

Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου

Κωνσταντίνος Ζώης

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Ο πόνος είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης εμπειρίας. Παρόλη όμως την επιστημονική πρόοδο η ελλειπής αντιμετώπιση του πόνου παραμένει ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ιατροί και νοσηλεύτες συνεχίζουν να υποθεραπεύουν τον πόνο, ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών που υπάρχει η δυνατότητα σημαντικής ανακούφισής του. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παρουσιάσει το θέμα της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας, σε σχέση με τη θέση που έχει ο πόνος στην κουλτούρα της δυτικής θεραπευτικής πρακτικής. Ο πόνος συνιστά σημαντικό πρόβλημα στη φροντίδα υγείας, αφού η έννοια του πόνου δεν προσαρμόζεται στις επιστημονικές προσεγγίσεις για την υγεία και την ασθένεια που έχουν υιοθετηθεί σήμερα από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας. Η υποκειμενικότητα του πόνου, η ελλειπής κατανόηση των αιτιών του, ο καθορισμός του ως συμπτώματος και όχι ως νόσου, η αναποτελεσματικότητα φαρμάκων και χειρουργικών τεχνικών καθώς και η αναγνώριση του αρρώστου ως ειδικού του πόνου του, είναι τα βασικά στοιχεία της επαγγελματικής κουλτούρας ιατρών και νοσηλευτών, που αφενός εμποδίζουν την αναγνώριση του πόνου και αφετέρου

Health care professionals culture and pain undertreatment

Konstantinos Zois

RN, MSc, Nursing Department, University of Athens,
Athens, Greece

Elisabeth Patiraki-Kourbani

Associate Professor, Nursing Department,
University of Athens, Athens, Greece

Nursing Department, University of Athens

ABSTRACT Pain is a ubiquitous feature of the human experience. Despite scientific progress the increase of pain undertreatment remains a major public health problem. Nurses and physicians continue to under-treat pain even in cases of potential and significant pain relief. The aim of this article is to present the pain undertreatment topic from health care professionals (HCP's), discussing the issues of pain in the western medical practice culture. Pain continues to be a significant problem in health care because the concept of pain does not conform to the scientific approach to health and disease, a philosophy adopted today by most HCP's. The pain subjectivity, the often poorly understanding of pain causal basis, the determination of pain as "mere" symptom not as a disease, the limited effectiveness of drugs or surgical techniques, as well as the acknowledgement of patient as the expert of his pain, are the basic elements of medical and nursing culture that on the one hand impede the recognition of pain and on the other hand bind the appropriate forces for its coping. The improvement of pain treatment needs some changes in financing, education and practice of all HCP's. The cultural and individualized nursing care

δεσμεύουν τις κατάλληλες δυνάμεις για την αντιμετώπισή του. Η βελτίωση της αντιμετώπισης του πόνου προϋποθέτει σειρά αλλαγών στη χρηματοδότηση, τη νομοθεσία και την εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας. Το εξατομικευμένο και με πολιτισμική ευαισθησία πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, μπορεί να οδηγήσει όχι απλά στο επιθυμητό αναλγητικό αποτέλεσμα αλλά και στην ολιστική διαχείριση του πόνου.

Λέξεις-κλειδιά:

- Πόνος, κουλτούρα
- Επαγγελματίες υγείας • Υποθεραπεία πόνου

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Κωνσταντίνος Ζώης
Νιρβάνα 14, 111 45 Αθήνα
Τηλ.: 210 22 88 908
E-mail: kzois@nurs.uoa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος θεωρείται καθολικό φαινόμενο και κοινό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης εμπειρίας. Στις δυτικές κοινωνίες ο πόνος οποιασδήποτε αιτιολογίας είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία επισκέψεως κάποιου ασθενή στο γιατρό, μετά από τα κρυολογήματα και τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Ένας στους πέντε Ευρωπαίους ενήλικες υποφέρει από χρόνια ή επαναλαμβανόμενο πόνο, ενώ το 3% από το εργατικό δυναμικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης πηγαίνουν στη δουλειά τους νιώθοντας κάποιου είδους πόνο.¹

Στατιστικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο ή με άλλες διαγνώσεις βιώνουν έντονο πόνο, τεκμηριώνοντας την ύπαρξη του πόνου ως ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι τα τρία τέταρτα των ασθενών με καρκίνο θα παρουσιάσουν πόνο κατά τη διάρκεια της νόσου. Εξίσου σοβαρό πρόβλημα θεωρείται και η υποθεραπεία του πόνου, αφού μέσα από αρκετές μελέτες φαίνεται πως ποσοστό τουλάχιστον 40% των ογκολογικών ασθενών αναφέρει ανεπαρκή αναλγησία. Τα αποτελέσματα της μη ικανοποιητικής ανακούφισης του πόνου, επεκτείνονται και σε τομείς όπως είναι η παρεμπόδιση των καθημερινών δραστηριοτήτων του αρρώστου, η καθυστέρηση στη θεραπεία, οι ψυχολογικές δυσλειτουργίες όπως κατάθλιψη και άγχος, αλλά και το αυξανόμενο κόστος από την παρατεταμένη ή επαναλαμβανόμενη νοσηλεία. Αξιοσημείωτες είναι επίσης δύο αδιαμφισβήτητες διαπιστώσεις: ότι αφενός,

plans may lead not just to the desirable analgesic result, but also to the total management of pain.

Key words:

- Pain • Culture
- Health care professionals • Pain undertreatment

Corresponding author

Konstantinos Zois
14 Nirvana street, GR-111 45 Athens, Greece
Tel. +30 210 22 88 908
E-mail: kzois@nurs.uoa.gr

οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση να ανακουφίζουν τον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς και αφετέρου ότι η υποχρέωση αυτή παραμελείται συστηματικά.² Η ποιοτική φροντίδα του αρρώστου με πόνο απαιτεί βελτίωση της εκτίμησης και της θεραπείας του. Παρόλ' αυτά όμως, οι κρίσιμες αυτές προσεγγίσεις είναι ουσιαστικά ανύπαρκτες στις ιατρικές σχολές, τη νοσηλευτική εκπαίδευση και τα αντικείμενα ενδιαφέροντος των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας. Στο άρθρο αρχικά συζητώνται η πολιτισμική διάσταση του πόνου, τα χαρακτηριστικά της δυτικής θεραπευτικής κουλτούρας και πως δύνανται να επηρεάσουν την αντιμετώπιση του πόνου. Στη συνέχεια αναλύεται τι συνιστά την αποτελεσματική πολιτισμική φροντίδα των ασθενών με πόνο και οι απαραίτητες αλλαγές για την ολιστική, με πολιτισμικές ευαισθησίες, αντιμετώπιση των ασθενών που πονούν.

Η ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα εξαιτίας της μη αποτελεσματικής αντιμετώπισής του. Πολλές μελέτες έχουν διαπραγματευτεί το θέμα αυτό χωρίς όμως να κατορθώσουν να προτείνουν ικανοποιητικές λύσεις. Για να κατανοηθεί πλήρως το φαινόμενο του πόνου και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, θα πρέπει να εξετασθεί πολύπλευρα και αυτό γιατί ο πόνος είναι μια έννοια με επιστημονικό, κλινικό, φιλοσοφικό και πολιτισμικό περιεχόμενο.³ Για να γίνει αντιληπτή η πολιτισμική διάσταση του πόνου, θα

πρέπει να είναι γνωστοί οι βασικοί ορισμοί οι οποίοι καθορίζουν το σχετικό εννοιολογικό πλαίσιο. Ο όρος πολιτισμός είναι ευρύς και αναφέρεται εκτός από τα υλικά αγαθά και στην κοινωνική κληρονομιά, ενώ το περιεχόμενο του είναι αρκετές φορές άλλοτε συγγενές και άλλοτε ταυτόσημο με τον όρο κουλτούρα. Σύμφωνα με την επιστήμη της κοινωνιολογίας ως κουλτούρα ορίζεται το προσωπικό σύστημα αξιών, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και ο τρόπος ζωής. Πρόκειται για ένα σταθερό τρόπο προσέγγισης ή αντιμετώπισης προσώπων, πραγμάτων ή καταστάσεων.⁴ Συνήθως αφορά ορισμένες κατηγορίες πληθυσμού ή ομάδες, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας ή οι ασθενείς και τότε χρησιμοποιείται ο όρος υποκουλτούρα, (υποκουλτούρα δηλαδή, είναι οι ιδιαίτερες στάσεις και αξίες που έχει μια συγκεκριμένη κατηγορία πληθυσμού και αποτελούν μέρος της περιβάλλουσας κοινωνίας και της γενικής της κουλτούρας).

Σύμφωνα με τον ορισμό της διεθνούς εταιρίας μελέτης του πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) του 1979, ο πόνος ορίζεται ως μία δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται ως τέτοια.⁵ Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ του πόνου και της έννοιας της «οδύνης», παρόλο που συχνά γίνεται λόγος για πόνο και οδύνη ως να πρόκειται για μία έννοια. Ο πόνος είναι ένα συγκεκριμένο είδος αίσθησης ενώ η έννοια της «οδύνης» έχει ένα ευρύτερο περιεχόμενο. Ο πόνος, η ασθένεια, η έλλειψη ικανότητας, η αγωνία του θανάτου, η λύπη, η κατάθλιψη και άλλες καταστάσεις είναι μερικές από τις αιτίες για τις οποίες μπορεί ένα άτομο να υποφέρει.⁶ Μια γυναίκα π.χ. με καρκίνο, νιώθει πόνο ο οποίος γίνεται ανυπόφορος από τη λύπη που αισθάνεται, λόγω της απουσίας της κόρης της με την οποία πλέον δεν επικοινωνεί.

Ο πόνος εμφανίζει μια σημαντική ψυχοκοινωνική και πολιτισμική διάσταση, που παίζει βασικό ρόλο στην έκφραση, νοσηματοδότηση και αντιμετώπισή του και που καθορίζει το πώς τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι καθώς και την ερμηνεία της δυσάρεστης αυτής αίσθησης. Από την άλλη πλευρά, ο πολιτισμός είναι και μια συμπεριφοριστική απάντηση των ανθρώπων, που εξελίσσεται στη διάρκεια του χρόνου και δέχεται επιρροές από κοινωνικές δομές και περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Ο πολιτισμός έχει μια σημαντική δύναμη στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών που δίνουν υπό-

σταση στην εμπειρία του πόνου, καθιστώντας τον, ένα κομμάτι της ανθρώπινης εμπειρίας και της ανθρώπινης κουλτούρας. Ο πόνος όπως και πολλά άλλα φαινόμενα, αποκτά συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό σκοπό και έτσι οι αντιδράσεις-απαντήσεις σ' εκείνον πρέπει να γίνουν κατανοητές λαμβάνοντας υπόψη αυτό το νόημα.⁷ Μπορεί λοιπόν, να υπάρχει ανισότητα στην εμπειρία ή στην αντιμετώπιση του πόνου μεταξύ ατόμων της ίδιας πολιτισμικής ομάδας, όπως είναι τα μέλη μιας οικογένειας ή οι φοιτητές στις σχολές των επιστημών υγείας.

Γίνεται αντιληπτό πως η οποιαδήποτε μορφή πόνου περιγράφεται και αντιμετωπίζεται μέσα σ' ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνει τη νοσηματοδότηση και έκφραση του πόνου από τον ασθενή καθώς και την αντίληψη και αντιμετώπισή του από τον επαγγελματία υγείας. Ανάλογα δηλαδή με τη προσωπική κουλτούρα του καθενός θα οριστεί τελικά και η έννοια του πόνου, ενώ η κουλτούρα ενός ατόμου μπορεί να ενθαρρύνει την αποφυγή του πόνου ή την αποδοχή του ως μέρος της εμπειρίας ζωής. Κατά συνέπεια, ο πολιτισμός και η προσωπική κουλτούρα του ατόμου, είτε είναι ασθενής είτε είναι επαγγελματία υγείας, επηρεάζουν και ρυθμίζουν τα θεραπευτικά σχέδια αντίδρασης στον πόνο. Αξίζει να σημειωθεί πως ολόκληρος ο χώρος των επιστημών υγείας θεωρείται ως ένα σύστημα με τη δική του κουλτούρα, που εμπεριέχει συγκεκριμένη ορολογία, αξίες και πεποιθήσεις (όπως για παράδειγμα η άποψη ότι οι νεότεροι ασθενείς προηγούνται συνήθως μιας παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς), οι οποίες πρέπει να εξηγηθούν και η εφαρμογή τους να διαπραγματευθεί με τον άρρωστο και την οικογένειά του.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Η ραγδαία πρόοδος της επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες, έχει οδηγήσει στην επιτυχή αντιμετώπιση αρκετών νοσημάτων και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Παρά την παραδοχή της οικουμενικότητας του πόνου, η αντιμετώπισή του παραμένει ανεπαρκής ή ακόμα και αγνοείται από τους επαγγελματίες υγείας. Η διαπροσωπική εμπειρία του πόνου, μεταξύ εκείνου που υποφέρει και του φροντιστή του, επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην αντίληψη και έκφραση του πόνου και από τις δύο πλευρές. Για να περιγραφεί, εξηγηθεί και να αντιμετωπιστεί τε-

λικά ο πόνος, πρέπει να κατανοηθούν οι ψυχολογικές, κοινωνικές ή πολιτισμικές διαστάσεις που επηρεάζουν τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, να κατανοηθεί δηλαδή το πώς απαντούν οι άνθρωποι στο φαινόμενο του πόνου και ποια εμπόδια παρουσιάζονται στην προσπάθεια αντιμετώπισής του, ειδικά στις σύγχρονες κοινωνίες.

Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την αναφορά των βασικών χαρακτηριστικών της δυτικής θεραπευτικής κουλτούρας που σχετίζονται και με τον πόνο και που συνοψίζονται στην αντίληψη της αντικειμενικής θεώρησης των γεγονότων και με την επακόλουθη αιτιολογική προσέγγιση των νοσολογικών καταστάσεων. Η αντικειμενική θεώρηση των γεγονότων χρησιμοποιεί την παρατήρηση και τις μετρήσεις όπως είναι οι εξετάσεις αίματος, οι ακτινογραφίες, οι βιοψίες κ.ο.κ. Τα δεδομένα αυτά επιτρέπουν στους ειδικούς να παρατηρούν, να μετρούν, να ποσοτικοποιούν και να συγκρίνουν ποικίλες ανατομικές και βιοχημικές ιδιότητες των οργάνων του σώματος καθώς και καταστάσεις και λειτουργίες των συστημάτων του, καθορίζοντας έτσι τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού.⁸ Τα αντικειμενικά δηλαδή κριτήρια επικυρώνουν την ύπαρξη ή όχι μιας παθολογικής κατάστασης.

Με την αιτιολογική προσέγγιση των καταστάσεων, οι ασθένειες θεωρείται ότι οφείλονται σε συγκεκριμένες αιτίες οι οποίες και παράγουν συγκεκριμένα συμπτώματα. Η ωτίτιδα, για παράδειγμα, προκαλείται από βακτήρια, που με τη σειρά τους προκαλούν φλεγμονή με πόνο και πυρετό. Σ' αυτήν την αρχή στηρίζεται άλλωστε και το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας.⁸

Συνέπεια της αιτιολογικής προσέγγισης είναι και η επικέντρωση των προσπαθειών από τους επαγγελματίες υγείας στη θεραπεία της πρωτοπαθούς νόσου και όχι στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Αν και η ιατρική επιχειρεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα, προτεραιότητά της παραμένει η θεραπεία της νόσου που τα προκαλεί. Απ' όλους τους επαγγελματίες υγείας, οι ιατροί είναι κυρίως εκείνοι που διδάσκονται και τελικά κατευθύνονται, ώστε πρώτα να θεραπεύουν την ασθένεια και έπειτα να ανακουφίζουν τα συμπτώματα της.⁹ Σε αρκετές περιπτώσεις η επακόλουθη διάσπαση της φροντίδας σε επιμέρους παρεμβάσεις και από διαφορετικούς ειδικούς, δεν επιτρέπει τελικά την ορθή διαχείριση της συνολικής εμπειρίας της οδύνης τόσο από τον ασθενή όσο και από τους λειτουργούς της υγείας.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της επαγγελματικής κουλτούρας είναι και οι "μαγικές λύσεις", που έχει δώσει η εξέλιξη της ιατρικής, της βιολογίας και της φαρμακευτικής για τη θεραπεία των ασθενειών με τις σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές και τα νέα φάρμακα. Παρά την αναγνωρισμένη επιτυχία τους σε οξείες καταστάσεις και νόσους όπως ένα κάταγμα ή μια λοίμωξη, δεν παρέχουν αντίστοιχο όφελος για τις χρόνιες καταστάσεις όπως την αρθρίτιδα, το διαβήτη, την οσφυαλγία, οι οποίες συχνά δύναται να ελέγχονται αλλά δεν ιώνται. Το ανθρώπινο σώμα σε αυτήν τη περίπτωση αντιμετωπίζεται ως «βιο-μηχανιστικό» και «βιο-χημικό σύστημα».

Ιδιαίτερη θέση στο σύστημα αξιών της υγείας είναι το μοντέλο του ειδικού, που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας με τις εξειδικευμένες γνώσεις, ικανότητες, ορολογία και κρίσεις.⁸ Στο μοντέλο αυτό ο άρρωστος απλώς περιμένει από τον ειδικό να του επιτρέψει να εκφράσει τα συμπτώματα και τα αισθήματά του, ενώ ο ίδιος πολλές φορές παρακολουθεί αμήχανα να συνομιλούν, να διαφωνούν και να αποφασίζουν για εκείνον κυριολεκτικά «πάνω από το κεφάλι του».

ΦΡΑΓΜΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η κατανόηση των χαρακτηριστικών της δυτικής θεραπευτικής κουλτούρας, μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα για τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να ενθαρρυνθούν στην προσέγγιση του φαινομένου του πόνου με μια νέα επιστημονική κουλτούρα. Σε σχέση με τα αναλυθέντα προηγουμένως γενικά χαρακτηριστικά της επικρατούσας δυτικής θεραπευτικής κουλτούρας, παρατηρούνται κατ' αντιστοιχία και δυσκολίες στην αναγνώριση του πόνου καθώς θεωρείται υποκειμενικός και ιδιωτικός, συμπεραίνοντας πως αν και όλοι οι άνθρωποι γνωρίζουν την αίσθηση του πόνου, κανείς δεν αντιλαμβάνεται τον πόνο του άλλου. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μουσική.¹⁰ Μπορεί η ακρόαση της ίδιας μουσικής εκτέλεσης να είναι ευχάριστη αλλά συνιστά διαφορετικό βίωμα διαφορετικών ανθρώπων, ανάλογα με τις εμπειρίες και την κουλτούρα τους. Οι κλίμακες πόνου αδυνατούν να εκτιμήσουν το μέγεθός του με τον ίδιο τρόπο που εκτιμάται η αρτηριακή πίεση, ο πυρετός και η καρδιακή λειτουργία. Ακόμα και με την προτεινόμενη εισαγωγή του ως «πέμπτο ζωτικό σημείο», η εκτίμηση του πόνου δεν θα πετύχει να είναι το ίδιο αντικειμενική

όπως άλλες διαγνωστικές αντικειμενικές εξετάσεις. Συνεπώς θεωρείται λιγότερο σημαντικό στοιχείο.¹¹

Επίσης κατά την αιτιολογική προσέγγιση του πόνου, οι επαγγελματίες υγείας που δεν γνωρίζουν ή δεν κατανοούν τα αίτια μιας νοσολογικής κατάστασης, συνήθως την αντιμετωπίζουν ως ανυπόστατη. Όταν δηλαδή δεν μπορεί να εξηγηθεί η παρουσία του πόνου, τότε θεωρείται ως υπερβολή του ασθενούς και κάποιες φορές και ως φαντασίωση. Ταυτόχρονα υποτιμούνται και οι ψυχολογικές αιτίες του πόνου, όπως συμβαίνει με τον πονοκέφαλο λόγω του συναισθηματικού στρες. Όταν ο πόνος δεν μπορεί εύκολα να εξηγηθεί ή να βελτιωθεί, οι ασθενείς αισθάνονται συχνά απομονωμένοι, σαστισμένοι και θυμωμένοι. Στην πραγματικότητα αντιλαμβάνονται τη βεβαιότητα του πόνου τους καθώς και την αμφιβολία των γύρω τους για κείνον, επιτείνοντας έτσι την κατάσταση οδύνης που βιώνουν.¹²

Παράλληλα η θεώρηση του πόνου ως συμπτώματος, έχει ως συνέπεια τη παράβλεψή του σε σχέση με την ίδια τη νόσο, ειδικά σε καταστάσεις που η διατήρηση της ζωής και η αποκατάσταση της υγείας είναι πρωταρχικές, όπως συμβαίνει σε ένα κάταγμα που συνοδεύεται από αιμορραγία.¹² Σε περιπτώσεις όμως που η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική και ειδικότερα σε ασθένειες τελικού σταδίου ή σε χρόνιες καταστάσεις, η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί και πρέπει να είναι ανακουφιστική.

Επίσης, οι «μαγικές λύσεις» της χειρουργικής και των φαρμάκων μπορούν να έχουν περιορισμένα αναλγητικά αποτελέσματα, αφού αγνοούν τις ψυχολογικές, πολιτισμικές, και κοινωνικές διαστάσεις του πόνου. Επιπρόσθετα, τα περισσότερα παυσίπονα που χρησιμοποιούνται σήμερα είτε στηρίζονται σε μηχανισμούς δράσης που χρησιμοποιούνταν ακόμα και από τους αιγυπτιακούς χρόνους ή από φάρμακα που αναπτύχθηκαν αρχικά για άλλες χρήσεις.⁸ Ο έλεγχος του πόνου είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Είναι πιθανά ευκολότερο για ένα γιατρό να γράψει μια συνταγή ή να προτείνει μια εγχείρηση από το να αναπτύξει, να εφαρμόσει και να παρακολουθήσει ένα σχέδιο φροντίδας που μπορεί να περιλαμβάνει φυσικοθεραπεία, ψυχοθεραπεία ή και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες. Επιπλέον είναι ευκολότερο για τον ασθενή να πάρει ένα φάρμακο από το να κάνει όλα τα παραπάνω. Η διεπιστημονική προσέγγιση απαιτεί εκπαίδευση, υπευθυνότητα, ανεκτικότητα και επαναξιολόγηση.

Τέλος, ο ειδικός είναι αυτός που πονά, ο ασθενής δηλαδή και όχι ο επαγγελματίας υγείας. Το υπάρχον μοντέλο γιατρού-ασθενή ανατρέπεται και η γνώση επαφίεται στα χέρια των αρρώστων, κάτι που δεν δέχονται οι επαγγελματίες υγείας αφού το γεγονός αυτό συχνά δεν εμπεριέχεται ούτε ως πιθανότητα στην επαγγελματική τους κουλτούρα.⁸ Η έκφραση από τον ασθενή αντίθετης γνώμης ή η αναζήτηση εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών από εκείνον χαρακτηρίζεται ακόμη και ως «ιεροσυλία» από τους επαγγελματίες υγείας.

Οι θέσεις αυτές συντελούν ανάλογα στην αντίληψη και στη δημιουργία φραγμών για την αντιμετώπιση του πόνου, μέσα από το πρίσμα της κουλτούρας όχι μόνο των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας. Αυτό σημαίνει πως η συμπεριφορά εκείνου που πονά επηρεάζεται από την προσωπική του κουλτούρα και τις πολιτισμικές επιδράσεις του περιβάλλοντός του.¹² Σημαίνει όμως πως και οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται αντίστοιχα από τις δικές τους. Πολλοί δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά τον πόνο ενός ασθενούς, γιατί η κλινική τους κρίση θα επηρεαστεί από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα ακόμα και από την ελκυστικότητα του ατόμου. Η αποτυχία να αναγνωρίσουν την παρουσία και ένταση του πόνου, καθώς και η ανεπαρκής έκφρασή του από τον ασθενή, οδηγεί στην ελλιπή αντιμετώπισή του.¹³ Ο γιατρός και ο νοσηλευτής κυριολεκτικά φθάνουν στο κρεβάτι του αρρώστου με διαμορφωμένη ήδη γνώμη για τις ανάγκες του, που επηρεάζεται και από την εθνικότητα του.¹⁴ Αρκετές μελέτες που καταλήγουν στα συμπεράσματα αυτά, υποστηρίζουν πως η καταγωγή είναι αυτή που επηρεάζει τη κρίση του προσωπικού σχετικά με την εκτίμηση του πόνου, τονίζοντας πως οι διαφορές στο ίδιο σύστημα υγείας μεταξύ γηγενών και μεταναστών είναι ουσιαστικά σπάνιες.

Αξίζει να σημειωθεί πως σημαντικό περιορισμό στη σωστή αντιμετώπιση του πόνου προκαλούν και οι «μύθοι», κυρίως, της δυτικής θεραπευτικής κουλτούρας.¹⁵ Ο πρώτος αφορά τα ναρκωτικά αναλγητικά και ειδικότερα τους φόβους για τον εθισμό, την ανοχή, την εξάρτηση και τις παρενέργειές τους. Σ' αυτό συμβάλλει η ελλιπής εκπαίδευση για το θέμα στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, αλλά και οι λανθασμένες αντιλήψεις που συνυπάρχουν στην κοινωνία (π.χ. νομοθεσία, μέσα ενημέρωσης) και της λανθασμένης σύνδεσής τους με το κοινωνικό πρόβλημα των ναρκωτικών.¹⁶ Χαρακτηριστικές είναι οι αντιδράσεις στη χρήση της κάνναβης για

τις αναλγητικές της ιδιότητες. Ο δεύτερος έχει σχέση με τις πολιτισμικές σημασίες του πόνου μέσα από το πρίσμα της θρησκείας και των κοινωνικών υπο-ομάδων. Το άτομο δηλαδή θα θελήσει συχνά να υπομείνει τον πόνο του γιατί πιστεύει πως είτε τιμωρείται για μια αμαρτία του, (άλλωστε η λέξη πόνος και pain, προέρχονται από τη λατινική λέξη poena που σημαίνει ποινή-τιμωρία) είτε γιατί θέλει να αποδείξει στο περιβάλλον του πως είναι όμοιος και ισάξιος τους και γι' αυτό τον υπομένει χωρίς να ζητά βοήθεια (διάφορες τελετές ενηλικίωσης, στρατιωτικά επαγγέλματα). Ο τρίτος τέλος, σχετίζεται με την ευθανασία ως αποτέλεσμα της υποθεραπείας του πόνου. Οι ασθενείς που πονούν και ζητούν ευθανασία ουσιαστικά δεν ζητούν να πεθάνουν αλλά να απαλλαγούν τόσο από τον ανυπόφορο πόνο τους όσο και από τις καταστάσεις που τους κάνουν να υποφέρουν. Μια επαρκής και σωστά σχεδιασμένη υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή είναι σίγουρο ότι θ' απέτρεπε αυτό το αίτημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΝΟ

Η παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας προϋποθέτει την ύπαρξη πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής επάρκειας στους επαγγελματίες υγείας.¹⁷ Ως πολιτισμική ευαισθησία ορίζεται η δυνατότητα της κουλτούρας να διαμορφώνει αξίες, πεποιθήσεις και γενικότερα τον τρόπο με τον οποίο κάποιος θεωρεί τον κόσμο. Το προσωπικό αποδέχεται τον ασθενή με τα χαρακτηριστικά που φέρει, κάτι που αποτελεί και την έναρξη της μεταξύ τους σχέσης. Η πολιτισμική επάρκεια αναφέρεται στη γνώση και στις ικανότητες των επαγγελματιών, παρά στις συμπεριφορές.¹⁸ Απαιτεί επικοινωνιακές δεξιότητες, χρήση διερμηνέων με αλλοδαπούς ασθενείς ή με θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (π.χ. Μάρτυρες του Ιεχωβά) και προσοχή στη μη λεκτική επικοινωνία. Η ύπαρξη ακόμα ενός γνωστού πλαισίου για τη ζωή του αρρώστου καθιστά ιατρούς και νοσηλευτές ικανότερους να παρέχουν περιεκτική και ευαισθητοποιημένη φροντίδα για την ανακούφιση του πόνου.

Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, είναι απαραίτητη η σχεδίαση ενός πολιτισμικά εξατομικευμένου προγράμματος αντιμετώπισης πόνου. Επίσης είναι απαραίτητη η σχεδίαση στρατηγικών για την ανακούφιση του πόνου στα πλαίσια της οικογένειας και των προσωπικών ερμηνειών που δίνει ο άρρωστος στην αίσθηση του πόνου,

τα οποία θα συμπεριλαμβάνουν θέματα όπως είναι η συνειδητοποίηση των προσωπικών αξιών που μπορούν να επιδράσουν στην ανταπόκριση στον πόνο. Αυτό σημαίνει πως ο προσωπικός προσανατολισμός που έχει ο επαγγελματίας για το φαινόμενο του πόνου, επηρεάζει και την αντιμετώπιση του πόνου του ασθενούς του. Παλαιότερες εμπειρίες πόνου –ή η απουσία τους– δικές του ή των συγγενών του, μπορούν να τον ευαισθητοποιήσουν ή να τον αποστασιοποιήσουν από το γεγονός του πόνου. Στη κατηγορία αυτή ανήκουν και οι πεποιθήσεις που έχει κάποιος για μια ομάδα (εθνική, θρησκευτική, πολιτική κ.ά.), και οδηγούν σε στερεότυπα και κοινωνικές προκαταλήψεις.¹⁹

Σημαντικό ρόλο παίζει και η κατανόηση των διαφορετικών απαντήσεων στο πόνο, οι οποίες χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Τη στωική, όπου υπάρχει μικρότερη ή καθόλου έκφραση του πόνου, αφού οι ασθενείς αποδέχονται το αξίωμα πως ο πόνος είναι ένα φυσικό επακόλουθο της ασθένειάς τους και τη συναισθηματική, που δηλώνεται ο πόνος κυρίως λεκτικά ή με εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις του σώματος. Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να αντιλαμβάνονται τις αποκρίσεις στον πόνο κάθε είδους, ώστε η αντιμετώπιση να είναι η καλύτερη δυνατή.²⁰ Παρατηρείται λοιπόν το γεγονός, να δίνονται οπιοειδή αναλγητικά σε ασθενείς που διαμαρτύρονται συνεχώς στο προσωπικό και παράλληλα να υποτιμάται ο πόνος εκείνων που τον εκφράζουν λιγότερο.

Η κατανόηση που θα επιδείξουν οι επαγγελματίες υγείας θα οδηγήσει παράλληλα στην ευαισθητοποίηση σε διαφορετικές μορφές επικοινωνίας, όπως είναι η μη λεκτική. Εάν η απάντηση σε ερώτηση για την ύπαρξη πόνου είναι «ναι», τότε δίνεται μια ένεση ή ένα χάπι. Εάν είναι «όχι» τότε δεν συμβαίνει τίποτα. Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι η περίπτωση που ο άρρωστος θεωρεί πως δεν χρειάζεται να αναφέρει το ότι πονά, αφού πιστεύει πως με τους μορφασμούς του το εκφράζει καλύτερα.²¹ Φαίνεται λοιπόν, πως είναι πιθανότερο οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκρίνονται σε τρόπους επικοινωνίας ασθενών από τον ίδιο μ' αυτούς πολιτισμικό χώρο, παρά σε ασθενείς που χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους και τρόπους επικοινωνίας ή μιλούν διαφορετική γλώσσα.²² Ωστόσο, για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας υπάρχει σήμερα η επίγνωση ότι η εκτίμηση του πόνου είναι κάτι περισσότερο από ένα απλό «ναι» ή «όχι».

Επίσης οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αναγνωρίζουν πως η ανακοίνωση του πόνου δεν είναι αποδεκτή στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης κουλτούρας. Οι ηλικιωμένοι π.χ. δεν αναφέρουν το πόνο τους, γιατί πιστεύουν ότι θα αποσπάσουν τους νοσηλευτές από ουσιαστικότερα καθήκοντα και για να τους θεωρούν «καλούς ασθενείς». ²³ Άλλοι ασθενείς δεν τον αναφέρουν, γιατί πιστεύουν πως ο πόνος δείχνει αδυναμία χαρακτήρα, είναι σημάδι εξέλιξης της νόσου τους και επειδή φοβούνται τις παρενέργειες μιας επιπλέον θεραπευτικής αγωγής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει ακόμα να αναγνωρίζουν τη διαφορετική νοηματοδότηση του πόνου. Ωστόσο, το νόημα αλλάζει όταν μεταβάλλονται οι συνθήκες και οι πολιτισμικές αξίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα θρησκευτικά πιστεύω, σύμφωνα με τα οποία, πολλοί ερμηνεύουν τον πόνο ως δοκιμασία. Αξίζει να σημειωθεί πως το νόημα αλλάζει όταν ο ασθενής αφηγείται την εμπειρία του πόνου σε άλλους. ¹⁹ Η διαδικασία της αφήγησης επιτρέπει την επεξεργασία, την αναθεώρηση και τελικά τον επαναπροσδιορισμό του ίδιου του νοήματος. Τέλος, ουσιαστική συμβολή θα έχει η χρήση κλιμάκων μέτρησης για την εκτίμηση του πόνου, με την προϋπόθεση ότι θα είναι ευρείας αποδοχής και χρήσης. ²⁴ Ταυτόχρονα όμως επισημαίνεται πως οι κλίμακες αυτές δεν είναι κατάλληλες για να εξασφαλίσουν επαρκή πολιτισμική φροντίδα για ασθενείς από διαφορετικές κουλτούρες και πως η σωστή εκτίμηση μπορεί να διασφαλιστεί με τη συνεργασία των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αντίδραση του κάθε ανθρώπου στον πόνο είναι μοναδική, συγκρινόμενη με την αντίδραση κάποιου άλλου ακόμα και αν πρόκειται για μέλη της ίδιας οικογένειας. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι ένα σημαντικό κομμάτι της φροντίδας του αρρώστου. Η καλύτερη αντιμετώπιση της υποθεραπείας του πόνου προϋποθέτει σειρά αλλαγών, ξεκινώντας από την προσαρμογή της νομοθεσίας στα νέα δεδομένα και τη διάθεση αυξημένων οικονομικών πόρων σε παρεμβάσεις σ' ολόκληρο το φάσμα της αντιμετώπισης του πόνου. ²⁵ Κυρίως όμως απαιτείται επανεξέταση της ίδιας της φιλοσοφίας της εκπαίδευσης που παρέχεται σ' όλους τους επιστήμονες του χώρου της υγείας, ώστε να μπορέσουν να εξερευνήσουν εγκαίρως ήδη από τα πρώτα χρόνια της φοίτησής τους τις υποθέσεις, τις προκαταλήψεις και τους μύθους

που περιβάλλουν την εμπειρία και την αντιμετώπιση του πόνου.

Ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές, η αντιμετώπιση και ανακούφιση του πόνου ενέχει τη δική της κουλτούρα μέσα στο σύστημα υγείας, αφού βρίσκονται περισσότερο χρόνο από κάθε άλλο επαγγελματία υγείας δίπλα στον άρρωστο και φροντίζουν γι' αυτόν. Απλές ερωτήσεις όπως: «πώς ονομάζεις τον πόνο σου, τί σημαίνει για σένα, εάν φοβάσαι, τί προβλήματα σου δημιουργεί, προηγούμενες θεραπείες, εάν σε βοηθάει κάποιος άλλος και εάν μιλάς σε άλλον σχετικά με τον πόνο σου», βοηθούν στην αναγνώριση της κουλτούρας του αρρώστου και στην εκτίμηση του πόνου με πολιτισμική ευαισθησία. ²⁶ Τους επιτρέπει ακόμα να αντιμετωπίζουν καλύτερα τον πόνο αλλά και να αποφεύγουν την επιβολή των δικών τους απόψεων. Στις σημερινές πολυπολιτισμικές κοινωνίες, οι νοσηλευτές είναι οι συνήγοροι των ασθενών στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους για καλύτερη θεραπεία και φροντίδα, ειδικά όταν αυτοί προέρχονται από ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, οι οποίοι και χρειάζονται μεγαλύτερη υποστήριξη και ενδυνάμωση στην αντιμετώπιση του πόνου τους. ²⁷ Η αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας των δικών τους αξιών και πεποιθήσεων, είναι το πρώτο βήμα για την αναγνώριση και του αρρώστου ως ισότιμο μέλος της ομάδας υγείας, αφού αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαιότητας και αλληλοσεβασμού μεταξύ τους.

Μέσα από τις συνθήκες αυτές οι νοσηλευτές αλλά και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, αναγνωρίζουν ευκολότερα τη διαφορετικότητα των ανθρώπων, αναπτύσσουν σχέσεις αμοιβαιότητας και κατανόησης και αποκτούν ευρύτερη θεώρηση και άποψη όχι μόνο για τον πόνο και την υγεία, αλλά γενικότερα για όλες τις πτυχές της κοινωνικής και προσωπικής τους ζωής. ²⁸ Η ολιστική αντιμετώπιση του κάθε αρρώστου σε οργανικό, κοινωνικό, συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο, θα έχει ως φυσικό επακόλουθο και την άρση των φραγμών που παρουσιάζονται στην ολιστική διαχείριση ασθενών με πόνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Foley K. Dismantling the barriers: providing palliative and pain care. *Med Stud J Am Med Assoc* 2000, 283:115
2. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Sympt Managem* 2004, 28:47-58

3. Henderson SW. The unnatural nature of pain. *Med Stud J Am Med Assoc* 2000, 283:117
4. Τσαούσης ΔΓ. *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1989
5. International Association for the Study of Pain. www.iasp-pain.org
6. Montes-Sandoval I. An analysis of the concept of pain. *J Adv Nurs* 1999, 29:935–941
7. Free MM. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. *Baylor Univ Med Center Proc* 2002, 15:143–145
8. Resnik DB, Rehm M, Minard RM. The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine. Health Care Philos* 2001, 4:277–288
9. Rich BA. An ethical analysis of the barriers to effective pain management. *Cambr Quarter Healthcare Ethics* 2000, 9:54–70
10. Todd KH. Influence of ethnicity on emergency department pain management. *Emerg Med* 2001, 13:274–278
11. Maureen L. Pain as the fifth vital sign. *J Intr Nurs* 2001, 24:85–94
12. Blacksher E. Hearing from pain: using ethics to reframe, prevent, and resolve the problem of unrelieved pain. *Pain Med* 2001, 2:169–175
13. Green C. R. Racial disparities in access to pain treatment. *Pain Clin Updates* 2004, 12:1–4
14. Dimsdale JE. Stalked by the past: the influence of ethnicity on health. *Psychosom Med* 2000, 62:161–170
15. Ernst G. The myth of the "Mediterranean Syndrome": do immigrants feel different pain? *Ethnic Health* 2000, 5:121–126
16. Post LF, Blustein J, Gordon E, Dubler NN. Pain: ethics, culture, and informed consent to relief. *J Law Med Ethics* 1996, 24:348–359
17. Fukshansky M, Madhuri A, Burton AW. The role of opioids in cancer pain management. *Pain Pract* 2005, 5:43–54
18. Crawley LM, Marshall PA, Lo B, Koenig BA. Strategies for culturally effective end-of-life care. *Ann Int Med* 2002, 136:673–679
19. Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *Int Nurs Rev* 2004, 5:47–55
20. Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Man Nurs* 2000, 1:16–22
21. McCaffery M, Ferrell BR, Pasero C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Manag Nurs* 2000, 1:79–87
22. Waddie NA. Language and pain expression. *J Adv Nurs* 1996, 23:868–872
23. Maxwell T. Cancer pain management in the elderly. *Geriatr Nurs* 2000, 21:158–163
24. American Medical Association. *Pain management: barriers to pain management and pain in special populations*. (Module 3) 2003. www.ama.org
25. Randall-David E, Wright J, Porterfield DS, Lesser G. Barriers to cancer pain management: home-health and hospice nurses and patients. *Supp Care Cancer* 2003, 11:660–665
26. Lasch KE, Wilkes G, Montuori LM, Chew P, Leonard C, Hilton S. Using focus group methods to develop multicultural cancer pain education materials. *Pain Manag Nurs* 2000, 1:129–138
27. Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients-perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer* 2002, 94:2295–2304
28. Labun E. Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *J Adv Nurs* 2001, 35:874–881

Υποβλήθηκε: 24/08/2007

Επανυποβλήθηκε: 08/04/2008

Εγκρίθηκε: 05/05/2008