



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον
πόνο και παράγοντες που τις επηρεάζουν»***

ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΣΤΑΓΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΦΟΥΣΙΑΝΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΒΙΘΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2018

~ 1 ~

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το φαινόμενο του πόνου έχει απασχολήσει και εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα παγκοσμίως. Η πληθώρα των επιστημονικών μελετών αποδεικνύει τη δυσκολία επακριβούς ορισμού της έννοιάς του, λόγω της πολυπλοκότητας και υποκειμενικότητας του πόνου, που δυσχεραίνουν το σαφή καθορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την εκτίμηση και αξιολόγηση του. Κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο και ερευνήθηκαν στην παρούσα εργασία, είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και αν οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την κρίση τους.

Ερωτήθηκαν 117 νοσηλευτές από δύο δημόσια και τρία ιδιωτικά νοσοκομεία της Κρήτης, με απλή τυχαία δειγματοληψία χρησιμοποιώντας την μέθοδο των vignettes. Στην έρευνα συμμετείχαν 96 γυναίκες και 21 άνδρες. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS 23.0.

Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι υπάρχει προκατάληψη του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο. Αυτή η στάση οφείλεται πιθανόν στις ανεπαρκείς γνώσεις και στερεότυπες αντιλήψεις των νοσηλευτών απέναντι στο πόνο. Ήταν εμφανής η μεροληπτική τους συμπεριφορά απέναντι στις μειονότητες.

ABSTRACT

The phenomenon of pain has occupied and continues to occupy the scientific community worldwide. The plethora of scientific studies proves the difficulty of accurately defining its meaning due to the complexity and subjectivity of pain, which makes it difficult to clearly identify the factors that influence its assessment and evaluation. Some of the factors that affect obesity and have been researched in this project are age, gender, nationality, educational and socio-economic level. In particular, the attitudes and perceptions of nursing staff on pain were studied and whether these factors influence their judgment.

117 nurses from two public and three private hospitals in Crete were questioned by simple random sampling using the vignettes method. The survey involved 96 women and 21 men. The statistical analysis was made using the IBM SPSS 23.0 program.

The conclusions show that there is a predilection of nursing staff against pain. This attitude is probably due to inadequate knowledge and stereotyped notions of nurses over pain. Their obscene behavior towards the minorities was evident.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΠΟΝΟΣ	7
1.1 Ορισμός πόνου	8
1.2 Νευροφυσιολογία του πόνου	9
1.3 Παθοφυσιολογία του πόνου	10
1.4 Υποκειμενικότητα του πόνου	11
1.5 Αίτια εμφάνισης του πόνου	12
1.6 Διαχωρισμός προέλευσης του πόνου	13
1.6.1 Σωματικός Πόνος	13
1.6.2 Δερματικός Πόνος	13
1.6.3 Σπλαχνικός πόνος	14
1.6.4 Νευροπαθητικός πόνος	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	17
ΤΥΠΟΙ - ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	17
2.1 Τύποι του πόνου και χαρακτηριστικά τους	18
2.1.1 Ποιότητα του πόνου	19
2.1.2 Ένταση του πόνου	20
2.1.3 Διάρκεια του πόνου	20
2.1.4 Ανοχή στον πόνο	21
2.2 Καρκινικός πόνος	21
2.3 Ψυχικός πόνος	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	24
ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	24
3.1 Ηλικιακές διαφορές	26
3.1.1 Πόνος και παιδιά	27
3.1.2 Πόνος και ενήλικες	29
3.1.3 Πόνος και τρίτη ηλικία	31
3.2 Διαφορές που σχετίζονται με το φύλο	33
3.3 Διαφορές που σχετίζονται με την εθνικότητα	35
3.4 Διαφορές που σχετίζονται με κοινωνικό-οικονομικές διαφορές	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	40
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ-ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	40

4.1 Εκτίμηση-Αξιολόγηση πόνου	41
4.1.1 Φυσική εξέταση	44
4.1.2 Νευρολογική εξέταση	45
4.1.3 Μυοσκελετική εξέταση	45
4.1.4 Εξέταση αισθητικότητας	46
4.1.5 Διαγνωστικές εξετάσεις	46
4.2 Εκτίμηση οξύ πόνου	47
4.3 Εκτίμηση του χρόνιου πόνου	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	49
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	49
5.1 Τρόποι αντιμετώπισης του πόνου	50
5.1.1 Ειδική θεραπεία	51
5.1.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση	52
5.1.3 Επεμβατικές μέθοδοι	55
5.1.4 Άλλες θεραπείες	57
5.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	59
5.3 Κλινικές πόνου	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	61
ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	61
Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	65
Είδος μελέτης	66
Σκοπός	66
Ερευνητικό πεδίο	66
Δείγμα - Δειγματοληπτική μέθοδος	67
Ερευνητικό εργαλείο: vignettes	68
Δεοντολογία της Έρευνας	69
Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων	70
Αποτελέσματα	71
Συζήτηση	82
Συμπεράσματα – Προτάσεις	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	94
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III	99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και η εμπειρία του πόνου είναι γνωστή σε όλους, το τι ακριβώς είναι ο πόνος είναι δύσκολο να καθορισθεί. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο πόνος είναι ένα πολυπαραγοντικό, δυναμικό φαινόμενο που επιδέχεται πολλές και διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με το επιστημονικό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή. Σίγουρα, ο πόνος επηρεάζει την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα, την ψυχосύνθεση και την κοινωνική δραστηριότητα των ατόμων, ενώ παράλληλα μειώνει την παραγωγικότητά τους. Επιπρόσθετα, αποτελεί την πρωταρχική αιτία άμεσης αναζήτησης φροντίδας υγείας.

Η πολύπλοκη και πολυδιάστατη φύση του φαινομένου του πόνου οδήγησε τους επιστήμονες στην ταξινόμησή του σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον **χρόνιο** και τον **οξύ πόνο**.

Οι εσφαλμένες πολλές φορές στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην αντιμετώπισή του και κατ' επέκταση στην εξέλιξη των ασθενειών. Για τον λόγο αυτό, θεωρούμε σημαντική τη διερεύνηση αυτών των στάσεων και αντιλήψεων καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Λόγω των προκαταλήψεων και των αντίξοων συνθηκών άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη χώρα μας, ο πόνος υποτιμάται και δεν θεραπεύεται. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάδειξη των παραγόντων που ευθύνονται για τη μη ορθή αντιμετώπιση του πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΝΟΣ

1.1 Ορισμός πόνου

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), ο πόνος ορίζεται ως *«μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με υπάρχουσα ή ενδεχόμενη ιστική βλάβη και εκφράζεται με όρους που υποδηλώνουν το χαρακτήρα και την έκταση της βλάβης»*. Ο πιο ιδανικός ορισμός του πόνου για τον νοσηλευτικό κλάδο θεωρείται ο ορισμός της McCaffery (1979), σύμφωνα με τον οποίο πόνος είναι *«οτιδήποτε θεωρεί ο ασθενής ως πόνος και διαρκεί όσο ο ασθενής αναφέρει ότι συνεχίζεται»*, διότι μόνο ο ασθενής που βιώνει τον πόνο είναι σε θέση να περιγράψει με ακρίβεια την εντόπιση και τον βαθμό της έντασής του. Ο πόνος είναι η υποκειμενική απάντηση του οργανισμού σε σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες και αποτελεί την πρώτη αιτία αναζήτησης φροντίδας υγείας. Παρόλο που αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση, φαίνεται να έχει προστατευτικό ρόλο για τον οργανισμό, αφού προειδοποιεί για απειλητικές για την υγεία καταστάσεις. Αυτός είναι και ο λόγος που ο πόνος αρκετές φορές αναφέρεται και ως το *«πέμπτο ζωτικό σημείο»* (LeMone, Burke, Bauldoff, 2014).

Η μέθοδος αντίληψης και αντιμετώπισης του πόνου έχει βελτιωθεί αρκετά και πλέον είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που βιώνουν πόνο παρουσιάζουν πλήθος διαφορετικών συμπεριφορών και ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων (Γιαβασόπουλος 2007; Τσιρτσιρίδου, Βασιλοπούλου, 2014). Λόγω αυτών των διαφορών, πολλοί ερευνητές έχουν αναρωτηθεί αν κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, επηρεάζουν περαιτέρω την αντίληψη και ερμηνεία του πόνου (Miller, Newton, 2006).

1.2 Νευροφυσιολογία του πόνου

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από τους αισθητικούς και τους κινητικούς νευρώνες. Οι αισθητικοί νευρώνες παράγουν και διαβιβάζουν τα ερεθίσματα του πόνου στο κεντρικό νευρικό σύστημα και οι κινητικοί νευρώνες είναι υπεύθυνοι για την ανταπόκριση στο επώδυνο ερέθισμα. Η ερμηνεία του επώδυνου ερεθίσματος εκτελείται μέσω συνάψεων του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου και προκαλεί την αντίστοιχη αντίδραση. Μια αντανακλαστική αντίδραση που προκαλείται από ένα επώδυνο ερέθισμα πολλές φορές προηγείται της αντίληψης του πόνου (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

Υπάρχουν πολλές θεωρίες για την αντίδραση στον πόνο. Η πιο διαδεδομένη είναι η «θεωρία της πύλης» των Melzack και Wall (1965). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, στο νωτιαίο μυελό υπάρχουν νευρικοί μηχανισμοί που έχουν τη δυνατότητα να ανοίγουν και να κλείνουν τις «πύλες» προς τα ερεθίσματα των αλγοϋποδοχέων. Όταν η πύλη είναι ανοικτή, τα ερεθίσματα μεταφέρονται μέσω του δευτερεύοντος νευρώνα, ενώ όταν η πύλη είναι κλειστή τα ερεθίσματα δεν μεταφέρονται στον δευτερεύοντα νευρώνα και δεν καταλήγουν στο σωματοαισθητικό κέντρο (Simonsen et al., 2009).

Μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι οι μηχανισμοί του πόνου είναι πιο περίπλοκοι από ό,τι αναφέρει η θεωρία της πύλης. Πλέον είναι αποδεκτό ότι οι απτικές πληροφορίες μεταδίδονται μέσω νευρικών ινών μεγάλης και μικρής διαμέτρου και ότι οι αισθητικοί νευρώνες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε πολλά επίπεδα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο Melzack (1999) ανέπτυξε τη «θεωρία του νευρωτικού δικτύου», σύμφωνα με την οποία ο εγκέφαλος διαθέτει ένα δίκτυο νευρώνων κατανεμημένο σε όλο το σώμα, το οποίο επηρεάζεται από αισθητικούς και γενετικούς παράγοντες. Η εμπειρία του πόνου που βιώνει κάθε άτομο επηρεάζεται από τις εισερχόμενες πληροφορίες από τα αισθητικά συστήματα καθώς και από την προσοχή, την προσωπικότητα, την προσδοκία, την πολιτισμική παράδοση, το σύστημα ρύθμισης του στρες και τα ενδογενή συστήματα διαμόρφωσης του πόνου (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

Νεότερες έρευνες έχουν προσθέσει πολλές πληροφορίες για την κατανόηση του μηχανισμού του πόνου και τον τρόπο με τον οποίο εμπλέκονται οι διεργασίες του φλοιού του εγκεφάλου στην εμπειρία του πόνου. Οι μελέτες απεικόνισης έχουν εντοπίσει έναν αριθμό υπερσπονδυλικών περιοχών του κεντρικού νευρικού συστήματος που σχετίζονται με την εμπειρία του πόνου. Συγκεκριμένα τέσσερις φλοιώδεις περιοχές: τον προμετωπικό φλοιό, τον πρόσθιο φλοιό του κόλπου, τον αισθητηριακό φλοιό και τη νήσιδα. Ο προμετωπικός φλοιός κωδικοποιεί τις γνωστικές πτυχές του οξύ και του χρόνιου πόνου, αξιολογώντας την έννοια του πόνου και παίρνοντας εκτελεστικές αποφάσεις για τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισής του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι η συνολική δραστηριότητα στον προμετωπιαίο φλοιό μετά από οξεία επώδυνη διέγερση τείνει να συνδέεται αρνητικά με τη σοβαρότητα του πόνου, γεγονός που συμφωνεί με την άποψη ότι ο μετωπικός φλοιός εξυπηρετεί γενικά ανασταλτική λειτουργία. Η νήσιδα φαίνεται να γίνεται πιο ενεργή όταν απειλείται η επιβίωση του οργανισμού (π.χ. έλλειψη οξυγόνου, χαμηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα κ.ά.) (Jensen, 2010).

Τέλος, άλλες έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν υπάρχει κέντρο πόνου στον εγκέφαλο, αλλά ότι ο πόνος γίνεται αντιληπτός όταν τα σύνθετα ολοκληρωμένα συστήματα του φλοιού είναι κατελιμμένα με ή χωρίς την παρουσία δραστηριότητας στην περιφέρεια και ότι η ανακούφιση από τον πόνο συντελείται όταν τα ίδια φλοιώδη συστήματα αποσυνδέονται ή διακόπτονται (Jensen, 2010).

1.3 Παθοφυσιολογία του πόνου

Η μεταφορά της αίσθησης του πόνου γίνεται μέσω ελεύθερων νευρικών απολήξεων που ονομάζονται αλγοϋποδοχείς. Οι αλγοϋποδοχείς είναι δενδριτικές απολήξεις των αισθητήριων νεύρων και βρίσκονται διάσπαρτοι σε όλους τους ιστούς του σώματος (εκτός από τον εγκέφαλο), όπως στους μύες, στο δέρμα και στα σπλάχνα. Όταν τα κύτταρα ενός ιστού υποστούν βλάβη, απελευθερώνουν χημικές ουσίες, όπως πρωτεΐνες, 5-HT ή σεροτονίνη από τα αιμοπετάλια, ισταμίνη από τα μαστοκύτταρα και πλήθος άλλων ουσιών, που ενεργοποιούν τους αλγοϋποδοχείς.

Τα ερεθίσματα στα οποία ανταποκρίνονται οι αλγοϋποδοχείς μπορεί να είναι μηχανικά, θερμικά ή χημικά. Τα επώδυνα ερεθίσματα μεταφέρονται από τους υποδοχείς στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, στη συνέχεια μέσω του δευτερεύοντος νευρώνα στην αντίθετη πλευρά του νωτιαίου μυελού και από εκεί στην αντίστοιχη πλευρά του θαλάμου. Έπειτα, από τον θάλαμο και μέσω του τριτεύοντος νευρώνα το επώδυνο ερέθισμα φτάνει στο σωματοαισθητικό φλοιό και εκεί γίνεται ο εντοπισμός της θέσης και της έντασης του πόνου.

Τα διάφορα ερεθίσματα του πόνου, όπως το κόψιμο ή το κάρφωμα, ονομάζονται μορφές επίγνωσης του πόνου. Οι κεντρομόλοι οδοί εμφανίζονται και σε άλλα κέντρα του εγκεφάλου, όπως στην αμυγδαλή, τον δικτυωτό σχηματισμό και τον υποθάλαμο. Τα κέντρα αυτά επεξεργάζονται τις σωματοαισθητικές πληροφορίες και τις συγκρίνουν με παλαιότερες δυσάρεστες ή ευχάριστες εμπειρίες που σχετίζονται με την αντίληψη του πόνου. Επίσης, όταν υπάρχει βλάβη ή κάποια νόσος, όπως κατάθλιψη, η αντίληψη του πόνου μπορεί να εκκινήσει από άλλους νευρικούς μηχανισμούς (Simonsen et al, 2009).

1.4 Υποκειμενικότητα του πόνου

Σύμφωνα με τους Bowsher και Keep, η ανάπτυξη και η αίσθηση του εαυτού αρχίζει πριν από τη γέννηση και συνεχίζει σε όλη τη ζωή. Οι αντιλήψεις, τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις των ατόμων επηρεάζουν τις αντιδράσεις τους στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως είναι ο πόνος. Δεδομένου ότι ο πόνος είναι μια πολύ προσωπική εμπειρία, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με τα ειδικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου (Abrishami et al, 2009).

Επίσης, η ερμηνεία του πόνου επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου και τη φυσική και ψυχολογική κατάστασή του τη στιγμή της πρόκλησης του πόνου. Εντούτοις, ο οξύς πόνος προκαλείται αιφνίδια και έχει σαφή εντόπιση, όπως για παράδειγμα ένα κόψιμο με αιχμηρό αντικείμενο ή ένα έγκραμα. Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος είναι δύσκολο να εντοπιστεί, αφού το αρχικό αίτιο μπορεί να μην υπάρχει πια ή να υπάρχει ευαισθητοποίηση των νευρών και υπερβολική αντίδραση σε ελάχιστης έντασης ερεθίσματα.

1.5 Αίτια εμφάνισης του πόνου

Ο πόνος λειτουργεί προειδοποιητικά για τον οργανισμό, ως σύμπτωμα κάποιας βλάβης. Προστατεύει από τραυματισμούς, αφού με την αίσθηση του πόνου απομακρυνόμαστε από την εστία πρόκλησής του (π.χ. άγγιγμα ενός καυτού αντικειμένου), και είναι το σύμπτωμα που οδηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Εντούτοις, όταν πρόκειται για χρόνιες νόσους, ο πόνος προκαλεί συνεχή δυσφορία.

Κάποιες αιτίες εμφάνισης του πόνου είναι:

- Καρκίνος
- Νευροπαθητικός πόνος λόγω:
 - Τραύματος
 - Διαβητικής νευροπάθειας
 - Ερπητικής λοίμωξης
 - Περιφερικής αγγειοπάθειας και εγκεφαλικού επεισοδίου
- Μυοσκελετικός πόνος λόγω:
 - Ρευματοειδούς αρθρίτιδας
 - Οστεοαρθρίτιδας
 - Οσφυαλγίας
 - Κατάγματος και οστεοπόρωσης
 - Προβλημάτων στη σπονδυλική στήλη
 - Χειρουργικής επέμβασης(Λιάκου et al, 2009; Goldberg, 2011).

1.6 Διαχωρισμός προέλευσης του πόνου

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως (κεφάλαιο 1.3 Παθοφυσιολογία του πόνου), η αίσθηση του πόνου μεταφέρεται μέσω των αλγοϋποδοχέων, η πυκνότητα των οποίων είναι διαφορετική σε κάθε ιστό. Το αίσθημα του πόνου μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαξιφιστικό, καυστικό, σφικτικό ή ρήξεως ανάλογα με την περιοχή προέλευσής του. Ο πόνος χωρίζεται σε δύο παθοφυσιολογικές κατηγορίες, τον τραυματικό και τον νευροπαθητικό πόνο. Ο τραυματικός πόνος μπορεί να χωριστεί και στις παρακάτω κατηγορίες: σωματικός πόνος, δερματικός πόνος και σπλαχνικός πόνος (Simonsen et al, 2009).

1.6.1 Σωματικός Πόνος

Ο σωματικός πόνος προέρχεται από βλάβη στους ιστούς, όπως στα οστά, στους τένοντες, στους μύες, στις αρθρώσεις και στα αιμοφόρα αγγεία. Συνήθως υπάρχει καταστροφή των ιστών εξαιτίας τραυματισμού, φλεγμονής ή εγκαύματος. Έχει συγκεκριμένη εντόπιση και με την πίεση ή την κίνηση της περιοχής γίνεται εντονότερος.

1.6.2 Δερματικός Πόνος

Έχει τον ρόλο αμυντικού μηχανισμού για την απομάκρυνση της αιτίας πρόκλησής του. Είναι συνήθως οξύς με μικρή διάρκεια και προκαλείται από βλάβη του δέρματος ή των επιφανειακών ιστών (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

1.6.3 Σπλαχνικός πόνος

Οφείλεται σε βλάβη των εσωτερικών οργάνων του σώματος. Είναι αμβλύς και δεν έχει σαφή εντόπιση λόγω του μικρού αριθμού των σπλαχνικών αλγοϋποδοχέων. Πάραυτα, τα σπλάχνα είναι πιο ευαίσθητα στην ισχαιμία, στη φλεγμονή και στη διάταση, ενώ έχουν μειωμένη ευαισθησία στις ακραίες θερμοκρασίες και στη ρήξη. Επίσης, ο σπλαχνικός πόνος πολλές φορές αντανακλά σε άλλα σημεία του σώματος. Περιγράφεται ως διαξιφιστικός, διαλείπων, κωλικοειδής πόνος ή εν τω βάθει σύσπαση (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

Ο όρος σπλαχνικός πόνος αναφέρεται στον πόνο που παράγεται κυρίως από σπλαχνικές δομές και εντοπίζεται συνήθως στον θώρακα, την κοιλιά ή τη λεκάνη. Ο σπλαχνικός πόνος παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Μια χρονική σχέση με την πρόσληψη τροφής ή τις σπλαχνικές λειτουργίες (π.χ. δυσκοιλιότητα)
- Ευαισθησία των σπλαχνικών δομών κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς
- Στοιχεία σπλαχνικής παθολογίας, σε απεικόνιση ή σε άλλες δοκιμές, που συμφωνούν με την παρουσία του πόνου
- Υποστήριξη ενός ή περισσότερων από τους ακόλουθους περιγραφικούς δείκτες πόνου: συσφυκτικός, αμβλύς
- Σχετική ναυτία και εφίδρωση (Bryce et al, 2012)

1.6.4 Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος ορίζεται ως ο πόνος που προκύπτει ως άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή ασθένειας που επηρεάζει το σωματοαισθητικό σύστημα, όπως βλάβη των περιφερικών νεύρων, βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος ή μεικτή περιφερική και κεντρική βλάβη. Είναι συνέπεια διαφόρων νόσων και καταστάσεων, συνηθέστερα διαβήτη, λοιμώξεων από έρπητα ζωστήρα, καρκίνου, αρθρίτιδας και τραυματισμών στην πλάτη (Fine, 2009).

Στον νευροπαθητικό πόνο του περιφερικού νευρικού συστήματος οι υποδοχείς πόνου είναι πιο ευαίσθητοι στα ερεθίσματα του πόνου. Οι νευρικές απολήξεις δημιουργούν επιπλέον κλάδους που στέλνουν αυξημένα μηνύματα πόνου στον εγκέφαλο, επηρεάζοντας σταδιακά τους υποδοχείς αφής και θερμότητας όσο οι κλάδοι αναπτύσσονται.

Επίσης, μια άλλη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι η αναστροφή του σήματος του πόνου, κατά την οποία το σήμα που μεταφέρεται φυσιολογικά από την περιφέρεια προς τον εγκέφαλο αντιστρέφεται προς άλλη κατεύθυνση. Τέτοιος είναι ο πόνος μέλους φάντασμα, δηλαδή ο πόνος που συνεχίζει να είναι αισθητός σε ένα άκρο του σώματος που έχει ακρωτηριαστεί (Dewit, 2009).

Γενικά, ο νευροπαθητικός παροδικός πόνος είναι βραχυπρόθεσμος και εμφανίζεται με υψηλότερη συχνότητα σε σχέση με τον μεταβατικό πόνο, ο οποίος προκαλείται από ασθένεια, διαρκεί περισσότερο και έχει χαμηλότερη συχνότητα (Petzke et al, 1999).

Ο νευροπαθητικός πόνος που οφείλεται σε τραυματισμό στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού μπορεί να προκύψει από την παθολογία σε δύο διαφορετικές θέσεις, οι οποίες συχνά είναι δύσκολο να διαχωριστούν:

1. στον νωτιαίο μυελό, όπου η προσβολή είναι στο κεντρικό σωματοαισθητικό σύστημα.
2. στις ρίζες των νεύρων, όπου η προσβολή είναι στο περιφερειακό σωματοαισθητικό σύστημα.

Η παρουσία πόνου λόγω βλάβης του νωτιαίου μυελού χαρακτηρίζεται από:

- Αισθητήρια ελλείμματα στην κατανομή του πόνου.
- Αλλοδυνία ή υπεραλγησία στην κατανομή του πόνου.
- Υποστήριξη μίας ή περισσότερων από τις ακόλουθες περιγραφές πόνου: καυστικός, μυρμήγκιασμα, τσίμπημα, οξύς, πιεστικός, επώδυνο κρύο και ηλεκτρικό σοκ (Bryce et al, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΥΠΟΙ - ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 Τύποι του πόνου και χαρακτηριστικά τους

– Οξύς πόνος:

Έχει αιφνίδια έναρξη, σαφή εντόπιση και είναι αυτοπεριοριζόμενος. Η αιτία του είναι προσδιοριζόμενη και προκαλείται από ιστική βλάβη, όπως χειρουργική επέμβαση, τραύμα ή φλεγμονή. Είναι διαξιφιστικός και σαφώς εντοπισμένος και μπορεί να αντανακλά σε άλλο σημείο του σώματος. Ο ρόλος του είναι προειδοποιητικός για τον οργανισμό και ενεργοποιεί την αντίδραση «μάχης ή φυγής» του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Οι σωματικές εκδηλώσεις του οξύ πόνου είναι: ταχυκαρδία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, μυδρίαση, γρήγορες και ρηχές αναπνοές, εφίδρωση και ωχρότητα. Μπορεί, επίσης, να προκαλέσει δευτερογενείς αντιδράσεις, όπως ναυτία, εμετό ή μυϊκούς σπασμούς, που εντείνουν την αίσθηση του πόνου. Τα άτομα που βιώνουν οξύ πόνο νιώθουν συνήθως άγχος και φόβο.

– Χρόνιος πόνος:

Είναι ο παρατεταμένος πόνος ή ο πόνος που παραμένει μετά την απομάκρυνση της αιτίας πρόκλησής του. Το αίτιο του χρόνιου πόνου μπορεί να είναι σαφές, όπως αρθρίτιδα, καρκίνος ή διαβητική νευροπάθεια, αν και τις περισσότερες φορές μένει αδιευκρίνιστο. Σε κάποιες περιπτώσεις ο πόνος γίνεται χρόνιος λόγω της βλάβης που έχει προκληθεί από τη νόσο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μια ανισορροπία στη διαφοροποίηση του πόνου στο περιφερικό νευρικό σύστημα (π.χ. αυξημένη νευρωνική ευαισθησία στα ερεθίσματα) προκαλεί επίμονο πόνο. Επίσης, αλλαγές στις οπίσθιες ρίζες, στον νωτιαίο μυελό και στον εγκέφαλο μπορεί να επηρεάσουν την αίσθηση του πόνου.

Ο χρόνιος πόνος χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Υποτροπιάζων οξύς πόνος. Χαρακτηρίζεται από επεισόδια πόνου ανάμεσα στα οποία υπάρχουν περίοδοι χωρίς πόνο (π.χ. ημικρανίες).
- Χρόνιος πόνος που σχετίζεται με κακοήθεια. Προκαλείται από ασθένειες απειλητικές για τη ζωή ή από τις θεραπευτικές μεθόδους (π.χ. καρκινικός πόνος).
- Χρόνιος πόνος μη σχετιζόμενος με κακοήθεια. Δεν σχετίζεται με ασθένειες ή παθήσεις απειλητικές για τη ζωή (π.χ. οσφυαλγία).

Οι ασθενείς που βιώνουν χρόνια πόνο δεν παρουσιάζουν σωματικές εκδηλώσεις όπως στον οξύ πόνο. Παρουσιάζουν, όμως, κατάθλιψη ή αϋπνία και συχνά ο πόνος που βιώνουν αποτελεί την κύρια ενασχόλησή τους (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

Υπάρχουν λίγες εκτιμήσεις για τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, 1 στα 10 ενήλικα άτομα διαγιγνώσκονται με χρόνια πόνο κάθε χρόνο (IASP).

2.1.1 Ποιότητα του πόνου

Η αίσθηση του πόνου μπορεί να περιγραφεί από τον ασθενή με διάφορες λεκτικές εκφράσεις για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπισή του:

- Καυστικός
- Οξύς
- Διάχυτος ή εντοπισμένος
- Βαθύς ή επιφανειακός
- Ήπιος ή έντονος
- Επίμονος, διαρκής ή στιγμιαίος
- Σταθερός ή αυξανόμενος
- Συσφικτικός
- Σαν σουβλιά, τσίμπημα
- Αμωδία (Dewit, 2009).

Οι Lin et al (2011) σε έρευνα για τη συχνότητα των περιγραφικών φράσεων/λέξεων που χρησιμοποιούσαν ασθενείς με χρόνια πόνο, βρήκαν ότι η πιο συχνή λέξη που χρησιμοποιούσαν ήταν η λέξη «καύση», ενώ η δεύτερη πιο συνηθισμένη η λέξη «οξύς». Οι περιγραφικές λέξεις/φράσεις είχαν ταξινομηθεί στις παρακάτω επτά κατηγορίες: (1) αισθητική, η οποία περιγράφει την ένταση του πόνου, (2) χρονική, η οποία περιγράφει πότε ή πόσο συχνά εμφανίζεται πόνος, (3) επιδραστική, που περιγράφει πόσο ενοχλητικός ή δυσάρεστος είναι ο πόνος, (4) χωρική, η οποία περιγράφει πού εντοπίζεται ο πόνος, (5) παρεμβολή / επίδραση, που περιγράφει πώς ο

πόνος επηρεάζει τη ζωή του ατόμου, (6) σημαντικότητα που περιγράφει το μέγεθος του πόνου και (7) άλλο, για περιγραφές πόνου που δεν εντάσσονταν σε καμία από τις παραπάνω έξι κατηγορίες.

2.1.2 Ένταση του πόνου

Η ένταση του πόνου μπορεί να κυμανθεί από πλήρη απουσία πόνου έως αφόρητο πόνο. Η μέτρησή της είναι δύσκολη, γιατί η παρουσία και η ένταση του πόνου μπορούν να προσδιοριστούν μόνο από τον ίδιο τον ασθενή. Άλλωστε, το κάθε άτομο βιώνει τον πόνο διαφορετικά. Εάν χρησιμοποιήσουμε διάφορες κλίμακες μέτρησης του πόνου, όπως αριθμητικές, οπτικές ή περιγραφικές κλίμακες, σε ασθενείς με την ίδια αιτία πρόκλησης πόνου (π.χ. έγκαυμα), είναι πολύ πιθανό οι απαντήσεις τους να είναι διαφορετικές. Πρέπει, λοιπόν, η εκτίμηση του πόνου του κάθε ασθενή να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μπορέσει να ανακουφιστεί αποτελεσματικά.

2.1.3 Διάρκεια του πόνου

Η συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια του πόνου, τη σοβαρότητά του, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που τον βιώνει, τη λειτουργική του εξασθένηση και την ψυχολογική του δυσφορία έχουν διερευνηθεί εκτενώς σε ασθενείς με οξύ και χρόνια πόνο.

Γενικά, θεωρείται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια της αναφοράς του πόνου και την ψυχολογική δυσφορία. Οι ασθενείς που βιώνουν πόνο μεγαλύτερης διάρκειας αναμένεται να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που βιώνουν πόνο για μικρότερη διάρκεια (Lin et al, 2011).

2.1.4 Ανοχή στον πόνο

Η ανοχή στον πόνο είναι «η μεγαλύτερη ένταση του πόνου που μπορεί να ανεχθεί ένα άτομο» (IASP). Η ανοχή στον πόνο διαφέρει ανάμεσα στα άτομα και μπορεί να επηρεάζεται από διαφόρους παράγοντες, όπως:

- Την κουλτούρα
- Την εμπειρία πόνου
- Τις συμπεριφορές ρόλων
- Τις προσδοκίες του ατόμου
- Την αντίληψη της αιτιολογίας πρόκλησης πόνου
- Ανησυχητικές σκέψεις και άγχος που αφορούν την ένταση και τον χαρακτήρα του πόνου
- Την έλλειψη κοινωνικής στήριξης για το άτομο (Kinghorn, Gamlin, 2001).

Για την αντιμετώπιση του πόνου καταναλώνεται ενέργεια, γι' αυτό και οι ασθενείς που είναι αδύναμοι έχουν λιγότερη ανοχή στον πόνο. Η κόπωση, επίσης, που προκαλεί ο πόνος οδηγεί σε αυξημένη αντίληψη του πόνου (Dewit, 2009).

2.2 Καρκινικός πόνος

Οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να βιώνουν οξύ ή χρόνια πόνο. Συχνά οι ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο εμφανίζουν διαταραχές στη λειτουργικότητά τους ή αλλαγές στον τρόπο ζωής και στην προσωπικότητά τους, με αποτέλεσμα να μην συμμορφώνονται με το θεραπευτικό σχήμα και να επηρεάζεται έτσι η ποιότητα ζωής τους.

Συχνά οι ασθενείς με καρκίνο αναφέρουν ότι ο οξύς πόνος ήταν το πρώτο σύμπτωμα και η αιτία που οδήγησε στη διάγνωση. Γι' αυτό τον λόγο οι ασθενείς αυτοί έχουν την τάση να συσχετίζουν τον πόνο με την έναρξη της νόσου. Όταν οι ασθενείς αυτοί νιώσουν ξανά πόνο στη διάρκεια της νόσου ή κατά την θεραπευτική περίοδο, ερμηνεύουν την επανεμφάνισή του ως εμφάνιση νέου καρκίνου ή ως υποτροπή του αρχικού.

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος σχετίζεται είτε με τη θεραπεία είτε με την επιδείνωση της νόσου. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι ασθενείς να κατανοήσουν ότι ο πόνος που βιώνουν είναι πιο πιθανό να οφείλεται στη θεραπεία και όχι απαραίτητα στον καρκίνο. Ο πόνος που οφείλεται στον καρκίνο και στην εξέλιξη της νόσου μπορεί να είναι καταστροφικός για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Ο φόβος του επικείμενου θανάτου και η απελπισία επιδεινώνουν τον σωματικό πόνο που αισθάνεται ο ασθενής.

Οι ασθενείς με καρκινικό πόνο χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου, ασθενείς με προϋπάρχοντα πόνο και ασθενείς με ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι ασθενείς με προϋπάρχοντα πόνο και/ή με ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών πιθανόν να έχουν διαταραγμένη αντίληψη του πόνου και να μην παρουσιάζουν την αναμενόμενη απόκριση έπειτα από χορήγηση αναλγητικών. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου βιώνουν πόνο που σχετίζεται με την απελπισία και τον φόβο του επικείμενου θανάτου.

Κάποιες από τις αιτίες του καρκινικού πόνου είναι:

- Όγκος
- Μεταστάσεις
- Συμπίεση των νεύρων
- Διήθηση σπλαχνικών οργάνων
- Παρενέργειες της θεραπείας (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργικές επεμβάσεις) (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014).

Κάποιες βασικές αρχές για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου είναι οι εξής:

- Αναγνώριση και αξιολόγηση του καρκινικού πόνου
- Αξιολόγηση των ψυχολογικών και πνευματικών αντιδράσεων στην αντίληψη του πόνου
- Ανακούφιση του πόνου κατά την ανάπαυση και τη μετακίνηση
- Μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας του ασθενή
- Υποστήριξη και ενθάρρυνση της οικογένειας
- Εξατομίκευση της αναλγητικής αγωγής
- Επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Εάν δεν επιτυγχάνεται ανακούφιση από τον πόνο, παραπομπή του ασθενή σε ειδικούς (Corner, Bailey, 2006)

2.3 Ψυχικός πόνος

Ο ψυχικός πόνος είναι το αποτέλεσμα μιας ψυχικής διαταραχής χωρίς να υπάρχει οργανικό υπόβαθρο. Για να δοθεί η διάγνωση του ψυχικού πόνου, δεν πρέπει να υπάρχει κάποια οργανική διαταραχή που θα μπορούσε να προκαλέσει πόνο. Ο καθαρά ψυχικός πόνος είναι σπάνιος και συνήθως συνυπάρχει με ψυχωσικές διαταραχές (Simonsen et al, 2009).

Ο Saunders το 1963 σημείωσε: *«Η ψυχική δυσφορία μπορεί να είναι ίσως ο πιο αδικαιολόγητος πόνος όλων»* και τόνισε τη σχέση μεταξύ πόνου και ψυχικής οδύνης: *«Εάν τα σωματικά συμπτώματα ανακουφιστούν, τότε και ο διανοητικός πόνος θα αρθεί επίσης»*.

Στο Αμερικανικό Ψυχιατρικό Συλλογικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV ο υπαρξιακός – ψυχικός πόνος μπορεί να θεωρηθεί ως μια παραλλαγή της «διαταραχής της σωματοποίησης» και της «διαταραχής του πόνου», και *«οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, τη σοβαρότητα, την επιδείνωση ή τη διατήρηση του πόνου»* (Strang et al, 2004).

Σύμφωνα με την Wiesenfeld-Hallin (2005), οι ασθενείς με κατάθλιψη και άγχος αναφέρουν αυξημένα επίπεδα πόνου, που μπορεί να αντανάκλουν την παθολογία στα επίπεδα της σεροτονίνης και/ή των υποδοχέων της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η υποκειμενικότητα του πόνου είναι κοινά αποδεκτή από την επιστημονική κοινότητα. Σύμφωνα με μελέτες, η αντίδραση στον πόνο είναι αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης σύνθεσης αισθητηριακών, συναισθηματικών και γνωστικών πληροφοριών που αντλούνται από την παροντική ή παρελθοντική εμπειρία του ατόμου. Επομένως, το κάθε άτομο που εκτίθεται σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή αντιλαμβάνεται και βιώνει τον πόνο διαφορετικά. Έτσι, στον ίδιο τραυματισμό ή ασθένεια ένα άτομο μπορεί να εκδηλώσει μεγαλύτερη ευαισθησία στον πόνο, ενώ κάποιο άλλο στο ίδιο ακριβώς ερέθισμα να δείξει μεγαλύτερη ανοχή και αντοχή (Coghill, McHaffie, Yen, 2003).

Η αλληλεπίδραση των νευρωνικών κυκλωμάτων του εγκεφαλικού φλοιού με τις νευρικές απολήξεις των περιφερικών αισθητικών νευρώνων του νωτιαίου μυελού συμβάλλει στη διαφοροποίηση της ατομικής αντίληψης του ερεθίσματος. Λόγω του πλήθους των νευρικών και χημικών συνδυασμών, η αντίδραση του κάθε ατόμου στο ίδιο οδυνηρό ερέθισμα είναι διαφορετική. Η αντίδραση στον πόνο είναι, επίσης, διαφορετική ανάλογα με τη χρονική στιγμή κατά την οποία εκδηλώνεται (LeMone, Burke, Bauldoff, 2014).

Μέχρι πρόσφατα οι περισσότερες έρευνες εστίαζαν στην ανάλυση του νευρολογικού μηχανισμού του πόνου. Λόγω, όμως, της ιδιαιτερότητάς του ως μιας πολύπλοκης αισθητηριακής και συναισθηματικής εμπειρίας, έχει άμεση σχέση και με τη συνείδηση. Αυτό υποστηρίζουν οι Champa και Nakamura (1999) και κάνουν λόγο για μια πιο διεπιστημονική προσέγγιση και έρευνα της πολυμορφίας του πόνου. Η συνεργασία νευροφυσιολογίας και αντιληπτικής ψυχολογίας μπορεί να επιτύχει μεγαλύτερη πρόοδο αναφορικά με την κατανόηση της υποκειμενικής αντίληψης του πόνου, καθώς υπάρχει απόλυτη συνοχή μεταξύ των πολύπλοκων αισθητηριακών, συναισθηματικών και κινητικών κέντρων του εγκεφάλου που επηρεάζονται από τα διάφορα ερεθίσματα.

Κλινικές και πειραματικές έρευνες υποδεικνύουν ότι ο πόνος πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα ή ακόμα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Οι γυναίκες αναφέρεται ότι έχουν περιορισμένη αντοχή στον πόνο σε σχέση με τους άντρες. Ηλικιακά, δεν υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ παιδιών και ενηλίκων, ενώ στους ηλικιωμένους η ευαισθητοποίηση στον πόνο είναι μειωμένη. Όσον αφορά την εθνικότητα και την κουλτούρα του κάθε ατόμου, παρατηρούνται ποικίλες αντιδράσεις έκφρασης του πόνου λόγω κυρίως των πολιτισμικών στερεοτύπων. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν, επίσης, ρόλο στη διαφορετική προσέγγιση του πόνου (Wander, et al, 2012).

3.1 Ηλικιακές διαφορές

Μια από τις πολυπαραγοντικές συνιστώσες της υποκειμενικής αντίληψης του πόνου είναι η ηλικία. Αν και κατά το παρελθόν έχουν διατυπωθεί διαφορετικές απόψεις αναφορικά με τον ρόλο της ηλικίας στην αντίληψη του πόνου, οι περισσότεροι ερευνητές τείνουν πλέον να συμφωνούν ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειωμένη αντιληπτικότητα σε σχέση με τους νεότερους.

Σύμφωνα με τους Daoust et al (2016), σε έρευνα που διενεργήθηκε στα επείγοντα περιστατικά για την επίδραση της ηλικίας στην αντίληψη του πόνου, διαπιστώθηκε ότι σε σχέση με τα ορθοπεδικά ερεθίσματα (εξαρθρώσεις και κατάγματα στα άκρα) δεν υπήρχε ιδιαίτερη διαφορά μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων. Όσον αφορά τα σπλαγχνικά ερεθίσματα, κεφαλαλγίες ή ημικρανίες, παρατηρήθηκε μείωση στην έκφραση του πόνου από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις όσον αφορά τα αίτια αυτής της ηλικιακής διαφοροποίησης στην αντίδραση απέναντι στον πόνο. Μια άποψη είναι η μειωμένη φλεγμονώδης διαδικασία κατά το πέρασμα των χρόνων, η απώλεια των πρωταρχικών προσαγωγών ινών ή και η μείωση των υποδοχέων του σπλαγχνικού και/ή εγκεφαλικού πόνου. Οι Moore και Clinch (2004) μιλούν για ασθενή λειτουργία των Ad ινών, αλλοίωση του μεταβολισμού της σεροτονίνης, μειωμένη απόκριση του νιτρικού οξειδίου καθώς και για πιο αργό ρυθμό στην κεντρική επεξεργασία επίπονων ερεθισμάτων.

Στα ίδια μονοπάτια κινούνται και οι LeMone, Burke και Bauldoff (2014). Στα νεαρά άτομα η αντίληψη των ερεθισμάτων του πόνου γίνεται μέσω των ινών τύπου Ad, ενώ στους ηλικιωμένους μέσω των ινών τύπου C. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο πόνος στους ηλικιωμένους να γίνεται αντιληπτός ως αμβλύς και διάχυτος αντί για οξύς και εντοπισμένος. Επίσης, υπάρχει μειωμένη ανταπόκριση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στο επώδυνο ερέθισμα λόγω μειωμένων επιπέδων νοροεπινεφρίνης. Τέλος, σε αντίθεση με τους νέους η ανοχή των ηλικιωμένων στον χρόνιο πόνο διαταράσσει τη φυσιολογία των επιπέδων των νευροδιαβιβαστών. Συμπληρώνουν, επίσης, ότι η διαφοροποίηση στην εκτίμηση του πόνου από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα οφείλεται και στο γεγονός ότι μεταβάλλονται οι αισθητηριακές (π.χ. ακοή, όραση) και γνωστικές ικανότητές τους καθώς μεγαλώνουν. Μεγάλη επίδραση ασκούν και οι κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις και προκαταλήψεις, καθώς οι ηλικιωμένοι δεν αναφέρουν τον πόνο γιατί δεν θέλουν να έχουν σχέσεις εξάρτησης με το οικογενειακό περιβάλλον ή λόγω της συνεχούς λήψης αναλγητικών. Ένας ανερχόμενος τομέας έρευνας, η Γεροντολογία, θα δώσει απαντήσεις σε πολλά ερωτήματα για τον πόνο και την τρίτη ηλικία.

3.1.1 Πόνος και παιδιά

Η αντίδραση των παιδιών στον πόνο ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία τους. Η πολυμορφικότητα του πόνου, ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων, καθίστα αναγκαία την πολυδιάστατη αξιολόγησή του στα παιδιά. Λόγω της διαφορετικής ηλικιακής ωριμότητας (νεογνά, παιδιά προσχολικής και εφηβικής ηλικίας) και της γνωστικής, συναισθηματικής, αντιληπτικής και εξελικτικής ικανότητάς τους, η κατανόηση, έκφραση και εκτίμηση του πόνου από τα ίδια τα παιδιά καθίσταται δύσκολη (Brand, 2010). Αναφορικά με την υποκειμενικότητα του πόνου, η επιστημονική κοινότητα υπογραμμίζει ότι η μη ικανότητα έκφρασης του πόνου από ιδιαίτερες ομάδες, όπως νεογνά, παιδιά καθώς και παιδιά με σοβαρές νευρολογικές δυσλειτουργίες ή βλάβες, δεν υποδηλώνει ότι το άτομο δεν πονάει ή ότι δεν υπάρχει επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης του πόνου (Brand, 2010; Manworren, Stinson, 2016).

Η έγκυρη αξιολόγηση του πόνου στον παιδιατρικό τομέα απαιτεί μια δυναμική, συστηματική και πολυδιάστατη προσέγγιση (Brand, 2016). Αυτή η πολύπλευρη εκτίμηση επιτυγχάνεται με τον συνδυασμό των τριών παραγόντων της αυτοαναφοράς, της συμπεριφορικής παρατήρησης και των παθοφυσιολογικών μετρήσεων του πόνου.

Η αυτοαναφορά απευθύνεται σε παιδιά άνω των τριών χρόνων που έχουν αναπτύξει τις επικοινωνιακές, γνωστικές και κοινωνικές τους δεξιότητες. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια μειονεκτήματα που μπορεί να αλλοιώσουν την εκτίμηση, όπως περιβαλλοντολογικοί παράγοντες ή το άγχος και το στρες που μπορεί να προκαλέσει στο παιδί ακόμα και ο ίδιος ο γιατρός.

Η συμπεριφορική παρατήρηση απευθύνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και περιλαμβάνει παρατήρηση της στάσης του σώματος, των εκφράσεων του προσώπου, του κλάματος, τυχόν διαταραχής του ύπνου και της έντασης της δραστηριότητας του παιδιού σε σχέση με τις προηγούμενες μέρες. Αυτή η προσέγγιση στον πόνο είναι καταλληλότερη για νεογνά, νήπια και παιδιά κάτω των τριών χρόνων ή παιδιά με σωματικές και νευρολογικές διαταραχές (Huguel, Stinson, Mc Grath, 2009), αλλά μειονεκτεί στην περίπτωση του χρόνιου πόνου λόγω της αναξιοπιστίας της συμπεριφοράς που οφείλεται στη σταδιακή εξοικείωση με τον πόνο.

Ο πόνος επηρεάζει ζωτικά σημεία των παιδιών, όπως τον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό, τον κορεσμό οξυγόνου και, σε μικρότερο βαθμό, την αρτηριακή πίεση. Σε συστηματικές έρευνες που έγιναν σε βρέφη και νήπια μετά από περιτομή, κατά την οποία δεν είχε χορηγηθεί αναλγησία και

είχε εκδηλωθεί οξύς πόνος, παρατηρήθηκε αύξηση του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, αύξηση της πίεσης και μείωση του κορεσμού οξυγόνου. Κατά την ηλικιακή και γνωστική, όμως, ανάπτυξη των παιδιών παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στις παθοφυσιολογικές και συμπεριφορικές συνιστώσες του πόνου (Dijk et al, 2001). Μεταβολές έχουν παρουσιαστεί και σε ορμόνες, όπως στην ACTH, την αδρεναλίνη, τα κορτικοστεροειδή, τη γλυκογόνη, την αλδοστερόλη κ.ά., μετά από στρεσογόνες χειρουργικές επεμβάσεις σε νεογνά τα οποία δεν είχαν λάβει επαρκή αναλγησία (Loizzo, Loizzo, Capasso, 2009).

Έρευνες έχουν δείξει ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ένταση του χρόνιου πόνου και ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εφηβείας. Η παρενόχληση από συνομήλικους, οι στρεσογόνες σχολικές συνθήκες ή ακόμα και το πιεστικό οικογενειακό περιβάλλον αυξάνουν το άγχος και την ανησυχία των παιδιών, τα οποία εκδηλώνονται με επίμονους πονοκεφάλους και κοιλιακό άλγος (Manworren, Stinson, 2016). Οι Rabbitts et al (2017) σε ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν επιβεβαίωσαν την επικινδυνότητα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στους οποίους υπόκεινται παιδιά ηλικίας 10-18 χρονών και οι οικογένειές τους πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μια σοβαρή χειρουργική επέμβαση. Ο φόβος, το άγχος, οι αμφιβολίες, η ανησυχία και οι αρνητικές σκέψεις για την αντιμετώπιση του πόνου τόσο από το παιδί όσο και από την οικογένειά του παρέτειναν τη θεραπεία του. Η ανάπτυξη και εφαρμογή βιοψυχοκοινωνικών στοχευόμενων προσεγγίσεων σε αντίστοιχες έρευνες έχουν συμβάλει στην άμεση αντιμετώπιση του πόνου και την ταχεία αποκατάστασή του (Davidson et al, 2016).

Πρόσφατες έρευνες στη νευροβιολογία (Herlenius, Lagercrantz, 2004; Brummelte et al, 2015) έχουν καταρρίψει τον μύθο ότι τα παιδιά, ιδιαίτερα τα νεογνά και τα νήπια, δεν πονούν ή ότι ο πόνος είναι μια φυσική προστασία τους. Το ανατομικό και νευροχημικό τους σύστημα αναπτύσσεται ήδη από το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Έτσι, νεογνά και νήπια έχουν την ίδια σχεδόν ευαισθησία στον πόνο με τους ενήλικες, όταν υπόκεινται σε αντίστοιχα επώδυνα ερεθίσματα, καθώς σημαντικές λειτουργίες κάποιων νευρών και ορμονικών συστημάτων βρίσκονται ακόμα υπό το καθεστώς της «ρύθμισης». Σε αυτό το κρίσιμο στάδιο της «ανωριμότητας» και της πλαστικότητας των συγκεκριμένων νευροχημικών δομών, η έκθεση των νεογνών σε επαναλαμβανόμενες ή ήπιες επίπονες διαδικασίες διαταράσσουν και προκαλούν μακροπρόθεσμες ή μόνιμες λειτουργικές αλλοιώσεις στις νευροενδοκρινικές οδούς του πόνου, με αποτέλεσμα στην ενήλικη ζωή τους να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στον πόνο.

Η παιδιατρική επιστημονική κοινότητα θεωρεί απαραίτητη τη χορήγηση κατάλληλων αναλγητικών ή κατασταλτικών φαρμάκων καθώς και την αποφυγή της έκθεσης σε στρεσογόνες και επίπονες διαδικασίες. Επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της πρόληψης και διαχείρισης του πόνου σε αυτές τις

ευαίσθητες ηλικιακά ομάδες, όχι μόνο με τη χορήγηση φαρμάκων άλλα και με μια πιο ολιστική προσέγγιση. Η υποστηρικτική ψυχολογική, σωματική και πνευματική αντιμετώπιση του προβλήματος, τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους, πρέπει να είναι πρωταρχικής σημασίας για όλες τις επιστημονικές ομάδες που συνεργάζονται με παιδιά και ιδιαίτερα με παιδιά που πάσχουν από καρκίνο (Loizzo, Loizzo, Carazzo, 2009).

3.1.2 Πόνος και ενήλικες

Η ενήλικη ζωή περιλαμβάνει τρία ηλικιακά στάδια: νέος ενήλικας (20-35), μεσήλικας (40-55) και ηλικιωμένος (60-75). Πέρα από τις βιολογικές αλλοιώσεις που συντελούνται με την πάροδο του χρόνου, διάφοροι άλλοι παράγοντες, όπως οι διαφορετικές ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές εμπειρίες και η έκθεση σε διαφορετικές ασθένειες, αλλάζουν την αντίληψη του πόνου. Έτσι, μυοσκελετικές ασθένειες (οστεοπόρωση, αρθρίτιδα) ή νευροπάθειες αφορούν κυρίως τους ηλικιωμένους, ινο-μυαλγίες και αρχικά στάδια αρθρίτιδας τους μεσήλικες, ενώ αναφορά για πόνο από τραυματισμούς και ατυχήματα γίνεται περισσότερο από τις νεότερες ηλικίες.

Σε έρευνα που αφορούσε τον χρόνιο πόνο στα τρία αυτά ηλικιακά στάδια, παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην αντιμετώπισή του λόγω ακριβώς των παραπάνω παραγόντων (Rustoen et al, 2005). Οι νεότεροι είχαν τη χειρότερη εμπειρία στην ένταση του πόνου ως αποτέλεσμα τραυματισμών και ατυχημάτων και ήταν και αυτοί που δεν αναζήτησαν θεραπεία παρά το υψηλότερο μορφωτικό τους επίπεδο σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Οι μεσήλικες εμφανίστηκαν ως ομάδα υψηλότερου κινδύνου σε σχέση με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ανάφεραν πόνο σε περισσότερα μέρη του σώματος, δεν γνώριζαν την αιτία του και η ποιότητα ζωής τους στον κοινωνικό, προσωπικό, εργασιακό και ψυχολογικό τομέα ήταν η πιο φτωχή συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Τέλος, οι ηλικιωμένοι, αν και ήταν χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και υπέφεραν από χρόνιο πόνο μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής και διάθεσης σε αντιδιαστολή με τις άλλες ηλικιακές ομάδες (Rustoen et al, 2005; Wander et al, 2012). Οι περισσότεροι ήταν συνταξιούχοι και ζούσαν μόνοι (λόγω χηρείας). Αντιμετώπιζαν τον πόνο σαν φυσικό επακόλουθο της γήρανσης και ήταν ικανοποιημένοι με την κοινωνική τους ζωή και τις δραστηριότητές τους. Περισσότερο ικανοποιημένοι από όλους σε αυτό τον τομέα δήλωναν οι νεότεροι παρά την έκθεσή τους στον πόνο. Επομένως, η αντίληψη

και αντιμετώπιση του πόνου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνικοοικονομική, οικογενειακή και μορφωτική κατάσταση του ατόμου και τους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες (Gestile, All, Wallace, 2001).

Υπάρχουν επιλεκτικές ηλικιακές διαφορές στην αντίληψη του πόνου. Σε θερμικές δοκιμές που πραγματοποίησαν οι Rilley et al. (2014), οι μεσήλικες παρουσίασαν μεγαλύτερη ευαισθησία σε θερμικά και επώδυνα θερμικά ερεθίσματα, σε αντίθεση με τα αυξημένα όρια αντοχής των ηλικιωμένων στα κάτω άκρα. Στα μηχανικά, ηλεκτρικά και κρύα ερεθίσματα και στην ένταση και δυσαρέσκεια του πόνου δεν υπήρξαν ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις (Edwards, Fillingim, 2001; Lariviere et al, 2007). Οι αλλαγές στη δομή και λειτουργία του αισθητικού συστήματος σχετίζονται με τη μείωση της αναστολής του πόνου των ηλικιωμένων συγκριτικά με τους νεότερους και τους μεσήλικες. Οι Lariviere et al (2007) κάνουν λόγο για διαφοροποίηση του ενδογενούς μηχανισμού έλεγχου του πόνου στη σπονδυλική στήλη, ή αλλιώς διάχυτος επιβλαβής αναστολέας ελέγχου (DNIC), του οποίου η μείωση ξεκινά κατά τη μέση ηλικία. Στον εκφυλισμό της δυναμικής της σπονδυλικής στήλης συμβάλλουν και ψυχολογικοί παράγοντες ή τα οπιοειδή. Συμφωνούν με την αύξηση των θερμικών ορίων του πόνου στους μεσήλικες σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες, αλλά σε σχέση με τους ηλικιωμένους παρατηρούν ότι τα όρια είναι ίδια. Οι νευρωνικές απώλειες στον φλοιό και οι αλλαγές που σημειώνονται περιφερειακά και κεντρικά επιδρούν στην αντιληπτικότητα του πόνου και τη δράση του DNIC. Η μεταβολή του ενδογενούς μηχανισμού έχει σχέση με την αύξηση της ηλικίας και τη μείωση της δυναμικής του όσον αφορά τα όρια του πόνου κατά την έκθεση σε ερέθισμα.

Οι Riley et al (2010) έκαναν λόγο για «κλιμακωτό – ρυθμιζόμενο πόνο» (CPM) στηριζόμενοι στη βασική αρχή του DNIC, σύμφωνα με την οποία ένα πειραματικό ερέθισμα σε συγκεκριμένη περιοχή αναστέλλεται από ένα δεύτερο κατά συνθήκη ερέθισμα που βρίσκεται οπουδήποτε στο σώμα. Υποστήριξαν ότι οι νεότεροι ενήλικες επέδειξαν αναστολή του πόνου σε ερέθισμα, ενώ αντίθετα οι ηλικιωμένοι μείωση αναστολής του πόνου και αύξηση της ευαισθητοποίησης σε αυτόν. Σε εναλλασσόμενα επιβλαβή ερεθίσματα οι σχετιζόμενες με την ηλικία λειτουργικές και δομικές αλλαγές του νευρικού συστήματος δεν παρουσίασαν διευκόλυνση του πόνου στους ηλικιωμένους, σε αντίθεση με τα ταυτόχρονα επιβλαβή ερεθίσματα. Στη ρύθμιση του πόνου κλινικά, σημαντικό ρόλο παίζει και η μείωση με τα χρόνια της β-ενδορφίνης, η οποία απελευθερώνεται σε καταστάσεις έντονου πόνου και στρες. Ως βασικός βιολογικός μεσολαβητής η β-ενδορφίνη μειώνει την αποτελεσματικότητα της διαφοροποίησης του πόνου. Επίσης, υπήρξε αντισταθμιστικός πόνος και μείωση του ρυθμού σε θερμικό πόνο που σχετίζεται με τις μετέπειτα παρατεταμένες

ευαισθητοποιήσεις και, κατά συνέπεια, έλλειψη ενδογενούς διαφοροποίησης στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Σε πειραματικό πόνο με μηχανικό πιεστικό ερέθισμα, στον οποίο συμμετείχαν νέοι ενήλικες και ηλικιωμένοι, οι Cole et al (2010) θέλησαν να συγκρίνουν με εγκεφαλικές απεικονίσεις (MRI) όλες τις περιοχές που εμπλέκονται στον μηχανισμό του πόνου και να δουν τις λειτουργικές και δομικές διαφοροποιήσεις που συντελούνται με την πάροδο του χρόνου. Οι απεικονίσεις έδειξαν αυξημένη δραστηριότητα του δικτύου ενεργοποίησης και αντίληψης του πόνου και στις δύο ομάδες και πιο αυξημένη δραστηριότητα του ραβδωτού στους νεότερους. Η αυξημένη αυτή δραστηριότητα του ραβδωτού δεν οφειλόταν στις αλλοιώσεις που συντελούνται κατά την πάροδο των χρόνων στον όγκο των ινών, αλλά είχε σχέση με τις αιμοδυναμικές ιδιότητες απόκρισης (HDR) λόγω ηλικίας. Οι ηλικιακές διαφοροποιήσεις δεν σχετίζονταν με τη γήρανση του εγκεφάλου και δεν παρουσιάστηκαν ενδογενείς διαφοροποιήσεις σε χαμηλά επίπεδα πόνου (Cole et al, 2010).

3.1.3 Πόνος και τρίτη ηλικία

Από τα παραπάνω καθίστανται εμφανείς οι νευροπαθολογικές και βιολογικές διαφορές στην αντιληπτικότητα του πόνου των ηλικιωμένων. Λόγω της υποκειμενικότητας του πόνου, ψυχοκοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες και στερεότυπες συμπεριφορές επιβάλλουν συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους, καθιστώντας δύσκολη την ερμηνεία και έκφραση του πόνου (Miller, Newton, 2006). Σε μελέτες έχει αποδειχτεί ότι τα άτομα με χρόνια πόνο στις περισσότερες αναφορές τους δεν λαμβάνουν επίσημη ιατρική εκτίμηση ούτε επαρκή θεραπεία (Darnall et al, 2017).

Αν και τα συμπτώματα της κατάθλιψης και η χαμηλή ποιότητα ζωής στα ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας του χρόνιου πόνου είναι εμφανή (Lariviere et al, 2007), σε έρευνα των Gerstle, All και Wallace (2001) για την ποιότητα ζωής και τον χρόνια πόνο, οι ηλικιωμένοι βρέθηκαν πιο ικανοποιημένοι αναφορικά με τις αντιξοότητες στην καθημερινότητά τους συγκριτικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Αυτό οφείλεται στην προσαρμοστική ικανότητα των ηλικιωμένων και την ωριμότητα με την οποία αντιμετωπίζουν το άγχος και τις συνέπειές του (Rustoe et al, 2005). Η κοινωνική, ψυχολογική και λειτουργική υποστήριξη καθώς και η ιατρική διαχείριση του πόνου των ηλικιωμένων, που αποσκοπεί στη μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, παίζει, επίσης, σημαντικό ρόλο.

Πειραματικές και κλινικές έρευνες έχουν αναφέρει διαφορές ως προς τη σχέση δημογραφικών χαρακτηριστικών και πόνου. Σε σχετική έρευνα των Wandner et al (2007) για την προσδοκώμενη ευαισθησία και προθυμία αναφοράς του πόνου ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα, οι ηλικιωμένοι βρέθηκαν πιο ευαίσθητοι και πρόθυμοι να αναφέρουν τον πόνο σε σχέση με τους μεσήλικες και τους νέους ενήλικες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών για την πραγματική ανταπόκριση στην αναφορά του πόνου, σύμφωνα με τα οποία οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν γι' αυτόν.

Τα αποτελέσματα έρευνας σε επείγοντα περιστατικά για τον χρόνο αναμονής και χορήγησης αναλγησίας σε ηλικιωμένους ύστερα από αναφορά μέτριου έως και έντονου πόνου ήταν αποκαλυπτικά (Daoust et al, 2014). Οι ηλικιωμένοι περίμεναν μία ώρα περισσότερο για να λάβουν αναλγησία σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες. Επιπλέον, έλαβαν λιγότερη δόση από τους νέους και λιγότερα οπιοειδή σε έντονο πόνο από τους μεσήλικες. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου στο νοσοκομείο παρατηρήθηκε πιο επιθετική θεραπεία με οπιοειδή στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους ενήλικες. Ο χρόνος αναμονής για παροχή αναλγησίας αυξανόταν ανάλογα με τη διάγνωση (π.χ. κάταγμα ισχίου, δύο ώρες περισσότερο), τον τραυματισμό και την ένταση. Σύμφωνα με την έρευνα, πολλοί παράγοντες έπαιξαν ρόλο στην εσφαλμένη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου. Από ιατρικής πλευράς, η εμπειρία του γιατρού και η πολυπλοκότητα της διάγνωσης και της συνταγογράφησης, λόγω λήψης πολλών συνδυαστικών φαρμάκων εξαιτίας του σύνθετου ιατρικού ιστορικού των ηλικιωμένων, συντέλεσε στην καθυστέρηση της χορήγησης αναλγησίας. Ένας άλλος παράγοντας ήταν η λανθασμένη ιεράρχηση των προτεραιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο επέλεγε να ασχοληθεί με νοσηλευτικές διεργασίες άλλων ασθενών, θεωρώντας ότι θα ήταν πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό αντί να χρονοτριβεί με τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής των ηλικιωμένων. Αυτή η καθυστέρηση του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορούσε να αποδοθεί στον φόρτο εργασίας ή στην ανησυχία του για παρενέργειες ή εξάρτηση των ηλικιωμένων από την αναλγησία. Τέλος, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, με την ιδιαίτερη ψυχοσύνθεσή τους, δυσκόλεψαν την έγκαιρη θεραπεία τους. Ο φόβος τους για τυχόν ενόχληση του προσωπικού υγείας, για περεταίρω εξετάσεις ή ακόμα και για εισαγωγή στο νοσοκομείο τους απέτρεπε από το να αναφέρουν τον πόνο. Σε αυτή την έρευνα έγινε αναφορά και στο γεγονός ότι οι μειώσεις και ελλείψεις στις υπηρεσίες υγείας έχουν ως επακόλουθο τη διαφορετική ή καθυστερημένη αντιμετώπιση του πόνου των ηλικιωμένων.

Παρά τις διάφορες αιτίες που προκαλούν πόνο στους ηλικιωμένους, πολλοί επαγγελματίες υγείας, όπως και οι ίδιοι ηλικιωμένοι, παραβλέπουν τον πόνο, καθώς τον θεωρούν φυσικό επακόλουθο και κομμάτι της γήρανσης (Redfern, Ross, 2006). Κάποιοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τον πόνο ως

ένα είδος αυτοτιμωρίας ή ωρίμανσης ή μπορεί να τον αποδέχονται για θρησκευτικούς λόγους. Κάποιοι άλλοι με διαφορετικές γνωστικές και συναισθηματικές πεποιθήσεις αναφέρουν τον πόνο σε μια προσπάθεια λήψης προσοχής και τρυφερότητας από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Στο μεταίχμιο αυτό της ζωής τους οι ηλικιωμένοι βιώνουν δυσμενείς καταστάσεις. Η μειωμένη ικανότητά τους για αυτοφροντίδα, η απώλεια φίλων ή συντρόφων, η μείωση των οικονομικών τους πόρων, η αποξένωση από το οικογενειακό τους περιβάλλον, η μοναξιά και η απειλή της ανεξαρτησίας τους λόγω της προοπτικής ιδρυματοποίησης και άλλες παρόμοιες καταστάσεις επηρεάζουν την ευαισθητοποίησή τους στον πόνο.

Ο πόνος δεν έχει ηλικία, αφορά όλους και απαιτεί διάγνωση και θεραπεία. Όπως έχουν πει οι Butler και Gastel (1980) *«ο πόνος των ηλικιωμένων δεν είναι κάποιων άλλων, αλλά δικός μας, καθώς οι περισσότεροι από μας επιβιώνουμε ως τα γηρατειά»*.

3.2 Διαφορές που σχετίζονται με το φύλο

Η ευαισθητοποίηση στον πόνο διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών λόγω βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων. Από βιολογικής απόψεως, κυρίαρχο ρόλο έχουν οι γοναδικές στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στις ωοθήκες και στους όρχεις. Οι κύριες στεροειδείς ορμόνες των ανδρών είναι η τεστοστερόνη και η διυδροτεστοστερόνη και των γυναικών τα οιστρογόνα και οι προγεστίνες, ενώ και στα δύο φύλα υπάρχουν σε διαφορετικές αναλογίες οιστρογόνα και ανδρογόνα. Αυτές οι ορμόνες επηρεάζουν τον πόνο και την αναλγησία, καθώς επιδρούν στις ψυχολογικές, αναπαραγωγικές και συμπεριφορικές λειτουργίες των δυο φύλων και επειδή ασκούν μια πολυδιάστατη δράση στα οστά, στους μύες, στο νευρολογικό σύστημα και αλλού. Η δράση τους σε εξειδικευμένους γενετικούς και νευροχημικούς μηχανισμούς του κάθε φύλου επηρεάζει την επεξεργασία του πόνου όχι μόνο ποιοτικά αλλά και ποσοτικά. Επίσης, οι ορμόνες αυτές επηρεάζουν τα νευρολογικά τμήματα που σχετίζονται με τη δράση των οπιοειδών στην αναλγησία κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Στον ψυχολογικό τομέα προκαλούν αλλαγές στις σεξουαλικές λειτουργίες, κατάθλιψη ή ενεργητικότητα ή μπορούν και μειώνουν τα όρια αντοχής στον πόνο. Έτσι, συναντάμε εντονότερο σωματικό πόνο από τραυματισμούς στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στους σπλαχνικούς πόνους λόγω εμμηνόρροιας ή εγκυμοσύνης (Graft, Mogil, Aloisi, 2004).

Ποικιλομορφία παρουσιάζουν οι κλινικές και εργαστηριακές εκθέσεις για το πώς αντιλαμβάνονται οι άνδρες και οι γυναίκες τον οξύ και χρόνιο πόνο. Στον κλινικό πόνο οι γυναίκες εμφανίζονται με υψηλότερα ποσοστά στον οξύ (μετεγχειρητικά) και χρόνιο πόνο (κεφαλαλγίες, ευερέθιστο έντερο, αρθρικά) (Unnih et al, 1996; Paller et al, 2009). Στο πειραματικό επιβλαβές ερέθισμα οι γυναίκες είναι, επίσης, πιο ευαίσθητες στην ένταση, την ανοχή και τα όρια του πόνου. Οι Riley et al (1998) υποστηρίζουν ότι αυτές οι διαφοροποιήσεις οφείλονται και σε πολιτισμικά και κοινωνικά στερεότυπα περιγραφής και εκδήλωσης του πόνου μεταξύ των δύο φύλων.

Από κοινωνικής και ψυχολογικής απόψεως, οι γυναίκες είναι πιο αυτοκαταστροφικές, με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και συναισθηματικές μεταπτώσεις καθώς και μεγαλύτερα κρούσματα παιδικής κακοποίησης. Όλα αυτά επηρεάζουν τη διαφορετική απόκρισή τους στον πόνο σε σχέση με τους άνδρες. Διαφορετικές είναι και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου στα δύο φύλα, με τους άνδρες να είναι πιο εσωστρεφείς και λιγότερο πρόθυμοι να εκφράσουν τον πόνο ή να λάβουν αναλγητικά για την ανακούφισή τους (Paller et al, 2009; Wandder et al, 2012). Γενεαλογικά, οι οπιοειδείς υποδοχείς που συνδέονται με τη ρύθμιση του πόνου είναι οι k, d και m, με τον τελευταίο να δρα όπως η μορφίνη και να υπάρχει αυξημένος στις γυναίκες. Ο πολυμορφισμός του γονιδιακού οπιοειδούς υποδοχέα m σχετίζεται άμεσα με τα πιεστικά ερεθίσματα του πόνου και στα δύο φύλα, με υψηλότερη εκτίμηση θερμικού πόνου στις γυναίκες και χαμηλότερη στους άνδρες (Fillingim et al, 2005).

Στην κεντρική επεξεργασία του πόνου έρευνες ανέφεραν διαφορετικές δραστηριοποιήσεις μηχανισμών ανάμεσα στα δύο φύλα. Για παράδειγμα, σε ήπια επώδυνη διάταση του ορθού στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου παρουσιάστηκε δραστηριοποίηση του αριστερού θαλάμου και του κοιλιακού ραβδωτού σώματος μόνο στους άνδρες. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί η ύπαρξη διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται δομικά και λειτουργικά στο νευροανατομικό κομμάτι περιφερειακά. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσια πυκνότητα νευρικών ινών στο δέρμα του προσώπου (Mowlavi et al, 2005; Paller et al, 2009).

Εγκλωβισμένοι στους εδραιωμένους κοινωνικούς ρόλους που τους έχουν αποδοθεί, τα δύο φύλα ανταποκρίνονται διαφορετικά στον πόνο εξαιτίας αυτών των μεσολαβούντων στερεότυπων αντιλήψεων. Οι Thorne et al (2004) τόνισαν ότι η υπερευαίσθησία των γυναικών στον πόνο σχετίζεται με τις ατομικές τους εμπειρίες, την ιδιοσυγκρασία τους και τη συναισθηματική ευπάθεια του χαρακτήρα τους σε σχέση με τους άνδρες. Οι πολλοί ρόλοι και ευθύνες που αναλαμβάνουν οι γυναίκες στη διάρκεια της ζωής τους τις εκθέτουν σε περισσότερο άγχος και κατάθλιψη και τις καθιστούν πιο ευάλωτες και επιρρεπείς στον πόνο.

3.3 Διαφορές που σχετίζονται με την εθνικότητα

Η παγκόσμια βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την ύπαρξη φυλετικών διακρίσεων στον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα των ερευνών ποικίλλουν σε κλινικό και πειραματικό επίπεδο και δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές ως προς την ένταση, τη δυσφορία, τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική και προφορική έκφραση. Για παράδειγμα, σε πειραματική έρευνα οι Αφροαμερικανοί είχαν μειωμένη ανοχή σε θερμικό και επίπονο ερέθισμα συγκριτικά με τους λευκούς (Sheffield et al, 2000).

Οι Rilley et al (2002) σε μελέτη τους για τον χρόνιο πόνο και τις φυλετικές διαφοροποιήσεις, κάνουν μια σύντομη ανασκόπηση επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι Αφροαμερικανοί σε σχέση με τους λευκούς και τους μη ισπανόφωνους λευκούς παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ως προς την ανταπόκριση στον πόνο και βιώνουν πιο έντονα συναισθηματικά τον πόνο, παρουσιάζοντας μεγαλύτερη δυσφορία, φοβίες και κατάθλιψη. Η αντίδρασή τους αυτή πιθανόν να οφείλεται στη σκέψη των αρνητικών επιπτώσεων που έχει ο πόνος καθώς και στη σκέψη ότι η κατάθλιψη και ο πόνος δεν έχουν διαγνωστεί και θεραπευτεί με την αντίστοιχη σοβαρότητα λόγω των στερεότυπων αντιλήψεων. Άλλη πιθανή ερμηνεία είναι η σιωπηλή ανοχή στον πόνο από φόβο μη χάσουν τη δουλειά τους ιδιαίτερα όσοι προέρχονται από χαμηλά οικονομικά στρώματα. Σε αυτές τις αρνητικές συμπεριφορές συμβάλλουν και οι ανισότητες ως προς την καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας αλλά και η φτωχή παροχή θεραπείας και απόκριση σε αυτήν.

Οι εθνικές/φυλετικές διαφορές επηρεάζουν τη διαφορετική ερμηνεία και αντιμετώπιση του πόνου. Μια μελέτη ανάμεσα σε υγιείς νέους Αφροαμερικανούς, Ισπανούς και λευκούς αποκάλυψε αυτές τις ιδιαιτερότητες. Διαφορετική ήταν η εμπειρία τους ως προς τα σημεία εντόπισης και έντασης του πόνου, με τους Αφροαμερικανούς να αναφέρουν πόνο στο στήθος και την κοιλιά, τους Ισπανούς στα κάτω άκρα και τους λευκούς στον λαιμό και τους ώμους. Διαφορετικές ήταν και οι στρατηγικές τους για τη μείωση του πόνου. Το κίνητρο των λευκών και ο καθοριστικός προβλέψιμος παράγοντας στην αλλαγή συμπεριφοράς ήταν η ένταση και η παρεμβολή του πόνου. Αντίθετα, για τους Αφροαμερικανούς η ευρύτητα των σημείων πόνου και η δυσφορία που τους προκαλούσε, ενώ για τους Ισπανούς η ανησυχία και η απογοήτευση. Οι τεχνικές ανακούφισης από τον πόνο είναι για τους λευκούς η αυτοφροντίδα, χάρη κυρίως στις γνώσεις που έχουν αποκτήσει

με τη συνεχή τριβή τους με τις υπηρεσίες υγείας. Παραδόξως, οι Αφροαμερικανοί, όταν ο πόνος και η αναπηρία αγγίζει τα ανώτερα όρια, ακολουθούν πιο παθητικούς τρόπους, όπως την προσευχή. Στη θρησκεία και στην πνευματικότητα στρέφονται και οι Ισπανοί, πιθανόν ως αποτέλεσμα των ερεθισμάτων και των επιδράσεων που δέχονται από το διαφορετικό οικογενειακό και πολιτισμικό περιβάλλον τους (Hastie, Riley, Fillingim, 2005).

Επιπλέον, υπάρχει προκατάληψη και υποτίμηση της σοβαρότητας του πόνου των μειονοτήτων και παρατηρούνται στερεότυπες συμπεριφορές στην αντιμετώπιση του. Ως προς την ευαισθησία στον πόνο, οι λευκοί βρέθηκαν με το υψηλότερο όριο και ακολουθούν οι Ασιάτες, οι Ισπανοί και τέλος οι Αφροαμερικανοί. Στην προθυμία αναφοράς του πόνου, πάλι οι λευκοί διεκδικούν την πρώτη θέση (Wandner et al, 2012). Τα αποτελέσματα πειραματικής έρευνας που έγινε ανάμεσα σε Αφροαμερικανούς και Ευρωπαίους – Αμερικανούς συμμετέχοντες για το πώς αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τον πόνο οι ασθενείς της ίδιας ή της αντίθετης εθνικότητας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Χρησιμοποιώντας άμεσες και έμμεσες διαδικασίες, οι ερευνητές προσπάθησαν να ενεργοποιήσουν σκόπιμες, συνειδητές αξίες και πεποιθήσεις ή αυτόματες, υποσυνείδητες μεροληπτικές συμπεριφορές και στάσεις, που αντικατοπτρίζουν περισσότερο τις πολιτισμικές προκαταλήψεις των συμμετεχόντων. Οι Αφροαμερικανούς έδειξαν να αντιλαμβάνονται και να ανταποκρίνονται εξίσου το ίδιο στον πόνο όλων των ασθενών, ανεξαρτήτως εθνικότητας. Στις δοκιμασίες, όμως, του υποσυνείδητου υπήρχε η τάση να θεωρούν ότι οι Ευρωπαίους – Αμερικανούς ασθενείς αντιλαμβάνονται και αισθάνονται τον πόνο περισσότερο από τους Αφροαμερικανούς ασθενείς. Τα αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν όταν ήταν εμφανές, άμεσα και συνειδητά, το θέμα της εθνικότητας του ασθενή. Η μεροληψία και η εμπάθεια που παρουσιάστηκε με τους υποσυνείδητους μηχανισμούς δεν οφείλεται μόνο στις προσωπικές και πολιτισμικές στερεότυπες συμπεριφορές, σύμφωνα με την έρευνα, αλλά πιθανόν και στην προκατάληψη απέναντι στον ίδιο τον πόνο (Mathur et al, 2014). Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν μια άλλη έρευνα στο συμπέρασμα ότι οι Αφροαμερικανούς ιατροί είναι αμερόληπτοι ακόμα και υποσυνείδητα σε σχέση με γιατρούς άλλων εθνικοτήτων (Stepanikova et al, 2012).

Οι Hoffman et al (2016) έδωσαν μια άλλη διάσταση στα αίτια της φυλετικής προκατάληψης και της εσφαλμένης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου. Σε έρευνα με συμμετέχοντες λευκούς πολίτες χωρίς ιατρικές γνώσεις, λευκούς σπουδαστές ιατρικής και ιατρούς οι οποίοι είχαν εσφαλμένες πεποιθήσεις και προκαταλήψεις για τη βιολογική υπεροχή των μαύρων έναντι των λευκών (π.χ. πιο σκληρό δέρμα, ταχύτερη πήξη του αίματος, πιο ανθεκτικό σώμα), διαπιστώθηκε πως αξιολογούσαν και αντιμετώπιζαν τη θεραπεία του πόνου των μαύρων με μεροληψία και εμπάθεια. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, οι λανθασμένες φυλετικές πεποιθήσεις των

επαγγελματιών υγείας συνδέονται με την προκατάληψη που έχουν απέναντι στον πόνο των άλλων και σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι μαύροι είναι λιγότερο ευάλωτοι στον πόνο από τους λευκούς.

3.4 Διαφορές που σχετίζονται με κοινωνικό-οικονομικές διαφορές

Η διάγνωση και θεραπεία του πόνου είναι ένα τεράστιο θέμα που απασχολεί τη δημόσια υγεία και τον πληθυσμό παγκοσμίως. Ο αφόρητος πόνος δυσχεραίνει την καθημερινότητα, την εργασία και την κοινωνική ζωή του κάθε ανθρώπου και μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικές συμπεριφορές και αυτοκτονικές σκέψεις και τάσεις. Η έκθεση σε επιβλαβείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ενισχύει τη συσσώρευση των ορμονών του άγχους, του στρες και της κορτιζόλης, οι οποίες σχετίζονται με πολλές ασθένειες. Ο αυξανόμενος επιπολασμός και νοσηρότητα του πόνου καθώς και η περιορισμένη πρόσβαση σε φάρμακα και θεραπείες καθιστά την αντιμετώπιση του πόνου βασική προτεραιότητα της δημόσιας υγείας παγκοσμίως (Goldberg, McGee, 2011).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Darnall et al (2017) για τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στην καθημερινότητα του ατόμου επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση του πόνου με τη διαταραχή του ύπνου, με τον θυμό, την ψυχική διάθεση, τις καταστροφικές σκέψεις, τη φυσική δραστηριότητα καθώς και την ελλιπή ιατρική διάγνωση. Σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο, όπως κατάθλιψη, οικογενειακή κατάσταση, αρνητικές σκέψεις και αρνητικά συναισθήματα λόγω της υποβαθμισμένης ποιότητας της καθημερινής ζωής κ.ά., αναφέρονται και οι Paller et al (2009). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Hastie et al (2005) για τις φυλετικές διαφορές στην αντίληψη του πόνου έδειξαν ότι κάποιες μειονότητες, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και ελλιπούς ενημέρωσης, κατέφευγαν σε δικές τους τεχνικές αυτοφροντίδας (π.χ. προσευχή), σε αντίθεση με τις μειονότητες που είχαν ασφάλιση και αναζητούσαν ανακούφιση από τον πόνο σε μονάδες υγείας.

Εντυπωσιακά ήταν τα ευρήματα των Brekke, Hjortahl και Kvien (2002) στη Νορβηγία, οι οποίοι μελέτησαν πώς η διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει την ένταση του μη φλεγμονώδους μυοσκελετικού πόνου. Η κοινωνική ομάδα που ζούσε σε υποβαθμισμένο περιβάλλον και αντιμετώπιζε προβλήματα ανεργίας και στέγασης καθώς και ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη κ.ά.) παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα επίδρασης και διάρκειας του χρόνιου πόνου. Υπήρχαν αναφορές για διαταραγμένο ύπνο και δυσαρέσκεια για την ψυχική και κοινωνική τους κατάσταση. Έκαναν χρήση περισσότερων αναλγητικών και εκδήλωναν μικρότερο

ενδιαφέρον συμμετοχής αναφορικά με την υγεία τους. Ωστόσο, μεταξύ ευπόρων και οικονομικά ασθενέστερων δεν υπήρχαν ιδιαίτερες διαφορές ως προς την ικανοποίησή τους από τις παροχές υγείας, καθώς το ίδιο το νορβηγικό κράτος και τα ΜΜΕ προωθούν την ίση υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Επίσης, η στάση των ατόμων απέναντι στην υγεία σχετίζεται και με το μορφωτικό τους επίπεδο, με τα άτομα ακαδημαϊκής μόρφωσης να έχουν πιο θετική στάση σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερης μόρφωσης. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η εισοδηματική και κοινωνική ανισότητα στον τομέα της υγείας ενεργοποιεί αισθήματα ντροπής, δυσπιστίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης, αισθήματα τα οποία μέσα από ψυχο-νευρο-ενδοκρινείς μηχανισμούς μεταφράζονται σε πόνο, ασθένειες και, κατά συνέπεια, σε ανύπαρκτη υγεία. Με τα παραπάνω συμφωνούν και οι Guillemin, Carrthers και Li (2014), οι οποίοι κάνουν λόγο για κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα άτομα που βιώνουν χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις και σχετικές αναπηρίες και υποφέρουν από χρόνια πόνο. Άτομα που είχαν λάβει μόνο τη βασική εκπαίδευση ήταν λιγότερο πιθανό να δεχτούν να υποβληθούν σε αρθροπλαστική ισχίου συγκριτικά με τα πιο μορφωμένα. Την ίδια στάση σε πιθανή ανάγκη αρθροπλαστικής φάνηκε να τηρούν και οι οικονομικά ασθενέστεροι. Γενικά, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, στην περίπτωση που είχαν μεγαλύτερη ανάγκη για αρθροπλαστική γονάτου/ισχίου, ήταν λιγότερο πρόθυμα να εξεταστούν και να υποβληθούν στην επέμβαση σε σχέση με τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου (Hawker et al, 2002).

Δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες ώστε να προσδιοριστεί το κατά πόσο το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ασθενή επηρεάζει την αντίληψη του πόνου. Οι Lantis et al (2015) πραγματοποίησαν σχετική έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί αν το μορφωτικό επίπεδο μετεγχειρητικών ασθενών επηρεάζει τη διαχείριση του πόνου και την ταχύτερη ανάρρωσή τους. Έχοντας χωρίσει τους ασθενείς σε μορφωτικό επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο ανέφεραν περισσότερο πόνο. Η ίδια ομάδα παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, καθώς ήταν και η μεγαλύτερη ηλικιακά ομάδα. Αν και σύμφωνα με την έρευνα η εκπαιδευτική κατάσταση είναι ένας ξεκάθαρος προγνωστικός παράγοντας του πόνου, υπάρχει μια σχέση μεταξύ χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, κατάθλιψης, άγχους και πόνου. Αντίθετα, η αντίληψη του πόνου, όταν εξαλειφτούν οι ψυχολογικοί παράγοντες, δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο. Οι ασθενείς με καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο κατανόησαν και συνεργάστηκαν καλύτερα στην ενημέρωση και στις διαδικασίες που έπρεπε να ακολουθηθούν πριν και μετά το χειρουργείο. Χειρίστηκαν καλύτερα τον πόνο και μείωσαν τον χρόνο παραμονής τους στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα παρόμοιας έρευνας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν παρόμοια, με τους λιγότερο εκπαιδευτικά καταρτισμένους να βιώνουν εντονότερο πόνο (Barbareschi et al, 2011). Σύμφωνα με τους Lantis et al (2015), η

εκπαίδευση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας είναι δυνατόν να συμβάλει στον περιορισμό τυχόν αρνητικής επίδρασης του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου στη διαχείριση του πόνου και, κατ' επέκταση, στην ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ-ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

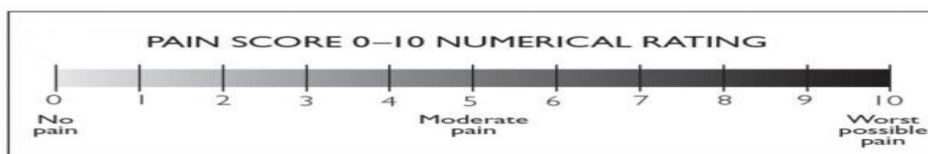
Οι σοβαρές επιπτώσεις του πόνου στο άτομο καθιστούν επιτακτική την ανάγκη όχι μόνο για τη μέτρηση και την αξιολόγησή του αλλά και για την παροχή άμεσης ανακούφισης. Δεν είναι τυχαίο που ο πόνος αναφέρεται ως το «πέμπτο ζωτικό σημείο», γεγονός που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της σωστής αξιολόγησής του. Πολλά διαφορετικά εργαλεία και τρόποι μέτρησης χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων του πόνου, με στόχο την άμεση θεραπευτική του αντιμετώπιση και την ανακούφιση του πάσχοντα. Παρακάτω θα αναφέρουμε τις πιο έγκυρες μεθόδους αντιμετώπισής του, οι οποίες έχουν επικυρωθεί από διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με τον πόνο (WHO, EU, οργανισμοί παρηγορητικής φροντίδας κ.ά.) (Osborn, Wraa, Watson, 2010).

4.1 Εκτίμηση-Αξιολόγηση πόνου

Υπάρχουν εργαλεία που αξιολογούν μονοδιάστατα τον πόνο, κυρίως μέσω της αυτοαναφοράς του ασθενή για την ένταση και τη σοβαρότητά του. Άλλα εργαλεία καλύπτουν πιο ολιστικά και πολυδιάστατα τις διάφορες πτυχές του.

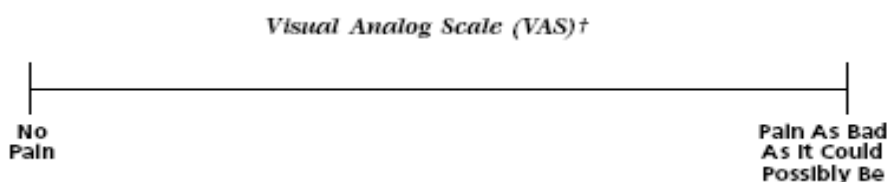
1. Ιστορικό: λεπτομερής συγκέντρωση πληροφοριών για τα χαρακτηριστικά του πόνου, τα αίτια που τον προκαλούν, που αυξάνουν ή μειώνουν την έντασή του καθώς και τους τρόπους ανακούφισης του ασθενή. Η λήψη του είναι αναγκαία για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του πόνου, τη διαχείριση και αντιμετώπισή του.
2. Φυσική εξέταση: συγκέντρωση ανατομικών ευρημάτων που σχετίζονται άμεσα με τον πόνο αλλά που ενδεχομένως είναι άνευ σημασίας για τον πάσχοντα. Οι αντικειμενικές και υποκειμενικές πληροφορίες συνοψίζονται και αξιοποιούνται για την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή.
3. Εργαστηριακές εξετάσεις: είναι σημαντικές και κατευθυντήριες ως προς την πορεία της συνέχισης, αλλαγής ή διακοπής της ανακουφιστικής θεραπείας.

4. Numerical rating scale (NRS) – Αριθμητική κλίμακα μέτρησης.



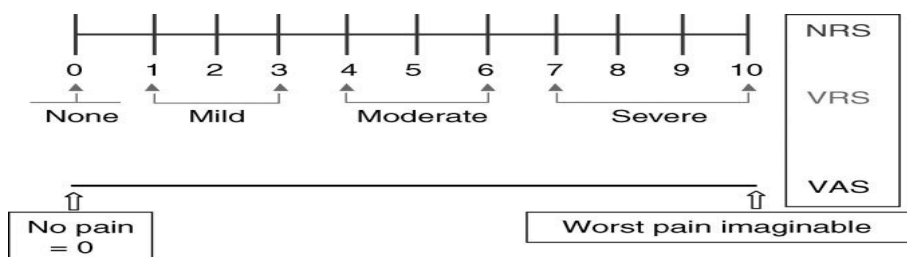
Είναι μια οριζόντια γραμμή με νούμερα από το 0 έως το 10, αριθμημένα από αριστερά προς τα δεξιά, με τρία περιγραφικά διαστήματα: «καθόλου πόνος», «μέτριος πόνος», «πολύς πόνος».

5. Visual analogue scales (VAS) – Οπτική αναλογική κλίμακα.



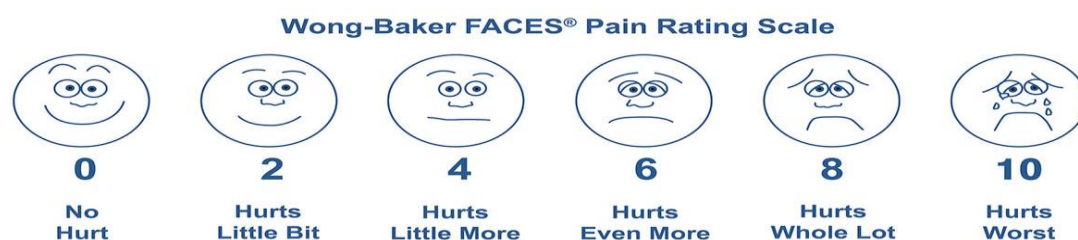
Η οριζόντια γραμμή δεν αποτελείται από αριθμητικά διαστήματα αλλά έχει δύο περιγραφικά διαστήματα: «καθόλου πόνος» και «πολύς πόνος».

6. Verbal rating scale (VRS) – Λεκτική περιγραφική κλίμακα.



Οριζόντια γραμμή με νούμερα από το 0 έως το 10 και περιγραφικά διαστήματα: «καθόλου πόνος», «μέτριος πόνος», «καταπόνηση», «φρικτός πόνος».

7. Faces pain scale-revised (FPS-R) – Κλίμακα με εκφράσεις για τους παιδιατρικούς κυρίως ασθενείς για τη μέτρηση της έντασης του πόνου (Huguet, Stinson, McGrath, 2010).



8. Comfort scale. Απευθύνεται σε παιδιατρικούς ασθενείς συνδυάζοντας 6 συμπεριφορικά αντικείμενα (εγρήγορση, ηρεμία, μυϊκός τόνος, κίνηση, ένταση του προσώπου, αναπνευστική ανταπόκριση, κλάμα) και 2 φυσιολογικά αντικείμενα (Dijk et al, 2001).
9. Self reported measures. Μέτρα αυτοαναφοράς για παιδιά 3-18 χρόνων.
10. Behavioral measures. Μέτρα συμπεριφοράς στηριζόμενα στην παρατήρηση για παιδιατρικούς ασθενείς (Huguet, Stinson, McGrath, 2010; Caraceni et al, 2002).
11. Pain Catastrophizing scale (PCS) – Κλίμακα καταστροφικού πόνου. Μετράει τη συναισθηματική ανταπόκριση και τις σκέψεις των ερωτηθέντων σε πραγματικό ή αναμενόμενο πόνο (Darnall et al, 2017).
12. Ημερολόγιο του πόνου. Ιδιαίτερα σημαντικό για τον χρόνια πόνο.

Άλλα εργαλεία είναι τα εργαλεία πολυδιάστατης αξιολόγησης, τα όποια είναι επικυρωμένα και συστήνονται και χρησιμοποιούνται και από την ομάδα εμπειρογνομόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης Παρηγορητικής Φροντίδας (Caraceni et al, 2002; Osborn, Wraa, Watson, 2010). Οι πολυδιάστατες κλίμακες-ερωτηματολόγια είναι:

1. McGill Pain Questionnaire (MRQ). Είναι ένα ερωτηματολόγιο με παγκόσμιες βαθμολογίες που αντανakλά τις αισθητικές, συναισθηματικές και εκτιμητικές διαστάσεις του πόνου και ιδιαίτερα του καρκινικού.
2. Brief Pain Inventory (BPI). Σύντομο εργαλείο καταγραφής πόνου. Είναι απλό και εύκολο στη χρήση και δίνει πληροφορίες για την ιστορία, την ένταση, την τοποθεσία και την ποιότητα του πόνου.
3. Memorial Pain Assessment Gard. Αντάξιο των προηγούμενων αλλά λόγω του ότι υπάρχει μόνο στην αγγλική γλώσσα δεν χρησιμοποιείται ευρέως.
4. Health-Related Quality of Life Measures (HRQL). Περιλαμβάνει πολλούς τομείς, όπως φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες, καθώς και διάφορα συμπτώματα προηγούμενων ασθενειών.

4.1.1 Φυσική εξέταση

Αρχικά η φυσική εξέταση γίνεται με τη λήψη του ιστορικού του πόνου και τον εντοπισμό του επώδυνου σημείου. Απαραίτητες είναι οι ερωτήσεις προς στον ασθενή που σχετίζονται με την ένταση του πόνου, τη χρονική του διάρκεια, τους επιβαρυντικούς παράγοντες και τι τον ανακουφίζει. Γίνεται αναζήτηση συναισθηματικών, κοινωνικών ή ψυχολογικών αιτιών και συμβατικών προβλημάτων (κόπωση, εφίδρωση, ανορεξία κ.ά.) (Kinghorn, Gamlin, 2001).

Η λεπτομερής ανασκόπηση και ψηλάφηση όλων των συστημάτων, ή αλλιώς κλινική εξέταση, είναι σημαντική για τη συγκέντρωση υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων. Σε αυτό συμβάλλουν η λεκτική επικοινωνία και τα ευρήματα της μη λεκτικής

επικοινωνίας, όπως η άνεση στη βάδιση ή την κίνηση, η αντιληπτική ικανότητα του πάσχοντα κ.ά.

Η έκθεση στον πόνο και ιδιαίτερα στον οξύ επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό, την αναπνευστική συχνότητα, τον κορεσμό οξυγόνου, τη θερμοκρασία και την αρτηριακή πίεση, στοιχεία τα οποία πρέπει να συνεκτιμώνται κατά τη φυσική εξέταση (Dijk et al, 2001).

4.1.2 Νευρολογική εξέταση

Από νοσηλευτικής απόψεως η νευρολογική εξέταση του πόνου περιλαμβάνει τεχνικές εξέτασης του νευρικού συστήματος και της νοητικής κατάστασης. Με την εξέταση των κινητικών και αισθητικών συστημάτων και αντανακλαστικών εντοπίζονται οι πιθανές αιτίες της νευρολογικής διαταραχής, π.χ. βάδιση, στάση σώματος, απαλό άγγιγμα που προκαλεί φυσιολογικές αντιδράσεις πόνου κ.ά. (Kinghorn, Gamlin, 2001; Lynn, Bickley, 2003). Σημαντική είναι, επίσης, η αξιολόγηση της διανοητικής λειτουργίας του ασθενή (προσανατολισμός, μνήμη κ.ά.), η αξιολόγηση της ισορροπίας, των ανακλαστικών της κίνησης και των αντανακλαστικών σε ερεθίσματα, καθώς και η εξέταση των εγκεφαλικών και νωτιαίων νεύρων.

4.1.3 Μυοσκελετική εξέταση

Η εξέταση ξεκινά με τη λήψη του ιστορικού του ασθενή για παλαιότερες ασθένειες ή ατυχήματα που σχετίζονται με τις αρθρώσεις και το μυϊκό σύστημα. Ο πόνος σε αυτά τα σημεία συνήθως είναι χρόνιος, και με την ηλικία μειώνεται ο όγκος και η ισχύς των μυών και το εύρος των κινήσεων, όπως στην οστεοαρθρίτιδα. Με ερωτήσεις διερευνάται και εκτιμάται η τοποθεσία, η διάρκεια, η ποιότητα και η βαρύτητα του πόνου. Εντοπίζονται τυχόν οιδήματα, δερματικές διαταραχές, δυσκαμψία, κινητικά προβλήματα, μυϊκή ατροφία, απώλεια βάρους, πυρετός, παραμορφώσεις κ.ά. Ταυτόχρονα με τη βοήθεια των εργαλείων μέτρησης του πόνου και των διαγνωστικών εξετάσεων αναγνωρίζεται η προέλευση του πόνου και στη συνέχεια εφαρμόζεται η μέθοδος ανακούφισης.

4.1.4 Εξέταση αισθητικότητας

Η αισθητικότητα του πόνου αφορά την αντίληψη, την ένταση, την ποιότητα και τον χρόνο του πόνου. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν πόνο σε διαφορετικά σημεία ταυτόχρονα και με διαφορετική ένταση. Με τη βοήθεια των λεκτικών, αριθμητικών ή οπτικών κλιμάκων πόνου τα ευρήματα είναι αξιόλογα. Η κλινική εξέταση από νοσηλευτικής απόψεως συμβάλλει στην εύρεση της αιτίας των αισθητικών διαταραχών και της εκδήλωσης του πόνου (Kinghorn, Gamlin, 2001).

4.1.5 Διαγνωστικές εξετάσεις

Η ολοκληρωμένη διάγνωση του πόνου μετά τη λήψη του ιστορικού και τη φυσική εξέταση περιλαμβάνει και τις διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες προσφέρουν απτά στοιχεία για την προέλευση του πόνου. Μερικές από αυτές είναι:

Οι εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές, βιοχημικές κ.ά.) μας δίνουν, για παράδειγμα, στοιχεία για τη μεταβολή των δεικτών των ορμονών που σχετίζονται με τον πόνο.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι απαραίτητο λόγω της μεταβολής των ζωτικών σημείων κατά τον οξύ πόνο.

Οι απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η MRI, παρουσιάζουν αν υπάρχει μείωση του εγκεφαλικού παρεγχύματος και εγκεφαλική ατροφία με την πάροδο των χρόνων που σχετίζεται με τη διαχείριση του πόνου (Cole et al, 2010). Με τις ακτινογραφίες και τις αξονικές και μαγνητικές απεικονίσεις εντοπίζεται το πρόβλημα που προκαλεί τον πόνο (νευρολογικό, μυοσκελεσκελετικό ή κακοήθης όγκος). Πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως η νευρο-απεικόνιση (Pet-scan FMRI), αξιολογούν τη λειτουργία οργάνων και ιστών καθώς και τις μεταβολές του σώματος σε κυτταρικό επίπεδο.

Το σπινθηρογράφημα οστών, κατά το οποίο χορηγείται ενδοφλέβια ραδιενεργό φάρμακο και τοποθετείται εξωτερικά ειδική κάμερα στο σημείο που θα εξεταστεί, ανιχνεύει πιθανές βλάβες των ιστών, εντόπιση ή μετάσταση όγκων και εξετάζει λειτουργίες όπως η ροή του αίματος στην καρδιά, η κένωση του στομαχιού κ.ά.

Το ηλεκτρονευρογράφημα εξετάζει την αγωγιμότητα των περιφερικών νεύρων με την τοποθέτηση επιφανειακών ηλεκτροδίων στο σημείο ελέγχου και την πρόκληση ήπιου

ηλεκτρικού ερεθισμού των νεύρων. Εφαρμόζεται στην περίπτωση νευροπάθειας στα πλαίσια σακχαρώδη διαβήτη, συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα κ.ά.

Το ηλεκρομυογράφημα καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα εντός των μυών και συνδυαστικά με το ηλεκτρονευρογράφημα είναι μέρος του νευροφυσιολογικού ελέγχου.

Η εκτίμηση του πόνου είναι τις περισσότερες φορές πολύπλοκη και χρονοβόρα. Στόχος είναι πάντα η εφαρμογή θεραπείας για την άμεση ανακούφιση του πάσχοντα.

4.2 Εκτίμηση οξύ πόνου

Ο ρόλος του οξύ πόνου είναι προειδοποιητικός και κατευθυντήριος για την οποιαδήποτε υπάρχουσα βλάβη, καθώς εντοπίζει το σημείο όπου υπάρχει παθολογικό πρόβλημα και βοηθάει στην άμεση διάγνωση της θεραπείας.

Για να εκτιμηθεί ο οξύς πόνος, αρχικά είναι απαραίτητη η αξιολόγησή του από τον ίδιο τον ασθενή με τη λεπτομερέστατη καταγραφή του ιστορικού του καθώς και τον εντοπισμό του σημείου του σώματος που πάσχει. Η περιγραφή περιλαμβάνει την ποιότητα, την ένταση, τον χαρακτήρα και τους παράγοντες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο. Κατά τη φυσική εξέταση ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή, τα οποία μεταβάλλονται λόγω διαταραχής του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (LeMone, Burke, Bauldoff, 2014).

Για την εκτίμηση του πόνου χρησιμοποιείται μία από τις κλίμακες πόνου η οποία πρέπει να είναι ίδια σε κάθε εκτίμηση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τμήμα επειγόντων περιστατικών για την εκτίμηση του οξύ πόνου, η αριθμητική και οπτική κλίμακα είχαν μια απειροελάχιστη διαφορά, γεγονός που καθιστά και τις δύο κατάλληλες. Η αριθμητική κλίμακα λόγω του 1 λεπτού διαφοράς προτιμήθηκε για χρήση σε κλινικές μελέτες (Bijur, Latimer, Gallagher, 2003).

4.3 Εκτίμηση του χρόνιου πόνου

Ο χρόνιος πόνος επιδρά αρνητικά στην καθημερινότητα του ασθενή σε κοινωνικό, ψυχολογικό, σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο. Η ένταση του χρόνιου πόνου είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με την ένταση του οξύ, είναι ύπουλος και έχει μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Η εκτίμησή του πρέπει να γίνεται διεξοδικά.

Είναι σημαντικό να εκτιμάται η αντίληψη του πόνου από τον ασθενή, δηλαδή το πώς βιώνει ο ίδιος τον πόνο. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια ερωτηματολογίου σε συνδυασμό με κάποια από τις κλίμακες αξιολόγησης. Επίσης, γίνεται εκτίμηση των αλλαγών της συμπεριφοράς του ασθενή, όπως αν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης, αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις ή δυσκολίες στην καθημερινή αυτοεξυπηρέτηση. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τις μεθόδους που ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο καθώς και κατά πόσο είναι αποτελεσματικές οι θεραπείες που ακολουθεί. Η χρήση ημερολογίου του πόνου συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη διαχείρισή του.

Σε έρευνα ασθενών με πόνο στην πλάτη χρησιμοποιήθηκε η αριθμητική κλίμακα και επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία της σε κλινικά και ερευνητικά περιβάλλοντα (Chids, Piva, Fritz, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ολιστικής φροντίδας και την ορθή αντιμετώπιση και θεραπεία του πόνου του ασθενή είναι η επικοινωνία σχετικά με τον πόνο και η εκτίμησή του από τους νοσηλευτές. Αποτελεί σημαντικό βήμα στη διαδικασία της νοσηλευτικής διάγνωσης του πόνου.

Οι νοσηλευτές δεν ρωτούν συστηματικά τους ασθενείς για τον πόνο τους και οι ασθενείς φαίνεται ότι είναι απρόθυμοι να μιλάνε γι' αυτόν ή να ζητούν φάρμακα. Σύμφωνα με τους Sjöström et al. (1997) και Zalon (1993), οι νοσηλευτές υποτιμούν τον έντονο πόνο και υπερεκτιμούν τον ήπιο πόνο. Οι Both Zalon (1993) και Grossman et al. (1991) αναφέρουν ότι υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση σε ασθενείς με ήπιο πόνο σε σύγκριση με ασθενείς με μέτριο έως σοβαρό πόνο.

5.1 Τρόποι αντιμετώπισης του πόνου

Η φαρμακευτική θεραπεία φαίνεται να αποτελεί τη βασική μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου (WHO, 1996). Η χρήση οπιοειδών φαρμάκων στον σύγχρονο κόσμο εμφανίζεται ως η πρωταρχική απάντηση στην αντιμετώπισή του. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, όπως:

Χορήγηση αναλγητικών από το στόμα: η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων από το στόμα είναι αναγκαία σε πολλές περιπτώσεις. Συχνά υπάρχει η λανθασμένη άποψη από επαγγελματίες υγείας ότι η χορήγηση της ίδιας ποσότητας αναλγητικού θα είναι πιο αποτελεσματική αν χορηγηθεί από τις συστηματικές οδούς (ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, υποδόρια) παρά από το στόμα. Ωστόσο, αυτές οι οδοί χορήγησης θα πρέπει να προτιμώνται όταν υπάρχουν καταστάσεις όπου ο άρρωστος αδυνατεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή από το στόμα ή όταν υπάρχουν προβλήματα απορρόφησης φαρμάκου από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Χορήγηση αναλγητικών με βάση μια κλίμακα αξιολόγησης του συμπτώματος: υπάρχουν κάποιες αρχές της αναλγητικής θεραπείας με βάση μια κλίμακα αξιολόγησης, οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αντιμετώπιση του πόνου. Σύμφωνα με αυτές τις αρχές, τα αναλγητικά θα πρέπει να συνταγογραφούνται και να χορηγούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα του συμπτώματος και την ανταπόκριση του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή.

Χορήγηση αναλγητικών σε συγκεκριμένη ώρα: με βάση τις γενικές αρχές και τις κατευθυντήριες οδηγίες, τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας και όχι προ ή μετά μεσημβρίας, όπως συνηθίζεται. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως, πριν από την επιλογή των αναλγητικών, αναγκαία είναι η προσεκτική αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του συμπτώματος. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει την εντόπιση της εστίας του πόνου, τη διερεύνηση των πιθανών αιτίων του, τον χαρακτήρα του πόνου και τη σοβαρότητά του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η προσπάθεια αποτελεσματικής αναλγητικής θεραπείας είναι μια διαδικασία που βασίζεται στη χορήγηση διαφόρων φαρμάκων: από το στόμα, σε συγκεκριμένη ώρα, με βάση μια κλίμακα αξιολόγησης της έντασης του συμπτώματος.

5.1.1 Ειδική Θεραπεία

Διαδερμική Ηλεκτρική Διέγερση των Νευρών (TENS): εφαρμόζεται ηλεκτρική τάση διαμέσου του δέρματος με σκοπό τον έλεγχο του οξέος ή του χρόνιου πόνου. Αποτελείται από έναν πομπό χαμηλής τάσης που συνδέεται με το δέρμα του ασθενή με δύο ή περισσότερα ηλεκτρόδια. Η TENS παράγει έναν ηλεκτρικό παλμό υψηλής συχνότητας ή χαμηλής συχνότητας. Με την εφαρμογή υψηλής συχνότητας, η ένταση του παλμού είναι χαμηλή και δεν προκαλεί μυϊκή σύσπαση. Αντίθετα, η εφαρμογή χαμηλής συχνότητας παράγει ένταση που είναι ικανή να προκαλέσει μυϊκό σπασμό. Έτσι, ο ασθενής αισθάνεται ήπια δόνηση ή πλήξη στα σημεία εφαρμογής των ηλεκτροδίων, ενώ έχει τη δυνατότητα να προσαρμόσει την τάση ώστε να επιτύχει τη μέγιστη ανακούφιση του πόνου. Αυτό πραγματοποιείται με την ενεργοποίηση των υποδοχέων των οπιοειδών στον νωτιαίο καθώς και στον προμήκη μυελό. Επηρεάζει τόσο τους διεγερτικούς όσο και τους ανασταλτικούς νευροδιαβιβαστές, μειώνοντας τη μετάδοση των ερεθισμάτων του πόνου εντός του ΚΝΣ. Η TENS ελέγχει τον πόνο με αρκετούς τρόπους. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συσκευή TENS δεν είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση όλων των ειδών πόνου ή σε όλους τους ασθενείς.

5.1.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η χορήγηση φαρμάκων αποτελεί την πιο κοινή προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου. Ο οξύς πόνος αντιμετωπίζεται σχετικά άμεσα με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, όπως η ακεταμινοφαίνη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και τα οπιοειδή αναλγητικά. Αντίθετα, η διαχείριση και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι πιο σύνθετη και περίπλοκη, καθώς ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί ένα ευρύτερο φάσμα φαρμάκων, όπως τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιπηκτικά και η χρόνια χρήση των οπιοειδών. Ο νοσηλευτής αποφασίζει σε συνεργασία με τον γιατρό τη δοσολογία και τον χρόνο χορήγησης του φαρμάκου. Επίσης, είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αλλά και των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου, καθώς και για την εκπαίδευση του ασθενή.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που παρέχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς με κακοήθη πόνο (WHO, 2009), η ασπιρίνη και τα ΜΣΑΦ αποτελούν την πρώτη επιλογή, ενώ ακολουθεί η χρήση ήπιων καθώς και ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών μέχρι να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο.

Ο πόνος διακρίνεται σε: ήπιος, μέτριας έντασης και μέτριας έντασης/ισχυρός πόνος.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του *ήπιου πόνου* περιλαμβάνει τη χρήση μη οπιούχων αναλγητικών (όπως η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα).

Υπάρχουν πολλά είδη αναλγητικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου με *μέτρια ένταση*, τα περισσότερα από τα οποία περιέχουν ως κύριο συστατικό την κωδεΐνη ή παραπλήσιες ενώσεις (διυδροκωδεΐνη). Στην κατηγορία των ήπιων οπιούχων ανήκουν όλα αυτά τα σκευάσματα, τα οποία για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να περιέχουν σε κάθε δισκίο/κάψουλα τουλάχιστον μια ποσότητα των 30mg κωδεΐνης. Αυτά τα σκευάσματα προτείνονται για χορήγηση αφού πρώτα έχει γίνει χρήση μη οπιούχων αναλγητικών φαρμάκων η οποία δεν απέδωσε. Επίσης, να σημειωθεί ότι δεν ανταποκρίνονται όλα τα επώδυνα συμπτώματα στη θεραπεία με οπιούχα (π.χ. οστικός πόνος ή νευροπαθητικός πόνος). Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να γίνει συνδυασμός χορήγησης σκευασμάτων με αναλγητικές ιδιότητες μαζί με οπιούχα ή μη οπιούχα αναλγητικά φάρμακα.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του *ισχυρού πόνου* σχετίζεται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 80% των ανθρώπων με έντονο πόνο αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς (Taylor, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μορφίνη. Υπάρχουν εσφαλμένες απόψεις σχετικά με τα σκευάσματα αυτά, όπως η μορφίνη, οι οποίες αφορούν τη χρήση των σκευασμάτων, το πλαίσιο αλλά και τις ενδείξεις χορήγησής τους. Η χρήση των ισχυρών οπιούχων φαρμάκων θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο εφόσον έχει προηγηθεί η εφαρμογή των παραπάνω και έχουν αποτύχει. Η χορήγησή τους θα πρέπει να δικαιολογείται από τη σοβαρότητα αλλά και την ένταση του συμπτώματος και θα πρέπει να επιβεβαιώνεται και από τον ίδιο τον ασθενή.

Ένα ισχυρό αναλγητικό σκεύασμα είναι επαρκές για την αντιμετώπιση ενός ισχυρού πόνου και αντιστοιχεί σχεδόν στο 1/6 της συνολικής δόσης ενός οπιούχου φαρμάκου στη διάρκεια ενός 24ώρου. Ωστόσο, εάν οι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν ισχυρά οπιούχα φάρμακα από το στόμα, θα πρέπει να εξασφαλιστεί άλλη οδός χορήγησης (π.χ. υποδορίως ή διαδερμικά).

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ: Τα οπιοειδή αναλγητικά (ναρκωτικά) παράγονται από το φυτό όπιο. Χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του σοβαρού πόνου και σε αυτά περιλαμβάνονται η μορφίνη, η κωδεΐνη, διάφορα παράγωγα οπίου και διάφορες συνθετικές ουσίες με δραστηριότητα παρόμοια με αυτή των φυσικών οπιοειδών. Τα οπιοειδή αναλγητικά καταστέλλουν τη νευρική δραστηριότητα και καταφέρνουν το φαρμακευτικό τους αποτέλεσμα επιδρώντας στους υποδοχείς των οπιοειδών στο ΚΝΣ.

Αναπτύσσουν αρκετά γρήγορα ανοχή, καθώς και σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, κυρίως όταν η χορήγηση γίνεται ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκά, ή όταν λαμβάνονται σε υψηλές δόσεις για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (Adams, Holland, & Bostwick, 2008). Πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η χορήγηση οπιοειδών για τη θεραπεία του πόνου είναι δυνατόν να οδηγήσει σε εθισμό του ασθενή. Αν και σημαντικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι ο εθισμός που προκαλείται ως αποτέλεσμα της αναλγητικής θεραπείας είναι μικρός, οι επαγγελματίες υγείας συνεχίζουν να μη θεραπεύουν επαρκώς τον χρόνιο πόνο που δεν σχετίζεται με κακοήθεια (American Pain Society, 2009).

ΑΣΠΙΡΙΝΗ, ΑΚΕΤΑΜΙΝΟΦΑΙΝΗ ΚΑΙ ΜΣΑΦ:

Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του πόνου ήπιας έως μέτριας έντασης και φαίνεται να είναι ιδιαίτερα δραστικά στην αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας αλλά και του μυοσκελετικού πόνου. Έχουν αναλγητική και αντιπυρετική δράση.

Η ακεταμινοφαίνη είναι ένα ιδιαίτερα ασφαλές φάρμακο και συνδυάζεται συχνά με τα οπιοειδή αναλγητικά, ώστε να επιφέρει μείωση του πόνου με χαμηλότερη δόση οπιοειδών. Ανακουφίζει τον πόνο και δρα στο ΚΝΣ. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η ακεταμινοφαίνη προκαλεί ηπατοτοξικότητα. Αποτελεί το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία ήπιου έως μέτριου πόνου σε παιδιά μικρότερα των 16 ετών, στα οποία απαγορεύεται η συνταγογράφηση αλλά και η χορήγηση ασπιρίνης.

Η ασπιρίνη και τα ΜΣΑΦ δρουν στις απολήξεις των περιφερικών νεύρων καθώς αναστέλλουν τον πόνο παρεμβαίνοντας σε δύο ένζυμα που είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των προσταγλανδινών, την κυκλοοξυγενάση τύπου 1 (COX-1) και την κυκλοοξυγενάση τύπου 2 (COX-2). Τα ΜΣΑΦ αποτελούν θεραπεία εκλογής για τον πόνο ήπιας έως μέτριας έντασης και παραμένουν το ίδιο αποτελεσματικά όταν συνδυαστούν με ναρκωτικά στον πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης. Έχουν αντιφλεγμονώδη, αντιπυρετική και αναλγητική δράση. Η ασπιρίνη και τα ΜΣΑΦ σχετίζονται με ερεθισμό του γαστρικού τοιχώματος. Επίσης, έχουν αντιφλεγμονώδη δράση που οφείλεται στην αναστολή της κυκλοοξυγενάσης (COX) και την παραγωγή της προσταγλανδίνης. Τα ΜΣΑΦ σχετίζονται με αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και δεν συνιστώνται σε άτομα με νεφρική ή ηπατική νόσο, αιμορραγικές διαταραχές, πεπτικό έλκος κ.ά. Μακροπρόθεσμη χρήση ενδέχεται να προκαλέσει νεφροτοξικότητα. Συγκεκριμένα, η ασπιρίνη φαίνεται να επηρεάζει και να παρεμβαίνει στα αιμοπετάλια και στον πηκτικό μηχανισμό. Έτσι, ο κίνδυνος επικείμενης γαστρεντερικής αιμορραγίας είναι μεγαλύτερος κατά τη λήψη της (Lehne, 2007).

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ:

Χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ειδικότερα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν στην παραγωγή και κατακράτηση της σεροτονίνης στο ΚΝΣ και με αυτό τον τρόπο προκαλούν αναστολή της αίσθησης του πόνου. Τα αντικαταθλιπτικά καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα χορηγούνται πολλές φορές σε συνδυασμό με τα οπιοειδή, γιατί ενισχύουν τις επιδράσεις των οπιοειδών αναλγητικών. Η δόση που απαιτείται για την επίτευξη της αναλγησίας είναι μικρότερη από αυτήν που χορηγείται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ:

Τα τοπικά αναισθητικά, όπως η βενζοκαΐνη και η λιδοκαΐνη, ανήκουν σε μια μεγάλη ομάδα φαρμακευτικών ουσιών που εμποδίζουν τη γέννηση και τη μετάδοση των νευρικών ώσεων από μια περιοχή του σώματος. Χορηγούνται με πολλούς και διάφορους τρόπους. Τα τοπικά αναισθητικά χορηγούνται απευθείας στο περίβλημα του νεύρου μέσω ενός περιφερικού νευρικού καθετήρα, αναστέλλοντας την αίσθηση του πόνου.

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ:

Είναι παρόμοια με τα αντικαταθλιπτικά και μερικά από αυτά, όπως η γκαμπαπεντίνη (Neurintin), η πρεγκαμπαλίνη (Lyrica) και η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Φαίνεται να ελαττώνουν τον πόνο και να μειώνουν τις διαταραχές του ύπνου. Κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι πολλά αντιεπιληπτικά φάρμακα ήταν αποτελεσματικά στη διαχείριση του χρόνιου πόνου (DiPiro, 2008).

5.1.3 Επεμβατικές μέθοδοι

Όταν άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει στην προσπάθεια της αντιμετώπισης του πόνου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η χειρουργική επέμβαση ως λύση. Οι χειρουργικές επεμβάσεις, τυπικά, χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με πόνο εκ των νεύρων, για παράδειγμα, στη νευραλγία του τριδύμου νεύρου, στο σύνδρομο σύνθετου περιφερικού πόνου ή στον πόνο που μπορεί να σχετίζεται με κάκωση ή βλάβη των νωτιαίων νεύρων ή του νωτιαίου μυελού. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις συνέπειες αυτών των χειρουργικών επεμβάσεων. Για παράδειγμα, ορισμένες έχουν ως ανεπιθύμητη ενέργεια την απώλεια ορισμένων κινητικών λειτουργιών. Μερικές από αυτές τις χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου είναι:

ΧΟΡΔΟΤΟΜΗ:

Συνίσταται στη χειρουργική διατομή των προσθιοπλάγιων δερματίων του νωτιαίου μυελού με σκοπό τη διακοπή της μετάδοσης του πόνου. Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου στην κοιλιακή χώρα και τα κάτω άκρα, συμπεριλαμβανομένου και του πόνου από καρκίνο τελικού σταδίου, εξαιτίας της δυσκολίας που υπάρχει να απομονωθούν οι νευρικές ίνες που μεταφέρουν τον πόνο από το ανώτερο μέρος του σώματος.

ΝΕΥΡΕΚΤΟΜΗ:

Νευρεκτομή λέγεται η χειρουργική αφαίρεση ή καταστροφή κάποιου νεύρου και χρησιμοποιείται κάποιες φορές για την αντιμετώπιση του πόνου, όπως για την ανακούφιση από τον πόνο της νευραλγίας του τριδύμου. Περιφερική νευρεκτομή σημαίνει διατομή του νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο περιφερικά του νωτιαίου μυελού.

ΣΥΜΠΑΘΕΚΤΟΜΗ:

Τα συμπαθητικά νεύρα παίζουν σημαντικό ρόλο στη γένεση και μετάδοση της αίσθησης του πόνου. Με την συμπαθεκτομή τα συμπαθητικά γάγγλια, συνήθως της οσφυϊκής και τις οπίσθιας τραχηλικής χώρας, καταστρέφονται με διήθηση ή με τη χειρουργική διατομή τους.

ΡΙΖΟΤΟΜΗ:

Η ριζοτομή συνίσταται στη χειρουργική διατομή των οπίσθιων ριζών του νωτιαίου μυελού. Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο κεφαλής, του τραχήλου ή ακόμα και των πνευμόνων. Πραγματοποιείται με χειρουργική διατομή των νευρικών ινών και έγχυση ενός χημικού παράγοντα, όπως αλκοόλης στον υπαραχνοειδή χώρο, ή με τη χρήση ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων.

Ωστόσο, όλες αυτές οι επεμβατικές θεραπείες πλέον δεν χρησιμοποιούνται συχνά. Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του πόνου έχουν καταστήσει τις επεμβατικές θεραπείες ανώφελες στις περισσότερες των περιπτώσεων. Με τις χειρουργικά εμφυτευμένες αντλίες φαρμάκου αλλά και διεγερτών νεύρου, χορηγείται κατευθείαν στον νωτιαίο μυελό (ενδορραχιαίος) μια δόση φαρμάκου, έτσι ώστε οι ασθενείς να μην παρουσιάζουν παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Θα μπορούν να ακολουθούν την καθημερινή ροή του προγράμματός τους ενώ ταυτόχρονα θα ανακουφίζονται από τον πόνο.

5.1.4 Άλλες Θεραπείες

Η νοσηλευτική έχει αποδείξει ότι υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές μη φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως επικουρικό μέσο στην ανακούφιση του πόνου. Η χρήση τους αυξάνει την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής και μπορεί να μειώσει τη συχνότητα χορήγησής της.

Παρά το γεγονός ότι πολλά συγγράμματα αναφέρονται στην ύπαρξη πολλών μη φαρμακολογικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου, ακόμα υπάρχει έλλειψη γνώσεων εξαιτίας των περιορισμένων ερευνητικών δεδομένων που αφορούν την αποτελεσματικότητά τους (Sindhu, 1996). Ωστόσο, χρησιμοποιούνται συχνά στα πλαίσια θεραπευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του πόνου και ολοένα και αυξάνονται οι ενδείξεις ότι οι ασθενείς μπορούν πραγματικά να επωφεληθούν από την εφαρμογή των τεχνικών αυτών, όπως οι ασκήσεις χαλάρωσης (Surjala & Donaldson, 1995).

Στις θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνονται ο βελονισμός, η χαλάρωση, η μουσικοθεραπεία και ο διαλογισμός, η βιοανάδραση, η χειροπρακτική και οστεοπαθητική ιατρική, κ.ά.

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ:

Ο βελονισμός είναι μια αρχαία κινέζικη πρακτική, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση λεπτών βελονών που εισέρχονται στο δέρμα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, τα οποία διεγείρονται με σκοπό την ενίσχυση της ροής της ζωτικής ενέργειας κατά μήκος των οδών που ονομάζονται μεσημβρινοί. Τα σημεία αυτά είναι δυνατόν να διεγερθούν και με την τοποθέτηση και αφαίρεση των βελονών, με την εφαρμογή θερμότητας, μαλάξεων ή ακόμη και τη χρήση λέιζερ. Πολυάριθμες μελέτες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του βελονισμού στην ανακούφιση του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου. Έχει γίνει πλέον ευρέως αποδεκτός στη θεραπεία του πόνου.

ΧΕΙΡΟΠΡΑΚΤΙΚΗ:

Η χειροπρακτική ιατρική επικεντρώνεται στη σχέση ανάμεσα στη δομή του σώματος και στη λειτουργία του και γενικότερα θεωρείται μια ασφαλής μέθοδος. Κατευθύνεται στην ομαλοποίηση της σχέσης ανάμεσα στη δομή και στη λειτουργία και προάγει την έμφυτη ικανότητα του σώματος για αυτοϊαση (αυτοθεραπεία) (NCCAM, 2008). Ο χειρισμός της σπονδυλικής στήλης θεωρείται μια συμβατική αποτελεσματική μέθοδος για την ανακούφιση της ήπιας έως μέτριας οσφυαλγίας (NCCAM, 2008).

ΧΑΛΑΡΩΣΗ:

Αποκαλείται επίσης «απελευθέρωση της έντασης» και αφορά τη συνειδητή χαλάρωση μυϊκών ομάδων. Σκοπός αυτής της τεχνικής είναι να μάθει ο ασθενής να εκτελεί δραστηριότητες ή να ακολουθεί κάποιες συμβουλές που θα του δοθούν, έτσι ώστε να χαλαρώσει στον μέγιστο βαθμό το σώμα και το πνεύμα του. Δημιουργεί την αίσθηση του ελέγχου του πόνου, αυξάνει την αντοχή στον πόνο και μειώνει τις επιδράσεις του άγχους. Μια τεχνική χαλάρωσης είναι η τεχνική της διαφραγματικής αναπνοής, με την οποία αυξάνονται τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα και δημιουργείται μια αίσθηση ανακούφισης από το στρες. Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια ή καθιστή θέση, σε ήσυχο περιβάλλον και με τα μάτια κλειστά. Η εισπνοή και η εκπνοή θα πρέπει να εκτελούνται αργά και τακτικά με ρυθμό. Μετά από μία ή δύο συνεδρίες, πολλοί ασθενείς μπορούν να χαλαρώνουν αποτελεσματικά από μόνοι τους.

ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Στη μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται η μουσική, η οποία έχει θεραπευτικές ικανότητες στη μείωση του πόνου, του άγχους και της κατάθλιψης. Η μουσική μπορεί να επιφέρει χαλάρωση ή απόσπαση της προσοχής από το σύμπτωμα του πόνου. Προκαλεί ένα οικείο αισθητηριακό ερέθισμα, το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει θετικές αντιδράσεις, όπως χαλάρωση των μυών, μείωση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης. Οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας στη μείωση της αντίληψης του οξέος πόνου. Ωστόσο, οι ασθενείς θεωρούν τη μουσικοθεραπεία μια θετική και ευχάριστη εμπειρία, ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η επίδρασή της στην ανακούφιση του πόνου δεν ήταν η αναμενόμενη.

ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΣ:

Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνεται η κατάσταση απόλυτης χαλάρωσης, κατά την οποία ελαττώνεται η κατανάλωση οξυγόνου, οι μύες χαλαρώνουν και παράγονται ενδορφίνες. Ο ασθενής αποβάλλει από το μυαλό του σκέψεις και πληροφορίες που του παρέχουν οι αισθήσεις του και συγκεντρώνεται συνήθως σε ένα αντικείμενο, μια λέξη ή μια ιδέα, ακόμη και στον επαναλαμβανόμενο ήχο της αναπνοής του όπως κινείται μέσα και έξω από το σώμα.

5.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει αξιόπιστες προφορικές και γραπτές οδηγίες στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει στη μείωση της έντασης του συμπτώματος και βελτιώνει τη γνώση των ασθενών για τη φύση και την αιτιολογία του συμπτώματος (Walker et al., 1987; de Wit et al., 1999). Μειώνεται η ανησυχία τους και έτσι κατανοούν καλύτερα τα πλαίσια και τον σκοπό των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Με αυτόν τον τρόπο, ευνοείται η καλή επικοινωνία και επιτυγχάνεται η συμμόρφωση του ατόμου στην προβλεπόμενη θεραπεία.

Η εξασφάλιση ακριβούς και σωστής πληροφόρησης για τα χαρακτηριστικά του συμπτώματος αλλά και η παρουσίαση και επεξήγηση του θεραπευτικού πλάνου αντιμετώπισης στον ασθενή θα βοηθήσει στη συμμόρφωση του ατόμου και στην αντιμετώπιση της ανησυχίας και των λανθασμένων αντιλήψεων που αφορούν τον έλεγχο του πόνου. Οι McCaffery & Ferrell (1997) και Elliott et al. (1995) στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι ο κίνδυνος για εθισμό του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή είναι μικρότερος στην κλινική πράξη από ό,τι αναφερόταν στα προηγούμενα χρόνια.

Συχνά οι ασθενείς και οι οικογένειές τους εμφανίζονται ανήσυχοι για τα θέματα που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου και ιδιαίτερα με την ανάγκη λήψης οπιούχων αναλγητικών (μορφίνη) (Thomason et al, 1998). Γι' αυτό τον λόγο οι επιστήμονες υγείας είναι σημαντικό να έχουν ξεκάθαρες απόψεις και στόχους για την αντιμετώπιση του πόνου.

Όταν η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο, ο εθισμός στα αναλγητικά σκευάσματα δεν φαίνεται να είναι το σημαντικότερο κλινικό πρόβλημα.

5.3 Κλινικές πόνου

Είναι κλινικές εξειδικευμένες στην αντιμετώπιση του πόνου, που συνιστούν κέντρα στελεχωμένα από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, και έχουν ως στόχο την παροχή ποιότητας ζωής και την αξιοπρεπή διαβίωση.

Η διαχείριση του οξέος πόνου είναι άμεση και επιτυγχάνεται με αναλγητική θεραπεία βραχείας δράσης και αντιμετώπιση του υποκείμενου προβλήματος. Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος απαιτεί μια διεπιστημονική και συντονισμένη προσέγγιση. Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας στις κλινικές πόνου χρησιμοποιεί παραδοσιακούς φαρμακολογικούς παράγοντες καθώς και βότανα, βιταμίνες και άλλα διατροφικά συμπληρώματα, παρέχει διατροφική συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, ανατροφοδότηση, ύπνωση, βελονισμό, χειρομαλάξεις και άλλες θεραπευτικές μεθόδους, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το σύμπτωμα του πόνου. Σε αυτές τις κλινικές νοσηλεύονται και ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους εφαρμόζεται μια πολυδιάστατη προσέγγιση του πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος είναι ένας ευαίσθητος δείκτης νοσηλείας. Συνεπώς, οι νοσηλευτές παίζουν βασικό ρόλο στην εκτίμηση και τη διαχείρισή του. Δυστυχώς, η θεραπεία του πόνου είναι εξαιρετικά ανεπαρκής, και αυτό λόγω του κοινωνικού στιγματισμού, του φόβου για εθισμό στη φαρμακευτική αγωγή και της ανεπαρκούς κλινικής γνώσης σχετικά με την καλύτερη διαχείριση του πόνου (Institute of Medicine, 2011; Meeker, Finnell & Othman, 2011; Oliver et al, 2012). Από στοιχεία που προκύπτουν φαίνεται να υπάρχει άγνοια σχετικά με τη χορήγηση των οπιοειδών, η οποία τροφοδοτεί τους φόβους των νοσηλευτών για τον εθισμό στη χρήση τους (Oliver et al, 2012; Van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2015). Είναι γνωστό ότι η χορήγηση οπιοειδών μπορεί να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές, όπως αναπνευστική καταστολή, και γι' αυτό υπάρχει δικαιολογημένος φόβος γύρω από τις πιθανές επιπλοκές που σχετίζονται με τη χορήγησή τους. Ωστόσο, τα οπιοειδή μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες γνώσεις (Jarzyna et al, 2011).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την υποθεραπεία του πόνου αποτελούν εμπόδια, τα οποία σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα, τους επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους τους ασθενείς (Daignan, Dunn, 2008). Σε έρευνα που διεξήχθη σε τμήμα των επειγόντων περιστατικών για την αντιμετώπιση του πόνου, βρέθηκε να υπάρχει απροθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να χορηγήσει αναλγησία με οπιοειδή, και αυτό αναγνωρίστηκε ως ένα εμπόδιο διαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ. Ο φόβος για τον ιατρογενή εθισμό θεωρείται πως έχει τροφοδοτηθεί από την παρανόηση των συμπεριφορών των ασθενών με ανεπαρκή ανακούφιση του πόνου, οι οποίες πιθανότατα είναι αποτέλεσμα είτε της ακατάλληλης αναλγησίας είτε της φυσιολογικής εξάρτησης και της ανοχής στα οπιοειδή (Rupp, Delaney, 2004). Η προκατάληψη αυτή αναφέρεται με τον όρο «οπιοφοβία» και διαπιστώθηκε στο 67% των νοσηλευτών, οι οποίοι παραδέχτηκαν ότι είχαν φόβους και ενδοιασμούς σχετικά με τη χορήγηση μορφίνης σε ασθενείς με πόνο που προσέρχονται στα ΤΕΠ (Rampranjato et al, 2007).

Οι Charman et al. (1987) διαπίστωσαν ότι ένας στους τέσσερις νοσηλευτές θα περίμενε να χορηγήσει οπιοειδή όσο ο ασθενής είχε έντονο πόνο. Καταλήγουν στο ότι φόβος του εθισμού και των παρενεργειών μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική στάση και απροθυμία σχετικά με τη χορήγηση οπιοειδών και την επαρκή ανακούφιση του πόνου (McGaffery and Ferrell, 1997). Ωστόσο, είναι ηθικά απαράδεκτη η άρνηση θεραπείας σε ασθενή με πόνο εξαιτίας του φόβου ή της προκατάληψης για τη χορήγηση ενός περιττού φαρμάκου (Millard, 2007).

Το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να υπερεκτιμάει τις γνώσεις του σχετικά με τον πόνο και να υποτιμάει τον πραγματικό πόνο του ασθενή (Bernardi et al, 2007, Wang & Tsai, 2010). Η έλλειψη γνώσεων και ηθικών φραγμών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί έναν λόγο

υποτίμησης και συνεπώς υποθεραπείας του πόνου (Drayer, Henderson & Reidenberg, 1999; Gunnarsdottir, Donovan & Ward, 2003). Αυτό καθιστά απαραίτητο τον καθορισμό της εκπαίδευσης και της συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον πόνο, καθώς είναι προαπαιτούμενα για τη διαχείριση και την αντιμετώπισή του. Επιπρόσθετα, οι κατευθυντήριες οδηγίες εμφανίζονται ικανές να παρέχουν ένα πλαίσιο γύρω από το οποίο μπορούν να εφαρμοστούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις για τον πόνο. Ωστόσο, φαίνεται ότι στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι ελάχιστα αποτελεσματικές και κακώς χρησιμοποιούμενες από το νοσηλευτικό προσωπικό (Ducharme, 2005). Ο DiCuccio (2015) υποστηρίζει ότι, εάν οι νοσηλευτές εξειδικεύσουν τη γνώση τους σχετικά με τον πόνο και βελτιώσουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς, αυτό μπορεί να επηρεάσει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών και να οδηγήσει σε καλύτερη έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.

Σε έρευνα που έγινε στο Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ισλανδίας, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετιζόταν άμεσα με τις γενικές γνώσεις σχετικά με τον πόνο και τη διαχείρισή του, ενώ η εργασιακή εμπειρία, η ηλικία, το επίπεδο έκθεσης των νοσηλευτών σε ασθενείς με πόνο ή το εργασιακό περιβάλλον δεν σχετιζόνταν με τις γνώσεις στη διαχείριση του πόνου (Gretarsdottir et al, 2017).

Αναμφισβήτητα, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου των ασθενών σε όλα τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Είναι σημαντικοί για την αξιολόγηση του πόνου, εκτιμούν τις ανάγκες των ασθενών και τους υποστηρίζουν κατά τη διάρκεια του προγραμματισμού της θεραπείας. Επίσης, ενεργούν ως διαμεσολαβητές μεταξύ των ασθενών και των ιατρών που συνταγογραφούν τα φάρμακα (McCaffery & Ferrell, 1997).

Οι φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής σε πολλές πραγματοποιηθείσες μελέτες αποδείχθηκε ότι δεν είχαν ικανοποιητική γνώση της διαχείρισης του πόνου και ότι οι περισσότεροι δεν ήταν προετοιμασμένοι επαρκώς για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με πόνο, καθώς η πλειοψηφία των βαθμολογιών των μαθητών ήταν κάτω από το επιθυμητό επίπεδο. Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου βασίζεται στην καλή γνώση φαρμακολογίας, στην καλή κατανόηση της ψυχολογίας και της φυσιολογίας, καθώς και στην ικανότητα εφαρμογής αυτών των γνώσεων για την κάλυψη των μεμονωμένων αναγκών των ασθενών. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί με την πάροδο του χρόνου στη διαχείριση του πόνου, δυστυχώς οι μελέτες δείχνουν ότι η γνώση των σπουδαστών σε αυτόν τον τομέα είναι ανεπαρκής για την επίτευξη της αξιόπιστης διαχείρισης του πόνου του ασθενή.

Οι Dongara et al (2017) υποστηρίζουν ότι παρά τη βελτίωση που υπάρχει στις γνώσεις για τον πόνο, οι νοσηλευτές όχι μόνο τον υποτιμούν αλλά και διστάζουν να διαχειριστούν τα κατάλληλα φάρμακα για την αντιμετώπισή του. Η αρχική τους στάση για τα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου ήταν αρνητική. Οι περισσότεροι από τους μισούς είχαν ακούσει για τις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου και τις χρησιμοποιούσαν στην πράξη αλλά οι περισσότεροι από αυτούς θεωρούσαν ότι τα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου δεν ήταν χρήσιμα και δεν θα τα χρησιμοποιούσαν για την αξιολόγηση του πόνου.

Η υψηλής ποιότητας διαχείριση του πόνου πρέπει να θεωρείται από τους επαγγελματίες στον τομέα υγείας σημαντική, αναμενόμενη και εφικτή. Αυτό θα πρέπει να οδηγεί στη δημιουργία ενός κλίματος, όπου οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να προωθήσουν ένα πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο η γνώση γίνεται πρακτική, οι δεξιότητες γίνονται συνήθεια και η αριστεία γίνεται ο κανόνας (Ellis et al, 2012).

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι συμπεριφορές απέναντι στον πόνο ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, ακόμη και ανάμεσα στα άτομα της ίδιας πολιτισμικής παράδοσης ή από γενιά σε γενιά. Γι' αυτό λοιπόν, όσον αφορά την παροχή εξατομικευμένης ολιστικής φροντίδας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσεγγίζει κάθε ασθενή ως ιδιαίτερη προσωπικότητα, να τον παρατηρεί προσεκτικά και να διαθέτει τον απαραίτητο χρόνο στην αξιολόγηση και την εκτίμηση του πόνου, προκειμένου να αποφευχθούν επιφανειακά συμπεράσματα και ενδεχομένως κακή διαχείριση του πόνου του ασθενή (LeMone, Burke, Bauldoff, 2014).

Υπάρχουν παράγοντες που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των συμπεριφορών και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας, και ένας από αυτούς φαίνεται να είναι η καταγωγή του ασθενή. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι υπάρχουν φυλετικές και εθνικές ανισότητες και διακρίσεις στην υγειονομική περίθαλψη της αμερικάνικης ζωής, οι οποίες είναι βαθιά ριζωμένες (Nelson, 2002). Η καταγωγή και η εμφάνιση του ασθενή πιθανόν επηρεάζει τον τρόπο αντιμετώπισής του σχετικά με τον πόνο στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι ανισότητες που βρίσκονται στα πλαίσια της υγείας και της φροντίδας αποτελούν πραγματικές απειλές για την ευημερία, την ευεξία και τη γενική υγεία ενός έθνους (Wheeler, Bryant, 2016). Έχει αποδειχθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται αβεβαιότητα και ανησυχία όταν πρόκειται να φροντίσουν ασθενείς με πόνο των οποίων το φυλετικό ή εθνικό προφίλ διαφέρει από το δικό τους (Kai et al, 2007).

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Είδος μελέτης

Το είδος μελέτης που θα χρησιμοποιήσουμε θα είναι περιγραφική, συγχρονική μελέτη με μερικές συσχετίσεις. Ο περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για να αποκτηθούν πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά ενός φαινομένου, ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης. Δεν γίνεται κανενός είδους παρέμβαση, αφού σκοπός είναι η απεικόνιση των πραγμάτων, όπως συμβαίνουν εκ φύσεως. Στις συγχρονικές περιγραφικές έρευνες (cross-sectional design) διερευνώνται ταυτόχρονα ομάδες υποκειμένων (δείγματα), τα οποία διαφέρουν ως προς το στάδιο εξέλιξης ενός φαινομένου ή μιας εμπειρίας. Τα στάδια εξέλιξης πρέπει να αποτελούν τα μέρη μιας εξελισσόμενης χρονικά διαδικασίας. Η συλλογή των δεδομένων από άτομα που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο θα μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες για το σύνολο της διαδικασίας, παρά το γεγονός ότι δεν εξετάζονται τα ίδια άτομα. Η διάσταση του χρόνου υπάρχει, η συλλογή των δεδομένων, όμως, γίνεται σε μια δεδομένη στιγμή (Μερκούρης, 2008).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Ερευνητικό πεδίο

Τα δημόσια νοσοκομεία όπου διεξήχθη η ερευνά είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.) και το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι η ιδιωτική κλινική Creta InterClinic, το Ασκληπιείον Κρήτης και η ιδιωτική κλινική Τσεπέτη στα Χανιά.

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου έχει δυναμικότητα 672 κλινών και αποτελείται από τον Α΄ Παθολογικό Τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει 22 κλινικές, τον Β΄ Παθολογικό Τομέα, που περιλαμβάνει 12 κλινικές, τον Α΄ Χειρουργικό, 20 κλινικές, τον Β΄ Χειρουργικό Τομέα, 22 κλινικές, και τον Ψυχιατρικό Τομέα, 3 κλινικές. Περιλαμβάνει, επίσης, πρωινά και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια καθώς και κοινωνική υπηρεσία.

Το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου έχει δυναμικότητα 440 κλινών και αποτελείται από τον Παθολογικό τομέα με 12 κλινικές και τον Χειρουργικό Τομέα με 10 κλινικές. Επίσης, περιλαμβάνει και άλλα τμήματα, μεταξύ αυτών Κοινωνική Υπηρεσία, Τμήματα Αιμοληψιών, Διατροφής, Υγιεινής και Ασφάλειας, Φαρμακείου, Φυσικοθεραπείας και Ψυχιατρικό Τμήμα.

Η ιδιωτική κλινική Creta InterClinic αποτελείται από 15 τμήματα και κλινικές Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα. Περιλαμβάνει Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, Διαγνωστικά Εργαστήρια και Ειδικές Μονάδες.

Η ιδιωτική κλινική Ασκληπιείον είναι δυναμικότητας 60 κλινών, διαθέτει 3 αίθουσες χειρουργείου, 5 κλίνες Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και αίθουσα τοκετών. Αποτελείται από 10 κλινικές Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα και εργαστηριακά τμήματα.

Η ιδιωτική κλινική Τσεπέτη στα Χανιά αποτελείται από 8 κλινικές Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα και εργαστηριακά τμήματα.

Δείγμα - Δειγματοληπτική μέθοδος

Εφαρμόστηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας ή περιστασιακής δειγματοληψίας (accidental or convenience sampling), η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η επιλογή της συγκεκριμένης δειγματοληπτικής μεθόδου έγινε με βάση τα εξής κριτήρια: είναι γρήγορη, οικονομική και πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα (Μερκούρης, 2008). Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των προαναφερθέντων νοσοκομείων τα οποία ήταν:

ΠΑ.Γ.Ν.Η.: 1) Παθολογικός Τομέας: Γενική Παθολογική, Παθολογική Ογκολογική. 2) Χειρουργικός Τομέας: Γενική Χειρουργική, Χειρουργική Ογκολογική, Ουρολογική Κλινική. 3) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο: 1) Παθολογικός Τομέας: Α' Παθολογική Κλινική, Β' Παθολογική Κλινική, Ογκολογική Κλινική, Καρδιολογική Κλινική. 2) Χειρουργικός Τομέας: Γενική Χειρουργική, Ουρολογική Κλινική, Ορθοπαιδική Κλινική. 3) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Ιδιωτική κλινική Creta InterClinic: 1) Παθολογικός Τομέας: Παθολογική Κλινική, Καρδιολογική Κλινική. 2) Χειρουργικός Τομέας: Χειρουργική Κλινική, Ουρολογική Κλινική.

Ιδιωτική κλινική Ασκληπιείον: 1) Παθολογικός Τομέας: Παθολογική Κλινική, Καρδιολογική Κλινική. 2) Χειρουργικός Τομέας: Χειρουργική Κλινική

Ιδιωτική κλινική Τσεπέτη: 1) Παθολογικός Τομέας: Παθολογική Κλινική. 2) Χειρουργικός Τομέας: Χειρουργική Κλινική

Ερευνητικό εργαλείο: vignettes

Η τεχνική vignettes είναι μια μέθοδος που μπορεί να εκμαιεύσει αντιλήψεις, απόψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές από τις απαντήσεις ή τα σχόλια ιστοριών ή σεναρίων και καταστάσεων. Ο Finch (1987) τις περιγράφει σαν «μικρές ιστορίες με υποθετικούς χαρακτήρες σε συγκεκριμένες καταστάσεις, στις οποίες οι συνεντευξιζόμενοι καλούνται να απαντήσουν» (Finch, 1987, σ. 105). Σύμφωνα με τον Hughes (1998) είναι «ιστορίες που αφορούν ατομικές καταστάσεις και δομές οι οποίες αναφέρονται σε σημαντικά σημεία στη μελέτη αντιλήψεων, πεποιθήσεων και στάσεων» (Hughes, 1998, σ. 381)

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τρεις κυρίως σκοπούς στην κοινωνική έρευνα:

- Την ερμηνεία των δράσεων και των περιστατικών, η οποία επιτρέπει τη διερεύνηση του συγκυριακού πλαισίου και τη διευκρίνιση των μεταβλητών που επηρεάζουν.
- Την αποσαφήνιση ατομικών κρίσεων, που συχνά αφορούν ηθικά διλήμματα.

Αναφορές σε ευαίσθητες εμπειρίες σε σχέση με την «ομαλότητα» των vignettes.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 10/6/2017 έως 15/9/2017 σε νοσηλευτές των προαναφερθέντων δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων της Κρήτης.

Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, διανεμήθηκαν 120 vignettes και συμπληρώθηκαν 117.

Τα ανώνυμα σενάρια vignettes περιείχαν ένα κοινό σενάριο με πέντε παραλλαγές σύμφωνα με το φύλο, την εθνικότητα, την ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Τα σενάρια βασίστηκαν στην αριθμητική κλίμακα εντάσεως του πόνου 0-10 με 0 = καθόλου πόνος και 10 = μέγιστος πόνος.

Δεοντολογία της Έρευνας

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 23.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 117 επαγγελματιών υγείας. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις/σενάρια και των κλιμάκων τους, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Friedman, Mann-Whitney & Kruskal-Wallis. Στις συσχετίσεις των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής rho-Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%. Τέλος, στην ομαδοποίηση των 5 σεναρίων για τη διερεύνηση κοινών στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κυρίων ομάδων (cluster analysis). Η μέθοδος κατά Ward χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των Ευκλείδειων αποστάσεων.

Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 117 νοσηλευτών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα.

		v	%
Νοσοκομείο εργασίας	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	30	25,6
	<i>Βενιζέλειο</i>	51	43,6
	<i>Ιδιωτικές Κλινικές</i>	36	30,8
Τμήμα εργασίας	<i>Ουρολογική Κλινική</i>	16	13,7
	<i>Γενική Χειρουργική</i>	24	20,5
	<i>ΤΕΠ</i>	15	12,8
	<i>Παθολογική Κλινική</i>	33	28,2
	<i>Ογκολογική Κλινική (ΧΟΓΚ, ΠΟΓΚ)</i>	13	11,1
	<i>Ορθοπαιδική Κλινική</i>	2	1,7
	<i>Καρδιολογική Κλινική</i>	14	12,0
Τομέας εργασίας	<i>ΤΕΠ</i>	15	12,8
	<i>Χειρουργικός</i>	42	35,9
	<i>Παθολογικός</i>	60	51,3
Φύλο	<i>άνδρας</i>	21	17,9
	<i>γυναίκα</i>	96	82,1

Στη μελέτη συμμετείχαν 117 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες. Από τους συμμετέχοντες οι 21 ήταν άνδρες (ποσοστό 17,9%) και οι 96 ήταν γυναίκες (ποσοστό 82,1%). Όσον αφορά την κατανομή τους ανά δομή υγείας στον δημόσιο τομέα, το 25,6% εργαζόταν στο ΠαΓΝΗ και το 43,6% στο Βενιζέλειο και Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Στις ιδιωτικές κλινικές το ποσοστό ανέρχεται στο 30,8%. Από τους συμμετέχοντες το 51,3% εργαζόταν στον Παθολογικό τομέα, το 35,9% στον Χειρουργικό τομέα και, τέλος, το 12,8% στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν στο Τμήμα της Ουρολογικής κλινικής ήταν 13,7% ενώ στη Γενική Χειρουργική το ποσοστό των εργαζομένων ήταν 20,5%. Στο ΤΕΠ οι εργαζόμενοι ήταν 12,8%, στη Παθολογική Κλινική 28,2% και στην Ογκολογική Κλινική (ΧΟΓΚ, ΠΟΓΚ) 11,1%. Τέλος, στην Ορθοπαιδική Κλινική το ποσοστό των εργαζομένων ήταν 1,7% και στην Καρδιολογική Κλινική 12,0%.

Πίνακας 2. Συχνότητα απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου («κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)												
	Τμήμα	καθόλου πόνος					αβάσταχτος πόνος						
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Επειγόντων Περιστατικών ...	%												
<i>άνδρας αγνώστων πιθανότητας άστεγος στοιχείων,</i>	-	0,9	-	1,7	0,9	8,5	11,1	12,8	26,5	17,1	20,5		
<i>γυναίκα Ρομά</i>	-	-	-	0,9	3,4	7,7	9,4	19,7	20,5	19,7	18,8		
<i>άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα</i>	-	-	-	-	-	5,1	8,5	11,1	28,2	22,2	24,8		
<i>παιδί 4 ετών</i>	-	-	-	-	0,9	0,9	3,4	5,1	13,7	28,2	47,9		
<i>γυναίκα 35 ετών</i>	-	-	-	-	-	4,3	10,3	15,4	26,5	18,8	24,8		

Σχετικά με τη συχνότητα απαντήσεων στα 5 σενάρια/ερωτήσεις για τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο των ασθενών και των παραγόντων που τις επηρεάζουν, στο σενάριο σχετικά με τον άνδρα αγνώστων στοιχείων- άστεγος, το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας απαντήσεων αναφορικά με τον πόνο που βιώνει ο ασθενής ήταν 26,5%, με βαθμολογία 8 στην αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, και το μικρότερο ποσοστό 0,9% στην ένταση πόνου 1.

Για τη γυναίκα Ρομά το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας απαντήσεων ήταν 20.5% αναφορικά με τον πόνο που βιώνει η ασθενής, με βαθμολογία 8 στην αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, και το μικρότερο ποσοστό 0,9% στην ένταση πόνου 3.

Η μεγαλύτερη συχνότητα στο ποσοστό των απαντήσεων ήταν 28.2% για τον άνδρα 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα, με βαθμολογία 8 στην αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, και το μικρότερο ποσοστό 5,1% στην ένταση πόνου 5.

Στο παιδί 4 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας απαντήσεων αναφορικά με τον πόνο που βιώνει ο ασθενής ήταν 47,9%, με βαθμολογία 10 στην αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, και το μικρότερο ποσοστό 0,9% στην ένταση πόνου 4 και 5.

Τέλος, για τη γυναίκα 35 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας απαντήσεων ήταν 26,5% αναφορικά με τον πόνο που βιώνει η ασθενής, με βαθμολογία 8 στην αριθμητική κλίμακα έντασης πόνου, και το μικρότερο ποσοστό 4,3% στην ένταση πόνου 5.

Πίνακας 3. Ενδοσυσχετίσεις κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	<i>άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος</i>	<i>γυναίκα Ρομά</i>	<i>άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα</i>	<i>55 παιδί 4 ετών στοετών</i>
	rho-Spearman			
<i>γυναίκα Ρομά</i>	0,789**			
<i>άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα</i>	0,663**	0,635**		
<i>παιδί 4 ετών</i>	0,494**	0,547**	0,569**	
<i>γυναίκα 35 ετών</i>	0,698**	0,659**	0,677**	0,507**

** p-values<0.01

Στις συσχετίσεις κλιμάκων για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν βρέθηκε η μεγαλύτερη συσχέτιση στην εκτίμηση έκφρασης πόνου να υπάρχει μεταξύ άνδρα αγνώστων στοιχείων και γυναίκα Ρομά ($\rho=0.789$, $p<0.01$). Πρακτικά αυτό σημαίνει έκφραση πεποιθήσεων από το προσωπικό στον ίδιο βαθμό για τις δυο αυτές περιπτώσεις. Μικρότερη συσχέτιση στην εκτίμηση έκφρασης πόνου είναι μεταξύ παιδιού 4 ετών και άνδρα αγνώστων στοιχείων πιθανότατα άστεγος ($\rho=0.494$, $p<0.01$). Αυτό σημαίνει έκφραση πεποιθήσεων από το προσωπικό σε αντίθετο βαθμό για αυτές τις δύο περιπτώσεις.

Πίνακας 4. Συγκρίσεις κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου <i>(«κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)</i>
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση
γυναίκα Ρομά	7,78±1,72
άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος	7,79±1,82
γυναίκα 35 ετών	8,20±1,45
άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα	8,28±1,44
παιδί 4 ετών	9,06±1,22
p-value	<0,001

Έλεγχος Friedman.

Κατά την υποκειμενική εκτίμηση πόνου του νοσηλευτικού προσωπικού, η γυναίκα Ρομά φαίνεται να έχει τη μικρότερη μέση τιμή με 7,78 και με μικρή διαφορά ακολουθεί ο άνδρας αγνώστων στοιχείων με μέση τιμή 7,79, ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή εκτίμησης πόνου έχει το παιδί 4 ετών με 9,06. Ακολουθεί ο άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα με μέση τιμή 8,28 και στη συνέχεια η γυναίκα 35 ετών με μέση τιμή 8,20.

Πίνακας 5. Συγκρίσεις μεταξύ φύλων των κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου		
	<i>(«κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)</i>		
	άνδρες	γυναίκες	
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		p-value
άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος	7,57±1,99	7,84±1,78	0,597
γυναίκα Ρομά	7,62±1,94	7,81±1,68	0,773
άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα	8,24±1,41	8,29±1,45	0,804
παιδί 4 ετών	8,90±1,22	9,09±1,22	0,304
γυναίκα 35 ετών	8,05±1,60	8,23±1,43	0,703

Έλεγχοι Mann-Whitney.

Δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των σεναρίων που δόθηκαν ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες νοσηλευτές.

Πίνακας 6. Συγκρίσεις μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών νοσοκομείων των κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου			
	<i>(«κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)</i>			
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	Π.α.Γ.Ν.Η.	Βενιζέλειο	Ιδιωτικές	
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση			p-value
άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος	7,70±1,62	7,53±2,06	8,25±1,54	0,257
γυναίκα Ρομά	7,50±1,94	7,59±1,72	8,28±1,43	0,160
άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα	8,47±1,46	7,98±1,42	8,56±1,40	0,113
παιδί 4 ετών	9,27±1,23	8,92±1,29	9,08±1,11	0,304
γυναίκα 35 ετών	8,13±1,72	8,10±1,36	8,39±1,36	0,684

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν για την εκτίμηση του πόνου στα σενάρια 5 ερωτήσεων μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών που εργάζονται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κρήτης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην υποκειμενική εκτίμηση του πόνου και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Πίνακας 7. Συγκρίσεις μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών τμημάτων εργασίας των κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου			p-value
	ΤΕΠ	Άλλα	Ιδιωτικές	
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	(«κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)			
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση			
άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος	8,27±1,44	7,44±1,97	8,25±1,54	0,101
γυναίκα Ρομά	8,33±1,35	7,38±1,85	8,28±1,43	0,032
άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα	8,40±1,35	8,11±1,47	8,56±1,40	0,272
παιδί 4 ετών	8,93±1,39	9,08±1,26	9,08±1,11	0,954
γυναίκα 35 ετών	8,67±1,40	7,98±1,49	8,39±1,36	0,174

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

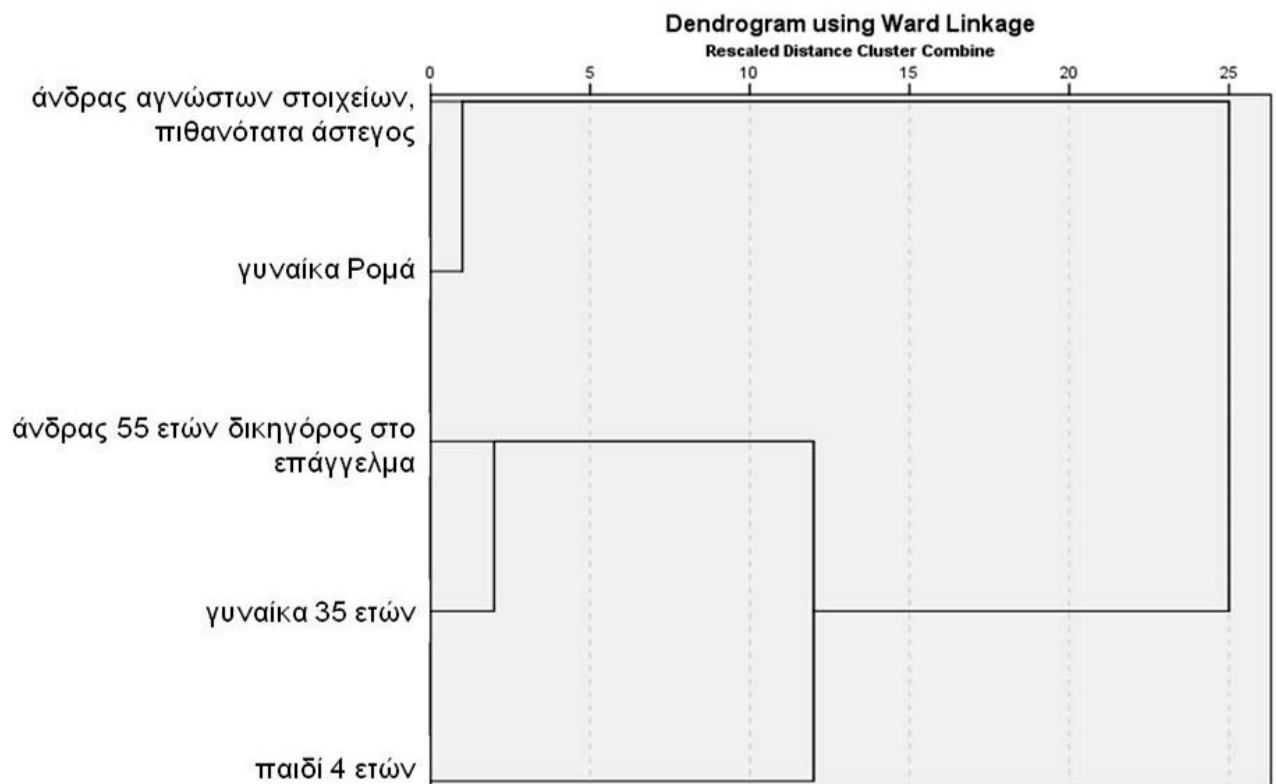
Στη σύγκριση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικών τμημάτων για την εκτίμηση του πόνου και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους. Παρατηρείται μόνο μια μικρή διαφορά από το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ που βαθμολογεί τον πόνο της γυναίκας Ρομά με 8,33 συγκριτικά με τα άλλα τμήματα που τον βαθμολογούν με 7,38.

Πίνακας 8. Συγκρίσεις μεταξύ νοσηλευτών/νοσηλευτριών τομέων εργασίας των κλιμάκων απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις/σενάρια για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

ΣΕΝΑΡΙΑ	Υποκειμενική εκτίμηση πόνου			
	<i>(«κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάσταχτος πόνος;»)</i>			
Προσέρχεται με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου και έντονο οίδημα, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ...	ΔΕ ΤΕΠ	χειρουργικός παθολογικός		
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση			p-value
άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος	8,27±1,44	7,74±1,73	7,72±1,97	0,660
γυναίκα Ρομά	8,33±1,35	7,62±1,72	7,75±1,79	0,405
άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα	8,40±1,35	8,24±1,41	8,28±1,50	0,892
παιδί 4 ετών	8,93±1,39	8,88±1,42	9,22±1,01	0,519
γυναίκα 35 ετών	8,67±1,40	7,86±1,56	8,32±1,36	0,132

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Σχήμα 1. Ομαδοποίηση των 5 σεναρίων για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.



Τα αποτελέσματα της ομαδοποίησης των 5 σεναρίων για τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο έδειξαν δύο κύριες ομάδες στάσεων. Η ομάδα 1 αφορά τη γυναίκα Ρομά και τον άνδρα αγνώστων στοιχείων πιθανότατα άστεγος και η ομάδα 2 αφορά τον άνδρα 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα, τη γυναίκα 35 ετών και το παιδί 4 ετών.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της στατιστικής μας ανάλυσης αναφορικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κρήτης ανέδειξαν τη λανθασμένη αντίληψή τους ως προς την αντιμετώπιση του πόνου. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του προσωπικού, φαίνεται να υπάρχει μια αρνητική προσέγγιση στην εκτίμηση του πόνου στις κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες, τις οποίες βαθμολόγησαν χαμηλότερα στην κλίμακα πόνου. Αυτή η αντιμετώπιση πιθανόν οφείλεται στις στερεότυπες πεποιθήσεις απέναντι στον πόνο, οι οποίες πηγάζουν από τις ανεπαρκείς γνώσεις και την ελλιπή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο.

Η έρευνα των De Rond et al (2000) επιβεβαιώνει την ανάγκη για επαρκή κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και την αλλαγή της στάσης του απέναντι στον πόνο, καθώς ο ρόλος του συμβάλλει στην επιτυχημένη διαχείριση και κατά συνέπεια στην ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Brant et al (2017), αποδεικνύοντας την άμεση σχέση των γνώσεων γύρω από την αντιμετώπιση του πόνου και της καλύτερης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς, σχέση που οδηγεί στη σωστή διαχείριση και θεραπεία του πόνου.

Μια άλλη εκδοχή είναι η έλλειψη γνώσεων φαρμακολογίας από την πλευρά των νοσηλευτών, που συνεπάγεται τη λανθασμένη χορήγηση αναλγησίας και συγκεκριμένα των οπιοειδών. Φαίνεται να υπάρχει μια παρανόηση και ένας φόβος όσον αφορά τη χρήση τους, τον εθισμό και την υπερδοσολογία. Πιστεύουν ότι κάνοντας συχνή χρήση οπιοειδών οι ασθενείς θα έχουν παρενέργειες ή θα εθιστούν σε αυτά (Daoust et al, 2014).

Σύμφωνα με τους Gretarsdottir et al (2017) οι νοσηλευτές με ανώτερο πτυχίο εκπαίδευσης έχουν καλύτερες γνώσεις στην αντιμετώπιση του πόνου και στη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, ενώ η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, το φύλο και το επίπεδο έκθεσης των νοσηλευτών σε ασθενείς με πόνο δεν σχετίζεται με τις γνώσεις τους σχετικά με τη διαχείριση του πόνου.

Μια άλλη πιθανή αιτία κακής διαχείρισης του πόνου είναι οι αυξημένες υποχρεώσεις στον εργασιακό τους χώρο. Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον χρόνο τους δεν κατατάσσουν τον πόνο στις άμεσες προτεραιότητές τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρονοτριβούν ή να υποτιμούν τον πόνο που αισθάνεται ο ασθενής. Με αυτή την υπόθεση συμφωνούν και οι Daoust et al (2014) σε μια έρευνα του πραγματοποίησαν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομεία του Καναδά και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Στην

έρευνα αυτή αποδεικνύεται ότι ένας από τους λόγους της μη αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου των ασθενών ήταν οι παραπάνω αναφορές.

Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα και το κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

Σύμφωνα με τη στατιστική μας ανάλυση, δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ένταση του πόνου μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πάραυτα, παρουσιάζεται μια απειροελάχιστη διαφορά που εμφανίζει τις γυναίκες να πονούν λιγότερο από τους άνδρες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνά μας ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες, οι οποίες έχουν καθημερινή τριβή με εκδηλώσεις συμπεριφορών πόνου. Πιθανόν να ευθύνεται και η κουλτούρα της περιοχής, όπου επικρατεί η μητριαρχική οικογένεια και παρουσιάζει τις γυναίκες πιο σκληραγωγημένες όσον αφορά την αντοχή στον πόνο. Εν αντιθέτως, η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει τις γυναίκες πιο ευαίσθητες στον πόνο από ό,τι τους άνδρες. Πέρα από τις βιολογικές διαφορές των δύο φύλων, οι μελετητές τονίζουν και τις διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο (Wandder et al, 2012; Paller et al. 2009).

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φαίνεται να υπάρχει η πεποίθηση ότι τα παιδιά πονάνε περισσότερο. Υποθέτουμε ότι αυτό οφείλεται καταρχήν στο γεγονός ότι συμμετέχοντες είναι γυναίκες και η στάση αυτή να οφείλεται στο μητρικό ένστικτο και στη συναισθηματική φόρτιση που τους προκαλεί η εκδήλωση πόνου από τους παιδιατρικούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι έρευνες υποστηρίζουν ότι στη νευροβιολογία των παιδιών δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση σε σχέση με τους ενήλικες, αλλά υπάρχει διαφοροποίηση στον τρόπο εκδήλωσης του πόνου (Herlenius, Lagercrantz 2004; Brummelte et al 2015).

Αξιοσημείωτη είναι η μεροληπτική στάση των συμμετεχόντων της έρευνας απέναντι στη φυλή των Ρομά ασθενών, καθώς φαίνεται να πιστεύουν ότι αισθάνονται τον πόνο λιγότερο από τους υπόλοιπους. Αυτή η στάση μπορεί να οφείλεται στις στερεότυπες αντιλήψεις της κοινωνίας απέναντι στις μειονότητες. Αντίστοιχες μελέτες έχουν αποδείξει τις φυλετικές διακρίσεις στην αντιμετώπιση του πόνου με πιο τρανταχτό το παράδειγμα της έρευνας των Hoffman et al (2016), όπου οι επαγγελματίες υγείας και η κοινωνία παρουσιάζουν εσφαλμένες πεποιθήσεις και προκαταλήψεις όσον αφορά την αντοχή και την εκδήλωση του πόνου μεταξύ μαύρων και λευκών ασθενών.

Επιπρόσθετα, στην ίδια κατηγορία κατατάσσουν οι νοσηλευτές και τους ασθενείς με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στην άποψη ότι οι ασθενείς με χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση έχουν μεγαλύτερη ανοχή και αντοχή στον πόνο. Αντιθέτως, οι Lantis et al (2015) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε ασθενείς διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου απέδειξαν ότι οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό υπόβαθρο εκδήλωσαν περισσότερο πόνο αλλά και δυσκολία κατανόησης και συμμόρφωσης στην ενημέρωση και εκπαίδευσή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό στη διαχείριση και θεραπεία του πόνου.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Από τη διεθνή βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώσαμε σοβαρές ελλείψεις και προβλήματα όσον αφορά την αντίληψη και την αντιμετώπιση του πόνου. Οι δικές μας προτάσεις για τη βελτίωση αυτών των προβλημάτων είναι:

- Εισαγωγή καινούριων εξειδικευμένων μαθημάτων στα προγράμματα σπουδών των σχολών υγείας με στόχο την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στον πόνο, την αξιολόγηση και τη θεραπεία του.
- Ουσιαστική εκπαίδευση φοιτητών και εργαζομένων νοσηλευτών στη φαρμακολογία, και συγκεκριμένα στη χρήση και χορήγηση αναλγητικών και οπιοειδών φαρμάκων.
- Συνεχή κατάρτιση και ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με νέες έρευνες και δεδομένα όσον αφορά την αντιμετώπιση του πόνου.
- Επιτακτική ανάγκη τήρησης σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου.
- Χρήση ειδικευμένων εργαλείων αξιολόγησης του πόνου στην καθημερινή κλινική πρακτική, όπως κλίμακες, νοσηλευτικό ιστορικό κ.ά.
- Ανάγκη δημιουργίας ειδικών κέντρων ανακουφιστικής φροντίδας και κλινικών πόνου στην Ελλάδα.
- Ενίσχυση του δυναμικού του νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία. Βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και πλήρη κάλυψη των ελλείψεων υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού.
- Εξάλειψη των φυλετικών και κοινωνικό-οικονομικών διακρίσεων των επαγγελματιών υγείας μέσω μιας κοινής διαπολιτισμικής νοσηλευτικής πρακτικής.
- Ενσωμάτωση ενημερωτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την εκπαίδευση και την ορθή ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου.
- Ευκολότερη και άμεση πρόσβαση και εξυπηρέτηση των ασθενών σε φορείς υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barbareschi, G., Sanderman, R., Leegte, I. L., Van Veldhuisen, D. J., & Jaarsma, T. (2011). Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *Journal of Cardiac Failure*, 17(1), 47-53.
- Bijur, P. E., Latimer, C. T., & Gallagher, E. J. (2003). Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 10(4), 390-392.
- Bowsher, J. E., & Keep, D. (1995). Toward an understanding of three control constructs: personal control, self-efficacy, and hardiness. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(1), 33-50.
- Brand, K. (2010). Pain assessment in children. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 11(6), 214-216.
- Brant, J. M., Mohr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2017). Nurses' Knowledge and Attitudes about Pain: Personal and Professional Characteristics and Patient Reported Pain Satisfaction. *Pain Management Nursing*, 18(4), 214-223.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-333.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. (2002). Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Social science & medicine*, 54(2), 221-228.
- Briggs, E. V., Carrl, E. C., & Whittakerl, M. S. (2011). Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *European Journal of Pain*, 15(8), 789-795.
- Brown, S. T., Bowman, J. M., & Eason, F. R. (1999). Assessment of nurses' attitudes and knowledge regarding pain management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(3), 132-139.
- Brummelte, S., Chau, C. M., Cepeda, I. L., Degenhardt, A., Weinberg, J., Synnes, A. R., & Grunau, R. E. (2015). Cortisol levels in former preterm children at school age are predicted by neonatal procedural pain-related stress. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 151-163.

- Bryce, T. N., Biering-Sørensen, F., Finnerup, N. B., Cardenas, D. D., Defrin, R., Lundeberg, T., ... & Treede, R. D. (2012). International spinal cord injury pain classification: part I. Background and description. *Spinal Cord*, 50(6), 413.
- Caraceni, A., Cherny, N., Fainsinger, R., Kaasa, S., Poulain, P., Radbruch, L., & De Conno, F. (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 23(3), 239-255.
- Chapman, C. R., & Nakamura, Y. (1999). Pain and consciousness: A constructivist approach. *The Journal of Pain*, 8(3), 113-123.
- Childs, J. D., Piva, S. R., & Fritz, J. M. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*, 30(11), 1331-1334.
- Coghill, R. C., McHaffie, J. G., & Yen, Y. F. (2003). Neural correlates of interindividual differences in the subjective experience of pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(14), 8538-8542.
- Cole, L. J., Farrell, M. J., Gibson, S. J., & Egan, G. F. (2010). Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiology of aging*, 31(3), 494-503.
- Corner J. & Bailey C. (2006). Νοσηλευτική Ογκολογία - Το πλαίσιο φροντίδας., Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Craft, R. M., Mogil, J. S., & Aloisi, A. M. (2004). Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones. *European journal of pain*, 8(5), 397-411.
- Daoust, R., Paquet, J., Lavigne, G., Sanogo, K., & Chauny, J. M. (2014). Senior patients with moderate to severe pain wait longer for analgesic medication in EDs. *The American journal of emergency medicine*, 32(4), 315-319.
- Daoust, R., Paquet, J., Piette, É., Sanogo, K., Bailey, B., & Chauny, J. M. (2016). Impact of age on pain perception for typical painful diagnoses in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 50(1), 14-20.
- Darnall, B. D., Sturgeon, J. A., Cook, K. F., Taub, C. J., Roy, A., Burns, J. W., ... & Mackey, S. C. (2017). Development and validation of a daily pain catastrophizing scale. *The Journal of Pain*, 18(9), 1139-1149.
- Davidson, F., Snow, S., Hayden, J. A., & Chorney, J. (2016). Psychological interventions in managing postoperative pain in children: a systematic review. *Pain*, 157(9), 1872-1886.

- de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S., & Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 424-439.
- de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S., van Campen, B. T. M., den Hartog, Y. M., & Klievink, R. M. (2000). A pain monitoring program for nurses: effects on nurses' pain knowledge and attitude. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(6), 457-467.
- de Schepper, A. M., Francke, A. L., & Abu-Saad, H. H. (1997). Feelings of powerlessness in relation to pain: ascribed causes and reported strategies: a qualitative study among Dutch community nurses caring for cancer patients with pain. *Cancer Nursing*, 20(6), 422-429.
- Dewit, S. C. (2009). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Πασχαλίδης, 1, 642-695.
- Dongara, A. R., Nimbalkar, S. M., Phatak, A. G., Patel, D. V., & Nimbalkar, A. S. (2017). An Educational Intervention to Improve Nurses' Understanding of Pain in Children in Western India. *Pain Management Nursing*, 18(1), 24-32.
- Donovan, M., Dillon, P., & McGuire, L. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain*, 30(1), 69-78.
- Donovan, M. I., & Dillon, P. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 10(2), 85-92.
- Ducharme, J. (2005). Clinical guidelines and policies: can they improve emergency department pain management?. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33(4), 783-790.
- Duignan M, Dunn V. Barriers to pain management in emergency departments. *Emerg Nurse* 2008, 15:30-34).
- Edwards, R. R., & Fillingim, R. B. (2001). Effects of age on temporal summation and habituation of thermal pain: clinical relevance in healthy older and younger adults. *The Journal of Pain*, 2(6), 307-317.
- Ellis, B., Johnson, M., & Taylor, A. (2012). Education as part of wider health policy and improvement strategies. *British journal of pain*, 6(2), 54-58.
- Fillingim, R. B., Kaplan, L., Staud, R., Ness, T. J., Glover, T. L., Campbell, C. M., ... & Wallace, M. R. (2005). The A118G single nucleotide polymorphism of the μ -opioid receptor gene (OPRM1) is associated with pressure pain sensitivity in humans. *The Journal of Pain*, 6(3), 159-167.
- Fine, P. G. (2009). Chronic pain management in older adults: special considerations. *Journal of pain and symptom management*, 38(2), S4-S14.

- Francke, A. L., & Theeuwens, I. (1994). Inhibition in expressing pain. A qualitative study among Dutch surgical breast cancer patients. *Cancer nursing*, 17(3), 193-199.
- Gerstle, D. S., All, A. C., & Wallace, D. C. (2001). Quality of life and chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, 2(3), 98-109.
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11(1), 770.
- Gretarsdottir, E., Zoëga, S., Tomasson, G., Sveinsdottir, H., & Gunnarsdottir, S. (2017). Determinants of Knowledge and Attitudes Regarding Pain among Nurses in a University Hospital: A Cross-sectional Study. *Pain Management Nursing*, 18(3), 144-152
- Grossman, S. A., Sheidler, V. R., Swedeen, K., Mucenski, J., & Piantadosi, S. (1991). Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *Journal of pain and symptom management*, 6(2), 53-57.
- Hancock, H. (1996). The complexity of pain assessment and management in the first 24 hours after cardiac surgery: implications for nurses. Part I. *Intensive and Critical care nursing*, 12(5), 295-302.
- Hancock, H. (1996). The complexity of pain assessment and management in the first 24 hours after cardiac surgery: implications for nurses. Part 2. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(6), 346-353.
- Hastie, B. A., Riley, J. L., & Fillingim, R. B. (2005). Ethnic differences and responses to pain in healthy young adults. *Pain Medicine*, 6(1), 61-71.
- Hawker, G. A., Wright, J. G., Glazier, R. H., Coyte, P. C., Harvey, B., Williams, J. I., & Badley, E. M. (2002). The effect of education and income on need and willingness to undergo total joint arthroplasty. *Arthritis & Rheumatology*, 46(12), 3331-3339.
- Herlenius, E., & Lagercrantz, H. (2004). Development of neurotransmitter systems during critical periods. *Experimental neurology*, 190, 8-21.
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296-4301.
- Huguet, A., Stinson, J. N., & McGrath, P. J. (2010). Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 68(4), 329-336.
- Ip, H. Y. V., Abrishami, A., Peng, P. W., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic ConsumptionA Qualitative Systematic

Review. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 111(3), 657-677.

- Jensen, M. P. (2010). A neuropsychological model of pain: research and clinical implications. *The Journal of Pain*, 11(1), 2-12.
- Juhl, I. U., Christensen, B. V., Bülow, H. H., Wilbek, H., Dreijer, N. C., & Egelund, B. (1993). Postoperative pain relief, from the patients' and the nurses' point of view. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 37(4), 404-409.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P., & Beighton, A. (2007). Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. *PLoS medicine*, 4(11), e323.
- Kinghorn, S., & Gamlin, R. (2001). *Palliative nursing: Bringing comfort and hope*. Baillière Tindall.
- Lanitis, S., Mimigianni, C., Raptis, D., Sourtse, G., Sgourakis, G., & Karaliotas, C. (2015). The impact of educational status on the postoperative perception of pain. *The Korean journal of pain*, 28(4), 265-274.
- Larivière, M., Goffaux, P., Marchand, S., & Julien, N. (2007). Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults. *The Clinical journal of pain*, 23(6), 506-510.
- Lavies, N., Hart, L., Rounsefell, B., & Runciman, W. (1992). Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia: stage 1 of a longitudinal study of postoperative analgesia. *Pain*, 48(3), 313-319.
- Lemone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2014). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός.
- Lin, C. C., & Ward, S. E. (1995). Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nursing*, 18(1), 16-22.
- Lin, C. P., Kupper, A. E., Gammaitoni, A. R., Galer, B. S., & Jensen, M. P. (2011). Frequency of chronic pain descriptors: implications for assessment of pain quality. *European Journal of Pain*, 15(6), 628-633.
- Loizzo, A., Loizzo, S., & Capasso, A. (2009). Neurobiology of pain in children: an overview. *The open biochemistry journal*, 3, 18.
- Manworren, R. C., & Stinson, J. (2016, August). Pediatric pain measurement, assessment, and evaluation. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 23, No. 3, pp. 189-200). Elsevier.

- Mathur, V. A., Richeson, J. A., Paice, J. A., Muzyka, M., & Chiao, J. Y. (2014). Racial bias in pain perception and response: Experimental examination of automatic and deliberate processes. *The journal of pain, 15*(5), 476-484.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, 82*, S121-S126.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150*(3699), 971-979.
- Millard, W. B. (2007). Grounding frequent flyers, not abandoning them: drug seekers in the ED. *Annals of emergency medicine, 49*(4), 481-486.
- Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing, 7*(4), 148-152.
- Moore, A. R., & Clinch, D. (2004). Underlying mechanisms of impaired visceral pain perception in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(1), 132-136.
- Mowlavi, A., Cooney, D., Febus, L., Khosraviani, A., Wilhelmi, B. J., & Akers, G. (2005). Increased cutaneous nerve fibers in female specimens. *Plastic and reconstructive surgery, 116*(5), 1407-1410.
- Nelson, A. (2002). Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. *Journal of the National Medical Association, 94*(8), 666.
- Paice, J. A., Mahon, S. M., & Faut-Callahan, M. (1991). Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nursing, 14*(6), 298-305.
- Paller, C. J., Campbell, C. M., Edwards, R. R., & Dobs, A. S. (2009). Sex-based differences in pain perception and treatment. *Pain Medicine, 10*(2), 289-299.
- Petzke, F., Radbruch, L., Zech, D., Loick, G., & Grond, S. (1999). Temporal presentation of chronic cancer pain. *Journal of pain and symptom management, 17*(6), 391-401
- Rabbitts, J. A., Aaron, R. V., Fisher, E., Lang, E. A., Bridgwater, C., Tai, G. G., & Palermo, T. M. (2017). Long-Term Pain and Recovery After Major Pediatric Surgery: A Qualitative Study With Teens, Parents, and Perioperative Care Providers. *The Journal of Pain, 18*(7), 778-786.
- Rampanjato, R. M., Florence, M., Patrick, N. C., & Finucane, B. T. (2007). Factors influencing pain management by nurses in emergency departments in Central Africa. *Emergency Medicine Journal, 24*(7), 475-476.

- Redfern, S., & Ross, F. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Riley 3rd, J. L., King, C. D., Wong, F., Fillingim, R. B., & Mauderli, A. P. (2010). Lack of endogenous modulation and reduced decay of prolonged heat pain in older adults. *Pain*, *150*(1), 153-160.
- Riley III, J. L., Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fillingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, *74*(2-3), 181-187.
- Riley, J. L., Cruz-Almeida, Y., Glover, T. L., King, C. D., Goodin, B. R., Sibille, K. T., ... & Redden, D. T. (2014). Age and race effects on pain sensitivity and modulation among middle-aged and older adults. *The Journal of Pain*, *15*(3), 272-282.
- Rupp, T., & Delaney, K. A. (2004). Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of emergency medicine*, *43*(4), 494-503.
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *The Clinical journal of pain*, *21*(6), 513-523.
- Sheffield, D., Biles, P. L., Orom, H., Maixner, W., & Sheps, D. S. (2000). Race and sex differences in cutaneous pain perception. *Psychosomatic medicine*, *62*(4), 517-523.
- Simonsen, T., Aarbakke, J., Kay, I., Coleman, I., Sinnott, P., & Lysaa, R. (2009). Νοσηλευτική Φαρμακολογία, εκδόσεις Broken Kill Publishers LTD. Αθήνα: Πασχαλίδης, 266-269.
- Sjötröm, B., Haljamäe, H., DAHLGREN, L. O., & Lindström, B. (1997). Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *41*(3), 339-344.
- Stepanikova, I., Zhang, Q., Wieland, D., Eleazer, G. P., & Stewart, T. (2012). Non-verbal communication between primary care physicians and older patients: how does race matter?. *Journal of general internal medicine*, *27*(5), 576-581.
- Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain—an entity, a provocation, or a challenge?. *Journal of pain and symptom management*, *27*(3), 241-250.
- Thomason, T. E., McCune, J. S., Bernard, S. A., Winer, E. P., Tremont, S., & Lindley, C. M. (1998). Cancer pain survey: patient-centered issues in control. *Journal of pain and symptom management*, *15*(5), 275-284.
- Thorn, B. E., Clements, K. L., Ward, L. C., Dixon, K. E., Kersh, B. C., Boothby, J. L., & Chaplin, W. F. (2004). Personality factors in the explanation of sex differences in pain

catastrophizing and response to experimental pain. *The Clinical journal of pain*, 20(5), 275-282.

- Ung, A., Salamonson, Y., Hu, W., & Gallego, G. (2016). Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British journal of pain*, 10(1), 8-21.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167.
- van Dijk, M., de Boer, J. B., Koot, H. M., Duivenvoorden, H. J., Passchier, J., Bouwmeester, N., & Tibboel, D. (2001). The association between physiological Davidson, F., Snow, S., Hayden, J. A., & Chorney, J. (2016).
- Wandner, L. D., Scipio, C. D., Hirsh, A. T., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2012). The perception of pain in others: how gender, race, and age influence pain expectations. *The Journal of Pain*, 13(3), 220-227.
- Wiesenfeld-Hallin, Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gender medicine*, 2(3), 137-145.
- Zalon, M. L. (1993). Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*, 54(3), 329-334.
- Γιαβασόπουλος, Ε. Κ. (2015). Ολιστική θεώρηση του πόνου.
- ένωση για τη μελέτη του πόνου (IASP 1986)
- Λιάκου, Α., Λιάκου, Α., Σωπασή, Χ., Sopasi, C., Loukaki, A., & Λουκάκη, Α. (2009). Γνώσεις και στάσεις των τελειόφοιτων φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στον πόνο.
- Τσιρτσιρίδου, Β., & Βασιλοπούλου, Γ. (2015). Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές όψεις του πόνου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών άνδρας αγνώστων στοιχείων, πιθανότατα άστεγος με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου με έντονο οίδημα.

Κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάστακτος πόνος;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0=Καθόλου

10=Αβάστακτος

πόνος

πόνος

2. Προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών γυναίκα Ρομά με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου με έντονο οίδημα.

Κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάστακτος πόνος;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0=Καθόλου

10=Αβάστακτος

πόνος

πόνος

3. Προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών άνδρας 55 ετών δικηγόρος στο επάγγελμα με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου με έντονο οίδημα.

Κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάστακτος πόνος;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0=Καθόλου

10=Αβάστακτος

πόνος

πόνος

4. Προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών παιδί 9 ετών με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου με έντονο οίδημα.

Κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάστακτος πόνος;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0=Καθόλου

10=Αβάστακτος

πόνος

πόνος

5. Προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών γυναίκα 35 ετών με κλειστό κάταγμα ΔΕ βραχιονίου με έντονο οίδημα.

Κατά την προσωπική σας κρίση πόσο πονάει ο ασθενής αν 0 σημαίνει καθόλου πόνος και 10 αβάστακτος πόνος;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0=Καθόλου

10=Αβάσταχτος

πόνος

πόνος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 3/1/2017

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 2729

ΠΡΟΣ:
Φουσιάνης Αναστάσιος
Σταγάκη Στυλιανή
Χριστοδουλάκη Ελένη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Πρόεδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6450 Φουσιάνης Αναστάσιος
ΥΝ6510 Σταγάκη Στυλιανή
ΥΝ6442 Χριστοδουλάκη Ελένη

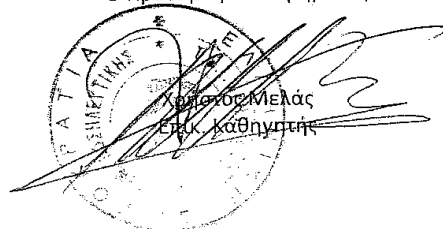
με θέμα: «Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο πόνο και παράγοντες που τις επηρεάζουν».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Ροβίθης Μιχαήλ.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος


Χρυσόστομος Μελάς
Επικ. Καθηγητής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 3/5/17

Αρ. Πρωτ.: 7630

Φάκελος: 04-05-17

ΠΡΟΣ: κα Σταγάκη Στυλιανή, Χριστοδουλάκη
Ελένη και κο Φουσιάνη Αναστάσιο,
σπουδαστές/τριες του τμήματος Νοσηλευτικής,
ΑΤΕΙ Κρήτης

Κοινοποίηση:

1. Διοικήτη ΠΑΓΝΗ – Γ.Ν. Βενιζελείου,
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου,
Βελεγράκη Γ.
3. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, Χαλκιαδάκη Γ.

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας στο ΠΑΓΝΗ»

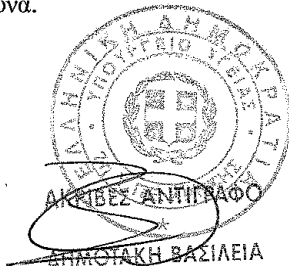
ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αρ. πρωτ. 4788/25-4-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου ΠΑΓΝΗ

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** την διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ ΠΑΓΝΗ των κλινικών Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικής Χειρουργικής, Καρδιά Θώρακος Αγγείων, Ογκολογική, Ουρολογική και στη Γενική Παθολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, από τους σπουδαστές/τριες του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, κο Φουσιάνη Αναστάσιο, κα Σταγάκη Στυλιανή και κα Χριστοδουλάκη Ελένη, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής εργασίας, με θέμα: «**Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και παράγοντες που τις επηρεάζουν**», υπό την επίβλεψη του καθηγητή κου Ροβίθη Μιχαήλ.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ – Γ.Ν. Βενιζελείου**. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικήτες 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου - Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 10/5/17
Αρ. Πρωτ.: 8050
Φάκελος:

ΠΡΟΣ: κα Σταγάκη Στυλιανή, Χριστοδουλάκη
Ελένη και κο Φουσιάνη Αναστάσιο,
σπουδαστές/τριες του τμήματος Νοσηλευτικής,
ΑΤΕΙ Κρήτης

Κοινοποίηση:
1. Αναπληρωτή Διοικητή Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
2. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου,

ΘΕΜΑ: Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο»

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αρ. πρωτ. 26/4/05-04-2017 έγκριση του ΕΠΕΥ του Γ.Ν. «Βενιζέλειο»

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε την διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο» και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό Γ.Ν. «Βενιζέλειο» από τους σπουδαστές/τριες του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, κο Φουσιάνη Αναστάσιο, κα Σταγάκη Στυλιανή και κα Χριστοδουλάκη Ελένη, στο πλαίσιο εισιόνησης Πτυχιακής εργασίας, με θέμα: «Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον πόνο και παράγοντες που τις επηρεάζουν», υπό την επίβλεψη του καθηγητή κου Ροβίθη Μιχαήλ.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλειο». Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στον φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικήτες 7^{ης} Υ.Π.Ε Κρήτης.

