

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Αξιολόγηση γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο

**ΣΚΟΠΟΣ** Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στον καρκινικό πόνο. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στην παρούσα ποσοτική συγχρονική έρευνα έλαβαν μέρος, συνολικά, 174 νοσηλεύτες και βοηθοί νοσηλευτών. Πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, καθώς και το ερωτηματολόγιο "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" των Ferrell και McCaffery (2008). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου ήταν 0,75, γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 77,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, το 50,4% είχαν ηλικία >41 ετών, ενώ το 43,1% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ. Το 49,6% εργαζόταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το 27,6% σε χειρουργική κλινική και το 65,5% εργαζόταν >10 έτη. Το ποσοστό των λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Στη διμεταβλητή ανάλυση, στο επίπεδο του 20% ( $p < 0,20$ ) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων και την ηλικία ( $p = 0,09$ ), το νοσοκομείο εργασίας ( $p = 0,001$ ), την κλινική εργασίας ( $p < 0,001$ ) και τα έτη προϋπηρεσίας ( $p < 0,06$ ). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Διαπιστώνονται, σε σημαντικό βαθμό, οι ελλείψεις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης τους, τη φυσιολογία του πόνου, καθώς και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν αρνητικά στην παρεχόμενη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

Από την αρχαιότητα, ο πόνος δημιουργεί ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Ο πόνος αποτελεί σήμα του οργανισμού για υπάρχουσα ή επικείμενη βλάβη, γι' αυτό και θεωρείται ως ένας φυσιολογικός αμυντικός μηχανισμός για τη διαφύλαξη της ζωής και την προστασία της σωματικής ακεραιότητας.

Το 1973 ιδρύθηκε η IASP (International Association for the Study of Pain), με πρωτοβουλία του Bonica, ο οποίος υποστηρίζει ότι για την αντιμετώπιση του πόνου απαιτείται η συγκρότηση μιας ομάδας διαφόρων ειδικοτήτων (ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά.).<sup>1,2</sup> Το 1986, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε συνεργασία με την IASP δημιούργησαν κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, οι οποίες αναθεωρήθηκαν το 1996.<sup>3</sup> Σύμφωνα με την IASP, ο πόνος ορίζεται ως μια υποκειμενική, δυσάρεστη, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη.<sup>4</sup>

Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος. Ο οξύς πόνος

είναι αιφνίδιος και δεν διαρκεί >3 μήνες, με σχετικά εύκολη αναγνώριση της επώδυνης περιοχής. Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος διαρκεί >3 μήνες, ενώ ο εντοπισμός των επώδυνων περιοχών αναγνωρίζεται δύσκολα, ειδικά αν είναι σπλαγχνικός. Ο διαχωρισμός οξέος και χρόνιου πόνου έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκινικό πόνο τελικού σταδίου, επειδή απαιτεί διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο καρκινικός πόνος συσχετίζεται τόσο με την πρόοδο της νόσου όσο και με τις μεθόδους θεραπείας της.<sup>5,6</sup>

Την τελευταία 20ετία έχουν γίνει μεγάλα βήματα για τη βελτίωση στον τρόπο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Στο γεγονός αυτό έχει συνεισφέρει η βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, η καλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής αγωγής, η επιμονή των ασθενών και των οικογενειών τους στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και η ανάγκη για καλύτερη ποιότητα ζωής, η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(5):604-613  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(5):604-613

Ι. Αρτοπούλου,<sup>1</sup>  
Β. Αλικάρη,<sup>2</sup>  
Σ. Ζυγά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ιωαννίνων, Ιωάννινα  
<sup>2</sup>Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, Σπάρτη

Assessment of nursing staff  
on knowledge about cancer pain

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Αναλγητικά  
Αξιολόγηση γνώσεων  
Καρκινικός πόνος  
Οπιοειδή  
Πόνος

Υποβλήθηκε 2.1.2015  
Εγκρίθηκε 7.2.2015

για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Σε ασθενείς με καρκίνο αρχόμενου σταδίου, η συχνότητα εμφάνισης του πόνου είναι 30–40%, ενώ σε τελικού σταδίου ανέρχεται στο 60–85%. Σύμφωνα με μελέτες του ΠΟΥ, 3.500.000 καρκινοπαθείς υποφέρουν από πόνο που δεν αντιμετωπίζεται σωστά, γεγονός που οφείλεται στην ανεπαρκή νομική και κυβερνητική συμπαράσταση, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού ειδικών μονάδων αντιμετώπισης του πόνου παγκόσμια.

Ο πόνος, ως σύμπτωμα του καρκινοπαθούς, μπορεί να οφείλεται στον ίδιο τον όγκο (πίεση ή διήθηση των παρακείμενων ιστών), στη γενίκευση της νόσου, ή ακόμη και να είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόζεται (αποτέλεσμα της τοπικής βλάβης ιστών λόγω της ακτινοθεραπείας ή βλεννογονίτιδες από τις χημειοθεραπείες). Λόγω της πολυπλοκότητας που εμφανίζει ο πόνος στους καρκινοπαθείς, κρίθηκε αναγκαία η κατηγοριοποίηση σε τέσσερα χαρακτηριστικά στοιχεία: Σωματικός, σπλαγχνικός, νευροπαθητικός πόνος και πόνος από συνεχή διέγερση του συμπαθητικού.<sup>5,6</sup>

Η αποτελεσματική χορήγηση των απαιτούμενων αναλγητικών από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο βασικός άξονας της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο στυλοβάτης της διαχείρισης του πόνου, ενώ το 70–90% των περιπτώσεων του καρκινικού πόνου μπορεί να ελεγχθεί με από του στόματος φαρμακευτική αγωγή.<sup>7</sup> Επαρκής ανακούφιση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί σε ποσοστό >75% των ασθενών που λαμβάνουν τη βέλτιστη αναλγητική διαχείριση, χρησιμοποιώντας απλές τεχνικές.<sup>8</sup> Το 1982, ο ΠΟΥ δημιούργησε την αναλγητική κλίμακα για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.<sup>9</sup>

Ωστόσο, υπάρχουν και αρκετές μελέτες που δίνουν έμφαση στο διαχωρισμό του πόνου σε σωματικό και σε ψυχολογικό.<sup>10–14</sup> Σύμφωνα με τις εν λόγω μελέτες, δεν είναι ο πόνος αυτός καθ' αυτός που προκαλεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα. Ο Lossignol καθώς και οι Syrjala et al παρατήρησαν ότι, μολονότι έχει προηγηθεί παρέμβαση για τον έλεγχο του πόνου, αυτός συνεχίζει να είναι έντονος.<sup>15,16</sup> Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δευτερογενή αίτια, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής αναζητά περισσότερη προσοχή, φροντίδα και αγάπη από το περιβάλλον του.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 174 τυχαίους συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν εργαζόμενοι σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας (1 δημόσιο, 1 πανεπιστημιακό και 1 ιδιωτικό). Για τη συλλογή των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε:

- Έντυπο συλλογής δημογραφικών στοιχείων, το οποίο δημιουργήθηκε από τους ερευνητές για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Σκοπός του συγκεκριμένου εντύπου ήταν η συλλογή πληροφοριών για το σύνολο των στοιχείων που έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι σχετίζονται με την αντίληψη την οποία έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τον πόνο.
- Η κλίμακα "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" (Ferrell και McCaffery, 1987).<sup>17</sup> Σκοπός των συγγραφέων του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, οι οποίοι ήταν νοσηλευτές, ήταν η βελτίωση της εκπαίδευσης στη διαχείριση του πόνου. Το ερωτηματολόγιο αναθεωρήθηκε τον Απρίλιο του 2008. Αποτελείται από τρία μέρη κλειστού τύπου 34 ερωτήσεων: Το πρώτο μέρος έχει 21 ερωτήσεις σωστού-λάθους, το δεύτερο μέρος αποτελείται από 11 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (με μία μόνο σωστή απάντηση) και, τέλος, το τρίτο μέρος αποτελείται από 2 ερωτήσεις που αφορούν στις μελέτες περιπτώσεων, τόσο στην επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου όσο και στην κατάλληλη αντίδραση. Κάθε μελέτη περίπτωσης ακολουθούσε 2 υποερωτήματα πολλαπλής επιλογής.

Οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον καρκινικό πόνο αξιολογήθηκαν με 36 ερωτήσεις. Η βαθμολογία προέκυπτε, αθροίζοντας τις σωστές απαντήσεις και διαιρώντας το άθροισμα με το 36, ενώ κυμαινόταν από 0–1. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ισοδυναμούσε με αυξημένο επίπεδο γνώσης. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από την αγγλική γλώσσα στα Ελληνικά.<sup>18</sup>

Σύμφωνα με τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου, είναι πιο χρήσιμο να μην ξεχωρίζονται οι παραμέτρους είτε αφορούν σε γνώση είτε σε στάση, γιατί πολλές αφορούσαν και στα δύο μαζί. Το περιεχόμενο του εν λόγω εργαλείου προέρχεται από σύγχρονα πρότυπα διαχείρισης του πόνου, όπως του WHO, της American Pain Society και του Agency for Health Care Policy and Research. Για την εγκυρότητα του εργαλείου πραγματοποιήθηκε σύγκριση της βαθμολογίας διαφόρων βαθμίδων νοσηλευτών: Φοιτητές Νοσηλευτικής, απόφοιτοι νοσηλευτές, μεταπτυχιακοί φοιτητές, εργαζόμενοι νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες.

Εξασφαλίστηκε η γραπτή άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου από τα επιστημονικά συμβούλια των νοσοκομείων. Ενημερώθηκαν οι προϊστάμενοι των τμημάτων όπου διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια, προκειμένου να εξασφαλιστεί και η προσωπική τους συναίνεση στην εκπόνηση της μελέτης, αφού κατανόησαν το σκοπό και τα δυνατά της οφέλη.

## Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία εφαρμόστηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20.

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 25 άτομα. Τα ίδια άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για δεύτερη φορά (10 ημέρες μετά), προκειμένου να ελεγχθεί η επαναληψιμότητα της μέτρησης μέσα στο χρόνο. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας, Cronbach's alpha, του ερωτηματολογίου ήταν 0,748, στοιχείο που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία των ερωτήσεων και η συμφωνία των απαντήσεων με

το συντελεστή Karrra. Προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και παράλληλα να πραγματοποιηθεί και ο έλεγχος επαναληψιμότητας της μέτρησης, αντιστοιχίστηκε σε κάθε συμμετέχοντα ένας κωδικός αριθμός. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν όλα από τον ίδιο ερευνητή. Ο συντελεστής Karrra ήταν  $>0,828$ , γεγονός που δείχνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε ότι οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (Student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με περισσότερες από δύο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διατάξιμης μεταβλητής εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στη διμεταβλητή ανάλυση,  $>2$  ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) με τη βαθμολογία γνώσεων. Γι' αυτόν το λόγο, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate line regression), με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise line regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές β (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείται από 174 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονταν σε ελληνικά νοσοκομεία. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (77,6%), το 46,6% είχαν ηλικία 41–50 ετών, ενώ το 43,1 ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ). Τα πλήρη περιγραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

### Οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τον πόνο

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών στις 21 ερωτήσεις σωστό/λάθος παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

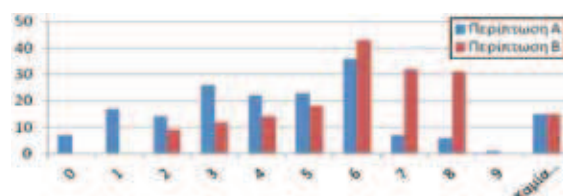
**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικά	n (%)
<b>Φύλο</b>	
Γυναίκες	135 (77,6%)
Άνδρες	39 (22,4%)
<b>Ηλικία (έτη)</b>	
<30	20 (11,5%)
30–40	66 (37,9%)
41–50	81 (46,6%)
>50	7 (4,0%)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
ΔΕ	59 (33,9%)
ΤΕΙ	75 (43,1%)
ΑΕΙ	8 (4,6%)
Μεταπτυχιακό/διδασκαρικό δίπλωμα	32 (18,4%)

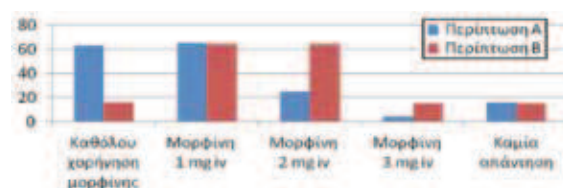
ΔΕ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών στις 11 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής εμφανίζονται στον πίνακα 3.

Το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις μελέτες περιπτώσεων σχετικά τόσο με την επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου όσο και την κατάλληλη παρέμβαση. Υπήρχαν 2 ερωτήσεις και 2 υποερωτήσεις, στις οποίες δινόταν ένα παράδειγμα με έναν ασθενή και ο νοσηλευτής έπρεπε να αξιολογήσει τον πόνο, με μια κλίμακα που κυμαινόταν από 1–10. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής έπρεπε να επιλέξει την κατάλληλη δοσολογία μορφίνης που θα χορηγούσε στον ασθενή. Το 90,2% και το 82,2% έδωσαν λανθασμένη βαθμολογία στις κλίμακες πόνου των περιπτώσεων Α και Β, αντίστοιχα. Επίσης, το 97,7% και το 91,4% απάντησε λανθασμένα για την κατάλληλη αντίδραση στις περιπτώσεις Α και Β (εικόνας 1, 2).



**Εικόνα 1.** Βαθμολογία στις κλίμακες πόνου των περιπτώσεων Α και Β.



**Εικόνα 2.** Κατάλληλη αντίδραση στις περιπτώσεις Α και Β.

**Πίνακας 2.** Απαντήσεις συμμετεχόντων στις 21 ερωτήσεις «σωστό-λάθος».

	Σωστό n (%)	Λάθος n (%)
1. Τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς. (Λάθος)	60 (34,5)	114 (65,5)
2. Επειδή το νευρικό τους σύστημα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, τα παιδιά <2 ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη επώδυνων εμπειριών. (Λάθος)	69 (39,7)	105 (60,3)
3. Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δεν βιώνουν έντονο πόνο. (Λάθος)	87 (50,0)	87 (50,0)
4. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο. (Σωστό)	57 (32,8)	117 (67,2)
5. Η ασπιρίνη και οι άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις. (Λάθος)	111 (63,8)	63 (36,2)
6. Αναπνευστική καταστολή συμβαίνει σπάνια σε ασθενείς που λαμβάνουν σταθερές δόσεις από οποιοδήποτε διάστημα μηνών. (Σωστό)	113 (64,9)	61 (35,1)
7. Ο συνδυασμός αναλγητικών που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες απ' ό,τι χρησιμοποιώντας ένα μόνο αναλγητικό παράγοντα. (Σωστό)	149 (85,6)	25 (14,4)
8. Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1–2 mg μορφίνης IV είναι 4–5 ώρες. (Λάθος)	114 (65,5)	60 (34,5)
9. Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών. (Λάθος)	95 (54,6)	79 (45,4)
10. Τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών. (Λάθος)	67 (38,5)	107 (61,5)
11. Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης. (Λάθος)	111 (63,8)	63 (36,2)
12. Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου. (Λάθος)	29 (16,7)	145 (83,3)
13. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών. (Λάθος)	59 (33,9)	115 (66,1)
14. Παιδιά <11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο. Έτσι, οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονέα για την ένταση του πόνου του παιδιού. (Λάθος)	53 (30,5)	121 (69,5)
15. Πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών ενδέχεται να τους οδηγήσουν στο να θεωρούν ότι ο πόνος και η ταλαιπωρία είναι απαραίτητα. (Σωστό)	136 (78,2)	38 (21,8)
16. Εφ' όσον έχει δοθεί μια αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς. (Σωστό)	168 (96,6)	6 (3,4)
17. Η χορήγηση αποστειρωμένου ύδατος στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός. (Λάθος)	97 (55,7)	77 (44,3)
18. Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία. (Λάθος)	151 (86,8)	23 (13,2)
19. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όπως η γκαμπαπεντίνη (Neurontin), έχουν ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ανακούφιση από τον πόνο μετά από μία μόνο δόση. (Λάθος)	40 (23,0)	134 (77,0)
20. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά, εκτός εάν ο πόνος οφείλεται σε μυϊκό σπασμό. (Σωστό)	108 (62,1)	66 (37,9)
21. Ναρκωτική/οπιοειδής εξάρτηση ορίζεται ως μια χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: Μειωμένη αντίσταση στη χρήση ναρκωτικών φαρμάκων, ακούσια χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά τη βλάβη και σφοδρή επιθυμία. (Σωστό)	164 (94,3)	10 (5,7)

Η μέση βαθμολογία γνώσεων ήταν 0,53, με τυπική απόκλιση 0,14 (εύρος: 0,28–0,86). Το 55,2% των συμμετεχόντων (n=96) είχε μέση βαθμολογία >0,5 (εικ. 3).

Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Οι ερωτήσεις σωστό/λάθος και πολλαπλής επιλογής με το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων ήταν οι 4, 18 και 27. Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν οι 7, 12, 16 και 21 (πίν. 4).

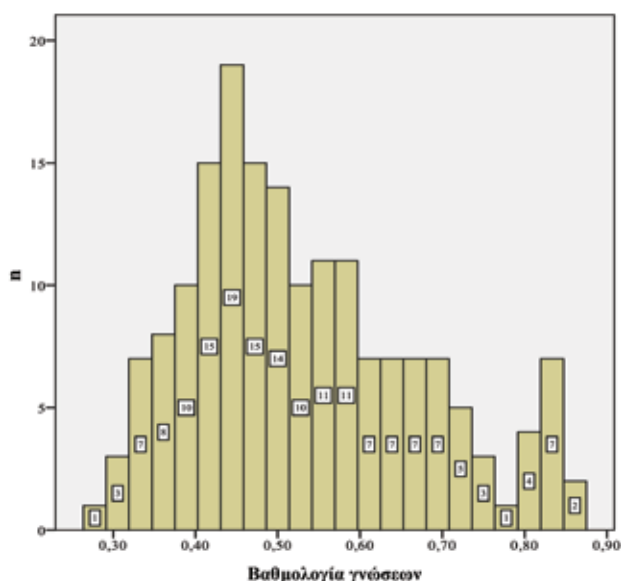
Σχέση απαντήσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη διμεταβλητή ανάλυση, στο επίπεδο του 20% ( $p < 0,20$ ) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία γνώσεων και την ηλικία ( $p = 0,09$ ), το νοσοκομείο εργασίας ( $p = 0,001$ ), την κλινική εργασία ( $p < 0,001$ ) και τα έτη προϋπηρεσίας ( $p < 0,06$ ). Επίσης, βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στο ιδιωτικό και το πανεπιστημιακό νοσοκομείο είχε μεγαλύτερη μέση βαθμολογία (0,57 και 0,55, αντίστοιχα) σε σχέση με το



**Πίνακας 3.** Απαντήσεις συμμετεχόντων.

	Σωστό n (%)
1. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με πόνο που επιμένει και σχετίζεται με καρκίνο είναι: (Από το στόμα)	81 (46,5%)
2. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών για τους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο, αιφνίδια έναρξης, όπως τραύμα ή μετεγχειρητικός πόνος, είναι: (Ενδοφλέβια)	117 (67,2%)
3. Ποιο από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο; (Μορφίνη)	107 (61,4%)
4. Ποια από τις παρακάτω IV δόσεις μορφίνης, χορηγούμενες σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνη χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες; (Η μορφίνη 10 mg IV)	57 (32,7%)
5. Αναλγητικά για μετεγχειρητικό πόνο θα πρέπει να δίνονται αρχικά: (Η μορφίνη 10 mg IV)	155 (89,1%)
6. Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη ημέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης/ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα, έχει λάβει 250 mg/ώρα ενδοφλεβίως. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, ενώ δεν υποφέρει από αναπνευστική νόσο, κυμαίνεται σε: (<1%)	56 (32,1%)
7. Η πιο πιθανή αιτία ένας ασθενής που πονά να ζητήσει αυξημένες δόσεις αναλγητικών είναι: (Ο ασθενής να βιώνει αυξανόμενο πόνο)	125 (71,8%)
8. Ο πιο αποτελεσματικός κριτής της έντασης του πόνου, που βιώνει ο ασθενής, είναι: (Ο ασθενής)	123 (70,6%)
9. Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται ενδοφλεβίως είναι: (15 min)	86 (49,4%)
10. Ο χρόνος μέγιστης δράσης της μορφίνης που χορηγείται από το στόμα είναι: (1–2 ώρες)	97 (55,7%)
11. Μετά την απότομη διακοπή των οπιοειδών, σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται με τα ακόλουθα: (Εφίδρωση, χασμουρητό, διάρροια και ανησυχία σε ασθενείς, όταν το οπιοειδές διακόπτεται απότομα)	75 (43,1%)

**Εικόνα 3.** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας γνώσεων.

νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εργαζόταν στο δημόσιο νοσοκομείο (0,47) (πίν. 5). Για το λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, οι εργαζόμενοι σε χειρουργική, παθολογική και ογκολογική κλινική είχαν μεγαλύτερη βαθ-

μολογία γνώσεων σε σχέση με τους εργαζόμενους άλλης κλινικής κατά 0,05, 0,19 και 0,18 μονάδες, αντίστοιχα, με τους εργαζόμενους σε παθολογική κλινική να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία ( $0,66 \pm 0,10$ ) (πίν. 6). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών προϋπηρεσίας.

Με τον έλεγχο  $\chi^2$  βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλινικής και της συνολικής βαθμολογίας, με  $\chi^2 = 103,384 \pm 63$  και  $p = 0,001$  (πίν. 7). Οι εργαζόμενοι που εργαζόταν στην παθολογική κλινική είχαν το μεγαλύτερο επί του συνόλου ποσοστό σωστών απαντήσεων.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στον καρκινικό πόνο σε τυχαίο δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού ελληνικών νοσοκομείων. Στην παρούσα μελέτη, το 77,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Το 50,4% ήταν >41 ετών, ενώ το 43,1% ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ). Το 49,6% εργαζόταν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το 27,6% εργαζόταν σε χειρουργική κλινική και το 65,5% εργαζόταν >10 έτη. Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων ήταν <50% (16 ερωτήσεις στις 36). Η μέση βαθμολογία

**Πίνακας 4.** Ποσοστά σωστών απαντήσεων.

Ερωτήσεις με <50% σωστές απαντήσεις	n (%)
Οι ασθενείς, των οποίων η προσοχή μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, συνήθως δεν βιώνουν έντονο πόνο	87 (50%)
Οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον έντονο πόνο	57 (32,8%)
Η ασπιρίνη και οι άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για επώδυνες οστικές μεταστάσεις	63 (36,2%)
Η συνήθης διάρκεια της αναλγησίας των 1–2 mg μορφίνης IV είναι 4–5 ώρες	60 (34,5%)
Έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών	79 (45,4%)
Η μορφίνη έχει ένα ανώτατο όριο δόσης	63 (36,2%)
Η χορήγηση αποστειρωμένου ύδατος στους ασθενείς με ένεση (placebo) είναι μια χρήσιμη δοκιμή για να προσδιοριστεί αν ο πόνος είναι πραγματικός	77 (44,3%)
Εάν η πηγή του πόνου του ασθενούς είναι άγνωστη, τα οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της περιόδου αξιολόγησης του πόνου, καθώς αυτό θα μπορούσε να αποκρύψει την ικανότητα να διαγνωστεί σωστά η αιτία	23 (13,2%)
Η συστηματική οδός χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με πόνο που επιμένει και σχετίζεται με καρκίνο	81 (46,6%)
Η IV δόση μορφίνης, χορηγούμενη σε διάστημα 4 ωρών, θα ισοδυναμούσε με 30 mg μορφίνης, χορηγούμενη από το στόμα κάθε 4 ώρες	58 (33,3%)
Ένας ασθενής με επίμονο καρκινικό πόνο λαμβάνει καθημερινά οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Την προηγούμενη ημέρα, ο ασθενής λάμβανε 200 mg μορφίνης/ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα, έχει λάβει 250 mg/ώρα ενδοφλεβίως. Ποια είναι η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, ενώ δεν υποφέρει από αναπνευστική νόσο;	57 (32,8%)
Ερωτήσεις με >80% σωστές απαντήσεις	
Ο συνδυασμός αναλγητικών, που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο του πόνου	149 (85,6%)
Ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου	145 (83,3%)
Εφόσον έχει δοθεί μια αρχική δόση του οπιοειδούς αναλγητικού, οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς	168 (96,6%)
Ναρκωτική/οπιοειδής εξάρτηση ορίζεται ως μια χρόνια νευροβιολογική πάθηση, που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα	164 (94,3%)
Αναλγητικά για μετεχειρητικό πόνο θα πρέπει να δίνονται αρχικά	154 (88,5%)

**Πίνακας 5.** Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία γνώσεων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία γνώσεων (τυπική απόκλιση)	p
Φύλο		0,22*
Γυναίκες	0,53 (0,14)	
Άνδρες	0,55 (0,15)	
Ηλικία (έτη)	-0,13**	0,09**
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,04**	0,6**
Νοσοκομείο εργασίας		0,001#
Δημόσιο	0,47 (0,11)	
Ιδιωτικό	0,57 (0,14)	
Πανεπιστημιακό	0,55 (0,14)	
Κλινική εργασίας		<0,001#
Ογκολογική	0,65 (0,16)	
Παθολογική	0,66 (0,10)	
Χειρουργική	0,53 (0,11)	
Άλλη	0,47 (0,11)	
Προϋπηρεσία (έτη)	-0,15**	0,06**

\* Έλεγχος t, \*\* Συντελεστής συσχέτισης του Spearman, # Ανάλυση διασποράς

**Πίνακας 6.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων.

	Συντελεστής β	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον β	p
Χειρουργική Κλινική σε σχέση με άλλη	0,05	0,01–0,10	0,016
Παθολογική Κλινική σε σχέση με άλλη	0,19	0,12–0,26	<0,001
Ογκολογική Κλινική σε σχέση με άλλη	0,18	0,13–0,23	<0,001

**Πίνακας 7.** Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ κλινικής και συνολικής βαθμολογίας.

	Τιμή	BE	p
Pearson Chi-Square	103,384	63	0,001
Likelihood ratio	108,777	63	0,000
Linear-by-linear association	42,573	1	0,000
N	174,0		

BE: Βαθμός ελευθερίας

γνώσεων ήταν 0,47, 0,57, 0,55 για δημόσιο, ιδιωτικό και πανεπιστημιακό νοσοκομείο, αντίστοιχα. Η ηλικία δεν σχετιζόταν με το επίπεδο γνώσεων στη διαχείριση του πόνου. Αντίθετα, τα έτη προϋπηρεσίας φάνηκε να σχετίζονται με τα ποσοστά σωστών απαντήσεων. Καταδείχθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε παθολογική κλινική είχε τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία γνώσεων (0,66) και ακολουθούσε το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών κλινικών, με μικρή διαφορά (0,65).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς είναι ο πόνος. Αν και στο 90% των περιπτώσεων η αντιμετώπιση του πόνου είναι εφικτή, μόλις το 40% των ασθενών που βιώνουν πόνο αντιμετωπίζονται επαρκώς.<sup>3,4,19</sup>

Μελέτες δείχνουν ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα σχετικά με τη διαχείριση του πόνου παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα.<sup>20,21</sup> Τα εν λόγω αποτελέσματα δεν διαφέρουν σημαντικά από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Μόνο το 55,2% είχε μέση βαθμολογία >0,5. Το ποσοστό των λανθασμένων απαντήσεων προβληματίσε, καθώς ήταν λίγο μικρότερο, της τάξης του 50% (44,4%) στο σύνολό του. Συγκρίνοντας την παρούσα μελέτη με άλλες έρευνες προκύπτει ότι υπάρχουν ανάλογα μεγάλα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων. Ωστόσο, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν μπορεί να είναι έτοιμο να αναλάβει έναν κρίσιμο ρόλο, γιατί η έλλειψη γνώσεων και ατομικών στάσεων μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση από τον πόνο.<sup>22-24</sup>

Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και από Τούρκους ερευνητές το 2008 για τη μελέτη των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον καρκινικό πόνο.<sup>25</sup> Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων ήταν μόλις 35,4%. Παρ' όλο που τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν είναι ενθαρρυντικά όσον αφορά στις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, ορισμένες από τις απαντήσεις παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας σε σύγκριση με την αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στην Τουρκία. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση 1 σχετικά με το αν τα ζωτικά σημεία αποτελούν πάντα αξιόπιστους δείκτες της έντασης του πόνου του ασθενούς, υπάρχει διαφορά της τάξης του 25,6% (65,5% στην παρούσα έρευνα, 39,9% στην έρευνα των Τούρκων μελετητών). Το 22,1% της έρευνας που διεξήχθη στην Τουρκία απάντησε σωστά στην ερώτηση 9 αναφορικά με το αν η προμεθαζίνη και η υδροξυζίνη είναι αξιόπιστοι διεγέρτες των οπιοειδών αναλγητικών, σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου απάντησε σωστά το 45,4%. Σχετικά με τη χρήσιμη δοκιμή του εικονικού

φαρμάκου (placebo) για τον προσδιορισμό του πόνου, το 44,3% στην παρούσα έρευνα απάντησε σωστά, ενώ στην έρευνα που εκπονήθηκε στην Τουρκία μόνο το 8,8% απάντησε σωστά. Μεγάλη διαφορά, της τάξης του 40,6%, παρατηρήθηκε στην ερώτηση 22 όσον αφορά στη συνιστώμενη οδό χορήγησης των οπιοειδών σε ασθενείς με παρατεταμένο πόνο (46,5% στην παρούσα έρευνα, 5,9% στην έρευνα της Τουρκίας). Στην ερώτηση 24 σχετικά με το ποιο αναλγητικό φάρμακο θεωρείται το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία του παρατεταμένου μέτριου έως έντονου πόνου για ασθενείς με καρκίνο, εντοπίστηκε διαφορά της τάξης του 30,4% (67,2% στην παρούσα μελέτη, 36,8% στην τουρκική έρευνα).

Σε σύγκριση με έρευνα Ιταλών μελετητών που διενεργήθηκε το 2007,<sup>26</sup> και κατά την οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο, οι απαντήσεις κυμάνθηκαν περίπου στα ίδια ποσοστά επιτυχίας, σχεδόν στο σύνολο των ερωτήσεων. Στην ερώτηση 13 σχετικά με το εάν οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο περισσότερο πόνο μπορούν πριν από τη χρήση οπιοειδών, βρέθηκε διαφορά της τάξης του 33,9% (66,1% στην εν λόγω έρευνα, 100% στην ιταλική έρευνα). Επίσης στην ιταλική μελέτη, το 92,4% απάντησε σωστά στην ερώτηση 14 σχετικά με το εάν τα παιδιά ηλικίας <11 ετών δεν μπορούν να περιγράψουν αξιόπιστα τον πόνο κι έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εμπιστεύονται αποκλειστικά την εκτίμηση του γονέα όσον αφορά στην ένταση του πόνου του παιδιού. Στις ερωτήσεις 32β και 33β, που αφορούσαν στις μελέτες περιπτώσεων και την κατάλληλη παρέμβαση, στην έρευνα της Ιταλίας οι νοσηλευτές απάντησαν σωστά σε ποσοστό 13,6% και 27,3%, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη όπου οι αντίστοιχες ερωτήσεις απαντήθηκαν σωστά σε ποσοστό 2,3% και 8,6%. Μεγάλα ποσοστά σωστών απαντήσεων είχαν και οι δύο έρευνες σε δύο ερωτήσεις: Στην ερώτηση 12, όπου αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν μπορούν να αντέξουν τα οπιοειδή για ανακούφιση του πόνου, στην έρευνά μας απάντησε σωστά το 83,3%, ενώ στην έρευνα των Ιταλών ερευνητών το 100%. Στην ερώτηση 16 αναφορικά με το εάν μετά από μια αρχική δόση οπιοειδούς αναλγητικού οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να προσαρμοστούν σύμφωνα με την εξατομικευμένη ανταπόκριση του ασθενούς, απάντησαν σωστά το 96,6% και το 98,5% στην παρούσα και στην ιταλική μελέτη, αντίστοιχα.

Το 2000, Ολλανδοί ερευνητές έθεσαν σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα παρακολούθησης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πώς διαχειρίζεται τον πόνο των ασθενών.<sup>27</sup> Σκοπός ήταν ο εμπλουτισμός των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στον πόνο και την αναλγητική θεραπεία, η ενίσχυση της κατανόησης της επώδυνης εμπειρίας και η βελτίωση της θεραπευτικής

προσέγγισης. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του πόνου βρίσκονταν σε χαμηλά επίπεδα. Ωστόσο, το πρόγραμμα εκπαίδευσης που ακολουθήθηκε, βελτίωσε σημαντικά τις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του ασθενούς που νοιώθει πόνο.

Σε καμιά έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου γνώσεων με την ηλικία. Σε κάποιες μελέτες, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προϋπηρεσία και την κλινική εργασία. Σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι η ηλικία δεν σχετίζεται με το επίπεδο γνώσεων στη διαχείριση του πόνου. Ενδεχομένως, αυτό να οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση για τον πόνο τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο, όσο και σε μετεκπαιδευτικά προγράμματα του νοσηλευτικού προσωπικού ανεξαρτήτως φορέα (δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο).<sup>3,29</sup> Αντίθετα, τα έτη προϋπηρεσίας φαίνεται να σχετίζονται με τα ποσοστά των σωστών απαντήσεων στις περισσότερες έρευνες, καθιστώντας την εμπειρία ένα σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη ευαισθησίας απέναντι στον ασθενή που πονά και στη διαχείριση του πόνου.<sup>15,25,26</sup>

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις μελέτες περιπτώσεων τόσο στην επισήμανση του πόνου στην κλίμακα πόνου όσο και στην κατάλληλη αντίδραση. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι συνυπάρχει αδυναμία στη διαχείριση και την κατανόηση των κλιμάκων αξιολόγησης του πόνου. Το πρόβλημα, πιθανόν, να επιδεινώνεται από το γεγονός ότι στα νοσοκομεία δεν υφίστανται συγκεκριμένα πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου. Την ένταση του πόνου μόνο ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να την προσδιορίσει. Πολλοί από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν γνωρίζουν ότι η προσωπική αναφορά των ασθενών είναι το πλέον ακριβές μέτρο του πόνου.<sup>28</sup>

Σε σχετική μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά το 2000, διαπιστώθηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι οι ασθενείς τους πρέπει να αισθανθούν πόνο πριν δοθεί σε αυτούς αναλγητική φαρμακευτική αγωγή.<sup>22</sup> Τα εν λόγω αποτελέσματα δεν διαφέρουν σημαντικά από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αφού το 33,9% πιστεύει ότι οι ασθεν-

είς πρέπει να ενθαρρύνονται να αντέξουν όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο μπορούν, πριν από τη χρήση οπιοειδών.

Συμπερασματικά, για τους καρκινοπαθείς ένας από τους πλέον βασικούς φόβους, εάν όχι ο βασικότερος, είναι ο πόνος. Ο πόνος γίνεται το κυρίαρχο αίτιο της συνολικής ταλαιπωρίας των συγκεκριμένων ασθενών, καθώς παρεμβάλλεται σε κάθε πτυχή της καθημερινότητάς τους και αποτελεί ένα δυσάρεστο μέρος της ζωής τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Η ελλιπής γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον πόνο πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα την υποτίμηση της έντασής του και κατ'επέκταση τη λανθασμένη αντιμετώπισή του. Παρά τη σοβαρότητα και τη συχνότητα του καρκινικού πόνου και τις συχνά εξουθενωτικές επιπτώσεις του σε φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους,<sup>29</sup> εκείνος παραμένει μη επαρκώς αξιολογήσιμος και αντιμετωπίσιμος.<sup>30</sup> Τα παραπάνω αποτελούν την κύρια αιτία αναγκαιότητας της γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οτιδήποτε σχετίζεται με την άμεση αντιμετώπιση και την ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην παρούσα έρευνα, μπορεί να φανούν χρήσιμες για τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών στρατηγικών, ενώ, συγχρόνως, οι ερωτήσεις με χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων ενδέχεται να λειτουργήσουν ως οδηγός για τους φορείς εκπαίδευσης, αλλά και ως προβληματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την τρέχουσα παροχή φροντίδας υγείας.

Συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκαν ελλείψεις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης τους, τη φυσιολογία του πόνου, καθώς και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, που μπορεί να συμβάλλουν αρνητικά στην παρεχόμενη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.

Είναι προφανές ότι οι επαρκείς γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αξιολόγηση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.



## ABSTRACT

## Assessment of nursing staff on knowledge about cancer pain

I. ARTOPOULOU,<sup>1</sup> B. ALIKARI,<sup>2</sup> S. ZYGA<sup>2</sup><sup>1</sup>University Hospital of Ioannina, Ioannina, <sup>2</sup>Department of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(5):604–613*

**OBJECTIVE** Assessment of the level of knowledge of the nursing staff about cancer pain. **METHOD** A quantitative cross study was conducted. Randomized sampling was performed and 174 nurses and nursing assistants took part, completing an anonymous questionnaire covering demographic parameters and the “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” questionnaire of Ferrell and McCaffery (2008). The tool Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20 was used for analysis of the data. The Cronbach’s  $\alpha$  of the questionnaire was 0.75, which indicates satisfactory internal consistency. **RESULTS** Of the participants, 77.6% were females, 50.4% were aged >41 years of age and 43.1% were graduates of the Technological Educational Institute (TEI); 49.6% were working in a University Hospital and 27.6% in a surgical ward and 65.5% had been nursing for more than 10 years. In the pain questionnaire the percentage of wrong answers was less than 50% (16 of 36 questions). Bivariate analysis revealed a statistically significant relationship at the level of 20% ( $p < 0.20$ ) between the knowledge score and age ( $p = 0.09$ ), hospital of work ( $p = 0.001$ ), hospital ward ( $p < 0.001$ ), and years of nursing experience ( $p < 0.06$ ). **CONCLUSIONS** The knowledge of the nursing staff about opioids and their means of administration and action, the physiology of pain, and non-pharmaceutical treatment modalities practised by the medical and nursing staff vary among nurses, and this can have a negative impact on the care provided to oncology patients, which appears to be significantly lacking.

**Key words:** Analgesics, Cancer pain, Knowledge evaluation, Opioids, Pain

## Βιβλιογραφία

- RATHMELL JP. American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine 2011 John J. Bonica Award Lecture: the evolution of the field of pain medicine. *Reg Anesth Pain Med* 2012, 37:652–656
- CRONJE RJ, WILLIAMSON OD. Is pain ever “normal”? *Clin J Pain* 2006, 22:692–699
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief. WHO, Switzerland, 1986:18
- COHEN MZ, EASLEY MK, ELLIS C, HUGHES B, OWNBY K, RASHAD BG ET AL. Cancer pain management and the JCAHO’s pain standards: An institutional challenge. *J Pain Symptom Manage* 2003, 25:519–527
- ΒΑΣΙΛΙΑΚΟΣ Δ. Ο πόνος και η αντιμετώπισή του. Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2008:33–56
- BESSON JM. The neurobiology of pain. *Pain* 1999, 353:1610–1615
- ZECH DFJ, GROND S, LYNCH J, HERTEL D, LEHMANN KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. *Pain* 1995, 63:65–76
- MARINANGELI F, CICOZZI A, LEONARDIS M, ALOISIO L, MAZZEI A, PALADINI A ET AL. Use of strong opioids in advanced cancer pain: A randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2004, 27:409–416
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief and palliative care: Technical report series. WHO, Geneva, 1986
- McPHERSON CJ, HADJISTAVROPOULOS T, LOBCHUK MM, KILGOUR KN. Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain Res Manag* 2013, 18:293–300
- ZAZA C, BAINE N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 2002, 24:526–542
- GLAJCHEN M, FITZMARTIN RD, BLUM D, SWANTON R. Psychosocial barriers to cancer pain relief. *Cancer Pract* 1995, 3:76–82
- JENSEN MP, MOORE MR, BOCKOW TB, EHDE DM, ENGEL JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2011, 92:146–160
- DAY MP, THORN BE. The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *Pain* 2010, 151:467–474
- LOSSIGNOL DA. Psychological interventions to reduce pain in patients with cancer. *Curr Opin Oncol* 2013, 25:368–372
- SYRJALA KL, JENSEN MP, MENDOZA ME, YI JC, FISHER HM, KEEFE FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol* 2014, 32:1703–1711
- FERRELL B, McCAFFERY M. The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). Available at: [http://www.midss.org/sites/default/files/knowledge\\_attitude\\_survey\\_10-12.pdf](http://www.midss.org/sites/default/files/knowledge_attitude_survey_10-12.pdf)
- ΑΡΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι, ΑΛΙΚΑΡΗ Β, ΖΥΓΑ Σ. Ελληνική εκδοχή του “knowledge and attitudes survey regarding pain”: Μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* (υπό έκδοση)
- CHERNY NI. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2000, 50:70–116

20. PATIRAKI EI, PAPANASSOGLOU ED, TAFAS C, AKAREPI V, KATSARAGAKIS SG, KAMPITSI A ET AL. A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management. *Eur J Oncol Nurs* 2006, 10:337-352
21. TAFAS CA, PATIRAKI E, McDONALD DD, LEMONIDOU C. Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer Nurs* 2002, 25:8-14
22. HOWELL D, BUTLER L, VINCENT L, WATT-WATSON J, STEARNS N. Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. *Cancer Nurs* 2000, 23:55-63
23. BARNASON S, MERBOTH M, POZEHL B, TIETJEN MJ. Utilising an outcomes approach to improve pain management by nurses: A pilot study. *Clin Nurse Spec* 1998, 12:28-36
24. PRITCHARD AP. Management of pain and nursing attitudes. *Cancer Nurs* 1988, 11:203-209
25. YILDIRIM YK, CICEK F, UYAR M. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Manag Nurs* 2008, 9:17-25
26. BERNARDI M, CATANIA G, TRIDELLO G. Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nurs* 2007, 30:E20-E26
27. DE ROND ME, DE WIT R, VAN DAM FS, VAN CAMPEN BT, DEN HARTOG YM, KLIEVINK RM. A pain monitoring program for nurses: Effects on nurses' pain knowledge and attitude. *J Pain Symptom Manage* 2000, 19:457-467
28. McCAFFERY MS, FERRELL BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *J Pain Symptom Manage* 1997, 14:175-188
29. MIASKOWSKI C, LEE KA. Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: A pilot study. *J Pain Symptom Manage* 1999, 17:320-332
30. ZHUKOVSKY DS, GOROWSKI E, HAUSDORFF J, NAPOLITANO B, LESSER M. Unmet analgesic needs in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1995, 10:113-119

Corresponding author:

I. Artopoulou, 14A Krapsis street, GR-453 32 Ioannina, Greece  
e-mail: gianna\_art@windowslive.com

.....