



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η διαχείριση ασθενή με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου
από το Ιατρείο Πόνου και ο ρόλος του νοσηλευτή»**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής:

Ζιάγγας Χαράλαμπος, Νοσηλευτής Τ.Ε.
Νοσηλευτής στη Πυρηνική Κλινική του Π.Γ.Ν.Α.

Τριμελής επιτροπή:

Σγάντζος Μάρκος, Επίκουρος καθηγητής Ανατομίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Σταματίου Γεωργία, τ. Επίκουρη καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Σαπουνζτή-Κρέπια Δέσποινα, καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Frederick University of Cyprus

Λάρισα, 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**"The management patient with Lumbar Disc Herniation
the Pain Clinic and the role of the nurse"**

Copyright © 2014

Χάρης Ζιάγγας

All rights reserved

Στις κόρες μου
Μαρία και Αθανασία,
οι οποίες αν και με στερήθηκαν αρκετές ώρες
με στήριξαν στην όλη μου προσπάθεια,
χαρίζοντάς μου ένα πλατύ χαμόγελο και μια μεγάλη αγκαλιά!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη	7
Abstract.....	9
Πρόλογος.....	10
A' Μέρος: Γενικό.....	12
Κεφάλαιο 1^ο: Πόνος.....	13
1.1. Ορισμός και χαρακτηριστικά του πόνου.....	13
1.2. Ιστορική αναδρομή	14
1.3. Είδη πόνου.....	17
1.4. Όταν ο ασθενής πονά.....	20
1.5. Ο πόνος στα παιδιά.....	21
1.6. Αξιολόγηση του πόνου.....	23
Κεφάλαιο 2^ο: Ιατρείο πόνου.....	27
2.1. Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	27
2.2. Τι προσφέρουν.....	30
2.3. Το Ιατρείο Πόνου στο εξωτερικό.....	30
2.4. Προσέγγιση του ασθενούς από το Ιατρείο Πόνου.....	33
Κεφάλαιο 3^ο: Ασθενείς με κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου.....	35
3.1. Παθοφυσιολογία και χαρακτηριστικά γνωρίσματα ασθενών με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου.....	35
3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	37
3.3. Θεραπεία και αντιμετώπιση	38
Κεφάλαιο 4^ο: Νοσηλευτές.....	41
4.1. Ορισμός της νοσηλευτικής.....	41
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο νοσοκομείο.....	42
4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του πόνου.....	43
4.4. Ικανοποίηση του νοσηλευτή από την εργασία του.....	46

B' Μέρος: Ειδικό.....	50
Μεθοδολογία και σχεδιασμός ερευνητικής διαδικασίας.....	51
Υποενότητα Α': Ασθενείς με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου.....	52
Υποενότητα Β': Επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών και αξιολόγηση λειτουργίας του Ιατρείου Πόνου.....	65
Συζήτηση – Προτάσεις.....	140
Βιβλιογραφία.....	143
Παράρτημα.....	154
A. Σύνταξη λήψης ιστορικού υγείας σε ασθενή με πόνο από τον μεταπτυχιακό φοιτητή Χάρη Ζιάγγα.....	154
B. Χορήγηση άδειας για την διεξαγωγή έρευνας στα βιβλία μητρώων του Ιατρείου Πόνου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.....	165
Γ. Συνοδευτική επιστολή για την έρευνα στους νοσηλευτές.....	166
Δ. Κλίμακες μέτρησης και αξιολόγησης του πόνου.....	167

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η δημιουργία αυτής τη διπλωματικής δεν είναι αποτέλεσμα ενός μόνο ανθρώπου. Ολοκληρώνοντας, λοιπόν, τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στο Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ανθρώπους που με στήριξαν στην όλη μου προσπάθεια.

Τον επίκουρο καθηγητή Ανατομίας κο Σγάντζο Μάρκο και πρώτο επιβλέποντα, για τις συμβουλές και την υποστήριξή του κατά τη συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας. Κατά δεύτερον, τις δύο επιβλέπουσες καθηγήτριες κυρίες Σταματίου Γεωργία και Σαπουντζή-Κρέπια Δέσποινα που συνέβαλλαν με τις διορθώσεις και επισημάνσεις τους για βγει ένα καλό αποτέλεσμα.

Όλους τους συναδέλφους μου που εργάζονται σε Ιατρεία Πόνου και οι οποίοι προθυμοποιήθηκαν να με βοηθήσουν στο ερευνητικό κομμάτι συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την τεράστια υπομονή και τη συμπαράστασή της σε όλο το διάστημα των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος δεν αποτελεί πλέον σύμπτωμα αλλά είναι ο ίδιος μια νόσος, η οποία μπορεί να μειώσει την ικανότητα για εργασία, να περιορίσει την κοινωνική ζωή και να εμποδίσει ακόμα και βασικές λειτουργίες όπως ο ύπνος.

Ο χρόνιος πόνος είναι ο πιο επίπονος. Δεν υποχωρεί με συνήθεις θεραπείες, μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο από εξειδικευμένους επαγγελματίες και σε Ιατρεία Αντιμετώπισης Πόνου, τα οποία έχουν τις υποδομές για να εφαρμόσουν μια σειρά φαρμακευτικών, επεμβατικών και εναλλακτικών θεραπειών, καθώς και να προσφέρουν κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

Ο πόνος της Κήλης Μεσοσπονδυλίου Δίσκου (Κ.Μ.Δ.) είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζονται καθημερινά στα ιατρεία πόνου. Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των ασθενών με πόνο από κήλη Μεσοσπονδυλίου δίσκου διαδραματίζει και η νοσηλευτική υπηρεσία καθότι ουσιαστικά είναι παρούσα κατά τη διάρκεια όλης της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο νοσηλευτής είναι η πρώτη παρουσία της χορηγίας υπηρεσιών στην κατηγορία των πασχόντων με χρόνιο πόνο, με αποτέλεσμα να αποτελεί έναν σημαντικό κρίκο στη θεραπευτική αλυσίδα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας: Να μελετηθεί αφενός η συμβολή του Ιατρείου Αντιμετώπισης Χρόνιου Πόνου στη διαχείριση και στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών που πάσχουν από Κ.Μ.Δ. και αφετέρου να μετρηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευτών στο χώρο αυτό και να αξιολογηθεί η ύπαρξη του Ιατρείου Πόνου από την πλευρά τους.

Πληθυσμός μελέτης-μέθοδος: **Α' υποενότητα:** Αποτελεί μία αναδρομική μελέτη καταγραφής δεδομένων ασθενών με Κ.Μ.Δ., οι οποίοι επισκέφτηκαν το Ιατρείο Πόνου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας τη χρονική περίοδο 2007 - 2012. Οι πληροφορίες συλλέχτηκαν από τα βιβλία μητρώων του Ιατρείου Πόνου.

Β' υποενότητα: Αποτελεί μια μελέτη πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα καταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $\alpha=,05$. 123 νοσηλευτές σε 40 Ιατρεία Πόνου διαφορετικών νοσοκομείων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική ικανοποίηση στον χώρο εργασίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε τη χρονική περίοδο Μάιο-Σεπτέμβριο 2013.

Αποτελέσματα: **Α' υποενότητα:** Εμφάνιση Κ.Μ.Δ. περισσότερο στις γυναίκες. Ηλικία εμφάνισης είναι 40 ετών και πάνω. Μπορούν να βελτιωθούν σε διάστημα 1-6 μήνες. Συχνότερες ιατρικές πράξεις: συνταγογράφηση, επισκληρίδιος, οδηγίες.

Β' υποενότητα: Πλειοψηφία συμμετεχόντων οι γυναίκες (86,6%). Το 71,3% κάτοχος πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ. Υψηλότερες τιμές ικανοποίησης: σχέσεις με συναδέλφους και

προϊστάμενο, αντικείμενο εργασίας, ημέρες άδειας, ωράριο. Το 69,3% των Ιατρείων Πόνου δεν διαθέτουν δικό τους χώρο. Σημαντικά προβλήματα: έλλειψη ειδικοτήτων, υλικοτεχνικής υποδομής, μη αυτοδύναμη λειτουργία, μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη λειτουργία τους (82,6%).

Συμπεράσματα: Η λειτουργία του Ιατρείου Πόνου μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με Κ.Μ.Δ., βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής σε μεγάλο βαθμό τροποποιώντας τις συνήθειές τους.

Το κράτος, οφείλει να στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της υγείας χωρίς έκπτωση των πόρων και παροχών ενός Ιατρείου Πόνου, δημιουργώντας ένα περιβάλλον ελκυστικό για τον νοσηλευτή και ένα περιβάλλον που σέβεται τον ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: ιατρείο πόνου, νοσηλευτής, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, επαγγελματική ικανοποίηση, θεραπευτικές προσεγγίσεις

ABSTRACT

Pain is not any longer a symptom but a disease, which can reduce the ability to work, to reduce the social life and prevent even basic functions such as sleep.

Chronic pain is most painful. Not subsiding with standard treatments it can be managed only by qualified professionals in Pain Clinics. Pain clinics have the infrastructure to implement a number of pharmacological, invasive and alternative treatments, and offer appropriate psychological support. The lumbar disc herniation is one of the most frequent problems encountered daily in pain clinics. Integral part of the Pain Clinic is the nurse staff with a significant presence beside the patient throughout the treatment process.

The aim of this study: To show the potential role of Pain Clinic to the management of chronic pain and pain relief to patients suffering from lumbar disc herniation, the satisfaction degree of nurse staff in the workplace and how Pain Clinic staff assess their work.

Study sample-methods: First part: It is about a retrospective study of patients who suffered from lumbar disc herniation, and they visited the Pain Clinic of the University Hospital of Larissa in the period 2007-2012. The information collected by the registry books of Pain Clinic.

Second part: The study sample consisted of 123 nurses working in Pain clinics of 40 hospitals in Greece. Pain Clinics completed the questionnaire on job satisfaction in the workplace. The collection of data was completed through a questionnaire between May-September 2013. Statistical analysis was performed using the statistical package for the Social Sciences (SPSS) version 20. The level of statistical significance was set at $\alpha = .05$.

Results: First part: Lumbar disc herniation is more often in women. It occurs after age 40. Pain can be improved within 6 months. Pain management including: prescription of drugs, epidural injection of local anesthetics, instructions.

Second part: Majority of participants are women (86.6%). 71.3% of sample had Bachelor Degree / University. Higher satisfaction of sample is occurred in relationships with colleagues and supervisor, scope of work, days off and shifts schedule. 69.3% of pain clinics are a part of another clinic. Major problems: lack of consultants, logistics, a part of another clinic, non-possibility of prolonged hospitalization. Economical crisis has affected the smooth operation of pain clinics (82.6%).

Conclusions: Pain Clinic can help patients with lumbar disc herniation by improving the quality of life and modifying their daily habits.

The government should aim at the effectiveness of health system without a reduction of resources and benefits of a Pain Clinic, creating an attractive working place for nurse staff and patients.

Keywords: pain clinic, nurse, lumbar disc herniation, job satisfaction, therapeutic approaches

Ο πόνος αποτελεί μία κοινή εμπειρία που βιώνει το άτομο από την ώρα που έρχεται στον κόσμο. Οι ασθενείς που πονούν βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Μια από τις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης που ανήκει στις εκφυλιστικές ή μηχανικές παθήσεις είναι και η Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου.^[1] Η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.) αποτελεί την πιο συχνή αιτία οσφυαλγίας.^[2] Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι είναι από τα πιο ευπαθή και δομικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης. Αποτελούν ένα σημαντικό κρίκο στη σταθερότητα του σώματος, αλλά και την «Αχίλλειον πτέρνα» της ανθρώπινης σπονδυλικής στήλης. Η λειτουργία των δίσκων είναι σημαντική αφού οι άνθρωποι μπορούν να κάμπτουν τη σπονδυλική στήλη σε 3 κατευθύνσεις του χώρου. Βρίσκεται ανάμεσα σε δύο σπονδυλικά σώματα σχηματίζοντας μια «αμφιάρθρωση».^[3]

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την ανακούφιση του πόνου στο χώρο της υγείας διαδραματίζει το Ιατρείο Πόνου, όπου ο αγώνας ενάντια στον πόνο των ασθενών βρίσκεται στο επίκεντρο των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας.^[4] Ο καθένας έχει την εμπειρία του πόνου, είτε του βραχύβιου είτε του χρόνιου. Έτσι μπορεί να αντιληφθεί ο ειδικός πόσο ανυπόφορος και ενοχλητικός είναι ο πόνος για έναν ασθενή που έρχεται στο Ιατρείο Πόνου.^[5]

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών, οι οποίοι αποτελούν μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ενός Ιατρείου Πόνου και λειτουργούν και ως ενδιάμεσοι μεταξύ των ασθενών και των γιατρών.^[6] Για την καλύτερη παροχή των υπηρεσιών τους και για την καλή σωματική και ψυχική υγεία τους, σημαντικό ρόλο παίζει η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι νοσηλευτές από την εργασία τους (χώρος, συνεργασία, κράτος, εφόδια κ.α.).^[7]

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δείξει τη συμβολή του Ιατρείου Πόνου στη διαχείριση και στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών που πάσχουν από Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου, καθώς επίσης τον βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους και την αξιολόγηση του Ιατρείου Πόνου από την πλευρά τους.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνεται η θεωρητική υποστήριξη του θέματος μέσα από τη σχετική διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Στο ειδικό μέρος συμπεριλαμβάνονται η μεθοδολογία και ο σχεδιασμός, ο σκοπός, ο πληθυσμός μελέτης, η μέθοδος, τα αποτελέσματα των δύο ερευνών και η συζήτηση.

Συγκεκριμένα το γενικό μέρος χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται σε θέματα που αφορούν τον πόνο. Αναλύει εννοιολογικά το θέμα, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή, αναφέρει τα είδη του πόνου, τις συνέπειες που ο πόνος έχει στον ασθενή και στα παιδιά, και τέλος με ποιον τρόπο αξιολογείται ο πόνος. Ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο, όπου προσεγγίζεται το Ιατρείο Πόνου τόσο σε επίπεδο νομοθετικό, όσο

και λειτουργικό. Παρατίθενται στοιχεία και από τον εξωτερικό χώρο. Το τρίτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται τους ασθενείς με Κ.Μ.Δ.. Προσεγγίζεται το θέμα επιδημιολογικά, γίνεται αναφορά στην παθοφυσιολογία της Κ.Μ.Δ. και στον τρόπο που αντιμετωπίζεται και θεραπεύεται. Το τέταρτο κεφάλαιο κάνει αναφορά στον ρόλο του νοσηλευτή, στην αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και την επαγγελματική του ικανοποίηση από την εργασία του.

Το ειδικό μέρος χωρίζεται σε δύο υποενότητες. Η πρώτη διερευνά την συχνότητα των επισκέψεων και το είδος της θεραπευτικής διαδικασίας ασθενών με Κ.Μ.Δ.. Η δεύτερη διερευνά την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και η αξιολόγηση της λειτουργίας του ιατρικού πόνου από την πλευρά τους. Και στις δύο υποενότητες αναλύεται η μεθοδολογία, ο πληθυσμός στόχος της έρευνας, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συζητήσεων και των προτάσεων από τις έρευνες.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο κόσμος μας γεννήθηκε μέσα από πόνο. Είναι γεγονός ότι ο άνθρωπος ήρθε στη ζωή μετά από μία επίπονη διαδικασία, τη διαδικασία της γέννας. Όσο υπάρχει ζωή, θα υπάρχει και πόνος. Πόνος όχι μόνο σωματικός, αλλά και άλλου είδους. Πόνοι, οι οποίοι μπορεί να είναι και πιο επώδυνοι και άρρηκτα συνδεδεμένοι μεταξύ τους.

Ο πόνος είναι μήνυμα, μια προειδοποίηση για κάθε διαταραχή της υγείας. Και ο εγκέφαλός μας δέχεται πολλά τέτοια μηνύματα. Στο σώμα μας, λοιπόν, συμβαίνει καθημερινώς μια διαδικασία «αλληλογραφίας». Πολλοί φοβούνται τον πόνο, αφού το βίωμα του είναι δυσάρεστο, οδυνηρό και δοκιμάζει συνεχώς τις αντοχές και τα όρια του ανθρώπου. Όμως ο πόνος σκοπό έχει να ενημερώσει και να προστατεύσει. Αποτελεί αμυντικός μηχανισμός. Πρέπει, να μπορεί ο άνθρωπος να διαβάσει το μήνυμα του πόνου και να μην το κρύψει, γιατί έτσι αγνοεί την αιτία που προκάλεσε τον πόνο και αυτό μπορεί να έχει ακόμη μεγαλύτερες και επίπονες συνέπειες στο μέλλον. Όταν ένας άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με τον πόνο του, σκληραγωγείται, βρίσκει τρόπους για να τον απαλύνει και να ξεπεράσει τις δυσκολίες, δίνει χρόνο για περισυλλογή, επανεκτίμηση των αξιών και των προσωπικών πεποιθήσεων. Ο πόνος μεγαλώνει τις διαστάσεις της ψυχής.^[8] Από την πλευρά της θεολογίας, ο πόνος θεωρείται ως μέσο παιδαγωγίας και πνευματικής εγρήγορσης. Ο πιστός καλείται να μιμηθεί τον ίδιο το Χριστό και τους Αγίους της εκκλησίας. Οι πατέρες της εκκλησίας θεωρούν τον πόνο και την ασθένεια ως έκφραση της θείας πρόνοιας, σαν τρόπο παιδαγωγίας και ευλογίας για τον μεταπτωτικό άνθρωπο.^[9]

Σε αυτό το κεφάλαιο θα δοθεί ο ορισμός του πόνου, θα παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά του, πώς μετριέται η ένταση του και τι προκαλεί στον άνθρωπο. Επίσης, θα γίνει μια αναφορά στο πώς ερμηνευόταν ο πόνος μέσα στο πέρασμα του χρόνου.

1.1. Ορισμός και χαρακτηριστικά του πόνου

Η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα. Τι ακριβώς είναι ο πόνος είναι δύσκολο να καθοριστεί και αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μια προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό σύμπλεγμα «ερέθισμα-απάντηση».

Ο πόνος ορίζεται ως η «δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική ιστική καταστροφή ή που περιγράφεται σαν τέτοια». Αυτή είναι η επιστημονική έκφραση που χρησιμοποιείται από την Διεθνή Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP, 1979).^{[10],[11],[12],[13],[14],[15],[16]}

Στα Ομηρικά Έπη ο σωματικός και ο ψυχικός πόνος αναφέρονται με τις λέξεις: άλγος, κήδος, πένθος, οδύνη, πήμα, πάσχω, καθώς και λέξεις που αναφέρονται στο χαρακτήρα του πόνου όπως οξύς, πικρός. Η λέξη πόνος προέρχεται ετυμολογικά από το όνομα της θεάς Ποινής και από αυτή προήλθε και η αγγλική λέξη pain, διαμέσου του

λατινικού *roena* και του γαλλικού *reine*.^[17] Ο Αριστοτέλης όρισε τον πόνο ως «πάθος της ψυχής» και η σύγχρονη έρευνα και επιστήμη ως «ψυχοσωματική εμπειρία».

Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα, που αντιπροσωπεύει τη θλίψη και προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μιας πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης.^[18]

Ο Charles F. Illingworth γράφει «για τους φιλοσόφους ο πόνος είναι ένα μεταφυσικό πρόβλημα, για τους στωικούς είναι άσκηση, για τους μυστικιστές είναι έκσταση, για τους θρησκευόμενους μια ήπια οδύνη που φέρνει ζωή, για τους κλινικούς ένα σύμπτωμα που πρέπει να ελεγχθεί και μια αρρώστια που πρέπει να ανακουφιστεί». Από την διεθνή βιβλιογραφία η ποικιλία των θεωρητικών και λειτουργικών προσδιορισμών της έννοιας του φαινομένου του πόνου οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει δυσκολία στο να δοθεί ένας σαφής ορισμός.^[19]

Ο πόνος, αποτελείται από δύο συνιστώσες: την αισθητική και την συναισθηματική, οι οποίες βρίσκονται σε μια δυναμική σχέση μεταξύ τους και διαμορφώνονται και εκφράζονται ανάλογα με το άτομο, το περιβάλλον, το χώρο, το χρόνο, τη στιγμή. Είναι, λοιπόν, απόλυτα υποκειμενικός και είναι αυτός που το άτομο αισθάνεται και προσπαθεί λεκτικά και μη να τον εκφράσει. Κάθε ασθενής έχει διαφορετικό ουδό πόνου. Η ουδός εξαρτάται από γενετικούς, ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και άλλους παράγοντες. Ακόμη προηγούμενες εμπειρίες, η ηλικία, το φύλο, η φυλή αλλά και καταστάσεις στρες επηρεάζουν την αντίδραση ενός ατόμου στα αλγεινά ερεθίσματα.^{[5],[10],[20]}

Ο πόνος έχει χαρακτηριστεί σαν το 5^ο ζωτικό σημείο, μετά την αναπνοή, τον σφυγμό, την θερμοκρασία και την αρτηριακή πίεση.^{[21],[22]}

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Από την βιβλιογραφική έρευνα, παρατηρήθηκε ότι ο πόνος δεν απασχόλησε μόνο την σύγχρονη ιατρική. Πολλοί πολιτισμοί ασχολήθηκαν με την ανακούφιση του πόνου και τις αιτίες που τον προκαλούν.

Στους πρωτόγονους πολιτισμούς, ο πόνος ήταν δυνατόν να γίνει κατανοητός από τους ανθρώπους και να αντιμετωπισθεί μόνο όταν ήταν ορατός π.χ. τραύμα. Ο εσωτερικός πόνος ήταν ακατανόητος και είχε χρεωθεί στους θεούς. Γι' αυτό, αρχαίοι πολιτισμοί πίστευαν ότι ο πόνος και η νόσος είναι η τιμωρία των ανήθικων ανθρώπων από τους θεούς. Κάθε φορά που πονούσε κάποιος, προσπαθούσαν αν εξευμενίσουν τους θεούς με θυσίες ζώων ή διάφορα αντικείμενα που έκαναν θόρυβο (κουδούνια, κρόταλα), για να διώξουν τα κακά πνεύματα, τους δαίμονες του πόνου.

Οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν αναλγητικό φάρμακο, το όπιο, για τους πόνους ήταν οι Σουμέριοι το 5000 π.Χ. Γραπτές μαρτυρίες για τη χρήση του υπάρχουν στις σουμεριακές πινακίδες με την σφηνοειδή γραφή.

Πολλά χρόνια μετά οι Αιγύπτιοι το 1500 π.Χ. στον πάπυρο του Ebers περιγράφουν τις αναλγητικές και αντισπασμωδικές ιδιότητες του φλοιού της ιτιάς. Ο πάπυρος θεωρείται ο πιο ολοκληρωμένος και αποτελείται από 110 σελίδες με συνολικά 877 θεραπείες. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι ήταν πρωτοπόροι στην παθολογία. Ειδικεύονταν σε πολύχρονες σπουδές. Επίσης, χρησιμοποιούσαν τα ηλεκτρικά χέλια του Νείλου και τα τοποθετούσαν πάνω στις πληγές των ασθενών. Αυτό είχε καλά αποτελέσματα διότι και σήμερα χρησιμοποιούνται παρόμοιες τεχνικές, όπως η διαδερμική νευρική ηλεκτρική διέγερση ή TENS για την θεραπεία της οσφυαλγίας και των πόνων των αρθρώσεων.

Οι Έλληνες, στη μυθολογία δημιούργησαν την θεά Ποινή, η οποία σαν δαίμονας τιμωρούσε τους ανθρώπους που έκαναν μη ηθικές πράξεις. Στην Αρχαία ελληνική ιστορία, ο Κένταυρος Χείρωνας στο Πήλιο, ο πρώτος ιατροφαρμακοποιός βοτάνων, δίδαξε με τις γνώσεις του τον Ασκληπιό και τους γιούς του Μαχαών και Ποδαλείριου. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τα «οδυνήφατα φάρμακα», βότανα δηλαδή που σταματούν την οδύνη. Το 800 π.Χ. ο Όμηρος αναφέρει, ότι ο Τηλέμαχος λαμβάνει ένα φυτό, το όπιο, για να ξεφύγει από τα προβλήματα που του δημιουργούσαν οι μνηστήρες της μητέρας του και η απουσία του πατέρα του.

Το 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης χρησιμοποιεί σκόνη από τον φλοιό της ιτιάς και αφέψημα από τα φύλλα της για να αντιμετωπίσει διάφορους πόνους, το οποίο έμοιαζε με πρωτόγονη ασπιρίνη. Οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού μασούσαν φύλλα ιτιάς. Πίστευε ότι ο πόνος οφείλεται σε διαταραχή της ροής των διαφόρων χυμών, «ρευμάτων» που κυκλοφορούν μέσα στο σώμα. Από εκεί γεννήθηκε η λέξη ρευματολόγος, ο γιατρός που ασχολείται με τους πόνους που προκαλεί η διαταραχή των ρευμάτων του σώματος.^[23]

Ο μανδραγόρας, ένα φυτό με ανθρώπινη ρίζα και θρυλικές ιδιότητες, εικάζεται ότι προκαλούσε κατάσταση ύπνου με κόμα και από εκεί προήλθε η φράση «υπό μανδραγόρα καθεύδειν».

Επιπλέον, ο Διοσκουρίδης και ο Πλίνιος, ανέφεραν την «Λίθο της Μέμφιδος», μία λαμπερή πέτρα, η οποία όταν γινόταν σκόνη και διαλυόταν σε κάποιο υγρό έδιωχνε κάθε πόνο. Όταν η σκόνη γινόταν αλοιφή μπορούσε να αναισθητοποιήσει το σημείο που θα γινόταν κάποια επέμβαση. Ο Διοσκουρίδης το 80 μ.Χ. κατέγραψε σε πέντε τόμους την φαρμακολογία, στην οποία αναφέρει και τη σκόνη της ιτιάς σαν αναλγητικό φάρμακο.^[11]

Στον Μεσαίωνα έγινε χρήση δύο ειδών αναλγητικών φαρμάκων, τα φυτικά βότανα και τα μέταλλα. Το πιο γνωστό ήταν το Theriac, ένα μίγμα μελιού με 64 άλλες ουσίες, ανάμεσα στις οποίες και το όπιο, το οποίο από την μία ήταν αποτελεσματικό, αλλά και από την άλλη προκαλούσε μια θολούρα στον εγκέφαλο.

Την πρώτη επιστημονική προσέγγιση στο θέμα του πόνου έδωσε ο Rene Descartes το 1644 που ανέπτυξε την «θεωρία της εξειδίκευσης». Σύμφωνα με αυτή ο πόνος είναι μια διαφορετική αίσθηση από την αφή και τις άλλες αισθήσεις. Έχει τους δικούς του υποδοχείς

στην περιφέρεια, την δική του οδό μέσα στο νευρικό σύστημα και τη δική του θέση στον εγκέφαλο. Ο πόνος αποτελεί μια αίσθηση ανάλογη με την όραση ή την ακοή.^[24]

Από το 1700 αρχίζει η άνοιξη της φαρμακολογίας του πόνου. 100 χρόνια αργότερα, το 1800, οι γιατροί της εποχής χρησιμοποιούσαν την πιπεριά και άλλα φυτά σαν παυσίπονο στους πόνους των αρθρώσεων και των μυών. Ας συμπληρωθεί εδώ ότι από την εποχή των Μάγια η πιπεριά είχε χρησιμοποιηθεί σαν αναλγητικό σε οδοντικούς και άλλους πόνους. Στην Ευρώπη την πιπεριά την έφερε ο γιατρός του Κολόμβου. Το 1846 ξεκινά η χρήση των αναισθητικών για μικροεπεμβάσεις. Μέχρι τότε εφαρμοζόταν η ιταλική μέθοδος αναισθησίας, η οποία ήταν η τοποθέτηση μιας ξύλινης γαβάθας στο κεφάλι του ασθενούς, την οποία την κτυπούσαν μέχρι να πέσει ο ασθενής αναισθητος. Μια άλλη μέθοδος ήταν η ψηλάφηση των καρωτίδων. Η πρώτη που χρησιμοποίησε αναισθησία με χλωροφόρμιο για να αντέξει τους πόνους του τοκετού ήταν η βασίλισσα Βικτώρια της Αγγλίας.

Το 1886 ανακαλύφθηκε τυχαία η ακετανιρίδη, μια ισχυρά παυσίπονη και αντιπυρετική ουσία που ονομάστηκε Antifebrin. Το 1887 η γερμανική βιομηχανία χρωμάτων Bayer ανακάλυψε την φαινακετίνη, ισχυρή ουσία, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Το 1894 ο γερμανός φιλόσοφος Joseph von Mering ανακαλύπτει ένα νέο παυσίπονο και αντιπυρετικό φάρμακο, την παρακεταμόλη ή ακεταμινοφαίνη. Το 1897 η ίδια βιομηχανία συνέθεσε το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, την ασπιρίνη. Έτσι ξεκίνησαν να διαδίδονται τα αντιφλεγμονώδες και αντιπυρετικά φάρμακα που αποτελούν την ομάδα των μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φαρμάκων.

Το 1965 οι Ronald Melzack και Patrick Wall δημοσίευσαν στο περιοδικό Science το άρθρο “Pain Mechanisms: A New Theory” που περιέγραφε για πρώτη φορά την «θεωρία της πύλης». Σύμφωνα με αυτή υπάρχει πράγματι μια ξεχωριστή οδός στον νευρικό σύστημα για τον πόνο, αλλά δεν είναι τόσο απλή. Έχει πολλές και διαφορετικές συνάψεις που επιτρέπουν αφενός την ενημέρωση του εγκεφάλου για τον πόνο αλλά και την δυνατότητα του να επιδρά και να τον τροποποιεί σε ένταση και σε διάρκεια.^[25]

Σύμφωνα με τον William Osler (1849-1919) «όποιος γνωρίζει να αντιμετωπίζει τον πόνο, γνωρίζει ιατρική». Σύμφωνα με την ACPA (American Chronic Pain Association), η αντιμετώπιση του πόνου από τους γιατρούς θεωρείται βασικό ανθρώπινο δικαίωμα του ασθενούς.

Πολλά έχουν ακόμη αναφερθεί για τον πόνο, αφού η κατανόηση και η θεραπεία αποτελούσε πάντα έναν σημαντικό στόχο των ερευνητών. Δυστυχώς μαζί με τα επιστημονικά ευρήματα ο κόσμος ακόμη χρησιμοποιεί μαγνητικά βραχιόλια με ηλεκτρικές εκκενώσεις, πίνει Coca Cola. Υπάρχουν άνθρωποι που εκμεταλλεύονται τον ανθρώπινο πόνο και πλουτίζουν πουλώντας διάφορα παρασκευάσματα. Συνεχώς γίνεται επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας πιο αποδοτικών και λιγότερο τοξικών τρόπων ανακούφισης και θεραπείας του πόνου, όπως τα επιθέματα (patch).

1.3. Είδη πόνου

Ο πόνος μπορεί να διακριθεί σε κατηγορίες αναλόγως με τον μηχανισμό που τον διεγείρει, του σημείου του σώματος που επηρεάζεται από αυτόν και την διάρκειά του.^[26] Σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά, τα τέσσερα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα συστήματα ταξινόμησης αφορούν:

- τον **παθοφυσιολογικό μηχανισμό** του πόνου (ιδιοδεκτικός ή νευροπαθητικός πόνος),
- τη **διάρκεια** του πόνου (χρόνιος ή οξύς, παροξυσμικός πόνος),
- την **αιτιολογία** του (λόγω κακοήθειας ή μη κακοήθους κατάστασης),
- την **ανατομική εντόπιση** του πόνου.

Υπάρχουν δύο μείζονες κατηγορίες πόνου, ο ιδιοδεκτικός και ο νευροπαθητικός πόνος. Ο **ιδιοδεκτικός πόνος** εμφανίζεται όταν η ιστική βλάβη ενεργοποιεί ειδικούς υποδοχείς πόνου που καλούνται ιδιοδεκτικοί οι οποίοι είναι ευαίσθητοι σε δυσάρεστα ερεθίσματα (θερμότητα, κρύο, δόνηση, διάταση, καθώς και σε χημικές ουσίες που απελευθερώνονται από τους ιστούς ως απάντηση στην αποστέρηση οξυγόνου, τη λύση της συνέχειας ή τη φλεγμονή των ιστών). Ο τύπος αυτός πόνου μπορεί να υποδιαιρεθεί σε σωματικό και σπλαχνικό. Ο **σωματικός πόνος** προκαλείται από ενεργοποίηση ιδιοδεκτικών υποδοχέων είτε σε επιφανειακούς ιστούς (δέρμα, βλεννογόνος στόματος, μύτης, ουρήθρας, πρωκτού κ.λπ.) ή σε εν τω βάθει ιστούς (ο οστικός, αρθρικός, μυϊκός, ή ο συνδετικός ιστός).

Ο **σπλαχνικός πόνος** προκαλείται από την ενεργοποίηση ιδιοδεκτικών υποδοχέων που βρίσκονται στα σπλάχνα (τα εσωτερικά όργανα του σώματος που περιέχονται σε μια κοιλότητα, όπως είναι τα θωρακικά και τα κοιλιακά όργανα). Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω λοίμωξης, διάτασης από υγρό ή αέριο, έκτασης ή συμπίεσης, συνήθως από συμπαγείς όγκους.

Ο **νευροπαθητικός πόνος** προκαλείται από δομική βλάβη και δυσλειτουργία νευρικών κυττάρων στο περιφερικό ή το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Κάθε επεξεργασία που προκαλεί βλάβη στα νεύρα, όμως μεταβολικές, τραυματικές, λοιμώδεις, ισχαιμικές, τοξικές ή ανοσολογικά διαμεσολαβούμενες παθολογικές καταστάσεις, μπορεί να οδηγήσει σε νευροπαθητικό πόνο. Επιπλέον, ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να προκληθεί από συμπίεση νεύρων ή από ανώμαλη επεξεργασία των σημάτων πόνου από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι είτε περιφερικός (ως άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή νόσου που επιδρά στα περιφερικά νεύρα, το γάγγλιο οπίσθιας ρίζας ή την οπίσθια ρίζα του νωτιαίου μυελού), ή κεντρικός (ως άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή νόσου που επιδρά στο ΚΝΣ). Ωστόσο, η σαφής διάκριση δεν είναι πάντα δυνατή. Ο νευροπαθητικός πόνος δεν έχει παρά σπάνια μελετηθεί σε βρέφη, παιδιά και εφήβους.

Μεικτός πόνος λέγεται ο νευροπαθητικός πόνος που μπορεί να συνυπάρχει με ιδιοδεκτικό πόνο. Σε ορισμένες παθήσεις, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν μεικτό πόνο, αποτελούμενο από σωματική, σπλαχνική και νευροπαθητική συνιστώσα, εμφανιζόμενες ταυτόχρονα ή κάθε είδος χωριστά σε διαφορετικές περιστάσεις.^[27]

Ο **οξύς πόνος** είναι ο πόνος που προκαλείται από τραύμα ή χειρουργική επέμβαση, νόσο του δέρματος ή των εν τω βάθει ιστών ή από παθολογική λειτουργία των σπλάγγων. Οι αιτίες προκαλούν ιστική βλάβη που είναι αναστρέψιμη. Από βιολογική άποψη μπορεί να έχει προειδοποιητική, διαγνωστική και θεραπευτική αξία. Ο οξύς πόνος δεν διαρκεί πάνω από 3 μήνες, πληροφορεί το άτομο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η εμφάνιση του είναι συνήθως αιφνίδια και οι επώδυνες περιοχές μπορούν να αναγνωριστούν καλά. Συνοδεύεται από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος. Αν ο πόνος είναι έντονος ή μέτριος, έκδηλα φυσιολογικά και συμπεριφορικά σημεία βοηθούν στην εκτίμηση του. Ο αιφνίδιος έντονος πόνος ενεργοποιεί το νευρικό σύστημα και προκαλεί σημεία συμπαθητικής υπερδραστηριότητας, όπως ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαστολή κόρης, εφίδρωση και διέγερση της έκκρισης του μυελού των επινεφριδίων. Σε ορισμένες καταστάσεις, όπως ο έντονος σπλαχνικός αιφνίδιος πόνος μπορεί να προκαλέσει αγγειοδιαστολή, με επακόλουθη πτώση της αρτηριακής πίεσης και shock. Το άτομο επιζητά την ανακούφιση.

Ο **χρόνιος πόνος** είναι αυτός που διαρκεί περισσότερο από 3 ή 6 μήνες. Εμφανίζεται σε χρόνιες παθολογικές καταστάσεις και υποτροπιάζει. Η αιτία του ή είναι άγνωστη ή δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Μπορεί να είναι φλεγμονώδες ή νευροπαθητικής αιτιολογίας, αν και επικρατεί η άποψη ότι το 80% των περιπτώσεων είναι μικτός. Η αίσθηση του πόνου γίνεται διάχυτη και είναι δύσκολο το άτομο να εντοπίσει και να δείξει το σημείο που πονά. Ο χρόνιος πόνος είναι από τα πιο δύσκολα προβλήματα υγείας που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι γιατροί.^{[11],[16],[29],[30],[31]}

Υπάρχουν διάφοροι τύποι χρόνιου πόνου, ο **διαλείπων χρόνιος** συμβαίνει μόνο σε ορισμένες περιόδους (ημικρανία), ο **επίμονος** υπάρχει πάντοτε, αν και μπορεί να αυξομειώνεται σε ένταση.

Οι παραπάνω πόνοι ανήκουν στην ταξινομήση που αφορούν τη διάρκεια του πόνου. Επίσης, υπάρχουν και άλλα είδη. Αναφορικά υπάρχουν: **Επεισοδιακός ή υποτροπιάζων** είναι ο πόνος που παρουσιάζεται διαλειπόντως στη διάρκεια μιας μακράς περιόδου ενώ το παιδί ή ο ενήλικας μπορεί να μην πονά ανάμεσα σε κάθε επώδυνο επεισόδιο. Τα επώδυνα επεισόδια μπορεί συχνά να εμφανίζουν χρονική διακύμανση όσον αφορά την ένταση, την ποιότητα και τη συχνότητά τους και συνεπώς δεν είναι προβλέψιμα. Ο τύπος αυτός πόνου μπορεί να είναι δυσδιάκριτος από τον υποτροπιάζοντα οξύ πόνο. Ως **παροξυσμικός πόνος** χαρακτηρίζεται η παροδική αύξηση της σοβαρότητας του πόνου πάνω και πέραν του προϋπάρχοντος βασικού επιπέδου πόνου. Ο πόνος αυτός έχει συνήθως αιφνίδια έναρξη, είναι σοβαρός και βραχείας διάρκειας. Ο **περιστασιακός πόνος ή πόνος λόγω κίνησης** έχει μια ταυτοποιήσιμη αιτία. Ο πόνος αυτός μπορεί να προκαλείται από απλές κινήσεις, όπως το περπάτημα, ή από φυσικές κινήσεις που επιτείνουν τον πόνο, όπως η μεταφορά φορτίου, ο βήχας ή η ούρηση. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες μπορεί επίσης να προκαλέσουν τέτοιο πόνο. Ο **πόνος στο τέλος της δόσης** μπορεί να επέλθει όταν τα επίπεδα

στο αίμα του αναλγητικού φαρμάκου πέφτουν κάτω από το ελάχιστο όριο αποτελεσματικής αναλγητικής δράσης, προς το τέλος του μεσοδιαστήματος δύο δόσεων.^[27]

Στον ελλαδικό χώρο στα δεδομένα του 2010, το 1/3 των ατόμων με τον χρόνιο πόνο χρειάστηκε να περιμένει πάνω από ένα χρόνο για διάγνωση. Το 32% δήλωσε ότι η διαχείριση του πόνου τους δεν ήταν επαρκής. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ακριβή στατιστικά στοιχεία για τον επιπολασμό, όπως άλλωστε και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα ο χρόνιος πόνος επηρεάζει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.^[28]

Ο C rue (1983) ανέπτυξε μια ταξινόμηση του πόνου, αρχίζοντας από το σύντομο οξύ πόνο και τελειώνοντας με συνεχή ανίατο πόνο. Συγκεκριμένα:

- **Οξύς πόνος:** διαρκεί λίγες μέρες, προκαλείται από ιστική κάκωση και εξαλείφεται όταν απομακρυνθεί το αίτιο
- **Υποξύς:** διαρκεί μέρες ή και βδομάδες
- **Υποτροπιάζων οξύς πόνος:** έξαρση χρόνιου πόνου
- **Προοδευτικός πόνος καρκίνου:** προκαλείται από εξέλιξη της παθολογικής κατάστασης
- **Ανίατος καλοήθης πόνος:** ο πόνος είναι συνεχής, όμως τα άτομα μπορούν να ζήσουν μια δημιουργική και καλά ποιοτική ζωή
- **Ανίατος καλοήθης πόνος:** το άτομο είναι εντελώς ανίκανο εξαιτίας του συνεχούς πόνου.^{[11],[21]}

Τα κλινικά συμπτώματα των πόνων συνήθως είναι ανησυχία, αϋπνία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, ναυτία, έμετος, ανορεξία, βογκητά, φωνές, κραυγές, κλάμα, αλλαγή στην έκφραση του προσώπου, αλλαγή στη συμπεριφορά.^[31]

Η ανταπόκριση στον πόνο είναι καθαρά υποκειμενική. Επηρεάζεται και μεταβάλλεται όταν συνυπάρχουν παράγοντες όπως αϋπνία, κόπωση, άγχος, φόβος, θυμός, λύπη, μελαγχολία, αίσθημα ψυχικής απομόνωσης, προηγούμενες εμπειρίες.^[32]

Ο πόνος ανάλογα με την προέλευση του διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό. Ο **σωματικός** προέρχεται από το δέρμα, τον υποδόριο ιστό, τους μυς και τα οστά. Ο **σπλαχνικός** προέρχεται από τα σωματικά όργανα. Οι δύο αυτοί τύποι διαφέρουν σε ποιότητα, εντόπιση, αιτία και συνοδά συμπτώματα.

Ο **αναφερόμενος πόνος** είναι ο πόνος που γίνεται αισθητός σε μια περιοχή άλλη από εκείνη που ερεθίζεται. Συμβαίνει όταν ο πόνος δεν γίνεται αισθητός και εμφανίζεται συχνότερα σε βλάβη ή κάκωση των σπλάχνων και ο πόνος αναφέρεται σε δερματικές επιφάνειες. Η προέλευση του αναφερόμενου πόνου είναι σύνθετη και μη σαφώς κατανοητή.

Ο **σωματικός πόνος** είναι πιο συνηθισμένος. Ο **ψυχογενής πόνος** έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει πόνο όπου δεν υπάρχει οργανική παθολογία ή όπου ο πόνος φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ψυχολογική βάση από την οργανική. Ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι επηρεάζουν την έναρξη, ένταση, παροξύνσεις και διάρκεια του

πόνου. Ο πόνος για τον πάσχοντα είναι αληθινός, έστω και αν ο γιατρός αμφισβητεί την ύπαρξή του. Ψυχοσωματικός πόνος δεν σημαίνει και φανταστικός και οφείλει κανείς να δεχτεί ότι ο άρρωστος πονά. Η όποια αμφισβήτηση της αξιοπιστίας του ασθενή μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα και δεν διευκολύνει την αντιμετώπισή του.^{[11],[20]}

1.4. Όταν ο ασθενής πονά

Γίνεται σαφές ότι το άτομο που πονά ανεξαρτήτως έντασης και είδους, υποφέρει. Υποφέρει ο ίδιος, υποφέρει και το κοντινό του περιβάλλον. Οι ασθενείς που πονούν παρουσιάζουν μια πληθώρα από βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Είναι γεγονός ότι όταν νοσεί ένα άτομο, νοσεί όλη η οικογένεια. Ο πόνος μπορεί να έχει καταστροφική επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου.

Ο χρόνιος πόνος, δυστυχώς, είναι εκείνος που απαιτεί βαθύτερη εκτίμηση. Χαρακτηρίζεται, κυρίως, από ευερεθιστότητα, αϋπνία, απομόνωση, μείωση ενδιαφερόντων, απόσυρση από τη σεξουαλική ζωή. Η ζωή του ατόμου επικεντρώνεται στο βίωμα του πόνου, νιώθει ανίκανο και διακατέχεται από συναίσθημα απελπισίας, που μπορεί να οδηγήσει και σε κατάθλιψη. Ακόμη και η εξωτερική εμφάνιση μπορεί να επηρεαστεί, αφού παρατηρείται μειωμένη όρεξη για φαγητό ή έλλειψη ενδιαφέροντος για την εμφάνιση του. Πολλές φορές το άτομο επικεντρώνεται σε τρόπους απαλλαγής από αυτόν ζητώντας γνώμες από διάφορους ειδικούς και μη σπαταλώντας πολλά ψυχικά και οικονομικά αποθέματα.

Επιπροσθέτως, το άτομο αντιμετωπίζει σταδιακά δυσκολίες στην κινητικότητα του με αποτέλεσμα να παρατηρείται δυσχέρεια στην βάδιση, στο κράτημα ή κουβάλημα αντικειμένων, κακή προσωπική υγιεινή, δυσκοιλιότητα ή ακράτεια.^[33]

Ο χρόνιος πόνος, λοιπόν, έχει σαν συνέπεια μεγάλη οικονομική επιβάρυνση του ίδιου του ασθενή, της οικογένειάς του και του κράτους σε πολλούς τομείς όπως είναι το κόστος υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής αγωγής, απώλεια ωρών εργασίας και εισοδήματος, ελάττωση παραγωγικότητας.^[34]

Το άμεσο κόστος του χρόνιου πόνου στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικό. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή έκθεση από το Pain Proposal European για παράδειγμα, ο πόνος στην μέση αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας που επιβαρύνει το υγειονομικό σύστημα οικονομικά. Για παράδειγμα, το κόστος σε κάποιες χώρες ανέρχεται σε: €187εκατομμύρια για το Βέλγιο, \$368εκατομμύρια (€289.000.000) για τις Κάτω Χώρες, άνω του €1,6δισ για το Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με τα νέα στοιχεία της έρευνας στη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο: α) Τα άτομα με έντονο πόνο που επισκέφθηκαν επαγγελματίες υγείας τους τελευταίους έξι μήνες ανέρχονται σε μέσο όρο 13 φορές. β) Το 25% των ατόμων με σοβαρό πόνο είχε καλύψει ένα δωμάτιο έκτακτης ανάγκης κατά τους τελευταίους έξι μήνες και το 22% είχε νοσηλευτεί λόγω του πόνου του.^[35]

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα ιατρεία πόνου, τα οποία χρησιμοποιώντας μια ομαδική προσέγγιση στην παροχή φροντίδας σε ασθενή με χρόνιο πόνο μελετούν όχι μόνο τον πόνο, αλλά και την ποιότητα ζωής σε όλα τα επίπεδα μετά την εμφάνιση του πόνου. Η καταγραφή των πληροφοριών διαθέτουν δικό τους ιστορικό πόνο και ερωτηματολόγια. Πληροφορίες όπως δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία, ιστορικό του πόνου από τη στιγμή της εμφάνισής του, παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν τον πόνο, αποτελέσματα του πόνου στο τρόπο ζωής του ατόμου, αποτελέσματα του πόνου σε άλλα μέλη της οικογένειας, μέτρα ανακούφισης από τον πόνο, μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς για μια ολιστική προσέγγιση του πόνου, ώστε με τις κατάλληλες θεωρητικές προσεγγίσεις και τις κλινικές εφαρμογές να μπορέσουν τα άτομα που πονούν να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο της ποιότητας ζωής.^{[11],[36],[37]}

1.5. Ο πόνος στα παιδιά

Μια ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα είναι τα παιδιά. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας κλονίζονται στην εικόνα ενός παιδιού που πονά. Η μέτρηση του πόνου στα παιδιά έχει προχωρήσει σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία.^[38] Το 2012 εκδόθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις. Στον ορισμό του πόνου από τον Διεθνή Οργανισμό για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP), υπάρχει μια επιπλέον παρατήρηση που αφορά τον πόνο που βιώνεται από παιδιά: «Η αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας δεν αναιρεί την πιθανότητα ένα άτομο να βιώνει πόνο και να χρειάζεται κατάλληλη αναλγητική αγωγή. Ο πόνος είναι πάντοτε υποκειμενικός...».

Μερικές αιτίες επίμονου πόνου σε παιδιά μπορεί να οφείλονται: α) Σε χρόνιες παθήσεις, (αρθρίτιδα, δρεπανοκυτταρική αναιμία και ρευματολογικές παθήσεις), οι οποίες συνιστούν σημαντικές αιτίες μυοσκελετικού πόνου, καθώς και σε χρόνιες καταστάσεις (η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, που μπορεί να προκαλέσει υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος). β) Σε τραύμα –φυσικό, θερμικό, καθώς και ηλεκτρικές και χημικές βλάβες (π.χ. εγκαύματα) που οδηγούν, για παράδειγμα, σε πόνο «μέλους-φάντασμα» ή πόνο στην κατώτερη οσφυϊκή χώρα. γ) Σε απειλητικές για τη ζωή παθήσεις και την αντιμετώπισή τους, (ο ταυτόχρονα οξύς και χρόνιος πόνος στον καρκίνο και στο HIV/AIDS).

Σχετικά με την κλινική εξέταση στα παιδιά, η αρχική εκτίμηση του πόνου ενός παιδιού που αναφέρει πόνο ή εμφανίζει σημεία συμπεριφοράς ενδεικτικά πόνου, περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιστορικό πόνο, τη φυσική εξέταση, τη διάγνωση των αιτιών του πόνου καθώς και τη μέτρηση της σοβαρότητάς του, με χρήση ενός κατάλληλου για την ηλικία εργαλείου μέτρησης. Κατά την εκτίμηση του πόνου θα ληφθούν πληροφορίες για την εντόπιση, τη διάρκεια και τα χαρακτηριστικά του, καθώς και την επίπτωση του επίμονου

πόνου στις διάφορες πλευρές της ζωής του παιδιού, όπως τον ύπνο, τη συναισθηματική του κατάσταση, τις σχέσεις του, την ανάπτυξη και τη φυσιολογική του λειτουργικότητα. Μετά την εκτίμηση αυτή, μπορεί να καταρτισθεί ένα λεπτομερές πλάνο αντιμετώπισης του πόνου, με συνδυασμό φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, το οποίο θα εφαρμοστεί από κοινού με τον κύριο φροντιστή του παιδιού.

Η έκφραση του πόνου εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, την γνωστική του ανάπτυξη και το κοινωνικοπολιτισμικό του πλαίσιο. Τα παιδιά σε οποιαδήποτε ηλικία μπορούν να αρνηθούν ότι πονούν, αν ο ερωτών είναι ξένος, εάν θεωρούν ότι πρέπει να δείχνουν γενναιότητα, εάν φοβούνται. Τα μικρά παιδιά συνήθως χρησιμοποιούν απλές λέξεις που μαθαίνουν από τους γονείς τους για την έκφραση του πόνου (όπως «ωχ») και μπορεί να δείχνουν το μέρος του σώματος στο οποίο αισθάνονται τον πόνο. Η ικανότητα των παιδιών να δηλώσουν την παρουσία του πόνου λεκτικά αναδύεται μεταξύ 2 και 4 ετών. Σταδιακά, μαθαίνουν να διακρίνουν τρία επίπεδα πόνου, όπως «λίγο», «αρκετά» και «πολύ». Ως την ηλικία των 5 ετών τα παιδιά μπορούν να περιγράψουν τον πόνο και να καθορίσουν την έντασή του. Στα 6 χρόνια, μπορούν να διαφοροποιήσουν σαφώς τα επίπεδα της έντασης του πόνου. Τα παιδιά από 7 έως 10 ετών μπορούν να εξηγήσουν και γιατί πονούν. Σε παιδιά που δεν μπορούν να μιλήσουν, η αναφορά του πόνου βασίζεται στους γονείς και/ή τους φροντιστές τους. Η παρατήρηση της συμπεριφοράς σε σχέση με τον πόνο αποτελεί αξιόπιστη προσέγγιση για την εκτίμηση του πόνου σε παιδιά κάτω των τριών ετών, καθώς και σε παιδιά με περιορισμένες λεκτικές και γνωστικές ικανότητες. Αφορά κυρίως τον οξύ πόνο και μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική για τη μέτρηση της μεγαλύτερης διάρκειας του πόνου.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αξιολογήσει ο επαγγελματίας την ένταση του πόνου. Πέρα από τις κλίμακες, ο καρδιακός ρυθμός είναι ένας εύκολος και γενικά σύντομος τρόπος να δει ότι το παιδί πονά. Επίσης, τα ημερολόγια (rain diaries) και τα φύλλα καταγραφής του πόνου (rain flow sheets) είναι δύο τρόποι για να αξιολογούν τον πόνο. Οι γονείς ή τα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιούν ημερολόγια πόνου για την καταγραφή του πόνου τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα, σε μια σειρά ημερών. Τα rain flow sheets χρησιμοποιούνται για την καταγραφή του πόνου συνήθως στην κλινική ή του νοσοκομείου. Ένα διάγραμμα ροής του πόνου μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα με την αύξηση αναλγητικού, θα πρέπει υπόκειται σε τακτικό έλεγχο, με σκοπό να διασφαλίζεται η σωστή μέτρηση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου.

Στον οδηγό γίνεται αναφορά στη χρήση εργαλείων μέτρησης, στον καθορισμό κριτηρίων και στην επιλογή ενός εργαλείου μέτρησης πόνου στην κλινική πράξη. Επίσης, αναγράφονται και οι αρχές φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Αποτελεί ένα χρήσιμο οδηγό για όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τα παιδιά.^{[27],[38],[39]}

1.6. Αξιολόγηση του πόνου

Από την βιβλιογραφική αναζήτηση διαπιστώθηκε πόσο πολύ βαρύτητα οι ειδικοί δίνουν στο να αξιολογήσουν και να μετρήσουν τον πόνο. Γι' αυτό το λόγο είναι ευρέως διαδεδομένη η χρήση εργαλείων αξιολόγησης τόσο για τους ενήλικες, όσο και για τους ανήλικους. Η χρήση των εργαλείων αυτών βοηθάει όλες τις ειδικότητες να έχουν μία σωστή άποψη του πόνου και να δημιουργείται μια καλή σχέση του ασθενή με τον ειδικό. Η πρώτη επαφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης και το αρχικό διάγραμμα αξιολόγησης του πόνου δίνει μια γενική εικόνα για τον ασθενή. Σημαντικές είναι και οι πληροφορίες που δίνουν οι συγγενείς. Υπάρχουν τρεις βασικές πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση του πόνου, το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις.^[40] Οι πληροφορίες που αντλούνται είναι από:

1. Κλινική παρατήρηση: πληροφορίες δίνουν και τα μη λεκτικά μηνύματα, όπως η έκφραση του προσώπου, οι κινήσεις του σώματος.

2. Φυσική εξέταση: έχει σκοπό να συνδέσει την επώδυνη σημειολογία που αναφέρει ο ασθενής με την ανατομική οδό του πόνου. Επίσης, μέσω της φυσικής εξέτασης αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας κατά την επανεξέταση του.^[31]

3. Εργαστηριακές εξετάσεις: αφορούν εξετάσεις που απαιτούνται για τη συνέχιση ή τροποποίηση ή διακοπή της θεραπευτικής. Ακτινολογική διερεύνηση απαιτείται για επιβεβαίωση μεταστάσεων και προσθήκη ακτινοβολίας κ.λπ.

4. Πληροφόρηση-Ιστορικό: καταγράφεται ό, τι λέει ο ασθενής που είναι σχετικό με το πρόβλημά του.

5. Περιεχόμενο του πόνου: α) Σημείο του πόνου: ζητούμε από τον άρρωστο να μας υποδείξει το σημείο που πονά χρησιμοποιώντας το διάγραμμα της ανθρώπινης φιγούρας. β) Ένταση του πόνου: χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες μετρήσεως του πόνου. γ) Ποιότητα του πόνου: ζητούμε από τον άρρωστο να χαρακτηρίσει με δικά του λόγια πως είναι ο πόνος του (Mc Gill questionnaire). δ) Ο τρόπος με τον οποίο άρχισε ο πόνος (διάρκεια, ρυθμός, αλλαγές). ε) Πως εκφράζεται ο πόνος από τον ασθενή: εάν έχει σχέση με κίνηση, τροφή, ναυτία, κ.λπ. στ) Τι βοηθάει την ανακούφιση του πόνου: π.χ. θέση στο κρεβάτι, στη καρέκλα κ.λπ. ζ) Επιδράσεις του πόνου στην καθημερινή του ζωή, στην ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει το εργαλείο αξιολόγησης που θα χρησιμοποιηθεί από τον ειδικό και κυρίως από τον νοσηλευτή. Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή. Ο Lassagna από το 1960 σημείωσε ότι «ο γιατρός που ασχολείται με τον πόνο είναι στο έλεος του αρρώστου. Εξαρτάται από την ικανότητα και προθυμία του αρρώστου να επικοινωνήσει μαζί του».

Τα εργαλεία αξιολόγησης (βλ. παράρτημα Γ) που χρησιμοποιούνται και στον ελλαδικό χώρο είναι: **1. Κλίμακα Τριών Σημείων:** αποτελείται από μια οριζόντια γραμμή. Στο ένα άκρο υπάρχει η λέξη ήπιος και στο άλλο η λέξη έντονος πόνος και στο μέσο η λέξη

μέτριος πόνος. Ο άρρωστος καλείται να βαθμολογήσει το μέγεθος του πόνου με βάση την κλίμακα με την ερώτηση «Πόσο άσχημος είναι ο πόνος σας;»

2. Απλή Περιγραφική Κλίμακα: είναι μια οριζόντια γραμμή χωρισμένη σε πέντε σημεία, καθόλου, ελαφρός, μέτριος, δυνατός και αγωνιώδης πόνος.

3. Κλίμακα Αριθμητικής Αναλογίας: αναπτύχθηκε από την Mc Caffery. 0=απουσία πόνου – 10=ανυπόφορος. Είναι εύκολη, κατανοητή, έγκυρη και αξιόπιστη.

4. Θερμόμετρο Πόνου: το θερμόμετρο σχεδιάστηκε από τον Hayward και αποτελεί ένα ενδιάμεσο τύπο αριθμητικής και περιγραφικής κλίμακας. Αβάσταχτος πόνος 5 – Πολύ άσχημος πόνος 4 – Αρκετά δυνατός πόνος 3 – Λίγος πόνος 2 – Καθόλου πόνος – 1.

5. Κλίμακα Οπτικής Αναλογίας: είναι απλή, ευαίσθητη και αξιόπιστη. Είναι μια ευθεία γραμμή χωρίς διαβαθμίσεις, με σαφή καθορισμένα όρια. Στο άκρο σημειώνονται οι λέξεις καθόλου πόνος και στο άλλο πόνος ανυπόφορος. Επινοήθηκε από τους Clarke and Spear 1964 και τροποποιήθηκε από τους Pillowsky and Bond 1969.

6. Mc Gill Questionnaire: το ερωτηματολόγιο πόνου επινοήθηκε από τους Melzack and Torgeson και αναπτύχθηκε από τον Melzack το 1975. Η χρήση αυτού του εργαλείου μέτρησης του πόνου γίνεται με προσωπική συνέντευξη του αρρώστου με τον νοσηλευτή χρησιμοποιώντας την ερώτηση «Ποιες λέξεις θα χρησιμοποιούσες για να περιγράψεις τον πόνο σου;». Ο ασθενής παρακαλείται να επιλέξει μια μόνο λέξη από κάθε ομάδα που νομίζει ότι περιγράφει καλύτερα μια άποψη τον πόνο και να απορρίψει οποιαδήποτε υποομάδα που δεν ανταποκρίνεται στα ανάγκες του. Αυτό το εργαλείο χρησιμοποιείται για να εντοπίσει την ποιότητα του πόνου. Ο δείκτης Cronbach's α βρέθηκε να είναι 0,67.^[41]

Υπάρχουν και άλλες κλίμακες αξιολόγησης του πόνου που αφορούν το σημείο του πόνου, το είδος του πόνου, την ποιότητα, ένταση, διάρκεια. Αυτές είναι: κλίμακα συμπτωμάτων πόνου του Ingham, κατάλογος ερωτήσεων πόνου του Burden (αφορά την μέτρηση του θωρακικού πόνου, κατάλογος ερωτήσεων πόνου του Smith που αφορούν τον καρδιακό πόνο.

7. Wong/Baker Faces Rating Scale: κλίμακα αξιολόγησης με πέντε προσωπάκια με αριθμούς από 0 (γελαστό) -5 (θλιμμένο με δάκρυα). Το κάθε ένα εκφράζει και την ένταση του πόνου. Αυτή η κλίμακα είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 3-18 χρονών.

8. Κλίμακα χρωμάτων του Eland-Eland Color Scale: αυτή η κλίμακα δίνει πληροφορίες για το σημείο του πόνου και την ένταση του πόνου. Παρουσιάζονται οκτώ χρώματα και ζητούμε από το παιδάκι να υποδείξει το ανάλογο χρώμα με το σημείο και την ένταση του πόνου του.

9. Hester Pokea Chip Scale: κλίμακα με μικρά κομματάκια χαρτί ή κέρματα ή Pocker chips. Ζητείται από το παιδάκι να πάρει τόσα κομματάκια όσος είναι ο πόνος του. Καθόλου πόνος-0, Λίγος πόνος-1, Δυνατός πόνος-2, Άσχημος πόνος-3, Αβάσταχτος πόνος-4.

10. Ημερολόγιο πόνου (Diary pain)

11. Πολυφασική περιγραφή της προσωπικότητας (Minnesota Multiphasic Personality, MMPI): περιλαμβάνει και ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική σφαίρα, την κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική υπόσταση του ασθενή. Θεωρείται αντικειμενική, αλλά απαιτεί εμπειρία, χρόνο, ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.

12. Ακουστικά και σωματοαισθητικά δυναμικά, αλγόμετρα πίεσης, πονόμετρο.

13. Ερωτηματολόγιο DN4 (νευροπαθητικό πόνο): απλό και εύκολο στην εφαρμογή του. Για κάθε Ναι στις απαντήσεις σημειώνει ο ειδικός 1 βαθμό, για κάθε Όχι 0 βαθμούς. Το συνολικό άθροισμα είναι 10. Εάν ο ασθενής έχει άθροισμα >4 πάσχει από νευροπαθητικό πόνο. Η ευαισθησία του είναι 82,9% και η εξειδίκευση 89,9%.

14. Ερωτηματολόγιο EQ-5D 3 level version: χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1990 και δημιουργήθηκε από το EuroQol Group. Πρόκειται για ένα περιγραφικό ερωτηματολόγιο που ελέγχει 6 διαφορετικές διαστάσεις του ασθενούς: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο, άγχος, κατάθλιψη. Έχει μεταφραστεί σε 150 γλώσσες και θεωρείται πολύ καλό για να αξιολογήσει κάποιος την ποιότητα ζωής.

15. Pain Detect: ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από την φαρμακευτική εταιρεία Pfizer και μετρά τον επιπολασμό του νευροπαθητικού πόνου και κυρίως την χρόνια οσφυαλγία.^{11,13,42,43}

Η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι σχετικά απλή διαδικασία και εύκολα μπορούν να συμπληρωθούν είτε από τον ασθενή είτε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.^{44,45}

Τα παραπάνω εργαλεία αξιολόγησης θα πρέπει και διαθέτουν κάποια ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά (εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία, δεκτικότητα στη χρήση) παρέχουν αξιόπιστες και χρήσιμες πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να γενικευθούν στο γενικό πληθυσμό.

Η αξιοπιστία αναφέρεται στην σταθερότητα των αποτελεσμάτων σε επαναληπτικές μετρήσεις του ίδιου του χαρακτηριστικού. Μπορεί να μετρηθεί είτε με επαναληπτική χορήγηση του ίδιου εργαλείου μέτρησης, είτε με τη χρήση μιας εναλλακτικής μορφής του ερωτηματολογίου και εκφράζεται σε δεκαδικά ψηφία μεταξύ 0,0 και 0,1. Ο βαθμός αξιοπιστίας εξαρτάται από τον αριθμό των ερωτήσεων.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το συγκεκριμένο εργαλείο μετράει πράγματι αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε. Οι ερευνητές οφείλουν να απαντήσουν σε μία σειρά καίριων θεμάτων, όπως αν όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μετρούν την συγκεκριμένη έννοια που μελετάται, αν οι ερωτήσεις είναι κατανοητές στα υποκείμενα, αν η μορφή της απάντησης (π.χ. ναι-όχι, ή διαβαθμισμένη κλίμακα) είναι κατάλληλη για την συγκεκριμένη ερώτηση κ.α. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι εγκυρότητας, ανάλογα με τον τρόπο μέτρησής της: α) εγκυρότητα περιεχομένου, β) σχετιζόμενη με κριτήριο εγκυρότητα, γ) κατασκευαστική εγκυρότητα.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό που πρέπει να διαθέτουν οι μετρήσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής είναι η ευαισθησία στις αλλαγές που συμβαίνουν στην αντίληψη της υγείας από τη μία χρονική στιγμή στην άλλη. Η ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης και συνίσταται στην ικανότητα του οργάνου να ανιχνεύει αλλαγές και διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας, η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο κ.α.^{[41],[46]}

Η δεκτικότητα στη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής αφορά στοιχεία όπως η ευκολία χορήγησης, συμπλήρωσης, βαθμολόγησης και ερμηνείας του ερωτηματολογίου.

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια αναφορά στα ιατρεία πόνου και στον τρόπο λειτουργίας του. Ήταν ένα σημαντικό βήμα στο χώρο της υγείας η δημιουργία τους, αφού ο πόνος και κυρίως ο χρόνιος πόνος χρήζει εξειδικευμένη φροντίδα σε βάθος χρόνου. Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρείται ως η ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με απειλητική για τη ζωή τους νόσο.

2.1. Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Η Ελλάδα καθυστέρησε δυστυχώς πάρα πολύ στο να θεσπίσει πρακτικές για την ανακουφιστική φροντίδα σε σύγκριση με τις ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες αναπτύχθηκαν κατά το βρετανικό πρότυπο δομές ανακουφιστικής φροντίδας.^[47]

Το 2007 στην εφημερίδα της κυβερνήσεως αναρτήθηκε η υπουργική απόφαση για το «Θεσμικό πλαίσιο για την Οργάνωση και Λειτουργία Μονάδων Ανακούφισης χρόνιου πόνου». Στον νόμο αυτόν αναφέρονται με λεπτομέρεια στον ορισμό του χρόνιου πόνου, στη στελέχωση των ιατρείων, στην υλικοτεχνική υποδομή και στην εκπαίδευση.

Συγκεκριμένα αναφέρεται: Α. Ορισμός Χρόνιου Πόνου

- Χρόνιος πόνος είναι ο πόνος ο οποίος εξακολουθεί να υπάρχει μετά την αποδρομή μιας νόσου, έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και μπορεί να αυξομειώνεται ή να παραμένει σταθερός.
- Ο χρόνιος πόνος αντιμετωπίζεται θεραπευτικά στις Μονάδες Ανακούφισης Χρόνιου Πόνου. Τέτοιες μονάδες είναι:

-Πολυδύναμη Μονάδα Πόνου, η οποία αποτελεί αυτοδύναμη διατμηματική μονάδα ενταγμένη στα πλαίσια της ιατρικής υπηρεσίας των Δημόσιων Νοσοκομείων. Έργο της είναι η διάγνωση, θεραπεία κάθε μορφής χρόνιου πόνου, καθώς και η κοινωνική επανένταξη των πασχόντων. Συμπεριλαμβάνεται επίσης η έρευνα και διδασκαλία. Διαθέτουν χώρους, εξοπλισμό για διάγνωση και θεραπεία, κλίνες για νοσηλεία και προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, τεχνικό, βοηθητικό και οργανωμένη γραμματεία. Στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που αποτελείται από ένα (1) γιατρό με βαθμό Διευθυντή και τρεις (3) γιατρούς λοιπών ειδικοτήτων. Νοσηλεύονται πάσχοντες εξωτερικοί και εσωτερικοί.

-Τμήμα ή Μονάδα Πόνου, η οποία εντάσσεται στα πλαίσια τομέα της ιατρικής υπηρεσίας των Δημόσιων Νοσοκομείων. Έργο της είναι η διάγνωση και θεραπεία πασχόντων με μεγάλη ποικιλία παθήσεων χρόνιου πόνου. Διαθέτει δικούς του χώρους και εξοπλισμό. Στελεχώνεται από έναν γιατρό βαθμού Διευθυντή και πλαισιώνεται συμβουλευτικά από ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου άλλων ειδικοτήτων. Διαθέτει νοσηλευτική και γραμματειακή υποστήριξη. Νοσηλεύει πάσχοντες εσωτερικούς και εξωτερικούς.

B. Στελέχωση μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου

-Για τη στελέχωση των Πολυδύναμων Μονάδων Πόνου συνιστάται μία (1) θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Ορθοπαιδικής ή Ψυχιατρικής, ή Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Γενικής Χειρουργικής ή Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης με εμπειρία και γνώση στη διάγνωση και θεραπεία πόνου. (Εργασία στο ίδιο αντικείμενο τουλάχιστον 5 έτη), μία (1) θέση βαθμού Επιμελητή Α ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Ορθοπαιδικής ή Ψυχιατρικής; ή Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Γενικής Χειρουργικής ή Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης με εμπειρία και γνώση στη διάγνωση και θεραπεία πόνου. (Εμπειρία στο ίδιο αντικείμενο τουλάχιστον 3 έτη) και δύο (2) θέσεις βαθμού Επιμελητή Β ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Ορθοπαιδικής ή Ψυχιατρικής, ή Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Γενικής Χειρουργικής ή Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης με εμπειρία και γνώση στη διάγνωση και θεραπεία πόνου.

-Για τη στελέχωση των Τμημάτων-Μονάδων Πόνου συνιστάται μία (1) θέση Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Αναισθησιολογίας ή Νευρολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Ορθοπαιδικής ή Ψυχιατρικής, ή Παθολογίας ή Γενικής Ιατρικής ή Γενικής Χειρουργικής ή Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης με εμπειρία και γνώση στη διάγνωση και θεραπεία πόνου. (Εργασία στο ίδιο αντικείμενο τουλάχιστον 5 έτη). Οι γιατροί που θα πλαισιώνουν τα τμήματα-μονάδες πόνου θα πρέπει να ασκούν ορισμένες βασικές ειδικότητες, όπως Αναισθησιολογία, Νευρολογία, Νευροχειρουργική, Ορθοπαιδική, Ψυχιατρική, Παθολογία, Γενική Ιατρική, Γενική Χειρουργική, Φυσιολογική, με εμπειρία στο αντικείμενο τουλάχιστον 3 ετών.

Σύμφωνα με το αρθ.13 του Ν.2889/2001 δημιουργούνται ιατρεία ανακούφισης πόνου ανάλογα με τη δυναμικότητα και ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων. Στην Ελλάδα παρ'όλες τις γεωφυσικές ιδιαιτερότητες του ελλαδικού χώρου υπάρχουν αρκετά ιατρεία πόνου χωρίς όμως να είναι οργανωμένα βάση του νόμου που διέπει τη λειτουργία τους.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι:

- Ιατρικό προσωπικό
 - Η σταθερή και συνεχής εκπαίδευση των γιατρών στο αντικείμενο.
 - Η διάθεση επαρκούς χρόνου για τους πάσχοντες με χρόνιο πόνο
 - Η συμμετοχή σε συμβούλια με εξειδικευμένους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.
- Νοσηλευτικό προσωπικό
 - Νοσηλευτές: Εξειδικευμένοι με τις αναλγητικές τεχνικές, τη χρήση των φαρμάκων των μηχανημάτων και τα monitors. Φαίνεται ότι είναι απαραίτητη η μετεκπαίδευση στο αντικείμενο.

- Νοσοκόμοι: Ικανοί στην προετοιμασία των αρρώστων, μεταφορά τοποθέτηση στη κλίνη θεραπείας, κινητοποίηση (εκπαίδευση, εμπειρία).
- Διοικητικό-λοιπό προσωπικό

Χρειάζεται γραμματειακή υποστήριξη για την τήρηση βάσης δεδομένων, κατά προτίμηση ηλεκτρονική, την υποδοχή των ασθενών, λογιστική διευθέτηση, στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τόσο κατά την αξιολόγηση της κλινικής πορείας των ασθενών, όσο και της λειτουργίας της Μονάδας κ.λπ.

- Υποχρεωτικά θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.
- Η παρουσία βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού, σε όλη τη διάρκεια λειτουργίας της Μονάδας, θεωρείται αναγκαία.
- Ανάγκες για άλλες ειδικότητες μπορούν να αλληλεπικαλυφθούν και να διαφοροποιηθούν ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες της σύνθεσης των ασθενών και των υπηρεσιών που παρέχονται σε κάθε νοσοκομείο.
- Για οποιαδήποτε αποχώρηση ή μετακίνηση του προσωπικού της Μονάδας, να ενεργοποιούνται οι διαδικασίες άμεσης αντικατάστασης, ώστε να διατηρείται ο προβλεπόμενος αριθμός.
- Να διευκολύνεται τα προσωπικά για την παρακολούθηση σεμιναρίων, συνεδρίων, επιστημονικών ημερίδων, με την προϋπόθεση πάντα ότι δεν θα διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία της Μονάδας.

Όλος αυτός ο σχεδιασμός αφορά στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και όχι στις μονάδες ανακούφισης χρόνιου πόνου ή κέντρα παρηγορητικής φροντίδας που δεν υφίστανται στη χώρα μας ούτε ουσιαστικά αλλά ούτε και νομικά.

Γ. Υλικοτεχνική υποδομή

Για τη λειτουργία της Μονάδας Ανακούφισης Χρόνιου Πόνου απαιτείται η ύπαρξη ανεξάρτητου χώρου, σε συνδυασμό πάντα με την επάρκεια χώρου του εκάστοτε Νοσοκομείου. Αίθουσα αναμονής για τους ίδιους τους πάσχοντες και τους συνοδούς τους. Γραφείο εξέτασης για την λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση από τους γιατρούς. Χώρος προετοιμασίας του αρρώστου πριν τη μεταφορά του για την θεραπευτική παρέμβαση. Αίθουσα θεραπευτικών παρεμβάσεων, η οποία διαθέτει: βασικό εξοπλισμό (μανόμετρο ΑΠ, ακουστικά, καρδιοσκόπιο, οξύμετρο, και τον εξοπλισμό με ειδικές συσκευές για την ασφαλή επιτέλεση των θεραπευτικών επεμβάσεων στους αρρώστους με χρόνια πόνου). Αίθουσα παρακολούθησης, όπου θα παραμείνουν για παρακολούθηση οι άρρωστοι μετά την θεραπευτική παρέμβαση, για χρονικό διάστημα μέχρι να επιστρέψουν με ασφάλεια στο σπίτι ή να μεταφερθούν στον θάλαμο κοινής νοσηλείας, ανάλογα με τις απαιτήσεις.^[47]

Το 1994 όταν ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Πόνου λειτουργούσαν μόνο 8 ιατρεία πόνου σε όλη την Ελλάδα (Γ.Ν. Πατησίων, Γ.Ν. Αθήνας «Ιπποκράτειο», Πανεπιστημιακό

Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Αντικαρκινικό Ν. Αθήνας «Α. Σάββας», Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά», Π.Ν. Αθήνας «Αρεταίειο», Γ.Ν. Αεροπορίας 251, Γ.Ν. Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμων»). Το 2008 λειτουργούσαν 49 σε όλη την Ελλάδα (Αττική 24, Θεσσαλονίκη 3, Επαρχία 22). Το 2013 μετά από έρευνα στην Ελλάδα υπάρχουν 54 (Αττική 23, Θεσσαλονίκη 3, Επαρχία 28), τα οποία ανήκουν σε αναισθησιολογικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων.^{[48],[49]}

2.2. Τι προσφέρουν

Ο σκοπός των ιατρικών πόνου είναι η εξασφάλιση της μέγιστης ανακούφισης από τον πόνο και η πρόληψη ώστε να μην εξελιχθεί ο οξύς πόνος σε χρόνια. Ιδιαίτερη σημασία και βαρύτητα δίνεται στην εκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών στην αυτοφροντίδα τους και στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησής τους, καθώς επίσης και στην εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών για την φροντίδα, την υποστήριξη και τη συνέχιση της αναλγητικής αγωγής και στο σπίτι. Ο απώτερο στόχος, η επανένταξη των ασθενών στην εργασία τους.

Στα περισσότερα ιατρεία πόνου οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν ανακούφιση σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, όπως καρκινικούς πόνους, χρόνιους καλοήθεις πόνους, μυοσκελετικά σύνδρομα, οσφυοϊσχυαλγίες: οξείες-χρόνιες, συμπαθητικές δυστροφίες, καυσalgίες, αυχενικά-αυχνοβραχιόνια σύνδρομα, οξύς έρπης ζωστήρας-μεθερπητικές νευραλγίες, χρόνια επώδυνα σύνδρομα μετά από τραύμα-χειρουργική επέμβαση, περιφερικές νευραλγίες, ραχιαλγίες, ωμαλγίες, αρθρίτιδες.

Τα ιατρεία πόνου απευθύνονται συνήθως σε ασθενείς διαγνωσμένους οι οποίοι έρχονται για πρώτη φορά, σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο και χρειάζονται τις εξειδικευμένες φροντίδες του Ιατρείου, σε ασθενείς που παραπέμπονται από την Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι, σε ασθενείς για τους οποίους όλες οι κοινές θεραπευτικές μέθοδοι έχουν στην περίπτωση τους αποτύχει.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 στα ιατρεία πόνου της Ελλάδος διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των ιατρικών πόνου του ΕΣΥ δεν παρέχει τις εξής υπηρεσίες: α) υπηρεσίες αποκατάστασης, β) εργοθεραπεία, γ) φυσιοθεραπεία, δ) ψυχολογική στήριξη των επαγγελματιών υγείας και ε) κατ' οίκον φροντίδα.⁴⁷ Αυτή η διαπίστωση πρέπει να προβληματίσει το κράτος για το πόσο τελικά ολιστικά και ποιοτικά προσφέρεται η φροντίδα σε ασθενείς που πονούν.

2.3. Το Ιατρείο Πόνου στο εξωτερικό

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκε ένα σχέδιο διαχείρισης του πόνου από το υπουργείο υγείας της Αυστραλίας για τα έτη 2012-2016 μετά από έρευνα που διεξήχθη

στη χώρα. Η Αυστραλία κατέχει την πρώτη θέση παγκοσμίως στη διαχείριση του πόνου. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση σε έκθεσή της κάνει λόγο για τη δημιουργία κλινικών πόνου, στις οποίες θα απασχολείται διεπιστημονικό προσωπικό και θα προσφέρονται αποτελεσματικές θεραπείες για την ελαχιστοποίηση του πόνου, προγράμματα τα οποία θα επιτρέπουν στους ασθενείς να επιστρέφουν στην καθημερινότητά τους, εργαζόμενους που ενοχλούνται από επίπονους πόνους να μπορούν να επιστρέψουν στην εργασία τους, καθώς και αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις για την απεξάρτηση των ασθενών από τη χρήση οπιούχων φαρμάκων κατά του χρόνιου πόνου.

Οι επαγγελματίες υγείας στοχεύουν στη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, συνδέοντάς με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σχετικά με την πρωτοβάθμια, οι ασθενείς μπορούν να παραπέμπονται από ιδιώτες γιατρούς ή γενικούς ιατρούς ή από διεπιστημονική ομάδα που στελεχώνει πρωτογενή υγειονομική περίθαλψη. Η διεπιστημονική ομάδα θα συνδέεται και θα συνεργάζεται με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, με ιατρεία κοινοτικής φροντίδας ή συστεγασμένα ιατρεία.

Όσον αφορά την τριτοβάθμια, οι υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του πόνου είναι ολιστικού μοντέλου αφού εμπλέκονται πολλές ειδικότητες. Αυτού του είδους φροντίδας υπάρχει στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, στα οποία επικεφαλής είναι οι ειδικότητες με εξειδίκευση στον πόνο, προσφέροντας πρόσβαση σε όλο το φάσμα των επαγγελματιών υγείας. Στο Σύδνεϋ υπάρχουν 11 κέντρα για την ανακούφιση του πόνου (9 για ενήλικες και 2 για παιδιά) και οι παροχές περιλαμβάνουν διεπιστημονική αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου, προγράμματα διαχείρισης του πόνου, διαδικαστικές παρεμβάσεις και νοσηλεία όταν χρειάζεται. Είναι σημαντικό, κάθε κέντρο να διαθέτει ιατρική σχολή για τον πόνο.

Το προτεινόμενο μοντέλο φροντίδας λοιπόν χωρίζεται σε 3 βαθμίδες, οι οποίες εκπαίδευσης, αυτοβοήθειας, υποστήριξης των ασθενών:

Βαθμίδα 3^η: Πόνος υψηλής περιπλοκότητας → Πανεπιστημιακό νοσοκομείο με διεπιστημονικό προσωπικό παρέχοντας εξειδικευμένη φροντίδα (γιατρός εξειδικευμένος στον πόνο, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής/εργοθεραπευτής, νοσηλεύτης, φαρμακοποιός)

Βαθμίδα 2^η: Πόνος μέτριας πολυπλοκότητας → μικρότερο νοσοκομείο με επικεφαλής τον ειδικό γιατρό (γιατρός εξειδικευμένος στον πόνο, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής/εργοθεραπευτής, νοσηλεύτης, φαρμακοποιός ← → (σχέση αμφίδρομη) γενικό ιατρό).

Βαθμίδα 1^η: Πόνος χαμηλής πολυπλοκότητας → πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (γενικός ιατρός με εξειδίκευση στον πόνο, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής/εργοθεραπευτής, νοσηλεύτης ← → γενικό ιατρό ← → φαρμακοποιό).^[54]

Αναφορά για τη δημιουργία μιας σύγχρονης κλινικής κάνει λόγο και ο Dr. Lakshmi Vas, ο οποίος θεωρεί σημαντική πρόοδο στην Ινδία, τη διεπιστημονική προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου με απώτερο σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο. Σημαντικό ρόλο

παίζει ο φυσιοθεραπευτής, ο κλινικός ψυχολόγος που βοηθά τον ασθενή να αξιολογήσει τις προσδοκίες και δυνατότητές του. Επειδή ο πόνος είναι ένα πολύπλευρο πρόβλημα για τον ασθενή θα πρέπει όλα τα μέλη της ομάδας να συνεργάζονται και να σέβονται τις γνώσεις των άλλων ειδικοτήτων. Εξάλλου όλα τα μέλη της ομάδας των επαγγελματιών υγείας συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον. Η επικοινωνία είναι το κλειδί για τον κατάλληλο σχεδιασμό για την αντιμετώπιση του πόνου.^[55]

Στην Βρετανία τον Δεκέμβριο του 2013 στην έκθεση για τον πόνο, μία ομάδα επαγγελματιών υγείας κάνει προτάσεις για το πώς μπορεί να βελτιωθεί η προσέγγιση ασθενούς που πονά με απώτερο σκοπό την ανακούφισή του. Βασική προϋπόθεση είναι ότι το επίκεντρο εκείνου που παρέχει την φροντίδα πρέπει να είναι ο άνθρωπος. Θέτουν ένα καίριο ερώτημα: «πώς μπορούμε να αλλάξουμε την κουλτούρα της διαχείρισης του πόνου»; Την απάντηση έρχονται να δώσουν οι ίδιοι αναφέροντας ότι θα πρέπει να επιλεγθούν διαφορετικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Το εξηγούν λέγοντας ότι δεν χρειάζεται να είναι πάντα στην πρώτη γραμμή οι χειρουργοί ή αναισθησιολόγοι. Είναι σημαντικό να ανταμείβεται η καλή και σωστή επαγγελματική συμπεριφορά (ηθικά και χρηματικά) και να απλοποιηθούν οι διαδικασίες στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Θα πρέπει να γίνεται σωστή αξιολόγηση του συστήματος και των επαγγελματιών υγείας που το πλαισιώνουν, ενσωματώνοντας στις σπουδές των γιατρών σαν βασικό μάθημα τον πόνο. Δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.^[56]

Μερικές χώρες έχουν αναπτύξει ισχυρά δίκτυα κατ' οίκον φροντίδας σε συντονισμό με το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να ανταποκριθούν στην επιδημία του HIV/AIDS, καθώς και ως μέρος του συνεχούς της φροντίδας του καρκίνου και άλλων χρόνιων παθήσεων. Σημαντικές πρωτοβουλίες που αφορούν την ανακουφιστική φροντίδα, προέρχονται από κρατικά αλλά και μη κυβερνητικά πλαίσια, υποστηριζόμενες συχνά από διεθνείς οργανισμούς. Οι πρωτοβουλίες αυτές έχουν οδηγήσει σε μια στερεή βάση γνώσεων σχετικά με το πώς μη δαπανηρή και καλής ποιότητας ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Βασίζονται κυρίως σε δίκτυα επαγγελματιών της κοινότητας, που έχουν εκπαιδευτεί και εποπτεύονται από μια ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας.^[53]

Μια πανευρωπαϊκή προσπάθεια για την καλύτερη προσέγγιση του πόνου έγινε με την συγκρότηση μιας πρωτοβουλίας «Pain Proposal: Improving the Current and Future Management of Chronic Pain» από 15 χώρες της Ευρώπης (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία, Αγγλία, Φιλανδία κ.α.). Σε όλη αυτή τη διαδικασία συμπεριλήφθησαν άτομα με χρόνια πόνο, κλινικοί γιατροί από διάφορες ιατρικές ειδικότητες, πολιτικά πρόσωπα, οικονομολόγοι της υγείας, αντιπρόσωποι της βιομηχανίας. Η ευρωπαϊκή έκθεση καταδεικνύει τη δέσμευσή των χωρών και σκιαγραφεί προτάσεις για δράση. Σκοπός της είναι να παρέχει πρακτικές συμβουλές και ένα κίνητρο για να επιτευχθεί μια πιο αποτελεσματική

και αποδοτική διαχείριση του χρόνιου πόνου από τους διευθυντές των υπηρεσιών του πόνου, τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, τους φορείς χάραξης πολιτικής, τους πολιτικούς, τους επαγγελματίες υγείας. Η όλη προσπάθεια ξεκίνησε με την κοινή διαπίστωση ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος είναι ένα ιατρικό πρόβλημα με το μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής (ατομικά, οικονομικά). Το 2001, η European Federation of IASP Chapters (EFIC) εξέδωσε μια δήλωση στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για το σκοπό αυτό, τονίζοντας ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον πόνο, όπως δίνεται σε άλλες σοβαρές ασθένειες (καρκίνος, καρδιοπάθειες, διαβήτη κ.α.).^[35]

Στην ίδια έκθεση γίνεται αναφορά στο Southampton Pain Clinic στο Ηνωμένο Βασίλειο στην οποία τα διάφορα προβλήματα που καλούνται να ξεπεράσουν οι ασθενείς μπορούν να ξεπεραστούν μέσω ενός ριζικού ανασχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας και των αρχών διαχείρισης του πόνου. Δόθηκε έμφαση στο να διασφαλιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν τις κατάλληλες δεξιότητες και τους πόρους να διαχειριστούν την συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με πόνο. Οι κύριες αλλαγές αφορούν την υιοθέτηση νέων κατευθυντηρίων γραμμών με το να γίνονται παραπομπές από τους γενικούς ιατρούς της θεραπείας, με την αύξηση των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης στην κοινότητα. Θεωρείται σημαντική η σύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η όλη προσπάθεια έχει οδηγήσει στην βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με ποσοστό ικανοποίησης 75%, μείωση του χρόνου αναμονής, μείωση δαπάνης φαρμακευτικής αγωγής, μείωση κόστους ανά ασθενή.^[35]

2.4. Προσέγγιση του ασθενούς από το Ιατρείο Πόνου

Η καλύτερη στρατηγική για την αντιμετώπιση του πόνου προϋποθέτει ολιστική προσέγγιση, εξειδικευμένες γνώσεις, ενεργοποίηση της ομάδας υγείας και συνεχή ανατροφοδότηση για την αποτελεσματικότητά των παρεμβάσεων.^{[19],[57]} Ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και η ανταπόκριση στην οποιαδήποτε θεραπεία είναι απρόβλεπτη, με πολλές δοκιμές σε εναλλακτικές θεραπείες προκειμένου να βρεθεί η κατάλληλη στην οποία θ' ανταποκριθεί ο οργανισμός του ατόμου.

Ο άρρωστος πρέπει να εμπλέκεται στο σχεδιασμό χρήσης μέτρων για ανακούφιση του πόνου του. Για παράδειγμα, μπορεί να προτιμά να παίρνει τα παρεντερικά αναλγητικά την ώρα που πηγαίνει στο κρεβάτι, για βελτίωση του ύπνου, ή να παίρνει λιγότερο δραστικό φάρμακο, που του προκαλεί λιγότερη υπνηλία πριν από την ώρα επίσκεψης μελών της οικογένειάς του.¹¹

Συνήθως οι θεραπείες πραγματοποιούνται είτε μέσω παρεμβατικών τεχνικών, είτε μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Μερικές παρεμβατικές τεχνικές είναι: καθοδήγηση με υπέρηχους, προλοθεραπεία, αυτόλογοι αυξητικοί παράγοντες – PurePRP, trigger points διηθήσεις, μεσοθεραπεία, νευρικός αποκλεισμός, αποκλεισμός νευρικών ριζών, αποκλεισμός

περιφερικών νεύρων, αποκλεισμός συμπαθητικών πλεγμάτων, επισκληρίδιος έγχυση, αρθρικές διηθήσεις, ενδοφλέβια χορήγηση με οπιούχα αναλγητικά. Η φαρμακευτική αγωγή αφορά: κοινά παυσίπονα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντικαταθλιπτικά, αντισπασμωδικά, μυοχαλαρωτικά, οπιοειδή, καψαϊσίνη κρέμα, βιταμίνες - συμπληρώματα διατροφής - φυτικά σκευάσματα. Επίσης, όταν χρήζει ο ασθενής παραπέμπεται σε άλλες ειδικότητες (ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, διατροφολόγο κ.λπ.).

Βέβαια, ο κάθε ασθενής εκτιμάται και αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του και η θεραπεία εξατομικεύεται. Η επιτυχής αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί συνδυασμό διαφορετικών μεθόδων. Η ολιστική θεώρηση του αρρώστου και ο σωστός συνδυασμός των μεθόδων εξασφαλίζει καλύτερο και μονιμότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ελαττώνοντας παράλληλα την πιθανότητα υποτροπών.^{[47],[50],[21],[52]}

Συγκεκριμένα: α) Επισκληρίδιες εγχύσεις: ενέσεις που γίνονται σε οποιοδήποτε σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος (αυχένα, θώρακα, οσφυϊκή μοίρα). Πραγματοποιούνται σε μια μέρα. Εκτελούνται σε ένα περιβάλλον που είναι κατάλληλο όσον αφορά την παρακολούθηση του ασθενούς. Πριν την χορήγηση της ένεσης ο ασθενής έχει προετοιμαστεί και ενημερωθεί κατάλληλα (τροφή, φάρμακα κ.α.).^[58]

β) Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (T.E.N.S.): μια ηλεκτρική συσκευή που λειτουργεί με μπαταρίες, με ηλεκτρόδια που εφαρμόζονται στο δέρμα για να προκαλέσουν αίσθηση δόνησης ή βόμβου στην περιοχή πόνου.^[11]

γ) Βελονισμός: περισπασμός ή η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου μακριά από τις επώδυνες αισθήσεις, μπορεί να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι στην ανακούφιση του πόνου ή στην αύξηση της ανοχής του αρρώστου σ' αυτόν, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο ενοχλητικό.^[11]

δ) Φαρμακευτική αγωγή: - μη οπιοειδή αναλγητικά (παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ασπιρίνη), τα οποία δεν προκαλούν εθισμό, δεν έχουν ψυχοτρόπο δράση και δεν επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Αναφέρονται και ως περιφερικά αναλγητικά, επειδή προκαλούν αναλγησία διαμέσου περιφερικού μηχανισμού, που σχετίζεται με την αναστολή του ενζύμου κυκλοοξυγενάση (COX),^{[11],[26]} - οπιοειδή αναλγητικά είναι φυσικά, ημισυνθετικά ή συνθετικά παράγωγα του οπίου, που σχετίζονται δομικά και έχουν δράση παρόμοια με τη μορφίνη, χορηγούνται από το στόμα, ή ενδοφλέβια ή και μέσω της ορθικής οδού, αν ο άρρωστος δεν μπορεί να πάρει φάρμακα από το στόμα ή έχει εμετούς. - τοπικά αναισθητικά, τα οποία ασκούν τις δράσεις τους στο περιφερικό νευρικό σύστημα, διαμέσου μιας προσωρινής και αναστρέψιμης αναστολής της αγωγής των νευρικών ώσεων.^[26]

ε) Διεπιστημονική προσέγγιση: Ιατροί, Νοσηλευτές, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Φαρμακοποιοί και άλλοι επιστήμονες Υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο προσφέροντας βοήθεια με τις εξειδικευμένες γνώσεις τους ολιστικά.^{[36],[59]}

3.1. Παθοφυσιολογία και χαρακτηριστικά γνωρίσματα ασθενών με κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου

Υπάρχει μεγάλος αριθμός παθήσεων της σπονδυλικής στήλης, αλλά και των γειτονικών οργάνων και σαν κύριο ενόχλημα έχουν την οσφυαλγία. Από αυτές η δισκοπάθεια (δισκοκήλη) είναι η πιο συχνή που καλύπτει το 70% των περιπτώσεων.^[60]

Σχετικά με τους μεσοσπονδυλίους δίσκους, ο ρόλος τους είναι να συνδέουν και να σταθεροποιούν τους σπονδύλους μεταξύ τους. Προσδίδουν στη σπονδυλική στήλη σημαντικές ιδιότητες, όπως μηχανική αντοχή, σταθερότητα και κινητικότητα, με αποτέλεσμα να γίνεται άκαμπτη και η λειτουργία της είναι αναντικατάστατη. Ο δίσκος έχει την ικανότητα να μετατρέπει τις κάθετες (αξονικές) φορτίσεις σε οριζόντιες ομοιόμορφες πιέσεις που εξουδετερώνονται από τον ισχυρό ινώδη δακτύλιο.

Η δισκοκήλη είναι η μερική ή πλήρης ρήξη του ινώδους δακτυλίου με παρεκτόπιση του πυρηνικού υλικού και η προβολή του μέσω του ινώδους δακτυλίου. Η πλήρης ρήξη ονομάζεται και πρόπτωση του πηκτοειδούς πυρήνα. Η δισκοκήλη πιέζει και ερεθίζει το μηνιγγικό σάκο προκαλώντας οσφυαλγία, ή το έλυτρο της νευρικής ρίζας προκαλώντας ισχιαλγία. Τοπικά δημιουργείται οίδημα και φλεγμονώδη φαινόμενα από άθροιση μεσολαβητών πόνου και φλεγμονής, όπως προσταγλανδινών, λευκοτριενών, NO, ουσίας P, A2 φωσφολιπάσης, TNFα κυτταροκινών κ.λ.π. Στη συνέχεια ακολουθεί περιριζιτική και ενδοριζιτική ίνωση, νεοαγγειογένεση και διαταραχές ενδοθηλίου που συντηρούν τον χρόνιο πόνο.^{[61],[62]}

Όταν ο δακτύλιος (μαζί με τον οπίσθιο σύνδεσμο) υποστεί πλήρη ρήξη, το πυρηνικό υλικό επικρέμεται ή εκθλίβεται ελεύθερα μέσα στο νωτιαίο σωλήνα (sequestration). Προκαλεί πίεση και φλεγμονή στα νευρικά και μηνιγγικά στοιχεία στο ίδιο ή χαμηλότερο επίπεδο με τον προηγούμενο μηχανισμό.

Η πρόπτωση των οσφυϊκών μεσοσπονδυλίων δίσκων συμβαίνει στο 90% των περιπτώσεων στα επίπεδα O4-O5 και O5-I1. Βλάβη στο επίπεδο O4-O5 προσβάλλει την O5 ρίζα, ενώ στο O5-I1 προσβάλλει συνήθως την I1 ρίζα, εκτός εάν η κήλη είναι πλάγια ή ενδοτρηματική, οπότε προσβάλλει την O5 ρίζα. Μια οπίσθια κεντρική πρόπτωση μπορεί να ερεθίζει και τις δυο ρίζες. Αν όμως πρόκειται για μαζική πρόπτωση, πάρα πολύ σπάνια, μπορεί να προκύψει σπάνια το πολυριζιτικό σύνδρομο ιππουρίδας με πόνο και δυσαισθησίες στην ιερο-γλουτιαία περιοχή, απώλεια αισθητικότητας δίκην σέλας στο περίνεο, μαζί με διαταραχές στην ούρηση και αφόδευση.^[62]

Κύριες αιτίες για την δισκοκήλη είναι ο τραυματισμός και η άρση βάρους. Εντούτοις στις περισσότερες περιπτώσεις (80%) δεν αναφέρεται καθόλου τραυματικό αίτιο. Σήμερα

πιστεύεται ότι προηγούνται οι εκφυλιστικές βιοχημικές διαταραχές σε μοριακό επίπεδο, ενώ ο τραυματισμός αποτελεί εκλυτικό παράγοντα. Μερικές φορές και η απλή κάμψη της οσφύς, ιδιαίτερα με στροφή, ο βήχας, το φτάρνισμα μπορεί να προκαλέσουν την έναρξη ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων. Το κάπνισμα, ορισμένα επαγγέλματα (οδηγού, χειριστού κομπρεσέρ), η παχυσαρκία, η ανισοσκελία και ίσως η κληρονομικότητα παίζουν αιτιοπαθογενετικό ρόλο.^{[62],[63],[64]} Βέβαια, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το γυναικείο φύλο παρουσιάζει έντονο πρόβλημα δισκοκήλης.^[61] Η συχνότερη ρήξη του ινώδους δακτυλίου είναι η οπισθοπλάγια, όπου ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος είναι λεπτότερος.^{[3],[64]}

Σχετικά με την τυπική κλινική εικόνα της οξείας δισκοκήλης αρχίζει με μέτριο, δυνατό ή ανυπόφορο πόνο στην οσφύ. Ο πόνος μπορεί να παραμείνει εντοπισμένος βαθιά στην οσφυογλουτιαία χώρα, χωρίς να επεκτείνεται στο πόδι. Δυστυχώς, επιτείνεται με το βήχα, το σκύψιμο, άρση βάρους, μετά από ένα πολύωρο ταξίδι σε αυτοκίνητο, από αλλαγή καιρού προς το κρύο. Μετά από μια περίοδο 5-10 ετών από το πρώτο επεισόδιο εμφανίζεται ισχιαλγία που αντανακλά στο αντίστοιχο δερμοτόμιο της προσβεβλημένης ρίζας. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική δυσφορία αποτελεί βασικούς παράγοντας για χρόνια Κ.Μ.Δ.^{[61],[62],[65],[66]}

Μερικές φορές, όταν εμφανιστεί η ισχιαλγία, υποχωρεί η οσφυαλγία. Αληθής ισχιαλγία εμφανίζεται στο 35% των δισκοκήλων. Νευρολογικά ή παρετικά σημεία εμφανίζει ένα μικρό ποσοστό ασθενών μέχρι 10%.

Οι συνέπειες στον ασθενή πολλές και ορατές. Στην οξεία φάση ο ασθενής στέκεται ή βαδίζει με δυσκολία. Διαπιστώνεται συχνά εξάλειψη της οσφυϊκής λόρδωσης ή ανταλγική σκολίωση. Οι κινήσεις της οσφύς είναι επώδυνες και περιορισμένες, ιδίως η κάμψη και λιγότερο η έκταση. Ψηλαφητικά διαπιστώνεται συχνά παρασπονδυλικός μυϊκός σπασμός με ευαισθησία στο πάσχον επίπεδο ή στην έξοδο του ισχιακού νεύρου.^{[61],[62]} Επίσης, διαπιστώνεται ότι για το άτομο η δισκοκήλη αποτελεί αιτία αναπηρίας και ανικανότητας προς εργασία, η ποιότητα της ζωής τους αλλάζει προς το χειρότερο με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και η ψυχολογία του.^{[64],[65]}

Είναι σημαντική η νευρολογική εξέταση. Το σημείο Laseque, δηλαδή η γωνία που σχηματίζει η ανύψωση του τεντωμένου ποδιού με το οριζόντιο επίπεδο, έχει διαγνωστική και προγνωστική σημασία. Γωνίες κάτω των 45ο έχουν βαριά πρόγνωση.

Στη συνέχεια εξετάζεται η αισθητικότητα, τα τενόντια αντανακλαστικά και η μυϊκή ισχύς για τον αντικειμενικό προσδιορισμό της πάσχουσας ρίζας, που δύσκολα επιτυγχάνεται.

Στην Ο4 ριζοπάθεια μπορεί να διαπιστωθεί ελάττωση μυϊκής ισχύος και ατροφία τετρακεφάλων, υπαισθησία και πόνος στην πρόσθια και προσθιοπλάγια επιφάνεια του μηρού. Το επιγονατικό αντανακλαστικό ελαττώνεται. Το ανάστροφο σημείο Laseque είναι θετικό (πόνος στην υπερέκταση του ισχίου με τον ασθενή σε πρηνή θέση ή κάμψη του γόνατος σε πρηνή θέση).

Στην Ο5 ριζίτιδα δεν επηρεάζονται συνήθως τα αντανακλαστικά. Υπάρχει υπαισθησία στη ραχιαία και έσω επιφάνεια του άκρου ποδός μέχρι και το μεγάλο δάκτυλο ή στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης. Υπάρχει αδυναμία έκτασης του μεγάλου δακτύλου με δυσχέρεια βάδισης στις πτέρνες. Κατά τη συμπίεση της Ι1 ρίζας μπορεί να διαπιστωθεί ατροφία της γαστροκνημίας με πόνο και ενδεχόμενη υπαισθησία στην οπισθοπλάγια επιφάνεια μηρού - κνήμης - άκρου ποδός. Το αχίλλειο αντανακλαστικό υπολείπεται ή καταργείται με ελάττωση της μυϊκής ισχύος των καμπτήρων του ποδιού και των δακτύλων. Σπάνια, ο ασθενής αδυνατεί να βαδίσει στα δάκτυλα (πτερνοποδία).

Είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται εργαστηριακοί έλεγχοι. Οι εξετάσεις αίματος είναι φυσιολογικές στους ασθενείς με δισκοκήλη. Ο ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος μπορεί να είναι θετικός, αλλά όχι ιδιαίτερα επιβοηθητικός. Η διάγνωση της δισκοκήλης είναι κυρίως κλινική υπόθεση. Ο απεικονιστικός έλεγχος βοηθάει στην εντόπιση και τη διαβάθμιση του προβλήματος. Οι απλές ακτινογραφίες γίνονται περισσότερο για αποκλεισμό σοβαρότερων νοσημάτων που μιμούνται τη δισκοκήλη, όπως νεοπλάσματα, λοιμώξεις, οστεοπορωτικά κατάγματα κ.λ.π. Στις πρώτες κρίσεις οσφυαλγίας δεν παρουσιάζονται ευρήματα. Μετά από χρόνια μπορεί να διαπιστωθεί στένωση του μεσοσπονδυλίου διαστήματος, εύρημα συμβατό με δισκοπάθεια ή δισκοκήλη, χωρίς να υποδηλώνει ενεργότητα νόσου ή το υπεύθυνο επίπεδο βλάβης. Είναι πάρα πολύ συχνό εύρημα σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, ιδίως μετά τα 50 έτη.

Η αξονική τομογραφία (ΑΤ), όπως και η μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) μπορούν σε μεγάλο ποσοστό (95%) να αποκαλύψουν τη δισκοκήλη και σε ποιο σημείο αυτή πιέζει τη ρίζα, αλλά μειονεκτούν στην άμεση συσχέτιση με την κλινική εικόνα, ιδιαίτερα σε πολλαπλές βλάβες. Θετικά ευρήματα δισκοκήλης με ή χωρίς πίεση ρίζας μπορεί να διαπιστωθούν μέχρι και στο 40% των ασυμπτωματικών ατόμων.^{[62],[66]}

3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, οι περισσότερες δισκοκήλες εμφανίζονται στην τρίτη και τέταρτη δεκαετία της ζωής, όπου ο άνθρωπος βρίσκεται στην πιο παραγωγική ηλικία.^[62]

Συγκεκριμένα, η συχνότητα της δισκοκήλης αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Σε ηλικίες κάτω των 20 ετών, οι κήλες είναι σπάνιες (<1%). Σε ηλικίες 20-30 ετών είναι σποραδικές (5%). Σε ηλικίες 30-50 ετών είναι πολύ συχνές (30%- 50%). Σε ηλικίες >60 ετών σχεδόν όλοι οι άνθρωποι έχουν εκφυλισμένους δίσκους με δισκοκήλες, αρκετοί όμως είναι ασυμπτωματικοί.^[61] Σύμφωνα με την βιβλιογραφία δεν υπάρχει καμία πειστική απόδειξη ότι η ηλικία επηρεάζει την επικράτηση του πόνου στην πλάτη.^[68]

Η χαμηλή οσφυαλγία πιθανόν επηρεάζει περίπου το ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο κάθε χρόνο. Περίπου το 20% (1 στους 15 του πληθυσμού) συμβουλευέται τον γιατρό τους για τον πόνο στην οσφύ τους.^[69] Αυτό έχει ως αποτέλεσμα 2,6 εκατομμύρια άτομα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, να αναζητούν συμβουλές σχετικά με τον πόνο τους από τον γιατρό τους κάθε χρόνο.^[70]

Ένα χρόνο μετά το πρώτο επεισόδιο πόνου στην οσφυαλγίας 62 % των πασχόντων εξακολουθούν να έχουν πόνο και το 16% όσων είχαν δεν μπορεί να εργαστεί.^[71]

Σε μια μελέτη 154 εφέδρων στρατιωτών χωρίς προηγούμενο ιστορικό πόνου στην οσφύ, βρέθηκε ότι το 64% αυτών ανέπτυξε τουλάχιστον μέτριο οσφυϊκό πόνο σε περίοδο 18 μηνών.^[72]

3.3. Θεραπεία και αντιμετώπιση

Σκοπός της είναι η καθήλωση, συρρίκνωση και οργάνωση του προβάλλοντος τμήματος του πηκτοειδή πυρήνα, η επούλωση του ινώδους δακτυλίου και η αποκατάσταση των ριζών.^[64]

Η θεραπεία για τη δισκοκήλη περιλαμβάνει διαλείπουσα ανάπαυση, όχι συνεχή κλινοστατισμό, παυσίπονα-αντιφλεγμονώδη φάρμακα, φυσικοθεραπεία, σπονδυλικούς χειρισμούς (manipulation), επισκληρίδιες και περιριζιτικές (τρηματικές) εγχύσεις αναισθητικού-κορτικοστεροειδούς. Οι εγχύσεις γίνονται από εκπαιδευμένους ιατρούς, είναι ακίνδυνες και μπορεί να αποτρέψουν την εγχείρηση, η οποία δεν έχει πάντα ευεργετικά αποτελέσματα. Η παρετική ισχιαλγία σύμφωνα δεν αποτελεί απόλυτη ένδειξη για εγχείρηση, όπως βιβλιογραφικά υποστηρίζεται, διότι μπορεί να επιφέρει προβλήματα και επιπλοκές που μπορεί να δραματοποιήσουν την κατάσταση, αφού με την αφαίρεση του δίσκου αποσταθεροποιείται μηχανικά η σπονδυλική στήλη. Μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά με πολύ καλά αποτελέσματα που εγγίζουν και υπερβαίνουν το 90%.^[62]

Μία άλλη μέθοδος που μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή με δισκοκήλη είναι οι ειδικές τοπικές εγχύσεις - ενέσεις σε συνδυασμό με manipulation (χειροπρακτική). Οι εγχύσεις αυτές είναι οι επισκληρίδιες ιερές, οσφυϊκές και ενδοτρηματικές, οι εγχύσεις στις αποφυσιακές αρθρώσεις, η έγχυση νευρολυτικών και σκληρυντικών ουσιών, καθώς και η διήθηση στις «μυοκλήιδες» πόνου ή σημεία πυροδότησης (trigger points). Οι ενέσεις αυτές ανακουφίζουν άμεσα, έχουν αμελητέο ποσοστό παρενεργειών, γίνονται από εξειδικευμένα άτομα με τη βοήθεια ακτινοσκοπικού ελέγχου και μπορεί να αποτρέψουν την πορεία του οσφυαλγικού ασθενούς προς την εγχείρηση. Τα ικανοποιητικά αποτελέσματα των επισκληρίδιων εγχύσεων, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία από μη ελεγχόμενες μελέτες, κυμαίνονται από 35- 80%. Βέβαια πρέπει να προσέχει πολύ το ιατρικό προσωπικό για τις αντενδείξεις και να παίρνει τις απαραίτητες προφυλάξεις για τον ασθενή.^[73]

Άλλες τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου της δισκοκήλης είναι η επισκληριοδοσκόπηση κατά την οποία ουσιαστικά λύνονται οι συμφύσεις που δημιουργούνται στη περιοχή είτε φαρμακευτικά (τοπικό αναισθητικό) είτε με χρήση NaCl 18%. Η τεχνική έχει έναν βαθμό δυσκολίας απαιτεί ειδικά εργαλεία χωρίς όμως να είναι αποτελεσματική στο σύνολο των ασθενών που υποφέρουν από κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου.^[74] Είναι μια τεχνική με την οποία επιτυγχάνεται η άμεση επισκόπηση του επισκληριδίου χώρου μέσω μιας ινοπτικής συσκευής που εισέρχεται δια του υποδορίου, και με την οποία επιτρέπεται η εισαγωγή εργαλείων για την λύση συμφύσεων στην περιοχή και η έγχυση φαρμάκων. Ουσιαστικά είναι μια τεχνική που επιτρέπει την άμεση αναγνώριση της περιοχής με ουλώδεις ιστούς περί τη ρίζα. Χρήζει ιδιαίτερης αντιστηνίας και με τη τεχνική Seldinger ένας μικρός καθετήρας εισάγεται δια του ιερού σχίσματος ενώ προσαρτάται ένα ινοπτικό επισκληριδιοσκόπιο (κάμερα) και με καθοδήγηση βελόνες προσεγγίζουν τον ιστό ή χορηγούνται φάρμακα ιδίως κορτικοστεροειδή στις φλεγμαίνουσες ρίζες.^[75] Η τεχνική παρότι θεωρητικά θα έπρεπε να έλυνε το πρόβλημα δεν είναι πάντα χωρίς επιπλοκές όπως διάταση των αγγείων, ίνωση εμμένων πόνος στην περιοχή του δέρματος, υπολειπόμενη υπαισθησία, δημιουργία αυξημένης αγγείωσης, διαταραχές της λειτουργίας του εντέρου και της κύστης και σεξουαλική δυσλειτουργία. Επίσης επικίνδυνη επιπλοκή είναι η είσοδος στον υπαραχνοειδή χώρο.

Τελικά η επισκληριδίου έγχυση φαρμάκων παραμένει η τεχνική με τα καλλίτερα αποτελέσματα αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου παρότι βιβλιογραφικά δεν φαίνεται να υπερτερεί άλλων τεχνικών.^{[76],[77]} Παρότι τα επιστημονικά δεδομένα δεν την υποστηρίζουν η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο του έστω και πρόσκαιρα είναι σημαντική και προσδίδει στη τεχνική ψηλό δείκτη προτίμησης ανάμεσα στους ιατρούς αντιμετώπισης του πόνου. Επίσης η χρήση κορτικοστεροειδών είναι συχνή αν και έχουν αναφερθεί μικρές παρενέργειες όπως πυρετός, λόξυγκας, κεφαλαλγία, κατακράτηση υγρών, ταχυκαρδία και κοιλιακές κράμπες, αύξηση της όρεξης. Οι παρενέργειες εξαφανίζονται σε 2-3 ημέρες.^[78]

Άλλα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της δισκοπάθειας περιλαμβάνουν και τις ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών κάμψης της μέσης, δηλαδή των ορθών κοιλιακών μυών, και των μυών της μέσης, δηλ. των ραχιαίων μυών. Βοηθητική είναι και η ζώνη για τη μέση και η φυσικοθεραπεία (έλξεις, μάλαξη, ηλεκτροθεραπεία).^{[61],[64]} Επίσης, υποστηρίζεται ότι βοήθεια προσφέρει και η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, αν και κάποιες απόψεις το αμφισβητούν.^[67] Παράλληλα, μπορούν να δοθούν οδηγίες στον κάθε ασθενή για την καθημερινότητά του με σκοπό την ανακούφισή του από τον πόνο. Η λειτουργική αυτή επανεκπαίδευση περιλαμβάνει την εκμάθηση ασφαλών στάσεων και τεχνικών (σωστού τρόπου στάσης, καθίσματος, κίνησης κι άρσης αντικειμένων στην καθημερινή ζωή). Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι τα ιαματικά λουτρά και η γυμναστική στο νερό, τα οποία είναι πολύ ασφαλή γιατί το σωματικό

βάρος στο νερό «μειώνεται» λόγω της άνωσης.^[79] Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι ένα συχνό κλινικό πρόβλημα και οι περισσότεροι ασθενείς θα βελτιωθούν με την πάροδο του χρόνου (από 1-6 μήνες).^[2]

Ο καθένας όμως θα πρέπει να υιοθετήσει από νωρίς έναν τέτοιο τρόπο ζωής ώστε να προλάβει στο μέλλον τέτοια προβλήματα. Είναι σημαντική η πρόληψη. Πρέπει να διατηρείται σε καλή φυσική κατάσταση, ν' αποφεύγει την αύξηση του σωματικού βάρους και τις κινήσεις κάμψης της σπονδυλικής στήλης στις καθημερινές δραστηριότητες και ιδιαίτερα στην ανύψωση μεγάλων βαρών, φροντίζοντας τη διάταξη των επίπλων στο χώρο εργασίας και στο σπίτι, με στόχο την ελαχιστοποίηση της καταπόνησης της σπονδυλικής στήλης από κακή στάση. Να ακολουθεί σε γενικές γραμμές έναν υγιεινό τρόπο ζωής.^[80]

Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας στην Αγγλία και Ουαλία έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του πόνου και αναφέρονται στην πρωτογενή και δευτερογενή περίθαλψη που έχει σαν σκοπό την αξιολόγηση, τη θεραπεία και τη διαχείριση των ενηλίκων με μη ειδική οσφυαλγία, σε ιδιώτες γιατρούς οι οποίοι μπορούν να βοηθηθούν για την επιλογή θεραπευτικών μέσων για άτομα με ριζοπάθεια. Περιπτώσεις εκτός των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι τα παιδιά κάτω από την ηλικία των 18 ετών, τα άτομα με οξεία οσφυαλγία (διάρκειας μικρότερης των 6 εβδομάδων), τα άτομα που πάσχουν από Κ.Μ.Δ.^[81]

Οι Κατευθυντήριες γραμμές από το Αμερικανικό Κολλέγιο των Φυσιοθεραπευτών προτείνει να γίνεται απεικόνιση μόνο όταν ο πόνος είναι σοβαρής μορφής ή όταν υπάρχουν εκφυλιστικά νευρολογικά ελλείμματα υπάρχουν, όταν πρόκειται να γίνει χειρουργική επέμβαση ή επισκληρίδιος ένεση.^{[19],[72]} Σε ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα επιμένουν μετά από έξι εβδομάδες, η μέθοδος nerves block μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά και θεραπευτικά.^{[31],[72]}

Τι είναι νοσηλευτική; Είναι τέχνη, λειτούργημα, επάγγελμα; Είναι όλα αυτά μαζί; Παρακάτω θα γίνει αναφορά στην αξία της νοσηλευτικής και στην επαγγελματική ικανοποίηση που νιώθει ο νοσηλευτής στον χώρο εργασίας του.

4.1. Ορισμός της νοσηλευτικής

Διεθνώς ο αποδεκτός ορισμός της Νοσηλευτικής την ορίζει ως «εντεταλμένη...να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή και στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, τη βούληση ή γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό γρηγορότερα».^[82]

Η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ανθρώπων που πεθαίνουν.^[83]

Είναι επάγγελμα φροντίδας και κατά τους Baines et al (1991) απαιτείται διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Δημιουργεί την αίσθηση στον αποδέκτη της φροντίδας ότι φροντίζεται με προθυμία σε ασφαλές περιβάλλον, το οποίο διευκολύνει την έκφραση της συγκίνησης και των προβληματισμών του. Η νοσηλευτική εργασία προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τον ασθενή γεγονός που δημιουργεί εντάσεις και συγκινήσεις.^[84]

Οι νοσηλευτές, η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα στον προσδιορισμό της ποιότητας της φροντίδας στα νοσοκομεία και της εξέλιξης της πορείας της υγείας των ασθενών.^[83]

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο νοσοκομείο

Από το 1900 μέχρι το 1960 νοσηλευτική φροντίδα παρείχαν σχεδόν μόνο οι γυναίκες, οι οποίες αναλάμβαναν την προσωπική διεύθυνση του αρρώστου και ακολουθούσαν τις ιατρικές οδηγίες. Ο περιορισμένος τους ρόλος έχει αντικατασταθεί σήμερα σε πολύπλευρο «ως αποτέλεσμα της βελτίωσης του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισης τους ως αυτόνομων κι άρτια ενημερωμένων επαγγελματιών». Ο ρόλος τους σήμερα, είναι ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς βασιζόμενοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους.^[85]

Οι νοσηλευτές εργάζονται με βάση τις θεσπισμένες αρμοδιότητες, την εκπαίδευση και τον χαρακτήρα τους. Κύριος στόχος τους είναι να βοηθήσουν τον ασθενή που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας.

Σύμφωνα με την Λαναρά (1993), «η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία θεραπευτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος, στο οποίο οι φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες κάθε αρρώστου επισημαίνονται και επιδιώκεται η θεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις».^[86]

Οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες που απασχολούνται στο νοσοκομείο έχουν πολλούς ρόλους, είναι εκπαιδευτές, συνήγοροι του ασθενή, καθοδηγητές, διαχειριστές, ερευνητές, ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές ακόμα και συντονιστές των υπολοίπων μελών της ομάδας υγείας που παρέχουν φροντίδα στον ασθενή.^{[85],[87]}

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Οι τρεις αυτές κατηγορίες είναι: τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή, τα καθήκοντα προς τους ασθενείς και τα καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.^[88]

Κάποιες από τις αρμοδιότητες του είναι:

- Παρέχουν άμεση φροντίδα στον ασθενή, είναι ευαισθητοποιημένοι και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του
- Παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα
- Εφαρμόζουν και εκτελούν νόμιμες ιατρικές οδηγίες, οι οποίες αφορούν σε θεραπεία και φάρμακα, με την προϋπόθεση κατανόησης αιτίου και αποτελέσματος αυτών
- Παρατηρούν, παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας του ασθενή κάνουν ακριβή καταγραφή και αναφορά των στοιχείων και αξιολογούν την όλη φροντίδα του ασθενή
- Μπορούν να επιβλέπουν την φροντίδα του ασθενή που παρέχεται από άλλους, πλην των γιατρών
- Είναι υπεύθυνοι για την αγωγή του, για την εκπαίδευση των ασθενών σε αυτήν αλλά και των οικογενειών τους. Αναλαμβάνουν να ενημερώνουν και να συμβουλεύουν τον ασθενή και την οικογένεια του σε θέματα φροντίδας των ασθενών κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του, ώστε να διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας
- Συντονίζουν τον προγραμματισμό εξόδου και διενεργούν παραπομπές
- Συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους και τους άλλους επαγγελματίες υγείας προς όφελος των ασθενών

- Εκπαιδεύουν, καθοδηγούν, ελέγχουν τον/την βοηθό νοσηλευτή/νοσηλεύτρια.^{[84],[89]}

Εκτός από την φυσική φροντίδα για την οποία έγινε μια μικρή αναφορά παραπάνω και περιλαμβάνει όλες τις σωματικές ανάγκες του ασθενούς, καθώς επίσης και τις ενέργειες που κάνουν οι νοσηλευτές για να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας, υπάρχει και η συναισθηματική φροντίδα, η οποία αφορά την κάλυψη όλων εκείνων των αναγκών οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς.^{[83],[88]} Απαιτείται σωστή καταγραφή των προβλημάτων από τους νοσηλευτές. Στη συνέχεια, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την ικανότητα να ακούσουν τον ασθενή, να καταγράψουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να κάνουν κατάταξη αυτών ξεκινώντας από το σοβαρότερο, το οποίο είναι και αυτό που πρέπει να αντιμετωπισθεί πρώτο.^[84]

Συμπερασματικά οι νοσηλευτές, το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του το περνάνε στο πλάι του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει διότι η νοσηλευτική εργασία απαιτεί την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, τη γνώση των αναγκών του (ψυχολογικών και σωματικών), των δυνατοτήτων και των περιορισμών του.^[83]

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση του πόνου

Οι νοσηλευτές αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης και αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή αναπτύσσεται και διαμορφώνεται με αυτοτέλεια μέσα στην ομάδα και εκδηλώνεται μέσα σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Με την βοήθεια του νοσηλευτή γίνεται η περιγραφή του πόνου, καθορίζονται εκείνοι οι παράγοντες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο, καθορίζει τις αιτίες πρόκλησής του, την έννοια που ο κάθε ασθενής προσδίδει σε αυτόν, προχωρεί στη συμβουλευτική προσέγγιση της επιλογής κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.^[88]

Ο νοσηλευτής παίζει πολλούς ρόλους. Είναι πρωτίστως άνθρωπος και η παρουσία του είναι πολύ σημαντική. Έχει την διάθεση να πληροφορεί, να εξηγεί, να απαντά στις ερωτήσεις του ασθενούς, να ακούει ή απλά να βρίσκεται εκεί μαζί του αρωγός, σιωπηρός συμπαράστατης του, δημιουργώντας ένα κλίμα άνεσης και μια σχέση εμπιστοσύνης.^[89]

Επίσης, ο νοσηλευτής προσπαθεί να μπει στη θέση του ασθενή, να καταλάβει πως αισθάνεται, πως αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα την οποία ζει ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις εξατομικευμένες ανάγκες του. Σύμφωνα με την Slevin «Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπου η επαφή τους είναι περιστασιακή και για ορισμένες χρονικές περιόδους».^[90]

Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Η συνεχή και συχνή παρουσία στον ασθενή μπορεί να

προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το πώς και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή και να αξιολογήσουν την κατάστασή του.^[86] Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δημιουργεί διαύλους επικοινωνίας με τον ασθενή, να αποκωδικοποιεί λεκτικές και μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας και να τις μεταβιβάζει στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Αυτό βοηθάει ώστε να γίνεται μια ολοκληρωμένη και καλύτερη αξιολόγηση στη θεραπευτική παρέμβαση.^{[88],[92],[93]}

Παράλληλα ο νοσηλευτής σχεδιάζει, προτείνει και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκείνες που σύμφωνα με την γνώμη του θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον πόνο καθώς και τις συνέπειες που προκαλεί σ' αυτόν και το περιβάλλον του.^[94]

Οι επαγγελματίες της υγείας έχουν προχωρήσει σε αλλαγές στον τρόπο προσέγγισης και διαχείρισης του πόνου κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30-40 ετών. Σχετικά με τη διαχείριση του πόνου από τον νοσηλευτή, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές πηγές στο εξωτερικό ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί στην αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς ανάλογα με τη χορήγηση των φαρμάκων που διέταξε ο γιατρός, του χρονοδιαγράμματος των δραστηριοτήτων της φροντίδας των ασθενών, και επικοινωνεί με τους ιατρούς σχετικά με τις αλλαγές που παρουσιάζονται στον ασθενή. Επίσης, εκπαιδεύει τους ασθενείς και τους βοηθάει στο να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τη διαχείριση του πόνου τους. Ο νοσηλευτής ελέγχει αυστηρά τα φάρμακα που δίνονται για τον πόνο, προκειμένου να προστατεύσουν τους ασθενείς από τις αρνητικές επιδράσεις των οπιοειδών φαρμάκων. Για παράδειγμα ένας ασθενής με βαθμολογία πόνου 7-10 (σε μια κλίμακα δέκα σημείων, με δέκα να είναι ο χειρότερος πόνος) θα πρέπει να αναμένει ότι ο νοσηλευτής μπορεί να παρέμβει αμέσως με το να δώσει αναλγητικά φάρμακα. Ένας ασθενής που πρόσφατα πήρε φάρμακο για τον πόνο, και στην αιχμή της δράσης του φαρμάκου εξακολουθεί να αναφέρει ότι το επίπεδο του πόνου είναι 5-6, ο νοσηλευτής θα παρέμβει είτε με επιπλέον φαρμακευτική αγωγή ή με ένα τηλεφώνημα στο γιατρό για συμπληρωματικές οδηγίες με σκοπό να ανακουφίσει τον ασθενή. Αν ο ασθενής αναφέρει ότι μετά την φαρμακευτική αγωγή ο πόνος είναι στο 1-2 και ο ασθενής δεν πονάει, ο νοσηλευτής παρακολουθεί την πορεία του χωρίς περαιτέρω παρέμβαση αναμένοντας την επόμενη αξιολόγηση του πόνου. Σε γενικές γραμμές, ο νοσηλευτής εξασφαλίζει την ασφάλεια του ασθενούς με άμεσες και έμμεσες υπηρεσίες φροντίδας, την άνεση και την προσωπική υγιεινή του, προστατεύοντας του το υπέρτατο αγαθό την αποκατάσταση της υγείας του στον μέγιστο βαθμό.

Στην Πολιτική Διαχείριση του Πόνου το 1994, το Διοικητικό Συμβούλιο των Εγγεγραμμένων Νοσηλευτών δήλωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εξασφαλίζει και την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς για τη διαχείριση του πόνου. Αν ένας ασθενής είναι μέρος μιας κλινικής δοκιμής και γνωρίζει ότι ένα εικονικό φάρμακο μπορεί να είναι ένα από τα φάρμακα που του χορηγούνται, ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει το εικονικό φάρμακο

μετά από συναίνεση του ασθενή. Σε αντίθετη περίπτωση, μη συναίνεση για τη χρήση των εικονικών φαρμάκων θα παραβίαζε τη βασική αρχή της διαχείρισης του πόνου, το οποίο είναι ότι οι ασθενείς που αναφέρουν πόνο δικαιούνται την καλύτερη δυνατή μεταχείριση και δεν πρέπει να τους χορηγείται φάρμακο που είναι ανασφαλές και μη αποτελεσματικό.

Από το 1994, το Διοικητικό Συμβούλιο των Νοσηλευτών παρότρυνε όλοι οι νοσηλευτές να εκσυγχρονίσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τη διαχείριση του πόνου. Γι' αυτό πραγματοποιούνται πολλά σεμινάρια διαχείρισης του πόνου. Η Αμερικανική Εταιρεία για τον πόνο έχει μια τριμηνιαία έκδοση που παρουσιάζει θέματα για την διαχείριση του πόνου. Υπάρχουν πολλά άριστα γραπτά εγχειρίδια και βιβλία για τον πόνο, τα οποία αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, και το περιοδικό American Journal of Nursing έχει μια στήλη ειδικά για την αντιμετώπιση του πόνου σε μηνιαία βάση.^[95]

Ένας οδηγός για τον ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση του πόνου, αναφέρει ότι οι πληθυσμοί που προσδιορίζονται από τη βιβλιογραφία και αποτελούν ομάδες κινδύνου, είναι: βρέφη και παιδιά, γυναίκες, ηλικιωμένοι, ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία, με συναισθηματική ή ψυχική ασθένεια, με χρόνιο πόνο, με νευροπαθητικό πόνο, τοξικομανείς, μειονότητες, άστεγοι και ασθενείς με θανατηφόρες ασθένειες. Ο στόχος των κατευθυντήριων οδηγιών είναι να παρέχουν τεκμηριωμένες πληροφορίες και να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στο να αναπτύξουν βασικές ικανότητες στη διαχείριση του πόνου.

Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και υπόλογος στο να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα, η οποία αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τον πόνο του ασθενούς και βασίζεται στο αναγνωρισμένο πρότυπο της περίθαλψης. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

A) Γνώση του Εαυτού: αφορά στάσεις, αξίες, πολιτιστικό υπόβαθρο, πεποιθήσεις, εμπειρίες. Όλα τα παραπάνω είναι παράγοντες που επηρεάζουν τον επαγγελματία κατά την αξιολόγηση του ασθενούς, τη συμπεριφορά, την εμφάνιση. Όταν ο επαγγελματίας υγείας επηρεάζεται ή περιορίζεται από προσωπικούς παράγοντες δεν μπορεί να αξιολογήσει και να επικοινωνήσει αποτελεσματικά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο να μην εκτελέσει σωστά τον ρόλο του και να επιδεινώσει την κατάσταση του ασθενούς.

B) Γνώση του πόνου: Ο πόνος είναι υποκειμενικός, αφού βασίζεται στα λόγια του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει επαρκώς τη μέτρηση και τη διαχείριση του πόνου περιλαμβάνοντας τη γνώση στους ακόλουθους τομείς:

1. Αξιολόγηση του πόνου: χρησιμοποιώντας ένα σωστό εργαλείο αξιολόγησης πόνου. Είναι σημαντικό, να μπορεί να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του πόνου όπως ταχυκαρδία, υπέρταση, εφίδρωση και ωχρότητα κ.α., να γνωρίζει τις διάφορες κατηγορίες του πόνου, τις πιθανές πηγές του πόνου (νευρολογικές, μυοσκελετικές κ.α.), να αξιολογεί τον πόνο συμπεριλαμβάνοντας και τις εμπειρίες πόνου, μεθόδους έκφρασης του πόνου, πολιτιστικές επιρροές, και πώς το άτομο διαχειρίζεται τον πόνο του.

2. Φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις: να γνωρίζει τη χρήση και τις παρενέργειες οπιούχων, μη οπιούχων, εικονικών φαρμάκων. Να γνωρίζει τις μη φαρμακολογικές στρατηγικές για τη διαχείριση του πόνου (βελονισμός, μασάζ, τεχνικές αναπνοής, κ.λπ.).

Γ) Η γνώση του Προτύπου της Φροντίδας: το πρότυπο της περίθαλψης πρέπει να είναι αποτελεσματική και συνεχή, αξιολογώντας και διαχειρίζοντας τον πόνο (αναγνώριση και αποδοχή του ασθενούς, προσδιορισμός της πιθανής πηγής του πόνου, εκτίμηση του πόνου σε τακτά χρονικά διαστήματα, αναφορά σχετικά με το επίπεδο του πόνου, την ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας του ασθενούς που περιλαμβάνει ένα διεπιστημονικό πρόγραμμα για αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης του πόνου, συνεργασία με οικογένεια και άλλους επαγγελματίες υγείας).^{[36],[96]}

4.4. Ικανοποίηση του νοσηλευτή από την εργασία του

Το θέμα της ικανοποίησης από την εργασία είναι ιδιαίτερα σημαντικό και αυτό γιατί φαίνεται να συσχετίζεται άμεσα με την υγεία των εργαζομένων, τα επίπεδα άγχους, την κοινωνική και την εργασιακή συνοχή και λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τους Cranny et al η εργασιακή ικανοποίηση είναι άθροισμα συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή η συναισθηματική διάσταση των στάσεών του, η οποία απορρέει από τη σύγκριση ανάμεσα στα οφέλη και στις επιθυμίες. Ο ορισμός αυτός είναι παραπλήσιος με εκείνον του Locke το 1969, ότι δηλαδή η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση, στην οποία περιπίπτει το άτομο όταν, έχοντας αποτιμήσει το έργο που προσφέρει στην εργασία του, βρίσκει τις συνθήκες σύμφωνες προς τα αξιακά του πρότυπα. Ο Warr 9 και ο Spector 1997 διαχωρίζει την επαγγελματική ικανοποίηση σε ενδογενή (intrinsic satisfaction, αφορά στο περιεχόμενο της εργασίας και στους τρόπους διεξαγωγής της) και εξωγενή (extrinsic satisfaction, που σχετίζεται με το εργασιακό πλαίσιο και τις συνθήκες εργασίας). Ο συγκεκριμένος διαχωρισμός φαίνεται να σχετίζεται αντίστοιχα με τη θεωρία της ιεράρχησης αναγκών του Maslow.^{[97],[106]} Υπάρχουν και άλλες θεωρίες για την εργασιακή ικανοποίηση. Μερικές είναι:

- Θεωρία των δύο παραγόντων (motivator – hygiene theory) (Herzberg 1959)
- Θεωρία της προσδοκίας: αφορά τρεις μεταβλητές → ελκυστικότητα, συντελεστικότητα, προσδοκία (Vroom 1964)
- Θεωρία υπόδειγμα: αφορά τέσσερις μεταβλητές → προσπάθεια, απόδοση, ανταμοιβές, ικανοποίηση (Porter & Lawer 1980)

- Θεωρία Alderfer – ERG: η επαγγελματική ικανοποίηση υπάρχει αν έχουν εκπληρωθεί τρία είδη αναγκών (ύπαρξης, σχέσης και ανάπτυξης) (Κάντος Α. 1998)
- Θεωρία των χαρακτηριστικών της εργασίας (job characteristic model) (Oldham & Hackman 1970)
- Θεωρία της ισότητας (Stacy A. 1965).^[98]

Η διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας στον διεθνή χώρο. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα επαγγελματιών. Εύλογα, λοιπόν, η απόδοση και η συμπεριφορά τους συντελεί στη δημιουργία προϋποθέσεων παροχής ποιοτικών παροχών και στην ικανοποίηση των ασθενών. Από έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί η συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, την απουσία από την εργασία και την τάση αποχώρησης, την επαγγελματική εξουθένωση, την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.^{[99],[100],[101],[102],[103],[97]}

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση είναι πολλοί. Οι Weisman και Nathanson αναφέρουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών επηρεάζει καθοριστικά το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Πρόσφατες μελέτες υπέδειξαν ότι ο νοσηλευτής προτιμά να παραμένει στον τόπο όπου έλαβε την εκπαίδευσή του, αλλά αποχωρεί εφ' όσον οι συνθήκες εργασίας δεν ανταποκρίνονται στις προσωπικές και στις επαγγελματικές του απαιτήσεις. Η ικανοποίηση επηρεάζεται επίσης από γενικούς παράγοντες, όπως κυβερνητική υποστήριξη, υποστήριξη από το φορέα εργασίας και δέσμευση του εργοδότη προς τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.^{[97],[104]}

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έρευνα σχετική με το προσωπικό υπηρεσιών υγείας του Λονδίνου έδειξε ότι, όταν ζητήθηκαν υποδείξεις από τους εργαζόμενους, στοχεύοντας στη βελτίωση της επαγγελματικής κατάστασης, η «καλύτερη αμοιβή» κατείχε την τέταρτη θέση μετά από «περισσότερο προσωπικό», «καλύτερες συνθήκες εργασίας» και «καλύτερες εγκαταστάσεις». Ωστόσο, η αμοιβή βρισκόταν υψηλότερα (δεύτερη ή τρίτη θέση) στον κατάλογο των επιθυμιών των ατόμων που είχαν πρόθεση να εγκαταλείψουν το σύστημα υγείας.^[105]

Οι κύριες αιτίες δυσαρέσκειας οφειλόμενης στην εργασία είναι η αμοιβή και οι προβληματικές εργασιακές συνθήκες, όπως η έλλειψη εξοπλισμού. Η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη προσόντων αναφέρονται, επίσης, ως σημαντικά προβλήματα. Θεσμικές ελλείψεις σε υλικό και ανθρώπινους πόρους, προμήθειες και κατάλληλη συντήρηση εξοπλισμού οδηγούν σε προοδευτική επιδείνωση των υπηρεσιών υγείας (ιδιαίτερα σε κρατικές υπηρεσίες) και δημιουργούν επαγγελματική δυσαρέσκεια. Τέτοιες συνθήκες προκάλεσαν την παραίτηση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών το 1990 σε νοσοκομεία στο Ribeirao Preto της Βραζιλίας. Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι οι εργασιακές συνθήκες

(μισθοί, οφέλη, όγκος δραστηριότητας, ωράριο) αναφέρθηκαν από τους εργαζόμενους ως κύριος λόγος παραίτησης. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κολομβία.^[97]

Μια εκτεταμένη έρευνα σε 25.000 άτομα αποκάλυψε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων και ότι η έλλειψη ικανοποίησης, φυσικής και πνευματικής ευεξίας, οδηγεί την ψυχική υγεία σε αδιέξοδο.^[106] Ως παράγοντες αύξησης της επαγγελματικής ικανοποίησης αναγνωρίζονται η επαγγελματική παρακίνηση, η ανάπτυξη, η ύπαρξη ευκαιριών για επιμόρφωση και επιλογές στην καριέρα, η υποστηρικτική εποπτεία, η δίκαιη μεταχείριση, η εργασιακή πολιτική. Ως παράγοντες που μειώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση αναγνωρίζονται η επαγγελματική εξουθένωση, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, το οργανωτικό κλίμα στην εργασία, η έλλειψη πρωτοκόλλων που οριοθετούν τα καθήκοντα μεταξύ νοσηλευτών και βοηθών.

Στην Ελλάδα, έρευνες δείχνουν την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, τις κακές συνθήκες άσκησης του, αλλά και την απογοήτευση των νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας.^{[107],[108]}

Υπάρχουν πολλά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα ερωτηματολόγια των Mueller και McCloskey (1990), Sanger et al (1986) και Price and Mueller (1981) μεταφράστηκαν και σταθμίστηκαν από τη κυρία Χαραλαμπίδου 1996. Οι παράγοντες ικανοποίησης που συνήθως μετρώνε είναι οι εξής:

- Εταιρεία και διοίκηση
- Προϊστάμενος
- Συνάδελφος
- Αμοιβή
- Συνθήκες εργασίας
- Αντικείμενο εργασίας
- Δυνατότητες προαγωγής.^[108]

Επίσης, υπάρχει το Job Descriptive Index των Spector & Ironson 2000, Smith, Brannick, Gibson & Paul 1989, το οποίο περιλαμβάνει πέντε τομείς: την εργασία, τον μισθό, τις δυνατότητες προαγωγής, την επίβλεψη και τους συναδέλφους. Περιέχει 72 ερωτήματα με 9 ή 18 ερωτήματα για κάθε υποκλίμακα. Οι απαντήσεις είναι Ναι, Δεν είμαι σίγουρος, Όχι. Αργότερα προστέθηκε μια 6βαθμιαία κλίμακα υπολογισμού της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης (Job in General Scale).^[109]

Ένα ακόμη ερωτηματολόγιο είναι το Minnesota Satisfaction Questionnaire των Weiss David & Dawis Rene 1968, το οποίο έχει δύο μορφές. Η πρώτη περιέχει 100 ερωτήσεις και η δεύτερη 20. Και οι δύο διερευνούν 20 τομείς εργασιακής ικανοποίησης.^[109]

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια.⁷ Δεν αφορά μόνο την συναισθηματική και ψυχική ισορροπία του νοσηλευτή, αλλά επηρεάζει και την εύρυθμη λειτουργία του χώρου εργασίας του.^[110]



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας, είναι η ακριβής και λεπτομερής περιγραφή των δύο μερών της μελέτης, ώστε κάποιος άλλος ερευνητής να είναι σε θέση να αναπαράγει τη συγκεκριμένη έρευνα. Χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο αφορά την έρευνα που έγινε στα βιβλία μητρώων σχετικά με τους ασθενείς Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου Οσφυϊκής Μοίρας και το δεύτερο την έρευνα που διεξήχθη στους νοσηλευτές.

Σκοπός

Ο σκοπός της εργασίας είναι να δείξει τη συμβολή του Ιατρείου Πόνου στη διαχείριση και στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών που πάσχουν από Κ.Μ.Δ., καθώς επίσης τον βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους και την αξιολόγηση του Ιατρείου Πόνου από την πλευρά τους.

Για να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας χρησιμοποιήθηκε η Διεθνής και η Ελληνική βιβλιογραφία και διενεργήθηκε μια έρευνα για τη συλλογή πρωτογενών στοιχείων. Από τα στοιχεία της έρευνας προέκυψαν τα συμπεράσματα που αφορούν:

- α) την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στους ασθενείς. Κατά πόσο έχουν καταγραφεί περιστατικά που η διαχείριση του πόνου βελτίωσε τη ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιο πόνο,
- β) το επίπεδο ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο εργασίας τους και γ) την λειτουργικότητα του Ιατρείου Πόνου.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα στοιχεία της έρευνας ξεχωριστά. Πίνακες παρατίθενται στο Παράρτημα.

Α' ΥΠΟΕΝΟΤΗΤΑ: ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ

Υλικό - Μέθοδος

Το πρώτο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας, αποτελεί μία αναδρομική μελέτη καταγραφής δεδομένων ασθενών με Κ.Μ.Δ., οι οποίοι επισκέφτηκαν το Ιατρείο Πόνου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας τη χρονική περίοδο 2007 - 2012. Οι πληροφορίες των ασθενών συλλέχτηκαν από τα βιβλία μητρώων του Ιατρείου Πόνου και αφορούν δημογραφικά στοιχεία, καταγραφή της πορείας της πάθησης, των ιατρικών πράξεων και αριθμός επισκέψεων. Τα δεδομένα καταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20). Η χρονική διάρκεια συγκέντρωσης των δεδομένων ήταν μέσα Μαρτίου μέχρι μέσα Μαΐου 2013.

Στην όλη διαδικασία τηρήθηκαν ορισμένοι κανόνες δεοντολογίας. Η πρόσβαση στα βιβλία μητρώων ξεκίνησε μετά από έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του συγκεκριμένου νοσοκομείου (βλ. παράρτημα Β.). Στη συγκέντρωση όλων των στοιχείων τηρήθηκε η ανωνυμία όλων των ασθενών. Δεν έγινε καμία πρόσβαση στους ατομικούς ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

Στοιχεία του πληθυσμού - Δείγμα

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν οι ασθενείς που έχουν επισκεφτεί το Ιατρείο Πόνου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας το χρονικό διάστημα 2007 έως 2012. Συγκεκριμένα το δείγμα αποτέλεσαν 153 άτομα που έχουν διαγνωσθεί με Κ.Μ.Δ. είτε στην πρώτη επαφή, είτε αυτή η πάθηση εκδηλώθηκε στην πορεία.

Αποτελέσματα

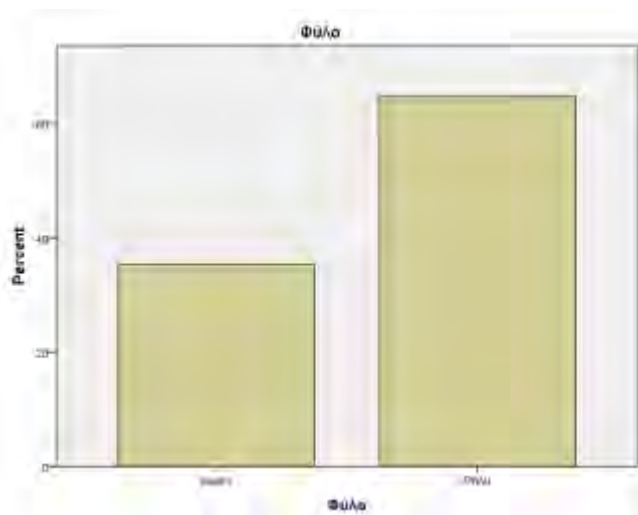
Η κατανομή των ατόμων ως προς το φύλο ήταν 35,3% άνδρες και 64,7% γυναίκες.

Αναφορικά με την ηλικία, η ελάχιστη τιμή που έχει καταγραφεί είναι τα 27 έτη και η μέγιστη τα 86 έτη. Η μέση ηλικία είναι τα 59,4 έτη. Εξετάζοντας την κατανομή των ατόμων σε ηλικιακές ομάδες, το 11,1% κατατάσσονται στην ομάδα έως 40 ετών, το 37,8% έως 60 ετών και τέλος το 51,1% είναι άτομα άνω των 60 ετών.

Ακολουθούν πίνακες κατανομών ανά φύλο και μέτρα θέσης και διασποράς της ηλικίας. Επίσης παρατίθενται και υποστηρικτικά γραφήματα και ειδικότερα ραβδόγραμμα για την κατηγορική μεταβλητή του φύλου και διάστημα εμπιστοσύνης και ιστόγραμμα για την συνεχή μεταβλητή της ηλικίας.

Πίνακας 1^{ος}: Φύλο

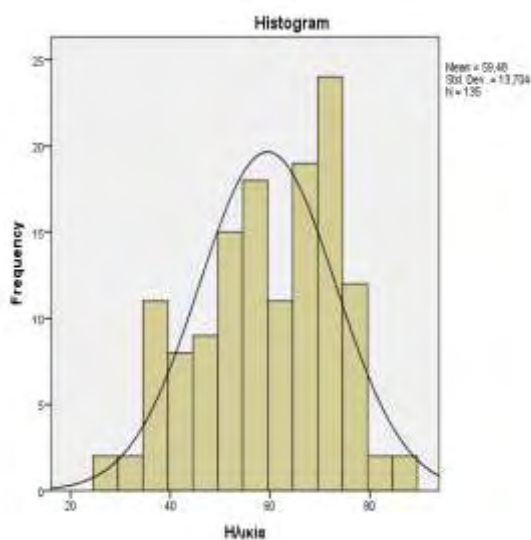
	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid Άρρεν	54	35,3	35,3	35,3
Valid Θήλυ	99	64,7	64,7	100,0
Total	153	100,0	100,0	



Διάγραμμα 1: Φύλο

Πίνακας 2^{ος}: Ηλικία

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	ΜΤ	ΤΑ
Ηλικία	135	27	86	59,48	13,704
Valid N (listwise)	135				



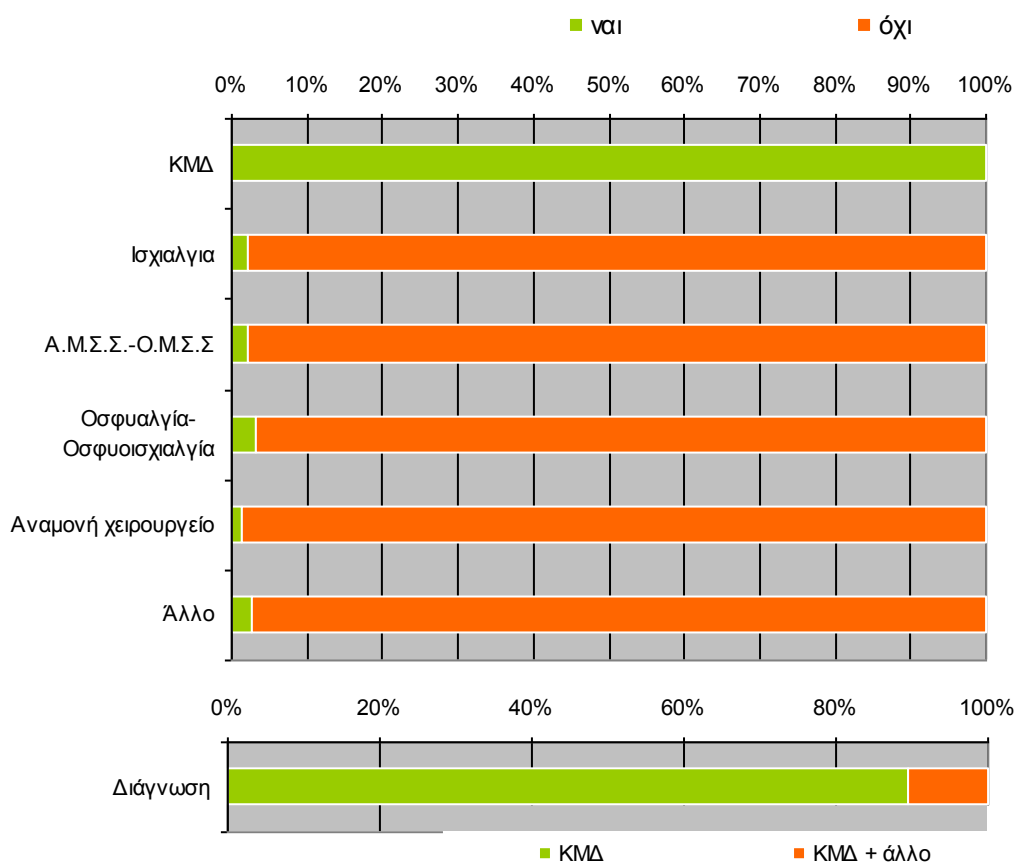
Διάγραμμα 1: Ηλικία

Αίτιο επίσκεψης

Εξετάζοντας το αίτιο της επίσκεψης και κατηγοριοποιώντας την πάθηση που έχει καταγραφεί στο ιστορικό κάθε ασθενή προκύπτουν τα ακόλουθα:

Πίνακας 2^{ος}: Αιτία επίσκεψης

Κατηγορία	Ναι %	Όχι %
ΚΜΔ	100,0	
Ισχιαλγία	2,0	98,0
Α.Μ.Σ.Σ.-Ο.Μ.Σ.Σ	2,0	98,0
Οσφυαλγία-Οσφυοισχιαλγία	3,3	96,7
Αναμονή χειρουργείο	1,3	98,7
Άλλο	2,6	97,4
	ΚΜΔ + άλλο	ΚΜΔ
Διάγνωση	10,5	89,5



Διάγραμμα 2: Αιτία επίσκεψης

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η περίπτωση της Κ.Μ.Δ. εμφανίζεται καθολικά σε όλες τις περιπτώσεις. Επιπρόσθετη διάγνωση εμφανίζεται μόνο στο 10,5% των περιπτώσεων.

Πλήθος επισκέψεων συνολικά ανά άτομο

Εξετάζοντας τον αριθμό των επισκέψεων στο ιατρείο ανά άτομο προκύπτει:

Πίνακας 3^{ος}: Αριθμός επισκέψεων

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Συνολικό πλήθος	ΜΤ	ΤΑ
Πλήθος επισκέψεων ανά άτομο	153	1	14	580	3,79	2,411
Valid N (listwise)	153					

Πίνακας 3^{ος}: Πλήθος επισκέψεων ανά άτομο

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
1	9	5,9	5,9	5,9
2	56	36,6	36,6	42,5
3	25	16,3	16,3	58,8
4	19	12,4	12,4	71,2
5	12	7,8	7,8	79,1
6	8	5,2	5,2	84,3
Valid 7	10	6,5	6,5	90,8
8	5	3,3	3,3	94,1
9	5	3,3	3,3	97,4
10	2	1,3	1,3	98,7
11	1	,7	,7	99,3
14	1	,7	,7	100,0
Total	153	100,0	100,0	

Η μέγιστη τιμή επισκέψεων ανά άτομο που έχει καταγραφεί είναι 14 επισκέψεις ενώ η ελάχιστη είναι 1 επίσκεψη.

Ειδικότερα μία μόνο φορά έχει επισκεφθεί το ιατρείο το 5,9% των ασθενών. Συνολικά 2 επισκέψεις έχει κάνει το 36,6% των ασθενών.

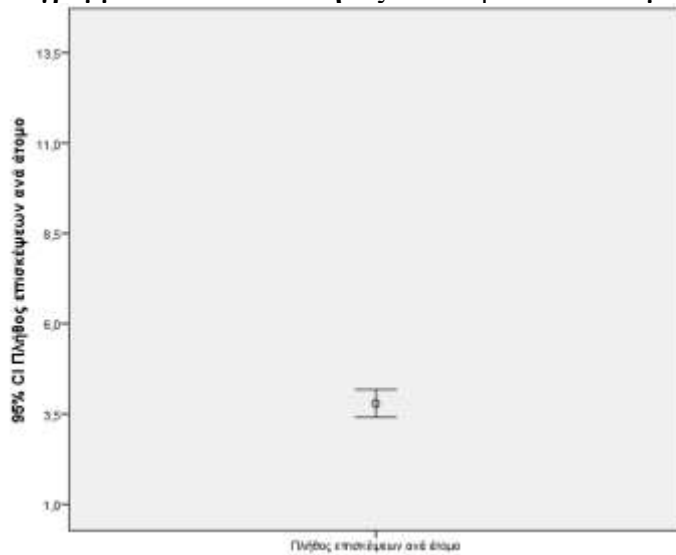
Συνολικά 3 επισκέψεις έχει κάνει το 16,3% των ασθενών.

Συνολικά 4 επισκέψεις έχει κάνει το 12,4% των ασθενών. Ως εκ τούτου έως 4 επισκέψεις έχουν πραγματοποιηθεί από το 71,2% των ασθενών.

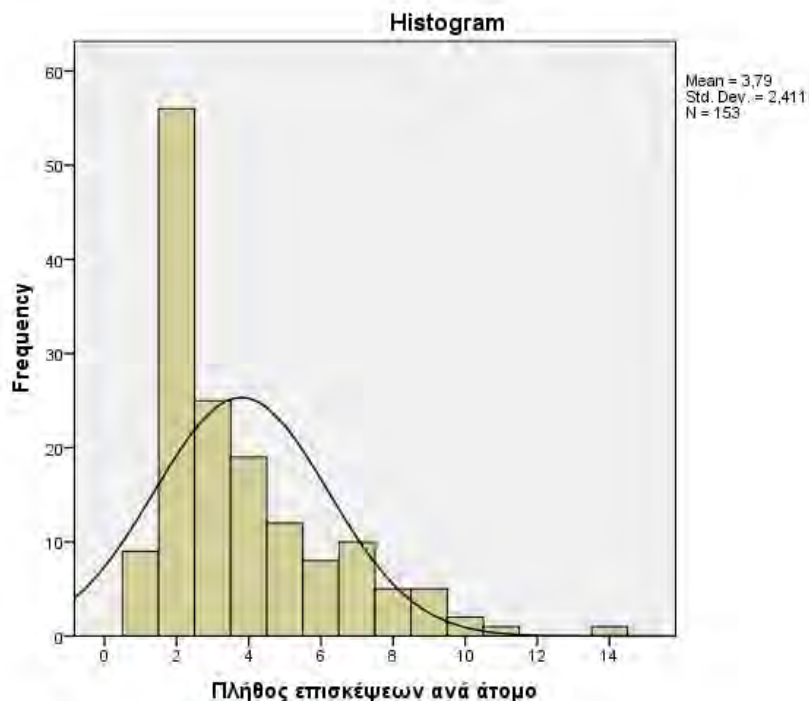
Ακολουθούν με αύξουσα σειρά αριθμού επισκέψεων οι 5 επισκέψεις για το 7,8%, οι 6 επισκέψεις για το 5,2%, οι 7 επισκέψεις για το 6,5% και συνεπώς το 90,5% των ασθενών έχουν κάνει έως 7 επισκέψεις.

Συνολικά έχουν καταγραφεί 580 επισκέψεις με την μέση τιμή επισκέψεων ανά ασθενή να είναι οι 3,79 επισκέψεις.

Διάγραμμα 3^ο: 95% CI Πλήθος επισκέψεων ανά άτομο



Διάγραμμα 3^ο: Πλήθος επισκέψεων ανά άτομο



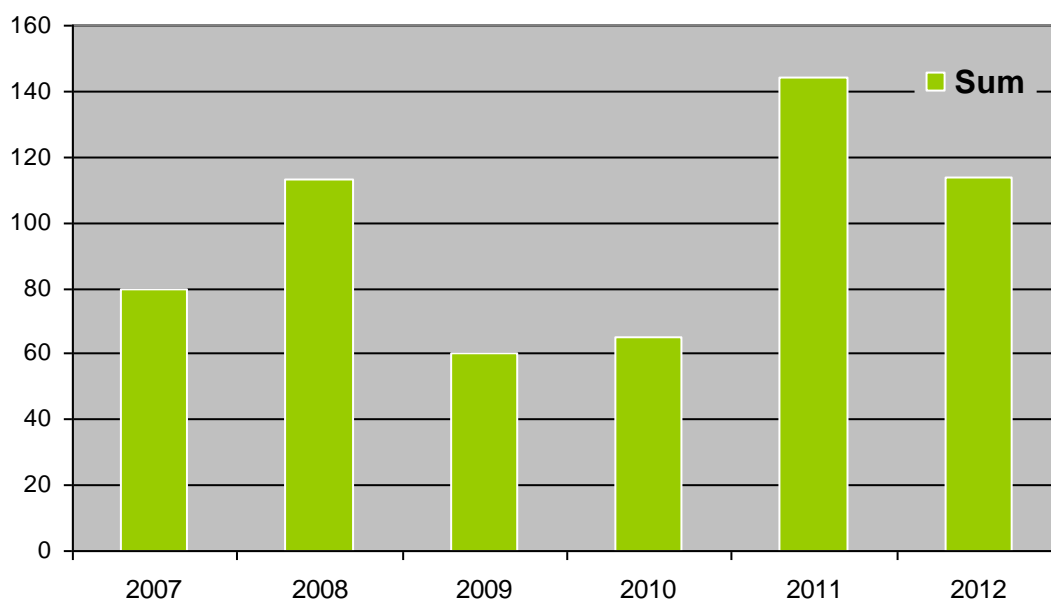
Πλήθος επισκέψεων συνολικά ανά έτος

Εξετάζοντας τον αριθμό των επισκέψεων στο ιατρείο ανά έτος προκύπτει:

Πίνακας 4^{ος}: Αριθμός επισκέψεων ανά έτος

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Συνολικό πλήθος	ΜΤ	ΤΑ
2007	29	1	7	80	2,76	1,662
2008	38	1	8	113	2,97	1,838
2009	21	1	6	60	2,86	1,352
2010	20	1	8	65	3,45	1,761
2011	40	1	9	144	3,70	2,345
2012	42	1	8	114	2,71	1,582
Valid N (listwise)	0			580		

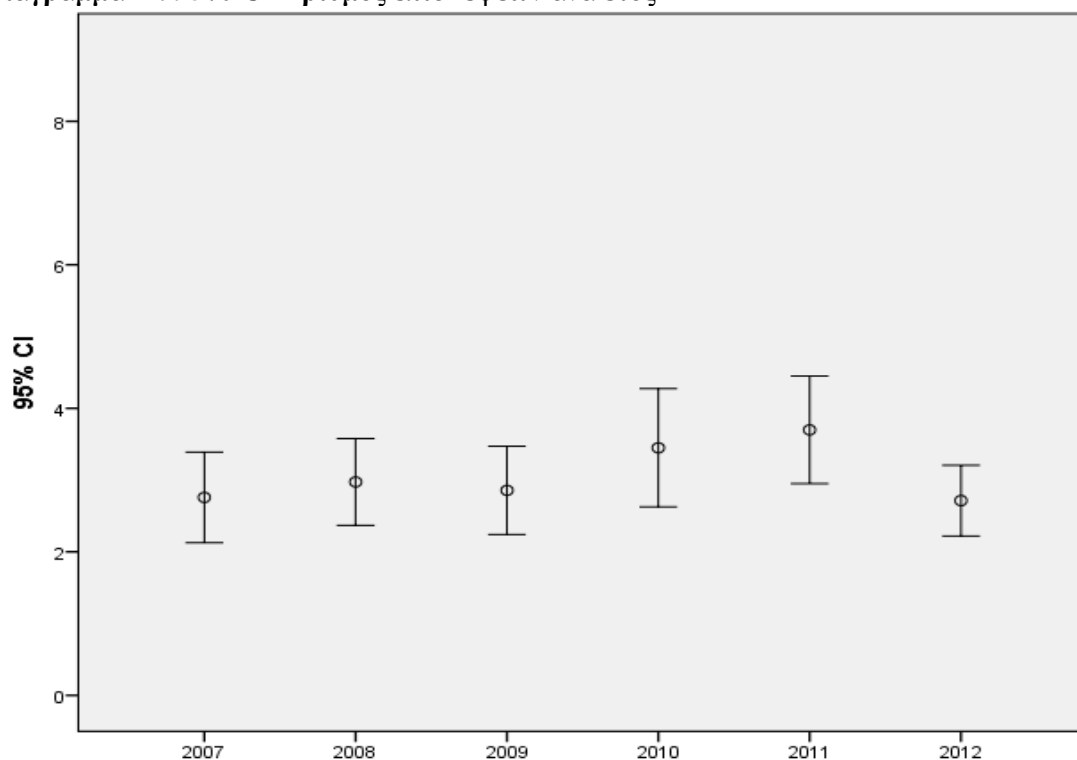
Διάγραμμα 4^ο: Αριθμός επισκέψεων ανά έτος



Το μεγαλύτερο πλήθος επισκέψεων έχει πραγματοποιηθεί το 2011 με 144 επισκέψεις και ακολουθεί το 2012 και 2008 με όμοιο αριθμό επισκέψεων.

Εξετάζοντας την μέση τιμή επισκέψεων ανά ασθενή κατά έτος προκύπτει ότι επίσης το 2011 ήταν το έτος με την υψηλότερη τιμή καθώς η μέση τιμή ανά ασθενή ήταν 3,70 επισκέψεις. Ακολουθεί το έτος 2010 με μέση τιμή 3,45 επισκέψεις ανά ασθενή. Τα υπόλοιπα έτη εμφανίζουν μέσο όρο επισκέψεων κάτω από την τιμή 3.

Διάγραμμα 4^α: 95% CI Αριθμός επισκέψεων ανά έτος



Εξετάζοντας τον αριθμό των επισκέψεων ανά έτος προκύπτει:

Το έτος 2007 επισκέπτονταν το ιατρείο κυρίως 2 φορές

το 2008 κυρίως μία ή 2 φορές

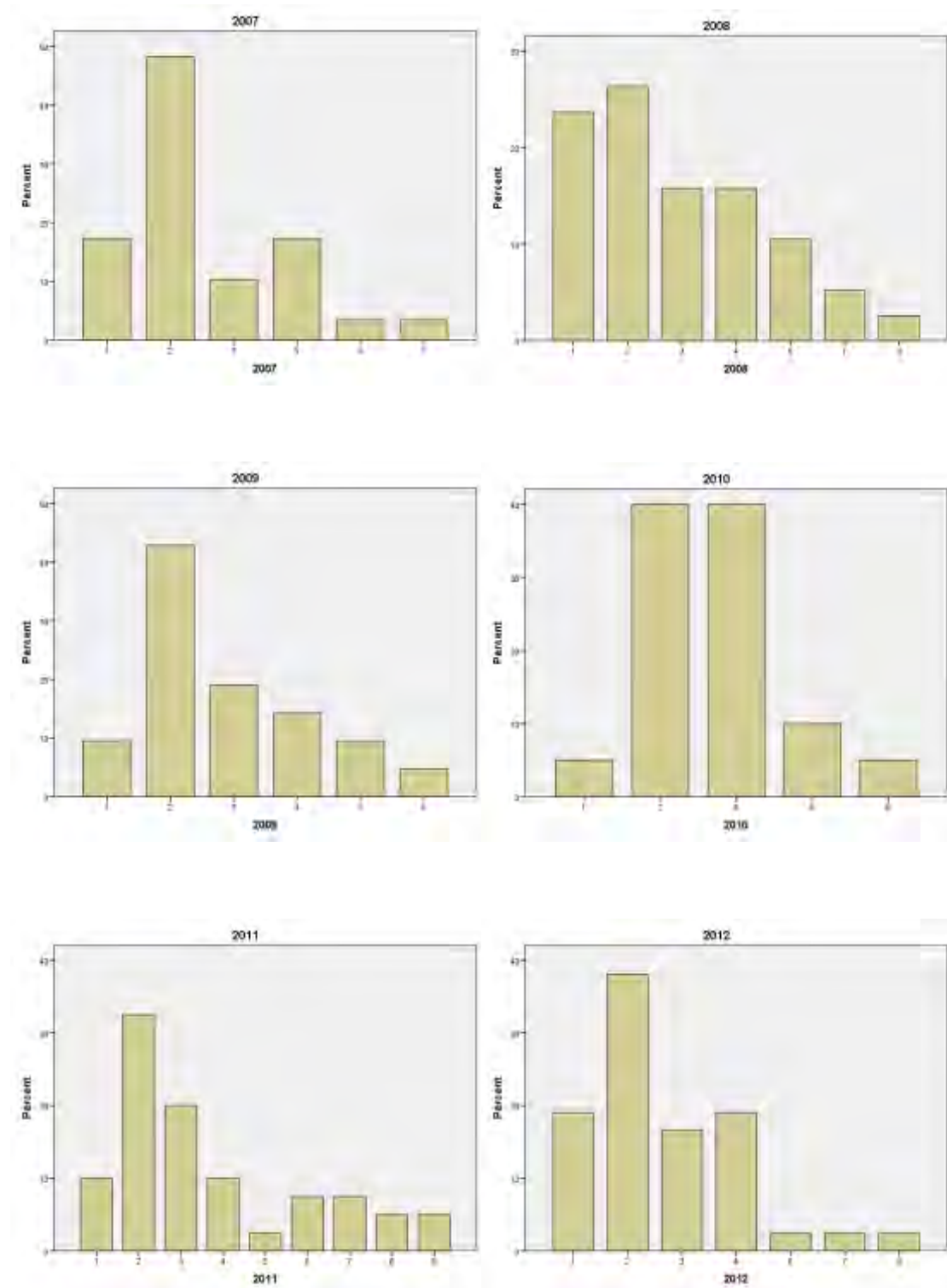
το 2009 κυρίως 2 φορές

το 2010 κυρίως 2 ή 4 φορές

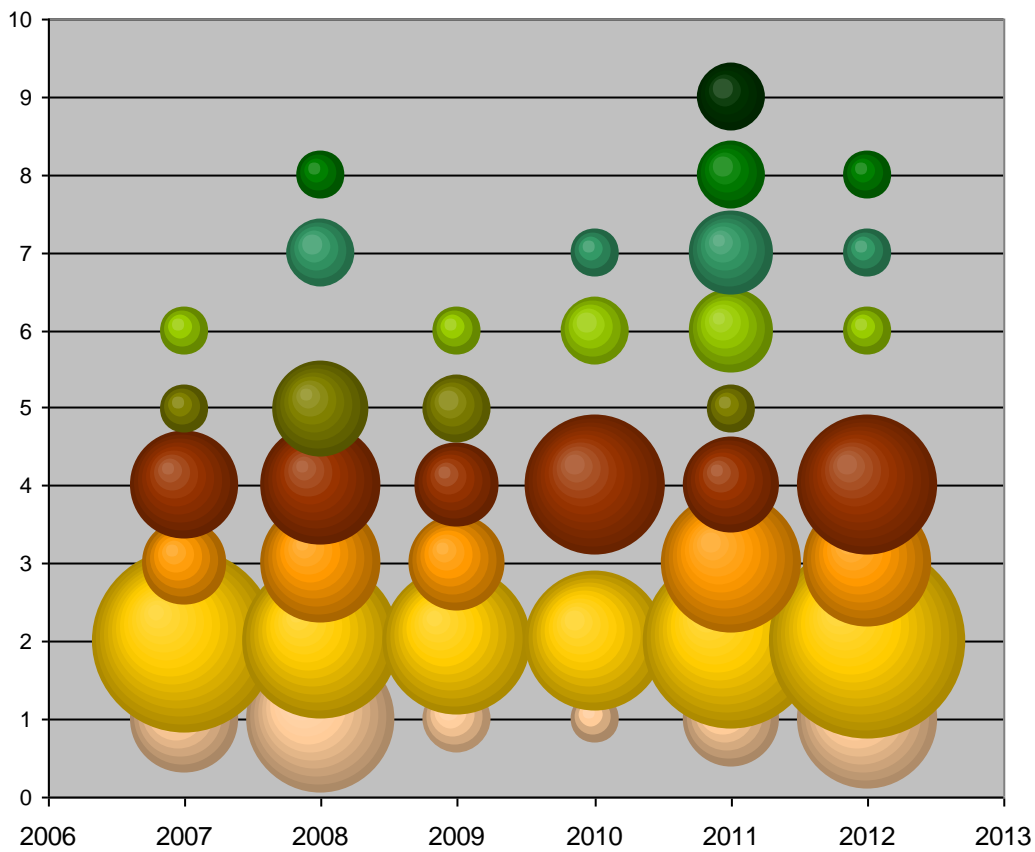
το 2011 κυρίως 2 φορές αλλά καταγράφηκαν αρκετές περιπτώσεις με επισκέψεις από 6 έως 9 φορές, άρα η υψηλή μέση τιμή οφείλεται σε μεμονωμένα περιστατικά που υποστηρίχθηκαν αρκετές φορές ενώ η συνήθης πρακτική ήταν κυρίως 2 επισκέψεις.

Τέλος, το 2012 η υψηλότερη συχνότητα επισκέψεων ήταν 2 φορές με τις επόμενες καίσοκατανέμονται στις 1 ή 3, και 4 φορές.

Διαγράμματα 4^{β-ζ}: Αριθμός επισκέψεων ανά έτος (2007-2012)



Διάγραμμα 4^η: Αριθμός επισκέψεων ανά έτος



Πλήθος επισκέψεων συνολικά ανά είδος

Εξετάζοντας τον αριθμό των επισκέψεων στο ιατρείο ανά είδος προκύπτει:

Πίνακας 5^{ος}: Αριθμός επισκέψεων ανά είδος ιατρικής πράξης

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Συνολικό πλήθος	MT	TA
A επαφή	149	1	1	149	1,00	,000
Συνταγογράφηση	106	1	5	143	1,35	,677
Νευρολογική εξέταση	4	1	1	4	1,00	,000
Triggerpoints	11	1	2	13	1,18	,405
Επισκληρίδιο	58	1	7	118	2,03	1,284
Οδηγίες	32	1	4	44	1,38	,707
Εργαστηριακές εξετάσεις	10	1	2	11	1,10	,316
Απεικονιστικός έλεγχος	6	1	1	6	1,00	,000
Αγωγή με λυρικά	1	1	1	1	1,00	.
Επανεξέταση	20	1	3	24	1,20	,523
Παραπομπή	7	1	2	8	1,14	,378
Ranadol	0					
Ψυχολογική εκτίμηση	2	1	1	2	1,00	,000
Βελτίωση	20	1	2	24	1,20	,410
Επιβάρυνση υγείας	0					
Πισίνα	1	1	1	1	1,00	.
Φυσικοθεραπεία	1	1	1	1	1,00	.
Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής	2	1	1	2	1,00	,000
Βεβαίωση	4	1	1	4	1,00	,000
Εισαγωγή	8	1	1	8	1,00	,000
Επίσκεψη σε ιατρείο	3	1	1	3	1,00	,000
Αξιολόγηση γενικά	1	1	1	1	1,00	.
Διήθηση Naropeine	1	1	1	1	1,00	.
Valid N (listwise)	0					

Εξετάζοντας το συνολικό πλήθος ανά είδος επίσκεψης η υψηλότερη τιμή εμφανίζεται στην Συνταγογράφηση. Στο σύνολο των επισκέψεων έχουν πραγματοποιηθεί 143 επισκέψεις Συνταγογράφησης.

Ακολουθεί η Επισκληρίδιος καθώς έχει καταγραφεί σε 118 επισκέψεις.

Με πολύ μικρότερες συχνότητες εμφανίζονται οι επιλογές :

Οδηγίες 44 φορές

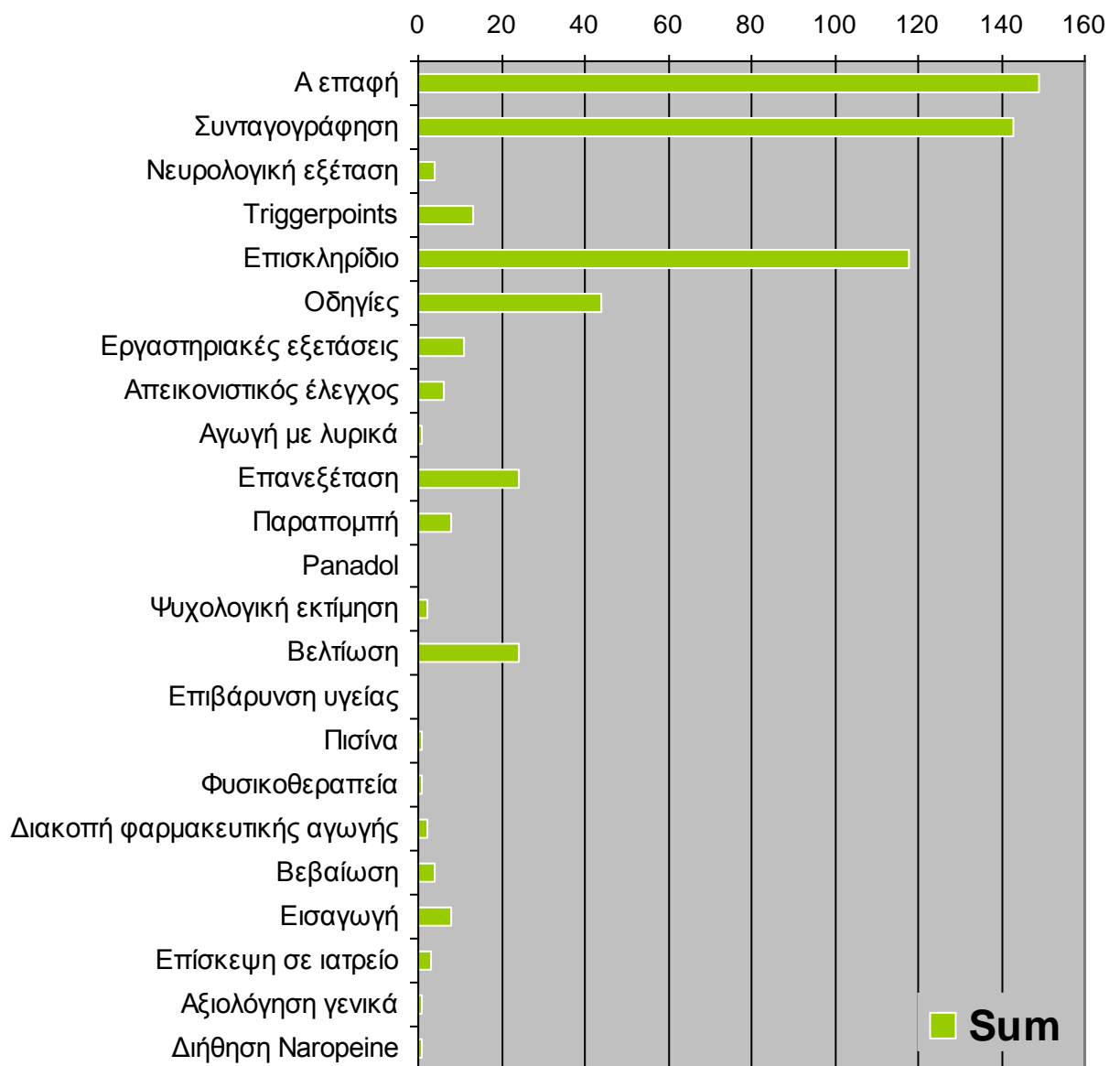
Επανεξέταση 24 φορές

Βελτίωση 24 φορές

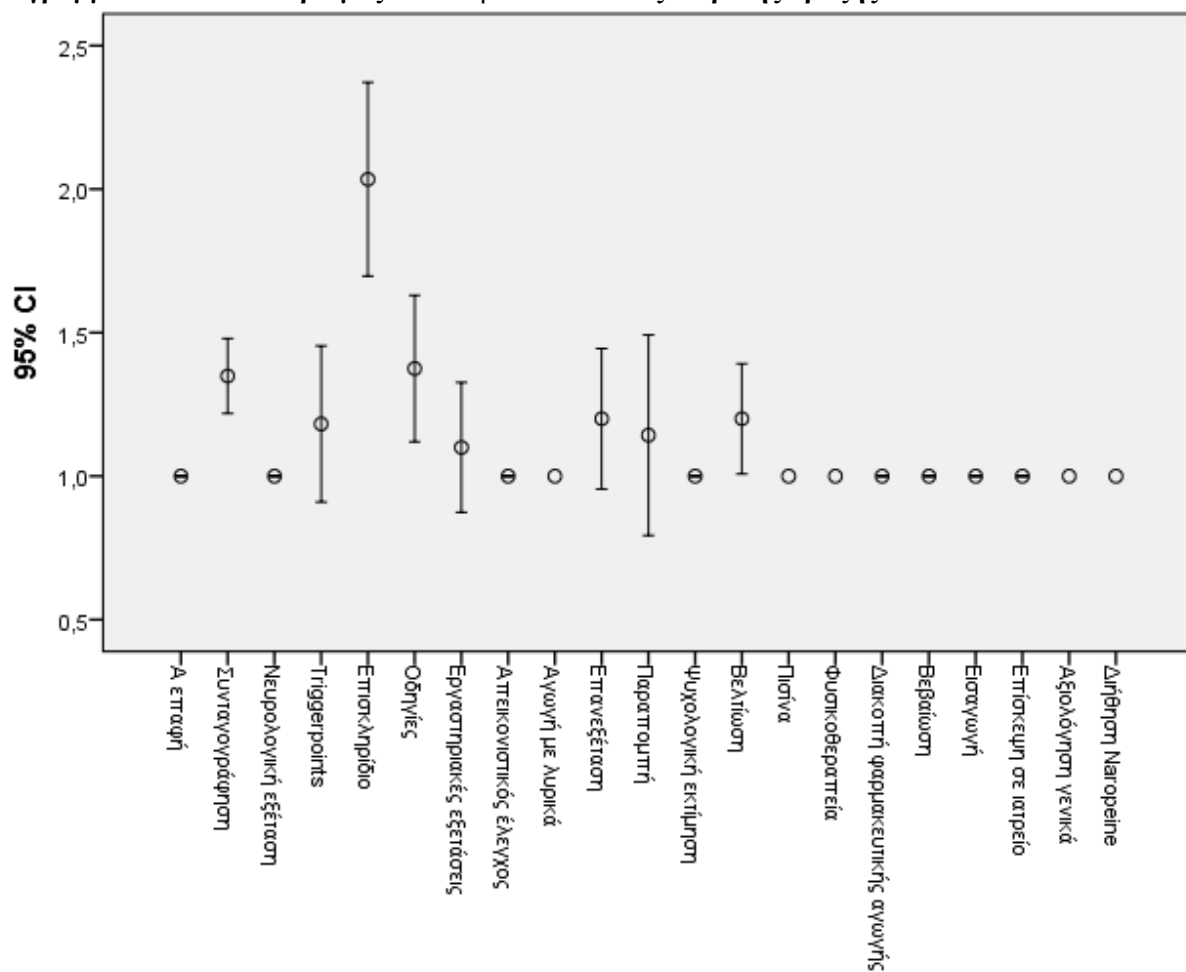
Εξετάζοντας την μέση τιμή εφαρμογής του είδους επίσκεψης ανά άτομο, υψηλότερο μέσο όρο εμφανίζει η Επισκληρίδιος με 2,03 καταγραφές κατά μέσο όρο ανά άτομο.

Ακολουθούν οι οδηγίες και η Συνταγογράφηση με μέση τιμή 1,38 και 1,35 αντίστοιχα.

Διάγραμμα 5: Αριθμός επισκέψεων ανά είδος ιατρικής πράξης



Διάγραμμα 5^ο: 95% CI Αριθμός επισκέψεων ανά είδος ιατρικής πράξης



Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε, ότι οι γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό πάσχουν από Κ.Μ.Δ. Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα παρουσιάζεται συχνότερα στους άντρες από ό, τι στις γυναίκες (3:1). Το γυναικείο φύλο όμως, σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου ανάμεσα σε πολλούς, όπως είναι τα επαγγέλματα που επιβάλλουν άρση βάρους, το σήκωμα βάρους με λάθος τρόπο, ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, διατροφή) κ.λπ.^{[61],[62],[64]}

Πολύ σημαντικά είναι τα ευρήματα σχετικά με τις ηλικίες που εμφανίζουν Κ.Μ.Δ.. Συγκεκριμένα στο παρόν δείγμα ταλαιπωρούνται άτομα ηλικίας 40 και πάνω. Είναι γεγονός ότι στατιστικές έρευνες που έχουν γίνει παγκοσμίως, δίνουν διακυμαινόμενα αποτελέσματα συχνότητας κήλης δίσκου οσφύς στον πληθυσμό. Η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία, με επακόλουθο μεγαλύτερη εμφάνιση να έχουν οι ηλικίες πάνω από 30 ετών.^[61]

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η μέση τιμή των επισκέψεων είναι περίπου 4 φορές. Αυτή η παρατήρηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς, πιθανόν, με τις σωστές θεραπευτικές προσεγγίσεις βελτιώθηκαν και δεν χρειάστηκε να επισκεφτούν ξανά το ιατρείο πόνου. Στα βιβλία μητρώων αναφέρονται μόλις 24 περιστατικά ότι βελτιώθηκαν και μόλις 1 απλά αναφέρουν ότι αξιολογήθηκε. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς με Κ.Μ.Δ. μπορεί να βελτιωθούν με την πάροδο του χρόνου (1-6 μήνες).² Αυτό, βέβαια, εξαρτάται από τα συμπτώματα (τη μορφή) της δισκοκήλης που παρουσιάζονται από ασθενή σε ασθενή (Υπεροξεία, Οξεία, Υποξεία, Χρόνια, Υποτροπιάζουσα, Παραλυτική μορφή).^[61]

Αύξηση των επισκέψεων των ασθενών παρατηρήθηκε με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη, οργάνωση του ιατρείου πόνου. Σε αυτό βοήθησε και η ενημέρωση λειτουργίας του στο ευρύ κοινό με αποτέλεσμα να το προσεγγίζουν περισσότεροι ασθενείς.

Σχετικά με το είδος των ιατρικών πράξεων, η συνταγογράφηση (143 σε σύνολο επισκέψεων), η επισκληρίδιος (118), οι οδηγίες (44) εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι η επισκληρίδιος είναι ασφαλής και μπορεί να προκαλέσει ανακούφιση από τον πόνο. Αποφασίζεται όταν άλλες μέθοδοι, όπως είναι η φαρμακοθεραπεία, έχουν αποτύχει ή όταν ο πόνος είναι έντονος και επίμονος. Το trigger point (διήθηση «ευαίσθητων σημείων»), αν και χρησιμοποιήθηκε σε σύνολο μόλις 11, ενδείκνυται για την ανακούφιση εντοπισμένου πόνου. Ο ασθενής φεύγει από τον γιατρό με οδηγίες που αφορούν την καθημερινότητά του (σωστή στάση σώματος – λειτουργική επανακπαίδευση, διατροφή, διακοπή καπνίσματος, σωστός τρόπος ανύψωσης βάρους, άσκηση, εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας κ.λπ.) με στόχο να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του μειώνοντας τον πόνο.^{[62],[64],[65]} Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται συζήτηση και για τα δύο μέρη.

***Β' ΥΠΟΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ & ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ
ΠΟΝΟΥ***

Η μέθοδος της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μελέτη πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου και με ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων. Με την έρευνα συγκεντρώθηκαν πληροφορίες, εξετάστηκαν συσχετισμοί και έγιναν γενικεύσεις των αποτελεσμάτων για το σύνολο του πληθυσμού στόχου.

Διαδικασία έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την χρονική στιγμή Μάιο - Σεπτέμβριο 2013.

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν νοσηλευτές που στελεχώνουν τα Ιατρεία Πόνου Νοσοκομείων της χώρας.

Προκειμένου να διανεμηθεί το εργαλείο στον πληθυσμό στόχο έγινε απογραφή ως προς τα Ιατρεία Πόνου που βρίσκονται σε λειτουργία και προσεγγίστηκε το σύνολο αυτών. Εντοπίστηκαν 50 ιατρεία πόνου, μετά από αναζήτηση στο διαδίκτυο και σε τηλεφωνική επικοινωνία με τα νοσοκομεία. Με όλα τα ιατρεία πραγματοποιήθηκε επικοινωνία ώστε να διαπιστωθεί η διάθεση συμμετοχής του στελεχιακού δυναμικού τους στην έρευνα και κατόπιν διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο. Από αυτά τα 7 δεν απασχολούσαν νοσηλευτές και συνεπώς βγήκαν από το δειγματοληπτικό πλαίσιο ενώ 3 δεν ανταποκρίθηκαν στην επικοινωνία. Η τελική έρευνα έγινε σε 40 από το αρχικό σύνολο ιατρείων.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε η πιλοτική φάση οργάνου μέτρησης με σκοπό να διαπιστωθεί η δυνατότητα συμπλήρωσης του εργαλείου που επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί. Η συγκεκριμένη δοκιμαστική φάση έλαβε χώρα τον Απρίλιο του 2013. Χρειάστηκε να δοθεί σε 10 νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας έτσι ώστε να επισημανθούν οι ανάγκες σε χρόνο συμπλήρωσης και να οργανωθεί καλύτερα η τελική φάση. Το ερωτηματολόγιο χαρακτηρίστηκε εύχρηστο και κατανοητό.

Η τελική διανομή έγινε με χρήση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αλλά και δια ζώσης ενώ οι τελικές απαντήσεις είτε απεστάλησαν με φαξ είτε συγκεντρώθηκαν και πάλι με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, σε επόμενη χρονική στιγμή.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Κατά τη διατύπωση των ερωτήσεων αποφεύχθηκαν εκφραστικά λάθη, ασάφεια, λάθη διατύπωσης, άγνωστες συντμήσεις και τεχνικοί όροι με τους οποίους το προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένο. Επίσης, τηρήθηκαν ορισμένες αρχές δεοντολογίας για την έρευνα σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Όλοι οι συμμετέχοντες

ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, συμμετείχαν εκούσια, οι απαντήσεις των ατόμων έγιναν σεβαστές και υπήρξε απόλυτη εχεμύθεια.

Ο χρόνος συμπλήρωσης εκτιμάται στα 12 min.

Στοιχεία του πληθυσμού - Δείγμα

Το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε από την συμμετοχή στην δειγματοληψία 40 νοσοκομείων. Το τελικό μέγεθος του δείγματος ήταν νοσηλευτές (N=123) που απασχολούνται αποκλειστικά στα Ιατρεία Πόνου και ως νοσηλευτές του Αναισθησιολογικού συμμετέχοντας σε νοσηλευτικές πράξεις στη λειτουργία των Ιατρείων Πόνου.

Αναφορικά με την περιγραφή των χαρακτηριστικών των Ιατρείων πόνου:

Από το 15,8% των ατόμων του δείγματος δηλώνεται ότι το 1^ο ραντεβού πραγματοποιείται σε δικό τους χώρο, ενώ από το 66,7% δηλώνεται ότι πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία, και ακολουθούν ο χώρος ανάνηψης (5,3%) και σε γραφείο ιατρού (12,3%). Ως προς το χώρο διεξαγωγής των επεμβατικών ραντεβού, το 13,4% των ατόμων δήλωσαν το χώρο του Ιατρείου Πόνου, το 66,% τον χώρο της ανάνηψης του αναισθησιολόγου, και ακολουθεί το 10,7% που δήλωσαν τα εξωτερικά ιατρεία και το 10% που δήλωσαν άλλους χώρους. Τέλος αναφορικά με τις ημέρες λειτουργίας, το 52,1% των ατόμων δήλωσε 2 ημέρες, το 35,4% μία ημέρα ενώ 3 ή 4 ημέρες δήλωσαν το 12,5%.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος:

Η κατανομή ως προς το φύλο ήταν 86,6% γυναίκες και το 13,4% άνδρες.

Αναφορικά με την ηλικία, η μέση ηλικία εκτιμάται σε 42,3 έτη με ελάχιστη τα 23 έτη και μέγιστη τα 63 έτη.

Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος, το 73,2% έχει δηλώσει έγγαμος/η και ακολουθεί το 20% που έχει επιλέξει την κατηγορία άγαμος με τις υπόλοιπες κατηγορίες να συγκεντρώνουν αθροιστικά το 5,9%.

Εξετάζοντας το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, το 71,3% δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ και ακολουθεί το 13,1% απόφοιτοι ΔΕ και το 12,3% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

Αναφορικά με την προϋπηρεσία στο Ιατρείο Πόνου, το 47,3% έχει άνω των 6 ετών και ακολουθεί το 35,5% που εμφανίζει προϋπηρεσία από 1 έως 3 έτη και το 17,3% με προϋπηρεσία 4 έως 6 έτη.

Τέλος αναφορικά με την συνολική προϋπηρεσία, το 45,5% έχει άνω των 20 ετών, το 19,5% από 11 έως 15 έτη, το 17,1% από 5 έως 10 έτη, το 10,6% από 16 έως 20 έτη και το μικρότερο ποσοστό 7,3% έχει λιγότερο από 5 έτη.

Ακολουθούν κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών.

Πίνακες 1 έως 9: κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών

Πίνακας 1^{ος}: 1ο ραντεβού

		συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	σε δικό του χώρο	18	14,6	15,8	15,8
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	61,8	66,7	82,5
	ανάληψη	6	4,9	5,3	87,7
	γραφείο ιατρού / δντή	14	11,4	12,3	100,0
	Total	114	92,7	100,0	
Missing	System	9	7,3		
Total		123	100,0		

Πίνακας 2^{ος}: Επεμβατικά ραντεβού

		συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	σε δικό του χώρο	15	12,2	13,4	13,4
	εξωτερικά ιατρεία	12	9,8	10,7	24,1
	ανάληψη αναισθησιολόγου	74	60,2	66,1	90,2
	ανάληψη αναισθησιολόγου και σηπτικό χειρουργείο	6	4,9	5,4	95,5
	προεγχειρητικός θάλαμος	5	4,1	4,5	100,0
	Total	112	91,1	100,0	
Missing	System	11	8,9		
Total		123	100,0		

Πίνακας 3^{ος}: Ημέρες λειτουργίας / βδομάδα

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid 1	34	27,6	35,4	35,4
Valid 2	50	40,7	52,1	87,5
Valid 3	5	4,1	5,2	92,7
Valid 4	7	5,7	7,3	100,0
Total	96	78,0	100,0	
Missing System	27	22,0		
Total	123	100,0		

Πίνακας 4^{ος}: Φύλο

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid άνδρας	16	13,0	13,4	13,4
Valid γυναίκα	103	83,7	86,6	100,0
Total	119	96,7	100,0	
Missing System	4	3,3		
Total	123	100,0		

	N	Min	Max	MO	TA
Ηλικία	122	23	63	42,29	6,661
Valid N (listwise)	122				

Πίνακας 5^{ος}: Οικογενειακή κατάσταση

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid Άγαμος/η	24	19,5	20,0	20,0
Valid Έγγαμος/η	89	72,4	74,2	94,2
Valid Διαζευγμένος/η	5	4,1	4,2	98,3
Valid Χήρος/α	2	1,6	1,7	100,0
Total	120	97,6	100,0	
Missing System	3	2,4		
Total	123	100,0		

Πίνακας 6^{ος}: Μορφωτικό επίπεδο

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	13,0	13,1
	Ιδιωτική - δημόσια σχολή (ΙΕΚ)	4	3,3	3,3
	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	70,7	71,3
	Μεταπτυχιακό	15	12,2	12,3
	Total	122	99,2	100,0
Missing	System	1	,8	
Total		123	100,0	

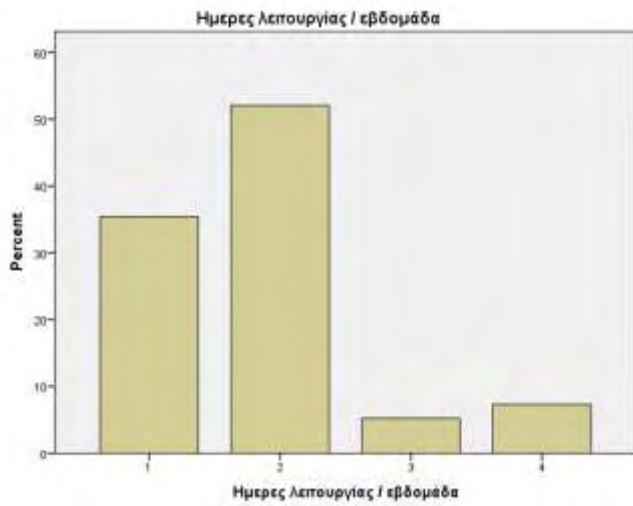
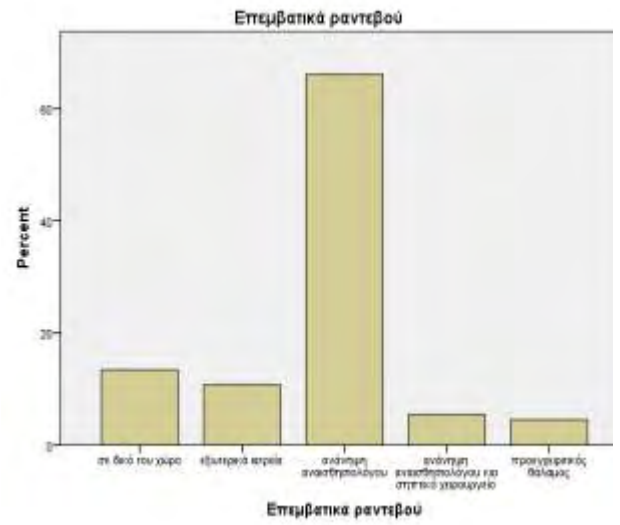
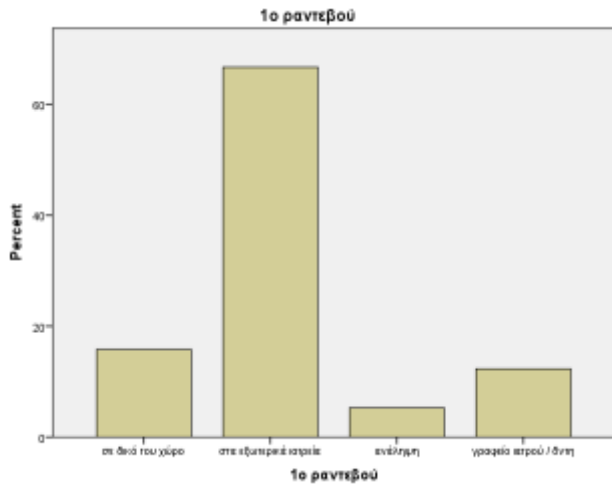
Πίνακας 8^{ος}: Έτη προϋπηρεσίας στο Ιατρείο Πόνου

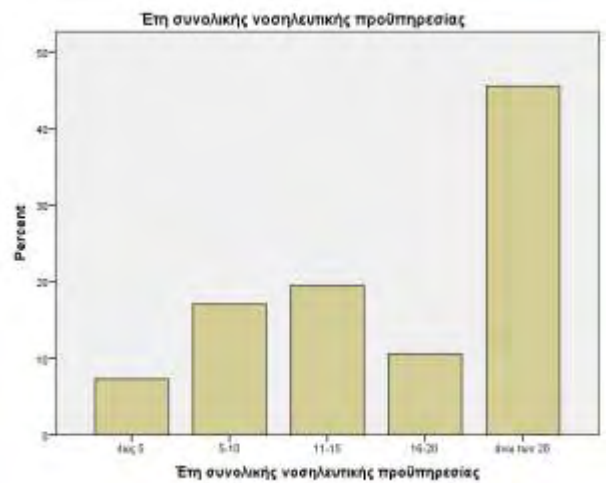
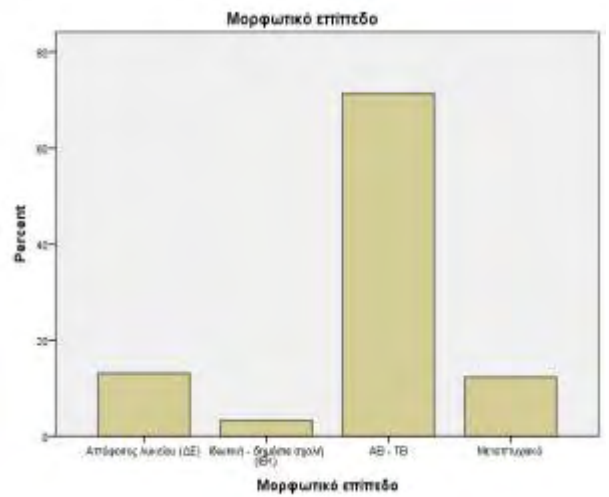
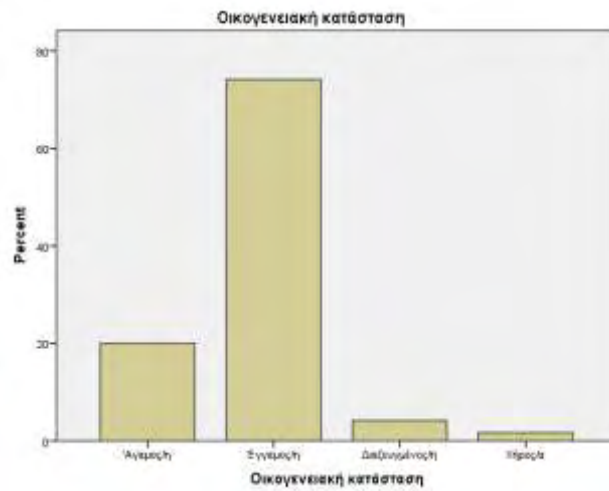
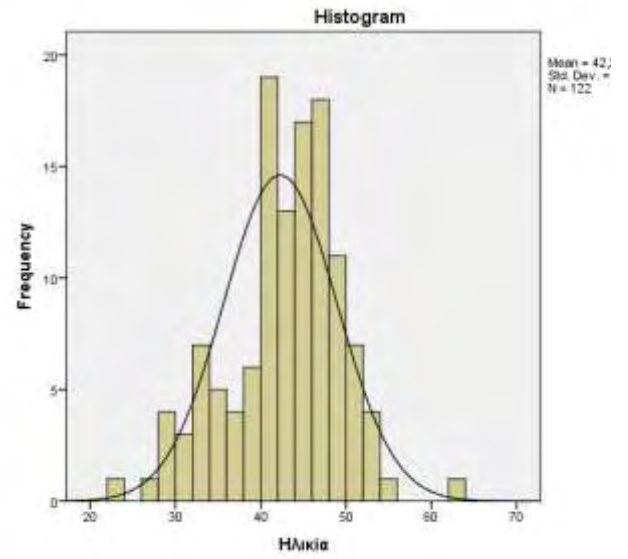
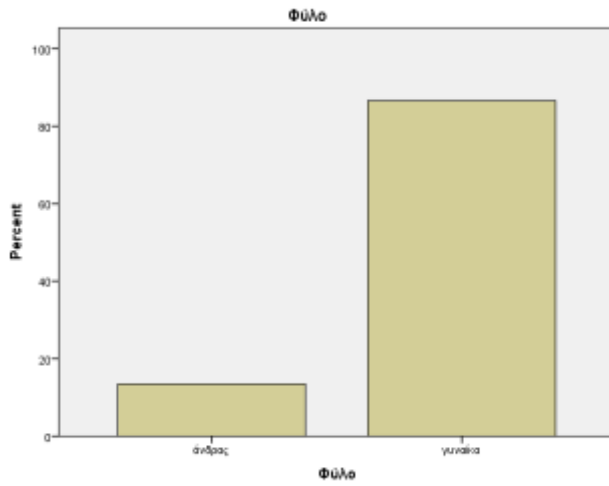
	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	1-3	39	31,7	35,5
	4-6	19	15,4	17,3
	άνω των 6	52	42,3	47,3
	Total	110	89,4	100,0
Missing	System	13	10,6	
Total		123	100,0	

Πίνακας 9^{ος}: Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	έως 5	9	7,3	7,3
	5-10	21	17,1	17,1
	11-15	24	19,5	19,5
	16-20	13	10,6	10,6
	άνω των 20	56	45,5	45,5
	Total	123	100,0	100,0

Γραφήματα 1 έως 9: Ιστογράμματα και Ραβδογράμματα κατανομής ποσοστών





Ερωτηματολόγιο

Αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ικανοποίηση από την εργασία και την αξιολόγηση στοιχείων των ιατρικών πόνου.

Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται 3 ενότητες ως εξής:

Ενότητα 1η: Δημογραφικά στοιχεία

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν:

το φύλο

την ηλικία

την οικογενειακή κατάσταση

το εκπαιδευτικό επίπεδο

την προϋπηρεσία

Επιπλέον καταγράφηκαν στοιχεία του ιατρείου πόνου όπως ο χώρος διεξαγωγής 1^{ου} ραντεβού, ο χώρος διεξαγωγής επεμβατικών ραντεβού και οι ημέρες λειτουργίας. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται και παρατίθενται ανά άτομο δείγματος.

Ενότητα 2^η: Αφορά την αξιολόγηση παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κλειστού τύπου 5 βάθμιας κλίμακας Likert όπου η τιμή ικανοποίησης 1 αντιστοιχεί στην επιλογή ΚΑΘΟΛΟΥ και η τιμή 5 στην επιλογή ΠΟΛΥ. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε ομάδες παραγόντων οι οποίοι είναι:

αντικείμενο εργασίας

γενικές συνθήκες εργασίας

αμοιβή

συνάδελφος

προϊστάμενος

αξιοποίηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων

δυνατότητες προαγωγής και εξέλιξης

ηγεσία και επιχείρηση

συνολική εργασιακή ικανοποίηση

Ενότητα 3^η: Αφορά την αξιολόγηση παραγόντων ιατρείου πόνου

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κλειστού τύπου 5 βάθμιας κλίμακας Likert όπου η τιμή ικανοποίησης 1 αντιστοιχεί στην επιλογή ΚΑΘΟΛΟΥ και η τιμή 5 στην επιλογή ΠΟΛΥ-ΥΨΗΛΗ.

Επίσης ερωτήσεις κλειστού τύπου ναι/όχι, προσδιορισμού χαρακτηριστικών.

Τέλος περιλαμβάνεται ερώτηση ανοιχτού τύπου προτάσεων βελτίωσης.

Οι ερωτήσεις αφορούν τις ακόλουθες ομάδες:
προσδιορισμός λειτουργίας ιατρού
αξιολόγηση λειτουργικότητας
αξιολόγηση προβλημάτων
περιγραφή καθηκόντων
περιγραφή στόχων ιατρού πόνου και εφαρμόσιμων πρακτικών
προσδιορισμός παραπόνων
επίδραση της κρίσης στο ιατρείο πόνου
προτάσεις

Αποτελέσματα

Αρχικά γίνεται η παρουσίαση των κατανομών συχνοτήτων και ποσοστών καθώς και των μέτρων θέσης και διασποράς (μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων), των μεταβλητών των ερωτηματολογίων που αφορούν κλίμακες Likert και άρα χειρίζονται ως συνεχείς μεταβλητές (περιγραφική στατιστική). Η παρουσίαση γίνεται ανά ενότητα μεταβλητών με βάση την ομαδοποίηση του εργαλείου.

Ειδικότερα για τις ερωτήσεις που αφορούν την αξιολόγηση παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης και δεδομένου ότι ομάδες αυτών αξιολογούν επιμέρους χαρακτηριστικά, γίνεται ανάλυση αξιοπιστίας προκειμένου να δημιουργηθούν σύνθετες μεταβλητές ανά παράγοντα.

Κατόπιν γίνεται έλεγχος εξάρτησης των σύνθετων μεταβλητών εργασιακής ικανοποίησης αλλά και των επιμέρους μεταβλητών της αξιολόγησης του ιατρού πόνου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας και με τα χαρακτηριστικά λειτουργίας του ιατρού (στατιστική συμπερασματολογία).

Για τους παραπάνω ελέγχους και δεδομένης της φύσης των μεταβλητών που χρησιμοποιούν κλίμακες Likert, γίνεται εφαρμογή ελέγχου μέσων τιμών με t test ή ανάλυση διασποράς ANOVA.

Στην περίπτωση των ποιοτικών - κατηγορικών μεταβλητών ναι/όχι γίνεται δημιουργία πίνακα διπλής εισόδου και εφαρμογή χ^2 ελέγχου.

Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι $\alpha=,05$.

Η ανάλυση του δείγματος έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20).

Εργασιακή Ικανοποίηση

Ανάλυση αξιοπιστίας

Δεδομένου ότι οι 31 ερωτήσεις αξιολογούν 8 παράγοντες και ομαδοποιούνται αναλόγως, θα εκτιμηθεί η τιμή του δείκτη αξιοπιστίας cronbach α , προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι επιμέρους ερωτήσεις εκτιμούν με συνέπεια τις αντίστοιχες υποκλίμακες. Ακολουθεί, λοιπόν, έλεγχος αξιοπιστίας στις υποκλίμακες με βάση την προτεινόμενη δομή του ερωτηματολογίου. Η εσωτερική αξιοπιστία των μεταβλητών των 8 υποκλιμάκων είναι:

Πίνακας 10^{ος}: Συντελεστής αξιοπιστίας ανά υποκλίμακα

παράγοντας	Cronbach α
αντικείμενο εργασίας	,778
γενικές συνθήκες εργασίας	,796
Αμοιβή	,634
συνάδελφος	,880
προϊστάμενος	,922
αξιοποίηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων	,764
δυνατότητες προαγωγής και εξέλιξης	,880
ηγεσία και επιχείρηση	,825
Συνολικά	,928

Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι υψηλός σε όλες τις υποκλίμακες, καθώς τιμή του δείκτη εντός των υποκλιμάκων υψηλότερης της τιμής 0,6 και συνολικά υψηλότερης της τιμής 0,7 θεωρείται αξιόπιστος. Αυτό σημαίνει ότι η ομαδοποίηση, που εφαρμόζεται, μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθώς δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα.

Αναλυτικά οι τιμές αξιολόγησης

Cronbach's Alpha	N of Items
,778	4

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Καθημερινός όγκος εργασίας	,724
Ποικιλία εργασιών που ανατίθενται	,655
Βαθμός ελευθερίας εκτέλεσης εργασιών μου	,707
Καθεαυτό αντικείμενο εργασίας	,794

Cronbach's Alpha	N of Items
,796	4

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ευελιξία ωραρίου	,780
Τόπος εργασίας	,708
Αριθμό ημερών άδειας (διακοπών, αναρρωτικών)	,715
Καθημερινές ώρες εργασίας	,773

Cronbach's Alpha	N of Items
,634	4

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Σε σχέση με την προσπάθεια	,450
Οφέλη που μου προσφέρει το νοσοκομείο (ιατρική περίθαλψη, ιδιωτική ασφάλιση)	,519
Δίκαιη αμοιβή σε σχέση με τους συνάδελφους	,603
Υπερωρίες στην εργασία μου	,674

Cronbach's Alpha	N of Items
,880	4

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Σχέσεις με συναδέλφους	,839
Εμπιστοσύνη ως τους συναδέλφους	,837
Ελευθερία να ζητήσω βοήθεια	,883
Ομαδικότητα και καλό εργασιακό κλίμα	,823

Cronbach's Alpha	N of Items
,922	3

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Άμεση σχέση με τον προϊστάμενο	,900
Τρόπος διοίκησης από τον προϊστάμενο	,884
Σχέση εμπιστοσύνης με τον προϊστάμενο	,878

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	3

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Δυνατότητα αξιοποίησης προσωπικών ικανοτήτων και ταλέντων	,612
Δυνατότητα ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων	,460
Σεμινάρια εκπαίδευσης, λοιπά προγράμματα από το νοσοκομείο	,905

Cronbach's Alpha	N of Items
,880	5

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Δυνατότητες για προαγωγή	,887
Ελεύθερη συμβολή με δικές μου προτάσεις για βελτίωση εργασίας	,829
Αναγνώριση προσπάθειας που καταβάλλω	,842
Αξιολόγηση επίδοσης μου με αντικειμενικά κριτήρια	,866
Περιθώρια προσωπικής ανάπτυξης	,845

Cronbach's Alpha	N of Items
,825	4

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Συμπεριφορά της διοίκησης που δείχνει ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους	,822
Προσπάθεια διοίκησης να ενθαρρύνει τους εργαζομένους	,728
Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών	,809
Ευνοϊκές αλλαγές για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου	,758

Cronbach's Alpha	N of Items
,928	31

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Καθημερινός όγκος εργασίας	,927
Ποικιλία εργασιών που ανατίθενται	,928
Βαθμός ελευθερίας εκτέλεσης εργασιών μου	,926
Καθεαυτό αντικείμενο εργασίας	,927
Ευελιξία ωραρίου	,928
Τόπος εργασίας	,928
Αριθμός ημερών άδειας (διακοπών, αναρρωτικών)	,927
Καθημερινές ώρες εργασίας	,926
Σε σχέση με την προσπάθεια	,925
Οφέλη που μου προσφέρει το νοσοκομείο (ιατρική περίθαλψη, ιδιωτική ασφάλιση)	,926
Δίκαιη αμοιβή σε σχέση με τους συναδέλφους	,929
Υπερωρίες στην εργασία μου	,930
Σχέσεις με συναδέλφους	,925
Εμπιστοσύνη ως τους συναδέλφους	,925
Ελευθερία να ζητήσω βοήθεια	,926
Ομαδικότητα και καλό εργασιακό κλίμα	,924
Άμεση σχέση με τον προϊστάμενο	,926
Τρόπος διοίκησης από τον προϊστάμενο	,925
Σχέση εμπιστοσύνης με τον προϊστάμενο	,925
Δυνατότητα αξιοποίησης προσωπικών ικανοτήτων και ταλέντων	,924
Δυνατότητα ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων	,924
Σεμινάρια εκπαίδευσης, λοιπά προγράμματα από το νοσοκομείο	,928
Δυνατότητες για προαγωγή	,924
Ελεύθερη συμβολή με δικές μου προτάσεις για βελτίωση εργασίας	,923
Αναγνώριση προσπάθειας που καταβάλλω	,923
Αξιολόγηση επίδοσης μου με αντικειμενικά κριτήρια	,925
Περιθώρια προσωπικής ανάπτυξης	,924
Συμπεριφορά της διοίκησης που δείχνει ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους	,923
Προσπάθεια διοίκησης να ενθαρρύνει τους εργαζομένους	,923
Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών	,925
Ευνοϊκές αλλαγές για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου	,924

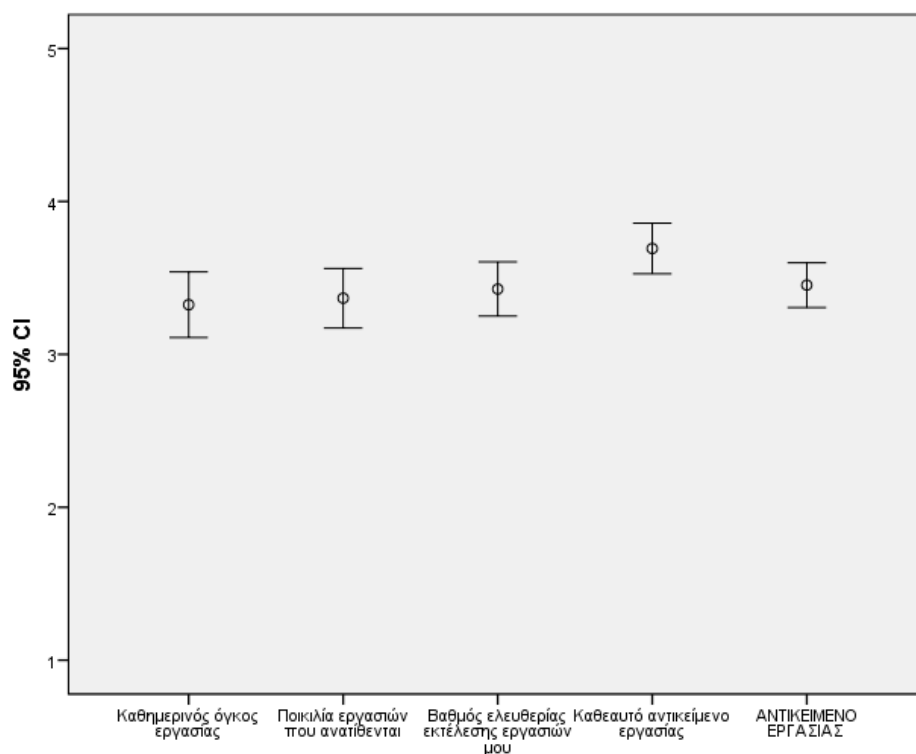
Παρουσίαση των μεταβλητών της ενότητας

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται είναι 5 βάρη όπου οι αυξημένες τιμές δηλώνουν αυξημένη ικανοποίηση ενώ το μέσο της κλίμακας είναι η τιμή 3.

Ακολουθούν πίνακες μέτρων θέσης και διασποράς και υποστηρικτικά γραφήματα:

Πίνακας 11^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν το αντικείμενο εργασίας

	N	Min	Max	MO	TA
Καθημερινός όγκος εργασίας	123	1	5	3,39	1,185
Ποικιλία εργασιών που ανατίθενται	122	1	5	3,43	1,083
Βαθμός ελευθερίας εκτέλεσης εργασιών μου	121	1	5	3,42	,990
Καθ' αυτό αντικείμενο εργασίας	119	1	5	3,68	,901
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	123	1,50	5,00	3,4864	,79933
Valid N (listwise)	117				



Γράφημα 11: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας αντικείμενο εργασίας αξιολογείται σε μέτρια θέση με θετική τάση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=3,4$ τιμή κοντά στο μέσο της κλίμακας. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: αντικείμενο εργασίας.

Πίνακας 12^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν τις γενικές συνθήκες

	N	Min	Max	ΜΟ	ΤΑ
Ευελιξία ωραρίου	122	1	5	2,75	1,257
Τόπος εργασίας	121	1	5	3,38	1,240
Αριθμό ημερών άδειας (διακοπών, αναρρωτικών)	122	1	5	3,51	1,014
Καθημερινές ώρες εργασίας	122	1	5	3,47	1,014
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	123	1,00	5,00	3,2669	,90774
Valid N (listwise)	119				

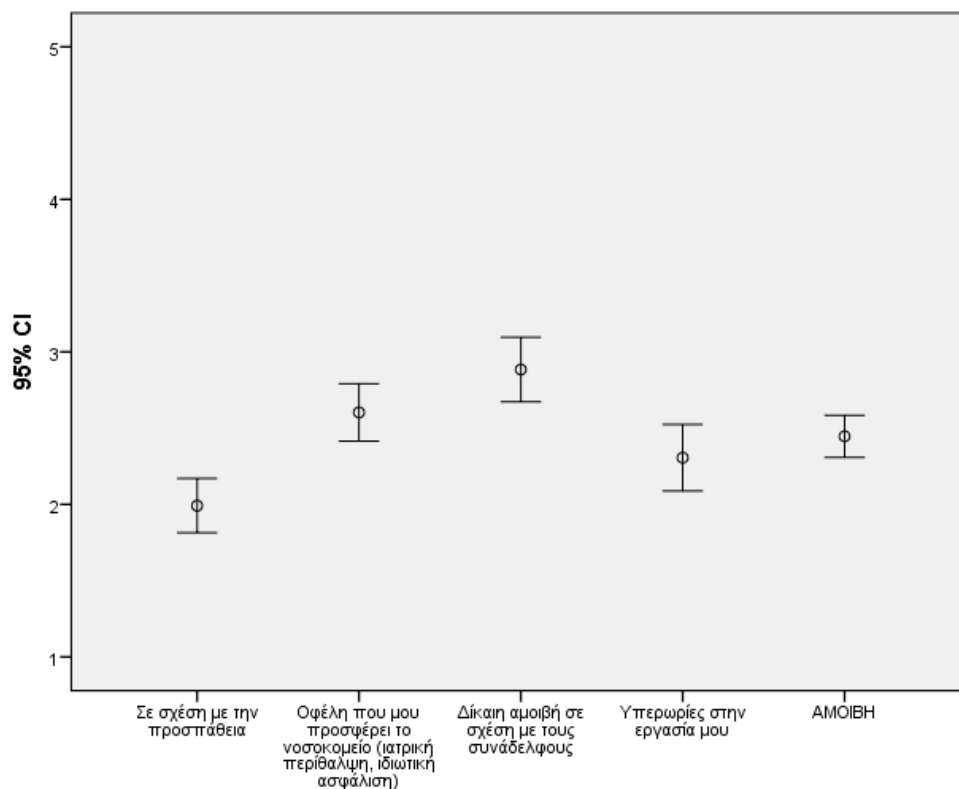


Γράφημα 12: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας γενικές συνθήκες εργασίας αξιολογείται σε μέτρια θέση με θετική τάση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=3,26$ τιμή κοντά στο μέσο της κλίμακας. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: ημέρες άδειας και ωράριο.

Πίνακας 13^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την αμοιβή

	N	Min	Max	MO	TA
Σε σχέση με την προσπάθεια	123	1	4	1,99	,988
Οφέλη που μου προσφέρει το νοσοκομείο (ιατρική περίθαλψη, ιδιωτική ασφάλιση)	123	1	5	2,59	1,047
Δίκαιη αμοιβή σε σχέση με τους συναδέλφους	123	1	5	2,90	1,176
Υπερωρίες στην εργασία μου	121	1	5	2,31	1,210
ΑΜΟΙΒΗ	123	1,00	4,50	2,4499	,76426
Valid N (listwise)	121				

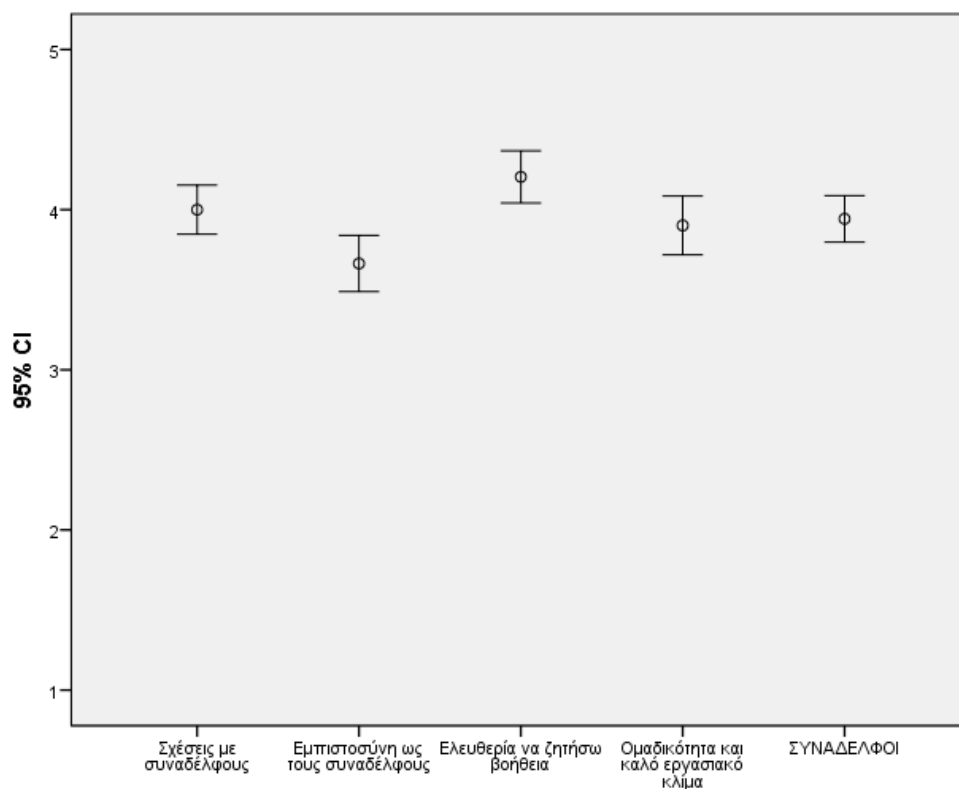


Γράφημα 13: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας αμοιβή αξιολογείται σε μέτρια θέση με χαμηλή τάση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=2,44$ τιμή που υπολείπεται από την τιμή 3 το μέσο της κλίμακας. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: δίκαιη αμοιβή σε σχέση με συναδέλφους.

Πίνακας 14^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν τους συναδέλφους

	N	Min	Max	MO	TA
Σχέσεις με συναδέλφους	123	2	5	4,00	,849
Εμπιστοσύνη ως τους συναδέλφους	122	1	5	3,66	,976
Ελευθερία να ζητήσω βοήθεια	123	2	5	4,19	,926
Ομαδικότητα και καλό εργασιακό κλίμα	123	1	5	3,89	1,023
ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ	123	1,50	5,00	3,9350	,80967
Valid N (listwise)	122				

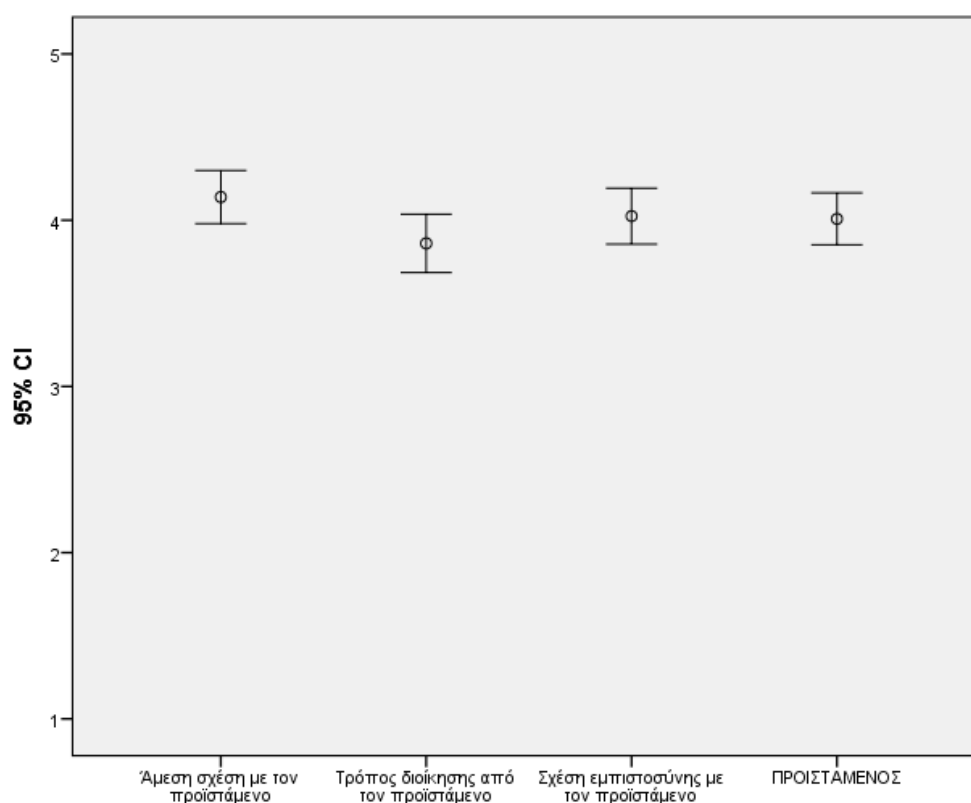


Γράφημα 14: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας συνάδελφοι αξιολογείται σε υψηλή θέση με μέσο όρο $\mu=3,93$. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: ελευθερία να ζητήσω βοήθεια.

Πίνακας 15^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν τον προϊστάμενο

	N	Min	Max	MO	TA
Άμεση σχέση με τον προϊστάμενο	123	1	5	4,15	,893
Τρόπος διοίκησης από τον προϊστάμενο	122	1	5	3,86	,982
Σχέση εμπιστοσύνης με τον προϊστάμενο	123	2	5	4,03	,940
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	123	1,33	5,00	4,0163	,87451
Valid N (listwise)	122				

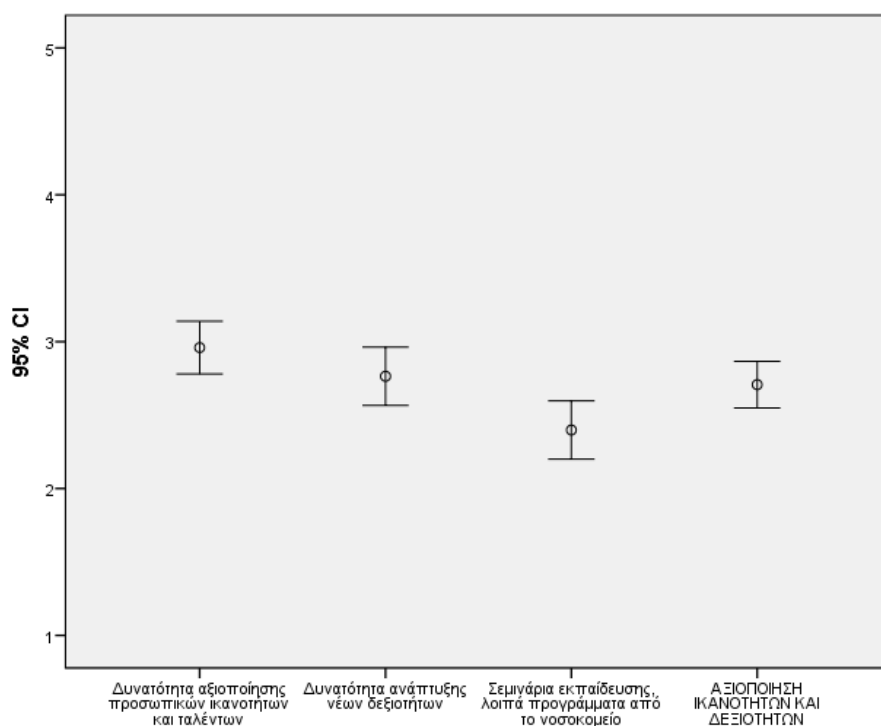


Γράφημα 15: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας προϊστάμενος αξιολογείται σε υψηλή θέση με μέσο όρο $\mu=4,03$. Όλες οι τιμές της ομάδας εμφανίζουν όμοια υψηλές τιμές.

Πίνακας 16^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την αξιοποίηση

	N	Min	Max	MO	TA
Δυνατότητα αξιοποίησης προσωπικών ικανοτήτων και ταλέντων	123	1	5	2,96	1,003
Δυνατότητα ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων	123	1	5	2,76	1,109
Σεμινάρια εκπαίδευσης, λοιπά προγράμματα από το νοσοκομείο	123	1	5	2,40	1,114
ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ					
Valid N (listwise)	123	1,00	5,00	2,7073	,88767

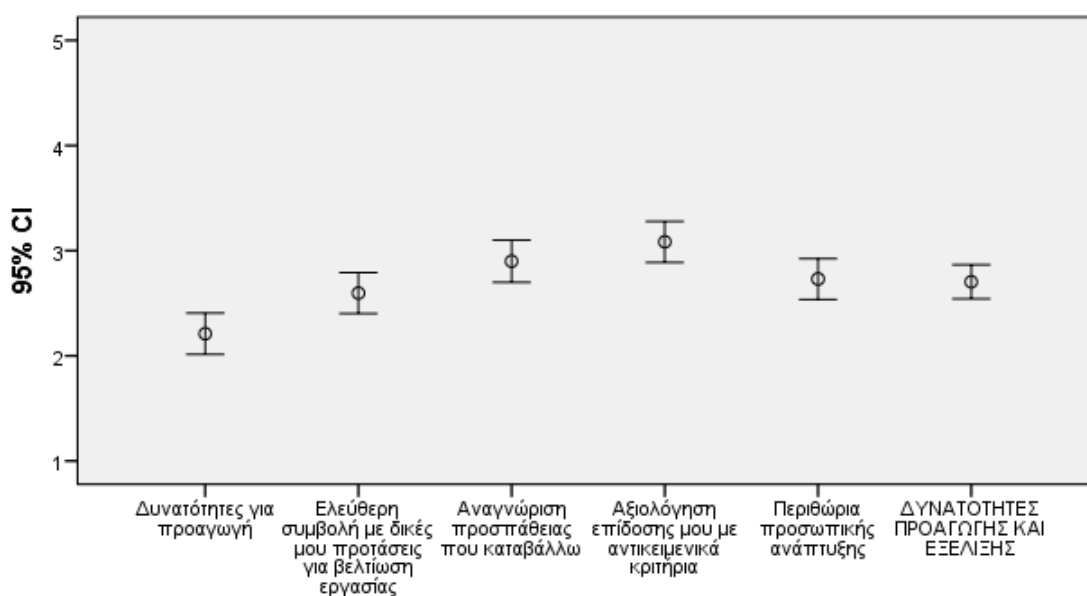


Γράφημα 16: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας αξιοποίησης ικανοτήτων και δεξιοτήτων αξιολογείται σε μέτρια θέση με χαμηλή τάση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=2,70$. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: σεμινάρια, εκπαίδευση και προγράμματα.

Πίνακας 17^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την εξέλιξη

	N	Min	Max	MO	TA
Δυνατότητες για προαγωγή	122	1	5	2,20	1,075
Ελεύθερη συμβολή με δικές μου προτάσεις για βελτίωση εργασίας	122	1	5	2,61	1,065
Αναγνώριση προσπάθειας που καταβάλλω	123	1	5	2,91	1,101
Αξιολόγηση επίδοσης μου με αντικειμενικά κριτήρια	123	1	5	3,07	1,080
Περιθώρια προσωπικής ανάπτυξης	121	1	5	2,74	1,071
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ					
Valid N (listwise)	119			2,7077	,88410

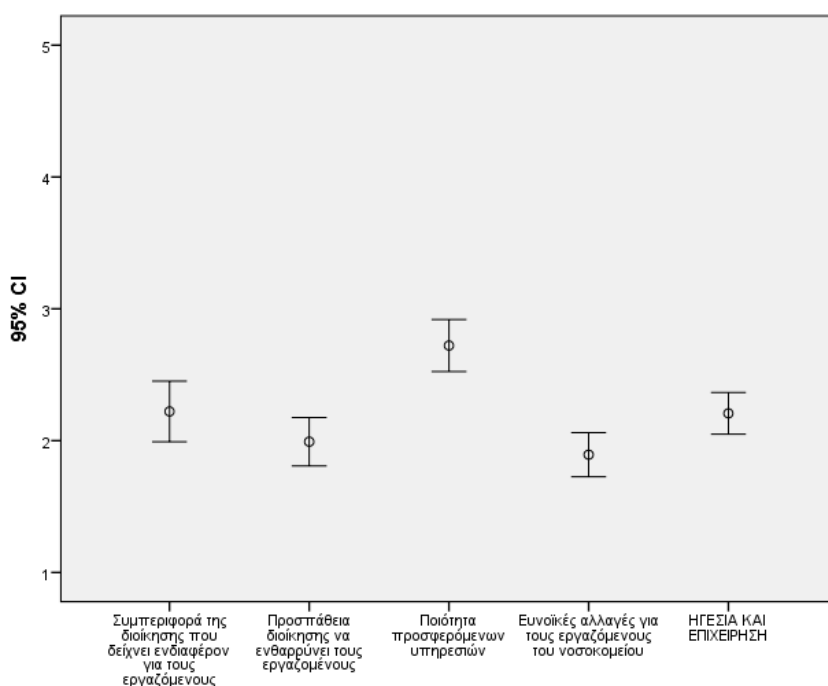


Γράφημα 17: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας δυνατότητες εξέλιξης αξιολογείται σε μέτρια θέση με χαμηλή τάση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=2,70$. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: αξιολόγηση της επίδοσης με αντικειμενικά κριτήρια.

Πίνακας 18^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την ηγεσία

	N	Min	Max	ΜΟ	ΤΑ
Συμπεριφορά της διοίκησης που δείχνει ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους	123	1	11	2,22	1,277
Προσπάθεια διοίκησης να ενθαρρύνει τους εργαζομένους	123	1	5	1,99	1,020
Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών	123	1	5	2,72	1,096
Ευνοϊκές αλλαγές για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου	122	1	4	1,89	,934
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	123	1,00	4,25	2,2080	,88117
Valid N (listwise)	122				

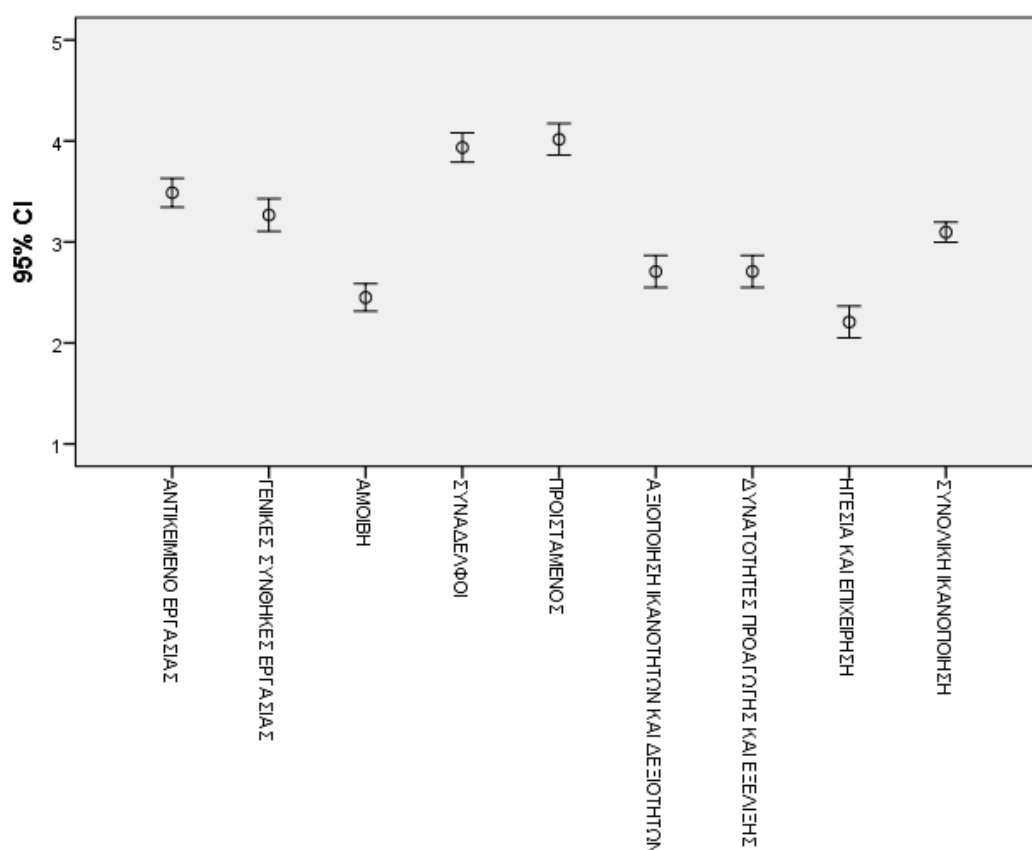


Γράφημα 18: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Ο παράγοντας ηγεσία και επιχείρηση αξιολογείται σε χαμηλή θέση καθώς ο μέσος όρος του παράγοντα είναι $\mu=2,20$. Την υψηλότερη τιμή της ομάδας των ερωτήσεων εμφανίζει η ερώτηση: ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών

Πίνακας 19^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν το σύνολο των παραμέτρων ικανοποίησης από την εργασία

	N	Min	Max	ΜΟ	ΤΑ
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	123	1,50	5,00	3,4864	,79933
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	123	1,00	5,00	3,2669	,90774
ΑΜΟΙΒΗ	123	1,00	4,50	2,4499	,76426
ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ	123	1,50	5,00	3,9350	,80967
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	123	1,33	5,00	4,0163	,87451
ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ	123	1,00	5,00	2,7073	,88767
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	123	1,00	5,00	2,7077	,88410
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	123	1,00	4,25	2,2080	,88117
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	123	1,93	4,59	3,0972	,55995
Valid N (listwise)	123				



Γράφημα 19: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Από την συγκριτική παράθεση των αξιολογήσεων των παραγόντων προκύπτει ότι υψηλότερες τιμές αξιολόγησης εμφανίζουν οι παράγοντες Συνάδελφοι και Προϊστάμενος, από τους οποίους οι τιμές ικανοποίησης είναι υψηλές.

Μικρότερες τιμές ικανοποίησης αλλά στην θετική θέση της κλίμακας αξιολόγησης εμφανίζονται οι παράγοντες Αντικείμενο εργασίας και γενικές συνθήκες εργασίας.

Χαμηλό βαθμό ικανοποίησης με τιμή μικρότερη του μέσου της κλίμακας εμφανίζονται οι παράγοντες Προαγωγή και εξέλιξη, Αξιοποίηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων και αμοιβή.

Τέλος τον χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης εμφανίζεται ο παράγοντας Ηγεσία.

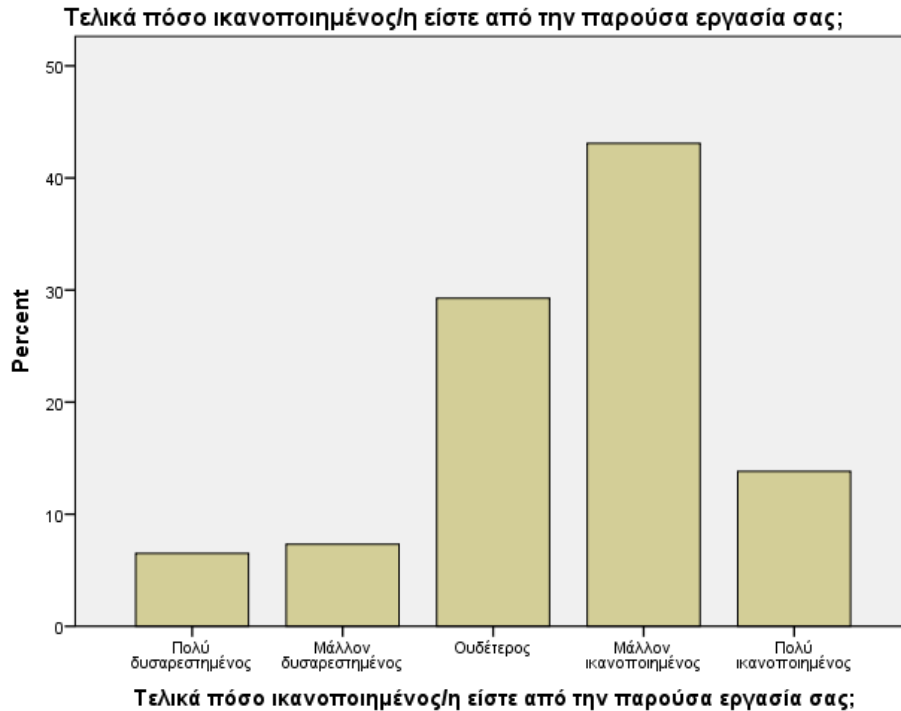
Ο συνολικός μέσος όρος, δηλαδή ο μέσος όρος που προκύπτει από τις επιμέρους τιμές των παραγόντων και άρα δηλώνει τον συνολικό βαθμό ικανοποίησης είναι $\mu=3,09$ και φανερώνει ότι η συνολική ικανοποίηση βρίσκεται σε απολύτως μέτριο επίπεδο.

Γενική Αξιολόγηση ικανοποίησης

Θέτοντας αυτόνομη ερώτηση συνολικής αξιολόγησης της εργασιακής ικανοποίησης προκύπτει:

Πίνακας 19^{ος}: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Τελικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα εργασία σας;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Πολύ δυσαρεστημένος	8	6,5	6,5	6,5
Μάλλον δυσαρεστημένος	9	7,3	7,3	13,8
Ουδέτερος	36	29,3	29,3	43,1
Μάλλον ικανοποιημένος	53	43,1	43,1	86,2
Πολύ ικανοποιημένος	17	13,8	13,8	100,0
Total	123	100,0	100,0	



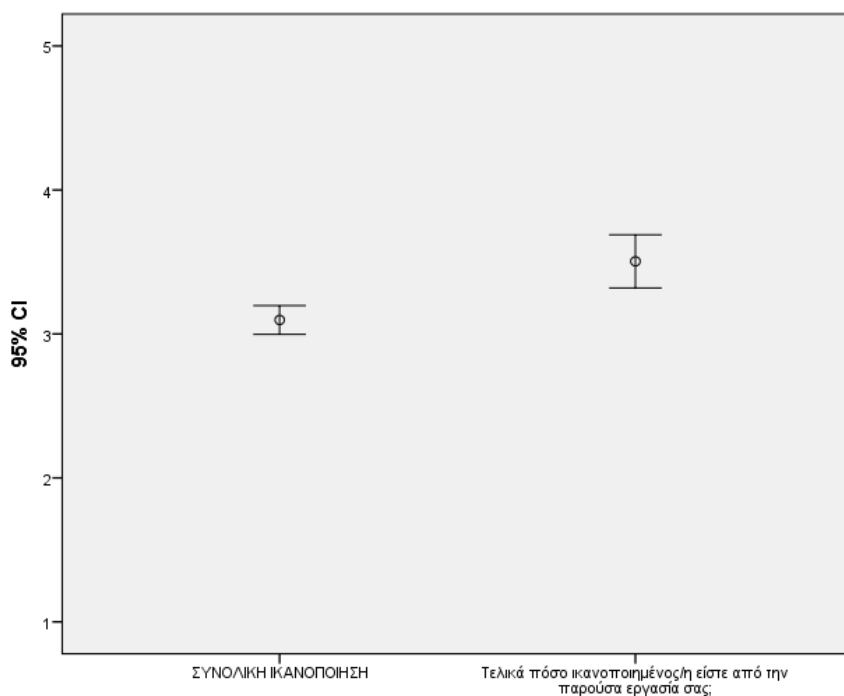
Γράφημα 19: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει σχετική ικανοποίηση από την παρούσα εργασία καθώς το 43,1% των ατόμων του δείγματος δηλώνει μάλλον ικανοποιημένο/η.

Πίνακας 20^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την σύγκριση των τιμών ικανοποίησης

	N	Min	Max	MO	TA
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	123	1,93	4,59	3,0972	,55995
Τελικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα εργασία σας;	123	1	5	3,50	1,035
Valid N (listwise)	123				

Προχωρώντας σε σύγκριση των τιμών των 2 μεταβλητών συνολικής εκτίμησης της εργασιακής ικανοποίησης προκύπτει ότι η μέση τιμή της σύνθετης μεταβλητής που προκύπτει από την μέση τιμή των αξιολογήσεων των επιμέρους παραμέτρων υπολείπεται της μέσης τιμής της απευθείας αξιολόγησης. Όπως αναφέρθηκε ο μέσος όρος της σύνθετης είναι $\mu=3,0$ που κατατάσσεται σε μέτρια θέση ενώ ο μέσος όρος της απευθείας αξιολόγησης είναι $\mu=3,5$ τιμή πάλι σε μέτρια θέση με θετική όμως τάση.



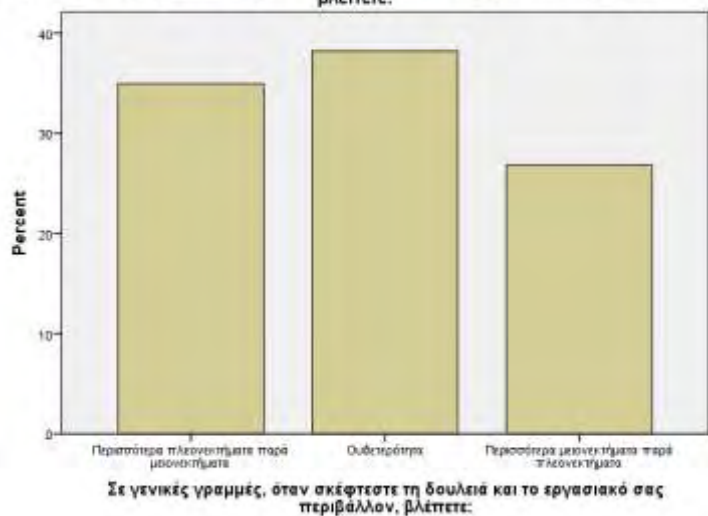
Γράφημα 20: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Γενικά η μέτρια αυτή θέση αποτυπώνεται και στην παρακάτω ερώτηση όπου η πλειοψηφία των ατόμων (38,2%) εμφανίζουν ουδέτερη στάση, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό είναι μοιρασμένο καθώς το 35% δηλώνει ότι η δουλειά τους έχει περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα ενώ το 27% δηλώνει το αντίθετο.

Πίνακας 21^{ος}: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Σε γενικές γραμμές, όταν σκέφτεστε τη δουλειά και το εργασιακό σας περιβάλλον, βλέπετε:**

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid				
Περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα	43	35,0	35,0	35,0
Ουδετερότητα	47	38,2	38,2	73,2
Περισσότερα μειονεκτήματα παρά πλεονεκτήματα	33	26,8	26,8	100,0
Total	123	100,0	100,0	

Σε γενικές γραμμές, όταν σκέφτεστε τη δουλειά και το εργασιακό σας περιβάλλον, βλέπετε:



Γράφημα 21: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Αξιολόγηση του ιατρικού πόνου

Παρουσίαση των μεταβλητών της ενότητας:

Πίνακας 21^{ος}: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Ο χώρος στους οποίους είναι σύμφωνος με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007**

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	35	28,5	30,7	30,7
	79	64,2	69,3	100,0
Total	114	92,7	100,0	
Missing	System	9	7,3	
Total		123	100,0	



Γράφημα 21: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Εξετάζοντας αν χώρος στους οποίους έχει αναπτυχθεί το ιατρείο πόνου είτε ως Πολυδύναμη Μονάδα Πόνου, είτε ως Τμήμα ή Μονάδα Πόνου είναι σύμφωνος με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007 (αρ. φύλλου 150, 01/02/2008), προκύπτει ότι το 30,7% των ατόμων του δείγματος απάντησε θετικά ενώ το 69,3% των ατόμων θεωρεί ότι η μονάδα πόνου δεν διαθέτει δικούς της χώρους και εξοπλισμό ή επιπρόσθετα κλίνες και προσωπικό.

Λειτουργικότητα χώρου

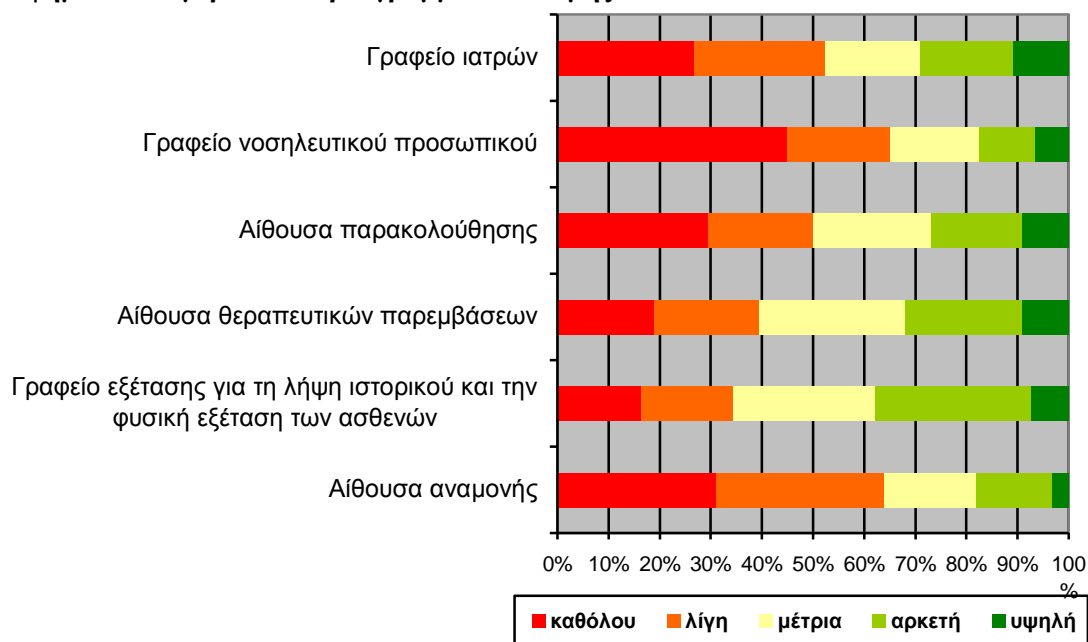
Αναφορικά με την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των χώρων προκύπτουν τα ακόλουθα:

Πίνακας 22^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: λειτουργικότητα χώρου

Αξιολογήστε την λειτουργικότητα των παρακάτω χώρων	καθόλου	λίγη	μέτρια	αρκετή	υψηλή
Αίθουσα αναμονής	31,1	32,8	18,0	14,8	3,3
Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών	16,4	18,0	27,9	30,3	7,4
Αίθουσα θεραπευτικών παρεμβάσεων	18,9	20,5	28,7	23,0	9,0
Αίθουσα παρακολούθησης	29,5	20,5	23,0	18,0	9,0
Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού	45,0	20,0	17,5	10,8	6,7

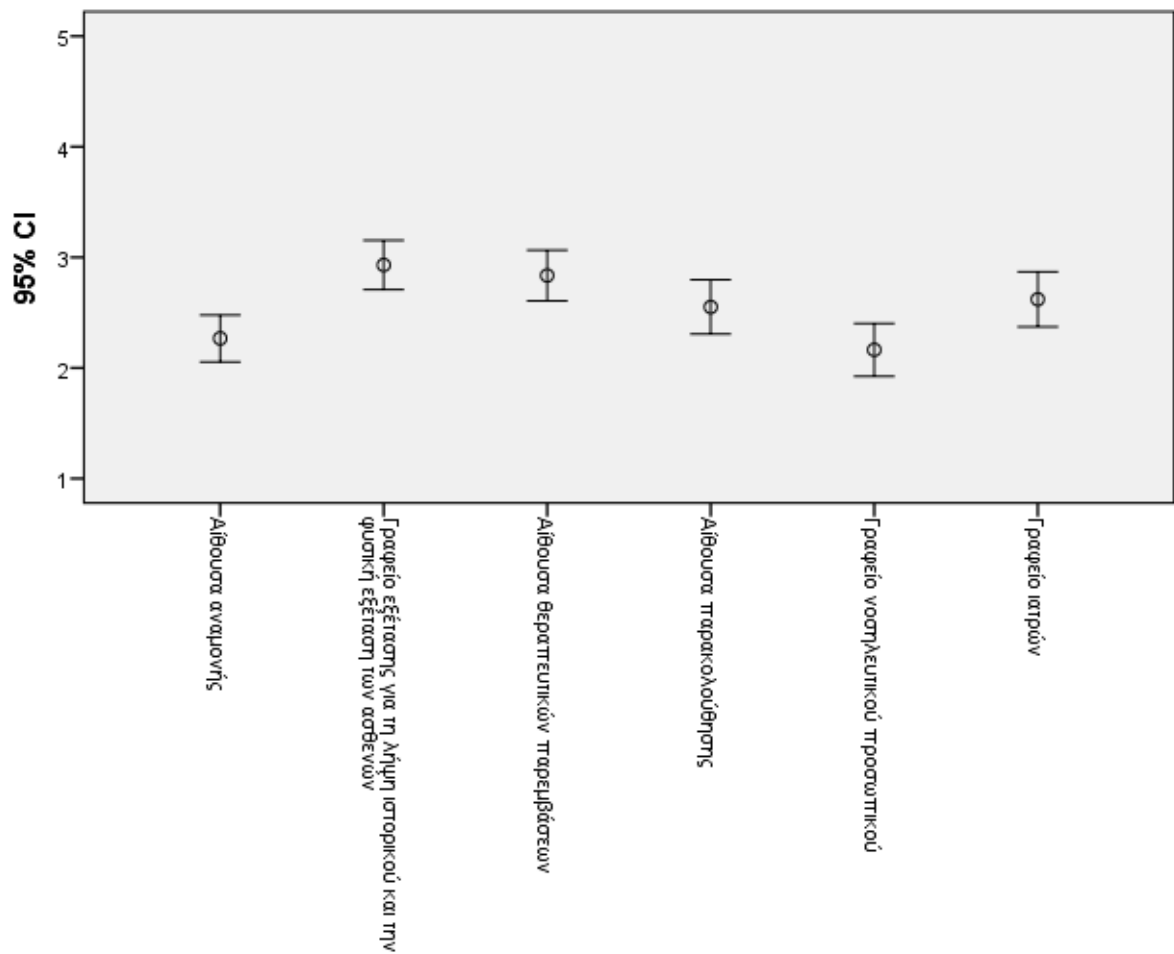
Γραφείο ιατρών	26,7	25,8	18,3	18,3	10,8
----------------	------	------	------	------	------

Γράφημα 22: συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Πίνακας 23^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την λειτουργικότητα

	N	Min	Max	MO	TA
Αίθουσα αναμονής	122	1	5	2,26	1,149
Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών	122	1	5	2,94	1,201
Αίθουσα θεραπευτικών παρεμβάσεων	122	1	5	2,83	1,238
Αίθουσα παρακολούθησης	122	1	5	2,57	1,324
Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού	120	1	5	2,14	1,285
Γραφείο ιατρών	120	1	5	2,61	1,343
Valid N (listwise)	107				



Γράφημα 23: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Η γενική εικόνα παρουσιάζει την συγκέντρωση των υψηλότερων ποσοστών στις επιλογές καθόλου ή λίγη λειτουργικότητα. Όμοια οι μέσοι όροι των τιμών αξιολόγησης δεν ξεπερνούν σε καμία περίπτωση την τιμή 3 το μέσο δηλαδή της κλίμακας αξιολόγησης.

Την υψηλότερη συγκριτικά τιμή, η οποία όμως κατατάσσεται οριακά στην μέτρια θέση της κλίμακας εμφανίζει γραφείο λήψης ιστορικού και την φυσική εξέταση. Ακολουθούν οι τιμές της αίθουσας θεραπευτικών παθήσεων, η αίθουσα παρακολούθησης και το γραφείο των ιατρών.

Τέλος, την χαμηλότερη αξιολόγηση εμφανίζει η αίθουσα αναμονής και το γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού.

Ως επίπτωση της κακής λειτουργικότητας των χώρων προκύπτουν οι δυσκολίες στην παροχή του έργου καθώς θετικά σε αντίστοιχη ερώτηση απαντά το 55,7%, ενώ αρνητικά απαντά μόνο το 15,7% των ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 24^{ος}: κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Το έργο σας δυσχεραίνεται από τη μη λειτουργικότητα του χώρου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ναι	64	52,0	55,7	55,7
ίσως	33	26,8	28,7	84,3
όχι	18	14,6	15,7	100,0
Total	115	93,5	100,0	
Missing				
System	8	6,5		
Total	123	100,0		



Γράφημα 24: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Αξιολόγηση προβλημάτων

Αξιολογώντας τον βαθμό της σημαντικότητας προβλημάτων, η θετική θέση της κλίμακας είναι η τιμή 1 ενώ η τιμή 5 αντιστοιχεί σε σημαντικότερο πρόβλημα.

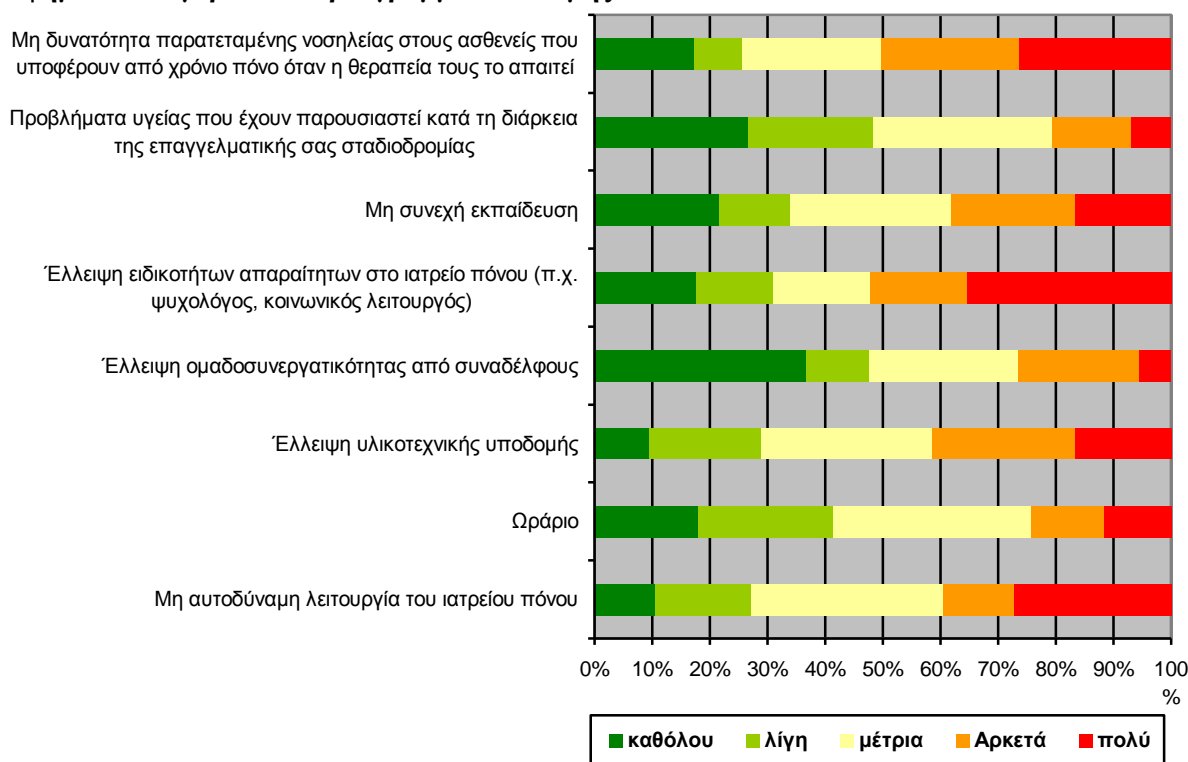
Πίνακας 25^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής:

προβλήματα

Αξιολογήστε το βαθμό σημαντικότητας των κυριότερων προβλημάτων που αντιμετωπίζετε στο ιατρείο πόνου.	καθόλου	λίγη	μέτρια	Αρκετά	πολύ
Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου	10,5	16,7	33,3	12,3	27,2
Ωράριο	18,0	23,4	34,2	12,6	11,7
Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής	9,6	19,3	29,8	24,6	16,7
Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους	36,7	11,0	25,7	21,1	5,5

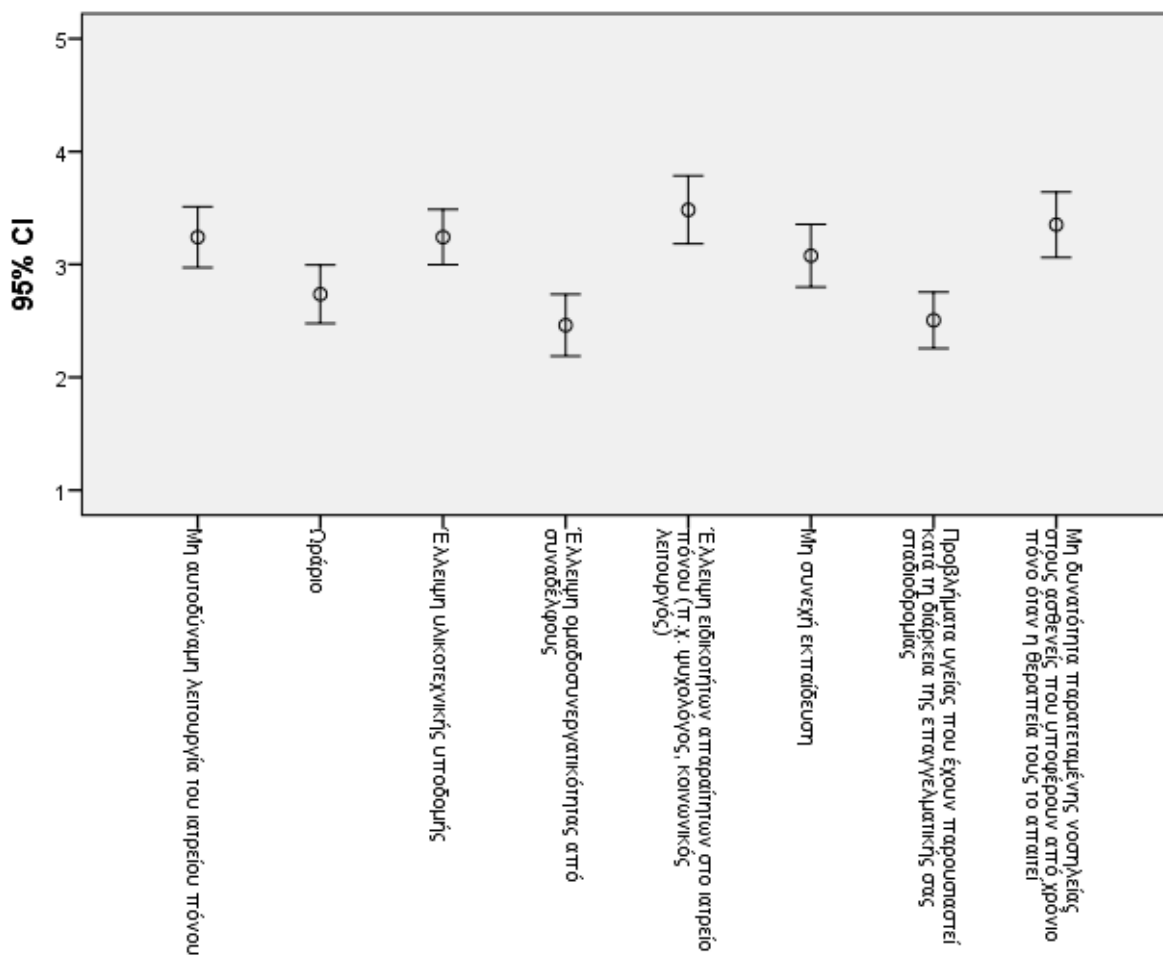
Έλλειψη ειδικοτήτων απαραίτητων στο ιατρείο πόνου (π.χ. ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός)	17,7	13,3	16,8	16,8	35,4
Μη συνεχή εκπαίδευση	21,7	12,2	27,8	21,7	16,5
Προβλήματα υγείας που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας	26,7	21,6	31,0	13,8	6,9
Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί	17,4	8,3	24,0	24,0	26,4

Γράφημα 25: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Πίνακας 26^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν τον βαθμό σημαντικότητας προβλημάτων

	N	Min	Max	MO	TA
Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου	114	1	5	3,29	1,315
Ωράριο	111	1	5	2,77	1,228
Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής	114	1	5	3,19	1,211
Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους	109	1	5	2,48	1,324
Έλλειψη ειδικοτήτων απαραίτητων στο ιατρείο πόνου (π.χ. ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός)	113	1	5	3,39	1,514
Μη συνεχή εκπαίδευση	115	1	5	2,99	1,373
Προβλήματα υγείας που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας	116	1	5	2,53	1,219
Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί	121	1	5	3,34	1,406
Valid N (listwise)	91				



Γράφημα 26: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Με βάση τα παραπάνω και από την κατανομή των απαντήσεων αλλά και από τις μέσες τιμές αξιολόγηση των προβλημάτων προκύπτει ότι τα προβλήματα αξιολογούνται σε μέτρια θέση με θετική ή αρνητική τάση. Έτσι, σε μεγαλύτερο βαθμό σημαντικότητας αξιολογείται η Έλλειψη ειδικοτήτων απαραίτητων στο ιατρείο πόνου (π.χ. ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός), και ακολουθούν σε μετριότερη θέση η Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου, η Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και η Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί.

Μέτριας σημαντικότητας εμφανίζεται η μη συνεχή εκπαίδευση.

Τέλος ως μικρότερης συγκριτικά σημαντικότητας κατατάσσονται τα:

Ωράριο

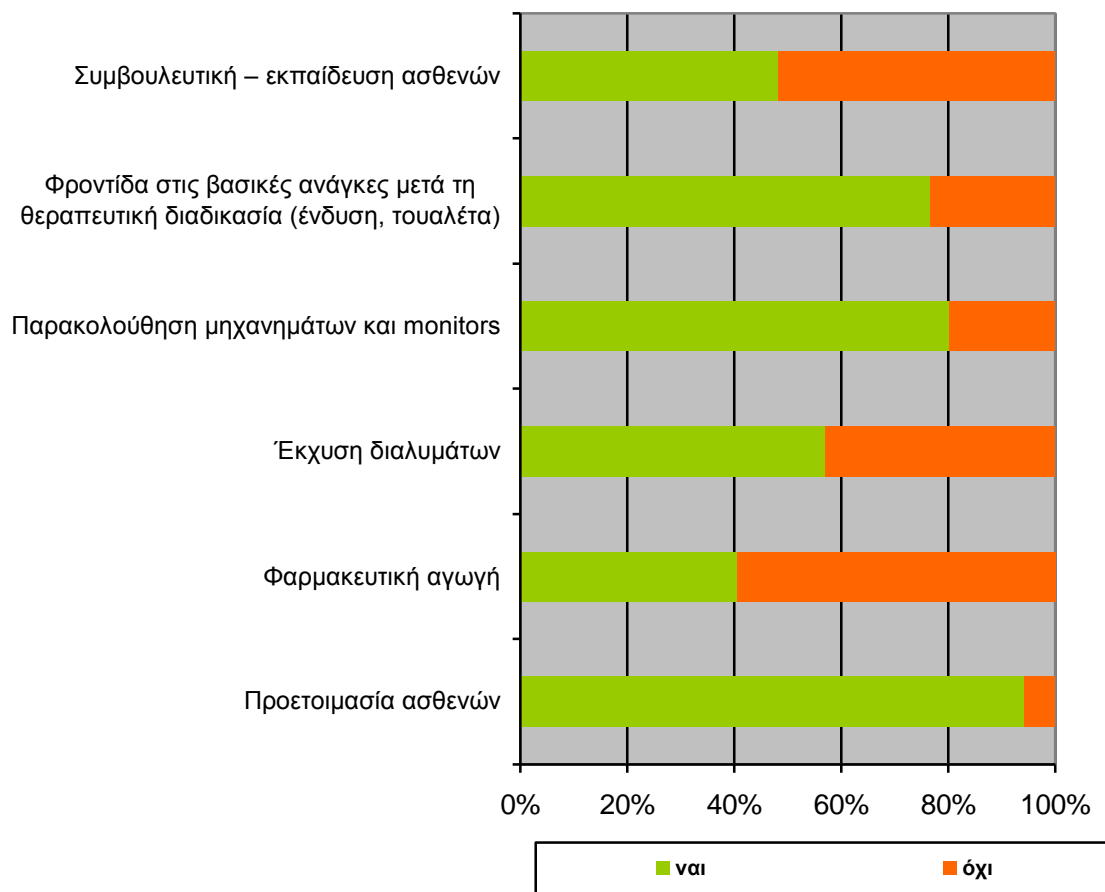
Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους

Προβλήματα υγείας που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας

Καθήκοντα

Πίνακας 27^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Ποια είναι τα καθήκοντά σας στο ιατρείο πόνου**

Ποια είναι τα καθήκοντά σας στο ιατρείο πόνου	ναι	όχι
Προετοιμασία ασθενών	94,2	5,8
Φαρμακευτική αγωγή	40,5	59,5
Έκχυση διαλυμάτων	57,0	43,0
Παρακολούθηση μηχανημάτων και monitors	80,2	19,8
Φροντίδα στις βασικές ανάγκες μετά τη θεραπευτική διαδικασία (ένδυση, τουαλέτα)	76,7	23,3
Συμβουλευτική – εκπαίδευση ασθενών	48,3	51,7



Γράφημα 27: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Η προετοιμασία ασθενών επιλέγεται ως καθήκον από το 94,2% των ατόμων.

Η Φροντίδα στις βασικές ανάγκες μετά τη θεραπευτική διαδικασία (ένδυση, τουαλέτα) και η Παρακολούθηση μηχανημάτων και monitors συγκεντρώνουν επίσης υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων.

Σε μέτρια θέση θετικών απαντήσεων κατατάσσονται τα καθήκοντα Έκχυση διαλυμάτων και Συμβουλευτική – εκπαίδευση ασθενών με ποσοστά επιλογής 57 και 48,3% αντίστοιχα.

Το μικρότερο ποσοστό επιλογής εμφανίζεται στην φαρμακευτική αγωγή.

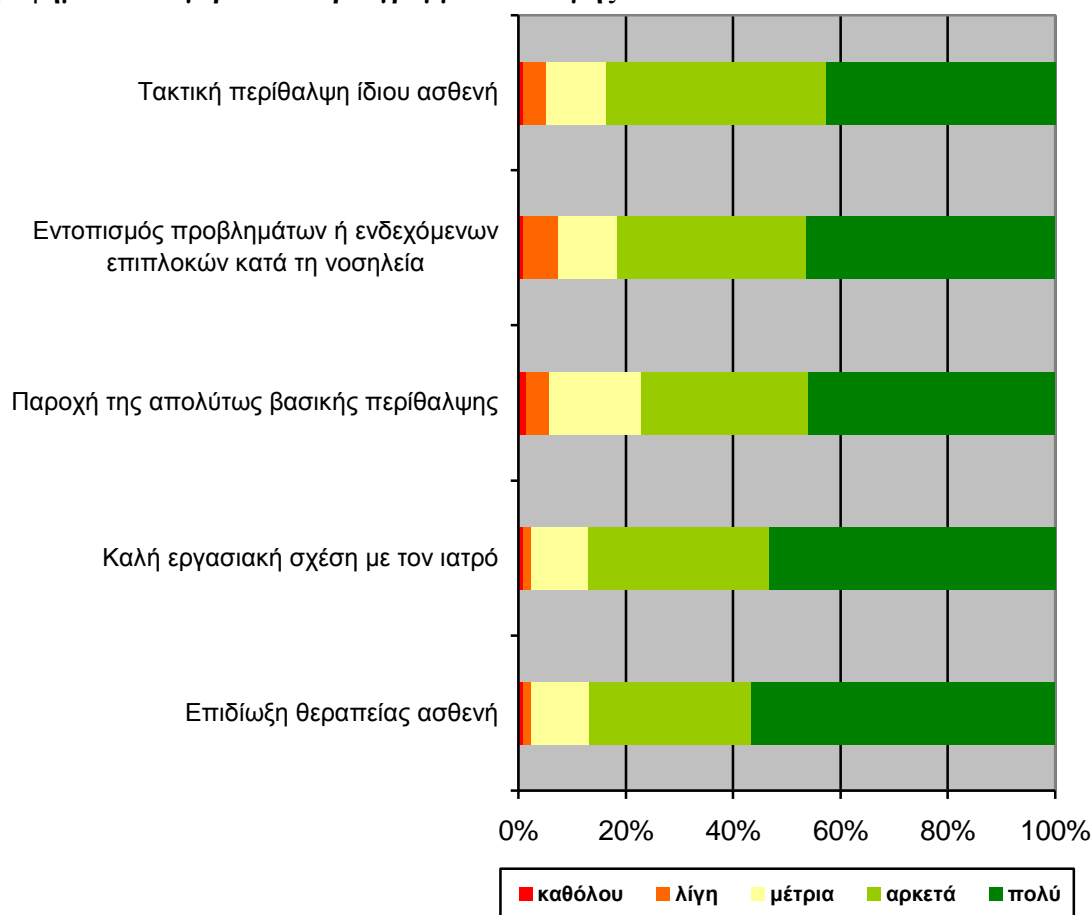
Αξιολόγηση στόχων – παραγόντων

Πίνακας 28^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής:

σημαντικότητα παραγόντων

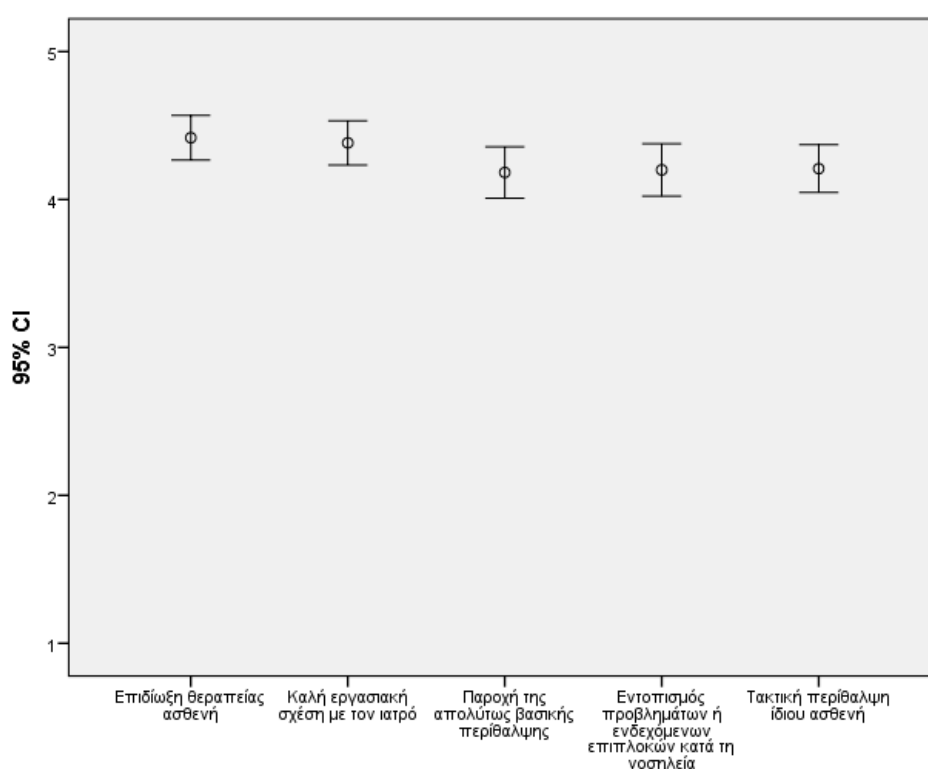
Αξιολογήστε το βαθμό σημαντικότητας των παρακάτω παραγόντων	καθόλου	λίγη	μέτρια	αρκετά	πολύ
Επιδίωξη θεραπείας ασθενή	,8	1,6	10,7	30,3	56,6
Καλή εργασιακή σχέση με τον ιατρό	,8	1,6	10,7	33,6	53,3
Παροχή της απολύτως βασικής περίθαλψης	1,6	4,1	17,2	31,1	45,9
Εντοπισμός προβλημάτων ή ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη νοσηλεία	,8	6,7	10,9	35,3	46,2
Τακτική περίθαλψη ίδιου ασθενή	,9	4,3	11,1	41,0	42,7

Γράφημα 28: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Πίνακας 29^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την αξιολόγηση παραγόντων

	N	Min	Max	MO	TA
Επιδίωξη θεραπείας ασθενή	122	1	5	4,40	,810
Καλή εργασιακή σχέση με τον ιατρό	122	1	5	4,37	,805
Παροχή της απολύτως βασικής περιθαλψης	122	1	5	4,16	,962
Εντοπισμός προβλημάτων ή ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη νοσηλεία	119	1	5	4,19	,941
Τακτική περίθαλψη ίδιου ασθενή	117	1	5	4,21	,866
Valid N (listwise)	115				



Γράφημα 29: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

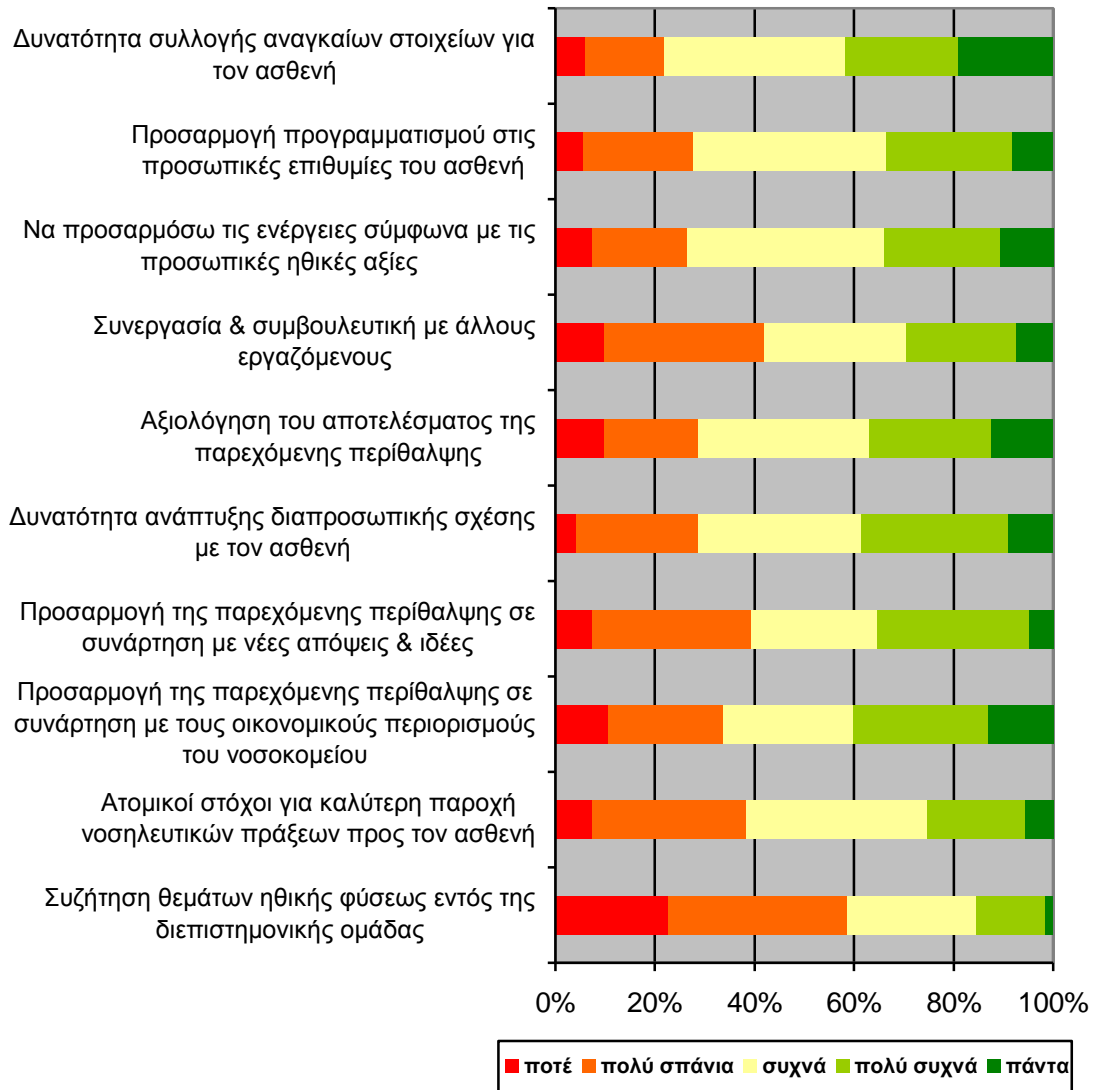
Όλες οι παραπάνω παράμετροι αξιολογούνται με μέσους όρους πάνω από την τιμή 4 και άρα αξιολογούνται από αρκετά έως και πολύ σημαντικοί.

Ακολουθεί η αξιολόγηση συχνότητας εφαρμογής διαφόρων ενεργειών εντός της νοσηλευτικής πρακτικής

Πίνακας 30^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: εφαρμογή πρακτικών

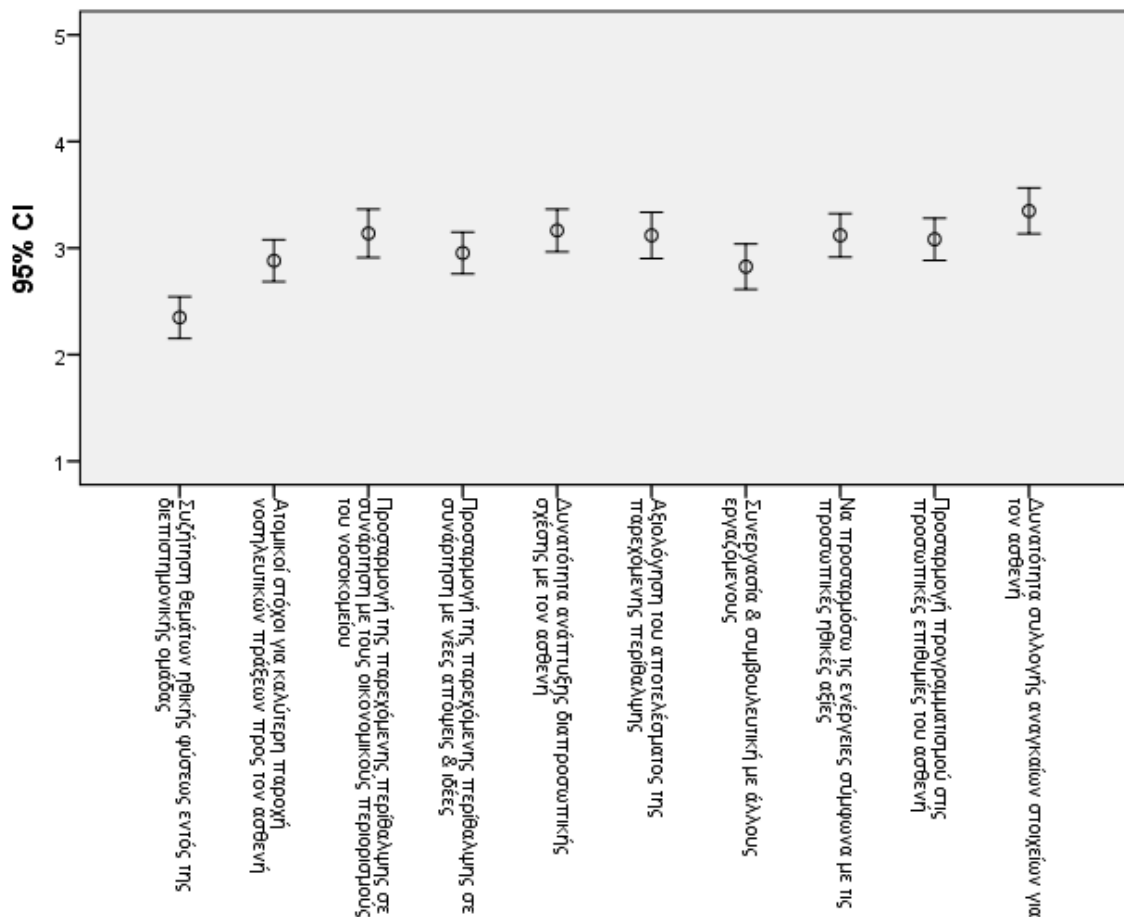
Στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη με τι συχνότητα έχετε την δυνατότητα να πράξετε τα παρακάτω:	ποτέ	πολύ σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	πάντα
Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας	22,8	35,8	26,0	13,8	1,6
Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή	7,3	30,9	36,6	19,5	5,7
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με τους οικονομικούς περιορισμούς του νοσοκομείου	10,7	23,0	26,2	27,0	13,1
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες	7,4	32,0	25,4	30,3	4,9
Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή	4,1	24,6	32,8	29,5	9,0
Αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρεχόμενης περίθαλψης	9,8	18,9	34,4	24,6	12,3
Συνεργασία & συμβουλευτική με άλλους εργαζόμενους	9,8	32,0	28,7	22,1	7,4
Να προσαρμόσω τις ενέργειες σύμφωνα με τις προσωπικές ηθικές αξίες	7,4	19,0	39,7	23,1	10,7
Προσαρμογή προγραμματισμού στις προσωπικές επιθυμίες του ασθενή	5,7	22,1	38,5	25,4	8,2
Δυνατότητα συλλογής αναγκαίων στοιχείων για τον ασθενή	6,1	15,7	36,5	22,6	19,1

Γράφημα 30: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Πίνακας 31^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την συχνότητα εφαρμογής πρακτικών

	N	Min	Max	MO	TA
Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας	123	1	5	2,36	1,033
Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή	123	1	5	2,85	1,006
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με τους οικονομικούς περιορισμούς του νοσοκομείου	122	1	5	3,09	1,206
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες	122	1	5	2,93	1,058
Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή	122	1	5	3,15	1,026
Αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρεχόμενης περίθαλψης	122	1	5	3,11	1,149
Συνεργασία & συμβουλευτική με άλλους εργαζόμενους	122	1	5	2,85	1,104
Να προσαρμόσω τις ενέργειες σύμφωνα με τις προσωπικές ηθικές αξίες	121	1	5	3,11	1,071
Προσαρμογή προγραμματισμού στις προσωπικές επιθυμίες του ασθενή	122	1	5	3,08	1,017
Δυνατότητα συλλογής αναγκαίων στοιχείων για τον ασθενή	115	1	5	3,33	1,137
Valid N (listwise)	109				



Γράφημα 31: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

Η μικρότερη μέση τιμή συχνότητας εφαρμογής εμφανίζεται στην περίπτωση Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας. Η κύρια κατηγορία με το υψηλότερο ποσοστό επιλογής για την συγκεκριμένη πράξη είναι η επιλογή πολύ σπάνια και ακολούθως η επιλογή σπάνια.

Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις οι επιλογές κατατάσσονται σχεδόν ισόποσα μεταξύ των κατηγοριών που εκπροσωπούν την σπάνια αλλά και την συχνή εφαρμογή ενώ οι μέσες τιμές εμφανίζουν μια μέτρια τελική στάση αναφορικά με την συχνότητα εφαρμογής των αξιολογούμενων πράξεων.

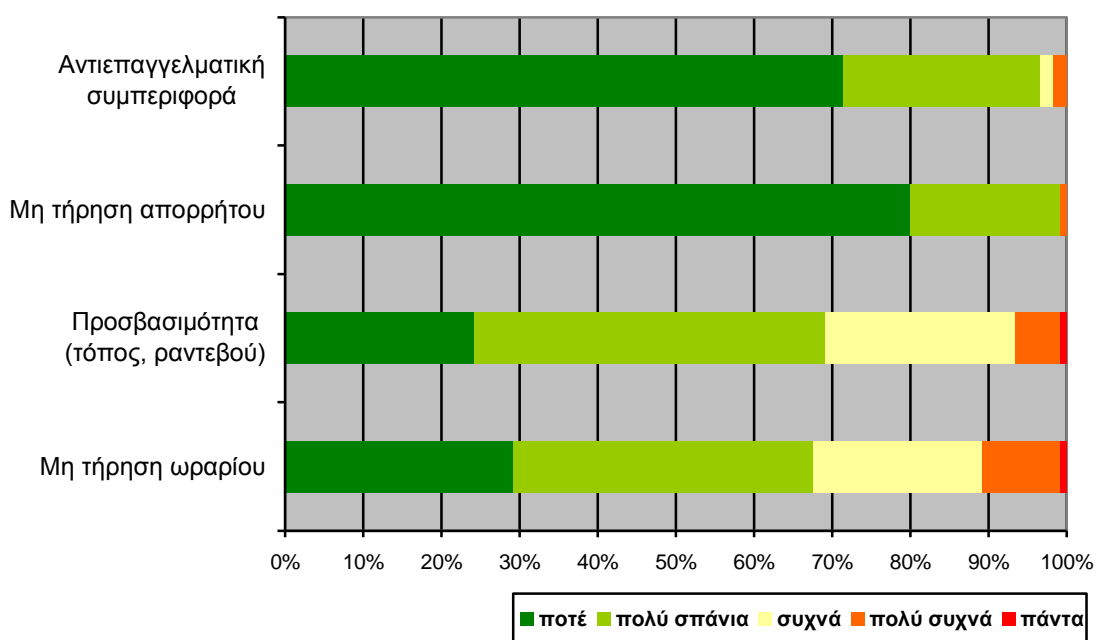
Σε ελαφρά θετικότερη κατάταξη αλλά πάντα στην μέτρια θέση της κλίμακας εμφανίζεται η δυνατότητα συλλογής αναγκαίων στοιχείων για τον ασθενή.

Αξιολόγηση παραπόνων

Πίνακας 32^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **παράπονα**

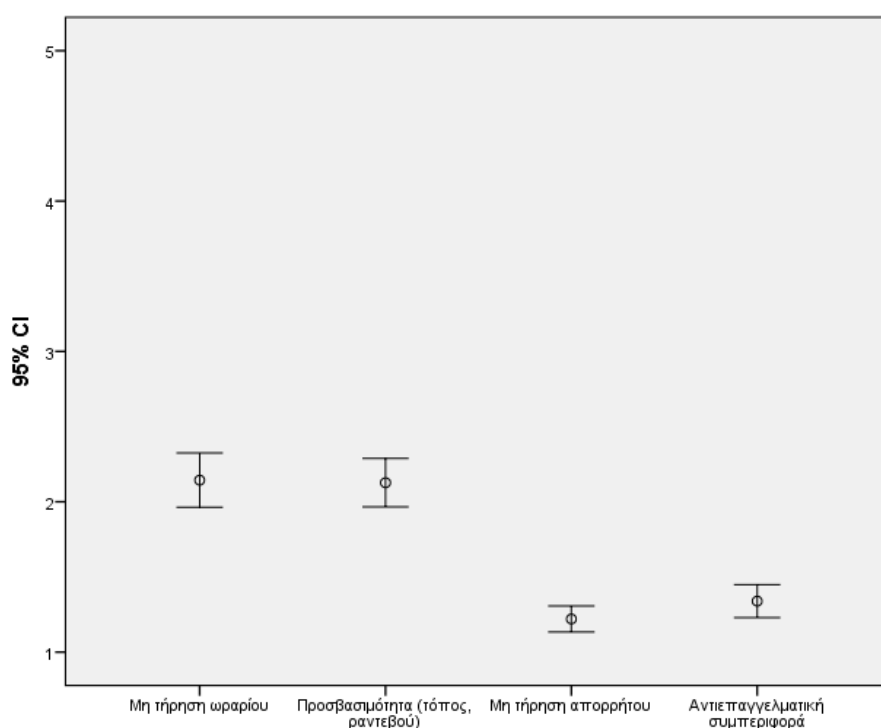
Με τι ή ποια συχνότητα εκφράζουν παράπονα οι ασθενείς για το ιατρείο πόνου για τα παρακάτω θέματα;	ποτέ	πολύ σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	πάντα
Μη τήρηση ωραρίου	29,2	38,3	21,7	10,0	,8
Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)	24,2	45,0	24,2	5,8	,8
Μη τήρηση απορρήτου	79,8	19,3		,8	
Αντιεπαγγελματική συμπεριφορά	71,4	25,2	1,7	1,7	

Γράφημα 32: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Πίνακας 32^{ος}: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την συχνότητα έκφρασης παραπόνων

	N	Min	Max	ΜΤ	ΤΑ
Μη τήρηση ωραρίου	120	1	5	2,15	,984
Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)	120	1	5	2,14	,882
Μη τήρηση απορρήτου	119	1	4	1,22	,472
Αντιεπαγγελματική συμπεριφορά	119	1	4	1,34	,601
Valid N (listwise)	118				



Γράφημα 32: Διάστημα εμπιστοσύνης των ερωτήσεων

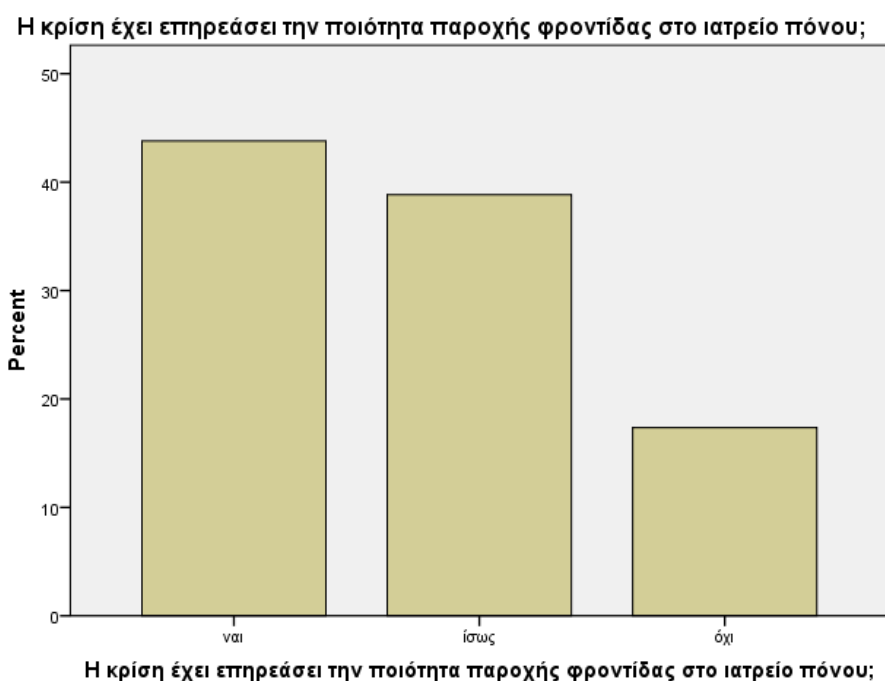
Αναφορικά με τον προσδιορισμό της συχνότητας 4^{ων} τύπων παραπόνων, τα άτομα του δείγματος αξιολογούν ως χαμηλής συχνότητας το σύνολο των τύπων.

Συγκριτικά υψηλότερης συχνότητας εμφανίζονται η μη τήρηση του ωραρίου και η προσβασιμότητα.

Κρίση και ποιότητα

Πίνακας 33^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Η κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα παροχής φροντίδας στο ιατρείο πόνου;**

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	Ναι	53	43,1	43,8
	Ίσως	47	38,2	38,8
	Όχι	21	17,1	17,4
	Total	121	98,4	100,0
Missing	System	2	1,6	
Total		123	100,0	



Γράφημα 33: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών.

Εκτιμάται ότι η κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας καθώς θετικά στην ερώτηση έχει απαντήσει το 43,8%. Την επιλογή ίσως έχει επιλέξει το 38,8%, συνεπώς το 82,6% θεωρεί ότι η ποιότητα έχει επηρεαστεί σε κάποιο βαθμό. Μόνο το 17,4% θεωρεί ότι η παρεχόμενη ποιότητα δεν έχει τελικά επηρεαστεί από την κρίση.

Οι τομείς που δηλώνεται ότι έχουν επηρεαστεί είναι:

Η υποδομή καθώς δηλώθηκε από το 89,5%

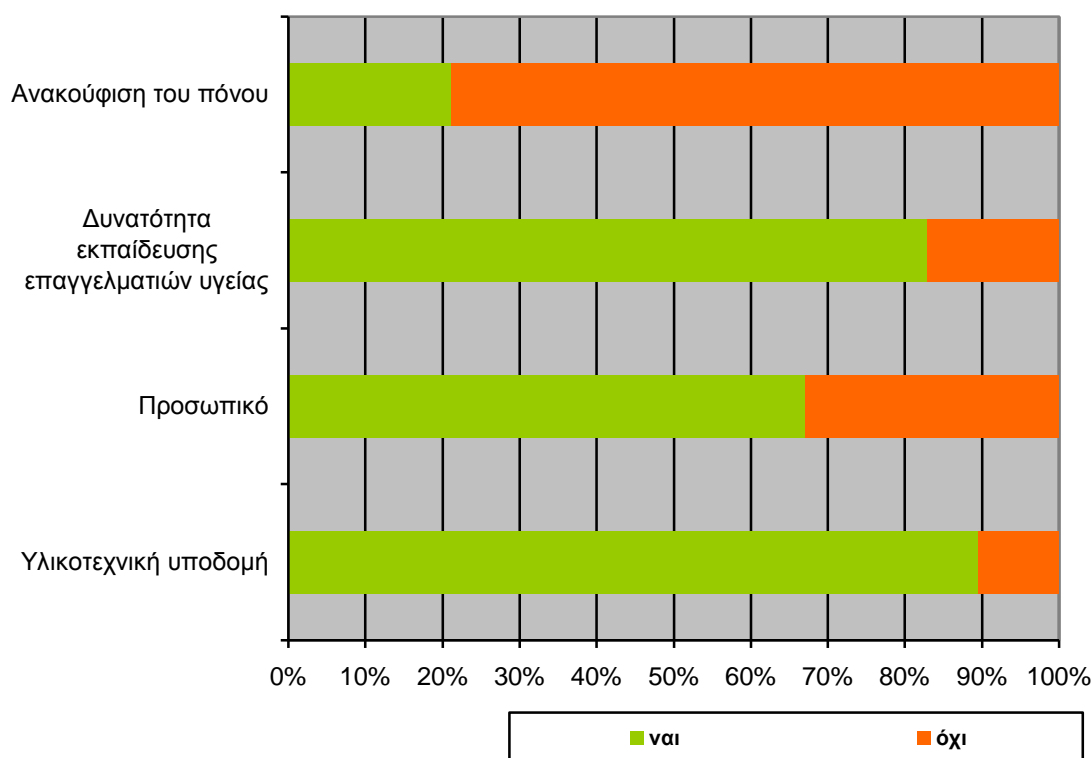
Η δυνατότητα εκπαίδευσης από το 82,9%

Το προσωπικό από το 67,1%

Η ανακούφιση του πόνου δεν αξιολογείται ως τομέας που έχει δεχθεί την επίπτωση της κρίση καθώς δηλώνεται μόνο από το 21,1% .

Πίνακας 34^{ος}: κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **τομείς παραπόνων**

	ναι	όχι
Υλικοτεχνική υποδομή	89,5	10,5
Προσωπικό	67,1	32,9
Δυνατότητα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας	82,9	17,1
Ανακούφιση του πόνου	21,1	78,9



Γράφημα 34: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

Εξετάζοντας τις προτάσεις βελτίωσης του ιατρείου πόνου προκύπτει ότι:

Η χρηματοδότηση για υποδομή

Η αύξηση του προσωπικού

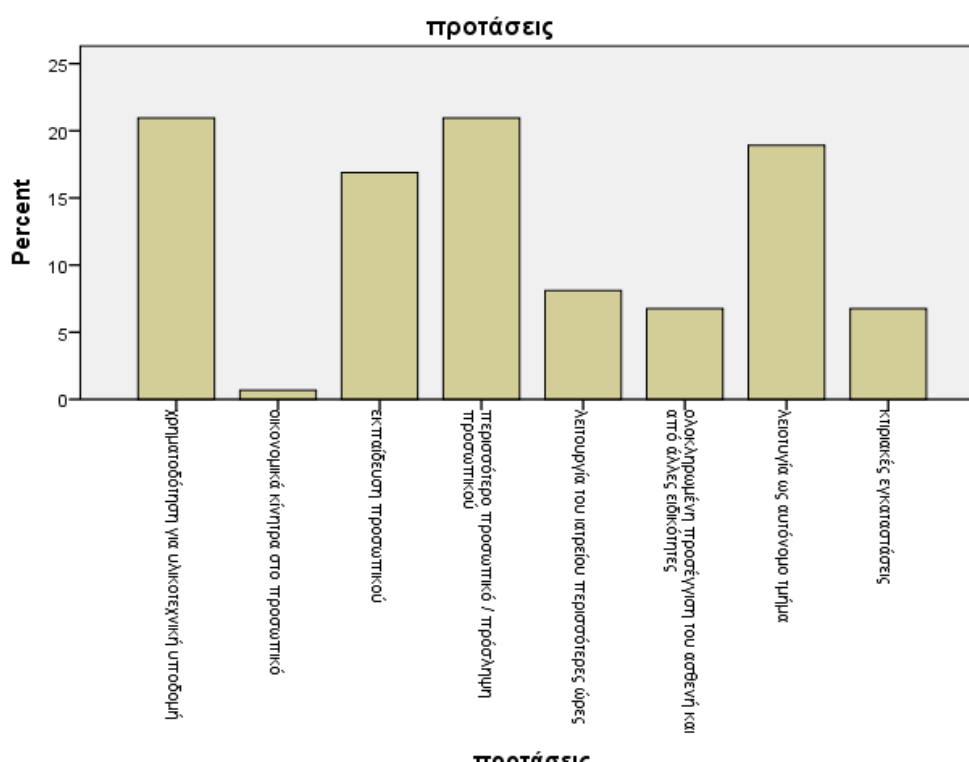
Η λειτουργία ως αυτόνομο τμήμα και

Η εκπαίδευση του προσωπικού είναι οι προτάσεις με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης.

Πίνακας 35^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **προτάσεις**

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων n	Αθροιστικό %
χρηματοδότηση για υλικοτεχνική υποδομή	31	8,4	20,9	20,9
οικονομικά κίνητρα στο προσωπικό	1	,3	,7	21,6
εκπαίδευση προσωπικού	25	6,8	16,9	38,5
περισσότερο προσωπικό / πρόσληψη προσωπικού	31	8,4	20,9	59,5
λειτουργία του ιατρείου περισσότερες ώρες	12	3,3	8,1	67,6
ολοκληρωμένη προσέγγιση του ασθενή και από άλλες ειδικότητες	10	2,7	6,8	74,3
λειτουργία ως αυτόνομο τμήμα	28	7,6	18,9	93,2
κτιριακές εγκαταστάσεις	10	2,7	6,8	100,0
Total	148	40,3	100,0	
MissingSystem	219	59,7		
Total	367	100,0		

Γράφημα 35: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών

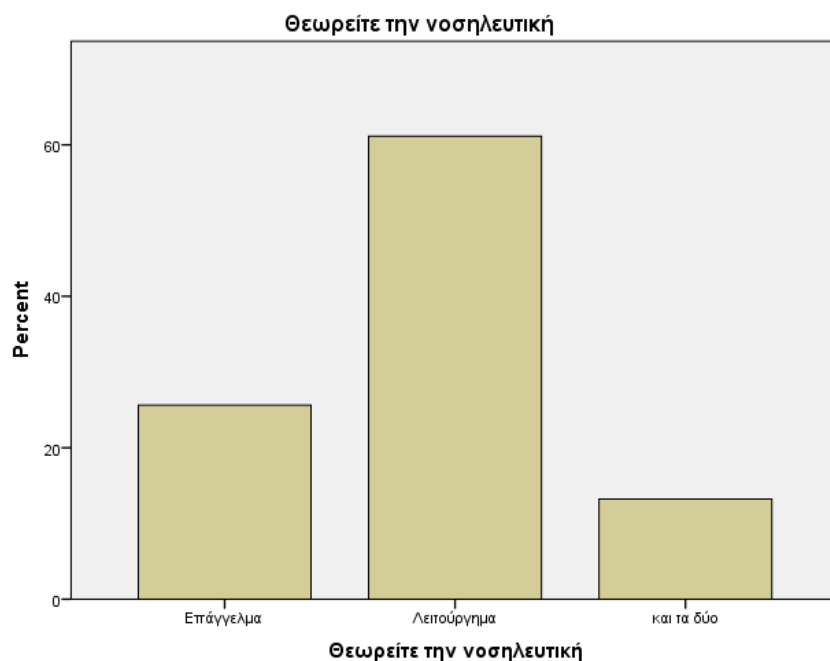


Τέλος, αξιολογώντας την στάση των ατόμων σε σχέση με την νοσηλευτική, το 61,2% την αντιλαμβάνεται ως λειτούργημα, το 13,2% ως λειτούργημα και επάγγελμα ενώ το 25,6% την αξιολογεί ως επάγγελμα και μόνο.

Πίνακας 36^{ος}: Συγκριτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της μεταβλητής: **Θεωρείτε την νοσηλευτική**

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	Επάγγελμα	31	25,2	25,6
	Λειτούργημα και τα δύο	74	60,2	86,8
	Total	16	13,0	100,0
	Total	121	98,4	100,0
Missing System	2	1,6		
Total	123	100,0		

Γράφημα 36: Συγκριτικό Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών



Έλεγχος μεταβλητών ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό του δείγματος

Τόπος 1^ο ραντεβού

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι αξιολογήσεις εξαρτώνται από τον τόπο 1^ο ραντεβού, εφαρμόζεται έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις μεταβλητές της έρευνας που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης ή εφαρμόζεται χ^2 test στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών.

Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο οι περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα των ελέγχων εμφανίζουν στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι οποίες δεν αναφέρονται, η εξάρτηση δεν είναι σημαντική και συνεπώς η τάση για κάθε ερώτηση είναι αυτή που καταγράφηκε στην περιγραφική στατιστική και δεν επηρεάζεται από το είδος της δομής.

Πίνακας 37: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τον τόπο 1^ο ραντεβού

		N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	σε δικό του χώρο	18	2,8750	,60785	2	15,745	,000
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	3,2774	,81347	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	4,3036	,32785	107		
	Total	108	3,3434	,83440			
ΑΜΟΙΒΗ	σε δικό του χώρο	18	2,2222	,58717	2	6,537	,002
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,3882	,76091	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,1071	,83617	107		
	Total	108	2,4537	,78326			
ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ	σε δικό του χώρο	18	2,5926	,91862	2	5,636	,005
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,5526	,86505	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,3810	,69007	107		
	Total	108	2,6667	,89070			
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	σε δικό του χώρο	18	2,7222	,93340	2	4,867	,010
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,5474	,80824	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,3429	1,15407	107		
	Total	108	2,6667	,89070			

	Total	108	2,6796	,91017			
	σε δικό του χώρο	18	2,0000	,60025	2	3,727	,027
	στα εξωτερικά	76	2,2083	,87702	105		
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ιατρεία						
	γραφείο ιατρού /	14	2,7857	,89795	107		
	δντη						
	Total	108	2,2485	,86234			
	σε δικό του χώρο	18	2,9225	,44120	2	8,712	,000
	στα εξωτερικά	76	3,0512	,53471	105		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	ιατρεία						
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	γραφείο ιατρού /	14	3,6507	,63930	107		
	δντη						
	Total	108	3,1074	,57238			
	σε δικό του χώρο	18	3,33	1,328	2	5,578	,005
	στα εξωτερικά	75	2,80	1,197	104		
Γραφείο εξέτασης για τη	ιατρεία						
λήψη ιστορικού και την	γραφείο ιατρού /	14	3,86	,663	106		
φυσική εξέταση των ασθενών	δντη						
	Total	107	3,03	1,217			
	σε δικό του χώρο	18	2,56	1,423	2	4,908	,009
	στα εξωτερικά	75	2,37	1,303	104		
Αίθουσα παρακολούθησης	ιατρεία						
	γραφείο ιατρού /	14	3,57	1,222	106		
	δντη						
	Total	107	2,56	1,361			
	σε δικό του χώρο	18	1,61	1,290	2	4,122	,019
	στα εξωτερικά	73	2,14	1,305	102		
Γραφείο νοσηλευτικού	ιατρεία						
προσωπικού	γραφείο ιατρού /	14	2,93	1,207	104		
	δντη						
	Total	105	2,15	1,329			
	σε δικό του χώρο	18	2,83	1,425	2	3,735	,027
	στα εξωτερικά	74	2,45	1,336	103		
Γραφείο ιατρών	ιατρεία						
	γραφείο ιατρού /	14	3,50	1,401	105		
	δντη						
	Total	106	2,65	1,394			
	σε δικό του χώρο	17	3,24	1,348	2	3,950	,022
	στα εξωτερικά	69	3,26	1,196	97		
Έλλειψη υλικοτεχνικής	ιατρεία						
υποδομής	γραφείο ιατρού /	14	2,29	,994	99		
	δντη						
	Total	100	3,12	1,233			

Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους	σε δικό του χώρο	18	2,44	1,338	2	5,426	,006
	στα εξωτερικά ιατρεία	62	2,73	1,283	91		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	1,50	1,019	93		
	Total	94	2,49	1,318			
Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή	σε δικό του χώρο	18	2,50	1,098	2	3,723	,027
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,78	,974	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,43	,852	107		
	Total	108	2,81	1,006			
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες	σε δικό του χώρο	18	2,22	1,003	2	4,243	,017
	στα εξωτερικά ιατρεία	75	2,95	1,012	104		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,07	,917	106		
	Total	107	2,84	1,029			
Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή	σε δικό του χώρο	18	3,06	1,259	2	5,133	,007
	στα εξωτερικά ιατρεία	76	3,01	,916	105		
	γραφείο ιατρού / δντη	14	3,93	,997	107		
	Total	108	3,14	1,027			

Πίνακας 37α: ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,8750	
στα εξωτερικά ιατρεία	76	3,2774	
γραφείο ιατρού / δντη	14		4,3036
Sig.		,209	1,000

Πίνακας 37β: ΑΜΟΙΒΗ

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,2222	
στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,3882	
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,1071
Sig.		,768	1,000

Πίνακας 37γ: ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,5526	
σε δικό του χώρο	18	2,5926	
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,3810
Sig.		,988	1,000

Πίνακας 37δ: ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,5474	
σε δικό του χώρο	18	2,7222	2,7222
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,3429
Sig.		,809	,074

Πίνακας 37ε: ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,0000	
στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,2083	2,2083
γραφείο ιατρού / δντη	14		2,7857
Sig.		,721	,085

Πίνακας 37ζ: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Scheffe

1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,9225	
στα εξωτερικά ιατρεία	76	3,0512	
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,6507
Sig.		,734	1,000

Πίνακας 37στ: Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών

Scheffe

1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	75	2,80	
σε δικό του χώρο	18	3,33	3,33
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,86
Sig.		,332	,345

Πίνακας 37η: Αίθουσα παρακολούθησης

Scheffe

1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	75	2,37	
σε δικό του χώρο	18	2,56	
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,57
Sig.		,902	1,000

Πίνακας 37θ: Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού

Scheffe

1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	1,61	
στα εξωτερικά ιατρεία	73	2,14	2,14
γραφείο ιατρού / δντη	14		2,93
Sig.		,416	,140

Πίνακας 37ι: Γραφείο ιατρών

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	74	2,45	
σε δικό του χώρο	18	2,83	2,83
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,50
Sig.		,649	,281

Πίνακας 37κ: Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
γραφείο ιατρού / δντη	14	2,29	
σε δικό του χώρο	17		3,24
στα εξωτερικά ιατρεία	69		3,26
Sig.		1,000	,998

Πίνακας 37λ: Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
γραφείο ιατρού / δντη	14	1,50	
σε δικό του χώρο	18	2,44	2,44
στα εξωτερικά ιατρεία	62		2,73
Sig.		,057	,770

Πίνακας 37μ: Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,50	
στα εξωτερικά ιατρεία	76	2,78	2,78
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,43
Sig.		,655	,099

Πίνακας 37ν: Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
σε δικό του χώρο	18	2,22	
στα εξωτερικά ιατρεία	75	2,95	2,95
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,07
Sig.		,065	,920

Πίνακας 37ξ: Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή

Scheffe			
1ο ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
στα εξωτερικά ιατρεία	76	3,01	
σε δικό του χώρο	18	3,06	
γραφείο ιατρού / δντη	14		3,93
Sig.		,990	1,000

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση του τόπου στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την εργασιακή ικανοποίηση και ειδικότερα με τους παράγοντες:

- ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
- ΑΜΟΙΒΗ
- ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ
- ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ
- ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ
- ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά τόπο και από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων, η διαφοροποίηση οφείλεται στις υψηλότερες μέσες τιμές ικανοποίησης στις περιπτώσεις που ως τόπος 1^ο ραντεβού δηλώνεται το γραφείο του ιατρού/διευθυντή.

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου και τόπου στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει στην λειτουργικότητα χώρων και ειδικά στις περιπτώσεις:

- Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών
- Αίθουσα παρακολούθησης
- Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού
- Γραφείο ιατρών

Όπως και πριν η διαφοροποίηση οφείλεται στις υψηλότερες μέσες τιμές

ικανοποίησης στις περιπτώσεις που ως τόπος 1^ο ραντεβού δηλώνεται το γραφείο του ιατρού/διευθυντή.

Στην αξιολόγηση προβλημάτων και ειδικότερα στις περιπτώσεις:

- Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής
- Έλλειψη ομαδοσυνεργατικότητας από συναδέλφους

τα παραπάνω προβλήματα είναι χαμηλότερης σημαντικότητας, όταν ως τόπος 1^ο ραντεβού δηλώνεται το γραφείο του ιατρού/ διευθυντή

και στην συχνότητα εφαρμογής των πρακτικών:

- Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή
- Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες
- Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή

και σε αυτές τις περιπτώσεις η εφαρμογή είναι συχνότερη όταν ως τόπος 1^ο ραντεβού δηλώνεται το γραφείο του ιατρού/ δντη.

Τόπος επεμβατικών ραντεβού

Πίνακας 38^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τον τόπο επεμβατικών ραντεβού

		N	MO	TA	βε	F	p
ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ	σε δικό του χώρο	15	3,3667	,88068	3	3,397	,021
	εξωτερικά ιατρεία	12	3,7917	,42417	102		
	ανάνηψη	74	4,0270	,76028	105		
	αναισθησιολόγου						
	προεγχειριστικός θάλαμος	5	4,0000	,61237			
	Total	106	3,9057	,76955			
Μη τήρηση ωραρίου	σε δικό του χώρο	15	2,53	1,187	3	6,707	,000
	εξωτερικά ιατρεία	12	3,25	1,138	99		
	ανάνηψη	71	2,00	,862	102		
	αναισθησιολόγου						
	προεγχειριστικός θάλαμος	5	2,00	,707			
	Total	103	2,22	1,019			
Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)	σε δικό του χώρο	15	2,33	1,291	3	3,122	,029
	εξωτερικά ιατρεία	12	2,75	,754	99		
	ανάνηψη	71	1,97	,774	102		
	αναισθησιολόγου						
	προεγχειριστικός θάλαμος	5	2,20	,837			
	Total	103	2,13	,893			

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση του τόπου, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την εργασιακή ικανοποίηση και ειδικότερα με τον παράγοντα ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ.

Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές η διαφοροποίηση οφείλεται στην χαμηλότερη τιμή ικανοποίησης όταν χρησιμοποιείται χώρος του ιατρού πόνου.

Ως προς την αξιολόγηση του ιατρού, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την αξιολόγηση παραπόνων και ειδικά με την μη τήρηση ωραρίου και την προσβασιμότητα.

Και στις 2 περιπτώσεις η συχνότητα παραπόνων είναι αυξημένη όταν χρησιμοποιούνται τα εξωτερικά ιατρεία.

Μη τήρηση ωραρίου

Scheffe			
Επεμβατικά ραντεβού	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
ανάνηψη αναισθησιολόγου	71	2,00	
προεγχειριστικός θάλαμος	5	2,00	
σε δικό του χώρο	15	2,53	2,53
εξωτερικά ιατρεία	12		3,25
Sig.		,626	,370

Πίνακας 39^{ος}: Έλεγχος χ2 ως προς τον τόπο επεμβατικών ραντεβού

		Προσωπικό		Total
		ναι	όχι	
Επεμβατικά ραντεβού	σε δικό του χώρο	50,0%	50,0%	100,0%
	εξωτερικά ιατρεία	20,0%	80,0%	100,0%
	ανάληψη αναισθησιολόγου	74,4%	25,6%	100,0%
	προεγχειρητικός θάλαμος	75,0%	25,0%	100,0%
Total		63,5%	36,5%	100,0%

	δείκτης	βε	p
Pearson Chi-Square	11,075	3	,011

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει για την επίπτωση της κρίσης στο προσωπικό.

Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων ανά χώρο επεμβατικών ραντεβού προκύπτει ότι η διαφοροποίηση εντοπίζεται στο μικρότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι θετικές απαντήσεις που δηλώνουν υψηλό βαθμό επίπτωσης στο προσωπικό από την κρίση, συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά.

Ημέρες λειτουργίας ανά εβδομάδα

Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση των μεταβλητών του ερωτηματολογίου με τις ημέρες λειτουργίας.

Φύλο

Πίνακας 40^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με το φύλο

	Φύλο	N	MO	TA	t	βε	p
Καλή εργασιακή σχέση με τον ιατρό	άνδρας	15	3,87	,990	-2,558	116	,012
	γυναίκα	103	4,43	,762			
Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας	άνδρας	16	2,94	,854	2,494	117	,014
	γυναίκα	103	2,26	1,029			

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου και του φύλου στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει στην αξιολόγηση του παράγοντα: καλή εργασιακή σχέση με τον ιατρό. Η διαφοροποίηση οφείλεται στην υψηλότερη μέση τιμή αξιολόγησης του παράγοντα από τις γυναίκες και στην συχνότητα εφαρμογής συζήτησης θεμάτων ηθικής, όπου η συχνότητα που δηλώνεται είναι υψηλότερη στους άνδρες.

Πίνακας 41^{ος}: Έλεγχος χ² ως προς το φύλο

		Δυνατότητα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας		Total
		ναι	όχι	
Φύλο	άνδρας	28,6%	71,4%	100,0%
	γυναίκα	89,4%	10,6%	100,0%
Total		83,6%	16,4%	100,0%

	δείκτης	βε	p
Pearson Chi-Square	17,044	1	,000

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει για την επίπτωση της κρίσης στη δυνατότητα εκπαίδευσης.

Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων ανά φύλο προκύπτει ότι η διαφοροποίηση εντοπίζεται στο υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων στην περίπτωση των γυναικών. Έτσι ο συγκεκριμένος τομέας αξιολογείται ως τομέας που δέχεται την επίπτωση της κρίσης από το σύνολο σχεδόν των γυναικών αλλά αντίστοιχα από μικρό ποσοστό ανδρών.

Ηλικία

Πίνακας 42^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με την ηλικία

Ηλικία ομαδοποιημένη		N	ΜΟ	ΤΑ	t	βε	p
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	- 40	44	3,2197	,88595	-2,813	120	,006
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	41+	78	3,6335	,71451			
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	- 40	44	3,0625	,86624	-2,082	120	,040
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	41+	78	3,4081	,88860			
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ	- 40	44	1,9943	,86852	-2,046	120	,043
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	41+	78	2,3312	,87576			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	- 40	44	2,9417	,53856	-2,420	120	,017
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	41+	78	3,1921	,55471			
Μη τήρηση ωραρίου	- 40	44	2,59	1,064	3,878	117	,000
	41+	75	1,91	,841			
Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)	- 40	44	2,36	1,080	2,113	117	,037
	41+	75	2,01	,726			
Μη τήρηση απορρήτου	- 40	44	1,09	,291	-2,331	116	,021
	41+	74	1,30				

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση της ηλικίας με τις μεταβλητές στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την εργασιακή ικανοποίηση και ειδικότερα με τους παράγοντες:

- ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
- ΣΥΝΘΗΚΕΣ
- ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ
- ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ηλικιακή ομάδα η διαφοροποίηση οφείλεται στις υψηλότερες μέσες τιμές ικανοποίησης στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου, τόπου στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει στην συχνότητα παραπόνων και ειδικά:

- μη τήρηση ωραρίου
- προσβασιμότητα
- μη τήρηση απορρήτου

τα 2 πρώτα παραπόνα δηλώνονται με μικρότερη συχνότητα από τις μεγαλύτερες ηλικίες ενώ η στάση αλλάζει στην τήρηση απορρήτου.

Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 43^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N	MO	TA	t	βε	p
Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού	24	1,63	,924	-2,167	109	,032
Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου	87	2,26	1,359			
Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής	22	3,95	1,290	2,584	102	,011
Προβλήματα υγείας που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας	82	3,16	1,281			
Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί	23	3,70	,974	2,111	102	,037
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με τους οικονομικούς περιορισμούς του νοσοκομείου	81	3,10	1,251			
Μη τήρηση ωραρίου	24	3,00	1,285	2,562	105	,012
	83	2,30	1,145			
	24	3,92	1,213	2,215	111	,029
	89	3,20	1,447			
	24	2,50	1,103	-3,111	110	,002
	88	3,33	1,172			
	24	2,63	,970	2,624	108	,010
	86	2,03	,976			

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου και της οικογενειακής κατάστασης στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει:

Στην λειτουργικότητα του γραφείου νοσηλευτικού προσωπικού όπου την μικρότερη τιμή αξιολόγησης δηλώνουν οι άγαμοι.

Στην αξιολόγηση προβλημάτων και ειδικά των ακολούθων:

- Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου
- Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής
- Προβλήματα υγείας που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας

- Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί

όλα τα παραπάνω προβλήματα κρίνονται ως σημαντικότερα στην περίπτωση των άγαμων.

Στην αξιολόγηση του παραπόνου μη τήρηση ωραρίου όπου αυτό δηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα από τους άγαμους.

Πίνακας 44^{ος}: Έλεγχος χ² ως προς την οικογενειακή κατάσταση

		Σε γενικές γραμμές, όταν σκέφτεστε τη δουλειά και το εργασιακό σας περιβάλλον, βλέπετε:		
		Περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα	Ουδετερότητα	Περισσότερα μειονεκτήματα παρά πλεονεκτήματα
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	45,8%	12,5%	41,7%
	Έγγαμος/η	33,7%	42,7%	23,6%
Total		36,3%	36,3%	27,4%

	δείκτης	βε	p
Pearson Chi-Square	7,767 ^a	2	,021

Εξετάζοντας την γενική αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης, οι στάση των άγαμων είναι μοιρασμένοι μεταξύ πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων ενώ η πλειοψηφία των έγγαμων εμφανίζονται κυρίως ουδέτεροι.

Βαθμίδα εκπαίδευσης

Πίνακας 45^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με την εκπαιδευτική βαθμίδα

		N	MO	TA	βε	F	p
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	3,5469	,6965 3	2	4,989	,008
	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	3,3573	,9385 1	115		
	Μεταπτυχιακό	15	2,6500	,5653 7	117		
	Total	118	3,2931	,9015 3			
ΑΜΟΙΒΗ	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	2,3750	,7245 7	2	3,610	,030

	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	2,5613	,7747 3	115		
	Μεταπτυχιακό	15	2,0167	,4952 2	117		
	Total	118	2,4668	,7560 4			
	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	2,1250	1,010 1	2	6,105	,003
ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	2,8621	,7751 8	115		
	Μεταπτυχιακό	15	2,4222	1,042 4	117		
	Total	118	2,7062	,8815 6			
	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	2,2125	,8081 9	2	3,448	,035
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	2,8276	,8497 5	115		
	Μεταπτυχιακό	15	2,6400	1,042 5	117		
	Total	118	2,7203	,8883 7			
	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	3,56	1,031	2	3,745	,027
Παροχή της απολύτως βασικής περίθαλψης	ΑΕΙ - ΤΕΙ	86	4,24	,907	114		
	Μεταπτυχιακό	15	4,27	,961	116		
	Total	117	4,15	,952			
	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	15	3,60	1,056	2	3,334	,039
Εντοπισμός προβλημάτων ή ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη νοσηλεία	ΑΕΙ - ΤΕΙ	84	4,25	,917	111		
	Μεταπτυχιακό	15	4,33	,900	113		
	Total	114	4,18	,952			
	Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	13	1,54	,660	2	3,956	,022
Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)	ΑΕΙ - ΤΕΙ	87	2,24	,889	112		
	Μεταπτυχιακό	15	2,20	,676	114		
	Total	115	2,16	,864			

Πίνακας 45α: ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Scheffe			
Μορφωτικό επίπεδο	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Μεταπτυχιακό	15	2,6500	
ΑΕΙ - ΤΕΙ	87		3,3573
Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16		3,5469
Sig.		1,000	,778

Πίνακας 45β: ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Scheffe			
Μορφωτικό επίπεδο	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	16	2,1250	
Μεταπτυχιακό	15	2,4222	2,4222
ΑΕΙ - ΤΕΙ	87		2,8621
Sig.		,519	,240

Πίνακας 45γ: Εντοπισμός προβλημάτων ή ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη νοσηλεία

Scheffe			
Μορφωτικό επίπεδο	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	15	3,60	
ΑΕΙ - ΤΕΙ	84	4,25	4,25
Μεταπτυχιακό	15		4,33
Sig.		,086	,960

Πίνακας 45δ: Προσβασιμότητα (τόπος, ραντεβού)

Scheffe			
Μορφωτικό επίπεδο	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Απόφοιτος λυκείου (ΔΕ)	13	1,54	
Μεταπτυχιακό	15	2,20	2,20
ΑΕΙ - ΤΕΙ	87		2,24
Sig.		,055	,988

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση με την εκπαίδευση στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την εκπαίδευση και ειδικότερα με τους παράγοντες:

- ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού
- ΑΜΟΙΒΗ, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού
- ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι απόφοιτοι λυκείου
- ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι απόφοιτοι λυκείου

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου, τόπου στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει:

στην αξιολόγηση παραγόντων όπως:

- Παροχή της απολύτως βασικής περίθαλψης
- Εντοπισμός προβλημάτων ή ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη νοσηλεία

όπου σε όλους του παραπάνω παράγοντες οι μικρότερες τιμές δηλώθηκαν από τους ΔΕ.

και στην αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης του παραπόνου προσβασιμότητας, όπου η μικρότερη τιμή δηλώνεται από τους ΔΕ.

Έτη στο ιατρείο πόνου και συνολική προϋπηρεσία

Πίνακας 46^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τα έτη στο ιατρείο

Έτη προϋπηρεσίας στο Ιατρείο Πόνου	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
1-3	39	4,03	1,013	2	3,766	,026
Τακτική περίθαλψη ίδιου ασθενή	4-6	17	4,71	,470	102	
άνω των 6	49	4,20	,816	104		
Total	105	4,22	,877			

Πίνακας 47^{ος}: Τακτική περίθαλψη ίδιου ασθενή

Scheffe			
Έτη προϋπηρεσίας στο Ιατρείο Πόνου	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
1-3	39	4,03	
άνω των 6	49	4,20	4,20
4-6	17		4,71
Sig.		,733	,090

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει μόνο στην αξιολόγηση του παράγοντα Τακτική περίθαλψη ασθενή, όπου την

χαμηλότερη τιμή αξιολόγησης εμφανίζει η ομάδα χαμηλής προϋπηρεσίας και υψηλή η ομάδα με έτη 4 έως 6.

Επίσης ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου και την προϋπηρεσία, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει μόνο στην αξιολόγηση του παράγοντα Τακτική περίθαλψη ασθενή, όπου την χαμηλότερη τιμή αξιολόγησης εμφανίζει η μεσαία ομάδα με έτη 11 έως 15.

Επιπρόσθετα διαφοροποίηση εντοπίζεται και στην μη τήρηση του απορρήτου όπου με την μικρότερη συχνότητα αξιολογείται ως παράπονο από την ομάδα μικρότερης προϋπηρεσίας.

Πίνακας 48^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με την συνολική προϋπηρεσία

		N	MO	TA	βε	F	p
Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας	έως 10	30	4,37	,765	2	3,575	,034
	Τακτική περίθαλψη ίδιου ασθενή	11-15	23	3,83	,984	63	
		16-20	13	4,46	,660	65	
		Total	66	4,20	,863		
Μη τήρηση απορρήτου	έως 10	30	1,03	,183	2	3,832	,027
	11-15	24	1,21	,415	64		
	16-20	13	1,46	,877	66		
	Total	67	1,18	,490			

Πίνακας 49^{ος}: Μη τήρηση απορρήτου

Scheffe		Subset for alpha = 0.05	
Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας	N	1	2
		έως 10	30
11-15	24	1,21	1,21
16-20	13		1,46
Sig.		,508	,247

Συνολική ικανοποίηση

Πίνακας 50^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με την

συνολική εργασιακή ικανοποίηση

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ομαδοποιημένη		N	ΜΟ	ΤΑ	t	βε	p
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	έως μέτρια	53	3,0613	,83191	-5,773	121	,000
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Αρκετά - πολύ	70	3,8083	,60349			
ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	έως μέτρια	53	2,7642	,80393	-6,083	121	,000
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Αρκετά - πολύ	70	3,6476	,79288			
ΑΜΟΙΒΗ	έως μέτρια	53	2,0849	,62968	-5,050	121	,000
	Αρκετά - πολύ	70	2,7262	,74443			
ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΙ	έως μέτρια	53	3,4057	,71425	-7,654	121	,000
	Αρκετά - πολύ	70	4,3357	,62971			
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	έως μέτρια	53	3,4906	,83871	-6,789	121	,000
	Αρκετά - πολύ	70	4,4143	,67013			
ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ	έως μέτρια	53	2,0943	,66788	-8,322	121	,000
ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ	Αρκετά - πολύ	70	3,1714	,74155			
ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ							
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ	έως μέτρια	53	2,0547	,65378	-9,292	121	,000
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ	Αρκετά - πολύ	70	3,2021	,69597			
ΕΞΕΛΙΞΗΣ							
ΗΓΕΣΙΑ ΚΑΙ	έως μέτρια	53	1,5959	,55720	-8,400	121	,000
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	Αρκετά - πολύ	70	2,6714	,79576			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	έως μέτρια	53	2,5689	,26329	-16,011	121	,000
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Αρκετά - πολύ	70	3,4971	,35429			
Γραφείο εξέτασης για τη	έως μέτρια	53	2,68	1,156	-2,154	120	,033
λήψη ιστορικού και την							
φυσική εξέταση των	Αρκετά - πολύ	69	3,14	1,204			
ασθενών							
Αίθουσα παρακολούθησης	έως μέτρια	53	2,28	1,199	-2,095	120	,038
	Αρκετά - πολύ	69	2,78	1,381			
Μη συνεχή εκπαίδευση	έως μέτρια	51	2,67	1,451	-2,305	113	,023
	Αρκετά - πολύ	64	3,25	1,260			
Μη δυνατότητα	έως μέτρια	51	2,96	1,469	-2,584	119	,011

παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί	Αρκετά - πολύ	70	3,61	1,300			
Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας	έως μέτρια	53	2,00	1,019	-3,491	121	,001
Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή	Αρκετά - πολύ	70	2,63	,966			
Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες	έως μέτρια	53	2,47	1,030	-3,870	121	,000
Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή	Αρκετά - πολύ	70	3,14	,889			
Συνεργασία & συμβουλευτική με άλλους εργαζόμενους	έως μέτρια	53	2,64	,942	-2,752	120	,007
Να προσαρμόσω τις ενέργειες σύμφωνα με τις προσωπικές ηθικές αξίες	Αρκετά - πολύ	69	3,16	1,093			
Προσαρμογή προγραμματισμού στις προσωπικές επιθυμίες του ασθενή	έως μέτρια	52	2,92	,987	-2,113	120	,037
Δυνατότητα συλλογής αναγκαίων στοιχείων για τον ασθενή	Αρκετά - πολύ	70	3,31	1,029			
	έως μέτρια	52	2,37	1,048	-4,528	120	,000
	Αρκετά - πολύ	70	3,21	1,006			
	έως μέτρια	53	2,87	1,210	-2,207	119	,029
	Αρκετά - πολύ	68	3,29	,915			
	έως μέτρια	53	2,77	1,012	-3,033	120	,003
	Αρκετά - πολύ	69	3,32	,962			
	έως μέτρια	51	2,94	1,190	-3,428	113	,001
	Αρκετά - πολύ	64	3,64	,998			

Όπως είναι αναμενόμενο, εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση της ικανοποίησης στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με το σύνολο των παραμέτρων εργασιακής ικανοποίησης, με την τάση να είναι η αυξημένη τιμή ικανοποίησης να σχετίζεται με αυξημένες τιμές των επιμέρους παραμέτρων.

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει

στην αξιολόγηση λειτουργικότητας χώρων και ειδικά:

- Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών
- Αίθουσα παρακολούθησης

Η αυξημένη τιμή ικανοποίησης συνδέεται με αυξημένη τιμή θετικής αξιολόγηση των παραπάνω χώρων.

Επίσης συνδέεται με τον βαθμό σημαντικότητας του προβλήματος: Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί, όπου υψηλή τιμή ικανοποίησης σχετίζεται με υψηλή τιμή σημαντικότητας του προβλήματος.

Τέλος συσχετίζεται με την εκτιμώμενη συχνότητα εφαρμογής του συνόλου σχεδόν των πρακτικών όπως:

- Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας
- Ατομικοί στόχοι για καλύτερη παροχή νοσηλευτικών πράξεων προς τον ασθενή
- Προσαρμογή της παρεχόμενης περίθαλψης σε συνάρτηση με νέες απόψεις & ιδέες
- Δυνατότητα ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή
- Συνεργασία & συμβουλευτική με άλλους εργαζόμενους
- Να προσαρμόσω τις ενέργειες σύμφωνα με τις προσωπικές ηθικές αξίες
- Προσαρμογή προγραμματισμού στις προσωπικές επιθυμίες του ασθενή
- Δυνατότητα συλλογής αναγκαίων στοιχείων για τον ασθενή

όπου η αυξημένη τιμή ικανοποίησης συνδέεται με αυξημένη τιμή δηλωμένης συχνότητας εφαρμογής των πρακτικών.

Πίνακας 51^{ος}: Έλεγχος χ² ως προς την ικανοποίηση

		Σε γενικές γραμμές, όταν σκέφτεστε τη δουλειά και το εργασιακό σας περιβάλλον, βλέπετε:		
		Περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα	Ουδετερότητα	Περισσότερα μειονεκτήματα παρά πλεονεκτήματα
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	έως μέτρια	15,1%	47,2%	37,7%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Αρκετά - πολύ	50,0%	31,4%	18,6%
ομαδοποιημένη				
Total		35,0%	38,2%	26,8%

	δείκτης	βε	p
Pearson Chi-Square	16,597 ^a	2	,000

Στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει και με την αξιολόγηση του πλήθους των πλεονεκτημάτων ή μειονεκτημάτων, όπου η υψηλή ικανοποίηση σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά ατόμων που βλέπουν στην δουλειά τους περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα.

Χώρος σύμφωνος με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007

Πίνακας 52^{ος}: Έλεγχος μέσων τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Ο χώρος στους οποίους είναι σύμφωνος με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007	N	ΜΟ	ΤΑ	t	βε	p
Αίθουσα αναμονής	35	2,74	1,197	3,405	111	,001
	78	1,97	1,069			
Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών	35	3,57	,948	3,827	111	,000
	78	2,67	1,245			
Αίθουσα θεραπευτικών παρεμβάσεων	34	3,59	1,048	4,653	111	,000
	79	2,49	1,186			
Αίθουσα παρακολούθησης	35	3,46	1,146	5,420	111	,000
	78	2,14	1,214			
Γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού	33	2,67	1,493	2,911	109	,004
	78	1,90	1,169			
Γραφείο ιατρών	33	3,06	1,321	2,226	109	,028
	78	2,44	1,364			
Ωράριο	27	2,26	1,095	-2,328	100	,022
	75	2,88	1,219			

Ως προς την αξιολόγηση στοιχείων του ιατρείου πόνου, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει

στην αξιολόγηση λειτουργικότητας χώρων και ειδικά:

- Αίθουσα αναμονής
- Γραφείο εξέτασης για τη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση των ασθενών
- αίθουσας παρακολούθησης
- αίθουσας παρεμβάσεων
- γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού
- γραφείο ιατρών

σε όλες τις περιπτώσεις η συμμόρφωση με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007, συνδέεται με υψηλότερες τιμές λειτουργικότητας.

Η παραπάνω σχέση επιβεβαιώνεται με την εξάρτηση της συμμόρφωσης με την ύπαρξη δυσχερειών από τη μη λειτουργικότητα.

Πίνακας 53^{ος}: Έλεγχος χ²

		Το έργο σας δυσχεραίνεται από τη μη λειτουργικότητα του χώρου;		
		ναι	ίσως	όχι
Ο χώρος στους οποίους είναι σύμφωνος με την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007	ναι	31,4%	40,0%	28,6%
	όχι	67,1%	23,3%	9,6%
Total		55,6%	28,7%	15,7%

	δείκτης	βε	p
Pearson Chi-Square	13,143 ^a	2	,001

Επίσης συνδέεται με τον βαθμό σημαντικότητας του προβλήματος: ωράριο, όπου η συμμόρφωση στην λειτουργία σχετίζεται με χαμηλή τιμή σημαντικότητας του προβλήματος.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του δεύτερου μέρους, σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες (86,6%), όπως αναμενόταν, δεδομένου ότι η νοσηλευτική είναι κατεξοχήν γυναικοκρατούμενο επάγγελμα. Αντίστοιχες έρευνες.^[7,97,111,112,113] Σχετικά με την ηλικία η μέση τιμή είναι τα 42 έτη με μικρότερη την ηλικία των 23 ετών και μεγαλύτερη των 63. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι το 71,3% έχει πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 13,1% έχει πτυχίο βοηθού νοσηλεύτη και μόλις το 12,3% είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου. Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση με την εκπαίδευση στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την εκπαίδευση και ειδικότερα με τους παράγοντες α) Γενικές Συνθήκες και Αμοιβή, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, β) Αξιοποίηση και Δυνατότητες Εξέλιξης, όπου την μικρότερη τιμή ικανοποίησης εμφανίζουν οι απόφοιτοι λυκείου.

Προέκυψε σχετική έκφραση ικανοποίησης όσον αφορά την εργασία τους, από τις απαντήσεις του συνόλου των ερωτηθέντων. Υψηλότερες τιμές ικανοποίησης παρουσιάζουν οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους. Η ικανότητα των προϊσταμένων να προάγουν την ομαδική εργασία συνδέεται με την επαγγελματική ικανοποίηση.^[102]

Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει αξιολογηθεί ως παράγοντας που σχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, όπως έχουν βρει και άλλες έρευνες των Chioκ το 2001, Wild et al το 2006, Adams & Bond το 2000, Chu et al το 2003.^[106] Ακολουθούν με μικρότερες τιμές ικανοποίησης το αντικείμενο και οι γενικές συνθήκες εργασίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα δυσαρεστημένο από τις αμοιβές, την αξιοποίηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων, την ηγεσία, καθώς και τις περιορισμένες προοπτικές για προαγωγή και εξέλιξη. Διατηρεί ουδέτερη στάση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζει η εργασία τους.

Πιο αναλυτικά, υψηλότερες τιμές ικανοποίησης παρουσιάζουν το αντικείμενο εργασίας, οι ημέρες άδειας και το ωράριο, η δίκαιη αμοιβή που υπάρχει σε σχέση με τους συναδέλφους, η ελευθερία του επαγγελματία να ζητήσει βοήθεια, η σχέση με τον προϊστάμενο, η δυνατότητα εκπαίδευσης και παρακολούθησης σεμιναρίων, η αξιολόγηση επίδοσης του εργαζόμενου με αντικειμενικά κριτήρια και τέλος η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Όλοι οι άλλοι παράγοντες παρουσιάζουν μέτριες έως και χαμηλές τιμές ικανοποίησης.

Και άλλες έρευνες, που έχουν διεξαχθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν οδηγηθεί σε αντίστοιχα συμπεράσματα. Στο Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας η έρευνα που διεξήχθη το 2010 σε 134 νοσηλευτές έδειξε ότι είναι ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι από τις αμοιβές τους, την περιορισμένη δυνατότητα για εκπαίδευση, το φόρτο εργασίας, την αυτονομία και την αναγνώριση από τη διοίκηση. Διατηρούν ουδέτερη στάση σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την εργασία και την κοινωνική αποτίμηση. Ενώ ευχαριστημένοι παρουσιάζονται μόνο από τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους.

Επιπροσθέτως, μια ακόμη έρευνα που διεξήχθη σε 50 νοσηλευτές στο Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και 36 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 2008 έδειξε ότι στην πλειοψηφία τους είναι μερικώς ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Μια παράμετρος που δεν μετρήθηκε ήταν η δυνατότητα αλλαγής επαγγέλματος. Το 65% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι θα ήθελε να ασχοληθεί με κάποιο άλλο επάγγελμα αν του δινόταν η ευκαιρία, ενώ μόλις το 35% δε θα ήθελε να ασκήσει κάποιο διαφορετικό επάγγελμα. Στην παρούσα έρευνα το 61,2% την αντιλαμβάνεται ως λειτούργημα, το 13,2% ως λειτούργημα και επάγγελμα ενώ το 25,6% την αξιολογεί ως επάγγελμα και μόνο.^[111]

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005 σε ένα γενικό νοσοκομείο του δημοσίου τομέα σε 151 άτομα και, συγκεκριμένα, οι 126 εργαζόμενοι της νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι 25 εργαζόμενοι, παραϊατρικών ειδικοτήτων, των τμημάτων Ακτινολογικού, Φαρμακείου, Βιοπαθολογικού και Φυσιοθεραπευτηρίου, από τις απαντήσεις του συνόλου των ερωτηθέντων προέκυψε έκφραση επαγγελματικής ικανοποίησης σε ποσοστό 53,8% και επαγγελματικής δυσαρέσκειας σε ποσοστό 46,2%. Συγκεκριμένα, σχετικά με τη νοσηλευτική

ομάδα μεγάλο ποσοστό δήλωσε δυσαρεστημένο και αυτό φαίνεται στους παρακάτω κυρίαρχους παράγοντες: (α) στη μη αναγνώριση της προσφοράς του και στις συνθήκες εργασίας (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός) σε ποσοστό 85,4% και για τους δύο αυτούς παράγοντες, (β) στο ύψος των αποδοχών (ποσοστό 75%), (γ) στο φόρτο εργασίας (72,9%), (δ) στην ασφάλεια της εργασίας (47,2%) και (ε) στο ωράριο εργασίας (47,9%). Το νοσηλευτικό προσωπικό που δήλωσε ευχαριστημένο ή πολύ ευχαριστημένο από το επάγγελμά του απέδωσε την ευχαρίστησή του αυτή κυρίως στους παράγοντες: (α) σχέσεις με τους ασθενείς (ποσοστό 95,7%), (β) αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας (93,5%), (γ) αναγνώριση της προσφοράς του (91,3%), (δ) σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας (82,6%), (ε) ασφάλεια της εργασίας (67,4%) και (στ) ύψος αποδοχών (52,2%).^[7]

Παράλληλα, η έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό των Παθολογικών Κλινικών της Αττικής, έδειξε ότι το 42,4% ήταν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Οι υπόλοιποι βίωναν από καθόλου (6,9%) έως μέτριο βαθμό (50,5%) ικανοποίησης. Σ' αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι απαιτήσεις της εργασίας τους επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους και στην οικογένειά τους, ενώ τα οικογενειακά θέματα δεν φαίνεται να επηρεάζουν την εργασία τους. Σ' ό, τι αφορά στην ικανοποίηση από την εργασία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα έδειξαν να έχουν υψηλή ικανοποίηση (69%) και αίσθηση επιτυχίας (86%) και δίνουν ιδιαίτερη σημασία (87%) στα θέματα αυτά. Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τη παρούσα έρευνα. Ως μεγαλύτερες πηγές ικανοποίησης αναφέρθηκαν και εδώ το αντικείμενο της εργασίας και οι σχέσεις με τους συναδέλφους.^[97]

Μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας το 2009 σε 200 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο, εκφράστηκε δυσαρέσκεια στους περισσότερους παράγοντες όπως: Πρόγραμμα, Συνθήκες, Ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, Φόρτος εργασίας, Αμοιβές, ενώ μόνο για τους Συνεργάτες διαπιστώθηκε οριακή ικανοποίηση.^[112]

Επιπροσθέτως, σε 500 επαγγελματίες υγείας διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, κλειστού τύπου, βασισμένο σε κλίμακα Likert. Στην έρευνα συμμετείχαν εργαζόμενοι στα 2 νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας της Λαμίας και Λάρισας, καθώς και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2010. Στη συγκεκριμένη έρευνα Από το σύνολο του δείγματος (386 άτομα ηλικίας 20-65 ετών) οι 93 (24,1% επί του συνόλου) ήταν άνδρες και 291 (75,4%) ήταν γυναίκες. Μια ακόμη έρευνα που επιβεβαιώνει ότι στη νοσηλευτική υπερισχύει το γυναικείο φύλο. Εδώ φάνηκε ότι ο εργασιακός φόρτος, οι ευκαιρίες εξέλιξης και η συναδελφικότητα αποτελούν τους κρίσιμους παράγοντες στους οποίους οι νοσηλευτές εμφανίζουν τη χειρότερη επίδοση σε σχέση με τις άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας με στατιστικά σημαντική διαφορά. οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία

εμφανίζουν χειρότερη επίδοση σε σχέση με τους εργαζομένους στα κέντρα υγείας, ενώ η ικανοποίηση των εργαζομένων στα νοσοκομεία είναι χαμηλότερη εκείνης των εργαζομένων στα κέντρα υγείας.^[113]

Επίσης, μια πρόσφατη έρευνα (Ιανουάριο-Ιούνιο 2012) που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας και στο Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών με σκοπό τη σύγκριση της εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ δύο περιφερειακών νοσοκομείων της χώρας με διαφορετική δυναμικότητα αντιμετώπισης ασθενών, έδειξε ότι η συνολική εργασιακή ικανοποίηση και στα δύο νοσοκομεία ήταν χαμηλή, δίχως να υπάρχει σημαντική στατιστική απόδειξη για διαφορά μεταξύ των ιατρών ($p=0,14$) και των νοσηλευτών ($p=0,36$) ($N=135$). Σ' αυτή την έρευνα υπήρξε ένα ομοιογενές δείγμα ως προς τους ερωτηθέντες (68 (50,40%) άνδρες και 67 (49,60%) γυναίκες). Το Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών παρουσίαζε γενικότερα ελαφρώς καλύτερες τιμές εργασιακής ικανοποίησης σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων. Η κατηγορία με τη χαμηλότερη τιμή εργασιακής ικανοποίησης, και για τα δύο νοσοκομεία, ήταν αυτή που περιείχε τις ερωτήσεις για τους μισθούς. Αντίθετα, η κατηγορία με την υψηλότερη τιμή εργασιακής ικανοποίησης ήταν αυτή που περιείχε τις ερωτήσεις σχετικά με τους συνεργάτες.^[114]

Σχετικά με την τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου που αφορά τη λειτουργία του ιατρείου πόνου από τα 50 Ιατρεία Πόνου σ' όλη την Ελλάδα, απαντήσεις συγκεντρώθηκαν από τα 40. Αναφορικά με την περιγραφή των χαρακτηριστικών των Ιατρείων πόνου: από το 15,8% των ατόμων του δείγματος δηλώνεται ότι το 1ο ραντεβού πραγματοποιείται σε δικό του χώρο, ενώ από το 66,7% δηλώνεται ότι πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία, και ακολουθούν στην ανάνηψη (5,3%) και σε γραφείο ιατρού (12,3%). Ως προς το χώρο διεξαγωγής των επεμβατικών ραντεβού, το 13,4% των ατόμων δήλωσαν το χώρο του Ιατρείου Πόνου, το 66,% τον χώρο της ανάνηψης του αναισθησιολόγου, και ακολουθεί το 10,7% που δήλωσαν τα εξωτερικά ιατρεία και το 10% που δήλωσαν άλλους χώρους. Τέλος αναφορικά με τις ημέρες λειτουργίας (α' ραντεβού, εξέταση, επεμβατικά, παρακολούθηση), το 52,1% των ατόμων δήλωσε 2 ημέρες, το 35,4% μία ημέρα ενώ 3 ή 4 ημέρες δήλωσαν το 12,5%.

Τα παραπάνω ποσοστά έρχεται να επιβεβαιώσει και η απάντηση που δόθηκε ότι η πλειοψηφία των Ιατρείων Πόνου δεν διαθέτουν δικούς τους χώρους (69,3%) με βάση την υπ' αριθμό Υ4α/οικ. 1620/2007 (αρ. φύλλου 150, 01/02/2008), η οποία αναφέρει πως μπορεί να αναπτυχθεί το ιατρείο πόνου (ως Πολυδύναμη Μονάδα Πόνου ή ως Τμήμα ή Μονάδα Πόνου).^[48] Η γενική εικόνα παρουσιάζει την συγκέντρωση των υψηλότερων ποσοστών στις επιλογές καθόλου ή λίγη λειτουργικότητα. Την υψηλότερη συγκριτικά τιμή, η οποία όμως κατατάσσεται οριακά στην μέτρια θέση της κλίμακας εμφανίζει το γραφείο λήψης ιστορικού και η αίθουσα για την φυσική εξέταση. Ενώ, την χαμηλότερη αξιολόγηση εμφανίζει η αίθουσα αναμονής και το γραφείο νοσηλευτικού προσωπικού.

Σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο βαθμό σημαντικότητας αξιολογείται η Έλλειψη ειδικοτήτων απαραίτητων στο ιατρείο πόνου (π.χ. ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός), και ακολουθούν σε μετριότερη θέση η Μη αυτοδύναμη λειτουργία του ιατρείου πόνου, η Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και η Μη δυνατότητα παρατεταμένης νοσηλείας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο όταν η θεραπεία τους το απαιτεί. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται το έργο των νοσηλευτών στην παροχή της φροντίδας σε μεγάλο ποσοστό (55,7%). Είναι γεγονός ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις συνθήκες εργασίας είναι η στελέχωση, η ποιοτική κατάσταση των κτιρίων, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή των χώρων εργασίας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 342 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών τεσσάρων νοσοκομείων Κεντρικής Μακεδονίας, Ποσοστό 56,4% του πληθυσμού (n=193) χαρακτηρίζει την ποιοτική κατάσταση των κτιρίων από πολύ κακή έως κακή, ενώ το 78,7% θεωρεί ότι ο χώρος εργασίας τους δεν διαθέτει τα μέσα και τα υλικά. Το 92,1%, (n=315) εκτιμά ότι δεν υπάρχει ικανός αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να καλυφθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών και ότι τα νοσηλευτικά τμήματα υποχρεώνονται να λειτουργήσουν χωρίς το απαραίτητο δυναμικό, πόρους και υλικά (92,7%, n=317). Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, και σε αυτό συντελεί η ύπαρξη κτιρίων κακής ποιότητας και ελλιπώς εξοπλισμένων.^{[78],[115]}

Όσον αφορά τα καθήκοντά τους η Προετοιμασία Ασθενών επιλέγεται ως καθήκον από το 94,2% των ατόμων. Η Φροντίδα στις βασικές ανάγκες μετά τη θεραπευτική διαδικασία (ένδυση, τουαλέτα) και η Παρακολούθηση μηχανημάτων και monitors συγκεντρώνουν επίσης υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων. Το μικρότερο ποσοστό επιλογής εμφανίζεται στην φαρμακευτική αγωγή, αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές δεν επμβαίνουν στην αγωγή. Η συμμετοχή τους μετά από οδηγία του γιατρού είναι στην χορήγηση του φαρμάκου στον ασθενή.

Μεγάλη δυσαρέσκεια παρουσιάζεται στο ότι δεν δίνεται η ευκαιρία η Συζήτηση θεμάτων ηθικής φύσεως εντός της διεπιστημονικής ομάδας. Από την πλευρά των ασθενών μεγάλο ποσοστό παραπόνων εκφράζουν η μη τήρηση ωραρίου και η προσβασιμότητα. Πολλά νοσοκομεία, δυστυχώς, βρίσκονται μακριά από το κέντρο της πόλης και από χωριά και ο ασθενής χρειάζεται να αλλάξει πολλά μεταφορικά μέσα για να ζητήσει βοήθεια.

Μια παράμετρος που έχει επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι και η κρίση που περνάει η χώρα σε ποσοστό 43,8% και την επιλογή ίσως έχει επιλέξει το 38,8%, συνεπώς το 82,6% θεωρεί ότι η ποιότητα έχει επηρεαστεί σε κάποιο βαθμό (υποδομή, δυνατότητα εκπαίδευσης, προσωπικό). Γι' αυτό και οι προτάσεις βελτίωσης άπτονται σε αυτά τα θέματα (χρηματοδότηση για υποδομή, αύξηση του προσωπικού, λειτουργία ως αυτόνομο τμήμα και εκπαίδευση του προσωπικού). Στην έρευνα των Person et al (2004) ο μισθός

ιεραρχήθηκε και πάλι μετά από τις «συνθήκες εργασίας», τις «καλύτερες εγκαταστάσεις» και το «περισσότερο προσωπικό».^[105]

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 σχετικά με την αξιολόγηση λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου του ΕΣΥ, ανταποκρίθηκαν 47 ιατρεία (ποσοστό ανταπόκρισης 77%) σε σύνολο των 61. Βαθμολογήθηκαν με άριστα η ευγένεια (75%), η κατανόηση (71,1%) και οι οδηγίες για τη λήψη φαρμάκων (68,9%), ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό για την ψυχολογική στήριξη της οικογένειας (26,7%), την ενδυνάμωση του ασθενή στη διαχείριση των προβλημάτων της σωματικής υγείας (22,2%), την ψυχοκοινωνική υγεία (20%) και τον χρόνο ολοκλήρωσης των διοικητικών διαδικασιών της φροντίδας (20,5%). Σχετικά, με τα προβλήματα υπάρχει μια συμφωνία ανάμεσα στις δύο έρευνες. Βέβαια εδώ δίνουν έμφαση και στην κατ' οίκου φροντίδα. Ένα νοσοκομείο που αποτελεί πρότυπο και έχει σαν παρεχόμενη υπηρεσία την κατ' οίκον φροντίδα είναι το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, το οποίο βραβεύτηκε το 2013 από τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Πιερίας «Η Αγία Αικατερίνη».^[47]

Από τ' αποτελέσματα του πρώτου μέρους της ερευνητική διαδικασίας, είναι προφανές ότι η λειτουργία του Ιατρείου Πόνου μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με Κ.Μ.Δ., βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής σε μεγάλο βαθμό τροποποιώντας τις συνήθειές τους.

Διαπιστώνεται, πόσο σημαντικό είναι τα παιδιά σε μικρή ηλικία να εκπαιδευτούν σε σωστές πρακτικές στην καθημερινότητα τους (πως να κάθονται, να σηκώνουν ένα βάρος, να σκύβουν, να αθλούνται, να τρώνε, να ξεκουράζονται κ.λπ.), πρακτικές που θα τους ακολουθήσουν καθ' όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω των προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία με τη συμμετοχή ειδικών. Η πρόληψη είναι σημαντική και τα παιδιά μπορούν εύκολα να διδαχθούν ώστε τόσο τα ίδια να μην επιβαρύνονται οικονομικά και ψυχολογικά, όσο και το σύστημα υγείας οικονομικά για την κάλυψη ιατρικών εξόδων (επισκέψεις, φάρμακα, ιατρικές πράξεις) στο μέλλον.

Απαραίτητο είναι, να υπάρχει μια φόρμα σωστής καταγραφής των ασθενών στο βιβλίο μητρώου που επισκέπτονται το Ιατρείο Πόνου. Με το να υπάρχει πλήρη αναφορά σε πληροφορίες και στη πορεία ενός ασθενούς θα μπορεί ο γιατρός, τηρώντας το ιατρικό απόρρητο, να ενημερώνεται και να ενημερώνει συναδέλφους όταν το κρίνει απαραίτητο και προς όφελος του ασθενούς. Είναι γεγονός ότι σε πολλά περιστατικά δεν αναφέρονται στο βιβλίο μητρώου οι λόγοι που δεν επισκέφτηκαν ξανά το ιατρείο, αν υπήρξε ραγδαία επιδείνωση ή βελτίωση της κατάστασης τους, με αποτέλεσμα να είναι ελλιπής και η δική μας έρευνα. Δεν υπάρχει μια συνέχεια στις πληροφορίες. Είναι βέβαιο ότι λεπτομέρειες γράφονται στους ιατρικούς φακέλους, όμως είναι σημαντικό στο βιβλίο μητρώου να αναγράφονται τέτοιες πληροφορίες που θα δίνουν μια καλή, γενική εικόνα του περιστατικού.

Όσον αφορά το δεύτερο μέρος, είναι πολύ σημαντικό ότι παρά τις αντιξοότητες που καλούνται ν' αντιμετωπίσουν στο χώρο της υγείας, οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την σημασία των καθηκόντων τους και θεωρούν τη νοσηλευτική λειτουργία. Είναι γεγονός ότι παρά τις ελλείψεις, κινητοποιούνται από την αγάπη που έχουν για το αντικείμενο εργασίας και με τα λίγα «πολεμοφόδια» προσπαθούν να απαλύνουν τον πόνο του συνανθρώπου τους. Άλλωστε ένας νοσηλευτής και γενικά ένας επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει μόνο τις απαραίτητες γνώσεις αλλά να είναι και άνθρωπος.

Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση έχει αποσταθεροποιήσει και το σύστημα υγείας. Νοσοκομεία έχουν συγχωνευθεί, γιατροί βρίσκονται υπό καθεστώς διαθεσιμότητας, οι κενές θέσεις από συνταξιούχους γιατρούς δεν αναπληρώνονται, υπάρχει ελλιπής στελέχωση απαραίτητων ειδικοτήτων, η ύπαρξη μη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, οι χαμηλές αμοιβές έχουν οδηγήσει στην υποβάθμιση της υγείας και δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο επαγγελματικής δυσαρέσκειας. Δυστυχώς αναφορά στα παραπάνω προβλήματα έγινε

και για τη λειτουργία του ιατρείου πόνου, όπου μόνοι οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να φέρουν εις πέρας το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σαν μέλος διεπιστημονικής ομάδας ο νοσηλευτής ολιστικά μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου του ασθενούς. Ο Locke στα ευρήματα του υποστήριξε ότι η ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας, καθώς και τα χαρακτηριστικά της πραγματοποιούμενης εργασίας, είναι σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση.^[116]

Το κράτος, λοιπόν, οφείλει να στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της υγείας, στην παροχή αξιοπρεπών οικονομικών πόρων, στην χάραξη προνοιακής πολιτικής, στην ικανοποιητική λειτουργία των ιατρείων πόνου χωρίς έκπτωση των πόρων και παροχών τους (επάρκεια σε εξειδικευμένο προσωπικό και υγειονομικό υλικό).

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να γίνει μια χαρτογράφηση του μεγέθους των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας στον επαγγελματικό τους χώρο. Πόσο αυτά τα προβλήματα τους δυσαρεστούν και δυσχεραίνουν το έργο τους.

Σημαντική είναι η μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων. Θα πρέπει να αξιολογούνται όλοι με αντικειμενικά κριτήρια, ώστε να υπάρχει αναγνώριση και ανταμοιβή για την ατομική επίδοση του κάθε εργαζομένου (έπαινος, βράβευση, δημοσίευση, προαγωγή).

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό το κράτος να δημιουργήσει ένα ελκυστικό περιβάλλον εργασίας, διαμορφώνοντας το χώρο ευχάριστα και λειτουργικά, με σύγχρονο εξοπλισμό που θα εξυπηρετεί τις ανάγκες και τις απαιτήσεις εργαζομένων και ασθενών. Είναι σημαντικό λοιπόν να εφαρμοστεί κατά γράμμα ο νόμος για τα Ιατρεία Πόνου και να δοθεί η αυτονομία όσον αφορά τη λειτουργία τους. Οι συχνές αξιολογήσεις του χώρου θα επιφέρουν και τις ανάλογες βελτιώσεις.^[117] Η λειτουργία του Ιατρείου Πόνου είναι πιο αποτελεσματική εφόσον εντάσσεται σε ένα ευρύτερο δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μεταφέροντας τη φροντίδα από τον χώρο του Νοσοκομείου σε χώρο προσβάσιμο για όλους.^[47]

Επιπλέον, είναι απαραίτητο να καθιερωθούν τακτικές συναντήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας ενός ιατρείου πόνου για επίλυση προβλημάτων, υποβολή προτάσεων, βελτίωση της συνεργασίας και της επικοινωνίας, ανάπτυξη χρονοδιαγράμματος. Με αυτό τον τρόπο θα ακούγονται όλες οι απόψεις, θα διορθώνονται λάθη, θα διαχειρίζονται οι συγκρούσεις με σκοπό όλων την καλύτερη διαχείριση του ασθενή. Ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι θα γνωρίζουν μεταξύ τους το αντικείμενο εργασίας τους και τα όριά τους.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην υλοποίηση επιμορφωτικών και εκπαιδευτικών σεμιναρίων στα οποία θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν όλοι οι επαγγελματίες ανεξαρτήτως εκπαιδευτικού επιπέδου (τριτοβάθμια, βασική). Οι παραπάνω γνώσεις θα βελτιώσουν το επίπεδο ποιότητας της φροντίδας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι και ο ίδιος ο επαγγελματίας, παρά τις δυσκολίες που καλείται σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο

να αντιμετωπίσει, να μην πάψει να αγαπάει και να ενδιαφέρεται για το επάγγελμά του. Ο χαρακτήρας, η ηθική, η παιδεία, ο προβληματισμός, γνωρίσματα ατομικά που ξεχωρίζουν τον καθένα και αποτελούν προσωπικά όπλα σ' έναν αγώνα με τον χρόνο, με την ελληνική πραγματικότητα, με τις αντιξοότητες. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας έχει την προσωπική του ευθύνη και αποτελεί ένα λιθαράκι στο σύστημα υγείας.

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι έχουν επισημανθεί για τις έρευνες που βασίζονται στην αποστολή ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, υπήρξε ένας προβληματισμός κατά πόσο κατανοήθηκαν από τους παραλήπτες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η απουσία συνεντευκτή αν και αποτρέπει την πιθανότητα εκδήλωσης προδιάθεσης και προκατάληψης και εξασφαλίζει την ανωνυμία, αποτελεί μειονέκτημα στην περίπτωση όπου τα υπό εξέταση θέματα του ερωτηματολογίου απαιτούν διευκρινιστικές επισημάνσεις. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά με επιστολή η οποία συνόδευε τα ερωτηματολόγια καθώς και με την διευκρίνιση ότι ήταν δυνατή η επικοινωνία με τον ερευνητή για την παροχή διευκρινήσεων.

Επιπροσθέτως, σε κάποια Ιατρεία Πόνου δεν εντοπίστηκε ο προς διερεύνηση πληθυσμός (νοσηλευτές), με αποτέλεσμα κάποια Ιατρεία να αποκλειστούν από την ερευνητική διαδικασία. Επίσης, θα μπορούσαν να είχαν απαντήσει περισσότεροι συνάδελφοι αλλά η χρονική περίοδος που διεξήχθη συμπεριλάμβανε και τις καλοκαιρινές διακοπές με επακόλουθο κάποιοι να μην απαντήσουν λόγω αδειών.

Σε μια μελλοντική έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται στο Ιατρείο Πόνου θα μπορούσαν να μετρηθούν και οι παράγοντες φόρτος εργασίας, ασφάλεια εργασίας, αν μετάνιωσαν για την επιλογή του επαγγέλματος και αν θα ήθελαν να αλλάξουν, η ισορροπία ανάμεσα στην εργασία και την οικογένεια. Όσον αφορά το Ιατρείο Πόνου θα μπορούσαν να προστεθούν και άλλες ερωτήσεις όπως: α) γενικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Ιατρείου Πόνου β) νοσήματα που δέχονται, γ) υλικοτεχνική υποδομή (χώροι, εξοπλισμός, μεταφορικά μέσα), δ) αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ε) ειδικότητες που απασχολούνται. Οι παραπάνω παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί ως εργαλεία μέτρησης σε άλλες έρευνες, αλλά θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα εργαλείο εύχρηστο που θα καλύπτει όλα τα πεδία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Μυριοκεφαλίτακης Ε, Παπαναστασόπουλος Κ, Σαρατσιώτης Ι, Κατερός Κ, Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. *Info Orthopaedic*, 2009: 8-11
2. Παξινός Α, Χειρουργική θεραπεία της κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. *Info Orthopaedics* 2009: 3-7
3. Ταουκίδου Μ, Οικονόμου Ε, Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. *Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π., Πτυχιακή εργασία*, 2007: 21,44-45, 48.
4. Duclos Rene, Coralie Duquesne, *Protocoles contre la douleur: la loi nous aide-t-elle? Medecine & Droit. Volume 2010, issues 100 – 101, January – April 2010, pages 62-66*
5. Metzger C, Schwetta M, Walter C, *Soins infirmiers et douleurs. Elsevier-Masson, (3rd edition), 2007: 197 -239*
6. Jing Cui, Lingjuan Zhang, Li Li, Jijun Zhao, *Training the Trainer: An Educational Course for Training Pain Nursing Specialists. Supported by the International Association for the Study of Pain (IASP). Pain Management Nursing, Pain Management Nursing, December 2013, Volume 14, Issue 4, Pages: e142-e150*
7. Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ.Α, Καϊτελίδου Δ, *Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Ερευνητική εργασία, Νοσηλευτική, 2007, 46 (4): 537-544*
8. Σκουρλέτης Φ, *Περί πόνου. Εναρμόνιση, Δεκέμβριος 2010, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2011, τεύχος 15: 18*
9. Κατσιμίγκας Γ, Σπηλιοπούλου Χ, Νάστου Χ, Γκίκα Μ, *Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του πόνου. Το Βήμα του Ασκληπιού, Απρίλιο-Μάιος 2009, τόμος 8^{ος}, τεύχος 2^ο, σελ.159*
10. Merskey H, Bogduk N, *Classification of chronic pain. 1994; P. 209-212 IASP press, Seattle*
11. Δονίου Σ, Χαριζάνη Μ, *Περιεγχειρητική εμπειρία πόνου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή εργασία: 2008:4-7,9-27*

12. Νταιφώτη-Παπαδοπούλου Ζ, Νευροφυσιολογικό υπόστρωμα του πόνου: Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επιστημονική διημερίδα: «Η Εθνοφαρμακολογία του Πόνου», Ναύπακτος 17-18/04/2010.
13. Γουλές Δ, Νευροπαθητικός πόνος. Νοσολογικό περιεχόμενο νευροπαθητικού πόνου. Επιστημονικά θέματα. Αθήνα: 24-30 http://www.iatrikionline.gr/ellia_26/07.pdf
14. Mao JJ, Kapur R, Acupuncture in primary care, Prim Care, 2010 Mar; 37(1): 105-17.
15. Κατσικάρη ΦΚ, Περίθαλψη και αποκατάσταση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Βιογραφική αφήγηση μιας πολυτραυματία. Α.Ε.Ι.Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής Μεταπτυχιακή εργασία: 2011:13-14
16. Rajagopal MR, Pain-Basic Considerations, Indian J. Anaesth, 2006; 50 (5): 331-334
17. Πύλη για το Ελληνικό Λεξικό, <http://www.greek-language.gr/> Πρόσβαση: 17/11/2013
18. Engel GL, Psychogenic pain and the pain prone person. Am. J. Med., 1959: 26:899-918
19. Ροβίθης Μ, Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Νοσηλευτική Τόμος 41 τεύχος 2, 2002: 156-162
20. Γεωργιάδης Ε, Πόνος. Μικρή ιστορική αναδρομή. 2012 <http://www.myoskeletiko.com/farmaka/diaxeirisi-farmakou/farmaka-exelixeis/peri-ponou/peri-ponou-diadrastiko-vivlio/ponos-mikri-istoriki-anadromi.html> Πρόσβαση: 7/6/2013
21. American Pain Society Releases New Clinical Guideline for Treatment Of Arthritis Pain, Baltimore. 2002 <http://www.docguide.com/american-pain-society-releases-new-clinical-guideline-treatment-arthritis-pain> Πρόσβαση: 8/8/2013
22. Γκίνης Ν, Χατζηστογιάννη Ν, Χρόνιος πόνος: ψυχοκοινωνική προσέγγιση. 2008-2009:1-79
23. Linton SJ, Models of Pain Perception. Health. 2005: 9-18 Elsevier
24. Bonica JJ, The management of pain. 2 ed. Vol.1 1990 London: Lea & Febiger
25. Meltzak R, Wall PD, Pain mechanisms: a new theory Science 1965; 150:971-979

26. Ιωαννίδου Γ, Τσαβδάρη Δ, Εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης του πόνου από τον νοσηλευτή. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή εργασία: 2009: 7, 14-15
27. Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις. Για την Ελληνική Μέριμνα, μτφ Μπούρη Μ., εκδόσεις Γκούνη, 2013: 16-21, 27, 59. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/29/9789608630772_Guidelines_gre.pdf Πρόσβαση: 20/1/2014
28. Κούβελας Δ, Βαδαλούκα Α, Αθανασάκης Κ, Pain Proposal Βελτιώνοντας την τρέχουσα και μελλοντική διαχείριση του πόνου. Αθήνα, 2010: 3-5 http://www.pfizer.gr/sites/gr/our_news/Documents/104278%20A5%2012pp%20Greece_v2.pdf Πρόσβαση: 8/11/2013
29. Γεωργιάδης ΕΑ, Κλινική έκφραση του χρόνιου πόνου. 2012 <http://www.myosketiko.com/farmaka/diaxeirisi-farmakou/farmaka-exelixeis/peri-ponou/peri-ponou-diadrastiko-vivlio/kliniki-ekfrasi-tou-xroniou-ponou.html> Πρόσβαση: 9/10/2013
30. Γκατζούνης Θ, Χρόνιος Πόνος, Αίτια, Διάγνωση, Αντιμετώπιση – Θεραπεία με Βελονισμό σε μυοσκελετικά σύνδρομα, 2010 Διαθέσιμο από: <http://efzein.blogspot.com/2010/10/blog-post.html> Πρόσβαση: 7/6/2013
31. Άκουρου, Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου. Μπορεί ο πόνος να μετρηθεί; Νοσηλευτική 2 Π 91 – 100, 1996
32. Ραγιά Α, Βασική Νοσηλευτική. Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές. 1995, Αθήνα
33. Βασιλάκος Δ, Βελονισμός μια μέθοδος θεραπείας. Εκδ. Κώδικας, Θεσσαλονίκη, 1998
34. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστοπούλου Φ.: Οδοιπορικό στα χρώματα της ύπαρξης. Reiki time, number12, 2008: 22
35. EFIC, EENA & Pfizer, Pain Proposal: Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. 2010: 5, 6, 21
36. Γιαβασόπουλος Ε, Ολιστική θεώρηση του πόνου-Νοσηλευτική προσέγγιση. Το Βήμα Του Ασκληπιού, Αθήνα, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2007: Τόμος 6^{ος}, Τεύχος4^ο:2-10

37. Lance M. McCracken, "Psychology and chronic pain". *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, Volume 9, Issue 2, February 2008, Pages 55–58
38. Wong C, Lau B, Palozzi L, Campell F. Pain management in children: Part 1 – Pain assessment tools and a brief review of nonpharmacological and pharmacological treatment options. *Can Pharm J (Ott)*. 2012 September; 145(5): 222-22
39. Palermo TM, Assessment of chronic pain in Children: current status and emerging topics. *Pain Research & Management*, 2009: 14: 21-26
40. Jensen MR, Karoly M, Braver S, The measurement of Clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Medline*, 1996: 27 (1): 117-126
41. Σταλίκας Α, Τριλιβά Σ, Ρούσση Π, Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. *Ελληνικά Γράμματα*, 2002: 46-62, 89-90.
42. Μιχαήλ Σ, Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου. Μετρίεται ο πόνος; Κυπριακά νοσηλευτικά χρονικά. (χ.χ.), τόμος 1, τεύχος 3: 22-28
43. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006; 22:1911-20
44. Frampton CL, Hughes-Webb F, The measurement of pain. *Clinical Oncology*, 2011; 23 (6): 381-386
45. Williamson A, Hoggart B, Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14 (7): 798-804
46. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ, Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001: 18(3):218-229.
47. Πιερράκος Γ, Καλοκαιρινού Α, Αδαμακίδου Θ, Νικολαδός Γ, Γούλα Α, Λάτσου Δ., Βουρλιώτου Κ, Σαρρής Μ, Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Ιατρείων Πόνου του ΕΣΥ. *Νοσηλευτική* 2013, 52 (1): 81-92
48. Εφημερίς της κυβέρνησεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Θεσμικό πλαίσιο για την Οργάνωση και Λειτουργία Μονάδων Ανακούφισης χρόνιου πόνου. *Αρ. Φύλλου* 150, 01/02/2008, Αριθμ.Υ4α/οικ.162012/07

49. Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας, Η διαδρομή της από το 1994 μέχρι σήμερα. 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Πόνου, Κέρκυρα, 9-12 Οκτωβρίου 2008
50. Μαυρομάτη Α., Ιατρείο Πόνου.
http://www.athenamavromati.gr/Site/Html_el/Contents/faq_el.php Πρόσβαση: 20/2/2013
51. Πανελλήνιο Δίκτυο Παθήσεων Σπονδυλικής Στήλης
<http://www.backcare.gr/page/default.asp?id=6&la=1> Πρόσβαση: 20/2/2013
52. Αναισθησιολογικό Τμήμα του Ε.Α.Ν.Π. "Μεταξά"
http://www.metaxa-hospital.gr/clinics/2/1/main.asp?m_id=2&cat=2
 Πρόσβαση: 12/9/2013
53. A publication of the British Pain Society, Pain News. December 2013; 11 (4): 210-211
54. NSW Pain Management Plan 2012-2016, p. 1-22 www.health.nsw.gov.au Πρόσβαση: 14/10/2013
55. Vas Lakshmi, How to set up a pain clinic and practice as a pain management specialist. Indian J. Anaesth, 2006; 50 (5): 408-414
56. Geneva, World Health Organization, Palliative care. 2007 (Cancer control, knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 5)
<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>
 Πρόσβαση: 9/9/2013
57. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J, Improving cancer patients pain: the impact of the hospital specialist palliative care team. European Journal of Cancer Care, 2006; 15 (5): 476-480
58. Faculty of pain medicine of the Royal of Anesthetists, Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland, Recommendations for good practice in the use of epidural injection for the management of pain of spinal origin in adults. April 2011, page 1-8
http://www.britishpainsociety.org/booklet_rcoa_epidural.pdf Πρόσβαση: 21/12/2013
59. Wood S, Η διαχείριση του πόνου: αξιολόγηση και διάγνωση. Dip Healthcare Research, Σεπτέμβριος 2009: 98 (39): 43

60. Γκλιάου Β, Φυσικοθεραπεία και πρόληψη στην κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πτυχιακή εργασία: 2008: 31,49-50,63
61. Καλογεροπούλου Μ, Φυσικοθεραπευτική προσέγγιση στην οσφυϊκή δισκοκήλη. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πτυχιακή εργασία, 2009: 16-18, 37, 42, 92-93
62. Γουλές Ι, Μυστικά στη διάγνωση και θεραπεία της οσφυο-ισχαλγίας. Πρακτικά 1^{ου} Πολυθεματικού Σεμιναρίου ΕΕΛΙΑ, 2006 σελ. 35-50
63. Ballantyne CJ. Low Back Pain. International Association for the Study of Pain (IASP), August 2010, volume XVIII, issue 6: 1-2,5
64. Πρόκλου Α, Αυχεναλγία και σύγχρονη φυσικοθεραπευτική προσέγγιση. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα φυσικοθεραπείας, Πτυχιακή εργασία, 2009: σελ. 35-39, 46-51, 76
65. Kopec JA, Sayre EC, Stressful experiences in childhood and chronic back pain in the general population. Clin J Pain 2005;21:478–83
66. Lee H, Wilbur J, Kim MJ, Miller AM, Psychosocial risk factors for work-related musculoskeletal disorders of the lower-back among long-haul international female flight attendants. J Adv Nurs 2008;61:492–502
67. Ehrlich EG, Low Back Pain. Bulletin of the World Health Organization, 2003; 81: 671-673.
68. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006; 15 (Suppl 2):S192-S300
69. Macfarlane GJ, Jones GT, Hannaford PC. Managing low back pain presenting to primary care: where do we go from here? Pain. 2006; 122 (3):219-222
70. Arthritis Research Campaign. Arthritis the big picture. 2002: 4-21
71. Hayden JA, van-Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. Ann Intern Med. 2005; 142 (9):776-785
72. Cohen PS, Argoff EC, Carragee JE, Management of low back pain. Clinical review, 2009; volume 338, page 100-102, 105

73. Γουλές Ι, Παυλοπούλου Δ, Η αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων οσφυαλγίας-δισκοπάθειας με εκλεκτικές ενέσεις - εγχύσεις στη σπονδυλική στήλη. *Επιστημονικά θέματα*, 2002: σελ. 39-43
74. Van Zundert J, Hartrick C, Patijn J, Huygen F, Mekhail N, van Kleef M. Evidence-based interventional. Pain medicine according to clinical diagnoses. *Pain Pract* 2011;11:423-9
75. Wilk V, Palmer HD, Stosic RG, McLachlan AJ. Evidence and practice in the self-management of low back pain: findings from an Australian internet- based survey. *Clin J Pain* 2010;26:533-40
76. Bogdak N, On the definitions and physiology of back pain, referred pain and radicular pain. *PAIN*. 147 17-19-2009
77. Jean-Pierre Valat, Stephane Genevay, , Marc Marty, Sylvie Rosenberg, Bart Koes, *Best Practice & Research ClinicalRheumatology*.24 241-252-2010
78. Veihelmann A, Devens C, Trouillier H, Birkenmaier C, Gerdesmeyer L, Refior H. Epidural neuroplasty Versus physiotherapy to relieve pain in patients with sciatica: a prospective randomized blinded clinical trial. *Orthop Sci* 2006;11:365-9
79. Cooper GP, McKesson, Phyllis G, *Low Back Pain. Clinical Reference System*, 2009.
80. Τσακλής Π, Γενικές αρχές εργονομίας και προληπτική φυσικοθεραπεία. *University Studio Press, Θεσσαλονίκη* 2005, 38-40
81. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G , Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. *Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, May 2009, page 10-11, 15-16
82. Henderson V, The nature of nursing. *International Nursing Review* 1965; 12 (1), 23-30

83. Ζηλλή Σ, Θωμά Ε, Παπαδοπούλου Κ, Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή εργασία, 2009, σελ 6, 8-9, 12-13
84. Lemone P, Burke K, Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. 3η Έκδοση. 2006:211–247, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
85. Λαναρά Β, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και λειτουργικό πλαίσιο. Αθήνα, 4η έκδοση, 2006, 15: 374-406
86. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής, επιμέλεια: Λεμονίδου Χ, Πατηράκη Ε, 2006, σελ.: 198-215, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
87. Σαπουντζή – Κρέπια Δ, Νοσηλευτική, μια καινοφανής προσέγγιση. Νοσηλευτική, 2001, 40 (3): 14-21
88. Watson J, Nursing: Human Science and Human Care. NY, National League for Nursing, 1999: 13-30
89. Dunniece U, Slevin E. Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. Journal of Advanced Nursing 2000,32(3): 611-618
90. Slevin E, Use of presence in community health care nursing. In Long A (Ed) Interaction for Practice in Community Nursing. Macmillan Press, London, 1999: 24-28
91. Jarrett NJ, Payne SA, Wiles RA, Terminally ill patients' and lay-carers' perceptions and experiences of community-based services. Journal of Advanced Nursing (1999). 29 (2): 479-483
92. Spross JA, McGuire DB, Schmitt R, Oncology Nursing Society position paper on cancer pain. Oncol Nurs Forum 1990,17: 595-614, 751-760, 825, 944-955
93. Παππά Θ, Ο Άρρωστος έχει καρκίνο: Ζητείται συνήγορος. Στο: Εξελίξεις στην ογκολογία 1997. Πρακτικά 5ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας . Ηράκλειο Κρήτης, 1998:167-171.
94. Watson J, Artistry of Caring: Heart and Soul of Nursing. In: Marks-Maran D, Pat R. Reconstructing Nursing Beyond Art and Science. Bailliere Tindall, 1997: 60

95. Terry AR, The nurse' s role in pain management. State of California. Department of consumer affairs, NPR-I-32 (2004).
96. Board of nursing, Pain Management Nursing Role/Core Competency. A Guide for Nurses. pages: 4-5
http://www.mbon.org/practice/pain_management.pdf
97. Κουράκος Μ, Καυκιά Θ, Ρεκλείτη Μ, Ζυγά Σ, Κοτρώτσιου Σ, Γκούβα Μ, Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας – νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ερευνητική εργασία, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2012, 29 (1): 61-69.
98. Σαγιά Α, Σέμπρου Μ, Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/Νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Κοινωνικής εργασίας, Πτυχιακή εργασία, 2009, σελ. 34
99. Koonar K, Nursing Assistant- An Integral Part of the System. 2008
<http://rnnurseschools.com/tag/assistant> Πρόσβαση: 20/1/2014
100. Aiken LH, Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs (Millwood), 2001; 20(3):42-53
101. Numata Y, Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: a literature review and metaanalysis. Journal of Advanced Nursing, 2006; 55: 435-448.
102. Γώγος ΒΧ, Πετσετάκη Ε, Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Νάουσας. Ερευνητική εργασία, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, τόμος 4, τεύχος 4, σελ. 15-34
103. Adams A, Bond S, Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(3): 536-543
104. Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D, Educated and Underemployed: The Paradox for Nursing, Graduates, Human Health Resource, May 2006 Series Number 2, pages 14-16

105. Person sd, Allison JJ, kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM, Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004, 42:4–12
106. Spector PE, Allen TD, Poelmans SAY, Lapierre IM, Cooper C, O'driscoll M, Cross-national differences in relationships of work demands, job satisfaction and turnover intentions with work-family conflict. *Pers Psychol* 2007, 60:805–835
107. Κάπελλα Μ, Μινέτου Ε, Ζυγά Σ, Μέτρηση ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική*, 2002, 41: 191-196
108. Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ, Καϊτελίδου Δ, Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Ερευνητική εργασία, Νοσηλευτική*, 2007, 46 (4): 544
109. Νικολαΐδου Α, Παράγοντες ικανοποίησης των εργαζομένων στις επιχειρήσεις τροφίμων και γεωργίας. Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Αγροτικής Οικονομίας και Ανάπτυξης, Πτυχιακή εργασία, Αθήνα:2010, σελ.13,15,17-23, 37- 43
110. Φαναριώτης Π, Ανθρώπινες σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον-Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιχειρησιακή Ψυχολογία, Αθήνα, Εκδ. Σταμούλη, 1996, σελ.:171-185.
111. Περράκη Μ, Πλατάκη Θ, Η ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα τους ως επιλογή καριέρας. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή εργασία, Απρίλιος 2009, σελ.15-22
112. Αναγνωστοπούλου Δ, Τσιμητρέα Ε, Χαρίση Ε, Μουχάκη Σ, Αργυροπούλου Δ, Μαρνεράς Χ, Παναϊρλή Β, Εργασιακό περιβάλλον και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2012, volume 4, issue 4: 151-165
113. Μπόρου Α, Βόσνιακ Γ, Υφαντής Α, Τηνιακού Ι, Μαχαϊράς Ν, Τσικλιτάρα Α, Παπαδημητρίου Β, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, Μουζάς Ο, Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. *Επιδημιολογική μελέτη, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 2010, τόμος 6^{ος}, τεύχος 1^ο, σελ.39-46

114. Πέλεχας Α, Αντωνιάδης Α, Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. Ερευνητική μελέτη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2013, 30(3): 325-334
115. Δημητριάδου ΠΑ, Λαβδανίτη Μ, Μηγασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή ΚΔ, Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2009: 222-239
116. Lock E, The nature and the causes of job satisfaction. In: Dunnett MD (ed) Handbook of industrial and organisational psychology. Rand McNally, Chicago, 1976:1297-1343
117. Γώγος Χ, Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού. 10ος Τόμος, 1ο σελ. 10-21. Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2011. Τριμηνιαίο επιστημονικό ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α΄, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών.
http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_REV_1_10_01_11.pdf.
Ημερομηνία Πρόσβασης 16/10/2013



Α. Σύνταξη λήψης ιστορικού υγείας σε ασθενή με πόνο, από τον μεταπτυχιακό φοιτητή Χάρη Ζιάγγα

ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
& ΜΟΝΑΔΑ ΠΟΝΟΥ

Α/Μ: _____

Λάρισα: ___ / ___ / _____

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ:	ΑΣΦΑΛΕΙΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΑΜΚΑ:
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ___ / ___ / _____	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	

ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Εσωτερικός ασθενής Εξωτερικός ασθενής

- Οικογενειακή Κατάσταση: _____
- Αριθμός τέκνων: _____
- Εκπαίδευση: _____
- Απασχόληση: _____
- Στοιχεία συνοδού: Ονομ/μο: _____

Σχέση: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Διάγνωση: _____

Κληρονομικότητα: _____

Φαρμακευτική αγωγή: _____

Αλλεργία: ΟΧΙ ΝΑΙ : _____

Συνήθειες: Κάπνισμα , Αλκοόλ , Κάτι άλλο: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (Ερωτηματολόγιο DN4: ευαισθησία 82.9%,
εξειδίκευση 89.9%, McGill Pain Questionnaire, Pain Detect)

- ΕΝΑΡΞΗ

Πότε άρχισε το επεισόδιο του πόνου;

- ΑΙΤΙΑ

Σε τι οφείλεται ο πόνος σας;

Κληρονομικότητα

Ατύχημα

Μετεγχειρητικά

Καρκίνο

Απροσδιόριστος λόγος

Άλλο νόσημα: _____

- ΤΥΠΟΣ ΠΟΝΟΥ

(συμπληρώνεται από γιατρό ή νοσηλεύτη)

Σωματικός

Σπλαχνικός

Νευροπαθητικός

Ψυχογενής

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΙΜΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πόνος χαμηλής ή μέτριας έντασης ή επιφανειακά		Έντονος και βαθύς πόνος	
Ωχρότητα	<input type="checkbox"/>	Ωχρότητα	<input type="checkbox"/>
Αύξηση Αρτηριακής Πίεσης	<input type="checkbox"/>	Αύξηση Αρτηριακής Πίεσης	<input type="checkbox"/>
Διαστολή κόρων	<input type="checkbox"/>	Ναυτία και έμετοι	<input type="checkbox"/>
Τάση σκελετικών μυών	<input type="checkbox"/>	Αδυναμία και λιποθυμία	<input type="checkbox"/>
Αύξηση αναπνευστικού ρυθμού	<input type="checkbox"/>	Εξάντληση	<input type="checkbox"/>
Αύξηση καρδιακού ρυθμού	<input type="checkbox"/>	Πιθανή απώλεια συνείδησης	<input type="checkbox"/>
		Μείωση καρδιακού ρυθμού	<input type="checkbox"/>

Περιγραφή πόνου		Συμπτώματα πόνου		Κλινική εξέταση στη περιοχή του πόνου	
Κάψιμο (τσουκνίδα)	<input type="checkbox"/>	Μυρμήγκιασμα	<input type="checkbox"/>	Υπαισθησία αφής	<input type="checkbox"/>
Επώδυνη αίσθηση κρύου	<input type="checkbox"/>	Βελονιές/Τσιμπήματα	<input type="checkbox"/>	Υπαισθησία νύξης	<input type="checkbox"/>
Ηλεκτρικό ρεύμα	<input type="checkbox"/>	Μούδιασμα	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Δυνατός	<input type="checkbox"/>	Φαγούρα	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Οδυνηρός	<input type="checkbox"/>	Άλλο:			
Φοβερός	<input type="checkbox"/>				
Μαχαιριά	<input type="checkbox"/>				
Οξύς	<input type="checkbox"/>				
Κράμπες	<input type="checkbox"/>				
Άλλο:	<input type="checkbox"/>				

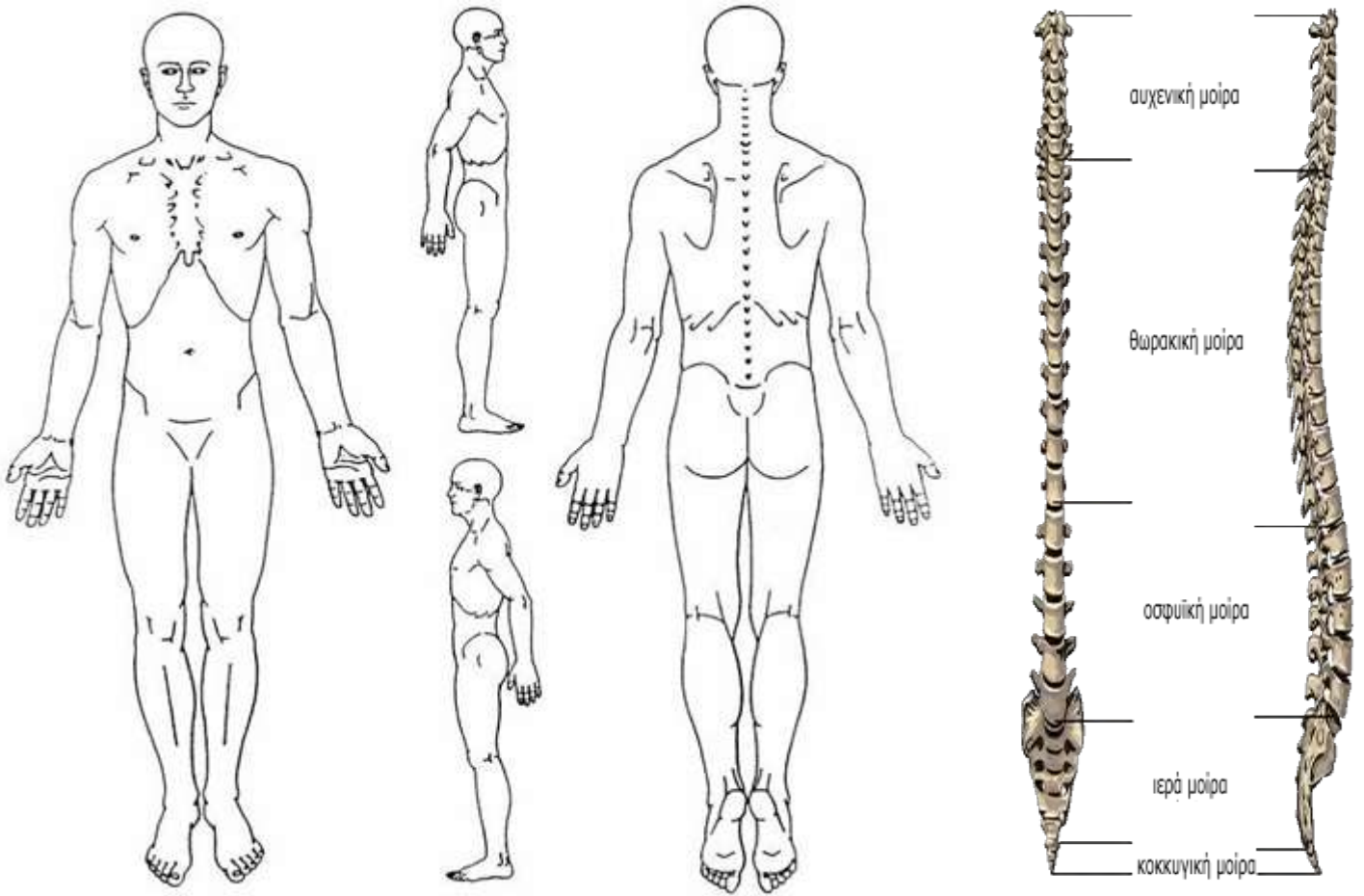
Ο πόνος προκαλείται ή επιδεινώνεται		Ο πόνος καλυτερεύει	
Τρίψιμο		Κάθισμα	
Χάιδεμα		Ξαπλωμένος	
Ελαφρά πίεση		Βήχα/Φτάρνισμα	
Ρουχισμό		Όρθια στάση	
Κρύο/Ζέστη		Περπάτημα	
Άλλο:		Οδήγηση	
		Κάμψεις	
		Φαρμακευτική αγωγή (συγκεκριμένα):	
Άλλο:			

- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Τρόποι αξιολόγησης και αντιμετώπισης πόνου και αποτελέσματα στο παρελθόν

X-RAYS	
MRI	
EMG	
Αξονική τομογραφία	
Εξετάσεις αίματος	
Σπινθηρογράφημα οστών	
Βελονισμός	
Χειροπρακτική	
Φυσικοθεραπεία	
Tens	
Biofeedback	
Μασάζ	
Ψυχολόγος	
Ψυχίατρος	
Χειρουργείο	
Επισκληρίδιο ενέσεις	
Εναλλακτική ιατρική	

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

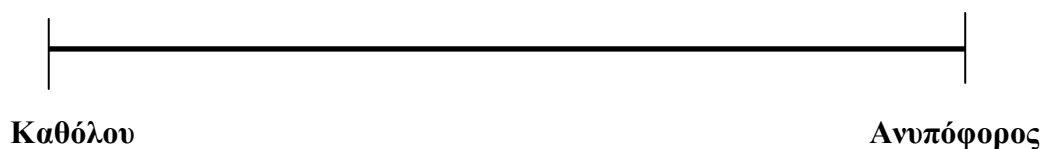


- **ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ**

(ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ)

Πόσο άσχημος είναι ο πόνος σας;

ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ (Visual Analog Scale, VAS)



(ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 3-18 ΕΤΩΝ)



- **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΝΟΥ**

Συχνότητα		Διάρκεια		Χειρότερος/ Συχνότερος		Ποιότητα	
Συνεχής		Sec		Ημέρα		Οξύς	
Στιγμαιαίος		Mins		Βράδυ		Αμβλύς	
Παροδικός		½-1 hr		24ωρο		Συσπαστικός	
Ρυθμικός		Hrs		Άλλο:		Σφυγμώδες	
Σύντομος		days				Πιεστικός	
Σταθερός						Ήπιος	
Περιοδικός						Άλλο:	
Αρκετές φορές/μέρα							
Αρκετές φορές/ βδομάδα							

- **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ**

Γενική δραστηριότητα	
Κοινωνικότητα – Ψυχαγωγία	
Βάδιση	
Εργασία	
Διάθεση	
Ύπνος	
Σεξουαλική διάθεση	
Άλλο:	

- **ΤΕΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (%)**

Βελτίωση	
Επιδείνωση	
Καμία μεταβολή	
Δεν αξιολογήθηκε	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΑΣΘΕΝΗΣ Ή ΣΥΝΟΔΟΣ: Παρακαλώ συμπληρώστε την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνετε.

Όνομ/μο που συμπλήρωσε το έντυπο: _____

Σχέση με τον ασθενή: _____

Δεν λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή

Λόγος που δεν μπορούν να εξασφαλιστούν οι πληροφορίες: _____

Φάρμακα	Δόση	Λήψη (στόμα...)	Συχνότητα	Τελευταία δόση

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι πληροφορίες πάρθηκαν από (κυκλώστε): Ασθενής Συνοδός Φαρμακείο

Άλλοι: _____

Όνομ/μο: _____, **Ημερ/νια:** ___ / ___ / _____, **Ωρα:** ___ : ___

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙΟ (Οι ασθενείς θα πρέπει να φέρνουν το
απόκομμα στην επόμενη επίσκεψη)

Κρατήστε αντίγραφο στον ιατρικό του φάκελο

Φάρμακα	Δόση	Λήψη (στόμα...)	Συχνότητα	Οδηγίες

ΑΣΘΕΝΗΣ/ΣΥΝΟΔΟΣ/ΑΛΛΟ: _____	ΓΙΑΤΡΟΣ/ΑΛΛΟ: _____
Υπογραφή: _____ Ημερ/νια: ____/____/____	Υπογραφή: _____ Ημερ/νια: ____/____/____
ΝΟΣΟΚΟΜΑ	
Υπογραφή: _____ Ημερ/νια: ____/____/____	

Β. Χορήγηση άδειας για την διεξαγωγή έρευνας στα βιβλία μητρώων του Ιατρείου Πόνου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4/19-3-2013 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
Του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού
Νοσοκομείου Λάρισας**

ΘΕΜΑ 13^ο: Αίτηση του κ. Χαράλαμπου Ζιάγκα κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών για διανομή ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Τίθεται υπόψη του Επιστημονικού Συμβουλίου το με αριθμ. πρωτ. 11772/13-3-2013 αίτηση του κ. Χαράλαμπου Ζιάγκα κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών για άδεια πρόσβασης σε ιατρικά δεδομένα ασθενών του ΠΓΝΛ και διανομή ερωτηματολογίων, στα πλαίσια εκπόνησης Μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα «Η προσέγγιση ασθενή με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου από το Ιατρείο Πόνου» στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας » του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Μάρκο Σγάντζο

Το Επιστημονικό Συμβούλιο έλαβε υπόψη όλα τα ανωτέρω

Ομόφωνα, εισηγείται

1] Θετικά στην αίτηση του κ. Χαράλαμπου Ζιάγκα κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών, για άδεια πρόσβασης σε ιατρικά δεδομένα ασθενών του ΠΓΝΛ και διανομή ερωτηματολογίων, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Η προσέγγιση ασθενή με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου από το Ιατρείο Πόνου».

2] Επικυρώνει το πιο πάνω θέμα την ίδια μέρα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ι. ΦΕΖΟΥΛΙΔΗΣ



**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

Α. ΔΙΑΜΑΝΤΗ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Α. ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΣ

**Ρ. ΜΩΥΣΙΔΟΥ
Β. ΔΡΟΣΟΥ**

Γ. Συνοδευτική επιστολή για την έρευνα στους νοσηλευτές

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ &
Α.Τ.Ε.Ι. ΛΑΡΙΣΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Λάρισα: ___/___/_____

Αγαπητέ συνάδελφε/ισσα,

Η παρούσα έρευνα γίνεται στα πλαίσια διπλωματικής μελέτης και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν με εμπιστευτικότητα και αποκλειστικότητα για τους σκοπούς αυτής. Το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι «Η διαχείριση ασθενή με Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου από το Ιατρείο Πόνου». Το πρώτο μέρος της έρευνας μου αφορά ένα ερωτηματολόγιο που διερευνά τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών στο Ιατρείο Πόνου, τη συμβολή τους στη διαχείριση του πόνου, καθώς και τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη λειτουργία του Ιατρείου Πόνου. Εκπονείται από τον φοιτητή Ζιάγγα Χαράλαμπο με επιβλέποντα τον καθηγητή κύριο Σγάντζο Μάρκο.

Πιστεύοντας ότι η σημασία της μελέτης είναι σημαντική για τη συμμετοχή σας στην ανάδειξη της, ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας στην ανάδειξη της. Σας παρακαλώ θερμά να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Παρακάτω σας αναφέρω λίγες οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που ακολουθεί:

1. Η συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου γίνεται ανωνύμως.
2. Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σα. Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.
3. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο από μόνοι σας.
4. Απαντάτε ελεύθερα και αυθόρμητα.
5. Ο χρόνος συμπλήρωσης του δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 30 λεπτά.
6. Βάζετε ένα ή περισσότερα X (όπου ζητείται) στις απαντήσεις σας

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να στείλετε e-mail στο@yahoo.gr

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Ζιάγγας Χαράλαμος, νοσηλευτής, υποψήφιος MSc

Δ. Κλίμακες μέτρησης και αξιολόγησης του πόνου και της επαγγελματικής ικανοποίησης

Patient Name: _____ Date: _____

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



- 0 – VERY HAPPY, NO HURT
- 1 – HURTS JUST A LITTLE BIT
- 2 – HURTS A LITTLE MORE
- 3 – HURTS EVEN MORE
- 4 – HURTS A WHOLE LOT
- 5 – HURTS AS MUCH AS YOU CAN IMAGINE
(Don't have to be crying to feel this much pain)

Explain to the person that each face is for a person who feels happy because he has no pain (no hurt) or sad because he has some or a lot of pain. Face 0 is very happy because he doesn't hurt at all. Face 1 hurts just a little bit. Face 2 hurts a little more. Face 3 hurts even more. Face 4 hurts a whole lot. Face 5 hurts as much as you can imagine, although you don't have to be crying to feel this bad. Ask the person to choose the face that best describes how he is feeling.

Rating scale is recommended for persons age 3 years and older.

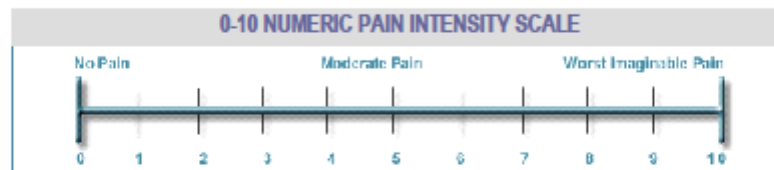
Brief word instructions: Point to each face using the words to describe the pain intensity. Ask the child to choose face that best describes own pain and record the appropriate number.

From: Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, 8th Edition. St. Louis: 2009; Mosby.

A7012-AS-6

Pain Assessment with the
"0–10 Numeric"
Pain Intensity Scale

The 0 to 10 pain scale is commonly and successfully used with hospitalized and nursing home patients, even those with mild to moderate dementia. The scale is often displayed as a line numbered from zero to ten as shown below.



This scale asks the person in pain to assign a number, from zero to ten, to the severity of their pain.

It is important to properly instruct the person in how to rate their pain. Use the following statements to ask the person to rate their pain.

1. I would like you to rate your pain on a scale from zero to ten.
2. 'Zero' means you have no pain at all.
3. 'Ten' means the worst possible pain you can image.
4. What number would you give to your pain?

A common administration error is to describe "10" as "the worst pain you ever had." For some people, the worst pain they ever had may have been something minor like a toothache; and remember, persons with dementia may not be able to remember their worst pain.

A variation of this technique is to provide the instructions, then ask the person to point to the number that represents their pain.

The values on the pain scale correspond to pain levels as follows:

- 1 – 3 = mild pain
- 4 – 6 = moderate pain
- 7 – 10 = severe pain

Attaining Competency in Assessing
PAIN

The figure shows a banner with the text "Attaining Competency in Assessing PAIN" and logos for GeriU, TNH, and AHCA.

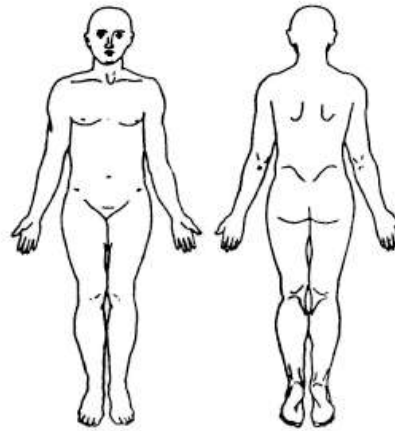
McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
	PPI
	0 NO PAIN
	1 MILD
	2 DISCOMFORTING
	3 DISTRESSING
	4 HORRIBLE
	5 EXCRUCIATING

BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

Name: _____ Age: _____ Date: _____

Patient ID: _____ Post-op day #: _____

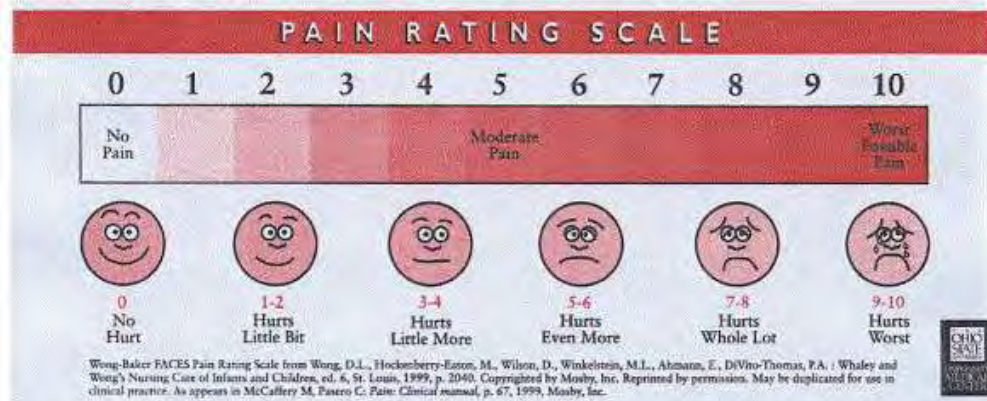
Please respond to the following questions. Data collected is used to evaluate the success of this treatment modality and your identity will not be used. Please initial below indicating your permission to use your responses in this research project. Initial _____

1. Which heel was treated using the orthotripsy device? Right Left Both

2. List any other treatments used in the last month for this heel pain?

3. Are you currently using custom-made orthotics? (custom meaning an impression was made of your feet) Yes No

4. Using the pain scale below, please rate your current pain level:



5. Has your job been affected by this heel pain? Yes or no

If yes, what % of limitation: _____

6. Have your recreational activities been affected by this heel pain? Yes or no

If yes, what % of limitation: _____

7. How would you rate the overall success of the orthotripsy? (please circle best answer)

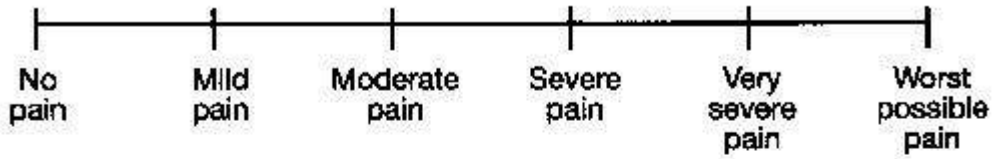
Completely successful--very successful--moderately successful--marginally successful--not successful at all

8. What % of improvement in this heel pain have you experienced since the shockwave treatment? _____

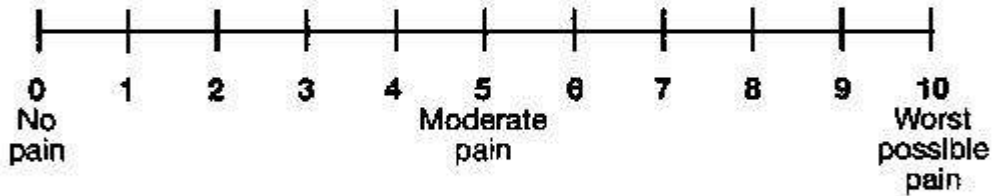
9. Would you have this procedure performed again if applicable? Yes or No

10. Would you recommend this procedure to a friend or family member? Yes or No

Simple Descriptive Pain Intensity Scale



0-10 Numeric Pain Intensity Scale



Visual Analog Scale (VAS)

