



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Συγκριτική μελέτη της στάσης και των γνώσεων νοσηλευτών και  
γιατρών ως προς τη διαχείριση της σωματικής και ψυχολογικής  
συνιστώσας του πόνου**

**Σπουδάστρια:**

Κωνσταντή Ζωή, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 11)

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:**

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ιωάννινα, 2006**

*«Να πιστεύεις ότι ο πόνος υπάρχει, εάν ο ασθενής λέει κάτι τέτοιο,  
ανεξάρτητα εάν αυτός ο ασθενής, είναι γνωστός υποκριτής...»*

*Walter Penfield*

## Πίνακας Περιεχομένων

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>7</b>
-----------------	----------

### ΜΕΡΟΣ Ι

<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ</b>	<b>11</b>
--	-----------

<b>ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ</b>	<b>14</b>
---	-----------

<b>ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>42</b>
---	-----------

<b>ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>48</b>
---	-----------

<b>ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>51</b>
--	-----------

<b>ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>	<b>59</b>
---	-----------

### ΜΕΡΟΣ ΙΙ

<b>1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>75</b>
------------------------------	-----------

ΔΕΙΓΜΑ	75
--------	----

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	76
---------------------	----

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	78
------------	----

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	78
-----------------------	----

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	79
------------------------	----

<b>2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>81</b>
------------------------------------	-----------

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	81
--	----

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	83
--------------------------------	----

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	83
------------------------------------	----

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΧΥΡΟΣ ΠΟΝΟΣ	85
---------------------------------	----

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	86
--------------------------------	----

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	86
------------------------------	----

ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ	87
------------------------------------	----

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	88
ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗ ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ	88
ΥΠΟΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	89
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	89
LONALGAL VS ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ	90
PLACEBO ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	91
ΔΟΣΕΙΣ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	91
Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΜΕΘΑΖΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΠΙΟΥΧΩΝ	92
ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΓΙΑ 1-3 ΗΜΕΡΕΣ	92
ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΓΙΑ 3-6 ΜΗΝΕΣ	93
ΕΘΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ	94
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΟΣΗ	94
ΒΑΘΜΟΣ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΘΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	94

### **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ)** 96

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	96
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	98
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	99
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΧΥΡΟΣ ΠΟΝΟΣ	101
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	101
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	102
ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ	102
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	103
ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗ ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ	104
ΥΠΟΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	104
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	105
LONALGAL VS ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ	105
PLACEBO ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	106
ΔΟΣΕΙΣ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	106
Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΜΕΘΑΖΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΠΙΟΥΧΩΝ	107
ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΓΙΑ 1-3 ΗΜΕΡΕΣ	108
ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΓΙΑ 3-6 ΜΗΝΕΣ	108
ΕΘΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ	109
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΟΣΗ	109
ΒΑΘΜΟΣ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΟΡΘΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	110

ΟΡΘΟΤΗΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	110
<b>4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>112</b>
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΧΥΡΟΣ ΠΟΝΟΣ	112
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	113
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	114
ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΠΟΝΟΣ	114
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	115
ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗ ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ	116
ΥΠΟΜΟΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	117
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	118
LONALGAL VS ΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ	118
PLACEBO ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	119
ΔΟΣΕΙΣ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	119
Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΜΕΘΑΖΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΠΙΟΥΧΩΝ	120
ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΠΙΟΥΧΩΝ ΓΙΑ 1-3 ΗΜΕΡΕΣ	120
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΟΣΗ	121
ΒΑΘΜΟΣ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΘΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	122
<b>5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>124</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>125</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>126</b>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ Μ. MCCAFFERY	134
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ Μ. MCCAFFERY - ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ	135

*Στην μητέρα μου για την κατανόηση, υπομονή και ανοχή  
που έδειξε κατά την διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας,  
αλλά και για την αγάπη και συμπαράσταση της σε κάθε μου τόλμημα...*

*Πόνος είναι οτιδήποτε περιγράφει αυτός  
που τον υφίσταται και υπάρχει,  
οποιαδήποτε στιγμή αυτός το αναφέρει*  
McCaffery

Στην καθημερινή κλινική πράξη ο πόνος είναι ένα από τα πιο συχνά και συνάμα πιο δυσχερή στην αντιμετώπισή του πρόβλημα. Πολλές από τις δυσκολίες στην κατανόηση των μηχανισμών του πόνου έχουν την αρχή στην διπλή του φύση. Είναι γενικά αποδεκτό πως εύκολα κατανοεί κανείς την πορεία του αλγογόνου ερεθίσματος μέχρι τον φλοιό που “γίνεται” η συνειδητοποίηση του, αλλά δύσκολο και αρκετά πολύπλοκο να καθορίσει κάποιος τα επιμέρους χαρακτηριστικά, του πώς βιώνει ο καθένας τον πόνο, χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν με τα προσωπικά πιστεύω του καθενός, το συναίσθημα, την προηγούμενη εμπειρία πόνου, το περιβάλλον του, την αιτία του πόνου, την εντόπισή του.

Ο παράγοντας πόνος είναι ίσως ο κυριότερος όσον αφορά την ποιότητα ζωής του ασθενή. Είναι εκείνος που κατεξοχήν δημιουργεί προβλήματα στον ίδιο και τους οικείους του και επιφέρει προβλήματα οικονομικά, κοινωνικά και προσωπικά. Έχει εκτιμηθεί ότι τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο στοιχίζουν στις ΗΠΑ αρκετά δισεκατομμύρια δολάρια λόγω απουσιών από την εργασία τους, εργατικών αποζημιώσεων και μηνύσεων. Σύμφωνα με έρευνες υπολογίζεται ότι το 16% περίπου του γενικού πληθυσμού αναφέρει αρκετά σοβαρούς πόνους που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες, ενώ το 11% παρουσιάζει επίμονους πόνους.

Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία που λίγο πολύ όλοι την έχουμε βιώσει σε κάποια στιγμή της ζωής μας. Μπορεί βέβαια για κάποιους από εμάς αυτή η εμπειρία να ήταν σύντομη και καλά ανεκτή, θα ήταν όμως μεγάλη παράλειψη να μην αναφερθούμε στους συνανθρώπους μας για τους οποίους ο πόνος αποτελεί ένα βασανιστικό συναίσθημα, τόσο έντονο και συνεχές, που επισκιάζει κάθε λεπτό της ζωής τους. Ο πόνος δεν έχει ηλικία, φύλο, φυλή, πατρίδα, θρησκεία, ποινικό μητρώο, κοινωνική, οικονομική ή πολιτική ταυτότητα. Είναι ένα πολύπλοκο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται σε πληθυσμούς ασθενών με διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους.

Από το 1996 η Αμερικάνικη κοινωνία του πόνου(American Society of Pain) έκανε προσπάθειες να αναγνωρισθεί ο πόνος ως το 5<sup>ο</sup> ζωτικό σημείο τονίζοντας την αναγκαιότητα αλλά και τη σημασία του να υπάρξει τρόπος να μετρηθεί και να αξιολογηθεί ο πόνος. Όταν λοιπόν ένας ασθενής εισάγεται σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα μαζί με τα άλλα ζωτικά σημεία, θερμοκρασία, πίεση, σφυγμό και αναπνοές, θα μετράται και ο πόνος.

Όπως τονίζει και ο James Campbell «τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Αν ο πόνος αξιολογηθεί με τον ίδιο ζήλο, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα η θεραπεία του να γίνεται κατάλληλα. Εκείνο που χρειάζεται είναι η εκπαίδευση των γιατρών και των νοσηλευτών, ώστε ο πόνος να αντιμετωπίζεται σαν ένα από τα ζωτικά σημεία. Ποιοτική φροντίδα σημαίνει ότι ο πόνος μετριέται και θεραπεύεται».

\* \*

\*

Αποτελεί επιστημονική αλλά και συνάμα ανθρώπινη υποχρέωση όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού κόσμου να αποκτήσει όχι μόνο την κατάλληλη παιδεία για την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και να καλλιεργήσει μεταξύ των ασθενών την αντίληψη ότι ο πόνος χρειάζεται αποτελεσματική αντιμετώπιση, με σύγχρονα μέσα και από κατάλληλους ανθρώπους.

Σήμερα η πρόοδος της Ιατρικής αλλά και της Νοσηλευτικής έχει προσφέρει μια πιο ενδελεχή γνώση και αντίληψη της όλης διάστασης του θέματος «πόνος». Τα μέσα αντιμετώπισης του πόνου έχουν βελτιωθεί τόσο ώστε δε θα πρέπει κανείς άνθρωπος να αφήνεται να βιώνει αυτή την ιδιαίτερα δυσάρεστη εμπειρία.

Παρόλο που η εποχή μας χαρακτηρίζεται από τεχνολογικά θαύματα και ο καθένας θα ήταν σε θέση να κοιτάξει με υπεροψία τις άκαρπες προσπάθειες του παρελθόντος όσον αφορά το χειρισμό του πόνου, είναι γεγονός πως ακόμη και σήμερα η αποτελεσματική αντιμετώπισή του παραμένει σκοπός προς επίτευξη.

Η πρόσφατη βιβλιογραφία στη νοσηλευτική και την Ιατρική επιστήμη προσδιορίζει ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τον πόνο. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες φαίνεται να είναι οι εσφαλμένες πεποιθήσεις, οι φτωχές κλινικές δεξιότητες, τα λανθασμένα πιστεύω και οι σκέψεις που αφορούν τη διαχείριση του πόνου ως σύμπτωμα (ο φόβος για εθισμό και ανοχή σε οπιούχα).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κατανοήσει σε βάθος το ζήτημα και να ξεπεράσει τους φραγμούς που εμποδίζουν τον επιτυχή χειρισμό του θέματος. Θα ήταν βέβαια παράλειψη να μην αναφερθεί στο σημείο αυτό η έλλειψη, κατά τη



διάρκεια της εκπαίδευσης τους, των γνώσεων εκείνων που θα τους βοηθούσαν να προσεγγίσουν και να χειριστούν επιτυχώς το θέμα του πόνου.

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόκληση και η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει ο πόνος ως σύμπτωμα, αλλά και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές καλούνται να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή του λειτούργησαν ως εφαλτήριο για την επιλογή «των στάσεων και των πεποιθήσεων των νοσηλευτών σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου» ως το θέμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Σε αυτό το σημείο θέλω να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που συνέβαλλαν στην εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης.

Η εργασία αυτή δε θα ήταν εφικτή χωρίς τη συγκατάθεση της κα Margo McCaffery RN MS FAAN, σύμβουλο νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με πόνο στο νοσοκομείο City of Hope στο Λος Άντζελες, στην οποία και ανήκει το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε. Την ευχαριστώ θερμά για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε καθώς και για την προθυμία με την οποία δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας. Ελπίζω η εργασία να ανταποκρίνεται στο βαθμό των προσδοκιών της.

Πραγματικά πολύτιμη θεωρώ την συμβολή της κας Μαίρης Γκούβα, ψυχολόγο, Επίκουρης Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου και επιβλέπουσας της παρούσας εργασίας. Την ευχαριστώ ολόψυχα για όλα όσα έκανε για μένα: την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας μου, το χρόνο που μου αφιέρωσε τόσο για την επίλυση αποριών όσο και για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, μα πάνω από όλα την ευχαριστώ που μου έμαθε πως η υπομονή είναι ίσως ο καλύτερός μας σύμμαχος στη ζωή.....

Ευχαριστώ πολύ τον κ. Δημήτριο Δαμίγο, ψυχολόγο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Επιστημονικό Υπεύθυνο του Π.Μ.Σ. «Αντιμετώπιση του πόνου», για τη δυνατότητα που μου έδωσε να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό. Τον ευχαριστώ θερμά για τα μαθήματα σοφίας και προβληματισμού που μου προσέφερε καθώς και για την ευκαιρία που μου έδωσε να συναναστραφώ και να δημιουργήσω σημαντικές, θα τολμούσα να πω, σχέσεις ζωής με τους συμφοιτητές μου.

Τέλος, μα όχι φυσικά τελευταία, ευχαριστώ την κα Νικολίτσα Κανέλλου, Βρεφονηπιοκόμο, Εργαστηριακό Συνεργάτη Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, την κ Αντιγόνη Δρούβη, Νοσηλεύτρια, υπεύθυνη της Ουρολογικής κλινικής του Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα», την κ Κυριακή Πατσιά, Φυσιοθεραπεύτρια του 7<sup>ου</sup> ΚΑΠΗ Ιωαννίνων, την κ. Ολυμπία Βάσσιου, Νοσηλεύτρια του ηπατογαστρεντερολογικού τμήματος του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων και την κ. Ελευθερία Τζαμάκου, Νοσηλεύτρια του τμήματος χημειοθεραπειών του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, για την αμέριστη αγάπη και συμπαράσταση που μου προσέφεραν σε όλα τα στάδια αυτής της εργασίας

## **ΜΕΡΟΣ Ι**

### **Ιστορική Αναδρομή της διαχείρισης του πόνου**

Ο πόνος είναι το παλαιότερο ιατρικό πρόβλημα. Διάφορες φιλοσοφικές, πολιτικές, και θρησκευτικές έννοιες έχουν οριστεί και έχουν συνδεθεί με τον πόνο. Ο πόνος της γέννας, του τοκετού (πρώρου ή φυσιολογικού), προαιώνια ανεκτός και φυσιολογικά αναμενόμενος, είχε προδιαθέσει το ανθρώπινο γένος σε μια δεδομένη πλέον κατάσταση ανοχής για κάτι που ήταν όχι μόνο συμβατό με την ζωή αλλά και αναγκαίο, ακόμη και θρησκευτικά επιβεβλημένο. Όπως ανεχόταν τον πόνο της γέννας, ανεχόταν και σωματικά και ψυχικά, με διάθεση τελείως διαφορετική από ότι σήμερα τον κάθε πόνο αυτόματο ή προκλητό (Μάρτης, 2000).

Από την αρχαιότητα ο άνθρωπος προσπάθησε να απαλλαγεί από τον πόνο ή τουλάχιστον να τον καταστήσει ανεκτό. Το «νηπενθές», που αναφέρει ο Όμηρος, ήταν κατά πάσα πιθανότητα η ινδική κάνναβη ή το Hashish των Αράβων. Οι Άραβες χρησιμοποιούσαν ως αναλγητικό το όπιο και τον υοσκύαμο και ο Διοσκουρίδης κατά την Ρωμαϊκή εποχή τον μανδραγόρα (Γεωργίου, 1988).

Από τον 9<sup>ο</sup> αιώνα σαν αναλγητικό χρησιμοποιούσαν ένα μίγμα από όπιο, μανδραγόρα και υοσκύαμο στο οποίο βουτούσαν ένα σφουγγαράκι και το έδιναν στους αρρώστους για εισπνοές. Από το τέλος όμως του Μεσαίωνα όλα αυτά ξεχάστηκαν και κατά τον 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα δεν τα χρησιμοποιούσαν πια. Στους υποψήφιους για χειρουργικές επεμβάσεις έδιναν οινόπνευματώδη ποτά, που τους προκαλούσαν μέθη, μέχρι αναισθησίας. Παρόλ' αυτά δεν κατόρθωναν να τους μειώσουν τον φόβο.

Από ιστορικής άποψης πάντως ενδιαφέρον έχει να τονιστεί, πως -όπως τουλάχιστον φαίνεται από γκραβούρες, των βιβλίων της προαναισθητικής εποχής και ως τέτοια εννοείται φυσικά και η μακρά περίοδο της αρχικής εφαρμογής της αναισθησίας πριν εμπεδωθεί η εμπιστοσύνη του ιατρικού κόσμου στην ασφαλή χρήση της (μέχρι δηλ. το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα)- οι νοσηλευτές, άνδρες κυρίως που εργαζόταν σαν βοηθοί των χειρουργών ήταν όλοι εύσωμοι (σε σχέση με τους γιατρούς), ειδικά επιλεγμένοι προφανώς για να αντιμετωπίζουν σχετικά εύκολα τους υποψήφιους για χειρουργείο (Μάρτης, 2000).

Στην κλινική χειρουργική πάντως χρησιμοποίησαν πολλά πρακτικά μέσα για να μετριάσουν τον πόνο από τις επεμβάσεις, τόσο φυσικά (χιόνι, αλκοόλ) όσο και

τεχνικά (πιεστική περίδεση). Προκειμένου για τους ακρωτηριασμούς ή άλλες επεμβάσεις - όπως κυρίως αυτό φάνηκε στην εκστρατεία του Ναπολέοντα στην Ρωσία - ο Larrey εκτελούσε «ανώδυνες» επεμβάσεις σε παγωμένα ή ημιπαγωμένα σώματα που ήταν σχεδόν πλήρως αναισθητοποιημένα. Μια μέθοδος που εφαρμόστηκε από τον Torham το 1842 για πρόκληση «χειρουργικής αναισθησίας» ήταν ο υπνωτισμός που χρησιμοποιήθηκε σύμφωνα με ορισμένους με επιτυχία σε πολλές επεμβάσεις (Μάρτης, 2000).

Οι αρχαίοι κάτοικοι του Περού γνώριζαν τις αναισθητικές ιδιότητες του φυτού Coca. Μασούσαν τα φύλλα του και έβαζαν το σάλιο στο μέρος του σώματος που πονούσε. Από το φυτό αυτό οι Γερμανοί απομόνωσαν την κοκαΐνη, της οποίας διάλυμα χρησιμοποιούσαν σαν αναισθητικό σε επεμβάσεις στα μάτια και σε άλλους βλεννογόνους. Αργότερα χρησιμοποιήθηκαν για τοπική αναισθησία ενέσεις Novocaine και Stovaine (Γεωργίου, 1988).

Οι παθολόγοι έχουν επιδιώξει να ανακουφίσουν τον πόνο του ασθενή μέσω της συνετής χρήσης των οπιοειδών. Οι χειρουργοί λειτούργησαν άμεσα προκειμένου να ελαχιστοποιήσουν την αγωνία του ασθενή μέχρι να γίνει διαθέσιμη η χειρουργική αναισθησία. Οι συζητήσεις και οι έρευνες συνεχίζονται σχετικά με τα είδη του πόνου και την πιο αποτελεσματική διαχείριση τους: συμπτωματική αντιμετώπιση στον οξύ πόνο, ανακούφιση στον δριμύ σε ασθενείς που υποφέρουν και τελικά καταλήγουν από την συγκεκριμένη νόσο και τέλος ανακούφιση του δύσκολα αντιμετωπίσιμου χρόνιου πόνου με σκοπό την μείωση των διαταραχών που εκείνος επιφέρει στον ασθενή.

Οι οπιούχες ουσίες ήταν η τυποποιημένη θεραπεία για τον οξύ πόνο από τους τραυματισμούς έως και τον περιοδικό, όπως ο πονοκέφαλος και ο πονόδοντος, καθ' όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα. Εντούτοις, αυτό οδήγησε στον ιατρογενή εθισμό στη μορφίνη και στην θέσπιση του Νόμου για τον έλεγχο των ναρκωτικών του Harrison το 1914. Η ασπιρίνη διατέθηκε το 1899 και χρησιμοποιήθηκε για να αντιμετωπιστεί ο ήπιος ως μέτριος πόνος. Οι οπιούχες ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για τους ασθενείς τελικού σταδίου. Η σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας του γιατρού να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο και του φόβου μήπως ο ασθενής εθιστεί κυριάρχησε καθ' όλη τη διάρκεια του 20ού αιώνα.

Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου που επέμενε και ταλαιπωρούσε τον ασθενή είτε αγνοήθηκε από τους γιατρούς η αντιμετώπιση του είτε προτάθηκαν παρεμβάσεις στην λειτουργία των νεύρων και καινοτόμες επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα οι φουσκάλες αμμωνίας, η ηλεκτρική ενέργεια και η μορφίνη. Ειδικότερα η θεωρία υποστήριξε την ιδέα του αληθινού πόνου ως άμεση και ανάλογη απάντηση σε ένα συγκεκριμένο επιβλαβές ερέθισμα. Οι περιφερειακοί

φραγμοί νεύρων κατά τη διάρκεια των χειρουργικών διαδικασιών χρησιμοποιήθηκαν πριν από το 1900.

Οι κλινικές μελέτες που προέκυψαν για τον πόνο χρησιμοποίησαν μια διεπιστημονική προσέγγιση. Ο πόνος είναι ένα κλινικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από σωματικά και διανοητικά συμπτώματα με κοινωνικές, πνευματικές και οι συναισθηματικές παραμέτρους που απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση στην διαχείριση. Το κλασικό άρθρο ελέγχου των πυλών πρότεινε έναν μηχανισμό που ρυθμίζει τη μετάδοση της αίσθησης του πόνου μεταξύ της περιφέρειας και του εγκεφάλου. Η διεθνής ένωση για τη μελέτη του πόνου (IASP) επέκτεινε το σχηματισμό του τομέα πόνου και προέτρεπε τους γιατρούς στην μελέτη των διαφορετικών τύπων πόνου και στις αποτελεσματικές επεμβάσεις. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συνιστά την κλίμακα τριών βημάτων στον πόνο του ασθενή σε κάθε ένα από τρία βήματα: από μη-οπιούχο σε ήπιο πόνο σε οπιούχο ουσία στον ισχυρό (Meldrum, 2003).

### **Σύγχρονες Μελέτες για τη Διαχείριση του Πόνου σε Δείγματα Νοσηλευτών**

Η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί μια από τις κύριες υποχρεώσεις των νοσηλευτών. Τα δεδομένα που υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση της αντιμετώπισης του πόνου εξακολουθούν να αυξάνουν τόσο από την εργαστηριακή όσο και την κλινική εικόνα. Όταν τοποθετηθούν μαζί με τα ηθικά και τα ψυχοκοινωνικοοικονομικά ευεργετήματα του επιθετικού χειρισμού του πόνου διαφαίνεται η επιτακτική ανάγκη της μελέτης του για την καλύτερη αντιμετώπισή του.

Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου είναι μια σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές και η βιβλιογραφία δεικνύει ότι ο πόνος των ασθενών συνεχίζει αντιφατικά και ανεπιτυχώς να ρυθμίζεται.

Μελέτες για την διαχείριση του πόνου συστήνουν τη συστηματική αξιολόγηση του πόνου τόσο από τους νοσηλευτές όσο κι από τους ίδιους τους ασθενείς, θεωρώντας ότι ένας από τους σημαντικότερους λόγους για την ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο είναι ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτές έχουν ανεπαρκή γνώση για τον πόνο και τη διαχείρισή του.

Μελέτες που εξέτασαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των νοσηλευτών αναφορικά με τον πόνο των ασθενών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές σε μια προσπάθεια επιλογής των κατάλληλων αναλγητικών για την ανακούφιση από τον πόνο επέλεξαν εκείνα με την ελαφρύτερη δράση, αλλά και άλλες μελέτες αναφορικά με την αξιολόγηση της εμπειρίας του πόνου σε σχέση με επιλεγμένα χαρακτηριστικά (ηλικία νοσηλευτών, χρόνια εμπειρίας) έδειξε ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών και της αξιολόγησης του πόνου.

Στη συνέχεια παραθέτονται τα σημαντικότερα αποτελέσματα σύγχρονων διεθνών ερευνητικών μελετών για τη διαχείριση του πόνου και το ρόλο των Επαγγελματιών Υγείας.

Ένας από τους λόγους για τους οποίους θεωρείται ότι είναι ανεπαρκής η θεραπεία πόνου στους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι ότι οι νοσηλευτές έχουν ανεπαρκή γνώση για τον πόνο και τη διαχείριση του. Το 2000 η M. E. De Rond και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα με στόχο την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των νοσηλευτών έναντι του πόνου και ταυτόχρονα ελέγχθηκε η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εκπαίδευσης των νοσηλευτών με στόχο την καλύτερη διαχείριση. Στα πλαίσια της έρευνας και ενώ διαπιστώθηκε ελλιπής γνώση των νοσηλευτών για τον πόνο, πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευσή τους. Μετά το πέρας της εκπαίδευσης επανεκτιμήθηκε η γνώση τους. Το πρόγραμμα ελέγχου (Pmp) αποτελούνταν από δύο στοιχεία: την εκπαίδευση των νοσηλευτών για τον πόνο, την αξιολόγηση και τη διαχείριση του και την καθημερινή εφαρμογή της αξιολόγησης του πόνου με τη βοήθεια μιας αριθμητικής κλίμακας εκτίμησης. Τα αποτελέσματα του pmp μετρήθηκαν σε ένα σχέδιο προεξέτασης και μετά-δοκιμής ανά ομάδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές έχουν ελλείψεις σε ότι αφορά τις γνώσεις τους σχετικά με τον πόνο ενώ είναι προκατελημένοι στο θέμα της διαχείρισης του. Η ηλικία και οι πρόσθετες σειρές μαθημάτων σχετικά με τον πόνο επηρεάζουν εν μέρει τις γνώσεις των νοσηλευτών για τον πόνο. Αφότου εκπαιδεύτηκαν οι νοσηλευτές, το μέσο αποτέλεσμα στο ερωτηματολόγιο γνώσης πόνου αυξήθηκε από 69,1% που ήταν στην προεξέταση σε 75,8% στην μετά-δοκιμή. Στην επανεκτίμηση των γνώσεών τους διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η χρήση μιας απλής μεθόδου εκτίμησης της ικανότητας των νοσηλευτών και εν συνεχεία η δημιουργία ενός προγράμματος εκπαίδευσής τους, είναι αρκετά για την επίτευξη καλύτερης ρύθμισης του πόνου. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν πως οι νοσηλευτές είναι σε θέση να αλλάξουν το επίπεδο των γνώσεων και των δεξιοτήτων σε ότι αφορά την ανακούφιση του πόνου, είναι πρόθυμοι να συμβάλλουν στην αξιολόγηση του πόνου σε καθημερινή βάση καθώς και να επιστήσουν την προσοχή τους στις διαμαρτυρίες των ασθενών που πονούν. Μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι το pmp είναι αποτελεσματικό στη βελτίωση της γνώσης και της προσοχής των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου ( De Rond M. E., & συν 2000).

Στόχος της έρευνας που πραγματοποίησαν ο Mc Millan και οι συν. του ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις και οι τοποθετήσεις των νοσηλευτών στην διαχείριση του πόνου. Επτά χειρουργικές μονάδες δύο μεγάλων νοσοκομείων παλαιμάχων στη νοτιοδυτική Φλώριδα αποτέλεσαν τον τόπο στον οποίο έλαβε χώρα η έρευνα. Ένα επίλεκτο δείγμα 85 νοσηλευτών (RNs και LPNs) προσεγγίστηκαν κατά την διάρκεια της εργασίας και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τα έντυπα συλλογής δεδομένων που αφορούσαν τις γνώσεις τους για την διαχείριση του πόνου και τη στάση που οι ίδιοι έχουν αναφορικά με αυτή και στους ασθενείς με πόνο. Διαπιστώθηκαν

ελλείψεις γνώσεων σε σημαντικούς τομείς όπως η φυσιολογία του πόνου και η φαρμακολογία των αναλγητικών. Οι νοσηλευτές ήταν πεπεισμένοι για τη σημασία που έχει για τους ασθενείς με πόνο, ο επί εικοσιτετραώρου βάσεως σχεδιασμός της φροντίδας τους, η ανοχή και η απόσπαση της προσοχής τους. Η συμπεριφορά των ασθενών, η ηλικία και το φύλο φάνηκε να επηρεάζουν αδικαιολόγητα την στάση των νοσηλευτών σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου. Όσον αφορά τις τοποθετήσεις για τη διαχείριση του πόνου, η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν συμφώνησε ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους πρέπει να έχουν περισσότερο έλεγχο του αναλγητικού τονίζοντας ότι ένα σταθερό επίπεδο αναλγητικού πρέπει να διατηρηθεί στο αίμα. Στην πραγματικότητα 82% έδειξε ότι τα επί εικοσιτετραώρου βάσεως αναλγητικά αυξάνουν τον κίνδυνο για τον εθισμό και την αναπνευστική καταστολή. Παρότι έχουν περάσει αρκετά χρόνια από την δημιουργία της αντιπροσωπείας για την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης στις Η.Π.Α. και παρά τις ολοένα και περισσότερες δημοσιευμένες έρευνες που δίνουν οδηγίες για τον πόνο, οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία παλαιμάχων συνεχίζουν να στερούνται τη γνώση και να χαρακτηρίζονται από αρνητικές τοποθετήσεις που μπορούν να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στη διαχείριση του πόνου ασθενών με καρκίνο. Η βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τους νοσηλευτές πρέπει να περιλαμβάνει εντατικά μαθήματα για τη διαχείριση του πόνου. Η συνεχής έρευνα απαιτείται για να τεκμηριώσει τυχόν βελτίωση στην διαχείριση του πόνου από τους νοσηλευτές (McMillan S. C. & συν. 2000).

Αντίστοιχη έρευνα έγινε και το 2001 από την E. B. Erkes και τους συνεργάτες της και τα αποτελέσματά της θεμελιώνουν τα προηγούμενα ερευνητικά συμπεράσματα σχετικά με το πρόβλημα της ανεπαρκούς διαχείρισης πόνου και την αποτελεσματικότητα που επιφέρει η εκπαίδευση των νοσηλευτών. Η μελέτη δημοσιεύτηκε το 2001 στο Pain Management Nursing και είχε ως στόχο να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης που αφορούσε την διαχείριση του πόνου. Το δείγμα αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές του τμήματος της εντατικής παρακολούθησης (ηλικίας: 23 έως 62 ετών) που εργαζόταν σε μεγάλο μητροπολιτικό νοσοκομείο στις νοτιοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες. Το ερωτηματολόγιο των McCaffery και Ferrell για τις γνώσεις και τοποθετήσεις των νοσηλευτών σχετικά με την διαχείριση του πόνου χρησιμοποιήθηκε σε 2 χρονικά σημεία: πριν και μετά από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η έρευνα μετρά ταυτόχρονα τα επίπεδα γνώσης και τοποθέτησης σχετικά με τον έλεγχο του πόνου. Η ταξινομημένη κατά ζεύγος δοκιμή χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει για τις διαφορές μεταξύ προ - και μετά t test αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική βελτίωση των τοποθετήσεων μετά από την εκπαιδευτική παρέμβαση. Επιπλέον, ένας στατιστικά σημαντικός συσχετισμός βρέθηκε μεταξύ των



αποτελεσμάτων αλλαγής και του χρόνου επαγγελματικής εμπειρίας. Αυτά τα αποτελέσματα θεμελιώνουν τα προηγούμενα ερευνητικά συμπεράσματα σχετικά με το πρόβλημα της ανεπαρκούς διαχείρισης πόνου στα νοσοκομεία. Περαιτέρω, τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η εκπαίδευση σχετικά με τον έλεγχο του πόνου είναι σημαντική για τους σπουδαστές καθώς επίσης και τους εν ενεργεία νοσηλευτές. Η πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι να ανταποκριθούν και να ενσωματώσουν τις τρέχουσες τεχνικές διαχείρισης πόνου σε μια προσπάθεια να μειωθεί η ταλαιπωρία των νοσηλευομένων ασθενών (Erkes E. B., & συν., 2001).

Παρά τις προσπάθειες να βελτιωθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου εξακολουθεί να είναι ορατή η μειωμένη κατανόηση βασικών εννοιών που έχουν σχέση με τον πόνο. Το άρθρο που δημοσιεύτηκε το 2001 στο περιοδικό *Nurses Staff Dev* παρουσιάζει τα συμπεράσματα μιας πειραματικής μελέτης στην οποία φαίνονται τα αποτελέσματα ενός προγράμματος εκπαίδευσης για την διαχείριση του πόνου. Οι νοσηλευτές επισημαίνουν τις ελλείψεις που έχουν γύρω από τον πόνο ενώ τα αποτελέσματα και μετά την εκπαίδευση τους δείχνουν πως το ποσοστό όσων δηλώνουν πως ακόμη χρειάζονται επιπλέον εκπαίδευση ανέρχεται στο 56% από 76% που ήταν αρχικά. Τα ποσοστά είναι ακόμα χαμηλά και οι νοσηλευτές χρειάζονται μετεκπαίδευση και ενίσχυση των γνώσεων τους αναφορικά με τις βασικές έννοιες αντιμετώπισης του πόνου (Wright R. K., & Bell S. K., 2001).

Στα νοσοκομεία της Αυστραλίας, η επισκληρίδια έγχυση χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου καθώς και του πόνου μετά τον τοκετό. Υπάρχουν δε λίγα ερευνητικά στοιχεία που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής προετοιμασίας των νοσηλευτών που αναλαμβάνουν την διαχείριση του πόνου. Για να αξιολογηθούν οι νοσηλευτές σχετικά με τις δεξιότητες και τις γνώσεις που αφορούσαν τη διαχείριση του πόνου ενός ασθενή με επισκληρίδια έγχυση και για να ερευνηθούν τις σχέσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών και των επιπέδων εκπαίδευσης/ κλινικής εμπειρίας των νοσηλευτών οι Bird και Wallis πραγματοποίησαν μια περιγραφική συσχετιστική μελέτη χρησιμοποιώντας ένα δείγμα νοσηλευτών από την χειρουργική και μαιευτική μονάδα προκειμένου να ερευνηθούν τις σχέσεις μεταξύ της γνώσης και της ικανότητας στην επισκληρίδια διαχείριση και την εκπαιδευτική προετοιμασία της νοσηλεύτριας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω της έρευνας αλλά και της παρατήρησης, χρησιμοποιώντας τα όργανα που αναπτύχθηκαν από την ερευνητική ομάδα. Οι νοσηλευτές είχαν ένα σχετικά καλό υπόβαθρο γνώσεων για την απόδοση της αισθητήριας αξιολόγησης των αποκλεισμών αλλά σημείωσαν λιγότερο καλά αποτελέσματα στην αξιολόγηση των μηχανισμών αποκλεισμού και την λήψη κλινικών αποφάσεων. Υπήρξε μόνο ένας μικρός συσχετισμός μεταξύ της γνώσης

και της αποδοτικής ικανότητας. Δεν υπήρξε καμία διαφορά στα αποτελέσματα της παρατήρησης για τις διαφορετικές ομάδες νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η θεωρητική γνώση των νοσηλευτών ξεπέρασε την κλινική αποδοτική ικανότητα και την λήψη αποφάσεων. Η εκπαίδευση για τους νοσηλευτές σχετικά με τη διαχείριση των επισκληρίδιων εγχύσεων πρέπει να είναι περιεκτική, σε ένα πιο συγκεκριμένο πλαίσιο και να έχει την ικανότητα ο νοσηλευτής να αναπτύξει αυτόνομη σκέψη στην λήψη αποφάσεων και τις κατάλληλες κλινικές δεξιότητες. Οι στρατηγικές για αυτό το σκοπό περιλαμβάνουν τους αυτόκατευθυνόμενους τρόπους εκμάθησης που συμπληρώνονται καλύτερα από μια επίδειξη των κλινικών δεξιοτήτων και της εποπτευμένης πρακτικής (Bird A., & Wallis M., 2001).

Το πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο Baylor στην Αμερική δημιούργησε μια ομάδα πρωτοβουλίας πόνου το 1996 για να ερευνήσει την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου σε ολόκληρο το νοσοκομείο. Μετά από την ανάλυση 300 ερευνών, η ομάδα ανέλαβε ένα εντατικό πρόγραμμα για να εκπαιδεύσει τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, και τους ασθενείς σχετικά με τις νεώτερες τεχνικές διαχείρισης πόνου. Η έκβαση αυτής της εκπαιδευτικής πρωτοβουλίας επαναξιολογήθηκε το 2001 βασισμένη στις έρευνες που ολοκληρώθηκαν από 100 ασθενείς. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν χαρακτηρισμένη βελτίωση στην εκπαίδευση ασθενών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου. Το 2001,σε 93% των ασθενών προσφέρθηκε η εκπαίδευση και τις επιλογές που υπήρχαν σχετικά με τη διαχείριση του πόνου έναντι μόνο 36% το 1996. Λιγότεροι ασθενείς ήταν φοβισμένοι "να ενοχλήσουν" τους νοσηλευτές ζητώντας τους αναλγητικά(3% το 2001 έναντι 14% το 1996). Ο χρόνος αναμονής για τη χορήγηση των αναλγητικών μειώθηκε αρκετά. Ο αριθμός ασθενών που παρουσιάζουν μέτριο έως έντονο πόνο μειώθηκε σημαντικά από το 1996. Όμως η γενική ικανοποίηση για την ανακούφιση του πόνου παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα και δεν άλλαξε σημαντικά. Η γενική επίπτωση των ασθενών που παρουσιάζουν μέτριο έως έντονο πόνο ήταν σημαντικά λιγότερη στο Baylor από τον μέσο όρο σε εθνικό επίπεδο. Τελικά, οι τοποθετήσεις, οι παρερμηνείες και οι φόβοι για τη διαχείριση του πόνου μπορούν να αλλάξουν με τα εντατικά εκπαιδευτικά προγράμματα (Noe C. E., & συν., 2002).

Το 2002 στην Αμερική, ο T. A. Pellino και συνεργάτες του, πραγματοποίησαν μια μελέτη σκιαγράφησης ρόλου με σκοπό να καθορίσουν τις δραστηριότητες που εκτελούνται από τους νοσηλευτές για τη διαχείριση του πόνου, σε σχέση με το επίπεδο των σπουδών τους. Εκτιμήθηκε η συχνότητα εκτέλεσης κάθε δραστηριότητας καθώς και η σημασία που δινόταν στην καθεμία. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ως τις δραστηριότητες με τον υψηλότερο δείκτη, εκείνες που περιλάμβαναν την αξιολόγηση του πόνου. Πάντως οι νοσηλευτές με χαμηλότερο

επίπεδο εκπαίδευσης, φάνηκε να θεωρούν την αξιολόγηση και τη μη φαρμακολογική θεραπεία περισσότερο σημαντικές ενώ αντίθετα την επικοινωνία και τη συνεργασία με τον ασθενή μικρότερης σημασίας, σε σχέση με τους νοσηλευτές που είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.(Pellino T.A & συν 2002)

Την ίδια περίοδο έγινε μια σχετική έρευνα και στην Ελλάδα, από την Ε. Πατηράκη και τους συνεργάτες της, της οποίας το αποτέλεσμα δείχνει ότι η βασική εκπαίδευση δεν προετοιμάζει επαρκώς τους νοσηλευτές για τη διαχείριση του πόνου των ασθενών και θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα σπουδών που θα εστιάζει περισσότερο στην κατανόηση του πόνου ως προσωπική εμπειρία, θα βοηθούσε τους νοσηλευτές να ανακουφίσουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς τους.(Πατηράκη Ε. & συν 2002)

Η ανεπάρκεια γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τον πόνο παραμένει εμφανής και το 2003, όταν οι Κ. Puntillo και συνεργάτες, έκαναν μια έρευνα για τη διαπίστωση της ακριβούς αξιολόγησης του πόνου από τους νοσηλευτές στα Τ. Ε. Π. (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών). Για την έρευνα, ζητήθηκε από τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν την αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου 0 έως 10, ώστε να γίνει εκτίμηση του πόνου τους. Ταυτόχρονα σε άλλο χώρο, οι νοσηλευτές που ασχολούνταν με την κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες με σκοπό την κατάλληλη αγωγή ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του καθενός, κλήθηκαν να εκτιμήσουν τον πόνο των ασθενών. Οι εκτιμήσεις που έγιναν από τους νοσηλευτές ήταν σημαντικά χαμηλότερες. Η ιδιαίτερη από πλευράς των νοσηλευτών υποτίμηση του αισθήματος του πόνου των ασθενών, οδήγησε το ερευνητικό συμπέρασμα που καθιστά τους νοσηλευτές ανίκανους στην αξιολόγηση και κατά συνέπεια στη διαχείριση του πόνου.

Ο πόνος είναι γενικά αποδεκτός ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή εμπειρία που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών εάν δεν εξεταστεί επαρκώς. Η αξιολόγηση του πόνου είναι μια βασική πτυχή στη διαχείριση του και την παροχή φροντίδας μέσα στο κλινικό περιβάλλον. Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου εξαρτάται από την γενική αξιολόγηση του πόνου του ασθενή. Η διαδικασία της αξιολόγησης είναι πολύπλοκη και απαιτεί από τον νοσηλευτή να χρησιμοποιεί πολλές πτυχές της γνώσης του συμπεριλαμβανομένης αυτής της παθοφυσιολογίας και της φαρμακολογίας καθώς να λαμβάνει υπόψη του και την αξιολόγηση του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή. Η χρήση αυτών των διαφόρων τύπων γνώσεων είναι ουσιαστική κατά τη φροντίδα των ασθενών με πόνο. Για να είναι αποτελεσματική η αξιολόγηση πρέπει να είναι βασισμένη στην αντικειμενική κρίση, οι νοσηλευτές να χρησιμοποιήσουν τις γνώσεις τους που έχουν αποκτήσει μέσω διαφόρων πηγών, συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε σχετικής θεωρητικής ή ερευνητικής κατάρτισης και να έχουν τέλος κατανοήσει την φιλοσοφική διάσταση

του πόνου. Η ιδεολογία πίσω από την αποτελεσματική αξιολόγηση του πόνου και τη διαχείριση του είναι να επιτευχθεί η πλήρης ανακούφιση όταν και όποτε αυτό είναι δυνατόν. Αν και αυτό αποτελεί για τον νοσηλευτή μια μεγάλη πρόκληση, ο στόχος είναι να εξασφαλιστεί στον ασθενή η καλύτερη δυνατή θεραπεία (Walker J. A., 2003).

Για να δείξει τα αποτελέσματα ενός προγράμματος δομημένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, που απευθυνόταν στις νοσηλεύτριες της κατοίκων νοσηλείας και αφορούσε την αντιμετώπιση του πόνου και των παρενεργειών από την χορήγηση οπιούχων στους ασθενείς με καρκίνο, πραγματοποιήθηκε από τον Vallerand και τους συν. του μια τυχαία, ελεγχόμενη κλινική δοκιμή, στην περιοχή Midwestern στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το δείγμα αποτέλεσαν 202 νοσηλευτές που φροντίζουν τους ασθενείς με καρκίνο στο σπίτι τους. Δύο τοποθετημένα στην σειρά εκπαιδευτικά προγράμματα που στηρίζονταν στις βασικές και προηγμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου, ιδιαίτερα στον τομέα των φαρμακολογικών επιλογών και των δεξιοτήτων επικοινωνίας τέθηκαν σε εφαρμογή. Τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία ήταν το ερωτηματολόγιο γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τις τοποθετήσεις για τον πόνο, τις δυσκολίες που συναντούσαν, την αντίληψη που είχαν για τον έλεγχο του πόνου και τέλος ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο. Μελετήθηκαν η γνώση και στάση για τη διαχείριση πόνου, τα εμπόδια απέναντι στη διαχείριση πόνου και η επικρατούσα αντίληψη για τον έλεγχο του πόνου. Οι νοσηλευτές στην ομάδα παρέμβασης είχαν μια σημαντική αύξηση στη γνώση τους, μια θετικότερη τοποθέτηση για τη διαχείριση του πόνου, λιγότερα αντιληπτά εμπόδια στη διαχείριση του και μια αύξηση στον έλεγχο του πόνου έναντι των νοσηλευτών που δεν έλαβαν την παρέμβαση. Η δύναμη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τον πόνο έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τους νοσηλευτές της κατοίκων νοσηλείας που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο. Μια ανάγκη υπάρχει για τους νοσηλευτές της κατοίκων νοσηλείας να αποκτήσουν ακριβέστερη επίγνωση στις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου και να ενισχύσουν τις δεξιότητες υπεράσπισής τους για να βελτιώσουν έτσι τη διαχείριση πόνου για τους ασθενείς με καρκίνο (Vallerand A. H., & συν., 2004).

Η τεχνολογία του Διαδικτύου θεωρήθηκε ένα πολύτιμο εκπαιδευτικό εργαλείο, αλλά διάφορες προκλήσεις συνεχίζουν να εμποδίζουν τη χρήση της. Άρθρο που δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2004 περιέγραφε τη χρήση μιας βασισμένης στο WEB σειράς μαθημάτων για την εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τις στοιχειοθετημένες πρακτικές διαχείρισης του οξέος πόνου στους ηλικιωμένους. Οι συγκεκριμένες περιοχές που τονίζονται είναι: τα βήματα που απαιτούνται για την δημιουργία της βασισμένης στο WEB σειράς μαθημάτων τα υλικά και η υποστήριξη που χρειάζεται για να διαδοθούν τα μαθήματα, οι

προκλήσεις που αντιμετωπίζονται στην προώθηση της χρήσης της καθώς και οι απαντήσεις και οι αξιολογήσεις μιας σειράς μαθημάτων. Η εμπειρία των συντακτών αυτού του προγράμματος παρέχει τη δυνατότητα να βοηθήσει και άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός των νοσηλευτών στην εκπαίδευση σε θέματα πόνου με τη χρήση μιας βασισμένης στο WEB σειράς μαθημάτων (Schmitt M.B., 2004).

Τον Μάιο του 2005 δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Pain Management Nursing τα αποτελέσματα της έρευνας του J. Florin και των συνεργατών του. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις Η. Π. Α. και είχε ως σκοπό να προσδιορίσει τα κριτήρια που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές για να αξιολογήσουν τον μετεγχειρητικό πόνο καθώς και το είδος των γνώσεων που είχαν οι νοσηλευτές από προηγούμενες εμπειρίες. Δέκα νοσηλευτές, που είχαν ασχοληθεί με την αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου σε 30 ασθενείς, υπεβλήθησαν σε συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με ανάλογη έρευνα που είχε γίνει στη Σουηδία το 1995. Οι νοσηλευτές σε αυτήν την μελέτη, όπως και στην αντίστοιχη της Σουηδίας, χρησιμοποίησαν τρεις κατηγορίες κριτηρίων:

1. *πως ο ασθενής δείχνει τον πόνο του,*
2. *τι λέει ο ίδιος ο ασθενής για τον πόνο του και*
3. *τις εμπειρίες τους από παρόμοιες περιπτώσεις*

Τις προηγούμενες εμπειρίες τους τις χρησιμοποίησαν με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους:

1. *ανάλογα με τον τύπο του ασθενή,*
2. *εστιάζοντας στο τι λέει ο ασθενής,*
3. *τι θέλει*
4. *τι τελικά κάνουν για να αντιμετωπίσουν τον πόνο.*

Στην πολύ συχνά αναφερόμενη στρατηγική, οι νοσηλευτές στηρίχθηκαν σε κριτήρια σχετικά με την εμφάνιση του ασθενή και χρησιμοποίησαν την προηγούμενη εμπειρία τους σε συνδυασμό με μη λεκτικά σημάδια που παρουσίαζε ο ασθενής (π. χ., εκφράσεις του προσώπου, κινήσεις του σώματος, καρδιακούς παλμούς). Η ποικιλία των στρατηγικών που χρησιμοποιήθηκαν από τους νοσηλευτές σε αυτήν την μελέτη ανοίγει τον δρόμο για περαιτέρω έρευνες που να αφορούν την σχέση ανάμεσα στην βαθύτερη αντίληψη του πόνου (ουσιαστικά υποκειμενικός εναντίον του αντικειμενικού φαινομένου) καθώς και της ποιότητας σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα των αξιολογήσεων των νοσηλευτών και της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου στα πλαίσια της νοσηλείας του αρρώστου (Florin J., και συν., 2005).

Ο όρος "φάρμακο που αναζητάτε" χρησιμοποιείται συχνά αλλά καθορίζεται ελλιπώς. Με αφορμή τα σχόλια και τις προτάσεις των νοσηλευτών, μια έρευνα αναπτύχθηκε από την Mc Caffery και τους συν της για να προσδιορίσει τις

συμπεριφορές εκείνες που μπορούν να αναγκάσουν τους νοσηλευτές να αναφερθούν σε έναν ασθενή για το συγκεκριμένο φάρμακο, να προσδιορίσει ποιοι νοσηλευτές σκέφτονται τον όρο "φάρμακο αναζήτησης", να εξερευνήσει πώς οι νοσηλευτές θεωρούν τη χρήση του όρου "φάρμακο που αναζητάτε" στην υγειονομική περίθαλψη και τέλος να προσδιορίσει τις διαφορές μεταξύ των γενικών νοσηλευτών, των νοσηλευτών που εργάζονται στα επείγοντα και των νοσηλευτών που ασχολούνται με τον πόνο όσον αφορά αυτά τα στοιχεία. Συμπεριφορές που θα ανάγκαζαν την πλειοψηφία και των τριών ομάδων νοσηλευτών να αναφερθούν σε έναν ασθενή που επιδίωκε την λήψη ενός φαρμάκου με αυτό τον όρο ήταν η ακόλουθη: πηγαίνοερχόταν στα διάφορα τμήματα έκτακτης ανάγκης για να πάρει τα οπιούχα, ασυμβίβαστες ιστορίες αφήγησης για τον πόνο ή το ιατρικό ιστορικό, ή απαίτηση να του το χορηγήσουν εκ νέου επειδή η συνταγή χάθηκε ή κλάπηκε. Όταν ο όρος "φάρμακο που αναζητάτε" χρησιμοποιείται, και οι τρεις ομάδες νοσηλευτών συμφώνησαν ότι ήταν πολύ πιθανό να σημάνει ότι ο ασθενής εθίστηκε στα οπιούχα ή ότι ο ασθενής έκανε κακή χρήση της θεραπείας πόνου. Μισοί ή και περισσότεροι νοσηλευτές από την κάθε ομάδα είπαν πως χρησιμοποιούν τον όρο "φάρμακο που αναζητώ" όταν μιλούν για ασθενή, αλλά λιγότερο από 10% το χρησιμοποιεί όταν συνταγογραφεί. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, περίπου το ένα δεύτερο ή και περισσότεροι των νοσηλευτών σε κάθε ομάδα έτεινε να χρησιμοποιήσει λιγότερο τον όρο. Η τάση να στιγματίζονται οι ασθενείς με τέτοιους όρους στην κλινική πρακτική εξετάζεται με τις προτάσεις για εναλλακτικές προσεγγίσεις στην στάση των νοσηλευτών αναφορικά με το αίτημα των ασθενών για λήψη οπιούχων προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον πόνο (McCaffery M., & συν., 2005).

Το ζήτημα της διαχείρισης του πόνου έχει εθνικό αλλά και διεθνές ενδιαφέρον. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, υπάρχουν καθορισμένες οδηγίες του Συμβουλίου Ιατρικής έρευνας προκειμένου να βοηθήσουν τους νοσοκομειακούς γιατρούς στη διαχείριση του πόνου. Έρευνα για την χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου από την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης έχει δώσει αντιφατικά συμπεράσματα. Τον Φεβρουάριο του 2006 δημοσιεύτηκε μελέτη του Layman και των συν. του που στόχο είχε να καθορίσει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου και την σχέση που έχει αυτή η στάση με την εκπαίδευση και την εμπειρία τους. Χρησιμοποιήθηκε ένα εκτενές ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για αυτήν την μελέτη, το οποίο βασίστηκε στο πρότυπο προσδοκία-αξία των Fishbein και Ajzen. Το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 52 νοσηλευτές που εργάζονταν σε μια μονάδα βραχείας φροντίδας και οι οποίοι ρωτήθηκαν: (1) Τι πιστεύετε για την αξιολόγηση του πόνου; (2) Τι πιστεύετε για τη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου;

και (3) τι πιστεύετε για τη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου στη βελτίωση της έκβασης του ασθενή; Οι νοσηλευτές εκτίμησαν έπειτα τις τοποθετήσεις τους για κάθε προσδοκία τους και για το πώς αυτή τους έκανε αίσθηση. Όταν ο τύπος Fishbein και Ajzen για τον υπολογισμό της τοποθέτησης χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα τοποθέτησης κυμάνθηκαν από -6 έως 28 με ένα αποτέλεσμα γενικού μέσου όρου + 8,3. Ο χρόνος εκπαίδευσης και εμπειρίας κάθε νοσηλευτή και το μέτρο τοποθέτησης όσον αφορά τη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου συγκρίθηκαν. Από την μελέτη προέκυψε πως το πρότυπο Fishbein και Ajzen παρέχει έναν χρήσιμο τρόπο να ληφθούν πληροφορίες γύρω από την τοποθέτηση των νοσηλευτών ως προς τη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου (Layman Young J., & συν., 2006).

Οι ανεπαρκείς πληροφορίες γύρω από τον πόνο μπορεί να οδηγήσουν στην αύξηση της αίσθησής του από τον ασθενή. Με αφορμή αυτή την άποψη πραγματοποιήθηκε μια μελέτη που σκοπό είχε να εξετάσει πως ανταποκρίνονται οι νοσηλευτές όταν οι ασθενείς χρησιμοποιούν είτε τον προσωπικό τους τρόπο να εκφράσουν τον πόνο, είτε μια κλίμακα μέτρησης του πόνου ή και τους δύο προαναφερθείς τρόπους για να εκφράσουν τον πόνο που αισθάνονται. Η έρευνα έλαβε χώρα σε έξι νοσοκομεία της Αμερικής και σε μια σχολή Νοσηλευτικής και συμμετείχαν 122 νοσηλεύτριες του χειρουργικού τομέα. Σε όλες τις νοσηλεύτριες δόθηκε τυχαία το ιστορικό ενός τραυματία- ασθενή με έντονο πόνο. Τα ιστορικά ήταν ίδια και η μόνη διαφοράς αφορούσαν την ηλικία του ασθενή και την περιγραφή του για τον πόνο. Από τις νοσηλεύτριες ζητήθηκε να αναφέρουν αφού μελετήσουν η καθεμία ξεχωριστά το ιστορικό που της δόθηκε πως θα αντιμετώπιζε τον πόνο του ασθενή. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι νοσηλεύτριες είχαν την ίδια σχεδόν αντιμετώπιση στον πόνο ανεξάρτητα από τον τρόπο που τον περιέγραφε ο ασθενής ή τον τρόπο περιγραφής του και την κλίμακα μέτρησης. Από τον σχετικά μικρό αριθμό των στρατηγικών που προγραμματίσαν για να θέσουν σε εφαρμογή οι νοσηλεύτριες για την διαχείριση του πόνου γίνεται σαφές πως οι Νοσηλευτές χρησιμοποιούν ένα μικρό αριθμό στρατηγικών για να αντιμετωπίσουν τον ισχυρό πόνο (McDonald D. D., και συν., 2006).

Οι προηγούμενες μελέτες που εξέταζαν την επίδραση που έχουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικών των ασθενών και των νοσηλευτών στην αξιολόγηση του πόνου και του κινδύνου που συνεπάγεται δεν ήταν συνεπείς με τα αποτελέσματά τους. Λίγες μελέτες έχουν εστιάσει την επίδραση του παράγοντα προσωπικότητα των νοσηλευτών στην αξιολόγηση του πόνου. Οι στόχοι της μελέτης των Hall-Lord M. L. και Larsson B. W. που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2006 στο Nurse Education Today ήταν να συγκριθούν οι καταχωρημένες αξιολογήσεις πόνου των νοσηλευτών και των σπουδαστών νοσηλευτικής και να προσδιορίσουν εάν η

αξιολόγηση αφορούσε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών και νοσηλευτών. 71 νοσηλευτών και 184 σπουδαστών οι αξιολογήσεις για τον πόνο σε τρεις υποθετικές περιπτώσεις μελετήθηκαν και συγκρίθηκαν με τις κλίμακες παραγόντων προσωπικότητας. Οι αξιολογήσεις του πόνου σχετικά με τους ασθενείς παρουσίασαν σημαντικές διαφορές. Οι εναγόμενοι διαιρέθηκαν σε δύο ομάδες, αντίστοιχα, για κάθε ασθενή σύμφωνα με το εάν η εμπειρία του ασθενή στον πόνο και του κινδύνου αξιολογήθηκαν ως πολύ έντονες. Και οι ομάδες των νοσηλευτών και των σπουδαστών παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στον παράγοντα προσωπικότητα. Οι ομάδες των σπουδαστών διέφεραν επίσης και ως προς την εμπειρία στην φροντίδα. Η ηλικία των ασθενών, ο τύπος και το στάδιο της ασθένειας, ο παράγοντας προσωπικότητα και τέλος η εμπειρία στην παροχή φροντίδας επηρέασαν τις αξιολογήσεις των εναγομένων. Τα συμπεράσματα αυτά μπορούν και πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς να αναπτύξουν νέες στρατηγικές προκειμένου να βελτιώσουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις σε σχέση με την αξιολόγηση του πόνου (Hall-Lord M. L., & Larsson B. W., 2006).

Στην Τουρκία οι Eti και Badir πραγματοποίησαν μια έρευνα που στόχο είχε να καθορίσει τις πεποιθήσεις και γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την φύση, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου. Η έρευνα διεξήχθη τον Οκτώβριο του 2001 στα πλαίσια του 2<sup>ου</sup> Συνεδρίου Κλινικών Νοσηλευτών. Αρχικός στόχος ήταν να συμπεριληφθούν και οι 286 νοσηλευτές που συμμετείχαν στο συνέδριο, εντούτοις όμως 59 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και έτσι ο αριθμός των συμμετεχόντων οριστικοποιήθηκε στους 227. Δόθηκε ερωτηματολόγιο που απαρτιζόταν από 20 ερωτήσεις Στο τέλος της έρευνας προέκυψε πως αν και οι γνώσεις που οι νοσηλευτές είχαν για την φύση του πόνου ήταν ικανοποιητικές, οι τοποθετήσεις τους σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου ήταν κάτω από το αναμενόμενο. Αυτά τα αποτελέσματα επισήμαναν ένα κενό στη γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου στην γειτονική χώρα (Eti Aslan F. & συν., 2005).

Η επαρκής διαχείριση πόνου είναι μια 24ωρη ημερησία ευθύνη για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με τους ασθενείς με καρκίνο. Επειδή οι νοσηλευτές αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς που πονούν από οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, είναι εκείνοι που διαδραματίζουν έναν κεντρικό ρόλο στην αξιολόγηση του πόνου και τη διαχείριση του. Στην Καλιφόρνια το Εθνικό Ιατρικό Κέντρο Ελπίδας, ένα κέντρο ειδικευμένο στην νοσηλεία ασθενών με καρκίνο, ανέπτυξε μια σειρά μαθημάτων διαχείρισης του πόνου για τις νοσηλεύτριες που τιτλοφορήθηκε "επιμορφωτικό πρόγραμμα νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου"(P.R.N.). Ο σκοπός αυτής της



καινοτόμου σειράς μαθημάτων ήταν να προετοιμαστούν οι νοσηλευτές για να αναλάβουν έναν ενεργό ρόλο στη διαχείριση του πόνου. Είκοσι έξι νοσηλεύτριες συμμετείχαν σε μια σειρά θεωρητικών και κλινικών μαθημάτων διάρκειας 40-ωρών. Το πρόγραμμα σπουδών περιελάμβανε πληροφορίες για την αξιολόγηση του πόνου, τη φαρμακολογία, τις εναλλακτικές θεραπείες καθώς και πολιτιστικά, ηθικά, και ψυχοκοινωνικά ζητήματα σχετικά με τον πόνο. Μετά από την ολοκλήρωση της σειράς μαθημάτων, το προσωπικό του προγράμματος παρέμεινε διαθέσιμο στο PRNs για να παρέχει τις τρέχουσες πληροφορίες για τη διαχείριση του πόνου, και για να βοηθήσει στην εφαρμογή και την καθοδήγηση των νοσηλευτών. (Ferrell B. και συν., 1993).

Έρευνα του Rushton και των συν. του είχε ως στόχο να συγκεντρώσει πληροφορίες για τις γνώσεις και τις τοποθετήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές του νοσοκομείου στο Utah και πιο συγκεκριμένα 44 νοσηλευτές ογκολογίας και 303 νοσηλευτές μη ογκολογικών τμημάτων. Το ερωτηματολόγιο της Ferrell για τις γνώσεις και τοποθετήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον πόνο δόθηκε στους νοσηλευτές προκειμένου να συγκριθούν οι γνώσεις και οι τοποθετήσεις τους για την διαχείριση του καρκινικού πόνου. Οι τοποθετήσεις των νοσηλευτών ογκολογίας ήταν περισσότερο σύμφωνες με τις συνιστώμενες πρακτικές (αρχές) της διαχείρισης του καρκινικού πόνου από εκείνες των νοσηλευτών των άλλων τμημάτων. Οι νοσηλευτές ογκολογίας είχαν μια καλύτερη κατανόηση των συνιστώμενων πρακτικών (αρχές) της διαχείρισης καρκινικού πόνου από τους άλλους νοσηλευτές, καθώς επίσης προσπάθησαν να κατανοήσουν την φαρμακολογία των φαρμάκων που χρησιμοποιούσαν προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον καρκινικό πόνο. Οι νοσηλευτές δεν εφαρμόζουν με συνέπεια την στοιχειοθετημένη πρακτική στη διαχείριση του πόνου. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση του καρκινικού πόνου παραμένει σημαντική για τους νοσηλευτές της ογκολογίας και της μη ογκολογίας. Η υιοθέτηση της στοιχειοθετημένης πρακτικής απαιτεί την τρέχουσα εκπαίδευση των νοσηλευτών και την υποστήριξη από τους συναδέλφους, την διοίκηση και τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας περίθαλψης. Τα στοιχεία από αυτήν την μελέτη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να σχεδιάσουν το περιεχόμενο ενός προγράμματος σπουδών που να αφορά τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Όλα τα μέλη της υγειονομικής ομάδας πρέπει να υποστηριχθούν στην εφαρμογή των σωστών αρχών της διαχείρισης του καρκινικού πόνου στην κλινική πράξη (Rushton P., & συν., 2003).

Για να αξιολογήσει εάν μια μικρή ενότητα εκπαίδευσης σχετικά με τον καρκινικό πόνο θα οδηγούσε στην απόκτηση και τη διατήρηση της γνώσης και των τοποθετήσεων των σπουδαστών νοσηλευτικής ο Wilkes και οι συν. του

πραγματοποίησαν έρευνα σε 3 νοσηλευτικές σχολές στην περιοχή της νέας Αγγλίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 92 σπουδαστές νοσηλευτικής. Ένας νοσηλευτής με ειδικότητα στην ογκολογία παρέδωσε επτά τετράωρα σεμινάρια που ενσωματώθηκαν στην υπάρχουσα ύλη της φαρμακολογίας, της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στα υπόλοιπα μαθήματα υγείας. Η γνώση των συμμετεχόντων για τον καρκινικό πόνο αξιολογήθηκε τέσσερις φορές με χαρτί και μολύβι: πριν από το σεμινάριο, αμέσως μετά και περίπου σε 6 και 24 μήνες μετά το σεμινάριο. Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση της γνώσης των σπουδαστών για την διαχείριση και την αξιολόγηση του καρκινικού πόνου η επίδραση δε παρέμεινε και μετά από τους 6 και τους 24 μήνες. Οι σχεδιαστές της υγειονομικής πολιτικής, οι νοσοκομειακοί γιατροί και οι επαγγελματικές οργανώσεις έχουν συστήσει ως απαραίτητη την εκπαίδευση για τον καρκινικό πόνο κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής κατάρτισης προκειμένου να υπερνικηθεί το συνεχιζόμενο πρόβλημα της μερικής αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων στην εκπαίδευση ήταν αποτελεσματική για τους σπουδαστές και συνέβαλε τόσο στο να αποκτήσουν απαραίτητες γνώσεις για την διαχείριση του καρκινικού πόνου, αλλά και να διατηρήσουν τις γνώσεις αυτές μόνιμα. Η εκπαίδευση για τον καρκινικό πόνο στους σπουδαστές νοσηλευτικής μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση ελέγχου του πόνου. Αν και αυτή η μελέτη δεν αξιολόγησε την εφαρμογή της γνώσης για τον καρκινικό πόνο στην κλινική πρακτική, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν τις γνώσεις τους για την διαχείριση του καρκινικού πόνου με προπτυχιακά προγράμματα κατάρτισης. Αποτέλεσμα αυτής της βελτίωσης είναι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου (Wilkes G., & συν., 2003).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Holley και τους συν. της στην Φλόριδα των ΗΠΑ είχε ως σκοπό να περιγράψει την εμπειρία των νοσηλευτών που ασχολούνται με τον πόνο, να μελετήσει την επιρροή που έχουν οι νοσηλευτές αυτοί στους συναδέλφους τους και στην φροντίδα των ασθενών και τέλος να ερευνηθούν οι δυσκολίες που συναντούν στην διαχείριση του πόνου. Το δείγμα αποτέλεσαν 12 νοσηλεύτριες οι οποίες ένα περίπου χρόνο πριν είχαν καταρτιστεί στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου. Κάθε νοσηλεύτρια κλήθηκε να περιγράψει την εμπειρία της η οποία και καταγράφηκε αυτούσια. Αυτό που οι νοσηλεύτριες μετέφεραν μέσα από την ενός έτους εμπειρία τους στην διαχείριση του πόνου ήταν: πως ο νοσηλευτής που ασχολείται με τον άρρωστο που πονά πρέπει να πιστεύει τον άρρωστο σε ότι του αναφέρει αλλά και οι ίδιοι να πιστέψουν πως οι νοσηλευτές μπορούν και είναι σε θέση να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τον πόνο. Ακόμη τόνισαν πως οι ίδιοι νοιώθουν πλέον πιο ήρεμοι, έχουν περισσότερη υπομονή και είναι σε θέση να διδάξουν όλα όσα έχουν μάθει. Τα συμπεράσματα αυτής της

μελέτης δείχνουν ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτών PRN. Οι νοσηλευτές με ενδιαφέρον και εξειδικευμένη γνώση στην αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου μπορούν να βελτιώσουν την έκβαση του πόνου των ασθενών (Holley S. και συν., 2005).

Η διαχείριση του πόνου αποτελεί μια σημαντική συνισταμένη στην φροντίδα του ασθενή. Εντούτοις η έρευνα εξακολουθεί να δείχνει πως ακόμη και σήμερα η διαχείριση του πόνου των ασθενών υστερεί. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρει ως καθοριστικό παράγοντα αυτής της κατάστασης την απουσία νοσηλευτών οι οποίοι να έχουν τις γνώσεις να ασχοληθούν με την ανακούφιση του πόνου. Το έναυσμα για την μελέτη του Horbury C και των συν. του προέκυψε από την ελλιπή συμμετοχή των νοσηλευτών στις ενδοϋπηρεσιακές συσκέψεις που συζητούσαν τους τρόπους αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου. Η γνώση της υπάρχουσας νοσηλευτικής φροντίδας και των πεποιθήσεων που την συνοδεύουν και οι τοποθετήσεις σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου είναι κυρίαρχες στην ανάπτυξη της σχετικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τις νοσηλεύτριες. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετηθεί η πρόθεση των νοσηλευτών να διαχειριστούν τον πόνο σε διαφορετικούς ασθενείς. Ένα ερωτηματολόγιο 10 σελίδων με 8 διαφορετικά σενάρια ασθενών διανεμήθηκαν σε 886 νοσηλευτές σε όλα τα τμήματα ενός νοσοκομείου τριτοβάθμιας φροντίδας. Τα αποτελέσματα δείχνουν την έλλειψη γνώσεων σχετικά με την καλύτερη ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάγκη για καινοτόμες αλλαγές και κλινικές προσεγγίσεις και να επιστήσει στους νοσηλευτές την προσοχή σε ότι αφορά την έλλειψη γνώσεων σχετικά με την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου (Horbury C., & συν., 2005).

Μια εθνική έρευνα σχετικά με τις γνώσεις των νοσηλευτών γύρω από την διαχείριση του πόνου έγινε ταχυδρομικά σε τυχαίο δείγμα νοσηλευτών της κατοίκων νοσηλείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Στόχοι της μελέτης ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των γνώσεων και των ικανοτήτων τους να αντιλαμβάνονται και να αξιολογούν τον πόνο και των πρακτικών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Κατά μέσον όρο, οι 1236 νοσηλευτές απάντησαν σωστά μόνο στο 56% των ερωτημάτων, γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης σχετικά με την γνώση στην αξιολόγηση του πόνου από την αντιμετώπιση του. Οι ερωτηθέντες εξέθεσαν την ανάγκη να υπάρξει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο θέμα της επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, να πραγματοποιούνται συζητήσεις σχετικά με τις οδηγίες προόδου και την αξιολόγηση του πόνου. Μειωμένη ικανότητα αντίληψης αναφέρθηκε στις περίπλοκες τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου. Η σχέση μεταξύ της γνώσης και της υποκειμενικής αντιληπτικής ικανότητας βρέθηκε να είναι ιδιαίτερα σημαντική. 63%

του δείγματος επέδειξαν μια ρεαλιστική αξιολόγηση των γνώσεων τους αναφορικά με τον πόνο, ενώ το 37% την υπερεκτίμησε. Αποτέλεσε πρόκληση να αναζητηθεί η τελευταία ομάδα που υπερεκτιμούσε τις ικανότητες τους, για την οποία και διαπιστώθηκε ότι είχε μειωμένες γνώσεις για τον πόνο (Glaichen M. & Bookbinder M., 2001).

Ο πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που έχει διαφορετικές επιπτώσεις στα άτομα. Ο πόνος των τραυμάτων θεωρείται συχνά μια αναπόφευκτη συνέπεια της ανεπαρκούς φροντίδας τους και πολλοί ασθενείς μπορούν να πάσχουν από χρόνιο πόνο των τραυμάτων τους. Μια ομάδα ασθενών που παρουσιάζει πρόκληση στη διαχείριση πόνου είναι εκείνοι με κακοήθεις τραύματα. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου των τραυμάτων μπορεί να χαρακτηρίζεται από την ακατάλληλη ή ανύπαρκτη αξιολόγηση του πόνου, την ανεπαρκή χορήγηση της αναλγησίας και τη σύγχυση για την κατάλληλη χρήση του επιδέσμου και των προϊόντων που θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να μειώσουν τον πόνο. Πολλοί επαγγελματίες υγείας στερούνται βασικών γνώσεων για τον πόνο και τον έλεγχο του και υιοθετούν ακατάλληλες πεποιθήσεις και τοποθετήσεις για τα αναλγητικά φάρμακα, ειδικότερα σε ότι έχει να κάνει σχέση με την χρήση των οπιούχων. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα αποκτώντας βασικές γνώσεις για την φυσιολογία του πόνου, τις στρατηγικές που ακολουθούνται για την αξιολόγηση του και τις επιλογές που είναι διαθέσιμες για την αντιμετώπιση του, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακολογικών θεραπειών, των τεχνικών φροντίδας των τραυμάτων και των συμπληρωματικών θεραπειών (Naylor W., 2001).

Για να προσδιορίσει την τρέχουσα αξιολόγηση του πόνου και τις τεχνικές διαχείρισης του πόνου στις μονάδες νεογνών στην Αυστραλία, πραγματοποιήθηκε από τον Harrison και τους συν. του μια ταχυδρομική έρευνα από τον Δεκέμβριο του 2003 έως και τον Ιανουάριο του 2004. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στην έρευνα είχαν σχέση με την αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης του πόνου, τις στρατηγικές μείωσης του, τις δευτερεύουσες επίπινες διαδικασίες και την χρήση των νομοθετημένων πρακτικών για την διαχείριση του. Οι συμμετέχοντες ήταν οι διευθυντές των νοσηλευτικών μονάδων, οι υποψήφιοι να εργαστούν σε νεογνολογική μονάδα εντατικής παρακολούθησης και μονάδων ειδικής προσοχής νεογνών στην Αυστραλία. Τα ερωτηματολόγια εστάλησαν σε 181 επιλέξιμες μονάδες και 105 από αυτές τα επέστρεψαν (58%). Έξι μονάδες (6%) ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν την αξιολόγηση του πόνου σε καθημερινή βάση και 16 μονάδες (15%) είχαν μια πολιτική κατά την οποία εφάρμοζαν πρακτικές ανακούφισης από τον πόνο μόνο κατά τη διάρκεια των επίπινων διαδικασιών. Εικοσιτέσσερις μονάδες (23%) χρησιμοποίησαν τη σακχαρόζη ή άλλες γλυκαντικές ουσίες κατά τη διάρκεια των επίπινων διαδικασιών εντούτοις, η αναφερόμενη συχνότητα της χρήσης τους

ήταν σχετικά χαμηλή. Ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της φλεβοκέντησης, ο σκαριφισμός και η ενδομυϊκή ή υποδόρια έγχυση τοπικών αναισθητικών χρησιμοποιήθηκαν σπάνια. Από αυτή την έρευνα αποδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των αυστραλιανών νεογνολογικών μονάδων δεν έχει καμία διαρθρωμένη πολιτική για να καθοδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας στη διαχείριση του πόνου κατά τη διάρκεια των επίπονων διαδικασιών και δεν πραγματοποιούνται τακτικά οι αξιολογήσεις του πόνου. Οι τρέχουσες στοιχειοθετημένες στρατηγικές μείωσης του πόνου στα νήπια που νοσηλεύονται χρησιμοποιούνται σπάνια. (Harrison D., & συν., 2006).

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία την χρονιά που μας πέρασε. Σκοπός της ήταν να ερευνήσει την σημασία που έχει για τους ασθενείς η ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο και πόσο αυτό επηρεάζει την επιλογή του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα δόθηκαν 161 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε ασθενείς ενός χειρουργικού τμήματος από νοσηλεύτη που εργαζόταν σε άλλο τομέα. Το 90% των ασθενών απάντησε πως «η καλή θεραπεία» είναι σημαντικός παράγοντας και τρεις στους τέσσερις είπαν πως θα θεωρούσαν πολύ τυχερούς τους εαυτούς τους εάν νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο που είχε την φήμη «της καλής αντιμετώπισης του πόνου». Εάν οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν το νοσοκομείο που θα χειρουργούνταν ανέφεραν πως «η ιατρική βοήθεια» θα ήταν το πρώτο κριτήριο επιλογής θα ακολουθούσε «η νοσηλευτική φροντίδα» και τέλος «η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου». Οι ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερη των 60 κρίνουν πως το κριτήριο της «αποτελεσματικής θεραπείας του πόνου» είναι το πιο σημαντικό σε αντίθεση με τους πιο νεότερους (Simanski C. και συν., 2005).

Η δημιουργικότητα στην υγειονομική περίθαλψη έχει ανοίξει μια νέα διάσταση στην νοσηλεία του αρρώστου. Οι δημιουργικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί πως μειώνουν την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο και επίσης περιορίζουν την ανάγκη του για αναλγητικά φάρμακα. Με αφορμή τα πλεονεκτήματα αυτά, πολλά σημαντικά ιατρικά κέντρα σε όλο τον κόσμο έχουν καθιερώσει τις τέχνες στα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. «Οι τέχνες στην Ιατρική» είναι ένα τέτοιο πρόγραμμα που εξυπηρετεί εκατοντάδες ασθενών. Καθιερώθηκε για πρώτη φορά στο πανεπιστήμιο της Φλόριντας από μια νοσηλεύτρια και είναι άμεσα συνδεδεμένο με την νοσηλευτική φροντίδα. Προγράμματα όπως αυτό παρέχουν τα κλινικά πρότυπα για τις νοσηλεύτριες που θέλουν να ενσωματώσουν τις τέχνες στην καθημερινή τους πρακτική (Lane M. R., 2006).

Τον Απρίλιο του 2005 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Oncology Nursing*, άρθρο που απευθυνόταν στους νοσηλευτές που ασχολούνταν με την νοσηλεία ασθενών με καρκίνο, το οποίο τους προέτρεπε να χρησιμοποιούν το χιούμορ στην καθημερινή κλινική πράξη επισημαίνοντας τις θετικές επιπτώσεις του στην

βελτίωση της υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς του άρθρου οι σε βάθος βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις έδειξαν μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο χιούμορ και στο πως οι ασθενείς ένοιωθαν πιο άνετα. Το χιούμορ χρησιμοποιήθηκε πολύ συχνά για την χαλάρωση αλλά και την βελτίωση της γενικής κατάστασης τους. Οι διάφοροι τύποι χιουμοριστικού υλικού ελάττωσαν την ανησυχία και την ταλαιπωρία των ασθενών και την δυσκολία τους να συζητήσουν ανοιχτά την ασθένεια τους. Ακόμη παρατηρήθηκε μια θετική επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα ενώ τα επίπεδα της έντασης του πόνου μειώθηκαν αισθητά. Επιπλέον οι μετρήσεις συγκεκριμένων νευροενδοκρινών ορμονών και ορμονών που σχετίζονται με το stress απέδειξαν πως υπήρχαν βιοχημικές μεταβολές που χαρακτηρίζονταν από αυξημένες φυσικές απαντήσεις στο stress και αυξημένα συναισθήματα ικανοποίησης μετά από χιουμοριστικές παρεμβάσεις(Christie W, και συν. 2005).

Η διαχείριση του πόνου σε έναν ασθενή με χρόνιο πόνο εμπριέχει πολλές φορές το φόβο της αμφισβήτηση σε όσα ο ίδιος λέει με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αντιμετώπιση του. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε στο Cinahl, Medline, British Nursing Index, Cochrane και στο PsychINFO και αφορούσε τις χρονιές από το 1970 έως και το 2003 είχε σαν σκοπό να μελετήσει τα αποτελέσματα που έχει για τον επαγγελματία υγείας η εμπειρία της νοσηλείας ασθενή με πόνο, πόσο αυτή η εμπειρία είναι αξιόπιστη και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Δεν υπήρξαν έρευνες που να έχουν ασχοληθεί αποκλειστικά και μόνο με τα αποτελέσματα που έχει στην αντιμετώπιση του πόνου το γεγονός ότι ο λειτουργός υγείας πιστεύει εκείνα που ο άρρωστος λέει σχετικά με τον πόνο που αισθάνεται. Σύμφωνα λοιπόν με τους συγγραφείς θα πρέπει να υπάρξει περαιτέρω μελέτη και έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα προκειμένου να παρέχουν στους νοσηλευτές που ασχολούνται με τους ασθενείς με χρόνιο πόνο τις κατάλληλες κατευθυντήριες γραμμές (Clarke K. A. και συν., 2005).

Οι σπουδαστές της Νοσηλευτικής έχουν συχνά φόβο και ανησυχία για τη διαχείριση του πόνου. Οι πιο συνήθεις εσφαλμένες αντιλήψεις έχουν να κάνουν με το φόβο ότι οι ασθενείς στον οξύ πόνο εθίζονται εύκολα στην φαρμακευτική αγωγή, ότι υπάρχουν παρενέργειες από την χορήγηση φαρμάκων όπως είναι η αναπνευστική καταστολή και τέλος ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος και δεν μπορεί να ανακουφιστεί πλήρως. Η γνωστική αναδόμηση(Cognitive restructuring) είναι μια μέθοδος αλλαγής της συμπεριφοράς που εστιάζει στον προσδιορισμό των παρερμηνειών, τον επηρεασμό των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων και με αυτόν τον τρόπο τη μείωση της ανησυχίας και την προώθηση της αιτιολογημένης πρακτικής (McCaffrey R., και συν., 2005).

Η ικανότητα των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου εξαρτάται άμεσα από τις στρατηγικές αξιολόγησης τις οποίες χρησιμοποιούν. Αυτός ήταν και ο σκοπός της έρευνας της Kim HS και των συνεργατών της (2005) να προσδιορίσει τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στις χειρουργικές μονάδες για ν' αξιολογήσουν τον πόνο των μετεγχειρητικών ασθενών. Και επιπλέον να διαπιστώσει την επίδραση της γνώσης και της εμπειρίας των νοσηλευτών, στην καλύτερη αξιολόγηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν τρεις κατηγορίες κριτηρίων: το βλέμμα των ασθενών, τα λεγόμενα, και την εμφάνισή τους ενώ παράλληλα, η γνώση και η εμπειρία τους, βοήθησε σημαντικά στην εντόπιση υποκειμενικών και αντικειμενικών σημείων και συμπτωμάτων (π. χ. έκφραση προσώπου, κίνηση σώματος, σφύξεις). Η ποικιλία των στρατηγικών που χρησιμοποιήθηκαν από τους νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη, αποδεικνύει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης του πόνου και συνεπώς, την ικανότητα των νοσηλευτών στη διαχείρισή του.

Όπως ήδη έχει ειπωθεί, σε έρευνα που έκανε ο K. Puntillo και οι συνεργάτες του το 2003, παρατηρήθηκε ανικανότητα σωστής αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου των ασθενών από μέρος των νοσηλευτών, διότι οι εκτιμήσεις πόνου που έκαναν οι νοσηλευτές, είχαν σημαντική απόκλιση από την πραγματικότητα. Δύο χρόνια αργότερα οι H. A. Nygaard και M. Jarland (2005) επιχείρησαν και αυτοί να μελετήσουν την ικανότητα ακριβούς αξιολόγησης από νοσηλευτές, σε επικοινωνιακούς αλλά και μη επικοινωνιακούς ασθενείς. Αυτή τη φορά υπήρξε συμφωνία μεταξύ νοσηλευτών και επικοινωνιακών ασθενών στην εκτίμηση του πόνου στο 77% των περιπτώσεων, ποσοστό ιδιαίτερα ικανοποιητικό. Στην περίπτωση των μη επικοινωνιακών ασθενών το ποσοστό ήταν μικρότερο, αλλά εξίσου σημαντικό. Είναι προφανές ότι η ικανότητα των νοσηλευτών στην αξιολόγηση του πόνου και ασφαλώς και στη διαχείρισή του έχει αυξηθεί κατά πολύ.

Σκοπός της μελέτης των Katsma και Souza ήταν να διερευνηθούν οι βασικές γνώσεις των νοσηλευτών που ασχολούνται με την μακροπρόθεσμη φροντίδα ασθενών αναφορικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου στους ηλικιωμένους. Τρία συγκεκριμένα θέματα σχετικά με τους νοσηλευτές μακροπρόθεσμης φροντίδας ερευνήθηκαν: οι προσωπικές πεποιθήσεις των νοσηλευτών για τις αναφορές πόνου των ασθενών, την τεκμηρίωση των αναφορών πόνου των ασθενών και τέλος την επιλογή του φαρμάκου και της δόσης του για την ανακούφιση από τον πόνο. 89 νοσηλευτές μακροπρόθεσμης φροντίδας, από 6 αγροτικούς νομούς της Καλιφόρνιας, απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 2 υποθετικά σενάρια. Τα σενάρια απεικόνισαν έναν ασθενή να χαμογελά και να μην παρουσιάζει κανένα σημάδι πόνου και έναν άλλο ασθενή να μορφάζει από τον πόνο. Τρεις ερωτήσεις ακολούθησαν τα σενάρια σχετικά με την

αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να αξιολογήσουν τον πόνο σε μια κλίμακα από το 0 έως 10 και να επιλέξουν το σωστό φάρμακο καθώς και τη δοσολογία που θα χορηγούσαν προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον πόνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ήταν πιθανότερο να αντιληφθούν και να τεκμηριώσουν τη αναφορά του ασθενή που μόρφαζε από τον πόνο σε σχέση με εκείνον που χαμογελούσε. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία ήταν λιγότερο πιθανό να μην αντιληφθούν ή τεκμηριώσουν την αναφορά του ασθενή τους από τους νεώτερους νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εμπειρίας. Λιγότερο από τους μισούς νοσηλευτές θα αύξαναν την αναλγητική δόση για καθένα από τα υποθετικά σενάρια. Οι επιπτώσεις στην φροντίδα περιλαμβάνουν τη σημασία της τρέχουσας εκπαίδευσης σχετικά με την αξιολόγηση και την διαχείριση του πόνου προσαρμοσμένη στο γηριατρικό πληθυσμό και την μακροπρόθεσμη φροντίδα τους (Katsma D. L., & Souza C. H., 2000).

Είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον πόνο και αυτό γιατί η διαχείριση του είναι μια σύνθετη διαδικασία. Ο πόνος αποτελεί θλιβερή πραγματικότητα για όλους σχεδόν τους ασθενείς και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι καταρτισμένοι και ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι για την άμεση αντιμετώπισή του. Επειδή όμως αυτό δε συμβαίνει πάντοτε, χρήσιμο είναι οι νοσηλευτές να ελέγχονται από τους προϊστάμενους των τμημάτων τους για την αποτελεσματικότητά τους στη διαχείριση του πόνου των ασθενών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ένα εργαλείο ανάλυσης λογιστικού ελέγχου διαγραμμάτων που κοστολογεί την παροχή περίθαλψης από τους νοσηλευτές και τη φαρμακολογική διαχείριση. Σε άρθρο τους που δημοσιεύτηκε στο Nursing care quality οι Tarr και Kropp περιγράφουν μια μελέτη εξασφάλισης της ποιότητας ζωής που πραγματοποιήθηκε σε μια χειρουργική μονάδα, ενός επαρχιακού νοσοκομείου, 1200 κλινών νοσηλείας. Σκοπό είχε να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο επίπεδο των μονάδων. Για τη μελέτη, αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο ανάλυσης λογιστικού ελέγχου διαγραμμάτων προκειμένου να ελεγχθούν τα διαγράμματα της δεύτερης μετεγχειρητικής ημέρας των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μια σημαντική χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα. Το εργαλείο λογιστικού ελέγχου διαγραμμάτων ανέλυσε από τους σταθμισμένους δείκτες δύο μέτρα εκβάσεων: την παροχή φροντίδας από τους νοσηλευτές και τη χρήση φαρμάκων για την διαχείριση του πόνου. Σύμφωνα με τους J. Tarr και D. Kropp (2005) το εργαλείο ανάλυσης λογιστικού ελέγχου διαγραμμάτων, μαζί με τα αποτελέσματα μιας δοκιμής της γνώσης και των τοποθετήσεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου, αποτελεί για τους προϊστάμενους των τμημάτων, μια γρήγορη και εύκολη μέθοδο προσδιορισμού των



δυνατοτήτων και των αδυναμιών διαχείρισης του πόνου σε επίπεδο μονάδων. (Tapp J., & Kropp D., 2005).

Σκοπός της έρευνας που πραγματοποίησαν ο A. Dihle και οι συνεργάτες του σε νοσοκομείο του Όσλο στην Νορβηγία ήταν να μελετηθούν τόσο η συμβολή των νοσηλευτών στην διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου όσο και να προσδιοριστούν τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την επίτευξη της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης του. Το σχέδιο μελέτης ήταν περιγραφικό. Οι παρατηρήσεις και οι σε βάθος συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε εννέα νοσηλεύτριες, τριών χειρουργικών θαλάμων, δύο νοσοκομείων. Κάθε νοσηλεύτρια παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της βάρδιας της, πρωί, απόγευμα και νύχτα και πέρασε από συνέντευξη μετά από την τελική παρατήρηση. Η συλλογή και η ανάλυση των στοιχείων ακολούθησαν τις αρχές της ποιοτικής έρευνας. Ένα κύριο θέμα προέκυψε από την προσέγγιση των νοσηλευτών σχετικά με την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου: μια απόκλιση μεταξύ αυτού που οι νοσηλευτές είπαν πως έκαναν και του τι πραγματικά έκαναν. Από την μελέτη προέκυψε ένα χάσμα ανάμεσα στα όσα οι νοσηλευτές έλεγαν και στα όσα εφάρμοζαν για την ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου και μάλιστα αυτό το χάσμα ήταν πολύ μικρότερο όταν οι νοσηλευτές είχαν ενεργό συμμετοχή. Η ενεργό προσέγγιση φάνηκε να ενισχύει την ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο. Συμπερασματικά ο Dihle A και συν. καταλήγουν πως είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα σχετικά με τον πόνο και ιδιαίτερα με την διαχείριση του καθώς επίσης να εκπαιδεύονται σε θέματα επικοινωνίας και ενσυναίσθησης (Dihle A. Και συν., 2006).

Κατά τη διάρκεια της παραμονής ενός ασθενή σε έναν χειρουργικό θάλαμο, οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη ευθύνη για τη διαχείριση του πόνου, ειδικά όταν ορίζονται υπεύθυνοι για την χορήγηση αναλγητικών με την μορφή PRN ("όταν τα χρειάζεται"). Παρά το γεγονός πως έχουν στην διάθεση τους ένα μεγάλο αριθμό αναλγητικών και την γνώση νέων τεχνολογιών για τη χορήγηση φαρμάκων, οι μελέτες συνεχίζουν να καταδεικνύουν την ανεπαρκή διαχείριση του πόνου. Στόχος της μελέτης του Schafheutle και των συν ήταν να προσδιορίσει τα εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου στην καθημερινή κλινική πράξη. Τα στοιχεία προέρχονται από έξι συνεντεύξεις νοσηλευτών και μια έρευνα σε 180 νοσηλευτές 14 νοσοκομείων της Αγγλίας, στοιχεία που στηρίχτηκαν πάνω λεπτομερείς παρατηρήσεις των νοσηλευτών στους χειρουργικούς θαλάμους. Σε μια ερώτηση για τους πιθανούς λόγους της ανεπαρκούς διαχείρισης του πόνου, οι νοσηλευτές ανέφεραν διάφορα εμπόδια που αφορούσαν οργανωτικές κυρίως πτυχές όπως ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού, καθώς επίσης τους νομικούς ή θεσμικούς περιορισμούς. Περαιτέρω οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι ο ορισμός της

αναλγησίας ήταν μερικές φορές ανεπαρκής, ή ότι οι γιατροί ή η ομάδα πόνου ήταν μη διαθέσιμοι όταν υπήρχε ανάγκη αλλαγής της θεραπευτικής αγωγής. Εμπόδια όπως ότι οι νοσηλευτές μπορεί να γνωρίζουν λιγότερα προσδιορίστηκαν σε μια ερώτηση σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι νοσηλευτές δεν χορηγούσαν αναλγησία όταν οι ίδιοι έκριναν. Οι συνηθέστερα επικρατούντες λόγοι ήταν ότι οι ασθενείς ήταν κοιμισμένοι στην επισκληρίδια ή ελεγχόμενη αναλγησία (pca), ή τους είχε γίνει πρόσφατα χορήγηση αναλγητικού. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών αποκάλυψαν επίσης ότι στηρίχθηκαν αρκετά στη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών και το χρησιμοποίησαν αυτό για να αξιολογήσουν τις ανάγκες τους σε αναλγησία. Οι απόψεις και οι κρίσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου υποστηρίχθηκαν περαιτέρω και σε απαντήσεις διάφορων ερωτήσεων τοποθέτησης σχετικά με τον στόχο της αναλγησίας. Η δυναμική αυτής της εργασίας είναι ότι προσδιόρισε τους δύο πιο πιθανούς λόγους που αποτελούν εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και επισήμανε την ανάγκη να εξεταστούν και να αντιμετωπιστούν ( Schafheutle E. L., & συν., 2001).

Μια πρόσφατη έρευνα από τον Van Hulle Vincent C. (2005), πραγματοποιήθηκε με σκοπό να καταγραφούν οι γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον παιδικό πόνο και οι τοποθετήσεις τους για τα πρακτικά εμπόδια που υπάρχουν στη διαχείρισή του. Τα αποτελέσματα θέλησαν τους περισσότερους νοσηλευτές να κατέχουν γνώσεις και ανέδειξαν (με βάση την άποψη των νοσηλευτών), τις ανεπαρκείς οδηγίες χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς, ως το μέγιστο εμπόδιο στη διαχείριση του πόνου στα παιδιά.

Στόχος των νοσηλευτών πρέπει να είναι η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται δυσκολότερα κατά τη συνεργασία με έναν γηράσκοντα πληθυσμό διότι είναι πολλοί οι παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στη διαχείριση του πόνου σε αυτόν τον πληθυσμό. Αυτούς τους παράγοντες αναφέρουν οι D. Paynter και M. E. Mamaril (2004) στο άρθρο τους και τονίζουν την ανάγκη να τους γνωρίζουν οι νοσηλευτές ώστε να μπορούν να τους «αποδυναμώνουν». Οι κοινοί παράγοντες λοιπόν που αν δεν εξαλειφτούν, έχουν επιπτώσεις στον έλεγχο του πόνου στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τις παρερμηνείες σχετικά με τη χρήση και τα αποτελέσματα των αναλγητικών, την ανεπαρκή επικοινωνία και τις πολιτιστικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ηλικιωμένων, καθώς και τις φυσιολογικές μεταβολές που είναι αποτέλεσμα της γήρανσης.

Παρά τις επισημάνσεις που κατά καιρούς έχουν γίνει σχετικά με τη σημασία της αξιολόγησης και της διαχείρισης του πόνου στους ηλικιωμένους, αλλά και τις προσπάθειες καθοδήγησης των νοσηλευτών για να το επιτύχουν, το 2005 έρευνες των M. P. Cadogan και συν., και των K. R. Jones καταλήγουν σε αρνητικά αποτελέσματα. Η αξιολόγηση του πόνου των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τους M. P.

Cadogan και συν., από τους νοσηλευτές είναι ελλιπής γιατί οι νοσηλευτές βασίζονται γι' αυτή περισσότερο σε ιατρικά αρχεία, παρά στην προσωπική τους εκτίμηση, με συνέπεια την ανεπιτυχή ανακούφιση των ηλικιωμένων από το αίσθημα του πόνου. Μάλιστα, στη μελέτη που έγινε, από τους K. R. Jones και συν., για να καθοριστούν οι λόγοι για τους οποίους οι ηλικιωμένοι διστάζουν να ζητήσουν φάρμακο για την ανακούφισή τους, βρέθηκε η συμπεριφορά των νοσηλευτών να αποτελεί έναν απ' αυτούς.

Η αιτία της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου στα παιδιά θα μπορούσε να είναι η έλλειψη της γνώσης των νοσηλευτών και της αποτυχίας να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν τον πόνο αποτελεσματικά. Αναγνωρίζεται ότι η αποτελεσματική αξιολόγηση του πόνου οδηγεί τις περισσότερες φορές στην ικανοποίηση τόσο των παιδιών όσο και των οικογενειών τους. Η μελέτη των Simons και Macdonald που δημοσιεύτηκε το 2004 ερεύνησε τις απόψεις των νοσηλευτών που ασχολούνται με την νοσηλεία των παιδιών σχετικά με τη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο περίθαλψης. Σχεδόν τα δύο τρίτα των νοσηλευτών δεν είχαν προτίμηση σε ένα συγκεκριμένο εργαλείο αξιολόγησης, αλλά σχεδόν τα τρία τέταρτα των νοσηλευτών που ρωτήθηκαν συμφώνησαν ότι η εισαγωγή των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου θα βελτίωνε την αντιμετώπιση του. Όταν οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν πόσο χρόνο χρειάστηκαν για να εκπαιδευτούν σε αυτά τα εργαλεία, το 83% απάντησαν πως θέλησαν μόνο δύο ώρες, αν και σχεδόν η κατά το ήμισυ δηλωμένη έλλειψη γνώσης ή εκπαίδευσης ήταν το κύριο εμπόδιο στη χρήση ενός εργαλείου αξιολόγησης του πόνου. Η ασυνέπεια σε αυτές τις απαντήσεις θα μπορούσε να απεικονίσει τις συγκρουόμενες απαιτήσεις μεταξύ της ανάγκης των νοσηλευτών να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου αλλά και την δικαιολογία του ελάχιστου ελευθέρου χρόνου που διαθέτουν λόγω του φόρτου εργασίας (Simons J. M., & Macdonald L. M., 2004).

Είναι αποδεκτό ότι ο χρόνιος πόνος αντιμετωπίζεται καλύτερα από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας όπως είναι ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο ψυχολόγος, ο φυσιοθεραπευτής. Γίνεται σαφές πως η αποτελεσματικότητα της ομάδας θα διευκολυνόταν εάν το κάθε μέλος της κατανοούσε τον ρόλο του αλλά ακόμη περισσότερο το ρόλο των άλλων στην ομάδα. Οι ρόλοι και οι ευθύνες καθώς και οι απόψεις και πεποιθήσεις της ομάδας πρέπει να γίνουν κατανοητοί από όλους προκειμένου η ομάδα να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Λίγα είναι γνωστά για τις τοποθετήσεις και τις πεποιθήσεις της ομάδας πόνου ή των μεμονωμένων επαγγελματιών μέσα σε αυτές. Όλα τα μέλη της ομάδας πόνου επομένως πρέπει να εξετάσουν αυστηρά τις αξίες και τις πεποιθήσεις που φέρνουν σε αυτές τις ομάδες. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο του Liverpool στην Αγγλία σε 103

νοσηλεύτριες είχε ως στόχο να διερευνήσει τις απόψεις και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την διαχείριση του χρόνιου πόνου και να τις συγκρίνει με εκείνες των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας. Στις νοσηλεύτριες ζητήθηκε να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο ελέγχου του πόνου της Skevington (B.P.C.Q.) και πιο συγκεκριμένα την γνώμη τους για τον εσωτερικό ή προσωπικό έλεγχο του πόνου, την άποψη ότι οι γιατροί διαχειρίζονται τον πόνο και τέλος ότι ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί τυχαία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι νοσηλευτές ήταν ενήμεροι και σύμφωνοι με το γεγονός να προσεγγιστεί η διαχείριση του πόνου χωρίς προκατάληψη και ευπροσάρμοστα (Brown C. A. & Richardson C., 2006).

Πριν τη συγκεκριμένη έρευνα ο C. A. Brown διεξήγαγε μια άλλη με αφορμή την άποψη του ότι οι πεποιθήσεις των ανθρώπων με χρόνιο πόνο για τη σημασία των τμημάτων θεραπείας πόνου που προσφέρονται και μέσω των διεπιστημονικών και άλλων τύπων χρόνιων προγραμμάτων πόνου δεν έχουν εξεταστεί ευρέως από την βιβλιογραφία. Ως τμήμα μιας ευρύτερης ερευνητικής μελέτης που έγινε από τον Brown και δημοσιεύτηκε στο *European Journal of Pain* ερευνήθηκαν τα μέλη τριών ομάδων που υπέφεραν από χρόνιο πόνο στη βορειοδυτική Αγγλία ως προς τι προσδοκούσαν οι ίδιοι από τους φορείς παροχής φροντίδας και ποια θεωρούσαν ως την πιο ωφέλιμη θεραπεία για τον χρόνιο πόνο. Η έρευνα ζήτησε την άποψη όσων κάνανε χρήση των υπηρεσιών για το εάν τα συγκεκριμένα τμήματα θεραπείας είναι σημαντικά ή μη σημαντικά για τους ανθρώπους με χρόνιο πόνο. Στην μελέτη περιλαμβανόταν επίσης οι πεποιθήσεις σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο ελέγχου πόνου του Skevington (BPCQ) σύμφωνα με τις οποίες υπάρχει η πίστη για την δυνατότητα εσωτερικού ή προσωπικού ελέγχου του πόνου, πεποιθήσεις ότι κάποιοι άλλοι (γιατροί) ελέγχουν τον πόνο και πεποιθήσεις ότι ο πόνος ελέγχεται από τυχαία γεγονότα. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι κανένα τμήμα θεραπείας δεν θεωρήθηκε ως σημαντικό για περισσότερους από το 67% των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι επικεντρώθηκαν γύρω από τις θεραπείες που εστιάζονται στις αυτοδιαχειριστικές και βιοϊατρικές παρεμβάσεις. Μια στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε μεταξύ ορισμένων τμημάτων θεραπείας και των αποτελεσμάτων του BPCQ. Αυτά τα συμπεράσματα συμβάλλουν στην αύξηση της προσοχής σχετικά με τυποποιημένες θεραπείες για όλους και το λάθος που γίνεται να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς σαν μια ομοιογενής ομάδα που πονά και όχι σαν ξεχωριστή ο καθένας οντότητα (Brown C. A., 2004).

Ο Jones K. R. είχε ήδη διαπιστώσει από το 2004 με τη μελέτη του ότι η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα στην λειτουργία των οίκων ευγηρίας. Τα εμπόδια στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής αντιμετώπισης του πόνου εντοπίστηκαν κυρίως στις προκαταλήψεις, τις ελλείψεις γνώσεις και τοποθετήσεις του προσωπικού που επηρεάζουν τόσο την αξιολόγηση

όσο και την αντιμετώπιση του πόνου των κατοίκων. Δώδεκα οίκοι ευγηρίας συμμετείχαν σε μελέτη του Jones, έξι σπίτια ως ομάδα ερευνητική και έξι σπίτια ως ομάδα ελέγχου, που διανέμονταν ομοιόμορφα μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών. 300 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού των οίκων ευγηρίας συμπλήρωσαν τις γραπτές ερωτήσεις γνώσης και στάσης που είχαν σχέση με τον πόνο και 378 μέλη του προσωπικού τις συμπλήρωσαν μετά από την εφαρμογή της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορά γνώσεων στους τομείς της φαρμακολογίας, του εθισμού και της εξάρτησης από τα οπιούχα, των παρενεργειών από την χορήγηση φαρμάκων και της αποτελεσματικότητας της μη φαρμακολογικής διαχείρισης. Οι σημαντικές διαφορές είχαν να κάνουν κυρίως με τον τίτλο εργασίας (νοσηλευτής/ πρακτικός νοσοκόμος/ βοηθός νοσηλευτή). Τα εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου παρουσίασαν σημαντική μείωση σε όλους τους οίκους ευγηρίας που μελετήθηκαν. Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση του πόνου εμμένει στους οίκους ευγηρίας. Ένα συλλογικό, πολύπλευρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν μόνο μερικώς επιτυχές στη βελτίωση των γνώσεων και των τοποθετήσεων στις διάφορες βαθμίδες των νοσηλευτών. Οι τοποθετήσεις και οι πεποιθήσεις εμφανίζουν δυσκολία στο να αλλάξουν (Jones K. R., 2004).

Τον Απρίλιο του 2006 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Clinic Nursing* έρευνα των Wilson B. και McSherry W., που στόχο είχε να μελετήσει εάν η εκπαίδευση και η κλινική εμπειρία επηρεάζουν την άποψη που έχουν οι νοσηλευτές για τον σωματικό πόνο των ασθενών. Μια σειρά σύντομων περιστατικών χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθεί τις απόψεις των νοσηλευτών για τον σωματικό πόνο σε έξι υποθετικούς ασθενείς για τους οποίους παρατείθονταν ένα ερωτηματολόγιο που εξέτασε τον τρόπο ζωής των ασθενών στον πόνο, τις γενικές τοποθετήσεις και τις πεποιθήσεις για τη διαχείριση του πόνου και τη γενική γνώση για τον έλεγχο του. Εκατό ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν 86 νοσηλεύτριες επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο που δίνει ένα ποσοστό απάντησης 86%. Μετά από την επιλογή του δείγματος 72 νοσηλευτές συμμετείχαν στη μελέτη: 35 νοσηλευτές ξενώνων/ογκολογίας (ειδικευμένοι) και 37 νοσηλευτές (γενικά). Η ανάλυση στοιχείων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το SPSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές που ήταν εξειδικευμένοι σε θέματα πόνου έτειναν να συμπεράνουν τα χαμηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου από τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες κατά την εξέταση των ασθενών από τα σύντομα ιστορικά. Συμπερασματικά προκύπτει πως η εκπαίδευση και η κλινική εμπειρία επηρεάζουν τη γνώση, τις τοποθετήσεις και τις πεποιθήσεις των νοσηλευτών για τον πόνο. Εντούτοις, φάνηκε ότι το εργασιακό περιβάλλον των εξειδικευμένων νοσηλευτών και το επίπεδο των γνώσεων τους, προκαλούν μια θεώρηση των πραγμάτων, με συνέπεια την απευαισθητοποίησή τους

στο σωματικό πόνο των ασθενών. Προκύπτει ακόμη πως οι ειδικευμένες νοσηλεύτριες χρησιμοποιούν κάποιους αμυντικούς μηχανισμούς για να προστατευτούν από τη σύγκρουση που προκύπτει από την εργασία μέσα στο κλινικό περιβάλλον (Wilson B., & McSherry W., 2006).

Σύμφωνα με άρθρο που δημοσιεύτηκε στο Prairie Rose τον Αύγουστο του 2005 ευθύνη του νοσηλευτή αποτελεί η ικανότητα αξιολόγησης του πόνου, η διαχείριση του και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Η Αντιπροσωπεία για την Πολιτική και την Έρευνα της Υγειονομικής Περίθαλψης (AHCPR, 1994) προτείνει το μνημονικό «A. B. C. D. E. »:

- ♦ **Ask : Ρωτήστε** τακτικά τον ασθενή για τον πόνο και αξιολογήστε τον (Assess)
- ♦ **Believe : Πιστέψτε** τον ασθενή σε ότι αναφέρει σχετικά με τον πόνο και τι είναι εκείνο που τον ανακουφίζει
- ♦ **Choose : Επιλέξτε** την κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου που θα βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του
- ♦ **Deliver : Παραδώστε** τις παρεμβάσεις σε μια έγκυρη, λογική και συντονισμένη ομάδα
- ♦ **Empower : Εξουσιοδοτείστε** και **Enabling : Επιτρέψτε** στους ασθενείς και τις οικογένειες τους και έχουν ενεργό συμμετοχή.

Το μέγιστο δώρο που μπορούν οι νοσηλευτές να δώσουν στον ασθενή είναι να τον ανακούφισαν από τον πόνο. Το μέγιστο δώρο που μπορούν να δώσουν στα μέλη της οικογένειάς τους είναι η δυνατότητα να δουν το αγαπημένο τους πρόσωπο να ζει χωρίς πόνο. Οι μνήμες των ωρών του πόνου θα συντροφεύουν τον ασθενή, την οικογένεια και τους φίλους για το υπόλοιπο της ζωής τους. Οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να παρέχουν αυτή την δυνατότητα στον άρρωστο που πονά.

Οι νοσηλευτές στην καθημερινή κλινική πράξη χρειάζεται πολύ συχνά να νοσηλεύσουν ασθενείς με χρόνιο πόνο. Αν και υπάρχουν πολλές πληροφορίες διαθέσιμες για το χρόνιο πόνο, υπάρχουν στοιχεία ότι οι νοσηλευτές βρίσκουν τους ασθενείς με το χρόνιο πόνο δύσκολους για να συνεργαστούν μαζί τους (Shaw S. M., 2006).

Τον Μάρτιο του 1990, επτά νοσηλεύτριες από έξι πολιτείες της Αμερικής συναντήθηκαν στην Ατλάντα, για να συζητήσουν τη δυνατότητα δημιουργίας μιας εθνικής οργάνωσης για τις νοσηλεύτριες που φροντίζουν ασθενείς με πόνο. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίασης συμφώνησαν ότι υπήρξε μια σαφής ανάγκη για μια τέτοια οργάνωση. Με το κλείσιμο των εργασιών του συνεδρίου επέλεξαν το όνομα της οργάνωσης, Αμερικανική Κοινωνία της Διαχείρισης του Πόνου από τους Νοσηλευτές. Σκοπός του οργανισμού αυτού είναι η προώθηση και η παροχή της

καλύτερης φροντίδας των ατόμων που πονούν συμπεριλαμβανομένης και της διαχείρισης του. Αυτό θα πραγματοποιηθεί μέσω της εκπαίδευσης, της υπεράσπισης και της έρευνας (Pasero C. και συν. , 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν, τη σημασία της ποιοτικής αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου. Μια πρωτοβουλία για τη βελτίωση της διαχείρισης του πόνου είναι η εφαρμογή της υπηρεσίας αντιμετώπισης οξέος πόνου (aps). Η θεωρία του Kanter χρησιμοποιείται από την Musclow για να πλαισιώσει την εμπειρία της ως νοσηλεύτρια σε δύο κοινοτικές υπηρεσίες αντιμετώπισης του οξέος πόνου. Στον Καναδά, τα περισσότερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία έχουν αναπτύξει τώρα aps για να βελτιώσουν τη διαχείριση του πόνου. Τα κοινοτικά νοσοκομεία, εντούτοις, μόνο πρόσφατα έχουν αρχίσει να υιοθετούν την έννοια. Η βελτίωση της διαχείρισης πόνου μέσω aps παρέχει μια άριστη ευκαιρία για την παροχή φροντίδας σε όλα τα επίπεδα. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν αποτελεσματικότερη διαχείριση του πόνου μέσω του συντονισμού και της οργάνωσης που προσφέρουν οι οξείες υπηρεσίες πόνου. (Musclow S. L., 2005).

Ο Musclow , ήδη από το 2002 είχε διεξάγει μια ερευνητική μελέτη με αυτό το θέμα για να οδηγηθεί στο άρθρο του το 2005. Πιο συγκεκριμένα, Ο σκοπός της μελέτης του Musclow και των συν. του ήταν να περιγραφούν τα προσόντα και ο ρόλος των ευθυνών σχετικά με την υψηλή νοσηλευτική φροντίδα στην διαχείριση του οξέος πόνου σε ολόκληρο τον Καναδά. Το Καναδικό Εθνικό πλαίσιο της Ένωσης των Νοσηλευτών στην άσκηση υψηλής νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός για να προσδιορίσει τον ρόλο των νοσηλευτών μέσα σε αυτήν την υπηρεσία. Ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σταθερών επιλογών και ανοιχτών ερωτήσεων ταχυδρομήθηκε στους νοσηλευτές που ασχολούνταν με την διαχείριση του οξέος πόνου σε ολόκληρο τον Καναδά. Οι εναγόμενοι προσδιόρισαν αρχικά τις ευθύνες τους όπως κλινικές, εκπαιδευτικές, και διοικητικές. Οι προκλήσεις ρόλου περιλάμβαναν την έλλειψη διοικητικής/ υποστήριξης από τους συναδέλφους, την πολυπλοκότητα των προβλημάτων πόνου, τον καθορισμό ρόλου και την αποδοχή. Οι βασικοί τομείς των θετικών εκβάσεων περιέλαβαν τις διεπιστημονικές και νοσηλευτικές ομάδες. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν τη δυνατότητα να παρέχουν ολοκληρωμένη περίθαλψη, την εκπαίδευση των ασθενών και του προσωπικού, καθώς επίσης επισήμαναν τον ρόλο της ηγεσίας στη διαχείριση πόνου ως σημαντική. Ο ρόλος της υψηλής νοσηλευτικής φροντίδας στην διαχείριση του οξέος πόνου σε όλο τον Καναδά εξελίσσεται. Η επιρροή αυτού του ρόλου υπόσχεται να βελτιώσει την ποιότητα της διαχείρισης πόνου για τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους (Musclow S. L., και συν., 2002).

Ο σκοπός της μελέτης του Sloman και των συν. Του ήταν να ερευνηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών για τον πόνο και την διαχείριση του στα ηλικιωμένα άτομα. Οι νοσηλευτές που εργαζόταν σε διάφορα γενικά νοσοκομεία και οίκους ευγηρίας κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τους γνώσεις τους γύρω από την διαχείριση του πόνου τους ηλικιωμένους. Τα συμπεράσματα έδειξαν ένα σημαντικό έλλειμμα γνώσης σε αυτό τον τομέα. Υπήρξαν τους σημαντικές διαφορές στα επίπεδα γνώσης μεταξύ των νοσηλευτών των νοσοκομείων και εκείνων που εργάζονται τους οίκους ευγηρίας. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση του πόνου των ηλικιωμένων ασθενών από τους νοσηλευτές. Αυτή η έλλειψη γνώσεων για το συγκεκριμένο θέμα παρουσιάζεται τόσο στα προπτυχιακά μαθήματα όσο και μετά από μια σειρά μαθημάτων που πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές σε όλους τους τομείς παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, χρειάζονται καλή γνώση της διαχείρισης του πόνου των ηλικιωμένων για να διευκολύνουν τη νοσηλεία τους και να είναι αποτελεσματικότερη η φροντίδα που τους παρέχετε (Sloman R. & συν., 2001).

\* \*

\*

Εν κατακλείδι, θα συμπεραίναμε από τα προαναφερθέντα, ότι ο πόνος είναι μια κοινή εμπειρία που συχνά ρυθμίζεται ανεπαρκώς στο νοσοκομείο. Ενώ οι νοσηλευτές είναι στην προνομιακή θέση να συμβάλουν στην επιτυχή διαχείριση του υπάρχουν συχνές αναφορές στην βιβλιογραφία που τονίζουν την έλλειψη γνώσεων σχετικών με τη διαχείριση του πόνου. Η γνώση της φυσιολογίας πόνου είναι θεμελιώδης στην επιτυχή διαχείρισή του. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν τις βασικές γνώσεις που αφορούν τις οδούς του πόνου, να γνωρίζουν τα σημεία που αποκρίνονται στα ερεθίσματα πόνου καθώς και τις νευρικές ίνες που φέρνουν τις πληροφορίες πόνου στο νωτιαίο μυελό, την επεξεργασία του πόνου στο νωτιαίο μυελό και τον ρόλο του εγκεφάλου στην εκδήλωση της εμπειρίας του πόνου. Ακόμη να ενημερώνεται συχνά για τα νέα δεδομένα σε ότι έχει να κάνει σχέση με τον πόνο, όπως την θεωρία ελέγχου των πυλών (Godfrey H., 2005).

Εξ' άλλου, μια παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 18 νοσηλεύτριες PRN που εργαζόταν σε νοσοκομείο παλαιμάχων που υπέφεραν από καρκίνο στις νοτιοανατολικές πολιτείες της Αμερικής. Οι νοσηλεύτριες ρωτήθηκαν σχετικά με τις γνώσεις τους και τις τοποθετήσεις γύρω από τον πόνο πριν και μετά από μια σειρά μαθημάτων με θέμα την διαχείριση του πόνου διάρκειας 32 ωρών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν την αξία των μαθημάτων και την συμβολή τους



στο να βελτιώσουν οι νοσηλεύτριες τις γνώσεις και την στάση τους απέναντι στους ασθενείς με πόνο ενώ πολύ ικανοποιητική ήταν και η βελτίωση των απόψεων τους σχετικά με την διαχείριση του πόνου. Γίνεται σαφές πως τα μαθήματα αυτά θα πρέπει να γίνονται σε όλους τους νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που πονούν με σκοπό να τους ενθαρρύνουν να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα (McMillan S. C., και συν 2005).

Οι άνθρωποι έχουν την δυνατότητα από την μια να διαμορφώνουν τις λέξεις και από την άλλη όμως να διαμορφώνονται από τις λέξεις τους. Αν και τα επαγγέλματα υγείας έχουν δώσει αρκετή προσοχή στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση του πόνου, η Minden επεξηγεί πώς η ανησυχία του νοσηλευτή για τον πόνο ή ακόμα και η υπερβολική χρήση της ίδιας της λέξης μπορεί, παράδοξα, να προκαλέσει ή να επιδεινώσει το φαινόμενο του πόνου (Minden P. και συν., 2005).

### **Συγκριτικές Μελέτες για τη Διαχείριση του Πόνου σε Δείγματα Επαγγελματιών Υγείας και Ασθενών**

Τα εμπόδια των νοσηλευτών καθώς και οι σχετικές γνώσεις για την διαχείριση του πόνου έχουν εξεταστεί εκτενώς. Οι νοσηλευτές έχουν αξιολογήσει θετικά τις πρακτικές τους γνώσεις για την διαχείριση του πόνου παρά το γεγονός ότι υπάρχουν συνεχώς στοιχεία από την πλευρά των ασθενών για ανεπαρκής διαχείριση. Εντούτοις, η σχέση μεταξύ της γνώσης που δηλώνουν πως έχουν οι νοσηλευτές και της αντιμετώπισης του πόνου στους καρδιοχειρουργημένους δεν έχει σαφηνιστεί ακόμη. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε στον Καναδά από τον Watt-Watson και τους συν του μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν οι νοσηλευτές (n=94) από τέσσερις καρδιαγγειακές μονάδες τριών πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Οι νοσηλευτές μαζί με 225 ασθενείς τους πέρασαν από συνέντευξη. Τα στοιχεία από τους ασθενείς, συλλέχθηκαν την τρίτη ημέρα μετά από μια απλή χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίων αρτηριών (CABG), αθροίστηκαν και συγκρίθηκαν με εκείνα του νοσηλευτή που τον φρόντιζε. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι γνώσεις των νοσηλευτών δεν είχαν να κάνουν τόσο με την εκτίμηση του πόνου ή την αναλγησία των ασθενών τους. Τα κρίσιμα ελλείμματα στη γνώση και οι θεολογικές πλάνες για τη διαχείριση του πόνου ήταν εμφανή για όλους τους νοσηλευτές. Οι ασθενείς παρουσίασαν μέτριο έως δριμύ πόνο αλλά μόνο το 47% αυτών έλαβε αναλγησία. Οι αντιλήψεις των ασθενών για τους νοσηλευτές σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του πόνου τους δεν ήταν θετικές. Τα στοιχεία των γνώσεων των νοσηλευτών εξηγούσαν μόνο το 7% της διαφοράς στην χορήγηση αναλγησίας. Συμπερασματικά, οι γνώσεις που δήλωναν οι νοσηλευτές πως είχαν σχετικά με την ανακούφιση από τον πόνο δεν συνδέθηκε με τις εκτιμήσεις πόνου των ασθενών τους ή την αναλγησία που έλαβαν. (Watt-Watson J., & συν., 2001).

Στην Σουηδία ο Idvall και οι συνεργάτες του θέλησαν να μελετήσουν τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών σε ότι αφορά την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου και να αναζητήσουν την φύση και το πεδίο αυτών των διαφορών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία: ένα

γενικό νομαρχιακό και ένα πανεπιστημιακό. Από το πρώτο συμμετείχαν 209 ασθενείς και 63 νοσηλευτές και από το δεύτερο 77 ασθενείς και 34 νοσηλευτές. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο "στρατηγικών και κλινικών ποιοτικών δεικτών στην διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου" που περιελάμβανε 14 στοιχεία σε τέσσερις υποκλίμακες (επικοινωνία, δράση, εμπιστοσύνη και περιβάλλον) και δύο ερωτήσεις σχετικά με το χειρότερο πόνο που βιώθηκε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 24 ωρών και της γενικής ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα, εκτός από την υποκλίμακα που αφορούσε την εμπιστοσύνη στο ένα νοσοκομείο, έδειξαν πως υπήρχε συσχετισμός μεταξύ των ασθενών και των εκτιμήσεων των νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία (Idvall E., Berg K. Unosson M., & Brudin L., 2005).

Στην Ιταλία πολύ λίγες μελέτες έχουν αναφερθεί στον έλεγχο του πόνου στα Ιταλικά νοσοκομεία. Εξαίρεση αποτελεί μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το Φθινόπωρο του 2000 σε 4523 άτομα που νοσηλευόταν σε νοσοκομεία σε όλη την Ιταλία. Σε όλους τους ασθενείς δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε δύο αριθμητικές κλίμακες μέτρησης του πόνου (NRS) και τους ζητήθηκε να σημειώσουν τον πόνο που βίωσαν τα προηγούμενα 24ωρα. Αντίστοιχα στους νοσηλευτές δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια: ένα που τους ζητούσε πληροφορίες σχετικά με την αναλγητική θεραπεία και ένα άλλο που περιελάμβανε μια αριθμητική κλίμακα μέτρησης του πόνου (NRS) και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τον πόνο που εκείνοι υπέθεταν πως είχε ο ασθενής. Είναι χαρακτηριστικό πως το 91,2% των ασθενών ανέφερε πόνο και μάλιστα το 46,6% σοβαρό πόνο, ακόμη η συσχέτιση στις αριθμητικές κλίμακες μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών ήταν πολύ μικρή. Αξιοπρόσεκτο ήταν πως αναλγητική αγωγή πήρε μόνο το 28,5% και κυρίως γυναίκες που νοσηλευόταν σε χειρουργικά τμήματα, ενώ η χορήγηση φαρμάκων ήταν ανεξάρτητη τόσο από την αξιολόγηση του ασθενή όσο και του νοσηλευτή. Η έρευνα απέδειξε πως ο πόνος έχει επιπτώσεις σε ένα εντυπωσιακά υψηλό ποσοστό των ασθενών και είναι κατά ένα μεγάλο μέρος μη αναγνωρίσιμος και ελλιπώς αντιμετωπίσιμος στα Ιταλικά Νοσοκομεία. Η εκπαιδευτική παρέμβαση απαιτείται για να βελτιώσει τις γνώσεις και τις τοποθετήσεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την προσέγγιση και τον χειρισμό των ασθενών στον πόνο (Visentin M., και συν., 2005).

Οι μελέτες δείχνουν ότι ο μετεγχειρητικός πόνος συνεχίζει να αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων. Το πρόβλημα μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ανακριβή αξιολόγηση του πόνου από τους νοσηλευτές. Τον Οκτώβριο του 2005 δημοσιεύτηκε μελέτη του Sloman και των συν. του που σκοπό είχε να συγκριθούν οι εκτιμήσεις των νοσηλευτών σχετικά με την ένταση και την ταλαιπωρία που υφίστανται από τον πόνο οι ενήλικες χειρουργημένοι ασθενείς

σε σχέση με τις εκτιμήσεις των ίδιων των ασθενών και να ερευνησει εάν οι εκτιμήσεις πόνου επηρεάστηκαν από τις πολιτιστικές και εθνολογικές διαφορές. Επιλέχθηκε ένα δείγμα ευκολίας 95 ασθενών και 95 νοσηλευτών από τις χειρουργικές μονάδες τεσσάρων νοσοκομείων στην πρωτεύουσα του Ισραήλ την Ιερουσαλήμ κατά τα έτη 2003-2004. Ένα ερωτηματολόγιο δόθηκε σε κάθε ασθενή από τον ερευνητή. Το ερωτηματολόγιο περιέλαβε: (α) μια εβραϊκή μετάφραση του ερωτηματολογίου πόνου της σύντομης μορφής του McGill για την αίσθηση του πόνου, τις επιπτώσεις του και την ένταση του κατά την ανάπαυση και τη κίνηση (β) οπτικές αναλογικές κλίμακες για την ένταση, την ταλαιπωρία και την ικανοποίηση σχετικά με την χορηγηθείσα θεραπεία (γ) δημογραφικά και πολιτιστικά στοιχεία. Στο χρόνο που ο ασθενής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, μια νοσηλεύτρια στην οποία είχε ανατεθεί η φροντίδα του έκανε την δική της αξιολόγηση .

Η νοσηλεύτρια άφησε έπειτα το δωμάτιο του ασθενή και συμπλήρωσε το ίδιο ερωτηματολόγιο. Οι νοσηλευτές υποτίμησαν σημαντικά όλες τις διαστάσεις του πόνου στις παραπάνω κλίμακες, αλλά ήταν ακριβείς στην αξιολόγησή τους ως προς την ικανοποίηση του ασθενή για την θεραπεία. Δεν υπήρξε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για τις πολιτιστικές και εθνικές διαφορές στην αξιολόγηση του πόνου. Και οι δύο τύποι κλινικών περιοχών όπου οι νοσηλευτές εργάστηκαν καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών βρέθηκαν να μην επηρεάζουν την αξιολόγησή τους. Τα συμπεράσματα έχουν τις επιπτώσεις στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου με το να δώσουν έμφαση στην ανάγκη για ακριβέστερη αξιολόγηση του. (Sloman R., & συν., 2005).

Η ποιότητα της διαχείρισης του οξέος πόνου απέχει πολύ από το να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική. Αυτό δεν οφείλεται τόσο στην πολυπλοκότητα του ιατρικού προβλήματος αλλά στις δυσκολίες των δομών οργάνωσης των νοσοκομείων. Η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης είναι ένα συνιστώμενο εργαλείο για να υπερνικήσει τέτοιες δυσκολίες και να αυξήσει την ποιότητα μακροπρόθεσμα. Μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Φεβρουάριο του 2006 στο *European Journal of Anesthesiology* παρουσιάζει την εφαρμογή της αξιολόγησης που βασίζεται στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας για την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Μια νοσηλεύτρια εξειδικευμένη στον πόνο πήρε συνέντευξη από τους ασθενείς τριών χειρουργικών τμημάτων την πρώτη ημέρα μετά από μια χειρουργική επέμβαση και αξιολόγησε τις ποιοτικές παραμέτρους διαδικασίας και έκβασης. Μια πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδα: αναισθησιολόγων, χειρουργών, νοσηλευτών και φαρμακοποιών εφάρμοσε μια κανονική διαδικασία ανάλυσης των στοιχείων και της εσωτερικής αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα και οι προτεινόμενες βελτιώσεις ανατροφοδοτήθηκαν στις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης. Αξιολογήθηκαν 6.756 ασθενείς από το 1998 ως το 2002. Τα

αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η ένταση του πόνου κατά την ανάπαυση ήταν  $1,9 \pm 1,8$  και με το πέρασμα του χρόνου, η ένταση του πόνου στη βάδιση μειώθηκε ενώ ο μέγιστος πόνος και ο πόνος σε ανάπαυση παρέμειναν αμετάβλητοι. Υπήρξε μια αύξηση στον αριθμό ασθενών που έλαβαν μη-οπιούχα αναλγητικά, ενώ μια συνεχής διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας παροχής φροντίδας μπόρεσε να καθιερωθεί και τώρα επιτυχώς χρησιμοποιείται στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι ακρογωνιαίοι λίθοι αυτού του προγράμματος ήταν οι συχνές αξιολογήσεις των παραμέτρων διαδικασίας και έκβασης και η συνεχής αξιολόγηση και εφαρμογή των μηχανισμών ανατροφοδότησης. Οι αλλαγές στην οργάνωση της διαχείρισης του πόνου και της συνεργασίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας φαίνονται να είναι σημαντικότερες από τις ιατρικές ή τεχνικές πτυχές του θέματος (Meissner W., & συν., 2006).

Οι νοσηλευτές είναι οι βασικοί επαγγελματίες υγείας που έχουν την κύρια ευθύνη για την διαχείριση του πόνου στα παιδιά, εντούτοις, δεν υποστηρίζονται επαρκώς από τα εκπαιδευτικά προγράμματα για να διαχειριστούν αυτό το επίπεδο ευθύνης τους. Από τους Simons και Roberson ερευνήθηκαν οι αντιλήψεις που έχουν οι νοσηλευτές και οι γονείς σχετικά με την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά. Η έρευνα εστιάστηκε κυρίως στο θέμα της γνώσης και της επικοινωνίας. Συγκρίθηκαν οι συνεντεύξεις 20 νοσηλευτών και 20 γονέων από τις οποίες προέκυψαν πολλά ζητήματα σχετικά με την επικοινωνία μεταξύ γονιών/νοσηλευτών. Ήταν επίσης σαφές ότι παρά το γεγονός ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου είναι ανεπαρκείς, είχαν τις προσδοκίες οι γονείς να έχουν κάποιο επίπεδο γνώσης για το θέμα του πόνου που οι ίδιοι δεν κατείχαν. Τα συμπεράσματα δείχνουν πως το πρόβλημα που εντοπίζεται στην επικοινωνία γονιών/νοσηλευτών και στις ανεπαρκείς γνώσεις νοσηλευτών και γονιών σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου των παιδιών δημιουργεί εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Αυτά τα εμπόδια πρέπει να εξεταστούν προκειμένου να βελτιωθεί η αντιμετώπιση του πόνου των παιδιών μέσω της καλύτερης εκπαίδευσης των νοσηλευτών και της επικοινωνίας με τους γονείς. (Simons J., & Roberson E., 2002).

Η παροχή συνεχής φροντίδας στους ηλικιωμένους έχει μετατοπιστεί κατά ένα μεγάλο μέρος από το νοσοκομείο στην κοινότητα και οι οίκοι ευγηρίας είναι εκείνοι που παρέχουν όλο και περισσότερο την υποστήριξη στους ηλικιωμένους, πολλοί από τους οποίους έχουν αρκετά προβλήματα υγείας και χρήζουν σύνθετης υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης. Εντούτοις, η ποιότητα της διαχείρισης του πόνου στους οίκους ευγηρίας έχει προσδιοριστεί ως ζήτημα μεγάλης ανησυχίας. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου τα δύο τρίτα των ανθρώπων ηλικίας 65 έτη και πάνω υποφέρουν από χρόνιο πόνο. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να ανέρχεται

μεταξύ 45% και 80% για εκείνους που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Εντούτοις, υπάρχουν διάφορα εμπόδια στον προσδιορισμό και την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου μεταξύ των ηλικιωμένων που κατοικούν στους οίκους ευγηρίας, συμπεριλαμβανομένων της εξασθένησης των αισθήσεων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι καθώς και των εκπαιδευτικών ελλείψεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Τέτοια εμπόδια πρέπει να υπερνικηθούν εάν θέλουμε να βελτιώσουμε την διαχείριση του πόνου. Η μελέτη του Allcock και των συν του αφορούσε αυτούς ακριβώς τους προβληματισμούς και περιελάμβανε τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που στάλθηκε ταχυδρομικά στους διευθυντές 121 οίκων ευγηρίας σε μια γεωγραφικά καθορισμένη περιοχή. Εξήντα οκτώ (56%) συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν. Το ερωτηματολόγιο κάλυπτε ευρέως τις εξής θεματικές ενότητες: επικράτηση του χρόνιου πόνου και χρήση των στρατηγικών αξιολόγησης και διαχείρισης, εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και εμπόδια στην επικοινωνία. Συνολικά 37% όσων ζούσαν σε οίκους ευγηρίας ανέφεραν ότι υποφέρουν από χρόνια καλοήγη πόνο (πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες και που δεν προκαλείται από καρκίνο) και 2% ανέφεραν πως έχουν χρόνια κακοήγη πόνο (πόνος που διαρκεί για περισσότερο από 3 μήνες και που προκαλείται από καρκίνο). Η παρακεταμόλη προσδιορίστηκε ως "η συχνότερα" χρησιμοποιημένη αναλγησία και για τις δύο μορφές πόνου. 69% των οίκων ευγηρίας δεν είχαν μια γραπτή πολιτική σχετικά με τη διαχείριση του πόνου και 75% δεν χρησιμοποίησαν ένα τυποποιημένο εργαλείο για την αξιολόγηση του πόνου. 49% των οίκων ευγηρίας παρείχαν περιόδους εκπαίδευσης ή άσκησης για την κατάρτιση του προσωπικού και 34% παρείχε αυτό και για το βοηθητικό προσωπικό. 40% του καταρτισμένου προσωπικού και 85% των βοηθών δεν είχαν καμία ειδική γνώση σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου στους ηλικιωμένους. Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την ανάγκη για την ανάπτυξη των αποτελεσματικών διοικητικών στρατηγικών πόνου που βασίζονται στην κατάλληλη κατάρτιση και την εκπαίδευση προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων (Allcock N. & συν., 2002).

Για να μελετήσει ένα εργαλείο που θα αξιολογεί την ποιότητα χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων στους οίκους ευγηρίας ο Hutt και οι συν του πραγματοποίησαν μια έρευνα σε έξι οίκους ευγηρίας σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Κολοράντο. Η ισχύς και η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης ελέγχθηκε για πριν και μετά την παρέμβαση με τη ομάδα σύγκρισης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το προσωπικό των οίκων ευγηρίας, οι γιατροί και επαναλαμβανόμενο τυχαίο δείγμα 20% των κατοίκων κάθε οίκου ευγηρίας. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών και των γιατρών για να επιτύχουν την καλύτερη διαχείριση του πόνου χρησιμοποιώντας την επικοινωνία με τον ηλικιωμένο ασθενή

κρίθηκε απαραίτητη. Μια ειδική επιτροπή αναθεώρησε την κλίμακα καταλληλότητας των αναλγητικών φαρμάκων πόνου (PMAS) σε ότι αφορά την ικανοποίηση που προκύπτει από την ισχύ της. Οι ερευνητικοί βοηθοί πήραν συνέντευξη από τους κατοίκους των οίκων ευγηρίας, τους αξιολόγησαν για τον πόνο χρησιμοποιώντας τα τυποποιημένα εργαλεία και ενημερώθηκαν από τα ιατρικά αρχεία για τις συνταγές και τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων. Η ισχύς του εργαλείου αξιολογήθηκε με τη σύγκριση της κλίμακας καταλληλότητας των αναλγητικών φαρμάκων των κατοίκων με πόνο με την κλίμακα εκείνων που δεν είχαν πόνο και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων στους οίκους ευγηρίας στους οποίους η θεραπευτική παρέμβαση ήταν αποτελεσματικότερη με εκείνους στους οποίους ήταν λιγότερο αποτελεσματική. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως λιγότεροι από τους μισούς των κατοίκων με προβλέψιμο επαναλαμβανόμενο πόνο έλαβαν το συνηθισμένο αναλγητικό ενώ το 23% έλαβε τουλάχιστον ένα υψηλής επικινδυνότητας φάρμακο. Τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα για τους ηλικιωμένους χωρίς πόνο (68% εναντίον 60%), στους οίκους ευγηρίας όπου η γνώση των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και την διαχείριση του πόνου βελτιώθηκε ή έμεινε η ίδια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης (69% εναντίον 61%). Το PMAS είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αναλγητικών φαρμάκων σε άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας (Hutt E. & συν., 2006).

### **Συγκριτικές Μελέτες για τη Διαχείριση του Πόνου σε Δείγματα Επαγγελματιών Υγείας**

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος θέτει μια πρόκληση σε ότι έχει να κάνει σχέση με την αντιμετώπιση του και συνδέεται με σημαντικό ψυχολογικό κόστος, δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες και την εξασθενημένη λειτουργία του οργανισμού, παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα του πάσχοντα να αντεπεξέλθει στις δραστηριότητες της καθημερινότητας του. Οι προσπάθειες να παρασχεθεί η ανακούφιση είναι συχνά ανεπαρκείς ή απαιτούν πολυφαρμακία. Αυτό έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και των νοσοκομειακών γιατρών για την ανάπτυξη πρώιμων και εντατικών θεραπειών που να περιλαμβάνουν τη μεταγωγή, τη μετάδοση και τη διαμόρφωση του πόνου οι οποίοι αποτρέπουν το νευροπαθητικό πόνο να εμφανιστεί από την αρχή. Αυτήν την περίοδο, οι ερευνητές προσπαθούν να κεφαλαιοποιήσουν την κατανόησή της παθοφυσιολογίας του νευροπαθητικού πόνου και να βρουν φάρμακα που θα τον αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά. Προς το παρόν, τα εξελισσόμενα στοιχεία και οι στοιχειοθετημένες συστάσεις για την θεραπεία του παρέχουν μόνο οδηγίες για την επιλογή από την πρώτη και δεύτερη γραμμή φάρμακων που μόνα τους ή σε συνδυασμό είναι δυνατό να επιτύχουν τον έλεγχο του πόνου και επιτρέπει στους νοσοκομειακούς γιατρούς να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ της υπάρχουσας γνώσης και των αιτημάτων σε κλινικό επίπεδο (Chevlen E. και συν., 2005).

Σύμφωνα με τελευταία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Νοσοκομείο του Σάο Πάολο και συγκεκριμένα στο χειρουργικό τμήμα των επειγόντων περιστατικών και αφορούσε τις απόψεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (22 νοσηλευτές και 22 γιατροί) σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου στο τραύμα τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι επαγγελματίες υγείας δίνουν ελάχιστη προτεραιότητα στον έλεγχό του (Calil A. M., & Pimenta C. A., 2005).

Επίσης, τον Μάιο του 2005 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Nursing Standard άρθρο που αναφερόταν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς και νοσηλευτές που εργαζόταν σε ορθοπεδική και χειρουργική κλινική στο Kent με



σκοπό να αναλύσει την σχέση ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με την διαχείριση του οξέος πόνου, τις αντιλήψεις για τις κλινικές δεξιότητες και την εκπαίδευση που είχαν σχετικά με την διαχείριση του οξέος πόνου. Ένα ερωτηματολόγιο που προερχόταν από μια συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου των McCaffery και Ferrell's (2002) στάλθηκε σε 101 γιατρούς και νοσηλευτές. Επιστράφηκαν τα 82. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρξαν εμπόδια στην σωστή διαχείριση του οξέος πόνου λόγω ελλείψεις εκπαίδευσης σχετικής με τον πόνο, διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών σε σχέση με τις γνώσεις τους ως προς την αξιολόγηση του πόνου, τα φάρμακα και τον τρόπο αντιμετώπισής του. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα της μελέτης προσδιόρισαν τις πιο χρήσιμες πηγές στην εκπαίδευση του πόνου, ποιος είχε πρόσβαση σε αυτές, τα εμπόδια για την καλή διαχείριση του πόνου και επίσης, ότι εκτός από μια έλλειψη εκπαίδευσης παρατηρήθηκαν και διαφορές μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών σε ότι αφορά τα πρότυπα της εκπαίδευσης, την ικανότητα και γνώση στην αξιολόγηση, την φαρμακολογία και την χορήγηση των αναλγητικών. Το προσωπικό και οι ανεπαρκείς πηγές εκμάθησης καθώς και το καθεστώς που επικρατεί για τον πόνο στον επαγγελματικό χώρο συνεχίζουν να έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της διαχείρισης του πόνου. Εντούτοις, πρόοδος έχει σημειωθεί για να ξεπεραστούν αυτοί οι παράγοντες μέσω της συνεργασίας στην καθημερινή κλινική πράξη και την αλλαγή στα προγράμματα εκπαίδευσης (Coulling S., 2005).

Πολλοί είναι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι ο πόνος των νηπίων με νευρολογική εξασθένιση διαφέρει από αυτό των φυσιολογικών νηπίων. Για να ερευνήσουν τι πράγματι συμβαίνει ο Breau και οι συν του πραγματοποίησαν μια μελέτη στις νεογνολογικές μονάδες εντατικής παρακολούθησης, 2 κέντρων τριτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας στον Καναδά. Το δείγμα αποτέλεσαν ενενήντα εννέα επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην νεογνολογική μονάδα εντατικής παρακολούθησης (51 νοσηλευτές, 19 γιατροί, 18 πνευμονολόγοι και 11 άλλοι) Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Γνώσης του Πόνου, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την άποψη που έχουν «ότι υπάρχει σχετική ομοιότητα του πόνου που βιώνεται από τα νήπια με μικρή μέτρια ή μεγάλου βαθμού νευρολογική εξασθένιση σε σχέση με εκείνα που δεν έχουν, συγκρινόμενη σε 5 σημεία που χαρακτηρίζουν τον πόνο (δηλ., την αίσθηση, την συναισθηματική αντίδραση, την συμπεριφοριστική αντίδραση, την επικοινωνία και τις επιπτώσεις). Τα αποτελέσματα της έρευνας ποικίλλουν σε ότι έχει να κάνει με το επίπεδο επικινδυνότητας για μικρή, μέτρια ή μεγάλου βαθμού εξασθένιση και τις απόψεις για τον πόνο. Οι εναγόμενοι θεώρησαν ότι τα νήπια με κίνδυνο νευρολογικής εξασθένισης ήταν συνολικά λιγότερο πιθανό να δοκιμάσουν πόνο παρόμοιο με τα νήπια χωρίς κίνδυνο. Τα αποτελέσματα από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων

δεν παρουσίασαν διαφορές μεταξύ των ερωτηθέντων λόγω του επαγγέλματος τους της εμπειρίας τους, του φύλου, ή της ηλικίας τους. Οι επαγγελματίες εξέφρασαν την πεποίθηση ότι η εμπειρία πόνου των νευρολογικά εξασθενημένων νηπίων μειώνεται, σχετικά με τα νήπια χωρίς εξασθένιση, καθώς το επίπεδο κινδύνου τους για τη νευρολογική εξασθένιση αυξάνεται. Αυτή η πεποίθηση δεν διαφοροποιήθηκε εξαιτίας της επαγγελματικής τους εμπειρίας ή προσωπικών παραγόντων (Breau L. M., & συν., 2006).

Για να αναλύσουν συστηματικά την κατανόηση που δείχνει το προσωπικό των σχολείων στα προβλήματα των έφηβων με χρόνια πόνο και για να ερευνήσουν πώς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και το σχολείο μπορούν να συνεργαστούν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά αυτό το πρόβλημα οι Logan και Curran πραγματοποίησαν μια έρευνα. Το δείγμα αποτέλεσαν 38 άτομα που εργάζονταν σε σχολεία και ήταν δάσκαλοι, διευθυντές, σχολικοί νοσηλευτές και το προσωπικό καθοδήγησης/και διανοητικής υγείας. Οι αναλύσεις δείχνουν ότι τα μέλη ομάδας εστίασης ανέφεραν πολλά προβλήματα στην συνεργασία τους με τους εφήβους με πόνο στο σχολείο (συμπεριλαμβανομένων των υψηλών ποσοστών απουσιών, της μεγάλης διαφοράς στην συμπτωματολογία και την εξασθένιση, της ανάγκης να επέλθει ισορροπία στον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα παιδιά με χρόνια πόνο έναντι των άλλων μαθητών και τέλος οι σχέσεις του προσωπικού με τους γονείς) και προσδιόρισαν τις ανάγκες για περισσότερες πληροφορίες για τα προβλήματα του χρόνιου πόνου και περισσότερη καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με το πώς να διαχειριστούν τα συμπτώματα πόνου και τις σχετικές συμπεριφορές στο σχολικό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα δείχνουν την προσπάθεια που καταβάλλει το προσωπικό των σχολείων στις περιπτώσεις που οι μαθητές τους αντιμετωπίζουν προβλήματα χρόνιου πόνου και την αίσθηση της ανεπαρκούς εκπαίδευσης ώστε να μπορέσουν να συνεργαστούν αποτελεσματικά με τους μαθητές με χρόνια πόνο. Η βελτίωση στην συνεργασία μεταξύ των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και των σχολείων κρίνεται απαραίτητη και θα μπορούσε να αυξήσει τη σχολική επιτυχία (δηλ., την δυνατότητα να παρακολουθηθεί το σχολείο και να αποδώσει στο καλύτερο των δυνατοτήτων κάποιου) για τους εφήβους με εκδηλώσεις χρόνιου πόνου (Logan D. E., & Curran J. A., 2005).

### **Μελέτες για τη Διαχείριση του Πόνου σε Δείγματα Ασθενών**

Η διαχείριση του πόνου είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας παροχής φροντίδας στον άρρωστο. Ο Hansson και οι συνεργάτες του (2005) από το τμήμα ιατρικών επιστημών του πανεπιστημίου του Lund στην Σουηδία θέλησαν να μελετήσουν την ποιότητα της διαχείρισης του οξέος πόνου. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με έμφαση στην ισχύ και την αξιοπιστία καθώς επίσης και στην δριμύτητα του πόνου, στην λειτουργική παρέμβαση και στην συμμετοχή του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από δύο ομάδες ασθενών που είχαν πόνο. Την πρώτη ομάδα αποτελούσαν 100 ασθενείς και την δεύτερη 127. Η ισχύς του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας μια ανάλυση των κύριων τμημάτων. Τέσσερις παράγοντες προσδιορίστηκαν: 1) λειτουργική παρέμβαση 2)δριμύτητα πόνου 3)επικοινωνία και 4) συμμετοχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρείται ένα χρήσιμο ,αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας διαχείρισης του οξέος πόνου γίνεται δε σαφές πως μερικά στοιχεία πρέπει να καθοριστούν, να εξεταστούν και να αξιολογηθούν σε μια μελλοντική έρευνα (Hansson E., και συν., 2005).

Το 2004 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη από τον U. Jakobsson, που ως στόχο είχε να ερευνηθεί η χρήση διαφόρων μεθόδων ανακούφισης του πόνου από τους ίδιους τους πάσχοντες με χρόνιο πόνο οι οποίοι έχουν ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποίησαν συγκεκριμένες μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο, οι κυρίαρχες των οποίων ήταν οι φαρμακολογικές μέθοδοι και η απόσπαση της προσοχής. Παρόλα αυτά, το ένα τρίτο περίπου των ηλικιωμένων εξέθεσε την ανεπαρκή ανακούφιση πόνου.

Χρησιμοποιώντας μια φορητή αντλία έγχυσης, ενδοφλέβιας ελεγχόμενης χορήγησης οπιούχου αναλγησίας (pca) επιτρέπετε σε έναν ασθενή να επιτύχει

μόνος του τη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο. Η χρήση pca για τη διαχείριση του πόνου αυξάνεται στα νοσοκομεία, κατά ένα μεγάλο μέρος επειδή μπορεί να παρέχει την ισοδύναμη ή καλύτερη αναλγησία από τη συνηθισμένη τακτική χορήγησης οπιούχων αναλγητικών από τους νοσηλευτές ενώ και οι ίδιοι οι ασθενείς φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι με τη χρήση της. Δεν υπάρχει κανένα φαρμακευτικό ή κλινικό επιχείρημα για την επιλογή ενός συγκεκριμένου οπιούχου σε σχέση με κάποιο άλλο. Κατά συνέπεια, η μορφίνη παραμένει το πιο συχνά χρησιμοποιημένο οπιούχο στην pca. Η προσθήκη μη-οπιούχων φαρμάκων μαζί με τη μορφίνη στη pca είναι ακόμα αμφισβητούμενη. Ένα νέο διερευνητικό pca, διαδερμικό σύστημα που χρησιμοποιείται για την χορήγηση της φεντανύλης, φαίνεται να παρέχει έναν επαρκή έλεγχο του πόνου. Οτιδήποτε φάρμακο ή συσκευή χρησιμοποιήθηκε, η γενική επιτυχία της pca στηρίζεται κυρίως στην επίβλεψη των νοσηλευτών ή των αναισθησιολόγων σε μια υπηρεσία οξέος πόνου. Πράγματι, η pca είναι αποτελεσματική και σημαντική μόνο με τον όρο ότι υπάρχει προσεκτική προεγχειριστική εκπαίδευση των ασθενών και ακριβής μετεγχειρητικός έλεγχος. Επιπλέον, η προεγχειριστική επιλογή των ασθενών επιτρέπει να αποκλειστούν οι ασθενείς με στοιχεία νοητικής υστέρησης ή φυσικών ανικανοτήτων, που καθιστούν τη χρήση της συσκευής αδύνατη. Προσοχή απαιτείται και μεταξύ των ασθενών με αναπνευστική ή νεφρική ανεπάρκεια. Στο μέλλον, η βελτίωση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου πρέπει να οδηγήσει σε μεγαλύτερο βαθμό χρήσης της pca (Mann C., και συν., 2005).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη του Morgan BD από το πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης ο οποίος θέλησε να ερευνήσει την διαχείριση του πόνου σε ασθενείς που ήταν χρήστες ναρκωτικών ουσιών καθώς και την σχέση τους με τους νοσηλευτές που ασχολούνται με την ανακούφιση του πόνου. Στόχος της μελέτης ήταν να συμβάλει στην μεγαλύτερη κατανόηση του προβλήματος της διαχείρισης του πόνου σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Στην έρευνα συμμετείχαν 18 χρήστες οι οποίοι νοσηλευόταν στο νοσοκομείο με κάποιο χειρουργικό πρόβλημα. Μια στηριγμένη θεωρία προσέγγισης χρησιμοποιήθηκε για να πάρει συνέντευξη από τους συμμετέχοντες. Οι συνεντεύξεις ήταν ηχογραφημένες. Επιπλέον, μια ομάδα νοσηλευτών που συνεργάστηκαν με αυτόν τον πληθυσμό συναντήθηκε δύο φορές: μια φορά στα μέσα περίπου της μελέτης και μια πριν από την τελική συνέντευξη των συμμετεχόντων. Το μοντέλο του «γνωρίζω πώς να παίξω στο παιχνίδι» αναπτύχθηκε βάση των περιγραφών αλλά και των εμπειριών των συμμετεχόντων. Οι ασθενείς είχαν να προτείνουν πολλά σχετικά με τον ρόλο των νοσηλευτών στην διαχείριση του πόνου τους και πόσο αυτός είναι βοηθητικός ή όχι και έθιξαν θέματα όπως την εκπαίδευση των νοσηλευτών, την έρευνα και την νοσηλευτική πράξη (Morgan B. D., 2006).

Η μελέτη των McClean και Higginbotham είχε ως στόχο να μετρήσει τον πόνο μεταξύ των κατοίκων των αγροτικών και των περιφερειακών οίκων ευγηρίας στη νότια Νέα Ουαλία και να περιγράψει τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του πόνου. Η έρευνα χρησιμοποίησε τις συνεντεύξεις και το λογιστικό έλεγχο των ιατρικών αρχείων. Το δείγμα αποτέλεσαν 917 ηλικιωμένοι που ζούσαν σε 15 οίκους ευγηρίας μεταξύ 1998 και 1999. Μελετήθηκαν ο αριθμός των ηλικιωμένων που υφίστανται πόνο κατά την διάρκεια της συνέντευξης, τα σημεία του σώματος που ανέφεραν ότι αισθανόταν τον περισσότερο πόνο και το μέγεθος του προβλήματος πόνου, διαγνώσεις σχετικές με τον πόνο, τα αναλγητικά που συνήθως χορηγούνται, ο προγραμματισμός μη-φαρμακολογικής παρέμβασης και η έκταση της τεκμηρίωσης του στα ιατρικά αρχεία. Η ύπαρξη πόνου κατά την διάρκεια της συνέντευξης ανερχόταν στο 27,8%. Οι γυναίκες ανέφεραν πόνο συχνότερα από τους άνδρες(31% έναντι 21%), αλλά ο πόνος δεν συνδέθηκε σημαντικά με την ηλικία, την διάρκεια παραμονής στον οίκο ευγηρίας ή τις διαγνώσεις αρθρίτιδας ή άνοιας. Οι συχνότερες εντοπίσεις του πόνου ήταν τα άκρα, οι αρθρώσεις και η πλάτη. 22% των ηλικιωμένων που μιλούσαν για πόνο δεν τους είχε χορηγηθεί κανένα αναλγητικό και 16% δεν είχε δεχτεί καμία μορφή παρέμβασης για την αντιμετώπιση του (McClean W. J. & Higginbotham N. H., 2002).

Μια άλλη ερευνητική μελέτη που διεξήχθη σε δείγμα ασθενών και αφορούσε τη μέτρηση του πόνου είναι αυτή του I. Y. Leong και των συνεργατών του. Για να αξιολογήσει την ισχύ ενός εργαλείου πόνου και για να καθορίσει μια καινούρια έκδοση της αξιολόγησης του πόνου στην προηγμένη κλίμακα άνοιας (PAINAD) ο Leong και οι συν. του έκαναν μια μελέτη επικύρωσης που καθορίζει την ταυτόχρονη ισχύ της αυτοαναφοράς της αποτελεσματικότητας της θεραπείας από την πλευρά του ασθενούς(SRPS), ενός νοσηλευτή που αναφέρετε επίσης στα αποτελέσματα πόνου (NRPS) και του PAINAD. Η διάφορα ισχύος του εργαλείου με τη βραχυνόμηση διανοητική δοκιμή (AMT) και την κλίμακα του Cornell για την κατάθλιψη και την άνοια (CSDD). Στην έρευνα συμμετείχαν ογδόντα οκτώ άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας με μέτριας έως και μεγάλης μορφής άνοια. Οι ασθενείς κλήθηκαν να εκτιμήσουν τη ένταση του πόνου τους την προηγούμενη εβδομάδα σε μια λεκτική περιγραφική κλίμακα (VDS). Οι νοσηλευτές εκτίμησαν τον πόνο του ασθενή σε μια VDS κλίμακα και σημείωσαν επίσης την κλίμακα PAINAD και την κλίμακα CSDD. Το PAINAD ήταν σημαντικά διαφορετικό για κάθε επίπεδο του NRPS. Στο SRPS, το PAINAD για την ομάδα με μέτριο πόνο ήταν σημαντικά διαφορετικό από τις ομάδες με τον ήπιο πόνο και κανέναν πόνο. Υπήρξε μια διαφορά μεταξύ του SRPS και του NRPS όταν οι κάτοικοι ήταν καταθλιπτικοί, αλλά καμία διαφορά όταν δεν ήταν. Τα NRPS και το PAINAD μετρούν τον πόνο

διαφορετικά από το SRPS, ειδικά όταν συνυπάρχει και κατάθλιψη (Leong I. Y., & συν., 2006).

Οι κλίμακες προσώπων είναι αυτές που κατά κύριο λόγο χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση του πόνου των παιδιών. Οποιαδήποτε όμως κλίμακα και αν χρησιμοποιηθεί το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο ή μήπως οι κλίμακες που αρχίζουν με χαμόγελο σε σχέση μ' εκείνες που αρχίζουν με ουδέτερο πρόσωπο (κανενός πόνου), θα παρήγαγαν υψηλότερες εκτιμήσεις έντασης του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά; Αυτή ήταν η απορία του C. T. Chambers (2005) και των συνεργατών του, της οποίας την απάντηση αναζήτησαν μέσω έρευνας που διεξήγαγαν. Η απάντηση που δόθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, ήταν θετική. Με τον τρόπο αυτό γίνεται φανερό ότι οι νοσηλευτές πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην επιλογή κλίμακας αξιολόγησης πόνου που θα χρησιμοποιήσουν στα παιδιά για να είναι η εκτίμηση, όσο το δυνατόν περισσότερο αντικειμενική.

Η δυσκολία με την αξιολόγηση του πόνου στα άτομα που δεν μπορούν από μόνα τους να εκφράσουν τον πόνο που βιώνουν θέτει ένα σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική διαχείριση του. Είναι γνωστή η έλλειψη αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης που να μέτρα τον πόνο στα παιδιά με νοητική υστέρηση (CI). Η μελέτη του Malviya και των συν του που δημοσιεύτηκε στο Paediatric Anaesthesia τον Μάρτιο του 2006 αξιολόγησε την ισχύ και την αξιοπιστία του αναθεωρημένου και εξατομικευμένου συμπεριφοριστικού παρηγορητικού εργαλείου αξιολόγησης της κραυγής και των κινήσεων (FLACC) στα παιδιά με CI. Μελετήθηκαν παιδιά με CI που είχαν προγραμματιστεί για μια επιλεγμένη χειρουργική επέμβαση. Το FLACC αναθεωρήθηκε για να συμπεριλάβει τις συγκεκριμένες περιγραφές και τις συμπεριφορές των γονέων καθώς και τις συμπεριφορές των παιδιών. Δύο νοσηλευτές σημείωναν τον πόνο χρησιμοποιώντας την αναθεωρημένη κλίμακα FLACC πριν και μετά από την χορήγηση αναλγητικών καθώς επίσης και την αναφορά πόνου από την πλευρά των παιδιών όταν αυτό ήταν δυνατό. Οι παρατηρήσεις ήταν βιντεοσκοπημένες και αφορούσαν τις πιο πρόσφατες που αντιμετωπίστηκαν, από τους έμπειρους στην χορήγηση αναλγητικών νοσηλευτές. Ογδόντα παρατηρήσεις καταγράφηκαν σε 52 παιδιά ηλικίας 4-19 έτη. Είκοσι ένας γονείς πρόσθεσαν τις εξατομικευμένες συμπεριφορές πόνου στο αναθεωρημένο FLACC. Τα συμπεράσματα υποστηρίζουν την αξιοπιστία και την ισχύ του FLACC ως μέτρο αξιολόγησης του πόνου στα παιδιά με CI. (Malviya S., & συν., 2006).

Η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του πόνου για όσους ζουν σε οίκους ευγηρίας αναφέρεται πολύ συχνά να είναι ανεπαρκείς, όμως λίγες είναι οι μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει αντικειμενικά κριτήρια για να μετρήσουν την ποιότητα παροχής φροντίδας σε σχέση με τον πόνο. Στόχος της μελέτης που πραγματοποίησαν ο

Cadogan και οι συν του ήταν να αξιολογήσουν και να εντοπίσουν τους ποιοτικούς δείκτες πόνου. Στην μελέτη συμμετείχαν 794 ηλικιωμένοι που ζούσαν σε 30 οίκους ευγηρίας στο Λος Άντζελες. Οι ποιοτικοί δείκτες αφορούσαν εκείνους τους κατοίκους που κάλυψαν τις συγκεκριμένες απαιτήσεις, επιλεξιμότητας για κάθε δείκτη πόνου. Η ενημέρωση των ιατρικών αρχείων ολοκληρώθηκε για 542 συμμετέχοντες και τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες σχετικούς με την αξιολόγηση, τη διαχείριση και την ανταπόκριση στην θεραπεία του πόνου ανέρχονταν στους 12. Μια συνέντευξη σχετικά με στοιχεία που αφορούν τον πόνο έγινε προσπάθεια να πραγματοποιηθεί και με τους 794 συμμετέχοντες, ολοκληρώθηκε όμως μόνο με τους 478 συμμετέχοντες που εκτιμήθηκαν από το προσωπικό των οίκων ευγηρίας σαν τους πιο γνωστικά ενήμερους. Οι γιατροί σημείωσαν μειωμένα επίπεδα στην αξιολόγηση του πόνου, που στοιχειοθετείται από τις φυσικές εξετάσεις και η οποία τεκμηριώνει τους παράγοντες κινδύνου για τη χρήση των αναλγητικών. 48% των συμμετεχόντων εξέθεσαν συμπτώματα χρόνιου πόνου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και 81% αυτής της ομάδας εξέθεσε μια προτίμηση για ένα αναλγητικό φάρμακο. Εντούτοις, σχεδόν οι μισοί δεν είχαν καμία αξιολόγηση του πόνου από τους γιατρούς κατά το προηγούμενο έτος και μόνο το 42% έλαβε φαρμακευτική αγωγή. Οι αξιολογήσεις του πόνου από τους νοσηλευτές ήταν τεκμηριωμένες σε εβδομαδιαία βάση αλλά περισσότερο από 50% εκείνων που μιλούσαν για χρόνια πόνο στη συνέντευξη είχε αξιολογηθεί από τους νοσηλευτές ότι δεν είχαν καθόλου πόνο τις 4 τελευταίες εβδομάδες πριν τη συνέντευξη. Η σπάνια ή ελλιπής αξιολόγηση του πόνου από τους γιατρούς και η διαχείριση του αλλά και η ανακριβής τεκμηρίωση του από τις νοσηλεύτριες περιορίζουν την αξιολόγηση της ποιότητας παροχής φροντίδας στον πόνο όταν αυτή βασίζεται μόνο στα ιατρικά αρχεία. Μια συνοπτική συνέντευξη προσδιόρισε τους συμμετέχοντες εκείνους που μιλούν για συμπτώματα χρόνιου πόνου το οποίο όμως δεν τεκμηριωνόταν στο ιατρικό ιστορικό. Η εστίαση στα ρητά μέτρα διαδικασίας προσδιορίζει σαφώς τις περιοχές για τη βελτίωση και αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό βήμα στην αξιολόγηση της ποιότητας της προσοχής πόνου στους οίκους ευγηρίας (Cadogan M. P., & συν., 2006).

Για να προσδιορίσει τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του μετεγχειρητικού πόνου στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίων αρτηριών (CABG) ο Leal και οι συν προέβησαν σε μια διερευνητική συσχετιστική μελέτη 91 ασθενών (71 άνδρες και 20 γυναίκες) που υποβλήθηκαν σε CABG με τομή στο στέρνο. Η μέση ηλικία ήταν 63,8 + 9,6 έτη (μεταξύ 39 και 84). Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία: οπτικές αναλογικές κλίμακες για την εκτίμηση του πόνου 24, 48 και 96 ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση, δημογραφική έρευνα των χαρακτηριστικών

του κάθε ασθενή, κλίμακα προσδοκιών για τον πόνο, αντιληπτή κλίμακα υποστήριξης, κλίμακα αυτοδιαχείρισης, διανοητικός κατάλογος που περιελάμβανε 5 στοιχεία, κλίμακα αντίληψης υγείας και ικανοποίησης από την θεραπεία, τους γιατρούς και τους νοσηλευτές(αμερικανικό ερωτηματολόγιο κοινωνίας πόνου). Οι ασθενείς που είχαν παρουσιάσει υψηλές προσδοκίες για την αντιμετώπιση του πόνου, αντιλήφθηκαν περισσότερη υποστήριξη, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα αυτοδιαχείρισης, κυρίως ήταν άνδρες και αισθάνθηκαν το λιγότερο πόνο. Επιπλέον, οι ασθενείς που παρουσίασαν την καλύτερη διανοητική υγεία, αντιλήφθηκαν την γενική κατάσταση της υγείας τους ως καλή, ή εξέφρασαν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη θεραπεία και αισθάνθηκαν το λιγότερο πόνο. Ο πόνος δεν επηρεάστηκε από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης ή την ικανοποίηση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Μετά τις πρώτες 48 ώρες από τη χειρουργική επέμβαση, η εμπειρία πόνου φαίνεται να επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ειδικότερα από την προσδοκία του πόνου και της αυτοδιαχείρισης, την υποστήριξη, την αντίληψη για τη γενική και διανοητική υγεία και την ικανοποίηση με τη θεραπεία του πόνου που τους είχε παρασχεθεί. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την ανάγκη να διευρυνθούν τα επίπεδα γνώσης για μια πιο ευρεία και διεπιστημονική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε CABG (Leal E. N., & συν., 2005).

Ο στόχος του άρθρου που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2006 από τους Coll και Ameen στο Adv Nursing ήταν να εξεταστεί το σχεδιάγραμμα πόνου τριών τύπων χειρουργικών επεμβάσεων μιας ημέρας και να ακολουθήσει μια συγκριτική ανάλυση της έντασης και της διάρκειας του πόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τεσσάρων ημερών. Αν και οι μελέτες για τον πόνο σε ότι αφορά τις επεμβάσεις με τοπική αναισθησία, είναι περιορισμένες ως προς την ένταση και διάρκεια του πόνου η οποία πρέπει να θεωρηθεί ως υψηλή σε σχέση πάντα με το είδος της επέμβασης. Μια ταχυδρομική έρευνα (n = 785)πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δώδεκα μηνών το 1998/1999 που περιελάμβανε τις μονάδες χειρουργικών επεμβάσεων τριών ημερών σε τρεις διαφορετικές περιοχές στην Αγγλία και την Ουαλία και βασίστηκε σε τρεις συνήθως διενεργηθέντες τύπους επεμβάσεων: χειρουργείο κήλης, χειρουργική επέμβαση κισμών και λαπαροσκόπηση. Μια οπτική αναλογική κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει την ένταση του πόνου που βιώθηκε κατά τη διάρκεια των τεσσάρων πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Η ανάλυση της διαφοράς χρησιμοποιήθηκε για να ερευνήσει τις στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιπέδων πόνου για τους διάφορους τύπους επεμβάσεων. Την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης αλλά ακόμη και την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα, τα υψηλά επίπεδα έντονου πόνου ήταν δεδομένα. Τα επίπεδα πόνου διέφεραν ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης, την



ημέρα της χειρουργικής επέμβασης, περισσότερο δε οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε λαπαροσκόπηση ήταν εκείνοι που παραπονούνταν για έντονο πόνο. Μέχρι την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα, πρώτα όσοι είχαν χειρουργηθεί από κήλη, στην συνέχεια όσοι χειρουργήθηκαν από κισσούς και τέλος εκείνοι που έκαναν λαπαροσκόπηση συνέχισαν να αναφέρουν πως έχουν ισχυρό πόνο. Όπως διαφαίνεται από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ένας μεγάλος αριθμός ασθενών ανέφερε υψηλά επίπεδα πόνου μετά από τη χειρουργική επέμβαση με τοπική αναισθησία. Αυτό θα μπορούσε να έχει προκύψει από μια έλλειψη γνώσης για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου, στις οποίες οι νοσηλευτές διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο. Αυτή η μελέτη τόνισε το γεγονός ότι οι διαφορετικές τροχιές πόνου συνδέονται με τους διαφορετικούς τύπους επεμβάσεων και αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών που θα υποβληθούν σε επεμβάσεις χωρίς γενική νάρκωση καθώς επίσης και στο ρόλο των νοσηλευτών στη γενική επιτυχία αυτών των επεμβάσεων (Coll A. M., & Ameen J., 2006)

Στόχος της έρευνας που πραγματοποίησαν ο Jones και οι συν. του ήταν να εξεταστούν τα εμπόδια που υπάρχουν για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου στους οίκους ευγηρίας. Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης ήταν να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι ηλικιωμένοι που ζούσαν στους οίκους ευγηρίας μείωσαν την ζήτηση φάρμακων για τον πόνο, καθώς και να εξηγήσουν τους λόγους που τους οδήγησαν σε αυτήν την συμπεριφορά. Κάθε 3 μήνες, ένα δείγμα που το αποτελούσαν το 20% των κατοίκων 12 οίκων ευγηρίας, που βρίσκονταν σε αστικές και σε αγροτικές περιοχές του Κολοράντο, υποβάλλονταν σε μια σύντομη συνέντευξη σχετικά με τον πόνο και κατόπιν παρατηρούνταν για τους δείκτες πόνου που εμφάνιζαν. Τα ιατρικά αρχεία μελετήθηκαν συγχρόνως για την τεκμηρίωση του πόνου και της θεραπείας του. Όλοι οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν εάν είχαν πόνο (ή μια παρόμοια λέξη) τώρα ή στις προηγούμενες 24 ώρες. Ρωτήθηκαν επίσης εάν ενώ είχαν πόνο δεν ζήτησαν φάρμακο. Εάν η απάντηση ήταν καταφατική του ζητούσαν να αναφέρουν μέχρι τρεις λόγους για τους οποίους το έκαναν. Συνολικά συμμετείχαν 2033 ηλικιωμένοι που ζούσαν στους οίκους ευγηρίας και παρατηρήθηκαν για τους δείκτες πόνου από τους εκπαιδευμένους ερευνητικούς βοηθούς. Αυτές οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν πριν από, κατά τη διάρκεια, και μετά από την εφαρμογή μιας παρέμβασης που στόχο είχε να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο. Οι μεμονωμένες απαντήσεις ορίστηκαν από τα μέλη ομάδων στην κατάλληλη κατηγορία χρησιμοποιώντας μια διαδικασία συναίνεσης. Το τελικό σχέδιο ταξινόμησης αποτέλεσαν 10 κατηγορίες λόγων για τους οποίους οι ηλικιωμένοι δεν ζητούν το φάρμακο για την ανακούφιση από τον πόνο. Περισσότεροι από τους μισούς (59,5%) που είχαν πόνο στις προηγούμενες

24 ώρες δεν ζήτησαν φάρμακο. Τα θέματα άγνοιας για τον πόνο ήταν πλέον πιθανά να δηλώσουν τις ανησυχίες ή το φόβο για τα φάρμακα ως λόγους για την μη λήψη φαρμάκων. Οι ανησυχίες για τις αντιδράσεις του προσωπικού στο αίτημα τους ή οι αντιλήψεις ότι το προσωπικό ήταν πάρα πολύ απασχολημένο αναφέρθηκαν επίσης συχνά από τους ηλικιωμένους. Οι αναλύσεις υποομάδων έδειξαν πως οι ασθενείς που πονούσαν αλλά δεν ζητούσαν αναλγητική αγωγή ήταν σημαντικά πιθανότερο να είναι στους αγροτικούς παρά στους αστικούς οίκους ευγηρίας (67,9% εναντίον 52,9%) ανήκαν κυρίως στην λευκή φυλή σε σύγκριση με τους έγχρωμους (60,6% εναντίον 52). Έτειναν επίσης να είναι οι πιο ηλικιωμένοι κατά μέσον όρο (80,4 +/- 12,1 έτη εναντίον 77,9 +/- 12,7 ετών) εκείνων που ζήτησαν φάρμακο. Τέλος, οι ασθενείς που πονούσαν αλλά δεν ζήτησαν αναλγητικό είχαν συνεχή ή διαλείποντα πόνο. Από την έρευνα προκύπτει πως είναι απαραίτητες οι παρεμβάσεις για την μείωση του πόνου στους κατοίκους των οίκων ευγηρίας. Πρέπει να αναγνωριστεί ότι οι προτιμήσεις και οι πεποιθήσεις μπορούν να οδηγήσουν στις μειωμένες παρεμβάσεις για την ανακούφιση από τον πόνο ανεξάρτητα από το κίνητρο του προσωπικού για να αισθανθεί ο ηλικιωμένος πιο άνετα. Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να καταβάλουν μια κοινή προσπάθεια για να αξιολογήσουν συστηματικά τον πόνο και να χορηγήσουν το κατάλληλο φάρμακο στους ασθενείς (Jones K. R. & συν., 2006).

Στην Ελληνική πραγματικότητα το 2004 παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα μιας ερευνητικής μελέτης που σκοπό είχε τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των μετεγχειρητικών ασθενών για την αντιμετώπιση του πόνου τους. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού τους πόνου και περισσότεροι απ' τους μισούς πολύ ευχαριστημένοι με την ανταπόκριση των νοσηλευτών στα παράπονά τους. Η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πόνο σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θεωρήθηκε υψηλού επιπέδου. (Μήτσιου Μ., 2004)

Επίσης, για την εκτίμηση της συμπεριφοράς των παιδιών απέναντι στο μετεγχειρητικό πόνο, έγινε μια μελέτη το 2003 από την Ε. Κυρίτση και τους συνεργάτες της. Οι συμπεριφορές παρατηρήθηκαν και καταγράφηκαν τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες. και εν συνεχεία ταξινομήθηκαν σε έξι κατηγορίες: κλάμα, θέσεις κορμού, κινήσεις προστάσιας, εκφράσεις προσώπου, άγγιγμα και λεκτικές αναφορές. Το συμπέρασμα της προκείμενης μελέτης είναι ότι τα παιδιά βιώνουν πόνο μετεγχειρητικά, ο οποίος εκδηλώνεται μέσα από ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και λεκτικών αναφορών. Αυτό πρέπει να το έχουν υπόψη τους οι νοσηλευτές, έτσι ώστε να διακρίνουν εγκαίρως τον παιδικό πόνο και να τον αντιμετωπίζουν κατάλληλα.

### **Μελέτες για τη Διαχείριση του Πόνου με Συμπληρωματικές Θεραπείες**

Η μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2003 στο περιοδικό *Scand Caring Science* περιέγραφε τους παράγοντες εκείνους που ωθούν ή εμποδίζουν τη χρήση, από τους νοσηλευτές, των μη φαρμακολογικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου σε χειρουργημένα παιδιά και τις δημογραφικές μεταβλητές σχετικές με αυτό. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από τους νοσηλευτές ( $n = 162$ ) μιας παιδιατρικής χειρουργικής κλινικής ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στη Φινλανδία. Το ποσοστό όσων απάντησαν ανερχόταν στο 99%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, πέντε είναι εκείνοι οι παράγοντες που ωθούν τους νοσηλευτές στην μη χρήση των μη φαρμακολογικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου (η ικανότητα του νοσηλευτή, η ευπροσάρμοστη χρήση των μεθόδων ανακούφισης, ο φόρτος εργασίας, η ηλικία του παιδιού/η δυνατότητα να συνεργαστεί και η γονική συμμετοχή) καθώς επίσης πέντε ήταν και οι παράγοντες που την εμποδίζουν (η αβεβαιότητα του νοσηλευτή, οι πεποιθήσεις σχετικά με τους γονεϊκούς ρόλους/η δυνατότητα του παιδιού να εκφράσει τον πόνο, ο φόρτος εργασίας/η έλλειψη χρόνου, η περιορισμένη χρήση των μεθόδων ανακούφισης πόνου και το οργανωτικό πρότυπο/ το καθημερινό πρόγραμμα αρμοδιοτήτων των νοσηλευτών στην εργασία). Σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές (98%) ήλπιζαν να σημειωθεί πρόοδος και να μάθουν τις διαφορετικές μεθόδους ανακούφισης πόνου, αλλά λιγότερο από τους μισούς (47%) συμφώνησαν ότι είχαν λάβει ικανοποιητική εκπαίδευση σχετικά με αυτές τις μεθόδους. Οι δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία του νοσηλευτή, η εκπαίδευση και η επαγγελματική εμπειρία αφορούσαν ορισμένους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των μη φαρμακολογικών μεθόδων. Τελικά, η ανακούφιση του χειρουργικού πόνου των παιδιατρικών ασθενών στο νοσοκομείο επηρεάστηκε περισσότερο από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και κυρίως από παράγοντες σχετικούς με την εργασία ή τα χαρακτηριστικά του παιδιού και των γονέων του (Polkki T., & συν., 2003).

Οι νοσηλευτές έχουν χρησιμοποιήσει τις συμπληρωματικές θεραπείες για πολλά χρόνια προκειμένου για να μειώσουν την ανησυχία, να προωθήσουν την άνεση, και να περιορίσουν ή να ανακουφίσουν τον πόνο των ασθενών. Η θεραπεία που περιγράφεται σε άρθρο των M. Snyder και J. Wieland είναι παράδειγμα μιας εναλλακτικής θεραπείας που είναι διαθέσιμη για τους νοσηλευτές η οποία θα συμβάλει αποτελεσματικά στην φροντίδα ασθενών με χρόνιο πόνο. Η επιπλέον ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρέχει περισσότερες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας. Όπως με όλες τις παρεμβάσεις, έτσι και για την τρέχουσα η αξιολόγηση για την αποτελεσματικότητα της για κάθε ασθενή είναι ένα σημαντικό συστατικό της ποιοτικής φροντίδας. Η συμπληρωματική θεραπεία παρέχει μια οδό για τους νοσηλευτές για να είναι αυτόνομη στην προοπτική της ανακούφισης του χρόνιου πόνου. Διάφορες συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η χαλάρωση, το μασάζ χεριών και η αρωματοθεραπεία, μπορεί να διδαχθεί στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, προωθώντας κατά συνέπεια την αυτοφροντίδα. Τα ανέκδοτα στοιχεία και τα συμπεράσματα από τις πολυάριθμες αλλά μικρότερες μελέτες παρέχουν κάποια υποστήριξη για τη χρήση διάφορων συμπληρωματικών θεραπειών στην διαχείριση του χρόνιου πόνου ή την χρήση τους ως πρόσθετες θεραπείες στη θεραπευτική αγωγή. Ακόμα, η νοσηλεύτρια πρέπει να σταθμίσει τους κινδύνους και τα οφέλη πριν προτείνει μια θεραπεία σε έναν ασθενή. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συμπληρωματικής θεραπείας που θα χρησιμοποιηθεί στην φροντίδα του ασθενή με χρόνιο πόνο είναι ουσιαστική. Η λήψη αυτών των πληροφοριών είναι όχι μόνο απαραίτητη για την φροντίδα ενός ασθενή, αλλά αυτά τα στοιχεία θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να μάθουν περισσότερα για τη συγκεκριμένη θεραπεία. Επιπλέον, οι νοσηλευτές πρέπει να παρακολουθούν την έρευνα προκειμένου να ενημερώνονται για την επιστημονική βάση που έχουν πολλές από τις συμπληρωματικές θεραπείες. (Snyder M. και Wieland J., 2003).

Προκειμένου να βρουν την ολιστική θεραπεία με αποτέλεσμα την ανακούφιση από τον πόνο και μειώνοντας τις παρενέργειες οι Αμερικανοί ξοδεύουν δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο στην συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπείας με βότανα. Παρά την εκτενή χρήση, η έλλειψη λεπτομερούς διερεύνησης αυτών των βοτανικών συμπληρωμάτων συμβάλει στη σπανιότητα των αξιόπιστων κλινικών στοιχείων αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε από τον Ιανουάριο του 1996 έως και τον Ιούνιο του 2005 χρησιμοποιώντας δεδομένα από το Medline, Amed και την βιβλιοθήκη Cochrane συνόψισε τις

υπάρχουσες μελέτες ερευνώντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βότανα ως θεραπεία για τον πόνο. Οι πιθανές παρενέργειες, οι πιθανές αλληλεπιδράσεις φάρμακο-βοτάνων, και πληροφορίες για την κοινή βοτανική θεραπεία συνοψίζονται επίσης, οι δόσεις, οι τρόποι χορήγησης, και οι παρενέργειες αναφέρονται. Αξιολογήθηκε επίσης η δυναμική των εμπειρικών στοιχείων. Αυτή η αναθεώρηση βρήκε λίγες καλά-ελεγχόμενες κλινικές μελέτες. Επιπλέον, αυτές οι μελέτες τεκμηρίωσαν την περιορισμένη αποτελεσματικότητα της βοτανικής θεραπείας στην διαχείριση του πόνου. (Wirth J. H. και συν., 2005).

Παρά την μακροχρόνια ιστορία τους, ο βελονισμός και η ύπνωση πρόσφατα έχουν αναγνωρισθεί από τις ιατρικές υπηρεσίες στις Η. Π. Α. Λίγες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει το ενδεχόμενο να μετρηθεί και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης και του βελονισμού στην διαχείριση του πόνου. Σε μια μελέτη που έκαναν ο Lu και οι συν. του εξετάστηκαν 25 ασθενείς με πόνο στο κεφάλι και τον λαιμό. Κάθε ένας από τους εξεταζόμενους είχε κάνει μια αρχική αξιολόγηση του πόνου του, καθώς επίσης είχε εκφράσει την άποψη του για τις συγκεκριμένες μεθόδους καθώς και το τι προσδοκούσε. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε βελονισμό και στην συνέχεια ακολούθησε μια επαναξιολόγηση του πόνου τους. Μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα αξιολογήθηκε ο πόνο τους πριν και μετά την θεραπεία της ύπνωσης. Οι προτιμήσεις για τη θεραπεία εκφράστηκαν μετά και από την υπνωτική παρέμβαση. Και ο βελονισμός και η ύπνωση ήταν αποτελεσματικοί στην ανακούφιση του πόνου. Η μέση ανακούφιση στον πόνο αναφέρετε ότι ήταν 4,2 μονάδες σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10, με την ύπνωση να μειώνει τον πόνο κατά μέσο όρο 4,8 μονάδων, έναντι 3,7 του βελονισμού. Οι ασθενείς με οξύ πόνο φαίνεται να ωφελήθηκαν περισσότερο από τη θεραπεία του βελονισμού, ενώ οι ασθενείς με ψυχογενή πόνο ωφελήθηκαν πιθανά από την ύπνωση. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν περισσότερες διαφορές στα αποτελέσματά τους. Στους δε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε βελονισμό εκείνοι που φοβούνταν τις βελόνες ωφελήθηκαν λιγότερο από εκείνους που δεν τις φοβούνταν. Από αυτή την μελέτη αποδεικνύεται η αποτελεσματικότητα των δύο αυτών μορφών εναλλακτικής θεραπείας. Απαιτείται παρόλα αυτά αρκετή δουλειά από τους επαγγελματίες υγείας για να είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιοι ασθενείς είναι πιθανό να ωφεληθούν από τις συμπληρωματικές θεραπείες. (Lu DP και συν 2001).

Στην Κίνα το 2002 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη που σκοπό είχε να περιγράψει τις μη φαρμακολογικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου σε χειρουργημένο παιδί ηλικίας 6-12 ετών από τους νοσηλευτές. Ένα ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 187 νοσηλευτές που εργαζόταν σε 12 χειρουργικά τμήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πιο συνήθεις μη φαρμακολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν ήταν: το να

δίνουν πληροφορίες και εξηγήσεις στον ασθενή πριν το χειρουργείο, η άνεση και η διαβεβαίωση, η δημιουργία ενός ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος, η απόσπαση της προσοχής η θέση που τοποθετούνταν ο άρρωστος μετά το χειρουργείο. Η θετική ενίσχυση και η βοήθεια μέσω καθημερινών δραστηριοτήτων ήταν οι λιγότερο χρησιμοποιημένες, ενώ η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων δεν χρησιμοποιήθηκε καθόλου. Επιπλέον πολλοί παράγοντες περιόρισαν την χρήση των μη-φαρμακολογικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου με τον πιο σημαντικό ότι υπάρχουν πολύ λίγοι νοσηλευτές για αυτή την δουλειά και πιο συγκεκριμένα νοσηλευτές που να έχουν γνώσεις στην αντιμετώπιση του πόνου. Η συγκεκριμένη μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα πως παραμένει μεγάλη ανάγκη η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην διαχείριση του πόνου και την συχνότερη χρήση των μεθόδων αυτών στην κλινική πράξη (He H. G., και συν., 2005).

Ο He HG και οι συν του πραγματοποίησαν μια μελέτη που στόχο είχε να καταγραφούν οι οδηγίες που δόθηκαν από τους κινέζους νοσηλευτές στους γονείς σχετικά με τις μη-φαρμακολογικές μεθόδους για την ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου των παιδιών καθώς επίσης και τους παράγοντες που επιδρούν σε αυτό. Η συμμετοχή των γονιών στη διαχείριση του πόνου των παιδιών έχει αναγνωρισθεί και έχει ενθαρρυνθεί τα τελευταία χρόνια. Εντούτοις, έχει επισημανθεί η έλλειψη από την πλευρά των γονιών της σχετικής πληροφόρησης και λίγα είναι γνωστά για το πώς οι γονείς καθοδηγούνται πως να χρησιμοποιήσουν τις μη-φαρμακολογικές μεθόδους για να ανακουφίσουν τα παιδιά τους από τον πόνο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2002 με την χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία δόθηκαν σε 187 νοσηλευτές που εργάζονταν σε 12 χειρουργικά τμήματα, πέντε νοσοκομείων, της επαρχίας Fujian στην Κίνα. Το μέσο ποσοστό που απάντησε ανερχόταν στο 98%. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πλειοψηφία των νοσηλευτών ενημέρωναν τους γονείς. Οι πιο συνηθέστερα μη-φαρμακολογικές μέθοδοι για τις οποίες δόθηκαν πληροφορίες ήταν η απόσπαση της προσοχής, η θετική ενίσχυση, η άνεση/διαβεβαίωση, η αλλαγή θέσης και η χαλάρωση. Οι παράγοντες από την πλευρά των νοσηλευτών που φαίνεται να επηρέασαν σημαντικά, τις αντιλήψεις τους σχετικά με την εκπαίδευση ή όχι των γονιών ήταν η ηλικία τους, η εκπαίδευση, η θέση που είχαν, η επαγγελματική εμπειρία, ο αριθμός των παιδιών που νοσηλευόταν εκείνη την χρονική στιγμή στο τμήμα καθώς και της εμπειρίας που είχαν αποκομίσει οι γονείς από προηγούμενες εισαγωγές των παιδιών τους στο νοσοκομείο. Οι κινέζοι νοσηλευτές παρείχαν πολλές οδηγίες στους γονείς για τις μη-φαρμακολογικές μεθόδους. Εντούτοις, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πληροφορίες και οι φυσικές μέθοδοι ήταν κακώς μεταβιβασμένες στους γονείς, οι οποίες χρειάζονται μελλοντικά προσοχή για να ενισχύσουν τον ενεργό ρόλο των γονέων στη διαχείριση του πόνου. (He HG και συν 2005)

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης είναι το σημαντικότερο κεφάλαιο στην περίπτωση του πόνου. Η ανακάλυψη των αποτελεσματικότερων εξ' αυτών με γνώμονα την ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο, έχει ιδιαίτερη σημασία για τους νοσηλευτές. Αυτό αποδεικνύεται από την πληθώρα των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί για τον σκοπό αυτό.

Η επίδραση της χαλάρωσης, της μουσικής και του συνδυασμού χαλάρωσης και μουσικής στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου, ερευνήθηκε στην Αμερική από τον M. Good και τους συνεργάτες του (2001) με θετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα, μετά τη χειρουργική επέμβαση έλαβαν φαρμακολογική θεραπεία σε συνδυασμό με μουσική και χαλάρωση. Τα αποτελέσματα οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η πληρέστερη ανακούφιση επιτυγχάνεται κατά 30% με τις βοηθητικές επεμβάσεις της χαλάρωσης, της μουσικής και του συνδυασμού τους. Συνεπώς, οι νοσηλευτές ανά τον κόσμο μπορούν ακίνδυνα να συστήσουν τις επεμβάσεις αυτές για την ανακούφιση τόσο του μετεγχειρητικού όσο και οποιουδήποτε άλλου τύπου πόνου.

Επίσης για την επίδραση της μουσικοθεραπείας, πραγματοποιήθηκε μελέτη το τελευταίο τρίμηνο του 2001 από τον R. E. Krout. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων μουσικοθεραπείας σε σχέση με τον έλεγχο του πόνου, της φυσικής άνεσης και της χαλάρωσης. Το δείγμα αποτέλεσαν νοσηλευόμενοι, στους οποίους παρατηρήθηκαν και καταγράφηκαν τα επίπεδα ελέγχου του πόνου, της φυσικής άνεσης και της χαλάρωσης, πριν και μετά την εφαρμογή μουσικοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επεμβάσεις μουσικοθεραπείας υπήρξαν αποτελεσματικές σε όλες τις περιπτώσεις.

Μια ακόμη σημαντική μη φαρμακολογική μέθοδος διαχείρισης του πόνου είναι η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά την αντιμετώπισή του, όπως αποδεικνύεται σε έρευνα που έγινε το 2002 από τον D. D. McDonald και τους συνεργάτες του. Τα αποτελέσματά της παρουσιάζουν την εκπαίδευση των ασθενών ως έναν από τους τρόπους να αποτραπεί ο χρόνιος πόνος σε νέους ενηλίκους (18-25 ετών) οι οποίοι εμφανίζουν προβλήματα πόνου, τέτοια, που να επιδρούν στη διάθεση και να περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Για να επιτευχθεί η ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου απαιτούνται εκτός από φαρμακολογική θεραπεία και συμπληρωματικές στρατηγικές μη φαρμακολογικές. Με βάση αυτή τη λογική και πιστεύοντας ότι το μασάζ ποδιών και χεριών έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου, οι Wang H.L. και Keck J.F. (2004) διενήργησαν μια έρευνα. Στόχος της έρευνάς τους ήταν να διαπιστωθεί εάν ένα εικοσάλεπτο μασάζ ποδιών και χεριών (πέντε λεπτά σε κάθε άκρο), που θα γινόταν 1-4 ώρες μετά τη χορήγηση της αναλγητικής θεραπείας, θα μείωνε τον πόνο. Τα αποτελέσματά τους δικαίωσαν. Οι ασθενείς αφότου έλαβαν

την αναλγητική θεραπεία, δοκίμασαν μέτριο πόνο ο οποίος όμως μειώθηκε ύστερα από την επέμβαση, ενισχύοντας έτσι την αποτελεσματικότητα του μασάζ στη διαχείριση του πόνου. Το μασάζ χεριών και ποδιών εμφανίζεται να είναι μια αποτελεσματική, ανέξοδη, χαμηλού κινδύνου, εύκαμπτη και εύκολα εφαρμοσμένη στρατηγική για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου.

Επίσης, η εμπειρία του καρδιακού θωρακικού πόνου είναι πάντα τραυματική και αγχωτική για τους ασθενείς. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι αν και οι νοσηλευτές δίνουν ιδιαίτερη σημασία στους καρδιολογικούς ασθενείς, είναι προφανές ότι συχνά δεν επιτυγχάνεται η πλήρης ανακούφιση από τον πόνο. Η έρευνα και οι τεκμηριωμένες μελέτες προτείνουν ότι η χαλάρωση μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την πρόληψη του πόνου (Tiernan, 1994 Altice και Jamison, 1989 Guzzetta, 1989). Οι νοσηλευτές που φροντίζουν τους ασθενείς με θωρακικό πόνο οφείλουν να δουν πέρα από την καθαρά ιατρική αντιμετώπιση του και να αρχίσουν να τροποποιούν την νοσηλευτική φροντίδα ενισχύοντας τους ασθενείς να ασχοληθούν αποτελεσματικά με το θωρακικό πόνο με έναν τρόπο που να ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Η χαλάρωση, όταν χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία στην κλινική πράξη, μπορεί να είναι ένα χρήσιμο μέσο περιποίησης για την αποτελεσματική διαχείριση του καρδιακού πόνου (Day W., 2000).

Μια άλλη μελέτη για συμπληρωματικούς τρόπους διαχείρισης του πόνου, αυτή τη φορά για το χρόνιο νευροπαθή πόνο είναι η παρακάτω: Ο χρόνιος νευροπαθής πόνος είναι δύσκολο να εντοπιστεί και να διαχειριστεί. Για τον ασθενή, πολλές από τις πτυχές της ζωής του μπορούν να αλλάξουν, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής, συναισθηματικής και πνευματικής υγείας, καθώς επίσης και της δυνατότητας να εργαστεί αλλά και να επηρεαστούν οι σχέσεις του με την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Για να έχει επιτυχή έκβαση η θεραπεία απαιτείται οργανωμένο σχέδιο στο οποίο οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για όλες τις υπάρχουσες φαρμακευτικές και μη θεραπείες. Επιπλέον, οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο πρέπει να καθοδηγηθούν να αναλάβουν την αυτοδιαχείριση του πόνου τους και να αντιμετωπίσουν με δεξιότητα τα συμπτώματα που δημιουργούνται όπως φλόγισμα προκειμένου να βελτιώσουν την διάθεση τους και την λειτουργικότητα τους. Διάφορες στρατηγικές είναι διαθέσιμες, βασισμένες στο γνωστικό - συμπεριφοριστικό πρότυπο. Αυτές περιλαμβάνουν τη δυνατότητα να ερμηνευθούν οι αλλαγές στον πόνο με έναν χρήσιμο τρόπο, τη δέσμευση στην υγεία προωθώντας υιοθέτηση νέων συμπεριφορών(συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της άσκησης)και την ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης για την αντιμετώπιση της επιδείνωσης του πόνου. Ένα κεντρικό στοιχείο σε αυτήν την προσέγγιση είναι να ενισχυθούν οι ασθενείς να γίνουν ικανοί στο να κατανοούν και



να διαχειρίζονται τον πόνο τους, να προγραμματίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες και τις σημαντικές σχέσεις τους. Οι διάφορες τεχνικές, όπως η χαλάρωση και η ύπνωση, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για να αλλάξουν την υποκειμενική εμπειρία του πόνου (Arnstein P., 2004).

Η κυστεογραφία (VCUG) είναι μια συνήθης διενεργηθείσα ραδιολογική εξέταση στα παιδιά που μπορεί να είναι επίπονη και να τους προκαλεί φόβο. Λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο που μερικά παιδιά υφίστανται κατά τη διάρκεια της VCUG και της ανάγκης τα παιδιά να είναι άγρυπνα και να συνεργάζονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η εύρεση μιας ψυχολογικής παρέμβασης που θα βοηθούσε τα παιδιά να διαχειριστούν την ανησυχία, τον κίνδυνο και τον πόνο είναι σαφώς επιθυμητή. Η μελέτη του Butler και των συν είχε ως σκοπό να εξετάσει εάν η χαλάρωση και η αναλγησία που διευκολύνθηκαν με την ύπνωση θα μπορούσαν να μειώσουν τον κίνδυνο και το χρόνο διαδικασίας για τα παιδιά που υποβάλλονται σε αυτήν την εξέταση. Σαράντα τέσσερα παιδιά που προγραμματίστηκαν για VCUG τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν την ύπνωση, από αυτά τα 29 (66%) ήταν κορίτσια και 15 (34%) αγόρια με μια μέση ηλικία 7,6 ετών. Το εθνικό/φυλετικό υπόβαθρο ήταν λευκοί 72,7%, 18,2% Ασιάτες, 4,5% Λατίνοι, Μαύροι 2,3% και 2,3% Φιλιππινέζοι. Οι συμμετέχοντες προσδιορίστηκαν μέσω των αυτοματοποιημένων αρχείων των νοσοκομείων στα οποία είχαν προγραμματιστεί για VCUG. Οι γονείς ήρθαν σε επαφή τηλεφωνικώς και κλήθηκαν να συμμετέχουν εάν το παιδί τους ήταν επιλέξιμο. Για να είναι επιλέξιμο για τη μελέτη, το παιδί πρέπει να είχε υποβληθεί σε τουλάχιστον 1 προηγούμενη VCUG, να ήταν όντας τουλάχιστον 4 ετών εκείνη την περίοδο, και τέλος τόσο το παιδί όσο και ο συμμετέχων γονέας έπρεπε να είναι αγγλόφωνοι. Κάθε επιλέξιμο παιδί και ο γονέας συναντήθηκαν με τον ερευνητικό βοηθό (RA) πριν από την ημέρα της προγραμματισμένης εξέτασης για μια αρχική αξιολόγηση. Τα παιδιά ρωτήθηκαν σχετικά με το βαθμό που φωνάζουν, τον φόβο και τέλος τον πόνο που είχαν δοκιμάσει κατά τη διάρκεια της προηγούμενης VCUG τους. Οι γονείς ολοκλήρωσαν μια σειρά παράλληλων ερωτήσεων. Αμέσως μετά από αυτήν την αξιολόγηση, σε εκείνους που τυχαιοποιήθηκαν στον όρο ύπνωση δόθηκε μίας ώρας περίοδος άσκησης στα αυτό-υπνωτικά οπτικά στοιχεία από έναν εκπαιδευμένο θεράποντα. Οι γονείς και τα παιδιά καθοδηγήθηκαν στην πρακτική χρησιμοποιώντας την επινοητική διαδικασία αυτό-ύπνωσης αρκετές φορές ημερησίως προετοιμαζόμενοι για την επερχόμενη εξέταση. Ο θεράπων ήταν επίσης παρών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας για να διευθύνει τις παρόμοιες ασκήσεις με το παιδί. Η πλειοψηφία (83%) εκείνων που τυχαιοποιήθηκαν στη στερεότυπη ομάδα ελέγχου προσοχής επέλεξε να συμμετέχει σε ένα παρεχόμενο πρόγραμμα θεραπείας αναψυχής (που προσφέρεται ως τμήμα της στερεότυπης προσοχής). Το πρόγραμμα περιλαμβάνει επίδειξη της διαδικασίας

με τις κούκλες, κατάρτιση σε σχέση με την χαλάρωση και την αναπνοή και βοήθεια κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Την ημέρα της VCUG, ο βοηθός ερευνητή συνάντησε την οικογένεια στην κλινική πριν από τη διαδικασία και τόσο το παιδί όσο και ο γονέας εκτίμησαν το παρόν επίπεδο του παιδιού σχετικά με τον φόβο του για την επερχόμενη εξέταση. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, ο βοηθός κατέγραψε τις παρατηρητικές εκτιμήσεις του συναισθηματικού τόνου και της συμπεριφοράς του παιδιού και χρονομέτρησε την γενική διαδικασία και τις φάσεις της. Αμέσως μετά από την VCUG, το παιδί ρωτήθηκε πόσο είχε φωνάξει, το φόβο και τον πόνο που είχε δοκιμάσει κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο γονέας εκτίμησε την εμπειρία του παιδιού στις ίδιες διαστάσεις και επίσης πόσο τραυματική ήταν η διαδικασία (και οι δύο την σύγκριναν με προηγούμενη )και τέλος το ιατρικό προσωπικό εκτίμησε το βαθμό διαδικαστικής δυσκολίας. Οι εκβάσεις περιελάμβαναν τις εκθέσεις κινδύνου των παιδιών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, τις εκθέσεις των γονέων για το πόσο τραυματική ήταν η παρούσα VCUG και συγκρίθηκε με την προηγούμενη, τις εκτιμήσεις των παρατηρητών κινδύνου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και τέλος τις ιατρικές εκθέσεις δυσκολίας που αντιμετώπισε το προσωπικό κατά την διάρκεια της εξέτασης. Τα αποτελέσματα δείχνουν τα σημαντικά οφέλη για την ομάδα ύπνωσης έναντι της στερεότυπης ομάδας προσοχής στις ακόλουθες 4 περιπτώσεις: (1) οι γονείς των παιδιών στην ομάδα ύπνωσης έναντι εκείνων στη στερεότυπη ομάδα προσοχής ανέφεραν ότι η διαδικασία ήταν σημαντικά λιγότερο τραυματική για τα παιδιά τους έναντι της προηγούμενης διαδικασίας VCUG τους (2) οι παρατηρητικές εκτιμήσεις των χαρακτηριστικών επιπέδων κινδύνου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ήταν σημαντικά χαμηλότερες για τα παιδιά που υποβλήθηκαν σε ύπνωση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (3) το ιατρικό προσωπικό ανέφερε μια σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στη γενική δυσκολία της διαδικασίας, εντοπίζοντας την λιγότερη δυσκολία για την ομάδα ύπνωσης και (4) ο συνολικός διαδικαστικός χρόνος ήταν σημαντικά μικρότερος-από σχεδόν 14 πρακτικά-για την ομάδα ύπνωσης σε σχέση με τη στερεότυπη ομάδα προσοχής. Η ύπνωση μπορεί να παρέχετε ως μια συστηματική μέθοδο για την γενική ιατρική φροντίδα των παιδιών με ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος και μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τα παιδιά που υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις. Επειδή η VCUG είναι ένα ουσιαστικό μέρος της αξιολόγησης των μολύνσεων του ουροποιητικού συστήματος στα παιδιά, η μείωση του κινδύνου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση ασθενών και οικογενειών με τις αρχικές καθώς επίσης και ακόλουθες αξιολογήσεις. Αυτά τα συμπεράσματα καταδεικνύουν τα οφέλη της ύπνωσης στην μείωση του παιδιατρικού κινδύνου. Τα παρόντα συμπεράσματα είναι αξιοσημείωτα δεδομένου ότι αυτή η μελέτη ήταν μια

ελεγχόμενη, τυχαία δοκιμή που πραγματοποιήθηκε σε ένα ιατρικό περιβάλλον. Τα συμπεράσματα, επομένως, έχουν άμεσες επιπτώσεις στην παιδιατρική φροντίδα. Οι αντικειμενικές διαδικαστικές χρονικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ήταν σύμφωνες με άλλα, υποκειμενικότερα συμπεράσματα έκβασης (Butler L. D., & συν., 2005).

Τα παιδιά που πάσχουν από καρκίνο πρέπει να υπομείνουν τις καθημερινές, επίπονες ιατρικές διαδικασίες που συνδέονται με έναν ιδιαίτερο βαθμό ψυχοκοινωνικού κινδύνου. Η ύπνωση έχει υιοθετηθεί επιτυχώς στην αντιμετώπιση του πόνου και της κόπωσης στον ενήλικο πληθυσμό, αλλά δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στον παιδιατρικό πληθυσμό. Η ανασκόπηση των Wild και Espire που δημοσιεύτηκε το 2004 αξιολόγησε τη συστηματική μελέτη που πραγματοποιείται στον τομέα της έρευνας, σχετικά με την διαχείριση του πόνου στην παιδιατρική ογκολογία μέσα στα πλαίσια ενός εθνικά συμφωνηθέντος πλαισίου για την αξιολόγηση των ερευνητικών στοιχείων. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν αυτήν την περίοδο επαρκή ερευνητικά στοιχεία για να αποφανθούμε ότι η ύπνωση πρέπει να αποτελεί μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του πόνου στην παιδιατρική ογκολογία. Εντούτοις, υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να δικαιολογηθούν οι μεγαλύτερης κλίμακας, ελεγχόμενες μελέτες. (Wild M. R., & Espire C. A., 2004).

Ο στόχος της μελέτης του Richardson και των συν ήταν να γίνει μια συστηματική ανασκόπηση και να αξιολογηθούν αυστηρά τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης ως μέσο αντιμετώπισης του πόνου και της εξάντλησης των παιδιατρικών ασθενών με καρκίνο. Διεξήχθη μια περιεκτική αναζήτηση σε σημαντικές βιοϊατρικές και ειδικές βάσεις δεδομένων σε ότι αφορά την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική. Περιελήφθησαν στοιχεία από την έναρξη των βάσεων δεδομένων μέχρι και τον Μάρτιο του 2005. Έγιναν προσπάθειες να συμπεριλάβουν την αδημοσίευτη και τρέχουσα έρευνα. Οι ελεγχόμενες δοκιμές αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τα προκαθορισμένα κριτήρια. Κλινικά σχόλια ελήφθησαν για κάθε μελέτη. Βρέθηκαν επτά τυχαίες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές και μια ελεγχόμενη κλινική δοκιμή. Οι μελέτες εκθέτουν τα θετικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων των στατιστικά σημαντικών μειώσεων του πόνου και της ανησυχίας/του κινδύνου, αλλά διαφορετικοί μεθοδολογικοί περιορισμοί προσδιορίστηκαν. Οι συστηματικές έρευνες και η αξιολόγηση έχουν δείξει ότι η ύπνωση έχει τη δυνατότητα, ως κλινικά πολύτιμη παρέμβαση να ελέγξει τον πόνο και τον κίνδυνο στους παιδιατρικούς ασθενείς με καρκίνο. Συστήνεται, η περαιτέρω έρευνα για την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή της ύπνωσης στα παιδιά με καρκίνο (Richardson J., & συν., 2006).

Ο πόνος είναι ένα φυσικό, συναισθηματικό και ψυχολογικό φαινόμενο που αγνοείται συχνά στους μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους προκαλώντας την κατάθλιψη και την κακή ποιότητα της ζωής. Οι ηλικιωμένοι γίνονται αποδέκτες κάποιας μορφής συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, με 80% αυτών που την εφαρμόζουν να παρουσιάζουν βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους. Αν και ο σωματικός πόνος στον ηλικιωμένο ρυθμίζεται συνήθως με φαρμακευτικές παρεμβάσεις, εντούτοις πολλές φορές οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι είναι σε θέση να μειώσουν τη χρήση των φαρμακευτικών συνταγών και των δυσμενών αποτελεσμάτων που επισύρει η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου και να επαναφέρουν τον ηλικιωμένο στην κατάσταση που βρισκόταν πριν. Άρθρο που δημοσιεύτηκε τον Σεπτέμβριο του 2005 στο περιοδικό Pain Management Nursing αναφέρετε στο γεγονός πως όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του πόνου. Ο σκοπός του άρθρου ήταν να γίνει μια συστηματική ανασκόπηση των σχετικών με τον πόνο των ηλικιωμένων εννοιών και της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στην αντιμετώπιση του. Επίσης να διερευνηθεί η σχέση ύπνωση - ηλικιωμένος (δηλαδή, υπόβαθρο, καθορισμός, οφέλη, έρευνα, μηχανισμός δράσης και διαδικασία) καθώς και οι επιπτώσεις της εφαρμογής της στη διαχείριση του πόνου των ηλικιωμένων. Αν και ο σωματικός πόνος στους μεγαλύτερους ασθενείς ρυθμίζεται συνήθως φαρμακευτικά υπάρχουν μέθοδοι που μπορούν να μειώσουν τη χρήση των ιατρικών συνταγών και έχουν την δυνατότητα να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν σχέση με την ηλικία. Η ύπνωση για παράδειγμα συνεχίζει να κερδίζει την αποδοχή στους χώρους της ιατρικής ως κατάλληλη θεραπεία, μπορεί να ενσωματωθεί ακίνδυνα με την κλασική ιατρική και να είναι αποτελεσματική για μια σειρά προβλημάτων που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους. Είναι μια παρέμβαση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί χαλάρωση και να αντιμετωπιστεί ο πόνος, ειδικά όταν αποτύχουν οι συμβατικές φαρμακολογικές θεραπευτικές αγωγές. (Cuellar N. G., 2005).

Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να μάθουν να χρησιμοποιούν την ύπνωση για να μειώσουν τον πόνο των ασθενών και να ενισχύσουν τον αυτοσεβασμό τους. Εντούτοις οι περισσότεροι στερούνται των γνώσεων για την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης στην κλινική πράξη και χρήζουν εκπαίδευσης ώστε να καταστούν ικανοί να την εφαρμόσουν στην διαχείριση του πόνου. Οι επίπονες διαδικασίες, οι θεραπείες, ή οι ασθένειες παραμένουν μια σημαντική πρόκληση και οι νοσηλευτές χρειάζεται να γνωρίζουν τις συμπληρωματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του

πόνου που προκαλείται από χειρουργικές επεμβάσεις, από όγκους, τραυματισμούς, ή την χημειοθεραπεία (Valente S. M., 2006).

Αν και οι νοσηλευτές είναι στην πλεονεκτική θέση να χρησιμοποιήσουν την ύπνωση για να διαχειριστούν τον καρκινικό πόνο στα παιδιά, πολλές φορές στερούνται την γνώση ή την ικανότητα για να την εφαρμόσουν αποτελεσματικά στην κλινική πράξη. Η ύπνωση είναι ισχυρός σύμμαχος των αναλγητικών και αναισθητικών φαρμάκων και για περισσότερα από 100 χρόνια μείωνε τον πόνο των παιδιών με καρκίνο ή όταν υποβάλλονταν σε επίπονες διαδικασίες. Οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ύπνωση για να μειώσουν τον πόνο των παιδιών που προκαλείται από την οσφυονωτιαία παρακέντηση, την λήψη μυελού των οστών ή για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την ναυτία και τον έμετο από την χημειοθεραπεία. Σκοπός του άρθρου που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Oncology Nursing Forum* ήταν να συζητηθούν οι μύθοι, οι αντενδείξεις, τα ερευνητικά δεδομένα, οι διαδικασίες εφαρμογής και η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης για την διαχείριση του καρκινικού πόνου στα παιδιά σχολικής ηλικίας (Valente S. M., 1991).

Πολλές γυναίκες θα επιθυμούσαν να αποφύγουν τις φαρμακολογικές ή τις ενέσιμες μεθόδους διαχείρισης του πόνου κατά την διάρκεια του τοκετού. Αυτό μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της δημοτικότητας των συμπληρωματικών μεθόδων διαχείρισης του πόνου. Η μελέτη του Smith και των συν. του εξέτασε τα διαθέσιμα στοιχεία που υπάρχουν έως σήμερα και υποστηρίζουν τη χρήση των εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών στην διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό. Ελέγξαν τον κατάλογο δοκιμών ομάδας εγκυμοσύνης και τοκετού Cochrane (Ιούλιος 2002), τον ελεγχόμενο κατάλογο δοκιμών Cochrane (2002 βιβλιοθήκης Cochrane), MEDLINE (1966 μέχρι τον Ιούλιο του 2002), EMBASE (1980 μέχρι τον Ιούλιο του 2002) και CINAHL (1980 μέχρι τον Ιούλιο του 2002). Τα κριτήρια συνυπολογισμού συμπεριέλαβαν τις δημοσιευμένες και αδημοσίευτες τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές συγκρίνοντας τη συμπληρωματική και εναλλακτική θεραπεία με την χρήση του placebo ή καμίας θεραπευτικής ή φαρμακολογικής μορφής διαχείρισης του πόνου. Συμπεριλήφθηκαν όλες οι γυναίκες πρωτότοκες και πολύτοκες, με φυσιολογικό ή προκληθέν τοκετό, στο πρώτο και δεύτερο στάδιο του τοκετού. Τα μέτρα έκβασης ήταν η ικανοποίηση των μητέρων, η φαρμακευτική ανακούφιση του πόνου και οι δυσμενείς εκβάσεις μητέρων και νεογέννητων. Συμπεριλήφθησαν 366 γυναίκες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν επτά διαφορετικές μορφές διαχείρισης πόνου. Οι δοκιμές περιελάμβαναν: μια δοκιμή με βελονισμό (n = 100), μια με ακουστική-αναλγησία (n = 25), μια με αρωματοθεραπεία (n = 22), τρεις δοκιμές με ύπνωση (n = 189) και μια δοκιμή με μουσική (n = 30). Η δοκιμή του βελονισμού μείωσε την ανάγκη για την ανακούφιση του πόνου. Στην

περίπτωση που έλαβαν την ύπνωση οι περισσότερες αντιμετώπισαν τον πόνο τους. Καμία διαφορά δεν φάνηκε κατά την διάρκεια της αρωματοθεραπείας, της μουσικής ή της ακουστικής αναλγησίας. Συμπερασματικά λοιπόν ο βελονισμός και η ύπνωση μπορούν να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα για την αντιμετώπιση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού. Εντούτοις, είναι μικρός ο αριθμός των συμπληρωματικών θεραπειών που έχουν υποβληθεί στην κατάλληλη επιστημονική μελέτη καθώς και ο αριθμός των γυναικών που έχουν μελετηθεί (Smith C. A., & συν., 2003).

Ο έλεγχος του πόνου στον τοκετό και η πρόληψη της ταλαιπωρίας που η επίτοκος υφίσταται προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία στους νοσοκομειακούς γιατρούς και στις ασθενείς τους. Οι μη-φαρμακολογικές προσεγγίσεις προς αυτούς τους στόχους είναι σύμφωνες με τη διαχείριση του πόνου στην μαιευτική και τις επιλογές πολλών γυναικών. Μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση των επιστημονικών άρθρων που καταχωρήθηκαν στο CINAHL, PUBMED, τη βιβλιοθήκη Cochrane, και τις βάσεις δεδομένων AMED πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα 13 μη-φαρμακολογικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ανακουφίσουν τον πόνο και να μειώσουν την ταλαιπωρία. Η ταλαιπωρία μετά από τον τοκετό, που είναι διαφορετική από τον πόνο, είναι μια έκβαση που δεν μετρείται συνήθως. Υπέθεσαν ότι η ταλαιπωρία είναι απίθανο να υπάρχει εάν οι δείκτες της ικανοποίησης μετά τον τοκετό ήταν θετικοί. Υπήρξαν επαρκή στοιχεία που επιβεβαίωναν την μείωση του πόνου με την χρήση, των λουτρών, τους ενδοδερμικούς φραγμούς ύδατος, τη μετακίνηση της μητέρας και την αλλαγή θέσης. Ο βελονισμός, το μασάζ, ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός αποκλεισμός και η ύπνωση είναι πολλά υποσχόμενες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις αλλά απαιτούν περαιτέρω μελέτη. Η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης του τοκετού, η χαλάρωση και η αναπνοή, η θερμότητα και το κρύο, η ύπνωση, η αρωματοθεραπεία και η μουσική είτε γιατί έχουν μελετηθεί ανεπαρκώς είτε γιατί τα συμπεράσματα είναι πάρα πολύ μεταβλητά ως προς την αποτελεσματικότητά τους δεν έχουν προσελκύσει ακόμη την προσοχή μας. Όλες οι μέθοδοι που μελετήθηκαν είχαν τα στοιχεία της δεδομένης ικανοποίησης μεταξύ της πλειοψηφίας των γυναικών (Simkin P., & Bolding A., 2004).

Πάνω από 60% των χειρουργικών επεμβάσεων εκτελείται τώρα με τοπική αναισθησία. Παρά τα βελτιωμένα αναλγητικά και τα περίπλοκα συστήματα χορήγησης φαρμάκων, οι έρευνες δείχνουν ότι πάνω από το 80% των ασθενών δοκιμάζουν μέτριο έως δριμύ μετεγχειρητικό πόνο. Η ανεπαρκής ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να παρατείνει την αποκατάσταση, να επιβραδύνει ή να αυξήσει τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, να αυξήσει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και να μειώσει την ικανοποίηση από την παρεχόμενη

νοσηλευτική φροντίδα. Η αποτελεσματική διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου περιλαμβάνει μια πολύμορφη προσέγγιση με τη χρήση διάφορων φαρμάκων που χαρακτηρίζονται από διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης. Τα τοπικά αναισθητικά χρησιμοποιούνται ευρέως σε αυτού του είδους τις επεμβάσεις με την εφαρμογή τεχνικών όπως η τοπική έγχυση, ο φραγμός τομέων, ο περιφερειακός φραγμός νεύρων ή ο νευρικός αποκλεισμός. Οι αντλίες συνεχούς έγχυσης μπορούν να έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην ρύθμιση του μετεγχειρητικού πόνου. Η περιφερειακή αναισθησία (που περιλαμβάνει τις αναισθητοποιημένες περιφερειακές περιοχές του σώματος, συμπεριλαμβανομένων, των άκρων, του κορμού, του πρόσωπου και της σιαγόνας) επιτρέπει να εκτελεσθεί η χειρουργική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη θέση, συνήθως σε ένα άκρο, χωρίς τη χρήση της γενικής αναισθησίας και ενδεχομένως με ελάχιστη ή καμία νάρκωση. Τα οπιούχα παραμένουν ένα σημαντικό συστατικό οποιασδήποτε αναλγητικής θεραπευτικής αγωγής στη διαχείριση του μέτριου έως ισχυρού μετεγχειρητικού πόνου. Εντούτοις, η ενσωμάτωση των μη-οπιούχων, των τοπικών αναισθητικών και των περιφερειακών τεχνικών θα ενισχύσει τις τρέχουσες αναλγητικές θεραπευτικές αγωγές. Η ανάπτυξη των νέων μορφών της θεραπείας, στις οποίες ο ασθενής ελέγχει την αναλγησία και η χρήση των νεώτερων φάρμακων, όπως οι κυκλο-οξυγενάσες-2, παρέχουν πρόσθετες επιλογές για τον επαγγελματία υγείας. Ενώ υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι χορήγησης για τα αναλγητικά (π. χ. από το στόμα, παρεντερικά, ενδομυϊκά, ενδοδερμικά, διαδερμικά και υπογλώσσια), η χορήγηση από το στόμα παραμένει η πιο δημοφιλής για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Η χορήγηση από το στόμα είναι αποτελεσματική, ο απλούστερος τρόπος χορήγησης και ουσιαστικά ο ελάχιστος ακριβός. Η ενδοφλέβια χορήγηση από την άλλη έχει τα πλεονεκτήματα μιας γρήγορης δράσης και της πιο γρήγορης απορρόφησης και έτσι συστήνεται για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου. Οι μη-φαρμακολογικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου περιλαμβάνουν το βελονισμό, τα ηλεκτρομαγνητικά κύματα, την ύπνωση και τη χρήση της μουσικής κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Εντούτοις, η περαιτέρω έρευνα αυτών των τεχνικών ζητά να διευκρινιστεί η αποτελεσματικότητά τους στον μετεγχειρητικό πόνο. Η συγκίνηση, η αντίληψη του πόνου και η προηγούμενη εμπειρία έχουν επιπτώσεις στην απάντηση ενός ατόμου στα επιβλαβή ερεθίσματα. Η εκπαίδευση των ασθενών, η έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων και η αποτελεσματική θεραπεία του πόνου, η οποία συνδυάζει την χρήση φαρμάκων καθώς επίσης και τη συμπληρωματική τεχνική, μπορεί και πρέπει να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην επίλυση του σύνθετου αυτού προβλήματος (Shang A. B., & Gan T. J., 2003).

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών, η αναλγησία μέσω της ύπνωσης είχε μελετηθεί ευρέως, εντούτοις καμία συστηματική προσπάθεια δεν είχε γίνει προκειμένου να καθοριστεί το μέγεθος της αποτελεσματικότητας της ή να καθιερώσει τη δυνατότητα γενίκευσης αυτών των αποτελεσμάτων από το εργαστήριο στην κλινική πράξη. Η μελέτη του Montgomery και των συν. του εξετάζει την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης στη διαχείριση του πόνου, συγκρίνει τις μελέτες που αξιολόγησαν την μείωση του πόνου μέσω της ύπνωσης μεταξύ υγιών εθελοντών και ασθενών, το αναλγητικό αποτελέσματα, την ικανοποίηση των συμμετεχόντων και τέλος τονίζει την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης για την ανακούφιση του πόνου σε σχέση με τις άλλες μη-υπνωτικές ψυχολογικές επεμβάσεις. Η μετανάλυση 18 μελετών έδειξε μια μέτρια έως μεγάλη αναλγητική επίδραση της ύπνωσης η οποία ενισχύει την αποτελεσματικότητα των τεχνικών ύπνωσης για τη διαχείριση του πόνου. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι η ύπνωση ήταν εξίσου αποτελεσματική στη μείωση και του κλινικού και του πειραματικού πόνου. (Montgomery G.H., & συν., 2000).

Επισύροντας με προσοχή τις βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις της ειδικής αυτής έκδοσης του International Clinic Expert Hypnosis(2000),εντοπίζουμε το συγκεκριμένο άρθρο το οποίο συνοψίζει τα στοιχεία εκείνα που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης ως εμπειρικά υποστηριγμένη κλινική παρέμβαση. Συνολικά, η κλινική μέχρι σήμερα έρευνα τεκμηριώνει την άποψη ότι η διαδικασία της ύπνωσης μπορεί να βελτιώσει μερικές ψυχολογικές και φυσικές καταστάσεις, όπως κρίνεται από τις μεθοδολογικές οδηγίες των Chambless και Hollon. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτές οι κλινικές διαδικασίες μπορούν να είναι επίσης και οικονομικά αποδοτικές. Εντούτοις, διαπιστώνεται ότι οι οδηγίες Chambless and Hollon δεν είναι ιδιαίτερα σαφής για τα αποτελέσματα της ύπνωσης όταν χρησιμοποιείται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις. (Lynn S. J., & συν., 2000).

Επίσης, το άρθρο των Jensen και Patterson που δημοσιεύτηκε τον Φεβρουάριο του 2006 ανασκοπεί τις ελεγχόμενες δοκιμές χρήσης της ύπνωσης ως θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου από τις εξής απόψεις:

- 1)τις αναλύσεις που συγκρίνουν τα αποτελέσματα της υπνωτικής επεξεργασίας σε έξι τύπους ελέγχου,*
- 2) τις αναλύσεις των τμημάτων και τέλος*
- 3)τις αναλύσεις των προαγγέλων.*

Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η ύπνωση προκαλεί σημαντική μείωση του πόνου σε σχέση με την μη εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης ή σε συνδυασμό και με κάποιες μη-υπνωτικές παρεμβάσεις όπως είναι η χορήγηση φαρμάκων, η φυσική



θεραπεία και η εκπαίδευση/ οι συμβουλές. Εντούτοις, τα αποτελέσματα της αυτο-ύπνωσης στο χρόνιο πόνο τείνουν να είναι παρόμοια, κατά μέσον όρο, με εκείνα της προοδευτικής χαλάρωσης των μυών και αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο περιλαμβάνουν συχνά την ύπνωση. Καμία από τις δημοσιευμένες μελέτες δεν έχει συγκρίνει την ύπνωση με ένα εξίσου αξιόπιστο placebo ή με μια ελάχιστα αποτελεσματική θεραπεία του πόνου, επομένως τα συμπεράσματα δεν μπορούν ακόμα να συναχθούν για το εάν χρήση της ύπνωσης ως μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου είναι συγκεκριμένα αποτελεσματική λαμβάνοντας υπόψη και τις προσδοκίες του ασθενή (Jensen M. & Patterson D. R., 2006).

Με τη χρησιμοποίηση των απλών εργαλείων αξιολόγησης και την εξοικείωση τους με τις διάφορες κατηγορίες αναλγητικών φαρμάκων οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διευκολύνουν τη θεραπεία των ασθενών με πόνο. Μπορούν και θα πρέπει να είναι σε θέση να συμπεριλαμβάνουν σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας επιλογές όπως οι εναλλακτικές και συμπληρωματικές μέθοδοι καθώς επίσης και θεραπείες συμπεριφοράς (D' Arcy Y. & McCarberg B., 2005).

## **ΜΕΡΟΣ ΙΙ**

## **1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν τη διαχείριση του πόνου από τους Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλευτές και Γιατρούς) καθώς και η απουσία ερευνητικών δεδομένων διεθνώς αναφορικά με τη σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών της διαχείρισης του πόνου έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της υπήρξε η διερεύνηση της στάσης των ατόμων που εργάζονται στο χώρο της Υγείας απέναντι στη διαχείριση του πόνου των ασθενών, καθώς και της επιστημονικής γνώσης για τη σωστή διαχείριση του πόνου στους παράγοντες που συνδέονται με την επαγγελματική εξέλιξη.

Ειδικότερα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν είναι:

1. Αν οι Νοσηλευτές θα διαφέρουν από τους γιατρούς ως προς τις εξεταζόμενες ερωτήσεις - μεταβλητές.
2. Αν οι άνδρες Επαγγελματίες Υγείας θα διαφέρουν από τις γυναίκες Επαγγελματίες Υγείας ως προς τις εξεταζόμενες ερωτήσεις - μεταβλητές.
3. Αν τα επίπεδα εμπιστοσύνης στις γνώσεις τους θα διαφέρουν μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών.
4. Αν οι νεότεροι σε ηλικία θα διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
5. Αν το επίπεδο εκπαίδευσης θα συσχετίζεται με τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

### **Δείγμα**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα, στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2006 έως τον Ιούλιο του 2006. Συγκεκριμένα κατά τη χρονική περίοδο του πρώτου μήνα έγινε ο σχεδιασμός της έρευνας και η αναζήτηση των προσώπων που θα αποτελούσαν το δείγμα της μελέτης.

Καθορίστηκε το δείγμα να αποτελέσουν οι νοσηλευτές και οι γιατροί που θα ανταποκρίνονταν στις προϋποθέσεις της μελέτης κι αυτό θα επιβεβαιωνόταν κατά την πρώτη συνάντηση ερευνητή και Επαγγελματία Υγείας, που σκοπός θα ήταν η ενημέρωση για την μελέτη αλλά και η επιθυμία-συνεργασία για την συμμετοχή του νοσηλευτή. Ως κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκαν τα κάτωθι:

1. Ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, γεγονός που θα συνεπάγονταν σημαντική δυσκολία στην κατανόηση του κειμένου αλλά και διαφορετική πολιτισμική κουλτούρα.
2. Ανεπαρκής επιστημονική κατάρτιση στην Νοσηλευτική και την Νοσηλευτική φροντίδα, όπως θα αποδεικνύονταν από τους σχετικούς τίτλους σπουδών και ειδίκευσης.
3. Να μην εργάζονται με την ιδιότητα του νοσηλευτή σε Νοσοκομειακή κλινική της Ελλάδας κατά το έτος 2006.

Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα λαμβάνονταν από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον μεταπτυχιακό φοιτητή - ερευνητή.

Τελικά, ο αριθμός των Νοσηλευτών και γιατρών που πληρούσαν τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις και δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα και συμπλήρωσε με επιτυχία τα ερωτηματολόγια ήταν 422 άτομα.

### ***Ερευνητικά εργαλεία***

Για την καταγραφή των *κοινωνικο-δημογραφικών* χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση.

Για τη μελέτη των παραγόντων που ενδιαφέρουν την παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της M. McCaffery και B.R. Ferrel για τις γνώσεις και τις τοποθετήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου στη συνοπτική του μορφή (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain - short form).

Η Margo McCaffery και η συνεργάτιδα της Betty R. Ferrell μετά από σειρά ερευνών, αφού έκριναν αναγκαία τη δημιουργία ενός εργαλείου με το οποίο θα καταγράφονταν οι γνώσεις αλλά και οι στάσεις που υιοθετούν οι νοσηλευτές σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, παρουσίασαν το 1987 το Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain.

Όσον αφορά τα ζητήματα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί εδώ και αρκετά χρόνια και η ισχύς του έχει καθιερωθεί από τους εμπειρογνώμονες του πόνου. Το περιεχόμενο του εργαλείου προέρχεται από τα τρέχοντα πρότυπα της διαχείρισης πόνου όπως η Αμερικανική Κοινωνία του πόνου, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η αντιπροσωπεία για την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης και Έρευνας. Η εγκυρότητα του έχει καθιερωθεί με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτών με διαφορετικά επίπεδα εμπειρίας

όπως οι σπουδαστές, νέοι πτυχιούχοι, νοσηλευτές ογκολογίας, πτυχιούχοι σπουδαστές, και ανώτεροι εμπειρογνώμονες πόνου. Φαίνεται δε μια διακριτή διαφορά που έχει να κάνει με την διαφορετική κλινική εμπειρία του καθενός.

Η δοκιμή-επανελέγχος της αξιοπιστίας αποδεικνύεται ( $r > .80$ ) με τα επαναλαμβανόμενα τεστ σε μια ομάδα νοσηλευτών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ( $N = 60$ ). Η αξιοπιστία της εσωτερικής σταθερότητας αποδεικνύεται ( $\alpha > .70$ ) με θέματα που αφορούν εξίσου και τον τομέα των γνώσεων και τον τομέα των στάσεων-τοποθετήσεων (McCaffery M., Ferrell B.R., 1995).

Το εργαλείο αυτό αποτελούνταν από 37 ερωτήσεις οι οποίες ήταν οργανωμένες ως εξής: 22 ερωτήσεις σωστού-λάθους που αφορούσαν γενικά τον πόνο, 13 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που αφορούσαν κυρίως τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου και τέλος 2 μελέτες περίπτωσης στις οποίες ο νοσηλευτής καλούνταν να απαντήσει τι θα έκανε εάν τις αντιμετώπιζε στην καθημερινή κλινική πράξη.

Το εργαλείο για την καταγραφή των στάσεων και των γνώσεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες (Tse M.M., - Chan B.S., 2004 - Van Hulle Vincent C., 2005).

Το εργαλείο αυτό μεταφράστηκε στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε από την κα Ε. Πατηράκη. Χρησιμοποιήθηκε σε Έλληνες Νοσηλευτές που εργαζόταν σε ογκολογικά τμήματα (Tafas και συν., 2002, Πατηράκη και συν., 2005).

Τον Ιανουάριο του 2002 η Margo McCaffery μέσα από τις σελίδες του περιοδικού Nursing 2002 παρουσιάζει την αναθεωρημένη μορφή του ερωτηματολογίου που προαναφέρθηκε και ζητά από τους νοσηλευτές - αναγνώστες του περιοδικού να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο έως την 28<sup>η</sup> Φεβρουαρίου και να αποστείλουν τις απαντήσεις στο περιοδικό (M. McCaffery, 2002).

Η νέα μορφή του ερωτηματολογίου έχει 24 ερωτήσεις. Οι 12 πρώτες ερωτήσεις σχετίζονται με γενικές γνώσεις των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου. Στη συνέχεια δίνονται πληροφορίες που αφορούν τον εθισμό και την εξάρτηση και ζητείται από τους νοσηλευτές να απαντήσουν στις επόμενες 3 ερωτήσεις. Στην 16<sup>η</sup> ερώτηση τους ζητάτε να σημειώσουν σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5 πόσο σίγουροι είναι ότι έχουν απαντήσει σωστά. Οι επόμενες 8 ερωτήσεις αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία όσο και στοιχεία που έχουν να κάνουν με το επίπεδο εκπαίδευσης και το χώρο εργασίας. Ενδιαφέρον αποτελεί η τελευταία ερώτηση στην οποία οι ερωτηθέντες καλούνται να σημειώσουν οποιαδήποτε παρατήρηση ή σχόλιο έχουν να κάνουν για τη διαχείριση του πόνου (M. McCaffery., 2002).

Τον Οκτώβριο του ίδιου έτους, η M. McCaffery (2002) παρουσιάζει στο περιοδικό Nursing τα αποτελέσματα της έρευνάς της. 3282 νοσηλευτές απάντησαν κατευθείαν στο περιοδικό ενώ περίπου και 1000 άτομα επέλεξαν το διαδίκτυο.

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν όπως τονίζει και η ίδια, η McCaffery, να δοθεί στους νοσηλευτές ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης των γνώσεων τους γύρω από την διαχείριση του πόνου καθώς επίσης και να παρασχεθούν στους εκπαιδευτικούς οι απαραίτητες πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να θέσουν καθορισμένες προτεραιότητες στην εκπαίδευση των νοσηλευτών (M. McCaffery, 2002). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε αρκετές μελέτες (S. Coulling, 2005).

### **Διαδικασία**

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ του Επιστημονικά Υπεύθυνου της εργασίας και της μεταπτυχιακής φοιτήτριας - ερευνήτριας, προκειμένου να οριστούν τα κριτήρια εισόδου των εξεταζόμενων στην παρούσα έρευνα.

Κατόπιν η μεταπτυχιακή φοιτήτρια αναλάμβανε να ενημερώσει τους Επαγγελματίες Υγείας για την τρέχουσα ερευνητική μελέτη, καθώς και να έρθει σε επαφή μαζί τους. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης ή τηλεφωνικής επικοινωνίας, η ερευνήτρια προέβαινε στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των Επαγγελματιών Υγείας να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ο απώτερος στόχος αυτής της πρώτης επικοινωνίας, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 20 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση που ο Επαγγελματίας Υγείας (νοσηλευτής και γιατρός) δέχονταν να λάβει μέρος στην έρευνα, αναλάμβανε ο ίδιος να ορίσει την συνάντηση με τον ερευνητή για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Κατά τη διάρκεια συνάντησης, η ερευνήτρια, δίνοντάς τα ερωτηματολόγια, παρείχε σαφείς εξηγήσεις για το σύνολο της διαδικασίας. Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, γινόταν η διαδικασία αξιολόγησης των ερωτηματολογίων και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα της κάθε απάντησης ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

### **Στοιχεία Δεοντολογίας**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και θα διαφυλαχθεί η ασφάλεια του σχετικού υλικού.

2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
4. Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίστηκε στο ελάχιστο.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

### **Στατιστική Επεξεργασία**

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S.(S.P.S.S Base 13.0 , 2005)

Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και των απαντήσεων των ερωτήσεων του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) και ιστογράμματα του ποσοστού των Επαγγελματιών Υγείας ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε ερώτηση.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών (δηλ. απαντήσεις Γυναικών και Ανδρών, Νοσηλευτών και Γιατρών), που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, μια και οι σταθερές αποκλίσεις των δύο τούτων κατανομών δεν ήταν εξαιρετικώς άνισες (καμία σταθερή απόκλιση της μιας κατανομής δεν ήταν διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) και επίσης καμία από τις δύο συγκρινόμενες κατανομές δεν ήταν σαφώς ασύμμετρη. Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ , το Fisher's Exact Test και το Likelihood Ratio (LR). Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε:

- το  $\chi^2$  του Pearson<sup>1</sup> για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν ήταν <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν >24.
- το  $\chi^2$  του Pearson<sup>2</sup> για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν >10.(Παπαιωάννου Τ. και συν., 2000)

- το  $\chi^2$  του Yates<sup>2</sup> για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης Ι. Π.Α., 2000)
- Στις περιπτώσεις που δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ακριβούς δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Likelihood Ratio.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).



## 2. Αποτελέσματα της μελέτης

### Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1,2 και 3.

Οι άνδρες Επαγγελματίες Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 152 (ποσοστό 36,0%) ενώ οι γυναίκες ήταν 270 (ποσοστό 64,0%), δηλαδή στο σύνολο 422 άνδρες και γυναίκες Επαγγελματίες Υγείας.

Η μέση ηλικία των Επαγγελματιών Υγείας του δείγματος ήταν  $32,98 \pm 7,89$ , με εύρος 21-62. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν  $33,23 \pm 8,08$ , με εύρος 22-62, και δεν ήταν στατιστικά σημαντική η διαφορά με τη μέση ηλικία των γυναικών που ήταν  $32,83 \pm 7,80$ , με εύρος 21-60.

#### Πίνακας 1

Κατανομή, 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006 κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

#### Ηλικία

Ελαχίστη - μέγιστη	22-62	21-60	21-62	
20-29 ετών	49 (32,2)	99 (36,7)	148 (35,1)	
30-39 ετών	72 (47,4)	118 (43,9)	190 (45,0)	
40-49 ετών	25 (16,4)	50 (18,6)	75 (17,8)	
50-59 ετών	5 (3,3)	1 (0,4)	6 (1,5)	
60-69 ετών	1 (0,7)	1 (0,4)	2 (0,6)	
≤35 ετών	96 (63,2)	150 (55,8)	246 (58,4)	$\chi^2_p=2,187$
>35 ετών	56 (36,8)	119 (44,2)	175 (41,6)	$P=0,139$
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$33,23 \pm 8,08$	$32,83 \pm 7,80$	$32,98 \pm 7,89$	$t= 0,496$ $P= 0,620$

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson,  $t=T$ -Test.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα ποσοστά τόσο στους έγγαμους όσο και στους άγαμους μοιράστηκαν σχεδόν ισόποσα (44,1% και 52,6%). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όταν αυτοί συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test ( $P=0,055$ ).

**Πίνακας 2** Κατανομή, 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006 κατά οικογενειακή κατάσταση.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος	92 (60,5)	130 (48,1)	222 (52,6)	Fisher's Exact Test =6,728 P= 0,055
Έγγαμος	55 (36,2)	131 (48,5)	186 (44,1)	
Διαζευγμένος	4 (2,6)	8 (3,0)	12 (2,8)	
Χήρος	1 (0,7)	1 (0,4)	2 (0,5)	

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Επίσης, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς τον τόπο διαμονή τους. Όπως διακρίνεται χαρακτηριστικά και από την κατανομή του πίνακα 3. Ως προς τον τόπο της διαμονής τους όταν οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,016$ ). Αλλά με την σύμπτυξη της κατανομής σε δύο μεγάλες ομάδες, η πρώτη που περιελάμβανε τους διαμένοντες σε αστικά κέντρα και η δεύτερη όσους διαμένουν σε μη αστικά κέντρα, δε παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όταν συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,905$ ). Οι 3 στους 4 περίπου τόσο από τους άνδρες Επαγγελματίες Υγείας όσο και από τις γυναίκες του δείγματος κατοικούν σε αστικό κέντρο.

**Πίνακας 3** Κατανομή και σύγκριση του τόπου διαμονής, 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	
<b>Διαμονή</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	28 (18,4)	51 (18,9)	79 (18,7)	Fisher's Exact Test=8,158 P= 0,016
Πόλη<150.000	95 (62,5)	135 (50,0)	230 (54,5)	
Πόλη>150.000	29 (19,1)	84 (31,1)	113 (26,8)	
Αστικά Κέντρα	124 (81,6)	219 (81,1)	343 (81,3)	$\chi^2_p = 0,013$ P= 0,905
Μη Αστικά Κέντρα	28 (18,4)	51 (18,9)	79 (18,7)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### Μορφωτικό προφίλ του δείγματος

Το μορφωτικό προφίλ των Επαγγελματιών Υγείας και των δύο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Πάρα πολύ σημαντικότητας στατιστική διαφορά ( $P=0,000$ ) παρατηρήθηκε όσον αφορά τις βασικές σπουδές των δύο ομάδων, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όταν αυτές συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson για την κατοχή τίτλου master ( $P=0,312$ ) και διδακτορικού όταν συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  διορθωμένο κατά Yates ( $P=0,347$ ). Ο 1 στους 3 Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος κατέχει κάποιο τίτλο master, συγκεκριμένα το 27,4 % των γυναικών και το 37,2% των ανδρών, και ο 1 στους 5 τίτλο διδακτορικού, ποσοστό 17,7% για τις γυναίκες και 27,9% για τους άνδρες.

**Πίνακας 4** Κατανομή και σύγκριση του μορφωτικού προφίλ των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, τίτλο master και διδακτορικού.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

#### Επίπεδο εκπαίδευσης

ΑΕΙ	107 (70,4)	49 (18,1)	156 (37,0)	Fisher's Exact Test =119,310 P= 0,000
Τ.Ε.Ι.	21 (13,8)	142 (52,6)	163 (38,6)	
Απόφοιτος Δ.Ε.	24 (15,8)	79 (29,3)	103 (24,4)	

#### Τίτλος Master

ΝΑΙ	3 (2,0)	1 (0,4)	4 (0,9)
ΟΧΙ	149 (98,0)	269 (99,6)	418 (99,1)

#### Τίτλος Διδακτορικού

ΝΑΙ	18 (11,8)	2 (0,7)	20 (4,7)
ΟΧΙ	134 (88,2)	268 (99,3)	402 (95,3)

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson,  $\chi^2_y = \chi^2$  του Yates, Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### Επαγγελματικό προφίλ του δείγματος

Το επαγγελματικό προφίλ και των δύο ομάδων, όπως αυτό διακρίνεται από την επαγγελματική τους κατάσταση, τη θέση τους στον εργασιακό χώρο, το είδος της εργασίας και τα έτη εμπειρίας τους στον χώρο της υγείας, παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 13.

Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση με το Fisher's Exact Test και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,179$ ). Αλλά και με την σύμπτυξη της κατανομής σε τρεις ομάδες (προσθέτοντας τον ελεύθερο επαγγελματία στους εργαζομένους στον ιδιωτικό τομέα) δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όταν συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,241$ ).

**Πίνακας 5** Επαγγελματική κατάσταση, θέση στην εργασία, Είδος εργασία και έτη εμπειρίας των 422 επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006.

	Ανδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100,0)	
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Ειδικεύομενος ιατρός	51 (34,0)	23 (8,6)	74 (17,7)	LR=96,961 P= 0,000
Ιατρός - Επιμελητής Α'	13 (8,7)	1 (0,4)	14 (3,3)	
Ιατρός - Επιμελητής Β'	9 (6,0)	4 (1,5)	13 (3,2)	
Κλινικός Νοσηλευτής	16 (10,7)	80 (29,9)	96 (23,0)	
Υπεύθυνος Νοσηλευτής	1 (0,7)	5 (1,9)	6 (1,4)	
Προϊστάμενος Νοσηλευτής	0 (0,0)	5 (1,9)	5 (1,2)	
Βοηθός Νοσηλευτή	24 (16,0)	80 (29,9)	104 (24,8)	
Καθηγητής Νοσηλευτικής	0 (0,0)	5 (1,9)	5 (1,2)	
Φοιτητής	35 (23,3)	65 (24,3)	100 (24,0)	
Υποψήφιος Διδάκτορας	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,2)	
<b>Κλινική Εργασία</b>				
Παθολογική	40 (27,0)	88 (34,2)	128 (31,6)	LR=26,326 P= 0,006
Χειρουργική	68 (45,9)	76 (29,6)	144 (35,6)	
Ογκολογική	11 (7,4)	12 (4,7)	23 (5,7)	
Αποκατάσταση	0 (0,0)	3 (1,2)	3 (0,7)	
Ορθοπαιδική	12 (8,1)	15 (5,8)	27 (6,7)	
Αναισθησιολογικό	2 (1,4)	5 (1,9)	7 (1,7)	
Παιδιατρική	2 (1,4)	7 (2,7)	9 (2,2)	
Αιματολογική	2 (1,4)	4 (1,6)	6 (1,5)	
Ε.Ι - Τ.Ε.Π.	6 (4,1)	26 (10,1)	32 (7,9)	
Βοήθεια στο Σπίτι	1 (0,7)	7 (2,7)	8 (2,0)	
Μ.Ε.Θ.	3 (2,0)	14 (5,4)	17 (4,2)	
Ψυχιατρική	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,2)	
<b>Νοσοκομείο Εργασίας</b>				
Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων	101 (66,9)	167 (62,3)	268 (64,0)	Fisher's Exact Test =10,523 P= 0,271
Νοσ. Χατζηκώστα	35 (23,2)	60 (22,4)	95 (22,7)	
Νοσ. Μακεδονίας	0 (0,0)	3 (1,1)	3 (0,7)	
ΚΑΠΗ Ιωαννίνων	1 (0,7)	7 (2,6)	8 (1,9)	
Κέντρα Υγείας	7 (4,6)	10 (3,7)	17 (4,1)	
Νοσ. Αττικής	2 (1,3)	7 (2,6)	9 (2,1)	
Νοσ. Ηπείρου	5 (3,3)	4 (1,5)	9 (2,1)	
Νοσ. Πελοποννήσου	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
Νοσ. Λάρισας	0 (0,0)	4 (1,5)	4 (1,0)	
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου	0 (0,0)	5 (1,9)	5 (1,2)	
<b>Περιοχή Εργασίας</b>				
Αστική Περιοχή	128 (84,2)	219 (81,1)	347 (82,2)	Fisher's Exact Test =2,412 P= 0,512
Προάστιο	5 (3,3)	5 (1,9)	10 (2,4)	
Μικρή Πόλη	16 (10,5)	40 (14,8)	56 (13,3)	
Αγροτική Περιοχή	3 (2,0)	6 (2,2)	9 (2,1)	
<b>Έτη Εμπειρίας στο Χώρο της Υγείας</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	0-26	0-25	<1 - >15	
< 1	51 (33,6)	76 (28,1)	127 (30,1)	Fisher's Exact Test =19,340 P= 0,001
1 - 5	33 (21,7)	45 (16,7)	78 (18,5)	
6 - 10	32 (21,1)	32 (11,9)	64 (15,2)	
11 - 15	10 (6,6)	44 (16,3)	54 (12,8)	
> 15	26 (17,1)	73 (27,0)	99 (23,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,52 ± 1,45	2,97 ± 1,60	2,81 ± 1,56	t= -2,903 P= 0,004

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test, Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S., LR=Likelihood Ratio, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Ποσοστό 19,1% του συνολικού δείγματος είναι άνεργοι (οι άνδρες σε ποσοστό 25,6% και οι γυναίκες σε 13,7%), συγκεκριμένα ο 1 στους 4 άνδρες είναι άνεργος. Ως προς τη θέση που έχουν στο εργασιακό περιβάλλον οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,107$ ). Το 52,2% του δείγματος έχουν ηγετικό ρόλο και κατέχουν θέση ευθύνης στο εργασιακό τους περιβάλλον (12,7% Διευθυντές, 12,7% Προϊστάμενοι και 26,8% υπεύθυνοι).

Ως προς το είδος της εργασίας οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,422$ ). Ένα μεγάλο ποσοστό (38,2%) του δείγματος είναι εκπαιδευτικοί στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Η μέση τιμή της εμπειρίας των Επαγγελματιών Υγείας του δείγματος ήταν  $7,71 \pm 7,84$ , με εύρος 0-26. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή της εμπειρίας των ανδρών του δείγματος ήταν  $8,90 \pm 8,49$ , με εύρος 0-26, και ήταν στατιστικά μη σημαντικότητας η διαφορά ( $P=0,211$ ) με τη μέση τιμή της εμπειρίας των γυναικών που ήταν  $6,80 \pm 7,25$ , με εύρος 0-25.

### **Ζωτικά σημεία και ισχυρός πόνος**

Στον πίνακα 6, παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης: «*Εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο;*» καθώς και τα αποτελέσματα των συγκρίσεων και διαφορών μεταξύ των ανδρών και γυναικών Επαγγελματιών Υγείας.

Συγκεκριμένα, ως προς τις απαντήσεις τους περί ζωτικών σημείων και ισχυρού πόνου οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το με το  $\chi^2$  του Pearson και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,988$ ). Μόνο 64 επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 15,2%) έδωσαν τη σωστή απάντηση.

**Πίνακας 6** Κατανομή και σύγκριση των απαντήσεων των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, ως προς την απάντησή τους περί ζωτικών σημείων και ισχυρού πόνου.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο:**

Σωστό	129 (84,9)	229 (84,8)	358 (84,8)	$\chi^2_p=0,000$
Λάθος	23 (15,1)	41 (15,2)	64 (15,2)	$P=0,988$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Εκτίμηση της έντασης του πόνου**

Τα αποτελέσματα, στην ερώτηση «η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 7.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το  $\chi^2$  του Pearson ως προς την συγκεκριμένη ερώτηση δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,353$ ). Ποσοστό 64,2% του συνολικού δείγματος έδωσαν τη σωστή απάντηση.

**Πίνακας 7** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων για την εκτίμηση της έντασης του πόνου.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή:**

Σωστό	50 (32,9)	101 (37,4)	151 (35,8)	$\chi^2_p = 0,862$
Λάθος	102 (67,1)	169 (62,6)	271 (64,2)	$P=0,353$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Επίδραση του πόνου στον ύπνο**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά τον μέτριο ή έντονο πόνο;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 8.

Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,134$ ). Ένα ποσοστό κοντά στο 40% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 67 άνδρες (ποσοστό 44,1%) και 99 γυναίκες (ποσοστό 36,7%).

**Πίνακας 8** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την επίδραση του πόνου στον ύπνο.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά το μέτριο ή έντονο πόνο:**

Σωστό	67 (44,1)	99 (36,7)	166 (39,3)	$\chi^2_p = 2,239$
Λάθος	85 (55,9)	171 (63,3)	256 (60,7)	$P=0,134$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### Μεπεριδίνη και παρατεταμένος πόνος

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο;*» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 9.

Από το σύνολο του δείγματος 192 άτομα (ποσοστό 45,5%) έδωσαν τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 81 άνδρες (ποσοστό 53,3 %) και 111 γυναίκες (ποσοστό 41,1%). Οι 6 στις 10 γυναίκες και οι 5 στους 10 περίπου άνδρες έδωσαν λάθος απάντηση. Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το  $\chi^2$  του Pearson έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,152$ ).

**Πίνακας 9** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την επίδραση της μεπεριδίνης στον παρατεταμένο πόνο.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο:**

Σωστό	71 (46,7)	159 (58,9)	230 (54,5)	$\chi^2_p = 5,817$
Λάθος	81 (53,3)	111 (41,1)	192 (45,5)	$P=0,016$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Χρόνιος πόνος και χορήγηση αναλγητικών

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n. (όταν τα χρειάζεται) παρά 24 ώρες το 24ωρο;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 10.

Από το σύνολο του δείγματος 196 άτομα (ποσοστό 46,4%) έδωσαν τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 82 άνδρες (ποσοστό 53,9 %) και 114 γυναίκες (ποσοστό 42,2%). Περίπου οι μισοί, δηλαδή έδωσαν τη σωστή απάντηση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το  $\chi^2$  του Pearson έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,020$ ).

**Πίνακας 10** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τον χρόνιο πόνο και την χορήγηση των αναλγητικών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n. (όταν τα χρειάζεται) παρά 24 ώρες το 24ωρο.**

Σωστό	70 (46,1)	156 (57,8)	226 (53,6)	$\chi^2_p = 5,375$
Λάθος	82 (53,9)	114 (42,2)	196 (46,4)	$P=0,020$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Απόσπαση από τον πόνο και υψηλή ένταση πόνου

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 11. Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 32,9% του συνόλου του δείγματος απάντησε σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση, δίχως να παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,380$ ).



**Πίνακας 11** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την απόσπαση του πόνου και τη σχέση της με την ένταση του πόνου.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει:**

Σωστό	106 (69,7)	177 (65,6)	283 (67,1)	$\chi^2_p = 0,770$
Λάθος	46 (30,3)	93 (34,4)	139 (32,9)	$P = 0,380$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### Υπομονή και πόνος

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 12.

Ένα ποσοστό της τάξης του 52,1% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 87 άνδρες (ποσοστό 57,2%) και 133 γυναίκες (ποσοστό 49,3%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,115$ ).

**Πίνακας 12** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την υπομονή και τον πόνο.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης:**

Σωστό	65 (42,8)	137 (50,7)	202 (47,9)	$\chi^2_p = 2,480$
Λάθος	87 (57,2)	133 (49,3)	220 (52,1)	$P = 0,115$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### Αναπνευστική καταστολή και οπιούχα αναλγητικά

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές /λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μία ή περισσότερες δόσεις ενός

οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 13.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 37,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 57 άνδρες (ποσοστό 37,5%) και 99 γυναίκες (ποσοστό 36,7%) και στη σύγκρισή τους οι δύο ομάδες με το  $\chi^2$  του Pearson δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,865$ ).

**Πίνακας 13** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την αναπνευστική ύφεση και τα οπιούχα αναλγητικά.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές /λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μία ή περισσότερες δόσεις ενός οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου:**

Σωστό	95 (62,5)	171 (63,3)	266 (63,0)	$\chi^2_p = 0,029$
Λάθος	57 (37,5)	99 (36,7)	156 (37,0)	$P = 0,865$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Lonalgal vs μεπεριδίνη**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 14.

Ένα ποσοστό της τάξης του 42,2% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 71 άνδρες (ποσοστό 46,7%) και 107 γυναίκες (ποσοστό 39,6%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,157$ ).

**Πίνακας 14** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη γνώση τους για το Lonalgal και την μεπεριδίνη.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im.**

Σωστό	81 (53,3)	163 (60,4)	244 (57,8)	$\chi^2_p = 1,999$
Λάθος	71 (46,7)	107 (39,6)	178 (42,2)	$P = 0,157$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Placebo και πόνος

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 15.

Ένα ποσοστό της τάξης του 40,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 72 άνδρες (ποσοστό 47,4%) και 97 γυναίκες (ποσοστό 35,9%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,021$ ).

**Πίνακας 15** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για τα φάρμακα placebo και την επίδρασή τους στον πόνο

	Ανδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός:**

Σωστό	80 (52,6)	173 (64,1)	253 (60,0)	$\chi^2_p = 5,303$
Λάθος	72 (47,4)	97 (35,9)	169 (40,0)	$P = 0,021$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Δόσεις οπιούχων και ανακούφιση πόνου

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο;» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 16.

Ένα ποσοστό της τάξης του 35,3% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 44 άνδρες (ποσοστό 28,9%) και 105 γυναίκες (ποσοστό 38,9%) και κατά τη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,040$ ).

**Πίνακας 16** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για τις δόσεις των οπιούχων και την ανακούφιση από τον πόνο.

	Ανδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο:**

Σωστό	108 (71,1)	165 (61,1)	273 (64,7)	$\chi^2_p = 4,208$
Λάθος	44 (28,9)	105 (38,9)	149 (35,3)	$P = 0,040$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## **Η συνδυαστική δράση της προμεθαζίνης και των οπιούχων**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 17.

Ένα ποσοστό της τάξης του 31,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 44 άνδρες (ποσοστό 28,9%) και 87 γυναίκες (ποσοστό 32,2%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,485$ ).

**Πίνακας 17** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για την συνδυαστική δράση της προμεθαζίνης και των οπιούχων.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	152 (36,0)	270 (64,0)	422 (100,0)	

**Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων:**

Σωστό	108 (71,1)	183 (67,8)	291 (69,0)	$\chi^2_p=0,487$
Λάθος	44 (28,9)	87 (32,2)	131 (31,0)	$P= 0,485$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## **Εθισμός στη χορήγηση οπιούχων για 1-3 ημέρες**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1-3 ημέρες;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 18.

Ένα ποσοστό της τάξης του 59,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 98 άνδρες (ποσοστό 64,5%) και 151 γυναίκες (ποσοστό 55,9%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,449$ ).

**Πίνακας 18** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων για 1-3 ημέρες.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100,0)	

**Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1-3 ημέρες:**

Λιγότερο από 1%	98 (64,5)	151 (55,9)	249 (59,0)	Fisher's Exact Test=5,770 P=0,309
Λιγότερο από 5%	31 (20,4)	64 (23,7)	95 (22,5)	
Λιγότερο από 25%	15 (9,9)	27 (10,0)	42 (10,0)	
Λιγότερο από 50%	6 (3,9)	14 (5,2)	20 (4,7)	
Λιγότερο από 75%	2 (1,3)	13 (4,8)	15 (3,6)	
Λιγότερο από 100%	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Εθισμός στη χορήγηση οπιούχων για 3-6 μήνες**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 3-6 μήνες;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 19.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 14,5% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 21 άνδρες (ποσοστό 13,8%) και 40 γυναίκες (ποσοστό 14,8%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,449).

**Πίνακας 19** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων για 3-6 μήνες.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100,0)	

**Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 3-6 μήνες:**

Λιγότερο από 1%	21 (13,8)	40 (14,8)	61 (14,5)	Fisher's Exact Test=3,054 P=0,696
Λιγότερο από 5%	59 (38,8)	84 (31,1)	143 (33,9)	
Λιγότερο από 25%	36 (23,7)	78 (28,9)	114 (27,0)	
Λιγότερο από 50%	18 (11,8)	37 (13,7)	55 (13,0)	
Λιγότερο από 75%	11 (7,2)	18 (6,7)	29 (6,9)	
Λιγότερο από 100%	7 (4,6)	13 (4,8)	20 (4,7)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

## **Εθισμός των ασθενών στη χορήγηση οπιούχων**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1ημέρα έως 6 μήνες;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 20.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 19,2% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 34 άνδρες (ποσοστό 22,4%) και 47 γυναίκες (ποσοστό 17,4%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,449).

**Πίνακας 20** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100,0)	

### **Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1ημέρα – 6 μήνες:**

Λιγότερο από 1%	34 (22,4)	47 (17,4)	81 (19,2)	Fisher's Exact Test=6,429 P=0,264
Λιγότερο από 5%	46 (30,3)	71 (26,3)	117 (27,7)	
Λιγότερο από 25%	41 (27,0)	81 (30,0)	122 (28,9)	
Λιγότερο από 50%	27 (17,8)	50 (18,5)	77 (18,2)	
Λιγότερο από 75%	2 (1,3)	13 (4,8)	15 (3,6)	
Λιγότερο από 100%	2 (1,3)	8 (3,0)	10 (2,4)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

## **Βαθμός βεβαιότητας για την ορθότητα των απαντήσεων**

Τα αποτελέσματα, ως προς το βαθμό βεβαιότητας που αισθάνονται οι Επαγγελματίες Υγείας για την ορθότητα των απαντήσεών τους, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 21.

Ένα ποσοστό της τάξης του 2,6% του συνόλου του δείγματος δεν απάντησε στην ερώτηση. 21 Επαγγελματίες (ποσοστό 5,1%) αισθάνονται πάρα πολύ μεγάλη ανασφάλεια για τις απαντήσεις που έδωσαν. Μόνο 32 Επαγγελματίες (ποσοστό 7,85 %) αισθάνονται υψηλά επίπεδα βεβαιότητας για τις απαντήσεις τους. Ως προς την αναπαράσταση για το βαθμό βεβαιότητας οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's

Exact Test και από τη σύγκριση παρατηρήθηκαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,055$ ).

**Πίνακας 21** Απαντήσεις των 422 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την βεβαιότητά τους για το πόσο σωστά απάντησαν.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100,0)	

**Σε μια κλίμακα 1 (μη βέβαιος) σε 5 (πολύ βέβαιος), πόσο βέβαιοι είστε ότι απαντήσατε στις περισσότερες ερωτήσεις σωστά:**

Βαθμός βεβαιότητας 1	8 (5,3)	13 (5,0)	21 (5,1)	Fisher's Exact Test=0,195 P=0,055
Βαθμός βεβαιότητας 2	26 (17,3)	69 (26,4)	95 (23,1)	
Βαθμός βεβαιότητας 3	63 (42,0)	119 (45,6)	182 (44,3)	
Βαθμός βεβαιότητας 4	39 (26,0)	42 (16,1)	81 (19,7)	
Βαθμός βεβαιότητας 5	14 (9,3)	18 (6,9)	32 (7,8)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### 3. Αποτελέσματα της μελέτης στη σύγκριση του δείγματος ανά επαγγελματική κατάσταση (Γιατροί και Νοσηλεύτές)

#### Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων (Νοσηλευτών και Γιατρών) παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 23, 24, 25, 26 και 27.

Οι Νοσηλεύτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 267 (ποσοστό 63,3%) ενώ οι Γιατροί ήταν 155 (ποσοστό 36,7%), δηλαδή στο σύνολο 422 Επαγγελματίες Υγείας.

Η μέση ηλικία των Επαγγελματιών Υγείας του δείγματος ήταν  $32,98 \pm 7,89$ , με εύρος 21-62. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των Νοσηλευτών του δείγματος ήταν  $33,75 \pm 7,72$ , με εύρος 22-62, και ήταν στατιστικά πολύ σημαντική η διαφορά με τη μέση ηλικία των Γιατρών που ήταν  $31,64 \pm 8,03$ , με εύρος 21-60.

**Πίνακας 23** Κατανομή, 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006 κατά ηλικία.

	Νοσηλεύτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	22-62	21-60	21-62	
20-29 ετών	85 (31,8)	63 (40,6)	148 (35,1)	
30-39 ετών	123 (46,1)	67 (43,2)	190 (45,0)	
40-49 ετών	56 (20,9)	19 (12,2)	75 (17,8)	
50-59 ετών	2 (0,8)	4 (2,4)	6 (1,5)	
60-69 ετών	1 (0,4)	1 (0,6)	2 (0,6)	
≤35 ετών	132 (49,4)	114 (74,0)	246 (58,4)	LR=25,074
>35 ετών	135 (50,6)	40 (26,0)	175 (41,6)	P=0,000
Μέση τιμή (x ± SD)	33,75 ± 7,72	31,64 ± 8,03	32,98 ± 7,89	t= 2,652 P= 0,008
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	46 (17,2)	106 (68,4)	152 (36,0)	LR=112,795
Γυναίκα	221 (82,8)	49 (31,6)	270 (64,0)	P=0,000

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), LR=Likelihood Ratio, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S. t=T-Test.

Όσον αφορά το φύλο τους, το ποσοστό στις γυναίκες του δείγματος (64,0%) ήταν σχεδόν διπλάσιο από αυτό των ανδρών (36,0%), συγκεκριμένα



οι γυναίκες ήταν 221 Νοσηλεύτριες (ποσοστό 82,8) και 49 Γιατρίνες (ποσοστό 31,6%). Ως προς την φύλο δε, παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όταν αυτοί συγκρίθηκαν με το Likelihood Ratio (P=0,000).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα ποσοστά τόσο στους έγγαμους όσο και στους άγαμους μοιράστηκαν σχεδόν ισόποσα (44,1% και 52,6%). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όταν αυτές συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test (P=0,000).

**Πίνακας 24** Κατανομή, 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006 κατά οικογενειακή κατάσταση.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος	112 (41,9)	110 (71,0)	222 (52,6)	Fisher's Exact Test =34,578 P= 0,000
Έγγαμος	144 (53,9)	42 (27,1)	186 (44,1)	
Διαζευγμένος	10 (3,7)	2 (1,3)	12 (2,8)	
Χήρος	1 (0,5)	1 (0,6)	2 (0,5)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Επίσης, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς τον τόπο διαμονή τους. Όπως διακρίνεται χαρακτηριστικά και από την κατανομή του πίνακα 25. Ως προς τον τόπο της διαμονής τους όταν οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,000). Αλλά και με την σύμπτυξη της κατανομής σε δύο μεγάλες ομάδες, η πρώτη που περιελάμβανε τους διαμένοντες σε αστικά κέντρα και η δεύτερη όσους διαμένουν σε μη αστικά κέντρα, παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά όταν συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson (P=0,000).

**Πίνακας 25** Κατανομή και σύγκριση του τόπου διαμονής, 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Διαμονή</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	63 (23,6)	16 (10,3)	79 (18,7)	Fisher's Exact Test=34,094 P= 0,000
Πόλη<150.000	117 (43,8)	113 (72,9)	230 (54,5)	
Πόλη>150.000	87 (32,6)	26 (16,8)	113 (26,8)	
Αστικά Κέντρα	204 (76,4)	139 (89,7)	343 (81,3)	$\chi^2_p = 11,354$ P= 0,000
Μη Αστικά Κέντρα	63 (23,6)	16 (10,3)	79 (18,7)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.,  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### Μορφωτικό προφίλ του δείγματος

Το μορφωτικό προφίλ των Επαγγελματιών Υγείας και των δύο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 26.

Πάρα πολύ σημαντικότητας στατιστική διαφορά (P=0,000) παρατηρήθηκε όσον αφορά τις βασικές σπουδές των δύο ομάδων. Ο 1 στους 10 περίπου Επαγγελματίες του δείγματος κατέχει κάποιο τίτλο master κι αυτοί είναι μόνο γιατροί μια και μόνο 4 γιατροί (ποσοστό 2,6% από το σύνολο των γιατρών) έχουν αποκτήσει μεταπτυχιακό δίπλωμα σπουδών. Όσο για το διδακτορικό δίπλωμα 20 άτομα απάντησαν καταφατικά (ποσοστό 4,7%) συγκεκριμένα 1 Νοσηλευτής (ποσοστό 0,4%) και 19 Γιατροί (ποσοστό 4,5%).

**Πίνακας 26** Κατανομή και σύγκριση του μορφωτικού προφίλ των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, τίτλο master και διδακτορικού.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>				
ΑΕΙ	0 (0,0)	155 (100,0)	156 (36,6)	Fisher's Exact Test =523,346 P= 0,000
Τ.Ε.Ι.	164 (61,4)	0 (0,0)	164 (39,0)	
Απόφοιτος Δ.Ε.	103 (38,6)	0 (0,0)	103 (24,4)	
<b>Τίτλος Master</b>				
ΝΑΙ	0 (0,0)	4 (2,6)	4 (0,9)	$\chi^2_Y = 4,479$ P= 0,034
ΟΧΙ	267 (100,0)	151 (97,4)	418 (99,1)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S., και  $\chi^2_Y = \chi^2$  του Yates.

### **Επαγγελματικό προφίλ του δείγματος**

Το επαγγελματικό προφίλ και των δύο ομάδων (Νοσηλευτών και Γιατρών), όπως αυτό διακρίνεται από την επαγγελματική τους κατάσταση, τη θέση τους στον εργασιακό χώρο, το είδος της εργασίας και τα έτη εμπειρίας τους στον τομέα της Υγείας, παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 27.

Ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση ποσοστό 19,1% του συνολικού δείγματος είναι άνεργοι (οι άνδρες σε ποσοστό 25,6% και οι γυναίκες σε 13,7%), συγκεκριμένα ο 1 στους 4 άνδρες είναι άνεργος.

Ως προς τη θέση που έχουν στο εργασιακό περιβάλλον οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,107$ ). Το 52,2% του δείγματος έχουν ηγετικό ρόλο και κατέχουν θέση ευθύνης στο εργασιακό τους περιβάλλον (12,7% Διευθυντές, 12,7% Προϊστάμενοι και 26,8% υπεύθυνοι).

Ως προς το είδος της εργασίας οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,422$ ). Ένα μεγάλο ποσοστό (38,2%) του δείγματος είναι εκπαιδευτικοί στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Η μέση τιμή της εμπειρίας των Επαγγελματιών Υγείας (Νοσηλευτών και Γιατρών) του δείγματος ήταν  $7,71 \pm 7,84$ , με εύρος 0-26. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή της εμπειρίας των ανδρών του δείγματος ήταν  $8,90 \pm 8,49$ , με εύρος 0-26, και ήταν στατιστικά μη σημαντικότητας η διαφορά ( $P=0,211$ ) με τη μέση τιμή της εμπειρίας των γυναικών που ήταν  $6,80 \pm 7,25$ , με εύρος 0-25.

**Πίνακας 27** Επαγγελματική κατάσταση, θέση στην εργασία, Είδος εργασίας και έτη εμπειρίας των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	266 (63,6)	152 (36,4)	422 (100,0)	

#### Επαγγελματική κατάσταση

Ειδικεύομενος ιατρός	0 (0,0)	74 (48,7)	74 (17,7)
Ιατρός - Επιμελητής Α'	0 (0,0)	14 (9,2)	14 (3,3)
Ιατρός - Επιμελητής Β'	0 (0,0)	13 (8,6)	13 (3,2)
Κλινικός Νοσηλευτής	96 (36,1)	0 (0,0)	96 (23,0)
Υπεύθυνος Νοσηλευτής	6 (2,3)	0 (0,0)	6 (1,4)
Προϊστάμενος Νοσηλευτής	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,2)
Βοηθός Νοσηλευτή	104 (39,1)	0 (0,0)	104 (24,8)
Καθηγητής Νοσηλευτικής	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,2)
Φοιτητής	50 (18,8)	50 (32,9)	100 (24,0)
Υποψήφιος Διδάκτορας	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,2)

#### Κλινική Εργασία

Παθολογική	78 (30,8)	50 (32,9)	128 (31,6)
Χειρουργική	71 (28,1)	73 (48,0)	144 (35,6)
Ορθοπαιδική	19 (7,5)	8 (5,3)	27 (6,7)
Ογκολογική	13 (5,1)	10 (6,6)	23 (5,7)
Ε.Ι - Τ.Ε.Π.	32 (12,6)	0 (0,0)	32 (7,9)
Μ.Ε.Θ.	14 (5,5)	3 (2,0)	17 (4,2)
Παιδιατρική	9 (3,6)	0 (0,0)	9 (2,2)
Αιματολογική	5 (2,0)	1 (0,7)	6 (1,5)
Αναισθησιολογικό	2 (0,8)	5 (3,3)	7 (1,7)
Αποκατάσταση	3 (1,2)	0 (0,0)	3 (0,7)
Βοήθεια στο Σπίτι	7 (2,8)	1 (0,7)	8 (2,0)
Ψυχιατρική	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,2)

#### Νοσοκομείο Εργασίας

Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων	157 (59,0)	111 (72,5)	268 (64,0)	Fisher's Exact Test = 19,623 P= 0,009
Νοσ. Χατζηκώστα	59 (22,2)	36 (23,5)	95 (22,7)	
Νοσ. Μακεδονίας	3 (1,1)	0 (0,0)	3 (0,7)	
ΚΑΠΗ Ιωαννίνων	7 (2,6)	1 (0,7)	8 (1,9)	
Κέντρα Υγείας	14 (5,3)	3 (2,0)	17 (4,1)	
Νοσ. Αττικής	7 (2,6)	2 (1,3)	9 (2,1)	
Νοσ. Ηπείρου	9 (3,4)	0 (0,0)	9 (2,1)	
Νοσ. Πελοποννήσου	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,2)	
Νοσ. Λάρισας	4 (1,5)	0 (0,0)	4 (1,0)	
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου	5 (1,9)	5 (0,0)	5 (1,2)	

#### Περιοχή Εργασίας

Αστική Περιοχή	208 (77,9)	139 (89,7)	347 (82,2)	Fisher's Exact Test = 9,529
Προάστιο	8 (3,0)	2 (1,3)	10 (2,4)	
Μικρή Πόλη	43 (16,1)	13 (8,4)	56 (13,3)	P= 0,019
Αγροτική Περιοχή	8 (3,0)	1 (0,6)	9 (2,1)	

#### Έτη Εμπειρίας στο Χώρο της Υγείας

Ελαχίστη - μέγιστη	0-26	0-25	<1 - >15	
< 1	60 (22,5)	67 (43,2)	127 (30,1)	Fisher's Exact Test = 74,504 P= 0,000
1 - 5	35 (13,1)	43 (27,7)	78 (18,5)	
6 - 10	37 (13,9)	27 (17,4)	64 (15,2)	
11 - 15	45 (16,9)	9 (5,8)	54 (12,8)	
> 15	90 (33,7)	9 (5,8)	99 (23,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	3,26 ± 1,58	2,03 ± 1,17	2,81 ± 1,56	t= 8,451 P= 0,000

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S., t=T-Test.

## **Ζωτικά σημεία και ισχυρός πόνος**

Στον πίνακα 28, παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή των απαντήσεων της ερώτησης: «*Εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο;*» καθώς και τα αποτελέσματα των συγκρίσεων και διαφορών μεταξύ των Νοσηλευτών και Γιατρών.

Συγκεκριμένα, ως τις απαντήσεις τους περί ζωτικών σημείων και ισχυρού πόνου οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το με το  $\chi^2$  του Pearson και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,886$ ). Μόνο 64 επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 15,2%) έδωσαν τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 41 Νοσηλευτές (ποσοστό 15,4%) και 23 γιατροί (ποσοστό 14,8%).

**Πίνακας 28** Κατανομή και σύγκριση των απαντήσεων των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, ως προς την απάντησή τους περί ζωτικών σημείων και ισχυρού πόνου.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

### **Εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο:**

Σωστό	226 (84,6)	132 (85,2)	358 (84,8)	$\chi^2_p=0,020$
Λάθος	41 (15,4)	23 (14,8)	64 (15,2)	$P=0,886$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## **Εκτίμηση της έντασης του πόνου**

Τα αποτελέσματα, στην ερώτηση «*η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή*» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 29.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το  $\chi^2$  του Pearson ως προς την συγκεκριμένη ερώτηση έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,001$ ). Ποσοστό 64,2% του συνολικού δείγματος έδωσαν τη σωστή απάντηση.

**Πίνακας 29** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων για την εκτίμηση της έντασης του πόνου.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή:**

Σωστό	111 (41,6)	40 (25,8)	151 (35,8)	$\chi^2_p = 10,609$
Λάθος	156 (58,4)	115 (74,2)	271 (64,2)	$P = 0,001$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Επίδραση του πόνου στον ύπνο**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά τον μέτριο ή έντονο πόνο;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 30.

Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,995$ ). Ένα ποσοστό 40% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 105 Νοσηλευτές (ποσοστό 39,3%) και 61 Γιατροί (ποσοστό 39,4%).

**Πίνακας 30** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την επίδραση του πόνου στον ύπνο.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά το μέτριο ή έντονο πόνο:**

Σωστό	105 (39,3)	61 (39,4)	166 (39,3)	$\chi^2_p = 3,450$
Λάθος	162 (60,7)	94 (60,6)	256 (60,7)	$P = 0,995$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Μεπεριδίνη και παρατεταμένος πόνος**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο;» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 31.

Από το σύνολο του δείγματος 192 άτομα (ποσοστό 45,5%) έδωσαν τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 99 Νοσηλευτές (ποσοστό 37,1 %) και 93 Γιατροί (ποσοστό 60,0%). Οι 6 στους 10 Νοσηλευτές και οι 4 στους 10 περίπου γιατρούς έδωσαν λάθος απάντηση. Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Likelihood Ratio έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,000).

**Πίνακας 31** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την επίδραση της μεπεριδίνης στον παρατεταμένο πόνο.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο:**

Σωστό	168 (62,9)	62 (40,0)	230 (54,5)	LR=20,851
Λάθος	99 (37,1)	93 (60,0)	192 (45,5)	P=0,000

LR=Likelihood Ratio, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Χρόνιος πόνος και χορήγηση αναλγητικών**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n. (όταν τα χρειάζεται) παρά 24 ώρες το 24ωρο;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 32.

Από το σύνολο του δείγματος 196 άτομα (ποσοστό 46,4%) έδωσαν τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 117 Νοσηλευτές (ποσοστό 43,8%) και 79 Γιατροί (ποσοστό 51,0%). Λιγότεροι, δηλαδή από τους μισούς έδωσαν τη σωστή απάντηση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το  $\chi^2$  του Pearson δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,156).

**Πίνακας 32** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τον χρόνιο πόνο και την χορήγηση των αναλγητικών.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n. (όταν τα χρειάζεται) παρά 24 ώρες το 24ωρο.**

Σωστό	150 (56,2)	76 (49,0)	226 (53,6)	$\chi^2_p = 2,014$
Λάθος	117 (43,8)	79 (51,0)	196 (46,4)	P=0,156

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Απόσπαση από τον πόνο και υψηλή ένταση πόνου

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 33. Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 32,9% του συνόλου του δείγματος απάντησε σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση και παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,087$ ).

**Πίνακας 33** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την απόσπαση του πόνου και τη σχέση της με την ένταση του πόνου.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει:**

Σωστό	187 (70,0)	96 (61,9)	283 (67,1)	$\chi^2_p = 2,914$
Λάθος	80 (30,0)	59 (38,1)	139 (32,9)	$P = 0,087$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

## Υπομονή και πόνος

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 34.

Ένα ποσοστό της τάξης του 52,1% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 119 Νοσηλευτές (ποσοστό 44,6%) και 101 Γιατροί (ποσοστό 65,2%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Likelihood Ratio και από τη σύγκριση παρατηρήθηκαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,000$ ).

**Πίνακας 34** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την υπομονή και τον πόνο.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης:**

Σωστό	148 (55,4)	54 (34,8)	202 (47,9)	$LR = 16,866$
Λάθος	119 (44,6)	101 (65,2)	220 (52,1)	$P = 0,000$

LR=Likelihood Ratio, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.



### **Αναπνευστική καταστολή και οπιούχα αναλγητικά**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές /λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μία ή περισσότερες δόσεις ενός οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 35.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 37,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 95 Νοσηλευτές (ποσοστό 35,6%) και 61 Γιατροί (ποσοστό 39,4%) και κατά τη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson οι δύο ομάδες δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,439$ ).

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
<b>Πίνακας 35</b> Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την αναπνευστική ύφεση και τα οπιούχα αναλγητικά.				
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές /λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μία ή περισσότερες δόσεις ενός οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου:</b>				
Σωστό	172 (64,4)	94 (60,6)	266 (63,0)	$\chi^2_p = 0,599$
Λάθος	95 (35,6)	61 (39,4)	156 (37,0)	$P = 0,439$
$\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson.				

### **Lonalgal vs μεπεριδίνη**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 36.

Ένα ποσοστό της τάξης του 42,2% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 113 Νοσηλευτές (ποσοστό 42,3%) και 65 Γιατροί (ποσοστό 41,9%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,938$ ).

**Πίνακας 36** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη γνώση τους για το Lonalgal και την μεπεριδίνη.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im.**

Σωστό	154 (57,7)	90 (58,1)	244 (57,8)	$\chi^2_p = 0,006$ P = 0,938
Λάθος	113 (42,3)	65 (41,9)	178 (42,2)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Placebo και πόνος**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 37.

Ένα ποσοστό της τάξης του 40,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 87 Νοσηλευτές (ποσοστό 32,6%) και 82 Γιατροί (ποσοστό 52,9%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Likelihood Ratio και από τη σύγκριση παρατηρήθηκαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (P=0,000).

**Πίνακας 37** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για τα φάρμακα placebo και την επίδρασή τους στον πόνο.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός:**

Σωστό	180 (67,4)	73 (47,1)	253 (60,0)	LR = 16,773 P = 0,000
Λάθος	87 (32,6)	82 (52,9)	169 (40,0)	

LR=Likelihood Ratio, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Δόσεις οπιούχων και ανακούφιση πόνου**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο;*» παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 38.

Ένα ποσοστό της τάξης του 35,3% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 111 Νοσηλευτές (ποσοστό 41,6%) και 38 Γιατροί (ποσοστό 24,5%) και κατά τη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $P=0,000$ ).

**Πίνακας 38** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για τις δόσεις των οπιούχων και την ανακούφιση από τον πόνο.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο:**

Σωστό	156 (58,4)	117 (75,5)	273 (64,7)	$\chi^2_p = 12,493$
Λάθος	111 (41,6)	38 (24,5)	149 (35,3)	$P = 0,000$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Η συνδυαστική δράση της προμεθαζίνης και των οπιούχων**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «*Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων;*», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 39.

Ένα ποσοστό της τάξης του 31,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 91 Νοσηλευτές (ποσοστό 21,6%) και 40 Γιατροί (ποσοστό 25,8%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το  $\chi^2$  του Pearson και από τη σύγκριση παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,076$ ).

**Πίνακας 39** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους για την συνδυαστική δράση της προμεθαζίνης και των οπιούχων.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων:**

Σωστό	176 (65,9)	115 (74,2)	291 (69,0)	$\chi^2_p = 3,138$
Λάθος	91 (21,6)	40 (25,8)	131 (31,0)	$P = 0,076$

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

### **Εθισμός στη χορήγηση οπιούχων για 1-3 ημέρες**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1-3 ημέρες;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 40.

Ένα ποσοστό της τάξης του 59,0% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 136 Νοσηλευτές (ποσοστό 50,9%) και 113 Γιατροί (ποσοστό 72,9%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,000$ ).

**Πίνακας 40** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων για 1-3 ημέρες.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	
<b>Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1-3 ημέρες:</b>				
Λιγότερο από 1%	136 (50,9)	113 (72,9)	249 (59,0)	Fisher's Exact Test=23,439 P=0,000
Λιγότερο από 5%	66 (24,7)	29 (18,7)	95 (22,5)	
Λιγότερο από 25%	34 (12,7)	8 (5,2)	42 (10,0)	
Λιγότερο από 50%	17 (4,0)	3 (1,9)	20 (4,7)	
Λιγότερο από 75%	13 (4,9)	2 (1,3)	15 (3,6)	
Λιγότερο από 100%	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,2)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Εθισμός στη χορήγηση οπιούχων για 3-6 μήνες**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 3-6 μήνες;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 41.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 14,5% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 30 Νοσηλευτές (ποσοστό 11,2%) και 31 Γιατροί (ποσοστό 20,0%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,007$ ).

**Πίνακας 41** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων για 3-6 μήνες.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 3-6 μήνες:**

Λιγότερο από 1%	30 (11,2)	31 (20,0)	61 (14,5)	Fisher's Exact Test=15,759 P=0,007
Λιγότερο από 5%	81 (30,3)	62 (40,0)	143 (33,9)	
Λιγότερο από 25%	78 (29,2)	36 (23,2)	114 (27,0)	
Λιγότερο από 50%	43 (16,1)	12 (7,7)	55 (13,0)	
Λιγότερο από 75%	21 (7,9)	8 (5,2)	29 (6,9)	
Λιγότερο από 100%	14 (5,2)	6 (3,9)	20 (4,7)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Εθισμός των ασθενών στη χορήγηση οπιούχων**

Τα αποτελέσματα, ως προς την ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1 ημέρα έως 6 μήνες;», παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 42.

Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 19,2% του συνόλου του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση, συγκεκριμένα 37 Νοσηλευτές (ποσοστό 13,9%) και 44 Γιατροί (ποσοστό 28,4%). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους (P=0,000).

**Πίνακας 42** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την γνώση τους ως προς τον εθισμό με τη χορήγηση των οπιούχων.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	267 (63,3)	155 (36,7)	422 (100,0)	

**Ποσοστό ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1ημέρα - 6 μήνες:**

Λιγότερο από 1%	37 (13,9)	44 (28,4)	81 (19,2)	Fisher's Exact Test=26,479 P=0,000
Λιγότερο από 5%	66 (24,7)	51 (32,9)	117 (27,7)	
Λιγότερο από 25%	83 (31,1)	39 (25,2)	122 (28,9)	
Λιγότερο από 50%	59 (22,1)	18 (11,6)	77 (18,2)	
Λιγότερο από 75%	13 (4,9)	2 (1,3)	15 (3,6)	
Λιγότερο από 100%	9 (3,4)	1 (0,6)	10 (2,4)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

### **Βαθμός βεβαιότητας για τη ορθότητα των απαντήσεων**

Τα αποτελέσματα, ως προς το βαθμό βεβαιότητας που αισθάνονται οι Επαγγελματίες Υγείας για τη ορθότητα των απαντήσεών τους, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 43. Τη συγκεκριμένη ερώτηση, που είναι μια ερώτηση αυτοαξιολόγησης δεν την απάντησαν 11 άτομα (ποσοστό 2,6%) από το σύνολο του δείγματος που είναι 422 Επαγγελματίες Υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% του συνόλου του δείγματος αισθάνονται πάρα πολύ μεγάλη ανασφάλεια για τις απαντήσεις που έδωσαν, ενώ 113 Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 27,5%) αισθάνονται υψηλά επίπεδα βεβαιότητας (βεβαιότητα 4 και 5) για τις απαντήσεις τους. Ως προς την αναπαράσταση για το βαθμό βεβαιότητας οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test και από τη σύγκριση παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ( $P=0,057$ ).

**Πίνακας 43** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την βεβαιότητά τους για του πόσο σωστά απάντησαν.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	257 (62,5)	154 (37,5)	411 (100,0)	
<b>Σε μια κλίμακα 1 (μη βέβαιος) σε 5 (πολύ βέβαιος), πόσο βέβαιοι είστε ότι απαντήσατε στις περισσότερες ερωτήσεις σωστά:</b>				
Βαθμός βεβαιότητας 1	13 (5,1)	8 (5,2)	21 (5,1)	
Βαθμός βεβαιότητας 2	55 (21,4)	40 (26,0)	95 (23,1)	
Βαθμός βεβαιότητας 3	116 (45,1)	66 (42,9)	182 (44,3)	Fisher's Exact
Βαθμός βεβαιότητας 4	46 (17,9)	35 (22,7)	81 (19,7)	
Βαθμός βεβαιότητας 5	27 (10,5)	5 (3,2)	32 (7,8)	
Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.				

### **Ορθότητα Απαντήσεων**

Τα αποτελέσματα, ως προς τις σωστές απαντήσεις που έδωσαν οι Επαγγελματίες Υγείας, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 44. Πιο συγκεκριμένα, κανείς (ποσοστό 0,0%) δεν απάντησε σωστά και στις 15 ερωτήσεις. Μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 2,1% επί του συνόλου του δείγματος, δηλαδή 9 Επαγγελματίες Υγείας από τους 422, απάντησε σωστά σε περισσότερες από 12 απαντήσεις κι από αυτούς μόνο ο 1 ήταν νοσηλευτής.

**Πίνακας 44** Απαντήσεις των 422 Νοσηλευτών και Γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2006 μέχρι και τον Μάιο του 2006, και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την ορθότητα των απαντήσεών τους.

	Νοσηλευτές N(%)	Γιατροί N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Νοσηλευτών - Γιατρών
Σύνολο	257 (62,5)	154 (37,5)	411 (100,0)	
1 Σωστή Απάντηση	6 (2,2)	0 (0,0)	6 (1,4)	
2 Σωστές Απαντήσεις	14 (5,2)	6 (3,9)	20 (4,7)	
3 Σωστές Απαντήσεις	35 (13,1)	10 (6,5)	45 (10,7)	
4 Σωστές Απαντήσεις	48 (18,0)	14 (9,0)	62 (14,7)	
5 Σωστές Απαντήσεις	46 (17,2)	27 (17,4)	73 (17,3)	
6 Σωστές Απαντήσεις	38 (14,2)	24 (15,5)	62 (14,7)	
7 Σωστές Απαντήσεις	40 (15,0)	25 (16,1)	65 (15,4)	
8 Σωστές Απαντήσεις	25 (9,4)	26 (16,8)	51 (12,1)	
9 Σωστές Απαντήσεις	8 (3,0)	8 (5,2)	16 (3,8)	
10 Σωστές Απαντήσεις	4 (1,5)	4 (2,6)	8 (1,9)	
11 Σωστές Απαντήσεις	2 (0,7)	3 (1,9)	5 (1,2)	
12 Σωστές Απαντήσεις	1 (0,4)	5 (3,2)	6 (1,4)	
13 Σωστές Απαντήσεις	0 (0,0)	2 (1,3)	2 (0,5)	
14 Σωστές Απαντήσεις	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,2)	
15 Σωστές Απαντήσεις	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,30 ± 2,09	6,48 ± 2,45	5,73 ± 2,29	t=-5,278 P= 0,000

t = T-Test, πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Η μέση τιμή των σωστών απαντήσεων των Επαγγελματιών Υγείας του δείγματος ήταν  $5,73 \pm 2,29$ , με εύρος 1-14. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των σωστών απαντήσεων των νοσηλευτών του δείγματος ήταν  $5,30 \pm 2,09$ , με εύρος 1-12, και ήταν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική η διαφορά ( $P=0,000$ ) με τη μέση τιμή των σωστών απαντήσεων των γιατρών που ήταν  $6,48 \pm 2,45$ , με εύρος 2-14, όταν οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το t Test.

#### **4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν τόσο τη γνώση όσο και τη στάση των εργαζομένων στο χώρο της Υγείας απέναντι στο πρόβλημα και τη διαχείριση του πόνου, τα οποία σε πρώτο επίπεδο διαφέρουν από τα ευρήματα της μελέτης των McCaffery M. και Robinson E.S. (2002), μη επαληθεύοντας ορισμένες από τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις.

Οι 2 στους 3 των Επαγγελματιών Υγείας που εξετάστηκαν ανήκε στο γυναικείο φύλο, ήταν νεότερο από την ηλικία των 35 ετών σε ποσοστό 58,4% και ο 1 στους 2 δεν είχε παντρευτεί ποτέ. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται να ενισχύσει πρόσφατα στατιστικά στοιχεία από το δυτικό κόσμο, τα οποία υποστηρίζουν ότι η δημιουργία οικογένειας ξεκινά πλέον σε ηλικία μεγαλύτερη, καθώς προτεραιότητα δίνεται στην καριέρα (Morris, 1997), παρόλο που σε ποσοστό 99,1% και 95,3% δεν έχουν πάρει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σε επίπεδο αντίστοιχα master και διδακτορικό. Οι 8 στους 10 περίπου εργάζονται και διαμένουν σε αστική περιοχή.

Για λόγους συζήτησης, θέσαμε το 80% (12 σωστά απαντημένες ερωτήσεις) ως όριο για ένα επιτυχές αποτέλεσμα, όριο που χρησιμοποίησαν και οι M.McCaffery και E.S. Robinson (2002) στη συζήτηση της μελέτης τους, μια και θεώρησαν ότι εάν ένας νοσηλευτής δεν απαντάει σωστά σε περισσότερες από τρεις ερωτήσεις, η δυνατότητά του να φροντίσει έναν ασθενή που πονάει μειώνεται σημαντικά.

Κανείς, λοιπόν, από τους ερωτηθέντες Επαγγελματίες Υγείας δεν απάντησε σωστά και στις 15 ερωτήσεις, δηλαδή επιτυχές αποτέλεσμα 100%. Μόνο 9 άτομα (ποσοστό 2,1%) επί του συνόλου του δείγματος – 1 νοσηλευτής και 8 γιατροί – είχε αποτέλεσμα επιτυχίας 80% (12 σωστά απαντημένες ερωτήσεις), κατάσταση που σημαίνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία, ποσοστό 97,9% των ερωτηθέντων Επαγγελματιών Υγείας δεν είχε ένα επιτυχές αποτέλεσμα, κάτι που απεικονίζει πολύ σοβαρή έλλειψη γνώσης για τη διαχείριση του πόνου των ασθενών.

#### ***Ζωτικά σημεία και ισχυρός πόνος***

Ερώτηση: **«οι εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο»**

Απάντηση: **Λάθος**



Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 84,2%), οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 84,6% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 85,2% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 88,4% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Πολλοί Επαγγελματίες Υγείας έχουν διδαχθεί για την αξιολόγηση του ισχυρού πόνου τη σημασία τόσο της αλλαγής όσο και των υψηλών τιμών των ζωτικών σημείων. Εντούτοις, η έρευνα δείχνει ότι οι υψηλές τιμές των ζωτικών σημείων μπορούν να εμφανιστούν για ένα μόνο σύντομο χρόνο μετά από τον ξαφνικό και δριμύ πόνο. Το σώμα επιδιώκει την ισορροπία. Σε μια ώρα ή λιγότερο, τα ζωτικά σημεία επιστρέφουν συνήθως σε αυτό που ήταν προηγουμένως, ακόμα κι αν ο ασθενής είναι ακόμα σε κατάσταση δριμύ πόνου. Ο συνεχής και έντονος πόνος μπορεί να αναγκάσει τα ζωτικά σημεία να αυξηθούν και πάλι κατά διαστήματα, αλλά σπάνια παραμένουν υψηλά (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 43-46).

### ***Εκτίμηση της έντασης του πόνου***

Ερώτηση: **«Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή»**

Απάντηση: **Λάθος**

Σε ποσοστό 64,2%, οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 58,4% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 74,2% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στην συγκεκριμένη ερώτηση. Το ποσοστό των Νοσηλευτών που απάντησε σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002) ήταν 99,1%.

Η υποκειμενική αντίληψη και εκτίμηση του ασθενή για τον πόνο είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης της ύπαρξης και της έντασης του πόνου. Ήδη, από το 1960, οι μελέτες που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα των αναλγητικών στηρίχθηκαν στην υποκειμενική αντίληψη του ασθενή για την εκτίμηση του πόνου και μέχρι σήμερα τίποτε άλλο δεν έχει αποδειχθεί ως ακριβέστερος δείκτης. Ο πόνος είναι υποκειμενικός και δεν μπορεί να αποδειχθεί ή να ανασκευαστεί. Η ασυμβίβαστη αξιολόγηση του πόνου οδηγεί στην ασυμβίβαστη ανακούφιση του πόνου. Επίσης, η έρευνα έχει δείξει ότι οι νοσοκομειακοί γιατροί τείνουν να υποτιμήσουν το δριμύ πόνο στους ασθενείς, (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 39-41 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 4). Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαφωνούν με τα

ανωτέρω μια και οι γιατροί του δείγματός μας με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά θεωρούν ότι η ένταση του πόνου είναι καλύτερα να εκτιμάται από τον ασθενή. Φαίνεται, λοιπόν, από τα παρόντα ευρήματα ότι οι Έλληνες Νοσηλευτές του δείγματός μας είναι ιατροκεντρικοί, κατάσταση που συμφωνεί και με τη βιωματική κλινική εμπειρία μας.

### ***Επίδραση του πόνου στον ύπνο***

Ερώτηση: **«Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά το μέτριο ή έντονο πόνο»**

Απάντηση: **Σωστό**

Πάνω από το ήμισυ (ποσοστό 60,7%), οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 60,7% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 60,6% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 90,6% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Η έρευνα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών έχει δείξει ότι οι ασθενείς μπορούν να κοιμηθούν παρά τον πόνο. Στις double-blind μελέτες για να την αποτελεσματικότητα των αναλγητικών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο ύπνος δεν ισοδυναμεί με μη πόνο. Σε έναν άλλο τύπο έρευνας, οι ασθενείς ρωτήθηκαν πώς προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν τον πόνο τους και αρκετοί ήταν αυτοί που απάντησαν με τον ύπνο. (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 46 και D. Wilkie et al., 1988). Όταν, λοιπόν, ο ασθενής κοιμάται, δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν έχει κανέναν πόνο. Εάν πρέπει να λάβουμε μια εκτίμηση για τον πόνο του, πρέπει να τον ξυπνήσουμε.

### ***Μεπεριδίνη και παρατεταμένος πόνος***

Ερώτηση: **«Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο»**

Απάντηση: **Λάθος**

Πάνω από τους μισούς (ποσοστό 54,5%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 62,9% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 40,0% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 85,6% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Η ενδομυϊκή ένεση της μεπεριδίνης δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί για να αντιμετωπιστεί ο παρατεταμένος πόνος. Η στοματική οδός πρέπει να

προτιμάται όποτε αυτό είναι δυνατόν. Τα μειονεκτήματα των ενδομυϊκών ενέσεων είναι αρκετά και περιλαμβάνουν την αναξιόπιστη απορρόφηση του φαρμάκου, τα αποστήματα και την ίνωση του μυός και των μαλακών ιστών. Έναντι άλλων οπιούχων, η μεπεριδίνη είναι ιδιαίτερα πιθανό να προκαλέσει ίνωση των μυών όταν χορηγείται ενδομυϊκά. Εντούτοις, το κύριο πρόβλημα με την μεπεριδίνη είναι ο ενεργός μεταβολίτης της, νορ-μεπεριδίνη, ο οποίος προκαλεί νευροτοξίκωση. Η μεπεριδίνη πρέπει να χρησιμοποιηθεί μόνο για μικρά επεισόδια πόνου στους ασθενείς που είναι αλλεργικοί ή αδιάλλακτοι σε όλα τα άλλα φάρμακα σαν την μορφίνη (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 183-184 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 31-32).

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των Νοσηλευτών και Γιατρών του δείγματός μας δεικνύουν ότι οι Έλληνες Νοσηλευτές μειονεκτούν στις γνώσεις τους για τη διαχείριση του πόνου αλλά και οι Έλληνες Γιατροί μειονεκτούν σε σχέση με τους Νοσηλευτές του δείγματος της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

### ***Χρόνιος Πόνος και Χορήγηση Αναλγητικών***

Ερώτηση: **«Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n. (όταν τα χρειάζεται) παρά 24 ώρες το 24ωρο».**

Απάντηση: **Λάθος**

Πάνω από τους μισούς (ποσοστό 53,6%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 56,2% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 49,0% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 92,7% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται στους τακτικά σχεδιασμένους χρόνους εάν ο ασθενής είναι σε κατάσταση πόνου το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Όταν ο πόνος είναι παρόν κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας είναι σημαντικό να του χορηγείται αναλγητικό φάρμακο σε κανονικό πρόγραμμα εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο. Αυτή η προσέγγιση αποτρέπει τους ασθενείς από να βιώσουν την επιστροφή του πόνου αρκετές φορές ημερησίως, όπως συχνά εμφανίζεται με τη χορήγηση της δόσης p.r.n.. Όταν η ανακούφιση από τον πόνο βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, οι ασθενείς μπορούν να λειτουργήσουν σε βέλτιστο επίπεδο με αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους. (M. McCaffery

and C. Pasero, 1999, σελ. 175 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 22-23).

### **Απόσπαση από τον πόνο και υψηλή ένταση πόνου**

Ερώτηση: **«Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει».**

Απάντηση: **Λάθος**

Σε ποσοστό 67,1%, οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 70,0% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 61,9% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 94,7% Νοσηλευτές που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαφωνούν με τα αποτελέσματα έρευνας που δείχνουν ότι η απόσπαση της προσοχής, ειδικά το γέλιο, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για πολλούς ασθενείς να διαχειριστούν τον έντονο πόνο για λίγη ώρα και επίσης υπάρχουν ασθενείς που υπερηφανεύονται για το κρύψιμο του πόνου τους από τους άλλους (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 44-46 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 4). Επίσης, διαφωνούν με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης των H.G. He και συν. (2005), σύμφωνα με τα οποία μεταξύ των πιο συνηθισμένων μη φαρμακολογικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην Κίνα για τον έλεγχο και τη διαχείριση του πόνου είναι και η απόσπαση της προσοχής, καθώς και με τα αποτελέσματα των W. Christie και συν. (2005) όπου διαφάνηκε ότι με το χιούμορ τα επίπεδα της έντασης του πόνου μειώνονται αισθητά.

Μια εξήγηση για τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης μας είναι ότι, οι Επαγγελματίες Υγείας διδάσκονται ότι οι ασθενείς με το μέτριο έως έντονο πόνο θα συμπεριφερθούν με συγκεκριμένα μη λεκτικά μηνύματα, όπως συνοφρύωμα, βογκητά, για να ελέγξουν τον πόνο τους. Αναμένοντας από έναν ασθενή να ενεργήσει στον πόνο του όπως έχουμε συνηθίσει κι όπως φανταζόμαστε απομακρυνόμαστε από την διαχείριση του πόνου του.

### **Υπομονή και Πόνος**

Ερώτηση: **«Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης».**

Απάντηση: **Λάθος**

Περίπου οι μισοί (ποσοστό 52,1%) από τους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 44,6% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 65,2% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 98,4% (η συντριπτική πλειοψηφία των Νοσηλευτών) που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Οι μισοί Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας που απάντησαν λάθος στη συγκεκριμένη ερώτηση φαίνεται πως θεωρούν ότι η συγκρατημένη χορήγηση αναλγητικών μειώνει την πιθανότητα του εθισμού και ελαχιστοποιεί την ανοχή στην αναλγησία καθώς και ότι η προσπάθεια να υπομείνουν οι ασθενείς τον πόνο τους (όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο) μπορεί να τους οδηγήσει να μαθαίνουν να χειρίζονται τον πόνο καλύτερα.

Τα αποτέλεσμα όμως σύγχρονων μελετών μας δείχνουν ότι η λήψη των οπιούχων για την ανακούφιση του πόνου πολύ σπάνια προκαλεί εθισμό και ότι η ανοχή είναι ένα απλό πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αύξηση της δόσης. Επίσης, ο πόνος έχει επιβλαβή αποτελέσματα, όπως αυξανόμενη απαίτηση σε οξυγόνο, αναπνευστική δυσλειτουργία, σύγχυση καθώς και συναισθηματικές συνέπειες όπως, ανησυχία, κατάθλιψη, οξυθυμία, ανικανότητα για ποιοτική ζωή. Οι ασθενείς, λοιπόν που χρειάζονται βοήθεια για τη διαχείριση του πόνου τους καταλαβαίνουν ότι, το να καθυστερείται η αναλγησία τους, μέχρι ο πόνος να γίνει αφόρητος, δεν έχει κανένα όφελος. Όχι μόνο ξοδεύουν περιττό χρόνο στον πόνο, αλλά μπορεί επίσης να χρειαστούν και υψηλότερες δόσεις φαρμάκων για να τον ανακουφίσουν. (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 23-32 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 22-23).

### **Αναπνευστική Καταστολή και Οπιούχα Αναλγητικά**

Ερώτηση: «*Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές /λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μία ή περισσότερες δόσεις ενός οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου*».

Απάντηση: **Λάθος**

Πολλοί περισσότεροι από τους μισούς (ποσοστό 63,0%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας (ποσοστό 64,4% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 60,6% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση, σε συμφωνία με τους 60,5% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Οι Επαγγελματίες Υγείας φαίνεται να υπερβάλουν με το φόβο τους για την πιθανότητα αναπνευστικής καταστολής, πιθανώς επειδή πολλοί δεν διδάχθηκαν ποιοι ασθενείς διατρέχουν το μέγιστο κίνδυνο και πώς να αποτρέψουν την αναπνευστική καταστολή.

Με βάση τις μελέτες, για τη χορήγηση οπιούχων ενδομυϊκά (I.M.), ενδοφλέβια (I.V.) και επισκληρίδια, η πιθανότητα της κλινικά σημαντικής, οπιούχο-προκληθείσας αναπνευστικής καταστολής είναι λιγότερο από 1%. Κλινικά η σημαντική αναπνευστική καταστολή εμφανίζεται λιγότερο συχνά όταν χορηγούνται τα οπιούχα με επισκληρίδια έγχυση (0,07% έως 0.4%) ή ενδοφλέβια (0,1% έως 0.23%) από ότι όταν χορηγούνται ενδομυϊκά (0,9%).

Η συχνότητα της οπιούχο-προκληθείσας αναπνευστικής καταστολής μπορεί να είναι υψηλή όταν δεν ελέγχονται οι ασθενείς για το επίπεδο αναλγησίας. (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 214, 263-264, 267-270).

### **Lonalgal vs μεπεριδίνη**

Ερώτηση: «*Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im*».

Απάντηση: **Λάθος**

Λιγότεροι από τους μισούς (ποσοστό 42,2%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 42,3% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 41,9% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στην συγκεκριμένη ερώτηση σε συμφωνία με τους 48,3% Νοσηλευτές που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

### **Placebo και Πόνος**

Ερώτηση: **«Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός».**

Απάντηση: **Λάθος**

Πάνω από τους μισούς (ποσοστό 60,0%), Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 67,4% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 47,1% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 86,1% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Πολλοί ασθενείς που έχουν μια ευπροσδιόριστη οργανική αιτία για τον πόνο που αισθάνονται, όπως η κοιλιακή χειρουργική επέμβαση και τους δίνεται ένα placebo φάρμακο, δεν δείχνει ότι ο πόνος είναι ψυχογενής ή ότι ο ασθενής δεν πονάει. Η διαχείριση του πόνου με placebo φάρμακα είναι κατάλληλη σε ορισμένες εγκεκριμένες double-blind αναλγητικές μελέτες στις οποίες οι ασθενείς δίνουν την συγκατάθεσή τους. Τα αποτελέσματα μελετών για τον τρόπο διαχείρισης του πόνου αμφισβητούνται. (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 54-56 και American Pain Society (APS), 1999, σελ. 32).

### **Δόσεις Οπιούχων και Ανακούφιση Πόνου**

Ερώτηση: **«Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο».**

Απάντηση: **Λάθος**

Περισσότεροι από τους μισούς (ποσοστό 64,7%), Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 58,4% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 75,5% από τους Γιατρούς) απάντησαν λάθος στην συγκεκριμένη ερώτηση σε αντίθεση από τους 57,2% που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Από τις τρεις ομάδες αναλγητικών οπιούχων, τα μη οπιοειδή και τα οπιούχα σαν την μορφίνη δεν έχουν κανένα ανώτατο όριο στην αναλγησία τους. Με άλλα λόγια, οι κατάλληλες αυξήσεις δόσης 25%, 50%, ή 100% θα παράσχουν την πρόσθετη αναλγησία. Μόνο οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις περιορίζουν πόσο υψηλή μπορεί να είναι η δόση.

Με άλλα λόγια, είναι σημαντική η αύξηση της δόσης ενός κατάλληλου οπιούχου έως ότου ο ασθενής να έχει το επιθυμητό επίπεδο ανακούφισης του πόνου του ή έως ότου οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις είναι ανεξέλεγκτες και ανυπόφορες. (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 122, 170, 253).

### **Η συνδυαστική δράση της προμεθαζίνης και των οπιούχων**

Ερώτηση: **«Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων».**

Απάντηση: **Λάθος**

Πολλοί λιγότεροι από τους μισούς (ποσοστό 31,0%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 21,6% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 25,8% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση σε συμφωνία σχεδόν με τους 35,1% Νοσηλευτές, που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Η προμεθαζίνη ούτε ανακουφίζει τον πόνο ούτε ενισχύει την αναλγησία των οπιούχων. Στην πραγματικότητα, μια μελέτη έδειξε ότι η προμεθαζίνη αυξάνει την ευαισθησία στον πόνο και επίσης, αυξάνει τη δόση του οπιούχου που απαιτείται για να υπάρξει ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου (M. McCaffery and C. Pasero, 1999, σελ. 264 και A. Ernst et al., 2000). Επίσης, η American Pain Society (1999, σελ. 37-38) εναντιώνεται στη συγκεκριμένη χρήση της προμεθαζίνης.

### **Εθισμός κατά τη χορήγηση οπιούχων για 1-3 ημέρες**

I. Ερώτηση: **«Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1-3 ημέρες».**

Απάντηση: **Λιγότερο από 1%**

Περισσότεροι από τους μισούς (ποσοστό 59,0%) Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 50,9% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 72,9% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Πιο συγκεκριμένα, οι σωστές απαντήσεις των Νοσηλευτών του Ελληνικού δείγματος εμφανίζουν στατική διαφορά πάρα πολύ σημαντική ( $P=0,000$ ) με κείνες των γιατρών του δείγματος που είναι περισσότερες, έρχονται όμως σε συμφωνία σχεδόν με τους 53,9% Νοσηλευτές, που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

II. Ερώτηση: **«Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 3-6 μήνες».**

Απάντηση: **Λιγότερο από 1%**

Μόνο ένα μικρό ποσοστό (14,5%) από τους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 11,2% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό



20,0% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Πιο συγκεκριμένα, οι σωστές απαντήσεις των Νοσηλευτών του Ελληνικού δείγματος εμφανίζουν στατική διαφορά πολύ σημαντική ( $P=0,007$ ) με κείνες των γιατρών του δείγματος που είναι περισσότερες, υπολείπονται όμως και οι δύο ομάδες κατά πολύ σε σχέση με τους 82,8% Νοσηλευτές, που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

**III. Ερώτηση: «Ποιο είναι το ποσοστό των ασθενών που είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό μετά από λήψη οπιούχων για 1ημέρα -6 μήνες».**

Απάντηση: **Λιγότερο από 1%**

Και σ' αυτή την ερώτηση μόνο ένα μικρό ποσοστό (19,2%) από τους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος (ποσοστό 13,9% από τους Νοσηλευτές και ποσοστό 28,4% από τους Γιατρούς) απάντησαν σωστά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Πιο συγκεκριμένα, οι σωστές απαντήσεις των Νοσηλευτών του Ελληνικού δείγματος εμφανίζουν στατική διαφορά πάρα πολύ σημαντική ( $P=0,000$ ) με κείνες των γιατρών του δείγματος που είναι περισσότερες, έρχονται όμως σε συμφωνία σχεδόν (ειδικά οι Έλληνες Γιατροί του δείγματος) με τους 26,7% Νοσηλευτές, που απάντησαν σωστά στα αποτελέσματα της έρευνας των M.McCaffery and E.S. Robinson (2002).

Ο μικρός αριθμός των σωστών απαντήσεων σε αυτές τις ερωτήσεις αποκαλύπτει τον υπερβάλλοντα φόβο για την πιθανότητα του εθισμού και αυτός ο φόβος αυξάνεται σε σχέση με το χρονικό διάστημα που ένας ασθενής παίρνει οπιούχα.

Για πάνω από 20 έτη, οι διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η πιθανότητα του εθισμού που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της λήψης των οπιούχων για την ανακούφιση του πόνου, ακόμη και κατά τη διάρκεια μιας μακράς χρονικής περιόδου, είναι σπάνιος και πιθανώς λιγότερος από 1%.

Η έρευνα δείχνει ότι η ιατρική χρήση των οπιούχων για την ανακούφιση του πόνου συνδέεται σπάνια με την ανάπτυξη του εθισμού. Καμία μελέτη δεν δείχνει ότι η πιθανότητα της πρόκλησης του εθισμού αυξάνεται με το χρονικό διάστημα που ο ασθενής παίρνει τα οπιούχα για τον πόνο. Η σωματική ανοχή και η σωματική εξάρτηση εμφανίζονται σε πολλούς ασθενείς μετά από 1 έως 4 εβδομάδες της κανονικής χορήγησης της δόσης οπιούχων, αλλά αυτά τα αποτελέσματα δεν μπορούν να εξισωθούν με τον εθισμό (M. McCaffery and C.

Pasero, 1999, σελ. 50, 173-174 και American Pain Society, 1999, σελ. 32-34).

### **Βαθμός βεβαιότητας για την ορθότητα των απαντήσεων**

Ερώτηση: «**Σε μια κλίμακα 1 (μη βέβαιος) σε 5 (πολύ βέβαιος), πόσο βέβαιο είστε ότι απαντήσατε στις περισσότερες ερωτήσεις σωστά**»

Ιδιαίτερη σπουδαιότητα παρουσιάζουν τα ευρήματα που αφορούν τη διερεύνηση του βαθμού βεβαιότητας της ορθότητας των απαντήσεων των Ελλήνων Επαγγελματιών Υγείας. Ειδικότερα, 26,8% (113 Επαγγελματίες Υγείας) έδωσαν επίπεδο εμπιστοσύνης για στις απαντήσεις τους 4 ή 5 (πολύ βέβαιος), αλλά 94,7% αυτών των συμμετεχόντων πήρε ανεπιτυχές αποτέλεσμα κάτω του 80% (δηλαδή λιγότερες από 12 σωστά απαντημένες ερωτήσεις). Μόνο 6 άτομα (ποσοστό 5,3%) από αυτούς που έδωσαν επίπεδα εμπιστοσύνης 4 ή 5 πήραν αποτέλεσμα πάνω από το 80%. Από αυτά τα 6 άτομα η 1 ήταν νοσηλεύτρια και οι 5 άνδρες γιατροί. Από αυτούς που έδωσαν βαθμό εμπιστοσύνης 4 ή 5, οι 30 (ποσοστό 26,6%) σημείωσαν κάτω από 4 σωστά απαντημένες ερωτήσεις.

3 Επαγγελματίες Υγείας (γιατροί) που σημείωσαν 80% και πάνω επιτυχές αποτέλεσμα δεν αισθάνθηκαν βέβαιοι ότι απάντησαν στις περισσότερες ερωτήσεις σωστά και έδωσαν βαθμό βεβαιότητας 2 ή 3. Από εκείνους που έδωσαν βαθμό βεβαιότητας 1 οι 2 είχαν απαντήσει σωστά σε 9 ερωτήσεις.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 71,1%) των Επαγγελματιών Υγείας που εξετάστηκαν παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης (από βαθμό βεβαιότητας 3 έως βαθμό βεβαιότητας 5) για τις απαντήσεις που έδωσαν, αν και ένα ποσοστό της τάξης του 95% επί του συνόλου του δείγματος δεν απάντησε σωστά σε λιγότερες από 10 ερωτήσεις.

Κατά συνέπεια, οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας αισθάνονται ιδιαίτερη εμπιστοσύνη για τις γνώσεις τους ως προς τη διαχείριση του πόνου των ασθενών τους, κατάσταση που σημαίνει κατά πρώτον χαμηλά επίπεδα αυτογνωσίας μια και η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους δεν είναι ανάλογη των πραγματικών γνώσεων που διαθέτουν για να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν τον πόνο και κατά δεύτερο Έλληνες ασθενείς με μόνο όπλο στον πόνο τους την προσπάθεια να ζουν μαζί του και να μαθαίνουν να τον αντέχουν –υπομένοντας - όσο αυτό είναι εφικτό με αποτέλεσμα κακή ποιότητα ζωής τόσο για κείνους όσο και για τους συγγενείς τους. Τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές του δείγματος δίνουν ελάχιστοι προτεραιότητα στον έλεγχο του

πόνου αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των A.M. Calil and C.A. Pimenta (2005).

Εν κατακλείδι, θεωρείται σημαντική η αναφορά στο κενό της γνώσης το οποίο διαφαίνεται από τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις, εύρημα που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπως αυτή των F. Eti Aslan και συν (2005) στη γειτονική Τουρκία, των M. Visentin και συν. (2005) στη γειτονική Ιταλία, των S. Coulling και συν. (2005) που χρησιμοποίησαν κι αυτοί τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου των M. McCaffery και Ferrell's.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επαλήθευσαν μέρος των αρχικών υποθέσεων που διατυπώθηκαν, σκιαγραφώντας ένα προφίλ των Ελλήνων εργαζομένων στο χώρο της Υγείας. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος:

1. Διαθέτουν χαμηλή επιστημονική κατάρτιση στο πρόβλημα της διαχείρισης του πόνου και οι πιο συνήθεις εσφαλμένες αντιλήψεις είχαν να κάνουν με το φόβο ότι οι ασθενείς εθίζονται εύκολα στη φαρμακευτική αγωγή και ότι υπάρχουν παρενέργειες από τη χορήγηση των φαρμάκων, όπως η αναπνευστική καταστολή.
2. Διαφέρουν από άλλες επαγγελματικές ομάδες Υγείας του εξωτερικού, όπως οι Νοσηλευτές του δείγματος της μελέτης των M.McCaffery και E.S. Robinson (2002) ως προς τη δίχως αυτογνωσία στάση τους απέναντι στο ευαίσθητο θέμα «πόνος και αντιμετώπιση».
3. Εμφανίζουν ομοιότητα με άλλες επαγγελματικές ομάδες Υγείας του εξωτερικού, όπως αυτών των μελετών των M. Visentin και συν. (2005), F. Eti Aslan (2005), S. Coulling και συν. (2005), και A. Dihle (2006), ως προς το κενό της γνώσης για τη σωστή διαχείριση του πόνου.
4. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έδειξαν πως υπήρχαν εμπόδια στη σωστή διαχείριση του πόνου και φαίνεται να κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, δεδομένων των δυσάρεστων επιπλοκών του πόνου και επιτείνουν την αναγκαιότητα περαιτέρω εκπαίδευσης για τη διαχείριση του πόνου στους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι ενδεικτικά μιας αντιπροσωπευτικής ομάδας του πληθυσμού των Επαγγελματιών Υγείας στην Ελλάδα. Ωστόσο, περαιτέρω διερεύνηση κρίνεται αναγκαία, προκειμένου να αξιολογηθούν οι Επαγγελματίες Υγείας συγκεκριμένων κλινικών τμημάτων που σχετίζονται περισσότερο με ασθενείς με χρόνιο πόνο. Επιπλέον, οι γνωσιακοί αλλά και οι ασυνείδητοι μηχανισμοί αντιμετώπισης του πόνου θα προσέφεραν τεκμηριωμένες ερμηνείες των παρόντων ευρημάτων, ιδιαίτερα σε σχέση με την αναπαράσταση που έχουν οι Επαγγελματίες Υγείας για την υποκειμενικότητα του πόνου και τη σωστή διαχείρισή του.

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης των Ελλήνων Επαγγελματιών Υγείας (Νοσηλευτών και Γιατρών) απέναντι στη διαχείριση του πόνου των ασθενών, καθώς και της επιστημονικής γνώσης για τη σωστή διαχείριση του πόνου και των παραγόντων που συνδέονται με την επαγγελματική εξέλιξη. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα, στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2006 έως τον Ιούλιο του 2006. Το δείγμα αποτελέσαν 422 νοσηλευτές και γιατροί. Για τη μελέτη των παραγόντων που ενδιαφέρουν την παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της M. McCaffery και B.R. Ferrell για τις γνώσεις και τις τοποθετήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση του πόνου στη συνοπτική του μορφή (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain - short form). Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν πως οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας του δείγματος διαθέτουν σχετικά χαμηλή επιστημονική κατάρτιση στο πρόβλημα της διαχείρισης του πόνου και πως υπάρχουν εμπόδια στη σωστή διαχείριση του πόνου που φαίνεται να κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, δεδομένου των δυσάρεστων επιπλοκών του πόνου επιτείνοντας την αναγκαιότητα επιπλέον εκπαίδευσης για τη διαχείριση του πόνου στους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας. Ωστόσο, περαιτέρω διερεύνηση κρίνεται αναγκαία, προκειμένου να αξιολογηθούν οι Επαγγελματίες Υγείας συγκεκριμένων κλινικών τμημάτων που σχετίζονται περισσότερο με ασθενείς με χρόνιο πόνο. Επιπλέον, οι γνωσιακοί αλλά και οι ασυνείδητοι μηχανισμοί αντιμετώπισης του πόνου θα προσέφεραν τεκμηριωμένες ερμηνείες των παρόντων ευρημάτων, ιδιαίτερα σε σχέση με την αναπαράσταση που έχουν οι Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας για την υποκειμενικότητα του πόνου και τη σωστή διαχείρισή του.

Λέξεις κλειδιά: πόνος, νοσηλευτής, διαχείριση του πόνου, νοσηλευτική φροντίδα, θεραπείες πόνου

**Ξένη βιβλιογραφία**

1. **Allcock N., McGarry J., Elkan R.** (2002). *Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study*. Health Soc Care Community. Nov; 10(6):464-71.
2. **American Pain Society (APS).** (1999). *Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain*, 4th edition. Glenview, Ill.
3. **Arnstein P.** (2004). *Chronic neuropathic pain: issues in patient education*. Pain Manag Nurs. Dec; 5(4 Suppl 1):34-41.
4. **Bird A., Wallis M.** (2002). *Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion*. J Adv Nurs. Dec; 40(5):522-31.
5. **Breau L.M., McGrath P.J., Stevens B. et al.** (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*. Clin J Pain. Feb; 22(2):122-9.
6. **Brown C.A.** (2004). *The beliefs of people with chronic pain in relation to «important» treatment components*. Eur J Pain. Aug; 8(4):325-33.
7. **Brown C.A., Richardson C.** (2006). *Nurses' in the multi-professional pain team: a study of attitudes, beliefs and treatment endorsements*. Eur J Pain. 10(1):13-22.
8. **Butler L.D., Symons B.K., Henderson S.L., Shortliffe L.D., Spiegel D.** (2005). *Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children*. Pediatrics. Jan; 115(1):e77-85.
9. **Cadogan M.P., Schnelle J.F., Al-Sammarrai N.R. et al.** (2006). *A standardized quality assessment system to evaluate pain detection and management in the nursing home*. J Am Med Dir Assoc. Mar-Apr; 7(3 Suppl): S11-9.
10. **Calil A.M., Pimenta C.A.** (2005). *Concepts of emergency service nurses and physicians regarding pain and analgesia in trauma*: Rev Esc Enferm USP. Sep;39(3):325-32.
11. **Chambers C.T., Hardial J., Craig K.D., Court C., Montgomery C.** (2005), *Faces scales for the measurement of postoperative pain intensity in children following minor surgery*. Clin J Pain May-Jun;21(3):277-85
12. **Chevlen E., Davis P.S., Rhiner M.** (2005). *From mechanisms to management: translating the neuropathic pain consensus recommendations into clinical practice*. J Am Acad Nurse Pract. Jun;17(6 Suppl):3-17;quiz 18

13. **Christie W. & Moore C.** (2005) *The impact of humor on patients with cancer.* *Clin J Oncol Nurs.* Apr; 9(2):211-8.
14. **Clarke K.A. & Iphofen R.** (2005). *believing the patient with chronic pain: a review of the literature.* *Br J Nurs.* May 12-25; 14(9):490-3.
15. **Coll AM, Ameen J.** (2006). *Profiles of pain after day surgery: patients' experiences of three different operation types* *J Adv Nurs.* Jan; 53(2):178-87.
16. **Coulling S.** (2005). *Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery* *Nurs Stand.* May 4-10; 19(34):41-9.
17. **Cuellar NG.** (2005). *Hypnosis for pain management in the older adult* *Pain Manag Nurs.* Sep; 6(3):105-11.
18. **Dalley J, Sim J.** (2001). *Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members* *Clin Rehabil.* Aug; 15(4):380-9.
19. **D'Arcy Y, McCarberg B** (2005). *Field guide to pain part 2 developing a plan of care* *Nurse Pract.* Oct; 30(10):60-2.
20. **Day W** (2000). *Relaxation: a nursing therapy to help relieve cardiac chest pain.* *Aust J Adv Nurs.* Sep-Nov; 18(1):40-4.
21. **De Rond ME, de Wit R, van Dam FS, van Campen BT, den Hartog YM, Klievink RM.** (2000) *A pain monitoring program for nurses: effects on nurses' pain knowledge and attitude.* *J Pain Symptom Manage.* Jun; 19(6):457-67.
22. **Erkes EB, Parker VG, Carr RL, Mayo RM(2001).** *An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients .**Pain Manag Nurs.* Jun; 2(2):47-53.
23. **Ernst A., et al.** (2000). *Prochlorperazine versus Promethazine for Uncomplicated Nausea and Vomiting in the Emergency Department: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial.* *Annals of Emergency Medicine.* 36:89-94.
24. **Eti Aslan F, Badir A.** (2005). *Reality about pain control: the knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment and management of pain* *Agri.* Apr;17(2):44-51.
25. **Ferrell BR, Grant M, Ritchey KJ, Ropchan R, Rivera LM.** (1993) *The pain resource nurse training program: a unique approach to pain management.* *J Pain Symptom Manage.* Nov; 8(8):549-56.
26. **Glajchen M, Bookbinder M.** (2001). *Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey.* *J Pain Symptom Manage.* Apr; 21(4):307-16.
27. **Godfrey H** (2005) *.Understanding pain, part 1: physiology of pain .**Br J Nurs.* Sep 8-21;14(16):846-52.

28. **Hall-Lord ML, Larsson BW** (2006). *Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics*. *Nurse Educ Today*. Jan 9.
29. **Hansson E, Fridlund B, Hallstrom I** (2005). *Developing and testing a questionnaire to assess the quality of pain management in acute care in Sweden*. *Pain Manag Nurs*. Sep; 6(3):91-104
30. **He HG, Polkki T, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K**(2005). *A survey of Chinese nurses' guidance to parents in children's postoperative pain relief* . *J Clin Nurs*. Oct; 14(9):1075-82.
31. **He HG, Polkki T, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM**. (2005) *Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief*. *J Adv Nurs*. Aug; 51(4):335-42.
32. **Holley S, McMillan SC, Hagan SJ, Palacios P, Rosenberg D**. (2005). *Pain resource nurses: believing the patients, and believing in themselves*. *Oncol Nurs Forum*. Jul 1; 32(4):843-8.
33. **Horbury C, Henderson A, Bromley B**. (2005). *Influences of patient behaviour on clinical nurses' pain assessment: implications for continuing education*. *J Contin Educ Nurs*. Jan-Feb; 36(1):18-24; quiz 46-7.
34. **Hutt E, Pepper GA, Vojir C, Fink R, Jones KR**. (2006). *Assessing the appropriateness of pain medication prescribing practices in nursing homes*. *J Am Geriatr Soc*. Feb; 54(2):231-9.
35. **Idvall E, Berg K, Unosson M, Brudin L** (2005). *Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals*. *J Eval Clin Pract*. Oct; 11(5):444-51.
36. **Jakobsson U**. (2004), *Pain management among older people in need of help with activities of daily living*. *Pain Management Nursing* Dec;5(4):137-43
37. **Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J, Clark L, Mellis K**. (2004). *Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain*. *Gerontologist*. Aug; 44(4):469-78.
38. **Jones KR, Fink RM, Clark L, Hutt E, Vojir CP, Mellis BK**. (2006) *Nursing home resident barriers to effective pain management: why nursing home residents may not seek pain medication*. *J Am Med Dir Assoc*. Mar-Apr; 7(3 Suppl):S21-8.
39. **Katsma DL, Souza CH** (2000). *Elderly pain assessment and pain management knowledge of long-term care nurses*. *Pain Manag Nurs*. Sep; 1(3):88-95.
40. **Kim HS, Schwartz-Barcott D, Tracy SM, Fortin JD, Sjostrom B**. (2005) *Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units*. *Pain Manag Nurs*. Mar; 6(1):3-9



41. **Krout RE.** (2001). *The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients.* Am J Hosp Palliat Care. Nov-Dec;18(6):383-90
42. **Lane MR** (2006). *Arts in health care: a new paradigm for holistic nursing practice.* J Holist Nurs. Mar; 24(1):70-5.
43. **Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R.** (2006). *Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management.* J Adv Nurs. Feb; 53(4):412-21.
44. **Leal EN, Ribeiro JL, Oliveira MM, Roquette J.** (2005) .*Psychosocial aspects associated with pain perception in individuals undergoing coronary surgery.* Rev Port Cardiol. Oct;24(10):1221-31.
45. **Logan DE, Curran JA.** (2005) .*Adolescent chronic pain problems in the school setting: exploring the experiences and beliefs of selected school personnel through focus group methodology.* J Adolesc Health. Oct; 37(4):281-8.
46. **Lu DP, Lu GP, Kleinman L.** (2001) .*Acupuncture and clinical hypnosis for facial and head and neck pain: a single crossover comparison.* Am J Clin Hypn. Oct; 44(2):141-8.
47. **Lynn SJ, Kirsch I, Barabasz A, Cardena E, Patterson D.**( 2000) *Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future.* Int J Clin Exp Hypn. Apr; 48(2):239-59.
48. **Mann C, Ouro-Bang'na F, Eledjam JJ.** (2005). *Patient-controlled analgesia.* Curr Drug Targets. Nov; 6(7):815-9.
49. **Minden P.** (2005). *The importance of words: suggesting comfort rather than pain.* Holist Nurs Pract. Nov-Dec; 19(6):267-71.
50. **McCaffery M.** (2002). *your patient is in pain-how should you respond.* J. Nursing 32(1)43.
51. **McCaffery M, Grimm MA, Pasero C, Ferrell B, Uman G.C.** (2005). *On the meaning of "drug seeking".* Pain Manag Nurs. Dec; 6(4):122-36.
52. **McCaffery M, Ferrell BR.** (1995). *Nurses' knowledge about cancer pain: A survey of five countries.* Journal of Pain and Symptom Management, 10(5):356-367.
53. **McCaffery M., Ferrell B.** (1997). *Nurses' Knowledge of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made?* Journal of Pain and Symptom Management. 14(3):175-188.
54. **McCaffrey R, Zerwekh J, Keller K.** (2005). *Pain management: cognitive restructuring as a model for teaching nursing students.* Nurse Educ. Sep-Oct; 30(5):226-30.
55. **McCaffery M., Pasero C.** (1999). *Pain: Clinical Manual*, 2nd edition. St. Louis, Mo., Mosby, Inc.

56. **McCaffery M., Robinson E.S.** (2002). *Your Patient is in Pain – Here's how you Respond*. Nursing: Volume 32(10): p 36-45.
57. **McDonald DD, Laporta M, Meadows-Oliver M.** (2006). *Nurses' response to pain communication from patients: A post-test experimental*. Int J Nurs Stud. Jan 20; [Epub ahead of print] study.
58. **McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, Tabler RE.** (2000). *Knowledge and attitudes of nurses in veteran's hospitals about pain management in patients with cancer*. Oncol Nurs Forum. Oct; 27(9):1415-23
59. **McMillan SC, Tittle M, Hagan SJ, Small BJ.** (2005). *Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes*. Oncol Nurs Forum. Jul 1; 32(4):835-42
60. **Meissner W, Ullrich K, Zwacka S.** (2006). *Benchmarking as a tool of continuous quality improvement in postoperative pain management*. Eur J Anaesthesiol. Feb; 23(2):142-8.
61. **Meldrum M.L.** (2003). *A capsule history of pain management*. JAMA, 290(18):2470-2475.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd W.H.** (2000). *A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis?* Int J Clin Exp Hypn. Apr; 48(2):138-53.
62. **Morris, B.** (1997). *Is your family wrecking your career?* Fortune, 17, 71-90.
63. **Musclow SL, Sawhney M, Watt-Watson J.** (2002). *The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada*. Clin Nurse Spec. Mar; 16(2):63-7.
64. **Naylor W.** (2001). *Assessment and management of pain in fungating wounds*. Br J Nurs. Dec; 10(22 Suppl):S33-6, S38, S40, passim.
65. **Noe CE, Haynsworth RF Jr, Ramsay MA, Vera RL, Racz TA, Clark T, Aguanno J, Steves J, Ganter E.** (2002). *Outcomes of a pain management educational initiative at Baylor University Medical Center Proc (Bayl Univ Med Cent)*. Jan; 15(1):3-5.
66. **Nygaard HA, Jarland M.** (2005). *Chronic non-malignant pain in Norwegian nursing home residents: patients' self-report and nurses' assessment*. Tidsskr Nor Laegeforen. May 19; 125(10):1349
67. **Pasero C., Reed B.** (2006). *American Society for Pain. Management Nursing*. J Am Acad Nurse Pract. Jun; 17(6 Suppl):3-17; quiz 18.
68. **Patiraki EI, Papathanassoglou ED, Tafas C, Akarepi V, Katsaragakis SG, Kampitsi A, Lemonidou C.** (2005) *A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management*. Eur J Oncol Nurs. Oct 21.

69. **Paynter D, Mamaril ME.** (2004). *Perianesthesia challenges in geriatric pain management.* J Perianesth Nurs. Dec;19(6):385-91
70. **Pellino TA, Willens J, Polomano RC, Heye M.** (2002). *The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: role delineation study.* Pain Manag. Nurs. Mar;3(1):2-15
71. **Polkki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM.** (2003) *Factors influencing nurses' use of no pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients.* Scand J Caring Sci. Dec; 17(4):373-83.
72. **Prairie Rose.** (2005). [No authors listed] *A nursing approach to easing pain.* Aug-Oct; 74(3):25-9.
73. **Puntillo K, Neighbor M, O' Neil N, Nixon R.** (2003). *Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain .*Pain Manag. Nurs Dec;4(4):171-5.
74. **Richardson J, Smith JE, McCall G, Pilkington K.** (2006). *Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions.* J Pain Symptom Manage. Jan; 31(1):70-84.
75. **Rushton P, Eggett D, Sutherland CW.** (2003). *Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and no oncology nurses.* Oncol Nurs Forum. Sep-Oct; 30(5):849-55.
76. **Schafheutle EI, Cantrill JA, Noyce PR.** (2001). *Why is pain management suboptimal on surgical wards?* J Adv Nurs. Mar; 33(6):728-37.
77. **Schmitt MB, Titler MG, Herr KA, Ardery G.** (2004) *.Challenges of Web-based education in educating nurses about evidence-based acute pain management practices for older adults.* J Contin Educ Nurs. May-Jun; 35(3):121-7.
78. **Shang AB, Gan TJ.** (2003).*Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient.* Drugs. 63(9):855-67.
79. **Shaw SM** (2006) *Nursing and supporting patients with chronic pain.* Nurs Stand. Jan 18-24; 20(19):60-5.
80. **Simanski C, Lefering R, Paffrath T. et al.** (2005). *Postoperative pain relief is an important factor for the patients' selection of a clinic Results of an anonymous survey.* Schmerz. Oct 28;
81. **Simkin P, Bolding A.** (2004) *.Update on nonpharmacologic approaches to relieve labour pain and prevent suffering.* J Midwifery Women's Health. Nov-Dec; 49(6):489-504.
82. **Simons J, Roberson E** (2002). *Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain.* J Adv Nurs. Oct; 40(1):78-86.
83. **Simons JM, Macdonald LM** (2004). *Pain assessment tools: children's nurse's views.* J Child Health Care Dec; 8(4):264-78.

84. **Sloman R, Ahern M, Wright A, Brown L.** (2001) *Nurses' knowledge of pain in the elderly.* J Pain Symptom Manage. Apr; 21(4):317-22.
85. **Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y.** (2005) *Nurses' assessment of pain in surgical patients.* J Adv Nurs. Oct; 52(2):125-32
86. **Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA.**( 2003). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour.* Cochrane Database Syst Rev. (2):
87. **Snyder M, Wieland J.** (2003) *Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain?* Nurs Clin North Am. Sep; 38(3):495-508.
88. **Tafas CA, Patiraki E, McDonald DD, Lemonidou C.** (2002). *Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain.* Cancer Nurs. Feb; 25(1):8-14.
89. **Tapp J, Kropp D.** (2005) *Evaluating pain management delivered by direct care nurses.* J Nurs Care Qual. Apr-Jun; 20(2):167-73.
90. **Tse MM, Chan BS.** (2004). *Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective.* J Pain Palliat Care Pharmacother.; 18(1):47-58.
91. **Valente SM** (1991).*Using hypnosis with children for pain management.* Oncol Nurs Forum. May-Jun; 18(4):699-704.
92. **Valente SM** (2006) *hypnosis for pain management.* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. Feb; 44(2):22-30.
93. **Vallerand AH, Riley-Doucet C, Hasenau SM, Templin T.** (2004) *Improving cancer pain management by homecare nurses.* Oncol Nurs Forum. Jul 13; 31(4):809-16.
94. **Van Hulle Vincent C.** (2005).*Nurses' knowledge, attitudes, and practices: regarding children's pain.* MCN Am J Matern Child Nurs. May-Jun;30(3):177-83.
95. **Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R.** (2005) *Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals* Eur J Pain. Feb; 9(1):61-7.
96. **Walker JA.** (2003). *Philosophy, knowledge and theory in the assessment of pain* Br J Nurs. Apr 24-May 7; 12(8):494-501.
97. **Jensen M, Patterson D.R.** (2006). *Hypnotic treatment of chronic pain.* J Behav Med. Feb; 29(1):95-124.
98. **Wang HL, Keck JF.** (2004). *Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain.* Pain Manag. Nurs Jun. ;5(2):59-65
99. **Wild MR, Espie CA.** (2004). *The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology: a systematic review.* J Dev Behav Pediatr. Jun; 25(3):207-13.

100. **Wilkes G, Lasch KE, Lee JC, Greenhill A, Chiri G.** (2003). *Evaluation of a cancer pain education module.* Oncol Nurs Forum. Nov-Dec;30(6):1037-43.
101. **Wilkie, D. et al.** (1988). *Cancer Pain Control Behaviors: Description and Correlation with Pain Intensity.* Oncology Nursing Forum. 15(6):723-731.
102. **Wirth JH, Hudgins JC, Paice JA.** (2005) .*Use of herbal therapies to relieve pain: a review of efficacy and adverse effects.* Pain Manag Nurs. Dec; 6(4):145-67.
103. **Wright RK, Bell S.K.** (2001). *Administrative of nurse's knowledge of pain.* J Nurses Staff Dev. Nov-Dec; 17(6):309-13.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

104. **Γεωργίου Ι.Π.** (1988). *Η Ιστορία της Ιατρικής.* Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα.
105. **Ιωαννίδης Ι. Π.Α** (2000) *Αρχές αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία-Δημόσια Υγιεινή & μέθοδοι έρευνας.* Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα
106. **Κυρίτση Ε., Μάτζιου Β., Ποζατζίδη Μ., Περδικάρης Π.** (2003). *Εκτίμηση της συμπεριφοράς των παιδιών απέναντι στο μετεγχειρητικό πόνο. Πρόγραμμα περιλήψεων 30<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αλεξανδρούπολη, 78.*
107. **Μάρτης Χ.** (2000). *Η Ιατρική από τον Ιπποκράτη στο DNA.* Εκδόσεις Νέα σύνορα -Α.Α Λιβάνης. Αθήνα.
108. **Μήτσιου Μ.** (2004). *Στάση των ασθενών απέναντι στον μετεγχειρητικό πόνο και στην αντιμετώπισή του, Πρόγραμμα περιλήψεων 31<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού συνεδρίου, Αθήνα, : 66.*
109. **Παπαιωάννου Τ. Φερεντίνος Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών.* Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης. Αθήνα
110. **Πατηράκη Ε., Tafas CH, McDonald D, Κατσαραγάκης Σ., Καλαφάτη Μ., Λεμονίδου Χ.** (2002). *Επίδραση των προσωπικών εμπειριών των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου των ασθενών, Πρόγραμμα περιλήψεων 29<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ιωάννινα, 99.*

**Ερωτηματολόγιο της M.McCaffery**

**I. Please check T for true or F for false.**

1. Observable changes in vital signs must be relied upon to verify a patient's report of severe pain. T  F
2. Pain intensity should be rated by the clinician, not the patient. T  F
3. A patient may sleep in spite of moderate or severe pain. T  F
4. Intramuscular (I.M.) meperidine (Demerol) is the drug of choice for prolonged pain. T  F
5. Analgesics for chronic pain are more effective when administered p.r.n. rather than around the clock. T  F
6. If the patient can be distracted from pain, this means he doesn't have as high an intensity of pain as he reports. T  F
7. The patient with pain should be encouraged to endure as much pain as possible before resorting to a pain relief measure. T  F
8. Respiratory depression (less than seven breaths/minute for an adult) probably occurs in at least 10% of patients who receive one or more doses of an opioid for relief of severe pain. T  F
9. Vicodin (hydrocodone, 5 mg, and acetaminophen, 500 mg) is approximately equal to the analgesia of half of a dose of meperidine, 75 mg I.M. T  F
10. If a patient's pain is relieved by a placebo, the pain isn't real. T  F
11. Beyond a certain dose, increasing the dosage of an opioid such as morphine won't increase pain relief. T  F
12. Research shows that promethazine HCl (Phenergan) reliably potentiates opioid analgesics. T  F

**II. Read the following definitions (American Pain Society, 1999), then answer the questions that follow.**

Opioid (narcotic) addiction or psychological dependence is a pattern of compulsive drug use characterized by continued craving for an opioid and the need to use the opioid for

effects other than pain relief. Physical dependence and tolerance are not addiction.

Tolerance to opioid analgesia means that a larger dose of opioid analgesic is required to maintain the original effect.

Physical dependence on opioids is revealed in patients taking opioids long-term when the abrupt discontinuation of an opioid or the administration of an opioid antagonist produces an abstinence syndrome (withdrawal).

When opioids are used for pain relief under the following circumstances, what percentage of patients are likely to develop opioid addiction?

13. Overall, among all patients

- less than 1%    25%    75%  
 5%    50%    100%

14. Patients who receive opioids for 1 to 3 days

- less than 1%    25%    75%  
 5%    50%    100%

15. Patients who receive opioids for 3 to 6 months

- less than 1%    25%    75%  
 5%    50%    100%

16. On a scale of 1 (not confident) to 5 (very confident), how confident are you that you answered most questions correctly? \_\_\_\_\_

17. What is your level of education?

- student    diploma  
 LPN/LVN    BSN  
 AD    MSN  
 PhD or other doctoral degree  
 degree in another field  
 other (please specify) \_\_\_\_\_

18. What is your current position/title?

- staff nurse  
 charge nurse/assistant nurse-manager  
 nurse-manager/supervisor/administrator  
 staff educator/case manager  
 advanced practice nurse (CNS/NP)  
 other (please specify) \_\_\_\_\_

19. In what setting do you work?

- hospital  
 home health care  
 outpatient services  
 hospice  
 long-term care  
 other (please specify) \_\_\_\_\_

20. What is your clinical area?

- medical/surgical unit  
 surgical/postoperative care unit  
 intensive care unit/critical care unit  
 oncology    pediatrics  
 orthopedics    rehabilitation  
 geriatrics  
 other (please specify) \_\_\_\_\_

21. In what type of area do you practice?

- urban    small town  
 suburban    rural

22. How many years have you been in nursing?

- 5 or less    11-15  
 6-10    Over 15

23. What is your age?

- under 21    41-50  
 21-30    over 50  
 31-40

24. What is your sex?

- female    male

25. Please add any comments or observations about pain management. Use a separate sheet if necessary.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Thank you** for participating in this survey. Your participation will be regarded as your informed consent.

**Ερωτηματολόγιο της M. McCaffery - Μετάφραση**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΤΟΜΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΜΣ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»**

Παρακαλούμε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ανώνυμη** και θα διαφυλαχθεί το **απόρρητο** των πληροφοριών που δίνονται. Για το σκοπό αυτό παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομα σας αλλά δημιουργήστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στην συνέχεια:

Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά του πατέρα
Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά του πατέρα
Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά της μητέρα
Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά της μητέρα

Αφού ολοκληρώσετε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι σημαντικό να βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, δίνοντας μόνο μια απάντηση για κάθε ερώτηση

Ευχαριστούμε πολύ

Ιωάννινα 2006

**I. Παρακαλώ σημειώστε Σ για το σωστό και Λ για το λάθος.**

1. Εμφανείς αλλαγές στα ζωτικά σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχείο που υποδηλώνει πως ο ασθενής έχει ισχυρό πόνο. Σ  Λ

2. Η ένταση του πόνου πρέπει να εκτιμηθεί από τον γιατρό και όχι από τον ασθενή. Σ  Λ

3. Ένας ασθενής μπορεί να κοιμηθεί παρά το μέτριο ή έντονο πόνο. Σ  Λ

4. Η ενδομυϊκή χορήγηση της μεπεριδίνης είναι φάρμακο εκλογής για τον παρατεταμένο πόνο. Σ  Λ

5. Τα αναλγητικά για το χρόνιο πόνο είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται p.r.n (όταν τα χρειάζεται) παρά εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο. Σ  Λ

6. Εάν ο ασθενής μπορεί να αποσπαστεί από τον πόνο, αυτό σημαίνει ότι δεν έχει τόσο υψηλή ένταση του πόνου από αυτή που αναφέρει. Σ  Λ

7. Ο ασθενής με πόνο πρέπει να ενθαρρυνθεί για να υπομείνει όσο το δυνατόν περισσότερο πόνο πριν προσφύγει σε ένα μέσο ανακούφισης. Σ  Λ

8. Η αναπνευστική καταστολή (λιγότερο από επτά αναπνοές/λεπτό για έναν ενήλικα) πιθανώς εμφανίζεται σε τουλάχιστον 10% των ασθενών που λαμβάνουν μια ή περισσότερες δόσεις ενός οπιούχου αναλγητικού για την ανακούφιση του έντονου πόνου. Σ  Λ

9. Το Lonalgal (κωδεΐνη 30 mg και 500 mg παρακεταμόλη) έχει περίπου την ίδια αναλγητική δράση με το μισό μιας αμπούλας μεπεριδίνης των 50 mg im. Σ  Λ

10. Εάν ο πόνος ενός ασθενή ανακουφίζεται από το placebo ο πόνος δεν είναι πραγματικός. Σ  Λ

11. Πέρα από μια ορισμένη δόση, η αύξηση της δόσης ενός οπιούχου, όπως η μορφίνη, δεν θα αυξήσει την ανακούφιση από τον πόνο. Σ  Λ

12. Η έρευνα δείχνει ότι η προμεθαζίνη (Phenergan) ενισχύει αποτελεσματικά την αναλγητική δράση των οπιούχων. Σ  Λ

**II. Διαβάστε τους ακόλουθους ορισμούς (Αμερικανική Κοινωνία του Πόνου, 1999), και στην συνέχεια απαντήστε στις ερωτήσεις**

Ο εθισμός στα οπιοειδή (ναρκωτικά) ή η ψυχολογική εξάρτηση είναι μια μορφή της παθολογικής χρήσης οπιοειδών που χαρακτηρίζεται από την συνεχή επιθυμία για ένα οπιούχο και την ανάγκη να χρησιμοποιηθεί το οπιούχο αυτό για άλλα οφέλη εκτός της ανακούφισης από τον πόνο. Η σωματική εξάρτηση και η ανοχή δεν είναι εθισμός.

Η ανοχή στην αναλγησία των οπιοειδών σημαίνει ότι μια απαιτείται μεγαλύτερη δόση του αναλγητικού οπιούχου για να διατηρήσει την αρχική επίδραση.

Η σωματική εξάρτηση στα οπιοειδή εμφανίζεται στους ασθενείς που παίρνουν οπιούχα για μεγάλο χρονικό διάστημα, όταν γίνει απότομη διακοπή ενός οπιούχου ή της χορήγησης ενός αντιδότη προκαλείται σύνδρομο αποχής (απόσυρση).

Όταν τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου, στις ακόλουθες περιπτώσεις, ποιο ποσοστό των ασθενών είναι πιθανό να αναπτύξει εθισμό;

13. Ασθενείς που λαμβάνουν τα οπιούχα για 1 έως 3 ημέρες

<input type="checkbox"/>	Λιγότερο από 1%
<input type="checkbox"/>	5%
<input type="checkbox"/>	25%
<input type="checkbox"/>	50%
<input type="checkbox"/>	75%
<input type="checkbox"/>	100%

14. Ασθενείς που λαμβάνουν τα οπιούχα για 3 έως 6 μήνες

<input type="checkbox"/>	Λιγότερο από 1%
<input type="checkbox"/>	5%
<input type="checkbox"/>	25%
<input type="checkbox"/>	50%
<input type="checkbox"/>	75%
<input type="checkbox"/>	100%

15. Συνολικά, μεταξύ όλων των ασθενών

<input type="checkbox"/>	Λιγότερο από 1%
<input type="checkbox"/>	5%
<input type="checkbox"/>	25%
<input type="checkbox"/>	50%
<input type="checkbox"/>	75%
<input type="checkbox"/>	100%

16. Σε μια κλίμακα 1 (μη βέβαιος) σε 5 (πολύ βέβαιος), πόσο βέβαιο είστε ότι απαντήσατε στις περισσότερες ερωτήσεις σωστά;

17. Ποιο το επίπεδο εκπαίδευσης σας;

<input type="checkbox"/>	Φοιτητής
<input type="checkbox"/>	Βασικό πτυχίο
<input type="checkbox"/>	Ειδικότητα
<input type="checkbox"/>	Master
<input type="checkbox"/>	Διδακτορικό
<input type="checkbox"/>	Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

Β) αν είστε νοσηλεύτης

<input type="checkbox"/>	Φοιτητής
<input type="checkbox"/>	ΠΕ
<input type="checkbox"/>	ΤΕ
<input type="checkbox"/>	ΔΕ
<input type="checkbox"/>	Master
<input type="checkbox"/>	Διδακτορικό
<input type="checkbox"/>	Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

18. Σε ποιο φορέα εργάζεστε;

19. Σε ποια κλινική;

20. Ποιά η θέση σας/τίτλος;

21. Πόσα χρόνια εργάζεστε;

<input type="checkbox"/>	Λιγότερα από 1	<input type="checkbox"/>	5-10
<input type="checkbox"/>	1-5	<input type="checkbox"/>	10-15
<input type="checkbox"/>	Πάνω από 15		

22. Σε ποια περιοχή εργάζεστε;

<input type="checkbox"/>	Αστική περιοχή
<input type="checkbox"/>	Προάστιο
<input type="checkbox"/>	Μικρή πόλη
<input type="checkbox"/>	Αγροτική περιοχή

23. Τόπος διαμονής

<input type="checkbox"/>	Χωριό/κωμόπολη
<input type="checkbox"/>	Πόλη < 150.000 κατοίκους
<input type="checkbox"/>	Πόλη > 150.000 κατοίκους

24. Ημερομηνία γέννησης: .... / .... / 19

25. Φύλο

<input type="checkbox"/>	άνδρας
<input type="checkbox"/>	γυναίκα

26. Οικογενειακή κατάσταση

<input type="checkbox"/>	Άγαμος/η
<input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η
<input type="checkbox"/>	Διαζευμένος/η
<input type="checkbox"/>	Χήρος/α

27. Παρακαλώ προσθέστε οποιαδήποτε πληροφορία ή σχόλιο σχετικά με την διαχείριση του πόνου. Χρησιμοποιείστε την πίσω πλευρά της σελίδας εάν χρειαστεί

---

---

---

---