

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

«Αξιολόγηση Γνώσεων Νοσηλευτικού Προσωπικού στην Αντιμετώπιση του Πόνου»

Όνομα Φοιτητή: Κυριάκος Διονυσόπουλος

Επόπτης : Στυλιανός Κατσαραγάκης

Ημερομηνία Παράδοσης : 29/9/17

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της διπλωματικής αυτής εργασίας ήταν να περιγράψει τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου.

Μέθοδος: Συνολικά 70 κλινικοί νοσηλευτές και προϊστάμενοι του Θριασίου Νοσοκομείου, μετά τη συναίνεση τους για συμμετοχή στη μελέτη συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, τα οποία διανεμήθηκαν προσωπικά στις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων περιελάμβανε μια ενότητα με δημογραφικά στοιχεία, καθώς και την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου των Ferrell και McCaffery για τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου (“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”). Η εν λόγω κλίμακα αποτελείται συνολικά από 37 ερωτήσεις. Οι 21 ερωτήσεις είναι ερωτήσεις τύπου «Σωστό-Λάθος», 14 ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής, ενώ οι δύο τελευταίες ερωτήσεις αφορούν δύο μελέτες περίπτωσης ασθενών. Τα πρωτογενή δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με στατιστικά μέσω του προγράμματος SPSS 19.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και στάσεις για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια, συνέδρια ή/και προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους, αυτοί με μεγαλύτερη νοσηλευτική εμπειρία, καθώς και αυτοί με μεγαλύτερη ηλικία και όσοι είχαν προσωπική εμπειρία χρόνιου πόνου είχαν περισσότερες γνώσεις για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου.

Συμπεράσματα: Τα παραπάνω αποτελέσματα καθιστούν ως επιτακτική την ανάγκη να βελτιωθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών, ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστούν πιο αποτελεσματικά περιπτώσεις ασθενών σε πόνο.

Λέξεις- Κλειδιά: Πόνος, Χρόνιος Πόνος, Νοσηλεύτης, Γνώσεις και Δεξιότητες Νοσηλευτών, Αντιμετώπιση Πόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	2
1.3. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	4
2.1. ΕΝΝΟΙΑ, ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	4
2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	7
2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	8
2.3. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
2.4. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	13
2.5. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	32
3.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	32
3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	32
3.3. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	32
3.4. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	33
3.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	34
3.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	35
3.7. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	58
ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	58

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	80

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Διεθνείς μελέτες διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου	15
Πίνακας 2: Μελέτες διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων των Ελλήνων νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου	23
Πίνακας 3: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων.....	37
Πίνακας 4: Στοιχεία Εργασίας των Συμμετεχόντων.....	38
Πίνακας 5: Συμμετέχοντες με Προσωπικά Προβλήματα Πόνου.....	40
Πίνακας 6: Αντιλήψεις για τον Πόνο.....	41
Πίνακας 7: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Σωστό/ Λάθος).....	42
Πίνακας 8: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Πολλαπλής Επιλογής)	43
Πίνακας 9: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Κλινικά Σενάρια)	46
Πίνακας 10: Βαθμολογία Γνώσεων και Στάσεων.....	47
Πίνακας 11: Συσχέτιση της Βαθμολογίας Γνώσεων με Δημογραφικά και Εργασιακά Στοιχεία των Συμμετεχόντων.	49
Πίνακας 12: Συντελεστές Συσχέτισης Pearson (Βαθμολογία Γνώσεων με την Ηλικία και τα Χρόνια Νοσηλευτικής Εμπειρίας των Συμμετεχόντων).....	50
Πίνακας 13: Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	50
Διάγραμμα 1: Θέση Εργασίας των Συμμετεχόντων	39

Διάγραμμα 2: Συμμετέχοντες με Προσωπικά Προβλήματα Πόνου	40
Διάγραμμα 6: Βαθμολογία Γνώσεων των Συμμετεχόντων	48

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα κατ' αρχήν να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου, κ. Κατσαραγάκη Στυλιανό, Λέκτορας Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την πολύ σημαντική βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια σχεδιασμού και εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τους νοσηλευτές και προϊσταμένους του Θριασίου νοσοκομείου για τη συμμετοχή τους στην πρωτογενή έρευνά μου, καθώς προσέφεραν αυθεντικά και επίκαιρα δεδομένα γύρω από το ερευνητικό θέμα μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υποστήριξή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς και στη διάρκεια εκπόνησης και ολοκλήρωσης της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ακριβής ορισμός του πόνου είναι πολύ δύσκολος, δεδομένου ότι ο πόνος βιώνεται υποκειμενικά από τους ανθρώπους. Οι κυριότερες μορφές του πόνου είναι ο οξύς και ο χρόνιος. Ο οξύς πόνος είναι αυτοπεριοριζόμενος, αποτελεί προειδοποίηση για την πιθανή εξέλιξη μιας νόσου, εστιάζεται σε εύκολα διακριτές επώδυνες περιοχές, ενώ η διάρκειά του δεν υπερβαίνει τους 3 μήνες (Raton, 2002). Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος συνήθως αποτελεί εξέλιξη μιας νόσου, έχει διάρκεια ανώτερη των 3 μηνών και δύσκολα περιγράφεται η εντόπιση του από τους ασθενείς (Debono, 2013). Ανάλογα με το είδος και την ένταση του πόνου, η αντιμετώπισή του γίνεται συνήθως με φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Χωρίς αμφιβολία, η συνδρομή των επαγγελματιών υγείας, όπως ιατροί, κλινικοί ψυχολόγοι, φυσικοθεραπευτές και νοσηλευτές για την αντιμετώπιση του πόνου είναι πολύ σημαντική (Brown *et al.*, 2004).

Μεγάλος αριθμός προηγούμενων ερευνών έχει αναδείξει πως οι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση πόνου, αλλά υπάρχουν και έρευνες με αντίθετα ευρήματα. Ως κοινό σημείο, οι προηγούμενες έρευνες έχουν αναδείξει πως η προϋπηρεσία, η εκπαίδευση και η εμπειρία είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες της ικανότητας των νοσηλευτών να διαχειριστούν τον πόνο (Dunphy & Winland-Brown, 2011).

1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της διπλωματικής αυτής εργασίας είναι να περιγράψει τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου και να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τις γνώσεις και τις δεξιότητες στη διαχείριση του πόνου.

Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι:

- Η περιγραφή των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου
- Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στις γνώσεις και τις δεξιότητες τους για τη διαχείριση του πόνου

- Η διερεύνηση της επίδρασης της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης για τη διαχείριση του πόνου στις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου
- Η διερεύνηση της επίδρασης της προσωπικής εμπειρίας οξέος ή χρόνιου πόνου των νοσηλευτών στις γνώσεις και τις δεξιότητες τους για τη διαχείριση του πόνου

1.3. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το πρώτο κεφάλαιο είναι εισαγωγικό και περιγράφει κύριες διαστάσεις του θέματος. Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιεί μια επισκόπηση της σχετικής με το ερευνητικό θέμα βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, το εν λόγω κεφάλαιο αναλύει την έννοια και τα είδη του πόνου, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής του. Παράλληλα, το ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται και στο επάγγελμα των νοσηλευτών και της σπουδαιότητάς του, ενώ παρουσιάζει και αναλύει τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών αναφορικά με τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών στο να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά αλγούντες ασθενείς. Όσον αφορά το ειδικό μέρος, το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την περιγραφή της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της έρευνας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ενώ στο πέμπτο πραγματοποιείται η ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τους ερευνητικούς στόχους και τις ερευνητικές υποθέσεις, τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνητικών μελετών και το θεωρητικό υπόβαθρο που αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής επισκόπησης. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο συνοψίζονται τα ερευνητικά ευρήματα, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά, ενώ αναφέρονται οι αδυναμίες της διπλωματικής εργασίας και παρουσιάζονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

2.1. ΕΝΝΟΙΑ, ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Με τον όρο «πόνος» νοείται η δυσάρεστη αίσθηση που προκύπτει από κάποιο σωματικό ερέθισμα. Παρά το γεγονός ότι ο πόνος είναι γενικά ένα αντικειμενικό αίσθημα, βιώνεται υποκειμενικά από τους ανθρώπους (Raton, 2002). Για το λόγο αυτό, καθώς επίσης και επειδή ο πόνος είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολλές πτυχές και διαφορετικά είδη και εκφάνσεις, είναι και δύσκολος ο ακριβής ορισμός τους. Παρά ταύτα, ο επικρατέστερος ορισμός του πόνου είναι αυτός που έχει αναπτύξει η Διεθνής Οργάνωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, ο πόνος είναι μια δυσάρεστη φυσική και συναισθηματική εμπειρία, η οποία οφείλεται σε μια πραγματική ή δυνητική βλάβη κάποιου μέρους του ανθρώπινου σώματος (Aydede, 2017). Από τη σκοπιά της ιατρικής διάγνωσης, ο πόνος θεωρείται ως το σύμπτωμα κάποιας υποβόσκουσας κατάστασης.

Σύμφωνα με το Debono (2013), ο πόνος αποτελεί την πιο συχνή αιτία για την οποία οι άνθρωποι ζητούν τη βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, καθώς επίσης και το πιο συχνό ερέθισμα εξαιτίας του οποίου οι άνθρωποι νιώθουν πως έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Καθώς, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται και υπομένει τον πόνο με διαφορετικό τρόπο, ο Linton (2005) υποστηρίζει πως η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, η συνήθεια στον πόνο, καθώς και ο γενικότερος τρόπος ζωής επηρεάζουν το πώς βιώνεται ο πόνος, δίνοντας έτσι στον πόνο τόσο ψυχολογική, όσο και κοινωνική διάσταση. Σε κάθε περίπτωση, και όπως υποστηρίζουν και οι Staats & Wallace (2015), ο πόνος είναι αυτό το σύμπτωμα που οδηγεί τους ανθρώπους να προστατεύουν τα μέρη εκείνα του σώματος όπου εντοπίζεται ο πόνος, καθώς και να αποφεύγει δραστηριότητες που έχει συνδέσει με την πρόκληση πόνου από προηγούμενες εμπειρίες.

Ο πόνος έχει πολλές μορφές και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain) (1994), η κατηγοριοποίηση του πόνου μπορεί να γίνει βάσει πολλών παραγόντων, όπως κατηγοριοποίηση με βάση την ευρύτερη περιοχή του σώματος όπου εντοπίζεται, το σύστημα του οποίου η

δυσλειτουργία προκαλεί τον πόνο (π.χ. νευρολογικό, γαστρεντερικό κτλ.), καθώς και την αιτία που τον προκαλεί. Κατά κανόνα, και με βάση τη διάρκεια και οξύτητά του, ο πόνος διακρίνεται σε δύο είδη, τον οξύ και το χρόνιο πόνο. Ο οξύς πόνος είναι αυτοπεριοριζόμενος, αποτελεί προειδοποίηση για την πιθανή εξέλιξη μιας νόσου, εστιάζεται σε εύκολα διακριτές επώδυνες περιοχές, ενώ η διάρκειά του δεν υπερβαίνει τους 3 μήνες. Μάλιστα, στον οξύ πόνο οι επαγγελματίες υγείας είναι σε άμεση θέση να εντοπίσουν την αιτία του πόνου, καθώς και να υπολογίσουν το πότε ξεκίνησε ο πόνος (Raton, 2002). Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος είναι αυτός που αποτελεί εξέλιξη μιας νόσου, έχει διάρκεια ανώτερη των 3 μηνών – ή τουλάχιστον μεγαλύτερη από την αρχικά προβλεπόμενη διάρκεια αντιμετώπισής του- και δεν είναι εύκολο να περιγραφεί με σαφήνεια από τους ασθενείς. Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να υπολογίσουν το χρονικό σημείο έναρξής του, ενώ δεν είναι επίσης σε θέση να γνωρίζουν εξ' αρχής την αιτία του, αλλά και πως θα τον αντιμετωπίσουν σε βάθος χρόνου (Debono, 2013). Σύμφωνα με το Raton (2002), σε αντίθεση με τον οξύ πόνο, η διαχείριση του χρόνιου πόνου είναι πιο πολύπλοκη και στις περισσότερες περιπτώσεις οι επεμβάσεις είναι συνδυαστικές, ώστε να συμπεριληφθεί και η διαχείριση και των έμμεσων –ψυχοκοινωνικών- συμπτωμάτων, όπως αναλύεται και παρακάτω. Σύμφωνα με σχετική έρευνα των Cordell *et al.* (2002), το 50% των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων οφείλεται σε πόνο κάποιας μορφής, συνήθως οξύ. Η ύπαρξη χρόνιου πόνου είναι επίσης ένα σύνηθες και συχνό φαινόμενο παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα των Breivik *et al.* (2006), το ποσοστό του πληθυσμού με χρόνιο πόνο στις χώρες της Ευρώπης κυμαίνεται από 10% έως 55%.

Κατά τον Gatchel (1996), σύμφωνα με τον οποίο ως χρόνιος πόνος θα πρέπει να θεωρείται ο πόνος που διαρκεί 6 μήνες και πάνω, υπάρχουν τρία στάδια ανάμεσα στον οξύ και το χρόνιο πόνο. Στο πρώτο στάδιο οι άνθρωποι αρχίζουν να αισθάνονται ψυχολογική δυσφορία ως συνέπεια το ότι ο πόνος τους δεν περνά. Στο δεύτερο στάδιο οι άνθρωποι αναπτύσσουν εντονότερα ψυχολογικά συμπτώματα και προβλήματα, όπως είναι το έντονο άγχος, η κατάθλιψη και γενικότερα αγχώδεις διαταραχές. Στο τρίτο στάδιο οι άνθρωποι αποδέχονται την ιδέα ότι είναι ασθενείς με κάποια χρόνια ασθένεια και μπαίνουν στη διαδικασία αποδοχής παθολογικών καταστάσεων και υλοποίησης χρόνιων θεραπειών (Gatchel, 1996).

Ανάλογα με το είδος και την έντασή του, αλλά και το άτομο που το βιώνει, ο πόνος μπορεί να έχει ποικίλες συνέπειες και συμπτώματα. Συνήθως, και όπως ειπώθηκε και νωρίτερα, ο πόνος οδηγεί τον πάσχοντα σε αποχή από συγκεκριμένες δραστηριότητες που επιδεινώνουν τον πόνο, αλλά και σε προστασία των περιοχών και σημείων του σώματος όπου εντοπίζεται ο πόνος (Leo, 2007). Συχνά, ο πόνος που έχει μεγάλη ένταση μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία, ή ακόμη και απώλεια των αισθήσεων (Johannes *et al.*, 2010). Στις περιπτώσεις χρόνιου πόνου, οι ασθενείς μπορεί να πάσχουν από αϋπνία, ενώ μπορεί επίσης να μειώσουν τις φυσικές δραστηριότητές τους, με αποτέλεσμα τελικά να αναπτύξουν παχυσαρκία. Σε άλλες περιπτώσεις, οι άνθρωποι με χρόνια πόνο είναι αγχωμένοι, ενώ μπορεί να αναπτύξουν και συμπτώματα κατάθλιψης και αίσθησης τους αβοήθητου, ειδικά σε περιπτώσεις που ο χρόνιος πόνος οφείλεται σε ανίατες ασθένειες, όπως ο καρκίνος ή σοβαρά αυτοάνοσα νοσήματα (Pruijboom & Van Dam, 2007). Πέρα από τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες, ο πόνος έχει και σημαντικές οικονομικές συνέπειες. Ως προς τις κοινωνικές, οι άνθρωποι με χρόνια ειδικά πόνο εγκαταλείπουν σταδιακά πολλές από τις καθημερινές δραστηριότητές τους, με αποτέλεσμα να μην κοινωνικοποιούνται στο βαθμό που το έκανα στο παρελθόν. Είναι επίσης σε αρκετές περιπτώσεις πιθανόν το να εγκαταλείπουν τη δουλειά τους, ενώ ο πόνος γίνεται το επίκεντρο της ζωής τους. Ταυτόχρονα, χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη, η οποία φθείρει κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά τους φροντιστές τους (συγγενείς, φίλους κτλ.), με αποτέλεσμα να διαταράσσονται και οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με το κοντινό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Waldman, 2006). Πέραν των παραπάνω, η αντιμετώπιση του πόνου –ειδικά του χρόνιου- είναι μια εξαιρετικά δαπανηρή διαδικασία. Είναι άξιο αναφοράς πως στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο δαπανούνται συνολικά περίπου 90 δισεκατομμύρια δολάρια για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Uebel, 2015).

2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

Διάφορες θεωρίες για τον πόνο έχουν αναπτυχθεί για να ερμηνεύσουν τις επώδυνες εμπειρίες. Κατά κανόνα, στα παλαιότερα χρόνια ο πόνος εξηγούνταν μέσω της απλής ιατρικής θεώρησης, σύμφωνα με την οποία ο πόνος αποτελεί το σύμπτωμα κάποιου σωματικού ερεθισμού. Όμως, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, πλέον ο πόνος θεωρείται ως ένα πολύπλοκο και πολύπλευρο φαινόμενο με ποικίλες εκφάνσεις, οι οποίες εμπεριέχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την έννοια του υποκειμενικού (Waldman, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, η πιο παλιά θεωρία του πόνου είναι η «εντατική θεωρία», η οποία έχει τις ρίζες της στις θεωρίες πόνου των Αρχαίων Ελλήνων Πλάτωνα και Αριστοτέλη. Σύμφωνα με τους αρχαίους αυτούς Έλληνες φιλόσοφους, ο πόνος είναι μια αίσθηση που δημιουργείται, όταν ένα ερέθισμα είναι εντονότερο από το συνηθισμένο. Με βάση αυτή τη θεωρία, η ένταση του ερεθίσματος είναι αυτή που καθορίζει τον πόνο και πώς τον βιώνουν οι άνθρωποι (Moayedí & Davis, 2012). Μια επόμενη θεωρία ήταν «η θεωρία της ειδικότητας». Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο πόνος έχει δικό του αισθητήριο σύστημα στον οργανισμό, το οποίο, όταν ενεργοποιείται, στέλνει μήνυμα στο τμήμα εκείνο του νευρικού συστήματος που επηρεάζεται από τον πόνο, ανάλογα με την περιοχή του σώματος στο οποίο εμφανίζεται. Τα μηνύματα αποστέλλονται μέσω του νευρικού συστήματος σε εγκεφαλικά κέντρα, τα οποία και αναπτύσσουν την αίσθηση του πόνου (Kandel *et al.*, 2000). Μια ακόμη πιο πρόσφατη θεωρία είναι η λεγόμενη «τέταρτη θεωρία του πόνου», η οποία αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1940. Με βάση τη θεωρία αυτή, ο πόνος αποτελείται από δύο συστατικά, την αίσθηση του πόνου και την αντίδραση του ανθρώπου προς την αίσθηση αυτή. Η αντίδραση κατά την εν λόγω θεωρία είναι μια πολύπλοκη φυσιολογική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη γνώση, τις προηγούμενες θεωρίες, καθώς και μια πληθώρα ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου (Hodges & Tucker, 2011).

Η πιο γνωστή και πιο πρόσφατη θεωρία για τον πόνο είναι η λεγόμενη «Θεωρία της Πύλης Ελέγχου», η οποία αναπτύχθηκε από τους Melzack και Patrick Wall το 1965. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο έλεγχος του πόνου γίνεται στην πηκτωματώδη ουσία του νωτιαίου μυελού. Αυτή αποτελεί ουσιαστικά μια νευρική πύλη ελέγχου, η οποία ανοίγει και κλείνει, ελέγχοντας έτσι τα

μηνύματα πόνου που περνούν στον εγκέφαλο. Τα μηνύματα-σήματα που περνούν από την πύλη ελέγχου διεγείρουν τα διαβιβαστικά κύτταρα του εγκεφάλου, τα οποία με τη σειρά τους στέλνουν εξερχόμενα σήματα στον εγκέφαλο. Τα σήματα αυτά δημιουργούν την αίσθηση του πόνου. Όσο πιο έντονα είναι τα σήματα, τόσο πιο έντονη είναι η αίσθηση του πόνου. Με άλλα λόγια, όσο πιο έντονο είναι το αρχικό ερέθισμα, τόσο πιο ανοικτή παραμένει η πύλη ελέγχου, με αποτέλεσμα η ένταση των συμπτωμάτων του πόνου να είναι και μεγαλύτερη (Melzack & Katz, 2004). Αυτός είναι και ο πρώτος παράγοντας που ελέγχει την πύλη. Ο δεύτερος παράγοντας είναι ο βαθμός δραστηριότητας των εγκεφαλικών εκείνων κυττάρων που μεταφέρουν ηπιότερα ερεθίσματα, όπως για παράδειγμα το ερέθισμα από ελαφρύ μασάζ. Όσο πιο έντονη είναι η δραστηριότητα των κυττάρων αυτών, τόσο η πύλη παραμένει λιγότερο ανοικτή. Τέλος, τα μηνύματα που προέρχονται από αυτό καθαυτό τον εγκέφαλο είναι επίσης πολύ σημαντικά. Συγκεκριμένα, όταν ο εγκέφαλος εστιάζει την προσοχή του ανθρώπου στον πόνο, ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τον πόνο εντονότερα, και αντίστροφα (Moayedí & Davis, 2012).

2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του πόνου εξαρτάται γενικότερα από το είδος και την αιτία πρόκλησης του, την ένταση του, καθώς και το κλινικό ιστορικό των ασθενών. Η αντιμετώπιση του οξέος πόνου είναι πιο εύκολη, δεδομένων των χαρακτηριστικών του, ότι δηλαδή μπορεί να εντοπιστεί άμεσα η επώδυνη περιοχή και η αιτία του πόνου. Αντίθετα, η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι πιο σύνθετη, ειδικά σε περιπτώσεις όπου ο πόνος οφείλεται σε σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος (Vadivelu & Sinatra, 2005).

Ο πόνος αντιμετωπίζεται κλινικά από επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιούς και νοσηλευτές, οι οποίοι και βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της διπλωματικής αυτής εργασίας. Επίσης, επαγγελματίες μασέρ μπορεί να κληθούν να αντιμετωπίσουν περιστατικά πόνου. Λόγω της πολυπλοκότητας του πόνου, όπως αυτή αναλύθηκε στις προηγούμενες ενότητες, συχνά χρειάζεται η συνεργασία των παραπάνω επαγγελματιών υγείας (Main & Spanswick, 2000). Κατά κανόνα, η κλινική αντιμετώπιση του πόνου γίνεται με φαρμακευτική περίθαλψη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) έχει αναπτύξει και δημοσιοποιήσει μια λίστα με τους πιο συχνούς πόνους που

αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι, καθώς και μια σειρά από ενδεικτικά φάρμακα που θα μπορούσαν πάρουν για την αντιμετώπισή τους. Σύμφωνα, βέβαια με τον ίδιο τον οργανισμό, το τί φάρμακο θα χορηγείται κάθε φορά μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα, ενώ ο τύπος φαρμάκου και γενικά φαρμακευτικής αγωγής που χορηγείται κάθε φορά έγκειται και στην κρίση του εκάστοτε επαγγελματία ή κέντρου υγείας (Consumers Union of U.S., Inc., 2012).

Συχνά ο οξύς πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί και από τον ίδιο τον ασθενή με τη χρήση απλών παυσίπονων, όπως η παρακεταμόλη ή κάποια απλά αντιφλεγμονώδη, χωρίς να είναι απαραίτητη η συμμετοχή ενός επαγγελματία υγείας (Dowell *et al.*, 2016). Η αποτελεσματικότητα των απλών φαρμάκων είναι σχετική και ποικίλει επίσης ανάλογα με το είδος και την ένταση που τον προκαλεί, την αιτία του πόνου, αλλά και τη γενικότερη υγεία των ασθενών και πώς ανταποκρίνεται ο οργανισμός τους. Σύμφωνα με τους Moore *et al.* (2015), η περίθαλψη με απλά φάρμακα είναι αποτελεσματική σε ένα ποσοστιαίο εύρος μεταξύ 20% και 70%. Σε περιπτώσεις πιο έντονου πόνου χορηγούνται οπιοειδή, κυρίως μορφίνη, πιο βαριά αντιφλεγμονώδη, στεροειδή, και αναισθητικά (Geertzen *et al.*, 2006). Για το χρόνιο πόνο, εκτός από τα παραπάνω αναλγητικά, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν και αντικαταθλιπτικά ή αντιεπιληπτικά φάρμακα, με σκοπό να δράσουν απευθείας στους αγωγούς μεταφοράς του πόνου στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Βέβαια, τέτοιου είδους βαριάς μορφής φάρμακα συχνά έχουν και παρενέργειες, τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη τους ή αποδέχονται, όταν χορηγούν τέτοιου είδους φαρμακευτική περίθαλψη (Jackson, 2006).

Όσον αφορά τις φυσικές παρεμβάσεις, όπως ειπώθηκε και παραπάνω αυτές περιλαμβάνουν φυσιοθεραπείες και φυσική άσκηση, όπως επίσης και ηλεκτροθεραπεία. Παράλληλα, συχνά χρησιμοποιείται και η μέθοδος ηλεκτροθεραπείας TENS, η οποία, με βάση τη θεωρία της πύλης ελέγχου που αναλύθηκε νωρίτερα, θεωρείται ως πολύ αποτελεσματική για την αντιμετώπιση προβλημάτων του μυοσκελετικού συστήματος (Kurt & Oncel, 2002).

Πέρα από την κλινική, φαρμακευτική και φυσική-φυσιοθεραπευτική παρέμβαση, η διαχείριση του πόνου, ιδιαίτερα του χρόνιου, περιλαμβάνει και τη ψυχολογική αντιμετώπιση. Η εφαρμογή παρεμβάσεων ψυχολογικής αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνει τη θεραπεία από επαγγελματίες κλινικούς ψυχολόγους, οι οποίοι δεν ασχολούνται με την οργανική διάσταση του πόνου, αλλά πώς αυτός βιώνεται από τους ασθενείς και πώς ελέγχουν το άγχος και την αρνητική

ψυχολογία που συνοδεύει το χρόνιο πόνο (Mahwah, 2004). Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy) (CBT) είναι αυτή που κατά κανόνα ενδείκνυται, ώστε οι ασθενείς (κυρίως με χρόνιο πόνο) να κατανοήσουν το πώς η αντίληψη του πόνου σχετίζεται με τη ψυχολογική τους κατάσταση. Απώτερος στόχος της θεραπείας είναι οι ασθενείς να αλλάξουν τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς, ώστε ο πόνος να μην τους καταβάλλει ψυχολογικά σε μεγάλο βαθμό, αλλά αντίθετα να τον αντιλαμβάνονται πιο θετικά, με σκοπό να βελτιώνεται γενικότερα η ζωή τους, τόσο προσωπικά, όσο και εργασιακά, οικογενειακά και γενικότερα κοινωνικά (Williams *et al.*, 2012). σε κάποιες πιο ειδικές περιπτώσεις χρόνιου πόνου αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του πόνου είναι και η υπνοθεραπεία (Elkins *et al.*, 2007).

Σύμφωνα με τους Eisenberger & Lieberman (2005), η κοινωνική υποστήριξη και η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον είναι επίσης πολύ σημαντικές, ειδικά σε περιπτώσεις όπως ο καρκίνος, όπου οι ασθενείς αισθάνονται κοινωνικά αποκλεισμένοι. Στις περιπτώσεις αυτές, οι ασθενείς που υποστηρίζονται από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον αντιμετωπίζουν πιο θετικά το χρόνιο πόνο τους. Βέβαια, για την αντιμετώπιση του πόνου πολύ σημαντική είναι η συνδρομή των επαγγελματιών υγείας, όπως ιατροί, κλινικοί ψυχολόγοι, φυσικοθεραπευτές και νοσηλευτές. Σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου λόγω σοβαρών παθήσεων, είναι συχνά απαραίτητη η σύμπραξη όλων των παραπάνω μεθόδων και επαγγελματιών (Molton & Terrill, 2014).

2.3. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Στόχος του επαγγέλματος του νοσηλευτή είναι η φροντίδα των ασθενών, ώστε να βελτιωθεί η υγεία και ποιότητα ζωής τους. Ανάλογα με την ειδικότητα, οι νοσηλευτές βοηθούν στην καθημερινή κίνηση και υγιεινή των ασθενών, τη χορήγηση φαρμάκων, καθώς και την ενημέρωση και εκπαίδευση των συγγενών των ασθενών. Το πώς προσεγγίζουν οι νοσηλευτές την περίθαλψη διαφέρει από άλλους επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι σπάνια οι νοσηλευτές μένουν στα καθήκοντα που αφορούν μόνο την ειδικότητά τους (Coulehan & Block, 2005). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εκπονήσουν ένα σχέδιο φροντίδας, το οποίο, βέβαια, τις περισσότερες φορές υλοποιούν σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια των ασθενών, συντονίζοντας τη δράση όλων των παραπάνω (Chin & Kramer, 2008).

Σύμφωνα με την Olshansky (2011), το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι άκρως σημαντικό, καθώς θεωρείται ως ένα από τα επαγγέλματα που οι άνθρωποι μπορούν να εμπιστευτούν σε μεγάλο βαθμό. Αυτό συμβαίνει γιατί τόσο οι ασθενείς, όσο και οι συγγενείς τους, αισθάνονται τους νοσηλευτές ως ανθρώπους στους οποίους μπορούν να στηριχθούν. Στο ίδιο μήκος κύματος, η Donahue (2010) υποστηρίζει πως η αποτελεσματικότητα και συνέπεια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους ασθενείς εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματικότητα και συνέπεια των νοσηλευτών, ενώ, σε αντίθεση με τους ιατρούς, οι ασθενείς περνούν περισσότερο χρόνο με τους νοσηλευτές, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη συνολική εμπειρία νοσηλείας των ασθενών.

Όπως υποστηρίζει ο McGuire (1994), από τη στιγμή που γενικότερα παρατηρούνται προβλήματα στην ορθή διαχείριση του πόνου στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ο ρόλος των νοσηλευτών αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Ο συγγραφέας υπογραμμίζει επίσης πως οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να μαθαίνουν νέους τρόπους να ελέγχουν τον πόνο των ασθενών τους, αλλά και να αποδέχονται την ευθύνη του να διαχειρίζονται τον πόνο των ασθενών που φροντίζουν. Μάλιστα, ο McGuire (1994) υποστηρίζει πως για να είναι οι νοσηλευτές υπερασπιστές των ασθενών τους, θα πρέπει να είναι και «συνήγοροι» στη διαχείριση του πόνου τους.

Ο Stanton (1991) πραγματοποίησε έρευνα, ώστε να διαπιστώσει τη συμβολή των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του πόνου και τη γενικότερη εμπειρία των νοσηλευμένων στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Ο ερευνητής πραγματοποίησε ανασκόπηση των εμπειρικών αποτελεσμάτων προηγούμενων ερευνών και κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συνθήκες στις σύγχρονες μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν βελτιωθεί σημαντικά και σε αυτό μεγάλη είναι η συνεισφορά των νοσηλευτών. Πέρα από τις κλινικές γνώσεις τους, οι έρευνες που ανέλυσε ο Stanton (1991) έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των νοσηλευτών αναφορικά με τη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ώστε να αντιμετωπίζουν τον πόνο με θάρρος και να τελικά να αισθάνονται τον πόνο με μικρότερη ένταση από την πραγματική.

Στο ίδιο μήκος κύματος, ο Lundy (2014) αναφέρει πως ως οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται άμεσα στην προσφορά φροντίδας των κλινηρών ασθενών, οι νοσηλευτές βρίσκονται σε μια μοναδική θέση προώθησης των καλύτερων πρακτικών διαχείρισης του πόνου. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη χορήγηση των συνταγογραφημένων θεραπειών, για την έγκαιρη παροχή φροντίδας στους ασθενείς, καθώς και για το να ειδοποιούν επίσης έγκαιρα τους γιατρούς για τυχόν αλλαγές στην κατάσταση υγείας των ασθενών τους (Strode *et al.*, 2012). Πέραν των παραπάνω, οι νοσηλευτές είναι σημαντικοί στο να βοηθούν τους ασθενείς να λαμβάνουν πληροφορημένες αποφάσεις για το πώς να διαχειρίζονται τον πόνο τους, ειδικότερα στη σύγχρονη εποχή, όπου οι καταναλωτές υγείας έχουν αυξημένα την ανάγκη και απαίτηση να ενημερώνονται και να λαμβάνουν ενεργά μέρος στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία τους. Υπό το παραπάνω πρίσμα, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι άκρως σημαντικός για την αντιμετώπιση και διαχείριση του πόνου (Ferngren, 2009).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι νοσηλευτές είναι πολύ σημαντικοί τόσο για τη διαχείριση, όσο και για την αξιολόγηση του πόνου, καθώς έρχονται σε καθημερινή επαφή και παρακολουθούν στενά τους ασθενείς τους. Μάλιστα, οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι να επεμβαίνουν έγκαιρα οι ίδιοι, όταν αυτό απαιτείται από την κατάσταση υγείας των ασθενών. Προκειμένου, άρα, να συμβεί αυτό, θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογούν κάθε φορά την κατάσταση των ασθενών τους και δη την κατάσταση του πόνου τους (Strode *et al.*, 2012). Λόγω της πολυδιάστατης φύσης του πόνου, όπως αυτή περιγράφηκε στις προηγούμενες ενότητες, οι νοσηλευτές αξιολογούν τον πόνο τόσο κλινικά, όσο και ψυχολογικά και κοινωνικά (Taylor *et al.*, 2011).

Σύμφωνα με τον Buchanan (2002), οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τον πόνο, αλλά είναι επίσης σημαντικός ρόλος τους να αξιολογούν όλους τους ασθενείς τους για τον εντοπισμό πόνου στα πλαίσια των εξετάσεων ρουτίνας. Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να προβλέπουν και να προλαμβάνουν τον πόνο, όπως επίσης και τις παρενέργειές τους. Πέραν της έγγραφης αναφοράς της θεραπείας που προσφέρουν, ρόλος των νοσηλευτών είναι και η έγγραφη αξιολόγηση της θεραπείας. Αναμφίβολα, οι νοσηλευτές είναι σημαντικοί για το συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση μιας περίπτωσης πόνου, ειδικά στην περίπτωση όπου ο πόνος είναι χρόνιος και απαιτείται η σύμπραξη πολλών επαγγελματιών υγείας για μεγάλο

χρονικό διάστημα (Olshansky, 2011). Τέλος, οι νοσηλευτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο να ελέγχουν ότι οι ασθενείς δεν κάνουν κατάχρηση ή λανθασμένη χρήση της προβλεπόμενης φαρμακευτικής αγωγής, όπως επίσης και ότι δεν υπάρχουν εμπόδια στην ομαλή διαχείριση του πόνου των ασθενών (Dunphy & Winland-Brown, 2011).

2.4. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Όπως όλοι οι επαγγελματίες υγείας, έτσι και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες έναντι του πόνου και της αντιμετώπισής του. Οι γνώσεις αυτές πρέπει να αφορούν τόσο τις αιτίες και τα συμπτώματα του πόνου, όσο και την αντιμετώπισή του. Ποικίλες ελληνικές και διεθνείς μελέτες διερευνούν τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου. Η αναζήτηση των σχετικών άρθρων προηγούμενων ερευνών πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά, μέσω των μηχανών αναζήτησης Google, Google Scholar, PubMed και EBSCO Host. Οι λέξεις και φράσεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση προηγούμενων ερευνών ήταν «γνώσεις δεξιότητες νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου», «γνώσεις δεξιότητες νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου», «nurses and pain management», «nurses and pain management in Greece», «nurses skills and knowledge management of pain», «nurses knowledge attitudes pain» και «nurses skills and knowledge management of pain Greece». Η αναζήτηση των ερευνών δεν έγινε με βάση την ημερομηνία δημοσίευσής τους, αλλά προτιμήθηκαν κυρίως άρθρα που δημοσιεύθηκαν από το 2000 και μετά, ώστε τα ερευνητικά ευρήματα να είναι κατά το δυνατόν πιο πρόσφατα, αντικατοπτρίζοντας έτσι μια πιο σύγχρονη εικόνα της κατάστασης των νοσηλευτών αναφορικά με τις γνώσεις και δεξιότητές τους για τη διαχείριση του πόνου. Με βάση τα παραπάνω, για τη βιβλιογραφική επισκόπηση αναφορικά με τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου επιλέχθηκαν 26 προηγούμενες έρευνες, από τις οποίες 23 ήταν πρωτογενείς και 3 ήταν βιβλιογραφικές επισκοπήσεις προηγούμενων ερευνών. 16 έρευνες αφορούσαν τους νοσηλευτές στο διεθνές στερέωμα, ενώ 9 αφορούσαν αποκλειστικά την περίπτωση των Ελλήνων νοσηλευτών. Λαμβάνοντας υπόψη πρώτα τις διεθνείς μελέτες, οι στόχοι, η μεθοδολογία, τα

αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των πρωτογενών ερευνών που αναλύθηκαν παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Διεθνείς μελέτες διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου

Συγγραφείς	Σκοπός	Μέθοδος	Δείγμα	Αποτελέσματα/Συμπεράσματα
Aziato & Adejumo (2014)	Να διαπιστώσουν τους λόγους για τους οποίους οι νοσηλευτές στη Γκάνα εμφανίζουν κενά ως προς την αντιμετώπιση του πόνου	Ποιοτική μεθοδολογία με συνεντεύξεις	14 νοσηλευτές από δημόσια νοσοκομεία στη Γκάνα	Κενά γνώσεων λόγω ανεπαρκούς ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, αλλά και ανεπαρκούς εκπαίδευσης στο νοσοκομείο.
Watt-Watson et al. (2001)	Σύγκριση της αντίληψης των νοσηλευτών για την ικανότητα τους στο να διαχειρίζονται τον πόνο με την αξιολόγησή τους από τους ασθενείς τους	Συνεντεύξεις από νοσηλευτές για τη διαπίστωση του βαθμού γνώσης τους για τη διαχείριση του πόνου. Συνεντεύξεις από τους αντίστοιχους ασθενείς τους για την αξιολόγηση της φροντίδας που έλαβαν από τους νοσηλευτές Ανάλυση στατιστικών από βάση δεδομένων των νοσοκομείων αναφορικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη που πρόσφεραν οι νοσηλευτές στους ασθενείς τους	94 νοσηλευτές από 4 καρδιαγγειακές μονάδες σε 3 δημόσια νοσοκομεία της Αμερικής, 225 ασθενείς τους	Οι νοσηλευτών θεώρησαν πως οι γνώσεις τους είναι υψηλότερες από αυτές που οι ασθενείς θεώρησαν πως πραγματικά είχαν οι νοσηλευτές τους Παρουσιάστηκαν ελλείψεις στις γνώσεις των νοσηλευτών αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθούν οι ασθενείς σε περιπτώσεις πόνου Οι ασθενείς δήλωσαν συμπτώματα μέτριου έως πολύ δυνατού πόνου, αλλά μόνο για το 47% των ασθενών οι νοσηλευτές φρόντισαν να λάβουν σωστά φαρμακευτική θεραπεία, γεγονός που δηλώνει την έλλειψη συνεπούς παρακολούθησης των ασθενών και της κατάστασής τους. Οι νοσηλευτές δεν έχουν ικανοποιητικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του πόνου και αυτό είναι κάτι που αντιλαμβάνονται και οι ασθενείς τους.
Erkes et al. (2001)	Διερεύνηση γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” πριν και μετά την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος	Τυχαίο δείγμα από 30 νοσηλευτές 23- 62 ετών, οι οποίοι εργάζονταν σε μεγάλο κεντρικό νοσοκομείο των νοτιοανατολικών Η.Π.Α	Οι γνώσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του πόνου δεν ήταν επαρκείς, βελτιώθηκαν σημαντικά μετά την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος. Σκορ σωστών απαντήσεων μεγαλύτερο για τους νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και εμπειρίας
Yava et al.	Να διερευνήσουν τις	“Knowledge and	Τυχαίο δείγμα από 246	Μόνο το 40% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά

(2013)	γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών στην Τουρκία αναφορικά με την αντιμετώπιση του οξύ και χρόνιου πόνου	Attitudes Survey Regarding Pain”	νοσηλευτές σε ένα εκπαιδευτικό και ερευνητικό νοσοκομείο της Σμύρνης, οι οποίοι είχαν εργαστεί στο παθολογικό ή χειρουργικό τμήμα, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή στη ΜΕΘ του νοσοκομείου για τουλάχιστον 6 μήνες συνεχόμενα	στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Οι νοσηλευτές με μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική, όσοι εργάζονταν στο χειρουργικό τμήμα, καθώς και όσοι είχαν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή είχαν διαβάσει κάποιο σχετικό βιβλίο κατά τον προηγούμενο χρόνο σημείωσαν τα υψηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο Η εκπαίδευση και το τμήμα στο οποίο εργάζονται αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου.
Breau <i>et al.</i> (2006)	Να διερευνήσουν τις γνώσεις των νοσηλευτών αναφορικά με τον πόνο των νεογνών στις ΜΕΘ	Δημοσκόπηση με ερωτηματολόγιο “Pain Opinion Questionnaire”	Τυχαίο δείγμα 99 επαγγελματιών υγείας (51 νοσηλευτές, 19 γιατροί, 18 θεραπευτές του αναπνευστικού, και 11 άλλοι)	Σωστές απαντήσεις από το σύνολο των συμμετεχόντων Φύλο, ηλικία, ειδικότητα και επαγγελματική εμπειρία δεν καθόρισαν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.
Wilson (2007)	Να διερευνηθούν οι παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τον πόνο	Δημοσκόπηση, ερωτηματολόγιο με 20 ερωτήσεις τύπου «Σωστό-Λάθος» που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια	72 νοσηλευτές (35 νοσηλευτές συγκεκριμένης ειδικότητας και 32 νοσηλευτές γενικών καθηκόντων)	Οι νοσηλευτές κατέχουν επαρκείς γνώσεις για την αντιμετώπιση του πόνου Νοσηλευτές συγκεκριμένης ειδικότητας (εξειδίκευση στην ογκολογία) με υψηλότερο βαθμό γνώσεων Η βαθμολογία δεν συσχετιζόταν με την εμπειρία και προϋπηρεσία των νοσηλευτών Παρά τη σημασία της εκπαίδευσης, πιο καθοριστικός παράγοντας είναι το εξειδικευμένο κλινικό περιβάλλον (τμήμα όπου εργάζονται νοσηλευτές με συγκεκριμένη εξειδίκευση και όχι νοσηλευτές γενικών καθηκόντων) μέσα στο οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές
Kizza <i>et al.</i> (2016)	Να διερευνήσουν το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών στο να διαχειρίζονται περιστατικά οξύ πόνου	Δημοσκόπηση με ερωτηματολόγιο των Rose <i>et al.</i> (2011) για την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου	170 νοσηλευτές που εργάζονταν στο Εθνικό Νοσοκομείο της Ουγκάντα	Πλειοψηφία των συμμετεχόντων πολύ υψηλό επίπεδο γνώσεων για τη διαχείριση οξύ πόνου. Λίγοι συμμετέχοντες με επαρκείς γνώσεις για την προληπτική χορήγηση αναλγητικών Οι νοσηλευτές έχουν επαρκείς γνώσεις αναφορικά με τη διαχείριση και αντιμετώπιση του οξύ πόνου, αλλά χρειάζονται επιπλέον επαγγελματική εκπαίδευση, η οποία να στοχεύει κυρίως στην ορθή χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου, στην τήρηση των πρωτοκόλλων θεραπείας που εκπονούνται από κάθε

				κέντρο υγείας, αλλά και στην ορθότερη επικοινωνία με τους ασθενείς και την αποδοχή της προσωπικής τους αξιολόγησης του πόνου που νιώθουν.
Francis & Fitzpatrick (2013)	Να διερευνήσουν το κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις, ώστε να διαχειριστούν αποτελεσματικά περιπτώσεις μετεγχειρητικού πόνου	Δημοσκόπηση με “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” και “Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)”	Δείγμα ευκολίας 31 νοσηλευτών και 14 ασθενών σε ερευνητικό νοσοκομείο της Ανατολικής Αμερικής	Πλειοψηφία των συμμετεχόντων με επαρκείς γνώσεις για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου Γενικά ικανοποιητικές γνώσεις ως προς τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου, αλλά περαιτέρω εκπαίδευση απαραίτητη, ώστε οι νοσηλευτές να βελτιώνονται διαρκώς και να αναπτύσσουν γνώσεις γύρω από τη διαχείριση ακόμη πιο πολύπλοκων περιπτώσεων πόνου
Liu <i>et al.</i> (2008)	Διερεύνηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών σε νοσοκομειακές μονάδες του Hong Kong για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου	Δημοσκόπηση με “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” (κινεζική έκδοση)	143 νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσηλευτικές μονάδες ενός δημοσίου νοσοκομείου στο Hong Kong	Μέσο σκορ σωστών απαντήσεων 47,7% Ελλιπείς γνώσεις νοσηλευτών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου Νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία σημείωσαν τις περισσότερες σωστές απαντήσεις
Issa <i>et al.</i> (2017)	Διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τον πόνο γενικά και τη διαχείρισή του	Δημοσκόπηση με “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	204 νοσηλευτές από το King Saud Medical City (KSMC), ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία στο Ριάντ (Σαουδική Αραβία)	Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές απάντησαν λανθασμένα σε παραπάνω από το 65% των ερωτήσεων Υπάρχουν κενά τόσο στις γνώσεις, όσο και στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τον πόνο
Wang & Tsai (2010)	Διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών των ΜΕΘ για τον πόνο γενικά και τη διαχείρισή του	Δημοσκόπηση με “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” (ταϊβανέζικη έκδοση)	370 νοσηλευτές ΜΕΘ από 16 δημόσια νοσοκομεία στην Ταϊβάν	Μέσο σκορ σωστών απαντήσεων 53,4% Ελλιπείς γνώσεις νοσηλευτών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου Νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σημείωσαν υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο Διαφορά στα αποτελέσματα και μεταξύ των συμμετεχόντων από διαφορετικές ΜΕΘ, με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητο να εξετάζεται και ο χώρος εργασίας και οι παροχές του κάθε φορά

Jarrett <i>et al.</i> (2013)	Διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου κληνηρών ασθενών	Δημοσκόπηση με το ερωτηματολόγιο “ Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain ” πριν και μετά από 6μηνο εκπαιδευτικό πρόγραμμα	206 τυχαία επιλεγμένοι νοσηλευτές	Υψηλότερο σκορ απαντήσεων μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (από 47% πριν το πρόγραμμα σε 63% μετά) Ελλιπείς γνώσεις νοσηλευτών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου Η εκπαίδευση καθοριστικός παράγοντας για τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου
Albaqawi <i>et al.</i> (2016)	Διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου κληνηρών ασθενών	Δημοσκόπηση με το ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	303 νοσηλευτές από 5 νοσοκομεία στη Βόρεια Σαουδική Αραβία	Μέσο σκορ σωστών απαντήσεων 47,7% Ελλιπείς γνώσεις νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου γενικά, τόσο για τις φαρμακευτικές και τις μη φαρμακευτικές επεμβάσεις Ελλιπείς γνώσεις και αναφορικά με την αξιολόγηση του πόνου Προτείνεται εκτενής εκπαίδευση και ετήσια αξιολόγηση των ικανοτήτων των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου

Οι έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας διεξήχθησαν σε ποικίλα δείγματα, τόσο από άποψη αριθμού συμμετεχόντων, όσο και από άποψη των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους. Είναι χαρακτηριστικό πως τα δείγματα των ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας προήλθαν από διάφορες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., η Γκάνα, η Ουγκάντα, η Τουρκία, η Ταϊβάν, η Κίνα και η Σαουδική Αραβία, ενώ ο αριθμός συμμετεχόντων κυμάνθηκε από 14 έως και 370 νοσηλευτές (έρευνες των Aziato & Adejumo (2014) και Wang & Tsai (2010) αντίστοιχα). Η έρευνα, μόνο των Breau *et al.* (2006) διεξήχθη σε νοσηλευτές που ασχολούνται με νεογνά.

Επίσης, οι έρευνες έχουν διερευνήσει τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση διαφόρων ειδών πόνου, το χρόνιο πόνο, τον οξύ και το μετεγχειρητικό πόνο, ενώ οι Aziato & Adejumo (2014), Watt-Watson *et al.* (2001), Wilson (2007), Issa *et al.* (2017), Wang & Tsai (2010), Jarrett *et al.* (2013) και Albaqawi *et al.* (2016) αναφέρονται στον πόνο γενικά, χωρίς να αποσαφηνίζουν το είδος του πόνου που εξέταζαν οι νοσηλευτές των δειγμάτων τους στους ασθενείς τους. Επίσης, εντοπίζεται και διαχωρισμός όσον αφορά τις γνώσεις των νοσηλευτών για τη φαρμακευτική και ψυχολογική αντιμετώπιση του πόνου, γεγονός που αναγάγει τη διαχείριση του πόνου ως μια πολύπλευρη έννοια με διαφορετικές προεκτάσεις, τόσο κλινικές, όσο και ψυχολογικές. Βέβαια, σε όλες τις έρευνες η αξιολόγηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου ήταν ίδια τόσο για τις φαρμακευτικές, όσο και για τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Σε καμία προηγούμενη μελέτη οι συμμετέχοντες νοσηλευτές δεν φάνηκαν να γνωρίζουν καλά φαρμακευτικές παρεμβάσεις, αλλά όχι καλά τις μη φαρμακευτικές, ή το αντίστροφο.

Στις έρευνες που αναλύθηκαν ποικίλα ήταν και τα ερευνητικά εργαλεία. Η χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων οδηγεί και στη διάσταση ερευνητικών ευρημάτων. Στο μεγαλύτερο αριθμό ερευνών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” των McCaffery & Ferrell (1997). Όντως, το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε σε 9 από τις 14 προηγούμενες μελέτες του δείγματος, είτε στην αυτούσια αγγλική του έκδοση είτε μεταφρασμένο σε τοπική γλώσσα, ανάλογα με τις ανάγκες των εκάστοτε ερευνητών και το δείγμα στο οποίο απευθύνονταν. Κάτι τέτοιο αναδεικνύει πως πρόκειται για ένα έγκυρο ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρηση και αξιολόγηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση και αξιολόγηση του πόνου των ασθενών τους.

Τα ερευνητικά δεδομένα δίστανται ως προς το κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά και επαρκώς τις περιπτώσεις πόνου των ασθενών τους. Συγκεκριμένα, οι Breau *et al.* (2006), Wilson (2007), Kizza *et al.* (2016) και Francis & Fitzpatrick (2013) βρήκαν πως σε γενικές γραμμές οι νοσηλευτές ανά τον κόσμο έχουν επαρκείς και διαχρονικά βελτιωμένες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του πόνου γενικά.

Πέρα από τις πρωτογενείς έρευνες των οποίων τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές έχουν επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του πόνου, υπάρχουν και δευτερογενείς έρευνες που έχουν καταλήξει στο παραπάνω συμπέρασμα. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των McCaffery & Ferrell (1997), οι οποίοι ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο για τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου. Οι εν λόγω ερευνητές διεξήγαγαν έρευνα αναφορικά με το πως έχουν εξελιχθεί οι γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών στο να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τον πόνο. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν ανασκόπηση προηγούμενων ερευνών και συγκεκριμένα δημοσκοπήσεων που πραγματοποιήθηκαν από το 1988 έως το 1995. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, οι νοσηλευτές κατά το διάστημα εκείνο βελτίωσαν σημαντικά τις γνώσεις τους ως προς το πώς να αντιμετωπίζουν τον πόνο, γεγονός που οι ερευνητές αποδίδουν στις εξελίξεις στην εκπαίδευση των νοσηλευτών παγκοσμίως, σε συνδυασμό με την ευρύτερη αναγνώριση της σπουδαιότητας του επαγγέλματος των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές διαπίστωσαν πως οι νοσηλευτές έγιναν πιο αποτελεσματικοί στη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για τη μείωση του πόνου. Βέβαια, είναι επίσης σημαντικό πως οι ερευνητές διαπίστωσαν πως η ανεπάρκεια στις γνώσεις των νοσηλευτών εξακολουθούσε να υπάρχει, διαπιστώνοντας παράλληλα και την ανάγκη περαιτέρω βελτίωσης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που απευθύνονται στους νοσηλευτές.

Με βάση την τελευταία αυτή διατύπωση, τα αποτελέσματα των ερευνών των Aziato & Adejumo (2014), Watt-Watson *et al.* (2001), Erkes *et al.* (2001) και Yava *et al.* (2013), όπως και αυτά των Al-Khawaldeh *et al.* (2013), Liu *et al.* (2008), Issa *et al.* (2017), Wang & Tsai (2010), Jarrett *et al.* (2013) και Albaqawi *et al.* (2016), ανέδειξαν πως οι γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών

δεν είναι επαρκείς για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών πόνου των ασθενών τους. Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί πως στο σύνολό τους οι έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας που αναλύθηκαν στάθηκαν στην ανάγκη περαιτέρω βελτίωσης των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου, κυρίως λόγω του πολύ σημαντικού σύγχρονου ρόλου των νοσηλευτών στον κλάδο της υγείας, ακόμη και αν αποδείχθηκε πως οι νοσηλευτές κάποιων από τα δείγματα των προηγούμενων ερευνών είχαν ήδη υψηλές γνώσεις για τη διαχείριση του πόνου.

Αντίθετα υπάρχουν και δευτερογενείς έρευνες που υποστηρίζουν το ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του πόνου, με χαρακτηριστική την έρευνα των Τζεναλή και συν. (2014). Η εν λόγω έρευνα είχε τη μορφή βιβλιογραφική ανασκόπησης αναφορικά με τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αναφορικά με τη διαχείριση πόνου, καθώς και τα εμπόδια που υφίστανται στις ΜΕΘ, με αποτέλεσμα τελικά ο πόνος να μην αντιμετωπίζεται σωστά. Σύμφωνα με την ανάλυση των ερευνητών, πέρα από εμπόδια αναφορικά με την ελλιπή τεχνολογία και τις εγκαταστάσεις των ΜΕΘ, βρέθηκε πως οι νοσηλευτές των ΜΕΘ δεν έχουν αρκετό χρόνο για να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τον πόνο τόσων πολλών ασθενών, αλλά δεν έχουν επίσης και τις κατάλληλες γνώσεις και εμπειρίες, καθώς και την κατάλληλη προϋπηρεσία και εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτήν την καθιστούν ως άλλη μία έρευνα που καταλήγει στο ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να αντιμετωπίσουν τον πόνο, ενώ αναδεικνύει ως παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα αυτήν την εκπαίδευση, την προϋπηρεσία και την εμπειρία των νοσηλευτών.

Τα προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα που συνοψίζονται στον Πίνακα 1 αναδεικνύουν και τους παράγοντες που επηρεάζουν-καθορίζουν το βαθμό γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου. Όπως προκύπτει από την ανάλυση, η εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα, αφού αναδεικνύεται ως τέτοιος σημαντικός παράγοντας στις 10 από τις 13 προηγούμενες έρευνες που αναλύθηκαν, αλλά και στη δευτερογενή έρευνα των Τζεναλή και συν. (2014). Πέραν της εκπαίδευσης, η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία των νοσηλευτών φάνηκε πως επίσης είναι σημαντικοί παράγοντας που καθορίζουν το βαθμό γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου

(Erkes et al., 2001; Liu et al., 2008; Wang & Tsai, 2010), ενώ σε 3 επίσης έρευνες (Yava et al., 2013, Wilson, 2007; Wang & Tsai, 2010) αναδείχθηκε πως το τμήμα και η εξειδίκευση των νοσηλευτών παίζει επίσης σημαντικό ρόλο, με τους νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ογκολογία και τη χειρουργική να έχουν περισσότερες γνώσεις για τη διαχείριση τόσο του χρόνιου, όσο και του οξύ πόνου. Εξαίρεση στα παραπάνω αποτελούν τα ερευνητικά ευρήματα των Breau *et al.* (2006), σύμφωνα με τα οποία η ηλικία, το φύλο και η εργασιακή εμπειρία δεν αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι ικανοί να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν τον πόνο των ασθενών τους. Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, οι έρευνες που αναλύθηκαν αναφέρονταν σε διαφορετικά είδη πόνου και διαφορετικού τύπου ασθενείς, χωρίς οι δύο παραπάνω παράγοντες να προκύπτει πως επηρεάζουν το βαθμό γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου.

Αναφορικά με το κατά πόσο οι νοσηλευτές στην Ελλάδα ειδικότερα έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τον πόνο, αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα αυτή, έχουν επίσης διεξαχθεί στο παρελθόν μια σειρά από έρευνες, οι οποίες συνοψίζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Μελέτες διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων των Ελλήνων νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου

Συγγραφείς	Σκοπός	Μέθοδος	Δείγμα	Αποτελέσματα/Συμπεράσματα
Κωνσταντής και συν. (2010)	Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για τη αποτελεσματική διαχείριση του χρόνιου πόνου και των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα αυτή	Ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	Τυχαίο δείγμα 422 Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών	Ανεπαρκείς γνώσεις των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας ως προς τη διαχείριση του πόνου, κυρίως ως προς τις παρενέργειες των διαφόρων αναλγητικών φαρμάκων Αρνητική στάση ως προς τη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου.
Kiekkas <i>et al.</i> (2015)	Να διερευνήσουν τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών στην Ελλάδα για το μετεγχειρητικό πόνο	Ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”, προσαρμοσμένο για την περίπτωση του μετεγχειρητικού πόνου	Δείγμα ευκολίας από 182 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονταν σε πέντε γενικά νοσοκομεία στην Ελλάδα	40% των συμμετεχόντων με επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου Μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων σε ερωτήσεις αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή Νοσηλευτές με προσωπική εμπειρία στον πόνο καλύτερα αποτελέσματα Νοσηλευτές καλύτεροι από βοηθούς νοσηλευτές. Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα, καθώς και το νοσηλευτικό τμήμα εργασίας επηρέασαν τα αποτελέσματα
Patiraki-Kourbani <i>et al.</i> (2004)	Διερεύνηση της επίδρασης της προσωπικής εμπειρίας των νοσηλευτών στην επαγγελματική αντίληψη για τον πόνο και την αντιμετώπισή του	Δημοσκόπηση με ερωτηματολόγιο με ανοικτές ερωτήσεις, ελληνική έκδοση “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	46 Έλληνες νοσηλευτές	Νοσηλευτές που είχαν βιώσει προσωπικές εμπειρίες σχετικά με τον πόνο είχαν θετικές επαγγελματικές αντιλήψεις αναφορικά με την αντιμετώπισή του. Οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν τις προσωπικές εμπειρίες τους, ώστε να αντιμετωπίζουν πιο θετικά και αποτελεσματικά τον πόνο.
Μάτζιου και συν (2008)	Διερεύνηση των πρακτικών που ακολουθούν οι Έλληνες νοσηλευτές για τη διαχείριση του παιδιατρικού πόνου	Προσωπικές συνεντεύξεις με ερωτηματολόγιο ειδικά δομημένο από τους ερευνητές	125 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από παιδιατρικά, χειρουργικά τμήματα και τμήματα επειγόντων περιστατικών 5 ελληνικών νοσοκομείων	Μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης συστήματος αξιολόγησης του παιδιατρικού πόνου από νοσηλευτές των χειρουργικών τμημάτων (59,1%), έναντι των νοσηλευτών στα παιδιατρικά τμήματα και τα επείγοντα (4,3% και 13,8% αντίστοιχα) Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στη διαχείριση του πόνου ήταν πιο θετική σε νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εμπειρίας στο επάγγελμα Γενικά ανεπαρκής διαχείριση του παιδιατρικού πόνου από τους Έλληνες νοσηλευτές

Αρτοπούλου και συν (2015)	Διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια (ελληνική έκδοση “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”)	Τυχαίο δείγμα από 174 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές από 3 μεγάλα νοσοκομεία στην Ελλάδα	Το ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων ήταν κοντά στο 50% Νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και προϋπηρεσίας είχαν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων Γενικά ελλιπείς γνώσεις των συμμετεχόντων, κυρίως σε ό,τι αφορά τη χρήση και χρησιμότητα των οπιοειδών, αλλά και αναφορικά με τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο
Pediaditaki <i>et al.</i> (2010)	Διερεύνηση του κατά πόσο η προσωπική εμπειρία των νοσηλευτών από τον πόνο επηρεάζει το πώς διαχειρίζονται τον πόνο των ασθενών τους.	Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	15 νοσηλευτές σε γενικό νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας, οι οποίοι είχαν και οι ίδιοι νοσηλευτεί με πόνο στο νοσοκομείο	Οι συμμετέχοντες έκαναν αυτοκριτική, αναγνωρίζοντας τις ελλιπείς γνώσεις τους στη διαχείριση του πόνου Μετά την προσωπική εμπειρία πόνου περισσότερο ευαίσθητοι σε θέματα πόνου και διαχείρισής τους Οι συμμετέχοντες πρότειναν την εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο νοσοκομείο με έμφαση στη βελτίωση της επικοινωνίας τους με τους ασθενείς
Mystakidou <i>et al.</i> (1998)	Διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τον καρκινικό πόνο	Δημοσκόπηση με ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	1.200 Έλληνες νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ογκολογία, τη χειρουργική, την αναισθησιολογία, και νοσηλευτές γενικών καθηκόντων	Πολύ χαμηλό ποσοστό σωστών απαντήσεων (χαμηλότερο του 50%) Σοβαρές ελλείψεις στις γνώσεις των Ελλήνων νοσηλευτών για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου
Papathanassoglou <i>et al.</i> (2006)	Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης στη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και διαχείριση του χρόνιου πόνου	Παρακολούθηση εκπαιδευτικών βίντεο και σεμιναρίων και στη συνέχεια συμπλήρωση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”	Τυχαίο δείγμα από 112 Έλληνες νοσηλευτές	Μέσος όρος σωστών απαντήσεων 45,1% πριν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και 60,76% μετά το πρόγραμμα Η εκπαίδευση καθοριστικός παράγοντας για τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου
Tafas <i>et al.</i> (2002)	Εξέταση της εγκυρότητας	Παρακολούθηση	Τυχαίο δείγμα από 46	Οι νοσηλευτές βελτίωσαν σημαντικά το σκορ τους

	<p>του ερωτηματολογίου “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”</p>	<p>εκπαιδευτικών βίντεο και σεμιναρίων και στη συνέχεια συμπλήρωση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”</p>	<p>Έλληνες νοσηλευτές</p>	<p>μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε σχέση με πριν</p> <p>Οι πιο έμπειροι νοσηλευτές σκόραραν 51,5% πριν το πρόγραμμα και 74,6% μετά, ενώ οι λιγότερο έμπειροι σκόραραν 43,3% πριν το πρόγραμμα και 47,2% μετά.</p> <p>Το ερωτηματολόγιο έγκυρο για τη μέτρηση των γνώσεων για τη διαχείριση του πόνου</p> <p>Η εκπαίδευση καθοριστικός παράγοντας για τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου</p>
--	--	--	---------------------------	--

Όλες οι έρευνες είναι αρκετά πρόσφατες, με την παλαιότερη να χρονολογείται το 1998 και την πιο πρόσφατη το 2015. Το πιο σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση των ερευνών αυτών είναι πως οι Έλληνες νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του πόνου. Κάτι τέτοιο φαίνεται πως πρέπει να ισχύει γενικότερα, ανεξάρτητα από το δείγμα της εκάστοτε έρευνας, το είδος της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ή το είδος του πόνου που εξετάστηκε κάθε φορά.

Αναφορικά με τα ερευνητικά εργαλεία, στις επτά από τις εννιά έρευνες για Έλληνες νοσηλευτές που αναλύθηκαν χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο των Ferrell και McCaffery για τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου (“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”), ενώ στις έρευνες των Patiraki-Kourbani *et al.* (2004) και Μάτζιου και συν (2008) χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε από τους ίδιους τους ερευνητές. Όπως και με τις διεθνείς έρευνες, έτσι και σε αυτές που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους Έλληνες νοσηλευτές προκύπτει πως το ερωτηματολόγιο “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” είναι ένα πολύ έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση των γνώσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών για τον πόνο, ανεξάρτητα από το είδος του πόνου που εξετάστηκε κάθε φορά (π.χ. χρόνιος, οξύς, καρκινικός, παιδιατρικός κτλ.). Για το λόγο αυτό και χρησιμοποιείται ευρέως από ερευνητές διαφόρων εθνικοτήτων.

Σαφώς, όπως ανέδειξε η βιβλιογραφική επισκόπηση που πραγματοποιήθηκε στην ενότητα αυτή, υπάρχουν και άλλα ερευνητικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου. Όπως αναφέρθηκε καινωρίτερα, προηγούμενοι ερευνητές έχουν σχεδιάσει και δικά τους ερευνητικά εργαλεία (Aziato & Adejumo, 2014; Watt-Watson *et al.*, 2001; Wilson, 2007; Μάτζιου και συν, 2008; Pediditaki *et al.*, 2010). Πέρα από αυτά, άλλο διεθνές ερευνητικό εργαλείο είναι και το “Pain Opinion Questionnaire”, το οποίο χρησιμοποιήθηκε από τους Breau *et al.* (2006). Οι ερευνητές βρήκαν πως το εν λόγω ερευνητικό εργαλείο έχει υψηλό ποσοστό εσωτερικής συνοχής και τα αποτελέσματα που εξάγει είναι αξιόπιστα (Cronbach’s $\alpha = 0,875$). Βέβαια, το εν λόγω ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση αξιολόγησης του πόνου των νεογνών, κάτι που συνέβη άλλωστε και στην έρευνα των Breau *et al.* (2006).

Σε όλες, λοιπόν, τις περιπτώσεις, προέκυψε πως οι Έλληνες νοσηλευτές δεν έχουν σε μεγάλο ποσοστό τις απαιτούμενες γνώσεις να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά όλα τα περιστατικά πόνου των ασθενών τους. Συνεπώς, ήταν αναμενόμενο πως οι ελληνικές έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα θα κατέληγαν στο ότι οι Έλληνες νοσηλευτές χρειάζονται εκπαίδευση σε μεγαλύτερο βαθμό, ώστε να είναι σε θέση να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους πιο αποτελεσματικά.

Πέρα από την εκπαίδευση, όλες οι παραπάνω έρευνες αναδεικνύουν και τους παράγοντες εκείνους που καθορίζουν το βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές έχουν την απαιτούμενη γνώση και τις δεξιότητες να αντιμετωπίσουν επαρκώς τον πόνο των ασθενών τους. Πιο συγκεκριμένα, η προσωπική εμπειρία στον πόνο, η εμπειρία στο επάγγελμα του νοσηλευτή, καθώς και το τμήμα στο οποίο εργάζονταν οι νοσηλευτές φάνηκαν να επηρεάζουν τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων αναφορικά με τις γνώσεις τους για τον πόνο, τη γενικότερη αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και την ειδικότερη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να δίδεται κάθε φορά. Ειδικότερα για το τμήμα εργασίας των νοσηλευτών φαίνεται πως οι νοσηλευτές με εξειδίκευση στη χειρουργική έχουν περισσότερες γνώσεις για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου, κάτι που επιβεβαιώνεται τόσο από διεθνείς έρευνες (Yava *et al.*, 2013), όσο και από αυτές που εστιάζουν στην περίπτωση των Ελλήνων μόνο νοσηλευτών (Μάτζιου και συν, 2008; Mystakidou *et al.*, 1998).

Όπως συνέβη και με τις διεθνείς μελέτες, έτσι και σε αυτές που αναφέρονται στους Έλληνες νοσηλευτές δεν διαφαίνεται πως το είδος του πόνου ή ο τύπος ασθενών που εξετάζαν οι νοσηλευτές των δειγμάτων επηρέασαν τα ερευνητικά ευρήματα. Συγκεκριμένα, οι Μάτζιου και συν (2008) ασχολήθηκαν με τον παιδιατρικό πόνο, οι Mystakidou *et al.* (1998) και Αρτοπούλου και συν (2015) με τον καρκινικό πόνο, οι Κωνσταντής και συν. (2010) και οι Parathanassoglou *et al.* (2006) με τον χρόνιο πόνο, οι Kiekkas *et al.* (2015) με το μετεγχειρητικό, ενώ οι Patiraki-Kourbani *et al.* (2004), Padiaditaki *et al.* (2010) και Tafas *et al.* (2002) με τον πόνο γενικότερα. Τα ερευνητικά ευρήματα των παραπάνω μελετών αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου δεν φάνηκε να επηρεάζονται από το αν οι ασθενείς των νοσηλευτών ήταν παιδιά ή ενήλικες, ή αν έπασχαν από κάποιο συγκεκριμένο είδος πόνου.

Λαμβάνοντας συνδυαστικά υπόψη τόσο τις διεθνείς μελέτες, όσο και αυτές που αναφέρονται αποκλειστικά σε Έλληνες νοσηλευτές, βασικότερος παράγοντας όλων αναδεικνύεται η εκπαίδευση στο κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα περιστατικά πόνου που προκύπτουν στις μονάδες τους. Την ίδια στιγμή, παράγοντες όπως η ηλικία, άρα και η επαγγελματική εμπειρία, η εξειδίκευση σε κάποιο συγκεκριμένο υποκλάδο της νοσηλευτικής βρέθηκαν σε κάποιες έρευνες (π.χ. Erkes *et al.*, 2001) να σχετίζονται με τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου. Όμως, υπήρξαν και έρευνες, όπως για παράδειγμα αυτές των Breau *et al.* (2006) και Wilson (2007), σύμφωνα με τις οποίες οι παραπάνω παράγοντες δεν επηρεάζουν τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, ενισχύοντας έτσι τη διάσταση ευρημάτων και απόψεων γύρω από το κεντρικό θέμα της διπλωματικής αυτής εργασίας στις διεθνείς έρευνες που αποτέλεσαν επίσης μέρος του θεωρητικού υποβάθρου της διπλωματικής εργασίας. Το φύλο των νοσηλευτών εξετάστηκε ως παράγοντας καθορισμού των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου μόνο από τους Breau *et al.* (2006) χωρίς να προκύψει πως αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα. Παράλληλα, ο Wilson (2007) εξήρε τη σπουδαιότητα του επαγγελματικού-κλινικού περιβάλλοντος στο οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές, ενώ οι Watt-Watson *et al.* (2001) χρησιμοποίησαν ασθενείς ως τους ανθρώπους που θα αξιολογήσουν τις γνώσεις των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου. Στα πλαίσια αυτά, φαίνεται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι και αυτή σημαντική παράμετρος της ικανοποίησης των ασθενών.

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί πως παρά τη διάσταση των ευρημάτων και συμπερασμάτων των διεθνών ερευνών για το αν τελικά οι νοσηλευτές έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά και επαρκώς τον πόνο ή όχι, η τάση στις διεθνείς έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στο κεφάλαιο αυτό της βιβλιογραφικής επισκόπησης είναι μάλλον υπέρ του ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες για την αποτελεσματική και σφαιρική διαχείριση του πόνου. Κάτι τέτοιο διαφαίνεται από τα ερευνητικά ευρήματα των Erkes *et al.* (2001), σύμφωνα με τους οποίους παρά το ότι οι γνώσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση του πόνου βελτιώθηκαν σημαντικά μετά την

παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος, στα νοσοκομεία εξακολουθεί να παρατηρείται ελλιπής γνώση για την αντιμετώπιση του πόνου.

Τέλος, σε γενικές γραμμές, τα ερευνητικά ευρήματα τόσο για τους Έλληνες νοσηλευτές, όσο και για τους νοσηλευτές άλλων χωρών, συμβαδίζουν αναφορικά με το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση διαφόρων ειδών πόνου, όσο και για τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και δεξιότητες αυτές. Όμως, η έρευνα των Kiekkas *et al.* (2015) κατέληξε στο ότι οι Έλληνες νοσηλευτές υστερούν στη φαρμακευτική και όχι μη φαρμακευτική διαχείριση του πόνου. Βέβαια, αυτή είναι και μοναδική έρευνα από αυτές του δείγματος που κατέληξε σε τέτοιο συμπέρασμα, με αποτέλεσμα να αναδεικνύεται η ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του συγκεκριμένου ερευνητικού ευρήματος. Επίσης, και πάλι σε σύγκριση με τους ξένους νοσηλευτές, προκύπτει πως για τους Έλληνες νοσηλευτές η προσωπική εμπειρία στον πόνο είναι πιο σημαντική στο να επηρεάζει το πώς οι ίδιοι αξιολογούν και διαχειρίζονται τον πόνο των ασθενών τους, αφού αυτό επισημαίνεται σε τρεις από τις εννιά έρευνες που αναλύθηκαν (Kiekkas *et al.*, 2015; Patiraki-Kourbani *et al.*, 2004; Pediaditaki *et al.*, 2010).

2.5. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού (περίπου 30%) πάσχει από κάποιας μορφής χρόνιου πόνου, με αποτέλεσμα να καθιστά ως πολύ σημαντική τη διερεύνηση του κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες να αντιμετωπίσουν επαρκώς τέτοιες περιπτώσεις. Παράλληλα, η επισκόπηση των προηγούμενων ερευνών ανέδειξε τον πολύ σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου, ο οποίος μπορεί να ποικίλει ως προς τη μορφή, την ένταση και τα αίτια που τον προκαλούν. Δεδομένων των παραπάνω, και καθώς, όπως αναλύθηκε διάχυτα στο κεφάλαιο αυτό, ο πόνος αποτελεί ένα πολύπλευρο φαινόμενο με παθολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις, θεωρήθηκε ως πολύ σημαντικό να διερευνηθεί το κατά πόσο οι νοσηλευτές στην Ελλάδα έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να διαχειριστούν ένα τόσο σημαντικό και πολύπλευρο ανθρώπινο αίσθημα όπως αυτό του πόνου. Η προσωπική

απασχόληση του συγγραφέα ως νοσηλεύτης αποτέλεσε και η εμπειρία του με ασθενείς με πόνο, αποτέλεσε κίνητρο ενασχόλησης με το ερευνητικό θέμα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στην διπλωματική αυτή εργασία είναι:

Υπόθεση 1: Οι νοσηλευτές του νοσοκομείου δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες έναντι της διαχείρισης πόνου

Υπόθεση 2: Νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερης διάρκειας επαγγελματική εμπειρία έχουν αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση πόνου

Υπόθεση 3: Η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους επηρεάζει σημαντικά τις γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών για τη διαχείριση πόνου

Υπόθεση 4: Νοσηλευτές με εμπειρία από προσωπικά προβλήματα οξέος ή χρόνιου πόνου έχουν αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση πόνου

3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τις ανάγκες της διπλωματικής αυτής εργασίας ακολουθήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας. Στόχος της ποσοτικής έρευνας είναι η παραγωγή ποσοτικών και μετρήσιμων αποτελεσμάτων, τα οποία μπορούν να αναλυθούν στατιστικά. Ο λόγος επιλογής της ερευνητικής αυτής μεθόδου είναι πως είναι κατάλληλη για τη διερεύνηση μεγάλων δειγμάτων, ώστε να παράγονται ερευνητικά αποτελέσματα που είναι πιο αντιπροσωπευτικά του ευρύτερου πληθυσμού υπό διερεύνηση. Το γεγονός ότι τα στοιχεία που συλλέγονται αναλύονται στατιστικά αποτελεί έναν επιπλέον λόγο ώστε τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας να θεωρούνται ως πιο αντικειμενικά (Bradley, 2007). Όμως, ένα βασικό μειονέκτημα της ποσοτικής έρευνας είναι πως, σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα, δεν επιτρέπει τη βαθύτερη κατανόηση και την εξαγωγή βαθύτερων συμπερασμάτων αναφορικά με ένα ερευνητικό θέμα, εφόσον αυτά δεν έχουν υπολογιστεί στους αρχικούς στόχους της έρευνας. (Collis and Hussey, 2003).

3.3. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η μέθοδος συλλογής πρωτογενών δεδομένων που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της δημοσκόπησης. Η μέθοδος αυτή είναι κατάλληλη για τη διερεύνηση μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων σε μικρό χρονικό διάστημα, τουλάχιστον συγκριτικά με άλλες μεθόδους, και αυτός ήταν και ο κύριος λόγος που επιλέχθηκε για την έρευνα αυτή. Ένας άλλος λόγος επιλογής ήταν και πως η δημοσκόπηση είναι κατάλληλη για τη συλλογή ποσοτικών πληροφοριών, όπως άλλωστε ήταν και ο στόχος της έρευνας στα πλαίσια της διπλωματικής αυτής εργασίας (Babbie, 2007). Η δημοσκόπηση έλαβε χώρα μέσω ερωτηματολογίων, τα οποία και διανεμήθηκαν προσωπικά, αφού, σύμφωνα με τους Chambers & Skinner (2003), η προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων αυξάνει το ποσοστό θετικής ανταπόκρισης στο κάλεσμα για συμμετοχή στην έρευνα.

3.4. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις του Θριασίου νοσοκομείου στα μέσα του 2016 (από 8/1/16 έως 18/4/16) . Αρχικά όλοι οι 162 νοσηλευτές και οι προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων και μονάδων του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο» κλήθηκαν να συμμετάσχουν και έλαβαν γραπτή ενημερωτική επιστολή προσέλευσης συμμετεχόντων (βλ. Παράρτημα 2), με την οποία ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, καθώς και για το τι ακριβώς περιλάμβανε η συμμετοχή τους στην έρευνα και ποια ήταν τα δικαιώματά τους σε αυτήν. Κριτήρια ένταξης στο δείγμα της έρευνας ήταν οι συμμετέχοντες να έχουν άδεια άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή, να εργάζονται στο Θριάσιο νοσοκομείο ως μόνιμο προσωπικό υγείας και να συναινέσουν για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα έλαβαν επιστολή ενημέρωσης συγκατάθεσης συμμετεχόντων (βλ. Παράρτημα 3), την οποία και κλήθηκαν να υπογράψουν, προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα με τη δική τους συγκατάθεση. Μόλις 74 νοσηλευτές ανταποκρίθηκαν θετικά (ποσοστό ανταπόκρισης 45,7%) και τελικά οι 70 παρέδωσαν ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια, δημιουργώντας έτσι και το τελικό ερευνητικό δείγμα (N=70).

3.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε το ερευνητικό εργαλείο για τη διπλωματική αυτή εργασία, δείγμα του οποίου είναι διαθέσιμο στο Παράρτημα 1, αποτελούνταν από δύο βασικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δώσουν πληροφορίες για συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, βασική νοσηλευτική εκπαίδευση, μεταπτυχιακή εκπαίδευση, νοσηλευτική δραστηριότητα γενικά και στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ειδικά, σχέση, τμήμα και θέση εργασίας στο νοσοκομείο και πεποιθήσεις για τη θέση εργασίας. Στη δεύτερη ενότητα οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου των Ferrell και McCaffery για τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου (“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”). (McCaffery & Ferrell, 1997). Η εν λόγω κλίμακα αποτελείται συνολικά από 37 ερωτήσεις. Οι 21 ερωτήσεις είναι ερωτήσεις τύπου «Σωστό-Λάθος», αναφορικά τόσο με τις στάσεις, όσο και τις ειδικές και γενικές γνώσεις των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου, ειδικότερα σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών με χρόνιο ή οξύ πόνο. Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι επόμενες 14 ερωτήσεις, με τη διαφορά ότι αυτές οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής, με τους συμμετέχοντες να μπορούν να επιλέξουν μία από τέσσερις διαφορετικές απαντήσεις. Οι δύο τελευταίες ερωτήσεις αφορούν δύο μελέτες περίπτωσης ασθενών, για την αντιμετώπιση του πόνου των οποίων οι συμμετέχοντες καλούνται να εκφράσουν τις απόψεις τους.

Σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”, η κλίμακα αυτή είναι άκρως κατάλληλη για τη διερεύνηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών ως προς τη διαχείριση του πόνου. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν πως κατά την εξέταση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του εργαλείου τους βρήκαν πως η εν λόγω κλίμακα έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s Alpha μεγαλύτερο του 0,70 (με ελάχιστο όριο το 0,60), γεγονός που αναδεικνύει τη μεγάλη εσωτερική συνοχή του. Οι ερευνητές κατέληξαν στην τιμή αυτή αφού επανεξέτασαν την εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας σε διαφορετικά δείγματα, όπως σπουδαστές νοσηλευτικής, νέους νοσηλευτές, καθώς και έμπειρους νοσηλευτές με εμπειρία ανώτερη των 5 ετών (McCaffery & Ferrell, 1997). Παράλληλα, η εν λόγω κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί έγκυρα και αξιόπιστα σε μια σειρά προηγούμενων ερευνών, όπως είναι οι

έρευνες των Erkes *et al.* (2001), καθώς και των Yava *et al.* (2013). Την αξιοπιστία της κλίμακας “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” εξέτασαν και οι Rieman *et al.* (2007), οι οποίοι, ακολουθώντας τη μέθοδο εξέτασης-επανεξέτασης, επιβεβαίωσαν την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας, ελέγχοντάς τις σε διάστημα 6 και 8 εβδομάδων μετά την αρχική τους έρευνα.

3.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student’s t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη βαθμολογία γνώσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

3.7. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν μέσω επιστολής για τα δικαιώματά τους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πως η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική, καθώς και πως μπορούσαν να ακυρώσουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο, ακόμη και δύο εβδομάδες μετά τη συμμετοχή τους.

Διευκρινίστηκε επίσης στους συμμετέχοντες πως είχαν το δικαίωμα να απαντήσουν μόνο σε ερωτήσεις με τις οποίες αισθάνονταν άνετα και σε όσο χρόνο ήθελαν. Πέραν των παραπάνω, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν πως οι πληροφορίες τους θα χειρίζονταν με απόλυτη εχεμύθεια και ως άκρως εμπιστευτικές, ενώ θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τις ακαδημαϊκές ανάγκες της διπλωματικής αυτής εργασίας. Ήταν επίσης σημαντικό να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και για το λόγο αυτό τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα. Επιπλέον ο ερευνητής έλαβε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου για τη διεξαγωγή της έρευνας στους νοσηλευτές της υπηρεσίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 70 άτομα με μέση ηλικία τα 38,4 έτη (SD=6,7 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άντρες	9	12,9
	Γυναίκες	61	87,1
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		38,4 (6,7)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	21	30,0
	Έγγαμοι	45	64,3
	Χήροι	1	1,4
	Διαζευγμένοι	2	2,9
	Άλλο	1	1,4
Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση	Πτυχίο πανεπιστημίου	5	7,1
	Πτυχίο ΤΕΙ	65	92,9
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	Όχι	61	87,1
	Ναι	9	12,9
Αν ναι, αντικείμενο	Έλεγχος και πρόληψη λοιμώξεων	1	1,4
	Καρδιολογική Νοσηλευτική και ΜΕΘ	1	1,4
	Πόνος- Διοίκηση	1	1,4
	ΧΑΡΠΑ	1	1,4
	Χειρουργική Νοσηλευτική	2	2,9

Το 87,1% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 64,3% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 30,0% άγαμοι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ με το ποσοστό να φτάνει το 92,9% και το 12,9% είχε μεταπτυχιακές σπουδές.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4: Στοιχεία Εργασίας των Συμμετεχόντων

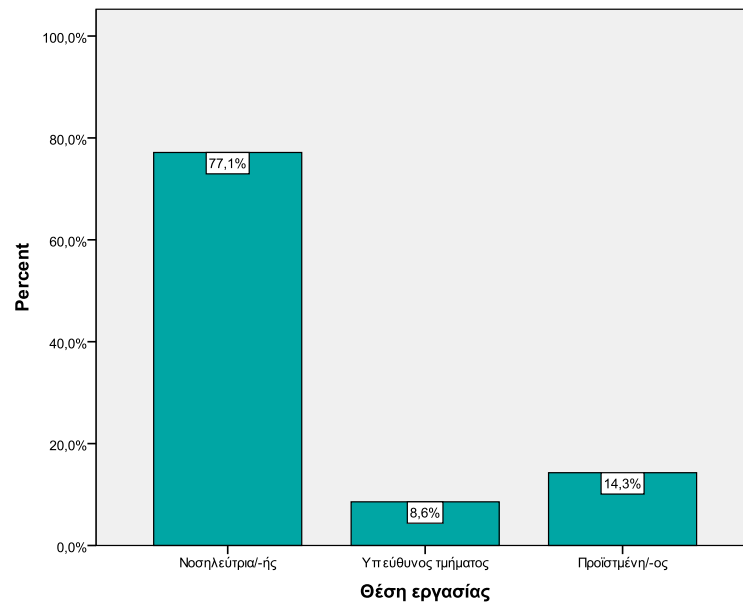
		N	%
Νοσηλευτική δραστηριότητα μετά τη βασική εκπαίδευση (χρόνια), μέση τιμή (SD)		13,2 (6,8)	
Νοσηλευτική δραστηριότητα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (χρόνια), μέση τιμή (SD)		10,7 (6,3)	
Σχέση εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	Μόνιμος/-η	67	95,7
	Με σύμβαση αορίστου χρόνου	1	1,4
	Με σύμβαση ορισμένου χρόνου	2	2,9
	Άλλο	0	,0
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	20	28,6
	Χειρουργικό	26	37,1
	ΤΕΠ	16	22,9
	Άλλο	8	11,4
Θέση εργασίας	Νοσηλεύτρια/-ής	54	77,1
	Υπεύθυνος τμήματος	6	8,6
	Προϊσταμένη/-ος	10	14,3
Είστε μέλος σε κάποιο/-α όργανο	Όχι	50	71,4
	Επιστημονικό	5	7,1
	Επαγγελματικό	7	10,0
	Συνδικαλιστικό	8	11,4
Παρακολουθήσατε σεμινάρια/συνέδρια/ προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους;	Όχι	60	87,0
	Ναι	9	13,0
Αν ναι, πόσο χρόνο συνολικά (ημέρες), μέση τιμή (SD)		22,3 (18,7)	
Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε χώρο εργασίας;	Όχι	30	43,5
	Ναι	39	56,5
Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε επάγγελμα;	Όχι	31	47,0
	Ναι	35	53,0

Η μέση διάρκεια νοσηλευτική δραστηριότητα μετά τη βασική εκπαίδευση των συμμετεχόντων ήταν 13,2 έτη (SD=6,8 έτη) και η μέση νοσηλευτική δραστηριότητα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν 10,7 έτη (SD=6,3 έτη). Το 95,7% των συμμετεχόντων ήταν μόνιμοι στο νοσοκομείο που εργάζονταν. Ακόμα, το 22,9% των συμμετεχόντων εργάζονταν στα ΤΕΠ και το 77,1% ήταν νοσηλεύτες. Το 28,6% των συμμετεχόντων ήταν μέλος σε κάποιο/α όργανο/α και μάλιστα το 7,1% σε επιστημονικό, το 10,0% σε επαγγελματικό και το 11,7% σε συνδικαλιστικό. Μόνο το 13,0% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει σεμινάρια/συνέδρια/ προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους.

Επίσης, το 56,5% των συμμετεχόντων θα άλλαζε χώρο εργασίας και το 53,0% θα άλλαζε επάγγελμα αν του δινόταν η ευκαιρία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η θέση εργασίας των συμμετεχόντων.

Διάγραμμα 1: Θέση Εργασίας των Συμμετεχόντων



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που αντιμετώπιζαν προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου.

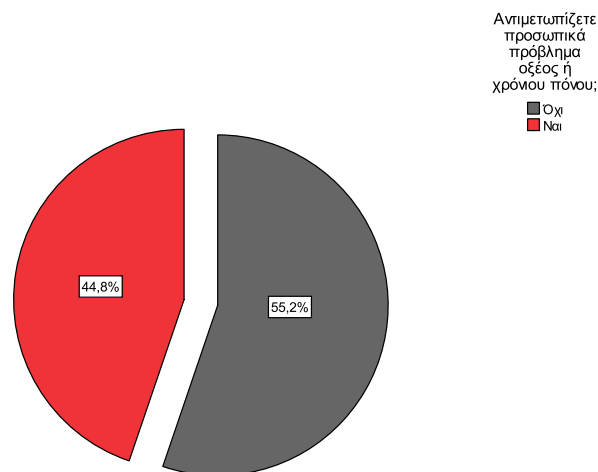
Πίνακας 5: Συμμετέχοντες με Προσωπικά Προβλήματα Πόνου

Αντιμετωπίζετε προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου;	N	%
Όχι	37	55,2
Ναι	30	44,8

Το 44,8% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που αντιμετώπιζαν προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου.

Διάγραμμα 2: Συμμετέχοντες με Προσωπικά Προβλήματα Πόνου



Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται πληροφορίες για το πόσο είχαν επηρεαστεί οι συμμετέχοντες και κατά πόσο είχε αλλάξει η αντίληψή τους πάνω στο θέμα του πόνου, στην περίπτωση που αντιμετώπιζαν προσωπικό πρόβλημα πόνου ή κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον.

Πίνακας 6: Αντιλήψεις για τον Πόνο

Στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε προσωπικό πρόβλημα πόνου ή κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό σας περιβάλλον, τότε παρακαλώ περιγράψτε μας πόσο αυτό σας έχει επηρεάσει και κατά πόσο έχει αλλάξει την αντίληψή σας πάνω στο θέμα του πόνου;	N	%
Αντιμετωπίζω συχνές αρθραλγίες και μυαλγίες, με επηρεάζει στην εργασία μου και στη προσωπική μου ζωή και στη ψυχολογία μου, ξεκουράζομαι αρκετά για να τα αντιμετωπίσω με αποτέλεσμα να μειώνω τη κοινωνικότητά μου	1	1,4
Δεν έχει αλλάξει η αντίληψη μου στο πόνο, ο καθένας αντέχει διαφορετικά	1	1,4
Επηρεάζει τη ψυχολογία μου κάθε φορά που πονάω, δεν μπορώ να λειτουργήσω, να δουλέψω και να ανταπεξέλθω στις κοινωνικές μου υποχρεώσεις.	1	1,4
Επηρεάζει την εργασία μου και τη προσωπική μου ζωή	1	1,4
Έχω επηρεαστεί σε σημείο διερεύνησης για το πόνο, δεν πρέπει να αντιμετωπίζετε με απλή χορήγηση παυσίπων	1	1,4
Η πεθερά μου είχε ca εγκεφάλου και ήταν πολύ ψυχοφθόρο.	1	1,4
Θεωρώ πρωταρχικής σημασίας την αντιμετώπιση του πόνου σε όλους. Προσωπικά με κουράζει ο πόνος και σωματικά και ψυχολογικά και επηρεάζεται η καθημερινότητά μου αρνητικά.	1	1,4
Με επηρεάζει στην εργασία μου και στη προσωπική μου ζωή	1	1,4
Μεσογειακή αναμεία νόσος του cooley, μεταγγίσεις ανα 15μέρο, οστεοπόρωση, δισκοκήλη	1	1,4
Ο οξύς πόνος επηρεάζει άμεσα την προσωπική και επαγγελματική μου ζωή	1	1,4
Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία σε καθιστά ανεπαρκή για τις καθημερινές δραστηριότητες, όταν νιώθουμε πόνο το πιο σημαντικό είναι να ανακουφιστούμε από αυτόν.	1	1,4
Ο πόνος είναι υποκειμενικός για κάθε άνθρωπο και έχει διαφορετικά όρια αντοχής, ο ασθενής που πονάει δε λέει ποτέ ψέματα	1	1,4
Οσφυαλγία, ισχιαλγία συνήθως φαινόμενα, η αντίληψη του πόνου έχει επηρεαστεί από τα χρόνια νοσήματα συγγενικών προσώπων.	1	1,4
Πάρα πολύ για το λόγο επηρεάζει την καθημερινότητα σου	1	1,4
Πάσχω από χρόνια οσφυαλγία, αυχεναλγία και περιαιθρίτιδα ώμου. Επηρεάζει την κινητικότητα μου προς το χειρότερο, επηρεάζει την καθημερινή μου ζωή και έτσι καταλαβαίνω καλύτερα το πρόβλημα ενός ασθενούς	1	1,4
Πόνος στα χέρια και σπονδυλική στήλη, με επηρεάζει στην εργασία μου και στη προσωπική μου ζωή	1	1,4
Πόνος στη μέση και συχνή λήψη παυσίπων , πρέπει να περιορίζεται ο πόνος και εξέλιξη των παυσίπων	1	1,4
Πρόβλημα δισκοκήλης, το οποίο απαιτεί διαρκώς λήψη αντιφλεγμονοδών και επηρεάζει την εργασία μου	1	1,4
Πρόβλημα οσφυαλγίας, δυσχεραίνει την εργασία μου	1	1,4
Προσωπικό πρόβλημα χρόνιου πόνου, υφίσταται αλλαγή αντιμετώπισης πόνου στον ασθενή η' συνάνθρωπο	1	1,4
Συγγενής εξάρθρωμα ισχίου οστεοαρθρίτιδα ποσοστό αναπηρίας 67%, έχω συνηθίσει να ζω με το πόνο.	1	1,4
Συχνές μυαλγίες, οσφυαλγίες επηρεάζουν το καθημερινό ψυχολογικό κοινωνικό επίπεδο	1	1,4

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις γνώσεων για τον πόνο όπως απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες.

Πίνακας 7: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Σωστό/ Λάθος)

	Λάθος		Σωστό		Σωστή απάντηση (%)
	N	%	N	%	
Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο.	61	89,7	7	10,3	89,7
Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να ανεχτούν τα οποιοδήποτε για την ανακούφιση από τον πόνο	53	76,8	16	23,2	76,8
Μετά την αρχική συνιστώμενη δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι διαδοχικές δόσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με την προσωπική απάντηση του ασθενούς στην αναλγησία.	16	23,2	53	76,8	76,8
Κάποιος ασθενής βασισμένος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο	17	24,6	52	75,4	75,4
Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες τους και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα.	52	74,3	18	25,7	74,3
Παιδιά μικρότερης ηλικίας των 11 ετών δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο με αξιοπιστία και επομένως, ο/η νοσηλεύτης/τρια πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση των γονιών για την ένταση του πόνου του παιδιού.	44	63,8	25	36,2	63,8
Τα παιδιά κάτω των 2 ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη των επώδυνων εμπειριών εξαιτίας του μη ανεπτυγμένου νευρικού συστήματός τους	37	53,6	32	46,4	53,6
Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων.	33	48,5	35	51,5	48,5
Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο.	27	38,6	43	61,4	38,6
Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο	50	72,5	19	27,5	27,5
Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις.	21	30,0	49	70,0	30,0
Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι πολύ αποτελεσματικές στον έλεγχο του ήπιου-μέτριου πόνου, αλλά είναι σπάνια χρήσιμες σε πολύ έντονο πόνο.	18	25,7	52	74,3	25,7
Η αναπνευστική καταστολή επέρχεται σπάνια σε ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή για χρονική περίοδο μηνών.	46	67,6	22	32,4	32,4
Η ασπιρίνη των 650mg PO είναι περίπου ίδιο αναλγητικού αποτελέσματος με την meperidine των 50 mg PO.	56	80,0	14	20,0	20,0
Η κλίμακα πόνου του ΠΟΥ προτείνει την χρησιμοποίηση ενός εκ των αναλγητικών παραγόντων, παρά τον συνδυασμό διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων	34	50,7	33	49,3	50,7
Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της meperidine IM είναι 4-5 ώρες	14	20,0	56	80,0	20,0
Η έρευνα έδειξε ότι η promethazine είναι ένας αξιόπιστος παράγοντας αύξησης δράσης των οπιοειδών αναλγητικών	26	44,1	33	55,9	44,1
Ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή για τον πόνο, γιατί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαναλαμβανόμενου εθισμού	29	41,4	41	58,6	41,4
Πέραν μιας συγκεκριμένης δόσης μορφίνης, οι αυξήσεις στην δόση δεν θα αυξήσουν την ανακούφιση από τον πόνο.	38	54,3	32	45,7	54,3
Ο ασθενής που πονά θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ανέχεται τον πόνο όσο το δυνατό περισσότερο πριν καταφύγει σε μια μέθοδο ανακούφισής του.	43	61,4	27	38,6	61,4
Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός.	20	28,6	50	71,4	28,6

Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζέστη θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή.	24	35,3	44	64,7	35,3
---	----	------	----	------	------

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων κυμαίνονταν από 20,0% μέχρι 89,7%. Το 20,0% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στις ερωτήσεις «Η ασπιρίνη των 650mg PO είναι περίπου ίδιο αναλγητικού αποτελέσματος με την meperidine των 50 mg PO.» και «Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της meperidine IM είναι 4-5 ώρες». Το 25,7% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι πολύ αποτελεσματικές στον έλεγχο του ήπιου-μέτριου πόνου, αλλά είναι σπάνια χρήσιμες σε πολύ έντονο πόνο.». Αντίθετα, το 89,7% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο.» και το 76,8% στις ερωτήσεις «Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να ανεχτούν τα οπιοειδή για την ανακούφιση από τον πόνο» και «Μετά την αρχική συνιστώμενη δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι διαδοχικές δόσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με την προσωπική απάντηση του ασθενούς στην αναλγησία. »

Πίνακας 8: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Πολλαπλής Επιλογής)

		N	%	Σωστή απάντηση (%)
Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:	Ενδοφλεβίως	47	67,1	14,3
	Ενδομυϊκός	5	7,1	
	Υποδορίως	1	1,4	
	Από το στόμα*	10	14,3	
	Από τον πρωκτό	2	2,9	
	Δεν γνωρίζω	5	7,1	
Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης είναι:	Ενδοφλεβίως*	40	58,0	58,0
	Ενδομυϊκός	22	31,9	
	Υποδορίως	0	0,0	

	Από το στόμα	4	5,8	
	Από τον πρωκτό	1	1,4	
	Δεν γνωρίζω	2	2,9	
Ποια από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα είναι τα ενδεικνύομενα για την αντιμετώπιση του παρατεταμένου μέτριου ή έντονου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο	Brompton's cocktail	3	4,3	57,1
	Κωδεΐνη	6	8,6	
	Μορφίνη*	40	57,1	
	Πεθιδίνη	11	15,7	
	Μεθαδόνη	1	1,4	
	Δεν γνωρίζω	9	12,9	
Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την peros μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες;	Μορφίνη 5 mg IV	20	31,3	40,6
	Μορφίνη 10 mg IV*	26	40,6	
	Μορφίνη 30 mg IV	17	26,6	
	Μορφίνη 60 mg IV	1	1,6	
Τα αναλγητικά για τον μετεγχειρητικό πόνο αρχικά πρέπει να δίνονται:	Σε προκαθορισμένες ώρες σύμφωνα με συγκεκριμένη αγωγή*	51	72,9	72,9
	Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει αναλγητικό	14	20,0	
	Μόνο όταν ο νοσηλευτής/τρια αξιολογήσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση	5	7,1	
Άρρωστος με χρόνια πόνο από καρκίνο λαμβάνει ημερησίως οπιοειδή αναλγητικά για 2 μήνες. Η δόση αυξήθηκε αυτή τη χρονική περίοδο. Χθες ο ασθενής έπαιρνε μορφίνη 200 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως για 3 ώρες. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι:	<1%*	19	27,5	27,5
	1-10%	15	21,7	
	11-20%	13	18,8	
	21-40%	14	20,3	
	>41%	8	11,6	
Η αναλγησία για το χρόνια καρκινικό πόνο θα πρέπει να δίνεται:	Με το ρολόι σε συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή*	46	66,7	66,7
	Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει το φάρμακο	17	24,6	
	Μόνο όταν ο/η νοσηλευτής/τρια προσδιορίσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση	6	8,7	
Η πιο πιθανή εξήγηση γιατί ένας ασθενής με πόνο θα ζητήσει να αυξηθούν οι δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής του πόνου είναι:	Ο ασθενής βιώνει αύξηση του πόνου*	52	74,3	74,3
	Ο ασθενής βιώνει αύξηση ανησυχίας ή κατάθλιψης	4	5,7	
	Ο ασθενής επιζητεί περισσότερη προσοχή από το προσωπικό	0	0,0	
	Οι απαιτήσεις του ασθενούς σχετίζονται με τον εθισμό	14	20,0	
Ποιο από τα παρακάτω φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;	Ιβουπροφαίνη	3	4,5	63,6
	Υδρομορφίνη	20	30,3	
	Αμιτριπυλίνη	1	1,5	
	Όλα τα παραπάνω*	42	63,6	
Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται:	Από τον θεράποντα ιατρό	15	21,4	60,0
	Από τον/την νοσηλευτή/τρια του ασθενούς	10	14,3	

	Τον ίδιο τον ασθενή*	42	60,0	
	Τον φαρμακοποιό	1	1,4	
	Τον/την σύζυγο του ασθενούς ή την οικογένειά του	2	2,9	
Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο	Δεν υπάρχουν πλέον πολιτισμικές επιρροές στην εμπειρία του πόνου	1	1,4	88,4
	Οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν την γνώση που ορίζει καθαρά την επίδραση του πόνου στον κάθε πολιτισμό	7	10,1	
	Οι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται εξατομικευμένα για να προσδιορίζονται οι πολιτισμικές επιδράσεις στον πόνο*	61	88,4	
Ποιο νομίζετε ότι είναι το ποσοστό των ασθενών που υπερβάλλουν την ένταση του πόνου;	0*	4	5,8	18,8
	10*	9	13,0	
	20	6	8,7	
	30	13	18,8	
	40	5	7,2	
	50	13	18,8	
	60	11	15,9	
	70	4	5,8	
	80	4	5,8	
Πόση πιθανότητα υπάρχει να επέλθει εθισμός στα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης οπιοειδών αναλγητικών στην θεραπεία του πόνου;	<1%*	10	14,5	14,5
	5%	13	18,8	
	25%	19	27,5	
	50%	17	24,6	
	75%	9	13,0	
	100%	1	1,4	

*υποδηλώνει τη σωστή απάντηση

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων κυμαίνονταν από 14,3% μέχρι 88,4%. Μόνο το 14,3% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:» και το 14,5% στην ερώτηση «Πόση πιθανότητα υπάρχει να επέλθει εθισμός στα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης οπιοειδών αναλγητικών στην θεραπεία του πόνου;». Αντίθετα, το 88,4% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις μελέτες περιπτώσεων που ερωτήθηκαν.

Πίνακας 9: Απαντήσεις των Συμμετεχόντων για τις Γνώσεις και Στάσεις για τον Πόνο (Κλινικά Σενάρια)

		N	%	Σωστή απάντηση (%)
Ασθενής Α				
Πόνος	0	1	1,5	17,6
	1	2	2,9	
	2	5	7,4	
	3	9	13,2	
	4	14	20,6	
	5	9	13,2	
	6	10	14,7	
	7	4	5,9	
	8*	12	17,6	
	9	2	2,9	
	10	0	0,0	
Ενέργεια	Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή	19	27,9	22,1
	Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα	20	29,4	
	Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα	14	20,6	
	Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα*	15	22,1	
Ασθενής Β				
Πόνος	0	0	0,0	34,3
	1	1	1,5	
	2	1	1,5	
	3	4	6,0	
	4	3	4,5	
	5	8	11,9	
	6	12	17,9	
	7	12	17,9	
	8*	23	34,3	
	9	3	4,5	
	10	0	0,0	
Ενέργεια	Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή	8	11,9	20,9
	Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα	20	29,9	
	Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα	25	37,3	

Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα*	14	20,9	
--------------------------------	----	------	--

Το 17,6% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά για την ένταση του πόνου στον ασθενή Α και το 22,1% για την ενέργεια που θα έπρεπε να γίνει στην περίπτωση αυτή. Ακόμα, το 34,3% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά για την ένταση του πόνου στον ασθενή Β και το 20,9% για την ενέργεια που θα έπρεπε να γίνει στην περίπτωση αυτή.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι σωστές απαντήσεις και το άθροισμα αυτό μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία γνώσεων και στάσεων, η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση και καλύτερη στάση για τη διαχείριση του πόνου. Η βαθμολογία αυτή περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα.

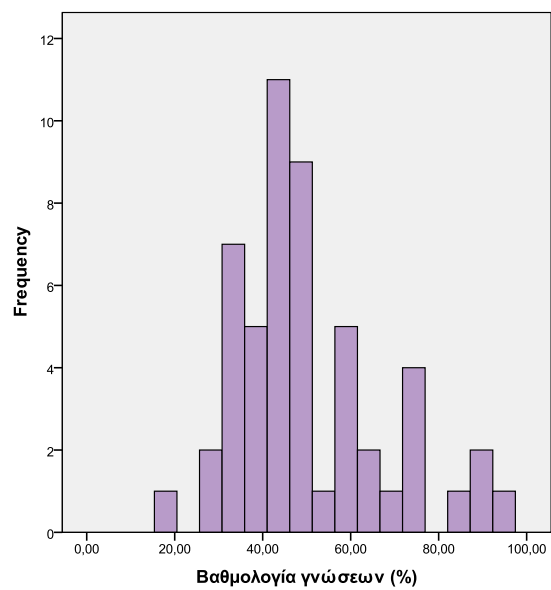
Πίνακας 10: Βαθμολογία Γνώσεων και Στάσεων

	Βαθμολογία γνώσεων (%)
Ελάχιστη τιμή	17,9
Μέγιστη τιμή	94,9
Μέση τιμή	49,3
SD	17,3

Η βαθμολογία γνώσεων κυμαίνεται από 17,9% μέχρι 94,9%. Κανείς από τους συμμετέχοντες δεν απάντησε όλες τις ερωτήσεις σωστά και κανείς δεν τις απάντησε όλες λάθος. Η μέση βαθμολογία ήταν 49,3% (SD=17,3%).

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων.

Διάγραμμα 3: Βαθμολογία Γνώσεων των Συμμετεχόντων



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των σωστών απαντήσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 11: Συσχέτιση της Βαθμολογίας Γνώσεων με Δημογραφικά και Εργασιακά Στοιχεία των Συμμετεχόντων.

		Βαθμολογία γνώσεων (%)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	47,99	21,39	0,836
	Γυναίκες	49,46	16,80	
Έγγαμοι	Όχι	47,86	17,46	0,675
	Ναι	50,00	17,36	
Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση	Πτυχίο πανεπιστημίου	42,74	8,24	0,505
	Πτυχίο TEI	49,66	17,62	
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	Όχι	49,55	16,89	0,792
	Ναι	47,86	19,94	
Τμήμα εργασίας	Παθολογικό	51,05	18,40	0,166*
	Χειρουργικό	44,10	14,71	
	TEΠ	56,25	19,38	
	Άλλο	43,59	11,61	
Θέση εργασίας	Νοσηλεύτρια/-ής	51,48	17,39	0,109
	Υπεύθυνος τμήματος/ Προϊστέμνη/-ος	42,60	15,58	
Είστε μέλος σε κάποιο/-α όργανο	Όχι	47,51	14,29	0,320
	Ναι	52,56	21,89	
Παρακολουθήσατε σεμινάρια/συνέδρια/ προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους;	Όχι	48,02	16,52	0,027
	Ναι	56,09	15,72	
Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε χώρο εργασίας;	Όχι	47,74	15,39	0,606
	Ναι	50,29	18,58	
Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε επάγγελμα;	Όχι	51,73	17,81	0,239
	Ναι	46,06	15,81	
Αντιμετωπίζετε προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου;	Όχι	54,21	17,12	0,015
	Ναι	42,25	15,46	

*ANOVA

Η βαθμολογία γνώσεων ήταν σημαντικά υψηλότερη στους συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια/συνέδρια/ προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την

αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Επίσης, οι συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία και τα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12: Συντελεστές Συσχέτισης Pearson (Βαθμολογία Γνώσεων με την Ηλικία και τα Χρόνια Νοσηλευτικής Εμπειρίας των Συμμετεχόντων)

		Βαθμολογία γνώσεων (%)
Ηλικία	r	0,19
	P	0,181
Νοσηλευτική δραστηριότητα μετά τη βασική εκπαίδευση (χρόνια)	r	0,33
	P	0,040
Νοσηλευτική δραστηριότητα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (χρόνια)	r	0,11
	P	0,457

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με τα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία γνώσεών τους.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 13: Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης

		β^*	SE**	P
Παρακολουθήσατε σεμινάρια/συνέδρια/ προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους;	Όχι	0,00+		
	Ναι	11,97	4,74	0,015

**Νοσηλευτική δραστηριότητα μετά τη
βασική εκπαίδευση (χρόνια)**

0,31

0,14

0,044

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η παρακολούθηση σεμιναρίων/συνεδρίων / προγραμμάτων επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους καθώς και η νοσηλευτική δραστηριότητα μετά τη βασική εκπαίδευση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων. Οι ανωτέρω μεταβλητές ερμήνευαν μόνο 10% ($R^2=0,10$) της μεταβλητότητας των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα:

- οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια/συνέδρια / προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους είχαν κατά 11,97 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία γνώσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν παρακολουθήσει τέτοια σεμινάρια/συνέδρια / προγράμματα.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η νοσηλευτική εμπειρία των συμμετεχόντων τόσο περισσότερα γνωρίζουν για τον πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Το βασικό εύρημα που προκύπτει από τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι πως οι νοσηλευτές έχουν συνολικά μέτριες γνώσεις και στάσεις αναφορικά με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Χωρίς αμφιβολία, υπήρξαν νοσηλευτές με πολύ υψηλά ποσοστά σωστών απαντήσεων, ειδικά στις ερωτήσεις αναφορικά με το κατά πόσο παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο, αλλά και με το κατά πόσο οι πολιτισμικές πεποιθήσεις και η διαχείρισή τους είναι σημαντικές για την ορθότερη αντιμετώπιση του πόνου. Όμως, υπήρχαν και πολλές ερωτήσεις με μεγάλα ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων που συμφωνούν με τους συνήθεις μύθους στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για τη διαχείριση του πόνου, την οποία και προσεγγίζουν αρνητικά (Κωνσταντής και συν., 2010, Watt-Watson *et al.*, 2001, Μάτζιου και συν., 2008), όπως επίσης και ότι οι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις πόνου των ασθενών τους, όπως αυτό αποτυπώνεται και στις περισσότερες προηγούμενες έρευνες που αναλύθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο. Τα ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν με την πλειοψηφία τόσο των προηγούμενων διεθνών μελετών, όσο και με αυτά των ερευνών που έχουν ασχοληθεί ειδικά με την περίπτωση των Ελλήνων νοσηλευτών, καθιστώντας έτσι την έλλειψη επαρκών γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου ως ένα ευρύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και τα εθνικά συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Επιπλέον, σε συμφωνία με τα ερευνητικά ευρήματα των Kiekkas *et al.* (2015), η έρευνα ανέδειξε πως οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη νοσηλευτική εμπειρία, άρα και ηλικία, όσοι είχαν προσωπική εμπειρία χρόνιου πόνου, καθώς και όσοι παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υψηλότερου επιπέδου και μεγαλύτερου βάθους γνώσεις από άλλους νοσηλευτές, οι οποίοι δεν έχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά ή τα έχουν σε μικρότερο βαθμό. Κάτι τέτοιο προκύπτει και από τα ερευνητικά ευρήματα των Aziato & Adejumo (2014), παρά το γεγονός ότι η έρευνα των τελευταίων πραγματοποιήθηκε στη Γκανα, μια χώρα με μεγάλες ποιοτικές διαφορές από την Ελλάδα, κυρίως σε ό,τι αφορά το επίπεδο ζωής και εκπαίδευσης. Παράλληλα, επιβεβαιώνονται και τα ερευνητικά ευρήματα των Erkes *et al.* (2001), σύμφωνα με τα οποία τα εκπαιδευτικά προγράμματα και η επαγγελματική

εμπειρία είναι άκρως σημαντικοί ρυθμιστικοί παράγοντες του κατά πόσο οι νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν επαρκώς τον πόνο. Μάλιστα, αν ληφθούν υπόψη τα εμπειρικά ευρήματα των Erkes *et al.* (2001), τότε η επαγγελματική εμπειρία ίσως είναι πιο σημαντική από την βασική εκπαίδευση. Σε κάθε περίπτωση, τα ερευνητικά ευρήματα επιβεβαιώνουν και αυτά των Wang & Tsai (2010) και Αρτοπούλου και συν (2015), σύμφωνα με τα οποία όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών, τόσο περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες έχουν για τη διαχείριση του πόνου των ασθενών τους.

Όσον αφορά στο ρόλο της προσωπικής εμπειρίας από πόνο, τα ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν και με αυτά των Patiraki-Kourbani *et al.* (2004) και Padiaditaki *et al.* (2010). Η προσωπική επώδυνη εμπειρία των νοσηλευτών αποτελεί παράμετρο που σχετίζεται με περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Οι νοσηλευτές με προσωπική εμπειρία πόνου πιθανόν να έχουν και καλύτερη ψυχολογία στο να αντιμετωπίσουν περιστατικά πόνου, ειδικά από τη στιγμή που οι ίδιοι έχουν ξεπεράσει στο παρελθόν επιτυχώς τα προσωπικά τους προβλήματα πόνου. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής αυτής διατριβής είναι άλλη μια έρευνα που τονίζει τη σημασία της προσωπικής εμπειρίας πόνου των Ελλήνων νοσηλευτών, η οποία αυτή σημασία, όπως αναλύθηκε και στο δεύτερο κεφάλαιο, φαίνεται να είναι όντως πιο σημαντική για τους Έλληνες νοσηλευτές, συγκριτικά με τους ξένους. Φαίνεται πως είναι στην κουλτούρα των Ελλήνων νοσηλευτών να επηρεάζεται η επαγγελματική τους συμπεριφορά ως προς τον πόνο με βάση τα προσωπικά τους βιώματα.

Αναφορικά τώρα με τη σπουδαιότητα της εκπαίδευσης και προϋπηρεσίας στην ικανότητα των νοσηλευτών να αντιμετωπίσουν τον πόνο, αναδεικνύεται –όπως ειπώθηκε και προηγουμένως– ως άκρως σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες να διαχειρίζονται τα συμπτώματα πόνου των ασθενών τους. Κάτι τέτοιο ήταν κατά πολύ αναμενόμενο, αν αναλογιστεί κανείς πως αυτό προκύπτει από όλες σχεδόν τις προηγούμενες έρευνες που αναλύθηκαν στο γενικό μέρος αυτής της διπλωματικής εργασίας, ακόμη και σε αυτές όπου τα ερευνητικά ευρήματα ανέδειξαν ικανοποιητικό βαθμό γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου. Επομένως, θα μπορούσε με ασφάλεια να εξαχθεί το συμπέρασμα πως ένας βασικότατος λόγος

για τον οποίο οι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του πόνου είναι η ελλιπής εκπαίδευσή τους.

Στις προηγούμενες έρευνες που αναλύθηκαν διαπιστώθηκαν ελλείψεις τόσο αναφορικά με τη βασική εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών (Yava *et al.*, 2013, Al-Khawaldeh *et al.*, 2013, Wang & Tsai, 2010), όσο και στην εκπαίδευση των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός τους (Aziato & Adejumo, 2014, Kizza *et al.*, 2016, Francis & Fitzpatrick, 2013, Issa *et al.*, 2017, Αρτοπούλου και συν., 2015, Pediaditaki *et al.*, 2010, Parathanassoglou *et al.*, 2006). Με βάση τα ευρήματα αυτά, και δεδομένου ότι μόλις το 7,1% των νοσηλευτών του δείγματος κατείχε πτυχίο πανεπιστημίου και μόλις το 12,9% κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, προκύπτει πως η έλλειψη επαρκών γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών της μελέτης για τη διαχείριση του πόνου θα πρέπει να αποδοθεί τόσο στην ελλιπή θεωρητική τους εκπαίδευση κατά τη φοιτητικά τους χρόνια, όσο και στην ελλιπή σταθερή και δια βίου εκπαίδευση που συντελείται στο νοσοκομείο ή οργανώνεται από τα στελέχη του σε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς εκπαίδευσης στην υγεία.

Βέβαια, τα ευρήματα των Τζεναλή και συν. (2014), όπως και αυτά της Wilson (2007), κάνουν λόγο και για τη σπουδαιότητα των υποδομών και τεχνολογιών των νοσηλευτικών μονάδων, στοιχεία που δεν αναλύθηκαν σε αυτήν τη διπλωματική εργασία. Παρά το γεγονός ότι διαφαίνεται πως οι νοσηλευτές με επαρκή εμπειρία και γνώση δεν θα έπρεπε να έχουν ανάγκη την τεχνολογία, προκειμένου να γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν μια κατάσταση πόνου, είναι δεδομένο πως νοσηλευτές που έχουν πρόσβαση σε πιο σύγχρονες υποδομές και τεχνολογίες έχουν περισσότερα εφόδια για την αντιμετώπιση του πόνου. Αυτό, βέβαια, λίγη σημασία έχει για τους στόχους αυτής της έρευνας, αφού αφενός οι νοσηλευτές εξετάστηκαν αναφορικά με τις γνώσεις τους και όχι για το κατά πόσο αντιμετώπισαν επαρκώς περιστατικά πόνου και γιατί, και αφετέρου τα ευρήματα των Τζεναλή και συν. (2014) αφορούν νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ, των οποίων τα καθήκοντα είναι διαφορετικά από αυτά των γενικών νοσηλευτών, όπως αυτοί του δείγματος αυτής της έρευνας.

Αντίθετα με την πλειοψηφία προηγούμενων ερευνών, αλλά και με τα ερευνητικά ευρήματα στα πλαίσια της διπλωματικής αυτής διατριβής, άλλες μελέτες περιγράφουν επάρκεια γνώσεων και

κατάλληλες στάσεις των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Η μελέτη των Breau *et al.* (2006), έδειξε ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν επαρκώς πώς να αντιμετωπίζουν περιπτώσεις χρόνιου πόνου, με την επάρκεια αυτή να μην επηρεάζεται από την ηλικία, την εκπαίδευση και την εμπειρία των νοσηλευτών. Στο ίδιο μήκος κύματος, τα ερευνητικά ευρήματα των Kizza *et al.* (2016), οι οποίοι επίσης συμπέραναν πως οι γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών είναι γενικά υψηλές. Δεδομένου του συντριπτικά μεγαλύτερου αριθμού ερευνών που αναδεικνύουν ως ελλείψεις τις γνώσεις των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου, θα έλεγε κανείς πως η παραπάνω διαφοροποίηση οφείλεται είτε στη διαφορετικότητα του δείγματος, είτε στη χρήση διαφορετικού εργαλείου, είτε ακόμη σε τυχαίο γεγονός. Συγκεκριμένα, όπως αναλύθηκε και στο δεύτερο κεφάλαιο, οι Breau *et al.* (2006) διεξήγαγαν έρευνα σε δείγμα νοσηλευτών που διαχειρίζονταν τον πόνο νεογνών, ενώ οι Kizza *et al.* (2016) ήταν οι μόνοι από τους ερευνητές που αναλύθηκαν στο Κεφάλαιο 2 που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο των Rose *et al.* (2011). Την ίδια στιγμή, είναι δυνατόν να έτυχε στα δείγματα των παραπάνω ερευνών να υπήρχαν περισσότεροι συμμετέχοντες με υψηλές γνώσεις για τον πόνο. Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις είναι δυνατόν να οφείλονται και οι διαφοροποιήσεις των ευρημάτων των παραπάνω ερευνών σε σχέση με τις υπόλοιπες, αλλά και σε σχέση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής αυτής διατριβής.

Βέβαια, και στις παραπάνω έρευνες, παρά τη διαφαινόμενη υψηλή γνώση των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου, οι ερευνητές κατέληξαν στην ανάγκη επιπλέον εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Το ίδιο συνέβη και με τους Francis & Fitzpatrick (2013), οι οποίοι, ενώ στην έρευνά τους βρήκαν πως το ποσοστό των νοσηλευτών με επαρκείς γνώσεις για την αντιμετώπιση του πόνου ήταν μεγάλο, επίσης πρότειναν την περαιτέρω εκπαίδευση των νοσηλευτών, ώστε να είναι ακόμη πιο αποτελεσματικοί στα καθήκοντά τους. Άρα, τελικά, ακόμη και αν σε κάποιες έρευνες οι νοσηλευτές βρέθηκαν να γνωρίζουν αρκετά καλά το πώς να διαχειριστούν τον πόνο, φαίνεται πως και πάλι εξακολουθούν να υπάρχουν κενά γνώσεων και δεξιοτήτων που πρέπει να καλυφθούν.

Σύμφωνα με το Buchanan (2002), το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ήδη πολύ απαιτητικό και δύσκολο, δεδομένου και του μεγάλου όγκου περιστατικών που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Κατά συνέπεια, αν οι νοσηλευτές δεν έχουν και τις ανάλογες γνώσεις να διαχειριστούν τα πολλαπλά περιστατικά που πρέπει να αντιμετωπίσουν σε μόνιμη βάση και σε μεγάλο όγκο, τότε όντως το

επάγγελμά τους να είναι ακόμη λιγότερο ελκυστικό, με αποτέλεσμα να δηλώνουν πως ευχαρίστως θα το άλλαζαν. Κάτι τέτοιο συνάδει και με τα ερευνητικά ευρήματα των Κωνσταντή και συν. (2010), σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές στην Ελλάδα επιδεικνύουν σε μεγάλο ποσοστό αρνητική στάση αναφορικά με την αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών, ενώ αυτό σε μεγάλο ποσοστό οφείλεται και στην έλλειψη επαρκών γνώσεων για τη διαχείριση του πόνου.

Όπως προκύπτει από τα ερευνητικά ευρήματα του Stanton (1991) παλαιότερα, αλλά και των Kizza *et al.* (2016) πιο πρόσφατα, οι γνώσεις των νοσηλευτών έχουν βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Συγκεκριμένα, μπορεί οι Kizza *et al.* (2016) και Wilson (2007) να βρήκαν πως οι νοσηλευτές έχουν βελτιώσει τις γνώσεις και ικανότητές τους, όμως αυτό δεν σημαίνει πως το έχουν κάνει και σε σημείο ώστε να μπορούν να επαρκώς να αντιμετωπίζουν όλα τα περιστατικά πόνου στα οποία καλούνται να επέμβουν. Οι McCaffery & Ferrell (1997), οι οποίοι διαπίστωσαν πως από το 1988 ως το 1995 οι νοσηλευτές βελτίωσαν σημαντικά τις δεξιότητές τους. Όντως μπορεί αυτό να συνέβη, χωρίς όμως να σημαίνει πως οι γνώσεις και οι δεξιότητες των νοσηλευτών βελτιώθηκαν τόσο ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν επιτυχώς όλα τα συμπτώματα πόνου που παρουσιάζουν οι ασθενείς τους. Άλλωστε, και οι ίδιοι οι McCaffery & Ferrell (1997) διαπίστωσαν πως η έλλειψη πλήρων γνώσεων των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου εξακολουθεί να υπάρχει.

Η παρούσα μελέτη είχε συγκριμένους ερευνητικούς περιορισμούς. Ένας από αυτούς αφορούσε το μικρό ερευνητικό δείγμα και το σχετικά μικρό ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων νοσηλευτών. Επιπλέον η έρευνα διεξήχθη μόνο για τους νοσηλευτές ενός νοσοκομείου. Εκτός αυτού, η έρευνα που διεξήχθη ήταν ποσοτική. Μελλοντικοί ερευνητές θα μπορούσαν να διεξάγουν ποιοτική έρευνα για το ίδιο θέμα, από την οποία θα μπορούσαν να προκύψουν βαθύτερες γνώσεις και συμπεράσματα για το θέμα υπό διερεύνηση, τα οποία ενδεχομένως να μην προέκυψαν με βάση τα αυστηρά δομημένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικά εργαλεία. Βάσει των περιορισμών αυτών, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δε δύνανται να γενικευθούν για το σύνολο των Ελλήνων νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, οι νοσηλευτές δεν έχουν ικανοποιητικές γνώσεις και δεξιότητες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Τα ερευνητικά ευρήματα ανέδειξαν επίσης πως περισσότερες γνώσεις για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου, είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια, συνέδρια ή/και προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους, αυτοί με μεγαλύτερη νοσηλευτική εμπειρία, καθώς και αυτοί με μεγαλύτερη ηλικία, τους και όσοι είχαν προσωπική εμπειρία χρόνιου πόνου.

Αναμφίβολα, η γνώση και η στάση των νοσηλευτών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου αποτελεί σημαντική παράμετρο της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου στην κλινική πρακτική, παρά τα συχνά αντίθετα ερευνητικά δεδομένα. Σε κάθε περίπτωση η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών με αύξηση των γνώσεων και βελτίωση των δεξιοτήτων στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, θα συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση του. Αυτό θα πρέπει να απασχολήσει σοβαρά τόσο τη διοίκηση του Θριασίου Νοσοκομείου, όσο και των αρμοδίων φορέων υγείας στην Ελλάδα, ώστε να αναπτύξουν τις κατάλληλες δομές και νομοθεσίες που θα καθιστούν ως εφικτή και απαραίτητη τη δια βίου εκπαίδευση των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα. Επίσης, αναμφίβολα αναγνωρίζεται και η ανάγκη της βελτίωσης των γνώσεων και στάσεων νοσηλευτών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και σημαντική αναγνωρίζεται η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις περιορισμένες γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών προκειμένου το σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αρτοπούλου, Ι., Αλικάρη, Β., & Ζυγά, Σ. (2015), «Αξιολόγηση Γνώσεων Νοσηλευτικού Προσωπικού Σχετικά με τον Καρκινικό Πόνο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32, 5, 604-613.

Κωνσταντή, Ζ., Γκούβα, Μ., Μαντζούκας, Σ., Πετρίδης, Α., Ευτυχίδου, Ε., Μαυρέας, Β., & Δαμίγος, Δ. (2010), «Στάσεις και Γνώσεις Νοσηλευτών και Γιατρών ως προς τη Διαχείριση του Πόνου», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2, 1, 37-46.

Μάτζιου, Β., Κλέτσιου, Ε., Γαλάνης, Π., Δούσης, Ε., Τσουμάκας, Κ., & Λιβάνιος, Σ. (2008), Παιδιατρικός Πόνος: Η Νοσηλευτική Προσέγγιση στα Ελληνικά Νοσοκομεία, *Νοσηλευτική*, 47, 2, 240–246.

Τζεναλής, Α., Κόλια, Α., & Νοτίου, Α. (2014), «Η Διαχείριση του Πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7, 2, 17-26.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hussami, M., & Darawad, M. (2013), “Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management among Jordanian Nursing Students”, *Nurse Education Today*, 33, 4, 339-345.

Aydede, M. (2017), Defending the IASP Definition of Pain, *The Monist*, 3, 4, 1-31.

Aziato, L., & Adejumo, O. (2014), “Determinants of Nurses' Knowledge Gap on Pain Management in Ghana”, *Nurse Education in Practice*, 14, 2, 195-199.

Babbie, E. (2007), *The Practice of Social Research*, 11th Edition, Belmont CA: Thompson – Wadsworth Publications.

Bell, J. (2005), *Doing your Research Project*, Buckingham: Open University Press.

Bradley, N. (2007), *Marketing Research. Tools and Techniques*, Oxford University Press.

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.

Breau, L. M., McGrath, P. J., Stevens, B., Beyene, J., Camfield, C., Finley, G. A., Franck, L., Gibbins, S., Howlett, A., McKeever, P., O'Brien, K., & Ohlsson, A. (2006), "Judgments of Pain in the Neonatal Intensive Care Setting: A Survey of Direct Care Staffs' Perceptions of Pain in Infants at Risk for Neurological Impairment", *Clinical Journal of Pain*, 22, 2, 122-129.

Brown, A. K., Christo, P. J., & Wu, C. L. (2004), "Strategies for Postoperative Pain Management", *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 18, 4, 703–717.

Buchanan, J. (2002), "Global Nursing Shortages", *British Medical Journal (BMJ)*, 324, 7340, 751–752.

Chin, P. L., & Kramer, M. K. (2008), *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*, 7th Edition, St. Louis: Mosby Elsevier Publishing.

Chambers, R. L., & Skinner, C. J. (2003), *Analysis of Survey Data*, John Wiley & Sons Publications.

Collis, J., & Hussey, R. (2003), *Business Research. A Practical Guide for Undergraduate and Postgraduate Students*, 2nd Edition, London: Palgrave Macmillan Publishing.

Consumers Union of U.S., Inc. (2012), "Using Opioids to Treat: Chronic Pain Comparing Effectiveness, Safety, and Price", available at <http://consumerhealthchoices.org/wp-content/uploads/2012/08/BBD-Opioids-Full.pdf>, accessed on 12/06/2017.

Cordell, W. H., Keene, K. K., Giles, B. K., Jones, J. B., Jones, J. H., & Brizendine, E. J. (2002), "The High Prevalence of Pain in Emergency Medical Care", *American Journal of Emergency Medicine*, 20, 3, 165–169.

Coulehan, J. L., & Block, M. R. (2005), *The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice*, 5th Edition, F. A. Davis Publishing.

Crotty, M. (1998), "Positivism: The March of Science", In Crotty, M. (ed.), *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*, London: Sage Publications.

Debono, D. J., Hoeksema, L. J., & Hobbs, R. D. (2013), "Caring for Patients with Chronic Pain: Pearls and Pitfalls", *Journal of the American Osteopathic Association*, 113, 8, 620–627.

Donahue, M. P. (2010), *Nursing, The Finest Art: An Illustrated History*, 3rd Edition, Philadelphia, US: Elsevier Publications.

Dowell, D., Haegerich, T. M., & Chou, R. (2016), "CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain--United States, 2016", *JAMA*, 315, 15, 1624–1645.

Dunphy L. M., & Winland-Brown, J. E. (2011), *Primary care: The Art and Science of Advanced Practice Nursing*, F.A. Davis Publications.

Eisenberger, N., & Lieberman, I. (2005), "Why it Hurts to be Left Out: The Neurocognitive Overlap between Physical and Social Pain", In Williams, K. D., Forgas, J. P., & Von Hippel, W. (eds.), *The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, and Bullying*, New York: Cambridge University Press.

Elkins, G., Jensen, M. P., Jensen, D. R., & Patterson, R. (2007), "Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 3, 275–287.

Erkes, E. B., Parker, V. G., Carr, R. L., & Mayo, R. M. (2001), "An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients", *Pain Management Nursing*, 2, 2, 47-53.

Fairman, J., & Lynaugh, J. E. (2000), *Critical Care Nursing: A History*, University of Pennsylvania Press.

Ferngren, G. B. (2009), *Medicine & Health Care in Early Christianity*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Francis, L., & Fitzpatrick, J. J. (2013), "Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences", *Pain Management Nursing*, 14, 4, 351–357.

Franklin, M. I. (2012), *Understanding Research: Coping with the Quantitative-Qualitative Divide*, London/New York, Routledge Publications.

Gatchel, R. J. (1991), "Psychological Disorders and Chronic Pain: Cause and Effects Relationships", in Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 33-52), New York: Guilford Press.

Geertzen, J. H., Van Wilgen, C. P., Schrier, E., & Dijkstra, P. U. (2006), "Chronic Pain in Rehabilitation Medicine", *Disability and Rehabilitation*, 28, 6, 363–367.

Hodges, P. W., & Tucker, K. (2011), "Moving Differently in Pain: A New Theory to Explain the Adaptation to Pain", *Pain*, 152, 1, S90–S98.

Jackson, K. C. (2006), "Pharmacotherapy for Neuropathic Pain", *Pain Practice*, 6, 1, 27–33.

Johannes, C., Le, T., Zhou, X., Johnston, J., & Dworkin, R. (2010), "The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Study", *Journal of Pain*, 11, 11, 1230–1239.

Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000), *Principles of Neural Science*, 4th Edition, New York: McGraw-Hill Publications.

Kizza, I. B., Muliira, J. K., Kohi, T. W., Nabirye, R. C. (2016), “Nurses’ Knowledge of the Principles of Acute Pain Assessment in Critically Ill Adult Patients who are Able to Self-Report”, *International Journal of African Nursing Sciences*, 4, 20-27.

Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, G., & Konstantinou, E. (2015), “Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes toward Postoperative Pain in Greece”, *Pain Management Nursing*, 16, 1, 2-10.

Kurt, N., & Oncel, M. (2002), "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pain Management in Patients with Uncomplicated Minor Rib Fractures", *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 22, 13–17.

Leo, R. (2007), *Clinical Manual of Pain Management in Psychiatry*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Linton, S. J. (2005), *Models of Pain Perception*, Elsevier Health Publications.

Lui, L. Y., So, W. K., & Fong, D. Y. (2008), “Knowledge and Attitudes regarding Pain Management among Nurses in Hong Kong Medical Units”, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 15, 2014-2021.

Lundy, K. S. (2014), "A History of Health Care and Nursing", In Masters, K. (Ed.), *Role Development in Professional Nursing Practice*, 3rd Edition, Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Mahwah, N. J. (2004), *Pain: Psychological Perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates Publishing.

Main, C. J., & Spanswick, C. C. (2000), *Pain Management: An Interdisciplinary Approach*, Churchill Livingstone Publications.

McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1997), "Nurses' Knowledge of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made?", *Journal of Pain and Symptom Management*, 14, 3, 176-188.

McGuire, L. (1994), "The Nurse's Role in Pain Relief", *Medsurg Nursing*, 3, 2, 94-98.

Melzack, R., & Katz, J. (2004), "The Gate Control Theory: Reaching for the Brain", in Craig, K. D., & Hadjistavropoulos, T. (eds.), *Pain: Psychological Perspectives*, Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.

Moayedi, M., & Davis, K. D. (2012), "Theories of Pain: From Specificity to Gate Control", *Journal of Neurophysiology*, 109, 1, 5–12.

Molton, I. R., & Terrill, A. L. (2014), "Overview of Persistent Pain in Older Adults", *American Psychologist*, 69, 2, 197–207.

Moore, R. A., Wiffen, P. J., Derry, S., Maguire, T., Roy, Y. M., & Tyrrell, L. (2015), "Non-Prescription (OTC) Oral Analgesics for Acute Pain - An Overview of Cochrane Reviews", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD010794.

Mystakidou, K., Liossi, C., Fragiadakis, K., Georgaki, S., & Papadimitriou, J. (1998), "What Do Greek Physicians Know about Managing Cancer Pain?", *Journal of Cancer Education*, 13, 1, 39-42.

Olshansky, E. (2011), "Nursing as the Most Trusted Profession: Why This Is Important", *Journal of Professional Nursing*, 27, 4, 193–194.

Papathanassoglou, E., Patiraki, E., & Tafas, C. (2006), "A Randomized Controlled Trial of an Educational Intervention on Hellenic Nursing Staff's Knowledge and Attitudes on Cancer Pain Management", *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 5, 337–352.

Patiraki-Kourbani, E., Tafas, C., McDonald, D., Papathanassoglou, E., Katsaragakis, S., & Lemonidou, C. (2004), "Personal and Professional Pain Experiences and Pain Management Knowledge among Greek Nurses", *International Journal of Nursing Studies*, 41, 4, 345-354.

Pediaditaki, O., Fountouki, A., & Theofanidis D. (2010), "Research on the Influence of Health Care Professional's Personal Experience of Pain on the Management of Pain", *International Journal of Caring Sciences*, 3, 1, 29-39.

Pruimboom, L., & Van Dam, A. C. (2007), "Chronic Pain: A Non-Use Disease", *Medical Hypotheses*, 68, 3, 506–511.

Raton, B. (2002), *Pain Management: A Practical Guide for Clinicians*, CRC Press.

Rose, L., Haslam, L., Craig, D., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., McGillion, M., & Watt-Watson, J. (2011). "Survey of Assessment and Management of Pain for Critically Ill Patients", *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 121-128.

Rieman, M. T., Gordon, M., & Marvin J. M. (2007), "Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain: A Competency Tool Modification", *Pediatric Nursing*, 33, 4, 303-306.

Staats, P., & Wallace, M. (2015), *Pain Medicine and Management: Just the Facts*, McGraw Hill Publications.

Stanton, D. J. (1991), "The Psychological Impact of Intensive Therapy: The Role of Nurses", *Intensive Care Nursing*, 7, 4,230-235.

Strode, I., Seimane, S., & Biksāne, D. (2012), "Pain Management in Nursing Practice of Intensive Care Post-Operational Stage Patients", *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4, 6, 892-900.

Tafas, C. A., Patiraki, E., McDonald, D. D., & Lemonidou, C. (2002), "Testing an Instrument Measuring Greek Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain", *Cancer Nursing*, 25, 1, 8-14.

Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2011), *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publications.

Uebel, M. (2015), "Pain Control", in Boslaugh, S. (ed.), *Sage Encyclopedia of Pharmacology and Society*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Vadivelu, N., & Sinatra, R. (2005), "Recent Advances in Elucidating Pain Mechanisms", *Current Opinion in Anesthesiology*, 18, 5, 540–547.

Waldman, S. D. (2006), *Pain Management*, Philadelphia: Saunders Publishing.

Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, Streiner, D., & Gallop, R. (2001), "Relationship between Nurses' Pain Knowledge and Pain Management Outcomes for their Postoperative Cardiac Patients", *Journal of Advanced Nursing*, 36, 4, 535-545.

Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012), "Psychological Therapies for the Management of Chronic Pain (excluding headache) in Adults", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

Wilson, B. (2007), "Nurses' Knowledge of Pain", *Journal of Clinical Nursing*, 16, 6, 1012-20.

Yava, A., Çicek, H., Tosun, N., Özcan, C., Yildiz, D., & Dizer, B. (2013), “Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey”, *International Journal of Caring Sciences*, 6, 3, 494-505.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τμήμα Ιατρικής
Μεταπτυχιακό
Πρόγραμμα Σπουδών
«Αντιμετώπιση του Πόνου»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελεί μέρος μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, που αφορά στην αξιολόγηση γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του πόνου. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και ανώνυμη. Έχει σημασία να απαντήσετε σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις με **ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ**.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια σας.

A) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ -ΑΤΟΜΙΚΑ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΣΗΜΕΙΟ Ν ΣΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ Ή ΝΑ ΓΡΑΨΕΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2) Ηλικία: _____

3) Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος/-η

Έγγαμος/-η

Χήρος/-α

Διαζευγμένος/-η

Άλλο (τι;) _____

4) Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση (σημειώστε όσα σας αφορούν):

Πτυχίο Πανεπιστημίου

Πτυχίο Τ.Ε.Ι.

Πτυχίο ΤΕΕ/ΙΕΚ

4α) Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση (σημειώστε όσα σας αφορούν):

Μεταπτυχιακό Εάν ναι αντικείμενο: _____

5) Νοσηλευτική δραστηριότητα μετά την βασική εκπαίδευση:

Χρόνια _____ Μήνες _____

6) Νοσηλευτική δραστηριότητα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο:

Χρόνια _____ Μήνες _____

7) Σχέση εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο:

Μόνιμη/-ος

Με σύμβαση αορίστου χρόνου

Με σύμβαση ορισμένου χρόνου

Άλλο (τι;) _____

8) Σε ποιο τμήμα εργάζεστε ; _____

9) Θέση Εργασίας:

Νοσηλεύτρια/-ής

Υπεύθυνος Τμήματος

Προϊσταμένη/-ος

10) Είστε μέλος σε κάποιο/-α όργανο (σημειώστε όσα σας αφορούν):

Επιστημονικό

Επαγγελματικό

Συνδικαλιστικό

11) Παρακολουθήσατε σεμινάρια/συνέδρια/προγράμματα επιμόρφωσης με αντικείμενο την αντιμετώπιση πόνου στη διάρκεια του προηγούμενου έτους;

Ναι Όχι

11α) Αν ναι, πόσο χρόνο συνολικά; _____

12) Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε χώρο εργασίας; Ναι Όχι

13) Αν σας δινόταν η ευκαιρία θα αλλάζατε επάγγελμα; Ναι Όχι

14) Αντιμετωπίζετε προσωπικά πρόβλημα οξέος ή χρόνιου πόνου; Ναι Όχι

14α) Στην περίπτωση που αντιμετωπίζετε προσωπικό πρόβλημα πόνου ή κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό σας περιβάλλον, τότε παρακαλώ περιγράψτε μας πόσο αυτό σας έχει επηρεάσει και κατά πόσο έχει αλλάξει την αντίληψη σας πάνω στο θέμα του πόνου;

Μελέτη των γνώσεων και πεποιθήσεων των νοσηλευτών αναφορικά
με τον πόνο

Σωστό	Λάθος	- Βάλτε σε κύκλο στην σωστή απάντηση
Σ	Λ	1. Για να επιβεβαιώνεται η δήλωση ενός ασθενούς ότι έχει πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρατηρούμενες αλλαγές των ζωτικών σημείων.
Σ	Λ	2. Τα παιδιά κάτω των 2 ετών έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και περιορισμένη μνήμη των επώδυνων εμπειριών εξαιτίας του μη ανεπτυγμένου νευρικού συστήματός τους.
Σ	Λ	3. Εάν μπορεί να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου από τον πόνο αυτό συνήθως σημαίνει ότι ΔΕΝ έχει υψηλής έντασης πόνο.
Σ	Λ	4. Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο.
Σ	Λ	5. Παρόμοια ερεθίσματα σε διαφορετικούς ανθρώπους παράγουν ίδιας έντασης πόνο.
Σ	Λ	6. Η ασπιρίνη και άλλοι μη στεροειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες ΔΕΝ είναι αποτελεσματικά αναλγητικά για τον οστικό πόνο που οφείλεται σε μεταστάσεις.
Σ	Λ	7. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (π.χ. ζέστη, μουσική, προϊόντα φαντασίας κ.λ.π.) είναι πολύ αποτελεσματικές στον έλεγχο του ήπιου - μέτριου πόνου, αλλά είναι σπάνια χρήσιμες σε πολύ έντονο πόνο.
Σ	Λ	8. Η αναπνευστική καταστολή επέρχεται σπάνια σε ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή για χρονική περίοδο μηνών.

- Σ Λ 9. Η ασπιρίνη των 650 mg PO είναι περίπου ίδιου αναλγητικού αποτελέσματος με την meperidine (Πεθιδίνη) των 50 mg PO.
- Σ Λ 10. Η κλίμακα πόνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) προτείνει την χρησιμοποίηση ενός εκ των αναλγητικών παραγόντων, παρά τον συνδυασμό διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων (π.χ. συνδυασμός ενός οπιοειδούς με ένα μη στεροειδή παράγοντα).
- Σ Λ 11. Η συνηθισμένη διάρκεια δράσης της meperidine (Πεθιδίνη) IM είναι 4-5 ώρες.
- Σ Λ 12. Η έρευνα έδειξε ότι η promethazine (Phenergan) είναι ένας αξιόπιστος παράγοντας αύξησης δράσης των οπιοειδών αναλγητικών
- Σ Λ 13. Ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης δεν θα πρέπει να λαμβάνουν οπιοειδή για τον πόνο, γιατί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επαναλαμβανόμενου εθισμού.
- Σ Λ 14. Πέραν μιας συγκεκριμένης δόσης μορφίνης, οι αυξήσεις στην δόση δεν θα αυξήσουν την ανακούφιση από τον πόνο.
- Σ Λ 15. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να ανεχτούν τα οπιοειδή για την ανακούφιση από τον πόνο.
- Σ Λ 16. Ο ασθενής που πονά θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ανέχεται τον πόνο όσο το δυνατό περισσότερο πριν καταφύγει σε μία μέθοδο ανακούφισής του .
- Σ Λ 17. Παιδιά μικρότερης ηλικίας των 11 ετών δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο με αξιοπιστία και επομένως, ο/η νοσηλεύτης/τρια πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση των γονιών για την ένταση του πόνου του παιδιού.

- Σ Λ 18. Κάποιος ασθενής βασιζόμενος στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις πιθανόν να σκέφτεται ότι το να υποφέρει από τον πόνο είναι απαραίτητο.
- Σ Λ 19. Μετά την αρχική συνιστώμενη δόση οπιοειδούς αναλγητικού, οι διαδοχικές δόσεις ρυθμίζονται σύμφωνα με την προσωπική απάντηση του ασθενούς στην αναλγησία.
- Σ Λ 20. Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί μη φαρμακευτικές τεχνικές μόνες τους και όχι παράλληλα με τα αναλγητικά φάρμακα.
- Σ Λ 21. Η ενδομυϊκή ένεση αποστειρωμένου νερού σε ασθενείς (placebo) αποτελεί συχνά ένα χρήσιμο τρόπο ελέγχου εάν ο πόνος τους είναι πραγματικός.
- Σ Λ 22. Για να είναι αποτελεσματικά, το κρύο και η ζεστή θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην επώδυνη περιοχή.

23. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με πόνο σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου είναι:

- _α. Ενδοφλεβίως
- _β. Ενδομυϊκώς
- _γ. Υποδορίως
- _δ. Από το στόμα
- _ε. Από τον πρωκτό
- _στ. Δεν γνωρίζω

24. Η συνιστώμενη οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών στους ασθενείς με σύντομο, έντονο πόνο αιφνίδιας έναρξης, π.χ. τραύμα ή μετεγχειρητικό πόνο είναι:

- _α. Ενδοφλεβίως
- _β. Ενδομυκίως
- _γ. Υποδορίως
- _δ. Από το στόμα
- _ε. Από τον πρωκτό
- _στ. Δεν γνωρίζω

25. Ποια από τα ακόλουθα αναλγητικά φάρμακα είναι τα ενδεικνυόμενα για την αντιμετώπιση του παρατεταμένου μέτριου ή έντονου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο

- _α. Brompton's cocktail
- _β. Κωδεΐνη
- _γ. Μορφίνη
- _δ. Πεθιδίνη
- _ε. Μεθαδόνη
- _στ. Δεν γνωρίζω

26. Ποιες από τις ακόλουθες ενδοφλέβιες δόσεις μορφίνης που χορηγούνται μετά από περίοδο 4 ωρών είναι ισοδύναμη με την per os μορφίνη των 30 mg που δίνεται κάθε 4 ώρες.

- _α. Μορφίνη 5 mg IV
- _β. Μορφίνη 10 mg IV
- _γ. Μορφίνη 30 mg IV
- _δ. Μορφίνη 60 mg IV

27. Τα αναλγητικά για τον μετεγχειρητικό πόνο αρχικά πρέπει να δίνονται

- _α. Σε προκαθορισμένες ώρες σύμφωνα με συγκεκριμένη αγωγή
- _β. Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει αναλγητικό
- _γ. Μόνο όταν ο/η νοσηλευτής/τρια αξιολογήσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση

28. Άρρωστος με χρόνιο πόνο από καρκίνο λαμβάνει ημερησίως οπιοειδή αναλγητικά για δύο μήνες. Η δόση αυξήθηκε αυτή την χρονική περίοδο. Χθες ο ασθενής έπαιρνε μορφίνη 200 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως. Σήμερα έχει πάρει 250 mg ανά ώρα ενδοφλεβίως για 3 ώρες. Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής σημαντική αναπνευστική καταστολή είναι

- _α. Λιγότερο από 1%
- _β. 1-10 %
- _γ. 11-20 %
- _δ. 21-40 %
- _ε. >41 %

29. Η αναλγησία για τον χρόνιο καρκινικό πόνο θα πρέπει να δίνεται

- _α. Με το ρολόι σε συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή
- _β. Μόνο όταν ο ασθενής ζητήσει το φάρμακο
- _γ. Μόνο όταν ο/η νοσηλευτής/τρια προσδιορίσει ότι ο ασθενής έχει μέτρια ή μεγαλύτερη ενόχληση

30. Η πιο πιθανή εξήγηση του γιατί ένας ασθενής με πόνο θα ζητήσει να αυξηθούν οι δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής του πόνου είναι:

- _α. Ο ασθενής βιώνει αύξηση του πόνου
- _β. Ο ασθενής βιώνει αύξηση ανησυχίας ή κατάθλιψης
- _γ. Ο ασθενής επιζητεί περισσότερη προσοχή από το προσωπικό
- _δ. Οι απαιτήσεις του ασθενούς σχετίζονται με τον εθισμό

31. Ποια από τα παρακάτω φάρμακα είναι χρήσιμα για την φαρμακευτική αγωγή στον πόνο του καρκίνου;

- _α. Ιβουπροφαίνη
- _β. Υδρομορφίνη
- _γ. Αμιπριπτιλίνη
- _δ. Όλα τα παραπάνω

32. Η πιο ακριβής αξιολόγηση της έντασης του πόνου του ασθενή γίνεται :

- _α. Από τον θεράποντα ιατρό
- _β. Από το/ τη νοσηλεύτη/τριας του ασθενούς
- _γ. Τον ίδιο τον ασθενή
- _δ. Τον φαρμακοποιό
- _στ. Τον/ την σύζυγο του ασθενούς ή την οικογένειά του

33. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει την καλύτερη προσέγγιση των πολιτισμικών πεποιθήσεων της φροντίδας ασθενών με πόνο

- _α. Λόγω των διαφορετικών και διαφόρων πολιτισμικών πεποιθήσεων στις ΗΠΑ, δεν υπάρχουν πλέον πολιτισμικές επιρροές στην εμπειρία του πόνου.
- _β. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν την γνώση που ορίζει καθαρά την επίδραση του πόνου στον κάθε πολιτισμό (π.χ. Οι Ασιάτες ασθενείς είναι γενικά στωικοί, οι Ιταλοί είναι πιο εκδηλωτικοί και μεγαλοποιούν τον πόνο τους, κ.λ.π.)
- _γ. Οι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται εξατομικευμένα για να προσδιορίζονται οι πολιτισμικές επιδράσεις στον πόνο

34. Ποιο νομίζεται ότι είναι το ποσοστό των ασθενών που υπερβάλλουν την ένταση του πόνου; Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

35. Ο εθισμός στα ναρκωτικά/οπιοειδή ορίζεται ως η ψυχολογική εξάρτηση συνοδευόμενη από επιπλέον ζήτηση με την λήψη και χρησιμοποίηση ναρκωτικών για ψυχολογικούς λόγους, όχι για ιατρικούς. Αυτό μπορεί να εμφανισθεί με ή χωρίς τις ψυχολογικές αλλαγές της ανοχής στην αναλγησία και την φυσική εξάρτηση (απόσυρση). Χρησιμοποιώντας αυτόν τον ορισμό, πόση πιθανότητα υπάρχει να επέλθει εθισμός στα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της χρησιμοποίησης οπιοειδών αναλγητικών στην θεραπεία του πόνου; Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση

< 1% 5% 25% 50% 75% 100%

Μελέτες περιπτώσεων

Παρουσιάζονται δύο μελέτες περιπτώσεων ασθενών. Για τον κάθε ασθενή σας ζητείται να πάρετε αποφάσεις για τον πόνο και την φαρμακευτική του αγωγή.

Κατευθύνσεις: Παρακαλώ επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση.

36. Ασθενής Α: Ο Ανδρέας είναι 25 χρονών και είναι η πρώτη μέρα μετά από εγχείρηση στην πύελο. Όταν μπαίνετε στο δωμάτιό του, σας χαμογελάει και συνεχίζει να μιλάει και να αστειεύεται με τον επισκέπτη του. Από την εκτίμησή των ζωτικών του σημείων έχετε τα παρακάτω δεδομένα: ΑΠ= 120/80, Σφύξεις = 80, Αναπνοές= 18. Σε μια κλίμακα από 0 έως 10 (0= χωρίς πόνο/ ενόχληση, 10= χειρότερο πόνο / ενόχληση) αυτός βαθμολογεί τον πόνο του ως 8.

A. Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει η εκτίμησή σας για τον πόνο του Ανδρέα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Χωρίς πόνο/ ενόχληση

Ανυπόφορος Πόνος/ ενόχληση

B. Η πιο πάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες μετά την λήψη μορφίνης 2 mg IV.

Ο ανά μισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Εκείνος θεωρεί το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου. Βάλτε σε κύκλο την ενέργεια που θα κάνετε αυτή την στιγμή:

1. Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή.
2. Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα.
3. Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα.
4. Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα.

37. Ασθενής Β: Ο Γιώργος είναι 25 χρονών και είναι η πρώτη μετεγχειρητική μέρα μετά από επέμβαση στην κοιλιακή χώρα. Μπαίνει στο δωμάτιό του, είναι ξαπλωμένος ήσυχα στο κρεβάτι και κάνει δυσάρεστες γκριμάτσες καθώς γυρίζει στο κρεβάτι. Από την εκτίμησή των ζωτικών του σημείων έχετε τα παρακάτω δεδομένα: ΑΠ= 120/80, Σφίξεις= 80, Αναπνοές= 18. Σε μια κλίμακα από 0 έως 10 (0= χωρίς πόνο/ ενόχληση, 10= πολύ μεγάλος πόνος / ενόχληση) βαθμολογεί τον πόνο του ως 8.

A. Από την αναφορά του ασθενούς μπορείτε να σημειώσετε τον πόνο του στην παρακάτω κλίμακα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την εκτίμησή σας για τον πόνο του Γιώργου.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Χωρίς πόνο/ ενόχληση

Ανυπόφορος πόνος/ενόχληση

B. Η παραπάνω εκτίμησή σας, έγινε δύο ώρες αφού είχε λάβει 2 mg IV μορφίνης. Ο ανάμισάωρο συνεχής πόνος που ακολουθείται από την ένεση βαθμολογείται από 6 έως 8 και δεν είχε κλινικά σημαντική αναπνευστική καταστολή, νάρκωση, ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναγνωρίζει το 2 ως ανεκτικό επίπεδο ανακούφισης του πόνου. Η οδηγία για αναλγησία του θεράποντος ιατρού του είναι «μορφίνη IV 1-3 mg κάθε 1 h επί πόνου» για την ανακούφιση του πόνου. Βάλτε σε κύκλο την ενέργεια που θα κάνετε αυτή την στιγμή:

1. Δεν θα δοθεί μορφίνη αυτή την στιγμή.
2. Θα δοθεί μορφίνη 1 mg IV τώρα.
3. Θα δοθεί μορφίνη 2 mg IV τώρα.
4. Θα δοθεί μορφίνη 3 mg IV τώρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διατριβής πραγματοποιείται η μελέτη με τίτλο «Αξιολόγηση γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του πόνου». Ένας από τους κύριους σκοπούς της μελέτης είναι η διερεύνηση του γνωστικού επιπέδου αναφορικά με τον πόνο, όπως εκτιμάται από τους ίδιους τους επαγγελματίες. Γι' αυτό η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σημαντική.

Ελπίζουμε ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετάσχετε με τη συμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων. Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορά μια διερεύνηση των γνώσεων που κατέχετε. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι ένα τυπικό δημογραφικό.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης έχει εξασφαλιστεί άδεια από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου σας. Επιπλέον έχουν ληφθεί υπόψιν όλες οι αρχές ηθικής στην έρευνα.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Η συναίνεσή σας θα φυλαχτεί σε ασφαλή και ιδιαίτερο χώρο. Δεν θα υπάρχει πρόσβαση σ' αυτά άλλων πλην του ερευνητή. Επιπλέον σε κανένα στάδιο της μελέτης δεν πρόκειται να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ή στα νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε.

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων παρακαλούμε πολύ εσωκλείστε τα στο φάκελο και σφραγίστε τα. Παραδώστε το φάκελο στον υποψήφιο μεταπτυχιακό ή στον ορισθέντα από εκείνον αντιπρόσωπο του.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Υποψήφιος Μεταπτυχιακός

Κυριάκος Διονυσόπουλος

Τηλ. Επικοινωνίας 6979382723

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Συμφωνώ να συμμετάσχω στη μελέτη με θέμα «Αξιολόγηση γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του πόνου ». Είμαι ενήμερος/η για την εχεμύθεια των πληροφοριών που θα συλλέξετε. Επίσης κατανοώ ότι μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**:.....