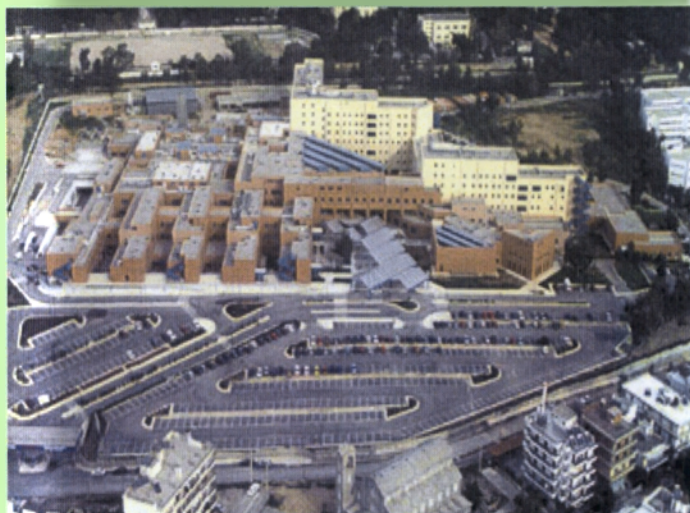


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ
ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΠΟΝΟΥ
(ΑΤΤΙΚΟ-ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ)**



ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΡΕΓΓΙΝΑ ΕΙΡΗΝΗ
ΔΕΜΙΡΤΖΟΓΛΟΥ ΙΟΡΔΑΝΗΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007



Στις οικογένειες μας.

*« Η μεγαλύτερη ευτυχία για τον
άνθρωπο
δεν βρίσκεται στην απόλαυση αλλά
στην ανακούφιση του πόνου»*

JOHN DRYDEN

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	5
Πρόλογος.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Εισαγωγή.....	9
1.1 Η νευρωνική βάση και η φύση του πόνου.....	9
1.2 Ψυχολογία.....	16
1.3 Αντιμετώπιση.....	18
1.4 Σύνοψη.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ

2.1 Ιστορική αναδρομή σε Ελλάδα και εξωτερικό.....	27
2.2 Ελληνικά δεδομένα.....	29
2.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας και λειτουργία των κέντρων πόνου.....	29
2.2.2 Ιατρεία πόνου στην Ελλάδα-Γεωγραφική κατανομή.....	34
2.3 Σύνοψη.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Εισαγωγή.....	36
3.1. Ορισμός ποιότητας ζωής.....	37
3.1.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής.....	38

3.2 Αξιολόγηση ποιότητας ζωής.....	40
3.3 Εκτίμηση του πόνου – Εργαλεία (μέσα) εκτίμησης.....	42
3.4 Σύνοψη.....	47

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Περιγραφή Νοσοκομείων.....	48
4.2 Υλικό και μέθοδος.....	50
4.3.Στατιστική προσέγγιση.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ80

ΣΥΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....83

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....87

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....90

Ευχαριστίες

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί μια μελέτη η οποία ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2007 για το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας. Κατά την διαδικασία ολοκλήρωσης της υπήρξαν πολλές δυσκολίες για τις οποίες βοήθησαν σημαντικά συγκεκριμένα άτομα που την στήριξαν και βοήθησαν για την συνέχιση της. Η βοήθεια ήταν κυρίως θεωρητική κατανόηση εννοιών για τον πόνο αλλά και πρακτική βοήθεια ως προς το ερευνητικό μέρος, στις μονάδες πόνου που επισκεφτήκαμε.

Υπάρχει λοιπόν, ένα σύνολο ατόμων τα οποία συντέλεσαν στην ολοκλήρωση της εργασίας και στα οποία οφείλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας.

Πρώτα απ' όλα θέλουμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια κυρία Κατερίνα Καστανιώτη για την συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθεια της κατά τον χρόνο που χρειάστηκε για να ολοκληρωθεί η εργασία

Σημαντική ήταν και η βοήθεια και η συμπαράσταση δύο ακόμη ατόμων της Αναπληρώτριας Διευθύντριας του ΕΣΥ, υπεύθυνης της μονάδας πόνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» κυρία Μαρία- Χρυσάνθη Κίτσου και της Αναπληρώτριας Διευθύντριας, αναισθησιολόγος και υπεύθυνη της μονάδας πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Σισμανόγλειο κυρίας Αγγελικής Μπαϊρακτάρη για τις πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου.

Τέλος ευχαριστίες θέλουμε να εκφράσουμε στους ασθενείς των μονάδων πόνου όπου βοήθησαν το ερευνητικό μας έργο με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων , η βοήθειά τους ήταν πολύ σημαντική για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των μονάδων για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα πόνου που τους ταλαιπωρούν.

Πρόλογος

Η εργασία αυτή έχει ως στόχο για να κατανοήσουμε όλοι βαθύτερα την φύση του πόνου και να καταγράψει σχετικά με τον τρόπο δράσης των μονάδων πόνου και να μελετήσει πώς αλλάζει η ζωή των ασθενών επισκεπτόμενοι τέτοιες μονάδες. Όλοι μας έχουμε βιώσει παροδικό πόνο κατά καιρούς, αλλά είναι μεγάλος ο αριθμός των ατόμων που βιώνουν τον πόνο με μικρή ή καθόλου ανακούφιση για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η ιατρική την τελευταία δεκαετία έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόοδο σε θέματα αντιμετώπισης του πόνου παρ' όλα αυτά πολλά είδη πόνου δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με κάποια ειδική θεραπεία. Κάποιες όμως, θεραπείες μπορούν να προσφέρουν μερική ή και πλήρη ανακούφιση σε κάποιες περιπτώσεις, όταν παρέχονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου.

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη εμπειρία με αισθητική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση γι' αυτό και κάθε άνθρωπος βιώνει αυτή την κατάσταση τελείως διαφορετικά.

Φιλοδοξούμε, λοιπόν, αυτή η εργασία να βοηθήσει όλους μας να κατανοήσουμε την έννοια του πόνου και να μας προβληματίσει ως προς την έλλειψη τρόπων αντιμετώπισης του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί μια ζωτικής σημασίας αίσθηση και η αντίληψη του μεγέθους του επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, σωματικούς και ψυχολογικούς . Ο χρόνιος πόνος συνιστά σημαντική αιτία έκπτωσης της ποιότητας ζωής και η αντιμετώπισή του είναι το κύριο μέλημα των λειτουργών της υγείας .ομάδα ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες στην αντιμετώπιση του πόνου αποτελούν οι καρκινοπαθείς . Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε να καταγραφεί η εμπειρία του πόνου και οι σωματικές και συναισθηματικές στους συνιστώσες σε ομάδα 34 ασθενών με χρόνιες παθήσεις, ανάμεσά τους 7 καρκινοπαθείς. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο McGill. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η βίωση της έντασης του πόνου ποικίλει ευρέως από ασθενή σε ασθενή, ενώ οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν πιο έντονη τη συναισθηματική συνιστώσα του πόνου με στατιστικά σημαντική διαφορά. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν την ψυχολογική συνιστώσα του χρόνιου πόνου και ενθαρρύνουν τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες.

ABSTRACT

Pain is a vital and protective sensation. The perception of pain intensity is depended upon many factors, both somatic and psychological. Pain affects the quality of life. Its alleviation is the main purpose of health workers. The present study deals with the experience of pain among 34 patients with chronic disorders, 7 of them suffering from cancer. A short form of McGill questionnaire was used to assess the dimensions and the intensity of pain. According to the results the pain intensity differs widely among the patients, while patients suffering from cancer intensified the affective dimension of pain with a statistically significant difference. These findings underline the psychological dimension of pain and encourage the psychotherapeutic interventions in patients with chronic painful diseases.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Εισαγωγή

Η λέξη «πόνος» προέρχεται από τη λατινική λέξη «roena» που σημαίνει τιμωρία. Ο πόνος και η θεραπεία του έχουν απασχολήσει την κοινωνία από την αρχαιότητα . Οι πρόσφατες επιστημονικές και κλινικές εξελίξεις προκάλεσαν επανάσταση στο πεδίο της αντιμετώπισης του πόνου, γιατί έγινε πλέον αντιληπτό ότι ο πόνος που δεν καταστέλλεται έχει επιπτώσεις πολύ μεγαλύτερες από την προσωρινή ταλαιπωρία. Οι επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν επιβράδυνση της θεραπείας, αλλαγή του ανοσολογικού συστήματος, τροποποιημένη απάντηση στο stress, συμπτώματα από το φυτικό νευρικό σύστημα και την πιθανότητα δημιουργίας μόνιμων αλλοιώσεων στο περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα που καταλήγουν σε σύνδρομα χρόνιου πόνου. Χρόνιος πόνος είναι ο πόνος ο οποίος εξακολουθεί να υπάρχει μετά την αποδρομή μιας νόσου. Υπολογίζεται ότι το 30% περίπου του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών υποφέρει από χρόνια πόνο (οσφυαλγία, μεθερπητική νευραλγία, νευραλγία τριδύμου, οστεοαρθρίτιδες κλπ), Στην ομάδα αυτή ανήκει και ο πόνος του ασθενούς με κακοήθεια (καρκινικός πόνος), ο οποίος χρήζει ειδικής αντιμετώπισης η οποία είναι δυστυχώς πλημμελής σε ένα μεγάλο ποσοστό περί το 85%. Πέρα από την ανθρώπινη διάσταση που προκαλεί ο χρόνιος πόνος, είναι επίσης ανυπολόγιστο το κοινωνικοοικονομικό κόστος . Οι επιδράσεις αυτές, με τη σειρά τους, δεν είναι μόνο επιζήμιες για τα άτομα, αλλά ακόμη και για τις οικογένειες τους και το κοινωνικό σύνολο. Έχει εκτιμηθεί ότι τα άτομα που υποφέρουν από σύνδρομα χρόνιου πόνου στοιχίζουν στις ΗΠΑ αρκετό δισεκατομμύρια δολάρια, λόγω απουσιών από την εργασία τους, εργατικών αποζημιώσεων και μηνύσεων.

Η αντιμετώπιση του πόνου και η ανακούφιση της ταλαιπωρίας αποτελούν την κύρια υποχρέωση των επαγγελματιών φροντίδας υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής ατόμων που απευθύνονται σε κέντρα πόνου στο Αττικό και το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο.

1.1. Η νευρωνική βάση και η φύση του πόνου

Ο πόνος αποτελεί έναν προστατευτικό μηχανισμό του σώματος . Εμφανίζεται όταν προκαλείται βλάβη στους ιστούς και εξαναγκάζει το άτομο να απομακρύνεται από το βλαπτικό ερέθισμα. Ακόμα και απλές δραστηριότητες, όπως το κάθισμα στα ισχία, μπορεί, αν παραταθεί να προκαλέσει ισχαιμία στους ιστούς, το άτομο πονάει και σχεδόν ασυνείδητα αλλάζει θέση. αν ωστόσο το άτομο έχει χάσει την αίσθηση του πόνου, όπως μετά από βλάβη στο νωτιαίο μυελό, γρήγορα θα εμφανιστούν έλκη στην

περιοχή που ισχαιμεί¹. Οι ιστορικοί σταθμοί στην έρευνα της φυσιολογίας του πόνου και στη θεραπεία του φαίνονται στον πίνακα 1. Ακολουθεί μια σύντομη αναφορά στη νευρωνική βάση και στις νευρικές οδούς του πόνου και επιχειρείται η συσχέτιση των βιολογικών δεδομένων με τις φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του πόνου.

Πίνακας 1: Ορισμένοι κύριοι σταθμοί της αντιμετώπισης του πόνου και των επιστημονικών εξελίξεων στο πεδίο του πόνου. PAG - φαιά ουσία περί τον υδραγωγό, PET -τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων.

Χρόνος	εξέλιξη
2250 π.Χ	Πρώτη αναφορά χρήσης οπιοειδών
200 μ.Χ	Περιγραφή του νευρικού συστήματος από το Γαληνό
1846	Morton-αιθέρας για γενική αναισθησία
1878	Gowers- ασθενής με απουσία πόνου μετά από κάκωση του νωτιαίου μυελού
1885	Corning –ενδορραχιαία αναισθησία
1965	Melzack & Wall-Θεωρία ελέγχου της πύλης
1988	Bennet-μοντέλο για το νευροπαθητικό πόνο Burstein & Giesler-νωτιαιοϋποθαλαμικό δερμάτιο
1989	Woolf-κεντρική πλαστικότητα στο οπίσθιο κέρας Duncan –απεικόνιση με PET της ενεργοποίησης του ΚΝΣ από τον πόνο
1993	Κλωνοποίηση των υποδοχέων των οπιοειδών

Όλα τα είδη πόνου μπορούν να ταξινομηθούν , με διαφορετικούς τρόπους , ανάλογα με¹ :

- το χρόνο: οξύς-χρόνιος
- την αιτιολογία :αλγοδεκτικός -νευροπαθητικός
- την εντόπιση: σωματικός -σπλαχνικός

Ωστόσο, από της σκοπιά της νευροφυσιολογίας, ο πόνος διακρίνεται σε δύο διαφορετικούς κύριους τύπους: το βραδύ πόνο και τον ταχύ πόνο. Ο ταχύς πόνος εμφανίζεται σε κλάσμα δευτερολέπτου μετά την εφαρμογή του ερεθίσματος. Πρόκειται για οξύ πόνο, που μετά από ένα περίπου δευτερόλεπτο, ακολουθείται από τον βραδύ πόνο, καυστικό πόνο. Τα νευρικά σήματα για τον ταχύ πόνο μεταφέρονται με τις λεπτές τύπου Αδίνες, ενώ τα σήματα για το βραδύ πόνο μεταφέρονται με τις βραδείες, τύπου C ίνες. Οι νευρικές ίνες που μεταφέρουν πληροφορίες από τους δερματικούς υποδοχείς και από άλλους σωματοαισθητικούς υποδοχείς συγκεντρώνονται όλες μαζί σε νεύρα και εισέρχονται στον νωτιαίο μυελό μέσω των *ραχιαίων ριζών*. Η περιοχή του σώματος που νευρώνεται από τις αριστερές και τις δεξιές ραχιαίες ρίζες ενός συγκεκριμένου τμήματος του νωτιαίου μυελού λέγεται **δερμοτόμιο**. Και οι δύο ίνες καταλήγουν στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, σε γειτονικές θέσεις, ακολουθούν ωστόσο διαφορετική ανιούσα πορεία μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Οι ίνες για τον ταχύ πόνο καταλήγουν στο κοιλιοβασικό σύμπλεγμα του θαλάμου και στη συνέχεια πορεύονται προς την αισθητική χώρα του εγκεφαλικού φλοιού (νωτιαιοθαλαμική οδός). Οι ίνες για το βραδύ πόνο ακολουθούν τη λεγόμενη παλαιονωτιαιοθαλαμική οδό για να καταλήξουν στους ενδοπεταλιακούς πυρήνες του θαλάμου και στο εγκεφαλικό στέλεχος, στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφάλου και στην περιυδραγωγό φαιά ουσία. Υπάρχει συνεπώς μια πολυσυναπτική, διάχυτη συνδεσμολογία, η οποία ολοκληρώνεται κυρίως σε κατώτερα εγκεφαλικά κέντρα. Οι ανατομικές αυτές διαφορές εξηγούν εν μέρει και τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των δύο ειδών πόνου. Γενικά, ενώ ο ταχύς πόνος μπορεί εντοπίζεται με ακρίβεια μερικών εκατοστών, ο βραδύς πόνος είναι διάχυτος, αφορά σε ένα μεγάλο μέρος του σώματος, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο φλοιός μένει αμέτοχος στην όλη διαδικασία, καθώς πιστεύεται ότι ο φλοιός του εγκεφάλου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία της ποιότητας του πόνου, τόσο για τον ταχύ –οξύ πόνο, όσο και για τον βραδύ, χρόνιο πόνο. Οι ίνες C είναι υπεύθυνες για τη μετάδοση του διάχυτου σπλαχνικού πόνου. Ο πόνος αυτός προέρχεται από τον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων των σπλάγχων και τείνει να είναι διάχυτος, σε αντίθεση με το σωματικό πόνο που είναι περισσότερο εντοπισμένος και στην αγωγή του οποίου συμμετέχουν τόσο C, όσο και Αδ ίνες. ο σπλαχνικός πόνος μεταδίδεται με νευρικές ίνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ), ενώ ο σωματικός πόνος με τα νωτιαία νεύρα. στην κατηγορία του σωματικού πόνου, που μπορεί να εντοπίζεται με ακρίβεια και είναι οξύς ανήκει και ο πόνος από τη φλεγμονή των περιτόνων πέταλων των ορογόνων υμένων, όπως π.χ του περιτοναίου

και του υπεζωκότα , του περικαρδίου. καθώς το περίτονο πέταλο ανήκει ανατομικά και οντογενετικά στα τοιχωματικά στοιχεία .συνεπώς ο πόνος των παθήσεων αυτών καταλήγει με την εξέλιξη της φλεγμονής να εντοπίζεται με ακρίβεια πάνω στο σωματικό τοίχωμα..

Όλοι οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις και βρίσκονται πολυάριθμες στις επιφανειακές στοιβάδες του δέρματος και σε ορισμένους εσωτερικούς ιστούς ,όπως είναι το περίοστεο, τα τοιχώματα των αρτηριών και οι αρθρικές επιφάνειες . οι περισσότεροι από τους άλλους εν τω βάθει ιστούς έχουν αραιή νεύρωση. Οι υποδοχείς πόνου διεγείρονται από τρεις διαφορετικούς τύπους ερεθισμάτων, από μηχανικά , θερμικά και χημικά ερεθίσματα. Οι περισσότερες νευρικές ίνες ενεργοποιούνται από πολλαπλά ερεθίσματα , αν και κάποιοι υποδοχείς αντιδρούν εντονότερα σε ένα είδος ερεθίσματος.

Ορισμένες ουσίες όπως η βραδυκινίνη, η ισταμίνη (ουσίες που εντοπίζονται σε φλεγμαίνοντες ιστούς), τα ιόντα καλίου , τα οξέα, η ακετυλοχολίνη ,πρωτεολυτικά ένζυμα και προσταγλανδίνες διεγείρουν ή ευαισθητοποιούν τις νευρικές απολήξεις με αποτέλεσμα την έκλυση του πόνου. Στις απολήξεις βραδέος πόνου η ουσία P είναι η πιθανή νευροδιαβιβαστική ουσία ,πρόκειται για πεπτίδιο με βραδύ ρυθμό άθροισης και αποδόμησης, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγήσει τη μεγάλη διάρκεια του βραδέος πόνου. Σημειώνεται ότι ο μυϊκός σπασμός οδηγεί σε διέγερση μηχανοϋποδοχέων πόνου, ενώ η ισχαιμία μέσω μεταβολιτών, όπως το γαλακτικό οξύ , η βραδυκινίνη, πρωτεολυτικά ένζυμα , κ.α σε διέγερση χημειϋποδοχέων πόνου, όπως και απευθείας χημικά ερεθίσματα , π.χ στην περίπτωση διάτρησης κοίλου σπλάχνου.

Με τον ταχύ πόνο, το άτομο έχει πολύ ταχεία πληροφόρηση για την επίδραση βλαπτικού παράγοντα, γι αυτό αυτός ο τύπος πόνου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την άμεση αντίδραση του ατόμου στα αλγογόνα ερεθίσματα και την απομάκρυνσή του από αυτά. Από την άλλη μεριά το βραδύ αίσθημα του πόνου /καύσου, έχει την τάση να γίνεται με την πάροδο του χρόνου , ολοένα και περισσότερο οδυνηρό. Ο ταχύς πόνος από πολλούς περιγράφεται επίσης ως νυγμώδης , τέμνων πόνος , «σαν κόψιμο», σαν «μαχαιριά», σαν «να με τρυπάνε βελόνες». Πράγματι , ο πόνος αυτός γίνεται αισθητός με την εισαγωγή στο δέρμα μιας βελόνας , είτε κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, καθώς και κατά την επίδραση ηλεκτρικής εκκένωσης στο δέρμα. Ο ταχύς πόνος δε γίνεται αισθητός από τους περισσότερους εν των βάθει ιστούς του σώματος. Ο βραδύς πόνος αναφέρεται ως βύθιος πόνος , ο ασθενής λέει « με καίει», «με χτυπάει», χαρακτηρίζεται ως σφύζων πόνος και σχετίζεται συνήθως με

καταστροφή ιστών. Είναι ο χρόνιος πόνος. Καθίσταται βασανιστικός και μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια ανυπόφορη, απελπιστική αγωνία. Μπορεί να προέρχεται τόσο από το δέρμα, όσο και από οποιοδήποτε ιστό και όργανο. Τελικά αυτό το αίσθημα καθίσταται αβάστακτος, συνεχής πόνος.

Στην κλινική πράξη ιδιαίτερα χρήσιμος είναι ο διαχωρισμός σε σωματικό, σπλαχνικό και νευροπαθητικό πόνο, λόγω της διαφορετικής υποκείμενης παθολογίας, αλλά συχνά και της διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Ο **σωματικός πόνος** που είναι αποτέλεσμα ιστικής κάκωσης και έχει συνεχή και σταθερό χαρακτήρα ή μοιάζει με δάγκωμα καλά εντοπισμένος και αρχίζει με την ενεργοποίηση του πόνου στο δέρμα και στους εν τω βάθει ιστούς. Συνήθως αντιμετωπίζεται με κοινά αναλγητικά και φλεγμονώδη φάρμακα). Παραδείγματα είναι μεταστάσεις στα οστά, κατάγματα και μετεγχειρητικός πόνος.

Ο **σπλαγγικός πόνος** έχει επίσης σχέση με κάκωση ιστών, ειδικά διήθηση, συμπίεση, διάταση ή διαστολή των θωρακικών ή κοιλιακών σπλάγγων. Η χειρουργική εκτομή του σπλάγγου δεν καταλήγει συνήθως σε επίμονο πόνο. Ο σπλαγγικός πόνος είναι συνεχής και σταθερός, δεν εντοπίζεται καλά και συχνά προβάλλεται σε απομακρυσμένα σημεία του δέρματος. απαντά σε κοινά αναλγητικά και σπασμολυτικά.

Ο **νευροπαθητικός πόνος** οφείλεται σε κάκωση του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος ή και των δύο, από όγκο, εγχείρηση, ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία. Ο σοβαρός ή ο αμβλύς πόνος συνδέεται συχνά με αίσθηση τέμνοντος άλγους ή διόδου ηλεκτρικού ρεύματος σε ένα υπόβαθρο καυστικού και σταθερού πόνου. Ο πόνος είναι αισθητός σε μια περιοχή αισθητικού ελλείμματος και ήπια ερεθίσματα γίνονται αντιληπτά ως επώδυνα (αλλοδυνία). Πιθανός μηχανισμός του νευροπαθητικού πόνου είναι η αυτόματη υπερδραστηριότητα των κεντρομόλων νευρώνων μεταβίβασης του πόνου που έχουν υποστεί κάκωση, η δημιουργία έκτοπων ώσεων στις κατεστραμμένες κύριες αλγοδεκτικές κεντρομόλες ίνες και η πλαστικότητα του ΚΝΣ με την ενεργοποίηση των έκτοπων προσαγωγών ερεθισμάτων στους κατεστραμμένους κεντρικούς νευρώνες μεταβίβασης του πόνου, από τα νωτιαία κέντρα στον εγκεφαλικό φλοιό. Χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση, συχνά χρησιμοποιούνται και αντικαταθλιπτικά φάρμακα².

Παθολογικός πόνος

Είναι η αίσθηση που προκαλείται είτε από μια φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει ιστικό τραύμα, είτε από βλάβη του νευρικού συστήματος. Γι αυτό διακρίνεται σε

φλεγμονώδη και νευρολογικό. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, έχουν ενδιαφέροντα κοινά χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν από το φυσιολογικό πόνο:

1. Ο πόνος μπορεί να συμβεί κατά την απουσία εμφανούς ερεθίσματος.
2. Η απάντηση σε ερέθισμα μεγαλύτερου ουδού μπορεί να είναι υπερβολική ως προς το μέγεθος ή τη διάρκεια του ερεθίσματος.
3. Ο ουδός για την πρόκληση του πόνου ελαττώνεται σε επίπεδα, που φυσιολογικά ένα αβλαβές ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει πόνο.
4. Η αίσθηση του πόνου μπορεί να επεκταθεί από το σημείο του τραύματος σε μη τραυματισμένη περιοχή.
5. Μπορεί να δημιουργηθούν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και του σωματοαισθητικού συστήματος.

Κατά τον παθολογικό πόνο διακόπτεται η εκλεκτικότητα ή εξειδίκευση του σωματοαισθητικού συστήματος και παρατηρείται δυσαρμονία μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης. Το ερέθισμα δεν προκαλεί αντίστοιχη απάντηση. Δεν υπάρχει "adequate stimulus = κατάλληλο ερέθισμα". Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από ασήμαντο ερέθισμα, να είναι έντονος και εξαιρετικά παρατεταμένος

Όσον αφορά στον υποκειμενισμό στην αντίληψη του πόνου, έχει υποστηριχθεί ότι πόνος είναι η υποκειμενική ενσυνείδητη έκφραση ενός ερεθίσματος που προκαλεί αντανακλαστικά άμυνας ή φυγής και είναι ζωτικής σημασίας αμυντικός μηχανισμός

Ο χρόνιος ειδικά πόνος αποτελεί ένα προϊόν αλληλεπίδρασης φυσικών, ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών αλλαγών, με δυσμενή και δυσλειτουργική προσαρμογή του ΚΝΣ. Αρνητικά συμπτώματα όπως φόβος, θυμός και αγανάκτηση αυξάνουν τα επίπεδα των ουσιών μέσα στο σώμα που είναι γνωστό ότι αυξάνουν με τη σειρά τους την ευαισθησία των δομών του νευρικού συστήματος οι οποίες είναι σημαντικές για τη δημιουργία του χρόνιου πόνου και την ανάπτυξη του συνδρόμου του χρόνιου πόνου. ο πόνος είναι στενά συνδεδεμένος με το συναίσθημα του άγχους, μια και οι δύο αυτές καταστάσεις έχουν ένα κοινό προειδοποιητικό χαρακτήρα. Ο μεν πόνος προειδοποιεί ότι κάτι δεν πάει καλά και θα πρέπει να διορθωθεί, το δε άγχος ότι κάτι θα πρέπει να αποφευχθεί. Έτσι, σε ψυχολογικό επίπεδο, ένα ιδιαίτερα έντονο συναίσθημα άγχους π.χ. λόγω επιθετικότητας ή φόβου απώλειας ενός αγαπημένου αντικειμένου, κάτι που θα μπορούσε να προκαλέσει αυτό που θα λέγαμε "ψυχικό πόνο" θα ήταν δυνατόν να σωματοποιηθεί μέσω του νευροφυτικού συστήματος και να

μετατραπεί σε έντονο σωματικό πόνο (ψυχογενείς πόνοι). Ο χρόνιος πόνος με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει τις βασικές λειτουργίες στην καθημερινότητα του ασθενούς, με αποτέλεσμα την επίταση του άγχους και τη δημιουργία φαύλου κύκλου. Ο χρόνιος πόνος είναι γνωστό ότι έχει αρνητικό αποτέλεσμα στον έλεγχο της κίνησης. Η τρέχουσα θεωρία του ελέγχου της κίνησης έχει την άποψη ότι οι διαδικασίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος είναι υπεύθυνες για τον αλλοιωμένο έλεγχο στο χρόνιο πόνο. Σε πολλούς ασθενείς εμφανίζονται τρόποι ελέγχου της κίνησης που χαρακτηρίζονται από τον μακροχρόνιο πόνο. Σε πολλές περιπτώσεις είναι πιθανό ότι οι ανώμαλοι τρόποι κίνησης μπορούν στην πραγματικότητα να αποδοθούν στην συνεχώς αυξανόμενη αίσθηση του πόνου. Αυτό σημαίνει πως, αν και οι τρόποι κίνησης είναι αλλοιωμένοι εξαιτίας της αίσθησης του πόνου, οφείλονται επίσης και στις προσαρμογές του νευρικού συστήματος που πιθανώς συντρέχουν. Παραδείγματα επιβάρυνσης της λειτουργικότητας εξαιτίας του πόνου συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία εργασίας ή εκπλήρωσης των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων, αλλά και η συχνή χρήση υπηρεσιών υγείας. Το άλγος καθίσταται το κύριο θέμα της ζωής του ατόμου, κατάχρηση φαρμάκων, προβλήματα στις ερωτικές σχέσεις και διαταραχή του τρόπου ζωής. Ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη έναρξη, την ένταση, την επιδείνωση ή τη διατήρηση του πόνου, παρότι για τον πόνο μπορεί να ευθύνεται εν μέρει μία σωματική πάθηση. Τα άτομα με επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξέος πόνου ή χρόνιο πόνο μερικές φορές είναι πεπεισμένα ότι κάπου υπάρχει ένας ειδικός που έχει την «γιατρεία» για τον πόνο και μπορεί να ξοδέψουν πολύ χρόνο και χρήμα στην αναζήτηση αυτή. Μπορεί να οδηγηθούν σε περιορισμό των δραστηριοτήτων και κοινωνική απομόνωση, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν επιπρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα και μείωση της φυσικής αντοχής.

Ο βαθμός αντίδρασης του κάθε ατόμου στον πόνο ποικίλει σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στην ικανότητα του ίδιου του εγκεφάλου να ελέγχει το βαθμό της εισόδου των σημάτων του πόνου προς το νευρικό σύστημα με την ενεργοποίηση ενός συστήματος ελέγχου του πόνου που καλείται σύστημα αναλγησίας.

Το ενδογενές σύστημα αναλγησίας και κλινικά χαρακτηριστικά

Ο εγκέφαλος διαθέτει ένα «ενδογενές» σύστημα αναλγησίας που αποτελείται από τρία τμήματα : την περιυδραγωγό φαιά ουσία, τον πυρήνα της ραφής, μεταξύ γέφυρας και προμήκους και ένα σύμπλεγμα αναστολής του πόνου στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού., που όλα μαζί συνιστούν το σύστημα αναλγησίας του εγκεφάλου.

Διεγείροντας αυτά τα κέντρα ή και ανώτερά τους όπως τον υποθάλαμο, ο οποίος συνδέεται με αυτά επιτυγχάνεται ισχυρή αναλγησία.

Μετά τη διαπίστωση της δράσης της μορφίνης στο σύστημα αναλγησίας του εγκεφάλου και πάνω στους υποδοχείς μορφίνης, ακολούθησε έρευνα που εντόπισε ενδογενείς ουσίες, που δρουν στους ίδιους υποδοχείς, τα φυσικά οπιοειδή, ή ενδορφίνες. Αν και όλες οι λεπτομέρειες δεν είναι κατανοητές, η ενεργοποίηση του συστήματος αναλγησίας είτε με ώσεις που άγονται από το φλοιό, είτε με φάρμακα οδηγεί σε αναστολή των σημάτων του πόνου στο ΚΝΣ.

Έχει επίσης βρεθεί ότι η διέγερση μεγάλων αισθητικών νευρικών ινών που άγουν νευρικές ώσεις από τους απτικούς υποδοχείς της περιφέρειας προκαλεί καταστολή των σημάτων πόνου από το ίδιο ή και από απομακρυσμένα σημεία του σώματος, μέσω κάποιου είδους παράπλευρης αναστολής. έτσι ερμηνεύεται πως απλοί χειρισμοί, όπως η εντριβή του δέρματος γύρω από αλγογόνες περιοχές, ή η τοποθέτηση βελονών κατά το βελονισμό, μαζί με την ψυχογενή διέγερση του συστήματος αναλγησίας μπορεί να ανακουφίσουν από τον πόνο.

1.2. Ψυχολογία

Η κατανόηση της βιοψυχολογικής βάσης του πόνου μας επιτρέπει να κατανοήσουμε και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με χρόνια επώδυνα σύνδρομα. Είναι αλήθεια ότι ο πόνος ως αίσθηση παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες.

Τα παράδοξα του πόνου

Η αντίληψη του πόνου διαφέρει από την αντίληψη των άλλων αισθήσεων και είναι κατά κάποιον τρόπο παράδοξη σε τέσσερα βασικά σημεία³:

α) Η απουσία εξοικείωσης των υποδοχέων του πόνου. Αντίθετα με τους περισσότερους άλλους αισθητικούς υποδοχείς του σώματος, οι υποδοχείς του πόνου ελάχιστη μόνο εξοικείωση παρουσιάζουν, σε ορισμένες δε περιπτώσεις δεν εμφανίζουν καθόλου εξοικείωση. Πράγματι, σε ορισμένες καταστάσεις η διέγερση των νευρικών απολήξεων του πόνου γίνεται προοδευτικά εντονότερη, εφόσον το αλγογόνο ερέθισμα συνεχίζεται. Αυτή η αύξηση της ευαισθησίας των υποδοχέων πόνου λέγεται υπεραλγησία.

β) Προσαρμοστικότητα του πόνου. Ένα παράδοξο του πόνου είναι το ότι, ενώ αποτελεί μία εμπειρία που από όλες τις πλευρές της μοιάζει να είναι άσχημη, στην πραγματικότητα είναι πού σημαντική για την επιβίωσή μας. Δεν υπάρχει ειδικό ερέθισμα για τον πόνο. Είναι αποτέλεσμα ενός υπερβολικού (ενδεχομένως επιζήμιου)

ερεθίσματος οποιουδήποτε είδους. Η αξία του πόνου φαίνεται καλύτερα, με τη βοήθεια της περίπτωσης ενός ατόμου που δεν τον βιώνει.

γ) **Έλλειψη σαφούς φλοιϊκής απεικόνισης του πόνου.** Το δεύτερο παράδοξο σχετικά με τον πόνο είναι το γεγονός ότι δεν έχει σαφή φλοιϊκή απεικόνιση Ένα οδυνηρό ερέθισμα συχνά ενεργοποιεί κάποιες περιοχές του φλοιού, οι περιοχές όμως αυτές διαφοροποιούνται από μελέτη σε μελέτη

Τα οδυνηρά ερεθίσματα συνήθως προκαλούν τις αντιδράσεις των σωματισθητικών περιοχών του φλοιού, των SI και SII. Παρόλα αυτά, η αφαίρεση των SI και SII στους ανθρώπους δεν συνδέεται με καμία αλλαγή στα όρια του πόνου. Πράγματι, ασθενείς που έχουν υποστεί **ημισφαιροκτομή** (δηλ, το ένα εγκεφαλικό τους ημισφαίριο έχει αφαιρεθεί) εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται τον πόνο και από τις δύο πλευρές του σώματός τους.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πρόσθιος προσαγωγός φλοιός σχετίζεται περισσότερο με τη συναισθηματική αντίδραση στον πόνο, παρά με την αντίληψη του ίδιου του πόνου. Για παράδειγμα, η *προμετωπιαία λοβοτομή*, η οποία καταστρέφει τον πρόσθιο προσαγωγό φλοιό και όλες τις διασυνδέσεις του, ουσιαστικά μειώνει τη συναισθηματική αντίδραση στον πόνο, χωρίς όμως να μεταβάλλει τα όρια του πόνου.

δ) **Έλεγχος της μείωσης του πόνου.** Το τρίτο παράδοξο αναφορικά με τον πόνο είναι ότι, αυτή η εμπειρία, η πιο συναρπαστική των αισθητηριακών εμπειριών, μπορεί να κατασταλεί αποτελεσματικά από γνωσιακούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, άντρες που συμμετέχουν σε συγκεκριμένες θρησκευτικές τελετές, ταλαντεύονται από σχοινιά που είναι προσδεμένα σε τεράστιους γάντζους στις πλάτες τους, χωρίς να φανερώνουν ιδιαίτερο πόνο. Σοβαρά τραύματα από μάχες, προκάλεσαν σε στρατιώτες ελάχιστο πόνο, ενώ άνθρωποι που έχουν τραυματιστεί σε καταστάσεις που απειλούνταν η ζωή τους, συχνά δε νιώθουν καθόλου πόνο μέχρι η απειλή να εξαφανιστεί.

Οι Melzack και Wall πρότειναν τη **θεωρία πύλης ελέγχου**, προκειμένου να ερμηνεύσουν την ικανότητα των γνωσιακών και συναισθηματικών παραγόντων να σταματούν τον πόνο. Είπαν ότι τα σήματα που εξάγονται από τον εγκέφαλο μπορούν να ενεργοποιήσουν νευρικά κυκλώματα διόδου (πύλης) μέσα στον νωτιαίο μυελό, ώστε να εμποδίσουν τα εισερχόμενα σήματα πόνου⁴.

Συνεπώς, ο πόνος σήμερα αντιμετωπίζεται ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο. Ο πόνος είναι δυνατό να υφίσταται επί μακρό, μετά την περιπέτεια της υγείας του ασθενούς και να αποτελεί ένα πραγματικό αίσθημα , στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας

οφείλουν να δώσουν τη δέουσα προσοχή και να μην αντιμετωπίσουν τον ασθενή επιπόλαια. Από την άλλη, από την παθοφυσιολογική προσέγγιση του ζητήματος προκύπτει ότι υπάρχουν μεγάλα περιθώρια ψυχολογικών παρεμβάσεων και αυτοβοήθειας των ασθενών. Γιαυτό και επιβάλλεται η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς και η παρατήρηση όλων σωματικών –ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων, ήδη από την αρχική αξιολόγηση. Γίνεται επίσης αντιληπτή και η βιολογική βάση του υποκειμενισμού στην αίσθηση του πόνου. Εκτός από την περιγραφή του πόνου, οι ασθενείς προσπαθούν να παρουσιάσουν το μέγεθος της ταλαιπωρίας τους με μορφασμούς, γογγυσμούς, ή αναστεναγμούς και συχνές αλλαγές στάσεις κατά τη διάρκεια της κλινικής συνέντευξης θα πρέπει να αξιολογείται η επίπτωση του πόνου στον περιορισμό των καθημερινών του δραστηριοτήτων. όταν οι ασθενείς πονούν συχνά χάνουν την αίσθηση του χρόνου, μπορεί να καταναλώνουν μεγάλο μέρος της ημέρας αναπαυόμενοι και να παραμελούν την καθημερινή τους ρουτίνα. παρουσιάζουν αντιδραστικά καταθλιπτικά σύνδρομα, που είναι αποτέλεσμα της αδράνειας και της απώλειας των κοινωνικών τους επαφών, ή ακόμα και της τροποποίησης, ή απώλειας της εργασίας τους. Άλλοι πάλι αναλαμβάνουν πολλές υποχρεώσεις και υιοθετούν ένα «πυρετώδες» ημερήσιο πρόγραμμα ή εμφανίζουν μεγάλη αστάθεια στις δραστηριότητές τους με περιόδους αδράνειας, αλλά και εκρηκτικής δραστηριότητας. Θα πρέπει ακόμα να αξιολογείται η επίπτωση στις οικογενειακές σχέσεις και το γάμο. Οι ασθενείς με πόνο βιώνουν συχνά αισθήματα αυτοκατηγορίας, θυμού και μεγεθύνουν τα λάθη τους. σήμερα διαθέτουμε ερωτηματολόγια αξιολόγησης της βαρύτητας του πόνου, καθώς και άλλα με τα οποία αξιολογούμε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς και το είδος της φανεράς ή υποβόσκουσας ψυχοπαθολογίας, όπως είναι το ερωτηματολόγιο Gill για τον πόνο και η πολυπαραγοντική δοκιμασία προσωπικότητας της Minnesota.

1.3. Αντιμετώπιση

Όπως γίνεται φανερό από τη φυσιολογία της αίσθησης του πόνου, τόσο η ψυχογενής διέγερση, όσο και η φαρμακευτική διέγερση του συστήματος αναλγησίας μπορούν να ακουφίσουν από τον πόνο. Εκεί στοχεύουν και διάφορες φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις που συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω.

Φαρμακευτικές παρεμβάσεις^{5,6}

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία είναι η οριστική αντιμετώπιση της βασικής νόσου. Αν αναφερόμαστε στην περίπτωση του καρκίνου χρειάζεται χειρουργική

επέμβαση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Παρόλα αυτά είναι επιβεβλημένη η χρήση αναλγητικών για τον πόνο, που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά και τον πόνο των μεταστάσεων. Τα οπιοειδή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Αλλά και σε άλλα οξέα και χρόνια σύνδρομα, μπορούν να εφαρμοστούν παρόμοιες πρακτικές, όπως π.χ σε κρίσεις επώδυνες της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, στην οσφυοισχιαλγία, όπου συχνά χρησιμοποιείται η τεχνική ελεγχόμενης από τον ασθενή παροχή ενδοφλέβιας αναλγησίας (PCA) ή επισκληρίδιος έγχυση αναλγητικών – οπιοειδών. Οι τρεις κύριες κατηγορίες των αναλγητικών είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), τα οπιοειδή και τα επικουρικά φάρμακα. Ένας κατά στάδια αλγόριθμος της χρήσης των φαρμάκων φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, κατά το πρότυπο της χορήγησης αυτών των φαρμάκων στους ασθενείς με καρκίνο.

Πίνακας 2 : Στάδια φαρμακευτικής θεραπείας

<p>Βαθμίδα 1: Κύρια και φαρμακευτική θεραπεία</p> <p>Φαρμακευτική θεραπεία</p> <p>οπιοειδή, π.χ. μορφίνη, λεβορφανάλη, Dilaudid</p> <p>φάρμακα για το νευροπαθητικό πόνο, π.χ. κλοναζεπάμη, μεξιλετίνη, egretol, Dilantin, αμιτροπτιλίνη</p> <p>αντιφλεγμονώδη φάρμακα, π.χ. NSAIDs, στεροειδή</p> <p>αγχολυτικά φάρμακα, π.χ. Ativan</p> <p>αντικαταθλιπτικά, π.χ. αμιτροπτιλίνη, νοτριπτιλίνη, Prozac</p> <p>άλλα φάρμακα, π.χ. δροπεριδόλη, αλοπεριδόλη</p> <p>Ακτινοθεραπεία Χημειοθεραπεία</p>
<p>Βαθμίδα 2: Εναλλακτικές οδοί της θεραπείας με οπιοειδή</p> <p>Συστηματική</p> <p>ενδοφλέβια</p> <p>υποδόριες εγχύσεις</p> <p>διαδερμική</p> <p>από το ορθό Επισκληρίδια (διαδερμική)</p> <p>μορφίνη, μίγμα φεντανύλης-δουπιδακαίνης, κλονιδίνη Ενδορραχιαία (διαδερμική)</p> <p>μορφίνη Ενδοκοιλιακή {εφαρμόζεται από νευροχειρουργό}</p> <p>μορφίνη</p>

Βαθμίδα 3: Αποκλεισμοί νεύρων

Αναισθητικοί

π . χ συμπαθητικός αποκλεισμός για τον οξύ έρπητα ζωστήρα

Λυτικοί

π . χ αποκλεισμός ηλιακού πλέγματος με καρκίνο του παγκρέατος

Βαθμίδα 4: Νευροχειρουργικές προσεγγίσεις

Υποφυσεκτομή

Ενδοκοιλιακός καθετήρας

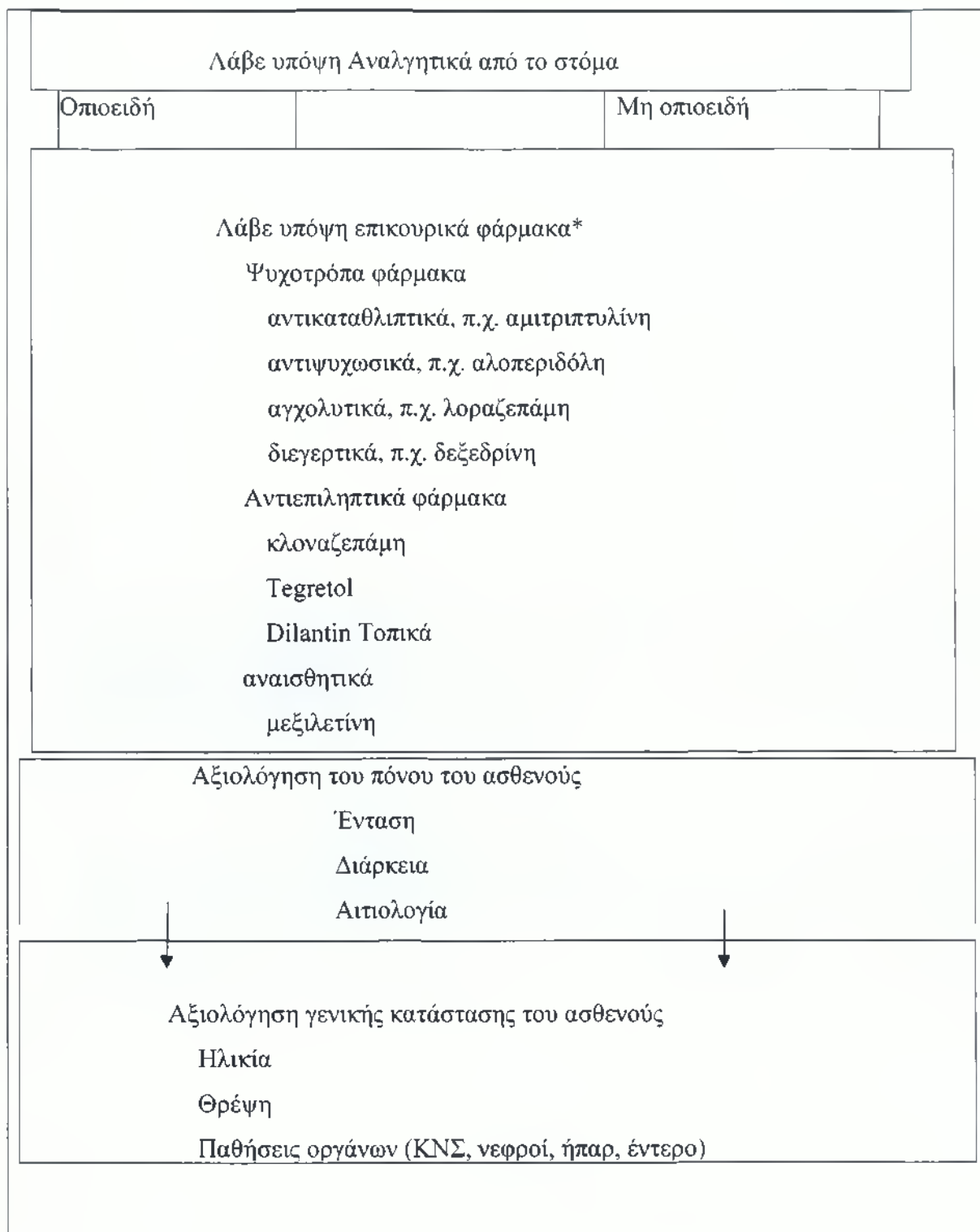
Μόνιμος επισκληρίδιος/ενδορραχιαίος καθετήρας, δηλαδή υποδόριος

Χορδοτομή

Μυελοτομή

Ριζοτομή

Πίνακας 3. Αλγόριθμος αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενούς και της χρήσης των φαρμάκων



* Τα επικουρικά αναλγητικά αποτελούν μια ομάδα ετερογενών παραγόντων που ενισχύουν τη δράση των οπιοειδών και των μη οπιοειδών ή έχουν ανεξάρτητες αναλγητικές δράσεις σε ειδικές καταστάσεις πόνου, όπως ο νευροπαθητικός πόνος. Περιλαμβάνουν αντιεπιληπτικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά και κορτικοστεροειδή.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Από τα οπιοειδή : ναυτία , έμετος, καταστολή (μπορεί και επικίνδυνη καταστολή του αναπνευστικού κέντρου), κνησμός, δυσκοιλιότητα

από τα ΜΣΑΦ: αιμορραγική διάθεση , πεπτικό έλκος, καταστολή του μυελού των οστών, υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια και ηπατική βλάβη.

Η ανοχή και η φυσική και η ψυχολογική εξάρτηση είναι φυσιολογικές φαρμακολογικές απαντήσεις στη χρόνια χρήση οπιοειδών. Η ανοχή χαρακτηρίζεται από ελάττωση της αποτελεσματικότητας με την επανειλημμένη χορήγηση και αντιμετωπίζεται αυξάνοντας τη δόση, ενώ η φυσική εξάρτηση από συμπτώματα απόσυρσης με την αιφνίδια διακοπή της θεραπείας. Κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν πρέπει να περιορίζει την κατάλληλη χρήση των οπιοειδών. Ο εθισμός είναι ψυχολογική εξάρτηση. Ένας τύπος συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από την ακόρεστη αναζήτηση ενός φαρμάκου και ανησυχία για την απόκτηση του. Ο εθισμός συμβαίνει πολύ σπάνια στους καρκινοπαθείς.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί και η χρήση του Placebo , του λεγόμενου και αδρανούς φαρμάκου, στη θεραπεία του πόνου, με μηχανισμό που έχει να κάνει με την πίστη του ασθενούς στη θεραπευτική παρέμβαση⁷. Placebo καλείται το εικονικό, μη δραστικό φάρμακο. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν αντιδράσεις στο φάρμακο και απάντηση στη θεραπεία, παρόλο που δεν περιέχεται δραστική ουσία για τη συγκεκριμένη νόσο στο φάρμακο, η γνωστή αντίδραση Placebo. Η αναλογία της απάντησης είναι κατά μέσο όρο 30%, ανάλογα με τη νόσο και το χρησιμοποιούμενο φάρμακο ή συσκευή.

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Βελονισμός : Πιστεύεται πως είναι αποτελεσματικός, ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, αν και υπάρχουν και αντιφατικές αναφορές⁸ . Θεωρείται ότι η αποτελεσματικότητά του οφείλεται στον αποκλεισμό της εισόδου του αλγογόνου ερεθίσματος (μηχανισμό πύλης) ^{9,10}

Μαλάξεις

Η μαλαξοθεραπεία αυξάνει το αίσθημα ανακούφισης και ευεξίας¹¹. Επιθετικές ή νευρώδεις μαλάξεις χρειάζονται ειδικευμένο φυσικοθεραπευτή, αλλά η ελαφρά μάλαξη είναι απλή επιδεξιότητα. Δεν είναι ανάγκη να υπάρχει εντοπισμένος πόνος για να ανακουφίσει η μάλαξη. Η μάλαξη συχνά χρησιμοποιείται για να θεραπεύσει την κεφαλαλγία, τις μυαλγίες, την ένταση και την οσφυαλγία. Αντενδείξεις στη χρήση της

μάλαξης είναι η θρομβοφλεβίτιδα, η φλεγμονώδης αρθρίτιδα, η τοπική λοίμωξη και οι ασταθείς αρθρώσεις.

Τεχνικές που ενισχύουν τη χαλάρωση

Το άγχος και η αυξημένη ένταση μπορεί να έχουν σχέση με την αύξηση του πόνου. Γενικά, οι τεχνικές χαλάρωσης απαιτούν την προσήλωση του ατόμου σε μια συγκεκριμένη εικόνα ή σειρά από εικόνες. Με τον τρόπο αυτό η τεχνική χαλάρωσης επιτυγχάνεται με τη διάσπαση της προσοχής. Είναι καλύτερα να μάθει την τεχνική αυτή ο ασθενής όταν δεν πονάει. Επίσης, η καθημερινή χρήση της τεχνικής, παρουσία ή απουσία πόνου, την ενισχύει και επομένως Βελτιώνει την επίδραση της. Στον οξύ πόνο, δεν είναι εύκολο να ελεγχθεί το περιβάλλον, αλλά στο χρόνιο πόνο το περιβάλλον μπορεί σχεδόν πάντα να επιλεγεί ή να διαμορφωθεί. Το καλύτερο περιβάλλον είναι ένα ήσυχο μέρος, όπου μπορεί κανείς να μείνει χωρίς να ενοχλείται, για τουλάχιστον 20 λεπτά. Μετά από τη χαλάρωση τα άτομα αναφέρουν ότι αισθάνονται ανάλαφρα, ζωντανά ή ήρεμα ή απλώς ότι «νιώθουν ευχάριστα».

Βαθιές Αναπνοές

Η τεχνική αυτή απαιτεί τη συγκέντρωση του ασθενούς στην αναπνοή του. Πά να κατορθώσουν οι ασθενείς να επιβραδύνουν την αναπνοή τους, μαθαίνουν να εισπνέουν αργά, να συγκρατούν την αναπνοή τους για λίγα δευτερόλεπτα και να εκπνέουν σε διάστημα αρκετών δευτερολέπτων. Αν ο άρρωστος έχει άγχος, μαθαίνει να επιβραδύνει αρχικά τη συχνότητα και κατόπιν να αυξάνει το βάθος των αναπνοών.

Οι βαθιές αναπνοές στη θεραπεία του πόνου χρησιμεύουν για την προετοιμασία επώδυνων διαδικασιών, την ελάττωση του άγχους, την αντιμετώπιση αιφνίδιου πόνου και την προετοιμασία του ατόμου για άλλες τεχνικές ελέγχου, όπως η νοητική απεικονιστική (imagery).

Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση

Η χρήση της τεχνικής αυτής, συγκριτικά με τις βαθιές αναπνοές προκαλεί γενικά πιο έντονη φυσιολογική ανταπόκριση του σώματος. Οι ασθενείς συγκεντρώνονται διαδοχικά σε διαφορετικές ομάδες μυών του σώματος. Συσπών και συγκρατούν τους μυς, κατόπιν χαλαρώνουν και προσπαθούν να δουν πώς αισθάνονται με την εναλλαγή σύσπασης και χαλάρωσης. Με τον τρόπο αυτό ελέγχονται όλες οι ομάδες μυών. Αφού ολοκληρωθούν οι ασκήσεις, ζητάμε από τον ασθενή να σηκωθεί σιγά, να τεντωθεί και κατόπιν να κινηθεί με αργό ρυθμό. Ορισμένα άτομα αισθάνονται ζάλη μετά από την

προοδευτική μυϊκή χαλάρωση. Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση χρησιμοποιείται συχνά στη χρόνια οσφυαλγία, την κεφαλαλγία, την προετοιμασία επώδυνων παρεμβάσεων, γενικά στο χειρισμό του χρόνιου πόνου και τη μείωση της μετεγχειρητικής έντασης.

Τεχνικές που ενισχύουν τον περισπασμό

Οι τεχνικές περισπασμού αποσπούν την προσοχή του ασθενούς από την εμπειρία του πόνου τους. Η προσοχή κατευθύνεται σε θέματα πιο ευχάριστα ή θετικά για τον ασθενή.

Νοητική Απεικονιστική (Imagery)

Η πρακτική αυτή χρειάζεται χαλαρωμένο άτομο, επομένως πρέπει να προηγηθούν ασκήσεις χαλάρωσης. Ο ασθενής δημιουργεί μια φανταστική εικόνα που έχει σημασία για αυτόν - μια εικόνα τόπου και χρόνου που φέρνει ευχάριστες αναμνήσεις. Εικόνες που περιλαμβάνουν όλες τις αισθήσεις έχουν καλύτερο . Ας σκεφθούν, για παράδειγμα, μια εικόνα στην ακρογιαλιά. Μπορεί κανείς να νιώσει τη μυρουδιά της χαμηλής παλίρροιας, τη γεύση του αλμυρού νερού, να αισθανθεί τη ζεστή άμμο, να ακούσει τα κύματα και τα πουλιά, να βλέπει καράβια και κολυμβητές. Μια άλλη εικόνα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι κάποια που να έχει σχέση με τη θεραπεία του αρρώστου που πονάει. Ένα καλό τέτοιο παράδειγμα, είναι να χρησιμοποιήσει την εικόνα του χεριού του που ψύχεται σε χαμηλή θερμοκρασία. Όταν αισθανθεί το χέρι του δροσερό, το τοποθετεί πάνω στην περιοχή του πόνου. Η ψυχρή αίσθηση λειτουργεί σαν αναλγητικό. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται συνήθως στους καρκινοπαθείς στο χρόνιο πόνο γενικά, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και των ωδινών.

Βιοανατροφοδότηση (Βιοανάδραση)

Η βιοανάδραση αποτελεί ένα εργαλείο μάθησης με το οποίο παρακολουθούνται οι φυσιολογικές-βιολογικές αντιδράσεις των ασθενών. Σκοπός της μεθόδου είναι να μεταφερθούν στον ασθενή οι επιδράσεις των αντιδράσεων αυτών στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος, ώστε να μπορέσει να τις ελέγξει και να τις τροποποιήσει.

Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στη βιοανατροφοδότηση είναι ευαίσθητα σε παραμέτρους όπως η αντίδραση του δέρματος στο γαλβανισμό, η θερμοκρασία του σώματος, το ηλεκτρομυογράφημα, η αρτηριακή πίεση, η καρδιακή συχνότητα και η γαστρική οξύτητα. Η βιοανατροφοδότηση χρησιμοποιείται συνήθως για να μειώσει τον πόνο της κεφαλαλγίας.

Υπνωση

Η ύπνωση είναι μια κατάσταση μεγάλης χαλάρωσης και αλλαγής της συνείδησης, κατά την οποία η προσοχή μπορεί να επικεντρώνεται και το άτομο να είναι

επιδεικτικό υποβολής. Μεγάλη σημασία για την επιτυχία της μεθόδου έχει η θέληση του ασθενούς να υπνωτιστεί και η εμπιστοσύνη στο άτομο που θα την εφαρμόσει. Κατά τη διάρκεια της ύπνωσης βρέθηκε ότι ο άρρωστος έχει ελαττωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος. Επειδή μπορεί να επικεντρώσει έντονα τις σκέψεις του, έχει τη δυνατότητα, κατά κάποιον τρόπο, να αποκλείσει, να αντικαταστήσει, να μεταβάλει ή να ξεχάσει τον πόνο.

Θεραπεία με Μουσική

Χρησιμοποιούνται δύο είδη μουσικής για να ελαττώσουν τον πόνο¹². Η κατευναστική μουσική χωρίς μέτρο και λυρισμό βοηθάει το άτομο να χαλαρώσει βαθιά. Η μουσική με συγκεκριμένο ρυθμό και ίσως λυρισμό, που μπορεί να αποτελέσει θαυμάσια μέθοδο για να αποσπάσει τον ασθενή από τον πόνο. Για να έχει η θεραπεία αυτή όσο το δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να χρησιμοποιούνται ακουστικά, ο ασθενής να βρίσκεται σε ήσυχο χώρο και να μην ενοχλείται. Η διαδικασία με τη μουσική χρειάζεται 15 λεπτά τουλάχιστον αναμονή, αφού όμως προηγηθούν ασκήσεις χαλάρωσης. Η θεραπεία με μουσική μπορεί να είναι ευεργετική στους αρρώστους της μονάδας εντατικής θεραπείας και στους ασθενείς με χρόνια ή μετεγχειρητικό πόνο.

Τεχνικές γνωσιακών (νοητικών) λειτουργιών

Δε θα αισθανόμαστε καθόλου τον πόνο αν δεν είχαμε γνωσιακή αντίληψη της ύπαρξής του. Όταν υπάρχει γνωσιακή αντίληψη, το μυαλό μας καταγράφει μια έννοια στην πείρα. Η έννοια που καταγράφεται στον πόνο, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το προηγούμενο ιστορικό πόνου, η παρακολούθηση αντιδράσεων ατόμων που πονούν και πολιτισμικές διαφορές που αναφέρονται στην έννοια του πόνου. Ένα παράδειγμα θεραπείας που χρησιμοποιείται για να εξουδετερώσει τις αρνητικές, ακούσιες σκέψεις είναι η ανασυγκρότηση των γνωσιακών λειτουργιών. Όταν χρησιμοποιούνται περισσότερες από τις τεχνικές αυτές συγχρόνως, το αποτέλεσμα είναι καλύτερο παρά με τη χρήση μόνο μιας, κυρίως στους ασθενείς με κεφαλαλγία και χρόνια πόνο.

Ανασυγκρότηση των Γνωσιακών Λειτουργιών

Η τεχνική αυτή διδάσκει τους ασθενείς να παρακολουθούν και να αναγνωρίζουν τις δικές τους αρνητικές ερμηνείες της εμπειρίας του πόνου τους. Αφού τις αναγνωρίσουν, αξιολογούν αν είναι πραγματικές οι σκέψεις αυτές και κατόπιν τις επανατοποθετούν με νέες ερμηνείες. Αυτές οι νέες ερμηνείες έχουν σκοπό να είναι πιο ακριβείς και επομένως περισσότερο προσαρμόσιμες. Η αναδόμηση των γνωσιακών λειτουργιών πιστεύεται ότι επηρεάζει την εμπειρία του πόνου ελαττώνοντας την

αγωνία, μειώνοντας την αρνητική συναισθηματική αντίδραση και απάντηση συμπεριφοράς και αυξάνοντας τη συμπεριφορά προσαρμογής.

Κοινωνική και Πνευματική Υποστήριξη

Το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο το άτομο αντιδρά στον πόνο περιέχει στοιχεία αβεβαιότητας, απώλειας ελέγχου, κοινωνικής απομόνωσης, συμπεριφοράς πόνου και πολιτισμικής παιδείας. Στο χώρο της παιδείας συνυπάρχουν στοιχεία συνηθειών, πεποισήσεων και αξιών. Η κοινωνική και πνευματική υποστήριξη μπορεί να ελαττώσει τον πόνο αλλάζοντας τις γνωσιακές εκτιμήσεις της ζωής του ασθενούς για να γίνει πιο θετική και αισιόδοξη, αναπτύσσοντας διαπροσωπικούς δεσμούς που επιτρέπουν να μοιράζεται τα αισθήματα του και με τον τρόπο αυτό να ελαττώνεται το άγχος και να αυξάνει η ενδοτικότητα στη θεραπευτική αγωγή.

1.4.Σύνοψη

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική και πολυπαραγοντική εμπειρία. Ο χρόνιος ειδικά πόνος μπορεί να προκαλεί χρόνια καταπόνηση με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή και το περιβάλλον του. Η γνώση της νευροφυσιολογίας του πόνου μας επιτρέπει να παρέμβουμε σε φαρμακευτικό και ψυχολογικό επίπεδο. Ωστόσο, δεν διαχωρίζονται εύκολα οι ψυχολογικοί παράγοντες από τους ανατομικούς και τους φυσιολογικούς. Το θέμα δεν είναι αν ο ασθενής ωφελείται από μια απάντηση placebo ή από μια «πραγματική» φυσιολογική σωματική αλλαγή, αλλά αν αισθάνεται καλύτερα - ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα της αντιμετώπισης του πόνου. Αυτό είναι και το μέλημα των επαγγελματιών υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ

2.1 Ιστορική αναδρομή σε Ελλάδα και εξωτερικό

Η Αναισθησιολογία – μια σχετικά νέα ειδικότητα της Ιατρικής Επιστήμης με 150 περίπου χρόνια ζωής – είχε σαν κύριο στόχο από τα πρώτα βήματα της την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο που προκαλείται στη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης.

Το πρόβλημα του πόνου της εγχείρησης και η σοβαρότητα του βέβαια, ήταν γνωστά και πάντοτε γινόταν προσπάθειες αντιμετώπισης του. Ήδη από τους προϊστορικούς χρόνους εφαρμοζόταν η χρήση του μανδραγόρα, της μήκωνος της υπνοφόρου και αργότερα του οινοπνεύματος, σαν αναλγητικών φαρμάκων δίχως, όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα και το πρόβλημα του πόνου της εγχείρησης παρέμενε ανεπίλυτο. Περιγράφεται η προσπάθεια επίτευξης αναισθησίας, κυρίως για ακρωτηριασμό άκρων, με παράξενες, επιεικώς, τεχνικές όπως πίεση στα νεύρα με ειδικές συσκευές, ψύξη ή περιχύση με βραστό λάδι της περιοχής της εγχείρησης. Χρησιμοποιούσαν ακόμα και επικίνδυνες τεχνικές όπως εισπνοή καπνού ή πρόκληση ασφυξίας. Όλες αυτές οι προσπάθειες για ανακούφιση του πόνου της εγχείρησης, όπως είναι κατανοητό, ήταν ανεπιτυχείς και η κατάσταση αυτή συνεχιζόταν μέχρι τα μέσα του 18 ου αιώνα. Πρωτοπόροι στην προσπάθεια αυτή ήταν: ο James Simpson το 1847 (χρήση του χλωροφορμίου), ο Horace Wells το 1845 (χρήση του πρωτοξειδίου ή υποξειδίου του αζώτου – N₂O), οι Crawford Long και William Morton το 1846 (χορήγηση αναισθησίας με αιθέρα).

Ο όρος αναισθησία προτάθηκε από τον Oliver Holmes ύστερα από αίτημα του Morton που χρησιμοποίησε την ελληνική λέξη αίσθηση και το στερητικό α. Το 1950 στην Αγγλία οι Jackson Rees και Cecil Gray έδωσαν καινούριο νόημα στον όρο αναισθησία με το διαχωρισμό του σε τρεις βασικές και ξεχωριστές καταστάσεις: • νάρκωση • αναλγησία • μυοχάλαση

Με βάση τα παραπάνω διαμορφώθηκε τελικά ο ορισμός της αναισθησίας ως η κατάσταση που εξασφαλίζει παροδική και αναστρέψιμη καταστολή των σωματικών και σπλαγγχνικών αισθητικών ερεθισμάτων και κατά συνέπεια της αντίληψης του πόνου.

Έτσι οριστικά διαμορφώθηκε σχετικά πρόσφατα ότι ένα από τα κύρια καθήκοντα του αναισθησιολόγου είναι η προσφορά αναλγησίας στον άρρωστο σε όλες τις φάσεις της περιεγχειρητικής περιόδου (προ-, διε- και μετε-γχειρητικά).

Ο προσφορά όμως αυτή των αναισθησιολόγων στον άρρωστο δεν σταμάτησε μόνο στην αντιμετώπιση του οξύ πόνου (κύρια στη διεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο). Πολλοί από τους αναισθησιολόγους σε όλο τον κόσμο έχουν επεκταθεί και στην αντιμετώπιση όλων των μορφών του χρόνιου πόνου. Παρόλο ότι ο οξύς πόνος γενικά αντιμετωπίζεται αρκετά ικανοποιητικά, πολλοί από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν ανεπαρκώς τον οξύ πόνο και τον πόνο των καρκινοπαθών και ο χρόνιος πόνος παραμένει η μεγαλύτερη δοκιμασία. Ευτυχώς, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο από τους γιατρούς ότι ο επίμονος πόνος είναι ένα σοβαρό και πολύπλοκο πρόβλημα που συχνά απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων λειτουργιών υγείας για τη σωστή εκτίμηση και θεραπεία. Οι πολυδύναμες κλινικές, μια άποψη που συνέλαβε ο αείμνηστος John J. Bonica του Πανεπιστημίου της Washington, έχουν επεκταθεί σε όλο τον κόσμο και συνήθως δεν υπάρχουν ακαδημαϊκά κέντρα χωρίς ειδική υπηρεσία αντιμετώπισης του πόνου. Ο καθηγητής Αναισθησιολογίας στο Χιούστον του Τέξας John Bonnica ήταν ο κύριος εμπνευστής και θεμελιωτής των Ιατρείων Πόνου ή Μονάδων Πόνου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από το 1945.

Από τότε και μέχρι σήμερα όλο και πιο πολλοί αναισθησιολόγοι δραστηριοποιούνται και προσφέρουν σημαντικό έργο στην ανακούφιση των αρρώστων με χρόνια πόνο. Το 75% τουλάχιστον των ιατρών σε παγκόσμιο επίπεδο που ασχολούνται με τη θεραπεία και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι αναισθησιολόγοι και το ίδιο συμβαίνει και στη χώρα μας. Η IASP (International Association for the Study of Pain - Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου) , η μεγαλύτερη επιστημονική εταιρεία στον κόσμο που έχει σαν κύριο σκοπό της τη μελέτη και την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ιδρύθηκε το 1975 και σήμερα έχει περισσότερα από 8000 μέλη και επίσημα τμήματά της είναι επιστημονικές εταιρείες με αντικείμενο την μελέτη και αντιμετώπιση του πόνου από 65 χώρες του πλανήτη μας. Το 1983 λειτουργεί η πρώτη πολυδύναμη κλινική πόνου στις ΗΠΑ αφοσιωμένη αποκλειστικά στην έρευνα στο Κέντρο Κλινικών Ερευνών που τότε συμπλήρωνε 30 χρόνια λειτουργίας^{13,14}

2.2 Ελληνικά δεδομένα

Η Ελληνική Εταιρία Πόνου είναι μια σχετικά νέα Επιστημονική Εταιρεία η οποία ιδρύθηκε το 1994 από 27 Έλληνες αναισθησιολόγους και έχει σαν κύριο σκοπό την προαγωγή της επιστημονικής αντιμετώπισης και θεραπείας ασθενών που

υποφέρουν από οξύ και χρόνια πόνο. Σήμερα η Ελληνική Εταιρεία Πόνου αριθμεί περισσότερα από 575 μέλη που στην πλειοψηφία τους είναι αναισθησιολόγοι (περίπου 75%) αλλά και γιατρούς από όλες τις άλλες ειδικότητες (Χειρουργοί, Παθολόγοι, Νευρολόγοι, Ψυχίατροι, Φυσιάτροι, Γενικοί Γιατροί κλπ.). Επίσης μέλη της είναι και από όλα τα άλλα επαγγέλματα υγείας (Οδοντίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσικοθεραπευτές, Φαρμακοποιοί κλπ. Καθώς και ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών /τριων που εργάζονται σε αναισθησιολογικά τμήματα και ιατρεία – μονάδες – κέντρα πόνου. Για την επίτευξη των σκοπών της η Εταιρεία διοργανώνει Πανελλήνια Συνέδρια, Σεμινάρια, Συμπόσια και Ημερίδες και έχει καθιερώσει ετήσιο πρόγραμμα μετεκπαιδευτικών μαθημάτων και κλινικών φροντιστηρίων. Η Ελληνική Εταιρεία Πόνου είναι το επίσημο τμήμα της IASP στην Ελλάδα από το 1994. Όλα τα Κέντρα ή Μονάδες ή Ιατρεία Πόνου που υπάρχουν στη χώρα μας (ξεπερνούν τα 40) έχουν ιδρυθεί και διευθύνονται από αναισθησιολόγους.

• **Σύντομη Ιστορική Αναδρομή για τα ιατρεία πόνου στην Ελλάδα**

-
- 1950 : Πρώτο Αναισθησιολογικό Τμήμα στο νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού (δ/ντής Σ.Κουρεμένος).
 - 1966 : Το πρώτο Ιατρείο Πόνου από τον Σπύρο Μακρή στα νοσοκομεία ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ (στην Κλινική Columbia University, New York) και ΙΚΑ Πεντέλης (στο Αναισθησιολογικό Τμήμα).
 - 1975 : Εγκαινιάζεται το πρώτο Ιατρείο Πόνου στο Νοσοκομείο της Αεροπορίας από τον Γ. Χαντζή.
 - 1976 : Πρώτη Κλινική Πόνου στο Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων, από την Β.Χειμωνίτση-Κυπρίου.
 - 1976 : Το πρώτο Ιατρείο Πόνου στη Θεσσαλονίκη στο Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο (με απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου).
 - 1994 : Ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Πόνου. Σήμερα έχει περισσότερα από 575 μέλη.

2.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας και λειτουργία των κέντρων πόνου.

Η παρηγορητική ή ανακουφιστική αγωγή αναγνωρίστηκε νομοθετικά στην Ελλάδα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418/2005) και τα ειδικότερα διαλαμβανόμενα στο άρθρο 29 του Κώδικα¹⁵. Στην πρώτη παράγραφο του άρθρου 29 Ν. 3418/2005 ορίζεται: «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμα και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.» Η χώρα μας θα πρέπει να λάβει υπ όψιν της

την υπ' αριθμόν 24Ε/2003 σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης. Με τη σύσταση αυτή προτείνεται στις χώρες-μέλη, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα με τη δημιουργία του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου και τη χρηματοδότηση της έρευνας και της εφαρμογής της παρηγορητικής φροντίδας, ενόψει και της πρόγνωσης ότι η ζήτηση σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας αναμένεται στα επόμενα δέκα έτη να αυξηθεί κατά 20 %. Επιπλέον, προβλέπεται ότι η παροχή και ανάπτυξη της παρηγορητικής αγωγής στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ως επί το πλείστον παρέχεται από τα Ιατρεία Πόνου που λειτουργούν σε αυτά. Για την έγκριση και λειτουργία των εν λόγω ιατρείων δεν υφίστανται ειδικές θεσμοθετημένες διατάξεις, όπως και για κανένα άλλο λόγω εξειδικευμένο ιατρείο, συνεπώς η λειτουργία τους αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του οικείου Νοσοκομείου εφόσον υπηρετεί γιατρός που διαθέτει ανάλογη εκπαίδευση στο αντικείμενο, με εξαίρεση ελάχιστα Νοσοκομεία στους οργανισμούς ειτουργίας των οποίων από ετών αναφέρονται Μονάδες Ανακούφισης Χρόνιου Πόνου ή ειδικές Πανεπιστημιακές Μονάδες Χρόνιου Πόνου (αναφέρονται τα εξής: Γ.Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ, Γ.Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΤΡΑΣ, Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ, ΠΑΝ.ΓΕΝ.ΝΟΣ ΠΑΤΡΑΣ ΡΙΟ, ΠΑΝ.ΓΕΝ.ΝΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ).

Βασικές προϋποθέσεις για τους γιατρούς που ασχολούνται με την διάγνωση και θεραπεία συνδρόμων του χρόνιου πόνου είναι:

- 1.Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική, Ψυχιατρική, Παθολογία, Γενική Ιατρική, Γενική Χειρουργική, Φυσιολογική.
- 2.Σταθερή και συνεχής μετεκπαίδευση και μετά το πέρας της βασικής εξειδίκευσης.
- 3.Διάθεση επαρκούς χρόνου για τους ασθενείς με χρόνια πόνο.
- 4.Συμμετοχή σε συμβούλια με εξειδικευμένους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Πρόληψη. Η έγκαιρη εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων προληπτικά ή κατά την οξεία φάση της επώδυνης συνδρομής μπορεί να αποτρέψει την μετατροπή του οξέος πόνου σε χρόνια.

Αντιμετώπιση. Είναι συνήθως μακρά, σύνθετη και επίμονη. Γίνεται από εξειδικευμένους στον πόνο γιατρούς, σε χώρους που διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για την επιτέλεση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με απόλυτη ασφάλεια για τους αρρώστους.

Μονάδα πόνου είναι το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών για την θεραπευτική αντιμετώπιση των αρρώστων με χρόνια πόνο.

Τέτοιες μονάδες μπορεί να είναι:

Πολυδύναμο Κέντρο Πόνου, το οποίο αποτελεί αυτοδύναμη μονάδα διάγνωσης, θεραπείας, κάθε μορφής χρόνιου πόνου, καθώς και η κοινωνική επανένταξη αυτών των αρρώστων. Συμπεριλαμβάνει επίσης έρευνα και διδασκαλία.

Διαθέτει χώρους, εξοπλισμό για διάγνωση και θεραπεία, κλίνες για νοσηλεία και προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, τεχνικό, βοηθητικό και οργανωμένη γραμματεία.

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από γιατρούς, περισσότερους από 3 ειδικότητες και Διευθυντή ιατρό, του κέντρου.

Νοσηλεύονται άρρωστοι εξωτερικοί και εσωτερικοί.

Κλινική Πόνου. αποτελεί μονάδα διάγνωσης και θεραπείας αρρώστων με χρόνια πόνο. Διαθέτει χώρους και εξοπλισμό για τη διάγνωση και θεραπεία μεγάλης ποικιλίας παθήσεων χρόνιου πόνου. στελεχώνεται από ένα Διευθυντή γιατρό και πλαισιώνεται από συμβούλους και άλλων ειδικοτήτων.

Διαθέτει νοσηλευτική και γραμματειακή υποστήριξη. Νοσηλεύει αρρώστους εσωτερικούς και εξωτερικούς.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Στελέχωση.

Οι Μονάδες Πόνου (ΜΠ) στελεχώνονται από γιατρούς, νοσηλευτές /τριες, τεχνικούς νοσοκόμους, εκπαιδευόμενους στην αντιμετώπιση και θεραπεία αρρώστων με χρόνια πόνο.

- Διευθυντής ΜΠ: Ο γιατρός που έχει εμπειρία στη διάγνωση και θεραπεία χρόνιου πόνου. (Εργασία στο ίδιο αντικείμενο τουλάχιστον 5 έτη).
- Συνεργάτες – Σύμβουλοι ΜΠ: Εμπειρία τουλάχιστον 3 ετών στο αντικείμενο.
- Νοσηλευτές: Εξοικειωμένοι με τα φάρμακα και τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται, τα μηχανήματα και τα monitors καθώς και με τις τεχνικές που εφαρμόζονται (απαραίτητη ή μετεκπαίδευση).
- Νοσοκόμοι ΜΠ: Ικανοί στην προετοιμασία των αρρώστων, μεταφορά τοποθέτηση στην κλίνη θεραπείας, κινητοποίηση (εκπαίδευση, εμπειρία).
- Γραμματειακή υποστήριξη οπωσδήποτε απαραίτητη για συνεντεύξεις, τήρηση βάσης δεδομένων, υποδοχής αρρώστων, λογιστική διεύθυνση κλπ.

2. Υλικοτεχνική Υποδομή

Για την λειτουργία της ΜΠ απαιτείται η ύπαρξη ανεξαρτήτων χώρων.

- Αίθουσα αναμονής για τους ίδιους τους πάσχοντες και τους συνοδούς τους.
- Γραφείο εξέτασης για την λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση από τους γιατρούς.
- Χώρος προετοιμασίας του αρρώστου πριν τη μεταφορά του για την θεραπευτική παρέμβαση.
- Αίθουσα θεραπευτικών παρεμβάσεων, η οποία διαθέτει: βασικό εξοπλισμό (μανόμετρο ΑΠ, ακουστικά, καρδιοσκόπιο, οξύμετρο και τον εξοπλισμό με ειδικές συσκευές για την ασφαλή επιτέλεση των θεραπευτικών επεμβάσεων στους αρρώστους με χρόνια πόνο).
- Αίθουσα παρακολούθησης, όπου θα παραμείνουν για παρακολούθηση οι άρρωστοι μετά την θεραπευτική παρέμβαση, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα μέχρι να επιστρέψουν με ασφάλεια στο σπίτι ή να μεταφερθούν στον θάλαμο κοινής νοσηλείας, ανάλογα με τις απαιτήσεις.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση για την εξειδίκευση στο αντικείμενο του χρόνιου πόνου πρέπει να διαρκεί ένα(1) έτος σε αναγνωρισμένη ΜΠ ημεδαπή ή αλλοδαπή. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου θεωρείται απαραίτητη και η προσκόμιση πιστοποιητικών παρακολούθησης (σεμινάρια, συμπόσια, συνέδρια, ημερίδες κλπ.) με 50 τουλάχιστον μετεκπαιδευτικές ώρες ετησίως.

Στις ΜΠ είναι επίσης απαραίτητο να τηρείται εκπαιδευτικό πρόγραμμα για όλο το ακαδημαϊκό έτος, όπου θα συμμετέχουν όλα τα μέλη της ομάδας. Στα πλαίσια του ΚΕ.Σ.Υ. θα πρέπει να λειτουργήσει επιτροπή για την αδειοδότηση των Μονάδων Πόνου τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού φορέα και την παρακολούθηση της νόμιμης και απρόσκοπτης λειτουργίας τους, προσαρμόζοντας τις αντίστοιχες προδιαγραφές σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Όλα τα ανωτέρω αποτελούν προδιαγραφές τόσο του Δημοσίου όσο και του Ιδιωτικού Τομέα.

Ψυχολογικές μονάδες πόνου

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει και για τις ψυχολογικές μονάδες πόνου, οι οποίες προτείνεται να λειτουργήσουν παράλληλα με τα ιατρεία πόνου όπως συνάγεται από την

παθοφυσιολογία του πόνου, η συνεισφορά της στην αντιμετώπιση του πόνου είναι πολύ σημαντική¹⁶.

Στόχος μιας Ψυχολογικής Μονάδας Πόνου είναι η αποκατάσταση της σωματικής λειτουργίας ή τουλάχιστον, η επιβράδυνση του καρκινικού process, με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις². Ρόλος της είναι η ψυχική ενίσχυση του πάσχοντος και της οικογένειας ώστε να μπορέσουν να υποφέρουν, με λιγότερη δυσκολία, τον πόνο και τον θάνατο. Μέλημα είναι η διατήρηση σε ένα καλό επίπεδο της ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς και της οικογένειάς του. Και μόνο η ψυχολογική προστασία, δηλαδή το να αποφύγουμε απώτερες βλαπτικές συνέπειες σε μέλη της οικογένειας του ογκολογικού αρρώστου, ιδιαίτερα σε παιδιά, είναι κάτι σημαντικό.

Λίγες φορές θα έχει ο ψυχοθεραπευτής την ικανοποίηση να οδηγήσει τον άρρωστο του, που πάσχει από επιθετικό καρκίνο, σε μια πλήρη κλινική αποκατάσταση, αυτό που λεγόταν παλιότερα αυτόματη ίαση. Η ριζική αλλαγή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού, αμυντικού συστήματος γίνεται, αλλά είναι σπάνια. Η αναστολή και η οπισθοχώρηση της καρκινικής διαδικασίας είναι πολύ συχνότερη, αλλά δεν είναι που συμβαίνει, όταν ο άρρωστος παρουσιάζει πλέον πολλαπλές και εκτεταμένες μεταστάσεις.

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΟΝΟΥ

Σύνθεση της Μονάδας και ρόλος των θεραπειών

Ο επικεφαλής της Μονάδας, συντονιστής, επιστημονικά εποπτεύων και σύμβουλος με διοικητικές ικανότητες, θα πρέπει να είναι ψυχίατρος, ψυχαναλυτής-ψυχοθεραπευτής. Απαραίτητες είναι επίσης και οι ικανότητές του στις δημόσιες (ουσιαστικές) σχέσεις. Η σφαιρική γνώση του συνόλου των περιστατικών από αυτόν είναι αναγκαία.

Ο δεύτερος τύπος θεραπειών είναι οι εξειδικευμένοι ψυχοθεραπευτές, όπως ιατροί, ψυχολόγοι, ή άλλες ειδικότητες του τομέα της ψυχικής υγείας με στέρεη ψυχαναλυτική εκπαίδευση. Αυτοί έχουν το κύριο βάρος των μακρόπνοων ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών. Παράλληλα, συντονίζουν τις υποομάδες που θα συγκροτούνται από τον τρίτο τύπο θεραπειών και οι οποίες θα λειτουργούν χωριστά για κάθε οικογένεια και το καρκινοπαθές της μέλος.

Ο ψυχαναλυτής – ψυχοθεραπευτής ο οποίος εργάζεται με αυτή τη βαρύτατη κατηγορία νόσου – που ο θάνατος είναι άμεσο επακόλουθο – κινδυνεύει από μια δική του αλλοίωση, παλινδρόμηση ή κατάθλιψη. Η δοτικότητα του, η ταύτισή του με τον

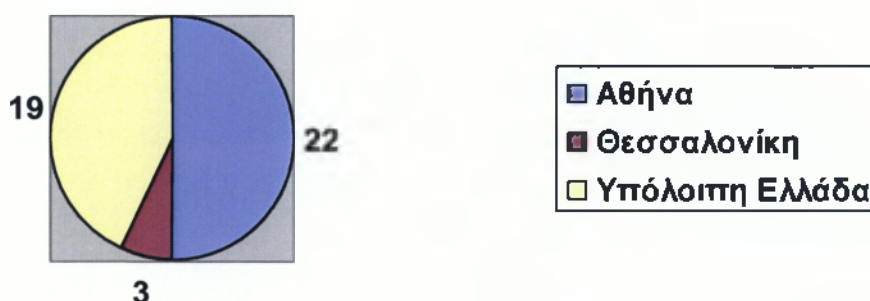
πάσχοντα η οποία είναι απαραίτητη, η αποδοχή της συμβιωτικής σχέσης που αυτός αποζητά από τον θεραπευτή του, μπορεί να τον οδηγήσει σε εξουθένωση.

Ο τρίτος τύπος θεραπειών είναι νέοι γιατροί (ειδικευόμενοι), ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και κυρίως νοσηλεύτες. Ο ρόλος τους δεν είναι εξειδικευμένα ψυχοθεραπευτικός. Προσφέρουν ψυχολογική στήριξη και ενίσχυση και το ουσιαστικότερο, να προσφέρονται ως αντικείμενα ταύτισης – σε αισιοδοξία και δυναμισμό – στον άρρωστο μαζί τους.

2.2.2 Ιατρεία πόνου στην Ελλάδα – Γεωγραφική κατανομή

Δραστηριότητες: Αποτελούν τμήμα του χειρουργικού ή αναισθησιολογικού τομέα κάθε νοσοκομείου. Παρέχουν συμβουλές, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένη ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα. Οι δραστηριότητές τους αφορούν κυρίως τον οξύ και χρόνιο καρκινικό πόνο, αλλά και άτομα με μετεγχειρητικό πόνο, χρόνιες οσφυαλγίες, νευραλγίες και άλλους ασθενείς. Στοχεύουν στην ανακούφιση από τον πόνο, στην παροχή βοήθειας για καλύτερη αξιοποίηση των λειτουργικών δραστηριοτήτων, στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και στην επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ



Εικόνα 1: Κατανομή ιατρείων πόνου

Στην Ελλάδα έχει επίσης, ιδρυθεί και η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. (Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών) Παρόλα αυτά η παρηγορητική φροντίδα, δηλαδή οι επιστημονικές πράξεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του πόνου και όλων των συνοδών συμπτωμάτων στην Ελλάδα είναι απογοητευτική. Ενδεικτικά:1) Δεν υπάρχουν στους οργανισμούς των Νοσοκομείων κέντρα πόνου και Παρηγορητικής φροντίδας (πλην τριών ή τεσσάρων Πανελλαδικά) και μόνο εθελοντικά ασκείται η παρηγορητική φροντίδα 2) Η νομοθεσία διάθεσης οπιοειδών είναι αναχρονιστική. Η κατανάλωση μορφίνης για την ανακούφιση του πόνου είναι δείκτης πολιτισμού ενός λαού. Στην Ελλάδα καταναλώνονται 4 mg ανά ασθενή έναντι 90 mg στην Δανία. Επιπλέον στην Ελλάδα δεν κυκλοφορούν όλα τα διαθέσιμα σκευάσματα οπιοειδών ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενών. Έτσι, η αφόρητη ταλαιπωρία γιατρών, ασθενών και συγγενών είναι καθημερινή. 3) Δεν υπάρχουν Ξενώνες νοσηλείας ασθενών τελικού σταδίου. 4) Η απουσία των εκπροσώπων των επιστημονικών εταιρειών που είναι υπεύθυνες για την ανακούφιση του πόνου και την παρηγορητική φροντίδα από συμβουλευτικές επιτροπές του υπουργείου, όταν σε αυτές συμμετέχουν ακόμη και άνθρωποι με άσχετο αντικείμενο, είναι ενδεικτική του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται η παρηγορητική φροντίδα στη χώρα μας.

2.3 Σύνοψη

Η αντιμετώπιση του οξέος, αλλά και του χρόνιου πόνου αποτέλεσε βασικό μέλημα των ιατρών και ειδικά των αναισθησιολόγων. Ουσιαστικά όμως βήματα προς μια οργανωμένη παροχή υπηρεσιών σε κέντρα χρόνιου πόνου (πολυδύναμα κέντρα και κλινικές πόνου) έγιναν τη δεκαετία του 1960 σε Ευρώπη και ΗΠΑ . Η Ελλάδα ακολούθησε τη διεθνή τάση στα μέσα της δεκαετίας του 1970 . Τα ιατρεία πόνου αναπτύχθηκαν ταχέως στη δεκαετία του 1990 και στελεχώθηκαν από αναισθησιολόγους. Για την πληρέστερη φροντίδα του πόνου των χρονίως πασχόντων , απομένουν ακόμα πολλά να γίνουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Εισαγωγή

Η βελτίωση στις συνθήκες διαβίωσης και η πρόοδος της Ιατρικής επιφέρουν μείωση της θνησιμότητας και παράταση της ζωής ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας. Αυτό το φαινόμενο αποτελεί κίνητρο για την ανάπτυξη μεθόδων εκτίμησης όχι μόνο της διάρκειας αλλά και της ποιότητας της επιβίωσης. Η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα, με αντικειμενική διάσταση που εκφράζεται ως «ανάγκες» και υποκειμενική διάσταση που αφορά τις επιθυμίες των ανθρώπων. Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες ποιότητας καλύπτουν μέρος της αντικειμενικής διάστασης, αλλά δεν αρκούν στο χώρο της υγείας, όπου σχεδιάστηκαν ειδικοί δείκτες και ειδικά εργαλεία εκτίμησης¹⁷. Η αντίληψη των ίδιων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και το πώς αυτή επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σημαντικά από τις παρατηρήσεις των γιατρών και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά και εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Στην κλινική Ιατρική, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής βοηθά στη διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αναπηρίας και στην παρακολούθηση της πορείας χρόνιων νοσημάτων. Επίσης, χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και για την ανίχνευση ατομικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, που μπορούν να εμποδίζουν τη θεραπευτική ανταπόκριση. Η επιλογή των εργαλείων εξαρτάται από το στόχο της εκτίμησης και η επιτυχία συναρτάται με τη λειτουργικότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία τους, σε συνδυασμό με την καταλληλότητα για τη συγκεκριμένη ομάδα και τη γνώση των πιθανών σφαλμάτων και προβλημάτων εφαρμογής. Τα εργαλεία, συμπληρωμένα είτε από τον ερευνητή, είτε από τον ασθενή, πρέπει να αναγνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητες των ασθενών.

3.1 Ορισμός – Ποιότητα ζωής

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια που έχει η ποιότητα ζωής. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό της και με την πρακτική αξία των διαφόρων δεικτών της. Παράλληλα, οι οικονομολόγοι και οι πολιτικοί χρησιμοποιούν δείκτες για την ποιότητα ζωής στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν την οικονομία και το περιβάλλον γενικά, καθώς και την κοινωνική πολιτική και την πολιτική της υγείας. Η σημασία της ποιότητας ζωής για τον άνθρωπο αναγνωρίζεται και προωθείται από τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις. Η Διακήρυξη του Ρίο για Περιβάλλον και Ανάπτυξη δηλώνει στην Αρχή 1: «Οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση» και η Αρχή 8 αναφέρεται στο σκοπό της επίτευξης «... μια ανώτερη ποιότητα ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί Το θέμα «ποιότητα ζωής» στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του ΠΟΥ του 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας. Το 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ ξεκίνησε μια εκστρατεία για «Υγεία για Όλους», η οποία βασίζεται σε τέσσερις ευρύτερους στόχους, που εκφράζονται με τους εξής σκοπούς^{18,19,20}

- Προσθέτοντας χρόνια στη ζωή
- Ισότητα στην υγεία
- Δίνοντας υγεία στη ζωή
- Προσθέτοντας ζωή στα χρόνια.

Στη συνέχεια, η τροποποιημένη δήλωση του ΠΟΥ σχετικά με τους στόχους του προγράμματος «Υγεία για Όλους», που εκδόθηκε το 1991, συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένη αναφορά στο ζήτημα της ποιότητα ζωής. «...όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το

δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά». Η δήλωση τονίζει τη σημασία της παιδικής ηλικίας: «...η υγεία για όλα τα παιδιά και τα νεαρά άτομα πρέπει να

βελτιωθεί, δίνοντάς τους την ευκαιρία να αναπτυχθούν και να αποκτήσουν πλήρως τις φυσικές, νοητικές και κοινωνικές τους δυνατότητες». Αυτή η αρχή συσχετίζει την υγεία στην παιδική ηλικία με την ευεξία και την επιτυχία στην ενήλικη ζωή.

3.1.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής

Από την εποχή του Αριστοτέλη έγινε συζήτηση για το τι σημαίνει ποιότητα ζωής και τον ορισμό της. (Αριστοτέλης: Ηθικά Νικομάχεια Α, κεφ. 4.):

«Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία».

Η έννοια « ποιότητα ζωής»αφορά την έκταση της κάλυψης των συνολικών αναγκών ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου. Η τάση αναζήτησης για μια καλύτερη ζωή είναι ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό. Το ζήτημα του τι είναι «καλύτερο» έχει υποκειμενική χροιά, αλλά εξαρτάται επίσης από τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες. Κάθε επιστήμη προσεγγίζει την ποιότητα ζωής από διαφορετική οπτική γωνία και διαμορφώνει τους ανάλογους δείκτες, που όλοι μπορούν να έχουν σχέση με τη ζωή των παιδιών. Η οικονομολογική προσέγγιση πχ εστιάζει στην κατανομή οικονομικών πόρων²¹.

Κοινωνιολογία

Με την καθιέρωση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη διαπίστωση ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν ικανοποιεί αυτόματα όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν έντονες προσπάθειες στο χώρο της κοινωνιολογίας για να βρεθούν τρόποι μέτρησης του βιοτικού επιπέδου²²

Σε διεθνές επίπεδο, οι κατηγορίες των κοινωνικών δεικτών που ορίστηκαν για την εκτίμηση της κοινωνικής ανάπτυξης, είναι: (α) υγεία, (β) παιδεία και μόρφωση, (γ) η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής, (δ) η διάθεση χρόνου και οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, (ε) ο έλεγχος της περιουσίας και η πρόσβαση σε υπηρεσίες, (στ) το φυσικό περιβάλλον, (ζ) το κοινωνικό περιβάλλον και (η) η προσωπική ασφάλεια. Άλλες ομάδες ερευνητών σχεδίασαν και δοκίμασαν μοντέλα κοινωνικών δεικτών για χρήση με άτομα ή με ομάδες πληθυσμού. Οι Andrews και Whitney, ξεκινώντας με 100 παραμέτρους, κατέληξαν σε 12 παράγοντες, αντικειμενικούς και υποκειμενικούς, που παίζουν κύριο ρόλο στην ποιότητα ζωής²³

(1) αυτο-αντίληψη, (2) οικογενειακή ζωή, (3) οικονομικό επίπεδο, (4) απόλαυση ζωής (5) στέγη, (6) οικογενειακές δραστηριότητες, (7) διάθεση χρόνου, (8) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, (9) κυβέρνηση, (10) πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, (11) υγεία, (12) εργασία, απασχόληση. Το μοντέλο αυτό δείχνει τη μεγάλη σημασία που έχουν για

την ευεξία του ανθρώπου η οικογένεια και οι κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και η αυτονομία.

Οι έννοιες, όπως η απόλαυση και η αυτοεκτίμηση, συμπεριλαμβάνονται και στην ψυχολογική προσέγγιση για την ποιότητα ζωής.

Ψυχολογία

Τη δεκαετία του 1950, στα πλαίσια του καθορισμού των κριτηρίων για την καλή ψυχική υγεία, η **Jahoda** τόνισε ότι, όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για την καλή ψυχική υγεία, οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν και την ποιότητα της ζωής τους. Ως καλύτερα κριτήρια για την ψυχική υγεία θεωρήθηκαν τα εξής: θετική αυτοαντίληψη, δυνατότητα δραστηριότητας και ανάπτυξης δεξιοτήτων, ολοκληρωμένη προσωπικότητα, ικανότητα λήψης ατομικών αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων (χωρίς, όμως, κοινωνική απομόνωση), αίσθηση πραγματικότητας, εμπάθεια, ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων με άλλους ανθρώπους. Στη συνέχεια, αναπτύχθηκε η έννοια «εσωτερική Ποιότητα», σύμφωνα με την οποία, στο ατομικό επίπεδο, γίνεται λόγος για καλή ποιότητα ζωής, όταν το άτομο:

- α. Είναι δραστήριο, με την έννοια ότι απασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες (π.χ. εργασία, άθληση, πολιτική, καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ.), που δίνουν σημασία στη ζωή του
- β. έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (με φίλους, συνεργάτες, οικογένεια, σεξουαλικό σύντροφο), που του εξασφαλίζουν την αίσθηση ότι συμμετέχει στην κοινωνία, ότι κάπου ανήκει
- γ. Νοιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του
- δ. Είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Αυτές οι παράμετροι εξαρτώνται από την εσωτερική διάθεση του ατόμου, αλλά επηρεάζονται και από εξωτερικούς παράγοντες. Τα πιο πρόσφατα μοντέλα συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση).

3.2 Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Η Ιατρική εστιάζεται στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη υγεία. Οι κλίμακες που προτάθηκαν αφορούσαν δέκα ενότητες:

- (α) επίπεδο υγείας (αυτο-βαθμολογημένο),
- (β) ανησυχία για την υγεία,
- (γ) χρόνιες παθήσεις,
- (δ) βαθμός ενεργητικότητας,
- (ε) ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση,
- (στ) αισθηματική κατάσταση,
- (ζ) βαθμός ευτυχίας,
- (η) αναπηρία,
- (θ) περιορισμοί,
- (ι) κοινωνικές επαφές.

Τα εργαλεία που σχεδιάστηκαν για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας θεωρήθηκαν χρήσιμα τόσο στην επιδημιολογική έρευνα για την αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού και για την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας.

Στην κλινική Ιατρική, η έμφαση δόθηκε στην εκτίμηση των επιδράσεων που έχουν διάφορα νοσήματα, όπως π.χ. ο καρκίνος, στην ποιότητα ζωής καθώς και οι διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι νέες θεραπείες επέφεραν βελτίωση στα χρόνια επιβίωσης, αλλά χρειάστηκε να διερευνηθεί πώς οι επιζώντες βιώνουν τα «κερδισμένα» χρόνια. Τα εργαλεία κάλυπταν πληροφορίες και για τη συμπτωματολογία, αλλά και για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στην αρρώστια^{24,25}. Συχνά είναι επιθυμητό στην κλινική πράξη να χρησιμοποιηθούν εργαλεία που συμπληρώνονται από τον ασθενή, σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις του γιατρού (ή του επαγγελματία υγείας) και τις κατάλληλες κλινικές δοκιμές. Σε μια κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 1994, οι Gill και συν μέτρησαν 159 εργαλεία. Αυτοί οι συγγραφείς, όπως και άλλοι αναλυτές της βιβλιογραφίας, υπογράμμισαν την έλλειψη αξιοπιστίας της μεθοδολογίας στις περισσότερες μελέτες, ακόμα και την απουσία καθορισμού των στόχων. Ακολούθησαν έντονες προσπάθειες για την αναβάθμιση της μελέτης για την ποιότητα ζωής, με έμφαση στην εξακρίβωση των στόχων και των σκοπών των μελετών, τη βελτίωση των εργαλείων ως προς την καταλληλότητα, την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, καθώς και τη σωστή επιλογή και χρήση των εργαλείων²⁶. Μερικά εργαλεία είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων συγκεκριμένων νοσημάτων στη ζωή των ασθενών (disease-specific) και έχουν στενό

πεδίο εφαρμογής. Για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού ή την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γενικά, σημειώνεται μια τάση να χορηγηθεί ένα από τα γνωστά, δοκιμασμένα εργαλεία, όπως π.χ. το Nottingham Health Profile με 38 ερωτήσεις ή το S.-36 με 36ερωτήσεις σε οκτώ ενότητες (φυσική δραστηριότητα, κοινωνική δραστηριότητα, σωματικοί περιορισμοί, αισθηματικοί περιορισμοί, ψυχική υγεία, ενέργεια/ζωντάνια, γενική αντίληψη για την υγεία)²⁷. Πιο πρόσφατα, ο ΠΟΥ ανέλαβε να συντονίσει το σχεδιασμό και τη δοκιμή σε πληθυσμούς με διάφορες πολιτισμικές συνήθειες και αρχές ενός νέου εργαλείου, του WHOQOL. Η ομάδα του ΠΟΥ, αναγνωρίζοντας την πολυδιάστατη έννοια που έχει η ποιότητα ζωής, έχει οργανώσει το εργαλείο WHOQOL σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία ή ενότητες: (α) σωματική σφαίρα, (β) ψυχολογική σφαίρα, (γ) βαθμός αυτονομίας, (δ) κοινωνικές σχέσεις, (ε) περιβάλλον, (στ) πνευματική σφαίρα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις. Οι πρώτες δοκιμές δείχνουν ότι το εργαλείο είναι κατάλληλο για χρήση, τουλάχιστον με ενήλικες των ΗΠΑ^{28,29}.

Πιθανοί δείκτες για την εκτίμηση της επίδρασης των νοσημάτων και τη θεραπείας πάνω στην ποιότητα ζωής είναι:

Επιβίωση

Πόνος

συμπτωμάτων

Δοκιμασία κόπωσης

Δυσχέρεια

Δοκιμασίες πνευμονικής Ημερολόγιο

λειτουργίας

συμπτωμάτων

Φυσική ευεξία

Φυσικές λειτουργίες

Καθημερινές δραστηριότητες

Κοινωνική συμμετοχή

Κοινωνικός ρόλος

Σεξουαλική δραστηριότητα

Ψυχική ευεξία

Ψυχολογικοί δείκτες

Διάθεση

Ψυχολογικοί δείκτες

Οι περισσότερες εργασίες αναφέρονται στις δύο κύριες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, την αντικειμενική, που εκφράζεται με το βαθμό λειτουργικότητας και τη συμπεριφορά του ατόμου, και την υποκειμενική, που είναι η ευεξία του ατόμου και η δική του αντίληψη της κατάστασής του. Ο ΠΟΥ έχει δώσει τον ακόλουθο ορισμό:

«η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» και τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα, αλλά δίνει μεγαλύτερο βάρος στην υποκειμενική διάσταση και στις θετικές όψεις της ποιότητας ζωής.

3.3 Εκτίμηση του πόνου – Εργαλεία αξιολόγησης

Ο πόνος δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά. Η ένταση του πόνου είναι ένα από τα πιο δύσκολα και ίσως απογοητευτικά χαρακτηριστικά του για να καθοριστεί. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες δοκιμασίες και κλίμακες ή βαθμολογίες για να βοηθήσουν στην μέτρηση του πόνου. η εκτίμηση μιας μόνο διάστασης, όπως η ένταση, ωστόσο, δεν θα μπορέσει μοιραία να συλλάβει τα πολλά χαρακτηριστικά του πόνου και της εμπειρίας του. Υπάρχουν πολλά ανταγωνιστικά εργαλεία και κλίμακες για την μέτρηση του πόνου. Ακολουθούν μερικές από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους που χρησιμοποιούνται. Χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης και βαθμονομικές κλίμακες για να αντλήσουν πληροφορίες σχετικά με την αντίληψη και την εμπειρία του πόνου του αρρώστου^{30,31}.

Μονοδιάστατες Κλίμακες Αυτό-αξιολόγησης.

Γενικά οι κλίμακες αυτό-αξιολόγησης είναι πολύ απλές, χρήσιμες και ασφαλείς μέθοδοι για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της επώδυνης κατάστασης του αρρώστου.

Λεκτικές Περιγραφικές Κλίμακες

Ο άρρωστος περιγράφει μόνος του τον πόνο επιλέγοντας από έναν κατάλογο επιθέτων σχετικών με την διαβάθμιση της έντασης του πόνου. η κλίμακα αποτελείται από 5 λέξεις που περιγράφουν τον πόνο: ήπιος, ενοχλητικός, ανησυχητικός, τρομερός και βασανιστικός. Τα μειονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η περιορισμένη επιλογή και το γεγονός ότι οι άρρωστοι τείνουν να επιλέξουν πιο μετριοπαθείς περιγραφές αντί των ακραίων.

*Κλίμακα Αριθμητικής Βαθμονόμησης (NRS)**

Είναι η πιο απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιείται συχνότερα. Σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 10, με το 0 να αντιστοιχεί στην «απουσία πόνου» και το 10 στο «χειρότερο πόνο που μπορεί κανείς να φανταστεί», ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό για να περιγράψει τον πόνο. Τα πλεονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η απλότητα, η ικανότητα απόδοσης και το γεγονός ότι γίνεται εύκολα αντιληπτή από τον άρρωστο και επισημαίνονται μικρές μεταβολές του πόνου. το κύριο μειονέκτημα είναι ότι δεν αντανακλά ούτε την ψυχολογία ούτε τη σωματική αποδιοργάνωση που δημιουργήθηκε από μια ειδική διαταραχή.

*Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS)***

Η κλίμακα αυτή μοιάζει με την παραπάνω, με τη διαφορά ότι ο ασθενής σημειώνει το σημείο που αντιστοιχεί στον πόνο σε μια γραμμή 10 , της οποίας η μία άκρη χαρακτηρίζεται ως «απουσία πόνου» και η άλλη ως «ο χειρότερος πόνος που μπορεί κανείς να φανταστεί». Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα είναι τα ίδια με της Κλίμακας Αριθμητικής Βαθμονόμησης.

Κλίμακα Βαθμονόμησης του Πόνου με Προσωπεία

Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά μπορεί να είναι πολύ δύσκολη, γιατί δεν είναι σε θέση να περιγράψουν τον πόνο ή να καταλάβουν τα έντοπα εκτίμησης του πόνου. η κλίμακα αυτή απεικονίζει πέντε σκίτσα με χαρακτηριστικά προσώπου που το κάθε ένα έχει μία αριθμητική αξία και κυμαίνεται από ευτυχισμένο, χαμογελαστό πρόσωπο μέχρι λυπημένο, δακρυσμένο πρόσωπο. Για την αναγωγή της κλίμακας αυτής στην οπτική αναλογική κλίμακα πολλαπλασιάζεται η αξία που έχει επιλεγεί επί δύο. Η κλίμακα αυτή μπορεί να είναι ευεργετική για τους διανοητικά καθυστερημένους ασθενείς.

Πολυδιάστατα Εργαλεία

Τα εργαλεία αυτά παρέχουν πολύ περισσότερες πληροφορίες για τον πόνο του ασθενούς από την ένταση μόνο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για αιτιάσεις σύνθετου πόνου. Γι' αυτό είναι πιο δύσκολα και χρονοβόρα και προορίζονται για το εξωτερικό ιατρείο και την έρευνα.

Ερωτηματολόγιο Πόνου του McGill (MPQ)

Είναι μια πολυδιάστατη δοκιμασία που χρησιμοποιείται συχνότερα³². Περιγραφικές λέξεις από τις τρεις μείζονες διαστάσεις του πόνου (αισθητική, συναισθηματική και αξιολόγησης) υποδιαιρούνται σε 20 υποκατηγορίες που η κάθε μια τους περιέχει λέξεις διαφορετικών βαθμών. Λαμβάνονται τρεις βαθμολογίες, μία για κάθε διάσταση, καθώς

και η συνολική βαθμολογία. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την κλινική έρευνα.

Βραχεία Καταγραφή του Πόνου (BPI)

Στην καταγραφή αυτή οι ασθενείς χαρακτηρίζουν την ένταση του πόνου τους ως «χειρότερος», «ελάχιστος» ή «μέτριος» κατά το χρόνο που γίνεται η βαθμονόμηση. Επίσης, δείχνουν την εντόπιση του πόνου τους σ' ένα σχηματικό διάγραμμα του σώματος. Η μέθοδος αυτή συσχετίζεται με την βαθμολογία της δραστηριότητας, του ύπνου και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Είναι μια διασταυρούμενη – πολιτισμική και χρήσιμη μέθοδος για την εκπόνηση εργασιών

Το Διάγραμμα Εκτίμησης του Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης (ΓΝΜ)

Το διάγραμμα στην εικόνα 3-2 συνδυάζει πολλά από τα παραπάνω εργαλεία έλεγχου και χορηγείται σε όλους τους ασθενείς κατά την αρχική επίσκεψη στο κέντρο πόνου του ΓΝΜ. Αποσπά πληροφορίες για τον πόνο, την εντόπιση του (σχέδιο του σώματος), την ποιότητα του πόνου, τις θεραπείες που δοκιμάστηκαν και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν στο παρελθόν και που χορηγούνται τώρα. Χρειάζεται 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί και είναι ένας ιδιαίτερα πολύτιμος έλεγχος. Τα μειονεκτήματα είναι ίδια με αυτά που αφορούν τα πολυδιάστατα εργαλεία. (βλ πίνακα 1)

Ημερολόγιο του Πόνου

Το ημερολόγιο πόνου του ασθενούς χρησιμεύει για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της καθημερινής δραστηριότητας. Ο πόνος περιγράφεται χρησιμοποιώντας την κλίμακα αριθμητικής βαθμονόμησης από το 0 μέχρι το 10 κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας όπως το βάδισμα, η ορθοστασία, το κάθισμα και μικρές εργασίες. Η χρονική περίοδος είναι συνήθως ωραία. Η χρήση φαρμάκων, οίνοπνεύματος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η ανταπόκριση της οικογένειας αποτελούν χρήσιμες πληροφορίες για να καταγραφούν. Τα ημερολόγια πόνου αντανακλούν τον πόνο του ασθενούς με μεγαλύτερη ακρίβεια συγκριτικά με την αναδρομική περιγραφή που μπορεί να έχει σημαντικά υπέρ – ή υποεκτιμήσει τον πόνο.

Άλλα δημοφιλή εργαλεία εκτίμησης περιλαμβάνουν το Ερωτηματολόγιο Στρατηγικής Αντιμετώπισης (Coping Strategies Questionnaire) (CSQ) και τη Δοκιμασία Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory) (BDI). Αφού η νοητική δραστηριότητα αντιμετώπισης του πόνου φαίνεται να συσχετίζεται με το σύνδρομο του χρόνιου πόνου, θα ωφελούσε να προηγηθεί η εκτίμηση της πριν γίνει δεκτός ο άρρωστος στο πρόγραμμα αποκατάστασης του πόνου. Το BDI είναι ένα εργαλείο που

χρησιμοποιείται στους αρρώστους με χρόνια πόνο, επειδή η κατάθλιψη συμμετέχει στον απροσάρμοστο κύκλο του πόνου και της ανικανότητας.

Άλλο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης χρήσιμο για την εκτίμηση του χρόνιου πόνου είναι ο Δείκτης Ανικανότητας του Πόνου (Pain Disability Index [PDI]) και το Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Νόσου (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]). Ο PDI χρησιμεύει στην εκτίμηση της συμπεριφοράς πόνου των ασθενών καθώς και του επιπέδου ανικανότητας που παρατηρείται. Το IBQ ελέγχει την ψυχοκοινωνική απελπισία των ασθενών και προσδιορίζει την παρουσία μειωμένης ικανότητας αντιμετώπισης. Από κλινική σκοπιά, πληροφορίες δίνει επίσης η παρακολούθηση της λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Εκτός από την περιγραφή του πόνου, οι ασθενείς προσπαθούν να παρουσιάσουν το μέγεθος της ταλαιπωρίας τους με μορφασμούς, γογγυσμούς ή αναστεναγμούς και συχνές αλλαγές στάσης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Αυτή η συμπεριφορά θεωρείται ότι αντανακλά την εμπειρία του πόνου του ασθενούς, επομένως εκλαμβάνεται ως συμπεριφορά πόνου. Συχνά οι ασθενείς εφιστούν την προσοχή στην ταλαιπωρία τους τονίζοντας τη συμπεριφορά τους ή ζητώντας συγγνώμη αυτήν παρουσία του γιατρού. Σε άλλους ασθενείς αυτή η συμπεριφορά είναι αυτόματη και συνυφασμένη με την παρουσία τους και δεν το αντιλαμβάνονται. Τα στοιχεία που έχουν ληφθεί συνδυάζονται με συμπληρωματικά δεδομένα από την εξέταση του ιατρικού διαγράμματος και από τυποποιημένα εργαλεία εκτίμησης για να εκπονηθεί ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης θεραπείας και συμβουλών. Στη συνέχεια, αν είναι δυνατόν, παρευρίσκεται ο ή η σύζυγος ή άλλο σημαντικό πρόσωπο που θα δώσει περισσότερες πληροφορίες για τη λειτουργικότητα και τις επιπτώσεις του πόνου στο γάμο και/ή στην οικογενειακή μονάδα.

Τυπικά, η συνέντευξη αρχίζει καθησυχάζοντας τους φόβους του ασθενούς για τους οποίους έχει παραπεμφθεί για να εκτιμηθεί η ιατρική της συμπεριφοράς επειδή ένας γιατρός πιστεύει ότι ο άνθρωπος είναι «τρελός» ή ότι ο πόνος είναι «όλος μέσα στο κεφάλι του». Μάλλον, χρησιμοποιούμε αυτή την ευκαιρία για να εξηγήσουμε ότι η εκτίμηση είναι για μας ένας τρόπος να κατανοήσουμε καλύτερα όχι μόνο την εμπειρία του πόνου, αλλά και τον τρόπο που επηρέασε τη ζωή του αρρώστου γενικά. Επιπλέον, ένα μέρος της «ομαλοποίησης» της εμπειρίας του ασθενούς με την έννοια του αυξημένου stress και της διακοπής της ρουτίνας μπορεί να βοηθήσει στην ενθάρρυνση του αρρώστου και στη δημιουργία επαφής, που είναι ουσιαστική όχι μόνο για τη λήψη

πολύτιμων πληροφοριών εκτίμησης, αλλά και για να εδραιωθεί μια θετική σχέση θεραπείας.

Χαρακτηριστικά του Πόνου : Αρχικά αναφέρονται οι πραγματικές αιτιάσεις για τον πόνο. Κατόπιν ελέγχεται η εντόπιση, ένταση, διάρκεια και οι διακυμάνσεις του πόνου. Πρέπει να σημειώνονται οι υποκειμενικές περιγραφές του πόνου (αμβλύς, σφύζων, τέμνων κ.ά.). Η χρήση συναισθηματικών χαρακτηρισμών, επίσης, έχει σημασία για την πληρέστερη κατανόηση της συναισθηματικής ανταπόκρισης του ασθενούς στον πόνο του. Οι κλίμακες αυτο-αξιολόγησης του πόνου είναι μια άλλη μέθοδος, που συνήθως χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ατομικής εμπειρίας του πόνου. Ο ασθενής καθορίζει τον πόνο του σε μια κλίμακα (0 ως 10 για παράδειγμα) για ορισμένη χρονική περίοδο ή τη στιγμή αυτή ή για ειδική περίοδο όπως μιας ώρας ή μιας ημέρας ή περισσότερο. Κατά την αρχική εκτίμηση η βαθμονόμηση του πόνου συνήθως αφορά το επίπεδο του υπάρχοντος πόνου, καθώς και το φάσμα της εμπειρίας του πόνου. Ο συνολικός καθορισμός των παραμέτρων του πόνου οδηγεί φυσικά στην επεξεργασία των παραγόντων που τον επηρεάζουν - για παράδειγμα, τις δραστηριότητες που έχουν, σχέση με την επιδείνωση και αντιστρόφως τις δραστηριότητες ή τους παράγοντες που τον ανακουφίζουν. Δίνεται μεγάλη προσοχή και στις δύο αυτές περιοχές, επειδή μπορεί να ληφθούν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος της επίδρασης των περιβαλλοντολογικών ή επεμβατικών παραγόντων στο σύνδρομο του πόνου.

3.4 Σύνοψη

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να αποδοθεί ένας πλήρης ορισμός στην ποιότητα ζωής. Βέβαιο είναι σήμερα ότι πολλοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όπως και η ίδια η στάση του ασθενούς απέναντι στις συνιστώσες της ποιότητας ζωής και οι προτεραιότητές του. Το βιοτικό επίπεδο, η ασφάλεια, ο διαθέσιμος χρόνος, η αξιοπρεπής διαβίωση και άλλες παράμετροι είναι βασικές. Έχουν δημιουργηθεί διάφορες κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, μερικές από τις οποίες χρησιμοποιούνται με επιτυχία στην καθημερινή πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Περιγραφή νοσοκομείων

Το Αττικό Νοσοκομείο θεμελιώθηκε το 1995 σε οικόπεδο που παραχωρήθηκε για το σκοπό αυτό το 1990 από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και ιδρύθηκε με το Π.Δ. 200/9-8-2000, "Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου με την επωνυμία "ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ" (ΦΕΚ 180/Α/00), ως ΝΠΔΔ, με έδρα το Δήμο Χαϊδαρίου Αττικής. Ο πρώτος οργανισμός του νοσοκομείου εγκρίθηκε με το ΦΕΚ 406/3-4-2002 και ονομάστηκε ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ. Η πρώτη τροποποίηση του Οργανισμού έγινε στις 17-5-2002 (ΦΕΚ 1611). Με βάση την απόφαση Υ4α/οικ ΓΠ48692/17/5/02 μετονομάστηκε σε ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ "ΑΤΤΙΚΟΝ". Η οριστική ονομασία του Νοσοκομείου δόθηκε με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 37171/2003 και γίνεται ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΤΤΙΚΟΝ" (ΦΕΚ 470/18-04-2003). Ακολούθησαν οι αποφάσεις μετεγκατάστασης και εγκατάστασης πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων που δημοσιεύθηκαν στο ΦΕΚ 523/Β/5-5-03 Υ4α/39632 και ΦΕΚ 1079/28/7/03 Υ4α/68458.

Την 15/7/2002 ξεκίνησαν να λειτουργούν τα πρώτα 14 Εξωτερικά Ιατρεία (παραλαβή 1/5 του νοσοκομείου, μέχρι το τέλος του 2002 πραγματοποιήθηκαν 8.512 επισκέψεις), 5 Βιοπαθολογικά εργαστήρια (μέχρι το τέλος του 2002 πραγματοποιήθηκαν 10.730 εργαστηριακές εξετάσεις), και 5 εργαστήρια του Τομέα Απεικόνισης (μέχρι το τέλος του 2002 πραγματοποιήθηκαν 3.800 απεικονιστικές εξετάσεις). Στις 1/7/2003 πραγματοποιήθηκε η άφιξη Πανεπιστημιακών Γιατρών και μελών ΔΕΠ. Στις 23/9/2003 ξεκίνησε η λειτουργία των πρώτων κλινικών τμημάτων (1 Παθολογική Κλινική, 1 Χειρουργική Κλινική, το Εργαστήριο Ακτινολογίας και 5 Βιοπαθολογικά Εργαστήρια). Μέχρι την 1η Νοεμβρίου, μεταφέρθηκαν σε πρώτη φάση 7 πλήρεις πανεπιστημιακές κλινικές με όλο τους το δυναμικό.

Στις 31/1/2004 λειτούργησε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πραγματοποιώντας έτσι το νοσοκομείο την πρώτη του γενική εφημερία (για 9 ώρες) μαζί με το Νοσοκομείο "Άγιος Παντελεήμων" (Νίκαια). Τον Απρίλιο του 2005 η γενική εφημερία επεκτάθηκε έως τις 7 μ.μ. και γίνονταν ανά 6 ημέρες. Από την 1η Νοεμβρίου του 2006 έως και σήμερα το Νοσοκομείο είναι σε γενική εφημερία ανά τρεις (3) ημέρες από τις 14:30 έως και τις 23:00.

Στο τέλος του 2006 το Νοσοκομείο λειτούργησε με 12 πλήρως ανεπτυγμένες Πανεπιστημιακές κλινικές για εσωτερικές νοσηλείες αλλά και τα εξωτερικά τους ιατρεία, 10 Πανεπιστημιακές κλινικές που λειτουργούσαν μόνο εξωτερικά ιατρεία, 12 ειδικές μονάδες, πλήρως ανεπτυγμένο απεικονιστικό τομέα (ακτινοδιαγνωστικό, ακτινοθεραπευτικό και πυρηνικής ιατρικής), 5 κεντρικά εργαστήρια και 2 ερευνητικά, περίπου 162 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (όπου σήμερα - Αύγουστος 2007 - ανέρχονται στα 191) και 10 Απογευματινά. Από το Σεπτέμβριο ως το Δεκέμβριο του 2006 λειτούργησαν με 24ωρες νοσηλείες 5 νέες κλινικές & μονάδες, 6 επιπλέον κλίνες ΜΕΘ και δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την πλήρη λειτουργία 620 κλινών στο 2007 με την έναρξη λειτουργίας νέων κλινικών.

Το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο:

Ο ιδρυτής είναι ο Κωνσταντίνος Σισμάνογλου. Η οικογένεια Σισμανόγλου καταγόταν από τη Μ. Ασία. Ο Ιωάννης Σισμάνογλου, ασχολήθηκε με το εμπόριο στην Κωνσταντινούπολη και ήταν μέλος της Επιτροπής Τραπεζιτών για το Φόρο της Δεκάτης. Υπήρξε μέγας ευεργέτης της Μεγάλης του Γένους Σχολής και της Επιτροπής της Ελληνικής Ορθοδόξου Κοινότητας στην Άγκυρα. Από τον γάμο του με την Αικατερίνη Κιουπεντζόγλου απέκτησε τρεις (3) γιους τον Αλέξανδρο, τον Κωνσταντίνο και τον Αναστάσιο.

Οι Κωνσταντίνος και Αναστάσιος Σισμάνογλου ακολουθώντας το παράδειγμα του πατέρα τους, χρηματοδότησαν πολλά έργα του Ελληνισμού στην Πόλη, παραχώρησαν το 1922 ένα μεγάλο κτήμα (τσιφλίκι) στη Καβάλα για τους πρόσφυγες της Μικράς Ασίας, και ίδρυσαν δύο Αντιφυματιολογικά Ινστιτούτα με το όνομα "Σισμανόγλειο" στην Αττική και στη Κομοτηνή.

Το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο του Νομού Αττικής, σχεδιάστηκε από τον αρχιτέκτονα Γ. Οικονομίδη και κατασκευάστηκε υπό την επίβλεψη του μηχανικού Π. Μανουηλίδη. Συνοπτικά το χρονικό του Νοσοκομείου έχει ως εξής:

Στις 6 Δεκεμβρίου 1936, κατατίθεται ο θεμέλιος λίθος της ανέγερσης του Φυματιολογικού Ιδρύματος, από τον Κωνσταντίνο Ι. Σισμάνογλου.

1940 Το ίδρυμα επιτάσσεται από το κράτος για την εξυπηρέτηση εθνικών αναγκών λόγω της κηρύξης του πολέμου (Οκτώβριος 1940)

1941-1944 Χρησιμοποιείται από τους Γερμανούς ως Γενικό Νοσοκομείο

1945 Επισκευάζεται με σκοπό την επαναλειτουργία του.

1946 Λειτουργεί ως "Φυματιολογικόν Ινστιτούτον Ιωάννου Α. Σισμάνογλου και του Οίκου αυτού"

- 1951 Πεθαίνει ο ιδρυτής του Κωνσταντίνος Ι. Σισμάνογλου
- 1956 Διακόπτεται προσωρινά η λειτουργία του ιδρύματος λόγω διοικητικών και οικονομικών προβλημάτων
- 1958 Επαναλειτουργεί ύστερα από τακτοποίηση των οικονομικών του υποχρεώσεων από το κράτος
- 1972 Διατίθεται το 50% των φυματιολογικών κλινών για νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από άλλα νοσήματα.
- 1985 Υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ.2592/53, ελέγχεται από το Ελληνικό Δημόσιο και λειτουργεί στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, "Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής "Σισμανόγλειο".
- 2003 Ανακηρύσσεται βασικό "Ολυμπιακό Νοσοκομείο"

4.2 Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν 34 ασθενείς που προσέρχονταν στα κέντρα πόνου των νοσοκομείων «Αττικών» και «Σισμανόγλειο». Επτά ασθενείς ήταν καρκινοπαθείς, ενώ 27 έπασχαν από διάφορα επώδυνα σύνδρομα. Για την αξιολόγηση του πόνου χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου McGill. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από τρία μέρη: Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις με τις οποίες αξιολογείται η αισθητική και συναισθηματική διάσταση του πόνου (ο ασθενής βαθμολογεί αντίστοιχες περιγραφές της ποιότητας του πόνου από το 0 έως το 3). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ένα οπτικό ανάλογο όπου ο ασθενής σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100 αξιολογεί την ένταση του πόνου (μετριέται από τον εξεταστή σε cm πάνω σε μία ευθεία γραμμή), ενώ στο τρίτο μέρος αξιολογεί το επίπεδο του παρόντος πόνου. Δύναται να υπάρξουν και συνδυαστικές παράμετροι των παραπάνω.

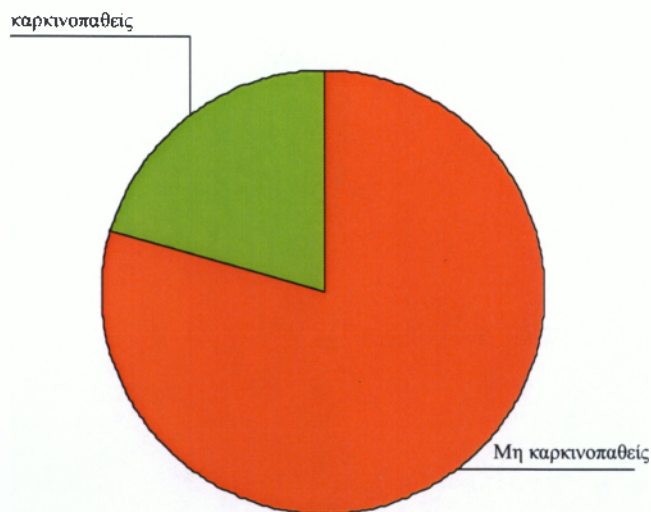
4.3 Στατιστική προσέγγιση

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση τιμή \pm σταθερά απόκλιση, εφόσον η κατανομή τους ήταν κανονική. (Ο έλεγχος της κανονικότητας για τις συνεχείς μεταβλητές στο δείγμα μας έγινε με το test Kolmogorov-Smirnov). Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε εκατοστημόρια και ως διάμεσες τιμές (25^ο - 50^ο - 75^ο εκατοστημόριο). Οι μέσες ή οι διάμεσες τιμές των τιμών μεταξύ των ομάδων συγκρίθηκαν με το Student's t-test ή Mann Whitney U test, αντίστοιχα³¹.

Κατασκευάστηκαν πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα για την κατανομή των διαφόρων μεταβλητών και για την απεικόνιση των συγκρίσεων , ανάμεσα σε καρκινοπαθείς και μη. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους υποθέσεων θεωρήθηκε το 0,05. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS for windows, εκδ 8.0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μελετήθηκαν 34 ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται στα ιατρεία πόνου των νοσοκομείων Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» ΚΑΙ Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ». Από τους 34 ασθενείς οι 7 έπασχαν από καρκίνο και οι υπόλοιποι 27 από διάφορα επώδυνα νοσήματα (εικόνα 1). Σύμφωνα με τις οδηγίες σημείωσης (score) του ερωτηματολογίου McGill έχουμε ως 0=καθόλου πόνος, 1= ήπιος πόνος, 2=μέτριος πόνος και 3=έντονος πόνος. Έτσι έχουμε:



Εικόνα 1: Κατανομή των ασθενών με βάση την ασθένεια

Στον πίνακα 5.1 παρατηρήθηκε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως μέτριο.

Πίνακας 5.1: Κατανομή συχνοτήτων για την αισθητική διάσταση του πόνου

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή δείγματος
2,00	1	2,9	2
3,00	1	2,9	3
4,00	2	5,9	8
5,00	2	5,9	10
6,00	1	2,9	6
7,00	2	5,9	14
8,00	1	2,9	8
9,00	6	17,6	54
10,00	2	5,9	20
11,00	3	8,8	33
12,00	4	11,8	48
14,00	1	2,9	14
15,00	2	5,9	30
16,00	1	2,9	16
18,00	1	2,9	18
21,00	1	2,9	21
25,00	1	2,9	25
27,00	1	2,9	27
30,00	1	2,9	30
Σύνολο	34	100,0	20,36



Γράφημα 5.1: Κατανομή της αισθητικής διάστασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Στον πίνακα 5.2 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως μέτριο.

Πίνακας 5.2: Κατανομή συχνοτήτων για συναισθηματική διάσταση του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό	Μέση Τιμή
0,00	1	2,9	0
1,00	3	8,8	3
2,00	3	8,8	6
3,00	6	17,6	18
4,00	6	17,6	24
5,00	3	8,8	15
6,00	5	14,7	30
7,00	1	2,9	7
8,00	3	8,8	24
9,00	3	8,8	27
Σύνολο	34	100,0	15,4



Γράφημα 5.2: Κατανομή της συναισθηματικής διάστασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Στον πίνακα 5.3 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως μέτριο.

Πίνακας 5.3: Κατανομή συχνοτήτων για την ένταση του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
0,00	1	2,9	0
1,00	6	17,6	6
2,00	9	26,5	18
3,00	10	29,4	30
4,00	5	14,7	20
5,00	3	8,8	15
Σύνολο	34	100,0	14,83

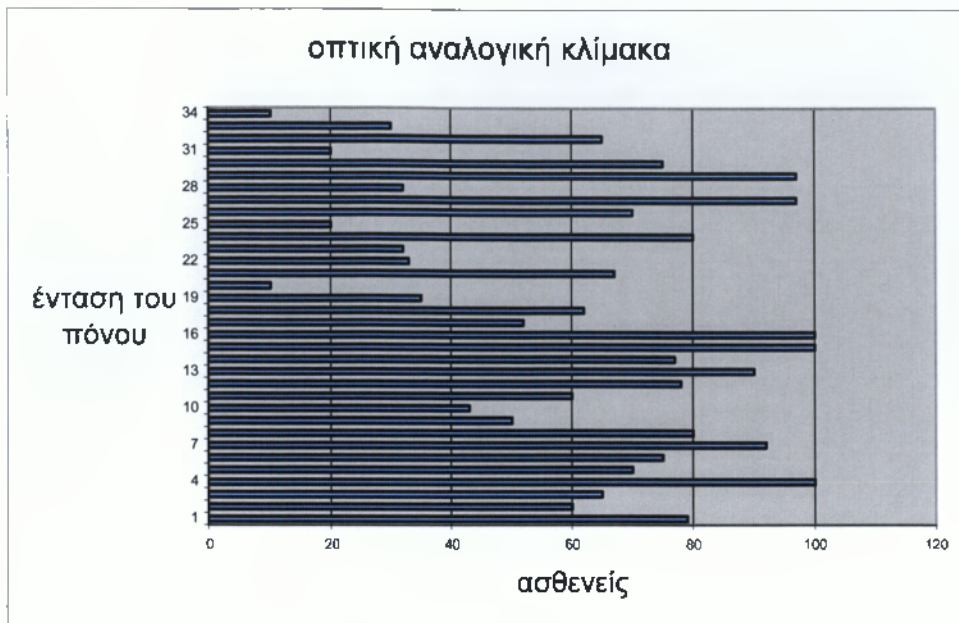


Γράφημα 5.3: Ένταση παρόντος πόνου

Στον πίνακα 5.4 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει ελάχιστα τον πόνο.

Πίνακας 5.4: Κατανομή συχνοτήτων για την οπτική αναλογική κλίμακα στο σύνολο των ασθενών

Τιμές (σε εκατοστ.)	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
10,00	2	5,9	20
20,00	2	5,9	40
30,00	1	2,9	30
32,00	2	5,9	64
33,00	1	2,9	33
35,00	1	2,9	35
43,00	1	2,9	43
50,00	1	2,9	50
52,00	1	2,9	52
60,00	2	5,9	120
62,00	1	2,9	62
65,00	2	5,9	130
67,00	1	2,9	67
70,00	2	5,9	140
75,00	2	5,9	150
77,00	1	2,9	77
78,00	1	2,9	78
79,00	1	2,9	79
80,00	2	5,9	160
90,00	1	2,9	90
92,00	1	2,9	92
97,00	2	5,9	194
100,00	3	8,8	300
Σύνολο	34	100,0	91,56

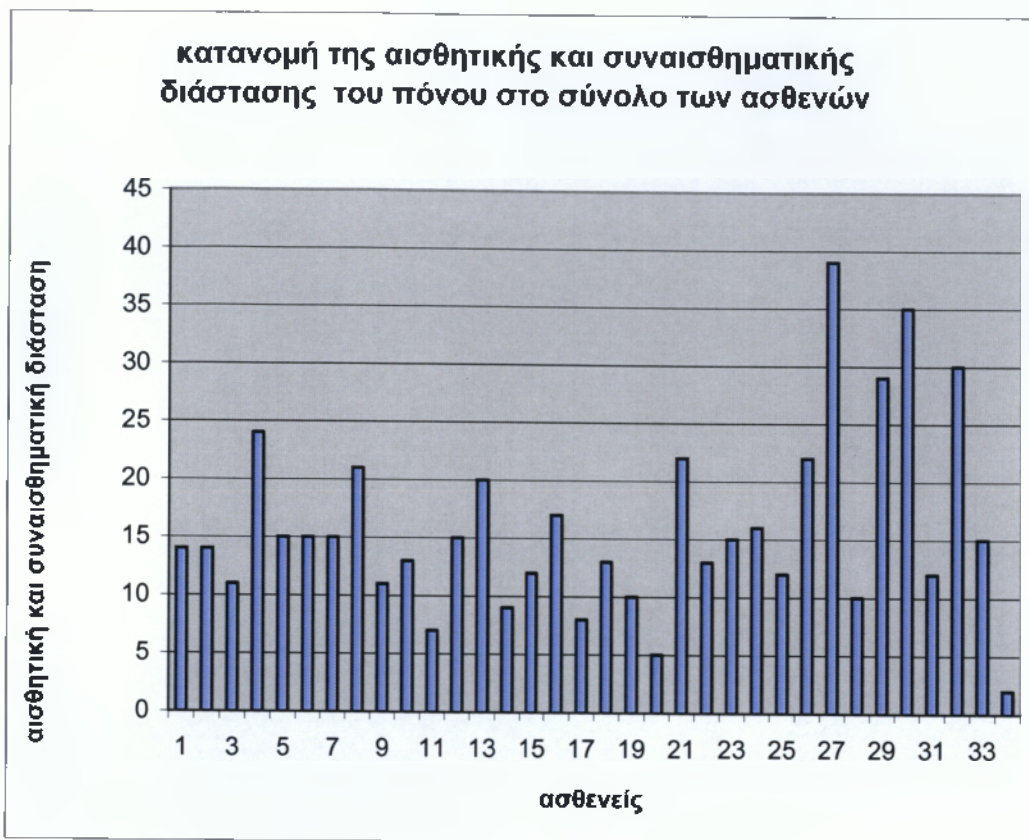


Γράφημα 5.4: Οπτική αναλογική κλίμακα

Στον πίνακα 5.5 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει ελάχιστα τον πόνο.

Πίνακας 5.5: Κατανομή συχνοτήτων συνολικού score αισθητικής και συναισθηματικής διάστασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
2,00	1	2,9	2
5,00	1	2,9	5
7,00	1	2,9	7
8,00	1	2,9	8
9,00	1	2,9	9
10,00	2	5,9	20
11,00	2	5,9	22
12,00	3	8,8	36
13,00	3	8,8	39
14,00	2	5,9	28
15,00	6	17,6	90
16,00	1	2,9	16
17,00	1	2,9	17
20,00	1	2,9	20
21,00	1	2,9	21
22,00	2	5,9	44
24,00	1	2,9	24
29,00	1	2,9	29
30,00	1	2,9	30
35,00	1	2,9	35
39,00	1	2,9	39
Σύνολο	34	100,0	25,76

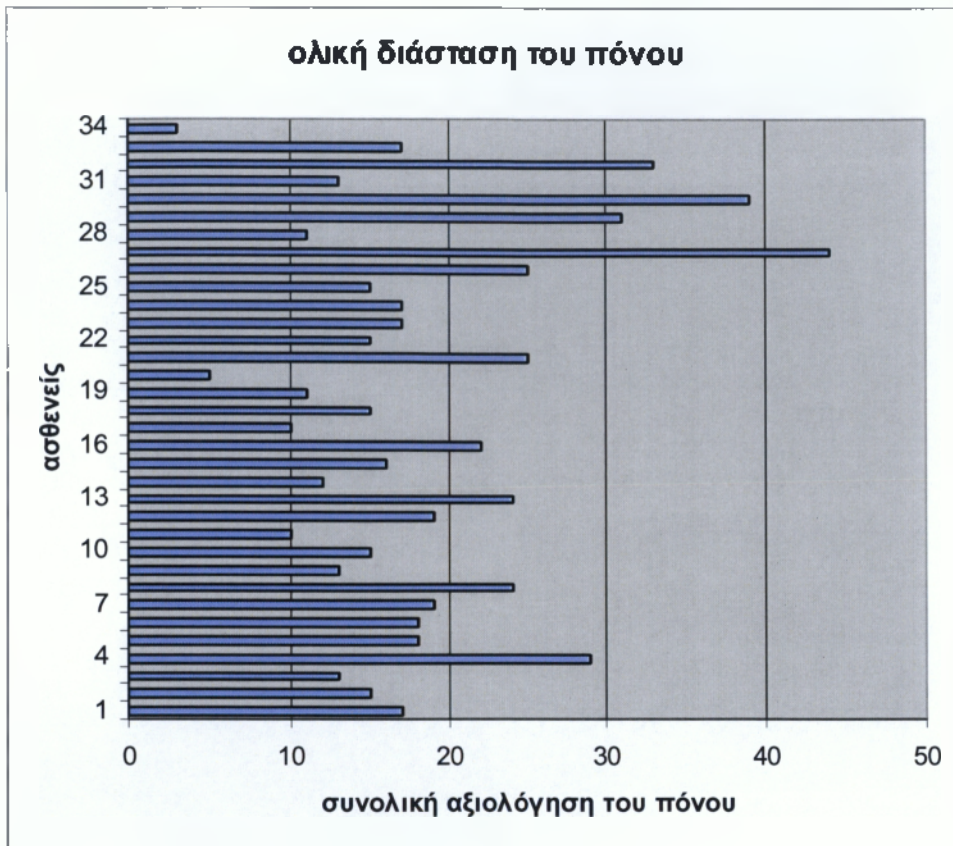


Γράφημα 5.5: Κατανομή της αισθητικής και συναισθηματικής διάστασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Στον πίνακα 5.6 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.6: Κατανομή συχνοτήτων για το συνολικό score αισθητικής, συναισθηματικής διάστασης του πόνου και έντασης του πόνου στο σύνολο των ασθενών

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό	Μέση τιμή
3,00	1	2,9	3
5,00	1	2,9	5
10,00	2	5,9	20
11,00	2	5,9	22
12,00	1	2,9	12
13,00	3	8,8	39
15,00	5	14,7	75
16,00	1	2,9	16
17,00	4	11,8	68
18,00	2	5,9	36
19,00	2	5,9	38
22,00	1	2,9	22
24,00	2	5,9	48
25,00	2	5,9	50
29,00	1	2,9	29
31,00	1	2,9	31
33,00	1	2,9	33
39,00	1	2,9	39
44,00	1	2,9	44
Σύνολο	34	100,0	33,15

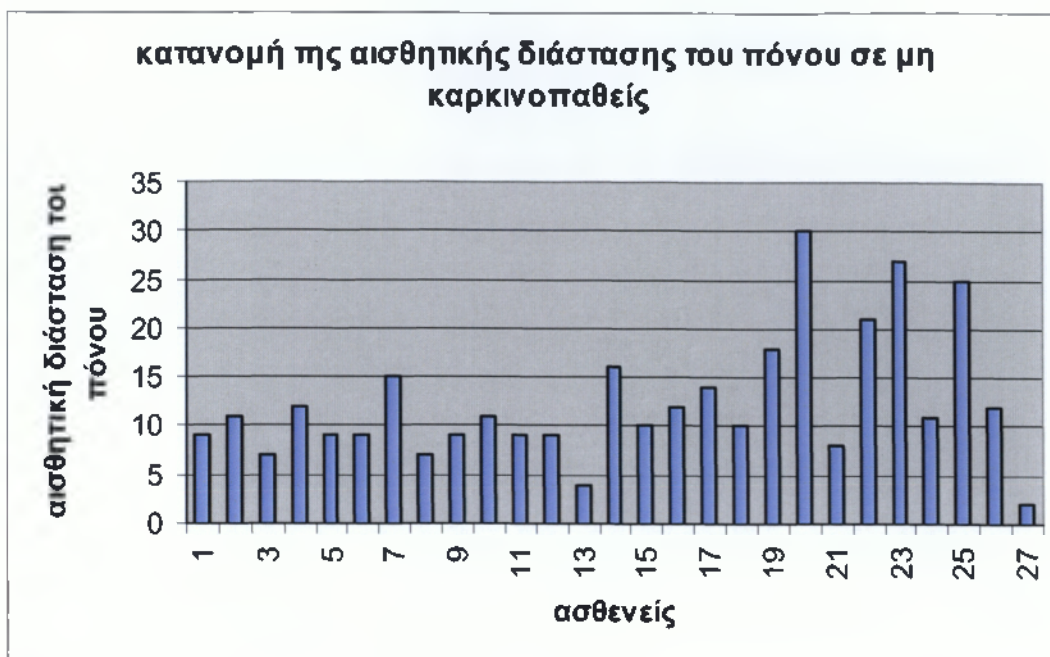


Γράφημα 5.6: Ολική διάσταση του πόνου

Στον πίνακα 5.7 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.7: Κατανομή συχνοτήτων για την αισθητική διάσταση του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
2,00	1	3,7	2
4,00	1	3,7	4
7,00	2	7,4	14
8,00	1	3,7	8
9,00	6	22,2	54
10,00	2	7,4	20
11,00	3	11,1	33
12,00	3	11,1	36
14,00	1	3,7	14
15,00	1	3,7	15
16,00	1	3,7	16
18,00	1	3,7	18
21,00	1	3,7	21
25,00	1	3,7	25
27,00	1	3,7	27
30,00	1	3,7	30
Σύνολο	27	100,0	21,06



Γράφημα 5.7: Κατανομή της αισθητικής διάστασης του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.8 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.8: Κατανομή συχνοτήτων για την αισθητική διάσταση του πόνου σε καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
4,00	1	14,3	4
5,00	2	28,6	10
6,00	1	14,3	6
12,00	1	14,3	12
15,00	1	14,3	15
Σύνολο	7	100,0	9,4

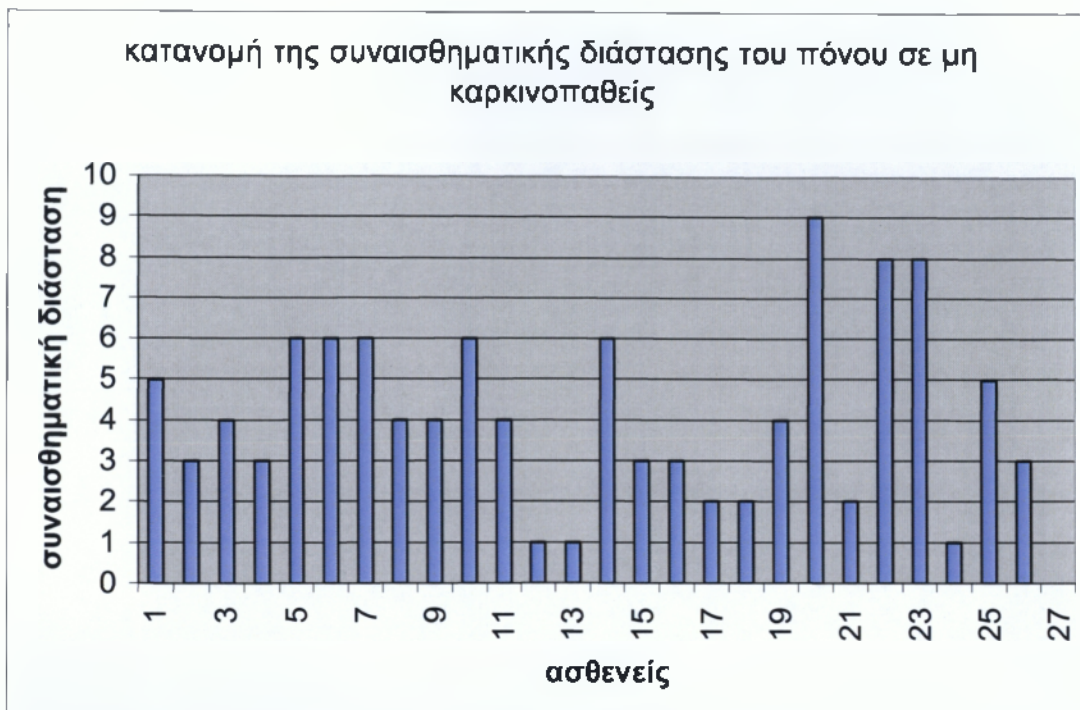


Γράφημα 5.8: Κατανομή της αισθητικής διάστασης του πόνου στους καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.9 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως μέτριο.

Πίνακας 5.9: Κατανομή συχνοτήτων για τη συναισθηματική διάσταση του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
0	1	3,7	0
1,00	3	11,1	3
2,00	3	11,1	6
3,00	5	18,5	15
4,00	5	18,5	20
5,00	2	7,4	10
6,00	5	18,5	30
8,00	2	7,4	16
9,00	1	3,7	9
Σύνολο	27	100,0	12,11



Γράφημα 5.9: Κατανομή της συναισθηματικής διάστασης του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.10 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.10: Κατανομή συχνοτήτων για τη συναισθηματική διάσταση του πόνου σε καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N	Ποσοστό %	Μέση τιμή
4,00	1	14,3	4
5,00	1	14,3	5
7,00	1	14,3	7
8,00	1	14,3	8
9,00	2	28,6	18
Σύνολο	7	100,0	8,4



Γράφημα 5.10: Κατανομή της συναισθηματικής διάστασης του πόνου στους καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.11 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.11: Κατανομή συχνοτήτων για την ένταση του παρόντος πόνου σε καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
2,00	1	14,3	2
3,00	2	28,6	6
4,00	3	42,9	12
5,00	1	14,3	5
Σύνολοι	7	100,0	6,25

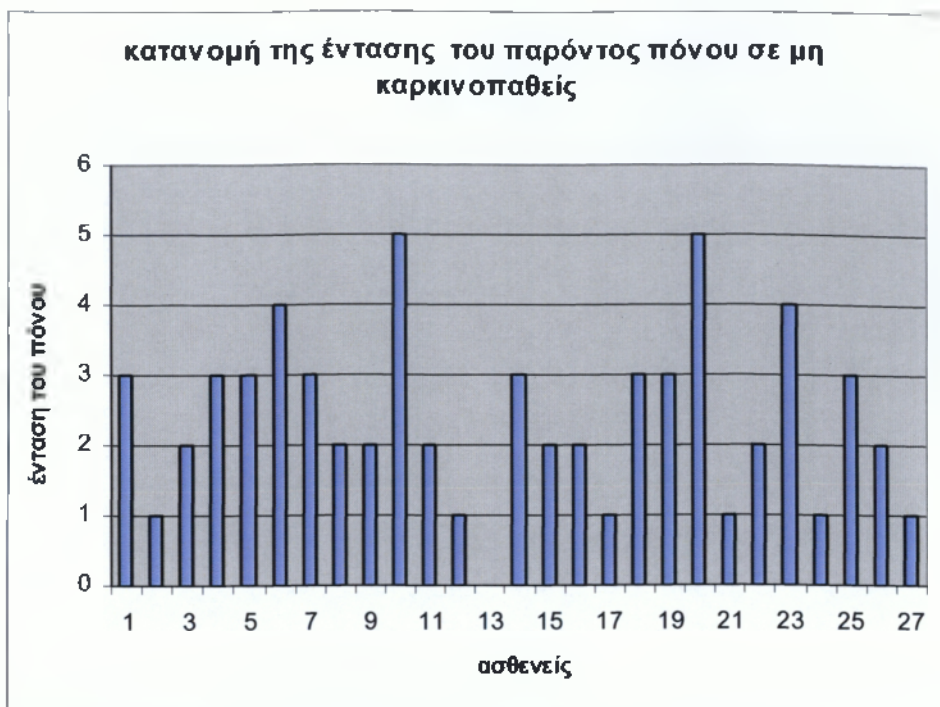


Γράφημα 5.11: Ένταση του παρόντος πόνου σε καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.12 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως έντονο.

Πίνακας 5.12: Κατανομή συχνοτήτων για την ένταση του παρόντος πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N(αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση Τιμή
0	1	3,7	0
1,00	6	22,2	6
2,00	8	29,6	16
3,00	8	29,6	24
4,00	2	7,4	8
5,00	2	7,4	10
Σύνολο	27	100,0	10,66

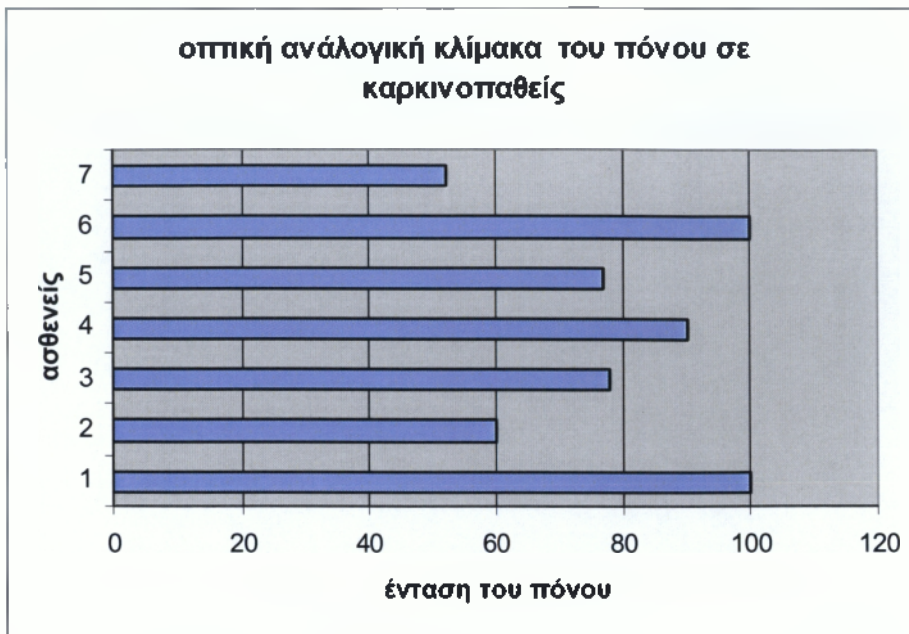


Γράφημα 5.12: Κατανομή της έντασης του παρόντος πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.13 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει ελάχιστα τον πόνο.

Πίνακας 5.13: Κατανομή συχνοτήτων για την οπτική αναλογική κλίμακα του πόνου σε καρκινοπαθείς.

Τιμές (σε εκατοστ.)	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
60,00	1	14,3	60
77,00	1	14,3	77
78,00	1	14,3	78
90,00	1	14,3	90
100,00	2	28,6	200
Σύνολο	7	100,0	101

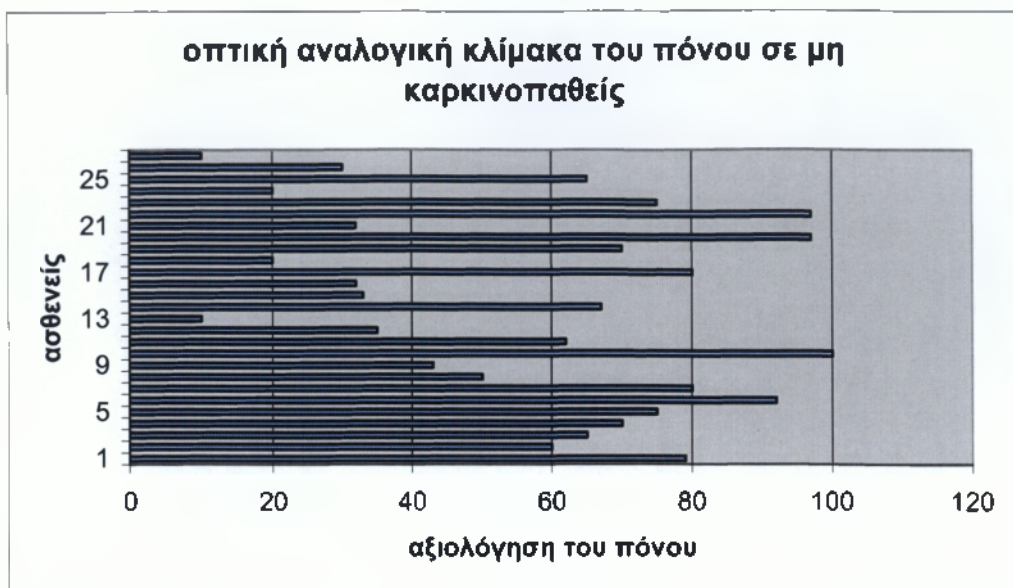


Γράφημα 5.13: Οπτική αναλογική κλίμακα του πόνου σε καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.14 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ελάχιστα.

Πίνακας 5.14: Κατανομή συχνοτήτων για την οπτική αναλογική κλίμακα σε μη καρκινοπαθείς

Τιμές (σε εκατοστ.)	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
10,00	2	7,4	20
20,00	2	7,4	40
30,00	1	3,7	30
32,00	2	7,4	64
33,00	1	3,7	33
35,00	1	3,7	35
43,00	1	3,7	43
50,00	1	3,7	50
60,00	1	3,7	60
62,00	1	3,7	62
65,00	2	7,4	130
67,00	1	3,7	67
70,00	2	7,4	140
75,00	2	7,4	150
79,00	1	3,7	79
80,00	2	7,4	160
92,00	1	3,7	92
97,00	2	7,4	194
100,00	1	3,7	100
Σύνολο	27	100,0	81,52

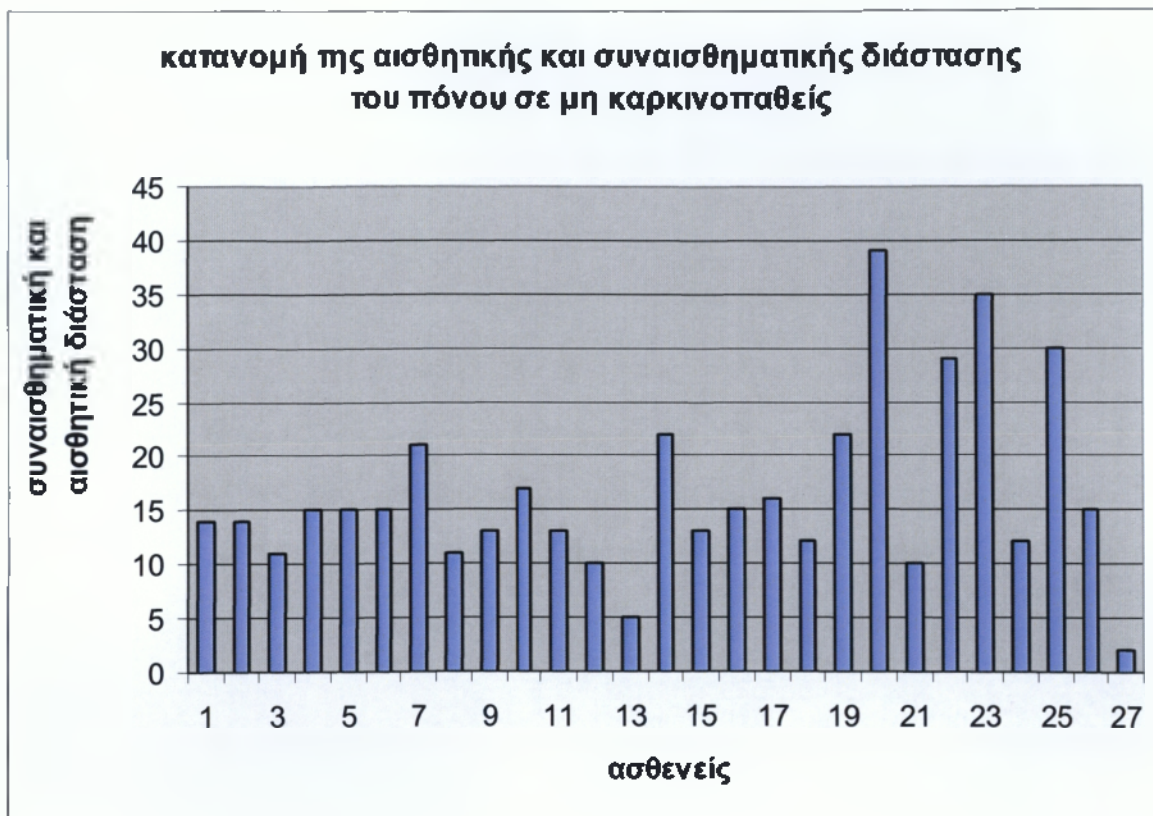


Γράφημα 5.14: Οπτική αναλογική κλίμακα του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.15 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.15: Κατανομή συχνοτήτων για το συνολικό score αισθητικής και συναισθηματικής διάστασης του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό	Μέση τιμή
2,00	1	3,7	2
5,00	1	3,7	5
10,00	2	7,4	20
11,00	2	7,4	22
12,00	2	7,4	24
13,00	3	11,1	39
14,00	2	7,4	28
15,00	5	18,5	75
16,00	1	3,7	16
17,00	1	3,7	17
21,00	1	3,7	21
22,00	2	7,4	44
29,00	1	3,7	29
30,00	1	3,7	30
35,00	1	3,7	35
39,00	1	3,7	39
Σύνολο	27	100,0	27,87

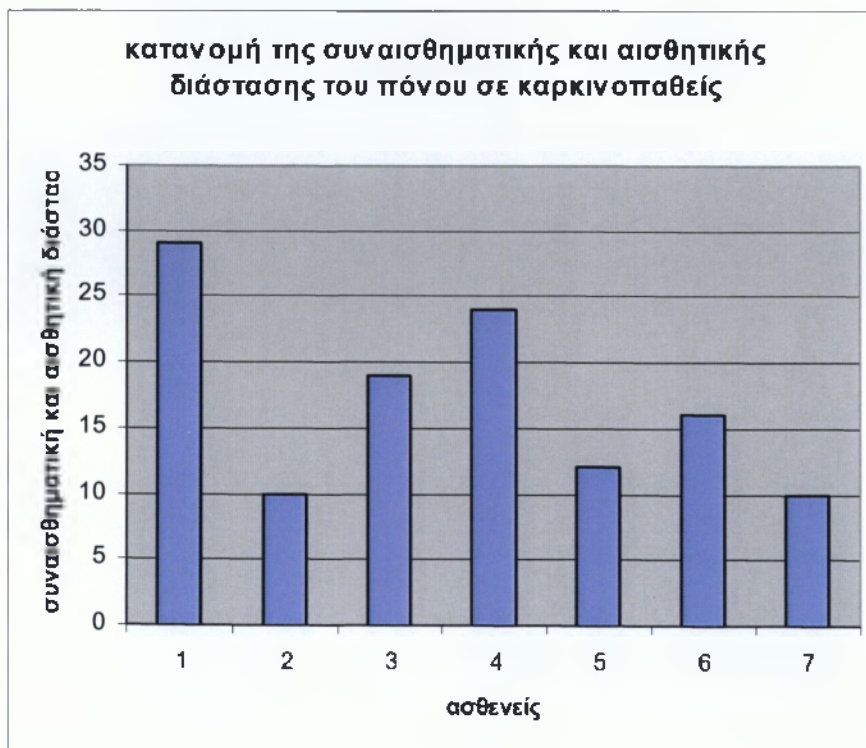


Γράφημα 5.15: Κατανομή της αισθητικής και συναισθηματικής διάστασης του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.16 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει ελάχιστα τον πόνο.

Πίνακας 5.16: Κατανομή συχνοτήτων για το συνδυασμό αισθητικής και συναισθηματικής διάστασης του πόνου σε καρκινοπαθείς

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
8,00	1	14,3	8
9,00	1	14,3	9
12,00	1	14,3	12
15,00	1	14,3	15
20,00	1	14,3	20
24,00	1	14,3	24
Σύνολο	7	100,0	14,66

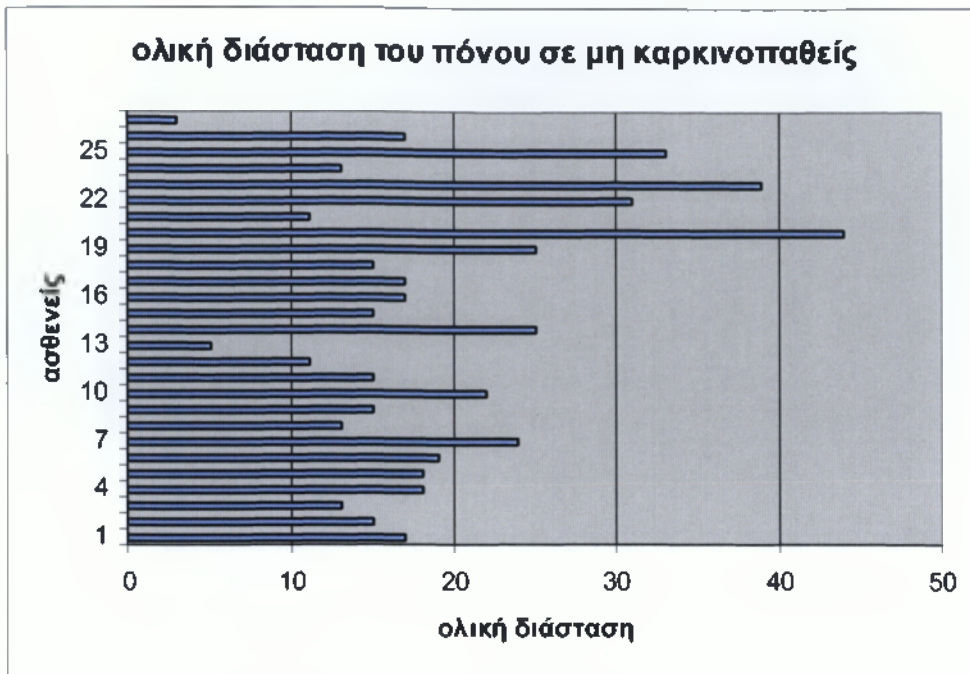


Γράφημα 5.16: Κατανομή της συναισθηματικής και αισθητικής διάστασης του πόνου σε καρκινοπαθείς

Στον πίνακα 5.17 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει τον πόνο ως ήπιο.

Πίνακας 5.17: Κατανομή συχνοτήτων για το συνολικό score αισθητικής, συναισθηματικής διάστασης και έντασης του πόνου σε μη καρκινοπαθείς.

Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
3,00	1	3,7	3
5,00	1	3,7	5
11,00	2	7,4	22
13,00	3	11,1	39
15,00	5	18,5	75
17,00	4	14,8	68
18,00	2	7,4	36
19,00	1	3,7	19
22,00	1	3,7	22
24,00	1	3,7	24
25,00	2	7,4	50
31,00	1	3,7	31
33,00	1	3,7	33
39,00	1	3,7	39
44,00	1	3,7	44
Σύνολο	27	100,0	34

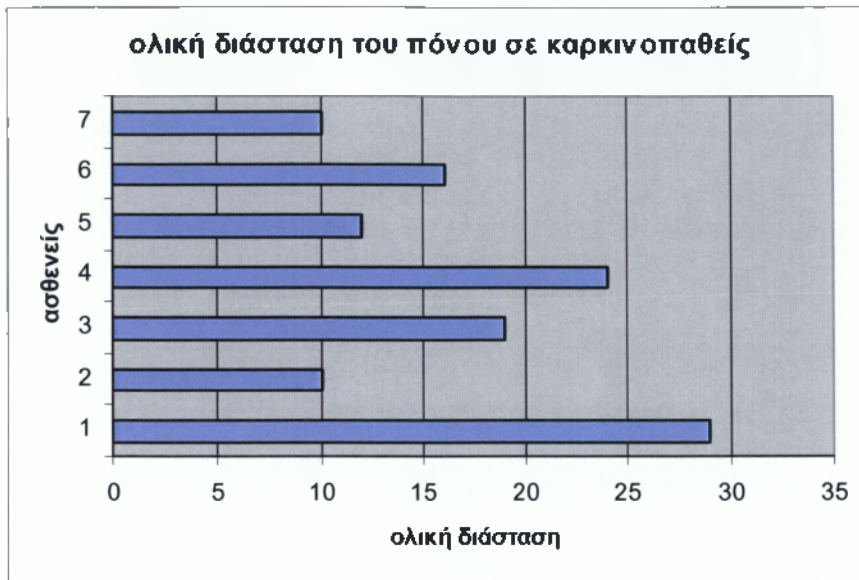


Γράφημα 5.17: Ολική διάσταση του πόνου σε μη καρκινοπαθείς

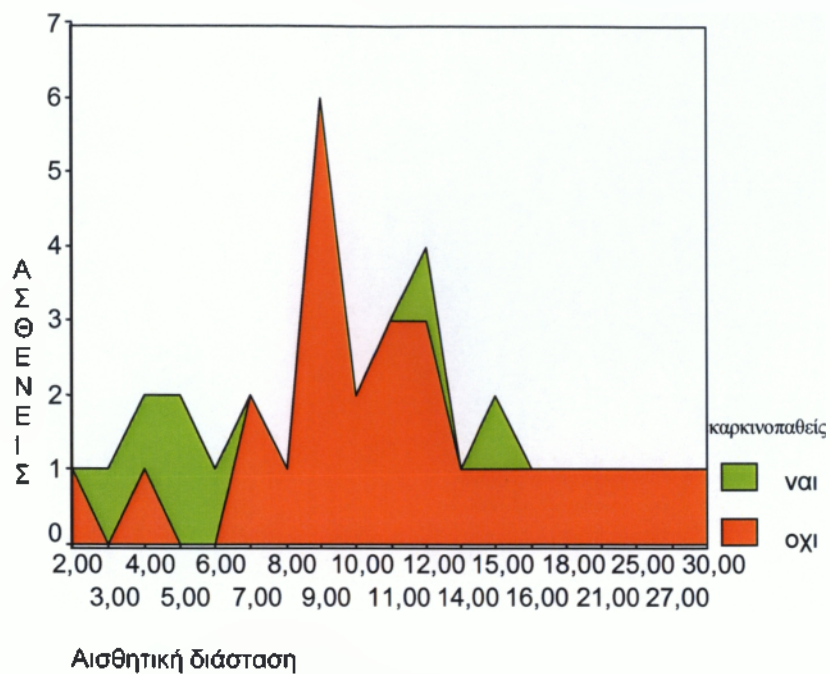
Στον πίνακα 5.18 παρατηρούμε ότι το 50% του δείγματος βιώνει ελάχιστα.

Πίνακας 5.18: Κατανομή συχνοτήτων για το συνολικό score αισθητικής, συναισθηματικής διάστασης και έντασης του πόνου (ολική διάσταση του πόνου) σε καρκινοπαθείς.

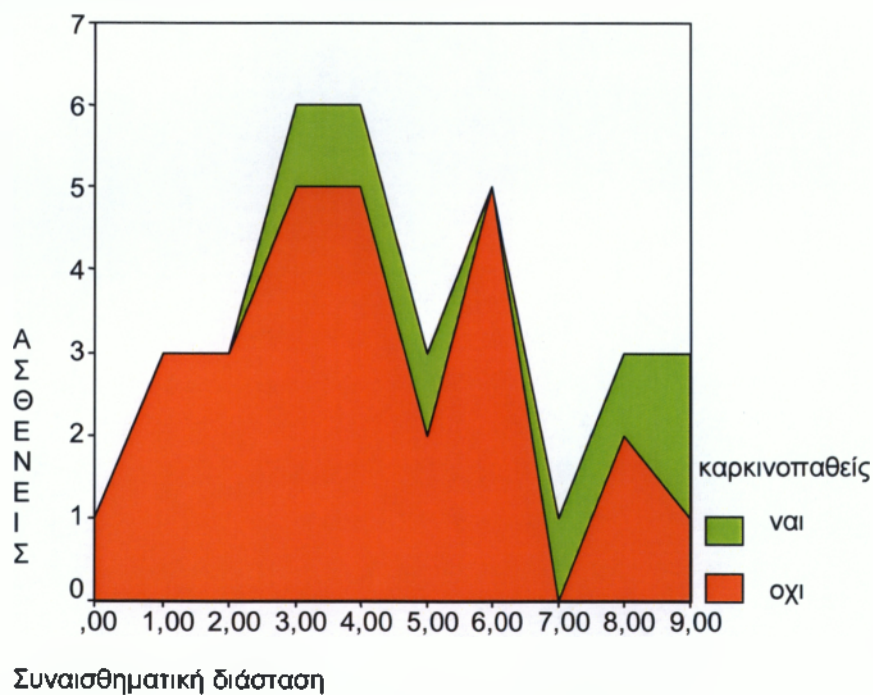
Συνολικό score McGill	N (αριθμός ατόμων)	Ποσοστό %	Μέση τιμή
10,00	2	28,6	20
12,00	1	14,3	12
16,00	1	14,3	16
19,00	1	14,3	19
24,00	1	14,3	24
29,00	1	14,3	29
Σύνολο	7	100,0	20



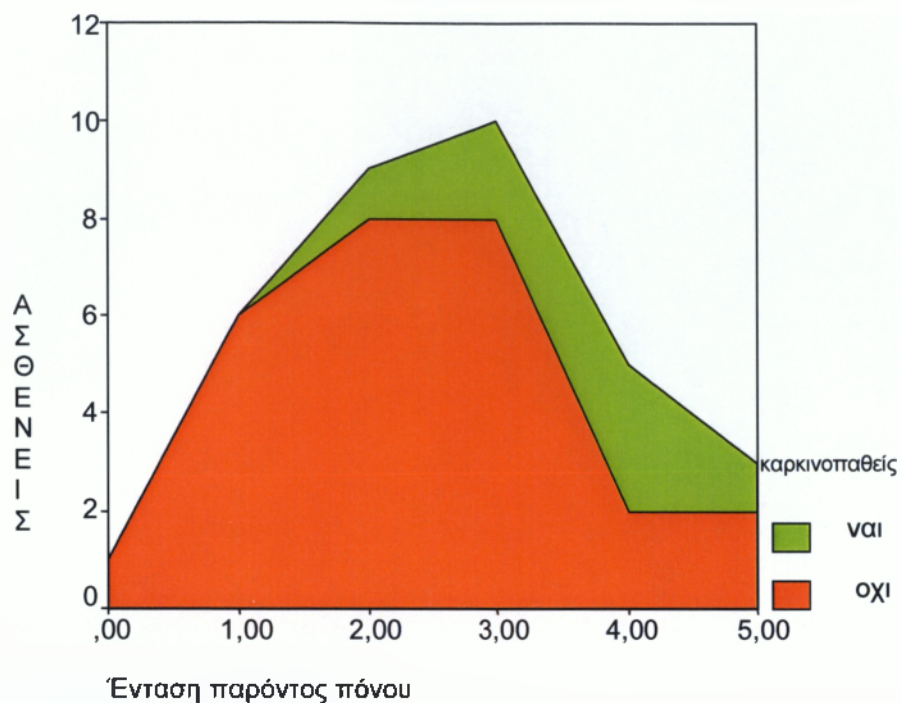
Γράφημα 5.18: Ολική διάσταση του πόνου σε καρκινοπαθείς



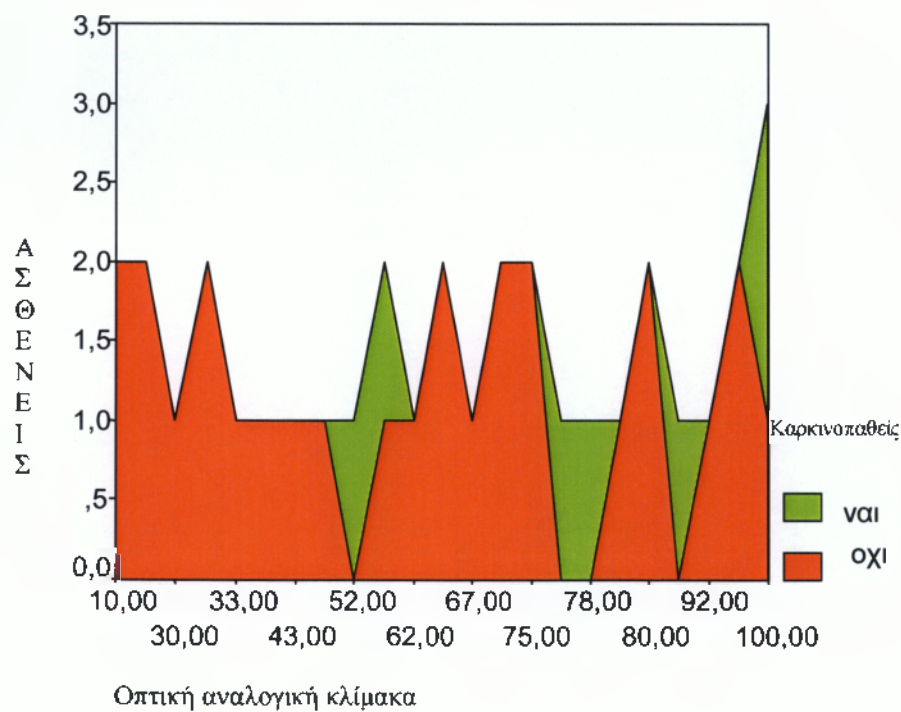
Γράφημα 5.19: Αισθητική διάσταση του πόνου



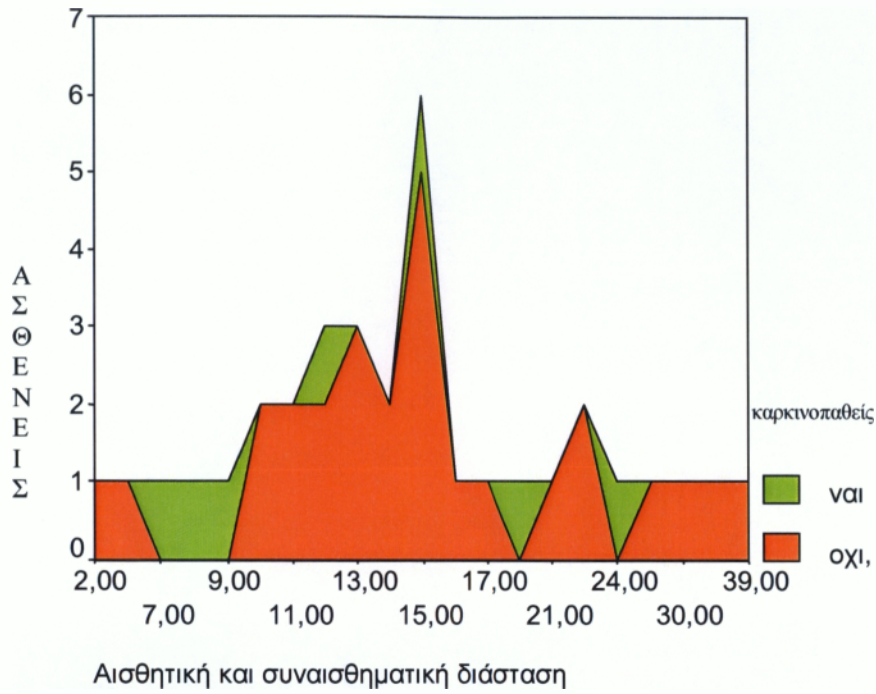
Γράφημα 5.20: Συναισθηματική διάσταση του πόνου



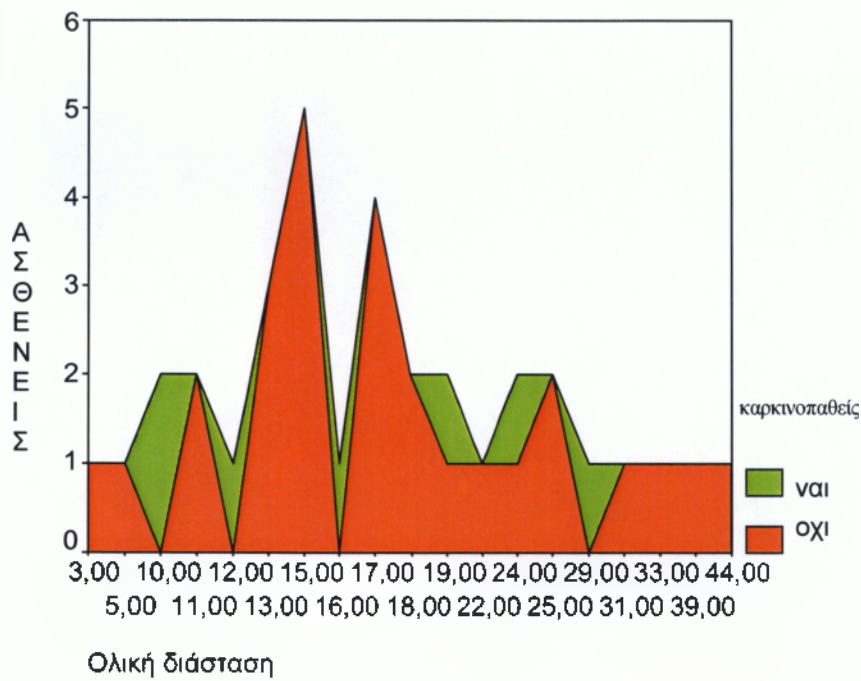
Γράφημα 5.21: Ένταση παρόντος πόνου



Γράφημα 5.22: Οπτική αναλογική κλίμακα



Γράφημα 5.23: Αισθητική και συναισθηματική διάσταση του πόνου



Γράφημα 5.24: Ολική διάσταση του πόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ανάλυση των κατανομών και συγκριτικοί πίνακες

Στον πίνακα 6. 1 φαίνεται η κατανομή των παραμέτρων αξιολόγησης του πόνου και της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών

Πίνακας 6. 1:Παράμετροι αξιολόγησης της ποιότητας πόνου και ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών (N =34)

παράμετρος	Ελάχιστη τιμή	Μεγιστη τιμή	Εκατοστημόρια 25 ^ο - 50 ^ο -- 75 ^ο			Μέση τιμή (± sd)
Αισθητική διάσταση (α)	2	30	7	10	14	
Συναισθηματική διάσταση (σ)	0	9	3	4	6	
Ένταση παρόντος πόνου (ε)	0	5	2	3	3	
(α)+(σ)	2	39	10	14	20	
(α)+(σ)+(ε)	3	44	12	17	23	
Οπτικό ανάλογο Αξιολόγησης της βαρύτητας του πόνου σε cm (ο)*	10	100 (σε εκατ.)				61,94 ± 27,15

* συνεχής μεταβλητή

Στον πίνακα 6.2 φαίνεται η σύγκριση των παραμέτρων ψυχολογικής επιβάρυνσης και αξιολόγησης του πόνου ανάμεσα στους ασθενείς με καρκίνο και στους ασθενείς με άλλες παθήσεις .Σημειώνεται ότι, ενώ στους καρκινοπαθείς ο πόνος λεκτικά περιγράφεται ως ηπιότερος σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες ασθενών, ο συναισθηματικός του πόνος περιγράφεται ως δυσμενέστερος, με στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 6.2: Σύγκριση των παραμέτρων αξιολόγησης της ποιότητας του πόνου ανάμεσα σε καρκινοπαθείς και μη.

	Ασθενείς πλην						P value
	καρκινοπαθών (N=27)			Καρκινοπαθείς (N=7)			
	Εκατοστημόρια 25°- 50° -- 75°			Εκατοστημόρια 25°- 50° -- 75°			
Αισθητική διάσταση (α)	9	11	15	4	5	12	0,04***
Συναισθηματική διάσταση (σ)	2	4	6	4	7	9	0,03
Ένταση παρόντος πόνου (ε)	1	2	3	3	4	4	0,02
(α)+(σ)	12	15	21	8	12	21	0,34
(α)+(σ)+(ε)	13	17	24	11	16	25	0,62
Οπτικό ανάλογο Αξιολόγησης της βαρύτητας του πόνου σε cm (ο)*	32	65	79	60	78	100	0,06**

* t-test, **p:οριακή συσχέτιση, ***με κόκκινο επισημαίνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές .

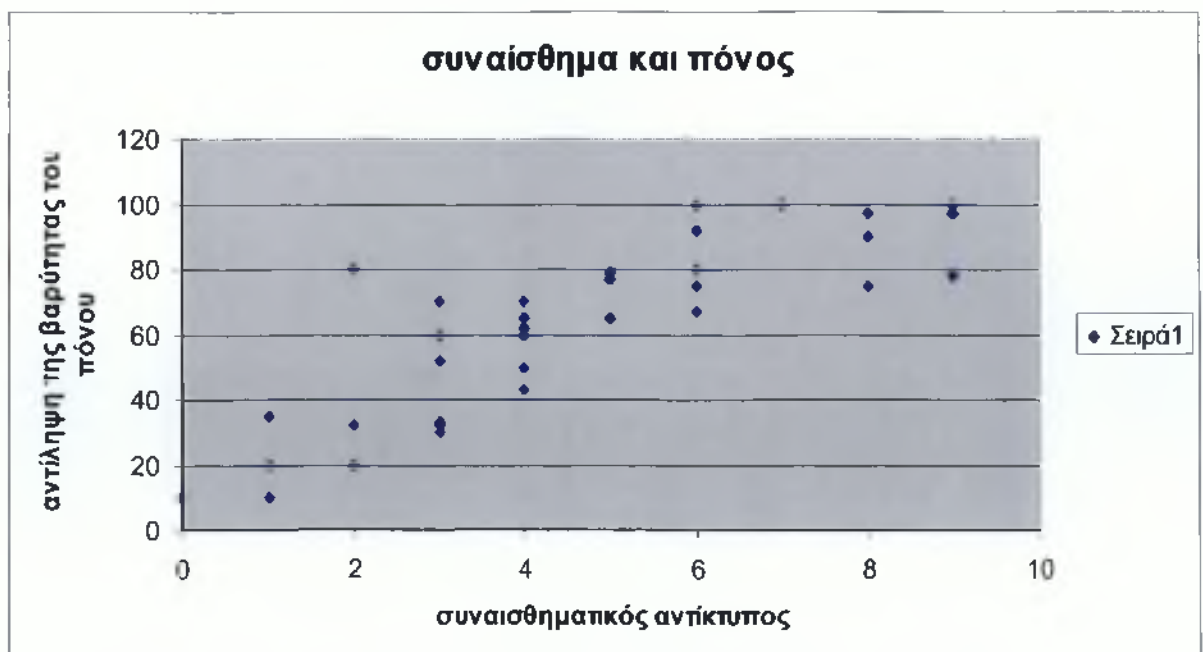
Σε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, όπου ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε η αντίληψη της βαρύτητας του πόνου σε κλίμακα από 1-100 και εξαρτημένες μεταβλητές ο αντίκτυπος του πόνου στο συναίσθημα του ασθενούς και η λεκτική έκφραση του πόνου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική επιβάρυνση του ασθενούς συναρτάται γραμμικά με το επίπεδο βαρύτητας του πόνου, κάτι που δεν ισχύει για την λεκτική περιγραφή του μεγέθους του πόνου. Στον πίνακα 6.3 φαίνονται οι τιμές των μαθηματικών παραμέτρων στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών, σε σχέση με την αντίληψη βαρύτητας του πόνου και η στατιστική σημαντικότητα

Πίνακας 6.3: Συσχέτιση της συναισθηματικής διάστασης με την κλίμακα βαρύτητας του πόνου (οπτικό ανάλογο).

Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης

R : 0,846, r^2 : 0,715, beta :7,51, p=0,000

Στο γράφημα 6. 1 απεικονίζεται σε γραφική παράσταση η γραμμική σχέση της βαρύτητας του πόνου και του συναισθηματικού του αντίκτυπου (συναισθηματική διάσταση του πόνου) στον ασθενή.



Γράφημα 6.1: Γραμμική σχέση της βαρύτητας του πόνου και της συναισθηματικής διάστασης του

ΣΥΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το 30% έως 40% των ασθενών που βρίσκονται υπό ενεργό αντικαρκινική θεραπεία και το 70% έως 90% των ασθενών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου αναφέρουν πόνο. Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να οφείλεται είτε στην πίεση που ασκεί ο όγκος στα γειτνιάζοντα όργανα, νεύρα και οστά, είτε στη θεραπεία (π.χ. χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία) καθώς και σε άλλες απορρέουσες από τη νόσο διαταραχές, όπως δυσκαμψία λόγω της έλλειψης δραστηριότητας, μυϊκούς σπασμούς, δυσκοιλιότητα και έλκη λόγω κατάκλισης. Η συχνότητα του πόνου ποικίλει ανάλογα με το στάδιο και τον τύπο του καρκίνου. Καθοριστικό ρόλο έχει η συνύπαρξη παραγόντων που ελαττώνουν τον ουδό του πόνου. Ως τέτοιοι έχουν ενοχοποιηθεί το αντιδραστικό άγχος και οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, δύο από τα συχνότερα ψυχιατρικά σύνδρομα τα οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν στη διαδρομή του καρκίνου. Η πολυπαραγοντικότητα του πόνου στους καρκινοπαθείς, αλλά και γενικά στους χρονίως πάσχοντες αλλά, και οι μεγάλες διαφορές στην αίσθηση του πόνου που διαπιστώνονται από άτομο σε άτομο εξηγούν και τις διαφορές που παρατηρήθηκαν στην παρούσα έρευνα, αλλά και σε άλλες σχετικές έρευνες³⁴.

Στον ογκολογικό ασθενή τελικού σταδίου η επιβίωση υπολογίζεται σε διάστημα λίγων εβδομάδων ή ημερών. Τα αποδεκτά θεραπευτικά μέσα που αποσκοπούν στον έλεγχο της υποκείμενης νόσου έχουν ήδη εξαντληθεί και οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης περιορίζονται πλέον στη συμπτωματική αγωγή. Καθώς η νόσος προοδευτικά εξελίσσεται, αναπτύσσονται μη ανατάξιμες επιπλοκές, ποικίλου βαθμού έκπτωση των οργανικών λειτουργιών, ο ασθενής αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί σε βασικές του ανάγκες. Σε όλη αυτή την πορεία παρακολούθησης κι εξέλιξης της νόσου τόσο ο ασθενής, όσο κι η οικογένεια του αναγνώριζαν στο πρόσωπο του Παθολόγου-Ογκολόγου τον εγγυητή της επιτυχούς θεραπείας ή έστω της παράτασης της ζωής. Στην κρίσιμη αυτή καμπή όπου το τέλος φαίνεται να πλησιάζει όσο ποτέ άλλοτε ο θεράπων γιατρός φαντάζει ως το πρόσωπο κλειδί το οποίο, πλέον, υπόσχεται τον ανώδυνο κι αξιοπρεπή θάνατο³⁵. Επίσης, είναι εκείνος ο οποίος καλείται να συντονίσει με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο την παροχή μίας ολοκληρωμένης υποστηρικτικής αγωγής η οποία, πέραν της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, θα καλύπτει και άλλους κρίσιμους τομείς όπως είναι ο

ψυχοσυναισθηματικός, ο πνευματικός και ο κοινωνικός, με την πολύτιμη συμβολή - αντίστοιχα- του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου, του πνευματικού και του κοινωνικού λειτουργού.

Την ίδια στιγμή, στο πλαίσιο ενός φαύλου ανατροφοδοτικού κύκλου, το άλγος που δεν ελέγχεται επαρκώς, επιτείνει τις ψυχικές αυτές εκδηλώσεις. Συμπτώματα που πηγάζουν από την καταθλιπτική συνδρομή όπως η αδυναμία, η ανορεξία, η απώλεια ενδιαφέροντος κι οι διαταραχές του ύπνου αποδίδονται λανθασμένα στο προχωρημένο στάδιο του καρκίνου. Σε μια σειρά ογκολογικών ασθενών το 60% των ερωτηθέντων παραδέχεται ότι ο πόνος ο αφόρητος θα μπορούσε να τους οδηγήσει σε σκέψεις για αυτοκτονία, ενώ στη συνείδηση του 57% ο επερχόμενος θάνατος προοιωνίζεται επώδυνος. Η ψυχοσυναισθηματική διάσταση του θέματος είναι αναμφισβήτητα βαρύνουσα και συνάμα πολύπλοκη. Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου κυριεύεται από ανασφάλεια και φόβο: (α) για το άγνωστο, (β) για τον πόνο που δυνατόν να μην ελεγχθεί ικανοποιητικά καθιστώντας τον εξαρτώμενο από τα οπιοειδή³⁶.

Όπως προέκυψε στην παρούσα έρευνα, η συναισθηματική διάσταση του πόνου αποκτά ιδιαίτερη αξία στους καρκινοπαθείς. Η συναισθηματική διάσταση του πόνου έχει να κάνει με τα αισθήματα της απώλειας της ακεραιότητας του Εγώ, με τα αρνητικά συναισθήματα που συνοδεύουν σε κάθε άνθρωπο το « υποφέρειν», αλλά και με τις μελλοντικές προοπτικές, τη λεγόμενη και δευτερογενή επίπτωση. Αναλόγως του μεγέθους των παραπάνω το άτομο μπορεί να βιώνει τον πόνο λιγότερο ή περισσότερο έντονα. Τα σημερινά επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν πρόκειται για μια αφηρημένη ψυχολογική θεώρηση, αλλά για μια υπαρκτή εγκεφαλική διεργασία³⁷. Συγκεκριμένα, με τη βοήθεια των σύγχρονων μεθόδων εγκεφαλικής απεικόνισης, έχουν εντοπιστεί εγκεφαλικές οδοί συναισθήματος, οι οποίες μπορούν να τροποποιήσουν το αίσθημα του πόνου που τελικά νιώθει το άτομο. Καταυτόν τον τρόπο οι γνώσεις του ασθενούς τροποποιούν την απάντηση στον πόνο και το γεγονός αυτό επιτρέπει μια σειρά από ουσιαστικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Στην παρούσα μελέτη επίσης, διαπιστώθηκαν σημαντικές αποκλίσεις στην αντίληψη του πόνου από ασθενή σε ασθενή. Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις, το τι ακριβώς είναι πόνος είναι δύσκολο να καθορισθεί και αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μία προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό "ερέθισμα-απάντηση" σύμπλεγμα. Σύμφωνα με τον ορισμό που καθιέρωσε η IASP

(International Association for the Study of Pain) το 1979, πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική καταστροφή ιστών ή που περιγράφεται σαν τέτοια. Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος. Ο όρος φυσιολογικός πόνος χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια σειρά παροδικών αισθήσεων που αντιλαμβανόμαστε όταν ένα ερέθισμα έχει ένταση αρκετή για να προκαλέσει βλάβη στους ιστούς ή τραύμα μικρής έκτασης, το οποίο όμως δεν προκαλεί εκτεταμένη αντιδραστική φλεγμονή ούτε βλάβη του νευρικού συστήματος. Ο φυσιολογικός πόνος μπορεί να προκληθεί από μηχανικό, θερμικό ή χημικό ερέθισμα. Πειραματικά έχει δημιουργηθεί **συγκεκριμένος ουδός** κατά τον οποίο η αίσθηση παύει να είναι πίεση, ζεστό ή κρύο και γίνεται επώδυνο ερέθισμα¹. Η ένταση του ερεθίσματος που φθάνει τον ουδό του πόνου είναι όμοια μ' αυτήν που προκαλεί το αντανεκλαστικό της απόσυρσης/ανάκλησης (flexion withdrawal reflex, το τράβηγμα δηλαδή ή την απομάκρυνση του μέλους από το βλαπτικό ερέθισμα). Η σχέση μεταξύ της έντασης του ερεθίσματος και της απάντησης σ' αυτό είναι ποσοτική, μέχρις ότου το ερέθισμα ξεπεράσει τα όρια ανοχής. Ο φυσιολογικός πόνος πρέπει να διακρίνεται από την δυσάρεστη αίσθηση που προκαλείται από αβλαβή ερεθίσματα "innoxious stimuli", καθώς στην περίπτωση αυτή αφ' ενός παρεμβάλλονται ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος και η υποβολή, αφ' ετέρου δε ο πόνος εκδηλώνεται με αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, επιτηδευμένες κλπ. Η έννοια του φυσιολογικού πόνου ανταποκρίνεται στη λειτουργία των φυσιολογικών αισθήσεων. Τελεολογικά, αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό μηχανισμό, καθώς μας απομακρύνει από τους έστω και παροδικά βλαπτικούς παράγοντες. Στην καθημερινή ζωή αγγίζοντας κρύα ή ζεστά αντικείμενα, δεχόμενοι πίεση από έντονο ερέθισμα, τσίμπημα ή τσουγκρανιά, έχουμε πολλαπλές ευκαιρίες να αντιληφθούμε τι σημαίνει φυσιολογικός πόνος και να εκτιμήσουμε τις δυνατότητες ανοχής μας σ' αυτόν. Ωστόσο ο ουδός του πόνου ποικίλει από άτομο σε άτομο, από την τελεία απώλεια της σωματικής αίσθησης του πόνου, έως την υπεραλγησία. Γι αυτό ευθύνονται τόσο καθαρά ανατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη λειτουργία των οδών μεταβίβασης του πόνου, όσο και ψυχολογικοί παράγοντες. Σημειώνεται ότι η έλλειψη της αίσθησης του πόνου μπορεί να έχει τραγικά αποτελέσματα για το άτομο³⁷. Ο ασθενής δεν προειδοποιείται για επικίνδυνες, για τη ζωή καταστάσεις. Υπάρχουν παραδείγματα ανθρώπων που (σπάνια) δεν διαθέτουν την αίσθηση του πόνου, λόγω βλάβης στην οδό μεταβίβασης του πόνου, αλλά και

παραδείγματα επίκτητων διαταραχών , όπως για παράδειγμα συμβαίνει στα άτομα με προχωρημένο σακχαρώδη διαβήτη, στα οποία η αγωγή των επώδυνων ερεθισμάτων δε γίνεται ικανοποιητικά (νευροπάθεια του σακχαρώδους διαβήτη) με συνέπεια τη δημιουργία κατακλίσεων, παραμόρφωσης των αρθρώσεων , καθώς το άτομο δεν έχει πια το ανασταλτικό ερέθισμα που θα σταματούσε την καταπόνηση της άρθρωσης και μιας πλειάδας ακόμα διαταραχών.

Η καλή επικοινωνία των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική και απαραίτητη για τη θεραπεία ασθενών με χρόνιο πόνο, ανεξαρτήτως αιτιολογίας³⁹. Πολλές φορές, η απόλυτη θεραπεία μπορεί να μην είναι δυνατή, είναι όμως σημαντική η βελτίωση των συμπτωμάτων που συνεπάγεται βελτίωση της ποιότητας ζωής, της σεξουαλικής και φυσικής λειτουργίας των ασθενών.

Από την γενική αξιολόγηση της πτυχιακής εργασίας κ από την βιβλιογραφική ανάλυση προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Η σωματική και η συναισθηματική διάσταση του πόνου διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή.
2. Η οπτική αναλογική κλίμακα συνδυάζεται γραμμικά με τη Συναισθηματική Διάσταση του πόνου στο σύνολο των ασθενών.
3. Οι ογκολογικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε όλες τις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου
4. Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στη συναισθηματική διάσταση του πόνου και στην ένταση του, όπου οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσιάζουν πολύ επιβαρυσμένη εικόνα, αν και στην οπτική αναλογική κλίμακα δεν εμφανίζουν διαφορά σε σχέση με τους άλλους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guyton Ιατρική Φυσιολογία, τόμος β' όγδοη έκδ. εκδόσεις « Γρ. Παρισιάνος»,Αθήνα 1992
2. Max MB , Lynch S, Muir J , et al : Effects of desipramine, amitirptyline and flyoxetine on pain in diabetic neuropathy. N Engl J Med :1992:326:1250-1256
3. Pinel JP. Biopsychology. 6th International Ed, Pearson Publishing Group, US, 2007
4. Melzack R, & Wall , PD.Pain mechanisms : a new theory.Science , 1965:150:971-979
5. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, et al : Systematic Review: opioid treatment for chronic back pain : prevalence, efficacy and association with addiction Ann Intern Med 2007 ;146:116-27
6. American Pain Society.Principles of analgesic use in the treatment of acute and cancer pain. Skokie IL: APS,1992
7. Turner JA , Deyo RA, Loeser JD, et al: The importance of placebo effects in pain treatment and research JAMA 1994: 271:1609-1614
8. Goldberg B. alternative medicine: the definite guide. Tiburon, CA: Future Medicine Publishing
9. Ezzo J. Berman B, Hadhazy V, et al : is accupuncture effective for the treatmant of chronic pain? A systematic review . Pain 2000:86:217-25
10. Vickers A.Acupuncture for treatment for chronic neck pain. Reanalysis of data suggests that effect is not a placebo effect. BMJ. 2001 ;323:1306-7.
11. Gescedi RA. Massage therapy for patients with cancer. Crit J Oncol Nurs 2002:6:52-54
12. Gagner –Tjellesen D, Yorkovich E, Gragert M . use of music and other ITNIs in acute care . J Psychosoc Nurs Mental Health Serv 2001:39:26-37
13. www.efic.org
14. www.hps-pain.gr
15. ΚΕΣΥ , αρ. πρωτ. Υ4α/102757/05, 18.10.2005
16. Σακελλαρόπουλος Π. (1988) «Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία στη Δημόσια Περίθαλψη», Ψυχολογικά Θέματα, Τόμος 2, τεύχος 1.

17. Νάκου Σ. .Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001: 18:254–266
18. UN EARTH SUMMIT. Agenda 21. The United Nations Programme of Action from Rio, UN, New York, 1993
19. WHO-EURO. Targets for health for all. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985
20. WHO-EURO. Targets for health for all: the health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991
21. Morris MD. Measuring the condition of the world's poor. The physical quality of life index. Pergamon Press, New York, 1979
22. Chard J, Ord R, Gardiner D. Looking beyond the next patient: sociology and modern health care. Lancet 1999, 353:486–489
23. Andrews .M, Whitney SB. Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. Plenum Press, New York, 1976
24. Segovia J, Bartlett R., Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med 1989, 29:761–768
25. Spitzer W, Dobson A, Hall J, Cheeseman E, Levi J, Shepherd R et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. J Chron Dis 1981, 34:585–597
26. Gill TM, Einstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994, 272:619–625
27. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The S.36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? Br Med J 1993, 306:1440–1444
28. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998, 46:1569–1585
29. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the US version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000, 53:1–12
30. Kittelberger KP, Lebel AA. Assessment of Pain. in The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management 1996

31. Lassagna L: Clinical measurement of Pain. Ann. N.Y.Acad.Sci, 1960, 86
32. Meltzack R: The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods of Pain:1975,1
33. Stanton A. Glanz. Primer in BIOSTATISTICS. 5th ED. Mc Graw-Hill, USA 2002.
34. Price DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. Science. 2000 Jun 9;288(5472):1769-72.
35. Allaz AF. Psychological components of chronic pain in the elderly Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2006 Jun;4:103-8.
36. Γ.Ν. Ιωαννίδης, Α. Αρδαβάνης, Γ. Ρηγάτος . Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου: από τη σκοπιά του Παθολόγου-Ογκολόγου Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2006, 5 (3):267-
37. Καραμήτσος Θ.Δ. Διαβητολογία , ιατρικές εκδόσεις Σιώκης , Θεσσαλονίκη 2000
38. Danziger N.Neurological basis of the emotional dimension of pain Rev Neurol (Paris). 2006 :162:395-9.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1. Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

Διεύθυνση: Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Ιατρεία Τακτικά Εξωτερικά 210-6409999

Ιατρεία Απογευματινά: 210-6409103

ΦΑΞ: 210-6420146

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΣΕΒΑΣΜΙΑ ΧΟΝΔΡΕΛΗ – Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΤΗΛ. 210- 6409000 (εσωτ. 437, 438, 441, 434)

2. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Διεύθυνση: Υψηλάντου 45-47

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Ιατρεία Τακτικά Εξωτερικά: 210-7218965, 7218649,
7201170,7201228

Απογευματινά : 210-7201050, 7201041

ΦΑΞ:210-7291808

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΕΛΕΝΗ ΠΛΕΣΙΑ Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΤΗΛ. 210-7201256, 210-7201261

3. Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 108, Αθήνα

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 210 - 74.83.770 - εσωτερικό 366 και 367, 210 - 77.98.256 και 210 -
77.92.826

Λειτουργούν κάθε ημέρα 08.00 - 14.00 εκτός Σαββάτου και Κυριακής

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΛΟΥΚΑΣ ΜΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ/ΝΤΗΣ – ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ,
ΑΣΠΑΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ/ΝΤΡΙΑ - ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΤΗΛ. 210-7483770 (εσωτ. 304)

4. Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

Διεύθυνση: Νίκης 2, Κηφισιά

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Ιατρεία Πρωινά: 2106280100

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Τρίτη και ώρες 09:00-13:00. Η επίσκεψη

στοιχίζει 3 € και δεν συμπεριλαμβάνει ιατρικές πράξεις (αιματολογικές εξετάσεις,
ακτινογραφίες κ.λ.π.) οι οποίες χρεώνονται χωριστά. Υπάρχουν συμβάσεις με όλα τα

ασφαλιστικά ταμεία οι οποίες καλύπτουν την κλινική εξέταση και τοσύνολο, σχεδόν, των ιατρικών πράξεων.

5. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΛΑΪΚΟ

Διεύθυνση: Αγίου Θωμά 17

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Τακτικά Εξωτερικά: 210-7456310, 7456773,
7456774

Απογευματινά : 1535, 210-7456658, 7456659

ΦΑΞ: 210-7784396, 7785641

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΠΑΠΑΚΑΛΟΥ ΑΝΑΠΛ Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ. 210-7456000, 210-7456348

6. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ

Διεύθυνση: Σισμανόγλου 1, Μαρούσι

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 210 8047165, 210 8043203, 210 8041686, καθημερινά από
7.30 - 14.00

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΠΑΙΡΑΚΤΑΡΗ – ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ. 210-8039100 (εσωτ. 236)

7. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 80

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Τακτικά Εξωτερικά: 210-3381180, 3381190
Απογευματινά : 210-3381572, 3381588

ΦΑΞ: 210-7776321, 7775452

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΧΙΛΛΕΑΣ ΚΑΡΑΘΑΝΟΣ – Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ. 210- 7770501-4

8. Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά ΑΓΙΟΣ

ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Διεύθυνση: Μαντούβαλου 3, Νίκαια

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Τακτικά Εξωτερικά : 210-4933200, 210-4933202, 210- 4933213.

Το ιατρείο υπάγεται στο νευροχειρουργικό τμήμα και λειτουργεί από

Δευτέρα μέχρι Παρασκευή και ώρες από 8πμ έως 14μμ.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΡΟΥΜΑΣ – Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ ,
ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ- ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210-4933200, 210- 4907435

9. Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά ΜΕΤΑΞΑ

Διεύθυνση: Μπότσαρη 51, Πειραιάς

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 2104284444 – 54.

Το ιατρείο λειτουργεί δυο φορές την εβδομάδα (Τρίτη και Πέμπτη 9:00-13:30) κατόπιν ραντεβού.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ ΕΠΙΜ. Α΄ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 4285000 (εσωτ. 1417)

10. Γενικό Νοσοκομείο ΠΑΤΗΣΙΩΝ

Διεύθυνση: Χαλκίδος 17-19

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Τακτικά Εξωτερικά : : 210-2530934, 2530935,

2502140 Απογευματινά: 210-2530934, 2530935, 2502140

ΦΑΞ:

210-2514417.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡΚΙΟΛΑΚΗ, Δ/ΝΤΡΙΑ –
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210-2502100, 210- 2513345

11. Γενικό Νοσοκομείο ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ

Διεύθυνση: Ιακωβάτων 43

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Τακτικά Εξωτερικά : 210-2011091, 2019091

Απογευματινά : 210-2234561, 2236458

ΦΑΞ: 210-2020002, 2017036

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΝΝΑ ΚΡΕΣΠΗ Δ/ΝΤΡΙΑ – ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210-2284851

12. Νοσοκομείο ΙΚΑ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-ΠΡΟΤΥΠΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Διεύθυνση: Ασωπίου 4 & Παράσχου

: 210-6495100

ΦΑΞ: 210-6427249

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΘΩΜΑΪΣ ΔΕΜΕΛΗ – ΚΑΖΟΥ ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210-7701211

13. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΕΛΠΙΣ

Διεύθυνση: Δημητσάνας 7, Αμπελόκηποι

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: Απογευματινά Ραντεβού: 210-6432593

14. Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ

Διεύθυνση:Θηβών & Λιβαδειάς, Γουδί

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 1535

Λειτουργούν πρωινά , με χρέωση 2,93 Euro και απογευματινά, με

Χρέωση από 60 έως 90 Euro. Τα απογευματινά δέχονται κάθε Τρίτη και Πέμπτη, όταν το Νοσοκομείο εφημερεύει Δευτέρα – Τετάρτη – Παρασκευή, και κάθε Δευτέρα και Τετάρτη, όταν το Νοσοκομείο εφημερεύει Τρίτη – Πέμπτη – Σάββατο.

15. «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΕΡΙΦΥΛΗ ΑΡΓΥΡΑ – ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΑΘΗΝΑ ΒΑΔΑΛΟΥΚΑ – ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΣΙΑΦΑΚΑ ΙΩΑΝΝΑ – ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 7286288

16. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΥΠΑΥΘΥΝΟΣ: ΕΜΑΝΟΥΗΛ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210-5534200, 210-5534144, 210- 5534712

17. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΣΠΑΣΙΑ ΚΟΥΤΑ ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 2799265-7

18. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ 251

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΧΡΥΣΟΛΕΩΝ ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 7664445

19. 6^ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΕΥΝΟΜΙΑ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ – ΒΡΑΧΝΟΥ, Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 6495170

20.7^ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΦΩΤΕΙΝΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 2022514

21. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΙΩΑΝΝΑ ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΜΑΡΙΑ ΚΙΤΣΟΥ, ΕΠΙΜ. Α΄ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 210- 5831000 (εσωτ. 2075)

22. Metropolitan HOSPITAL

Διεύθυνση:

:210-4809000

23. Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ

Διεύθυνση: Αλεξ. Συμεωνίδη 2

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 2310-898848-9

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Τρίτη και Πέμπτη.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΣΙΜΕΛΑ, ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2310- 898111 & 2310- 898208

24. Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Διεύθυνση: Κωνσταντινουπόλεως 49

ΡΑΝΤΕΒΟΥ : 2310-892020, 2310850850

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΓΚΜΠΑΝΤΙ ΡΕΙΜΟΝΤ, ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΗΣ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2310- 850850

25. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Διεύθυνση: Στιλπ. Κυριακίδη 1

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 0310/993312, 0310/993313, 0310/993314 και ώρες από 8.00 έως 14.00
και 0310/993325 από 18:00 έως 20:00.

Το ιατρείο ανήκει στον αναισθησιολογικό τομέα και δέχεται ασθενείς κάθε Δευτέρα
και Πέμπτη 18:00 – 20:00.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΜΑΪΔΑΣΤΗ ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ANNA ΖΑΡΑΛΙΔΟΥ ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2310- 993111

26. Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

Διεύθυνση: Αμ. Ερυθρού Σταυρού 61, Καβάλα

ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: 2510-292157, 292353

Στο Ιατρείο είναι δυνατόν με ραντεβού ή με προσυνηννόηση να εξυπηρετούνται και άτομα από όμορους νομούς της περιοχής, ανάλογα με τα περιστατικά που έχει να αντιμετωπίσει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στις περιπτώσεις που δεν μπορούν να προσέρχονται οι ίδιοι οι ασθενείς στο Ιατρείο, θα μπορούν να πηγαίνουν

συνοδοί τους και με βάση το ιστορικό των ανθρώπων που πάσχουν, θα ζητούν και θα έχουν τη φροντίδα της συγκεκριμένης ιατρικής υπηρεσίας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ: ΜΑΡΙΑ ΜΑΥΡΙΔΟΥ Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΣΟΚΑΝΤΑΡΙΔΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2510- 292353 & 2510- 292349 & 2510- 292359

27. Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

Διεύθυνση: Νεάπολη

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 25410-77777, 25410-47292, 25410-47252 (από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 7:30 π.μ. έως και τις 14:00 μ.μ.).

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Πέμπτη.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΠΑΠΑΪΩΑΝΟΥ, ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2410- 47100

28. Νομαρχιακό Περιφερειακό Νοσοκομειακό Βόλου ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ

Διεύθυνση: Πολυμέρη 134, Βόλος

ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 24210 27531-5

29. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Διεύθυνση: Τσερτίδου 1, Πάτρα

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 2610-225102, 2610-225050, 2610-227802

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Δευτέρα. Όταν προσέλθετε ζητήστε από το γραφείο 13 μία «εντολή εξέτασης» (για τους ασφαλισμένους στον Ο.Γ.Α και στην «Πρόνοια» είναι δωρεάν, για τους ασφαλισμένους στο Δημόσιο, ΤΑΞΥ, ΤΑΚΕ, ΤΣΑΥ, ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑ, ΟΙΚ. ΝΑΥΤΟΥ και Πανεπιστήμιο με απόκομμα του βιβλιαρίου υγείας, ενώ για τους υπολοίπους κοστίζει 3 Ευρώ). Στην συνέχεια, από το γραφείο 15 εφοδιαστείτε με την «κάρτα ασθενείας». Μαζί με την «κάρτα ασθενείας» θα σας δοθεί και ένας αριθμός που αντιστοιχεί στην κάρτα σας. Φυλάξτε τον αριθμό σας για τυχόν μελλοντικές επισκέψεις. Με την κάρτα σας κατευθυνθείτε στο ιατρείο που έχετε κλείσει το ραντεβού.

30. Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διεύθυνση: Μουρνιές Χανίων

ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 28210-22540

Το ιατρείο πρόκειται να λειτουργήσει σύντομα.

31. Ίδρυμα ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ

Διεύθυνση: Κορινθίας 27, Αθήνα

PANTEBOY: 210 7717359, 210 7486450

32. Πανεπιστημιακό Γενικό νοσοκομείο Λάρισας

Διεύθυνση: Περιοχή Μεζούρλο ΛΑΡΙΣΑ , τ.κ. 41 110, ΤΘ 1425

Τηλ κέντρο νοσοκομείου : 2410-617000 FAX: 611097

PANTEBOY: 2410 682414 (από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 7:30

π.μ. έως και τις 14:30 μ.μ.). Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Πέμπτη,

λειτουργεί με ραντεβού και ευρίσκεται στα Εξωτερικά στο

Νευρολογικό τμήμα (αριθμ. Ιατρείου 34).

33.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΜΑΡΙΑ ΣΑΜΑΡΑ Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2410- 560450 & 2410- 560404

34. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 22610- 20051

35. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΧΡΗΣΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΗΛ: 25510- 76121

36. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ: ΤΑΤΙΑΝΑ ΛΕΦΑΚΗ – Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2810- 392314 & 2810- 392414

37. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΗΛ: 26510- 99111

38. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΛΙΚΗ ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 24410- 65555

39. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 24310-22222

40. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΗΛΙΑΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 24620- 74400

41. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ, ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΗΣ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 23210- 94588

42. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗ ΑΝΑΠΛ. Δ/ΝΤΡΙΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 2810- 368412 & 2810- 368061

43. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΜΑΡΓΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 23310- 59290

44. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: ΔΗΜΟΣ ΤΕΡΖΟΥΔΗΣ, Δ/ΝΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

ΤΗΛ: 22310- 44425

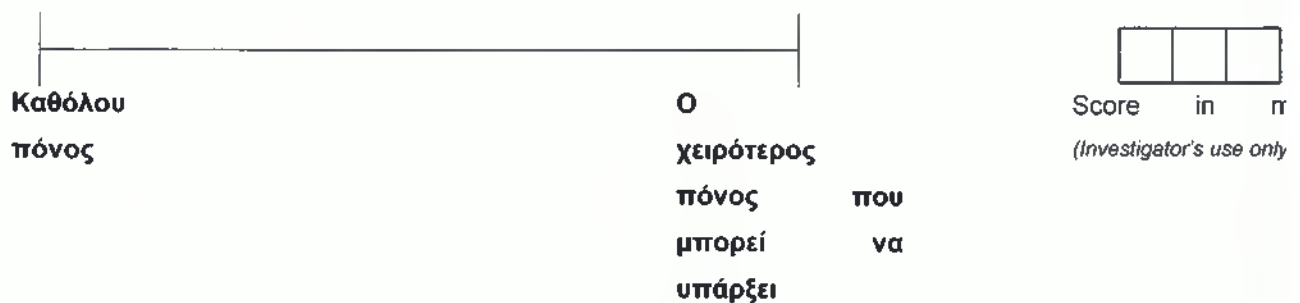
Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο
(SF-MPQ) Form X

A. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ. (σημειώστε με X ένα τετραγωνάκι σε κάθε γραμμή.)

	Καθόλου πόνος	Ελαφρύς	Μέτριος	Έντονος
1. Παλλόμενος, σαν σφυγμός	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Δυνατός, οξύς πόνος σαν ηλεκτρισμός	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Σαν μαχαιριά	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Οξύς	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Σφίξιμο, σαν κράμπα	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Επίμονος πόνος, σαν δάγκωμα	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Κάψιμο	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Συνεχής βουβός πόνος χαμηλής έντασης	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Σαν ένα βάρος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Ευαισθησία, όπως όταν αγγίζεις ένα ερεθισμένο ή γρατζουνισμένο μέρος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Σαν να πάει να σπάσει (π.χ. το κεφάλι, το σαγόκι)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Κουραστικός-εξουθενωτικός	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Που μου προκαλεί ναυτία	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Τρομακτικός	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Βασανιστικός - απάνθρωπος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Η παρακάτω γραμμή αντιπροσωπεύει πόνο με αυξανόμενη ένταση από «καθόλου πόνος» σε «ο χειρότερος πόνος που μπορεί να υπάρξει». Βάλτε μια κάθετη γραμμή (|) πάνω στην οριζόντια γραμμή στη θέση που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σας **κατά την τελευταία εβδομάδα**.



Γ. ΕΝΤΑΣΗ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΟΝΟΥ

- 0 Καθόλου πόνος
- 1 Ελαφρύς
- 2 Μέτριος
- 3 Έντονος
- 4 Πολύ έντονος
- 5 Αβάσταχτος

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από τον: Ronald Melzack

Σύντομη μορφή McGill ερωτηματολόγιο πόνου

Οδηγίες για τους ασθενείς και διαδικασίες σημείωσης

© Ronald Melzack, 1984 (ronald.melzack@mcgill.ca)

Οδηγίες για τους ασθενείς:

Αυτό το ερωτηματολόγιο σου δείχνει μέσω μιας λίστας λέξεων την περιγραφή μερικών από τις πιο δύσκολες ιδιότητες του πόνου. Παρακαλώ σημειώστε με (✓) εκείνες τις λέξεις που περιγράφουν καλύτερα το είδος του πόνου που νιώθετε εκείνη την στιγμή, και αναφέρετε την ένταση του πόνου σας ως καθόλου πόνος, ελαφρύς, μέτριος ή έντονος. Σημειώσε 0 εάν η λέξη δεν αντιπροσωπεύει τον πόνο σου. Άλλος ένας τρόπος να εκφράσεις την ένταση του πόνου σου είναι η οπτική αναλογική κλίμακα, η οποία είναι μια οριζόντια γραμμή που δείχνει από το καθόλου πόνο μέχρι το χειρότερο πόνο. Φτιάξε μια μικρή κάθετη γραμμή που να περιγράφει καλύτερα το επίπεδο της έντασης του τωρινού πόνου σου.

Τέλος, σημειώσε (✓) ανάμεσα στη λέξη που βρίσκεται στην κάθετη λίστα με τις λέξεις που περιγράφουν καλύτερα την παρούσα ένταση του πόνου από την ηπιότερη μορφή ως την εντονότερη

Διαδικασίες σημείωσης:

1. SF-MPQ

Το ερωτηματολόγιο πόνου McGill σύντομης-μορφής (sf-mpq). Οι περιγραφείς 1-11 αντιπροσωπεύουν την ήπια (S) διάσταση της εμπειρίας πόνου, και 12-15 αντιπροσωπεύει τη δραστική (A) διάσταση. Κάθε περιγραφέας ταξινομείται σε μια κλίμακα έντασης 0 = καθόλου πόνος, 1 = ελαφρύς, 2 = μέτριος, 3 = έντονος. Για να λάβετε το συνολικό αποτέλεσμα για το S, προσθέστε τις πυκνές τιμές των λέξεων που επιλέγονται στο σύνολο από 1-11. Προσθέστε τις τιμές για το σύνολο 12-15 για το συνολικό αποτέλεσμα A. Κατόπιν προσθέστε S+A για το γενικό συνολικό αποτέλεσμα (T) για το sf-mpq.

2. Η οπτική αναλογική κλίμακα

Αυτή η γραμμή (που πρέπει να είναι 10 εκατ. μακροχρόνια) παρέχει ένα αποτέλεσμα έντασης με τη χρησιμοποίηση ενός κυβερνήτη για να μετρήσει το μήκος της γραμμής από το τέλος 0 εάν η γραμμή δεν είναι 10 εκατ. μακροχρόνια, μετρήστε το μήκος του και κάνετε μια μετατροπή.

3. Ένταση παρόντος πόνου (Ε.Π.Π.)

Αυτό είναι ένα ισχυρό γενικό αποτέλεσμα έντασης, που παρέχεται από την αριθμητική αξία που συνδέεται με τους πέντε λεκτικούς περιγραφείς (που είναι ψυχολογικά εξίσου απόμακροι μεταξύ τους). Αυτοί οι περιγραφείς ήταν μέρος της αρχικής αξιολογικής κατηγορίας και ήταν οι καλύτεροι αντιπρόσωποι του αντιληπτού πόνου από λιγότερους ο πιο χειρότερα. Επομένως αντιπροσωπεύουν την αξιολογική κατηγορία και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο ως Ε.Ε.Π., ή μπορούν να προστεθούν στα αποτελέσματα του (S) και (A) στο 1ο μέρος ανωτέρω, και ο τύπος είναι $T = S + A + E$.

Μάιος 2007