίνες C όσο και στις Α, αλλά,

α. Εξαιτίας του ότι το ερέθισμα μεταδίδεται ταχύτερα στις ίνες Α, η πύλη κλείνει και το ερέθισμα δεν μεταδίδεται. Έτσι ερμηνεύεται η ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου ενός μέλους με τη θωπεία του μέλους, ή του πόνου του εγκαύματος με την τοποθέτηση του μέλους στο κρύο νερό.

β. Επειδή όμως οι ίνες Α ερεθίζονται σύντομα, η δράση τους ελαττώνεται και υπερισχύει η δράση των μικρών ινών C, με συνέπεια να ανοίξει η πύλη και να μεταδίδεται το επώδυνο ερέθισμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το μαρτύριο της σιαγόνας: στην αρχή οι σταγόνες που παίρνουν π.χ. στο αντιβράχιο, διεγείρουν τις ίνες Α με συνέπεια να κλείσει η πύλη και το ερέθισμα να μην γίνεται αντιληπτό. Στη συνέχεια οι ίνες Σ εθισθούν ελαττώνεται η δράση του, ενώ αυξάνεται των ινών C, με αποτέλεσμα να ανοίξει η πύλη και το ερέθισμα να γίνει αντιληπτό, ενοχλητικό, επώδυνο, μαρτύριο.

γ. Το κεντρικό νευρικό σύστημα πληροφορούμενο άμεσα από τις ίνες Α τις μεταβολές στην πύλη ασκεί επιπρόσθετο έλεγχο, έτσι ώστε ελαττώνεται η δραστηριότητα των ινών C και κλείνει η πύλη.

Έτσι ερμηνεύεται η παροδική αναλγησία στο πεδίο της μάχης, όπου ο τραυματίας συνειδητοποιώντας ότι έχει σωθεί δεν πονά, ενώ αργότερα στα μετόπισθεν σφαδάζει από πόνο.

Με τη θεωρία της πύλης εισόδου του πόνου εξηγείται η αναλγητική δράση του διαδερμικού νευροερεθισμού και του βελονισμού για την αντιμετώπιση του οξέος περιεγχειρητικού και του χρόνιου πόνου. Τελευταία όμως η παρατήρηση ότι κατά την απώλεια μεγάλου αριθμού των Α και C δεν έχουμε πάντοτε αντίστοιχα πόνο ή

αναλγησία, έθεσε ερωτηματικά και αμφισβήτησε την αξιοπιστία της θεωρίας (McCaffery, 1999).

1.8. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από θεραπευτικής σκοπιάς ο πόνος διακρίνεται σε δυο τάξεις, τον οξύ και το χρόνιο. Πόνος διάρκειάς μικρότερης των 3 έως 6 μηνών μπορεί γενικά να θεωρηθεί ως οξύς, ενώ όταν παρατείνεται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα θεωρείται ότι είναι χρόνιας φύσεως.

Αυτή η ταξινόμηση έχει σημαντική κλινική σημασία γιατί οι βασικές αρχές για την αντιμετώπιση του οξέος και του χρόνιου πόνου διαφέρουν σημαντικά.

Οξύς πόνος.

Ο οξύς πόνος συνήθως οφείλεται σε εμφανή βλαπτικά ερεθίσματα (π.χ. βλάβη ιστών που οφείλεται σε νόσο, τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση).

Οι αρχές στην αντιμετώπιση του οξέος πόνου συνοψίζονται στα εξής τέσσερα σημεία (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 145-46).

1. Τη διάγνωση και θεραπεία της υποκείμενης αιτίας
2. Τη χρησιμοποίηση των καταλλήλων για τον πόνο φαρμάκων. Η εκλογή του φαρμάκου εν προκειμένω πρέπει να βασισθεί σε δύο συνιστώσες τη σοβαρότητα αλλά και τον τύπο του προς αντιμετώπιση οξέος πόνου.
3. όπου υπάρχει ένδειξη θα πρέπει να λαμβάνονται εξωτερικά επικουρικά μέτρα, όπως είναι, τα θερμά η ψυχρά επιθέματα, οι χειρομαλάξεις, οι νάρθηκες κλπ. για την ανακούφιση του αρρώστου από τον οξύ πόνο.
4. Απαραιτήτως και με εξαιρετική φροντίδα, θα πρέπει να αναπτυχθεί μια στρατηγική, για την αποφυγή της μετάπτωσης του οξέος σε χρόνιο πόνο.

Πρώτη φροντίδα είναι να θεραπευθεί κατάλληλα, συντηρητικά ή χειρουργικά η εκλυτική αιτία του οξέος πόνου, έτσι ώστε μετά ο πόνος να αυτοπεριορισθεί, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε με τα υπάρχοντα σύγχρονα αναλγητικά και άλλα υποστηρικτικά μέτρα. Αν παρ' όλα

αυτά δεν θεραπευθεί κατάλληλα ο οξύς πόνος, μπορεί να προκληθούν ανώμαλες φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις και να οδηγηθούμε σε επιπλοκές οι οποίες δυνατόν να επιτείνουν την ανικανότητα και να οδηγήσουν των άρρωστο στο χρόνιο πόνο και σε μερικές περιπτώσεις ακόμη και στο θάνατο.

Αναλγητική θεραπεία

Έντονος πόνος: Η χορήγηση παρεντερικώς μορφίνης (και άλλων αναλόγων ναρκωτικών αναλγητικών) αποδεικνύεται πολύ χρήσιμη για τον έλεγχο του αιφνίδιου έντονου πόνου που συναντούμε σε διαταραχές, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο κωλικός του νεφρού, της χοληδόχου κύστεως, καθώς και οι κωλικοί επί αποφράξεως κοίλων σπλάχνων. Τέλος χρησιμοποιείται επί πύσεως ριζών ή και του νωτιαίου μυελού. Στις συνήθειες αναλγητικές δόσεις, υπάρχουν μικρές μόνο κλινικές διαφορές, όσον αφορά , τη δράση και τις παρενέργειες των διαφόρων αναλόγων διαθεσίμων φαρμάκων. Παρά ταύτα, η φυσική κατάσταση του ασθενούς και η σχέση με αυτά στο εγγύς παρελθόν μπορούν να επηρεάσουν και την αναλγητική ικανότητα και τη σχετική δραστηριότητα του καθενός από τα φάρμακα αυτά.

Μέτριας έντασης πόνου:Τα από του στόματος αναλγητικά προτιμούνται από ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από μέτριας ένταση πόνους, και ιδιαίτερα όταν έχουν τη δυνατότητα να τα λάβουν, και είναι περιπατητικοί.

Τα από του στόματος χορηγούμενος αναλγητικά μπορούν αν ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες.

1. Περιφερικώς δρώντες παράγοντες, όπως είναι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά φάρμακα.
2. Κεντρικώς δρώντες παράγοντες, όπως είναι οι αγωνιστές ναρκωτικών, κωδεΐνη και οι ανταγωνιστές αγωνιστών ναρκωτικών.

Άλλα θεραπευτικά μέτρα

Νευρικοί αποκλεισμοί αναφέρονται ότι είναι αποτελεσματικοί σε ασθενείς με οξύ πόνο.

Προσφέρονται επί ασθενών με δεδομένη οργανική βλάβη, ελάχιστα ψυχολογικά προβλήματα συμπεριφοράς και κλινικές ενδείξεις μηχανισμών σωματικού ή συμπαθητικού πόνου.

Επιτυχίες νευρικοί αποκλεισμοί ανακουφίζουν από τον πόνο, μερικές φορές για μεγάλο χρονικό διάστημα(π.χ σε περιπτώσεις οσφυαλγίας, συμπαθητικής αντανακλαστικής δυστροφίας, οξείων θλάσεων διαστρεμμάτων και καταγμάτων).

Η χρήση των placebo ήταν συνήθης κατά την προ της χρήσεως των σύγχρονων αναλγητικών εποχή. Από τα χρόνια της Αρχαίας Ελληνικής Ιατρικής οι γιατροί αναγνώριζαν ότι το ανεκτίμητο συστατικό του κάθε φαρμάκου είναι η πίστη του ασθενούς σε αυτό. Η ανταπόκριση του αρρώστου με οξύ πόνο στη χρήση placebo, δεν πρέπει να μεταφράζεται στη θέση ότι ο ασθενής είχε ψυχογενή πόνο. Σε περιπτώσεις πάντως χρήσης placebo για τη θεραπεία του οξέος πόνου, προσοχή χρειάζεται μήπως ο άρρωστος το ανακαλύψει, οπότε χάνει την εμπιστοσύνη του, τόσο στη θεραπεία, όσο και στο γιατρό (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 49).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

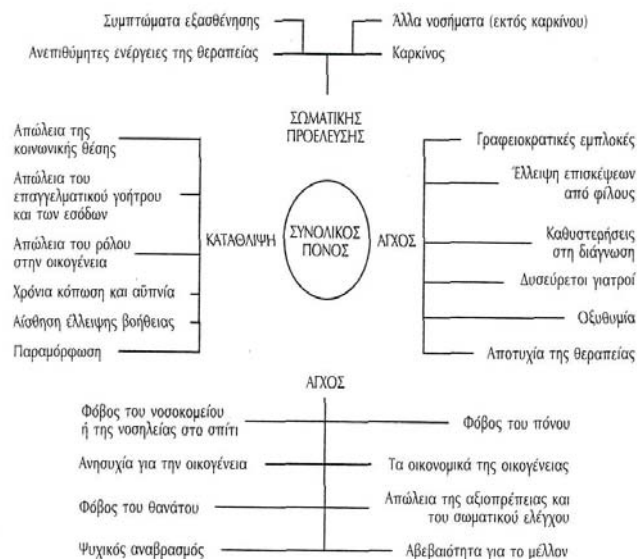
ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Σε διάφορες μελέτες έχουν αξιολογηθεί οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο. Στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, αυτοί οι παράγοντες έχουν καθοριστική επίδραση στην ένταση του πόνου. Η αίσθηση της χαμένης ελπίδας και ο φόβος του επικείμενου θανάτου συμβάλλουν στη διαμόρφωση της γενικότερης κατάστασης του ασθενούς και επιδεινώνουν τον πόνο. Η αναγνώριση των φυσικών και των μη φυσικών συστατικών του πόνου είναι πρωταρχική για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Η θεωρία του «συνολικού πόνου»(“Σύνολο pain”), που συγκαταλέγει όλες τις απόψεις του προβλήματος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη (εικόνα 1). Σ’ αυτήν περιλαμβάνονται τα επώδυνα φυσικά ερεθίσματα, καθώς και οι ψυχολογικοί, οι πνευματικοί, οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες.

Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου από καρκίνο διευκολύνει την κατανόηση της αιτιολογίας του συνεχιζόμενου ανυπόφορου πόνου, σε ορισμένους ασθενείς, παρά τη συνεχή επίταση της αναλγητικής θεραπείας. Ο ανυπόφορος ισχυρός πόνος σχετίζεται, πολλές φορές, με σειρά άλλων συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν διαταραχές του ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης και συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως.

Σχήμα 2.1

Εικ. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου από τον άρρωστο



Είναι σημαντικό να γίνει εμφανής η διαφορά μεταξύ των ασθενών με χρόνιο πόνο που δεν οφείλεται σε κακόηθες νόσημα και εκείνων με πόνο από προχωρημένο καρκίνο. Η κλινική πείρα έχει δείξει ότι, ενώ οι περισσότερες μορφές πόνου από καρκίνο ανταποκρίνονται άμεσα στα καθιερωμένα θεραπευτικά σχήματα, αυτό δε συμβαίνει με τα χρόνια μη κακοήθη σύνδρομα πόνου. Ο ισχυρός πόνος από καρκίνο συνήθως ανταποκρίνεται στα ισχυρά οπιοειδή, ενώ κάτι τέτοιο δεν παρατηρείται στο χρόνιο πόνο από μη κακοήθη νοσήματα. Όταν ο ασθενής έχει μικρό προσδόκιμο επιβίωσης, επεμβατικές τεχνικές, όπως η υπαραχνοειδής νευρόλυση και οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις στο νευρικό σύστημα, μπορούν να χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη ευχέρεια. Τα αποτελέσματα αυτών των επεμβάσεων, οι οποίες συνήθως δεν μπορούν να εφαρμόζονται κατ' επανάληψη, διαρκούν μόνο μερικούς μήνες. Έτσι, ενώ είναι κατάλληλες για τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικά στάδια, δεν ενδείκνυνται για εκείνους που έχουν πιο φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο πόνος από καρκίνο έχει ταξινομηθεί σύμφωνα με μια σειρά από κοινά σύνδρομα πόνους και τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς τους. Η πρώτη και συνηθέστερη αιτία πόνου στους καρκινοπαθείς είναι η επέκταση του όγκου – π.χ. μεταστατική οστική νόσος, πίεση νεύρου και κατάθλιψη κοίλων σπλάχνων ή του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Η δεύτερη ομάδα συνδρόμων πόνου, που είναι και λιγότερο συχνά, περιλαμβάνει εκείνα που σχετίζονται με την αντικαρκινική θεραπεία. Αυτά εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ή ως αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Οι μηχανισμοί των συνήθων συνδρόμων πόνου από καρκίνο δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Πιστεύεται ότι μία σειρά νευροφαρμακολογικών και νευροφυσιολογικών αλλοιώσεων εμφανίζεται στα οστά, στους μαλακούς ιστούς, στα λεμφαγγεία, στα αγγεία, στα νεύρα και στα σπλάχνα, οι οποίες ενεργοποιούν και ευαισθητοποιούν υποδοχείς του πόνου και πιεζοϋποδοχείς μέσω μηχανικών (συμπίεση από τον όγκο) ή χημικών (οστικές μεταστάσεις) ερεθισμάτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση διαλείποντες ή συνεχούς πόνους. Τα αναλγητικά φάρμακα αποτελούν μια πρώτη προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου αυτών των κατηγοριών. Σε μερικούς ασθενείς, η διήθηση των νεύρων από κάποιον όγκο ή η παρατεταμένη συμπίεσή τους οδηγεί σε μερική βλάβη των νευροαξόνων και των νευρικών μεμβρανών, οι οποίες γίνονται εξαιρετικά ευαίσθητες στα μηχανικά ή τα

χημικά ερεθίσματα. Το αποτέλεσμα είναι η πρόκληση ενός πόνου με επιφανειακό, καυστικό χαρακτήρα. Σε μερικούς ασθενείς ο πόνος μπορεί, επίσης, να έχει διαξιφιστικό χαρακτήρα. Ο καυστικός αυτός πόνος δεν ανταποκρίνεται στα οστεοειδή, αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί, σε άλλοτε άλλο βαθμό, με επικουρικά φάρμακα (McCaffery, 1999).

2.1. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο έχει βελτιωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Αρκετοί παράγοντες έχουν συντελέσει σ' αυτή τη βελτίωση. Στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται η καλύτερη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, η μεγαλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής θεραπείας, η επιμονή των ασθενών και των οικογενειών τους στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου και η αποδοχή της άποψης ότι η επαρκής αντιμετώπιση του πόνου και η αποδοχή της άποψης ότι η επαρκής αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η καλή ποιότητα ζωής έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκδηλώθηκε μία κίνηση για τη δημιουργία ξενώνων, η οποία καθιέρωσε τη συνεχή από του στόματος χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Από τη μετεξέλιξη αυτών των ξενώνων σε σύγχρονες μονάδες ανακουφιστικής θεραπείας και σε εξειδικευμένα κέντρα ανακούφισης του πόνου, στον Καναδά, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες, προέκυψε κλινική εμπειρία που αποδεικνύει ότι ο πόνος από καρκίνο μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Η παρουσία ενός ειδικού κέντρου επιτρέπει, επίσης, τη βελτίωση της αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο στα γειτονικά νοσοκομεία. Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, που έχουν ειδικευτεί και ασχολούνται με την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η εμπειρία αυτή μπορεί να μεταφερθεί εύκολα σε μία πλειάδα ανάλογων καταστάσεων.

Η θεραπεία με μη οπιοειδή, οπιοειδή και επικουρικά φάρμακα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος σ' αυτού του είδους την αντιμετώπιση των ασθενών. Η αποτελεσματική χρήση αυτών των φαρμάκων απαιτεί κατανόηση των φαρμακολογικών χαρακτηριστικών τους, ενώ η εκλογή του κατάλληλου ή των κατάλληλων φαρμάκων πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε

ασθενής. Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, είναι χρήσιμες οι νευρολυτικές και οι νευροχειρουργικές τεχνικές, η κύρια συμβολή των οποίων είναι πιθανό ότι έγκειται στην ταχύτερη ανακούφιση του πόνου. Σε μια μελέτη, μία ομάδα ασθενών υποβλήθηκαν σε θεραπεία μόνο με φάρμακα και άλλη μια σε θεραπεία με συνδυασμό φαρμάκων και νευρολυτικών επεμβάσεων. Μετά από έξι εβδομάδες ο βαθμός ανακούφισης του πόνου στις δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμος.

Τα κριτήρια για τη χρησιμοποίηση νευρολυτικών και νευροχειρουργικών επεμβάσεων δεν έχουν ακόμη αποφασιστεί. Πέραν τούτου, αυτές οι τεχνικές σπάνια είναι διαθέσιμες ως εναλλακτική λύση για την πλειονότητα των ασθενών. Το ίδιο ισχύει και για τη συμπεριφερειολογική προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου. Διάφορες ανασκοπήσεις που αναφέρονται τόσο στην από του στόματος όσο και στην παρεντερική χρήση των αναλγητικών φαρμάκων για τη αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρακτικοί οδηγοί. Διάφορες ομάδες γιατρών και εθνικές επιτροπές έχουν εκπονήσει τις βασικές αρχές της φαρμακοθεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου σε προχωρημένες μορφές καρκίνου. Όλοι έχουν επισημάνει την ανάγκη για επαρκή αντιμετώπιση του πόνου καθώς και για υποστηρικτική φροντίδα, ώστε οι ασθενείς να απολαμβάνουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής και τελικά να πεθαίνουν άνετα. Επισημαίνεται, επίσης, η ανάγκη εκπαίδευσης των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για τη φροντίδα των καρκινοπαθών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1989, σελ. 9-13).

2.2. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Προτού αποφασιστεί η θεραπευτική αγωγή, είναι απαραίτητη η εξακρίβωση των αιτιών του πόνου. Πρώτα είναι απαραίτητο να μετράται η φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Το λεπτομερές ιστορικό χρειάζεται, προκειμένου να αποκαλυφθεί η εντόπιση και η κατανομή του πόνου, η ποιότητα και η οξύτητά του, αν είναι συνεχής ή διαλείπων και οι παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον ελαφρύνουν. Πρέπει ακόμα να αναζητούνται πληροφορίες σχετικές με πιθανή μυϊκή αδυναμία, μειωμένη αισθητικότητα ή κινητικότητα και δυσλειτουργία των σπλάχνων.

Πρέπει, στη συνέχεια, να γίνεται προσεκτική εξέταση της γενικής φυσικής κατάστασης του ασθενούς, της επώδυνης περιοχής και των σχετικών τμημάτων του νευρικού συστήματος. Ιδιαίτερα, ο γιατρός πρέπει να διακρίνει μεταξύ του εντοπισμένου και του εξ ανακλάσεως πόνου (π.χ. όταν υπάρχει συμμετοχή των σπλάχνων), μεταξύ της συμμετοχής περιφερικού νεύρου και νευρικού πλέγματος ή του νωτιαίου μυελού, μεταξύ συνεχούς και περιστασιακού πόνου. Στον προχωρημένο καρκίνο, ο περιστασιακός πόνος εκλύεται συνήθως με την κίνηση. Ο πόνος αυτός αντιμετωπίζεται ευκολότερα από το συνεχή. Αν ο πόνος σχετίζεται με παθολογικό κάταγμα ή σε κάποια συγκεκριμένη οξεία κατάσταση, πρέπει να χορηγείται ειδική θεραπεία. Όπου είναι κατάλληλη και διαθέσιμη η αντικαρκινική θεραπεία με ακτινοβολίες, χημειοθεραπευτικά ή χειρουργική επέμβαση, αυτά πρέπει να αποτελούν μέρος της αρχικής προσέγγισης.

Τα αίτια του πόνου μπορούν διακριθούν στις παρακάτω ομάδες: (1) Πόνος που οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο, που είναι και το συχνότερο αίτιο. (2) Πόνος που προκαλείται από τη θεραπεία (π.χ. χρόνιοι μετεγχειρητικοί πόνοι στις ουλές, μεταχημειοθεραπευτική στοματίτιδα). (3) Πόνος που οφείλεται σε εξασθένιση (π.χ. δυσκοιλιότητα, έλκη από κατάκλιση). (4) Πόνος που οφείλεται σε αίτια άσχετα με τον καρκίνο (π.χ. μυοπροσωπικοί πόνοι, οστεοαθρίτιδα).

Πολλοί ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο υποφέρουν από πόνο που αναφέρεται ταυτόχρονα σε περισσότερες της μίας από τις παραπάνω ομάδες. Μερικές φορές υπάρχουν πολλαπλοί πόνοι που σχετίζονται με τον καρκίνο ή μπορεί να υπάρχει πόνος εξαιτίας του καρκίνου, συγχρόνως με πόνο λόγω της θεραπείας.

Ο πόνος που προκαλείται από τον καρκίνο μπορεί να σχετίζεται με: (1) τα οστά, (2) συμπίεση νεύρου, (3), επέκταση σε μαλακούς ιστούς, (4) συμμετοχή σπλάχνων, (5) αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση και (6) μυϊκό σπασμό (δευτερογενών από τον οστικό πόνο).

Αφού η θεραπεία εξαρτάται από τα αίτια, είναι σημαντικό να γίνει προσεκτική εκτίμηση του πόνου του ασθενούς (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1989).

2.3. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου από τον καρκίνο περιλαμβάνει τους εξής τρεις τομείς: εκτίμηση του πόνου, θεραπευτική στρατηγική και συνεχής φροντίδα.

Εκτίμηση του πόνου

Η εκτίμηση του πόνου είναι ένα ζωτικής σημασίας προκαταρκτικό βήμα στη διαδικασία της ικανοποιητικής αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο. Περιλαμβάνει την κατανόηση όχι μόνο των φυσικών αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που συνθέτουν τον «ολικό πόνο» του αρρώστου. Η ευθύνη αυτής της εκτίμησης εναπόκειται πρωταρχικά στο γιατρό. Τα κύρια βήματα για την κλινική εκτίμηση του πόνου από καρκίνο περιγράφονται στη συνέχεια. Η αγνόησή τους αποτελεί βασική αιτία λαθεμένης διάγνωσης και ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου (Π.Ο.Υ., 1989, σελ. 16, 17, 52).

1. Αποδοχή των αιτιάσεων του ασθενούς αναφορικά με τον πόνο

2. Εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς

Για την εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς, πρέπει να προσδιοριστεί ο περιορισμός της δραστηριότητας που επιβάλλεται από τον πόνο, η ακριβής διάρκεια ήρεμου ύπνου και ο βαθμός ανακούφισης που είχε επιτευχθεί από προηγούμενη φαρμακευτική θεραπεία ή αναλγητικές επεμβάσεις. Ο χαρακτηρισμός του πόνου ως ήπιου, μέτριου ή ισχυρού παρέχει μία βάση για την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Οι επίσημες κλίμακες πόνου μπορεί να αποδειχθούν βοηθητικές, αλλά δεν είναι ουσιαστικής σημασίας. Ο καθορισμός της έντασης του πόνου μπορεί να βοηθηθεί από την υποβολή ερωτήσεων προς τον ασθενή, με τις οποίες θα επιζητείται η συσχέτιση του παρόντος πόνου με προηγούμενες εμπειρίες, όπως για παράδειγμα, με πονόδοντους, με τον πόνο του τοκετού, με μετεγχειρητικούς πόνους ή με μυϊκές κράμπες.

3. Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς

Οι πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες νόσους, με τον παρόν επίπεδο άγχους και κατάθλιψης, με τάσεις αυτοκαταστροφής, καθώς και με το βαθμό της

λειτουργική ανικανότητας βοηθούν στον καθορισμό ομάδων ασθενών, οι οποίοι ενδεχομένως χρειάζονται μια ειδικότερη ψυχολογική υποστήριξη. Κατάθλιψη παρατηρείται συνήθως στο 25% των καρκινοπαθών. Άλλα συνήθη ψυχιατρικά σύνδρομα απαντώνται, επίσης, στους καρκινοπαθείς που υποφέρουν από πόνο. Ο καθορισμός ατών των συνδρόμων είναι ένα σημαντικό μέρος της συνολικής εκτίμησης της εικόνας του ασθενούς.

4. Λεπτομερές ιστορικό αναφορικά με τον πόνο

5. Προσεκτική φυσική εξέταση

Στην εκτίμηση του ασθενούς με προχωρημένο καρκίνο, ένα λεπτομερές ιστορικό και μία προσεκτική φυσική εξέταση ίσως αποδειχθούν αρκετά γι τον προσδιορισμό των αιτιών του πόνου και για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

6. Οδηγίες και προσωπική επίβλεψη για την εφαρμογή της απαιτούμενης διαγνωστικής διερεύνησης.

Διαγνωστική διερεύνηση απαιτείται σε περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία σχετικά με τα αίτια του πόνου ή όταν η απόφαση για την παραπέρα αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από την ακριβή εντόπιση της νόσου. Αν, στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, δεν αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της εφαρμογής αντικαρκινικής θεραπείας, ο ρόλος της διαγνωστικής διερεύνησης είναι περιορισμένος. Η θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και κατά τη διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου, συχνά, βελτιώνει σημαντικά τη δυνατότητα συμμετοχής του ασθενούς στις απαραίτητες διαγνωστικές διαδικασίες. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη που να υποστηρίζει τη διακοπή της χορήγησης των αναλγητικών, κατά τη διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου δεν αποκρύπτει τη διάγνωση των αιτιών του.

7. Θεώρηση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης.

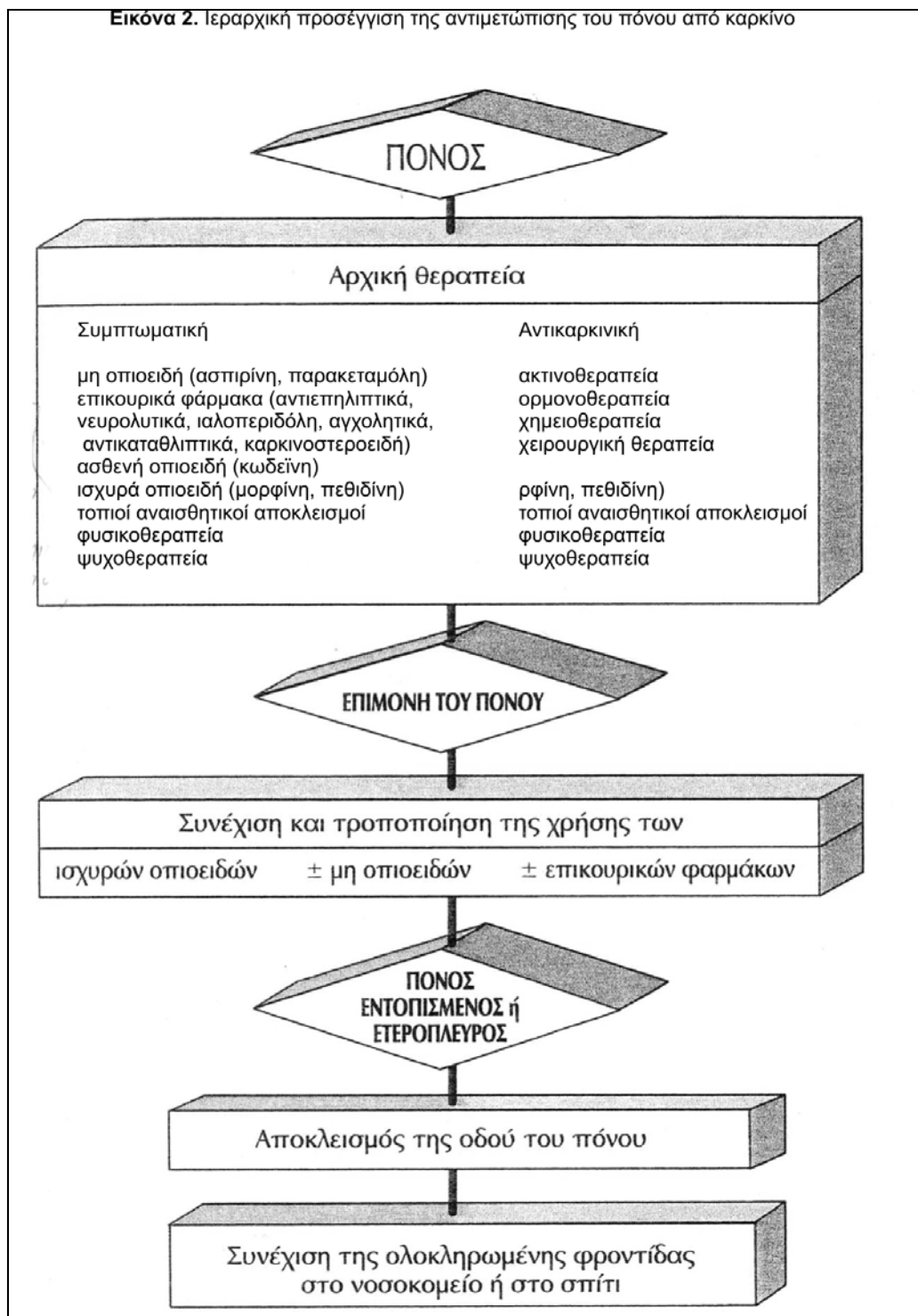
Αν και η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου από τον καρκίνο, διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι προσφέρουν, σε ορισμένες μορφές, σημαντική ανακούφιση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με επώδυνες οστικές μεταστάσεις ανακουφίζονται σημαντικά ή και πλήρως με την τοπική ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.

8. Εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του πόνου μετά την έναρξη της θεραπείας.

Στους ασθενείς που παρουσιάζουν ανταπόκριση στη θεραπεία μικρότερη από την αναμενόμενη ή σε εκείνους που παρατηρείται έξαρση του πόνου, είναι αναγκαία η επανεκτίμηση των αιτιών του πόνου καθώς και της θεραπευτικής στρατηγικής.

2.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Σχήμα 2.2



Αν και η πλήρης ανακούφιση από τον πόνο δεν είναι πάντοτε εφικτή, η μεθοδολογία αυτή μπορεί να βοηθήσει σημαντικά όλους τους ασθενείς. Αφόρητοι

πόννοι μπορεί να υποχωρήσουν σε επίπεδο ανεκτό για τους ασθενείς. Πρακτικά, είναι χρήσιμο να ακολουθείται μία ιεράρχηση των ειδικών στόχων:

- αύξηση των ωρών του ύπνου, κατά τις οποίες ο ασθενής είναι απαλλαγμένος από τον πόνο.
- ανακούφιση από τον πόνο κατά τη διάρκεια της ηρεμίας.
- ανακούφιση από τον πόνο κατά την εγρήγορση ή κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε δραστηριότητας.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 2, η αρχική προσέγγιση περιλαμβάνει τις διαθέσιμες και κατάλληλες αντικαρκινικές θεραπείες. Ταυτόχρονα πρέπει να λαμβάνονται συμπτωματικά θεραπευτικά μέτρα. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται η θεραπεία με φάρμακα, η φυσικοθεραπεία και οι ψυχολογικές προσεγγίσεις. Προσωρινοί τοπικοί αναισθητικοί αποκλεισμοί, όπως εγχύσεις στα σημεία πρόκλησης του πόνου ή περιοχική αναισθησία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, αν είναι διαθέσιμοι. Αν ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά, πρέπει να χρησιμοποιούνται ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά και επικουρικά φάρμακα. Οι νευρολυτικές και οι νευροχειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να αποφέρουν σημαντικό όφελος, όταν ο πόνος εντοπίζεται σε ένα συγκεκριμένο δερμοτόμιο ή είναι ετερόπλευρος. Οι μέθοδοι αυτές, όμως δεν είναι ευρέως διαθέσιμες (Π.Ο.Υ., 1989, σελ. 19-21).

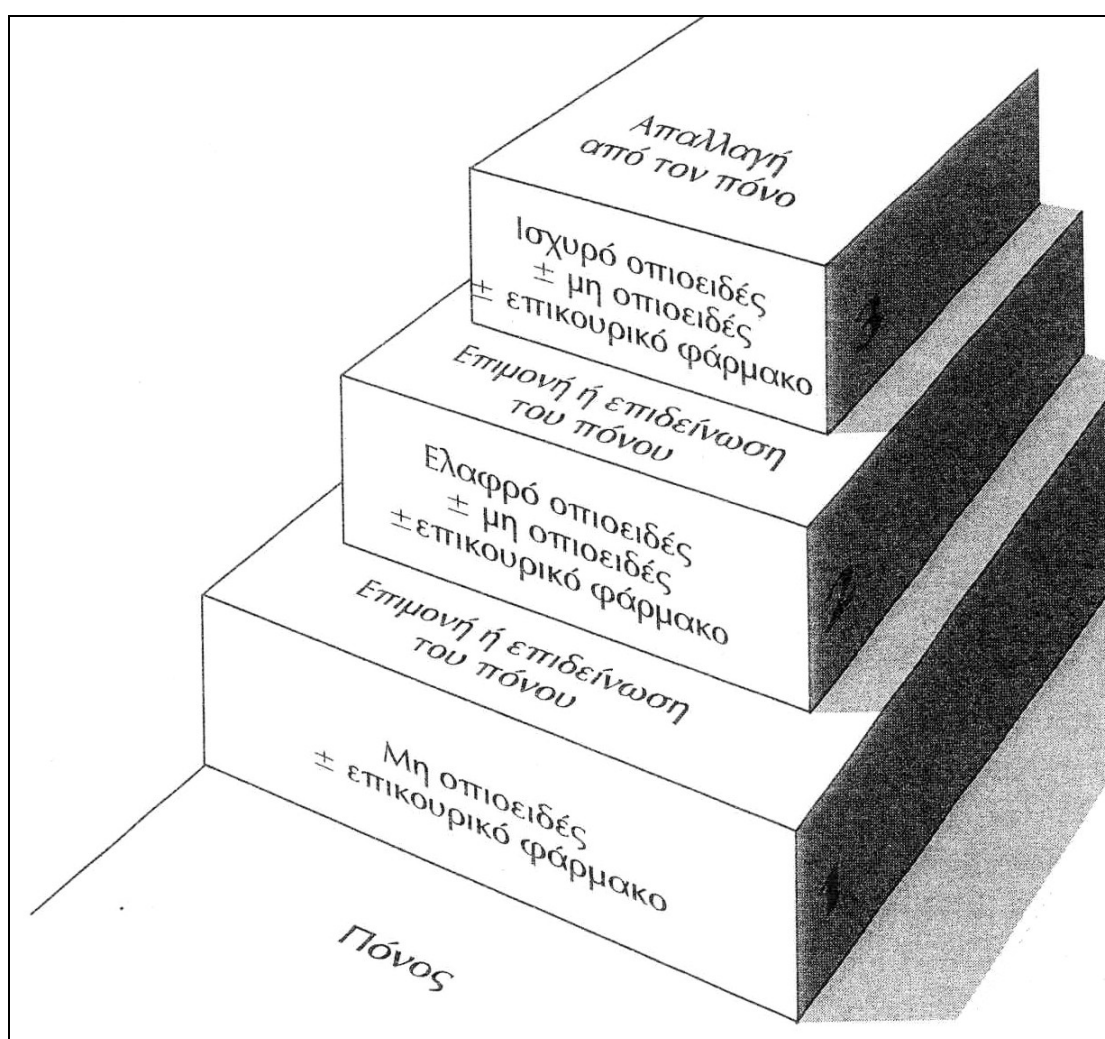
Θεραπεία με φάρμακα

Η χρήση των αναλγητικών φαρμάκων είναι ο βασικός άξονας στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, είναι αποτελεσματικά σε μεγάλο ποσοστό ασθενών. Οι γιατροί και οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά ένα μικρό αριθμό φαρμάκων. Τα τρία αυτά βασικά αναλγητικά που χρησιμοποιούνται στην αναλγητική αυτή κλίμακα, είναι η ασπιρίνη, η κωδεΐνη και η μορφή.

Στους ασθενείς με ήπιο πόνο, τα μη οπιοειδή φάρμακα, όπως η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη ή κάποιο από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, είναι αρκετά. Για τους ασθενείς με πόνο μέτριας έντασης, αν τα μη οπιοειδή δεν παρέχουν ικανοποιητική ανακούφιση, όταν χορηγούνται συστηματικά, πρέπει να αναγράφεται

κωδεΐνη ή κάποιο άλλο ελαφρό οπιοειδές. Τα μη οπιοειδή φάρμακα και ιδιαίτερα τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, φαίνεται ότι δρουν περιφερικά αναστέλλοντας τα συστήματα των προσταγλαδίνων, ενώ τα οπιοειδή δρουν κεντρικά συνδεδεμένα με ειδικούς γι' αυτά υποδοχείς. Λόγω αυτής της διαφοράς, οι συνδυασμοί των δύο αυτών τύπων φαρμάκων έχουν προσθετικό αναλγητικό αποτέλεσμα. Στους ασθενείς με ισχυρό πόνο, η μορφίνη – ένα ισχυρό οπιοειδές – είναι το φάρμακο εκλογής. Έχει σχετικά μικρό χρόνο ημιζωής, η φαρμακοκινητική της είναι γραμμική και ο καθορισμός της αναλγητικής δόσης είναι σχετικά εύκολος.

Σχήμα 2.3



Τα επικουρικά φάρμακα είναι πολλές φορές χρήσιμα για ασθενείς που ο πόνος τους είναι δευτεροπαθής, λόγω κάκωσης κάποιου νεύρου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αναλγητική δράση τους είναι προσθετική. Ελεγχόμενες μελέτες έχουν αποδείξει την

αναλγητική δράση αυτών των φαρμάκων, όπως, για παράδειγμα, της αμιτριπυλίνης. Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται συχνά στους καρκινοπαθείς, τόσο ως χημειοθεραπευτικοί παράγοντες, όσο και ως αναλγητικά. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει την ανακούφιση του πόνου που προκαλούν τα κορτικοστεροειδή σε ασθενείς με επισκληρίδιο συμπίεση στο νωτιαίο μυελό ή με διήθηση κάποιου νεύρου από όγκο ή, επίσης, με μεταστατική οστική νόσο.

Μετά από αξιοσημείωτη κλινική εμπειρία και από ελεγχόμενες μελέτες πάνω στα αναλγητικά, έχει διατυπωθεί μία σειρά από βασικές αρχές: (Π.Ο.Υ., 1989, σελ. 22-25).

1. **Η δόση των αναλγητικών πρέπει να εξατομικεύεται.** Η αποτελεσματική δόση των αναλγητικών διαφέρει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Η σωστή δόση ενός αναλγητικού είναι εκείνη που παρέχει ικανοποιητική ανακούφιση για ένα ελαφρύ χρόνιο διάστημα, κατά προτίμηση περί τις τέσσερις ώρες ή περισσότερο. Οι «προτεινόμενες» ή «μέγιστες» δόσεις που αναγράφονται στα κλασικά βιβλία, είναι χρήσιμες μόνο ως αρχικές δόσεις. Συνήθως απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις. Αντίθετα με τις δόσεις των μη οπιοειδών, των ελαφρών οπιοειδών και των μιγμάτων άγνωστων και ανταγωνιστών των οπιοειδών, οι δόσεις της μορφίνης και των άλλων ισχυρών οπιοειδών μπορούν να αυξηθούν απεριόριστα. Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία, σπάνια απαιτείται για κάποιον άρρωστο δόση μορφίνης από του στόματος μεγαλύτερη από 200mg ανά 4 ώρες. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται 30mg ή λιγότερο.
2. **Η από του στόματος χορήγηση είναι προτιμότερη.** Η από του στόματος χορήγηση δεν περιορίζει τη δραστηριότητα του ασθενούς. Αντίθετα, η παρεντερική χορήγηση ενός φαρμάκου περιορίζει τον ασθενή είτε στο νοσοκομείο είτε στο σπίτι και απαιτεί για την εκτέλεσή της την παρουσία κάποιων επιπλέον ανθρώπων. Πληροφορίες από ξενώνες δείχνουν ότι σε λίγους σχετικά ασθενείς επιβάλλεται η χρήση ενέσεων για την αντιμετώπιση του πόνου, πριν από τις τελευταίες δύο ή τρεις ημέρες της ζωής τους. Παρεντερική χορήγηση, όμως, μπορεί να χρειαστεί για ασθενείς με ανεξέλεγκτη

τάση για εμετό και πόνο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, από τη στιγμή που θα ελεγχθεί η τάση για εμετό, είναι δυνατόν να αρχίσει και πάλι η από του στόματος χορήγηση των αναλγητικών.

3. **Η αϋπνία πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.** Ο πόνος συχνά είναι ισχυρότερος τη νύχτα και εμποδίζει τον καλό ύπνο του ασθενούς προκαλώντας του μεγαλύτερη εξάντληση. Η χρήση μεγαλύτερων δόσεων μορφίνη κατά την κατάκλιση, σε σύγκριση με εκείνες που χορηγούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας, έχει ως αποτέλεσμα περισσότερο παρατεταμένη ανακούφιση από τον πόνο και καλύτερο ύπνο.
4. **Οι ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να αντιμετωπίζονται συστηματικά.** Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των ισχυρών οπιοειδών – δηλαδή η δυσκοιλιότητα, η ναυτία και ο εμετός – πρέπει να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται με υπακτικά και αντιεμετικά. Όλοι σχεδόν οι ασθενείς, στους οποίους χορηγείται μορφίνη συστηματικά, έχουν ανάγκη κάποιου υπακτικού, ενώ στα 2/3 περίπου από αυτούς επιβάλλεται η χρήση αντιεμετικού. Κλινικά αξιοσημείωτη καταστολή της αναπνοής σπάνια συνοδεύει τη χρόνια χορήγηση των ισχυρών οπιοειδών.
5. **Σε ορισμένους ασθενείς επιβάλλεται η χρήση επικουρικών φαρμάκων.** Τα αντικαταθλιπτικά ενδείκνυται για τους ασθενείς που παραμένουν καταθλιπτικοί, παρά την επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και για τους ασθενείς με επιφανειακό, καυστικό πόνο. Αγγολυτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν στους πολύ αλγωτικούς ασθενείς. Τα κορτικοστεροειδή, τα αντιεπληπτικά και τα νευροληπτικά φάρμακα είναι, επίσης, χρήσιμα για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιπτώσεων.
6. **Επιβάλλεται η προσεκτική παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενούς.** Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν αναλγητικά, είτε οπιοειδή είτε μη οπιοειδή, έχουν ανάγκη άμεσης επίβλεψης, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή ανακούφιση, με τις ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκτίμηση της αρχικής

θεραπευτικής στρατηγικής είναι μερικές φορές απαραίτητη μέσα σε λίγες ώρες από την εφαρμογή της, φυσιολογικά λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της πρώτης έως δεύτερης μέρας και πρέπει πάντοτε να γίνεται μετά την πρώτη εβδομάδα. Στη συνέχεια, η παρακολούθηση ποικίλλει ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς. Ίσως να εμφανισθεί κάποιος καινούριος πόνος. Αυτό επιβάλλει συνολική επανεκτίμηση και όχι απλά αύξηση της δοσολογίας των χορηγούμενων αναλγητικών, ακόμη κι αν αυτό μπορεί να είναι ένα σημαντικό αρχικό βήμα στην αντιμετώπιση της νέας κατάστασης.

Συνοψίζοντας, η θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα παρέχει συνήθως σημαντική ανακούφιση στους καρκινοπαθείς που υποφέρουν από πόνο. Αρκετά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση μπορεί να εφαρμόζεται σε μη ειδικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών που υποφέρουν από ακατάπαυστο πόνο.

Άλλες παρεμβάσεις

Όλες οι μορφές πόνου δεν ανταποκρίνονται εξίσου στα αναλγητικά. Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων, απαιτείται ενδεχομένως η συμπληρωματική εφαρμογή νευρολυτικών και νευροχειρουργικών επεμβάσεων. Αν και αυτές οι τεχνικές παρέχουν σημαντική ανακούφιση από τον πόνο, τα αποτελέσματά τους δεν διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Κύρια ένδειξη για την εφαρμογή τους αποτελεί ο πόνος που εκλύεται με τη δραστηριότητα του ασθενούς και ο οποίος προέρχεται από τη συμπίεση κάποιου νεύρου. Αυτά τα επεισόδια πόνου δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στα οπιοειδή. Οι νευρολυτικές και νευροχειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στα νοσοκομεία, από έμπειρους ειδικούς.

Ο αποκλεισμός του κοιλιακού άξονα του αυτόνομου νευρικού πλέγματος είναι ο πιο χρήσιμος νευρολυτικός αποκλεισμός. Έχει ανακοινωθεί ότι η αποτελεσματικότητά του ανέρχεται σε 60-80% στους ασθενείς με πόνο από καρκίνο στο πάγκρεας ή με άλλους επιγαστρικούς νεοπλασματικούς πόνους. Οι νευρολυτικοί αποκλεισμοί με τη χρήση φαινόλης ή αλκοόλης, βέβαια, είναι σχετικά μη εκλεκτικοί. Συνεπώς, οι αποκλεισμοί των σωματικών νεύρων είναι δυνατό να επιφέρουν

αισθητικές και κινητικές βλάβες ή να προκαλέσουν διαταραχές της ούρησης και της αφόδευσης. Η πιο χρήσιμη νευροχειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο είναι διαδερμική ή η ανοιχτή χορδοτομή. Η εφαρμογή της, ιδιαίτερα από άλλους γιατρούς, εκτός των νευροχειρουργών, απαιτεί ειδική εκπαίδευση και συνεχή εξάσκηση προκειμένου να διατηρείται η ικανότητά τους.

2.5. ΜΕΘΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ

Συστήματα χορήγησης των φαρμάκων

Μετά την ανακάλυψη, ότι, τα οπιοειδή μπορούν να προκαλέσουν αναλγησία χορηγούμενα στον υπαραχνοειδή ή επισκληριδίο χώρο, διάρκειας, σε εφ άπαξ δόση από 8-12 ώρες, αυξήθηκε το ενδιαφέρον της χορήγησης οπιοειδών από τις οδούς αυτές, με άλλες μεθόδους ή πύλες εισόδου. Επινοήθηκε μεγάλο πλήθος συσκευών προκειμένου να χορηγηθούν τα φάρμακα αυτά στην επιθυμητή θέση δράσης τους, αλλά μετά τον αρχικό ενθουσιασμό, ακολούθησε εμπειριστατωμένη επανεκτίμηση των τεχνικών έτσι ώστε η χρήση τους να γίνει περισσότερο λογική και ασφαλής. Χρησιμοποιείται π.χ. ολική υποδόρια τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα ο οποίος μπορεί να παραμείνει από 20-90 ημέρες και εξασφαλίζει σημαντικότερο περιορισμό των μολύνσεων.

Ερευνητικές προσπάθειες γίνονται σήμερα για την ανεύρεση άλλων οδών χορήγησης, προς τον σκοπό, ασφαλούς αναλγησίας σ' αυτούς που υποφέρουν τόσο από οξύ όσο και από χρόνια πόνο (Παρλαπάνης, 1999, σελ. 71).

Μέθοδοι χορήγησης αναλγητικών (σύμφωνα με την Hunter 1993)

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης της αναλγησίας (Λεοντίου, 1997, σελ.3-8)/

1. Ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να συμπεριλαμβάνει:

α) Την διακεκριμένη ή αναλόγως αναγκών χορήγηση οπιοειδών

Χρησιμοποιείται συνήθως στο χειρουργείο από τους αναισθησιολόγους ή στο δωμάτιο ανάνηψης από το προσωπικό. Δίδεται στον ασθενή μικρή δόση διαλυμένου οπιοειδούς φαρμάκου αναλόγως των οδηγιών του αναισθησιολόγου μέχρι που ο πόνος να καταστεί ελεγχόμενος. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης ο/η νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί την ανταπόκριση του ασθενή στο φάρμακο ελέγχοντας την ανακούφιση του πόνου, τις αναπνοές, το σφυγμό την αρτηριακή πίεση και το επίπεδο συνείδησης. Είναι μία γρήγορη και αποτελεσματική μέθοδος που προκαθορίζει και την εντύπωση του ασθενή για το χειρισμό του μετεγχειρητικού πόνου. Παρόλα αυτά η χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής στο θάλαμο απαιτεί νοσηλευτή/τρια που θα αποσπαστεί ειδικά για κάποιο χρονικό διάστημα και δύσκολα μπορεί να εφαρμοστεί.

β) Συνεχής χορήγηση οπιοειδών με σταθερή ροή / έγχυση:

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης ή ακόμα σε τμήματα όπου υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Συμπεριλαμβάνει τη συνεχή χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων μέσω ενδοφλεβίου καθετήρα. Η ροή μπορεί να ελέγχεται από ηλεκτρονική αντλία ή απλό οδηγό χορήγησης.

Υπάρχουν μειονεκτήματα σ' αυτή τη μέθοδο. Το πρώτο μειονέκτημα έγκειται στο γεγονός ότι χρειάζονται μερικές ώρες ώσπου η συνεχής χορήγηση να προσδώσει το απαιτούμενο επίπεδο φαρμάκου στο πλάσμα και να επιφέρει αναλγησία. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης οι συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα μπορεί να είναι χαμηλές και να μην αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Το δεύτερο μειονέκτημα είναι η διαφορετική ανταπόκριση που μπορεί να έχουν οι ασθενείς στο φάρμακο. Ένας συγκεκριμένος ρυθμός χορήγησης μπορεί σε ένα ασθενή να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα ενώ σε έναν άλλο να προκαλέσει άπνοια. Είναι δύσκολο λοιπόν για κάποιον να κρίνει την ακριβή αναγκαία ροή που θα πάρει ο ασθενής.

γ) Η Ελεγχόμενη από τον ασθενή ενδοφλέβια χορήγηση μέσω συσκευής.

Οι αρχές της μεθόδου αυτής έχουν τις ρίζες τους 25 χρόνια πριν όταν χρησιμοποιήθηκε σαν εργαλείο έρευνας για αντικειμενική μέτρηση της σοβαρότητας του μετεγχειρητικού πόνου. Η χρήση της μεθόδου αυτής έχει πολλά πλεονεκτήματα για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για τους νοσηλευτές. Κατ' αρχήν ο ασθενής θα χειρίζεται μόνος του τον πόνο του εξοικονομώντας χρόνο στον/στην νοσηλεύτρια που δεν θα πηγαينوέρχεται να χορηγήσει αναλγητικό.

Οι πλείστες αντλίες μπορούν να χορηγήσουν ποσότητα διαλύματος 30-50ml. Οι πιο απλές μονάδες επιτρέπουν στον χρήστη να προγραμματίσει τη δόση και τη διάρκεια χορήγησης. Η κατασκευή τους είναι τέτοια που να παρέχει ασφάλεια στη δοσολογία. Για παράδειγμα, στη περίπτωση χορήγησης μορφίνης που χρειάζεται κάποιο χρόνο να φέρει αποτέλεσμα μετά τη χορήγηση μίας δόσης λειτουργεί το λεγόμενο «σύστημα αποκλεισμού» ή «εμπλοκής». Γίνεται εμπλοκή της συσκευής για κάποιο χρόνο (συνήθως πέντε λεπτά) ώστε να μην μπορεί να δοθεί άλλη δόση φαρμάκου.

Οι δυνατότητες των συσκευών αυτών είναι πολλές και ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο που επιθυμούμε να παίρνει ο ασθενής την αναλγησία και που αποδεδειγμένα έχουν καταπληκτικά αποτελέσματα γι' αυτό και χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό.

Η τεχνική της μεθόδου P.C.A. δίδει στον ίδιο τον ασθενή την ευθύνη αντιμετώπισης του πόνου του. Κάτω από συνήθεις καταστάσεις ο ασθενής που θα λαμβάνει ενδομυκικά το αναλγητικό περιμένει μέχρι να νιώσει πόνο. Αν δεν διστάσει να καλέσει τον/ την νοσηλευτή/τρια θα πονάει για πιο πολύ χρόνο. Αν καλέσει τότε γίνεται έλεγχος στο δελτίο θεραπείας, για το τι «δικαιούται» ο ασθενής για τον πόνο. Αν χρήζει οπιοειδούς ακολουθείται η διαδικασία του διπλού ελέγχου, υπογραφών ετοιμασίας του φαρμάκου στη σύριγγα και τέλος χορήγηση στον άρρωστο.

Μέχρι που να αρχίσει να δρα το αναλγητικό ο ασθενής έχει στο ενεργητικό του ακόμα μία εμπειρία πόνου.

Επιπλέον προβλήματα εμφανίζονται λόγω της φυσιολογικής διαφοράς στην ποσότητα της αναλγησίας που χρειάζονται οι ασθενείς ακόμα και στις περιπτώσεις που έχουν κάμει την ίδια εγχείρηση. Ενδομυκική αναλγησία συνήθως γράφεται σαν προκαθορισμένη δόση κάθε 3-4 ώρες. Από αυτή τη δόση οι ανάγκες των ασθενών βάση μελετών ποικίλλουν κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Έτσι με τις παραδοσιακές

μεθόδους άλλοι ασθενείς λαμβάνουν λιγότερη και άλλοι περισσότερη ποσότητα αναλγητικού από ότι χρειάζονται.

2. Χορήγηση οπιοειδών από το στόμα

Τα πλείστα οπιοειδή μπορούν να δοθούν και από το στόμα σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. Εκτός αυτών που χειρουργήθηκαν στην κοιλιακή χώρα. Η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται από το λεπτό έντερο επομένως οι ασθενείς τούτοι που έχουν είτε εμετούς είτε μετεγχειρητικό ειλεό δεν μπορούν να πάρουν αναλγησία από το στόμα.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι θα χρειάζονται σχετικά μεγάλες δόσεις οπιοειδών αν θα χορηγηθούν από το στόμα αφού τα οπιοειδή όπως η μορφίνη μεταβολίζονται στα τοιχώματα του εντέρου και από το συκώτι, όργανα από τα οποία πρέπει να περάσουν προτού μπουκ στην κυκλοφορία του ασθενή.

3. Υπογλώσσια χορήγηση

Τα οπιοειδή μπορούν να δοθούν και κάτω από τη γλώσσα. Το φάρμακο απορροφάται από τους βλεννογόνους και εισέρχεται στην κυκλοφορία με ένα ρυθμό μικρότερο από την εβδοφλέβια χορήγηση αλλά μεγαλύτερο από την ενδομυϊκή. Η δόση είναι μικρότερη αυτής που δίδεται από το στόμα και υπάρχει η ευχέρεια να αφαιρεθεί σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Η Buprenorphine και η morphine μπορούν να δοθούν μ' αυτόν τον τρόπο. Δεν είναι δημοφιλής μέθοδος λόγω της φτωχής αναλγησίας που παρέχει και παρουσιάζει τις παρενέργειες της ναυτίας του εμετού.

4. Υποδόρια έγχυση

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

5. Διαδερμική χορήγηση

Πρόσφατη μέθοδος που εναπόκειται στην επικόλληση ταινίας ‘patch’ στο δέρμα και απορρόφησης του φαρμάκου μέσω του δέρματος. Η απορρόφηση του φαρμάκου στηρίζεται σε πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού της ταινίας, τη διαλυτότητα του φαρμάκου και της ροής του αίματος στην περιοχή που επικολλάται. Το συνθετικό οπιοειδές Fentanyl διέρχεται κλινικών δοκιμών για τη χρήση του σε μετεγχειρητικές αναλγησίες.

Υπάρχει το μειονέκτημα της μη ελεγχόμενης απορρόφησης και επομένως της δόσης που μπορεί να ληφθεί. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος ώστε το φάρμακο να φτάσει το αναμενόμενο επίπεδο στο πλάσμα για να προκαλέσει αναλγησία. Αυτό όμως μπορεί να αποφευχθεί τοποθετώντας την ταινία πριν την εγχείρηση. Άλλο πρόβλημα σε αυτήν την μέθοδο είναι το διάστημα που χρειάζεται να πέσουν τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα αφού αφαιρεθεί η ταινία και ο άρρωστος να βρίσκεται σε υπερδοσολογία. Η μέθοδος αυτή χρήζει περισσότερης αξιολόγησης πριν την εφαρμογή της στον κλινικό χώρο επί τακτικής βάσης.

6. Πρωκτική χορήγηση

Η απορρόφηση από το βλεννογόνο σε αυτήν την περίπτωση είναι τόση όπως και στην περίπτωση της υπογλώσσιας χορήγησης.

7. Περιοχική / τοπική αναλγησία / αναισθησία

Μέθοδος που εισήχθη από τον Αυστριακό χειρουργό Karl Koller το 1884 με τη χρήση της cocaine στις εγχειρήσεις ματιών. Με την τοπική αναισθησία χορηγείται αναισθητικό (lignocaine, bupivacaine και prilocaine), εμποδίζοντας την μετάδοση των ερεθισμάτων κατά μήκος των νεύρων γι’ αυτό και το φάρμακο χορηγείται με ένεση κοντά σε νεύρα που πρόκειται να μεταφέρουν τα επώδυνα ερεθίσματα στον εγκέφαλο.

8. Τοπική επάλειψη

Μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά σε παιδιατρικά τμήματα με τη χρήση της κρέμας EMLA. Μείγμα της prilocaine και lignocaine, απορροφάται από το δέρμα και προκαλεί αναισθησία στην περιοχή που θα δοθεί συνήθως μία ένεση ή θα ληφθούν δείγματα αίματος. Χρησιμοποιείται επίσης για πρόκληση αναλγησίας μετεγχειρητικά σε περιστατικά με περιτομή. Οι χειρουργοί χρησιμοποιούν την Bupivacaine τοπικά προτού κλείσουν με συρραφή το δέρμα. Έχει δε αποδεχτεί και σαν αποτελεσματική για αναλγησία σε περιστατικά με χειρουργημένες κήλες.

9. Τοπική διήθηση

Είναι επίσης μία απλή τεχνική που δεν χρειάζεται οποιαδήποτε ειδική δεξιοτεχνία ή εμπειρία. Στην περιοχή γύρω από την πληγή χορηγείται τοπικό αναισθητικό (συνήθως bupivacaine). Υπάρχει πάντα η ανησυχία για μόλυνση της πληγής με τη χρήση αυτής της μεθόδου από τους χειρουργούς παρόλο που δεν υπάρχουν στοιχεία να στηρίζουν αυτές τις ανησυχίες.

10. Αποκλεισμός νεύρου ή πλέγματος νεύρων

Κάποιες εγχειρήσεις γίνονται σε περιοχές που τροφοδοτούνται από ένα ή δύο νεύρα. Ο αναισθησιολόγος που έχει γνώση της πορείας αυτών των νεύρων μπορεί να χορηγήσει τοπικό αναισθητικό (με ένεση) γύρω από αυτά έτσι που να εμποδιστεί η μεταφορά των επώδυνων ερεθισμάτων κεντρικά. Παραδείγματα αυτής της μεθόδου μπορεί να είναι ο αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου σε επεμβάσεις στο μεγάλο δάκτυλο και αποκλεισμό λαγονογαστρικού (iliohypogastric) και λαγονοβουβωνικού (ilioinjunal) στις περιπτώσεις εγχειρήσεων κήλης.

Παρομοίως μπορεί να γίνει αποκλεισμός πλέγματος νεύρων που μπορούν να αναισθητοποιηθούν με μία μόνο ένεση. Ένα παράδειγμα είναι ο αποκλεισμός του βραχιόνιου πλέγματος (σχηματίζεται από τα τέσσερα κάτω αυχενικά νεύρα και το πρώτο θωρακικό νεύρο. Ευρίσκεται στο οπίσθιο τρίγωνο στη μασχάλη) που προσφέρει τόσο προεγχειρητική όσο και μετεγχειρητική αναλγησία στις περιπτώσεις εγχειρήσεων στον ώμο. Εκεί όπου νεύρα μεταφέρουν αισθητικά άλλα και κινητικά ερεθίσματα το τοπικό αναισθητικό θα προκαλέσει και απώλεια της μυϊκής

λειτουργίας στην περιοχή. Αυτό μπορεί να είναι πλεονέκτημα κατά τη διάρκεια της επέμβασης αλλά μπορεί να ελαττώσει την κινητικότητα στην μετεγχειρητική περίοδο.

11. Σπονδυλική αναλγησία

Η χορήγηση τοπικού αναισθητικού για τους σκοπούς της επέμβασης προσδίδει αναισθησία για 3 μέχρι 4 ώρες το πολύ. Η συμπερίληψη ενός οπιοειδούς όπως η μορφίνη στην ένεση μπορεί να προκαλέσει μετεγχειρητική αναλγησία μέχρι 24 ώρες. Η δόση της μορφίνης για μια τέτοια περίοδο είναι πολύ μικρή (0,1-0,2mg).

Όπως και στις άλλες μεθόδους υπάρχει διαφορετική ανταπόκριση από τον κάθε ασθενή στο αναλγητικό φάρμακο. Η ναυτία, ο εμετός και η κατακράτηση ούρων είναι προβλήματα που παρουσιάζονται σε αυτή τη μέθοδο. Η πιο σημαντική όμως επιπλοκή είναι η καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας η οποία μπορεί να παρουσιαστεί ακόμη και μετά την αναλγησία. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πιθανότητες να συμβεί το πιο πάνω αυξάνονται αν επιπρόσθετα οπιοειδή χορηγηθούν στον ασθενή από άλλη οδό γι' αυτό και θα πρέπει να αποφευχθούν.

2.6. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Η υπεράσπιση της Μεθοδολογίας Αντιμετώπισης του Πόνου από Καρκίνο πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πιθανές αρνητικές της συνέπειες. Η ανάπτυξη ενός προγράμματος αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο δεν πρέπει να έρχεται σε αντίθεση με τα προγράμματα που έχουν εκπονηθεί για τον έλεγχο της κατάχρησης ούρων και της αθέμιτης διακίνησης των φαρμάκων, και αντίθετα. Ο φόβος, όμως, της ενδεχόμενης παράνομης χρήσης των φαρμάκων και των κοινωνικών συνεπειών της έχει περιορίσει τη διάθεση των οπιοειδών φαρμάκων στους ασθενείς με πόνο από καρκίνο. Είναι λοιπόν απαραίτητο να εξετασθεί τι έχει συμβεί στις χώρες, όπου τα από του αίματος παρασκευάσματα των ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών διατίθενται σε αυτούς τους ασθενείς.

Από αυτήν την άποψη, η Σουηδία αποτελεί ένα καλό παράδειγμα. Η από του στόματος χρήση των ισχυρών οπιοειδών, μέχρι πρόσφατα, δεν είχε διαδοθεί ευρέως στη Σουηδία, επειδή εθεωρείτο λιγότερο αποτελεσματική από την παρεντερική. Τώρα, όμως, η από του στόματος συστηματική χρήση της μορφίνης θεωρείται ως το

κυριότερο μέσο για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου από καρκίνο, όταν αποτυγχάνουν τα μη οπιοειδή και τα ελαφρά οπιοειδή. Αυτό φαίνεται από την αύξηση της χρήσης των από του στόματος σκευασμάτων της μορφίνης και της μεθαδόνης στη Σουηδία. Η χρήση των σκευασμάτων της μορφίνης και της μεθαδόνης έχει 17πλασιαστεί κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1975 και 1982. Η ευκολότερη διάθεση των ισχυρών οπιοειδών επέτρεψε σε περισσότερους καρκινοπαθείς να νοσηλεύονται στο σπίτι τους. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε αύξηση της παράνομης χρήσης των φαρμάκων ούτε και διοχέτευσή τους σε εξαρτημένους χρήστες.

Πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι η Μεθοδολογία Αντιμετώπισης του Πόνου από Καρκίνο, απευθύνεται σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, που έχουν περιορισμένη πιθανότητα ανάρρωσης. Σ' αυτή την περίπτωση, δεν μπορεί να γίνει σύγκριση των κινδύνων από ενδεχόμενη κατάχρηση ουσιών, με το όφελος που θα προκύψει από τη χρήση τους. Επιπλέον, σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, τα νομίμως παρεχόμενα φάρμακα ελάχιστα συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παράνομης αγοράς. Για όλους αυτούς τους λόγους, ένα πρόγραμμα διάθεσης των οπιοειδών φαρμάκων στους ασθενείς με πόνο από καρκίνο φαίνεται ότι είναι όχι μόνο εφικτό αλλά και σχετικά ακίνδυνο.

Στην πραγματικότητα, πολύ λίγες πληροφορίες έχουν δημοσιευθεί αναφορικά με τη φυσική εξάρτηση ή κατάχρηση φαρμάκων από ασθενείς που κάνουν χρήση οπιοειδών αναλγητικών για οποιαδήποτε χρόνια και επώδυνη νόσο. Η επίπτωση της εξάρτησης από τα οπιοειδή μελετήθηκε σε μία προοπτική έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 40.000 νοσοκομειακοί ασθενείς. Μεταξύ των 12.000 περίπου ασθενών, στους οποίους χορηγήθηκε ένα τουλάχιστον σκεύασμα ισχυρού οπιοειδούς, παρατηρήθηκαν μόνο 4 τεκμηριωμένες περιπτώσεις εξάρτησης, σε ασθενείς που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό κατάχρησης φαρμάκου. Τα δεδομένα αυτά, που προέρχονται από έρευνα σε γενικό πληθυσμό εσωτερικών ασθενών, αποδεικνύουν ότι η ιατρική χρήση των ισχυρών οπιοειδών σπάνια σχετίζεται με την ανάπτυξη εξάρτησης.

Μία σειρά από μελέτες, που αναφέρονται στην κατάχρηση των αναλγητικών από ασθενείς με χρόνια νοσήματα, δείχνουν ότι οι περιπτώσεις κατάχρησης των μη οπιοειδών αναλγητικών ή των ελαφρών συνδυασμών οπιοειδών και μη οπιοειδών είναι πολύ συχνότερες από τις περιπτώσεις κατάχρησης των ισχυρών οπιοειδών

αναλγητικών. Πολλές πρόσφατες μελέτες, που αναφέρονται στη συνεχιζόμενη χορήγηση οπιοειδών σε ασθενείς με πόνο μη κακοήθους αιτιολογίας, αποδεικνύουν ότι η παρατεταμένη θεραπεία με οπιοειδή δεν σχετίζεται με κατάχρηση του φαρμάκου ή με ψυχολογική εξάρτηση. Οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν ότι η χρήση του φαρμάκου δεν αποτελεί, από μόνη της, μείζονα παράγοντα για την ανάπτυξη της ψυχολογικής εξάρτησης. Άλλοι ιατρικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και οικονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Τα συμπεράσματα αυτά υποστηρίζονται, επίσης, από μελέτες σε αμερικανούς στρατιώτες του Βιετνάμ που είχαν εξάρτηση από τα ισχυρά οπιοειδή. Σ' αυτήν την ομάδα, η κατάχρηση φαρμάκων ήταν συνάρτηση μίας σειρά παραγόντων, που περιλαμβάνουν την υποκείμενη προσωπικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς και οικονομικούς λόγους.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς, στους οποίους χορηγούνται οπιοειδή αναλγητικά σε συνεχή βάση, αναπτύσσουν κάποιου βαθμού ανοχή στην αναλγητική δράση αυτών των φαρμάκων. Επίσης, φαίνεται ότι μπορεί να αναπτυχθεί και φυσική εξάρτηση. Αυτό αποδεικνύεται από την εκδήλωση στερητικών συμπτωμάτων, καθώς και από περιστατικά εμφάνισης οξέως στερητικών συμπτωμάτων, σε ασθενείς που σταμάτησαν απότομα τη λήψη φαρμάκων, επειδή υποβλήθηκαν σε κάποια ανακουφιστική νευρολυτική ή νευροχειρουργική επέμβαση. Οπωσδήποτε, από μελέτες που αναφέρονται στα σχήματα χορήγησης των φαρμάκων στους καρκινοπαθείς, βρέθηκε ότι η εξέλιξη της μεταστατικής νόσου που προκαλεί αύξηση της έντασης του πόνου, ήταν ο κύριος παράγοντας που οδηγούσε στη συνεχή αύξηση της αναλγητικής δόσης. Η ελάττωση της χρήσης του φαρμάκου σχετιζόταν με ειδική θεραπεία για την καταπολέμηση των αιτιών του πόνου. Σε άλλη μελέτη, όμως, δεν αναφέρονται περιπτώσεις υπέρβασης της δόσης, κατάχρησης φαρμάκων και ψυχολογικής εξάρτησης. Πρέπει να αναφερθεί ότι η ανοχή αναπτύσσεται σε διαφορετικό βαθμό για καθεμιά από τις δράσεις των οπιοειδών. Η ανοχή έναντι της καταστολής της αναπνοής αναπτύσσεται αμέσως, σε αντίθεση με τη βραδεία εκδήλωση της ανοχής έναντι της δυσκοιλιότητας, που συνήθως σπάνια αναπτύσσεται.

Η ανοχή σπάνια αποτελεί πρακτικό πρόβλημα, αν τα ισχυρά οπιοειδή χρησιμοποιούνται από το στόμα, σύμφωνα με τον τρόπο που προτείνεται στη Μεθοδολογία Αντιμετώπισης του Πόνου από Καρκίνο. Συνήθως το πρώτο σημείο ανοχής είναι οι αιτιάσεις του ασθενούς ότι η αναλγητική δράση δεν διαρκεί όσο

διαρκούσε. Οι αιτιάσεις αυτές συγγέονται συχνά από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας ως πρώιμα σημεία ψυχολογικής εξάρτησης. Σε μία ελεγχόμενη μελέτη, παρατηρήθηκε η μετακίνηση της καμπύλης δόσης / απόκρισης προς τα δεξιά, σε ασθενείς στους οποίους εχορηγείτο μορφίνη σε συνεχή βάση, όταν αυτοί μελετήθηκαν κατά διαστήματα δύο εβδομάδων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1989, σελ. 34-36).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΗ

Η αρχαιότητα μας έχει κληροδοτήσει ένα συγκινητικό γλυπτικό σύμπλεγμα που δείχνει τον ιερά της Τροίας Λαοκόωντα με τα παιδιά του, περιπλεγμένους σε ένα αγκάλιασμα θανάτου με φίδια που έστειλαν οι Θεοί, το σύμπλεγμα δείχνει αυτούς τους ανθρώπους να προσπαθούν με όλες τους τις δυνάμεις να αποφύγουν αυτό το αγκάλιασμα. Ο καλλιτέχνης κατόρθωσε να αποδώσει κατά τέτοιο τρόπο την έκφραση του οδυνηρού βασανισμού, ώστε ολόκληρο το σύμπλεγμα δίνει την εντύπωση του μαρμάρινου πόνου. Ο «Λαοκόωντας» δεν ίσχυε χωρίς λόγο σαν παράδειγμα γλυπτικής παράστασης και ο Lessing βασίστηκε σε αυτό το γλυπτό, για να επεξεργαστεί στην περίφημη πραγματεία, τη διαφορά ανάμεσα στη γλυπτική και γλωσσική τέχνη. Περιεχόμενο αυτού του γλυπτού είναι ο πόνος, που στο σύνολό του φαίνεται σα μια μοναδική κραυγή της βασανισμένης ύπαρξης. Πίσω από τα χαρακτηριστικά του Λαοκόωντα, που με τις προειδοποιήσεις του στους συμπατριώτες του προκάλεσε το θυμό της Θεάς Ήρας, βλέπουμε τον ίδιο τον άνθρωπο, που το περιεχόμενο της ζωής του είναι απερίγραπτος πόνος, θλίψη και δυστυχία.

Κάτω από αυτή την άποψη ο πόνος δεν μας εμφανίζεται μόνο σαν ένα ενοχλητικό παράγοντα της ζωής, που μας αφήνει αδιάφορους, όταν δεν πλήττει ακριβώς εμάς. Εδώ υπάρχει ένα από τα μεγάλα προβλήματα της ζωής, που μόνο επιφανειακοί παρατηρητές δεν μπορούν να του δώσουν την απαραίτητη σημασία. Σε συνάρτηση με αυτήν την ερώτηση εμφανίζονται σχεδόν όλα τα συμπλέγματα ερωτήσεων, με τα οποία έχουν ασχοληθεί από τις αρχές η φιλοσοφία και η επιστήμη. Τι είναι ο πόνος και ποια σημασία έχει στη ζωή; Με ποιες μορφές εμφανίζεται μέσα στο ζωικό και στον ανθρώπινο κόσμο; Τι σημαίνει αυτός σε σχέση με την αρρώστια και το θάνατο; Είναι ωφέλιμος, αδιάφορος ή βλαβερός;

Η ιατρική έδωσε από παλιά στο πρόβλημα του πόνου ιδιαίτερη προσοχή. Ο γιατρός και ο άρρωστος γνωρίζουν τον πόνο σαν ένα σπουδαίο σημάδι ότι στον οργανισμό κάτι δεν πηγαίνει καλά. Σε πολλές αρρώστιες πρέπει να είμαστε ευχαριστημένοι, γιατί εκδηλώνονται νωρίς με συμπτώματα πόνου και οδηγούν τον άρρωστο γρήγορα στη θεραπεία. Λιγότερο ικανοποιητικές είναι εκείνες οι περιπτώσεις, όπου, αφού η αρρώστια κυριαρχήσει σε απόλυτη ησυχία στον

οργανισμό, εμφανίζεται με πόνους που προέρχονται από τις καταστροφές που έχει προξενήσει. Η μεγάλη δυσκολία της διάγνωσης του καρκίνου είναι ότι η αρρώστια γίνεται τότε αισθητή, όταν πια δεν μπορεί να θεραπευτεί. Οι πόνοι έχουν το μεγάλο προτέρημα να προειδοποιούν τον απειλούμενο άνθρωπο και να προετοιμάζουν τις δυνάμεις του καθώς και ξένη βοήθεια για αντίσταση.

Γι' αυτό θα μπορούσε κανείς να ονομάσει τον πόνο ένα φύλακα της ζωής. Όποιος όμως έχει δει τους πόνους μιας περιτονίτιδας, ενός κατάγματος, μιας στηθάγχης κ.λ.π. δεν μπορεί παρά να συμφωνήσει με τη διατύπωση του W. Loeffler ότι αυτός ο φύλακας μεταβάλλεται εύκολα σε βασανιστή, οι νευραλγικοί πόνοι π.χ. μπορεί να είναι τόσο τρομεροί, ώστε οδηγούν το θύμα τους σε απερίγραπτη απελπισία και μερικές φορές ακόμη και στην αυτοκτονία. Ανυπολόγιστη είναι η ωφέλεια που είχαμε τα τελευταία χρόνια από τα αναλγητικά φάρμακα και τις καταπληκτικές προόδους της αναισθησίας σε εγχειρήσεις.

Η σύγχρονη καταπολέμηση του πόνου έχει κάνει δυνατά τα κατορθώματα της νεώτερης χειρουργικής και είναι ένα τόσο απαραίτητο βοηθητικό μέσο της ιατρικής τεχνικής, ώστε δεν μπορούμε να καταλάβουμε γιατί οι χειρουργοί αντιστάθηκαν αρχικά στην εισαγωγή της. Για την περιέργεια αναφέρουμε τα λόγια του γάλλου χειρουργού Velpeau, ο οποίος έγραψε το 1839 «Το να θέλει κανείς να αποφύγει τον πόνο σε εγχειρήσεις, είναι μία χίμαιρα, που δεν επιτρέπεται σήμερα σε κανένα να την κυνηγά». Λίγα χρόνια αργότερα χρησιμοποιήθηκαν ναρκώσεις με αιθέρα και χλωροφόρμια, που πολλαπλασίασαν αφάνταστα τις δυνατότητες των χειρουργικών επεμβάσεων (Ράτνερ, 1998, 169-171).

3.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Ψυχολογικοί παράγοντες (Λόρενς, 1999).

Κοινό σχήμα σε ασθενείς με καρκίνο.

- Η πρώτη και η κυριότερη ένδειξη αφορά την απώλεια από μέρους του ασθενή του σκοπού της ζωής. Αυτή η απώλεια της αίσθησης ενός σκοπού στη ζωή είχε συμβεί στο παρελθόν πριν εμφανιστούν τα πρώτα φανερά συμπτώματα του καρκίνου.

- Η δεύτερη ένδειξη αφορούσε μία ανικανότητα από την πλευρά του ατόμου να εκφράσει θυμό ή δυσαρέσκεια. Συχνά οι ασθενείς αυτοί φαίνονται να καταπνίγουν και να καταπίνουν τα αισθήματα εχθρότητας. Είχαν επιθετικά συναισθήματα, συχνά μάλιστα αρκετά έντονα, ήσαν όμως ανίκανοι να τα εκφράσουν με λόγια. Σε όλους υπήρχε ένα χαρακτηριστικό καλόβολο προσωπίο.
- Ένας τρίτος παράγοντας που στατιστικά φαινόταν να διαφοροποιεί τους καρκινοπαθείς ήταν η ύπαρξη ενδείξεων συγκινησιακής έντασης σχετικά με το θάνατο ενός γονιού. Συχνά ο θάνατος αυτός είχε συμβεί πριν πολλά χρόνια. Όμως η ένταση που πιθανά οφειλόταν σε ενοχή ή ανησυχία συνεχιζόταν.
- Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, που παρατηρήθηκε στους καρκινοπαθείς, ήταν μία έντονη τάση να μην αγαπούν τον εαυτό τους και μία έλλειψη εμπιστοσύνης (στον εαυτό τους). Τα άτομα αυτά δεν είχαν καμία εκτίμηση για τα δικά τους επιτεύγματα. Δεν αγαπούσαν τον εαυτό τους ή τα προτερήματα που διέκριναν σε αυτόν.

Τι σημαίνει να αγωνίζεσαι για τη ζωή σου;

Υπάρχουν ορισμένα σημαντικά και δικαιολογημένα ερωτηματικά που μπορούμε να θέσουμε στον εαυτό μας. Αν οι απαντήσεις σε αυτά μας προκαλέσουν έκπληξη ή σοκ, τότε ίσως είναι καιρός να εξετάσουμε ξανά τη ζωή μας, πέρα από τις ιατρικές εξετάσεις, υπάρχει και άλλος ένας λόγος ερωτημάτων που μπορεί κανείς να υποβάλλει στον εαυτό του, ερωτημάτων που έχουν σχέση με τη συγκινησιακή εκείνη κατάσταση που τόσο συχνά φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη κακοήθη όγκου: (Λόρενς, 1999).

1. Μπορώ να εκφράσω το θυμό μου, όταν τον νιώθω, πολύ έντονα;
2. Προσπαθώ οτιδήποτε και αν συμβεί, να δω την καλή του πλευρά, χωρίς να παραπονιέμαι;
3. Έχω μια ποικιλία ενδιαφερόντων που μου κάνουν τη ζωή ευχάριστη ή μήπως όλη μου η ενεργητικότητα συγκεντρώνεται σε μία σχέση (εργασία, σύζυγο, παιδί, κ.λ.π.) ώστε, αν έχανα αυτή τη σχέση δεν θα είχα πια

κανένα λόγο να ζω; (για παράδειγμα, αν πρέπει να πάρω σύνταξη, μήπως θα προτιμούσα να πεθάνω; Ή όταν τα παιδιά μου έχουν φύγει θα συνεχίσω να πιστεύω ότι αξίζει να ζω;)

4. Πιστεύω ότι είμαι ένα αξιαγάπητο, αξιόλογο άτομο; Ή μήπως πολύ καιρό ένιωθα ότι δεν αξίζω; Νιώθω συχνά μοναξιά, απόρριψη, απομόνωση από τους άλλους;
5. Κάνω αυτό που θέλω να κάνω στη ζωή μου; Έχω ικανοποιητικές σχέσεις; Νιώθω λογικά αισιοδοξία, ή μήπως νιώθω απελπισία, πως δεν θα καταφέρω ποτέ να ολοκληρωθώ σαν άτομο;
6. Αν μου έλεγαν τώρα ότι μου απομένουν μόνο έξι μήνες ζωής;, θα συνέχιζα να κάνω αυτό που κάνω τώρα; Ή μήπως έχω κρυφά ανεκπλήρωτα όνειρα, φιλοδοξίες, επιθυμίες για τις οποίες ντρέπομαι και που με κατέτρεχαν όλη μου τη ζωή;
7. Αν μου έλεγαν ότι έχω μια ασθένεια του τελευταίου σταδίου, μήπως θα ένιωθα ένα είδος ανακούφισης;

3.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν του έχει ανακοινωθεί. Συνήθως τα μη λεκτικά μηνύματα από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς είναι πολύ αποκαλυπτικά. Εξάλλου ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση. Το άλγος, η δυσφορία, ο περιορισμός της κινητικότητας – λειτουργικότητας και τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα αποτελούν αδιάψευστα τεκμήρια σοβαρής νόσου.

Ποικιλίες είναι οι πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς κυμαινόμενες από το άγχος και το φόβο μέχρι την κατάθλιψη και τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Το είδος και ο βαθμός των ψυχολογικών αντιδράσεων ποικίλλει κατά περίπτωση, με κύριο διαμορφωτικό παράγοντα το είδος των ψυχολογικών αντιδράσεων αμυντικών μηχανισμών. Τους μηχανισμούς αυτούς κινητοποιεί ο ασθενής ασυνείδητα προκειμένου να μειώσει την ένταση του άγχους και των άλλων συναισθηματικών του αντιδράσεων.

Οι κυριότεροι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμού είναι η άρνηση, η απώθηση –καταπίεση, η υπεραναπλήρωση, η προβολή. Με το μηχανισμό της άρνησης ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου και τις επιπτώσεις της. Εξαιτίας του ψυχολογικού αυτού μηχανισμού συχνά καθυστερεί πολύ η προσέλευση στο γιατρό και δυσχεραίνεται η συνεργασία γιατρού –ασθενούς, με αποτέλεσμα να μη γίνεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Συχνά ο ασθενής, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου του, αδιαφορεί, δεν ασχολείται με αυτήν, την βάζει στο περιθώριο. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο, πρόκειται για το μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για το μηχανισμό της καταπίεσης. Η υπεραναπλήρωση βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησής του. Κινητοποιώντας το μηχανισμό της υπεραναπλήρωσης, ο ασθενής γίνεται πιο δραστήριος από ότι πριν αρρωστήσει, τουλάχιστον σε ορισμένους τομείς, που του επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Τέλος, με την προβολή ο ασθενής γίνεται γκρινιάρης, εριστικός, παρανοειδής, ακόμη και επιθετικός. Με το μηχανισμό αυτόν η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής.

Στους καρκινοπαθείς ο μηχανισμός που συνήθως υπερισχύει είναι η άρνηση. Όμως συχνά συνυπάρχουν και συλλειτουργούν περισσότεροι του ενός μηχανισμοί άμυνας. Το ποιος θα υπερισχύει και μέχρι ποιο βαθμό εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, που περιλαμβάνουν την προσωπικότητα του ασθενούς, τη φύση και τη βαρύτητα της νόσου, την προσωπική της σημασία για τον ασθενή και την ψυχολογική αλληλεπίδραση του ασθενούς με το περιβάλλον του. Από τους παράγοντες αυτούς το σημαντικότερο ρόλο παίζει η βασική προσωπικότητα του ασθενούς. Όμως και οι άλλοι παράγοντες είναι πολύ αξιόλογοι, αν και κατά κανόνα ο μόνος που λαμβάνεται υπόψη είναι η βαρύτητα της νόσου. Ο παράγων που συνηθέστερα παραμελείται είναι η ψυχοσυναλλαγή του ασθενούς με το περιβάλλον του. Σε αυτήν κεντρικό ρόλο παίζει η επικοινωνία γιατρού – ασθενούς (Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 42-43).

3.3. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μία ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να πάρει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από τον οικογενειακό περιβάλλον και

το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο –ενδιάμεσο –τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως (Αναγνωστόπουλος, 1986):

1^η Φάση – Πρώιμο Στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και σοκ, που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγή, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτο με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και δεύτερο με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται ως μια απειλή στη συνέχεια την υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της (στον ίδιο και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πως είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά του προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή του στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι μας στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- Να βοηθήσουμε τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της.
- Να βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- Να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα (αλλαγμένη) εικόνα σώματος και εαυτού.
- Να βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση του γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπισή τους στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσοκόμας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής). Κατόπιν θα λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε μία χειρουργική επέμβαση, τον ενημερώνουμε και τον προετοιμάζουμε ψυχολογικά. Στην περίπτωση μιας γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η άρρωστη θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιούμενων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αιρείται μία πιθανή ψυχολογική αντίφαση. Β) αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

Αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα

ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του ασθενούς, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους του, που δεν δέχονται τα δάκρυά του ή δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτός χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά του να αντιμετωπίσει την αρρώστια.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία, που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μία αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μία τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα, που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μία τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και φίλους που ο ασθενής μπορεί να νιώθει λόγω της αρρώστιας του και μη ξέροντας πως να αντιδράσει απέναντί τους, απομακρύνεται από αυτούς.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση, ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ακόμα δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργούν η παρουσία της αρρώστιας, η φροντίδα του αρρώστου, οι νέες ευθύνες και οι ρόλοι. Έτσι στην περίπτωση που η

μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίσει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα, όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου που να εκφορτίζεται.

Διεθνείς Αντικαρκινικές Εταιρείες απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή προτείνουν να χειριστεί ως εξής το θέμα: «Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε να τον γνωρίζουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλά θα ήταν όμως να μιλήσετε με το σύζυγό σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με το να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, θα υποστηρίζεται και θα καθησυχάζετε ο ένας τον άλλο. Όσο το συντομότερο επικοινωνήσετε τα αισθήματά σας, τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίξτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δύο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στη διαδικασία και την ανάρρωση χάνεται.

Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε αν ο σύζυγός σας, σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μία σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε ίσως έσπαζε έτσι κι αλλιώς μπροστά σε μία κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δυο συζύγους να χρησιμοποιήσει τη μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μία κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή για καιρό».

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούν τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα

ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μία νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

2^η Φάση – Ενδιάμεσο Στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μία γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και καχεξία και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν τον γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργούταν φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή («χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα την διατροφή», «Η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα όταν βγήκαμε για να επισκεπούμε κάποιους συγγενείς»).

Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι μία τέτοια αγωγή είναι άνευ αξίας και να τον κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες. Ο γιατρός μπορεί ακόμα να του προτείνει να δει ένα άλλο ογκολόγο για μια δεύτερη γνώμη ή να σταθεί πρόθυμος να συζητήσει με τον άρρωστο νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν θεωρήσει.

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν

τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσοκόμα πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένειά του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας της χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο ογκολόγος να εξηγήσει στον ασθενή και τους συγγενείς του τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχτεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στον άρρωστο ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πως λειτουργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι παρενέργειες εμφανιστούν. Επίσης ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς του αρρώστου, ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις όπως ότι ο ασθενής γίνεται ραδιενεργός και τον εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας, ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους στο να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε στον ασθενή ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά του, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένος. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να του δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το

άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτόν.

3^η Φάση – Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ακανουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν τον ενδεχόμενο θάνατο. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της αρρώστιας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του. Ή ο άρρωστος μπορεί να κατηγορήσει το γιατρό του ότι δεν τον είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι καθ' όλη τη διάρκεια της αρρώστιας μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνυσή της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει πολλές φορές στα νοσοκομεία από την ίδια την αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είμαι μόνο μία μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένα –στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσοκόμες, ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Η Kubler – Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με τη φύση της αρρώστιας του μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Στην πρώτη λοιπόν φάση, τη φάση της άρνησης, ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνείδητα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Η συνήθως αντίδραση είναι: «Όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ». Η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης σε μία κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση, με την οποία μερικοί από τους αρρώστους αυτούς πρέπει να ζήσουν για μακρό χρόνο. Κατά τον ίδιο τρόπο που αρνούμαστε να πιστέψουμε τον αιφνίδιο και αναπάντεχο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, έτσι και ο ασθενής αρνείται τη φύση και τις επιπτώσεις της αρρώστιας του. Η άρνηση λειτουργεί σαν εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από απροσδόκητες συγκλονιστικές ειδήσεις, είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας που επιτρέπει στον άρρωστο να περισυλλεγεί και να κινητοποιήσει με τον καιρό άλλους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι σύντομα η άρνηση, σαν προσωρινή άμυνα, αντικαθίσταται από μία μερική αποδοχή. Η άρνηση που κρατιέται ως το τέλος είναι σπάνια, ας πούμε τρεις στους εκατό ασθενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, που πιθανόν να λύγιζαν την άρνησή τους, μιλώντας στους ασθενείς για τον καρκίνο. Παρά την άρνηση όμως, έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο μέρος του εαυτού του αρρώστου πρέπει να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της αρρώστιας, εφόσον ο άρρωστος δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.

Η αντίδραση άρνησης αντί να διατυπωθεί με λόγια, μπορεί να εκφραστεί με ενέργειες, όπως να πάρει ο άρρωστος σε άλλους γιατρούς με την ελπίδα ότι θα τον καθησυχάσουν ή συχνότερα για να «μπερδέψει τα ίχνη» με τρόπο ώστε να πεισθεί ότι υπάρχει ακόμη αμφιβολία στη διάγνωση, πως η κατάσταση δεν είναι ξεκαθαρισμένη ή ακόμα πως έγινε λάθος.

Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει. Το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας εξαρτάται από το πως ειπώθηκε στον άρρωστο η αρρώστια του, το πως προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά τη διάρκεια της ζωής του, ποιος θα είναι κοντά του να τον υποστηρίξει.

Ακολουθεί η φάση της οργής ή εξέγερσης. Ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη: «γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλος». Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις: οι γιατροί δεν είναι καλοί, κρατούν τους αρρώστους για πολλές ημέρες στο νοσοκομείο, δε σέβονται τις επιθυμίες του, δεν ξέρουν ποια είναι η σωστή δίαιτα που πρέπει να ορίσουν. Μεγαλύτερος στόχος της οργής του γίνονται οι νοσοκόμες. Μόλις εγκαταλείψουν το δωμάτιο χτυπά το κουδούνι. Η επίσκεψη της οικογένειάς του γίνεται γεγονός οδυνηρό. Μαλώνει με τους συγγενείς του, τους κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Τότε τα μέλη της οικογένειας αντιδρούν με λύπη, δάκρυα, ενοχή ή αποφεύγουν μελλοντικές συναντήσεις με τον άρρωστο, και έτσι η οργή και η στενοχώρια του αρρώστου επαυξάνεται.

Το ζήτημα εδώ είναι ότι ελάχιστοι βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του αρρώστου και απορούν από που να προέρχεται αυτός ο θυμός και η ευερεθιστότητα. Ίσως όμως και εμείς να οργιζόμασταν αν όλες οι δραστηριότητες της ζωής μας διακόπτονταν πρόωρα, αν περιμέναμε, μετά από χρόνια σκληρού μόχθου, να χαρούμε μερικά χρόνια ανάπαυσης και απόλαυσης της ζωής, μόνο και μόνο για να μας βρει αυτή η τύχη. Τι άλλο θα κάναμε παρά να αφήσουμε την οργή μας να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους που πολύ πιθανόν να απολαύσουν όλα αυτά τα πράγματα, που είναι υγιείς. Πάνω σε ανθρώπους που παραγγέλλουν επίπονες εξετάσεις, που διατάσσουν περιορισμούς, ενώ μετά το τέλος της εργασίας τους μπορούν να πάνε να χαρούν τη ζωή.

Όπου και να κοιτάξει λοιπόν ο άρρωστος, αυτόν τον καιρό, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν, ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλά ζει. Αν του δοθεί σεβασμός, προσοχή, αν προσπαθήσουμε να τον καταλάβουμε παρά να τον κρίνουμε, γρήγορα θα χαμηλώσει τη φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του. Και μην παίρνουμε προσωπικά τις επιθέσεις οργής του. Τέτοιοι άρρωστοι προκαλούν με την οργή τους την απόρριψη από εμάς, προκαλούν να τους παραμερίσουμε. Μπορούν να δεχτούν οτιδήποτε μόνο κάτω από δικούς τους όρους και αν ο χρόνος των γιατρών είναι περιορισμένος αυτοί οι ασθενείς χάνουν την ευκαιρία που τους δίνουμε. Κι όμως είναι πιο απελπισμένοι από όλους. Αν επιτρέψουμε σε τέτοιους ασθενείς να είναι ο εαυτός τους και να εκτονώνονται,

μπορεί να δείξουν άλλες πλευρές του εαυτού τους, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές.

Έρχεται ύστερα η φάση της διαπραγμάτευσης, του παζαρέματος, που χαρακτηρίζεται από την τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο. «Αν μου υποσχεθείτε ότι θα γίνω καλά, σε αντάλλαγμα θα είμαι καλός, πειθαρχικός και υπάκουος. Ή «να κάνετε ότι μπορείτε για να κάνω Πάσχα με την οικογένειά μου». Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα αμειφθεί για την καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου του, με προέκταση της ζωής του, θα κατορθώσει να ζήσει αρκετά για να παραστεί στο γάμο του παιδιού του, για να τακτοποιήσει υποθέσεις του. Το παζάρεμα είναι πραγματικά μία προσπάθεια αναβολής. Βέβαια και να του παραχωρηθεί η αναβολή και να του γίνει μία ειδική χάρη δεν πρέπει να περιμένουμε ότι θα κρατήσει την υπόσχεση για καλή συμπεριφορά ή μία ζωή αφιερωμένη σε κάποιο σκοπό στη ζωή ή στο Θεό. Συχνά οι υποσχέσεις συνδέονται με μία ενοχή, φόβο ή τιμωρία για διάφορους λόγους και πρέπει να αναζητείται το βαθύτερο νόημα και κίνητρο τέτοιων συμπεριφορών.

Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση. Ο άρρωστος που βαδίζει προς το θάνατο, νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει πια την απελπισία, τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτοϋποτίμησης. Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική (η εξέλιξη της αρρώστιας όντας ένα υπαρκτό εξωτερικό εκλυτικό αίτιο) είτε προπαρασκευαστική, που προετοιμάζει τον άρρωστο για τον τελικό αποχωρισμό από αυτόν τον κόσμο.

Στη δεύτερη αυτή μορφή κατάθλιψης, οι ενθαρρύνσεις και οι διαβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε το και όλων των αγαπημένων του προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πούμε ότι δεν πρέπει να λυπάται. Η φάση αυτή είναι συνήθως μία σιωπηλή περίοδος με ανάγκη για άγγισμα του χεριού, μια ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια σε αντίθεση με την αντιδραστική μορφή στην οποία ο άρρωστος έχει πολλά να μοιραστεί με τους άλλους. Εδώ θα απαλλάξουμε τον άρρωστο από περιττό άγχος, ταλαιπωρία και ταραχή αν προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να

αγωνιστεί για τη ζωή του (π.χ. με το να δεχθεί επιπρόσθετη θεραπεία) ή είναι έτοιμος να προετοιμαστεί για να πεθάνει.

Η τελευταία φάση, είναι η φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να 'χει τελειώσει και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι. Μερικοί ασθενείς πέρασαν την κατάθλιψη και την εξέγερση αλλά είναι περισσότερο απογοητευμένοι έχοντας αφεθεί σε μια μοιρολατρική εγκατάλειψη και απομόνωση παρά σε γαλήνη. Άλλοι ωστόσο ασθενείς είναι ήρεμοι.

Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Θα αντικρίσει τις τελευταίες στιγμές ηρεμότερα αν του επιτραπεί να αποσπάσει τον εαυτό του από όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Μία ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού, μπορούν να πουν περισσότερα από πολλές λέξεις και να βεβαιώσουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπεται μόνος, αλλά ότι θα βρισκόμαστε κοντά του μέχρι το τέλος, όπου ο κύκλος της ζωής κλείνει.

Οι φάσεις που περιγράψαμε σπάνια διαδέχονται κανονικά η μία την άλλη. Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω και αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα, αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν από όλους τους αρρώστους όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό.

Πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουμε ώστε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε ένα τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση, συμπάρασταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο άρρωστος με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχθεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μία αγωγή μερικών ημερών, τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι κατανοητό αν σκεφτούμε την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του (placebo effect). Επίσης είναι σημαντικό να αφήνουμε τους αρρώστους, όσους είναι ικανοί για συνεργασία, να συναποφασίζουν με τους γιατρούς για τη στιγμή που θα πάρουν τα αναλγητικά τους (Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 48-51, 53-60).

3.4. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστό και συμπαθές στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, υπάρχει διάθεση αυτομομφής και προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα.

Ο Baltrusch έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σε αυτό, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη μεταγενέστερη

ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας του, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα αντικείμενα. Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχτούν να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματοποιήσουν τις δικές τους προσδοκίες γι' αυτά και τις υπερβολικές προσταγές τους. Σαν συνέπεια, τα παιδιά αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή. Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απόθεση και το ολοκληρωτικό χάσιμο της ικανότητας να γνωρίσουν στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μία καταπιεσμένη, ρηχή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, ώστε τις θεωρούν πια επικίνδυνες, απειλητικές και δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμα έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» μέσα τους και είναι ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν τη ματαιώση από τις πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλώνται σε αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την αμυντική θωράκισή τους έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματά τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στενοχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητα τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος, μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίδιο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια (πραγματική ή συμβολική) αντικείμενου ρόλου, ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να αντεπεξέλθουν στην προσπάθειά

τους να εγκαταστήσουν καινούριες αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Ακολουθεί κατάτμηση της ναρκισσιστικής ισορροπίας με κινητοποίηση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μία γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεινόμενο stress που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος, που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση (Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 62-63).

3.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολύ σύνθετο. Πρώτο, έχουμε μία αρρώστια που στην κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που είναι «στίγμα» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μία κρίσιμη κατάσταση (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά, υπαρξιακά). Δεύτερο, έχουμε τον άρρωστο με το δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες, συναισθήματα, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες σχέσεις, τα δικά του διλήμματα, ευθύνες και φόβους. Ακόμη έχουμε το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, το υπόλοιπο νοσηλευτικό περιβάλλον και τέλος έχουμε την αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε ένα δυναμικό χώρο.

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

Στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι να αναφερθούμε στα ψυχολογικά εκείνα στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής από την ώρα που θα αναπτυχθεί σε αυτόν το κακόηθες νεόπλασμα μέχρι τις τελευταίες στιγμές του, να κατανοήσουμε ορισμένες από τις αντιδράσεις των καρκινοπαθών και να εξετάσουμε τι μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε φάση. Να κατανοήσουμε τις καταστάσεις που συμβαίνουν στην οικογένεια του αρρώστου και να δούμε τρόπους αντιμετώπισης της οικογένειας από τους θεράποντες. (2) Να αναλύσουμε την προσωπικότητα του καρκινοπαθούς και να παρουσιάσουμε τα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοστούν.

Ένας τέτοιος χειρισμός του θέματος ελπίζουμε να έχει ως αποτέλεσμα ένα βαθμό ευαισθητοποίησης στην ψυχολογία των καρκινοπαθών, για καλύτερες

προϋποθέσεις ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Αναγνωστόπουλος, 1986, σελ. 47).

3.6. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι ο πόνος είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς. Αρκετοί μελετητές δίνουν έμφαση στο διαχωρισμό των σωματικών από τις ψυχολογικές πλευρές του πόνου.

Οι ατομικές διαφορές, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και η κοινωνική ομάδα επηρεάζουν την αντίδραση στον πόνο. Έχει υποστηριχθεί ότι ο ετοιμοθάνατος ασθενής είναι δύσκολο να ανεχτεί τον πόνο, διότι τον θεωρεί περιττό και απαράδεκτο. Για τον Frankl (1987), εκπρόσωπο της υπαρξιστικής θεώρησης, δεν είναι ο πόνος καθ' αυτός που προξενεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα.

Το μεγαλύτερο μέρος του έργου που αφορά σε ψυχολογικές τεχνικές για τον έλεγχο του πόνου στον ετοιμοθάνατο ασθενή εστιάζεται στην αντιμετώπιση του πόνου. Χρησιμοποιείται η εκπαίδευση στη βιοανάδραση, η ύπνωση ή κάποιος συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων. Ωστόσο, πρόκειται για τεχνικές που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Ο Αναγνωστόπουλος (1986) αναφέρεται σε μερικές τεχνικές ύπνωσης, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει έλεγχο στην αντίληψη του πόνου, όπως η υπνοευαισθησία με την ανάκληση αναμνήσεων σωματικής αναισθησίας, η επικέντρωση της προσοχής σε μέρος του σώματος που δεν πονά, η μετάθεση του πόνου σε άλλο σημείο του σώματος όπου ο πόνος είναι πιο υποφερτός, η απόσπαση της προσοχής και η ανάμνηση ευτυχισμένων περιόδων της ζωής του ασθενούς.

Θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιηθούν: (α) προγράμματα που θα στοχεύουν στην ανάπτυξη των θετικών συμπεριφορών και στη μείωση των συμπεριφορών πόνου (σε ομαδική ή ατομική βάση), (β) γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις που τείνουν να χρησιμοποιούν συνδυασμό λειτουργικών και γνωστικών τεχνικών, καθώς και εκπαίδευση στη χαλάρωση. Οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Σύμφωνα με τον Leshan(1981) και τον Simonton και τους συνεργάτες του (1988), όταν ο πόνος είναι υπερβολικός σε ένταση και εμμονή, παρότι έχει προηγηθεί παρέμβαση για τον έλεγχο του, τότε υπάρχει πιθανότητα να συνδέεται με δευτερογενή οφέλη. Ενδέχεται λ.χ. να αποφέρει στον ασθενή προσοχή, φροντίδα και αγάπη από το περιβάλλον του.

Οι γνώσεις μας αναφορικά με τη χρήση των ψυχολογικών τεχνικών στην αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων ψυχολογικής ενόχλησης που βιώνει ο ετοιμοθάνατος ασθενής είναι περιορισμένος. Πιθανόν όμως μερικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων ναυτίας και εμετού στη θεραπεία του καρκίνου να συμβάλλουν επίσης στον έλεγχο διαφόρων συμπτωμάτων του ετοιμοθάνατου ασθενούς, όπως π.χ. στις περιπτώσεις που η ναυτία σχετίζεται με ειδικές συνθήκες διατροφής ή θεραπείας κ.ο.κ. Έχει αναφερθεί η επιτυχής χρησιμοποίηση της συστηματικής απευαισθητοποίησης στον έλεγχο της προκαταβολικής ναυτίας που ένιωθαν ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς η τεχνική της χαλάρωσης σε ασθενείς που έκαναν χημειοθεραπεία και ένιωθαν ναυτία (Wilson, 1989).

Ο Whitehead (1989) αναφέρεται στην εφαρμογή της τεχνικής της αυτό-ύπνωσης σε νέα άτομα που έπασχαν από καρκίνο. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν το φαγητό και τα υγρά που έπαιρνε ο οργανισμός, ο ευκολότερος ύπνος, η συμπεριφορά στη φαρμακευτική αγωγή και στις ακτινοβολίες. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στην εφαρμογή της ύπνωσης προκειμένου να αντιμετωπιστούν η δυσκαταποσία των χαπιών, η ναυτία, ο εμετός, το άγχος για θεραπευτικές αγωγές, όπως η χορήγηση ενδοφλέβιων ενέσεων, ο πόνος των μελών, η ανορεξία και το γενικευμένο άγχος που συνδέεται με νέα κρίση της ασθένειας.

Ο Sachs (1992) υποστηρίζει ότι η ύπνωση είναι μία μοναδική ευκαιρία για να βοηθηθούν οι ασθενείς να αλλάξουν στάσεις. Έτσι, π.χ. με τις τεχνικές ύπνωσης μπορεί να καταπολεμήσουν το άγχος που συνδέεται με τη διάγνωση ή τις καταθλιπτικές αντιδράσεις, το άγχος και τους φόβους που βιώνουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους κ.ο.κ.

Σχετικά με την ατομική και ομαδική εργασία σε σχέση με τον ετοιμοθάνατο ασθενή, ο Wilson (1989), επισημαίνει την έλλειψη βιβλιογραφίας ως προς τις

εφαρμογές ψυχολογικών τεχνικών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ετοιμοθάνατος ασθενούς, τόσο σε σωματικό όσο και συναισθηματικό επίπεδο.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν λίγες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες για την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων (Ποταμιανός, 1995, σελ. 166-167).

3.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

«Εμείς δεν είμαστε εμείς, όταν η φύση διατάζει το πνεύμα να υποφέρει με το σώμα» (Shakespeare, King Lear). Αυτά τα λόγια θα μπορούσαν να στέκονται πάνω σε μία ψυχολογική θεωρία για τον πόνο, γιατί υπονοούν πόσο πιέζεται η ψυχή από το σώμα, μέχρι να ξεφύγει από αυτή τη κραυγή της απειλημένης ύπαρξης για βοήθεια. Δικαιολογημένα ο πόνος έχει ονομαστεί και «αλυχτιάρικος σκύλος –φύλακας της ζωής». Είναι προφανώς ορισμένος να αγρυπνά για την ακεραιότητα του σώματος και αποτελεί μία απόδοση του οργανισμού και όχι απλώς μία παθητική υπομονή. Η ψυχική γενική του κατάσταση περιγράφεται από τον H. Plessner όπως παρακάτω: «Ο πόνος είναι μία υποχώρηση του ανθρώπου χωρίς αντίσταση στο σώμα του. Το μέρος που πονάει φαίνεται υπερβολικά εκτεταμένο και σκεπάζει ή απωθεί εντελώς τα υπόλοιπα μέρη. Ο άνθρωπος αποτελείται τότε μόνο από δόντι, μέτωπο, στομάχι. Με κάψιμο, ή τρύπημα, με κόψιμο, με τσίμπημα, με χτύπημα, με τράβηγμα, με σκάλισμα, με θάμπωμα ο πόνος ενεργεί σαν εισβολή, σαν καταστροφή, σαν εκτροχιασμός, σα μία βία που εισχωρεί σε απύθμενο βάθος!» (Ράττνερ, 1998, σελ. 176-179).

Η γνώμη ότι η σχέση του ανθρώπου προς το σώμα του «χάνεται» στον πόνο, δεν ευσταθεί, απλώς διαταράσσεται. Γι' αυτό έγκειται στη δύναμη του ανθρώπου να λάβει θέση απέναντι στον πόνο του και να τον επηρεάσει από το μέρος της ψυχής. Ήδη χαλαρωτικές μέθοδοι όπως π.χ. το «αυτογενές γύμνασμα» (J.H.Schultz) μπορούν να καταπραΰνουν τους πόνους. Σε κάθε γιατρό είναι γνωστό ότι η έκφραση του πόνου εξαρτάται από την προσωπικότητα του πονεμένου. Γνωρίζουμε τον άρρωστο που υποφέρει τους πόνους του με αταραξία, και τον υποχονδριακό που μαραζώνει κάτω από το ψυχικά εξαρτημένο του βάσανο. Ο χαρακτήρας και η στάση απέναντι στη ζωή καθορίζουν τη σχέση προς τον πόνο και στο σώμα που υποφέρει. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η αίσθηση του πόνου είναι εντοπισμένη στο εγκεφαλικό στέλεχος, το οποίο πάλι στέκει κάτω από την επίδραση του φλοιού και τους εγκεφάλου: έτσι η ψυχή και η συνειδητή στάση επεμβαίνουν στον πόνο και

προσδιορίζουν το μέγεθός του. Η στωική φιλοσοφία π.χ. είχε δώσει στους οπαδούς της την αρχή να διατηρούν την ευθυμία της ψυχής τους με καρτερία και στέρηση, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι αυτό είναι δυνατό.

Ο γιατρός έχει σήμερα στη διάθεσή του πολλά φάρμακα για την καταπολέμηση του πόνου. Ακόμη και σήμερα ισχύει η θεωρία του Ιπποκράτη ότι ο γιατρός είναι προορισμένος να καταπραΰνει τους πόνους. Η χρησιμοποίηση των φαρμάκων φέρνει όμως και τον κίνδυνο ότι ο άρρωστος μπορεί να τα συνηθίσει και να μην μπορεί να κάνει χωρίς αυτά. Κυρίως τα φαινακετινούχα χάπια, που με τη λήψη τους παρουσιάζεται ένα αίσθημα ευφορίας, καταναλώνονται σήμερα σε μεγάλες ποσότητες και η κατάχρησή τους μπορεί να προξενήσει βλάβες στα νεφρά. Για τους κινδύνους που έχει η χρήση οπιούχων φαρμάκων δεν είναι ανάγκη να χάσουμε πολλά λόγια. Ο ευσυνείδητος γιατρός πρέπει να χορηγήσει τέτοια φάρμακα μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ανάγκη, γιατί συνηθίζουν τον άρρωστο σε μία κατάσταση απαλλαγής από τους πόνους, από την οποία δεν μπορεί να ξεφύγει εύκολα μετά από λίγο καιρό. Ίσως δεν θα έπρεπε κανείς να υπακούει εύκολα στον πειρασμό που υπάρχει στα πολλές φορές εξαιρετικά σύγχρονα καταπραΰντικά, αλλά να μαθαίνει να ζει με τον πόνο, περίπου με την έννοια του αρρώστους από τον 16^ο αιώνα, που γράφει (Ράτνερ, 1998):

«Η προχωρημένη ηλικία με φιλοδωρήσε με έναν κολικό του νεφρού και έτσι παλεύω τώρα με τη χειρότερη, την οξύτερη, την οδυνηρότερη, την απελπιστικότερη και επικινδυνότερη από όλες τις αρρώστιες. Έχω υποφέρει οδυνηρές προσβολές από αυτές που διαρκούν πέντε και έξι χρόνια. Παρ' όλα αυτά, αν δεν απατώμαι, έστω και σε αυτήν την κατάσταση μπορεί κανείς να διατηρήσει την ψυχραιμία του, τουλάχιστον ένας άνδρας που έχει απαλλαγεί από τον φόβο μπροστά στο θάνατο. Η επίθεση των πόνων δεν είναι τόσο σκληρή και καυστική, ώστε ένας ηλικιωμένος άνθρωπος να πέφτει εξαιτίας της σε θυμό και απόγνωση. Από τον κολικό θα έχω τουλάχιστον την ωφέλεια ότι αυτός θα αποτελειώσει, αυτό που εγώ δεν πέτυχα εντελώς μέχρι σήμερα, δηλαδή να με γνωρίσει και να με συνηθίσει με το θάνατο. Όσο πιο πολύ με επισκέπτεται και με βασανίζει η αρρώστια, τόσο λιγότερο θα με φοβίζει ο θάνατος. Όταν έρχεται ο κολικός, η φιλοσοφία της ψυχής πρέπει να διατηρεί τη δύναμη ότι δεν τα έχασε και ότι συνεχίζει το συνηθισμένο δρόμο της, καταπολεμώντας και υποφέροντας τον πόνο, χωρίς να υποτάσσεται σε αυτόν ταπεινωτικά, έστω εξαρτημένη και ερεθισμένη από τον αγώνα, αλλά όχι εντελώς

γονατισμένης και υποταγμένη, ικανή πάντα μέχρι έναν ορισμένο βαθμό για διασκέδαση ή για άλλη απασχόληση. Παραπονιέμαι και λυπάμαι, όταν ο πόνος γίνεται πολύ επίμονος, αλλά δεν αφήνω τον εαυτό μου να φτάσει μέχρι την απελπισία. Παρατηρώ τον εαυτό μου ακόμη και στη μεγαλύτερη ορμή του πόνου και έχω βρει πάντα ότι μπορώ ακόμη να μιλώ, να σκέφτομαι και να απαντώ λογικά, τόσο καλά όπως και σε άλλες στιγμές, μόνο όχι τόσο συναρτημένα, γιατί ο πόνος με ενοχλεί και διασπάζει την προσοχή μου. Μέχρι τώρα κρατώ την ψυχή μου σε τέτοια κατάσταση, ώστε να αισθάνομαι καλύτερα από χίλιους άλλους, που έχουν δημιουργήσει τα βάσανά τους από δική τους απερισκεψία». (Montaigne, Essays).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι κυριότερες προϋποθέσεις για την ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου θεωρούνται η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, η διαθεσιμότητα των αναλγητικών φαρμάκων και η εθνική πολιτική. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι τίποτε δεν θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα της ζωής των αλγούντων ασθενών με καρκίνο, εκτός από τη μετάδοση και εφαρμογή των ήδη διαθέσιμων γνώσεων σε σχέση με την αντιμετώπιση του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων του, οι οποίες εξασφαλίζουν ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου σε ποσοστό πάνω από 90%.

Την προηγούμενη 25ετία πολλές πραγματοποιηθείσες μελέτες, οι οποίες επιχείρησαν να διερευνήσουν το κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν επαρκείς γνώσεις ώστε να αξιολογούν και να αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τις επώδυνες εμπειρίες των ασθενών τους, διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν είναι προετοιμασμένοι επαρκώς για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με πόνο. Δυστυχώς, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι τόσο οι νέοι απόφοιτοι όσο και περισσότερο έμπειροι νοσηλευτές εμφανίζουν ελλείψεις γνώσεων και εσφαλμένες πεποιθήσεις για την ανακούφιση του πόνου.

Μία από τις σημαντικότερες ελλείψεις αναδεικνύεται η αδυναμία επαρκούς αξιολόγησης του πόνου αυτών των ασθενών. Πρόσφατη νοσηλευτική έρευνα έδειξε ότι αν και οι νοσηλευτές θεωρούσαν τις αυταναφορές του πόνου των ασθενών περισσότερο ακριβείς, πίστευαν ότι οι αξιολογήσεις των ιατρών και των νοσηλευτών ήταν περισσότερο αξιόπιστες. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές υπερεκτιμούν το ποσοστό των ασθενών και προβάλλουν υπερβολικά την επώδυνη εμπειρία τους. Όταν ζητήθηκε από ιατρούς και νοσηλευτές να βαθμολογήσουν τον πόνο των ασθενών τους, εκείνοι τον υπό – υπέρ – εκτιμούσαν σε σημαντικό βαθμό συγκρινόμενο με τις αυτοαναφορές των ασθενών και οι υποεκτιμήσεις ήταν σαφέστερες όταν η ένταση του πόνου αυξανόταν (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2002, σελ. 29-30).

Επίσης η υπνοθεραπεία των ασθενών με πόνο επηρεάζεται σημαντικά από τα ελλείμματα γνώσεων των νοσηλευτών για τη φαρμακολογία των οπιοειδών

αναλγητικών φαρμάκων. Έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν γνώριζαν ότι η ανοχή στη μορφίνη μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την αύξηση της δόσης, καθώς και το χρόνο δράσης των κοινών οπιοειδών αναλγητικών. Επίσης η πλειοψηφία των μελετηθέντων δειγμάτων νοσηλευτών δεν μπορούσε να προτείνει ισοδύναμες δόσεις ορισμένων κοινών αναλγητικών.

Επιπρόσθετα πολλοί άλλοι παράγοντες που αφορούν στη χορήγηση των αναλγητικών παρεμβαίνουν στην ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου. Έχει βρεθεί ότι πολλοί νοσηλευτές δεν γνώριζαν ότι η από του στόματος χορήγηση αναλγητικών αποτελεί τη συνιστώμενη αναλγητική οδό για το χρόνιο καρκινικό πόνο καθώς και ότι η δυσκοιλιότητα, η οποία αποτελεί κοινή παρενέργεια των αναλγητικών, δεν μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Δυστυχώς, ευρήματα αρκετών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές συνεχίζουν να υπερεκτιμούν την επίπτωση της ψυχολογικής εξάρτησης από τη χορήγηση των οπιοειδών και συνεχίζουν να διατηρούν υπερβολικούς φόβους για την εμφάνιση αναπνευστικής καταστολής μετά τη χορήγησή τους.

Στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετά εργαλεία για τη μέτρηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση του πόνου. Στην πλειοψηφία αυτών των μελετών, οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν ήταν σε ποσοστό λιγότερο από 70%.

Η ελλιπής γνώση των επιστημόνων υγείας αποδεικνύεται από πολλές μελέτες ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ανεπαρκούς αντιμετώπισης πόνου σε πολλές χώρες, όπως στη Νότια Αφρική, την Αυστραλία, στον Καναδά, στην Ιαπωνία, την Ισπανία και στις Η.Π.Α. καθώς και στην Ελλάδα (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2002).

Ελληνικά ερευνητικά δεδομένα

Στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά ελάχιστον χώρος αφιερώνεται στο θέμα αυτό και ακόμη λιγότερα έχουν γίνει σε ερευνητικό επίπεδο. Από στοιχεία που συγκεντρώθηκαν σε έρευνα δείγματος νοσηλευτικού προσωπικού (40 άτομα) ογκολογικού νοσοκομείου αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις του στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου διαπιστώθηκαν ανεπαρκείς γνώσεις και υπερβολικοί φόβοι σε σχέση με τη χορήγηση αναλγητικών. Παρ' όλο που τα μέλη

του δείγματος ήταν ευαισθητοποιημένα όσον αφορά στην υπευθυνότητά τους στην ανακούφιση του πόνου, τα περισσότερα (29 άτομα) θεωρούσαν ότι είχαν επαρκείς γνώσεις για την αναλγησία.

Στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής με θέμα «Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου ασθενών με καρκίνο», διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο που δεν ήταν ικανοποιημένοι από την αναλγητική αγωγή ανέφεραν μεγαλύτερης έντασης πόνο. Επίσης, ο τρόπος χορήγησης αναλγητικών δεν ακολουθούσε τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ. και ο αναφερόμενος από τον ίδιο τον άρρωστο τρόπος λήψης αναλγητικών δεν συμφωνούσε με τον αναγραφόμενο στους φακέλους των ασθενών.

4.1. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλά δημοσιεύματα αναφέρονται στην απουσία εκπαίδευσης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Η εκπαίδευση αποτελεί προϋπόθεση, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή ενός προγράμματος για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Η εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο μπορεί να μεταφερθεί και να ενσωματωθεί στα συστήματα ιατρικής φροντίδας.

Είναι ενθαρρυντικό ότι πολλές σοβαρές ιατρικές εταιρείες καθώς και κυβερνήσεις έχουν εκδώσει, τα τελευταία χρόνια, οδηγίες για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Σ' αυτές τις οδηγίες τονίζεται η ανάγκη για άμεση εφαρμογή προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, σύμφωνα με τις τρέχουσες γνώσεις για τη θεραπεία με φάρμακα.

Κάθε πληροφορία σχετική με τη φύση και την εκτίμηση του πόνου από καρκίνο, καθώς και με τη θεραπευτική στρατηγική, πρέπει να αποτελεί τη βάση οποιουδήποτε ανάλογου εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι κύριοι στόχοι κάθε τέτοιου προγράμματος πρέπει να είναι οι εξής (Π.Ο.Υ., 1989, σελ. 28-30):

- Να προσφέρει μία κοινή πλατφόρμα, που θα περιλαμβάνει τις βασικές θέσεις της Μεθοδολογίας Αντιμετώπισης του Πόνου από Καρκίνο, καθώς και επιπρόσθετο διδακτικό υλικό που θα αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών κάθε συγκεκριμένης ομάδας.

- Να παρέχει εκπαιδευτικά προγράμματα για τους εργαζόμενους στη φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με τα υπάρχοντα επαγγελματικά προγράμματα και τα προγράμματα των πανεπιστημιακών τμημάτων, κολεγίων και άλλων σχολών.
- Να ενσωματώσει την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο στην εκπαιδευτική ύλη που διδάσκεται στους γιατρούς και στους νοσηλευτές.

Προκειμένου να υποστηριχθούν όσο γίνεται καλύτερα οι παραπάνω προτάσεις, η αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο πρέπει:

- Να περιληφθεί ως υποχρεωτικό αντικείμενο στην ύλη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, από τα οποία χορηγείται ανάλογο δίπλωμα.
- Να γίνει αποδεκτή ως θέμα εξετάσεων από τις εξεταστικές επιτροπές.
- Να αναγνωριστεί από τα πανεπιστήμια ως θέμα κατάλληλο για μελέτη, διατριβή, διπλωματική εργασία ή άλλο πόνημα ανώτερης βαθμίδας.
- Να αναγνωριστεί ως αντικείμενο κατάλληλο για την παροχή υποτροφιών και επιχορηγήσεων από ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα.

Η επιτυχία θα είναι μεγαλύτερη, αν, επιπλέον, γίνουν οι παρακάτω ενέργειες:

- Τροποποίηση ή προσαρμογή των εθνικών νόμων, στις χώρες που η ιατρική εκπαίδευση είναι κατευθυνόμενη, και προώθηση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους εργαζόμενους στη φροντίδα υγείας.
- Υποστήριξη των εταιρειών και των ιδρυμάτων που ενδιαφέρονται για την επαγγελματική εκπαίδευση –π.χ. Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου, Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου, Παγκόσμια Ομοσπονδία για τη Φροντίδα των Καρκινοπαθών, εθνικές και διεθνείς ιατρικές ενώσεις, ενώσεις ειδικών, μεταπτυχιακά ιατρικά κολλέγια και αντικαρκινικές ενώσεις και ιδρύματα – και χρηματοδότηση σχετικών

συνεδρίων, σεμιναρίων και συναντήσεων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

- Διανομή ενός ολοκληρωμένου καταλόγου οδηγιών για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο και των σχετικών συμπτωμάτων, και διευκόλυνση των προσβάσεων σε ανάλογο υλικό μέσω των υφισταμένων εκπαιδευτικών συστημάτων για την υγεία.
- Ενθάρρυνση των βιομηχανιών να υποστηρίξουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, καθώς και του κοινού, στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο.

Το κοινό

Το κοινό πρέπει να πεισθεί ότι:

- Ο καρκίνος δεν είναι πάντα επώδυνος
- Υπάρχουν διάφορα μέσα για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο.
- Η θεραπεία με φάρμακα είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο.
- Δεν υπάρχει κανένας λόγος να υποφέρουν οι καρκινοπαθείς για μεγάλα χρονικά διαστήματα από αφόρητους πόνους.
- Τα αναλγητικά φάρμακα μπορούν να χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και να παρέχουν επαρκή αναλγησία.
- Δεν υφίσταται θέμα ψυχολογικής εξάρτησης από τη χρήση των ισχυρών οπιοειδών για την ανακούφιση του πόνου από καρκίνο.

4.2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεγάλα Νοσοκομεία με αντικαρκινικές μονάδες

Κάθε αντικαρκινική μονάδα (cancer unit) πρέπει να διαθέτει μία ομάδα αντιμετώπισης του πόνου (pain team), ο ρόλος της οποίας μπορεί να είναι συμβουλευτικός, θεραπευτικός ή εκπαιδευτικός. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει εκπροσώπους από τις περισσότερες από τις ακόλουθες ειδικότητες: αναισθησιολογία, παθολογία, νευροχειρουργική, ογκολογία, ορθοπαιδική, ψυχιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική υπηρεσία. Τα μέλη της ομάδας ασκούν συμβουλευτική και παρέχουν

φροντίδα στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, καθώς επίσης, αν είναι απαραίτητο, και αφού επιστρέψουν στο σπίτι. Ένα νοσοκομείο με αντικαρκινική μονάδα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει όλα τα βασικά είδη θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο – όπως φάρμακα, ακτινοθεραπεία και νευρικούς αποκλεισμούς. Εξειδικευμένες τεχνικές, όπως η διαδερμική χορδοτομή, ίσως πρέπει να είναι διαθέσιμες σε αυτό το επίπεδο. Αν το πλησιέστερο μεγάλο νοσοκομείο απέχει πολύ από το σπίτι του ασθενούς, το τοπικό νοσοκομείο πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει τα απαραίτητα μέσα για την ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο (Π.Ο.Υ., 1989).

Κέντρα Υγείας

Αν και το όνομα μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα, κοινό γνώρισμα των Κέντρων Υγείας είναι ότι αποτελούν εστίες παροχής ιατρικής φροντίδας στην κοινότητα. Κατ' αυτήν την έννοια, τα Κέντρα Υγείας πρέπει να είναι εστίες αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο, για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι τους. Πρακτικά, δηλαδή, για την πλειονότητα των καρκινοπαθών. Η νοσοκομειακή φροντίδα, είτε σε εσωτερική είτε σε εξωτερική βάση, πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο επίπεδο που απαιτείται για τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός κατάλληλου πλαισίου για την αντιμετώπιση του πόνου.

Η βάση της φροντίδας για την κοινότητα είναι η συνεχής επαγγελματικού επιπέδου επίβλεψη. Η αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι αποκλειστική ευθύνη του γιατρού αλλά όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών φροντίδας υγείας. Αυτοί οι εργαζόμενοι στη φροντίδα υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να είναι ικανοί να κάνουν εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, να παρέχουν συμβουλευτική προς την οικογένεια του ασθενούς για διάφορα ζητήματα της φροντίδας του, να κατανοούν βασικές αρχές που διέπουν τη χρήση των φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου, και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Εθελοντές, συμπεριλαμβανομένων των γειτόνων, ίσως χρειαστεί να επιστρατευτούν για την παροχή ικανοποιητικής φροντίδας σε ασθενείς που δεν έχουν αρκετούς συγγενείς ή δεν έχουν καθόλου οικογένεια. Εξίσου σημαντική είναι η δυνατότητα προσφυγής σε οργανισμούς που, σε μερικές χώρες, προσφέρουν οικονομική βοήθεια στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο (Παρλαπάνης, 1999).

Ξενώνες

Οι ξενώνες θα συνεχίζουν να διαδραματίζουν ανεκτίμητο ρόλο στην καθιέρωση υψηλότερων κοινωνικών απαιτήσεων και προτύπων για τη φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη νόσο. Οι ξενώνες παρέχουν, επίσης, ευκαιρίες για εκπαίδευση και πρακτική εξάσκηση σε εργαζόμενους στη φροντίδα υγείας που προέρχονται από άλλες περιοχές. Μερικοί από αυτούς έχουν εξελιχθεί σε κέντρα κλινικής έρευνας για τον πόνο και την αντιμετώπισή του. Αν και είναι αποδεκτό ότι η ευρεία εξάπλωση των ξενώνων δεν αποτελεί πρόοδο, όπου υπάρχουν, πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν καλύτερη εκμετάλλευση των δυνατοτήτων τους.

Η οικογένεια

Το κύριο βάρος για τη φροντίδα του καρκινοπαθούς με προχωρημένη νόσο που νοσηλεύεται στο σπίτι, πέφτει στην οικογένειά του. Γι' αυτό, ορισμένα μέλη της οικογένειας πρέπει να εκπαιδεύονται στην επιλογή και την παρασκευή κατάλληλων γευμάτων, στη χορήγηση αναλγητικών από το στόμα αλλά και παρεντερικά και στην αντιμετώπιση, κάτω από κατάλληλη καθοδήγηση, συγκεκριμένων ιατρικών προβλημάτων (π.χ. αντιμετώπιση ασθενούς με παραπάρεση, παραπληγία ή ακράτεια). Η απώλεια του εισοδήματος κάποιου μέλους της οικογένειας, λόγω της δικής του ασθένειας ή λόγω του ότι πρέπει να μειώσει τις ώρες εργασίας του εξαιτίας της ασθένειας κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας, προκαλεί σημαντική επιβάρυνση σε πολλές οικογένειες. Όπου είναι δυνατόν, πρέπει να παρέχεται επαρκής υποστήριξη από την πολιτεία, προκειμένου να δίνεται στους ασθενείς η δυνατότητα να πεθαίνουν στο σπίτι τους, αν το επιθυμούν.

Επικοινωνία

Η καλή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, των ασθενών και των οικογενειών των ασθενών είναι ουσιαστικής σημασίας. Χωρίς αυτή δημιουργείται μεγάλη ένταση στους ασθενείς και η αντιμετώπισή τους γίνεται ακόμα πιο δύσκολη. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους πρέπει να ενημερώνονται για κάθε δυνατότητα πρακτικής και οικονομικής βοήθειας. Πρέπει να παρέχονται επαρκείς πληροφορίες, με απλό και κατανοητό τρόπο. Ανάμεσα στα μέλη της ομάδας που έχει αναλάβει τη φροντίδα του ασθενούς, είναι επιτακτικό να υπάρχει επικοινωνία, σχετικά με τους στόχους, τα σχέδια και την εξέλιξη της θεραπείας (Π.Ο.Υ. 1989, σελ. 37-39).

4.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Υπάρχουν πολλές αιτίες που δεν γίνεται ότι θα μπορούσε να γίνει για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Παραδοσιακά, τα ισχυρά οπιοειδή χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του οξέος, ισχυρού πόνου, αλλά η μακρόχρονη χρήση τους αποφεύγεται, λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης ανοχής καθώς και φυσικής και ψυχολογικής εξάρτησης.

Ανοχή είναι η κατάσταση κατά την οποία, για τη διατήρηση του αρχικού αναλγητικού αποτελέσματος, απαιτούνται συνεχώς αυξανόμενες δόσεις φαρμάκου.

Η φυσική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση οξέων συμπτωμάτων και σημείων στέρησης, σε περίπτωση απότομης διακοπής της χρήσης του οπιοειδούς ή μετά από τη χορήγηση ανταγωνιστού του οπιοειδούς φαρμάκου.

Η ψυχολογική εξάρτηση είναι οντότητα διαφορετική τόσο από την ανοχή όσο και από τη φυσική εξάρτηση. Πρόκειται για ένα συμπεριφερσιολογικό πρότυπο που συνοδεύει την κατάχρηση αυτών των ουσιών και το οποίο χαρακτηρίζεται από μία ακόρεστη αναζήτηση του φαρμάκου και μία κατακλυσμική ανησυχία για την απόκτηση και χρήση του. Η λαθεμένη αντίληψη των ιατρών, των νοσηλευτών και των ασθενών ότι η φυσική και η ψυχολογική εξάρτηση είναι αλληλένδετες καταστάσεις οδήγησε στην περιορισμένη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών, ενώ η έλλειψη εμπειριστατωμένης γνώσης για τις κλινικές φαρμακολογικές ιδιότητές τους περιόρισε ακόμα περισσότερο την αποτελεσματική χρήση τους (Π.Ο.Υ., 1989, σελ. 14-15).

Εν συντομία, οι κυριότερες αιτίες της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου από τον καρκίνο είναι οι παρακάτω:

- Η γενική άγνοια των επαγγελματιών φροντίδας υγείας για το γεγονός ότι υπάρχουν πλέον καθιερωμένες μέθοδοι για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο.
- Η έλλειψη ουσιαστικού ενδιαφέροντος από τις περισσότερες εθνικές κυβερνήσεις.

- Η έλλειψη, σε πολλές περιοχές, φαρμάκων που είναι απαραίτητα για την ανακούφιση του πόνου από καρκίνο.
- Ο φόβος των ασθενών και του ευρύτερου κοινού για την ενδεχόμενη «εξάρτηση» σε περίπτωση που τα ισχυρά οπιοειδή γίνουν πιο εύκολα διαθέσιμα για ιατρικούς σκοπούς.
- Η έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης των φοιτητών της Ιατρικής, των γιατρών, των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο.

4.4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η διαπιστούμενη ελλιπής προετοιμασία των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου οφείλεται και στην ανεπαρκή διδασκαλία του αντικειμένου στα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Έρευνα σε διδακτικό προσωπικό 14 πανεπιστημιακών τμημάτων στις Η.Π.Α. έδειξε περιορισμένες γνώσεις των καθηγητών στο γνωστικό αντικείμενο του πόνου (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2002).

Σε μελέτη 305 προπτυχιακών νοσηλευτικών προγραμμάτων των Η.Π.Α. τα οποία είχαν εγκριθεί από την Εθνική Νοσηλευτική Ένωση, βρέθηκαν μόνο 23 σχολές οι οποίες περιλάμβαναν διδασκαλία για την αντιμετώπιση του πόνου. Ποσοστό 81% των προγραμμάτων περιλάμβαναν μαθήματα σχετικά με τον πόνο διάρκειας 2-15 ωρών.

Επίσης από μελέτη 14 νοσηλευτικών συγγραμμάτων διαπιστώθηκε συγκεχυμένη ορολογία σχετικά με τις έννοιες του εθισμού, ανοχής και ψυχική εξάρτησης σε οπιοειδή φάρμακα.

Διεθνώς, η εκπαίδευση στην ογκολογική Νοσηλευτική ποικίλλει ευρύτατα, παρόλο που τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένη αναγνώριση της ανάγκης για ειδικά εκπαιδευόμενους νοσηλευτές για την εξασφάλιση ποιοτικής συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας στο χώρο της Ογκολογίας.

Στις Η.Π.Α. η ειδική εκπαίδευση στην Ογκολογική Νοσηλευτική παρέχεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο σε δύο επίπεδα (nurse specialist και nurse practitioner), αλλά δεν αποτελεί αναγνωρισμένη ειδικότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών δεν υπάρχει ξεκάθαρη στρατηγική για την εκπαίδευση στην Ογκολογική Νοσηλευτική και απουσιάζουν τα πρότυπα επαγγελματικής ανάπτυξης και ποιοτικού ελέγχου.

Λόγω της έλλειψης σταθερού επιπέδου προετοιμασίας των νοσηλευτών στον τομέα της Ογκολογίας γενικότερα και στην ανακούφιση του πόνου ειδικότερα, σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αναδεικνύεται ο πλέον κατάλληλος τομέας παροχής, διατήρησης και βελτίωσης των απαιτούμενων ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων για τη βελτίωση της ανακούφισης από τον πόνο. Πράγματι έχει δειχθεί ότι οι εκπαιδευτικές προσπάθειες μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση των νοσηλευτών όπως και των άλλων επιστημόνων υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου.

Στην ελληνική πραγματικότητα σε πιλοτική φάση της μελέτης μας με θέμα «Γνώσεις και Στάσεις Νοσηλευτών σε Σχέση με τον Έλεγχο και Τεκμηρίωση του Πόνου Ασθενών με Καρκίνο», που επιχορηγήθηκε από τον ειδικό λογαριασμό του Πανεπιστημίου Αθηνών, συμμετείχαν 46 πτυχιούχοι νοσηλευτές.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» έγινε τυχαία κατανομή του δείγματος σε δυο ομάδες.

Η πειραματική ομάδα παρακολούθησε τέσσερις εκπαιδευτικές βιντεοκασέτες για την αντιμετώπιση του πόνου της McCaffery που μεταφράστηκαν από την ερευνητική ομάδα στην ελληνική γλώσσα για τους σκοπούς της μελέτης.

Η ομάδα των μαρτύρων δεν έλαβε καμία εκπαίδευση. Όλοι οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν δυο φορές το μεταφρασμένο στα ελληνικά ερωτηματολόγιο «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» σε διάστημα 12 ημερών μεταξύ των δύο αξιολογήσεων (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2002).

Η γνώση της πειραματικής ομάδας βελτιώθηκε σημαντικά σε σχέση με την ομάδα μαρτύρων μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση. Οι νοσηλευτές της πειραματικής και μη πειραματικής ομάδας έδωσαν σωστές απαντήσεις σε ποσοστό 51,5% και 43,3% πριν από την παρέμβαση και 74,6% και 47,2% μετά την παρέμβαση αντίστοιχα.

Είναι εμφανές ότι η έλλειψη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όπως ημερίδες, ομάδες εργασίας, συνέδρια, εκπαιδευτικές βιντεοταινίες και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αν και αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της γνώσης και της στάσης των επαγγελματιών υγείας στην ανακούφιση του πόνου, σε πολύ λιγότερες έσει μελετηθεί η διάρκεια της διατήρησης της αποκτηθείσας γνώσης μετά την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος. Εκτός αυτού, τα διαθέσιμα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα, πιθανώς λόγω των διαφορών στις χρησιμοποιηθείσες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, στα ερωτηματολόγια αξιολόγησης των γνώσεων και στάσεων των εργαζομένων, καθώς και στο μέγεθος της διοικητικής υποστήριξης στα διάφορα ιδρύματα για την εφαρμογή των απαιτούμενων αλλαγών στην πράξη.

Σε ορισμένες μελέτες έχει δειχθεί ότι διατηρείται η βελτιωθείσα γνώση και στάση των νοσηλευτών σχετικά με την αντιμετώπιση του οξέος πόνου μετά από δομημένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά σχετίζονταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών αναφορικά με την ανακούφιση του πόνου τους, καθώς και την ικανότητά τους να επικοινωνούν για τον πόνο τους.

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι σε μελέτες όπου οι νοσηλευτές συμμετείχαν σε εκπαιδευτικές παρέμβαση σχετικά με την αντιμετώπιση του οξέος και παιδιατρικού πόνου αφενός προήχθη η τεκμηρίωση της αντιμετώπισης του πόνου και αφετέρου αυξήθηκε η χρήση με φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Το Role Model Workshop αποτελεί παράδειγμα επιτυχημένου προγράμματος όπου χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός διαλέξεων και ομαδικών συζητήσεων σε οργανωμένες ημερίδες, ομάδων 50 ατόμων.

Τα αποτελέσματα αυτού του εκπαιδευτικού προγράμματος έδειξαν διατήρηση της αποκτηθείσας γνώσης 4 και 12 μήνες μετά την παρακολούθηση της ημερίδας, καθώς και διατήρηση σε κάποιο βαθμό των πεποιθήσεων τον 12^ο μήνα (Πατηράκη – Κουρμπάνη, 2002).

B.
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως οικουμενική επείγουσα έκτακτη ανάγκη. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησής του, επιδρά στον τρόπο ζωής, στην προσωπικότητα, τον ύπνο και επηρεάζει την όλη ποιότητα ζωής ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος. Η αντιμετώπισή του παρά τις επίμονες προσπάθειες του (Π.Ο.Υ.) και πολλών ογκολογικών εταιριών παραμένει ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στο χώρο της ογκολογίας.

Η ποιότητα της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου καθορίζεται από ένα σύνθετο δίκτυο εκείνων που παρέχουν και εκείνων που καταναλώνουν τις υπηρεσίες υγείας, με τον καθένα να λειτουργεί εντός περιοριστικού πλαισίου που επιβάλλουν οι ελλειπείς γνώσεις, οι μύθοι, οι λανθασμένες αντιλήψεις και η ανεπάρκεια οργανωμένων ειδικών κέντρων αντιμετώπισης πόνου.

Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από τον κόσμο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομεία – κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο ανακούφισής τους γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σε μία έρευνα που έγινε για τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο σε επτά χειρουργικές μονάδες, σε δύο μεγάλα παλαιά νοσοκομεία της νότιο δυτικής Φλώριδας, επιλέχθηκαν τυχαία 85 νοσηλευτές στην ώρα εργασίας τους, όπου ρωτήθηκαν για να συμπληρώσουν τα δεδομένα των εντύπων. (Mc Millan SC , 2000)

Παρατηρήθηκε σημαντική έλλειψη γνώσεων στη φυσιολογία του πόνου και στη φαρμακολογία. Οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο πληροφορημένοι σχετικά με τη σπουδαιότητα του χρόνου χορήγησης και της ανοχής των φαρμάκων στους ασθενείς με πόνο. Η συμπεριφορά του ασθενή, η ηλικία και το γένος φαίνονται να επηρεάζουν την κρίση των νοσηλευτών στο χειρισμό του πόνου, η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν συμφωνεί με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για το ότι θα έπρεπε να έχουν περισσότερο έλεγχο στο αναλγητικό πρόγραμμα και αυτό διότι τα επίπεδα της αναλγησίας θα πρέπει να διατηρούνται στο αίμα. Είναι γεγονός ότι σημειώνεται 82% (των ασθενών), όπου κατά το χρόνο χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων αυξάνεται ο κίνδυνος για νάρκωση και καταστολή της αναπνοής και έληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές στερούνται γνώσεις σε ότι μπορεί να επηρεάσει τον πόνο αλλά και στο χειρισμό του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο.

Σε άλλη έρευνα που αφορούσε την επιρροή των νοσηλευτών στις γνώσεις, στάσεις και πρακτική στο χειρισμό του καρκινικού πόνου. Αυτή η μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνηθούν τα αποτελέσματα της εκπαιδευτικής παρέμβασης στους νοσηλευτές «γνώσεις, στάσεις και πρακτική στην εκτίμηση και χειρισμό του πόνου πάνω από 3 μήνες. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε σχεδιαστεί για να αλλάξει τις γνώσεις και να επηρεάσει τις στάσεις καταγεγραμμένων νοσηλευτών. Συμμετείχαν σε αυτήν την περιγραφική διερευνητική μελέτη 53 νοσηλευτές από 6 ογκολογικές μονάδες. Τα στοιχεία είχαν συλλεχθεί από τις γνώσεις – στάσεις τους την πρακτική τεκμηρίωση και την κατάσταση των ασθενών. Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική στην αλλαγή των γνώσεων, στάσεων και στη συμπεριφορά των ασθενών στη μελέτη. (Howell D, 2000). Από την μελέτη αυτή βρέθηκε ότι πρέπει να παρέχεται περισσότερη εκπαιδευτική και οργανωτική υποστήριξη που είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρακτική στη διαχείριση και εκτίμηση του πόνου. Επίσης μέσω ερευνών πρέπει να διαπιστώνονται τα ερευνητικά προγράμματα

τα οποία θα συντηρήσουν νέες γνώσεις για περισσότερο χρόνο. Έγινε εκτίμηση των νέων γνώσεων που χρησιμοποιούνται πρακτικά στην ανακούφιση του πόνου. Οι γνώσεις αυτές θα ερευνηθούν στο μέλλον.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στη νότια Καρολίνα για τις γνώσεις και στάσεις της ογκολογικής εμπειρίας των νοσηλευτών η οποία αφορούσε τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε στις γνώσεις, στάσεις και στην αντίληψη των εμποδίων στη διαχείριση του πόνου. (O'Brien S et all ,1996)

Εξετάστηκαν 1400 νοσηλευτές οι οποίοι χωρίστηκαν ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο και τις περιοχές των εκπαιδευτικών κέντρων της πολιτείας. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν ταχυδρομικώς και το ποσοστό των απαντήσεων ήταν 24%.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που είχαν φροντίσει ασθενείς με καρκίνο είναι περισσότερο ενημερωμένοι και έχουν περισσότερες γνώσεις στο χειρισμό του πόνου σε σχέση με τους νοσηλευτές οι οποίοι δεν έχουν φροντίσει ασθενείς με καρκίνο.

Ο Hollen σε μία έρευνα που πραγματοποίησε εξέτασε τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σε 11 κοινότητες και σε 7 ογκολογικά νοσηλευτικά τμήματα σχετικά με τον καρκινικό πόνο. Με ευκολία προσφέρθηκαν νοσηλευτές από 30 άσυλα και 34 ογκολογικά τμήματα. Κριτήρια για την επιλογή του δείγματος ήταν να συμπεριληφθούν νοσηλευτές οι οποίοι είχαν εργαστεί σε διάστημα όχι λιγότερο από 6 μήνες αποκλειστικά ή σε κοινότητες ή σε νοσοκομειακά ογκολογικά τμήματα. Οι νοσηλευτές εξετάστηκαν ταχυδρομικώς και συνυπολογίστηκαν τα προαναφερθέντα κριτήρια. (Hollen CJ et all. 2000)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των νοσηλευτών των κοινοτήτων οι γνώσεις τους ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σχέση με τους νοσηλευτές των νοσοκομειακών ογκολογικών τμημάτων σε θέματα χειρισμού του πόνου, στα οπιοειδή και στον προγραμματισμό. Επίσης στους νοσηλευτές της κοινότητας παρατηρείται περισσότερη εκπαίδευση για τον πόνο. Επικράτησε περισσότερο η έλλειψη γνώσεων για τα οπιοειδή. Η πρακτική τοποθέτηση και η εκπαίδευση του πόνου μπορεί να επηρεάσει ανοδικά τις γνώσεις και μπορούν να αναπτυχθούν σωστότερες στάσεις για τον πόνο.

Σε μία περιγραφική έρευνα έγινε σύγκριση μεταξύ ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών για τις γνώσεις και στάσεις σχετικά με τη διαχείριση του

καρκινικού πόνου. Για τη μελέτη αυτή μελετήθηκαν 44 ογκολογικά νοσηλευτές και 303 μη ογκολογικοί. (Rushton P. 2003).

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι στάσεις των ογκολογικών νοσηλευτών ήταν περισσότερο σύμφωνες με την πρακτική διαχείριση του καρκινικού πόνου σε σχέση με τους μη ογκολογικούς νοσηλευτές. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές έχουν περισσότερες γνώσεις της πρακτικής διαχείρισης του καρκινικού πόνου σε σχέση με τους μη-ογκολογικούς αλλά ακόμη αγωνίζονται με την κατανόηση της φαρμακολογίας για το πως χρησιμοποιείται στον καρκινικό πόνο. Δεν χρησιμοποιούν τις βασικές τεχνικές πρακτικής στο χειρισμό του καρκινικού πόνου.

Σε άλλη ερευνητική μελέτη που έγινε στο Βέλγιο ερευνήθηκαν οι στάσεις των νοσηλευτών προς την θεραπεία του πόνου με οπιοειδή. Με περιγραφική μελέτη ερευνήθηκαν οι στάσεις των νοσηλευτών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Το δείγμα περιελάμβανε 350 εργαζόμενους νοσηλευτές στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Λούβρου και του Βελγίου. Απάντησε το 10.9%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν καθαρά αρνητικές στάσεις προς τη χρήση οπιοειδών κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής φάσης. Αυτές οι αρνητικές στάσεις μπορούν να εμποδίσουν την επαρκή θεραπεία του πόνου. (Broekmans S (et all) 2004).

Ο Cason CL στη έρευνά του περιγράφει τις γνώσεις των νοσηλευτών στο χειρισμό του πόνου και τις επιπτώσεις για την εκπαίδευση του προσωπικού. (Cason CI (et all) 1999).

Ανάμεσα σε 217 νοσηλευτές απάντησαν το ερωτηματολόγιο 1 στους 3, ο μέσος όρος των επιδόσεων των νοσηλευτών ήταν αρκετά υψηλότερος (68%) σε σχέση με τον απολογισμό συμπλήρωσης των εντύπων αλλά και αυτός ήταν ανεπαρκής. Τα σκορ των γνώσεων δεν σχετιζόταν με τον προσδιορισμό του επιπέδου γνώσεων σχετικά με τον πόνο. Οι στρατηγικές για την βελτίωση των νοσηλευτικών γνώσεων θα πραγματοποιηθεί διαμέσου της μεσολάβησης τμημάτων της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και των εξερευνήσεων.

Σε μία έρευνα που έγινε στο Hospital Palliative Care Team (Wells M et all, 2001 Sep) για τις γνώσεις και την στάση του χειρουργικού νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον τρόπο χρήσης των οπιούχων κατά την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου μελέτησε τις αρχές για τον τρόπο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι καλά καθορισμένες, αν και υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες οι αρχές αυτές δεν είναι ενσωματωμένες στο καθημερινό πρόγραμμα και οι ασθενείς εξακολουθούν να πονούν ή να αισθάνονται πόνο. Ανεπαρκείς γνώσεις και ακατάλληλες

συμπεριφορές σχετικά με τη χρήση των οπιούχων εξηγεί εν μέρει γιατί η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου εξακολουθεί να είναι ένα τεράστιο πρόβλημα. Αυτή η μελέτη υπολογίζει τις γνώσεις και την συμπεριφορά 135 νοσηλευτών του ιατρικού προσωπικού που εργάζονται σε χειρουργική κλινική, πριν και μετά την συνεργασία με την καινούρια Hospital Palliative Care Team. Η βασική έρευνα έφερε στο φως εσφαλμένες αντιλήψεις και μύθους σχετικά με τη χρήση των οπιούχων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γνώσεις και η συμπεριφορά γιατρών και νοσηλευτικών βελτιώθηκε μετά τη συνεργασία με την ομάδα, αλλά αυτή η βελτίωση πιθανόν είναι αποτέλεσμα της καλής συνεργασία και των συζητήσεων παρά αποτέλεσμα της επίσημης διδασκαλίας.

Η έρευνα παρέχει χρήσιμες μεθόδους αναγνώρισης ανεπαρκών γνώσεων και συμπεριφορών κατά μήκος του προσωπικού και βοηθάει να ανέβει η ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Πρόθεσή μας τώρα είναι να εργαστούμε με το προσωπικό και να εξασφαλίσουμε ότι οι θετικές αλλαγές στις γνώσεις και στις συμπεριφορές γίνονται καθημερινά πράξη από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς για την φροντίδα ασθενών με καρκίνο.

Στο Χονγκ-Κονγκ ερευνήθηκαν οι γνώσεις και στάσεις στη διαχείριση του πόνου και μελετήθηκαν οι απόψεις των νοσηλευτών που αφορούσαν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου η οποία χρειάζεται ακριβείς γνώσεις, στάσεις και προσδιορισμό των ικανοτήτων (Tse MM et al, 2004). Για τον προσδιορισμό του επιπέδου των ισχύων γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών που διαχειρίζονται τον πόνο, 1604 εγγεγραμμένοι νοσηλευτές σε 3 διαφορετικά νοσοκομεία του Χονγκ-Κονγκ προσκλήθηκαν για να συμμετάσχουν σε αυτήν την μελέτη. Το δείγμα αποτελούνταν από 601 εγγεγραμμένους νοσηλευτές, 63 νοσηλευτές (γραφείου) και 14 ειδικευόμενους νοσηλευτές. Ο βαθμός των απαντήσεων ήταν 43%. Οι νοσηλευτικές γνώσεις και στάσεις ερευνήθηκαν με ερωτηματολόγια, τα οποία αποκτήθηκαν από τον McCaffery & Ferrel, όπου μεταφράστηκαν στα κινέζικα και χρησιμοποιήθηκαν με άδεια. Η συνάφεια, η αλληλουχία του ερωτηματολογίου, η εγκυρότητα του περιεχομένου και η αξιοπιστία του τεστ είχε μελετηθεί.

Ο δείκτης εγκυρότητας του ερωτηματολογίου είναι 0,87 και η αξιοπιστία των ερωτήσεων ήταν 44%. Υπήρξε σημαντική στατιστική, στην εκπαιδευτική προετοιμασία και κλινική εμπειρία με σωστά σκορ (επιδόσεις). Τα ευρήματα της έρευνας μας αποκαλύπτουν ανεπαρκείς γνώσεις και στάσεις σε σχέση με τη

διαχείριση του πόνου. Επιπλέον συνέχισα της εντατικής εκπαίδευσης και ανάπτυξη του προσωπικού σημειώνεται υψηλά για τους νοσηλευτές του Χονγκ-Κονγκ.

Σε άλλη έρευνα που έγινε αξιολογήθηκε η ικανότητα των νοσηλευτών για την εκτίμηση του πόνου, στις πρακτικές αντιμετώπισης του πόνου και στην συμπεριφοράς απέναντι στον πόνο (Dalton JA, 1989 Mar-Apr). Οι εκτιμήσεις σχετικά με την περίθαλψη του πόνου είναι επηρεασμένες από τα διαθέσιμα εργαλεία, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών των ασθενών, την παθολογία του ασθενή, σε σχέση με την εθιστική συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.

Η σχέση μεταξύ όλων αυτών των χαρακτηριστικών εξερευνήθηκε σε ένα δείγμα 59 νοσηλευτών και 19 μέλη της κοινότητας του νοσοκομείου. Μολονότι στις 2 ομάδες βρέθηκε ενδιαφέρουσες ομοιότητες, ηλικίες, επάγγελμα και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η φροντίδα για το καταλάγιασμα του πόνου εμφανίζονται σε συνδέονται με τις διαφορετικές πρακτικές αντιμετώπισης του πόνου. Οι επιπτώσεις των πρακτικών ερευνών και εκπαίδευσης περιλαμβάνονται στη διδασκαλία των νοσηλευτών: Υπολογισμοί παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής και την εμπειρία του πόνου. Υπολογισμός και εγκυρότητα δεδομένων από τις οικογένειες, υπολογισμός μιμούμενων αντιγραφικών δεξιοτήτων και διδασκαλία ασθενών να χρησιμοποιούν κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου. Τα ευρήματα επίσης προτείνουν ότι περαιτέρω μελέτη είναι ανάγκη να επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ των προσωπικών πεποιθήσεων, την εμπειρία και την εκτίμηση και τον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου. Τα μέλη του επαγγελματικού οργανισμού εμφανίστηκαν να συνδέονται με ευρείς προσεγγίσεις για την εκτίμηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και θα οδηγηθούν σε περαιτέρω έρευνες.

Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Από τη σχετική ερευνητική βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρείται σημαντική έλλειψη γνώσεων για τη φυσιολογία του πόνου και τη φαρμακολογία της αναλγησίας καθώς και ανεπαρκής ενημέρωση για τα οπιοειδή, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά τη στάση τους έναντι στον πόνο. Επίσης φαίνεται ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι είχαν φροντίσει ασθενείς με καρκίνο, είναι περισσότερο ενημερωμένοι και έχουν περισσότερες γνώσεις προς το χειρισμό του πόνου από νοσηλευτές που δεν έχουν φροντίσει ασθενείς με καρκίνο.

Προκύπτει λοιπόν το συμπέρασμα ότι στα νοσοκομεία του εξωτερικού, αλλά και του Ηρακλείου υπάρχει σημαντική έλλειψη γνώσεων και μη συνεχιζόμενα εκπαιδευτικά προγράμματα με αποτέλεσμα το επίπεδο των νοσηλευτών από άποψη εκπαιδευτικής κατάρτισης να παραμένει στάσιμο, γεγονός που συντελεί στον περιορισμό εξέλιξης της νοσηλευτικής επιστήμης.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της επάρκειας των γνώσεων των νοσηλευτών στην κλινική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και η εκπαιδευτική προετοιμασία στο γνωστικό αντικείμενο του καρκινικού πόνου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίζεται σε προηγούμενη έρευνα (Betty R. Ferrell, Margo McCaffery, 1987) αφού αυτό προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα και τροποποιήθηκε με βάση τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης.

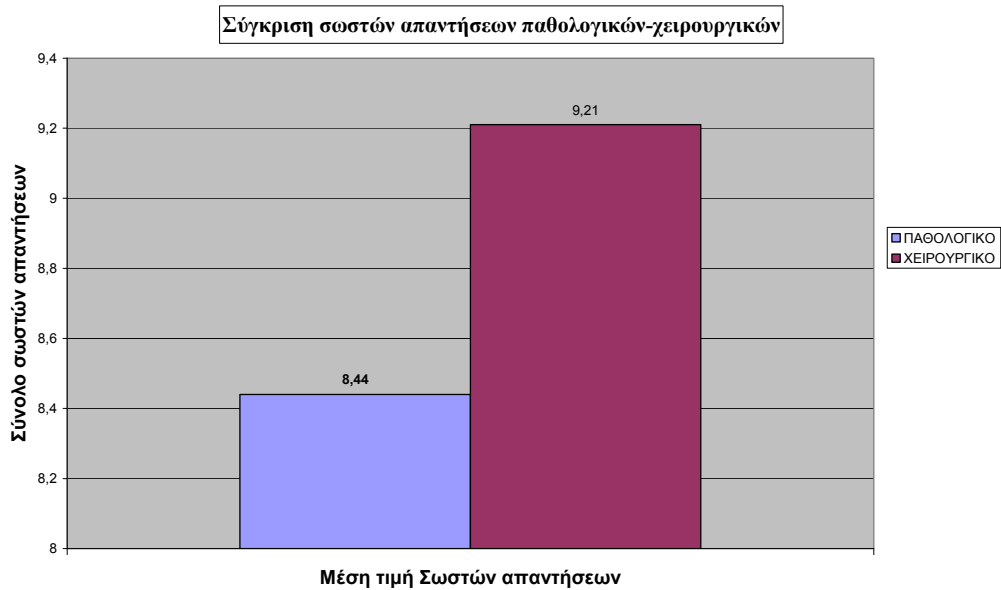
Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις, εκ των οποίων στις 13 πρώτες συμπλήρωσαν σωστό-λάθος και στις υπόλοιπες 7 επέλεξαν μία από τις πιθανές απαντήσεις (πολλαπλής επιλογής).

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑΓΝΗ και Βενιζέλειο) στα τμήματα που νοσηλεύονται ογκολογικοί ασθενείς. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε τυχαία και απάντησαν όλοι οι νοσηλευτές ανεξαρτήτως της εκπαιδευτικής κατάρτισής τους (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ). Συνολικά συμπληρώθηκαν 200 ερωτηματολόγια, 100 σε κάθε νοσοκομείο.

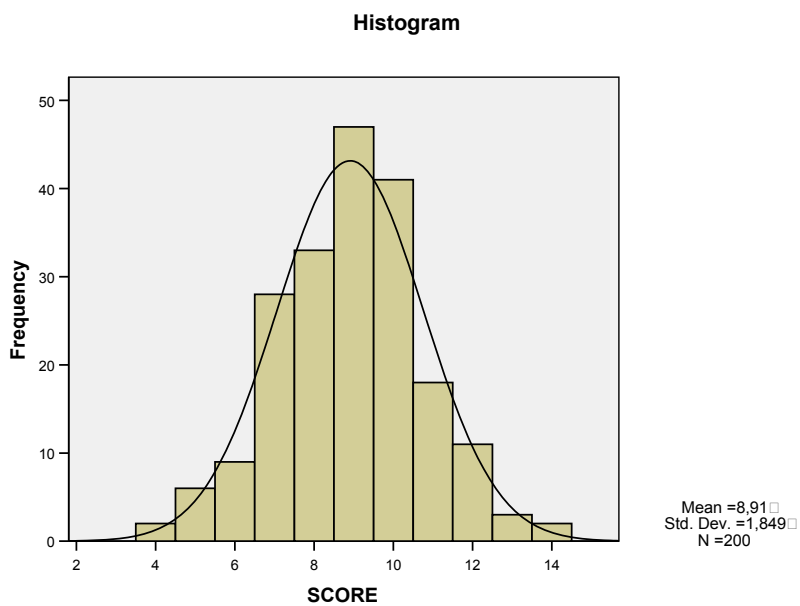
Το δείγμα μας αποτελείται από 32 άνδρες (16%) και 168 γυναίκες (84%). Οι 124 (62%) έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ οι 76 (38%) έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 34, $38 \pm 6,279$ έτη ενώ ο χρόνος προϋπηρεσίας είναι $8,62 \pm 5,896$ έτη.

Ως προς το είδος των τμημάτων βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων ($p=0,006$). Παρατηρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργικών τμημάτων έδωσε περισσότερες σωστές απαντήσεις ($9,21 \pm 1,813$) σε σχέση με το παθολογικοί ($8,44 \pm 1,817$)

Εικόνα 1



Η μέση τιμή σωστών απαντήσεων είναι 8,91 ερωτήσεις στις 20 με τυπική απόκλιση 1,85. Παρατηρούμε στο παρακάτω ιστόγραμμα συχνοτήτων ότι η κατανομή πλησιάζει πολύ την κανονική κατανομή.



Ως προς το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το μορφωτικό επίπεδο του νοσηλευτικού προσωπικού, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

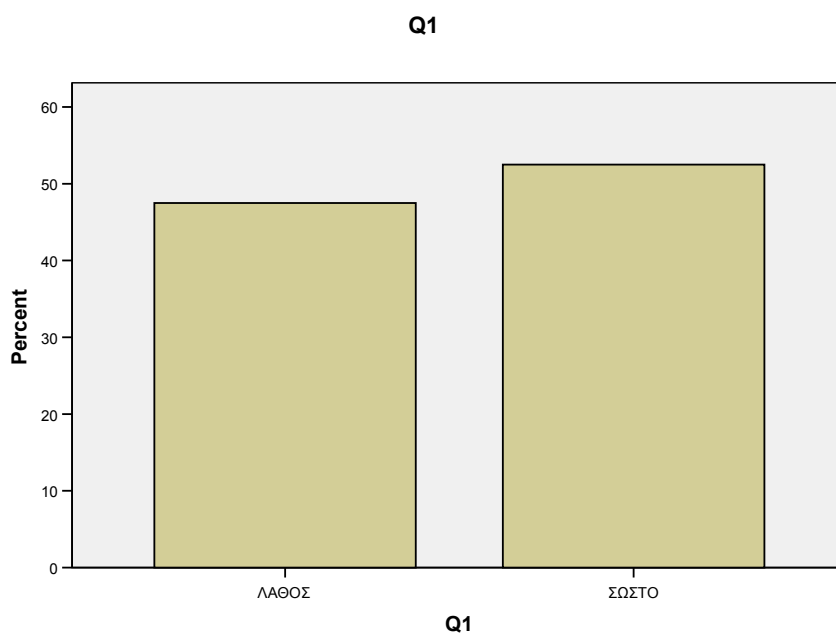
Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται τα ποσοστά όπως υπολογίστηκαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Q1: Αξιοσημείωτες αλλαγές σε ζωτικά σημεία δεν πρέπει να βασίζονται στην επαλήθευση των δηλώσεων του ασθενή ότι έχει οδυνηρούς πόνους

Πίνακας Q1

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	95	47,5	47,5	47,5
	ΣΩΣΤΟ	105	52,5	52,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

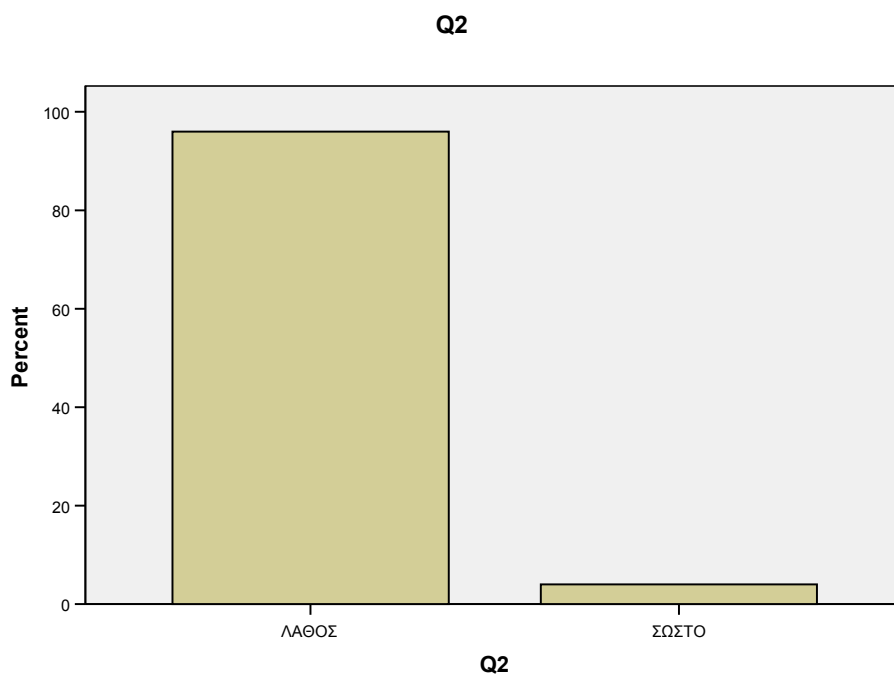


Q2: Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον ισχυρό πόνο

Πίνακας Q2

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο ΛΑΘΟΣ	192	96	96	96
ΣΩΣΤΟ	8	4	4	100
Σύνολο	200	100	100	



Στην ερώτηση 2 παρατηρείται ότι η πλειοψηφεί των νοσηλευτών απάντησε λάθος (96%) γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στο ότι αρκετοί εκ των οποίων μας επεσήμαναν ότι η συγκεκριμένη ερώτηση ήταν δυσνόητη.

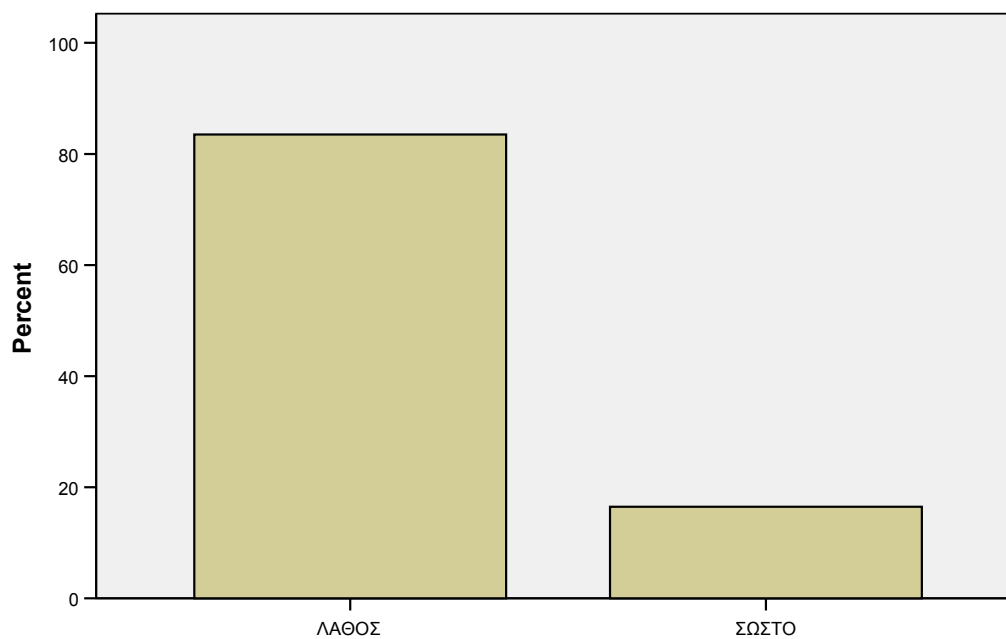
Q3: Ίδια ερεθίσματα δεν παράγουν την ίδια ένταση πόνου σε διαφορετικούς ανθρώπους

Πίνακας Q3

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	167	83,5	83,5	83,5
	ΣΩΣΤΟ	33	16,5	16,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q3



Και στην ερώτηση 3 το 83,5% των νοσηλευτών απάντησαν λάθος, πιθανόν εξαιτίας της ανεπάρκειας των γνώσεών τους σχετικά με τα ερεθίσματα που προκαλούν πόνο και της διαβάθμισης της έντασής του.

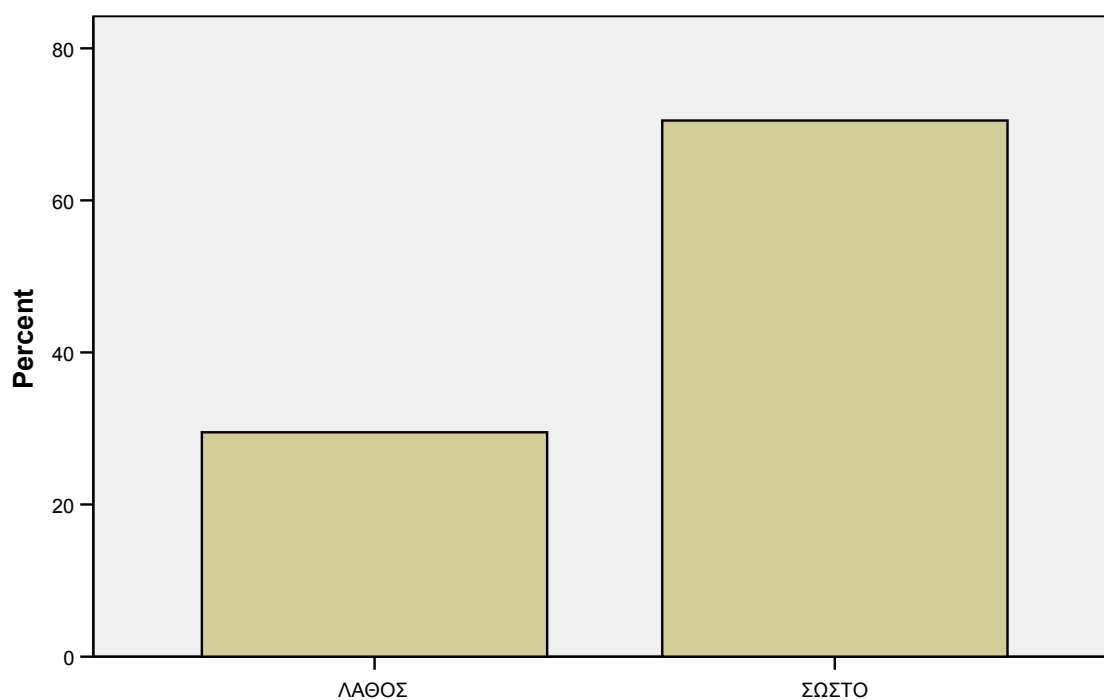
Q4: Η ασπιρίνη και τα υπόλοιπα μη στεροειδή (π.χ. metenamic acid-Ponstan) και αντιφλεγμονώδη (π.χ. νιμεσουλίδη – mesulid), είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον πόνο στα οστά που προκαλείται από μεταστάσεις

Πίνακας Q4

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	59	29,5	29,5	29,5
	ΣΩΣΤΟ	141	70,5	70,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q4



Q4

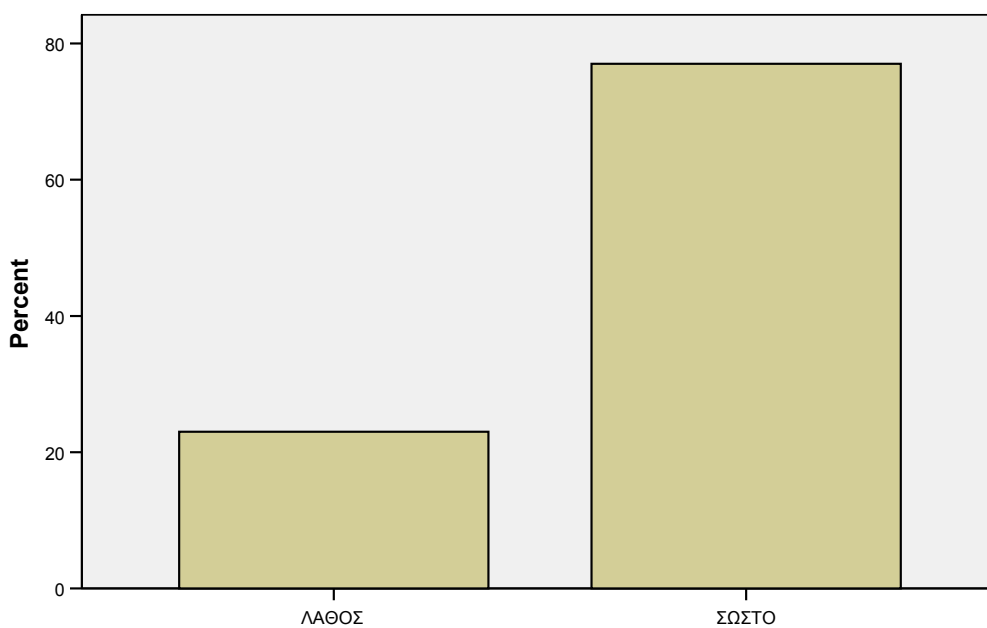
Q5: Η χρήση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (π.χ. θερμότητα, μουσική, εικόνες κ.τ.λ.) δεν είναι πολύ αποτελεσματική για τον έλεγχο μέτριου πόνου αλλά σπάνια χρήσιμη για πολύ δυνατό πόνο, αλλά λιγότερο αποτελεσματική για τον έλεγχο πολύ δυνατού πόνου.

Πίνακας Q5

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	46	23	23	23
	ΣΩΣΤΟ	154	77	77	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q5



Q5

Στην ερώτηση 5 το ποσοστό των νοσηλευτών που έδωσαν σωστή απάντηση ήταν 77%, αρκετά ικανοποιητικό συγκριτικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Πιθανόν να οφείλεται στη ευκολία της συγκεκριμένης ερώτησης αλλά και στην συχνή παρατήρηση των νοσηλευτών κατά την εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στους ογκολογικούς ασθενείς.

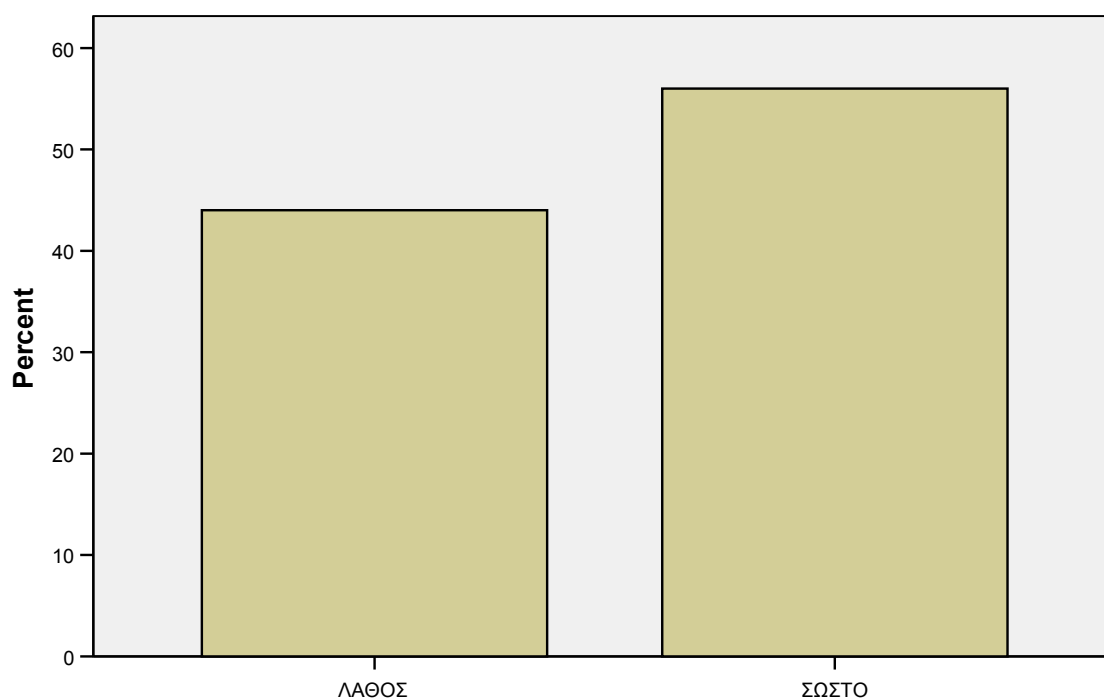
Q6: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη χρήση αναλγητικών και το συνδυασμό διαφορετικών φαρμάκων (π.χ. συνδυασμός οπιούχων με μη στεροειδή φαρμάκων)

Πίνακας Q6

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	88	44	44	44
	ΣΩΣΤΟ	112	56	56	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q6



Q6

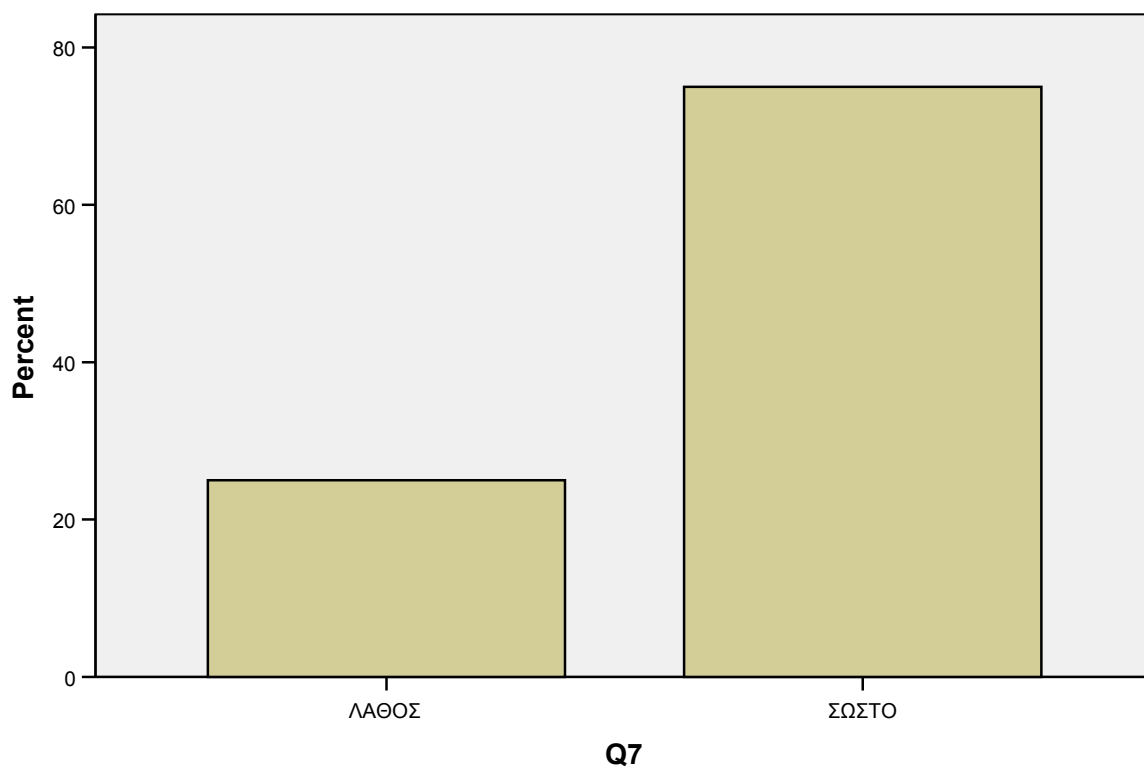
Q7: Η συνηθισμένη διάρκεια της δράσης της pethidine IM είναι μεγαλύτερη 4-5 ώρες

Πίνακας Q7

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	50	25	25	25
	ΣΩΣΤΟ	150	75	75	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q7



Και στην ερώτηση 7 το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών απάντησαν σωστά (75%) πιθανόν εξαιτίας της συχνής χρήσης του συγκεκριμένου φαρμάκου γεγονός που τους δίνει την δυνατότητα να γνωρίζουν το χρόνο διάρκειας δράσης της Pethidine.

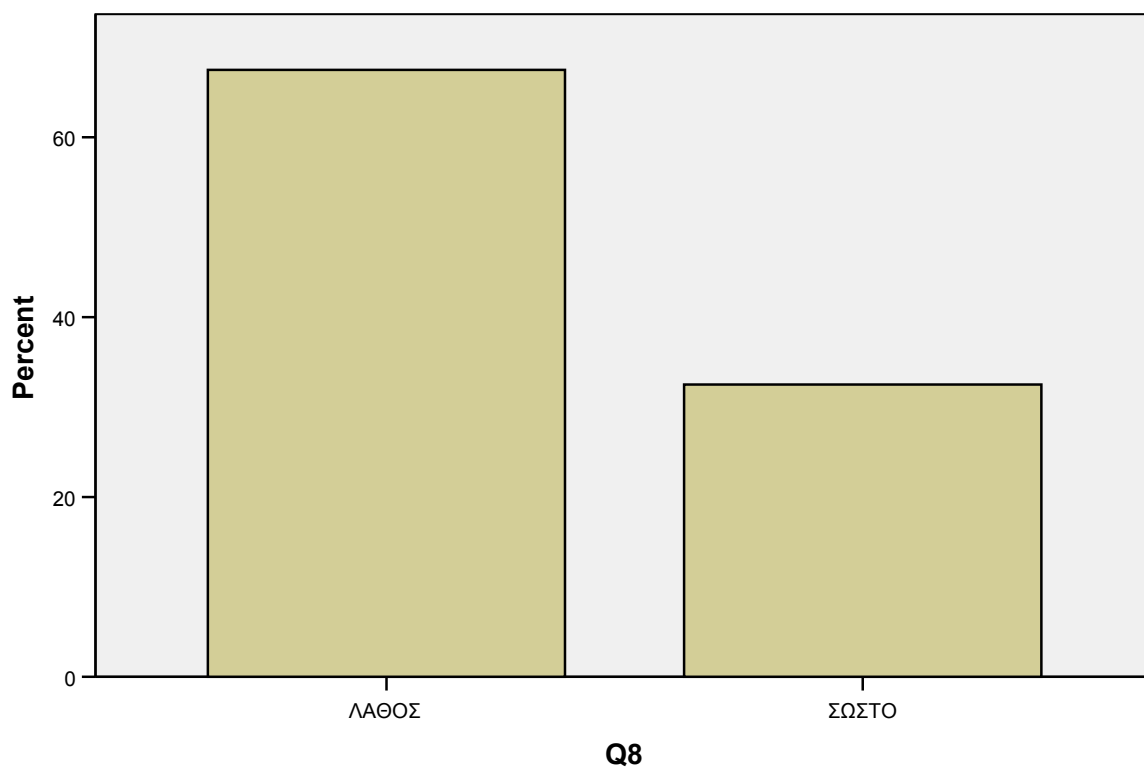
Q8: Έρευνες δείχνουν ότι το (Phenergan) είναι αντισταμινικό και όχι αξιόλογο ισχυρό οπιούχο αναλγητικό.

Πίνακας Q8

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	135	67,5	67,5	67,5
	ΣΩΣΤΟ	65	32,5	32,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q8



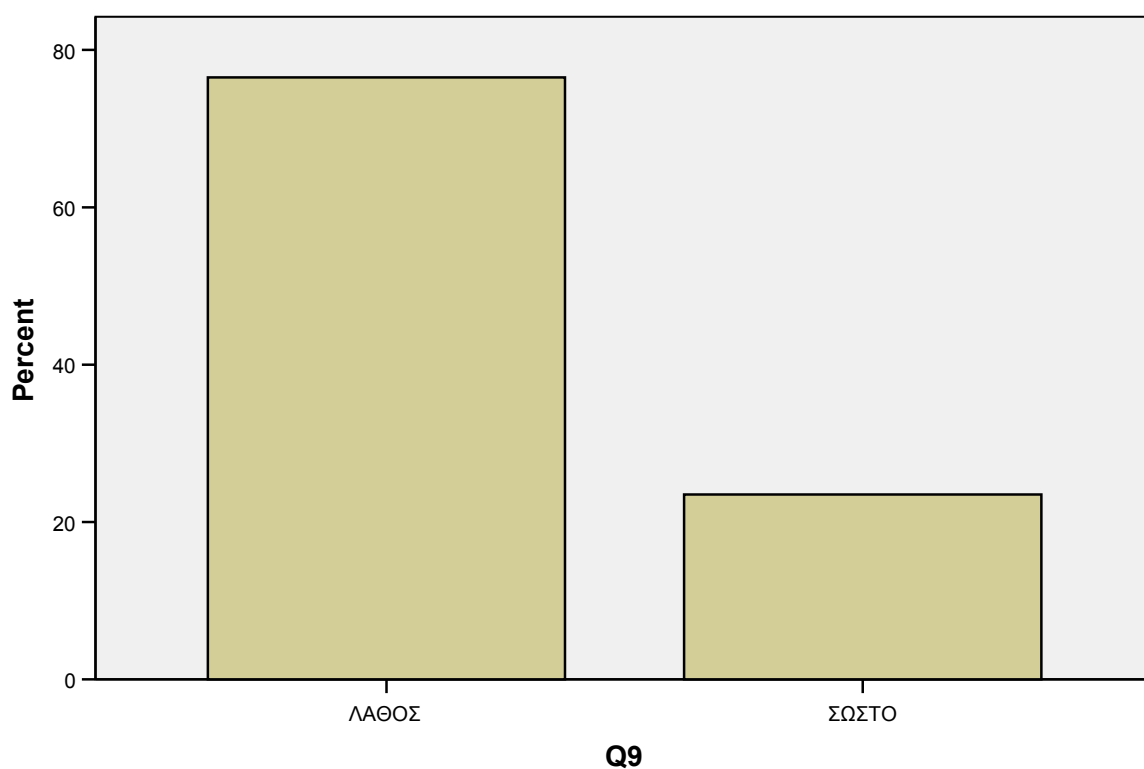
Q9: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορούν να δεχθούν τα οπιούχα για την ανακούφιση του πόνου

Πίνακας Q9

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	153	76,5	76,5	76,5
	ΣΩΣΤΟ	47	23,5	23,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q9



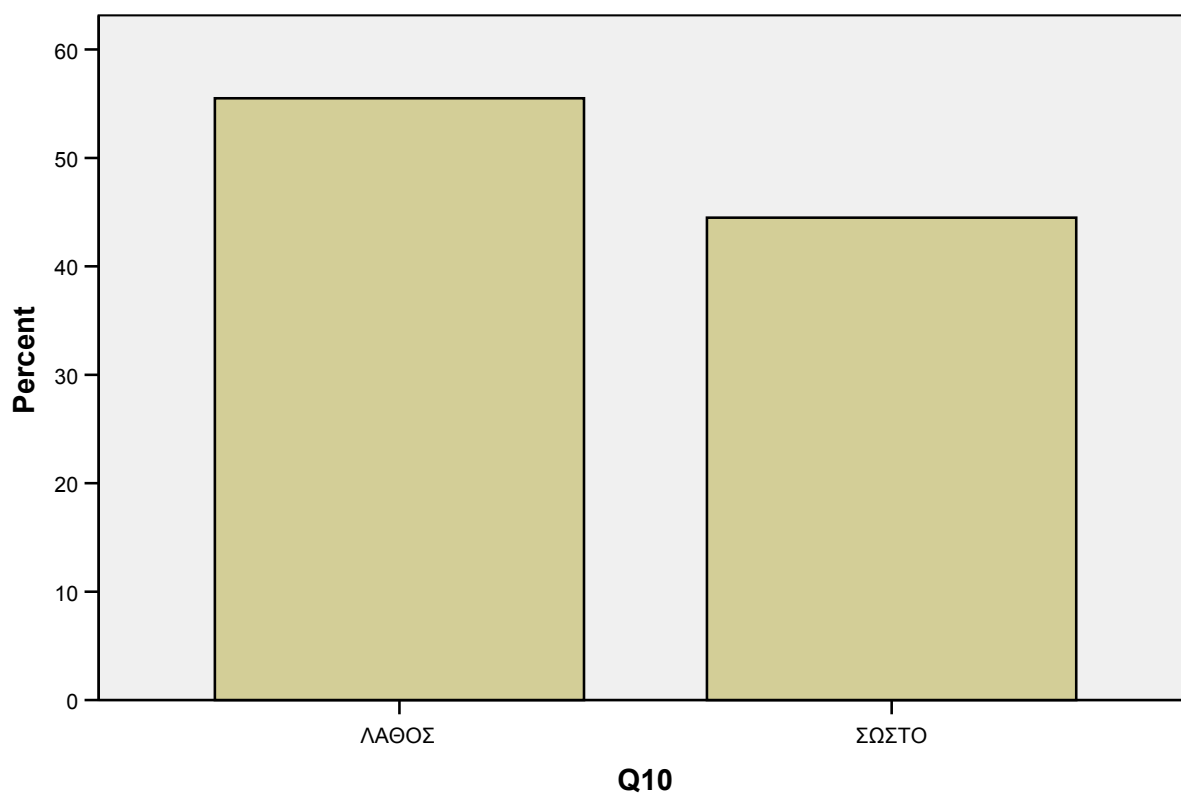
Στην ερώτηση 9 το 76,5% των νοσηλευτών απάντησαν λάθος σχετικά μεγάλο ποσοστό το οποίο πιθανόν να οφείλεται σε ελλιπείς γνώσεις φαρμακολογίας αλλά και στο γεγονός ότι η ηλικία των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την κρίση των νοσηλευτών στο χειρισμό του πόνου.

Q10: Οι ασθενείς με πόνο δεν θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν όσο το δυνατό περισσότερο, προτού καταφύγουν σε μέτρα ανακούφισής του

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	111	55,5	55,5	55,5
	ΣΩΣΤΟ	89	44,5	44,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q10



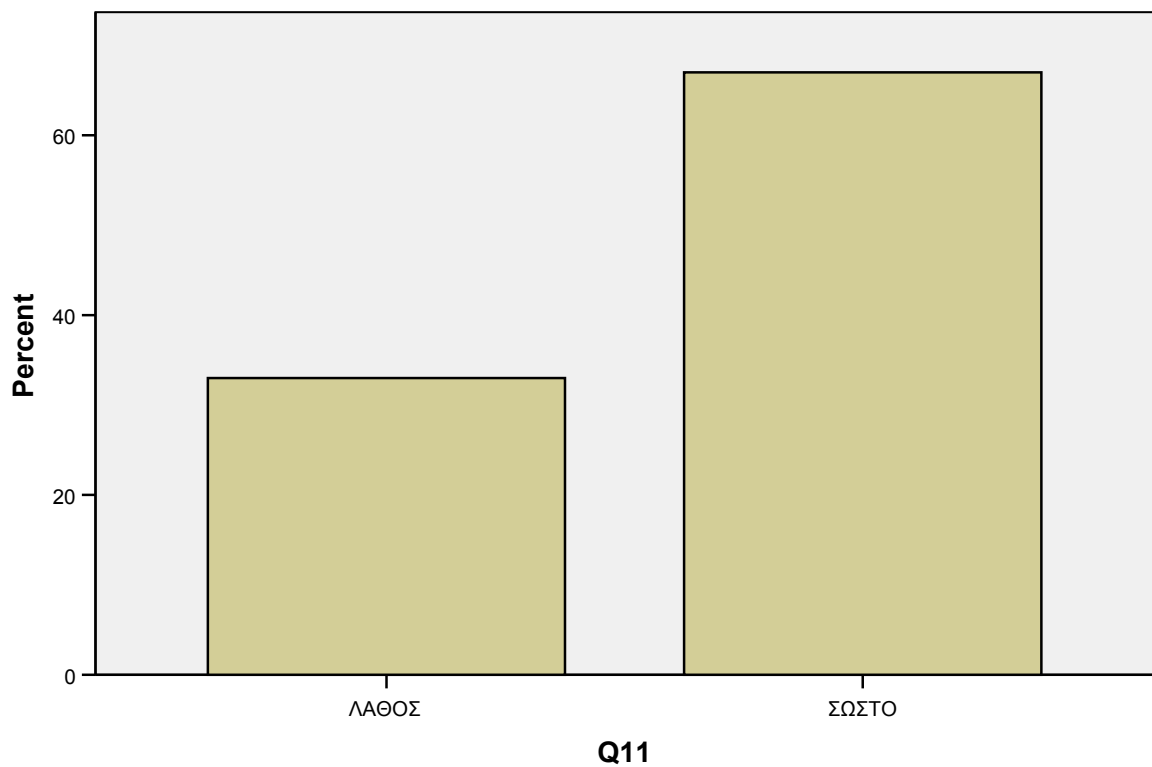
Q11: Μετά από την αρχικά προτεινόμενη δόση των οπιούχων αναλγητικών, η επόμενη δόση ρυθμίζεται σύμφωνα με την αντίδραση του κάθε ασθενή.

Πίνακας Q11

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	66	33	33	33
	ΣΩΣΤΟ	134	67	67	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q11



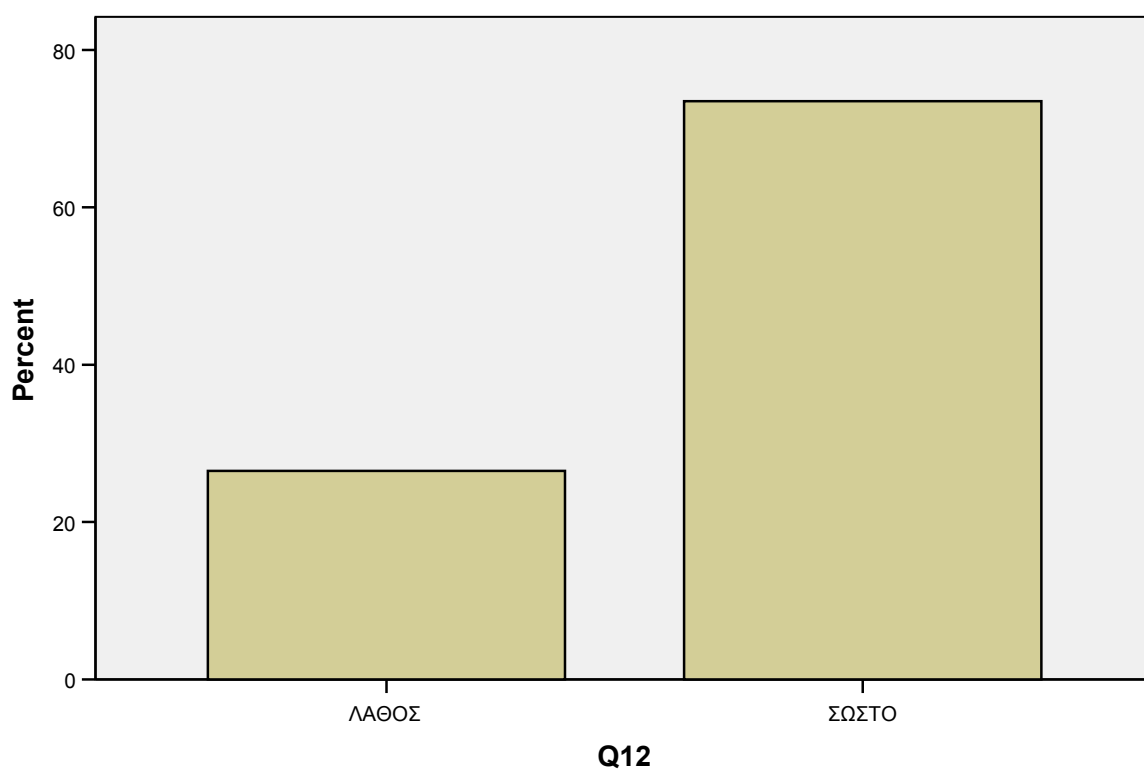
Q12: Δίνοντας στους ασθενείς αποστειρωμένο νερό μέσω ένεσης (placebo) δεν είναι συχνά ένα χρήσιμο τεστ για να προσδιοριστεί εάν ο πόνος είναι αληθινός

Πίνακας Q12

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	53	26,5	26,5	26,5
	ΣΩΣΤΟ	147	73,5	73,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q12



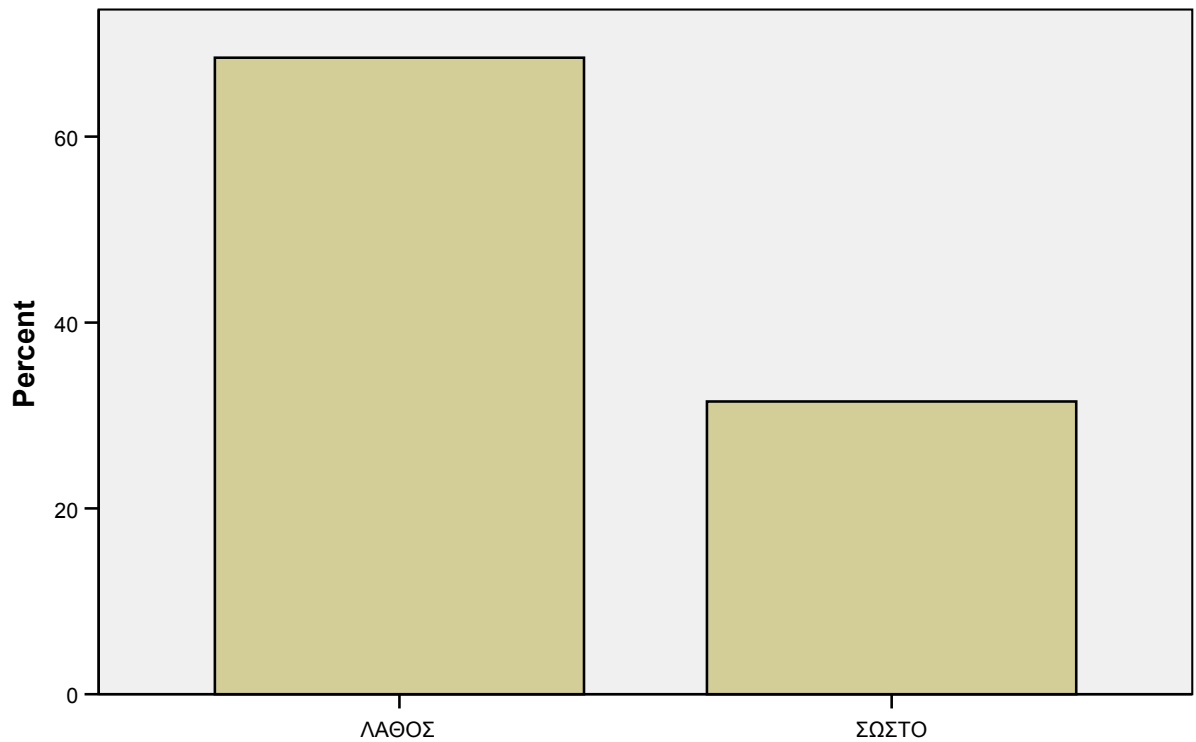
Q13: Η θερμότητα και η ψυχρότητα δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο σε σημείο με οδυνηρό πόνο

Πίνακας Q13

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	137	68,5	68,5	68,5
	ΣΩΣΤΟ	63	31,5	31,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q13



Q13

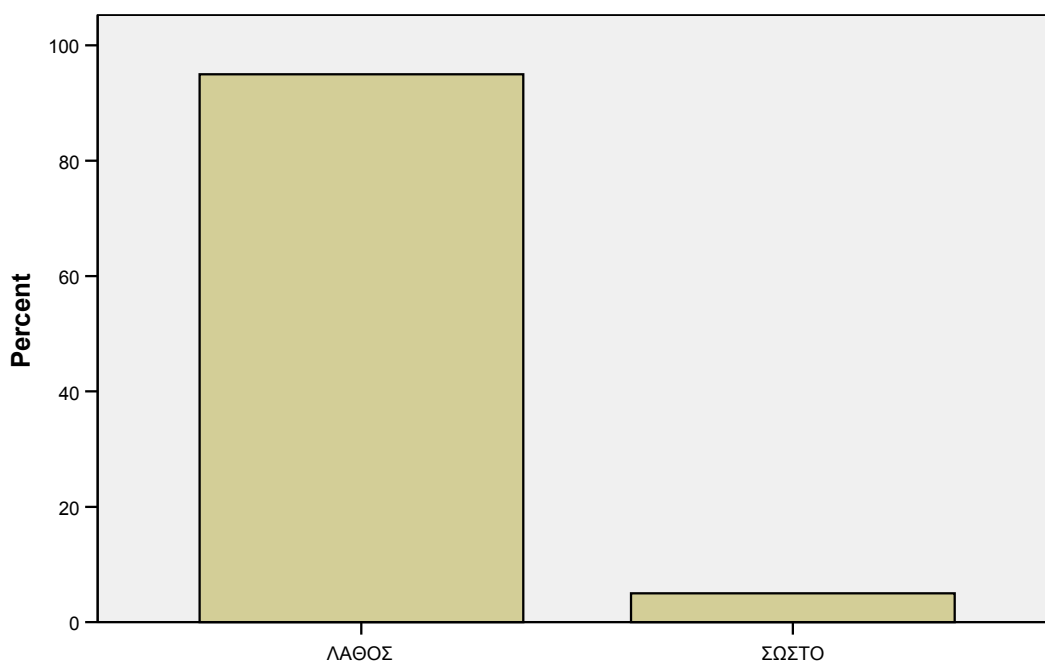
Q14: Η προτεινόμενη οδός για τη χορήγηση των οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν οδυνηρούς πόνους είναι: Στοματική

Πίνακας Q14

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	190	95	95	95
	ΣΩΣΤΟ	10	5	5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q14



Q14

Στην ερώτηση 14 λάθος απάντησε το 95% των νοσηλευτών πιθανόν εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων για την οδό χορήγησης των οπιούχων αναλγητικών και της εσφαλμένης εντύπωσης ότι η ενδοφλέβια χορήγηση των αναλγητικών είναι πιο ταχεία. Αρκετοί μας ανέφεραν ότι η χορήγηση οπιούχων δια του στόματος προκαλεί προβλήματα στο πεπτικό σύστημα(έλκος, γαστροραγία ,κ.α)

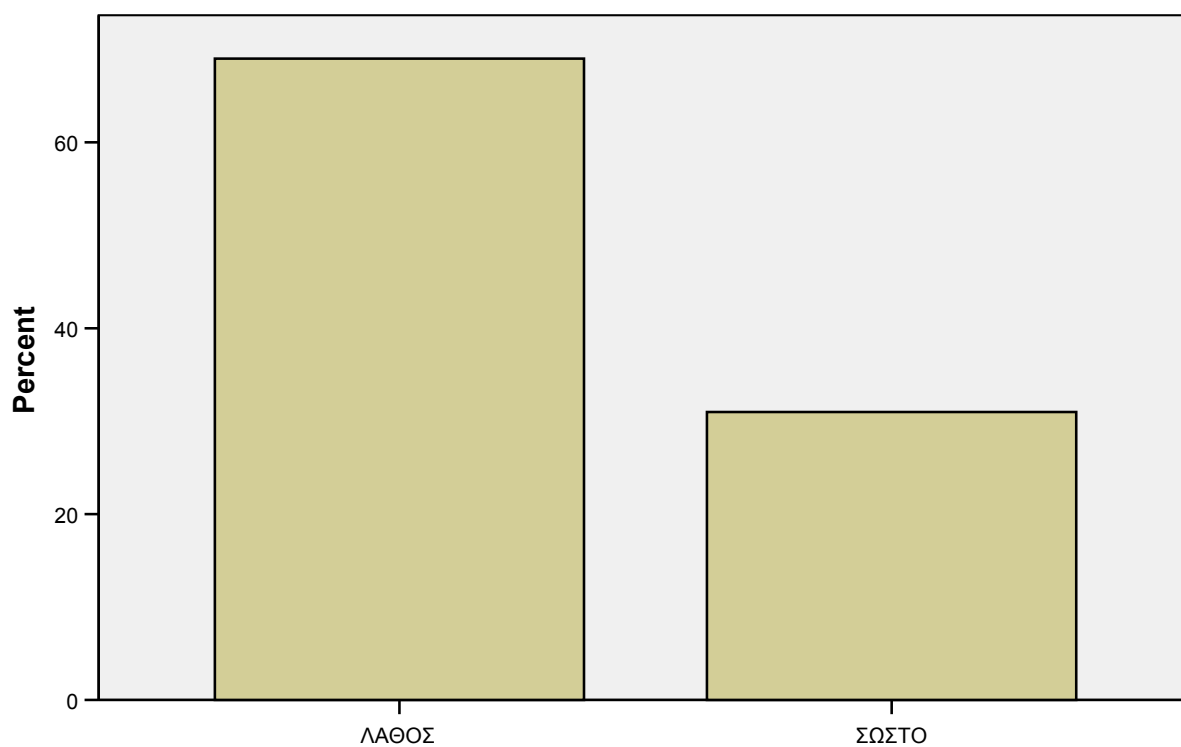
Q15: Η προτεινόμενη οδός για την χορήγηση οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με σύντομο, οδυνηρό πόνο από τραύμα (π.χ. μετεγχειρητικός πόνος) είναι: Ενδοφλέβια

Πίνακας Q15

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	138	69	69	69
	ΣΩΣΤΟ	62	31	31	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q15



Q15

Q16: Αναλγητικά για μετά-χειρουργικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται: σε καθορισμένο χρόνο

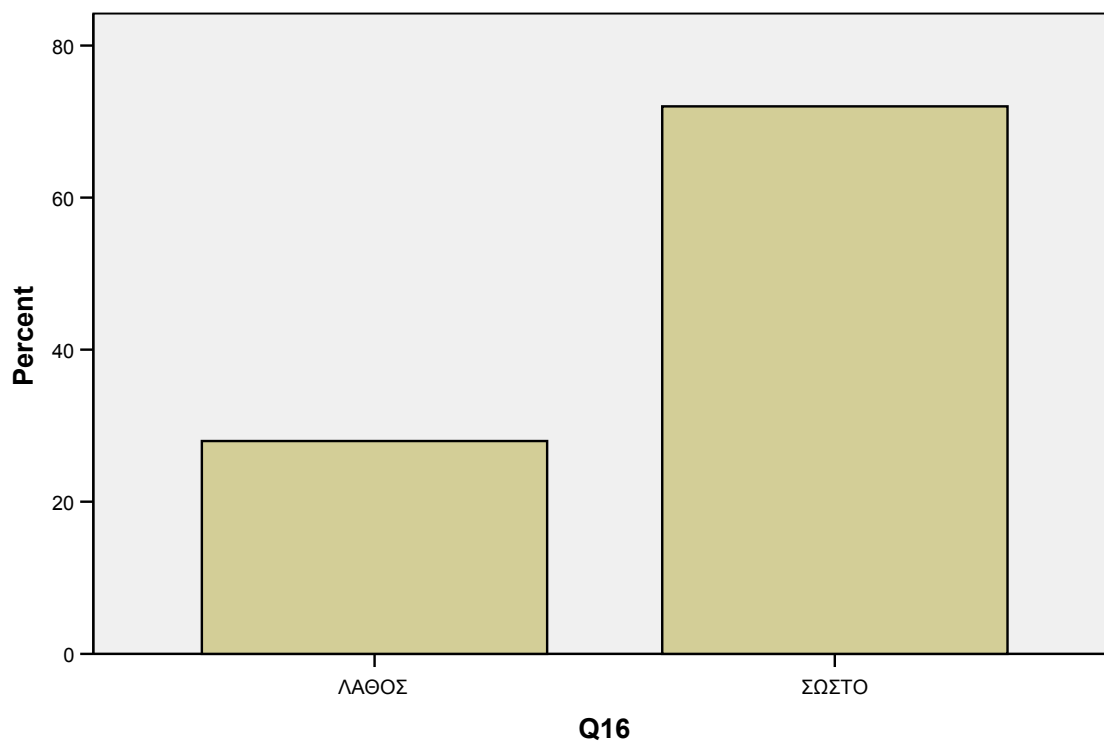
Πίνακας Q16

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

Q16

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	56	28	28	28
	ΣΩΣΤΟ	144	72	72	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q16



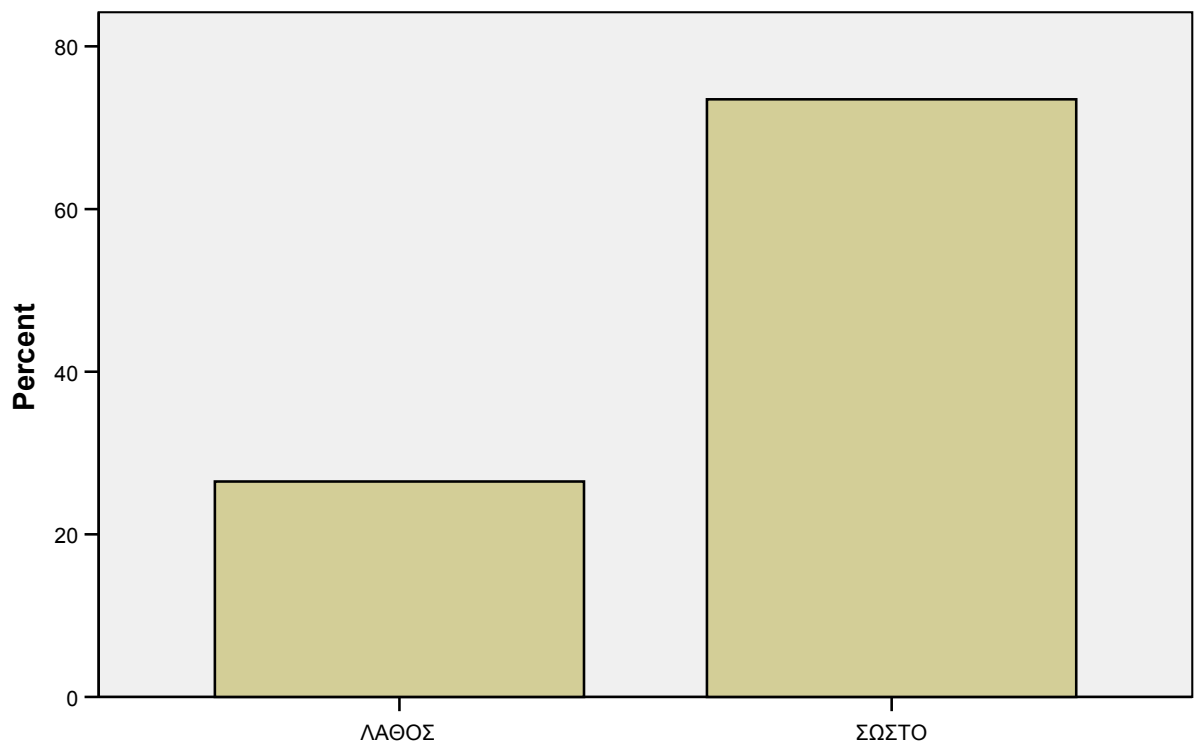
Q17: Αναληθικά να δίνονται σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν ανυπόφορους πόνους: σε καθορισμένη χρονική στιγμή

Πίνακας Q17

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	53	26,5	26,5	26,5
	ΣΩΣΤΟ	147	73,5	73,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q17



Q17

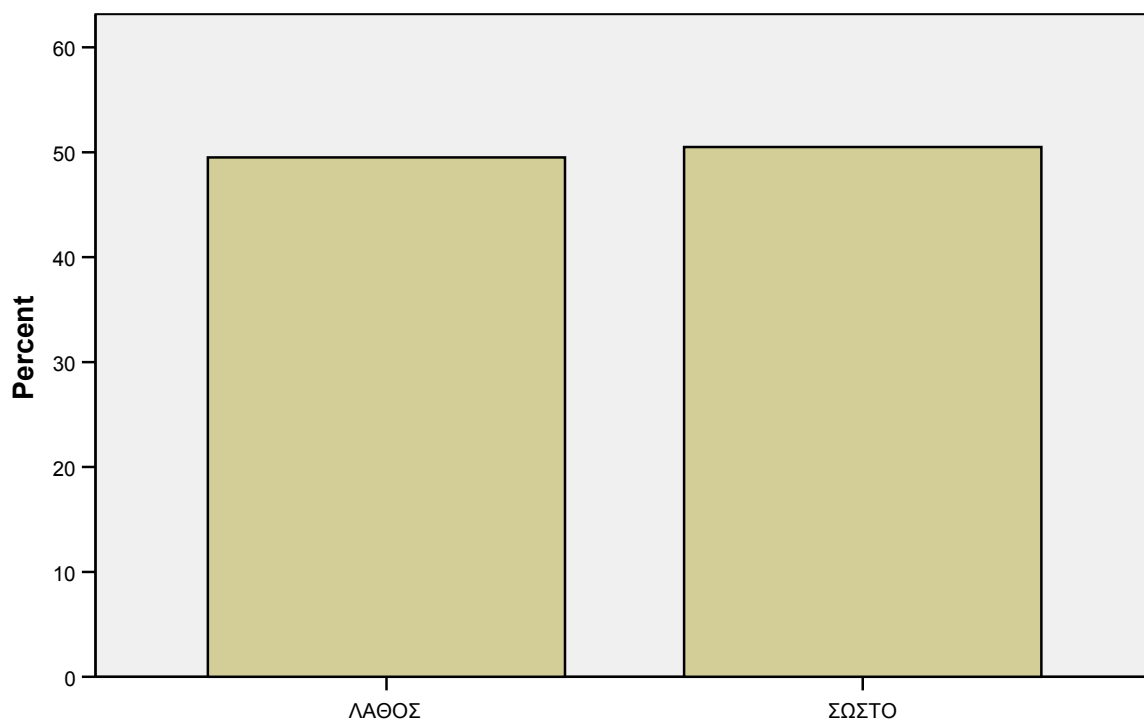
Q18 Η πιο πιθανή εξήγηση γιατί ο ασθενής με πόνο θα ζητήσει αύξηση της δόσης του φαρμάκου είναι: γιατί ο ασθενής βιώνει όλο και περισσότερο πόνο

Πίνακας Q18:

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	99	49,5	49,5	49,5
	ΣΩΣΤΟ	101	50,5	50,5	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q18



Q18

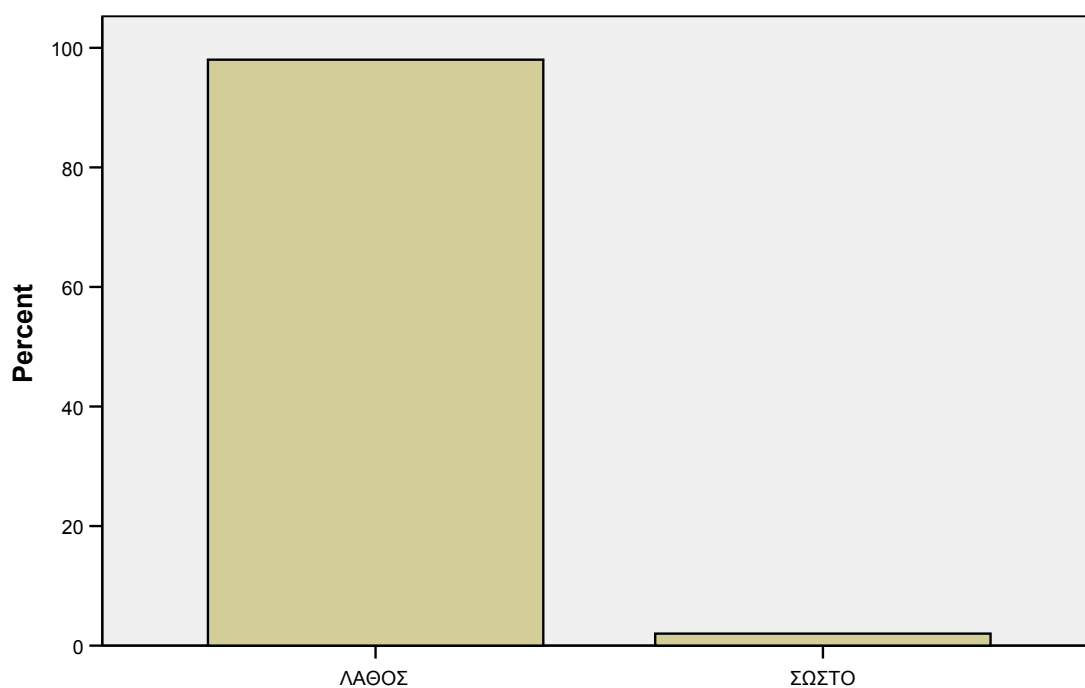
Q19: Το ποσοστό των ασθενών που αναφέρουν τον πόνο που πραγματικά αισθάνονται είναι: 0%

Πίνακας Q19

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	196	98	98	98
	ΣΩΣΤΟ	4	2	2	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q19



Q19

Στην ερώτηση 19 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (98%) έδωσαν λάθος απάντηση. Πιθανόν εξαιτίας στις υπερβολικές αντιδράσεις των ασθενών και της επιμονής τους για αύξηση των δόσεων γεγονός που οφείλονται στην αγνοία και στον φόβο τους.

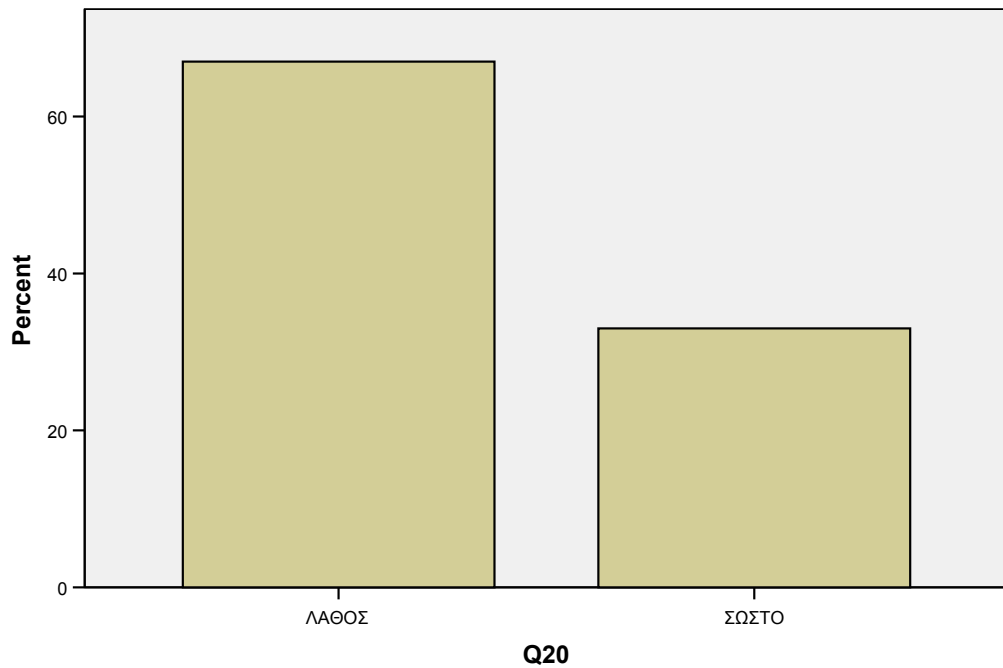
Q20: Η πιθανότητα εθισμού στα οπιούχα αναλγητικά εάν αυτά χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του πόνου είναι: 1-5%

Πίνακας Q20

N	Έγκυρο	200
	Δ/Α	0

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΛΑΘΟΣ	134	67	67	67
	ΣΩΣΤΟ	66	33	33	100
	Σύνολο	200	100	100	

Q20



Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τη σύγκριση των δύο νοσοκομείων. Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν ήταν στατιστικά σημαντικές..

Πίνακας 1

	ΠΑΓΓΝΗ	BEN/ΛΕΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Q1: Αξιοσημείωτες αλλαγές σε ζωτικά σημεία <u>δεν</u> πρέπει να βασίζονται στην επαλήθευση των δηλώσεων του ασθενή ότι έχει οδυνηρούς πόνους	47%	58%	52,5%
Q2: Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον ισχυρό πόνο	3%	5%	4,0%
Q3: Ίδια ερεθίσματα <u>δεν</u> παράγουν την ίδια ένταση πόνου σε διαφορετικούς ανθρώπους	6%	27%	16,5%
Q4: Η ασπιρίνη και τα υπόλοιπα μη στεροειδή (π.χ. metenamic acid-Ponstan) και αντιφλεγμονώδη (π.χ. νιμεσουλίδη – mesulid), <u>είναι</u> αποτελεσματικά αναλγητικά για τον πόνο στα οστά που προκαλείται από μεταστάσεις	74%	67%	70,5%
Q5: Η χρήση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (π.χ. θερμότητα, μουσική, εικόνες κ.τ.λ.) <u>δεν</u> είναι πολύ αποτελεσματική για τον έλεγχο μέτριου πόνου αλλά σπάνια χρήσιμη για πολύ δυνατό πόνο, αλλά λιγότερο αποτελεσματική για τον έλεγχο πολύ δυνατού πόνου.	86%	68%	77,0%
Q6: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη χρήση αναλγητικών <u>και</u> το συνδυασμό διαφορετικών φαρμάκων (π.χ. συνδυασμός οπιούχων με μη στεροειδή φαρμάκων)	55%	57%	56,0%
Q7: Η συνηθισμένη διάρκεια της δράσης της pethidine IM είναι μεγαλύτερη 4-5 ώρες	73%	77%	75,0%
Q8: Έρευνες δείχνουν ότι το (Phenergan) <u>είναι</u> αντισταμινικό και όχι αξιόλογο ισχυρό οπιούχο αναλγητικό.	30%	35%	32,5%
Q9: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς <u>μπορούν</u> να δεχθούν τα οπιούχα για την ανακούφιση του πόνου	25%	22%	23,5%
Q10: Οι ασθενείς με πόνο <u>δεν</u> θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν όσο το δυνατό περισσότερο, προτού καταφύγουν σε μέτρα ανακούφισής του	40%	49%	44,5%
Q11: Μετά από την αρχικά προτεινόμενη δόση των οπιούχων αναλγητικών, η επόμενη δόση ρυθμίζεται σύμφωνα με την αντίδραση του κάθε ασθενή.	62%	72%	67,0%
Q12: Δίνοντας στους ασθενείς αποστειρωμένο νερό μέσω ένεσης (placebo) <u>δεν</u> είναι συχνά ένα χρήσιμο τεστ για να προσδιοριστεί εάν ο πόνος είναι αληθινός	72%	75%	73,5%
Q13: Η θερμότητα και η ψυχρότητα <u>δεν</u> θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο σε σημείο με οδυνηρό πόνο	70%	33%	51,5%
Q14: Η προτεινόμενη οδός για τη χορήγηση των οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν οδυνηρούς πόνους είναι: <u>Στοματική</u>	3%	7%	5,0%
Q15: Η προτεινόμενη οδός για την χορήγηση οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με σύντομο, οδυνηρό πόνο από τραύμα (π.χ. μετεγχειρητικός πόνος) είναι: <u>Ενδοφλέβια</u>	32%	30%	31,0%
Q16: Αναλγητικά για μετά-χειρουργικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται: <u>σε καθορισμένο χρόνο</u>	76%	68%	72,0%
Q17: Αναλγητικά να δίνονται σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν ανυπόφορους πόνους: <u>σε καθορισμένη χρονική στιγμή</u>	79%	68%	73,5%
Q18 Η πιο πιθανή εξήγηση γιατί ο ασθενής με πόνο θα ζητήσει αύξηση της δόσης του φαρμάκου είναι: <u>γιατί ο ασθενής βιώνει</u>	54%	47%	50,5%

<u>όλο και περισσότερο πόνο</u>			
Q19: Το ποσοστό των ασθενών που αναφέρουν τον πόνο που πραγματικά αισθάνονται είναι: 0%	0%	4%	2,0%
Q20: Η πιθανότητα εθισμού στα οπιούχα αναλγητικά εάν αυτά χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του πόνου είναι: 1-5%	29%	37%	33,0%

Παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 2 που συσχετίζεται με τον πόνο και τον ύπνο μόνο το 3% από το ΠΑΓΝΗ και το 5% από το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ δώσανε τη σωστή απάντηση. Όπως επίσης και στην 3 ερώτηση που συσχετίζεται με τα ερεθίσματα και την ένταση του πόνου μόνο το 6% στο ΠΑΓΝΗ απάντησε σωστά σε σχέση με το Βενιζέλειο που απάντησε σωστά το 27%. Στην ερώτηση 5 που αναφέρεται στη χρήση φαρμακευτικών παρεμβάσεων για τον έλεγχο του ισχυρού πόνου το 86% από το ΠΑΓΝΗ απάντησε σωστά το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό στο παραπάνω πίνακα. Στην ερώτηση 19 κανείς από το ΠΑΓΝΗ(0%) και ελάχιστοι από το Βενιζέλειο (4%) ήξεραν ότι οι ασθενείς δεν αναφέρουν τον πραγματικό πόνο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Διαπιστώνεται σημαντικά οι ελλείψεις γνώσεις και οι λανθασμένες στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης του, τη φυσιολογία του πόνου και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις τα οποία μπορούν να συμβάλουν αρνητικά στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

Είναι προφανές ότι νοσηλευτές με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Η σημαντική στατιστική διάφορα που προκύπτει στα δύο νοσηλευτικά τμήματα χειρουργικά και παθολογικά τα οποία απάντησαν κατά μέσο όρο απαντήσεων 9,21 και 8,44 αντίστοιχα, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι νοσηλευτές των χειρουργικών τμημάτων ασχολούνται περισσότερο με τον πόνο και τον χειρισμό του έναντι των νοσηλευτών παθολογικών τμημάτων.

Από την ερευνητική μελέτη προκύπτει ότι κατά μέσο όρο απάντησαν 8,91 ερωτήσεις στις 20 του ερωτηματολογίου στο σύνολο των νοσηλευτών. Από το ποσοστό αυτό φανερώνεται το μειωμένο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με το πόνο το

οποίο έχει ως συνέπεια την αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στους ογκολογικούς ασθενείς. Το συμπέρασμα αυτό συμπίπτει με αντίστοιχες ερευνητικές μελέτες του εξωτερικού.

Γι' αυτό κρίνεται επιβεβλημένη:

- Η άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης σε μεταπτυχιακό και συνεχιζόμενο επίπεδο που θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών μάθησης του συγκεκριμένου νοσηλευτικού πληθυσμού.
- Εκπαίδευση και κατανόηση της φαρμακολογίας, ειδικά στις ενότητες που αναλύεται η χρήση και οι ιδιότητες νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν επαρκώς στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.
- Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου χρειάζεται από τον ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ακριβείς γνώσεις, στάσεις και προσδιορισμό ικανοτήτων.
- Η επάρκεια του προσωπικού με επαρκής γνώσεις και καλή συνεργασία μπορεί να οδηγήσει στην εξατομικευμένη προσέγγιση και μπορεί να δοθεί επιμελώς σε κάθε ασθενή η υποστήριξη που χρειάζεται
- Στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να γίνονται γνωστοί οι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής και την εμπειρία του πόνου.
- Οι πληροφορίες που δίνονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον που αφορούν τυχόν ιδιαιτερότητες οι συνήθειες, που σκιαγραφούν την προσωπικότητα του ασθενή μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά με την θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση του πόνου.
- Διδασκαλία των ασθενών ώστε να μπορούν να ακολουθούν κατάλληλες τεχνικές που θα αφορούν τον ακριβή χρόνο που πρέπει να παίρνουν τα φάρμακα τους, τη δοσολογία του. Έτσι έχουμε καλύτερο αποτέλεσμα. Επίσης ενημέρωση πώς παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή μπορούν να χρησιμοποιούν και συντηρητικούς

τρόπους ανακούφισης από τον πόνο όπως (χρήση επιθεμάτων, αναπαυτική θέση κ.λ.π)

- Οι προσωπικές πεποιθήσεις καθώς και οι εμπειρίες του κάθε ασθενή για τον πόνο είναι δύο παράμετροι που πρέπει να γνωρίζει το νοσηλευτικό προκειμένου να κατανοήσει τις αντιδράσεις του ασθενή και την ένταση του πόνου.
- Ο φόβος καθώς και ένας πιθανός αρνητισμός του ασθενή για την πορεία της νόσου καθώς επίσης όταν δεν υπάρχει στήριξη από το στενό περιβάλλον. Ο ασθενής μεγαλοποιεί τα συμπτώματα του. Στηρίζοντας αυτούς τους ασθενείς με κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη μειώνεται παράλληλα και η ένταση των συμπτωμάτων τους
- Οι έρευνες είναι αναγκαίες για την πλήρη κατανόηση του αποτελέσματος της μόρφωσης και της εμπειρίας στην πρακτική.
- Η πολιτεία και γενικότερα όλοι οι αρμόδιοι που κατέχουν ηγετικές θέσεις και δίνουν κατευθύνσεις στο χώρο της υγείας, πρέπει να δημιουργήσουν σε τακτά χρονικά διαστήματα, εκπαιδευτικά προγράμματα όπου όλοι οι νοσηλευτές να ενημερώνονται διαρκώς για τις νέες εξελίξεις και τεχνικές στο χώρο της υγείας. Να αποκτούν ειδίκευση και έγκυρες γνώσεις να μπορούν με σιγουριά να τις υλοποιούν στην πράξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ., Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα, 1986.
- Λορένς Λ., Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, 1999.
- Luban – pluzza, B. (κ.α.), Ο ψυχοσωματικός ασθενής στην καθημερινή ιατρική πράξη, επιστημονικές εκδόσεις ‘Γρ. Παρισιάνος’, 1998.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η αντιμετώπιση του πόνου του καρκίνου, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, 1989.
- Παρλαπάνης Α., Ο πόνος και η αντιμετώπισή του, εκδόσεις university studio press, 1999.
- Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. Λεμονίδου Χ., Γνώσεις νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, Νοσηλευτική Μάρτιος 2002, σ. 28.
- Ρατνερ Γ., Ψυχικές αιτίες των σωματικών ασθενειών, ψυχοσωματικές αρρώστιες, εκδόσεις Μπουκαμάνη, Αθήνα, 1998.
- Ποταμιανός Γ., Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
-
- Betty R. (et all). City of Hope. Nurses knowledge and attitudes survey regarding pain, 1987
- Broekmans S(et all). Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. Int J Nurs Stud. 2004 Feb;41(2):183-9.
- Cason CL (et all). Nurses' knowledge of pain management: implications for staff education. J Nurses Staff Dev. 1999 Nov-Dec;15(6):228-35.
- Dalton JA.. Nurses' perceptions of their pain assessment skills, pain management practices, and attitudes toward pain. Oncol Nurs Forum. 1989 Mar-Apr;16(2):225-31

- Ferrell, B. (et. al), The pain resource nurse training program, a unique approach to pain Management, us cancer pain relief committee, publishes by elsevier, New York, 1993.
- Ferrell, N. (et. al), Pain and addiction, an urgent need for change in nursing education us cancer pain relief committee, published by elsevier, New York, 1992.
- Fothergill-Bourbonnais F(et all). A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. J Adv Nurs. 1992 Mar;17(3):362-72.
- Hessig RE(et all). The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. Oncol Nurs Forum. 2004 Jan-Feb;31(1):71-8
- Hollen CJ (et all). Hospice and hospital oncology unit nurses: a comparative survey of knowledge and attitudes about cancer pain. Oncol Nurs Forum. 2000 Nov-Dec; 27(10):1593-9
- Hollen CJ (et all). Hospice and hospital oncology unit nurses: a comparative survey of knowledge and attitudes about cancer pain. Oncol Nurs Forum. 2000 Nov-Dec;27(10):1593-9
- Howell D (et all). Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. Cancer Nurs. 2000 Feb;23(1):55-63
- Mc Caffery M. (et. al), Connecting Misconceptions about pain assessment induce of opioid analgesics: educational strategies aimed at public cancerous, nurse outlook, 1996, p.p.184-190.
- Mc Caffery M., (et. al), Nurses personal opinions about patient's pain their effect ion recorders assessments and titration of opioid doses, pain management nursing, vol. 1, No3, September 2000, pp 79-87.
- McMillan SC (et all). Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. Oncol Nurs Forum. 2000 Oct;27(9):1415-23
- McMillan SC (et all). Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. Oncol Nurs Forum. 2005 Jul 1;32(4):835-42

- O'Brien S (et all). The knowledge and attitudes of experience oncology nurses regarding the management of cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum*. 1996 Apr;23(3):515-21
- Rushton P (et all). Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2003 Sep-Oct;30(5):849-55.
- Schmidt K(et all). Pediatric cancer pain management: a survey of nurses' knowledge. *J Pediatr Oncol Nurs*. 1994 Jan;11(1):4-12; discussion 13
- Stanley KI Kirior R., εγχειρίδιο αντιμετώπισης πόνου, εκδόσεις Π-Χ. Πασχαλίδης.
- Tafas CA(et all) Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain . *Cancer Nurs*. 2002 Feb;25(1):8-14
- Tse MM (et all). Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2004;18(1):47-58
- Vejlgaard T.(et all) Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med*. 2005 Mar;19(2):119-27.
- Wells M(et all). The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the Hospital Palliative Care Team make a difference? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001 Sep;10(3):201-11.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

- <http://www.springuet.com>. Mccaffery, M. (et. al) opioids and pain Management.
- www.geocities.com/ioannisleov/pain. Λεοντίου Ιωάννης, Αντιμετώπιση του πόνου, 1999.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ(Betty R. (et all)., 1987)

ΣΩΣΤΟ/ΛΑΘΟΣ – Κύκλωσε τη σωστή απάντηση

1. Αξιοσημείωτες αλλαγές σε ζωτικά σημεία πρέπει να βασίζονται στην επαλήθευση των δηλώσεων του ασθενή ότι έχει οδυνηρούς πόνους. **Σ Λ**
2. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον ισχυρό πόνο. **Σ Λ**
3. Ίδια ερεθίσματα παράγουν την ίδια ένταση πόνου σε διαφορετικούς ανθρώπους. **Σ Λ**
4. Η ασπιρίνη και τα υπόλοιπα μη στεροειδή (π.χ. metenamic acid-Ponstan) και αντιφλεγμονώδη (π.χ. νιμεσουλίδη – mesulid), δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον πόνο στα οστά που προκαλείται από μεταστάσεις. **Σ Λ**
5. Η χρήση μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (π.χ. θερμότητα, μουσική, εικόνες κ.τ.λ.) είναι πολύ αποτελεσματική για τον έλεγχο μέτριου πόνου αλλά σπάνια χρήσιμη για πολύ δυνατό πόνο, αλλά λιγότερο αποτελεσματική για τον έλεγχο πολύ δυνατού πόνου. **Σ Λ**
6. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη χρήση αναλγητικών παρά το συνδυασμό διαφορετικών φαρμάκων (π.χ. συνδυασμός οπιούχων με μη στεροειδή φαρμάκων). **Σ Λ**
7. Η συνηθισμένη διάρκεια της δράσης της pethidine IM είναι 4-5 ώρες. **Σ Λ**

8. Έρευνες δείχνουν ότι το (Phenergan) είναι ένα αξιόλογο ισχυρό οπιούχο αναλγητικό. **Σ Λ**
9. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να δεχθούν τα οπιούχα για την ανακούφιση του πόνου. **Σ Λ**
10. Οι ασθενείς με πόνο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν όσο το δυνατό περισσότερο, προτού καταφύγουν σε μέτρα ανακούφισής του. **Σ Λ**
11. Μετά από την αρχικά προτεινόμενη δόση των οπιούχων αναλγητικών, η επόμενη δόση ρυθμίζεται σύμφωνα με την αντίδραση του κάθε ασθενή.
12. Δίνοντας στους ασθενείς αποστειρωμένο νερό μέσω ένεσης (placebo) είναι συχνά ένα χρήσιμο τεστ για να προσδιοριστεί εάν ο πόνος είναι αληθινός. **Σ Λ**
13. Η θερμότητα και η ψυχρότητα θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο σε σημείο με οδυνηρό πόνο. **Σ Λ**

ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ – Δώστε τη σωστή απάντηση

14. Η προτεινόμενη οδός για τη χορήγηση των οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν οδυνηρούς πόνους είναι:
- α. Ενδοφλέβια
 - β. Ενδομυϊκή
 - γ. Υποδόρια
 - δ. Στοματική
 - ε. Πρωκτική
 - ζ. Δεν γνωρίζω
15. Η προτεινόμενη οδός για την χορήγηση οπιούχων αναλγητικών σε ασθενείς με σύντομο, οδυνηρό πόνο από τραύμα (π.χ. μετεγχειρητικός πόνος) είναι:
- α. Ενδοφλέβια
 - β. Ενδομυϊκή
 - γ. Υποδόρια

- δ. Στοματική
- ε. Πρωκτική
- ζ. Δεν γνωρίζω

16. Αναλγητικά για μετά-χειρουργικό πόνο θα πρέπει αρχικά να δίνονται:
- α. σε καθορισμένη χρονική στιγμή
 - β. μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει φαρμακευτική αγωγή
 - γ. μόνο όταν ο νοσηλευτής προσδιορίσει ότι ο ασθενής πρέπει να πάρει αναλγητικά.
17. Αναλγητικά να δίνονται σε ασθενείς με καρκίνο που έχουν ανυπόφορους πόνους:
- α. σε καθορισμένη χρονική στιγμή
 - β. μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει φαρμακευτική αγωγή
 - γ. μόνο όταν ο νοσηλευτής προσδιορίσει ότι ο ασθενής πρέπει να πάρει αναλγητικά.
18. Η πιο πιθανή εξήγηση γιατί ο ασθενής με πόνο θα ζητήσει αύξηση της δόσης του φαρμάκου είναι:
- α. ο ασθενής βιώνει όλο και περισσότερο πόνο
 - β. ο ασθενής βιώνει όλο και περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη
 - γ. ο ασθενής ζητά περισσότερη προσοχή από το προσωπικό
 - δ. ο ασθενής απόκτησε αντοχή στο αναλγητικό
19. Το ποσοστό των ασθενών που αναφέρουν τον πόνο που πραγματικά αισθάνονται είναι. [Κύκλωσε τη σωστή απάντηση].
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90
100%
20. Πόσο πιθανός είναι ο εθισμός στα οπιούχα αναλγητικά εάν αυτά χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του πόνου; Κύκλωσε τον αριθμό που είναι πιο κοντά σε αυτό που εσύ θεωρείς σωστό.
- <1-5% 25% 50% 75% 100%

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ:

ΤΜΗΜΑ

ΦΥΛΟ

ΗΛΙΚΙΑ

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!!!

