

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Υπεύθυνος: Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ
Προϊστάμενος: Αγάπιος Πετρίδης, Καθηγητής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Επιβλέπων Καθηγητής: Σκαπινάκης Πέτρος
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Δέντσικας Γεώργιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.1 Ορισμός του πόνου	5
1.2 Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος	5
1.3 Συνέπειες του μετεγχειρητικού πόνου	6
2. ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ	9
2.1 Γενικός Σκοπός	9
2.2 Μεθοδολογία μελέτης	9
3. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
3.1 Εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου σε νοσηλευτικό τμήμα	10
3.2 Αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε νοσηλευτικό τμήμα	19
4. ΤΡΟΠΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	22
4.1 Η ανάπτυξη και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών	22
4.2 Μοντέλα οργάνωσης της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου	27
4.3 Αλγόριθμοι αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου	30
4.4 Υπηρεσία αντιμετώπισης οξέος πόνου	35
4.4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υπηρεσία αντιμετώπισης οξέος πόνου	38
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	40
6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	44
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	51

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί το ανεπιθύμητο αναμενόμενο υποπροϊόν όλων των χειρουργικών διαδικασιών.

Παρά τον καθολικό του χαρακτήρα εμφάνισης, η κατανόηση των αιτιών και η ικανότητα διαχείρισής του συνεχίζει να είναι μέχρι σήμερα ανεπαρκής.

Περίπου 75% των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποια χειρουργική επέμβαση βιώνει μέτριο έως έντονο μετεγχειρητικό πόνο, εκ των οποίων το 65% των ασθενών βιώνει μέτριο πόνο και το 10% έντονο μετεγχειρητικό πόνο.

Ανθρωπιστικοί λόγοι και κυβερνητικές ρυθμίσεις έχουν δώσει τα τελευταία χρόνια έμφαση στη σημασία της ανακούφισης των ασθενών από τον μετεγχειρητικό πόνο.

Η ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου επιβάλλεται καταρχήν για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για την μείωση της νοσηρότητας από το Αναπνευστικό, Καρδιαγγειακό και Γαστρεντερικό Σύστημα.

Ο μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί οξύ πόνο, ο οποίος δεν έχει κάποια βιολογική σκοπιμότητα, αλλά επιβαρύνει τον ασθενή ψυχολογικά και έχει ισχυρή συσχέτιση με αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί σημαντικό ζήτημα στην φροντίδα υγείας, καθώς εκτιμώντας τις συνέπειες του πόνου στη μετεγχειρητική πορεία και ανάρρωση του ασθενή, φαίνεται να επιτρέπει την ταχύτερη μετεγχειρητική κινητοποίηση των χειρουργημένων ασθενών, να αυξάνει την άνεση και ικανοποίηση του ασθενή και να μειώνει την διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο, μειώνοντας έτσι και το κόστος της φροντίδας (Agency for Health Policy and Research 1992).

Η σημασία της κατάλληλης μετεγχειρητικής αναλγησίας για την μείωση της νοσηρότητας, θνητότητας και της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο με την βελτίωση της αποκατάστασης και την ταχύτερη κινητοποίηση, έχει επισημανθεί (Brodner και συν. 2001, Jage και συν. 2002) και η προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση με πιο αποτελεσματικά αναλγητικά, νέες τεχνολογίες στη χορήγηση των φαρμάκων και την ανάπτυξη κλινικών οδηγιών για τη διαχείριση του πόνου, είναι έντονη.

Παρά την προσπάθεια από κλινικούς ειδικούς, επαγγελματικές ενώσεις και κλινικούς εκπαιδευτές, δεν έχει υπάρξει ανάλογη βελτίωση της διαχείρισης του

μετεγχειρητικού πόνου και πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να βιώνουν ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο τους (Devine και συν. 1999, McCaffery και συν. 2000).

Η συχνότητα και βαρύτητα του μετεγχειρητικού πόνου ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου (φύλο, ηλικία, δείκτης μάζας σώματος – BMI, φυλετική ομάδα και ψυχολογικοί παράγοντες), το είδος της χειρουργικής επέμβασης (εντόπιση και μέγεθος του εγχειρητικού πεδίου) και την χρησιμοποιούμενη αναλγητική τεχνική.

Η μη κατανόηση του πολυδιάστατου του πόνου και των παραγόντων που παρεμβαίνουν στην διαχείρισή του, οδηγεί στην χρήση των υπαρχόντων αναλγητικών τεχνικών περισσότερο για έλεγχο των συμπτωμάτων, αντί των παραγόντων που οδηγούν τον ασθενή να βιώνει πόνο.

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου ασκεί επίδραση στον τρόπο παροχής και την ποιότητά της, και οι νοσηλευτές που κατά κανόνα βρίσκονται περισσότερο χρόνο δίπλα στον ασθενή αποτελούν σημαντικό τμήμα αυτής της διαδικασίας.

Η διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στην διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο αυτή πραγματοποιείται, τα προβλήματα και ελλείμματα που παρουσιάζει, συμβάλλοντας στην βελτίωσή της.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Οφείλω ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας διπλωματικής εργασίας κ. Σκαπινάκη Πέτρο, Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την επισταμένη καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη, με την οποία με περιέβαλλε, καθώς και για την ευγένεια του χαρακτήρα του.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Δαμίγο Δημήτριο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιστημονικό υπεύθυνο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του πόνου», για την δυνατότητα που μου έδωσε να συμμετάσχω στην μελέτη του ανθρώπινου πόνου, αποκομίζοντας πολύτιμες γνώσεις ως επαγγελματίας υγείας αλλά και ως άνθρωπος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση βιώνουν από μέτριο έως ισχυρό πόνο, με δυσμενείς συνέπειες στην νοσηρότητα, την ανάρρωση και το κόστος της φροντίδας. Παρά τον καθολικό χαρακτήρα εμφάνισης του μετεγχειρητικού πόνου, η διαχείρισή του δεν έχει ενταχθεί – ιδιαίτερα στην χώρα μας – στην καθημερινή κλινική πρακτική με συστηματικό τρόπο. Η ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας έδειξε ότι η συστηματική εκτίμηση του πόνου και η καταγραφή-τεκμηρίωση των εκτιμήσεων για συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση της διαχείρισης του πόνου αποτελούν την βάση για την αποτελεσματική και ασφαλή αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, και πραγματοποιούνται κυρίως από νοσηλευτές. Η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να βελτιώσει την κλινική πρακτική, ενώ οι παρεμβάσεις στον τρόπο οργάνωσης της διαχείρισης του πόνου, όπως με την δημιουργία υπηρεσιών αντιμετώπισης πόνου, με πολυδιάστατο-διεπιστημονικό χαρακτήρα και η εκπαίδευση, βελτιώνουν την αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών. Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό τμήμα της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου και ο τρόπος με τον οποίο αυτή έχει οργανωθεί, καθορίζει και τον ρόλο που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής, με την εκτίμηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση του πόνου και την φαρμακευτική αντιμετώπιση, την επικοινωνία και την συνεργασία να αποτελούν τις συχνότερες ενέργειες. Επισημαίνεται η ανάγκη για κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών στην παθοφυσιολογία και φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου και στην χώρα μας.

Λέξεις-κλειδιά:

Αντιμετώπιση πόνου, διαχείριση πόνου, μετεγχειρητικός πόνος, νοσηλευτική, ρόλος νοσηλευτή.

Key words:

pain management, postoperative pain, post-surgical, nursing, nurse role.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός του πόνου

Ο πόνος ορίζεται ως μια «δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία συνοδευόμενη από πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης».

Ο πόνος αποτελεί υποκειμενική εμπειρία και η αντίληψή του είναι έμφυτη και έχει ως σκοπό να προστατεύει τον οργανισμό, λειτουργώντας ως σύστημα σηματοδότησης κακώσεων των ιστών, εκφραζόμενο με μεταβολές της φυσιολογίας του οργανισμού και μέσω αντιδράσεων του ατόμου.

Οι μεταβολές αυτές είναι μετρήσιμες (μεταβολές φυσιολογίας) και μπορούν να παρατηρηθούν (συμπεριφορές), αποτελώντας έγκυρους δείκτες της επώδυνης εμπειρίας του ατόμου.

Η ερμηνεία των επώδυνων ερεθισμάτων είναι διαφορετική από άνθρωπο σε άνθρωπο και τα προσωπικά βιώματα του καθενός διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνουμε και εκφράζουμε τον πόνο.

1.2 Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος

Ο όρος «οξύς» αναφέρεται σε μικρή διάρκεια, υπό μορφή κρίσης και χαρακτηρίζει έναν αρχικό πόνο από μια τομή (π.χ. μια εγχειρητική τομή), ένα κάταγμα ή ένα έγκαυμα.

Αν και χαρακτηρίζεται από περιορισμένη διάρκεια, διαφοροποιούμενος από τον χρόνια πόνο και κατανοείται από τον πάσχοντα, γεννά άγχος. Η άγνοια της πιθανής διάρκειας του πόνου και των επιπτώσεων της νόσου ή του τραύματος στο μέλλον του πάσχοντα, του προκαλούν άγχος, που επιδρά στην επώδυνη εμπειρία του.

Ο οξύς πόνος είναι ο πόνος μιας ιστικής βλάβης, ως αποτέλεσμα παραμόρφωσης, με τους υποδοχείς στις αισθητικές νευρικές απολήξεις των ιστών να την ανιχνεύουν και να την μεταφέρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όπου θα δώσει τελικά την εμπειρία του πόνου.

Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί ένα είδος οξέος πόνου, που έχει βρεθεί τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς αφορά το σύνολο των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποια χειρουργική επέμβαση και έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες.

1.3 Συνέπειες του μετεγχειρητικού πόνου

Ο μετεγχειρητικός πόνος παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα, με εκδηλώσεις στην καρδιακή, πνευμονική, ενδοκρινική και ανοσολογική λειτουργία, με αυξημένη απάντηση stress, το οποίο με τη σειρά του καθυστερεί την αποθεραπεία (Πίνακας 1).

Ο οξύς πόνος μετεγχειρητικά έχει φυσιολογικές επιπτώσεις: α) από το αναπνευστικό σύστημα, όπου ο πόνος προκαλεί ελάττωση του αναπνεόμενου όγκου και της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας και μπορεί να οδηγήσει σε ατελεκτασίες, υπερκαπνία και υποξία, β) από το καρδιαγγειακό σύστημα όπου η αύξηση της συμπαθητικής δραστηριότητας (ταχυκαρδία, υπέρταση) αυξάνει το καρδιακό έργο και είναι δυνατό να προκαλέσει ισχαιμία του μυοκαρδίου και έμφραγμα, γ) αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού, σπασμό σφιγκτήρων, υποκινητικότητα του εντέρου και εμετούς, δ) αύξηση της ορμονικής απάντησης στο τραύμα (έκκριση ADH, γλυκόλυση) και ε) η παρατεταμένη ακινητοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο των θρομβώσεων ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Συνέπειες της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου περιλαμβάνουν εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, στεφανιαία ισχαιμία, πνευμονία, καθυστέρηση της ουλοποίησης-αποκατάστασης του τραύματος, αϋπνία και αποθάρρυνση του ασθενή.

Η ανεπαρκής ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να καθυστερήσει την ανάρρωση, να αυξήσει τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, να οδηγήσει σε επανεισαγωγές στο νοσοκομείο, αυξάνοντας το κόστος της φροντίδας υγείας και ελαττώνοντας την ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα (Shang και Gan 2003).

Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος βρέθηκε ν' αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου. Εάν ο μετεγχειρητικός πόνος παραμείνει και δεν αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο.

Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου μετά από θωρακοτομή βρέθηκε να συνδέεται με επιμένοντα και χρόνια πόνο (Katz και συν. 1996, Dworkin 1997), ενώ σοβαρός και ανεξέλεγκτος πόνος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεθερπητική νευραλγία και χρόνια ραχιαλγία (Linton 1997).

Σε μια μελέτη που διερεύνησε τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου σε γυναίκες με μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού, ο ισχυρότερος

παράγοντας ήταν η ένταση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου (Tasmuth και συν. 1995).

Όπως γνωρίζουμε, ο πόνος αποτελεί πολυπαραγοντική εμπειρία και όχι απλώς μια αίσθηση. Παράγοντες όπως προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες και η συγκινησιακή κατάσταση του ασθενή, επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου και τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στα επώδυνα ερεθίσματα, καθώς το επίπεδο οξέος πόνου βρέθηκε να συνδέεται με πρόσφατη εμπειρία πόνου (Desbiens και συν. 1997).

Η πρόληψη και αποτελεσματική ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων, στην αποφυγή επιπλοκών, να οδηγήσουν σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, με παράλληλη εξοικονόμηση πόρων.

Η αιτία του πόνου και η ανάλογη αντιμετώπισή του θα πρέπει να αποτελούν αντικείμενο φροντίδας το συντομότερο δυνατό μετά την άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο. Έχει παρατηρηθεί, ότι η αντιμετώπιση του πόνου μετά από ριζική προστατεκτομή με επισκληρίδια αναλγησία συνέχιζε να έχει ευεργετικά αποτελέσματα πολύ καιρό μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, με αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας και μείωση των επιπέδων προεγχειρητικού πόνου σε επόμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο (Carr 1998, Gottschalk και συν. 1998).

Το κόστος που συνδέεται με παρατεταμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και με συνέπειες σχετιζόμενες με τον πόνο, είναι ιδιαίτερα υψηλό αν εκτιμηθεί από ιατρικής, ψυχολογικής και επαγγελματικής-ασφαλιστικής απόψεως. Έχει εκτιμηθεί ότι η φροντίδα ενός ατόμου ηλικίας 30 ετών με πρόβλημα χρόνιου πόνου που προήλθε από οξύ πόνο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, μπορεί να απαιτήσει έως και 1 εκατομμύριο δολάρια.

Αυτά τα αποτελέσματα, εκτός από τη σημασία της διαχείρισης του πόνου κατά την μετεγχειρητική περίοδο, υπογραμμίζουν την ανάγκη κατάλληλης προεγχειρητικής εκτίμησης του ασθενή και συνηγορούν στην επιθετική, «εμπροσθοβαρή» διαχείριση του πόνου, για την πρόληψη της πιθανότητας εμφάνισης μελλοντικών χρόνιων προβλημάτων και των επιπλέον αναγκών που τα συνοδεύουν (Carr 1998).

Πίνακας 1

Δευτερογενείς εκδηλώσεις μετεγχειρητικού πόνου

Πνευμονική λειτουργία:

υποαερισμός (ατελεκτασίες – υποξαιμία – λοιμώξεις – πυρετός)

Κυκλοφορικό Σύστημα:

αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών, αγγειοσύσπαση
σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο αυξημένος κίνδυνος εμφράγματος

Θρομβοεμβολικές επιπλοκές:

το άγχος και ο φόβος του πόνου μετεγχειρητικά σε συνάρτηση με τον περιορισμό της κινητικότητας μετεγχειρητικά (και λόγω πόνου) αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων

Διαταραχές μεταβολισμού:

έντονος καταβολισμός

Διαταραχές Γαστρεντερικού Συστήματος:

μείωση τόνου (ειλεός – δυσκοιλιότητα – ναυτία – εμετός)

Διαταραχές Ουροποιητικού Συστήματος:

μείωση τόνου (κατακράτηση ούρων)

Κίνδυνος μετάπτωσης του οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε χρόνιο πόνο

Ψυχολογικές επιπτώσεις:

Προεγχειρητικά: φόβος πιθανού θανάτου

Μετεγχειρητικά: φόβος και άγχος επικείμενου πόνου,
εμπειρία έντονου μετεγχειρητικού πόνου αυξάνει τον φόβο νέας επέμβασης

2. ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Γενικός Σκοπός

Ο σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών και οι παράγοντες που την επηρεάζουν και να διερευνηθούν τρόποι βελτίωσής της, καθώς και να μελετηθεί ο ρόλος των νοσηλευτών στην διαδικασία διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου και οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών.

2.2 Μεθοδολογία μελέτης

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Cochrane και IATROTEK χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά. Όπου αυτό ήταν δυνατό η μελέτη στηρίχθηκε σε συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ερευνών. Επιλέχθηκαν ανασκοπήσεις με κριτήριο την συνάφειά τους με το θέμα της μελέτης και την ποιότητά τους.

3. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.1 Εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου σε νοσηλευτικό τμήμα

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία και η εμπειρία του πόνου ενός ασθενούς είναι μόνο αυτό που ο ίδιος εκφράζει.

Ο πόνος που εκφράζεται, αναφέρεται σε μια πραγματική αίσθηση, που καταπονεί το άτομο που παραπονείται για πόνο, και μόνο το ίδιο μπορεί να περιγράψει.

Θα μπορούσαμε ίσως να θεωρήσουμε ότι ο πόνος που περιγράφεται είναι δυσανάλογος της βαρύτητας ενός συγκεκριμένου τραύματος ή ότι η συμπεριφορά του ασθενή δεν είναι σύμφωνη με τη συμπεριφορά που θα περιμέναμε, ωστόσο σε κάθε περίπτωση είναι γεγονός ότι ο πόνος είναι μια προσωπική εμπειρία του ανθρώπου που τον βιώνει και το μόνο στοιχείο που έχουμε είναι η περιγραφή του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή.

Η εκτίμηση του πόνου πραγματοποιείται με αυτό-αναφορά από τον ασθενή και πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλους τους παράγοντες που συνδέονται με αυτόν.

Ο πόνος είναι μια σύνθετη εμπειρία η οποία είναι το αποτέλεσμα κεντρομόλων ώσεων προς το νευρικό σύστημα, της τροποποίησής τους σε αυτό και της αλληλεπίδρασης με αποθηκευμένες πληροφορίες και τη συναισθηματική δραστηριότητα.

Αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν την έκφραση του πόνου, παράγοντες που μπορούν να σχετίζονται με τον ασθενή, το νοσηλευτή ή το κλινικό περιβάλλον (Bountra και συν. 2003, International Association for the Study of Pain 2003, Manias και συν. 2004). Καθένας από αυτούς τους παράγοντες είναι σημαντικός για τον καθορισμό της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής του.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί την εκτίμησή του και το συνεχή έλεγχο της δράσης των αναλγητικών που χορηγούνται. Η συχνή εκτίμηση της έντασης του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή μετά από μια εγχείρηση, δηλαδή η υποκειμενική μέτρηση του πόνου από τον ασθενή, αποτελεί δείκτη της ανάγκης του για αναλγησία, καθώς και της αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης αναλγησίας. Η τακτική καταγραφή του πόνου μετεγχειρητικά βεβαιώνει ότι υπάρχει μέριμνα για την επαρκή αναλγησία που απολαμβάνει ο ασθενής και δίνει τη δυνατότητα επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας της αναλγησίας και πιθανά της αναπροσαρμογής της χορηγούμενης αναλγητικής αγωγής.

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες μέθοδοι μέτρησης του πόνου είναι η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale – VAS), η οποία είναι μια γραμμή μήκους 10 cm με δύο άκρα, εκ των οποίων το ένα παριστά πόνο μηδέν, ενώ το άλλο παριστά το χειρότερο πόνο, και η αριθμητική κλίμακα μέτρησης (Numeric Rating Scale – NRS), η οποία είναι μια κλίμακα με διαβάθμιση με αριθμούς από το μηδέν για μηδέν πόνο έως το δέκα ή έως το εκατό για το χειρότερο πόνο. Ο ασθενής σύμφωνα με όσα του εξηγούνται θα πρέπει να υποδείξει σε ποιο σημείο της γραμμής (VAS) ή αριθμό (NRS) εκτιμά ότι βρίσκεται το επίπεδο του πόνου του τη στιγμή της εξέτασης. Η εκτίμηση αυτή χρησιμεύει ως μέτρο σύγκρισης με επόμενες μετρήσεις.

Οι κλίμακες εκτίμησης του πόνου κυρίως εστιάζουν στην ένταση του πόνου που βιώνει ο ασθενής και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να αξιολογείται περαιτέρω η επώδυνη εμπειρία του ασθενή για την εντόπιση, τον τύπο και τα χαρακτηριστικά του πόνου, όπως την έναρξη και διάρκεια, τους παράγοντες που επηρεάζουν, τα αποτελέσματα του πόνου στη ζωή και λειτουργικότητα του ασθενή, τις πεποιθήσεις και προσδοκίες του ασθενή σχετικά με τον πόνο, την χειρουργική επέμβαση και την αντιμετώπιση του πόνου του, καθώς και να αξιολογούνται οι προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες του ασθενή (Πίνακας 2).

Η ακατάλληλη εκτίμηση του πόνου συνεχίζει να είναι ένα από τα εμπόδια για την επίτευξη κατάλληλης διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου (Grapot και συν. 2005). Τα παιδιά και τα νεαρής ηλικίας άτομα, οι έγκυες, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, καθώς και οι ασθενείς με προϋπάρχοντα χρόνιο πόνο ή με κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιου πόνου, οι ασθενείς με μακρά παραμονή στο νοσοκομείο, όπως και οι ασθενείς με καρκίνο, με HIV/AIDS ή με εξάρτηση από οπιοειδή ή άλλα φάρμακα ή ουσίες ή οι ανήκοντες σε ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες του πληθυσμού (π.χ. διαζευγμένα άτομα), έχουν ιδιαίτερες ανάγκες, που απαιτούν προσοχή στην εκτίμηση και στη διαχείριση του πόνου τους.

Έχουν παρατηρηθεί αποκλίσεις μεταξύ των εκτιμήσεων πόνου από νοσηλευτές και των επώδυνων εμπειριών των ασθενών, με τους νοσηλευτές να υποεκτιμούν σταθερά τον πόνο των ασθενών (Field 1996).

Συνήθως η εκτίμηση του πόνου, με την επικοινωνία ασθενή-νοσηλεύτη να διαρκεί λιγότερο του ενός (1) λεπτού της ώρας, συνίσταται είτε σε αίτημα του ασθενή για χορήγηση αναλγητικού είτε σε απλές ερωτήσεις από την πλευρά των νοσηλευτών για το εάν ο ασθενής πονά ή όχι (Leathart 1994).

Ακόμη και όταν είναι γνωστή από νοσηλευτές η χρήση κάποιας κλίμακας εκτίμησης του πόνου, οι απλές ερωτήσεις στον ασθενή φαίνεται να παραμένουν ο συνηθέστερος τρόπος εκτίμησης του πόνου, έναντι της χρήσης κλίμακας εκτίμησης της έντασης του πόνου, πραγματοποιούνται δε συνήθως κατά τη διάρκεια της χορήγησης στον ασθενή της φαρμακευτικής του αγωγής (Willson 2000).

Η συστηματική αξιολόγηση της συνολικής εικόνας που εμφανίζει ο ασθενής (στάση σώματος, έκφραση προσώπου και ζωτικά σημεία), καθώς και οι κατάλληλες ερωτήσεις (Πίνακας 2), θα δώσουν πληροφορίες για την εντόπιση, το είδος, την ένταση και τα χαρακτηριστικά του πόνου, ιδιαίτερα κατά την αρχική εκτίμηση του πόνου. Ο χειρουργημένος ασθενής μπορεί να μην πονά εξαιτίας του χειρουργικού τραύματος, αλλά για κάποιο άλλο λόγο (π.χ. παροχέτευση ή καθετήρα), ωστόσο οι νοσηλευτές δείχνουν να έχουν την τάση να ταυτίζουν τον μετεγχειρητικό πόνο με πόνο από την χειρουργική τομή, επικεντρώνοντας την εκτίμησή τους στην ύπαρξη πόνου από την χειρουργική τομή (Manias και συν. 2002).

Ερωτήσεις για την εκτίμηση του οξέος πόνου

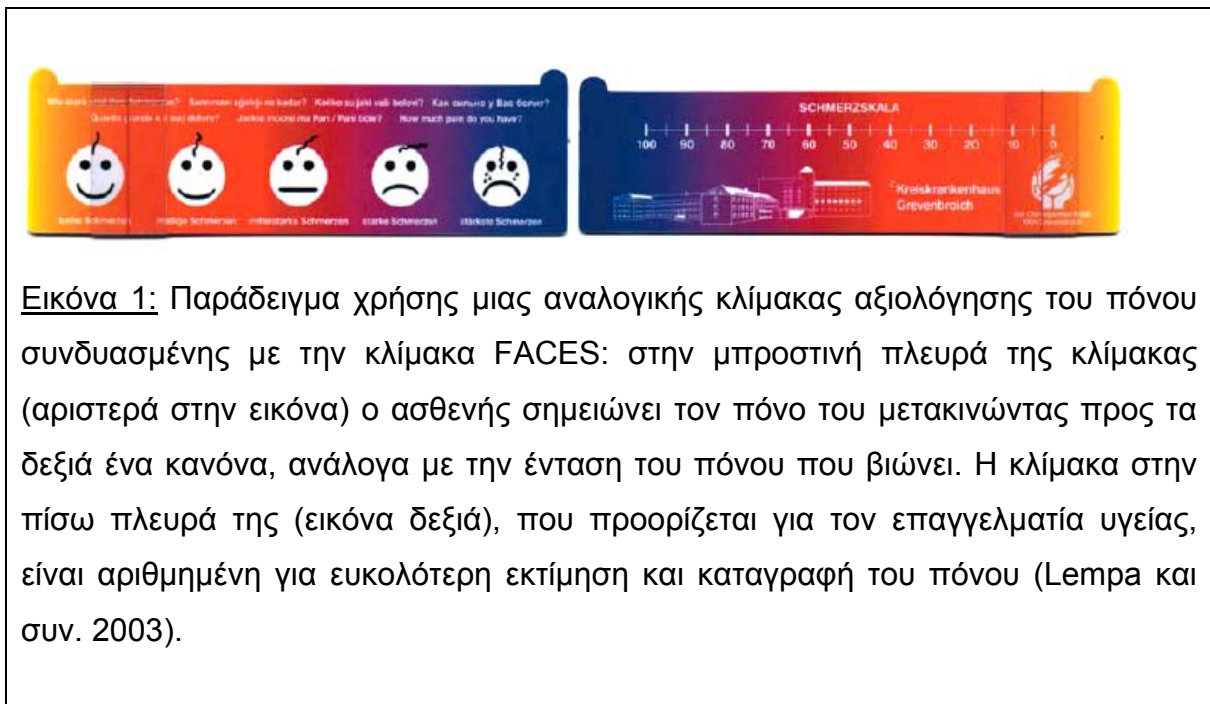
- **Πονάτε τώρα;** Εάν η απάντηση είναι «Ναι», απαιτείται επιπλέον εκτίμηση με ταυτόχρονη άμεση παρέμβαση.
- Ένταση του πόνου: **Πόσο πονάτε (σε μία κλίμακα αξιολόγησης πόνου);**
- Εντόπιση: **Πού εντοπίζεται ο πόνος και μήπως μετακινείται ή αντανακλά κάπου;**
- Ποιότητα ή είδος του πόνου: Επιτρέψτε όποτε αυτό είναι δυνατό στους ασθενείς να περιγράψουν με δικά τους λόγια το είδος του πόνου τους.
- Χρονικά χαρακτηριστικά του πόνου: Έναρξη, διάρκεια και μεταβολές.
- Παράγοντες που επηρεάζουν: Παράγοντες που ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν.
- Προηγηθείσες παρεμβάσεις: Ιστορικό διαχείρισης πόνου (συμπεριλαμβανομένης προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής και της αποτελεσματικότητας και τοξικότητάς της).
- Αποτελέσματα του πόνου: Επίδραση σε κινητικότητα και καθημερινές συνήθειες, λειτουργικότητα, ύπνο, όρεξη, συναισθήματα και ικανότητα συγκέντρωσης.
- Εκτίμηση της ανταπόκρισης: Ανταπόκριση του ασθενούς στην παρούσα αναλγητική αγωγή σε όρους αποτελεσματικότητας και παρενεργειών.
- Στόχος του ασθενή από τη διαχείριση του πόνου (συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου έντασης του πόνου που ο ασθενής θα επιθυμούσε να επιτύχετε και των στόχων που σχετίζονται με λειτουργικότητα, δραστηριότητες και ποιότητα ζωής).
- Φυσική εξέταση και επισκόπηση της επώδυνης περιοχής: Η άμεση επισκόπηση του επώδυνου πεδίου και της δυνατοτήτων κίνησης της εμπλεκόμενης περιοχής θα συμβάλλουν στην λήψη της τελικής θεραπευτικής απόφασης (π.χ. ανακούφιση του ασθενή μέσω της μετακίνησής του).

(Koo 2003).

Η εκτίμηση του πόνου μπορεί να δυσχεραίνεται σε περιπτώσεις που παρουσιάζονται προβλήματα κατά την χρήση κάποιας από τις κλίμακες αξιολόγησης πόνου, όταν δεν είναι κατανοητός στον ασθενή ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται η κλίμακα ή πώς ερμηνεύεται. Έχει παρατηρηθεί ότι μια κλίμακα μέτρησης δεν ερμηνεύεται από όλους με τον ίδιο τρόπο, θα πρέπει να εξηγείται στους ασθενείς ο σκοπός για τον οποίο χρησιμοποιείται, πώς χρησιμοποιείται και τι αντιπροσωπεύει η διαβάθμιση και οι αριθμοί που περιλαμβάνει και πώς ερμηνεύεται η τιμή του πόνου που θα δώσει ο ασθενής για τον πόνο που νιώθει εκείνη τη στιγμή, και αν είναι απαραίτητο να επιλέγεται κάποια κατάλληλα προσαρμοσμένη κλίμακα (Εικόνα 1) (Breivik και συν. 2001).

Οι Manias και συν. (2004) αναφέρουν ότι για κάποιους ασθενείς η τιμή του πόνου που δηλώνουν ότι νιώθουν προκύπτει συγκρίνοντας τον πόνο που νιώθουν τη συγκεκριμένη στιγμή με την χειρότερη επώδυνη εμπειρία που είχαν στο παρελθόν ή με τον πόνο που προσδοκούσαν να βιώσουν μετεγχειρητικά.

Εικόνα 1



Εικόνα 1: Παράδειγμα χρήσης μιας αναλογικής κλίμακας αξιολόγησης του πόνου συνδυασμένης με την κλίμακα FACES: στην μπροστινή πλευρά της κλίμακας (αριστερά στην εικόνα) ο ασθενής σημειώνει τον πόνο του μετακινώντας προς τα δεξιά ένα κανόνα, ανάλογα με την ένταση του πόνου που βιώνει. Η κλίμακα στην πίσω πλευρά της (εικόνα δεξιά), που προορίζεται για τον επαγγελματία υγείας, είναι αριθμημένη για ευκολότερη εκτίμηση και καταγραφή του πόνου (Lempra και συν. 2003).

Σειρά ερευνών έχουν επισημάνει προβλήματα στην αρχική εκτίμηση του πόνου (Zalon 1993, Klopfenstein και συν. 2000, Sjöström και συν. 2000), ερευνώντας τις μεθόδους και τις γνώσεις που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες της υγείας και μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές στην εκτίμηση και αξιολόγηση του πόνου ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και νοσηλεύονται σε νοσηλευτικά τμήματα.

Σε ό,τι αφορά τα κριτήρια εκτίμησης του πόνου, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες βρέθηκε ότι συχνότερα στηρίζονται στην εικόνα που εμφανίζει ο ασθενής (πώς «φαίνεται» ή πώς «δείχνει να είναι» ο ασθενής) και επιπλέον σε μία «τυπολογία ασθενών» με βάσει προηγούμενες εμπειρίες τους.

Το κριτήριο της εικόνας που εμφανίζει ο ασθενής που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση εστιάζει στην γενικότερη εμφάνιση, την έκφραση του προσώπου, την στάση του σώματος, καθώς και στα κλινικά σημεία όπως τον αριθμό των σφυγμών ή την συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων, τα οποία χρησιμοποιούνται ως δείκτες για την ύπαρξη πόνου.

Η «τυπολογία ασθενών» αναφέρεται στην κατηγοριοποίηση των ασθενών βάσει του είδους της χειρουργικής επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν, τον χρόνο που έχει μεσολαβήσει από την επέμβαση και την ηλικία του ασθενή. Αυτή η κατηγοριοποίηση ήταν αποτέλεσμα της εμπειρίας των νοσηλευτών-τριών από ασθενείς στο παρελθόν. Οι νοσηλευτές δείχνουν συχνά να συγκρίνουν την περίπτωση του ασθενή που νοσηλεύουν με παρόμοιες περιπτώσεις ασθενών που είχαν νοσηλεύσει στο παρελθόν. Σπανιότερα βασίζουν την εκτίμηση του πόνου του ασθενή σε όσα αναφέρει ο ίδιος ο ασθενής, συγκριτικά με πιο αντικειμενικά σημεία ενδεικτικά της ύπαρξης πόνου, βάση μιας θεώρησης του πόνου ως φαινομένου για το οποίο υπάρχουν αντικειμενικά σημεία-δείκτες, και όχι τόσο ως υποκειμενικής, προσωπικής εμπειρίας, την οποία ο ασθενής επικοινωνεί.

Η αντίληψη αυτή για τον πόνο και οι συνεπαγόμενες στρατηγικές εκτίμησης του πόνου βρίσκονται σε αντίθεση με τις σημερινές κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής, που δίνουν έμφαση στην αυτό-αναφορά του ασθενή ως πιο αξιόπιστου δείκτη για τον πόνο που νιώθει (Clinical Practice Guidelines 2004). Θα ήταν χρήσιμο, όπως τονίζουν οι συγγραφείς, να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο η χρησιμοποιούμενη από τον νοσηλευτή στρατηγική εκτίμησης του πόνου του ασθενή επηρεάζει την εκτίμηση του πόνου και την διαχείρισή του (Kim και συν. 2005).

Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στην συστηματική καταγραφή των εκτιμήσεων του πόνου από την επιτροπή διαπίστευσης υπηρεσιών υγείας των Η.Π.Α. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) για την εισαγωγή προτύπων βασισμένων σε ενδείξεις (evidence-based) στην διαχείριση του πόνου και την αξιολόγηση της ποιότητάς της, καθώς και στις κατευθυντήριες οδηγίες των American Pain Society (1990, 1995), American Society of Anesthesiologists (1995, 2004) και Agency for Health Care Policy and Research (1992).

Η καταγραφή-τεκμηρίωση των εκτιμήσεων του πόνου πραγματοποιείται με την ύπαρξη και το πλήθος των καταγραφών της έντασης του πόνου και θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα μετεγχειρητικά, με μεγαλύτερη συχνότητα αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο (Εικόνα 2, βλέπε επίσης και Εικόνα 3).

Η συστηματική καταγραφή της εκτίμησης του πόνου του ασθενή αποτελεί απαραίτητη πηγή πληροφορίας για τους επαγγελματίες υγείας για την αξιολόγηση της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου (Idvall και Ehrenberg 2002). Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων είναι απαραίτητο να αντιλαμβάνεται την σημασία της συστηματικής καταγραφής των εκτιμήσεων του πόνου κάθε ασθενούς για την διασφάλιση της ποιότητας της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου, γεγονός που δεν δείχνει να συμβαίνει (Stomberg και συν. 2003), με πιθανές αιτίες την ανεπαρκή στελέχωση των τμημάτων και την έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού της υπηρεσίας αντιμετώπισης οξέος πόνου, όπου αυτή υφίσταται.

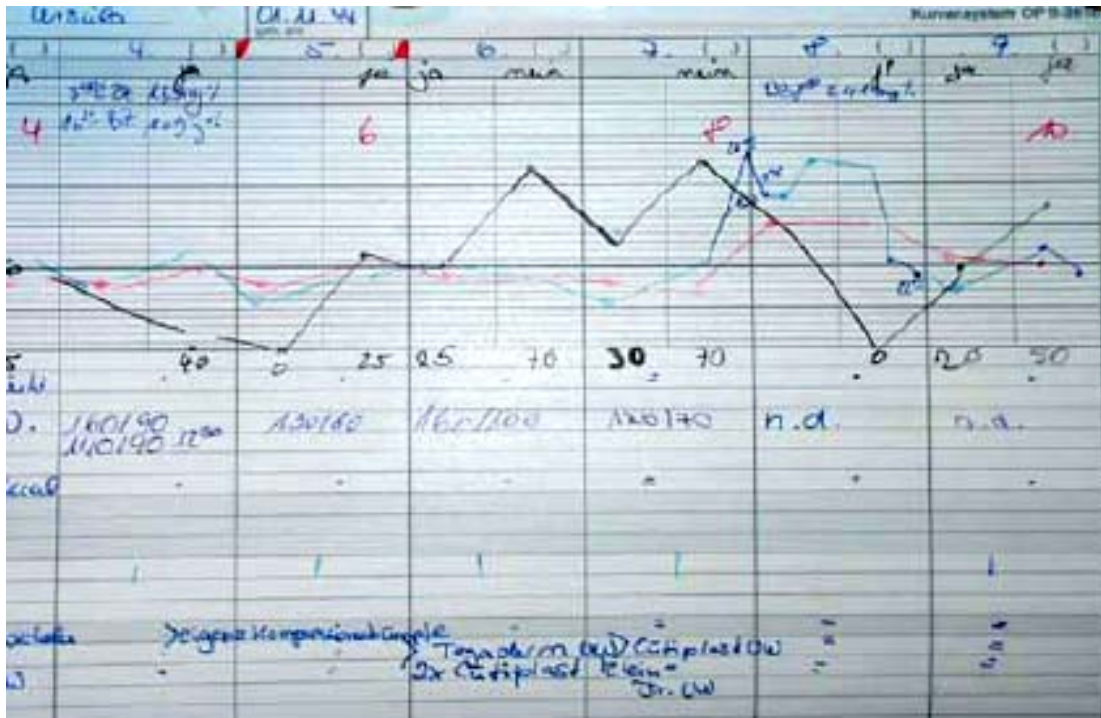
Υπάρχει πολυμορφία στον τρόπο καταγραφής-τεκμηρίωσης των εκτιμήσεων του πόνου από νοσηλευτικό ίδρυμα σε νοσηλευτικό ίδρυμα αλλά και μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του ίδιου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Η μεταβολή της έντασης του πόνου κάθε ασθενή συνήθως σημειώνεται στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή ως αριθμητικές τιμές (κλίμακας αξιολόγησης πόνου VAS ή NRS) ή / και με γραφική παράσταση, μαζί με την καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή (Εικόνα 2).

Ταυτόχρονα μπορεί να σημειώνεται ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή από την διαχείριση του πόνου του, με τον ασθενή να ερωτάται από το νοσηλευτή εάν είναι ικανοποιημένος από την αντιμετώπιση του πόνου του (σημειώνεται πάνω

από την εκτίμηση της έντασης του πόνου «ναι») ή εάν δεν είναι ικανοποιημένος (σημειώνεται πάνω από την εκτίμηση της έντασης του πόνου «όχι») (Εικόνα 2).

Εικόνα 2



Εικόνα 2: Παράδειγμα συστήματος καταγραφής-τεκμηρίωσης της αξιολόγησης του πόνου σε φύλλο νοσηλείας ασθενούς σε νοσηλευτικό τμήμα, μαζί με την καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή, δύο φορές την ημέρα (πρωί και απόγευμα): η μαύρη γραμμή συμβολίζει τον πόνο σε ηρεμία (κλίμακα VAS), ενώ η γαλάζια γραμμή συμβολίζει την θερμοκρασία και η κόκκινη τον αριθμό των σφυγμών. Ο πόνος κατά την κίνηση καταγράφεται ως αριθμός επίσης με μαύρο χρώμα κάτω από την γραμμή του πόνου σε ηρεμία. Επιπλέον σημειώνεται η ικανοποίηση ή μη ικανοποίηση του ασθενή από την αντιμετώπιση του πόνου του (Lempra και συν. 2003).

Η ικανοποίηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα του ορισμού της έννοιας της ποιότητας και έχει χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ποιότητας ενός συστήματος ή μιας παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως είναι και η αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή.

Ωστόσο, η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι περισσότερο περίπλοκη, καθώς (η ικανοποίηση) διαμορφώνεται από τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή, καθώς και όσα θεωρεί ο ίδιος ότι δικαιούται (sense of entitlement): αποτελεί σύνηθες φαινόμενο, έρευνες να παρουσιάζουν τους ασθενείς να βιώνουν υψηλής έντασης πόνο και ταυτόχρονα να αναφέρουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου τους. Μία επιπλέον εξήγηση που δίνεται από κάποιους ερευνητές είναι ότι ίσως ο ασθενής δεν διαθέτει τις γνώσεις που θα του επέτρεπαν την αξιολόγηση των επιλογών που πραγματοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου του, προτείνοντας την αξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης του ασθενή για την διαχείριση του πόνου του και του βαθμού συμμετοχής του σε αυτή (Gordon και συν. 2002).

Οι Londsedale και Hutchison (1991) αναφέρονται στο ενδιαφέρον που έχουν οι ασθενείς για πληροφόρηση σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού πόνου και τις δυνατότητες αντιμετώπισης. Η προεγχειρητική ενημέρωση μπορεί να διαμορφώσει ρεαλιστικές προσδοκίες στον ασθενή για την ένταση και διάρκεια της επώδυνης μετεγχειρητικής εμπειρίας, έχοντας θετική επίδραση στην αντίληψη του πόνου και στην ικανοποίηση του ασθενή (Breme και συν. 2000).

Σύμφωνα με τους Kehlet και Wilmore (2002) ένας υψηλός βαθμός ικανοποίησης του ασθενή επιδρά θετικά στην διάρκεια της νοσηλείας του, μειώνοντάς την, λόγω της υποκειμενικής αίσθησης της ταχύτερης ανάρρωσης.

Ίσως η αξιολόγηση της ποιότητας της επικοινωνίας με τον ασθενή σε συνδυασμό με την προεγχειρητική του ενημέρωση και την συζήτηση σχετικά με την διαχείριση του μετεγχειρητικού του πόνου και την ενεργό του συμμετοχή σε αυτή να του προσφέρουν την επιθυμητή αίσθηση ελέγχου καθώς και την αίσθηση ότι ο ίδιος τυγχάνει προσοχής και το πρόβλημα του πόνου του γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπισθεί, συμβάλλοντας στην ικανοποίησή του.

3.2 Αντιμετώπιση του μετεγχειρ. πόνου σε νοσηλευτικό τμήμα

Ο πόνος αποτελεί προσωπική, υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από το πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται. Το πλαίσιο περιλαμβάνει διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούν μεταξύ τους και με τον ασθενή, επιλέγοντας τις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου του.

Ο τρόπος με τον οποίο έχει οργανωθεί η παροχή φροντίδας, η προτεραιότητα που δίνεται από τον επαγγελματία υγείας στα διάφορα καθήκοντά του υπό την πίεση του χρόνου, επιδρούν σε αυτή την επικοινωνία (Willson, 2000).

Η πίεση χρόνου και ο φόρτος εργασίας έχει επισημανθεί ότι επηρεάζουν την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου, καθώς οι νοσηλευτές είτε διακόπτουν ενέργειες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση του πόνου για να ανταποκριθούν σε άλλα καθήκοντα του κλινικού τους έργου, είτε η προσοχή τους αποσπάται από την διαχείριση του πόνου των ασθενών και από το κλινικό τους έργο γενικότερα. Ο έλεγχος και η φροντίδα της χειρουργικού τραύματος και των παροχετεύσεων του και ο έλεγχος των ζωτικών σημείων του ασθενή φαίνεται να αποτελούν υψηλότερη προτεραιότητα σε σχέση με την διαχείριση του πόνου, όπως και η παροχή της νοσηλείας - τακτικής φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς. Η επικοινωνία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (υπηρεσιακά τηλεφωνήματα και λήψη και αλλαγή οδηγιών), καθώς και η συνεργασία με τους άλλους νοσηλευτές για την πραγματοποίηση εργασιών ρουτίνας, βρέθηκε να αποσπούν την προσοχή των νοσηλευτών που εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα από την φροντίδα του πόνου των ασθενών (Manias και συν. 2002, Manias και συν. 2005).

Η απόσπαση της προσοχής και οι διακοπές στην εκτέλεση των κλινικών τους καθήκοντων συμβάλλουν ώστε οι νοσηλευτές να τα διεκπεραιώνουν κινούμενοι γρήγορα από μια ασχολία σε άλλη διαφορετική, σκεπτόμενοι ταυτόχρονα τι άλλο έχουν να κάνουν (Street 1995). Υπό αυτές τις συνθήκες επηρεάζεται η επικοινωνία με τους ασθενείς, καθώς οι ασθενείς πιθανά να διστάζουν να αναφέρουν πόνο, θεωρώντας ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απασχολημένο και να μην θέλουν να θεωρηθούν «ενοχλητικοί» ή «δύσκολοι» ασθενείς, αλλά να προτιμούν να περιμένουν μέχρι να ερωτηθούν.

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου ασκεί επίδραση στον τρόπο και στην ποιότητά της. Ο

τρόπος οργάνωσης της παροχής φροντίδας με τον φόρτο εργασίας που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της βάρδιας, οφειλόμενος σε καθημερινές εργασίες ρουτίνας (ιδιαίτερα κατά την πρωινή βάρδια), μειωμένο αριθμό νοσηλευτών (απογευματινές και βραδινές ώρες) και την ανάγκη συχνής επικοινωνίας με τον υπεύθυνο ιατρό όταν είναι απαραίτητη η αλλαγή της χορηγούμενης αναλγητικής αγωγής, έχει αντίκτυπο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου. Καθημερινές εργασίες ρουτίνας, που θα πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι το τέλος της βάρδιάς τους, όπως αλλαγές τραυμάτων ή καταγραφή ζωτικών σημείων, ίσως να θεωρούνται από τους νοσηλευτές ως εργασίες υψηλότερης προτεραιότητας σε σχέση με δράσεις που συνδέονται άμεσα με την άνεση του ασθενή, όπως είναι η έγκαιρη αντιμετώπιση του πόνου (Manias και συν. 2002).

Οι νοσηλευτές δείχνουν να δίνουν περισσότερη προσοχή σε αιτήματα ασθενών για αναλγησία κατά τη διάρκεια της μέτρησης των ζωτικών σημείων (αρτηριακής πίεσης, σφυγμών και θερμοκρασίας) των ασθενών ή της τακτικής χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, ενώ όταν οι ασθενείς παραπονούνται για πόνο σε κάποια άλλη χρονική στιγμή, όπως κατά την αλλαγή τραυμάτων, κατά την εκτέλεση της φυσιοθεραπείας ή την μετεγχειρητική κινητοποίηση, οι νοσηλευτές λαμβάνουν υπόψη το αίτημα των ασθενών χωρίς συχνά να προβαίνουν σε επιβεβαίωση και εκτίμηση του πόνου των ασθενών, ενώ συχνά δεν χορηγούν αναλγητική αγωγή (Manias και συν. 2004).

Προγραμματισμένες ενέργειες που είναι επώδυνες για τον ασθενή, όπως η μετεγχειρητική κινητοποίησή του ή η αλλαγή και ο καθαρισμός του τραύματός του, συνήθως δεν αξιολογούνται έγκαιρα, ώστε να προλαμβάνεται ο πόνος.

Δεν εκτιμούνται οι ασθενείς για την ύπαρξη πόνου πριν την πραγματοποίηση αυτών των ενεργειών, αλλά συνήθως ερωτώνται – από τον νοσηλευτή ή την νοσηλεύτρια - κατά τη διάρκεια και προς το τέλος αυτών των επώδυνων διαδικασιών και κατά την μέτρηση των ζωτικών σημείων τους (Manias και συν. 2002).

Και σε αυτή την περίπτωση η αποτελεσματικότερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η υψηλότερη προτεραιότητα στην διαχείριση του πόνου του ασθενή με οργανική ένταξή της στην παροχή φροντίδας, θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

Υπερβολική ανησυχία για εθισμό, ανοχή, αναπνευστική και κεντρική καταστολή και άλλες παρενέργειες των οπιούχων οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε ιδιαίτερα προσεκτική και φειδωλή χρήση τους (Brunier και συν. 1995).

Ο φόβος της ανοχής οδηγεί στην τάση να θεωρείται ότι τα «ισχυρά» αναλγητικά θα πρέπει να κρατούνται για το τέλος, έως ότου απαιτούνται πραγματικά, με αποτέλεσμα ο πόνος των ασθενών να μην αντιμετωπίζεται (Bostrom 1997). Προτιμάται συχνά η συνταγογράφηση αναλγητικών φαρμάκων μετεγχειρητικά «επί πόνου», αντί της συστηματικής χορήγησης (Mac Lellan 1997).

Η εκπαίδευση, αν και αποδείχθηκε χρήσιμη, στο συγκεκριμένο σημείο φάνηκε ανεπαρκής να οδηγήσει σε αλλαγή της ακολουθούμενης πρακτικής (Greco και Eisenberg 1993).

Πολλοί επαγγελματίες υγείας φαίνεται να στερούνται γνώσεων και δεξιοτήτων για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, ιδιαίτερα με τη χρήση σήμερα εξελιγμένων τεχνικών χορήγησης αναλγησίας (π.χ. PCA) (Brunier και συν. 1995, Drayer και συν. 1999).

Η ενδομυϊκή χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου, αν και προκαλεί άσκοπο πόνο στον ασθενή από την ενδομυϊκή ένεση και η απορρόφηση του φαρμάκου είναι απρόβλεπτη, επηρεάζοντας σημαντικά το αναλγητικό αποτέλεσμα, χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς που θα μπορούσαν να λάβουν την αναλγητική αγωγή με πιο πρόσφορο τρόπο.

Η ελλιπής εκπαίδευση και η άγνοια της φαρμακοκινητικής των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων, αποτελεί μια από τις αιτίες υποθεραπείας του πόνου. Πολλοί ασθενείς, αλλά και το ευρύ κοινό, συμμαρτίζονται τις ανησυχίες για τα οπιούχα, ενώ είναι και ευρύτατη η αντίληψη ότι νοσηλεία σε νοσοκομείο και ιδιαίτερα μια χειρουργική επέμβαση σημαίνουν αναπόφευκτα πόνο, συχνά ισχυρό.

Οι νοσηλευτές φαίνεται να αποδέχονται τον πόνο ως τμήμα της μετεγχειρητικής εμπειρίας, με συνέπεια να έχουν την τάση να υποεκτιμούν τον πόνο που αναφέρουν οι ασθενείς, όταν πρόκειται για πόνο ισχυρό. Αυτό ίσως να συνδέεται και με το γεγονός ότι εργάζονται σε ένα περιβάλλον όπου έρχονται καθημερινά σε επαφή με πόνο (Zalon 1993).

4. ΤΡΟΠΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

4.1 Η ανάπτυξη και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών

Η συνεχής ανάπτυξη και διάδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τον οξύ πόνο, θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής (Clinical-practice guidelines - CPGs), αποτελούν προτάσεις που έχουν αναπτυχθεί με τρόπο συστηματικό με σκοπό να βοηθήσουν στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη φροντίδα υγείας για συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις, και σήμερα θεωρούνται ως τρόπος εισαγωγής ενδείξεων στην κλινική πρακτική, διασφαλίζοντας την κλινική αποτελεσματικότητα και περιορίζοντας την απόκλιση της καθημερινής κλινικής πρακτικής από τα επιστημονικά δεδομένα, ώστε να συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα και στις εκβάσεις της παρεχόμενης φροντίδας (Πίνακας 3).

Στη συνέχεια, δημιουργούνται πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής, τα οποία αποτελούν ορισμένες αρχές των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, υποδεικνύοντας συγκεκριμένες ενέργειες που πρέπει να εφαρμοστούν, οι οποίες εφαρμόζονται σε επίπεδο τμημάτων ενός νοσοκομείου και μπορεί να διαφέρουν κατά την εφαρμογή τους σε κάθε νοσοκομείο.

Αναπτύχθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου σε αρκετές χώρες, μεταξύ άλλων στις Η.Π.Α., Γερμανία, Μ. Βρετανία, Γαλλία, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία.

Η Ένωση Αναισθησιολόγων των Η.Π.Α. (American Society of Anesthesiologists – A.S.A.) το 1994 ανέπτυξε κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για την περιεγχειρητική διαχείριση του οξέος πόνου, οι οποίες ενημερώθηκαν το έτος 2004.

Από την δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα οι οδηγίες κλινικής πρακτικής έχουν φθάσει στις Η.Π.Α. τα περισσότερα από 1000 εγκεκριμένα έγγραφα (National Guideline Clearinghouse – ιστοσελίδα www.guideline.gov), με το ήμισυ σχεδόν από αυτά να είναι σχετικά με την διαχείριση του οξέος πόνου.

Δυστυχώς λίγες μόνο έρευνες έχουν διερευνήσει τα αποτελέσματα από την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και την αξιολόγησή τους, με συνέπεια οι ενδείξεις που είναι διαθέσιμες για την διαχείριση του οξέος πόνου να είναι ελάχιστες ενώ και η εξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων από έρευνες σε άλλους τομείς της φροντίδας υγείας είναι δύσκολη.

**Κατευθυντήριες οδηγίες για την ποιοτική διαχείριση του
οξέος μετεγχειρητικού πόνου**

- 1) Καθιέρωση τακτικών ελέγχων της διαχείρισης του οξέος πόνου για να εκτιμηθεί η συνεχής αποτελεσματικότητα κάθε αγωγής και η συχνότητα παρενεργειών και ανεπιθύμητων ενεργειών.
 - 2) Καταγραφή
 - των δημογραφικών στοιχείων του ασθενή
 - των αναλγητικών φαρμάκων και των χρησιμοποιούμενων τεχνικών
 - της έντασης του πόνου (VAS ή NRS)
 - των αναφορών πόνου
 - του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών
 - της έκβασης
 - των όποιων παρενεργειών και επιπλοκών παρουσιάζονται:
 - Ναυτία
 - Τάση για εμετό
 - Κνησμός
 - Επίσχεση ούρων
 - Καταστολή (υπνηλία, λήθαργος)
 - Υπόταση
 - Νευρολογικές επιπλοκές
 - Αναπνευστική καταστολή
- και όποιων άλλων σημαντικών προβλημάτων.

Παρενέργειες

Επιπλοκές

Στην μοναδική έρευνα αναφερόμενη ειδικά στη διαχείριση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου και την εφαρμογή σε αυτή κατευθυντήριων οδηγιών, την κλινική έρευνα των Dahl και συν. (2003), περιγράφονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου. Η παρέμβαση αποτελούνταν από πηγές πληροφόρησης σε έντυπη μορφή, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων οδηγιών της Ένωσης Αναισθησιολόγων των Η.Π.Α. (A.S.A.), συνοδευόμενες από υποστήριξη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ιστοσελίδας με πηγές, και παροχή υποστήριξης μέσω τηλεφώνου από μέλη του προγράμματος. Τα δεδομένα από 56 νοσοκομεία συλλέχθηκαν πριν και 12 έως 18 μήνες μετά την εφαρμογή του προγράμματος και αφορούσαν τις σημαντικές δομές, διαδικασίες (πρότυπα πρακτικής) και τις εκβάσεις των ασθενών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στην κλινική πρακτική, συμπεριλαμβανομένης της τεκμηριωμένης χρήσης κλιμάκων αξιολόγησης του πόνου, μειωμένης ενδομυϊκής χορήγησης οπιοειδών και αυξημένη χρήση μη φαρμακολογικών στρατηγικών ανακούφισης.

Τα δεδομένα από τους ασθενείς αφορούσαν την ένταση του πόνου, τον τρόπο με τον οποίο ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου και από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στις εκβάσεις αυτές.

Η μελέτη περιείχε τον περιορισμό ότι η αποστολή των δεδομένων ήταν εθελοντική και η έμφαση της παρέμβασης ήταν σε αλλαγές της δομής περισσότερο και όχι στην αλλαγή της θεραπευτικής πρακτικής. Επιπλέον το χρονικό διάστημα από την εφαρμογή της παρέμβασης έως την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης (follow-up) ήταν σχετικά μικρό.

Γενικότερα, η επιτυχημένη εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής φαίνεται να συναρτάται με την ύπαρξη ουσιαστικής διοικητικής υποστήριξης, αξιόπιστων δεδομένων για την ανατροφοδότηση (feedback), κοινά αποδεκτών στόχων για βελτίωση και ισχυρής ιατρικής ηγεσίας η οποία να στηρίζει τις αλλαγές. Η γνώση των παραγόντων που εμποδίζουν ή προάγουν τις αλλαγές, που προκύπτει από μελέτες παρατήρησης, θα πρέπει να αξιοποιείται όταν επιχειρείται η εφαρμογή των οδηγιών.

Η ύπαρξη απλώς κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής δεν σημαίνει αυτομάτως και την ορθή εφαρμογή τους, και η δημοσίευσή τους θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει σχέδιο εφαρμογής και αξιολόγησής τους, τονίζουν οι Rathmell και συν. (2006).

Υπάρχει πρόοδος στην κατανόηση του φαινομένου του πόνου, καθώς και στην ανάπτυξη αναλγητικών μέσων, τεχνικών και μεθόδων μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών (monitoring), ενώ δημιουργούνται υπηρεσίες αντιμετώπισης οξέος πόνου και σειρά ερευνών μελετούν την σχέση του πόνου με τη διαδικασία της μετεγχειρητικής αποκατάστασης.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι παρά την ανάπτυξη και εφαρμογή κλινικών οδηγιών για την ανακούφιση του πόνου, ο μετεγχειρητικός πόνος δεν ανακουφίζεται αποτελεσματικά, συνεχίζοντας να αποτελεί πρόβλημα.

Αν και οι κλινικές οδηγίες δίνουν τη δυνατότητα καταλληλότερων επιλογών στους επαγγελματίες υγείας, το περιβάλλον της κλινικής πρακτικής και ο τρόπος

που επηρεάζει την διαχείριση του πόνου, δεν έχουν μελετηθεί έως σήμερα επαρκώς, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου, προς όφελος του ασθενή.

Αν και έχουν γίνει προσπάθειες για την βελτίωση της ποιότητας της διαχείρισης του πόνου, αν και λειτουργούν σήμερα υπηρεσίες οξέος πόνου σε αρκετά νοσοκομεία, η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου συνεχίζει να παρουσιάζει ανεπάρκειες. Σειρά ερευνών τεκμηριώνουν ότι η αντιμετώπιση του πόνου δεν χαρακτηρίζεται από συνέπεια και συνεχίζει να είναι ανεπαρκής (Cleeland και συν. 1994, Carr και συν. 1998, Wolfe και συν. 2000).

Πρόσφατα αλλαγές και βελτιώσεις τόσο των χειρουργικών τεχνικών, όσο και της περιεγχειρητικής αντιμετώπισης του ασθενή, έχουν επιτρέψει τον καλύτερο έλεγχο της απάντησης stress από την χειρουργική επέμβαση.

Παράγοντες που επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή, γίνεται προσπάθεια να αναγνωρίζονται έγκαιρα, οι τεχνικές αναισθησίας που επιλέγονται, επιχειρούν να μειώσουν την απάντηση stress από την χειρουργική επέμβαση, ενώ μετεγχειρητικά γίνεται προσπάθεια πιθανές επιπλοκές να αναγνωρίζονται και να προλαμβάνονται έγκαιρα, συμβάλλοντας στην βελτίωση της έκβασης.

Περίπου 70-75% των χειρουργημένων ασθενών, όπως αναφέρθηκε, βιώνουν τουλάχιστον μέτριο πόνο κατά την μετεγχειρητική περίοδο, γεγονός που δείχνει ότι δεν έχει υπάρξει μέχρι στιγμής η προσδοκώμενη βελτίωση από την εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών και τον καθορισμό κριτηρίων διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου (Πίνακας 4), στα οποία θα πρέπει να βασίζεται η οργάνωση της μετεγχειρητικής αντιμετώπισης του οξέος πόνου.

Πίνακας 4

Κριτήρια της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου	
1)	Πρότυπα ασφαλείας για την καθημερινή συστηματική εκτίμηση του πόνου από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η οποία είναι αναγκαία.
2)	Ενιαίος τρόπος τεκμηρίωσης της εκτιμήσεων του πόνου.
3)	Καθορισμός των επιτρεπτών δόσεων, ώστε να πραγματοποιείται – εάν κριθεί αναγκαίο – αλλαγή της χορηγούμενης αγωγής.
4)	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας κάθε παρέμβασης μετά από ικανό χρονικό διάστημα και καθορισμός των ενεργειών επί αποτυχίας κάποιας παρέμβασης.
5)	Καθορισμός του εύρους τιμών των μεταβολών της λειτουργίας του Κυκλοφορικού Συστήματος, του επιπέδου εγρήγορσης και της αναπνοής, πέραν των οποίων θα πρέπει να καλείται ιατρός.
6)	Προτυποποίηση των αναλγητικών μεθόδων (γενικές και τοπικές αναλγητικές μέθοδοι, εξισορροπημένη αναλγησία).
7)	Συνεχής ύπαρξη αρμόδιου ιατρού σε ετοιμότητα, ο οποίος να είναι εξοικειωμένος με τα ακολουθούμενα πρότυπα αναλγησίας.
8)	Κατάλληλη στελέχωση (κατά περίπτωση με νοσηλεύτρια ειδικευμένη στη διαχείριση του πόνου και ιατρό), στη βάση της διεπιστημονικότητας και συνεργασία με την εκάστοτε χειρουργική ειδικότητα.

(Bernd και συν. 2004).

4.2 Μοντέλα οργάνωσης της διαχείρισης του μετεγχειρ. πόνου

Έρευνες έδειξαν, ότι υπάρχει ανάγκη για ξεκάθαρο καθορισμό του ρόλου των αναισθησιολόγων στη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου και για μια πιο ενεργή εμπλοκή των χειρουργών, καθώς διαπιστώνεται ότι οργανωτικά θέματα όπως η έλλειψη προσωπικού και ο συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας, νομικοί ή σχετιζόμενοι με το νοσηλευτικό ίδρυμα περιορισμοί, και κάποιες φορές η αποσπασματικότητα στη συνταγογράφηση της αναλγητικής αγωγής συνιστούσαν εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου (Schafheutle και συν. 2001).

Μια εκτεταμένη γερμανική έρευνα (Neugebauer και συν. 1998), που περιλάμβανε χίλιες χειρουργικές κλινικές, αποκάλυψε ότι τα περισσότερα γερμανικά χειρουργικά τμήματα συνεχίζουν να παρουσιάζουν έλλειψη αποτελεσματικότητας, καταλληλότητας, και οργανωτικού και επιστημονικού πλαισίου για σωστή διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου.

Η στενή συνεργασία αναισθησιολόγων και ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων, και η στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο στη διαχείριση πόνου νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και η δημιουργία υπηρεσιών αντιμετώπισης οξέος πόνου θεωρείται ότι θα αντιμετώπιζαν πιθανά προβλήματα που αφορούν τις αρμοδιότητες.

Η πολυδύναμη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα τμήματα του χειρουργικού τομέα εξασφαλίζεται καταρχήν με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου. Οργανωτικά η εμπλοκή αναισθησιολόγου μπορεί να λάβει διάφορες μορφές:

- 1) Κλήση αναισθησιολόγου όταν παραστεί ανάγκη, για εκτίμηση ή αναλγητική παρέμβαση.
- 2) Συμμετοχή αναισθησιολόγου ως συν-θεράποντα ιατρού σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό του ασθενή, με συγκεκριμένο πλαίσιο παροχής αναλγητικών παρεμβάσεων.
- 3) Ανάθεση εξολοκλήρου της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου σε αναισθησιολόγο.
- 4) Δημιουργία μιας ενιαίας διεπιστημονικής υπηρεσίας αντιμετώπισης πόνου, αποτελούμενης από χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλεύτη / νοσηλεύτρια διαχείρισης πόνου (pain nurse) και άλλες ειδικότητες.

Σε όποια μορφή (Σχήμα 1) και εάν λάβει η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου, η διεπιστημονική συνεργασία (αλληλοενημέρωση και συν-απόφαση) είναι απαραίτητη, καθώς:

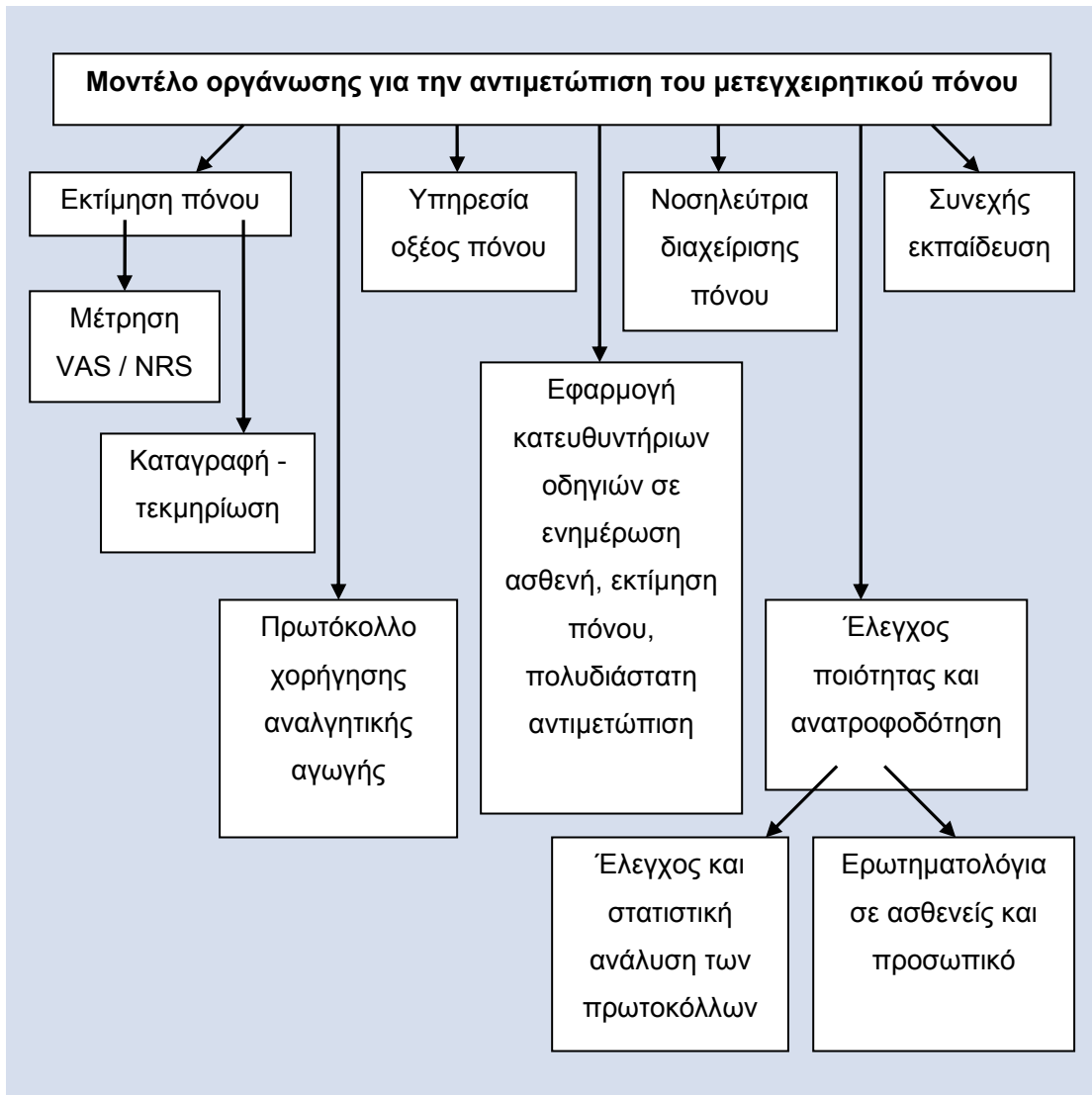
- δεν θα πρέπει η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου να επηρεάζει το επίπεδο εγρήγορσης και κινητικότητας του ασθενή
- δεν θα πρέπει η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου να καλύπτει πιθανά συμπτώματα του χειρουργημένου ασθενή και
- εξαιτίας των πιθανών παρενεργειών των αναλγητικών ο χειρουργημένος ασθενής χρήζει επισταμένης παρακολούθησης με τη συμμετοχή διαφόρων επιστημονικών ειδικοτήτων.

Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενή που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση μεταβάλλεται συνεχώς και είναι απαραίτητο η διαχείριση του πόνου να χαρακτηρίζεται από προσαρμοστικότητα στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες της μετεγχειρητικής πορείας του κάθε ασθενή.

Οι σύγχρονες μέθοδοι και τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου (π.χ.PCA) απαιτούν την εμπλοκή αναισθησιολόγου. Ο πόνος που νιώθει ο ασθενής μπορεί όμως να οφείλεται σε κάποια επιπλοκή που να απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση (π.χ. φλεγμονή ή συλλογή υγρού). Συνεπώς η ασφαλής και αποτελεσματική αντιμετώπιση το πόνου χρειάζεται τη συνεργασία των δύο αυτών ειδικοτήτων για να μην είναι αποσπασματική.

Η διεπιστημονικότητα έχει ως συνέπεια η αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή να είναι περισσότερο πολύπλευρη, καθώς αξιοποιείται η επιστημονική γνώση τόσο του αναισθησιολόγου, όσο και του χειρουργού που έχει την ευθύνη για τον ασθενή που χειρουργήσε.

Σχήμα1



(Bernd και συν. 2004).

4.3 Αλγόριθμοι αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου

Ο μετεγχειρητικός πόνος παρουσιάζει μεταβολές στην έντασή του και είναι αναγκαίο ο ασθενής να καλύπτεται εκτός από την βασική-συστηματικά χορηγούμενη αναλγησία και με επιπρόσθετη αναλγητική αγωγή, όταν ο πόνος δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από την χορηγούμενη αναλγητική αγωγή (“breakthrough” pain).

Επιπλέον, επειδή η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων εμπεριέχει την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών (ιδιαίτερα αναπνευστική καταστολή από την χορήγηση οπιοειδών), είναι αναγκαία η συνεχής παρακολούθηση της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενή, με ταυτόχρονη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης αγωγής, ώστε να εξασφαλίζεται η ασφαλής και αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή.

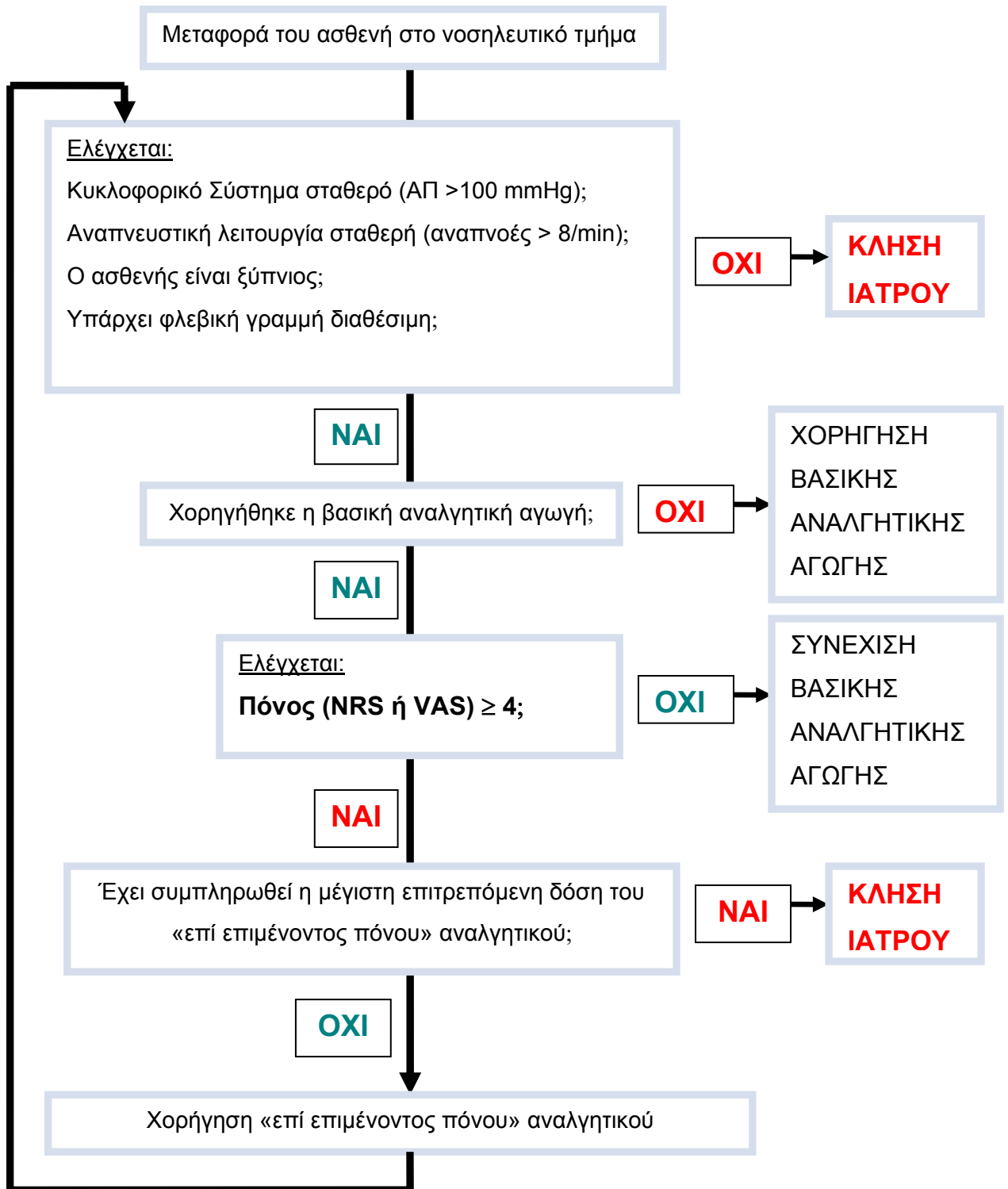
Το έτος 2001 η JCAHO εξέδωσε κανόνες διαχείρισης του πόνου, τονίζοντας την ευθύνη των ιδρυμάτων για την βασισμένη σε ενδείξεις (evidence-based) διαχείριση του πόνου. Οι κανόνες αυτοί σε συνδυασμό με τις ήδη υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου, έδιναν έμφαση στο πρόβλημα του πόνου (εκστρατεία “Make Pain Visible”) και οδήγησαν στην άτυπη καθιέρωση της έντασης του πόνου ως ζωτικού σημείου (εκστρατεία “Pain As a Fifth Vital Sign”).

Στην προσπάθεια συστηματικής αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου σε αρκετά ιδρύματα εφαρμόστηκαν στρατηγικές διαχείρισης με πρωτόκολλα στηριζόμενα στις εκτιμήσεις της έντασης του πόνου του ασθενή. Η μεταβολή των τιμών της έντασης του πόνου που ανέφερε ο ασθενής ότι βίωνε, αποτέλεσε τον δείκτη για την διαχείριση του μετεγχειρητικού του πόνου.

Το αποτέλεσμα είναι λεπτομερή, αυστηρά πρωτόκολλα και αλγόριθμοι αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου που καθορίζουν την διαχείριση του πόνου των ασθενών, αναφέροντας προκαθορισμένες ενέργειες, αναλγητικές επιλογές και δόσεις των χορηγούμενων αναλγητικών φαρμάκων.

Τα πρωτόκολλα βασίζονται στην συνεχή αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενή στην χορηγούμενη αναλγητική αγωγή ή παρέμβαση μέσω της συστηματικής μέτρησης της έντασης του πόνου του ασθενή και των ζωτικών του σημείων, και την καταγραφή-τεκμηρίωση της μεταβολής των τιμών τους.

Αλγόριθμος διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου σε νοσηλευτικό τμήμα



Επί απουσίας πόνου ή έντασης πόνου (NRS ή VAS) < 4 η εκτίμηση του πόνου πραγματοποιείται ανά δίωρο.

(Meissner και συν. 2001)

Οι Rathmell και συν. (2006) επισημαίνουν ότι σύμφωνα με το Institute for Safe Medication Practices των Η.Π.Α. (ISMP 2002) υπάρχει τάση για υπέρ του δέοντος επιθετική αντιμετώπιση του πόνου με την χρήση αριθμητικών, δηλαδή στηριζόμενων στις μεταβολές της τιμής της έντασης του πόνου, αλγορίθμων και αύξηση της συχνότητας καταστολής χειρουργικών ασθενών, ακόμη και περιπτώσεων αναπνευστικής καταστολής.

Οι Vila και συν. (2005) μελέτησαν τις επιπτώσεις από την αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών αποκλειστικά βάσει των τιμών της έντασης του πόνου τους σε ένα νοσοκομείο και αναφέρουν στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπλοκών (καταστολή).

Ως αποτέλεσμα, υπήρξε διευκρίνηση ότι ο χαρακτηρισμός του πόνου και της έντασης του πόνου ειδικότερα ως «πέμπτου ζωτικού σημείου» δεν είχε σε καμία περίπτωση την πρόθεση να οδηγήσει στην αντιμετώπιση της έντασης του πόνου ως ενός ζωτικού σημείου. Ο καθορισμός ορίων εντός των οποίων θα πρέπει να κυμαίνονται οι τιμές της έντασης του πόνου που βιώνει ο χειρουργημένος ασθενής, και τα εξειδικευμένα πρωτόκολλα χορήγησης της «επί πόνου» αναλγητικής αγωγής, όταν η τιμή της έντασης του πόνου υπερβαίνει αυτά τα όρια, είχαν οδηγήσει στην τάση υιοθέτησης αυστηρών, λιγότερο ασφαλών πρωτοκόλλων που καθόριζαν συγκεκριμένες δόσεις οπιοειδών αναλγητικών με βάση τις τιμές της έντασης του πόνου. Τονίζεται ότι η αναφορά σε όρια διακύμανσης της τιμής της έντασης του πόνου έχει ως σκοπό να συμβάλλει στην διαμόρφωση της αντιμετώπισης του πόνου, την λήψη της κλινικής απόφασης και την συνταγογράφηση και όχι να την υποδείξει.

Σε κάθε περίπτωση, όταν οι ιατρικές οδηγίες περιλαμβάνουν όρια τιμών (στην περίπτωση της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου τιμών της έντασης του πόνου), θα πρέπει να έχουν γραφεί με τρόπο που να διασφαλίζουν ότι ο ιατρός που συνταγογραφεί και η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής που χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο πώς πρόκειται να διαχειρισθεί το πρόβλημα του ασθενή.

4.4 Υπηρεσία αντιμετώπισης οξέος πόνου

Έως την δεκαετία του '80 η αντιμετώπιση του πόνου είχε ως έναυσμά της την αναφορά πόνου εκ μέρους του ασθενή, ήταν δηλαδή κατά κανόνα χορήγηση αναλγητικού σκευάσματος «επί πόνου». Αυτή την περίοδο ξεκινά διεθνώς η ανάπτυξη υπηρεσιών αντιμετώπισης οξέος πόνου, σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η μετεγχειρητική αναλγησία, αρχίζοντας από τις Η.Π.Α. Πρόκειται για εξειδικευμένες ομάδες θεραπευτών που παρακολουθούν τους ασθενείς κατά την μετεγχειρητική περίοδο με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στον τομέα του μετεγχειρητικού πόνου, η οποία οδηγεί σε βελτίωση της έκβασης και ικανοποίηση των ασθενών με έγκαιρη αναγνώριση τυχόν επιπλοκών.

Σήμερα θεωρούνται ως η καταλληλότερη οργανωτική δομή για την αποτελεσματική και ασφαλή διαχείριση του πόνου στο επίπεδο των νοσοκομειακών τμημάτων και ο αριθμός τους αυξάνεται (Stamer και συν. 2002), καθώς σειρά ερευνών δείχνουν βελτίωση της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου, που προσφέρουν οι υπηρεσίες οξέος πόνου (Gould και συν. 1992, Maier και συν. 1993, Coleman και συν. 1996) και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ασθενών (Miaskowski και συν. 1999).

Σκοπός της υπηρεσίας αντιμετώπισης οξέος πόνου είναι η συστηματική και τακτική αξιολόγηση της διαχείρισης του οξέος πόνου, ο εξατομικευμένος προσδιορισμός των αναλγητικών απαιτήσεων και η αποτελεσματική και ασφαλής αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή, με ταυτόχρονη παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των αναλγητικών μεθόδων και αναπροσαρμογή τους όπου απαιτείται, καθώς και η ταυτοποίηση και πρόληψη ή αντιμετώπιση παρενεργειών και επιπλοκών που σχετίζονται με τις εφαρμοζόμενες τεχνικές και η κλινική έρευνα σε νέες μεθόδους αντιμετώπισης του οξέος πόνου.

Η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών οξέος πόνου (Acute Pain Services – A.P.S.) θα πρέπει να ακολουθούν κατευθυντήριες οδηγίες:

- Μια πολυδιάστατη-διεπιστημονική προσέγγιση της διαχείρισης του οξέος πόνου, όπως με μια υπηρεσία οξέος πόνου, έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε βελτίωση της ανακούφισης του πόνου και της έκβασης των ασθενών.
- Μια διεπιστημονική προσέγγιση προτείνεται για όλους τους ασθενείς, ιδιαίτερα για όσους έχουν σύνθετη παθολογία, ιατρικά ή ψυχολογικά.
- Τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας οξέος πόνου περιλαμβάνουν:

- 1) Στελέχωση με ιατρικό προσωπικό, ιδιαίτερα αναισθησιολόγους (μοντέλο υπηρεσίας βασισμένο σε αναισθησιολόγους), και με νοσηλευτές με εξειδίκευση στη διαχείριση οξέος πόνου.
- 2) Συμμετοχή φυσιοθεραπευτών και ψυχολόγων.
- 3) Στενή συνεργασία με χειρουργικές και άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στη συνολική περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενή.
- 4) Ανάπτυξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, κατευθυντήριων οδηγιών και πολιτικών στη φροντίδα και την παρακολούθηση.
- 5) Εξέταση όλων των ασθενών που δέχονται τη συγκεκριμένη φροντίδα της υπηρεσίας τουλάχιστον μια φορά ημερησίως και επαφή με το κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- 6) Παροχή υπηρεσίας συμβουλευτικής για ασθενείς με οξέα προβλήματα πόνου ή με προβλήματα οξέος πόνου σε έδαφος χρόνιων προβλημάτων πόνου.
- 7) Παροχή μιας υπηρεσίας μετά το κανονικό ωράριο με τη συμμετοχή κατάλληλου συμβούλου.
- 8) Συμμετοχή σε σχέδια διαχείρισης για αναλγησία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όπου κρίνεται απαραίτητο.
- 9) Έρευνα.
- 10) Εκπαίδευση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και φοιτητών.

Αν και βελτιώνουν σημαντικά την διαχείριση του πόνου των ασθενών, δεν έχουν τη δυνατότητα να φροντίσουν μεγάλο αριθμό ασθενών ή ακόμη περισσότερο να αναλάβουν την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου του συνόλου των χειρουργικών ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος που οδήγησε στην ανάπτυξη ενός μοντέλου βασισμένου σε νοσηλευτή ή νοσηλεύτρια διαχείρισης οξέος πόνου, εποπτευόμενου από αναισθησιολόγο (Rawal και Berggren 1994).

Συγκρινόμενο με το μοντέλο υπηρεσίας οξέος πόνου που βασίζεται σε αναισθησιολόγο, το μοντέλο που έχει ως βάση του τη νοσηλεύτρια και τελεί υπό την εποπτεία αναισθησιολόγου είναι λιγότερο πολυδάπανο, ενώ επιπλέον μπορεί - θεωρητικά - να υιοθετηθεί από όλα τα τμήματα του χειρουργικού τομέα. Με δεδομένο ότι η συνήθης μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών παρέχεται από τους νοσηλευτές, το συγκεκριμένο μοντέλο που βασίζεται σε νοσηλευτή, έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να έχει γενικευμένη εφαρμογή σε όλα τα νοσηλευτικά

τμήματα του χειρουργικού τομέα, χωρίς να απαιτεί επιπλέον στελέχωση με υψηλότερα αμειβόμενους επαγγελματίες υγείας, με δεδομένο ότι το κατά κεφαλή κόστος για αναισθησιολόγους είναι υψηλότερο από ότι για άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως τους νοσηλευτές, οδηγώντας σε αύξηση του κόστους της φροντίδας της υγείας. Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή του μοντέλου οργάνωσης που βασίζεται στο νοσηλευτή απαιτεί εκτεταμένη και συνεχή εκπαίδευση εντός της υπηρεσίας, καθώς και επιμελώς σχεδιασμένα πρωτόκολλα αναλγησίας.

Στην υπηρεσία διαχείρισης οξέος πόνου η οποία είναι βασισμένη στο νοσηλευτή, το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργικού τομέα εκπαιδεύεται θεωρητικά και κλινικά και ορίζεται μία νοσηλεύτρια ή ένας νοσηλευτής ως συντονιστής της υπηρεσίας οξέος πόνου. Κάθε χειρουργικός τομέας διαχειρίζεται ως οργανική μονάδα, ενώ την εποπτεία ασκεί αναισθησιολόγος (Shapiro και συν. 2004).

Όσο η έμφαση μιας υπηρεσίας αντιμετώπισης του οξέος πόνου δεν ήταν η αποδοτικότητα με όρους κόστους, ένα μοντέλο οργάνωσης βασισμένο σε αναισθησιολόγους θεωρούνταν προτιμητέο. Επιπλέον έπρεπε να γίνεται επιλογή των ασθενών που θα αναλάμβανε να φροντίσει αυτή η υπηρεσία, λόγω του περιορισμένου αριθμού ασθενών που μπορούσε να δεχθεί. Ακόμη, οι αναισθησιολόγοι έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς για πολύ λιγότερο χρονικό διάστημα από ότι οι νοσηλευτές, οι οποίοι επικοινωνούν με τους ασθενείς και παρέχουν φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου.

Το μοντέλο οργάνωσης που βασίζεται σε νοσηλευτές έχει τη δυνατότητα να αναλάβει την φροντίδα του μετεγχειρητικού πόνου όλων των ασθενών που χειρουργούνται και δεν οδηγεί σε αύξηση του κόστους της φροντίδας, ιδιαίτερα σε μια εποχή συνεχούς αύξησης του κόστους της φροντίδας υγείας. Δείχνει να υπερέχει οργανωτικά και από την άποψη του τρόπου παροχής της φροντίδας, απαιτεί όμως ιδιαίτερη προσοχή στον σχεδιασμό των αναλγητικών πρωτοκόλλων, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματική και ταυτόχρονα ασφαλής αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών, με την πρόληψη παρενεργειών και επιπλοκών. Επιπλέον, επηρεάζει όλη την οργάνωση της φροντίδας μετά την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο (Τμήμα Ανάνηψης, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας), αυξάνοντας τον φόρτο εργασίας στα τμήματα του χειρουργικού τομέα και η εφαρμογή του προϋποθέτει την εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού του χειρουργικού τομέα.

4.4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υπηρεσία οξέος πόνου

Ο νοσηλευτής της υπηρεσίας οξέος πόνου συνεργάζεται με το προσωπικό των υπολοίπων ειδικοτήτων της υπηρεσίας οξέος πόνου, καθώς και με νοσηλευτές - νοσηλεύτριες του νοσοκομείου, συμβάλλοντας στη διαχείριση του οξέος πόνου των ασθενών.

Ειδικές ευθύνες – αρμοδιότητες: Ο νοσηλευτής της υπηρεσίας οξέος πόνου πραγματοποιεί τακτικές κλινικές επισκέψεις σε όλους τους ασθενείς, την διαχείριση του πόνου των οποίων έχει αναλάβει η υπηρεσία οξέος πόνου. Στην κλινική επίσκεψη άλλοτε συμμετέχει και αναισθησιολόγος της υπηρεσίας.

Γενικές ευθύνες – αρμοδιότητες: Ο νοσηλευτής της υπηρεσίας οξέος πόνου

- συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο στη διαχείριση του πόνου των ασθενών
- συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών και των συγγενών τους σχετικά με τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου
- παρέχει εκπαίδευση σχετικά με την διαχείριση του πόνου στο νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων
- επισημαίνει προβλήματα στη διαχείριση του πόνου των ασθενών και συμβάλλει στην επίλυσή τους
- συμμετέχει στην παρακολούθηση και τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης πόνου
- συλλέγει στοιχεία για την συνεχή αξιολόγηση της υπηρεσίας οξέος πόνου
- συμμετέχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και έρευνας σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή υπηρεσίας οξέος πόνου.

Ο νοσηλευτής της υπηρεσίας οξέος πόνου έχει προηγουμένως εκπαιδευτεί στη διαχείριση του πόνου (Ανατομία του Νευρικού Συστήματος, Παθοφυσιολογία του πόνου, Ιατρική Ψυχολογία, Φαρμακολογία) και στις μεθόδους χορήγησης αναλγησίας (π.χ. ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία - P.C.A., επισκληρίδια αναλγησία - E.A.). Επιπλέον συνεχίζει να εκπαιδεύεται με την υποστήριξη του αναισθησιολόγου της υπηρεσίας κατά τη διάρκεια των κλινικών επισκέψεων στους ασθενείς, ενώ η εκπαίδευσή του είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει και την απόκτηση δεξιοτήτων διδασκαλίας, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στον ρόλο

του ως εκπαιδευτής του υπόλοιπου προσωπικού στη διαχείριση του πόνου, καθώς και δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Καθήκοντα:

- εκτίμηση, αξιολόγηση και καταγραφή–τεκμηρίωση της έντασης του πόνου
- χορήγηση αναλγητικών
- παρακολούθηση του χειρουργημένου ασθενή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης αναλγητικής αγωγής
- διαχείριση του πόνου με μη φαρμακευτικές μεθόδους
- εκπαίδευση και κινητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων για αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου
- εφαρμογή και προαγωγή των αλλαγών με στόχο την βελτίωση του μετεγχειρητικού πόνου και της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών σε επίπεδο νοσοκομείου.

Ο εξειδικευμένος στην διαχείριση του οξέος πόνου νοσηλευτής συμβάλλει στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών (Coleman και συν. 1996).

5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο νοσηλευτικό τμήμα

Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό τμήμα της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου, καθώς βρίσκονται για περισσότερο χρόνο δίπλα στον ασθενή σε σχέση με τους υπόλοιπους λειτουργούς της υγείας.

Η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου από τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές των νοσηλευτικών τμημάτων του χειρουργικού τομέα, όπου κατά κανόνα οι χειρουργημένοι ασθενείς παραμένουν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετεγχειρητικά, αποτελεί καθημερινή κλινική πρακτική και ένα από τα νοσηλευτικά καθήκοντα.

Ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα και έχει οργανωθεί η διαχείριση του πόνου, καθορίζει και τον ρόλο που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής.

Όταν η διαχείριση του πόνου πραγματοποιείται βάσει των ιατρικών συνταγών, ο νοσηλευτής παρακολουθεί την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή, εκτιμά και αξιολογεί τον πόνο, καταγράφει την ένταση του πόνου και χορηγεί το αναλγητικό φάρμακο, αξιολογώντας στη συνέχεια τον βαθμό ανακούφισης του ασθενή από τον πόνο του και την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής.

Στην περίπτωση που η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου πραγματοποιείται βάσει κάποιου αλγορίθμου, ο νοσηλευτής παρακολουθεί και εκτιμά τις ανάγκες του ασθενή, και προχωρά με βάση τις μετρήσεις των ζωτικών σημείων και της έντασης του πόνου του ασθενούς, τις οποίες έχει πραγματοποιήσει.

Η ύπαρξη διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης και εξειδίκευσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, διαφοροποιούν επίσης τα καθήκοντα και τον τρόπο εργασίας των νοσηλευτών. Διαφορετικούς ρόλους αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές που έχουν αναλάβει την άμεση φροντίδα του ασθενή και διαφορετικές προτεραιότητες θέτουν οι νοσηλευτές που έχουν αναλάβει καθήκοντα συντονισμού της φροντίδας.

Σύμφωνα με έρευνα της American Society of Pain Management Nurses (A.S.P.M.N.) με σκοπό την περιγραφή των καθηκόντων των νοσηλευτριών και νοσηλευτών, η εκτίμηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση του πόνου αποτελούν τις συχνότερες ενέργειες των νοσηλευτών που ασχολούνται με την διαχείριση του πόνου των ασθενών, με την επικοινωνία, την φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου και την συνεργασία να ακολουθούν (Pellino και συν. 2002).

Ειδικότερα οι νοσηλευτές που διαχειρίζονται κατά κανόνα οξύ πόνο, όπως οι νοσηλευτές που στελεχώνουν ορθοπεδικά τμήματα, αναφέρουν ως συχνότερη δραστηριότητα αναφορικά με την διαχείριση του πόνου την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων και έπονται η εκτίμηση του βαθμού ανακούφισης από τον πόνο μετά την παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αναλγητικής αγωγής που χορηγήθηκε.

Η παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο αναπνευστικής ύφεσης και καταστολής, καθώς και η παρακολούθηση όσων ασθενών έχουν αναλγησία ελεγχόμενη από τους ίδιους (Patient-controlled analgesia - P.C.A.), αποτελούν επίσης συχνά καθήκοντα των νοσηλευτών (Πίνακας 5).

Αντίθετα, οι συμπληρωματικές και μη φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου βρέθηκαν να αποτελούν σπανιότερα τμήμα της καθημερινής εργασίας των νοσηλευτών. Οι Eisenberg και συν., (1998) επισημαίνουν την διαρκώς αυξανόμενη τάση για χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών μεθόδων και μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν εάν αυτή η τάση διαφανεί και στις ενέργειες των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου.

Η εξασφάλιση θέσης άνεσης στον ασθενή μετακινώντας τον στο κρεβάτι του και η τοποθέτηση και ο έλεγχος της λειτουργίας συσκευών όπως καθετήρων και παροχετεύσεων, αλλά και συσκευών εξωτερικής οστεοσύνθεσης, είναι σημαντικές νοσηλευτικές πράξεις, όπως και η παρέμβαση στο περιβάλλον (π.χ. κατάλληλες συνθήκες φωτισμού και ησυχία) για εξασφάλιση συνθηκών άνεσης και ύπνου.

Ο συντονισμός της χορήγησης αναλγητικής αγωγής με την πραγματοποίηση επώδυνων διαδικασιών, όπως η μετεγχειρητική κινητοποίηση του ασθενή και η φυσιοθεραπεία του, αλλά και η αλλαγή επιδέσμων και ο καθαρισμός τραυμάτων, προλαμβάνει άσκοπο πόνο. Η σημασία του συντονισμού αναλγητικής αγωγής και επώδυνων διαδικασιών αναγνωρίζεται από τους νοσηλευτές, φαίνεται όμως να μην αποτελεί ρουτίνα η υλοποίησή του (Manias και συν. 2002, Pellino και συν. 2003).

Βρέθηκε ότι στις Η.Π.Α. οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλευτές είναι αυτοί που παρέχουν συχνότερα πληροφόρηση και εκπαίδευση στον ασθενή σχετικά με τον πόνο και την διαχείρισή του.

Η κατάλληλη προεγχειρητική πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τον πόνο που μπορεί να αναμένει ότι θα βιώσει μετεγχειρητικά και την μετεγχειρητική του πορεία γενικότερα, μπορεί να μειώσει την αγωνία και το άγχος του σχετικά με την χειρουργική επέμβαση και την έκβασή της και συνεπώς να συμβάλλει στην μείωση της μετεγχειρητικής επώδυνης εμπειρίας (Stergioroulou και συν. 2006).

Η μετεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τον πόνο και η ενθάρρυνση αν πονά, να το αναφέρει, χωρίς να νιώθει ότι γίνεται ενοχλητικός για τους νοσηλευτές, μαζί με τη διαβεβαίωση ότι το πρόβλημά του αντιμετωπίζεται και ο πόνος σύντομα θα υποχωρήσει, μειώνοντας την αγωνία του, συμβάλλει επίσης στην ανακούφιση από την επώδυνη εμπειρία.

Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που κατά κανόνα ρωτούν τον ασθενή αν πονά. Όταν είναι ευαισθητοποιημένοι στο θέμα του πόνου και γνωρίζουν για τη διαχείρισή του, ενημερώνουν, σε συνεργασία με τον ιατρό, τον ασθενή για τη διαχείριση του πόνου του, τον ενθαρρύνουν να αναφέρει τον πόνο του και να ζητά ανακούφιση, εκπαιδεύοντάς τον να το κάνει έγκαιρα, παρέχουν επιλογές ανακούφισης του πόνου, δημιουργώντας ρεαλιστικές προσδοκίες ανακούφισης, και αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της αναλγησίας (Manias και συν. 2004).

Επισημαίνεται η ανάγκη βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών για την επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου διαχείρισης του πόνου (Bardiau και συν. 1999, Salomäki και συν. 2000).

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και θεραπευτή, όπως και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, άλλωστε, δείχνει να συνεισφέρει στην έκβαση του ασθενή, όπως προκύπτει από αρκετές έρευνες (Costa 2001, Twycross 2002).

Οι νοσηλευτές συχνά ενεργούν ως «συνήγοροι» των ασθενών (patient advocate) προσεγγίζοντας και επικοινωνώντας με τον ιατρό σε περιπτώσεις όπου η αντιμετώπιση του πόνου είναι αναποτελεσματική, αλλά και σχετικά με επώδυνες για τον ασθενή διαδικασίες.

Οι νοσηλευτές δείχνουν να προσπαθούν να ανταποκριθούν στα διαφορετικά αιτήματα ασθενών και ιατρών, λειτουργώντας συχνά ως «ενδιάμεσοι» (Manias και συν. 2002, Pellino και συν. 2002). Το γεγονός αυτό επηρεάζει τους νοσηλευτές στην οργάνωση της παροχής φροντίδας στον ασθενή.

Πίνακας 5

Συχνότερες νοσηλευτικές ενέργειες σχετιζόμενες με την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου

- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για μείωση του πόνου
- Αξιολόγηση του βαθμού ανακούφισης από παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των χορηγούμενων αναλγητικών φαρμάκων
- Μετακίνηση του ασθενή σε θέση άνεσης
- Παρακολούθηση ασθενών για κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής
- Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει τον πόνο του
- Χρήση κλίμακας για την αξιολόγηση του πόνου
- Παρακολούθηση ασθενών με PCA
- Αναλγητικές παρεμβάσεις πριν από επώδυνες διαδικασίες και κινητοποίηση
- Εκτίμηση λεκτικών και μη λεκτικών εκφράσεων του πόνου του ασθενή
- Εκτίμηση των χαρακτηριστικών του πόνου του ασθενή
- Εκτίμηση της αντίληψης του πόνου του ασθενή
- Τιτλοποίηση αναλγητικών με βάση τις οδηγίες ή το πρωτόκολλο
- Ενέργειες ως «συνήγορος» του ασθενή στην προσέγγιση ιατρού
- Συντονισμός παρεμβάσεων ανακούφισης του πόνου με δραστηριότητες ασθενή

(ASPMN 2002, National Association of Orthopedic Nurses 2003).

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Ελλάδα

Πληροφορίες σχετικά με την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στην Ελλάδα και τον ρόλο του νοσηλευτή είναι λιγοστές, συνήθως αναφέρονται σε τεχνικές και πρωτόκολλα αναλγησίας και προέρχονται από αναισθησιολόγους (Λουίζος και συν. 1996).

Επιχειρείται η ανάπτυξη υπηρεσιών μετεγχειρητικής αναλγησίας και αντιμετώπισης οξέος πόνου, από αναισθησιολογικά τμήματα νοσοκομείων και σε συνεργασία με τους αντίστοιχους χειρουργικούς τομείς.

Συστηματική εκτίμηση, καταγραφή-τεκμηρίωση και αξιολόγηση του πόνου, η οποία αποτελεί την βάση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική και κατά συνέπεια δεν μπορεί να υπάρξει αποτίμηση της διαχείρισης του πόνου (Αθανασιάδης και συν. 2001). Έλλειμμα στην τακτική εκτίμηση του πόνου δείχνει να υπάρχει και σε άλλες χώρες, όπως προκύπτει από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί την τελευταία δεκαετία (Nolli και συν. 1997, Carr και συν. 1998, Meissner και συν. 2001, Puig και συν. 2001).

Η ευρεία χρήση της ενδομυϊκής χορήγησης οπιοειδών για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, σε σχέση με άλλες τεχνικές χορήγησης αναλγησίας, περισσότερο εξειδικευμένες αλλά και περισσότερο απαιτητικές σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την παρακολούθηση του ασθενή (π.χ. PCA), ίσως αντανakλά κατά ένα μέρος και την ανάγκη για εκπαίδευση στη διαχείριση του πόνου και τον τρόπο δράσης των χρησιμοποιούμενων αναλγητικών φαρμάκων, όπως έχει παρατηρηθεί από έρευνες σε άλλες χώρες (Brunier και συν. 1995, Drayer και συν. 1999).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Ελλάδα στην διαχείριση του πόνου διαμορφώνεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχει τυπική εκπαίδευση και εξειδίκευση στην διαχείριση του πόνου στην νοσηλευτική εκπαίδευση.

Εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του πόνου παρέχεται σήμερα σε νοσηλευτές σε μεταπτυχιακό επίπεδο από Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με το T.E.I. Αθηνών.

Η ανάγκη για εκπαίδευση στο θέμα του πόνου και της διαχείρισής του, τονίζεται και στη μελέτη των Tafas και συν. (2002), η οποία αφορούσε τις γνώσεις και πεπτοιθήσεις των ελλήνων νοσηλευτών και νοσηλευτριών σχετικά με τον πόνο.

Η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή και η εκτίμηση του πόνου είτε με απλές ερωτήσεις εάν πονά ή όχι είτε μετά από αναφορά πόνου από τον ίδιο τον ασθενή και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας αποτελούν συνήθως τα καθήκοντα του νοσηλευτή.

Η εκτίμηση της έντασης του πόνου πραγματοποιείται χωρίς την χρήση κάποιας αναλογικής κλίμακας αξιολόγησης του πόνου, στηριζόμενη στις λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις του πόνου του ασθενή.

Δεν υπάρχουν στοιχεία για τις στρατηγικές εκτίμησης που χρησιμοποιούν συνηθέστερα οι νοσηλευτές στην Ελλάδα, ωστόσο από την καθημερινή εμπειρία, φαίνεται ότι η χρήση μιας «τυπολογίας ασθενών», με κατηγοριοποίηση των ασθενών κυρίως με βάση το είδος της χειρουργικής επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν και τον χρόνο που έχει μεσολαβήσει από την επέμβαση (δηλ. σε ποια μετεγχειρητική ημέρα βρίσκεται ο ασθενής) και η εμπειρία από προηγούμενους ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στο παρελθόν, ίσως να είναι αρκετά διαδεδομένη. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν το ζήτημα αυτό.

Ο νοσηλευτής συνήθως αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων αναλγητικών φαρμάκων, σε συνάρτηση με τον βαθμό ανακούφισης από τον πόνο που παρείχαν στον ασθενή και ενημερώνει ανάλογα τον ιατρό. Επίσης, δεν είναι σπάνιο ο νοσηλευτής να ενεργεί ως «συνήγορος» του ασθενή στην προσέγγιση του ιατρού, όταν ο ασθενής θέλει να εκφράσει κάποιο παράπονο ή αίτημα στον ιατρό (π.χ. για μη ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου του), χωρίς όμως να υπάρχουν σχετικές μελέτες.

Ενώ ιδιαίτερα στις αγγλοσαξονικές και σκανδιναβικές χώρες, η μελέτη της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου και του ρόλου σε αυτή των νοσηλευτών είναι έντονη, με πλούσια αρθρογραφία από νοσηλευτές εξειδικευμένους στην αντιμετώπιση του πόνου, στην χώρα μας σπανίζουν παρόμοιες μελέτες, πιθανά λόγω και της απουσίας μέχρι πρότινος αντίστοιχης εξειδίκευσης, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με το ζήτημα του πόνου.

Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τον πόνο ως σημαντική επιβαρυντική και πιεστική εμπειρία, η οποία κάνει το άτομο να υποφέρει, επηρεάζοντας αρνητικά τις ικανότητές του, και ενδιαφέρονται για τα ζητήματα του πόνου και της διαχείρισής του. Η προσπάθεια βελτίωσης της γνώσης των νοσηλευτών για την διαχείριση του πόνου θα πρέπει να βασιστεί σε αυτό το

ενδιαφέρον και στην ισχυρή θέληση να αποκτήσουν ικανότητες αποτελεσματικής αντιμετώπισης του πόνου, αξιοποιώντας προηγούμενες εμπειρίες από την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών και προσωπικά βιώματα σχετικά με πόνο. Η εκπαίδευση είναι ανάγκη να προσφέρει ταυτόχρονα θεωρητική και κλινική εκπαίδευση που να εφοδιάζει τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες με γνώσεις και ικανότητες εύκολα εφαρμόσιμες στην καθημερινή κλινική πρακτική (Patiraki-Kourbani και συν. 2004).

Η πραγματοποίηση μελετών που να παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο σήμερα διαχειρίζεται ο μετεγχειρητικός πόνος από τους νοσηλευτές στην χώρα μας και να διερευνούν τις πιθανές ανάγκες για αποτελεσματικότερη ανακούφιση του πόνου των ασθενών, θα παρείχε μια εικόνα της υπάρχουσας κατάστασης και της ακολουθούμενης κλινικής πρακτικής και θα μπορούσε να συμβάλει στην βελτίωσή της.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κατάλληλη, αποτελεσματική και ασφαλής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί μια πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, καθώς ο ανεξέλεγκτος μετεγχειρητικός πόνος έχει δυσμενείς συνέπειες στην μετεγχειρητική πορεία των ασθενών, σε όρους ψυχολογικής εμπειρίας, νοσηρότητας και κόστους φροντίδας της υγείας.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου συμβάλλει στην καλή μετεγχειρητική πορεία του ασθενή. Με την αποφυγή των δευτερογενών εκδηλώσεων του μετεγχειρητικού πόνου και της μετάπτωσης του οξέος μετεγχειρητικού πόνου σε χρόνιο πόνο, η αποτελεσματική διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να συμβάλλει στην ανάρρωση των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, αλλά και στην συγκράτηση του κόστους της φροντίδας.

Η εκτίμηση του πόνου περιλαμβάνει τον καθορισμό της εντόπισης, της ποιότητας και της έντασης. Δεδομένου ότι ο οξύς πόνος είναι συνεχώς μεταβαλλόμενος, απαιτείται η συνεχής επανεκτίμησή του. Ταυτόχρονα, η αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος καθορίζεται από πολλούς παράγοντες όπως η ίδια η νόσος, οικογενειακοί και θρησκευτικοί παράγοντες, προσωπικές πεπειθήσεις και εμπειρίες του ασθενή, το κλινικό περιβάλλον και συναισθηματικοί παράγοντες. Συνεπώς η υποκειμενική έκφραση του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή θεωρείται η πλέον αξιόπιστη μέθοδος εκτίμησης του πόνου.

Για την εκτίμηση του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή με αυτό-αναφορά χρησιμοποιούνται οι κλίμακες πόνου όπως η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale – VAS) και η αριθμητική κλίμακα μέτρησης (Numeric Rating Scale – NRS). Προϋπόθεση αποτελεί βέβαια ο ασθενής να βρίσκεται σε εγρήγορση, σε ηρεμία και να είναι συνεργάσιμος. Σε αντίθετη περίπτωση είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν αντικειμενικά κριτήρια εκτίμησης, όπως η ύπαρξη ταχυκαρδίας, υπέρτασης, ταχύπνοιας και εφίδρωσης, η συνεχής αλλαγή θέσης και η διέγερση.

Υπάρχει η τάση να ταυτίζεται ο μετεγχειρητικός πόνος με τον πόνο από την εγχειρητική τομή και η εκτίμηση του πόνου να επικεντρώνεται στην ύπαρξη και αξιολόγηση πόνου που συνδέεται με το χειρουργικό τραύμα, ενώ ο ασθενής μπορεί να πονά για κάποιο άλλο λόγο. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη

διερεύνησης του πόνου που αναφέρει ο ασθενής, ως προς το είδος, την εντόπιση και τα χαρακτηριστικά του πόνου.

Η απουσία συστηματικής εκτίμησης και καταγραφής αποτελεί ίσως το σημαντικότερο εμπόδιο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, καθώς η κατάλληλη διαχείριση του πόνου των ασθενών απαιτεί την συνεχή εκτίμηση του πόνου και των αναλγητικών αναγκών των ασθενών, καθώς και την αξιολόγηση της δράσης των αναλγητικών που χορηγούνται. Η τακτική καταγραφή του πόνου μετεγχειρητικά βεβαιώνει ότι υπάρχει μέριμνα για την επαρκή αναλγησία του ασθενή και δίνει την δυνατότητα επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας της αναλγησίας και αναπροσαρμογής της χορηγούμενης αναλγητικής αγωγής, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Μετράται η ένταση του πόνου του ασθενή ανά τακτά χρονικά διαστήματα και καταγράφεται-τεκμηριώνεται στο φύλλο νοσηλείας του. Ωστόσο η διαδικασία αυτή συχνά δεν πραγματοποιείται, και όταν πραγματοποιείται δεν χαρακτηρίζεται από συνέπεια, όπως προκύπτει από την διεθνή βιβλιογραφία.

Ο συνηθέστερος τρόπος εκτίμησης του πόνου είναι οι απλές ερωτήσεις από την πλευρά των νοσηλευτών στον ασθενή για το εάν πονά ή όχι και ο χρόνος που αφιερώνεται για τον σκοπό αυτό είναι περιορισμένος, με δυσμενείς συνέπειες στην ποιότητα της αξιολόγησης. Η χρήση κλίμακας εκτίμησης της έντασης του πόνου δεν είναι πάντοτε γνωστή στους νοσηλευτές που φροντίζουν τον χειρουργημένο ασθενή. Ακόμη και όταν είναι γνωστή κάποια κλίμακα εκτίμησης του πόνου, η χρήση της και η καταγραφή της έντασης του πόνου του ασθενή δεν πραγματοποιούνται συστηματικά και με συνέπεια.

Έχουν παρατηρηθεί αποκλίσεις μεταξύ των εκτιμήσεων του πόνου από νοσηλευτές και των επώδυνων εμπειριών των ασθενών, με τους νοσηλευτές να υποεκτιμούν συχνά τον πόνο των ασθενών, όταν ο πόνος που αναφέρουν οι ασθενείς είναι έντονος. Δεν είναι ξεκάθαρο πώς προκύπτει αυτή η διάσταση μεταξύ των εκτιμήσεων του πόνου από τους ίδιους τους ασθενείς και των εκτιμήσεων των νοσηλευτών και πιθανολογείται ότι οι νοσηλευτές θεωρούν τον πόνο ως αναμενόμενο τμήμα της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή, ή ότι πρόκειται για αμυντικό μηχανισμό που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε ένα περιβάλλον όπου ο πόνος είναι υπαρκτός καθημερινά.

Έχει διαπιστωθεί η ανάγκη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην παθοφυσιολογία του πόνου και στον τρόπο δράσης των αναλγητικών φαρμάκων, ιδιαίτερα των οπιοειδών.

Η χορήγηση οπιοειδών ενέχει τον κίνδυνο της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και ιδιαίτερα αναπνευστικής καταστολής, καθιστώντας αναγκαία την προσεκτική τιτλοποίηση, ούτως ώστε να φθάσουμε στο αναλγητικό αποτέλεσμα χωρίς να εμφανιστούν επιπλοκές. Απαιτείται πάντοτε εξατομίκευση των δόσεων.

Η ενδομυϊκή χορήγηση οπιοειδών – αν και ευρύτατα διαδεδομένη – δεν θεωρείται προτιμητέα, καθώς η απορρόφηση είναι απρόβλεπτη όπως και τα μέγιστα επίπεδα στο αίμα, με τελικό αποτέλεσμα αφενός την ανεπαρκή αναλγησία, αφετέρου τον κίνδυνο επιπλοκών.

Χρειάζεται προσοχή τόσο στην συνταγογράφηση, όσο και στα πρωτόκολλα χορήγησης αναλγησίας, ώστε η αντιμετώπιση του πόνου του ασθενή να πραγματοποιείται σε κάθε περίπτωση με ασφάλεια. Η φροντίδα θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη, ολιστική και να έχει χαρακτήρα διεπιστημονικό.

Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και ο κατάλληλος τρόπος οργάνωσης της παροχής φροντίδας αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την ασφαλή και αποτελεσματική διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου και την ένταξή της στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Ο ρόλος του νοσηλευτή εξαρτάται από τον τρόπο οργάνωσης της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου και τον βαθμό εκπαίδευσης και εξειδίκευσης του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του πόνου.

Η θετική συμβολή του εξειδικευμένου στην διαχείριση του πόνου νοσηλευτή έχει διαπιστωθεί, αποτελώντας τον συνδετικό κρίκο μεταξύ του χειρουργού, του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων του χειρουργικού τομέα.

Από τους νοσηλευτές εξαρτάται κυρίως η τακτική εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου και η συνεπής εφαρμογή της αναλγητικής αγωγής. Τόσο η τακτική εκτίμηση, καταγραφή-τεκμηρίωση και αξιολόγηση του πόνου, όσο και η συνέπεια στην εφαρμογή της αναλγητικής αγωγής έχουν επισημανθεί ως σημαντικοί παράγοντες βελτίωσης της ποιότητας αντιμετώπισης του πόνου.

Η ικανοποίηση του ασθενή δείχνει να συσχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα της προεγχειρητικής ενημέρωσης, της επικοινωνίας και την αίσθηση ότι ο

ίδιος τυγχάνει προσοχής και το πρόβλημα του πόνου του γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπισθεί, και όχι με την ένταση του πόνου που αναφέρει ότι βιώνει.

Η βελτίωση της ποιότητας της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου δείχνει να συνδέεται με την βελτίωση της οργάνωσης και την αξιοποίηση των ήδη υπαρχόντων αναλγητικών μεθόδων, μέσω ολοκληρωμένων παρεμβάσεων στον τρόπο οργάνωσης της παροχής φροντίδας, όπως είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής και η δημιουργία υπηρεσιών αντιμετώπισης οξέος πόνου.

Απαιτείται η οργανική ένταξη της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου στην παροχή φροντίδας, μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης με έμφαση στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενή και την συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στην διαχείριση του πόνου του, καθώς και την συνδρομή των διοικήσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην ανάπτυξη υπηρεσιών μετεγχειρητικής αναλγησίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την Ελλάδα, όπου έχουν πρόσφατα ξεκινήσει προσπάθειες για την δημιουργία υπηρεσιών αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου και επιχειρείται να ενταχθεί η διαχείριση του πόνου στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η εκπαίδευση και εξειδίκευση νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη.

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει σημαντική πρόοδος στην νευροανατομία και την κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών του πόνου, που οδήγησαν στο σχεδιασμό νέων αναλγητικών τεχνικών και θεραπευτικών επεμβάσεων. Τα προγράμματα σπουδών των ελληνικών Ιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών και τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης για τους επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να τροποποιηθούν κατάλληλα, εντάσσοντας την παθοφυσιολογία και διαχείριση του πόνου.

Η μελέτη αυτή δεν φιλοδοξεί να καλύψει βεβαίως εξολοκλήρου το ιδιαίτερα εκτεταμένο θέμα του μετεγχειρητικού πόνου και της διαχείρισής του, αλλά να παρουσιάσει τις εξελίξεις, τα εμπόδια και την προβληματική που αναπτύσσεται διεθνώς με στόχο την πρόληψη και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου μετεγχειρητικά, με έμφαση στον ρόλο και την συμβολή σε αυτή την προσπάθεια των νοσηλευτών, ώστε να ωφεληθεί ακόμη περισσότερο ο τελικός αποδέκτης όλων αυτών των προσπαθειών, ο ασθενής που πονά και ζητά να ανακουφιστεί ο πόνος του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αθανασιάδης, Κ., Χριστοδουλοπούλου, Α., Καρόκης, Α., Παπασπύρου, Σ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Ο πόνος ως παράμετρος έκβασης διάφορων αναισθησιολογικών και αναλγητικών τεχνικών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(2), 161-168.

Αργύρα, Ε., Σιαφάκα, Ι., Βαδαλούκα, Α., Παπαδάτου, Δ. (1995). Αντιμετώπιση καλοήθους και κακοήθους πόνου. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Δαμίγος, Δ. (2003). Σημειώσεις Ιατρικής Ψυχολογίας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ιατρέλλη, Ι., Ρούμπος, Π., Χαντζή, Ε., Καντηλιεράκη, Ν., Καραβά, Α., Παυλόπουλος, Φ. (2004). Συνεχής ενδοφλέβια μετεγχειρητική αναλγησία σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις ασθενών που έλαβαν διεγχειρητικά ρεμιφεντανίλη. Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Πόνου, Καστοριά.

Λουίζος, Α., Κοκκίνου, Μ., Σκλάβου, Χ., Χαρατζά, Ι., Πεσλή, Φ., Γεωργίου, Λ. (1996). Συμπτωματική ή προληπτική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου; Πρακτικά 22^{ου} Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα.

Μπαλαμούτσος, Ν.Γ. (2002). Στοιχεία Περιεγχειρητικής Ιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Σκουτέλη, Ε.Θ. (2001). Μετεγχειρητική αναλγησία μετά θωρακοτομή. *ΠΝΕΥΜΩΝ*, 14, Συμπλ. 2^ο, 129-139.

Στραβοδήμος, Κ.Γ., Μητρόπουλος, Δ., Σαλβάρη, Α., Μιχαλάκης, Α., Λαμπαδάρου, Α., Ζέρβας, Α. (2006). Διεγχειρητική και μετεγχειρητική αποτελεσματικότητα της ενδοκυστικής έγχυσης λεβομπουπιβακαΐνης σε διουρηθρικές εκτομές όγκων ουροδόχου κύστεως. *Ελληνική Ουρολογία*, 18(4), 361-368.

Ξενόγλωσση

Agency for Health Care Policy and Research. (1992). *Acute pain management: operative or medical procedures and trauma, clinical practice guideline no. 1*. Rockville, MD: US Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR publication 92-0032.

American Pain Society. (1999). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain*. (4th ed.) Skokie, IL: American Pain Society.

American Pain Society Committee on Quality Assurance Standards. (1991). American Pain Society quality assurance standards for the relief of acute pain and cancer pain. In: M. R. Bond, J. E. Charlton, C. J. Woolf (Eds.), *Proceedings of the VIth World Congress on Pain* (pp.185-188). Seattle: IASP Press.

American Pain Society Quality of Care Committee. (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*, 274, 1874-1880.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management. (1995). Acute pain section. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology*, 82, 1071-1081.

American Society of PeriAnesthesia Nurses (2003). Pain and Comfort Clinical Guideline. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18, 232-236.

Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S., Gan, T.J. (2003). Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg*, 97, 534-540.

Bardiau, F.M., Braeckman, M.M., Seidel, L., Albert, A., Boogaerts, J.G. (1999). Effectiveness of an acute pain service inception in a general hospital. *Journal of Clinical Anaesthesia*, 11, 583-589.

Bardiau, F.M., Taviaux, N.F., Albert, A., Boogaerts, J.G., Stadler, M. (2003). An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg*, 96, 179-185.

Bernd, W., Seintsch, H., Amstad, R., Burri, G., Weber, V. (2004). Organisationsmodell der postoperativen Schmerztherapie am Beispiel eines Krankenhauses der Regelversorgung. *Anaesthesist*, 53, 531-542.

Blomqvist, K. (2003). Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 575-584.

Blumenthal, D. (1996). Quality of health care. Part 1: What is it? *The New England Journal of Medicine*, 335, 891-893.

Boeke, S., Duivenoorden, H.J., Verhage, F., Zwaveling, A. (1991). Prediction of post-operative anxiety and during hospital using two anxiety measures. *Pain*, 45, 293–297.

Bostrom, M., (1997). Summary of the Mayday Fund survey: Public attitudes about pain and analgesics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13, 166–171.

Boström, B., Ramberg, T., Davis, B., Fridlund, B. (1997). Survey of post-operative patients' pain management. *Journal of Nursing Management*, 5, 341-349.

Bountra, C., Munglani, R., Schmidt, W.K. (Eds.) (2003). Pain: Current understanding, emerging therapies, and novel approaches to drug discovery. *New York: Marcel Dekker*.

Breivik, E.K., Bjornsson, G.A., Skovlund, E. (2001). A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. *Clinical Journal of Pain*, 16 22-28.

Breivik, H. (2002). How to implement an acute pain service. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 16, 527-547.

Breme, K., Altmeyen, J., Taeger, K. (2000). Patientenkontrollierte Analgesie – Psychologische Prädiktoren des postoperativen Schmerzerlebens, des Schmerzmittelverbrauchs und der Patientenzufriedenheit. *Schmerz*, 3, 137-145.

Brodner, G., Mertes, N., Buerkle, H. (2000). Acute pain management: analysis, implications and consequences after prospective experience with 6,349 surgical patients. *Eur J Anaesthesiol*, 17, 566–575.

Brodner, G., Van Aken, H., Hertle, L., Fobker, M., Von Eckardstein, A., Goeters, C., Buerkle, H., Harks, A., Kehlet, H. (2001). Multimodal perioperative management-combining thoracic epidural analgesia, forced mobilization, and oral nutrition-reduces hormonal and metabolic stress and improves convalescence after major urologic surgery. *Anesth Analg*, 9, 1594-600.

Brunier, G., Carson, M.G., Harrison, D.E. (1995). What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a hospital survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 436–445.

Carr, D.B., Miaskowski C., Dedrick S.C., Williams G.R. (1998). Management of perioperative pain in hospitalized patients: a national survey. *Journal of Clinical Anesthesia*, 10, 78-85.

Carr, D.B. (1998). Preempting the memory of pain. *Journal of the American Medical Association*, 279, 114–115.

Carr, E.C., Thomas, V.J. (1997). Anticipating and experiencing post-operative pain: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 191-201.

Chassin M.R., Galvin R.W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1000-1005.

Chauvin, M. (2003). State of the art of pain treatment following ambulatory surgery. *Eur J Anaesthesiol*, Suppl., 28, 3-6.

Cleeland C.S., Gonin R., Hatfield A.K., Edmonson, J.H., Blum, R.H., Stewart, J.A., Randya, K.J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, 330, 592-596.

Clinical Practice Guidelines (2004): Acute Pain Management. <http://hsTat.nLm.nih.gov/ng/Hquest/screen/TextBrowse/t/1080848074332/s/38730>.

Coleman, S.A., Booker-Millburn, J. (1996). Audit of postoperative pain control. Influence of a dedicated acute pain nurse. *Anaesthesia*, 51, 1093-1096.

Costa, M.J. (2001). The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *American Operating Room Journal*, 74, 874-881.

Dahl, J.L., Gordon, D., Ward, S., Skemp, M., Wochos, S., Schurr, M. (2003). Institutionalizing pain management: The Post-Operative Pain Management Quality Improvement Project. *J Pain*, 4, 361-371.

Daut, R., Cleeland, C., Flanery, R. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*, 17, 197–210.

Desbiens, N.A., Mueller-Rizner, N., Connors, A.F., Hamel, M.B., Wenger, N.S. (1997). The relationship between nausea and dyspnea to pain in seriously ill patients. *Pain*, 71, 149–156.

Devine, E.C., Bevsek, S.A., Brubakken, K., Johnson, B.P., Ryan, P., Sliefert, M.K., et al. (1999). AHCPR Clinical practice guideline on surgical pain management: adoption and outcomes. *Research in Nursing and Health*, 22, 119-130.

Dietrick-Gallagher M., Polomano R., Carrick L. (1994). Pain as a quality management initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, 9, 30-42.

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. *The definition of quality and approaches to its assessment: (vol. 1)*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Drayer, R.A., Henderson, J., Reidenberg, M. (1999). Barriers to better pain management control in hospitalized patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17, 434–440.

Dworkin, R.H. (1997). Which individuals with acute pain are most likely to develop a chronic pain syndrome? *Pain Forum*, 6, 127–136.

Eddy, D.M. (1998). Performance measurement: problems and solutions. *Health Affairs*, 17, 7-25.

Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., Kessler, R.C. (1998). Trend in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1569-1575.

Fast stats. National Center for Health Statistics Web site. Available at: www.cdc.gov/nhs/fastats.

Field, L. (1996). Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? *British Journal of Nursing*, 5, 778-784.

Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W., Chan, V. (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*, 117, 412-420.

Gillies, M.L., Smith, L.N., Parry-Jones, W.L. (1999). Postoperative pain assessment and management in adolescents. *Pain*, 79, 207–215.

Gordon, D.B., Pellino, T., Schroeder, S., McConley, R., Whitman, H. (1998). *How much pain is too much? Examining pain intensity and its relation to other quality indicators of postoperative pain management*. Poster abstract at 22nd Annual Scientific Meeting of the Midwest Pain Society, Chicago, IL.

Gordon, D.B., Pellino, T., Miaskowski C., Adams McNeill, J., Paice, J.A., Laferriere, D., Bookbinder, M. (2002). A 10-Year Review of Quality Improvement

Monitoring in Pain Management: Recommendations for Standardized Outcome Measures. *Pain Management Nursing*, 3, no. 4, 116-130.

Gordon, D.B., Stewart, J.A., Dahl, J.L., Ward, S., Pellino, T., Backonja, M., Broad J.E. (1999). Institutionalizing pain management. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 7, 3-16.

Gordon, D.B., Ward, S., Pellino, T., Norton, S.A. (1997). *Searching for an explanation of patient satisfaction with pain management*. Poster abstract at the 21st Annual Scientific Meeting of the Midwest Pain Society, Chicago, IL.

Gottschalk, A., Smith, D.S., Jobes, D.R., Kennedy, S.K., Lally, S.E., Noble, V.E., Grugan, K.F., Siefert, H.A., Cheung, A., Malkowicz, S.B., Gutshe, B.B., Wein, A.J. (1998). Preemptive epidural analgesia and recovery from radical prostatectomy. *JAMA*, 279, 1076-1082.

Gould, T.H., Crosby, D.L., Harmer, M., et al. (1992). Policy of controlling pain after surgery: effect of sequential changes in management. *BMJ*, 305, 1187-1193.

Gray, A., Kehlet, H., Bonnet, F., Rawal, N. (2005). Predicting postoperative analgesia outcomes: NNT league tables or procedure-specific evidence? *Br J Anaesth*, 94, 710-714.

Hansson, E., Fridlund, B., Hallström, I. (2005). Developing and Testing a Questionnaire to Assess the Quality of Pain Management in Acute Care in Sweden. *Pain Management Nursing*, 6, no. 3, 91-104.

Holdcroft, A., Power, I. (2003). Recent developments: Management of pain. *BMJ*, 326, 635-639.

Idvall, E., Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-742.

Institute of Medicine (1992). Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. www.biomed.lib.umn.edu/inst/lcpracguide.html

Institute for Safe Medication Practices (2002). ISMP Medication Safety Alert: Avoiding opiate toxicity with PCA by proxy.

International Association for the Study of Pain (2003). Pain Terminology. www.iasp-pain.org/terms-p.html

Jadad, A.R., Carroll, D., Moore, A., McQuay, H. (1996). Developing a database of published reports of randomised clinical trials in pain research. *Pain*, 66, 239-246.

Jage, J., Heid, F., Roth, W., Kunde, M. (2002). Postoperative Schmerztherapie vor dem Hintergrund der DRGs. *Anaesthesiol Intensivmed*, 43, 262-278.

Katz, J., Jackson, M., Kavanaugh, B.P., Sandler, A.N. (1996). Acute pain after thoracic surgery predicts long-term post-thoracotomy pain. *Clinical Journal of Pain*, 12, 50–56.

Kehlet, H. (1999). Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surg Clin North Am*, 79, 431–443.

Kehlet, H., Holte, K. (2001). Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth*, 87, 62–72.

Kehlet, H., Wilmore, D.W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*, 183, 630–641.

Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S.M., Fortin, J.D., Sjöström, B. (2005). Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, 6, 3-9.

Klopfenstein, C.E., Herrmann, F.R., Mamie, C., Van Gessel, E., Forster, A., (2000). Pain intensity and pain relief after surgery: a comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44, 58-62.

Koo, P.J.S. (2003). Acute Pain Management. *Journal of Pharmacy Practice*, 16, 231-248.

LaChapelle, D., Hadjistavropoulos, T., Craig, K. (1999). Pain measurement in persons with intellectual disabilities. *The Clinical Journal of Pain*, 15, 13-23.

Laferriere, D. (1999). Predictors of nursing care quality outcomes related to pain relief, nursing research and win assembly. Poster abstract at Western Institute of Nursing Annual Conference, San Diego, CA.

Leathart, A.J. (1994). Communication and socialisation: An exploratory study and explanation in an ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 93-104.

Lempa, M., Gerards, P., Eypasch, E., Troidl, H., Neugebauer, E., Köhler, L. (2003). Organisation der Schmerztherapie in der Chirurgie. *Chirurg*, 74, 821-826.

Linton, S.J., (1997). Overlooked and undertreated? The role of acute pain intensity in the development of chronic low back pain problems. *Pain Forum*, 6, 145-147.

Lohr, K.N. (Ed.) Medicare (1990). A strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press.

Londsdale, M., Hutchison, G.L. (1991). Patients desire for information about anaesthesia. *Anaesthesia*, 46, 410-412.

Mac Lellan, K. (1997). A chart audit reviewing the prescription and administration trends of analgesia and the documentation of pain, after surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 345-350.

McQuay, H., Moore, A., Justins, D. (1997). Fortnightly review: Treating acute pain in hospital. *BMJ*, 314:1531.

Maier, C., Wawersik, J., Wulf, H. (1993). Wünschenswerte Organisationsformen für die postoperative Schmerztherapie. *Anaesthesiol Intensivmed*, 34, 366-373.

Manias, E. (2003). Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 585-594.

Manias, E., Botti, M., Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management—the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.

Manias, E., Bucknall, T., Botti, M. (2004). Assessment of Patient Pain in the Postoperative Context. *Western Journal of Nursing Research*, 26, no. 7, 751-769.

Manias, E., Bucknall, T., Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6, 18-29.

McCaffery, M., Ferrell, B.R., O'Neil-Page, E., Lester, M. Ferrell, B. (1990). Nurses' knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nursing*, 13, 21–27.

McCaffery, M., Ferrell, B.R., Pasero, C. (2000). Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing*, 1, 79-87.

McNeill, J.A., Sherwood, G.D., Starck, P.L., Thompson, C.J. (1998). Assessing clinical outcomes: Patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*, 16, 29-40.

Meissner, W., Ullrich, K., Zwacka, S., Schreiber, T., Reinhart, K. (2001). Qualitätsmanagement am Beispiel der postoperativen Schmerztherapie. *Anaesthesist*, 50, 661-670.

Miaskowski, C., Crews, J., Ready, L.B., Paul, S.M., Ginsberg, B. (1999). Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain*, 80, 23-29.

National Guideline Clearing House (NGC), www.guideline.gov/index.asp

National Health and Medical Research Council of Australia (1999). Acute pain management: scientific evidence. Canberra, Australia: *Aus Info*.

National Institute for Clinical Excellence (NICE), www.nice.org.uk

Neugebauer, E., Hempel, K., Sauerland, S., Lempa, M., Koch, G. (1998). Situation der perioperativen Schmerztherapie in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen, anonymen Umfrage von 1000 chirurgischen Kliniken. *Der Chirurg*, 6, 461-466.

Nolli, M., Apolone, G., Nicosia, F. (1997). Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anaesthetist's beliefs, opinions, behavior and techniques in postoperative pain control in Italy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 41, 573-580.

Owen, H., McMillan, V., Rogowski, D. (1990). Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*, 41, 303-307.

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, www.cebm.net

Patiraki-Kourbani, E., Tafas, C.A., McDonald, D.D., Papathanassoglou, E.D., Katsaragakis, S., Lemonidou, C. (2004). Personal and professional pain experiences and pain management knowledge among Greek nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 345-354.

Pellino, T.A., Willens, J.S., Polomano, R.C., Heye, M.L. (2002). The American Society of Pain Management Nurses Practice Analysis: Role Delineation Study. *Pain Management Nursing*, 3, 2-15.

Pellino, T.A., Willens, J.S., Polomano, R.C., Heye, M.L. (2003). The American Society of Pain Management Nurses Role-Delineation Study – National Association of Orthopaedic Nurses Respondents. *Orthopaedic Nursing*, 22, 289-297.

Peters, C.L., Shirley, B., Erickson, J. (2006). The Effect of a New Multimodal Perioperative Anesthetic Regimen on Postoperative Pain, Side Effects, Rehabilitation, and Length of Hospital Stay After Total Joint Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 21(Suppl.), 2006.

Puig, M.M., Montes, A., Marrugat, J. (2001). Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 456-470.

Rathmell, J., Wu, C., Sinatra, R., Ballantyne, J., Ginsberg, B., Gordon, D., Liu, S., Perkins, F., Reuben, S., Rosenquist, R., Viscusi, E. (2006). Acute Post-Surgical Pain Management: A Critical Appraisal of Current Practice. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 31, 1-42.

Rawal, N. (1999). 10 years of acute pain services—achievements and challenges. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 24, 68-73.

Rawal, N., Allvin, R., The EuroPain Acute Pain Working Party. (1998). Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. *European Journal of Anaesthesiology*, 15, 354-363.

Rawal, N., Berggren, L. (1994). Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain*, 57, 117-123.

Rosenquist, R.W., Rosenberg, J. (2003). Postoperative Pain Guidelines. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28, 279-288.

Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetists, Report of the Working Party on Pain after Surgery, September, 1990.

Rundshagen (1999). Patients' vs nurses' assessment of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse-controlled analgesia. *British Journal of Anaesthesia*, 82, 374–378.

Salomäki, T., Hokajärvi, T., Ranta, P., Alahuhta, S. (2000). Improving the quality of postoperative pain relief. *European Journal of Pain*, 4, 367-372.

Salomäki, T., Laitinen, J., Nuutinen, L. (1993). Postoperative pain management on wards. Finnish experience. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 37(Suppl.), 9-11.

Schafheutle, E., Cantrill, J., Noyce, P. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33, 728-737.

Schug, S., Large, R. (1993). Economic considerations in pain management. *Pharmacoeconomics*, 3, 260-267.

Shang, A.B., Gan, T.J. (2003). Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient. *Drugs*, 63, 855-867.

Shapiro, A., Zohar, E., Kantor, M., Memrod, J. Fredman, B. (2004). Establishing a Nurse-Based, Anesthesiologist-Supervised Inpatient Acute Pain Service: Experience of 4617 Patients. *Journal of Clinical Anesthesia*, 16, 415-420.

Sjöström, B., Dahlgren, L.O., Haljamäe, H. (2000). Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 111-118.

Stamer, U., Mpasios, N., Stüber, F., Laubenthal, H., Maier, C. (2002). Postoperative Schmerztherapie in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. *Anaesthesist*, 51, 248-257.

Stergiopoulou, A., Birbas, K., Katostaras, T., Diomidous, M., Mantas, J. (2006). The effect of a multimedia health educational program on the postoperative recovery of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Stud Health Technol Inform*, 124, 920-925.

Stomberg, M.W., Wickström, K., Sjöström, B., Haljamäe, H. (2003). Postoperative Pain Management on Surgical Wards—Do Quality Assurance Strategies Result in Long-Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcomes? *Pain Management Nursing*, 4, no. 1, 11-22.

Street, A. (1995). *Nursing Replay: Researching Nursing Culture together*. Churchill Livingstone, Melbourne.

Strohbecker, B., Mayer, H., Evers, G., Sabatowski, R. (2005). Pain Prevalence in Hospitalized Patients in a German University Teaching Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 498-506.

Svensson, I., Sjöström, B., Haljamäe, H. (2001). Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain*, 5, 125-133.

Tafas, C.A., Patiraki, E., McDonald, D.D., Lemonidou, C. (2002). Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer Nurs.*, 25, 8-14.

Tasmuth, T., von Smitten, K., Kalso, E. (1995). Pain and other symptoms after different treatment modalities of breast cancer. *Annals of Oncology*, 6, 453-459.

Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management: the way forward. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 705-714.

U.S. Department of Health and Human Services (1992). Acute pain management. Clinical practice guidelines. *AHCPR Publications No 92-0032*, USA.

Vila, Jr.H., Smith, R.A., Augustyniak, M.J., Nagi, P.A., Soto, R.G., Ross, T.W., Cantor, A.B., Strickland, J.M., Miguel, R.V. (2005). The efficacy and safety of

pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: Is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg*, 101, 474-480.

Ward, S.E., Gordon, D.B. (1994). Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*, 56, 299-306.

Ward, S.E., Gordon, D.B. (1996). Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: A longitudinal view of one setting's experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 242-251.

Warfield, C.A., Kahn, C.H. (1995). Acute pain management: programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. *Anaesthesiology*, 83, 1090-1094.

Willson, H. (2000). Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1145-1154.

Wilmore, D.W., Kehlet, H. (2001). Recent advances: Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 322, 473-476.

Wolfe, J., Grier, H.E., Klar, N., Levin, S.B., Ellenbogen, J.M., Salem-Schatz, S., Emanuel, E.J., Weeks, J.C. (2000). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 342, 326-333.

Zalon, M.L. (1993). Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*, 54, 329-334.

Zalon, M.L. (1999). Comparison of pain measures in surgical patients. *Journal of Nursing Measurement*, 7, 135-152.