

Πολιτισμικές Επιδράσεις στην Προσέγγιση του Πόνου: Η Οπτική των Επαγγελματιών Υγείας

Παρασκευή Αποστολάρα,¹ Θεοδούλα Αδαμακίδου,²
Ουρανία Γκοβίνα³

Cultural Influences on Pain: The Health Care Professionals' Aspects

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,
Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, MHSA, PhD,
Επίκουρος Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
³Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,
Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Υποβλήθηκε: 22/04/2020
Επανυποβλήθηκε: 10/02/2021
Εγκρίθηκε: 06/06/2021

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Παρασκευή Αποστολάρα
Μπιζανίου 55, 141 22 Ν. Ηράκλειο
Τηλ: (+30) 6936 800 631
e-mail: vapostolara@uniwa.gr

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά φροντίζουν ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από το δικό τους, καθώς η φυλετική και πολιτισμική ποικιλομορφία αυξάνεται σε όλο τον κόσμο. **Σκοπός:** Η ανάδειξη της πολιτισμικής προσέγγισης του πόνου μέσα από την οπτική των επαγγελματιών υγείας. **Αποτελέσματα:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον πόνο, ανάλογα με την πολιτισμική τους ταυτότητα, ανέδειξε μεγάλες διαφορές στα θέματα αυτά μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων από διάφορες χώρες. Είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας να επιδιώκουν την αυτογνωσία σχετικά με τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους, καθώς αυτές και τα στερεότυπα προς τον πόνο μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη διαχείριση αυτού. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αποδέχονται τις παραδόσεις και τους κανόνες των ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους πιστεύω, ακόμη και αν έρχονται πολλές φορές σε σύγκρουση με το θεραπευτικό πλάνο, ενώ, λαμβάνοντας υπόψη τους τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών, προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών τους με διαφορετική πολιτισμικά καταγωγή. **Συμπεράσματα:** Η υψηλής ποιότητας φροντίδα του πόνου προϋποθέτει ότι κάθε ασθενής είναι ένα σύμπλεγμα πολλαπλών χαρακτηριστικών, με ιδιαίτερο πολιτισμικό υπόβαθρο. Η καλλιέργεια στοιχείων της προσωπικότητας θα επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να απαλλαγούν από στερεοτυπικές αντιλήψεις, να αποδεχθούν τη διαφορετικότητα και να είναι πρόθυμοι να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Η παροχή πολιτισμικά ικανών υπηρεσιών υγείας προεικάζει την επαρκή ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ώστε να αναγνωρίζεται η σημασία που αποδίδει κάθε ασθενής σε πολιτισμικά ζητήματα.

Λέξεις-ευρητήριο: Πολιτισμός, πόνος, επαγγελματίες υγείας, αξιολόγηση του πόνου, πολιτισμική διαφορετικότητα.

Εισαγωγή

Ο πληθυσμός των δυτικών χωρών συνεχώς αυξάνεται και αναμιγνύεται με άλλους πολιτισμούς, ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, κατά την απογραφή του 2011, το σύνολο των ατόμων που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα χωρίς ελληνική υπηκοότητα ανέρχονταν σε αριθμό άνω του ενός εκατομμυρίου.¹ Στις μέρες μας, λόγω της γενικευμένης ανθρωπιστικής κρίσης, ο αριθμός τους είναι πολύ μεγαλύτερος. Η μεγάλη ροή του μεταναστευτικού και προσφυγικού πληθυσμού ιδιαίτερα από χώρες της Μέσης Ανατολής στη χώρα μας, αλλά και στην ευρύτερη περιοχή για την αντιμετώπιση γεγονότων που απαιτούν ανθρωπιστική φροντίδα δημιουργεί την ανάγκη αυξημένης πολιτισμικής ικανότητας από τους επαγγελματίες υγείας.²

Ο πόνος, ως παγκόσμια εμπειρία της ανθρώπινης ύπαρξης, συναντάται σε άτομα κάθε ηλικίας, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και πολιτισμικής προέλευσης.³ Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) το 1986 όρισε⁴ τον πόνο ως: «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού». Η αιτιολογία του δεν είναι απολύτως οργανική ή βιολογική, αλλά πολυδιάστατη και η αντίληψή του ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο έχει άλλη σημασία στις διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες.⁵ Ο πολιτισμός επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στην ασθένεια με διάφορους τρόπους, όπως ο τρόπος που εκφράζεται και νοσηματοδοτείται,⁶ τι θεωρείται «φυσιολογικό» και «μη φυσιολογικό», ποια είναι η αιτία της ασθένειας, τη λήψη αποφάσεων σε ζητήματα υγείας, καθώς και τον τρόπο αναζήτησης βοήθειας από το σύστημα υγείας.⁷

Οι πρώτες διαπιστώσεις σχετικά με την επίδραση του πολιτισμικού υποβάθρου στην απόκριση του πόνου έγιναν πριν 50–60 χρόνια από τον Zborowski⁸ το 1952 και τον Zola⁹ το 1966. Από τότε έχει κυριαρχήσει η άποψη ότι ο πόνος πρέπει να αποτελεί σημαντική παράμετρο της φροντίδας και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα διαφορετικού πολιτισμικού περιβάλλοντος προς αποφυγή υποεκτίμησής του.¹⁰ Κοινωνικοί, πολιτισμικοί και ψυχολογικοί παράγοντες θα καθορίσουν κατά πόσο ο πόνος θα εκδηλωθεί ως «ιδιωτική» συμπεριφορά, τη μορφή αυτής της συμπεριφοράς, το κοινωνικό περιβάλλον που θα συμβεί και την αντίδραση των άλλων στη συγκεκριμένη εμπειρία του ατόμου.¹¹

Με την αύξηση του μεταναστευτικού ζητήματος παγκοσμίως, οι νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής

ομάδας υγείας καλούνται να αναγνωρίζουν και να σέβονται τις επιδράσεις του πολιτισμού στις πεποιθήσεις και τις στάσεις των ασθενών απέναντι στον πόνο.¹²

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να αναδείξει την πολιτισμική προσέγγιση του πόνου μέσα από την οπτική των επαγγελματιών υγείας και πώς αυτοί αξιολογούν και διαχειρίζονται άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής.

Αποτελέσματα

Η πολιτισμική διαχείριση του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ πιθανό να φροντίσουν ασθενείς με διαφορετικό υπόβαθρο από το δικό τους, καθώς η φυλετική και πολιτισμική ποικιλότητα αυξάνεται σε όλο τον κόσμο.¹³ Οι πολιτισμικές διαφορές είναι ευρύτερες από τις φυλετικές και τις βιολογικές και περιλαμβάνουν αξίες, πεποιθήσεις και ερμηνείες των φαινομένων. Αν η προσωπική κουλτούρα και οι πολιτισμικές επιδράσεις του περιβάλλοντός του δεν ληφθούν υπόψη, η παροχή φροντίδας μπορεί να είναι αναποτελεσματική.¹⁴

Εκτός από το πολιτισμικό υπόβαθρο ασθενών και οικογενειών, οι επαγγελματίες υγείας ομοίως μεταφέρουν ένα διακριτό πολιτισμικό υπόβαθρο που πηγάζει κυρίως από τις επικρατούσες τάσεις στη δυτικού τύπου εκπαίδευση (βιοϊατρική).¹³ Επομένως, φέρουν τις δικές τους πολιτισμικά επηρεασμένες στάσεις και εμπειρίες για τον πόνο. Αυτές οι γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας ενδεχομένως να μεσολαβούν στην εκδήλωση της εμπειρίας του πόνου του ασθενούς.¹⁰

Είναι ζωτικής σημασίας για τον επαγγελματία υγείας να προβεί στην αυτογνωσία για τις αξίες και τις πεποιθήσεις του.¹² Οι προσωπικές προκαταλήψεις μπορούν να επηρεάσουν τις αντιδράσεις και η αυτογνωσία είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς άλλης κουλτούρας.¹³ Η αυτογνωσία μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή του εθνοκεντρισμού και στην αναγνώριση ότι οι προσωπικές προκαταλήψεις μπορούν να επηρεάσουν τις αποκρίσεις στην αντιμετώπιση του πόνου.⁷ Όσο περισσότερα είναι γνωστά για τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου πληθυσμού, τόσο πιο αποτελεσματικές θα είναι οι παρεμβάσεις για τον πόνο. Σε κάθε προσέγγιση ασθενούς, ο πρώτος κανόνας είναι η αποφυγή πολιτισμικών στερεοτύπων και η ανοιχτή, αυθεντική και ευαίσθητη φροντίδα.¹⁰

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αποδέχονται τις παραδόσεις και τους κανόνες των ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους πιστεύω, ακόμη και αν έρχονται πολλές φορές σε σύγκρουση με το θεραπευτικό πλάνο, ενώ, λαμβάνοντας υπόψη τους τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών, προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίηση των διαφορετικών πολιτισμικά ασθενών τους.¹⁵

Η έρευνα για τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον πόνο, ανάλογα με την πολιτισμική τους ταυτότητα, διαπίστωσε μεγάλες διαφορές στα θέματα αυτά μεταξύ επαγγελματιών υγείας από διάφορες χώρες.

Η υψηλής ποιότητας φροντίδα του πόνου προϋποθέτει ότι κάθε ασθενής είναι ένα σύμπλεγμα πολλαπλών χαρακτηριστικών, με ιδιαίτερο πολιτισμικό υπόβαθρο. Σύμφωνα με ανασκόπηση, πολλοί επαγγελματίες υγείας πιθανώς να μην αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά τον πόνο ενός ασθενούς, γιατί η κρίση τους θα επηρεαστεί από την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα ενός ατόμου.⁶

Αρχικά, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τους βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία του πόνου. Υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές στον μεταβολισμό των φαρμάκων, τη δοσολογία, τις θεραπευτικές αποκρίσεις και τις παρενέργειες.¹⁶ Ο επαγγελματίας μπορεί επίσης να αντιδράσει υποθέτοντας ότι όλα τα άτομα από μια συγκεκριμένη κουλτούρα ή εθνοτική ομάδα θα έχουν την ίδια απόκριση στο ίδιο φάρμακο ή θα αντιδράσουν με τον ίδιο τρόπο.¹³ Είναι επίσης σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι οι διαφορές αυτές είναι δυνατές εντός των ίδιων των πολιτισμικών ομάδων και συνεπώς η υπόθεση ότι όλοι οι άνθρωποι της ίδιας πολιτισμικής ομάδας θα ανταποκριθούν με τον ίδιο τρόπο θα πρέπει να αποφευχθεί.⁷

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά έχουν διαφορετική εντύπωση για την ένταση του πόνου από τους ασθενείς.⁴ Σε αρκετές μελέτες παρατηρείται ότι η βαθμολογία εκτίμησης του πόνου από νοσηλευτές είναι μικρότερη από αυτή των ασθενών.¹⁰ Σε μελέτη η οποία συνέκρινε Άγγλους και Ασιάτες νοσηλευτές ως προς τη διαχείριση του πόνου βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο πολιτισμών, με τους πρώτους να θεωρούν ότι ο ασθενής καθορίζει τα επίπεδα του πόνου του και τους δεύτερους ότι οι ίδιοι είναι πιο εξειδικευμένοι και έμπειροι στον καθορισμό και τη φύση του πόνου, με αποτέλεσμα να μη δέχονται την αναφορά του ασθενούς.¹⁷

Επίσης, οι γνώσεις για τον πόνο έδειξαν να επηρεάζονται από τον τόπο γέννησης και οι πεποιθήσεις και εμπειρίες των νοσηλευτών μη δυτικών χωρών έδειξαν να επιδρούν στις πρακτικές διαχείρισης του πόνου σε «δυτικοποιημένα» περιβάλλοντα.¹⁸ Σύγχρονα δεδομένα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να επικοινωνούν καλύτερα με ασθενείς ίδιου πολιτισμικού υποβάθρου.¹⁹

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκουν ιδιαίτερα δύσκολο να φροντίζουν ασθενείς διαφορετικών πολιτισμών, καθώς η διαφορετική γλώσσα δημιουργεί προβλήματα επικοινωνίας. Έλλειψη κατανόησης ή παρερμηνεία των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία.²⁰ Έχει διαπιστωθεί ότι όταν οι νοσηλευτές μιλούν την ίδια γλώσσα με τους ασθενείς δίνουν σε μεγάλο βαθμό παρόμοιες αξιολογήσεις πόνου.¹⁰ Η γλώσσα ως μέσο εμπειρίας και έκφρασης του πόνου μπορεί να υπερεκτιμάται έναντι της σιωπής, θεωρώντας ότι αυτή δηλώνει απουσία πόνου.²¹

Δεδομένου ότι δεν είναι πάντοτε δυνατή η ύπαρξη επαγγελματιών υγείας που να μιλούν την ίδια γλώσσα, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο επικοινωνίας, πρέπει να παρεμβαίνει διαμεσολαβητής, ο οποίος μεταφέρει το νόημα των λέξεων του ασθενούς και όχι μόνο τις λέξεις. Σε έλλειψή του, η χρήση διερμηνέων θα μειώσει τα λάθη επικοινωνίας, θα βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα και θα αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών.^{20,22} Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχουν έντυπα στη γλώσσα του ασθενούς και να χρησιμοποιείται διερμηνέας ή ένα πολύγλωσσο μέλος του προσωπικού, εάν ο νοσηλευτής δεν μπορεί να κατανοήσει πλήρως τον ασθενή.¹³ Η χρήση διερμηνέα δεν είναι ιδεώδης, επειδή ο νοσηλευτής δεν μπορεί να είναι σίγουρος για τα λεγόμενα του ασθενούς, ενώ και τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μην είναι πάντα διαθέσιμα ώστε να προσφέρουν υπηρεσίες διερμηνείας, αλλά μπορεί και να μην αντιλαμβάνονται πλήρως τα λεγόμενα του νοσηλευτή.²⁰

Πολλές αρνητικές στάσεις, αλλά και πολιτισμικές και θρησκευτικές προκαταλήψεις αποτελούν φραγμό για την αντιμετώπιση του πόνου, συντηρώντας πρακτικές αναποτελεσματικής διαχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας.¹²

Για παράδειγμα, οι πεποιθήσεις σχετικά με τα ναρκωτικά σκευάσματα για την ανακούφιση του πόνου φάνηκε να επηρεάζουν τη χρήση τους ή την αποδοχή τους από τους νοσηλευτές.²³ Ένας επαγγελματίας υγείας που ανησυχεί για την εξάρτηση από τα φάρμακα μπορεί να διστάζει να χορηγήσει ναρκωτικά. Κάποιοι που φοβάται την αναπνευστική δυσχέρεια μπορεί να διστάσει να χορηγήσει

σε έναν ασθενή τελικού σταδίου αρκετά παυσίπονα για την εξασφάλιση άνεσης, ωθώντας τον ασθενή στο να υπομείνει περιττό πόνο.¹³ Απροθυμία νοσηλευτών και ασθενών στη χρήση ναρκωτικών σκευασμάτων για την ανακούφιση του πόνου λόγω ανησυχίας εξάρτησης τεκμηριώνεται και σε ασιατικούς (Φιλιππίνες και Ιαπωνία), αλλά και σε ισπανόφωνους πολιτισμούς. Επιπλέον, αυτή η απροθυμία επιδεινώνεται από την πεποίθηση ότι το «υποφέρειν» είναι ένα μέσο για μεγαλύτερη ανταμοιβή στη μετά θάνατον ζωή, όπως εκφράζεται από τους Φιλιππινέζους και Σαουδάραβες επαγγελματίες υγείας.²³

Σε πρόσφατη μελέτη, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τον πόνο, την αξιολόγηση και τη θεραπεία γενικά, καθώς και τη διαχείρισή του σε διαφορετικές πολιτισμικά δημογραφικές ομάδες ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας εκτιμούσαν ότι ο πόνος ήταν υψηλότερος, με μεγαλύτερες πιθανότητες να θεραπεύσουν τους άνδρες αφροαμερικανής καταγωγής με οποιοδήποτε από ό,τι τις γυναίκες καυκάσιας καταγωγής.²⁴

Μερικοί νοσηλευτές και ιατροί διακατέχονται επίσης από ισχυρές πολιτισμικές ή θρησκευτικές προκαταλήψεις που επηρεάζουν την αντιμετώπιση του πόνου. Εάν αυτοί πιστεύουν ότι ο πόνος είναι μέρος της ζωής και πρέπει να υπομένεται, μια λιγότερο επιθετική προσέγγιση στη διαχείρισή του μπορεί να υιοθετηθεί σε σχέση με άλλους που πιστεύουν ότι ο πόνος πρέπει να αντιμετωπιστεί. Μερικοί επαγγελματίες μπορεί να πιστεύουν ότι ο πόνος είναι μέρος της εμπειρίας γέννησης και για αυτό δεν απαιτείται μεγάλη παρέμβαση.¹³

Για παράδειγμα, οι κλινικοί ιατροί που πιστεύουν ότι «το υποφέρειν» είναι σημαντικό κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης δεν θα συνταγογραφούσαν ναρκωτικά, ακόμα και σε ασθενείς με καρκίνο, παρά μόνο αν ο πόνος ήταν ανυπόφορος. Διάφοροι πολιτισμοί βλέπουν το «υποφέρειν» ως ευγένεια και θαυμάζουν αυτούς που υποφέρουν στη σιωπή.¹⁰ Άλλοι πάλι ασθενείς και οι οικογένειές τους πιστεύουν ότι η χρήση οπιοειδών φαρμάκων για τον πόνο είναι ισοδύναμο της ευθανασίας.²²

Ο πόνος είναι γενικά ένα σύμπτωμα που συνδέεται με την ασθένεια ή την κατάσταση γενικότερα, και ενδεχομένως να μη λαμβάνει την άμεση προσοχή σε ένα μοντέλο φροντίδας υγείας προσανατολισμένο στη θεραπεία. Επιπλέον, υπάρχει η πεποίθηση ότι οι ασθενείς πρέπει να διατηρήσουν κάποιο βαθμού συνείδηση καθώς ο θάνατος πλησιάζει. Η άποψη ότι ο θάνατος είναι «ποινή» που πρέπει κάποιος να υπομείνει υποστηρίζει την αντιμετώπισή

του σε μια συνειδητή κατάσταση.¹⁰ Χαρακτηριστική είναι η άποψη του χριστιανισμού, σύμφωνα με την οποία ο πόνος είναι μια ψυχική δύναμη που ο Θεός έδωσε στον άνθρωπο, ώστε από επώδυνο αίσθημα να μετουσιώνεται σε δημιουργικότητα, χαρά, αγάπη, προσευχή και ενδυνάμωση κατά την πορεία προς τον θάνατο.²⁵

Όμως η άποψη αυτή για την πορεία προς τον θάνατο μπορεί να επιφέρει φαρμακευτική υποθεραπεία του πόνου σε μια στιγμή που η αγωγή με παυσίπονα είναι αναγκαία. Όλα αυτά πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας και να καθορίζουν τον βαθμό που οι νοσηλευτές και οι ασθενείς/οικογένειες θα συνεργαστούν για τη διαχείριση του πόνου.⁵

Οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα στερεότυπα των επαγγελματιών υγείας προς τον πόνο μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη διαχείρισή του.¹² Σε κάποιους πολιτισμούς υπάρχουν επαγγελματίες υγείας που αποδίδουν τον πόνο σε μη ιατρικά αίτια, όπως το κακό μάτι, η θείκη παρέμβαση και άλλες υπερφυσικές αιτίες. Επομένως, η προσωπική και πολιτισμική θεώρηση των επαγγελματιών υγείας συνυπάρχει με ιατρικές ερμηνείες για την υγεία.¹⁸ Η χρήση των παραδοσιακών και θρησκευτικών θεραπευτικών μεθόδων για τη θεραπεία δείχνει ότι οι πολιτισμικές αξίες θα συνεχίσουν να υπάρχουν κατά την εμπειρία του πόνου. Η παραδοσιακή και πνευματική θεραπεία είναι αποδεκτή σε χώρες όπως η Σαουδική Αραβία, οι Φιλιππίνες και σε διάφορους Αφρικανικούς πολιτισμούς.²⁶ Στο δυτικό βιοϊατρικό μοντέλο, τα φάρμακα αποτελούν την πρώτη επιλογή, ενώ οι ανατολικοί πολιτισμοί επιλέγουν τα βότανα, το θεραπευτικό άγγιγμα, τη yoga, τη ρεφλεξολογία. Οι παραδοσιακοί θεραπευτές και η θεραπεία του πόνου με βότανα εφαρμόζεται κυρίως στις Φιλιππίνες, στην Ασία, στη Σαουδική Αραβία, ενώ οι θρησκευτικοί θεραπευτές είναι δημοφιλείς στις Φιλιππίνες, στην ασιατική και την ιρλανδική κουλτούρα.²⁷ Πνευματικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του πόνου είναι υπαρκτές, όπως ο ρόλος των προγόνων ή της επούλωσης μέσω θρησκευτικών τελετουργιών.²⁸ Στην αφρικανική κουλτούρα, ωστόσο, φαίνεται ότι ο ρόλος των φυτικών ή παραδοσιακών θεραπειών είναι περιορισμένος, εξαιτίας της πεποίθησης ότι ο πόνος είναι ιδιωτική υπόθεση και δεν πρέπει να εκφράζεται σε άλλους ή να επιζητείται θεραπεία.¹⁸

Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, οι νοσηλευτές να αναγνωρίζουν ότι συμπεριφορές μη συμμόρφωσης με την αναλγητική αγωγή, ενδεχομένως να οφείλονται στο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου και όχι στην έλλειψη επιθυμίας συνεργασίας και συμμόρφωσης.²⁷

Η πολιτισμική αξιολόγηση του πόνου

Οι πολιτισμικά ευαίσθητες προσεγγίσεις είναι αναγκαίες για την αξιολόγηση του πόνου, ώστε να εκμαιεύονται πληροφορίες, τόσο για τις πεποιθήσεις των ασθενών, όσο και για τις πεποιθήσεις των οικογενειών.²⁹ Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργαστούν στενά με τον ασθενή και την οικογένεια προκειμένου να λάβουν λεπτομερείς πληροφορίες για τον πόνο, ώστε να παράσχουν πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα.¹³

Πυρήνας κάθε διαπροσωπικής σχέσης είναι η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους.³⁰ Οι Dunham et al³¹ σύγκριναν πολιτισμούς του Ισραήλ και της Αμερικής και διαπίστωσαν ότι οι επιρροές του τρόπου επικοινωνίας ήταν προφανείς κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία ασθενών με καρκινικό πόνο. Για την περιγραφή του πόνου χρησιμοποιούνταν λεκτικά και μη λεκτικά σημεία και συμπτώματα.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η εκτίμηση του πόνου γίνεται με ένα «ναι» ή ένα «όχι», παρόλο που οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι πληροφορημένοι για τη δυσκολία της εκτίμησης του πόνου.¹³ Η μη λεκτική επικοινωνία διαφέρει μεταξύ των πολιτισμών. Κάποια άτομα μπορεί να αισθάνονται ότι τα μη λεκτικά σημεία ή οι εκφράσεις όπως η ανησυχία ή ο στεναγμός αρκούν για να περιγράψουν τον πόνο που βιώνεται και δεν χρειάζονται λεκτικές εκφράσεις. Η ευαισθητοποίηση σε μη λεκτικά σήματα που μπορεί να φανερώνουν πόνο ή/και οδύνη είναι αναγκαία, καθώς και η ενθάρρυνση για ειλικρίνεια. Κατά την εκτίμηση των ασθενών με πόνο διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, διαπιστώθηκε ότι οι Αμερικανοί μεξικανικής καταγωγής ήταν πιθανό να μην εκφράσουν λεκτικά τον πόνο.³² Ομοίως, στη Σομαλία, ο πόνος συχνά εκφράζεται κατά την ηρεμία ή με τη γλώσσα του σώματος. Η έκφραση του πόνου μέσα από το κλάμα ή τη γκρίνια θεωρείται αδυναμία.³³

Η επαγγελματική σχέση φροντίδας συνεπάγεται αλληλεπίδραση πρόσωπο με πρόσωπο και απαιτούνται επικοινωνιακές δεξιότητες. Στη νοσηλευτική, οι απαιτούμενες δεξιότητες είναι ως επί το πλείστον μη λεκτικές. Αυτές οι μη λεκτικές συμπεριφορές μεταφέρουν το μήνυμα στον ασθενή ότι ο επαγγελματίας υγείας επιβεβαιώνει τα λεγόμενά του. Η ακοή είναι επίσης ένας τρόπος μη λεκτικής επικοινωνίας που ενθαρρύνει τους ασθενείς να εμπλακούν περισσότερο στη διαδικασία της φροντίδας τους, εκφράζοντας τα συναισθήματα και τις ιδέες τους.^{21,30} Στους ασθενείς με καρκίνο, το «υποφέρουν» συχνά υπερκαλύπτει την εμπειρία του πόνου, οπότε θα πρέπει εκτός

από τα επίπεδα του πόνου να αξιολογούνται και τα επίπεδα του «υποφέρουν».^{12,13}

Διάφοροι οργανισμοί για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου δέχονται ότι η μόνη πλέον αξιόπιστη ένδειξη για την ύπαρξη και την ένταση του πόνου με την πιθανή συνοδό καταπόνηση είναι οι αυτοαναφορές του αρρώστου.³⁴ Η IASP υποστήριξε ότι ο πόνος πρέπει να αξιολογείται από τους επαγγελματίες υγείας σαν το πέμπτο ζωτικό σημείο, ώστε να καταστεί ένα ορατό πρόβλημα. Από τη δεκαετία του '70 οι ερευνητές εστίασαν στην υποκειμενική αντίληψη του πόνου με τη χρήση κλιμάκων.⁴ Η Αμερικανική Εταιρεία για τον Πόνο συνέστησε να αναπτυχθούν και εκτιμηθούν εργαλεία αξιολόγησης του πόνου που να αντανακλούν πολιτισμικές, εθνικές και γλωσσικές πολυμορφίες.³⁵

Οι ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες όπως η «Οπτική Αναλογική Κλίμακα», η «Κλίμακα Λεκτικής Αναφοράς» ή η «Αριθμητική Κλίμακα» αποτέλεσαν ένα είδος λογαριθμικού κανόνα, στον οποίο σημειώνεται η ένταση του πόνου, διαβάζοντας έναν αριθμό από το 1 έως το 100 ή από το 1 έως το 10.³⁶ Στους Κινέζους ασθενείς, οι κάθετες γραμμές των κλιμάκων διαβάθμισης είναι πιο κατανοητές σε σχέση με τις οριζόντιες, επειδή οι Κινέζοι παραδοσιακά διαβάζουν κατακόρυφα και από δεξιά προς τα αριστερά, οπότε η κατακόρυφη κλίμακα είναι πιθανό να είναι ακριβέστερη.^{19,37}

Για την πολυδιάστατη εκτίμηση του πόνου έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες κλίμακες αξιολόγησης με βάση την περιγραφή του πόνου και τις συναισθηματικές του επιδράσεις. Οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου με τα πρόσωπα χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο στα παιδιά έως τριών ετών και έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες.¹³ Όταν υπάρχουν κλίμακες για κάθε γλώσσα, οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή με την οποία αισθάνονται πιο άνετα. Για παράδειγμα, μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα, το Brief Pain Inventory έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και στην ελληνική, με υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας.³⁸

Ωστόσο, τα βασικά εργαλεία αξιολόγησης του πόνου μπορεί να μην είναι επαρκή για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Η γλώσσα, ο πολιτισμός, η θρησκεία, οι πεποιθήσεις και ηθικές αξίες, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οι στάσεις απέναντι στην έκφραση του πόνου, καθώς και η ένταση και χρονιότητα έχουν επίπτωση στην εγκυρότητα και αξιοπιστία των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση. Ωστόσο, διάφορες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν κλίμακες κατάλληλες για χρήση σε πολυπολιτισμικούς πληθυσμούς.³⁹

Οι Brady et al το 2017 στη μελέτη⁴⁰ τους επισήμαναν την πολυδιάστατη προσέγγιση την εμπειρίας του πόνου σε ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή (εικόνα 1). Οι διαστάσεις ταξινομήθηκαν ως «παράγοντες εισόδου» για το πώς ο πόνος δημιουργήθηκε γνωστικά και «παράγοντες εξόδου» που αντιπροσωπεύουν τη βιωμένη εμπειρία του πόνου. Τρία ζητήματα συμβάλλουν στο επεξηγηματικό μοντέλο του πόνου, η εθνοπολιτισμική ταυτότητα (φύλο, θρησκεία, οικογένεια) η κατάσταση των μεταναστών (οικονομική, κοινωνική και επίπεδο υγείας) καθώς και η εμπειρία του χρόνιου πόνου (πνευματική και γνωστική αντιμετώπιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης), τα οποία είναι αλληλένδετα.

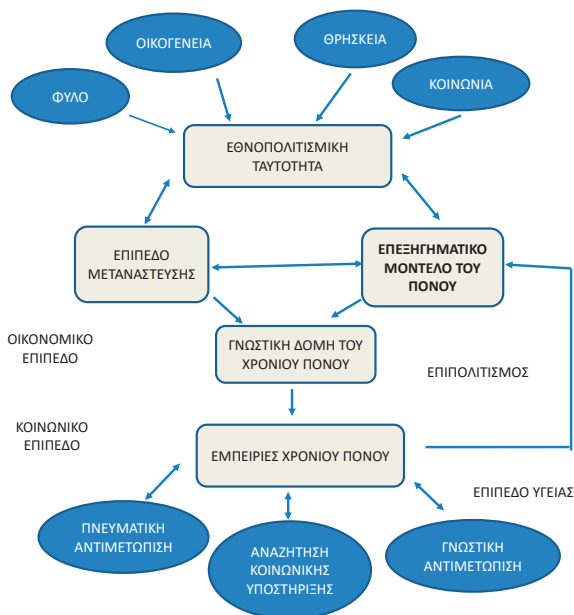
Σε πρόσφατη μελέτη που έγινε σχετικά με τη μέτρηση του πόνου στους ηλικιωμένους Αφροαμερικανούς φάνηκε ότι τα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου, όπως για παράδειγμα η Οπτική Αναλογική Κλίμακα, στερούνται πολιτισμικής ευαισθησίας σε σχέση με την κουλτούρα και τη γλώσσα όταν χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένους Αφροαμερικανούς ασθενείς. Ωστόσο, οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου με τα πρόσωπα είναι πιο κατάλληλες για αυτούς, καθώς πολλοί βρίσκουν ευκολότερο να συσχετίζουν τις εμπειρίες του πόνου με τις εκφράσεις του προσώπου και όχι με τους

αριθμούς και τα λόγια. Αλλά και το Brief Pain Inventory (BPI) είναι κατάλληλο στη χρήση του μεταξύ των ηλικιωμένων Αφροαμερικανών, καθώς μιλούν λιγότερο για την επίδραση του πόνου στις διάφορες λειτουργίες όταν χρησιμοποιούνται ανοιχτές ερωτήσεις. Είναι, επομένως, πολύ σημαντικό για τους κλινικούς να βοηθήσουν τους ασθενείς ειδικών ομάδων να περιγράψουν τον πόνο τους, διασαφηνίζοντάς τον με ακριβέστερες και ρεαλιστικότερες περιγραφές.⁴¹

Η Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης⁴² (NRS) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης που αποτιμά τον πόνο στην κλίμακα 0–10. Σε μελέτη που έγινε σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου ιθαγενών από την Αυστραλία με τη χρήση αριθμητικής κλίμακας υπήρξαν δυσκολίες. Σύμφωνα με τις πολιτισμικές τους πεποιθήσεις, οι συγκεκριμένοι ασθενείς δίνουν μεγάλη σημασία στην αυθεντία των νοσηλευτών και συνήθως φοβούνται να διαφωνήσουν μαζί τους, καθώς μερικές φορές το θεωρούν ντροπή. Στη γλώσσα τους, οι αριθμοί σπάνια χρησιμοποιούνται ή η έννοιά τους δεν είναι συγκεκριμένη, καθότι η χρήση τους δεν είναι απολύτως ακριβής, ενώ κάποιοι από αυτούς ίσως δεν έχουν την εννοιολογική προσέγγιση των αριθμών που είναι πάνω από 5. Η μελέτη προτείνει την Κλίμακα Λεκτικής Αναφοράς ή αριθμητικά εργαλεία αξιολόγησης πόνου διακύμανσης από 1–5 και επαγγελματίες φροντιστές που να προέρχονται από το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο.⁴³

Οι Kim & Buschmann, προσαρμόσαν την κλίμακα αξιολόγησης του πόνου με πρόσωπα (FPS) για τη χρήση της σε ηλικιωμένους διαφόρων πολιτισμών, τροποποιώντας τις εκφράσεις του προσώπου. Οι ερευνητές τονίζουν ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χρήση τους, γιατί οι πολιτισμικές προσαρμογές που βασίζονται σε βιολογικές παραλλαγές, όπως η σκίαση των προσώπων ή η μεταβολή του σχήματος των ματιών, μπορεί να αποτελέσουν στερεότυπο για τους ασθενείς και κατά συνέπεια εσφαλμένη αναγνώριση της ετερογένειας μιας κουλτούρας από τους επαγγελματίες υγείας.⁴⁴

Ωστόσο, μιας και δεν υπάρχει ένα «έτοιμο» εργαλείο αξιολόγησης του πόνου για ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, γεγονός βεβαίως που θα αποτελούσε στερεότυπο, μπορεί να χρειαστεί περισσότερο από ένα εργαλείο για την πλήρη εκτίμηση του πόνου του ασθενούς. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προετοιμαστεί μια ευρεία επιλογή εργαλείων αξιολόγησης του πόνου για την πλήρη αξιολόγηση των ασθενών που θα περιλαμβάνουν και πολυδιάστατες κλίμακες, καθώς αυτές συμβάλλουν στην ολιστική αξιολόγηση πολλών πτυχών του πόνου,¹⁹ συμπεριλαμβανόμενης και της πολιτισμικής.



Εικόνα 1. Πολυδιάστατη εμπειρία χρόνιου πόνου για ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Προσαρμοσμένο από: Brady B, Veljanova I, Chipchase L. An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities. *Rheumatology advances in practice* 2017, 1(1), rlx002. <https://doi.org/10.1093/rap/rlx002>.

Συμπεράσματα

Η πολιτισμικά ευαίσθητη και ικανή αξιολόγηση του πόνου θα πρέπει να είναι μέρος του πλάνου φροντίδας. Η επικοινωνία με τον ασθενή στα πλαίσια του πλάνου φροντίδας για την αντιμετώπιση του πόνου αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και επηρεάζει θετικά την ποιότητα της σχέσης ασθενούς-επαγγελματία υγείας.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, όπως το σύστημα περίθαλψης, τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να σχεδιαστούν πολιτισμικά ευαίσθητες στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου. Η ολιστική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές παραμέτρους του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου προϋποθέτει την εκτίμησή του στα οικογενειακά και πολιτισμικά πλαίσια, μέσα από τις εμπειρίες του παρελθόντος και το νόημα που προσδίδεται στην εμπειρία

του.¹² Εκτός των συμβατικών και αποδεδειγμένων από την έρευνα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του πόνου, οι παραδοσιακές μέθοδοι έχουν επίσης εξέχουσα θέση στους περισσότερους πολιτισμούς.

Η διαδικασία αύξησης της πολιτισμικής ικανότητας συνεπάγεται ολιστική προσέγγιση κατά την παροχή φροντίδας. Η παροχή πολιτισμικά ικανών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας την επαρκή ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ώστε να αναγνωρίζεται η σημασία που αποδίδει κάθε ασθενής σε πολιτισμικά ζητήματα, κυρίως όταν αυτά έρχονται σε σύγκρουση με τις επαγγελματικές αξίες. Εξεχούσης σημασίας είναι η αναγκαιότητα καλλιέργειας των στοιχείων της προσωπικότητας που θα επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να απαλλαγούν από στερεοτυπικές αντιλήψεις, να αποδεχθούν τη διαφορετικότητα και να είναι πρόθυμοι να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα.⁴⁵

ABSTRACT

Cultural Influences on Pain: The Health Care Professionals' Aspects

Paraskevi Apostolara,¹ Theodoula Adamakidou,² Ourania Govina³

¹RN, MSc, PhD, Lecturer, Nursing Department, University of West Attica,

²RN, MSc, MHSA, PhD, Assistant Professor, Nursing Department, University of West Attica,

³RN, MSc, PhD, Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece

Introduction: Everyday health care professionals care for patients with different cultural backgrounds, as racial and cultural diversity increases all over the world. **Aim.** The aim of the present review was to reveal the cultural approach of the pain through the health care professionals' aspects. **Results.** The literature review of healthcare professionals' attitudes and views towards pain, depending on their cultural identity, highlighted major differences on these issues between health care professionals and individuals from different countries. It is vital for healthcare professionals to seek self-awareness about their values and beliefs, as these and stereotypes about pain can significantly affect its management. Health professionals need to accept the norms and traditions of their patients, regardless of their personal beliefs, even if these conflict with the therapeutic plan. While professionals consider thoroughly the patients' different cultural needs, they must adapt nursing care in order to achieve the satisfaction of patients with different cultural backgrounds. **Conclusions.** High quality pain care requires that health care professionals are aware that each patient is a complex of multiple characteristics, with a particular cultural background. Cultivating personality traits will allow health care professionals to overcome stereotypes, accept diversity and be willing to provide care for patients from different cultural background. The provision of culturally competent health care requires development of communication skills, thus to acknowledge the importance of cultural issues for each patient.

Key-words: Culture, cultural diversity, health professional, pain, pain assessment.

✉ **Corresponding Author:** P. Apostolara, 55 Bizaniou street, GR-141 22 N. Heraklion, Attica, Greece, Tel: (+30) 6936 800 631, e-mail: vapostolara@uniwa.gr

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Διαθέσιμο στο https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602_SAM01_DT_DC_00_2011_03_F_GR.pdf/e1ac0b1c-8372-4886-acb8-d00a5a68aabe Πρόσβαση 11 Δεκεμβρίου 2019
2. Πεσιρίδης Θ, Αποστολάρα Π. Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική ως Θεωρητικό Πλαίσιο για τη στήριξη της Νοσηλευτικής Μαζικών Καταστροφών. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2009, 2:26–30
3. McCaffrey M, Thorpe D. Differences in perception of pain and the development of adversarial relationships among health care providers. In Hill CS, Fields WS (eds) *Advances in Pain Research and Therapy: Drug Treatment of Cancer Pain in a Drug-Oriented Society*. New York, Raven Press, 1989: 113–122
4. Ernst G. The Myth of the “Mediterranean Syndrome”: Do immigrants feel different pain? *Ethnicity & Health* 2000, 5:121–6
5. Briggs E. Cultural Perspectives on Pain Management. *J Perioper Pract* 2008, 18:468–471
6. Ζώης Κ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου. *Νοσηλευτική* 2008, 47:167–174
7. Peacock S, Patel S. Cultural Influences on Pain. *Reviews in Pain* 2008, 1:6–9
8. Zborowski M. Cultural Components in Response to Pain. *J Soc Issues* 1952, 8:16–30
9. Zola IK. Culture and Symptoms: An analysis of patients presenting complaints. *American Sociology Review* 1966, 31:615–630
10. Lasch KE. Culture, Pain and Culturally Sensitive Pain Care. *Pain Manag Nurs* 2000, 1:16–22
11. Helman CG. Culture, health and illness. 4th ed. Oxford University Press, New York, 2001
12. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού Α. Ο πόνος και το υποφέρειν στην ελληνική κουλτούρα. Στο: Παπαδοπούλου Ι, Καλοκαιρινού Α, Κούτα Χ (Συντ.) *Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2011:219–240
13. Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *Int Nurs Rev* 2004, 51:47–55
14. Ludwig-Beymer P. Transcultural nursing aspects of pain. In: Andrews M, Boyle J (eds) *Transcultural nursing concepts in nursing care*. 2nd ed. JB Lippincott, Philadelphia 1995:301–322
15. Παπαδοπούλου Ι, Καλοκαιρινού Α, Κούτα Χ. με τίτλο «Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2011
16. Salerno E. Race, culture and medication. *J Emerg Nurs* 1995, 21:560–562
17. Hiscock M, Kadawatage G. Comparative study of the attitudes of nurses and patients from two different cultures towards pain. *Journal of Orthopedic Nursing* 1999, 3:146–151
18. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. *J Transcult Nurs* 2006, 17:389–395
19. Mingzhi J. *Pain Assessment Tools Used When Caring Through Cultural Boundaries A Qualitative Systematic Literature Review*. Degree Thesis, Vaasa, Health Care and Social Welfare, 2017
20. Αποστολάρα Π. Διαπολιτισμική Επικοινωνία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2013, 6:3–5
21. Waddie NA. Language and pain expression. *J Adv Nurs* 1996, 23:868–872
22. Givler A, Maani-Fogelman PA. *The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care*. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020
23. al-Shahri MZ. Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients. *J Transcult Nurs* 2002, 13:133–8
24. Wandner LD, Heft MW, Lok BC, Hirsh AT, George SZ, Horgas AL et al. The impact of patients’ gender, race, and age on health care professionals’ pain management decisions: An online survey using virtual human technology. *Int J Nurs Stud* 2014, 51:726–33
25. Κατσιμίγκας Γ, Σπηλιοπούλου Χ, Νάστου Χ, Γκίκα Μ. Νοσηλευτική και Θεολογική προσέγγιση του πόνου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2009, 8:159–176
26. Leininger M. Philippine Americans and culture care. In Leininger M, McFarland M (eds) *Transcultural nursing concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. McGraw-Hill, New York 2002, 375–384
27. Αποστολάρα Π, Αδαμακίδου Θ, Φασόη Γ. Θέματα διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ (Συντ.) *Βασικές αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής και Ανακουφιστικής φροντίδας*. Broken Hill Publishers, Αθήνα 2019, 743–758
28. Rhiner M, Dean GE, Ducharme S. Nonpharmacologic Measures to Reduce Cancer Pain in the Home. *Journal of Home Health Care Practice* 1996, 8:41–47
29. Martin EM, Barkley TW. Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing* 2016, 46:32–41
30. Ellis RB. *Interpersonal communication in nursing: theory and practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1995
31. Dunham M, Ingleton C, Ryan T, Gott M. A narrative literature review of older people’s cancer pain experience. *J Clin Nurs* 2013, 22:2100–2113
32. Sobralke M, Katz J. Culturally Competent Care of Patients with Acute Chest Pain. *J Amer Acad Nurse Practitioners* 2005, 17:342–349

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - REVIEW

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

33. Finnstrom B, Soderhamn O. Conceptions of pain among Somali women. *J Adv Nurs* 2006, 54:418–425
34. Callister LC. Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Manag Pract* 2003, 15:207–211
35. Virojphan P, Febric T. Assessing pain in today's global society. *Clinical Journal of Oncology* 2008, 12(4): 675–677
36. Σαρακατσιάνου Χ. Εκτίμηση και υποθεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου. Μύθος ή πραγματικότητα; *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012, 11:154–170
37. Narayan MC. Culture's Effects on Pain Assessment and Management. *Am J Nurs* 2010, 110:38–47
38. Mystakidou K, Mendoza T, Tsilika E, Befon S, Parpa E, Bellos G et al. Greek Brief Pain Inventory: Validation and Utility in Cancer Pain. *Oncology* 2001, 60:35–42
39. Ramer L, Richardson JL, Cohen MZ, Bedney C, Danley KL, Judge EA. Multimeasure Pain Assessment in an Ethnically Diverse Group of Patients with Cancer. *J Transcult Nurs* 1999, 10:94–101
40. Brady B, Veljanova I, Chipchase L. An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities. *Rheumatol Adv Pract* 2017, 1:rkx002
41. Booker SQ, Herr KA, Tripp-Reimer T. Culturally Conscious Pain Measurement in Older African Americans. *West J Nurs Res* 2016, 38:1354–1373
42. Flaskerud JH. Pain, Culture, Assessment, and Management. *Issues Ment Health Nurs* 2015, 36:74–77
43. Fenwick C. Assessing pain across the cultural gap: Central Australian Indigenous peoples' pain assessment. *Contemp Nurse* 2006, 22:218–27
44. Kim EJ, Buschmann MT. Reliability and validity of the Faces Pain Scale with older adults. *Int J Nurs Stud* 2006, 43:447–456
45. Αποστολάρα Π. *Διερεύνηση της Πολιτισμικής Ικανότητας Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των παιδιατρικών νοσοκομείων της Ελλάδας*. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2012