

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ
ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

Αλεξάνδρα Μανούσακα Α.Μ: 4474
Ευαγγελία Μπακάλη Α.Μ: 4531
Αριάνε Ουέρα Α.Μ: 4520

Επιβλέπων:
Δρ. Μανώλης Γιαχνάκης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2008

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ
Στους μελλοντικούς συναδέλφους μας νοσηλευτές και στους καθηγητές μας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος ορίζεται ως μια αισθητηριακή κατάσταση με δυσάρεστη συναισθηματική χροιά. Πρόκειται για μια υποκειμενική εμπειρία, την οποία βιώνει επακριβώς μόνο το ίδιο το άτομο που πονά ενώ κάθε τρίτος τον αντιλαμβάνεται διαφορετικά, ανάλογα με ορισμένους παράγοντες. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε το πρόβλημα της διαφορετικής αντίληψης του πόνου των ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό της Κρήτης.

Ερωτήθηκαν 150 νοσηλευτές από 2 νοσοκομεία της Κρήτης, με απλή τυχαία δειγματοληψία, 22 άντρες και 128 γυναίκες, με τη μέθοδο των vignettes. Παράγοντες που καταγράφηκαν ήταν η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κλινική εργασία και ο χρόνος εργασίας των ερωτηθέντων (νοσηλευτών) καθώς και η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, και η ένταση του πόνου των ασθενών. Η στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τα κύρια συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν ότι κατά πλειονότητα: (α) Οι γυναίκες νοσηλεύτριες βαθμολογούν το πόνο στις γυναίκες ασθενείς βαρύτερα από τους άντρες νοσηλευτές. (β) Οι ηλικιακά νεώτεροι νοσηλευτές εκτιμούν το πόνο στους πιο μορφωμένους και στους αλλοδαπούς ασθενείς ως μέτριο. (γ) Οι ηλικιακά μεγαλύτεροι νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο στους άνδρες και στους μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς ως πάρα πολύ. (δ) Οι εργαζόμενοι σε ορισμένες κλινικές νοσηλευτές διαφοροποιούνται στην εκτίμηση του πόνου σε μορφωμένους ασθενείς. (ε) Οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας στην κλινική τους εκτιμούν τον πόνο στους λιγότερο μορφωμένους ασθενείς ως μέτριο. (στ) Οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας στην κλινική τους εκτιμούν τον πόνο στους ημεδαπούς ασθενείς ως πολύ. (ζ) Οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια συνολικής υπηρεσίας εκτιμούν το πόνο στους μεγάλης ηλικίας ασθενείς ως πολύ. (η) Οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια συνολικής υπηρεσίας εκτιμούν το πόνο στους άνδρες ασθενείς ως πάρα πολύ.

Λέξεις- Κλειδιά: Πόνος, Νοσηλευτής, Κρήτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>σελ.</u>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1) Εισαγωγή.	9
2) Ορισμός του πόνου.	11
3) Η νευροφυσιολογία του πόνου.	12
4) Διαδικασία αντίληψης του πόνου.	13
5) Θεωρίες του πόνου:	15
▪ Η θεωρία της εξειδίκευσης.	15
▪ Η θεωρία των προτύπων.	15
▪ Η θεωρία του συναισθήματος.	16
▪ Η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου.	16
▪ Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας.	19
6) Η νευροχημική βάση του πόνου και η αναστολή του.	20
7) Ο πόνος και το ανοσοποιητικό σύστημα.	21
8) Η επίδραση του πόνου στις γνωστικές λειτουργίες.	21
9) Διαφορετικά είδη πόνου.	22
10) Η ποιότητα του πόνου.	22
11) Η ένταση του πόνου.	23
12) Το όριο του πόνου και η ανοχή στο πόνο.	23
13) Οξύς πόνος έναντι του χρόνιου πόνου.	24
14) Η όψη του ατόμου που πονά.	25
15) Ο πόνος και η αλληλεπίδραση ιατρού- ασθενούς.	26
16) Ψυχολογικοί παράγοντες και πόνος.	27
17) Προσδοκίες.	28
18) Άγχος.	29
19) Ο αντιληπτός έλεγχος.	29
20) Ατομικές διαφορές στις αντιδράσεις του πόνου.	29
▪ Διαφορές στη προσωπικότητα.	30
▪ Ηλικιακές διαφορές.	31
▪ Βρέφη και νήπια.	32
▪ Διαφορές που σχετίζονται με το φύλο.	33
▪ Κοινωνικές/ Πολιτισμικές διαφορές.	34
21) Τρόποι μέτρησης του πόνου.	35
22) Η σημασία της αξιολόγησης του πόνου.	35
23) Ιστορική αναδρομή στην αντιμετώπιση του πόνου.	37
24) Τρόποι αντιμετώπισης του πόνου.	37
▪ Χειρουργική αντιμετώπιση του πόνου.	37
▪ Φαρμακοθεραπείες.	38
▪ Η κατάπαυση του πόνου	40
▪ Η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου.	42
25) Γνωσιακές μέθοδοι ελέγχου του πόνου.	44
26) Γνωσιακές- συμπεριφοριστικές μέθοδοι για τον έλεγχο του πόνου:	47
▪ Προοδευτικοί χαλάρωση.	48
▪ Διαλογισμός.	48

▪ Βιοανάδραση.	49
▪ Ύπνωση.	50
24) Σύγχρονοι προβληματισμοί στην αντιμετώπιση.	52
25) Τροποποίηση της συμπεριφοράς στις περιπτώσεις χρόνιου πόνου.	53
26) Μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου με φυσικά μέσα.	54
27) Θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται προεγχειρητικά για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.	57
28) Οι κλινικές πόνου: πολυδιάστατα θεραπευτικά προγράμματα.	58
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	59
1. Σκοπός	59
2. Υλικό και Μέθοδοι	59
3. Αποτελέσματα	62
4. Συζήτηση	176
5. Συμπεράσματα	194
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
1. Το ερωτηματολόγιο με τη μέθοδο των vignettes	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
1. Ελληνική	200
2. Ξένη	200
3. Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο	209

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας που ορίζει το Τ.Ε.Ι. Ευελπιστούμε να αποτελέσει το έναυσμα αφενώς για περαιτέρω σχετική έρευνα και αφετέρου για σχετική συζήτηση και προτάσεις βελτίωσης της κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών. Στην πραγματικότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η τελική αξία μιας νοσηλευτικής ερευνητικής μελέτης ορίζεται από την έκταση στην οποία τα ευρήματα της, μακροπρόθεσμα χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Ο πόνος αποτελεί ένα φαινόμενο που επηρεάζει όλα τα άτομα σε κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οι επαγγελματίες υγείας, ως άτομα, αλλά και οι διάφοροι διεθνείς οργανισμοί και ιδρύματα, ασχολούνται με την διερεύνηση προβλημάτων όπως αυτό της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του πόνου, και προχωρούν στη διατύπωση οδηγιών με στόχο την επίλυσή τους.

Τόσο στο επίπεδο της εκπαίδευσης όσο και στα επίπεδα της κλινικής πρακτικής και της έρευνας καθορίζονται προτεραιότητες, εντοπίζονται κενά ή διατυπώνονται προβληματισμοί που οδηγούν μέσα από την έρευνα και τη δημόσια συζήτηση στην επαναδιατύπωση οδηγιών και στην διερεύνηση πιθανών λύσεων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν ή που ήδη υπάρχουν γύρω από τα προβλήματα του πόνου.

Ο πόνος αποτελεί ένα πολύπλοκο, πολυδιάστατο και υποκειμενικό φαινόμενο. Η προσέγγιση, η εκτίμηση και η αντιμετώπιση του επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, που αφορούν τόσο στο άτομο που βιώνει και εκφράζει τον πόνο, όσο και στο άτομο που καλείται να τον εκτίμησει. Οι αντιδράσεις στην αρρώστια και στον πόνο συνδέονται με συνολικά συστήματα αξιών, πεποιθήσεις και τρόπους πολιτισμικής έκφρασης, γιατί αυτά ωθούν τους ανθρώπους να συμπεριφέρονται με ιδιαίτερο και διαφορετικό τρόπο όταν εκτίθενται σε διαφορετικές καταστάσεις.

Επίσης, η μορφή που θα πάρει η συγκεκριμένη συμπεριφορά στον πόνο καθορίζεται από τη φύση και την ένταση του ερεθίσματος, αλλά και από πολιτισμικές επιδράσεις. Οι επιδράσεις αυτές άλλοτε διευκολύνουν την έκφραση των συναισθημάτων που προκαλεί ο πόνος και άλλοτε την περιορίζουν. Άλλοτε πάλι, μπορεί να οδηγούν στην υιοθέτηση αντιδράσεων πόνου ενώ απουσιάζει το επώδυνο ερέθισμα. Η αντοχή στον πόνο επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν ο πόνος εντάσσεται σε ένα πολιτισμικά αποδεκτό πλαίσιο ερμηνείας της ζωής, παρά όταν αντιμετωπίζεται σαν κάτι που μπορεί να καταπολεμηθεί και άρα να αποφευχθεί, όπως συμβαίνει στον Δυτικό πολιτισμό, όπου ο πόνος δεν θεωρείται κάτι το φυσιολογικό, αλλά το αφύσικο και τρομακτικό.

Οι μαθητές του Ιπποκράτη αξιοποιούσαν τα διάφορα είδη πόνου για τον εντοπισμό της παθογόνου δυσαρμονίας. Ο πόνος μπορούσε να εξαλειφθεί κατά τη θεραπευτική αγωγή, αλλά δεν αποτελούσε πρωτεύον μέλημα για τον γιατρό. Η καρτεσιανή αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό θεώρησε τον πόνο ένδειξη αντίδρασης σε κάποια δυσλειτουργία, υποβιβάζοντας έτσι την ανθρώπινη εμπειρία του πόνου σε χρήσιμο εργαλείο προειδοποίησης. Αυτή ακριβώς η διαγνωστική χρησιμότητα του πόνου επέτρεψε εν συνεχεία στην Δυτική ιατρική να αναλάβει την «εξάλειψη» του, από τη στιγμή που διέθετε άλλα, λιγότερο επώδυνα, διαγνωστικά εργαλεία. Ενώ, όμως, η Δυτική ιατρική και ο Δυτικός πολιτισμός γενικότερα δεν κατάφεραν ακόμα να εξαλείψουν τον πόνο, κατάφεραν να ενδυναμώσουν τη δυνατότητα του ανθρώπου να αντιμετωπίζει λιγότερο επώδυνα τον πόνο.

Ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρεται στη διερεύνηση της έννοιας του πόνου. Ο πόνος ως φαινόμενο πολύπλευρο και υποκειμενικό έχει αναλυθεί και έχει μελετηθεί αρκετά. Μεταξύ άλλων, έχει προκύψει η διαπίστωση ότι η προσέγγιση, η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του πόνου από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό αποτελεί προτεραιότητα της κλινικής πρακτικής τους.

Η γνωριμία μας με διάφορες μορφές και καταστάσεις πόνου ασθενών κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησής μας σε διάφορα τμήματα-κλινικές του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου καθώς και οι παρεμβάσεις και τεχνικές που υιοθετεί το νοσηλευτικό προσωπικό για να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν το πόνο των ασθενών, μας προκάλεσε το ενδιαφέρον να διερευνήσουμε το ζήτημα στο συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον των Νοσοκομείων της Κρήτης.

Για το υλικό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Η συγκέντρωση της σχετικής αρθρογραφίας έγινε με τη μέθοδο της επιτόπιας έρευνας στη Κεντρική Βιβλιοθήκη του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, στη Βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ, καθώς και στις Βιβλιοθήκες του ΠΕ.ΠΑ.Γ.ΝΗ και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, καθώς και από διάφορες ελληνικές και ξένες ιστοσελίδες του Διαδικτύου.

Ευχαριστούμε, τους νοσηλευτές που διέθεσαν χρόνο στη συμπλήρωση των ερευνητικών ερωτηματολογίων καθώς και για τα σχόλια τους, το προσωπικό των βιβλιοθηκών και τους καθηγητές μας.



Εικόνα 1: Απεικόνιση του πόνου.
Εικόνα από το διαδίκτυο
(www.desolate-angel.blogspot.com).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος ορίζεται ως

- μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία , η οποία σχετίζεται με μια πραγματική ή πιθανολογούμενη βλάβη ιστών.
- μια καθολική εμπειρία που οφείλεται σε ένα επιβλαβές ερέθισμα .
- μια ψυχολογική εμπειρία που αναφέρεται σε ένα φαινόμενο κατά το οποίο μηχανική, θερμική ή χημική ενέργεια επιδρά σε εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις οι οποίες ενεργοποιούν συγκεκριμένες νευρικές ίνες που στέλνουν ένα σήμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο πόνος είναι δυνατόν να προκληθεί λόγω της αλγαισθησία, αλλά ενδέχεται να εκδηλωθεί και ενώ το άλγος απουσιάζει. Η αλγαισθησία είναι δυνατόν να εμφανιστεί χωρίς να προκληθεί πόνος.

Ο πόνος είναι ένα θεμελιώδες φαινόμενο της ανθρώπινης ζωής και συνοδεύεται από σημαντικές οικονομικές συνέπειες. Πρόκειται για το σύμπτωμα που οδηγεί συχνότερα τους ανθρώπους να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Οι άνθρωποι φοβούνται ιδιαίτερος την πιθανότητα να υποφέρουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από αθεράπευτο και ανθεκτικό πόνο.

Έχουν προταθεί πολλές θεωρίες για το φαινόμενο του πόνου:

- Η θεωρία της εξειδίκευσης υποστηρίζει ότι υπάρχουν εξειδικευμένοι υποδοχείς στο δέρμα οι οποίοι ανταποκρίνονται σε ένα ιδιαίτερο είδος ερεθισμάτων, εξειδικευμένες οδοί μεταβίβασης σημάτων πόνου στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ειδικά εγκεφαλικά κέντρα τα οποία καταγράφουν και ερμηνεύουν μόνο σήματα πόνου.
- Η θεωρία των προτύπων υποστηρίζει ότι ο πόνος προκαλείται από το είδος και την ποιότητα της διέγερσης που προέρχεται από τις περιφερικές νευρικές απολήξεις.
- Η θεωρία του συναισθήματος υποστηρίζει ότι οι αισθήσεις χρωματίζουν την αντίληψη του πόνου και των αισθητηριακών φαινομένων.
- Η θεωρία της πύλης ελέγχου λαμβάνει υπόψη τόσο την εξειδίκευση στον τρόπο μεταβίβασης του πόνου όσο και την τυποποίηση και την άθροιση των ώσεων πόνου αναγνωρίζει επίσης το ρόλο που και στον έλεγχό του.
- Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας υποστηρίζει ότι κάθε άνθρωπος διαθέτει ένα ενδογενές και γενετικά προκαθορισμένο νευρωνικό δίκτυο το οποίο είναι δυνατόν να τροποποιηθεί με μοναδικό τρόπο μέσω του βιώματος του πόνου. Τα μοναδικά πρότυπα που συνδέονται με ένα συγκεκριμένο είδος αισθητηριακών δεδομένων ονομάζονται νευροπογραφές και καθένα έχει το δικό του γνωστικό και συναισθηματικό νόημα. Η νευρωνική μήτρα του πόνου είναι δυνατόν να ενεργοποιηθεί και από άλλα ερεθίσματα εκτός της αλγαισθησίας.

Η εμπειρία του πόνου γίνεται αντιληπτή με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετική ένταση. Πρόκειται για μια υποκειμενική εμπειρία, την οποία βιώνει μόνο το άτομο που πονάει.

Οι μέθοδοι μέτρησης του πόνου κατηγοριοποιούνται σε τρεις βασικούς τύπους:

- Ψυχοφυσιολογικές μέθοδοι μέτρησης, όπως της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού.
- Συμπεριφοριστικές μέθοδοι μέτρησης, οι οποίες αφορούν κυρίως την παρατήρηση των συμπεριφορών πόνου (πχ: μορφασμοί του προσώπου, αναστεναγμοί και παράπονα).
- Μέθοδοι αυτοαναφοράς, στις οποίες ο ασθενής περιγράφει γραπτά ή προφορικά το είδος και την ένταση του πόνου που βιώνει.

Η λεπτομερειακή περιγραφή του πόνου ενδέχεται να αποδειχθεί θεμελιώδους σημασίας για τη διάγνωση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Στη περιγραφή περιλαμβάνονται απαραίτητα στοιχεία, όπως: η διάρκεια του πόνου, το σημείο στο οποίο εντοπίζεται, η φύση και τα χαρακτηριστικά του, όπως επίσης τα συντρέχοντα συμπτώματα και οι παράγοντες που προηγούνται ή επισπεύδουν την εμφάνισή του.

Οι επαγγελματίες υγείας διαχωρίζουν τον οξύ από τον χρόνια πόνο. Ο οξύς πόνος είναι προσωρινός και διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες. Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος διαρκεί περισσότερο από έξι μήνες και μπορεί συνεχής ή περιοδικός, ήπιος ή σφοδρός.

Ο πόνος επηρεάζεται και από ψυχολογικούς παράγοντες. Το νόημα που του αποδίδεται καθορίζει εν μέρει τον οποίο γίνεται αντιληπτός καθώς και τις αντιδράσεις σε αυτόν. Ο πόνος επηρεάζεται επίσης από το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η βλάβη των ιστών και από τις αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με αυτό. Οι προσδοκίες είναι δυνατόν επίσης να επηρεάσουν σημαντικά τον πόνο.

Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτός ο πόνος εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, καθώς και από τον τύπο της προσωπικότητας κάθε ατόμου. Η ανοχή στον πόνο φαίνεται ότι διαφοροποιείται ανάλογα με τις στάσεις και το άγχος των ατόμων για αυτόν.

Οι χειρουργικές μέθοδοι αποτελούν μια δραστική προσέγγιση σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Η χειρουργική αποσύνδεση ή η αφαίρεση νευρώνων ενδέχεται να μην επιφέρει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, καθώς πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι νευρικές οδοί που φράσσονται τελικά παρακάμπτονται και τα σήματα πόνου μεταφέρονται στον εγκέφαλο μέσω άλλων διόδων. Σήμερα, η συνηθέστερη ιατρική θεραπεία για τον πόνο είναι η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων διαφόρων ειδών: -Τοπικά αναισθητικά, αναλγητικά περιφερικής δράσης, αναλγητικά κεντρικής δράσης και καταπραϋντικά ή ηρεμιστικά φάρμακα.

Οι ναρκωτικές ουσίες, συνήθως δεν είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου επειδή μπορούν εύκολα να προκαλέσουν εθισμό. Είναι όμως κατάλληλες για τη θεραπεία του βραχυχρόνιου, σφοδρού πόνου και του πόνου που προκαλούν οι νόσοι τελικού σταδίου.

Έχει επαληθευτεί ερευνητικά ότι οι γνωσιακές μέθοδοι για τον έλεγχο του πόνου είναι ιδιαίτερες αποτελεσματικές:

- Α. Ο επαναπροσδιορισμός του πόνου είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτός ο πόνος και οι συνέπειές του.
- Β. Ο περισπασμός της προσοχής από τον πόνο ή από το αίτιο που τον προκαλεί και η εστίαση του.

- Γ. Η εφαρμογή της τεχνική της νοερής απεικόνισης κατά την οποία η προσοχή εστιάζεται σε μια ευχάριστη εικόνα συμβάλλει επίσης στη μείωση της ένταση του πόνου. Η προοδευτική χαλάρωση είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη μέθοδος για τον έλεγχο τόσο του οξέως όσο και του χρόνιου πόνου. Η βιοανάδραση περιλαμβάνει ένα μηχανικό σύστημα μέσω του οποίου το άτομο ειδοποιείται από ένα φωτεινό ή ηχητικό ερέθισμα να χαλαρώσει μια συγκεκριμένη ομάδα μυών. Η ύπωση είναι σημαντική τεχνική που βοηθά στον έλεγχο του πόνου ιδιαίτερα του οξέως. Η συντελεστική μάθηση με στόχο την τροποποίηση των συμπεριφορών πόνου αποτελεί μία ακόμα επιτυχημένη προσέγγιση. Οι ποικίλες μέθοδοι φυσικοθεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου βασίζονται στην αρχή της αντιδιέγερσης. Σε αυτές τις μεθόδους εντάσσονται: ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός, το μασάζ, ο βελονισμός, η παραδοσιακή μορφή φυσικοθεραπείας, καθώς τα θερμά και ψυχρά επιθέματα. Οι πιο αποτελεσματικές σύγχρονες θεραπείες για την αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, φυσικοθεραπείας και γνωσιακών συμπεριφοριστικών τεχνικών.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος ορίζεται ως μια συναισθηματική και αισθητηριακή ενόχληση που σχετίζεται συνήθως, αλλά όχι πάντα, με τη καταστροφή των ιστών του σώματος. Βάσει μιας πιο σφαιρικής θεώρησης, ο πόνος ορίζεται ως: «Μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία ευεξίας σε σωματικό, συναισθηματικό ή διανοητικό επίπεδο ή μια ενόχληση που κυμαίνεται από την ήπια δυσφορία ή την ελαφρά ανησυχία έως την οξεία ή αφόρητη αγωνία και το μαρτύριο. Ενδέχεται να είναι γενικευμένος και διάχυτος ή να εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο και να είναι απόρροια ενός σωματικού ή ψυχικού τραύματος. Συνήθως προκαλεί την επιθυμία αποφυγής, διαφυγής ή εξάλειψης του αιτιολογικού παράγοντα που τον προκαλεί, αλλά και των συνεπειών του» (Merriam Webster's Medical Desk Dictionary [MWMDD], 1996). Σύμφωνα με έναν ένα άλλο ορισμό, η έννοια του πόνου αναφέρεται στην «πλήρη βίωση ενός επιβλαβούς ερεθίσματος, η οποία επηρεάζεται από το τρέχον πλαίσιο όπου εντάσσεται και εκδηλώνεται ο πόνος, τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, τη διαδικασία της μάθησης και τις γνωστικές διεργασίες» (Feuerstein et al., 1987, σ. 243). Επίσης, ο πόνος έχει οριστεί ως μια ψυχολογική εμπειρία που περιλαμβάνει: «(1) μια προσωπική, υποκειμενική αίσθηση βλάβης' (2) ένα επιβλαβές ερέθισμα, το οποίο σηματοδοτεί την τρέχουσα ή την επικείμενη καταστροφή των ιστών του σώματος' και (3) ένα σύνολο αντιδράσεων που στόχο έχει την προστασία του οργανισμού από τη ζημιά» (Sternbach, 1968, σ. 12). Τέλος, σε έναν άλλο ορισμό αναφέρονται τα εξής: «Από μια άποψη [ο πόνος] είναι μια αίσθηση, αλλά από μια άλλη είναι ένα συναισθηματικό- κινητοποιητικό φαινόμενο που οδηγεί σε συμπεριφορές διαφυγής ή αποφυγής» (Weisenberg, 1977, σ. 1009).

Από τους ορισμούς που αναφέρθηκαν φαίνεται ότι η προσπάθεια εννοιολογικού προσδιορισμού του πόνου ενδέχεται να αποδειχθεί δύσκολη και να προκαλέσει σύγχυση (παρότι για το άτομο που υποφέρει το βίωμα του πόνου είναι σαφές και ξεκάθαρο). Παρά τις δυσκολίες, είναι αναγκαίο να γίνει μια σημαντική διάκριση, συγκεκριμένα η διάκριση της αλγαισθησίας από το πόνο. Η αλγαισθησία είναι «...μηχανική, θερμική ή χημική ενέργεια που επενεργεί σε εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις, οι οποίες με τη σειρά τους ενεργοποιούν τις A-δ και C νευρικές ίνες, στέλνοντας έτσι ένα σήμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) ότι λαμβάνουν χώρα μη επιθυμητά και δυσάρεστα γεγονότα» (Fordyce, 1988, σ. 278). Η

αλγαισθησία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί, ακριβώς επειδή είναι μετρήσιμη η δραστηριότητα κάποιων νευρικών ινών και των συνάψεών τους. Ο αλγαισθητικός πόνος προέρχεται από την ενεργοποίηση των υποδοχέων του πόνου, που βρίσκονται σε όλους τους ιστούς εκτός από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και συνδέεται με βλάβη των περιφερικών ιστών. Μεταξύ του σημείου της ιστικής βλάβης και της αντίληψης του πόνου παρεμβάλλεται μια περίπλοκη και πολυεπίπεδη σειρά ηλεκτροχημικών φαινομένων. Αυτή η πολύπλοκη διαδρομή αρχίζει από τους περιφερικούς αλγοϋποδοχείς (που διεγείρονται από μηχανικά, όπως η πίεση, από θερμικά, όπως το ζεστό/ κρύο, και από χημικά, όπως οι ουσίες που εκλύονται λόγω ιστικής βλάβης, επώδυνα ερεθίσματα), διατρέχει τους νευράξονες των περιφερικών νευρών και φτάνει στο νωτιαίο μυελό. Η επεξεργασία συνεχίζεται διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου, καθώς και του θαλάμου, από όπου καταλήγει στο φλοιό, σε περιοχές που έχουν σχέση με τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. Ο πόνος γίνεται αντιληπτός ως αποτέλεσμα της διέγερσης των α-δ και των C ινών, αλλά είναι επίσης δυνατόν να γίνει αντιληπτός ως αποτέλεσμα της διέγερσης των Α- δ και των C ινών, αλλά είναι επίσης δυνατόν να γίνει αντιληπτός και χωρίς την ύπαρξη αλγαισθησίας. Κατ' αναλογία, η αλγαισθησία μπορεί να παρατηρηθεί χωρίς την αντίληψη του πόνου.

3. Η ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σε όλα σχεδόν τα σημεία του σώματός μας υπάρχουν υποδοχείς πόνου, δηλ. ειδικά διαμορφωμένα νευρικά κύτταρα που όταν διεγερθούν με το κατάλληλο ερέθισμα θα δώσουν την πρώτη πυροδότηση σε μια μακρά νευρική «οδό» που θα καταλήξει στον εγκέφαλο. Εκεί, στον φλοιό του εγκέφαλου θα αναγνωρισθεί συνειδητά η περιοχή του πόνου και θα αποφασιστούν οι συνειδητές επιλογές συμπεριφοράς προς αποφυγήν του και πώς. Πέρα όμως από την συνειδητή αξιολόγηση και αντιμετώπισή του, και μάλιστα σε χρόνο προγενέστερο της άφιξης του σήματος στον φλοιό, ο πόνος προκαλεί αυτόματες και ασύνειδες αντιδράσεις στις λειτουργίες του σώματος (π.χ. ταχυκαρδία, υπέρταση, μυδρίαση, εφίδρωση, αγγειοδιαστολή δέρματος) καθώς και αυτόματες ακούσιες κινητικές αντιδράσεις «φυγής», πέρα από το εκούσιο «σχέδιο δράσης» που θα επεξεργαστεί και θα διατάξει τελικά ο φλοιός.

Η οδός διάδοσης του πόνου και η τοπογραφική αναγνώριση εκ μέρους του εγκέφαλου, μερικές φορές δεν άμοιρα «λαθών» και «παραδόξων» που οφείλονται στην κατασκευή και τις ιδιότητες των αρμόδιων νευρικών κυκλωμάτων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι το φαινόμενο «προβολής» του πόνου όπου ο πόνος μας γίνεται αντιληπτός σε άλλο σημείο από αυτό που πράγματι πάσχει, και ο πόνος του «μέλους-φάντασμα»: Στο πρώτο παράδειγμα εντάσσεται ο πόνος του εμφράγματος που μπορεί να προβάλλει σε πολλά εκτός της καρδιάς σημεία, ενώ το δεύτερο αναφέρεται στον ασθενή που έχει ακρωτηριαστεί κάποιο άκρο του, αυτό όμως εξακολουθεί να του προκαλεί πόνο, που γίνεται αντιληπτός όχι στο σημείο του ακρωτηριασμού αλλά στο... ανύπαρκτο πλέον μέλος, σαν να εξακολουθεί να υπάρχει!

Για να καταφέρει ένα ερέθισμα να παραληφθεί από τους υποδοχείς του πόνου, πρέπει να διαθέτει ένα δυναμικό ενέργειας αρκετό ώστε να διαβεί τον ουδό (κατώφλι) πόνου του συγκεκριμένου υποδοχέα. Μ αυτόν τον τρόπο αποκλείονται ερεθίσματα με μη ικανά βλαπτικό χαρακτήρα, αξιοσημείωτο δε είναι ότι με τους ίδιους υποδοχείς γίνεται η μετάδοση και άλλων αισθήσεων, όταν αυτοί διεγείρονται με άλλης

ποιότητας ερεθίσματα. Ο ουδός του πόνου είναι ένα νευροφυσιολογικό μέγεθος αντικειμενικά μετρήσιμο, ανεξάρτητο εν πολλοίς από άλλες υποκειμενικές παραμέτρους τελικής αξιολόγησής του, τις οποίες θα σχολιάσουμε παρακάτω. Δεν είναι ίδιος σε όλους τους ανθρώπους και εκτός από εμπειρικά δεδομένα έχουν αποδειχθεί γενετικές διαφορές που δίνουν στον καθένα μας ένα διαφορετικό νευροφυσιολογικό προφίλ στην πρόσληψη του πόνου. Ακόμη όμως και στο ίδιο άτομο αυτό το κατώφλι μπορεί να ανατραπεί, υπό κάποιες συνθήκες.

Χαρακτηριστικό και εντυπωσιακό παράδειγμα το «Κινέζικο βασανιστήριο της σταγόνας»: Ακίνητοποιημένος ο βασανιζόμενος δέχεται την πτώση μιας σταγόνας νερού πάντα στο ίδιο σημείο για πολλές ώρες. Στην αρχή η πτώση αυτή δεν καταφέρνει να διαβεί τον ουδό του πόνου, η συνεχής όμως τοπική διέγερση τελικά προκαλεί πλήρη άρση του κατωφλιού αυτού και η σταγόνα προκαλεί ολοένα και πιο αβάσταχτο πόνο.

Το παραπάνω παράδειγμα μας θυμίζει ότι ο πόνος χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους κατά κόρον ως μέσον παιδαγωγικής και εξαναγκασμού. Σύμφωνα με το γνωστό μοντέλο αμοιβής-τιμωρίας στο οποίο ενθαρρύνουμε με ευχάριστα ερεθίσματα μια επιθυμητή συμπεριφορά για να επαναληφθεί και με δυσάρεστα αυτήν που θέλουμε να καταστείλουμε, η τιμωρία του σωματικού πόνου κατέχει τα πρωτεία της τιμωρίας ως το πιο πρόσφορο και πιο ...εύγλωττο επιχείρημα! Δεν είναι και πολύ μακρινή η εποχή που είχε και τις ευλογίες των κυρίαρχων ιδεολογικών συστημάτων ως μέσο διαπαιδαγωγικής των παιδιών όχι μόνο στην οικογένεια αλλά και στο εκπαιδευτικό σύστημα, και βέβαια εξακολουθεί να είναι και στις μέρες μας η πιο διαδεδομένη μορφή ενδοοικογενειακής βίας. Όσο για την τιμωρία και τον εξαναγκασμό σε επίπεδο πολιτικών βασανιστηρίων, στη σύγχρονη εποχή έχουμε να ...θαυμάσουμε πλέον πολύπλοκες μεθόδους επιβολής σωματικού αλλά και ψυχικού πόνου!

4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Όταν τραυματίζεται το ανθρώπινο σώμα, σήματα που ξεκινούν από τον ιστό που υπέστη βλάβη μεταφέρονται ως ώσεις από τους προσαγωγούς (κεντρομόλους) νευρώνες του περιφερικού νευρικού συστήματος αρχικά στο πρόσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στη συνέχεια σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του θαλάμου, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού φλοιού. Οι απολήξεις των νευρώνων που ανταποκρίνονται στα ερεθίσματα πόνου ονομάζονται αλγούποδοχείς (Charman, 1984). Όταν ενεργοποιούνται, αυτές οι νευρικές απολήξεις παράγουν ώσεις, οι οποίες κατευθύνονται προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι περιφερικές νευρικές ίνες που μεταδίδουν τις ώσεις πόνου είναι οι A-δ και οι C ίνες. Οι εμμύελες ίνες A- δ έχουν απολήξεις που εντοπίζονται κυρίως στο δέρμα και μεταφέρουν τις ώσεις πολύ γρήγορα (5-30 m/ sec), στέλνοντας τα σήματά τους στον εγκεφαλικό φλοιό μέσω του θαλάμου. Αυτά τα σήματα συνδέονται με το αίσθημα του σύντομου, οξύ και διαξιφιστικού πόνου, για αυτό το λόγο προκαλούν την άμεση προσοχή του ατόμου και την ανάληψη δράσης προς αποφυγή της αιτίας που τον προκαλεί. Οι αμύελες ίνες C έχουν απολήξεις που βρίσκονται διασκορπισμένες σε διάφορους ιστούς, όπως είναι οι μύες, τα οστά, οι αρθρώσεις, ο οδοντικός πολφός, μεταφέρουν ώσεις με πιο αργό ρυθμό (0,5-2 m/ sec) και στέλνουν τα σήματά τους στο εγκεφαλικό στέλεχος και στα κατώτερα στρώματα του πρόσθιου εγκεφάλου. Ο ερεθισμός αυτών των ινών προκαλεί πόνο, ο οποίος είναι παρατεταμένος, υπόκωφος, βύθιος, διάχυτος ή ασαφής και όχι καλά εντοπισμένος και

φαίνεται ότι επηρεάζουν τη ψυχική διάθεση, τη γενική συναισθηματική κατάσταση και τα κίνητρα (Bonica, 1990' Melzack & Wall, 1982).

Βεβαίως, η αντίληψη του πόνου δεν είναι πάντα άμεση. Ο αντανακλαστικός πόνος αναφέρεται στο πόνο που οφείλεται σε βλάβη κάποιου ιστού σε μια περιοχή του σώματος, ο οποίος όμως γίνεται αντιληπτός σαν να προέρχεται από κάποια άλλη. Για παράδειγμα, ο πόνος του έσω ωτός ενδέχεται να οφείλεται σε ερεθισμό της κροταφογναθικής άρθρωσης της σιαγόνας (Melzack & Wall, 1982). Όταν διαφορετικές αισθητηριακές ώσεις μεταδίδονται προς τον νωτιαίο μυελό μέσω των ίδιων νευρικών οδών, τότε το άτομο που αισθάνεται ότι πονά είναι πιθανό να προβεί σε λανθασμένη εκτίμηση της πραγματικής προέλευσης αυτού του αισθήματος.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να υπάρχει το βίωμα του πόνου, παρότι απουσιάζει μια εμφανής βλάβη ιστών ή κάποιο βλαπτικό ερέθισμα. Ενδεικτικό παράδειγμα αυτού του φαινομένου είναι η νευραλγία, η οποία ορίζεται ως: «...πόνος που εξαπλώνεται κατά μήκος ενός ή περισσοτέρων νεύρων, συνήθως χωρίς εμφανείς αλλοιώσεις στη δομή τους» (MWMDD, 1996). Επεισόδια νευραλγίας, τα οποία είναι εξαιρετικά επώδυνα, ενδέχεται να συμβούν αναπάντεχα, ενώ αυτό το είδος του πόνου μπορεί να προκληθεί ακόμα και από έναν ελάχιστο ερεθισμό, όπως ένας ασθενής άνεμος. Ο όρος καυσalgία αναφέρεται σε έναν οξύ καυστικό πόνο ο οποίος κάποιες φορές ενδέχεται να εκδηλωθεί αφού έχει επουλωθεί μια πληγή και έχουν ανασχηματισθεί τα νεύρα που έχουν υποστεί βλάβη. Όπως η νευραλγία, έτσι και η καυσalgία είναι δυνατόν να προκληθεί από έναν ασήμαντο ερεθισμό. Μια πιθανή εξήγηση αυτών των δύο καταστάσεων είναι ότι οφείλονται σε κάποιου είδους μόλυνση (ιογενή ή βακτηριακή), η οποία προκαλεί μια μη εμφανή νευρική βλάβη (Hare & Milano, 1985).

Ο πόνος του μέλους- φαντάσματος παρατηρείται όταν ένας ασθενής, ο οποίος έχει υποστεί ακρωτηριασμό ή παρουσιάζει βλάβη στο περιφερικό νευρικό σύστημα, εξακολουθεί να αισθάνεται πόνο στο μέλος του σώματος που λείπει ή έχει υποστεί βλάβη. Για παράδειγμα, οι ανάπηροι, σχεδόν παγκοσμίως, αναφέρουν αισθήσεις ή/ και πόνο στο ακρωτηριασμένο μέλος τους (Melzack, 1995). Κάποτε αυτές οι αισθήσεις αποδίδονταν σε διεργασίες επεξεργασίας του ερεθίσματος στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού που συνέχιζαν να βρίσκονται σε λειτουργία παρά τον ακρωτηριασμό ή σε άλλους παράγοντες του περιφερικού νευρικού συστήματος. Ωστόσο, μια πιο νέα θεωρία υποστηρίζει ότι τα εγγενή νευρωνικά δίκτυα μπορούν πράγματι να λειτουργήσουν, ακόμα και αν απουσιάζουν ερεθίσματα που προέρχονται από το σώμα (Melzack, 1995, 1999). Αυτά τα δίκτυα, που αρχικά είχαν την ικανότητα και είχαν «εθιστεί» να λειτουργούν με βάση εισερχόμενα δεδομένα, είναι δυνατόν να συνεχίσουν να προκαλούν σωματικές αισθήσεις χωρίς να υπάρχουν τα αντίστοιχα εξωτερικά ερεθίσματα. Αυτή η άποψη επιβεβαιώνεται, αν λάβουμε υπόψη τη θεωρία της νευρωνικής μήτρας για το πόνο και την ύπαρξη μιας πιθανής υπολειπόμενης νευρικής μνήμης του πόνου.

5. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΠΟΝΟΥ

5.1 Η Θεωρία της εξειδίκευσης.

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα προτάθηκε από τους ιατρούς η Θεωρία της Εξειδίκευσης, σύμφωνα με την οποία ένα συγκεκριμένο σύστημα του ανθρώπινου σώματος ευθύνεται για την αντίληψη του πόνου. Θεωρούνταν ότι ο πόνος είναι μια

ανεξάρτητη αίσθηση, όπως η αφή ή η αίσθηση του θερμού και του ψυχρού (π.χ. Mountcastle, 1974). Παράλληλα, υποστηρίχθηκε ότι εξειδικευμένοι υποδοχείς του δέρματος είχαν την ικανότητα να αντιδρούν σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και ότι κάποιες συγκεκριμένες νευρικές οδοί στο κεντρικό νευρικό σύστημα για τη μεταβίβαση ώσεων και συγκεκριμένα εγκεφαλικά κέντρα ήταν υπεύθυνα αποκλειστικά για την καταγραφή και την ερμηνεία του πόνου (Melzack, 1983). Ωστόσο, σύντομα τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αντέκρουσαν αυτήν τη θεωρία, διότι όπως αποδείχθηκε ο πόνος δεν είναι μια αισθητηριακή εμπειρία διαφορετική από τις άλλες. Εκτός αυτού, είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα των άλλων αισθητηριακών εμπειριών, όπως η υπερβολική θερμότητα, το κρύο ή η πίεση.

5.2 Η Θεωρία των προτύπων.

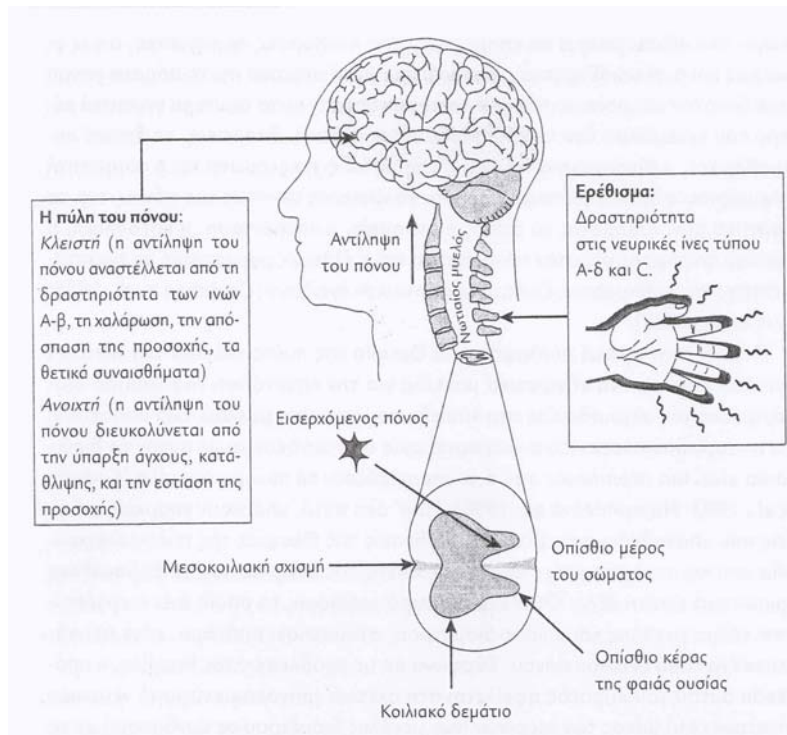
Στη κλασική μορφή της, η Θεωρία των προτύπων υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα της μορφής, της έντασης και της ποιότητας των ερεθισμάτων, τα οποία προέρχονται από τις περιφερικές νευρικές απολήξεις (Goldschneider, 1886, Melzack, 1973, Melzack, 1983, 1993). Σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, για παράδειγμα, ένας ήπιος ερεθισμός ενδέχεται να προκαλέσει την αίσθηση της αφής, αλλά ένας έντονος είναι πιο πιθανό να προκαλέσει την αίσθηση του πόνου. Η ίδια θεωρία υποστηρίζει, επίσης, ότι οι αισθήσεις είναι δυνατόν να προστεθούν μεταξύ τους και ότι οι νευρικές ώσεις που μεταβιβάζονται προς τη σπονδυλική στήλη καταλήγουν στον εγκέφαλο, αφού φθάσουν πρώτα ένα συγκεκριμένο όριο (δηλαδή τον ουδό του πόνου). Σε αυτήν την άθροιση πιθανώς οφείλεται η μικρή καθυστέρηση που παρατηρείται μεταξύ της χρονικής στιγμής που εκδηλώνεται η βλάβη στον ιστό (π.χ. λόγω καψίματος ή κοψίματος) και της στιγμής που γίνεται αντιληπτό το αίσθημα του πόνου.

Συμπερασματικά, καμιά από τις δύο προηγούμενες θεωρίες δεν μπορεί να εξηγήσει επαρκώς την εμπειρία του πόνου, παρότι προσφέρουν μια μερική ερμηνεία της φυσιολογίας του. Όπως υποστηρίζει η Θεωρία της εξειδίκευσης, ο πόνος πράγματι διαβιβάζεται μέσω συγκεκριμένων νευρικών ινών, αλλά υπάρχουν και άλλες που είναι δυνατόν να επιτελέσουν αυτή τη λειτουργία όταν διεγερθούν πάνω από ένα ορισμένο όριο. Αντίστοιχα, όπως προβλέπει η Θεωρία των προτύπων, οι υποδοχείς ανταποκρίνονται πράγματι σε συγκεκριμένα πρότυπα πληροφοριών. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια άμεση σύνδεση μεταξύ των υποδοχέων του πόνου στο περιφερικό νευρικό σύστημα και του εγκεφαλικού κέντρου στο οποίο ο πόνος γίνεται αντιληπτός (Melzack, 1993).

5.3. Η Θεωρία του συναισθήματος.

Από το σύνολο των πρώτων θεωριών που διατυπώθηκαν για το φαινόμενο του πόνου, μόνο η Θεωρία του συναισθήματος υποστήριξε ότι το θυμικό και τα συναισθήματα επηρεάζουν την αντίληψη όλων των αισθητηριακών εμπειριών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο πόνος προσδιορίζεται από ένα αρνητικό χαρακτηριστικό, το οποίο ωθεί το άτομο σε δράση που στοχεύει στη διακοπή του ερεθίσματος που το προκαλεί. Η Θεωρία του συναισθήματος υποστήριξε ότι οι συνέπειες ενός ερεθίσματος σε επίπεδο φυσιολογίας συνοδεύονται από συναισθηματικούς και κινητοποιητικούς παράγοντες και ότι αυτές οι συνέπειες οδηγούν στο «μοναδικό, ιδιαίτερα δυσάρεστο συναισθηματικό χαρακτηριστικό στοιχείο που διαφοροποιεί (το πόνο) από άλλες αισθητηριακές εμπειρίες, όπως η

όραση, η ακοή, και η αφή» (Melzack, 1983, σ. 3). Εντούτοις, αυτή η θεωρία δεν προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο το νευρικό σύστημα προσλαμβάνει τα οδυνηρά ερεθίσματα και τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος αντιδρά σε αυτά.



Σχήμα 1: Θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου. Από το βιβλίο 'Εισαγωγή στη Ψυχολογία'

5.4. Η Θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου.

Η Θεωρία της πύλης ελέγχου λαμβάνει υπόψη με μεγαλύτερη επάρκεια τα ευρήματα των ερευνών με αντικείμενο το πόνο και τη φυσιολογία του, σε σύγκριση με τη Θεωρία της εξειδίκευσης και τη Θεωρία των προτύπων (Melzack, 1993' Melzack & Wall, 1965, 1982). Η Θεωρία της πύλης ελέγχου αναγνωρίζει την ύπαρξη εξειδικευμένων υποδοχέων και νευρικών οδών για τη μεταβίβαση του πόνου, όπως επίσης τη σημασία των προτύπων και της άθροισης των νευρικών ώσεων. Ταυτόχρονα, αναγνωρίζει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων και διεργασιών στο βίωμα και στον έλεγχο του πόνου. Γι' αυτούς τους λόγους, θεωρείται πολύτιμη στη κλινική πράξη.

Η Θεωρία της πύλης ελέγχου υποστηρίζει ότι οι ώσεις πόνου δεν μεταβιβάζονται κατευθείαν από τις νευρικές απολήξεις στον εγκέφαλο, αλλά ότι τα νευρικά σήματα της αλγαισθησίας ρέουν από το περιφερικό νευρικό σύστημα, μέσω των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού, όπου και διαμορφώνονται βάσει ενός νευρωνικού μηχανισμού της «πύλης ελέγχου». Οι Melzack και Wall (1965) πρότειναν αρχικά την άποψη ότι κάποια κύτταρα στην πηκτωματώδη ουσία του νωτιαίου μυελού, τα οποία μεταφέρουν προσαγωγά ερεθίσματα σε υψηλότερα κέντρα, αν ενεργοποιηθούν, συμβάλλουν στην αίσθηση του πόνου. Η δραστηριότητα αυτών των διαβιβαστικών κυττάρων εξαρτάται εν μέρει από την αναλογία της δραστηριότητας των νευρικών ινών A- β, A- δ και C. Ο βαθμός του πόνου που γίνεται αισθητός συνδέεται με το επίπεδο μεταβίβασης της κυτταρικής ενεργοποίησης. Αυτό σημαίνει ότι τα υψηλότερα επίπεδα ενεργοποίησης ανοίγουν την «πύλη». Η αντίληψη του

πόνου εξαρτάται από μια περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών εγκεφαλικών κέντρων και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η Θεωρία της πύλης ελέγχου υποστηρίζει ότι, όταν οι νευρικές ίνες από άκρου εις άκρον του σώματος μεταφέρουν αισθήσεις πόνου και τις προβάλλουν στα διάφορα τμήματα του εγκεφάλου (συμπεριλαμβανομένου του θαλάμου, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού φλοιού), ο εγκέφαλος παρέχει ανατροφοδότηση στον νωτιαίο μυελό, η οποία αναστέλλει κάποια σήματα πόνου και διευκολύνει τη μεταβίβαση κάποιων άλλων. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός ονομάζεται μηχανισμός κεντρικού ελέγχου, ενώ ο εγκεφαλικός φλοιός θεωρείται ότι εμπλέκεται στις γνωστικές κρίσεις σχετικά με το νόημα του πόνου. Αν τα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου ερμηνεύσουν ένα γεγονός ως επώδυνο, τότε ο μηχανισμός της πύλης ελέγχου θα ανοίξει και η αίσθηση του πόνου θα μεταβιβαστεί στον εγκέφαλο (Melzack & Wall, 1982).

Όταν δεν υπάρχει κάποιο βλαπτικό ερεθίσμα, τα περιφερικά νεύρα μεταβιβάζουν άμεσα τις αισθήσεις στη σπονδυλική στήλη και κατόπιν στον εγκέφαλο, ενώ ο υποθετικός μηχανισμός της πύλης ελέγχου στον νωτιαίο μυελό παραμένει κλειστός. Όταν όμως η διέγερση των κατάλληλων νευρικών απολήξεων είναι αρκετά έντονη και τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα ερμηνεύσουν ένα γεγονός ως επώδυνο (π.χ. αναγνωρίζεται ότι το σώμα έχει υποστεί κάποια βλάβη), τότε η πύλη ανοίγει και επιτρέπεται η είσοδος των επώδυνων αισθήσεων. Από την άλλη πλευρά, οι μεγάλης διαμέτρου ίνες Α-β, όταν διεγείρονται, μειώνουν το επίπεδο δραστηριότητας της κυτταρικής διαβίβασης και, συνεπώς, κλείνουν την πύλη του πόνου στα αλγαισθητικά ερεθίσματα. Η πύλη ανοίγει και ο πόνος γίνεται αισθητός όταν η αναλογία της δραστηριότητας των ιών Α-δ και C προς τη δραστηριότητα των ιών Α-β είναι υψηλή (δηλαδή, όταν υπάρχει υψηλό επίπεδο αλγαισθητικής διέγερσης). Ωστόσο, οι ίνες Α-β είναι δυνατόν να διεγερθούν άμεσα σε μια προσπάθεια μείωσης του πόνου. Ο βελονισμός και η ηλεκτρική διέγερση χρησιμοποιούνται με αυτόν τον τρόπο προκειμένου να παρέμβουν στη μεταβίβαση των σημάτων πόνου προς τον εγκέφαλο. Η ψυχολογική ή η διανοητική κατάσταση ενός ανθρώπου είναι επίσης πιθανό να ασκήσει επιρροή στην ενεργοποίηση των ιών τύπου Α-β, επηρεάζοντας με αυτό τρόπο την ευαισθησία στις ώσεις του πόνου.

Συνοψίζοντας, η θεωρία της πύλης ελέγχου υποστηρίζει ότι τρεις παράγοντες εμπλέκονται στον καθορισμό της έντασης του πόνου που γίνεται αισθητός. Συγκεκριμένα, η δραστηριότητα στις νευρικές ίνες τύπου Α-δ και C οι οποίες είναι μικρής διαμέτρου και μεταβιβάζουν τις ώσεις πόνου. Αυτή η δραστηριότητα καθορίζεται εν μέρει από την ένταση του βλαπτικού ερεθίσματος και επηρεάζει την ένταση του σήματος πόνου που μεταβιβάζεται. Ο βαθμός ενεργοποίησης των μεγάλης διαμέτρου ιών Α-β κλείνει την πύλη και αναστέλλει την αντίληψη του πόνου. Τέλος, τα κατιόντα σήματα που προέρχονται από τον εγκέφαλο κλείνουν την πύλη και αναστέλλουν την μεταβίβαση των σημάτων πόνου. Η Θεωρία της πύλης ελέγχου απεικονίζεται στο σχήμα 8.1.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε σε κλινικές προεκτάσεις της Θεωρίας της πύλης ελέγχου. Πρώτον, η διέγερση των ιών τύπου Α-β, οι οποίες κλείνουν την πύλη του πόνου, περιορίζει την αντίληψη του πόνου. Αυτές οι ίνες είναι δυνατόν να δεχθούν επίδραση χημικά (π.χ. με φάρμακα) ή να διεγερθούν ηλεκτρικά (π.χ. με ελαφρά διαδερμική {μέσω του δέρματος} ηλεκτρική διέγερση των νεύρων) ή φυσικά (π.χ. με τη θερμότητα ή τις μαλάξεις). Δεύτερον, το βίωμα του πόνου μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως οι σκέψεις και οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Αυτό σημαίνει ότι τα σήματα πόνου είναι δυνατόν να τροποποιηθούν ή να αναχαιτιστούν αν τα ανώτερα γνωστικά κέντρα του εγκεφάλου δεν τα

ερμηνεύσουν ως αλγεινά. Επομένως, τα θετικά συναισθήματα, η έντονη συγκέντρωση της προσοχής, η χαλάρωση και η συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες μπορούν να κλείσουν την πύλη του πόνου, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα, το άγχος, η ανησυχία, η υπερένταση, η κατάθλιψη, η εστίαση της προσοχής στον πόνο, η άνοια και η έλλειψη συμμετοχής σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μπορούν να την ανοίξουν (Chapman et al., 1985' Turk et al., 1983).

Στην αρχική σύλληψή της η Θεωρία της πύλης ελέγχου των Melzack και Wall παρείχε ένα εξαιρετικό μοντέλο για την κατανόηση του τρόπου διαμόρφωσης της αλγαισθησίας στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού, έχει αποδειχθεί ότι η νευροφυσιολογία και η νευροανατομία που συνδέονται με αυτήν τη διαδικασία είναι πιο περίπλοκες από ότι υποστηρίζουν τα πρώιμα μοντέλα (Coderre et al., 1993' Humphries et al., 1996). Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις που επαληθεύουν τις βασικές υποθέσεις της Θεωρίας πύλης ελέγχου. Μια από τις πιο πρόσφατες υποθέσεις της θεωρίας που επιβεβαιώθηκε ερευνητικά είναι η εξής: Όταν ένα οδυνηρό ερέθισμα, το οποίο έχει ενεργοποιήσει νεύρα μεγάλης και μικρής διαμέτρου, σταματήσει απότομα, τότε προκαλείται ένα κύμα πόνου. Σύμφωνα με τις προβλέψεις της θεωρίας, η πρόκληση αυτού του κύματος οφείλεται στη σχετικά γρήγορη μεταφορά νευρικών σημάτων κατά μήκος των νευρικών ιών μεγάλης διαμέτρου σε συνδυασμό με τη σχετικά άμεση παύση της δραστηριότητας των ιών A-β όταν απομακρύνθηκε το οδυνηρό ερέθισμα. Η δραστηριότητα των ιών A-δ και C μειώνεται με πιο αργό ρυθμό εξαιτίας της σχετικά μικρής διαμέτρου τους και, κατά συνέπεια, εξαιτίας της πιο χαμηλής ταχύτητας αγωγής ώσεων. Επομένως, για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, το επίπεδο των εισερχομένων αλγαισθητικών νευρικών ώσεων στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού παραμένει αμετάβλητο, δεδομένου ότι απουσιάζει η ανασταλτική δράση των ιών A-β, προκαλώντας ένα σήμα ξεκάθαρου και αμιγούς πόνου (Humphries et al., 1996).

Συμπερασματικά, η «πύλη» του πόνου βρίσκεται στην πηκτωματώδη ουσία του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού. Στα κέρατα αυτά υπάρχουν διαβιβαστικοί νευρώνες και ανασταλτικοί ενδονευρώνες. Οι ίνες A-β αναστέλλουν τη δραστηριότητα των διαβιβαστικών νευρώνων, διεγείροντας τους ανασταλτικούς ενδονευρώνες. Οι ίνες A-δ και C διεγείρουν τους διαβιβαστικούς νευρώνες, αναστέλλοντας τη δράση των ανασταλτικών νευρώνων. Έτσι, με την ελαφρά διέγερση των ιών A-β κλείνει η πύλη εισόδου σε επώδυνες ώσεις που μεταφέρονται από τις ίνες A-δ και C. Αν το ερέθισμα ενταχθεί αναλαμβάνουν δραστηριότητα οι ίνες A-δ και C και η πύλη ανοίγει και το ερέθισμα γίνεται επώδυνο.

5.5. Η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας.

Από το σύνολο των θεωριών για το φαινόμενο του πόνου, η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας είναι η πιο πρόσφατη (Melzack, 1989, 1995, 1999). Αυτή η θεωρία βασίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις αρχές:

(1) Οι περιοχές του εγκεφάλου που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος υπάρχουν και είναι ενεργές, είτε δέχονται ερεθίσματα από το σώμα είτε όχι,

(2) Τα νευρωνικά πρότυπα, τα οποία αποτελούν τη βάση της «εμπειρίας», εδράζονται στα νευρωνικά δίκτυα του εγκεφάλου,

(3) Η εμπειρία του «εαυτού» ως μιας οντότητας ξεχωριστής από το υπόλοιπο περιβάλλον οφείλεται σε διεργασίες του κεντρικού συστήματος και όχι στα

εισερχόμενα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) ή τον νωτιαίο μυελό, και

(4) αυτές οι νευρωνικές διεργασίες, παρόλο που τροποποιούνται από την εμπειρία, είναι ενδογενείς.

Η Θεωρία της νευρωνικής μήτρας υποστηρίζει ότι κάθε άτομο διαθέτει ένα ενδογενές, γενετικά προκαθορισμένο νευρωνικό δίκτυο (που ονομάζεται «νευρωνική μήτρα»), το οποίο αποτελείται από κυκλώματα ανατροφοδότησης μεταξύ του θαλάμου και του φλοιού και μεταξύ του φλοιού και του μεταιχμιακού συστήματος του εγκεφάλου. Αυτά τα κυκλώματα είναι δυνατόν να τροποποιηθούν από το βίωμα του πόνου. Όταν λαμβάνονται αισθητηριακά ερεθίσματα, αυτά εισέρχονται στο δίκτυο, μετασχηματίζονται βάσει κυκλικών διεργασιών και συντίθενται, δημιουργώντας ένα μοναδικό πρότυπο (που ονομάζεται «νευροϋποδοχή»). Συνεπώς, όλα τα αισθητηριακά ερεθίσματα αποτυπώνονται στη νευρωνική μήτρα με τη μορφή νευροϋπογραφών, οι οποίες προβάλλονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου γνωστές ως «αισθητικο-αντιληπτικός νευρωνικός κόμβος», όπου και γίνεται η ενσυνείδητη επεξεργασία τους. Σε αυτό το σημείο, η νευροϋπογραφή μπορεί να ενεργοποιήσει τη «νευρωνική μήτρα δράσης» έτσι ώστε να προκληθεί σωματική κίνηση (Melzack, 1995, 1999).

Μολονότι πρόκειται για μια σχετικά νέα θεωρία, υπάρχουν ενδείξεις που την υποστηρίζουν. Κατ' αρχάς, έχει αποδειχθεί ότι η αφαίρεση συγκεκριμένων σωματοαισθητικών περιοχών του θαλάμου ή του φλοιού δεν ανακουφίζει τον πόνο που προκαλείται από τα μέλη- φαντάσματα (δηλαδή, τον πόνο που «νοιώθει» κάποιος από ένα ακρωτηριασμένο μέλος του σώματός του) (White & Sweet, 1969). Αυτό το εύρημα υποστηρίζει τη θεωρία, δεδομένου ότι η νευρωνική μήτρα είναι αδύνατον να καταστραφεί ολοσχερώς, καθώς διακλαδώνεται επιλεκτικά σε ολόκληρο τον εγκέφαλο (Melzack, 1995). Τέλος, τα αποτελέσματα πολλών μελετών σε ζώα δείχνουν ότι το τεστ της φορμόλης (μια δοκιμασία που θεωρείται ότι προκαλεί τον ίδιο πόνο που αισθάνεται ο άνθρωπος λόγω κάποιου τραυματισμού) η έγχυση αναισθητικού σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου των επίμυων, οι οποίες είναι σημαντικές για τη λειτουργία της νευρωνικής μήτρας (π.χ. ο πλάγιος υποθάλαμος, το νωτιοθαλαμικό δεμάτιο και άλλες περιοχές του δικτυωτού σχηματισμού και του μεταιχμιακού συστήματος), μειώνει πράγματι πόνο, ενώ παραμένουν ανεπηρέαστα τα αντανακλαστικά του πόνου που μεταβιβάζεται από τον νωτιαίο μυελό (Tasker et al., 1987' Vaccarino & Melzack, 1992).

6. Η ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ

Τα ερευνητικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη Θεωρία της πύλης ελέγχου αποδεικνύουν επίσης ότι ο εγκέφαλος έχει πράγματι την ικανότητα να ελέγχει την ένταση του πόνου που βιώνει το άτομο. Αυτό είναι εφικτό μέσω της μεταβίβασης μηνυμάτων προς τον νωτιαίο μυελό, προκειμένου να παρεμποδιστεί η μετάδοση των σημάτων πόνου (Melzack , 1993' Melzack & Wall, 1965, 1982). Μάλιστα, η ανακάλυψη της νευροχημικής βάσης του πόνου και των ενδογενών οπιοειδών οφείλεται σε ερευνητικά δεδομένα που απέδειξαν ότι η ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου είναι δυνατόν να εμποδίσει την αντίληψη των ώσεων πόνου. Τα ενδογενή οπιοειδή είναι ουσίες που μοιάζουν με τα οπιούχα, ρυθμίζουν τον πόνο και παράγονται στο εσωτερικό του σώματος. Φαίνεται ότι η δράση τους είναι ίδια με αυτή των εξωγενών οπιοειδών, όπως η ηρωίνη και η μορφίνη, από την άποψη ότι

προκαλούν αναλγησία και αίσθημα ευεξίας (Snyder, 1977' Winters, 1985). Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει τρεις κύριες ομάδες ενδογενών οπιοειδών: τις β-ενδορφίνες, την προεγκεφαλίνη και τις προδουνορφίνες (Akil et al., 1984).

Το σύστημα των ενδογενών οπιοειδών και η λειτουργία τους στο σώμα είναι εξαιρετικά σύνθετα. Φαίνεται ότι αυτές οι ουσίες απελευθερώνονται ως αντίδραση σε αγχογόνες καταστάσεις και μπορούν να προκαλέσουν φυσική αναστολή του πόνου. Υπάρχουν, για παράδειγμα, κάποιες ενδείξεις ότι η έντονη σωματική άσκηση είναι δυνατόν να πυροδοτήσει την απελευθέρωση των β- ενδορφινών, προκαλώντας έτσι μια φυσική και βραχυπρόθεσμη αναλγησία, όπως επίσης μια υποκειμενική αίσθηση σωματικής ευεξίας (Akil et al., 1984' Fournier et al., 1997' Harte et al., 1995' Heitkamp et al., 1996' Heitkamp et al., 1998). Εντούτοις, δεν έχουν καταλήξει όλες οι έρευνες στο ίδιο συμπέρασμα (Kraemer et al., 1990' Williams & Getty, 1986). Αντίθετα, υπάρχουν κάποια εμπειρικά δεδομένα που δείχνουν ότι διάφοροι τύποι δραστηριότητας, ακόμα και αυτοί που δεν είναι εντατικοί ή έντονοι, συμβάλλουν στην επίτευξη καλύτερης ψυχικής διάθεσης και αισθήματος ευεξίας. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη μελέτη συγκρίθηκαν οι αλλαγές στη διάθεση που προκλήθηκαν λόγω δύο πολύ διαφορετικών δραστηριοτήτων, συγκεκριμένα του τρεξίματος και του διαλογισμού. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες παρουσίασαν βελτίωση της διάθεσής τους μετά την ολοκλήρωση της δραστηριότητας που τους είχε ανατεθεί (Harte et al., 1995). Ειδικότερα, παρότι μόνο οι δρομείς εμφάνισαν αυξημένο επίπεδο β- ενδορφινών, η ορμόνη που ελέγχει την απελευθέρωση της κορτικοτροπίνης (CRP), η οποία σχετίζεται με την κυκλοφορία της β- ενδορφίνης, αυξήθηκε και στις δυο ομάδες.

Τα ενδογενή συστήματα είναι δυνατόν να διευκολύνουν τη βίωση του πόνου, όπως ακριβώς την αναστέλλουν (Meagher, υπό έκδοση). Αυτό το φαινόμενο έχει διερευνηθεί πολύ λιγότερο σε σχέση με τις αναλγητικές ιδιότητες του ενδογενούς συστήματος. Ως εκ τούτου, δεν έχει κατανοηθεί πλήρως η λειτουργία των νευρωνικών δικτύων στα οποία βασίζεται. Για παράδειγμα, στην πρωτοπαθή υπεραλγησία που οφείλεται σε τοπική ιστική βλάβη (τραύμα), εμφανίζεται φλεγμονώδης αντίδραση και απελευθέρωση διαφόρων φλεγμονωδών ουσιών (π.χ. ισταμίνη, προσταγλανδίνες, σεροτονίνη), οι οποίες προκαλούν αύξηση της ευαισθησίας των αλγούποδοχέων. Τα αποτελέσματα είναι μείωση του ουδού διέγερσης των υποδοχέων στα επώδυνα ερεθίσματα, η αύξηση της παραγωγής και της μεταβίβασης ώσεων προς το νωτιαίο μυελό (υπερευαισθητοποίηση), οπότε ο πόνος γίνεται αντιληπτός με μεγαλύτερη ένταση ή έχουμε καταγραφή μη επώδυνων ερεθισμάτων. Ο έντονος πόνος που προκαλείται στην υπεραλγησία ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα φαίνεται ότι σχετίζεται τόσο με τις φοβικές αντιδράσεις όσο και με την ευαισθητοποίηση των κυκλωμάτων πόνου που διαθέτει κάθε άτομο. Είναι προφανές ότι το ίδιο ερέθισμα μπορεί είτε να ενδυναμώσει είτε να αποδυναμώσει την εμπειρία του πόνου, ανάλογα με την έντασή του (Meagher et al., υπό κρίση). Ειδικότερα, φαίνεται ότι τα ερεθίσματα μικρής έως μέτριας έντασης διευκολύνουν τη βίωση του πόνου, ενώ τα εντονότερα ερεθίσματα ενεργοποιούν τη διεργασία της αναστολής του. Στις συναισθηματικές καταστάσεις που συνδέονται με την υπεραλγησία περιλαμβάνεται: το άγχος για τον πόνο, ο υψηλός βαθμός εστίασης της προσοχής στον πόνο και οι προσδοκίες για το βίωμα του πόνου (Meagher, υπό έκδοση).

7. Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πρόσφατα οι ερευνητές έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στην επίδραση που ασκεί ο σωματικός πόνος στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Page & Ben-Eliyahu, 1997). Είναι σαφές ότι αυτός ο ερευνητικός τομέας έχει σημαντικές προεκτάσεις σε ότι αφορά την υγεία των ασθενών, αλλά και το θέμα του κόστους του ανεξέλεγκτου πόνου. Όπως έχουν επισημάνει κάποιοι ερευνητές: «Ο πόνος δεν προκαλεί μόνο οδύνη, αλλά είναι καθαυτός ένας παθογόνος παράγοντας, καθώς μπορεί να διευκολύνει την εξάπλωση μεταστατικής νόσου. Η επαρκής ανακούφιση από τον πόνο είναι δυνατόν να μειώσει αυτό τον κίνδυνο» (Page & Ben-Eliyahu, 1997). Οι ίδιοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα πειραματόζωα, τα οποία είχαν υποβληθεί σε επώδυνες χειρουργικές επεμβάσεις για την αφαίρεση κακοηθών όγκων, παρουσίαζαν λιγότερες μεταστάσεις αν λάμβαναν μορφίνη για την αντιμετώπιση του πόνου που βίωναν. Η εμπειρία του ανεξέλεγκτου, έντονου πόνου φαίνεται ότι επιτείνει τον πολλαπλασιασμό των κακοηθών κυττάρων (Page & Ben-Eliyahu, 1997). Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υπέφεραν από πόνους στο ισχίο παρουσίαζαν τις πρωινές ώρες αυξημένα επίπεδα ιντερλευκίνης-6 και κορτιζόνης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου. Η έντονη παρουσία των δύο αυτών ουσιών στον οργανισμό δείχνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα βρίσκεται σε καταστολή (Geiss et al., 1997). Σαφώς, αυτά τα ευρήματα είναι ενδιαφέροντα, αλλά απαιτείται πιο εντατική έρευνα και περισσότερα εμπειρικά δεδομένα, προκειμένου να κατανοηθεί πλήρως η επίδραση του πόνου στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

8. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Έχει τύχει να αντιληφθείτε ότι όταν πονάτε είναι σχεδόν αδύνατο να συγκεντρώσετε την προσοχή σας σε οτιδήποτε άλλο εκτός από το δυσάρεστο συναίσθημα; Ποια θα ήταν η απόδοσή σας σε ένα διαγώνισμα εάν μια ή δυο ημέρες νωρίτερα είχατε σπάσει το πόδι σας ή σε μια επαγγελματική συνάντηση αν υποφέρατε από ημικρανίες ή χρόνιο πόνο στη ράχη; Η αρνητική επίδραση του πόνου στην απόδοση και στη λειτουργικότητα των ανθρώπων αποτελεί μια αντικειμενική πραγματικότητα. Η απόδοση, ειδικά όταν προϋποθέτει νοητική συγκέντρωση, μειώνεται περισσότερο στα άτομα που υποφέρουν από έντονο πόνο και εστιάζουν την προσοχή τους στις σωματικές λειτουργίες τους (Eccleston et al., 1997). Με άλλα λόγια, γίνεται όλο και πιο δύσκολο να συγκεντρωθούμε και να εστιάσουμε την προσοχή μας σε ένα έργο, όταν το επίπεδο του πόνου και της επίγνωσης των σωματικών αισθήσεων και λειτουργιών είναι υψηλά. Πράγματι, τα αλγογόνα συμβάντα είναι δυνατόν να περιορίσουν τους διαθέσιμους γνωστικούς πόρους που απαιτούνται για την επιτέλεση κάποιων έργων. Όταν κάποιος εστιάζει την προσοχή του στο βίωμα του πόνου, τότε μειώνεται η διαύγεια της σκέψης του. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο ενός πειράματος προκλήθηκε στους συμμετέχοντες τεχνητός πόνος (συγκεκριμένα το άνω άκρο του χεριού τους περισιφίχτηκε με έναν αιμοστατικό επίδεσμο, ο οποίος προκαλούσε ελάττωση της κυκλοφορίας του αίματος στο μέρος εκείνο), ενόσω τους υποβάλλονταν κάποιες ερωτήσεις που έπρεπε να απαντήσουν. Όπως διαπιστώθηκε, η ακρίβεια και η ταχύτητα των απαντήσεών τους ήταν σημαντικά μικρότερες σε σύγκριση με αυτές των ατόμων της ομάδας ελέγχου, τα οποία δεν είχαν υποστεί κάποιο επώδυνο ερεθισμό (Lorenz & Bromm, 1997). Σε ανάλογα αποτελέσματα καταλήγουν και άλλες πειραματικές μελέτες, στις οποίες εφαρμόζεται η ίδια μεθοδολογία, δηλαδή, η πρόκληση πόνου στους συμμετέχοντες με τεχνητά μέσα. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι η ικανότητα συγκέντρωσης σε ένα έργο που προκαλεί διάσπαση της προσοχής μειώνεται λόγω της επίδρασης ενός

ερεθίσματος που δημιουργεί τεχνητά πόνο (στο συγκεκριμένο πείραμα ο πόνος προκλήθηκε μέσω της άσκησης πίεσης με ένα ψυχρό επίθεμα' Johnson & Petrie, 1997).

Αναμφισβήτητα, όλοι πρέπει να διεκπεραιώνουμε καθημερινά κάποιες εργασίες. Ωστόσο, η ικανότητά μας είναι δυνατόν να διαταραχτεί σοβαρά από το βίωμα του πόνου. Ποιες λοιπόν συνέπειες υφίστανται όσοι υποφέρουν από αυτό; Έχει βρεθεί ότι, όταν ο πόνος είναι απρόβλεπτος και χειρότερος από ό,τι αναμενόταν, τότε προκαλείται μεγαλύτερη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών σε σύγκριση με την περίπτωση που ο πόνος ανταποκρίνεται στις αρχικές προβλέψεις. Αυτό το αποτέλεσμα ισχύει ακόμα και αν ο πόνος είναι της ίδιας έντασης και στις δυο περιπτώσεις (Arntz & Horrmans, 1998). Αντίστοιχα, σε ένα πείραμα αποδείχθηκε ότι η απόδοση σε ένα έργο μειώνεται σημαντικά αμέσως μετά από την πρόκληση ενός επώδυνου ερεθισμού. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτή η αρνητική επίδραση εξαφανίζεται όταν ο πόνος σταματήσει. Όμως το ίδιο συμβαίνει και όταν ο πόνος διαρκεί και συνεχίζεται για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα (Crombez et al., 1996). Τα αποτελέσματα αυτού του πειράματος δείχνουν ότι η γνωστική απόδοση μειώνεται κυρίως όταν ο πόνος εμφανίζεται με την μορφή ενός νέου και απρόσμενου γεγονότος. Όταν παρέλθει μια περίοδος προσαρμογής, τότε ο πόνος επηρεάζει λιγότερο αρνητικά την απόδοση.

9. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος δεν είναι εφικτό να μετρηθεί αντικειμενικά, δεν υπάρχει ένα «αλγόμετρο», επειδή είναι εξολοκλήρου μια υποκειμενική εμπειρία. Μόνο το άτομο που πονά μπορεί να αισθανθεί τον πόνο. Παρότι η βλάβη των ιστών, η οποία προκαλεί τον πόνο, μπορεί να εντοπιστεί και να εξεταστεί λεπτομερώς, ο ίδιος ο πόνος δεν είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτός ούτε να περιγραφεί από οποιονδήποτε άλλον, εκτός από το άτομο που τον αισθάνεται.

10. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ορισμένες ιδιαίτερα περιγραφικές λέξεις μας διευκολύνουν να περιγράψουμε τα διάφορα είδη της εμπειρίας του πόνου. Για παράδειγμα, ένας πόνος μπορεί να είναι:

- «ήπιος» ή «έντονος»,
- «βαθύς» ή «επιφανειακός»,
- «επίμονος» ή «στιγμιαίος»,
- «υπόκωφος» ή «οξύς» και «διαπεραστικός»
- «διαρκής» και «παρατεταμένος» ή «περιοδικός»,
- «αυξανόμενος» ή «σταθερός»,
- «διάχυτός» ή «εστιασμένος»,
- «σαν σουβλιά» ή «σαν τσίμπημα»,
- «σαν αιμωδία» (μούδιασμα) ή σαν «καύσος»,
- «συσφικτικός» ή «μαλακός».

Σε κάποιες περιπτώσεις, το είδος του πόνου που γίνεται αισθητό εξαρτάται από τη μορφή του ερεθίσματος ή τη σωματική βλάβη, καθώς και από το μέρος του σώματος που την υφίστανται. Προφανώς, οι διαθέσιμες λέξεις μπορούν να περιγράψουν το βίωμα του πόνου εντός κάποιων ορίων, όπως ακριβώς συμβαίνει και με κάθε άλλη σωματική αίσθηση (Schiffman, 1976). Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη ζητήθηκε από ασθενείς που παρουσίαζαν πόνους στην κάτω περιοχή της ράχης, ρευματοειδή αρθρίτιδα και χρόνιες κεφαλαλγίες, καθώς και από υγιείς εθελοντές, να αξιολογήσουν την ομοιότητα δώδεκα περιγραφών για το πόνο (Morley & Pallin, 1995). Σε γενικές γραμμές, οι περιγραφές κατηγοριοποιήθηκαν στις τρεις ακόλουθες ομάδες:

- «ανεκτικότητα»,
- «εστίαση της προσοχής» και
- «ελάσσωσ συναισθηματική αντίδραση».

11. Η ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος μπορεί να γίνεται αντιληπτός σε ποικίλα επίπεδα έντασης. Η προσπάθεια έκφρασης της έντασης του πόνου ενδέχεται να είναι αρκετά δύσκολη. Για παράδειγμα, αν χρησιμοποιούνταν για μια κλίμακα δέκα θερμίδων, τότε ενδεχομένως η ένταση του πόνου θα μπορούσε να περιγραφεί περισσότερο αντικειμενικά. Ωστόσο, ακόμα και με τη χρήση μιας αντικειμενικής κλίμακας θα διαπιστώναμε ότι οι βαθμολογίες διαφοροποιούνται, καθώς οι άνθρωποι λαμβάνουν υπόψη και άλλους παράγοντες εκτός από τον πόνο που αισθάνονται. Για παράδειγμα, ο βαθμός 7, με τον οποίο αξιολογεί ένας άνθρωπος την ένταση του πόνου του, είναι πιθανό να αντιστοιχεί στο βαθμό 4 ενός άλλου. Παρότι δύσκολη, η μέτρηση της έντασης του πόνου είναι σημαντική, ιδιαίτερα όσον αφορά την κατανόηση την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών παρεμβάσεων στον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι αυτό το αίσθημα. Με άλλα λόγια, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε αν μια συγκεκριμένη θεραπεία βοηθά τον ασθενή να νιώσει καλύτερα και να υποφέρει λιγότερο.

12. ΤΟ ΟΡΙΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΟΧΗ ΣΤΟ ΠΟΝΟ

Το όριο και η ανοχή είναι δύο έννοιες κεντρικής σημασίας για την κατανόηση της έντασης του πόνου. Το όριο του πόνου είναι το σημείο στο οποίο ένα ερέθισμα γίνεται για πρώτη φορά αντιληπτό ως επώδυνο. Η ελάχιστη τιμή της ισχύος ενός ερεθίσματος που αρκεί για να προκαλέσει πόνο ονομάζεται ουδός. Για παράδειγμα, το απαλό άγγιγμα του καρπού με το νύχι ενδέχεται να προκαλέσει την αίσθηση μιας ελαφριάς πίεσης. Αν όμως το νύχι γδάρει τον καρπό, τότε ενδέχεται να προκληθεί η αίσθηση του πόνου. Στην τελευταία περίπτωση, το ερέθισμα έχει ξεπεράσει το όριο, το κατώφλι του πόνου. Η ανοχή αναφέρεται στο ανώτερο επίπεδο διέγερσης που το άτομο είναι πρόθυμο να υπομείνει και να αντέξει. Οποιαδήποτε διέγερση μεγαλύτερης έντασης ξεπεράσει αυτό το επίπεδο, γίνεται αντιληπτή ως ανυπόφορη. Φαίνεται ότι το όριο του πόνου καθορίζεται κυρίως από βιολογικές μεταβλητές, ενώ η ανεκτικότητα στον πόνο επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως οι στάσεις και τα κίνητρα (Hirsch & Liebert, 1998).

Εκτός αυτών, η ανοχή στον πόνο και το όριο του επηρεάζονται από τις παρελθούσες και τις τρέχουσες εμπειρίες. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι βετεράνοι, που υπέστησαν σοβαρούς τραυματισμούς μετά τον πόλεμο, παρουσίαζαν, υψηλότερο όριο και μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο. Αντίθετα, οι γυναίκες που υπέφεραν από ινομυαλγία (ένα σύνδρομο διάχυτου άλγους του μυοσκελετικού συστήματος, μη φλεγμονώδους αιτιολογίας, που εντοπίζεται συνήθως στον αυχένα, στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στους ώμους και στα ισχία, ενώ συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, όπως διαταραχή του ύπνου, κόπωση, πρωινή δυσκαμψία, κεφαλαλγία, ευερέθιστο έντερο) ανέφεραν έντονο πόνο, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, σε σύγκριση με υγιείς γυναίκες, παρότι και οι δύο ομάδες εκτίθονταν στο ίδιο ερέθισμα (Bendtsen et al., 1997).

13. ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο οξύς πόνος είναι προσωρινός και διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες (Turk et al., 1983). Ένας πονόδοντος, οι οδύνες του τοκετού, ακόμα και οι πόνοι κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής ανάρρωσης, έχουν σχετικά σύντομη διάρκεια. Ο οξύς πόνος είναι δυνατόν να προκαλέσει έντονο άγχος και δυσφορία, αλλά, κατά κανόνα, αυτά τα προβλήματα υποχωρούν όταν λήξει η κατάσταση που τον προκαλεί (Fordyce & Steger, 1979). Ωστόσο, μερικές φορές ο πόνος παρατείνεται και αργεί να υποχωρήσει και αν διαρκέσει περισσότερο από έξι μήνες θεωρείται χρόνιος πόνος. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι:

- ασυνεχής,
- διαλείπων ή διαρκής,
- ελαφρύς ή σφοδρός.

Ακόμα και ένας οξύς πόνος, ο οποίος επιμένει για κάποιο χρονικό διάστημα, είναι δυνατόν να γίνει «χρόνιος».

➤ Ο χρόνιος υποτροπιάζων πόνος (π.χ. η νευραλγία) δεν είναι απειλητικός για τη ζωή. Κατά κανόνα, πρόκειται για επεισόδια έντονου πόνου, τα οποία ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης (Turk et al., 1983).

➤ Ο χρόνιος ανθεκτικός μη προοδευτικός πόνος (π.χ. ο πόνος στη ράχη) είναι πάντα παρών, αλλά δεν σχετίζεται με κάποια κατάσταση που εξελίσσεται προοδευτικά.

➤ Ο χρόνιος κλιμακούμενος πόνος (π.χ. αυτός τον οποίο προκαλεί ο μεταστατικός καρκίνος ή η αρθρίτιδα προχωρημένου) δημιουργεί συνεχή ενόχληση και γίνεται προοδευτικά πιο έντονος όσο επιδεινώνεται η κατάσταση που τον προκαλεί.

Όταν ένας ασθενής υποφέρει από οξύ πόνο, είναι εφικτό να ενημερωθεί για την πιθανή πορεία της κατάστασής του και να κάνει υπομονή έως ότου υποχωρήσει ο πόνος, όπως συμβαίνει όταν επουλώνεται ένα σπασμένο άκρο. Αντίθετα, όταν ο πόνος διαρκεί μήνες ή χρόνια, παρά τα μέτρα που λαμβάνονται για την ανακούφιση του, τότε ο ασθενής ενδέχεται να αισθανθεί ματαιώση και αποθάρρυνση. Σε πολλές περιπτώσεις χρόνιου, οι ασθενείς περιορίζουν τις δραστηριότητές τους για να ελέγξουν τον πόνο, ενώ στο πλαίσιο της ίδιας προσπάθειας ενδέχεται να υποχρεωθούν να εγκαταλείψουν αγαπημένες ασχολίες (χόμπι) και να μειώσουν το

χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένεια, στους φίλους ή στην εργασία τους (Jackson et al., 1996' Karoly & Ruehlman, 1996' Linton & Buer, 1995). Οι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνιο πόνο ενδέχεται να απορροφηθούν από τα σωματικά προβλήματά τους, να αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι από τους άλλους και να εμφανίσουν σε μεγαλύτερη συχνότητα συχνότητα συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας.(Melzack & Wall, 1982' Ogden- Niemeyer & Jacobs, 1989).

14. Η ΟΨΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΟΤΑΝ ΠΟΝΑ

Η συμπεριφορά πόνου είναι ένας γενικός όρος που αντανακλά τις ενέργειες των ανθρώπων ή τα μηνύματα που εκπέμπουν όταν πονούν. Σε αυτά περιλαμβάνονται: οι εκφράσεις του προσώπου (π.χ. μορφασμοί), οι φωνητικές εκφράσεις δυσφορίας (π.χ. βογκητό), οι κινήσεις και οι στάσεις του σώματος που μαρτυρούν οδύνη ή προφύλαξη, η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων και η αποφυγή δραστηριοτήτων. Αυτές οι συμπεριφορές ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της αλγαισθησίας ή να οφείλονται σε άλλο λόγο. Για παράδειγμα, είναι πιθανό ένα άτομο να αναστενάζει ή να συνοφρυώνεται επειδή το παραμελούν, ενώ κάποιο άλλο να παραμένει ανέκφραστο και να μη «διπλώνεται», παρότι αισθάνεται πόνο, αλλά να μην επιδεικνύει την ανάλογη συμπεριφορά. Σχηματικά, μπορούμε να αναπαραστήσουμε την αναλγησθία ως την αντιληπτική εμπειρία και την συμπεριφορά πόνου ως την εξερχόμενη πληροφορία. Σε αυτό το σύστημα εισόδου εξόδου εμπλέκεται αναπόφευκτα ο εγκέφαλος, ενώ επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος «των προηγούμενων εμπειριών, των προσδοκιών και των συνεπειών που αναμένονται ή να γίνονται αντιληπτές». (Fordyce, 1988, σ. 278).

Πρόσφατα, δύο ερευνητές ανέπτυξαν ένα μοντέλο για την έκφραση του πόνου (ιδιαίτερα μάλιστα για τις εκφράσεις του προσώπου ενός ατόμου που πονά), το οποίο περιλαμβάνει την εμπειρία του πόνου, καθώς και την κωδικοποίηση (τα μηνύματα που εκπέμπει ο ασθενής που πονά) και την αποκωδικοποίηση (αντιλαμβάνεται ένας άλλος άνθρωπος) των εκφράσεων πόνου (Prkachin & Craig, 1995). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, όταν ένα άτομο βιώνει ένα οδυνηρό επεισόδιο, το πρόσωπό του παρέχει πληροφορίες για αυτή την εμπειρία, τις οποίες παρατηρεί ένα άλλο άτομο (ο «αλληλεπιδρών») που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με αυτό που πονά. Στη συνέχεια, ο «αλληλεπιδρών» ερμηνεύει την έκφραση που παρατηρεί, και επιλέγει να αντιδράσει με ένα ορισμένο τρόπο.

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή του κατάλληλου χρόνου της πρώτης κωδικοποίησης (έκφρασης) του πόνου και τον τρόπο με τον οποίο ο αλληλεπιδρών ερμηνεύει και ανταποκρίνεται σε αυτή την έκφραση. Όπως έχει εξακριβωθεί ερευνητικά, όλοι οι άνθρωποι εκφράζουν τον πόνο μέσω του προσώπου τους με τον ίδιο τρόπο (Craig, 1992' Craig et al., 1992). Αυτή η έκφραση περιλαμβάνει «... το σφίξιμο των κογχικών μυών γύρω από τα μάτια που προκαλεί σμίκρυνση του ανοίγματος του ματιού και την ανύψωση των ζυγωματικών...μυικές ομάδες χαμηλώνουν τα φρύδια και προκαλούν ρυτίδες στη γέφυρα της μύτης...ανυψώνουν το άνω χείλος και είναι δυνατόν να δημιουργήσουν ρυτίδες στα πλάγια της μύτης...τα βλέφαρα ενδέχεται να κλείσουν τελείως» (Prkachin & Craig, 1995, σ. 195). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η ίδια έκφραση παρατηρείται σε πρόωρα βρέφη, σε τελειόμηνα βρέφη και σε ενήλικες. Γι' αυτό το λόγο, υποστηρίζεται ότι δεν πρόκειται για αποτέλεσμα μάθησης, αλλά για έναν εγγενή μηχανισμό έκφρασης του πόνου (Craig et al., 1994' Grunau et al., 1990; Johnston et al., 1993). Φυσικά, αυτή η έκφραση υπόκειται επίσης σε συνειδητό έλεγχο.

15. Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο έλεγχος του πόνου δεν εντάσσεται επαρκώς στη βασική ιατρική εκπαίδευση και πρακτική, ούτε στις ΗΠΑ ούτε σε άλλες χώρες. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελάχιστες γνώσεις για το πόνο (Lebonvits et al., 1997), ενώ οι μέθοδοι που συνιστούν για τη διαχείρισή του επηρεάζονται από τις στάσεις και τα δημογραφικά στοιχεία τους, αλλά και από τις συμπεριφορές πόνου των ασθενών. (Levin et al., 1998' Turk & Okifuji, 1997). Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η ειδικότητα του ιατρού επηρεάζει το είδος της μεθόδου που εφαρμόζεται για τη διαχείριση του πόνου, καθώς και το βαθμό στον οποίο κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι λόγο μεγαλύτερης εμπειρίας, οι γνώσεις και οι στάσεις των ογκολόγων σε σχέση με τον πόνο πλησιάζουν περισσότερο το «ιδανικό» σε σύγκριση με αυτές των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρόλα αυτά οι ενέργειες των ογκολόγων όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου των ασθενών τους απέχουν από το «ιδανικό». (Levin et al., 1998).

Μερικές φορές η ευθύνη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου βαραίνει τον ίδιο τον ασθενή. Η επικοινωνία ιατρού- ασθενούς είναι μια βασική συνιστώσα της θεραπευτικής σχέσης και είναι κεντρικής σημασίας όσον αφορά το αίσθημα ικανοποίησης του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα, την πιστή τήρηση της θεραπείας και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο πόνος είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρές παρανοήσεις μεταξύ των ιατρών και των ασθενών τους. Όσον αφορά τον ιατρό ο πόνος είναι απλώς ένα από τα σημεία και τα συμπτώματα που λαμβάνει υπόψη για τη διάγνωση. Όποτε είναι εφικτό και ασφαλές οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν τη δέσμευση να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν το πόνο των ασθενών τους. Ωστόσο, καθημερινά έρχονται σε επαφή με ανθρώπους που πονούν και υποφέρουν, γι' αυτό το λόγο ενδέχεται να παραβλέψουν το βίωμα του πόνου κάθε ασθενούς τους επειδή είναι κάτι το τετριμμένο. Ένα ακόμα θέμα που είναι πιθανό να προκαλέσει παρανοήσεις μεταξύ των ιατρών και των ασθενών είναι η χρονική στιγμή στην οποία αναμένεται η ανακούφιση του πόνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα αναλγητικά φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται μέχρις ότου βρεθεί η αιτία που προκαλεί τον πόνο. Επιπλέον κάποιοι ασθενείς εξακολουθούν να πονούν, μολονότι οι επαγγελματίες υγείας δε μπορούν να εντοπίσουν κάποιο οργανικό αίτιο, το οποίο να αιτιολογεί το σύμπτωμα. Όταν οι ασθενείς παραπονούνται ότι πονούν και οι σωματικές ενδείξεις του άλγους δεν είναι ανιχνεύσιμες, οι ιατροί ενδέχεται να απογοητευθούν η ακόμη και να πιστέψουν ότι οι ασθενείς προσποιούνται ή αναζητούν δευτερογενή οφέλη.

Παρότι ο πόνος είναι δυνατόν να επηρεαστεί και να τροποποιηθεί μέσω ψυχολογικών μηχανισμών, αυτό δε σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι βρίσκεται αποκλειστικά σε «στο μυαλό των ανθρώπων», ότι είναι «κατά φαντασιών ασθενείς» ή ότι οι άνθρωποι μπορούν να συνειδητά να ελέγξουν τις ψυχολογικές διαδικασίες που τις ρυθμίζουν. Οι ασθενείς δεν επιθυμούν να υποφέρουν και δεν μπορούμε να προσδοκούμε από αυτούς να «θέλουν» απλώς να περάσει ο πόνος τους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλουν στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η εμπειρία του πόνου, αλλά δεν την ελέγχουν πλήρως. Κάποιοι ιατροί ενδέχεται να λησμονούν αυτή την πραγματικότητα. Όπως διαπιστώθηκε ερευνητικά, ορισμένοι ιατροί χορηγούσαν εικονικά φάρμακα (πλασέμπο) μόνο σε ασθενείς που δεν συμπαθούσαν. Η λογική τους ήταν να αποδείξουν ότι ο πόνος αυτών των ασθενών δεν είχε καμία

οργανική βάση, αντί να χρησιμοποιήσουν τα εικονικά φάρμακα ως βοήθημα της θεραπείας (Goodwin et al., 1979).

16. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Η συναισθηματική δυσφορία λειτουργεί συχνά ως μεγεθυντικός φακός στο βίωμα του πόνου (Fisher & Johnston, 1998). Η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα ενός ασθενούς να αντεπεξέρχεται επιτυχώς σε πολλές απαιτήσεις της ζωής του. Εκτός αυτού, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι, όταν οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη υποφέρουν επίσης από σωματικό πόνο, τότε αξιολογούν ως εντονότερο τον πόνο που βιώνουν και συναισθηματικά επηρεάζονται περισσότερο από αυτόν σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Burckhardt et al., 1997 Sits et al., 1998).

Ο πόνος επηρεάζεται σημαντικά και από άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, η προσοχή και οι προσδοκίες. Πιο συγκεκριμένα, ο περισπασμός είναι δυνατόν να μειώσει την αντίληψη του πόνου. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια ενός αγώνισματος, ένας αθλητής ενδέχεται να μη προσέξει καν ότι έχει τραυματιστεί, ακριβώς επειδή η προσοχή του είναι στραμμένη σε κάτι άλλο. Όταν τα εξωτερικά ερεθίσματα ελαχιστοποιούνται, όπως συμβαίνει όταν κάποιος που υποφέρει από πόνους στη ράχη παραμένει ξαπλωμένος στο κρεβάτι, τότε το αίσθημα του πόνου μπορεί να γίνει ακόμα πιο δυσάρεστο (Turk et al., 1983). Το νόημα που αποδίδεται στον πόνο καθορίζει εν μέρει τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και γίνεται αντιληπτός.

Όσον αφορά την αντίδραση των ανθρώπων στον πόνο, αυτή καθαυτή η βλάβη κάποιου ιστού ενδέχεται να είναι λιγότερο σημαντική από ότι το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται ο πόνος και η σημασία που του αποδίδεται. Παραδείγματος χάριν, οι άνδρες που είχαν τραυματιστεί σε μάχη κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου σπάνια χρειάζονταν φάρμακα για να ελέγξουν τον πόνο τους. Μόνο το 25% των τραυματιών πολέμου αναζητούσε ανακούφιση του πόνου του μέσω της λήψης ναρκωτικών φαρμάκων, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των ασθενών που χειρουργούνται λόγω παρόμοιων τραυμάτων καταφεύγει σε αυτή τη μέθοδο (Beecher, 1956).

Όσον αφορά τους στρατιώτες, ο τραυματισμός τους σήμαινε ότι θα αποχωρούσαν από την πρώτη γραμμή του μετώπου και ότι ενδεχομένως θα επέστρεφαν στο σπίτι τους σαν ήρωες. Αντίθετα, στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση ο μετεγχειρητικός πόνος θα τους εμπόδιζε να συμμετέχουν και να χαρούν τις ευχάριστες πλευρές της ζωής τους. Σύμφωνα με α αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας, το νόημα που αποδιδόταν στον πόνο φάνηκε να επηρεάζει τον τρόπο που οι καρκινοπαθείς ασθενείς αντιλαμβάνονταν την ανεπάρκεια και τη λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς, παρότι και οι δυο ομάδες αξιολογούσαν με τον ίδιο τρόπο την ένταση του πόνου που βίωναν (Turk et al., 1998). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο εμφάνιζαν μεγαλύτερου βαθμού ανικανότητα και δραστηριοποιούνταν λιγότερο συγκριτικά με τους μη καρκινοπαθείς. Οι πεποιθήσεις σχετικά με τη σοβαρότητα του καρκίνου (π.χ. ότι είναι μια «αρρώστια που οδηγεί στο θάνατο») είναι πιθανό να συνέβαλαν στη μείωση του επιπέδου λειτουργικότητας, παρά το γεγονός ότι ο πόνος ήταν ισοδύναμος.

17. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Οι προσδοκίες ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά την αντίληψη του πόνου (π.χ.Cipher & Fernandez, 1997). Οι ιατροί μπορούν να εμφυσήσουν θετικές ή αρνητικές προσδοκίες στους ασθενείς τους και να επηρεάσουν ανάλογα (θετικά ή αρνητικά) την αντίληψη που έχουν οι τελευταίοι για το πόνο τους (Melzack & Wall,1982). Εδώ και αιώνες οι ιατροί γνωρίζουν τη σημαντική επίδραση που μπορεί να ασκήσει η υποβολή στον τρόπο αντίληψης των συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, οι κλινικές μελέτες καταλήγουν σταθερά στο συμπέρασμα ότι η επίδραση και η δραστηριότητα ενός φαρμάκου συχνά εξαρτάται από το πόσο αποτελεσματικό το θεωρεί ο ασθενής.

Καθ' όλη την ιστορία της ιατρικής, η άμεση ανακούφιση του πόνου ήταν εφικτή μέσω της χορήγησης χρωματιστού νερού, το οποίο ο ιατρός προφασίζόταν ότι είναι ένα ισχυρό φάρμακο. Αυτό το εικονικό φάρμακο λέγεται και (πλασέμπο), όπου προέρχεται από τη λατινική φράση που σημαίνει «θα ευχαριστήσω» (Shapiro, 1960). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι προσδοκίες των ιατρών όσον αφορά την ικανοποιητική (ή μη ικανοποιητική) αναμενόμενη έκβαση μιας θεραπείας μεταδίδονται σε μεγάλο βαθμό στους ασθενείς και οδηγούν κατά μέσο όρο σε 35% θετικότερα η (αρνητικότερα) αποτελέσματα σε σχέσεις με τις επιπτώσεις που απουσιάζουν ανάλογες προσδοκίες (Shapiro, 1960). Η σύγχρονη έρευνα με αντικείμενο τις νέες φαρμακευτικές θεραπείες απαιτεί εκτός από μία πειραματική-θεραπευτική ομάδα την ύπαρξη δύο ομάδων ελέγχου- μία ομάδα ελέγχου πλασέμπο (στην οποία χορηγούνται εικονικά φάρμακα) και μία ομάδα μηδενικού ελέγχου (η οποία δε λαμβάνει καμία θεραπεία). Με αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές μπορούν να εξακριβώσουν εάν και μέχρι πιο σημείο το υπό εξέταση φάρμακο υπερτερεί σε ισχύ των προσδοκιών που υπάρχουν γι αυτό.”

Συνοψίζοντας ,τα εικονικά φάρμακα είναι πολύτιμα εργαλεία στη κλινική πράξη και έρευνα. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους, η εξαπάτηση των ασθενών δεν είναι αναγκαία, παρότι επικρατεί η άποψη πως οι ασθενείς πρέπει να «πιστεύουν» στη δύναμη του εικονικού φαρμάκου, έτσι ώστε αυτό να είναι αποτελεσματικό (Brody, 1982). Όταν η εμπειρία της ασθένειας σηματοδοτείται θετικά, διευκολύνεται η επίτευξη αλλαγών σε οργανικό επίπεδο και γενικά προκύπτουν θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή (Brody 1997,2000). Η θετική νοηματοδότηση περιλαμβάνει την κατανοητή εξήγηση της ασθένειας και των συμπτωμάτων, το αίσθημα ενδιαφέροντος για τον ασθενή και την καλλιέργεια της πεποίθησης ότι υπάρχει η πιθανότητα ελέγχου ή εξάλειψης των συμπτωμάτων. Χωρίς να χρειαστεί να καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια, οι ιατροί μπορούν να μεταδώσουν τις προσδοκίες τους στους ασθενείς και έτσι να επηρεάσουν τις αντιλήψεις τους για τον πόνο που βιώνουν (Melzack & Wall, 1982).

18. ΑΓΧΟΣ

Το άγχος έχει τη δύναμη να μεγεθύνει τον πόνο. Παρεμποδίζει την επίτευξη χαλάρωσης, η οποία είναι αναγκαία για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, και χειροτερεύει την αναμονή μιας κατάστασης που θεωρείται ότι θα προκαλέσει πόνο (γνωστό ως προβλεπτικό ή προσμενόμενο άγχος). Έχει βρεθεί ότι το άγχος αυξάνει το φόβο ενός ατόμου για τον πόνο και την πιθανότητα να προσπαθήσει να τον αποφύγει (Asmundson et al., 1997 και Asmundson & Taylor, 1996).

Αυτό το εύρημα έχει σημαντικές προεκτάσεις στην κλινική πράξη, καθώς οι αγχώδεις ασθενείς είναι πιθανό να αποφεύγουν τυχόν απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις

ή να έλθουν σε αντιπαράθεση ή να είναι εριστικοί με τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν.

19. Ο ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η αίσθηση του ελέγχου, και ιδιαίτερα η πεποίθηση ενός ατόμου ότι είναι σε θέση να ελέγξει τον πόνο, επηρεάζει το πώς αυτός γίνεται αντιληπτός (Weisenberg, 1987). Η ικανότητα ελέγχου ορισμένων παραμέτρων ενός οδοντικού επεισοδίου, όπως η χρονική στιγμή εμφάνισης του, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα ενός πειράματος, η προειδοποίηση των συμμετεχόντων 0,30 ή 180 δευτερόλεπτα πριν αισθανθούν πόνο, ο οποίος προκλήθηκε τεχνητά μέσω της άσκησης πίεσης με ένα ψυχρό ερέθισμα, οδήγησε σε μείωση της έντασης πόνου που ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν (Weisenberg et al., 1996). Εάν η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας είναι υψηλή τότε αυξάνονται το όριο του πόνου και η ανοχή σε αυτόν. Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο μιας πειραματικής μελέτης, ασθενείς που έπασχαν από αρθρίτιδα αξιολογήθηκαν αρχικά όσον αφορά την αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας τους για την αντιμετώπιση της ασθένειας και στη συνέχεια εκτέθηκαν σε ένα θερμό ερέθισμα που προκαλούσε πόνο. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι όσοι είχαν μεγαλύτερη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας είχαν επίσης υψηλότερο όριο πόνου και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σε αυτόν. Επιπλέον, αξιολογούσαν το οδοντικό επεισόδιο ως το λιγότερο δυσάρεστο (Keefe et al., 1997).

20. ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΟΝΟ

Οι αντιδράσεις στο πόνο διαφοροποιούνται σημαντικά από το ένα άτομο στο άλλο. Ένας άνθρωπος που υποφέρει από έντονους σπασμούς των μυών της ράχης είναι δυνατό να συνεχίσει να εργάζεται καθημερινά και να ανταπεξέρχεται ικανοποιητικά στις οικογενειακές υποχρεώσεις του, ενώ κάποιος άλλος ενδέχεται να βρίσκεται ξαπλωμένος συνεχώς στο κρεβάτι, να λαμβάνει παυσίπονα και να μη κάνει τίποτε άλλο εκτός από το να παρακολουθεί τηλεόραση και να κοιμάται. Κατ' αναλογία, ένα άτομο μπορεί να ανέχεται το πόνο για βδομάδες ή μήνες προτού αναζητήσει ιατρική φροντίδα, ενώ κάποιος άλλος επισκέπτεται έναν ιατρό με τη πρώτη ενόχληση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών διάφοροι παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα, ηλικία, φύλο, κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο) επηρεάζουν τη σημαντική διαφοροποίηση που παρατηρείται στις αντιδράσεις των ανθρώπων στο πόνο. Στη συνέχεια εξετάζουμε αναλυτικότερα αυτούς τους παράγοντες.

20.1 Διαφορές στη προσωπικότητα

Ο νευρωτισμός είναι το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συνδέεται περισσότερο με τον τρόπο αντίληψης του πόνου. Αυτό το χαρακτηριστικό περιλαμβάνει: αυξημένη τάση για εκδήλωση άγχους:

1. συναισθηματική ευαλωτότητα
2. ανασφάλεια και διαρκεί ετοιμότητα για αντίδραση

Το υψηλό επίπεδο νευρωτισμού συνδέεται όχι μόνο με τον τρόπο αντίληψης του πόνου αλλά και με την εκδήλωση περισσότερων συμπεριφορών πόνου (Lauer &

Johnson, 1997). Ένα άλλο χαρακτηριστικό που συνδέεται με τον τρόπο αντίληψης του πόνου είναι η αυτοεπίγνωση του σώματος (ΑΣ) η αλλιώς (η εστίαση της προσοχής στον εαυτό), η οποία αναφέρεται στην αυξημένη τάση επικέντρωσης της προσοχής στις σωματικές αισθήσεις. Έχει βρεθεί ότι φοιτητές που παρουσίαζαν αυξημένη αυτοεπίγνωση του σώματος και άγχος ανέφεραν εντονότερους πόνους και άλγη (Ahles et al., 1987). Αντίστοιχα οι ασθενείς που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα αυτοεπίγνωσης του σώματος και άγχους ανέφεραν ότι αισθάνονταν περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια μιας γνωστικής διαδικασίας (συγκεκριμένα της απεικονιστικής τεχνικής βάση μαγνητικού συντονισμού) στην οποία έπρεπε να υποβληθούν (Martin et al., 1991). Μεταξύ των ασθενών που υπέφεραν από χρόνιο πόνο, όσοι παρουσίαζαν υψηλότερη αυτοεπίγνωση του σώματος ανέφεραν ότι αισθάνονταν εντονότερο πόνο (Ferguson & Ahles, 1998).

Μια σημαντική διάσταση της σημαντικότητας, η οποία είναι χρήσιμη για την κατανόηση της διαφοροποίησης των ατομικών αντιδράσεων στα επώδυνα ερεθίσματα, είναι η κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε μεγεθυντές ή εξασθενητές των αντιληπτικών ερεθισμάτων. Ειδικότερα, οι άνθρωποι που επιδεικνύουν μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο θεωρούνται κατά κύριο λόγο ως εξασθενητές των αντιληπτικών ερεθισμάτων. Συγκεκριμένα, αντιλαμβάνονται τα ερεθίσματα που τους περιβάλλουν ως μέρος ενός ευρύτερου «πεδίου», στο οποίο και τα ενσωματώνουν.

Η εικόνα του σώματος τους σχηματίζεται μέσα σε πολύ συγκεκριμένα όρια, είναι εξωστρεφείς παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο άγχους και ελαχιστοποιούν τις όποιες διεγέρσεις (Sternbach, 1968). Αντίθετα, το κύριο χαρακτηριστικό των μεγεθυντών των αντιληπτικών ερεθισμάτων είναι ότι εκλαμβάνουν τις όποιες διεγέρσεις ως πιο έντονες σε σύγκριση με το μέσο όρο. Ονομάζονται επίσης «ευαισθητοποιημένοι», καθώς ανταποκρίνονται άμεσα στα εξωτερικά ερεθίσματα, προσπαθώντας να κάνουν κάτι για να τα αντιμετωπίσουν. Από την άλλη μεριά τα άτομα που χρησιμοποιούν την «αποφυγή» δίνουν μικρή βαρύτητα στα εξωτερικά ερεθίσματα και τα αρνούνται (Goldstein, 1973). Ωστόσο, αυτή η φυγόπονη ή άεργη αντίσταση στα αντιληπτικά ερεθίσματα του πόνου δεν επαληθεύεται από τα ευρήματα όλων των σχετικών ερευνών.

Σε γενικές γραμμές, υψηλότερος βαθμός ετοιμότητας όσον αφορά τη χρήση του πόνου ως σύμπτωμα παρατηρείται συχνότερα μεταξύ των ηλικιωμένων, των ατόμων που εμφανίζουν νευρωτικά και αυτοτιμωρητικά χαρακτηριστικά και των ατόμων που είχαν στη ζωή τους περισσότερες εμπειρίες σχετικές με τον πόνο (Weisenberg, 1977, σ. 1019). Επίσης ο πόνος παρουσιάζεται συχνότερα με τη μορφή συμπτώματος στους ανθρώπους που έχουν υψηλό άγχος. Μάλιστα, ορισμένες ομάδες ασθενών εκφράζουν εντονότερο πόνο από τον αναμενόμενο, βάσει της έκτασης της καταστροφής των ιστών που ανιχνεύεται στο σώμα τους.

Σε αυτές τις ομάδες εντάσσονται άτομα τα οποία:

- Εμφανίζουν υψηλό επίπεδο υποχονδρίασης.
- Πάσχουν από αντιδραστική κατάθλιψη.
- Αντιδρούν με σωματικά συμπτώματα στις ψυχολογικές δυσκολίες τους.
- Χρησιμοποιούν τον πόνο που αισθάνονται για να ποδηγετήσουν και να εκμεταλλευτούν τους γύρω τους (Sternbach, 1974).

20.2. Ηλικιακές διαφορές

Μέχρι πρόσφατα, οι περισσότερες έρευνες με αντικείμενο τις ηλικιακές διαφορές και τον πόνο κατέληγαν στο συμπέρασμα ότι το όριο του πόνου αυξάνεται σταθερά με την ηλικία (Kenshalo, 1986 Lautenbacher & Strain, 1991 Sternbach, 1968 Tycker et al., 1989). Αυτό το εύρημα αποδόθηκε είτε στη μείωση της ευαισθησίας προς τα συμπτώματα που παρατηρείται με την πάροδο των ετών είτε στην αυξημένη απροθυμία των ηλικιωμένων να χαρακτηρίσουν τα ενοχλητικά ερεθίσματα ως επώδυνα (Harkins & Charman, 1976). Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πιο πρόσφατων ερευνών, διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της ηλικίας στο όριο του πόνου και στην ευαισθησία σε αυτόν δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Επομένως αυτή η σχέση δεν είναι τόσο ξεκάθαρη, τουλάχιστον όχι στο βαθμό που θεωρούνταν κάποτε. Μάλιστα, κάποιοι ερευνητές δε βρήκαν καμία ασκούμενη επίδραση που να μπορεί να αποδοθεί στο παράγοντα της ηλικίας (Harkins et al., 1986), ενώ επίσης κάποια πρόσφατα ευρήματα υποδεικνύουν ουσιαστικά την ύπαρξη μιας ελαφρής μείωσης στο όριο του πόνου με την αύξηση της ηλικίας (Haft et al., 1996).

Σε σχέση με αυτό το θέμα, ένα πολλά υποσχόμενο ερευνητικό πεδίο άνοιξε χάρη σε μια πρόσφατη μελέτη με αντικείμενο τη διαφορική επίδραση της γήρανσης στα διαφορετικά είδη μεταβίβασης του πόνου. Συγκεκριμένα, οι Αυστραλοί επιστήμονες ερευνούν τις διαφορές μεταξύ της μεταβίβασης του πόνου από τις ίνες A-δ και από τις C (Chador et al., 1996). Οι ίδιοι διαπίστωσαν ότι, όταν οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας αναφέρουν ότι πονούν, τότε αυτή η πληροφορία βασίζεται περισσότερο στα δεδομένα που εισάγονται μέσω των ιών C. Αντίθετα, οι νεαρότεροι ενήλικες χρησιμοποιούν πιο ισορροπημένα τα δεδομένα που προέρχονται τόσο από τις ίνες A-δ όσο και από τις ίνες C. Παρότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν συνολικά υψηλότερο όριο πόνου, αυτό το εύρημα εξαλειφόταν όταν φραζόταν η εισαγωγή δεδομένων από τις ίνες A-δ στα νεαρότερα άτομα.

Η κατανόηση των αλλαγών στο όριο του πόνου κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική στους κλάδους της παιδιατρικής και της οδοντιατρικής των παιδιών, δεδομένου ότι τα παιδιά εκδηλώνουν συχνά προβληματικές συμπεριφορές ως αντίδραση στο πόνο. Αυτές οι προβληματικές συμπεριφορές είναι δυνατό να αντανakλούν τη σχετικά μεγαλύτερη ευαισθησία τους στον πόνο σε σύγκριση με τους ενήλικες. Επομένως είναι πιθανώς εσφαλμένο το συμπέρασμα ότι τα παιδιά υπερβάλλουν όταν περιγράφουν τον πόνο που αισθάνονται. Με άλλα λόγια, ενδέχεται να αισθάνονται εντονότερο πόνο (π.χ. όταν εισάγεται μια βελόνα στο δέρμα τους) από ότι οι ενήλικες. Μάλιστα τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών (π.χ. Lander & Fower-Kerry, 1991) δείχνουν ότι τα παιδιά μικρότερης ηλικίας αναφέρουν κατά τη διάρκεια της αιμοληψίας ότι νιώθουν εντονότερο πόνο σε σύγκριση με τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Ωστόσο, αυτό το εύρημα δεν επιβεβαιώνεται από άλλες αντίστοιχες έρευνες (π.χ. Hogeweg et al., 1996). Χρήσιμο είναι να έχουμε υπόψη ότι πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις αντιδράσεις των παιδιών στο πόνο, όπως, λόγου χάρη οι αντιδράσεις των ίδιων των παιδιών τους στο πόνο (π.χ. μίμηση προτύπου) και οι μορφές ενίσχυσης (θετική ή αρνητική) που παρέχονται στα παιδιά όταν εκδηλώνουν τις συμπεριφορές πόνου (Bush, 1987 Naber et al., 1995 Schechter et al., 1991).

20.3. Βρέφη και νήπια

Η ιατρική κοινότητα θεωρούσε για πολύ καιρό ότι τα βρέφη δεν αισθάνονται πόνο. Ο πόνος είναι ουσιαστικά ένα υποκειμενικό και ψυχολογικό φαινόμενο και ένα βρέφος δε μπορεί να εκφράσει με λέξεις την εμπειρία του. Μια

ατυχής συνέπεια αυτής της πεποίθησης ήταν η συνήθης πρακτική της περιτομής σε αγόρια βρεφικής ηλικίας χωρίς τη χρήση τοπικής αναισθησίας. Ευτυχώς, αυτή η πρακτική επιτέλους αλλάζει. Πολλές φορές ο πόνος των βρεφών αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς η αγνοείται εντελώς, δεδομένων των δυσκολιών που ανακύπτουν σε ό,τι αφορά την αξιολόγησή του (Prkachin & Craig, 1995 Stevens & Johnson, 1993). Ωστόσο, βάσει όσων παρουσιάστηκαν προηγουμένως, όπως οι ενήλικες έτσι και τα βρέφη εκδηλώνουν τις ίδιες εκφράσεις προσώπου ως αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα. Επομένως λόγω της αδυναμίας των βρεφών και των νηπίων να εκφράσουν λεκτικά τον πόνο που αισθάνονται, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις συμπεριφορές πόνου που εμφανίζουν (Anand & Craig, 1996).

Μια συνήθης πρακτική που υιοθετείται από τους γονείς νηπίων ή παιδιών είναι η προσπάθεια εκδήλωσης της ελάχιστης δυνατής αντίδρασης όταν το παιδί τους τραυματίζεται. Ο γονέας ενδεχομένως δεν θέλει να ενισχύσει τη συμπεριφορά πόνου που παρουσιάζει το παιδί του, φοβούμενος ότι θα το κακομάθει, αν δείξει ότι ανησυχεί για κάθε καρούμπαλο ή μώλωπα. Εκτός αυτού, διαφορετικές πρακτικές υιοθετούνται σε ό,τι αφορά την κοινωνικοποίηση των δύο φύλων. Ως αποτέλεσμα των διαφορών στη διαδικασία κοινωνικοποίησης, το βίωμα του πόνου στα αγόρια διαφέρει από αυτό των κοριτσιών, όπως επίσης διαφέρει ο τρόπος έκφρασης του πόνου και αντίδρασης σε αυτόν, μολονότι υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι σε αυτή την ηλικία τα δύο φύλα δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την έμφυτη ικανότητά τους να νιώθουν τον πόνο (Hogeweg et al., 1996).

Σε μια μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος παιδιά ηλικίας από 2 έως 6 ετών (Fearon et al., 1996) διαπιστώθηκε ότι όταν συνέβαιναν οδυνηρά γεγονότα τα κορίτσια δυσανασχετούσαν εντονότερα και απολάμβαναν μεγαλύτερου βαθμού σωματική φροντίδα από τους ενήλικες σε σύγκριση με τα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα τα κορίτσια χρησιμοποιούσαν περισσότερο τον προφορικό λόγο για να εκφράσουν την αντίδρασή τους στο πόνο και ζητούσαν συχνότερα τη βοήθεια των ενηλίκων που βρίσκονταν γύρω τους. Σε γενικές γραμμές πάντως, η αναζήτηση της βοήθειας των ενηλίκων ήταν συχνότερη στα μικρότερα παιδιά από ότι στα μεγαλύτερα. Τέλος, τα παιδιά που εμφάνιζαν περισσότερο σημάδια τραυματισμού (π.χ. καρούμπαλα και κακώσεις) ήταν επίσης περισσότερο ευερέθιστα, εύρημα που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας αυξημένης ευαισθητοποίησης και όχι αναισθητοποίησης στον πόνο σε ό,τι αφορά τα παιδιά.

20.4. Διαφορές που σχετίζονται με το φύλο

Οι άντρες και οι γυναίκες, τα αγόρια και τα κορίτσια, παρουσιάζουν κάποιες διαφορές στο τρόπο που βιώνουν το πόνο και αντιδρούν σε αυτόν. Σε πολλές έρευνες εξετάστηκαν οι διαφορές των δύο φύλων όσον αφορά το όριο του πόνου και την ανοχή σε αυτόν. Βάσει των ευρημάτων τους, αρκετές έρευνες δεν εντόπισαν οποιεσδήποτε διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (π.χ. Alon et al., 1999), ενώ άλλες βρήκαν. Η πολυπλοκότητα αυτού του θέματος γίνεται εμφανής, εάν επιχειρήσουμε να ενοποιήσουμε τα ευρήματα που προέρχονται από αυτές τις πολυάριθμες έρευνες. Ειδικότερα, οι μελέτες που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο φύλων όσον αφορά τον πόνο ήταν κυρίως όσες χρησιμοποίησαν πολύ συγκεκριμένα και πειραματικά ελεγχόμενα σωματικά ερεθίσματα (όπως ηλεκτρικά ερεθίσματα και ερεθίσματα μέσω εφαρμογής πίεσης αντί για θερμικά).

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, η Berkley (1997) επισημαίνει ότι σε αυτές τις ειδικές πειραματικές συνθήκες οι γυναίκες εμφανίζουν σχετικά χαμηλότερο όριο πόνου, μικρότερη ανοχή στο πόνο και μεγαλύτερη ικανότητα διάκρισης των επώδυνων ερεθισμάτων παρόμοιας έντασης. Ωστόσο, η ίδια τονίζει ότι οι διαφορές που ανιχνεύθηκαν μεταξύ των δύο φύλων είναι μικρές, παρατηρούνται μόνο σε συγκεκριμένα είδη ερεθισμάτων και επηρεάζονται από ένα πλήθος μεταβλητών, το οποίο σχετίζεται με τη συγκεκριμένη πειραματική κατάσταση. Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα του υπο μελέτη φαινομένου και την αλληλεπίδραση τόσων πολλών και σημαντικών μεταβλητών, η ερευνήτρια καταλήγει στο συμπέρασμα ότι: «...το πιο εντυπωσιακό στοιχείο όσον αφορά τις διαφορές των δύο φύλων στον τρόπο που αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται και ότι βιώνουν την εμπειρία του πόνου είναι ότι η προφανώς παντελής έλλειψή τους». Παρ'όλα αυτά, οι άνδρες και οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν πράγματι κάπως διαφορετικές στάσεις απέναντι στο πόνο (π.χ. Liddell & Locker, 1997), οι οποίες πιθανώς οφείλονται σε διαφορές των πρώιμων εμπειριών της παιδικής ηλικίας τους (π.χ. Fearon et al., 1996).

Γενικά, σε σύγκριση με τους άντρες, οι γυναίκες έχουν την τάση να αναφέρουν ότι αισθάνονται εντονότερο πόνο, επιστρατεύουν διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης του και αντιδρούν διαφορετικά στη θεραπευτική αγωγή. Σε σχέση με την τελευταία παρατήρηση, όπως διαπιστώθηκε σε μια πρόσφατη μελέτη των Walker & Carmody (1998), η ιβουπροφαίνη (ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο Μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο ή ΜΣΑΦ) δεν μείωσε τον πόνο που προκλήθηκε τεχνητά στις γυναίκες, παρότι ήταν αποτελεσματικό των ανδρών. Οι ερευνητές τονίζουν ότι αυτό το εύρημα μπορεί να έχει σημαντικές προεκτάσεις στην κλινική πράξη, δεδομένου ότι πολλά επώδυνα νοσήματα όπως (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα), για την αντιμετώπιση των οποίων συνταγογραφούνται συνήθως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες.

Γιατί άραγε υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την αντίληψη του πόνου που προκαλείται στο πλαίσιο των πειραματικών μελετών, την εμπειρία του ενδογενούς πόνου, τις στάσεις απέναντι σε αυτόν και την ανταπόκριση στις φαρμακευτικές αγωγές που χορηγούνται για την αντιμετώπισή του;

Μια πιθανή εξήγηση είναι αυτή που λαμβάνει υπόψη θέματα ορμονικής φύσεως. Συγκεκριμένα, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες διαθέτουν οιστρογόνα, προγεστερόνη και τεστοστερόνη. Ωστόσο, μεταξύ των δύο φύλων παρατηρούνται διαφορές στο επίπεδο κάθε ορμόνης, ενώ επίσης στις γυναίκες αυτά τα επίπεδα αυξομειώνονται κάθε μήνα, παρότι στους άνδρες παραμένουν σχετικά σταθερά. Επιπλέον υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μεταξύ των δύο φύλων υπάρχουν διαφορές σε επίπεδο δομικής και νευρωνικής οργάνωσης του εγκεφάλου, οι οποίες ενδέχεται επίσης να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Τέλος, η απάντηση σε σχέση με την ύπαρξη πιο δυσδιάκριτων διαφορών μπορεί να αναζητηθεί εν μέρει στην επίδραση των κοινωνικών και των πολιτισμικών παραγόντων.

20.5. Κοινωνικές/ πολιτισμικές διαφορές

Μεταξύ των διαφόρων πολιτισμικών και κοινωνικών ομάδων παρατηρούνται ουσιαστικές διαφορές σε ότι αφορά τον τρόπο αντίδρασης τους στον πόνο. Αυτές οι διαφορές είναι εξαιρετικά σημαντικές, καθώς είναι δυνατόν να επηρεάσουν την κλινική διάγνωση, αλλά και την επιλογή της θεραπείας. Οι Ιταλοί, οι Ιρλανδοί, οι Εβραίοι, οι κάτοικοι της Νέας Αγγλίας, οι Εσκιμώοι και Ινδιάνοι της

Αμερικής είναι μερικές μόνο από τις ομάδες που έχουν διερευνηθεί σε σχέση με το υπό εξέταση θέμα. Σε αυτές προστίθεται ένα σύνολο άλλων φυλετικών και εθνικών ομάδων ανά τον κόσμο. Όπως φαίνεται, αυτές οι μελέτες έχουν εντοπίσει κάποιες ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις (Weisenberg, 1977).

Καταρχάς οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις αντιδράσεις απέναντι στο πόνο ενδέχεται να σχετίζονται περισσότερο με την ανοχή (η οποία επηρεάζεται σημαντικά από ψυχολογικούς παράγοντες) παρά με το όριο του πόνου (το οποίο είναι κυρίως αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων) (Weisenberg, 1977). Οι κοινωνικές και οι πολιτισμικές διαφορές στο βαθμό ανοχής του πόνου φαίνεται ότι οφείλονται στο άγχος που προκαλείται από συγκεκριμένες στάσεις απέναντι στο πόνο, στις οποίες ενσωματώνονται δυο βασικοί τρόποι προσέγγισης αυτού του φαινομένου.

Συγκεκριμένα:

1. η προθυμία άρνησης ή αποφυγής της αντιμετώπισης του πόνου και
2. η επιθυμία αποφυγής ή πλήρους εξάλειψης του (εάν κάτι τέτοιο είναι εφικτό, ακόμα και πριν ανακαλυφθεί η αιτία του).

Αυτές οι πολιτισμικές στάσεις επηρεάζουν τη ψυχολογική λειτουργία και την εμπειρία του πόνου, τις συμπεριφορές πόνου και τους τρόπους αντιμετώπισης του, ενώ όλα τα παραπάνω επηρεάζονται από τη διαδικασία κοινωνικοποίησης (Turksy & Sternbach, 1967). Ειδικότερα, έχει βρεθεί ότι οι προτεστάντες βρετανικής καταγωγής έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τον πόνο με ένα ρεαλιστικό, προσγειωμένο και μάλλον ωμό τρόπο.

Για παράδειγμα, όταν για τις ανάγκες της έρευνας υφίσταται ηλεκτροσόκ, η προσαρμογή τους στο επώδυνο ερέθισμα είναι η ταχύτερη από αυτήν οποιασδήποτε άλλης κοινωνικής ομάδας. Μια παρόμοια στάση στωικότητας εκδηλώνουν οι Ιρλανδοί, οι οποίοι αναστέλλουν άμεσα τις εκφράσεις πόνου στο σώμα και στο πρόσωπό τους, έτσι ώστε να μη δείξουν ό,τι νιώθουν. Αντίθετα, οι Ιταλοί περιγράφουν το πόνο τους ιδιαίτερα εκφραστικά και παραπονούνται μεγαλόφωνα. Μάλιστα όταν συμμετέχουν σε κάποια πειραματική μελέτη εμφανίζουν τον ταχύτερο καρδιακό ρυθμό, ως αποτέλεσμα του πόνου που προκαλείται με τεχνητά μέσα, γεγονός που αντανακλά κατά πάσα πιθανότητα το αυξημένο άγχος τους. Από την άλλη μεριά, υπό τις ίδιες κλινικές συνθήκες, οι Εβραίοι εμφανίζουν το βραδύτερο καρδιακό ρυθμό. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα προσανατολισμένοι στο μέλλον, όπως φαίνεται από την επιμονή τους να μάθουν τις σημαντικές επιπτώσεις του πόνου που προκαλούνται στην υγεία τους (Zborowski, 1969).

Στο πλαίσιο μιας άλλης μελέτης, όπου τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης, συγκρίθηκαν οι αντιδράσεις ασθενών αγγλικής, λατινικής και πολωνικής καταγωγής που ζούσαν στη Νέα Αγγλία και έπασχαν από χρόνια πόνο με αυτές μιας ομάδας ασθενών που παρουσίαζε το ίδιο σύμπτωμα και ζούσε στο Πουέρτο Ρίκο (Bates et al., 1997). Οι ασθενείς που ζούσαν στη Νέα Αγγλία είχαν τη τάση να υποστηρίζουν μια αμιγώς βιοιατρική άποψη όσον αφορά το διαχωρισμό ψυχής-σώματος, γεγονός που τους προκαλούσε υψηλότερο επίπεδο άγχους και εντονότερο αίσθημα αποξένωσης σε σύγκριση με τους ασθενείς που ζούσαν στο Πουέρτο Ρίκο. Οι τελευταίοι πίστευαν ότι ο χρόνιος πόνος είναι βιοψυχοκοινωνικής φύσης και αυτή η πεποίθηση τους βοηθούσε να αισθάνονται λιγότερο άγχος σε σχέση με τη θεραπεία τους.

Πώς είναι δυνατό να επηρεάζουν οι πολιτισμικοί παράγοντες μια διαφορούμενη αλλά μια εξαιρετικά υποκειμενική και προσωπική εμπειρία, όπως είναι ο πόνος; Αυτό το φαινόμενο πιθανός οφείλεται στην επίδραση των διαδικασιών της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής σύγκρισης (Weisenberg, 1977). Μέσω της κοινωνικής σύγκρισης, οι άνθρωποι αποφασίζουν ποιες αντιδράσεις και ποιες εκφράσεις είναι οι καταλληλότερες για κάθε περίπτωση, είναι πρέπουσες αρμόδιες και ενδεδειγμένες. Για παράδειγμα όταν πονούν είναι θεμιτό να κλάψουν ή να ζητήσουν βοήθεια;

21. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Λόγω της υποκειμενικής φύσης του, η μέτρηση του πόνου αποτελεί πραγματικά μια πρόκληση. Οι κλινικοί και οι ερευνητές έχουν αναπτύξει διάφορες τεχνικές αξιολόγησης, καθεμιά από τις οποίες έχει προτερήματα, αλλά και περιορισμούς. Οι τεχνικές μέτρησης του πόνου είναι δυνατόν να ενταχθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες :

1. ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις, όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, των καρδιακών παλμών και του ρυθμού αναπνοής.
2. συμπεριφορικές μετρήσεις, όπως η παρατήρηση των συμπεριφορών πόνου (π.χ. μορφασμοί αναστεναγμοί και παράπονα)
3. τεχνικές αυτοαναφοράς, πως η γραπτή η προφορική περιγραφή του είδους και της έντασης του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή.

Οι κλινικοί επιστήμονες βασίζονται περισσότερο στις δυο τελευταίες κατηγορίες τεχνικών.

22. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Κατά κανόνα, όταν οι άνθρωποι στερούνται των κατάλληλων λέξεων για να περιγράψουν τη φύση του πόνου τους, αναφέρουν μόνο ότι κάτι τους πονά. Όμως, και σε αυτή τη περίπτωση, το πώς πονά κάτι ενδέχεται να περιλαμβάνει σημαντικές πληροφορίες για το αίτιο που προκάλεσε το πόνο. Για παράδειγμα, η κεφαλαλγία. Οι τύποι της κεφαλαλγίας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Δύο από αυτούς τους τύπους είναι:

- η κεφαλαλγία μυϊκής συστολής (ή τάσεως) και
- η ημικρανία (ή αγγειακή κεφαλαλγία)

Οι τύποι αυτοί της κεφαλαλγίας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές (Blanchard & Andrasik, 1985). Ειδικότερα οι κεφαλαλγίες τάσεως προκαλούν συνήθως έναν ασαφή, αλλά επίμονο πόνο σε ευαίσθητα σημεία στην περιοχή του κεφαλιού, του αυχένα και του σαγονιού, όπως επίσης μια αίσθηση σφιξίματος και πίεσης γύρω από το κεφάλι. Μια συνήθης περιγραφή των ασθενών για τις κεφαλαλγίες τάσεως είναι του τύπου: «Σαν να υπάρχει ένα καρφί ή ένα μαχαίρι στο κεφάλι μου». Οι ίδιοι περιγράφουν αυτόν το πόνο ως έντονο, συνεχή, ανυποχώρητο και επίμονο. Από την άλλη μεριά, η κεφαλαλγία αγγειακής φύσεως προκαλείται κυρίως από τη διαστολή των κρανιακών αιμοφόρων αγγείων. Κατά κανόνα, η ημικρανία περιγράφεται ως ένα μονόπλευρο ή αμφίπλευρο «άλγος» ή ως ένας «περιοδικός», «ρυθμικός» πόνος, ενώ επίσης προκαλεί συχνά προδρομικά

συμπτώματα, όπως ναυτία, εμετός, ευαισθησία στο φως και στους θορύβους και αισθητηριακές διαταραχές (όπως εμφάνιση εκθαμβωτικών γραμμών που ακολουθούνται από σκοτωματώδη ελλείμματα). Η ημικρανία και η κεφαλαλγία τάσεως είναι πιθανό να εμφανιστούν ταυτόχρονα. Στις σπάνιες περιπτώσεις που ο πόνος προκαλείται από κάποιον όγκο στον εγκέφαλο, ο ασθενής ενδέχεται να νιώσει ότι το σύμπτωμα είναι εντονότερο την ώρα που ξυπνά. Αντίθετα, αν το αίτιο της κεφαλαλγίας είναι ένα ενδοκρανιακό αιμάτωμα, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της εγκεφαλικής αιμορραγίας, τότε ο πόνος είναι δυνατόν να συνοδεύεται από νευρολογικά συμπτώματα, όπως μυϊκή αδυναμία και διαταραχές αντίληψης.

Η αναλυτική περιγραφή της κεφαλαλγίας είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να τεθεί η ιατρική διάγνωση και να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπεία. Στις θεραπευτικές παρεμβάσεις εντάσσονται: η φαρμακοθεραπεία και οι μέθοδοι που προέρχονται από την επιστήμη της ψυχολογίας, όπως η βιοανάδραση, με στόχο να παρεμποδιστεί η διαστολή των κρανιακών αγγείων που προκαλεί τις ημικρανίες, αλλά και ένας συνδυασμός φαρμακευτικών, ψυχολογικών και φυσικών μέσων και τεχνικών για τη χαλάρωση των μυών που προκαλούν τις κεφαλαλγίες τάσεως. Σαφώς, σε κάθε περίπτωση, πρώτο μέλημα είναι να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης όγκου ή εγκεφαλικής αιμορραγίας. Για το λόγο αυτό, η περιγραφή του προβλήματος θα πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερείς πληροφορίες για τη διάρκεια και την εντόπιση της κεφαλαλγίας, τη φύση και τα χαρακτηριστικά της, τα συντρέχοντα συμπτώματα, καθώς και τους παράγοντες που προηγούνται ή επισπεύδουν την εμφάνισή της. Παρότι τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα είναι πολύτιμα σε ότι αφορά τη μέτρηση των οργανικών λειτουργιών, η διάγνωση πολλών ιατρικών προβλημάτων, μεταξύ αυτών και της κεφαλαλγίας, προϋποθέτει τη διαμόρφωση μια σαφούς εικόνας σχετικά με τον υποκειμενικό τρόπο που βιώνει ο ασθενής τα συμπτώματά του.

Παρόλο που υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης, όπως το ερωτηματολόγιο πόνου του Πανεπιστημίου McGill, οι κλινικοί υποστηρίζουν συχνά ότι ο καλύτερος τρόπος για την εκτίμηση και τη διάγνωση του πόνου ενός ασθενούς είναι η υποβολή μιας απλής ερώτησης, του τύπου: «Θα θέλατε να μου μιλήσετε για τον πόνο που νιώθετε;» (Cassell, 1985a). Σε πολλές περιπτώσεις, οι υποθέσεις των ασθενών για την αιτιολογία του πόνου τους είναι εξαιρετικά διαφωτιστικές. Πριν από πολλά χρόνια, ο διάσημος καθηγητής ιατρικής Sir William Osler (1899) προέτρεπε τους φοιτητές του να ακούν προσεκτικά τον ασθενή, γιατί αυτός θα τους αποκαλύψει τη διάγνωση του προβλήματος που τον απασχολεί. Αντίστοιχα, πολλοί ιατροί σήμερα, παρόλο που έχουν στη διάθεσή τους τα πλέον σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, υποστηρίζουν ότι μόνο ο ασθενής μπορεί να αντιληφθεί πλήρως την ασθένειά του και ότι η διάγνωση είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί μέσω των πληροφοριών που παρέχει για τον πόνο του (Cassell, 1985a). «Πρώτιστα μια γυναίκα, η οποία πονούσε στο άνω αριστερό κοιλιακό τεταρτημόριο, σε τι πίστευε ότι οφειλόταν το πρόβλημά της. Αυτή η ερώτηση είναι πολλή χρήσιμη, επειδή η άποψη των ασθενών για το πρόβλημά τους είναι συχνά σωστή. Αλλά ακόμα και αν δεν είναι, αυτή η ερώτηση μας διευκολύνει άμεσα να ανακαλύψουμε τι τους απασχολεί. Η γυναίκα μου απάντησε τα εξής: «Φυσικά, ξέρω ότι πρόκειται για καρδιακό πρόβλημα, επειδή όλοι στην οικογένειά μου πάσχουν από καρδιοπάθεια. Αλλά αν δε πρόκειται για πρόβλημα της καρδιάς, πιστεύω ότι έχει ίσως αναπτυχθεί μια μεγάλη κύστη στο νεφρό μου, η οποία πιέζει τα πλευρά μου». Όπως αποδείχθηκε, ο ασθενής είχε μαντέψει σωστά! Αυτό ακριβώς ήταν το πρόβλημα» (Cassell, 1985b, σ. 31).

23. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από την αρχαιότητα ακόμη διάφοροι λαοί χρησιμοποιούσαν εκχυλίσματα και παράγωγα από διάφορα φυτά, με χρήση αναλγητική, τόσο σε «περιφερικό» επίπεδο, δηλαδή στη περιοχή προέλευσης του πόνου, όσο και σε «κεντρικό», δηλ στο επίπεδο του εγκεφάλου που όταν ναρκωθεί κατάλληλα, δεν τον αντιλαμβάνεται. Στα δεύτερα περιλαμβάνονται το όπιο και τα παράγωγά του καθώς το οινόπνευμα, που οι μαρτυρίες για τη χρήση τους είναι ακόμη πρόσφατες και η δράση τους προσανατόλισε και την φαρμακολογική έρευνα για την αναισθησία και την αναλγησία. Επίσης η χρήση παραγώγων του οπίου ήταν διαδεδομένη στους χρόνιους πόνους, ακόμη και στα βρέφη που έπασχαν ή εθεωρείτο πως έπασχαν από κολικούς, δίπλα στη χρήση λίγου τσίπουρου (κατά την ελληνική παράδοση). Η δράση του οπίου, ενέπνευσε την φαρμακευτική σύνθεση της μορφίνης και της ηρωίνης, ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών κεντρικής δράσης, που κατά κόρον χορηγήθηκαν σε τραυματίες πολέμου με ισχυρούς πόνους, στους οποίους οφείλει και το όνομά της η ηρωίνη (το φάρμακο για τους ήρωες.).

24. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν αναπτυχθεί διάφορες παρεμβάσεις, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, με στόχο την αντιμετώπιση των χρόνιων και των οξέων προβλημάτων πόνου. Ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου εμπεριέχει δύο βασικά στοιχεία:

- 1) Την εξάλειψη του πόνου ή την ελάττωσή του, και
- 2) Την αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Σε γενικές γραμμές, το άτομο θα πρέπει να μάθει να υπομένει τον πόνο και να ζει μια ικανοποιητική και παραγωγική ζωή, ακόμα και αν δεν έχει απαλλαγεί εντελώς από αυτόν.

24.1. Χειρουργική αντιμετώπιση του πόνου

Το δυτικό ιατρικό μοντέλο βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη χειρουργική και στα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου. Η χειρουργική επέμβαση στοχεύει στην παρεμπόδιση της μετάδοσης των ώσεων πόνου προς τον εγκέφαλο, μέσω της αφαίρεσης ή της αποσύνδεσης τμημάτων του περιφερικού νευρικού συστήματος από το νωτιαίο μυελό. Οι χειρουργικές μέθοδοι είναι δραστικές και αποτελούν τη λιγότερο ολιστική προσέγγιση όσον αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Στις αρνητικές συνέπειές τους εντάσσονται η πρόκληση αιμωδίασης (μουδιάσματος) ή παράλυσης στην περιοχή που επηρεάζεται από τα νεύρα που συνδέονται ή αφαιρούνται.

Τα τελευταία χρόνια η εφαρμογή αυτής της μεθόδου είναι λιγότερο συχνή, καθώς η αποτελεσματικότητά της είναι σχετικά μικρή, ενώ επιπλέον είναι δυνατόν να επιφέρει και άλλες αρνητικές συνέπειες εκτός από τις προαναφερθείσες. Αν πετύχει, η αποτελεσματικότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης του πόνου είναι συνήθως βραχυπρόθεσμη, επειδή ο μηχανισμός της μεταβίβασης ώσεων πόνου δεν είναι τόσο απλός όσο θεωρούνταν κάποτε. Σε σχέση με την τελευταία παρατήρηση, έχει επαληθευτεί ερευνητικά ότι οι νευρικές οδοί που φράσσονται ή αποκλείονται είναι δυνατόν να παρακαμφθούν, ενώ ταυτόχρονα σχηματίζονται νέες, οι οποίες

μεταφέρουν τα μηνύματα πόνου στον εγκέφαλο (Melzack & Wall, 1982). Παρά την αποτελεσματικότητά της, η χειρουργική επέμβαση μέχρι πρόσφατα ήταν η πιο δαπανηρή μέθοδος για την αντιμετώπιση του πόνου. Συγκεκριμένα, το κόστος της αντιστοιχούσε στο 20% όλων των δαπανών για τη θεραπεία του (Earman et al., 1996).

24.2. Φαρμακοθεραπείες

Σήμερα η συνηθέστερη μορφή ιατρικής θεραπείας για την ανακούφιση του πόνου είναι τα φάρμακα, τα αποκαλούμενα αναλγητικά, τα οποία διατίθενται σε διάφορες μορφές.

Τα τοπικά αναισθητικά είναι αρκετά γνωστά σε όποιον αναγκάστηκε κάποια στιγμή να επισκεφτεί έναν οδοντίατρο. Τα τοπικά αναισθητικά προκαλούν αναστρέψιμη καταστολή της μετάδοσης στη νευρική ίνα. Ταξινομούνται ανάλογα με τη διάρκεια δράσης τους σε:

- a. Μικρή
- b. Μέση
- c. Μεγάλη διάρκεια.

Η νοβοκαΐνη (προκαΐνη) και η λιδοκαΐνη (ξυλοκαΐνη), για παράδειγμα, χρησιμοποιούνται τοπικά ή εγχύονται μέσω ένεσης στην περιοχή προέλευσης του πόνου (π.χ. σε ένα σημείο του δέρματος που πρέπει να υποβληθεί σε τομή ή ραφή). Τα νευρικά κύτταρα αυτής της περιοχής δεν μπορούν να παράγουν ώσεις πόνου, για όσο χρόνο διαρκεί η δράση του τοπικού αναισθητικού (Hare & Milano, 1985; Winters, 1985). Εκτός όμως από την επιτυχή παρεμπόδιση της μεταβίβασης ώσεων πόνου, τα τοπικά αναισθητικά αναστέλλουν ταυτόχρονα και τη λειτουργία των κινητικών νευρώνων. Για το λόγο αυτό, ένας ασθενής που του χορηγείται ένεση νοβοκαΐνης για τις ανάγκες μιας οδοντιατρικής επέμβασης έχει ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο των περιοχών του στόματός του (π.χ. γλώσσα, χείλη, μάγουλα), ακόμα και αρκετές ώρες μετά την ολοκλήρωσή της.

Στα γενικά αναισθητικά που χορηγούνται ενδοφλεβίως υπάγονται οι βενζοδιαζεπίνες, όπως είναι η διαζεπάμη. Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν αγχολυτικές, ηρεμιστικές, καταπραϋντικές, υπνωτικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες και βοηθούν στην καταστολή των αντιδράσεων που προκαλούνται από το αίσθημα του πόνου, καθώς περιορίζουν τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων μέσω του κεντρικού νευρικού συστήματος. Όμως λόγω αυτής της διαδικασίας, καταστέλλουν επίσης το ρεπερτόριο των υπολοίπων σωματικών αντιδράσεων και λειτουργιών (Aronoff et al., 1986). Φαίνεται ότι αυτά τα φάρμακα δεν επηρεάζουν άμεσα το μηχανισμό που προκαλεί τον πόνο. Κατά κύριο λόγο μειώνουν το άγχος του ασθενούς και τον βοηθούν να κοιμηθεί. Έτσι απαλλάσσεται από τον πόνο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και ξεκούραστος πλέον μπορεί να ανεχθεί καλύτερα όταν βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης. Άλλα παρεμφερή φάρμακα που βοηθούν τους ασθενείς που υποφέρουν είναι τα αντικαταθλιπτικά (π.χ. τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά), τα οποία επιδρούν άμεσα στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με τον πόνο, ενώ παράλληλα μειώνουν την κατάθλιψη που μπορεί να τον συνοδεύει.

Τα αναλγητικά περιφερικής δράσης είναι πιθανώς τα πιο γνωστά φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα που χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή, όπως

η ιβουπροφένη (π.χ. το Advil, το Mortin IB), η ναπροξένη νατριούχος (π.χ. το Aleve), και η ακεταμινοφαίνη (π.χ. το Tylenol). Τα αντιφλεγμονώδη που χορηγούνται με ιατρική συνταγή εντάσσονται επίσης στην ίδια κατηγορία. Η δράση αυτών των φαρμάκων περιορίζει την εξάπλωση της φλεγμονής που προκαλείται λόγω της τοπικής καταστροφής ιστών και αναστέλλει τη σύνθεση νευροχημικών ουσιών στο περιφερικό νευρικό σύστημα, οι οποίες διευκολύνουν τη μεταβίβαση των ώσεων πόνου (Winters, 1985).

Τα αναλγητικά κεντρικής δράσης, τα οποία ονομάζονται επίσης ναρκωτικά, είναι παυσίπονα φάρμακα που δεσμεύονται από τους υποδοχείς των οπιούχων στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Aronoff et al., 1986). Παραδείγματα τέτοιων οπιοειδών ουσιών είναι η κωδεΐνη, η μορφίνη, η πεθιδίνη, η ηρωίνη και η μεθαδόνη. Τα ναρκωτικά είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στη μείωση του έντονου πόνου και μπορούν να ληφθούν από το στόμα ή να εγχυθούν ενδοφλεβίως, ενδομυϊκώς ή υποδορίως (η παρεντερική χορήγηση καθιστά τη δράση τους ισχυρότερη) (Winters, 1985), ενώ πρόσφατα έχει εισαχθεί η διαδερμική χορήγηση με αυτοκόλλητο σύστημα. Αυτές οι ουσίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν ανοχή, με αποτέλεσμα το άτομο να χρειάζεται όλο μεγαλύτερες δόσεις προκειμένου να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, ενώ επίσης μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση και εθισμό μετά από συνεχή θεραπεία (Aronoff et al., 1986).

Ένα σημαντικό μειονέκτημα ορισμένων φαρμάκων που χορηγούνται για τον έλεγχο του πόνου (κυρίως των ηρεμιστικών και των αναλγητικών κεντρικής δράσης) είναι ότι προκαλούν διανοητική έγχυση και εξαφανίζουν την αισθητηριακή αντίληψη, επηρεάζοντας διάφορες λειτουργίες, όπως την ικανότητα ομιλίας, βάρδισης, οδήγησης και λήψης αποφάσεων. Η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων, είτε σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είτε σε ασθενείς που λαμβάνουν κατ' οίκον περίθαλψη, είναι πιθανό να στεφθεί με αρκετή επιτυχία, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα. Ωστόσο, όταν αυτά τα φάρμακα χορηγούνται σε περιπατητικούς αρρώστους, τότε ενδέχεται να παρεμποδιστεί η καθημερινή λειτουργικότητά τους.

Έχει υποστηριχθεί ότι η δράση των αναλγητικών φαρμάκων επιτυγχάνεται ελαττώνοντας κυρίως τη προδιάθεση του ατόμου να παραπονιέται για τον πόνο που αισθάνεται (Beecher, 1972). Η μορφίνη, για παράδειγμα, θεωρείται ότι ελαττώνει κυρίως την επιθυμία έκφρασης δυσφορίας και όχι αυτή καθεαυτή την αίσθηση του πόνου. Με άλλα λόγια, ο ασθενής είναι πιθανό να αισθάνεται πόνο, αλλά να παραμένει αδιάφορος απέναντι σε αυτό το γεγονός. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι η μορφίνη δεν επηρεάζει τον πόνο που προκαλείται τεχνητά στους συμμετέχοντες που λαμβάνουν μέρος σε πειραματικές μελέτες, ενώ επίσης οι αντιδράσεις τους σε αυτό το είδος πόνου είναι οι ίδιες είτε λάβουν μορφίνη είτε απλώς ένα αλατούχο διάλυμα (ορός). Από την άλλη πλευρά, η μορφίνη αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους των ανθρώπων για το πόνο, τους περιορισμούς που επιβάλλονται, τη σωματική παραμόρφωση και το θάνατο. Συγκεκριμένα, στο περιβάλλον του εργαστηρίου, αυτό το είδος άγχους συνήθως απουσιάζει, ακριβώς επειδή οι συμμετέχοντες σε ένα πείραμα γνωρίζουν το αίτιο που προκαλεί το πόνο και τότε αυτός θα σταματήσει. Αντίθετα, αυτό το άγχος είναι υπαρκτό και έντονο στο κλινικό πλαίσιο. Επομένως, προκειμένου να μειωθούν οι αντιδράσεις των ασθενών στο αίσθημα του πόνου θα πρέπει πρώτα να περιοριστεί το άγχος τους. Αυτός ο στόχος γίνεται εφικτός είτε με χορήγηση μορφίνης είτε με χορήγηση εικονικών φαρμάκων (Beecher, 1972).

Μεταξύ των ερευνητών παρατηρούνται διαφωνίες όσον αφορά την επίδραση των οπιοειδών στις διανοητικές λειτουργίες των ανθρώπων που τα χρησιμοποιούν. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα μιας μελέτης, η μορφίνη που χορηγήθηκε σε μια ολιγάριθμη ομάδα καρκινοπαθών που διέμεναν σε έναν ξενώνα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας προκάλεσε σημαντική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών και της ικανότητάς τους για ανάκληση πληροφοριών από τη μνήμη (Wood et al., 1998). Αντίθετα, τα ευρήματα μιας άλλης μελέτης έδειξαν ότι η χρήση οπιοειδών δεν είναι επιβλαβής για τις γνωστικές λειτουργίες. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες σε αυτήν τη μελέτη παρουσίασαν βελτίωση της ψυχοκινητικής ταχύτητας και της ικανότητας εστίασης της προσοχής, πιθανώς γιατί είχαν ανακουφιστεί από τον πόνο που ένιωθαν (Haythornthwaite et al., 1998). Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μελετών, στην οποία οφείλεται πιθανώς η διάσταση μεταξύ των αποτελεσμάτων. Η πρώτη μελέτη διενεργήθηκε σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, ενώ στη δεύτερη οι ασθενείς αισθάνονταν πόνο, αλλά δεν έπασχαν από ένα εξίσου σοβαρό πρόβλημα υγείας.

25.3. Η κατάπαυση του πόνου

Είναι πιθανόν ο πόνος να μη σταματήσει ποτέ τελείως, επειδή βρισκόμαστε σ' ένα δρόμο προοδευτικής εξέλιξης κι επειδή, παρ' όλο που προχωρούμε λίγο, ο πόνος χάνεται επίσης σιγά - σιγά, αλλά όχι εντελώς. Η εξαφάνισή του βρίσκεται σ' ένα επίπεδο πνευματικής απελευθέρωσης που είναι για μας πολύ μακρινό προς το παρόν. Αυτό που πρέπει, και μπορούμε να κάνουμε, είναι ν' αρχίσουμε να περιορίζουμε τις αιτίες που τον προκαλούν.

Γι' αυτό χρειάζεται να βλέπουμε τα πράγματα με τρόπο ήρεμο, έξυπνο και αντικειμενικό. Να βλέπουμε τον εαυτό μας από μακριά, για να αξιολογούμε τις πραγματικότητες οι οποίες, διαφορετικά, μας απορροφούν τόσο πολύ που μας τυφλώνουν τόσο ώστε να μη μπορούμε να τους δώσουμε όνομα και ορισμό. Αν δεν βλέπει κανείς τα πράγματα, σαν πρώτο βήμα, είναι αδύνατο να αναζητήσει την κατάπαυση του πόνου. Σαν δεύτερο βήμα, πρέπει να αναζητήσει λύσεις για να καταλήξει στα κίνητρα που μας οδηγούν στον πόνο. Όλα έχουν μια λύση, λίγο ή πολύ καλή. Αλλά αν δεν έχει κανείς τη βούληση για να την αναζητήσει κι ακόμα λιγότερο να εφαρμόσει την ή τις λύσεις, ο πόνος θα παραμένει. Και όχι μόνο θα παραμένει, αλλά και θα μας κάνει να κατηγορούμε εξωτερικούς παράγοντες γι' αυτό που δεν τολμήσαμε ν' αντιμετωπίσουμε. Ο πόνος δεν φεύγει, πρέπει να τον απομακρύνουμε. Ο πόνος δεν ξεχνιέται. Μετατρέπεται σε αντικειμενική εμπειρία που μας εμπλουτίζει. Ο πόνος που αναλαμβάνεται και οδηγείται σε λύση είναι μια εξασφάλιση για να μη ξαναπέσουμε στις ίδιες αιτίες που τον προκάλεσαν. Οι δρόμοι για την κατάπαυση του πόνου.

Η "Μεγάλη Οδός ή η ευγενής Οκταπλή Ατραπός" της βουδιστικής φιλοσοφίας, περιλαμβάνει βήματα που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, αφού όλα είναι στο χέρι μας χωρίς την ανάγκη να ακολουθήσουμε μια θρησκεία, αλλά απλά να σκεφθούμε.

Οι ορθές γνώμες πρέπει να είναι το καθημερινό μας έργο για να βγούμε από την άγνοια και να φτάσουμε σταδιακά στη σοφία. Αυτό συμβούλευε επίσης ο σοφός Πλάτων. Οι γνώμες μας θα είναι κάθε φορά σωστότερες όσο περισσότερο απομακρυνόμαστε από τον υποκειμενισμό, από την υπεροψία των δικών μας πεποιθήσεων που τις θεωρούμε ανώτερες των άλλων, από την επιθυμία να έχουμε

πάντα δίκιο. Αντίθετα, πρέπει να βασιστούμε στις διδασκαλίες των σοφών, στις συμβουλές τους που είναι γεμάτες από εμπειρία και στο καθαρό όραμα που αυτοί μας προσφέρουν.

Οι ορθές προθέσεις ξεκινούν από ένα καθαρό ιδεώδες για τη Ζωή, από κάποιες αρχές που μπορούν να μετατραπούν σε σκοπούς. Αν έχουμε ένα ιδεώδες ως πηγή έμπνευσης, έχουμε τη δυνατότητα να κατευθύνουμε σωστά τις προθέσεις μας. Με λίγα λόγια: ας αντικαταστήσουμε τον εγωισμό με τη γενναιοδωρία.

Οι ορθές πράξεις θα είναι η λογική συνέπεια των ορθών γνωμών ή ιδεών και των γενναιοδωρων προθέσεων. Σ' αυτό πρέπει να προστεθεί, με τρόπο τελεσίδικο, η βούληση για δράση. Τα ορθά λόγια μάς υποχρεώνουν να σκεφθούμε πριν να ανοίξουμε το στόμα. Αντί να πούμε το πρώτο που μας προκαλούν οι συγκινήσεις (και όχι απαραίτητα οι ιδέες), πρέπει να υπολογίζουμε το αποτέλεσμα που μπορεί να προκαλέσουν τα λόγια μας. Πρέπει να είναι ξεκάθαρο αν θέλουμε να επικοινωνούμε με τους ανθρώπους ή αν απλά θέλουμε να συζητάμε και να γεμίζουμε τη σιωπή με άδειες φωνές. Τα ορθά μέσα ζωής υποδηλώνουν μια ηθική συμπεριφορά. Όλοι πρέπει να εργαζόμαστε για να ζούμε. Αυτό, παρόλα όσα λέγονται για το αντίθετο, είναι ένας θαυμάσιος νόμος της ύπαρξης που μας διατηρεί ενεργούς και μας κάνει να αναπτυσσόμαστε εσωτερικά και εξωτερικά. Αλλά δεν βρίσκονται όλες οι εργασίες στο ύψος της φιλοσοφικής αξιοπρέπειας. Δεν αναφερόμαστε στις ταπεινές εργασίες, αλλά σ' εκείνες που προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια κάτω από τα χίλια πρόσωπα της διαφθοράς.

Επίσης ορθά τα μέσα της ζωής που είναι ακριβώς αυτό: μέσα και όχι σκοποί που απορροφούν όλη την ύπαρξη. Η ορθή προσπάθεια συνίσταται στο να χρησιμοποιούμε τις ενέργειές μας, χωρίς να τις σπαταλάμε, αλλά χωρίς την τσιγγουνιά εκείνου που δεν θέλει να θυσιάσει ή θυσιάζεται όσο το δυνατό λιγότερο. Η προσπάθεια είναι ορθή όταν κατευθύνεται στους σκοπούς που επιλέγονται σαν οι καλύτεροι και όταν δεν περιορίζεται στην ελάχιστη προσπάθεια, αλλά στη μέγιστη που μπορούμε να προσφέρουμε. Αυτός που προσπαθεί να δώσει και να κάνει στο μέγιστο, διευρύνει τα όρια της ικανότητάς του. Όσο περισσότερο προσπαθεί τόσο περισσότερο μπορεί. Η ορθή προσοχή είναι μια εστία φωτός που συγκεντρώνεται στα βιώματά μας, πράγμα το οποίο μας δίνει τάξη και καθαρότητα στη συνείδηση. Αρκεί να πούμε, συνοψίζοντας, ότι η Προσοχή είναι η Δύναμη της Συνείδησης. Η ορθή συγκέντρωση συνίσταται στο να είμαστε κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας (συνεπώς και της ζωής) στον εσωτερικό μας άξονα, στο κέντρο μας, εξαλείφοντας σταδιακά τις διακυμάνσεις της συνείδησης που οφείλονται στις συγκινησιακές και νοητικές διακυμάνσεις. Είναι η προσπάθεια να κατευθύνουμε τις εκφράσεις της ψυχής και τις δράσεις του σώματος από το πραγματικό μας Εγώ.

25.4. Η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου

Υπό ορισμένες συνθήκες, η φαρμακοθεραπεία μπορεί να αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική σε ό,τι αφορά τον έλεγχο του πόνου. Για παράδειγμα, τα αναλγητικά κεντρικής δράσης (ναρκωτικά) χορηγούνται συνήθως μετά από μια χειρουργική επέμβαση και για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, με στόχο να μειωθεί ή να εξαλειφθεί ο οξύς πόνος. Όταν αυτός παρέλθει και οι ιστοί έχουν αρχίσει να επουλώνονται, η χρήση τους δεν είναι πλέον αναγκαία. Όμως τα ίδια φάρμακα είναι πολύτιμα για τους ασθενείς που πάσχουν από προοδευτικά και επώδυνα νοσήματα, τα

οποία προκαλούν σοβαρή εξασθένηση του οργανισμού, όπως ο καρκίνος του τελικού σταδίου.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα αναλγητικά κεντρικής δράσης είναι αναπόσπαστο κομμάτι της προσπάθειας ελέγχου και ανακούφισης του πόνου (Jamison et al., 1994). Επιπλέον, όπως είναι ευνόητο, το ζήτημα του ερεθισμού δεν είναι υψίστης σημασίας όταν πρόκειται για άτομα που πάσχουν από ασθένεια τελικού σταδίου (Bressler et al., 1991' Paice et al., 1998). Ωστόσο, για πολλά χρόνια, αρκετοί ιατροί απέφευγαν να χορηγήσουν φάρμακα για το πόνο (π.χ. μορφίνη) σε υψηλές δόσεις, ακριβώς επειδή φοβούνταν το κίνδυνο ερεθισμού των ασθενών (Buck & Paice, 1994' Schug et al., 1991' Tucker, 1990). Ωστόσο, τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, δείχνουν ότι αυτός ο φόβος είναι σε μεγάλο βαθμό αβάσιμος. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς κατορθώνουν με επιτυχία να διακόψουν τα φάρμακα που λαμβάνουν μόλις υποχωρήσει ο οξύς πόνος και δεν εθίζονται σε φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του σφοδρού και έντονου οξύ πόνου (Citron, 1986' Schug et al., 1991).

Κατά κανόνα, οι ναρκωτικές ουσίες δε θεωρούνται κατάλληλες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου που δεν οφείλεται στο καρκίνο. Οι κλινικοί επιστήμονες προβληματίζονται τόσο για την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων, όσο και για το ενδεχόμενο ανάπτυξης ανοχής και εθισμού σε αυτά. Μάλιστα, οι φαρμακοποιοί νιώθουν φόβο όταν διαθέτουν απόθεμα αυτών των φαρμάκων ή όταν τα πωλούν χωρίς σχετική συνταγή. Δεν είναι λίγοι αυτοί που ανησυχούν τόσο για τις πιθανές κυρώσεις όσο και για το ενδεχόμενο να πέσουν θύματα ληστείας από ανθρώπους εθισμένους σε αυτές τις ουσίες (Greenwald & Narcessian, 1999).

Τέλος, σε σχέση με το ίδιο θέμα, κάποιιο υποστηρίζουν ότι η χρήση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του ελέγξιμου χρόνιου πόνου γνωστής αιτιολογίας είναι ηθικά απαράδεκτη. Παρά τη σύγχυση που επικρατεί όσον αφορά τη χρήση των οπιοειδών για τη θεραπεία του ελέγξιμου χρόνιου πόνου, πρόσφατες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε ορισμένες περιπτώσεις αυτού του είδους η παρέμβαση ενδέχεται να αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι τα οπιοειδή (π.χ. η μορφίνη) επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση διαφόρων ειδών χρόνιου πόνου (όπως νευροπάθεια και πόνος της ράχης) (Jamison et al., 1994' Valentino et al., 1998' Zenz et al., 1992). Όταν χορηγούνται αυτές οι ουσίες σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο, τότε αυτοί όχι μόνο υποφέρουν λιγότερο, αλλά επίσης είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των καθημερινών δραστηριοτήτων, τις οποίες είχαν αναγκαστεί να περιορίσουν λόγω του προβλήματος τους. Επιπλέον, όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα μιας μελέτης, δεν υπήρχαν σημαντικές ενδείξεις που να υποστηρίζουν το κίνδυνο εμφάνισης ανοχής, τουλάχιστον εντός ενός έτους από την έναρξη της χρήσης (Valentino et al., 1998), ενώ οι παρενέργειες ήταν ελάχιστες (και συγκρίσιμες με αυτές που παρατηρούνται σε καρκινοπαθείς ασθενείς). Συνεπώς, ακόμα και στις περιπτώσεις ασθενών που δεν πάσχουν από κάποια νόσο τελικού σταδίου η θεραπεία με οπιοειδή ενδέχεται να αξίζει να προστεθεί στο οπλοστάσιο των διαθέσιμων τεχνικών για τον έλεγχο του πόνου.

Τα Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποτελούν τη συνηθέστερη επιλογή όσον αφορά την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Kanner, 1986' Schnitzer, 1998). Όπως όλα τα φάρμακα, έτσι και αυτά είναι δυνατόν να προκαλέσουν κάποιες παρενέργειες, όπως γαστρεντερική και νεφρική τοξικότητα.

Επιπλέον, σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα, η δράση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων δεν είναι εξίσου αποτελεσματική σε όλους τους ασθενείς που υποφέρουν από χαμηλής ή μέτριας έντασης πόνους οστεοαρθρίτιδας, ιδιαίτερα μάλιστα στις γυναίκες (Walker & Carmody, 1998). Εκτός αυτού, έχει διαπιστωθεί ότι και άλλα αναλγητικά, όπως η ακεταμινοφαίνη, είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα ΜΣΑΦ (Schnitzer, 1998). Ένα άλλο αναλγητικό, η υδροχλωρική τραμαδόλη (το οποίο έχει τόσο οπιοειδή όσο και μη οπιοειδή δράση) κυκλοφόρησε το 1994 και χορηγείται σε ασθενείς που υποφέρουν από πόνο ο οποίος δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη χρήση της ακεταμινοφαίνης και οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν επιτρέπεται να λάβουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Schnitzer, 1998). Τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών υποστηρίζουν την άποψη ότι οι ανταγωνιστές των υποδοχέων ΝΜΔΑ (N-Μεθυλ-Δ-Ασπαρτικού οξέος) (όπως για παράδειγμα, η δεξτρομεθορφάνη) ενδέχεται να αποδειχθούν αποτελεσματικοί στην ανακούφιση του πόνου, καθώς μπορούν να ελαττώσουν τη συχνότητα πυροδότησης των νευρώνων στα πλήρως κατανοητός (Mercadante et al., 1998). Σε γενικές γραμμές πάντως, η χρήση μη ναρκωτικών ουσιών για την αντιμετώπιση σχετικά σοβαρών μορφών χρόνιου πόνου (όπως ο πόνος στη ράχη) είναι αποτελεσματική, ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Πολλές φορές, οι ασθενείς που επισκέπτονται έναν ιατρό λόγω του πόνου που νιώθουν αξιολογούν τη συνάντησή τους ως απογοητευτική και μη ικανοποιητική. Αρκετοί ιατροί και νοσηλευτές διακατέχονται από συγκεκριμένες στάσεις και πεποιθήσεις όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου, οι οποίες βασίζονται συχνά σε ανεπαρκείς πληροφορίες ή σε παραπληροφόρηση. Εκτός αυτού, είναι δυνατόν να επηρεαστούν έντονα από τη συμπεριφορά του ασθενούς, χωρίς να λάβουν υπόψη τις τρομερές διαφορές που υπάρχουν στο τρόπο με τον οποίο εκφράζεται η εμπειρία του πόνου. Στο πλαίσιο μιας μελέτης, 191 χρόνιαι μη καρκινοπαθείς ασθενείς παραπέμφθηκαν σε μια διεπιστημονική κλινική πόνου (Turk & Okifuji, 1997). Όπως φάνηκε, οι παρεμβάσεις των ιατρών (π.χ. η συνταγογράφηση οπιοειδών φαρμάκων) δεν επηρεάζονταν από παράγοντες, όπως: η ένταση του πόνου των ασθενών, τα αντικειμενικά σημεία της σωματικής παθολογίας τους ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Η συνταγογράφηση καθοριζόταν κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς εξέφραζαν τον πόνο τους. Συγκεκριμένα, περισσότερα φάρμακα χορηγούνταν στους ασθενείς που: εξέφραζαν το πόνο τους μέσω συμπεριφορικών εκδηλώσεων, αισθάνονταν εντονότερη δυσφορία, έδειχναν ότι υποφέρουν περισσότερο (μέσω συμπεριφορών πόνου) και ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας. Αφού υπέβαλαν αυτά τα δεδομένα σε περαιτέρω στατιστική ανάλυση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο μοναδικός παράγοντας που καθόριζε τη συνταγογράφηση ή όχι των οπιοειδών ήταν η παρατηρούμενη συμπεριφορά πόνου του ασθενούς. Ανεξάρτητα από το βαθμό πόνου που ισχυρίζονταν ότι αισθάνονται οι ασθενείς, όσοι ήταν πιο εκφραστικοί στις συμπεριφορές τους λάμβαναν τα περισσότερα φάρμακα. Φυσικά, πρόκειται για ένα ανησυχητικό εύρημα, δεδομένου ότι εξωτερικεύουν λιγότερο το πόνο που νιώθουν λόγω παραγόντων που σχετίζονται με τη προσωπικότητα, τη κοινωνικοποίηση και το πολιτισμικό περιβάλλον τους. Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο πόνος τους αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς ή και καθόλου.

Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (ΕΑΑ) είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για τη διαχείριση του πόνου. Ωστόσο, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες τεχνικές ελέγχου του πόνου και για αυτήν δεν λείπουν οι διαφωνίες. Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία είναι μια μέθοδος στην οποία ο ίδιος ο ασθενής ελέγχει τη

χορήγηση των φαρμάκων (συνήθως ναρκωτικών ουσιών) που λαμβάνει ανάλογα με τις ανάγκες του. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω μιας αντλίας ή κάποιου άλλου μηχανισμού. Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους (π.χ. ενδοφλέβια, υποδόρια, ενδομυϊκά, επισκληρίδια, ή από το στόμα). Ο μηχανικός «τροφοδότης» (δηλαδή ο μηχανισμός χορήγησης του φαρμάκου) είναι προγραμματισμένος έτσι ώστε για μια χρονική περίοδο να παραμένει «κλειδωμένος».

Με τον τρόπο αυτό, το φάρμακο χορηγείται μόνο μια φορά στη διάρκεια μιας καθορισμένης χρονικής περιόδου (π.χ. κάθε 30 λεπτά), με στόχο να αποτραπεί το ενδεχόμενο λήψης υπερβολικής δόσης. Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία, επιτρέπει στον ασθενή να λάβει το φάρμακο αμέσως μόλις παρέλθει η επίδραση της προηγούμενης δόσης. Εκτός αυτού, ο ασθενής μπορεί να ρυθμίσει τη συγκέντρωση του φαρμάκου στον οργανισμό του και τη δοσολογία ανάλογα με το επίπεδο πόνου πνευματικής διαύγειας που επιθυμεί να έχει. Για αυτούς τους λόγους, η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου σχετίζεται με υψηλότερο αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης των ασθενών (Schug et al., 1991), καθώς και με ταχύτερο ρυθμό ανάρρωσής τους (Roseveare et al., 1998). «Ακόμα και η αποτελεσματικότερη φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς» (Owen & Plummer, 1997, σ. 203). Εντούτοις, δεν επιθυμούν όλοι οι ασθενείς να διαδραματίσουν ένα τόσο ενεργό ρόλο στη διαχείριση του πόνου τους (Taylor et al., 1996). Επίσης, κάποια βαριά άρρωστα άτομα είναι πιθανό να έχουν εξασθενήσει σε τέτοιο βαθμό που τους είναι αδύνατο να θυμηθούν τι πρέπει να κάνουν όταν αισθάνονται πόνο.

26. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο εσφαλμένος τρόπος σκέψης και η συναισθηματική δυσφορία που απορρέει από αυτόν είναι δυνατόν να διαστρεβλώσουν την πραγματικότητα του πόνου που βιώνει το άτομο. Ως αποτέλεσμα αυτής της διαστρεβλωμένης θεώρησης, το άτομο υφίσταται σοβαρές αρνητικές συνέπειες σε ψυχολογικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζεται η ικανότητά του να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πόνο. Παρ' όλα αυτά, αν τροποποιηθούν οι δυσλειτουργικές γνωσίες, τότε ενισχύεται η ικανότητα του ατόμου να χειρίζεται το πόνο και μειώνεται η δυσφορία του ατόμου που αισθάνεται. Η εμπειρία του πόνου συγκροτείται από τρία στοιχεία:

- Το όριο του πόνου
- Την αντιληπτική έντασή του
- Την ανοχή σε αυτόν.

Οι γνωσιακές στρατηγικές που στοχεύουν στον έλεγχο του πόνου ή στην εκδήλωση μιας ψύχραιμης αντίδρασης απέναντι σε αυτόν είναι δυνατόν να καταλήξουν σε διαφορετικά αποτελέσματα. Αυτό εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο ο ασθενής προσπαθεί να επεκτείνει προς τα πάνω το όριο του πόνου του, να μειώσει την αντιληπτή έντασή του ή να αυξήσει την ανοχή του σε αυτόν. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι «μη κατευθυντικές υποδείξεις» όσον αφορά την αύξηση της ανοχής στον πόνο επηρέασαν θετικά το βαθμό ελέγχου του, αλλά παρατηρήθηκε μικρή ή καμία επίδραση στο όριο του πόνου ή στη μέγιστη αντιληπτή έντασή του (Neumann et al., 1997). Συγκεκριμένα, στα μέλη μιας ομάδας εθελοντών προκλήθηκε πόνος τεχνητά και στη συνέχεια τους δόθηκαν κάποιες γενικές πληροφορίες σχετικές με τις θεωρίες που έχουν διαπιστωθεί για το πόνο και κάποιες απλές υποδείξεις για την αντιμετώπισή του. Αυτή η παρέμβαση τα βοήθησε να

ανεχθούν καλύτερα το πόνο που βίωναν σε σύγκριση με τα μέλη της άλλης ομάδας εθελοντών που δεν έλαβαν καμία τέτοιου είδους πληροφόρηση. Με τη μέθοδο της μετά - ανάλυσης (μια στατιστική τεχνική που συνδυάζει τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών) εξετάστηκαν 47 μελέτες, οι οποίες είχαν ως αντικείμενο την επίδραση των γνωσιακών στρατηγικών στον έλεγχο του πόνου. Σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν διαπιστώθηκε ότι οι γνωσιακές στρατηγικές αποτελούν πράγματι αποτελεσματικά εργαλεία και αξίζει να χρησιμοποιούνται. Σε σχέση με το ίδιο θέμα, οι Fernandez και Turk (1989, σ. 131) αναφέρουν: «...το 85% των ερευνών δείχνει ότι οι γνωσιακές στρατηγικές επιδρούν θετικά στην αύξηση της ανοχής και των ορίων του πόνου, ενώ επίσης επιφέρουν μείωση της έντασής του σε σύγκριση με τις περιπτώσεις του πόνου που δεν εφαρμόζετε καμία ανάλογη θεραπεία».

Διάφορα γνωσιακά σφάλματα είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης του πόνου και να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης (Ciccone & Grzesiak, 1984, Ogden- Niemeier & Jacobs, 1989). Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- Η καταστροφολογία (η μεγέθυνση των δυσμενών συνεπειών της ασθένειας).
- Η υπεργενίκευση (η πεποίθηση ότι αυτή η ταλαιπωρία θα διαρκέσει για πάντα).
- Η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση (η τάση αποφυγής της παρούσας ενόχλησης εις βάρος μακροπρόθεσμων στόχων)
- Η εξωτερική εστίαση ελέγχου (η πεποίθηση του ατόμου ότι η ζωή του επηρεάζεται από δυνάμεις που το ίδιο δε μπορεί να ελέγξει).
- Η απόδοση εσφαλμένων χαρακτηρισμών στις σωματικές αισθήσεις (η ερμηνεία όλων των σωματικών αισθήσεων ως πόνου).
- Το αίσθημα αναξιότητας (η αίσθηση μειωμένου κύρους και γοήτρου εξαιτίας του πόνου).
- Το αίσθημα της αδικίας (η πεποίθηση του ατόμου ότι η μοίρα το αδικεί και του φέρεται σκληρά).
- Η γνωσιακή πρόβα (οι διαρκείς σκέψεις για το πόνο, οι οποίες συνοδεύονται από έντονο άγχος).

Ο τρόπος σκέψης του ατόμου για το πρόβλημα του χρόνιου πόνου που αισθάνεται είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την αντίληψή του για αυτό το επώδυνο βίωμα και τις επιπτώσεις του. Όταν κατά τη διάρκεια της γνωσιακής αξιολόγησης του προβλήματος, αυτό εκλαμβάνεται ως μακροχρόνιο, απελπιστικό, δυσεπίλυτο και εκτός του ελέγχου του ασθενούς (όπως δηλώνει η φράση: «Δε μπορώ να το υπομείνω. Είναι τόσο φρικτό που δε μπορώ να το αντέξω.»), τότε ενδέχεται να προκληθεί μια έντονη συναισθηματική δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή άγχους ή κατάθλιψης (Ciccone & Grzesiak, 1984). Η παρέμβαση σε αυτές τις αρνητικές γνωσιές και η αντικατάστασή τους με θετικές και ελπιδοφόρες σκέψεις (διαδικασία επαναπροσδιορισμού του προβλήματος) είναι δυνατόν να βοηθήσουν σημαντικά τον ασθενή να αντιπαλέψει με επιτυχία το πόνο και να ελαχιστοποιήσει την επίδρασή του στη ζωή του (Turk et al., 1983). Τόσο το άγχος όσο και η αδυναμία ελέγχου του πόνου μπορούν να εντείνουν τη δριμύτητα και την έντασή του. Επομένως, οι τεχνικές που βοηθούν στη μείωση του άγχους και στην αύξηση της προσωπικής αίσθησης ελέγχου του πόνου μπορούν να εντείνουν τη δριμύτητα και την έντασή του. Επομένως, οι τεχνικές που βοηθούν στη μείωση του άγχους και στην

αύξηση της προσωπικής αίσθησης ελέγχου σχετικά με το πόνο αποδεικνύονται εξαιρετικά αποτελεσματικές. Όπως έχει επαληθευτεί ερευνητικά, όταν οι άνθρωποι ενημερώνονται σχετικά με τους τρόπους ελέγχου του πόνου, τότε ταυτόχρονα οι σωματικές αντιδράσεις τους είναι λιγότερο έντονες (Weisenberg et al., 1996).

Αντίστοιχα, η τεχνική της απόσπασης (ή του περισπασμού) της προσοχής από το πόνο ή την αιτία που τον προκαλεί και η εστίασή της σε κάποιο άλλο ερέθισμα μειώνει την ένταση του πόνου όταν ο πόνος είναι ήπιος έως μέτριος, αλλά η τεχνική δεν είναι εξίσου αποτελεσματική όταν ο πόνος είναι έντονος (Eccleston, 1995, Fernandez, 1986). Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής πρέπει να κάνει μια ένεση ή να υποβληθεί σε κάποια οδοντιατρική διαδικασία, τότε μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα το πόνο αν συγκεντρώσει τη προσοχή του στα μη απειλητικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος (π.χ. τη μουσική που ακούει μέσω ακουστικών) ή αν σκεφτεί ένα διαφορετικό θέμα (π.χ. να προσπαθήσει να επιλύσει να μαθηματικό πρόβλημα ή να θυμηθεί τους στίχους ενός δημοφιλούς τραγουδιού). Η ίδια τεχνική είναι επίσης αποτελεσματική σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιο πόνο. Η προσήλωση και η απορρόφησή του ενδιαφέροντός τους σε δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση μιας ταινίας ή η ανάγνωση ενός βιβλίου, τους προσφέρει κάποια ανακούφιση. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της τεχνικής μειώνεται, όταν ο πόνος είναι πιο σοβαρός και οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλού βαθμού αυτοεπίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους (Eccleston et al., 1997). Όσον αφορά τους ασθενείς που υποφέρουν από πόνους χαμηλά στη ράχη, έχει βρεθεί ότι η ενασχόλησή τους με ένα απλό παιχνίδι λέξεων που αποσπά τη προσοχή τους σχετίζεται με την αύξηση του χρόνου εκγύμνασης και του αριθμού επαναλήψεων των ασκήσεων όταν γυμνάζονται, χωρίς να αυξάνεται το επίπεδο έντασης του πόνου τους (Johnson & Petrie, 1997). Η τεχνική της απόσπασης της προσοχής είναι ιδιαίτερα βοηθητική και στα παιδιά. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι τα παιδιά χειρίζονται καλύτερα το άγχος τους κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης χειρουργικής φλεβοκέντησης, όταν ασχολούνται με ένα παιχνίδι (Vesey et al., 1994). Σε αυτήν την έρευνα, τα παιδιά που έπαιζαν με ένα καλειδοσκόπιο χειρίστηκαν καλύτερα την ιατρική διαδικασία σε σύγκριση με τα παιδιά που στη διάρκεια της ίδιας επέμβασης λάμβαναν προσοχή και σωματική από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση που βοηθά τον ασθενή να επικέντρωση τη προσοχή του σε ένα ευχάριστο και ανώδυνο θέμα είναι μια πιο σύνθετη στρατηγική σε σχέση με τη τεχνική του περισπασμού. Αυτή η γνωσιακή στρατηγική συμβάλλει στην ελάττωση της ενασχόλησης, καθώς ο ασθενής πλάθει στη φαντασία του μια σκηνή ασύμβατη με τη κατάσταση του πόνου (Fernandez, 1986). Για παράδειγμα, μπορεί να φανταστεί μια ιδιαίτερα ευχάριστη σκηνή, όπως μια όμορφη κοιλάδα σε ένα δάσος που περιστοιχίζεται από ψηλά βουνά. Κατά τη διάρκεια εφαρμογής της τεχνικής, ο ασθενής αναπαριστά νοερά τη θέα της κοιλάδας, «μυρίζει» το άρωμα των αιθαλών δέντρων, «ακούει» το κελάηδημα των πουλιών και το θρόισμα των φύλλων και «νοιώθει» τη δροσιά του ανέμου στο πρόσωπό του. Εφόσον εστιάζει τόσο πολύ τη προσοχή του στις λεπτομέρειες της σκηνής, ο ασθενής δε μπορεί να συγκεντρωθεί εξίσου στην εμπειρία του πόνου. Αυτή η τεχνική είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν ο πόνος είναι ήπιος έως μέτριας έντασης, ενώ επίσης προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή και συγκέντρωση του ασθενούς (Turk et al., 1983).

Μια ακόμα αποτελεσματική γνωσιακή τεχνική για τον έλεγχο του πόνου είναι η αυτοενίσχυση, κατά την οποία ο ασθενής επαναλαμβάνει στον εαυτό του δηλώσεις θετικού περιεχομένου που του υπαγορεύουν ότι μπορεί να χειριστεί με επιτυχία την

κατάσταση που αντιμετωπίζει. Αυτές οι δηλώσεις είναι του τύπου: «Είμαι εντάξει», «Μπορώ να ελέγγω το πόνο», «Τα καταφέρνω πολύ καλά» κλπ. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα μιας μελέτης, η συγκεκριμένη τεχνική συνέβαλε στην αύξηση του εύρους των κινήσεων του σώματος ασθενών που υπέφεραν από πόνους χαμηλά στη ράχη, λόγω κάποιας έντονης σωματικής δραστηριότητας (McCracken et al., 1998).

Αντίθετα, η ελπίδα ότι ο πόνος θα περάσει ή η καταστροφοποίηση οδηγούσαν σε εντονότερο προσμενόμενο και προβλεπτικό άγχος και άγχος κατά τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας, υψηλότερο βαθμό πόνου, μειωμένο εύρος κινήσεων και μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης συγκεκριμένων δραστηριοτήτων. Σε γενικές γραμμές, οι γνωσιακές τεχνικές που αποσκοπούν στην ελάττωση του πόνου ή στην αύξηση της ικανότητας ελέγχου του αποδεικνύονται εξαιρετικά χρήσιμες, είτε εφαρμόζονται σε εσωτερικούς νοσηλευόμενους είτε σε εξωτερικούς ασθενείς. Ωστόσο, φαίνεται πως η συμμόρφωση των ασθενών στη σωστή εφαρμογή αυτών των τεχνικών είναι μεγαλύτερη και πιο αποτελεσματική στην πρώτη περίπτωση. Επομένως, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι αξίζουν οι δαπάνες για την υλοποίηση τέτοιου προγράμματος που θα απευθύνεται σε νοσηλευόμενους ασθενείς, εφόσον μακροπρόθεσμα είναι δυνατόν να συμβάλει σε ελάττωση του κόστους της θεραπείας (Williams et al., 1996).

27. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ- ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο τρόπος σκέψης ενός ατόμου για τον πόνο είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά το πώς αντιλαμβάνεται αυτό το φαινόμενο αλλά και τον αντίκτυπο που έχει στη ζωή του. Οι αρνητικές σκέψεις ενισχύουν την εστίαση της προσοχής σε δυσάρεστα ζητήματα και επιδεινώνουν την αίσθηση του πόνου. Αυτό συμβαίνει διότι συχνά οι αρνητικές σκέψεις προκαλούν αύξηση της μυϊκής έντασης (Turk & Rudy, 1986 Turk et al., 1983). Οι γνωσιακές στρατηγικές όπως :Επαναπροσδιορισμός ή αναπλαισίωση του προβλήματος ,αλλαγή στην εστίαση της προσοχής , τροποποίηση των νοερών εικόνων που πλαισιώνουν τον πόνο και αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι σκέψεις μεταφράζονται σε σωματική εμπειρία αποδεικνύονται εξαιρετικά βοηθητικές (Fernandez, 1986).

27.1. Προοδευτική χαλάρωση

Έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ότι είναι πολύ χρήσιμη σε ότι αφορά τον έλεγχο του πόνου είτε αυτός είναι οξύς είτε χρόνιος . Αναλυτικότερα έχει διαπιστωθεί ότι η μυϊκή ένταση προκαλεί συσσώρευση γαλακτικού οξέως στους μύες και μειώνει τη ροή του αίματος στο εσωτερικό τους προκαλώντας έτσι σημαντική αύξηση της έντασης του πόνου. Οι ψυχολόγοι έχουν αναπτύξει διάφορες τεχνικές προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης που εστιάζονται είτε σε μια ομάδα μυών είτε σε περισσότερες και διευκολύνουν το άτομο να φτάσει σε μια κατάσταση χαμηλής διέγερσης (Blanchard et al., 1986).

Η χαλάρωση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες μεθόδους . Η απλούστερη μέθοδος περιλαμβάνει τη συνειδητή επαναλαμβανόμενη σύσφιξη και χαλάρωση ομάδων μυών(πχ: των χεριών, των ποδιών ,του προσώπου) κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο μπορεί να παρατηρήσει τις διαφορές στο σώμα του όταν βρίσκεται

σε κατάσταση έντασης και σε κατάσταση χαλάρωσης. Στη συνέχεια αφού εξοικειωθεί με αυτήν τη μέθοδο μπορεί στη πράξη να χαλαρώνει τις μυϊκές ομάδες που αντιλαμβάνεται ότι είναι σε ένταση και προκαλούν πόνο. Η απλή αυτή μέθοδος μπορεί να συνδυαστεί με «άδειασμα» του νου από όλες τις σκέψεις και με εστίαση της προσοχής σε μια ευχάριστη εικόνα . Τέλος , σημαντικός παράγοντος για την επιτυχία της είναι η παρότρυνση προς το άτομο να αναπνέει συνεχώς βαθιά ενόσω το μυαλό και το σώμα του φτάνουν σταδιακά σε μια κατάσταση γαλήνη και ηρεμίας.

Η προοδευτική χαλάρωση έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την αντιμετώπιση πολλών ειδών πόνου όπως αυτοί που προκαλούνται από αρθρίτιδα , κεφαλαλγίες

Είτε πρόκειται για ημικρανία είτε για κεφαλαλγία τάσεως ή τραυματισμούς στη περιοχή της ράχης (Blanchard & Andrasik , 1985). Η χαλάρωση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία της ύπνωσης να φέρει αναλγητικά αποτελέσματα η οποία παρουσιάζεται παρακάτω. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα έχει διαπιστωθεί ότι αυτή καθεαυτή η εκπαίδευση στη χαλάρωση μειώνει σημαντικά τον πόνο που οφείλεται σε χρόνιες κεφαλαλγίες τάσεως παρότι περίπου το 50% αυτών δεν υποχωρούν πλήρως μόνο μέσω αυτής της μεθόδου (Blanchard & Andrasik , 1985).

Ανεξάρτητα από το αίτιο του πόνου (πχ: καταπόνηση χαμηλά στη ράχη , τοκετός ,χειρουργική επέμβαση) η χαλάρωση συμβάλλει σημαντικά ότι η προοδευτική χαλάρωση και οι τεχνικές διαχείρισης του στρες είναι πιο αποτελεσματικές από το φάρμακο μετοπρολόλη (που είναι ένας β-αδρενεργικός αποκλειστής) όσον αφορά τον έλεγχο του πόνου που οφείλεται σε ημικρανίες ενώ η θετική επίδρασή τους ξεπέρασε χρονικά το οκτάμηνο διάστημα που διήρκεσε η συγκεκριμένη έρευνα (Sartory et al., 1998).

27.2. Διαλογισμός

Ο διαλογισμός εμφανίζει πολλές ομοιότητες με τη μέθοδο της χαλάρωση αλλά ενσωματώνει πρόσθετα στοιχεία όπως η εστίαση της προσοχής σε κάποιο ερέθισμα, ιδιαίτερα στην τρέχουσα αισθητηριακή εμπειρία . Εκτός από την εστίαση της προσοχής η εφαρμογή της τεχνικής του διαλογισμού προϋποθέτει την άσκηση στη χαλάρωση και στις βαθιές αναπνοές. Ο διαλογισμός έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία τόσο στην αντιμετώπιση του πόνου όσο και στον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων που τον συνοδεύουν. Συγκεκριμένα κατά την εφαρμογή της μεθόδου το άτομο εστιάζει την προσοχή του στο πόνο αλλά από μια ουδέτερη και αποστασιοποιημένη σκοπιά με αποτέλεσμα να μειώνεται σταδιακά η συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί . Έχει διαπιστωθεί ότι η επαναξιολόγηση του πόνου ενόσω το άτομο βρίσκεται ταυτόχρονα σε μια κατάσταση πνευματικής και σωματικής χαλάρωσης μειώνει τον αντίκτυπο του επώδυνου βιώματος και ελαττώνει τα αρνητικά συναισθήματα και συμπτώματα που το συνοδεύουν (Kabat-Zinn et al.,1985 Roth & Creaser, 1997).

Ο διαλογισμός με ταυτόχρονη εστίαση της προσοχής σε αισθητηριακά ερεθίσματα είναι μια αποτελεσματική μέθοδος που για την αντιμετώπιση διαφόρων ειδών πόνου. Εκτός αυτού φαίνεται ότι μειώνει τις αρνητικές συνέπειες του πόνου σε ψυχολογικό επίπεδο καθώς σχετίζεται με αύξηση του επιπέδου λειτουργικότητας και αυτοεκτίμησης του ατόμου που πάσχει (Kabat – Zinn et al., 1985 Roth & Creaser , 1997). Αυτά τα θετικά αποτελέσματα διατηρούνται μακροπρόθεσμα συγκεκριμένα

έχει βρεθεί ότι ακόμα και 15 μήνες μετά την εφαρμογή της μεθόδου το σύμπτωμα του πόνου σημειώνει διαρκή μείωση ενώ διατηρούνται οι θετικές συνέπειες σε ψυχολογικό επίπεδο (Kabat-Zinn et al., 1985).

27.3. Βιοανάδραση

Η μέθοδος της βιοανάδρασης βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα μέσω του οποίου το άτομο λαμβάνει το σήμα να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη σωματική αντίδραση συνήθως όχι άμεσα ορατή. Αυτή η αντίδραση έχει στόχο να μεταβάλει για παράδειγμα την ένταση των μυών του μετώπου, την ποσότητα του αίματος που ρέει προς τα άνω και κάτω άκρα ή τη θερμοκρασία του δέρματος, λειτουργίες που μπορεί να μετρηθούν με ηλεκτρόδια τα οποία τοποθετούνται στα αντίστοιχα σημεία του σώματος. υπάρχουν διαφορετικά είδη βιοανάδρασης ανάλογα με τη σωματική λειτουργία που μετράται για παράδειγμα, η βιοανάδραση που μετρά τη μυϊκή ένταση ονομάζεται ΗΜΓ βιοανάδραση. Τα αρχικά ΗΜΓ σημαίνουν ηλεκτρομυογράφημα το οποίο αποτελεί έναν τρόπο μέτρησης της ηλεκτρικής δραστηριότητας των μυϊκών ινών η οποία παράγεται από τους μύες όταν κινούνται ή συστέλλονται.

Αντίστοιχα η θερμική βιοανάδραση μετρά την θερμοκρασία και τη ροή του αίματος. Στο σύνολο τους αυτές οι μέθοδοι βασίζονται στις αρχές της κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Συγκεκριμένα τα άτομα εκπαιδεύονται να αποκτούν επίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους και μαθαίνουν πώς να τις τροποποιούν συνειδητά με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζονται με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζονται με επιτυχία ορισμένα είδη πόνου. Όταν εφαρμόζεται η θερμική βιοανάδραση, οι ασθενείς που πάσχουν από ημικρανίες μαθαίνουν να ελέγχουν τη ροή του αίματός τους. Έτσι μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της ροής του αίματος προς τα χέρια «ζέσταμα των χεριών» μειώνοντας τη ροή του αίματος προς το κεφάλι και ως και ως αποτέλεσμα τον πόνο που προκαλούν τα διασταλμένα κρανιακά αιμοφόρα αγγεία έχει βρεθεί ότι η χαλάρωση που επιτυγχάνεται μέσω βιοανάδρασης είναι εξίσου αποτελεσματική με τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των ημικρανιών (Holroyd & Penzier, 1990).

Αντίστοιχα, οι ασθενείς που υποφέρουν από κεφαλαλγίες τάσεως, οι οποίες οφείλονται σε χρόνια ένταση των μυών του κεφαλιού, του λαιμού και του σαγονιού μπορούν να μάθουν να ελαττώνουν αυτή την ένταση χρησιμοποιώντας την ΗΜΓ βιοανάδραση (Blanchard & Epstein, 1977). Παρότι η βιοανάδραση εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος που προκαλεί πόνο η ευεργετική επίδρασή της είναι δυνατόν να γενικευτεί πιο συγκεκριμένα με αυτήν τη μέθοδο οι άνθρωποι μαθαίνουν να ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί χαλάρωση ως αντίδραση μιας κατάστασης που προκαλεί στρες, φόβο ή άγχος.

Υπάρχουν αρκετά ερωτήματα σε σχέση με τη βιοανάδραση για παράδειγμα αν είναι αποτελεσματική και πόσο σε σχέση με άλλες, λιγότερο περίπλοκες και δαπανηρές τεχνικές της χαλάρωσης ακόμα και στην απλούστερη μορφή της είναι εξίσου αποτελεσματική με τη ΗΜΓ βιοανάδραση σε ότι αφορά την επίτευξη μυϊκής χαλάρωσης (Blanchard et al., 1982. Bush et al., 1985). Υπάρχουν ακόμα διαφωνίες σε σχέση με αυτό το ζήτημα. Κάποιοι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τη βιοανάδραση για την αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών τους αναφέρουν μείωση των συμπτωμάτων ανεξάρτητα από το αν λαμβάνουν ανατροφοδότηση μέσω της μηχανικής συσκευής

όσον αφορά την πρόκληση αύξησης μείωση ή καμιάς αλλαγής στην ένταση των μετωπιαίων μυών τους . Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι απλώς και μόνο η εφαρμογή της μεθόδου και η εστίαση της προσοχής στη μυϊκή ένταση και χαλάρωση μπορούν να επιφέρουν κάποια βελτίωση των συμπτωμάτων . Επιπλέον παρατηρείται συχνά στο τέλος της εκπαίδευσης στην εφαρμογή της βιοανάδρασης ότι οι άνθρωποι χρειάζονται να απογαλακτιστούν από την ηλεκτρική συσκευή και να μάθουν να συνδέουν τις επιθυμητές αλλαγές με άλλα σήματα . Σε γενικές γραμμές , οι τεχνικές χαλάρωσης είναι πολύ πιο οικονομικές σε σύγκριση με τη βιοανάδραση μπορούν να χρησιμοποιηθούν παντού και είναι διαθέσιμες σε οποιονδήποτε επιθυμεί να τις εφαρμόσει.

27.4. Ύπνωση

Η ύπνωση είναι μια πολύ παλιά τεχνική που χρησιμοποιούνταν από τον 19^ο αιώνα για τον έλεγχο του πόνου κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων (Hilgard & Hilgard, 1975). Τα τελευταία 20 χρόνια οι ερευνητές έχουν στρέψει και πάλι το ενδιαφέρον τους σε αυτή την τεχνική (Margolis, 1997. Tan & Leucht,1997), παρότι αυτό το ενδιαφέρον στο πλαίσιο του ιατρικού κλάδου έρχεται και παρέχεται (Chaves & Dworkin 1997) .

Η έννοια της ύπνωσης αναφέρεται σε μια διαφορετική κατάσταση συνείδηση η οποία περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- τη χαλάρωση
- τον περιορισμό(την απόσπαση της προσοχής από τον πόνο)
- την υποβολή (στη προκειμένη περίπτωση ότι ο πόνος έχει ελαχιστοποιηθεί και ότι αντικαθίσταται από ένα πιο ευχάριστο αίσθημα όπως η θαλπωρή).

Η ύπνωση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αντικατάσταση του νοήματος της απειλής που αποδίδεται κατά κανόνα στο πόνο με ένα άλλο περισσότερο θετικό (Barber,1986). Έχει διαπιστωθεί ότι αυτή η τεχνική είναι εξαιρετικά βοηθητική στην ανακούφιση του πόνου μαλλονότι ερευνητικά δεν έχει επαληθευτεί αν πράγματι αναστέλλει τον πόνο ή αν απλά μειώνει τον πόνο αν και σε ποιο βαθμό ένα άτομο αναφέρει ότι πονά . Κατά την εφαρμογή της ύπνωση με το στόχο τον έλεγχο του πόνου , ένα στοιχείο αποφασιστικής σημασίας είναι η υποβολή του ασθενούς στην ιδέα ότι δεν αισθάνεται καθόλου πόνο όσο και εκείνοι στους οποίους δεν εφαρμόστηκε η ύπνωση ανέφεραν ότι αισθάνονται τόσο πόνο όσο και εκείνοι στους οποίους δεν εφαρμόστηκε η ίδια τεχνική (Hilgard, 1978). Διαπιστώθηκε επίσης , ότι οι άνθρωποι που είχαν υποβληθεί στην ιδέα ότι βρίσκονταν σε κατάσταση πλήρους αναλγησίας εξακολουθούσαν να εκδηλώνουν τις τυπικές σωματικές αντιδράσεις που προκαλούνται από επώδυνα ερεθίσματα , όπως αλλαγή στο ρυθμό της αναπνοής ,αύξηση των καρδιακών παλμών και της αρτηριακής πίεσης (Orne ,1989).Ωστόσο , μείωση παρατηρήθηκε στις συμπεριφορικές ενδείξεις του πόνου και στον αριθμό των προφορικών αναφορών σχετικά με την ύπαρξη σωματικής δυσφορίας ή ενόχλησης (Hilgard & Hilgard, 1975). Συνοψίζοντας , τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια ύπνωσης δείχνουν ότι ο πόνος δεν τους επηρεάζει και δεν τους απασχολεί καθόλου παρότι μπορούν να αναγνωρίσουν συνειδητά ότι πονούν (πχ: αξιολογώντας γραπτά τον πόνο τους).

Σε μια πρόσφατη πειραματική μελέτη διαχωρίστηκε η συναισθηματική από την αισθητηριακή συνιστώσα του πόνου με στόχο να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο η διαδικασία της ύπνωσης επηρεάζει την καθεμία (Rainville et al., 1999). Για τους σκοπούς της μελέτης οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ύπνωση και τους προκλήθηκε τεχνητά πόνος. Στη μία συνθήκη η ύπνωση εστιάστηκε στη διαχείριση της συναισθηματικής διάσταση του πόνου (δυσαρέσκεια) ενώ στην άλλη στη μεταβολή της πραγματικής αίσθησής του (ένταση). Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η ύπνωση είναι δυνατόν να μειώσει σημαντικά και τις δυο συνιστώσες του πόνου. Συγκεκριμένα, λόγω της ύπνωσης η εμπειρία του πόνου κατέστη λιγότερο δυσάρεστη, ανεξάρτητα από τη μεταβολή της έντασης του. Αντίστοιχα η ύπνωση συνέβαλε στη μείωση αυτής καθεαυτής της έντασης του πόνου, ενώ ταυτόχρονα αυτό το αποτέλεσμα οδηγούσε σε μείωση της συναισθηματικής δυσαρέσκειας. Συνοψίζονται, η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο τόσο των συναισθηματικών όσο και των βιολογικών παραμέτρων του πόνου ανάλογα με το είδος των οδηγιών που λαμβάνει ο υπνωτιζόμενος (Rainville et al., 1999).

Τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης δεν προβαίνουν σε καύσεις τις οποίες δεν θα έκαναν ή αποδοκιμάζουν υπό κανονικές συνθήκες (π.χ. πράξεις που αντιβαίνουν τους ηθικούς φραγμούς τους) ωστόσο είναι πιθανόν να κάνουν πράγματα που επιθυμούσαν ακόμα και όσα δεν συνειδητοποιούσαν ότι είναι εφικτά όπως το να περιμένουν απόλυτα, ήρεμα κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής διαδικασίας. Πολλοί ερευνητές όπως ο Joseph Barber (1982), υποστηρίζουν την άποψη ότι η ύπνωση δεν οφείλεται σε μια κατάσταση έκστασης, αλλά κυρίως στην εξαιρετικά ισχυρή υποβολή στην ιδέα ότι έχει επιτευχθεί ανακούφιση, μείωση του άγχους και ψυχοσωματική ευεξία.

Ολοκληρώνοντας, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, από τις οποίες κάποιες προέρχονται από ευρήματα εργαστηριακών ερευνών και μελετών ατομικών περιπτώσεων και άλλες από κλινικά πειράματα, οι οποίες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης σε ό,τι αφορά τον έλεγχο του πόνου (Barber 1982, Sellick & Zaza, 1998). Απομένει να εξακριβωθεί ποιοι ακριβώς άνθρωποι επωφελούνται περισσότερο από την ύπνωση και για ποια είδη πόνου ενδείκνυται αυτή η μέθοδος. Μέχρι στιγμής υπάρχουν κάποια ελπιδοφόρα ευρήματα που δείχνουν ότι ο πόνος που προκαλείται σε μιδα ποικιλία επώδυνων ιατρικών διαδικασιών, όπως οι χειρουργικές επεμβάσεις (Lang et al., 2000) και ο χρόνιος πόνος που οφείλεται στον καρκίνο (Sellick & Zaza, 1998) είναι δυνατό να ελαττωθούν με την εφαρμογή αυτής της τεχνικής. Εντούτοις η ύπνωση δεν είναι εφικτή ή εξίσου αποτελεσματική σε όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές όσο αφορά την υποβολιμότητα στην ύπνωση ενώ επίσης μέχρι σήμερα αυτή καθεαυτή η κατάσταση της ύπνωσης δεν είναι πλήρως κατανοητή.

28. ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στη σύγχρονη εποχή η δυτική ιατρική έχει στο οπλοστάσιό της αναλγητικά φάρμακα που δρουν τόσο στη περιφέρεια όσο και στο κέντρο. Η μεγάλη πρόκληση στη σύγχρονη εποχή προέκυψε κυρίως από την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο και των θυμάτων τροχαίων, οι οποίοι συχνά υποφέρουν από χρόνιους ισχυρούς πόνους και η αλόγιστη χρήση οπιοειδών θα τους έκανε εξαρτημένους. Μια μεγάλη συζήτηση για την αξιοπρέπεια του αρρώστου και το δικαίωμά του να μην πονάει αλλά και να διατηρεί ακέραιη τη συνείδησή του και τη διαύγεια της σκέψης του

ξεκίνησε και συνεχίζεται ακόμη, και εμπλέκεται σε κάποιες περιπτώσεις έως και με το ζήτημα της ευθανασίας.

Σε αυτά τα ερωτήματα προστέθηκαν και άλλα, που αφορούν το πόνο που προκαλεί η ίδια η νοσηλεία και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στους αρρώστους και ιδιαίτερα σε αυτούς που δεν είναι σε θέση να διαμαρτυρηθούν. Για παράδειγμα ασθενείς κατεσταλμένοι σε μονάδες εντατικής νοσηλείας, άτομα με ψυχοκινητικά προβλήματα, πρόωρα νεογνά, είναι συχνά το αντικείμενο ιδιαίτερα επώδυνων ιατρικών επεμβάσεων, στις οποίες δυστυχώς μερικές φορές δε διαθέτουν ούτε καν την μυϊκή δύναμη να εκδηλώσουν μια γκριμάτσα πόνου! Η σύγχρονη εντατική θεραπευτική, δηλώνει ότι στη προσπάθειά της να σώσει τη ζωή ή την υγεία αυτών των ανθρώπων, έχασε αρκετό χρόνο στο να συνειδητοποιήσει πόσο πόνο προκαλούσε και με τι συνέπειες. Δίπλα στο αυτονόητο της ανάγκης για ανακούφιση αυτών των ασθενών, προστέθηκαν και εργασίες που διαπιστώνουν ότι παρατεταμένα αλγεινά ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν οργανική εγκεφαλική βλάβη.

Ο πόνος εκτός από συνέπεια ενός ατυχήματος ή μιας ασθένειας αποτελεί μια παθολογία, με όλες τις συνέπειές της, και είναι ευχάριστη η στροφή της σύγχρονης ιατρικής στην αντιμετώπισή του. «Ιατρεία πόνου» έχουν τεθεί σε λειτουργία ακόμη και στην χώρα μας για τους εξωτερικούς ασθενείς και μια καμπάνια ευαισθητοποίησης έχει ξεκινήσει και για τον επαναπροσανατολισμό των ενδονοσοκομειακών τακτικών, ώστε να μην είναι τα νοσοκομεία κολαστήρια πόνου, με γιατρούς ηρωικούς μεν απέναντι στην ασθένεια αλλά ανάληγτους απέναντι στον ασθενή.

Μια επίσης ευχάριστη εξέλιξη είναι ότι η σύγχρονη δυτική ιατρική, μετά από μεγάλο διάστημα «αλαζονείας» απέναντι σε άλλες απόψεις και τεχνικές, έρχεται να εγκρίνει έως και να προτείνει μεθόδους μη φαρμακευτικές. Στο 70% των ιατρείων πόνου στην Αμερική εφαρμόζονται φυσικές μέθοδοι (χαϊδεμα ή μασάζ, κρυοθεραπεία, δερματοθεραπεία, υπέρηχοι, βελονισμός, siatsu, reiki κλπ), συνδυαζόμενες με υποστηρικτικές, γνωστικές και συμπεριφεριολογικές μεθόδους που εφαρμόζονται καθολικά. Επίσης έχουν προταθεί και εφαρμόζονται με επιτυχία μέθοδοι χαλάρωσης σε ατομική ή ομαδική βάση και μέθοδοι ύπνωσης και αυτούπνωσης, με μεγάλη επιτυχία, ακόμη και σε μικρά παιδιά!

Όσο για τα Νοσοκομεία, πέρα από τον σαφέστατο προσανατολισμό στο να μην υποτιμάται ο πόνος του ασθενούς, γίνεται αρκετή συζήτηση για την εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων όχι μόνο καθαρά σωματικών αλλά και ψυχικών (γέλιο, κωμωδία: θυμάστε το παιδιατρικό νοσοκομείο του Patch Adams, με τους γιατρούς-κλόουν;)

Τέλος αυτό που αναδύεται μέσα από την πανάρχαιη ανθρώπινη εμπειρία αλλά και που η σύγχρονη έρευνα έρχεται να ισχυροποιήσει και να βεβαιώσει, είναι ότι ο πόνος εκτός από αποτέλεσμα βλάβης είναι και ο ίδιος μια βλάβη, ανεπιθύμητη έως τραγική, που μπορεί να φτάσει να κάνει έναν άνθρωπο να απαρνηθεί τη ζωή. Συνώνυμο της κόλασης, και της κατοχής του ελέγχου: όποιος ή ό,τι μας προκαλεί πόνο μπορεί να ελέγχει τη ζωή μας με διάφορους τρόπους. Ας μην ξεχνάμε την δύναμη και την αξία του να απαλλάσσουμε κάποιον από το πόνο πριν το φάρμακο, πριν την ειδική φροντίδα, ακόμη και σε κοινωνικό και καθημερινό επίπεδο το άγγιγμα, το χάδι, το γέλιο, είναι πανίσχυρα γιατρικά! Το αίτημα του μικρού παιδιού να «φιλήσει η μαμά το τραύμα του για να περάσει», έχει πλέον και πειραματικά αποδειχθεί ότι δεν αφορά μια αφηρημένη πνευματική δράση.

Η σύγχρονη ιατρική παράλληλα με την φαρμακολογική έρευνα παραδέχεται και διδάσκεται από τις εναλλακτικές μεθόδους. Όταν αναγνωρίζει την αναλγησία σαν σημαντικό μέρος της θεραπείας καθώς και ότι νοσηλεία και θεραπεία δεν συνιστούν μόνο οι «άσπλαχνες» τεχνικές ιατρικές πράξεις αλλά και το άγγιγμα-χάδι του σώματος και της ψυχής!

29. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι ασθένειες που πονούν μπορούν να εκφράσουν την εμπειρία τους με διάφορους τρόπους. Είναι δυνατό να περιγράψουν λεκτικά το σημείο στο οποίο εντοπίζεται ο πόνος τους, την ποιότητα και την ένταση του. Επίσης ενδέχεται να αναστενάζουν, να βογκούν, να τρεκλίζουν, να μορφάζουν ή να κάνουν μαλάξεις στην περιοχή που πονούν. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η συμπεριφορά τους στέλνει ένα μήνυμα στο κοινωνικό περιβάλλον τους : το μήνυμα ότι αισθάνονται πόνο το οποίο κατά κανόνα προκαλεί κάποια αντίδραση από τους άλλους ανθρώπους. Η συμπεριφορά πόνου εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Το άτομο που την υιοθετεί ενδέχεται μέσω αυτής να "πιέζει το γιατρό να του χορηγήσει φάρμακα, να αποκλείει στο σύντροφο το ενδεχόμενο της σεξουαλικής συνεύρεσης ή να πληροφορεί τον εργοδότη ότι δεν μπορεί να εκτελέσει το έργο του αποδοτικά" (Pinkerton et al., 1982) όταν ο πόνος είναι χρόνιος, οι εν λόγω συμπεριφορές είναι δυνατό να καταλήξουν σε μέσω χειρισμού του περιβάλλοντος, όμως κατά τρόπο που επιβαρύνει κυρίως τον ίδιο τον ασθενή. Ο χρόνιος πόνος δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης την οποία ο ασθενής χρειάζεται να μάθει να υπομένει, προσπαθώντας ταυτόχρονα να ζήσει μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, όταν οι συμπεριφορές πόνου υιοθετούνται σε μόνιμη βάση, οι υπόλοιποι άνθρωποι ενδέχεται να αρχίσουν να αισθάνονται λύπηση για τον ασθενή, να τον δικαιολογήσουν ή να προσδοκούν λιγότερα από αυτόν . Άλλοι αντίθετα είναι δυνατό να υποπτευθούν ότι προσποιείται. Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου το ρεπερτόριο των εναλλακτικών συμπεριφορών είναι πιθανό να περιοριστεί σε τέτοιο βαθμό που το άτομο απελπίζεται και φτάνει σε απόγνωση. Κατά συνέπεια διαστρεβλώνεται η ίδια του η αντίληψη (Ogden-Niemeyer & Jacobs, 1989). Με άλλα λόγια ο ασθενής υποτιμά τις δυνατότητες του και υπερτιμά τους περιορισμούς που υφίσταται. Για παράδειγμα μπορεί να υποστηρίξει ότι δεν αντέχει περισσότερο από είκοσι λεπτά αν δεν πάρει κάποιο παυσίπονο, αλλά να ξεχνά αυτή την ανάγκη του για ώρες αν ασχολείται με κάτι πολύ ενδιαφέρον.

Κάποιοι ερευνητές και κλινικοί υποστηρίζουν ότι ο έλεγχος του χρόνιου πόνου είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να επιλυθεί με την εφαρμογή των αρχών της συντελεστικής μάθησης (Sanders, 1996). Η συντελεστική μέθοδος ελέγχου του πόνου προσεγγίζει το πρόβλημα του χρόνιου πόνου με ανάλογο τρόπο. Συγκεκριμένα, σε αυτή τη μέθοδο δίδεται έμφαση στο ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων, μέσω των οποίων ανταμείβονται οι επιθυμητές συμπεριφορές (π.χ. βελτίωση της κίνησης), ενώ ταυτόχρονα αγνοούνται οι ανεπιθύμητες που θέλουμε να εξαλείψουν (π.χ. οι μορφασμοί πόνου). Οι συμπεριφορές πόνου, παρότι αρχικά αποτελούν μια φυσιολογική και τυπική αντίδραση σε ένα επώδυνο βίωμα, είναι δυνατό να εξελιχθούν σύντομα σε συντελεστικούς παράγοντες που πυροδοτούν άμεσα τη θετική ενίσχυση (π.χ. έκφραση τρυφερότητας από τους οικείους) ή την αρνητική ενίσχυση (π.χ. αποφυγή δραστηριοτήτων τις οποίες το άτομο απεχθάνεται). Έτσι σταδιακά αποκτούν μεγάλη αξία, εφόσον, όταν εκδηλώνονται ανταμείβονται με την έγνοια την

προσοχή ή τη συμπόνια των άλλων και απαλλαγή από κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, είναι δυνατό να ενισχύονται ελάχιστα ή και καθόλου όλες οι υπόλοιπες συμπεριφορές που δείχνουν ότι το άτομο είναι καλά. Ως απόρροια αυτής της διαδικασίας, ολόκληρο το ρεπερτόριο των συμπεριφορών του ατόμου καταλήγει να αποτελείται μόνο από όσες εκφράζουν πόνο (Roberts 1986).

Η αξία των συμπεριφοριστικών μεθόδων αποδεικνύεται στο ακόλουθο παράδειγμα, το οποίο αφορά μια γυναίκα που υπέφερε από αμείωτο πόνο στην οσφυϊκή περιοχή για είκοσι ολόκληρα χρόνια. Λόγω του προβλήματος της αυτή η γυναίκα είχε υποβληθεί σε τέσσερις διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις. Παρότι οι ιατρικές εξετάσεις δεν έδειχναν την ύπαρξη κάποιας νευρολογικής βλάβης, οι καθημερινές δραστηριότητες γίνονταν ολοένα και πιο δύσκολες για εκείνη και η λειτουργικότητα της περιορίστηκε σημαντικά. Γι' αυτό το λόγο, εντάχθηκε σε ένα συμπεριφοριστικό πρόγραμμα θεραπείας στο πλαίσιο του οποίου η λήψη των παυσίπονων γινόταν βάσει ενός προκαθορισμένου χρονοδιαγράμματος και όχι όταν η ασθενής αισθανόταν πόνο ή εξέφραζε παράπονα. Επιπλέον, με τη συγκατάθεση της, τα μέλη της οικογένειας της εκπαιδεύτηκαν έτσι ώστε να της δίνουν προσοχή και να την επαινούν όταν αύξανε τις καθημερινές τις δραστηριότητες και όταν εκδήλωνε επιθυμητές συμπεριφορές (δηλ. όχι συμπεριφορές πόνου), όπως το περπάτημα. Ταυτόχρονα, τόσο τα μέλη της οικογένειας της όσο και το προσωπικό του νοσοκομείου όπου παρακολουθούνταν ως εσωτερική ασθενής αγνοούσαν, παρέβλεπαν ή αντιπαρέρχονταν τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές της, όπως βογκητά και οι μορφασμοί πόνου. Τέλος, όταν η ασθενής συμμετείχε ενεργά στο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και εργασιοθεραπείας, τότε ως ανταμοιβή μπορούσε να ξεκουραστεί για μια ορισμένη χρονική περίοδο. Έπειτα από τρεις βδομάδες θεραπείας ως εσωτερική ασθενής και είκοσι δύο βδομάδες θεραπείας ως εξωτερική συγγενής, η γυναίκα κατάφερε να παραμένει σωματικά δραστήρια έως και δύο συνεχόμενες ώρες, χωρίς να χρειάζεται ξεκούραση ή να παραπονιέται ότι αισθάνεται πόνο και χωρίς να λαμβάνει παυσίπονα. Παρότι για κάποια χρονική περίοδο ήταν σχεδόν ολικά ανήμπορη, αυτή η ασθενής κατάφερε να περπατά περισσότερο και ταχύτερα από ό,τι στο παρελθόν και λειτουργούσε ικανοποιητικά σε πολλούς τομείς της ζωής της (Pinkerton et al., 1982).

30. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΦΥΣΙΚΑ ΜΕΣΑ

Η αρχή της αντιδιέγερσης αποτελεί τη βάση πολλών από τις υπάρχουσες μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου με φυσικά μέσα . Σύμφωνα με αυτή την αρχή, μια μορφή ενόχλησης είναι δυνατόν να ελαχιστοποιήσει ή να εξουδετερώσει κάποια άλλη (Melzack & Wall, 1982). Για παράδειγμα , η έντονη τριβή στο σημείο του σώματος όπου πραγματοποιήθηκε μια ένεση μπορεί να καλύψει τον πόνο που προκάλεσε η βελόνα . Με άλλα λόγια , η αντιδιέγερση καταπραΰνει τον πόνο που προκάλεσε η βελόνα . Με άλλα λόγια , η αντιδιέγερση καταπραΰνει τον πόνο , αποσπώντας την προσοχή του ατόμου από αυτόν. Επιπρόσθετα , τα σήματα που μεταφέρονται από τις περιφερικές νευρικές ίνες λόγω της αντιδιέγερσης είναι δυνατόν να «κλείσουν την πύλη του πόνου » και να αναστείλουν τη μεταβίβαση προς τον εγκέφαλο των σημάτων πόνου που προκλήθηκαν από το αρχικό ερέθισμα.

Η θεωρία της πύλης ελέγχου παρέχει μια εξήγηση για την αποτελεσματικότητα μιας τεχνικής που ονομάζεται Διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός (ΔΗΝΕ), η οποία μειώνει σε σημαντικό βαθμό τον πόνο πολλών ασθενών (Chabal et al .,1998). Σε αυτή την τεχνική τοποθετούνται ηλεκτρόδια στο δέρμα της

περιοχής που ο ασθενής νιώθει πόνο και στη συνέχεια διοχετεύεται μια μικρή ποσότητα ηλεκτρικού ρεύματος, μέσω μιας φορητής συσκευής που μοιάζει με μικρό κασετόφωνο. Με αυτό τον τρόπο, η ηλεκτρική διέγερση των περιφερικών νεύρων παρεμποδίζει τη μεταβίβαση των σημάτων πόνου στον εγκέφαλο. Έχει βρεθεί ότι τα αποτελέσματα της ΔΗΝΕ διατηρούνται μακροπρόθεσμα, ενώ επίσης είναι μια συμφέρουσα τεχνική από άποψη κόστους οφέλους καθώς συμβάλλει στη μείωση της χρήσης φαρμάκων σε ποσοστά έως και 55% και στη μείωση της χρήσης άλλων θεραπειών με φυσικά μέσα σε ποσοστό 69% (Chabal et al., 1998).

Ο βελονισμός είναι μια αρχαία κινεζική τεχνική για τον έλεγχο του πόνου. Η παραδοσιακή κινεζική ιατρική θεωρεί το ανθρώπινο σώμα σαν ένα ενεργειακό σύστημα του οποίου η ενέργεια ρέει μέσα σε κανάλια που ονομάζονται μεσημβρινοί. Εάν η ενεργειακή ισορροπία του οργανισμού διαταραχθεί (λόγω έντονων ή διαρκών συναισθημάτων, όπως είναι ο θυμός, η μελαγχολία, ο φόβος, λόγω ακραίων εξωτερικών κλιματολογικών συνθηκών, όπως είναι η ζέστη, το κρύο, η υγρασία ή λόγω άλλων διατακτικών παραγόντων κατά την εργασία, τη διατροφή, τη σωματική άσκηση), τότε η αποκατάσταση της ισορροπίας μπορεί να επιτευχθεί με το βελονισμό. Σε αυτή την τεχνική πολύ λεπτές μεταλλικές βελόνες εισάγονται κάτω από το δέρμα και περιστρέφονται ή φορτίζονται ηλεκτρικά, έτσι ώστε να προκληθεί διέγερση των περιφερικών νεύρων που θεωρείται ότι συνδέονται με απομακρυσμένα μέρη του σώματος. (Melzack & Wall, 1982). Για παράδειγμα, κάποια σημεία των πελμάτων θεωρείται ότι συνδέονται με εσωτερικά όργανα, όπως τα νεφρά. Τα σημεία βελονισμού έχουν συγκεκριμένη ανατομική εντόπιση κατά μήκος των μεσημβρινών που διατρέχουν το ανθρώπινο σώμα και η διείσδυση των βελόνων στοχεύει στο ξεμπλοκάρισμα της ενέργειας. Ο βελονισμός είναι δυνατό να επιφέρει τόσο υψηλό επίπεδο αναλγησίας που στην επιστημονική βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε πολύωρες χειρουργικές επεμβάσεις μόνο με την εφαρμογή του βελονισμού για τον έλεγχο του πόνου (Melzack, 1973).

Επίσης τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι η συγκεκριμένη τεχνική είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, ενώ επιφέρει ελάχιστες ή μηδενικές ανεπιθύμητες ενέργειες (Berman et al., 1999 Ceniceros & Brown, 1988 Leng, 1999). Ωστόσο δεν έχουν καταλήξει όλες οι έρευνες στο συμπέρασμα ότι ο βελονισμός είναι περισσότερο αποτελεσματικός από το πλασέμπο, δηλ. τα εικονικά φάρμακα (Ernst & White, 1998 Shlay et al., 1996 White & Ernst, 1999). Έτσι θεωρείται πιθανό ότι η τεχνική του βελονισμού εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς ή από χαρακτηριστικά της ασθένειας και του πόνου. Ως εκ τούτου, τα θετικά αποτελέσματα της είναι δυνατό να περιορίζονται σε κάποιους τύπους ασθενειών και σε κάποια είδη πόνου. Σε σχέση με αυτό το θέμα, απαιτούνται περισσότερες εμπειρικές έρευνες προκειμένου να συνάγουμε ένα ασφαλές συμπέρασμα.

Ποιοι είναι οι πιθανοί μηχανισμοί μέσω των οποίων ο βελονισμός επηρεάζει τον πόνο; Πρώτον, ενδέχεται η εισαγωγή των βελόνων και η περιστροφή τους να διεγείρει τις περιφερικές νευρικές ίνες και κατά συνέπεια να κλείνει την πύλη του πόνου. Δεύτερον, είναι πιθανό ο βελονισμός να λειτουργεί με μια μορφή πλασέμπο, δηλ. ενός εικονικού φαρμάκου. Συνεπώς επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, όταν οι ασθενείς πιστεύουν ότι αυτή η τεχνική μπορεί να τους βοηθήσει. Τρίτον, ο βελονισμός είναι δυνατόν να μειώσει τον πόνο, αποσπώντας την προσοχή του ατόμου από αυτόν. Τέλος ενδέχεται να πυροδοτεί την έκκριση ενδορφινών, οι οποίες εν συνεχεία μειώνουν την ένταση του πόνου.

Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει μια ποικιλία μεθόδων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση τόσο του οξέως όσο και του χρόνιου πόνου. Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης είναι η υδρόβια άσκηση, η οποία βοηθά τους ασθενείς που πάσχουν από αρθρίτιδα να διατηρήσουν την ευκαμψία των αρθρώσεων τους (Wickerham, 1984). Η σωματική άσκηση αποδεικνύεται επίσης εξαιρετικά βοηθητική στην περίπτωση των ασθενών που υποφέρουν από πόνους στην περιοχή της ράχης, οι οποίοι χρειάζεται να διατηρήσουν την ευλυγισία τους και να ενδυναμώσουν συγκεκριμένες ομάδες μυών που στηρίζουν τους σπόνδυλους και τις αρθρώσεις. Στο πλαίσιο ενός τυπικού προγράμματος άσκησης, οι ασθενείς διδάσκονται αρχές της μηχανικής του σώματος και μαθαίνουν να διατηρούν μια σωστή στάση σώματος, έτσι ώστε να προλάβουν περαιτέρω τραυματισμούς. Τέλος για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (π.χ. κεφαλαλγία τάσεως) χρησιμοποιούνται επίσης το μασάζ και τα θερμά και ψυχρά αποθέματα. (Hare & Milano, 1985).

Λόγω της πληθώρας των διαθέσιμων μεθόδων και τεχνικών για τον έλεγχο του πόνου, δημιουργείται αναπόφευκτα το ερώτημα ποια είναι η περισσότερο αποτελεσματική. Ωστόσο, δεν είναι εφικτό να δοθεί μια ξεκάθαρη απάντηση καθώς αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το εκάστοτε επιθυμητό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα σε μια μελέτη που συνέκρινε την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών – συμπεριφοριστικών τεχνικών και της φυσιοθεραπείας όσο αφορά τον έλεγχο του πόνου, σε ένα δείγμα ασθενών που υπέφεραν από πόνο στην ράχη διαπιστώθηκε πως συμμετέχοντες που έπασχαν από χρόνια πόνο ωφελήθηκαν και από τις δύο προσεγγίσεις. (Heinrich et al., 1985). Συγκεκριμένα, όσο αφορά τη σωματική λειτουργικότητα, μεγαλύτερη βελτίωση παρουσίασαν οι ασθενείς που ακολούθησαν ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, ενώ όσο αφορά τη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, μεγαλύτερη βελτίωση παρουσίασαν οι ασθενείς που ακολούθησαν ένα πρόγραμμα γνωσιακής – συμπεριφοριστικής παρέμβασης. Έτσι, φαίνεται ότι στην πράξη, ο συνδυασμός διάφορων θεραπευτικών παρεμβάσεων, είναι δυνατό να ωφελήσει περισσότερο τους ασθενείς, καθώς βοηθά τόσο στη μείωση τόσοσ στη μείωση του πόνου όσο και στην ποιότητα ζωής τους.

Αρκετά ελπιδοφόρα σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι επίσης τα συμβατικά προγράμματα διατήρησης της καλής φυσικής κατάστασης. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο μιας μελέτης συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα ενός συμβατικού προγράμματος σωματικής άσκησης και της άσκησης στο σπίτι όσον αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου που εντοπίζεται στην οσφυϊκή περιοχή.

Διαπιστώθηκε πως η ομάδα ασθενών που συμμετείχε στο συμβατικό πρόγραμμα άσκησης παρουσίασε μείωση της έντασης του πόνου και της σωματικής αδυναμίας σε ποσοστό περίπου 8%, ενώ η ένταση του πόνου στην ομάδα των ασθενών που γυμναζόταν στο σπίτι μειώθηκε μόνο σε ποσοστό 3% (Frost et al., 1998). Η θετική επίδραση της συμβατικής άσκησης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου που εντοπίζεται στην οσφυϊκή περιοχή διατηρήθηκε ακόμα δυο χρόνια μετά την παρέμβαση.

Εν κατακλείδι, ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και γνωσιακών – συμπεριφοριστικών τεχνικών φαίνεται ότι είναι ο πλέον ευεργετικός. Η διευκόλυνση των ασθενών έτσι ώστε να επαναπροσδιορίσουν και να νοηματοδοτήσουν διαφορετικά τον πόνο που αισθάνονται, η τροποποίηση των τυπικών συμπεριφορών πόνου και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας συμβάλλουν στο σύνολο τους στη μείωση του αισθήματος απελπισίας και ανημπορίας που προκαλεί το φαινόμενο του πόνου και στην αύξηση των σωματικών αντοχών (Burns et al., 1998).

31. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα είναι ο έλεγχος του πόνου που έπεται μιας χειρουργικής επέμβασης. Σε γενικές γραμμές, η εμφάνιση του μετεγχειρητικού πόνου, ο οποίος ποικίλει ως προς την ένταση, τη διάρκεια ή τα χαρακτηριστικά του, θεωρείται αναμενόμενη. Έτσι, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την αντιμετώπιση του, ούτως ώστε να διευκολυνθεί η ανάρρωση του ασθενούς. Για παράδειγμα ένας ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση στο γόνατο θα πρέπει να επαναδραστηριοποιηθεί μέσα σε λίγες μέρες μετά το χειρουργείο προκειμένου να αναρρώσει από την χειρουργική επέμβαση και να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος. Ωστόσο πολύ συχνά, οι ασθενείς περιορίζουν τη σωματική δραστηριότητα τους λόγω του έντονου πόνου. Τα νεώτερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η αντιμετώπιση του πόνου προεγχειρητικά (π.χ. με την εκπαίδευση σε ασκήσεις χαλάρωσης, τη σχετική πληροφόρηση και τη ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς για τον επερχόμενο πόνο) μειώνει τόσο τη μακρόχρονη χρήση αναλγητικών όσο και την ένταση του πόνου που αναφέρουν μετεγχειρητικά οι ασθενείς (Manyande & Salmon, 1998). Σχετικός με αυτό το ζήτημα είναι ο γενικότερος προβληματισμός για το βαθμό ελέγχου που επιτρέπεται να έχουν οι ασθενείς στη χρήση αναλγητικών φαρμάκων.

Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης έρευνας που διεξήχθη σε μια ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε κολοноσκόπηση, έδειξαν ότι, όταν οι ασθενείς μπορούσαν να ελέγξουν τον πόνο τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μέσω της χρήσης ηρεμιστικών ουσιών, εκείνοι έκαναν χρήση των φαρμάκων σε μικρότερο βαθμό, ανέχονταν μεγαλύτερα επίπεδα πόνου, παρουσίαζαν μικρότερη ελάττωση της συστολικής πίεσης και ανέκαμπταν τέσσερις φορές πιο γρήγορα σε σύγκριση με τους ασθενείς που οι δόσεις των αναλγητικών φαρμάκων που λάμβαναν ελέγχονταν σύμφωνα με τον παραδοσιακό τρόπο από κάποιο ν επαγγελματία υγείας (Roseveare et al., 1988). Επομένως φαίνεται ότι η κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία των ασθενών και η παραχώρηση σε αυτούς μεγαλύτερου ελέγχου οδηγούν μετεγχειρητικά σε καλύτερα αποτελέσματα.

32. ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ : ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Οι πιο αποτελεσματικές σύγχρονες μέθοδοι για την αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, φυσικοθεραπείας και γνωσιακών – συμπεριφοριστικών τεχνικών (Coughlin et al., 2000 Odgen Niemeyer & Jacobs, 1989). Στον τομέα του ελέγχου του πόνου για παράδειγμα, οι αρχές της συντελεστικής μάθησης, είναι δυνατόν να επιφέρουν μακρόχρονη τροποποίηση της συμπεριφοράς όταν συνδυάζονται με γνωσιακές τεχνικές. Εκτός αυτών, αναγκαία είναι επίσης η άσκηση η οποία συμβάλλει στην αύξηση της σωματικής κινητικότητας και της ευλυγισίας των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα προκαλεί έκκριση των ενδογενών ενδοφρινών που καταπραΰνουν αποτελεσματικά τον πόνο. Τέλος, η ελεγχόμενη και με σύνεση χρήση αναλγητικών αποτελεί επίσης μέρος μιας πολύπλευρης προσέγγισης για την αντιμετώπιση του πόνου. Σε γενικές γραμμές, στόχος των διεπιστημονικών προγραμμάτων δεν είναι μόνο η μείωση του πόνου των ασθενών, αλλά και η

ελάττωση της χρήσης των φαρμάκων, προκειμένου να βελτιωθεί η καθημερινή λειτουργικότητα και η ψυχολογική και κοινωνική ευεξία τους.

Οι κλινικές πόνου αποδεικνύονται αρκετά αποτελεσματικές σε ότι αφορά την επίτευξη αυτών των στόχων. Παρότι ποικίλλουν σε επίπεδο ποιότητας , τα διεπιστημονικά προγράμματα που ενσωματώνουν τις προαναφερθείσες προσεγγίσεις σημειώνουν τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας (Newman & Seres , 1986). Σύμφωνα με αποτελέσματα που προέρχονται από διάφορες κλινικές πόνου σε όλη τη χώρα, ποσοστό 70 έως 90% των ασθενών τους που υποφέρει από χρόνιο πόνο στην οσφυϊκή περιοχή παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και αξιοσημείωτη μείωση της χρήσης αναλγητικών φαρμάκων ως αποτέλεσμα της συμμετοχής του σε ένα πολύπλευρο θεραπευτικό πρόγραμμα .

Πολλά από αυτά τα προγράμματα παρέχουν επίσης στους ασθενείς τους ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και επανεκπαίδευσης , οι οποίοι καταφέρνουν έτσι να βελτιώνουν σημαντικά τη ζωή τους (Ogden – Niemeier & Jacobs,1989). Γενικά , πάντως ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων είναι η προσεκτική επιλογή των υποψηφίων .Έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι που καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, όπως επίσης όσοι είναι εξαιρετικά αγχώδεις, δύσκολα αντεπεξέρχονται στις απαιτήσεις αυτών των προγραμμάτων (Burns, 2000). Ειδικότερα ,όσοι αρνούνται τα αρνητικά συναισθήματά τους έχουν την τάση να αντιστέκονται στη θεραπεία , ενώ οι πολύ αγχώδεις αγχώνονται ακόμα περισσότερο λόγω του εντατικού ρυθμού της σωματικής άσκησης και των άλλων δραστηριοτήτων. Σε τέτοιες περιπτώσεις , είναι αναγκαία η τροποποίηση του προγράμματος ,έτσι ώστε να ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες αυτής της κατηγορίας ασθενών.

Ολοκληρώνοντας , η έρευνα σε ότι αφορά το φαινόμενο του πόνου είναι ένα δυναμικά αναπτυσσόμενο πεδίο. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διατηρούν επαφή και να παρακολουθούν τις ταχέως μεταβαλλόμενες θεραπευτικές εξελίξεις , έτσι ώστε να προσφέρουν στους ασθενείς τους τις πιο σύγχρονες εναλλακτικές επιλογές . Οι σύγχρονες θεραπείες παρέχουν σε ανθρώπους που άλλοτε θα ήταν πλήρως δυσλειτουργικοί εξαιτίας του πόνου την ευκαιρία να ζήσουν μια ευτυχισμένη, παραγωγική και γεμάτη ζωή.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί, να περιγραφεί και να καταγραφεί η αντίληψη που έχουν οι νοσηλευτές, σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Κρήτης για τον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς. Συγκεκριμένα πρόκειται να περιγραφεί στατιστικά η εκτιμώμενη από νοσηλευτές με διαφορετικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική εμπειρία, επίπεδο εκπαίδευσης και άλλα) διαβάθμιση του πόνου ασθενών με διαφορετικά επίσης δεδομένα (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, συνθήκες εργασίας αιφνίδιο και χρόνιο πόνο, επίπεδο μόρφωσης και άλλα), να συσχετιστεί αυτή η εκτίμηση με όλα αυτά τα διαφορετικά δεδομένα.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Δείγμα: Το δείγμα ανέρχεται σε 150 νοσηλευτές οι οποίοι προέρχονται από τα νοσοκομεία της Κρήτης.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων-μέθοδος vignettes: Ερευνούμε το θέμα μας πάνω σε δύο άξονες:

- Ο πρώτος είναι τα δημογραφικά στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του δείγματος (νοσηλευτές).
- Ο δεύτερος, αναφέρεται σε σενάρια υποθετικών ασθενών.

Η εξέταση των παραπάνω γίνεται με ένα κατάλληλο ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου συλλέγονται οι πληροφορίες προς διερεύνηση. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι δομημένο με την μέθοδο vignettes (<http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU25.html>). Τα vignettes είναι συστηματικά επεξεργασμένες περιγραφές συγκεκριμένων καταστάσεων. Αποτελούν ένα μέσο εξαγωγής πιο αξιόπιστων μετρήσεων σε σχέση με απλούστερες αφηρημένες ερωτήσεις. Η μέθοδος αυτή, έχει ορισμένα πλεονεκτήματα, μεταξύ των οποίων και ότι ο αποκρινόμενος δεν είναι τόσο πιθανό να ευνοήσει συνειδητά τις απαντήσεις του προς μια ορισμένη κατεύθυνση προκειμένου π.χ. να εντυπωσιάσει ή να κερδίσει αυτόν που υποβάλλει τη συνέντευξη.

Κάθε μια ερώτηση του ερωτηματολογίου αντιστοιχεί με κάποια άλλη που μελετά την ίδια παράμετρο με αυτή (vignettes). Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει την αντιστοιχία των 10 ερωτήσεων (vignettes) που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν κάποια κοινή παράμετρο.

Ζεύγη vignettes	Μελετώμενη παράμετρος	Αντιστοιχία
Q1-Q6	Φύλο ασθενούς	Q1: γυναίκα, Q6: άνδρας
Q2-Q7	Ηλικία ασθενούς	Q2: μικρή, Q7: μεγάλη
Q3-Q8	Εθνικότητα ασθενούς	Q3: ελληνική, Q8: αλλοδαπή
Q4-Q9	Επίπεδο μόρφωσης ασθενούς	Q4: μορφωμένος, Q9: αμόρφωτος
Q5-Q10	Ένταση του πόνου ασθενούς	Q5: χρόνιος, Q10: οξύς

Στατιστική: Για τις στατιστικές επεξεργασίες μας χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες χρησιμοποιήσαμε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $P=0.05$ (στατιστικά σημαντικό αν $P<0.05$).

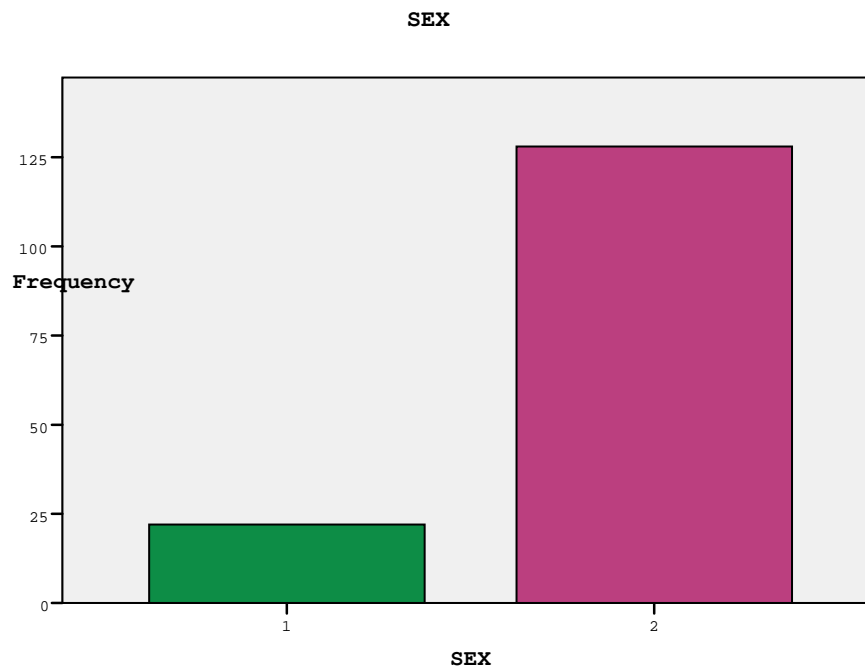


Εικόνα 2: Απεικόνιση του έντονου πόνου.
Εικόνα από το Διαδίκτυο: (www.antiviotiko.blogspot.com)

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Άρρεν	22	14,7
Θήλυ	128	85,3

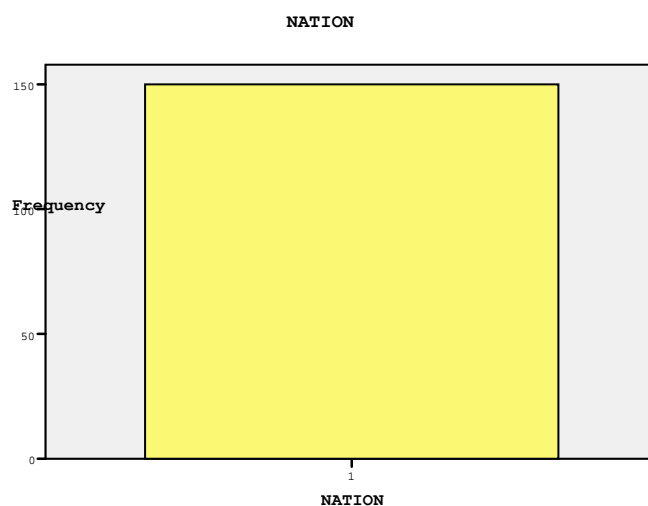
Πίνακας 1: Σύνθεση του δείγματος κατά φύλο.



Διάγραμμα 1: Διαγραμματική απεικόνιση που δείχνει ότι στον αριθμό 1, που αντιστοιχεί στον ανδρικό πληθυσμό, αντιστοιχεί το 14.6% του συνολικού δείγματος ενώ στον αριθμό 2 που αντιπροσωπεύει το γυναικείο πληθυσμό αντιστοιχεί το 84.1% του συνολικού δείγματος.

Εθνικότητα	Συχνότητα	Ποσοστά
Ελληνική	150	100,0

Πίνακας 2: Σύνθεση του δείγματος κατά εθνικότητα.



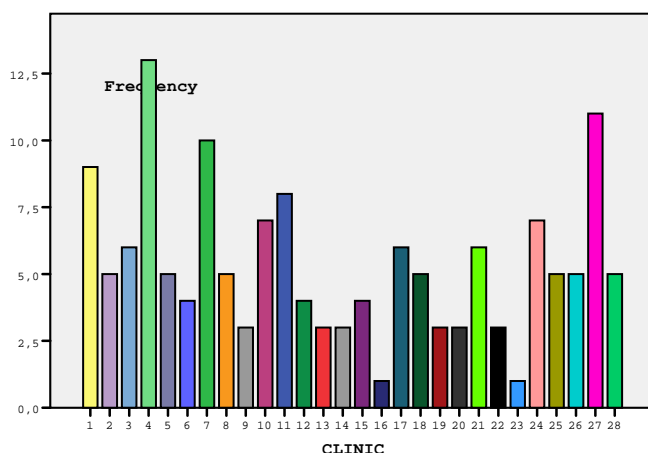
Διάγραμμα 2: Διαγραμματική απεικόνιση που δείχνει ότι το 100% του δείγματος είχε Ελληνική υπηκοότητα.

CLINIC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΓΚ	9	6,0	6,0	6,0
	ΜΣΦΠ	5	3,3	3,3	9,3
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	6	4,0	4,0	13,3
	ΤΕΠ	13	8,6	8,7	22,0
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Γ	5	3,3	3,3	25,3
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Α	4	2,6	2,7	28,0
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	10	6,6	6,7	34,7
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	5	3,3	3,3	38,0
	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	3	2,0	2,0	40,0
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	7	4,6	4,7	44,7
	ΧΟΓΚ	8	5,3	5,3	50,0
	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	4	2,6	2,7	52,7
	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	2,0	2,0	54,7
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Β	3	2,0	2,0	56,7
	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	4	2,6	2,7	59,3
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Γ	1	,7	,7	60,0
	ΟΡΥΛΑ	6	4,0	4,0	64,0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α	5	3,3	3,3	67,3
	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	3	2,0	2,0	69,3
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	2,0	2,0	71,3
	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ	6	4,0	4,0	75,3
	ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	3	2,0	2,0	77,3
	ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	1	,7	,7	78,0
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	7	4,6	4,7	82,7
	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	5	3,3	3,3	86,0
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	5	3,3	3,3	89,3
	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	11	7,3	7,3	96,7
	ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ	5	3,3	3,3	100,0
	Total	150	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		151	100,0		

Πίνακας 3: Σύνθεση του δείγματος κατά κλινική απασχόλησης των ερωτηθέντων του δείγματος.

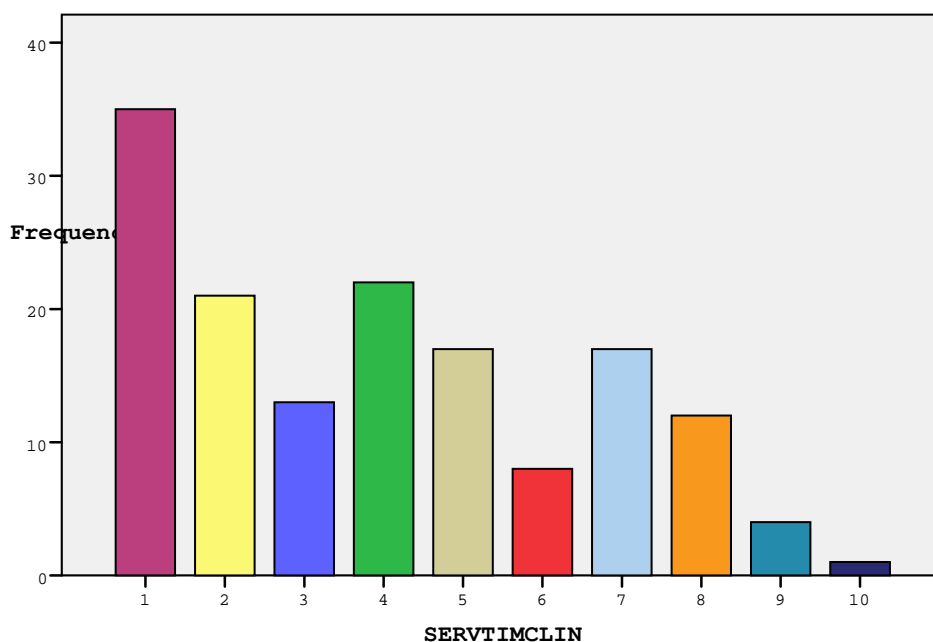
CLINIC



Διάγραμμα 3: Διαγραμματική απεικόνιση που δείχνει το ποσοστό του συνολικού δείγματος που αντιστοιχεί σε κάθε κλινική. Το 6% του δείγματος εργάζονται στην ΠΟΝΓΚ Κλινική και αντιστοιχεί στον αριθμό 1, το 3.3% στην ΜΣΦΠ και αντιστοιχεί στον αριθμό 2, το 4% στην Κ και αντιστοιχεί στον αριθμό 3, το 8.6% στην ΤΕΠ και αντιστοιχεί στον αριθμό 4, το 3.3% στην ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Γ και αντιστοιχεί στον αριθμό 5, το 2.6% στην ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Α και αντιστοιχεί στον αριθμό 6, το 6.6% στη ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 7, το 3.3% στην ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΙΚΗ Και αντιστοιχεί στον αριθμό 8, το 2% στην ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 9, το 4.6% στην ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 10, το 5.3% στην ΧΟΓΚ και αντιστοιχεί στον αριθμό 11, το 2.6% στην ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 12, το 2% στην ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 13, το 2% στην ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Β και αντιστοιχεί στον αριθμό 14, το 2.6% στην ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ και αντιστοιχεί στον αριθμό 15, το 0.7% στην ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Γ και αντιστοιχεί στον αριθμό 16, το 4% στην ΟΡΥΛΑ και αντιστοιχεί στον αριθμό 17, το 3.3% στην ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α και αντιστοιχεί στον αριθμό 18, το 2% στην ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 19, το 2% στην ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 20, το 4% στην ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 21, το 2% στην ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 22, το 0.7% στην ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 23, το 4.6% στην ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 24, το 3.3% στην ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ και αντιστοιχεί στον αριθμό 25, το 3.3% στην ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ και αντιστοιχεί στον αριθμό 26, το 7.3% στα ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ και αντιστοιχεί στον αριθμό 27, το 3.3% στην ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ και αντιστοιχεί στον αριθμό 28.

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Λινότερο από 1 έτος	35	23	23.3
	1-3 έτη	21	13	14.0
	4-6 έτη	13	8.6	8.7
	7-9 έτη	22	14	14.7
	10-12 έτη	17	11	11.3
	13-15 έτη	8	5.3	5.3
	16-18 έτη	17	11	11.3
	19-20 έτη	12	7.9	8.0
	21-23 έτη	4	2.6	2.7
	27-29 έτη	1		7
	Total	150	99	100.0
Missin	Svstem	1		
Total		150	100.0	

Πίνακας 4: Σύνοψη του δείγματος κατά χρόνο απασχόλησης στην ίδια κλινική.

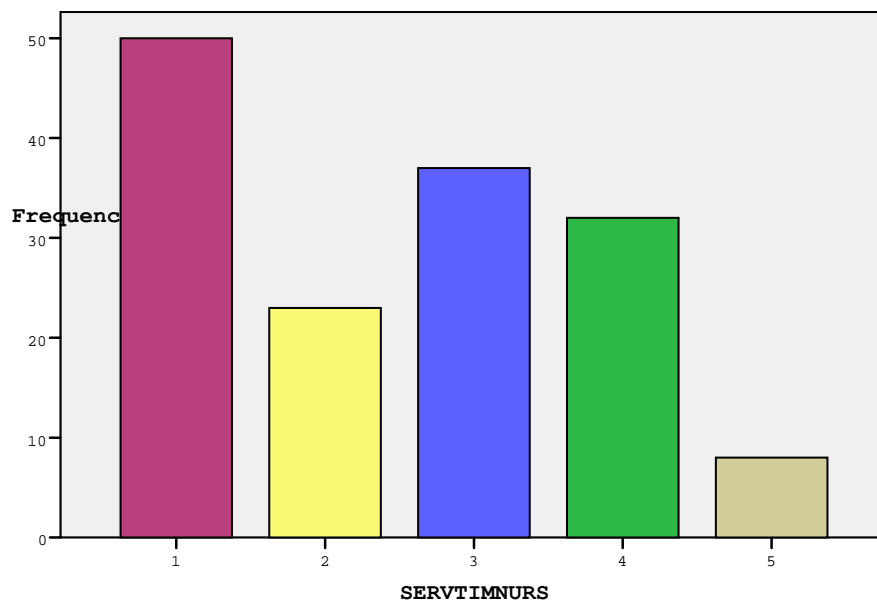


Διάγραμμα 4: Διαγραμματική απεικόνιση που δείχνει το χρόνο απασχόλησης στην ίδια κλινική. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που δουλεύει λιγότερο από ένα 1 έτος και αντιστοιχεί στο 23.2% του συνολικού δείγματος, ο αριθμός 2 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει από 1-3 έτη και αντιστοιχεί στο 13.9% του συνολικού δείγματος, ο αριθμός 3 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει από 4-6 έτη και αντιστοιχεί στο 8.6% του συνολικού δείγματος, ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει από 7-9 έτη και αντιστοιχεί στο 14.6% του συνολικού δείγματος, ο αριθμός 5 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 10-12 έτη και αντιστοιχεί στο 11.3% του συνολικού δείγματος, Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 13-15 έτη και αντιστοιχεί στο 5.3%, ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 16-18 έτη που αντιστοιχεί στο 11.3%, ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 19-20 έτη και αντιστοιχεί στο 7.9%, ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 21-23 έτη και αντιστοιχεί στο 2.6%, και τέλος ο αριθμός 10 αντιστοιχεί στο ποσοστό που δουλεύει 27-29 έτη που αντιστοιχεί στο 0.7% του συνολικού δείγματος.

MNURS

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Λιγότερο από 1 έτος	50	33,1	33,3
	1-3 έτη	23	15,2	15,3
	4-6 έτη	37	24,5	24,7
	7-9 έτη	32	21,2	21,3
	10-12 έτη	8	5,3	5,3
	Total	150	99,3	100,0
Missing	System	1	,7	
Total		150	100,0	

Πίνακας 5: Σύνοψη του δείγματος κατά χρόνο συνολικής εργασιακής εμπειρίας στη νοσηλευτική εργασία.

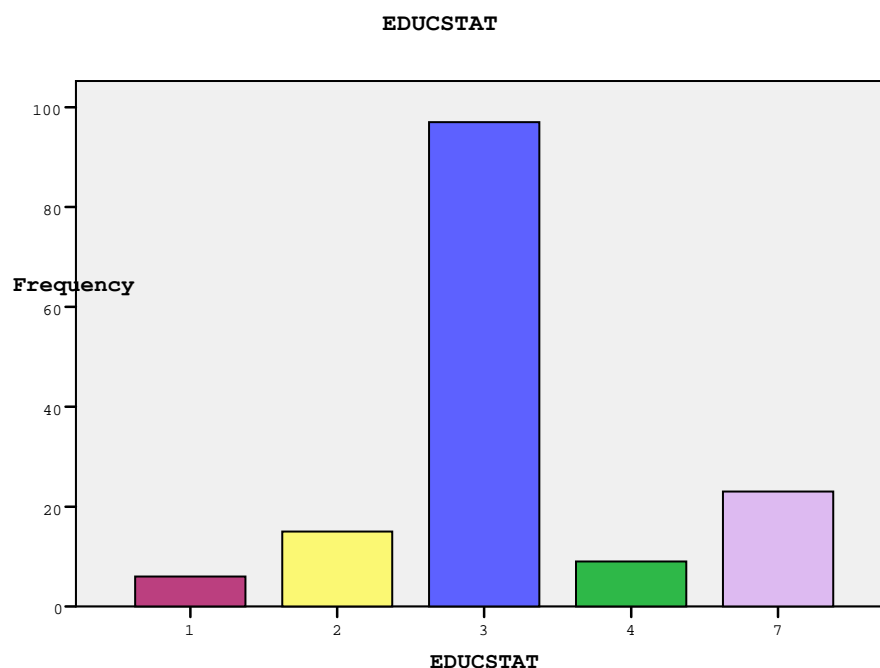


Διάγραμμα 5: Διαγραμματική απεικόνιση κατά χρόνο συνολικής εργασιακής εμπειρίας στη νοσηλευτική εργασία. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που εργάζεται λιγότερο από 1 έτος και αντιστοιχεί στο 33.1% του συνολικού δείγματος, ο αριθμός 2 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που εργάζεται από 1-3 έτη και αντιστοιχεί στο 15.2%, ο αριθμός 3 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που εργάζεται 4-6 έτη και αντιστοιχεί στο 24.5%, ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που εργάζεται από 7-9 έτη και αντιστοιχεί στο 21,2%, ο αριθμός 5 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που εργάζεται από 10-12 έτη και αντιστοιχεί στο 5.3% του συνολικού δείγματος.

EDUCSTAT

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	IEK	6	4,0	4,0
	TEE	15	9,9	10,0
	ATEI	97	64,2	64,7
	AEI	9	6,0	6,0
	Σχολή νοσοκομείου	23	15,2	15,3
	Total	150	99,3	100,0
Missing	System	1	,7	
Total		150	100,0	

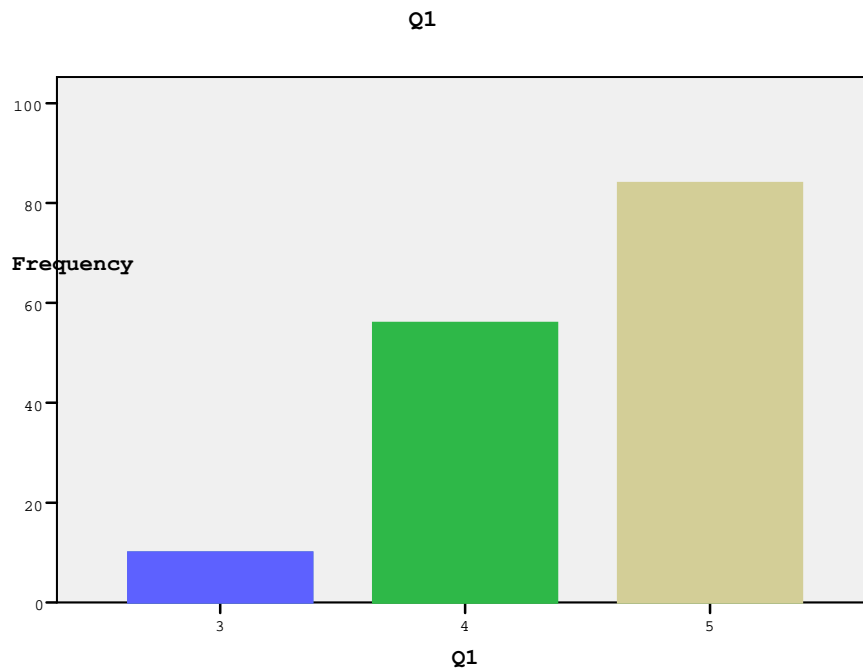
Πίνακας 6: Σύνθεση του δείγματος κατά επίπεδο εκπαίδευσης στην νοσηλευτική.



Διάγραμμα 6: Διαγραμματική απεικόνιση κατά επίπεδο εκπαίδευσης στη νοσηλευτική. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που είναι απόφοιτος ΙΕΚ και βλέπουμε ότι αντιστοιχεί σε ποσοστό 4%, ο αριθμός 2 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που είναι απόφοιτος ΤΕΕ και αντιστοιχεί στο 9.9%, ο αριθμός 3 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που είναι απόφοιτος ΑΤΕΙ που αντιστοιχεί στο 64.2%, ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που είναι απόφοιτος ΑΕΙ που αντιστοιχεί στο 6%, και τέλος ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στο ποσοστό του δείγματος που είναι απόφοιτοι Σχολής Νοσοκομείου και αντιστοιχεί στο 15.2% του συνολικού δείγματος.

Q1	Συχνότητα	Ποσοστό
3	10	6,7
4	56	37,3
5	84	56,0

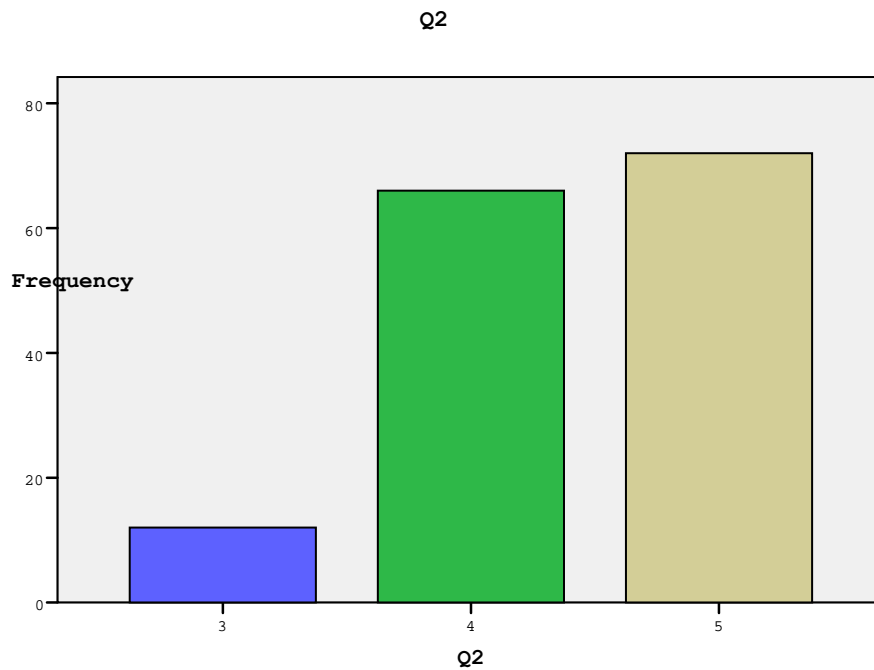
Πίνακας 7: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 1 (για την κωδικοποίηση βλ. Το Ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα).



Διάγραμμα 7: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 1 (για την κωδικοποίηση βλ. Το Ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 3=Μέτρια = 6.7%, 4=Πολύ=37.3%, 5=Πάρα πολύ=56%

Q2	Συχνότητα	Ποσοστό
3	12	8.0
4	66	44.0
5	72	48.0

Πίνακας 8: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 2 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα).

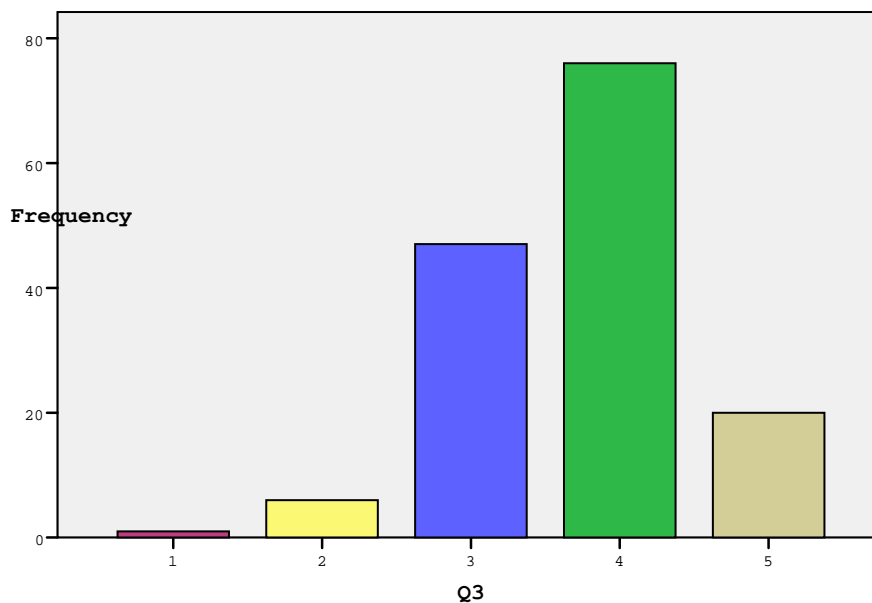


Διάγραμμα 8: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 2 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 3=Μέτρια = 8%, 4=Πολύ=44%, 5=Πάρα πολύ=48%

Q3	Συχνότητα	Ποσοστό
1	1	.7
2	6	4.0
3	47	31.3
4	76	50.7
5	20	13.3

Πίνακας 9: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 3 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

Q3

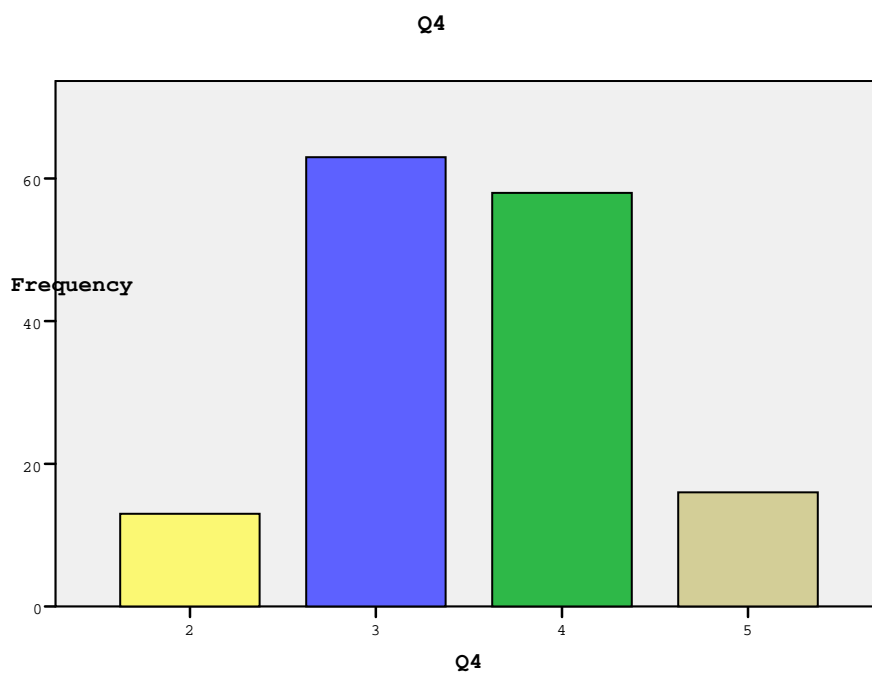


Διάγραμμα 9: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 3 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 1=Καθόλου=0.7%, 2=Λίγο=4%, 3=Μέτρια =31.3 %, 4=Πολύ=50.7%,5=Πάρα πολύ=13.3%

Q4	Συχνότητα	Ποσοστό
2	13	8.7
3	63	42.0
4	58	38.7
5	16	10.7
Total	150	100.0

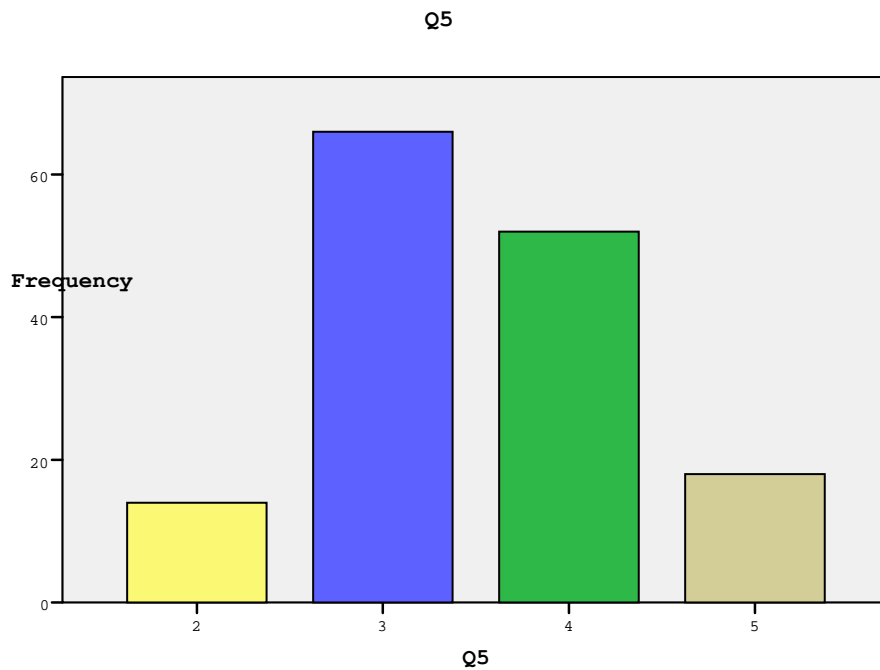
Πίνακας 10: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 4 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).



Διάγραμμα 10: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 4 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 2=Λίγο=8.7%, 3=Μέτρια =42%, 4=Πολύ=38.7%, 5=Πάρα πολύ=10.7%.

Q4		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	2	14	9.3	9.3
	3	66	44.0	44.0
	4	52	34.7	34.7
	5	18	12.0	12.0
	Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 11: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 5 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

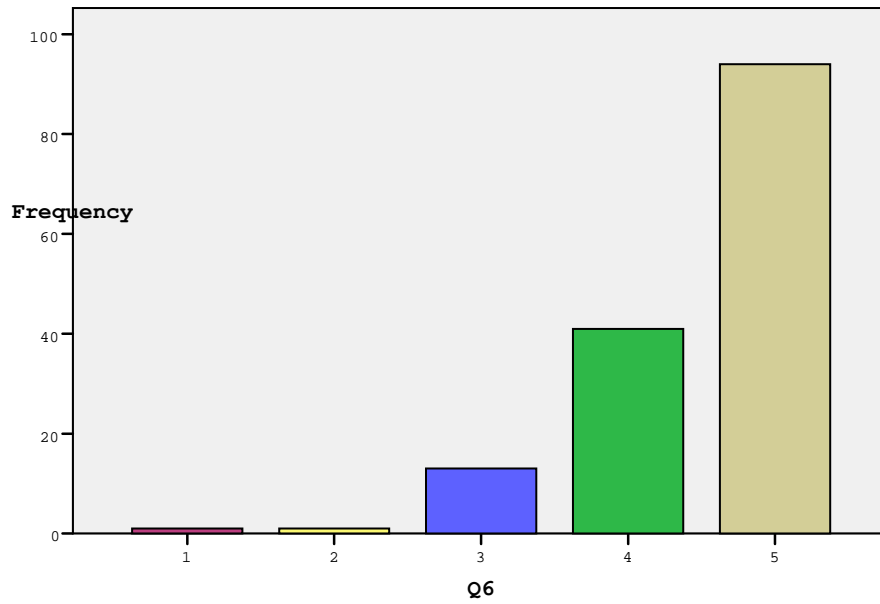


Διάγραμμα 11: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 5 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).
Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 2=Λίγο=9.3%, 3=Μέτρια =44 %, 4=Πολύ=34.7%, 5=Πάρα πολύ=12%.

Q6	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 1	1	.7	.7
2	1	.7	.7
3	13	8.7	8.7
4	41	27.3	27.3
5	94	62.7	62.7
Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 12: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 6 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

Q6

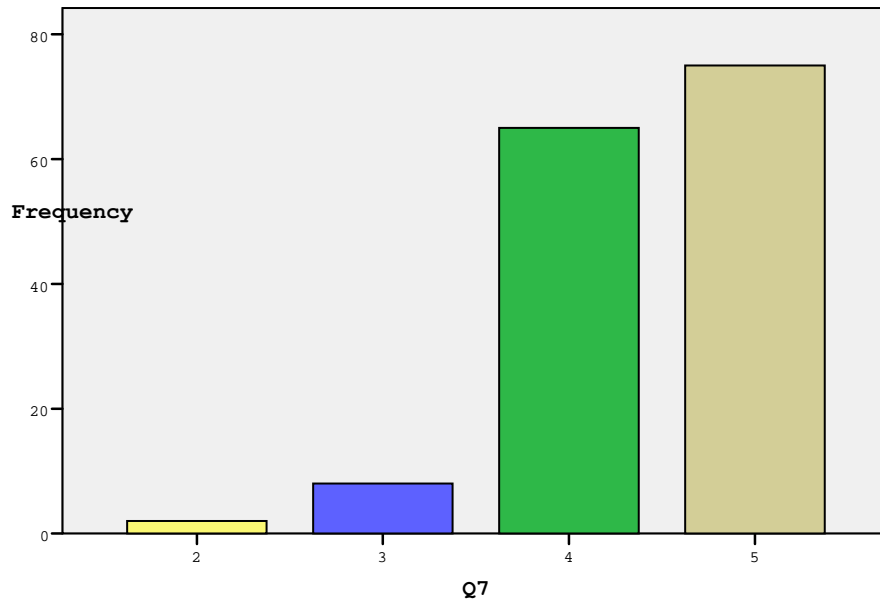


Διάγραμμα 12: Διαγραμματική απεικόνιση του δείγματος στην ερώτηση κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 1=Καθόλου=0.7%, 2=Λίγο=0.7 %, 3=Μέτρια =8.7 %, 4=Πολύ=27.3%, 5=Πάρα πολύ=62.7%.

Q7	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 2	2	1.3	1.3
3	8	5.3	5.3
4	65	43.3	43.3
5	75	50.0	50.0
Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 13: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 7 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

Q7

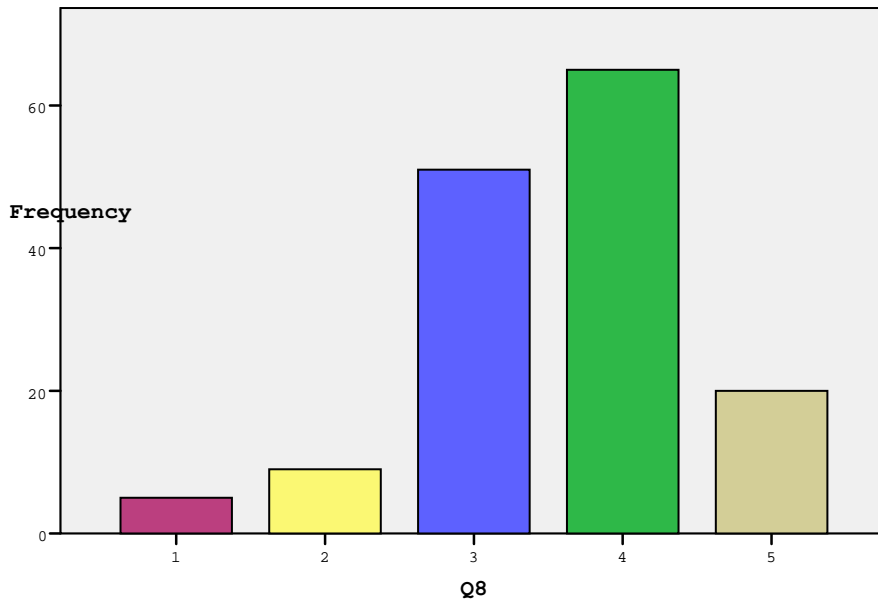


Διάγραμμα 13: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 7 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 2=Λίγο=3.3%, 3=Μέτρια=8.7%, 4=Πολύ=27.3%, 5=Πάρα πολύ=62.7%.

Q4	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 1	5	3.3	3.3
2	9	6.0	6.0
3	51	34.0	34.0
4	65	43.3	43.3
5	20	13.3	13.3
Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 14: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 8 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

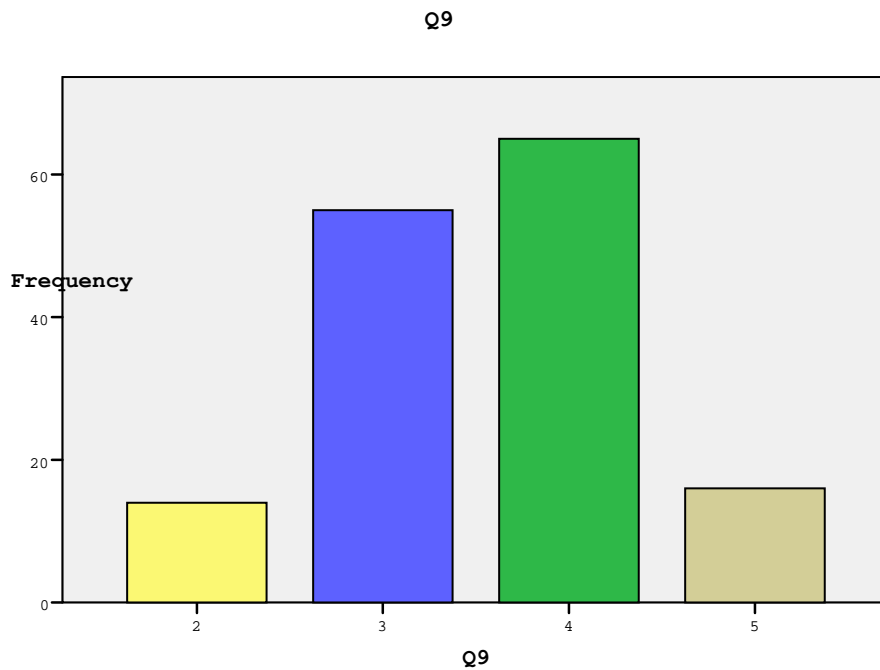
Q8



Διάγραμμα 14: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 8 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 1=Καθόλου=3.3% 2=Λίγο=6 %, 3=Μέτρια =34 %, 4=Πολύ=43.3%, 5=Πάρα πολύ=13.3%.

Q9	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 2	14	9.3	9.3
3	55	36.7	36.7
4	65	43.3	43.3
5	16	10.7	10.7
Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 15: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 9 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

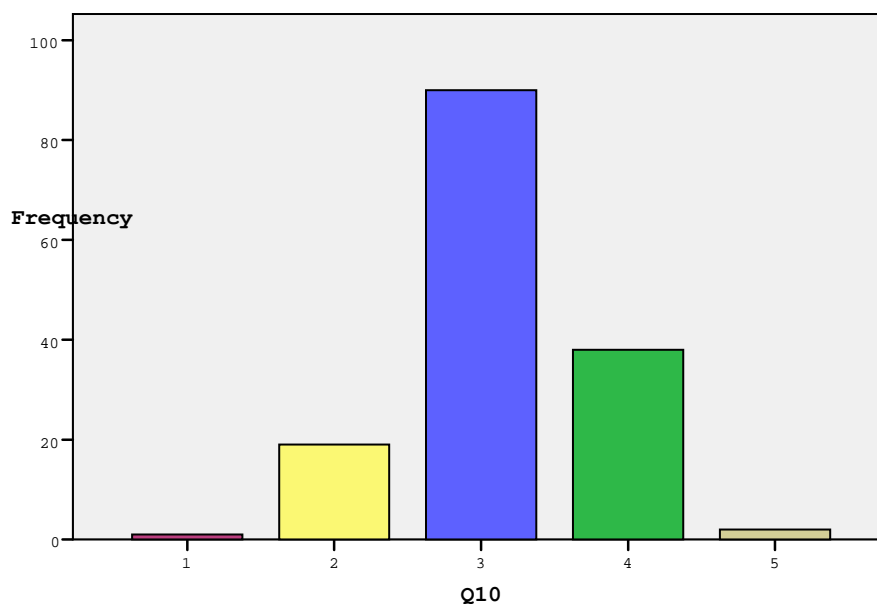


Διάγραμμα 15: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 9 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 2=Λίγο=9.3 %, 3=Μέτρια =36.7 %, 4=Πολύ=43.3%, 5=Πάρα πολύ=10.7%.

Q10		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	1	1	.7	.7
	2	19	12.7	12.7
	3	90	60.0	60.0
	4	38	25.3	25.3
	5	2	1.3	1.3
	Total	150	100.0	100.0

Πίνακας 16: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 10 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1).

Q10

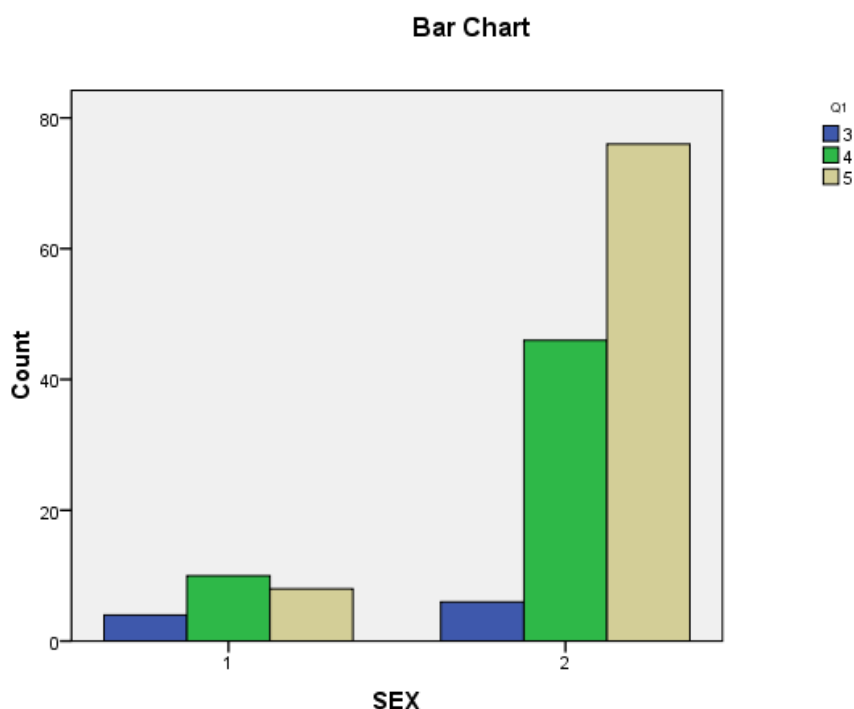


Διάγραμμα 16: Απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 10 (για τη κωδικοποίηση βλ. Το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα 1). Οι αριθμοί μεταφράζονται ως: 1=Καθόλου=0.7%, 2=Λίγο=12.7 %, 3=Μέτρια =60 %, 4=Πολύ=25.3%, 5=Πάρα πολύ=1.3%

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 1 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7.358$, β.ε.=2, P=0.025).

			Q1			
			3	4	5	Total
SEX	1	Count	4	10	8	22
		% within SEX	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
		% within Q1	40,0%	17,9%	9,5%	14,7%
	2	Count	6	46	76	128
		% within SEX	4,7%	35,9%	59,4%	100,0%
		% within Q1	60,0%	82,1%	90,5%	85,3%
Total	Count	10	56	84	150	
		% within SEX	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%
		% within Q1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 17: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 κατά φύλο.

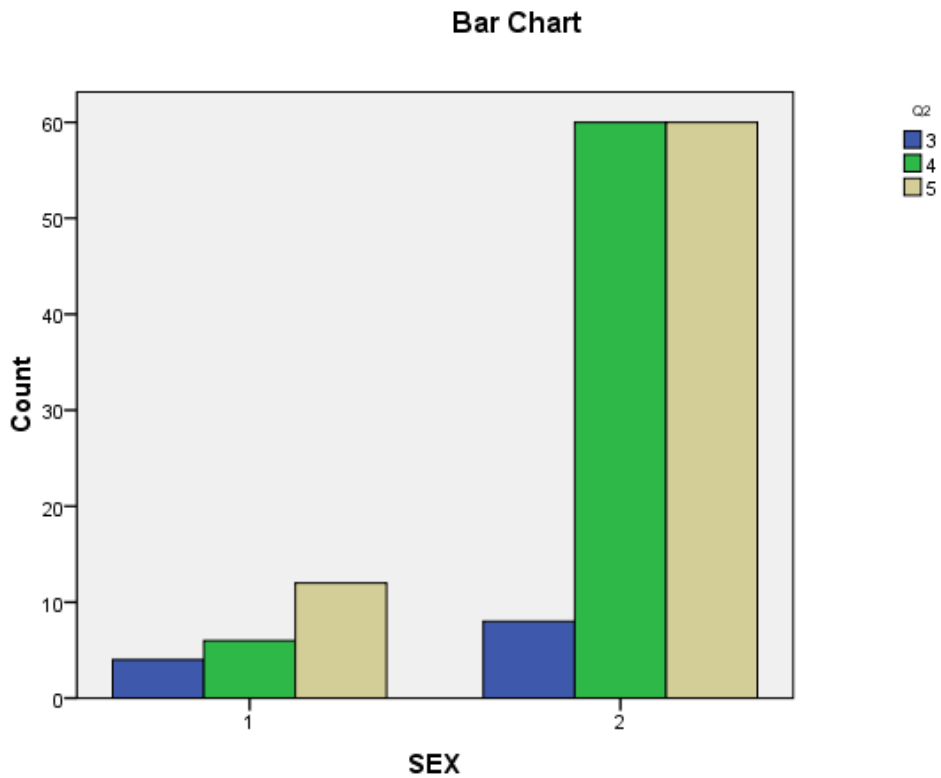


Διάγραμμα 17: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 κατά φύλο. Οι αριθμοί μεταφράζονται ως 1=άντρες και 2= οι γυναίκες, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι οι άνδρες έδωσαν την απάντηση 3 σε ποσοστό 18.2%, την απάντηση 4 σε ποσοστό 45.5% και την απάντηση 5 σε ποσοστό 36.4%. Οι γυναίκες έδωσαν την απάντηση 3 σε ποσοστό 4.7%, την απάντηση 4 σε ποσοστό 35.9%, και την απάντηση 5 σε ποσοστό 59.4%.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5.210$, β.ε.=2, P=0.074).

			Q2			
			3	4	5	Total
SEX	1	Count	4	6	12	22
		% within SEX	18,2%	27,3%	54,5%	100,0%
		% within Q2	33,3%	9,1%	16,7%	14,7%
	2	Count	8	60	60	128
		% within SEX	6,2%	46,9%	46,9%	100,0%
		% within Q2	66,7%	90,9%	83,3%	85,3%
Total	Count	12	66	72	150	
	% within SEX	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%	
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 18: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 κατά φύλο.

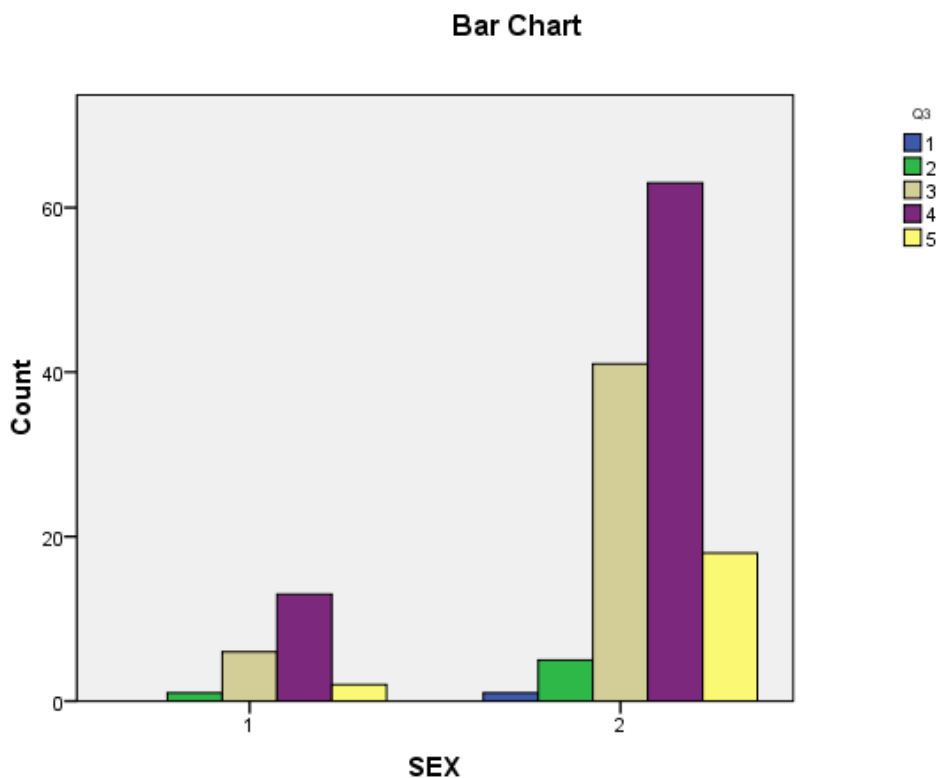


Διάγραμμα 18: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 2 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 3 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1,036$, β.ε.=2, P=0.904).

			Q3					Total
			1	2	3	4	5	
SEX 1	Count	0	1	6	13	2	22	
	% within SEX	,0%	4,5%	27,3%	59,1%	9,1%	100,0%	
	% within Q3	,0%	16,7%	12,8%	17,1%	10,0%	14,7%	
2	Count	1	5	41	63	18	128	
	% within SEX	,8%	3,9%	32,0%	49,2%	14,1%	100,0%	
	% within Q3	100,0%	83,3%	87,2%	82,9%	90,0%	85,3%	
Total	Count	1	6	47	76	20	150	
	% within SEX	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%	
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 19: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 κατά φύλο.

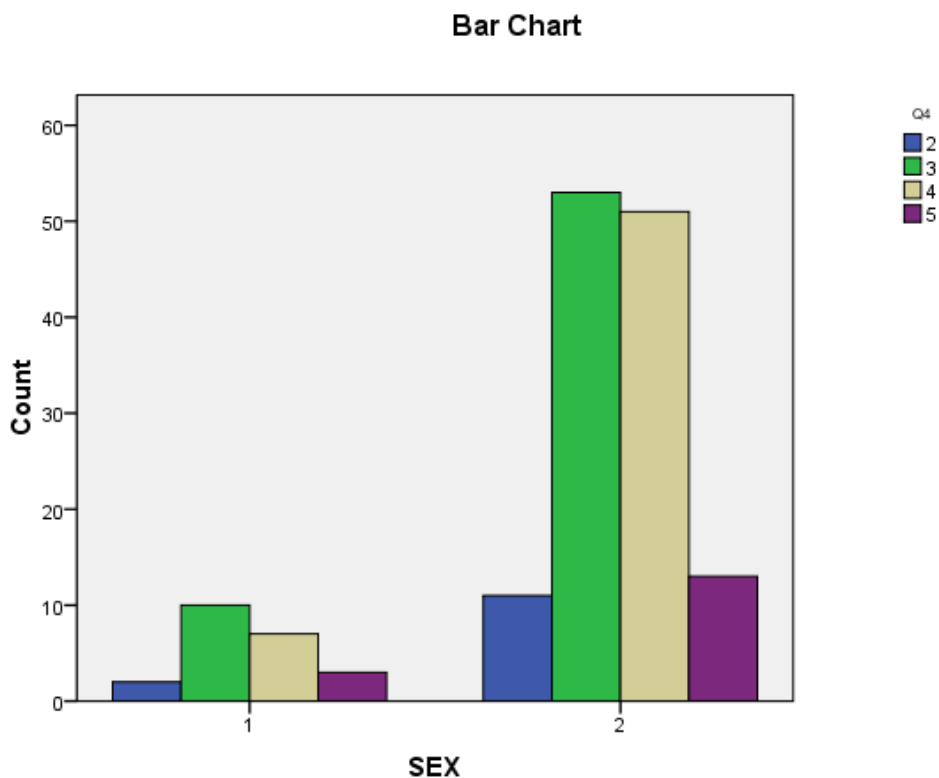


Διάγραμμα 19: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 3 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 4 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=0,604$, β.ε.=3, $P=0.895$).

			Q4				
			2	3	4	5	Total
SEX	1	Count	2	10	7	3	22
		% within SEX	9,1%	45,5%	31,8%	13,6%	100,0%
		% within Q4	15,4%	15,9%	12,1%	18,8%	14,7%
SEX	2	Count	11	53	51	13	128
		% within SEX	8,6%	41,4%	39,8%	10,2%	100,0%
		% within Q4	84,6%	84,1%	87,9%	81,2%	85,3%
Total	Total	Count	13	63	58	16	150
		% within SEX	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%
		% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 20: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 κατά φύλο.

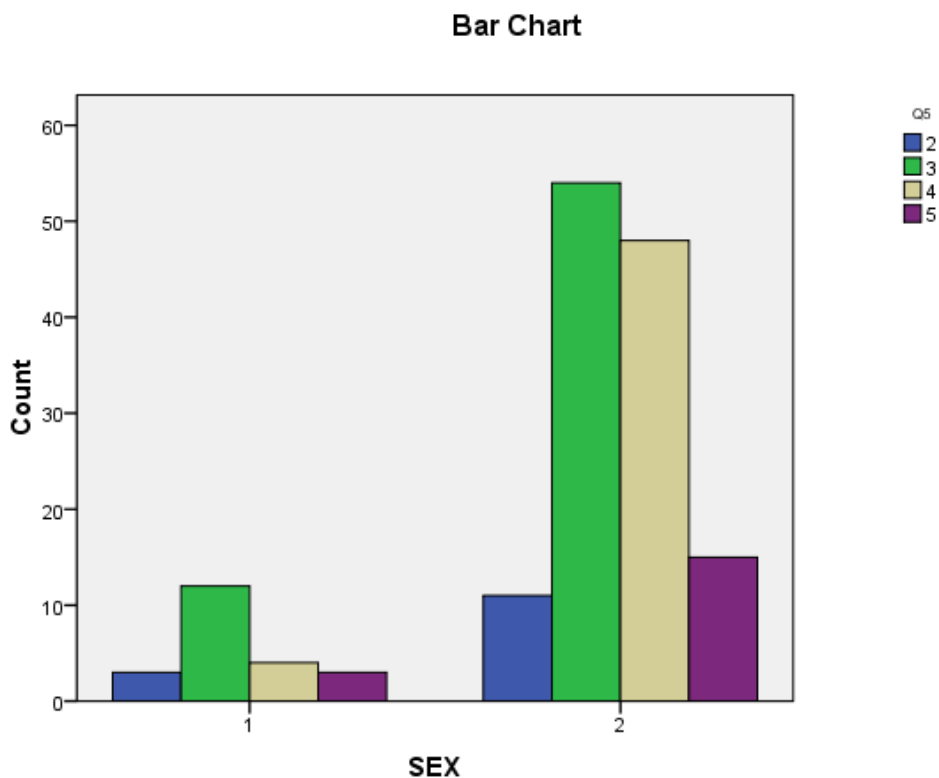


Διάγραμμα 20: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 4 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,242$, β.ε.=3, P=0.356).

		Q5				
		2	3	4	5	Total
SEX 1	Count	3	12	4	3	22
	% within SEX	13,6%	54,5%	18,2%	13,6%	100,0%
	% within Q5	21,4%	18,2%	7,7%	16,7%	14,7%
2	Count	11	54	48	15	128
	% within SEX	8,6%	42,2%	37,5%	11,7%	100,0%
	% within Q5	78,6%	81,8%	92,3%	83,3%	85,3%
Total	Count	14	66	52	18	150
	% within SEX	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%
	% within Q5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 21: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 κατά φύλο.

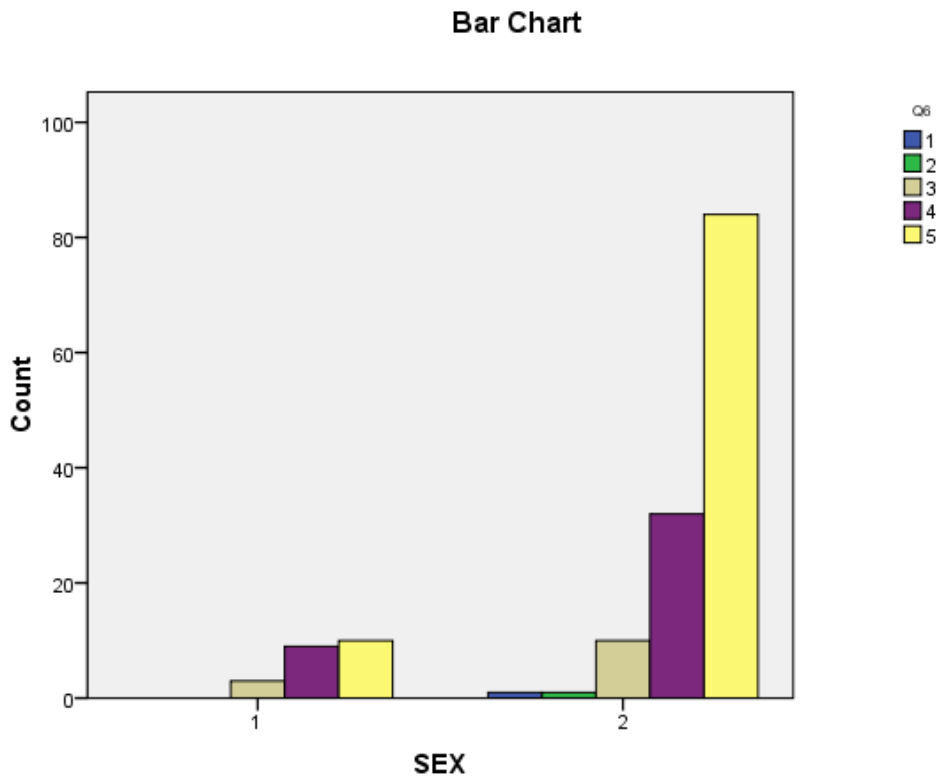


Διάγραμμα 21: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 6 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,036$, β.ε.=4, $P=0.401$).

		Q6					Total
		1	2	3	4	5	
SEX 1	Count	0	0	3	9	10	22
	% within SEX	,0%	,0%	13,6%	40,9%	45,5%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	23,1%	22,0%	10,6%	14,7%
2	Count	1	1	10	32	84	128
	% within SEX	,8%	,8%	7,8%	25,0%	65,6%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	76,9%	78,0%	89,4%	85,3%
Total	Count	1	1	13	41	94	150
	% within SEX	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 22: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 κατά φύλο.

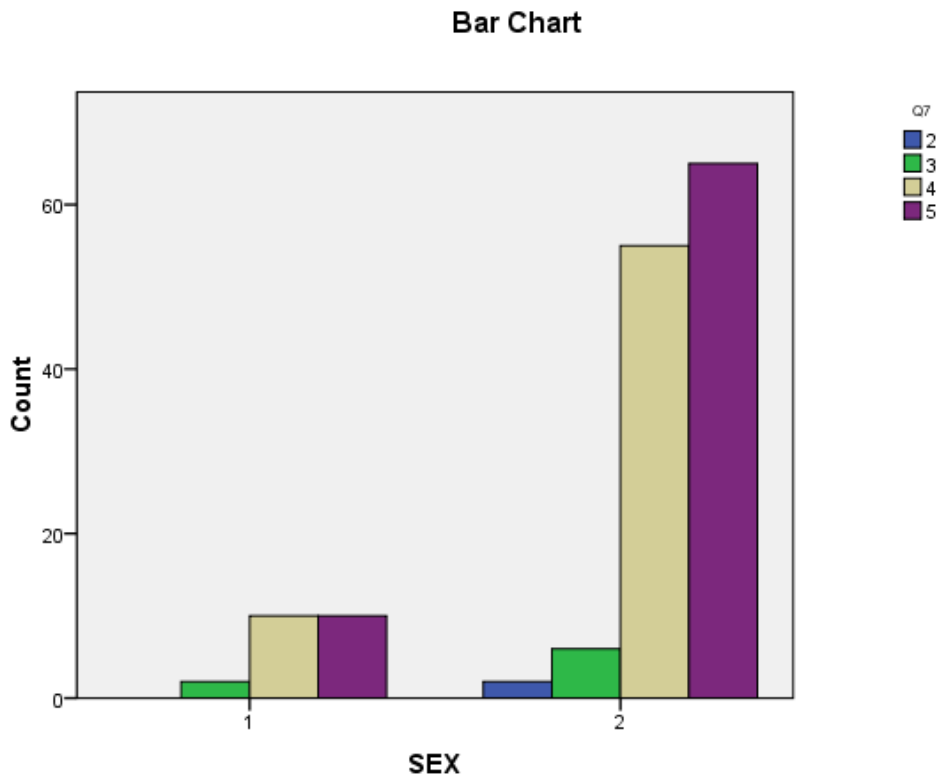


Διάγραμμα 22: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 7 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1,1607$, β.ε.=3, P=0.763).

		Q7				
		2	3	4	5	Total
SEX 1	Count	0	2	10	10	22
	% within SEX	,0%	9,1%	45,5%	45,5%	100,0%
	% within Q7	,0%	25,0%	15,4%	13,3%	14,7%
2	Count	2	6	55	65	128
	% within SEX	1,6%	4,7%	43,0%	50,8%	100,0%
	% within Q7	100,0%	75,0%	84,6%	86,7%	85,3%
Total	Count	2	8	65	75	150
	% within SEX	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%
	% within Q7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 23: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 κατά φύλο.

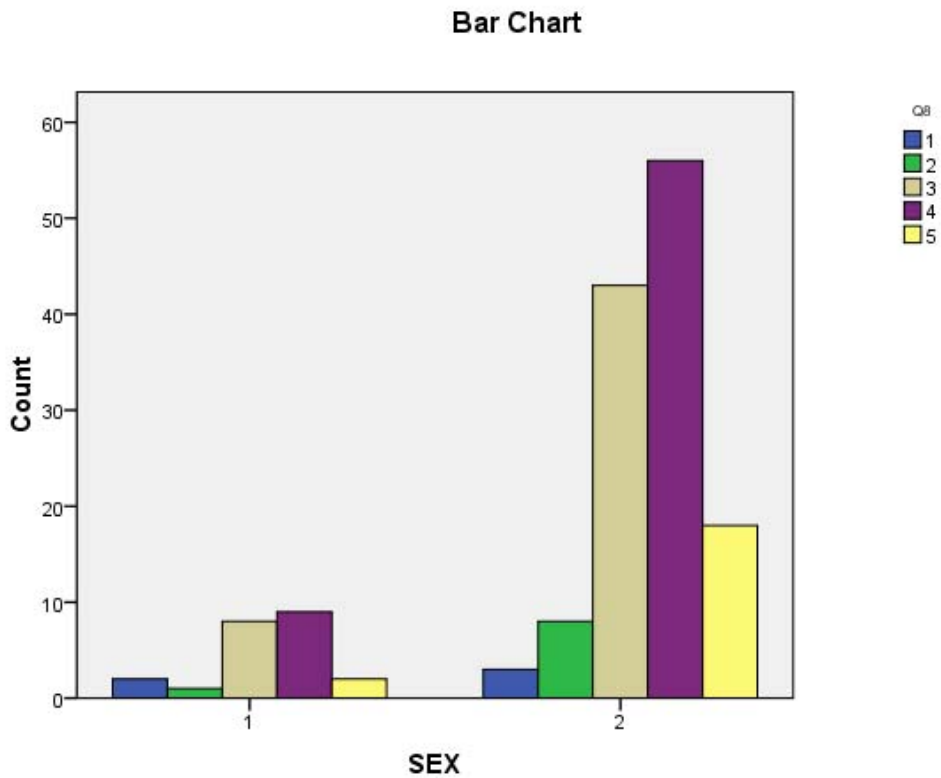


Διάγραμμα 23: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 8 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=3,080$, β.ε.=4, P=0.545).

		Q8					Total
		1	2	3	4	5	
SEX 1	Count	2	1	8	9	2	22
	% within SEX	9,1%	4,5%	36,4%	40,9%	9,1%	100,0%
	% within Q8	40,0%	11,1%	15,7%	13,8%	10,0%	14,7%
2	Count	3	8	43	56	18	128
	% within SEX	2,3%	6,2%	33,6%	43,8%	14,1%	100,0%
	% within Q8	60,0%	88,9%	84,3%	86,2%	90,0%	85,3%
Total	Count	5	9	51	65	20	150
	% within SEX	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%
	% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 24: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 κατά φύλο.

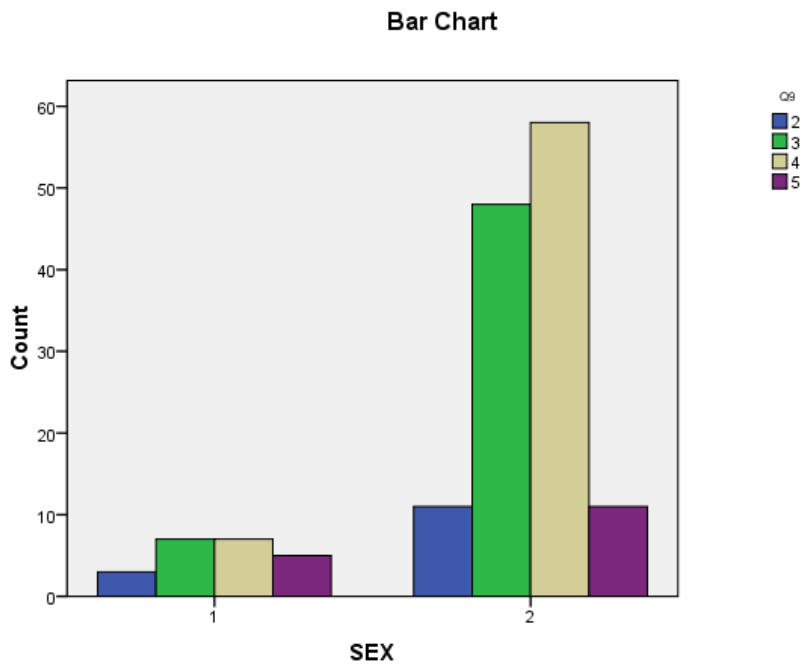


Διάγραμμα 24: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 8 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 9 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,981$, β.ε.=3, $P=0.173$).

			Q9				
			2	3	4	5	Total
SEX	1	Count	3	7	7	5	22
		% within SEX	13,6%	31,8%	31,8%	22,7%	100,0%
		% within Q9	21,4%	12,7%	10,8%	31,2%	14,7%
SEX	2	Count	11	48	58	11	128
		% within SEX	8,6%	37,5%	45,3%	8,6%	100,0%
		% within Q9	78,6%	87,3%	89,2%	68,8%	85,3%
Total	Count	Count	14	55	65	16	150
		% within SEX	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%
		% within Q9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 25: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 κατά φύλο.

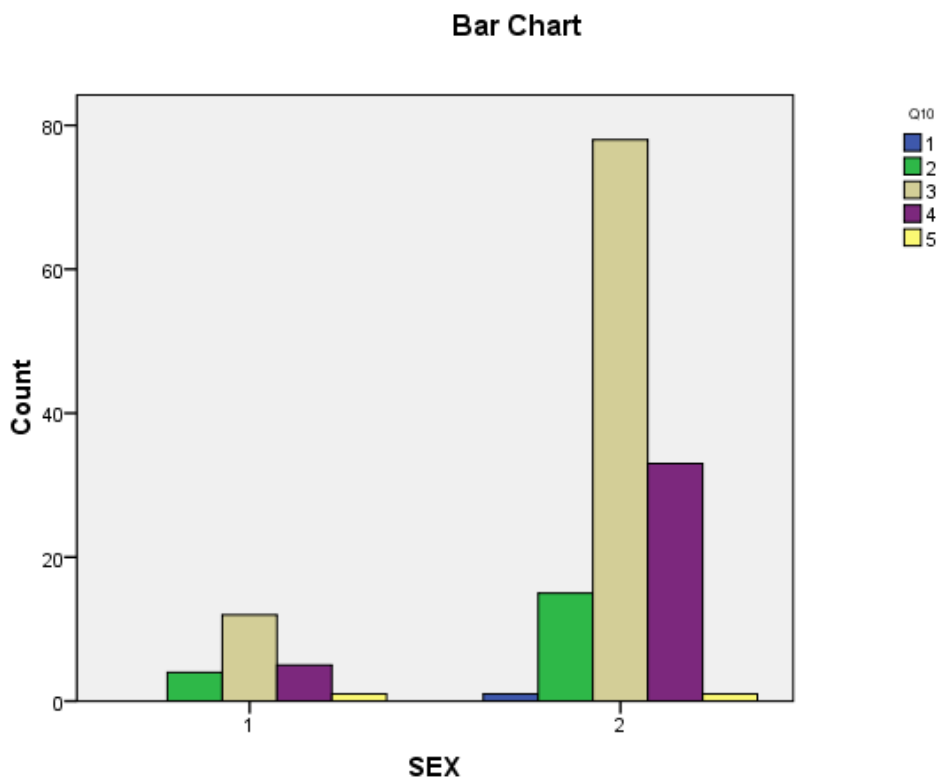


Διάγραμμα 25: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 9 κατά φύλο.

Η σχέση του φύλου με την απάντηση στο ερώτημα 10 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=2,983$, β.ε.=4, P=0.561).

			Q10					Total
			1	2	3	4	5	
SEX	1	Count	0	4	12	5	1	22
		% within SEX	,0%	18,2%	54,5%	22,7%	4,5%	100,0%
		% within Q10	,0%	21,1%	13,3%	13,2%	50,0%	14,7%
SEX	2	Count	1	15	78	33	1	128
		% within SEX	,8%	11,7%	60,9%	25,8%	,8%	100,0%
		% within Q10	100,0%	78,9%	86,7%	86,8%	50,0%	85,3%
Total		Count	1	19	90	38	2	150
		% within SEX	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%
		% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 26: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 κατά φύλο.



Διάγραμμα 26: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 κατά φύλο.

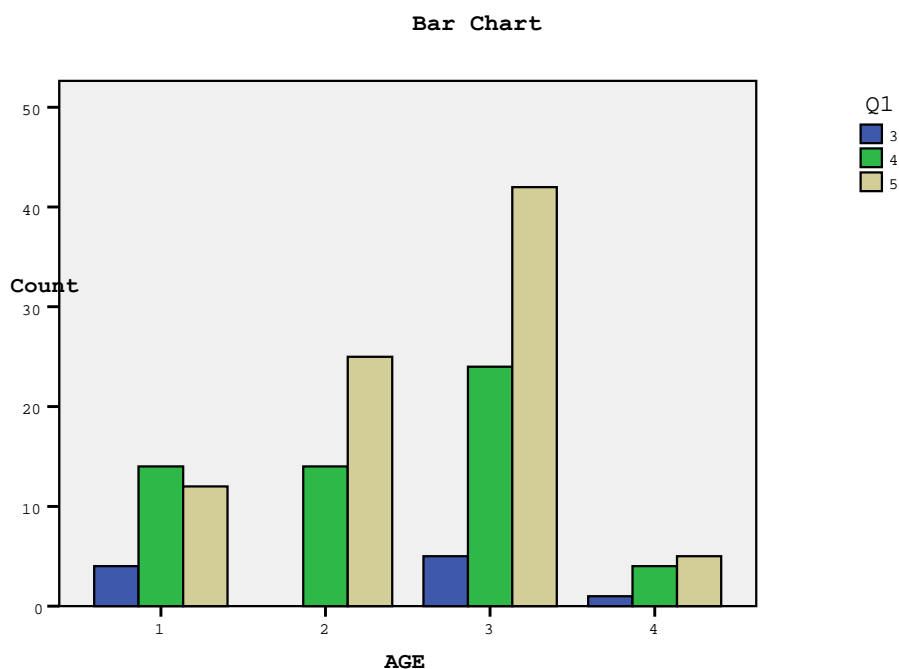
ΚΛΙΝΙΚΗ	χ^2	β.ε.	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	7.358	2	0.025	*NAI*
Q2	5.210	2	0.074	OXI
Q3	1.036	4	0.904	OXI
Q4	0.604	3	0.895	OXI
Q5	3.242	3	0.356	OXI
Q6	4.036	4	0.401	OXI
Q7	1.160	3	0.763	OXI
Q8	3.080	4	0.545	OXI
Q9	4.981	3	0.173	OXI
Q10	2.983	4	0.561	OXI

Πίνακας 27: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 1 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7,778$, β.ε.=6, P=0.225).

			Q1			Total
			3	4	5	3
AGE 1	Count		4	14	12	30
	% within AGE		13,3%	46,7%	40,0%	100,0%
	% within Q1		40,0%	25,0%	14,3%	20,0%
	% of Total		2,7%	9,3%	8,0%	20,0%
2	Count		0	14	25	39
	% within AGE		,0%	35,9%	64,1%	100,0%
	% within Q1		,0%	25,0%	29,8%	26,0%
	% of Total		,0%	9,3%	16,7%	26,0%
3	Count		5	24	42	71
	% within AGE		7,0%	33,8%	59,2%	100,0%
	% within Q1		50,0%	42,9%	50,0%	47,3%
	% of Total		3,3%	16,0%	28,0%	47,3%
4	Count		1	4	5	10
	% within AGE		10,0%	40,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1		10,0%	7,1%	6,0%	6,7%
	% of Total		,7%	2,7%	3,3%	6,7%
Total	Count		10	56	84	150
	% within AGE		6,7%	37,3%	56,0%	100,0%
	% within Q1		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		6,7%	37,3%	56,0%	100,0%

Πίνακας 28: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 κατά ηλικία των ερωτηθέντων

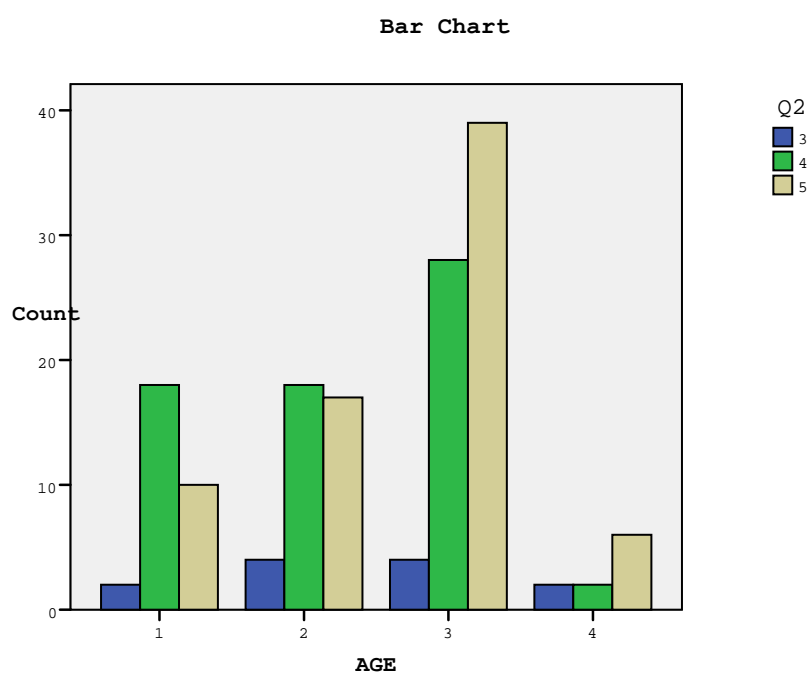


Διάγραμμα 28: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,556$, β.ε.=6, P=0.200).

			Q2			Total
			3	4	5	3
AGE	1	Count	2	18	10	30
		% within AGE	6,7%	60,0%	33,3%	100,0%
		% within Q2	16,7%	27,3%	13,9%	20,0%
		% of Total	1,3%	12,0%	6,7%	20,0%
	2	Count	4	18	17	39
		% within AGE	10,3%	46,2%	43,6%	100,0%
		% within Q2	33,3%	27,3%	23,6%	26,0%
		% of Total	2,7%	12,0%	11,3%	26,0%
	3	Count	4	28	39	71
		% within AGE	5,6%	39,4%	54,9%	100,0%
		% within Q2	33,3%	42,4%	54,2%	47,3%
		% of Total	2,7%	18,7%	26,0%	47,3%
4	Count	2	2	6	10	
	% within AGE	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%	
	% within Q2	16,7%	3,0%	8,3%	6,7%	
	% of Total	1,3%	1,3%	4,0%	6,7%	
Total	Count	12	66	72	150	
	% within AGE	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%	
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%	

Πίνακας 29: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

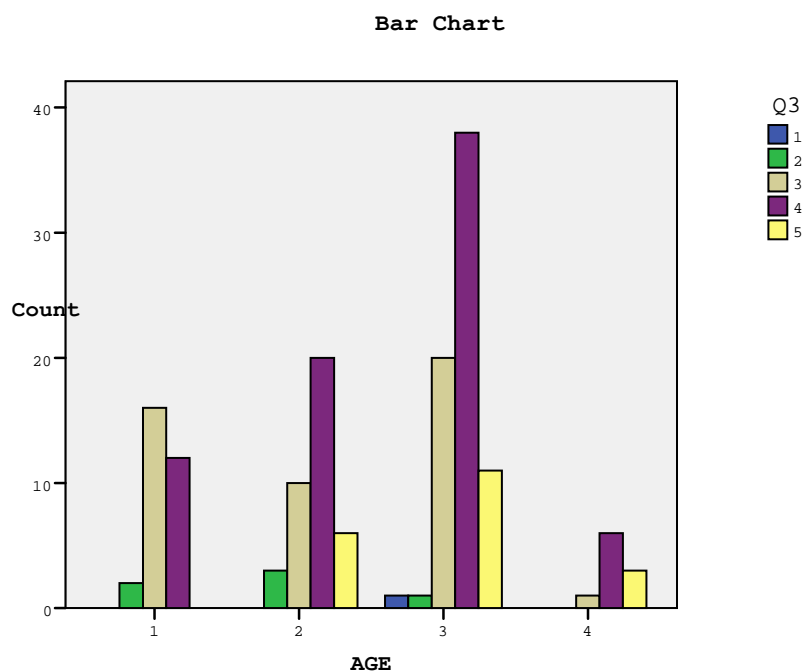


Διάγραμμα 29: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 2 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 3 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=18,702$, β.ε.=12, P=0.096).

			Q3					Total
			1	2	3	4	5	1
AGE	1	Count	0	2	16	12	0	30
		% within AGE	,0%	6,7%	53,3%	40,0%	,0%	100,0%
		% within Q3	,0%	33,3%	34,0%	15,8%	,0%	20,0%
		% of Total	,0%	1,3%	10,7%	8,0%	,0%	20,0%
	2	Count	0	3	10	20	6	39
		% within AGE	,0%	7,7%	25,6%	51,3%	15,4%	100,0%
		% within Q3	,0%	50,0%	21,3%	26,3%	30,0%	26,0%
		% of Total	,0%	2,0%	6,7%	13,3%	4,0%	26,0%
	3	Count	1	1	20	38	11	71
		% within AGE	1,4%	1,4%	28,2%	53,5%	15,5%	100,0%
		% within Q3	100,0%	16,7%	42,6%	50,0%	55,0%	47,3%
		% of Total	,7%	,7%	13,3%	25,3%	7,3%	47,3%
4	Count	0	0	1	6	3	10	
	% within AGE	,0%	,0%	10,0%	60,0%	30,0%	100,0%	
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	7,9%	15,0%	6,7%	
	% of Total	,0%	,0%	,7%	4,0%	2,0%	6,7%	
Total	Count	1	6	47	76	20	150	
	% within AGE	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%	
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%	

Πίνακας 30: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.



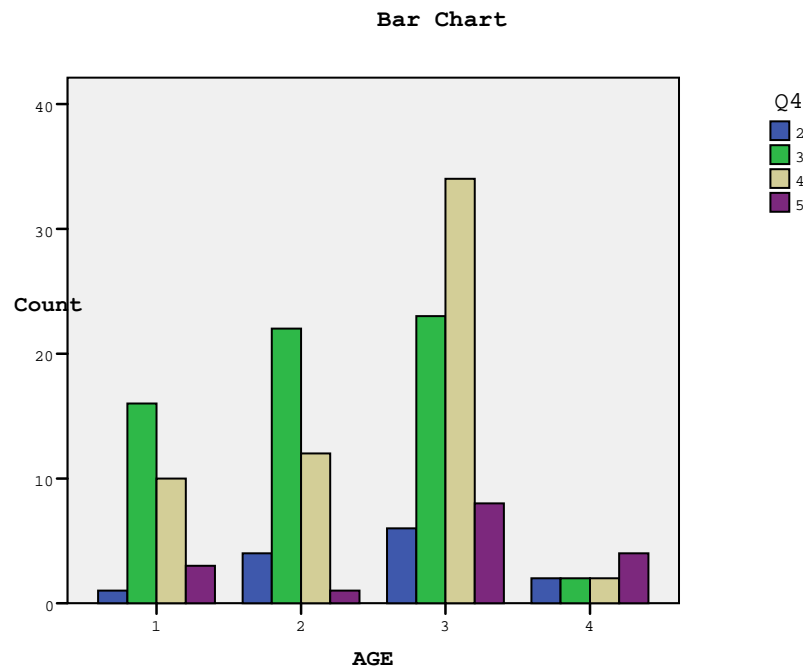
Διάγραμμα 30: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 3 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 4 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=21,958$, β.ε.=9, P=0.009).

		Q4				Total	
		2	3	4	5	2	
AGE	1	Count	1	16	10	3	30
		% within AGE	3,3%	53,3%	33,3%	10,0%	100,0%
		% within Q4	7,7%	25,4%	17,2%	18,8%	20,0%
		% of Total	,7%	10,7%	6,7%	2,0%	20,0%
	2	Count	4	22	12	1	39
		% within AGE	10,3%	56,4%	30,8%	2,6%	100,0%
		% within Q4	30,8%	34,9%	20,7%	6,3%	26,0%
		% of Total	2,7%	14,7%	8,0%	,7%	26,0%
	3	Count	6	23	34	8	71
		% within AGE	8,5%	32,4%	47,9%	11,3%	100,0%
		% within Q4	46,2%	36,5%	58,6%	50,0%	47,3%
		% of Total	4,0%	15,3%	22,7%	5,3%	47,3%
4	Count	2	2	2	4	10	
	% within AGE	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%	
	% within Q4	15,4%	3,2%	3,4%	25,0%	6,7%	
	% of Total	1,3%	1,3%	1,3%	2,7%	6,7%	
Total	Count	13	63	58	16	150	
	% within AGE	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%	
	% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

% of Total	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%
------------	------	-------	-------	-------	--------

Πίνακας 31: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 31: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

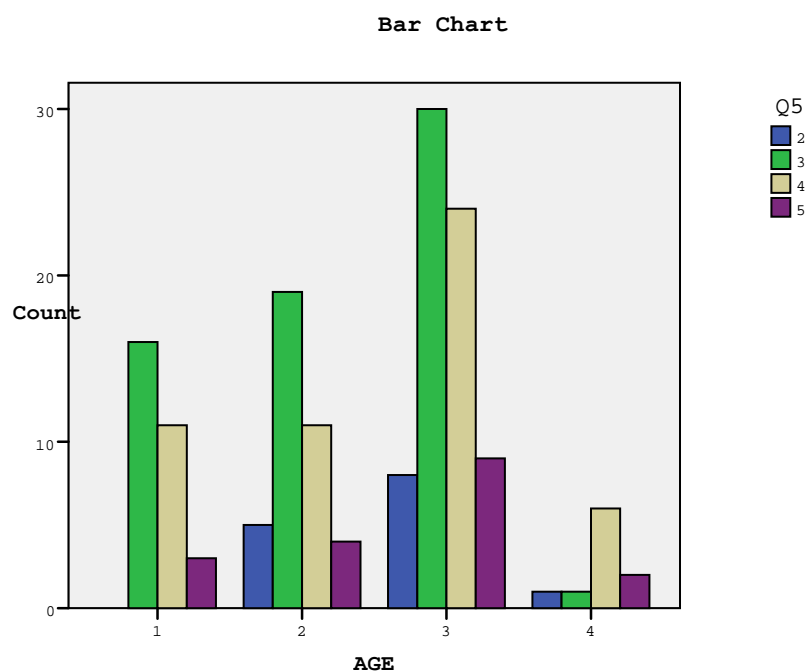
Οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων διαχωρίζονται σε: 1=20-25έτη, 2=26-35έτη, 3=36-45έτη, 4=56-65έτη. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Από τη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 1 την απάντηση 3 έδωσε το 53,3% , την απάντηση 4 το 33,3%, και την απάντηση 5 το 10%. Στην ηλικιακή ομάδα 2 την απάντηση 2 έδωσε το 10,3%, την απάντηση 3 το 56,4%, την απάντηση 4 το 30,8% και την απάντηση 5 το 2,6%. Στην ηλικιακή ομάδα 3 απάντηση 2 έδωσε το 8,2%, απάντηση 3 το 32,4%, την απάντηση 4 το 47,9% και την απάντηση 5 το 11,3%. Στην ηλικιακή ομάδα 4 απάντηση 2 έδωσε το 20%, την απάντηση 3 έδωσε το 20%, την απάντηση 4 έδωσε το 20% και την απάντηση 5 έδωσε το 40%.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10,195$, β.ε.=9, P=0.335).

			Q5				Total
			2	3	4	5	2
AGE	1	Count	0	16	11	3	30
		% within AGE	,0%	53,3%	36,7%	10,0%	100,0%
		% within Q5	,0%	24,2%	21,2%	16,7%	20,0%
		% of Total	,0%	10,7%	7,3%	2,0%	20,0%
2	Count	5	19	11	4	39	
	% within AGE	12,8%	48,7%	28,2%	10,3%	100,0%	
	% within Q5	35,7%	28,8%	21,2%	22,2%	26,0%	
	% of Total	3,3%	12,7%	7,3%	2,7%	26,0%	
3	Count	8	30	24	9	71	
	% within AGE	11,3%	42,3%	33,8%	12,7%	100,0%	

4	% within Q5	57,1%	45,5%	46,2%	50,0%	47,3%
	% of Total	5,3%	20,0%	16,0%	6,0%	47,3%
	Count	1	1	6	2	10
	% within AGE	10,0%	10,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Total	% within Q5	7,1%	1,5%	11,5%	11,1%	6,7%
	% of Total	,7%	,7%	4,0%	1,3%	6,7%
	Count	14	66	52	18	150
	% within AGE	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%
	% within Q5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%

Πίνακας 32: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.



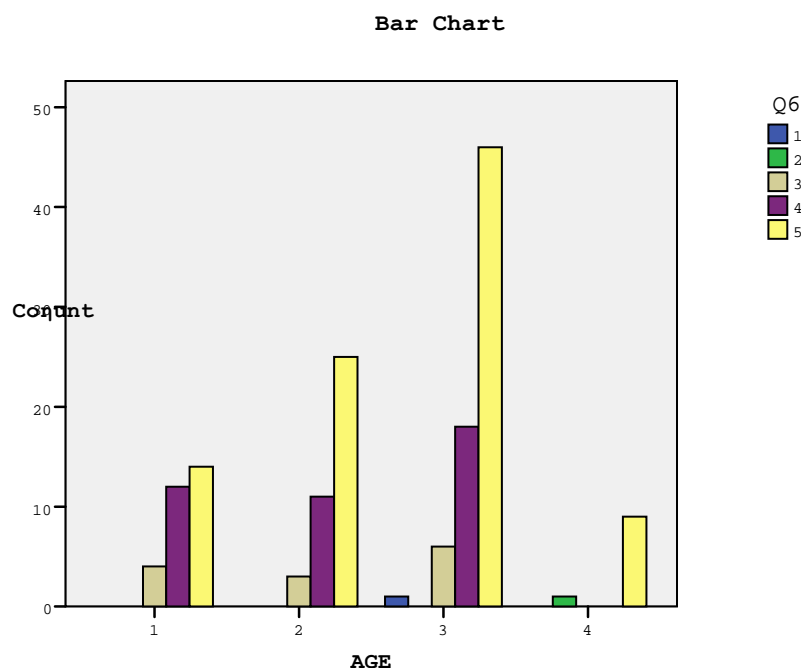
Διάγραμμα 32: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 6 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=23,868$, β.ε.=12, P=0.021).

			Q6					Total
			1	2	3	4	5	1
AGE	1	Count	0	0	4	12	14	30
		% within AGE	,0%	,0%	13,3%	40,0%	46,7%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	30,8%	29,3%	14,9%	20,0%
		% of Total	,0%	,0%	2,7%	8,0%	9,3%	20,0%
2	2	Count	0	0	3	11	25	39
		% within AGE	,0%	,0%	7,7%	28,2%	64,1%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	23,1%	26,8%	26,6%	26,0%
		% of Total	,0%	,0%	2,7%	8,0%	9,3%	20,0%

3	% of Total	,0%	,0%	2,0%	7,3%	16,7%	26,0%
	Count	1	0	6	18	46	71
	% within AGE	1,4%	,0%	8,5%	25,4%	64,8%	100,0%
	% within Q6	100,0%	,0%	46,2%	43,9%	48,9%	47,3%
4	% of Total	,7%	,0%	4,0%	12,0%	30,7%	47,3%
	Count	0	1	0	0	9	10
	% within AGE	,0%	10,0%	,0%	,0%	90,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	100,0%	,0%	,0%	9,6%	6,7%
Total	% of Total	,0%	,7%	,0%	,0%	6,0%	6,7%
	Count	1	1	13	41	94	150
	% within AGE	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%

Πίνακας 33: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 33: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων διαχωρίζονται σε: 1=20-25έτη, 2=26-35έτη, 3=36-45έτη, 4=56-65έτη. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Από τη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 1 οι απαντήσεις κυμαίνονται από την 3-5 με ανάλογα ποσοστά:

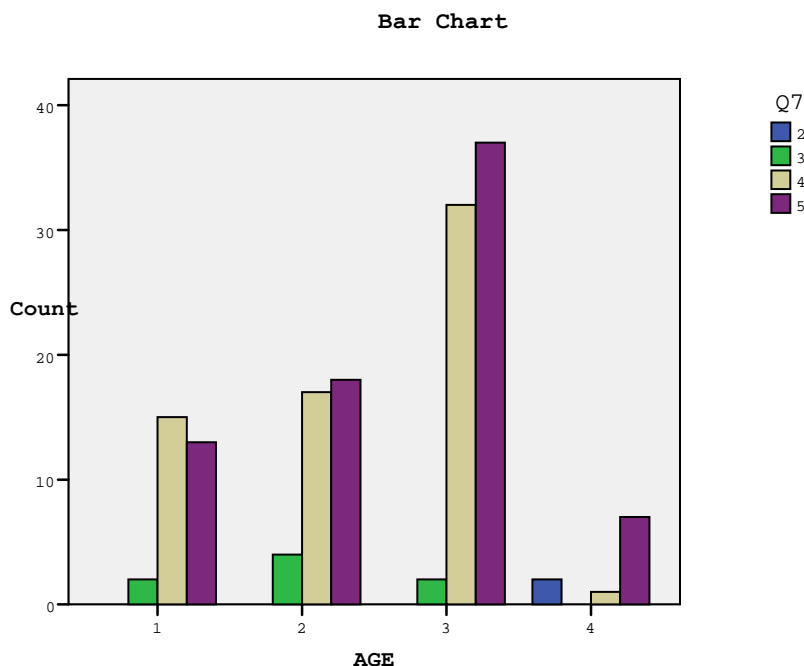
3=13.3%, 4=40% και 5=46.7%. Στην ηλικιακή ομάδα 2 οι απαντήσεις κυμαίνονται από 3-5 με ανάλογα ποσοστά: 3=7.7%, 4=28.2% και 5=64.1%. Στην ηλικιακή ομάδα 3 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: απάντηση 1=1.4%, 3=8.5%, 4=25.4%, 5=64.8%. Στην ηλικιακή ομάδα 4 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 2=10%, 5=90%.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 7 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=35,416$, β.ε.=9, $P<0.001$).

	Q7	Total
--	----	-------

			2	3	4	5	2
AGE 1	Count		0	2	15	13	30
	% within AGE		,0%	6,7%	50,0%	43,3%	100,0%
	% within Q7		,0%	25,0%	23,1%	17,3%	20,0%
	% of Total		,0%	1,3%	10,0%	8,7%	20,0%
2	Count		0	4	17	18	39
	% within AGE		,0%	10,3%	43,6%	46,2%	100,0%
	% within Q7		,0%	50,0%	26,2%	24,0%	26,0%
	% of Total		,0%	2,7%	11,3%	12,0%	26,0%
3	Count		0	2	32	37	71
	% within AGE		,0%	2,8%	45,1%	52,1%	100,0%
	% within Q7		,0%	25,0%	49,2%	49,3%	47,3%
	% of Total		,0%	1,3%	21,3%	24,7%	47,3%
4	Count		2	0	1	7	10
	% within AGE		20,0%	,0%	10,0%	70,0%	100,0%
	% within Q7		100,0%	,0%	1,5%	9,3%	6,7%
	% of Total		1,3%	,0%	,7%	4,7%	6,7%
Total	Count		2	8	65	75	150
	% within AGE		1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%
	% within Q7		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%

Πίνακας 34: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

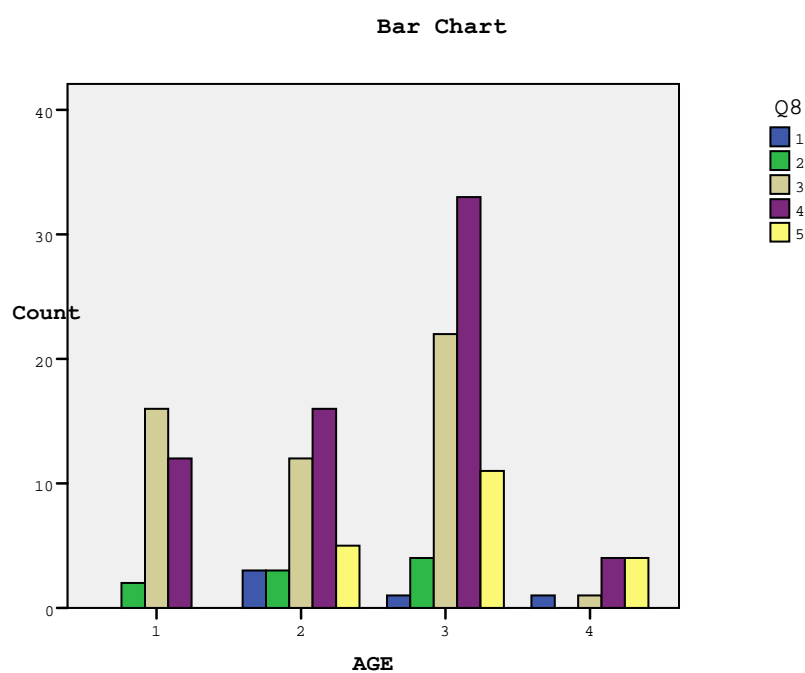


Διάγραμμα 34: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 κατά ηλικία των ερωτηθέντων. Οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων διαχωρίζονται σε: 1=20-25έτη, 2=26-35έτη, 3=36-45έτη, 4=56-65έτη. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε: 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Από τη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 1 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 3=6.7%, 4=50%, 5=43.3%. Στην ηλικιακή ομάδα 2 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 3=10.3%, 4=43.6%, 5=46.2%. Στην ηλικιακή ομάδα 3 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 3=2.8%, 4=45.1%, 5=52.1%. Στην ηλικιακή ομάδα 4 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 2=20%, 4=10%, 5=70%.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 8 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=21,373$, β.ε.=12, P=0.045).

			Q8					Total
			1	2	3	4	5	1
AGE	1	Count	0	2	16	12	0	30
		% within AGE	,0%	6,7%	53,3%	40,0%	,0%	100,0%
		% within Q8	,0%	22,2%	31,4%	18,5%	,0%	20,0%
		% of Total	,0%	1,3%	10,7%	8,0%	,0%	20,0%
	2	Count	3	3	12	16	5	39
		% within AGE	7,7%	7,7%	30,8%	41,0%	12,8%	100,0%
		% within Q8	60,0%	33,3%	23,5%	24,6%	25,0%	26,0%
		% of Total	2,0%	2,0%	8,0%	10,7%	3,3%	26,0%
	3	Count	1	4	22	33	11	71
		% within AGE	1,4%	5,6%	31,0%	46,5%	15,5%	100,0%
		% within Q8	20,0%	44,4%	43,1%	50,8%	55,0%	47,3%
		% of Total	,7%	2,7%	14,7%	22,0%	7,3%	47,3%
4	Count	1	0	1	4	4	10	
	% within AGE	10,0%	,0%	10,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
	% within Q8	20,0%	,0%	2,0%	6,2%	20,0%	6,7%	
	% of Total	,7%	,0%	,7%	2,7%	2,7%	6,7%	
Total	Count	5	9	51	65	20	150	
	% within AGE	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%	
	% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%	

Πίνακας 35: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

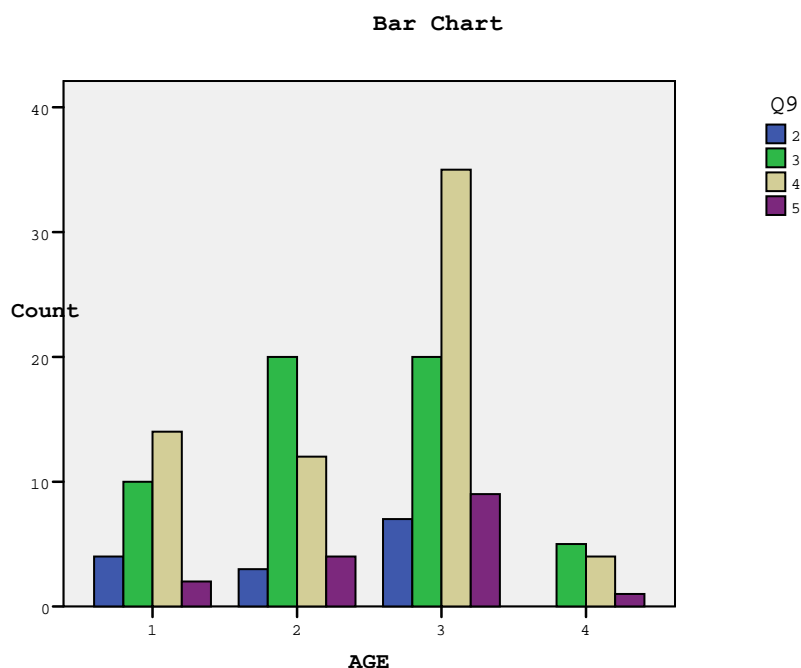


Διάγραμμα 35: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 8 κατά ηλικία των ερωτηθέντων. Οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων διαχωρίζονται σε: 1=20-25έτη, 2=26-35έτη, 3=36-45έτη, 4=56-65έτη. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε: 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Από τη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 1 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 2=6.7%, 3=53.3%, 4=40%. Στην ηλικιακή ομάδα 2 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 1=7.7%, 2=7.7%, 3=30.8%, 4=41%, 5=12.8%. Στην ηλικιακή ομάδα 3 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 1=1.4%, 2=5.6%, 3=31%, 4=46.5%, 5=15.5%. Στην ηλικιακή ομάδα 4 οι απαντήσεις που δόθηκαν με τα ανάλογα ποσοστά είναι: 1=10%, 3=10%, 4=40%, 5=40%.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 9 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,662$, β.ε.=9, P=0.469).

			Q9				Total
			2	3	4	5	2
AGE	1	Count	4	10	14	2	30
		% within AGE	13,3%	33,3%	46,7%	6,7%	100,0%
		% within Q9	28,6%	18,2%	21,5%	12,5%	20,0%
		% of Total	2,7%	6,7%	9,3%	1,3%	20,0%
	2	Count	3	20	12	4	39
		% within AGE	7,7%	51,3%	30,8%	10,3%	100,0%
		% within Q9	21,4%	36,4%	18,5%	25,0%	26,0%
		% of Total	2,0%	13,3%	8,0%	2,7%	26,0%
	3	Count	7	20	35	9	71
		% within AGE	9,9%	28,2%	49,3%	12,7%	100,0%
		% within Q9	50,0%	36,4%	53,8%	56,3%	47,3%
		% of Total	4,7%	13,3%	23,3%	6,0%	47,3%
4	Count	0	5	4	1	10	
	% within AGE	,0%	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%	
	% within Q9	,0%	9,1%	6,2%	6,3%	6,7%	
	% of Total	,0%	3,3%	2,7%	,7%	6,7%	
Total	Count	14	55	65	16	150	
	% within AGE	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%	
	% within Q9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%	

Πίνακας 36: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

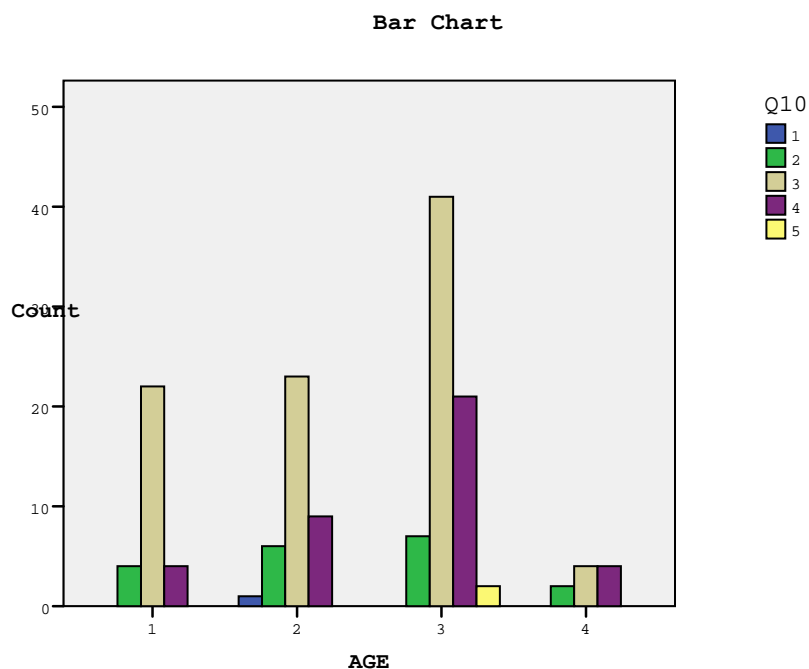


Διάγραμμα 36: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 9 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

Η σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την απάντηση στο ερώτημα 10 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10,936$, β.ε.=12, P=0.534).

			Q10					Total
			1	2	3	4	5	1
AGE	1	Count	0	4	22	4	0	30
		% within AGE	,0%	13,3%	73,3%	13,3%	,0%	100,0%
		% within Q10	,0%	21,1%	24,4%	10,5%	,0%	20,0%
	2	Count	1	6	23	9	0	39
		% within AGE	2,6%	15,4%	59,0%	23,1%	,0%	100,0%
		% within Q10	100,0%	31,6%	25,6%	23,7%	,0%	26,0%
	3	Count	0	7	41	21	2	71
		% within AGE	,0%	9,9%	57,7%	29,6%	2,8%	100,0%
		% within Q10	,0%	36,8%	45,6%	55,3%	100,0%	47,3%
	4	Count	0	2	4	4	0	10
		% within AGE	,0%	20,0%	40,0%	40,0%	,0%	100,0%
		% within Q10	,0%	10,5%	4,4%	10,5%	,0%	6,7%
Total	Count	1	19	90	38	2	150	
	% within AGE	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%	
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%	

Πίνακας 37: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.



Διάγραμμα 37: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 κατά ηλικία των ερωτηθέντων.

ΗΛΙΚΙΑ	χ^2	β.ε.	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	7.778	6	0.255	OXI
Q2	8.556	6	0.200	OXI
Q3	18.702	12	0.096	OXI
Q4	21.958	9	0.009	*NAI*
Q5	10.195	9	0.335	OXI
Q6	23.868	12	0.021	*NAI*
Q7	35.416	9	<0.001	*NAI*
Q8	21.373	12	0.045	*NAI*
Q9	8.662	9	0.469	OXI
Q10	10.936	12	0.534	OXI

Πίνακας 38: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 1 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=64.724$, β.ε.=54, P=0.151).

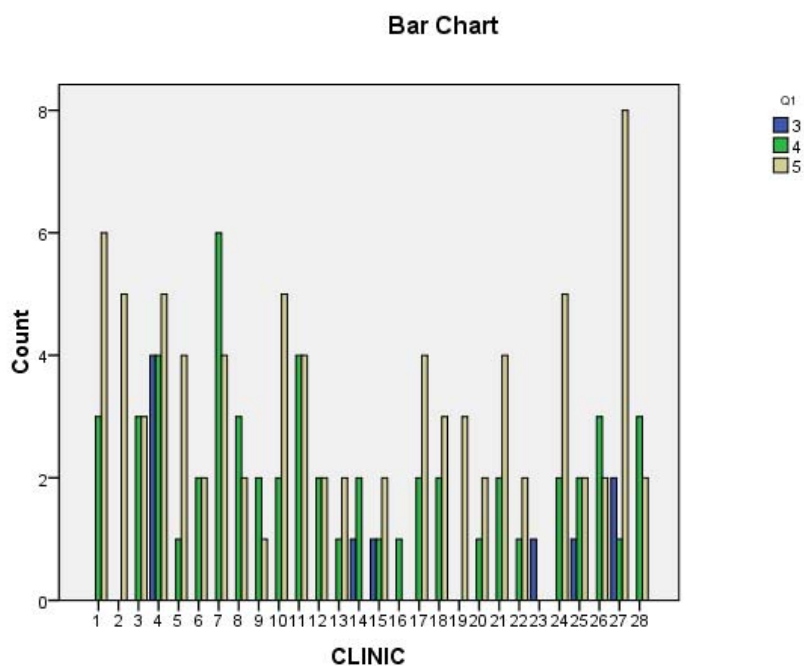
		Q1				
		3	4	5	Total	
CLINIC	1	Count	0	3	6	9

	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	5,4%	7,1%	6,0%
2	Count	0	0	5	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	,0%	6,0%	3,3%
3	Count	0	3	3	6
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	5,4%	3,6%	4,0%
4	Count	4	4	5	13
	% within CLINIC	30,8%	30,8%	38,5%	100,0%
	% within Q1	40,0%	7,1%	6,0%	8,7%
5	Count	0	1	4	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	1,8%	4,8%	3,3%
6	Count	0	2	2	4
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	2,4%	2,7%
7	Count	0	6	4	10
	% within CLINIC	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	10,7%	4,8%	6,7%
8	Count	0	3	2	5
	% within CLINIC	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	5,4%	2,4%	3,3%
9	Count	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	1,2%	2,0%
10	Count	0	2	5	7
	% within CLINIC	,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	6,0%	4,7%
11	Count	0	4	4	8
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	7,1%	4,8%	5,3%
12	Count	0	2	2	4

	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	2,4%	2,7%
13	Count	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	1,8%	2,4%	2,0%
14	Count	1	2	0	3
	% within CLINIC	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q1	10,0%	3,6%	,0%	2,0%
15	Count	1	1	2	4
	% within CLINIC	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% within Q1	10,0%	1,8%	2,4%	2,7%
16	Count	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	1,8%	,0%	,7%
17	Count	0	2	4	6
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	4,8%	4,0%
18	Count	0	2	3	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	3,6%	3,3%
19	Count	0	0	3	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	,0%	3,6%	2,0%
20	Count	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	1,8%	2,4%	2,0%
21	Count	0	2	4	6
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	4,8%	4,0%
22	Count	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	1,8%	2,4%	2,0%
23	Count	1	0	0	1

	% within CLINIC	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q1	10,0%	,0%	,0%	,7%
24	Count	0	2	5	7
	% within CLINIC	,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	% within Q1	,0%	3,6%	6,0%	4,7%
25	Count	1	2	2	5
	% within CLINIC	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% within Q1	10,0%	3,6%	2,4%	3,3%
26	Count	0	3	2	5
	% within CLINIC	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	5,4%	2,4%	3,3%
27	Count	2	1	8	11
	% within CLINIC	18,2%	9,1%	72,7%	100,0%
	% within Q1	20,0%	1,8%	9,5%	7,3%
28	Count	0	3	2	5
	% within CLINIC	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	5,4%	2,4%	3,3%
Total	Count	10	56	84	150
	% within CLINIC	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%
	% within Q1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 39: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά κλινική.



Διάγραμμα 39: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά κλινική.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=68.192$, β.ε.=54, P=0.093).

			Q2			
			3	4	5	Total
CLINIC	1	Count	0	4	5	9
		% within CLINIC	,0%	44,4%	55,6%	100,0%
		% within Q2	,0%	6,1%	6,9%	6,0%
	2	Count	0	2	3	5
		% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Q2	,0%	3,0%	4,2%	3,3%
	3	Count	0	2	4	6
		% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Q2	,0%	3,0%	5,6%	4,0%
4	Count	4	3	6	13	
	% within CLINIC	30,8%	23,1%	46,2%	100,0%	
	% within Q2	33,3%	4,5%	8,3%	8,7%	
5	Count	0	4	1	5	
	% within CLINIC	,0%	80,0%	20,0%	100,0%	
	% within Q2	,0%	6,1%	1,1%	7,2%	

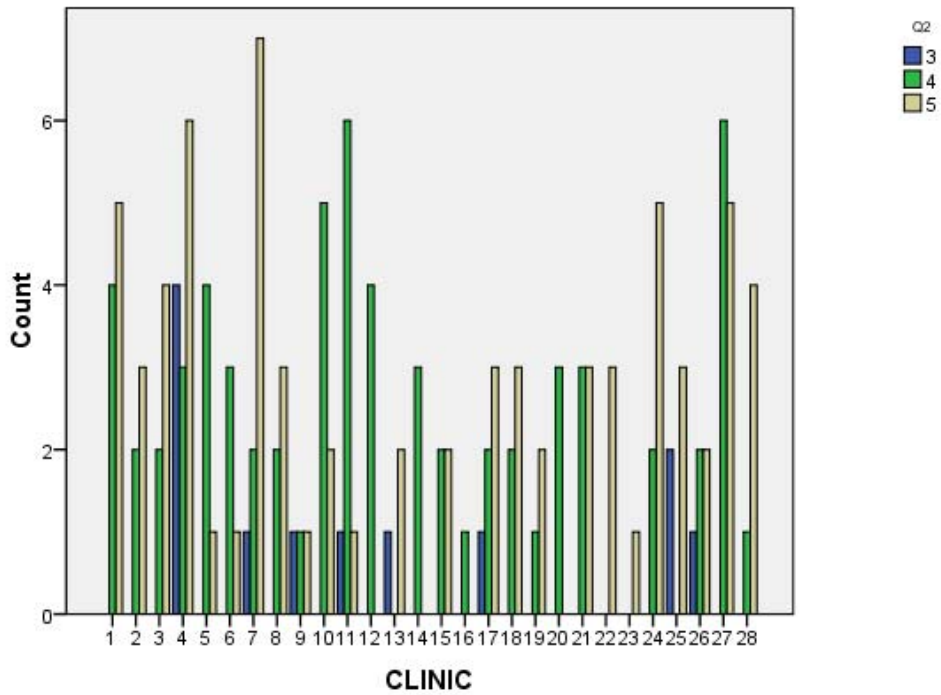
	% within CLINIC	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	6,1%	1,4%	3,3%
6	Count	0	3	1	4
	% within CLINIC	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	4,5%	1,4%	2,7%
7	Count	1	2	7	10
	% within CLINIC	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%
	% within Q2	8,3%	3,0%	9,7%	6,7%
8	Count	0	2	3	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	3,0%	4,2%	3,3%
9	Count	1	1	1	3
	% within CLINIC	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q2	8,3%	1,5%	1,4%	2,0%
10	Count	0	5	2	7
	% within CLINIC	,0%	71,4%	28,6%	100,0%
	% within Q2	,0%	7,6%	2,8%	4,7%
11	Count	1	6	1	8
	% within CLINIC	12,5%	75,0%	12,5%	100,0%
	% within Q2	8,3%	9,1%	1,4%	5,3%
12	Count	0	4	0	4
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	6,1%	,0%	2,7%
13	Count	1	0	2	3
	% within CLINIC	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
	% within Q2	8,3%	,0%	2,8%	2,0%
14	Count	0	3	0	3
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	4,5%	,0%	2,0%
15	Count	0	2	2	4
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	3,0%	2,8%	2,7%
16	Count	0	1	0	1

	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	1,5%	,0%	,7%
17	Count	1	2	3	6
	% within CLINIC	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	% within Q2	8,3%	3,0%	4,2%	4,0%
18	Count	0	2	3	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	3,0%	4,2%	3,3%
19	Count	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q2	,0%	1,5%	2,8%	2,0%
20	Count	0	3	0	3
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	4,5%	,0%	2,0%
21	Count	0	3	3	6
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	4,5%	4,2%	4,0%
22	Count	0	0	3	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	,0%	4,2%	2,0%
23	Count	0	0	1	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	,0%	1,4%	,7%
24	Count	0	2	5	7
	% within CLINIC	,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	% within Q2	,0%	3,0%	6,9%	4,7%
25	Count	2	0	3	5
	% within CLINIC	40,0%	,0%	60,0%	100,0%
	% within Q2	16,7%	,0%	4,2%	3,3%
26	Count	1	2	2	5
	% within CLINIC	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% within Q2	8,3%	3,0%	2,8%	3,3%
27	Count	0	6	5	11

	% within CLINIC	,0%	54,5%	45,5%	100,0%
	% within Q2	,0%	9,1%	6,9%	7,3%
28	Count	0	1	4	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Q2	,0%	1,5%	5,6%	3,3%
Total	Count	12	66	72	150
	% within CLINIC	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 40: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά κλινική.

Bar Chart



Διάγραμμα 40: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά κλινική.

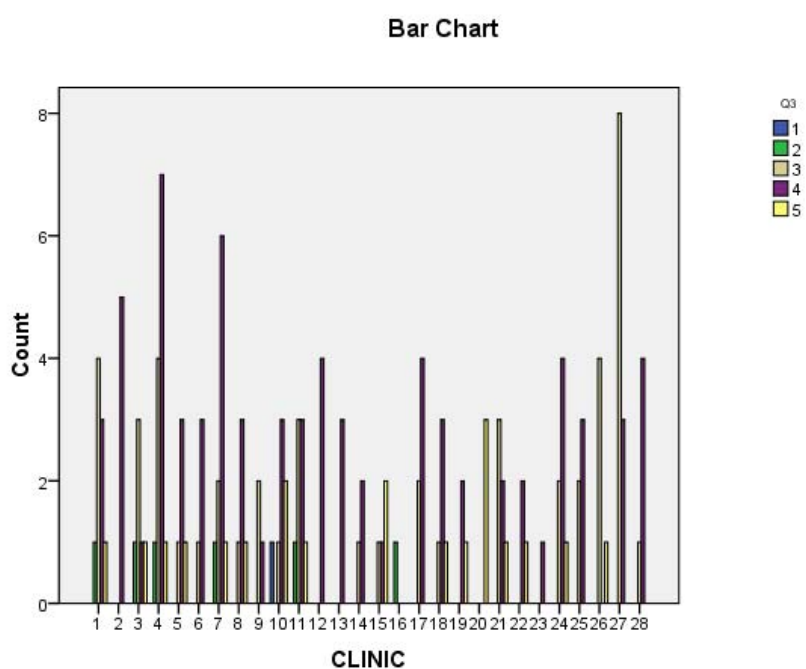
Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 3 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1.26$, β.ε.=108, P=0.112).

		Q3					Total
		1	2	3	4	5	
CLINIC 1	Count	0	1	4	3	1	9
	% within CLINIC	,0%	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	8,5%	3,9%	5,0%	6,0%
2	Count	0	0	0	5	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	6,6%	,0%	3,3%
3	Count	0	1	3	1	1	6
	% within CLINIC	,0%	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	6,4%	1,3%	5,0%	4,0%
4	Count	0	1	4	7	1	13
	% within CLINIC	,0%	7,7%	30,8%	53,8%	7,7%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	8,5%	9,2%	5,0%	8,7%
5	Count	0	0	1	3	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	3,9%	5,0%	3,3%
6	Count	0	0	1	3	0	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	3,9%	,0%	2,7%
7	Count	0	1	2	6	1	10
	% within CLINIC	,0%	10,0%	20,0%	60,0%	10,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	4,3%	7,9%	5,0%	6,7%
8	Count	0	0	1	3	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	3,9%	5,0%	3,3%
9	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	4,3%	1,3%	,0%	2,0%
10	Count	1	0	1	3	2	7
	% within CLINIC	14,3%	,0%	14,3%	42,9%	28,6%	100,0%

	% within Q3	100,0%	,0%	2,1%	3,9%	10,0%	4,7%
11	Count	0	1	3	3	1	8
	% within CLINIC	,0%	12,5%	37,5%	37,5%	12,5%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	6,4%	3,9%	5,0%	5,3%
12	Count	0	0	0	4	0	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	5,3%	,0%	2,7%
13	Count	0	0	0	3	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	3,9%	,0%	2,0%
14	Count	0	0	1	2	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	2,6%	,0%	2,0%
15	Count	0	0	1	1	2	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	1,3%	10,0%	2,7%
16	Count	0	1	0	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%	,7%
17	Count	0	0	2	4	0	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	4,3%	5,3%	,0%	4,0%
18	Count	0	0	1	3	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	3,9%	5,0%	3,3%
19	Count	0	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	2,6%	5,0%	2,0%
20	Count	0	0	0	0	3	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	,0%	15,0%	2,0%
21	Count	0	0	3	2	1	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%

	% within Q3	,0%	,0%	6,4%	2,6%	5,0%	4,0%
22	Count	0	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	2,6%	5,0%	2,0%
23	Count	0	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	1,3%	,0%	,7%
24	Count	0	0	2	4	1	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	4,3%	5,3%	5,0%	4,7%
25	Count	0	0	2	3	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	4,3%	3,9%	,0%	3,3%
26	Count	0	0	4	0	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	8,5%	,0%	5,0%	3,3%
27	Count	0	0	8	3	0	11
	% within CLINIC	,0%	,0%	72,7%	27,3%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	17,0%	3,9%	,0%	7,3%
28	Count	0	0	1	4	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	5,3%	,0%	3,3%
Tot	Count	1	6	47	76	20	150
al	% within CLINIC	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 41: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά κλινική.



Διάγραμμα 41: Διαγραμματικά απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά κλινική.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 4 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1.095$, β.ε.=81, P=0.019).

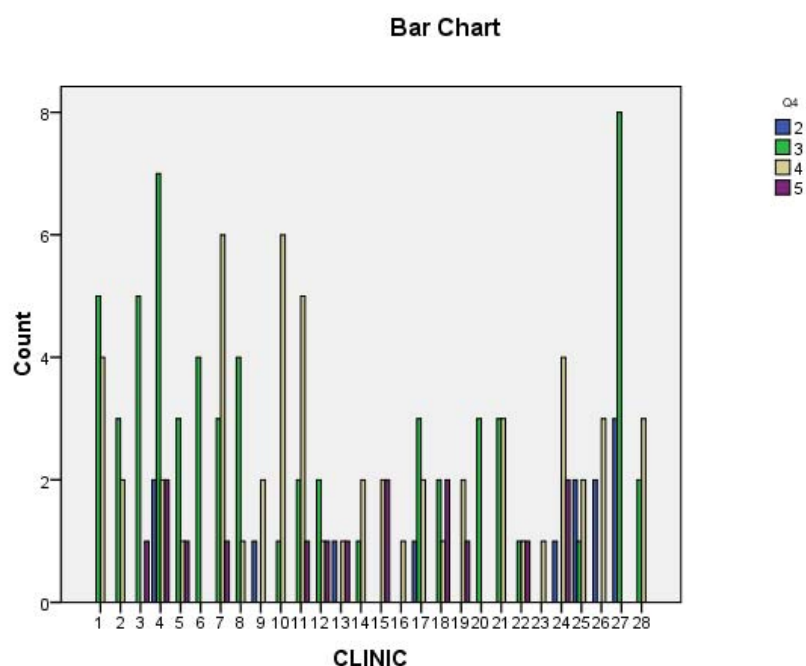
			Q4				Total
			2	3	4	5	
CLINIC	1	Count	0	5	4	0	9
		% within CLINIC	,0%	55,6%	44,4%	,0%	100,0%
		% within Q4	,0%	7,9%	6,9%	,0%	6,0%
2	Count	0	3	2	0	5	
	% within CLINIC	,0%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%	
	% within Q4	,0%	4,8%	3,4%	,0%	3,3%	
3	Count	0	5	0	1	6	
	% within CLINIC	,0%	83,3%	,0%	16,7%	100,0%	
	% within Q4	,0%	7,9%	,0%	6,2%	4,0%	
4	Count	2	7	2	2	13	
	% within CLINIC	15,4%	53,8%	15,4%	15,4%	100,0%	
	% within Q4	15,4%	11,1%	3,4%	12,5%	8,7%	
5	Count	0	3	1	1	5	

	% within CLINIC	,0%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	4,8%	1,7%	6,2%	3,3%
6	Count	0	4	0	0	4
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	6,3%	,0%	,0%	2,7%
7	Count	0	3	6	1	10
	% within CLINIC	,0%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	4,8%	10,3%	6,2%	6,7%
8	Count	0	4	1	0	5
	% within CLINIC	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	6,3%	1,7%	,0%	3,3%
9	Count	1	0	2	0	3
	% within CLINIC	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q4	7,7%	,0%	3,4%	,0%	2,0%
10	Count	0	1	6	0	7
	% within CLINIC	,0%	14,3%	85,7%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	1,6%	10,3%	,0%	4,7%
11	Count	0	2	5	1	8
	% within CLINIC	,0%	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
	% within Q4	,0%	3,2%	8,6%	6,2%	5,3%
12	Count	0	2	1	1	4
	% within CLINIC	,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	3,2%	1,7%	6,2%	2,7%
13	Count	1	0	1	1	3
	% within CLINIC	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q4	7,7%	,0%	1,7%	6,2%	2,0%
14	Count	0	1	2	0	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	1,6%	3,4%	,0%	2,0%
15	Count	0	0	2	2	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	,0%	3,4%	12,5%	2,7%
16	Count	0	0	1	0	1

	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	,0%	1,7%	,0%	,7%
17	Count	1	3	2	0	6
	% within CLINIC	16,7%	50,0%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q4	7,7%	4,8%	3,4%	,0%	4,0%
18	Count	0	2	1	2	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	3,2%	1,7%	12,5%	3,3%
19	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q4	,0%	,0%	3,4%	6,2%	2,0%
20	Count	0	3	0	0	3
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	4,8%	,0%	,0%	2,0%
21	Count	0	3	3	0	6
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	4,8%	5,2%	,0%	4,0%
22	Count	0	1	1	1	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q4	,0%	1,6%	1,7%	6,2%	2,0%
23	Count	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	,0%	1,7%	,0%	,7%
24	Count	1	0	4	2	7
	% within CLINIC	14,3%	,0%	57,1%	28,6%	100,0%
	% within Q4	7,7%	,0%	6,9%	12,5%	4,7%
25	Count	2	1	2	0	5
	% within CLINIC	40,0%	20,0%	40,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	15,4%	1,6%	3,4%	,0%	3,3%
26	Count	2	0	3	0	5
	% within CLINIC	40,0%	,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	15,4%	,0%	5,2%	,0%	3,3%
27	Count	3	8	0	0	11

	% within CLINIC	27,3%	72,7%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	23,1%	12,7%	,0%	,0%	7,3%
28	Count	0	2	3	0	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	3,2%	5,2%	,0%	3,3%
Total Count		13	63	58	16	150
	% within CLINIC	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%
	% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 42: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά κλινική.



Διάγραμμα 42: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά κλινική. Στη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Ο διαχωρισμός των κλινικών γίνεται με αρίθμηση κατά αύξοντα αριθμό από 1-28. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στη ΠΟΓΚ όπου την ερώτηση 3 απάντησε το 55.6% και την ερώτηση 4 το 44.4%. Το 2 αντιστοιχεί στη ΜΣΦΠ όπου απάντησε 3 έδωσε το 60% και 4 το 40%. Το 3 αντιστοιχεί στη Καρδιολογική κλινική όπου απάντησε 3 έδωσε το 83.3% και 5 το 16.7%. Ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στα ΤΕΠ όπου απάντησε 2 έδωσε το 15.4%, την 3 το 53.8%, την 4 το 15.4% και την 5 το 15.4%. Ο αριθμός 5 αντιστοιχεί στη Παθολογική Γ όπου απάντησε 3 έδωσε το 60%, 4 το 20% και 5 το 20%. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στη Παθολογική Α όπου απάντησε 3 έδωσε το 100%. Ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στη Νευρολογική κλινική όπου απάντησε 3 έδωσε το 30%, 4 το 60%, και 5 το 10%. Ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στη Πνευμονολογική κλινική που απάντησε 3 έδωσε το 80% και 4 το 20%. Ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στη Δερματολογική κλινική όπου απάντησε 2 έδωσε το 33.3% και 4 το 66.7%. Ο αριθμός 10 αντιστοιχεί στη Γαστρεντερολογική κλινική όπου απάντησε 3 έδωσε το 1.6% και 4 το 10.3%. Ο αριθμός 11 αντιστοιχεί στη ΧΟΓΚ κλινική όπου απάντησε 3 έδωσε το 25%, 4 το 62.5%, 5 το 12.5%. Ο αριθμός 12 αντιστοιχεί στην Ουρολογική κλινική όπου απάντησε 3 έδωσε το 50% την 4 το 25% και την 5 το 25%. Ο αριθμός 13 αντιστοιχεί στη Παιδοχειρουργική κλινική όπου απάντησε 2 έδωσε το 33.3% την 4 το 33.3% και 5 το 33.3%. Ο αριθμός 14 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Β όπου απάντησε 3 έδωσε το 33.3%, και 4 το 66.7%. Ο αριθμός 15 αντιστοιχεί στη κλινική Χημειοθεραπείας όπου απάντησε 4 έδωσε το 50% και 5 το 50%. Ο αριθμός 16 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Γ όπου απάντησε 4 έδωσε το 100%. Ο αριθμός 17 αντιστοιχεί στην ΟΡΥΛΑ όπου

απάντηση 2 έδωσαν 16.7%, την 3 το 50% και τη 4 το 33.3%. Ο αριθμός 18 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Α όπου απάντηση 3 έδωσε το 40%, 4 το 20% και 5 το 40%. Ο αριθμός 19 αντιστοιχεί στην Οφθαλμολογική κλινική όπου απάντηση 4 έδωσε το 66.7%, και 5 το 33.3%. Ο αριθμός 20 αντιστοιχεί στη Νευροχειρουργική κλινική όπου απάντηση 3 έδωσε το 100%. Ο αριθμός 21 αντιστοιχεί στην Ορθοπαιδική κλινική όπου απάντηση 3 έδωσε το 50% και 4 το 50%. Ο αριθμός 22 αντιστοιχεί στη Γναθοχειρουργική κλινική όπου το 33,3 απάντησε την ερώτηση 3 το 33.3% την 4 και την 5 το 33.3% επίσης. Ο αριθμός 23 αντιστοιχεί στην Παιδοαιματολογική κλινική όπου την 4 απάντηση έδωσε το 100%. Ο αριθμός 24 αντιστοιχεί στη Μαιευτική –Γυναικολογική κλινική όπου την απάντηση 2 έδωσε το 14.3% τη 4 το 57.1% και τη 5 το 28.6%. Ο αριθμός 25 αντιστοιχεί στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού όπου απάντηση 2 έδωσε το 40%, τη 3 έδωσε το 20% και 4 το 40%. Ο αριθμός 26 αντιστοιχεί στη Παιδιατρική κλινική όπου απάντηση 2 έδωσε το 40% και 4 το 60%. Ο αριθμός 27 αντιστοιχεί στα Εξωτερικά Ιατρεία όπου απάντηση 2 έδωσε το 27.3% και 3 το 72.7%. Ο αριθμός 28 αντιστοιχεί στη ΜΕΘ Παίδων όπου απάντηση 3 έδωσε το 40% και 5 το 60%.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=87.814$, β.ε.=81, P=0.283).

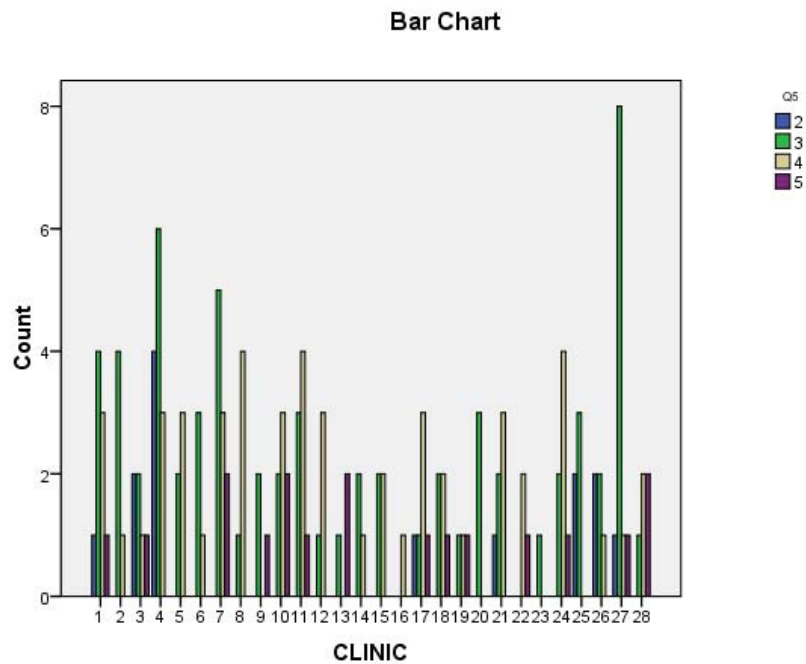
		Q5					
		2	3	4	5	Total	
CLINIC	1	Count	1	4	3	1	9
		% within CLINIC	11,1%	44,4%	33,3%	11,1%	100,0%
		% within Q5	7,1%	6,1%	5,8%	5,6%	6,0%
2	Count	0	4	1	0	5	
	% within CLINIC	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	6,1%	1,9%	,0%	3,3%	
3	Count	2	2	1	1	6	
	% within CLINIC	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%	
	% within Q5	14,3%	3,0%	1,9%	5,6%	4,0%	
4	Count	4	6	3	0	13	
	% within CLINIC	30,8%	46,2%	23,1%	,0%	100,0%	
	% within Q5	28,6%	9,1%	5,8%	,0%	8,7%	
5	Count	0	2	3	0	5	
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	3,0%	5,8%	,0%	3,3%	
6	Count	0	3	1	0	4	
	% within CLINIC	,0%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	4,5%	1,9%	,0%	2,7%	
7	Count	0	5	3	2	10	
	% within CLINIC	,0%	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%	

	% within Q5	,0%	7,6%	5,8%	11,1%	6,7%
8	Count	0	1	4	0	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	7,7%	,0%	3,3%
9	Count	0	2	0	1	3
	% within CLINIC	,0%	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
	% within Q5	,0%	3,0%	,0%	5,6%	2,0%
10	Count	0	2	3	2	7
	% within CLINIC	,0%	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
	% within Q5	,0%	3,0%	5,8%	11,1%	4,7%
11	Count	0	3	4	1	8
	% within CLINIC	,0%	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
	% within Q5	,0%	4,5%	7,7%	5,6%	5,3%
12	Count	0	1	3	0	4
	% within CLINIC	,0%	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	5,8%	,0%	2,7%
13	Count	0	1	0	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	,0%	11,1%	2,0%
14	Count	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	3,0%	1,9%	,0%	2,0%
15	Count	0	2	2	0	4
	% within CLINIC	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	3,0%	3,8%	,0%	2,7%
16	Count	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	,0%	1,9%	,0%	,7%
17	Count	1	1	3	1	6
	% within CLINIC	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	100,0%
	% within Q5	7,1%	1,5%	5,8%	5,6%	4,0%
18	Count	0	2	2	1	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%

	% within Q5	,0%	3,0%	3,8%	5,6%	3,3%
19	Count	0	1	1	1	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	1,9%	5,6%	2,0%
20	Count	0	3	0	0	3
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	4,5%	,0%	,0%	2,0%
21	Count	1	2	3	0	6
	% within CLINIC	16,7%	33,3%	50,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	7,1%	3,0%	5,8%	,0%	4,0%
22	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q5	,0%	,0%	3,8%	5,6%	2,0%
23	Count	0	1	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	,0%	,0%	,7%
24	Count	0	2	4	1	7
	% within CLINIC	,0%	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
	% within Q5	,0%	3,0%	7,7%	5,6%	4,7%
25	Count	2	3	0	0	5
	% within CLINIC	40,0%	60,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	14,3%	4,5%	,0%	,0%	3,3%
26	Count	2	2	1	0	5
	% within CLINIC	40,0%	40,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	14,3%	3,0%	1,9%	,0%	3,3%
27	Count	1	8	1	1	11
	% within CLINIC	9,1%	72,7%	9,1%	9,1%	100,0%
	% within Q5	7,1%	12,1%	1,9%	5,6%	7,3%
28	Count	0	1	2	2	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% within Q5	,0%	1,5%	3,8%	11,1%	3,3%
Total	Count	14	66	52	18	150
	% within CLINIC	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%

	% within Q5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	-------------	--------	--------	--------	--------	--------

Πίνακας 43: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά κλινική.



Διάγραμμα 43: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά κλινική.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 6 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=79.671$, β.ε.=108, P=0.981).

			Q6					Total
			1	2	3	4	5	
CLINIC	1	Count	0	0	2	3	4	9
		% within CLINIC	,0%	,0%	22,2%	33,3%	44,4%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	15,4%	7,3%	4,3%	6,0%
2	Count	0	0	0	0	5	5	
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	,0%	5,3%	3,3%	
3	Count	0	0	1	2	3	6	
	% within CLINIC	,0%	,0%	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%	
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	4,9%	3,2%	4,0%	
4	Count	1	1	3	3	5	13	
	% within CLINIC	7,7%	7,7%	23,1%	23,1%	38,5%	100,0%	

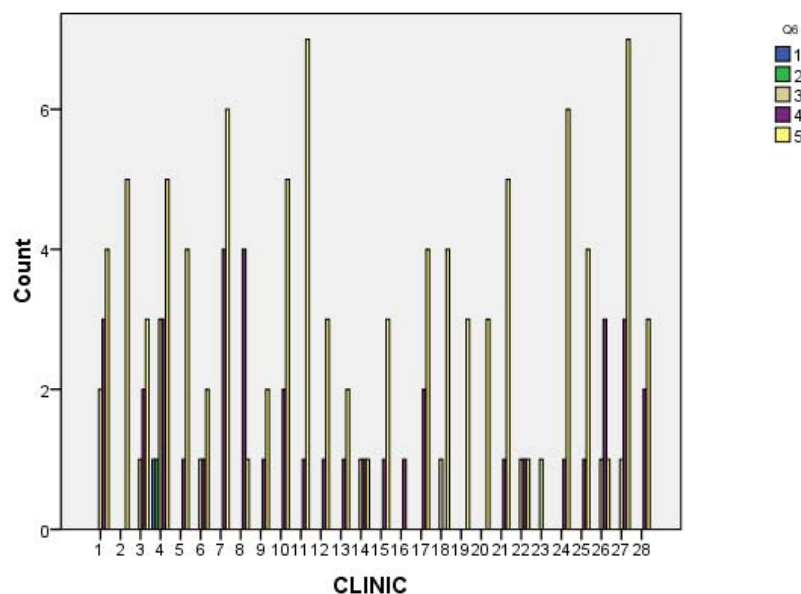
	% within Q6	100,0%	100,0%	23,1%	7,3%	5,3%	8,7%
5	Count	0	0	0	1	4	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	4,3%	3,3%
6	Count	0	0	1	1	2	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	2,4%	2,1%	2,7%
7	Count	0	0	0	4	6	10
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	9,8%	6,4%	6,7%
8	Count	0	0	0	4	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	9,8%	1,1%	3,3%
9	Count	0	0	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	2,1%	2,0%
10	Count	0	0	0	2	5	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	4,9%	5,3%	4,7%
11	Count	0	0	0	1	7	8
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	12,5%	87,5%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	7,4%	5,3%
12	Count	0	0	0	1	3	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	3,2%	2,7%
13	Count	0	0	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	2,1%	2,0%
14	Count	0	0	1	1	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	2,4%	1,1%	2,0%
15	Count	0	0	0	1	3	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%

	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	3,2%	2,7%
16	Count	0	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	,0%	,7%
17	Count	0	0	0	2	4	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	4,9%	4,3%	4,0%
18	Count	0	0	1	0	4	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	,0%	80,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	,0%	4,3%	3,3%
19	Count	0	0	0	0	3	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	2,0%
20	Count	0	0	0	0	3	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	2,0%
21	Count	0	0	0	1	5	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	5,3%	4,0%
22	Count	0	0	1	1	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	2,4%	1,1%	2,0%
23	Count	0	0	1	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	,0%	,0%	,7%
24	Count	0	0	0	1	6	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	14,3%	85,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	6,4%	4,7%
25	Count	0	0	0	1	4	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	4,3%	3,3%
26	Count	0	0	1	3	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%

	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	7,3%	1,1%	3,3%
27	Count	0	0	1	3	7	11
	% within CLINIC	,0%	,0%	9,1%	27,3%	63,6%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	7,3%	7,4%	7,3%
28	Count	0	0	0	2	3	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	4,9%	3,2%	3,3%
Total	Count	1	1	13	41	94	150
	% within CLINIC	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 44: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά κλινική.

Bar Chart



Διάγραμμα 44: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά κλινική. Στη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Οδιαχωρισμός των κλινικών γίνεται με αρίθμηση κατά αύξοντα αριθμό από 1-28. Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στη ΠΟΓΚ όπου την ερώτηση 3 απάντησε το 22.2% και την ερώτηση 4 το 33.3%, και την 5 το 44.4%. Το 2 αντιστοιχεί στη ΜΣΦΠ όπου απάντησε 5 έδωσε 100%. Το 3 αντιστοιχεί στη Καρδιολογική κλινική όπου την 3 απάντησε έδωσε το 16.7% τη 4 το 33.3% και τη 5 το 50%. Ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στα ΤΕΠ όπου απάντησε 1 έδωσε το 7.7%, την 2 το 7.7%, την 3 το 23.1% την 4 το 23.1% και τη 5 το 38.5%. Ο αριθμός 5 αντιστοιχεί στη Παθολογική Γ όπου απάντησε 4 έδωσε το 20%, 5 το 80%. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στη Παθολογική Α όπου απάντησε 3 έδωσε το 25%, 4 το 25% και 5 το 50%. Ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στη Νευρολογική κλινική όπου απάντησε 4 έδωσε το 40%, και 5 το 60%. Ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στη Πνευμονολογική κλινική όπου απάντησε 4 έδωσε το 80% και 5 το 20%. Ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στη Δερματολογική κλινική όπου απάντησε 4 το 33.3% και 5 το 66.7%. Ο αριθμός 10 αντιστοιχεί στη Γαστρεντερολογική κλινική όπου απάντησε 4 έδωσε το 28.6% και 5 το 71.4%. Ο αριθμός 11 αντιστοιχεί στη ΧΟΓΚ κλινική όπου απάντησε 4 έδωσε το 12.5%, 5 το 87.5%. Ο αριθμός 12 αντιστοιχεί στην Ουρολογική κλινική όπου απάντησε 4 έδωσε το 25% και την 5 το 75%. Ο αριθμός 13 αντιστοιχεί στη Παιδοχειρουργική κλινική

όπου απάντηση 4 έδωσε το 33.3% την 5 το 66.7% . Ο αριθμός 14 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Β όπου απάντηση 3 έδωσε το 33.3%, και 4 το 33.3% και 5 το 33.3%. Ο αριθμός 15 αντιστοιχεί στη κλινική Χημειοθεραπείας όπου απάντηση 4 έδωσε το 25% και 5 το 75%. Ο αριθμός 16 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Γ όπου απάντηση 4 έδωσε το 100%. Ο αριθμός 17 αντιστοιχεί στην ΟΡΥΛΑ όπου απάντηση 4 έδωσε το 33.3%, την 5 το 66.7% . Ο αριθμός 18 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Α όπου απάντηση 3 έδωσε το 20%, και 5 το 80%. Ο αριθμός 19 αντιστοιχεί στην Οφθαλμολογική κλινική όπου απάντηση 5 έδωσε το 100%, Ο αριθμός 20 αντιστοιχεί στη Νευροχειρουργική κλινική όπου απάντηση 5 έδωσε το 100%. Ο αριθμός 21 αντιστοιχεί στην Ορθοπεδική κλινική όπου απάντηση 4 έδωσε το 16.7% και 5 το 83.3%. Ο αριθμός 22 αντιστοιχεί στη Γναθοχειρουργική κλινική όπου το 33.3% απάντησε την ερώτηση 3, το 33.3% την 4 και την 5 το 33.3% επίσης. Ο αριθμός 23 αντιστοιχεί στην Παιδοαιματολογική κλινική όπου την 3 απάντηση έδωσε το 100%. Ο αριθμός 24 αντιστοιχεί στη Μαιευτική –Γυναικολογική κλινική όπου την απάντηση 4 έδωσε το 14.3% τη 5 το 85.7%. Ο αριθμός 25 αντιστοιχεί στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού όπου απάντηση 4 έδωσε το 20%, τη 5 έδωσε το 80% . Ο αριθμός 26 αντιστοιχεί στη Παιδιατρική κλινική όπου απάντηση 3 έδωσε το 20% και 4 το 60% και 5 το 20%. Ο αριθμός 27 αντιστοιχεί στα Εξωτερικά Ιατρεία όπου απάντηση 3 έδωσε το 9.1% και 4 το 27.3% και 5 το 63.6%. Ο αριθμός 28 αντιστοιχεί στη ΜΕΘ Παίδων όπου απάντηση 4 έδωσε το 40% και 5 το 60%.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 7 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=94.517$, β.ε.=81, P=0.147).

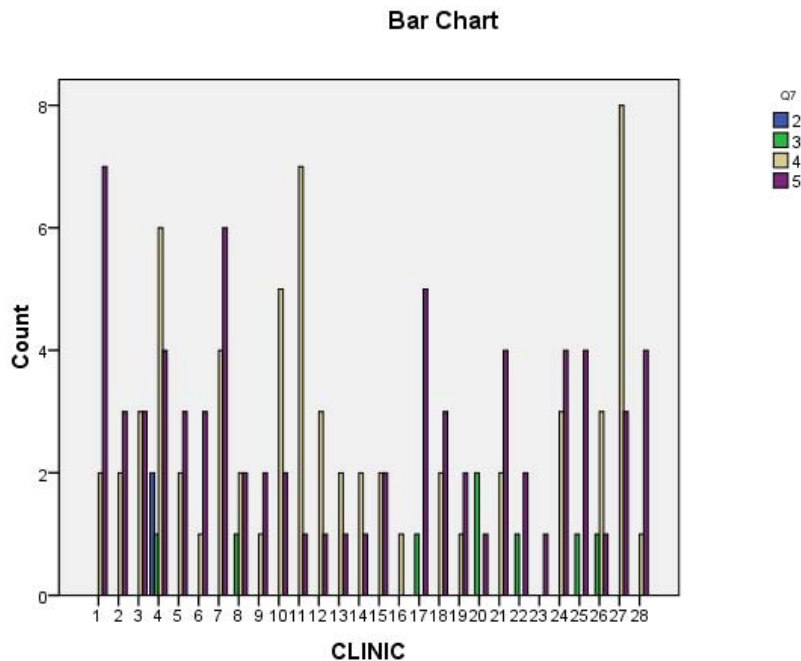
			Q7				
			2	3	4	5	Total
CLINIC	1	Count	0	0	2	7	9
		% within CLINIC	,0%	,0%	22,2%	77,8%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	3,1%	9,3%	6,0%
	2	Count	0	0	2	3	5
		% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	3,1%	4,0%	3,3%
	3	Count	0	0	3	3	6
		% within CLINIC	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	4,6%	4,0%	4,0%
	4	Count	2	1	6	4	13
		% within CLINIC	15,4%	7,7%	46,2%	30,8%	100,0%
		% within Q7	100,0%	12,5%	9,2%	5,3%	8,7%
	5	Count	0	0	2	3	5
		% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	3,1%	4,0%	3,3%
	6	Count	0	0	1	3	4
		% within CLINIC	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	1,5%	4,0%	2,7%

7	Count	0	0	4	6	10
	% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	6,2%	8,0%	6,7%
8	Count	0	1	2	2	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	12,5%	3,1%	2,7%	3,3%
9	Count	0	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	1,5%	2,7%	2,0%
10	Count	0	0	5	2	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	71,4%	28,6%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	7,7%	2,7%	4,7%
11	Count	0	0	7	1	8
	% within CLINIC	,0%	,0%	87,5%	12,5%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	10,8%	1,3%	5,3%
12	Count	0	0	3	1	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	4,6%	1,3%	2,7%
13	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	1,3%	2,0%
14	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	1,3%	2,0%
15	Count	0	0	2	2	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	2,7%	2,7%
16	Count	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%
17	Count	0	1	0	5	6
	% within CLINIC	,0%	16,7%	,0%	83,3%	100,0%
	% within Q7	,0%	12,5%	,0%	6,7%	4,0%

18	Count	0	0	2	3	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	4,0%	3,3%
19	Count	0	0	1	2	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	1,5%	2,7%	2,0%
20	Count	0	2	0	1	3
	% within CLINIC	,0%	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
	% within Q7	,0%	25,0%	,0%	1,3%	2,0%
21	Count	0	0	2	4	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	5,3%	4,0%
22	Count	0	1	0	2	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
	% within Q7	,0%	12,5%	,0%	2,7%	2,0%
23	Count	0	0	0	1	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	,0%	1,3%	,7%
24	Count	0	0	3	4	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	42,9%	57,1%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	4,6%	5,3%	4,7%
25	Count	0	1	0	4	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	,0%	80,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	12,5%	,0%	5,3%	3,3%
26	Count	0	1	3	1	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	12,5%	4,6%	1,3%	3,3%
27	Count	0	0	8	3	11
	% within CLINIC	,0%	,0%	72,7%	27,3%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	12,3%	4,0%	7,3%
28	Count	0	0	1	4	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	1,5%	5,3%	3,3%

Total	Count	2	8	65	75	150
	% within CLINIC	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%
	% within Q7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 45: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά κλινική.



Διάγραμμα 45: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά κλινική.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 8 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1.192$, β.ε.=108, P=0.216).

		Q8					Total
		1	2	3	4	5	
CLINIC 1	Count	0	2	3	3	1	9
	% within CLINIC	,0%	22,2%	33,3%	33,3%	11,1%	100,0%
	% within Q8	,0%	22,2%	5,9%	4,6%	5,0%	6,0%
2	Count	0	0	1	4	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	6,2%	,0%	3,3%
3	Count	0	2	2	1	1	6
	% within CLINIC	,0%	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%
	% within Q8	,0%	22,2%	3,9%	1,5%	5,0%	4,0%

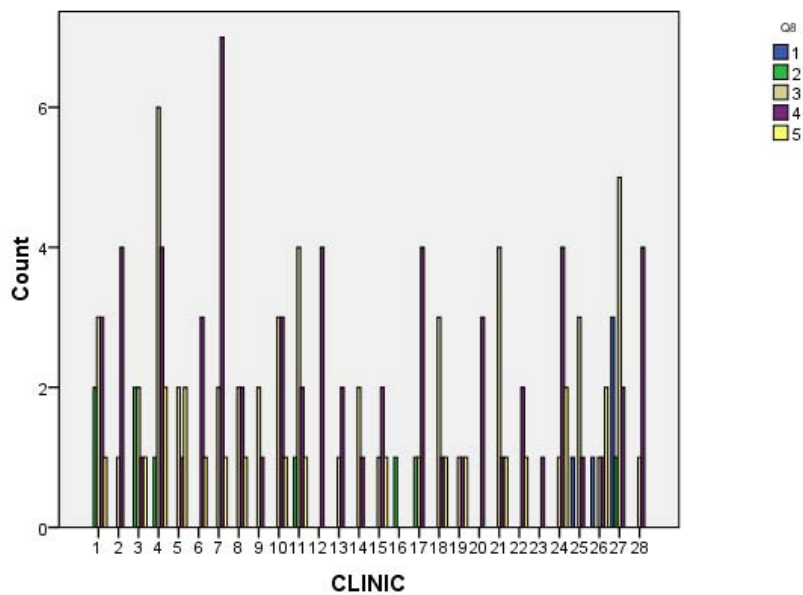
4	Count	0	1	6	4	2	13
	% within CLINIC	,0%	7,7%	46,2%	30,8%	15,4%	100,0%
	% within Q8	,0%	11,1%	11,8%	6,2%	10,0%	8,7%
5	Count	0	0	2	1	2	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	1,5%	10,0%	3,3%
6	Count	0	0	0	3	1	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	4,6%	5,0%	2,7%
7	Count	0	0	2	7	1	10
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	10,8%	5,0%	6,7%
8	Count	0	0	2	2	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	3,1%	5,0%	3,3%
9	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	1,5%	,0%	2,0%
10	Count	0	0	3	3	1	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	5,9%	4,6%	5,0%	4,7%
11	Count	0	1	4	2	1	8
	% within CLINIC	,0%	12,5%	50,0%	25,0%	12,5%	100,0%
	% within Q8	,0%	11,1%	7,8%	3,1%	5,0%	5,3%
12	Count	0	0	0	4	0	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	6,2%	,0%	2,7%
13	Count	0	0	1	2	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	3,1%	,0%	2,0%
14	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	1,5%	,0%	2,0%

15	Count	0	0	1	2	1	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	3,1%	5,0%	2,7%
16	Count	0	1	0	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	11,1%	,0%	,0%	,0%	,7%
17	Count	0	1	1	4	0	6
	% within CLINIC	,0%	16,7%	16,7%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	11,1%	2,0%	6,2%	,0%	4,0%
18	Count	0	0	3	1	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	5,9%	1,5%	5,0%	3,3%
19	Count	0	0	1	1	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	1,5%	5,0%	2,0%
20	Count	0	0	0	3	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	4,6%	,0%	2,0%
21	Count	0	0	4	1	1	6
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	7,8%	1,5%	5,0%	4,0%
22	Count	0	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	3,1%	5,0%	2,0%
23	Count	0	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%
24	Count	0	0	1	4	2	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	6,2%	10,0%	4,7%
25	Count	1	0	3	1	0	5
	% within CLINIC	20,0%	,0%	60,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	20,0%	,0%	5,9%	1,5%	,0%	3,3%

26	Count	1	0	1	1	2	5
	% within CLINIC	20,0%	,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	% within Q8	20,0%	,0%	2,0%	1,5%	10,0%	3,3%
27	Count	3	1	5	2	0	11
	% within CLINIC	27,3%	9,1%	45,5%	18,2%	,0%	100,0%
	% within Q8	60,0%	11,1%	9,8%	3,1%	,0%	7,3%
28	Count	0	0	1	4	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	6,2%	,0%	3,3%
Total	Count	5	9	51	65	20	150
	% within CLINIC	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%
	% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 46: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά κλινική.

Bar Chart



Διάγραμμα 46: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά κλινική.

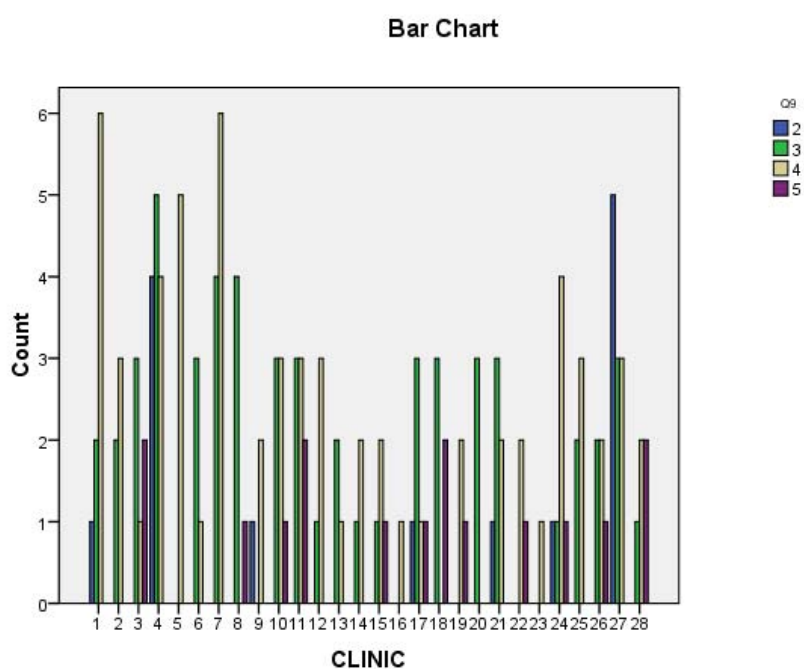
Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 9 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=97.887$, β.ε.=81, P=0.097).

		Q9				
		2	3	4	5	Total
CLINIC 1	Count	1	2	6	0	9
	% within CLINIC	11,1%	22,2%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q9	7,1%	3,6%	9,2%	,0%	6,0%
2	Count	0	2	3	0	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	3,6%	4,6%	,0%	3,3%
3	Count	0	3	1	2	6
	% within CLINIC	,0%	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
	% within Q9	,0%	5,5%	1,5%	12,5%	4,0%
4	Count	4	5	4	0	13
	% within CLINIC	30,8%	38,5%	30,8%	,0%	100,0%
	% within Q9	28,6%	9,1%	6,2%	,0%	8,7%
5	Count	0	0	5	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	,0%	7,7%	,0%	3,3%
6	Count	0	3	1	0	4
	% within CLINIC	,0%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	5,5%	1,5%	,0%	2,7%
7	Count	0	4	6	0	10
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	7,3%	9,2%	,0%	6,7%
8	Count	0	4	0	1	5
	% within CLINIC	,0%	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	7,3%	,0%	6,2%	3,3%
9	Count	1	0	2	0	3
	% within CLINIC	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q9	7,1%	,0%	3,1%	,0%	2,0%
10	Count	0	3	3	1	7
	% within CLINIC	,0%	42,9%	42,9%	14,3%	100,0%

	% within Q9	,0%	5,5%	4,6%	6,2%	4,7%
11	Count	0	3	3	2	8
	% within CLINIC	,0%	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	5,5%	4,6%	12,5%	5,3%
12	Count	0	1	3	0	4
	% within CLINIC	,0%	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	1,8%	4,6%	,0%	2,7%
13	Count	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	3,6%	1,5%	,0%	2,0%
14	Count	0	1	2	0	3
	% within CLINIC	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	1,8%	3,1%	,0%	2,0%
15	Count	0	1	2	1	4
	% within CLINIC	,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	1,8%	3,1%	6,2%	2,7%
16	Count	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%
17	Count	1	3	1	1	6
	% within CLINIC	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	% within Q9	7,1%	5,5%	1,5%	6,2%	4,0%
18	Count	0	3	0	2	5
	% within CLINIC	,0%	60,0%	,0%	40,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	5,5%	,0%	12,5%	3,3%
19	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q9	,0%	,0%	3,1%	6,2%	2,0%
20	Count	0	3	0	0	3
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	5,5%	,0%	,0%	2,0%
21	Count	1	3	2	0	6
	% within CLINIC	16,7%	50,0%	33,3%	,0%	100,0%

	% within Q9	7,1%	5,5%	3,1%	,0%	4,0%
22	Count	0	0	2	1	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Q9	,0%	,0%	3,1%	6,2%	2,0%
23	Count	0	0	1	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%
24	Count	1	1	4	1	7
	% within CLINIC	14,3%	14,3%	57,1%	14,3%	100,0%
	% within Q9	7,1%	1,8%	6,2%	6,2%	4,7%
25	Count	0	2	3	0	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	3,6%	4,6%	,0%	3,3%
26	Count	0	2	2	1	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	3,6%	3,1%	6,2%	3,3%
27	Count	5	3	3	0	11
	% within CLINIC	45,5%	27,3%	27,3%	,0%	100,0%
	% within Q9	35,7%	5,5%	4,6%	,0%	7,3%
28	Count	0	1	2	2	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	% within Q9	,0%	1,8%	3,1%	12,5%	3,3%
Total	Count	14	55	65	16	150
	% within CLINIC	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%
	% within Q9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 47: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά κλινική.



Διάγραμμα 47: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά κλινική.

Η σχέση της κλινικής με την απάντηση στο ερώτημα 10 προκύπτει ΔΕΝ στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1.087$, β.ε.=108, P=0.463).

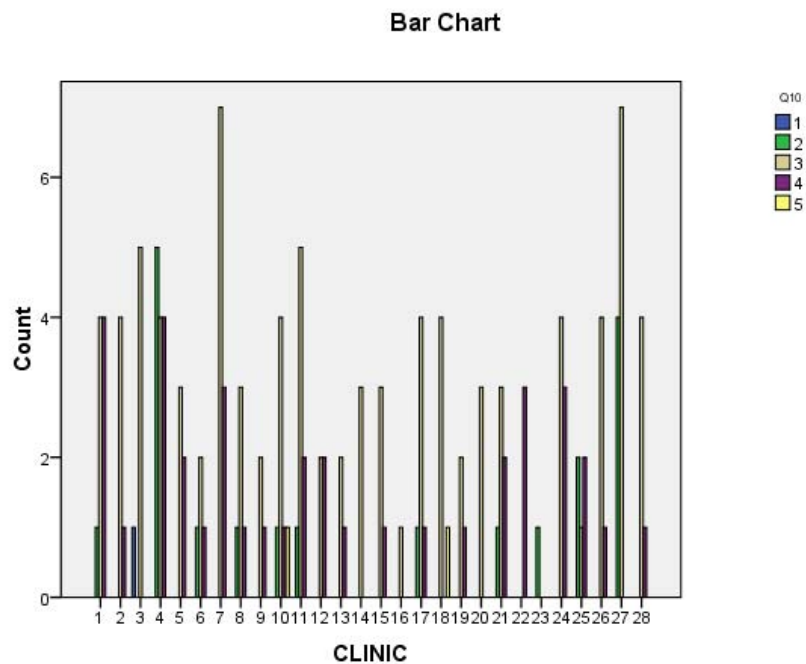
		Q10					Total
		1	2	3	4	5	
CLINIC 1	Count	0	1	4	4	0	9
	% within CLINIC	,0%	11,1%	44,4%	44,4%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	4,4%	10,5%	,0%	6,0%
2	Count	0	0	4	1	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	4,4%	2,6%	,0%	3,3%
3	Count	1	0	5	0	0	6
	% within CLINIC	16,7%	,0%	83,3%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	100,0%	,0%	5,6%	,0%	,0%	4,0%
4	Count	0	5	4	4	0	13
	% within CLINIC	,0%	38,5%	30,8%	30,8%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	26,3%	4,4%	10,5%	,0%	8,7%
5	Count	0	0	3	2	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%

	% within Q10	,0%	,0%	3,3%	5,3%	,0%	3,3%
6	Count	0	1	2	1	0	4
	% within CLINIC	,0%	25,0%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	2,2%	2,6%	,0%	2,7%
7	Count	0	0	7	3	0	10
	% within CLINIC	,0%	,0%	70,0%	30,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	7,8%	7,9%	,0%	6,7%
8	Count	0	1	3	1	0	5
	% within CLINIC	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	3,3%	2,6%	,0%	3,3%
9	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	2,2%	2,6%	,0%	2,0%
10	Count	0	1	4	1	1	7
	% within CLINIC	,0%	14,3%	57,1%	14,3%	14,3%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	4,4%	2,6%	50,0%	4,7%
11	Count	0	1	5	2	0	8
	% within CLINIC	,0%	12,5%	62,5%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	5,6%	5,3%	,0%	5,3%
12	Count	0	0	2	2	0	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	2,2%	5,3%	,0%	2,7%
13	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	2,2%	2,6%	,0%	2,0%
14	Count	0	0	3	0	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	3,3%	,0%	,0%	2,0%
15	Count	0	0	3	1	0	4
	% within CLINIC	,0%	,0%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	3,3%	2,6%	,0%	2,7%
16	Count	0	0	1	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%

	% within Q10	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,7%
17	Count	0	1	4	1	0	6
	% within CLINIC	,0%	16,7%	66,7%	16,7%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	4,4%	2,6%	,0%	4,0%
18	Count	0	0	4	0	1	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	4,4%	,0%	50,0%	3,3%
19	Count	0	0	2	1	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	2,2%	2,6%	,0%	2,0%
20	Count	0	0	3	0	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	3,3%	,0%	,0%	2,0%
21	Count	0	1	3	2	0	6
	% within CLINIC	,0%	16,7%	50,0%	33,3%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	3,3%	5,3%	,0%	4,0%
22	Count	0	0	0	3	0	3
	% within CLINIC	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	,0%	7,9%	,0%	2,0%
23	Count	0	1	0	0	0	1
	% within CLINIC	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	,0%	,0%	,0%	,7%
24	Count	0	0	4	3	0	7
	% within CLINIC	,0%	,0%	57,1%	42,9%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	4,4%	7,9%	,0%	4,7%
25	Count	0	2	1	2	0	5
	% within CLINIC	,0%	40,0%	20,0%	40,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	10,5%	1,1%	5,3%	,0%	3,3%
26	Count	0	0	4	1	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	4,4%	2,6%	,0%	3,3%
27	Count	0	4	7	0	0	11
	% within CLINIC	,0%	36,4%	63,6%	,0%	,0%	100,0%

	% within Q10	,0%	21,1%	7,8%	,0%	,0%	7,3%
28	Count	0	0	4	1	0	5
	% within CLINIC	,0%	,0%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	4,4%	2,6%	,0%	3,3%
Total	Count	1	19	90	38	2	150
	% within CLINIC	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 48: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά κλινική.



Διάγραμμα 48: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά κλινική.

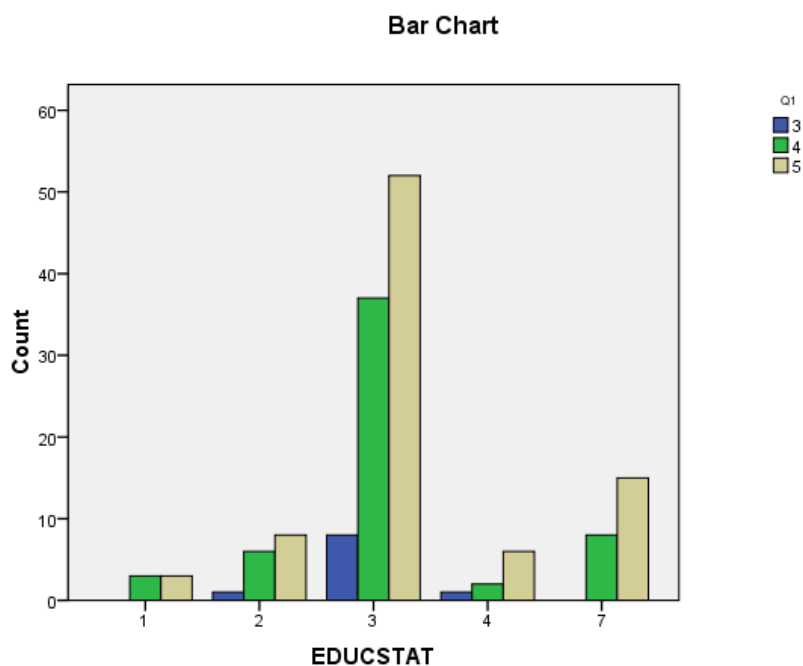
ΚΛΙΝΙΚΗ	χ^2	$\beta.ε.$	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	64.724	54	0.151	OXI
Q2	68.192	54	0.093	OXI
Q3	1.26	108	0.112	OXI
Q4	1.095	81	0.019	*NAI*
Q5	87.814	81	0.283	OXI
Q6	79.671	108	0.981	OXI
Q7	94.517	81	0.147	OXI
Q8	1.192	108	0.216	OXI
Q9	97.887	81	0.097	OXI
Q10	1.087	108	0.463	OXI

Πίνακας 49: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με τη κλινική που εργάζονται οι ερωτηθέντες νοσηλευτές.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 1 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4.146$, β.ε.=8, P=0.844).

		Q1				
		3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	3	3	6
		% within EDUCSTAT	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Q1	,0%	5,4%	3,6%	4,0%
2	Count	1	6	8	15	
	% within EDUCSTAT	6,7%	40,0%	53,3%	100,0%	
	% within Q1	10,0%	10,7%	9,5%	10,0%	
3	Count	8	37	52	97	
	% within EDUCSTAT	8,2%	38,1%	53,6%	100,0%	
	% within Q1	80,0%	66,1%	61,9%	64,7%	
4	Count	1	2	6	9	
	% within EDUCSTAT	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%	
	% within Q1	10,0%	3,6%	7,1%	6,0%	
7	Count	0	8	15	23	
	% within EDUCSTAT	,0%	34,8%	65,2%	100,0%	
	% within Q1	,0%	14,3%	17,9%	15,3%	
Total	Count	10	56	84	150	
	% within EDUCSTAT	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%	
	% within Q1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 50: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



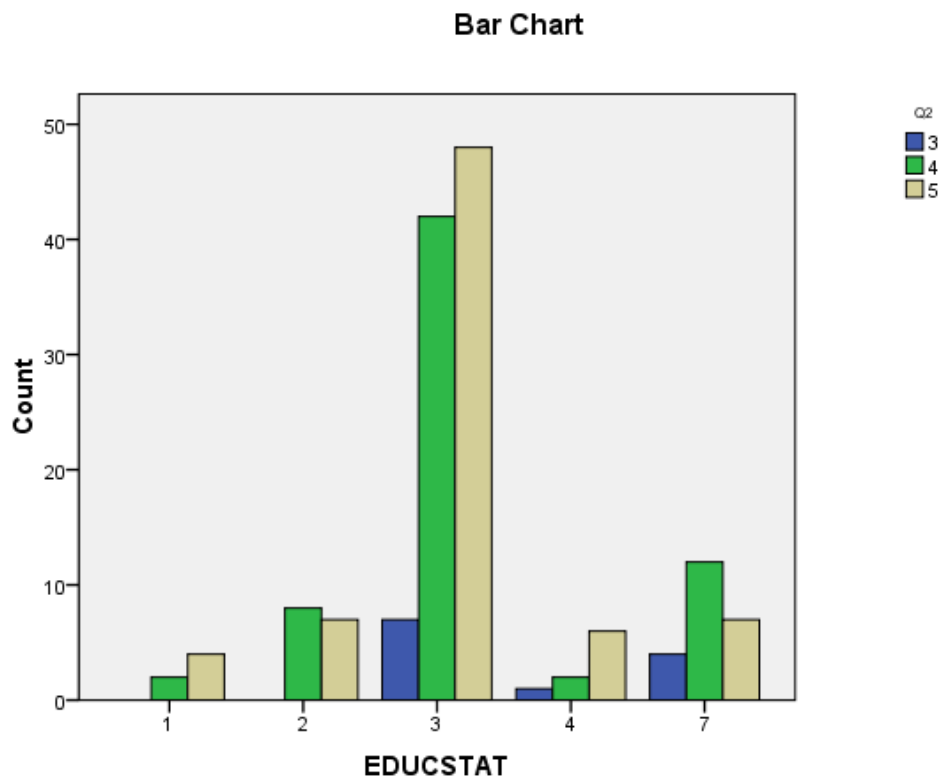
Διάγραμμα 50: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8.799$, β.ε.=8, P=0.360).

		Q2				
		3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	2	4	6
		% within EDUCSTAT	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Q2	,0%	3,0%	5,6%	4,0%
2	Count	0	8	7	15	
	% within EDUCSTAT	,0%	53,3%	46,7%	100,0%	
	% within Q2	,0%	12,1%	9,7%	10,0%	
3	Count	7	42	48	97	
	% within EDUCSTAT	7,2%	43,3%	49,5%	100,0%	
	% within Q2	58,3%	63,6%	66,7%	64,7%	
4	Count	1	2	6	9	
	% within EDUCSTAT	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%	
	% within Q2	8,3%	3,0%	8,3%	6,0%	
7	Count	4	12	7	23	
	% within EDUCSTAT	17,4%	52,2%	30,4%	100,0%	
	% within Q2	10,0%	18,2%	10,0%	18,0%	

	% within EDUCSTAT	17,4%	52,2%	30,4%	100,0%
	% within Q2	33,3%	18,2%	9,7%	15,3%
Total	Count	12	66	72	150
	% within EDUCSTAT	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 51: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



Διάγραμμα 51: Διαγραμματική κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

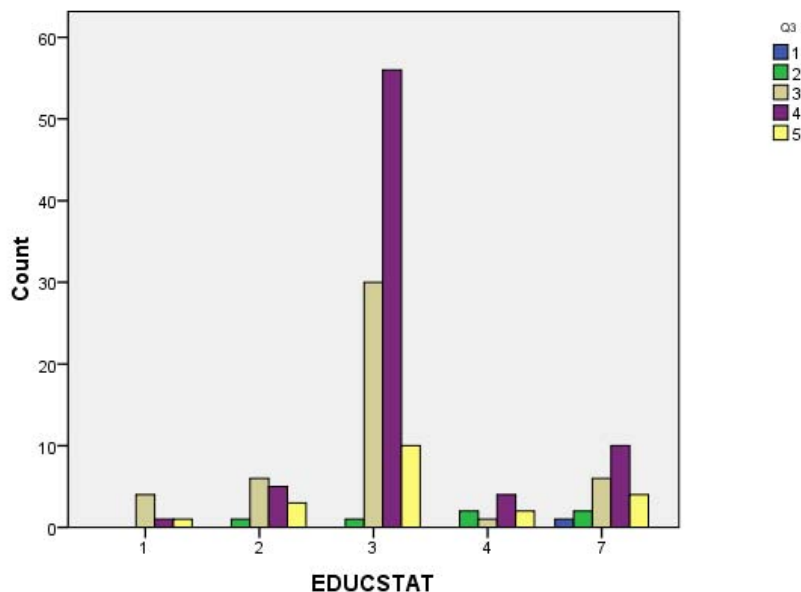
Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 3 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=26.587$, β.ε.=16, P=0.046).

		Q3					
		1	2	3	4	5	Total
EDUCSTAT 1	Count	0	0	4	1	1	6
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	8,5%	1,3%	5,0%	4,0%
2	Count	0	1	6	5	3	15
	% within EDUCSTAT	,0%	6,7%	40,0%	33,3%	20,0%	100,0%

	% within Q3	,0%	16,7%	12,8%	6,6%	15,0%	10,0%
3	Count	0	1	30	56	10	97
	% within EDUCSTAT	,0%	1,0%	30,9%	57,7%	10,3%	100,0%
	% within Q3	,0%	16,7%	63,8%	73,7%	50,0%	64,7%
4	Count	0	2	1	4	2	9
	% within EDUCSTAT	,0%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%	100,0%
	% within Q3	,0%	33,3%	2,1%	5,3%	10,0%	6,0%
7	Count	1	2	6	10	4	23
	% within EDUCSTAT	4,3%	8,7%	26,1%	43,5%	17,4%	100,0%
	% within Q3	100,0%	33,3%	12,8%	13,2%	20,0%	15,3%
T o t a l	Count	1	6	47	76	20	150
	% within EDUCSTAT	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 52: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Bar Chart



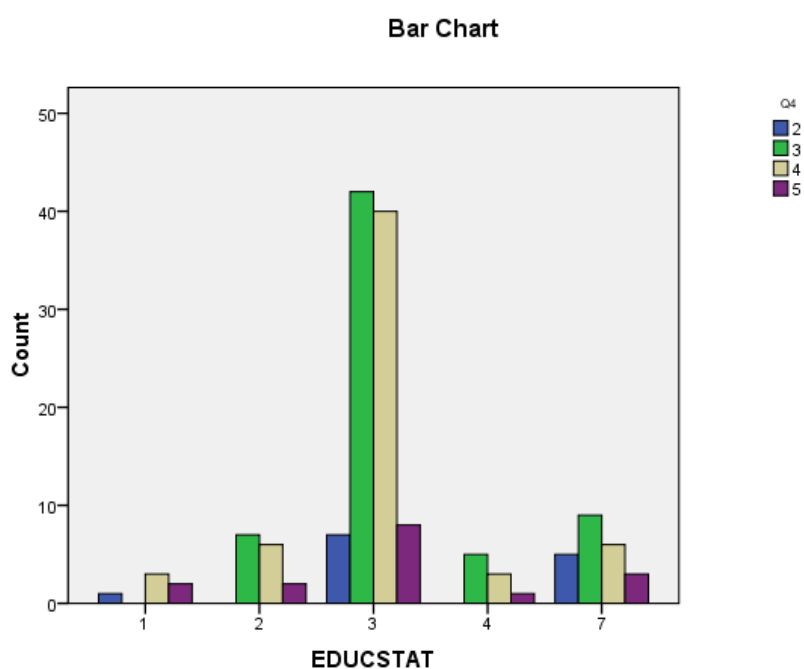
Διάγραμμα 52: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά επίπεδο εκπαίδευσης. Στη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Στο διάγραμμα φαίνεται το education status (επίπεδο εκπαίδευσης) των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν όπου ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΙΕΚ από τους οποίους έδωσαν την απάντηση 3 το 66.7%, τη 4 το 16.7% και τη 5 το 16.7%. Ο αριθμός 2 αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΤΕΕ από τους οποίους έδωσαν την απάντηση 2 το 6.7%, τη 3 το 40% τη 4 το 33.3% και τη 5 το 20%. ο αριθμός 3 αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΑΤΕΙ από τους οποίους έδωσαν την απάντηση 2 το 1% την απάντηση 3 το 30.9% την 4 το 57.7% και την 5 το 10.3%. Ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΑΕΙ από τους οποίους έδωσαν την απάντηση 2 το 22.2% την

3 το 11.1% την 4 το 44.4% και την 5 το 22.2%. ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει κάποιες άλλες σπουδές και από τους οποίους έδωσαν την απάντηση 1 το 4.3%, τη 2 το 8.7% ,τη 3 το 26.1% και τη 5 το 17.4%.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 4 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=15.394$, β.ε.=12, P=0.221).

			Q4				
			2	3	4	5	Total
EDUCSTAT	1	Count	1	0	3	2	6
		% within EDUCSTAT	16,7%	,0%	50,0%	33,3%	100,0%
		% within Q4	7,7%	,0%	5,2%	12,5%	4,0%
2	Count	0	7	6	2	15	
	% within EDUCSTAT	,0%	46,7%	40,0%	13,3%	100,0%	
	% within Q4	,0%	11,1%	10,3%	12,5%	10,0%	
3	Count	7	42	40	8	97	
	% within EDUCSTAT	7,2%	43,3%	41,2%	8,2%	100,0%	
	% within Q4	53,8%	66,7%	69,0%	50,0%	64,7%	
4	Count	0	5	3	1	9	
	% within EDUCSTAT	,0%	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%	
	% within Q4	,0%	7,9%	5,2%	6,2%	6,0%	
7	Count	5	9	6	3	23	
	% within EDUCSTAT	21,7%	39,1%	26,1%	13,0%	100,0%	
	% within Q4	38,5%	14,3%	10,3%	18,8%	15,3%	
Total	Count	13	63	58	16	150	
	% within EDUCSTAT	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%	
	% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 53: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



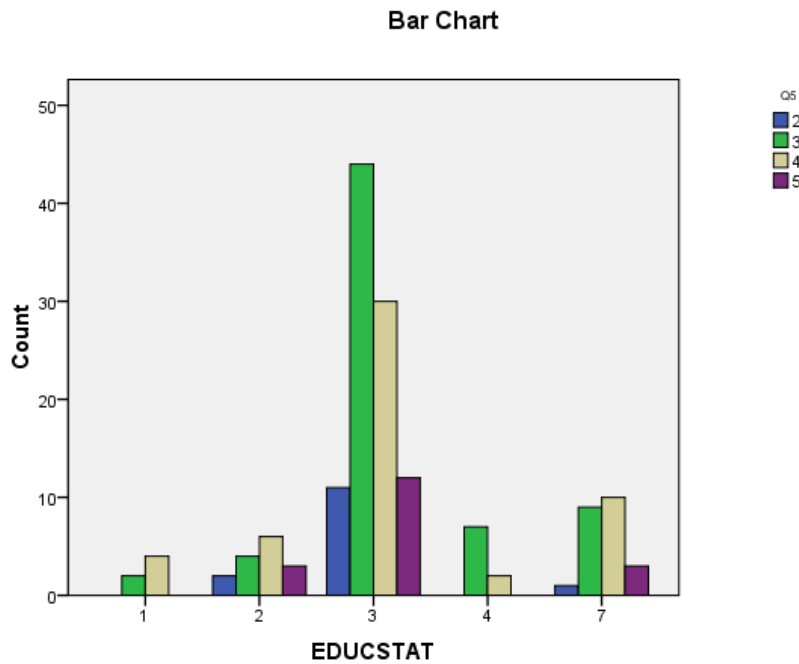
Διάγραμμα 53: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12.202$, β.ε.=12, P=0.430).

		Q5					
		2	3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	2	4	0	6
		% within EDUCSTAT	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
		% within Q5	,0%	3,0%	7,7%	,0%	4,0%
2	Count	2	4	6	3	15	
	% within EDUCSTAT	13,3%	26,7%	40,0%	20,0%	100,0%	
	% within Q5	14,3%	6,1%	11,5%	16,7%	10,0%	
3	Count	11	44	30	12	97	
	% within EDUCSTAT	11,3%	45,4%	30,9%	12,4%	100,0%	
	% within Q5	78,6%	66,7%	57,7%	66,7%	64,7%	
4	Count	0	7	2	0	9	
	% within EDUCSTAT	,0%	77,8%	22,2%	,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	10,6%	3,8%	,0%	6,0%	
7	Count	1	9	10	3	23	
	% within EDUCSTAT	1,3%	39,1%	43,5%	13,1%	100,0%	
	% within Q5	1,3%	10,6%	11,5%	16,7%	10,0%	

% within EDUCSTAT		4,3%	39,1%	43,5%	13,0%	100,0%
% within Q5		7,1%	13,6%	19,2%	16,7%	15,3%
Total	Count	14	66	52	18	150
% within EDUCSTAT		9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%
% within Q5		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 54: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



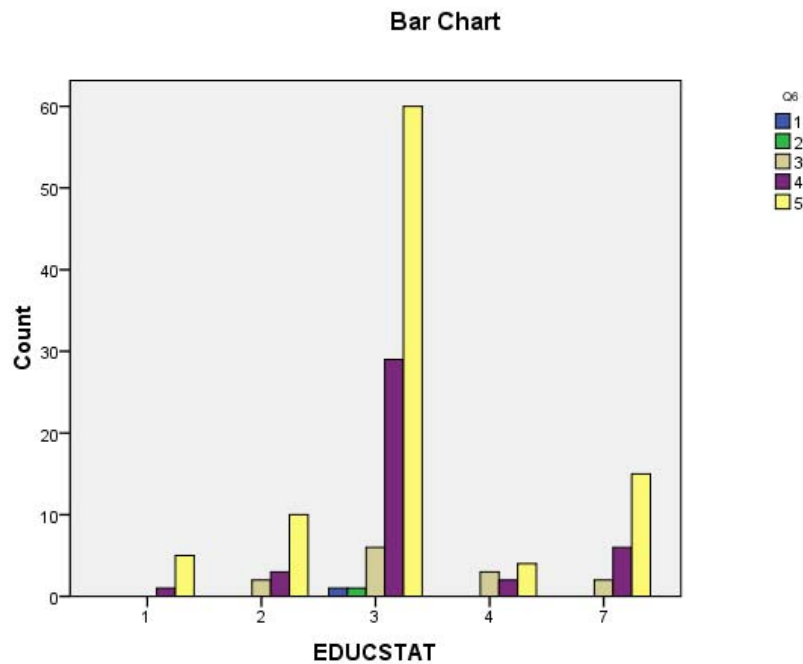
Διάγραμμα 54: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 6 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=10.833$, β.ε.=16, P=0.820).

		Q6					
		1	2	3	4	5	Total
EDUCSTAT 1	Count	0	0	0	1	5	6
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	2,4%	5,3%	4,0%
2	Count	0	0	2	3	10	15
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	13,3%	20,0%	66,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	15,4%	7,3%	10,6%	10,0%
3	Count	1	1	6	29	60	97
	% within EDUCSTAT	1,0%	1,0%	6,2%	29,9%	61,9%	100,0%

	% within Q6	100,0%	100,0%	46,2%	70,7%	63,8%	64,7%
4	Count	0	0	3	2	4	9
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	23,1%	4,9%	4,3%	6,0%
7	Count	0	0	2	6	15	23
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	8,7%	26,1%	65,2%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	15,4%	14,6%	16,0%	15,3%
Total	Count	1	1	13	41	94	150
	% within EDUCSTAT	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 55: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



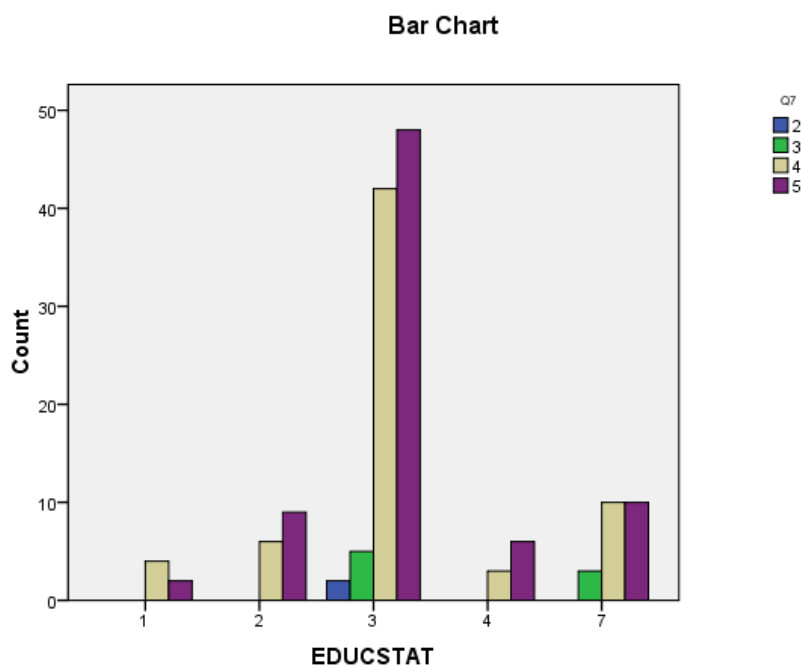
Διάγραμμα 55: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 7 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=7.596$, β.ε.=12, P=0.816).

		Q7					
		2	3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	0	4	2	6
		% within EDUCSTAT	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	6,2%	2,7%	4,0%

2	Count	0	0	6	9	15
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	9,2%	12,0%	10,0%
3	Count	2	5	42	48	97
	% within EDUCSTAT	2,1%	5,2%	43,3%	49,5%	100,0%
	% within Q7	100,0%	62,5%	64,6%	64,0%	64,7%
4	Count	0	0	3	6	9
	% within EDUCSTAT	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q7	,0%	,0%	4,6%	8,0%	6,0%
7	Count	0	3	10	10	23
	% within EDUCSTAT	,0%	13,0%	43,5%	43,5%	100,0%
	% within Q7	,0%	37,5%	15,4%	13,3%	15,3%
Total	Count	2	8	65	75	150
	% within EDUCSTAT	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%
	% within Q7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 56: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

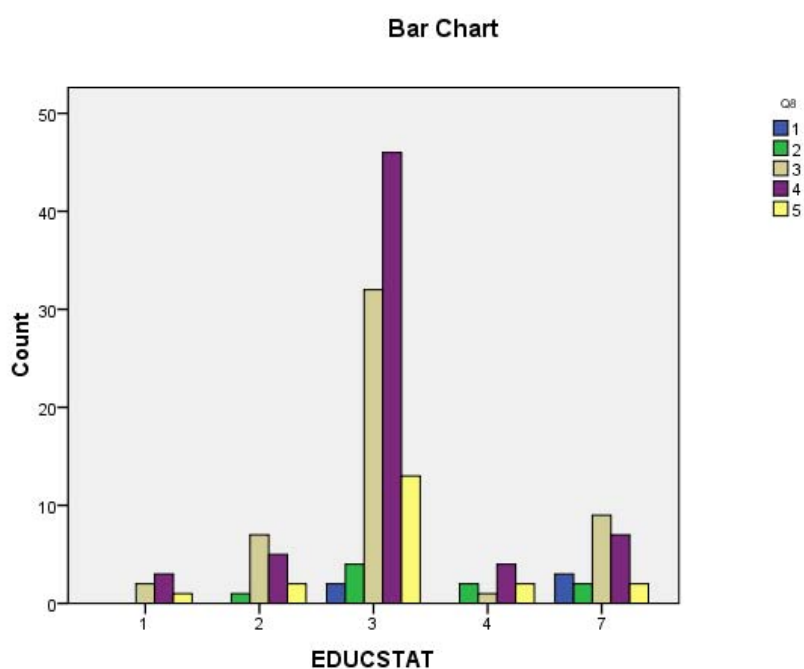


Διάγραμμα 56: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 8 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=18.067$, β.ε.=16, P=0.320).

			Q8					
			1	2	3	4	5	Total
EDUCSTAT	1	Count	0	0	2	3	1	6
		% within EDUCSTAT	,0%	,0%	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
		% within Q8	,0%	,0%	3,9%	4,6%	5,0%	4,0%
	2	Count	0	1	7	5	2	15
		% within EDUCSTAT	,0%	6,7%	46,7%	33,3%	13,3%	100,0%
		% within Q8	,0%	11,1%	13,7%	7,7%	10,0%	10,0%
	3	Count	2	4	32	46	13	97
		% within EDUCSTAT	2,1%	4,1%	33,0%	47,4%	13,4%	100,0%
		% within Q8	40,0%	44,4%	62,7%	70,8%	65,0%	64,7%
	4	Count	0	2	1	4	2	9
		% within EDUCSTAT	,0%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%	100,0%
		% within Q8	,0%	22,2%	2,0%	6,2%	10,0%	6,0%
	7	Count	3	2	9	7	2	23
		% within EDUCSTAT	13,0%	8,7%	39,1%	30,4%	8,7%	100,0%
		% within Q8	60,0%	22,2%	17,6%	10,8%	10,0%	15,3%
Total		Count	5	9	51	65	20	150
		% within EDUCSTAT	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%
		% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 57: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



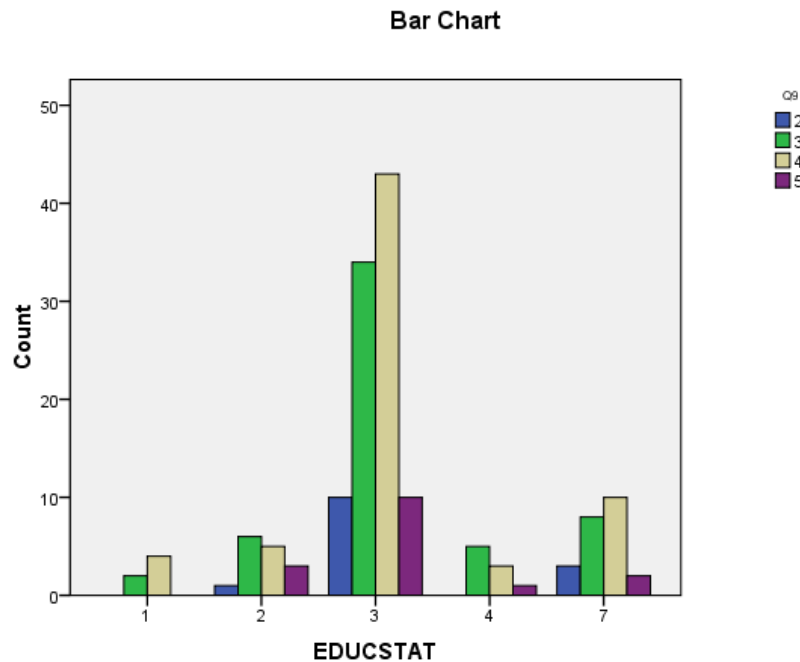
Διάγραμμα 57: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 9 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=6.275$, β.ε.=12, P=0.902).

		Q9					
		2	3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	2	4	0	6
	% within EDUCSTAT	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%	
	% within Q9	,0%	3,6%	6,2%	,0%	4,0%	
2	Count	1	6	5	3	15	
	% within EDUCSTAT	6,7%	40,0%	33,3%	20,0%	100,0%	
	% within Q9	7,1%	10,9%	7,7%	18,8%	10,0%	
3	Count	10	34	43	10	97	
	% within EDUCSTAT	10,3%	35,1%	44,3%	10,3%	100,0%	
	% within Q9	71,4%	61,8%	66,2%	62,5%	64,7%	
4	Count	0	5	3	1	9	
	% within EDUCSTAT	,0%	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%	
	% within Q9	,0%	9,1%	4,6%	6,2%	6,0%	
7	Count	3	8	10	2	23	

% within EDUCSTAT		13,0%	34,8%	43,5%	8,7%	100,0%
% within Q9		21,4%	14,5%	15,4%	12,5%	15,3%
Total	Count	14	55	65	16	150
% within EDUCSTAT		9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%
% within Q9		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 58: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.



Διάγραμμα 58: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

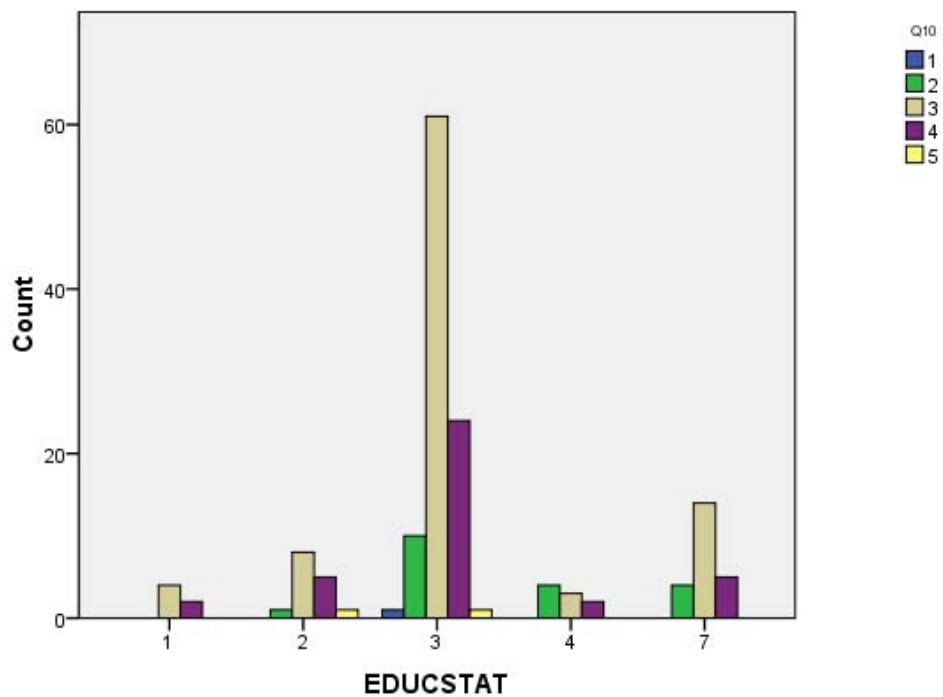
Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 10 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=15.567$, β.ε.=16, P=0.484).

		Q10						
		1	2	3	4	5	Total	
EDUCSTAT	1	Count	0	0	4	2	0	6
		% within EDUCSTAT	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% within Q10	,0%	,0%	4,4%	5,3%	,0%	4,0%
2	Count	0	1	8	5	1	15	
	% within EDUCSTAT	,0%	6,7%	53,3%	33,3%	6,7%	100,0%	
	% within Q10	,0%	5,3%	8,9%	13,2%	50,0%	10,0%	
3	Count	1	10	61	24	1	97	
	% within EDUCSTAT	1,0%	10,3%	62,9%	24,7%	1,0%	100,0%	

	% within Q10	100,0%	52,6%	67,8%	63,2%	50,0%	64,7%
4	Count	0	4	3	2	0	9
	% within EDUCSTAT	,0%	44,4%	33,3%	22,2%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	21,1%	3,3%	5,3%	,0%	6,0%
7	Count	0	4	14	5	0	23
	% within EDUCSTAT	,0%	17,4%	60,9%	21,7%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	21,1%	15,6%	13,2%	,0%	15,3%
Total	Count	1	19	90	38	2	150
	% within EDUCSTAT	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 59: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Bar Chart



Διάγραμμα 59: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	χ^2	β.ε.	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	4.146	8	0.844	OXI
Q2	8.799	8	0.360	OXI
Q3	26.587	16	0.046	*ΝΑΙ*
Q4	15.394	12	0.221	OXI
Q5	12.202	12	0.430	OXI
Q6	10.833	16	0.820	OXI
Q7	7.596	12	0.816	OXI
Q8	18.067	16	0.320	OXI
Q9	6.275	12	0.902	OXI
Q10	15.567	16	0.487	OXI

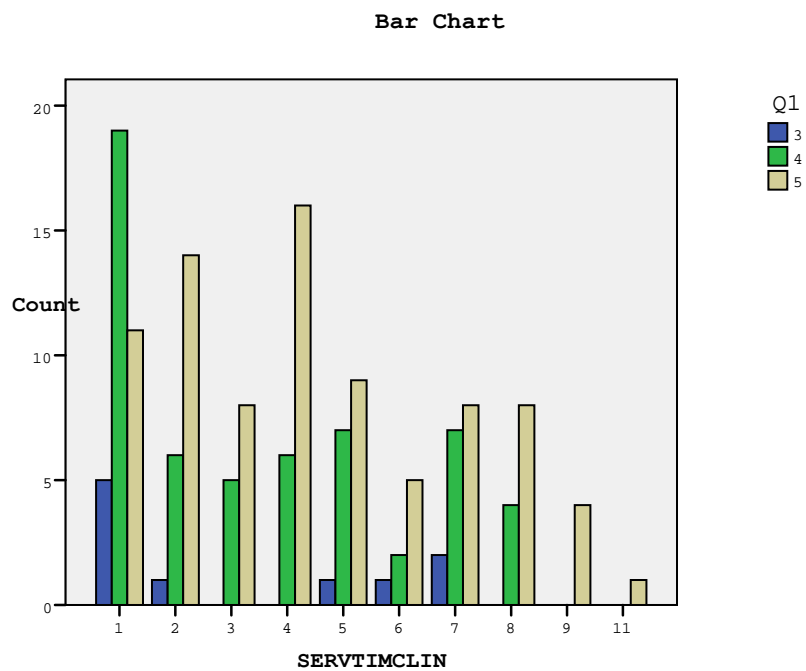
Πίνακας 60: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 1ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=21,495$, β.ε.=18, P=0.255).

			Q1			Total
			3	4	5	3
SERVTIMCLIN	1	Count	5	19	11	35
		% within SERVTIMCLIN	14,3%	54,3%	31,4%	100,0%
		% within Q1	50,0%	33,9%	13,1%	23,3%
		% of Total	3,3%	12,7%	7,3%	23,3%
	2	Count	1	6	14	21
		% within SERVTIMCLIN	4,8%	28,6%	66,7%	100,0%
		% within Q1	10,0%	10,7%	16,7%	14,0%
		% of Total	,7%	4,0%	9,3%	14,0%
	3	Count	0	5	8	13
		% within SERVTIMCLIN	,0%	38,5%	61,5%	100,0%
		% within Q1	,0%	8,9%	9,5%	8,7%
		% of Total	,0%	3,3%	5,3%	8,7%
4	Count	0	6	16	22	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	27,3%	72,7%	100,0%	
	% within Q1	,0%	10,7%	19,0%	14,7%	
	% of Total	,0%	4,0%	10,7%	14,7%	
5	Count	1	7	9	17	
	% within SERVTIMCLIN	5,9%	41,2%	52,9%	100,0%	
	% within Q1	10,0%	12,5%	10,7%	11,3%	
	% of Total	,7%	4,7%	6,0%	11,3%	
6	Count	1	2	5	8	
	% within SERVTIMCLIN	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%	
	% within Q1	10,0%	3,6%	6,0%	5,3%	
	% of Total	,7%	1,3%	3,3%	5,3%	
7	Count	2	7	8	17	
	% within SERVTIMCLIN	11,8%	41,2%	47,1%	100,0%	
	% within Q1	20,0%	12,5%	9,5%	11,3%	

	% of Total	1,3%	4,7%	5,3%	11,3%
8	Count	0	4	8	12
	% within SERVIMCLIN	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Q1	,0%	7,1%	9,5%	8,0%
	% of Total	,0%	2,7%	5,3%	8,0%
9	Count	0	0	4	4
	% within SERVIMCLIN	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	,0%	4,8%	2,7%
	% of Total	,0%	,0%	2,7%	2,7%
11	Count	0	0	1	1
	% within SERVIMCLIN	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q1	,0%	,0%	1,2%	,7%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	,7%
Total	Count	10	56	84	150
	% within SERVIMCLIN	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%
	% within Q1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%

Πίνακας 61: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



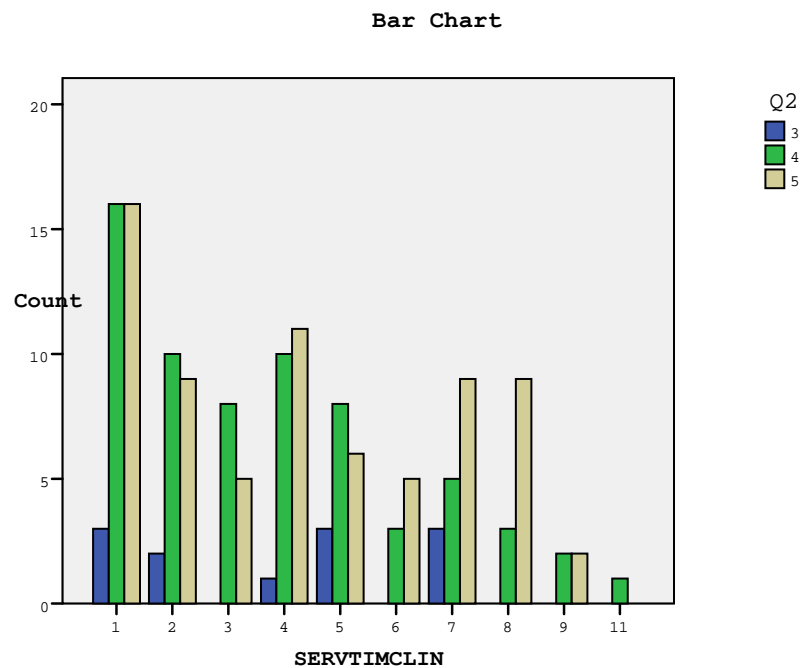
Διάγραμμα 61: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=14,802$, β.ε.=18, P=0.675).

			Q2			Total
			3	4	5	3
SERVTIMCLIN	1	Count	3	16	16	35
		% within SERVTIMCLIN	8,6%	45,7%	45,7%	100,0%
		% within Q2	25,0%	24,2%	22,2%	23,3%
		% of Total	2,0%	10,7%	10,7%	23,3%
	2	Count	2	10	9	21
		% within SERVTIMCLIN	9,5%	47,6%	42,9%	100,0%
		% within Q2	16,7%	15,2%	12,5%	14,0%
		% of Total	1,3%	6,7%	6,0%	14,0%
	3	Count	0	8	5	13
		% within SERVTIMCLIN	,0%	61,5%	38,5%	100,0%
		% within Q2	,0%	12,1%	6,9%	8,7%
		% of Total	,0%	5,3%	3,3%	8,7%
	4	Count	1	10	11	22
		% within SERVTIMCLIN	4,5%	45,5%	50,0%	100,0%
		% within Q2	8,3%	15,2%	15,3%	14,7%
		% of Total	,7%	6,7%	7,3%	14,7%
	5	Count	3	8	6	17
		% within SERVTIMCLIN	17,6%	47,1%	35,3%	100,0%
		% within Q2	25,0%	12,1%	8,3%	11,3%
		% of Total	2,0%	5,3%	4,0%	11,3%
	6	Count	0	3	5	8
		% within SERVTIMCLIN	,0%	37,5%	62,5%	100,0%
		% within Q2	,0%	4,5%	6,9%	5,3%
		% of Total	,0%	2,0%	3,3%	5,3%
7	Count	3	5	9	17	
	% within SERVTIMCLIN	17,6%	29,4%	52,9%	100,0%	
	% within Q2	25,0%	7,6%	12,5%	11,3%	
	% of Total	2,0%	3,3%	6,0%	11,3%	
8	Count	0	3	9	12	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	25,0%	75,0%	100,0%	
	% within Q2	,0%	4,5%	12,5%	8,0%	
	% of Total	,0%	2,0%	6,0%	8,0%	
9	Count	0	2	2	4	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Q2	,0%	3,0%	2,8%	2,7%	
	% of Total	,0%	1,3%	1,3%	2,7%	
1	Count	0	1	0	1	
1	% within SERVTIMCLIN	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% within Q2	,0%	1,5%	,0%	,7%	
	% of Total	,0%	,7%	,0%	,7%	
Total	Count	12	66	72	150	
	% within SERVTIMCLIN	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%	
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

% of Total	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%
------------	------	-------	-------	--------

Πίνακας 62: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

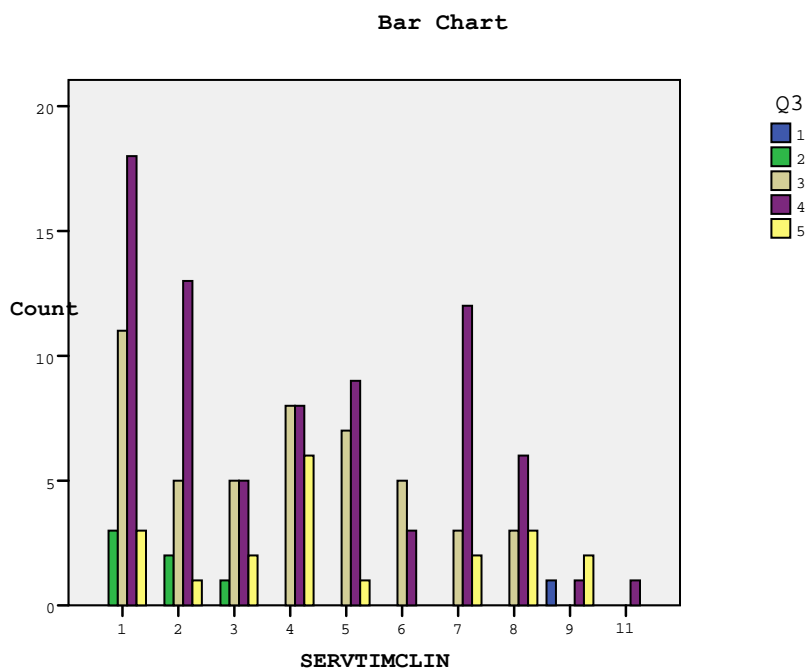


Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 3 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=66,743$, β.ε.=36, P=0.001).

			Q3					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMCLIN 1	Count		0	3	11	18	3	35
	% within SERVTIMCLIN		,0%	8,6%	31,4%	51,4%	8,6%	100,0%
	% within Q3		,0%	50,0%	23,4%	23,7%	15,0%	23,3%
	% of Total		,0%	2,0%	7,3%	12,0%	2,0%	23,3%
SERVTIMCLIN 2	Count		0	2	5	13	1	21
	% within SERVTIMCLIN		,0%	9,5%	23,8%	61,9%	4,8%	100,0%
	% within Q3		,0%	33,3%	10,6%	17,1%	5,0%	14,0%
	% of Total		,0%	1,3%	3,3%	8,7%	,7%	14,0%
SERVTIMCLIN 3	Count		0	1	5	5	2	13
	% within SERVTIMCLIN		,0%	7,7%	38,5%	38,5%	15,4%	100,0%
	% within Q3		,0%	16,7%	10,6%	6,6%	10,0%	8,7%
	% of Total		,0%	,7%	3,3%	3,3%	1,3%	8,7%
SERVTIMCLIN 4	Count		0	0	8	8	6	22
	% within SERVTIMCLIN		,0%	,0%	36,4%	36,4%	27,3%	100,0%
	% within Q3		,0%	,0%	17,0%	10,5%	30,0%	14,7%
	% of Total		,0%	,0%	5,3%	5,3%	4,0%	14,7%
SERVTIMCLIN 5	Count		0	0	7	9	1	17
	% within SERVTIMCLIN		,0%	,0%	41,2%	52,9%	5,9%	100,0%
	% within Q3		,0%	,0%	14,9%	11,8%	5,0%	11,3%
	% of Total		,0%	,0%	4,7%	6,0%	,7%	11,3%
SERVTIMCLIN 6	Count		0	0	5	3	0	8
	% within SERVTIMCLIN		,0%	,0%	62,5%	37,5%	,0%	100,0%

	% within Q3	,0%	,0%	10,6%	3,9%	,0%	5,3%
	% of Total	,0%	,0%	3,3%	2,0%	,0%	5,3%
7	Count	0	0	3	12	2	17
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	17,6%	70,6%	11,8%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	6,4%	15,8%	10,0%	11,3%
	% of Total	,0%	,0%	2,0%	8,0%	1,3%	11,3%
8	Count	0	0	3	6	3	12
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	6,4%	7,9%	15,0%	8,0%
	% of Total	,0%	,0%	2,0%	4,0%	2,0%	8,0%
9	Count	1	0	0	1	2	4
	% within SERVTIMCLIN	25,0%	,0%	,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% within Q3	100,0%	,0%	,0%	1,3%	10,0%	2,7%
	% of Total	,7%	,0%	,0%	,7%	1,3%	2,7%
1	Count	0	0	0	1	0	1
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	,0%	1,3%	,0%	,7%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,7%	,0%	,7%
Total	Count	1	6	47	76	20	150
	% within SERVTIMCLIN	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%

Πίνακας 63: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



Διάγραμμα 63: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική. Στη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Οι αριθμοί στα χρόνια εργασίας που εργάζεται ο νοσηλευτής στη συγκεκριμένη κλινική (serve time clinic) αναγράφονται στο διάγραμμα

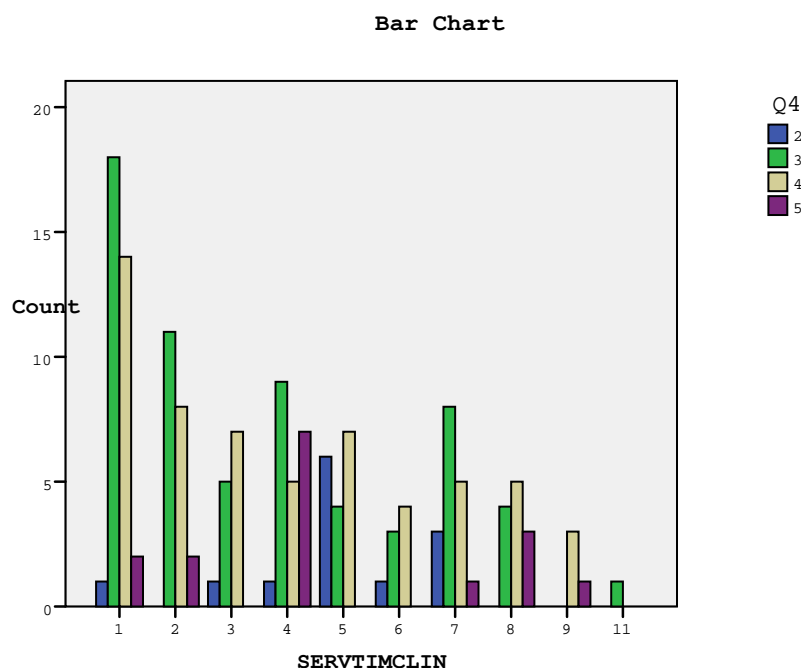
σαν αριθμοί όπου το 1=Λιγότερο από ένα έτος όπου το 8.6% των ερωτηθέντων έδωσαν την απάντηση 2, το 31.4% την 3, το 51.4% την 4 και το 8.6% την απάντηση 5. Ο αριθμός 2 =1-3 έτη όπου το 9.5% έδωσε την απάντηση 2, το 23.8% την 3, το 61.9% την 4 και το 4.8% την 5. Ο αριθμός 3= 4-6 έτη όπου το 7.7% έδωσε την απάντηση 2, το 38.5% την 3, το 38.5% την 4 και το 15.4% την 5. Ο αριθμός 4 =7-9 έτη όπου το 36.4% έδωσε την απάντηση 3, το 36.4% την 4 και το 27.3% την 5. Ο αριθμός 5= 10-12 έτη όπου την απάντηση 3 έδωσε το 41.2% του δείγματος, την 4 το 52.9% και την 5 το 5.9%. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στα 13-15 έτη όπου απάντηση 3 έδωσε το 62.5% και τη 4 το 37.5%. Ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στα 16-18 έτη όπου απάντηση 3 έδωσε το 17.6% ,τη 4 το 70.6% και 5 το 11.8%. Ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στα 19-20 έτη όπου απάντηση 3 έδωσε το 25% τη 4 το 50% και τη 5 το 25%. Ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στα 21-23 έτη όπου απάντηση 1 έδωσε το 25% τη 4 το 25% και τη 5 το 50%.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 4 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=48,623$, β.ε.=27, P=0.007).

			Q4				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMCLIN	1	Count	1	18	14	2	35
		% within SERVTIMCLIN	2,9%	51,4%	40,0%	5,7%	100,0%
		% within Q4	7,7%	28,6%	24,1%	12,5%	23,3%
		% of Total	,7%	12,0%	9,3%	1,3%	23,3%
	2	Count	0	11	8	2	21
		% within SERVTIMCLIN	,0%	52,4%	38,1%	9,5%	100,0%
		% within Q4	,0%	17,5%	13,8%	12,5%	14,0%
		% of Total	,0%	7,3%	5,3%	1,3%	14,0%
	3	Count	1	5	7	0	13
		% within SERVTIMCLIN	7,7%	38,5%	53,8%	,0%	100,0%
		% within Q4	7,7%	7,9%	12,1%	,0%	8,7%
		% of Total	,7%	3,3%	4,7%	,0%	8,7%
	4	Count	1	9	5	7	22
		% within SERVTIMCLIN	4,5%	40,9%	22,7%	31,8%	100,0%
		% within Q4	7,7%	14,3%	8,6%	43,8%	14,7%
		% of Total	,7%	6,0%	3,3%	4,7%	14,7%
	5	Count	6	4	7	0	17
		% within SERVTIMCLIN	35,3%	23,5%	41,2%	,0%	100,0%
		% within Q4	46,2%	6,3%	12,1%	,0%	11,3%
		% of Total	4,0%	2,7%	4,7%	,0%	11,3%
	6	Count	1	3	4	0	8
		% within SERVTIMCLIN	12,5%	37,5%	50,0%	,0%	100,0%
		% within Q4	7,7%	4,8%	6,9%	,0%	5,3%
		% of Total	,7%	2,0%	2,7%	,0%	5,3%
	7	Count	3	8	5	1	17
		% within SERVTIMCLIN	17,6%	47,1%	29,4%	5,9%	100,0%
		% within Q4	23,1%	12,7%	8,6%	6,3%	11,3%
		% of Total	2,0%	5,3%	3,3%	,7%	11,3%
	8	Count	0	4	5	3	12
		% within SERVTIMCLIN	,0%	33,3%	41,7%	25,0%	100,0%
		% within Q4	,0%	6,3%	8,6%	18,8%	8,0%
		% of Total	,0%	2,7%	3,3%	2,0%	8,0%
	9	Count	0	0	3	1	4
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Q4	,0%	,0%	5,2%	6,3%	2,7%

	% of Total	,0%	,0%	2,0%	,7%	2,7%
1	Count	0	1	0	0	1
1	% within SERVTIMCLIN	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q4	,0%	1,6%	,0%	,0%	,7%
Total	% of Total	,0%	,7%	,0%	,0%	,7%
	Count	13	63	58	16	150
	% within SERVTIMCLIN	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%
	% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%

Πίνακας 64: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

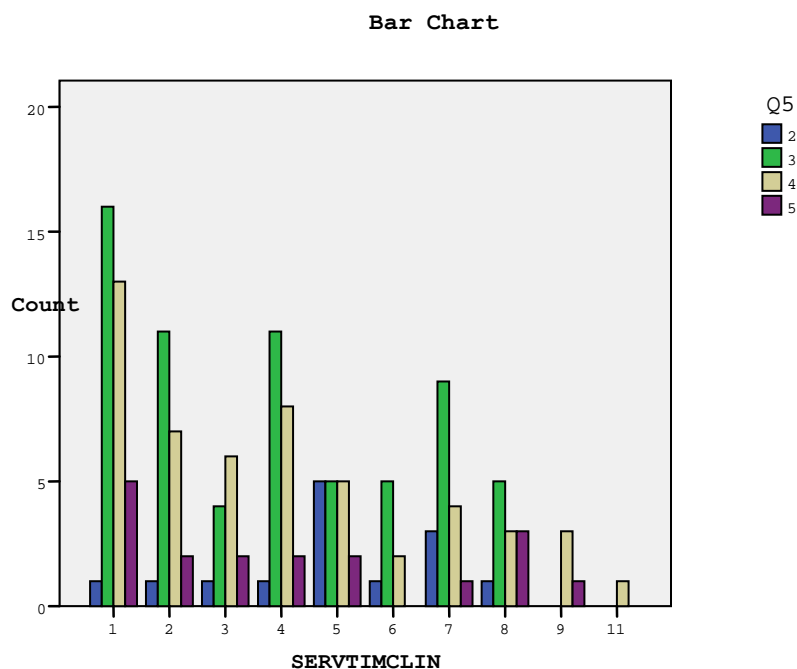


Διάγραμμα 64: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική. Στη διαγραμματική απεικόνιση βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν διακρίνονται σε 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ. Οι αριθμοί στα χρόνια εργασίας που εργάζεται ο νοσηλευτής στη συγκεκριμένη κλινική (serve time clinic) αναγράφονται στο διάγραμμα σαν αριθμοί όπου το 1=Λιγότερο από ένα έτος όπου το 2.9% των ερωτηθέντων έδωσαν την απάντηση 2, το 51.4% την 3, το 40% την 4 και το 5.7% την απάντηση 5. Ο αριθμός 2 =1-3 έτη όπου το 52.4% έδωσε την απάντηση 3, το 38.1% την 4 και το 9.5% την 5. Ο αριθμός 3= 4-6 έτη όπου το 7.7% έδωσε την απάντηση 2, το 38.5% την 3, και το 53.8% τη 4. Ο αριθμός 4 =7-9 έτη όπου το 4.5% έδωσε την απάντηση 2, το 40.9% την 3 και το 22.7% την 4. Ο αριθμός 5= 10-12 έτη όπου την απάντηση 2 έδωσε το 35.3% του δείγματος, την 3 το 23.5% και την 4 το 41.2%. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στα 13-15 έτη όπου απάντηση 2 έδωσε το 12.5%, τη 3 το 37.5% και τη 4 το 50%. Ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στα 16-18 έτη όπου απάντηση 2 έδωσε το 17.6%, τη 3 το 47.1% τη 4 το 29.4% και 5 το 5.9%. Ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στα 19-20 έτη όπου απάντηση 3 έδωσε το 33.3% τη 4 το 41.7% και τη 5 το 25%. Ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στα 21-23 έτη όπου απάντηση 4 έδωσε το 75% και τη 5 το 25%.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=26,192$, β.ε.=27, P=0.508).

			Q5				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMCLIN	1	Count	1	16	13	5	35
		% within SERVTIMCLIN	2,9%	45,7%	37,1%	14,3%	100,0%
		% within Q5	7,1%	24,2%	25,0%	27,8%	23,3%
		% of Total	,7%	10,7%	8,7%	3,3%	23,3%
	2	Count	1	11	7	2	21
		% within SERVTIMCLIN	4,8%	52,4%	33,3%	9,5%	100,0%
		% within Q5	7,1%	16,7%	13,5%	11,1%	14,0%
		% of Total	,7%	7,3%	4,7%	1,3%	14,0%
	3	Count	1	4	6	2	13
		% within SERVTIMCLIN	7,7%	30,8%	46,2%	15,4%	100,0%
		% within Q5	7,1%	6,1%	11,5%	11,1%	8,7%
		% of Total	,7%	2,7%	4,0%	1,3%	8,7%
	4	Count	1	11	8	2	22
		% within SERVTIMCLIN	4,5%	50,0%	36,4%	9,1%	100,0%
		% within Q5	7,1%	16,7%	15,4%	11,1%	14,7%
		% of Total	,7%	7,3%	5,3%	1,3%	14,7%
	5	Count	5	5	5	2	17
		% within SERVTIMCLIN	29,4%	29,4%	29,4%	11,8%	100,0%
		% within Q5	35,7%	7,6%	9,6%	11,1%	11,3%
		% of Total	3,3%	3,3%	3,3%	1,3%	11,3%
6	Count	1	5	2	0	8	
	% within SERVTIMCLIN	12,5%	62,5%	25,0%	,0%	100,0%	
	% within Q5	7,1%	7,6%	3,8%	,0%	5,3%	
	% of Total	,7%	3,3%	1,3%	,0%	5,3%	
7	Count	3	9	4	1	17	
	% within SERVTIMCLIN	17,6%	52,9%	23,5%	5,9%	100,0%	
	% within Q5	21,4%	13,6%	7,7%	5,6%	11,3%	
	% of Total	2,0%	6,0%	2,7%	,7%	11,3%	
8	Count	1	5	3	3	12	
	% within SERVTIMCLIN	8,3%	41,7%	25,0%	25,0%	100,0%	
	% within Q5	7,1%	7,6%	5,8%	16,7%	8,0%	
	% of Total	,7%	3,3%	2,0%	2,0%	8,0%	
9	Count	0	0	3	1	4	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	,0%	5,8%	5,6%	2,7%	
	% of Total	,0%	,0%	2,0%	,7%	2,7%	
1	Count	0	0	1	0	1	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% within Q5	,0%	,0%	1,9%	,0%	,7%	
	% of Total	,0%	,0%	,7%	,0%	,7%	
Total	Count	14	66	52	18	150	
	% within SERVTIMCLIN	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%	
	% within Q5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%	

Πίνακας 65: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



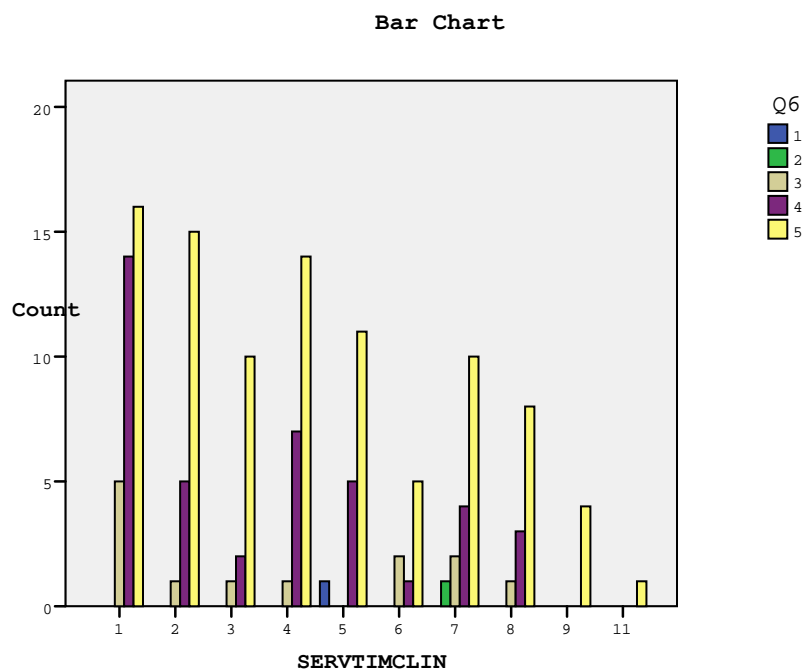
Διάγραμμα 65: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 6 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=30,920$, β.ε.=36, P=0.709).

			Q6					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMCLIN	1	Count	0	0	5	14	16	35
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	14,3%	40,0%	45,7%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	38,5%	34,1%	17,0%	23,3%
		% of Total	,0%	,0%	3,3%	9,3%	10,7%	23,3%
	2	Count	0	0	1	5	15	21
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	4,8%	23,8%	71,4%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	7,7%	12,2%	16,0%	14,0%
		% of Total	,0%	,0%	,7%	3,3%	10,0%	14,0%
	3	Count	0	0	1	2	10	13
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	7,7%	15,4%	76,9%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	7,7%	4,9%	10,6%	8,7%
		% of Total	,0%	,0%	,7%	1,3%	6,7%	8,7%
	4	Count	0	0	1	7	14	22
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	4,5%	31,8%	63,6%	100,0%
		% within Q6	,0%	,0%	7,7%	17,1%	14,9%	14,7%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	4,7%	9,3%	14,7%	
5	Count	1	0	0	5	11	17	
	% within SERVTIMCLIN	5,9%	,0%	,0%	29,4%	64,7%	100,0%	
	% within Q6	100,0%	,0%	,0%	12,2%	11,7%	11,3%	

	% of Total	,7%	,0%	,0%	3,3%	7,3%	11,3%
6	Count	0	0	2	1	5	8
	% within SERVITIMCLIN	,0%	,0%	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	15,4%	2,4%	5,3%	5,3%
	% of Total	,0%	,0%	1,3%	,7%	3,3%	5,3%
7	Count	0	1	2	4	10	17
	% within SERVITIMCLIN	,0%	5,9%	11,8%	23,5%	58,8%	100,0%
	% within Q6	,0%	100,0%	15,4%	9,8%	10,6%	11,3%
	% of Total	,0%	,7%	1,3%	2,7%	6,7%	11,3%
8	Count	0	0	1	3	8	12
	% within SERVITIMCLIN	,0%	,0%	8,3%	25,0%	66,7%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	7,7%	7,3%	8,5%	8,0%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	2,0%	5,3%	8,0%
9	Count	0	0	0	0	4	4
	% within SERVITIMCLIN	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	,0%	4,3%	2,7%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	2,7%	2,7%
1	Count	0	0	0	0	1	1
1	% within SERVITIMCLIN	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	,0%	,0%	1,1%	,7%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,7%	,7%
Total	Count	1	1	13	41	94	150
	% within SERVITIMCLIN	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%

Πίνακας 66: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

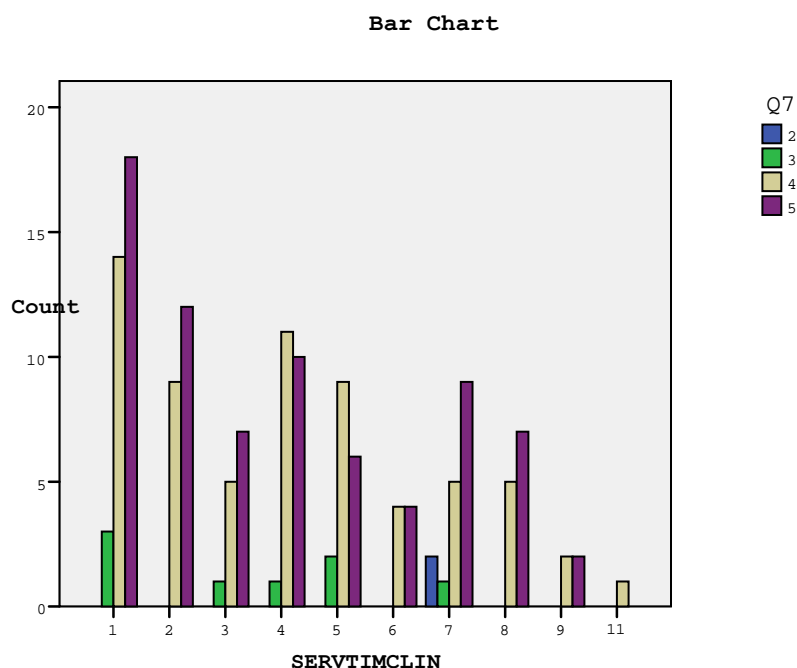


Διάγραμμα 66: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 7 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=24,449$, β.ε.=27, P=0.605).

			Q7				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMCLIN	1	Count	0	3	14	18	35
		% within SERVTIMCLIN	,0%	8,6%	40,0%	51,4%	100,0%
		% within Q7	,0%	37,5%	21,5%	24,0%	23,3%
		% of Total	,0%	2,0%	9,3%	12,0%	23,3%
	2	Count	0	0	9	12	21
		% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	42,9%	57,1%	100,0%
		% within Q7	,0%	,0%	13,8%	16,0%	14,0%
		% of Total	,0%	,0%	6,0%	8,0%	14,0%
	3	Count	0	1	5	7	13
		% within SERVTIMCLIN	,0%	7,7%	38,5%	53,8%	100,0%
		% within Q7	,0%	12,5%	7,7%	9,3%	8,7%
		% of Total	,0%	,7%	3,3%	4,7%	8,7%
4	Count	0	1	11	10	22	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	4,5%	50,0%	45,5%	100,0%	
	% within Q7	,0%	12,5%	16,9%	13,3%	14,7%	
	% of Total	,0%	,7%	7,3%	6,7%	14,7%	
5	Count	0	2	9	6	17	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	11,8%	52,9%	35,3%	100,0%	
	% within Q7	,0%	25,0%	13,8%	8,0%	11,3%	
	% of Total	,0%	1,3%	6,0%	4,0%	11,3%	
6	Count	0	0	4	4	8	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Q7	,0%	,0%	6,2%	5,3%	5,3%	
	% of Total	,0%	,0%	2,7%	2,7%	5,3%	
7	Count	2	1	5	9	17	
	% within SERVTIMCLIN	11,8%	5,9%	29,4%	52,9%	100,0%	
	% within Q7	100,0%	12,5%	7,7%	12,0%	11,3%	
	% of Total	1,3%	,7%	3,3%	6,0%	11,3%	
8	Count	0	0	5	7	12	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	41,7%	58,3%	100,0%	
	% within Q7	,0%	,0%	7,7%	9,3%	8,0%	
	% of Total	,0%	,0%	3,3%	4,7%	8,0%	
9	Count	0	0	2	2	4	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Q7	,0%	,0%	3,1%	2,7%	2,7%	
	% of Total	,0%	,0%	1,3%	1,3%	2,7%	
11	Count	0	0	1	0	1	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% within Q7	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%	
	% of Total	,0%	,0%	,7%	,0%	,7%	
Total	Count	2	8	65	75	150	
	% within SERVTIMCLIN	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%	
	% within Q7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%	

Πίνακας 67: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



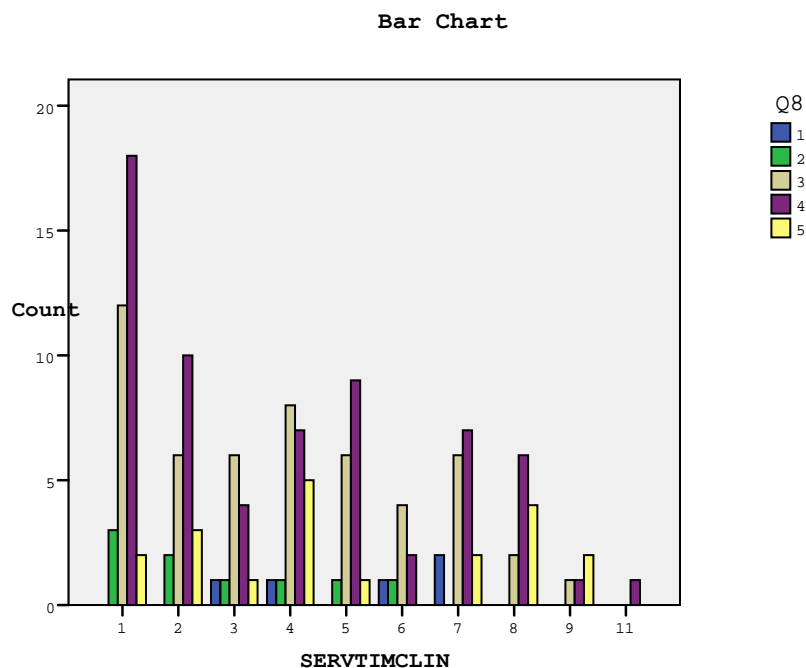
Διάγραμμα 67: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 8 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=32,760$, β.ε.=36, P=0.624).

			Q8					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMCLIN	1	Count	0	3	12	18	2	35
		% within SERVTIMCLIN	,0%	8,6%	34,3%	51,4%	5,7%	100,0%
		% within Q8	,0%	33,3%	23,5%	27,7%	10,0%	23,3%
		% of Total	,0%	2,0%	8,0%	12,0%	1,3%	23,3%
2	Count	0	2	6	10	3	21	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	9,5%	28,6%	47,6%	14,3%	100,0%	
	% within Q8	,0%	22,2%	11,8%	15,4%	15,0%	14,0%	
	% of Total	,0%	1,3%	4,0%	6,7%	2,0%	14,0%	
3	Count	1	1	6	4	1	13	
	% within SERVTIMCLIN	7,7%	7,7%	46,2%	30,8%	7,7%	100,0%	
	% within Q8	20,0%	11,1%	11,8%	6,2%	5,0%	8,7%	
	% of Total	,7%	,7%	4,0%	2,7%	,7%	8,7%	
4	Count	1	1	8	7	5	22	
	% within SERVTIMCLIN	4,5%	4,5%	36,4%	31,8%	22,7%	100,0%	
	% within Q8	20,0%	11,1%	15,7%	10,8%	25,0%	14,7%	
	% of Total	,7%	,7%	5,3%	4,7%	3,3%	14,7%	
5	Count	0	1	6	9	1	17	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	5,9%	35,3%	52,9%	5,9%	100,0%	
	% within Q8	,0%	11,1%	11,8%	13,8%	5,0%	11,3%	
	% of Total	,0%	,7%	4,0%	6,0%	,7%	11,3%	

6	Count	1	1	4	2	0	8
	% within SERVTIMCLIN	12,5%	12,5%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	20,0%	11,1%	7,8%	3,1%	,0%	5,3%
	% of Total	,7%	,7%	2,7%	1,3%	,0%	5,3%
7	Count	2	0	6	7	2	17
	% within SERVTIMCLIN	11,8%	,0%	35,3%	41,2%	11,8%	100,0%
	% within Q8	40,0%	,0%	11,8%	10,8%	10,0%	11,3%
	% of Total	1,3%	,0%	4,0%	4,7%	1,3%	11,3%
8	Count	0	0	2	6	4	12
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	3,9%	9,2%	20,0%	8,0%
	% of Total	,0%	,0%	1,3%	4,0%	2,7%	8,0%
9	Count	0	0	1	1	2	4
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	2,0%	1,5%	10,0%	2,7%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	,7%	1,3%	2,7%
11	Count	0	0	0	1	0	1
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within Q8	,0%	,0%	,0%	1,5%	,0%	,7%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,7%	,0%	,7%
Total	Count	5	9	51	65	20	150
	% within SERVTIMCLIN	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%
	% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%

Πίνακας 68: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

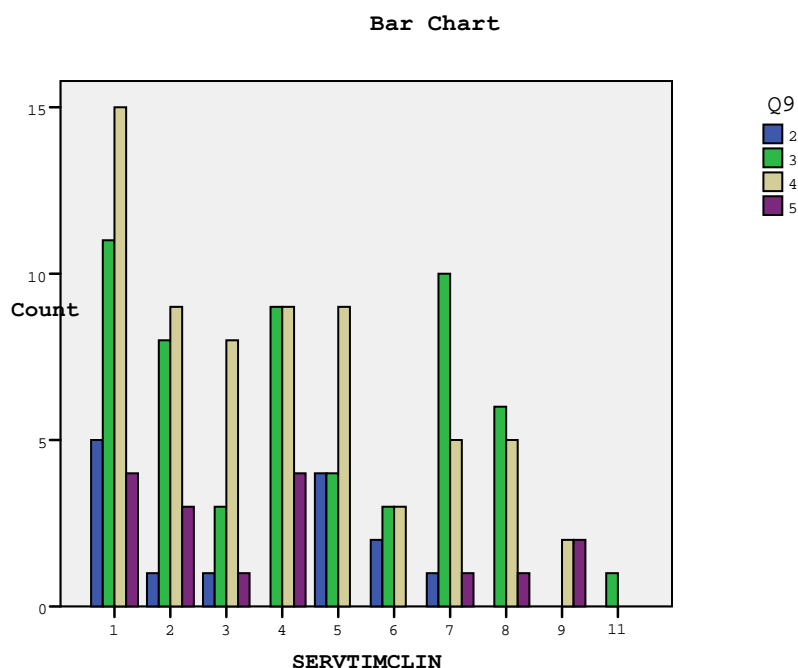


Διάγραμμα 68: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 9 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=31,590$, β.ε.=27, P=0.249).

			Q9				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMCLIN	1	Count	5	11	15	4	35
		% within SERVTIMCLIN	14,3%	31,4%	42,9%	11,4%	100,0%
		% within Q9	35,7%	20,0%	23,1%	25,0%	23,3%
		% of Total	3,3%	7,3%	10,0%	2,7%	23,3%
	2	Count	1	8	9	3	21
		% within SERVTIMCLIN	4,8%	38,1%	42,9%	14,3%	100,0%
		% within Q9	7,1%	14,5%	13,8%	18,8%	14,0%
		% of Total	,7%	5,3%	6,0%	2,0%	14,0%
	3	Count	1	3	8	1	13
		% within SERVTIMCLIN	7,7%	23,1%	61,5%	7,7%	100,0%
		% within Q9	7,1%	5,5%	12,3%	6,3%	8,7%
		% of Total	,7%	2,0%	5,3%	,7%	8,7%
4	Count	0	9	9	4	22	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	40,9%	40,9%	18,2%	100,0%	
	% within Q9	,0%	16,4%	13,8%	25,0%	14,7%	
	% of Total	,0%	6,0%	6,0%	2,7%	14,7%	
5	Count	4	4	9	0	17	
	% within SERVTIMCLIN	23,5%	23,5%	52,9%	,0%	100,0%	
	% within Q9	28,6%	7,3%	13,8%	,0%	11,3%	
	% of Total	2,7%	2,7%	6,0%	,0%	11,3%	
6	Count	2	3	3	0	8	
	% within SERVTIMCLIN	25,0%	37,5%	37,5%	,0%	100,0%	
	% within Q9	14,3%	5,5%	4,6%	,0%	5,3%	
	% of Total	1,3%	2,0%	2,0%	,0%	5,3%	
7	Count	1	10	5	1	17	
	% within SERVTIMCLIN	5,9%	58,8%	29,4%	5,9%	100,0%	
	% within Q9	7,1%	18,2%	7,7%	6,3%	11,3%	
	% of Total	,7%	6,7%	3,3%	,7%	11,3%	
8	Count	0	6	5	1	12	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	50,0%	41,7%	8,3%	100,0%	
	% within Q9	,0%	10,9%	7,7%	6,3%	8,0%	
	% of Total	,0%	4,0%	3,3%	,7%	8,0%	
9	Count	0	0	2	2	4	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Q9	,0%	,0%	3,1%	12,5%	2,7%	
	% of Total	,0%	,0%	1,3%	1,3%	2,7%	
11	Count	0	1	0	0	1	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Q9	,0%	1,8%	,0%	,0%	,7%	
	% of Total	,0%	,7%	,0%	,0%	,7%	
Total	Count	14	55	65	16	150	
	% within SERVTIMCLIN	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%	
	% within Q9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%	

Πίνακας 69: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



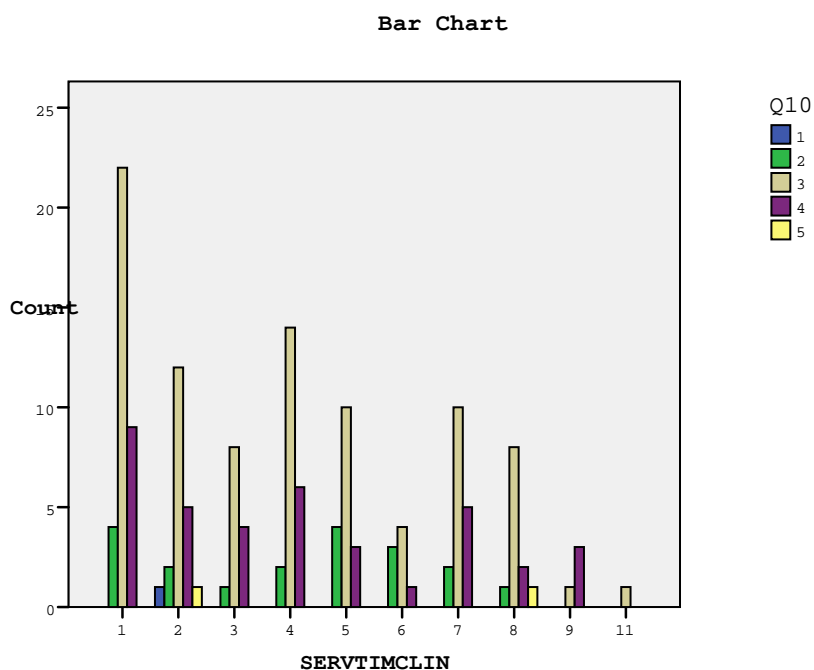
Διάγραμμα 69: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 10
 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=28,128$, β.ε.=36, P=0.823).

		Q10					Total	
		1	2	3	4	5	1	
SERVTIMCLIN	1	Count	0	4	22	9	0	35
		% within SERVTIMCLIN	,0%	11,4%	62,9%	25,7%	,0%	100,0%
		% within Q10	,0%	21,1%	24,4%	23,7%	,0%	23,3%
		% of Total	,0%	2,7%	14,7%	6,0%	,0%	23,3%
2	Count	1	2	12	5	1	21	
	% within SERVTIMCLIN	4,8%	9,5%	57,1%	23,8%	4,8%	100,0%	
	% within Q10	100,0%	10,5%	13,3%	13,2%	50,0%	14,0%	
	% of Total	,7%	1,3%	8,0%	3,3%	,7%	14,0%	
3	Count	0	1	8	4	0	13	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	7,7%	61,5%	30,8%	,0%	100,0%	
	% within Q10	,0%	5,3%	8,9%	10,5%	,0%	8,7%	
	% of Total	,0%	,7%	5,3%	2,7%	,0%	8,7%	
4	Count	0	2	14	6	0	22	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	9,1%	63,6%	27,3%	,0%	100,0%	
	% within Q10	,0%	10,5%	15,6%	15,8%	,0%	14,7%	
	% of Total	,0%	1,3%	9,3%	4,0%	,0%	14,7%	
5	Count	0	4	10	3	0	17	
	% within SERVTIMCLIN	,0%	23,5%	58,8%	17,6%	,0%	100,0%	
	% within Q10	,0%	21,1%	11,1%	7,9%	,0%	11,3%	
	% of Total	,0%	2,7%	6,7%	2,0%	,0%	11,3%	

6	Count	0	3	4	1	0	8
	% within SERVIMCLIN	,0%	37,5%	50,0%	12,5%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	15,8%	4,4%	2,6%	,0%	5,3%
	% of Total	,0%	2,0%	2,7%	,7%	,0%	5,3%
7	Count	0	2	10	5	0	17
	% within SERVIMCLIN	,0%	11,8%	58,8%	29,4%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	10,5%	11,1%	13,2%	,0%	11,3%
	% of Total	,0%	1,3%	6,7%	3,3%	,0%	11,3%
8	Count	0	1	8	2	1	12
	% within SERVIMCLIN	,0%	8,3%	66,7%	16,7%	8,3%	100,0%
	% within Q10	,0%	5,3%	8,9%	5,3%	50,0%	8,0%
	% of Total	,0%	,7%	5,3%	1,3%	,7%	8,0%
9	Count	0	0	1	3	0	4
	% within SERVIMCLIN	,0%	,0%	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	1,1%	7,9%	,0%	2,7%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	2,0%	,0%	2,7%
11	Count	0	0	1	0	0	1
	% within SERVIMCLIN	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,7%
	% of Total	,0%	,0%	,7%	,0%	,0%	,7%
Total	Count	1	19	90	38	2	150
	% within SERVIMCLIN	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%

Πίνακας 70: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.



Διάγραμμα 70: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά χρόνια εργασίας στη κλινική.

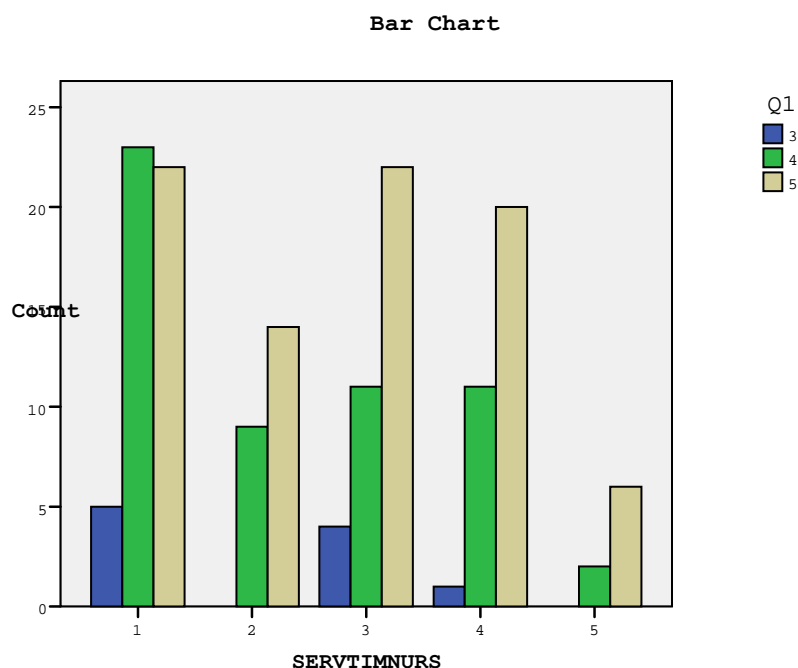
ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	χ^2	β.ε.	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	21.495	18	0.255	OXI
Q2	14.802	18	0.675	OXI
Q3	66.743	36	0.001	*ΝΑΙ*
Q4	48.623	27	0.007	*ΝΑΙ*
Q5	26.192	27	0.508	OXI
Q6	30.920	36	0.709	OXI
Q7	24.449	27	0.605	OXI
Q8	32.760	36	0.624	OXI
Q9	31.590	27	0.249	OXI
Q10	28.128	36	0.823	OXI

Πίνακας 71: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με το χρόνο εργασίας στην κλινική των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 1 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,674$, β.ε.=8, P=0.371).

			Q1			Total
			3	4	5	3
SERVTIMNURS	1	Count	5	23	22	50
		% within SERVTIMNURS	10,0%	46,0%	44,0%	100,0%
		% within Q1	50,0%	41,1%	26,2%	33,3%
		% of Total	3,3%	15,3%	14,7%	33,3%
	2	Count	0	9	14	23
		% within SERVTIMNURS	,0%	39,1%	60,9%	100,0%
		% within Q1	,0%	16,1%	16,7%	15,3%
		% of Total	,0%	6,0%	9,3%	15,3%
	3	Count	4	11	22	37
		% within SERVTIMNURS	10,8%	29,7%	59,5%	100,0%
		% within Q1	40,0%	19,6%	26,2%	24,7%
		% of Total	2,7%	7,3%	14,7%	24,7%
	4	Count	1	11	20	32
		% within SERVTIMNURS	3,1%	34,4%	62,5%	100,0%
		% within Q1	10,0%	19,6%	23,8%	21,3%
% of Total		,7%	7,3%	13,3%	21,3%	
5	Count	0	2	6	8	
	% within SERVTIMNURS	,0%	25,0%	75,0%	100,0%	
	% within Q1	,0%	3,6%	7,1%	5,3%	
	% of Total	,0%	1,3%	4,0%	5,3%	
Total	Count	10	56	84	150	
	% within SERVTIMNURS	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%	
	% within Q1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	6,7%	37,3%	56,0%	100,0%	

Πίνακας 72: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



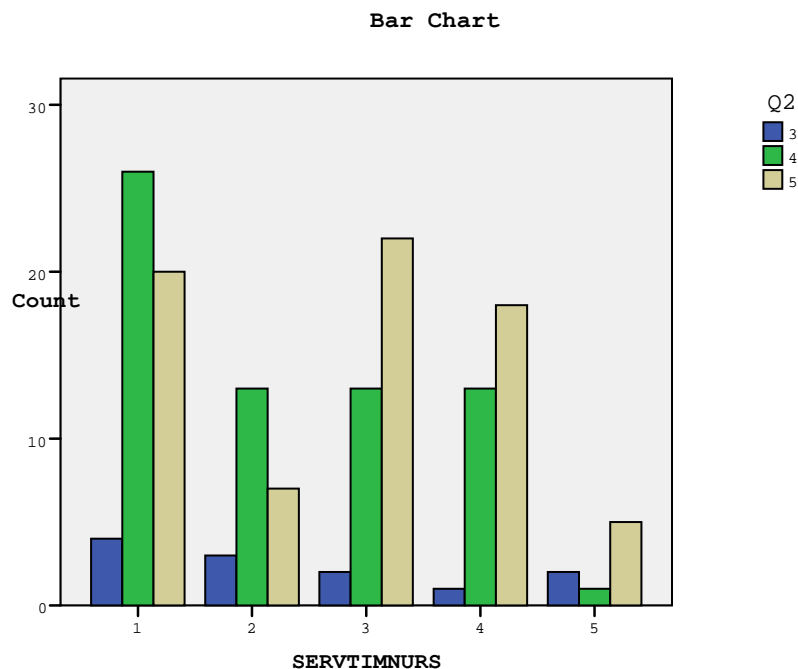
Διάγραμμα 72: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 1 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 2 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12.939$, β.ε.=8, P=0.114).

		Q2			Total	
		3	4	5	3	
SERVTIMNURS	1	Count	4	26	20	50
		% within SERVTIMNURS	8,0%	52,0%	40,0%	100,0%
		% within Q2	33,3%	39,4%	27,8%	33,3%
		% of Total	2,7%	17,3%	13,3%	33,3%
	2	Count	3	13	7	23
		% within SERVTIMNURS	13,0%	56,5%	30,4%	100,0%
		% within Q2	25,0%	19,7%	9,7%	15,3%
		% of Total	2,0%	8,7%	4,7%	15,3%
	3	Count	2	13	22	37
		% within SERVTIMNURS	5,4%	35,1%	59,5%	100,0%
		% within Q2	16,7%	19,7%	30,6%	24,7%
		% of Total	1,3%	8,7%	14,7%	24,7%
4	Count	1	13	18	32	
	% within SERVTIMNURS	3,1%	40,6%	56,3%	100,0%	
	% within Q2	8,3%	19,7%	25,0%	21,3%	
	% of Total	,7%	8,7%	12,0%	21,3%	
5	Count	2	1	5	8	
	% within SERVTIMNURS	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%	
	% within Q2	16,7%	1,5%	6,9%	5,3%	
	% of Total	1,3%	,7%	3,3%	5,3%	

Total	Count	12	66	72	150
	% within SERVTIMNURS	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%
	% within Q2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,0%	44,0%	48,0%	100,0%

Πίνακας 73: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



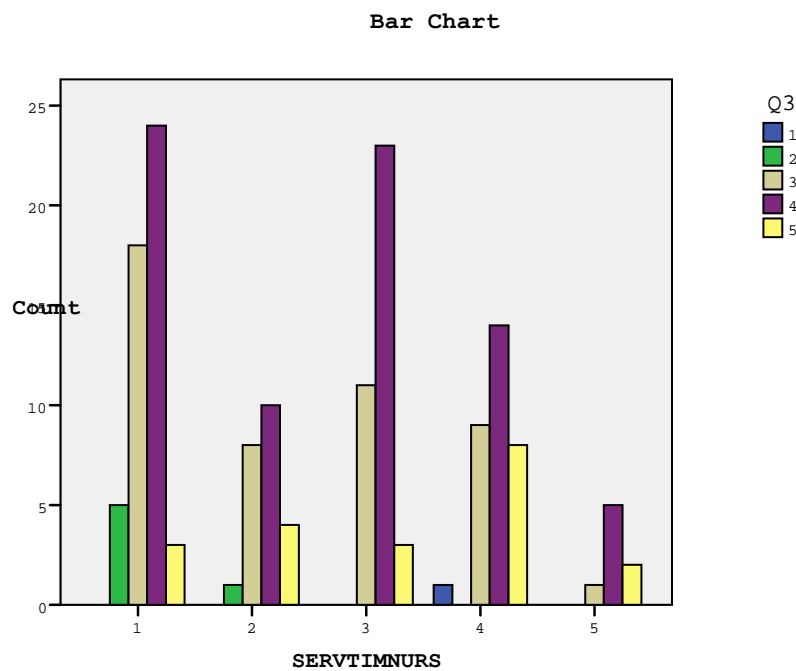
Διάγραμμα 73: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 2 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 3
 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=21.685$, β.ε.=16, P=0.154).

			Q3					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMNURS	1	Count	0	5	18	24	3	50
		% within SERVTIMNURS	,0%	10,0%	36,0%	48,0%	6,0%	100,0%
		% within Q3	,0%	83,3%	38,3%	31,6%	15,0%	33,3%
		% of Total	,0%	3,3%	12,0%	16,0%	2,0%	33,3%
2	Count	0	1	8	10	4	23	
	% within SERVTIMNURS	,0%	4,3%	34,8%	43,5%	17,4%	100,0%	
	% within Q3	,0%	16,7%	17,0%	13,2%	20,0%	15,3%	
	% of Total	,0%	,7%	5,3%	6,7%	2,7%	15,3%	
3	Count	0	0	11	23	3	37	
	% within SERVTIMNURS	,0%	,0%	29,7%	62,2%	8,1%	100,0%	
	% within Q3	,0%	,0%	23,4%	30,3%	15,0%	24,7%	
	% of Total	,0%	,0%	7,3%	15,3%	2,0%	24,7%	
4	Count	1	0	9	14	8	32	
	% within SERVTIMNURS	3,1%	,0%	28,1%	43,8%	25,0%	100,0%	
	% within Q3	100,0%	,0%	19,1%	18,4%	40,0%	21,3%	

	% of Total	,7%	,0%	6,0%	9,3%	5,3%	21,3%
5	Count	0	0	1	5	2	8
	% within SERVTIMNURS	,0%	,0%	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
	% within Q3	,0%	,0%	2,1%	6,6%	10,0%	5,3%
Total	% of Total	,0%	,0%	,7%	3,3%	1,3%	5,3%
	Count	1	6	47	76	20	150
	% within SERVTIMNURS	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%
	% within Q3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	4,0%	31,3%	50,7%	13,3%	100,0%

Πίνακας 74: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



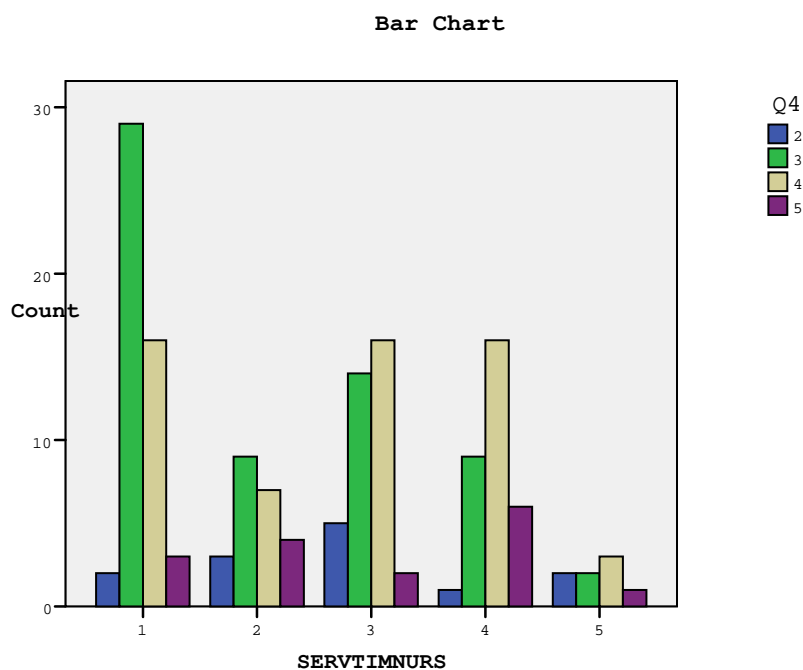
Διάγραμμα 74: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 3 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 4 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=18.812$, β.ε.=12, P=0.093).

			Q4				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMNURS	1	Count	2	29	16	3	50
		% within SERVTIMNURS	4,0%	58,0%	32,0%	6,0%	100,0%
		% within Q4	15,4%	46,0%	27,6%	18,8%	33,3%
		% of Total	1,3%	19,3%	10,7%	2,0%	33,3%
	2	Count	3	9	7	4	23
		% within SERVTIMNURS	13,0%	39,1%	30,4%	17,4%	100,0%
		% within Q4	23,1%	14,3%	12,1%	25,0%	15,3%
		% of Total	2,0%	6,0%	4,7%	2,7%	15,3%
	3	Count	5	14	16	2	37
		% within SERVTIMNURS	13,5%	37,8%	43,2%	5,4%	100,0%
		% within Q4	38,5%	22,2%	27,6%	12,5%	24,7%

	% of Total	3,3%	9,3%	10,7%	1,3%	24,7%
4	Count	1	9	16	6	32
	% within SERVTIMNURS	3,1%	28,1%	50,0%	18,8%	100,0%
	% within Q4	7,7%	14,3%	27,6%	37,5%	21,3%
	% of Total	,7%	6,0%	10,7%	4,0%	21,3%
5	Count	2	2	3	1	8
	% within SERVTIMNURS	25,0%	25,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	% within Q4	15,4%	3,2%	5,2%	6,3%	5,3%
	% of Total	1,3%	1,3%	2,0%	,7%	5,3%
Total	Count	13	63	58	16	150
	% within SERVTIMNURS	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%
	% within Q4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,7%	42,0%	38,7%	10,7%	100,0%

Πίνακας 75: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



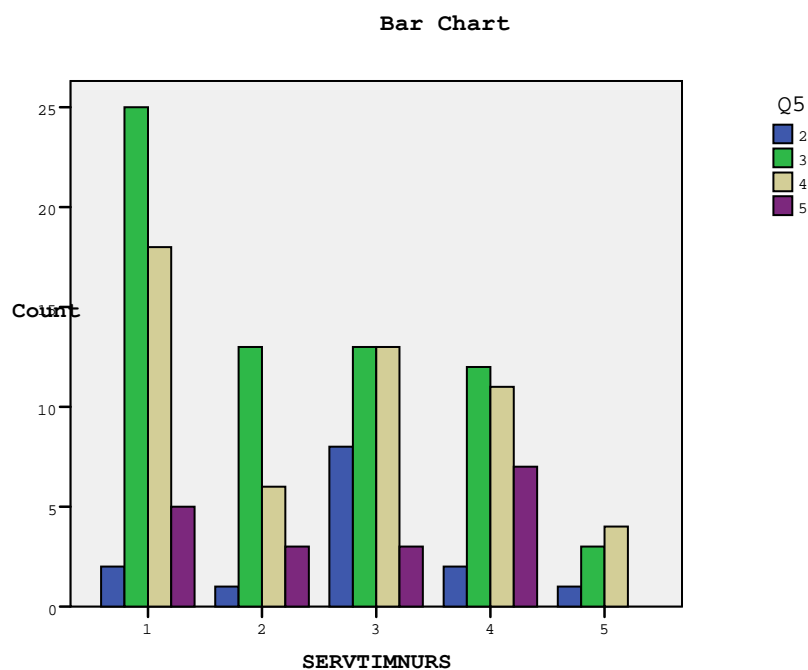
Διάγραμμα 75: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 4 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 5 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=16.083$, β.ε.=12, P=0.187).

		Q5				Total	
		2	3	4	5	2	
SERVTIMNURS	1	Count	2	25	18	5	50
		% within SERVTIMNURS	4,0%	50,0%	36,0%	10,0%	100,0%
		% within Q5	14,3%	37,9%	34,6%	27,8%	33,3%
		% of Total	1,3%	16,7%	12,0%	3,3%	33,3%
	2	Count	1	13	6	3	23
		% within SERVTIMNURS	4,3%	56,5%	26,1%	13,0%	100,0%

	% within Q5	7,1%	19,7%	11,5%	16,7%	15,3%
	% of Total	,7%	8,7%	4,0%	2,0%	15,3%
3	Count	8	13	13	3	37
	% within SERVTIMNURS	21,6%	35,1%	35,1%	8,1%	100,0%
	% within Q5	57,1%	19,7%	25,0%	16,7%	24,7%
	% of Total	5,3%	8,7%	8,7%	2,0%	24,7%
4	Count	2	12	11	7	32
	% within SERVTIMNURS	6,3%	37,5%	34,4%	21,9%	100,0%
	% within Q5	14,3%	18,2%	21,2%	38,9%	21,3%
	% of Total	1,3%	8,0%	7,3%	4,7%	21,3%
5	Count	1	3	4	0	8
	% within SERVTIMNURS	12,5%	37,5%	50,0%	,0%	100,0%
	% within Q5	7,1%	4,5%	7,7%	,0%	5,3%
	% of Total	,7%	2,0%	2,7%	,0%	5,3%
Total	Count	14	66	52	18	150
	% within SERVTIMNURS	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%
	% within Q5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	9,3%	44,0%	34,7%	12,0%	100,0%

Πίνακας 76: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



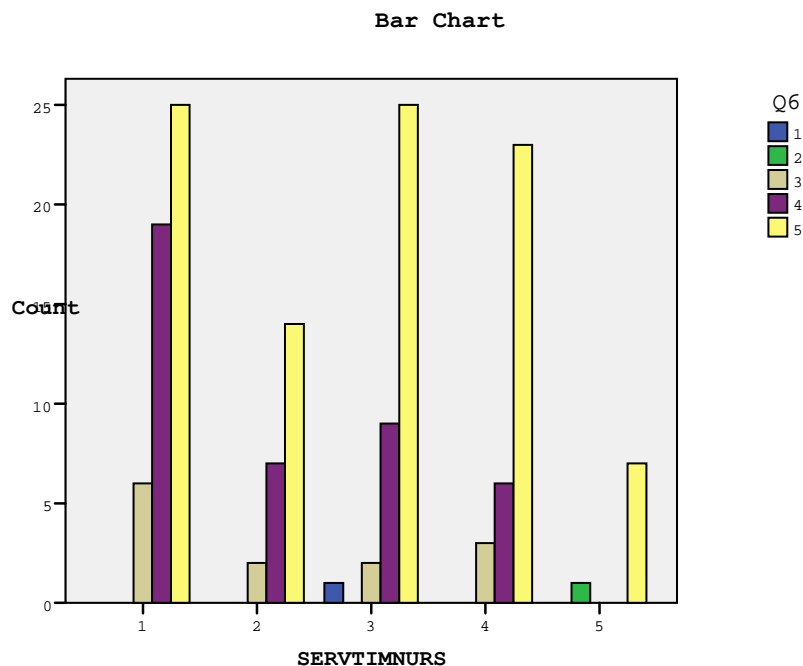
Διάγραμμα 76: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 5 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 6 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=30.599$, β.ε.=16, P=0.015).

		Q6					Total
		1	2	3	4	5	1
SERVTIMNURS	1	0	0	6	19	25	50

	% within SERVTIMNURS	,0%	,0%	12,0%	38,0%	50,0%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	46,2%	46,3%	26,6%	33,3%
	% of Total	,0%	,0%	4,0%	12,7%	16,7%	33,3%
2	Count	0	0	2	7	14	23
	% within SERVTIMNURS	,0%	,0%	8,7%	30,4%	60,9%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	15,4%	17,1%	14,9%	15,3%
	% of Total	,0%	,0%	1,3%	4,7%	9,3%	15,3%
3	Count	1	0	2	9	25	37
	% within SERVTIMNURS	2,7%	,0%	5,4%	24,3%	67,6%	100,0%
	% within Q6	100,0%	,0%	15,4%	22,0%	26,6%	24,7%
	% of Total	,7%	,0%	1,3%	6,0%	16,7%	24,7%
4	Count	0	0	3	6	23	32
	% within SERVTIMNURS	,0%	,0%	9,4%	18,8%	71,9%	100,0%
	% within Q6	,0%	,0%	23,1%	14,6%	24,5%	21,3%
	% of Total	,0%	,0%	2,0%	4,0%	15,3%	21,3%
5	Count	0	1	0	0	7	8
	% within SERVTIMNURS	,0%	12,5%	,0%	,0%	87,5%	100,0%
	% within Q6	,0%	100,0%	,0%	,0%	7,4%	5,3%
	% of Total	,0%	,7%	,0%	,0%	4,7%	5,3%
Total	Count	1	1	13	41	94	150
	% within SERVTIMNURS	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%
	% within Q6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	,7%	8,7%	27,3%	62,7%	100,0%

Πίνακας 77: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

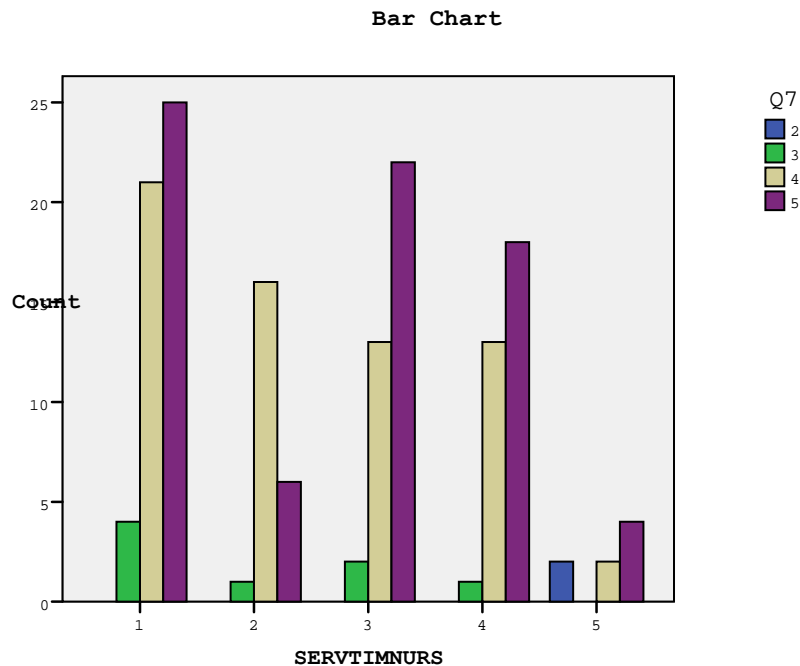


Διάγραμμα 77: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 6 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 7 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=45.392$, β.ε.=12, $P<0.001$).

			Q7				Total
			2	3	4	5	2
SERVTIMNURS	1	Count	0	4	21	25	50
		% within SERVTIMNURS	,0%	8,0%	42,0%	50,0%	100,0%
		% within Q7	,0%	50,0%	32,3%	33,3%	33,3%
		% of Total	,0%	2,7%	14,0%	16,7%	33,3%
	2	Count	0	1	16	6	23
		% within SERVTIMNURS	,0%	4,3%	69,6%	26,1%	100,0%
		% within Q7	,0%	12,5%	24,6%	8,0%	15,3%
		% of Total	,0%	,7%	10,7%	4,0%	15,3%
	3	Count	0	2	13	22	37
		% within SERVTIMNURS	,0%	5,4%	35,1%	59,5%	100,0%
		% within Q7	,0%	25,0%	20,0%	29,3%	24,7%
		% of Total	,0%	1,3%	8,7%	14,7%	24,7%
4	Count	0	1	13	18	32	
	% within SERVTIMNURS	,0%	3,1%	40,6%	56,3%	100,0%	
	% within Q7	,0%	12,5%	20,0%	24,0%	21,3%	
	% of Total	,0%	,7%	8,7%	12,0%	21,3%	
5	Count	2	0	2	4	8	
	% within SERVTIMNURS	25,0%	,0%	25,0%	50,0%	100,0%	
	% within Q7	100,0%	,0%	3,1%	5,3%	5,3%	
	% of Total	1,3%	,0%	1,3%	2,7%	5,3%	
Total	Count	2	8	65	75	150	
	% within SERVTIMNURS	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%	
	% within Q7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	1,3%	5,3%	43,3%	50,0%	100,0%	

Πίνακας 78: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

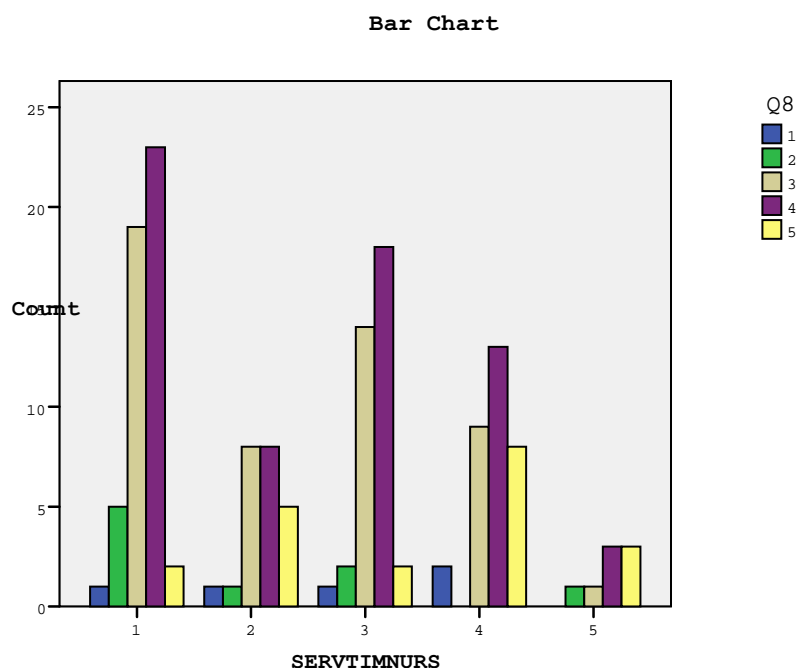


Διάγραμμα 78: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 7 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 8
 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=21.049$, β.ε.=16, P=0.177).

			Q8					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMNURS	1	Count	1	5	19	23	2	50
		% within SERVTIMNURS	2,0%	10,0%	38,0%	46,0%	4,0%	100,0%
		% within Q8	20,0%	55,6%	37,3%	35,4%	10,0%	33,3%
	% of Total	,7%	3,3%	12,7%	15,3%	1,3%	33,3%	
	2	Count	1	1	8	8	5	23
		% within SERVTIMNURS	4,3%	4,3%	34,8%	34,8%	21,7%	100,0%
		% within Q8	20,0%	11,1%	15,7%	12,3%	25,0%	15,3%
	% of Total	,7%	,7%	5,3%	5,3%	3,3%	15,3%	
	3	Count	1	2	14	18	2	37
		% within SERVTIMNURS	2,7%	5,4%	37,8%	48,6%	5,4%	100,0%
		% within Q8	20,0%	22,2%	27,5%	27,7%	10,0%	24,7%
	% of Total	,7%	1,3%	9,3%	12,0%	1,3%	24,7%	
	4	Count	2	0	9	13	8	32
		% within SERVTIMNURS	6,3%	,0%	28,1%	40,6%	25,0%	100,0%
		% within Q8	40,0%	,0%	17,6%	20,0%	40,0%	21,3%
% of Total	1,3%	,0%	6,0%	8,7%	5,3%	21,3%		
5	Count	0	1	1	3	3	8	
	% within SERVTIMNURS	,0%	12,5%	12,5%	37,5%	37,5%	100,0%	
	% within Q8	,0%	11,1%	2,0%	4,6%	15,0%	5,3%	
% of Total	,0%	,7%	,7%	2,0%	2,0%	5,3%		
Total	Count	5	9	51	65	20	150	
	% within SERVTIMNURS	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%	
	% within Q8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	3,3%	6,0%	34,0%	43,3%	13,3%	100,0%	

Πίνακας 79: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



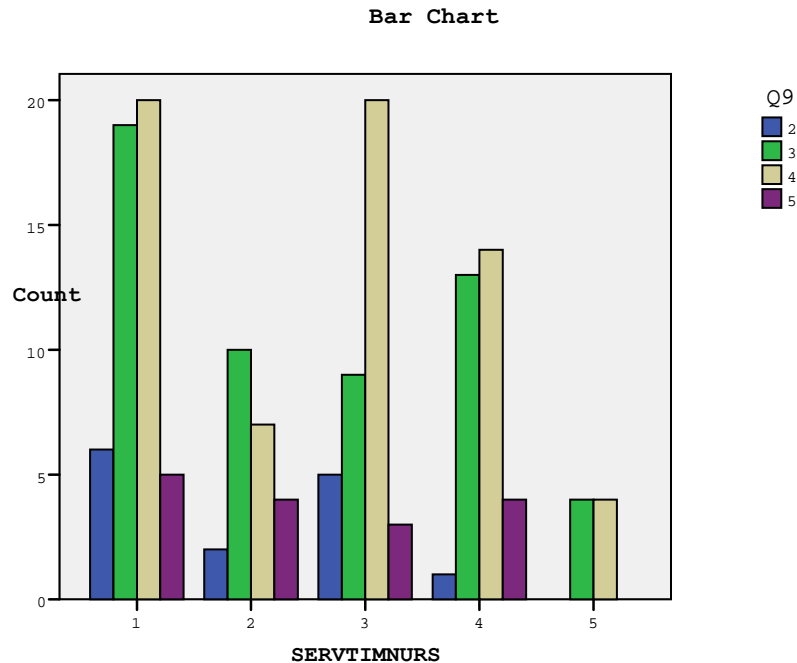
Διάγραμμα 79: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 8 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 9
 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9.782$, β.ε.=12, P=0.635).

		Q9				Total	
		2	3	4	5	2	
SERVTIMNURS	1	Count	6	19	20	5	50
		% within SERVTIMNURS	12,0%	38,0%	40,0%	10,0%	100,0%
		% within Q9	42,9%	34,5%	30,8%	31,3%	33,3%
		% of Total	4,0%	12,7%	13,3%	3,3%	33,3%
	2	Count	2	10	7	4	23
		% within SERVTIMNURS	8,7%	43,5%	30,4%	17,4%	100,0%
		% within Q9	14,3%	18,2%	10,8%	25,0%	15,3%
		% of Total	1,3%	6,7%	4,7%	2,7%	15,3%
	3	Count	5	9	20	3	37
		% within SERVTIMNURS	13,5%	24,3%	54,1%	8,1%	100,0%
		% within Q9	35,7%	16,4%	30,8%	18,8%	24,7%
		% of Total	3,3%	6,0%	13,3%	2,0%	24,7%
	4	Count	1	13	14	4	32
		% within SERVTIMNURS	3,1%	40,6%	43,8%	12,5%	100,0%
		% within Q9	7,1%	23,6%	21,5%	25,0%	21,3%
		% of Total	,7%	8,7%	9,3%	2,7%	21,3%
5	Count	0	4	4	0	8	
	% within SERVTIMNURS	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%	
	% within Q9	,0%	7,3%	6,2%	,0%	5,3%	
	% of Total	,0%	2,7%	2,7%	,0%	5,3%	
Total	Count	14	55	65	16	150	

% within SERVTIMNURS	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%
% within Q9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	9,3%	36,7%	43,3%	10,7%	100,0%

Πίνακας 80: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



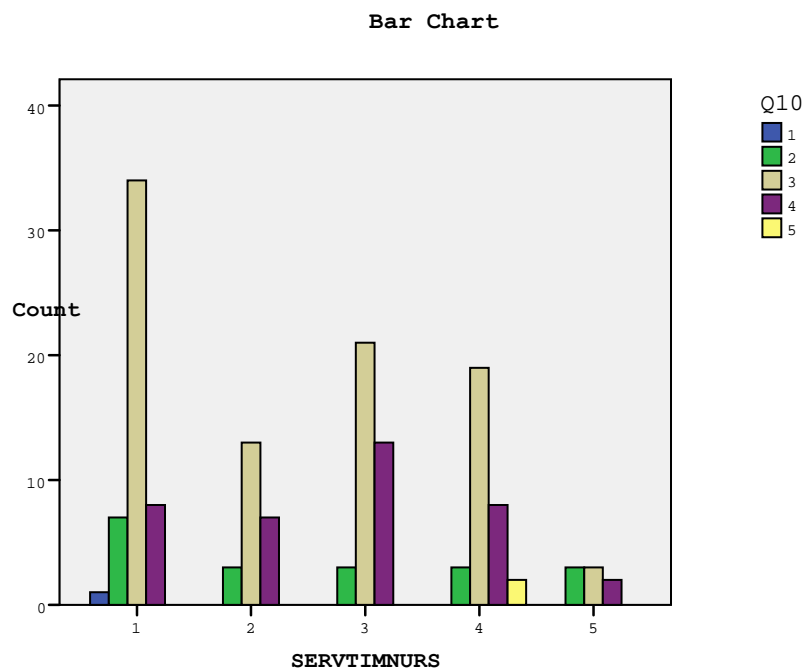
Διάγραμμα 80: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 9 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτης με την απάντηση στο ερώτημα 10
 ΔΕΝ προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=18.906$, β.ε.=16, P=0.274).

			Q10					Total
			1	2	3	4	5	1
SERVTIMNURS	1	Count	1	7	34	8	0	50
		% within SERVTIMNURS	2,0%	14,0%	68,0%	16,0%	,0%	100,0%
		% within Q10	100,0%	36,8%	37,8%	21,1%	,0%	33,3%
		% of Total	,7%	4,7%	22,7%	5,3%	,0%	33,3%
2	Count	0	3	13	7	0	23	
	% within SERVTIMNURS	,0%	13,0%	56,5%	30,4%	,0%	100,0%	
	% within Q10	,0%	15,8%	14,4%	18,4%	,0%	15,3%	
	% of Total	,0%	2,0%	8,7%	4,7%	,0%	15,3%	
3	Count	0	3	21	13	0	37	
	% within SERVTIMNURS	,0%	8,1%	56,8%	35,1%	,0%	100,0%	
	% within Q10	,0%	15,8%	23,3%	34,2%	,0%	24,7%	
	% of Total	,0%	2,0%	14,0%	8,7%	,0%	24,7%	
4	Count	0	3	19	8	2	32	
	% within SERVTIMNURS	,0%	9,4%	59,4%	25,0%	6,3%	100,0%	
	% within Q10	,0%	15,8%	21,1%	21,1%	100,0%	21,3%	
	% of Total	,0%	2,0%	12,7%	5,3%	1,3%	21,3%	
5	Count	0	3	3	2	0	8	

Total	% within SERVTIMNURS	,0%	37,5%	37,5%	25,0%	,0%	100,0%
	% within Q10	,0%	15,8%	3,3%	5,3%	,0%	5,3%
	% of Total	,0%	2,0%	2,0%	1,3%	,0%	5,3%
	Count	1	19	90	38	2	150
	% within SERVTIMNURS	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%
	% within Q10	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,7%	12,7%	60,0%	25,3%	1,3%	100,0%

Πίνακας 81: Κατανομή της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.



Διάγραμμα 81: Διαγραμματική απεικόνιση της απάντησης στο ερώτημα 10 ανά χρόνια εργασίας ως νοσηλεύτης.

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	χ^2	β.ε.	P	Στατ. Σημαντικό
Q1	8.674	8	0.371	OXI
Q2	12.939	8	0.114	OXI
Q3	21.685	16	0.154	OXI
Q4	18.812	12	0.093	OXI
Q5	16.083	12	0.187	OXI
Q6	30.599	16	0.015	*NAI*
Q7	45.392	12	<0.001	*NAI*
Q8	21.049	16	0.177	OXI
Q9	9.782	12	0.635	OXI
Q10	18.906	16	0.274	OXI

Πίνακας 82: Συνοπτικός πίνακας στατιστικής σημαντικότητας των απαντήσεων στα ερωτήματα 1 έως 10 σε σχέση με το χρόνο εργασίας ως νοσηλεύτης.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συχνότητες των δεδομένων των ερωτηθέντων νοσηλευτών:

Φύλο: Από τον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι το 14,8% του δείγματος των ερωτηθέντων νοσηλευτών, είναι άνδρες και το υπόλοιπο 85,2% είναι γυναίκες. Από αυτό το ποσοστό, 22 ήταν άντρες νοσηλευτές ενώ 128 ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες.

Εθνικότητα: Από τον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το 100% του δείγματος είναι Έλληνες. Άρα δεν επηρεάζεται η έρευνά μας από την εθνικότητα των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών, γιατί ήταν μόνο Έλληνες υπήκοοι και δεν υπήρχε άλλη εθνικότητα.

Κλινική εργασία: Από τον Πίνακα 3 παρατηρούμε ότι το 6% του δείγματος εργάζονται στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική, το 3.3% στην ΜΣΦΠ, το 4% στην Καρδιολογική, το 8.6% στην Τακτικά Επείγοντα Περιστατικά, το 3.3% στην Παθολογική Α, το 2.6% στην Παθολογική Β, το 3.3.% στην Πνευμονολογική, το 2% στην Δερματολογική, το 4.6% στην Γαστρεντερολογική, το 5.3% στην Χειρουργική Ογκολογική κλινική, το 2.6% στην Ουρολογική, το 2% στην Παιδοχειρουργική, το 2% στην Χειρουργική Β, το 2.6% στην Χημειοθεραπεία, το 0.7% στη Χειρουργική Γ, το 4% στην ΟΡΥΛΑ, το 3.3% στην Χειρουργική Α, το 2% στην Οφθαλμολογική το 2% στην Νευροχειρουργική, το 4% στην Ορθοπαιδική, το 2% στην Γναθοχειρουργική, το 0.7% στην Παιδοαιματολογική 4.6% στην Μαιευτική/ Γυναικολογική, το 3.3% στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, το 3.3% στην Παιδιατρική το 7.3% στα Εξωτερικά Ιατρεία, το 3.3% στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων.

Χρόνος εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική: Από τον Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το 23.3% ανήκει στο ποσοστό του δείγματος των ερωτηθέντων νοσηλευτών που εργάζεται στην συγκεκριμένη κλινική λιγότερο από ένα έτος, το 14% από 1 έως 3 έτη, το 8.7% από 4 έως 6 έτη, το 14.7% από 7 έως 9 έτη, το 11,3% από 10 έως 12 έτη, το 5,3% από 13 έως 15 έτη, το 11,3% από 16-18 έτη, το 7.9% από 19 έως 20 έτη, το 2.6% από 21 έως 23 έτη, το 0.7% από 27 έως 29 έτη.

Χρόνος εργασίας ως νοσηλεύτης γενικά: Από τον Πίνακα 5 παρατηρούμε ότι το 33.3% του δείγματος εργάζεται ως νοσηλεύτης λιγότερο από ένα έτος, το 15.3% από 1 έως 3 έτη, το 24.7% από 4 έως 6 έτη, το 21.3% από 7 έως 9 έτη και το 5,3% από 10 έως 12 έτη. Επίσης, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει νοσηλεύτης που να απασχολείται σε αυτό το επάγγελμα περισσότερο από 13 έτη.

Επίπεδο εκπαίδευσης: Από τον Πίνακα 6 παρατηρούμε ότι το 4% του δείγματος είναι απόφοιτοι ΙΕΚ, το 10% είναι απόφοιτοι ΤΕΕ, το 64.7% είναι απόφοιτοι ΑΤΕΙ, το 6% απόφοιτοι ΑΕΙ και το 15.3% απόφοιτοι νοσοκομειακής Σχολής. Παρατηρούμε από το δείγμα ότι δεν υπάρχει κάποιο ποσοστό που να έχει αποκτήσει μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Επομένως:

- Οι άντρες ήταν αρκετά λιγότεροι.
- Δεν υπήρχαν αλλοδαποί.
- Ήταν από πολλές διαφορετικές κλινικές.
- Περίπου το ¼ νέοι στη συγκεκριμένη κλινική.

- Περίπου το 1/3 ήταν πρωτοδιορισθέντες.
- Η μεγάλη πλειοψηφία προερχόταν από ΑΤΕΙ.

Συχνότητες των απαντήσεων στα vignettes από όλους μαζί τους ερωτηθέντες νοσηλευτές:

Ερώτηση 1: Από τον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 1 δόθηκαν μόνο απαντήσεις 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») αντιστοιχεί στο 6,7% του δείγματος, η απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 37,3% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 56%. Δηλαδή, στις γυναίκες ασθενείς οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ‘πάρα πολύ’ και ‘πολύ’.

Ερώτηση 2: Από τον πίνακα 8 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 2 δόθηκαν οι απαντήσεις 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») αντιστοιχεί στο 8,0% του δείγματος, η απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 44% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 48%. Δηλαδή, στους μικρής ηλικίας ασθενείς, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ‘πολύ’ και ‘πάρα πολύ’.

Ερώτηση 3: Από το πίνακα 9 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 3 δόθηκαν οι απαντήσεις 1(εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου») αντιστοιχεί στο 0,7% του δείγματος, η 2 στο 4%, η 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 31,3%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 50,7% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 13,3%. Δηλαδή, στους ασθενείς με ελληνική εθνικότητα, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ‘πολύ’ και ‘μέτρια’.

Ερώτηση 4: Από το πίνακα 10 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 4 δόθηκαν οι απαντήσεις 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») αντιστοιχεί στο 8,7% του δείγματος, η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 42%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 38,7% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 10,7%. Δηλαδή, στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ‘μέτρια’ και ‘πολύ’.

Ερώτηση 5: Από το πίνακα 11 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 5 δόθηκαν οι απαντήσεις 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») αντιστοιχεί στο 9,3% του δείγματος, η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 44%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 34,7% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 12%. Δηλαδή, στους ασθενείς με χρόνια πόνο, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ‘μέτρια’ και ‘πολύ’.

Ερώτηση 6: Από το πίνακα 12 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 6 δόθηκαν οι απαντήσεις 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 1 αντιστοιχεί στο 0,7% του δείγματος, η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») στο 0,7%, η 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο

8,7%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 27,3% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 62,7%. Δηλαδή, στους άνδρες ασθενείς, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ'.

Ερώτηση 7: Από το πίνακα 13 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 7 δόθηκαν οι απαντήσεις 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») αντιστοιχεί στο 1,3% του δείγματος, η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 5,3%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 43,3% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 50%. Δηλαδή, στους ασθενείς με μεγάλης ηλικίας, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο, κατά πλειονότητα, 'πάρα πολύ' και 'πολύ'.

Ερώτηση 8: Από το πίνακα 14 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 8 δόθηκαν οι απαντήσεις 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου») αντιστοιχεί στο 3,3% του δείγματος, η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») στο 6%, η 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 34% ενώ η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 43,3%, ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 13,3%. Δηλαδή, στους αλλοδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα, 'πολύ' και 'μέτρια'.

Ερώτηση 9: Από το πίνακα 15 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 9 δόθηκαν οι απαντήσεις 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») αντιστοιχεί στο 9,3% του δείγματος, η απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 36,7%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 43,3% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 10,7%. Δηλαδή, στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα, 'πολύ' και 'μέτρια'.

Ερώτηση 10: Από το πίνακα 16 παρατηρούμε ότι στην ερώτηση 10 δόθηκαν οι απαντήσεις 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Η απάντηση 1 αντιστοιχεί στο 0,7% του δείγματος, η απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») στο 12,7%, η 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») στο 60%, η 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») στο 25,3% ενώ η 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») στο 1,3%. Δηλαδή, στους ασθενείς με οξύ πόνο, οι νοσηλευτές συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια'.

Επομένως:

- Στις γυναίκες ασθενείς οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ' και 'πολύ'.
- Στις μικρής ηλικίας ασθενείς, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'πολύ' και 'πάρα πολύ'.
- Στους ασθενείς με ελληνική εθνικότητα, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'πολύ' και 'μέτρια'.
- Στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια' και 'πολύ'.
- Στους ασθενείς με χρόνια πόνο, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια' και 'πολύ'.
- Στους άνδρες ασθενείς, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ'.

- Στους ασθενείς με μεγάλης ηλικίας, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ‘πάρα πολύ’ και ‘πολύ’.
- Στους αλλοδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ‘πολύ’ και ‘μέτρια’.
- Στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα από ‘πολύ’ και ‘μέτρια’.
- Στους ασθενείς με οξύ πόνο, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ‘μέτρια’.

Αυτά φαίνονται και στο παρακάτω πίνακα:

Δεδομένα του ασθενούς↓	Εκτίμηση του πόνου από το νοσηλευτή→	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Φύλο	Ερώτημα Q1 (φύλο γυναίκα)	0%	0%	13,7%	37,3%	56,0%
	Ερώτημα Q6 (φύλο άντρας)	0,7%	0,7%	8,7%	27,3%	62,7%
Ηλικιακό επίπεδο	Ερώτημα Q2 (ηλικία μικρή)	0%	0%	8%	44%	48%
	Ερώτημα Q7 (ηλικία μεγάλη)	0%	1,30%	0%	43,30%	50%
Εθνικότητα	Ερώτημα Q3 (εθνικότητα ελληνική)	0,70%	4%	31,30%	50,70%	13,30%
	Ερώτημα Q8 (εθνικότητα αλλοδαπός)	3,30%	6%	34%	43,30%	13,30%
Επίπεδο μόρφωσης	Ερώτημα Q4 (επίπεδο μόρφωσης υψηλό)	0%	8,70%	42%	38,70%	10,70%
	Ερώτημα Q9 (επίπεδο μόρφωσης χαμηλό)	0%	9,30%	36,70%	43,30%	10,70%
Ένταση πόνου	Ερώτημα Q5 (ένταση πόνου-	0%	9,30%	44%	34,70%	12%

	χρόνιος)					
	Ερώτημα Q10 (ένταση πόνου- οξύς)	0,70%	12,70%	60%	25,30%	1,30%

Πίνακας 87: Συγκριτική παρουσίαση των ευρημάτων των απαντήσεων στα ανά ζεύγη vignettes από όλους μαζί τους ερωτηθέντες νοσηλευτές.

Σχέση των απαντήσεων στα vignettes από νοσηλευτές με διαφορετικά χαρακτηριστικά:

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 1: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ του φύλου των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στις γυναίκες ασθενείς είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 17. Παρατηρούμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν η 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Αν παρατηρήσουμε τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο του νοσηλευτή οι γυναίκες έδωσαν την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 59,4% του ερωτηθέντος δείγματος ενώ οι άντρες έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 45,5%. Από αυτά τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων νοσηλευτών συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πως οι άντρες πονούν «πάρα πολύ». Αν όμως παρατηρήσουμε τα αποτελέσματα του πίνακα σε σχέση με την ερώτησή μας τότε θα παρατηρήσουμε ότι: Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») έδωσαν οι γυναίκες σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 18,20% στο σύνολό τους και την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 45,50%, ενώ την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσαν οι άντρες σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 59,40% από το σύνολό τους. Από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι σε σχέση με την ερώτηση, οι γυναίκες νοσηλεύτριες αντιλαμβάνονται ότι οι ασθενείς γυναίκες αντέχουν περισσότερο στο πόνο, ενώ οι άντρες νοσηλευτές εκτιμούν ότι οι γυναίκες ασθενείς πονούν «πάρα πολύ» όταν εκδηλώσουν το πόνο. Συμπερασματικά, όταν πρόκειται για γυναίκα ασθενή, οι γυναίκες νοσηλεύτριες βαθμολογούν το πόνο κατά πλειονότητα βαρύτερα από τους άντρες νοσηλευτές.

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 2: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 18).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 3: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 19).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 4: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 20).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 5: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 21).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 6: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 22).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 7: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 23).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 8: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 24).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 9: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 25).

Φύλο των νοσηλευτών-Ερώτηση 10: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 26).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 1: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 28).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 2: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 29).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 3: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 30).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 4: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 31. Από το πίνακα 31 που απεικονίζει την ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις στην ερώτηση 4, βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα του πίνακα αυτού σύμφωνα με την ηλικία των ερωτηθέντων, θα παρατηρήσουμε ότι: Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 20-25 ετών έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 53,30%. Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 ετών έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 56,40%. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 47,90% και αυτοί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40%. Από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 εκτιμούν ότι ο ασθενής πονά «μέτρια». Ενώ αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα σύμφωνα με την ερώτηση που έχει ως παράμετρο το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς τότε θα παρατηρήσουμε ότι: Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 46,20% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών. Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 36,50% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 58,6% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Ενώ και την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50%, από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Συμπερασματικά, όταν πρόκειται για μορφωμένο ασθενή οι νεώτεροι σε ηλικία νοσηλευτές βαθμολογούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο, από τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές.

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 5: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 32).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 6: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στους άνδρες ασθενείς είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 33. Από το πίνακα 33 που απεικονίζει την ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις στην ερώτηση 6, βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν 1 (εκτίμηση του πόνου καθόλου), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα του πίνακα αυτού σύμφωνα με την ηλικία των ερωτηθέντων, θα παρατηρήσουμε ότι: Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 20-25 ετών έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40%. Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 ετών έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 28,20%. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 έδωσαν την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 25,40% και αυτοί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 90%. Από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών εκτιμούν ότι ο ασθενής πονά «πάρα πολύ». Ενώ αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα σύμφωνα με την ερώτηση που έχει ως παράμετρο το φύλο του ασθενούς τότε θα παρατηρήσουμε ότι: Την απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών. Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 46,20% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 43,90% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Ενώ την απάντηση 5(εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 48,90%, από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Από τα αποτελέσματα αυτά συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών, επηρεάζονται από το φύλο του ασθενούς που έχουν απέναντί τους και έτσι κρίνουν αν οι ασθενείς, που στην ερώτηση είναι άντρας, και αντιλαμβάνονται αν επηρεάζονται τόσο όσο δείχνουν και εκφράζουν οι ασθενείς. Ενώ την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») τη δίνουν όλοι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών. Αυτό δείχνει ότι στους άντρες ασθενείς δεν πιστεύουν τον τρόπο έκφρασης του πόνου. Συμπερασματικά όταν πρόκειται άνδρες ασθενείς, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές.

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 7: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς μεγάλης ηλικίας είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 34. Από το πίνακα 34 που απεικονίζει την ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις στην ερώτηση 7, βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5

(εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα του πίνακα αυτού σύμφωνα με την ηλικία των ερωτηθέντων, θα παρατηρήσουμε ότι: Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 20-25 ετών έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50%. Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 ετών έδωσαν την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 46,20%. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 έδωσαν την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 52,10% και αυτοί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 70%. Από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 εκτιμούν ότι ο ασθενής πονά «πάρα πολύ». Άρα οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας είναι λιγότερο ευαίσθητοι στον πόνο του ασθενούς σε σχέση με τα νεαρά άτομα. Ενώ αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα σύμφωνα με την ερώτηση που έχει ως παράμετρο την ηλικία του ασθενούς τότε θα παρατηρήσουμε ότι: Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών. Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών. Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 49,20% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Ενώ την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 49,30%, από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Από τα αποτελέσματα αυτά συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών, δίνουν σε μεγάλο ποσοστό τη 4 και 5 απάντηση, δηλαδή επηρεάζονται από την ηλικία του ασθενούς που έχουν απέναντί τους και έτσι κρίνουν αν οι ασθενείς, που στην ερώτηση είναι άντρας, και αντιλαμβάνονται αν επηρεάζονται τόσο όσο δείχνουν και εκφράζουν οι ασθενείς. Ενώ όλο το ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών δίνουν την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»). Ενώ το μισό ποσοστό από τους ερωτηθέντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-35 αντιλαμβάνονται ότι οι ασθενείς πονούν μέτρια. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία νοσηλευτές.

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 8: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ της ηλικίας των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στους αλλοδαπούς ασθενείς είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 35. Από το πίνακα 35 που απεικονίζει την ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις στην ερώτηση 8, βλέπουμε ότι: Οι απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα του πίνακα αυτού σύμφωνα με την ηλικία των ερωτηθέντων, θα παρατηρήσουμε ότι: Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 20-25 ετών έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 53,30%. Οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 26-35 ετών έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 41%. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του

πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 46,50% και αυτοί που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 46-55 ετών την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40%. Από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 20-25 ετών εκτιμούν ότι ο ασθενής πονά «μέτρια». Άρα οι νοσηλευτές μικρότερης ηλικίας είναι λιγότερο ευαίσθητοι στον πόνο του ασθενούς, σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες που εκτιμούν ότι ο ασθενής πονά «πολύ». Ενώ αν αναλύσουμε τα αποτελέσματα σύμφωνα με την ερώτηση που έχει ως παράμετρο την εθνικότητα του ασθενούς τότε θα παρατηρήσουμε ότι: Την απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-45 ετών. Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 44,40% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών. Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») την απάντησαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 43,10% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50,80% από το ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Ενώ την απάντηση 5(εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσε σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 55%, από το ποσοστό που των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών. Από τα αποτελέσματα αυτά συμπεραίνουμε ότι δίνουν σε μεγάλο ποσοστό τη 2,3,4 και 5 απάντηση, το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 36-45 ετών, δηλαδή επηρεάζονται από την εθνικότητα του ασθενούς που έχουν απέναντί τους και έτσι κρίνουν αν οι ασθενείς, που στην ερώτηση είναι γυναίκα. Ενώ το πάνω από το μισό ποσοστό από τους ερωτηθέντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 26-35 αντιλαμβάνονται ότι δεν πονούν καθόλου οι ασθενείς. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για αλλοδαπούς ασθενείς οι μικρότερης ηλικίας νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές.

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 9: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 36).

Ηλικία των νοσηλευτών-Ερώτηση 10: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 37).

Κλινική εργασίας των νοσηλευτών-Ερώτηση 1: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 39).

Κλινική εργασίας των νοσηλευτών-Ερώτηση 2: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 40).

Κλινική εργασίας των νοσηλευτών-Ερώτηση 3: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 41).

Κλινική εργασίας των νοσηλευτών-Ερώτηση 4: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ της κλινικής που εργάζονται οι νοσηλευτές στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 42. Από το πίνακα 42 που απεικονίζει τις κλινικές που εργάζονται οι ερωτηθέντες νοσηλευτές σε σχέση με τις απαντήσεις στο ερώτημα 4 βλέπουμε ότι: Η σχέση προέκυψε ότι είναι στατιστικά σημαντική. Από τα εμφανιζόμενα ποσοστά παρατηρούμε ότι: Η Παθολογική

Ογκολογική, η ΜΣΦΠ, η Καρδιολογική, τα Τακτικά Επείγοντα, η Παθολογική Γ και η Παθολογική Α, η Πνευμονολογική, η Ουρολογική, η Χειρουργική Β, η Νευροχειρουργική και τα Εξωτερικά Ιατρεία έδωσαν την απάντηση 3(εκτίμηση του πόνου «μέτρια»). Η Νευρολογική, η Δερματολογική, η Γαστρεντερολογική, η Χειρουργική Ογκολογική, η Β Χειρουργική, η Χειρουργική Γ, η ΟΡΥΛΑ, η Οφθαλμολογική, η Παιδοαιματολογική, η Μαιευτική/ Γυναικολογική, η Μονάδα τεχνητού Νεφρού, η Παιδιατρική και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων έδωσαν την απάντηση 4(εκτίμηση του πόνου «πολύ»). Η Παιδοχειρουργική έδωσε τις απαντήσεις 2(εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3(εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 33.30% αντίστοιχα. Η Χημειοθεραπεία έδωσε τις απαντήσεις 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών αντίστοιχα. Η Ορθοπαιδική έδωσε τις απαντήσεις 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% αντίστοιχα. Η Γναθοχειρουργική έδωσε τις απαντήσεις 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 33,30% των ερωτηθέντων νοσηλευτών αντίστοιχα. Πιο αναλυτικά από το πίνακα 42 παρατηρούμε τα εξής: Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στη Παθολογική Ογκολογική κλινική που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 55.60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Το 2 αντιστοιχεί στη ΜΣΦΠ που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Το 3 αντιστοιχεί στη Καρδιολογική κλινική όπου έδωσε την απάντηση 3(εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 83.3% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 4 αντιστοιχεί στα Τακτικά Επείγοντα Περιστατικά που έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 15.4% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική αντίστοιχα. Ο αριθμός 5 αντιστοιχεί στη Παθολογική Γ που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στη Παθολογική Α που έδωσε μόνο την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Άρα όλοι οι νοσηλευτές σε αυτή τη κλινική επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς που έχουν απέναντί τους . Ο αριθμός 7 αντιστοιχεί στη Νευρολογική κλινική όπου έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στη Πνευμονολογική κλινική που έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 80% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στη Δερματολογική κλινική που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 66.7% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 10 αντιστοιχεί στη Γαστρεντερολογική κλινική που έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 85,70% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 11 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Ογκολογική κλινική που έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), και την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 62.5% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη

συγκεκριμένη κλινική αντίστοιχα. Ο αριθμός 12 αντιστοιχεί στην Ουρολογική κλινική όπου οι νοσηλευτές έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Δηλαδή οι μισοί νοσηλευτές που άνηκαν στην ίδια κλινική έδωσαν την ίδια απάντηση. Ο αριθμός 13 αντιστοιχεί στη Παιδοχειρουργική κλινική, που έδωσαν την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο», τη 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), τη 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε ίδιο υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 33.3% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 14 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Β που έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 66.7% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 15 αντιστοιχεί στη κλινική Χημειοθεραπείας όπου απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσε το 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών και 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») το 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Ο αριθμός 16 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Γ όπου απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») έδωσε το 100% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Δηλαδή όλο το ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική. Ο αριθμός 17 αντιστοιχεί στην ΟΡΥΛΑ όπου απάντηση 3(εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Ο αριθμός 18 αντιστοιχεί στη Χειρουργική Α που έδωσαν την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40% και 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε επίσης ίδιο υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Ο αριθμός 19 αντιστοιχεί στην Οφθαλμολογική κλινική που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 66.7% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Ο αριθμός 20 αντιστοιχεί στη Νευροχειρουργική κλινική έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Άρα όλοι οι νοσηλευτές στη συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν ότι δεν πονά ο ασθενής και τόσο πολύ. Ο αριθμός 21 αντιστοιχεί στην Ορθοπαιδική κλινική έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών και 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που επίσης αντιστοιχεί στο 50% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 22 αντιστοιχεί στη Γναθοχειρουργική κλινική που σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 33,3% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής, απάντησε την ερώτηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Ο αριθμός 23 αντιστοιχεί στην Παιδοαιματολογική κλινική έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») απάντηση σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 100% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 24 αντιστοιχεί στη Μαιευτική –Γυναικολογική κλινική έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 57.1% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής . Ο αριθμός 25 αντιστοιχεί στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 40% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής και την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») το 40% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 26 αντιστοιχεί στη Παιδιατρική κλινική που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 27 αντιστοιχεί στα Εξωτερικά Ιατρεία που έδωσε την απάντηση 3(εκτίμηση του πόνου «μέτρια») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 72.7% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της

συγκεκριμένης κλινικής. Ο αριθμός 28 αντιστοιχεί στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων που έδωσαν την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών της συγκεκριμένης κλινικής. Παρατηρήσουμε επίσης τα εξής: -Την απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου <<καθόλου>>) δεν την έδωσε κανένας νοσηλευτής από τους ερωτηθέντες. -Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο») την έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 15,40% από το ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτών που ανήκουν στις κλινικές Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Παιδιατρική. Άρα σε αυτές τις κλινικές οι νοσηλευτές δεν δίνουν σημασία στο επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς που έχουν απέναντί τους. -Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια») την έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 12,7% από το ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτών που εργάζονται στα Εξωτερικά Ιατρεία. -Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ») την έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 10,30% από το ποσοστό που εργάζονται στην Νευρολογική και Γαστρεντερολογική κλινική αντίστοιχα. Άρα οι δύο αυτές κλινικές έδωσαν την ίδια απάντηση στην ερώτηση με το ίδιο ποσοστό. -Την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») την έδωσαν σε υψηλό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 12,50% από το ποσοστό που εργάζονται στα Τακτικά Επείγοντα Περιστατικά, στη Χημειοθεραπεία, και στη Μαιευτική/ Γυναικολογική κλινική. Άρα οι τρεις αυτές κλινικές έδωσαν την απάντηση 5 σε ίδιο ποσοστό η κάθε μια. Άρα από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στη Νευρολογική, Γαστρεντερολογική, ΤΕΠ, Χημειοθεραπεία, Μαιευτική/ Γυναικολογική εκτιμούν το πόνο από πολύ έως πάρα πολύ. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για πιο μορφωμένους ασθενείς οι νοσηλευτές οι οποίοι εργαζονται στις κλινικές (ΠΟΓΚ, ΜΣΦΠ, Καρδιολογική, Παθολογική Α, Πνευμονολογική, Νευροχειρουργική και ΤΕΠ) <<υψηλού κινδύνου>> εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες κλινικές.

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 5: Δεν προκύπτει στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 43).

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 6: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 44).

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 7: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 45).

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 8: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 46).

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 9: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 47).

Κλινική εργασία των νοσηλευτών-Ερώτηση 10: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 48).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 1: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 50).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 2: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 51).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 3: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην

εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με ελληνική εθνικότητα είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 52 ($\chi^2=26.587$, β.ε.=16, P=0.046). Ο πίνακας 52 αναφέρεται στη σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση στο ερώτημα 3. Από το πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμαίνεται από τον αριθμό 1 έως 7. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε οι αριθμοί αυτοί έχουν την ακόλουθη αντιστοιχία: Ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΙΕΚ, ο αριθμός 2 στους απόφοιτους ΤΕΕ, ο αριθμός 3 στους απόφοιτους ΑΤΕΙ ο αριθμός 4 στους απόφοιτους ΑΕΙ και ο αριθμός 7 στους απόφοιτους σχολής νοσοκομείου. Όσων αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση 3, αυτές κυμαίνονται μεταξύ των αριθμών 1-5 όπου 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Βλέπουμε λοιπόν ότι από τους απόφοιτους ΙΕΚ το 66.7% έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>), Από τους απόφοιτους ΤΕΕ το 40% έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>). Από τους απόφοιτους ΑΤΕΙ το 57.7% έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>). Από τους απόφοιτους ΑΕΙ το 44.4% την 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>). Από τους απόφοιτους σχολής νοσοκομείου το 43.5% έδωσε την απάντηση απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>). Ακόμα παρατηρώντας το πίνακα από μια άλλη οπτική γωνία βλέπουμε ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση αντιστοιχεί στους απόφοιτους σχολής νοσοκομείου με ποσοστό 100%. Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΑΕΙ και στους απόφοιτους σχολής νοσοκομείου όπου βλέπουμε ότι το ποσοστό απάντησης αυτής της ερώτησης είναι το ίδιο μεταξύ των δύο αυτών σχολών με 33.3%. Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) αντιστοιχεί στους απόφοιτους ΑΤΕΙ με 63.8%. Ανάλογα ισχύει και για την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) , όπου το ποσοστό που έδωσε την απάντηση αυτή αντιστοιχεί πάλι στους απόφοιτους ΑΤΕΙ με 73.7%. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου <<πάρα πολύ>>) αντιστοιχεί και πάλι στους απόφοιτους ΑΤΕΙ με 50%. Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις των απόφοιτων νοσηλευτών σχολής νοσοκομείου και των απόφοιτων ΑΕΙ κυμαίνονται στο μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των απαντήσεων «καθόλου»-«λίγο». Από την άλλη μεριά οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ φαίνεται ότι κυμαίνονται μεταξύ των απαντήσεων «μέτρια»-«πολύ-πάρα πολύ». Αυτό σημαίνει ότι οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ εκτιμούν σ' ένα τέτοιο ερώτημα τον πόνο ως εντονότερο. Ενδεχόμενα επειδή, οι νοσηλευτές, δεν κατανοούν τους αλλοδαπούς ασθενείς ή αισθάνονται κάποιο δέος ή τους υποτιμούν. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για ημεδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (ΙΕΚ) εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 4: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 53).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 5: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 54).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 6: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 55).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 7: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 56).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 8: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 57).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 9: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 58).

Επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών-Ερώτηση 10: Δε προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 59).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 1: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 61).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 2: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 62).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 3: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ του χρόνου εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική, στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με ελληνική εθνικότητα είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 63. Ο πίνακας 63 αναφέρεται στη σχέση του χρόνου εργασίας στην ίδια κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 3. Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 3 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=66,743$, β.ε.=36, P=0.001). Από τον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι τα χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών στην ίδια κλινική κυμαίνεται από τον αριθμό (1-9) όπου 1=Λιγότερο από ένα έτος ,ο αριθμός 2 =1-3 έτη , ο αριθμός 3= 4-6 έτη ,ο 4 =7-9 έτη ,ο αριθμός 5= 10-12 έτη, ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στα 13-15 έτη, ο 7 αντιστοιχεί στα 16-18 έτη, ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στα 19-20 έτη και ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στα 21-23 έτη. Όσον αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση 3, αυτές κυμαίνονται μεταξύ των αριθμών 1-5 όπου 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Βλέπουμε λοιπόν ότι από αυτούς που εργάζονται λιγότερο από ένα έτος στην ίδια κλινική το 51.4% έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>). Από αυτούς που εργάζονται 1-3 έτη το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) με 61.9%. Από αυτούς που εργάζονται 4-6 έτη το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) και 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) με 38.5% αντίστοιχα. Από αυτούς που εργάζονται 7-9 έτη απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) και 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό αυτής της ηλικιακής ομάδας με 36.4% αντίστοιχα. Από αυτούς που εργάζονται 10-12 έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας με 52.9%. Από αυτούς που εργάζονται 13-15 έτη απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό με 62.5% Από αυτούς που εργάζονται στην κλινική 16-18έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε το 70.6% των νοσηλευτών που ανήκουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Από αυτούς που εργάζονται στην ίδια κλινική 19-20έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε το 50% αυτής της ηλικιακής ομάδας των νοσηλευτών. Από αυτούς που εργάζονται 21-23έτη απάντηση 5(εκτίμηση του πόνου <<πάρα πολύ>>) έδωσε το 50% των νοσηλευτών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Ακόμα παρατηρώντας το πίνακα από μια άλλη οπτική γωνία βλέπουμε ότι: -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου <<καθόλου>>) αντιστοιχεί στους

νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική 21-23 έτη με ποσοστό 100%. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αυτοί δε δίνουν καμία σημασία στην εθνικότητα του ασθενούς για την αντίληψή τους στο πόνο. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος με ποσοστό 50%. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αυτοί δίνουν ελάχιστη σημασία στην εθνικότητα του ασθενούς για την αντίληψή τους στο πόνο. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος με ποσοστό 23.4%. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αυτοί δίνουν πολύ σημασία στην εθνικότητα του ασθενούς για την αντίληψή τους στο πόνο. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος με ποσοστό 23.7%. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αυτοί δίνουν πολύ σημασία στην εθνικότητα του ασθενούς για την αντίληψή τους στο πόνο. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου <<πάρα πολύ>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 7-9 έτη με ποσοστό 30%. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αυτοί δίνουν πάρα πολύ σημασία στην εθνικότητα του ασθενούς για την αντίληψή τους στο πόνο. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για ημεδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική.

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 4:

Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ του χρόνου εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική, στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 64. Ο πίνακας 64 αναφέρεται στη σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 4. Η σχέση του χρόνου εργασίας στη κλινική με την απάντηση στο ερώτημα 4 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=48,623$, β.ε.=27, P=0.007). Από τον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι τα χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών στην ίδια κλινική κυμαίνονται από τον αριθμό (1-9) όπου 1=Λιγότερο από ένα έτος .ο αριθμός 2 =1-3 έτη , ο αριθμός 3= 4-6 έτη ,ο 4 =7-9 έτη ,ο αριθμός 5= 10-12 έτη, ο αριθμός 6 αντιστοιχεί στα 13-15 έτη, ο 7 αντιστοιχεί στα 16-18 έτη, ο αριθμός 8 αντιστοιχεί στα 19-20 έτη και ο αριθμός 9 αντιστοιχεί στα 21-23 έτη. Όσον αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση 3, αυτές κυμαίνονται μεταξύ των αριθμών 1-5 όπου 1 (εκτίμηση του πόνου «καθόλου»), 2 (εκτίμηση του πόνου «λίγο»), 3 (εκτίμηση του πόνου «μέτρια»), 4 (εκτίμηση του πόνου «πολύ»), 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Βλέπουμε από το πίνακα ότι νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος το, μεγαλύτερο ποσοστό 51.4% έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>). Επίσης στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 1-3 έτη το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) με 52.4% . Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 4-6 έτη το υψηλό ποσοστό 53.8% έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) . Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 7-9 έτη την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) έδωσε σε υψηλό ποσοστό το 40.9% Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 10-12 έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε σε υψηλό ποσοστό το 41.2%. Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 13-15 έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε σε υψηλό ποσοστό το 50%. Οι νοσηλευτές που δουλεύουν 16-18

έτη έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) σε υψηλό ποσοστό 47.1%. Οι νοσηλευτές που δουλεύουν 19-20έτη έδωσαν την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) σε υψηλό ποσοστό 41.7%. Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 21-23έτη απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσε σε υψηλό ποσοστό το 75%. Ακόμα παρατηρώντας το πίνακα από μια άλλη οπτική γωνία βλέπουμε ότι: -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 10-12έτη με ποσοστό 46.2%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος με ποσοστό 28.6%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για λιγότερο από 1 έτος με ποσοστό 24.1%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται στην ίδια κλινική για 7-9έτη με ποσοστό 43.8%. Από αυτό παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές με ποιο πολλά χρόνια υπηρεσίας στην ίδια κλινική εκτιμούν το πόνο του ασθενούς ως <<καθόλου>> ενώ οι νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια υπηρεσίας στην ίδια κλινική τον εκτιμούν από <<λίγο-πολύ>>. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για λιγότερο μορφωμένους ασθενείς οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική.

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 5: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 65).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 6: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 66).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 7: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 67).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 8: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 68).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 9: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 69).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κλινική-Ερώτηση 10: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Πίνακας 70).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 1: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 72).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 2: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 73).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 3: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 74).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 4: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 75).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα- Ερώτηση 5: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 76).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 6: Επειδή βρέθηκε παρακάτω ότι η σχέση μεταξύ του χρόνου εργασίας των νοσηλευτών (γενικά) στην εκτίμηση του πόνου στους άνδρες ασθενείς είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 77. Στο πίνακα 77 που απεικονίζει το χρόνο εργασίας των ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση 6. Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτριας με την απάντηση στο ερώτημα 6 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=30.599$, β.ε.=16, $P=0.015$). Βλέπουμε ότι: Από εκείνους που είχαν 1-7 έτη υπηρεσίας (ελάχιστα χρόνια), υψηλό ποσοστό (50%) έδωσαν απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ»). Από εκείνους που είχαν 8-14 έτη υπηρεσίας (λίγα χρόνια) απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») έδωσαν επίσης υψηλό ποσοστό (60,90%). Από 15-21 έτη έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 67,60%. Από 22-28 έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 71,90%. Από 29-35 έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 87,50%. Παρατηρούμε στο πίνακα αυτό ότι όλοι οι νοσηλευτές ανεξαρτήτου χρόνου εργασίας ως νοσηλευτές έδωσαν την ίδια απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου «πάρα πολύ») σε υψηλό ποσοστό στην ερώτηση 6. Ενώ αν παρατηρήσουμε το πίνακα από άλλη οπτική γωνία έχουμε τα εξής: -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 1 (εκτίμηση του πόνου <<καθόλου>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται συνολικά για 15-21 έτη με ποσοστό 100%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται συνολικά από 29-35 έτη με ποσοστό 100%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται συνολικά από 1-7 έτη με ποσοστό 46,20%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται συνολικά για 1-7 έτη με ποσοστό 46,30%. -Το μεγαλύτερο ποσοστό που έδωσε την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου <<πάρα πολύ>>) αντιστοιχεί στους νοσηλευτές που εργάζονται συνολικά για 15-21 έτη με ποσοστό 67,60%. Από αυτά τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες νοσηλευτές που εργάζονται πολλά χρόνια ως νοσηλευτές, εκτιμούν το πόνο του ασθενούς από καθόλου, λίγο και πάρα πολύ σε υψηλό ποσοστό. Ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές που εργάζονται λίγα χρόνια ως νοσηλευτές εκτιμούν το πόνο του ασθενούς από μέτρια έως πολύ. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για άνδρες ασθενείς οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εργασίας συνολικά.

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 7: Επειδή βρέθηκε παραπάνω ότι η σχέση μεταξύ του χρόνου εργασίας (γενικά) των νοσηλευτών στην εκτίμηση του πόνου στους ασθενείς με μεγάλη ηλικία είναι στατιστικά σημαντική, οφείλουμε να διερευνήσουμε τον αντίστοιχο πίνακα 78. Στο πίνακα 78 που απεικονίζει το χρόνο εργασίας των ερωτηθέντων με την ερώτηση 7. Η σχέση του χρόνου εργασίας ως νοσηλεύτριας με την απάντηση στο ερώτημα 7 προκύπτει στατιστικά σημαντική ($\chi^2=45.392$, β.ε.=12, $P<0.001$). Παρατηρούμε ότι από 1-7 έτη έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50%. Από 8-14 έτη έδωσαν την απάντηση 4 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 69,60%. Από 15-21 έτη έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 59,50%. Από 22-28 έτη έδωσαν την απάντηση 5 με μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 56,30%. Από 29-35 έτη έδωσαν την απάντηση 4 με

μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί στο 50%. Παρατηρούμε επίσης ότι: -Την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>) έδωσαν σε ποσοστό 100% οι ερωτηθέντες που εργάζονται ως νοσηλευτές 29-35έτη. -Την απάντηση 3 (εκτίμηση του πόνου <<μέτρια>>) έδωσαν σε υψηλό ποσοστό 50% οι ερωτηθέντες που εργάζονται ως νοσηλευτές 1-7έτη. -Την απάντηση 4 (εκτίμηση του πόνου <<πολύ>>) έδωσαν σε υψηλό ποσοστό 32.3% οι ερωτηθέντες που εργάζονται ως νοσηλευτές 1-7έτη. -Την απάντηση 5 (εκτίμηση του πόνου <<πάρα πολύ>>) έδωσαν σε υψηλό ποσοστό 33.3% οι ερωτηθέντες που εργάζονται ως νοσηλευτές 1-7έτη. Βλέπουμε ότι το υψηλότερο ποσοστό των νοσηλευτών με λιγότερα χρόνια εργασίας ως νοσηλευτές έδωσαν απαντήσεις που κυμαίνονταν μεταξύ <<μέτρια, πολύ, πάρα πολύ>> σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργάζονται περισσότερα χρόνια στον νοσηλευτικό τομέα που το υψηλότερο ποσοστό έδωσε την απάντηση 2 (εκτίμηση του πόνου <<λίγο>>). Άρα οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εμπειρίας εκτιμούν το πόνο λίγο. Συμπερασματικά όταν πρόκειται για μεγάλης ηλικίας ασθενείς οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εργασίας συνολικά.

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 8: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικός. (Πίνακας 79).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 9: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικός. (Πίνακας 80).

Χρόνια εργασίας των νοσηλευτών στο επάγγελμα-Ερώτηση 10: Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικός. (Πίνακας 81).

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

A) Συμπεράσματα για την εκτίμηση του πόνου από τους νοσηλευτές γενικά:

Στις γυναίκες ασθενείς οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ' και 'πολύ'.

Στης μικρής ηλικίας ασθενείς, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'πολύ' και 'πάρα πολύ'.

Στους ασθενείς με ελληνική εθνικότητα, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα 'πολύ' και 'μέτρια'.

Στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια' και 'πολύ'.

Στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια' και 'πολύ'.

Στους άνδρες ασθενείς, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ'.

Στους ασθενείς με μεγάλης ηλικίας, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πάρα πολύ' και 'πολύ'.

Στους αλλοδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'πολύ' και 'μέτρια'.

Στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα από 'πολύ' και 'μέτρια'.

Στους ασθενείς με οξύ πόνο, οι νοσηλευτές γενικά εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα 'μέτρια'.

B) Διαφοροποιήσεις στην εκτίμηση του πόνου από τους νοσηλευτές:

Το φύλο του νοσηλευτή διαφοροποιείται μόνο όσον αφορά τις γυναίκες ασθενείς ενώ δεν διαφοροποιείται στους άνδρες ασθενείς. Δεν διαφοροποιείται, επίσης, σχετικά με τις υπόλοιπες παραμέτρους των ασθενών (ηλικία, εθνικότητα, επίπεδο μόρφωσης, ένταση του πόνου). Όταν πρόκειται για εκτίμηση του πόνου σε ασθενή γυναίκα, οι γυναίκες νοσηλεύτριες βαθμολογούν το πόνο κατά πλειονότητα βαρύτερα από τους άντρες νοσηλευτές.

Η ηλικία του νοσηλευτή διαφοροποιείται μόνο όσον αφορά τους ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, τους άνδρες, τους μεγάλους σε ηλικία και τους αλλοδαπούς ασθενείς. Δεν διαφοροποιείται στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, τις γυναίκες, τους νεώτερους σε ηλικία και τους ημεδαπούς ασθενείς, ούτε με την ένταση του πόνου. Όταν πρόκειται για πιο μορφωμένους ασθενείς οι νεώτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές. Όταν πρόκειται για άνδρες ασθενείς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ συγκριτικά με τους μικρότερους σε ηλικία νοσηλευτές. Όταν πρόκειται για μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ σε σχέση με τους νεώτερους σε ηλικία νοσηλευτές. Όταν πρόκειται για αλλοδαπούς ασθενείς οι μικρότερης ηλικίας νοσηλευτές εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές.

Η κλινική εργασία του νοσηλευτή, διαφοροποιείται μόνο όσον αφορά στους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, ενώ δεν διαφοροποιείται στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Δεν διαφοροποιείται, επίσης, σχετικά με τις υπόλοιπες παραμέτρους (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, ένταση του πόνου). Όταν πρόκειται για πιο μορφωμένους ασθενείς οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στις κλινικές (ΠΟΓΚ, ΜΣΦΠ, Καρδιολογική, Παθολογική, Πνευμονολογική, Νευροχειρουργική και ΤΕΠ) εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες κλινικές.

Το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτή, διαφοροποιείται μόνο όσον αφορά τους ημεδαπούς ασθενείς ενώ δεν διαφοροποιείται στους αλλοδαπούς ασθενείς. Δεν διαφοροποιείται, επίσης, σχετικά με τις υπόλοιπες παραμέτρους (φύλο, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, ένταση του πόνου). Όταν πρόκειται για ημεδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (ΙΕΚ) εκτιμούν τον πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Ο χρόνος εργασίας του νοσηλευτή στην ίδια κλινική, διαφοροποιείται μόνο όσο αφορά τους ημεδαπούς ασθενείς και τους ασθενείς με υψηλό επίπεδο μόρφωσης ενώ δεν διαφοροποιείται στους αλλοδαπούς και λιγότερο μορφωμένους ασθενείς. Δεν διαφοροποιείται, επίσης, σχετικά με τις υπόλοιπες παραμέτρους (φύλο, ηλικία, ένταση του πόνου). Όταν πρόκειται για ημεδαπούς ασθενείς οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική. Όταν πρόκειται για λιγότερο μορφωμένους ασθενείς οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως μέτριο σε σχέση με τους νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη κλινική.

Τα χρόνια εργασίας των νοσηλευτών (συνολικά) διαφοροποιούνται μόνο όσον αφορά τους άνδρες και μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς ενώ δεν διαφοροποιείται στις γυναίκες και νεότερης ηλικίας ασθενείς. Δεν διαφοροποιείται, επίσης, σχετικά με τις υπόλοιπες παραμέτρους (εθνικότητα, επίπεδο μόρφωσης, ένταση του πόνου). Όταν πρόκειται για άνδρες ασθενείς οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εργασίας συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πάρα πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εργασίας συνολικά. Όταν πρόκειται για μεγάλης ηλικίας ασθενείς οι νοσηλευτές με λίγα χρόνια εργασίας συνολικά εκτιμούν το πόνο κατά πλειονότητα ως πολύ σε σχέση με τους νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εργασίας συνολικά.

Γ) Προτεινόμενη περαιτέρω έρευνα:

Σε μια εκτενέστερη μελέτη του ίδιου θέματος είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί η επίδραση στην αντίληψη του πόνου από τους νοσηλευτές επιπλέον παραγόντων όπως το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος της προσωπικότητάς του, οι ψυχολογικοί παράγοντες, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, και η θρησκευτικότητα των νοσηλευτών. Επίσης σε μια τέτοια μελέτη είναι ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν περισσότερα χαρακτηριστικά των ασθενών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα:Ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων μας με τη μέθοδο των vignettes.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε επιλέξτε στα ακόλουθα σενάρια υποθετικών ασθενών το κατάλληλο κουτάκι σύμφωνα με το βαθμό του πόνου που πιστεύετε ότι βιώνει ο ασθενής.

1-Η κυρία Κατσαρού λίγη ώρα μετά το πρωινό γεύμα της ένιωσε πόνο στην οσφυϊκή περιοχή. Πήγε στο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε εξετάσεις και διαγνώστηκε κωλικός νεφρού. Πόσο πιστεύεται ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

2- Ο 15 ετών Σοφίτης Πέτρος κατά την διάρκεια της απογευματινής του βόλτας γλίστρησε στο δρόμο με αποτέλεσμα να πάθει κάταγμα ισχίου. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

3- Η κυρία Σαρδάνη εισήλθε τις πρώτες πρωινές ώρες στα ΤΕΠ με επίμονο πονοκέφαλο και υψηλή πίεση. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

4- Η κυρία Μέντη κατά τη διάρκεια που δίδασκε στο Πανεπιστήμιο γλίστρησε με αποτέλεσμα να πάθει διάστρεμμα στο δεξί κάτω άκρο. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

5- Η κυρία Πανδή ξυπνάει κάθε πρωί εδώ και είκοσι χρόνια με έντονο πόνο στο γόνατο διότι υποφέρει από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

6- Ο κύριος Κατσαρός λίγη ώρα μετά το πρωινό γεύμα του ένιωσε πόνο στην οσφυϊκή περιοχή. Πήγε στο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε εξετάσεις και διαγνώστηκε κωλικός νεφρού . Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

7- Ο κύριος Σοφίτης 75 ετών κατά τη διάρκεια της απογευματινής του βόλτας γλίστρησε στο δρόμο με αποτέλεσμα να πάθει κάταγμα ισχίου. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

8- Η κυρία Johnson που έκανε διακοπές στην Ελλάδα εισήλθε τις πρώτες πρωινές ώρες στα ΤΕΠ με επίμονο πονοκέφαλο. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

9- Η κυρία Μέντη Κατερίνα κατά τη διάρκεια που εργαζόταν στο χωράφι παραπάτησε με αποτέλεσμα να πάθει διάστρεμμα στο δεξί κάτω άκρο. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

10- Η κυρία Πανδή σήμερα το πρωί ξύπνησε με πόνο στο γόνατο που ποτέ πριν στο παρελθόν δεν είχε ενοχλήσεις. Πόσο πιστεύετε ότι πονάει:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Εισαγωγή στη ψυχολογία της υγείας
2. Άννα Σαχίνη- Καρδάση (2004). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες, 1^{ος} τόμος, 3, 86-103.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Ahles, T.A., Cassens, H.L., & Stalling, R.B. (1987). Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 215- 222.
2. Akil, H., Watson, S.J., Young, E., Lewis, M.E., Khachaturian, H., & Walker, J.M., (1984). Endogenous opioids: Biology and function. *Annual Review of Neuroscience*, 7, 223- 255.
3. Alon, G., Kantor, G., & Smith, G.V. (1999). Peripheral nerve excitation and plantar flexion force elicited by electrical stimulation in males and females. *Journal of Orthopedic Sports Physical Therapy*, 29, 208- 214.
4. Anand, K.J.S., & Craig, K.D. (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67, 3- 6.
5. Arntz, A., & Hopmans, M., (1998). Underpredicted pain disrupts more than correctly predicted pain, but does not hurt more. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1121- 1129.
6. Aronoff, G.M., Wagner, J.M., & Spangler, A.S. (1986). Chemical interventions for pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 769- 775.
7. Asmundson, G.J., Norton, G.R., & Allardings, M.D., (1997). Fear and avoidance in dysfunctional chronic back pain patients. *Pain*, 69, 231- 236.
8. Asmundson, G.J., & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain- related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 577- 586.
9. Barder, J. (1982). Hypnosuggestive procedures in the treatment of clinical pain: Implications for theories of hypnosis and suggestive therapy. In T. Million, C.J. Green, & R.B. Meagher, Jr. (Eds.), *Handbook of clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
10. Barder, J. (1986). Hypnotic analgesia. In A.D. Holzman & D.C. Turk (Eds.), *Pain management: A handbook of psychological treatment approaches*. New York: Pergamon.
11. Bates, M.S., Ranklin- Hill, L., & Sanchez- Ayendez, M. (1997). The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social Science & Medicine*, 45, 1433- 1447.
12. Beecher, H.K. (1972). The placebo effect as a non- specific force surrounding disease and the treatment of disease. In R. Janzen, W.D. Keidel, A. Herz, C. Steichele, J.P. Payne, & R.A.P. Burt (Eds.), *Pain: Basic principles, pharmacology, therapy*. Stuttgart, West Germany: George Thieme.
13. Bendtsen, L., Norregaard, J., Jensen, R., & Olsen, J. (1997). Evidence of qualitatively altered nociception in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40, 98- 102.
14. Berkley, K.J. (1997). Sex differences in pain. *Behavioural & Brain Sciences*, 20, 371- 380.

15. Berman, B.M., Singh, B.B., Lao, L., Langenberg, P., Li, H., Hadhazy, V., Bareta, J., & Hochberg, M., (1999). A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology Oxford*, 38, 346- 3354.
16. Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, R., Lipsitz, L., Steel, K., & Mor, V., (1998). Management of pain in elderly patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1877- 1882.
17. Blanchard, E.B., & Andasik, F. (1985). *Management of chronic headaches: A psychological approach*. New York: Peragamon Press.
18. Blanchard, E.B., Andasik, F., Applebaum, K.A., Evans, D.D., Myers, P., & Barron, K.D. (1986). Three studies of the psychologic changes in chronic headache patients associated with biofeedback and relaxation therapies. *Psychosomatic Medicine*, 48, 73- 83.
19. Blanchard, E.B., Andrasik, F., Neff, D.F., Teders, S.J., Pallmeyer, T.P., Arena, J.G., Jurish, S.E., Saunders, N.L., Ahles, T.A., & Rodichok, L.D. (1982). Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in the treatment of three kinds of chronic headache or, the machines may be necessary some of the time. *Behaviour Research Therapy*, 20, 469- 481.
20. Blanchard, E.B., & Epstein, L.H., (1977). The clinical usefulness of biofeedback. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 4). New York: Academic Press.
21. Bonica, J.J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. In J.J. Bonica (Ed.), *The management of pain* (2nd ed.). Malvern, PA: Lea & Febiger.
22. Bonica, J.J., (1992). Pain research and therapy: Past and current status and future goals. In C.E. Short & A. van Posnik (Eds.), *Animal pain: Proceedings of the symposium on animal pain and its control*. New York: Churchill- Livingston.
23. Bressler, L.R., Geraci, M.C., & Schatz, B.S. (1991). Misperceptions and inadequate pain management in cancer patients. *DICP: The Annals of Pharmacotherapy*, 25, 1225- 1230.
24. Brody, B.A., (1997). When are placebo- controlled trials no longer appropriate? *Controlled Clinical Trials*, 18, 661- 666.
25. Brody, B.A., (2000). *The placebo response*, New York: HarperCollins.
26. Brody, H. (1982). The lie that heals: The ethics of giving placebos. *Annals of Internal Medicine*, 97, 112- 118.
27. Buck, M., & Paice, J.A. (1994). Pharmacologic management of acute pain in the orthopaedic patient. *Orthopaedic Nursing*, 13, 14- 23.
28. Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O' Reilly, C.A. & Bennett (1997). Pain- coping strategies of women with fibromyalgia: Relationship to pain, fatigue, and quality of life. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5, 5- 21.
29. Burns, J.W. (2000). Repression predicts outcome following multidisciplinary treatment of chronic pain. *Health Psychology*, 19, 75-84.
30. Burns, J.W., Johnson, B.J., Mahoney, N., Devine, J., et al. (1998). Cognitive and physical capacity process variables predict long- term outcome after treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 434- 439.
31. Bush, C., Ditto, B., & Feurstein, M., (1985). A controlled evaluation of paraspinal EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Health Psychology*, 4, 307- 321.
32. Bush, J.P., Melamed, B.G., Sheras, P.L., & Greenbaum, P.E., (1986). Mother- child patterns of coping with anticipatory medical stress. *Health Psychology*, 5, 137- 157.

33. Carmel, S., & Glick, S.M., (1996). Compassionate- empathic physicians: Personality traits and social- organizational factors that enhance or inhibit this behaviour pattern. *Social Science and Medicine*, 43, 1253- 1262.
34. Cassell, E.J., (1985a). *Talking with patients: Volume 1: The theory of doctor-patient communication*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
35. Cassell, E.J. (1985b). *Talking with patients: Volume 2: Clinical technique*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
36. Cenicerros, S., & Brown, G.R. (1998). Acupuncture: A review of its history, theories, and indications. *Southern Medical Journal*, 91, 1121- 1125.
37. Chabal, C., Fishbain, D.A., Weaver, M., & Heine, L.W. (1998). Long- term transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) use: Impact on medication utilization and physical therapy costs. *Clinical Journal of Pain*, 14, 66- 73.
38. Chakour, M.C., Gibson, S.J., Bradbeer, M., & Helme, R.D., (1996). The effect of age on A delta- and C-fibre thermal pain perception. *Pain*, 64, 143-152.
39. Chapman, C.R., (1984). New directions in the understanding and management of pain. *Social Science and Medicine*, 19, 1261-1277.
40. Chapman, C.R., Casey, K.L., Dubner, R., Foley, K.M., Gracely, R.H., & Reading, A.E. (1985). Pain measurement: An overview. *Pain*, 22, 1-31.
41. Charles, S.T., Gatz, M., Pedersen, N.L., & Dahlberg, L., (1999). Genetic and behavioral risk factors for self- reported joint pain among a population- based sample of Swedish twins. *Health Psychology*, 18, 644- 654.
42. Chaves, J.F., & Dworkin, S.F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 356- 376.
43. Ciccone, D.A., & Grzesiak, R.C., (1984). Cognitive dimensions of chronic pain. *Social Science Medicine*, 19, 1339- 1345.
44. Cipher, D.J., & Fernandez, E., (1997). Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 437- 444.
45. Citron, M. L., Johnston- Early, A., Boyer, M., Krasnow, S.H., Hood, M., & Cohen, M.H., (1986). Patient- controlled analgesia for severe cancer pain. *Archives of Internal Medicine*, 146, 734- 736.
46. Coberre, T.J., Katz, J., Vaccarino, A.L., & Melzack, R. (1993). Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: Review of clinical evidence. *Pain*, 52, 259- 285.
47. Cook, A.J., & Thomas, M.R., (1994). Pain and the use of health services among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 6, 155- 172.
48. Coughlin, A.M., Badura, A.S., Fleischer, T.D., & Guck, T.P., (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: Its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 739- 840.
49. Craig, K.D., (1992). The facial expression of pain: Better than a thousand words? *American Pain Society Journal*, 1, 153- 162.
50. Craig, K.D., Hadjistavropoulos, H.D., Grunau, R.V.E., & Whitfield, M.F. (1994). A comparison of two measures of facial activity during pain in the newborn child. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 305- 318.
51. Craig, K.D., Prkachin, K.M., & Grunau, R.V.E. (1992). The facial expression of pain. In C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 255- 274).

52. Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P., (1996). The disruptive nature of pain: An experimental investigation. *Behaviour Research Therapy*, 34, 911- 918.
53. Cronan, T.A., Shaw, W.S., Gallagher, R.A., & Weismen, M. (1995). Predicting health care use among older osteoarthritis patients in an HMO. *Arthritis Care and Research*, 8, 66- 72.
54. Drewry, B., & Chu, R. (1995). What do people want from dentistry? An action research approach. *Probe*, 29, 202- 208.
55. Dworkin, S.F., (1994). Somatization, distress, and chronic pain. *Quality of life Research*, 3, S77- S83.
56. Earman, W.A., Andersson, G.B., Leavitt, F., McNeill, T.W., et al. (1996). Factors influencing the costs of chronic low back injuries: An analysis of data from independent medical examinations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 6, 5- 16.
57. Eccleston, C., (1995). The attentional control of pain: methodological and theoretical concerns. *Pain*, 63, 3- 10.
58. Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., & Stannard, S., (1997). Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain*, 72, 209- 215.
59. Ernst, E., & White, A.R. (1998). Acupuncture for buck pain: A meta- analysis of randomised controlled trials. *Archives of Internal medicine*, 158, 2235- 2241.
60. Fearon, I., McGrath, P.J., & Achat, H. (1996). ‘Booboos’: The study of everyday pain among young children. *Pain*, 68, 55- 62.
61. Ferguson, R.J., & Ahles, T.A. (1998). Private body consciousness, anxiety and pain symptom reports of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 527- 535.
62. Fernandez, E., (1986). A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain*, 26, 141- 151.
63. Fernandez, E., & Milburn, T.W., (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 3-9.
64. Fernandez, E., & Turk, D.C., (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perceptions: A meta- analysis. *Pain*, 38, 123- 135.
65. Ford, C.V., (1995). Dimensions of somatization and hypochondriasis. *Neurologic Clinics*, 13, 241- 253.
66. Fordyce, W.E. (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
67. Fordyce, W.E., (1988). Pain and suffering: A reappraisal. *American Psychologist*, 43, 276- 283.
68. Fordyce, W.E., & Steger, J.C. (1979). Behavioral management of chronic pain. In O.F. Pomerleau & J.P. Brady (Ed.), *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
69. Fournier, P.E., Stalder, J., Mermillod, B., & Chantraine, A. (1997). Effects of a 110 kilometers ultra- marathon race on plasma hormone levels. *International Journal of Sports Medicine*, 18, 252- 256.
70. Frost, H., Lamb, S.E., Moffett, J.A.K., Fairbank, J.C.T., et al., (1998). A fitness programme for patients with chronic low back pain: 2- year follow- up of a randomised controlled trial. *Pain*, 75, 273- 279.
71. Geiss, A., Varadi, E., Steinbach, K., Bauer, H.W., & Anton, F., (1997). Psychoneuroimmunological correlates of persisting sciatic pain in patients who underwent discectomy. *Neuroscience Letters*, 237, 65-68.

72. Goldstein, M.J., (1973). Individual differences in response to stress. *American Journal of Community Psychology*, 1, 113-137.
73. Goodwin, J.S., Goodwin, J.M., & Vogel, A.V. (1979). Knowledge and use of placebos by house officers and nurses. *Annals of Internal Medicine*, 91, 106-110.
74. Greenwald, B.D., & Narcessian, E.J., (1999). Opioids for managing patients with chronic pain: Community pharmacists' perspectives and concerns. *Journal of Pain Symptom Management*, 17, 369-375.
75. Grunau, R.V.E., Johnston, C.C., & Craig, K.D., (1990). Neonatal facial and cry responses to invasive procedures. *Pain*, 42, 295-305.
76. Hare, B.D., & Milano, R.A., (1985). Chronic pain: Perspectives on physical assessment and treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 7, 6-10.
77. Harkins, S.W., & Chapman, C.R., (1976). Detection and decision factors in pain [perception in young and elderly men. *Pain*, 2, 253-264.
78. Harkins, S.W., Price, D.D., & Martelli, M. (1986). Effects of age on pain perception: Thermnociception. *Journal of Gerontology*, 41, 58-63.
79. Harte, J.L., Eifert, G.H., & Smith, R. (1995). The effects of running and meditation on beta- endorphin, corti- cotropin- releasing hormone and cortisol in plasma and on mood. *Biological Psychology*, 40, 251-265.
80. Haythornthwaite, J.A., Menefee, L.A., Quatrano- Piacentini, A.L., & Pappagalo, M (1998). Outcome of chronic opioid therapy for non- cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15, 185-194.
81. Heft, M.W., Cooper, B.Y., O' Brien, K.K., Hemp, E., & O'Brien, R. (1996). Aging effects on the perception of noxious and non- noxious thermal stimuli applied to the face. *Aging*, 8, 35-41.
82. Heinrich, R.L., Cohen, M.J., Naliboff, B.D., Collins, G.A., & Bonnebakker, A.D., (1985). Comparing physical and behaviour therapy for chronic low back pain on physical abilities, psychological distress and patients' perceptions. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 61-78.
83. Heitkamp, H.C., Huber, W., & Sheib, K (1996). Betaendorphin and adrenocorticotrophin after incremental exercise and marathon running- female responses. *European Journal of Applied Physiology*, 72, 417-424.
84. Heitkamp, H.C., Schulz, H., Rocker, K., & Dickhuth, H.H. (1998). Endurance training in females: Changes in beta- endorphin and ACTH. *International Journal of Sports Medicine*, 19, 260-264.
85. Hilgard, E.R. (1978). Hypnosis and pain. In R.A. Sternbuch (Ed.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press.
86. Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA: Kaufman.
87. Hirsch, M.S., & Liebert, R.M., (1998). The physical and psychological experience of pain: The effects of labelling and cold pressor temperature on three pain measures in college woman. *Pain*, 77, 41-48.
88. Hogeweg, J.A., Kuis, W., Oosteondorp, R.A. & Helders, P.J. (1996). The influence of site of stimulation, age, and gender on pain threshold in healthy children. *Physical Therapy*, 76, 1331-1339.
89. Humphries, S.A., Johnson, M.H., & Long, N.R., (1996). An investigation of the gate control theory of pain using the experimental pain stimulus of potassium iontophoresis. *Perception and Psychophysics*, 58, 693-703.
90. Jackson, T., Iezzi, A., & Lafreniere, K., (1996). The differential effects of employment status on chronic pain and health comparison groups. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 354-369.

91. Jamison, R.N., Anderson, K.O., Peeters- Asdourian, C., & Ferrante, F.M. (1994). Survey of opioid use in chronic nonmalignant pain patients. *Reg Anesthesiology*, 19, 225-230.
92. Johansson, E.E., Hamberg, K., Westman, G., & Lindgren, G. (1999). The meanings of pain: An exploration of women's descriptions of symptoms. *Social Science and Medicine*, 48, 1791-1802.
93. Johnson, M.H., & Patrie, S.M., (1997). The effects of distraction on exercise and cold pressor tolerance for chronic low back pain sufferers. *Pain*, 69, 43-48.
94. Johnston, C.C., Stevens, B., Craig, K.D., & Grunau, R.V.E. (1993). Developmental changes in pain expression in premature, full- term, two- and four-month old infants. *Pain*, 52, 201-208.
95. Kabat- Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R., (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self- regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
96. Kanner, R. (1986). Pain management. *Journal of the American Medical Association*, 256, 2110-2114.
97. Karoly, P., & Ruehlman, L.S., (1996). Motivational implications of pain: Chronicity, psychological distress and work global construal in a national sample of adults. *Health psychology*, 15, 383-390.
98. Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Maixner, W., Salley, A.N., et al., (1997). Self- efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory pain stimuli. *Arthritis Care and Research*, 10, 177-184.
99. Kerns, R.D., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1985). The West Haven- Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
100. Kraemer, R.R., Dzewaltowski, D.A., Blair, M.S., Rinehardt, K.F., & Castracane, V.D., (1990). Mood alteration from treadmill running and its relationship to beta- endorphin, coricotropin and growth hormone. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 30, 241-246.
101. Lander, J., & Fowler- Kerry, S. (1991). Age differences in children' s pain. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 415-418.
102. Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, A., Logan, H., & Spiegel, D., (2000). Adjunctive non- pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
103. Lautenbacher, S., & Strain, F., (1991). Similarities in age differences in heat pain perception and thermal sensitivity. *Functional Neurology*, 6, 129-135.
104. Lauver, S.C., & J.L. (1997). The role of neuroticism and social support in older adults with chronic pain behaviour. *Personality and Individual Differences*, 23, 165-167.
105. Lebovits, A.H., Florence, I., Bathina, R., Hunko, V., et al., (1997). Pain knowledge and attitudes of healthcare providers: Practice characteristic differences. *Clinical Journal of Pain*, 13, 237-243.
106. Leng, G., (1999). A year of acupuncture in palliative care. *Palliative Medicine*, 13, 163-164.
107. Levin, M.L., Berry, J.I., & Leiter, J. (1998). Management of pain in terminally ill patients: Physicians reports of knowledge, attitudes and behaviour. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15, 27-40.
108. Liddell, A., & Locker, D., (1997). Gender and age differences in attitudes to dental control. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 25, 314-318.

109. Lin, W.C., & Ball, C., (1997). Factors affecting the decision of nursing students in Taiwan to be vaccinated against hepatitis B infection. *Journal of Advances in Nursing*, 25, 709-718.
110. Linton, S.J., & Buer, N., (1995). Working despite pain: Factors associated with work attendance versus dysfunction. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 252-262.
111. Lykken, D.T., (1987). Psychophysiology. In R.J. Corsini (Ed.), *Concise encyclopedia of psychology*. New York: Wiley.
112. Manyande, A., & Salmon, P., (1998). Effects of pre- operative relaxation on post- operative analgesia: Immediate increase and delayed reduction. *British Journal of Health Psychology*, 3, 215-224.
113. Margolis, C.G., (1997). Hypnotic trance: The old and the new. *Primary Care*, 24, 809-823.
114. Martin, J.B., Ahles, T.A., & Jeffery, R. (1991). The role of private body consciousness and anxiety in the report of somatic symptoms during magnetic resonance imaging. *Journal of Behavior Therapy and Psychiatry*, 22, 3-7.
115. McCracken, L.M., Goetsch, V.L., & Semenchuk, E.M. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral Medicine*, 24, 29-34.
116. Meagher, M.W. (in press). Clinical implications of animal pain research. In M.E. Carroll & J.B. Overmier (Eds.). *Linking animal research and human psychological health*. Washington, DC: American Psychological Association.
117. Meagher, M.W., McLemore, S., King, T.E., Sieve, A.N., Crown, E.D., & Grau, J.W., (in review). The generality of stress induced hyperalgesia.
118. Meischke, H., Ho, M.T., Eisenberg, M.S., Schaeffer, S.M., & Larsen, M.P., (1995). Reasons patients with chest pain delay or do not call 911. *annals of Emergency Medicine*, 25, 193-197.
119. Melzack, R., (Ed.) (1983). *Pain measurement and assessment*. New York: Raven.
120. Melzack, R., & Torgerson, W.S., (1971). On the language of pain,. *Anaesthesiology*, 34, 50-59.
121. Melzack, R., & Wall, P.D., (1965). Pain mechanisms: A theory. *Science*, 150, 971-979.
122. Melzack, R., & Wall, P.D., (1982). *The challenge of pain*. New York: Basic Books.
123. Mercadante, S., Casuccio, A., & Genovese, G. (1998). Ineffectiveness of dextromethorphan in cancer pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 16, 317-322.
124. Merriam- Webster' s Medical Dictionary Disk (MWMDD). (1996). Springfield, MA: Merriam- Webster.
125. Morley, S., & Pallin, V., (1995). Scaling the affective domain of pain: A study of the dimensionality of verbal descriptors. *Pain*, 62, 39-49.
126. Mountcastle, V.B. (1974). Pain and temperature sensibilities. In V.B. Mountcastle (Ed), *Medical physiology*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
127. Naber, S.J., Halstead, L.K., Broome, M.E.,& Rehwaldt, M., (1995). Communication and control: Parent, child, and health care professional interactions during painful procedures. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 79-90.

128. Neumann, W., Kugler, J., Seelbach, H., & Kruskemper, G.M., (1997). Effects of nondirective suggestions on pain tolerance, pain threshold and pain intensity perception. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 963-966.
129. Newman, R.I., & Seres, J. (1986). The interdisciplinary pain center: An approach to the management of chronic pain. In A.D. Holzman & D.C. Turk (Eds.), *Pain management: A handbook of psychological treatment approaches*. New York: pergamon.
130. Ogden- Niemeyer, L & Jacobs, K. (1989). *Work- harbeding state of art*. Thorofare, NJ: Slack.
131. Orne, M.T. (1989). On the construct of hypnosis: How its definition affects research and its clinical application. In G.D. Burrows & L.Dennerstein (Eds), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Amsterdam : Elsevier.
132. Owen, H., & Plummer, J., (1997). Patient- controlled analgesia: Current concepts in acute pain management. *CNS Drugs*, 8, 203-218.
133. Page, G.G., & Ben- Eliyahu, S., (1997). The immune- suppressive nature of pain. *Seminars in Oncology Nursing*, 13, 10-15.
134. Paice, J.A., Toy, C., & Shott, S., (1998). Barriers to cancer pain relief: Fear of tolerance and addiction. *Journal of Pain Symptom Management*, 16, 1-9.
135. Pinkerton, S.S., Hughes, H., & Wenrich, W.W., (1982). *Behavioural medicine: Clinical applications*. New York: Wiley Interscience.
136. Prkachin, K. M., & Craig, K.D., (1995). Expressing pain: The communication and interpretation of facial pain signals. *Journal of Nonverbal Behavior*, 19, 191-205.
137. Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R.K., Bushnell, M.C., & Duncan, G.H. (1991). Dissociations of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82, 159-171.
138. Roseveare, C., Seavell, C., Patel, P., Criswell, J., Kimble, J., Jones, C., & Shepherd, H., (1998). Patient- controlled sedation and analgesia, using propofol and alfentanil, during colonoscopy: A prospective randomized controlled trial. *Endoscopy*, 30, 768-773.
139. Roth, B., & Creaser, T. (1997). Mindfulness meditation based stress reduction: Experience with a bilingual inner- city program. *Nurse Practitioner*, 22, 150-152.
140. Safer, M.A., Tharps, Q.J., & Jackson, T.C., & Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care clinic. *Medical Care*, 17, 11-29.
141. Sanders, S.H. (1996). Operant conditioning with chronic pain: Back in basics. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 112-130). New York: Guilford Press.
142. Sastory, G., Mueller, B., Metsch, J., & Pothmann, R., (1998). A comparison of psychological and pharmacological treatment of pediatric migraine. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1155-1170.
143. Schiffman, H.R., (1976). *Sensation and perception: An integrated approach*. New York: Wiley.
144. Schuchert, M.K., (1998). The relationship between verbal abuse of medical students and their confidence in their clinical abilities. *Academic Medicine*, 73, 907-909.
145. Schug, S.A., Merry, A.F., & Acland, R.H. (1991). Treatment principles for the use of opioids in pain of malignant origin. *Drugs*, 42, 228-239.

146. Schwarzer, R., & Weiner, B., (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Social Personal Relationships*, 8, 133-140.
147. Seale, C., & Addington- Hall, J. (1994). Euthanasia: Why people want to die earlier. *Social Science and Medicine*, 39, 647-654.
148. Sellick, S.M., & Zaza, C., (1998). Critical review of 5 non- pharmacologic strategies for managing cancer pain. *Cancer Prevention and Control*, 2, 7-14.
149. Shapiro, A. (1960). A contribution to a history of the placebo effect. *Behaviour Science*, 5, 109-135.
150. Shlay, J.C., Chaloner, K., Max, M.B., Flaws, B., et al., (1998). *Journal of the American Medical Association*, 280, 1590-1595.
151. Sist, T., Florio, G.A., Miner, M.F., Lema, M.J., et al., (1998). The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non cancer pain patients. *Journal of pain and Symptom Management*, 15, 350-358.
152. Snyder, S.H., (1977). Opiate receptors and internal opiates. *Scientific American*, 236, 44-56.
153. Sternbach, R.A., (1968). *Pain, a psychophysiological analysis*. New York: Academic Press.
154. Sternbach, R.A., (1974). *Pain patients: Traits and treatments*. New York: Academic Press.
155. Stevens, B., & Johnston, C.C., (1993). Pain in the infant: Theoretic and conceptual issues. *Maternal- Child Nursing Journal*, 21, 3-14.
156. Tan, S.Y., & Leucht, C.A., (1997). Cognitive- behavioural therapy for clinical pain control: An 15 year update and its relationship to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45 396-416.
157. Tasker, R.A., Choiniere, M., Libman, S.M., & Melzack, R. (1987). Analgesia produced by injection of lidocaine into the lateral hypothalamus. *Pain*, 31, 237-248.
158. Taylor, N., Hall, G.M., & Salmon, P., (1996). Is patient- controlled analgesia controlled by the patient? *Social Science and Medicine*, 43, 1137-1143.
159. Tucker, C., (1990). Acute pain and substance abuse in surgical patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22, 339-349.
160. Tucker, M.A., Andrew, M.F., Ogle, S.J., & Davison, J.G., (1989). Age associated change in pain threshold measured by transcutaneous neuronal electrical stimulation. *Age and Ageing*, 18, 241-246.
161. Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M., (1983). *Pain and behavioural medicine: A cognitive behavioural perspective*. New York: Guilford.
162. Turk, D.C., & Okifuji, A., (1997). What factors affect physicians decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? *Clinical Journal of Pain*, 13, 330-336.
163. Turk, D.C., & Rudy, T.E., (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 54, 760-768.
164. Turk, D.C., Sist, T.C., Okifuji, A., Minner, M.F., et al., (1998). Adaptation to metastatic cancer pain regional/ local cancer pain and non cancer pain: Role of psychological and behavioural factors. *Pain*, 74, 247-256.
165. Turk, D.C., Wack, J.T., & Kerns R.D., (1985). An empirical examination of the ‘pain behavior’ construct. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 119-130.
166. Tursky, B., & Sternbach, R.A., (1967). Futher physiological correlates of ethnic differences in response to shock. *Psychophysiology*, 4, 67-74.

167. Vaccarino, A.L., & Melzack, R. (1992). Temporal processes of formalin pain: Differential role of the cingulum bundle, fornix pathway and bulboreticular formation. *Pain*, 49, 457-271.
168. Valentine, L., Pillay, K.V., & Walker, J., (1998). Managing chronic nonmalignant pain with continuous intrathecal morphine. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30, 243-244.
169. Vassey, J.A., Carlson, K.L., & McGill, J., (1994). Use of distraction with children during an acute pain experience. *Nursing Research*, 43, 369-372.
170. Volmink, J., Lancaster, T., Gray, S., & Silagy, C., (1996). Treatments for postherpetic neuralgia- a systematic review of randomized controlled trials. *Family Practice*, 13, 84-91.
171. Walker, J.S., & Carmody, J.J., (1998). Experimental pain in healthy human subjects: Gender differences in nociception and in response to ibuprofen. *Anaesthesiology and Analgesia*, 86, 1257-1262.
172. Wall, E., Rodriguez, G., & Saultz, J., (1993). A retrospective study of patient care on admission to an inpatient hospice facility. *Journal of the American Board of Family Practice*, 6, 233-238.
173. Weisenberg, M., (1977). Pain and pain control. *Psychological Bulletin*, 84, 1008-1044.
174. Weisenberg, M., (1987). Psychological intervention for the control of pain. *Behavioural Research and Therapy*, 25, 301-312.
175. Weisenberg, M., Schwarzwald, J., & Tepper, I., (1996). The influence of warning signal timing and cognitive preparation on the aversiveness of cold-pressor pain. *Pain*, 64, 379-385.
176. White, J.C., & Sweet, W.H. (1969). *Pain and the neurosurgeon: A forty year experience*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
177. Wickersham, B.A., (1984). The exercise program. In G.K. Riggs & E.P. Gall (Eds). *Rheumatic diseases: Rehabilitation and management*. Boston: Butterworth.
178. Williams, A.C., Richardson, P.H., Nicholas, M.K., Pinter, C.E., et al., (1996). Inpatient vs. outpatient pain management: Results of a randomised controlled trial. *Pain*, 66, 13-22.
179. Williams, J.M., & Getty, D., (1986). Effects of levels of exercise on psychological mood states, physical fitness, and plasma beta-endorphin. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 1099-1105.
180. Winters, R., (1985). Behavioural approaches to pain. In N. Schneiderman & J.T. Tapp (Eds). *Behavioral medicine: The biopsychosocial approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
181. Wood, M.M., Ashby, M.A., Somogyi, A.A., Fleming, B.G., (1998). Neuropsychological and pharmacokinetic assessment of hospice inpatients receiving morphine. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16, 112-120.
182. Zastowny, T.R., Kirschenbaum, D.S., & Meng, A.L., (1986). Coping skills training for children: Effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. *Health Psychology*, 5, 231-247.
183. Zborowski, M., (1952). Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.
184. Zborowski, M., (1969). *People in pain*. San Francisco: Jossey Bass.
185. Zenz, M., Strumpf, M., & Tryba, M., (1992). Long term opioid therapy in patients with non malignant pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 7, 69-77.

1. www.mednet.gr
2. www.google.com
3. www.pubmed.gr
4. www.iatrotek.gr