

«Νοσηλευτική για αποφυγή πόνου και στρες  
κατά τη νοσηλεία σε μεγαλύτερες  
ηλικίες»

Δρ. Ευάγγελος Χ. Φραδέλος ,  
Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής ,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

# *Κεντρικές έννοιες*

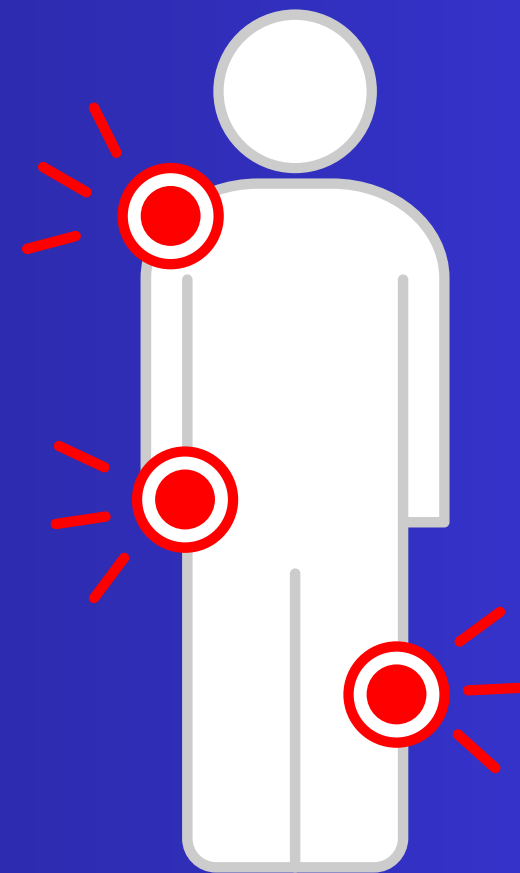
- Προωροτητα
- Πόνος
- Στρες
- Νοσηλευτική

# Πόνος

Ο πόνος αποτελεί το πλέον κοινό σύμπτωμα της νόσου, που μας συνοδεύει από νεαρή ηλικία. Είναι ένας προστατευτικός μηχανισμός μέσω του οποίου το σώμα ανταποκρίνεται σε επιβλαβή ερεθίσματα. Πρόκειται για μια υποκειμενική αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία.

Ο πόνος είναι ξεχωριστός για κάθε άτομο και επηρεάζει τόσο την προηγούμενη εμπειρία του πόνου όσο και τις ψυχοσωματικές καταστάσεις, ανάλογα με τη σχέση μεταξύ της ψυχής και του σώματος. Ο πόνος είναι πάντα μια δυσάρεστη αίσθηση.

Η εμπειρία του πόνου εξαρτάται από τη δύναμη του ερεθίσματος, την ατομική ευαισθησία και την ατομική αντίσταση στον πόνο.



*Ο πόνος ορίζεται ως :*

*«Μία δυσάρεστη συναισθηματική και αισθητηριακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης» (Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου-IASP).*

*«Μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο βιώνει και αναφέρει σοβαρή δυσφορία ή μια δυσάρεστη αίσθηση. Η αναφορά του πόνου μπορεί να γίνεται είτε με άμεση προφορική επικοινωνία είτε μέσω κωδικοποιημένων περιγραφών» (North American Nursing Diagnosis Association).*

«Μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνήθως ξεκινά από κάποιο επιβλαβές ερέθισμα και μεταδίδεται μέσω ενός εξειδικευμένου νευρικού δικτύου στο κεντρικό νευρικό σύστημα όπου ερμηνεύεται ως τέτοιο.» (Monheim, 1984).

«Η συνειδητή αντίληψη του υποκειμένου για διαμορφωμένα αλγαισθητικά ερεθίσματα τα οποία δημιουργούν μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (Bell, 2013).

«Ο πόνος είναι ό, τι λέει το άτομο που τον βιώνει» (McCaffery and Pasero, 1999).

# Ο πόνος ως πολυδιάστατο φαινόμενο

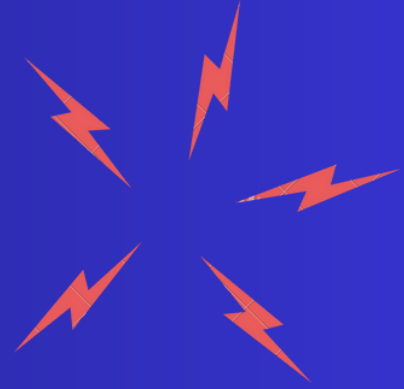
«Ο πόνος συνιστά κάτι περισσότερο από τη σωματική αντίδραση σε καταστροφή των ιστών. Ο πόνος είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει τα συναισθήματα του ασθενούς, τη συμπεριφορά του, καθώς και τη λειτουργικότητά του, σωματική και πνευματική, ως απάντηση στον πόνο»

Με βάση τον παραπάνω ορισμό οι πολλαπλές διαστάσεις του πόνου είναι:

- η ψυχολογική
- η αισθητηριακή
- η συναισθηματική
- η γνωστική και
- η συμπεριφορική



# Στρες - Άγχος



Το στρες είναι η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε ένα νέο και απαιτητικό ερέθισμα. Προκαλεί την απελευθέρωση αδρεναλίνης, η οποία μας επιτρέπει να παίρνουμε γρήγορες αποφάσεις, να ανταποκρινόμαστε στις προκλήσεις και να παραμένουμε σε εγρήγορση. Ορισμένα άτομα αντιμετωπίζουν χρόνια στρες, το οποίο επιβαρύνει το καρδιαγγειακό σύστημα και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε κατάθλιψη. Η αίσθηση ελέγχου και η θετική στάση βοηθούν να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα του στρες και να χαλαρώσετε.

Άγχος . Μερικές φορές το άγχος είναι αποτέλεσμα του στρες, αποτελεί όμως διαφορετική κατάσταση. Το άγχος μοιάζει περισσότερο με το αίσθημα του φόβου παρά με το στρες. Όταν έχουμε άγχος, αυτό οφείλεται σε ένα ερέθισμα που μας προκαλεί φόβο και ένα αίσθημα αδυναμίας. Μερικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα αίτια του άγχους που βιώνουν ή πάσχουν από διαταραχές άγχους που απορυθμίζουν τη ζωή τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι φοβίες και το άγχος εμποδίζουν την ομαλή εξέλιξη της ζωής ενός ατόμου.



# Ορισμός του στρες

Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός του στρες είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από τον Richard Lazarus και τους συνεργάτες του και αναφέρει ότι στρες προκαλείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους.

Συγκεκριμένα όταν ένα άτομο αισθάνεται ότι οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες δεν κούν για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, αρχίζει να βιώνει έντονο στρες.

Καθίσταται πλέον σαφές ότι το στρες συνιστά έναν όρο «ομπρέλα» στον οποίο υπάγεται μια μεγάλη σειρά εκδηλώσεων / αντιδράσεων, με αποτέλεσμα ο ακριβής κατά περίπτωση εννοιολογικός του προσδιορισμός να αποτελεί διαδικασία δύσκολη και συχνά προβληματική.



# ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΡΕΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Παθολογικού στρες	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Παθολογικού στρες	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ Παθολογικού στρες
Εφίδρωση	Στενοχώρια	Παρορμητικότητα
Τρέμουλο χεριών	Ανησυχία	Αναποφασιστικότητα
Σφιγμένοι μύες	Ενοχές	Τρίξιμο δοντιών και δάγκωμα νυχιών
Συχνουρία/διάρροια	Εκνευρισμός	Απώλεια χιούμορ
Ξηροστομία	Θλίψη	Επιθετικότητα
Δυσκολία στον ύπνο	Σύγχυση	Όχι απόλαυση από πράγματα που απολαμβάναμε παλιότερα
Πονοκέφαλος	Θυμός	Αποφυγή καθηκόντων που προκαλούν άγχος
Διαρκές αίσθημα κόπωσης	Γρήγορη εναλλαγή συναισθημάτων	Έλλειψη οργάνωσης
Αίσθηση δυσκολίας στην αναπνοή	Έντονη ανησυχία για το μέλλον	Υπερβολικές απαιτήσεις από τους άλλους
Ταχυπαλμία		Απρόβλεπτες ή υπερβολικές αντιδράσεις

# Πρωρότητα

Η τυπική διάρκεια της κύησης κυμαίνεται μεταξύ 39 και 41 εβδομάδων. Ωστόσο, ετησίως 15 εκατομμύρια παιδιά γεννώνται πρόωρα, πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης.

Από αυτά, περισσότερα από ένα εκατομμύριο πεθαίνουν ως άμεση συνέπεια της πρωρότητας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στον τομέα της περιγεννητικής και της νεογνικής φροντίδας είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των πρόωρων νεογνών

# Πρωρότητα

Ορισμός –Παράγοντες κινδύνου

Η πρόωρη γέννηση (ΠΓ) είναι ο τοκετός (φυσιολογικός ή με καισαρική τομή) που γίνεται πριν από την 37η εβδομάδα κύησης. Το 70 % έως 80% των πρόωρων τοκετών είναι αυθόρμητοι: λόγω πρόωρων μητρικών συσπάσεων (40 έως 50 τοις εκατό) ή ρήξης μεμβρανών (20 έως 30 τοις εκατό).

Σπάνια, η τραχηλική ανεπάρκεια οδηγεί σε αυθόρμητο πρόωρο τοκετό. Το υπόλοιπο 20 έως 30 τοις εκατό των πρόωρων γεννήσεων είναι ιατρογενείς: λόγω μητρικών ή εμβρυϊκών προβλημάτων που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία της μητέρας ή του εμβρύου (π.χ., προεκλαμψία, αποκόλληση πλακούντα, περιορισμός ανάπτυξης εμβρύου, πολλαπλή κύηση).

*Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης μπορούν να οδηγήσουν σε προκλητές από τον Γυναικολόγο πρόωρες γεννήσεις.*

## Η ταξινόμηση βάσει της GA έχει ως εξής:

- Καθυστερημένη πρόωρη γέννηση - GA μεταξύ 34 και λιγότερο από 37 εβδομάδες
- Μέτρια πρόωρη γέννηση - GA μεταξύ 32 και <34 εβδομάδων
- Πολύ πρόωρη (VPT) γέννηση - GA μεταξύ 28 και 31 6/7 εβδομάδες
- Εξαιρετικά πρόωρη (EPT) γέννηση - GA λιγότερο από 28 εβδομάδες

## Τα πρόωρα βρέφη ταξινομούνται επίσης και σύμφωνα με το Βάρος Σώματος :

- Χαμηλό βάρος γέννησης (LBW) - BW μικρότερο από 2500 g
- Πολύ χαμηλό βάρος γέννησης (VLBW) - BW μικρότερο από 1500 g
- Εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης (ELBW) - BW μικρότερο από 1000 g

# Μακροχρόνια προβλήματα υγείας

Νοσηλείες



9 μηνών και 5 ετών (Οι πιο συχνές αιτίες οι αναπνευστικές διαταραχές).

Σωματική Ανάπτυξη και Υγεία



Μειωμένη ικανότητα άσκησης ή αύξηση των αναπνευστικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένου του άσθματος. Οι έφηβοι που γεννήθηκαν πρόωρα φαίνεται ότι είναι πιο πιθανό να έχουν αντίσταση στην ινσουλίνη και μεταβολικό σύνδρομο

Νευροαναπτυξιακές διαταραχές



Νοητική υστέρηση διαφόρων βαθμών

Κινητική ανάπτυξη

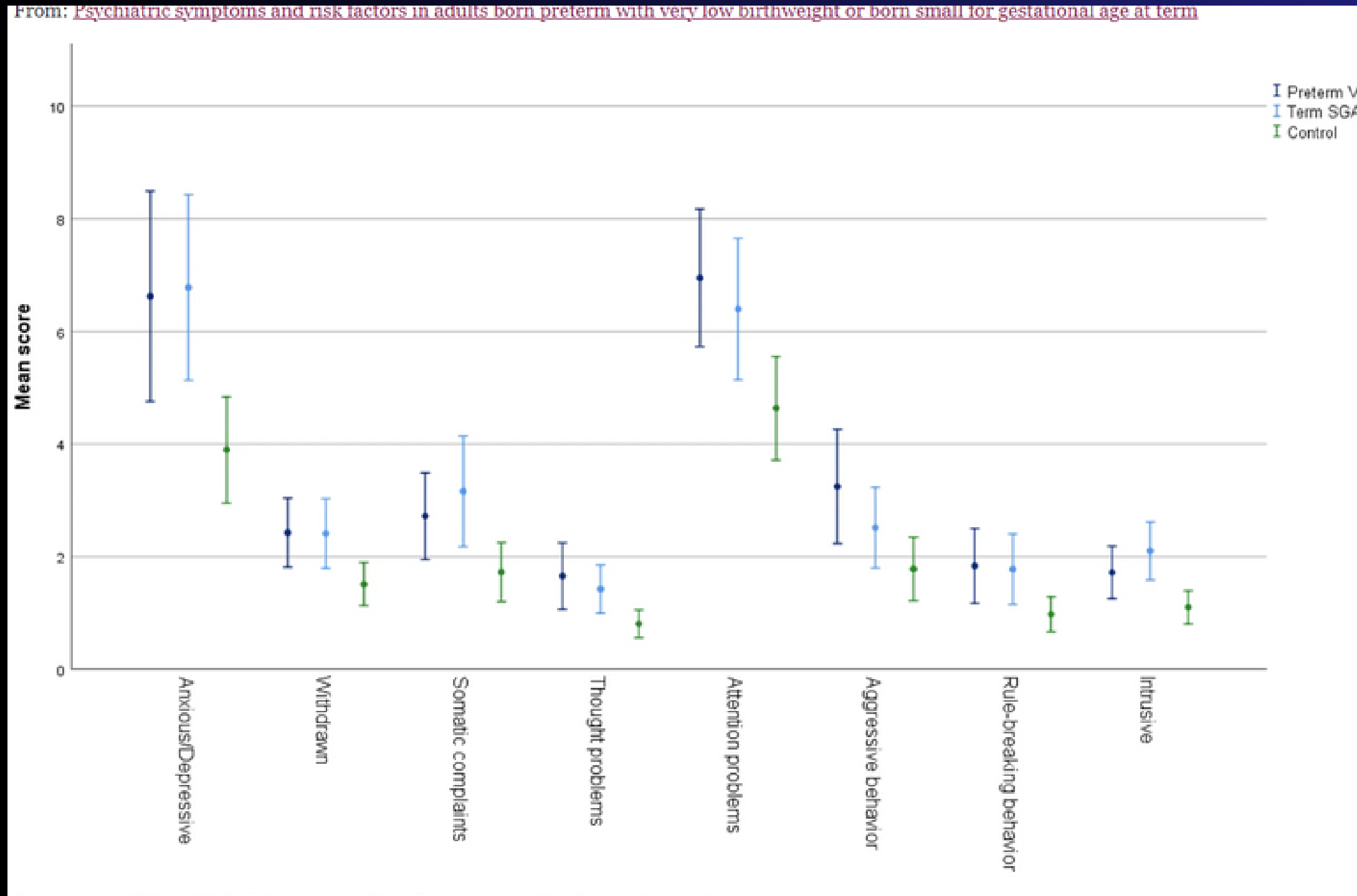


χαμηλότερες βαθμολογίες κινητικότητας και γνωστικής λειτουργίας στις Κλίμακες Βρεφονηπιακής Ανάπτυξης Bayley



*In this longitudinal cohort study, one preterm born group with very low birthweight (VLBW: birthweight  $\leq 1500$  g), one term-born Small for Gestational Age (SGA: birthweight  $< 10$ th percentile) group and one term-born non-SGA control group, were assessed at 26 years of age.*

	Preterm VLBW	<i>p</i>	Term SGA	<i>p</i>	Control
	n/N (%)		n/N (%)		n/N (%)
ASEBA ASR borderline/clinical range					
Anxious/Depressed	12 /61 (20)	.070	15 /68 (22)	.100	7 /88 (8)
Withdrawn	13 /61 (21)	.182	18 /68 (27)	.115	11 /88 (13)
Somatic Complaints	9 /61 (15)	.201	15 /68 (22)	.100	7 /88 (8)
Thought Problems	13 /61 (21)	.219	13 /68 (19)	.256	10 /88 (11)
Attention Problems	15 /61 (25)	.042	14 /68 (21)	.100	7 /88 (8)
Aggressive Behavior	13 /61 (21)	.070	8 /68 (12)	.284	6 /88 (7)
Rule-Breaking Behavior	14 /61 (23)	.182	13 /68 (19)	.224	10 /88 (11)
Intrusive	10 /61 (16)	.155	15 /68 (22)	.100	7 /88 (8)
Internalizing Problems	26 /61 (43)	.007	24 /68 (35)	.063	14 /88 (16)
Externalizing Problems	21 /61 (34)	.096	23 /68 (34)	.100	17 /88 (19)
Total Problems	23 /61 (38)	.023	23 /68 (34)	.063	14 /88 (16)
Critical Items	14 /61 (23)	.096	17 /68 (25)	.100	10 /88 (11)
AQ $\geq 20$ point	21 /59 (36)	.007	13 /65 (20)	.100	8 /85 (9)
PDI $\geq 4$ yes	13 /56 (23)	.025	7 /66 (11)	.284	5 /86 (6)



Τόσο οι ενήλικες που είχαν γεννηθεί με εξαιρετικά χαμηλό βάρος αλλά και αυτοί που είχαν γεννηθεί πρόωρα ανέφεραν περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα αλλά και λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες, σε σύγκριση με το γκρουπ ελέγχου.

Η αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και πιθανώς η μικρότερη διάρκεια κύησης ήταν παράγοντες περιγεννητικού κινδύνου, ενώ τα κινητικά προβλήματα στην πρώιμη εφηβεία φαινόταν να είναι ένας νευροαναπτυξιακός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων ενηλίκων στην ομάδα ελλιπόβαρη νεογνά. Τα ευρήματά αυτά υποστηρίζουν την ιδέα ότι το χαμηλό βάρος γέννησης συνεπάγεται ευαλωτότητα σε νευροαναπτυξιακά μειονεκτήματα που αφορούν κινητικά, γνωστικά και ψυχικά προβλήματα. Επιπλέον, τα συμπτώματα φαίνεται να εκφράζονται ανάλογα με την προχωρημένη ηλικία και να επιμένουν μέχρι την ενήλικη ζωή.

	n	(n = 62)	<i>P</i> *	n	(n = 67)	<i>P</i> *	n	(n = 87)
Perinatal data								
Birth weight (mean [SD]) (g)	62	1200 (257)	< 0.0001	67	2941 (193)	< 0.0001	87	3701 (441)
Gestational age (mean [SD]) (wk)	62	29.0 (2.7)	< 0.0001	67	39.6 (1.2)	0.240	87	39.8 (1.2)
1 min Apgar score (median [25p, 75p])	60	7 (6, 9)	< 0.0001	56	9 (9, 9)	0.942	81	9 (9, 9)
5 min Apgar score (median [25p, 75p])	60	9 (8, 10)	< 0.0001	56	10 (10, 10)	0.570	82	10 (10, 10)
Adolescent data								
Surgery before 14 years, no. persons (no. surgeries)	45	12 (21)		48	8 (11)		67	4 (5)
Parental data								
Maternal age at birth (mean [range]) (y)	62	28.2 (18.8-40.4)	0.004	67	28.7 (20.0-39.9)	0.014	87	30.6 (22.7-40.6)
Maternal smoking at conception (n [%])	—	—	—	57	34 (60)	0.010	83	31 (37)
Maternal smoking at 14 years (n [%])	48	22 (46)	0.380	53	26 (49)	0.210	69	26 (38)
Parental SES (n [%])†	51			55			73	
1 (lowest)		4 (8)			3 (5)			0 (0)
2		8 (16)			10 (18)			9 (12)
3		12 (24)			7 (13)			18 (25)
4		16 (31)			20 (36)			22 (30)
5 (highest)		11 (22)			15 (27)			24 (33)
Young adult data								
Age at current follow-up (mean [SD]) (y)	59	26.3 (0.7)	0.024	64	26.5 (0.5)	0.656	85	26.5 (0.5)
Anxiety (DSM scale) (mean [SD])‡	60	3.5 (3.4)	0.065	63	3.4 (3.2)	0.043	85	2.3 (2.4)
Depressive problems (DSM scale) (mean [SD])‡	60	4.9 (5.1)	0.025	63	4.8 (5.7)	0.139	85	2.7 (2.9)
Moderate to very severe pain in the past 4 weeks (n [%])	62	18 (29)	0.014	66	24 (36)	0.001	86	11 (13)
Chronic pain (n [%])§	62	10 (16)	0.074	67	14 (21)	0.011	87	6 (7)

\**P* value indicates comparison with the control group.

†The SES score calculated from the education and the income of both parents at age 14 years, further supplied at age 19 years for those with missing data at age 14 years. The sum score is divided into 5 categories, where 1 is the lowest SES category and 5 the highest SES category.

‡Items in the ASEBA-ASR that are consistent with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria are computed into DSM-oriented subscales for anxiety and depressive problems. A higher score indicates more problems. The anxiety scale ranges from 0 to 14, and the depressive

Ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου στα 26 έτη ήταν 16% στην ομάδα VLBW, 21% στην ομάδα SGA και 7% στην ομάδα ελέγχου. Οι ομάδες VLBW και SGA είχαν υψηλότερες πιθανότητες για χρόνια πόνο.

Τα κύρια αποτελέσματα παρέμειναν μετά την προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Παρατηρήθηκε κάποια εξασθένηση κατά την προσαρμογή για προβλήματα άγχους και κατάθλιψης.

Ο μέτριος έως πολύ έντονος πόνος αυξήθηκε από 16% σε 41% στην ομάδα SGA από 19 σε 26 ετών, ενώ λιγότερες αλλαγές παρατηρήθηκαν στην ομάδα VLBW και στις ομάδες ελέγχου.

	N	Moderate to Very Severe Pain in the Past 4 Weeks at 19 y		Moderate to Very Severe Pain in the Past 4 Weeks at 26 y		Change	Persistency From 19 to 26 y
		n (%)	95% CI (%)	n (%)	95% CI (%)	P*	n (%)
VLBW	42	9 (21)	10-37	10 (24)	12-39	0.76	4 (44)
Term SGA	44	7 (16)	7-30	18 (41)	26-57	0.01	4 (57)
Control	65	10 (15)	8-26	8 (12)	5-23	0.53	4 (40)

\*Calculated with McNemar's test for paired nominal data. P-value for the change in the prevalence of moderate to very severe pain in the past 4 weeks from 19 to 26 years of age.

CI indicates confidence interval; SGA, small for gestational age (birth weight < 10th percentile at term); VLBW, very low birth weight (birth weight ≤ 1500 g).

	no./total no. (%)	relative risk (95% CI)	
<b>Cerebral palsy†</b>			<0.001
23 Wk to 27 wk 6 days	33/362 (9.1)	78.9 (56.5–110.0)	
28 Wk to 30 wk 6 days	101/1,686 (6.0)	45.8 (37.1–56.5)	
31 Wk to 33 wk 6 days	125/6,591 (1.9)	14.1 (11.6–17.2)	
34 Wk to 36 wk 6 days	112/32,187 (0.3)	2.7 (2.2–3.3)	
≥37 Wk	1,110/853,309 (0.1)	1.0 (reference)	
<b>Mental retardation†</b>			<0.001
23 Wk to 27 wk 6 days	16/362 (4.4)	10.3 (6.2–17.2)	
28 Wk to 30 wk 6 days	30/1,686 (1.8)	4.2 (2.9–6.0)	
31 Wk to 33 wk 6 days	64/6,591 (1.0)	2.1 (1.7–2.8)	
34 Wk to 36 wk 6 days	223/32,187 (0.7)	1.6 (1.4–1.8)	
≥37 Wk	3,578/853,309 (0.4)	1.0 (reference)	
<b>Schizophrenia†</b>			0.12‡
23 Wk to 27 wk 6 days	2/362 (0.6)	4.5 (0.7–16.5)‡	
28 Wk to 30 wk 6 days	2/1,686 (0.1)	0.9 (0.1–3.2)‡	
31 Wk to 33 wk 6 days	15/6,591 (0.2)	1.4 (0.8–2.5)	
34 Wk to 36 wk 6 days	61/32,187 (0.2)	1.3 (1.0–1.7)	
≥37 Wk	1,152/853,309 (0.1)	1.0 (reference)	
<b>Autism spectrum†</b>			0.002‡
23 Wk to 27 wk 6 days	2/362 (0.6)	9.7 (1.5–36.2)‡	
28 Wk to 30 wk 6 days	6/1,686 (0.4)	7.3 (2.7–17.6)‡	
31 Wk to 33 wk 6 days	3/6,591 (0.05)	1.0 (0.2–3.0)‡	
34 Wk to 36 wk 6 days	11/32,187 (0.03)	0.8 (0.4–1.4)	
≥37 Wk	403/853,309 (0.05)	1.0 (reference)	
<b>Disorders of psychological development, behavior, and emotion†</b>			<0.001
23 Wk to 27 wk 6 days	9/362 (2.5)	10.5 (5.6–19.9)	
28 Wk to 30 wk 6 days	12/1,686 (0.7)	2.9 (1.6–5.2)	
31 Wk to 33 wk 6 days	23/6,591 (0.3)	1.4 (0.9–2.2)	
34 Wk to 36 wk 6 days	108/32,187 (0.3)	1.5 (1.2–1.8)	
≥37 Wk	1,798/853,309 (0.2)	1.0 (reference)	
<b>Other major disabilities†§</b>			<0.001
23 Wk to 27 wk 6 days	15/362 (4.1)	19.6 (11.9–32.2)	
28 Wk to 30 wk 6 days	37/1,686 (2.2)	9.3 (6.6–13)	
31 Wk to 33 wk 6 days	35/6,591 (0.5)	2.3 (1.7–3.3)	
34 Wk to 36 wk 6 days	110/32,187 (0.3)	1.5 (1.2–1.8)	
≥37 Wk	1,916/853,309 (0.2)	1.0 (reference)	
<b>Any medical disability severely affecting working capacity¶</b>			<0.001
23 Wk to 27 wk 6 days	38/359 (10.6)	7.5 (5.5–10.0)	
28 Wk to 30 wk 6 days	138/1,674 (8.2)	4.8 (4.1–5.7)	
31 Wk to 33 wk 6 days	272/6,548 (4.2)	2.2 (2.0–2.5)	
34 Wk to 36 wk 6 days	781/32,062 (2.4)	1.4 (1.3–1.5)	
≥37 Wk	14,286/850,437 (1.7)	1.0 (reference)	

The study included 903,402 infants who were born alive and without congenital anomalies. In this cohort of people in Norway who were born between 1967 and 1983, the risks of medical and social disabilities in adulthood increased with decreasing gestational age at birth.

Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273.



Όταν είμαστε υπό άγχος, ξεκινά ένας μηχανισμός. Η καρδιά μας αρχίζει να χτυπά πιο γρήγορα. Οι κόρες μας διαστέλλονται σε μια προσπάθεια να τρέξουμε και να ξεφύγουμε από τον στρεσογόνο παράγοντα.

Έτσι, αν σκεφτείτε ένα πρόωρο βρέφος, γεννιέται νωρίς, τα συστήματα του σώματός του δεν είναι ώριμα και βρίσκεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών όπου υπάρχουν έντονα φώτα και επώδυνες διαδικασίες που έχουν σχεδιαστεί για να το βοηθήσουν να επιβιώσει. Δεν είναι με τον γονέα τους με τον ίδιο τρόπο όπως ένα τελειόμηνο βρέφος. Έτσι, αυτό το σύστημα απόκρισης στο στρες ενεργοποιείται ξανά και ξανά.

Όταν αυτά τα μωρά μεγαλώνουν, το σύστημα άγχους δεν ρυθμίζεται όπως ένα τελειόμηνο βρέφος. Έτσι με την πάροδο του χρόνου, όταν έχεις όλη αυτή την ενεργοποίηση, υπάρχει άγχος στους ιστούς και τα όργανα του σώματος».

*Professor Mary Sullivan, University of Rhode Island College of Nursing*

Συλλογικά, οι μελέτες παρέχουν στοιχεία ότι η απορρύθμιση του οπιοειδούς συστήματος που προκαλείται από τραύμα στην πρώιμη ζωής αλλάζει τις απαντήσεις των ενηλίκων σε ερεθίσματα που σχετίζονται με το στρες.

Καθώς τα πρώην πρόωρα βρέφη διατρέχουν κίνδυνο για διαταραχές άγχους, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και της PTSD, αυτές οι μελέτες παρέχουν επιτακτικά στοιχεία για την ανάπτυξη και τη χρήση ειδικών και κατάλληλων αναλγητικών σχημάτων για ανθρώπινα βρέφη που υποβάλλονται σε διαδικασίες που έχουν ως αποτέλεσμα πόνο.

A close-up photograph of a computer keyboard. The central focus is a red key with the words "Pain Management" written on it in a white, bold, sans-serif font. The word "Pain" is on the top line and "Management" is on the bottom line. The key is surrounded by other white keys, including "Page Down" to the right and "Pause" below it. The entire image is overlaid with a faint, light-colored grid pattern.

**Pain  
Management**

Page  
Down

Pause

# Αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου

Διαφορετικοί τύποι πόνου απαιτούν διαφορετικές προσεγγίσεις στη διαχείριση τους. Για παράδειγμα:

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι δυνατόν να προβλεφθεί και ένα σχέδιο για τη διαχείρισή του θα πρέπει να καταρτίζεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση όποτε είναι δυνατόν.

Στον προϋπάρχοντα πόνο είναι σημαντικό να μάθετε περισσότερα σχετικά με το τρέχον επεισόδιο πόνου (π.χ. εντόπιση, ένταση), τι τον πυροδότησε, πώς ο ασθενής διαχειρίζεται και αντιμετωπίζει συνήθως τον πόνο, πως προσπάθησε να ανακουφίσει τον πόνο, με ποιο αποτέλεσμα.

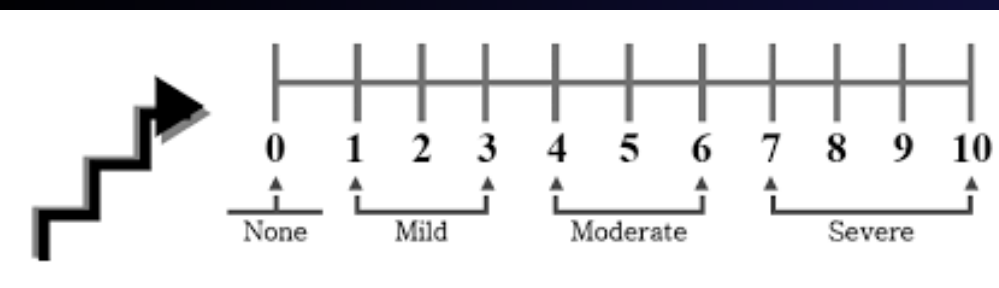
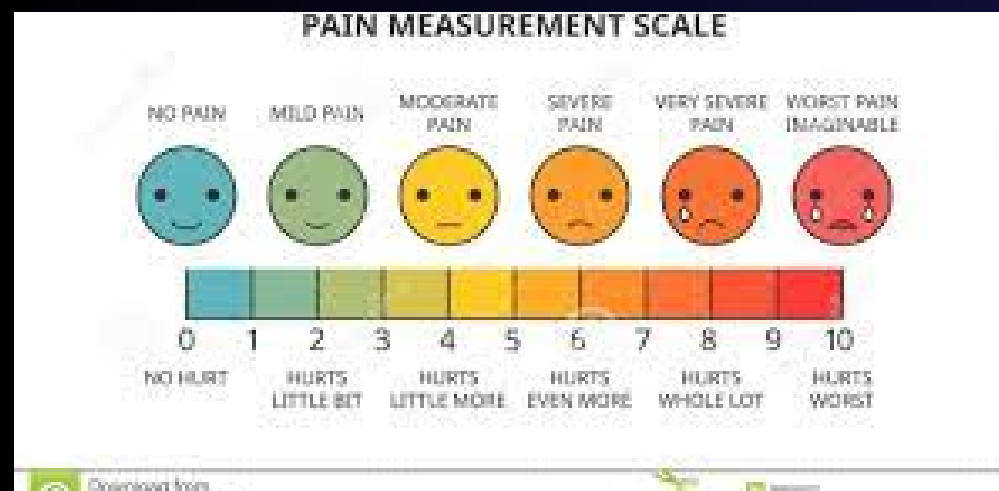
Στον χρόνια πόνο είναι χρήσιμο να λαμβάνονται υπόψη άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στον πόνο και να συμβάλλουν στη μείωση του ορίου του πόνου καθώς και των παραγόντων εκείνων που μπορεί να επηρεαστούν από τον πόνο (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, τρόπος ζωής, λειτουργική ικανότητα, κόπωση, οικογένεια / αντιδράσεις των φροντιστών).



# Αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου σε ευάλωτες ομάδες ανθρώπων θα πρέπει να πραγματοποιείται με ευαισθησία και καινοτομία.

Στις ευάλωτες αυτές ομάδες η κατάλληλη επικοινωνία αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου.



- Κλίμακα λεκτικής περιγραφής: επιλογή χαρακτηρισμού
- Κλίμακα οπτικής αναλογίας: επιλογή αριθμητικής τιμής
- Κλίμακες με προσωπεία: κυρίως για παιδιά



# Νοσηλευτική Αξιολόγηση

Κλινική εικόνα

Ερωτήσεις (εναρξή, εντοπισμός, ανακουφιστικά μέτρα )

# Παρεμβάσεις για τη διαχείριση του πόνου και στρες

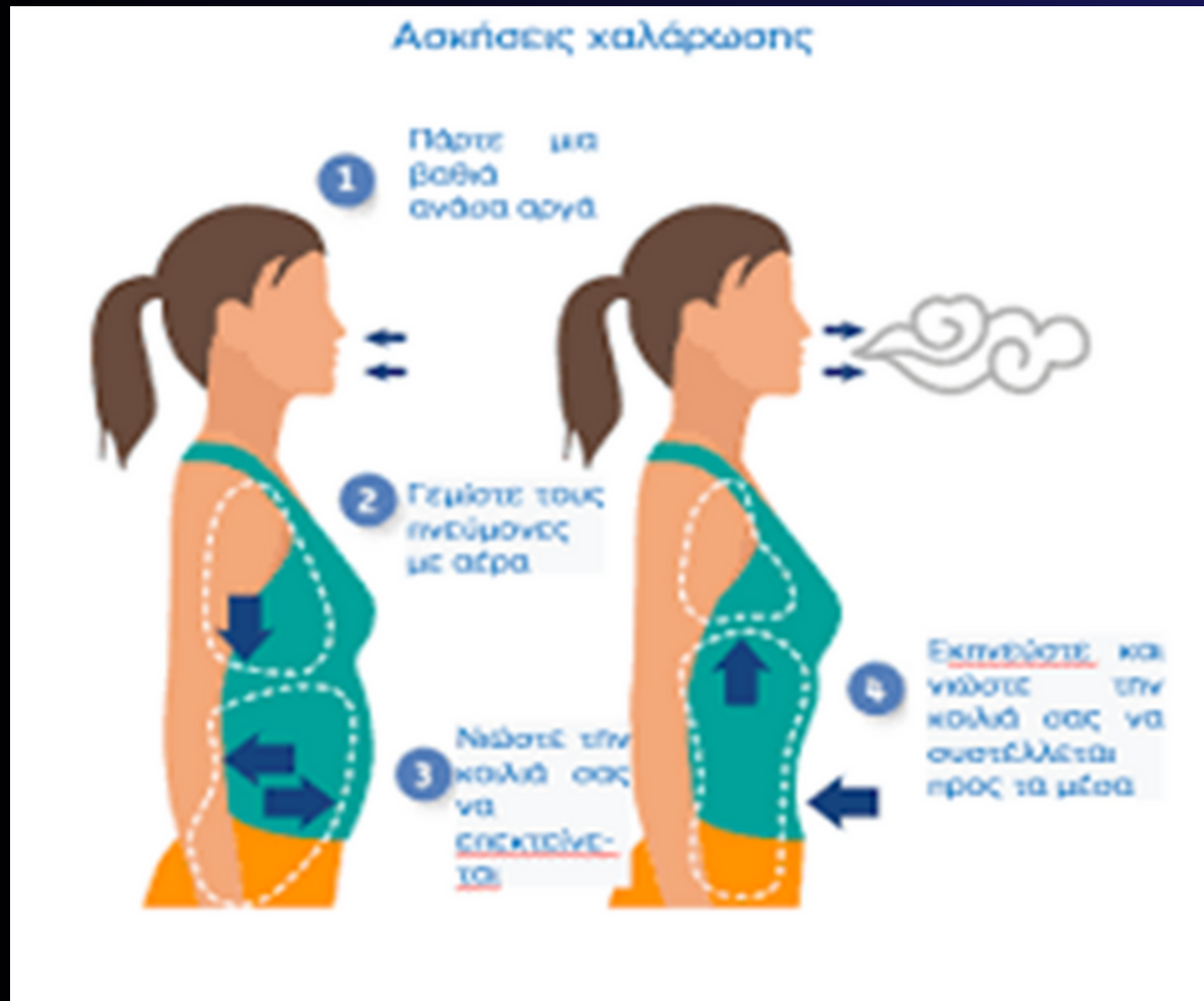
1. Φαρμακολογικές παρεμβάσεις
2. Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις
3. Συνδυασμός φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων

# ΕΙΔΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Τεχνικές διαχείρισης σωματικών αισθητηριακών συμπτωμάτων: α) διαφραγματική αναπνοή, β)προοδευτική μυϊκή χαλάρωση.

Λοιπές τεχνικές: α)θετική σκέψη, β)πυθαγόρειος αυτογνωσία, γ)γνωστική θεραπεία, δ)ενσυνειδητότητα, ε)στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα και την επίλυση των προβλημάτων, στ) διεκδικητική συμπεριφορά.

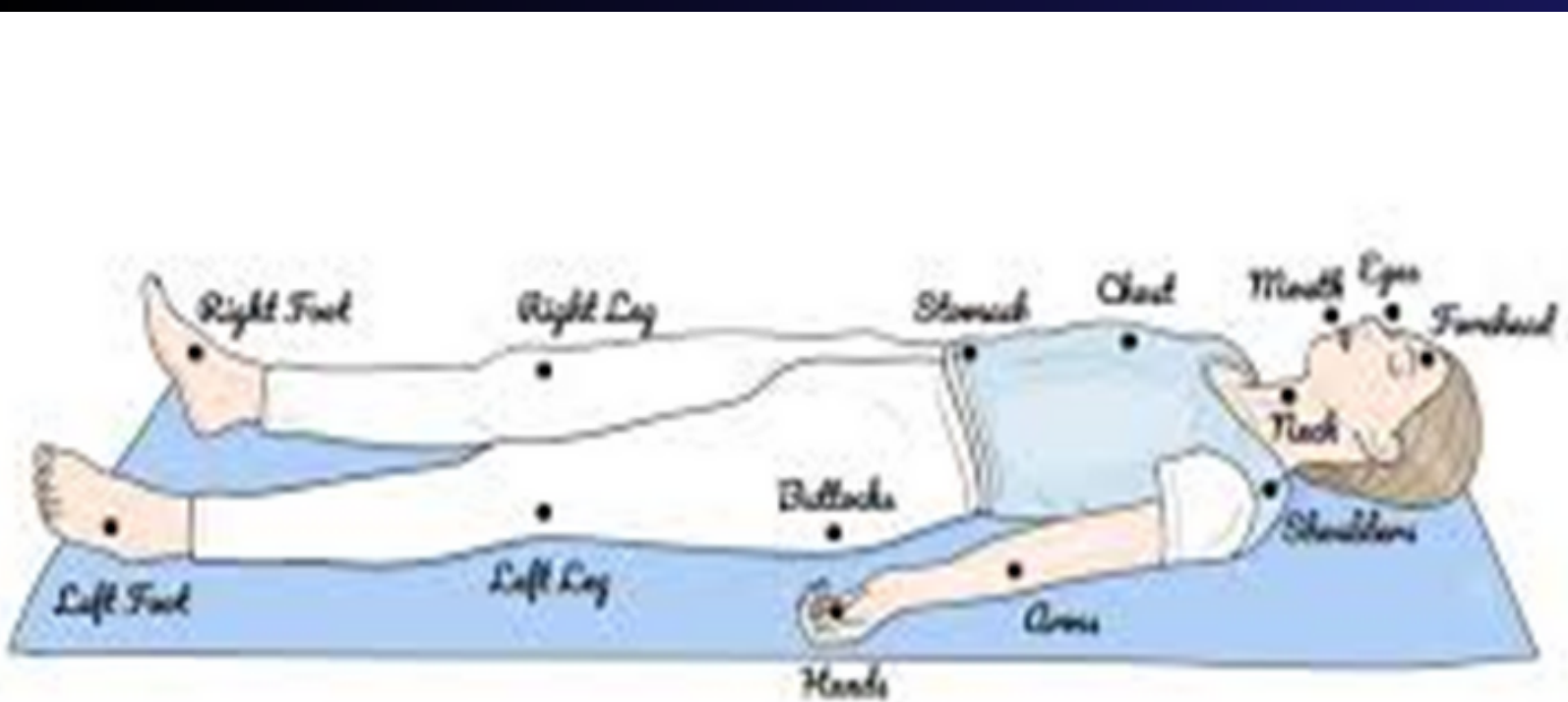
# Διαφραγματική αναπνοή



- Μείωση καρδιακών παλμών και πίεσης
- Μείωση κρίσεων πανικού
- Μείωση της κατάθλιψης
- Αύξηση της αυτοπεποίθησης
- Βελτίωση της αυτοεικόνας
- Ρύθμιση των συναισθημάτων της διάθεσης

# Προοδευτική Νευρομυϊκή Χαλάρωση

Είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται για την επίτευξη βαθιάς χαλάρωσης. Πρωτοεμφανίστηκε το 1930 και από τότε εφαρμόζεται ευρέως σε πολλά πλαίσια (ατομικά, ομάδες, σχολεία, ασθενείς) με ευεργετικά αποτελέσματα. Περιλαμβάνει σφίξιμο και χαλάρωση, διαδοχικά, σε διαφορετικές μυϊκές ομάδες του σώματος. Δεν υπάρχουν περιορισμοί ή απαγορεύσεις στην άσκηση της Προοδευτικής Νευρομυϊκής Χαλάρωσης, εκτός από την περίπτωση που οι μυϊκές ομάδες έχουν τραυματιστεί.



Progressive Muscle Relaxation



# Οφέλη προοδευτική Νευρομυϊκή Χαλάρωση

Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων

Βελτίωση της μνήμης και της συγκέντρωσης

Αύξηση της ανεκτικότητας στον πόνο

Ελάττωση της ανάγκης για λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων

Ελάττωση συγκεκριμένων σωματικών συμπτωμάτων

Αποτροπή της έναρξης άλλων διαταραχών του άγχους

Μείωση της ανάγκης για κάπνισμα κ.ά

- Υπάρχει μια σχέση μεταξύ της προωροτητας και ενός ευρέος φάσματος ανεπιθύμητων εκβάσεων.
- Το ποσοστό επιβίωσης των πολύ πρόωρων βρεφών που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο συνεχίζει να αυξάνεται.
- Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στον εντοπισμό τροποποιήσιμων παραγόντων που προβλέπουν τα αποτελέσματα των ενηλίκων σε παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα αλλά και στην εφαρμογή προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών.

*Thank You*

**[efradelos@uth.gr](mailto:efradelos@uth.gr)**