

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πτυχιακή Εργασία

Διερεύνηση παραγόντων που οδηγούν στην
ανάγκη εξειδίκευσης των νοσηλευτών στο
χρόνιο πόνο

Εισηγητής
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
καθηγήτρια

Επιμέλεια
Μουσιάδου Αναστασία
φοιτήτρια

Πάτρα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο I: Προσέγγιση πόνου

1.1: Ορισμός πόνου	18
1.2: Μηχανισμοί μετάδοσης πόνου	19
1.3: Είδη πόνου.....	21
1.3.1: Αλγαισθητικός πόνος	22
1.3.2: Νευροπαθητικός πόνος.....	24
1.4: Ταξινόμηση πόνου.....	25
1.4.1: Χρονική ταξινόμηση πόνου	25
1.4.2: Διαφορές οξέος-χρόνιου πόνου.....	26
1.4.3: Παθοφυσιολογική ταξινόμηση πόνου	29
1.4.4: Αιτιολογική ταξινόμηση πόνου.....	34
1.4.5: Τοπογραφική ταξινόμηση πόνου	34

Κεφάλαιο II: Εκτίμηση χρόνιου πόνου

2.1: Κλινική εξέταση	36
2.1.1: Ιστορικό	36
2.1.2: Φυσική εξέταση.....	37
2.1.3: Νευρολογική εκτίμηση.....	38
2.1.4: Μυοσκελετική εκτίμηση	38
2.1.5: Εξέταση αισθητικότητας.....	38
2.1.6: Εργαστηριακές εξετάσεις	39
2.2: Μέθοδοι μέτρησης-εκτίμησης χρόνιου πόνου	39
2.2.1: Λεκτική περιγραφική κλίμακα	40
2.2.2: Κλίμακα αριθμητικής βαθμολόγησης	40
2.2.3: Πίνακας με σχήματα προσώπου.....	40
2.2.4: Βραχεία κλίμακα του Mc Gill	41
2.2.5: Οπτική αναλογική κλίμακα	41

Κεφάλαιο III: Αντιμετώπιση χρόνιου πόνου

3.1: Φαρμακευτική αντιμετώπιση	43
3.1.1: Αναλγητικά με περιφερική δράση.....	43
3.1.2: Αναλγητικά με κεντρική δράση	45
3.1.3: Ηρεμιστικά-Αγχολυτικά.....	47
3.2: Εγχύσεις στον επισκληρίδιο χώρο	48
3.2.1: Ανατομικά στοιχεία.....	48
3.2.2: Εγχύσεις σε παθήσεις σπονδυλικής στήλης.....	49
3.2.3: Εγχύσεις σε περιφερική αποφρακτική αγγειοπάθεια.....	50

3.2.4: Εγχύσεις σε μεθερπητική νευραλγία.....	50
3.2.5: Εγχύσεις σε πολύπλοκα περιοχικά σύνδρομα.....	51
3.2.6: Εγχύσεις σε χρόνιο καρκινικό πόνο.....	51
3.3: Ακτινολογικά ελεγχόμενες εγχύσεις στη σπονδυλική στήλη.....	52
3.3.1: Διηθήσεις.....	53
3.3.2: Σπονδυλοπλαστικές.....	53
3.3.3: Διαδερμικές δισκεκτομές.....	54
3.4: Αποκλεισμοί νεύρων στην αντιμετώπιση χρόνιου πόνου....	54
3.4.1: Αποκλεισμός κρανιακών νεύρων.....	55
3.4.2: Αποκλεισμός παρασπονδυλικών νεύρων.....	55
3.4.3: Αποκλεισμός μεσοπλευρίων νεύρων.....	56
3.4.4: Συμπαθητικός αποκλεισμός.....	56
3.4.5: Κεντρικός αποκλεισμός.....	57
3.5: Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας.....	57
3.5.1: Ενεργειακή θεραπεία.....	58
3.5.2: Καθοδηγητική χρήση εικόνων.....	59
3.5.3: Ύπνωση.....	59
3.5.4: Προσευχή.....	60
3.5.5: Τεχνικές χαλάρωσης.....	61
3.5.6: Βελονισμός.....	62
3.5.7: TENS.....	62
3.5.8: Φωνοφόρηση και ιοντοφόρηση.....	63

Κεφάλαιο IV: Η Νοσηλευτική στο χρόνιο πόνο

4.1: Κλινικές πόνου.....	67
4.2: Ο νοσηλευτής στις κλινικές του πόνου.....	67
4.3: Αναγκαιότητα εξειδίκευσης των νοσηλευτών.....	73

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος.....	78
Αποτελέσματα.....	82
Συζήτηση.....	102
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	106
Περίληψη.....	108
Summary.....	110
Βιβλιογραφία.....	111
Παράρτημα.....	116

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την κα. Παπαδημητρίου, εισηγήτρια της έρευνας και καθηγήτρια μου, διότι μέσω της συνεργασίας μας αντιλήφθηκα τα όρια μου και τα ξεπέρασα... Αποτελεί οδηγό για όλα τα υπόλοιπα χρόνια και τη μετέπειτα προσπάθεια...

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Μαρτυρίες ανθρώπων

Κι όμως, ο πόνος νικιέται.....

Οι μαρτυρίες των ανθρώπων που ξέφυγαν από τον εφιάλητη του ασταμάτητου πόνου.

Με πόνους αφόρητους, «στις αρθρώσεις, στους μυς, στο πρόσωπο, παντού, σε κάθε κίνηση αλλά και σε ακινησία» ζούσε για χρόνια η 40χρονη Ντίνα Δουβή που δεν είχε χάσει απλά το χαμόγελό της αλλά και την ίδια τη διάθεση για ζωή. Η Ντίνα Δουβή απευθύνθηκε στο Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας του Αρεταίειου Νοσοκομείου και εδώ και δύο χρόνια, όπως λένε, «όλα άλλαξαν, δεν πονάμε πια και η ζωή μας απόκτησε ξανά νόημα». «Πονούσα ακόμη κι όταν με αγκάλιαζαν τα παιδιά μου».

Από τα 28 της χρόνια η Ντίνα Δουβή ζούσε μέσα στον πόνο. Οι πρώτες ενοχλήσεις ήρθαν αφού γέννησε τη δεύτερη κόρη της. Αρχικά τις απέδωσε στην αϋπνία. Δέκατα, πόνοι στις αρθρώσεις, πρωινή δυσκαμψία, κακουχία γενική. Εξετάσεις, ξανά εξετάσεις, τίποτα...». Περνούσαν τα χρόνια, τα συμπτώματα χειροτέρευαν, ο πόνος αυξανόταν σταδιακά, ώσπου ένας γιατρός από τους πολλούς που είχα επισκεφτεί, διέγνωσε ότι πάσχω από συστηματικό ερυθματώδη λύκο και ινομυαλγία. Αρχισα να ενημερώνομαι για την ασθένειά μου, για τα συμπτώματα, τις αγωγές, τις επιπλοκές και τις

επιπτώσεις στην καθημερινή μου ζωή. Το πιο δύσκολο ήταν και εξακολουθεί να είναι η αποφυγή του ηλίου, γιατί η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα και προκαλεί εξάρσεις της νόσου με πολύ συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως εξάνθημα στο πρόσωπο, τρομερή κόπωση, δέκατα ή και πυρετό. Έμαθα λοιπόν ότι έπρεπε να φοράω καπέλα πλατύγυρα, μακρυμάνικες μπλούζες, παντελόνια και να αποφεύγω τον ήλιο. Το έκανα μόδα, φορούσα καφτάνια και έζαλλα καπέλα, για να το διασκεδάσω το θέμα. Έτσι, έμαθα και μάθαμε όλοι στην οικογένεια ότι τα πράγματα δεν θα ήταν όπως παλιά. Στοιχίσει σε όλους, αλλά προσαρμοστήκαμε τελικά». «Ούτε να ζαπλώσω» «Έφτασα σε σημείο που δεν άντεχα να είμαι ζαπλωμένη στο κρεβάτι, γιατί πονούσα. Δεν άντεχα να με σφίγγουν στην αγκαλιά τους οι κόρες μου και ο σύζυγός μου, γιατί πονούσα. Δεν άντεχα μία χειραψία, γιατί σχεδόν φώναζα από τον πόνο. Δεν άντεχα να πληκτρολογώ τα κείμενα που έπρεπε να παραδίδω σαν μεταφράστρια που ήμουν, γιατί πονούσαν φρικτά οι αρθρώσεις των δαχτύλων μου. Έτσι αναγκάστηκα να παρατήσω τη δουλειά μου. Ούτε να κοιμηθώ μπορούσα, γιατί πονούσα και όταν ήμουν ζαπλωμένη. Ήταν φρικτές εκείνες οι λευκές νύχτες που πέρασα όρθια, με συντροφιά τον πόνο. Την ημέρα δεν μπορούσα να αναπληρώσω τον ύπνο, ήμουν συνεχώς κουρασμένη και πονεμένη. Και ήρθε η στιγμή που δεν μπορούσα να εργαστώ, να οδηγήσω, να μαγειρέψω, να ασχοληθώ με την οικογένειά μου, με το νοικοκυριό μου, να επιβλέψω το διάβασμα των παιδιών, να δεχτώ φίλους στο σπίτι. Ένιωθα ότι δεν ήμουν καλή σύζυγος, καλή μάνα, καλή φίλη». Και συνεχίζει η κ. Ντίνα Δουβή: «Οι άνθρωποι που πάσχουμε από λύκο και ινομυαλγία, ένα σύνδρομο γενικευμένου πόνου, έχουμε ανάγκη από καλούς φίλους. Που δεν θα μας παρεξηγήσουν αν τελευταία στιγμή αναβάλουμε ένα ραντεβού, γιατί πονάμε, γιατί δεν

έχουμε κοιμηθεί καλά, γιατί έχουμε τα χάλια μας... Πόσες φορές ανέβαλα ραντεβού, πόσες φορές δεν πήγα σε συγκεντρώσεις. Αλλά έρχονταν οι φίλοι και μου έκαναν συντροφιά, όταν ήμουν κλινήρης. Αναπτύξαμε ένα μαύρο χιούμορ, που ήταν λυτρωτικό για μας. Νοσηλεύτηκα πέρσι για 25 μέρες στο νοσοκομείο έπειτα από σοβαρή επιπλοκή της νόσου. Όταν βγήκα, ήμουν ένα ράκος. Έτρεμα ολόκληρη, σαν να είχα Πάρκινσον, είχα απώλεια μνήμης, δυσκολία στην ομιλία. Βάδιζα με μπαστούνι, μου έπεφταν όσα αντικείμενα έπιανα με τα χέρια μου, πονούσα, πονούσα, πονούσα και όλο νύσταζα και νύσταζα και, επιτέλους, κοιμόμουν. Ώρες ατελείωτες βυθιζόμουν σε έναν ύπνο βαθύ και θεραπευτικό. Για μήνες ολόκληρους. Ήμουν μονίμως κουρασμένη και πονούσα συνέχεια. Ώσπου η αγωγή του Ιατρείου Πόνου στο Αρεταίειο άρχισε να αποδίδει. Το γεγονός ότι οι άνθρωποι εκεί σεβάστηκαν τον πόνο μου ήταν ό,τι σημαντικότερο μού συνέβη σε όλη αυτήν την περιπέτεια».

Εντελώς τυχαία έμαθα για την ύπαρξη του Ιατρείου Πόνου στο Νοσοκομείο. Μία φίλη άκουσε μία εκπομπή στο ραδιόφωνο, με σκέφτηκε και έτσι κράτησε τον αριθμό του τηλεφώνου. Το σημείωσα κι εγώ. Το είχα για ένα χρόνο και στην ατζέντα μου, αλλά δεν το έπαιρνα απόφαση να τηλεφωνήσω. Ώσπου μία μέρα ξαφνικά, αποφάσισα να σχηματίσω τον αριθμό, ενώ έπινα τον καφέ μου. Μου έκλεισαν ραντεβού μία Πέμπτη... Πήγα, χτύπησα την πόρτα, με ρώτησαν το επίθετό μου, και μου είπαν ευγενικά να περιμένω, να φύγουν τα πιο βαριά περιστατικά. Ενώ περίμενα, έβλεπα όντως πολύ δύσκολες περιπτώσεις, άτομα σε τελικό στάδιο καρκίνου... σκέφτηκα ότι δεν είναι η θέση μου εδώ, ότι τελικά, μία χαρά είμαι! Μήπως γκρινιάζω; Μήπως υπερβάλλω; Μήπως, μήπως, μήπως; Σηκώθηκα και ήμουν έτοιμη να την κάνω με ελαφρά πηδηματάκια, αλλά με έπιασαν στα πράσα... «Κυρία Δουβή, δεν φαντάζομαι να φεύγετε;»

Γέλασα, σαν το παιδάκι που το πιάνουν να κάνει σκανταλιά και πέρασα στο ιατρείο. Τέσσερις γυναίκες ήταν εκεί μέσα, συστήθηκαν με τα ονόματά τους. Έγινε λήψη του ιστορικού. Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος, Ινομυαλγία, Νευραλγία Τριδύμου. Πόνοι αφόρητοι. Στις αρθρώσεις, στους μύες, στο πρόσωπο. Σε κάθε κίνηση. Σε ακινησία. Πόνος, πόνος, πόνος. Συνεχής, βασανιστικός. Και κυρίως, άχρηστος πόνος. Πλην όμως, μεγάλος δάσκαλος ο πόνος. Έμαθα πολλά από αυτόν, τον σέβομαι, αλλά δεν μπορώ να τον ανεχτώ στωικά, όχι πλέον. Γιατί ξέρω ότι μπορώ να βοηθηθώ, έμαθα επίσης ότι υπάρχει βοήθεια. Ότι δεν υπάρχει λόγος να υποφέρω σιωπηλά. Έμαθα να ζητάω βοήθεια. Στις 26 Φεβρουαρίου του 2004 άλλαξε η ζωή μου. Τότε, που έγινε η μεγάλη έξαρση της ασθένειας, των συμπτωμάτων και του πόνου, αλλά όλα είχαν ξεκινήσει από το 1997. Προοδευτικά, έγιναν όλα πολύ χειρότερα, σχεδόν χωρίς να το αντιληφθώ. Τη μέρα που πήγα στο Ιατρείο Πόνου είχαμε άνοιξη του 2007... απορώ πώς άντεξα. Πώς δεν τρελάθηκα. Αν και ξέρω ότι μία λεπτή γραμμή είναι αυτή που χωρίζει τη λογική από την παράνοια. Εξήγησα λοιπόν στις αναισθησιολόγους, ότι μάλλον δεν έπρεπε να είμαι εκεί, ότι το Ιατρείο Πόνου είναι για άλλες παθήσεις. Ότι εγώ είμαι τελικά, μία χαρά. Ότι είμαι τρελή, μάλλον. Δεν θα ξεχάσω τα λόγια μιας νοσηλεύτριας: «κορίτσι μου, αν δεν είσαι εσύ υποψήφια για το Ιατρείο Πόνου, τότε ποιος είναι;» Συμπλήρωσα κάποια έντυπα, ένα ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια μου εξήγησαν τι έχω, γιατί πονάω και κυρίως, ότι δεν είμαι τρελή. Ότι πραγματικά πονάω και δεν το φαντάζομαι. Για χρόνια, υποτιμούσα τα συμπτώματα, τον πόνο, την αδιαθεσία την συνεχή. Αμφέβαλα για τον ίδιο μου τον εαυτό και τον αδίκησα. Σε εκείνη την πρώτη επαφή με το Ιατρείο Πόνου, χωρίς να με ξέρουν καν, **σεβάστηκαν τον πόνο μου**. Τον αντιμετώπισαν σαν κάτι υπαρκτό κι όχι σαν αποκύημα της

φαντασίας μου. Δεν μου είπαν τα τετριμμένα του στυλ, «θέλεις να τραβήξεις την προσοχή του περιγύρου σου», «είσαι προεμμηνόπαυσιακή» (στα 35 μου και χωρίς ορμονικά προβλήματα), «ζηλεύεις τις έφηβες κόρες σου, που ανθίζουν, ενώ για σένα το κουβάρι φτάνει στο τέλος» (στα 35 μου και με υγιείς σχέσεις με τις έφηβες κόρες μου)... το τι σαχλαμάρες έχω ακούσει όλα αυτά τα χρόνια, δεν λέγονται... αυτά που αναφέρω είναι τα πιο χτυπητά... εν τω μεταξύ, είχα ζητήσει επαγγελματική βοήθεια από ψυχοθεραπεύτρια, γιατί ήξερα ότι κάτι δεν πήγαινε καλά και έτσι, αναζήτησα στήριξη και συμπαράσταση.

Αλησμόνητες επίσης θα μου μείνουν η ερώτηση αλλά και η απάντηση της ίδιας νοσηλεύτριας:

-«ποιος είναι ο καλύτερος πόνος;» με ρώτησε. Εγώ είπα: -«αυτός της γέννας, γιατί δεν είναι άχρηστος πόνος, γεννάς ένα παιδί, ε, δεν κρατάει για πάντα» κάτι τέτοια. Με κοίταζε καλά καλά, και μου είπε:

-«ο ξένος, κορίτσι μου, ο ξένος πόνος είναι ο καλύτερος». Γιατί δεν είναι δικός σου και τον ξεχνάς αμέσως μετά που σου τον αναφέρει κάποιος. Συνεχίζεις μία χαρά τη ζωή σου. Ενώ αυτός που πονάει, τραβάει το ζόρι το μεγάλο».

Κάλεσαν μία κυρία ήρθε και με συνάντησε και συζητήσαμε. Έδωσε το «οκ» για να μπω σε αγωγή με τα έμπλαστρα που περιέχουν οπιοειδή, μία «σκληρή αγωγή, αλλά απαραίτητη για ποιοτική ζωή». Μου εξήγησε τα υπέρ και τα κατά αυτού του σκευάσματος αλλά και των άλλων φαρμάκων που συνταγογράφησαν. Το αποφάσισα στη στιγμή. Δεν είχα τίποτα να χάσω, το αντίθετο. Από τότε, έχουν περάσει άλλα δύο χρόνια, διανύουμε το έτος 2009, μήνα Αύγουστο. Άλλαξε πάλι η ζωή μου. Ζω πολύ πιο καλά. Έχω καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι πόνοι έχουν μειωθεί πάρα πολύ, με την φαρμακευτική αγωγή αλλά και με

τον βελονισμό που μου γίνεται στο Ιατρείο Πόνου. Οι γιατροί που την εφαρμόζουν είναι επαγγελματίες, γνώστες και ευαίσθητοι. Το τελευταίο τόσο απαραίτητο, αλλά δυσεύρετο. Έχω βοηθηθεί πάρα πολύ. Χαμογελάω ξανά. Έχω βέβαια, κάποιες εξάρσεις και υφέσεις, είναι φυσιολογικό στα πλαίσια των παθήσεών μου. Εκτιμώ ιδιαίτερα την πολύτιμη βοήθεια του Ιατρείου Πόνου στο Αρεταίειο Νοσοκομείο. Όλοι επαγγελματίες έχουν ένα χαμόγελο και απέραντη κατανόηση και υπομονή, παρά το μεγάλο φόρτο εργασίας που έχουν και παρά τα δύσκολα περιστατικά που αντιμετωπίζουν, σε αντίξοες συνθήκες. Στο εξωτερικό, τα Ιατρεία Πόνου συνεργάζονται με τους ρευματολόγους και λοιπές ειδικότητες, για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών τους. Εδώ έχουμε δρόμο ακόμα. Ίσως οι γιατροί να μάχονται επειδή δεν γνωρίζουν ακριβώς πώς μπορούν να συνεργαστούν όλες οι ειδικότητες μαζί. Εύχομαι σύντομα να αλλάξει κάτι, για το καλό όλων μας. Στο Ιατρείο Πόνου είχα συνεχή επαφή με τους ανθρώπους εκεί ποτέ δεν με ειρωνεύτηκαν ούτε με είπαν υπερβολική. Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ που απαρτίζουν το Ιατρείο Πόνου. Είναι άγγελοι επί της γης... Ντίνα Δουβή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση του πόνου χρονολογείται όσο και η εμφάνιση του ανθρώπου επί της γης. Αποτελούσε πάντοτε ένα πολύπλοκο πρόβλημα, το οποίο άλλοτε λυνόταν τυχαία, άλλοτε αυτόματα άλλοτε κατόπιν συγκεκριμένων παρεμβάσεων και κάποιες φορές καθόλου.

Οι κοινωνικές αλλαγές, οι ανακαλύψεις και η εξέλιξη της τεχνολογίας είχαν ως αποτέλεσμα ο πόνος να θεωρηθεί καθαρά ιατρογενές σύμπτωμα άρα και ιατροκεντρική η αντιμετώπισή του με καθαρά και μόνο επιστημονικά κριτήρια, τα οποία άπτονται του χώρου της υγείας. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι υπόθεση διεπιστημονικής και πολυεπιστημονικής διερεύνησης, υπόθεση που αφορά τη συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, ψυχολόγων, εργοθεραπευτών, παιδαγωγών, φαρμακοποιών, κοινωνικών λειτουργών και βέβαια προϋποθέτει τη συμβολή της οικογένειας όπως και των διοικήσεων των νοσοκομείων.¹

Ο πόνος είναι ένα αίσθημα, το οποίο αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ενώ στις παθολογικές μορφές του παίζει καθοριστικό, αρνητικό ρόλο στην πορεία της ζωής μερικών πασχόντων. Ο χρόνιος πόνος είναι η φθοροποιός μορφή του πόνου, ειδικά εάν αυτός είναι έντονος ή αφόρητος. Είναι δυνατό να καταπιέζει σε μεγάλο βαθμό την προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς καθώς δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή και

ψυχωσικές καταστάσεις. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του πόνου είναι ότι βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά άτομα. Στη βίωσή του επηρεάζουν παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και οι εμπειρίες του ασθενούς, οι σχετικές με το πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζει² Σε παλαιότερες εποχές η μη έκφραση του πόνου, συνδέθηκε με ηρωισμό, με την ανδρική ιδιοσυγκρασία και το μέγεθος της προσωπικής αντίστασης στο στοιχείο του κακού.

Τα τελευταία όμως 30 χρόνια δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στη βιολογική και ψυχολογική διάστασή του, όπως και στον τρόπο αντιμετώπισής του. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται πλέον ολιστικά, ως μία ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα διότι ταυτόχρονα με το σωματικό, δυσάρεστο αίσθημα, υπάρχει πάντα και ένας δυσάρεστος συναισθηματικός τόνος.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι εκτός από τη σοβαρή επίπτωση του χρόνιου πόνου στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιβάλλοντός του υφίσταται και το κοινωνικό κόστος του χρόνιου πόνου, το οποίο καταλήγει να κυριαρχεί στη ζωή του ασθενούς, της οικογένειας, του περιβάλλοντος και των θεραπόντων.³

Η οικονομική- κοινωνική επιβάρυνση έγκειται στο κόστος υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής αγωγής, στην απώλεια ωρών εργασίας του ασθενούς, στην απώλεια του εισοδήματος του πάσχοντος μέσω της ελαττωμένης παραγωγικότητάς του, στην οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, του περιβάλλοντος και των εργοδοτών, στις αυξημένες αποζημιώσεις. Αποδεικνυόμενα όλα τα παραπάνω δημιούργησαν την ανάγκη ίδρυσης των ιατρείων πόνου, τα οποία προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στο θέμα αυτό.⁴

Συνεπώς η συνεισφορά όσων εργάζονται στο νοσηλευτικό χώρο για την αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση του ασθενούς είναι επιτακτική, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και την ψυχολογική ενδυνάμωσή του. Αυτό όμως προϋποθέτει την εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση προβλημάτων χρόνιου πόνου. Τα ιατρεία πόνου, τα οποία ιδρύθηκαν αποτελούν μια πιο συντονισμένη, οργανωμένη και διεπιστημονική προσπάθεια παροχής ουσιαστικής βοήθειας στα προβλήματα χρόνιου πόνου.⁴

Είναι σαφές ότι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης του πόνου και δυνατότητα αποτελεσματικής και τεκμηριωμένης παρέμβασης στην αντιμετώπισή του θα διευκολύνει το έργο όλης της θεραπευτικής ομάδας και θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους.³

Μεγάλο μέρος των νοσηλευτών εκφράζει την ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιδίως σε θέματα πόνου και αυτό δε συμβαίνει αναιτιολόγητα. Παρόλο που διεθνείς οργανώσεις όπως ο WHO, η IASP δίνουν προτεραιότητα στον πόνο, η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση δεν περιλαμβάνει ιδιαίτερες και εκτενείς αναφορές σε θέματα πόνου και ιδίως χρόνιου πόνου. Λόγω της έλλειψης σταθερού επιπέδου προετοιμασίας των νοσηλευτών στον τομέα της ανακούφισης του πόνου σε προπτυχιακό 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.⁵

Όντας μέλη του Ευρωπαϊκού χώρου, όπου σίγουρα έχουμε να κερδίσουμε πολλά σαν πολίτες και σαν επαγγελματίες μιας μεγάλης κοινότητας, όπου η γνώση και η εμπειρία διοχετεύονται σε όλα τα επίπεδα και όπου η ισοπολιτεία και οι δημοκρατικοί θεσμοί παρέχουν την ευκαιρία σε κάθε άτομο ισότιμα να αναπτυχθεί και να αποδώσει καλύτερα.

Εξίσου όμως μεγάλη είναι και η ευθύνη που αναλαμβάνει ο καθένας από εμάς σαν επαγγελματίας στην προσπάθεια εναρμόνισης και ανάδειξης της νοσηλευτικής στα επίπεδα που προσβλέπει και επιδιώκει η ευρωπαϊκή κοινότητα. Ο ρόλος της νοσηλευτικής προσδιορίζεται, προδιαγράφοντας το περιεχόμενο σπουδών, ώστε το αποτέλεσμα της εκπαίδευσης να οδηγεί σε δεξιότητες που να διασφαλίζουν τα επίπεδα της νοσηλευτικής φροντίδας.³

Η τεκμηρίωση της νοσηλευτικής διεργασίας αποτελεί πανάκεια και η διαμόρφωση προτύπων φροντίδας των ασθενών απαραίτητο εργαλείο για ασφαλή και αποτελεσματική νοσηλεία. Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων επικοινωνίας και συμβουλευτικής είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για κάθε νοσηλευτή. Η συνεχής μελέτη, επιμόρφωση και η ανάπτυξη επαγγελματικής συνείδησης είναι υποχρέωση όλων των νοσηλευτών για την προαγωγή της επιστήμης της νοσηλευτικής.⁴

Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί πως ο ψυχολογικός παράγοντας αποκτά μεγαλύτερη σημασία όσο βαρύτερη είναι η νόσος, όσο περισσότερος είναι ο πόνος και όσο πιο κοντά στο θάνατο είναι ο ασθενής. Είναι κρίμα που η θεραπευτική, σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες προσεγγίζει σε ελάχιστες περιπτώσεις τον ασθενή ως πλήρη βιοψυχοκοινωνική οντότητα.⁶

Η εγκατάσταση μιας στέρεας και αυθεντικής συναισθηματικής σχέσης με τον ασθενή θα διακινήσει σε αυτόν ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς αποκατάστασης και επιθυμίας ίασης, από τους οποίους πολύ συχνά, εξαρτάται η έκβαση της νόσου.² Οι νοσηλευτές μέσω της πραγματογνωμοσύνης της εμπειρίας και της συνεχούς τριβής μπορούν να κερδίσουν τη συναφή κατανόηση στα αιτήματα, στις φοβίες και στις ανασφάλειες των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνια πόνο.^{7,8}

Συνεπώς ο σκοπός της έρευνας σε ότι αφορά τη διερεύνηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το μείζον και πάντοτε επίκαιρο ζήτημα της αντιμετώπισης του πόνου αποτελεί αναγκαιότητα στην προσπάθεια κατάδειξης της έλλειψης, αν και καθόλα αναγκαίας, εξειδίκευσης των ενασχολούμενων με ασθενείς χρόνιου πόνου νοσηλευτές.

***ΓΕΝΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ***

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

- ✓ Ορισμός πόνου
- ✓ Μηχανισμοί μετάδοσης πόνου
- ✓ Είδη πόνου
- ✓ Ταξινόμηση πόνου

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ

Για τον πόνο έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί. Είναι ένα πολύπλοκο συναίσθημα, δύσκολο να περιγραφεί επακριβώς. Ποικίλει η διάρκεια, η ποιότητα, η έκταση της έντασης του πόνου από χρονική σε χρονική περίοδο και σαφώς από πάσχοντα σε πάσχοντα.

Η πλήρης και αντικειμενική περιγραφή του συνεπώς καθίσταται αδύνατη. Ο Ryle είπε πως πόνος είναι εκείνη η αίσθηση που συνήθως δε μας αρέσει να έχουμε. Αργότερα οι Mersky και Spear έδωσαν έναν πιο λεπτομερή κλινικό ορισμό. Η έννοια του πόνου αφορά συνήθως σε μια δυσάρεστη αίσθηση και μια ιστική βλάβη ή όταν δε συμβαίνει κάτι τέτοιο αφορά στην αντίδραση του ασθενούς, η οποία παρατηρείται όταν υπάρχει ιστική βλάβη.

Ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι αυτός της Διεθνούς Εταιρείας για τη μελέτη του πόνου (IASP), σύμφωνα με την οποία ο πόνος ορίζεται σε μια δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή απλώς περιγραφόμενη με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης.⁹

Ιστορικά ο πόνος προέρχεται από το ρήμα πένομαι, το οποίο στους ομηρικούς χρόνους σήμαινε σκληρή δουλεία, τον καιρό του Ηρόδοτου σήμαινε δυσφορία και μόνο τον καιρό του Ιπποκράτη συνδέθηκα άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό. Ο πόνος είναι πάντοτε υποκειμενικός.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ) κάθε άτομο μαθαίνει τη χρήση της λέξης μέσω εμπειριών που σχετίζονται με τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του. Είναι αναμφισβήτητα μια αίσθηση που αναφέρεται σε κάποιο ή

κάποια σημεία του σώματος αλλά είναι πάντα δυσάρεστη. Ως εκ τούτου αποτελεί συναισθηματική εμπειρία.¹⁰

Ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελείται από δύο τμήματα, την αντίληψή του και την αντίδραση σε αυτόν. Θεωρείται γεγονός ότι η αντίληψη του πόνου και η αντίδραση του ασθενούς σε αυτόν επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, η ιδιοσυγκρασία, η εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση του ατόμου, η καλλιέργεια, η ανατροφή και βέβαια η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς.¹¹

1.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Η μετάδοση και η αντίληψη του πόνου είναι μία πολύπλοκη διαδικασία, η κατανόηση της οποίας συμβάλει και στην ανεύρεση τρόπων αντιμετώπισης.

Η οδός αγωγής του πόνου ξεκινάει με τη διέγερση ενός περιφερικού υποδοχέα, η μηχανική παραμόρφωση του οποίου ή ο ερεθισμός του από χημικές ουσίες (φλεγμονώδη προϊόντα ιστικής βλάβης), δίνουν το έναυσμα σε ένα ηλεκτρικό κύμα να μεταφερθεί προς το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα μέσω του νεύρου που εξυπηρετεί αισθητικά την περιοχή.¹¹

Οι υποδοχείς του πόνου συνήθως είναι οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις αυτών των αισθητικών νεύρων (αλγοϋποδοχείς).

Οι νευρικές ίνες αγωγής του πόνου είναι οι Αδ και οι C. Οι Αδ είναι πιο ευαίσθητες σε μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα, ενώ οι C, εκτός αυτών είναι ευαίσθητες και σε προϊόντα φλεγμονώδους αντίδρασης. Το ερέθισμα λοιπόν, μέσω του αισθητικού νεύρου, θα φθάσει στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού, αφού περάσει μέσα από το αισθητικό γάγγλιο της οπίσθιας νωτιαίας ρίζας. Οι ίνες μπαίνουν στο πρώτο πέταλο του οπίσθιου κέρατος (τη ζώνη του

Lissauer) όπου και συνήθως διαχωρίζονται σε ανιόντες και κατιόντες κλάδους. Άλλες ανεβαίνουν κατά 2-3 διαστήματα (νευροτόμια) και άλλες κατεβαίνουν κατά 2-3 νευροτόμια. Όλες δε καταλήγουν στα πέταλα I,II και IV. Κάποιες επιπλέον ίνες Αδ φθάνουν και στο πέταλο X. Εδώ, στο νωτιαίο μυελό, τελειώνει το πρώτο επίπεδο αγωγής του πόνου, ο πρώτος αισθητικός νευρώνας.^{10.11}

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι πριν ξεκινήσουν οι ανιούσες οδοί μεταφοράς του πόνου, υπάρχουν κάποιοι ενδιάμεσοι νευρώνες οι οποίοι συνδέουν, με ειδικές συνάψεις, τα κύτταρα του οπίσθιου κέρατος με κύτταρα (κέντρα) άλλων περιοχών (κυρίως της λευκής ουσίας) του νωτιαίου μυελού στο ίδιο ή και σε άλλο νευροτομιακό επίπεδο (ιδιονωτιαίοι νευρώνες).

Στις συνάψεις αυτές δρουν ως νευροδιαβιβαστές διάφορα πεπτίδια (ουσία P, VIP, χολοκυστοκίνη, εγκεφαλίνες) η αναστολή των οποίων, μέσω φαρμακευτικών ουσιών, βελονισμού, μάλαξης, tens και άλλων τεχνικών μας προσδίδει ένα ακόμα πλεονέκτημα στη θεραπευτική παρέμβαση.¹¹

Από το νωτιαίο μυελό ξεκινάει το δεύτερο επίπεδο αγωγής του πόνου ή δεύτερος αισθητικός νευρώνας, ο οποίος καταλήγει σε υποφλοιώδη κέντρα του εγκεφάλου, όπως είναι ο κυρίως θάλαμος, αλλά και ο δικτυωτός σχηματισμός, η γέφυρα, ο υποθάλαμος και άλλα. Τα κυριότερα νευρικά δεμάτια που εξυπηρετούν τον δεύτερο αυτό αισθητικό νευρώνα είναι το μέσο και πλάγιο νωτιοθαλαμικό δεμάτιο, το νωτιομεσεγκεφαλικό , ανάλογα από το σημείο του νωτιαίου μυελού, από το οποίο ξεκινούν.¹²

Από τα υποφλοιώδη κέντρα του εγκεφάλου ξεκινάει ο τρίτος αισθητικός νευρώνας, ο οποίος μέσω θαλαμοφλοιωδών δεματίων,

οδηγεί το ερέθισμα στο σωματοαισθητικό φλοιό του εγκεφάλου όπου θα γίνει και η τελική αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος.¹⁰

Από τα υποφλοιώδη κέντρα και το φλοιό ξεκινούν κατιούσες νευρικοί οδοί, οι οποίοι καταλήγουν στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού (κυρίως στα πέταλα 1,2,5 και 10) και δρουν ανασταλτικά στη μετάδοση του πόνου, μπλοκάρωντάς τον εκ των έσω, με κυριότερους νευροδιαβιβαστές τη σεροτονίνη και τη νοραδρεναλίνη. Κυριότερα κατιόντα δεμάτια είναι το φλοιονωτιαίο, το θαλαμονωτιαίο και το υποθαλαμονωτιαίο. Αυτή η αναστολή του πόνου γίνεται ενεργοποιώντας ψυχολογικές και γνωσιακές διαδικασίες, οι οποίες διαφοροποιούνται από άνθρωπο σε άνθρωπο και συμβάλλουν στη διαφοροποίηση της αντίδρασης στον πόνο του κάθε ανθρώπου.^{10.11}

1.3 ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ

Η ταξινόμηση του πόνου σε διάφορα είδη και κατηγορίες έχει αποτελέσει αντικείμενο διχογνωμιών και πολλών συζητήσεων. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη γνώση και κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης-αγωγής-μετάδοσης και αντίληψης του αισθήματος του πόνου χάρη στις εκτεταμένες έρευνες που γίνονται σε αυτό το επίπεδο λόγω του αυξημένου ενδιαφέροντος που παρουσιάζεται για το αντικείμενο της αντιμετώπισης του πόνου.¹²

Η γνώση, μέσω αυτής της προόδου, των διαφόρων ειδών πόνου και της ταξινόμησής τους δεν έχει μόνο θεωρητικό ενδιαφέρον, αλλά αποκτά διαρκώς μεγαλύτερη σημασία για την ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου.¹³

1.3.1 ΑΛΓΑΙΣΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Εταιρείας για τη μελέτη του πόνου (IASP) ο πόνος είναι μια μοναδική πολυπαραγοντική εμπειρία που περιλαμβάνει πολλούς αισθητικούς και συγκινησιακούς παράγοντες.⁹

Η διαδικασία της πρόκλησης και αντίληψης του πόνου καλείται αλγαισθησία (nociception) ή αίσθηση βλαπτικών ερεθισμάτων. Το μονοπάτι το οποίο μεταφέρει την πληροφορία από την περιφέρεια στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), είχε ήδη συλληφθεί σαν ιδέα από τον Καρτέσιο, το 17^ο αιώνα, αλλά δεν ήταν παρά στα μέσα του 20^{ου} αιώνα όπου άρχισε να γίνεται κατανοητή η τρομακτική πολυπλοκότητα αυτού του 'συστήματος' που παράγει το αίσθημα του πόνου.

Το αίσθημα του πόνου γίνεται αντιληπτό στο φλοιό του εγκεφάλου. Αυτό είναι το τέλος της πορείας η οποία αρχίζει από ένα περιφερικό υποδοχέα, διατρέχει τον άξονα ενός περιφερικού νεύρου-μέσω του νευρώνα αυτού του άξονα- και καταλήγει μέσω αυτού στο νωτιαίο μυελό (NM). Συνεχίζει μέσα στο νωτιαίο μυελό και διαμέσου του εσχάτου και του μεσεγκεφάλου φθάνει στο θάλαμο. Από εκεί μέσω των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων η πληροφορία που έχει ήδη αναλυθεί φθάνει στο φλοιό όπου γίνεται συνείδηση και αντίληψη. Το σήμα, το οποίο μπορεί να μεταφραστεί ως πόνος, είναι δυνατό να παραχθεί σε οποιοδήποτε σημείο αυτής της πορείας.¹⁰

Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες:

A. ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ (TRANSDUCTION)

Υποδηλώνει τη διαδικασία κατά την οποία τα επώδυνα ερεθίσματα μεταφράζονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στα άκρα των αισθητικών νευρώνων.^{11.12}

B. ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ (TRANSMISSION)

Αναφέρεται στη μετάδοση των ώσεων δια μέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος.

Γ. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ (MODULATION)

Είναι η διαδικασία κατά την οποία η μεταβίβαση των αισθητικών πληροφοριών τροποποιείται μέσω νευρονικών επιδράσεων.¹⁰

Δ. ΑΝΤΙΛΗΨΗ (PERCEPTION)

Πρόκειται για την τελική διαδικασία, κατά την οποία η μετατροπή, η μεταβίβαση και η τροποποίηση αλληλεπιδρούν με τη μοναδική ψυχολογία του ατόμου για να δημιουργήσουν την τελική, υποκειμενική, συναισθηματική εμπειρία που αντιλαμβανόμαστε ως πόνο. Αυτή η εμπειρία περιέχει μια δυσαρέσκεια και επιθυμία διαφυγής. Αυτό αποτελεί το συναισθηματικό παρακινητικό σκέλος του πόνου.^{11.12}

Σήμερα πάντως με την αυξανόμενη γνώση των διαδικασιών μετατροπής, μεταβίβασης και τροποποίησης, θεωρείται ότι τα οπίσθια κέρατα γενικά αποτελούν εστιακό σημείο ή την πύλη για την ολοκλήρωση και τροποποίηση της αγωγής των επώδυνων ερεθισμάτων.

Συνεπώς, η αντίληψη ότι τα οπίσθια κέρατα είναι μια "πύλη", η οποία μπορεί με τους φαρμακολογικούς χειρισμούς της μετατροπής, μεταβίβασης και τροποποίησης να "κλείσει", διαμορφώνει το

φιλοσοφικό αξίωμα, το οποίο αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου.¹²

1.3.2. ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Είναι ο πόνος, ο οποίος προέρχεται από το νευρικό σύστημα σαν αποτέλεσμα βλάβης ή δυσλειτουργίας σε κάποιο σημείο αυτού του συστήματος.

Έτσι κατ'αναλογία με τον ορισμό του αλγαισθητικού πόνου, ο νευροπαθητικός μπορεί να ορισθεί σαν μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με τραυματισμό ή δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος. Ο μηχανισμός που κρύβεται πίσω από το νευροπαθητικό πόνο είναι διαφορετικός από τους φυσιολογικούς τύπους του αλγαισθητικού πόνου.^{12.13}

Ο νευρικός τραυματισμός αναπτύσσει δευτερογενώς τέτοιες νευροπλαστικές αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ώστε σήμερα ο πόνος να θεωρείται μια μόνο εκδήλωση μιας γενικότερης βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν νόσος του νευρικού συστήματος.

Οι αλλαγές, οι οποίες συμβαίνουν στην περιφέρεια προκαλούν φαινόμενα όπως στον αλγαισθητικό πόνο ακόμα και όταν δεν υπάρχει ο ερεθισμός των C ιών που φυσιολογικά τον προκαλούν. Ακόμα περισσότερο η περιφερική νευρική βλάβη προκαλεί αλλαγές σε κεντρικούς νευρώνες που οδηγούν στην κεντρική ευαισθητοποίηση (central sensitization) και όπου το συμπαθητικό νευρικό σύστημα παρεμβάλλεται ουσιαστικά.^{13.14}

Στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού οι βλάβες στους νευρώνες που περιέχουν GABA και γλυκίνη, οι οποίοι είναι γνωστοί ως ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές, καθώς και η πρόκληση

απελευθέρωσης γλουταμικού, συμβάλουν ουσιαστικά στην πρόκληση του νευροπαθητικού πόνου.

Τέλος, η αναστολή της αγωγής των κεντρομόλων ερεθισμάτων (differentiation), που προκαλείται από οποιαδήποτε αιτία, πιστεύεται ότι προκαλεί υπερευαισθησία στη δικτυοθαλαμική οδό καθώς και ανώμαλη διέγερση σε κεντρικούς αισθητικούς πυρήνες.¹²

1.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Τα είδη του πόνου μπορούν να ταξινομηθούν με βάση:

- α. το χρόνο που διαρκεί ο πόνος
- β. την παθοφυσιολογία του πόνου
- γ. την αιτία που προκαλεί τον πόνο
- δ. την περιοχή που εμφανίζεται ο πόνος

Ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση του πόνου έχει η χρονική του ταξινόμηση, καθώς και αυτή που βασίζεται στην παθοφυσιολογία του πόνου, διότι επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησής του και επομένως και την ορθότερη αντιμετώπισή του.⁹

1.4.1. Χρονική ταξινόμηση πόνου

Ανάλογα με τη διάρκειά του ο πόνος διαιρείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: σε οξύ και χρόνιο πόνο.⁹

Οξύς πόνος (acute pain) είναι το φυσιολογικό, προβλεπόμενο σύμπτωμα, το οποίο απαντά σε βλαπτικό χημικό, θερμικό και μηχανικό ερέθισμα και σχετίζεται με τραύμα, χειρουργική επέμβαση και οξεία νόσο. Ο οξύς πόνος είναι μοναδικός γιατί αυτοπεριορίζεται, δηλαδή διαρκεί όσο διάστημα είναι παρόν το ερέθισμα που τον προκαλεί και προοδευτικά βελτιώνεται μέσα σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα.^{10,11}

Χρόνιος πόνος (chronic pain) είναι μια επώδυνη κατάσταση που επιμένει πάνω από τρεις μήνες και που η αιτία της δεν είναι δυνατό να θεραπευτεί ή αλλιώς ο πόνος εκείνος που επιμένει πέρα από τη συνηθισμένη πορεία μιας οξείας νόσου ή ενός λογικού χρόνου που απαιτείται για επούλωση του τραύματος. Ο χρόνιος πόνος είναι δυνατόν να συνδυάζεται με μακρόχρονη ανίατη νόσο.^{10.11}

1.4.2 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΞΕΟΣ- ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο οξύς πόνος που συνοδεύει ένα τραύμα ή μια χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια προειδοποίηση προς τον εγκέφαλο για την ύπαρξη βλαπτικού ερεθίσματος ή και ενεργού βλάβης ιστών.⁹

Ο οξύς πόνος είναι το άμεσο αποτέλεσμα ενός βλαπτικού συμβάντος και θεωρείται σύμπτωμα υποκείμενης βλάβης ιστών ή ασθένειας. Είναι χρήσιμος διότι προειδοποιεί το άτομο για την ύπαρξη κινδύνου. Σε πολλούς όμως ασθενείς ο πόνος επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα αφού έχει περάσει η χρησιμότητά του σαφή κινδύνου και μάλιστα αφού έχει θεραπευτεί η ιστική βλάβη που τον προκάλεσε.^{9.10}

Ο χρόνιος πόνος σε αυτούς τους ασθενείς πιθανότατα δεν έχει σχέση με την αρχική βλάβη ή νόσο αλλά σχετίζεται με δευτερογενείς αλλαγές που συντελούνται στο σύστημα αντίληψης και μεταβίβασης του πόνου.

Εκτός του ότι ο χρόνιος πόνος οφείλεται σε διαφορετικούς φυσιολογικούς μηχανισμούς από αυτούς του οξέος πόνου, πυροδοτεί επιπλέον την εμφάνιση ενός πολύπλοκου συνόλου σωματικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών, που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του προβλήματος του χρόνιου πόνου και επιβαρύνουν σημαντικά τον ασθενή που πονά. Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- 1) Ακίνητοποίηση και κατά συνέπεια ατροφία μυών, δυσκαμψία αρθρώσεων
- 2) Καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και αυξημένη ευαισθησία σε διάφορες ασθένειες
- 3) Διαταραχές ύπνου
- 4) Φαρμακολογική εξάρτηση
- 5) Ανορεξία και κακή διατροφή
- 6) Εξάρτηση από την οικογένεια και τις υπηρεσίες υγείας
- 7) Κατάχρηση και κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας
- 8) Ελαττωμένη αποδοτικότητα στην εργασία μέχρι και πλήρη ανικανότητα
- 9) Απομόνωση από την κοινωνία και την οικογένεια, εσωστρέφεια
- 10) Άγχος, φόβος
- 11) Οργή, απογοήτευση, κατάθλιψη, αυτοκτονία^{15.16}

Ως προς την εκδήλωση του πόνου και τη συμπεριφορά του πάσχοντος ο χρόνιος πόνος διαφοροποιείται αισθητά από τον οξύ.

Ο οξύς πόνος χαρακτηρίζεται από έντονη έως δραματική συμπτωματολογία και θορυβώδη συμπεριφορά, όπως κραυγές, βογκητά, ειδικές στάσεις και επίκληση άμεσης ιατρικής βοήθειας.

Ο ασθενής συνήθως αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η σωματική του ακεραιότητα. Είναι κατά κανόνα οργανικής αιτιολογίας, αλλά συνυπάρχει έντονα το αντιδραστικό ψυχολογικό στοιχείο με συμπαθητική διέγερση (αγωνία, φόβος, ιδρώτες, ταχυκαρδία, υπέρταση).¹⁶

Με την πάροδο των ημερών τα συμπτώματα κοπάζουν, ο ασθενής εφησυχάζει και η συμπεριφορά του πόνου μετριάζεται ακόμα και σε στιγμές αύξησης της έντασης του πόνου. Αυτό οφείλεται στην ενημέρωση για τον πόνο του, στην ανάπτυξη ενδογενών προσαρμοστικών μηχανισμών αναλγησίας, στον «οφειλόμενο»

σεβασμό του περιβάλλοντος και στη μη παροχή φροντίδας από τους άλλους.^{16.17}

Εν αντιθέσει ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από μετριοπάθεια και αυτοσυγκράτηση με την οποία ο πάσχων προσπαθεί περισσότερο με λεκτικά και λιγότερο με εξωλεκτικά (σωματικά) στοιχεία να περιγράψει και να πείσει για το χρόνιο επώδυνο δράμα του. Παρά τις έντονες αιτιάσεις εμφανίζει συχνά αδυναμία να εντοπίσει και να περιγράψει με σαφήνεια τον πόνο του, τον οποίο εκφράζει με αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραμονή στο κρεβάτι, εύκολη κόπωση, μειωμένη σωματική, ψυχολογική και επαγγελματική απόδοση, άδειες κ.λπ. Αντίθετα με τον οξύ πόνο, δεν εμφανίζει σημεία δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ιδρώτες, μυδρίαση, ταχυκαρδία, ωχρότητα κ.λπ.^{15.17}

Πολλές φορές η έλλειψη εμφανών σωματικών συμπτωμάτων ή αναπηρίας, η αδυναμία ανεύρεσης αιτίας και η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου, εγείρουν αμφιβολία και δυσπιστία. Είναι άλλωστε γνωστό ότι αυτοί που υποφέρουν από χρόνιους πόνους και μάλιστα οι ηλικιωμένοι, συχνά αμφισβητούνται από το περιβάλλον τους. Έτσι αισθάνονται υποχρεωμένοι κάθε φορά να «αποδείξουν» ότι πονάνε.¹⁵

Ο ασθενής συνεχίζει να αναζητά την αιτία του πόνου και τη λύση του αινίγματος του, υποβαλλόμενος σε ατελείωτες σειρές εξετάσεων, στοιβάδες συνταγών και φαρμάκων και ακολουθώντας μη ιατρικές μεθόδους. Συχνά δεν εντοπίζεται οργανική αιτία για τα συμπτώματά του ή εάν εντοπισθεί πόνος του, δεν είναι απόλυτα και αναλογικά συμβατός με τη βλάβη. Αρκετές φορές στον χρόνιο πόνο συμβαίνει να μην μπορεί να δοθεί καμιά ιατρική εξήγηση παρά τον

επισταμένο παρακλινικό έλεγχο. Η παραπομπή του ασθενούς στον ψυχίατρο μπορεί να αποτελέσει επικίνδυνο γεγονός.¹⁷

1.4.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Με κριτήριο την παθοφυσιολογία του ο πόνος διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό.⁹

Φυσιολογικός θεωρείται ο αλγαισθητικός πόνος, ενώ παθολογικός ο νευροπαθητικός πόνος. Σ' αυτήν την ταξινόμηση περιλαμβάνονται ακόμα ο ψυχογενής πόνος και ο καρκινικός. Ο ψυχογενής πόνος περιλαμβάνεται με την έννοια ότι ορίζεται σαν τέτοιος ο πόνος για τον οποίο έχει αποκλειστεί ότι οφείλεται σε αλγαισθητικό ή νευροπαθητικό μηχανισμό.

Ο καρκινικός πόνος περιλαμβάνεται γιατί αποτελεί συνδυασμό και των τριών κατηγοριών.

Α.ΑΛΓΑΙΣΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αλγαισθητικός πόνος είναι αυτός που προκύπτει σαν αποτέλεσμα του ερεθισμού και της ευαισθητοποίησης των αλγοϋποδοχέων. Ο αλγαισθητικός πόνος διακρίνεται και αυτός σε 2 κατηγορίες: σωματικός και σπλαχνικός πόνος.

1. Σωματικός πόνος (somatic pain). Είναι αυτός που αναφέρεται σε αισθητικά σήματα που προέρχονται από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τους συνδέσμους, τις αρθρώσεις, τα οστά δηλαδή από το μυοσκελετικό σύστημα. Ο σωματικός πόνος είναι συνεχής και καλά εντοπισμένος. Συνήθως είναι οξύς και συχνά χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα παλμών (throbbing).^{10,11}
2. Σπλαχνικός πόνος (splanchnic pain). Μολονότι ο ακριβής μηχανισμός του σπλαχνικού πόνου διαφέρει στα διάφορα όργανα και συστήματα,

φαίνεται ότι υπάρχουν δυο κοινές αρχές που χαρακτηρίζουν κάθε σπλαχνικό πόνο.^{10.11}

Η πρώτη αρχή είναι ότι ο νευροφυσιολογικός μηχανισμός του σπλαχνικού πόνου διαφέρει από αυτόν του σωματικού και ως εκ τούτου τα ευρήματα από τον σωματικό πόνο δεν αντιστοιχούν υποχρεωτικά και στον σπλαχνικό. Η δεύτερη αρχή είναι ότι τόσο η αντίληψη όσο και η ψυχολογική διαδικασία του σπλαχνικού πόνου διαφέρει από αυτές του σωματικού πόνου. Ο σπλαχνικός πόνος εκδηλώνεται ως ένα φαινόμενο πόνου, αλλοδυνίας και υπεραλγησίας που εμφανίζεται σε περιοχές μακριά από την παθολογική εξεργασία.⁹

B. ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο νευροπαθητικός ή νευρογενής ή νευραλγικός πόνος, είναι ο πόνος που προκαλείται από μια βλάβη ή δυσλειτουργία σε κάποιο σημείο του νευρικού συστήματος.¹¹

Το κύριο χαρακτηριστικό του νευροπαθητικού πόνου είναι η δυσαισθησία. Η δυσαισθησία είναι μια τροποποιημένη αισθητικότητα που διαφέρει από την γνωστή οικεία αίσθηση του πόνου.

Ο δυσαισθητικός πόνος περιγράφεται σαν καυστικός, συσφιγκτικός, πιεστικός, σαν μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, κνησμός και χαρακτηριστικά αναφέρεται σαν εξαιρετικά δυσάρεστος, συχνά ακόμα και ανυπόφορος. Η ανάπτυξη του νευροπαθητικού πόνου είναι ιδιοσυγκρασιακή και απρόβλεπτη, ακόμα και ανάμεσα σε αρρώστους με τις ίδιες βλάβες.

Η τελευταία ταξινόμηση της IASP του 1994:

1. Περιφερική Νευροπάθεια

Είναι ο πόνος που προκαλείται από την βλάβη ή καταστροφή ενός ή περισσοτέρων περιφερικών νεύρων.

Οι κυριότερες περιφερικές νευροπάθειες που συνήθως συνοδεύονται από πόνο είναι:

Επώδυνες Μονονευροπάθειες (Μεθερπητική νευραλγία, Διαβητική Μυοατροφία, Διαβητική Νευροπάθεια, Καρκινωματοδής Νευροπάθεια, Νευροπάθειες από νόσους του κολλαγόνου, Νευροπάθειες από παγίδευση νεύρου (π.χ. καρπιαίος σωλήνας), Νευροπάθεια βραχιονίου πλέγματος).

Επώδυνες Πολυνευροπάθειες (Νευροπάθεια από την χρήση ισονιαζίδης, Νευροπάθεια της Πελλάγρας, Διαβητική Πολυνευροπάθεια, Αλκοολική Νευροπάθεια, Τοξική Νευροπάθεια κλπ.).⁹

2. Πόνος του κολοβώματος (STUMP PAIN)

Είναι ο πόνος στην περιοχή του ακρωτηριασμού. Εκτός από τη βλάβη του περιφερικού νευρικού συστήματος, θεωρείται πιθανή και η συμμετοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αν δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να διαρκέσει επ'άπειρον.⁹

3. Πόνος φάντασμα (PHANTOM PAIN)

Είναι ο πόνος που αναφέρεται σε ένα χειρουργικά απομακρυσθέν μέλος ή τμήμα του σώματος. Ο πόνος του μέλους φάντασμα συμβαίνει στο 80% των ακρωτηριασθέντων. Οφείλεται τόσο σε περιφερικούς όσο και σε κεντρικούς παράγοντες. Ψυχολογικοί παράγοντες δε φαίνεται να αποτελούν αιτία του προβλήματος αλλά μπορεί να επηρεάζουν τη διάρκεια και τη σοβαρότητά του.^{9,10}

4. Σύνθετα περιοχικά επώδυνα σύνδρομα (complex regional pain syndromes)

Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει δύο γνωστά σύνδρομα, την αντανεκλαστική συμπαθητική δυστροφία: CRPS τύπος 1 και την καυσαλγία: CRPS τύπος 2

Ο όρος αντανεκλαστική συμπαθητική δυστροφία κρήθηκε ακατάλληλος γιατί μπορεί να υποδηλώνει εκ των προτέρων ότι το συμπαθητικό σύστημα είναι ο αιτιολογικός παράγων του συνδρόμου και ότι η κλινική συμπτωματολογία είναι αποτέλεσμα μιας αντανεκλαστικής δραστηριοποίησης του συμπαθητικού συστήματος.

Όπως όμως έχει αποδειχθεί από την κλινική πράξη και την πειραματική έρευνα, υπάρχουν υποομάδες ατόμων που η ανακούφιση από τον πόνο και τα συνοδά συμπτώματα επιτυγχάνεται με συμπαθητικό αποκλεισμό, είναι δηλαδή συμπαθητικά εξαρτώμενος ή διατηρούμενος πόνος (sympathetically maintained pain) σε αντίθεση με άλλες υποομάδες όπου η ανακούφιση δεν επιτυγχάνεται με συμπαθητικό αποκλεισμό , είναι δηλαδή συμπαθητικά ανεξάρτητος πόνος (sympathetically independent pain).^{8,11}

Έτσι διαταραχές που προηγουμένως εθεωρούντο ότι είναι RSD και καυσαλγία υπήχθησαν στον ουδέτερο όρο Σύνθετα Περιοχικά Επώδυνα Σύνδρομα που στηρίζεται εξ ολοκλήρου σε κλινικά κριτήρια. Ο όρος συμπαθητικά διατηρούμενος πόνος δε θεωρείται ξεχωριστή οντότητα αλλά η περιγραφή ενός τύπου πόνου που μπορεί να αναφερθεί σε ποικιλία επώδυνων καταστάσεων περιλαμβανομένων και των δύο συνδρόμων.^{10,11}

5. Κεντρικός πόνος (central pain)

Το είδος αυτού του πόνου οφείλεται σε βλάβη ή τραυματισμό του κεντρικού νευρικού συστήματος και τείνει να είναι εντοπισμένος σε περιοχή που αντιστοιχεί σωματοτοπικά στην

κεντρική βλάβη. Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν κεντρικό πόνο.^{9,10}

Γ. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ

Υφίσταται πολύ μεγάλη διχογνωμία σχετικά με το χαρακτηρισμό ενός πόνου ως οφειλόμενου αποκλειστικά σε ψυχολογικά αίτια. Το ότι η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου αναγνωρίζεται και με τον ορισμό της διεθνούς εταιρείας για τη μελέτη του πόνου. Είναι πολύ δύσκολο να εξακριβώσει κανείς το βαθμό στον οποίο ψυχολογικές διαταραχές οφείλονται στον πόνο ή αντίθετα εάν αυτές είναι και σε ποιο βαθμό η αιτία του πόνου.

Πάντως ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή αιτία τα συμπτώματα του ασθενούς και η δυσφορία που του προκαλούν είναι αληθινά, γι' αυτό και η παρουσία άγχους ή κατάθλιψης και η σχετική τους ανάμειξη στον πόνο πρέπει να εκτιμώνται να εκτιμώνται πολύ προσεκτικά, ώστε να παρέχεται η κατάλληλη φαρμακευτική και υποστηρικτική αγωγή.^{15,16}

Ο όρος ψυχογενής έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει πόνο όπου δεν υπάρχει οργανική παθολογία ή όπου ο πόνος φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ψυχολογική βάση από την οργανική.¹⁷

Δ. ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος του καρκίνου είναι σύνθετος και έχει στοιχεία τόσο αλγαισθητικού όσο και νευροπαθητικού πόνου καθώς και σημαντική συμμετοχή ψυχολογικών παραγόντων. Ο ίδιος άρρωστος μπορεί να εμφανίζει ένα ή περισσότερα είδη πόνου ταυτόχρονα (αλγαισθητικό, σπλαχνικό και νευροπαθητικό) και μόνο ένα 20% των ασθενών έχουν ένα μόνο είδος πόνου. Έτσι, σήμερα

αναγνωρίζεται ότι ο καρκινικός πόνος είναι πολυπαραγοντικός και εξηγείται με τη θεωρία του ολικού πόνου (total pain), όπου περιλαμβάνονται τα επώδυνα ερεθίσματα αλλά και πολλοί άλλοι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες.¹⁸

Ο καρκινικός πόνος μπορεί να οφείλεται: στον καρκινικό κατά 60-70%, στη θεραπεία του καρκίνου (χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, χειρουργικές επεμβάσεις) κατά 20-30%, σε άλλες αιτίες άμεσες ή με έμμεση σχέση με τον καρκίνο κατά 10%.

Εν κατακλείδι, ο καρκινικός πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος. Συνήθως όμως είναι χρόνιος με παροξύνσεις (breakthrough pain).¹⁸

1.4.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Η αιτιολογική ταξινόμηση δίνει περισσότερη σημασία στην αρχική διαδικασία της νόσου που προκαλεί τον πόνο, όπως ο πόνος της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, αρθριτικός πόνος, καρκινικός πόνος. Θεραπευτικά θεωρείται ότι είναι η λιγότερο αποτελεσματική ταξινόμηση για την αντιμετώπιση του πόνου.¹¹

1.4.5 ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Η τοπογραφική ταξινόμηση του πόνου προσδιορίζεται από την περιοχή του σώματος που πονά και δεν έχει παθοφυσιολογικό ή αιτιολογικό χαρακτήρα. Στην ουσία ο πόνος με αυτή τη διαίρεση ανήκει σε μια από τις κατηγορίες που ήδη αναφέρθηκαν ή αποτελεί συνδυασμό αυτών.^{10.11}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

- ✓ Κλινική εξέταση
- ✓ Μέθοδοι μέτρησης - εκτίμησης

2.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ 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 ασθενούς. Αναλυτικότερα η εκτίμηση του πόνου του πάσχοντος γίνεται μέσω της λήψης ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων.¹⁸

2.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η συστηματική εκτίμηση και καταγραφή του πόνου είναι σημαντική για την κατάλληλη αντιμετώπισή του. Μέσω του πλήρους και λεπτομερούς ιστορικού του πόνου πρέπει να διερευνείται η ένταση, η προέλευση και η παθοφυσιολογία του πόνου. Οι πληροφορίες από τον άρρωστο, τους συγγενείς ή τον ιατρό που παραπέμπει τον άρρωστο στο ιατρείο πόνου πρέπει να δίνουν απάντηση σε ερωτήματα που αφορούν στον τρόπο έναρξης, στη διάρκεια, στην περιοχή, στην ένταση, του πόνου, στους παράγοντες που ενισχύουν ή αμβλύνουν τον πόνο καθώς και στους πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησής του.¹⁹

Η εντόπιση και η κατανομή του πόνου αποτελούν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά, τα οποία βοηθούν στην κατανόηση της ταλαιπωρίας του ασθενούς από τον πόνο. Τα σχεδιαγράμματα του σώματος, τα οποία αποτελούν εργαλεία εκτίμησης, αποδεικνύονται σε αυτήν την περίπτωση πολύ χρήσιμα. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αντιληφθεί την τοπογραφική αντίληψη του πόνου. Πολύ σημαντικό είναι το ιστορικό λήψης φαρμάκων από τον ασθενή.^{18,19}

Συγκεκριμένα στο χρόνιο πόνο, πρέπει να επιμείνουμε σε ερωτήσεις που αφορούν στον επαγγελματικό, στον κοινωνικό, στον οικονομικό και στον ψυχολογικό τομέα. Στο ιστορικό του πόνου πρέπει να περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με τα κοινά συμπτώματα που έχουν ασθενείς με χρόνιο πόνο όπως κατάθλιψη, διαταραχή του ύπνου ελαττωμένη δραστηριότητα, ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία και κόπωση.^{16.17}

Η ανάλυση της ψυχολογικής πλευράς του πόνου αποτελεί δύσκολη διαδικασία για τον θεράποντα, διότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι απληροφόρητοι και απρόθυμοι να παρουσιάσουν τα ψυχικά τους προβλήματα.¹⁷

2.1.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση έχει ως σκοπό να συνδέσει την επώδυνη σημειολογία που αναφέρει ο ασθενής (ενοχλήματα, παράπονα) με την ανατομική οδό του πόνου. Ουσιαστική είναι η συμβολή της στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κατά την επανεξέταση του ασθενούς.

Πρέπει ο κλινικός να εστιάζει στα εξής σημεία: την εμφάνιση, τη στάση, το βάδισμα, τις εκφράσεις όπως η ένταση, η εφίδρωση, η αγωνία, τα ζωτικά σημεία. Πολύ σημαντική είναι η επισκόπηση του δέρματος του ασθενούς, όπως και η ψηλάφηση της πάσχουσας περιοχής. Φυσιολογικές μεταβολές όπως η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η εφίδρωση, η ταχύπνοια, η ωχρότητα, η μυδρίαση, η αύξηση του μυϊκού τόνου πρέπει να παρατηρούνται από το θεράποντα και να διαγιγνώσκονται ανάλογα.^{18.19}

2.1.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Είναι επιτακτική η ανάγκη μη παραβλέψεως της εξέτασης αυτής διότι σημαντικά ευρήματα αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νευρολογικής εκτίμησης του πάσχοντος. Η διανοητική λειτουργία ελέγχεται με την αξιολόγηση του προσανατολισμού του ασθενούς στο χώρο και στο χρόνο, την πρόσφατη και παλαιότερη μνήμη, την επιλογή των κατάλληλων λέξεων για την περιγραφή των συμπτωμάτων από τον ασθενή, τον τρόπο απαντήσεώς του καθώς και ο θεράπων αντιλαμβάνεται το μορφωτικό του υπόβαθρο.

Η αξιολόγηση των εγκεφαλικών, των νωτιαίων όπως και των περιφερικών νεύρων είναι ιδιαίτερα σημαντική, όπως και η αξιολόγηση του συντονισμού των κινήσεων του αρρώστου.¹⁹

2.1.4 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Εξετάζοντας τη στάση του ασθενούς και τη συμμετρία των μυών εντοπίζονται ανωμαλίες του μυοσκελετικού συστήματος. Μέσω της ψηλάφηση των μυών εντοπίζονται τα κινητικά όρια, όπως και η πιθανή ύπαρξη σημείου πυροδοτήσεως.²⁰

2.1.5 ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Πιθανά ευρήματα του θεράποντος μέσω της εξέτασης αισθητικότητας είναι τα εξής:

- Ø Αναλγησία: απουσία πόνου σε επώδυνο ερέθισμα
- Ø Αναισθησία: απουσία όλων των αισθήσεων
- Ø Αλλοδυνία: πόνος οφειλόμενος σε μη επώδυνο ερέθισμα
- Ø Υπεραισθησία: αυξημένη ευαισθησία σε ερέθισμα
- Ø Υπαισθησία: μειωμένη ευαισθησία σε ερέθισμα
- Ø Υπερπάθεια: αυξημένη αντίδραση σε επαναλαμβανόμενο, μη επώδυνο ερέθισμα

- Ø Ουδός πόνου: το ελάχιστο ερέθισμα που προκαλεί πόνο
- Ø Ανοχή πόνου: το μέγιστο επίπεδο πόνου, το οποίο μπορεί να ανεχθεί ο ασθενής^{20,21}

2.1.6 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Απαραίτητες είναι μόνο οι εξετάσεις που απαιτούνται για τη συνέχιση, τροποποίηση ή διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Η απλή ακτινογραφία, η υπολογιστική τομογραφία, η θερμογραφία, η μυελογραφία, το ηλεκτρομυογράφημα, το σπινθηρογράφημα οστών είναι κάποιες ενδεικτικές, μη επώδυνες εξετάσεις οι οποίες όμως ενισχύουν τη δυνατότητα διάγνωσης του θεράποντος.^{19,20}

2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ- ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου δεν είναι ευχερής, διότι στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου, η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με τον ασθενή, την ικανότητα και προθυμία επικοινωνίας του με το θεράποντα, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει κάθε ασθενή ως μία διαφορετική, μεμονωμένη περίπτωση διότι ο πόνος όντας σύμπτωμα σύνθετο και πολυδιάστατο, καθορίζεται και από προσωπικά πιστεύω, από προηγούμενες εμπειρίες πόνου, την ψυχή, το συναίσθημα, όπως και τα κίνητρα και το περιβάλλον του ασθενούς.²⁰

Σήμερα χρησιμοποιούνται κλίμακες, οι οποίες δίνουν ενδείξεις για το μέγεθος, δηλαδή την ένταση και τη διάρκεια του πόνου των ασθενών. Ενδεικτικά:

2.2.1 ΛΕΚΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (VERBAL DESCRIPTOR SCALE)

Χρησιμοποιούνται πέντε συνήθως προσδιορισμοί του πόνου: μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός, αβάστακτος. Δε θεωρείται αξιόπιστη κλίμακα λόγω των περιορισμένων επιλογών του ασθενούς και του γεγονότος ότι οι πάσχοντες τείνουν να επιλέγουν συνήθως τους μετριοπαθείς χαρακτηρισμούς αντί των ακραίων.²¹

2.2.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ (NUMERIC RATING SCALE)

Χρησιμοποιείται αριθμητική κλίμακα από το 0-10. Το 0 υποδηλώνει την ανυπαρξία πόνου ενώ προοδευτικά το 10 το χειρότερο πόνο. Είναι απλή και εύχρηστη διότι ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό για να περιγράψει τον πόνο του. Τα μειονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η απλότητα και το γεγονός ότι δεν αντανακλάται πουθενά η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.²²

2.2.3 ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΠΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΕΩΣ ΚΛΑΜΑ (CONTINUUM OF SMILING TO CRYING FACES)

Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά, τα οποία δεν μπορούν εύκολα να περιγράψουν τον πόνο τους αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και για άτομα με ειδικές ικανότητες, διότι καθιστά την επικοινωνία μαζί τους πιο εύκολη. Στην κλίμακα αυτή απεικονίζονται πρόσωπα, το καθένα από τα οποία έχει μια αριθμητική αξία και κυμαίνεται από το ευτυχισμένο έως το δυστυχές πρόσωπο.²¹

2.2.4 ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ Mc GILL (SHORT FROM Mc GILL PAIN QUESTIONNAIRE)

Έντυπο ερωτηματολόγιο περιγραφής των στοιχείων του πόνου. Είναι μια γρήγορη και απλή κλίμακα, η οποία χρησιμοποιείται κυρίως για τη βαθμολόγηση του χρόνιου πόνου. Μέσω κάποιων περιγραφών έκφρασης του πόνου συλλέγεται ο μέγιστος βαθμός. Το αρνητικό της συγκεκριμένης κλίμακας είναι ότι χρησιμοποιούνται λέξεις, οι οποίες είναι δύσκολο να αποδοθούν στις διάφορες γλώσσες αν και γίνεται προσπάθεια ερμηνείας τους.²³

2.2.5 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (VISUAL ANALOG SCALE)

Η κλίμακα αυτή μοιάζει με την κλίμακα αριθμητικής βαθμολόγησης με τη διαφορά ότι ο ασθενής σημειώνει το σημείο, το οποίο αντιστοιχεί στον υπάρχοντα πόνο σε μια ευθεία γραμμή μήκους 10 εκατοστών. Το ένα άκρο αυτής της γραμμής αντιστοιχεί στην απουσία πόνου ενώ το άλλο στον χειρότερο πόνο. Το μειονέκτημα και σε αυτήν την κλίμακα είναι η τάση χρήσης των ασθενών των μέτριων χαρακτηρισμών. Η κλίμακα αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση άλλων παραμέτρων όπως η ναυτία-έμετος, η ανακούφιση από την ενόχληση, ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

- ✓ Φαρμακευτική αντιμετώπιση
- ✓ Εγχύσεις στον επισκληρίδιο χώρο
- ✓ Ακτινολογικά ελεγχόμενες εγχύσεις στην σπονδυλική στήλη
- ✓ Αποκλεισμοί νεύρων
- ✓ Εναλλακτικοί μέθοδοι θεραπείας

3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Είναι απαραίτητη η διάκριση του πόνου στους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται στα ιατρεία πόνου για να καθοριστεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Ταυτόχρονα πρέπει να εξηγηθεί στο ασθενή η αγωγή, η οποία θα ακολουθήσει, οι προσδοκίες της θεραπευτικής ομάδας και βέβαια οι εναλλακτικοί συνδυασμοί και δυνατότητες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ελάττωση ή απαλοιφή του πόνου του ασθενούς.²⁴

Οι δυνατότητες χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής είναι πολλές: αναλγητικά με περιφερική δράση, αναλγητικά με κεντρική δράση, μη ειδικά αναλγητικά φάρμακα, ηρεμιστικά και αγχολυτικά φάρμακα.¹⁴ Αναλυτικότερα:

3.1.1 ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (non-steroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs), τα οποία δρουν σαν ισχυροί αναστολείς της σύνθεσης των προσταγλανδινών παρεμποδίζοντας τη δράση της κυκλοξυγενάσης (COX). Η COX υπάρχει σε δύο μορφές COX1 και COX2.^{24.25}

Η πρώτη υπάρχει σε όλους τους ιστούς και στο γαστρικό βλεννογόνο, ενώ η δεύτερη ενεργοποιείται μόνο σε φλεγμονή. Έτσι υπάρχει η δυνατότητα χρήσης παραγόντων χωρίς γαστρική επίδραση. Έχουν και κεντρική δράση. Χρησιμοποιούνται κυρίως τα καρβοξυλικά οξέα και οι πυραζόλες και οι οξικάμες. Αναλυτικότερα:

A) σαλικυλικά οξέα

- 1) ακετυλοσαλικυλικό οξύ: 1000-6000 mg ανά ημέρα
- 2) μη ακετυλιωμένα σαλικυλικά

B) οξικά οξέα

- 1) Ινδόλες
- 2) Ινδομεθακίνη: 50-200 mg ανά ημέρα
- 3) Σουλινδάκη : 300-400 mg ανά ημέρα

Ø πυρολλοξικά οξέα

- 1) τολμετίνη: 600-2000 mg ανά ημέρα
- 2) κετορολάκη : 75-150 mg ανά ημέρα ενδομυϊκά, ενδοφλέβια ή 40 mg ανά ημέρα από του στόματος χορήγηση

Γ) φαινολικά οξέα

- 1) Δικλοφενάκη 100-200 mg ανά ημέρα

Δ) προπιονικά οξέα

Ø Φαινυλπροπιονικά οξέα

- 1) Ιβουπροφένη : 1200-3200 mg ανά ημέρα
- 2) Φαινοπροφένη : 1200-3200 mg ανά ημέρα
- 3) Κετοπροφένη : 100-400 mg ανά ημέρα

Ø ναφθυλπροπιονικά οξέα

- 1) Ναπροξένη: 250-1500 mg ανά ημέρα

E) ανθρανυλικά οξέα

- 1) Μεφεναμικό οξύ: 1500 mg ανά ημέρα

ΣΤ) πυραζόλες

Ø Φαινυλαβουταζόνη 200-800 mg ανά ημέρα

Z) οξυκάμες

Ø Πιροξικάμη: 20 mg ανά ημέρα

Ø Τενοξικάμη: 20 mg ανά ημέρα

Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις των ανωτέρω φαρμακευτικών ουσιών αφορούν κυρίως στο πεπτικό και αιματολογικό σύστημα.^{25,26}

3.1.2 ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Καλούνται οπιοειδή αναλγητικά διότι καταλαμβάνοντας τους υποδοχείς των ενδογενών οπιοειδών (εγκεφαλίνης, ενδορφίνης και δινορφίνης) στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό μιμούνται τη δράση τους.^{14.15} Ανάλογα με την προέλευσή τους κατατάσσονται σε :

ΦΥΣΙΚΩΣ ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ

- Μορφίνη
- Κωδεΐνη
- Παπαβερίνη

ΗΜΙΣΥΝΘΕΤΙΚΑ

- Ηρωίνη
- Διυδρομορφόνη / Μορφινώνη
- Παράγωγα της θηβαΐνης (όπως βουπερνορφίνη)

ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ (είναι παράγωγα)

- Μορφινικά (όπως λεβορφανάλη , βουτορφανάλη)
- Διφενυλπροπυλαμίνης (όπως μεθαδόνη)
- Βενζομορφίνης (όπως πενταζοκίνη)
- Φενυλπιπεριδίνης (όπως μεπεριδίνη, φεντανίλη, σουφεντανίλη, αλφεντανίλη, ραπιφένη)

Η εκλογή του κατάλληλου οπιοειδούς καθώς και της αντίστοιχης δόσης του, υπαγορεύονται από το είδος του πόνου. Χορηγούνται από το στόμα, ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως, ενδοραχιαίως, επισκληριδίως στα κοιλιακά τοιχώματα του εγκεφάλου (πλάγια κοιλία) και διαδερμικώς σε δόσεις ανάλογες με την ένταση του πόνου και τις ανάγκες του ασθενούς. περιφερικά χορηγούμενα έχουν αναλγητική δράση σε καταστάσεις φλεγμονής.^{24.26}

Ως ανεπιθύμητες δράσεις των οπιοειδών αναφέρονται: καταστολή του κέντρου της αναπνοής, κεντρική καταστολή,

εξάρτηση, ναυτία, σύσπαση των μυών του θωρακικού τοιχώματος, δυσκοιλιότητα, ανορεξία. Φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για τον ανταγωνισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών των οπιοειδών είναι τα παρακάτω. Η δράση τους είναι βραχεία και απαιτείται προσοχή για την εξασφάλιση παρατεταμένου ανταγωνισμού και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας.^{25.26}

ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

- Ναλοξόνη
- Ναλτρεξόνη

ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

1. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Ανακουφίζουν από την κατάθλιψη, η οποία μπορεί να συνοδεύει το χρόνιο πόνο. Με τη δράση τους στους υποδοχείς των οπιοειδών, στους α αδρενεργικούς και τους σεροτονινικούς υποδοχείς, προκαλούν αναλγησία.

2. Αντισπασμωδικά

Χορηγούνται σε περιπτώσεις πόνου, οι οποίοι οφείλονται σε απονευρωτικές διεργασίες(όπως καυσαλγία, νευραλγία του τριδύμου, σε περιφερικές νευροπάθειες, μετατραυματικά σύνδρομα κακώσεων του νωτιαίου μυελού, στον πόνο του μέλους φαντάσματος)

3. Αντιαρρυθμικά

Εκτός της κεντρικής δράσης τους, περιφερικά μπορούν να περιορίσουν την υπερδιέγερση και τις αυτόματες πυροδοτήσεις. Χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου.

4. Αντισεροτονινικά και Αντιισταμινικά

Δρουν εναντίον της σεροτονίνης και της ισταμίνης.

5. A2 αγωνιστές (όπως κλονιδίνη)
Ελαττώνουν το οίδημα μειώνοντας το ενδοκυττάριο ασβέστιο (Ca^{+++})
6. Κορτικοστεροειδή
Αναστέλλουν το σχηματισμό προσταγλανδινών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους υπαγορεύουν την εξαιρετικά προσεκτική χορήγησή τους. Χρησιμοποιούνται περιορισμένα κυρίως σε χρόνιες φλεγμονώδης καταστάσεις.
7. Μυοχαλαρωτικά
Προκαλούν μέτρια καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος καθώς και αναστολή των περιφερικών αντανακλαστικών τάσεων, παρεμβαίνοντας στη δραστηριότητα των περιφερικών νευρώνων.
8. Τοπικά αναισθητικά
Σε συστηματική χορήγησή τους χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Ελαττώνουν την έκτοπη δραστηριότητα των κατεστραμμένων νευρώνων. Η τοπική χορήγηση περιορίζει την δευτεροπαθή υπεραλγησία.
9. Καλσιτονίνη
Χορηγείται για την αντιμετώπιση οστικών πόνων από πρωτοπαθείς ή μεταστατικές νεοπλασματικές εστίες. Η δράση τους οφείλεται πιθανώς σε αύξηση των β ενδορφινών.^{24.25}

3.1.3 ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ- ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ

Χορηγούνται με σκοπό την ηρεμία και την ανακούφιση από το φόβο και το άγχος που δημιουργεί ο χρόνιος πόνος, καθώς και για την εξασφάλιση ύπνου. Οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους συνίστανται σε αδυναμία πνευματικής συγκέντρωσης, εξάρτηση- εθισμό. Απαιτείται επιλογή και τιτλοποίηση των δόσεων.^{25.26}

3.2 ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΧΩΡΟ

Η πρώτη επισκληρίδιος αναισθησία έγινε το 1901 στο Παρίσι από τον A. Sicard με ιεροκοκκυγική προσπέλαση για αντιμετώπιση χρόνιου πόνου και το 1921 έγινε η πρώτη οσφυϊκή επισκληρίδιος αναισθησία από τον Pages. Τα επόμενα χρόνια οι εξελίξεις στον τομέα των φαρμάκων, των τεχνικών και του τεχνολογικού εξοπλισμού, όπως η ανακάλυψη της βελόνας Tuohy το 1945, η σύνθεση της λιδοκαΐνης το 1948 και η τοποθέτηση του πρώτου επισκληρίδιου καθετήρα το 1942 από τους Edwards και Hingson, συντέλεσαν στην ευρεία και ασφαλή εφαρμογή της μεθόδου. Τη δεκαετία του 1960 εφαρμόστηκε κυρίως στη μαιευτική και τη γενική χειρουργική αλλά και στο μετεγχειρητικό πόνο με ιδιαίτερη επιτυχία.^{21.24}

Σήμερα ο επισκληρίδιος νευρικός αποκλεισμός είναι ιδιαίτερα δημοφιλής, θεωρείται μέθοδος ασφαλής, εύκολη και αποτελεσματική και χρησιμοποιείται μόνος ή σε συνδυασμό με γενική αναισθησία ή υπαραχνοειδή για χειρουργική αναισθησία, μετεγχειρητική αναλγησία και αντιμετώπιση του οξέος και χρόνιου πόνου, καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας.²⁰

3.2.1 Ανατομικά στοιχεία

Ο επισκληρίδιος χώρος εκτείνεται από το ινιακό τμήμα μέχρι το ιερό σχίσμα όπου καλύπτεται από τους ιεροκοκκυγικούς συνδέσμους. Βρίσκεται μέσα στο νωτιαίο σωλήνα και περιβάλλει το νωτιαίο σάκο.

Περιέχει νωτιαία νεύρα, αρτηρίες και φλέβες, λεμφαγγεία και κυρίως λίπος σε σχεδόν υγρή μορφή. Το εξωτερικό τοίχωμα σχηματίζεται από τον οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο, που καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια των σπονδυλικών σωμάτων και των μεσοσπονδυλίων συνδέσμων, από το περίστυο του αυχένα των

αρθρικών αποφύσεων και των πετάλων των σπονδύλων, από τις ρίζες των νωτιαίων νεύρων και από τον ωχρό σύνδεσμο, που καλύπτει οπισθοπλάγια το χώρο μεταξύ των πετάλων δύο παρακείμενων σπονδύλων ενώνοντάς τους. Το εσωτερικό του όριο είναι η σκληρά μήνιγγα, την οποία και περιβάλλει. Ο πρόσθιος επισκληρίδιος χώρος είναι το στενότερο και πιο αγγειοβριθές τμήμα του, ενώ ο οπίσθιος έχει σχήμα τριγωνικό και το εύρος του ποικίλλει από 1-1,5 mm στην αυχενική μοίρα, 2.5-3 mm στη θωρακική και 5-6 mm στην οσφυϊκή μοίρα.

Οι πλάγιοι επισκληρίδιοι χώροι σχηματίζονται στη μεσότητα των πλάγιων σπονδυλικών τμημάτων μέσω των οποίων ο επισκληρίδιος χώρος επικοινωνεί με τους παρακείμενους ιστούς και από κει εξέρχονται αγγεία και νωτιαία νεύρα. Το τοίχωμά τους είναι ευένδοτο και αντανακλά την πίεση της περιτοναϊκής ή της θωρακικής κοιλότητας. Έτσι κάθε αύξηση της πίεσης στους χώρους αυτούς αυξάνει ανάλογα και την πίεση στον επισκληρίδιο χώρο.^{19,20}

Η χρήση και θέση της επισκληρίδιου αναλγησίας είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο στο χρόνιο πόνο καρκινικής προελεύσεως όσο και στο χρόνιο μη καρκινικό πόνο. Ενδεικτικότερα:

Χρόνιος μη καρκινικός πόνος:

3.2.2 Εγχύσεις σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης

Οι παθήσεις της σπονδυλικής στήλης αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία, η οποία αναγκάζει ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας να περιορίζουν τις δραστηριότητές τους. Οι κύριες εστίες προέλευσης του πόνου είναι οι σπονδυλικές και ιερολαγόνιες αρθρώσεις, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι και οι παρασπονδυλικοί μύες.²⁷

Σε ότι αφορά την αντιμετώπιση αυτών των επώδυνων συνδρόμων μεταξύ άλλων μέτρων, η επισκληρίδιος χορήγηση

τοπικών αναισθητικών και στεροειδών είναι μέθοδος, η οποία εφαρμόζεται με θετικά αποτελέσματα. Οι εγχύσεις πρέπει να γίνονται σε επισκληρίδιο διάστημα κοντά στη θέση της βλάβης. Ο ασθενής ακολουθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα 3-4 εγχύσεων με μεσοδιάστημα 15-30 ημερών. Το ποσοστό βελτίωσης ανέρχεται στο 60-70% των ασθενών.^{27.28}

Τα στεροειδή, τα οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα για το σκοπό αυτό είναι η μεθυλπρενιζολόνη (60- 120 mg ανά ημέρα) και η τριαμκινολόνη (50-75 mg ανά ημέρα). Τα στεροειδή ενύονται με τη μορφή διαλύματος ή μαζί με τοπικό αναισθητικό σε όγκους 6-10 ml ή 10-20 ml για οσφυϊκές και ουραίες εγχύσεις αντίστοιχα. Τα τοπικά αναισθητικά προσφέρουν άμεση ανακούφιση από τον πόνο μέχρι την εγκατάσταση της αντιφλεγμονώδους δράσης των στεροειδών (12-48 ώρες).²⁷

3.2.3 Εγχύσεις σε περιφερική αποφρακτική αγγειοπάθεια

Η επισκληρίδιος έγχυση τοπικών αναισθητικών και οπιοειδών σε ασθενείς με περιφερική αποφρακτική αγγειοπάθεια έχει πολλά πλεονεκτήματα τόσο στην ανακούφιση του πόνου όσο και στην καλύτερη άρδευση των ιστών, οι οποίοι ισχαιμούν, λόγω της αγγειοδιαστολής που προκαλεί και τη βελτίωση της παράπλευρης κυκλοφορίας. Παραταύτα δεν αποτελεί εφικτή μέθοδο για μακροχρόνια αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.^{21.28}

3.2.4 Εγχύσεις σε μεθερπητική νευραλγία

Η επισκληρίδιος έγχυση τοπικών αναισθητικών σε ασθενείς με μεθερπητική νευραλγία αποτελεί επικουρικό μέτρο στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, καθώς προσφέρει

πρόσκαιρη ανακούφιση και συνδυάζεται πάντα με άλλες μεθόδους προκειμένου να ενισχυθούν τα θεραπευτικά μέτρα.^{21.24}

3.2.5 Εγχύσεις σε πολύπλοκα περιοχικά επώδυνα σύνδρομα

Η θέση της επισκληρίδιου αναλγησίας σε αυτά τα σύνδρομα αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν ο πόνος είναι διατηρούμενος μέσω του συμπαθητικού συστήματος (sympathetically maintained pain). Επί της ουσίας προσφέρεται στον ασθενή μια χρονική περίοδος απουσίας του πόνου προκειμένου ο ίδιος να προχωρήσει στο πρόγραμμα της λειτουργικής του αποκατάστασης.²⁸

3.2.6 Εγχύσεις σε χρόνιο καρκινικό πόνο

Η επισκληρίδιος χορήγηση αναλγητικών και ειδικότερα οπιοειδών έγινε για πρώτη φορά το 1979 και άλλαξε δραματικά τη δυνατότητα της ιατρικής να προσφέρει ικανοποιητική αναλγησία και επομένως αξιοπρεπή διαβίωση στους καρκινοπαθείς ασθενείς.²⁹

Η τοποθέτηση του καθετήρα γίνεται με άσηπτη διαδικασία και εισάγεται συνήθως στην οσφυϊκή μοίρα. Για την όσο το δυνατό μακρόχρονη παραμονή του, ο καθετήρας προωθείται περίπου 20 εκατοστά στον επισκληρίδιο χώρο και τοποθετείται υποδόρια σε απόσταση τουλάχιστον 20-30 εκατοστά από τη μέση γραμμή προς το πρόσθιοπλάγιο κοιλιακό τοίχωμα.^{20.21}

Η μορφίνη είναι το οπιοειδές που χρησιμοποιείται συχνότερα (2 mg με φυσιολογικό ορό σε συνολικό όγκο 10 ml). Η δόση αυτή είτε επαναλαμβάνεται, είτε αυξάνεται, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς προκειμένου να επιτευχθεί το ιδανικό αναλγητικό αποτέλεσμα. Προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα με μικρότερες δόσεις οπιοειδούς και επομένως λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούμε να χορηγήσουμε τη

μορφίνη επισκληριδίως σε συνδυασμό με κλονιδίνη, κεταμίνη, δροπεριδόλη, μιδαζολάμη ή άλλα τοπικά αναισθητικά.^{27.28}

Επιπλοκές από την επισκληρίδια χορήγηση της μορφίνης μπορούν να είναι: η αναπνευστική καταστολή, η επίσχεση ούρων, ο κνησμός, η ναυτία, ο έμετος και η δυσκοιλιότητα.²⁸

3.3 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ

Η χρήση των ακτινολογικά κατευθυνόμενων τεχνικών προέκυψε από την ανάγκη προσπέλασης ανατομικά ευαίσθητων περιοχών δίχως την εφαρμογή ανοικτού χειρουργείου. Παράλληλα, επιτυγχάνεται η ανάδειξη, παρακολούθηση και πιστοποίηση του σημείου εγχύσεως του φαρμακευτικού υλικού.

Η ακτινολογικά κατευθυνόμενες τεχνικές περιλαμβάνουν τις διηθήσεις με διατρημματική ή επισκληρίδια τεχνική, τις σπονδυλοπλαστικές καθώς και τις διαδερμικές δισκεκτομές. Η χρήση διαδερμικής, ακτινολογικά κατευθυνόμενης προσπέλασης για την εφαρμογή της θεραπείας αποτελεί μία ακόμα τεχνική την οποία διαθέτουμε για την αντιμετώπιση του άλγους με ικανοποιητικά αποτελέσματα.^{19.20}

Υπέρ των τεχνικών αυτών είναι ο μικρός κίνδυνος επιπλοκών και τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας, με κατάλληλη εφαρμογή των κανόνων ακτινοπροστασίας, έτσι ώστε να μην εκτίθεται σε πρόσθετο κίνδυνο ο ασθενής και το προσωπικό που συμμετέχει κατά την εκτέλεση των πράξεων αυτών. Αναλυτικότερα:

3.3.1 ΔΙΗΘΗΣΕΙΣ

Η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει αντικρουόμενα δεδομένα, όσον αφορά στην εφαρμογή τυφλής επισκληρίδιας θεραπείας. Η εφαρμογή της ακτινολογικά ελεγχόμενης έγχυσης προέκυψε καθώς μελέτες ανέδειξαν ότι οι τυφλές εγχύσεις δεν είναι επιτυχής σε ένα ποσοστό 40%. Εφαρμόζονται είτε διατηρηματικά είτε επισκληριδίως είτε δια των αποφυσιακών αρθρώσεων, ανάλογα με την κλινική συμπτωματολογία του ασθενούς.^{24.25}

Με την ακτινολογικά ελεγχόμενη διήθηση, διαθέτουμε τον τρόπο να επιβεβαιώσουμε την ορθή θέση της βελόνας, αυξάνοντας σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας της τεχνικής (έως και 90% κατά τη βραχεία παρακολούθηση σε προοπτικές μελέτες).²⁶

3.3.2 ΣΠΟΝΔΥΛΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ

Η μέθοδος της σπονδυλοπλαστικής είναι η διαδερμική προσπέλαση του σπονδυλικού σώματος και εν συνεχεία η ενδοστική έγχυση ενός πολυμεθυλμετακρυλικού πολυμερούς (PMMA), με σκοπό τη σταθεροποίηση των σπονδυλικών σωμάτων. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1986 από τους GALIBERT and DERAMOND με σκοπό τη σταθεροποίηση του σπονδυλικού σώματος για την αντιμετώπιση επιθετικής μορφής σπονδυλικού αγγειώματος.^{25.26}

Σήμερα, η σπονδυλοπλαστική αποτελεί μέθοδο εκλογής σε σχέση με την ακτινοθεραπεία. Σύντομα διαπιστώθηκε ότι η μέθοδος ήταν δυνατόν να εφαρμοστεί και σε άλλους τύπους σπονδυλικών βλαβών, όπως δευτεροπαθή οστεοπορωτικά κατάγματα και μεταστάσεις, συμπληρώνοντας την ακτινοθεραπεία. Η σημαντική ικανότητα της μεθόδου να εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία και βραχεία νοσηλεία, καθώς και να απαλείφει το άλγος σε πολύ μικρό χρονικό

διάστημα την καθιστά την καλύτερη και λιγότερο τραυματική μέθοδο για την ανακούφιση του ασθενούς.²⁶

Οι επιπλοκές αφορούν στον περιεγχειρητικό κίνδυνο όπως η πνευμονική εισρόφιση και η θρομβοφλεβίτιδα. Υπάρχουν όμως και οι επιπλοκές, οι οποίες αφορούν στη μέθοδο και διαχωρίζονται σε επιπλοκές λόγω εσφαλμένης θέσης της βελόνας και στη διαφυγή του υλικού κατά την έγχυση.^{25.26}

3.3.3 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗ

Η προσπέλαση των μεσοσπονδύλιων δίσκων με την τεχνική της δισκογραφίας αποτελεί μια δοκιμασμένη τεχνική στον ακτινολογικό χώρο. Νέες τεχνικές επιτρέπουν, εκτός από τη διαγνωστική προσπέλαση, την εφαρμογή τεχνικών αποσυμπίεσης δίσκων, είτε με ραδιοσυχνότητες, είτε με laser, είτε με διαδερμική δισκεκτομή.

Οι προαναφερόμενες τεχνικές εφαρμόζονται με τοπική αναισθησία και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας, ενώ παράλληλα εμφανίζουν λιγότερες επιπλοκές από τα καθιερωμένα χειρουργεία.²⁴

3.4 ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο χρόνιος πόνος είτε καλοήθους είτε κακοήθους αιτιολογίας δεν είναι δυνατό να αντιμετωπίζεται πάντοτε με τις συμβατικές μεθόδους, αλλά είναι απαραίτητη η χρήση επεμβατικών τεχνικών, αφού πρώτα βέβαια έχουν εξαντληθεί όλες οι μη επεμβατικές εναλλακτικές επιλογές. Οι επεμβατικές τεχνικές διακρίνονται σε α) αναισθησιολογικές και β) νευροχειρουργικές.

Από τις πλέον συνήθεις επεμβατικές αναισθησιολογικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου είναι οι αποκλεισμοί νεύρων. Οι

αποκλεισμοί νεύρων μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο με την απομόνωση ερεθισμάτων που μεταδίδονται κατά μήκος των νεύρων στο σώμα.²⁹

Ο νευρικός αποκλεισμός είναι η τεχνική κατά την οποία εγχύεται τοπικό αναισθητικό σε κάποιο χώρο με αποτέλεσμα να διακόπτονται οι αισθητικές και αλγαισθητικές οδοί. Θεραπευτικά χρησιμοποιείται τόσο για τον οξύ, όσο και το χρόνια πόνο.^{28.29}

Οι αποκλεισμοί διακρίνονται σε α) σωματικούς περιφερικούς (αποκλεισμός κεφαλής- τραχήλου, αποκλεισμός άνω και κάτω άκρων, αποκλεισμός κορμού), β) συμπαθητικούς αποκλεισμούς (αστεροειδούς γαγγλίου, θωρακικός, οσφυϊκός, ηλιακού πλέγματος, υπογαστρίου πλέγματος) και γ) κεντρικούς (υπαραχνοειδής, επισκληρίδιος: αυχενική, θωρακική, οσφυϊκή, ιερά). Ορισμένοι από τους πλέον γνωστούς νευρικούς αποκλεισμούς παρατίθενται παρακάτω:

3.4.1 Αποκλεισμός κρανιακών νεύρων

Οι συνήθεις αποκλεισμοί των κρανιακών νεύρων περιλαμβάνουν τον αποκλεισμό του τριδύμου και των κλάδων του, τον αποκλεισμό του γασσέριου γαγγλίου, τον αποκλεισμό του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου και τον αποκλεισμό του προσωπικού νεύρου. Οι αποκλεισμοί των κρανιακών νεύρων είναι χρήσιμοι στην αντιμετώπιση του ανυπόφορου πόνου της κεφαλής και του τραχήλου.²⁹

3.4.2 Αποκλεισμός παρασπονδυλικών νεύρων

Ο αποκλεισμός των παρασπονδυλικών νεύρων περιλαμβάνει τους σωματικούς και τους συμπαθητικούς κλάδους των νεύρων αυτών. Γίνεται

είτε σε αυχενικό, είτε σε θωρακικό, είτε σε οσφυϊκό επίπεδο ανάλογα με τον τύπο του πόνου και τις διάφορες ενδείξεις του αποκλεισμού.

Ο νευρικός αποκλεισμός σε αυχενικό επίπεδο ενδείκνυται σε σοβαρούς μη αντιμετωπίσιμους πόνους που αφορούν στο κεφάλι, στον αυχένα και στα άνω άκρα, όπως πόνος οφειλόμενος σε περιαρθρίτιδες, μετακτινικές αυχεναλγίες.^{29.30}

Σε θωρακικό επίπεδο ενδείκνυται σε καταστάσεις χρόνιου πόνου, όπως πόνος μετά στερνοτομή, θωρακοτομή ή μαστεκτομή, πόνος οφειλόμενος σε μεθερπητική νευραλγία, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και προκειμένου περί καρκινοπαθών, πόνος οφειλόμενος σε μεταστατικές εστίες.

3.4.3 Αποκλεισμός μεσοπλεύριων νεύρων

Ο αποκλεισμός μεσοπλεύριων νεύρων αποτελεί ένα νευρικό αποκλεισμό απλό αλλά ταυτόχρονα με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι καταστάσεις χρόνιου πόνου, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με αυτή τη μέθοδο είναι τα σύνδρομα μετα θωρακοτομή, η μεθερπητική νευραλγία, οι πόνοι που οφείλονται σε διήθηση ή σε πίεση από όγκους στην περιοχή του θώρακα.^{28.29}

3.4.4 Συμπαθητικός αποκλεισμός

Ο αποκλεισμός των νεύρων του συμπαθητικού συστήματος, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αύξηση του καρδιακού παλμού, έχει ως αποτέλεσμα την αγγειοσύσπαση και την αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε περιπτώσεις άγχους. Οι συμπαθητικοί νευρικοί αποκλεισμοί είναι πολύ αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση του

πόνου που προκαλείται από την καταστροφή νεύρων, όπως κάποιοι τύποι πολύπλοκων περιοχικών νευροπαθειών.²⁹

Οι επώδυνες καταστάσεις, οι οποίες ωφελούνται από το συμπαθητικό αποκλεισμό είναι ο πόνος του μέλους φαντάσματος, οι ισχαιμικές περιφερικές αρτηριοπάθειες, ο σπλαχνικός πόνος στον καρκινοπαθή.

Ο συμπαθητικός αποκλεισμός μπορεί να επιτευχθεί σε διάφορα επίπεδα, όπως το αστεροειδές γάγγλιο, τα συμπαθητικά οσφυϊκά γάγγλια, το κοιλιακό πλέγμα.^{29,30}

3.4.5 Κεντρικός αποκλεισμός

Η χορήγηση ενός τοπικού αναισθητικού ή ενός κορτικοστεροειδούς στον επισκληρίδιο χώρο αποτελεί μέθοδο πολύ δημοφιλή για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Συνεπώς πόνος οφειλόμενος σε οσφυαλγίες, ισχιαλγίες, κολικοί νεφρών ή των χοληφόρων, μπορούν να αντιμετωπιστούν με εγχύσεις στο επισκληρίδιο διάστημα κοντά στη θέση της βλάβης.²⁹

3.5 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ

Ο ανθρώπινος πόνος και η αντιμετώπισή του είναι ένα κεφάλαιο που απασχόλησε και συνεχίζει να απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τις ανθρωπιστικές επιστήμες και κυρίως επιστήμες υγείας.

Εκτός από τις κλασσικές μεθόδους θεραπείας πόνου, κατά καιρούς εμφανίσθηκαν και αναπτύχθηκαν νέες μέθοδοι, οι οποίες συνεχίζουν να εφαρμόζονται σήμερα, σε υψηλό μάλιστα ποσοστό, αφού το ενδιαφέρον του κόσμου για αυτόν τον τομέα αυξάνει ολοένα και περισσότερο.^{30,31}

Οι νοσηλευτές θεμιτό είναι να γνωρίζουν τις μεθόδους αυτές, διότι πάντοτε πρέπει να είναι ανοικτοί στη νέα γνώση, όμως είναι

προσωπική επιλογή του καθενός η εφαρμογή στην πράξη αυτών των μεθόδων, υπό τη βασική προϋπόθεση βέβαια της θέλησης και της συναίνεσης του αρρώστου.

Οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας επιγραμματικά είναι: η ενεργειακή θεραπεία, η καθοδηγητική χρήση εικόνων, η ύπνωση, οι τεχνικές χαλάρωσης, το tens, ο βελονισμός και ηλεκτροβελονισμός και βέβαια η προσευχή.^{31.32.33}

3.5.1 ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας αριθμός συστημάτων βασίζεται στη θεραπεία των ενεργειακών πεδίων ή σχεδίων μέσα και γύρω από το ανθρώπινο σώμα και τα οποία ανήκουν στον κόσμο των φαινομένων. Οι αποδέκτες και οι θεραπευτές συχνά αισθάνονται διάφορες αισθήσεις, όπως η θερμότητα και η μυρμηκίαση.³³

Η εργασία με ενέργεια περιλαμβάνει μια ένθερμη πρόθεση του θεράποντος για προώθηση της θεραπείας σε φυσικά και μη φυσικά επίπεδα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι ενεργειακής θεραπείας και η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει ποικιλία τεχνικών, όπως επουλωτικό άγγιγμα, κατευθυνόμενη ροή αίματος. Αν και ο μηχανισμός δεν είναι γνωστός, η έρευνα έχει δείξει ότι ο πόνος των ασθενών μειώνεται αισθητά.

Τα φυσιολογικά αποτελέσματα τα οποία έχουν αναφερθεί περιλαμβάνουν αύξηση επιπέδων αιματοκρίτη και επιπέδων αιμοσφαιρίνης, μείωση της πίεσης του αίματος και μείωση του πονοκεφάλου.^{33.34}

Η μέθοδος αυτή μπορεί να εξασκηθεί σιωπηλά σε συνδυασμό με την παράκληση του ασθενούς, την προσευχή, είναι όμως δύσκολο να εξηγηθεί στον ασθενή και χρησιμοποιείται πάντοτε με μεγάλη επιφύλαξη και κατόπιν ενημέρωσής του ασθενούς.³³

3.5.2 ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ

Είναι μία διαδικασία εργασίας με τα συναισθήματα και τις αισθητήριες αντιλήψεις με σκοπό την ενθάρρυνση ψυχολογικών και φυσικών αλλαγών. Είναι μία αρχαία πρακτική, η οποία συχνά συνδυάζεται με άλλες μεθόδους, όπως την ακρόαση μουσικών τεμαχίων.^{33.34}

Η καθοδηγητική χρήση εικόνων μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική όταν ασκείται από θεραπευτές υγείας και φροντίδας. Είναι επίσης χρήσιμη αν διδαχθεί στον ασθενή ως τεχνική αυτοφροντίδας, εντείνοντας έτσι την αίσθηση ελέγχου του προβλήματός του.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να μειώσει τα επίπεδα άγχους, πόνου, φόβου-ανησυχίας συντελώντας στη βελτίωση της πορείας της ασθένειας. Ασθενείς οι οποίοι κάνουν χρήση ευχάριστων εικόνων μειώνουν την ποσότητα λήψης αναλγητικών φαρμάκων.³³

3.5.3 ΥΠΝΩΣΗ

Περιλαμβάνει την πρόκληση καταστάσεων έκστασης (βαθέως ύπνου). Αυτή η μέθοδος έχει εξασκηθεί με πολλές μορφές σε αρχαίους πολιτισμούς συμπεριλαμβανομένων και των αρχαίων Ελλήνων.^{34.35}

Η μοντέρνα ύπνωση άρχισε με τη «μαγνητική θεραπεία» του Meisner στον 18^ο αιώνα αν και πολλές φορές κατά το παρελθόν δεν τύγγανε εύνοιας, η ύπνωση χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο για έλεγχο εθισμών, πόνου και συμπτωμάτων φοβίας. Η ύπνωση και η καθοδηγητική χρήση εικόνων συμπίπτουν όσον αφορά στη χρήση της βαθιάς χαλάρωσης και των εικόνων ή μεταφορών.

Έχει αποδειχθεί ότι η ύπνωση αποτρέπει και μειώνει τα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης των ασθενών επιτρέποντας τους παράλληλα να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο στα επίπεδα του πόνου. Αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου, οι οποίες έγιναν σε εθελοντές, έδειξαν πως η ύπνωση σταματάει τη δραστηριότητα στα κέντρα πόνου του εγκεφάλου. Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλα τα είδη του χρόνιου πόνου.

Επειδή η ύπνωση είναι συσχετισμένη με πολλούς αρνητικούς συσχετισμούς και επειδή τίθενται λόγοι ευθύνης η χρήση της στην κλινική πράξη είναι δύσκολη και απαιτεί την ύπαρξη κώδικα δεοντολογίας.^{35.36}

3.5.4 ΠΡΟΣΕΥΧΗ

Η προσευχή κατά τον Dossey ορίζεται ως η επικοινωνία με το υπερβατό (υπερφυσικό) ή το απόλυτο. Η άσκηση προσευχής δε εξασφαλίζει απόλυτα καλή υγεία και μακροζωία αλλά μπορεί να επηρεάσει την φυσική επούλωση, να μειώσει τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και να συντελέσει στην αυτοϊκανοποίηση του ασθενούς.³²

Έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς χρόνιου πόνου (όπως καρκινοπαθείς), οι οποίοι πιστεύουν βαθιά σε κάποια θρησκεία διαθέτουν μεγαλύτερα ψυχολογικά αποθέματα ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους. Η προσευχή καταπραΰνει συμπτώματα μιας χρόνιας ασθένειας, όπως ο πανικός και οι αρνητικές σκέψεις. Οι ασθενείς οι οποίοι καταφέρνουν να δαμάσουν τον πανικό του θανάτου, καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν και τα συμπτώματα της πάθησής τους.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο Πατρών σε 118 ασθενείς με καρκίνο καταδείχθηκε ότι αυτοί που

εκκλησιάζονταν ή προσεύχονταν συχνότερα, εμφανίζονταν να πιστεύουν ότι η ποιότητα της ζωής τους ήταν καλύτερη σε σχέση με εκείνους που είπαν ότι δεν πιστεύουν.

Η ανεξήγητη σχέση που έχει η θρησκεία και ο πόνος έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά εν μέρει. Κατά την προσευχή παράγονται ενδορφίνες, οι οποίες μπλοκάρουν το αίσθημα του πόνου, δίνοντας τη θέση του στο αίσθημα της ευχαρίστησης ή έστω της ηρεμίας και της στωικότητας. Οι καρδιακοί παλμοί μειώνονται, όπως και το άγχος. Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς καθίστανται πιο υπομονετικοί απέναντι στη νόσο και τα συμπτώματά της.³²

3.5.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Η χαλάρωση είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα ενός ευρέος φάσματος τεχνικών αυτό-φροντίδας, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην ιατρική. Η προοδευτική χαλάρωση, οι ασκήσεις αναπνοής, ο διαλογισμός, η yoga, το μασάζ και η ρεφλεξολογία είναι θεραπείες, οι οποίες προάγουν την χαλάρωση και μπορούν να ασκηθούν στον ασθενή.^{33.34}

Οι αντιδράσεις του ασθενούς, οι οποίες περιλαμβάνουν ελαττωμένο αριθμό καρδιακών παλμών έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμες στη θεραπεία χρόνιου πόνου, ανησυχίας, κατάθλιψης, αϋπνίας, συμπτωμάτων καρκίνου. Η άσκηση τεχνικών αργών βαθέων αναπνοών συμβάλλει στην ελάττωση του πόνου καθώς και της πίεσεως.

Οι μαλάξεις, οι οποίες γίνονται στο σώμα του ασθενούς συμβάλλουν στη χαλάρωση. Ταυτόχρονα βελτιώνουν τη ροή αίματος στους μύες του σημείου εφαρμογής αλλά και στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι καλύτερη πνευματική διαύγεια και εγρήγορση κάτω από συνθήκες χαλάρωσης.^{35.36}

Οι παραπάνω τεχνικές μειώνουν το επίπεδο άγχους καθώς και συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της αϋπνίας. Είναι ένα αποτελεσματικό όπλο για την αντιμετώπιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρόνια αλγούντων.

Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν στις τεχνικές αυτές και μετέπειτα να τις διδάξουν στους ασθενείς, με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι ίδιοι είναι δεκτικοί σε αυτές.^{33,34}

3.5.6 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός ξεκίνησε στην Κίνα 2000 χρόνια πριν. Βασίζεται στη θεωρία του Qi, τη θεωρία της ζωτικής ενέργειας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η ενέργεια ρέει στο σώμα μας σε συγκεκριμένες διαδρομές, οι οποίες ονομάζονται μεσημβρινοί.³⁰

Βελόνες οι οποίες εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος αυτών των διαδρομών (trigger points) μπορούν να ενεργοποιήσουν τη ροή του Qi και να αποτρέψουν ή να θεραπεύσουν καταστάσεις, οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα ή και την υπερβολική ενέργεια.

Το βελονισμό επιστρατεύουν οι επιστήμονες για την ανακούφιση από το χρόνια πόνο. Η συγκεκριμένη εναλλακτική τεχνική θεωρείται πλέον ως επιστημονικά αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου από τη δυτική ιατρική. Εφαρμόζεται μάλιστα και σε ορισμένα ελληνικά ιατρεία πόνου σε πανεπιστημιακά και νοσοκομεία του Εθνικού συστήματος υγείας.³¹

3.5.7 TENS

Το tens ως προϊόν της σύγχρονης βιοϊατρικής μηχανικής αποτελεί το πλέον σύγχρονο ηλεκτροαναλγητικό μέσο. Πρόκειται για ένα κατεξοχήν αναλγητικό μέσο και με αυτήν του τη θεραπευτική

ιδιότητα πρέπει να χρησιμοποιείται. Είναι αυτονόητο ότι για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων πρέπει να συνδυάζεται με τις κατάλληλες για κάθε περίπτωση θεραπευτικές μεθόδους.^{34.35}

Η διαδικασία επιλογής της μορφής TENS, των κατάλληλων παραμέτρων, της κατάλληλης διάταξης των ηλεκτροδίων καθώς και των κατάλληλων θέσεων τοποθέτησης των ηλεκτροδίων ανάλογα με την παθολογική κατάσταση και ανάλογα με τον ασθενή είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη.

Για να είναι επιτυχής η εφαρμογή του tens απαιτείται γενική και εξειδικευμένη επιστημονική γνώση καθώς και κλινική εμπειρία. Εφαρμόζεται σε σχεδόν κάθε παθολογική κατάσταση στην οποία συνίσταται αναλγητική αγωγή ανεξάρτητα από το εάν ο πόνος είναι επιφανειακός ή εν τω βάθει, οξύς ή χρόνιος.³⁶

Εφόσον η κλασική μορφή του tens δεν επιτύχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα μπορεί να εφαρμοστεί ο ηλεκτροβελονισμός. Η μορφή του ηλεκτροβελονισμού εφαρμόζεται σε πολύπλοκα επώδυνα σύνδρομα, όπου ο πόνος προέρχεται από τις εν τω βάθει κατασκευές και δεν έχει σαφή εντοπισμό.^{35.36}

Σε περιπτώσεις όπου ο πόνος εκδηλώνεται με σαφή χαρακτηριστικά γνωρίσματα και απροσδιόριστη ιδιαιτερότητα, ο συνδυασμός κλασικής μορφής tens και ηλεκτροβελονισμού συνίσταται.³⁴

3.5.8 ΦΩΝΟΦΟΡΕΣΗ ΚΑΙ ΙΟΝΤΟΦΟΡΕΣΗ

Η διαδερμική μεταφορά φαρμακευτικών ουσιών είναι από παλαιότερα μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα πρακτική και μια υπολογίσιμη εναλλακτική μέθοδος ιδίως σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Αντιπροσωπευτικές μέθοδοι διαδερμικής

μεταφοράς φαρμάκων αποτελούν η φωνοφόρηση και η ιοντοφόρηση.²⁶

Η φωνοφόρηση είναι η μέθοδος με την οποία επιστρατεύεται η χρήση του υπερήχου, σε κατάλληλες συχνότητες ώστε να επιτευχθεί η μεταφορά μορίων φαρμακευτικών ουσιών (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, υδροκορτιζόνη, σαλυκιλικό οξύ και άλλα) σε υποκείμενα ανατομικά στοιχεία.

Η ιοντοφόρηση είναι η τεχνική με την οποία ιόντα φαρμάκων με τη βοήθεια συνεχούς ηλεκτρικού ρεύματος, χαμηλής έντασης διαπερνούν την επιδερμίδα και φθάνουν σε βαθύτερα ιστολογικά στρώματα. Με τις σύγχρονες συσκευές μέσω των οποίων δύναται να υπερκεραστεί η κεράτινη στοιβάδα του δέρματος, έχουμε τη δυνατότητα να εισάγουμε διαδερμικά μια μεγάλη ποικιλία δυνητικώς ιοντιζόμενων φαρμάκων (κορτικοστεροειδή, ξυλοκαΐνη και άλλα).^{26,27}

Τόσο η φωνοφόρηση όσο και η ιοντοφόρηση αποτελούν σήμερα πολύτιμα μέσα για την αναλγητική ενίσχυση των θεραπευτικών σχημάτων που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πρακτική.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς από το νοσηλευτή, όπως και τα πρότυπα αυτοφροντίδας τα οποία προβάλλονται από τους νοσηλευτές είναι πολύ σημαντικά για τους πάσχοντες, για την πορεία της νόσου καθώς και για τη βελτίωση της υγείας τους.

Οι βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς απαιτούν την εξειδικευμένη γνώση και τεχνική του νοσηλευτή. Οι ίδιοι οι νοσηλευτές έχουν πολλά στοιχεία να αποκομίσουν από τη γνώση αυτών των μεθόδων θεραπείας πόνου, στοιχεία τα οποία μπορούν να εφαρμόσουν στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη, βοηθώντας με αυτόν τον τρόπο τους ασθενείς

να συνδέονται με την εσωτερική τους δύναμη και πνευματικότητα.^{27.28}

Τα φυσικά οφέλη από αυτήν την αντιμετώπιση δεν είναι το μοναδικό προσδοκώμενο, ο στόχος πρέπει να είναι η παρουσίαση βελτίωσης του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζουν το πρόβλημα υγείας τους οι ασθενείς και γενικότερα εν κατακλείδι η ψυχική και πνευματική ισορροπία των πασχόντων.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

- ✓ Κλινικές πόνου
- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή στις κλινικές πόνου
- ✓ Αναγκαιότητα εξειδίκευσης των νοσηλευτών

4.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ

Στο σημείο ακριβώς όπου η κλασική νοσηλευτική περίθαλψη, αντιμετωπίζοντας ενεργά το χρόνιο νόσημα παύει να ασχολείται με όλα εκείνα τα προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κάτω από το φάσμα του χρόνιου πόνου ή ακόμα και του επικείμενου θανάτου, έρχεται να παρέμβει κατευναστικά η παρηγορητική φροντίδα.³⁵

Η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί την ενεργό φροντίδα των ασθενών, των οποίων η πάθηση είναι μακροχρόνια και σε πολλές περιπτώσεις μη θεραπεύσιμη, τη φροντίδα που ενισχύει τη θέληση για ζωή και βλέπει το θάνατο ως φυσιολογική εξέλιξη της. Αντικείμενό της αποτελεί ο έλεγχος του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων καθώς και η ολιστική ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική στήριξη του ασθενούς, της οικογένειάς του, στο νοσοκομείο ή ακόμα και στο σπίτι.

Το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν οι εξειδικευμένες κλινικές πόνου. Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 51 δημόσια ιατρεία πόνου, στην Αττική, στην Ήπειρο, στη Θεσσαλία, στη Θράκη, στην Κρήτη, στη Μακεδονία, στην Πελοπόννησο και στη Στερεά Ελλάδα. Υπάρχει όμως ανάγκη βελτίωσης του θεσμικού πλαισίου για τη δημιουργία θεμελιωδών δομών, για την οργάνωση και λειτουργία μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου και παρηγορητικής φροντίδας.^{35.36}

4.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Αντιμετωπίζοντας το χρόνιο πόνο σα μια συνολική έκφραση σωματικών, ψυχικών, συμπεριφορικών και πολιτισμικών παραμέτρων αντιλαμβανόμαστε εύκολα το βαθμό της συνεισφοράς

του νοσηλευτή, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, στην ψυχική στήριξη και ενδυνάμωση του ασθενούς.^{36.37}

Στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου τον ασθενή δεν τον ενδιαφέρει ο πόνος σα σύμπτωμα κάθε αυτό διαγνωστικά αλλά η σημασία και η επίδραση που έχει ο πόνος στη γενικότερη αντίληψή του για τη νόσο του και τη ζωή του. Συνεπώς η οποιαδήποτε θεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται στην υποκειμενική αντίληψη των συμπτωμάτων του ασθενούς και ο αποτελεσματικότερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι μέσω της πολυδιάστατης αξιολόγησης του πόνου.³⁸

Ο τρόπος που συμπεριφέρεται και αντιδρά στον πόνο ένα άτομο μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει τον πόνο. Οι συμπεριφορικές παράμετροι στο χρόνιο πόνο συνοψίζουν τους στόχους και τις παρεμβάσεις για τη βελτίωση του αυτοελέγχου του πόνου ως εξής:

1. Ψυχική ενδυνάμωση του ασθενούς
2. Ενθάρρυνση για άσκηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων
3. Διευκόλυνση της διατήρησης των κεκτημένων
4. Διακοπή των δυσπροσαρμοστικών μοντέλων αντιμετώπισης

Οι κλινικές πόνου σε ότι αφορά ασθενείς με χρόνιο πόνο χρησιμοποιούν αυστηρή επαγγελματική προσέγγιση και προσφέρουν ποικιλία προοπτικών για την ανακούφιση του πόνου.³⁹

Οι θεραπευτικές μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούνται μπορεί να περιλαμβάνουν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, όπως: βιοανατροφοδότηση (biofeedback), βελονισμό, αποκλεισμό νεύρου, ύπνωση, ομαδική θεραπεία αλλά βέβαια και φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία, διαιτητικά συμβουλευτική.

Η ευθύνη του νοσηλευτή ποικίλλει ανάλογα με τα διαθέσιμα μέλη της ομάδας και μπορεί να περιλαμβάνει:

- Ø εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς μέσω της τεκμηριωμένης παρατήρησης,
- Ø δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος επαρκώς φωτισμένου, αερισμένου με κατάλληλη θερμοκρασία και με επαρκή περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων
- Ø παροχή ψυχικής υποστήριξης στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον
- Ø ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος^{38.39}

Οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε κλινικές πόνο πρέπει να διαχειρίζονται με επιδεξιότητα τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ιδίων και των ασθενών, να γνωρίζουν τους μηχανισμούς πόνο και να φροντίζουν για την αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπευτικών σχημάτων καθώς και να διακατέχονται από επιμονή, κατανόηση και επιμονή για να μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή στην εκπλήρωση των στόχων του.

Η επίσκεψη στον ασθενή είναι ο μοναδικός τρόπος συλλογής πληροφοριών και ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας οφείλει να αξιολογεί προσεκτικά τον πόνο, συνεπώς πρέπει να καλλιεργείται κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ιδίου και του πάσχοντος.^{40.41}

Απαιτείται συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς και αναγραφή στην ειδική καρτέλα του στοιχείων όπως: η ένταση του πόνο στη διάρκεια του εικοσιτετραώρου, μέσω πάντοτε κλίμακας αξιολόγησης του πόνο, η διάρκεια και εάν είναι δυνατό η αιτία πρόκλησης του πόνο.⁴⁰

Επιπρόσθετα στην καρτέλα του ασθενούς πρέπει να αναγράφονται οι ώρες ύπνου του στη διάρκεια του

εικοσιτετραώρου, οι ημερήσιες δραστηριότητες του πάσχοντος και η ημερήσια κατανάλωση φαρμάκων.

Η θεραπεία στις κλινικές του πόνου βασίζεται στην εξάλειψη του πόνου του ασθενούς καθώς και των συνοδών συμπτωμάτων για το υπόλοιπο της ζωής του δια μέσω της συνεχούς παρακολούθησης. Για την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί την παρατήρηση, την κλινική εξέταση, την επικοινωνία με τον ίδιο τον ασθενή καθώς και το περιβάλλον του, τη μελέτη του ιστορικού της υγείας του και των διαγνωστικών ευρημάτων.^{41.42}

Η συσχέτιση των παρατηρήσεων και των διαπιστώσεων, βάση επιστημονικής γνώσης και κλινικής πείρας, θα οδηγήσουν το νοσηλευτή στη διαμόρφωση του τρόπου της ολιστικής και εξατομικευμένης αντιμετώπισης και φροντίδας του ασθενούς.⁴³

Πιο συγκεκριμένα και ενδεικτικά ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος:

A. ΠΟΝΟΣ

1. Σωστή εκτίμηση του ασθενούς
2. Βαθμονόμηση του πόνου σε τακτά χρονικά διαστήματα, τουλάχιστον κάθε 4 ώρες
3. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και συνδυασμός της με άλλες μεθόδους για την ανακούφιση του πόνου του ασθενούς

B. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

1. Έλεγχος της αναπνοής του ασθενούς (αριθμός αναπνοών ανά ένα λεπτό), κάθε ώρα για τις πρώτες 24 ώρες και μετέπειτα ανά 3 ώρες
2. Αναγνώριση αναπνευστικών καταστολών. Σε περίπτωση καταστολής: έλεγχος συνείδησης κάθε φορά που ο ασθενής είναι ξύπνιος, αποφυγή κατασταλτικών φαρμάκων (αντιϊσταμινικά),

διατήρηση της πλευράς της κεφαλής ανυψωμένη στο κρεβάτι του ασθενούς

3. Μέριμνα για την ύπαρξη διαθέσιμων μηχανημάτων αναζωογόνησης στον όροφο, πιο συγκεκριμένα παροχή οξυγόνου, μάσκα ambu, συσκευή αναρρόφησης, λαρυγγοσκόπιο, τραχειοσωλήνες, όπως και διαθέσιμη ναλοξόνη στον όροφο ^{38.39}

Γ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ

1. Έλεγχος της αρτηριακής πίεσεως και των σφίξεων του ασθενούς ανά μία ώρα σε περιπτώσεις όπου χορηγείται φαρμακευτική αγωγή, αλλιώς ανά 3 ώρες

2. Μέριμνα για την ύπαρξη διαθέσιμων αγγειοσυσταλτικών φαρμάκων

Δ. ΝΑΥΤΙΑ-ΕΜΕΤΟΣ

1. Άμεση ενημέρωση του θεράποντος, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν οδηγίας του

2. Προφύλαξη ασθενούς από εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου

Ε. ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ ΟΥΡΩΝ

1. Διατήρηση ισοζυγίου υγρών

2. Εκτίμηση ούρων και διούρησης του ασθενούς

3. Καθημερινό ζύγισμα του νοσηλευόμενου ^{38.39}

ΣΤ. ΚΝΗΣΜΟΣ

1. Παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση κνησμού

2. Άμεση ενημέρωση θεράποντος και χορήγηση αντιϊσταμινικών κατόπιν οδηγίας του

Z. ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ

1. Διατήρηση του καθετήρα και των συνδέσεών του ανέπαφων και καλά στερεωμένων
2. Διατήρηση της εισόδου του καθετήρα στο δέρμα, στεγνής και καθαρής. Έλεγχος για φλεγμονή, αιμάτωμα. Προσοχή για την εμφάνιση αίματος στον καθετήρα ή διαρροής εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
3. Κάλυψη της εισόδου του καθετήρα με διαφανές opsite
4. Αλλαγή του φαρμακευτικού διαλύματος, του φίλτρου, της προέκτασης σύμφωνα πάντα με οδηγία του θεράποντος ή του πρωτοκόλλου της κλινικής^{40.42}

H. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1. Επεξήγηση του σκοπού και των οφελών της φαρμακευτικής αγωγής
2. Ενημέρωση του ασθενούς για τα διαλύματα που χορηγούνται και τη διάρκεια χορήγησής τους
3. Ενημέρωση της οικογένειας του πάσχοντος για τη σπουδαιότητα ανακούφισης του πόνου
4. Ενημέρωση για τυχόν επιπλοκές καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής τους^{41.42}

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμη η κατάδειξη του σημαντικού ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα ακόμα επίπεδο, στην πρόληψη των επιπλοκών που οφείλονται στη χρονιότητα μιας νόσου. Η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση με συγκεκριμένη στρατηγική μπορεί να αποτρέψει πιθανή ανάπτυξη χρόνιου πόνου.⁴³

Αναλυτικότερα:

- Ø θα πρέπει να ερευνείται και να καθορίζεται το ενδεχόμενο αν ο οξύς πόνος έχει ή όχι τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε χρόνια πρόβλημα.

Προβλήματα υγείας τα οποία μπορεί να συντελούν πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται ή τουλάχιστον να περιορίζονται. Τέτοια προβλήματα είναι η κατάχρηση ουσιών, φαρμάκων ή οινοπνεύματος, το υπερβολικό άγχος καθώς και η μη συνιστώμενη θέση-στάση σώματος του ασθενούς. Υποδεικνύεται πάντοτε η αρμόζουσα συμπεριφορά καθώς και συνίσταται ενεργητικότητα και άσκηση στον ασθενή.

- Ø Πρέπει να γνωστοποιείται στον ασθενή η προβλεπόμενη διακοπή της θεραπείας του και να ενθαρρύνεται ο ίδιος για την επαναπόκτηση της ενεργού δράσης του.
- Ø Τα αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται σε υψηλές δόσεις ώστε να εξασφαλίζουν ικανοποιητικό βαθμό ανακούφισης από τον πόνο και να μην αναγκάζεται ο ασθενής να ζητά με δική του πρωτοβουλία επιπλέον φαρμακευτική αγωγή.
- Ø Η λήψη μέτρων επιπρόσθετων ικανών να αυξήσουν τα αναλγητικά αποτελέσματα πρέπει να υποστηρίζεται και να ενθαρρύνεται από τους νοσηλευτές. Επί παραδείγματι, στην προσπάθεια ανακούφισης από μυοσκελετικούς πόνους ενδεικτικά εφαρμόζουμε τεχνικές χαλάρωσης, βιοανάδραση (biofeedback), θερμότητα, πάγο, φυσικοθεραπεία.^{41.42.43}

4.3 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Όντας μέλη μιας κοινωνίας που συνεχώς μεταβάλλεται σε όλα τα επίπεδα η ενίσχυση των γνώσεων διαδραματίζει όλο και μεγαλύτερο ρόλο στην απόκτηση δεξιοτήτων όπως και στην εύρεση εργασίας. Σήμερα όσο ποτέ άλλοτε η εκπαίδευση αποτελεί μια διαδικασία, η οποία δε σταματάει στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση αλλά συνεχίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής.⁴⁰

Η νοσηλευτική ως επιστημονικός κλάδος, ο οποίος τεκμηριώνεται μέσω σπουδών ανωτάτου επιπέδου δε θα μπορούσε να μείνει αμέτοχη στις τρέχουσες εξελίξεις. Η κοινωνία επιτάσσει οι νοσηλευτές να διακατέχονται από υψηλό επίπεδο γνώσεων, κριτικό πνεύμα και αποδεδειγμένη εγκυρότητα γνώσεων σε βάθος χρόνου.

Στο χώρο της νοσηλευτικής στόχος και επιδίωξη της επιμόρφωσης είναι η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών καθώς και η ενημέρωσή τους επί των νέων εξελίξεων στα θέματα υγείας, διάγνωσης και πρόληψης της νόσου, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών μέσω της βελτίωσης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.^{38.39}

Οι νοσηλευτές ερχόμενοι σε άμεση επαφή με τον άρρωστο έχουν καθήκον και υποχρέωση να ανακουφίζουν τον πόνο, να οργανώνουν τη νοσηλευτική φροντίδα, να προλαμβάνουν επιπλοκές, να αξιολογούν την προτεραιότητα των αναγκών και του κινδύνου και μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους να στοχεύουν στην καλύτερευση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ασφάλειας του ασθενούς.⁴³

Η κατάλληλη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα όμως από το χώρο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες, οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο ανακούφισής τους διότι δαπανούν περισσότερο χρόνο δίπλα στον ασθενή από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας.⁴⁰

Η διάγνωση του άγχους και της κατάθλιψης σε ανθρώπους που πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες είναι μία μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό συμβαίνει επειδή συμπτώματα όπως απάθεια, έλλειψη συγκέντρωσης και

ενδιαφέροντος, διαρκές αίσθημα κόπωσης, διαταραχές ύπνου, συναντώνται πολύ συχνά σε ασθένειες χρόνιου πόνου.⁴³

Η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο. Η σύγχρονη ιατρική και ψυχολογία συνηγορούν στην υψηλή σημασία της καλής ψυχικής υγείας και του σημαντικού ρόλου που έχει αυτή στα πλαίσια της θεραπευτικής σημασίας, ως εκ τούτου η διάγνωση και άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είτε συμπτώματα κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική.^{41.42}

Η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής των ανθρώπων έχει ως αποτέλεσμα τη μακροζωία αλλά και συγχρόνως την αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν με χρόνια νοσήματα. Η μεγάλη αύξηση των χρόνιων νοσημάτων συμβάλει με τη σειρά της στην αύξηση του κόστους νοσηλείας της ενδονοσοκομειακής φροντίδας μία αλληλουχία καταστάσεων και προβλημάτων στα οποία λύση καλείται να δώσει και ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.^{39.40.43}

Το μέσο που ουσιαστικά θα βοηθήσει το νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις ευθύνες που του εμπιστεύεται η κοινωνία είναι η συνεχής εκπαίδευση, η συνεχής επιμόρφωση.

Η αναγνώριση των καινούργιων και ολοένα αυξανόμενων προβλημάτων καθώς και η ενημέρωση για τους τρόπους και τις μεθόδους αντιμετώπισής τους αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η εξειδίκευση αποτελούν τον πιο έμπρακτο και υπεύθυνο τρόπο εκδήλωσης του ενδιαφέροντος του νοσηλευτή για την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του.^{44.45}

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα από τα πιο συχνά και πιο σημαντικά προβλήματα που συναντούνται στον τομέα υγείας και παραταύτα δεν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά σε πολλές περιπτώσεις.⁴⁵

Ο βασικός λόγος είναι η ανεπάρκεια γνώσεων σχετικά με τις σημερινές δυνατότητες αντιμετώπισής του. Η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, καθώς και βοηθητικών (όπως μυοχαλαρωτικά, ηρεμιστικά κ.α.), τα οποία απαιτούνται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, χρειάζεται βασικές γνώσεις και συνεχή ενημέρωση.³⁹

Οι πάσχοντες από χρόνια πόνο απαιτούν εξειδικευμένη γνώση στην προσέγγιση και εκτίμησή τους για λόγους οι οποίοι έχουν ήδη αναφερθεί και σε παγκόσμιο επίπεδο γίνονται προσπάθειες για τη διάδοση των γνώσεων που απαιτούνται για την ολιστική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Η υγεία του λαού είναι βασική προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας και εντάσσεται στις βασικές προτεραιότητες κάθε κοινωνίας. Η δημιουργία ευνοϊκών κοινωνικών συνθηκών για την κοινωνική, συναισθηματική και βιολογική ανάπτυξη του ατόμου αποτελεί αυτοσκοπό αλλά και μέσο για την ανάπτυξη μιας χώρας. Η κατάλληλη νοσηλεία και κοινωνική φροντίδα του ασθενούς συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία και το ρυθμό ανάρρωσης.^{40.41}

Το νοσηλευτικό προσωπικό ως αναπόσπαστο μέλος της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να διακατέχεται από εξειδικευμένες γνώσεις, δεξιότητες στην κλινική άσκηση ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει την ασθένεια από όλες τις διαστάσεις και δυσκολίες της αλλά και να συνεισφέρει στην πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας.^{38.40}

***ΕΙΔΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ***

ΥΛΙΚΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός – Δείγμα

Η φύση και ο σκοπός της έρευνας ορίζουν τη μεθοδολογική της προσέγγιση. Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας και την επίτευξη των σκοπών της χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Betty R. and all (1987). Οι ερωτήσεις του οποίου όμως διαμορφώθηκαν στα πλαίσια των ελληνικών δεδομένων, καθώς και προστέθηκαν μερικές ακόμα για τη διευκόλυνση απόρροιας συμπερασμάτων και απαντήσεων. Απευθύνθηκε σε 150 νοσηλευτές, ηλικίας 18-60 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις εκ των οποίων 2 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 6 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το Νοέμβριο του 2009 έως τον Ιανουάριο του 2010 στους νομούς Αττικής και Αχαΐας.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η απλή, τυχαία δειγματοληψία, δηλαδή κάθε εργαζόμενος νοσηλευτής σε νοσοκομείο ή κλινική της

πόλης των Αθηνών και των Πατρών είχε την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα.

Πληθυσμός της παρούσας μελέτης ορίζεται όλο το εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομεία και κλινικές στην πόλη της Αθήνας και της Πάτρας, ανεξαρτήτως ηλικίας, βαθμίδας και προϋπηρεσίας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

Αποκλειστικά το νοσηλευτικό προσωπικό.

Κριτήριο αποκλεισμού ήταν:

Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

Στ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνα με βάση τα δικαιώματα που έχουμε όλοι προσωπικότητες. Συγκεκριμένα ο ερωτώμενος δεν έπρεπε να υποστεί κάποια βλάβη φυσική ή συγκινησιακή. Υπήρξε πλήρης διαφάνεια στην όλη διαδικασία, ανωνυμία, εχεμύθεια και αυτοδιάθεση.

Για την περάτωση των παραπάνω πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν σαφής ο σκοπός της έρευνας, επιδιωκόταν η μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, επισημαινόταν πως το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, πως η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία καθώς και ο φορέας της έρευνας-σχολή φοίτησης.⁴⁶

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η καθεμία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων ήταν το SPSS.

1.ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Οι μεταβλητές παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

2.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτημάτων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή συσχέτισης του Spearman (R) (Spearman correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1,+1]. Οι τιμές αντιστοιχούν -1, +1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ οι αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης πως όταν μια μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS για Windows. Με βάση και τα παραπάνω έχουν εξαχθεί τα συμπεράσματα στην έρευνα, τα οποία και αναλύονται στη ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

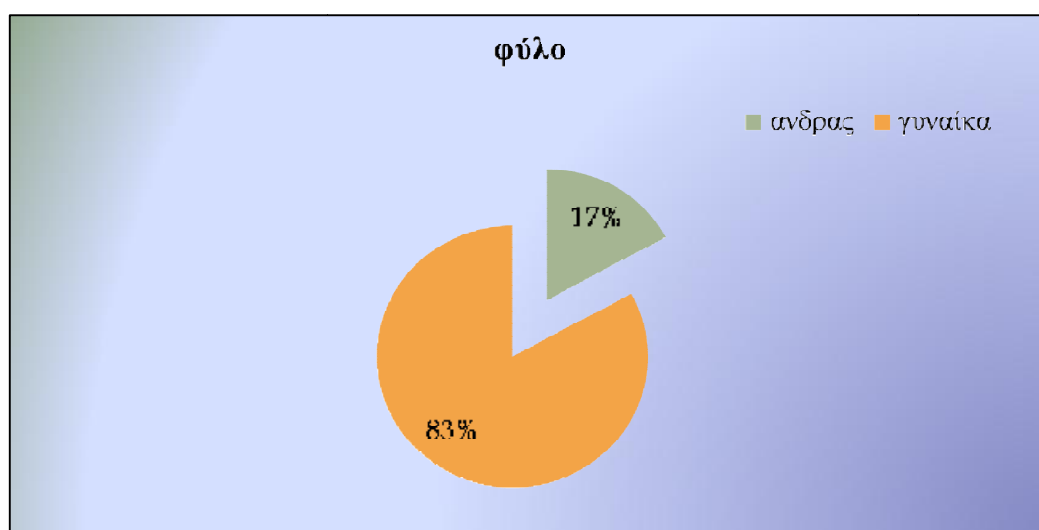
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 150 εργαζόμενοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών σε νοσοκομεία του νομού Αττικής και Αχαΐας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

Φύλο ερωτηθέντων	N=150	Percent (%)
Άρρεν	25	17
Θήλυ	125	83

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

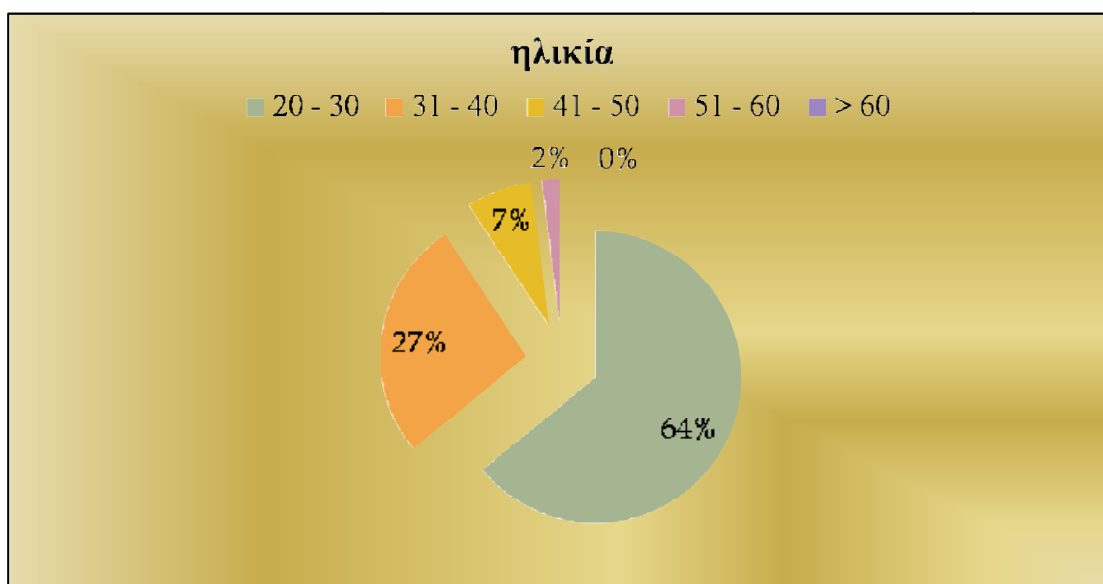


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (125 άτομα – ποσοστό 83%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 17%(25 άτομα) άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα1)

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

Ηλικία	N=150	Percent (%)
20-30	96	64
31-40	40	27
41-50	11	7
51-60	3	2
>60	0	0

Σχήμα 2:Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

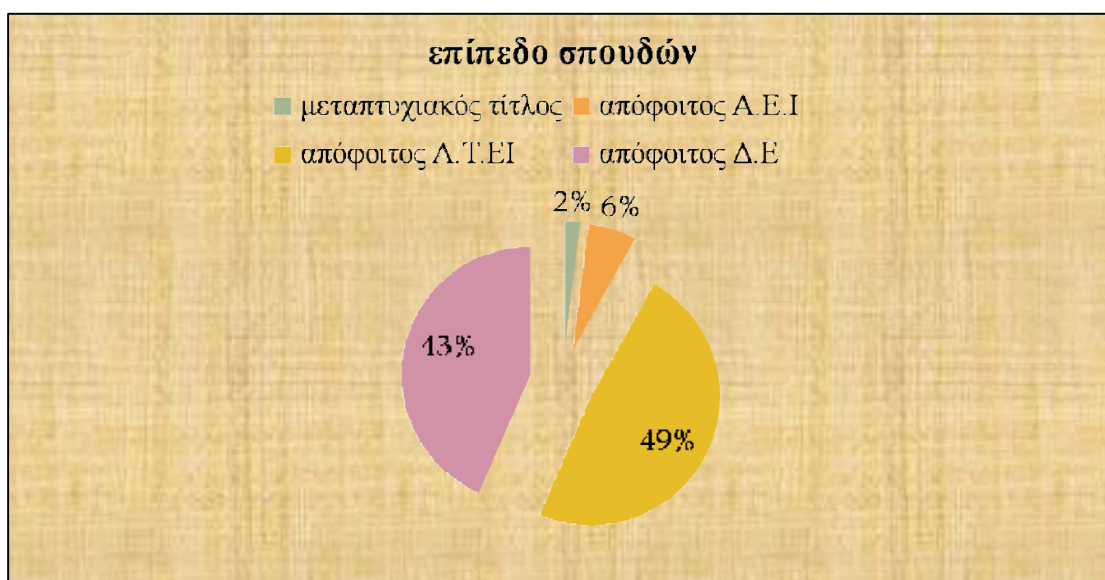


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (96 άτομα-ποσοστό 64%) είναι μεταξύ 20 και 30 ετών, άλλα 40 άτομα (ποσοστό 27%) είναι μεταξύ 31 και 40 ετών, 11 άτομα (ποσοστό 7%) είναι μεταξύ 41 και 50 ετών, ενώ 3 άτομα (ποσοστό 2%) είναι πάνω από 50 ετών (πίνακας 2, Σχήμα2)

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο σπουδών

Επίπεδο Σπουδών	N=150	Percent (%)
Απόφοιτος Δ.Ε	65	43
Απόφοιτος Α.Τ.Ε.Ι	73	49
Απόφοιτος Α.Ε.Ι	9	6
Μεταπτυχιακός τίτλος	3	2
Διδακτορικός τίτλος	0	0

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο σπουδών

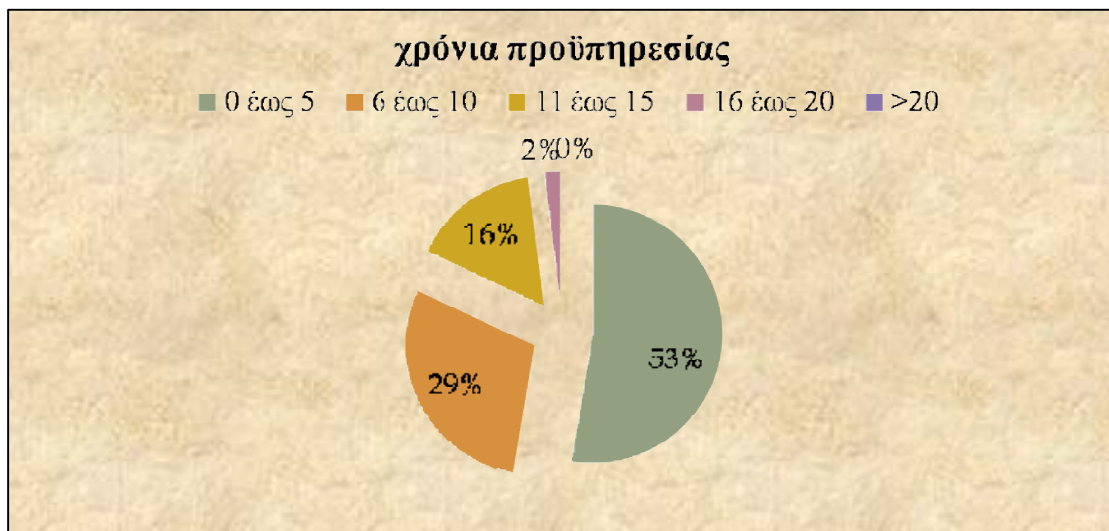


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73 άτομα-49%) είναι απόφοιτοι Α.Τ.Ε.Ι ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι Δ.Ε (65 άτομα-43%). 9 άτομα (6%) είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου και το 2% (3 άτομα) κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο (Πίνακας 3-Σχήμα 3)

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια προϋπηρεσίας	N=150	Percent (%)
0-5	80	53
6-10	43	29
11-15	24	16
16-20	3	2
>20	0	0

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας

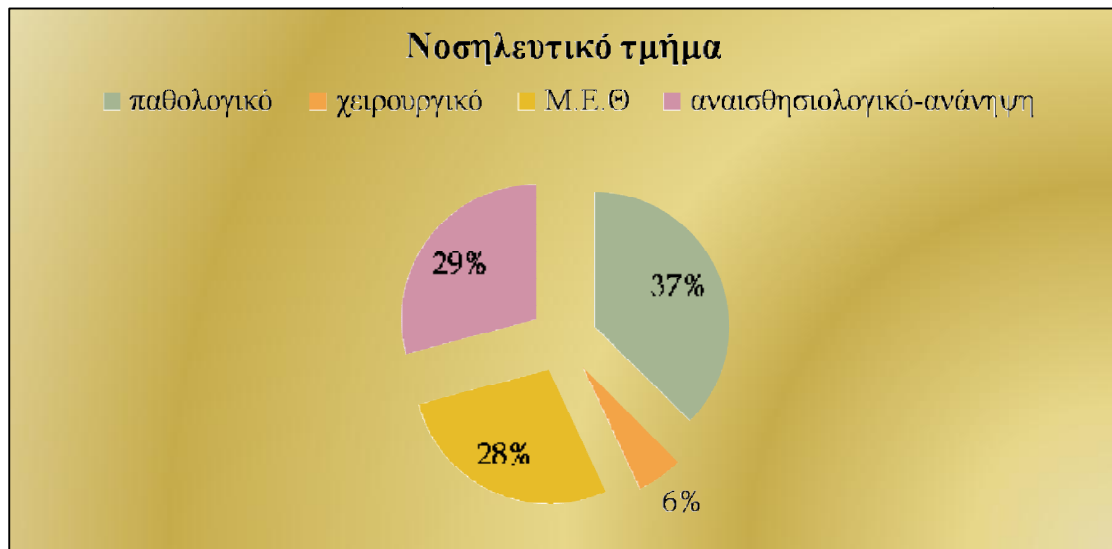


Το μεγαλύτερο ποσοστό 53% (80 άτομα) έχει εργαστεί από 1-5 έτη ενώ 43 άτομα (29%) έχει εργαστεί από 6-10 έτη. 24 ερωτηθέντες (16%) εργάζεται 11-15 χρόνια ενώ 3 άτομα (2%) εργάζονται πάνω από 16 χρόνια.

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσηλευτικό τμήμα εργασίας

Τμήμα εργασίας	N=150	Percent (%)
Παθολογικό	56	37
Χειρουργικό	9	6
Μ.Ε.Θ	42	28
Αναισθησιολογικό-ανάληψη	43	29

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσηλευτικό τμήμα εργασίας

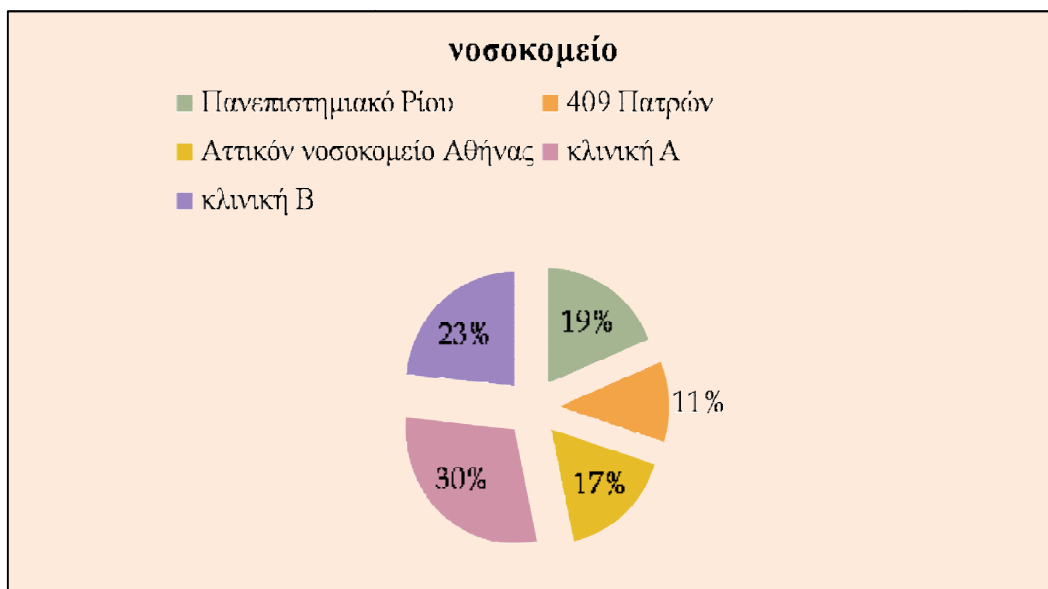


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (56 άτομα -37%) εργάζεται σε παθολογικά τμήματα, άλλα 43 άτομα (29%) εργάζονται σε αναισθησιολογικό τμήμα-ανάληψη, ενώ 42 άτομα – ποσοστό 28% εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. Το 6% (9 άτομα) εργάζονται σε χειρουργικό τμήμα (Πίνακας 5, Σχήμα 5)

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσοκομείο εργασίας τους

Νοσοκομείο	N=150	Percent (%)
Πανεπιστημιακό Ρίου	35	23
Αττικών Αθήνας	28	19
409 Πατρών	17	11
Κλινική Α	45	30
Κλινική Β	25	17

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσοκομείο εργασίας τους

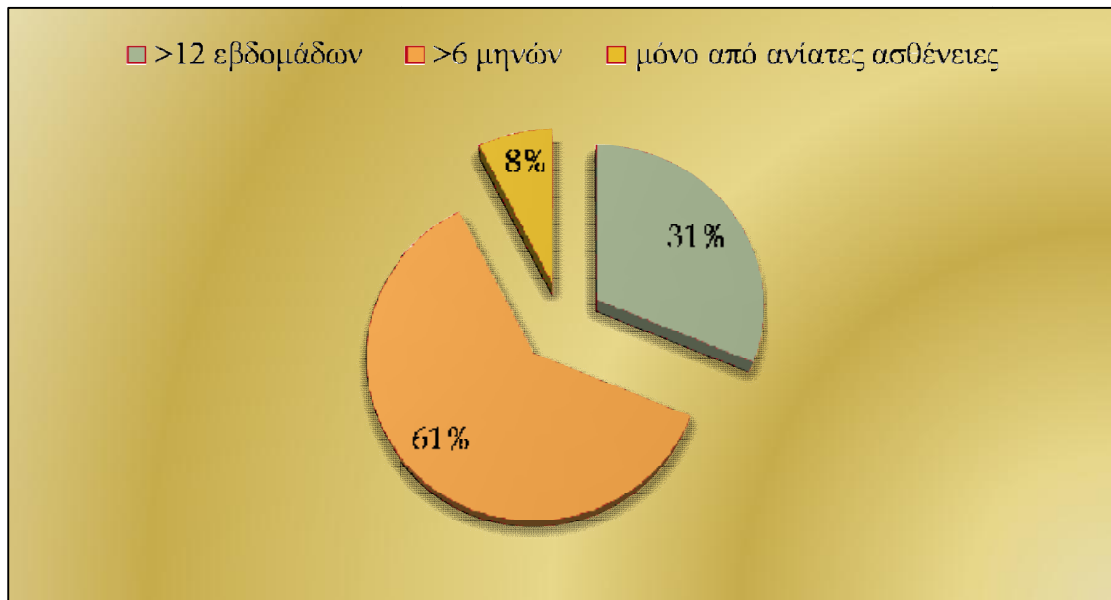


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εργάζεται στην κλινική Α του νομού Αττικής (45 άτομα-30%), άλλα 25 άτομα (17%) εργάζονται στην κλινική Β του νομού Αττικής. Το 23% (35 άτομα) εργάζεται στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ρίου ενώ άλλα 17 άτομα (11%) στο 409 νοσοκομείο Πατρών. 28 άτομα, ποσοστό 19% εργάζεται στο Αττικό νοσοκομείο Αθήνας (πίνακας 6, Σχήμα 6)

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον ορισμό του χρόνιου πόνου

Χρόνιος πόνος	N=150	Percent (%)
>12 εβδομάδες	47	31
>6 μήνες	91	61
Μόνο από ανίατες ασθένειες	12	8

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον ορισμό του χρόνιου πόνου



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (61% - 91 άτομα) απάντησε πως χρόνιος πόνος είναι αυτός που διαρκεί περισσότερο των 6 μηνών, άλλα 47 άτομα (31%) απάντησαν πως είναι αυτός που διαρκεί περισσότερο των 12 εβδομάδων ενώ το 8% (12 άτομα) πως είναι ο πόνος μόνο από ανίατες ασθένειες (πίνακας 7, Σχήμα 7)

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια νοσήματα προκαλούν χρόνια πόνο, σύμφωνα με την άποψή τους

Νοσήματα	N=150	Percent (%)
Ογκολογικές ασθένειες	103	69
Ασθένειες νευρικού συστήματος	6	4
Μυοσκελετικές παθήσεις	18	12
Εγκαύματα	20	13
Ενδοκρινολογικές διαταραχές	3	2

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια νοσήματα προκαλούν χρόνια πόνο

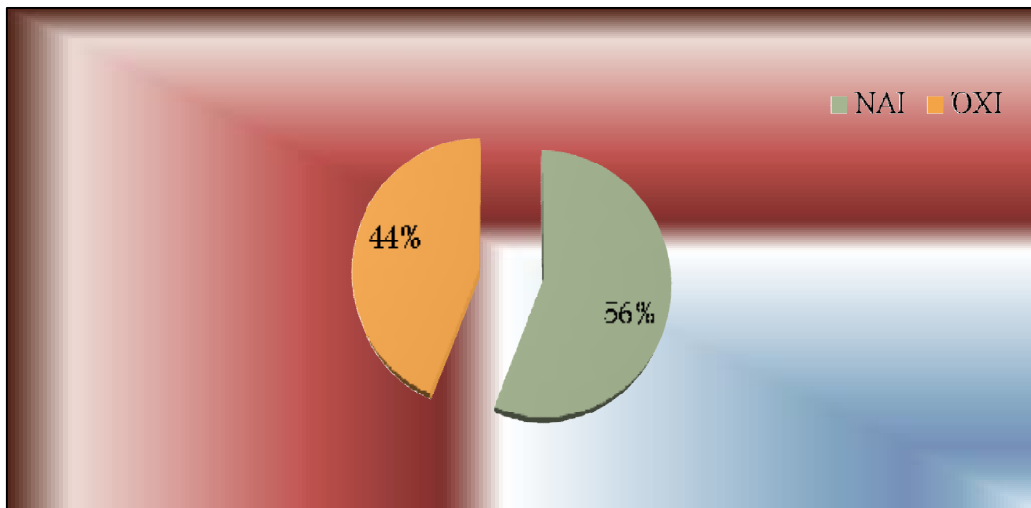


Το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων 69% (103) άτομα θεωρεί τις ογκολογικές ασθένειες κύρια αιτία χρόνιου πόνου, το 13% (20 άτομα) τα εγκαύματα ενώ 12% (18 άτομα) τις μυοσκελετικές παθήσεις. Το υπόλοιπο 4% (6 άτομα) τις ενδοκρινολογικές διαταραχές (Πίνακας 8, Σχήμα 8)

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως οι ασθενείς με πόνο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν περισσότερο προτού καταφύγουν σε μέτρα αντιμετώπισής του

Ενθάρρυνση	N=150	Percent (%)
ΝΑΙ	84	56
ΟΧΙ	66	44

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως οι ασθενείς με πόνο πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν περισσότερο προτού καταφύγουν σε μέτρα αντιμετώπισής του

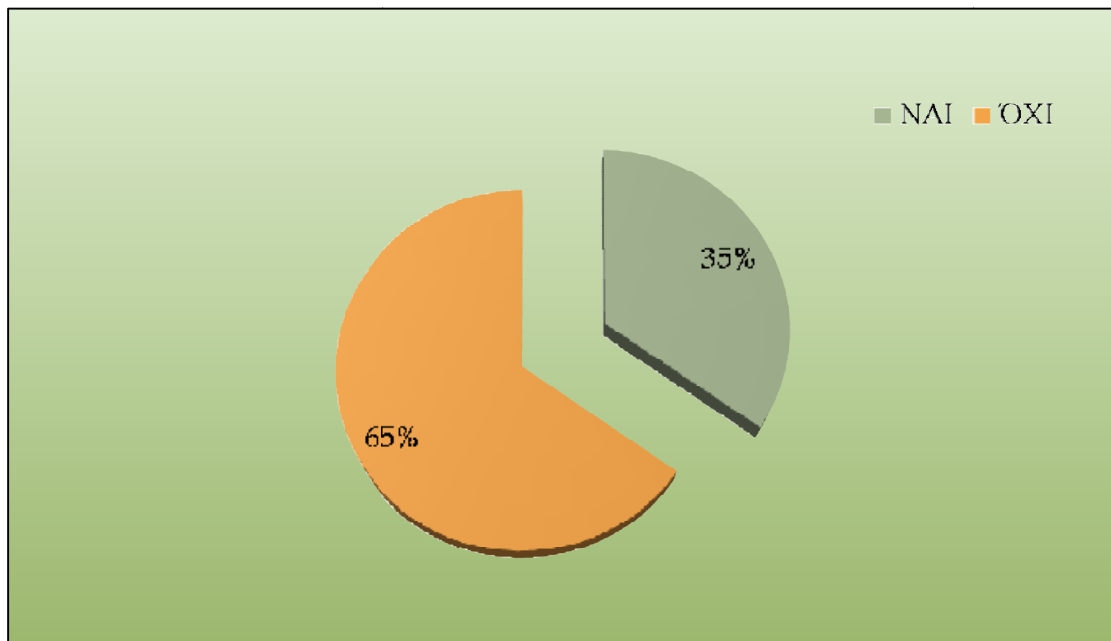


Το μεγαλύτερο ποσοστό 56% (84 άτομα) θεωρεί πως ναι πρέπει να ενθαρρύνονται, ενώ το 44% (66 άτομα) θεωρεί πως όχι δεν πρέπει να ενθαρρύνονται (Πίνακας 9, Σχήμα 9)

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν πιστεύουν πως ίδια ερεθίσματα προκαλούν την ίδια ένταση πόνου στους ασθενείς

Ίδια ερεθίσματα ίδια ένταση πόνου:	N=150	Percent (%)
ΝΑΙ	52	35
ΟΧΙ	98	65

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν πιστεύουν πως ίδια ερεθίσματα προκαλούν την ίδια ένταση πόνου στους ασθενείς

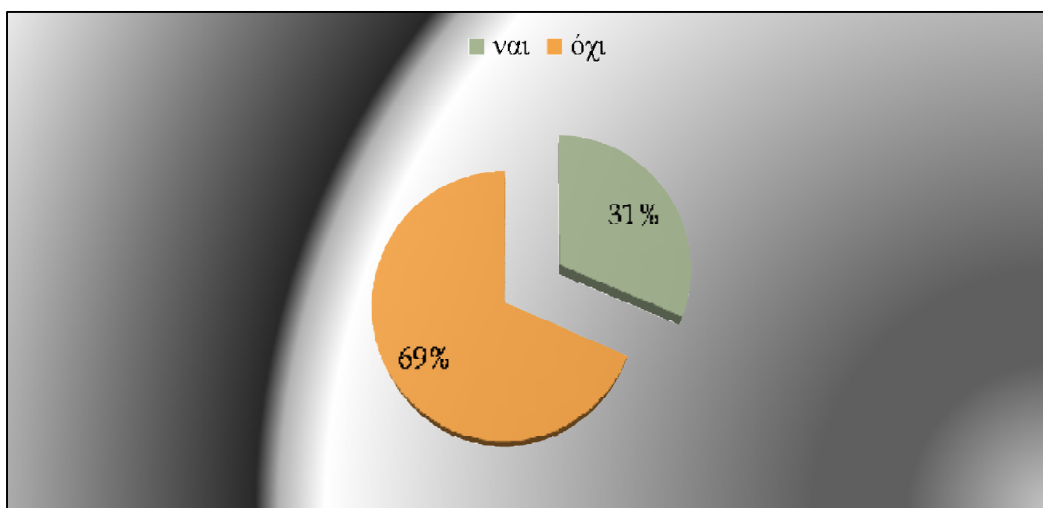


Το μεγαλύτερο ποσοστό 65% (98 άτομα) θεωρεί πως ίδια ερεθίσματα δεν προκαλούν την ίδια ένταση πόνου στους ασθενείς ενώ το 35% (52 άτομα) πως προκαλούν την ίδια ένταση πόνου (Πίνακας 10, Σχήμα 10)

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν χρησιμοποιούν κάποια κλίμακα αξιολόγησης πόνου

Χρησιμοποιείτε κλίμακα αξιολόγησης	N=150	Percent (%)
ΝΑΙ	46	31
ΟΧΙ	104	69

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν χρησιμοποιούν κάποια κλίμακα αξιολόγησης πόνου

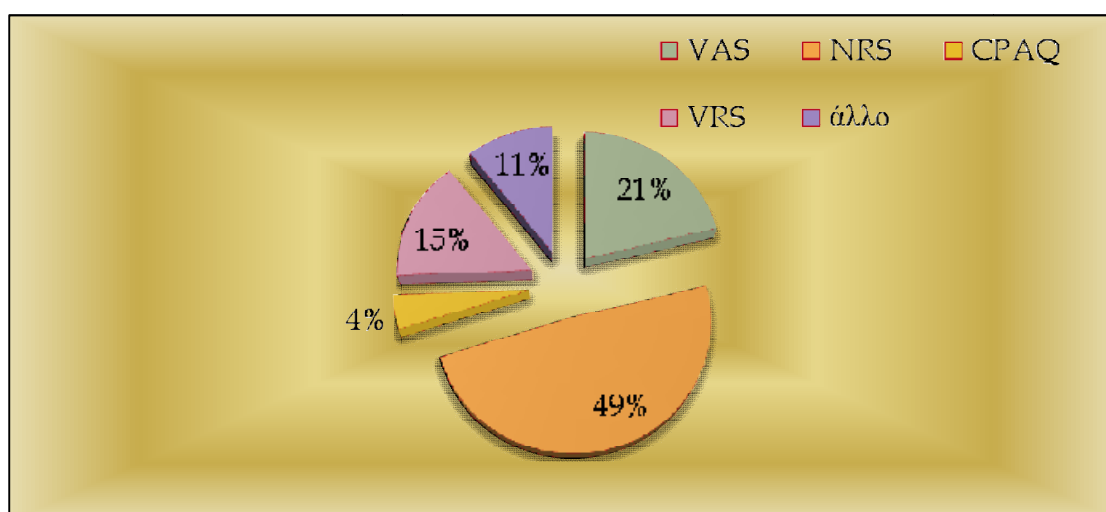


Το μεγαλύτερο ποσοστό (69% - 104 άτομα) δε χρησιμοποιεί κάποια κλίμακα αξιολόγησης πόνου, ενώ το 31% (46 άτομα) κάνει χρήση κάποιας κλίμακας αξιολόγησης πόνου (Πίνακας 11, Σχήμα 11)

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποια κλίμακα αξιολόγησης πόνου χρησιμοποιούν

Κλίμακα αξιολόγησης	N=46	PERCENT (%)
VAS	10	21
NRS	22	49
CPAQ	2	4
VRS	7	15
Άλλο	5	11

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποια κλίμακα αξιολόγησης πόνου χρησιμοποιούν

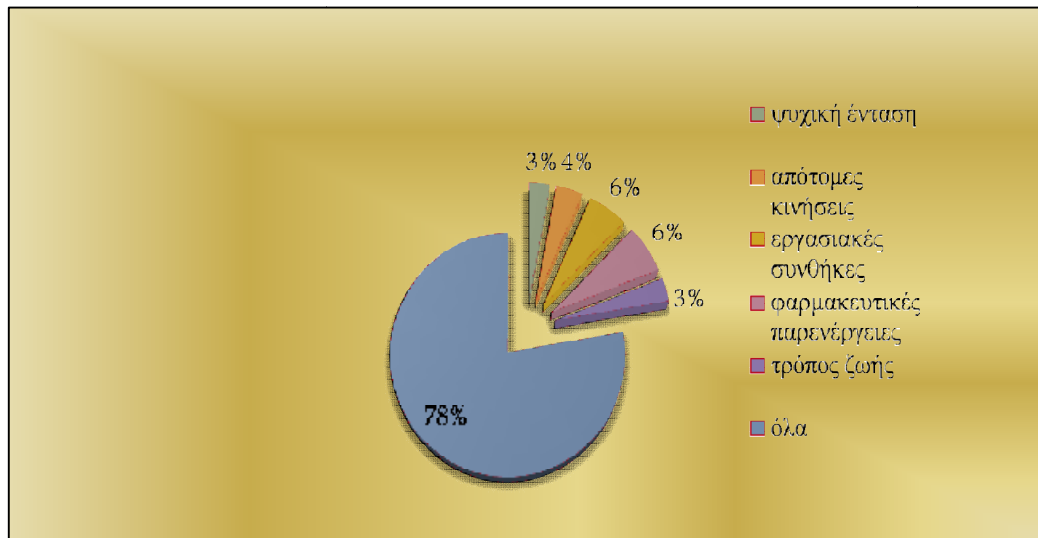


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (49% - 22 άτομα) χρησιμοποιεί την NRS ενώ το 21% (10 άτομα) χρησιμοποιεί την VAS. Το 15% (7 άτομα) χρησιμοποιεί την VRS ενώ το 4% (2 άτομα) τη CPAQ. Το 11% (5 άτομα) απάντησε πως χρησιμοποιεί κάποια άλλη μέθοδο (Πίνακας 12, Σχήμα 12)

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιοι πιστεύουν πως είναι οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλουν στην εκδήλωση του χρόνιου πόνου

Παράγοντες	N=150	Percent (%)
Ψυχική ένταση	4	3
Απότομες κινήσεις	6	4
Εργασιακές συνθήκες	9	6
Φαρμακευτικές παρενέργειες	9	6
Τρόπος ζωής	4	3
Τίποτα	0	0
Όλα	118	78

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιοι πιστεύουν πως είναι οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση του χρόνιου πόνου

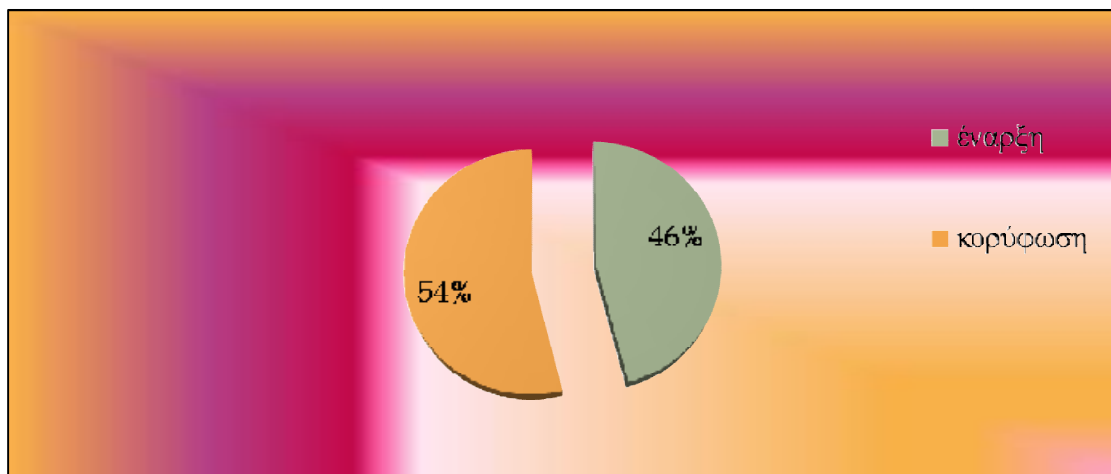


Το μεγαλύτερο ποσοστό (78% - 118 άτομα) θεωρεί πως όλοι οι παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση χρόνιου πόνου. Το 6% (9 άτομα) θεωρεί πως συμβάλλουν οι φαρμακευτικές παρενέργειες και αντίστοιχα το 6% (9 άτομα) πως συμβάλλουν οι εργασιακές συνθήκες. Το 3% (4 άτομα) πιστεύει πως συμβάλλει ο τρόπος ζωής και το 3 % (4 άτομα) αντίστοιχα πως συμβάλλει η ψυχική ένταση (Πίνακας 13, Σχήμα 13)

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το πότε θεωρούν πως πρέπει να γίνεται η χορήγηση αναλγητικών.

Χορήγηση αναλγητικών	N=150	Percent (%)
Με την έναρξη του πόνου	69	46
Στην κορύφωση του πόνου	81	54

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το πότε θεωρούν πως πρέπει να γίνεται η χορήγηση αναλγητικών

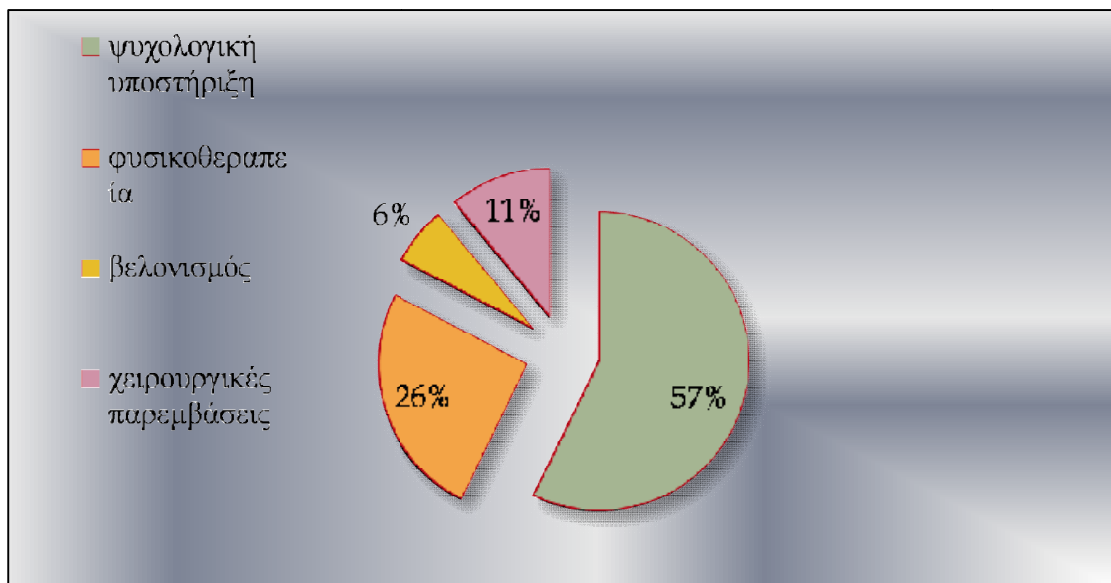


Το μεγαλύτερο ποσοστό 54% (81 άτομα) υποστηρίζει πως η χορήγηση αναλγητικών πρέπει να γίνεται κατά την κορύφωση του πόνου ενώ το 46% (69 άτομα) πως πρέπει να γίνεται κατά την έναρξη του πόνου (Πίνακας 14, Σχήμα 14)

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιο θεωρούν μέτρο καταστολής του πόνου

Μέτρο καταστολής του πόνου	N=150	Percent (%)
Ψυχολογική υποστήριξη- συζήτηση	86	57
Φυσικοθεραπεία	39	26
Βελονισμός	9	6
Χειρουργικές παρεμβάσεις	16	11
Τίποτα	0	0
Κάτι άλλο	0	0

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιο θεωρούν μέτρο καταστολής του πόνου

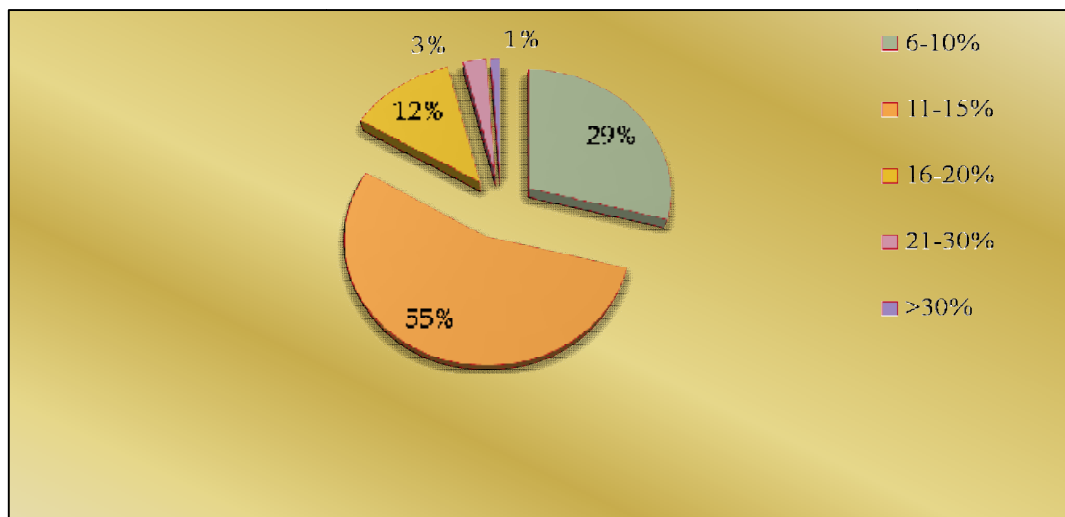


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (57% - 86 άτομα) θεωρούν πως η ψυχολογική υποστήριξη-συζήτηση είναι μέτρο καταστολής του πόνου ενώ το 26% (39άτομα) πως η φυσικοθεραπεία είναι μέτρο καταστολής του πόνου. 16 άτομα (11%) θεωρούν πως οι χειρουργικές παρεμβάσεις μπορούν να καταστείλουν τον πόνο ενώ το 6% (9 άτομα) πως ο βελονισμός μπορεί να καταστείλει τον πόνο (Πίνακας 15, Σχήμα 15)

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο πιθανός πιστεύουν πως είναι ο εθισμός στα οπιούχα σε ποσοστιαία κλίμακα

Πιθανότητα εθισμού στα οπιούχα	N=150	Percent (%)
<1-5%	0	0
6-10%	43	29
11-15%	83	55
16-20%	18	12
21-30%	4	3
>30%	2	1

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο πιθανός πιστεύουν πως είναι ο εθισμός στα οπιούχα σε ποσοστιαία κλίμακα

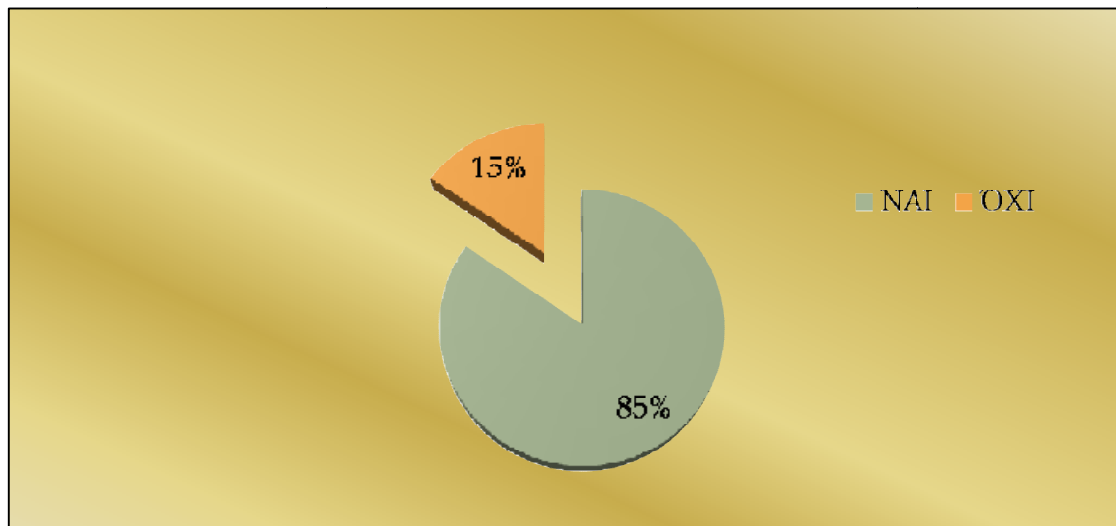


Το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει πως η πιθανότητα εθισμού είναι 11-15% (55%-83 άτομα) ενώ το 29% (43 άτομα) πιστεύει πως η πιθανότητα είναι 6-10%. Το 12% (18 άτομα) πιστεύει πως η πιθανότητα είναι 16-20% ενώ το 3% (4 άτομα) πως η πιθανότητα είναι 21-30%. Ένα μικρό ποσοστό 1% (2 άτομα) θεωρεί πως η πιθανότητα εθισμού είναι >30% (Πίνακας 16, Σχήμα 16)

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα συνδυαζόμενη με την ψυχική υποστήριξη θα μείωνε το επίπεδο πόνου του ασθενούς.

Θα μειωνόταν το επίπεδο πόνου του ασθενούς;	N=150	Percent (%)
ΝΑΙ	128	85
ΟΧΙ	22	15

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα συνδυαζόμενη με την ψυχική υποστήριξη θα μείωνε το επίπεδο πόνου του ασθενούς

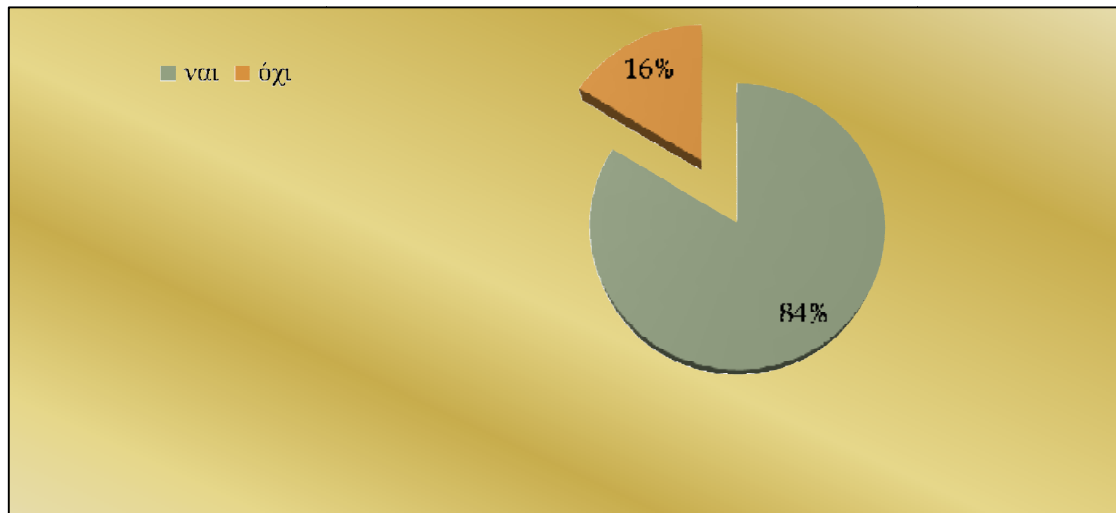


Το μεγαλύτερο ποσοστό (85% - 128 άτομα) θεωρεί πως ναι, η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα συνδυαζόμενη με την ψυχική υποστήριξη θα μείωνε το επίπεδο πόνου του ασθενούς ενώ το 15% (22 άτομα) θεωρεί πως το επίπεδο πόνου δε θα μειωνόταν (Πίνακας 17, Σχήμα 17)

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως οι ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν την ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης.

Έχουν την ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας;	N=150	PERCENT (%)
ΝΑΙ	126	84
ΟΧΙ	24	16

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν θεωρούν πως οι ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν την ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης

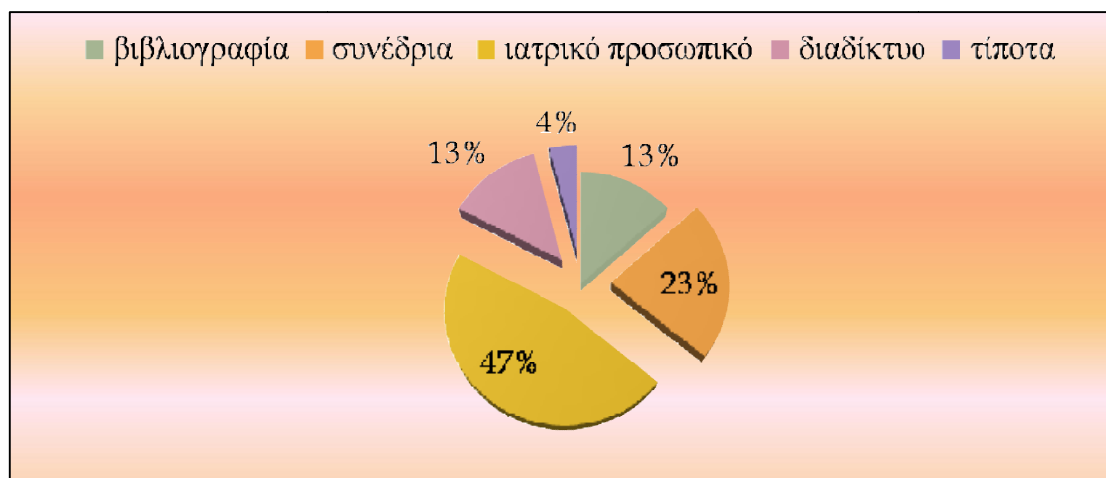


Το μεγαλύτερο ποσοστό (84% - 126 άτομα) υποστηρίζει πως οι ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν την ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης ενώ το 16% (24 άτομα) υποστηρίζει πως όχι δεν υπάρχει αυτή η ανάγκη (Πίνακας 18, Σχήμα 18)

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων σε σχέση με το μέσο ενημέρωσής τους σχετικά με τα περιστατικά χρόνιου πόνου, τα οποία αντιμετωπίζουν

Μέσα ενημέρωσης σχετικά με τα περιστατικά χρόνιου πόνου	N=150	Percent (%)
Σχετική βιβλιογραφία	20	13
Παρακολούθηση συνεδρίων	34	23
Ιατρικό προσωπικό	70	47
Διαδίκτυο	20	13
Τίποτα	6	4

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων σε σχέση με το μέσο ενημέρωσής τους σχετικά με τα περιστατικά χρόνιου πόνου, τα οποία αντιμετωπίζουν

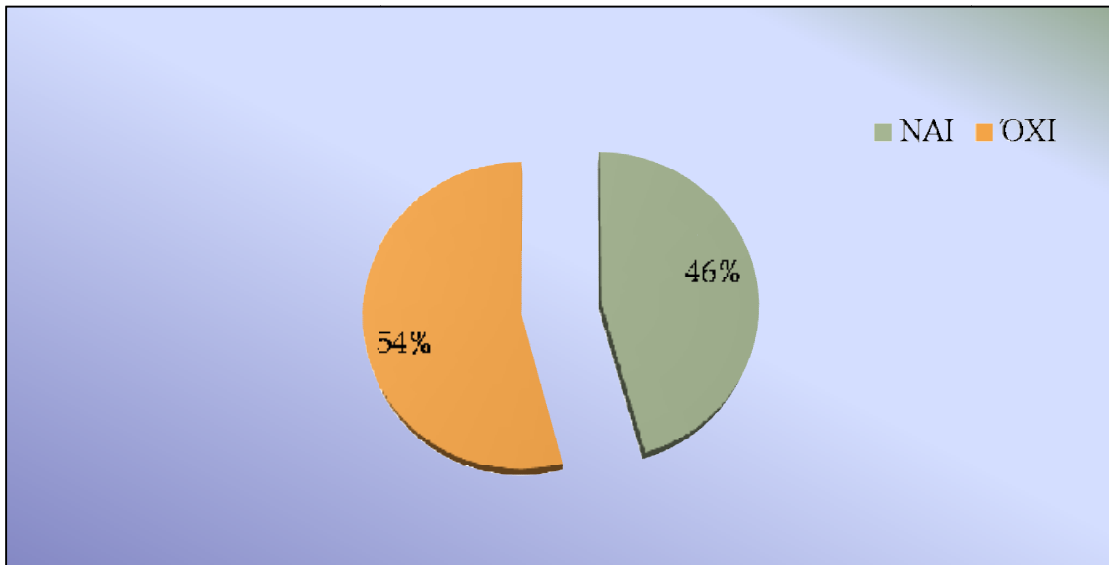


Το μεγαλύτερο ποσοστό (47% - 70 άτομα) ενημερώνεται από το ιατρικό προσωπικό ενώ το 23% (34 άτομα) μέσω της παρακολούθησης συνεδρίων. Το 13% (20 άτομα) ενημερώνεται από το διαδίκτυο κα αντίστοιχα το 13% (20 άτομα) από τη σχετική βιβλιογραφία. Ένα ποσοστό 4% (6 άτομα) υποστηρίζει πως δεν ενημερώνεται από κάπου (Πίνακα; 19, Σχήμα 19)

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν από το φορέα απασχόλησής τους χορηγούνται εκπαιδευτικές άδειες για τη διευκόλυνση της δια βίου εκπαίδευσής τους

Χορηγούνται εκπαιδευτικές άδειες;	N=150	Percent (%)
ΝΑΙ	69	46
ΟΧΙ	81	54

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το εάν από το φορέα απασχόλησής τους χορηγούνται εκπαιδευτικές άδειες για τη διευκόλυνση της δια βίου εκπαίδευσής τους



Το μεγαλύτερο ποσοστό (54% - 81 άτομα) υποστηρίζει πως ο φορέας απασχόλησής τους δε χορηγεί εκπαιδευτικές άδειες για τη διευκόλυνση της δια βίου εκπαίδευσής τους ενώ το 46% (69 άτομα) δε φαίνεται να αντιμετωπίζει το αντίστοιχο πρόβλημα (Πίνακας 20, Σχήμα 20)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα προηγούμενα χρόνια πολλές πραγματοποιηθείσες μελέτες, οι οποίες επιχείρησαν να διερευνήσουν την επάρκεια γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ικανοποιητική αξιολόγηση και αντιμετώπιση των επώδυνων εμπειριών των πασχόντων από χρόνιο πόνο, διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση αυτής της ειδικής και γεμάτης βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες κατηγορίας ασθενών.^{47.48.49}

Δυστυχώς, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι τόσο οι νέοι απόφοιτοι, όσο και έμπειροι νοσηλευτές εμφανίζουν ελλείψεις γνώσεις και εσφαλμένες πεποιθήσεις για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου. Μία από τις σημαντικότερες ελλείψεις αναδεικνύεται η αδυναμία επαρκούς αξιολόγησης του πόνου αυτών των ασθενών.⁴⁸

Μετέχοντες σε πρόσφατη έρευνα αναγνώρισαν την έλλειψη εκπαίδευσης αλλά και την ανεπάρκεια γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ότι αφορά την αντιμετώπιση πόνου. Ωστόσο εκτίμησαν ότι η προσωπική εμπειρία του πόνου μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία αυτοκριτικής. Επιπλέον, σημείωσαν ότι μετά από την εμπειρία του πόνου έγιναν πιο ευαίσθητοι και απέκτησαν ουσιαστικότερη επίγνωση για τις ανάγκες των ασθενών που βιώνουν πόνο. Επίσης, πρότειναν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα επικεντρωθούν στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών και στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας.^{48.51}

Ευρήματα αρκετών μελετών υποδεικνύουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές συνεχίζουν να υπερεκτιμούν την επίπτωση της ψυχολογικής εξάρτησης από τη χορήγηση των οπιοειδών.^{47.48.52}

Η ελλιπής γνώση των επιστημόνων υγείας καταδεικνύεται ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ανεπαρκούς αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου σε πολλές χώρες, όπως Αυστραλία, Καναδάς, ΗΠΑ, Ιαπωνία, Ισπανία, Νότια Αφρική καθώς και Ελλάδα.^{50.53.54}

Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 150 νοσηλευτές βοηθούς νοσηλευτών, εργαζόμενους σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα καθώς και σε μονάδες εντατικής θεραπείας και αναισθησιολογικά τμήματα- ανάνηψη σε νοσοκομεία του νομού Αττικής και Αχαΐας παρατηρείται ότι:

Σε ποσοστό 69% οι ερωτηθέντες νοσηλευτές δε γνωρίζουν τον ορισμό του χρόνιου πόνου. Θεωρούν ως κύρια αιτία τις ογκολογικές ασθένειες και πλειοψηφεί η λανθασμένη άποψη σε ποσοστό 56% πως οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε να αντέχουν στον πόνο.

Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές σε ποσοστό 35% πιστεύουν πως ίδια ερεθίσματα προκαλούν ίδια ένταση πόνου στους ασθενείς και σε ποσοστό 69% δε χρησιμοποιούν κάποια κλίμακα αξιολόγησης του πόνου. Πλειοψηφικά σε ποσοστό 78% οι ερωτηθέντες νοσηλευτές θεωρούν πως η ψυχική ένταση, οι απότομες κινήσεις, οι εργασιακές συνθήκες, οι φαρμακευτικές παρενέργειες καθώς και ο τρόπος ζωής των ασθενών είναι παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση του χρόνιου πόνου, οι ίδιοι όμως σε ποσοστό 54% υποστηρίζουν πως η χορήγηση αναλγητικών πρέπει να γίνεται κατά την κορύφωση του πόνου.

Στα μέτρα καταστολής του πόνου οι ερωτηθέντες νοσηλευτές σε ποσοστό 57% θεωρούν πιο ενδεδειγμένη την ψυχική υποστήριξη-συζήτηση και ακολουθεί ποσοστιαία (26%) η φυσικοθεραπεία.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (84%) θεωρούν λανθασμένα πως η πιθανότητα εθισμού στα οπιούχα φάρμακα ανέρχεται σε ποσοστιαία κλίμακα από 6%-15% ενώ κανένας νοσηλευτής δεν επέλεξε τη σωστή πιθανότητα σε ποσοστιαία κλίμακα η οποία έγκειται στο 1%-5%.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (85%) θεωρεί πως η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα θα μπορούσε να μειώσει τα επίπεδα του πόνου του πάσχοντος από χρόνιο πόνο και σε ποσοστό 84,5% θεωρούν πως οι χρόνια αλγούντες έχουν την ανάγκη πιο εξατομικευμένης φροντίδας και παρακολούθησης.

Το 47% των ερωτηθέντων ενημερώνεται σχετικά με τα περιστατικά χρόνιου πόνου τα οποία αντιμετωπίζει από το ιατρικό προσωπικό ενώ μόλις το 26% από τη σχετική βιβλιογραφία και το διαδίκτυο. Το 23% του ερωτηθέντος νοσηλευτικού προσωπικού παρακολουθεί συνέδρια και ίσως αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο φορέας εργασίας τους δε χορηγεί εκπαιδευτικές άδειες για τη διευκόλυνση της δια βίου εκπαίδευσής τους σύμφωνα με απάντηση του 54% των ερωτηθέντων.

Μέσω της στατιστικής ανάλυσης των ερευνητικών ευρημάτων προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γνώσεων των δύο φύλων ($p < 0.05$, $R = 0.8$, $X^2 = 7.204$, $df = 2$) με τους άνδρες νοσηλευτές να αναδεικνύονται καλύτερα ενημερωμένοι σχετικά με τον ορισμό του χρόνιου πόνου.

Στατιστικά μη σημαντικές διαφορές προέκυψαν στη συσχέτιση του φύλου των νοσηλευτών σε σχέση με το εάν κάνουν χρήση κάποιας κλίμακας αξιολόγησης πόνου, ($\chi^2 = 0,065$, $df = 1$)

Σε συσχέτιση του τμήματος εργασίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών και της γνώσης τους σχετικά με τον ορισμό του χρόνιου πόνου παρατηρήθηκε μέτρια στατιστική διαφορά ($p < 0.05$, $R = 0.8$, $\chi^2 = 3,870$, $df = 3$) με τις γνώσεις των εργαζομένων σε παθολογικά τμήματα να εμφανίζονται καλύτερες.

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$, $R = 1$, $\chi^2 = 14,70$, $df = 1$) διαπιστώθηκε στη συσχέτιση του φορέα εργασίας και της δυνατότητας χορήγησης εκπαιδευτικής άδειας στους εργαζομένους, στην οποία καταδεικνύεται ότι οι ιδιωτικές κλινικές δε χορηγούν με την ίδια ευκολία εκπαιδευτικές άδειες, οι οποίες να διευκολύνουν τη δια βίου επιμόρφωση των εργαζομένων συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία.

Εν τέλει στη συσχέτιση του φορέα εργασίας και τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης πόνου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$, $R = 0.6$, $\chi^2 = 19.525$, $df = 1$) καταδεικνύοντας ότι οι εργαζόμενοι σε δημόσια νοσοκομεία κάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό χρήση κλιμάκων αξιολόγησης πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έλλειψη γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού καταδεικνύει την επιβεβλημένη ανάγκη βελτίωσης της εκπαίδευσης σε μεταπτυχιακό και συνεχιζόμενο επίπεδο. Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου απαιτούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκείς γνώσεις και εμπειριστατωμένη διαχείριση του ασθενούς.

Η επάρκεια των γνώσεων, όπως και η καλή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας μπορούν να οδηγήσουν στην αποτελεσματικότερη και εξατομικευμένη φροντίδα ασθενών.

Η ανεπάρκεια γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού πιο συγκεκριμένα μπορεί να αντιμετωπιστεί με παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όπως ημερίδες, συνέδρια, δημιουργία μεταπτυχιακών προγραμμάτων με θέμα τη διαχείριση ασθενών με χρόνια πόνο για την ευκολότερη πρόσβαση των ενδιαφερομένων, καθώς και με κίνητρα που θα ωθήσουν τους ίδιους τους νοσηλευτές να ενισχύσουν τις γνώσεις τους.

Πιο συγκεκριμένα προτείνεται:

- ∅ Η προσφορά εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα περιλαμβάνουν τις βασικές θέσεις της μεθοδολογίας αντιμετώπισης χρόνιου πόνου
- ∅ Η ενσωμάτωση της αντιμετώπισης του πόνου στην εκπαιδευτική ύλη των σχολών υγείας της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- ∅ Η ενθάρρυνση των αρμοδίων φορέων να υποστηρίζουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών φροντίδας υγείας καθώς και του κοινού στην αντιμετώπιση του πόνου.

- Ø Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την κατανόηση της φαρμακολογίας καθώς και των νεότερων μεθόδων αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.
- Ø Η ενίσχυση του ρόλου και των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού στις κλινικές αντιμετώπισης πόνου με σκοπό την παρότρυνσή τους για περαιτέρω γνώσεις και μάθηση.
- Ø Οι φορείς εργασίας των νοσηλευτών νομοθετικά να υποχρεούνται να χορηγούν εκπαιδευτικές άδειες, οι οποίες να διευκολύνουν τη δια βίου εκπαίδευση-επιμόρφωση των νοσηλευτών
- Ø Διοργάνωση σεμιναρίων όπου θα αναδεικνύεται η εφαρμογή των σύγχρονων μέσων και τεχνικών αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ασθενών με χρόνια πόνο
- Ø Δημιουργία ενός κοινού αλγορίθμου σχετικά με τη διάγνωση και αντιμετώπιση των χρόνια πασχόντων ασθενών με σκοπό τη διευκόλυνση παροχής κοινής και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας
- Ø Συνεχής ερευνητική προσπάθεια από τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας για τη συνεχή ενημέρωση και κατάδειξη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο θέμα της αντιμετώπισης και αξιολόγησης του χρόνιου πόνου
- Ø Προσπάθεια από όλους τους εργαζομένους στον τομέα υγείας για την ομαλή διεπιστημονική αντιμετώπιση των ασθενών χρόνιου πόνου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι ένα αίσθημα το οποίο αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ο χρόνιος πόνος αποτελώντας τη φθοροποιό μορφή του πόνου είναι δυνατό να ανατρέψει και να καταστείλει τις συνθήκες διαβίωσης του χρόνια πάσχοντος.

Σκοπός:

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού ενημερώσεως του νοσηλευτικού προσωπικού με σύγχρονες και επαρκείς γνώσεις σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών χρόνιου πόνου καθώς και η ανάδειξη της επιτακτικής ανάγκης εξειδίκευσής τους. Αποβλέποντας σε μια πιο ολοκληρωμένη, ολιστική και διεπιστημονική αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιο πόνο.

Υλικό-μέθοδος:

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών σε νοσοκομεία του νομού Αττικής και Αχαΐας. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες συναφείς έρευνες, έχει καθιερωθεί και διαθέτει ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική κατανομή και για τις στατιστικές συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό χ^2 -test και το t-test για να εξετάσει αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

Αποτελέσματα:

Τα κυριότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων υποδεικνύουν ότι οι ερωτηθέντες νοσηλευτές, οι οποίοι κατά 83% ήταν γυναίκες ηλικίας κυρίως από

20-30 ετών, απόφοιτοι Α.Τ.Ε.Ι σε ποσοστό 49% και προϋπηρεσίας έως 10 χρόνια σε ποσοστό 82% δε γνωρίζουν τον ορισμό του χρόνιου πόνου σε ποσοστό 69%. Θεωρούν πως οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν περισσότερο στον πόνο προτού καταφύγουν σε μέτρα αντιμετώπισής του σε ποσοστό 56%.

Το 69% των ερωτηθέντων δε χρησιμοποιεί κάποια κλίμακα αξιολόγησης του πόνου. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (54%) πιστεύει πως η χορήγηση των αναλγητικών πρέπει να γίνεται κατά την κορύφωση του πόνου. Αναδεικνύουν την ψυχική υποστήριξη (57%) και τη φυσικοθεραπεία (26%) ως πιο ενδεδειγμένα μέτρα καταστολής του πόνου. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν επέλεξε τη σωστή πιθανότητα, σε ποσοστιαία κλίμακα, εξάρτησης των ασθενών από τα οπιοειδή, η οποία έγκειται στο 1%-5%.

Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 84% καταδεικνύουν πως οι πάσχοντες από χρόνιο πόνο έχουν ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και σε ποσοστό 85% πως η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα θα ήταν δυνατό να μειώσει τα επίπεδα πόνου των ασθενών.

Συμπέρασμα:

Οι ελλειπείς γνώσεις των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου διαφαίνονται μέσω των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των νοσηλευτών καταδεικνύεται από τα ερευνητικά αποτελέσματα αλλά και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Συνεπώς η λήψη μέτρων για τη βελτίωση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού καθίσταται επιβεβλημένη. Όλοι οι φορείς πρέπει να συνεργήσουν ώστε να διευκολυνθεί και να παροτρυνθεί η συνεχιζόμενη-δια βίου εκπαίδευση των νοσηλευτών.

SUMMARY

Pain is a feeling that affects the human behavior. Chronic pain as the worst form of pain is possible to defect the circumstances of the patient's life.

Purpose of the research is to gather information about the nursing staff. If it is able to offer modern and full field knowledge and management against the chronic pain.

Material - Method The participant were asked to complete a questionnaire, which has already been used in another elderly research and it happens to be worthy of trust.

The most important results which were occurred by the comparison of the answers shows us that nursing staff, which of 83% were women from 20-30 years old, students of A.T.E.I 49% and 82% of staff which have 10 years of occupying, did not know the exact definition of the chronic pain. They happen to believe that patient should learn how to handle the pain before he receives medical care (56%). The 69% of the participants does not have a certificate way to measure pain .More than half (54%) support that analgesics should be used at the pic of the pain .they support conversation (57%) and physiotherapy (26%) as the most effective ways to cure the symptoms of pain. No one of the participants shows the right possibility in an analog scale of the addiction in opioids , which is about 1%-5%.

As a conclusion the 84% expressed that patients of chronic pain need more specified nursing care and 85% support that this specified care would be able to increase the status of pain.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Price B., illness careers: the chronic illness experience, journal of advanced nursing, 1996, 24, (2):257-259
2. Hitchcock L., Ferrell B., Mc Caffery M., the experience of chronic non-malignant pain, journal of pain and symptom management, 1994, 9, (5):312-318
3. Clarke E. et al, pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurse's characteristics and education, Journal of pain and symptom management, 1996, 11, (1):18-31
4. Eccleston C., Williams A., Rogers W., patient's and professional's understandings of the causes of chronic pain: blame responsibility and identity protection, social science and medicine, 45, (5): 699-709
5. Wells P., Frampton W., Bowsher D., pain management by physiotherapy, Butterworth-Heinemann, second edition, 1996 p: 39-62
6. Furk D., the role of psychological factors in chronic pain, Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 1999, (43):885-888
7. Ροβίθης Μ., η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου, Νοσηλευτική, 2002, (41):156-162
8. Brannon L., Feist I., health psychology, an introduction to behavior and health, fourth edition, books Cole, USA, 2000, p.10-27, 31-72
9. Merskey H., Bogduck N., classification of chronic pain, IASP press, Seattle, 1994
10. Rene G., pain mechanisms and management, Davis company, 1993, p. 19-83

11. Merskey H., classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of their terms, 1986, Pain (3):S1-S225
12. Bord M., Pain: its nature, analysis and treatments, second edition, churchill Livingstone, UK, 1984, p.32-109
13. Wall P.,Melzack R., textbook of pain, second edition, Churchill livingstone, London 1989, p.30-75
14. Tait R., Chibnall J., development of a brief version of the survey of pain attitudes, Pain, 1997, (70):229-235
15. Gureje O., Von Korff M., Simon G., persistent pain and wellbeing: a world health organization study in primary care, Journal of the American medical association, 1998, 280, (2):147-151
16. Σταθόπουλος Π., κοινωνική πρόνοια, επίτομος, έκδοση 1^η, Έλλην, Αθήνα, 2003, σ.24-25
17. Καραδήμος Ε., ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη, επίτομος, έκδοση 1^η, Τυποθήτω, Αθήνα, 2005, σ.102
18. Dluhy N., mapping knowledge in chronic illness, Journal of advanced nursing, 1995, 21, (6): 1051-1058
19. Mc Caffery M., Beebe A., pain: clinical manual for nursing practice, Mosby, St. Louis, 1989, 28-79
20. Mc Caffery, Puseno C., pain: clinical manual, second edition, Mosby, St. Louis, 1994, p.17-69
21. Warfield C., principles and practice of pain management, Mc Graw-Hill Inc,New York, 1993, p.147-213,228-325
22. Paice J., Cohen F., Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity, cancer nursing, 1997, 20:88-93

23. Georgoudis G., Watson P., Oldham J., the development and validation of a greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire, *Eur J Pain*, 2000, (4):275-281
24. Conant L., Lowney A., the role of hospice settings, *journal of law, medicine and ethics*, 1996, 24, (4):365-368
25. Γκάλα Μ., Ο ιατρός μπροστά στον αθεράπευτο πόνο και το θάνατο: αντιμετώπιση πόνου, φάρμακα, Θεσσαλονίκη 2004, [www.hospital at home.gr](http://www.hospitalathome.gr)
26. Keay T., Schonwetter R., hospice care in the nursing home, *American family physician*, 1998, 57,(3): 491-494
27. French S., attitudes of health professionals towards disable people, *physiotherapy*, 1994, 80, (10): 687-693
28. Wells P., Frampton W., Bowsher D., pain management by physiotherapy, *Butlerworth- Heinemann*, second edition, 1996, p: 39-62
29. Abrams S., the role of non-neurolytic blocks in the management of cancer pain, *cancer pain*, Kluwer, Boston, 1989, p.285-328
30. Bates M. , Rankin-Hill L. , Sanchez Ayentez M., the effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness, *social science and medicine*, 1997, 45, (9):1433-1447
31. Hunter S., determination of moral negligence in the context of the under medication of pain by nurses, *nursing ethics*, 2000, 7, (5):379-391
32. Χαραλαμπίκης Μ., Καϊτανίδη Μ., Η πίστη είναι παυσίπονο, 2008, [www.ygeia.ta nea.gr](http://www.ygeia.tanea.gr)

33. Price K., Cheek J., exploring the nursing role in pain management from a post-structuralism perspective, *Journal of advanced nursing*, 1996, 24, (5):899-904
34. Thorne S., Paterson B., two decades of incider research: what we know and do not know about chronic illness experience, *annual review of nursing research*, 2000, (18), 3-25
35. Γούδας Λ., Φίλος Κ., θεραπεία πόνου: από το εργαστήριο στην κλινική πράξη, θεωρητικές εξελίξεις τα τελευταία 150 χρόνια, *Ιατρική*, 1995, (68):376-386
36. Τάχιας Φ., Παπαδόπουλος Γ., η θεραπεία του πόνου διαμέσου των αιώνων, *Νοσηλευτική*, 2008, 47, (1):37-44
37. Wells J., Miles J., pain clinics and pain clinic treatment, *British medical Bulletin*, 1991, 47, (3):762-785
38. Halfens R., Evers G., Abu-Saad H., determinations of pain assessment by nurses, *international journal of nursing studies*, 1990, 27, (1):43-49
39. Richardson C. , Poole H. , chronic and coping a proposed role for nurses and nursing montels, *Journal of advanced nursing* ,2001, 34, (5):659-667
40. Corey G., θεωρία και πρακτική της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, μετάφραση Κοτρώτσιου Ε., επίτομος, έκδοση 1^η, Έλλην, Αθήνα, 2005, σ.408-410
41. Ebell M., Siwek J., Weiss B., et al, strength of recommendation taxonomy: a patient- centered approach to grading evidence in the medical literature, *J Fam Pract.*, 2004, (53):111-120
42. Κυριακίδου Ε., κοινοτική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 6^η, Ταβιθά, Αθήνα, 2005, σ.68-69,182-207
43. Καραμανίδου Χ., χρόνιες παθήσεις και ψυχική υγεία, www.klinikiagios_loykas/article_id=72, 2006

44. Niv D., Kreitler S., pain and quality of life, pain exercise I, 2001, (2), 150-161
45. Goleman D., Gurin J., mind, body, medicine: how to use your mind for better health, consumer report books, USA, 1993, p.10-14
46. Σαχίνη-Καρδάση Α., Μεθοδολογία έρευνας: εφαρμογές στο χώρο της υγείας, έκδοση 3^η, Βήτα, Αθήνα, 2007, σ.17-19
47. Brunier G., Larson M., Harrison D., what do nurses know and believe about patients with chronic pain, Journal of pain and symptom management, 1995, 10, (6):436-445
48. Hamilto, n J., Edgar L. , survey examining nurse's knowledge of pain control, journal of pain and syndrome management, 1992, 7, (1):18-26
49. Cameron M., completing life and dying triumphantly, journal of nursing law, 1999, 6, (1):27-32
50. Peter A., Douglas K., quality end-of-life care, Patient's perspectives, JAMA, 1999, 281, (2), 162-168
51. Πεδιαδιτάκη Ο., Τσίκουλας Ι., Κουτσαφτίκη Ν., διερεύνηση της επίδρασης των προσωπικών εμπειριών πόνου των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών, Νοσηλευτική, 2007, 46, (3):399-405
52. Ζώης Κ., Πατηράκη Ε., η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου, Νοσηλευτική, 2008, 47, (2):167-174
53. Bjorvell C., Wredling R., Thorell-Ekstrard I., Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention, Scandinavium journal of caring sciences, 2002, (16):34-42
54. Mc Caffery M. et al, nurse's personal opinions about patient's pain their effect in recorder assessments and titration of opioid doses, pain management, 2003, 1, (3):79-87

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) **ΦΥΛΟ:** Άρρεν Θήλυ
- 2) **ΗΛΙΚΙΑ:** 20-30 31-40 41-50 51-60 >60
- 3) **ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ:** **A)** Διδακτορικός τίτλος
B) Μεταπτυχιακός τίτλος
Γ) Απόφοιτος Α.Ε.Ι
Δ) Απόφοιτος Α.Τ.Ε.Ι
Ε) Απόφοιτος Δ.Ε
ΣΤ) Απόφοιτος Ι.Ε.Κ
- 4) **ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ:** 0-5 6-10 11-15 16-20 >20
- 5) **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ:**
- 6) **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:**
- 7) Ως χρόνιος πόνος ορίζεται:
A) Πόνος διάρκειας μεγαλύτερης των 12 εβδομάδων
B) Πόνος διάρκειας μεγαλύτερης των 6 μηνών
Γ) Πόνος μόνο από ανίατες ασθένειες
- 8) Νοσήματα, τα οποία προκαλούν χρόνια πόνο, σύμφωνα με την άποψή σας είναι:
 Ογκολογικές ασθένειες ασθένειες του νευρικού συστήματος μυοσκελετικές παθήσεις εγκαύματα
 Ενδοκρινολογικές διαταραχές τίποτα από τα παραπάνω
 Κάτι άλλο
- 9) Οι ασθενείς με πόνο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέχουν όσο το δυνατόν περισσότερο προτού καταφύγουν σε μέτρα ανακούφισής του.
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- 10) Τα ίδια ερεθίσματα προκαλούν την ίδια ένταση πόνου στους ασθενείς.
 ΝΑΙ ΟΧΙ

11) Ακολουθείτε κάποιες κλίμακες αξιολόγησης του πόνου?

ΝΑΙ ΟΧΙ

12) Εάν ναι ποια από τις παρακάτω?

VAS (visual analogue scale) NRS (numeric rating scale)
 CPAQ (chronic pain acceptance questionnaire) VRS (verbal rating scale)
 κάτι άλλο.....

13) Παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εκδήλωση του χρόνιου πόνου:

ψυχική ένταση-stress απότομες κινήσεις
 εργασιακές συνθήκες φαρμακευτικές παρενέργειες
 τρόπος ζωής τίποτα από τα παραπάνω όλα τα παραπάνω

14) Θεωρείτε ότι η χορήγηση αναλγητικών πρέπει να γίνεται:

με την έναρξη του πόνου στην κορύφωση του πόνου
 κάτι άλλο.....

15) Θεωρείτε ότι στα μέτρα καταστολής του πόνου περιλαμβάνεται κάποιο από τα παρακάτω:

Ψυχολογική υποστήριξη-συζήτηση φυσικοθεραπεία
 Βελονισμός χειρουργικές παρεμβάσεις
 τίποτα από τα παραπάνω κάτι άλλο.....

16) Πόσο πιθανός σε ποσοστιαία κλίμακα είναι ο εθισμός των ασθενών στα οπιούχα φάρμακα, εάν αυτά χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία του πόνου?

<1-5% 6-10% 11-15% 16-20% 21-30% >30%

17) Πιστεύετε πως η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα συνδυαζόμενη με την ψυχική υποστήριξη του ασθενούς, ο οποίος πάσχει από χρόνια πόνο, θα μειώνει τα επίπεδα πόνου του ασθενούς?

ΝΑΙ ΟΧΙ

18) Θεωρείτε πως οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια πόνο, έχουν την ανάγκη πιο εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησης?

ΝΑΙ ΟΧΙ

19) Ποια είναι τα μέσα ενημέρωσής σας σχετικά με τα περιστατικά χρόνιου πόνου, τα οποία αντιμετωπίζετε στον εργασιακό σας χώρο?

- σχετική βιβλιογραφία το ιατρικό προσωπικό
- παρακολούθηση συνεδρίων διαδίκτυο
- τίποτα από τα παραπάνω κάτι άλλο.....

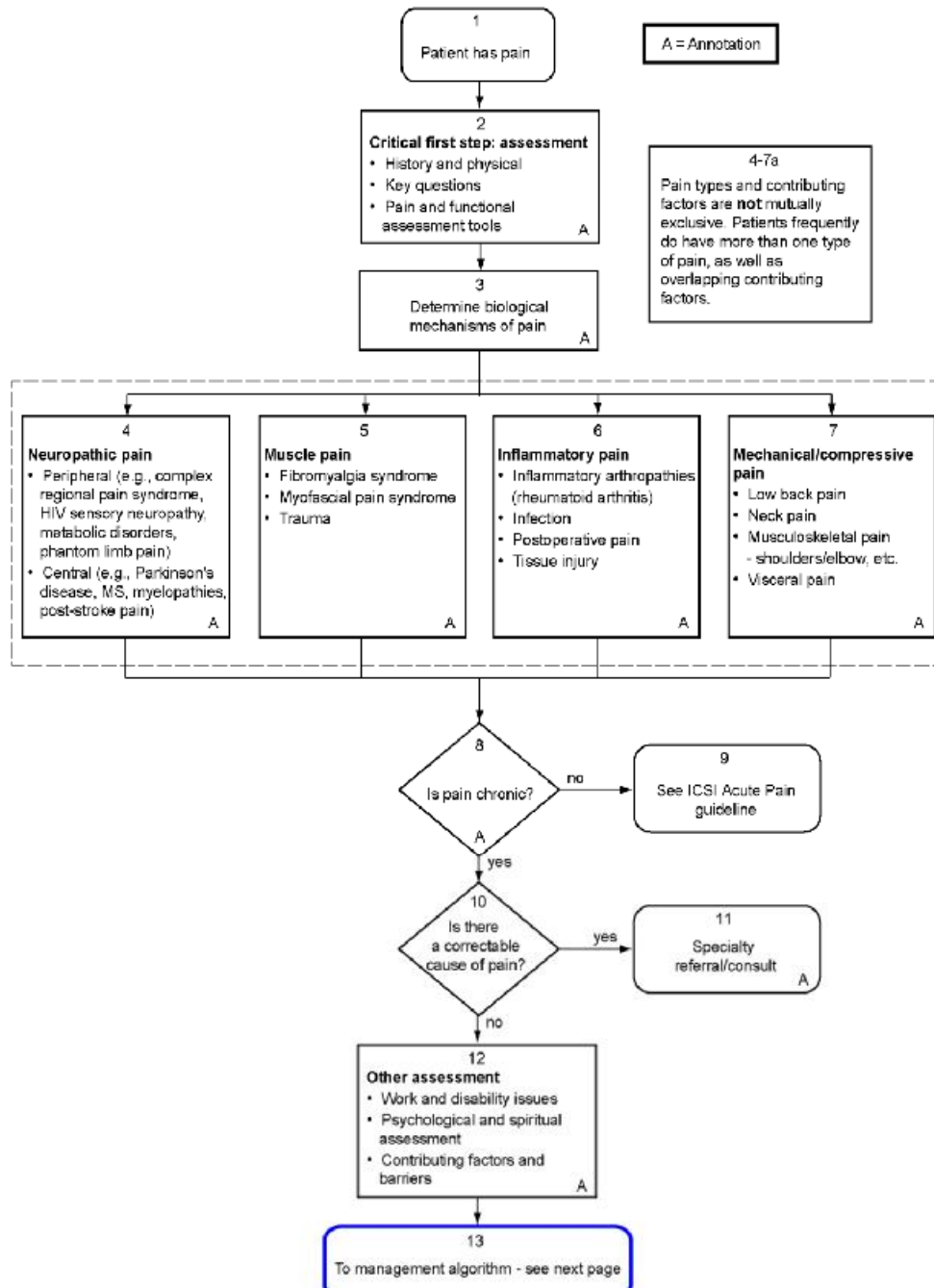
20) Χορηγούνται εκπαιδευτικές άδειες από το φορέα απασχόλησης σας, οι οποίες να διευκολύνουν τη δια βίου εκπαίδευση-επιμόρφωσή σας?

- ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Αλγόριθμος Αντιμετώπισης Χρόνιου Πόνου

Assessment and Management of Chronic Pain Assessment Algorithm



All copyrights are reserved by the Institute for Clinical Systems Improvement, Inc.