



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

## **Η αντίληψη του πόνου των νεογνών από το προσωπικό των εντατικών μονάδων νοσηλείας και η αντιμετώπισή του**

### **Σπουδάστρια:**

Μαυρομάτη Περσεφόνη, Μαία (Α.Μ. 44)

### **Επιβλέπων καθηγητής:**

Δημολιάτης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

### **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, 2007**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το επάγγελμά μου είναι μαία. Παίρνοντας το πτυχίο μου ορκίστηκα να εργάζομαι με αφοσίωση κι αγάπη και να διαφυλάττω την έγκυο, τη λεχωίδα και το νεογέννητο. Τα τελευταία τέσσερα χρόνια, η επαγγελματική μου δράση περιορίζεται αποκλειστικά στην υπηρεσία του νεογέννητου μιας και δουλεύω σε εντατική μονάδα νεογνών. Στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού «Αντιμετώπιση του Πόνου», έγινα πιο συνειδητοποιημένη στο θέμα του πόνου, και αντιλήφθηκα πως τελικά στο χώρο εργασίας μου υπάρχει περισσότερος πόνος απ' όσο φανταζόμουν. Έτσι αποφάσισα η προσπάθεια μου για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας να πλεύσει στα πελάγη του νεογνικού πόνου.

Στην πολύμηνη περίοδο ενασχόλησης μου με το θέμα του πόνου των νεογνών ανακάλυψα πως υπάρχει εκτεταμένο ενδιαφέρον στον τομέα αυτό που όμως σε ένα μεγάλο βαθμό παραμένει σε θεωρητικό επίπεδο. Με άλλα λόγια ενώ πραγματοποιούνται πάμπολλες μελέτες, ερευνητικές και μη, τα αποτελέσματά τους φαίνεται πως δεν εφαρμόζονται τόσο άμεσα, ούτε στο βαθμό που αυτές υποδεικνύουν. Μια πιθανή ερμηνεία γι' αυτό είναι πως το αντικείμενο του νεογνικού πόνου άρχισε να μελετάται διεξοδικά την τελευταία εικοσαετία. Μέχρι τότε ελάχιστα δεδομένα υπήρχαν στη βιβλιογραφία, ενώ αντίθετα τα δεδομένα των τελευταίων δέκα ετών «τρέχουν» αλματωδώς και πολλαπλασιάζονται με τέτοιο ρυθμό που είναι δύσκολο τόσο αρχικά να αφομοιωθούν, όσο και να γίνουν αποτελεσματική πράξη στον κλινικό χώρο.

Επιπλέον τα νεογνά αποτελούν μια ειδική ομάδα ασθενών που δεν μπορούν λεκτικά να εκφράσουν τον πόνο τους παρά να τον εκδηλώσουν μέσα από κάποιες συμπεριφορές. Κάποιες από αυτές τις εκδηλώσεις είναι εμφανείς της ύπαρξης πόνου, ενώ κάποιες άλλες όχι. Το ποιες και πόσες από αυτές τις εκδηλώσεις θα παρατηρήσει και θα καταγράψει ο φροντιστής λειτουργός υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την εκπαίδευσή του πάνω σε αυτό ή από την εμπειρία του, αλλά και από την αντίληψη που έχει ο ίδιος απέναντι στο νεογνικό πόνο. Επειδή ακριβώς ο πόνος του νεογνού αποτελεί ένα σχετικά πρόσφατο δεδομένο, η νοοτροπία της «ανυπαρξίας» του πόνου αυτού είναι βαθιά ριζωμένη σε πολλούς ανθρώπους του κλινικού χώρου. Έτσι όταν καλούνται να εκτιμήσουν την εμφάνιση ή μη πόνου, συμβαίνει η αντίληψη και τα «πιστεύω» τους για το νεογνικό πόνο να επηρεάζουν την αξιολόγηση αυτή.

Η παρούσα εργασία λοιπόν έχει σκοπό να πραγματευθεί το θέμα αυτό της αντίληψης του νεογνικού πόνου, από τα άτομα που βρίσκονται περισσότερο κοντά στα νεογνά σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σε αυτά τα σωτήρια και συνάμα ψυχρά κλουβιά που καλούνται μονάδες εντατικής νοσηλείας. Παράλληλα προς την αντίληψη θα γίνει αναφορά και στην αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου αλλά και σε θέματα ηθικής. Εύχομαι όσο ενδιαφέρον είναι το θέμα, τόσο αμείωτο να παραμείνει και το ενδιαφέρον του εκάστοτε αναγνώστη.

Με εκτίμηση,  
Περσεφόνη Μαυρομμάτη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Υπόβαθρο:** Είναι πλέον κοινώς παραδεκτό πως το νεογνό, πρόωρο ή μη, πονάει. Η αντιμετώπιση του πόνου του από τους φροντιστές του (λειτουργούς υγείας) κατά την περίθαλψη του στη MENN (μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών), εξαρτάται σε ένα βαθμό από το πώς αντιλαμβάνονται και τι πιστεύουν οι τελευταίοι για τον νεογνικό πόνο.

**Αντικείμενο:** Να προσδιοριστεί η σχέση ανάμεσα στην αντίληψη που έχουν για τον νεογνικό πόνο οι λειτουργοί υγείας των μονάδων και στην τελική παροχή φροντίδας για την ανακούφιση του πόνου αυτού.

**Τύπος μελέτης:** Συστηματική ανασκόπηση

**Μέθοδος:** Αναζητήθηκαν μελέτες στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scholar Google καθώς και στις παραπομπές τριών (3) συμπεριλαμβανομένων μελετών. Η επιλογή των μελετών έγινε εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής με κύριο κριτήριο να διαφαίνεται ο συσχετισμός αντίληψης και διαχείρισης του νεογνικού πόνου από προσωπικό εντατικών μονάδων (τα υπόλοιπα κριτήρια αναφέρονται εκτενώς στο ομώνυμο κεφάλαιο του κυρίως κειμένου).

**Αποτελέσματα:** Οι μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής ήταν συνολικά 11 από τις οποίες οι 10 ήταν συγχρονικές και η μία ποιοτική μελέτη. Σε όλες (11/11) γίνεται άλλοτε σε άλλο βαθμό αναφορά στην αντίληψη του νεογνικού πόνου, 10/11 αναφέρονται στην αξιολόγησή του και 9/11 καταγράφουν τόσο τρόπους αλλά και συχνότητα εφαρμογής της αντιμετώπισης του πόνου του νεογνού. Από τους συνολικά 13 συσχετισμούς ανάμεσα στην αντίληψη- αξιολόγηση- αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου προκύπτει ότι υπάρχει στενή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, με κύρια την επιρροή που ασκούν η αντίληψη και η αξιολόγηση στην απόφαση για το αν και πως θα αντιμετωπιστεί ο πόνος ενός νεογνού.

**Συμπεράσματα:** Η αντίληψη του νεογνικού πόνου υφίσταται από τους λειτουργούς υγείας είναι όμως επιφανειακή. Γι' αυτό ενώ υπάρχουν τα μέσα για σωστή

αξιολόγηση και αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου δεν καθίσταται αυτή επαρκής. Προϋπόθεση για την εξυγίανση του προβλήματος αυτού αποτελεί η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των λειτουργών υγείας καθώς και η επικοινωνία μεταξύ τους.



## ABSTRACT

**Background:** Nowadays it is commonly accepted that a neonate (premature or not) is able to feel pain. Neonate's pain management by his/her caregivers (healthcare professionals) while he/she is in a NICU (neonatal intensive care unit) depends somehow on their perceptions and beliefs of neonatal pain.

**Objective:** To determine the association between healthcare professionals' perceptions on neonatal pain and the final care given by them in terms of the infant's pain management.

**Design:** Systematic review

**Method:** Studies were sought through Internet in PubMed and Scholar Google databases. Hand searching of the references of three (3) included studies also took place. The studies were chosen so long as they met the inclusion criteria. The main criterion was an evident correlation, in the study's title or abstract, between neonatal pain perception and management by healthcare professionals working in a NICU (the rest of the criteria are analyzed in the relevant chapter of the main text).

**Results:** Eleven (11) studies met the inclusion criteria. Ten (10) of them were cross-sectional studies and the last was a qualitative one. There are references to neonatal pain perception in all (11/11) studies, 10/11 studies refer to its assessment and 9/11 studies refer to neonatal pain management methods by drawing up a list of them as well as referring to the frequency of their use. The total number of correlations among the parameters of neonatal perception, assessment and management is 13. The main result that arises from these correlations is a great interaction between all these three parameters and it is mostly obvious that the perception and the assessment of neonatal pain influence the possibility and the way a neonate's pain will be relieved.

**Conclusions:** Healthcare professionals do have pain perception of the neonate however this perception is superficial. This is the reason for which neonatal pain

management remains inadequate despite the existence of means for its proper assessment. Further education and information of health professionals, as well as satisfying communication among them are the conditions that can reform this problem.

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## Εισαγωγή

### 1.1 Έναρξη ενεργού ενασχόλησης με το νεογνικό πόνο

Πριν από είκοσι χρόνια υπήρχε ακόμη διχασμός στην ιατρική κοινότητα για το αν τα νεογνά πονούν ή όχι (Franck 1987). Ο Owens το 1986 μη θέλοντας να συμμετέχει στην σχισματική κατάσταση δήλωσε: *«Αν λαθεμένα υποθέτουμε πως τα νεογνά νιώθουν πόνο, τότε πολύ λίγα έχει να χάσει η κοινωνία και η επιστήμη. Αν όμως η υπόθεση πως τα νεογνά πονούν είναι σωστή, τότε πρέπει να κινητοποιηθούμε περισσότερο, να το γνωστοποιήσουμε, να το ερευνήσουμε και να βρούμε ασφαλείς και αποτελεσματικούς τρόπους για τη βελτίωση του προβλήματος»* (Pigeon 1989).

Ο αντίλογος όμως έρχεται από τον Hatch το 1987 (αναισθησιολόγο) ο οποίος υποστηρίζει ότι *«δικαίως οι γιατροί είναι διστακτικοί στο να συνταγογραφήσουν αναλγητικά σε νεογνά και κρίνουν πως με βάση την κλινική παρατήρηση δεν φαίνεται αν τα νεογνά νιώθουν πόνο. Ακόμη και μετά από μεγάλες επεμβάσεις τα περισσότερα βρέφη που δεν έχουν υποξία ή υπογκαιμία ησυχάζουν γρήγορα και κοιμούνται γαλήνια για κανονικές περιόδους, ειδικά όταν μπορούν να ταϊστούν χωρίς και από το στόμα»* (Hatch 1987). Αντίθετα από αυτόν οι Gregory & Berry (1987) υποστήριξαν ότι ακόμη και τα πρόωρα νεογνά χρειάζονται μια κατάλληλη ποσότητα αναισθησίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η κατάσταση του κάθε πρόωρου νεογνού την επιτρέπει κιόλας. Από τα παραπάνω είναι εμφανής η αντιπαράθεση των απόψεων.

Το 1987 οι Anand & Hickey με τις μελέτες τους αποτέλεσαν σταθμό στην ιστορία της αποδοχής του νεογνικού πόνου, αποδεικνύοντας ότι τα πρόωρα νεογνά που υφίστανται χειρουργική επέμβαση με ελάχιστη αναισθησία (κάτι το οποίο αποτελούσε κοινή πρακτική τότε) είχαν σημαντικά υψηλότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και αντίστοιχο δείκτη θνησιμότητας (Fletcher 1987, Phillips 1995). Η δουλειά του Anand και των συνεργατών του άσκησε μεγάλη επίδραση στο πώς αντιλαμβανόταν ο τότε κόσμος την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου (Clancy et al 1992, Phillips 1995, Schechter 2006). Βέβαια χρειάστηκαν πολλές μελέτες έκτοτε για να πεισθούν και οι πλέον δύσπιστοι.

Πλήθος μελετών ξεκίνησαν από τα τέλη της δεκαετίας του '80, όμως γρήγορα φάνηκε ότι δεν ήταν και τόσο εύκολο να ερευνηθεί κανείς ένα τόσο καινούργιο και



ευαίσθητο φαινόμενο όπως ο νεογνικός πόνος. Η δυσκολία στις μελέτες εστιαζόταν περισσότερο στην μέτρηση του πόνου. Δηλαδή δεν υπήρχε κοινή γραμμή ανάμεσα στους μελετητές για το ποιες νεογνικές αντιδράσεις υποδήλωναν πόνο, ποια επώδυνη διαδικασία-ερέθισμα εφαρμοζόταν πριν γίνει η μέτρηση και τι τεχνικά μέσα χρησιμοποιούνταν για την πραγματοποίηση της μέτρησης αυτής. Επιπλέον οι πρώτες μελέτες επιχειρούσαν να μετρήσουν την ύπαρξη ή μη πόνου και όχι την ένταση ή διαβάθμισή του (Pigeon 1989). Σε γενικές γραμμές πάντως, οι αρχικές μελέτες εμμένανε στο να αναγνωρίσουν τις αντιδράσεις των νεογνών μετά από επεμβατικές διαδικασίες, που κυμαίνονταν από το νυγμό της φτέρνας μέχρι χειρουργικές επεμβάσεις.

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα στις ερευνητικές μελέτες, ήταν έκδηλη η ανάγκη χρησιμοποίησης κάποιων δεικτών μέτρησης. Για τα δεδομένα όμως της εποχής τα εργαλεία αξιολόγησης ήταν ελάχιστα. Έτσι μια πρώιμη κίνηση που αποτέλεσε και το θεμέλιο για την μετέπειτα κατασκευή εργαλείων αξιολόγησης, ήταν να εφαρμοστεί, η αποτελεσματική σε κάθε τι νέο μέθοδος της παρατήρησης. Επιπρόσθετα για να είναι αποτελεσματική η παρατήρηση, οι παρατηρητές έπρεπε να είναι άτομα που συναναστρέφονται συνεχώς με τα νεογνά οπότε επιλέχτηκαν οι νοσηλεύτριες. (McCain 1995, Dick 1993) Σύμφωνα με τις δικές τους παρατηρήσεις θα συλλέγονταν τα δεδομένα για τη δημιουργία ενός συμπεριφορικού δείκτη μέτρησης του νεογνικού πόνου και είχε μεγάλη αξία η καταγραφή αυτή, πρώτα για την αξιολόγηση και κατόπιν για την αντιμετώπιση του πόνου (Pigeon 1989, Sarvis 2004).

## **1.2 Παρουσίαση του προβλήματος**

Η ιστορία του νεογνικού πόνου τον ήθελε να μην αναγνωρίζεται και να υποθεραπεύεται (Anand 2001, Ivy 2001, Puchalski & Hummel 2002, Carbajal et al 2004). Τα δεδομένα όμως που προέκυπταν συνεχώς από τις έρευνες, φανέρωναν νέες γνώσεις πάνω στο φλέγον αυτό ζήτημα. Οι γνώσεις αυτές αφορούσαν τόσο την προέλευση του πόνου, όσο και την πρόληψή του και την αντιμετώπισή του. Κάποιοι όμως ερευνητές αναρωτήθηκαν κατά πόσο η νέα αυτή γνώση αφομοιώνεται και εφαρμόζεται στην κλινική πρακτική, τόσο από τις νοσηλεύτριες όσο και από τους γιατρούς (Dick 1993).

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90, οι μελέτες που είχαν γίνει προκειμένου να διαπιστωθούν τα πιστεύω και οι πρακτικές σε συνδυασμό με την αναγνώριση και την αντιμετώπιση του πόνου στα νεογνά, ήταν πολύ λίγες. Μία από αυτές αναφέρεται στις αντιλήψεις των αναισθησιολόγων για το νεογνικό πόνο. Πρόκειται για μια αναδρομική

μελέτη που συνέκρινε τις απαντήσεις που είχαν δώσει οι αναισθησιολόγοι το 1988 με τις απαντήσεις των αναισθησιολόγων το 1995 (οι ερωτήσεις ήταν οι ίδιες). Φάνηκε έντονα η αλλαγή των απόψεων. Το 1988, 21% των αναισθησιολόγων πίστευαν ότι τα νεογνά δεν πονούν και 23% ήταν αναποφάσιστοι προς αυτό, ενώ το 1995 υπήρξε σχεδόν ολική συμφωνία πως τα νεογνά όλων των ηλικιών νιώθουν τον πόνο (De Lima et al 1996).

Ήταν εύλογο οι μελέτες που αφορούσαν τους λειτουργούς υγείας των μονάδων και όσες ειδικότητες ασχολούνται με νεογνά να επικεντρώνονται περισσότερο στις γνώσεις τους σχετικά με τον νεογνικό πόνο. Εφόσον τα δεδομένα για τον νεογνικό πόνο ήταν ακόμη πολύ πρόσφατα, η έρευνα ήταν σκόπιμη ούτως ώστε να φανεί σε τι βαθμό υπήρχε ενημέρωση και εξάπλωση της γνώσης αυτής. Τα επόμενα χρόνια όμως, παρότι η γνώση έχει μεταδοθεί και υπάρχει σε ένα βαθμό, εντούτοις η πρακτική εφαρμογή της για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου χωλαίνει (McLaughlin 1993, Fernandez 1994, Porter 1997, Mitchell et al 2000, Grunau 2000, Xavier Balda 2000, Dodds 2003, Rohrmeister 2003, Sarvis 2004, Walker 2005, Harrison et al 2006, American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, 2006)

Ακόμη και τα τελευταία 5 χρόνια ενώ έχουν γίνει κάποια σωστά βήματα στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, υπάρχει ακόμη αυτό που καλείται παρεμβατικός πόνος (Johnston 1997) που περιλαμβάνει την εκτέλεση πολυάριθμων επώδυνων πράξεων σε καθημερινή βάση (Grunau 2000, Taddio 2002), περίπου 14/ημέρα (Simons et al 2003, Stevens et al 2003, Lago et al 2005). Δεδομένης αυτής της διαπίστωσης γεννήθηκε το ερώτημα «γιατί, μετά από τόσο καιρό και τόση διάδοση της γνώσης γύρω από τον πόνο του νεογνού, να μην αντιμετωπίζεται αυτός επαρκώς;» Έτσι άρχισαν να εμφανίζονται μελέτες, με σκοπό να εξετάσουν στάσεις αντιλήψεις και συμπεριφορές απέναντι στο νεογνικό πόνο και την αντιμετώπισή του, προκειμένου να ανακαλυφθεί αν υπάρχει κάποιος συσχετισμός ανάμεσα στα δύο, που να αιτιολογεί το πρόβλημα. Αυτές τις μελέτες ανασκοπεί η παρούσα εργασία.

### **1.3 Σημασία του προβλήματος**

Κάθε γιατρός ή νοσηλεύτρια δημιουργεί στη διάρκεια της καριέρας του ένα σχετικά συναφές σώμα επιστημονικής γνώσης και κλινικής εμπειρίας. Αυτό το σώμα επηρεάζει και επηρεάζεται από την απαρίθμηση πολλών καταστάσεων, όπως είναι η κατάλληλη παροχή φροντίδας, η ανάγκη για έρευνα συγκεκριμένων πεδίων, η ανάγκη για

ολοκλήρωση και εφαρμογή της ήδη ολοκληρωμένης έρευνας, η ανάγκη για νέες τεχνικές ικανότητες και υλικό και άλλες (Cunningham 1989).

Καθώς οι νοσηλεύτριες προσπαθούν να ανανεώσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τον νεογνικό πόνο, υπάρχει πάντα το ερώτημα κατά πόσο έχουν απαλείψει τις παλιές «λαθεμένες» πρακτικές, γιατί ίσως κατά κάποιο τρόπο αυτές να επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων και έτσι εμμέσως να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία των μικρών ασθενών τους (Ivy 2001). Για παράδειγμα, ενώ το προσωπικό δέχεται να ασχολείται με την περίπλοκη φύση των διατροφικών και αναπνευστικών αναγκών των νεογνών, μήπως η ενασχόληση με τον πόνο μοιάζει να είναι απαγορευτικά περίπλοκη; Και όταν οι προσπάθειες για τον έλεγχο του πόνου δεν αποφέρουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, προσπαθεί το προσωπικό να εκπαιδευτεί για πιθανά λάθη ή να ξεχωρίσει την διαφορετικότητα του κάθε ασθενούς ή εγκαταλείπει εντελώς την προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου; (Cunningham 1990)

Κάθε νοσηλεύτρια έχει διαφορετική σχέση και αντίληψη της εμπειρίας πόνου ενός νεογνού, που μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές εκτιμήσεις σε ό,τι αφορά την αξιολόγησή του. Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι το υπόβαθρο της νοσηλεύτριας, όπως επίσης και η νοσηλευτική της εκπαίδευση πάνω στην φυσιολογία του πόνου του νεογνού και στην αξιολόγησή του (Sarvis 2004). Η έρευνα σχετικά με την ποικιλία που υπάρχει στα πιστεύω και στις πρακτικές σχετικά με την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου ανάμεσα στις νοσηλεύτριες, θα μπορούσε να οδηγήσει στην κατανόηση του τι χρειάζεται για να παρέχονται καλύτερες υπηρεσίες σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου (Reyes 2003).

Για να ανακουφιστεί ο πόνος των νεογνών, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ξέρει πώς να αναγνωρίζει τον πόνο και κατόπιν κατάλληλα να τον θεραπεύει (Halimaa 2001, Ivy 2001). Για την σωστή όμως θεραπεία, ουσιαστικό ρόλο παίζει η αξιολόγησή του και η σε βάθος κατανόησή του (Sarvis 2004). Η αξιολόγηση του πόνου θα έπρεπε να συνυπάρχει ουσιαστικά στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα των νεογνών (Reyes 2003). Είναι σημαντικό οι νοσηλεύτριες που φροντίζουν νεογνά να μην ανησυχούν μόνο για την υποκειμενική διάσταση του πόνου, αλλά επιπλέον να έχουν κατά νου και τον υποκειμενικό ή αντικειμενικό χαρακτήρα των μεθόδων αξιολόγησης του πόνου (Cunningham 1990).

Συνεπώς, η σωστή αντιμετώπιση του πόνου ενός νεογνού προϋποθέτει από τον φροντιστή αρχικά να τον αντιληφθεί εγκαίρως και κατόπιν να τον αξιολογήσει ως έχει. Το τρίπτυχο λοιπόν «αντίληψη – αξιολόγηση – αντιμετώπιση» θα πρέπει να είναι πάντα άρρηκτα συνδεδεμένο ως πρακτική, γιατί το νεογνό έχει το απόλυτο δικαίωμα για ορθή αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου του από τους φροντιστές του, προκειμένου να μην

υποφέρει χωρίς λόγο και να υφίσταται τις ενδεχόμενες βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες συνέπειες του αθεράπευτου πόνου του (Sarvis 2004).

Η πιο συνήθης και αξιόπιστη μέθοδος για την αξιολόγηση του πόνου τα τελευταία χρόνια είναι η χρήση εργαλείων και κλιμάκων ειδικά προσαρμοσμένων στα νεογνά (Phillips 1995, Carbajal 2004). Ωστόσο έρευνες για την βελτίωση των ήδη υπαρχόντων και τη δημιουργία νέων εργαλείων συνεχίζονται μέχρι και σήμερα, γιατί δεν έχει βρεθεί ένα διεθνές εργαλείο που να εφαρμόζεται σε όλα τα νεογνά (Ivy 2001, Schollin 2002, Sarvis 2004, Walker 2005). Όμως, ακόμη και με τα πιο έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης που διατίθενται, η βαθμολόγηση του πόνου δεν παύει να πραγματοποιείται από τον χρήστη του εργαλείου. Συνεπώς, είναι δυνατόν ο καρπός της αξιολόγησης του πόνου να έχει επηρεαστεί από κάποια χαρακτηριστικά του λειτουργού υγείας.

Τέτοια χαρακτηριστικά μπορεί να είναι η γνώμη και τα πιστεύω σχετικά με παρεμβάσεις για την ανακούφιση από τον πόνο, η έλλειψη γνώσεων για τις εξελίξεις σχετικά με τη διαχείριση του πόνου και η χρήση τακτικών αξιολόγησης που δεν είναι αξιόπιστες (Breau 2004, Sharek et al 2006). Γενικότερα, πιστεύεται πως η γνώση και η κλινική εμπειρία είναι δύο παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση του πόνου από τις νοσηλεύτριες και κατ' επέκταση την γραμμή αντιμετώπισης που θα εφαρμοστεί (Hamers 1997, American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, 2000).

#### **1.4 Σκοπός και ερώτημα μελέτης**

Στη συγκεκριμένη ανασκόπηση, γίνεται μια προσπάθεια να φανεί σε τι επίπεδο βρίσκεται η αντίληψη των λειτουργών υγείας στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN), σχετικά με το νεογνικό πόνο, αλλά και σε τι επίπεδο βρίσκονται οι τρόποι αντιμετώπισης του πόνου αυτού. Με άλλα λόγια το ερώτημα της παρούσας εργασίας είναι αν αυτό που καλείται αντίληψη του νεογνικού πόνου από τους λειτουργούς υγείας, επηρεάζει το αποτέλεσμα της αντιμετώπισής του.

#### **1.5 Λειτουργικοί ορισμοί**

Για το σκοπό και τις ανάγκες εργασίας αλλά και τη διευκόλυνση του αναγνώστη κρίνεται θεμιτό να προσδιορισθούν οι εξής όροι:

**Αντίληψη/ Γνώση/ Γνώμη/ Στάση/ Συμπεριφορά:** Με βάση την ετυμολογία των λέξεων «αντίληψη», «γνώση» και «γνώμη», διαπιστώθηκε ότι η αντίληψη είναι στοιχείο της γνώσης αλλά και της γνώμης του ατόμου. Η αντίληψη είναι ικανότητα στηριζόμενη

στις αισθήσεις και χωρίς αυτήν δεν μπορεί κανείς να έχει ούτε γνώμη, ούτε γνώση (Χατζηθωμάς 1995, Ιωαννίδης 1991). Έτσι στις μελέτες που ανασκοπούνται, όπου αναφέρονται εκτός από την αντίληψη, τα πιστεύω, οι γνώσεις, η στάση και συμπεριφορά σε σχέση με το νεογνικό πόνο, θεωρείται πως μέσα σε αυτές τις έννοιες ενυπάρχει η αντίληψη κι έτσι ερμηνεύονται.

**Λειτουργοί υγείας/ Φροντιστές:** Όλες οι ειδικότητες που απασχολούνται στις εντατικές μονάδες νεογνών και έρχονται σε επαφή με τα νεογνά. Αυτοί είναι γιατροί (νεογνολόγοι, νευρολόγοι, οφθαλμίατροι, καρδιολόγοι, ορθοπεδικοί), νοσηλεύτριες/τες, μαίες/τες, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, τραυματιοφορείς και διαιτολόγος.

**Παρεμβατικός πόνος (Procedural pain)** (Αυγερινοπούλου 2005): Είναι ο πόνος που προκαλείται από κάποια επεμβατική νοσηλευτική διαδικασία ή εξέταση από τον λειτουργό υγείας στο νεογνό (Halimaa 2003). Πρόκειται για διαδικασίες που μπορεί να είναι από τις πιο απλές π.χ. τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σίτισης ή σωλήνα Levin, έως και τις πιο σύνθετες όπως η τοποθέτηση καθετήρα κεντρικής φλεβικής οδού, ή η τοποθέτηση σωλήνα θώρακος.

**Νεογνό/ Πρόωρο/ Τελειόμηνο:** Όλα τα νεογέννητα μωρά από την ημέρα της γέννησής τους και για 30 ημέρες καλούνται νεογνά. Τελειόμηνο είναι το νεογνό που γεννήθηκε αφού συμπλήρωσε 37 τουλάχιστον εβδομάδες κύησης. Αν γεννηθεί νωρίτερα από τις 37 εβδομάδες, καλείται πρόωρο νεογνό. Η παρούσα εργασία ανασκοπεί μελέτες που αναφέρονται σε όλα τα νεογνά που νοσηλεύονται για κάποιο λόγο στις μονάδες εντατικής νοσηλείας, είτε είναι πρόωρα, ή τελειόμηνα, ή χειρουργημένα, ή υπολείπονται στην ανάπτυξη ή έχουν νευρολογικές διαταραχές. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η αντιμετώπιση του πόνου τους ανεξάρτητα σε ποια ομάδα ανήκουν.

**Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου:** Όταν δεν διευκρινίζεται, πρόκειται για όλες τις γνωστές μέχρι τώρα μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την εξάλειψη ή την ανακούφιση από ένα επώδυνο ερέθισμα. Χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες, τις φαρμακολογικές και εναλλακτικές ή ανακουφιστικές μεθόδους. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων που έχει ως κύριο στόχο την αναλγησία.

Η δεύτερη περιλαμβάνει πρακτικές, όπως ο περιορισμός του χώρου του νεογνού (containment), η αγκαλιά, η απομύζηση (πιπίλα) (nonnutritive sucking), η χορήγηση σακχαρόζης (Mitchell 2000), ο θηλασμός, το μασάζ, η απόσπαση της προσοχής με την ομιλία, η σωματική επαφή με τον γονέα (skin to skin contact, ή kangaroo care), η όσφρηση της μυρωδιάς του γονέα ή του μητρικού γάλακτος (olfactory experience) (Goubet et al

2003),ή τους συνδυασμούς των παραπάνω. Οι ανακουφιστικές μέθοδοι έχουν δείξει μείωση των συμπεριφορικών ή φυσιολογικών αλλαγών που προκαλούνται από τον παρεμβατικό πόνο (Halimaa 2003, American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, 2006).



# Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

## Μέθοδος

### 2.1 Σύλληψη του θέματος

Η απόφαση για την επιλογή του ευρύτερου θέματος της εργασίας, δηλαδή του νεογνικού πόνου, προέκυψε αβίαστα λόγω της εργασίας μου σε εντατική μονάδα νεογνών. Ομολογώ πως δεν γνώριζα τις μεγάλες διαστάσεις που έχει λάβει τα τελευταία χρόνια το θέμα «αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών». Με δεδομένη αυτή μου την άγνοια, ζήτησα από την βιβλιοθηκονόμο στο μαιευτήριο που δουλεύω να κάνει για μένα μια πρώτη αναζήτηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Έτσι βρέθηκαν στα χέρια μου 82 τίτλοι και περιλήψεις άρθρων αναφορικά προς τα νεογνά. Μελετώντας αυτά, συνειδητοποίησα πως το φάσμα της έρευνας στον τομέα αυτό είναι πολύ ευρύ. Οι περισσότερες περιλήψεις ήταν τυχαιοποιημένων και μη μελετών πάνω σε πολύ εξειδικευμένα ζητήματα, όπως η χρήση των οπιοειδών και άλλων φαρμάκων σε πολύ συγκεκριμένες παθήσεις πρόωρων νεογνών. Άλλοτε μελετούσαν τα νεογνά κατά ομάδες ανάλογα με την ηλικία κύησης, ανάλογα με το αν υποστηρίζονταν αναπνευστικά κτλ. Τελικά τρία ήταν τα άρθρα (Breau et al 2006, Breau et al 2004, Porter et al 1997) από αυτή την αναζήτηση που αποτέλεσαν την σπίθα της έμπνευσης για τη δημιουργία της παρούσας εργασίας.

Το νεότερο από αυτά (Breau et al 2006) ήταν μια έρευνα που μελετούσε την αντίληψη του προσωπικού από δύο εντατικές μονάδες για τον πόνο νεογνών υψηλού κινδύνου. Μου φάνηκε εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και σημαντική η συμβολή τέτοιων μελετών καθ' όσον τα νεογνά που νοσηλεύονται εξαρτώνται σε απόλυτο βαθμό από τους φροντιστές τους, οπότε το να διερευνηθούν οι απόψεις και οι συμπεριφορές των ατόμων αυτών μπορεί εμμέσως να βοηθήσει στον τρόπο παροχής φροντίδας των νεογνών. Η ερευνητική αυτή μελέτη χρησιμοποιούσε ως εργαλείο για την διεξαγωγή της ένα ερωτηματολόγιο με το όνομα Pain Opinion Questionnaire. Ο ενθουσιασμός του αρχάριου ερευνητή κορυφώθηκε και θέλησα τότε να κάνω μια παρόμοια έρευνα. Η ιδέα αυτή δεν βρήκε πρόσφορο έδαφος να καρποφορήσει, κατά κύριο λόγο, γιατί ήταν δύσκολη η ανεύρεση, μετάφραση και επικύρωση του συγκεκριμένου εργαλείου καθώς επίσης γιατί τα

χρονικά περιθώρια για την πραγμάτωση ενός τέτοιου εγχειρήματος ήταν πενιχρά. Η αμέσως επόμενη επιλογή ήταν να υποστηρίξω το ίδιο θέμα, αλλά ανασκοπώντας το.

## **2.2 Στρατηγική αναζήτησης άρθρων**

Ο αρχικός στόχος ήταν να γίνει αναζήτηση μελετών που να αναφέρονται στις αντιλήψεις, γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές λειτουργών υγείας που εργάζονται σε εντατικές μονάδες νεογνών, αναφορικά προς το νεογνικό πόνο. Με γνώμονα τα τρία (3) βασικά άρθρα **“Breau et al 2006”**, **“Breau et al 2004”**, **“Porter et al 1997”**, αναζητήθηκαν μέσα από τις παραπομπές τους, σχετικές προς το θέμα αναφορές σε επίπεδο τίτλου. Οι αναφορές αυτές ήταν 30 και αποκτήθηκαν μέσω του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών.

Η τελευταία και τρίτη αναζήτηση έγινε κατόπιν καθοδήγησης από τον επιβλέποντα καθηγητή. Χρησιμοποιήθηκε ένας αλγόριθμος για αναζήτηση μέσω του διαδικτύου και ήταν ο εξής:

**(“neonatal pain” OR “infant pain” OR “newborn pain”)**

**AND**

**(perception OR perceptions).**

Ο συγκεκριμένος αλγόριθμος εφαρμόστηκε στην μηχανές αναζήτησης των βάσεων δεδομένων PubMed και Scholar Google. Η PubMed έδωσε 15 παραπομπές από τις οποίες 7 ήταν περισσότερο σχετικές με το θέμα, ενώ αντίστοιχα η Scholar Google απέδωσε 11 αποτελέσματα εκ των οποίων τα 5 ήταν σχετικά. Το σημαντικό είναι πως όλα τα αποτελέσματα είχαν πολλές διασυνδέσεις (links) που οδήγησαν στη συλλογή 6 ακόμη άρθρων.

## **2.3 Αποτελέσματα Αναζήτησης – Κριτήρια επιλογής**

Συνολικά τα άρθρα που συγκεντρώθηκαν από τις τρεις αναζητήσεις ως υλικό της ανασκόπησης ήταν 65. Μία πρώτη διαδικασία ξεκαθαρίσματος τους σε επίπεδο τίτλου και περίληψης οδήγησε τον αριθμό των μελετών να κατέλθει στις 46. Κατόπιν οι μελέτες αυτές ελέγχθηκαν για το αν πληρούν τα κριτήρια επιλογής. Αυτά ήταν τα εξής:

1. Να είναι στην Αγγλική γλώσσα
2. Κανένας περιορισμός στον τύπο της μελέτης
3. Να αναφέρονται σε νεογνά (πρόωρα ή τελειόμηννα) και λειτουργούς υγείας στο πλαίσιο των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)



4. Να διαφαίνεται από τον τίτλο ή την περίληψη ο συσχετισμός αντίληψης πόνου και κλινικής πρακτικής άμεσα ή έμμεσα

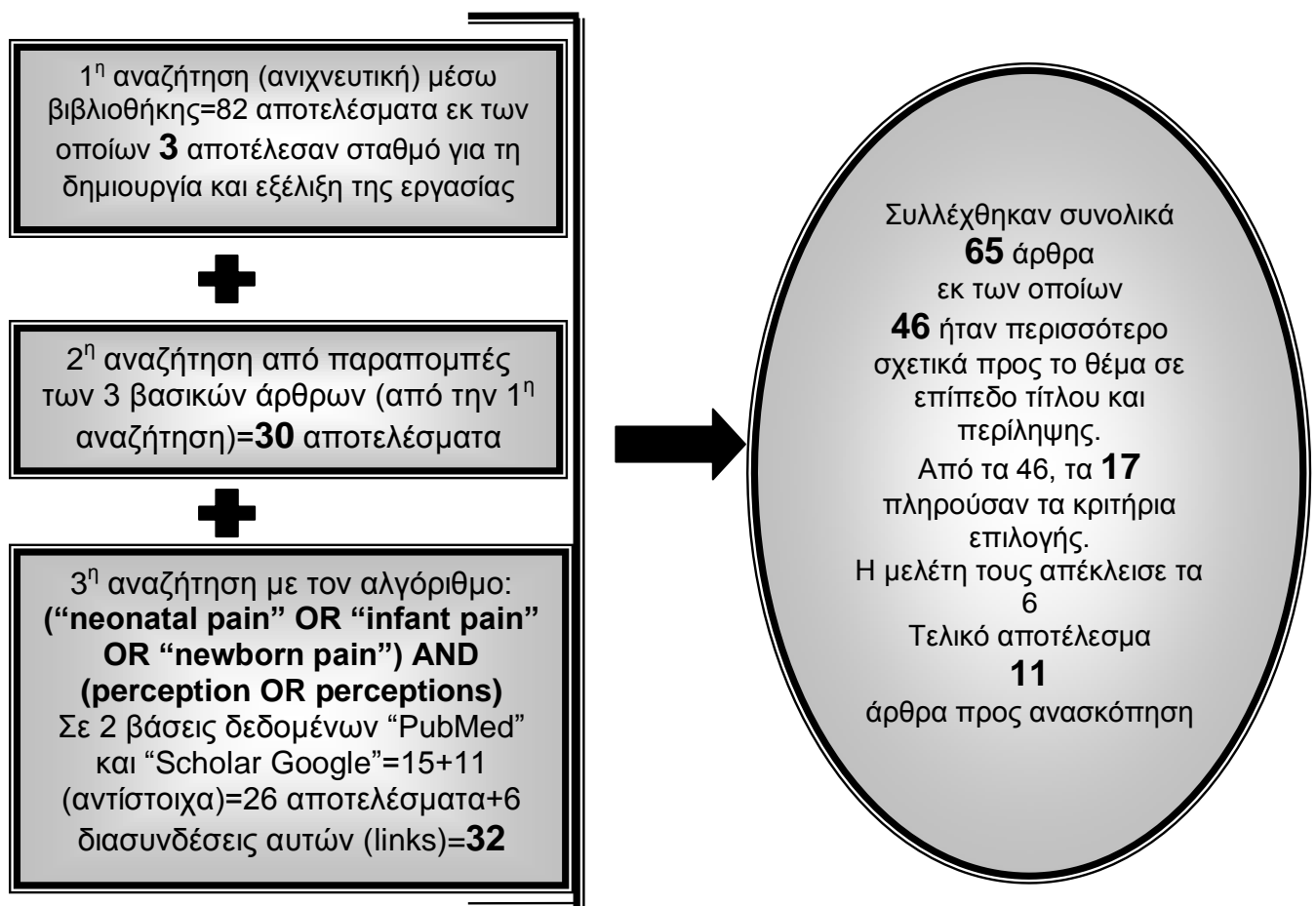
Από τις 46 λοιπόν μελέτες, 17 πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια.

## **2.4 Διαδικασία αποκλεισμού**

Οι 17 μελέτες που ήταν υποψήφιες για ανασκόπηση, υπέστησαν έναν πιο εξονυχιστικό έλεγχο, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η επιλογή τους. Αυτό σημαίνει πως αναγνώστηκαν σε επίπεδο ολόκληρου κειμένου. Από αυτόν τον έλεγχο, προέκυψε ο αποκλεισμός 6 μελετών κυρίως γιατί υπήρχαν μικρές διαφοροποιήσεις στο θέμα. Τα ακριβή αίτια αποκλεισμού έχουν ως εξής:

- Τέσσερις (4) μελέτες αποκλείστηκαν, γιατί ενώ πληρούσαν όλες τις προϋποθέσεις, δεν αναφέρονταν σε νεογνά, αλλά σε παιδιά.
- Μία (1) αναφερόταν στις γνώσεις και στάσεις των λειτουργών υγείας, αλλά σε πλαίσιο άλλων ειδικοτήτων και όχι της νεογνολογίας, με πενιχρή αναφορά στους λειτουργούς υγείας του παιδιατρικού τομέα.
- Η τελευταία (1), εξέταζε τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτριών απέναντι στον πόνο των ενηλίκων και όχι των νεογνών.

Οι συγκεκριμένες μελέτες που αποκλείστηκαν παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος. Ο λόγος που είχαν συμπεριληφθεί εξαρχής μάλλον ήταν ο ενθουσιασμός της συγγραφέως για την ανεύρεση μελετών, που ήταν πολύ κοντά στο θέμα, όμως με αυτό τον τρόπο, δεν παρατηρήθηκαν μικρές μα ουσιαστικές λεπτομέρειες. Εν τούτοις, κάποιες από αυτές τις μελέτες μπόρεσαν να ικανοποιήσουν θεωρητικές ανάγκες της εργασίας κι έτσι αξιοποιήθηκαν. Μετά τον αποκλεισμό το υλικό της ανασκόπησης μετετράπη αριθμητικά σε 11 άρθρα (17 μείον 6). Σχηματικά η στρατηγική αναζήτησης των άρθρων με τα αποτελέσματά της απεικονίζεται στην επόμενη σελίδα.



### Σχήμα 1 – Στρατηγική αναζήτησης άρθρων και αποτελέσματά της

Η αριστερή στήλη περιγράφει τις τρεις διαφορετικές αναζητήσεις για την ανεύρεση των μελετών, και προσθέτει τα αποτελέσματα που απέδωσε η καθεμία από αυτές. Η πρώτη αναζήτηση που ήταν ανιχνευτική απέδωσε 3 άρθρα (βασικά) που καθόρισαν και το οριστικό θέμα της εργασίας. Η δεύτερη αναζήτηση έγινε από τις παραπομπές αυτών των άρθρων και βρέθηκαν άλλα 30. Η τρίτη έγινε βάσει του αλγόριθμου που απεικονίζεται στο τρίτο πλαίσιο αριστερά και απέδωσε 32 παραπομπές. Δεξιά στο ωοειδές σχήμα φαίνεται αρχικά το άθροισμα των αποτελεσμάτων όλων των αναζητήσεων και η ροή που ακολουθήθηκε έως ότου να προκύψει ο οριστικός αριθμός των μελετών προς ανασκόπηση.

## 2.5 Ετερογένεια - Αξιολόγηση μελετών – Τρόπος ανάλυσης

Στο οριστικό υλικό της ανασκόπησης (11 μελέτες) δεν υπήρχε ιδιαίτερη ετερογένεια. Όλες, πλην μίας, ήταν συγχρονικές μελέτες και διεξάχθηκαν με τη χρήση ενός βασικού εργαλείου που ήταν το εκάστοτε ερωτηματολόγιο. Η μία μελέτη που διέφερε στον τύπο, ήταν ποιοτική και διεξήχθη με συνεντεύξεις. Αυτό δεν επηρέασε την ομοιογένεια της ανασκόπησης, γιατί και τα ερωτηματολόγια των συγχρονικών μελετών έθεταν προς απάντηση παρόμοια ερωτήματα με εκείνα των συνεντεύξεων.

Όπως σε κάθε ανασκόπηση, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση των μελετών που ανασκοπούνται για να έχει μεγαλύτερη αξιοπιστία η ανασκόπηση. Ωστόσο το να γίνει κριτική αξιολόγηση των μελετών, απαιτεί αρκετές γνώσεις στον τομέα της στατιστικής και επιδημιολογίας, αλλά και σχετική εμπειρία. Δεν είναι και λίγα τα παραδείγματα όπου πολύ πεπειραμένοι ερευνητές εξαπατήθηκαν από μελέτες με πλαστά στοιχεία. Επιπλέον, για την αξιολόγηση μιας μελέτης απαιτούνται προϋποθέσεις και κριτήρια.

Στην συγκεκριμένη εργασία, με δεδομένο την ελάχιστη εμπειρία και τις στοιχειώδεις γνώσεις σε θέματα επιδημιολογίας της συγγραφέως, η αξιολόγηση των μελετών ήταν παράτολμη πλην όμως απαραίτητη για το συμφέρον της εργασίας και τον σεβασμό στον αναγνώστη.

Η διαδικασία της αξιολόγησης προϋπέθετε διεξοδική μελέτη των άρθρων για ακόμη μια φορά. Στόχος ήταν να εξετασθεί κάθε μελέτη από άποψη ποιότητας και για να πραγματοποιηθεί αυτός, βασική γραμμή ήταν η εξέταση της μεθοδολογικής διαδικασίας κάθε μελέτης ξεχωριστά. Το βασικό κριτήριο και οι προϋποθέσεις που τέθηκαν από τη συγγραφέα για την ποιοτική αξιολόγηση των μελετών ήταν:

Η αναλυτική αναφορά των διαδικασιών της έρευνας από την αρχή της σχετικά με:

- **Το πλαίσιο** (πού διεξάγεται η έρευνα και αν υπάρχει έγκριση από επιτροπή για την εφαρμογή της)
- **Το δείγμα** (εάν είναι επαρκές αριθμητικά ώστε να μπορούν να γενικευτούν τα συμπεράσματα της μελέτης, ποια τα χαρακτηριστικά του δείγματος, με ποιες προϋποθέσεις επιλέχθηκε, μέσα από ποια διαδικασία και με ποια κριτήρια αποκλεισμού)
- **Το εργαλείο** (ποιο είναι, αν έχει εφαρμοστεί ξανά, αν όχι με ποια κριτήρια δημιουργήθηκε και ελέγχθηκε, αν δοκιμάστηκε πιλοτικά, αν αναπροσαρμόστηκε και από ποιούς και αν περιγράφεται)

- **Ανάλυση δεδομένων** (τι είδους ήταν, με ποιο τρόπο έγινε και λεπτομέρειες σχετικά με δοκιμασίες, συσχετισμούς κ.ά.)
- **Απάντηση στα ερωτήματα της έρευνας** (ναι ή όχι).

Απ' όλες τις προϋποθέσεις έπρεπε να πληρούνται αν όχι όλες τότε οι περισσότερες, με πιο σημαντικές την αναφορά του δείγματος και το εργαλείο. Κατόπιν προτεραιότητα με βάση τη σημαντικότητα είχαν το πλαίσιο, η ανάλυση των δεδομένων και τέλος οι απαντήσεις στα ερωτήματα των ερευνητών.

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσα ανασκόπησης ήταν κυρίως ποιοτική (περιγραφική) και όχι ποσοτική, με μικρή αναφορά σε στατιστικά αριθμητικά δεδομένα. Αυτό συνέβη γιατί το ζητούμενο από την εργασία αυτή ήταν να προσδιορίσει και να περιγράψει γνώμες, αντιλήψεις και συμπεριφορές σχετικά με τον νεογνικό πόνο, και να αναφέρει τρόπους και τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου αυτού στη διάρκεια σχεδόν μιας εικοσαετίας.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Αποτελέσματα

#### 3.1 Περιγραφή του Υλικού

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης συγκεντρώθηκαν συστηματικά 11 μελέτες. Ο Πίνακας 2 του Παραρτήματος παρουσιάζει συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των 11 μελετών από τη νεότερη προς την παλαιότερη. Αυτά αφορούν την ταυτότητα των μελετών (συγγραφείς, έτος δημοσίευσης και τύπος μελέτης), μεθοδολογικά χαρακτηριστικά (δείγμα και συμμετέχοντες, χρήση εργαλείου, τρόπος ανάλυσης και ποιότητα της μελέτης) και περιληπτική αναφορά των σημαντικότερων αποτελεσμάτων. Τα περιεχόμενα του πίνακα παρατίθενται αναλυτικά ως εξής:

**Ταυτότητα των μελετών:** Όσον αφορά τον τύπο των μελετών, οι 10 είναι συγχρονικές και μία είναι ποιοτική μελέτη. Όλες οι μελέτες αφορούν Δυτικές χώρες τόσο της Ευρώπης όσο και της Αμερικής. Συγκεκριμένα έξι (6) μελέτες διενεργήθηκαν στις Η.Π.Α., τρεις (3) στον Καναδά και δύο (2) στην Ευρώπη. Χρονικά, δύο (2) από αυτές τοποθετούνται στη δεκαετία του '80, τέσσερις (4) στη δεκαετία του '90 και πέντε (5) στα 7,5 χρόνια της πρώτης δεκαετίας του 2000 (τελευταία αναζήτηση 16 Μαΐου 2007).

**Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά:** Αναφορικά προς τους συμμετέχοντες της εκάστοτε μελέτης, βρέθηκε πως σε δέκα (10) από τις μελέτες υπήρχε συμμετοχή νοσηλευτριών εργαζομένων σε εντατικές μονάδες. Σε πέντε (5) από αυτές οι νοσηλεύτριες αποτέλεσαν το αποκλειστικό δείγμα. Μία (1) μελέτη ερευνήσε μόνο γιατρούς (νεογνολόγους), ενώ στις υπόλοιπες πέντε (5) συμμετείχαν συνδυαστικά γιατροί, νοσηλεύτριες και άλλοι λειτουργοί υγείας. Στους λειτουργούς υγείας υπάγονται φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, τραυματιοφορείς, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων και διαιτολόγοι.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν κατά βάση στις δέκα (10) συγχρονικές μελέτες ήταν ένα ή περισσότερα ερωτηματολόγια, ενώ στη μία (1) ποιοτική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν συνεντεύξεις. Ο τρόπος με τον οποίο αναλύθηκαν οι μελέτες, από τους ερευνητές που τις πραγματοποίησαν, ήταν είτε η περιγραφική είτε η ποσοτική ανάλυση ή και συνδυασμός τους. Έτσι, μόνο περιγραφικά αναλύθηκαν δύο (2) μελέτες, μόνο ποσοτικά τρεις (3) μελέτες και συνδυαστικά οι υπόλοιπες έξι (6) μελέτες. Τέλος, με βάση

την ποιοτική αξιολόγηση των 11 μελετών της συγκεκριμένης ανασκόπησης αυτές χαρακτηρίστηκαν ως ποιοτικά υψηλές (6), μέτριες (4) και χαμηλή (1).

### **3.2 Ανάλυση του Υλικού**

Στην παράγραφο αυτή του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων γίνεται αναλυτική περιγραφή των αποτελεσμάτων αναφορικά προς την αντίληψη, αξιολόγηση, αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου και συσχετισμών καθεμιάς από τις 11 μελέτες ξεχωριστά καθώς και επιγραμματική αναφορά τους (οι δύο τελευταίες μελέτες δεν έχουν επιγραμματική αναφορά γιατί δεν είναι εκτενείς). Η σειρά περιγραφής των μελετών είναι χρονολογική και ξεκινά από την παλαιότερη προς τη νεότερη.

#### **3.2.1 Η μελέτη της Linda Frank (1987)**

Στα ερωτηματολόγια απάντησαν 76 νοσηλεύτριες από 76 εντατικές μονάδες 34 διαφορετικών πολιτειών της Αμερικής. Αρχικά είχαν αποσταλεί ερωτηματολόγια σε 143 μονάδες και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 57%. Τα δε αποτελέσματά της αναφέρονται με τη μορφή απόλυτων αριθμών.

##### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

Στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι τα νεογνά νιώθουν τον πόνο ακριβώς, όπως ο ενήλικας, σε σύνολο 76 ατόμων απάντησαν:

35 NAI

40 ΟΧΙ, από τους οποίους ζητήθηκε περιγραφή της διαφοράς:

- 7 είπαν πως το νεογνό νιώθει τον πόνο λιγότερο έντονα
- 6 ότι δεν προσδοκεί ή προβλέπει ότι θα πονέσει
- 6 ότι μπορεί να νιώσει αλλά όχι και να ερμηνεύσει τον πόνο
- 5 ότι έχει μικρότερο βαθμό διάκρισης στο να απαντήσει σε διαφορετικά είδη πόνου
- 5 ότι ΕΤΣΙ ΑΠΛΑ διαφέρει από εκείνον του ενήλικα
- 3 ότι νιώθει εντονότερα τον πόνο
- 2 ότι έχει καθυστερημένη ανταπόκριση στον πόνο και
- 2 ότι η μνήμη του πόνου στο νεογνό είναι διαφορετική
- 1 δεν απάντησε καθόλου και
- 4 που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση δεν έδωσαν αιτιολογία.

### *Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

Η πλειοψηφία ανέφερε το κλάμα και τη δραστηριότητα ως πρωταρχικές εκδηλώσεις πόνου, ενώ η ακριβής σειρά των συχνότερα χρησιμοποιούμενων σημείων για την αξιολόγηση του πόνου είναι:

- Το κλάμα
- Η δραστηριότητα
- Ο καρδιακός ρυθμός
- Η αρτηριακή πίεση
- Η πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε O<sub>2</sub>.

### *Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου*

#### *α) Μη φαρμακολογική*

Ως πιο κοινή νοσηλευτική-ιατρική παρέμβαση που χρησιμοποιείται σε νεογνά που έχουν αξιολογηθεί πως πονούν είναι το ψευδοθήλαστρο (πιπίλα).

Σε δεύτερη επιλογή είναι η αλλαγή θέσης και το φάσκιωμα. Ακολουθούν η ελαχιστοποίηση των παραγόντων διέγερσης και τέλος η αγκαλιά σε συνδυασμό με κούνημα, κοινώς ταχτάρισμα.

#### *β) Φαρμακολογική*

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούν συχνότερα για αναλγησία και καταπράυνση, είναι η μορφίνη και η ένυδρος γλωράλη, όμως εντυπωσιακή ήταν η παρουσία αρκετών φαρμάκων με δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Στην ερώτηση για το πότε εφαρμόζεται φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο απάντησαν:

- ❖ 51 μετεγχειρητικά μόνο
- ❖ 50 όταν οι άλλες παρεμβάσεις έχουν αποτύχει
- ❖ 39 όταν το νεογνό πεθαίνει
- ❖ 34 όταν η νοσηλεύτρια κρίνει πως το νεογνό χρήζει αγωγής πόνου σύμφωνα με τα κλινικά σημεία
- ❖ 26 πριν από επεμβατικές διαδικασίες και
- ❖ 4 ποτέ

Καμία νοσηλεύτρια από τις 76, δεν πιστεύει ότι η φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο υπερχρησιμοποιείται αντίθετα:

- 60 πιστεύουν ότι υποχρησιμοποιείται και
- 16 πιστεύουν ότι υπάρχει η κατάλληλη χρήση της στις μονάδες που εργάζονται.



Είναι σημαντικό πως πριν από την έναρξη συχνών επώδυνων διαδικασιών, όπως η αρτηριοκέντηση, η τοποθέτηση ορού, ή η τοποθέτηση σωλήνα θώρακος, σπάνια ή ποτέ δεν χορηγούνταν αναλγητικά. Γενικά για πολύ λίγες διαδικασίες δίνονταν φαρμακευτική αγωγή και η πρακτική εφαρμογή της ανάμεσα στις εντατικές μονάδες διέφερε.

### ***Περιγραφή και Αντιμετώπιση της Ανησυχίας (Agitation)***

Ως ανησυχία περιγράφηκε από τους ερωτώμενους η συνύπαρξη κάποιων εκδηλώσεων, όπως το κλάμα, ή κλαμένο προσωπείο - κλαμένη έκφραση, αυξημένη δραστηριότητα και ευερεθιστότητα. Επίσης, μειωμένες τιμές O<sub>2</sub> στο παλμικό οξύμετρο, αλλαγή χρώματος σε μελανό (μελάνιασμα), αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια και δυσανοχή στη σίτιση. Στην πλειονότητά της εμφανίζεται σε νεογνά με βρογχοπνευμονική δυσπλασία, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε απότομη διακοπή χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών, σε περιπτώσεις συνδρόμου βραχέως εντέρου και σε μικρά για την ηλικία κύησης νεογνά (Small for Gestational Age/ SGA). Η ανησυχία αναγνωρίστηκε ως πρόβλημα στις 72 από τις 76 εντατικές μονάδες νεογνών. Εντούτοις, για την αντιμετώπισή της, από τις δηλώσεις των νοσηλευτριών βρέθηκε πως μόνο στις 59 από τις 76 εντατικές μονάδες χορηγούνται φάρμακα, όπως η ένυδρος χλωράλη και η φαινοβαρβιτάλη σε νεογνά με χρόνια πνευμονοπάθεια.

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Υπάρχει αντίληψη του πόνου των νεογνών περίπου από το 50% των νοσηλευτριών, αλλά το κενό της γνώσης γύρω απ' αυτόν είναι φανερό.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Η πλειοψηφία αντιλαμβάνεται εκδηλώσεις του πόνου των νεογνών.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Σχεδόν το 79% αναφέρει την υποχρησιμοποίηση των φαρμάκων για τη θεραπεία του νεογνικού πόνου, παρότι αυτά υπάρχουν σε ποικιλία. Πρόληψη του νεογνικού πόνου πριν από επώδυνες διαδικασίες δεν υπάρχει, ενώ όταν εφαρμόζεται σε κάποιες περιπτώσεις αγωγή για τον πόνο, αυτή διαφέρει πρακτικά στην εκάστοτε εντατική μονάδα. Τέλος, έχουν αντιληφθεί την ύπαρξη και τη σημαντικότητα του φαινομένου της «ανησυχίας» των νεογνών και η αντιμετώπισή του είναι σε καλό επίπεδο, όχι όμως πλήρως ικανοποιητικό.

*Συσχετισμός αντίληψης – αντιμετώπισης:* Η αντίληψη ότι ο πόνος προλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται ελλιπώς φαρμακευτικά, επηρεάζει τις νοσηλεύτριες θετικά στο να προσφεύγουν σε εναλλακτικούς τρόπους ανακούφισής του.



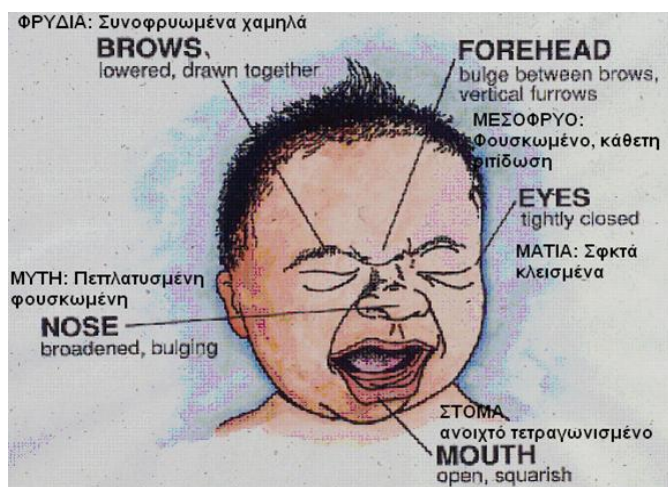
### 3.2.2 Η μελέτη της Helen Pigeon et al (1989)

Η μελέτη αυτή ερευνά πώς αντιλαμβάνονται 43 νοσηλεύτριες, εντατικής μονάδας νεογνών από το Οντάριο του Καναδά, τις εκδηλώσεις του νεογνικού πόνου με σκοπό να καθοριστεί το περιεχόμενο ενός συμπεριφορικού εργαλείου αξιολόγησής του.

#### *Αντίληψη και αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

Τα δεδομένα, δηλαδή οι συμπεριφορές των νεογνών που έγιναν αντιληπτές, κωδικοποιήθηκαν σε επτά (7) σαφείς κατηγορίες συν μία ανάμεικτη κατηγορία που δεν γινόταν να κατηγοριοποιηθεί. Οι συμπεριφορές αυτές σύμφωνα με τη συχνότητα εμφάνισής τους, από τη μεγαλύτερη στη μικρότερη, σε επίπεδο πόνου ήταν:

1. η κατάσταση του νεογνού
2. (αν είναι ξυπνητό ή κοιμάται, ήρεμο ή σε διέγερση)
3. το κλάμα
4. οι κινήσεις των μηρών
5. ο τρόπος της αναπνοής
6. το χρώμα του προσώπου
7. οι κινήσεις του κορμού και
8. η έκφραση του προσώπου.



Σε τρία επίπεδα πόνου, ήπιο, μέτριο και σοβαρό, οι τρεις συχνότερα αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές από τις νοσηλεύτριες εμφανίζονται ως εξής:

1. Σε ήπιο πόνο, εμφανίζονταν συνεχές κλάμα, έντονη κινητική κατάσταση και κλωτσιές κάτω άκρων
2. Σε μέτριο πόνο, εκδηλώνονταν, συνεχές κλάμα και ουρλιαχτά, κλωτσιές και έλξη κάτω άκρων
3. Σε σοβαρό πόνο, υπήρχε συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό, κλωτσιές και ταχύπνοια.

Επιπλέον, σε μέτριο και σοβαρό πόνο υπήρχαν αλλαγές στο χρώμα του προσώπου, στον καρδιακό ρυθμό, σε χάλαση των σφιγκτήρων (διαφυγή ούρων, εμετοί) και σε άλλες αντιδράσεις, όπως η απομύζηση και ο ιδρώτας.

#### *Καταστάσεις που προκαλούν πόνο*

Η αρτηριοκέντηση, έντονος φωτισμός, περιποίηση πληγών, βγάλσιμο ηλεκτροδίων, χειρισμοί, πείνα, ενδοφλέβια χορήγηση ουσιών, δυνατές φωνές, τοποθέτηση νεογνού για ακτινογραφία, κόψιμο ραμμάτων, ράνισμο, λήψη αερίων φλεβικού αίματος, μπανιάρισμα, καθετηριασμός, αλλαγή πάνας, τάισμα, νυγμός φτέρνας, ένεση, διασωλήνωση, οσφυονωτιαία παρακέντηση, θερμομέτρηση από το ορθό, αναρρόφηση και χειρουργικός

πόνος. Σύμφωνα με την έρευνα, τα παραπάνω ή κάποια από αυτά, δεν μπορούσαν να συσχετισθούν διακριτά με σοβαρό πόνο, γιατί υπήρχαν αρκετά αντιφατικά αποτελέσματα μεταξύ των νοσηλευτριών. Για παράδειγμα, οι χειρισμοί, η αλλαγή της πάνας και η αγκαλιά χαρακτηρίστηκαν από κάποιες ως ήπιος πόνος, ενώ από άλλες ως σοβαρός. Το παράδειγμα θα μπορούσε να εξηγηθεί, στην περίπτωση αλλαγής πάνας σε χειρουργημένο νεογνό όπου υπήρχε άγγιγμα ή τέντωμα της τομής.

### ***Επιγραμματικά***

Στην μελέτη αυτή είναι έκδηλο το ότι οι νοσηλεύτριες αντιλαμβάνονται τον νεογνικό πόνο και του αποδίδουν μεγάλη ποικιλία σε εκδηλώσεις. Οι περισσότερες εκδηλώσεις είναι συμπεριφορικές, αλλά υπάρχουν και κάποια στοιχεία φυσιολογίας. Τέλος έχουν αντιληφθεί τις διαβαθμίσεις του πόνου σε ήπιο, μέτριο και σοβαρό και παρουσιάζουν μια λίστα επώδυνων διαδικασιών.

### **3.2.3 Η μελέτη της Colleen Mc Laughlin et al (1993)**

Στη συγκεκριμένη μελέτη ερευνήθηκαν με ερωτηματολόγιο 352 νεογνολόγοι στο Νιου Χαμσάιρ των Η.Π.Α. που είτε δουλεύουν ή έχουν δουλέψει ή έχουν εκπαιδευτεί σε εντατική μονάδα νεογνών.

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

- \* 93,7% δήλωσαν πως πιστεύουν ότι τα νεογνά, πρόωρα και τελειόμηνα, είναι ικανά να νιώθουν πόνο.
- \* 5,7% δήλωσε αβεβαιότητα προς αυτό όταν επρόκειτο για πρόωρα μικρότερα των 28 εβδομάδων κύησης ενώ
- \* 0,6% πιστεύει πως αυτά τα πρόωρα δεν νιώθουν πόνο.



Σε οχτώ (8) δηλώσεις-φράσεις που αναφέρονται στο νεογνικό πόνο και την αντιμετώπισή του, τους ζήτησαν να εκφράσουν το βαθμό συμφωνίας τους όπου (1=συμφωνώ απόλυτα και 7=διαφωνώ απόλυτα). Απάντησαν λοιπόν «διαφωνώ» στις εξής δηλώσεις:

- στο ότι τα νεογνά δεν νιώθουν τον πόνο τόσο έντονα όσο οι ενήλικες (mean=5.7, median=6.3)
- στο ότι η αναλγησία δεν είναι σημαντική στα νεογνά γιατί δεν έχουν ανάμνηση των επώδυνων εμπειριών (mean=5.9, median=6.5)

- στο ότι η αντίδραση και απάντηση στον πόνο είναι επίκτητη διαδικασία (mean=5.6, median=6.3)
- στο ότι η αναλγησία είναι πολύ επικίνδυνη για τα νεογνά (mean=6.4, median=6.6)
- ωστόσο δεν υπήρχε ξεκάθαρη τάση που να δείχνει αν συμφωνούν με το ότι το οργανικό στρες που σχετίζεται με τον πόνο, μπορεί να είναι πιο επικίνδυνο από την αναλγησία (mean=3, median=2.4).

Παρόλα αυτά η αντίληψη ότι το οργανικό στρες που σχετίζεται με τον πόνο μπορεί να είναι πιο επικίνδυνο από την αναλγησία, συσχετίστηκε αρνητικά με αυξημένη εφαρμογή μετεγχειρητικής αγωγής σε μικρές και μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις αντίστοιχα ( $r = -0.23$  &  $-0.23$ ,  $P < 0.001$ ).

Αντίστροφα, η αντίληψη ότι η αναλγησία είναι αρκετά επικίνδυνη για να χρησιμοποιηθεί σε νεογνά, συσχετίστηκε αρνητικά με τη γνώμη πως το οργανικό στρες που σχετίζεται με τον πόνο, δύναται να είναι πιο επικίνδυνο από την αναλγησία ( $r = -0.21$ ,  $P < 0.005$ ).

Η τελευταία συμπεριφορά συσχετίστηκε και με μειωμένη χρήση φαρμακευτικής αγωγής περιεγχειρητικά ( $P < 0.005$ ) και μετεγχειρητικά ( $P < 0.001$ ).

#### ***Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου***

Σε ερώτηση για να χαρακτηριστούν από σκοπιά χρησιμότητας, ποικίλα συμπεριφορικά και φυσιολογικά σημεία για την αξιολόγηση του πόνου προέκυψε πως:

- Λίγα σημεία πόνου χαρακτηρίστηκαν ως «πολύ χρήσιμα» για τα πολύ πρόωρα νεογνά (<28 εβδομάδων) και αυτά ήταν η αύξηση των καρδιακών παλμών, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και το κλάμα.
- Τα φυσιολογικά σημεία πόνου είναι περισσότερο χρήσιμα στα πρόωρα νεογνά, ενώ για τα τελειόμηνα και μεγαλύτερα νεογνά (από 1-12 μηνών) είναι το ίδιο χρήσιμα όσο και τα συμπεριφορικά.

#### ***Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου***

Σε αυτή τη μελέτη η αντιμετώπιση του πόνου αφορά περισσότερο τις περιπτώσεις χειρουργημένων νεογνών και όχι πόνο που προέρχεται από άλλου είδους παρεμβάσεις. Έτσι λοιπόν σχετικά με την περιεγχειρητική και μετεγχειρητική αναλγησία,

- ❖ παραπάνω από το 75% των νεογνολόγων απάντησαν πως περιεγχειρητικά εφαρμόζεται πάντα αναισθησία ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης ή την ηλικία του νεογνού

- ❖ περισσότεροι από το 50% ανέφεραν ότι πάντα χρησιμοποιούν αναλγησία μετεγχειρητικά για μεγάλες επεμβάσεις
- ❖ λιγότεροι από 40% ανέφεραν ότι εφαρμόζουν αναλγησία μετεγχειρητικά σε μικρές επεμβάσεις
- ❖ η πλειοψηφία ανέφερε ότι σπάνια εφαρμόζονται τοπικοί και περιοχικοί αποκλεισμοί γιατί δεν αποτελούν μέθοδο ρουτίνας.

#### ***Συσχετισμός αντίληψης και αξιολόγησης/αντιμετώπισης***

Οι μελετητές έθεσαν μια μεταβλητή που την ονόμασαν «λιγότερος πόνος». Αυτή η μεταβλητή περιλάμβανε πέντε (5) δηλώσεις, και όπως φαίνεται από το όνομα της μεταβλητής, αυτές υποδείκνυαν σε ένα βαθμό ότι τα νεογνά υφίστανται τον πόνο λιγότερο έντονα από τους ενήλικες, ή για μικρότερη χρονική διάρκεια, ότι δεν θυμούνται τις επώδυνες εμπειρίες ή ότι η ανταπόκριση στον πόνο μαθαίνεται.

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι διαφώνησαν με το περιεχόμενο της μεταβλητής, όμως οι συσχετισμοί της μεταβλητής αυτής με την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση φανέρωσε πολλά. Πιο συγκεκριμένα:

- όσο περισσότερο διαφωνούσαν με τη μεταβλητή, τόσο έτειναν να βλέπουν τα σημεία αξιολόγησης του πόνου πιο χρήσιμα  $P<0.001$  και τόσο αναφέρονταν στη χρήση αναισθητικών και αναλγητικών περιεγχειρητικά ( $P<0.005$ ) και μετεγχειρητικά ( $P<0.001$ )
- αντίστροφα, όσο περισσότερο συμφωνούσαν με τη μεταβλητή, τόσο λιγότερο χρήσιμα εύρισκαν τα σημεία του πόνου και ανέφεραν λιγότερη χρήση αναλγητικών φαρμάκων μετεγχειρητικά
- αυτοί που συμφωνούσαν με τη μεταβλητή, ήταν αυτοί που υποστήριζαν ότι τα νεογνά δεν νιώθουν πολύ τον πόνο λόγω της μη ολοκληρωμένης μυελίνωσης των οδών του πόνου, ή της ανωριμότητας των νεύρων ( $P<0.001$ )
- επίσης αυτοί που συμφωνούσαν με τη μεταβλητή, πίστευαν επιπλέον ότι η αναλγησία είναι επικίνδυνη για τα νεογνά.

#### ***Αντίληψη της πορείας του νεογνικού πόνου***

Στο αν θεωρούν πως τα τελευταία χρόνια, έχουν αλλάξει τα πράγματα στη θεώρηση του νεογνικού πόνου και την αντιμετώπισή του:

- 87% είπαν πως ναι έχουν αλλάξει και
- 82% έδωσαν αιτιολογικά σχόλια προς την αλλαγή αυτή.
- Οι περισσότερες αιτιολογικές απαντήσεις έκλιναν:
- 55% στην αύξηση της γνώσης γύρω από τον πόνο και
- 23% στην αύξηση της επιστημονικότητας της βιβλιογραφίας.

Ενδιαφέρουσες επιπρόσθετες αιτιολογίες ήταν:

- 23,8% η πίεση από τις νοσηλεύτριες,
- 16% η θέληση να αυξηθούν τα ερευνητικά δεδομένα στην φαρμακοκινητική και δυναμική των αναισθητικών και αναλγητικών δόσεων που χρησιμοποιούνται συχνότερα στα νεογνά
- 15,5% η πίεση από τους γονείς
- 14% η μεγαλύτερη άνεση σχετικά με την ασφάλεια των αναισθητικών και αναλγητικών φαρμάκων και
- 12% η ανησυχία για την υπερ- ή υποθεραπεία του πόνου στις μονάδες νεογνών.

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Οι γιατροί φαίνεται να υποστηρίζουν στην πλειοψηφία τους την ύπαρξη του νεογνικού πόνου και να διαφωνούν με απόψεις που τον υποτιμούν. Θεωρούν ότι τα πράγματα έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια προς την καλύτερη αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Θεωρούν χρήσιμα τα σημεία αξιολόγησης πλην κάποιων περιπτώσεων.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Η αντιμετώπιση που εφαρμόζεται από αυτούς σε επίπεδο αναισθησίας και αναλγησίας δεν είναι επαρκής και εντατική.

*Συσχετισμός αντίληψης και αξιολόγησης/αντιμετώπισης:* Οι συσχετισμοί δείχνουν ότι οι αντιλήψεις που έχουν τόσο για την φύση του νεογνικού πόνου, όσο και για τα σημεία αξιολόγησής του, επηρεάζουν τις αποφάσεις τους για την χορήγηση φαρμάκων προς αντιμετώπιση του πόνου κυρίως μετεγχειρητικά.

### **3.2.4 Η μελέτη της Margaret Dick (1993)**

Οι συνεντεύξεις 10 νοσηλευτριών και 5 νεογνολόγων από 2 εντατικές μονάδες νεογνών της Βόρειας Καρολίνα των Η.Π.Α., απέδωσαν τα εξής:

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

Η ύπαρξη του νεογνικού πόνου υποστηρίχθηκε ομόφωνα από τους λειτουργούς υγείας και αποδόθηκε σε χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες επεμβατικές διαδικασίες. Από τις τελευταίες διέκριναν ως ιδιαίτερα επώδυνες την εισαγωγή σωλήνα στο θώρακα και την αποκάλυψη φλέβας. Τόνισαν ότι αυτές οι δύο διαδικασίες είναι περισσότερο χρονοβόρες και εμπλέκουν μεγαλύτερη παρέμβαση στον ιστό του σώματος.

#### ***Καταστάσεις που προκαλούν πόνο***

Εκτός από τις προαναφερθείσες, άλλες επώδυνες διαδικασίες θεωρήθηκαν:

- η απομάκρυνση της κολλητικής ταινίας
- η τριβή του τραχειοσωλήνα ή του ρινογαστρικού σωλήνα ή τραύμα από αυτούς σε ευαίσθητους ιστούς
- η ανοξία ή «πείνα» για αέρα (air hunger) σε νεογνά με βρογχοπνευμονική δυσπλασία
- η αδυναμία κίνησης ή αλλαγής θέσης
- μια υποκρύπτουσα διαδικασία λοίμωξης.



### *Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

Όλοι αντιλαμβάνονται ότι κάθε νεογνό εκφράζει τον πόνο του με ελαφρώς διαφορετικό τρόπο και είπαν πως η συνεχής ενασχόληση με τα ίδια νεογνά βοηθά τον φροντιστή να «διαβάζει» τις υπόνοιες του πόνου του νεογνού αποτελεσματικότερα. Υπήρξε συμφωνία στην ταξινόμηση των σημείων του πόνου ως συμπεριφορικά και φυσιολογικά με επικρατέστερα αυτών τα εξής:

*Από τα συμπεριφορικά:*

1. η έκφραση του προσώπου (γκριμάτσα ή συνοφρυωμένο βλέμμα)
2. το κλάμα
3. τάση απομάκρυνσης από την πηγή του πόνου
4. ενόχληση εκφραζόμενη με συνεχή κίνηση (χτυπήματα άκρων πάνω-κάτω και ποδηλατικές κινήσεις)
5. η σχετική ακινησία ή μικρή κινητικότητα, εκεί που αναμένεται έντονη αντίδραση (κυρίως σε χειρουργημένα νεογνά που εμφανίζουν αδυναμία κίνησης από τον πολύ πόνο)



*Από τα φυσιολογικά:*

1. αύξηση της καρδιακής συχνότητας (χωρίς να σημαίνει ότι ένα νεογνό που δεν κάνει ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία δεν πονάει)
2. μείωση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα (απεικόνιση από το παλμικό οξύμετρο)
3. αυξημένη αρτηριακή πίεση
4. άπνοια και αλλαγές στο χρώμα του δέρματος (στικτό σαν μωσαϊκό ή μελανό)

Σημειωτέον πως οι περισσότεροι δήλωσαν ότι όταν αξιολογούσαν τον πόνο ανεύρισκαν ενδείξεις και από τις δύο κατηγορίες.

### *Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου*

Όλοι συμφώνησαν ότι απαιτείται κάποιο είδος θεραπείας για να προληφθεί, μειωθεί και να ανακουφιστεί ο πόνος. Έτσι, διέκριναν δύο τύπους θεραπείας, την σωματική ή φυσική ανακουφιστική φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο.

#### *Φυσικά ανακουφιστικά μέσα*

Τα φυσικά μέσα αντιμετώπισης περιλάμβαναν κατά σειρά συχνότητας από την υψηλότερη στη χαμηλότερη:

- το αγκάλιασμα, σήκωμα από την θέση του νεογνού
- την αλλαγή θέσης
- χρήση ψευδοθήλαστρου (πιπίλας)



- μείωση των ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως τα δυνατά φώτα και οι θόρυβοι
- οργάνωση των επεμβατικών διαδικασιών ώστε να γίνονται συγκεντρωτικά και να αποφεύγεται έτσι η συνεχής ενόχληση, ενώ παράλληλα να ευνοείται η μεγαλύτερη χρονικά ανάπαυση
- ταχτάρισμα ή ελαφρύ μασάζ.

#### *Φαρμακευτικά μέσα*

- στην πρώτη γραμμή βρίσκεται η μορφίνη (παρά την υποτασική της παρενέργεια στα πρόωρα νεογνά)
- στην δεύτερη γραμμή τα τοπικά αναισθητικά (αν και υπήρχαν κάποιες διαφωνίες στο κατά πόσο είναι πρακτική η χρήση τους σε επείγουσες ωστόσο εξαιρετικά επώδυνες καταστάσεις όπως είναι ο πνευμοθώρακας και η αποκάλυψη φλέβας).

### *Συσχετισμός αντιμετώπισης πόνου και ιδιότητας λειτουργού υγείας*

Γιατροί και νοσηλεύτριες εστιάζουν σε διαφορετικές όψεις θεραπείας. Η πρώτη κίνηση που θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν τον πόνο ενός νεογνού είναι οι μεν γιατροί να εξετάσουν τα υπέρ και τα κατά της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ δεν αναφέρονται καν σε φυσικά μέσα, γιατί θεωρούν πως έχουν γίνει ήδη από τη νοσηλεύτρια. Οι δε

νοσηλεύτριες πρώτα εφαρμόζουν μια σειρά από φυσικά μέσα και αν αυτά κριθούν ανεπαρκή, τότε καταφεύγουν σε φαρμακευτικές λύσεις. Εξάιρεση σε αυτό αποτελούν τα χειρουργημένα νεογνά στα οποία δίνεται φαρμακευτική αγωγή εξ' αρχής.

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Υποστηρίζεται από όλους η ύπαρξη του νεογνικού πόνου χωρίς διαπραγμάτευση ή επιφυλάξεις.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Υπάρχει σαφής διαχωρισμός των σημείων εκδήλωσης του πόνου και αναγνώριση του «δικαιώματος» κάθε νεογνού να εκφράζεται με το δικό του τρόπο.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Προσέγγιση για τη θεραπεία του πόνου, τόσο με εναλλακτικούς όσο και με φαρμακευτικούς τρόπους.

*Συσχετισμός αντιμετώπισης πόνου και ιδιότητας λειτουργού υγείας:* Φαίνεται ότι διαχωρίζονται από τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες, οι τακτικές αντιμετώπισης, όχι στην ουσία τους, αλλά στην σειρά προτεραιότητας που αυτές λαμβάνουν.

### **3.2.5 Η μελέτη της Gail McCain (1995)**

Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 181 νοσηλεύτριες και νοσηλευτές που εργάζονται σε εντατικές και σε μονάδες ενδιάμεσης νοσηλείας νεογνών, στο Σινσινάτι των Η.Π.Α.

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

- το 77% δήλωσε πως τα νεογνά νιώθουν πόνο,
- 19 % ότι δεν νιώθουν πόνο και
- 4% πως δεν γνωρίζουν.

Αναφορικά προς την έντασή του σε σύγκριση με τον πόνο των ενηλίκων είπαν:

- 85% πως είναι της ίδιας έντασης
- 8% πως δεν είναι και
- 7% πως δεν γνωρίζει.

#### ***Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου***

Χαρακτηριστικά των νεογνών που υποδήλωναν πόνο θεωρήθηκαν το κλάμα (87%), η ενόχληση (57%), η ανικανότητα στο να παρηγορηθεί (51%), η ανησυχία και νευρικότητα (28%), η κατάσταση επαγρύπνησης, το να είναι δύσκαμπτο ή άκαμπτο (27%), η άρνηση ή η ανικανότητα λήψης τροφής (22%), η έλξη ποδιών (17%), η ανικανότητα ύπνου (17%), οι μορφασμοί (15%), η ταλάντωση και τα χτυπήματα (12%), το τρέμουλο (5%) και το να είναι σε λήθαργο (5%).



### *Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου*

Στόχος της αντιμετώπισης του πόνου ήταν για το 32% η πλήρης ανακούφιση του πόνου, για το 58% η όσο το δυνατόν περισσότερη ανακούφιση και για το 10% τόση ανακούφιση ώστε να έχει λειτουργικότητα ο ασθενής.

Σε ότι αφορά τη χορήγηση φαρμάκων, συγκεκριμένα για τα οπιοειδή, το 94% δηλώνει πως νιώθει άνετα στο να τα χορηγεί, ενώ το 6% όχι. Τα ποσοστά για τη χορήγηση μη οπιοειδών αναλγητικών είναι 96% και 4% αντίστοιχα.

### *Συσχετισμός εκπαίδευσης -αντιμετώπισης*

Μεγαλύτερα ποσοστά στρατηγικών αντιμετώπισης πόνου συσχετίστηκαν σημαντικά με την παρακολούθηση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων σχετικών προς τον πόνο ( $P<.05$ ). Ωστόσο, δεν υπάρχει ανάλογος συσχετισμός μεταξύ μετεκπαίδευσης και αξιολόγησης πόνου, ούτε ανάμεσα στην σοβαρότητα του πόνου και στις στρατηγικές αντιμετώπισής του.

### *Επιγραμματικά*

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Η πλειοψηφία θεωρεί ότι τα νεογνά πονούν, όπως η ενήλικες και σε αντίστοιχη ένταση.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Αναγνωρίζεται η ποικιλία εκδηλώσεων πόνου με επικρατέστερες το κλάμα και την ενόχληση.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Στόχος της πλειοψηφίας ήταν η όσο δυνατόν μεγαλύτερη ανακούφιση από τον πόνο. Επιπλέον, υπήρχε άνεση στη χορήγηση τόσο οπιοειδών όσο και μη αναλγητικών.

*Συσχετισμός εκπαίδευσης-αντιμετώπισης:* Όσοι εκπαιδεύτηκαν στον πόνο άλλαξαν την πρακτική τους αναφορικά προς την αντιμετώπιση του πόνου, όχι όμως και προς την αξιολόγησή του.

### **3.2.6 Η μελέτη του/της Fran Lang Porter et al (1997)**

Σε αυτή τη μελέτη συμμετείχαν 327 νοσηλεύτριες και 47 γιατροί εργαζόμενοι σε εντατικές μονάδες νεογνών στο Μισσούρι των Η.Π.Α. Το ποσοστό ανταπόκρισης της έρευνας ήταν κατά μέσο όρο 80%.

### *Αντίληψη του νεογνικού πόνου*

**59%** των γιατρών και **64%** των νοσηλευτριών πιστεύουν πως τα νεογνά μπορούν να νιώσουν τον ίδιο πόνο με τους ενήλικες και παράλληλα το **27%** του συνόλου πιστεύει ότι τον νιώθουν περισσότερο από τους ενήλικες ενώ, **10%** πως νιώθουν λιγότερο πόνο απ’

ότι οι ενήλικες. Επίσης, όλοι αντιλαμβάνονται ότι κάθε διαδικασία είναι σε διαφορετικό βαθμό επώδυνη.

#### ***Καταστάσεις που προκαλούν πόνο***

Ως πλέον επώδυνες χαρακτηρίστηκαν απ' όλους τους λειτουργούς υγείας η περιτομή και η εισαγωγή σωλήνα θώρακος σε πνευμοθώρακα. Ως λιγότερο επώδυνες πράξεις αναφέρθηκαν η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, η εισαγωγή καθετήρα σίτισης και ο καθετηριασμός των ομφαλικών αγγείων.

#### ***Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου***

Οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι αναισθητικοί και αναλγητικοί παράγοντες δεν χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά ακόμη και για τις πιο επώδυνες διαδικασίες. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας χρησιμοποίησης αυτών των παραγόντων έφτανε μέχρι το «συχνά». Τα μη φαρμακολογικά ανακουφιστικά μέτρα πιστεύουν επίσης πως δεν εφαρμόζονται πολύ συχνά, ωστόσο συχνότερα από ότι οι φαρμακολογικοί παράγοντες.

Γενικά, τόσο για τις φαρμακολογικές και μη μεθόδους γιατροί και νοσηλεύτές συμφώνησαν πως θα πρέπει να γίνεται συχνότερη χρήση τους από αυτή που συμβαίνει, με κάποιες ιδιαίτερες τάσεις σε διαδικασίες όπως η περιτομή, η εισαγωγή σωλήνα θώρακος, η αποκάλυψη φλέβας, η οσφυονωτιαία παρακέντηση, η ενδοτραχειακή αναρρόφηση και η διασωλήνωση.

#### ***Συσχετισμός αντιμετώπισης και ιδιότητας λειτουργού υγείας***

Οι γιατροί τείνουν να βαθμολογούν υψηλότερα την συχνότητα εφαρμογής φαρμακολογικών μέσων για την αντιμετώπιση του πόνου απ' ότι οι νοσηλεύτριες, ενώ αντίστροφα οι νοσηλεύτριες τείνουν να βαθμολογούν υψηλότερα την χρήση μη φαρμακολογικών – ανακουφιστικών μέτρων από ότι οι γιατροί.

#### ***Συσχετισμός αντιμετώπισης και διαφόρων παραμέτρων***

Επιπλέον, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί, ή εκείνοι που ο αρχικός επαγγελματικός δεσμός τους ήταν η μονάδα επιπέδου III, βαθμολογούσαν την τρέχουσα χρήση φαρμακολογικών παραγόντων για τον πόνο αρκετά ψηλά. Το ίδιο έκαναν και γιατροί που είχαν υποστεί οι ίδιοι σημαντικό χειρουργικό πόνο ή είχαν προσωπική εμπειρία πόνου. Επιπρόσθετα, οι τελευταίοι βαθμολογούσαν υψηλότερα απ' ότι οι υπόλοιποι το πόσο επώδυνη ήταν μια διαδικασία και την επιθυμία συχνότερης εφαρμογής των ανακουφιστικών μέτρων. Τέλος, αναφορικά προς τις νοσηλεύτριες, εκείνες που εργάζονταν σε μονάδα επιπέδου III, όμοια με τους γιατρούς βαθμολογούσαν υψηλότερα την επιθυμητή χρήση των φαρμάκων. Αντίστοιχα δεδομένα με προσωπικές εμπειρίες πόνου δεν υπήρχαν για τις νοσηλεύτριες.

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Περίπου το 60% του δείγματος πιστεύουν στην ομοιότητα του πόνου νεογνών και ενηλίκων με αξιόλογα ποσοστά αυτών που υποστηρίζουν τον περισσότερο ή λιγότερο πόνο από του ενήλικα.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Γι' αυτήν θεωρούν ότι δεν εφαρμόζεται επαρκώς σε συχνότητα, παρά το «επώδυνο» πολλών διαδικασιών.

*Συσχετισμός αντιμετώπισης και ιδιότητας λειτουργού υγείας:* Οι δύο κατηγορίες λειτουργών υγείας (γιατροί & νοσηλεύτριες) δίνουν υψηλότερες βαθμολογίες στα μέσα ανακούφισης πόνου που χρησιμοποιούν και αντιστοιχούν στα καθήκοντα τους.

*Συσχετισμός αντιμετώπισης και διαφόρων παραμέτρων:* Επιπλέον φαίνεται το εργασιακό περιβάλλον να επηρεάζει τις βαθμολογίες τους στην αντιμετώπιση του πόνου, ενώ μόνο για τους γιατρούς, και όχι για τις νοσηλεύτριες, φάνηκε η επίδραση προσωπικών τους εμπειριών πόνου στην αξιολόγηση και διαχείριση του νεογνικού πόνου.

### **3.2.7 Η μελέτη της Sirkka-Liisa Halimaa et al (2001)**

Στη μελέτη αυτή συμμετέχουν 197 λειτουργοί υγείας κυρίως νοσηλεύτριες και τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων από τη Φιλανδία. Το ποσοστό ανταπόκρισης στα ερωτηματολόγια ανήλθε στο 70,4%.

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

- 40% είπαν πως έχουν αρκετές γνώσεις για τον πόνο του πρόωρου νεογνού και την αντιμετώπισή του
- 50% είπαν ότι έχουν ανεπαρκείς γνώσεις
- σχεδόν όλοι 90-93% δήλωσαν πως χρειάζονται περισσότερες γνώσεις για το νεογνικό πόνο και την αναγνώρισή του, ενώ
- 86-95% ήθελαν περισσότερη γνώση για την ανακούφιση του πόνου.

Η γνώση που κατέχουν δήλωσαν ότι προέρχεται από την εργασιακή εμπειρία (75%), τη βιβλιογραφία (39%), τα ενδοϋπηρεσιακά σεμινάρια (24%), από συναδέλφους (21%) και από τη βασική τους εκπαίδευση στη σχολή (16%).

Γενικά προς το θέμα του νεογνικού πόνου:

- 41% θεωρεί ότι του έχει δοθεί αρκετή προσοχή
- 39% πιστεύει ότι ο νεογνικός πόνος αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς και
- 25% δεν είχε γνώμη επ' αυτού.

Σχετικά με την ευαισθησία του πόνου των πρόωρων σε σύγκριση με τα τελειόμηνα νεογνά:

- 27% πιστεύει πως τον πόνο τον νιώθουν εύκολα και οι δύο ομάδες με τα πρόωρα να τον νιώθουν ίσως λίγο ευκολότερα,
- 54% δεν είχε γνώμη επί τούτου και
- 7% θεωρούν ότι τα πρόωρα δεν νιώθουν τον πόνο τόσο εύκολα όσο τα τελειόμηνα.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο των προώρων είπαν ότι είναι:

Η νοσηλευτική φροντίδα και το περιβάλλον (66%)

Η ηλικία του νεογνού (51%)

Η κλινική κατάσταση του νεογνού και οι συνθήκες νοσηλευτικής φροντίδας (93%)

Η παρουσία και η αφοσίωση του φροντιστή προς το νεογνό (72%)

#### *Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

95% δήλωσαν ότι αναγνωρίζουν και αξιολογούν τον πόνο του νεογνού στη διάρκεια μιας διαδικασίας με βάση τις αλλαγές στη συμπεριφορά του

77% εκτιμούν ότι η αξιολόγηση γίνεται και από τις φυσιολογικές και από συμπεριφορικές αλλαγές

44% είπαν πως βασίζονται στην αξιολόγηση ανάλογα με τη νοσηλευτική διαδικασία που εκτελείται

13% βασίζεται στις βιοχημικές αλλαγές.

#### *Σχετικά με τις φυσιολογικές αλλαγές*

- 84%-91% έδινε προσοχή στο χρώμα του δέρματος του νεογνού, στον καρδιακό παλμό και στην αναπνοή
- 46% υπολόγιζαν την αρτηριακή πίεση, ωστόσο
- 45% δήλωσαν πως την χρησιμοποιούσαν για την αξιολόγηση του πόνου σπάνια ή πολύ σπάνια και
- 63% υπολόγιζαν τα επίπεδα O<sub>2</sub> και CO<sub>2</sub> στο αίμα.

#### *Σχετικά με τις συμπεριφορικές αλλαγές*

- 87%-97% ανέφεραν αλλαγές όπως: κλάμα, έκφραση κλάματος, τέντωμα, τράβηγμα του μηρού από το αντικείμενο που του προκαλεί πόνο
- 87% δήλωσαν πως αξιοποιούσαν



αρκετές αλλαγές προκειμένου να αξιολογήσουν τον πόνο

- 42% είπαν πως τα νεογνά κοιμόνταν στη διάρκεια των διαδικασιών και δεν ανταποκρίνονταν σε αυτούς με κανένα τρόπο.

### **Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου**

85% των φροντιστών πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση του πόνου που σχετίζεται με νοσηλευτικές διαδικασίες είναι απαραίτητη ή εξαιρετικά απαραίτητη

82-97% πιστεύει στη βοήθεια που προσφέρουν οι επιδέξιες ικανότητες, η αίσθηση



ασφάλειας του νεογνού, το μίλημα, το νοιάξιμο στην διάρκεια αλλά και μετά την επώδυνη διαδικασία

60% πιστεύουν στην ανακούφιση από τον πόνο με το να πάρεις το νεογνό αγκαλιά και να χορηγήσεις αναλγητικό πριν τη διαδικασία

38% θεωρεί την ανακούφιση από τον πόνο πιο απαραίτητη όταν εισέρχεται ή τοποθετείται στο σώμα του νεογνού ένας καθετήρας, θωρακικός σωλήνας, τροκάρ ή γίνεται κάποια ενδοφλέβια (IV) έγχυση ενώ,

27% όταν τα νεογνά υφίστανται κεντήσεις, όπως οσφυονωτιαία παρακέντηση (ONΠ), βουβωνική ή μηριαία παρακέντηση και αιμοληψία.

Στην περιγραφή των δικών τους πράξεων στις ανοιχτές ερωτήσεις: 55% δήλωσε πως προσπαθούσε για την αύξηση του αισθήματος ασφάλειας, με τρυφερότητα και ταχάρισμα. Η δεύτερη πιο χρησιμοποιούμενη μέθοδος (32%) ήταν η χρήση αναλγητικών ή η συζήτηση γι' αυτό με τον γιατρό. Το 30% είπε ότι μιλά ήρεμα στο μωρό, δρα επιδέξια και με τα κατάλληλα εργαλεία. Αναφέρθηκαν επίσης η χρήση της πιπίλας, η αλλαγή της θέσης του νεογνού, το φάσκωμα, το κράτημα του χεριού, η απομάκρυνση των ενοχλητικών παραγόντων του περιβάλλοντος και η μη ταυτόχρονη διενέργεια πολλών πράξεων για αποφυγή συνεχούς ενόχλησης.

### **Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου με χρήση τοπικού αναισθητικού:**

Στο αν η EMLA (τοπική αναισθητική κρέμα) χρησιμοποιείται συχνά οι απαντήσεις έδειξαν πως δεν χρησιμοποιείται αρκετά συχνά (mean 5.3, SD 3.0), ενώ περισσότεροι ήταν οι τεχνολόγοι που πιστεύουν ότι η EMLA χρησιμοποιείται αρκετά συχνά. Οι διαφορές μεταξύ των 3 ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικές ( $P=0.0061$ ).

Συγκεκριμένα:

❖ 16% πιστεύουν πως η EMLA πρέπει πάντα ή σχεδόν πάντα να χρησιμοποιείται

- ❖ 55% ότι πρέπει σπάνια να χρησιμοποιείται
- ❖ 29% δεν είχαν άποψη επ' αυτού

Στη λήψη τριχοειδικού αίματος, η χρήση της EMLA διέφερε στις 3 ομάδες με αποτέλεσμα:

42% νοσηλεύτριες εντατικής

29% πρακτικές νοσηλεύτριες και

10% τεχνολόγοι

να την υποστηρίζουν.



Γενικά 53%-56% πιστεύουν ότι η EMLA πρέπει να χρησιμοποιείται σε φλεβοκέντηση για αιμοληψία ή τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα για χορήγηση ορού, ενώ 77% θα την χρησιμοποιούσαν για άλλες κεντήσεις ή παρακεντήσεις.

### ***Συσχετισμοί αξιολόγησης/αντιμετώπισης νεογνικού πόνου και ιδιότητας λειτουργού υγείας***

α) Στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0.000$ ) υπήρξε στην χρήση των φυσιολογικών αλλαγών για την αξιολόγηση του πόνου από τις νοσηλεύτριες και τους τεχνολόγους. Οι νοσηλεύτριες (τόσο της εντατικής όσο και οι πρακτικές) χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις φυσιολογικές αλλαγές για αξιολόγηση απ' ότι οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων.

β) Οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων πιστεύουν ότι τα τοπικά αναισθητικά χρησιμοποιούνται συχνότερα από ότι πιστεύουν οι νοσηλεύτριες ( $P=0.0061$ ).

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Είναι εμφανής η υποστήριξη στο θέμα του νεογνικού πόνου, ωστόσο οι περισσότεροι αναγνωρίζουν την κατάσταση της ελλιπούς αντιμετώπισης και αποζητούν περισσότερη γνώση από αυτή που κατέχουν, τόσο για την αναγνώριση όσο και για την ανακούφισή του.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Παρότι η πλειοψηφία αξιολογεί τον πόνο με βάση τη συμπεριφορά του νεογνού, φαίνεται από τις απαντήσεις η τάση της αξιολόγησης να είναι σφαιρική και να συνυπολογίζονται όλα τα σημεία αξιολόγησης (φυσιολογικά & συμπεριφορικά), καθώς και παράγοντες που την επηρεάζουν.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Βασική γραμμή των λειτουργών υγείας είναι αρχικά η ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας του νεογνού, η παροχή της ηρεμίας του, κατόπιν η χρήση αναλγητικών και αναισθητικών (ανάλογα με την επώδυνη διαδικασία) και συνεργικά η χρήση μη φαρμακευτικών-ανακουφιστικών μέσων.

*Συσχετισμός αξιολόγησης/αντιμετώπισης νεογνικού πόνου και ιδιότητας λειτουργού υγείας:* Οι νοσηλεύτριες χρησιμοποιούσαν περισσότερο τα φυσιολογικά σημεία αξιολόγησης του πόνου έναντι των τεχνολόγων και αναφορικά προς την αντιμετώπιση με τοπικά αναισθητικά, οι τεχνολόγοι πίστευαν ότι χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά σε αντίθεση με τις νοσηλεύτριες.

### **3.2.8 Η μελέτη της Elizabeth Dodds (2003)**

Η μελέτη αυτή ερευνήσε τις απόψεις 21 νοσηλευτριών από 3 εντατικές μονάδες του Λονδίνου. Διανεμήθηκαν 80 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 21. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 26%.

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

Στην ανοιχτή ερώτηση «ο πόνος στο νεογνό είναι...» τα πιο συχνά αναφερόμενα σχόλια δήλωναν πως:

- ο πόνος έχει ως αποτέλεσμα φυσιολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές
- είναι υποτιμημένος
- είναι δύσκολο να αξιολογηθεί ή
- είναι φτωχά αντιμετωπίσιμος.

#### ***Καταστάσεις που προκαλούν πόνο***

Διαδικασίες που χαρακτηρίστηκαν πολύ επώδυνες ήταν:

- ❖ η τοποθέτηση σωλήνα θώρακος
- ❖ η περιτομή
- ❖ η οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Ως επώδυνες με μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν:

- η τοποθέτηση κεντρικής γραμμής ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών (φλεβική και αρτηριακή)
- η τοποθέτηση τροκάρ

Οι περισσότερες βαθμολογίες κυμαίνονταν από ανώδυνες, ελαφρώς επώδυνες, μέτρια επώδυνες. Χαρακτηριστική ήταν η υποκειμενικότητα στην βαθμολογία πόνου μιας διαδικασίας και αυτό γιατί π.χ. στην φλεβοκέντηση σχεδόν ίδιος αριθμός ατόμων την χαρακτήρισαν ελαφρώς επώδυνη και πολύ επώδυνη.

### ***Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου***

Το 52% ανέφερε πως δεν χρησιμοποιεί εργαλείο αξιολόγησης πόνου. Η πλειοψηφία αυτών δηλαδή το 45% χρησιμοποιεί την παρατήρηση για να καταλάβουν εάν το νεογνό πονάει, με το αν θα αντιδράσει στο επώδυνο ερέθισμα και πώς.

Το 36% χρησιμοποιεί την εμπειρία του για να αξιολογήσει τον πόνο.

Το 18% δηλώνει πως θα αξιοποιούσε μια εμπειρία πόνου από την ίδια διαδικασία (ερέθισμα) για να καταλάβει εάν το νεογνό υφίσταται πόνο.

*Τα σημεία αξιολόγησης πόνου από φυσιολογικής άποψης είναι:*

Αύξηση του καρδιακού παλμού, αύξηση στην αναπνευστική συχνότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο στα τριχοειδή.

*Από άποψη συμπεριφοράς είναι:*

Το κλάμα, η αλλαγή έκφρασης προσώπου και καμία κίνηση ενώ αυτή αναμένεται (έλλειψη κινητικότητας).



***Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου***

***Φαρμακολογική***

Τοπικά αναισθητικά χρησιμοποιούνται σε:

- τοποθέτηση σωλήνα θώρακα
- περιτομή
- οσφυονωτιαία Παρακέντηση (ONΠ)
- εισαγωγή κεντρικής γραμμής ενδοφλέβιας χορήγησης.

Κοινές ανησυχίες για την χρήση των τοπικών αναισθητικών-αναλγητικών ήταν η αποβολή τους διαμέσου του δέρματος και ότι κανένα δεν συνιστάται για χρήση σε νεογνά κάτω των 3 μηνών (παρά τις έρευνες που δείχνουν ότι είναι ασφαλή). Επιπλέον, η ίδια η χορήγησή τους ίσως προκαλεί πόνο και ίσως προκαλεί καταστροφή ιστού. Τα οπιοειδή δεν χρησιμοποιούνταν συχνά, παρά μόνο σε διασωλήνωση και στην τοποθέτηση σωλήνα θώρακα. Ανησυχία για τη χρήση τους ήταν ο κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής και υπερδοσολογίας καθώς και το ενδεχόμενο εθισμού. Η χρήση των μη οπιοειδών ενείχε τον κίνδυνο της εύκολης υπερδοσολογίας αλλά και δυσχέρεια στη χορήγηση όταν το νεογνό παρουσίαζε νεφρικό-ηπατικό πρόβλημα.





#### *Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση*

Προσφέρεται η δυνατότητα απομύζησης είτε πιπίλας ή δάχτυλο ενήλικα (66%). Επίσης αναφέρθηκαν τα εξής ως ανακουφιστικά μέτρα: άγγιγμα, κράτημα, μασάζ, τάισμα, ταχάρισμα, ομιλία, απόσπαση προσοχής και αλλαγή θέσης.

#### *Επιγραμματικά*

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Οι νοσηλεύτριες αποδίδουν στον πόνο όλα τα χαρακτηριστικά του, φαίνεται να έχουν αντίληψη της πραγματικότητας σχετικά με την αντιμετώπισή του και αναγνωρίζουν καταστάσεις που είναι ιδιαίτερα επώδυνες.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Αναγνωρίζονται κάποιες εκδηλώσεις πόνου χρησιμοποιώντας την παρατήρηση και η πλειοψηφία τις αξιολογεί με βάση την εμπειρία της, χωρίς τη χρήση κάποιου εργαλείου αξιολόγησης.

*Αντιμετώπιση νεογνικού πόνου:* Η πλειοψηφία των νοσηλευτριών δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιείται συχνά πρόληψη και θεραπεία του πόνου παρά μόνο σε κάποιες επώδυνες καταστάσεις και αυτό περιστασιακά. Ακόμη, υπάρχουν αρκετές ανεπίλυτες ανησυχίες γύρω από τη χρήση των φαρμάκων για τον πόνο του νεογνού.

### **3.2.9 Η μελέτη της Sarah. Reyes (2003)**

Σε αυτήν μελετήθηκαν 24 νοσηλεύτριες εντατικής μονάδας νεογνών από το Σιάτλ των Η.Π.Α. και εξετάστηκαν 107 διαγράμματα νεογνών από το χώρο εργασίας τους για να συγκριθούν τα λεγόμενα με τα γραφόμενά τους.

#### *Αντίληψη του νεογνικού πόνου*

- Τα 2/3 συμφώνησαν ότι ο νεογνικός πόνος συχνά είναι μη αναγνωρίσιμος
- 83,3% συμφώνησαν ότι κάθε νεογνό απαντά διαφορετικά στον πόνο.
- Οι απόψεις διαχωρίστηκαν:
- 54% συμφώνησαν
- 46% διαφώνησαν

για το αν πιστεύουν ή όχι ότι τα νεογνά νιώθουν τον πόνο, όπως οι ενήλικες.

Καμία δεν θεωρεί τα αναλγητικά ακατάλληλα προς χρήση εξαιτίας του ανώριμου νεογνικού νευρικού συστήματος.

### ***Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου***

- 62,5% συμφώνησαν ότι οι νοσηλεύτριες αξιολογούν τον πόνο επακριβώς αλλά διαφώνησαν στο ότι είναι συνεπείς στην αξιολόγηση του πόνου
- 54,2% συμφώνησαν ότι αξιολογούν επακριβώς την ένταση του πόνου
- Όλες συμφώνησαν ότι η εκπαίδευση στον πόνο θα βοηθούσε το προσωπικό στην αξιολόγηση και διαχείρισή του.

Η ηλικία κύησης του νεογνού επηρεάζει την αξιολόγηση του πόνου στο 91,7% των νοσηλευτριών, ενώ η διάγνωση της κατάστασής του επηρεάζει το 75% αυτών. Επίσης, το 91,7% συμφώνησε ότι οι αξιολογήσεις για τον πόνο επηρεάζουν την αντιμετώπισή του.

### ***Αντίληψη της αξιολόγησης και της καταγραφής της***

Παρότι οι νοσηλεύτριες συμφώνησαν κατά:

- 70,8% ότι το εργαλείο μέτρησης πόνου της μονάδας είναι αποτελεσματικό στην αξιολόγηση του νεογνικού πόνου
- 91,7% ότι η καταγραφή της αξιολόγησης του πόνου είναι σημαντική και
- 87,5% ότι η καταγραφή της αξιολόγησης του πόνου οδηγεί σε αποτελεσματικότερη ανακούφιση από τον πόνο

### ***ωστόσο***

- 83,3% διαφώνησαν στο ότι οι νοσηλεύτριες καταγράφουν στην ρουτίνα τους την αξιολόγηση του πόνου.

### ***Καταστάσεις που προκαλούν πόνο***

**Ισχυρός πόνος:** λήψη αίματος από αρτηρία, τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (PICC), τοποθέτηση καθετήρα στο θώρακα (σε πνευμοθώρακα).

**Μέτριος πόνος:** φλεβοκέντηση, τρύπημα φτέρνας, μηχανική αναπνευστική υποστήριξη.

### ***Καταγραφή αξιολόγησης***

- 62,9% των διαγραμμάτων ΔΕΝ είχαν καταγεγραμμένες αξιολογήσεις στη διάρκεια της ημέρας και
- 56,2% αντίστοιχα στη διάρκεια της νύκτας
- Πολύ λίγες χορηγήσεις αναλγητικών σχετίζονταν με καταγεγραμμένη αξιολόγηση πόνου και λιγότερο από το 10% όλων των διαδικασιών είχαν καταγεγραμμένη μια αξιολόγηση πόνου.

Συγκεκριμένα:

Από τις 51 **αρτηριοκεντήσεις** μόνο σε 2 υπήρχε καταγραφή πόνου παρότι σε 7 περιπτώσεις είχε χορηγηθεί μορφίνη για το σκοπό αυτό.

Αντίστοιχα το ποσοστό καταγραφής αξιολόγησης σε ότι αφορά την **φλεβοκέντηση** ήταν 6,4% και το **τρύπημα φτέρνας** 6,6%.

Για την **τοποθέτηση περιφερικού κεντρικού φλεβικού καθετήρα** είχε δοθεί αναλγησία στο 24% των περιπτώσεων, αλλά η αναφορά αξιολόγησης πόνου υπήρχε μόνο στο 5,3%.

Αντίστοιχα, για την **οσφυονωτιαία παρακέντηση** (ONΠ) στις 13 ONΠ μία είχε καταγραφή πόνου, αλλά σε 4 είχε δοθεί αναλγησία.

Τέλος, για την **τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα** (7 περιπτώσεις) δεν υπήρχε καμιά αναφορά γραπτή, αλλά στο 80% των περιπτώσεων είχε δοθεί αναλγησία.

✦ Γραπτή επαναξιολόγηση πόνου (follow up) μετά από χορήγηση αναλγητικού υπήρχε μόνο στο 1% των περιπτώσεων.

Γενικά, καμιά καταγεγραμμένη αξιολόγηση πόνου δεν υπήρχε για το:

- 74% των νεογνών για χειρουργικά προβλήματα
- 36% των νεογνών που νοσηλεύονταν για γενικά νεογνολογικά προβλήματα
- 29% των νεογνών για καρδιολογικά προβλήματα.

### ***Επιγραμματικά***

*Αντίληψη νεογνικού πόνου:* Φαίνεται πως οι νοσηλεύτριες πιστεύουν στην ικανότητα των νεογνών να νιώσουν πόνο, όμως δυσκολεύονται στην αναγνώρισή του.

*Αξιολόγηση νεογνικού πόνου:* Θεωρούν ότι εφαρμόζουν με ακρίβεια την αξιολόγηση, αναγνωρίζουν την αξία και την επιρροή της απέναντι στο τελικό αποτέλεσμα της αντιμετώπισης του πόνου, αλλά θα επιθυμούσαν περισσότερη εκπαίδευση. Επίσης, παραδέχονται ότι υπάρχουν παράγοντες που τις επηρεάζουν στο να αξιολογήσουν το νεογνικό πόνο.

*Συσχετισμός αξιολόγησης στη θεωρία και στην πράξη:* Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτριών, ενώ εκτιμά τη σημαντικότητα της αξιολόγησης αλλά και της καταγραφής της, δεν φαίνεται να εφαρμόζει το πιστεύω της αυτό στην καθημερινή πρακτική, δημιουργώντας μια αντίφαση σε αυτά που δηλώνει και σε αυτά που πράττει.

### **3.2.10 Η μελέτη της Lynn Breau et al (2004)**

Στη μελέτη αυτή που συμμετείχαν 95 λειτουργοί υγείας που εργάζονται σε εντατικές μονάδες του Καναδά φάνηκαν τα εξής:

#### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

Οι λειτουργοί υγείας δεν θεωρούν ότι υπάρχει μεταβλητότητα στον πόνο που νιώθει το νεογνό εξαιτίας του επιπέδου κινδύνου για νευρολογική διαταραχή.

### *Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

Με τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης δείχνουν πως δεν αντιλαμβάνονται διαφορά στο επίπεδο της ενόχλησης του νεογνού ή στο χρόνο ηρεμίας του μετά από ενόχληση ανάλογα με ήπιο, μέτριο ή σοβαρό κίνδυνο του νεογνού για νευρολογική διαταραχή.

### *Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου*

Θεωρούν ότι το αγκάλιασμα ως μέσο παρέμβασης για αντιμετώπιση του πόνου είναι λιγότερο αποτελεσματικό στα νεογνά με υψηλό κίνδυνο νευρολογικής διαταραχής, σε σχέση με τα νεογνά ήπιου ή μέτριου κινδύνου.



### **3.2.11 Η μελέτη της Lynn Breau et al (2006)**

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 95 λειτουργοί υγείας από δύο εντατικές μονάδες πανεπιστημιακών νοσοκομείων του Καναδά. Διερευνήθηκε η αντίληψη που έχουν για τον πόνο των νεογνών υψηλού κινδύνου. Για το σκοπό αυτό έγιναν συγκρίσεις ανάμεσα στα νεογνά που βρίσκονται σε κίνδυνο για (ήπια, μέτρια ή σοβαρή) νευρολογική διαταραχή (ν/δ) και στα νεογνά που δεν είναι υψηλού κινδύνου.

### *Αντίληψη του νεογνικού πόνου*

Γενικά οι λειτουργοί υγείας πιστεύουν πως το πόσο θα ομοιάζει ο πόνος που νιώθουν τα νεογνά με κίνδυνο νευρολογικής διαταραχής και τα νεογνά μη υψηλού κινδύνου εξαρτάται από το επίπεδο του κινδύνου. Συγκεκριμένα, θεωρούν ότι ο πόνος που νιώθουν τα νεογνά υψηλού κινδύνου (υ/κ) μειώνεται σε σχέση με τον αντίστοιχο των νεογνών χωρίς ν/δ, όσο το επίπεδο κινδύνου για νευρολογική διαταραχή αυξάνεται. Με άλλα λόγια, πιστεύουν πως τα νεογνά με σοβαρό κίνδυνο νευρολογικής διαταραχής είναι πιθανότερο να νιώθουν λιγότερο πόνο σε σχέση με αυτά που δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο.

Αντιλαμβάνονται μεγαλύτερη ομοιότητα στην εμπειρία του πόνου που βιώνεται από τα νεογνά χωρίς κίνδυνο ν/δ και από αυτά με ήπιο κίνδυνο (mean=28 SD=0.4) παρά από τα νεογνά με μέτριο (mean=26 SD=0.4) και υψηλό κίνδυνο (mean=22 SD=0.5).

Παρόλο που οι λειτουργοί υγείας βλέπουν τον πόνο ως πολυδιάστατο φαινόμενο, ωστόσο δεν πιστεύουν ότι κάποια συγκεκριμένη ομάδα (ήπιου, μέτριου, σοβαρού) κινδύνου είχε περισσότερες πιθανότητες να νιώσει «περισσότερο» πόνο απ' ότι νεογνά χωρίς νευρολογική διαταραχή.

### ***Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου***

Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των λειτουργών υγείας μεταξύ των ομάδων νεογνών υψηλού κινδύνου και μη, υπήρχε διαφορά ανάμεσα στη βαθμολογία καταστάσεων που αφορούν την συναισθηματική αντίδραση, συμπεριφορά και επικοινωνία του πόνου και σε καταστάσεις που αφορούν την αίσθηση και την επίπτωση του πόνου.

Βάσει αυτού οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι η ικανότητα των νεογνών να εκφράζουν τον πόνο επηρεάζεται περισσότερο από το επίπεδο του κινδύνου για νευρολογική διαταραχή παρά από την συχνότητα και την αίσθηση του πόνου τους.

Όλα τα νεογνά με κίνδυνο νευρολογικής διαταραχής ήταν απίθανο να κοινωνήσουν τον πόνο τους περισσότερο από ότι τα νεογνά μη υψηλού κινδύνου.

### ***Συσχετισμός αντίληψης νεογνικού πόνου και χαρακτηριστικών λειτουργού υγείας***

Κανένα χαρακτηριστικό των λειτουργών υγείας όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική ιδιότητα και επαγγελματική εμπειρία δεν συσχετίστηκε σημαντικά με τις βαθμολογίες τους για τον πόνο των νεογνών υψηλού κινδύνου.

## **3.3 Σύνθεση αποτελεσμάτων**

Η προσέγγιση για την σύνθεση των δεδομένων ήταν περιγραφική. Οι μελέτες ανασκοπήθηκαν με βάση τέσσερις βασικές παραμέτρους. Αυτές είναι η αντίληψη, η αξιολόγηση, η αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου από τους λειτουργούς υγείας, και συσχετισμοί αυτών των παραμέτρων. Ωστόσο, κατά την ανάλυση των μελετών προέκυψαν άλλες δυο δευτερεύουσες σημασίας παράμετροι που αναφέρονται σε επώδυνες καταστάσεις και σε ειδικές ομάδες νεογνών.

### ***Αντίληψη του νεογνικού πόνου***

Εξετάζοντας την παράμετρο στις μελέτες που ανασκοπήθηκαν φαίνεται πως, σε ένα βαθμό, όλες οι μελέτες της ανασκόπησης (11) αναφέρουν την αντίληψη των λειτουργών υγείας για το νεογνικό πόνο με κάποιο τρόπο. Ένας τρόπος ήταν να ερωτηθούν οι λειτουργοί υγείας ξεκάθαρα αν πιστεύουν στην ύπαρξη του νεογνικού πόνου. Αυτό συνέβη σε 3 από τις 11 μελέτες και μόνο σε μία από αυτές υπήρξε ομόφωνη θετική απάντηση.

Στις υπόλοιπες 8 μελέτες η ύπαρξη του νεογνικού πόνου θεωρείται σε ένα βαθμό δεδομένη και οι μελετητές επιχειρούν να εντοπίσουν με διάφορα ερωτήματα τη μορφή, ένταση και διαβάθμιση του πόνου που αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας. Τέλος, από

τις 11 μελέτες, 5 ήταν αυτές που περιλάμβαναν τόσο κύρια ερωτήματα όσο και υποερωτήματα για τη σύγκριση του νεογνικού πόνου με τον πόνο των ενηλίκων.

### *Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου*

Συνολικά από τις 11 μελέτες οι 10 αναφέρονται στην αξιολόγηση του νεογνικού πόνου. Από αυτές τις 10, σε 7 γίνεται εκτενέστερη αναφορά και περιγραφή των σημείων αξιολόγησης του πόνου ενώ στις υπόλοιπες 3 η αξιολόγηση διαφαίνεται εμμέσως από τις απαντήσεις των λειτουργιών υγείας, ή αναφέρεται αμέσως με αριθμητικά ποσοστά για το πόσο συχνά εφαρμόζεται και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν.

Από τις 7 που περιγράφουν τα σημεία αξιολόγησης, οι 6 αναφέρουν τόσο σημεία φυσιολογίας όσο και σημεία συμπεριφοράς ως εκδηλώσεις πόνου, ενώ 1 μελέτη αναφέρεται μόνο σε συμπεριφορικές εκδηλώσεις πόνου. Σε 4 από τις 7 μελέτες δίνεται μεγαλύτερη αξία στα συμπεριφορικά σημεία αξιολόγησης του πόνου, ενώ στις υπόλοιπες 3 προσδίδεται η ίδια αξία σε όλες τις εκδηλώσεις του πόνου, συμπεριφορικές και φυσιολογικές. Αξιοσημείωτο είναι το ότι μόνο 1 μελέτη αναφέρει τη χρήση εργαλείου αξιολόγησης, 1 αναφέρει μηδενική χρήση εργαλείων ενώ στις υπόλοιπες 9 δεν αναφέρεται κάτι σχετικό, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η εφαρμογή τους.

### *Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου*

Από τις 11 μελέτες συνολικά 9 κάνουν αναφορά στην αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Οι 8 αναφέρουν σαφείς τρόπους αντιμετώπισης και 1 αναφέρει την χορήγηση αναλγησίας εμμέσως από το κεφάλαιό της που αναφέρεται στην αξιολόγηση του νεογνικού πόνου, χωρίς να παραθέτει συγκεκριμένα στοιχεία αναφορικά προς το είδος της αναλγησίας. Από τις 9 αυτές μελέτες 1 αναφέρεται λακωνικά στην αποτελεσματικότητα μίας μόνο φυσικής μεθόδου αντιμετώπισης του πόνου που είναι η αγκαλιά. Οι 5 αναφέρονται και περιγράφουν τόσο φαρμακολογικές, όσο και ανακουφιστικές-εναλλακτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του πόνου, εκ των οποίων 2 τονίζουν την αξία και δίνουν προτεραιότητα στην εφαρμογή των εναλλακτικών μεθόδων έναντι των φαρμακολογικών.

Οι υπόλοιπες 3 μελέτες από τις 9 αναφέρονται μόνο σε φαρμακολογικούς τρόπους αντιμετώπισης. Τέλος 4 μελέτες από τις 9, κάνουν λόγο για την ανεπαρκή πρόληψη του νεογνικού πόνου αλλά και την συχνότητα εφαρμογής γενικά όλων των μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου και 2 άλλες εκ των 9 μιλούν για τη χρησιμότητα, την προσέγγιση και τον στόχο που πρέπει να έχει γενικά η αντιμετώπιση του πόνου του νεογνού.

### ***Συσχετισμοί***

Από τις 11 μελέτες της ανασκόπησης, οι 8 έκαναν συσχετισμούς διαφόρων παραμέτρων. Συγκεκριμένα, τέσσερις μελέτες έκαναν 1 συσχετισμό τρεις έκαναν 2 συσχετισμούς και μία έκανε 3.

Δύο (2) από τις 8 μελέτες έκαναν συσχετισμό της αντίληψης του νεογνικού πόνου με την αντιμετώπισή του, που έδειξε ότι ανάλογα με το πως αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας το νεογνικό πόνο παίρνουν διαφορετικές αποφάσεις για την αντιμετώπισή του. 1 μελέτη συσχέτισε την αντίληψη με την αξιολόγηση που φανέρωσε ότι ανάλογες προς αυτό που αντιλαμβάνονται οι φροντιστές ως νεογνικό πόνο, είναι οι εκτιμήσεις τους ως προς την αξιολόγησή του. Επιπρόσθετα σε 1 μελέτη ο συσχετισμός της αντίληψης του νεογνικού πόνου με χαρακτηριστικά των λειτουργών υγείας όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική ιδιότητα και επαγγελματική εμπειρία, δεν απέδωσαν κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Σε 3 από τις 8 μελέτες συσχετίστηκε η ιδιότητα του λειτουργού υγείας με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Μέσα από αυτόν το συσχετισμό φάνηκε πως οι λειτουργοί υγείας τείνουν να εφαρμόζουν τις μεθόδους αντιμετώπισης που σχετίζονται περισσότερο με τα καθήκοντά τους (π.χ. ο γιατρός τα φάρμακα, η νοσηλεύτρια την ανακουφιστική φροντίδα, ο τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων την άρτια τεχνική με ταυτόχρονη χορήγηση τοπικού αναισθητικού). Η ιδιότητα του λειτουργού υγείας συσχετίστηκε επίσης και με την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου σε 1 μελέτη. Σύμφωνα με αυτή οι νοσηλεύτριες χρησιμοποιούσαν περισσότερο τα φυσιολογικά σημεία αξιολόγησης του πόνου έναντι των συμπεριφορικών σε σχέση με τους τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων.

Μία (1) συσχέτισε τα λεγόμενα των λειτουργών υγείας αναφορικά προς την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου με τις αντίστοιχες πράξεις τους και φάνηκε η αντίφαση ανάμεσα σε αυτά που λένε οι φροντιστές ότι πιστεύουν και σε αυτά που τελικά πράττουν. Στην ίδια μελέτη συσχετίστηκε η αξιολόγηση με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου όπου φάνηκε ότι η δεύτερη επηρεάζεται από την πρώτη και ένας ακόμη συσχετισμός αφορούσε την αξιολόγηση με διάφορους παράγοντες (διάγνωση της κατάστασης του νεογνού και ηλικία κύησης). 1 μελέτη συσχέτισε την εκπαίδευση με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου δείχνοντας ότι όσοι λειτουργοί υγείας εκπαιδεύτηκαν επιπρόσθετα στον νεογνικό πόνο άλλαξαν την πρακτική τους αναφορικά προς την αντιμετώπιση του πόνου αυτού, όχι όμως και προς την αξιολόγησή του.

Τέλος 1 μελέτη έκανε συσχετισμούς διαφόρων παραμέτρων των λειτουργών υγείας όπως η ηλικία, το πλαίσιο εργασίας και οι προσωπικές τους εμπειρίες πόνου με την φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου. Από αυτούς προέκυψε ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ή αυτοί που το βασικό πλαίσιο εργασίας τους ήταν η εντατική μονάδα τύπου III (με σοβαρά περιστατικά) βαθμολογούσαν υψηλότερα τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας για την αντιμετώπιση του πόνου. Επιπλέον υψηλά βαθμολογούσαν και οι γιατροί που είχαν βιώσει προσωπικές εμπειρίες πόνου, χωρίς όμως να υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα για τις νοσηλεύτριες.

### ***Δευτερεύουσες παράμετροι***

#### ***1. Επώδυνες καταστάσεις***

Συγκεκριμένες καταστάσεις που προκαλούν πόνο αναφέρθηκαν σε 5 μελέτες από τις 11. Η τοποθέτηση σωλήνα θώρακα σε περίπτωση πνευμοθώρακα ανευρίσκεται σε 4 από τις 5 μελέτες ως εξαιρετικά επώδυνη κατάσταση. Ακολουθεί η περιτομή που αναφέρεται επίσης ως πολύ επώδυνη κατάσταση από 2 μελέτες. Ομοίως 2 μελέτες αναφέρουν τόσο την οσφυονωτιαία παρακέντηση όσο και την παρακέντηση αρτηρίας. Τέλος, ο χειρουργικός πόνος, η αποκάλυψη φλέβας και η τοποθέτηση καθετήρα κεντρικής φλεβικής γραμμής αναφέρθηκαν ως επώδυνη κατάσταση αντίστοιχα από 1 μελέτη η καθεμία.

#### ***2. Ειδικές κατηγορίες νεογνών***

Σε ειδικές κατηγορίες νεογνών αναφέρθηκαν 3 μελέτες εκ των οποίων η 1 έκανε περιγραφή των εκδηλώσεων ανησυχίας και της αντιμετώπισής τους που εμφανίζεται ως επί το πλείστον σε νεογνά με βρογχοπνευμονική δυσπλασία. Οι άλλες 2 μελέτες αναφέρθηκαν σε νεογνά με κίνδυνο εμφάνισης νευρολογικών διαταραχών ήπιου, μέτριου ή σοβαρού βαθμού.



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### Συζήτηση

Μια πρώτη εικόνα των μελετών της ανασκόπησης φανερώνει πως όσο παλαιότερη είναι η μελέτη, τόσο διαφέρει η δομή της που τείνει να είναι λιγότερο αναλυτική και συστηματική. Αυτό φαίνεται σε επίπεδο περίληψης, μεθόδου και ανάλυσης αποτελεσμάτων. Κάποιες από αυτές (τέλη 1980 με αρχές 1990) δεν έχουν καν αποτελέσματα με ποσοστά επί τοις εκατό, αλλά απόλυτους αριθμούς και καθόλου έως ελάχιστες συσχετίσεις. Όσο νεότερη είναι η μελέτη φαίνεται η σταδιακή βελτίωση στη δομή της και στην χρήση της ποσοτικής ανάλυσης και των συσχετισμών.

Αναφορικά ως προς τη θεματολογία, φαίνεται πως έχουν γίνει μεγάλες αλλαγές την τελευταία εικοσαετία σχετικά με το νεογνικό πόνο. Οι παλαιότερες μελέτες (1987-1993) αναφέρονται στην ύπαρξη του νεογνικού πόνου αναζητώντας αριθμούς και ποσοστά λειτουργών υγείας που πιστεύουν και αναγνωρίζουν την ύπαρξη αυτή. Με το πέρασμα των ετών η αναγνώριση του πόνου γίνεται ολοένα πιο δεδομένη και η έρευνα στρέφεται στους τρόπους εκδήλωσης του πόνου, αλλά και στο πως τον αντιλαμβάνονται τα άτομα που βρίσκονται περισσότερο κοντά του, δηλαδή οι λειτουργοί υγείας. Μάλιστα φαίνεται πως ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει ομοιογένεια στον τρόπο που γίνεται αντιληπτός ο νεογνικός πόνος.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης αναφορικά προς την αντίληψη του νεογνικού πόνου δεν είναι τόσο απογοητευτικά, παράλληλα όμως δεν είναι και τόσο ξεκάθαρα. Με άλλα λόγια, είναι θετικό το γεγονός πως όλες οι μελέτες αναφέρονται με κάποιο τρόπο στην αντίληψη του νεογνικού πόνου και πως είναι μόνο τρεις αυτές που ρωτούν για την ύπαρξή του. Ίσως αρνητικό είναι το ότι από αυτές τις τρεις μελέτες, μόνο σε μία υπάρχει ομοφωνία για την ύπαρξη του νεογνικού πόνου, ενώ στις άλλες υπάρχουν ποσοστά που αντιπροσωπεύουν λειτουργούς υγείας που είναι αβέβαιοι για την ύπαρξη του νεογνικού πόνου ή δεν γνωρίζουν! Ιδιαίτερα δε αποκαρδιωτικό είναι το 19% των λειτουργών υγείας, να ασχολούνται με νεογνά και παρ' όλα αυτά να πιστεύουν ότι τα νεογνά δεν πονούν,

ενώ το 4% να μην έχει καν άποψη (McCain 1995). Κι όλα αυτά έχοντας περάσει ήδη 8 χρόνια που τεκμηριώθηκε επιστημονικά η ύπαρξη του νεογνικού πόνου.

Γενικότερα όμως, στην πλειοψηφία των μελετών (8/11) φαίνεται πως υποστηρίζεται η ύπαρξη του νεογνικού πόνου εφόσον γίνεται λόγος και αναζήτηση της αντίληψης των λειτουργών υγείας σχετικά με άλλες παραμέτρους του πόνου. Τέτοιες παράμετροι είναι η ένταση, η διαβάθμιση και η σύγκρισή του με τον πόνο των ενηλίκων. Η συγκεκριμένη παράμετρος τέθηκε ως ερώτηση σε 5 από τις 11 μελέτες όμως ό,τι κι αν απάντησαν οι ερωτηθέντες, δηλαδή αν το νεογνό πονά περισσότερο ή λιγότερο από τον ενήλικα, σίγουρα εξέφραζαν την προσωπική τους εκτίμηση. Από τη στιγμή όμως που δεν υπάρχει ακόμη επιστημονική τεκμηρίωση προς αυτό δεν αντιλήφθηκα να εξυπηρετεί σε κάτι ή να προσθέτει σε γνώση το ερώτημα αυτό.

Είναι ίσως σημαντικότερο να γίνει αντιληπτό από όλους πως το νεογνό «απλά πονά» και από τη στιγμή που δεν δύναται να εκφραστεί λεκτικά να προσπαθήσουμε οι λειτουργοί υγείας να γίνουμε αποδέκτες και ελευθερωτές του πόνου του παρά μάντις για να μάθουμε αν πονάει όσο εμείς. Γι' αυτό το σκοπό είναι μεγάλης σπουδαιότητας η σωστή αξιολόγηση του πόνου. Η έννοια της αξιολόγησης του νεογνικού πόνου προέκυψε αβίαστα μέσα από τις εκδηλώσεις του. Εν τη γενέσει της βασιζόταν στη θεμελιώδη αρχή της παρατήρησης. Η παρατήρηση συνέχιζε πάντοτε να αποτελεί τμήμα της αξιολόγησης, αργότερα όμως προστέθηκαν και κάποια εργαλεία, κάποιες κλίμακες μέτρησης του πόνου που στην ουσία έκαναν πιο συγκεκριμένα και ομαδοποιημένα τα σημεία της παρατήρησης.

Ωστόσο, μέσα από την ανασκόπηση φάνηκε ελάχιστη χρήση εργαλείων αξιολόγησης και ως επί το πλείστον οι καταγραφές των εκδηλώσεων του πόνου των νεογνών φαίνεται να έγιναν κατόπιν παρατήρησης. Ξεκάθαρα σε αυτό αναφέρεται η μελέτη της Dodds (2003) όπου δηλώνει μηδενική χρησιμοποίηση εργαλείων αξιολόγησης του νεογνικού πόνου. Βέβαια η μελέτη αυτή είχε μικρό δείγμα γεγονός που της αφαιρεί το δικαίωμα της γενικευσιμότητας. Από την άλλη όμως οι συμμετέχοντες της μελέτης αυτής δεν προέρχονταν από το ίδιο πλαίσιο και εργαζόνταν σε διαφορετικές εντατικές μονάδες, γεγονός που υποδεικνύει ότι η αξιολόγηση χωρίς εργαλεία ίσως δεν είναι εύρημα μιας μόνο εντατικής μονάδας νεογνών σε μια μόνο μελέτη. Όπως και να έχει, το αποτέλεσμα αυτό και μόνο θα πρέπει αν μη τι άλλο να θέσει προβληματισμό.

Η αναγκαιότητα μάλιστα ενός εργαλείου αξιολόγησης φάνηκε ιδιαίτερα στη μελέτη της Pigeon (1989) η οποία άλλωστε διενεργήθηκε με σκοπό να βοηθήσει στη δημιουργία ενός τέτοιου εργαλείου. Σε αυτή τη μελέτη οι νοσηλεύτριες παρέθεσαν ως εκδηλώσεις πόνου σχεδόν όλες τις νοσηλευτικές διαδικασίες που εφαρμόζονται σε ένα νεογνό στην εντατική μονάδα (από την αιμοληψία μέχρι την αλλαγή της πάνας και την αγκαλιά). Σε αυτό το αποτέλεσμα δύο ερμηνείες είναι πιθανές.

Η μία είναι πως οι νοσηλεύτριες ίσως δεν μπορούσαν ακόμη να διαχωρίσουν εντελώς τις επώδυνες από τις μη επώδυνες διαδικασίες, γιατί δεν υπήρχε ακόμη ούτε εκπαίδευση αλλά ούτε και οδηγίες για την αξιολόγηση. Η δεύτερη, ίσως λιγότερο πιθανή, ερμηνεία θα ήταν η αποδοχή του χαρακτηρισμού αυτών των διαδικασιών ως επώδυνες με σκοπό να μας προβληματίσει στο να αντιληφθούμε οι λειτουργοί υγείας, ότι τα επώδυνα ερεθίσματα που προκαλούμε στα νεογνά μπορεί να είναι πολύ περισσότερα από όσα φανταζόμαστε. Επιπλέον, το γεγονός ότι υπήρχαν αρκετά αντιφατικά αποτελέσματα για το «επώδυνο» μιας διαδικασίας, ίσως δείχνει την έλλειψη κοινής νοσηλευτικής πρακτικής και κανόνων που να εφαρμόζονται από όλους το ίδιο, ούτως ώστε το αποτέλεσμα μιας νοσηλευτικής διαδικασίας να μην καθίσταται τόσο διαφορετικά αντιληπτό από άτομο σε άτομο.

Πάντως συνολικά μέσα από την ανασκόπηση φάνηκε πως υπάρχουν πολυάριθμες εκδηλώσεις πόνου, τόσο συμπεριφορικές όσο και φυσιολογικές, και τους προσδίδεται γενικά ισάριθμη αξία με ένα ελαφρύ προβάδισμα υπέρ των συμπεριφορικών εκδηλώσεων. Αυτό είναι εύλογο μιας και τα σημεία συμπεριφορικής έκφρασης του πόνου -όπως είναι το κλάμα και η έλξη των ποδιών- είναι πιο εμφανή απ' ότι για παράδειγμα η ταχυκαρδία ενός νεογνού που δείχνει ένα μόνιτορ και που κάποιες φορές δεν είναι καν αντιπροσωπευτική. Επιπρόσθετα είναι ευχάριστη η διαπίστωση της ολιστικής προσέγγισης των εκδηλώσεων για την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου.

Αντίθετα, η προσέγγιση αναφορικά ως προς την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, δεν φαίνεται να οδηγεί σε ευχάριστες διαπιστώσεις. Αυτό φαίνεται από το γεγονός πως από τις 9 μελέτες που αναφέρουν (είτε αναλυτικά είτε επιδερμικά) μεθόδους αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου, οι 4 (σχεδόν οι μισές) δηλώνουν πως δεν εφαρμόζεται σχεδόν καθόλου πρόληψη του νεογνικού πόνου και παράλληλα η εφαρμογή τρόπων για τη θεραπεία του δεν είναι ούτε συχνή ούτε επαρκής (Franck 1987, McLaughlin 1993, Porter 1997, Dodds 2003). Από τις υπόλοιπες 5 μελέτες ενώ διακρίνεται η πρόθεση και προσέγγιση του πόνου τόσο με φυσικούς όσο και με

φαρμακευτικούς τρόπους, δεν διαφαίνεται κατά πόσο τελικά τίθεται σε εφαρμογή η προσέγγιση αυτή.

Εν γένει από τις μελέτες που αναφέρουν και τις δύο κατηγορίες μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου, επικρατεί μια τάση να εφαρμόζονται πρώτα οι ανακουφιστικές μέθοδοι από τις νοσηλεύτριες (αγκαλιά, αλλαγή θέσης, χορήγηση πιπίλας) και κατόπιν οι φαρμακευτικές (οπιοειδή αναλγητικά, τοπικά αναισθητικά). Αυτό από τη μια δείχνει πως δεν υπάρχει επιθετική φαρμακευτική τακτική ενάντια στο νεογνικό πόνο, και από την άλλη μπορεί να υποδεικνύει την επιφυλακτικότητα και την ανασφάλεια που ακόμη νιώθουν αρκετοί λειτουργοί υγείας έναντι της χορήγησης φαρμάκων στα νεογνά. Ωστόσο, υπάρχουν και τρεις μελέτες όπου αναφέρονται μόνο σε φαρμακευτικές μεθόδους εκ των οποίων η μία εύλογα το κάνει γιατί αναφέρεται περισσότερο σε χειρουργημένα νεογνά, ενώ στις υπόλοιπες δύο τα δεδομένα δεν είναι τόσο αναλυτικά και ξεκάθαρα για να μπορέσουν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

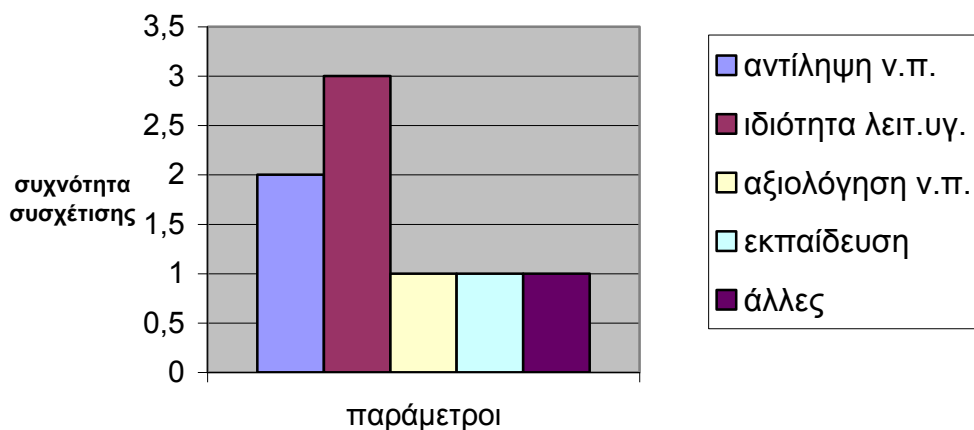
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τους διάφορους συσχετισμούς των μελετών της ανασκόπησης. Το ότι 8 στις 11 μελέτες έκαναν κάποιους συσχετισμούς, από μόνο του υποδεικνύει ότι έχει γίνει αντιληπτή η ανάγκη εξεύρεσης των αιτιών που καθιστούν την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου ανεπαρκή. Βέβαια εξαιτίας της 19χρονης περιόδου στη διάρκεια της οποίας διενεργήθηκαν οι μελέτες τη συγκεκριμένης ανασκόπησης, είναι φυσικό το να μην έχουν όλοι οι συσχετισμοί κοινό περιεχόμενο. Εντούτοις, υπήρχαν κάποια κοινά στοιχεία ανάμεσά τους.

Πιο αναλυτικά, από τους 13 συσχετισμούς οι 8 συσχέτιζαν την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου με κάποια άλλη παράμετρο. Αυτό σημαίνει ότι η αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου φάνηκε να επηρεάζεται 8 φορές από την παράμετρο που κάθε φορά συσχετιζόταν με αυτήν. Αυτές οι παράμετροι είναι 5 και πρόκειται για:

1. την αντίληψη του νεογνικού πόνου
2. την ιδιότητα του λειτουργού υγείας
3. την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου
4. την εκπαίδευση και επιμόρφωση στο θέμα του νεογνικού πόνου
5. διάφορες (ηλικία, πλαίσιο εργασίας, προσωπικές εμπειρίες πόνου).

Οι δύο πρώτες παράμετροι, δηλαδή η αντίληψη του νεογνικού πόνου και η ιδιότητα του λειτουργού υγείας, αναφέρθηκαν από 2 και 3 μελέτες αντίστοιχα σε συνάρτηση με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου (βλ. Γράφημα 1).

### Γράφημα 1: Συχνότητα συσχέτισης της αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου με διάφορες παραμέτρους



Αυτό το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικά σημαντικό, γιατί δείχνει πόσο διαφορετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου και απαντά ίσως στο γενικό ερώτημα «γιατί ενώ η γνώση του νεογνικού πόνου είναι αρκετή η αντιμετώπισή του είναι ανεπαρκής». Επιπλέον, απαντά και στο ερώτημα της συγκεκριμένης ανασκόπησης που είναι το «αν αυτό που καλείται αντίληψη του λειτουργού υγείας για το νεογνικό πόνο, επηρεάζει το αποτέλεσμα της αντιμετώπισής του».

Παρότι όμως απαντά σε δύο ερωτήματα σίγουρα εγείρει πολύ περισσότερα. Μερικά από αυτά θα μπορούσαν να είναι «μπορεί να διαφοροποιηθεί η αντίληψη που υπάρχει για το νεογνικό πόνο και πώς», «πώς θα μπορούσε η αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου να είναι κοινή από όλους τους λειτουργούς υγείας», «είναι δυνατόν να επιτευχθεί συνεχής συνολική και συλλογική εκπαίδευση και επιμόρφωση των λειτουργών υγείας που σχετίζονται με τα νεογνά». Κι αυτά τα ερωτήματα προκύπτουν από μερικούς κι όχι απ' όλους τους συσχετισμούς.

Αξίζει επίσης να σχολιαστεί το ότι η αντίληψη του νεογνικού πόνου δεν επηρεάζει μόνο την αντιμετώπισή του, αλλά και την αξιολόγησή του. Δηλαδή ένας συσχετισμός έδειξε ότι όσο περισσότερο πίστευαν οι λειτουργοί υγείας στο νεογνικό πόνο, τόσο έτειναν να βλέπουν περισσότερες εκδηλώσεις πόνου και το αντίθετο. Έτσι η αξιολόγηση κυμαινόταν σύμφωνα με αυτά που ήθελε ή δεν ήθελε να δει ο

φροντιστής ως εκδήλωση πόνου και όχι με αντικειμενικά κριτήρια. Επιπλέον σε άλλο συσχετισμό οι λειτουργοί υγείας δήλωσαν ότι όταν αξιολογούν επηρεάζονται από τη διάγνωση της κατάστασης του νεογνού (91%) και από την ηλικία κύησής του (75%).

Εδώ εντοπίζεται η αξία που μπορούν να έχουν τα αντικειμενικά εργαλεία αξιολόγησης, σε συνδυασμό βέβαια με κατάλληλη εκπαίδευση του χρήστη σχετικά με το νεογνικό πόνο και τις εκδηλώσεις του, γιατί όπως έχει ειπωθεί στην αρχή της ανασκόπησης το εκάστοτε εργαλείο μπορεί να είναι χρήσιμο και άρτια φτιαγμένο, όμως ο χρήστης του είναι αυτός που θέτει την βαθμολογία και το διαχειρίζεται.

Σχετικά με αυτό το θέμα της αξιολόγησης και των εργαλείων είναι απαραίτητο να σχολιαστεί το ότι απ' όλες τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν μόνο μία ανέφερε χρήση εργαλείου αξιολόγησης. Παράλληλα σε μια άλλη μελέτη ο συσχετισμός των λόγων των λειτουργών υγείας και των πράξεών τους αναφορικά προς την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου και της εφαρμογής της, έδειξε μεγάλη αντίφαση. Δηλαδή, ενώ δήλωναν πως πίστευαν στην σημαντικότητα της αξιολόγησης και την διεκπεραίωσαν με συνέπεια και ακρίβεια, δεν κατέγραφαν τις εκτιμήσεις που προέκυπταν από την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου στα διαγράμματα.

Από τα παραπάνω λοιπόν συνάγεται πως μάλλον η χρήση των εργαλείων είτε δεν είναι τόσο εκτεταμένη είτε δεν έχει γίνει κατανοητή ακόμη η αξία και η χρησιμότητά τους. Ίσως ο μόνος τρόπος για να υπάρξει αποτέλεσμα τόσο στην αξιολόγηση όσο και στις άλλες πτυχές του νεογνικού πόνου είναι η βασική εκπαίδευση για το νεογνικό πόνο ήδη από τις σχολές των λειτουργών υγείας και η συνεχιζόμενη επιμόρφωση των εργαζομένων στις μονάδες νεογνών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την εργασία της Sarvis 2004 που αναφέρει ότι *«Η ανεπαρκής γνώση για τον πόνο προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από την ελλιπή εκπαίδευση για τον πόνο στις νοσηλευτικές σχολές.»*

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα αυξάνουν τόσο τις γνώσεις όσο και τις ικανότητες των νοσηλευτριών στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου (Sarvis 2004). Μια μελέτη στις MENN της Γαλλίας το 2002 έδειξε ότι στο 30% αυτών αποτύγχαναν οι λειτουργοί υγείας να βαθμολογήσουν το νεογνικό πόνο με κύρια αιτία την έλλειψη γνώσης (Debillon et al 2002). Αρκετά συχνά την εκπαίδευση την επιζητούν και οι ίδιοι οι λειτουργοί υγείας (Halimaa 2001, Reyes 2003). Επομένως, αυτό που θα έπρεπε να γίνει κτήμα του λειτουργού υγείας είναι πως το τρίπτυχο «αντίληψη- αξιολόγηση- αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου» δεν μπορεί να διαχωριστεί σε καμία περίπτωση και θα πρέπει να παραμένει αδιαίρετο αν

και εφόσον θέλουμε να καλούμαστε υπεύθυνοι απέναντι στο έργο μας που δεν είναι άλλο από τη διασφάλιση της υγείας των νεογνών και των οικογενειών τους.

Κάτι που θα άξιζε να σχολιαστεί είναι οι διάφορες παράμετροι που επηρεάζουν την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Φαίνεται πως υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν ασυνείδητα τις αποφάσεις των λειτουργών υγείας στο θέμα της διαχείρισης του πόνου και αφορούν κυρίως εμπειρικές καταστάσεις. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν η ηλικία, που εμπεριέχει τις εμπειρίες μιας ζωής, αλλά και οι επαγγελματικές εμπειρίες, δηλαδή κατά πόσον αυτές εναλλάσσονταν σε διαφορετικούς χώρους και βαθμίδες ή εμπλουτίζονταν πάντα στο ίδιο πλαίσιο, εν προκειμένης της ίδιας βαθμίδας εντατική μονάδα. Οι δυο αυτοί παράγοντες επηρέασαν τόσο τους γιατρούς όσο και τις νοσηλεύτριες.

Ο τρίτος παράγοντας που αφορούσε προσωπικές εμπειρίες πόνου στα ίδια τα άτομα ή σε πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, συσχετίστηκε σημαντικά μόνο με τις απαντήσεις των γιατρών και όχι των νοσηλευτριών. Σε αυτό ίσως μπορούν να δώσουν εξήγηση τα ευρήματα μιας μελέτης (Oates & Oates 1995) για το στρες και την πνευματική υγεία των λειτουργών υγείας σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών που θέλουν το 71% των νεογνολόγων της έρευνας να έχουν αυξημένο βαθμό εμπλοκής των απαιτήσεων της δουλειάς με των αντίστοιχων της προσωπικής τους ζωής.

Το θέμα λοιπόν σχετικά με την αλληλεπίδραση αυτή από τους παράγοντες της ηλικίας και των εμπειριών σε συγκεκριμένο επαγγελματικό πλαίσιο τίθεται ως εξής: το έλλειμμα γνώσης εύκολα μπορεί κανείς εφόσον θέλει να το αναπληρώσει και να το ανανεώσει. Μάλιστα μέσα από το φως της γνώσης μπορεί κάποιος να αναγνωρίσει και τις λαθεμένες πρακτικές του παρελθόντος. Από την άλλη όμως, τις αντιλήψεις μιας ζωής κι ενός συνόλου εμπειριών πώς μπορεί κάποιος να τις αλλάξει ώστε να μην επηρεάζουν αρνητικά το αποτέλεσμα της εξέλιξης στη θεραπεία του πόνου;

Προϋπόθεση για αυτό είναι να έχει ο λειτουργός υγείας, συναίσθηση της επιρροής αυτής στον τρόπο παροχής φροντίδας και τουλάχιστον να προσπαθήσει να αντιμετωπίζει τον νεογνικό πόνο όσο το δυνατόν γίνεται πιο αντικειμενικά και πιο πιστά στα επιστημονικά δεδομένα. Μια τέτοια στάση αυτογνωσίας, αυτοκριτικής, ευσυνειδησίας και υπευθυνότητας, ίσως θα μπορούσε συμβάλλει σε μια καλύτερη προσέγγιση του νεογνικού πόνου.

Είναι ευχάριστο πάντως το ότι έστω και λίγες (2) μελέτες δίνουν το μήνυμα αυτής της προσέγγισης του νεογνού τονίζοντας τη σφαιρικότητα με την οποία θα

πρέπει να αντιμετωπίζει ο φροντιστής τον μικρό ασθενή. Η μία αναφορά προς αυτό γίνεται από τη μελέτη της Dick (1993) όπου οι νοσηλεύτριες δηλώνουν ότι *«είναι σημαντική η δυνατότητα φροντίδας του ίδιου νεογνού για μεγάλες χρονικές περιόδους και παράλληλα βοηθητική τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση του πόνου αλλά και των ιδιαίτερων ανακουφιστικών μέτρων που ταιριάζουν στο κάθε νεογνό»*. Στην ίδια μελέτη οι γιατροί δηλώνουν πως όταν καλούνται για να αντιμετωπίσουν τον πόνο ενός νεογνού, προσφεύγουν κατευθείαν στα φάρμακα γιατί γνωρίζουν πως οι νοσηλεύτριες σίγουρα έχουν προσφέρει οποιαδήποτε ανακουφιστική φροντίδα διατίθεται.

Η άλλη μελέτη που ξεχωρίζει για το στίγμα προσέγγισης που προτείνει σχετικά με τον πόνο των νεογνών είναι της Halimaa et al (2001). Διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες στο ότι παρουσιάζει την αναγκαιότητα μιας ολιστικής προσέγγισης του μικρού νεογνού τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην αντιμετώπιση του πόνου του. Η προσέγγιση αυτή ξεκινά αρχικά από τον σεβασμό των συναισθημάτων του και την εξασφάλιση του αισθήματος ασφάλειας που αποζητά το νεογνό και κατόπιν εφαρμόζει ότι έχει να προσφέρει η επιστήμη τεχνολογικά και φαρμακευτικά για τον πόνο του.

Ίσως αυτή η προσέγγιση οφείλεται στο γεγονός ότι η μελέτη αφορά Φιλανδούς λειτουργούς υγείας και είναι γνωστό πως η Φιλανδία σε θέματα προαγωγής της υγείας είναι πολύ ευαισθητοποιημένη. Τα τελευταία χρόνια επίσης από τους Φιλανδούς γίνεται πολύς λόγος για την αύξηση της συμμετοχής των γονέων στην αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών τους στις εντατικές μονάδες. Οι μελέτες τους δείχνουν πως είναι διπλά ωφέλιμη η συμμετοχή αυτή, τόσο για την πορεία των νεογνών όσο και για την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου (Axelin et al 2005).

Σύμμαχος όμως της προσέγγισης αυτής των Φιλανδών είναι και ο Ιταλός Bellieni (2002, 2003) που δηλώνει ότι: *«Τα νεογνά που πονούν, πέρα από τα αναλγητικά και τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, έχουν ανάγκη την ανθρώπινη παρουσία ομιλία και το ανθρώπινο χέρι. Τα νεογνά είναι ασθενείς με σοβαρές απαιτήσεις και δεν πονούν απλά μα είναι δυνατόν να υποφέρουν κιόλας. Γι' αυτό απαιτούν όχι μόνο φάρμακα αλλά και μια παρουσία κοντά τους που να τους παρέχει αίσθημα ασφάλειας»*.

Ωστόσο, ίσως ο Bellieni να είναι ένας από τους λίγους που έχουν εισχωρήσει πιο βαθιά στις συναισθηματικές ανάγκες των νεογνών προκειμένου να διαχειριστούν, τα τελευταία, καλύτερα τον πόνο τους. Κι αυτό γιατί σύμφωνα με μία εθνική μελέτη



της Ιταλίας για την αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών στις περισσότερες εντατικές μονάδες της, φάνηκε ότι η ανάγκη για επαρκή αναλγησία ακόμη δεν χαιρεί την εκτίμηση που θα της άξιζε. Παράλληλα διαπιστώθηκε η αναγκαιότητα εκπαίδευσης του προσωπικού των μονάδων (Lago et al 2005)

#### **4.1 Συμπεράσματα**

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται με την ολοκλήρωση αυτής της ανασκόπησης είναι πως η αντίληψη του πόνου των νεογνών από τους λειτουργούς υγείας υπάρχει σε έναν αρκετά μεγάλο βαθμό, που όμως δεν έχει ανάλογη ισχύ. Δηλαδή, ενώ φαίνεται να πιστεύουν ότι τα νεογνά πονούν, τα μέσα που υπάρχουν στα χέρια τους τόσο για την αξιολόγηση όσο και για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, δεν εφαρμόζονται ίσως συστηματικά ή με τον αρτιότερο τρόπο ώστε να προκύπτουν γενικευμένα και όχι μεμονωμένα αποτελέσματα. Με άλλα λόγια, δεν αρκεί να υπάρχει απλά η αντίληψη του νεογνικού πόνου, αλλά πρέπει να γίνει αυτή πεποίθηση βαθιά ριζωμένη στο νου των λειτουργών υγείας ώστε να αρχίσει να αντιμετωπίζεται πιο δραστικά.

Τα βήματα που έχουν γίνει και εξακολουθούν να γίνονται σε ότι αφορά την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου είναι ενθαρρυντικά. Οι ιδέες και οι λύσεις υπάρχουν, ενώ παράλληλα διενεργούνται συνεχώς έρευνες τόσο για την ασφάλεια των μέσων αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου (φαρμακευτικών και μη), όσο και για τη βελτίωση των μέσων αξιολόγησής του. Αυτό που φάνηκε ξεκάθαρα από την ανασκόπηση των μελετών είναι πως η αντίληψη των λειτουργών υγείας για το νεογνικό πόνο επηρεάζει τόσο την αξιολόγησή του όσο και την αντιμετώπισή του. Επίσης και η αξιολόγηση του νεογνικού πόνου επηρεάζει την αντιμετώπισή του, δεν φάνηκε όμως η επίδραση αυτή να είναι αμφίδρομη δηλαδή μια μη αποτελεσματική διαχείριση του νεογνικού πόνου να δώσει το έναυσμα για προβληματισμό και εκτίμηση του τι ίσως δεν πήγε καλά με την αξιολόγηση.

Ωστόσο το να πραγματοποιούνται μελέτες όπως και αυτές που ανασκοπήθηκαν, όσο και εργασίες σαν την παρούσα, υποδεικνύει ότι το ερέθισμα για την ανεύρεση αιτίων της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου έχει αρχίσει να μεταδίδεται. Αυτό λοιπόν μπορεί να σημαίνει ότι η «ανεπαρκής» αντιμετώπιση του πόνου επηρέασε τελικά κάποιους να προσπαθήσουν να αλλάξουν και να ελέγξουν αντιλήψεις πάνω στο θέμα αυτό.

## 4.2 Προτάσεις

Ο νεογνικός πόνος δεν χρειάζεται εξειδίκευση αλλά απαιτεί συλλογικότητα στη διαχείρισή του. Το να εφευρίσκονται νέες μέθοδοι αξιολόγησης ή ασφαλή φάρμακα χωρίς να γνωρίζουν ή να έχουν πειστεί οι λειτουργοί υγείας για τη χρησιμότητά τους δεν αποδίδει τελικά.

Κάθε υπηρεσία υγείας που ασχολείται με νεογνά θα πρέπει να θέσει σε εφαρμογή ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα πρόληψης του νεογνικού πόνου, που θα περιλαμβάνει στρατηγικές για την εκτίμηση του πόνου σε επίπεδο ρουτίνας, για την ελαχιστοποίηση του αριθμού των επώδυνων διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα και για την αποτελεσματική χρήση μεθόδων (φαρμακολογικών και μη) για την πρόληψη του πόνου, που σχετίζεται τόσο με μικρές όσο και σοβαρότερες ή χειρουργικές επεμβατικές διαδικασίες (American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, 2006) Πάνε πολλά χρόνια που οι Καναδοί γιατροί και ερευνητές Fernandez & Rees πρότειναν την χρήση οδηγιών για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, θεωρώντας πως με αυτό τον τρόπο οι λειτουργοί υγείας μπορούν να γίνουν συνήγοροι υπέρ του επαρκούς ελέγχου του πόνου (Johnston 1994)

Βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των ανωτέρω αποτελεί η ενίσχυση των γνώσεων, πεποιθήσεων, αντιλήψεων για το νεογνικό πόνο με σωστή έγκαιρη κατάρτιση, ενημέρωση και συνεχή επιμόρφωση. Κατόπιν εκπαίδευση για όσο το δυνατόν αμερόληπτη και αντικειμενική αξιολόγηση του νεογνικού πόνου με βάση δοκιμασμένες κλίμακες και εργαλεία και όχι διάσπαρτα με ό,τι θεωρεί ο καθένας ως εκδήλωση πόνου (Carbajal et al 2004). Τα υποκειμενικά κριτήρια θα πρέπει όσο το δυνατόν να εκλείψουν και αυτό μπορεί να γίνει εφικτό όταν τα εργαλεία αξιολόγησης γίνουν πολυπαραγοντικά και εξελίσσονται διαρκώς προς τα νέα δεδομένα της επιστήμης (Anand 2001).

Επιπρόσθετος τρόπος εκπαίδευσης της ομάδας των λειτουργών υγείας είναι η συζήτηση σχετικά με τη διαχείριση του πόνου συγκεκριμένων ασθενών που μπορεί να βοηθήσει στη σύσταση οδηγιών για ειδικούς ασθενείς ή καταστάσεις. Η αναφορά της γνώμης του προσωπικού σχετικά με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου είναι καλό να εισακούεται γιατί έτσι φανερώνονται οι ανάγκες της κάθε εντατικής μονάδας νεογνών. Η πραγμάτωση μιας ερευνητικής μελέτης στην ίδια την εντατική μονάδα μπορεί να εμφανίσει σε ποια σημεία υπάρχει αδυναμία ή δυναμική στις διάφορες πρακτικές (Schechter 2006).

Στην συνέχεια αυτές οι πρακτικές μπορούν να τεθούν σε σύγκριση με τα δεδομένα και τις οδηγίες από τους επίσημους οργανισμούς και να γίνουν οι ανάλογες αλλαγές. Σύμφωνα με αυτές μπορούν να δημιουργηθούν από μια επιτροπή οδηγίες και πρωτόκολλα που θα αναρτώνται σε εμφανή σημεία. Επίσης η εφαρμογή αυτό-κατευθυνόμενων μοντέλων εκμάθησης μπορούν να βοηθήσουν τους φροντιστές να γίνουν καλύτεροι παρατηρητές (Phillips 1995).

Η ανάληψη πρωτοβουλίας από κάποιους να συγκεντρώνουν τα πλέον πρόσφατα άρθρα και δεδομένα σχετικά με τη διαχείριση του νεογνικού πόνου ώστε να τίθενται σε συζήτηση είναι συνάμα μια καλή εκπαιδευτική μέθοδος. Στις συζητήσεις αυτές χρήσιμη και διαφωτιστική είναι η παρουσία του φαρμακοποιού που άμεσα μπορεί να προλαμβάνει προβλήματα και να λύνει απορίες σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων στα νεογνά.

Ένας ακόμη παράγοντας ίσης ή και μεγαλύτερης αξίας από την εκπαίδευση, που πρέπει να υφίσταται για να εγγυάται η επιτυχία της προσπάθειας σωστή αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, είναι η επικοινωνία μεταξύ των λειτουργών υγείας (Phillips 1995). Η αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου στα νεογνά μπορεί να είναι καλή και αποτελεσματική μόνο εφόσον υπάρχει συνεχής και συνεκτική επικοινωνία ανάμεσα στους λειτουργούς υγείας που την υπηρετούν (Reyes 2003) Αν δεν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία ανάμεσά τους η γνώση χάνει από την αξία της γιατί δεν μπορεί να αποφέρει τα ιδανικά αποτελέσματα.

Στις μονάδες νεογνών συνήθως υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας ανάμεσα στους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες. Παραδείγματα όχι και τόσο καλής επικοινωνίας και διαφορετικών αντιλήψεων μεταξύ αυτών των ομάδων παρουσιάζει η μελέτη των Oates & Oates (1995). Σε αυτήν οι μεν νοσηλεύτριες νιώθουν πως δεν έχουν την εξουσία και την ευθύνη που τους αναλογεί ειδικά όταν πρέπει να εμπλακούν στην λήψη σημαντικών αποφάσεων και στην χορήγηση αναλγησίας, οι δε γιατροί πιστεύουν ότι οι πρώτες την έχουν. Επιπλέον, ενώ λίγοι νεογνολόγοι πιστεύουν ότι οι σχέσεις γιατρού-νοσηλεύτριας αποτελούν πρόβλημα, περίπου οι μισές από τις νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν ένιωθαν πως υπήρχαν δυσκολίες που προέρχονταν από την επικοινωνία και τις διαφωνίες ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες λειτουργών υγείας.

Αντίθετη μάλλον εικόνα παρουσιάζει η μελέτη της Dick (1993) όπου όλοι οι λειτουργοί υγείας (γιατροί και νοσηλεύτριες) έχουν μεν συμφωνήσει για την διαφορετικότητα των ρόλων τους θεωρούν δε τις νοσηλεύτριες τον συνδετικό κρίκο

που ενώνει την αξιολόγηση με την αντιμετώπιση του πόνου. Οι γιατροί δίνουν ψήφο εμπιστοσύνης στις νοσηλεύτριες και νιώθουν τη βεβαιότητα πως όταν τους καλέσουν για βοήθεια έχουν προηγηθεί όλες οι προβλεπόμενες ενέργειες.

Οι δυο αντίθετες περιπτώσεις υποδηλώνουν μάλλον πως το κλίμα επικοινωνίας που δημιουργείται στην κάθε εντατική μονάδα οφείλεται στη σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού. Καλό θα ήταν όμως, για να μην μετατίθεται μόνο στην τύχη η καλή επικοινωνία των λειτουργών υγείας σε έναν τόσο νευραλγικό χώρο, να επιχειρεί η διεύθυνση της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας συνεργατική προσπάθεια εφαρμογής σεμιναρίων επικοινωνιακής αγωγής.

### **5.3 Περιορισμοί της μελέτης**

Η εργασία αυτή είχε διάφορους περιορισμούς ωστόσο να πραγματοποιηθεί. Αρχικά ένας από αυτούς ήταν ο διαθέσιμος χρόνος μέσα στον οποίο έπρεπε να διεκπεραιωθεί, ο οποίος σε συνδυασμό με την απειρία της συγγραφέως σε εκτέλεση συστηματικών ανασκοπήσεων εν μέρει δικαιολογεί ίσως κάποια λάθη που μπορεί να διακρίνει ένας πιο έμπειρος αναγνώστης.

Επίσης, η μεθοδολογία της ανασκόπησης δεν είχε εξ' ολοκλήρου συστηματικό χαρακτήρα, δηλαδή η διαδικασία αναζήτησης του υλικού ξεκίνησε λίγο ανορθόδοξα και κατόπιν κατέληξε στο σωστό δρόμο, εντούτοις η στρατηγική που ακολουθήθηκε καταγράφηκε αληθώς ως έγινε. Ωστόσο, θεωρώ πως με περισσότερες γνώσεις πάνω στην αναζήτηση υλικού για μια συστηματική ανασκόπηση οι μελέτες που θα μπορούσαν να συγκεντρωθούν ίσως να ήταν περισσότερες και να υπήρχε παράλληλα ευχέρεια ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου από την οποία ενδεχομένως να προέκυπταν εξίσου ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Αυτό το γεγονός αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό της εργασίας.

Το θετικό στοιχείο της εργασίας συνίσταται στο ότι αφορά ένα θέμα που είναι σχετικά καινούργιο και πρόκειται για το νεογνικό πόνο. Πιο συγκεκριμένα, οι μελέτες που αναφέρονται σε παραμέτρους του νεογνικού πόνου, όπως είναι η «αντίληψή του» από τους λειτουργούς υγείας δεν είναι ιδιαίτερα πολλές. Έτσι και αυτή η ανασκόπηση με τη σειρά της προσθέτει ένα μικρό λιθαράκι στη γνώση αυτή.

Το εισαγωγικό τμήμα της εργασίας ενημερώνει τον αναγνώστη για ποιους λόγους είναι σημαντική αυτή η ανασκόπηση, ενώ τα αποτελέσματά της θέτουν απαντήσεις σε ερωτήματα, γεννούν νέα ερωτηματικά και σε μεγάλο βαθμό

προβληματίζουν. Το σίγουρα είναι πως δημιουργούν προκλήσεις για τη διενέργεια μελλοντικών πιο εντοπισμένων μελετών στο θέμα της αντίληψης του πόνου του νεογνού από τους φροντιστές του.

#### **5.4 Συστάσεις για μελλοντικές έρευνες**

Αρκετά ερεθίσματα δίνονται με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανασκόπηση για να διενεργηθούν μελλοντικά νέες μελέτες. Καταρχήν ένα πρώτο ερέθισμα αφορά τον τύπο των ερευνών. Η παρούσα ανασκόπηση περιλάμβανε μία ποιοτική μελέτη που προσέφερε πολύ χρήσιμα και κατανοητά συμπεράσματα σε αντίθεση με άλλες που οι αριθμητικές αναλύσεις τις καθιστούσαν δυσνόητες. Επιπρόσθετα, μία άλλη μελέτη τόνιζε κι εκείνη την ανάγκη για να πραγματοποιούνται περισσότερες ποιοτικές μελέτες.

Περισσότερο χρήσιμες θα ήταν μελέτες που θα εστίαζαν σε βάθος στην έννοια της αντίληψης του νεογνικού πόνου, στην γνώση που έχει η όχι αφομοιωθεί από τους λειτουργούς υγείας σχετικά με τον πόνο του νεογνού και στην ανεύρεση των αιτιών που η αξιολόγηση δεν εφαρμόζεται κατάλληλα. Επιπλέον ενδιαφέρον θα παρουσίαζαν έρευνες που να δείχνουν το βαθμό εμπιστοσύνης των λειτουργών υγείας στις μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου (φαρμακευτικές και εναλλακτικές) και τα κριτήρια που θέτουν για να τις εφαρμόζουν.

Κοινωνικές έρευνες για τη μελέτη της επικοινωνίας ανάμεσα στους λειτουργούς υγείας και την επίδρασή της στη ρουτίνα της δουλειάς στις εντατικές μονάδες και όχι μόνο, πιστεύω θα απέφερε σπουδαία γνώση προς αξιοποίηση των τωρινών δεδομένων. Τέλος, επειδή όλες οι μελέτες που ανασκοπήθηκαν προέρχονταν στην πλειοψηφία τους από την Αμερική, με εξαίρεση δύο από την Ευρώπη, η μεγαλύτερη πρόκληση θα αφορούσε μία αντίστοιχη μελέτη στον Ελλαδικό χώρο για να υπάρξουν δεδομένα να τεθούν υπό σύγκριση.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με το κλείσιμο της αυλαίας αυτής της εργασίας βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να πω ότι το ταξίδι μέχρι εδώ ήταν υπέροχα επικοδομητικό. Ο νεογνικός πόνος σαν κεντρική ιδέα της εργασίας αποτέλεσε την αφορμή για να μάθω πολλά νέα πράγματα, να ανακαλύψω τα λάθη μου και να επιδιώξω την υιοθέτηση εμπειριστατωμένων πρακτικών τόσο για την προαγωγή των υπηρεσιών υγείας, μα κυρίως για την προστασία και φροντίδα των νεογνών.

Η αντίληψη του νεογνικού πόνου απ' όλους μας, και πρωτίστως από τους λειτουργούς υγείας που φροντίζουν τα νεογνά, είναι μια έννοια που στο πρώτο άκουσμά της θεωρείται δεδομένη και αυτονόητη. Στην πραγματικότητα όμως έχει μεγάλο βάθος και προέρχεται από την ενδότερη θεώρηση και συναίσθηση που κατέχει ο καθένας μας για τον πόνο. Αν λοιπόν ένας πόνος οποιασδήποτε μορφής επηρεάζει σ' ένα βαθμό κάποιον ενήλικα, ας φανταστεί ο καθένας από μας πόσο θα επηρεάζει ένα νεογνό που επιπλέον δεν είναι σε θέση ούτε καν να τον ερμηνεύσει για να καθησυχαστεί.

Από τα παραπάνω συνάγεται πόσο σημαντικός και υπεύθυνος είναι ο ρόλος του κάθε λειτουργού υγείας που προσφέρει υπηρεσίες σε νεογνά. Οφείλει να είναι φροντιστής και προασπιστής των αναγκών του νεογνού αλλά ταυτόχρονα και εγγυητής της καλής του υγείας. Ειδικά στις εντατικές μονάδες νοσηλείας όπου τα νεογνά αποχωρίζονται από τους γονείς τους και παραμένουν εκεί, συχνά για αρκετό καιρό (ιδίως τα πολύ μικρά πρόωρα), είναι εντονότερη η ανάγκη παροχής αισθήματος ασφάλειας στο νεογνό και αυτή η (φαινομενικά ασήμαντη) πράξη αποτελεί ένα μικρό κομμάτι της υπέρογκης και ουσιαστικής προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος του φροντιστή ενός ασθενούς νεογνού είναι βαθύτατα κοινωνικός και αυτό γιατί ένα σωματικά και κυρίως συναισθηματικά υγιές νεογνό σήμερα, θα είναι ο ισορροπημένος και υγιής ενήλικας του αύριο. Εάν αυτή η πεποίθηση γίνει κοινοκτημοσύνη η αντιμετώπιση του πόνου του νεογνού θα καταστεί αυτονόητη καθημερινή μας υποχρέωση.

