

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΒΑΤΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΤΟΛΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Πάτρα 2019

ΠΡΟΛΟΓ ΟΣ

Η πτυχιακή εργασία που ακολουθεί αφορά την αξιολόγηση του πόνου μέσω λεκτικών και μη λεκτικών δεικτών και τον ρόλο που διαδραματίζει ο Νοσηλευτής σε αυτή την διαδικασία.

Ο πόνος αν και είναι το μέσο για να μας ειδοποιήσει ο οργανισμός ότι κάτι δεν πάει καλά παραμένει ως ένα δυσάρεστο και άσχημο συναίσθημα για το άτομο. Αυτή η αίσθηση δύναται να τον καταστήσει ανήμπορο και ανίκανο να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα του. Γι'αυτό τον λόγο ο Νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ορθή αξιολόγηση του πόνου η οποία θα φέρει με την σειρά της την ορθή αντιμετώπιση και ανακούφιση του πόνου.

Υπάρχουν πολλοί μέθοδοι αξιολόγησης του πόνου όπως αναφέρονται στην εργασία αυτή. Όμως αυτοί οι μέθοδοι δεν αρκεί να εφαρμοστούν μόνο από τους Νοσηλευτές αλλά και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Προϋπόθεσή αυτών αποτελεί η επικοινωνία και η συνεργασία των Νοσηλευτών με τους επαγγελματίες υγείας. Πολύτιμη είναι όμως και η επικοινωνία με τον ασθενή. Χωρίς αυτή αναδύονται προβλήματα τόσο για τον νοσηλευτή ο οποίος δεν μπορεί να εφαρμόσει ολιστική φροντίδα όσο και για το άτομο διότι δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το πρόβλημα του.

Έτσι λοιπόν ο σωστός προγραμματισμός και η χρησιμοποίηση των σωστών μεθόδων και η επικοινωνία αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για την αποτελεσματική διαχείριση και αξιολόγηση του πόνου. Ο Νοσηλευτής είναι αυτός που θα πρέπει να ακολουθήσει αυτές τις αρχές ώστε να πραγματοποιηθούν όλα τα παραπάνω.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία που ακολουθεί έχει θέμα την λεκτική και μη λεκτική αξιολόγηση του πόνου και τον ρόλο που συμβάλλει ο Νοσηλευτής. Σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι να διερευνηθεί πως δύναται ο Νοσηλευτής να συνδράμει ενεργά στην αντιμετώπιση του πόνου μέσω της ορθής αξιολόγησης χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία.

Συγκεκριμένα, η παρούσα πτυχιακή αναφέρεται πρώτα γενικά στην έννοια του πόνου και η ορολογία που έχει δοθεί από διαφορετικούς επιστήμονες για να περιγράψουν τι είναι ο πόνος. Στην συνέχεια, για να γίνει κατανοητός ο πόνος γίνεται μια ανάλυση της φυσιολογίας. Δηλαδή από που προέρχεται ο πόνος, πώς ενεργοποιούνται τα διάφορα ερεθίσματα και πως αντιλαμβάνομαστε τον πόνο. Ακόμη, αναφέρεται σε τι κατηγορίες είναι δυνατό να χωριστεί ο πόνος και τι επιδράσεις έχει στο άτομο τόσο ανατομικά όσο και ψυχολογικά. Έχοντας λοιπόν αναφέρει τα παραπάνω στην συνέχεια αναλύεται η λεκτική και η μη λεκτική αξιολόγηση του πόνου, όπου περιγράφονται όλοι οι τρόποι και μέθοδοι που μπορούν να γίνουν είτε όταν ένα άτομο μπορεί να επικοινωνήσει μέσω της ομιλίας είτε όταν ένα άτομο δεν μπορεί να εκφραστεί μέσω της ομιλίας. Έτσι λοιπόν ακολουθεί το πιο σημαντικό κομμάτι της πτυχιακής και είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή. Εδώ αναλύονται οι ρόλοι που οφείλει να έχει ο Νοσηλευτής για να εφαρμόσει μια επιτυχής αξιολόγηση του πόνου.

Από την άλλη παρουσιάζεται η ανάλυση δύο κλινικών περιπτώσεων που αφορούν τον πόνο. Σε αυτό το μέρος δίνεται έμφαση στην Νοσηλευτική διεργασία που ο Νοσηλευτής εφαρμόζει για να πετύχει την ολιστική φροντίδα. Η Νοσηλευτική διεργασία αποτελεί εργαλείο που βοηθά στον προσδιορισμό και στην επίλυση προβλημάτων των ασθενών. Σκοπός των Νοσηλευτών είναι να πετύχουν την μέγιστη δυνατή λειτουργικότητα και καλή ποιότητα ζωής για το άτομο.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω είναι ιδιαίτερα αντιληπτό πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή για την αξιολόγηση του πόνου. Γι' αυτό το λόγο δεν πρέπει να παραβλέπεται η συνεισφορά του στην φροντίδα των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Πόνος, Νοσηλευτής, Αξιολόγηση, Λεκτική και μη Λεκτική αξιολόγηση

SUMMARY

The following thesis deals with the verbal and non-verbal assessment of pain and the role that the Nurse contributes. The purpose of this analysis is to investigate how the Nurse can actively assist in the treatment of pain through proper assessment using the appropriate tools.

Specifically, this diploma refers generally to the concept of pain and the terminology given by different scientists to describe what the pain is. Understanding pain is also important to give an analysis of physiology that is, from where the pain originates, how the various stimuli are triggered, and how we perceive the pain. Also, it refers to what categories it is possible to divide the pain and what effects it has on the individual both anatomically and psychologically. Having said this, then, the verbal and non-verbal assessment of pain is described, describing all the ways and methods that can be taken either when a person can communicate through speech or when a person can't be expressed through the speech. So it follows the most important part of the general part and is the role of the nurse. Here we analyze the roles that the Nurse should have in order to implement a successful assessment of pain and holistic care.

On the other hand, it also presents the analysis of two clinical cases related to pain. This part emphasizes the Nursing process that the nurse applies to achieve holistic care. The nursing process is a tool that helps the identification and solution of patients problems. The aim of the Nurses is to achieve maximum functionality and good quality of life for the individual.

Finally, taking into account all of the above, it is particularly perceptible how important the role of the Nurse is in the evaluation of pain. That is why its contribution to the care of patients should not be overlooked.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕ

ΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMURY	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΟΝΟΥ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	11
1.2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	12
1.2.2 ΔΙΑΡΚΕΙΑ	14
1.2.3 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	14
1.2.4 ΕΝΤΑΣΗ.....	14
1.2.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	15
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	15
1.4 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	26
2.2 ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	27

23 ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 28

24 ΣΤΟΝ ΎΠΝΟ	28
25 ΣΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.	29
26 ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....	30
27 ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

3.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΟΡΙΣΜΟΣ	32
3.2 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.	33
3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.	34
3.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.....	36
3.5 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΙ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	40
4.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ.....	42
4.2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ(VRS)	43
4.2.2 ΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ(VAS)	44
4.2.3 ΑΡΙΘΜΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (NRS).....	45
4.2.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MGILL.....	45
4.2.5 BRIEF PAIN INVENTORY	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

5.1 ΚΛΙΜΑΚΑ FLACC	48
5.2 ΚΛΙΜΑΚΑ WONG-BAKER	50
5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ RASS	51
5.4 ΚΛΙΜΑΚΑ BPS.....	52
5.5 ΚΛΙΜΑΚΑ NVPS	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

61 ΩΣ ΔΙΑΥΛΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	55
62 ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	56
63 ΩΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΗΣ	56
64 ΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ	57

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΠΟΝΟ	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1.....	61
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	63
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2.....	68
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΝ ΕΙΛΕΟ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί μία από τις πιο κοινές δοκιμασίες των ανθρώπων. Ένα δυσάρεστο αίσθημα το οποίο ο καθένας έχει αισθανθεί και βιώσει σε ένα σημείο της ζωής του. Άλλοτε είναι πρόσκαιρος και παροδικός και άλλες φορές είναι παρατεταμένος καθιστώντας δύσκολη την καθημερινότητα του ατόμου. Επίσης, ο πόνος εκτός από το πόσο χρονικά διαρκεί διαφέρει και από την ποιότητα του. Δηλαδή είναι υποκειμενικός και ο κάθε άνθρωπος βιώνει τον πόνο με πολλούς διαφορετικούς τρόπους.

Όμως όλα αυτά δεν πρέπει να αποτελούν εμπόδια και να καθιστούν την αντιμετώπιση του πόνου αδύνατη. Με την σύγχρονη ιατρική τεχνογνωσία και τις διαθέσιμες δεξιότητες ο πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί. Τα πρώτα θεμέλια για την ύπαρξη αυτών των σύγχρονων τεχνικών αντιμετώπισης έδωσε ο Ρενέ Ντεκάρτ (1596-1650) ,η έρευνα και η επιρροή του οποίου έδωσαν μια καινούργια οπτική για τον πόνο η οποία διήρκεσε πάνω από τρεις αιώνες. Όχι μόνο επηρέασε τον τρόπο που σκεφτόμαστε για τον πόνο αλλά η συνεισφορά του γενικότερα στην επιστήμη και την ιατρική είχαν τέτοια μεγάλη επιρροή ώστε εξακολουθεί να είναι εμφανής στη ιατρική πρακτική σήμερα. Το μοντέλο που πρότεινε ο Ντεκάρτ για τη δυαδική φύση του πόνου υποδηλώνει ότι ο πόνος είναι κυρίως ένα αισθητικό φαινόμενο που διαχωρίζεται από τις επιδράσεις της ανώτερης τάξης. Είτε ο πόνος είναι φυσικός είτε είναι ψυχικής προέλευσης είναι αλληλένδετα μεταξύ τους.

Έτσι λοιπόν οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν σημαντικό έργο στην αξιολόγηση του πόνου και στην διαχείριση του. Ιδιαίτερο όμως ρόλο διαδραματίζει ο νοσηλευτής ο οποίος αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον θεράποντα ιατρό και τον ασθενή. Ο Νοσηλευτής αποτελεί απαραίτητο πρόσωπο στην καλύτερη αξιολόγηση του πόνου. Είναι αυτός που έρχεται σε επαφή καθημερινά με πολλούς και διαφορετικούς ασθενείς. Η συμβολή του λοιπόν δεν πρέπει να παρακωλύεται. Γι' αυτό τον λόγο αξιοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία και μεθόδους δύναται να γίνει αρωγός στον συνάνθρωπο του.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΟΝΟΥ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ¹

Ο πόνος γενικά είναι μια πολύπλοκη εμπειρία που αποτελείται από μια φυσιολογική και ψυχολογική απάντηση σε ένα επιβλαβές ερέθισμα. Ο πόνος δηλαδή είναι ένας προειδοποιητικός μηχανισμός που προστατεύει έναν οργανισμό από επιβλαβή ερεθίσματα. Έτσι συνδέεται κυρίως με έναν τραυματισμό ή την απειλή ενός τραυματισμού.

Συγκεκριμένα, έχει δοθεί πλήθος ορισμών για να περιγράψουν και να εξηγήσουν την έννοια του πόνου. Σύμφωνα με την Διεθνή Ένωση μελέτης του πόνου (IASP) ο πόνος είναι 'Μια αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή την πιθανή βλάβη ενός ιστού'.¹ Ο Βορειοαμερικανικός Σύνδεσμος Διαγνωστικής Νοσηλευτικής ορίζει ότι ο πόνος είναι μία κατάσταση, στην οποία ένα άτομο βιώνει και αναφέρει μία σοβαρή ενόχληση ή δυσάρεστη αίσθηση. Η αναφορά του πόνου μπορεί να γίνει είτε με άμεση λεκτική επικοινωνία ή με έμμεσες περιγραφές.²

Ακόμη, το Ιατρικό λεξικό Farlex ορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αίσθηση η οποία μεταφέρεται στον εγκέφαλο από αισθητικούς νευρώνες.¹ Η αίσθηση αυτή σηματοδοτεί την πραγματική ή την ενδεχόμενη βλάβη στο σώμα. Ωστόσο, αναφέρει ότι ο πόνος είναι κάτι περισσότερο από μια αίσθηση ή μια σωματική ευαισθητοποίηση. Περιλαμβάνει επίσης την αντίληψη, την υποκειμενική ερμηνεία της δυσφορίας. Η αντίληψη δίνει πληροφορίες για την τοποθεσία, την ένταση του πόνου και κάτι για την φύση του. Οι διάφορες συνειδητές και ασυνείδητες απαντήσεις τόσο στην αίσθηση όσο και στην αντίληψη, συμπεριλαμβανομένου του συναισθηματικού μέρους, προσθέτουν έναν περαιτέρω ορισμό στη γενική έννοια του πόνου.³

Επίσης, η επιστημονική ομάδα Fields et al. αναφέρει ότι ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αίσθηση που εντοπίζεται σε ένα μέρος του σώματος.¹ Συχνά περιγράφεται με σωματικούς όρους (π.χ.: μαχαιριά, αίσθηση καψίματος) ή με συναισθηματικές

αντιδράσεις (π.χ.: τρομακτικό, αίσθηση ναυτίας). Από την άλλη ο ορισμός του Monheim δεν διαφέρει ιδιαίτερα λέγοντας ότι ο πόνος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία συνήθως η οποία ξεκίνησε από επιβλαβές ερέθισμα και μεταδόθηκε από το εξειδικευμένο νευρικό δίκτυο στο κεντρικό νευρικό σύστημα.⁴

Τέλος ο Bell αναφέρει ότι η συνειδητή αντίληψη του υποκειμένου διαμορφώνει τα αισθηματικά ερεθίσματα που δημιουργούν δυσάρεστες παρορμήσεις και συναισθηματικές εμπειρίες που σχετίζονται με πραγματικές ή πιθανές βλάβες των ιστών.^{4,5} Το ίδιο και Οι McCaffery και Pasero προσέφεραν έναν κλινικά χρήσιμο ορισμό: «Ο πόνος είναι ό,τι λέει το άτομο που το βιώνει.»⁵ Εάν εξετάζαμε τον ορισμό που δίνει ο McCaffery, υποδεικνύει ότι ο πόνος γίνεται κατανοητός και εντελώς διαφορετικός σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Αυτός ο ορισμός υποδηλώνει επίσης ότι οι επώδυνες εμπειρίες εξαρτώνται πραγματικά από το άτομο που το βιώνει και ότι κανένας άλλος δεν είναι εντελώς έμπειρος να γνωρίζει ή να κατανοεί πώς αισθάνεται εξαιτίας αυτού του πόνου. Όμως, Ο Mc Caffery δεν δηλώνει στον ορισμό του ούτε εξηγεί ποιος είναι ο πόνος, τι προκαλεί οποιαδήποτε δυσφορία ή πώς και γιατί συμβαίνει ο πόνος. Επομένως, δεν θεωρείται επαρκής ο ορισμός αυτός.

1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ⁶

Ο πόνος έχει πολλαπλές αιτίες, και οι άνθρωποι ανταποκρίνονται σε αυτό με πολλούς και μεμονωμένους τρόπους. Ο πόνος που βιώνει κάποιος μπορεί να τον καθιστά ανίκανο να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα του, ενώ κάποιος άλλος να μην επηρεάζεται σε τέτοιο βαθμό. Παρόλο που η εμπειρία του πόνου ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο, είναι δυνατό να κατηγοριοποιηθούν οι διαφορετικοί τύποι πόνου. Η ταξινόμηση δίνει την δυνατότητα να αξιολογήσουμε τον πόνο, να κατανοήσουμε καλύτερα το είδος του πόνου και να βρούμε την κατάλληλη θεραπεία και αντιμετώπιση. Εδώ λοιπόν θα αναφέρουμε μια επισκόπηση των διαφορετικών τύπων πόνου και τι τους διακρίνει μεταξύ τους.

Το 1994, απαντώντας στην ανάγκη για ένα πιο χρήσιμο σύστημα για την περιγραφή του χρόνιου πόνου, η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) ταξινόμησε τον πόνο με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.^{6,7}

1.2.1 Παθοφυσιολογική ταξινόμηση

Η ταξινόμηση ξεκίνησε με βάση την παθοφυσιολογία του πόνου και έτσι προέκυψαν δύο σημαντικές κατηγορίες πόνου, ο ιδιοδεκτικός και ο νευροπαθητικός. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ τους διότι έχουν διαφορετικές διαγνώσεις και θεραπείες.

Αρχικά, ο ιδιοδεκτικός πόνος εμφανίζεται όταν ο τραυματισμός ενός ιστού ενεργοποιεί συγκεκριμένους υποδοχείς πόνου που ονομάζονται αισθητήρες υποδοχής του πόνου, οι οποίοι είναι ευαίσθητοι σε επιβλαβή ερεθίσματα. Οι υποδοχείς αυτοί μπορούν να ανταποκριθούν σε θερμότητα, κρύο, δονήσεις, ερεθίσματα τεντώματος και χημικές ουσίες που απελευθερώνονται από τους ιστούς ως απάντηση λόγω της στέρησης οξυγόνου, της διαταραχής ενός ιστού ή μιας φλεγμονής. Αυτός ο τύπος πόνου μπορεί να υποδιαιρεθεί σε σωματικό, σπλαχνικό και φλεγμονώδη πόνο, ανάλογα με τη περιοχή που ενεργοποιούνται οι υποδοχείς.⁷

- Ο σωματικός πόνος προκαλείται από την ενεργοποίηση των αισθητήρων βηματοδότησης σε δύο επιφανειακούς ιστούς (το δέρμα, ο βλεννογόνος στο της στοματικής κοιλότητας, μύτη, ουρήθρα, πρωκτό, κλπ.) ή βαθύτερους ιστούς όπως οστά, αρθρώσεις, μυς ή συνδετικούς ιστούς. Για παράδειγμα, οι αμυχές και τα διαστρέμματα που προκαλούν διαταραχές των ιστών προκαλούν σωματικό πόνο στην επιφάνεια, ενώ οι μυϊκές κράμπες λόγω της ελλιπής παροχής οξυγόνου προκαλούν βαθύ σωματικό πόνο.
- Ο σπλαχνικός πόνος προκαλείται από την ενεργοποίηση των αισθητήρων εντοπισμού που βρίσκονται στα σπλάχνα (τα εσωτερικά όργανα του σώματος που περικλείονται μέσα σε μια κοιλότητα, όπως τα θωρακικά και κοιλιακά όργανα). Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω λοίμωξης, διάτασης από υγρό ή αέριο, τέντωμα ή συμπίεση.
- Ο φλεγμονώδης πόνος είναι αποτέλεσμα ενεργοποίησης και ευαισθητοποίησης του αλγαισθητικού πόνου από μια ποικιλία μεσολαβητών που απελευθερώνονται λόγω της φλεγμονής ενός ιστού. Οι μεσολαβητές που έχουν εμπλακεί ως οι βασικοί παράγοντες είναι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες όπως IL-1-άλφα, IL-1-βήτα, IL-6 και TNF-α, χημειοκίνες, αντιδραστικά είδη οξυγόνου, αγγειοδραστικές αμίνες, λιπίδια, ATP, οξύ και άλλα παράγοντες που

απελευθερώνονται από διεισδυτικά λευκοκύτταρα, αγγειακά ενδοθηλιακά κύτταρα ή μαστοκύτταρα. Μερικά παραδείγματα τέτοιου πόνου περιλαμβάνουν την σκωληκοειδίτιδα, την ρευματοειδή αρθρίτιδα, την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τον έρπη ζωστήρα.

Από την άλλη είναι ο νευροπαθητικός πόνος ο οποίος προκαλείται από βλάβη στο νευρικό σύστημα. Ο ορισμός που δίνει ο IASP είναι “ο πόνος που προκύπτει σαν άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή νόσου που προσβάλλει το σωματοαισθητικό σύστημα”. Οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται κατά την διάρκεια της βλάβης δύναται να αθροίζονται, να εναλλάσσονται. Αυτοί είναι υπεύθυνοι για τα συμπτώματα του νευροπαθητικού πόνου. Μάλιστα άτομα ενώ μπορεί να παρουσιάζουν την ίδια βλάβη να έχουν διαφορετικά συμπτώματα λόγω της εμπλοκής πολλών και διαφορετικών παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

Τέλος, υπάρχει και ο μικτός πόνος ο οποίος ξεκινά ως φλεγμονώδης και καταλήγει σε νευροπαθητικό. Λόγω των διάφορων παθολογικών μηχανισμών που περιγράφηκαν παραπάνω είναι δυνατό να εμφανιστεί ο μικτός πόνος. Αυτός εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του συνδυασμού σωματικού, σπλαγγχνικού και νευροπαθητικού πόνου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα εγκαύματα που επιδρούν στο δέρμα και στις νευρικές απολήξεις και ο καρκινικός πόνος ο οποίος προσβάλλει τα νύερα τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά.^{7,8}

Αισθητηριακή δυσλειτουργία	Ορισμός
Αλλοδυνία	Πόνος λόγω ερεθίσματος το οποίο κανονικά δεν προκαλεί πόνο. Για παράδειγμα, ένα ελαφρύ άγγιγμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρό πόνο.
Υπεραλγησία	Επαυξημένη απάντηση σε ένα φυσιολογικά επώδυνο ερέθισμα (απτικό ή θερμικό, σπάνια και στάδιο). Η υπεραλγησία στο κρύο είναι συχνότερη από εκείνη στην θερμότητα.
Υποαλγησία	Μειωμένη απάντηση στον πόνο σε ένα φυσιολογικά επώδυνο ερέθισμα (απτικό ή θερμικό, συχνά και στα δύο).
Παραίσθησία	Παθολογική αισθητηριακή απάντηση σε ένα ερέθισμα που κανονικά δεν είναι δυσάρεστο, όπως π. χ. το γαργάλημα, το τσίμπημα, ή το μούδιασμα. Μπορεί να είναι αυτόματη ή προκλητή.

Πίνακας 1.1 Συνήθη αισθητηριακά χαρακτηριστικά ενδεικτικά νευροπαθητικού πόνου

1.2.2 Η Διάρκεια⁹

Η διάρκεια της διαδικασίας του πόνου είναι η πιο προφανής διάκριση που μπορεί να γίνει κατά την ταξινόμηση των συμπτωμάτων του πόνου. Η διάκριση αυτή γίνεται με δύο σημαντικές κατηγορίες που είναι ο οξύς και χρόνιος πόνος.

Ο οξύς πόνος είναι ξαφνικής εμφάνισης, γίνεται αντιληπτός αμέσως μετά από έναν τραυματισμό, είναι έντονος σε ένταση, αλλά συνήθως είναι βραχύχρονος. Διαρκεί λιγότερο από 30 μέρες. Εμφανίζεται ως αποτέλεσμα των βηματοδοτών διέγερσης ιστικής βλάβης και γενικά εξαφανίζεται όταν θεραπεύεται η βλάβη. Χωρίς τον οξύ πόνο, είναι αμφίβολο ότι η ανθρώπινη επιβίωση θα ήταν δυνατή. Μερικά παραδείγματα οξέος πόνου είναι:

- Οξύς μετεγχειρητικός πόνος
- Μετατραυματικά τραύματα
- Κλασσικά τραύματα ιστών
- Τραυματισμός στο στήθος
- Τραύμα από μαχαιριά
- Τοκετός
- Έγκαυμα
- Πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο,
- Οξύς ζωστήρ
- Νευρολογικές παθήσεις,
- Αιματολογική διαταραχή

Αντίθετα από τον οξύ πόνο, ο χρόνιος πόνος είναι ένας συνεχής ή επαναλαμβανόμενος πόνος που παραμένει πέρα από τον αναμενόμενο χρόνο θεραπείας. Διαρκεί πάνω από 6 μήνες. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να αρχίσει ως οξύς πόνος και να επιμείνει για μεγάλες περιόδους ή μπορεί να επαναληφθεί λόγω της διατήρησης επιβλαβών ερεθισμάτων ή της επανειλημμένης επιδείνωσης ενός τραυματισμού.

Ο χρόνιος πόνος μπορεί επίσης να προκύψει και να παραμείνει με την απουσία μιας αναγνωρίσιμης παθοφυσιολογίας ή ιατρικής ασθένειας. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών δραστηριοτήτων, της παρακολούθησης του σχολείου, του ύπνου, των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων και των κοινωνικών σχέσεων και μπορεί να οδηγήσει σε δυσφορία, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, κόπωση ή αλλαγές στη διάθεση. Κοινές μορφές τέτοιου πόνου είναι οι μυοσκελετικές (ρευματοειδής αρθρίτιδα), χρόνιες σπλαχνικές(σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου), βλάβες περιφερικών νέρων (μερθεπητική νευραλγία, πόνος στο μέλος -φάντασμα) και βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας, καρκινικός πόνος).⁹

1.2.3 Ανατομική ταξινόμηση¹⁰

Ο πόνος συχνά ταξινομείται και κατά θέση σώματος (π.χ., κεφαλή, πλάτη ή λαιμός) ή την ανατομική λειτουργία του προσβεβλημένου ιστού (π.χ. μυοφασικό, ρευματικό, σκελετικό, νευρολογικό και αγγειακό). Ωστόσο, η τοποθεσία και η λειτουργία αφορούν αποκλειστικά τη φυσική διάσταση και δεν περιλαμβάνουν τον υποκείμενο μηχανισμό . Ως εκ τούτου, αν και οι ανατομικές ταξινομήσεις μπορούν να είναι χρήσιμες για διαφορικές διαγνώσεις, αυτές οι ταξινομήσεις δεν προσφέρουν ένα πλαίσιο για την κλινική αντιμετώπιση του πόνου.

1.2.4 Η ένταση⁸

Η ένταση του πόνου προσφέρει ίσως το λιγότερο επιθυμητό σύστημα ταξινόμησης του πόνου, επειδή η ένταση ποικίλει για τους περισσότερους ασθενείς με την πάροδο του χρόνου και είναι μοναδικά υποκειμενική. Ένας ασθενής μπορεί να αξιολογήσει την εμπειρία του πόνου που προκύπτει από κάποια παθολογική κατάσταση ως τον αριθμό 10, ενώ ένας άλλος ασθενής με την ίδια παθολογία μπορεί να περιγράψει την ένταση του πόνου μόνο ως 5, και οι δύο χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 έως το 10 (με το 0 να σημαίνει κανένα πόνο και το 10 να αντιπροσωπεύει τον χειρότερο πόνο). Αντί να επικεντρωθούμε στην αντιληπτή ένταση του πόνου, μπορεί να είναι πιο χρήσιμο να δούμε τις διαταραχές που προκαλεί ο πόνος στους ασθενείς. Ο πόνος

που παρεμβαίνει στην όρεξη, τις καθημερινές δραστηριότητες ή τον ύπνο ίσως αποτελεί αποτέλεσμα της αναποτελεσματικής παρέμβασης του επιβλέποντα γιατρού, νοσηλεύτη ή ειδικού.

Για να γίνει πλήρως κατανοητή η σχέση μεταξύ της νοητότητας και των ψυχολογικών επιπτώσεων του οξέος και χρόνιου πόνου, ο ασκούμενος πρέπει να αναγνωρίσει τη συναισθηματική δυσφορία ως αιτία του πόνου (εκτός από τη νοημοσύνη) και να καταλάβει ότι οι ψυχολογικοί μηχανισμοί εντείνουν την αντίληψη του πόνου.

1.2.5 Η αιτιολογική ταξινόμηση⁸

Η αιτία είναι υποκειμενική στην κατηγοριοποίηση του πόνου. Η κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και εξαρτάται από την ασθένεια του πασχόντος (πχ: μετεγχειρητικός, καρκινικός πόνος), την αποτελεσματική αξιολόγηση και αντιμετώπιση, την υπεύθυνη ομάδα και τις συνυπάρχουσες ασθένειες που μπορεί να υπάρχουν.

13 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ¹¹

Ο πόνος δεν είναι μόνο μια δυσάρεστη αίσθηση, αλλά μια πολύπλοκη αισθητηριακή διαμόρφωση απαραίτητη για την επιβίωση.

Ο μηχανισμός του νευρικού συστήματος για την ανίχνευση ερεθισμάτων που έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς είναι πολύ σημαντικός για την ενεργοποίηση διαδικασιών συμπεριφοράς που προστατεύουν από την τρέχουσα ή περαιτέρω βλάβη των ιστών. Αυτό γίνεται με επαναλαμβανόμενη αντίδραση και επίσης με προληπτικές ενέργειες εναντίον ερεθισμάτων που μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβη ιστών όπως ισχυρές μηχανικές δυνάμεις, ακραίες θερμοκρασίες, στέρηση οξυγόνου και έκθεση σε συγκεκριμένα χημικά. Υπεύθυνος για αυτές τις διαδικασίες είναι το σωματοαισθητικό σύστημα.

1.3.1 Το αισθητηριακό σύστημα¹⁰

Η βασική λειτουργία του αισθητηριακού συστήματος είναι να διατηρεί την ομοιόσταση του ατόμου και να επιτρέπει στο άτομο να προσαρμόζεται και να ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Το αισθητηριακό σύστημα αποτελείται από κάποιους εξειδικευμένους υποδοχείς που ονομάζονται αισθητικοί υποδοχείς ή αισθητικοί δέκτες και αυτοί ανιχνεύουν τα διάφορα ερεθίσματα όπως γευστικά, οπτικά, ακουστικά και σωματοαισθητικά (θερμικά, μηχανικά και επώδυνα) και ξεκινούν την διαδικασία της αίσθησης. Οι υποδοχείς διακρίνονται σε κατηγορίες με βάση την λειτουργία τους.

- Ο πρώτος τύπος ονομάζονται μηχανικοί υποδοχείς υψηλού ορίου. Αυτοί οι αισθητήρες υπερέχουν μόνο σε έντονη μηχανική διέγερση, όπως τσίμπημα, κοπή ή τέντωμα.
- Ο δεύτερος τύπος είναι οι θερμικοί αισθητήρες, οι οποίοι ανταποκρίνονται στα παραπάνω ερεθίσματα καθώς και σε θερμικά ερεθίσματα.
- Ο τρίτος τύπος είναι οι χημικοί οι οποίοι ανταποκρίνονται μόνο σε χημικές ουσίες π.χ: γευστικοί κάλυκες
- Ένας τέταρτος τύπος είναι γνωστών ως πολυσωματικός υποδοχέας, ο οποίος ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα υψηλής έντασης όπως μηχανικές, θερμικές και χημικές ουσίες όπως και οι προηγούμενοι τρεις τύποι π.χ: υποδοχείς του πόνου.

1.3.2 Υποδοχείς του πόνου

Ο πόνος ορίζεται ως αλγοϋποδοχέας και σημαίνει ότι είναι ευαίσθητος σε επιβλαβή ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα αυτά προκαλούν βλάβη στους ιστούς και ενεργοποιούν τους υποδοχείς αυτούς. Τα σημεία πόνου στο δέρμα είναι πολύ περισσότερα και από τα σημεία πίεσης και από τα σημεία θερμοκρασίας. Υπολογίζεται ότι σε ένα δερματικό νεύρο το 50% των αισθητικών ινών προέρχονται από υποδοχείς του πόνου.

Οι αλγοϋποδοχείς αποτελούν τα περιφερικά τελικά ελεύθερα άκρα των προσαγωγών αισθητικών ινών τύπου Ad και C, τα σώματα των οποίων βρίσκονται στα γάγγλια των οπίσθιων ριζών των νωτιαίων νεύρων και στο γασσέριο γάγγλιο του τριδύμου. Οι ίνες αυτές σχετίζονται με διάφορες ποιότητες πόνου: οξύς, διαξιφιστικός, εντοπισμένος

πόνος (ίνες Ad), αμβλύς, καυστικός, διάχυτος πόνος (ίνες C) οι οποίοι ονομάζονται και μηχανοθερμοευαίσθητοι (mechano-heat sensitive: CMH).¹¹

Οι αλγοϋποδοχείς είναι αισθητήριοι υποδοχείς οι οποίοι δύναται να απαντήσουν σε διαφορετικά είδους ερεθίσματα (πχ: θερμοκρασία, υψηλές πιέσεις,) και να πληροφορήσουν το κεντρικό νευρικό σύστημα για την εντόπιση του και την ένταση του. Την ίδια στιγμή αυτά τα ερεθίσματα δύναται να προκαλέσουν βλάβη σε οποιοδήποτε ιστό. Εντοπίζονται στο δέρμα, στα οστά, στις αρθρώσεις, στους μύες και στους συνδετικούς ιστούς, καθώς και στις προστατευτικές μεμβράνες γύρω από τα εσωτερικά όργανα. Είναι δυνατό να διακριθούν σύμφωνα με τέσσερα κριτήρια:

- Τον τύπο της αισθητικής ίνας.
- Τον τύπο ερεθίσματος που προκαλεί την απάντηση του υποδοχέα.
- Τα χαρακτηριστικά της απάντησης.
- Ξεχωριστούς βιοχημικούς δείκτες (πχ: υποδοχείς που εκφράζονται στην επιφάνεια των κυττάρων).¹⁰

14 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ¹¹

Η διαδικασία της αντίληψης περιγράφει την φυσιολογική επεξεργασία του πόνου και τις απαντήσεις σε ερεθίσματα που είναι επιβλαβή ή δυνητικά επιβλαβή για τον φυσιολογικό ιστό. Υπάρχουν τέσσερις βασικές διαδικασίες που εμπλέκονται στη αντίληψη του πόνου και θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τον πόνο.

1.4.1 Μετατροπή

Η μετατροπή είναι το πρώτο βήμα για την εμπειρία του πόνου. Όταν ένας ιστός έχει υποστεί μια βλάβη ενεργοποιούνται οι νευρικές απολήξεις ή οι υποδοχείς των νευρώνων στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Οι υποδοχείς ανοίγουν τις οδούς του Νατρίου και του Καλίου δημιουργώντας έτσι ηλεκτρική ώθηση η οποία μεταφέρεται μαζί με τον νευρώνα.

Η απόλυτη αντίληψη του πόνου εξαρτάται από την τοποθεσία των υποδοχέων, τους τύπους των υποδοχέων που επηρεάζονται και το είδος ερεθίσματος που λαμβάνεται. Οι υποδοχείς απαντούν με πολυποίκιλους τρόπους σε διάφορα ερεθίσματα ανάλογα με το που ανευρίσκονται στο σώμα. Για παράδειγμα μια αμυχή η οποία θα προκαλούσε πόνο στο κερατοειδή του ματιού, δεν θα προκαλούσε πόνο στο δάχτυλο.

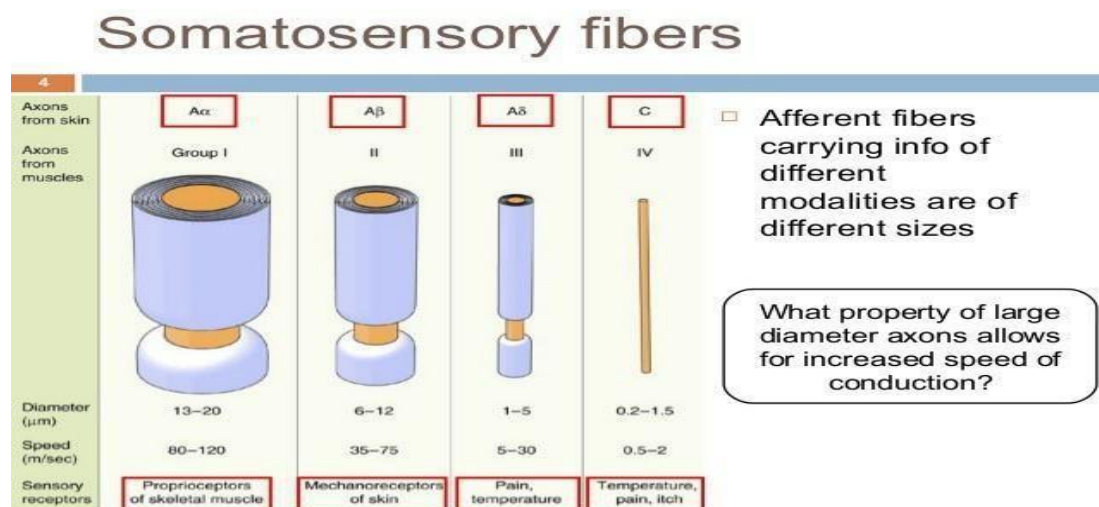
Οι κύριοι υποδοχείς είναι οι εξής: -Οι λεπτές εμύελες ίνες Α-δέλτα

- Οι αμύελες C ίνες

- Οι χαμηλές εμύελες ίνες Α-βήτα

Εμύελες σημαίνει ότι οι ίνες περιβάλλονται από μυελίνη. Η μυελίνη είναι μια λιπόφιλη ουσία η οποία ενσωματώνεται στην κυτταρική μεμβράνη των γλοίων κυττάρων. Ο βασικός ρόλος της μυελίνης είναι να αυξάνει σημαντικά την ταχύτητα διάδοσης των ενεργών δυναμικών κατά μήκος της νευρικής ίνας.

Οι ίνες Αδ ελαφρώς μυελίζονται και έχουν μικρότερη διάμετρο και επομένως συμπεριφέρονται πιο αργά από τις ίνες Αβ. Ανταποκρίνονται σε μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα. Φέρουν γρήγορο, ξαφνικό πόνο και είναι υπεύθυνες για την αρχική αντανακλαστική απάντηση στον οξύ πόνο. Οι ίνες Αβ είναι πολύ μυελιωμένες και έχουν μεγάλη διάμετρο επιτρέποντας την ταχεία αγωγιμότητα του σήματος. Έχουν χαμηλή ενεργοποίηση και συνήθως ανταποκρίνονται στην ελαφριά αφή και μεταδίδουν μη επιβλαβές ερέθισμα.



Ει κόν α. 1: Οι σωματοαισθητικές ίνες και τα χαρακτηριστικά τους

Οι ίνες C δεν είναι μυλιωμένες και είναι επίσης ο μικρότερος τύπος πρωτογενούς προσαγωγέα ινών. Ως εκ τούτου, επιδεικνύουν την βραδύτερη αγωγιμότητα. Είναι πολυτροπικές, ανταποκρίνονται σε χημικά, μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα. Η ενεργοποίηση C ινών οδηγεί σε αργό πόνο.¹⁰

1.4.2 Μεταβίβαση

Η μεταβίβαση αποτελεί το δεύτερο βήμα της ειδοποίησης και λαμβάνει μέρος μετά από τις ηλεκτρικές ώσεις οι οποίες έχουν διασχίσει την διαδρομή των περιφερικών νευρών και εισέρχονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Εκεί το μήνυμα θα πρέπει να μεταφερθεί στους άλλους νευρώνες για τις αισθήσεις ή τις ενέργειες που θα προκύψουν για να προστατέψουν τους νευρώνες από την υποκείμενη βλάβη. Οι ηλεκτρικές ώσεις εισέρχονται στο νότιο ραχιαίο κέρασ του ωτιαίου μυελού από τους περιφερικούς νευρώνες. Στο ραχιαίο κέρασ οι οδοί του καλίου που είναι ευαίσθητοι στις ηλεκτρικές ώσεις ανοίγουν. Αυτοί οι οδοί ενεργοποιούνται από τους νευροδιαβιβαστές, την ασπαρτάμη και την γλουταμίνη. Η ασπαρτάμη και η γλουταμίνη βοηθούν στο να ενεργοποιηθεί μια ώθηση στα προβαλλόμενα νεύρα τα οποία επεκτείνονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα όπου το σήμα μεταδίδεται ξανά στα υψηλότερα κέντρα του εγκεφάλου.

Υποσυστήματα που ενεργοποιούνται

Πέρα από την ενεργοποίηση των ινών και των αλγοϋποδοχέων γίνεται και η ενεργοποίηση κάποιων υποσυστημάτων του εγκεφάλου. Τα υποσυστήματα αυτά ενεργοποιούνται στην θέα του πόνου και παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετάδοση του. Αυτά είναι:

- Ø Το δικτυωτό σύστημα
- Ø Το περιοριστικό σύστημα
- Ø Η αμυγδαλή

Ø Το νευροενδοκρινικό σύστημα

Ø Ο νησιωτικός φλοιός

Αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου συνήθως ενεργοποιούνται από τις αργές C-ίνες αφού οι γρήγορες A-delta ίνες έχουν εξάγει μία συμπεριφορική απάντηση. Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν ξαφνικές, αντανακλαστικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις πριν ακόμα αντιληφθούν συνειδητά τον πόνο. Τέτοιες τυπικές ασυνείδητες απαντήσεις πόνου είναι η τρεμόδης φωνή, το επαναλαμβανόμενο άγγιγμα και η τριβή μιας περιοχής του σώματος, ήχοι όπως βογγητά, μουγκρίσματα, ξεσπάσματα κλάματος και η συνεχής κάμψη του πονεμένου μέλους του σώματος ή η αναπροσαρμογή της στάσης του σώματος.¹¹

Ορόλος του θαλάμου

Ο θάλαμος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία του πόνου, μεταφέροντας τις πληροφορίες που σχετίζονται με τον πόνο στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου. Η δραστηριότητα του θαλάμου εξαρτάται από τα σήματα που ανταλλάσσονται με το φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων

Συγκεκριμένα ο θάλαμος, η αμυγδαλή και ο νησιωτικός φλοιός ορίζουν την συναισθηματική και συμπεριφορική απάντηση βασισμένα στην μάθηση και στις αναμνήσεις.

Ορόλος των ανώτερων φλοιωδών κέντρων

Ο ρόλος των ανώτερων κέντρων του φλοιού ολοκληρώνουν την αισθητικότητα, το συναίσθημα και τις σκέψεις μέσα σε ένα πλαίσιο από παρελθοντικές εμπειρίες, την συγκέντρωση και τους μελλοντικούς στόχους. Αυτή η περιοχή του εγκεφάλου επιτρέπει στα άτομα να δίνουν νόημα στην αισθητικότητα του πόνου.

Ο κύριος ανιχνευτής αισθητήρων είναι το σωματοαισθητικό σύστημα. Αυτό γρήγορα διακρίνει λεπτομέρειες για την φύση, την ένταση και την τοποθεσία του πόνου και τις άλλες αισθήσεις. Ο φλοιός του προσαγωγίου συνθέτει αυτές τις πληροφορίες καθιστώντας εφικτή την ολική αντίληψη του πόνου. Οι ποικίλες περιοχές του φλοιού

του προσαγωγίου υπηρετούν διαφορετικές λειτουργίες. Οι ανώτερες για τον σχεδιασμό και την λύση των προβλημάτων. Οι κατώτερες για τις αξιολογήσιμες λειτουργίες. Οι ραχιαίες για τις γνωστικές λειτουργίες και οι κεντρικές για τις συναισθηματικές.¹⁰

1.4.3 Τροποποίηση¹¹

Η τροποποίηση του πόνου αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία το σώμα μεταβάλλει ένα σήμα πόνου καθώς μεταδίδεται κατά μήκος της οδού του πόνου και εξηγεί, τουλάχιστον εν μέρει, γιατί οι μεμονωμένες αποκρίσεις στο ίδιο ερέθισμα μερικές φορές διαφέρουν. Η τροποποίηση μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί η ενεργοποίηση των νευρώνων του πόνου και η αισθητηριακή εμπειρία του πόνου δεν συμπίπτουν πάντοτε.

Συγκεκριμένα, ο πόνος μπορεί να ενισχυθεί ή να αποδυναμωθεί σε οποιαδήποτε διακλάδωση των νεύρων και να επηρεαστεί από φυσικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πνευματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Όταν οι οδοί του πόνου ενεργοποιούνται ένας συνδυασμός από νευρικούς παράγοντες επηρεάζουν την ένταση. Κάποιοι από αυτούς διευκολύνουν την μετάδοση και την μεταγωγή στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα, όπως η ουσία P. Αυτή αυξάνει την ένταση του σήματος που λαμβάνεται.

Σε αντίθεση οι ενδορφίνες μειώνουν την ένταση του σήματος αναστέλλοντας την μεταγωγή του πόνου. Άλλοι νευρικοί παράγοντες είναι δυνατό να έχουν διαφορετικές επιδράσεις όπως η νορεπινεφρίνη η οποία διεγείρει τα περιφερικά νεύρα αλλά αναστέλλει τα κεντρικά.

Συνολικά, τρεις είναι οι διαδικασίες που ενισχύουν, παρατείνουν και διαδίδουν τον πόνο και είναι η ευαισθητοποίηση των περιφερικών, των κεντρικών νεύρων και η αυξημένη και συνεχής ένταση του πόνου στο ραχιαίο κέρασ του νωτιαίου μυελού με την πάροδο του χρόνου. Δηλαδή υπάρχει επαναλαμβανόμενη διέγερση των ιών C των περιφερικών νεύρων που μεταφέρουν το ερέθισμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα(windup phenomenon).

Θεωρία 'πύλης ελέγχου': Melzack και Wall

Αφού αναφερόμαστε στην τροποποίηση του πόνου σημαντικό είναι να αναφερθεί μία σημαντική θεωρία που εξηγεί περισσότερο την διαδικασία αυτή. Το 1965 οι Melzack και Wall προκειμένου να ερμηνεύσουν τους μηχανισμούς ελέγχου του πόνου πρότειναν ότι τα επώδυνα ερεθίσματα για να φτάσουν στον εγκέφαλο πρέπει να περάσουν από μία πύλη. Αυτή η θεωρία ονομάστηκε θεωρία πύλης ελέγχου.¹³

Η έννοια της θεωρίας ελέγχου πύλης υποστηρίζει ότι τα διάφορα ερεθίσματα υφίστανται τροποποίηση στο επίπεδο των συνάψεων του Νωτιαίου Μυελού και άλλα περνούν πιο εύκολα προς τον εγκέφαλο, ενώ άλλα αποκλείονται.

Ο Melzack και ο Wall δήλωσαν ότι υπάρχει ένας σταθμός μετάδοσης στο νωτιαίο μυελό που επηρεάζει τη ροή των νευρικών απολήξεων στον εγκέφαλο. Κάλεσαν αυτό το σταθμό μετάδοσης ως μία «πύλη». Η πύλη μπορεί να ανοίξει ή να κλείσει με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένου του ίδιου του εγκεφάλου. Ο εγκέφαλος μπορεί να στείλει ηλεκτρικά μηνύματα κάτω από τα νευρικά μονοπάτια για να κλείσει την πύλη και να κλείσει ή να μειώσει τη ροή των νευρικών απολήξεων στον εγκέφαλο ή να στείλει μηνύματα που κάνουν ακριβώς το αντίθετο.¹²

Πρότειναν αρχικά την άποψη ότι τα κύτταρα που συμβάλλουν σε αυτή την διαδικασία είναι κάποια από αυτά που υπάρχουν στην πηκτωματώδη ουσία του νωτιαίου μυελού, τα οποία μεταφέρουν προσαγωγά ερεθίσματα σε υψηλότερα κέντρα, αν ενεργοποιηθούν, συμβάλλοντας στην αίσθηση του πόνου. Η δραστηριότητα αυτών των διαβιβαστικών κυττάρων εξαρτάται εν μέρει από την αναλογία της δραστηριότητας των νευρικών ιών A-β, A-δ και C.

Συγκεκριμένα, η δραστηριότητα στις νευρικές ίνες τύπου A-δ και C οι οποίες είναι μικρής διαμέτρου και μεταβιβάζουν τις ώσεις πόνου. Αυτή η δραστηριότητα καθορίζεται εν μέρει από την ένταση του βλαπτικού ερεθίσματος και επηρεάζει την ένταση του σήματος πόνου που μεταβιβάζεται. Ο βαθμός ενεργοποίησης των μεγάλης διαμέτρου ιών A-β κλείνει την πύλη και αναστέλλει την αντίληψη του πόνου. Τέλος, τα κατιόντα σήματα που προέρχονται από τον εγκέφαλο κλείνουν την πύλη και αναστέλλουν την μεταβίβαση των σημάτων πόνου.

Πολλοί παράγοντες μπορούν να ανοίξουν ή να κλείσουν την πύλη. Για παράδειγμα, η θετική διάθεση, η απόσπαση της προσοχής και η βαθιά χαλαρή αναπνοή μπορούν να

λειτουργήσουν για να κλείσουν ή να κλείσουν μερικώς την πύλη, ενώ ισχυρά συναισθήματα όπως ο φόβος, το άγχος και η έντονη θλίψη μπορούν να ανοίξουν την πύλη.¹³

1.4.4 Αντίληψη

Αναλύοντας τα τρία πρώτα στάδια της αντίληψης του πόνου θα αναφερθούμε στο τελικό στάδιο που είναι η αντίληψη του πόνου. Αποτελεί την τελευταία διαδικασία όπου η μετατροπή, η μεταβίβαση και η τροποποίηση αλληλεπιδρούν με την ψυχολογία, την μνήμη και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Όλες αυτές οι εμπειρίες είναι μοναδικές σε κάθε άτομο και γι'αυτό η εμπειρία του πόνου γίνεται υποκειμενική.

Η αντίληψη του πόνου ουσιαστικά εξαρτάται από τη νευρική επεξεργασία στον νωτιαίο μυελό και σε αρκετές περιοχές του εγκεφάλου. Ο πόνος είναι κάτι περισσότερο από ένα μοτίβο της νοημοσύνης όταν φθάνει στον εγκέφαλο. Τα δυναμικά δράσης ανερχόμενα στην νωτιοθλαμική οδό αποκωδικοποιούνται από τον θάλαμο, την παρεγκεφαλίδα, τον νησιωτικό φλοιό και το πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου που πρέπει να εκληφθεί ως μια δυσάρεστη αίσθηση που μπορεί να εντοπιστεί σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος. Τα δυναμικά δράσης που ανυψώνονται απεκκρίνονται από την αμυγδαλή και τον υποθάλαμο για να δημιουργήσουν μια αίσθηση επείγουσας ανάγκης.

Έτσι εξηγείται ότι η ενσωμάτωση των αισθήσεων, των συναισθημάτων και της γνώσης είναι αυτά που οδηγούν στην αντίληψή μας για τον πόνο.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο ανεπιθύμητος πόνος αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα για το άτομο που το βιώνει και τις περισσότερες φορές τον καθιστά ανίκανο να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ανάγκες και δραστηριότητες. Παρατηρείται λοιπόν ο πόνος να έχει πολλές επιδράσεις που εντοπίζονται κυρίως στο ενδοκρινικό, στο καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό και ανοσοποιητικό σύστημα αλλά και στην καθημερινή του ζωή.

2.1 ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ¹⁶

Το ενδοκρινικό σύστημα είναι ένα δίκτυο αδένων που εκκρίνουν χημικές ουσίες που ονομάζονται ορμόνες για να βοηθήσουν το σώμα να λειτουργήσει σωστά. Οι ορμόνες αυτές εκπέμπουν χημικά σήματα που συντονίζουν μια σειρά λειτουργιών του σώματος. Οι λειτουργίες αυτές είναι η ομοιόσταση, ο μεταβολισμός, η αναπαραγωγή και η αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα. Αν λοιπόν υπάρχει παρεμβολή σε κάποια από αυτές τις λειτουργίες τότε οι αδένες που είναι υπεύθυνοι για την έκκριση των ορμονών θα υπολειτουργούν. Μια σημαντική παρεμβολή αποτελεί και ο πόνος.

Ουσιαστικά, ο έντονος πόνος, είτε είναι οξύς είτε χρόνιος, αποτελεί έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα που ενεργοποιεί το σύστημα υποθαλάμου -υπόφυσης- επινεφριδίων-θυρεοειδούς-γοναδικής (HPATG), ο οποίος είναι ο κύριος μηχανισμός ελέγχου του στρες του σώματος. Το σύστημα αυτό συχνά αναφέρεται ως «άξονας», δεδομένου ότι είναι ένα κλειστό σύστημα που ενεργοποιούνται οι εξής ορμόνες, η αδρενοκορτικοτροπίνη, η κορτιζόλη και η προγνεολόνη.

Ο βιολογικός σκοπός αυτού του συστήματος είναι να παράγει επιπρόσθετες ορμόνες στον θυρεοειδή, τα επινεφρίδια και τις γονάδες και να τις εκκρίνει στον ορό καθώς αυτές οι ενώσεις απαιτούνται από το σώμα για πολλές λειτουργίες ελέγχου πόνου, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας και της αναγέννησης του τραυματισμένου ιστού, της ανοσολογικής δραστηριότητας και των μεταβολικών ελέγχων.¹⁷ Μόλις αυτές οι επιπλέον ορμόνες, όπως ο θυρεοειδής, η κορτιζόλη ή η τεστοστερόνη, εισέλθουν στον ορό, ταξιδεύουν σε όλο το σώμα για να στοχεύσουν περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των τραυματισμένων νευρών και του κεντρικού νευρικού συστήματος

Αν ωστόσο ο πόνος δεν μειωθεί, το σύστημα δεν μπορεί να διατηρήσει την φυσιολογική παραγωγή ορμονών του και τα επίπεδα ορού ορισμένων ορμονών μπορεί να πέσουν κάτω από το φυσιολογικό εύρος. Ορισμένες ορμόνες είναι τόσο κρίσιμες για τον έλεγχο του πόνου ώστε μια ανεπάρκεια μπορεί να ενισχύσει τον πόνο και να επιβραδύνει τη θεραπεία. Αυτές οι ορμόνες είναι η κορτιζόλη, η δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA), τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, τεστοστερόνη και ο θυροειδής. Οι βασικές λειτουργίες ελέγχου του πόνου αυτών των ορμονών είναι οι ανοσολογικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις, η κυτταρική προστασία, η αναγέννηση των ιστών, ο έλεγχος της γλυκόζης και η διαμόρφωση των υποδοχέων του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός και η αγωγιμότητα των νεύρων.^{17,18}

Έτσι λοιπόν λόγω του έντονου πόνου μπορεί να προκύψουν δύο βασικές επιπλοκές η υπερκορτιζολαιμία και η υποκορτιζολαιμία. Όταν ο πόνος επιμένει για αρκετό χρονικό διάστημα και πλέον θεωρείται χρόνιος τότε προκύπτουν ανωμαλίες στα επίπεδα της κορτιζόλης (ορμόνη του στρες) που με την σειρά τους δημιουργούν σοβαρά ορμονικά προβλήματα. Τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης για παρατεταμένη χρονική περίοδο όπου συχνά αναφέρεται ως σύνδρομο Cushing έχει επιπλοκές όπως η οστεοπόρωση, η υπέρταση, η παχυσαρκία. Από την άλλη τα μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης για παρατεταμένη χρονική περίοδο δύναται να προκαλέσουν την Νόσο Addison όπου εδώ έχουμε απώλεια βάρους, μυϊκή σπατάλη, ψυχική απάθεια, υπόταση και, εάν δεν ανιχνευθεί και θεραπευτεί, μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο θάνατο.¹⁸

2.2 ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ¹⁹

Το καρδιαγγειακό σύστημα ανταποκρίνεται στο άγχος του πόνου αυξάνοντας τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η οποία, με τη σειρά της, αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση στο αίμα και την περιφερική αγγειακή αντίσταση.²⁰ Έτσι η καρδιά λόγω της επιβάρυνσης που δέχεται παρουσιάζει υπέρταση και ταχυκαρδία, τα οποία αυξάνουν την κατανάλωση οξυγόνου του μυοκαρδίου. Όταν η κατανάλωση οξυγόνου είναι μεγαλύτερη από την παροχή οξυγόνου, η ισχαιμία του μυοκαρδίου και ενδεχομένως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι πιθανό να συμβούν. Η παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο μπορεί να υπονομευθεί περαιτέρω από την παρουσία από

οποιαδήποτε προϋπάρχουσας καρδιακής ή αναπνευστική νόσου όπως στεφανιαία νόσο, καρδιομυοπάθεια ή κοιλιακή υπερτροφία ή υποξαιμία οφειλόμενη σε μειωμένη αναπνευστική λειτουργία.

Υπάρχουν επίσης επιβλαβείς περιφερειακές καρδιαγγειακές επιδράσεις σε απόκριση του οξέος πόνου. Ο παρατεταμένος οξύς πόνος μειώνει τη ροή του περιφερικού αίματος. Η μειωμένη φλεβική ροή προκαλεί στάση και ιδανικές συνθήκες για την πήξη, αυξάνοντας τις πιθανότητες για φλεβική θρόμβωση. Η αυξημένη φλεβική θρόμβωση με την σειρά της αυξάνει τις θρομβοεμβολικές επιπλοκές όπως την οξεία θρόμβωση στα περιφερικά αγγειακά μοσχεύματα. Ως αποτέλεσμα αυτών η μειωμένη ροή αίματος στο αίμα και στα νεφρά παρατηρείται αλλά δεν συσχετίζεται με βλάβη οργάνων εκτός εάν υπάρχει προϋπάρχουσα χρόνια ανεπάρκεια οργάνων.²⁰

Ο οξύς πόνος μπορεί να μειώσει την ινωδόλυση(ο ομοιοστατικός μηχανισμός λύσης του θρόμβου για τη διατήρηση της βατότητας των αγγείων), η οποία αυξάνει περαιτέρω τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολισμού στο εγγύς κάτω άκρο, που είναι γνωστό ότι συνδέεται στενά με πνευμονική εμβολή και νοσηρότητα.

23 ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ²¹

Υπάρχουν μέχρι σήμερα πολυάριθμες μελέτες που αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο έχουν μεταβολές στις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην γνωστική και συναισθηματική διαμόρφωση του πόνου.²⁰ Αυτή η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μπορεί να εξηγήσει γιατί οι ασθενείς με μακροχρόνιο πόνο παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη, αλλά και γιατί εκείνοι με νοητική παραμόρφωση και ψυχολογική δυσφορία έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν χρόνιο πόνο.

Τα τελευταία χρόνια έχει ανακαλυφθεί ότι η ανατομία του ανθρώπινου εγκεφάλου στον χρόνιο πόνο παρουσιάζει ανωμαλίες .Η εξωτερική στοιβάδα του εγκεφάλου γνωστή ως “φαιά ουσία” που συνδέεται με την μνήμη,την προσοχή,την σκέψη,την αντίληψη και την γλώσσα εμφανίζει κάποιες ανωμαλίες. Και οι ιδιότητες της φαιάς και της λευκής ύλης παρουσιάζουν ανωμαλίες, ακόμη και η σχέση μεταξύ της φαιάς ουσίας και της λευκής ύλης φαίνεται ανώμαλη. Η λευκή ύλη αποτελεί ουσία του φλοιού mod, ο οποίος αποτελείται από

μια μάζα νευρικές ίνες , συνδέοντας τους νευρώνες του φλοιού μεταξύ τους και με τα υποκείμενα τμήματα του εγκεφάλου.

Η μειωμένη περιφερειακή πυκνότητα της φαιάς ύλης περιγράφηκε για πρώτη φορά σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην πλάτη. Δεδομένου αυτής της περιγραφής, περισσότερες από 50 μελέτες καταγράφουν περιφερειακές μειώσεις της πυκνότητας ή του όγκου ή του πάχους της φαιάς ουσίας σε έναν μακρύ κατάλογο κλινικών χρόνιων παλμών, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών με εμμηνορροϊκό πόνο και των ατόμων που πάσχουν από πόνο στον γενικό πληθυσμό.

2.4 ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Ο πόνος είναι ένα σωματικός και συναισθηματικός μηχανισμός που ενεργοποιείται σε επιβλαβή ερεθίσματα για τον ανθρώπινο οργανισμό.²¹ Ο ύπνος είναι μια φυσιολογική κατάσταση η οποία χρησιμεύει ευρέως για τη διατήρηση και την ρύθμιση της ομοιόστασης και τη βελτιστοποίηση της λειτουργίας σε πολλαπλά φυσιολογικά συστήματα. Ο πόνος και ο ύπνος αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την επιβίωση.²²

Ωστόσο, οι χρόνιες βλάβες στα συστήματα που ρυθμίζουν τον πόνο και τον ύπνο μπορούν να έχουν ευρείες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την γενικότερη ευημερία του ατόμου. Έχει παρατηρηθεί ότι η προοδευτική μείωση στην ποιότητα και διάρκεια του ύπνου μπορεί να προκαλέσει χρόνια πόνο. Έχουν γίνει έρευνες όπου δείχνουν το πόσο μπορεί να επηρεάσει ο ύπνος τον πόνο και το αντίστροφο και πως η διαταραχή του ύπνου προκαλεί διάφορες αλλαγές στον τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης του πόνου. Ο Ross Wilkie ερευνητής στο Πανεπιστήμιο Keele στο Staffordshire έκανε μια έρευνα σχετικά με το πόσο επηρεάζει ο ύπνος διάφορα συστήματα στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο Wilkie είπε λοιπόν «Ο μη αναπληρωματικός ύπνος ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση νέου γενικευμένου πόνου».²³

Στην συνέχεια, είναι χρήσιμο να κατανοήσουμε κάποιες βασικές έννοιες σχετικά με τον ύπνο προτού κατανοήσουμε τις επιπτώσεις. Ειδικότερα, ο άνθρωπος όταν ετοιμάζεται να κοιμηθεί το νευρικό σύστημα αρχίζει να ηρεμεί αμέσως. Εάν κάποιος αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πόνο, τότε έχει πολύ πιο ενεργό νευρικό σύστημα το οποίο χρειάζεται

περισσότερο χρόνο να ηρεμήσει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάσει το πόσο γρήγορα μπορεί να κοιμηθεί το άτομο και πόσο βαθύς είναι ο ύπνος του. Οι περισσότεροι άνθρωποι υποθέτουν ότι ένας καλός ύπνος συνεπάγεται με μια σταθερή μετάβαση προς τον βαθύ ύπνο, παραμένοντας σε αυτόν τον για το μεγαλύτερο μέρος της νύχτας και στη συνέχεια σταδιακά μεταβαίνοντας σε έναν ελαφρύτερο ύπνο πριν το ξύπνημα.²³

Όμως ο υγιής ύπνος φαίνεται πραγματικά εντελώς διαφορετικός από αυτόν και αντ' αυτού απεικονίζεται σε κύματα και έχει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας. Υπάρχουν δηλαδή διάφορα στάδια ύπνου που περνάμε. Πρώτον, ξεκινάμε με τα στάδια 1 και 2, τα οποία είναι τα ελαφρύτερα στάδια ύπνου. Στη συνέχεια, κατεβαίνουμε σε βαθύτερο ύπνο στα στάδια 3 και 4 όπου μερικές φορές καλούνται ύπνος αργού κύματος. Περνάμε πίσω στον ελαφρύτερο ύπνο και στη συνέχεια σε ταχεία κίνηση των οφθαλμών ή στον ύπνο REM. Αυτό είναι το στάδιο κατά το οποίο εκδηλώνονται τα όνειρα. Αυτός ο κύκλος επαναλαμβάνεται αρκετές φορές καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας και παραμένει τον περισσότερο χρόνο στον βαθύ ύπνο στην αρχή της νύχτας και τον περισσότερο χρόνο στα πιο ελαφριά στάδια και στα όνειρα το πρωί. Κανείς δύναται να παρατηρήσει ότι μετά τα περισσότερα στάδια REM ξυπνάει. Επομένως, είναι φυσιολογικό να ξυπνάει κανείς πολλές φορές μέσα στην νύχτα. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα αλλάξουν πλευρό και θα μεταβούν κατευθείαν πίσω στον ύπνο χωρίς να το συνειδητοποιήσουν, χωρίς να ενεργοποιηθεί η δραστηριότητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Όταν όμως κάποιος βρίσκεται σε πόνο, θα ξυπνήσει και θα συνειδητοποιήσει τον πόνο που αισθάνεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της δραστηριότητας του νευρικού συστήματος, το οποίο στη συνέχεια πρέπει να βρεθεί σε κατάσταση ηρεμίας για να μεταβεί στον ύπνο.²²

Έτσι λοιπόν οι διαταραχές που προκαλεί ο πόνος στον ύπνο και η συνεχής διέγερση του νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια του ύπνου θα οδηγήσουν σε άπνοια η οποία με την σειρά της φέρνει εξάντληση, άγχος και στρες, μειωμένη όρεξη, συνεχής κούραση και εξάντληση, μειωμένη διάθεση. Ακόμη μπορεί να προκαλέσει ημικρανίες και να οδηγήσει στην παχυσαρκία, στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και σε καρδιαγγειακά προβλήματα.²³

2.5 ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ²²

Ο πόνος μειώνει τη σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική ευημερία με διάφορους τρόπους. Επηρεάζει σωματικά, διανοητικά και συναισθηματικά. Με τον πόνο, το άτομο γίνεται λιγότερο ικανό να λειτουργήσει. Νιώθει κουρασμένος και λήθαργος.

Χάνει την όρεξή του ή έχει ναυτία. Δεν μπορεί να κοιμηθεί ή διακόπτει τον ύπνο του από τον πόνο. Ζεί με λιγότερη απόλαυση και περισσότερο άγχος. Γίνεται καταθλιπτικός, ανήσυχος ή ανίκανος να επικεντρωθεί σε οτιδήποτε άλλο εκτός από τον πόνο. Νιώθει μια απώλεια ελέγχου. Έχει λιγότερη αλληλεπίδραση με φίλους. Νιώθει ότι είναι περισσότερο βάρος για την οικογένεια του ή τους φροντιστές του. Ο πόνος ιδιαίτερα αν υπάρχουν προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες, είναι δυνατόν να προκαλέσει άγχος και αϋπνία στον ασθενή, τα οποία με τη σειρά τους επιδεινώνουν τον πόνο δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τις προσδοκίες και/ή τις αντιλήψεις του ασθενή σε σχέση με τον αναμενόμενο πόνο. Επομένως το άτομο δύναται να αποκτήσει επιθετική ή ερειστική συμπεριφορά λόγω του πόνου που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά.

2.6 ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Η αναπηρία που προκαλείται από τον πόνο και την εξάρτηση που συχνά προκαλεί έχει συνέπειες και για την οικογένεια και τους φίλους του ατόμου που αντιμετωπίζει τον πόνο καθημερινά. Πιο συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας συχνά διαπιστώνουν ότι πρέπει να αναλάβουν δραστηριότητες, όπως καθήκοντα φροντίδας, την επίβλεψη ή την συμμετοχή και αξιολόγηση θεραπειών, και στην λήψη σημαντικών αποφάσεων.²¹ Ως αποτέλεσμα αυτών των νέων απαιτήσεων που πρέπει να ανταποκριθούν, οι συγγενείς υποφέρουν από αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούν σωματική και ψυχολογική επιδείνωση: άγχος, αισθήματα θλίψης, υπερβολική επιβάρυνση, απογοήτευση και ανικανότητα. Αυτή η κοινωνική, επαγγελματική και καθημερινή ζωή αυτών των μελών της οικογένειας επηρεάζονται επίσης σε μεγάλο βαθμό. Σε μια πρόσφατη μελέτη παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό συγγενών των ασθενών με χρόνια πόνο έπασχε από άγχος ή θλίψη και ότι σταμάτησαν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες λόγω της παρουσίας του πόνου στην οικογένειά τους. Η δυστυχία ενός αγαπημένου λόγω του πόνου έχει επίσης αναφερθεί αλλού ότι είναι μια συντριπτική κατάσταση για τα μέλη της οικογένειας που τα φροντίζουν, και συχνά ο πόνος ή η αγωνία που αισθάνονται οι ασθενείς διακατέχει και τους συγγενείς τους.²²

2.7 ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο αντίκτυπος του πόνου στα συστήματα υγείας έχει εξεταστεί σε αρκετές μελέτες ανά τον κόσμο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος αποτελεί οικονομικό βάρος που συνδέεται με

σημαντικό άμεσο και έμμεσο κόστος για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ότι αποτελεί έναν από τους κύριους λόγους ιατρικών συναντήσεων.^{23,24}

Ειδικότερα, είναι υπεύθυνος για σημαντικές δαπάνες και κατανάλωση πόρων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πράγματι, σε μία μελέτη, το 60% των ασθενών έδειξε ότι είχαν επισκεφθεί το γιατρό τους δύο έως εννέα φορές στους μήνες πριν από τη μελέτη και το 11% το έκανε τουλάχιστον δέκα φορές. Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους ασθενείς (70%) πήγαν στο Γενικό Ιατρό τους, ενώ το 27% (23% στην Ισπανία) επισκέφθηκε έναν ειδικό και μόνο το 2% έλαβαν θεραπεία από ειδικό για το άλγος.²³

Παρόμοια αποτελέσματα αποκτήθηκαν και αλλού, το 92,9% των συμμετεχόντων είχαν δει έναν επαγγελματία υγείας τουλάχιστον μία φορά λόγω των συμπτωμάτων του πόνου, ενώ ο μέσος αριθμός των ραντεβού κατά το προηγούμενο έτος ήταν 3,5. Και πάλι, οι περισσότεροι από αυτούς είδαν έναν γενικό ιατρό (47.3%) ή έναν ειδικό (47.7%), και μόνο το 4% παρατηρήθηκε από έναν γιατρό σε μια νοσοκομειακή μονάδα πόνου. Μια πρόσφατη μελέτη στην Πορτογαλία ανέφερε κατά μέσο όρο έξι ιατρικές διαβουλεύσεις ετησίως μεταξύ των ατόμων με χρόνια πόνο, διπλάσιο του μέσου όρου που παρατηρήθηκε στον γενικό πληθυσμό της Πορτογαλίας και μόνο μια μειοψηφία αυτών των ασθενών παρακολούθηθηκε από ειδικό για τον πόνο.²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

3.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ

Η επικοινωνία πρόκειται για μία αμφίδρομη ροή πληροφοριών που διεξάγεται με δεδομένη διαδικασία και αποσκοπεί στην καλλιέργεια και βελτίωση της επαφής δύο τουλάχιστον μηχανισμών με τελικό σκοπό την αποκατάσταση ή την βελτίωση μίας ήδη δημιουργημένης σχέσης.

Διαφορετικά είναι η μεταβίβαση μίας έννοιας μηνυμάτων (σειρά λέξεων ή κινήσεων) από ένα άτομο σε ένα άλλο. Πρόκειται για ένα σύνολο διαδικασιών σε ορισμένο τόπο, χρόνο ή οργανισμό. Τα κύρια συστατικά για την επίτευξη της επικοινωνίας είναι η ύπαρξη αποστολέα και παραλήπτη έπειτα η αποστολή μίας έννοιας από τον αποστολέα και τέλος η λήψη μίας έννοιας από τον παραλήπτη. Βασίζεται στην μεταβίβαση εννοιών από ένα πρόσωπο σε ένα άλλο.²⁸

Η μεταβίβαση ή διαφορετικά η ανταλλαγή αυτών των εννοιών μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους φορείς, όπως είναι η χρήση κακού λεξιλογίου ή ορολογίας, έλλειψη σαφών οδηγιών/πληροφόρησής (γλωσσικά εμπόδια). Άλλος ένας φορέας είναι η έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αναλυτικότερα είναι η απουσία συναισθηματικής νοημοσύνης, έλλειψη ενεργητικής ακρόασης και η αδυναμία διαχείρισης συγκρούσεων. Η επικοινωνία λοιπόν μπορεί να επηρεαστεί και από ψυχολογικούς φορείς, εννοώντας στερεότυπα/προκαταλήψεις και κακή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Το περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της επικοινωνίας και όταν υπάρχουν θόρυβοι, απόσταση από τον συνομιλητή ακόμη και η στάση σώματος ή και ο τόνος της φωνής είναι πιθανό να μην υπάρχει αποτελεσματικότητα στην ανταλλαγή αυτών των μηνυμάτων.

Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι λοιπόν να επιφέρει τη γνώση, σκέψη, ιδεολογία, αισθήματα, αντίληψη, συμπεριφορά, κρίση κ.α του δέκτη.²⁹

3.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ²⁹

Αναλυτικότερα στοιχεία επικοινωνίας:

- Πηγή του μηνύματος (πομπός)

- Ο κώδικας του πομπού (κωδικοποίηση)
- Το μήνυμα
- Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης μηνυμάτων
- Η σύλληψη (δέκτης)
- Ο κώδικας του δέκτη (αποκωδικοποίηση)
- Η κατανόηση ή αποτέλεσμα μηνύματος
- Έλεγχος- ανατροφοδότηση (feed back)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επικοινωνία είναι ο σχηματισμός – κωδικοποίηση να γίνεται με τη χρήση/βοήθεια συμβόλων σημάτων. Το κοινό σύστημα συμβόλων που χρησιμοποιούν τα άτομα για να επικοινωνήσουν μπορεί να αποτελείται από λεκτικά ,αριθμητικά, μουσικά σύμβολα κ.λπ.

Η κατανόηση της έννοιας των συμβόλων από τα άτομα γίνεται με την βοήθεια των πέντε αισθήσεων του ανθρώπου και κρίνεται αποτελεσματική είτε διατυπώνεται με λεκτικό, είτε με μη λεκτικό τρόπο.

Ειδικότερα :

1)Κώδικας ή Κωδικοποίηση: Οτιδήποτε επιθυμεί να μεταβιβάσει ο πομπός (πηγή) του μηνύματος πρέπει να το μετατρέψει σε νόημα. Ο κώδικας επικοινωνίας αποτελείται κυρίως από τη φωνή (τόνος, ένταση, χρώμα), τη γλώσσα (το σύνολο των λέξεων), τα σύμβολα, τις κινήσεις του σώματος, την οπτική επαφή, τη στάση του σώματος. Κωδικοποίηση είναι μια διανοητική διαδικασία με την οποία ο πομπός μετατρέπει αυτό που θέλει να μεταβιβάσει σε ένα νόημα με τη μορφή του μηνύματος.

Μήνυμα :Η φυσική έκφραση ή αναπαράσταση του νοήματος.Ουσιαστικά είναι το αποτέλεσμα της προηγούμενης διανοητικής διαδικασίας, της κωδικοποίησης.Αποτελείται από γραπτές ή προφορικές λέξεις, κινήσεις ή στάσεις σώματος, γραφικές παραστάσεις και σύμβολα που μπορεί επίσης να είναι αντικείμενα, χρώματα, ήχοι, χρώμα - ένταση φωνής κ.λπ.

Οδοί μεταβίβασης : πρόκειται για τα μέσα με τα οποία το μήνυμα μεταφέρεται στο δέκτη, όπως η φωνή τα αντικείμενα, τα μέσα τηλεπικοινωνιών, γραπτά κείμενα ή διαπροσωπική επαφή.

Σύλληψη του δέκτη :είναι οταν συλλαμβάνει το μήνυμα ο δέκτης με τις αισθήσεις του, κατά κύριο λόγο την ακοή και την όραση και κατά δεύτερο με τις υπόλοιπες.

Κώδικας του δέκτη - αποκωδικοποίηση : ο δέκτης με το δικό του κώδικα και μέσω διανοητικής διεργασίας αποκωδικοποιεί το μήνυμα, το μετατρέπει δηλαδή σε νόημα, δίνοντας σημασία στα κωδικοποιημένα στοιχεία του μηνύματος.

Κατανόηση του μηνύματος - αποτέλεσμα : ο δέκτης μετά την αποκωδικοποίηση του μηνύματος πληροφορείται, κατανοεί, αισθάνεται, αλλάζει ιδέες, γνωρίζει κ.λπ. που είναι βέβαια το αποτέλεσμα της επικοινωνίας.

Έλεγχος – Feedback : Τέλος το αποτέλεσμα που έχει επιφέρει το μήνυμα στο δέκτη με την επανάληψη της διαδικασίας, μεταφέρεται στο πομπό, με το μηχανισμό ελέγχου – επαναπληροφόρησης (feedback) και ολοκληρώνεται η διαδικασία,η οποία επαναλαμβάνεται όσο διαρκεί η επικοινωνία.²⁷

Για να είναι αποτελεσματική αυτή η ροή πληροφοριών απαιτούνται οι κατάλληλες διαδικασίες επικοινωνίας και δομές, καθώς επίσης και τα κατάλληλα δίκτυα πληροφοριών.³⁰

3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Καθορίζονται ανάλογα με το ποιο είναι το κρίσιμο, κατά περίπτωση, κριτήριο διαχωρισμού.

Οι σημαντικότερες μορφές επικοινωνίας είναι η Άμεση και έμμεση επικοινωνία:²⁸

- Άμεση επικοινωνία: πρόκειται για την μεταφορά του μηνύματος απο τον πομπό προς τον δέκτη μέσω ένα ή περισσότερων καναλιών χωρίς διαμεσολάβηση τρίτου.
- Έμμεση επικοινωνία: όταν διαμεσολαβεί τρίτος (ενδιάμεσος)-αποστολέας ως προς τον παραλήπτη ή αντίθετα ο παραλήπτης ως προς τον αποστολέα.

Λεκτική και μηλεκτική επικοινωνία

Λεκτική επικοινωνία:Είναι η επικοινωνία που πραγματοποιείται μέσω της ομιλίας το οποίο χαρακτηρίζει/ξεχωρίζει τον άνθρωπο απο τους υπόλοιπους ζωντανούς οργανισμούς. Πραγματοποιείται κυρίως μέσω της γλώσσας.(Γλωσσικός πλούτος-σκέψης). Αποτελείται απο την μεταβίβαση και αποδοχή μηνυμάτων μέσω της χρήσης λέξεων.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της λεκτικής επικοινωνίας (ομιλία) είναι η :

- Αμεσότητα
- Ταχύτητα
- Διπλής κατεύθυνσης
- Ενδιαφέρον για τους άλλους
- Λιγότερη χρονοβόρα με μικρότερο κόστος
- Προσαρμόζεται στις ανάγκες των ακροατών
- Ευελιξία στην επικοινωνία

Μη λεκτική επικοινωνία: Αποτελεί το πιο ισχυρό στοιχείο της επικοινωνιακής διαδικασίας, καθώς το πώς το λέμε συνιστά ένα είδος «σιωπηλών οδηγιών» για την ερμηνεία όχι μόνο του περιεχομένου της επικοινωνίας, αλλά και της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν .Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα ασαφή κώδικα. Όλες οι πηγές μετάδοσης πληροφοριών και συναισθημάτων εκτός του λόγου αποτελούν κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας. «Η ολική επικοινωνία επιτυγχάνεται μεταδίδοντας το γνωστικό μέρος μέσω της λεκτικής οδού και το συναισθηματικό ή μη συγκινησιακό μέρος της επικοινωνίας μέσω της μη λεκτικής οδού» , *Richmond ,McCroskey και Payne (1991)*²⁸

Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι ότι η μη λεκτική επικοινωνία σε σχέση με τη λεκτική έχει φυλογενετική προτεραιότητα, Αυτό σημαίνει ότι στην πορεία της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους η μη λεκτική επικοινωνία προϋπήρχε της λεκτικής. Η αρχέγονη αυτή βάση της μη λεκτικής επικοινωνίας αποδίδεται σε αυτή μεγάλη βαρύτητα από όλους τους ανθρώπους. Γενικότερα είναι η αρχική επικοινωνία σε όλες τις μορφές των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, ανταλλάσσονται πάντα και παντού είτε διαπροσωπικά είτε ομαδικά.Είναι πιο ασαφής απο τη λεκτική επικοινωνία ,μπορεί να μεταδοθεί σκόπιμα ή μη.Επίσης μπορεί να αντιπροσωπεύει πολλά διαφορετικά μηνύματα, είναι συνεχής και μπορεί να αντιπροσωπεύσει πολλές συναισθηματικές καταστάσεις.²⁹

Τα βασικά σημεία της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι:

- Τόνος – ύψος, ένταση, χροιά φωνής
- Χειρονομίες
- Εκφράσεις του προσώπου

- Κινήσεις του σώματος
- Βλέμμα
- Ένδυση
- Παύσεις – σιωπές
- Άγγιγμα
- Χειραψίες/χαιρετισμοί

Εσωτερική και εξωτερική επικοινωνία

Εσωτερική επικοινωνία: περιλαμβάνει την ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ μελών ενός οργανισμού.

Εξωτερική επικοινωνία: αφορά την ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ του οργανισμού αλλά και εξωτερικού περιβάλλοντος.

Τυπική και άτυπη επικοινωνία

Η τυπική επικοινωνία καθορίζεται από τη δομή του οργανισμού. Η ροή της πληροφόρησης ακολουθεί τα τυπικά κανάλια της ιεραρχίας, ενώ αφορά και στην εξωτερική επικοινωνία του οργανισμού

Στην άτυπη επικοινωνία δε λαμβάνονται υπόψη οι επίσημες δομές του οργανισμού, ούτε τα επίσημα ιεραρχικά επίπεδα και οι προβλεπόμενες σχέσεις μεταξύ των μελών του οργανισμού.

3.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Αποτελεί ένα ακρογωνιαίο λίθο της σχέσης με τον ασθενή. Ο στόχος είναι η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, ανταλλαγής πληροφοριών, λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία στο ιατρικό περιβάλλον. Σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο πολιτιστικό και κοινωνικό πλαίσιο, η πατερναλιστική προσέγγιση των ιατρών που γνωρίζουν καλύτερα και αποφασίζουν τι είναι καλό για τους ασθενείς έχει αντικατασταθεί από την λήψη αποφάσεων

των ασθενών. Οι ασθενείς συμβουλευονται, εκπαιδεύονται, υποβάλουν ερωτήσεις με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η πορεία συζήτησης με τους ιατρούς. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των Ιατρών/Νοσηλευτών βελτιώνονται κατά καιρούς όπως επίσης είναι εξαιρετικά σημαντική για τους ασθενείς. Αποτελούν μέρος της αποτελεσματικής επικοινωνίας.³⁰

Εντούτις θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ορισμένες, συγκεκριμένες πτυχές επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ Ιατρών/Νοσηλευτών – ασθενών και τις σχέσεις- μεταβλητές προσωπικότητας, τρόποι αντιμετώπισης- προσκόλλησης, καθώς και πολιτιστικοί παράγοντες.

Η κατάρτιση στην επικοινωνία διευκολύνει την αποτελεσματικότητα-την ικανοποίηση ασθενούς με φροντίδα και να δώσει μια γενική αίσθηση ανθρωπότητας, η οποία χάνεται εύκολα σε μία βιοτεχνολογικά προσανατολισμένη ιατρική.³⁰

3.5 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.²⁹

Όπως αναφέρεται και στις προηγούμενες ενότητες οι διαφορές μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας ποικίλλουν. Υπάρχουν πολλά στοιχεία στα οποία αυτές οι δύο μορφές επικοινωνίας διαφέρουν αλλά ταυτόχρονα η μία συμπληρώνει την άλλη.

Συγκεκριμένα, η λεκτική επικοινωνία:

- Διέπεται από αρχές επινοημένες από το άτομο.
- Οδηγεί στην απόκτηση πληροφοριών.
- Χρησιμοποιεί τον εγκεφαλικό φλοιό.
- Έρχεται αρκετά αργότερα στη ζωή του ατόμου.
- Στηρίζεται στην κατανόηση κάθε λεκτικής έκφρασης.
- Αποτελεί διανοητική διαδικασία.
- Λειτουργεί πάνω σε κοινωνικούς κανόνες.

Και η μη λεκτική επικοινωνία:

- Επηρεάζει την αντίληψη, τον συντονισμό και την κοινωνική ενσωμάτωση.
- Οδηγεί στην απόκτηση δεξιοτήτων .
- Επηρεάζει τη σκέψη.
- Η πρώτη μορφή επικοινωνίας (νεογέννητο – μητέρα).
- Εμπεριέχει συναισθήματα και βασίζεται στην έμπρακτη συμμετοχή.

- Σχετίζεται με τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Αποτελεί ένα αυστηρά προσωπικό κόσμο για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, οι διαφορές χαρακτηριστικών αυτών των επικοινωνιών είναι λοιπόν ότι η μη λεκτική επικοινωνία είναι πιο αυθόρμητη από την λεκτική, κινήσεις ή χειρισμοί οι οποίοι γίνονται ασυναίσθητα. Επίσης η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να αντικαταστήσει πλήρως την λεκτική, για παράδειγμα μία απλή κίνηση του κεφαλιού είτε αυτή είναι καταφατική είτε όχι, το μήνυμα έχει μεταδοθεί. Όσο αφορά τα συναισθήματα ή τις σκέψεις ενός ατόμου η μη λεκτική είναι πιο εκφραστική από την λεκτική καθώς όταν κάποιος γελάει αυτό δηλώνει χαρά, όταν κάποιος κλαίει δηλώνει λύπη κ.α.

Ακόμη μία διαφορά μεταξύ αυτών των μορφών είναι ότι στη μη λεκτική επικοινωνία ο αποστολέας ελέγχει τη συζήτηση και αυτό συμβαίνει από την στάση σώματος, εκφράσεις προσώπου και τον τόνο της φωνής. Όμως οι πιθανότητες παρεξηγήσεων και σύγχυσης στη μη λεκτική επικοινωνία είναι πάρα πολλές διότι η χρήση της γλώσσας είναι περιορισμένη και δεν υπάρχει επαρκής επεξήγηση των νοημάτων. Στη λεκτική επικοινωνία, η ανταλλαγή του μηνύματος είναι πολύ γρήγορη και οδηγεί σε ταχεία ανατροφοδότηση. Εκπληρώνει την πιο φυσική επιθυμία των ανθρώπων – την ομιλία. Σε αντίθεση με αυτό, η μη λεκτική επικοινωνία βασίζεται περισσότερο στην κατανόηση που απαιτεί χρόνο και επομένως είναι σχετικά αργή. Τα συναισθήματα, η ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου, η προσωπικότητα κ.λπ. μεταδίδονται πολύ πιο εύκολα μέσω των ενεργειών των πομπών και των δεκτών στην επικοινωνία.

Ακόμη, όσον αφορά την τοποθεσία του πομπού και του δέκτη, η παρουσία και των δύο μερών στον τόπο επικοινωνίας δεν είναι απαραίτητη, καθώς μπορεί να γίνει και αν τα μέρη βρίσκονται σε διαφορετικές τοποθεσίες. Από την άλλη πλευρά, για μια αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία, και τα δύο μέρη πρέπει να είναι μαζί εκεί, κατά τη στιγμή της επικοινωνίας.

Τέλος, η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία δεν είναι αντιφατικές μεταξύ τους, αλλά είναι συμπληρωματικές, όπως κάποιος δικαίως είπε: "Οι ενέργειες είναι πιο δυνατές από τις λέξεις." Εν ολίγοις, οι δύο αυτές επικοινωνίες πηγαίνουν δίπλα-δίπλα και βοηθούν έναν άνθρωπο, να αλληλεπιδράσει και να ανταποκριθεί σε άλλα ανθρώπινα όντα. Η λεκτική επικοινωνία είναι προφανώς ένα σημαντικό μέρος της ζωής καθώς χρησιμοποιούμε λόγια για

να επικοινωνήσουμε. Αλλά αν σκεφτεί ποτέ κανείς ότι ένα μικρό μωρό δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποια είδους γλώσσα ή λόγια για να μιλήσει, αλλά επιλέγει το κλάμα και τις κινήσεις για να δείξει την πείνα του, την ευτυχία και τη θλίψη του. Ομοίως, οι κωφοί και τα άτομα με ειδικές ανάγκες χρησιμοποιούν επίσης τη νοηματική γλώσσα για την επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους. Έτσι, αυτή είναι η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας σε πολλές ζωές ανθρώπων.³⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΛΕΚΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί ένα κριτικό ζήτημα για την αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση του. Η πιο κρίσιμη πτυχή της εκτίμησης του πόνου είναι ότι πρέπει γίνεται σε τακτική βάση χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο σχήμα. Η επαναξιολόγηση θα πρέπει να ακολουθεί κάθε παρέμβαση για να αξιολογηθεί το αποτέλεσμά της και να καθοριστεί εάν η παρέμβαση είναι επιτυχής ή πρέπει να τροποποιηθεί. Το χρονικό πλαίσιο για την επαναξιολόγηση θα πρέπει να κατευθύνεται από τις ανάγκες του ασθενούς, τις πολιτικές και τις διαδικασίες του νοσοκομείου ή των μονάδων.³⁰

Για την αξιολόγηση του πόνου υπάρχουν διαφορετικών ειδών κλίμακες ή εργαλεία. Κατά την επιλογή ενός εργαλείου αξιολόγησης του πόνου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, η σωματική, συναισθηματική και γνωστική κατάσταση του ασθενούς και οι προσωπικές προτιμήσεις. Το επιλεγμένο εργαλείο πόνου πρέπει να χρησιμοποιείται σε τακτική βάση για να αξιολογείται ο πόνος και να παρακολουθούνται τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων. Δεν πρέπει, ωστόσο, να χρησιμοποιούνται ως το μοναδικό μέτρο του πόνου καθώς το είδος της ασθένειας και της θεραπείας δύναται να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της χρήσης των εργαλείων.³¹

41 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ³¹

Ατομικό Ιστορικό

Η λήψη ιστορικού ξεκινά αναζητώντας αυτό που ενοχλεί τον ασθενή και αποτελεί το κύριο σύμπτωμα του. Στην συνέχεια πρέπει να ελεγχθούν τα σημεία που εντοπίζεται ο πόνος, ποια είναι η διάρκεια του πόνου και ποια η ποιότητα της έντασης του.

Επίσης, γίνεται και μια αναζήτηση συνυπαρχόντων ασθενειών που ίσως επηρεάζουν την ποιότητα του πόνου. Καθώς και το κοινωνικό ιστορικό είναι σημαντικό για να δούμε τι επηρεάζει την εμπειρία του πόνου όπως το επάγγελμα, οι οικονομικές υποχρεώσεις και το ψυχικό ιστορικό.

Εξίσου πολύτιμη είναι η άποψη του ασθενούς για το σύμπτωμά του, τι προσδοκίες έχει, τι ελπίζει για την θεραπεία του, τι αποτελέσματα αναμένει και πως εκτιμά την κατάσταση και τις παρεμβάσεις των Ιατρών και των Νοσηλευτών.³⁴

- Ο Νοσηλευτής προκειμένου να ενημερωθεί για τα παραπάνω θέτει τις εξής ερωτήσεις:
- Που εντοπίζεται ο πόνος;
- Πόσο έντονος είναι ο πόνος;
- Πως άρχισε ο πόνος;
- Πόση ώρα διαρκεί;
- Τι ανακουφίζει και τι χειροτερεύει τον πόνο;
- Πως ο πόνος επηρεάζει τον ύπνο, την προσωπική ζωή, την διάθεση, την οικογένεια, την εργασία σας;
- Τι είδους θεραπείες έχετε λάβει μέχρι στιγμής;
- Ανησυχείτε για τις επιπτώσεις που θα έχει ο πόνος στην υγεία σας;³²

Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση αποτελείται από την ψηλάφηση, την επισκόπηση, την νευρολογική εξέταση και την εξέταση του μυϊκού και κινητικού συστήματος. Η ψηλάφηση βοηθά να αξιολογηθούν οι ιστοί και να ανιχνευθούν η ευαισθησία τους σε καταστάσεις ηρεμίας ή κίνησης.

Με την επισκόπηση εξετάζονται η στάση και η μορφή του σώματος, το δέρμα καθώς και πως εξωτερικεύεται ο πόνος στον ασθενή και η διάθεση του απέναντι σε αυτό.

Με την νευρολογική εξέταση ελέγχεται το Κεντρικό νευρικό σύστημα, το Περιφερικό νευρικό σύστημα και το Αυτόνομο νευρικό σύστημα για οποιαδήποτε διαταραχή και δυσλειτουργία. Γίνεται έλεγχος της μνήμης και του προσανατολισμού, το επίπεδο

συνείδησης και επικοινωνίας. Ακόμη αναζητούνται σημεία τα οποία δηλώνουν άγχος, στρες και κατάθλιψη.

Με την εξέταση του μυϊκού συστήματος γίνεται αξιολόγηση της μυϊκής τάσης, της μυϊκής αδυναμίας και της μυϊκής ατροφίας.

Με την εξέταση του κινητικού συστήματος πραγματοποιείται εξέταση της σπονδυλικής στήλης και των άκρων και στην συνέχεια ελέγχονται η κινητικότητα των αρθρώσεων και λειτουργικότητα των μυών. Όλα αυτά εξετάζονται και στις ενεργητικές κινήσεις του ασθενούς και στις παθητικές.^{33,34}

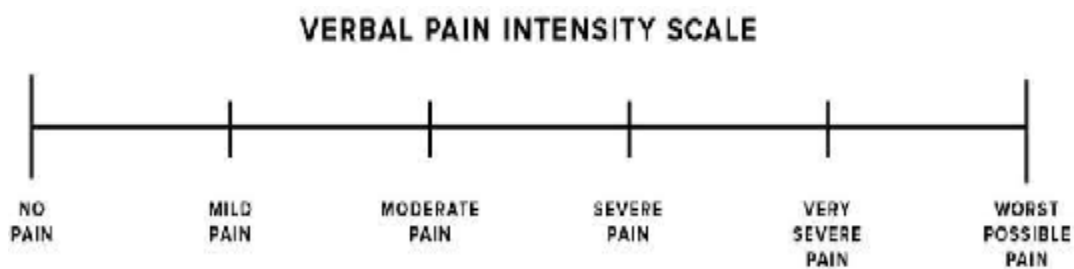
42 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

42.1 Περιγραφική κλίμακα πόνου³⁵

Η περιγραφική κλίμακα(Verbal Rating Scale ή VRS) αποτελείται από μια λίστα με επίθετα που περιγράφουν διαφορετικά επίπεδα έντασης πόνου. Μία επαρκής περιγραφική κλίμακα της έντασης πόνου θα πρέπει να περιλαμβάνει επίθετα που αντικατοπτρίζουν τα άκρα αυτής της διάστασης. Ξεκινώντας από το «χωρίς πόνο» έως «εξαιρετικά έντονο πόνο» με συνοδά επιπρόσθετα επίθετα για να καταγράψουν τις διαβαθμίσεις της έντασης του πόνου που μπορεί να παρατηρηθούν μεταξύ αυτών των δύο άκρων. Οι ασθενείς καλούνται να διαβάσουν τη λίστα των επιθέτων και να επιλέξουν τη λέξη ή τη φράση που περιγράφει καλύτερα το επίπεδο του πόνου τους στην κλίμακα. Έχουν δημιουργηθεί πολλές και διαφορετικές λίστες τέτοιου είδους. Μία από αυτές είναι αυτή που χρησιμοποιείται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ουαλίας. Αυτή είναι μια κλίμακα που αποτελείται από τέσσερις βαθμίδες. Το 0 ισούται ως χωρίς πόνο, το 1 ως ήπιο, το 2 ως μέτριο και το 3 ως σοβαρό .

Οι περιγραφικές κλίμακες συνήθως βαθμολογούνται με την καταχώριση των επιθέτων με τη σειρά της σοβαρότητας του πόνου και την ανάθεση του κάθε ενός ένα σκορ ως συνάρτηση της κατάταξής του. Αυτές οι κλίμακες είναι εύκολο να διαχειριστούν, να βαθμολογηθούν και να κατανοηθούν. Επομένως, η συμμόρφωση με τη χρήση τους είναι αρκετά καλή και ίσως μερικές φορές θεωρείται η καλύτερη από άλλα συστήματα βαθμολόγησης.³⁶

Είναι επίσης έγκυρες και σχετίζονται θετικά και σημαντικά με άλλα μέτρα έντασης πόνου .Η περιγραφική κλίμακα δείχνει σταθερά την ευαισθησία στις θεραπείες που είναι γνωστό ότι έχουν αντίκτυπο στην ένταση του πόνου . Μια κριτική που διατυπώθηκε σε σχέση με τη μέθοδο βαθμολόγησης είναι ότι παίρνει ίσα διαστήματα μεταξύ των επιπέδων, αν και είναι εξαιρετικά απίθανο να θεωρείται ισότιμο. Δηλαδή, το διάστημα ανάμεσα στον πόνο και τον ήπιο πόνο μπορεί να είναι πολύ μικρότερο από το διάστημα ανάμεσα στον μέτριο πόνο και τον έντονο πόνο, αλλά το διάστημα βαθμολογείται σαν να ήταν ισοδύναμη η διαφορά.



Ει κόν α 2 : Παράδειγμα περιγραφικής κλίμακας πόνου

4.2.2 Οπτική αναλογική κλίμακα

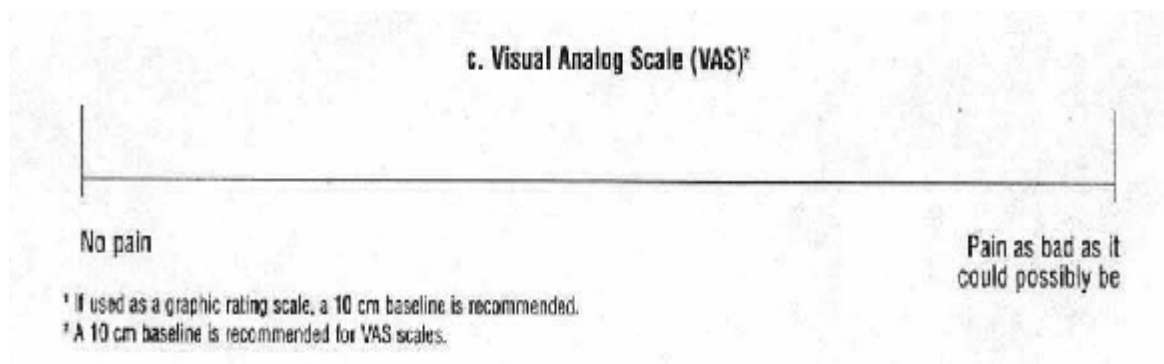
Η Οπτική αναλογική κλίμακα(Visual Analog Scale ή VAS)είναι ένα όργανο μέτρησης που προσπαθεί να μετρήσει ένα χαρακτηριστικό ή μια στάση που πιστεύεται ότι κυμαίνεται σε μια συνεχή τιμή και δεν μπορεί εύκολα να μετρηθεί άμεσα.

Αρχικά προήρθε από συνεχείς οπτικές αναλογικές κλίμακες που αναπτύχθηκαν στον τομέα της ψυχολογίας για τη μέτρηση της ευημερίας. Ο Woodforde και ο Merskey ανέφεραν για πρώτη φορά τη χρήση της οπτικής κλίμακας πόνου με περιγραφές όπως «δεν υπάρχει καθόλου πόνος" και "ο πόνος είναι ανυπόφορος "σε ασθενείς με ποικίλες παθήσεις.³⁶ Στη συνέχεια, άλλοι ανέφεραν τη χρήση της κλίμακας για τη μέτρηση του πόνου σε ασθενείς με ρευματολογικές παθήσεις που έλαβαν θεραπεία.

Γι' αυτό σήμερα αρκετά συχνά χρησιμοποιείται σε επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες για τη μέτρηση της έντασης ή της συχνότητας των διαφόρων συμπτωμάτων . Για παράδειγμα, η ένταση του πόνου που αισθάνεται ένας ασθενής μπορεί να κυμαίνεται πέρα από ένα συνεχές με τα δύο άκρα να είναι από κανένα έως ένα ακραίο ποσό πόνου. Από την πλευρά του

ασθενούς, αυτό το φάσμα εμφανίζεται συνεχές και έτσι ο πόνος τους δεν παίρνει ξεχωριστά επίθετα, όπως είναι η κατηγοριοποίηση κανένας, ήπιος, μέτριος και σοβαρός της περιγραφικής κλίμακας.

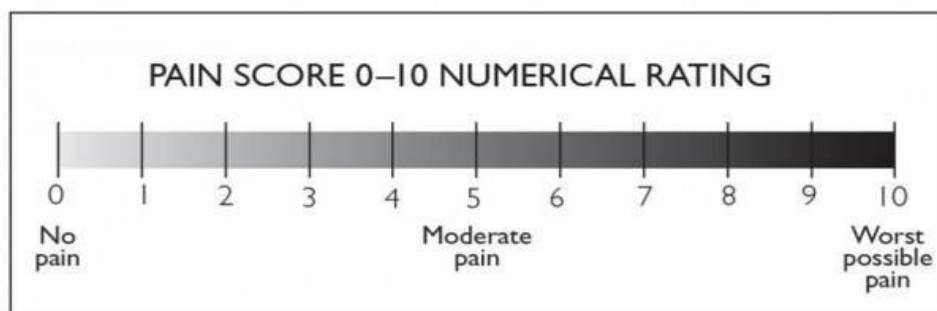
Συνήθως, αναπαριστάται με μια γραμμή, μήκους 10cm, της οποίας τα άκρα χαρακτηρίζονται με τις εκφράσεις «χωρίς πόνο» έως στον «χειρότερο πόνο». Είναι μία κλίμακα που χρησιμοποιείται ευρέως λόγω της απλότητας και της προσαρμοστικότητας της σε ένα ευρύ φάσμα πληθυσμών και ομάδων.³⁷



Εικόνα 3: Οπτική αναλογική κλίμακα. *Int. Arch. Otorhinolaryngol. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June 2014*

4.2.3 Αριθμητική κλίμακα³⁶

Η Αριθμητική Κλίμακα (Numeric Rating Scale) είναι ένα μονοδιάστατο μέτρο έντασης πόνου σε ενήλικες συμπεριλαμβανομένων εκείνων με χρόνια πόνο λόγω ρευματικών νόσων. Είναι μια κατανεμημένη αριθμητική έκδοση της περιγραφικής αναλογικής κλίμακας (VAS) στην οποία ο ερωτώμενος επιλέγει έναν ακέραιο αριθμό (0-10 ακέραιοι) που αντανακλά καλύτερα την ένταση του πόνου του.



Εικόνα 4: Η Αριθμητική κλίμακα NRS

Η κοινή μορφή Αριθμητικής κλίμακας είναι μια οριζόντια γραμμή . Παρόμοια με το VAS, το NRS χαρακτηρίζεται από όρους που περιγράφουν τα άκρα σοβαρότητας του πόνου. Ο ασθενής ερωτάται και αναμένεται να αξιολογήσει τον πόνο του από το 0 έως 10 (κλίμακα 11 σημείων) ή από το 0 έως το 100 (κλίμακα 101 σημείων) με την κατανόηση ότι το 0 είναι ίσο με μη πόνο και το 10 ή το 100 είναι ίσο με το χειρότερο δυνατό πόνο.

Αυτό δεν απαιτεί από τον ασθενή να γράψει ή να χρησιμοποιήσει έναν χάρακα απλώς παρέχει μια προφορική απάντηση την οποία ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί στη συνέχεια να τεκμηριώσει. Παρόλα αυτά υπάρχει αριθμός γραπτών απαντήσεων Αριθμητικής κλίμακας. Ο Mark P. Jensen περιγράφει μία διαφορετική κλίμακα στην οποία οι ασθενείς καλούνται να καταγράψουν τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου τους.³⁷

Οι Αριθμητικές κλίμακες είναι έγκυρες και επιδεικνύουν θετικούς και σημαντικούς συσχετισμούς με άλλα μέτρα έντασης πόνου. Συγκεκριμένα, το NPRS διαρκεί <1 λεπτό για να ολοκληρωθεί. Είναι εύκολο στη διαχείριση και στη βαθμολογία. Οι ελάχιστες δυσκολίες στη μετάφραση από διαφορετικές γλώσσες υποστηρίζουν τη χρήση της σε διαφορετικούς πολιτισμούς και γλώσσες. Επίσης είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα για τη μέτρηση της έντασης του πόνου. Τα πλεονεκτήματα αυτού του μέτρου έναντι της περιγραφικής κλίμακας είναι η ικανότητα να χορηγείται τόσο προφορικά όσο και γραπτώς, καθώς και η απλότητα βαθμολόγησης αφού μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγαλύτερη ποικιλία ασθενών (π.χ. ηλικιωμένοι και ασθενείς με κινητικά προβλήματα) . Μία αδυναμία είναι ότι το NRS αξιολογεί μόνο 1 συνιστώσα της εμπειρίας και της έντασης του πόνου και συνεπώς δεν αποτυπώνει την πολυπλοκότητα και την ιδιοσυγκρασιακή φύση της εμπειρίας του πόνου ή των βελτιώσεων που οφείλονται στις διακυμάνσεις των συμπτωμάτων.

Έχουν επίσης επιδείξει ευαισθησία στις θεραπείες που αναμένεται να επηρεάσουν την ένταση του πόνου . Είναι επίσης χρήσιμο για τηλεφωνικές εκτιμήσεις. Η απλότητα του μέτρου σημαίνει ότι τα άτομα συμμορφώνονται καλύτερα με άλλα εργαλεία. Το μόνο πραγματικό μειονέκτημα είναι, όπως και για τις άλλες κλίμακες αξιολόγησης, ότι αξιολογεί μόνο την ένταση του πόνου.

4.2.4 Ερωτηματολόγιο πόνου³⁷

Το ερωτηματολόγιο McGill Pain (MPQ) είναι ένα αυτό-αναφερόμενο μέτρο του πόνου που χρησιμοποιείται για ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ενός ατόμου που βιώνει σημαντική ένταση πόνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση του πόνου με την πάροδο του χρόνου και για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας οποιασδήποτε παρέμβασης. Αναπτύχθηκε από τον Δρ. Melzack στο Πανεπιστήμιο McGill στο Μόντρεαλ του Καναδά.³⁸

Αξιολογεί τόσο την ποιότητα όσο και την ένταση του υποκειμενικού πόνου. Το MPQ αποτελείται από 78 λέξεις, εκ των οποίων οι ερωτηθέντες επιλέγουν αυτούς που περιγράφουν καλύτερα την εμπειρία τους από τον πόνο.

Επτά λέξεις επιλέγονται από τις ακόλουθες κατηγορίες: διάσταση 1 έως 10 (περιγραφές πόνου), τρεις λέξεις, οι διαστάσεις 11 έως 15 (συναισθηματικά συστατικά του πόνου), η διάσταση 16 (αξιολόγηση του πόνου) μία λέξη και η διάσταση 17 έως 20 (διάφορα) μία λέξη. Τα αποτελέσματα καταγράφονται με αθροιστικές τιμές που σχετίζονται με κάθε λέξη, οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 (χωρίς πόνο) έως 78 (έντονος πόνος). Οι ποιοτικές διαφορές στον πόνο μπορεί να αντικατοπτρίζονται στην επιλογή των λέξεων του ερωτώμενου.

425 Brief Pain Inventory ερωτηματολόγιο³⁷

Το BPI μοντελοποιήθηκε μετά το McGill ερωτηματολόγιο. Έχει γίνει ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης για την αξιολόγηση του κλινικού πόνου. Το BPI επιτρέπει στους ασθενείς να βαθμολογούν τη σοβαρότητα του πόνου τους και τον βαθμό στον οποίο ο πόνος τους παρεμβαίνει κοινές διαστάσεις αισθήματος και λειτουργίας. Αρχικά αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τον πόνο που σχετίζεται με τον καρκίνο. Στην συνέχεια αποδείχθηκε ότι το BPI αποτελεί κατάλληλο μέτρο του πόνου που προκαλείται από ένα ευρύ φάσμα κλινικών συνθηκών. Το BPI χρησιμοποιήθηκε σε εκατοντάδες κλινικές μελέτες. Με κάποιο τρόπο το BPI είναι ένα εργαλείο "κληρονομιάς" - μια αυτοαναφορά, ένα μέτρο το οποίο με την πάροδο του χρόνου έχει καταστεί πρότυπο για την αξιολόγηση του πόνου και τις επιπτώσεις του.

Το BPI περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν συστατικά του αισθητικού πόνου, συμπεριλαμβανομένης της έντασης, της θέσης, της χρονικότητας και του βαθμού ανακούφισης από την εκάστοτε θεραπεία. Το BPI διαθέτει επίσης αντικείμενα που

αντιμετωπίζουν τις επιδράσεις του πόνου, όπως η κατάθλιψη, η σύγχυση και η αντιληπτή διαθεσιμότητα ανακούφισης. Ο χειρότερος πόνος δηλώνεται με το σκορ $r = 0,93$. συνήθης πόνος, $r = 0,78$. και ο στιγμιαίος πόνος, $r = 0,59$.

Η αξιοπιστία της κλίμακας αυτής έχει αποδειχθεί σε σύντομα χρονικά διαστήματα χρησιμοποιώντας τη συσχέτιση μεταξύ δοκιμής και επανεξέτασης. Στοιχεία για την εγκυρότητα του BPI προέρχονται από διάφορες μελέτες όπως αναφέρθηκε προηγουμένως που χρησιμοποίησαν την κλίμακα αυτή σε ασθενείς με καρκίνο και ασθενείς με άλλες ασθένειες που σχετίζονταν με πόνο.³⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η συνεχής και η συστηματική χρήση εργαλείων σε συνδυασμό με τα στοιχεία που μας δίνει ο ασθενής επιτρέπει την αξιολόγηση του πόνου σε όλες τις κατηγορίες ασθενών. Τι γίνεται όμως όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να εκφραστούν λεκτικά; Σε αυτή την περίπτωση είναι δυνατό να αξιοποιηθούν άλλοι μέθοδοι που έχουν σχεδιαστεί για αυτές τις περιπτώσεις. Είναι κλίμακες αξιολόγησης που η καθεμία από αυτές χρησιμοποιείται σε διαφορετικές περιπτώσεις, όπως σε ανοσοκατασταλαμένους, σε άτομα με νοητική στέρηση, σε άτομα με μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου στο κατάλληλο περιβάλλον και στην κατάλληλη ομάδα είναι μία σημαντική παράμετρος επειδή ο συνδυασμός αυτών είναι κριτικός για την επαρκής και αποτελεσματική αξιολόγηση. Είναι ο λόγος που υπάρχουν τόσα διαθέσιμα εργαλεία και κλίμακες για κάθε ξεχωριστή περίπτωση. Έτσι η επιλογή ενός εργαλείου πρέπει να γίνεται με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια που είναι το είδος του ασθενούς, το περιβάλλον, η ομάδα φροντιστών και η εγκυρότητα του εργαλείου. Παρακάτω αναφέρονται μερικά από τα πιο σημαντικά εργαλεία.³¹

5.1 ΚΛΙΜΑΚΑ FLACC³⁹

Η κλίμακα αυτή είναι μια μέτρηση που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του πόνου για παιδιά ηλικίας από 2 μηνών έως 7 ετών ή για άτομα που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να εκφράσουν μέσω της ομιλίας τον πόνο τους. Η κλίμακα βαθμολογείται σε ένα εύρος από 0-10 με το 0 να μην αντιπροσωπεύει πόνο και με το 10 να αντιπροσωπεύει τον μεγαλύτερο πόνο. Η κλίμακα βασίζεται σε πέντε κριτήρια, στα οποία κάθε ένα έχει βαθμολογία 0, 1 ή 2. Τα κριτήρια που αξιολογούνται είναι η συμπεριφορά, το πρόσωπο, τα πόδια, η δραστηριότητα, το κλάμα και η ευρωστία του ασθενούς.

Συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες που δίνονται για κάθε κριτήριο είναι οι εξής:

- Ü] Πρόσωπο: Αποτέλεσμα 0 εάν ο ασθενής έχει χαλαρό πρόσωπο, έχει επαφή με τα μάτια, δείχνει ενδιαφέρον για το περιβάλλον.

Βαθμολογία 1 εάν ο ασθενής έχει μια ανησυχητική έκφραση του προσώπου, με τα φρύδια να χαμηλώνονται, τα μάτια εν μέρει κλειστά, μάγουλα αναψοκοκκινισμένα.

Βαθμολογία 2 εάν ο ασθενής έχει βαθιές αυλακώσεις στο μέτωπο, κλείνει τα μάτια με ανοιχτό στόμα, βαθιές γραμμές γύρω από τη μύτη και τα χείλη, πρόσωπο που μοιάζει φοβισμένο με έκφραση τρόμου ή πανικού.

Û Πόδια: Βαθμολογία 0 εάν ο τόνος του μυός και η κίνηση στα άκρα είναι φυσιολογικά.

Βαθμολογία 1 εάν ο ασθενής έχει αυξημένο τόνο, ακαμψία ή ένταση. εάν υπάρχει διαλείπουσα κάμψη ή επέκταση των άκρων, περιστασιακές κινήσεις.

Βαθμολογία 2 εάν ο ασθενής έχει υπερτονικότητα, τα πόδια τραβιούνται σφιχτά, υπάρχει υπερβολική κάμψη ή επέκταση των άκρων, τρόμος, έντονη αύξηση της σπαστικότητας, συνεχείς κινήσεις ή τραντάγματα.

Û Δραστηριότητα: Αποτέλεσμα 0 εάν ο ασθενής κινείται εύκολα και ελεύθερα, κανονική δραστηριότητα ή περιορισμοί, τακτικές, ρυθμικές αναπνοές

Βαθμολογία 1 εάν ο ασθενής μετατοπίζει το σώμα σε διαφορετικές θέσεις, εμφανίζεται διστακτικός στην κίνηση, κρατά αμυντική στάση, ένταση τον κορμό, την πίεση σε ένα τμήμα του σώματος, τεταμένες ή αμυντικές κινήσεις, ήπια διέγερση (π.χ. προς τα εμπρός).

Βαθμολογία 2 εάν ο ασθενής είναι σταθερός σε θέση, επιδεικνύει μετακίνηση κεφαλής από τη μία πλευρά στην άλλη ή τρίνιμο ενός τμήματος σώματος, σοβαρή διέγερση, κράτημα της αναπνοής ή αιμορραγία.

Û Κραυγή: Βαθμολογία 0 εάν ο ασθενής δεν κλαίει ή γκρινιάζει, είναι ξύπνιος ή κοιμισμένος.

Βαθμολογία 1 εάν ο ασθενής εκδηλώνει γκρίνια, κραυγές, φωνές, αναστεναγμούς. περιστασιακή λεκτική εκδήλωση ή γρυλισμούς.

Βαθμολογία 2 εάν ο ασθενής βγάζει συχνές ή συνεχείς κραυγές, κάνει γρυλίσματα ή έχει επαναλαμβανόμενες εκρήξεις.

Û Ευρωστία: Βαθμολογία 0 εάν ο ασθενής είναι ήρεμος και δεν χρειάζεται συνεχής επίβλεψη

Βαθμολογία 1 εάν ο ασθενής ανταποκριθεί στο άγγιγμα ή στην ομιλία σε <30 δευτερόλεπτα έως 1 λεπτό.

Βαθμολογία 2 εάν ο ασθενής χρειάζεται συνεχή φροντίδα ωθώντας τον φροντιστή, να λάβει τα κατάλληλα μέτρα φροντίδας .

Τέλος, η κλίμακα FLACC έχει επίσης βρεθεί ότι είναι ακριβής για χρήση σε ενήλικες στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ICU) που δεν μπορούν να μιλήσουν λόγω διασωλήνωσης. Η κλίμακα FLACC προσέφερε την ίδια εκτίμηση του πόνου όπως και η κλίμακα CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) που χρησιμοποιείται και αυτή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.⁴⁰

5.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΝΟΜΗΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΕΙΑ(Wong Baker)⁴⁰

Οι κλίμακες προσώπων έγιναν κοινό εργαλείο μέτρησης πόνου από τη δεκαετία του 1980, ιδιαίτερα σε παιδιατρικούς πληθυσμούς.⁴⁶ Μερικές από αυτές τις κλίμακες επωφελούνται από εκτεταμένες εμπειρικές μελέτες επικύρωσης και έχουν προταθεί συστηματικές αναθεωρήσεις ως έγκυρα μέτρα αυτοελέγχου ένταση πόνου.

Οι κλίμακες εικόνας ή προσώπου(Wong Baker)χρησιμοποιούν φωτογραφίες ή σχέδια που απεικονίζουν εκφράσεις του προσώπου ή άτομα που αντιμετωπίζουν διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας του πόνου. Οι ασθενείς καλούνται να υποδείξουν ποια από τις εικόνες απεικονίζει καλύτερα την εμπειρία του πόνου. Κάθε πρόσωπο έχει έναν αριθμό που αντιπροσωπεύει τη σειρά τάξης του απεικονιζόμενου πόνου και ο αριθμός της εικόνας που επιλέγεται από τον ασθενή αντιπροσωπεύει την βαθμολογία έντασης πόνου του ασθενούς. Αυτοί οι τύποι κλιμάκων δεν απαιτούν από τους ασθενείς να είναι εγγράμματοι και παρέχουν μια επιλογή για εκείνους τους ασθενείς που έχουν προβλήματα με τη γραπτή γλώσσα. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι στον παιδιατρικό πληθυσμό, όπου οι κλίμακες έχουν αποδείξει την εγκυρότητά τους μέσω της σύνδεσής τους με άλλα μέτρα έντασης πόνου και μέσω της ικανότητάς τους να ανιχνεύουν τις επιδράσεις των αναλγητικών. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι πλέον ισχύουν για χρήση και στους ενήλικες .⁴¹

Έτσι η κλίμακα αυτή είναι ιδανική για άτομα με ειδικές ανάγκες και με άτομα με πνευματικές και αναπτυξιακές αναπηρίες. Ακόμη ένα από τα πολλά θετικά αυτής της κλίμακας είναι η ευελικτικότητα της και η πολυχρηστικότητα της. Γι' αυτό χρησιμοποιείται σε άτομα που δεν μπορούν να μιλήσουν ή έχουν περιορισμένες δυνατότητες ομιλίας. Έχει την δυνατότητα να διαπερνά κάθε εμπόδιο που λέγεται εθνικότητα, πολιτισμός, γλώσσα και φύλο.

5.3 RICHMOND AGITATION-SEDETATION SCALE (RASS)

Η κλίμακα RASS του Richmond είναι μία ιατρική κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του επιπέδου αναταραχής ή καταστολής ενός ατόμου. Αναπτύχθηκε με τις προσπάθειες διαφόρων επαγγελματιών, εκπροσωπούμενων από ιατρούς, Νοσηλευτές και φαρμακοποιούς.³⁹

Το RASS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς για να περιγράψει το επίπεδο εγρήγορσης ή διέγερσης. Χρησιμοποιείται όμως κυρίως σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς, προκειμένου να αποφευχθεί η υπερκατανάλωση η υποκατανάλωση οξυγόνου. Η απόκτηση μιας βαθμολογίας RASS είναι το πρώτο βήμα στη χορήγηση της μεθόδου αξιολόγησης σύγχυσης, είναι ένα εργαλείο για την ανίχνευση παραληρήματος σε ασθενείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Το RASS είναι μία από τις πολλές κλίμακες που χρησιμοποιούνται στην ιατρική. Άλλες κλίμακες περιλαμβάνουν την κλίμακα Ramsay, τη κλίμακα καταστολής-αναταραχής και την κλίμακα COMFORT για παιδιατρικούς ασθενείς.⁴⁷

Το RASS σχεδιάστηκε για να έχει ακριβείς και σαφείς ορισμούς για τα επίπεδα καταστολής που βασίζονται σε μια αξιολόγηση της διέγερσης, της γνώσης και της βιωσιμότητας, χρησιμοποιώντας κοινές απαντήσεις, κοινά ερεθίσματα που παρουσιάζονται σε μια λογική εξέλιξη. Για την καλύτερη χρήση του, αυτά τα ερεθίσματα πρέπει να παρουσιάζονται στον ασθενή ως εξής:

Πρώτον, παρατηρήστε τον ασθενή. Εάν ο ασθενής είναι σε εγρήγορση και ηρεμία (βαθμολογία 0). Αν έχει ο ασθενής ανήσυχη συμπεριφορά ή είναι διεγερτικός (βαθμολογία +1 έως +4 χρησιμοποιώντας τα κριτήρια που αναφέρονται στον πίνακα Richmond Agitation-Sedation Scale).

Δεύτερον, αν ο ασθενής δεν είναι σε εγρήγορση σε μία ομιλία αναφέρετε το όνομα του για να ανοίξει τα μάτια και να δει τον ομιλητή. Επαναλάβετε ακόμη μία φορά εάν είναι απαραίτητο. Μπορείτε να ζητήσετε από τον ασθενή να συνεχίσει να έχει επαφή με τον ομιλητή. Αν ο ασθενής έχει ανοιχτά τα μάτια και κρατά επαφή, η οποία διατηρείται για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα (βαθμολογία -1). Εάν ο ασθενής έχει ανοιχτά τα μάτια και κρατά επαφή, αλλά αυτό δεν παραμένει για 10 δευτερόλεπτα (βαθμολογία -2). Απαντά με οποιαδήποτε κίνηση ως απάντηση σε ερώτηση, χωρίς την επαφή με τα μάτια (βαθμολογία -3).

Τρίτον, αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στη φωνή, υποκινήστε σωματικά τον ασθενή, ανακινώντας τον ώμο και στη συνέχεια τρίβοντας το στέρνο, εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση από τον ώμο. Ο ασθενής έχει οποιαδήποτε κίνηση προς φυσική διέγερση (βαθμολογία -4). Ο ασθενής δεν έχει ανταπόκριση σε καμία ερώτηση ή τη φυσική διέγερση (βαθμολογία -5).^{40,42}

RASS score			CAM-ICU
Richmond Agitation & Sedation Scale			
Score	Description		
+4	Combative	Violent, immediate danger to staff	RASS ≥ 2 Proceed to CAM-ICU assessment
+3	Very agitated	Pulls at or removes tubes, aggressive	
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movements, fights ventilator	
+1	Restless	Anxious, apprehensive but movements not aggressive or vigorous	
0	Alert & calm		
-1	Drowsy	Not fully alert, sustained awakening to voice (eye opening & contact >10 secs)	RASS < -2 STOP Recheck later
-2	Light sedation	Briefly awakens to voice (eye opening & contact < 10 secs)	
-3	Moderate sedation	Movement or eye-opening to voice (no eye contact)	
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation	
-5	Un-rousable	No response to voice or physical stimulation	

Εικόν α. 5: Η κλίμακα RASS και η βαθμολογία

5.4 BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)⁴³

Σε μια μεταγενέστερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρίσκεται μία κλίμακα η οποία έχει σχεδιαστεί για χρήση σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι είναι κατασταλαμμένοι, κωματώδεις και / ή λαμβάνουν μηχανικό αερισμό. Αυτή είναι η Κλίμακα Πόνου Συμπεριφοράς (BPS).

Συγκεκριμένα, αυτή η κλίμακα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα επειδή αφορά αυτά τα συγκεκριμένα προβλήματα. Το BPS επικεντρώνεται μόνο στις παρατηρήσεις συμπεριφοράς (έκφραση του προσώπου, κραυγή και κινήσεις) και στον μηχανικό αερισμό. Αποτελείται λοιπόν από 3 υποκλίσεις: η έκφραση του προσώπου, η κίνηση των άνω άκρων, και η

συμμόρφωση με τον μηχανικό αερισμό. Κάθε κατηγορία από αυτές βαθμολογείται από 1-4 με συνολική βαθμολογία από 3-12. Η παρατηρητική κλίμακα συμπεριφοράς πόνου (BPS, range 3-12), που εφαρμόζεται από τους Νοσηλευτές, έχει επικυρωθεί σε ασθενείς με υπερβολική καταστολή ή ασθενείς που λαμβάνουν μηχανικό αερισμό. Γι'αυτό τον λόγο η παρακολούθηση του αερισμού δύναται να αποτελέσει δείκτη παρουσίας πόνου.

Το BPS αντικατοπτρίζει ουσιαστικά την αντικειμενική ορατή συμπεριφορά σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Επίσης η κλίμακα αυτή είναι κατάλληλη και για άτομα με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις διότι δεν λαμβάνει υπόψη το νευρολογικό και συνειδησιακό επίπεδο των ατόμων. Έτσι είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα στις μονάδες εντατικής θεραπείας.³⁹

5.5 NON VERBAL PAINSCALE(NVPS)

Η κλίμακα μη λεκτικού πόνου (NVPS) αναπτύχθηκε αρχικά για να εκτιμηθεί ο πόνος σε ενήλικες ασθενείς σε μονάδες εγκαυματιών. Ήταν διαμορφωμένο με βάση την κλίμακα FLACC, αλλά τροποποιήθηκε ώστε να αντανakλά τα συστατικά στοιχεία της αξιολόγησης που είναι πιο κατάλληλα για έναν ενήλικα πληθυσμό. Συγκεκριμένα, η κλίμακα μη λεκτικού πόνου αφαίρεσε τα κριτήρια των ποδιών, του κλάματος και της ευρωστίας της κλίμακας FLACC διατηρώντας και αναθεωρώντας τα στοιχεία του προσώπου και της δραστηριότητας. Πρόσθεσε τρία επιπλέον στοιχεία που είχαν εντοπιστεί σε προηγούμενη έρευνα ως συνδεδεμένα με τον πόνο ή τον έλεγχο:

- 1) Η ασυνείδητη άμυνα του σώματος
- 2) Φυσιολογία I (ζωτικά σημεία)
- 3) Φυσιολογία II (δέρμα, κόρες ματιών, έξαψη,εφίδρωση ,ωχρότητα).³⁹

Για όλα τα κριτήρια δίνεται βαθμολογία από 0-2 και με συνολική βαθμολογία να είναι από 0-10. Στο πρόσωπο το 0 αντιπροσωπεύει καμία έκφραση, το 1 την περιστασιακή έκφραση, ρυτιδωμένο πρόσωπο και το 2 την συχνή κίνηση του προσώπου. Στο κριτήριο της δραστηριότητας το 0 είναι η ήρεμη και φυσιολογική τοποθέτηση του σώματος. Το 1 είναι οι αργές κινήσεις και το 2 είναι η έντονη δραστηριότητα με μεγάλες αντανakλαστικές

αντιδράσεις. Στην άμυνα το 0 συμβολίζει την ήρεμη στάση, το 1 είναι ο διαχωρισμός των άκρων μεταξύ τους και το 2 δίνεται όταν υπάρχει ακινησία. Η φυσιολογία I που είναι τα ζωτικά σημεία το 0 αντιπροσωπεύει τα φυσιολογικά επίπεδα και τιμές χωρίς καμία αλλαγή το 1 δίνεται εάν υπάρχει συστολική πίεση πάνω από 20mmHg και ο ρυθμός είναι πάνω από 20 φορές το λεπτό. Το 2 αν υπάρχει συστολική πίεση πάνω από 30mmHg και ο ρυθμός πάνω από 30 φορές το λεπτό. Στην φυσιολογία II το 0 αντιπροσωπεύει τα φυσιολογικά επίπεδα αναπνοών. Το 1 αν υπάρχει μεγαλύτερη από 10 τοις εκατό ή μειωμένη 5 τοις εκατό αναπνευστική παροχή.^{44,45,46}

TABLE 1.
Adult Nonverbal Pain Scale (NVPS)

Category	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Seeking attention through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of the body	Splinting areas of the body, tense	Rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Baseline vital signs unchanged	Change in any of the following: <ul style="list-style-type: none"> • SBP > 20 mm Hg • TPR > 20/min 	Change in any of the following: <ul style="list-style-type: none"> • SBP > 30 mm Hg • TPR > 25/min
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ synchronous with ventilator	RR > 10 above baseline, or 5% decrease SpO ₂ , or mild asynchrony with ventilator	RR > 20 above baseline, or 10% decrease SpO ₂ , or severe asynchrony with ventilator

From Colner, M., Wagner, D., Fickelme, N., Steinmetz, A., & Ingozell, G. (2008). Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 22(6), 235.

Εικόνα 6: Η κλίμακα NVPS και η βαθμολογία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο Νοσηλευτής έχει να ανταποκριθεί σε ένα δύσκολο και απαιτητικό ρόλο όσον αφορά την φροντίδα του ασθενούς διότι τα προβλήματα και οι προκλήσεις που αναδύονται είναι πολλές. Ένα από αυτά είναι και ο πόνος.

Ο πόνος υπάρχει από την στιγμή που ο ασθενής θα τον αναφέρει. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής πρέπει να αφουγκράζεται και να λαμβάνει υπόψη όσα λέγονται από τον ασθενή. Οφείλει να παρατηρεί και να βρίσκεται σε ετοιμότητα. Έτσι, ο Νοσηλευτής είναι απαραίτητο να διαθέτει εμπειρία και κλινική γνώση.

61 ΩΣ ΔΙΑΥΛΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ⁴⁸

Οι Νοσηλευτές σε μεγάλο βαθμό είναι αυτοί που οδηγούν τους ασθενείς στο να εκφράσουν τον πόνο που αισθάνονται. Όχι μόνο επειδή δαπανούν τον περισσότερο χρόνο με τον ασθενή σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά επειδή οι Νοσηλευτές αποτελούν τους κύριους εκπαιδευτές των ασθενών.

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή της φροντίδας του ασθενούς. Για την επίτευξη αυτών των στόχων είναι σημαντική η επικοινωνία. Ο νοσηλευτής επικεντρώνεται να διαμορφωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας. Θα πρέπει να είναι ικανός να αποκωδικοποιήσει τα μηνύματα και να τα μεταφέρει σωστά στον ασθενή και να αναγνωρίσει όλες τις μορφές επικοινωνίας. Τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική επικοινωνία αποτελούν την βάση για τον επαγγελματία νοσηλευτή, διότι είναι αυτός που έρχεται σε συχνότερη επαφή ο ασθενής. Είναι αυτός που θα επεξηγήσει, θα βοηθήσει και θα κατευθύνει.

Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί την κατανόηση του ασθενούς και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα την ειλικρινή πρόθεση του Νοσηλευτή να καταλάβει τι αφορά τον ασθενή. Η κατανόηση του ασθενούς μόνο δεν επαρκεί, αλλά ο Νοσηλευτής πρέπει επίσης να μεταφέρει το μήνυμα ότι είναι κατανοητό και αποδεκτό. Είναι

μια αντανάκλαση της γνώσης των συμμετεχόντων, του τρόπου σκέψης και της αίσθησης και των δυνατοτήτων τους.

62 ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ

Η αγωγή της υγείας ορίζεται ως <<η μετάδοση πληροφοριών που αφορούν την υγεία>>. Δηλαδή έχει ως στόχο να προάγει την υγεία, να μεταδώσει τις πληροφορίες στο άτομο και να τον καταστήσει υπεύθυνο για την αυτοφροντίδα του. Αποτελεί λοιπόν μια εκπαιδευτική διαδικασία την οποία ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει.⁴⁸

Ο Νοσηλευτής λοιπόν έχει να ανταποκριθεί σε διαφορετικούς ρόλους στην ζωή του ασθενούς διότι αποτελεί πηγή ανακούφισης και πληροφοριών στις δύσκολες στιγμές. Γι' αυτό το λόγο οφείλει να προσφέρει έγκυρη πληροφόρηση και ορθή εκπαίδευσή. Πρέπει να διαθέτει γενικές γνώσεις και επικοινωνιακές δεξιότητες. Αυτά πρέπει να αποτελούν βασικές γνώσεις για τον νοσηλευτή. Είναι αυτός που θα εκπαιδεύσει τον ασθενή για την ασθένεια του, για την θεραπεία του, για την αποκατάσταση του. Αυτός που θα τον υποστηρίξει ψυχολογικά και θα τον συμβουλέψει. Η διδασκαλία του ασθενούς είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί όχι μόνο στα νοσοκομεία αλλά και στο σπίτι, στο σχολείο και στο γηροκομείο.

Όπως αναφέρει η Florence Nightgale η οποία οραματίστηκε ένα διαφορετικό μέλλον των Νοσηλευτών για την εποχή της αναφέρει ότι η εκπαίδευση γίνεται για να εκπαιδεύσει τον Νοσηλευτή να παρατηρεί, να κατανοεί, να ξέρει ακριβώς τι πρέπει να κάνει, τι ακριβώς πρέπει να πεί σε θέματα που αφορούν την ζωή και τον θάνατο, την υγεία και την ασθένεια. Η εκπαίδευση είναι εκεί για να δώσει την δυνατότητα στον Νοσηλευτή να εφαρμόζει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις αρχές φροντίδας που του δίνονται χωρίς να λειτουργεί ως μηχανή αλλά ως άνθρωπος, ως ένα υπεύθυνο και σκεπτόμενο άτομο.⁴⁹

63 ΩΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΗΣ⁴⁹

Η πρωταρχική δέσμευση του Νοσηλευτή είναι η υγεία και η ασφάλεια του ασθενούς. Έτσι λοιπόν η γνώση για την αξιολόγηση του πόνου και η γνώση του προτύπου φροντίδας για τη

διαχείριση του πόνου αποτελούν απαραίτητα εφόδια τα οποία ενισχύουν την ικανότητα του Νοσηλευτή να υλοποιεί την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου για κάθε ασθενή. Εκτός από αυτές τις γνώσεις ο Νοσηλευτής για να κάνει ορθή διαχείριση του πόνου πρέπει να ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές και τα πρότυπα διαχείρισης πόνου τα οποία έχουν εξεταστεί για την ορθότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

Επίσης ως υποστηρικτής των ασθενών ο Νοσηλευτής εύλογα αξιοποιεί κάθε δυνατό μέσο για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο και από τις συνέπειες που φέρνει. Για να μπορέσει λοιπόν να γίνει αυτό η συνεργασία με εξειδικευμένα άτομα πάνω στην διαχείριση του πόνου είναι σημαντική. Αυτοί μπορεί να είναι Ιατροί, Φυσικοθεραπευτές, Βελονιστές με τους οποίους είναι δυνατό να εξασφαλίσουν ένα αποτελεσματικό διεπιστημονικό σχέδιο θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου σε κάθε ασθενή που από μόνοι τους ίσως δεν θα τα κατάφερναν.⁵⁰

Ο Νοσηλευτής οφείλει να υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών όταν αυτά καταπατώνται κυρίως όσον αφορά την διαχείριση του πόνου. Όταν οι πολιτικές και πρακτικές των οργανισμών είναι ανίκανες να προσφέρουν μια αποτελεσματική διαχείριση και αξιολόγηση του πόνου ο Νοσηλευτής έρχεται να προασπίσει τα δικαιώματα των ασθενών και να εξασφαλίσει ότι οι ανάγκες τους θα ληφθούν υπόψη.

64 ΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ⁵¹

Το να είσαι Νοσηλευτής σημαίνει πολλά πράγματα σε πολλούς ανθρώπους. Αλλά ένα από τα βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής είναι η πλήρης αξιολόγηση του ασθενούς. Μια πλήρης αξιολόγηση αναφέρεται στην φυσική εξέταση ή στην γενική αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά της κατανόησης των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενούς

Η αξιολόγηση αποτελεί βασική συνιστώσα της νοσηλευτικής πρακτικής που απαιτείται για τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια. Έτσι λοιπόν, βασικές δεξιότητες του Νοσηλευτή θα πρέπει να είναι η αξιολόγηση και η παρατηρητικότητα. Ο Νοσηλευτής δηλαδή αναλαμβάνει το ρόλο του αξιολογητή και παρατηρητή.⁵⁰

Προκειμένου να ανταποκριθεί στον ρόλο αυτό ο Νοσηλευτής δύναται να εφαρμόσει δύο τρόπους αξιολόγησης ανάλογα την περίπτωση. Όσον αφορά την φυσική εξέταση υπάρχουν

μερικά είδη εκτιμήσεων που μπορούν να γίνουν, λέει ο Zuccherο και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:⁵²

- *Η πλήρης αξιολόγηση της υγείας.* Αυτή είναι μια λεπτομερής εξέταση που περιλαμβάνει ένα αναλυτικό ιστορικό υγείας του ασθενούς και μια γενική φυσική εξέταση όλου του σώματος. Αυτός ο τύπος αξιολόγησης μπορεί να ληφθεί από τους Νοσηλευτές σε διαφορετικούς χώρους όπως νοσοκομεία, κέντρα υγείας, γηροκομεία, σχολεία ή σε μονάδες κοινοτικής περίθαλψης.
- *Η αξιολόγηση που εστιάζεται σε προβλήματα.* Είναι μια αξιολόγηση που βασίζεται σε συγκεκριμένους στόχους φροντίδας. Για παράδειγμα, ένας Νοσηλευτής που εργάζεται στη ΜΕΘ και ένας Νοσηλευτής που εργάζεται σε γηροκομείο απευθύνονται σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών και στόχους νοσηλευτικής φροντίδας. Όπως και η αξιολόγηση του πόνου απαιτεί συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης.

Εκτός όμως από τον τύπο αξιολόγησης ο Νοσηλευτής χρειάζεται να ακολουθεί κάποια βήματα και τεχνικές για να πετύχει τον ρόλο του αξιολογητή και να διαθέτει τις κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις. Στις δεξιότητες αυτές περιλαμβάνονται τα εξής:

- Η λεπτομερής παρατήρηση. Αποτελεί απαραίτητο στοιχείο και πολλές φορές κρίσιμο για την πορεία της ανάρρωσης του ασθενούς. Αν δεν ληφθούν υπόψη οι αλλαγές που συμβαίνουν αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ασθενή. Η δυνατότητα αναγνώρισης των αναγκών είναι σημαντική για την στοχευμένη φροντίδα. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής πρέπει να προσέχει αυτά που του αναφέρει ο ασθενής είτε τα εκφράζει λεκτικά είτε τα εκφράζει με κινήσεις του σώματος όπως γκριμάτσες, αποφυγή οπτικής επαφής, νευρικές κινήσεις. Ακόμα μερικά παραδείγματα σημαντικών ανωμαλιών που πρέπει να αξιολογούνται είναι οι μεταβολές στον φυσιολογικό αναπνευστικό ρυθμό που υποδεικνύουν αναπνευστική δυσχέρεια ή η αλλαγή στο χρώμα του δέρματος όπως αναιμία ή ίκτερο που συνήθως υποδεικνύει ηπατικά προβλήματα.⁴⁸
- Η κλινική αιτιολόγηση. Ο Νοσηλευτής καταγράφει, αξιολογεί και επεξεργάζεται τις πληροφορίες ώστε να τις συνδυάσει και να βγάλει τα κατάλληλα συμπεράσματα. Για παράδειγμα στην περίπτωση του πόνου οι δόσεις και η ποσότητα των αναλγητικών δεν αποτελούν την μοναδική συνιστώσα για την μείωση ή την αύξηση της έντασης ή

της ποιότητας του πόνου. Πρέπει να αξιολογούνται το κοινωνικό, το πολιτιστικό επίπεδο του ασθενούς, το ατομικό ιστορικό και η οικονομική δυνατότητα ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα η θεραπευτική προσέγγιση.

- Η ανάλογη θεωρητική γνώση. Οι θεωρητικές γνώσεις είναι απαραίτητες προκειμένου ο νοσηλευτής να κατανοεί τη φύση των κλινικών σημείων, την ίδια τη νόσο καθώς και τις φυσικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών της. Οι κυριότερες περιοχές που απαιτούν ενδελεχή αξιολόγηση είναι: Το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το γεννητικό, το μυοσκελετικό, το νευρικό σύστημα, το διανοητικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, πνευματικό, πολιτισμικό επίπεδο του αρρώστου, το οικογενειακό ιστορικό και οι παράγοντες κινδύνου.⁴⁹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΠΟΝΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Μια γυναίκα ηλικίας 45 ετών παρουσιάζεται στα επείγοντα με έντονους πόνους στις αρθρώσεις. Ο σύζυγος της ασθενούς είναι μαζί της. Ο σύζυγος είχε αναφέρει στον γιατρό της συζύγου του ότι αισθάνεται πόνο και πρήξιμο στις αρθρώσεις τα οποία την εμποδίζουν να πραγματοποιήσει τις καθημερινές δραστηριότητες της. Βιώνει αυξημένη δυσκαμψία το πρωί και δυσκολία στο να δέσει ακόμη και τα παπούτσια της. Είχε επίσης δυσκολία να στέκεται για μεγάλες περιόδους στην εργασία ή στο σπίτι λόγω του έντονου πόνου τόσο στα πόδια όσο και στους αστραγάλους. Άρχισε να παίρνει ιβουπροφαίνη 800 mg 3 φορές την ημέρα και βρήκε ότι την βοήθησε να περάσει την ημέρα της με λιγότερο πόνο και δυσκαμψία.

Ο γιατρός συζήτησε την πιθανότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις και έτσι διαγνώσθηκε ότι πάσχει από αυτή την νόσο. Οι εξετάσεις αίματος αποκάλυψαν θετικό ρευματοειδή παράγοντα, αντισώματα CCP αυξημένο ESR(123) και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Επίσης έγινε μια λεπτομερής φυσική εξέταση ήταν όλων των αρθρώσεων, πολλές από τις οποίες είχαν μεγάλη ευαισθησία στο άγγιγμα και είχαν οιδήματα. Η βαθμολογία Rapid 3 ήταν 21,8, συνεπώς με σοβαρή εξασθένηση και σημαντική παρουσία της ασθένειας. Αρχικά δόθηκε φαρμακευτική αγωγή με μη στεροειδή-αντιφλεγμονώδη φάρμακα για ένα μήνα. Όμως η ασθενής συνέχισε να αισθάνεται εντονότερο πόνο και δεν υπήρξε καμία βελτίωση.

Ατομικό ιστορικό

Δεν είχε καπνίσει ποτέ και δεν έπινε αλκοόλ. Ζεί με το σύζυγό της και την κόρη της και ήταν ενεργή μέχρι την τρέχουσα ασθένεια της. Δεν είχε αντιμετωπίσει ξανά πόνο στις αρθρώσεις ή κάποια ενόχληση.

Υπέρταση για ένα έτος.

Γαστρίτιδα.

Σοβαρό άγχος που αντιμετωπίζεται με χρόνιες βενζοδιαζεπίνες λόγω της εργασίας.

Οικογενειακό ιστορικό

Αρνητικό για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ή τις νόσους του συνδετικού ιστού.

Αλλεργίες

Ασπιρίνη

Νοσηλευτική διεργασία ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΑΝΑΓΚΕΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Οξύς πόνος λόγω της ρευματοειδούς αρθρίτιδας	Αναφορά του πόνου Συμμετοχή στην φαρμακολογική σύσταση Επίδειξη χαλάρωσης και ανακούφισης του πόνου	Καταγραφή αναφερόμενου πόνου Εκτίμηση της έντασης και της ποιότητας του πόνου. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής Εφαρμογή ζεστών κομπρεσών στις πάσχουσες αρθρώσεις. Επεξήγηση των κλιμάκων αξιολόγησης του πόνου.	Ο πόνος εκτιμήθηκε 8/10 από την υπόδειξη του ασθενούς Τοποθετήθηκε το πάσχον μέρος σε ανάρροπη θέση. Τέθηκε σε συστηματική αγωγή. 1. Arcoxia 1x1 peros 2. 1amp Romidon IM επί έντονου πόνου.	Ο πόνος υποχώρησε. Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.

<p>Διαταραχές ύπνου λόγω της δυσκαμψίας των αρθρώσεων και του πόνου</p>	<p>Αποκατάσταση του ύπνου.</p>	<p>Υποστήριξη των αρθρώσεων με μαξιλάρια ειδικά αφρολέξ.</p> <p>Τοποθέτηση στρώματος αέρος</p> <p>Υπόδειξη τεχνικών χαλάρωσης.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.</p>	<p>Η ασθενής με εφάρμοσε τις οδηγίες που της δόθηκαν.</p>	<p>Η ασθενής είναι περισσότερο ευδιάθετη και ξεκούραστη.</p> <p>Βελτιώθηκε ο ύπνος της</p>
--	--------------------------------	--	---	--

<p>Κινητικές δυσκολίες λόγω του πόνου</p>	<p>Ανακούφιση του πόνου</p> <p>Αποκατάσταση της κινητικότητας</p> <p>Να εκτελεί παθητικές και κινητικές κινήσεις των άκρων.</p>	<p>Συνεχής αξιολόγηση του βαθμού φλεγμονής στις αρθρώσεις.</p> <p>Προαγωγή ξέκούρασης και ανάπαυσης.</p> <p>Σχεδιασμός ενός προγράμματος ασκήσεων με παθητικές και ισομετρικές ασκήσεις σε συνεργασία με την φυσιοθεραπευτή.</p> <p>Διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος.</p> <p>Συνεχής αλλαγή θέσεως κατά την ανάπαυση.</p> <p>Εφαρμογή μέτρων ασφάλειας του ασθενούς λόγω αδυναμίας</p>	<p>Εφαρμόστηκε το πρόγραμμα ασκήσεων</p> <p>Δόθηκε υποστηρικτική ράβδος λόγω της αδυναμίας.</p>	<p>Άρχισε να χειρίζεται πιο αποτελεσματικά τον πόνο.</p> <p>Μπορεί να πραγματοποιήσει δραστηριότητες αυτοφροντίδας σε ικανοποιητικό επίπεδο.</p> <p>Βελτιώθηκε η κινητικότητα και η δυσκαμψία της άρθρωσης.</p>
--	---	---	---	---

<p>Άγχος στρες λόγω του πόνου</p>	<p>Μείωση του άγχους και του στρες.</p>	<p>Ενθάρρυνση για επικοινωνία</p> <p>Επίγνωση και αποδοχή όλων των συναισθημάτων</p> <p>Ανάμειξη του ασθενούς στο σχεδιασμό της φροντίδας του.</p> <p>Παρατήρηση οποιασδήποτε παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς.</p> <p>Χορήγηση βενζοδιαζεπίνων.</p> <p>Συμμετοχή ψυχολόγου ή ψυχιάτρου.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή.</p> <p>Ακολούθησε τις συμβουλές της ψυχολόγου.</p>	<p>Εδειξε περισσότερη αυτοπεποίθηση στην αντιμετώπιση της ασθένειας</p>
---	---	---	--	---

<p>Ελλιπής δραστηριότητα λόγω του πόνου</p>	<p>Αύξηση κινητικότητας ασθενούς.</p> <p>Ολοκλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων σε ικανοποιητικό επίπεδο.</p>	<p>Διατήρηση κινητικότητας με προγράμματα ασκήσεων μερικές φορές την εβδομάδα.</p> <p>Έλεγχος για την ένταση πόνου.</p> <p>Προτροπή για συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες όπως ντύσιμο, προσωπική υγιεινή.</p> <p>Συμμετοχή φυσιοθεραπευτή για ανακούφιση των συμπτωμάτων.</p>	<p>Διατηρήθηκε η κινητικότητα.</p> <p>Πραγματοποιήθηκαν ασκήσεις καθημερινά</p> <p>Η ένταση του πόνου μειώθηκε από 8/10 στα 7/10.</p>	<p>Η εκπλήρωση δραστηριοτήτων ήταν επιτυχής.</p>
--	--	--	---	--

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Εισήλθε στο νοσοκομείο νεαρός με αυτισμό , 25 ετών με την συνοδεία της μητέρας του. Κατά την εισαγωγή η μητέρα του δήλωσε ότι ο ασθενής στο διάστημα των δύο εβδομάδων έχει έντονο κοιλιακό πόνο με αισθητή διάταση της κατώτερης κοιλιακής χώρας, αισθάνεται ναυτίες, κάνοντας πολλές φορές εμετό καθώς επίσης παρατηρήθηκαν πολλές διαρροϊκές κενώσεις. Στην τελευταία του κένωση παρατηρήθηκε μεγάλη περιεκτικότητα βλέννας και αίματος. Λήφθηκε το ιστορικό από τη μητέρα του καθώς ο ασθενής πάσχει από αυτισμό όπου υπάρχει η παντελής έλλειψη του προφορικού λόγου.

Έγιναν οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις με τη λήψη αίματος και κάνοντας εξέταση κοπράνων. Διαπιστώθηκε λοιπόν, βάση των αποτελεσμάτων, ότι ο δείκτης CEA (φυσιολογική τιμή 0 έως 3,5 μg/L) αποκαλύφθηκε αυξημένος με την τιμή 5mg /L. Επίσης ο δείκτης CA 19-9 (φυσιολογική τιμή 0-37 U/mL) ήταν αυξημένος με την τιμή 1,76 U/mL. Έγινε κλινική εξέταση από γιατρό παθολόγο και γαστρεντερολόγο. Πραγματοποιήθηκε κολονοσκόπηση. Έγινε η διάγνωση από τους ιατρούς ,ο ασθενής πάσχει από ca ειλεού.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στον χειρουργικό θάλαμο όπου συνέχεια είχε ο προεγχειρητικός έλεγχος .Πραγματοποιήθηκε ΗΚΓ, έγινε η λήψη ζωτικών σημείων και ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο. Αφαιρέθηκε το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου,ο ειλεός. Κατά την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο έγινε μετεγχειρητικός έλεγχος. Ο ασθενής λαμβάνει την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή και με οδηγίες των ιατρών γίνονται χημειοθεραπείες.

Ατομικό ιστορικό

Πάσχει από νευρολογική διαταραχή γνωστή ως αυτισμός.

Ζει με τη μητέρα του, δεν έχει αντιμετωπίσει ποτέ τέτοιου είδους πόνο.

Οικογενειακό ιστορικό

Διαγνώστηκε με καρκίνο του λεπτού εντέρου ο παππούς του νεαρού ασθενή επομένως υπήρχε κληρονομική προδιάθεση.

Νοσηλευτική διεργασία σε άτομο με Ca στον ειλεό

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΑΝΑΓΚΕΣ)	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Μετεγχειρητικός πόνος	<p>Ανακούφιση του πόνου.</p> <p>Συμμετοχή στην φαρμακολογική σύσταση.</p>	<p>Αξιολόγηση του πόνου σημειώνοντας την τοποθεσία, τα χαρακτηριστικά, την ένταση (κλίμακα 0-10).</p> <p>Παροχή μέτρων άνεσης, π.χ. φροντίδα στο στόμα, τρίψιμο της πλάτης, επανατοποθέτηση (χρησιμοποιήστε κατάλληλα μέτρα στήριξης ανάλογα με τις ανάγκες).</p> <p>Ενθάρρυνση για τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης, π.χ.,</p>	<p>Ο πόνος εκτιμήθηκε 7/10.</p> <p>Χορηγήθηκε η συνιστώσα φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Χορηγήθηκε επιπλέον αναλγητικό φάρμακο το βράδυ.</p> <p>Τέθηκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα των ασκήσεων</p>	<p>Ο πόνος υποχώρησε.</p> <p>Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>

		<p>καθοδηγούμενων εικόνων, απεικόνισης.</p> <p>Βοηθήστε με τις ασκήσεις ROM και ενθάρρυνση . Αποφύγετε την παρατεταμένη καθιστή θέση.</p> <p>Διερεύνηση και αναφορά για δυσκαμψία των κοιλιακών μυών.</p> <p>Χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής όπως υποδεικνύεται, π.χ. ναρκωτικά, αναλγητικά, .</p> <p>Παροχή λουτρών .</p> <p>Εφαρμογή και παρακολούθηση για τα αποτελέσματα της διαδερμικής μονάδας διέγερσης ηλεκτρικού νεύρου (TENS).</p>		
--	--	--	--	--

<p>Πόνος στην κοιλιακή χώρα λόγω δυσκοιλιότητας.</p>	<p>Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας</p>	<p>Καθημερινή καταγραφή βάρους και ηλεκτρολυτών</p> <p>Ενθάρρυνση για λήψη αρκετών υγρών(2 λίτρα την ημέρα νερό)</p> <p>Μικρά και συχνά γεύματα.</p> <p>Εφαρμογή υγιεινής διατροφής πλούσια σε φυτικές ίνες</p> <p>Χορήγηση υπακτικών</p>	<p>Έγινε έλεγχος των ηλεκτρολυτών και του βάρους</p> <p>Εφαρμόστηκε σωστή διατροφή</p>	<p>Η δυσκοιλιότητα περιορίστηκε</p>
<p>Διαταραχή ύπνου λόγω του πόνου.</p>	<p>Αποκατάσταση του χαμένου ύπνου.</p>	<p>Προσδιορισμός των συνηθειών ύπνου του ασθενούς,την ρουτίνα και τις αλλαγές.</p> <p>Παροχή μέτρων άνεσης όπως ζεστό μπάνιο.</p> <p>Περιορισμός των θορύβων,των ήχων και των έντονων φώτων.</p> <p>Περιορισμός της πρόσληψης υγρών κατά τη διάρκεια της νύχτας.</p>	<p>Προσδιορίστηκε και αξιολογήθηκε η ρουτίνα του ύπνου.</p> <p>Εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης.</p> <p>Χορηγήθηκε αναλγητικό φάρμακο.</p>	<p>Ο ποιοτικός ύπνος του ασθενούς βελτιώθηκε</p>

		Χορήγηση αναλγητικών.		
Διαταραχή λεκτικής επικοινωνίας λόγω αυτισμού.	Αποτελεσματική επικοινωνία. Ανάπτυξη εμπιστοσύνης με τον ασθενή.	Αποφυγή ομιλίας με άλλους επαγγελματίες υγείας μπροστά στον ασθενή. Διατήρηση οπτικής επαφής. Αργή ομιλία. Κωδικοποίηση απλών ερωτήσεων. Ανάμειξη της οικογένειας. Δίνεται χρόνος στο άτομο να εκφραστεί.	Χρησιμοποιήθηκαν οι εναλλακτικοί μέθοδοι πχ:κάρτες με απαντήσεις όπως ναι, όχι,ίσως,κλίμακες πόνου με εικονίδια,με κωδικοποιημένες κινήσεις των χεριών.	Επιτεύχθηκε η επικοινωνία με την ασθενή μέσω μη λεκτικών δεικτών και μέσω της επικοινωνίας με την μητέρα.
Έλλειμμα αυτοφροντίδας λόγω του αυτισμού.	Η εκπλήρωση των καθημερινών αναγκών και δραστηριοτήτων	Ενθάρρυνση για την εκπλήρωση καθημερινών αναγκών όπως ντύσιμο,πλύσιμο δοντιών. Εφαρμογή ενός προγράμματος καθημερινών δραστηριοτήτων όπως ζωγραφική,περπάτημα,κολύμβηση. Προσέγγιση ατόμου μέσω της	Εφαρμόστηκε το πρόγραμμα των καθημερινών δραστηριοτήτων. Υπήρξε αρκετή εκπλήρωση των καθημερινών αναγκών. Δεν πραγματοποιήθηκαν όλες οι δραστηριότητες.	Επιτυχής μερική αυτοεξυπηρέτηση

		<p>έκφρασης.</p> <p>Παροχή ασφάλειας και εμπιστοσύνης στο παιδί.</p> <p>Ενημέρωση και καθοδήγηση των γονέων για την αυτοφροντίδα του παιδιού.</p> <p>Να δίνεται χρόνος στο παιδί να εκπληρώσει τις ανάγκες.</p> <p>Διατήρηση μιας τακτικής και προβλέψιμη καθημερινής ρουτίνας Προετοιμάστε το παιδί για αλλαγές ρουτίνας.</p>		
--	--	--	--	--

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Miller-Keane. Encyclopedia & Dictionary of Medicine, Nursing & Allied Health. 7th Edition. Philadelphia. PA: Saunders, Elsevier Inc. 2003.
2. Ορισμός του Πόνου του Ιατρικού Λεξικού.
<http://www.medicaldictionary.thefreedictionary.com>. [Τελευταία πρόσβαση Φεβρουάριος 2019]
3. Martin JB. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th Edition. McGraw-Hill. 2005.
4. Bennett CR. Monheim's local anesthesia and pain control in dental practice. 7η Edition. St. Louis, MO: C.V. Mosby. 1984.
5. B. Eliot Cole. Weiner's Pain Management: A Practical Guide for Clinicians. Hospital Physician. 2002.
6. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain . 2th Edition. Seattle. IASP. 1994
7. Thienhaus O, Cole BE. Weiner RS. Weiner's Pain Management: A Practical Guide for Clinicians. 6η Edition. Press CRC. New York .2002.
8. Turk DC, Okifuji A. Pain Terms and Taxonomies of Pain. Bonica. 3η Edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2001.
9. Vendsen KB. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. European Journal of Pain. 2005;9: 195-206
10. Nilesh B. Patel. Psychological factors of chronic pain. IASP. Seattle. 2010; p.13-17
11. Paul Arnstein, Clinical Coach for Effective Pain Management .FA Davis Co. Philadelphia. 2010.
12. Melzack, R., & Wall, P.D. The mechanisms of pain. A theory. Science. New York 1985. p. 150, 971-979.
13. Melzack, R., & Wall, P.D. The challenge of pain. Basic Books. New York. 1985. p.12
14. H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen, L.A. Rosseland, L. Romundstad, E.K. Breivik Hals, G. Kvarstein, A. Stubhaug. The assessment of pain. British journal of Anaesthesia.

2008;Volume 101,Issue 1, p.17-24

15. ForestTennant,The Physiologic Effects of Pain on the Endocrine System.Pain and Therapy, 2003;Volume 2,Issue 2, p. 75
16. Akil H, Shiomi H, Mathews J. Induction of the intermediate pituitary by stress: synthesis and release of a non-opioid form of B-endorphin. Science.1985;Volume 22, p.424–428.
17. Tennant F, Hermann L. Normalization of serum cortisol concentration with opioid treatment of severe chronic pain. Pain Med. 2002;Volume 3, p.132–134.
18. Tennant F. Complications of uncontrolled, persistent pain. Practical Pain Management 2004;4(1).p.11-14.
19. Tennant F. Complications of uncontrolled, persistent pain. Practical Pain Management 2004;4(1).p.11-14.
20. Tetzlaff E. John ,MD. Cardiovascular Consequences of Severe Acute Pain. Practical Pain Management. 2012;Volume 4, Issue 2, p.1-2
21. Forest Tennant, MD, DrPH .Treat the Pain. Save a Heart. Practical Pain Management. 2011.Volume 10, Issue 8
22. M. Catherine Bushnell, Marta Čeko & Lucie A. Low. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nature Reviews Neuroscience, 2013;Volume 14, p.502-510
23. Paymond Sinatra,MD,PhD.Τα αίτια και οι επιπτώσεις της ανεπαρκούς διαχείρισης του οξέος πόνου. Pain Medicine, 2010;Τομος 11,Τεύχος 12, σελ.1859-1871
24. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ.H συννοσηρότητα της χρόνιας άπνοιας με ιατρικά προβλήματα. Sleep. 2007;30 p.213–8
25. Patrick H. Finan, Ph.D., Burel R. Goodin, Ph.D., Michael T. Smith, The association of sleep and pain: An update and a path forward.Journal of Pain. 2013;Volume 14, Issue 12, p.1539–1552
26. Mathias Haefeli,Achim Elfering. The assessment of Pain. European Spinal Journal. 2006;Volume15. Issue 1. p:17-24
27. Stephen B. McMahon, Martin Koltzenburg, Irene Tracey, Dennis Turk PhD . Wall & Melzack's Textbook of Pain. Elsevier. 2013.
28. Μορφές Επικοινωνίας.

https://aetos.it.teithe.gr/~vkostogl/files/Dexiotites/new_2016/MORFES%20EPIKOINONIAS.pdf [Τελευταία πρόσβαση Δεκέμβριος 2018]

29. 3 Main Types of Communication. <https://degree.astate.edu/articles/undergraduate-studies/3-main-types-of-communication.aspx> [Τελευταία πρόσβαση Ιανουάριος 2019]
30. Παντελή Αγγελική, Κασίμης Κωνσταντίνος. Επικοινωνία και σύγχρονη επιχείρηση. Πτυχιακή εργασία. Μεσολόγγι. 1999.
31. Caruso R, Grassi L, Costantini A. Communication with patients suffering from serious physical illness. 2015; Issue 34, p.10-23
32. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Assessment of pain. The Australian Government-Department of health. 2013.
33. Merkel S, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, et al: The GLACC: A behavioural scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric nursing* .1997;23,p.293-797.
34. Garra G, Singer AJ, Domingo A, Thode HC Jr. The Wong-Baker pain FACES scale measures pain, not fear. 2013;(1),p.17-20.
35. Van Dijk, Monique PhD, RN; Peters, Jeroen W. B. PhD, RN; van Deventer, Patricia RN; Tibboel, Dick MD, PhD. Comfort behavioral scale : A tool for assessing pain and sedation in infants. *American Journal of Nursing*. 2005; Volume 105, Issue 20, p.33-36
36. Mathias Haefeli, Achim Elfering. The assessment of pain. *European Spinal Journal*, 2006; Volume 15, Issue 1, p.17-24
37. Gurumoorthi R, Das G, Gupta M, Patil V, Manojkumar S, Mehta P, Ray S. The art of history taking in patient with pain: An ignored but very important component in making diagnosis. *Indian J Pain* 2013;27,p.59-66
38. Raveen Kumar, Laxmi Tripathi. Challenges in pain assessment: Pain intensity scales. *Indian J Pain*, 2014, Volume 28, Issue 2, p.61-70
39. Breivik EK, Björnsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data, *Clin J Pain*. 2000; Volume 16, p.22-8
40. Hensen MP, Wittink HM, Carr DB. Pain assessment in clinical trials, *Pain Management: Evidence, Outcomes, and Quality of Life. A Sourcebook*. London Elsevier. 2008.
41. Muhammad, W., Derawad, RN., Mahmud Al-Hassami., Ali, M., Saleh, RN., Manal Al

- Sutari. Jordanian Patient Satisfaction with pain management . Pain Management Nursing. 2014;Volume15(1), p.116-23.
42. Deborah B. McGuire, PhD, RN, Karen Snow Kaiser, PhD, RN, Mary Ellen Haisfield-Wolfe, PhD, and Florence Iyamu, MS. Pain Assessment in Non-Communicative Adult Palliative Care Patients. Nursing Clinics of America, 2016; Volume 51, Issue 3, p.397-431
 43. Stites M. Observational pain scales in critically ill adults. Crit Care Nurse. 2013;33(3), p.68-78
 44. Keela Herr. Patrick J. Coyne. Tonya Key. Renee Manworren. Margo McCaffrey. Sandra Merkel. Jane Pelosi-Kelly. Lori Wild. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations Pain Management Nursing, 2006; Volume 7, No 2, p.44-52
 45. Herr K, Coyne PJ, McCaffrey M, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nurs. 2011;12(4),p.230–250
 46. Wysong PR. Nurses' beliefs and self-reported practices to pain assessment in nonverbal patients. Pain Manag Nurs. 2014;15(1),p.176–185
 47. Stites M. Observational pain scales in critically ill adults. Crit Care Nurs. 2013;33(3), p.68– 78.
 48. Rose L, Haslam L, Dale C, et al. Behavioral pain assessment tool for critically ill adults unable to self-report pain. Am J Crit Care. 2013;22(3), p.246–254
 49. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Ingersoll G. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. Dimens Crit Care Nurs. 2004;22(6), p. 260–267.
 50. Nonverbal Pain Scale (NVPS) for Nonverbal Patients. <https://www.mdcalc.com/nonverbal-pain-scale-nvps-nonverbal-patients> [Τελευταία πρόσβαση Δεκέμβριος 2018]
 51. Φουντάκη, Α., & Θεοφανίδης, Δ. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2012; Τόμος 11, Τεύχος 1, σελ: 503.
 52. Goode, Colleen J. "What Constitutes the "Evidence in Evidence-Based Practice?". Applied Nursing Research, 2008; Volume 13.No. 4. p. 222-225
 53. Δημήτριος Παπαγεωργίου. Η Νοσηλευτική Αξιολόγηση ως Απαραίτητο Στοιχείο της Φροντίδας του Αρρώστου. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 2013;52 (4): 363-366

54. Nursing assessment_ https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/nursing_assessment/#Introduction. [Τελευταία πρόσβαση Ιανουάριος 2019]
55. Jenner E.A. A case study analysis of nurse's roles in education and training needs associated with patient focused care. J Adv Nurs. 1998; 27:1087-1095

1.

2.

