

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**Μεταπτυχιακή διατριβή**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΦΡΑΓΜΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ  
ΑΝΑΛΗΠΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

**Μάριος Ζορπάς**

**Λεμεσός, 2017**



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Μεταπτυχιακή διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΦΡΑΓΜΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ  
ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

του

Μάριου Ζορπά

Λεμεσός, 2017

## Έντυπο έγκρισης

Μεταπτυχιακή διατριβή

### Διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για τη χρήση των οφιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο

Παρουσιάστηκε από

Μάριο Ζορπά

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Ανδρέας Χαραλάμπους

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Δρ. Σαράφης Παύλος

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Όνομα και ιδιότητα

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, 2017

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Μάριος Ζορπάς, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της μεταπτυχιακής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καθηγητή μου Δρ. Αντρέα Χαραλάμπους που είχε την υπομονή να με στηρίζει καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου καθώς και τις Κυρίες Άντρη Χρίστου και Θεολογία Τσίτση που με βοήθησαν σημαντικά όλα αυτά τα χρόνια. Δεν πρέπει να ξεχνώ και τους φίλους που ήταν πάντα δίπλα μου και φυσικά την οικογένεια μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην περιγραφική φαινομενολογική έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 28 επαγγελματίες υγείας, γιατροί και νοσηλευτές, που εργάζονται σε όλες τις ογκολογικές δομές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο. Το δείγμα αποτελούσε δύο ισάριθμες ομάδες εστίασης. Οι συνεντεύξεις διήρκησαν δύο ωρες έκαστη και ανέπτυχθηκε το γενικό θέμα: ποιά είναι η άποψη των επαγγελματιών υγείας για τους φραγμούς στη χορήγηση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου στην Κύπρο. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν με τα επτά στάδια φαινομενολογικής ανάλυσης, κατά Κολαΐτση, από τρεις ερευνητές. Στα αποτελέσματα αναδύθηκαν έξι κύριες θεματικές ενότητες και είκοσι υποθεματικές. Στην Κύπρο υπάρχει οπιοφοβία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, η οποία πηγάζει μέσα από την ελλιπή εκπαίδευση τους στα οπιοειδή και επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών και φροντιστών τους στην αποδοχή της θεραπείας τους με οπιοειδή. Ακολουθεί κακή διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών από τους γιατρούς, ασθενείς/φροντιστές με αποτέλεσμα να μην ανακουφίζεται ικανοποιητικά ο καρκινικός πόνος. Τα αποτελέσματα συζητήθηκαν μαζί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία καθώς και με τα αποτελέσματα την ποσοτικής έρευνας που προηγήθηκε που διερευνούσε την άποψη των γιατρών για τους φραγμούς στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο. Στην συγχρονική αυτή μελέτη το ερωτηματολόγιο στάληκε σε 830 εγγεγραμμένους γιατρούς, στην Κύπρο. Τα αποτελέσματα καταλήγουν ότι παρά το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης των γιατρών(8,2%), ο κύριος φραγμός στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο είναι η ελλιπή γνώση των γιατρών. Αυτό ενισχύεται από τις φοβίες και προκαταλήψεις στα οπιοειδή τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από το γενικό πληθυσμό. Αναγνωρίζονται φραγμοί στη χορήγηση των οπιοειδών αναλγητικών καθώς και μή ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

**Λέξεις κλειδιά:** οπιοειδή, διαχείριση πόνου, επαγγελματίες υγείας, αντιλήψεις .

## **ABSTRACT**

A total number of 28 health care professionals, doctors and nurses, working in the primary and secondary health care institutes in Cyprus joint the following descriptive phenomenology study. The sample was equally distributed on two focus groups and interviewed for two hours each. They were asked to discuss their opinion on the use of opioid analgesics for the treatment of cancer related pain in Cyprus. The interviews were tape recorded and then analysed according to Colaizzis seven stages phenomenological analysis by three entipentet researches. Six main themes and twenty theme clusters were emerged. The health care professionals lack education on the use and management of opioids for the treatment of cancer related pain. This makes the health care professionals having opiofobia on the use of opioids. In turn this affects the patients' and their care givers' behavior about their treatment with opioids analgesics. Both health care professionals, the patients and the care givers misuses the treatment with opioids resulting in poor pain control. The overall results of the study were then discussed with the available literature as well as with the quantitative results of the cross-sectional study being carried that investigated the barriers to opioid analgesics availability in the republic of Cyprus out of the physicians' perspective. The questioner sent to 830 registered physicians and despite the low response rate (8.2%), it was possible to conclude that lack of education is a barrier to the use of opioid in Cyprus. This is compounded by attitudes and phobias of both healthcare professionals and the general public. Also there are barriers to opioid availability and unsatisfactory cancer pain relief.

**Keywords:** opioids, pain management, health care professionals, perception



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### Table of Contents

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	x
Πίνακας 2:.....	x
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 Ολική διαχείριση του πόνου στην Κύπρο.....	4
2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	13
3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	22
3.1 Σκοπός.....	24
3.2 Επιμέρους στόχοι .....	24
4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΕΥΡΥΜΑΤΩΝ.....	25
4.1 Ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών .....	28
4.2 Ελλιπής ενημέρωση ασθενών/συγγενών για τα οπιοειδή αναλγητικά. ....	34
4.3 Οπιοφοβία στους επαγγελματίες υγείας.....	39
4.4 Οπιοφοβία ασθενών/συγγενών. ....	42
4.5 Κακή διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών από τους επαγγελματίες υγείας. . 44	
4.6 Αναποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου με τα οπιοειδή αναλγητικά.....	49
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΕΥΡΥΜΑΤΩΝ.....	56
5. 1Μέρος Πρώτο .....	56
5.2 : Μέρος Δεύτερο .....	56

5.3	Μέρος Τρίτο.....	59
6	ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	62
7	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	76
8	ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	79
9	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	81
10	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	88

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Τέσσερεις διαστάσεις του ολικού πόνου της Cicely Saunders.....	1
Διάγραμμα 2: Αναθεωρημένο μοντέλο της Cicely Saunders (Dalal and Bruera 2012). ..	2
Διάγραμμα 3: Μοντέλο Οπιοφοβίας.....	27
Πίνακας 2 : Κατανομή αποκρίσεων κατα ηλικία	22
Figure 7 : Ποσοστό αποκρίσεων σχετικά με καρκινικό πόνο	57
Figure 8 : Ποσοστό αποκρίσεων σχετικά με πόνο HIV/AIDS	57
Figure 9: Ποσοστό αποκρίσεων σχετικά με άλλου είδους πόνο	58
Table 14 : Distribution of opinions on opioids related to situations	59
Table 16 : Attitudes of physicians related to affiliation	60
:	

# 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς που υποφέρουν απο κακοήθειες αντιπροσωπεύουν μιά αδύνατη ομάδα του πληθυσμού, που συχνά χρειάζεται μια επιθετική διαχείριση του πόνου, ειδικά σε προχωρημένα στάδια της νόσου, αφού ο πόνος είναι η σημαντικότερη αιτία που υποφέρουν. Αν και την τελευταία δεκαετία έχουν διοχετευτεί στην αγορά παυσίπινα φαρμάκων εναλλακτικών των υφιστάμενων, οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι κανένα συγκεκριμένο φάρμακο δεν υπερτερεί της χρήση των παραδοσιακών οπιοειδών αναλγητικών (Mercadante S,2017). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η κύρια αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου τρίτου σταδίου είναι η χορήγηση μορφίνης, αλλά όλα τα οπιοειδή θεωρούνται δυνητικά αποτελεσματικά στην διαχείριση του καρκινικού πόνου. Κριτήρια επιλογής όμως του καταλληλότερου οπιοειδούς αναλγητικού είναι η γενική διάθεση του οπιοειδούς στη χώρα, οι παρενέργειες, το προφίλ του φαρμάκου, η δράση και αλληλεπιδράσεις του οπιοειδούς σκεύασματος, οι κίνδυνοι κατάχρησης και άλλες πρακτικές δυσκολίες (Pergolizzi J, Böger RH, 2008).

Η ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου στηριζόταν μόνο στη φαρμακευτική αγωγή μέχρι το 1994 όπου η αγγλίδα ψυχίατρος Cicely Saunders περιέγραψε τις τέσσερις διαστάσεις που επηρεάζουν την ανακούφιση του πόνου. Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας στηρίζεται στο μοντέλο της Cicely Saunders για τις τέσσερις διαστάσεις του ολικού πόνου,- φυσική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική-που δημοσιεύτηκε το 1994 (Howard, 2001).



Διάγραμμα 1: Τέσσερις διαστάσεις του ολικού πόνου της Cicely Saunders

Η επιλογή του συγκεκριμένου μοντέλου έγινε, επειδή στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι να ανακουφίσει τον ασθενή και την οικογένειά του από τον πόνο και το υποφέρειν μέσα από την αξιολόγηση των φυσικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών συμπτωμάτων που βιώνουν, η βαρύτητα των οποίων είναι ανάλογη της επιδείνωσης της νόσου (Rome, Luminas et al, 2011)

Σύμφωνα με τη θεωρία του μοντέλου ο φυσικός πόνος επηρεάζει τη φυσική, αισθηματική, κοινωνική και πνευματική διάσταση του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα η σχέση αυτή λειτουργεί αμφίδρομα, αφού η παρουσία συμπτωμάτων εντός των διαστάσεων αυτών αλληλεπιδρά με το φυσικό πόνο (Casseli, 1999).

Πρώτη η Cicely Saunders εντόπισε ότι η ανακούφιση του πόνου στα τελικά στάδια της νόσου ήταν το κλειδί στην αποτροπή της ευθανασίας. Μέχρι τότε, ο πόνος ήταν το κυρίαρχο θέμα συζήτησης του κοινού για την προώθηση της ευθανασίας. Υπάρχει τώρα μια εξελισσόμενη τάση στον κόσμο της ανακουφιστικής φροντίδας σύμφωνα με την οποία ο πόνος είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατάσταση που αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά αν συνδυαστεί η πλήρης ενημέρωση του ασθενή για τα οπειδή αναλγητικά μαζί με την πλήρη κατανόηση του αισθηματικού, πνευματικού και κοινωνικού του κόσμου (David Clark, 2014)

Στην πορεία, το μοντέλο της Saunders ενισχύθηκε, βελτιώθηκε και περιέλαβε και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο.



**Διάγραμμα 2:** Αναθεωρημένο μοντέλο της Cicely Saunders (Dalal and Bruera 2012).

Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αισθητηριακό και συναισθηματικό συναίσθημα, όπου το άτομο που πονεί βιώνει μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις που επηρεάζονται από αισθητικούς, παθοφυσιολογικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικοπολιτιστικούς και πνευματικούς παράγοντες (IASP Taxonomy, 2012). Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου είναι αναντικατάστατη (Gilson et al., 2011). Τα οπιοειδή αναλγητικά είναι αποτελεσματικά και ασφαλή στην μοντέρνα προσέγγιση διαχείρισης του πόνου. Δεν χρησιμοποιούνται μόνα, αλλά σε συνδυασμό, στα πλαίσια μίας στρατηγικά πολυθεματικής προσέγγισης, με ψυχοκοινωνική και ψυχολογική στήριξη του ατόμου (O'Brien T, L.L. Christrub et al, 2016).

Η φυσική υπόσταση αναφέρεται στην αντικειμενική αξιολόγηση της υγείας και των λειτουργιών του σώματος, όπως κόπωση, ακράτεια, λεμφοίδημα. Η ψυχολογική υπόσταση του ατόμου αναφέρεται στην συναισθηματική του κατάσταση και καλύπτει λειτουργίες όπως θετική και αρνητική διάθεση, άγχος, κατάθλιψη. Η κοινωνική υπόσταση περιλαμβάνει την επίδραση της ίδιας της ασθένειας στο άτομο, τον ρόλο του στην κοινωνία, την κοινωνική στήριξη, την αντίληψη της χρησιμότητάς του. Στη πνευματικότητα του ατόμου αφορά η θρησκεία του, στον τρόπο που νοηματοδοτεί τη ζωή και την ασθένεια, προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις. (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007; Coleman, Quaresma, & Berrino, 2008). Όλες αυτές οι οντότητες είναι ανεξάρτητες και αλληλοεπηρεάζονται.

Τα άτομα αντιδρούν στα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα μέσω ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών αντιδράσεων για να προσαρμοστούν. Στο χρόνιο πόνο υπάρχουν διαταραχές τόσο στις φυσιολογικές όσο και στις ψυχολογικές και πνευματικές λειτουργίες του ατόμου (Berger A, Shulter JH, 2007).

Το πνευματικό στρες που βιώνει ο ασθενής συνδέεται με φτωχή φυσική κατάσταση και ψηλά ποσοστά νοσηρότητας. Άτομα βαριά άρρωστα που δεν έχουν γερή πνευματική υπόσταση μπορεί να βιώνουν μεγαλύτερο ψυχολογικό στρες, περισσότερο πόνο και κόπωση, εξουθένωση και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (Chochino HM, Cann BJ, 2005)

Οι άνθρωποι είναι κατ'ανάγκη κοινωνικά όντα. Δημιουργούν μέσα από μιά πληθώρα κοινωνικών δομών που ποικίλουν από ομάδες, οικογένεια, πόλεις και πολιτισμούς. Αυτές οι δομές έχουν εξελιχθεί σε συνάρτηση με τους βιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς του ανθρώπου που στηρίζουν τη συμπεριφορά και την κοινωνική του

διαδραστικότητα. Ο πόνος έρχεται να διαταράξει αυτές τις δομές και να επηρεάσει όλο το φάσμα της ύπαρξης του ασθενή (Tim Dalgeish, Nicholas D et al, 2017)

Στην ανάλυση των θεματικών των συνεντεύξεων έγινε προσπάθεια να κατανοηθεί αν και με ποιό τρόπο η παρουσία συμπτωμάτων στις διαστάσεων αυτές στους ασθενείς με κακοήθεια, αποτελεί φραγμό στους επαγγελματίες υγείας στο να παρέχουν ολιστική ανακούφιση του πόνου με τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών.

## 1.1 Ολική διαχείριση του πόνου στην Κύπρο

Οι επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο αναγνωρίζουν την ύπαρξη του μοντέλου της πολυδιάστατης προσέγγισης της ανακούφισης του πόνου, αλλά δεν το εφαρμόζουν όλοι είτε γιατί δεν το είχαν διδαχτεί στη βασική τους εκπαίδευση είτε λόγω έλλειψης χρόνου με επακόλουθο να μην περιλαμβάνουν στην αξιολόγησή τους όλες τις διαστάσεις που συγκροτούν έναν άνθρωπο. Επικεντρώνονται κυρίως στη νόσο και αναμένουν ότι η ύφεση της νόσου και η φαρμακευτική αγωγή είναι ικανοποιητικοί παράγοντες στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

*ΙΑΤΡΟΣ Α: "Κοίταξε να δεις. Όταν άρχισες να το λέεις εγώ έγραψα κάτι πριν να ολοκληρώσεις" TOTAL PAIN "Το οποίο για εμένα είναι το πιο σημαντικό πράγμα. Διότι ο πόνος μπορεί να χωρίζεται σε 500 πράγματα, εντάξει; Είναι ο σωματικός ο οποίος όπωσδήποτε θα δώσεις..αλλά μπορεί ο πόνος τη δεδομένη στιγμή να είναι και κάπως διαφορετικός.*

*ΙΑΤΡΟΣ Β: Επικεντρώνεστε στο νόσημα;*

*ΙΑΤΡΟΣ Α: Μπορεί να υπάρχει ο πόνος και να υπάρχουν και άλλα θέματα. Δυστυχώς εμείς οι ογκολόγοι...ναι...θα επικεντρωθούμε στο νόσημα. Έχει ένα καρκίνο του πνεύμονα, θα του δώσουμε τη θεραπεία και από εκεί και πέρα πιστεύουμε κακώς πως θεραπεία δοθείσης και ο άρρωστος...ότι θα μειωθεί και ο πόνος. Εεεε...ναι....οι πλείστοι ογκολόγοι δεν έχουν εκπαιδευτεί στη μέθοδο, ούτε μπορείς να αναγκάσεις όποιοιδήποτε, ούτε εγώ που έκανα την ογκολογία είχα εκπαιδευτεί πάνω στην αντιμετώπιση του πόνου. Δεν ξέρω αν έχει μπει στο syllabus τώρα....δυστυχώς είναι ένα από τα μειονεκτήματα που είχαμε τότε που είχαμε εκπαιδευτεί. Ναι. Δεν θα γίνεις μόνο το νόσημα του, ιδίως άμα*

είναι ασθένειες που ο ασθενής θα καταλήξει και θα καταλήξει και σύντομα και το ξέρεις πρέπει να επικεντρωθείς και σε όλα τα άλλα τα προβλήματα που έχει ο ασθενής. Και ο πόνος είναι από τα προβλήματα που πρέπει να τα πιάσεις από την αρχή. Δυστυχώς, και δεν θέλω να ελαφρύνω τη θέση κάποιων συνάδελφων (ογκολόγων), έλλειψη χρόνου, πίεση στο ιατρείο, επικεντρώνεσαι πάνω στη νόσο το ξαναεπαναλαμβάνω τούτο το πράμα...έλλειψη και γνώσης καμιά φορά...”

Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν περιστατικό όπου η ψυχολογική στήριξη λειτούργησε θεραπευτικά στον παιδί-ασθενή και μείωσε την ανησυχία του φροντιστή, αλλά περιγράφεται ως μεμονωμένο περιστατικό και όχι ως καθημερινή πρακτική της κλινικής.

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Α: Πολλές φορές, είτε μορφίνη είτε fentanyl ή ό,τι και να είναι έχουν την ανάγκη να βρεθεί κάποιος συγκεκριμένα μαζί τη συγκεκριμένη στιγμή..έχουν την ανάγκη να βρεθεί κάποιος εκεί την δεδομένη στιγμή. Δηλαδή βλέπω το πολλές φορές...*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Β: Παρουσία*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Α: Πακέτο. Σαν την περασμένη Παρασκευή ήμουν βράδυ και είχαμε ένα μωρό το οποίο επέθενε...ήταν εκτός εαυτού η μητέρα...η μητέρα ήθελε, ήθελε, ήθελε...εεε...έπιασα τον γιατρό και μόλις ήρθε ο γιατρός, μόνο και μόνο επειδή ήρθε και είπε δύο κουβέντες ήταν το πιο αποτελεσματικό από το παυσίπονο.*

*ΙΑΤΡΟΣ Α: Τούτο που είπαμε, το Total pain.*

*ΙΑΤΡΟΣ Β: Τούτο είναι.”*

Υπάρχουν Ογκολογικά κέντρα που εφαρμόζουν στις κλινικές τους την πολυδιάστατη προσέγγιση του πόνου, με τη βασική αρχή της ανακουφιστικής φροντίδας που ξεκινά από τη διάγνωση και περιλαμβάνει την ολιστική φροντίδα με τις πνευματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Δεν αναφέρονται όμως οι μέθοδοι και αποτελέσματα της κλινικής τους πρακτικής.



*''ΙΑΤΡΟΣ Γ: Ναι. Το concept της παρηγορητικής φροντίδας δεν είναι το end of life care. Είναι ένα care που ξεκινά από την αρχή.*

*ΙΑΤΡΟΣ Δ: Όταν λέτε αρχή εννοείτε....*

*ΙΑΤΡΟΣ Γ: Εννοώ από την αρχή της αρρώστιας.*

*ΙΑΤΡΟΣ Δ: Δηλαδή μπορεί να χρειαστείς από την αρχή;*

*ΙΑΤΡΟΣ Γ: Ναι από την αρχή της αρρώστιας έχουμε τωρά ομάδες στο ογκολογικό που προσπαθούμε να μπούμε από την αρχή της αρρώστιας και βασικά είναι holistic care. Ο συγγενής, spiritual issues, psychosocial issues, οι γιατροί που θα τον φροντίζουν...''*

*''ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Γ: Στο κέντρο, στην τάξη τωρά βέβαια το αλλάζαμε υπάρχει μία επιτροπή που ασχολείται με όλες τις πτυχές του πόνου και με πολλές ειδικότητες που μπορεί να ασχοληθούν. Δηλαδή οι γιατροί που ασχολούνται με τον πόνο, ο φαρμακοποιός... Εεε..και από ψυχολογική πλευρά το πώς αντιμετωπίζει ο ίδιος ο ψυχολόγος τον ασθενή για να μπορέσει να αποδεχτεί την ιατρική ή φαρμακευτική βοήθεια και έχουμε και τον ιερέα στο Κέντρο μας οπότε βλέπεις και από μίαν άλλη σκοπιά το πώς μπορεί να διαχειριστεί τον πόνο και ανασφάλειες που μπορεί να έχει και να ηρεμήσει διότι μπορεί να έχει θυμό προς πολλά πράγματα και να έρθει να βοηθήσει τον εαυτό του να αποδέχεται κάποια πράγματα...''*

Ο ασθενής δεν αξιολογείται ολιστικά από όλες τις ειδικότητες που εμπλέκονται με τη νόσο στην αξιολόγησή για ανακούφιση του πόνου και χάνονται πληροφορίες οι οποίες θα λειτουργούσαν συμπληρωματικά στην αναλγητική θεραπευτική αγωγή.

*''ΙΑΤΡΟΣ Δ: Αλλά, το θέμα της οπιοφοβίας που θα πούμε και πάρακατω σε ποιούς απευθύνεται...το θέμα ενημέρωσης, πληροφόρησης, δηλαδή όταν είναι μέσα στο ιατρείο μέσα ο γιατρός με τον ασθενή, ειδικά στο πρώτο χρειάζεται κάποια ραντεβού που είναι*

*καθοριστικά εκτός από τον γιατρό ίσως να έπρεπε να ήταν μέσα ένας γιατρός, ένας ψυχολόγος και πιάνει πράγματα κλειδιά ...''*

### **Φραγμοί**

Στην Κύπρο αναφέρεται ότι υπάρχουν όλα τα μέσα και οι τρόποι για να πάρει όποιος πονεί οποιοδή αναλγητικά. Συνεχίζει όμως να υπάρχει κόσμος που πονεί και η ευθύνη είναι όλη στους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας, μέσα από τις αναφορές τους, παρουσιάζουν τους φραγμούς και την επίδραση που έχουν η φυσική, κοινωνική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση του ασθενή στην χρήση οπιοειδών αναλγητικών.

*''Όπoταν έχουμε τα φάρμακα, έχουμε σύστημα υγείας που τα επιτρέπει να τα γράφουμε σωστά και να δοθούν στον άρρωστο όπου και να είναι απλά το θέμα είναι η εκπαίδευση εμάς. Εμείς φταίμε πιο πολύ.....so έχουμε τα resources, έχουμε τα φάρμακα, που είναι και το πρόβλημα γιατί έχουμε και κόσμο ακόμα που πονεί...''*

*''Στην Κύπρο υπάρχουν σχεδόν όλα τα φάρμακα.....το θέμα είναι να μάθουνε να συνταγογραφούνε...''*

### **Φυσική Διάσταση του Ατόμου.**

Τα φάρμακα οπιοειδή δίνονται στον ασθενή χωρίς να γίνει διδασκαλία πρώτα για τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν και τα μέσα για την αντιμετώπισή τους. Η παρουσία συμπτωμάτων από τη νόσο και τα φάρμακα γίνονται αιτία οι ασθενείς να διακόπτουν την αγωγή τους και να αποτελούν φραγμό στην αντιμετώπιση του πόνου με οπιοειδή αναλγητικά. Οι επαγγελματίες υγείας εισηγούνται μαζί με την συνταγογράφηση να γίνεται πρώτα ενημέρωση του ατόμου.

*'' Πολλοί ασθενείς έρχονται... τους συνταγογραφούμε και που και ο ίδιος ο άρρωστος αν δεν επικοινωνεί έχει υπνηλία διακόπτει αμέσως το φάρμακο γιατί δεν είμαι λέει καλά ή*

*έχει ναυτία ξέρω γώ από τη μορφίνη το διακόπτει από μόνος του. Είναι πολύ σημαντικό να προετοιμάζουμε τον ασθενή όταν συνταγογραφούμε...ότι δηλαδή με την πάροδο του καιρού θα είναι πιο ήπιες...να τους δώσουμε τα υποστηρικτικά φάρμακα...αντιεμετικά, υπακτικά για την δυσκοιλιότητα κτλ., είναι πολύ σημαντικό να τους καθησυχάζουμε για τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν νομίζω...''*

### **Κοινωνική Διάσταση του Ατόμου**

Αναφέρεται ότι η χρήση μορφίνης στην Κύπρο είναι ταμπού και υπάρχει η προκατάληψη ότι ο ασθενής που κάνει χρήση οπιοειδών αναλγητικών θα χαρακτηριστεί ναρκομανής Αυτό λειτουργεί ανασταλτικά στη χρήση της μορφίνης από τους ασθενείς. Το οικογενειακό περιβάλλον ,επίσης, παρεμβαίνει στη θεραπεία και τη διακόπτει αναλαμβάνοντας την ευθύνη της θεραπείας, με το πρόσχημα να προστατέψει τον συγγενή του από το στίγμα του χρήστη. Άλλος κοινωνικός φραγμός είναι η ανοργάνωτη κοινωνική πρόνοια και η σύνδεση της κλινικής με την κοινοτική φροντίδα, αφού χαρακτηριστικά αναφέρεται περίπτωση ασθενή που αποτάθηκε η ίδια για ανακούφιση του πόνου.

*''ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Ε : Να προσθέσω και εγώ κάτι ότι η μορφίνη ακόμα στην Κύπρο είναι ταμπού...ένα από τα μεγάλα ταμπού....ακούει ο κόσμος μορφίνη και θα γίνει χασικλής...*

*ΙΑΤΡΟΣ Δ: Εεε.. αυτό είναι δηλαδή.. η μορφίνη και εγώ*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤ: η Durogesic....*

*ΙΑΤΡΟΣ Δ: Είναι παράγωγο της μορφίνης. Εγώ από την εμπειρία που έχω νομίζω είναι το κοινωνικό περιβάλλον περισσότερο, εεεε... το οικογενειακό περιβάλλον νομίζω περισσότερο μην στιγματιστεί ο ασθενής, να λεν ότι ο ασθενής τους παίρνει μορφίνη''*

*''...ο ασθενής θέλει μια χαρά τη μορφίνη του, θέλει να μην πονάει όταν έχει καρκίνο, αλλά, περισσότερο η οικογένεια να μην του δώσουμε πολύ, να μην τη ζητάει μετά...να μην γίνει ναρκομανής...''*

*''...είχε τηλεφωνήσει μια κυρία...δεν είχε παραπεμφθεί σε κατ'οίκον φροντίδα, από ιδιώτη γιατρό βέβαια ερχόταν, λοιπόν ετηλεφώνησεν η ίδια και λέει ''ζητώ τη βοήθεια σας, είμαι σπίτι, έχω καρκίνο, ζητώ τη βοήθεια σας και υποφέρω πολύ''...''*

*''...Εεεε...πολλές φορές...ο ίδιος ο περίγυρος ρυθμίζει...ζητά τα φάρμακα και μπορεί να μην του δίνει. Και εκεί πρέπει να δουλέψεις πάρα πολύ. Ναι μεν κατηγορούμε τους επαγγελματίες υγείας, αλλά θα πρέπει να είσαι ικανός σαν επαγγελματίας υγείας να αγγίσεις την οικογένεια, να δείς ποιό είναι το άτομο που κουμαντάρει παραπάνω μέσα στην οικογένεια, να το προσεγγίσεις για να του δίνει αυτός τα φάρμακα του για να του τα δίνει να κουμαντάρει τον πόνο...''*

*''Έννοείται η κυρία δεν κοιμήθηκε ολόκληρο το βράδυ από τους πόνους, αλλά ικανοποιήθηκε το περιβάλλον ότι ξύπνησε...''*

*''Διότι πολλές φορές είναι ότι θέλει η οικογένεια...''*

### **Ψυχολογική Διάσταση του Ατόμου**

Κυρίαρχο αίσθημα φραγμός στην ανακούφιση του πόνου είναι ο φόβος. Φοβούνται οι ασθενείς τα οπιοειδή ακαθόριστα, αλλά και τα συγκεκριμένα. Θέλουν να μην πονούν αλλά φοβούνται τις συνέπειες και μένουν με τον πόνο. Υπάρχει και το συναίσθημα της ντροπής που νιώθουν οι ασθενείς, το οποίο αποτελεί φραγμό στη λήψη οπιοειδών, αλλά και οι διαπροσωπικές σχέσεις εντός της οικογένειας.

*''Είναι και η ψυχολογία του γονιού. Δεν μπορούν να βλέπουν τα παιδιά τους να υποφέρουν. Αναζητούν κάτι να μην πονεί το μωρό τους...''*

*''...ξέρετε ρε παιδιά το περίεργο είναι ήταν πολύ πόνο αυτοί οι άρρωστοι, μιλούσαν μαζί μας και ο ένας και οι δύο τρεις μας είπαν...λέω του γιατρού έχω πόνο και έγραψε μου Panadol, αγόρασα το από έξω. Καλά γιατί όμως κάτι πιο πολύ''. Ο άρρωστος ντράπηκε μπροστά στους συγγενείς να πει ''δώσω μου λίγο πιο δυνατό χάπι'', για να μην νομίζουν οι συγγενείς είναι ναρκωτικό, και επίσης να γίνεις ασπύμε ο ένας φοβάται τον άλλο....''*

*''Φοβούνται μήπως πεθάνουν, συγκεκριμένα εμάς οι γονείς στην αρχή διότι έχουμε να κάμουμε με παιδιά...εεε τα παιδιά δεν είναι...δεν αποφασίζουν τί θα πάρουν... φοβούνται ότι το μωρό μπορεί να το πεθάνουμε αν δώσουμε μορφίνη...''*

*''Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ότι παραπέμπει στην χρήση ναρκωτικών και το μόνο που φοβούνται είναι η εξάρτηση....''*

*''Υπάρχει η εντύπωση ότι η μορφίνη δίνεται σε ανθρώπους που πεθαίνουν και τούτο το πράγμα τρομάζει τους πιο πολλά και τους ενήλικες και τις οικογένειες όσον αφορά το μωρό τους και δίνεται η εντύπωση ότι είναι το τελικό τους...είναι το τέλος...παιδιά υποφέρουν γιατί οι γονείς δεν αποφασίζουν και δεν μας αφήνουν μάλλον, την ποσότητα που χρειάζεται, την ποσότητα που πρέπει...''*

### **Πνευματική Διάσταση του Ατόμου**

Στην Κύπρο φαίνεται οι αρχές και οι αξίες της ζωής να προκαλούν φραγμό στην χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών. Ο πόνος σημαίνει αδυναμία και ο Κύπριος ασθενής θέλει να παραμένει δυνατός και να δίνει την εντύπωση στους οικείους του ότι η ασθένεια και ο πόνος δεν τον αγγίζουν. Η λήψη φαρμάκων υποδηλεί αδυναμία. Καθώς η νόσος εξελίσσεται αυξάνεται και ο πόνος. Οι ασθενείς πιστεύουν πως με την άρνηση του πόνου σταματά και η εξέλιξη της ασθένειας.

*''Τίσως κάπου εκεί οι ασθενείς νιώθουν ότι ''δεν μπορώ...δεν μπορώ να πώ αλήθεια πόσο πονώ γιατί ίσως να σημαίνει ότι δεν το παλεύω έτσι όπως το περιμένει η γυναίκα μου, η μητέρα μου...'' Τούτη τη φορά δεν είμαι τόσο δυνατός, δεν μπορώ να το παλέψω...τον καρκίνο''. Ενώ δεν έχει καμία σχέση το πόσο πολύ πονώ με το πόση δύναμη έχω να αντιμετωπίσω μια ασθένεια...''*

*''...μιλω για τον κύπριο ασθενή...θα πονεί...δεν θα το πεί..εεε...θα βαστάζει τον πόνο..θα είναι λίγο αρνητικός να αναφέρει τον πόνο, δίνοντας την αίσθηση στην οικογένεια ότι πάει καλά. Εκεί θέλει δουλειά πολλή ο γιατρός να τα βγάλει από τον άρρωστο. Είναι όπως λέμε στα αγγλικά *reluctant of pain*, άρνηση δηλαδή να αναφέρει τον πόνο. Πόλλές φορές αυτό οδηγεί τον ίδιο τον ασθενή που παίρνει αναλγητικά...που είναι στο σπίτι αλλά δεν τα παίρνει διότι θέλει να αποδείξει στον περίγυρο του ότι πάω καλά, οι Κύπριοι το έχουμε αυτό το πράμα...''*

*''Ναί, Ναί'' θάνατος''. Και οι οικογένειες κλειδώνουν τις μορφίνες...και τις κρύβουν...''*

*'' Οι εγγλέζοι που δουλεύουμε εμείς πάρα πολύ στη Λεμεσό είναι πολύ εξοικειωμένοι με την μορφίνη. Δεν υπάρχει τέτοιο θέμα...*

### **Σχολιασμός**

Γίνεται αναφορά των επαγγελματιών υγείας για τις τέσσερις διαστάσεις του ατόμου και πώς αυτές επηρεάζουν την διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών. Φαίνεται τα οπιοειδή να επηρεάζουν και τις τέσσερις αυτές διαστάσεις των ασθενών, οι οποίες στο τέλος να αποτελούν φραγμό για τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ολιστική ανακούφιση του πόνου. Εδώ επιβεβαιώνεται όπως και στη βιβλιογραφία πιο πάνω(Casseli, 1999) ότι ο πόνος επηρεάζει τις τέσσερις διαστάσεις ,οι οποίες λειτουργούν ανέξαρτητα στην ανακούφιση του πόνου και με τη σειρά τους επηρεάζουν τον πόνο και ταυτόχρονα αλληλοεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Ακόμα όπως φαίνεται στους Tim Dalgeish, Walsh N.D et al, 2017 ο πόνος επηρεάζει τον άνθρωπο

ως κοινωνική οντότητα και οι εκδηλώσεις του είναι ανάλογες της οικογενειακής δομής του και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύχθηκε.

Χαρακτηριστικά, η κοινωνική δομή της κυπριακής κοινωνίας θέλει τον ασθενή δυνατό και ικανό να αντέχει τον πόνο. Ο πόνος προκαλεί στον ασθενή αισθήματα ντροπής και αδυναμίας. Επικρατεί η αντίληψη ότι τα οπιοειδή είναι κατά το απαγορευμένο και οι παρενέργειες τους καταστρεπτικές. Συνυπάρχει ο φόβος της χρήσης οπιοειδών αναλγητικών και η οικογένεια επεμβαίνει στη ρύθμιση της θεραπευτικής αγωγής με οπιοειδή αναλγητικά ή και ο ασθενής ο ίδιος δεν συνεργάζεται με τις οδηγίες συνταγογράφησης για ανακούφιση του πόνου. Αποτέλεσμα να συνεχίζει ο πόνος και να γίνεται ένας φαύλος κύκλος.

## 2 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η Cicely Saunders το 1964 είδε ότι η ανακούφιση του πόνου είναι το κλειδί που ξεκλειδώνει όλα τα άλλα προβλήματα του ασθενή και απαιτεί πολλαπλούς μηχανισμούς παρέμβασης για την επιτυχία αυτού του σκοπού. Τα προβλήματα αυτά δίνουν συμπτώματα από το φυσικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και συναισθηματικό κόσμο του ασθενή. Το 1967 ο πόνος αναγνωρίστηκε ως ασθένεια που χρήζει ανάλυσης και προσοχής παρά ως ένα σύμπτωμα ασθένειας που πρέπει να μας ανησυχεί. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 η ολιστική διαχείριση του πόνου έχει επίσημα καθιερωθεί ως κεντρικό πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας, στον κλινικό χώρο, στην εκπαίδευση και την έρευνα (Clark 1999, Total Pain p 727-736).

Η μορφίνη και άλλα οπιοειδή είναι η κύρια αντιμετώπιση στη διαχείριση του προχωρημένου πόνου. Ωστόσο η χρήση της αντιμετωπίζεται με φόβο και δημιουργεί φραγμούς στη χορήγηση της (Reid, Gooberman, Hillman and Hanks, 2007). Η μορφίνη και άλλα οπιοειδή αναλγητικά αναγνωρίζονται αναλγητικά ως υψίστης σημασίας επιλογές στη διαχείριση του καρκινικού πόνου, αλλά ταυτόχρονα η χρήση τους περιορίζεται λόγω του φόβου που έχουν οι λειτουργοί υγείας στη χορήγηση τους (Quiley, 2005). Έχουν γίνει σημαντικές εξελίξεις στον έλεγχο του καρκινικού πόνου με τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών και συνάμα αναγνωρίζεται η ανάγκη για περισσότερη δουλειά στο πεδίο αυτό λόγω του ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν φραγμούς στη χορήγηση των φαρμάκων αυτών που απορρέουν μέσα από δικές τους πρακτικές ή άλλους εξωγενείς παράγοντες. Γίνεται αναφορά στην ελλιπή γνώση των επαγγελματιών υγείας, στον περιορισμένο χρόνο ζωής των ασθενών με κακοήθεια και στους οικονομικούς λόγους (Bruern, Judith and Paice, 2015).

Η αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου είναι παγκόσμιο φαινόμενο, που παρ'όλες τις κατευθυντήριες οδηγίες και προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη διαχείρισή του, υπάρχει άρνηση των επαγγελματιών υγείας να τις εφαρμόσουν. Κύριος λόγος της άρνησης των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόσουν τις οδηγίες αυτές είναι οι λανθασμένες αντιλήψεις και η προκατάληψη που έχουν στα οπιοειδή αναλγητικά. Η αποτελεσματική ανακούφιση του χρόνιου πόνου με οπιοειδή στηρίζεται προς το παρόν μόνο σε ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (O'Brien T, L.L Christrub et al, 2016). Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι δύο εκατομμύρια άτομα υποφέρουν από



νευροπαθητικό πόνο, ο οποίος είναι ανθεκτικός στη θεραπεία. Στην Ευρώπη περίπου το 20% υποφέρουν από χρόνια πόνο. Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στον νευροπαθητικό πόνο συζητείται γιατί έχουν γίνει μικρές μελέτες που ξεκαθαρίζουν τις παρενέργειες σε μακρόχρονιες θεραπείες σε σχέση με το όφελος της ανακούφισης, την ασφάλεια, τον κίνδυνο ανοχής, εξάρτησης ή κακής χρήσης (Eisenberg E, Mc niol ED, Carr DB, 2015). Πόλλοι ασθενείς σε μακρόχρονη χρήση οπιοειδών αναλγητικών, κυρίως από το στόμα, διακόπτουν την χρήση τους λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών ή και μη ανακούφισης του πόνου. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου σε μακροχρόνια χρήση οπιοειδών αναλγητικών. Ιατρογενής εθισμός στα ναρκωτικά γίνεται αναφορά πολύ σπάνια (Noble M, Treadwell JR et al, 2015). Εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πονούν και υποφέρουν επειδή βρίσκουν εμπόδια στην πρόσβαση σε οπιοειδή και ελεγχόμενα φάρμακα. Εκτός από την Εσθονία, η Κύπρος, Ελλάδα, Βουλγαρία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Σερβία, Σλοβακία και η Τουρκία έχουν μεγάλους φραγμούς στην ρύθμιση και νομοθεσία στην συνταγογράφηση και χρήση ναρκωτικών προκαλώντας προβλήματα στην αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου (Vranken MJ, Mantel-Teeuwisse AK, et al, 2015).

Ο πόνος είναι το πιο συχνό και σοβαρότερο σύμπτωμα των ασθενών με κακοήθεια. Την τελευταία δεκαετία έχουν ανακοινωθεί παγκοσμίως αρκετές κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση του καρκινικού πόνου. Ο Japanese society of cancer pain έχει εκδόσει το 2000 το δικό του εγχειρίδιο διαχείρισης του καρκινικού πόνου και το 2016 ανέπτυξε τις δικές του κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (Yamaguchi T, Shima Y et al, 2016). Στην Νότιο Κορέα έχει γίνει εκτεταμένη ανασκόπηση των παγκόσμιων κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση του πόνου με οπιοειδή και έχουν εκδόσει τις δικές τους κατευθυντήριες οδηγίες χρήσης και διαχείρισης οπιοειδών αναλγητικών (Eung Don Kim, Jin Young et al, 2016). Όσον αφορά την διαχείριση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς που δεν έχουν κακοήθεια, ο Καναδάς εξέδωσε το δεύτερο μέρος των οδηγιών για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των οπιοειδών για την ανακούφιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου και περιλαμβάνει θέματα που αφορούν την απόφαση για χορήγηση των οπιοειδών, τα σχήματα θεραπείας, την παρακολούθηση, ειδικές ομάδες πλυθυσμού και διαχείριση εθισμού και κακής χρήσης από τους ασθενείς (Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain to 2016). Ο

American Society of International Pain Physician (ASIPP) δίνει συστάσεις που αφορούν στη χορήγηση οπιοειδών. Οι συστάσεις αυτές περιλαμβάνουν οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας για πριν τη συνταγογράφηση. Για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου για περισσότερο από 90 μέρες οι οδηγίες απαιτούν την προφορική και γραπτή αξιολόγηση του γενικού και ψυχιατρικού ιατρικού ιστορικού του ασθενή, της ψυχολογικής του κατάστασης και τεκμηριωμένη αξιολόγηση του πόνου (Manchikanti L, Abdi S et al, 2015).

Η αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου στην Ευρώπη είναι γεγονός, με προσωπικό, οικογενειακό και οικονομικό κόστος και η πρόσβαση σε ειδικό γιατρό πόνου είναι προνόμιο των λίγων. Ως επί τω πλείστω, την διαχείριση του χρόνιου πόνου με οπιοειδή αναλγητικά την αναλαμβάνουν οι γενικοί γιατροί και οι γιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Την ανακούφιση του χρόνιου πόνου με οπιοειδή πρέπει να την αναλαμβάνουν ειδικά εκπαιδευμένοι ικανοί γιατροί μέσα από ολική πολυθεματική προσέγγιση του πόνου, εφόσον οι συμβατικές μέθοδοι θεραπείας του πόνου έχουν αποτύχει. Οι ειδικοί αυτοί γιατροί ωφείλουν να παρακολουθούν τους ασθενείς σε τακτά χρονικά διαστήματα και να αναθεωρούν το θεραπευτικό σχήμα εάν δεν ανταποκρίνεται στους στόχους της θεραπείας ή υπάρχουν έντονες ανεπιθυμητές ενέργειες (Obrien T, L.L Christrub et al, 2016). Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκουν τη διαχείριση του χρόνιου πόνου μεγάλη πρόκληση. Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών είναι συνδεδεμένη με σοβαρούς κινδύνους, όπως υπερδοσολογία και κακή χρήση τους. Ο Center for Disease Control and Prevension το 2014 αναθεώρησε τις οδηγίες για την διαχείριση του πόνου με οπιοειδή, ώστε να καλύπτει και χώρους εκτός της ογκολογίας, ανακουφιστικής φροντίδας και φροντίδας τελικού σταδίου.Κύριος σκοπός, να βελτιώσει την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας για το τί πιστεύουν για τα οπιοειδή, τους κινδύνους χρήσης τους και να προωθήσει την ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία του χρόνιου πόνου (Dowell D, Haegerich TM, Chou R, 2016 ). Η ίδια πηγή αναφέρει ότι ο CDC αναφέρει 12 προτάσεις, από τις οποίες προτιμάται η χρήση μη οπιοειδών αναλγητικών όπου δύναται και αν θα χρησιμοποιηθεί οπιοειδές να αξιολογείται όφελος κόστος. Πρίν την έναρξη ο γιατρός θα πρέπει να θέσει τους στόχους του μαζί με τον ασθενή και να συζητήσει μαζί του το πλάνο της διακοπής του οπιοειδές αν αυτό δεν ανταποκρίνεται στους στόχους τους. Απαιτείται τουλάχιστον αξιολόγηση της πορείας του ασθενή ανα

τρίμηνο ή συχνότερα και αναπροσαρμογή του σχήματος. Σε παρενέργειες χρήσης και κατάχρησης οπιοειδών προχωρούν σε τεκμηριωμένη εναλλακτική θεραπεία.

Κύρια πρόκληση στον έλεγχο του πόνου με οπιοειδή είναι η πολύ καλή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη φαρμακολογία, φαρμακοδυναμική και φαρμακοκινητική της μορφίνης, καθώς και στην δράση αντίδραση της πολυφαρμακίας. Οι εμπλεκόμενοι γιατροί οφείλουν να ακολουθούν τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες στην διαχείριση των οπιοειδών για όλους τους ασθενείς. Είναι ο μόνος τρόπος να διασφαλιστεί η μικρότερη δόση με το μέγιστο αποτέλεσμα και τις μικρότερες παρενέργειες (Gerpeti P, Benemei S, 2015). Το 2010 στη διακήρυξη του Μοντρεάλ, το διεθνές συμβούλιο της μελέτης του πόνου (IASP) αναφέρει ότι η πρόσβαση στη διαχείριση του πόνου από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Βάση τούτου, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθική ευθύνη στην ανακούφιση του πόνου και πρέπει να παρέχουν πρόσβαση στη φαρμακευτική αγωγή χωρίς προκαταλήψεις και υστεροβουλία ( International Association for the Study of Pain, declaration of Mondreal, 2010). Στην Αυστραλία μετά την εκπαίδευση των νέων γιατρών στην διαχείριση της συνταγογράφησης των οπιοειδών, παρατηρήθηκε μείωση των λαθών, αλλά και μείωση των συνταγογραφήσεων στα οπιοειδή (Holliday SM, Hayes C, et al, 2016).

Η νέες τάσεις στην ανακούφιση του πόνου είναι η διαχείριση του χρόνιου πόνου να είναι εξατομικευμένη με επίκεντρο τον ασθενή (patient orientated) και να περιλαμβάνει τη βιωμένη του εμπειρία, αφού οι ίδιοι οι ασθενείς αναφέρουν ότι μέσα από τον πόνο αναζητούν την ταυτότητα τους και επαναξιολογούν τις ηθικές τους αξίες (Eduards I, Jonew M et al, 2014). Όταν οι άλλοι αμφισβητούν τον ασθενή ότι βιώνει χρόνια πόνο, τότε ο ασθενής κατέχεται από έντονο στρες, απομονώνεται και νιώθει στιγματισμένος. Νιώθει να χάνει την ταυτότητα και την προσωπικότητά του (Schwaz F, 2015).

Ο συνεχής πόνος και το υποφέρειν επηρεάζει την προσωπικότητα του ασθενή και επιδρά στο γνωστικό και συμπεριφοριστικό του τομέα απειλώντας την ταυτότητά του. Η ταυτότητα και ο εαυτός του ατόμου, οι εμπειρίες του παρελθόντος, το παρόν και οι σκέψεις για το μέλλον συνθέτουν τις αρχές, αξίες και πεποιθήσεις του. Η συνύπαρξη του συνεχούς πόνου με τον ασθενή δημιουργεί μια νέα προσωπικότητα, τον 'πονεμένο ασθενή'-pain patient. Οι οδηγίες που θα δώσει ο επαγγελματίας υγείας στον ασθενή που πονάει και που αφορά προσαρμοστικές αλλαγές τον τρόπο ζωής του, μπορεί να προκαλέσουν την αντίδραση του, γιατί νιώθει να απειλούνται οι αρχές, αξίες και η

προσωπικότητα του. (Henschke N, Ostelo R et al, 2010). Για να αποφευχθεί αυτή η αντίδραση συστήνεται η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενή-επαγγελματία υγείας σε κάθε συνάντησή τους. Ο γιατρός του πόνου πρέπει να κατανοήσει την αξία και σημασία που δίνει ο ασθενής στον πόνο, να δημιουργήσει γέφυρες επικοινωνίας μαζί του, ώστε να αποκαλύψει τις ιδέες, ανησυχίες, αλλά και προσδοκίες του(Becks RS, Daughtridge R, Sloane PD, 2002).

Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο συναισθηματικό και αισθητηριακό συναίσθημα, κατά το οποίο το άτομο που πονεί βιώνει μια σειρά από αλυσιδωτές αντιδράσεις και που επηρεάζονται από αισθητικούς, παθοφυσιολογικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικοπολιτιστικούς και πνευματικούς παράγοντες (IASP Taxonomy, 2012). Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου είναι αναντικατάστατη (Gilson et al., 2011). Τα οπιοειδή αναλγητικά είναι αποτελεσματικά και ασφαλή στην μοντέρνα προσέγγιση διαχείρισης του πόνου. Δεν χρησιμοποιούνται μόνο αλλά σε συνδυασμό, στα πλαίσια μιάς στρατηγικά πολυθεματικής προσέγγισης, με ψυχοκοινωνική και ψυχολογική στήριξη του ατόμου (). Στα παιδιά, η παθοφυσιολογία του πόνου μπορεί να αφορά σπλαχνικό ή νευροπαθητικό πόνο ή να υποβόσκει μιά ψυχική, κοινωνική, πνευματική κατάσταση- ο ολικός πόνος (total pain). Ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης του πόνου στα παιδιά είναι η πολυθεματική προσέγγιση του πόνου, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση οπιοειδών ή άλλων αναλγητικών, παρεμβατικές θεραπείες καθώς και θεραπείες αποκατάστασης, ψυχολογικής αξιολόγησης και διαδραστικά εργαστήρια. Ο πόνος στα παιδιά επηρεάζεται και αυξάνεται με το στρές, την ευερεθιστικότητα, την κατάθλιψη, τις καταστροφικές τάσεις, τις απουσίες από το σχολείο και την κακή ποιότητα ύπνου. Μαζί με τα οπιοειδή αξιολογούνται και οι πιο πάνω παράγοντες, με σκοπό να γίνεται και η όσο το δυνατόν ελαχιστοποίησή τους για καλύτερα αποτελέσματα (Stefan J Friedrichsdorf, 2016).

Η κατακεφαλή κατανάλωση μορφίνης σε ένα κράτος, αν και είναι μια ένδειξη της χρήσης των οπιοειδών, δεν είναι όμως ποιοτικός και ακριβής δείκτης της διαχείρισης των οπιοειδών της χώρας. Το 17% του παγκόσμιου πληθυσμού καταναλώνει το 92% της ποσότητας της μορφίνης. Το υπόλοιπο 8% κατανέμεται στο υπόλοιπο 83% του πληθυσμού. Φαίνεται η άνιση κατανομή της μορφίνης στον κόσμο( INCB, 2016). Στην καθημερινή πρακτική δεν αξιολογείται συστηματικά ο πόνος με αποτέλεσμα να μην

εντοπίζεται ή και να μην ανακουφίζεται. Δεν σημαίνει όμως ότι αν εντοπιστεί θα ανακουφιστεί, είναι, όμως, το πρώτο στάδιο διαχείρισης του πόνου (Mularski et al., 2006). Οι επαγγελματίες υγείας δεν παίρνουν το ιστορικό πόνου των ασθενών και δεν τον αξιολογούν λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και εμπειρίας, έλλειψης χρόνου, δίνουν έμφαση μόνο στην ασθένεια, δεν περιλαμβάνεται στην καθημερινή κλινική παρακτική της κλινικής και λόγω φυλετικών ή εθνικών διακρίσεων. Οι δε ασθενείς δεν αναφέρουν τον πόνο γιατί νομίζουν ότι δεν μπορεί να ανακουφιστεί, δεν είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα, είναι συγχυτικοί, ο πόνος πιστεύουν είναι αναπόφευκτο μέρος της ασθένειας/θεραπείας, θέλουν να δείχνουν ότι είναι θετικοί, να μην ταλαιπωρούν τον επαγγελματία υγείας και ακόμα φοβούνται τις συνέπειες της αναφοράς του πόνου που είναι επιπλέον εξετάσεις, εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η χορήγηση οπιοειδών (O'Brien T, L.L Christrub et al, 2016). Στην Κύπρο μελετήθηκε το 2012 από τους Χαραλάμπους et al η συνήθης πρακτική συνταγογράφησης σχετικά με τα οπιοειδή και παρά την εύκολια και αφθονία των οπιοειδών υπάρχει μικρή κατανάλωσή τους. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι ευθύνεται η αδυναμία των γιατρών να συνταγογραφούν και η αρνητική στάση των ασθενών /φροντιστών απέναντι στη μορφίνη (Charalambous et al, 2012).

Λανθασμένες αντιλήψεις αναφορικά μες τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών που επικρατούν στους επαγγελματίες υγείας είναι πως τα οπιοειδή είναι άκρως επικίνδυνα, επισπεύδουν το θάνατο, προκαλούν σημαντική ανοχή, εθίζουν, προκαλούν αναπνευστική δυσχέρεια, προκαλούν διανοητική σύγχυση, χρησιμοποιούνται αυστηρά στο τελικό στάδιο της ζωής, σκοτώνουν τον ασθενή και αν ασθενής σε οπιοειδή πεθάνει πιστεύεται ότι τον σκότωσαν τα οπιοειδή και όχι η ασθένεια (Drewes, A.M, Munkholm et al, 2016).

Η κλινική αξιολόγηση του ασθενή πριν την έναρξη χορήγησης οπιοειδών πρέπει να περιλαμβάνει τη φύση του πόνου και την ανταπόκρισή του σε προηγούμενες θεραπείες, την δεκτικότητα του στα οπιοειδή, την επιδραση που πιθανόν να έχουν τα οπιοειδή στην κοινωνικοοικονομική ζωή του ατόμου, τη γενική κατάσταση της υγείας του καθώς και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ατόμου, της διάθεσης, οικογενειακής στήριξης, ψυχιατρικής εκτίμησης και κίνδυνο εθισμού και κακής διαχείρισης των ναρκωτικών (O'Brien T, L.L Christrub et al, 2016). Για να πάρουν οι επαγγελματίες υγείας μία κλινική απόφαση σε ποιούς ασθενείς και πότε θα ξεκινήσουν αγωγή με οπιοειδή λαμβάνουν υπ' όψη τις πεποιθήσεις του ασθενή, για το τί σημαίνει ικανοποιητική

ανακούφιση του πόνου και την αγχολυτική επίδραση που θα έχει η θεραπεία, καθώς και την προηγούμενη εμπειρία του στη χρήση παρόμοιων ουσιών. Οι ασθενείς αναφέρουν φραγμούς στην λήψη οπιοειδών το φόβο για την αναποτελεσματική τους δράση στην ανακούφιση του πόνου και το στιγματισμό από τους άλλους ασθενείς που δεν παίρνουν οπιοειδή για την ανακούφιση του πόνου (Stumbo SR, Yarborough BJ, et al 2016). Οι ασθενείς που επισκέπτονται το τμήμα Πρώτων Βοηθειών για ανακούφιση του πόνου αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας του τμήματος τους χορηγούν οπιοειδή αναλγητικά και δεν τους ενημέρωνουν για τις ενδείξεις και παρενέργειές τους. Εκφράζουν ένα γενικό αίσθημα φόβου εθισμού και εξάρτησης στα οπιοειδή και αισθάνονται τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας να είναι σκεπτικοί με τη χορήγησή τους. Περιπτώσεις ασθενών που δεν ανακουφίστηκε ικανοποιητικά ο πόνος τους αναφέρουν ότι είχαν φτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας γεγονός που λειτούργησε ως φραγμός στην ολιστική αξιολόγηση του πόνου τους και δεν συμμετείχαν στις αποφάσεις διαχείρισης του πόνου. Αντίθετα ασθενείς που είχαν ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου αναφέρουν πολύ καλή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, που βοήθησε στην σωστή αξιολόγηση του πόνου (Smith RJ, Rhodes K et al, 2015).

Παγκοσμίως ο κυριότερος φραγμός στην ανακούφιση του πόνου είναι η δύσκολη πρόσβαση στα οπιοειδή αναλγητικά λόγω περιοριστικών ρυθμιστικών μέτρων στη διάθεση και διακίνησή τους. Άλλοι παράγοντες που αποτελούν φραγμούς είναι οι αυστηροί κανονισμοί των φαρμακευτικών υπηρεσιών, η αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών για τα οπιοειδή, οικονομικοί παράγοντες, καθώς και η διαφορετικότητα των οδηγιών χρήσης μεταξύ των χωρών της Ευρώπης (INCB, 2016). Στην Ευρώπη δεν υπάρχουν αυστηροί νόμοι και ασφαλιστικές δικλείδες στη διακίνηση των οπιοειδών και μπορούν να διανεμηθούν εύκολα στην παράνομη αγορά. Οι ασθενείς μπορούν και έχουν εύκολη πρόσβαση στα οπιοειδή αναλγητικά. Οι ασθενείς δυσκολεύονται στην πρόσβαση από τις πολύπλοκες και ασαφείς γραφειοκρατικές και τεχνοκρατικές διαδικασίες των φαρμακοποιών, νοσηλευτών και ιατρών ( Cherny et al., 2010). Η λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς μαζί τους επαγγελματίες υγείας και μέσα από τις διατάξεις και οδηγίες της WHO και του Συμβουλίου της Ευρώπης να θεσπίσουν τεχνικές διαχείρισης στην διαθεσιμότητα και πρόσβαση στα οπιοειδή (Obrien T, L.L Christrub et al, 2016). Οι

διάφορες χώρες οφείλουν να νομοθετήσουν κανόνες και διατάξεις που αφορούν τη χρήση και διακίνηση των οπιοειδών αναλγητικών, ώστε να είναι ικανοποιητικά προσβάσιμα από τους ασθενείς, αλλά και να προστατεύουν το κοινό από καταχρήσεις και κακή διαχείριση. Αν και η κακή χρήση των οπιοειδών θέτει σε κίνδυνο τον κόσμο, δεν πρέπει αυτός ο λόγος να είναι η αιτία να μη μπορεί ο ασθενής να έχει εύκολη και απλή πρόσβαση στα οπιοειδή (WHO, 2011).

Οι Onishi et al (2017) διερεύνησαν τις διαφορές στη συνταγογράφηση οπιοειδών μεταξύ ΗΠΑ και Ιαπωνίας λαμβάνοντας υπ' όψιν την κουλτούρα, πεποιθήσεις και στάσεις των γιατρών απέναντι στα οπιοειδή αναλγητικά. Οι γιατροί στις ΗΠΑ θεωρούν τα οπιοειδή ασφαλή και πρώτης γραμμής παυσίπονα στην αντιμετώπιση του χρόνιου και οξύ πόνου σε σύγκριση με τους Ιάπωνες, ενώ στην Ιαπωνία η χρήση οπιοειδών αναλγητικών είναι ταμπού και η διακίνηση τους διέπεται από αυστηρά ελεγχόμενες διαδικασίες.

Τόσο στον Καναδά, όσο και στις ΗΠΑ οι γενικοί γιατροί ανησυχούν ότι τα οπιοειδή αναλγητικά θα προκαλέσουν ή θα συμβάλουν στον εθισμό (Boulangier A, 2007; Hutchinson K, 2007)

Στο Οντάριο του Καναδά διερευνήθηκαν οι εμπειρίες των γιατρών η αυτοπεποίθηση και οι ικανότητες τους στη συνταγογράφηση οπιοειδών αναλγητικών. Ανησυχούν για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των οπιοειδών αναλγητικών και αναφέρουν ότι όσο αυξάνονται οι πελάτες τους με χρόνια πόνο σε αγωγή με οπιοειδή αυξάνονται και οι ανησυχίες τους. Ανησυχούν ότι οι ασθενείς τους δεν θα έχουν ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου, θα εθιστούν, δεν θα έχουν επαρκές ποσότητες φαρμάκων ή θα πεθάνουν από υπερδοσολογία μορφίνης. Δεν έχει μελετηθεί περισσότερο το φαινόμενο της στάσης των επαγγελματιών υγείας στα οπιοειδή αναλγητικά στον Καναδά (Welgofer E,F et al, 2011).

Στην πολιτεία Wisconsin των ΗΠΑ διερευνήθηκαν οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των γιατρών για τα οπιοειδή αναλγητικά. Αναφέρουν ότι ο εθισμός είναι συνδυασμός ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων και ανησυχούν για εθισμό των ασθενών τους. Πιστεύουν ότι τα οπιοειδή ενδείκνυνται μόνο στον καρκινικό πόνο και όχι σε άλλου τύπου χρόνια πόνο και κάποιοι φοβούνται τον έλεγχο των φαρμακευτικών υπηρεσιών και τις διαδικασίες. Οι στάσεις τους αυτές προέρχονται από ελλειπή

εκπαίδευση στη διαχείριση οπιοειδών αναλγητικών και άγνοια των κανονισμών που τα διέπουν (Wolfert MZ, et al, 2010).



### 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα συνδυασμό ποσοτικής και ποιοτικής προσέγγισης για διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος αναφορικά με την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών και τους φραγμούς στη χορήγηση των οπιοειδών για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου στην Κύπρο. Σκοπός της ποσοτικής έρευνας ήταν να διερευνήσει τους φραγμούς που πιστεύουν οι γιατροί ότι είναι υπεύθυνοι για τη χαμηλή χρήση οπιοειδών στην Κύπρο. Το θέμα προσεγγίστηκε με την απλή τυχαιοποίηση ερωτηματολογίων. Μέσα από τους 2500 εγγεγραμμένους γιατρούς του Παγκύπριου Ιτρικού Συλλόγου στάληκαν ερωτηματολόγια στο 30% του πληθυσμού. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία, το δεύτερο παρέθετε στοιχεία για τα διάφορα είδη πόνου και το τρίτο εξέταζε τους πιθανούς φραγμούς που σχετίζονται με τη χρήση των οπιοειδών σε διάφορες καταστάσεις (Βλέπε Παραρτήματα). Μόνο το 8,2% του δείγματος ανταποκρίθηκε και η ανάλυση έγινε με το R statistical package με υπολογισμό συχνοτήτων και ποσοστών της κάθε ερώτησης. Χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο BOAT (Barriers To Opioid Analgesic Availability) που αναπτύχθηκε από το PPS (Pain and Policy Studies Group) και προωθήθηκε από το ATOME (Access To Opioid Medication in Europe) στις χώρες μέλη του για την αναγνώριση φραγμών στη χρήση οπιοειδών αναλγητικών για την ανακούφιση του μέτριου και δυνατού πόνου (Trocmim, W, 2000; Joranson D, 1993). Το 1993 το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τη διάθεση των οπιοειδών και να αναγνωρίσουν τους φραγμούς και μετά το 2000 προστέθηκε και η κλίμακα LIKERT για να δώσει τη σοβαρότητα των φραγμών. Το ερωτηματολόγιο δώθηκε στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

ΕΠΑΡΧΙΑ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	29
ΛΕΜΕΣΟΣ	31
ΛΑΡΝΑΚΑ	3
ΠΑΦΟΣ	3
ΠΑΡΑΛΙΜΝΙ	5

**Πίνακας 1. Ανταπόκριση κατά επαρχία**

Ακολούθησε η περιγραφική φαινομενολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος για τη διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου στην Κύπρο, που αποτελούσαν δύο ισάριθμες ομάδες εστίασης 14 ατόμων η κάθε μία. Συνολικά οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 9 γιατρούς (Ογκολόγοι, παθολόγοι, ιατροί πόνου, αναισθησιολόγοι, αιματολόγο, παιδοογκολόγο, ιατροί ανακουφιστικής φροντίδας) 18 νοσηλευτές/ριες (ογκολογικοί/αιματολογικοί/παιδοογκολογικοί θαλάμοι νοσηλείας, εξωτερικά ιατρεία ογκολόγων, ανακουφιστικής φροντίδας, κατ'οίκον φροντίδας, υποστηρικτική και ημερήσια φροντίδα) και 1 κλινική ψυχοθεραπεύτρια. Δόθηκε το γενικό θέμα 'ποιά είναι η γνώμη σας για τη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου στην Κύπρο'. Οι συνεντεύξεις μαγνητοσκοπήθηκαν και καταγράφηκαν. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη φιλοσοφική ανάλυση της φαινομενολογίας κατά Κολαΐτση (Shosha G.A, 2015) από τον ερευνητή και δύο επιβλέποντες καθηγητές. Τα ακόλουθα επτά στάδια ανάλυσης όπως αυτά αναλύονται πιο κάτω πιο είναι: Στο πρώτο στάδιο η κάθε συνέντευξη διαβάστηκε αρκετές φορές, ώστε να γίνει αντιληπτό το θέμα. Στο δεύτερο στάδιο συγκεκριμένες αναφορές των συμμετεχόντων για τη χρήση και διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο, που αφορούσε το ερευνητικό ερώτημα απομονώθηκαν. Στο τρίτο στάδιο αποδόθηκε νόημα σε κάθε μία από τις αναφορές ξεχωριστά. Στο τέταρτο στάδιο αφού συμφωνήθηκαν οι νοηματοδοτημένες αναφορές έγινε κατηγοριοποίηση όλων των κωδικών σε θεματικές ομάδες. Στο πέμπτο στάδιο έγινε λεπτομερής περιγραφή όλων των αναδεικνόμενων θεμάτων. Στο έκτο στάδιο έγινε πιθανή αφαίρεση άσχετων ευρημάτων, υπερεκτιμημένων απόψεων ή θεματικών άσχετων με το θέμα. Στο έβδομο και τελευταίο στάδιο στάληκαν με email τα αποτελέσματα επιλεκτικά σε επτά συμμετέχοντες και έγινε συζήτηση των αποτελεσμάτων των ομάδων εστίασης υπό το φως των ποσοτικών ευρημάτων της έρευνας που προηγήθηκε και της σχετικής βιβλιογραφίας.

### **3.1 Σκοπός**

Σκοπός της έρευνας είναι να μέσα από τις αφηγήσεις των επαγγελματιών υγείας και τις πεποιθήσεις των γιατρών της ποσοτικής έρευνας που προηγήθηκε να διερευνηθεί ο τρόπος διαχείρισης των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου στην Κύπρο.

### **3.2 Επιμέρους στόχοι**

1. Να διερευνηθεί το φαινόμενο της οπιοφοβίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.
2. Να αναγνωριστούν φραγμοί στη χορήγηση των οπιοειδών αναλγητικών για ανακούφιση του καρκινικού πόνου.
3. Να διαπιστωθεί ο βαθμός ανακούφισης του καρκινικού πόνου μέσα από την υφιστάμενη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών.

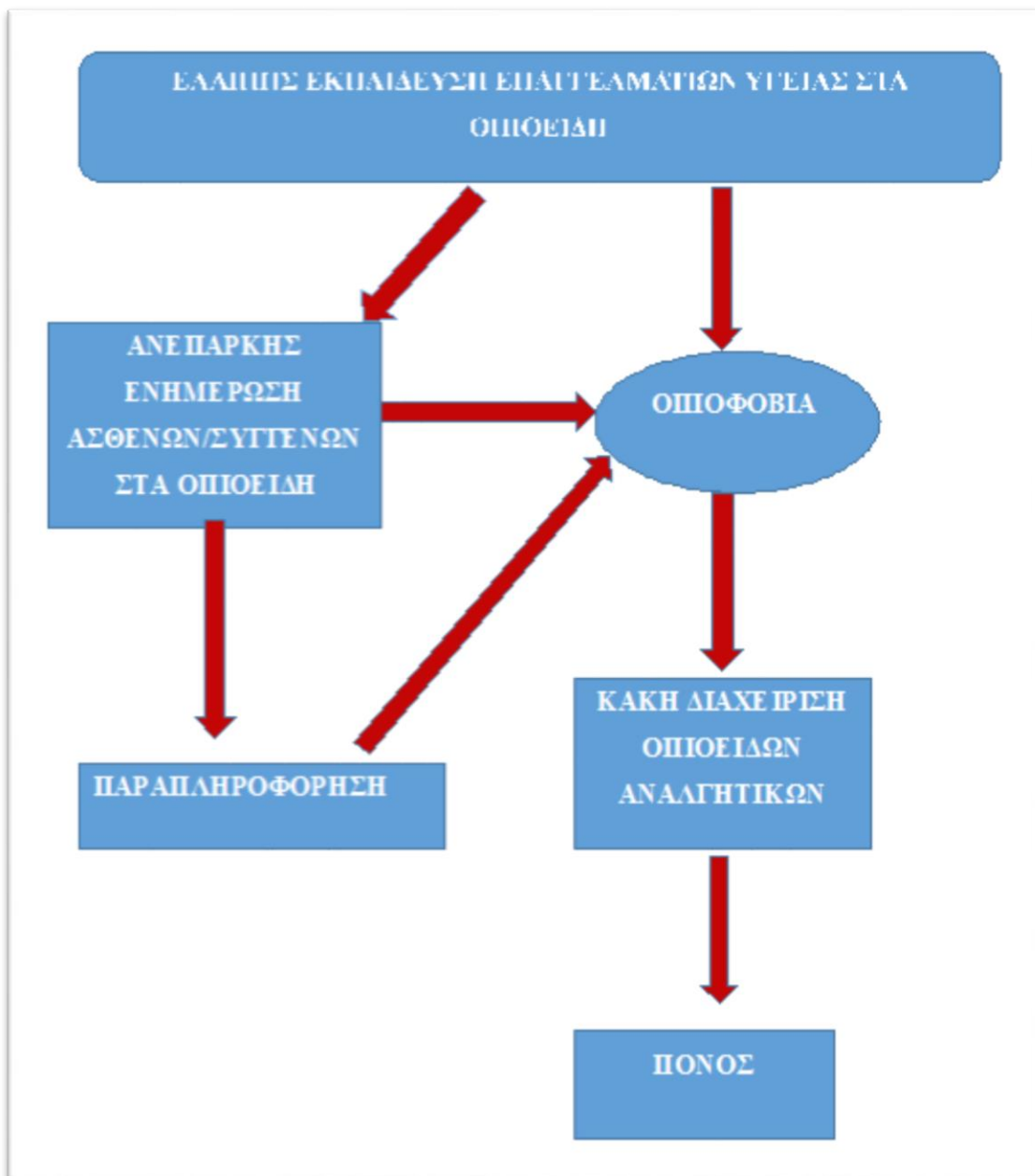
Απώτερος σκοπός της έρευνας είναι τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν στο να δώσουν την αφορμή για βελτίωση της διαχείρισης των οπιοειδών αναλγητικών από τους επαγγελματίες υγείας με στόχο την βελτιστη ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Ακόμα να κοινοποιηθούν σε επίπεδο ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, ώστε να ξεκινήσει πρόγραμμα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στη χρήση οπιοειδών αναλγητικών.

#### 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΕΥΡΥΜΑΤΩΝ

Στο πρώτο στάδιο η κάθε συνέντευξη διαβάστηκε αρκετές φορές, ώστε να γίνει αντιληπτό το θέμα. Κατά το στάδιο αυτό οποιεσδήποτε ιδέες, σκέψεις και συναισθήματα δημιουργήθηκαν στους ερευνητές μαζί με την προηγούμενη τους εμπειρία στο θέμα συνετέλεσε να εξερευνηθούν το φαινόμενο της διαχείρισης των φραγμών των οπιοειδών ως ειδικοί. Στο δεύτερο στάδιο συγκεκριμένες αναφορές των συμμετεχόντων για τη χρήση και διαχείριση των οπιοειδών αναληθικών στην Κύπρο, που αφορούσε το ερευνητικό ερώτημα, απομονώθηκαν. Αυτές οι αναφορές μεταφέρθηκαν σε ξεχωριστό πίνακα και σημειώθηκε η ακριβής θέση τους στο κείμενο και εγκρίθηκαν και από του τρεις ερευνητές. Συνολικά, προέκυψαν 258 αναφορές και από τις δύο ομάδες εστίασης. Στο τρίτο στάδιο αποδόθηκε νόημα σε κάθε μία από τις 258 αναφορές ξεχωριστά και συζητήθηκαν όλοι οι κωδικοί που προέκυψαν με όλους τους ερευνητές. Στο τέταρτο στάδιο, αφού συμφωνήθηκαν οι νοηματοδοτημένες αναφορές έγινε κατηγοριοποίηση όλων των κωδικών σε 20 θεματικές ομάδες. Οι θεματικές αυτές ομάδες κωδικοποιήθηκαν ξανά ώστε να αποδοθεί το γενικό νόημά τους. Οι 20 αυτές θεματικές ομάδες ξαναμπήκαν σε κατηγορίες για να αναδυθούν τελικά οι έξι κύριες θεματικές ενότητες, με τη σύμφωνη γνώμη όλων των ερευνητών. Στο πέμπτο στάδιο, έγινε λεπτομερής περιγραφή όλων των αναδυόμενων θεμάτων, ελέχθηκαν ξανά τα κείμενα για πιθανή παράληψη αναφορών σχετικών με το ερευνητικό ερώτημα και ολοκληρώθηκε όλη η δομή του θέματος που αφορούσε το ερευνητικό ερώτημα. Η τελική έγκριση ολοκλήρωσης του σταδίου δόθηκε από τους επιβλέποντες. Στο έκτο στάδιο, έγινε πιθανή αφαίρεση άσχετων ευρημάτων, υπερεκτιμημένων απόψεων ή θεματικών άσχετων με το θέμα. Και οι τρεις ερευνητές δεν έκαναν καμία αλλαγή. Στο έβδομο και τελευταίο στάδιο στάληκαν με email τα αποτελέσματα, επιλεκτικά, σε επτά συμμετέχοντες, οι οποίοι έδωσαν τις περισσότερες αναφορές στις συνεντεύξεις, για σχολιασμό, ανατροφοδότηση και έγκριση των αποτελεσμάτων. Κανένας δεν απάντησε σε περίοδο δύο μηνών από την ημερομηνία αποστολής των μηνυμάτων.

Μέσα από την ανάλυση των δύο ομάδων εστίασης αναδύθηκαν τα ακόλουθα έξι κύρια θέματα: *''ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναληθικών, ''ελλιπής ενημέρωση ασθενών/συγγενών για τα οπιοειδή αναληθικά'', ''οπιοφοβία στους επαγγελματίες υγείας'', ''οπιοφοβία ασθενών/συγγενών'', ''κακή διαχείριση των οπιοειδών αναληθικών από τους επαγγελματίες υγείας και*

ασθενείς/συγγενείς'', ''αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου με τα οπιοειδή'', καθώς και είκοσι υποθεματικές ενότητες που συμπληρώνουν την πολυδιάστατη αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο για την χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Οι επαγγελματίες υγείας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου, η οποία τους δημιουργεί ένα αίσθημα φόβου γύρω από τη χρήση των φαρμάκων αυτών. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω οπιοφοβίας δεν διαχειρίζονται σωστά τα οπιοειδή, με αποτέλεσμα να μην ανακουφίζεται ικανοποιητικά ο πόνος των ασθενών. Οι ασθενείς δεν ενημερώνονται σωστά από τους επαγγελματίες υγείας για τη σωστή διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών στη θεραπεία τους και καταφεύγουν σε εναλλακτικές πηγές ενημέρωσης και στην παραπληροφόρηση. Δημιουργείται και σε αυτούς ένα αίσθημα φόβου στη χρήση των οπιοειδών, δεν τα χειρίζονται σωστά με τελικό αποτέλεσμα να μην ανακουφίζεται ικανοποιητικά ο καρκινικός τους πόνος.



Διάγραμμα 3: Μοντέλο Οπιοφοβίας

#### **4.1 Ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών**

Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η ανεπάρκεια γνώσεων τους αναφορικά με τα οπιοειδή αναλγητικά έχει αρνητική επίδραση στους ασθενείς, με την εργοδοτική πλευρά να μην επιμορφώνει το προσωπικό και να μην αξιοποιεί σωστά το υφιστάμενο εκπαιδευμένο προσωπικό.

**Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν περιλαμβάνει τα οπιοειδή αναλγητικά και έχουν κενό γνώσεων.** Οι ογκολογικές ειδικότητες δεν έχουν οποιοδήποτε επιπλέον εκπαίδευση στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών και οι ογκολόγοι δεν αναβαθμίζουν τις γνώσεις τους. Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που είναι “άνωδυνες” πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται να γνωρίζουν για τα οπιοειδή αναλγητικά και ταυτόχρονα είναι παραπληροφορημένοι για τις ενδείξεις χρήσης των φαρμάκων αυτών. Ανεξαρτήτως ειδικότητας οι γιατροί χειρίζονται τα οπιοειδή εμπειρικά. Οι ιατρικές σχολές δεν προσφέρουν ειδικά μαθήματα στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών, πρακτική που συνεχίζεται ακόμα. Ως εκ τούτου οι νέοι γιατροί έχουν ελλιπή γνώση στο θέμα των οπιοειδών και αναφέρεται ότι κατά την εξάσκηση τους δεν παίρνουν και την απαραίτητη εμπειρία από τους θαλάμους για τη διαχείριση του πόνου. Σε παρόμοια κατάσταση βρίσκονται και οι νοσηλευτές. Νιώθουν την ανάγκη να ενισχύονται με ειδικά μαθήματα στη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών την περίοδο της βασικής τους εκπαίδευσης, καθώς δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν τη φαρμακολογία της μορφίνης και φοβούνται τις παρενέργειές της.

*“Ο καρδιολόγος απάντησε μου πάνω στην έρευνα μου που έκανα, και απάντησε μου έστειλε μου γραπτώς “εγώ είμαι καρδιολόγος και δεν έχω την ανάγκη να συνταγογραφώ οπιοειδή”...”*

*“Και ακόμα στην Κύπρο δεν είναι υποχρεωτικό μάθημα...”*

*“...βάζω και τον εαυτό μου μέσα πιστεύω χρειαζόμαστε up to date. Ξέρεις βγαίνουν καινούρια πχ μεθαδόνη, δεν έδωσα εγώ ποτέ μεθαδόνη...”*

''Τους έκαμα και πρόταση...εμείς στο νοσοκόμειο Λεμεσού εκπαιδεύουμε και παθολόγους, γυναικολόγους, ένα σωρό ειδικότητες. Δηλαδή τελειώνουν στο νοσοκομείο Λεμεσού ένα σωρό ειδικότητες και λέω τους ''βάλτε τους να περάσουν από το θάλαμο το δικό μας ένα, δύο, τρεις μήνες να ξεφοβηθούν...γιατί το θέμα των χρηστών να χορηγήσουν τη μορφίνη, να τη δουν να δουλέψει...''...''

''...επίσης νομίζω εμείς οι γιατροί και οι νοσηλευτές που ασχολούμαστε με τούτα τα φάρμακα, οι περισσότεροι από εμάς εμάθαμε εμπειρικά τη χορήγησή τους, δεν εκπαιδευτήκαμε ειδικά για το πώς θα χορηγούμε το κάθε φάρμακο, με ποιά σειρά και ποιό φάρμακο σε ποιό πόνο.''

''...το κυριότερο για εμένα είναι η έλλειψη εκπαίδευσης από το ιατρικό προσωπικό ...''

''...Δυστυχώς ούτε στην ογκολογική εκπαίδευση τυγχάνεις...στην εκπαίδευση που κάνεις να κάνεις μίαν σωστή εκπαίδευση πάνω στα σκευάσματα...αν δεν ενδιαφερτείς από μόνος σου μετά ή να κάνεις ένα course ή ένα degree και να σχοληθείς με το συγκεκριμένο θέμα δεν το κάνεις.''

''...ο'τι δυστυχώς οι νέοι μας οι γιατροί και το βλέπω καθημερινά στο νοσοκομείο Λεμεσού, οι νέοι θα έλεγα αλλά και οι πιο παλιοί...επικεντρώνουμε πιο πολλά στους νέους δεν έχουν τίποτε υπ'όψιν τους για αυτά τα σκευάσματα.''

''Και εγώ πολλές φορές φωνάζω στο υπουργείο και τους λέω ''αύριο βγάζετε γιατρούς στην κοινωνία...διότι τωρά η Κύπρος δίνει και ειδικότητες και δεν έχουν ιδέα για την αντιμετώπιση του πόνου''. Ιδέα δεν έχουν.''

**Η έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα οπιοειδή έχει αρνητική επίδραση στον ασθενή.** Αυτή η ανεπάρκεια γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στην χρήση των οπιοειδών αναλγητικών δημιουργεί αίσθημα ανασφάλειας στους



ασθενείς και γίνονται αρνητικοί στη λήψη τους. Ειδικότερα, ειδικότητες άλλες της ογκολογίας που δεν γνωρίζουν αρκετά για τα οπιοειδή παραπληροφορούν τους ασθενείς/συγγενείς και ο κόσμος γίνεται πάλι αρνητικός. Οι ασθενείς συνεχίζουν να πονούν και δεν πετυχαίνεται η μέγιστη ανακούφιση του πόνου, επειδή οι γιατροί ειδικοτήτων δεν χρησιμοποιούν τα οπιοειδή αναλγητικά, ακόμα και σε επίπεδο διευθυντών κλινικών. Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικούς θαλάμους αναφέρεται ότι λόγω έλλειψης γνώσεων δεν χορηγούν τα οπιοειδή όπως ενδείκνεται αλλά και νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων αντιδρούν στις οδηγίες που δίνονται από τους γιατρούς για τη χορήγηση της μορφίνης για τον ίδιο ακριβώς λόγο, με αποτέλεσμα ο ασθενής να πόνει.

*''...είναι η μειωμένη εκπαίδευση του προσωπικού στα θέματα ναρκωτικών, το οποίο μεταφέρει τούτο στον ίδιο τον ασθενή και τον συγγενή, στο ότι πρέπει να κινούνται όλοι πάνω στην ίδια πορεία....''*

*''...διότι έμένα μου έτυχαν ασθενείς (καρκινοπαθείς) που παρουσιάζουν άλλα προβλήματα, παθολογικά, καρδιολογικά, να μπαίνουν στο θάλαμο και να τους κόβουν τα παυσίπονα, να τους κόβουν τη μορφίνη, να τους κόβουν το oxycotin, να μην τους βάζουν την πιάτσια και πραγματικά υποφέρουν οι ασθενείς από τον πόνο και ξεχνούν το πρόβλημα με το οποίο εμπήκαν...''*

*''Υπάρχει και μια αντίδραση από το νοσηλευτικό προσωπικό των άλλων θαλάμων και όχι από το δικό μου θάλαμο που έχει συνηθίσει να τα χρησιμοποιά...''*

*''..Πολλές φορές κατεβαίνουμε κάτω στο παθολογικό ή σε άλλους θαλάμους για να συνταγογραφήσουμε κάποιο σκεύασμα επειδή οι ίδιοι φοβούνται και δυστυχώς δεν έχουν κάποιο πιο senior από πάνω τους που ξέρει κάποια πράγματα παραπάνω τους που θα τους καθοδηγήσει'...''*

*''Οι ασθενείς πολλές φορές παίρνουν mixed messages πχ κάποιος ογκολόγος μας συνταγογραφήσει τη μορφίνη και να πάει στον παθολόγο που το έχω δει αρκετές φορές και να πεί ο παθολόγος ''αμάν τί σας έβαλε''.....*

*''Οι ίδιοι οι γιατροί με λίγα λόγια είναι που επηρεάζουν τους πάσχοντες...''*

*''Γιατροί άλλων ειδικοτήτων είναι παραπληροφορημένοι όπως ο κόσμος για τη χρήση των οπιοειδών...''*

*''Και πρέπει να επικεντρωθούμε και πάνω σε εκείνο το κομμάτι διοτι και η νοσηλευτική...το ΤΕΠΑΚ διότι εγώ έβλεπα και εκεί τους φοιτητές να.....να μάθουν αυτά τα πράματα. Ότι υπάρχουν αυτά τα σκευάσματα. Να έχουν ένα ασθενή να πονεί και να του λέει ο νοσηλευτής ''δεν μπορούμε να σου δώσουμε άλλο'' ή ''δεν δικαιούσε''...''*

**Ο εργοδότης έχει την ευθύνη για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών.** Εδώ οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι η κύρια αιτία της μη επιμορφωσης του προσωπικού είναι το Υπουργείο Υγείας που κάνει κακή διαχείριση των πόρων και πρέπει να υποχρεωθεί το κράτος να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες υγείας του στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Το Υπουργείο Υγείας δεν προωθά την εκπαίδευση του προσωπικού ενώ υπάρχουν τα λεφτά για το σκοπό αυτό και χάνονται κονδύλια από αδιαφορία του ίδιου του Υπουργείου.

*''Χωρίς policies όλες οι στρατηγικές θέλουν policy makers. Policy makers είναι υπουργείο υγείας και βουλή. Άρα ότι θέλουμε να προωθήσουμε σε όποιονδήποτε στρατηγικό σχέδιο κάνουμε θέλουμε την κορυφή, policy makers. Και χωρίς αυτούς δεν κάνουμε τίποτε.''*

*''...κράτος να νομοθετήσει και να εκπαιδεύσει και να υποχρεώσει,...''*

*''Το υπουργείο Υγείας έχει και κοντόλια για την εκπαίδευση τα οποία λήγει ο χρόνος πολλές φορές και δεν τα εκμεταλλέονται παρακαλώ.''*

*''...το υπουργείο Υγείας έχει κοντόλια πιστέψετε με Οκτώβρη, Νιόβρη και δεν τα εκμεταλλεύεται.'''*

*''Έδωσε λεφτά η Ευρωπαϊκή Ένωση και παρ'όλο που ζητήσαμε να κάνει αυτό που κάναμε πρίν 2 χρόνια, είπαν έχουμε κρίση.....''*

*''...τα λεφτά αν δεν το κάνεις δεν τα πιάνεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση και μένουν εκεί και πάνε πίσω...''*

**Εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας στα οπιοειδή δεν τυγχάνουν σωστής αξιοποίησης από τον εργοδότη.** Εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στη χρήση των οπιοειδών μετακινείται εκτός ογκολογικού θαλάμου. Στο άλλο τμήμα που εργάζεται ο εκπαιδευμένος νοσηλευτής δεν εισακούεται από τους συναδέλφους του σε περίπτωση χρήσης οπιοειδών.

*''Να βγει σε καλό....αν φύγουν (εννοεί νοσηλευτές) από το Ογκολογικό και παν σε άλλους θαλάμους, ας πούμε αν πάνε δύο και παν σε ένα θάλαμο που έχει άλλους τριάντα εγώ πιστεύω θα μπουν στο κλίμα και εκείνοι.''*

*''Άτε αν πάω εγώ στο ορθοπεδικό να το πεις μια φορά, να το πεις δύο, να το πεις τρεις, να το πεις τέσσερεις...στην Πέμπτη....''*

**Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι πολυθεματική και πολυδιάστατη.** Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν χρειάζεται να είναι χρονοβόρα, αλλά σύντομη και περιεκτική και να στοχεύει στην απομυθοποίηση των οπιοειδών αναλγητικών. Η εκπαίδευση αφορά όλες τις ειδικότητες και όχι μόνο την ογκολογία με απαραίτητη την εμπλοκή του Υπουργείου Υγείας. Να υπάρχει κοινό

σημείο αναφοράς για τα οπιοειδή από όλες τις ειδικότητες και να εστιάζεται στις βασικές αρχές φαρμακολογίας και την παθοφυσιολογία του πόνου. Νοσηλεύτρια που εκπαιδεύτηκε στα οπιοειδή εξάλειψε τον φόβο της στη χρήση της μορφίνης και η παρέμβασή της επέδρασε θετικά στην ανακούφιση του πόνου του ασθενή. Προέκταση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας είναι και η διδασκαλία των ίδιων των ασθενών και των φροντιστών τους.

*''Εκαθαρίζεις εξ αρχής ασπούμε εκείνα που φοβούνται, να καταρρίψεις τους μύθους στην εκπαίδευση, νομίζω είναι εκείνο που πρέπει να ξεκινά...*

*''Εγώ ήμουν junior doctor στο ογκολογικό της τράπεζας Κύπρου και νομίζω ο ΠΑΣΥΚΑΦ κάποιος είχε την πρωτοβουλία και είχε μια ημερίδα για τα οπιοειδή και ήταν πριν ξεκινήσω ειδικότητα ογκολογίας και ήταν πάρα μα πάρα πολύ καλή με απλά βασικά πραγματάκια...''*

*''...σίγουρα, χωρίς την εμπλοκή του Υπουργείου Υγείας που είναι η ομπρέλα που θα το καλύψει και θα το προωθήσει στις μεγάλες ομάδες του γενικού σχεδίου υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικό...''*

*''...και είναι καλά να γίνεται τούτη η πληροφόρηση πριν ξεκινήσουν τα φάρμακα, ώστε οι άνθρωποι πιο εύκολα να δέχονται και να μιλούμε την ίδια γλώσσα...ο παθολόγος να λέει όχι και ο ογκολόγος να λέει ναι...συγχύζουμε τον κόσμο.''*

*''Και εεε.....σίγουρα δεν είμαι γιατρός με εξειδίκευση στην ανακουφιστική ιατρική....εεε....αλλά εκ των πραγμάτων όλοι οι ογκολόγοι μέρος της εκπαίδευσης τους, παρ'όλα αυτά τούτη είναι η εκπαίδευση και εκ των πραγμάτων πρέπει να επεκταθεί και σε άλλες ειδικότητες...''*

*''Έτσι και αλλιώς όλα τα πρωτόκολλα όταν μιλούμε για εκπαίδευση στις 2 μεγάλες ομάδες...η μία των health professionals είναι γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και όποιοι άλλοι μπορούν να ενταχθούν σε αυτή την ομάδα,ακόμα και οι ψυχολόγοι γιατί*

*είναι σημαντική ομάδα γιατί ακούει τον άρρωστο πολλές ώρες, επομένως πρέπει να έχει κάποια γνώση και η άλλη μεγάλη ομάδα, η μεγαλύτερη είναι οι δέκτες. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους που πρέπει να ενημερωθούν για τούτο το πράγμα για να έχουν την γνώση να αναγνωρίζουν, για να είμαστε και λίγο στην πρόληψη, ακόμα και τα πρώιμα συμπτώματα των side effects που μπορεί να έχουν τούτα τα φάρμακα. ''*

*''Νομίζω να ξεκινήσω λίγο για να ξεφύγουμε από την οπιοφοβία. Ένας συνάδελφος, ένας γιατρός, ένας νοσηλευτής το πιο σημαντικό πράγμα είναι να γνωρίζει τη φαρμακολογία της μορφίνης. Αν δεν την γνωρίζει τα βασικά, για να μπορέσει να καταλάβει γιατί υπερέχει των NSAID, που είναι πάρα πολύ σημαντικό. Πώς μεταβολίζεται, ποιός είναι ο μεταβολισμός, δηλαδή βασικές αρχές για να καταλάβει σε τελική ανάλυση ότι είναι άκακο φάρμακο σχετικά με τα υπόλοιπα στην πορεία του, άρα έχει να κάνει λίγο με τη φαρμακοκινητική του φαρμάκου την απλή σε τελική ανάλυση για να μπορέσουμε να απευθυνθεί προς τους επαγγελματίες υγείας...ενδείξεις, αντενδείξεις...απλά πράγματα που έχουν να κάνουν με το πώς ναί...ενδείξεις, αντενδείξεις, side effects και συνύπαρξη με άλλα φάρμακα.''*

#### **4.2 Ελλιπής ενημέρωση ασθενών/συγγενών για τα οπιοειδή αναλγητικά.**

Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η ελλιπής και ανεπαρκής ενημέρωση του κόσμου γύρω από τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, τους οδηγεί σε αναλακτικές πηγές πληροφόρησης αμφιβόλου αξιοπιστίας και παραπληροφόρηση, δημιουργώντας τους αίσθημα φόβου με αρνητικές επιπτώσεις.

**Ο κόσμος ενημερώνεται για τα οπιοειδή αναλγητικά από διάφορες πηγές πληροφόρησης.** Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους βασίζονται στους επαγγελματίες υγείας για την ενημέρωσή τους γύρω από την αναλγητική τους θεραπεία με οπιοειδή. Ελλείψει αυτής της ενημέρωσης οδηγεί στην ανάγκη να βρουν μόνοι τους αμφιβόλου αξιοπιστίας πληροφορίες για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών, κυρίως από το

διαδίκτυο, και να αναζητήσουν εναλλακτικές λύσεις ανακούφισης του πόνου από τη μορφίνη.

*''Η παιδεία μας είναι χαμηλή και το άλλο που είναι κοιτάζοντας το ίντερνετ για τα πάντα και επειδή τα blocks για alternative treatments πάντα τραβούν, ο άλλος ο μεγάλος ο κίνδυνος με την οπιοφοβία πιστεύω είναι ''προτιμώ ότιδήποτε εκτός τη μορφίνη..''*

*''Σε τελική ανάλυση οι ασθενείς πρέπει να έχουν πρόσβαση στα internet και αυτά'...'''*

*''...και ρωτούσαμε τους αρρώστους''θέλεις να ρυθμίσει ο πόνος με opioids; Θέλεις να ξέρεις για την αρρώστια σου τα πάντα Ναι.'' Και 80% απάντησαν Ναι. So, περιμένουν από εμάς οι ασθενείς παραπάνω απόσο εμείς νομίζουμε.''*

*''...όταν εγώ σαν νοσηλεύτρια δεν μπορώ να δίνω συνέχεια μορφίνη γιατί θα το συνηθήσει..για το ένα...για το άλλο..είναι η ενημέρωση που δίνω εγώ στην οικογένεια, αλλά και πλέον θα βασιστεί στην ενημέρωση τη δική μου γιατί μιλώ σαν πιο ειδικοί εμείς..ας πούμε αυτό..θα τους ενημερώσουμε.''*

*Ογκολόγος:''Κάποιες φορές μέσω του ίντερνετ διαβάζουν τις επιπλοκές για παράδειγμα των οπιοειδών...ξέρω γώ κάνει άπνοιες κάποιες φορές η μορφίνη, μήπως κάνει στον ασθενή τους και πεθάνει από άπνοια...το οποίο είναι αδύνατον, η μορφίνη δεν κάνει άπνοιες στον ισχυρό πόνο...''*

**Δεν υπάρχει δομημένη και προγραμματισμένη ενημέρωση των ασθενών/ συγγενών για την χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Ο κόσμος δεν είναι ενημερωμένος για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη την ενημέρωση τους από τους επαγγελματίες υγείας , ακόμα πριν να χρειαστούν την αγωγή και οι γονείς απαιτούν την ενημέρωση για την ανακούφιση του πόνου του παιδιού τους. Οι επαγγελματίες υγείας**

αναγνωρίζουν ότι υπάρχει αδυναμία στην ενημέρωση των ασθενών /συγγενών και ότι αυτή πρέπει να γίνεται έγκαιρα, πριν την έναρξη της αγωγής. να είναι εξατομικευμένη τόσο στον ασθενή όσο και στον συγγενή και να είναι πλήρης.

''...αυτό σημαίνει να εκπαιδεύσεις τον ασθενή σου από πριν, να τον προετοιμάσει, τί παρενέργειες να περιμένει και πώς να αντιμετωπιστούν. Πάρα πολύ σημαντικό...δεν έχει φάρμακο που δεν θα σου κάνει παρενέργειες...''... Άρα πρέπει να γίνει και μία καλή εκπαίδευση και του ασθενή την ώρα που συνταγογραφείς. Πολλές φορές μέσα στην πίεση της δουλειάς μέσα στα εξωτερικά που βλέπεις τους ασθενείς δεν έχεις την δυνατότητα...εμείς έχουμε λίγο παραπάνω την πολυτέλεια από εσάς, ή τουλάχιστον προσπαθούμε, και έχουμε ίσως παραπάνω...εεε...αλλά από την άλλη εσείς έχετε και τους research nurses που μπορούν και εκείνοι θεωρητικά να αναλάβουν τούτο το ρόλο τουλάχιστον στην πρώτη φορά που θα γραφεις το οποιοδήποτε φάρμακο χημειοθεραπεία, στοχευμένη ή οπιοειδή στην πρώτη φορά θέλει μίαν εκπαίδευση ο ασθενής. Τί να περιμένει, τα βασικά και εσείς είσαστε και λίγο πιο οργανωμένοι γιατί δίνεται και γραπτώς...''

''Νομίζω είναι πολύ σημαντικό να ενημερώνεται και ο κάθε ένας στο επίπεδο μόρφωσης του με τρόπο κατανοητό...όχι να λέει ο γιατρός ''να σου δώσουμε οπιοειδή'' και να μην ξέρει τί είναι ή ''να σου δώσω'' και μετά παεί σπίτι και έρχεται ο μορφωμένος...''

''...πρέπει να ενημερώνεται το άτομο που πραγματικά έχει την φροντίδα και όχι ο πιο μορφωμένος ή εκείνος που έφερε το αυτοκίνητο ή εκείνος που ξέρει αγγλικά ξέρω γώ. Εκείνος που στην τελική θα δώσει τη θεραπεία...''

''Όταν δεν ενημερώνουν τον κόσμο και την οικογένεια όπως το βλέπαμε παιδιατρική που νομίζει θα περιμένει δεν υπάρχει πρόβλημα, δεν έχει καθόλου, σημαίνει είμαστε εμείς το πρόβλημα το παραπάνω...''

“...πρέπει να γίνεται παραπομπή του ασθενή πριν να ξεκινήσουν τα προβλήματα, όταν ο ίδιος ο γιατρός αναγνωρίζει ότι τούτος ο άρρωστος πάει για τελικό στάδιο. Όταν θα υποφέρει και θα έχει πόνο...γιατί να μένουν στο τέλος και να γίνονται σπασμωδικές κινήσεις, αφού υπάρχουν γιατροί ειδικοί για τον πόνο που μπορούν να συμβουλευτούν και να εμπιστευτεί και ο ασθενής όταν είναι καλά. Να μην είναι ένας ξένος που ήρτεν έτσι μian καλή μέρα και του δίνει πάρα πολλά φάρμακα γιατί ήδη έχει και φοβία. Να ξέρει δηλαδή τον γιατρό να του έχει εμπιστοσύνη.”

“Είναι και η ψυχολογία του γονιού. Δεν μπορούν να βλέπουν τα παιδιά τους να υποφέρουν. Αναζητούν κάτι να μην πονεί το μωρό τους,. Τους τα εξηγούμε...”

“Τώρα εμείς έχουμε την υποχρέωση να δώσουμε όλες τις πληροφορίες, να τον στηρίζουμε, διότι όταν αρνείται έχει τους λόγους του...”

“Είναι πολύ σημαντικό να προετοιμάζουμε τον ασθενή όταν συνταγογραφούμε...ότι δηλαδή με την πάροδο του καιρού θα είναι πιο ήπιες...να τους δώσουμε τα υποστηρικτικά φάρμακα...αντιεμετικά, υπακτικά για την δυσκοιλιότητα κτλ, είναι πολύ σημαντικό να τους καθησυχάζουμε για τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν νομίζω...”

“Απλά να λέμε και τις επιπλοκές των φαρμάκων στον κόσμο έτσι να μην ανησυχούν...”

“...και είναι καλά να γίνεται τούτη η πληροφόρηση πριν ξεκινήσουν τα φάρμακα, ώστε οι άνθρωποι πιο εύκολα να δέχονται...”

“Οι γνώσεις του κόσμου, η ενημέρωση του κόσμου πάνω στα οπιούχα ο οποίος δεν κατέχει τις γνώσεις για χορήγηση των οπιούχων και φοβάται πάρα πολύ την εξάρτηση ειδικά...”



**Η ανεπαρκής και ελλιπής εκπαίδευση του κοινού εμπειρικλείει κινδύνους για την ασφάλειά τους.** Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι η χρήση οπιοειδών αναλγητικών από ανεκπαίδευτους ασθενείς /συγγενείς, καθώς και να αναζητούν μόνοι τους πληροφορίες είναι επικίνδυνο. Τονίζεται ότι πρέπει ο ασθενής με τον φροντιστή να έχουν το ίδιο επίπεδο ενημέρωσης για να υπάρχει συνεργασία μεταξύ τους. Η εκπαίδευση πρέπει να αφορά τον κυρίως φροντιστής ο οποίος πρέπει να κατανοά τις πληροφορίες και να είναι συνεργάσιμος.

*''...πιστεύω η οπιοφοβία θα είναι και πιο επικίνδυνη στο ίντερνετ όπως όλα. Θα έχεις την καλή ενημέρωση αλλά αν πέσεις σε κανένα block με μύθους και...μύθους βασικά χωρίς πραγματικότητες. Σίγουρα μπορεί να παρασύρει και τους συγγενείς και τους ασθενείς...''*

*''...ο μόνος που εξέτασα την άρρωστη και βρήκα 5 πιάτσες πάνω της και ήμουν ο μόνος που την σήκωσα και τις βρήκα και φώναξα τους συγγενείς και λέουν μου ''ναι είχαμε τις σπίτι και επειδή πονούσε...''.*

*''...μια συνάδελφος είπε την εμπειρία της και τί είπε...ήταν Παρασκευή και έδωσε 10 πιάτσες στην κόρη της ασθενούς και τις πήρε σπίτι, χωρίς επεξήγηση χωρίς τίποτε και Κυριακή τηλεφονά η κόρη και η γριά....κοιμάται ( Της έβαλε και τις 10). Όπου είχε πόνο η γιαγιά τις εκόλλαν.''*

*''Θα έδινε της αδελφής του και εκεί θα είχαμε πρόβλημα τεράστιο...δυστυχώς αφήσαμε την φροντίδα των ασθενών σε ξένο προσωπικό και εδώ έχουμε ένα language barrier.''*

*''Πολλοί ασθενείς έρχονται... τους συνταγογραφούμε και που και ο ίδιος ο άρρωστος αν επικοινωνει έχει υπνηλία διακόπτει αμέσως το φάρμακο γιατί δεν είμαι λέει καλά ή έχει ναυτία ξέρω γώ από την μορφίνη το διακόπτει από μόνος του.''*

*''...αλλά θα πρέπει να είσαι ικανός σαν επαγγελματίας υγείας να αγγίσεις την οικογένεια, να δεις ποιό είναι το άτομο που κουμαντάρει παραπάνω μέσα στην οικογένεια, να το*

*προσεγγίσεις για να του δίνει αυτός τα φάρμακα του για να του τα δίνει να κουμαντάρει τον πόνο...*

*''...Η πάτσια για μένα είναι κάτι το οποίο, δηλαδή, ένιωθες να δώσεις αναλγητική αγωγή στον άρρωστο...δεν μπαίνεις στη διαδικασία να κάτσω να εξηγήσω ''έννά σου δώσω μορφίνη πράματα''. Θα σου δώσω μια πάτσια και άσε που οι παραπάνω κυπράιοι νομίζουν είναι τούτο το ...έμπλαστρο ( έμπλαστρο επιβεβαιώνουν οι άλλοι), το οποίο εβάζαν οι γέροι (Νοσηλευτής: Δεν είναι μορφίνη) δεν είναι μορφίνη και βάζουν το...(Νοσηλεύτρια: Το βάζουν στο σημείο του πόνου).''*

### **4.3 Οπιοφοβία στους επαγγελματίες υγείας**

Υπάρχει οπιοφοβία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας η οποία τροφοδοτείται μέσα από την ελλιπή εκπαίδευσή τους γύρω από τα οπιοειδή αναλγητικά και τους οδηγεί στην αναποτελεσματική χρήση τους.

#### **Οι επαγγελματίες υγείας φοβούνται τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών.**

Οι επαγγελματίες υγείας καταλήγουν στο ότι το πρόβλημα της οπιοφοβίας υπάρχει και αφορά σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ογκολόγους, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς. Οι γιατροί φοβούνται την ευθύνη της χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών, ακόμα και να γράψουν τη λέξη ''μορφίνη'' και τη συνδυάζουν με την εξάρτηση και το θάνατο. Οι νοσηλευτές φοβούνται το μέρος φύλαξης των ναρκωτικών, ξαφνιάζονται με τις οδηγίες του γιατρού πόνου και αντιδρούν στη συνταγογράφηση των οπιοειδών, πράγμα που αναγκάζει τους γιατρούς να μην τα συνταγογραφούν.

*''..Νομίζω για τον επαγγελματία είναι είναι ο φόβος του ατόμου που υπάρχει για το addiction, τούτα όλα που είπατε για τον επαγγελματία...''*

*''...Τούτη υπάρχει ο φόβος, υπάρχει πρόβλημα. Εγώ νομίζω από υπουργείο, από φαρμακείο και από τους γιατρούς το παραπάνω...''*

*“...γράφεις την οδηγία και τη δίνεις στο νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής....(κάνει έναν χαρακτηριστικό ήχο βαθιάς εισπνοής που δείχνει έκπληξη )κάθε δυό λεπτά; Τί συμβαίνει; Ο νοσηλευτής φοβάται να δώσει...”*

*“Και αφήνουν την ευθύνη στον άλλο να πούμε...”*

*“Πιστεύω εγώ ότι υπάρχει και η άλλη εντύπωση ότι μπορεί να εθιστούν και τούτο πολλές φορές ακούεις επαγγελματίες να λένουν δεν μπορούμε να του δώσουμε άλλη γιατί θα τη συνηθίσει και θα την ζητά μετά...”*

**Οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τις ενδείξεις/παρενέργειες των οπιοειδών.** Οι γιατροί θεωρούν τη χρήση της μορφίνης “μπελά”, ότι δίνεται σε ετοιμοθάνατους και προκαλεί εξάρτηση. Γιατροί και νοσηλευτές δεν είναι εξεικειωμένοι με τις ψηλές δόσεις ναρκωτικών και φοβούνται τις συχνές δόσεις. Ειδικότητες άλλες της ογκολογίας δεν γνωρίζουν τις παρενέργειες των οπιοειδών.

*“...θέλω να δηλώσω και εγώ εδώ ότι..να το πώ άγνοια...να το πω μή επαρκής ενημέρωση...αφορά και τους νοσηλευτές. Έκαμε μία νύξη εδώ η γιατρός όταν βλέπει ο νοσηλευτής τη δόση να λέει “αμάνα μου, κάποιο τυπογραφικό λάθος πρέπει να έχει”. Βλέπει συνδιασμό της δόσης με την οδό “μα δεν γίνεται να δώσω έτσι πολλή δόση ενδοφλέβια. Μήπως είναι υποδόρια που πρέπει να τη δώσω; Μα δεν γίνεται σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα...”*

*“...ασθενή τελικού σταδίου, της δώσαμε...δεν ήθελε ...τα παιδιά της να πάρουν μορφίνη και της έδωσαν ένα χάπι 10 mgs oxycotin. Οπότεν έρχεται ο γαμπρός...γαστρεντερολόγος ο οποίος την βλέπει και κοιμάται και λέει “θα κάνει άπνοια η πεθερά μου”,...”*

''...Και όταν ήρθαν γιατρός από το Ογκολογικό και είπαν μπορείτε να του δίνεται μορφίνη κάθε 15 λεπτά, κάθε 20 λεπτά...ήταν σιόκ...και για τον γιατρό που ήταν εκεί και για το προσωπικό που ήταν εκεί...'' αποκλείεται...αποκλείεται...εγώ δεν δίνω έτσι πράμα''...''

''...δυστυχώς οι νέοι μας οι γιατροί και το βλέπω καθημερινά στο νοσοκομείο Λεμεσού, οι νέοι θα έλεγα αλλά και οι πιο παλιοί...επικεντρώνουμε πιο πολλά στους νέους δεν έχουν τίποτε υπ'όψιν τους για αυτά τα σκευάσματα.''

**Λανθασμένη και αναποτελεσματική χρήση των οπιοειδών.** Ο φόβος και η άγνοια των επαγγελματιών υγείας οδηγά στη λανθασμένη χρήση των οπιοειδών σε όλες τις βαθμίδες υγείας. Αντ'αυτού χορηγούν εναλλακτικό και όχι αποτελεσματικό παυσιπόνου επειδή δεν γράφει τη λέξη ''μορφίνη''. Οι ασθενείς πονούν γιατί οι γιατροί δεν δίνουν οπιοειδή και οι νοσηλευτές δεν δίνουν τη συνιστώμενη δόση οπιοειδών.

''...στο Ογκολογικό στο δικό μου το ίδρυμα για να βάλω τα πρωτόκολλα που έχω τωρά χρειάστηκα πάνω από 2 χρόνια υπομονή. Με τους ογκολόγους κυρίως. Όχι στον άρρωστο μου δεν θα δώσεις κάθε μία ώρα και δεν θα τσακώνεσαι...''

''Εγώ(ο θεράπων ιατρός εννοεί) να είμαι ήσυχος το βράδυ βάζουν λιγότερα το βράδυ και οι νοσηλευτές βάζουν λιγότερα....από τα 10 βάζουν ξέρω γω...''

''...Και όταν είπα στις νοσηλεύτριες ''ξέρεις μπορείς να του δώσεις κάθε 15 λεπτά μορφίνη'' μου είπαν'' ουου...μααα...κτλ'' Εντάξει....''

''...σε κάποιες φορές πάμε σε πιο ακριβό φάρμακο μή αποτελεσματικό λόγω του ότι δεν φέρει την ονομασία της μορφίνης ...''

#### 4.4 Οπιοφοβία ασθενών/συγγενών.

Παρατηρείται να υπάρχει αίσθημα φόβου των ασθενών/συγγενών για τις ενδείξεις χρήσεως και αποτελεσμάτων των οπιοειδών αναλγητικών που τους οδηγεί στην ανεπαρκή και λανθασμένη χρήση τους.

**Λανθασμένες αντιλήψεις και προκατάληψη ασθενών/συγγενών έναντι των οπιοειδών.** Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους πιστεύουν ότι η μορφίνη δίνεται στο τελικό στάδιο της νόσου και τη συνδυάζουν με το θάνατο. Ακόμα οι ασθενείς φοβούνται ότι η λήψη οπιοειδών θα τους σκοτώσει, ίδια αντίληψη που έχουν και οι γονείς παιδιών με κακοήθεια.

*''Είχαμε εμείς ένα αγόρι 16 χρονών, έκαμε μεταμόσχευση, υποτροπίασε, είχε φρικτούς πονοκεφάλους, ήταν εγκεφαλική αιμορραγία. Το κεφάλι του πονούσε και πήρε μορφίνη. Η οικογένεια του όμως είχαν περίγυρο διάφορους γιατρούς από διάφορες ειδικότητες...μεταφέρθηκε τελικά το μικρό στο γενικό, τελικά ήταν κλινικά νεκρό και πέθανε. Οι γονείς ξεσηκώθηκαν να επέμβουν νομικά εναντίων του θαλάμου γιατί πιστεύουν τι τους είπε ο περίγυρος...είναι η μορφίνη που εσκότωσε το μωρό...''*

*''...Ο συγγενή όμως υποθέτει ''για να πονεί τόσο πολύ σημαίνει φτάσαμε στο τελικό στάδιο'' πεθαίνει...''*

*''...Το ένα είναι σχετικά με τη οπιοφοβία όταν έρχεται ο ασθενής...ότι έχει εντοπισθεί η μορφίνη σημαίνει καταληκτικός ασθενής και ακούοντας το ο ασθενής λέει ''είναι το τέλος μου;'' ή βλέπει το ο συγγενής πάνω στη συσκευασία του ορρού ο συγγενής ότι γράφει μορφίνη και έρχεται δίπλα του και ''θα πεθάνει;'' λέει μας...''*

*''...Εκείνο που φοβούνται είναι ο εθισμός ειδικά στους καρκινοπαθείς, γιατί αν μιλούμε για καρκινοπαθείς μορφίνη σημαίνει ''είναι και το τέλος μου'' Σου λέει ''Α! Ναρκωτικά παίρνουν του τελικού σταδίου'', ...''*

*''Υπάρχει η εντύπωση ότι η μορφίνη δίνεται σε ανθρώπους που πεθαίνουν και τούτο το πράμα τρομάζει τους ''*

*''Φοβούνται μήπως πεθάνουν, συγκεκριμένα εμάς οι γονείς στην αρχή διότι έχουμε να κάμουμε με παιδιά...εεε τα παιδιά δεν είναι...δεν αποφασίζουν τί θα πάρουν φοβούνται ότι το μωρό μπορεί να το πεθάνουμε αν δώσουμε μορφίνη.''*

**Φόβος ασθενών/συγγενών για παρενέργειες από τα οπιοειδή.** Οι ασθενείς πιστεύουν ότι η μορφίνη προκαλεί εξάρτηση, θα καταλήξουν χρήστες και αρνούνται να πάρουν οπιοειδή αναλγητικά. Οι γονείς παιδιών με κακοήθεια φοβούνται ότι η μορφίνη θα μειώσει το επίπεδο συνείδησης των παιδιών τους και ο συγγενής ανησυχεί ότι ο ασθενής του θα στιγματιστεί στην κοινωνία άμα πάρει οπιοειδή.

*''...ο κόσμος φοβάται ότι '' άμα ο γιατρός μου δώσει μορφίνη είναι το τέλος μου...''*

*''...Γιατί λένε ''όπιο, ναρκωτικό'', το συνδιάζουν στο μυαλό τους με ηρωίνη (Ακούεται: θάνατος), δηλαδή το πιο γνωστό ναρκωτικό είναι η ηρωίνη και οι γνωστές παρενέργειες. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ότι παραπέμπει στην χρήση ναρκωτικών και το μόνο που φοβούνται είναι η εξάρτηση...''*

*''...ο άρρωστος λέει: ''μα θα μου δώσεις ναρκωτικό; Μα είναι ναρκωτικό τούτο. Μα θα πεθάνω; Μα θα συνηθίζω;Μα θα γίνω atict;'' ...''*

*''...είναι το κοινωνικό περιβάλλον περισσότερο, εεεε... το οικογενειακό περιβάλλον νομίζω περισσότερο μην στιγματιστεί ο ασθενής, να λεν ότι ο ασθενής τους παίρνει μορφίνη...''*

*''...να μην θέλουν να πάρουν ναρκωτικά γιατί θα γίνουν ναρκομανείς και να συνεχίζουν να είναι σε πόνο και να αποφεύγουν να παίρνουν αναλγητική θεραπεία.''*

*''Θα πέσουν σε λήθαργο και δεν θα έχει επικοινωνία μαζί μας.''*

Έλλειψη εμπιστοσύνης ασθενών/συγγενών προς αυτά που τους λένε οι επαγγελματίες υγείας και ανεπαρκής χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Υπάρχει διαπίστωση ότι ο κόσμος είναι αρνητικός με τη μορφίνη ακόμα πριν τους ανακοινωθεί η νόσος. Οι συγγενείς επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών και δεν τους επιτρέπουν να δώσουν την ενδεικνυόμενη δόση οπιοειδούς. Οι ίδιοι οι συγγενείς, αναφέρεται, απομακρύνουν τα οπιοειδή αναλγητικά από τον ασθενή, προτιμούν να πονεί γιατί συνδυάζουν τη χρήση τους με την πρόοδο της νόσου. Από την άλλη οι ασθενείς δεν παίρνουν την αναλγητική τους θεραπεία με οπιοειδή, για να νομίζουν οι συγγενείς τους ότι είναι καλά. Στα παιδιά, η αναλγησία επηρεάζεται από την μητέρα.

*“Διότι πολλές φορές είναι ότι θέλει η οικογένεια...”*

*“Είναι πολλά πιο δύσκολο με εσάς που έχετε να κάνετε με μωρά διότι δυστυχώς ακόμα και εκεί που θα ρωτήσουμε ένα μωρό αν πονεί απαντά η μάμμα, δεν θα απαντήσει καν το μωρό...εντάξει...”*

*“Αφού, πρίν μπούν του θαλάμου”μην τους πείτε μορφίνη, μην τους πείτε χημειοθεραπεία”...”*

*“Εεε...πολλές φορές...ο ίδιος ο περίγυρος ρυθμίζει...ζητά τα φάρμακα και μπορεί να μην του δίνει...”*

*“...ο ασθενής θέλει μια χαρά τη μορφίνη του, θέλει να μην πονάει όταν έχει καρκίνο, αλλά, περισσότερο η οικογένεια να μην του δώσουμε πολύ, να μην τη ζητάει μετά...να μην γίνει ναρκομανής...”*

#### **4.5 Κακή διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών από τους επαγγελματίες υγείας.**

Υπάρχει κακή διαχείριση στην έκδοση, διακίνηση και πλεονασμάτων οπιοειδών από τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως από τις φαρμακευτικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα την επικίνδυνη συσσώρευση τους στους ασθενείς, καθώς και στην καταστροφή τους.

**Οι γιατροί που έχουν την ευθύνη συνταγογράφησης τους δεν τα χειρίζονται κατάλληλα.** Στην Κύπρο μπορούν να συνταγογραφούν οπιοειδή όλοι οι γιατροί οι οποίοι δεν τα χρησιμοποιούν ορθολογιστικά και αναφέρεται ότι στην Κύπρο δεν γίνεται αρκετή κατανάλωση .

*''Να υποβάλω και εγώ μian ερώτηση γιατί και εγώ δεν ξέρω απόλυτα. Στην Κύπρο δικαιούνται μόνο οι ογκολόγοι να γράφουν μορφίνη; Οπιοειδή; (Απαντούν διάφοροι μαζί και ακούεται: ''Ναί'' ''γίνεται'', ''μπορούν''). Όλοι και ότι γίνεται....παντού.''*

*''Πέσαν οι αριθμοί πάλι και δυστυχώς οι αριθμοί κάποιων άλλων φαρμάκων που δυστυχώς είμαι έτσι λίγο αυτό δηλαδή...εκεί που δεν είχαμε oxycotin καθόλου στην Κύπρο τωρά έχουμε μian κατανάλωση...εκεί πάνω. Το ίδιο και με τις ππάτσες. Γίνεται μia υπέρκατανάλωση των πατασιών, μia υπερχατανάλωση της oxycotin, τωρά έχουμε και τα tramal που είναι αμολυμένα μέσα στα φαρμακεία που εκεί γίνεται...πώς να το πώ...μια χρήση όχι και η πρέπουσα...''*

*''Η Κύπρος είναι μέσα στις 12 ευρωπαϊκές χώρες που επιλέξαν να βάλουν μέσα στο ATOPE project και ο λόγος είναι ότι η χρήση των οπιοειδών στην Κύπρο είναι πάρα πολύ χαμηλή'σε σχέση με άλλες χώρες. Οι άλλες χώρες είναι ανατολικές...της ανατολικής ευρώπης...''*

*''...Οπότεν έχουμε τα φάρμακα, έχουμε σύστημα υγείας που τα επιτρέπει να τα γράφουμε σωστά και να δοθούν στον άρρωστο όπου και να είναι απλά το θέμα είναι η εκπαίδευση εμάς. Εμείς φταίμε πιο πολύ.....so έχουμε τα resources, έχουμε τα φάρμακα, που είναι και το πρόβλημα γιατί έχουμε και κόσμο ακόμα που πονεί...''*

**Υπάρχουν ανεξέλεκτα μεγάλες ποσότητες οπιοειδών στην κατοχή των ασθενών.** Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι υπάρχει ποσότητα συσσωρευμένων οπιοειδών στο σπίτι κάτω από άγνωστες συνθήκες φύλαξης, χωρίς να υπάρχει έλεγχος για την ακριβή χρήση τους. Περίσσειμα οπιοειδών καταλήγει σε λάθος χέρια κυρίως



μετά το θάνατο του ασθενή. Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν την επικινδυνότητα της ανεξέλεκτης παραμονής περισσευμάτων στο σπίτι και προσπαθούν να ελέγξουν τις ποσότητες που παίρνουν οι ασθενείς μαζί τους.

*''Διότι μέσα στο σπίτι υπάρχει τόσο οπιοειδή και έχουμε τόσους χρήστες έξω μέσα στην οικογένεια και φίλοι. Τούτο το έχω έννοια. Τούτο είναι μεγάλο πρόβλημα, όχι την οικογένεια, όχι τον ασθενή που φοβούμαι. Εγώ φοβούμαι τα παιδιά. Διότι να κάτσεις και να έχεις 3 κουτιά μορφίνες. Έχω ένα ασθενή που πεθαίνει σπίτι αλλά είναι πάνω στο τραπέζι της κουζίνας ''*

*''Η συσσώρευση των φαρμάκων στο σπίτι του ασθενή είναι επικίνδυνο. Οπότε είναι καλύτερα να απαιτείται η επιστροφή και από εκεί και πέρα αν είναι θέμα ασφάλειας.''*

*''Παραδείγματως χάριν τυχαίνει να μου τα φέρουν πίσω και να κοχλάζουν που τα αφήσαν μέσα στο αυτοκίνητο μέσα στον ήλιο. Πώς μπορώ εγώ να τα δώσω πάρακατω; Γιατί δεν μπορώ να ξέρω τις συνθήκες διατήρησης των φαρμάκων, άρα...''*

*''Πολλές φορές που το βλέπουμε εμείς στο σπίτι ,έχουν πολλά φάρμακα, αλλά είναι συνήθως που έχει ανάγκη. Αλλά βάζουμε gababentin για 2 εβδομάδες και μετά σταματήσουμε και έχουμε 3 κουτιά gababentin που μείναν. Και δεν δέχονται να επιστρέφουν του γενικού και δεν ξέρω αν αλλάζαν αλλά...''*

*''Μας έτυχε πολλές φορές στο τμήμα...απεβίωσε ο ασθενής, έρχονται οι συγγενείς, κρατούν μια τσάντα, πέραν από τα φάρμακα τα άλλα που έπαιρνε να έχει για παράδειγμα 80 Οξυκοντίν, 30 fentanyl patch των 50, 20 των 100, 10 των 25 και λοιπά και λοιπά. Τί θα τις κάνουμε εμείς τώρα; Εντάξει θα τις τακτοποιήσουμε. Τούτο είναι αποτέλεσμα ότι οι γιατροί γράφαν ασύστολα συνταγογραφήσεις; Είναι ότι δεν τηρούσε τη φαρμακευτική του αγωγή ο άρρωστος γιατί δεν τα χρειαζόταν ή δεν πονούσε και τα λοιπά; Όμως πονούσε ο άρρωστος και δεν τα έπαιρνε σωστά; Αυτός που τον φρόντιζε δεν τα χορηγούσε ικανοποιητικά;...''*

*“...Είναι πολύ επικίνδυνο να κυκλοφορούν τούτα τα φάρμακα στην κοινωνία....δεν το χωρεί ο νούς μου τούτο το πράμα....”*

*“Το χειρότερο είναι ότι το δίνουν και στους γείτονες.”*

**Έλλειψη οργάνωσης των φαρμακείων στη διαχείριση των οπιοειδών.** Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι οι φαρμακοποιοί έχουν το περισσότερο πρόβλημα στη διαχείριση των οπιοειδών, δεν συνεργάζονται με τις οδηγίες του γιατρού του πόνου και πιστεύουν ότι η χρήση των οπιοειδών δεν τους απασχολεί και αρνούνται την εμπλοκή τους στη διαδικασία. Η έλλειψη οργάνωσης των φαρμακείων προκαλεί ανεξέλεκτη διακίνηση και απώλεια φαρμάκων, αδυναμία χειρισμού των πλεονασμάτων και επιστροφών και δημιουργία προβλημάτων στον κλινικό χώρο.

*“Γράφεις του ένα οπιοειδές να πάει να αγοράσει και του λέει ο φαρμακοποιός: ‘μα γιατί το παίρνεις τούτο το φάρμακο; Ποιός σου το έδωσε; Απαναγία μου! ‘Φαντάσου ο άρρωστος τί panis που μπήκε σε τούτο το φάρμακο...”*

*“...Εγώ ήθελα να πώ, δεν νομίζω έχουμε τόσο πρόβλημα τωρά στα Ογκολογικά τμήμα, είναι εκτός που έχουμε το πρόβλημα. Και δεν είναι μόνο γιατροί και νοσηλεύτη. Είναι και φαρμακοποιός...”*

*“Η διεύθυνση φαρμακευτικών υπηρεσιών στην πρόσκληση μας απάντησε ότι δεν χρειάζεται να είναι παρών...”*

*“Μας έμειναν τεσσερισήμιση...εεε...τέσσερα και μισό χάπια servetol 5 mgs διότι το εμοιράσαμε...ήταν έλλειψη το 10 mgs έδωσε μισό. Παραλαμβάναν τα 4, το μισό το σύστημα τους δεν το επέτρεπε....δεν έπρεπε να πάρουν το μισό χάπι.... Τί θα το κάνω....τί θα το κάνω το μισό το χάπι’;...”*

*''Το θέμα είναι ότι κάποτε πρέπει να σπάσει το ταμπού των φαρμακευτικών υπηρεσιών και το παλιοβιβλίο τους να μπορεί να προσθέτει όχι μόνο να αφαιρεί...''*

*''...Δυστυχώς το επιχείρημα του φαρμακείου είναι ''δεν ξέρω κάτω από ποιές συνθήκες φυλασσόταν το φάρμακο σπίτι''. Βέβαια στις υποχρεώσεις του φαρμακείου είναι να το παραλάβει και να κάνει τις γραφειοκρατικές διαδικασίες να το καταστρέψει που δεν το κάνει το φαρμακείο και τους στέλλει πάνω σε εμάς με τη σακούλα...''*

*''...Πολλοί τους γράφεις για ένα μήνα μορφίνη, στις τρεις μέρες έρχεται εισαγωγή μέσα εκτάκτως...''''... Και στο κενό που υπάρχει αυτό που διαπιστώσαμε εμείς είναι ότι το φαρμακείο κάτω δεν καταγράφει τις ποσότητες...''*

*''...στέλουμε ασθενή στο σπίτι με αναλγητικά φάρμακα....συνταγογραφούμε για ένα μήνα όπως έχουμε πεί, ξαφνικά ο ασθενής θα πεθάνει σε 2 μέρες, η οικογένεια έχει την καλή διάθεση να φέρει τα αναλγητικά στο νοσοκομείο και το νοσοκομείο αρνείται να τα πάρει ...''*

*''Καταρχήν είναι...η ηλεκτρονική συνταγογράφηση γίνεται από ένα από ότι ξέρω από τη Λευκωσία και το Παραλίμνι και τα δύο νοσοκομεία δεν είναι συνδεδεμένα ηλεκτρονικά...δηλαδή το πιο απλό. Τωρά τί μου λές;....''*

**Αλόγιστη καταστροφή και σπατάλη οπιοειδών αναλγητικών.** Γίνεται λανθασμένη καταστροφή ναρκωτικών φαρμάκων καθώς και ακριβά ναρκωτικά καταστρέφονται αντί να ξαναχρησιμοποιούνται. Οι επαγγελματίες υγείας είναι ευαισθητοποιημένοι στο θέμα και παίρνουν την ευθύνη της παραλαβής των επιστροφών, χωρίς όμως να φυλάσσονται σε ιδανικές συνθήκες.

''...Ακόμα και σπίτι τυχαίνει να έχω ναρκωτικά διότι πολλές φορές έρχονται και μου τα φέρνουν και σπίτι οι ασθενείς...''

''...Το θέμα ξέρεις πώς γίνεται; Αυτό που είπε ο συνάδελφος, αυτό που είπε ο συνάδελφος, εσείς σαν νοσηλευτές πάνω στο θάλαμο δεν μπορείτε να το βάλετε μέσα στο DDA (Νοσηλευτής: όχι). Το θέμα είναι ότι με το να το έχω εγώ μέσα στο συρτάρι του γραφείου μου και αύριο έγινε μία διάρρηξη και αυτό.....''

''...Τα χύνουν μέσα στο νιπτήρα. Τούς πήρα και τους ρώτησα ''τί έγινε με τα τρία σιρόπια που έστειλα κάτω'' και μου απάντησαν ότι τα έχυσαν μέσα στο νιπτήρα...''

''...πολλές φορές λένε στον ασθενή...όχι στον ασθενή, στον συγγενή, να τα πετάζουν (Καταστρέψετε τα ) ή ανοίγουν τα ίδιοι και τα χύνουν ( μέσα στο νεροχύτη ) μέσα στο νεροχύτη και μιλούμε πολλές φορές και για ππάτσιες fentanyl οι οποίες είναι πανάκριβες και τις αγοράζουμε φτύνοντας αίμα πολλές φορές για να τις αγοράσουμε βλέποντας τον προϋπολογισμό και ξέρω πόσα κοστίζουν, τα oxycotin...''

''...Εμείς να σας πω την αλήθεια που δεν είναι και το πιο σωστό που κάνουμε...τα πιάνουμε....τα βάζουμε σε ένα ντουλάπι που έχουμε και υπάρχουν ασθενείς που πραγματικά μπορεί να λείψουν στο εξωτερικό για μήνες κτλ και τους τα δίνουμε. Διότι πραγματικά είναι κρίμα να πετάσσουμε τόσα λεφτά επειδή κάποιος λέει ότι'' δεν ξέρω πώς φυλάσσονται''ενώ όπως και να φυλάσσονταν τα έπαιρνε ο μακαρίτης ο ασθενής ασπούμε....''

#### **4.6 Αναποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου με τα οπιοειδή αναλγητικά.**

Δεν υπάρχει αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου με τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών λόγω ανεπάρκειας γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Ο πόνος δεν είναι στις άμεσες προτεραιότητες των επαγγελματιών υγείας και υπάρχει διαφορετικότητα στην αξιολόγηση και διαχείριση του μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

**Οι γιατροί δεν δίνουν προτεραιότητα στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου.** Η Κύπρος παρέχει όλα τα μέσα και τις δυνατότητες για ανακούφιση του πόνου, εντούτοις υπάρχει κόσμος που συνεχίζει να πονεί. Οι ογκολόγοι επικεντρώνονται στη νόσο και την θεραπεία και αγνοούν ή δεν επαναξιολογούν τον πόνο λόγω έλλειψης χρόνου. Επαγγελματίες υγείας που κατέχουν την ειδική γνώση στην ανακούφιση του πόνου αδιαφορούν. Άλλες ειδικότητες και τμήματα αδυνατούν να ρυθμίσουν τον πόνο με τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών.

*“...Εγώ δεν νιώθω ότι στο ογκολογικό της τράπεζας Κύπρου ότι δεν υπάρχει γνώση από τους γιατρούς ή από τους νοσηλευτές ότι για το θέμα του πόνου είναι πάρα πολύ καλό φάρμακο ειδικά αν δεν εδουλέψαν καλά τα δύο πρώτα σκαλοπατάκια ότι θα μπει σε ένα φάρμακο της ομάδας των οπιοειδών. Δεν είναι τούτο. Νομίζω ότι το αγνοούν. Ή γιατί δεν έχουν χρόνο, ή γιατί δεν κάνουν την ερώτηση ....”*

*“Χθές είχα ένα τροχαίο από την Πάφο που φέρανε ένα παιδί με άσχημο τραύμα...κάταγμα στο πόδι και ο ειδικευόμενος μου πήγε κάτω να τον δει και του έδωσα λέει και δεν σε ρώτησα και του έδωσα 200 mc Fentanyl μέχρι να τον ανεβάσουμε χειρουργείο. Και του λέω “δεν χρειάζοταν καν να με ρωτήσεις για αυτό”. Τί; Να τον αφήσουμε κάτω να πονάει; Πιθανόν κάτω δεν θα του είχαν δώσει τίποτα.” ...” ..Ειδικά στα χειρουργία.....Ειδικά και από τους χειρουργικούς θαλάμους που έρχονται και κοντά μας..εεε.....χειρουργημένοι...εεεεε για καρκίνο....γίνεται και τούτο το λάθος και είναι και εκεί που έχουμε και προβλήματα. Επόμε πολλά, του κολλήσαμε μια πάτσια των 50 και σας τον εστείλαμε...”*

*“...Αν βάλεις ένα γιατρός να στείλει ναρκωτικά από το χειρουργή θάλαμο ένα ποσό που δεν εκάναν βιοψία και περιμένει ο ογκολόγος και ο ογκολόγος δεν δέχεται να δει ο ασθενής ακόμα, έχει ένα κενό που πάν σπíti με φοβερούς πόνους, έχουμε μεγάλο πρόβλημα να πιάσουμε να...”*

*“Να υπάρχει στο treatment chart...να πήρε πχ 5...να πάρω ένα παράδειγμα, οι συναδέλφοι ξέρουν...έχει μορφίνη drip εεε...20 εεε...σήμερα και για 3 μέρες εεε....βλέπεις ο ασθενής... εεε...χρειάζεται 6 φορές έξτρα για break through εεε...ο γιατρός θα πρέπει να*

το αυξήσει 30, 40...άρα πρέπει να το αξιολογήσει και ο γιατρός τα δεδομένα που έχουμε καταγραμμένα και εμείς οι νοσηλευτές. Έχει γιατρούς που δεν τα αξιολογούν...''

''...Εμείς οι γιατροί ασχολούμαστε με την αρρώστια, αλλά, τον ασθενή εντός εισαγωγικών μπορεί να μην τον ενδιαφέρει το είδος της χημειοθεραπείας που θα πάρει αλλά το πώς θα του ανακουφίσεις τον πόνο οποίος για εμάς είναι δευτερεύων, ενώ για τον ασθενή είναι πρωτεύων...''

''...Και ο πόνος είναι από τα προβλήματα που πρέπει να τα πιάσεις από την αρχή. Δυστυχώς, και δεν θέλω να ελαφρύνω τη θέση κάποιων συνάδελφων (ογκολόγων), έλλειψη χρόνου, πίεση στο ιατρείο, επικεντρώνεσαι πάνω στη νόσο το ξαναεπαναλαμβάνω τούτο το πράμα...έλλειψη και γνώσης καμιά φορά... Και το θέμα είναι για να δώσεις αναλγησία καμιά φορά πρέπει ο άρρωστος να τον ξαναδείς σε σύντομο χρονικό διάστημα, να δείς πώς επήγε, να του αυξήσεις την αναλγησία. Να δείς παρενέργειες οι οποίες είχε και πρέπει να τις αντιμετωπίσεις και δυστυχώς λείπει ο χρόνος πάνω σε τούτο το θέμα...''

''...Μπορεί να υπάρχει ο πόνος και να υπάρχουν και άλλα θέματα. Δυστυχώς εμείς οι ογκολόγοι...ναι...θα επικεντρωθούμε στο νόσημα. Έχει ένα καρκίνο του πνεύμονα, θα του δώσουμε τη θεραπεία και από εκεί και πέρα πιστεύουμε κακώς πως θεραπεία δοθείσης και ο άρρωστος...ότι θα μειωθεί και ο πόνος...''

''...Και σε πόσες φορές και δεν μιλώ προσωπικά σε εσένα , διότι έτυχε εχτές να διεβάσω μια μελέτη, προχτές...όπου εκάναν σε μια ομάδα 500 ασθενών...ερωτήσαν τέλος παντων τα παράπονα τους, εεεε τα προβλήματα πουν είχαν και ένα 37% είχαν πεί ότι ο ογκολόγος μου εθεράπευσε τον καρκίνο μου αλλά με τον πόνο μου δεν ασχολείται...''

**Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν επαρκείς γνώσεις στα οπιοειδή και δεν ανακουφίζουν τον πόνο. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν το ίδιο υπόβαθρο γνώσεων**

στα οπιοειδή αναλγητικά. Χρησιμοποιούν μή ενδεδειγμένη αγωγή με οπιοειδή με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου.

*''...Ασθενής που ήρθε από το χειρουργικό με extremely pain που πραγματικά υποφέρουν και εφοβούνταν, επεριορίζονταν οι γιατροί στο να πάρει ένα Panadol ή το πολύ μαζί με κωδεΐνη και αν καμιά φορά μορφίνη και εκείνη ήταν λάθος η δόση...''*

*''...χρειάζεται η εμπειρία...κυρίως η νοσηλευτική που είναι 24 ώρες το 24ωρο που είναι μαζί με τον άρρωστο αλλά....εννοείται και η ιατρική βέβαια!..''*

*''...χρειαζόμαστε πολλές φορές τη βοήθεια των νοσηλευτών που επίσης οι νοσηλευτές κάποιες φορές...επίσης κάποιιοι νοσηλευτές δεν έχουν την εμπειρία, ή μπορεί να μην εκτιμούν τον πόνο. Όντως χρειάζεται και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για να μας βοηθά και εμάς που κακώς δεν αφιερώνουμε τον αντίστοιχο χρόνο, τον απαραίτητο χρόνο που πρέπει στον άρρωστο για τούτο το θέμα...''*

*''...Λοιπόν...η γυναίκα ήταν έτσι κουβαράκι από τον πόνο, επονούσε, επονούσε τρομέρα...την προηγούμενη ημέρα είχε πάρει χημειοθεραπεία, είχε και διάρροιες, ανορεξία, πόνους τρομερούς ( η φωνή της παίρνει μελοδραματικό ύφος) και ''τί σας δίνει λέω ο γιατρός σας;', 'να δώ τα φάρμακα; Και τί δίνει ο γιατρός για τον πόνο; ( ερωτά την ομάδα). Indocid υπόθετο (απαντά )...''... Είπα ''γιατρέ αυτό και αυτό...είμαι στο τάδε σπίτι, έχω την τάδε κυρία, αυτή είναι η εικόνα της και πονεί τρομερά η γυναίκα....εεε είναι γραμμένη Indocid και δεν μπορούμε να...δεν θα δουλέψουν. Τί θέλετε; Να κάνουμε κάτι άλλο;''Οχι λέει, να πάρει το υπόθετο....''*

**Υπάρχει διαφορετικότητα στην αξιολόγηση του πόνου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική ανακούφιση του. Υπάρχει διαφορετικότητα απόψεων στην αξιολόγηση του είδους και έντασης του πόνου μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές κυρίως ογκολογικών θαλάμων αξιολογούν και καταγράφουν τον πόνο σε έντυπα όλο το 24ωρο και εντοπίζουν τα**

ακριβή χαρακτηριστικά του. Τα έντυπα αυτά δεν τυγχάνουν της ανάλογης εκτίμησης από τους γιατρούς. Οι γιατροί, αναφέρεται, δεν ρυθμίζουν ικανποιητικά την χορήγηση της μορφίνης. Σε γενικούς θαλάμους δεν χρησιμοποιούνται έντυπα αξιολόγησης του πόνου. Στα εξωτερικά ιατρεία εντοπίζεται αδυναμία στην αξιολόγηση και παρακολούθηση του καρκινικού πόνου από γιατρούς και νοσηλευτές.

''...Ο γιατρός που συνταγογραφεί βλέπει τον ασθενή αλλά ήταν να πώ ότι και στη βραχεία νοσηλεία αν υπήρχε ο χρόνος να δείς τον ασθενή και όχι του βάζεις ένα ορρό και φεύγεις..πολλοί ασθενείς συνδέονται με τη νοσηλεύτρια, ''γεια σου Μαρία τί κανείς'' και πολλές φορές ξέρουν ότι έχουν πόνο και θα έρθει η Μαρία να μου πεί ''ξέρεις γιατρέ...''

''...Υπάρχουν και φάρμακα που δεν βλέπουν γιατρό. Πχ τα zomeda ή φάρμακο που έρχεται κάθε μήνα που σίγουρα έχει οστικές μεταστάσεις και σίγουρα έχει πόνο. Ποιός τον αξιολογά. Σίγουρα θα περιμένει το ραντεβού του που θα δει το γιατρό'...''

''Αλλά εμένα που θα έρθει να πάρει μια θεραπεία δεν τον αξιολογώ. Μόνο αν τον δώ τέλεια χάλια θα πώ του γιατρού ''ξέρεις γιατρέ τον είδες τούτο τον ασθενή..''

''...Εμείς πάντως στο day care δεν αξιολογούμε τον ασθενή εμείς σαν νοσηλευτές. Θα δώσω τη χημειοθεραπεία, σίγουρα ο άρρωστος πονεί...αλλά δεν ξέρω για τον πόνο του...δεν τον ρωτώ καν για τον πόνο του. Δεν μεταφέρω στο γιατρό για τον πόνο του ούτε για την φαρμακευτική του αγωγή ούτε τίποτα. Απλά του δίνω τη θεραπεία. Οπότεν όλα πάνε στο γιατρό που έχει πολύ πολύ περιορισμένο χρόνο να δει...''

''...υπάρχουν τα έντυπα αξιολόγησης και παρεμβάσεων. Ο κάθε ασθενής έχει το δικό του έντυπο με ημερομηνία και κάθε βάρδια γίνεται, μπορεί να γίνεται και 2 με 3 φορές την ημέρα ανάλογα με τον ασθενή αν παίρνει παυσίπονα κτλ ...''



''Χωρίς να θέλω να σας θίξω για γιατρούς...στην πείρα ο γιατρός βλέπει το καθημερινά....πόσες φορές επείρεν subcutaneous ο ασθενής...βλέπει το καθημερινά ο ασθενής...τη μορφίνη και μπορεί ο γιατρός ας πούμε που είμαστε συνεργάτες εκεί στο θάλαμο να αυξήσει τη δόση της μορφίνης..ή κάτι extra. Έχει γιατρούς που δεν θα δούν καν το treatment chart πόσες φορές...οχι για εμάς οι ογκολόγοι αλλά και άλλες ειδικότητες πόσες φορές χρειάστηκε ψές αυτός ο άρρωστος στο 12ωρο να πάρει μορφίνη. Πώς ενημερώνεται ο γιατρός αν δεν ανοίξει το θεραπευτικό σχήμα να δει αν ο τάδε ασθενής πήρε 5 μορφίνες άρα δεν συμβαίνει..κάτι δεν πάε καλά...''

''...Και στην πρωινή επίσκεψη των γιατρών, πάλι ο υπεύθυνος νοσηλευτής θα παρουσιάσει τον ασθενή και ακούοντας το report της νυχτερινής βάρδυνας, θα σας παραδώσει στο γύρο...εμμ...για τον εμμ...για τον πόνο του ασθενή...θα είναι ενημερωμένοι( εννοεί οι νοσηλευτές) για 24 ώρες, μιάς και είμαστε νοσηλευτές για 24 ώρες που θα το ξέρετε...εμμ...στην πρωινή σας επίσκεψη θα ενημερωθείτε από τον υπεύθυνο νοσηλευτή για τον ασθενή...''...''Εεεε..Πώς ήταν ο πόνος του..εε...γιατί η προϊστάμενη καταγράφοντας το report το πρωί και παραδίνοντας στις τρεις βάρδιες της ημέρας ξέρει ότι μαζί σας θα σας πεί ότι αυτός ο ασθενής παρουσίασε τρεις φορές πόνο και αναγκαστικά θα χρησιμοποιήσουμε αναγκαστικά 3,4,5,6 φορές ένα PRN, SC αναλγητικό πχ μορφίνη..και έτσι είσατε και εσείς ενήμεροι από τον υπεύθυνο, όταν και ο υπεύθυνος είναι ενημερωμένος κατάλληλα να σας παρουσιάσει τον ασθενή.''

''...Υπάρχει έντυπο ειδικό που θα μπει και αυτό μαζί και βλέπεις μέσα σε ένα 24ωρο περίπου ο ασθενής..και υπάρχουν πολλοί ασθενείς που έρχονται για έλεγχο του πόνου και σε 24 ώρες δεν σου παραπονιούνται για πόνο. Η υπάρχει ασθενής που έρχεται για άλλο θέμα , για ενυδάτωση για παράδειγμα, να πάρει για 2-3 μέρες ορρούς και να φύγει και σου παρουσιάζει εκεί πόνους...''

''...διότι πολλές φορές κάνουμε το απόγευμα επίσκεψη και παραδώνουμε στους συναδέλφους την επόμενη μέρα το πρωί νομίζεις ότι εμίλας για άλλον ασθενή. Φαντάζομαι εννοείται οι νοσηλευτές που είναι 24 ώρες το 24ωρο έχουν διαφορετικές παραστάσεις, σίγουρα...''

*''Μα πού είναι η κλινική εικόνα που μου είπες ότι πονεί επι ώρες'', ας πούμε και να μου πεί ότι οι νυχτερινοί υπέρβαλλαν εμές και ότι τη νύχτα επονούσε και το πρωί που ήρθεν ήταν μιά χαρά ο άρρωστος.''*

*''...Έχουμε ένα βαρύ κομμάτι της όλης κατάστασης εμείς οι νοσηλευτές γιατί πολλές φορές και εγώ έπιασα τον εαυτό μου και πολλοί πιστεύω από τους συναδέλφους, επειδή είμαστε εμείς που είμαστε 24 ώρες με τον άρρωστο έχουμε μια διαφορετική αξιολόγηση και πολλές φορές ο γιατρός ο ίδιος μπορεί να σε αμφισβητήσει, να τον πιάσεις και μιά και δυό και να του πείς ''γιατρέ πονεί''...''μα έδωσες του πρίν λίγο, άφησε τον περίμενε''...''*

#### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Δρ. Κυριάκος Στυλιανίδης-Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου-Υποστηρικτική Φροντίδα.

Δρ. Ιωαννίδης Γιώργος-Γ/Ν/Λευκωσίας-Ογκολογικό.

Δρ.Μαλάς Σταύρος-Γ/Ν/Λεμεσού-Ογκολογικό.

Προϊσταμένη Νεοφύτα Κουππή-Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας  
ΑΡΟΔΑΦΝΟΥΣΑ/ Αντικαρκινικός Σύνδεσμος.

Α/ΝΛ Αντρούλα Παπαβασιλείου-Μακάρειο Νοσοκομείο-Παιδοογκολογικό.

Ν/Λ Γιάννο Τουμπή-Γ/Ν/Λευκωσίας-Αιματολογικό.

Ν/Λ Γιολάντα Κκάντικ-ΠΑΣΥΚΑΦ.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΕΥΡΥΜΑΤΩΝ

Σκοπός της έρευνας ήταν να συλλέξει δεδομένα για την άποψη των γιατρών για τους φραγμούς στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο. Ο πληθυσμός των εγγεγραμμένων γιατρών στον Κυπριακό Ιατρικό Σύλλογο είναι 2500 και δεν υπολογίστηκε στατιστικά το δείγμα. Στάληκαν 830 ερωτηματολόγια ταχυδρομικώς στους εγγεγραμμένους γιατρούς και επιστράφηκαν 8,7% (n=73)

Για σκοπούς ανάλυσης, τα αποτελεσμάτα χωρίστηκαν σε τρία μέρη σύμφωνα με τα μέρη του ερωτηματολογίου.

### 5. 1 Μέρος Πρώτο

Σκοπός της διερεύνησης της ηλικίας ήταν για να εντοπιστεί αν οι νέοι γιατροί έχουν περισσότερες γνώσεις στη διαχείριση των οπιοειδών. Ο μικρός αριθμός της ανταπόκρισης (Πιν 2) δεν μπορεί να υποστήριξει αυτή την υπόθεση.

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
26-30	2
31-35	3
36-40	12
41-45	10
46-50	8
51-55	17
56-60	9
61-65	9
66+	1
Καμία ανταπόκριση	2

Πίνακας 2: Κατανομή αποκρίσεων κατα ηλικία.

### 5.2 : Μέρος Δεύτερο

Τα δεδομένα των απαντήσεων χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες. Καρκινικό πόνο, AIDS/HIV πόνο και άλλου είδους πόνο.

**Καρκινικός Πόνος (fig 7)**

Μέτριου προς σοβαρά προβλήματα στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών αναφέρουν: την άρνηση των γιατρών να συνταγογραφήσουν οπιοειδή (49.3%), την άρνηση των φαρμακοποιών να παραλάβουν τα οπιοειδή(31.49%), νόμους και κανονισμούς (41.08%) και δυσκολία στη προμήθεια οπιοειδών στο σπίτι (39.71%).

Πιό ήπιοι φραγμοί στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών αναφέρονται: η φόρμα συνταγογράφησης (45.19%), πρόγραμμα αδειοδότησης (27.38%), έλλειψη οπιοειδών (38.34%), κόστος (38.34%, δοσολογικά σχήματα (42.45%) και αδειοδότηση γιατρών (32.86%).

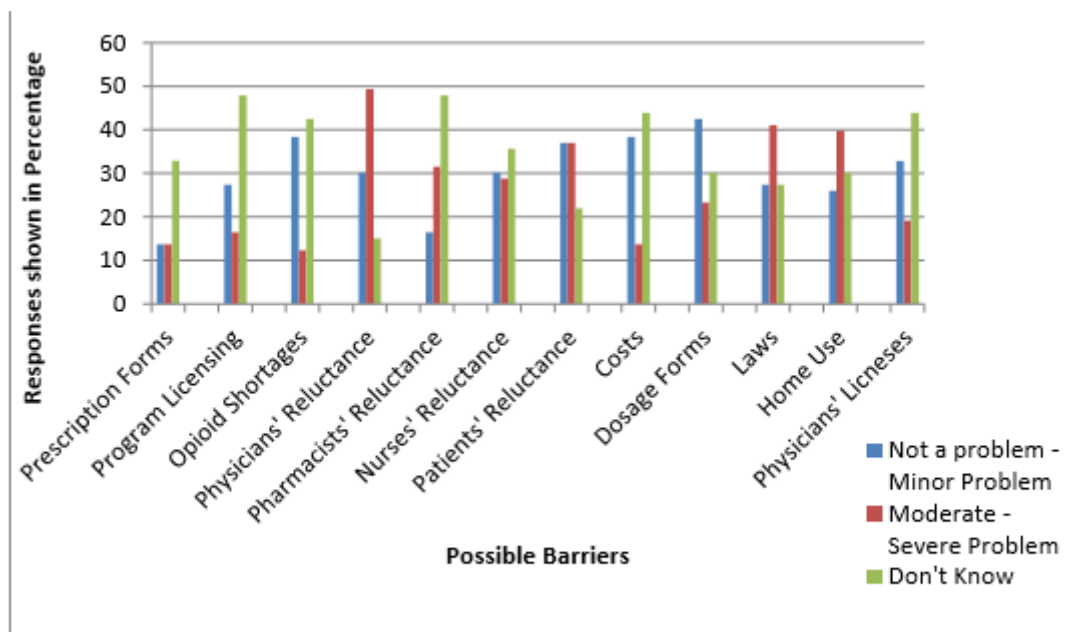
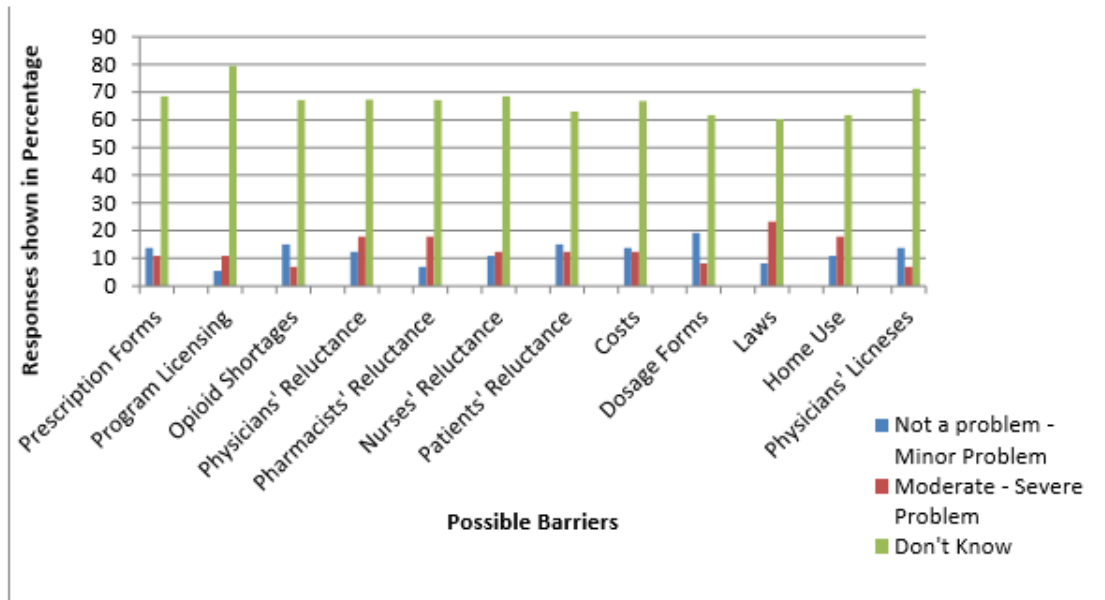


Figure 7: Proportion of Responses Relating to Cancer Pain

### AIDS/HIV Πόνος (fig 8)

Η πλειοψηφία των γιατρών δεν γνώριζε τις απαντήσεις των ερωτήσεων που αφορούσαν τον πόνο από AIDS/HIV πόνο λόγω του ότι οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύονται σε ειδικό τμήμα μόνο.



**Figure 8:** Proportion of Responses Relating to HIV/AIDS Pain

### Άλλοι Τύποι Πόνου (fig 9)

Μετρίου προς σοβαρά προβλήματα στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών αναφέρονται: η άρνηση των γιατρών να συνταγογραφήσουν οπιοειδή (42.82%), άρνηση των φαρμακοποιών να παραλάβουν οπιοειδή (30.12%), νόμοι και κανονισμοί (42.45%) και δυσκολία στην προμήθεια οπιοειδών στο σπίτι (24.45%).

Πιο ήπιοι φραγμοί στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών αναφέρονται: η φόρμα συνταγογράφησης (39.71%), πρόγραμμα αδειοδότησης (13.69%), έλλειψη οπιοειδών (35.6%), δοσολογικά σχήματα (35.6%), κόστος (28.7%) και αδειοδότηση γιατρών (21.9%).

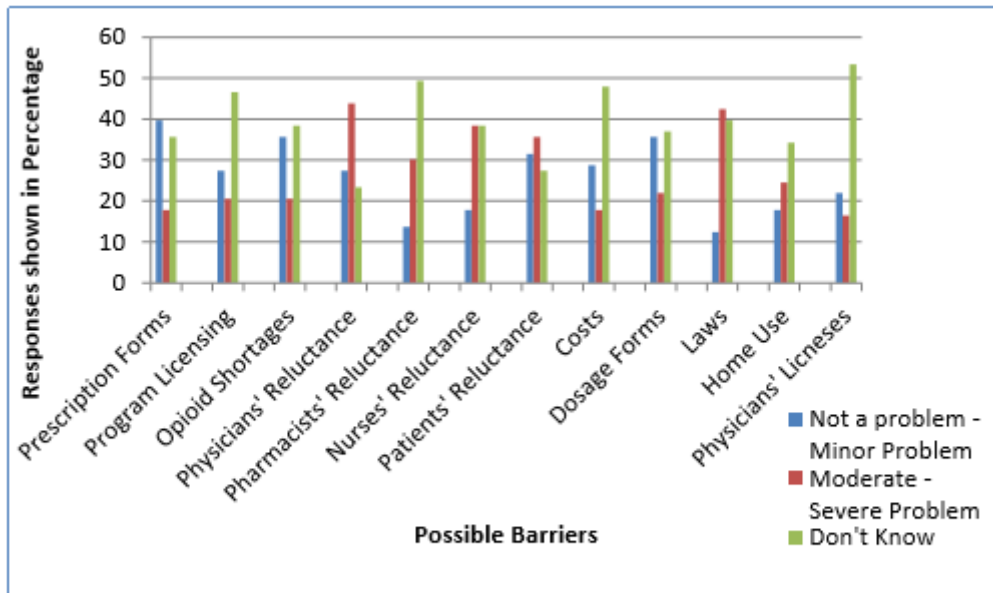


Figure 9: Proportion of Responses Relating to Other Types of Pain

### 5.3 Μέρος Τρίτο

Τα αποτελέσματα αφορούν τις ερωτήσεις που περιγράφουν τη γνώμη των γιατρών σχετικά με τη χρήση των οπιοειδών σε επιλεγμένες καταστάσεις (Πιν. 14, 16)

Distribution of Physicians Opinions to Opioid Related Situations						
	Strongly Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Strongly Agree	Don't Know	No Response
Cancer pain not adequately treated	7 (9.58%)	17 (23.28%)	18 (24.65%)	15 (20.54%)	12 (16.43%)	4 (5.47%)
AIDS pain not adequately treated	1 (1.36%)	3 (4.10%)	9 (12.32%)	7 (9.58%)	49 (67.12%)	4 (5.47%)
Surgical pain not adequately treated	17 (23.28%)	19 (26.02%)	15 (20.54%)	6 (8.21%)	13 (17.80%)	3 (4.10%)
Trauma pain not adequately treated	15 (20.54%)	17 (23.28%)	18 (24.65%)	7 (9.58%)	13 (17.80%)	3 (4.10%)
Chronic non-malignant pain not adequately treated	5 (6.84%)	15 (20.54%)	19 (26.02%)	16 (21.91%)	15 (20.54%)	3 (4.10%)
Obstetric pain not adequately treated	11 (15.06%)	10 (13.69%)	10 (13.69%)	2 (2.73%)	37 (50.68%)	3 (4.10%)
No recent improvement in opioid availability	6 (8.21%)	14 (19.17%)	8 (10.95%)	9 (12.32%)	33 (45.20%)	3 (4.10%)
Opioids not available for paediatric cancer pain	1 (1.36%)	3 (4.10%)	3 (4.10%)	6 (8.21%)	57 (78.08%)	3 (4.10%)
Opioids not available for paediatric AIDS pain	0	2 (2.73%)	1 (1.36%)	5 (6.84%)	61 (83.56%)	4 (5.47%)
Inadequate educational opportunities	3 (4.10%)	5 (6.84%)	20 (27.39%)	36 (49.31%)	6 (8.21%)	3 (4.10%)
Fears about dependence interfere with cancer pain management	5 (6.84%)	8 (10.95%)	27 (36.98%)	24 (32.87%)	6 (8.21%)	3 (4.10%)
Fears about dependence interfere with management of AIDS pain	0	3 (4.10%)	17 (23.28%)	9 (12.32%)	40 (54.79%)	4 (5.47%)
Opioids are not always available out-of-hours	4 (5.47%)	6 (8.21%)	20 (27.39%)	19 (26.02%)	20 (27.39%)	4 (5.47%)
Strict controls lead to use of weaker analgesics in cancer pain	6 (8.21%)	5 (6.84%)	19 (26.02%)	25 (34.24%)	14 (19.17%)	4 (5.47%)

Table 14: Distribution of Opinions on Opioid Related Situations

Attitudes of Doctors in Relation to Affiliations				
Characteristic	Private n(%)	Public n(%)	Other n(%)	p-value
<b>Opioid Shortages (Cancer)</b>				
Not a problem	8 (28.6)	12 (60.0)	3 (15.0)	0.05
Minor problem	4 (14.2)	0 (0.0)	1 (5.0)	
Moderate problem	2 (7.1)	2 (10.0)	2 (10.0)	
Serious problem	1 (3.6)	1 (5.0)	1 (5.0)	
Don't know	13 (46.4)	5 (25.0)	13 (65.0)	
<b>Physician Reluctance to Prescribe (Cancer)</b>				
Not a problem	12 (42.9)	3 (14.3)	1 (5.0)	0.0004
Minor Problem	2 (7.1)	2 (9.5)	2 (10.0)	
Moderate problem	10 (35.7)	7 (33.3)	1 (5.0)	
Serious problem	2 (7.1)	6 (28.6)	10 (50.0)	
Don't know	2 (7.1)	3 (14.3)	6 (30.0)	
<b>Doses and Dosages (Cancer)</b>				
Not a problem	8 (28.6)	8 (38.1)	1 (4.8)	0.027
Minor Problem	4 (14.3)	5 (23.8)	5 (23.8)	
Moderate problem	7 (25.0)	4 (19.0)	1 (4.8)	
Serious problem	1 (3.6)	1 (4.8)	3 (14.3)	
Don't know	8 (28.6)	3 (14.3)	11 (52.3)	
<b>Difficulty in Obtaining for Home Use (Cancer)</b>				
Not a problem	2 (7.1)	6 (28.6)	0 (0.0)	0.055
Minor Problem	6 (21.4)	1 (4.8)	4 (19.0)	
Moderate problem	5 (17.8)	4 (19.0)	2 (9.5)	
Serious problem	5 (17.8)	7 (33.3)	6 (28.6)	
Don't know	10 (35.7)	3 (14.3)	9 (42.9)	
<b>Physician Reluctance to Prescribe (HIV/AIDS)</b>				
Not a problem	7 (26.9)	2 (10.0)	0 (0.0)	0.026
Minor Problem	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Moderate problem	2 (7.8)	4 (20.0)	2 (10.0)	
Serious problem	0 (0.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	
Don't know	17 (65.4)	13 (65.0)	14 (70.0)	
<b>Nurse Reluctance to Administer HIV/AIDS</b>				
Not a problem	4 (15.4)	1 (5.0)	0 (0.0)	0.048
Minor Problem	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Moderate problem	1 (3.8)	1 (5.0)	1 (4.8)	
Serious problem	0 (0.0)	4 (20.0)	2 (9.5)	
Don't know	18 (69.3)	14 (70.0)	18 (85.7)	
<b>Cost Prohibitive for Patients (HIV/AIDS)</b>				
Not a problem	8 (30.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.006
Minor Problem	1 (3.8)	0 (0.0)	1 (4.8)	
Moderate problem	1 (3.8)	3 (15.0)	3 (14.3)	
Serious problem	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (4.8)	
Don't know	16 (61.6)	16 (80.0)	16 (76.1)	

Table 16: Attitudes of Physicians in Relation to Affiliations Where P-value is Less than 5%

## Διαχείριση Πόνου

Εδώ συμπερένεται ότι η πλειοψηφία των γιατρών πιστεύει ότι ο καρκινικός πόνος δεν διαχειρίζεται ικανοποιητικά (45.19%), ο μετεγχειρητικός πόνος ανακουφίζεται ικανοποιητικά (49.3%), ο μετατραυματικός πόνος ανακουφίζεται ικανοποιητικά (43.82%) και άλλοι τ'πυοι πόνου δεν ανακουφίζονται ικανοποιητικά (47.93%)

## Πρόσβαση στα Οπιοειδή

Εδώ συμπερένεται ότι οι γιατροί δεν γνωρίζουν αν τα οπιοειδή ενδύκνενται για τον παιδικό καρκίνο (78.08%), δεν γνωρίζουν αν τα οπιοειδή ενδύκνενται για τον πόνο στα παιδιά με AIDS/HIV (83.56%) και τα οπιοειδή δεν είναι διαθέσιμα όλο το 24ωρο και στις Πρώτες Βοήθειες (53.41%)

### **Εκπαίδευση**

Το 76.7% των γιατρών συμφωνεί ότι δεν έχουν αρκετές ευκαιρίες επιμόρφωσης στα οπιοειδή αναλγητικά, ενώ το 10.94 διαφωνεί. Εδώ συμπερένεται ότι υπάρχει ανάγκη επιμόρφωσης των γιατρών στα οπιοειδή αναλγητικά.

### **Οπιοφοβία**

Εδώ συμπερένεται ότι οι γιατροί πιστεύουν ότι η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών προκαλεί εξάρτηση (69.85) και δεν γνωρίζουν αν σε ασθενείς με AIDS/HIV πρέπει να ανησυχούν για εξάρτηση (54.79%).

### **Νόμοι και Κανονισμοί**

Η πλειοψηφία πιστεύει ότι οι αυστηροί νόμοι που διέπουν τη διακίνηση των οπιοειδών αναλγητικών αναγκάζει τους γιατρούς να καταφύγουν σε πιο ήπια αναλγητικά.



## 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα συμμετείχαν δύο ομάδες εστίασης 25 ατόμων, γιατροί και νοσηλευτές από όλους τους τομείς της ογκολογίας (Ογκολογικό, αιματολογικό, κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας, κατ'οίκον φροντίδα,) που είναι διαθέσιμοι στην Κύπρο, τόσο της πρωτοβάθμιας, όσο και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας το οποίο ήταν ανοιχτή συζήτηση για το τί πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο. Στόχος των συνεντεύξεων ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των πιο πάνω επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου, στην Κύπρο. Στην ανάλυση αναδύθηκαν έξι κύριες θεματικές ενότητες και είκοσι υποθεματικές, οι οποίες καλύπτουν την πολυδιάστατη άποψη των επαγγελματιών υγείας για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο.

Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι έχουν έλλειψη γνώσεων γύρω από τη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών που πηγάζει μέσα από την ανεπαρκή βασική τους εκπαίδευση και την απουσία συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης. Αυτό τους δημιουργεί ένα αίσθημα φόβου στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για την ανακούφιση του καρκινικού πόνου και συνδυάζουν τη μορφίνη με το θάνατο, την εξάρτηση και άλλες καταστρεπτικές επιδράσεις στον ασθενή. Συνέπεια αυτών, οι επαγγελματίες υγείας δε διαχειρίζονται σωστά την έκδοση και διακίνηση των οπιοειδών αναλγητικών με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην παίρνουν τα ενδεδειγμένα σχήματα και δόσεις, ή αυτά να συσσωρεύονται στους ασθενείς. Αποτέλεσμα αυτής της διεργασίας είναι να μην ανακουφίζεται ικανοποιητικά ο καρκινικός πόνος και ο ασθενής να συνεχίζει να πονεί. Η ανεπάρκεια των επαγγελματιών υγείας στη χρήση και διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών έχει αρνητική επίδραση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών και συγγενών για τη θεραπεία τους με οπιοειδή. Οι ασθενείς/συγγενείς αναγκάζονται να βρίσκουν πληροφορίες από το διαδίκτυο και άλλες πηγές με αποτέλεσμα να δημιουργείται και σε αυτούς αίσθημα φόβου για τις ενδείξεις χρήσης και παρενέργειες των οπιοειδών αναλγητικών, όπως εξάρτηση, καταστολή και θάνατος. Δεν ακολουθούν σωστά τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας, ή ακόμα κάνουν και λάθη στον τρόπο και οδό χορήγησης των οπιοειδών και έτσι δεν ανακουφίζεται ο πόνος τους ικανοποιητικά. Όσον αφορά τους κανονισμούς και διαδικασίες έκδοσης και διακίνησης των οπιοειδών αναλγητικών είναι απλή και εφικτή

από όλες τις ειδικότητες. Υπάρχει όμως πρόβλημα από την πλευρά των φαρμακευτικών υπηρεσιών οι οποίες δεν συνεργάζονται με τις οδηγίες συνταγογράφησης των γιατρών, όταν δεν συμφωνούν με τις δόσεις και τους συνδυασμούς οπιοειδών.

Αυτό που πυροδοτεί αυτήν την αλυσιδωτή αντίδραση είναι η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα οπιοειδή η οποία καταλήγει στην ανεπαρκή ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Γίνεται μιά πρώτη παραδοχή απο επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο, που προέρχονται απο όλους τους χώρους της ογκολογίας, για το σοβαρό κενό που υπάρχει στην εκπαίδευση τους για τα οπιοειδή αναλγητικά. Είναι πολύ σημαντικό που οι ίδιοι οι διαχειριστές των φαρμάκων αυτών εντοπίζουν και τον κύριο παράγοντα που είναι υπεύθυνος για την μετέπειτα όχι ορθολογιστή χρήση των οπιοειδών τόσο από τους ιδίους όσο και απο τους ασθενείς με τελικό αποτέλεσμα την μή ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Υπάρχει πλήρης συμφωνία των ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων της έρευνας και ισχυροποιείται το αποτέλεσμα. Μέσα από τις συνεντεύξεις αναφέρονται περιπτώσεις που η εκπαίδευση επαγγελματία υγείας στα οπιοειδή βελτίωσε την αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου και ξεπέρασε τους φραγμούς που προκαλούσαν οπιοφοβία. Εφόσον εντοπίστηκε ο παράγοντας αυτός τότε μπορεί να ακολουθήσουν και βελτιωτικά μέτρα.. Πρόσφατα στην Ιαπωνία έχουν εκδοθεί οδηγίες προς τους γιατρούς που συνταγογραφούν οπιοειδή αναλγητικά για να μειωθεί η κατάχρηση και η κακή διαχείριση τους από τους ασθενείς, αλλά και τους γιατρούς τους ίδιους ώστε να πετυχαίνεται η καλύτερη δυνατή ανακούφιση του πόνου. Οι γιατροί πρέπει να έχουν συμπληρώσει συγκεκριμένη διαδικτυακή εκπαίδευση για το κάθε οπιοειδές φάρμακο και οι ασθενείς να παίρνουν πρώτα δοκιμαστικά το οπιοειδές και μετά να το συνεχίζουν. Βασικό κριτήριο των γιατρών αν θα συνεχίσουν την αγωγή είναι οι προσδοκίες και η ικανοποίηση των ασθενών (Eriko Onishi, et al, 2017). Το Παγκόσμιο κέντρο ελέγχου λοιμώξεων (CDC) έχει εκδόσει κατευθυντήριες οδηγίες προς όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαχείριση των οπιοειδών να συζητούν πρώτα με τον ασθενή όλες τις πιθανές παρενέργειες, κινδύνους και οφέλη απο τη χρήση των φαρμάκων αυτών για να εξασαλιστεί η σωστή συμπεριφορά των ασθενών προς τη θεραπεία τους. Πρέπει να επικεντρώνονται στα θέματα που αφορούν τις μακροχρόνιες παρενέργειες και την ασφάλή χρήση τους απο την οικογένεια του ασθενή για να μην εκτέθει κανείς σε κίνδυνο απο πιθανή χρήση τους ( Green J, et al, 2016). Στις ΗΠΑ μετά που εφάρμοσαν

τις οδηγίες αυτές παρατήρησαν βελτίωση στη συμπεριφορά των ασθενών με τη θεραπεία τους και μείωση των κινδύνων των παρενεργειών. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποίησαν πέντε τεχνικές βελτίωσης της συμπεριφοράς των ασθενών σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας, αλλά με τα ίδια αποτελέσματα. Εστίασαν στην αυτονομία του ασθενή, ανέπτυξαν φιλικές σχέσεις μαζί τους, ακολούθησαν μικρά βήματα, προγραμματίζαν μικρές και συχνές συναντήσεις για επίλυση προβλημάτων και έδειξαν συναισθήματα συμπάθειας και ενδιαφέρον. Οι ασθενείς επέδειξαν συνεργασία με την αγωγή τους και μειώθηκε η κακή χρήση και οι παρενέργειες, αλλά πέτυχαν και καλύτερη ανακούφιση του πόνου. (Joachim O. Hero et al, 2016)

Το ποσοτικό μέρος της έρευνας κατέληξε στο γενικό αποτέλεσμα ότι κύριος φραγμός στη χρήση οπιοειδών αναλγητικών στην Κύπρο είναι η έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών. Αυτό ενισχύεται από τις πεποιθήσεις και τους φόβους των επαγγελματιών υγείας και του κόσμου γύρω από τα οπιοειδή αναλγητικά. Η έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών που αναφέρεται στο γενικό της συμπέρασμα ταυτίζεται και με τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μοντέλου της Cicely Saunders των ομάδων εστίασης. Στην κορυφή του μοντέλου βρίσκεται η έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας γύρω από τη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών που, όπως περιγράφεται πιο πάνω, κινητοποιά μια σειρά αντιδράσεων για να καταλήξει στην αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου. Οι ογκολογικές ειδικότητες δεν έχουν οποιαδήποτε επιπλέον εκπαίδευση στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών και οι ογκολόγοι δεν αναβαθμίζουν τις γνώσεις τους. Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που είναι "άνωδυνες" πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται να γνωρίζουν για τα οπιοειδή αναλγητικά και ταυτόχρονα είναι παραπληροφορημένοι για τις ενδείξεις χρήσης των φαρμάκων αυτών. Ανεξαρτήτως ειδικότητας οι γιατροί χειρίζονται τα οπιοειδή εμπειρικά. Οι ιατρικές σχολές δεν προσφέρουν ειδικά μαθήματα στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών, πρακτική που συνεχίζεται ακόμα. Ως εκ τούτου οι νέοι γιατροί έχουν ελλιπή γνώση στο θέμα των οπιοειδών και αναφέρεται ότι κατά την εξάσκησή τους δεν παίρνουν και την απαραίτητη εμπειρία από τους θαλάμους που διαχειρίζονται τον πόνο. Σε παρόμοια κατάσταση βρίσκονται και οι νοσηλευτές. Νιώθουν την ανάγκη να ενισχύονται με ειδικά μαθήματα στη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών την περίοδο της βασικής τους εκπαίδευσης, καθώς δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν τη φαρμακολογία της μορφίνης

και φοβούνται τις παρενέργειες της. Αυτή η ανεπάρκεια γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στην χρήση των οπιοειδών αναλγητικών δημιουργεί αίσθημα ανασφάλειας στους ασθενείς και γίνονται αρνητικοί στη λήψη τους. Ειδικότερα, ειδικότητες άλλες της ογκολογίας που δεν γνωρίζουν αρκετά για τα οπιοειδή παραπληροφορούν τους ασθενείς/συγγενείς και ο κόσμος γίνεται πάλι αρνητικός. Οι ασθενείς συνεχίζουν να πόνουν και δεν πετυχαίνεται η μέγιστη ανακούφιση του πόνου επειδή οι γιατροί ειδικοτήτων δεν χρησιμοποιούν τα οπιοειδή αναλγητικά, ακόμα και σε επίπεδο διευθυντών κλινικών.

Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικούς θαλάμους αναφέρεται ότι λόγω έλλειψης γνώσεων δεν χορηγούν τα οπιοειδή όπως ενδείκνεται αλλά και νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων αντιδρούν στις οδηγίες που δίνονται από τους γιατρούς για τη χορήγηση της μορφίνης για τον ίδιο ακριβώς λόγο, με αποτέλεσμα ο ασθενής να πόνει. Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η ελλιπής και ανεπαρκής ενημέρωση του κόσμου γύρω από τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, τους οδηγεί σε εναλλακτικές πηγές πληροφόρησης αμφιβόλου αξιοπιστίας και παραπληροφόρηση δημιουργώντας τους αίσθημα φόβου με αρνητικές επιπτώσεις. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους βασίζονται στους επαγγελματίες υγείας για την ενημέρωση τους γύρω από την αναλγητική τους θεραπεία με οπιοειδή. Ελλείπει αυτής της ενημέρωσης αναγκάζονται να βρουν μόνοι τους αμφιβόλου αξιοπιστίας πληροφορίες για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών, κυρίως από το διαδίκτυο, και αναζητούν εναλλακτικές λύσεις ανακούφισης του πόνου από τη μορφίνη. Ο κόσμος δεν είναι ενημερωμένος για τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη την ενημέρωση τους από τους επαγγελματίες υγείας, ακόμα πριν να χρειαστούν την αγωγή και οι γονείς απαιτούν την ενημέρωση για την ανακούφιση του πόνου στο παιδί τους. Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι υπάρχει αδυναμία στην ενημέρωση των ασθενών /συγγενών και ότι αυτή πρέπει να γίνεται έγκαιρα, πριν την έναρξη της αγωγής. να είναι εξατομικευμένη τόσο στον ασθενή όσο και στον συγγενή και να είναι πλήρης. Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι η χρήση οπιοειδών αναλγητικών από ανεκπαιδευτους ασθενείς /συγγενείς, καθώς και να αναζητούν μόνοι τους πληροφορίες είναι επικίνδυνο. Τονίζεται ότι πρέπει ο ασθενής με το φροντιστή να έχουν το ίδιο επίπεδο ενημέρωσης για να υπάρχει συνεργασία μεταξύ

τους. Η εκπαίδευση πρέπει να αφορά τον κυρίως φροντιστής ο οποίος πρέπει να κατανοά τις πληροφορίες και να είναι συνεργάσιμος.

Όσον αφορά τους φόβους και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας και του κόσμου που ενισχύουν το γενικό αποτέλεσμα των ποσοτικών ευρημάτων της έρευνας αυτοί αναφέρονται εκτεταμένα και στις θεματικές ενότητες των αποτελεσμάτων των ομάδων εστίασης. Χαρακτηριστικά υπάρχει οπιοφοβία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας η οποία τροφοδοτείται μέσα από την ελλιπή εκπαίδευση τους γύρω από τα οπιοειδή αναλγητικά και τους οδηγεί στην αναποτελεσματική χρήση τους. Οι νοσηλευτές φοβούνται το μέρος φύλαξης των ναρκωτικών, ξαφνιάζονται με τις οδηγίες του γιατρού πόνου και αντιδρούν στη συνταγογράφηση των οπιοειδών και αναγκάζει τους γιατρούς να μην τα συνταγογραφούν. Οι γιατροί θεωρούν τη χρήση της μορφίνης ‘‘μπελά’’, ότι δίνεται σε ετοιμοθάνατους και προκαλεί εξάρτηση. Γιατροί και νοσηλευτές δεν είναι εξεικειωμένοι με τις υψηλές δόσεις ναρκωτικών και φοβούνται τις συχνές δόσεις. Μή ογκολογικές ειδικότητες δεν γνωρίζουν τις παρενέργειες των οπιοειδών. Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι και ο κόσμος, ασθενείς και συγγενείς, αντιμετωπίζουν τα οπιοειδή με φοβία και προκαταλήψεις. Παρατηρείται να υπάρχει αίσθημα φόβου των ασθενών/συγγενών για τις ενδείξεις χρήσεως και αποτελεσμάτων των οπιοειδών αναλγητικών που τους οδηγεί στην ανεπαρκή και λανθασμένη χρήση τους. Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους πιστεύουν ότι η μορφίνη δίνεται στο τελικό στάδιο της νόσου και τη συνδυάζουν με το θάνατο. Ακόμα οι ασθενείς φοβούνται ότι η λήψη οπιοειδών θα τους σκοτώσει. Οι ασθενείς πιστεύουν ότι η μορφίνη προκαλεί εξάρτηση, θα καταλήξουν χρήστες και αρνούνται να πάρουν οπιοειδή αναλγητικά. Οι γονείς παιδιών με κακοήθεια φοβούνται ότι η μορφίνη θα μειώσει το επίπεδο συνείδησης των παιδιών τους και ο συγγενής ανησυχεί ότι ο ασθενής του θα στιγματιστεί στην κοινωνία άμα πάρει οπιοειδή.

Εδώ φαίνεται ότι η εκπαίδευση δεν είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας, αλλά επηρεάζεται και τροφοδοτείται από τις ήδη υπάρχουσες προκαταλήψεις του κόσμου και των επαγγελματιών υγείας στο θέμα με τις ναρκωτικές ουσίες. Η εκπαίδευση δεν πρέπει να περιλαμβάνει στείρα γνώση της βιολογίας του πόνου και βιοχημίας των φαρμάκων, αλλά να καλλιεργηθεί σφαιρικά το θέμα μέσα από την κουλτούρα του ελληνοκύπριου πολίτη. Η αποτυχία στην ανακούφιση του πόνου είναι γενικά αποδεχτό ότι οφείλεται κυρίως στη κακή διαχείριση των οπιοειδών από τους νοσηλευτές. Η

στάση των νοσηλευτών επηρεάζεται από την κουλτούρα τους και τις δικές τους παποιθήσεις γύρω από τα ναρκωτικά (Charlotte et al, 2017). Η πρακτική συνταγογράφησης των γιατρών και οι κλινικές τους αποφάσεις τους στην ανακούφιση του πόνου επηρεάζονται από τις γνώσεις τους, τις προσωπικές τους πεποιθήσεις και στάσεις τους (Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. 2006).

Είναι πολύ θετικό στοιχείο στην έρευνα που βγήκε στην επιφάνεια ο φραγμός αυτός της προκατάληψης και του φόβου που επηρεάζει την εκπαίδευση, για να διευκολυνθεί ο προγραμματισμός της εκπαίδευσης. Μέσα στις συνεντεύξεις αναφέρεται ότι η χρήση της μορφίνης σαν κύριο πασίπονο στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου άρχισε να χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια. Ίσως να χρειάζεται χρόνο για να εμπεδωθεί στην κουλτούρα του κόσμου και των επαγγελματιών υγείας τα οπιοειδή ως φάρμακα. Τα οπιοειδή παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην κοινωνία. Είναι ουσίες που προκαλούν φόβο σε ευρεία κλίμακα και είναι συνδεδεμένες με την κατάχρηση, εθισμό και την καταστροφή. Είναι όμως χρήσιμα φάρμακα και τα πιο αποτελεσματικά στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου (Portenoy et al, 2004). Να αναφερθεί ότι η ανησυχία για την πρόκληση εθισμού έχει ενοχοποιηθεί για τη μη ανακούφιση του καρκινικού πόνου, τον πόνο τελικού σταδίου και τον οξύ πόνο (Smith et al, 2008). Τον εικοστό αιώνα η ευρεία αντίληψη των επαγγελματιών υγείας στις ΗΠΑ για την θεραπεία του χρόνιου πόνου με οπιοειδή αναλγητικά ήταν ότι αυξάνουν τον κίνδυνο της εξάρτησης και του εθισμού. Μετά τη δεκαετία του 1990 σημαντικές αλλαγές στην έρευνα και την εκπαίδευση πάνω στη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών οδήγησαν σε πιο ελεύθερη χρήση τους. Η χρήση της μορφίνης για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου άρχισε να αυξάνεται χρόνο με το χρόνο (Zacny, et al., 2003).

Ο μικρός αριθμός των ερωτηθέντων (n=73) που αναποκρίθηκε στην έρευνα δεν μπορεί να δώσει με βεβαιότητα απάντηση στο ερώτημα της αν οι νέοι γιατροί σε σχέση με τους παλαιότερους έχουν περισσότερες γνώσεις και διαφορετικές πεποιθήσεις στα οπιοειδή αναλγητικά, εντούτοις όμως εξάγεται το συμπέρασμα ότι υπάρχουν μικρές αλλά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά τους φραγμούς στη διάθεση της μορφίνης. Δεν δίνονται ασφαλή συμπεράσματα αν συγκεκριμένες ειδικότητες έχουν περισσότερη εμπειρία στη διαχείριση του πόνου έναντι άλλων ειδικοτήτων. Στα αποτελέσματα των ομάδων εστίασης αναφέρεται ότι οι νέοι γιατροί δεν έχουν περισσότερες γνώσεις έναντι των υφιστάμενων γιατρών στην διαχείριση των οπιοειδών

αναλγητικών, καθώς υπάρχει και διαφορετικό επίπεδο γνώσεων ανάμεσα στις ίδιες τις ειδικότητες. Ειδυμένοι επαγγελματίες υγείας στη χρήση των οπιοειδών δεν κάνουν ορθολογιστή χρήση των φαρμάκων και ο ασθενής πονεί. Ακόμα υπάρχει η πεποίθηση ότι η μορφίνη επιφέρει εξάρτηση και θάνατο μεταξύ όλων των ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας τόσο των νέων όσο και των παλαιότερων. Στην Αυστραλία οι νέοι γιατροί κάνουν λάθη στην συνταγογράφηση των οπιοειδών έναντι των παλαιότερων και μετά που έγινε εκπαίδευση των νέων γιατρών παρατηρήθηκε μείωση των λαθών, αλλά ταυτόχρονη μείωση και των συνταγογραφούμενων οπιοειδών αναλγητικών (Holliday et al, 2015 ).

Το θέμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα οπιοειδή φαίνεται να είναι χρόνιο πρόβλημα και να μην δίνονται ξεκάθαρα αποτελέσματα αν οι νέοι γιατροί σε σχέση με τους παλαιότερους έτυχαν καλύτερης εκπαίδευσης. Και οι δύο έρευνες τείνουν να συμφωνήσουν ότι η ιεραρχία και ο χρόνος εργασίας των επαγγελματιών υγείας δεν παίζει κάποιο ρόλο στην ικανότητα διαχείρισης των οπιοειδών. Εδώ υπάρχει η ανάγκη ενός πρόγραμματος εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη διαχείριση του πόνου, άσχετα με το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο. Έτσι θα έχουν κοινό κώδικα χρήσης των οπιοειδών και ένα στάνταρ στην ανακούφιση του πόνου.

Τα ποσοτικά αποτελέσματα εντοπίζουν σοβαρούς φραγμούς στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς. Είναι *η άρνηση των γιατρών στην συνταγογράφηση, άρνηση των φαρμακοποιών στην αποθήκευση των οπιοειδών, διαδικασίες και κανονισμοί και η έκδοση οπιοειδών για χρήση κατ'οίκον*. Φραγμοί που εμποδίζουν σε πιο ήπιο βαθμό τους γιατρούς στην έκδοση οπιοειδών είναι *η φόρμα συνταγογράφησης, πρόγραμμα αδειοδότησης, φύλαξη οπιοειδών, κόστος, δοσολογικά σχήματα, άδεια γιατρού*. Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίζονται και σε πόνο που δεν οφείλεται σε κακοήθεια. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των ομάδων εστίασης εντόπισε αναφορές των επαγγελματιών υγείας για φραγμούς στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Συγκεκριμένα, *η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η αναποτελεσματική αξιολόγηση του πόνου* προκαλούν φραγμό στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας να χειριστούν τα οπιοειδή αναλγητικά. Η *αδυναμία στην διαχείριση των ναρκωτικών των επαγγελματιών υγείας* μεταβιβάζεται στους ασθενείς και τους δημιουργείται αίσθημα *ανασφάλειας*, φραγμός στη λήψη οπιοειδών. Μή ογκολογικές ειδικότητες δεν ενημερώνουν σωστά και πλήρως τους ασθενείς σχετικά με

τα ναρκωτικά και αυτή η *παραπληροφόρηση* ενεργεί σαν φραγμός να γίνουν δεκτικοί με την θεραπεία του πόνου. Μεγάλος φραγμός είναι η *άρνηση των φαρμακευτικών υπηρεσιών να συνεργαστούν με τις οδηγίες συνταγογράφησης του γιατρού και η ανεπάρκεια στο σύστημα διαχείρισης έκδοσης και επιστροφής ναρκωτικών*. Φραγμός είναι και η *άρνηση των νοσηλευτών, κυρίως άλλων ειδικοτήτων, να εκτελέσουν τις οδηγίες της συνταγογράφησης οπιοειδών*. Η *οπιοφοβία των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών* λειτουργεί σαν φραγμός στη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών αμφίδρομα. Οι *λανθασμένες αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας/ασθενών* (εξάρτηση, τελικό στάδιο κτλ) για τη χρήση και παρενέργειες της μορφίνης μπαίνουν φραγμός στην έκδοση των οπιοειδών από τους γιατρούς και τη χρήση τους από τους ασθενείς. Η λέξη *“μορφίνη”* από μόνη της είναι φραγμός στη χρήση του φαρμάκου από τον ασθενή, αλλά και η συνταγογράφηση του από το γιατρό. Η *έλλειψη ενημέρωση των ασθενών* από τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τα οπιοειδή λειτουργεί σαν φραγμός στους ασθενείς να συναινέσουν στη λήψη τους. Οι *φροντιστές των ασθενών* μπαίνουν φραγμός στη χρήση οπιοειδών από τον ασθενή, είτε με την άρνηση τους να συνταγογραφηθούν, είτε με το να μην δίνουν τα ναρκωτικά στον ασθενή. Στα παιδιά με κακοήθεια οι *γονείς των παιδιών* επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις για τη διαχείριση του πόνου με οπιοειδή. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται ως κυριώτεροι φραγμοί στην ανακούφιση του πόνου με οπιοειδή αναλγητικά: η δύσκολη πρόσβαση στα φάρμακα αυτά καθώς και τα περιοριστικά ρυθμιστικά μέτρα στη διάθεση και διακίνησή τους. Ακόμα υπάρχουν αυστηροί κανόνες των φαρμακευτικών υπηρεσιών, η στάση των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, οικονομικοί παράγοντες και η διαφορετικότητα οδηγιών χρήσης μεταξύ των χωρών της Ευρώπης (INCB, 2016). Οι νοσηλεύτριες δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τις σωστές δόσεις των οπιοειδών και έχουν πρόβλημα στη χορήγηση τους. Η εκπαίδευση τους όμως δεν τις βοήθησε να ξεπεράσουν αυτούς τους φραγμούς σε ικανοποιητικό βαθμό γιατί δεν μπορούσαν να ξεπεράσουν τις δικές τους προκαταλήψεις και πεποιθήσεις (Ene KW, et al, 2007).

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο είναι κυρίως κρατικό ή και στηρίζεται από το κράτος. Η γραφειοκρατία, τα έντυπα και διαγράμματα είναι κοινά και περιστρέφονται γύρω από τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας. Εντούτοις, φαίνεται να υπάρχει δυσκολία στην συνεννόηση μεταξύ των ειδικοτήτων και να επικρατεί σύγχυση για διαδικασίες και κανονισμούς. Το ATOME (2012) έχει εκδόσει αρκετές οδηγίες διακίνησης και χρήσης



των πιοειδών στην Κύπρο με την ελπίδα ότι θα μειωθούν οι παρεμποδιστικοί αρνητικοί παράγοντες. Μπορεί να γίνει μία συνάντηση των φαρμακευτικών, ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για αποσαφίνισμο των διαδικασιών και έκδοση οδηγιών φύλαξης και διακίνησης των οπιοειδών με κύριο στόχο την αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου.

Η πλειοψηφία των γιατρών που απάντησε στα ερωτηματολόγια αναφέρουν ότι ο καρκινικός πόνος (49.3%), καθώς και άλλοι τύποι πόνου (42.8%), δεν ανακουφίζονται ικανοποιητικά και διαφωνούν ότι ο μετεγχειρητικός και τραυματικός πόνος(49.3%) δεν ανακουφίζονται ικανοποιητικά. Εδώ φαίνεται οι επαγγελματίες υγείας των ομάδων εστίασης να επιβεβαιώνουν ότι τόσο ο καρκινικός πόνος όσο και άλλοι τύποι πόνου δεν ανακουφίζονται ικανοποιητικά σε όλα τα επίπεδα και ειδικότητες, ακόμα και από το γιατρό πόνου, συμπεριλαμβανομένου του μετεγχειρητικού και τραυματικού πόνου. Δεν υπάρχει αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου με τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών λόγω ανεπάρκειας γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Ο πόνος δεν είναι στις άμεσες προτεραιότητες των επαγγελματιών υγείας και υπάρχει διαφορετικότητα στην αξιολόγηση και διαχείριση του μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι ογκολόγοι επικεντρώνονται στη νόσο και την θεραπεία και αγνοούν ή δεν επαναξιολογούν τον πόνο λόγω έλλειψης χρόνου. Επαγγελματίες υγείας που κατέχουν την ειδική γνώση στην ανακούφιση του πόνου αδιαφορούν. Άλλες ειδικότητες και τμήματα αδυνατούν να ρυθμίσουν τον πόνο με τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν το ίδιο υπόβαθρο γνώσεων στα οπιοειδή αναλγητικά, χρησιμοποιούν μη ενδεδειγμένη αγωγή με οπιοειδή με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική ανακούφιση του πόνου. Ο πόνος δεν αξιολογείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας στο ίδιο επίπεδο και δεν ακολουθούνται κοινά πρωτόκολλα αντιμετώπισης του πόνου. Συγκεκριμένα, υπάρχει διαφορετικότητα απόψεων στην αξιολόγηση του είδους και έντασης του πόνου μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές κυρίως ογκολογικών θαλάμων αξιολογούν και καταγράφουν τον πόνο σε έντυπα όλο το 24ωρο και εντοπίζουν τα ακριβή χαρακτηριστικά του. Τα έντυπα αυτά δεν τυγχάνουν της ανάλογης εκτίμησης από τους γιατρούς. Οι γιατροί, αναφέρεται, δεν ρυθμίζουν ικανοποιητικά την χορήγηση της μορφίνης Σε γενικούς θαλάμους δεν χρησιμοποιούνται έντυπα αξιολόγησης του πόνου. Στα εξωτερικά ιατρεία εντοπίζεται αδυναμία στην αξιολόγηση και παρακολούθηση του καρκινικού πόνου από γιατρούς και νοσηλευτές.

Τόσο όσον αφορά το μετεγχειρητικό πόνο όσο και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών δεν γίνεται χρήση οπιοειδών αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου και ο ασθενής συνεχίζει να πονεί.

Η αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου αμφισβητείται απο όλους τους επαγγελματίες υγείας. Ο ασθενής πονεί και ο πόνος του δεν αξιολογείται. Φαίνεται οι νοσηλευτές να είναι πιο ευαίσθητοποιημένοι στον πόνο και να είναι οι πρώτοι που τον εντοπίζουν, αξιολογούν και παρεμβαίνουν. Μία πολύ καλή εισήγηση των επαγγελματιών υγείας είναι ο πόνος να αξιολογείται σαν πέμπτο ζωτικό σημείο απο τους νοσηλευτές. Ένας λόγος αποτυχήμενης ανακούφισης του πόνου είναι επειδή οι νοσηλευτές δεν τον περιλαμβάνεται στην αξιολογήση τους σαν πέμπτο ζωτικό σημείο (Charlotte Quest et al, 2017).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Οι νοσηλευτές έχει πολύ σημαντικό ρόλο να διαδραματίσει στην διαχείριση του πόνου ειδικά σε ασθενείς που λαμβάνουν μακρόνια θεραπεία με οπιοειδή. Πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση ότι ο ασθενής χρειάζεται να αλλάξει θεραπεία ,από ταχείας σε βραδείας δράσης οπιοειδές. Κάνουν εξατομικευμένη νοσηλεία ώστε να καθορίσουν μέσω της νοσηλευτικής αξιολόγησης την καλύτερη οδό χορήγησης και είδους ναρκωτικού ταιριάζει στον κάθε ασθενή. Αξιολογούν την ανάγκη για αναπροσαρμογή της δόσης αναλόγως του πόνου μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πρόληψη επιπλοκών των οπιοειδών και εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Εκπαιδεύουν τον ασθενή και την οικογένεια του για τη διαχείριση της αγωγής,της χορήγησης και της παρακολούθησης. Καταγράφουν και κρατούν αρχείο με του επιπέδου του πόνου, της λειτουργικότητας του φαρμάκου, τα ανεπιθύματα αποτελέσματα και τα μοιράζονται με όλα τα μέλη της διαθεματικής ομάδας (Vallerand AH,2003).

Στα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των γιατρών δεν γνωρίζουν αν τα οπιοειδή αναλγητικά ενδείκνυνται στην αντιμετώπιση του παιδικού πόνου με κακοήθεια. Οι αναφορές των επαγγελματιών υγείας στις ομάδες εστίασης σχετικά με την διαχείριση του παιδικού καρκινικού πόνου είναι ότι δίνονται οπιοειδή στα παιδιά και μάλιστα σε ψηλότερες δόσεις των ενηλίκων λόγω του ψηλού μεταβολισμού τους. Χειρίζεται μόνο από τους παιδογκολόγους και επηρεάζεται από τους γονείς. Υπάρχουν γονείς που δεν είναι δεκτικοί στην χορήγηση ναρκωτικών στο παιδί τους, ή επεμβαίνουν στη δόση και

συχνότητα χορήγησης των φαρμάκων. Τελευταία, την διαχείριση του παιδικού καρκινικού πόνου, υπάρχει φορές που την αναλαμβάνει ειδικός γιατρός πόνου αρκετά αποδεκτός από την οικογένεια.

Ο παιδικός καρκίνος και ο πόνος είναι ένα πολύ ευαίσθητο και συνάμα δύσκολο κομμάτι της ογκολογίας. Στην Κύπρο, ο παιδικός καρκίνος αντιμετωπίζεται σε ένα θάλαμο κρατικού νοσηλευτηρίου αποκλιστικά και ίσως να είναι αυτός ο λόγος που τα ποσοτικά αποτελέσματα δεν αναφέρουν στοιχεία για την ανακούφιση του παιδικού πόνου. Το παιδί με κακοήθεια χειρίζονται λίγοι και ειδικοί και αν χρειαστεί κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας να εμπλακεί πρέπει να είναι σίγουρος για τις δυνατότητες του στην ανακούφιση του πόνου του παιδιού. Στις συνεντεύξεις στοιχεία έδωσαν μόνο οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στο παιδοογκολογικό τμήμα. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η εμπειρία της γιατρού πόνου που χρειάστηκε να παρέμβει σε περιστατικό, η οποία δεν ένιωθε αυτοπεποίθηση στην προσέγγιση του περιστατικού. Μαζί με το παιδί είναι και ο γονιός που επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις και ο κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι ικανός να διαχειρίζεται τις αποφάσεις αυτές.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι ο παιδικός πόνος αιτίας κακοήθειας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο φαρμακευτικά με τη χρήση οπιοειδών, αλλά να γίνεται ολιστική διαχείριση του πόνου και να συμπεριλαμβάνει τις ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του παιδιού ((Stefan J Friedrichsdorf, 2016 ). Μεγάλο ποσοστό των παιδιών με κακοήθεια που έχουν περιορισμένο χρόνο ζωής, ή απειλείται η ζωής τους από τη νόσο χρειάζονται οπιοειδή αναλγητικά. Η αναλγησία του συνήθως είναι αναποτελεσματική λόγω έλλειψης γνώσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη συνταγογράφηση και ρύθμιση της δόσης των οπιοειδών (Zernikow B, Michel E, Craig F, Anderson BJ., 2009)

Επιπλέον, οι γιατροί στην πλειοψηφία τους, απάντησαν ότι δεν υπάρχει πάντα διαθεσιμότητα οπιοειδών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών καθώς και εκτός εργάσιμων ωρών σε άλλα τμήματα. Στα αποτελέσματα των ομάδων εστίασης οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών υπάρχει διαθεσιμότητα οπιοειδών ανα πάσα στιγμή, αλλά οι γιατροί εκεί δεν τα χρησιμοποιούν λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης. Επίσης, όσον αφορά τις εργάσιμες ώρες, οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας στις ομάδες εστίασης αναγνωρίζουν ότι τα οπιοειδή δεν είναι

εύκολα προσβάσιμα και καταχραστικά κρατούν ποσότητες επιστρεπτέων ναρκωτικών στα τμήματα τους για να εξυπηρετούν τους ασθενείς.

Και οι δύο έρευνες καταλήγουν δηλαδή ότι ο πόνος στα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και εκτός εργάσιμων ωρών στους γενικούς θαλάμους δεν ανακουφίζεται ικανοποιητικά με οπιοειδή. Η διάθεση των οπιοειδών όλο το εικοσιτετράωρο φαίνεται να είναι ανέφικτη και εδώ πάλι χρήζει συζήτησης του θέματος μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων. Οπιοειδή υπάρχουν. Δεν χρησιμοποιούνται και η ευκολότερη λύση είναι να μην δίνονται στον ασθενή που πονεί στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ή έκτός ωρών λειτουργίας.

Οι γιατροί συμφωνούν με τις ομάδες εστίασης ότι δεν υπάρχουν πολλές ευκαιρίες εκπαίδευσης στα οπιοειδή αναλγητικά για τη διαχείριση του πόνου. Στις ομάδες εστίασης οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι η κύρια αιτία της μη επιμόρφωσης του προσωπικού είναι το Υπουργείο Υγείας που κάνει κακή διαχείριση των πόρων και πρέπει να υποχρεωθεί το κράτος να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες υγείας του στη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών. Το Υπουργείο Υγείας δεν προωθεί την εκπαίδευση του προσωπικού ενώ υπάρχουν τα λεφτά για το σκοπό αυτό και χάνονται κονδύλια από αδιαφορία του ίδιου του Υπουργείου. Η βιβλιογραφία αναφέρει πως κύρια πρόκληση στον έλεγχο του πόνου με οπιοειδή είναι η πολύ καλή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη φαρμακολογία, φαρμακοδυναμική και φαρμακοκινητική της μορφίνης, καθώς και την δράση αντίδραση της πολυφραμακίας. Οι εμπλεκόμενοι γιατροί οφείλουν να ακολουθούν τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες στην διαχείριση των οπιοειδών για όλους τους ασθενείς. Είναι ο μόνος τρόπος να διασφαλιστεί η μικρότερη δόση με το μέγιστο αποτέλεσμα και τις μικρότερες παρενέργειες (Gerpeti P, Benemei S, 2015).

Πολύ μεγάλο ποσοστό των γιατρών απάντησε ότι ο φόβος που τους διακατέχει για τα οπιοειδή και η ανησυχία τους για πιθανή εξάρτηση των ασθενών στα ναρκωτικά λειτουργούν αρνητικά στο να διαχειριστούν οι ίδιοι τον πόνου με τα φάρμακα αυτά. Στις ομάδες εστίασης οι επαγγελματίες υγείας καταλήγουν ότι το πρόβλημα της οπιοφοβίας υπάρχει και αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας, ογκολόγους, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς. Οι γιατροί φοβούνται την ευθύνη της χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών, ακόμα και να γράψουν τη λέξη "μορφίνη" και τη συνδυάζουν με την εξάρτηση και το θάνατο. Οι νοσηλευτές φοβούνται το μέρος

φύλαξης των ναρκωτικών, ξαφνιάζονται με τις οδηγίες του γιατρού πόνου και αντιδρούν στη συνταγογράφηση των οπιοειδών, πράγμα που αναγκάζει τους γιατρούς να μην τα συνταγογραφούν. Όπως περιγράφεται και στη βιβλιογραφία, η μορφίνη και άλλα οπιοειδή είναι η κύρια αντιμετώπιση της διαχείριση του προχωρημένου πόνου. Ωστόσο η χρήση της αντιμετωπίζεται με φόβο και δημιουργεί φραγμούς στη χορήγησή της (Reid, Gooberman. Hillman and.Hanks, 2007). Αναγνωρίζεται η μορφίνη και άλλα οπιοειδή αναλγητικά ως υψίστης σημασίας επιλογές στη διαχείριση του καρκινικού πόνου, αλλά ταυτόχρονα η χρήση τους περιορίζεται λόγω του φόβου που έχουν οι λειτουργοί υγείας στη χορήγησή τους (Quiley, 2005). Σε χαμηλού και μέτριου βαθμού καρκινικού πόνου σύμφωνα με την σκάλα πόνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δεν χρησιμοποιούνται οπιοειδή αναλγητικά λόγω των μύθων που κυκλοφορούν για τις παρενέργειες τους (Zakari A Suleiman et al, 2016). Οι γιατροί διακατέχονται απο πολλές λανθασμένες αντιλήψεις για τις χρήσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών όπως επίσης και για τους κανονισμούς που ρυθμίζουν τη χρήση τους. Ανησυχούν ότι με τη νόμιμη ιατρική τους συνταγογράφηση θα προκαλέσουν άθελα τους παράνομη διακίνηση ουσιών και δημιουργία χρηστών. Αν και ο εθισμός, η ανοχή και η φυσική εξάρτηση είναι σαφείς διαφορετικοί ορισμοί και φαινόμενα με ξεχωριστούς νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς, οι επαγγελματίες υγείας τα εκλαμβάνουν ως συνώνυμα (Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. (2006). Οι γιατροί ανησυχούν ότι οι ελεγχόμενες διαδικασίες συνταγογράφησης που ακολουθούν θα διερευνηθούν απο τις νομικές υπηρεσίες των ΗΠΑ. Τέτοιες ανησυχίες συντήνουν στη μειωμένη συνταγογράφηση οπιοειδών αναλγητικών για την ανακούφιση του σοβαρού καρκινικού πόνου (Mäntyselkä, P.,et al, 2001).

Υπάρχει αρνητισμός με τα ναρκωτικά αναλγητικά και οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν τη χρήση τους. Καταλήγουμε ότι η άγνοια και η ημιμάθεια είναι ο κύριος παράγοντας. Και εδώ η εκπαίδευση θα βελτιώσει την κακή πρακτική αντιμετώπιση των οπιοειδών.

Η πλειοψηφία των γιατρών πιστεύει ότι αναγκάζονται να καταφύγουν σε πιο ήπια αναλγητικά λόγω των αυστηρών κανονισμών που διέπουν τη διακίνηση των οπιοειδών αναλγητικών. Στην Κύπρο, όπως αναφέρουν οι επαγγελματίες υγείας των ομάδων εστίασης, μπορούν να συνταγογραφούν οπιοειδή όλοι οι γιατροί και είναι σχετικά εύκολη η πρόσβαση από όλες τις ειδικότητες. Το κράτος ενώ παρέχει όλα τα μέσα και

τις δυνατότητες για ανακούφιση του πόνου, εντούτοις υπάρχει κόσμος που συνεχίζει να πονεί. Αυστηροί κανονισμοί ελέγχουν τις επιστροφές περισσευμάτων οπιοειδών στα φαρμακεία.

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η Κύπρος είναι μία από τις χώρες της Ευρώπης που υπάρχουν κανονισμοί οι οποίοι γίνονται φραγμοί στη διάθεση και προμήθεια οπιοειδών αναλγητικών (Vranken MJ, Mantel-Teeuwisse AK, et al, 2015). Οι λανθασμένες αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στην διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών δεν είναι μόνες αλλά ενισχύονται απο την έλλειψη γνώσεων για τις νομοθετικές ρυθμίσεις των ναρκωτικών (Marla Z. Wolfert et al, 2010).

## 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην Κύπρο, υπάρχει διαθεσιμότητα όλων σχεδόν των οπιοειδών αναλγητικών και είναι εύκολη και απλή η συνταγογράφηση τους από όλες τις ειδικότητες των γιατρών. Δεν υπάρχουν αυστηροί και σύνθετοι κανονισμοί στη διακίνηση τους και μπορεί ο κάθε ασθενής που πονεί να πάρει θεραπεία με διάφορα σχήματα οπιοειδών αναλγητικών. Κι όμως, ο κύριος ασθενής με καρκινικό πόνο συνεχίζει να πονεί και να μην ανακουφίζεται ικανοποιητικά ο πόνος του με τη χρήση οπιοειδών. Εντοπίζεται ανεπάρκεια στη διαχείριση των οπιοειδών από τους επαγγελματίες υγείας που πηγάζει μέσα από την ελλιπή εκπαίδευσή τους στη χρήση των σκευασμάτων αυτών. Η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δημιουργεί αίσθημα φόβου γύρω από τα σκευάσματα αυτά, το οποίο μεταβίβάζεται στους ασθενείς και φροντιστές τους και γίνεται κακή διαχείριση της θεραπείας με οπιοειδή.

Στον τομέα της παιδοογκολογίας, η παρέμβαση των γονιών των παιδιών επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας. Εντούτοις, γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του παιδικού καρκινικού πόνου με οπιοειδή με την εμπλοκή ειδικού γιατρού για τον πόνο.

Ογκολογικοί και αιματολογικοί θαλάμοι νοσηλείας, το κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας και οι συνδέσμοι κατ'οίκον φροντίδας χρησιμοποιούν τα οπιοειδή αναλγητικά χωρίς να έχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας ειδική εκπαίδευση στη διαχείριση του καρκινικού πόνου με οπιοειδή. Όπως αναφέρουν και οι ίδιοι έχουν κάνει μεγάλη πρόοδο στη χρήση των ναρκωτικών και βελτίωσαν την αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου με την εισαγωγή διεθνών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών. Υπάρχει μια σταδιακή αυξανόμενη συνεργασία μεταξύ των ογκολογικών ειδικότητων και των γιατρών του πόνου.

Στο χώρο της ογκολογίας, αναφέρεται ότι λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου δεν γίνεται ολοκληρωμένη αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου (total pain management) από τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις στην εκτίμηση και αξιολόγηση του πόνου μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές με την 24ωρη παρουσία τους στο τμήμα έχουν καταγεγραμμένη και πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του πόνου από τους γιατρούς και

έχουν διαφορετική άποψη για τη δόση και συχνότητα χορήγησης των οπιοειδών στον ασθενή, κυρίως των PRN.

Ο χρόνιος πόνος είναι αποδεκτό ότι επηρεάζεται από ψυχολογικές διεργασίες και εξωγενή ερεθίσματα. Η ένταση του πόνου και η λειτουργική αναπηρία που προκαλεί συχνά συνδέονται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ασθενείς με ίδιες διαγνώσεις που προκαλούν πόνο αναφέρουν διαφορετική ένταση του πόνου και έχουν και διαφορετικές αντιδράσεις στον πόνο (Turk & Melzack, 2001). Ακόμα ο πόνος επηρεάζεται και από ψυχικές διαταραχές, την κουλτούρα, την κοινωνική στήριξη, την σταθερότητα της διάθεσης, και την χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεση επιρροή στην συμπεριφορά του ατόμου που πονεί και την ανταπόκρισή του στην θεραπεία του με οπιοειδή (Andrew Rosenblum, Lisa A. Marchet et al, 2016)

Σοβαρές παραλήψεις στην ανακούφιση του πόνου, τη χρήση των οπιοειδών αναλγητικών και τήρηση των οδηγιών των ειδικών για τον πόνο παρατηρούνται εκτός ογκολογικών κέντρων, κυρίως στους γενικούς θαλάμους νοσηλείας, το Τμήμα Επειγόντων περιστατικών και τα χειρουργικά τμήματα. Οι επαγγελματίες υγείας στους χώρους αυτούς έχουν οπιοφοβία σε μεγάλο βαθμό και προκαταλήψεις στη χρήση της μορφίνης ως αναλγητικό.

Η άρνηση των φαρμακευτικών υπηρεσιών να συμμετέχουν στην έρευνα δεν επηρέασε το ερευνητικό ερώτημα, αφού στην ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν φάνηκε η συγκεκριμένη υπηρεσία να επηρεάζει την πρόσβαση των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών σε οποιονδήποτε σχήμα θεραπείας με οπιοειδή, ή τη διαχείριση του πόνου. Εντοπίστηκε μεγάλο κενό στην διαδικασία επιστροφής των πλεονασμάτων ναρκωτικών από τους ασθενείς. Αναφέρθηκε και κάποια αντίδραση από φαρμακοποιούς στη συνταγογραφούμενη δόση και συχνότητα των οπιοειδών, η οποία με την παρέμβαση του θεράποντα γιατρού ξεπεράστηκε.

Το δείγμα των ομάδων εστίασης ήταν αρκετά μεγάλο και κάλυπτε όλους τους χώρους της ογκολογίας και όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο. Μπορούμε να συμπεράνουμε για το ποιοτικό μέρος ότι τα αποτελέσματα είναι έγκυρα και αξιόπιστα, αφού στις συνεντεύξεις υπήρξε κορεσμός δεδομένων. Αυτό φαίνεται στα αποτελέσματα σύμφωνα με τα οποία τα αποσπάσματα των δηλώσεων που παρατίθενται κάτω από κάθε θεματική ενότητα επαναλαμβάνονται από διαφορετικούς επαγγελματίες



υγείας. Τα αποτελέσματα δόθηκαν στους συμμετέχοντες χωρίς αρνητική ανατροφοδότηση.

Η αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων των ομάδων εστίασης μαζί με τα ποσοτικά αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν το γενικό συμπέρασμα ότι στην Κύπρο υπάρχει οπιοφοβία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και δεν γίνεται ικανοποιητική ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Υπάρχουν φραγμοί στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών, κυρίως ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχει ταύτιση αποτελεσμάτων μεταξύ των γιατρών που απάντησαν τα ερωτηματολόγια και των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στις ομάδες εστίασης. Διαφορετικότητα εντοπίζεται στο σημείο όπου οι γιατροί πιστεύουν ότι ο μετεγχειρητικός πόνος ανακουφίζεται ικανοποιητικά, ενώ οι επαγγελματίες υγείας των ομάδων εστίασης έχουν αντίθετη άποψη.

Τελικό συμπέρασμα, η ευρεία χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου οδηγά στο να εστιαστούμε στο πώς εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας στα οπιοειδή. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναγνωρίζει κενά στο θέμα αυτό και εισηγείται περισσότερη έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα, αρχίζοντας από τους ίδιους τους ασθενείς. Η διαχείριση του χρόνιου πόνου βρίσκεται να είναι πολυθεματική ενότητα. Οι εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες υγείας βρίσκουν την διαχείριση του χρόνιου πόνου με οπιοειδή στρεσογόνα και δεν γνωρίζουμε κατά πόσο αυτό τους επιτρέπει να δίνουν φροντίδα με ενσυναίσθηση. Ακόμα η βιβλιογραφία επικεντρώνεται στα οπιοειδή σαν φάρμακα και δεν δίνει έμφαση στην εκπαίδευση. Αυτό εισηγείται εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας για την πολυπλοκότητα του πόνου και την κοινωνική επίδραση του (Fiona Webster et al, 2017).

## 8 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Το ποσοτικό μέρος της διερεύνησης του ερευνητικού ερωτήματος καταλήγει ότι για να γίνουν βελτιωτικές αλλαγές στη διαχείριση των οπιοειδών χρειάζεται να αρχίσει μια εκστρατεία εκπαίδευσης με στόχο την βελτίωση της διαχείρισης του πόνου και εισηγείται να γίνουν μελλοντικές έρευνες που να αναδύσουν δεδομένα ώστε να επηρεάσουν τις υπάρχουσες στάσεις για τη διαχείριση του πόνου. Να δημιουργηθούν κανονισμοί και πολιτικές που να διέπουν τη σωστή χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου, καθώς είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα.

Παρόμοιες εισηγήσεις αναφέρουν και οι επαγγελματίες υγείας των ομάδων εστίασης για βελτίωση της διαχείρισης των οπιοειδών αναλγητικών και την αποτελεσματική ανακούφιση του καρκινικού πόνου Όλοι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την ανεπάρκεια τους στην διχείριση των οπιοειδών και προτείνουν τρόπους και βελτιωτικές εισηγήσεις με κυρίαρχη την ανάγκη για εκπαίδευση και επιμόρφωση τους γύρω από τη διαχείριση των οπιοειδών αναλγητικών.. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δεν χρειάζεται να είναι χρονοβόρα, αλλά σύντομη και περιεκτική και να στοχεύει στην απομυθοποίηση των οπιοειδών αναλγητικών. Η εκπαίδευση αφορά όλες τις ειδικότητες και όχι μόνο την ογκολογία, με απαραίτητη την εμπλοκή του Υπουργείου Υγείας. Να υπάρχει κοινό σημείο αναφοράς για τα οπιοειδή από όλες τις ειδικότητες και να εστιάζεται στις βασικές αρχές φαρμακολογίας και την παθοφυσιολογία του πόνου. Νοσηλεύτρια που εκπαιδεύτηκε στα οπιοειδή εξάλειψε τον φόβο της στη χρήση της μορφίνης και η παρέμβαση της επέδρασε θετικά στην ανακούφιση του πόνου του ασθενή. Προέκταση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας είναι και η διδασκαλία των ίδιων των ασθενών και των φροντιστών τους.

Μπορεί ο συνδυασμός των δύο αυτών ερευνών να γίνει η απόδειξη ότι η οπιοφοβία στην Κύπρο είναι υπαρκτό γεγονός με αλυσιδωτές αντιδράσεις που καταλήγουν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή με κακοήθεια. Υπάρχει η απόδειξη ότι αιτία είναι η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ότι υπάρχει επιθυμία από τους ίδιους να επιμορφωθούν.

Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών παραμένει αμφιλεγόμενη λόγω των ανησυχιών των επαγγελματιών υγείας για τις παρενέργειες, τα αποτελέσματα χρήσης τους, την μακροχρόνια αποτελεσματικότητά τους, την λειτουργικότητα και την πιθανή

κατάχρηση και εθισμό. Άλλες ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας είναι ο κίνδυνος και η ευθύνη που αναλαμβάνουν κατά τη συνταγογράφησή τους έναντι των κανονισμών και νομοθεσιών που ρυθμίζουν τη διακίνησή τους. Όλες αυτές οι ανησυχίες έχουν δημιουργήσει την ανάγκη για περισσότερη έρευνα και δουλειά για τη δημιουργία πλάνου αντιμετώπισης προβληματικών συμπεριφορών, κατάχρησης και εθισμού (Andrew Rosenblum, Lisa A. Marchet et al, 2016)

Η διαχείριση του καρκινικού πόνου προϋποθέτει μια πολυθεματική προσέγγιση για να υπάρχει ποιότητα στη φροντίδα του ασθενή και αναδύεται η ανάγκη για πολυθεματική εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων.. Αν και οι ασθενείς λαμβάνουν την ενδεδειγμένη οπιοειδή θεραπεία τους ,συνεχίζουν να πονούν. Η εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, όπως του The National Comprehensive Cancer Network's Guidelines For Adult Cancer Pain προάγει την συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων και αυξάνει την ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή (Patel, B, Hacker E et al, 2016)

## 9 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Acces to opioid Medication in Europe. ATOME country conference Cyprus: Tuesday, 29<sup>th</sup> May 2012 Aache: ATOME 2012{11 June 2013}
2. Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Valero, V., Richman, S. P., Russell, C., Hurley, J., ... & Cleeland, C. S. (2000). Minority cancer patients and their providers. *Cancer*, 88(8), 1929-1938.
3. Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G. L. A. (2007). Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain?. *Pain Research and Management*, 12(1), 39-47.
4. Charalambous H, Pitsillides B, Theophanous-Kitiri S, Nestoros S (2012). Regulatroy barriers to effective management of cancer pain in Cyprus
5. Dalgleish, T., Walsh, N. D., Mobbs, D., Schweizer, S., van Harmelen, A. L., Dunn, B., ... & Stretton, J. (2017). Social pain and social gain in the adolescent brain: A common neural circuitry underlying both positive and negative social evaluation. *Scientific Reports*, 7, 42010.
6. de Graaf, E., van Klinken, M., Zweers, D., & Teunissen, S. (2017). From concept to practice, is multidimensional care the leading principle in hospice care? An exploratory mixed method study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjspcare-2016.
7. Department of Veterans Affairs. (2000). Geriatrics and Extended Care Strategic Healthcare Group, National Pain Management Coordinating Committee. *Pain as the 5th Vital Sign Toolkit*.
8. Dowell, D., Haegerich, T. M., & Chou, R. (2016). CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *Jama*, 315(15), 1624-1645.
9. Drewes, A.M., Munkholm, P., Simrén, M., Breivik, H., Kongsgaard, U.E., Hatlebakk, J.G., Agreus, L., Christrup, L.L. (2016). Definition, diagnosis and treatment strategies for opioid-induced bowel dysfunction – recommendations of the Nordic Working Group. *Scand J Pain* 16, 11–22.
10. Eisenberg, E., McNicol, E. D., & Carr, D. B. (2005). Efficacy and safety of opioid agonists in the treatment of neuropathic pain of nonmalignant origin: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Jama*, 293(24), 3043-3052.

11. Ene, K. W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F. G., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management—the influence of surgical ward nurses. *Journal of clinical nursing*, 17(15), 2042-2050.
12. Friedrichsdorf, S. J. (2017). Multimodal pediatric pain management (part 2). *Pain Management*, (0).
13. Furlan, A. D., Reardon, R., & Wepler, C. (2010). Opioids for chronic noncancer pain: a new Canadian practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(9), 923-930.
14. Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119.
15. Gavric, Z., & Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Global journal of health science*, 8(9), 1.
16. Geppetti, P., & Benemei, S. (2009). Pain treatment with opioids. *Clinical drug investigation*, 29(1), 3-16.
17. Gomez-Castillo, B. J., Hirsch, R., Groninger, H., Baker, K., Cheng, M. J., Phillips, J., ... & Berger, A. M. (2015). Increasing the number of outpatients receiving spiritual assessment: a pain and palliative care service quality improvement project. *Journal of pain and symptom management*, 50(5), 724-729.
18. Grabois, M., & Rice, A. S. (2011). Navigating the uncertainties of pain management to provide optimal treatment. *Pain management*, 1(1), 1-2.
19. Greene, J., Hibbard, J. H., Alvarez, C., & Overton, V. (2016). Supporting patient behavior change: approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation levels. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 148-154.
20. Henschke, N., Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Morley, S., Assendelft, W. J., & Main, C. J. (2010). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *The Cochrane Library*.
21. Hero, J. O., McMurtry, C., Benson, J., & Blendon, R. (2016). Discussing Opioid Risks With Patients to Reduce Misuse and Abuse: Evidence From 2 Surveys. *The Annals of Family Medicine*, 14(6), 575-577.

22. Holliday, S. M., Hayes, C., Dunlop, A. J., Morgan, S., Tapley, A., Henderson, K. M., & Spike, N. A. (2016). Does brief chronic pain management education change opioid prescribing rates? A pragmatic trial in Australian early-career general practitioners. *PAIN*.
23. Holliday, S., Hayes, C., Dunlop, A., Morgan, S., Tapley, A., Henderson, K., ... & Magin, P. (2017). Protecting Pain Patients. The Evaluation of a Chronic Pain Educational Intervention. *Pain medicine (Malden, Mass.)*.
24. Hutchinson, K., Moreland, A. M., Williams, A. C., Weinman, J., & Horne, R. (2007). Exploring beliefs and practice of opioid prescribing for persistent non-cancer pain by general practitioners. *European Journal of Pain*, 11(1), 93-93.
25. *International Narcotics Control Board (INCB) (2016). Availability of narcotic drugs for medical use/availability of opioids for pain management 2010 – 2012.* <https://www.incb.org/en/narcotic-drugs/Availability/availability.html> (accessed 31 August)
26. *International Narcotics Control Board (INCB) (2016). Availability of narcotic drugs for medical use/availability of opioids for pain management 2010 – 2012.* <https://www.incb.org/en/narcotic-drugs/Availability/availability.html> (accessed 31 August 2016)
27. Johnson, M. I., & Hudson, M. (2016). Generalizing, deleting and distorting information about the experience and communication of chronic pain.
28. Joranson D. Availability of opioids for cancer pain: recent trends, assessment of system barriers. New World Health Organization Guidelines, and the risk of diversion. *Journal of Pain and Symptom Management*.8(6):353-60.  
<http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/93jpsma.htm>.
29. Kahan, M., Mailis-Gagnon, A., & Tunks, E. (2011). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain: implications for pain physicians. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(3), 157.
30. Kim, E. D., Lee, J. Y., Son, J. S., Byeon, G. J., Yeo, J. S., Kim, D. W., ... & Park, H. J. (2017). Guidelines for prescribing opioids for chronic non-cancer pain in Korea. *The Korean Journal of Pain*, 30(1), 18-33.
31. Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012.

32. Manchikanti, L., Abdi, S., Atluri, S., Balog, C. C., Benyamin, R. M., Boswell, M. V., ... & Burton, A. W. (2012). American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I--evidence assessment. *Pain physician, 15*(3 Suppl), S1-65.
33. Mäntyselkä, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., & Takala, J. (2001). Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *Br J Gen Pract, 51*(473), 995-997.
- 34.** Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Al-Rahim, M. A. (2016). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian journal of palliative care, 22*(1), 42.
35. Mercadante, S. (2017). New drugs for pain management in advanced cancer patients. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, (just-accepted)*.
- 36.** Noble, M., Treadwell, J. R., Tregear, S. J., Coates, V. H., Wiffen, P. J., Akafomo, C., & Schoelles, K. M. (2010). Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev, 1*(1).
37. O'brien, T., Christrup, L. L., Drewes, A. M., Fallon, M. T., Kress, H. G., McQuay, H. J., ... & Varrassi, G. (2017). European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *European Journal of Pain, 21*(1), 3-19.
38. O'brien, T., Christrup, L. L., Drewes, A. M., Fallon, M. T., Kress, H. G., McQuay, H. J., ... & Varrassi, G. (2017). European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *European Journal of Pain, 21*(1), 3-19.
39. Onishi E, Kobayashi T, Dexter E, Marino M., Maeno T, Deyo RA (2017): Comparison of Opioid Prescribing Patterns in the United States and Japan: Primary Care Physicians' Attitudes and Perceptions.
40. Onishi, E., Kobayashi, T., Dexter, E., Marino, M., Maeno, T., & Deyo, R. A. (2017). Comparison of Opioid Prescribing Patterns in the United States and Japan: Primary Care Physicians' Attitudes and Perceptions. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 30*(2), 248-254.
41. Onishi, E., Kobayashi, T., Dexter, E., Marino, M., Maeno, T., & Deyo, R. A. (2017). Comparison of Opioid Prescribing Patterns in the United States and Japan: Primary Care Physicians' Attitudes and Perceptions. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 30*(2), 248-254.

42. Patel, B., Hacker, E., Murks, C. M., & Ryan, C. J. (2016). Interdisciplinary Pain Education: Moving From Discipline-Specific to Collaborative Practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(6), 636.
43. Pergolizzi, J., Böger, R. H., Budd, K., Dahan, A., Erdine, S., Hans, G., ... & Sacerdote, P. (2008). Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Practice*, 8(4), 287-313.
44. Portenoy RK, Payne R, Passik SK. Lowinson JH, Ruz P, Millman RB, Langrod JG. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens; 2004. Acute and Chronic Pain; pp. 863–904
45. Rosenblum, A., Marsch, L. A., Joseph, H., & Portenoy, R. K. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 16(5), 405.
46. Schwarz, F. (2015). Peer consultants Missing link in the treatment of chronic pain. *Canadian Family Physician*, 61(10), 837-838.
47. Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8(27).
48. Simons, L. E., Elman, I., & Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 61-78.
49. Smith, R. J., Rhodes, K., Paciotti, B., Kelly, S., Perrone, J., & Meisel, Z. F. (2015). Patient perspectives of acute pain management in the era of the opioid epidemic. *Annals of emergency medicine*, 66(3), 246-252.
50. Smith, W. R., Penberthy, L. T., Bovbjerg, V. E., McClish, D. K., Roberts, J. D., Dahman, B., ... & Roseff, S. D. (2008). Daily assessment of pain in adults with sickle cell disease. *Annals of internal medicine*, 148(2), 94-101.
51. Stumbo, S. P., Yarborough, B. J. H., McCarty, D., Weisner, C., & Green, C. A. (2017). Patient-reported pathways to opioid use disorders and pain-related barriers to treatment engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 47-54.



52. Suleiman, Z. A., Wahab, K. W., & Kolawole, I. K. (2016). Opioid prescribing habits of physicians in Kwara State, Nigeria. *Ghana medical journal*, 50(2), 63-67.
53. Suleiman, Z. A., Wahab, K. W., & Kolawole, I. K. (2016). Opioid prescribing habits of physicians in Kwara State, Nigeria. *Ghana medical journal*, 50(2), 63-67.
54. Trochim W. Likert Scale. Research Methods Knowledge Base. Cincinnati; 2000 [accessed 25 August 2013]. Available from:  
<http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php>
55. Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and assessment of people experiencing pain. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001. pp. 3–14.
56. Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. (2006). Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *Journal of general internal medicine*, 21(6), 652-655.
57. Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. (2006). Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *Journal of general internal medicine*, 21(6), 652-655.
58. Vallerand, A. H. (2003). The use of long-acting opioids in chronic pain management. *Nursing Clinics of North America*, 38(3), 435-445.
59. Vranken, M. J., Mantel-Teeuwisse, A. K., Jünger, S., Radbruch, L., Scholten, W., Lisman, J. A., ... & Schutjens, M. H. D. (2017). Barriers to access to opioid medicines for patients with opioid dependence: a review of legislation and regulations in eleven central and eastern European countries. *Addiction*.
60. Vranken, M. J., Mantel-Teeuwisse, A. K., Jünger, S., Radbruch, L., Scholten, W., Lisman, J. A., ... & Schutjens, M. H. D. (2017). Barriers to access to opioid medicines for patients with opioid dependence: a review of legislation and regulations in eleven central and eastern European countries. *Addiction*.
61. Webster, F., Bremner, S., Oosenbrug, E., Durant, S., McCartney, C. J., & Katz, J. From Opiophobia to Overprescribing: A Critical Scoping Review of Medical Education Training for Chronic Pain. *Pain Medicine*.
62. Wenghofer, E. F., Wilson, L., Kahan, M., Sheehan, C., Srivastava, A., Rubin, A., & Brathwaite, J. (2011). Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing. *Canadian Family Physician*, 57(3), 324-332.

63. Wolfert, M. Z., Gilson, A. M., Dahl, J. L., & Cleary, J. F. (2010). Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices. *Pain Medicine*, 11(3), 425-434.
64. Wolfert, M. Z., Gilson, A. M., Dahl, J. L., & Cleary, J. F. (2010). Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices. *Pain Medicine*, 11(3), 425-434.
65. World Health Organization (WHO). (2011). *Achieving a balance in national policies on controlled substances – guidance for availability and accessibility of controlled medicines*. Geneva, Switzerland. <http://www.who.int> (accessed 16 March 2016).
66. Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M., & Matoba, M. (2013). Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *Japanese journal of clinical oncology*, hyt099.
67. Zacny, J., Bigelow, G., Compton, P., Foley, K., Iguchi, M., & Sannerud, C. (2003). College on Problems of Drug Dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug and alcohol dependence*, 69(3), 215-232.
68. Zernikow, B., Michel, E., Craig, F., & Anderson, B. J. (2009). Pediatric palliative care. *Pediatric Drugs*, 11(2), 129-151.

## 10 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### APPENDICES

#### **BARRIERS TO OPIOID ANALGESIC AVAILABILITY TEST (BOAT)**

The World Health Organization has concluded that opioid analgesics like morphine must be available for the adequate management of moderate to severe pain, but that there are impediments to their availability and medical use. The purpose of this survey is to collect information about the prevalence and severity of impediments from the point of view of health professionals who care for patients with pain.

This survey is adapted from: "Availability of Opioids for Cancer Pain: Recent Trends, Assessment of System Barriers, New World Health Organization Guidelines, and the Risk of Diversion," by David Joranson.<sup>1</sup>

DIRECTIONS: Choose **only one answer** for each question unless otherwise requested



#### **Section I.**

Age Group:

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 26-30 | <input type="checkbox"/> 51-55 |
| <input type="checkbox"/> 31-35 | <input type="checkbox"/> 56-60 |
| <input type="checkbox"/> 36-40 | <input type="checkbox"/> 60-65 |
| <input type="checkbox"/> 41-45 | <input type="checkbox"/> 66+   |
| <input type="checkbox"/> 46-50 |                                |

Specialty: \_\_\_\_\_

What is your primary affiliation?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clinic                               | <input type="checkbox"/> Government             |
| <input type="checkbox"/> Nursing Home/Long-term care facility | <input type="checkbox"/> Home care service      |
| <input type="checkbox"/> Hospital                             | <input type="checkbox"/> Pharmaceutical Company |
| <input type="checkbox"/> Academic Institution                 | <input type="checkbox"/> Pharmacy               |
| <input type="checkbox"/> Hospice/Palliative care              | <input type="checkbox"/> Other _____            |

If you are involved in patient care, approximately how many patients were cared for in your program last year for:

Cancer: \_\_\_\_\_

Percentage of these cancer patients with late-stage cancer: approx. \_\_\_\_%

HIV: \_\_\_\_\_

Chronic non-cancer non-HIV pain: \_\_\_\_\_

Acute pain: \_\_\_\_\_

Percentage of these acute pain patients from surgery and/or trauma: approx. \_\_\_\_%<sup>2</sup>

Percentage of these acute pain patients from obstetric pain: approx. \_\_\_\_% **Error! Bookmark not defined.**

## Section II.

How serious are these impediments to the availability of opioids such as morphine for **cancer** pain relief?

	Not a problem	Minor problem	Moderate problem	Serious problem	Don't know
The prescription forms are not available when needed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for programs to obtain the necessary licenses.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Shortages of opioids result in inadequate availability to cancer patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Physicians are reluctant to prescribe opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pharmacists are reluctant to stock opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nurses are reluctant to administer opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Patients are reluctant to take opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
The cost of opioids makes it difficult for patients to obtain them.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioid products are not available in needed dosage forms and dosages.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Laws or regulations restrict the amounts of opioids which can be prescribed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for patients to obtain opioids for use at home.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

If you are involved in patient care, approximately how many patients were cared for in your program last year for:

Cancer: \_\_\_\_\_

Percentage of these cancer patients with late-stage cancer: approx. \_\_\_\_%

HIV: \_\_\_\_\_

Chronic non-cancer non-HIV pain: \_\_\_\_\_

Acute pain: \_\_\_\_\_

Percentage of these acute pain patients from surgery and/or trauma: approx. \_\_\_\_% <sup>2</sup>

Percentage of these acute pain patients from obstetric pain: approx. \_\_\_\_% **Error! Bookmark not defined.**

## Section II.

How serious are these impediments to the availability of opioids such as morphine for **cancer** pain relief?

	Not a problem	Minor problem	Moderate problem	Serious problem	Don't know
The prescription forms are not available when needed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for programs to obtain the necessary licenses.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Shortages of opioids result in inadequate availability to cancer patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Physicians are reluctant to prescribe opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pharmacists are reluctant to stock opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nurses are reluctant to administer opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Patients are reluctant to take opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
The cost of opioids makes it difficult for patients to obtain them.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioid products are not available in needed dosage forms and dosages.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Laws or regulations restrict the amounts of opioids which can be prescribed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for patients to obtain opioids for use at home.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

How serious are these impediments to the availability of opioids such as morphine for relief of <u>other types</u> <sup>9</sup> of pain?	Not a problem	Minor problem	Moderate problem	Serious problem	Don't know
The prescription forms are not available when needed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for programs to obtain the necessary licenses.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Shortages of opioids result in inadequate availability to patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Physicians are reluctant to prescribe opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pharmacists are reluctant to stock opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nurses are reluctant to administer opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Patients are reluctant to take opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
The cost of opioids makes it difficult for patients to obtain them.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioid products are not available in needed dosage forms and dosages.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Laws or regulations restrict the amounts of opioids which can be prescribed.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for patients to obtain opioids for use at home.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
It is difficult for physicians to obtain the necessary licenses.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### Section III.

From your experience, what is your opinion regarding use of opioids such as morphine in these situations?	Strongly disagree	Somewhat disagree	Somewhat agree	Strongly agree	Don't know
Pain in cancer patients is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pain in AIDS patients is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pain in surgery patients is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pain in trauma patients is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Chronic non-malignant pain is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Obstetric pain is not treated adequately.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
There have been no recent improvements in the availability of opioids.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioids are not available to treat children with cancer pain.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioids are not available to treat children with AIDS pain.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Health care professionals do not have adequate educational opportunities to learn about the use of opioids in pain management.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Concern about dependence interferes with the use of opioids to treat cancer pain.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Concern about dependence interferes with the use of opioids to treat AIDS pain.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Opioids are not always available to the patient for emergencies, including nights and weekends.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
For severe cancer pain, strict control of morphine results in the prescribing of weaker, less controlled analgesics.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]