



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η συμβολή της νοσηλευτικής στη μετεγχειρητική αναλγησία ουρολογικών ασθενών

Σπουδάστρια:

Δρούβη Αντιγόνη, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 5)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2006

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος	3
Μέρος I	6
Ο πόνος	7
Ιστορική αναδρομή της διαχείρισης του πόνου	11
Ο μετεγχειρητικός πόνος	14
Φαρμακολογική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου	17
Νοσηλευτικές Διεργασίες του Μετεγχειρητικού Πόνου	24
Μέρος I I	47
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	48
2. Υλικό και Μέθοδος	50
3. Αποτελέσματα	51
4. Συζήτηση	53
5. Συμπεράσματα-Προτάσεις	55
Περίληψη	57
Summary in English	59
Παράρτημα	61
Βιβλιογραφία	63

Αφιερωμένη στην μνήμη του πατέρα μου με όλη μου την αγάπη και ευγνωμοσύνη σαν ένα ελάχιστο ευχαριστώ για όλα όσα μου πρόσφερε σε αυτή τη ζωή, δίνοντας το δικό του παράδειγμα για αγάπη και κατανόηση προς τους συνανθρώπους μου.

Πρόλογος

Σήμερα, η πρόοδος στην νοσηλευτική επιστήμη προσφέρει μια πιο εμπειριστατωμένη γνώση και άποψη στο θέμα της διαχείρισης και αντιμετώπισης του πόνου. Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία που ο καθένας μας θα την βιώσει σε κάποια στιγμή της ζωής του και εάν αυτή είναι σύντομη και καλά ανεκτή θα είναι ευχής έργο. Για πολλούς ανθρώπους σήμερα δυστυχώς, αυτή η εμπειρία είναι βασανιστική, ειδικά όταν παρατείνεται μέσα στο χρόνο. Παρόλη την ευαισθητοποίηση στο θέμα αυτό από όλους τους επαγγελματίες υγείας και μη, δεν μπορούμε να μιλάμε μέχρι και σήμερα για αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Ο μετεγχειρητικός πόνος και η ανεπαρκής αντιμετώπισή του παραμένει ακόμα ένα ζήτημα μεγάλης ανησυχίας, αντιπροσωπεύοντας τις βαθιές κλινικές επιπτώσεις που επιβαρύνουν την μετεγχειρητική πορεία των ασθενών. Οι επεμβάσεις διακυστικής προστατεκτομής και ριζικής νεφρεκτομής στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, πονούν περισσότερο με αποτέλεσμα την άμεση ανάγκη αλλά και γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο.

Οι νοσηλευτές που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον άρρωστο χρησιμοποιούν την νοσηλευτική διεργασία και εφαρμόζουν την ολιστική προσέγγιση του αρρώστου για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Η φαρμακολογική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί την καλλίτερη μέθοδο διαχείρισης του προβλήματος, απασχολώντας τον νοσηλευτή περισσότερο από κάθε άλλη αιτία πόνου ειδικά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, η καθημερινή μου επαφή με χειρουργημένους ασθενείς που έχουν την ανάγκη μιας επαρκούς αναλγησίας, η ιδιαιτερότητα της φύσης της επέμβασης, η σημαντικότητα της σωστής επιλογής οδού χορήγησης της φαρμακολογικής αναλγησίας και γενικότερα η σπουδαιότητα της απασχόλησης του νοσηλευτή γι' αυτόν τον σκοπό, λειτούργησαν καταλυτικά για την επιλογή του θέματος της ερευνητικής μου εργασίας.

Η δομή της εργασίας ακολουθεί μια λογική πορεία με το πρώτο μέρος να αναφέρεται γενικά στον πόνο δίνοντας μια ιστορική αναδρομή του θέματος, πληροφορίες γενικά για τον μετεγχειρητικό πόνο, την φαρμακευτική του αντιμετώπιση, καθώς και τις νοσηλευτικές διεργασίες που θα συμβάλουν στην διαχείρισή του.

Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι, που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα» στην Ουρολογική κλινική την τελευταία πενταετία και αφορά 127 συνολικά ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις διακυστικής προστατεκτομής και ριζικής νεφρεκτομής, λόγω καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και καρκίνου του νεφρού αντίστοιχα. Από αυτούς τους ασθενείς μερικοί έλαβαν μετεγχειρητική αναλγησία με ενδοφλέβιο μίγμα αναλγητικού συνεχούς έγχυσης (cocktail), μερικοί δεν το έλαβαν καθόλου και μερικοί έλαβαν επισκληρίδιο αναλγησία.

Από αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε ομάδες και υπο-ομάδες ανάλογα με το είδος αναλγησίας που έλαβαν ή που δεν έλαβαν, μελετήθηκε το ποσοστό της απασχόλησης του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία πέραν του καθορισμένου καθώς και η συσχέτιση του μίγματος αναλγητικού (cocktail) με την επισκληρίδιο αναλγησία με τις πρόσθετες κλήσεις του νοσηλευτή.

Τελειώνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου και με βοήθησαν κατά την διάρκεια διεξαγωγής αυτής της εργασίας.

Τον κ. Δαμίγο Δημήτριο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Επιστημονικά Υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Αντιμετώπιση του πόνου» για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω σε αυτό το πρόγραμμα όπου με τις βαθιές βιβλιογραφικές του γνώσεις και την πλούσια εμπειρία του, με βοήθησε να εμβαθύνω την γνώση και την εμπειρία μου για την συνέχιση της καριέρας μου στην Νοσηλευτική Επιστήμη.

Την κ. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρο Καθηγήτρια του Γ.Ε.Ι. Ηλείου και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την αμέριστη βοήθεια που μου έδωσε για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Τον κ. Σταυρόπουλο Νικόλαο, Επίκουρο Καθηγητή και Διευθυντή της Ουρολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα» με τον οποίο συνεργάζομαι αρκετά χρόνια, και μου έδωσε την δυνατότητα να χρησιμοποιήσω δεδομένα της κλινικής έχοντας πρόσβαση στο αρχείο των ασθενών, με βοήθησε σε κάθε βήμα αυτής της ερευνητικής μελέτης καθώς και για τις τόσες επιστημονικές του συμβουλές στα διάφορα ερωτήματά μου. Τον ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου.

Τον κ. Καλογερά Δημήτριο, Ειδικευόμενο ιατρό της Ουρολογικής κλινικής, για την προθυμία που έδειξε να με βοηθήσει στην καταγραφή των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα.

Τον κ. Τσίμαρη Ιωάννη, Επικουρικό ιατρό της Ουρολογικής κλινικής και προσωπικό φίλο χρόνων για την πολύτιμη βοήθειά του στην αποσαφήνιση των στόχων, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης και στην συγγραφή αυτών.

Μέρος Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο πόνος

«Ο πόνος μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ίσως να σημαίνει τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο»

Ronald Melzack

«Ο πόνος κάνει τον άνθρωπο στοχαστικό, ο στοχασμός κάνει τον άνθρωπο σοφό. Η σοφία κάνει την ζωή υποφερτή». Ο πόνος επιτελεί ωφέλιμο έργο στην ανθρώπινη ζωή. Ισχυροποιεί την προσωπικότητα, αφυπνίζει, καλλιεργεί και διαπαιδαγωγεί τον χαρακτήρα, παιδαγωγεί τα ήθη και χαλιναγωγεί τα πάθη, καθορίζει σαφέστερα το συνειδητό «εγώ» και επεκτείνει τα όρια της ύπαρξης (Καμπούρα, 1996).

Πόνος (< πένομαι =δουλεύω σκληρά, μοχθώ, κουράζομαι): κόπος, μόχθος, σωματικό ή ψυχικό άλγος. Ο πόνος είναι ο πιο σημαντικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού και το πιο πρώιμο στοιχείο της φύσης που έχει σχέση με την νοσηρότητα. Παρόλο που αποτελεί πανανθρώπινη εμπειρία, ένα συλλογικό μαρτύριο, είναι δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια, επειδή στην αντίληψη του πόνου και στην απάντηση, που προκαλείται, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η προσωπικότητα του ατόμου και οι προηγούμενες εμπειρίες του (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Η κατανόηση της ορολογίας αποτελεί το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών που πονούν. Ο τελικός ορισμός του πόνου δόθηκε το 1979 από την Επιτροπή Ταξινόμησης της Διεθνούς Εταιρείας Μελέτης του Πόνου (IASP): *«ως μία δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης»* (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Ο κάθε άνθρωπος βιώνει τον πόνο με το δικό του τρόπο. Τα προσωπικά βιώματα του καθενός όπως και η ψυχολογική του κατάσταση επηρεάζουν την αντίληψη και αντίδραση στον πόνο.

Ο ιατροφιλόσοφος Albert Schweitzer χαρακτήρισε τον πόνο ως τον τρομερότερο δυνάστη της ανθρωπότητας, χειρότερο και από το θάνατο.

Η διεθνής Ένωση Μελέτης του Πόνου (IASP) το 1987, σε άρθρο σύνταξης του περιοδικού της «Pain», κατέταξε στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, το δικαίωμα κάθε ανθρώπου που πονάει να αναζητήσει ανακούφιση από τον πόνο του.

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εταιρειών Πόνου, Τμημάτων της IASP (efic) με διακήρυξή της χαρακτήρισε τον χρόνια πόνο ως μία σοβαρή νόσο αυτή καθαυτή και ένα σημαντικό πρόβλημα φροντίδας υγείας. Πιστεύει ότι «κανείς δεν πρέπει να υποφέρει σιωπηλά» (Ελληνική Εταιρία Πόνου, 2004).

Ο πόνος αναγνωρίζεται ως οικουμενική επείγουσα έκτακτη ανάγκη και παραμένει μία από τις πλέον οδυνηρές και ταπεινωτικές παραμέτρους της εμπειρίας των ασθενών. Ανεξάρτητα από τα αίτια που τον προκαλούν επιδρά στον τρόπο ζωής, στην κινητικότητα, στον ύπνο και επηρεάζει την όλη ποιότητα ζωής ασθενών καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος (Ferreil, 1995).

Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μία πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει και αντιμετώπισή του είναι μια πολύπλευρη πρόκληση η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα (Πατηράκη και συν., 2002).

Ο πόνος είναι η δοκιμασία της αποδιαφοροποίησης: κινητοποιεί την αρχή της Νιρβάνα, της μείωσης των εντάσεων και των διαφορών σε μηδενικό επίπεδο: είναι προτιμότερο να πεθάνει κανείς παρά να συνεχίσει να υποφέρει (Ανζιέ, 2003).

Η συνεχόμενη αύξηση της πληροφόρησης σχετικά με τον πόνο καθώς και αποτελέσματα διαφόρων μελετών θεραπείας του πόνου έχουν ως αποτέλεσμα την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας αλλά και του ευρύ κοινού, ότι το κρίσιμότερο και σημαντικότερο θέμα όπως αυτό της αντιμετώπισης του πόνου πρέπει να διευθετηθεί άμεσα και αποτελεσματικά. Γιατί ο μη ανακουφιζόμενος πόνος έχει συσχετισθεί με δυσάρεστες και ανεπιθύμητες εκβάσεις όπως καθυστερήσεις σε αποθεραπεία καθώς και εμφάνιση χρόνιων καταστάσεων, περιορισμού της δυνατότητας του ανθρώπου να εργαστεί, να διασκεδάσει ή ακόμη και να αυτοεξυπηρετηθεί. Έτσι αυτό που ξεκινά ως ιατρικό πρόβλημα συχνά εξελίσσεται σε ένα πρόβλημα που «πνίγει» τον πάσχοντα αλλά και τους γύρω του. Για το λόγο αυτό ο πόνος παραμένει σταθερά μεταξύ των πρώτων (Πατηράκη, 2000).

Ο πόνος είναι ένας από τους βασικούς τρόπους με τους οποίους το σώμα επικοινωνεί με τον εγκέφαλο. Οι οδυνηροί ερεθισμοί σε οποιοδήποτε σημείο του

σώματος μεταφέρονται δια μέσου των νεύρων στο νωτιαίο μυελό και από εκεί στον εγκέφαλο ο οποίος αναγνωρίζει την αίσθηση του πόνου. Για παράδειγμα όταν το χέρι αγγίζει μια ζεστή επιφάνεια ή όταν ένα αιχμηρό αντικείμενο αρχίζει και δημιουργεί ένα κόψιμο, τότε ο οξύς πόνος δίνει το μήνυμα άμεσα για να αποφευχθεί περαιτέρω βλάβη. Οι υποδοχείς που αντιλαμβάνονται τα ερεθίσματα του πόνου είναι διάσπαρτοι παντού στο σώμα. Τα νευρικά δίκτυα που είναι συνδεδεμένα με τους υποδοχείς του πόνου είναι διαφορετικών τύπων. Εξαρτώνται από την περιοχή από την οποία αρχίζει ο πόνος και από την απόσταση που χωρίζει τον υποδοχέα με τον εγκέφαλο (Kingdom et al., 2002).

Ο πόνος όπως προκύπτει από τον ορισμό του, αποτελείται από δύο συνιστώσες, την αισθητική και τη συναισθηματική γιαυτό και κρίνεται αναγκαία η αξιολόγηση κάθε συνιστώσας. Στον οξύ πόνο προέχει η αισθητική συνιστώσα ενώ στον χρόνιο η συναισθηματική (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Ο οξύς πόνος έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Συνήθως αρχίζει ξαφνικά και η ιστική βλάβη που τον προκαλεί είναι αναστρέψιμη
- Η πηγή του εντοπίζεται ευκολότερα
- Δεν διαρκεί για πολύ χρόνο
- Η αντιμετώπισή του με αναλγητικά είναι αποτελεσματική

Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Έχει μια πολύ μεγαλύτερη χρονική διάρκεια Διαρκεί από ένα μήνα μέχρι πολλά χρόνια
- Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή ακόμη να παραμένει σταθερός
- Συνήθως είναι παθολογικός
- Η αντιμετώπισή του είναι εξαιρετικά δύσκολη

Η διάγνωση του πόνου έχει βασικά δύο στόχους: Να ανακαλύψει την αιτία που τον προκαλεί και να αξιολογήσει την έντασή του γιαυτό και η διάγνωσή του πόνου είναι μια δύσκολη υπόθεση.

Για τη θεραπεία είναι σημαντικό ο θεράπων να εντοπίσει την αιτία που προκαλεί τον πόνο και ανάλογα να αρχίσει την ειδική θεραπεία αντιμετωπίζοντας την αιτία που τον προκαλεί και χορηγώντας την κατάλληλη αγωγή φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική ή συνδυασμό και των δύο (Βαδαλούκα., 1999).

Ιστορική αναδρομή της διαχείρισης του πόνου

Σε μία σύντομη ιστορική αναδρομή οι αρχέγονες ρίζες του ανθρώπινου πόνου αντηχούν στην κραυγή του νεογνού, ένδειξη της πρώτης τραυματικής εμπειρίας κατά τη μετάβαση από την αμνιωτική στην έμβια ζωή. Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη διατρέχει την πορεία της από τον λίκνο στον θάνατο στενά συνυφασμένη με την διεισδυτική παρουσία του πόνου. Ο Todd (1985) αναφέρει: *«Χωρίς αυτόν η ζωή θα ήταν μία ισοπεδωτική αυταρέσκεια και το ανθρώπινο γένος δεν θα είχε επιβιώσει»* (Πατηράκη, 2000).

Από τη λίθινη εποχή αναζητούνται τρόποι ερμηνείας και αντιμετώπισης του. Το πανάρχαιο αυτό βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται από τις μυθολογίες όλων των αρχαίων λαών σαν ένας από τους αρχαιότερους εχθρούς του ανθρώπου. Από την ελληνική μυθολογία και την ομηρική περίοδο ως τους βυζαντινούς χρόνους, από την εποχή του Μεσαίωνα, του 18^{ου} αιώνα έως και τον 21^ο αιώνα, ο πόνος παραμένει ένα αίνιγμα που δεν έχει απαντηθεί, ένα μυστήριο που η ανθρώπινη λογική δεν κατάφερε πλήρως να ερμηνεύσει (Πατηράκη, 2000).

Μετά την επαφή της αρχέγονης αντιμετώπισής του με μαγικά φίλτρα ή μαγικές επωδές έρχεται η ώρα των φυτικών φαρμάκων. Στο Penstao της Κίνας, τον πάπυρο του Ebers της Αιγύπτου και το Tchikitsa St.Hano της Ινδίας, μαζί με τα περιττώματα του κροκοδείλου ή το αίμα της σάυρας, φιγουράρουν ουσίες όπως το όπιο, η ινδική κάνναβη, ο υοσκίαμος και ο μανδραγόρας (Βαδαλούκα, 1999 – Πατηράκη, 2000).

Την Ομηρική περίοδο παρατηρείται μέγιστη ανάπτυξη της ανατομίας, της τραυματολογίας και της βιολογίας. Ως θεραπευτικά μέσα δεν χρησιμοποιούνται μαγικά μόνο επικλήσεις και εξορκισμοί αλλά δεξιοτεχνική ικανότητα με ήπια φάρμακα (βότανα) και χειρουργικές επεμβάσεις. Οι γυναίκες του Τρωικού πολέμου φροντίζουν και ανακουφίζουν τους τραυματισμένους Έλληνες πολεμιστές. Η Εκαμήδη πλένει με ζεστό νερό τον πληγωμένο από τον Πάρη ώμο του Μάχα και η

Ελένη στάζει φάρμακο στο κρασί σαν αντίδοτο στους πόνους (Βαδαλούκα, 1999- Πατηράκη, 2000).

Μέχρι και την εποχή της επιστημονικής περιόδου, που αρχίζει με τους προσωκρατικούς φιλοσόφους και πριν τον Ιπποκράτη, πίστευαν ότι το κέντρο του πόνου ήταν η καρδιά και η θεραπεία του γίνεται με πρακτικό τρόπο ή με μαγικοθησκευτικές τελετές. Ως προς τον έλεγχο του πόνου, οι Ιπποκρατικοί χρησιμοποίησαν περιορισμένα το όπιο, προτιμώντας άλλους τρόπους αναλγησίας, όπως τη θερμότητα, τα ιαματικά λουτρά, το μασάζ, τα καταπλάσματα κ.α.

Υπό την επίδραση του Γαληνού(130-200 μ.Χ.),σπουδαίου νευροανατόμου, διαφυλάττονται τα μεγάλα επιτεύγματα των Αλεξανδρινών κατά την Ρωμαϊκή περίοδο. Τα γνωστά παυσίπονα της εποχής διαδόθηκαν μέσω της «θωρικής γης» (μίγμα με 40 διαφορετικές ουσίες) και χρησιμοποιήθηκαν μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα.

Στους βυζαντινούς χρόνους ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Νικόλαος ο Μυρενός, στο περίφημο «Αντιδοτάριο του», μελέτησαν τις ιδιότητες του οπίου.

Στο Μεσαίωνα χρησιμοποιήθηκαν ευρέως σαν παυσίπονα το ακόντιο, η νεοσκιαμίνη και η μελαντόνα. Την περίοδο της Αναγέννησης χρησιμοποιούνται φυσικά παυσίπονα (όπιο, βότανα, μάνδρακας) και ο Παράκλεισος θεμελιώνει τη χημική φαρμακοποιία (ατροπίνη, μελαντόνα).

Τον 18^ο αιώνα γίνονται από τον Stoerk οι πρώτες φαρμακολογικές πειραματικές μελέτες και το 1803 αποχωρίζεται για πρώτη φορά σε καθαρή μορφή το αλκαλοειδές του οπίου από τον Sertuner και του δίνει το όνομα Μορφίνη, από τον Μορφέα, θεό του ύπνου στην αρχαία Ελληνική μυθολογία.

Τον 19^ο αιώνα παρασκευάζεται από τον Loewic το σαλικυλικό οξύ, εμφανίζονται τα συνθετικά αναλγητικά και συντίθεται το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (1987) από τον χημικό Fr Bayer. Επίσης απομονώνονται από τον Rybiquet (1832) η κωδεΐνη, τον Merk (1843) η παπαβερίνη, τον Niemann (1859) η κοκαΐνη, ενώ ο Morton (1847) χρησιμοποιεί για αναισθησία τον αιθέρα.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, μετά την διείσδυση του οπίου στην Κίνα, η ακετυλίωση της μορφίνης φέρνει στον κόσμο την θυγατέρα της, ηρωίνη, προσφιλές αντικείμενο των εμπορών ναρκωτικών.

Η τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος του 20^{ου} αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, νέες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και νέα

φάρμακα με εκλεκτική δράση συνέλαβαν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου (Πατηράκη, 2000).

Η αναγκαιότητα για αναισθησία παρουσιάστηκε για πρώτη φορά, όταν ο θεός δημιούργησε την Εύα παίρνοντας μια πλευρά από το σώμα του Αδάμ. Βύθισε δε τον Αδάμ σε βαθύ ύπνο για να μην αισθανθεί τον πόνο. Πρόκειται για την πρώτη αναφορά ύπνωσης με σκοπό την αναισθησία. Μέθοδοι αναισθησίας ήταν συχνά αλλόκοτες και βάρβαρες όπως ασφυξία με στραγγαλισμό για επέμβαση περιτομής, το χτύπημα μιας ξύλινης περικεφαλαίας που φορούσε ο ασθενής προκαλώντας κάτι σαν εγκεφαλική διάσειση βοηθούσαν τον χειρουργό να επιτελέσει την επέμβαση.

Η πλήρης κατάργηση του πόνου ήταν για πολλούς αιώνες αδύνατη. Έτσι ο Celsius αναφέρεται με τον κάτωθι τρόπο στα χαρίσματα που πρέπει να διαθέτει ένας καλός χειρουργός, για να φέρει εις πέρας χειρουργικές επεμβάσεις: «δε θα πρέπει να δείχνει συμπόνια για τον ασθενή που θέλει να θεραπεύσει, να μη συγκινείται από τις κραυγές του κατά την διάρκεια της επέμβασης, ούτε να βιάζεται κάνοντας μικρότερες τομές από αυτό που επιβάλλει η επέμβαση». Αργότερα κατά την Ρωμαϊκή εποχή γίνεται αντιληπτό ότι κατά την διάρκεια ιατρικών πράξεων θα πρέπει να υπάρχει και ανάλογη αντιμετώπιση, ειδικά όσο αφορά την θεραπεία του πόνου. Με την πάροδο των χρόνων, την ανακάλυψη των αναισθητικών ουσιών, και την έναρξη της περιοχικής αναισθησίας εμφανίζεται η Αναισθησιολογία προσφέροντας τη δυνατότητα του ήσυχου χειρουργικού πεδίου αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα του πόνου ολοκληρωτικά. (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Ο μετεγχειρητικός πόνος

Ο μετεγχειρητικός πόνος παραμένει ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα και είναι απαραίτητη μια πιο εξειδικευμένη αντιμετώπιση από τους επαγγελματίες υγείας.

Ο αντίκτυπος του προβλήματος του πόνου είναι εμφανής σε κοινωνικό και κλινικό επίπεδο. Η φτωχή αντιμετώπιση του οξύ μετεγχειρητικού πόνου έχει συνδεθεί με μειωμένη ποιότητα ζωής, παρεμποδίζοντας την φυσιολογική θεραπεία. Αυτές οι συνέπειες μεταφράζονται όχι μόνο σε σχέση με την μειωμένη ικανοποίηση του ασθενή, αλλά και σε σχέση με το αυξανόμενο οικονομικό φορτίο των νοσοκομείων λόγω της μακράς παραμονής των ασθενών και τον αριθμό αυτών που εισάγονται ξανά για θεραπεία του ανεξέλεγκτου πόνου. Κλινικά ο πόνος θεωρείται το πέμπτο σημείο ζωτικής σημασίας. Η JCAHO το 2001 εισήγαγε συγκεκριμένες αρχές(standards) για τη διαχείριση του πόνου αναγνωρίζοντας το δικαίωμα των ασθενών στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου (Viscusi, 2005).

Ο οξύς πόνος μετά από χειρουργείο, συνήθως υποτιμάται γι' αυτό και θεραπεύεται πλημμελώς. Η πλημμελής αντιμετώπιση του πόνου οδηγεί σε παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο, επιβραδύνει την επούλωση και συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχολογικών επιπλοκών (Kingdom et al., 2002).

Εντούτοις, είναι μόνο λίγες δεκαετίες στο παρελθόν που ο μετεγχειρητικός πόνος και ο τρόπος που αντιμετωπίζεται έχουν έρθει πραγματικά στην πρώτη γραμμή. Μέχρι τα τρία τέταρτα των ασθενών δοκιμάζουν τον πόνο μετά από τη χειρουργική επέμβαση, και ο στόχος μιας αποτελεσματικής διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου είναι να μειώσει τον πόνο και την ταλαιπωρία των ασθενών με τις ελαχιστότερες παρενέργειες. Η πλειονότητα των ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν αναφέρει ότι πάνω από όλα φοβάται τον πόνο μετά την επέμβαση. Το 80% των ασθενών αναφέρει ότι μετεγχειρητικά υπέφεραν από πόνο, μέτριας έως ισχυρής έντασης. Περίπου τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων συνέχισαν να πονούν ακόμα και μετά την λήψη αναλγητικών (Kingdom et al., 2002).

Παρά ταύτα, η ανεπαρκής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου παραμένει ακόμα ένα ζήτημα μεγάλης ανησυχίας. Είναι σαφές ότι αυτό το θέμα

αντιπροσωπεύει όχι μόνο ένα ανθρωπιστικό ζήτημα, αλλά έχει και βαθιές κλινικές επιπτώσεις που μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη του χρόνιου πόνου (Viscusi, 2005).

Η μετεγχειρητική ανακούφιση του πόνου πρέπει να απεικονίσει τις ανάγκες κάθε ασθενή δεδομένου ότι ο τελικός καθοριστικός παράγοντας της επαρκούς ανακούφισης του πόνου θα είναι η εκτίμηση του ασθενή. Μια πρόσφατη ανασκόπηση σχετικά με την επίπτωση του πόνου μετά από σημαντική χειρουργική επέμβαση διαπίστωσε ότι 30% των ασθενών δοκιμάζουν τον μέτριο-ισχυρό πόνο λαμβάνοντας μια συνηθισμένη αναλγησία (π.χ., ενδομυϊκή, επισκληρίδιος, IV pca). Εξίσου σημαντικό είναι ότι ένα πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο επαναδέχτηκε ασθενείς σε ποσοστό 38% μετά από αυθημερόν χειρουργική επέμβαση λόγω του πόνου (Viscusi, 2005).

Παρόλο που ο έλεγχος του πόνου μπορεί να περιλαμβάνει, παρεμβάσεις στην κατανόηση και την συμπεριφορά (χαλάρωση, ονειροπόληση), φυσικούς παράγοντες (μαλάξεις, εφαρμογή ζεστού-κρύου), εφαρμογή TENS ή νευρικούς αποκλεισμούς εντούτοις δεν υπάρχουν υποκατάστατα της φαρμακευτικής θεραπείας. Πράγματι οι περισσότερες περιπτώσεις μετεγχειρητικός πόνου συνήθως ελέγχονται επαρκώς με την χρήση αναλγητικών φαρμάκων (Kingdom et al., 2002).

Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου συνίσταται στον σωστό σχεδιασμό ενός προγράμματος που θα βασίζεται στις αρχές αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου με την επιλογή του φαρμάκου από τον ειδικό, την οδό χορήγησης και την δοσολογία που θα εξαρτηθούν από την φύση και την ένταση του πόνου. Η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι συχνή και να βασίζεται στα λεγόμενα του ασθενούς (Kingdom et al., 2002). Αυτό θα είναι εφικτό με:

- Την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Συνήθως η φαρμακολογική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου θα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την ένταση του πόνου του ασθενούς. Η δοσολογία, τα διαστήματα χορήγησης και η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων δράσεων θα πρέπει να είναι οι κύριοι παράγοντες που θα ληφθούν υπόψη κατά την χορήγηση μιας αναλγητικής θεραπείας.
- Την εξασφάλιση επαρκούς δοσολογίας, η οποία θα πρέπει να ανακουφίζει όσο το δυνατό γρηγορότερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Καλό θα είναι να χορηγηθεί τόσο αναλγητικό φάρμακο έτσι ώστε η ανακούφιση από τον

πόνο να είναι συνεχής. Επίσης ο μετεγχειρητικός πόνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με προγραμματισμένη χορήγηση αναλγητικών για 36-48 ώρες ή και περισσότερο ανάλογα με την σοβαρότητα και την φύση του πόνου.

- Την επιλογή κατάλληλης οδού χορήγησης. Μετά την επισκληρίδιο αναλγησία, η ενδοφλέβια χορήγηση εξασφαλίζει την καλλίτερη και αμεσότερη ανακούφιση από τον πόνο αλλά και την πιο ανώδυνη οδό χορήγησης. _Πόνος μέτριας-ισχυρής έντασης ανταποκρίνεται σχεδόν αμέσως στην ενδοφλέβια χορήγηση αναλγητικών και προτιμάται από τις άλλες οδούς χορήγησης στις οποίες μεσολαβεί κάποιο χρονικό διάστημα μέχρι το φάρμακο να απορροφηθεί από την κυκλοφορία. Η επισκληρίδιος αναλγησία αναμφισβήτητα αποτελεί την ιδανικότερη επιλογή για τις περισσότερες περιπτώσεις άλγους αλλά δεν αποτελεί την συνήθη επιλογή για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς διότι είναι μέθοδος επεμβατική που συνοδεύεται από αρκετές επιπλοκές ,απαιτεί πεπειραμένο προσωπικό με ιδιαίτερη προσοχή στην τοποθέτηση του καθετήρα.
- Τον σωστό προγραμματισμό χορήγησης, ο οποίος θα πρέπει να βασίζεται στον χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Γι' αυτό λοιπόν η χορήγηση θα πρέπει να καθορίζεται από την διάρκεια δράσης των φαρμάκων. Όπως προαναφέρθηκε η ανακούφιση από τον πόνο θα πρέπει να είναι συνεχής ειδικά σε επεμβάσεις με πόνο μέτριας ή ισχυρής εντάσεως όπου και αναμένεται να συνεχιστεί για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν σταθερής και προγραμματισμένης αναλγητικής θεραπείας.
- Την προφυλακτική αντιμετώπιση του πόνου της επέμβασης, ενημερώνοντας τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με την ένταση και την διάρκεια του πόνου καθώς και την στρατηγική αντιμετώπισής του.

Επομένως, όταν εξετάζουμε το πρόβλημα της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου σήμερα, το ζήτημα αλλάζει από: *Μπορούμε να κάνουμε καλύτερα; Στο: πρέπει να κάνουμε καλύτερα.* Η αυξανόμενη συνειδητοποίηση αυτού του προβλήματος είναι ένα βήμα προς στη σωστή κατεύθυνση. Τα καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν με την διερεύνηση προοπτικών και τρόπων βελτίωσης της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου(Viscusi,2005).

Φαρμακολογική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου

Οι πολυάριθμοι παράγοντες σχετικά με όλα τα επίπεδα της κοινωνίας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλουν στην ευνοϊκότερη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, παρά τη συνειδητοποίηση αυτής της πρόκλησης για τουλάχιστον 30 προηγούμενα έτη και τη διαθεσιμότητα των ισχυρών αναλγητικών και των εργαλείων για να βοηθήσουν τους νοσοκομειακούς γιατρούς στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Οι συνέπειες του οξύ πόνου(όπως ο μετεγχειρητικός) περιλαμβάνουν τις κλινικές, οικονομικές, και αναφερόμενες από τους ασθενείς εκβάσεις και κατά συνέπεια, η βελτίωση της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την υγειονομική περίθαλψη από μια ευρεία προοπτική.

Τα οπιούχα παραμένουν ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου. Η πολύμορφη αναλγησία έχει επίσης τη δυνατότητα να βελτιώσει τον μετεγχειρητικό πόνο. Εκτός από την ορθή και κατάλληλη χρήση των φαρμάκων, είναι σημαντικό ο νοσοκομειακός γιατρός να είναι άνετος με τις δόσεις μετατροπής αυτών, βοηθώντας να εξασφαλίσει στο ελάχιστο τις παρενέργειές τους. Η παροχή της βέλτιστης αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου είναι ένας ζωτικής σημασίας στόχος για όλους τους επαγγελματίες υγείας (Strassels et al.,2005).

Η χορήγηση ναρκωτικών όπως προαναφέρθηκε παραμένει η δημοφιλέστερη μέθοδος αναλγησίας . Η εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναλγησίας προσφέρει πολύ ικανοποιητική αναλγησία χωρίς τις παρενέργειες των ναρκωτικών, απαιτεί όμως την ύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού (Αθανασιάδης,1988).Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι τα εξής:

Οπιοειδή

Τα οπιοειδή μπορούν να δοθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως, ενδομυϊκά ή υποδόρια μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Η χορήγηση των οπιοειδών μπορεί να γίνει είτε με τη χρησιμοποίηση του παραδοσιακού τρόπου "κατ'απαίτηση" ή "επί

εικοσιτετραώρου βάσεως" χορήγηση της δόσης. Τα οπιοειδή αποτελούν πρώτης γραμμής αναλγητικά για τον οξύ πόνο όπως ο μετεγχειρητικός.

Η βασική αρχή για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση είναι να προσδιοριστεί η δόση για την ανακούφιση του πόνου και να ελαχιστοποιηθούν τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν σημαντικά προβλήματα όπως η αναπνευστική καταστολή, και τα πιο δευτερεύοντα προβλήματα όπως η υπόταση, η υπνηλία, η ναυτία και η δυσκοιλιότητα. Γιαυτό και συνίσταται στενή παρακολούθηση των ασθενών ανεξάρτητα από τον τρόπο χορήγησης καθώς η δόση θα πρέπει να εξατομικεύεται (Εθνικό συνταγολόγιο,2003-Francesca et al.,2005).

Κύριοι εκπρόσωποι αποτελούν:

- Η πεθιδίνη ή μεπεριδίνη
- Η μορφίνη
- Η δεξτροπροποξυφαίνη
- Tramadol
- Η φεντανύλη

Πεθιδίνη

Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι από τα οπιοειδή η πεθιδίνη χορηγείται σε ποσοστό 40% στις δυτικές χώρες. Συνήθως χορηγείται ανά 4ωρο ή 6ωρο για επαρκή αναλγησία. Συνδυάζεται για καλλίτερο αναλγητικό αποτέλεσμα όπου υπάρχει ένδειξη με NSAIDs.

Η πεθιδίνη πρέπει να χορηγείται μόνο για βραχύ χρονικό διάστημα γιατί ο μεταβολίτης της που είναι η νορμεπερίνη και η οποία έχει διπλάσια σπασμογόνο δράση από την πεθιδίνη, συσσωρεύεται. Η συσσώρευση της στο ΚΝΣ οδηγεί σε ευερεθιστότητα, τρόμο μυοκλονικούς σπασμούς κλπ. Αντενδείκνυται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η διάρκεια δράσης της πεθιδίνης από την ενδομυϊκή χορήγηση είναι περίπου 2-4 ώρες, ενώ συχνά περιγράφεται διάρκεια 4-6 ωρών η οποία συνήθως δεν παρέχει επαρκή αναλγησία. Ενδομυϊκά η χορηγούμενη δόση είναι:50-100 mg κάθε 4-6 ώρες ανάλογα με τις απαιτήσεις. Μπορεί να χορηγηθεί και ενδοφλεβίως 25-50 mg κάθε 4 ώρες. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται αναπνευστική καταστολή ή άπνοια ναυτία, εμετό, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων και σπασμό

των χοληφόρων και ουροφόρων (Εθνικό συνταγολόγιο,2003-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Μορφίνη

Η μορφίνη συνδέεται στερεοειδικά στους υποδοχείς οπιοειδών στο νευρικό σύστημα. Η μέγιστη αναλγητική δράση (από το στόμα) επιτυγχάνεται σε 1 ώρα και διαρκεί 2-6 ώρες. Η επισκληρίδια ή ενδορραχιαία προκαλεί αναλγησία που διαρκεί 12-24 ώρες .Μεταβολίζεται στο ήπαρ γιαυτό και ο μεταβολισμός της επηρεάζεται μόνο σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. Δίδεται στον μετεγχειρητικό πόνο επισκληριδίως 2,5-5mg,σε 10 ml N/S ή τοπικού αναισθητικού ή με συσκευή PCA καθώς και υπαραχνοειδώς 0,2-0,5 mg. Στις παρενέργειες αναφέρονται:ναυτία, έμετος, ορθοστατική υπόταση, καταστολή αναπνευστικού, κατακράτηση ούρων, μύση, δυσκοιλιότητα (Εθνικό συνταγολόγιο,2003).

Δεξτροπροποξυφαίνη

Είναι αγωνιστής των μ υποδοχέων και φάρμακο συγγενές της μεθαδόνης. Δόση 90-120 mg δεξτροπροποξυφαίνης από το στόμα ισοδυναμεί με 60 mg κωδεΐνης. Συνδυάζεται συχνά με άλλα αναλγητικά όπως η παρακεταμόλη και η ασπιρίνη. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από τα ούρα κυρίως με τη μορφή μεταβολιτών. Στις παρενέργειες αναφέρονται:ναυτία και εμετός, ζάλη και καταστολή που είναι και οι συχνότερες. Σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική καταστολή και ορθοστατική υπόταση. Άλλες παρενέργειες είναι η κεφαλαλγία, ο ευφορία ή δυσφορία, σύγχυση, δυσκοιλιότητα, κοιλιακός πόνος, διαταραχές της όρασης, δερματικά εξανθήματα, ηπατική βλάβη. Δίδεται από το στόμα, από το ορθό αλλά κυρίως ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως:75mg 1-3 φορές την ημέρα. Συνιστάται στον μετεγχειρητικό πόνο κυρίως ενδομυϊκά (Εθνικό συνταγολόγιο,2003).

Tramadol

Το Tramadol είναι ένα ήπιο αναλγητικό οπιοειδές που χρησιμοποιείται συνήθως στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Είναι ισοδύναμο με κωδεΐνη ή

πενταζοκίνη. Δρα κατά μέρος σε μ υποδοχείς και κατά μέρος με μη οπιοειδή μηχανισμό αναστέλλοντας την πρόληψη από τα νεύρα της σεροτονίνης ή νοραδρεναλίνης. Μπορεί να δοθεί από το στόμα ή ενδοφλεβίως. Η αποτελεσματικότητά του στον μετεγχειρητικό πόνο έχει αναφερθεί ευρέως. Το Tramadol έχει αναφερθεί ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικό από τα NSAID"s.

Στις παρενέργειες αναφέρονται: ίλιγγος, υπνηλία, ναυτία. Οι δόσεις χορήγησης είναι οι εξής: 50-100mg από το στόμα ή ενδοφλεβίως κάθε 6 ώρες ή συνεχόμενα, ενώ η δόση εφόδου είναι 100mg +0,2mg/kg/hr (Francesca et al.,2005).

Φεντανύλη

Η φεντανύλη, σουφεντανίλη και αλφεντανίλη είναι συνθετικά οπιοειδή που μοιάζουν με τη μεπεριδίνη. Είναι ισχυρότερα με μικρότερης διάρκειας δράση από τη μεπεριδίνη και χρησιμοποιούνται στην αναισθησία για σταθεροποίηση του καρδιαγγειακού και μείωση της δράσης του αυτονόμου.

Η φεντανύλη είναι μ αγωνιστής και έχει ταχεία δράση και διάρκεια. Χρησιμοποιείται για την ηρεμιστική και αναλγητική της δράση στην αναισθησία και ως αναλγητικό. Υπάρχει διαδερμικό σύστημα φεντανύλης ως παυσίπονο σε ασθενείς που χρειάζονται αναλγησία με οπιοειδή αλλά δεν ενδείκνυται στον μετεγχειρητικό πόνο. Χρησιμοποιείται στον μετεγχειρητικό πόνο σε συνδυασμό με τοπικά αναισθητικά με επισκληρίδιο έγχυση ή με PCA αντλία. Οι κυριότερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι η αναπνευστική καταστολή, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα(Kingdom et al.,2002-Εθνικό συνταγολόγιο,2003).

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs)

Τα NSAIDs περιλαμβάνουν τους μη εκλεκτικούς ανασταλτικούς παράγοντες κυκλο-οξυγενάσης (COX) καθώς επίσης και το νεώτερο COX 2. Αυτά τα φάρμακα λειτουργούν με την αναστολή της COX καθώς και της αναστολής σύνθεσης προσταγλαδινών. Η COX 2 έχει αποδειχθεί ότι έχει λιγότερες γαστρικές παρενέργειες όπως ο σχηματισμός ελκών και η γαστρική αιμορραγία. Το κύριο πλεονέκτημα των NSAIDs είναι η αναλγησία χωρίς την αναπνευστική καταστολή. Εντούτοις, ενώ η αναλγητική επίδρασή τους έχει αποδειχθεί στον μετεγχειρητικό πόνο, από μόνα τους δεν είναι αρκετά ισχυρά να χρησιμοποιηθούν σε ισχυρό πόνο.

Μπορούν να δοθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως, ή ενδομυϊκά. Μπορούν επίσης να δοθούν "κατ'απαίτηση" ή "επί εικοσιτετραώρου βάσεως" (Εθνικό συνταγολόγιο,2003- Francesca et al.,2005).

Οι ακόλουθες συστάσεις σχετικά με τη χρήση των NSAIDs έχουν βασιστεί σε μια περίληψη των πρόσφατων δημοσιευμένων πληροφοριών:

- NSAIDs δεν είναι αρκετά αποτελεσματικά μόνα τους μετά από σημαντική χειρουργική επέμβαση
- NSAIDs είναι συχνά αποτελεσματικά μετά από μια δευτερεύουσα ή μέτρια χειρουργική επέμβαση
- NSAIDs συχνά μειώνουν τις απαιτήσεις για χρήση οπιοειδών

Οι παρενέργειες των NSAIDs είναι ενδεχομένως σοβαρές και είναι ουσιαστικό οι αντενδείξεις να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Οι κύριες παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Γαστρική ενόχληση, σχηματισμός ελκών και αιμορραγία
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Επιδείνωση του άσθματος
- Αναστολή παραγωγής αιμοπεταλίων

Τα χαρακτηριστικά προγράμματα χορήγησης της δόσης περιλαμβάνουν τα εξής:

- Νατριούχος δικλοφενάκη 50 mg x 3 την ημέρα από το στόμα (ανώτατο όριο 200 mg ανά ημέρα), ή 100mg από το ορθό κάθε 16 ώρες.
- Ιβουπροφένη 400mg x 3 την ημέρα από το στόμα .
- Κετορολάκη 10- 30mg από το στόμα ή ενδοφλεβίως κάθε 6 ώρες.
- Ροφεκοξίμπη 25mg x 1 την ημέρα (ανώτατο όριο 50 mg ανά ημέρα) (Francesca et al.,2005).

Συνδυασμός αναλγητικών

Παρακεταμόλη και συνδυασμοί παρακεταμόλης με την κωδεΐνη

Η παρακεταμόλη έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Ο ακριβής τρόπος δράσης του είναι ασαφής αλλά μπορεί να λειτουργήσει με την παρεμπόδιση κεντρικά της παραγωγής του COX. Είναι

αποτελεσματικό ως αναλγητικό από μόνο του ή σε συνδυασμό με τα ήπια οπιούχα όπως η κωδεΐνη κ.α.

Οι αντενδείξεις είναι σχετικά λίγες, μερικοί ασθενείς μπορούν να είναι αλλεργικοί σε αυτά ή ευαίσθητοι στα σκευάσματα της κωδεΐνης. Υπερδοσολογία με παρακεταμόλη (πάνω από 6g ανά ημέρα) μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική ανεπάρκεια. Τα χαρακτηριστικά προγράμματα χορήγησης της δόσης περιλαμβάνουν τον ακόλουθο τρόπο:

- Παρακεταμόλη 1g από το στόμα ή από το ορθό κάθε 6 ώρες
- Κωδεΐνη + παρακεταμόλη 500mg) 2 ταμπλέτες κάθε 6 ώρες (Francesca et al.,2005).

Τοπικά αναισθητικά

Διακρίνονται στα χρησιμοποιούμενα για επιφανειακή αναισθησία και για τοπική έγχυση με διαφορετικούς θεραπευτικούς σκοπούς. Στην μετεγχειρητική αναλγησία χρησιμοποιούνται μόνο με τοπική έγχυση. Κύριοι εκπρόσωποι αποτελούν η βουπιβακαΐνη, ροπιβακαΐνη, υδροχλωρική λεβοβουπιβακαΐνη. Χορηγούνται με τοπική διήθηση του χειρουργικού τραύματος διεγχειρητικά το οποίο εξασφαλίζει καλλίτερη μετεγχειρητική αναλγησία. Επίσης μπορούν να χορηγηθούν από τον επισκληρίδιο χώρο καθώς και με αποκλεισμό νεύρου ή πλέγματος νεύρων(blocks) (Παπαδόπουλος και συν.,2004-Francesca et al.,2005).Συνδυάζονται με οπιοειδή φάρμακα για καλλίτερα αποτελέσματα, όπως αναφέρονται παρακάτω:

Οι συνεχείς επισκληρίδιες εγχύσεις τοπικού αναισθητικού φαρμάκου και οπιοειδών έχουν χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσουν αποτελεσματικά τον μετεγχειρητικό πόνο. Η επισκληρίδιος έγχυση έχει αποδειχθεί ότι παρέχει την μέγιστη αναλγησία έναντι της pca έγχυσης(θα αναφερθεί αναλυτικά πιο κάτω) αλλά και άλλων αναλγητικών τεχνικών. Επιπλέον οδηγούν σε μια σημαντική μείωση της χειρουργικής νοσηρότητας και μειωμένης επίπτωσης των μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών ,καρδιακών επιπλοκών και του παραλυτικού ειλεού.

Οι συνήθεις παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Υπόταση (μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αδρεναλίνη ή την εφεδρίνη)
- Αναπνευστική καταστολή

- Πολύς χαμηλής εμφάνισης νευρολογικών διαταραχών (< 1: 20,000) και λοίμωξης (< 1: 10,000)

Χαρακτηριστικό πρόγραμμα χορήγησης της δόσης:

- Επισκληρίδιο βουπιβακαΐνη 0,125% (μέγιστη δόση 175-250 mg / die) + 2 microgrammes φεντανύλη/ml ή σουφεντανίλη 0.3-1 microg/ml, με ροή έγχυσης 5- 15ml/hr.
- Ροπιβακαΐνη 0.1-0.2% (μέγιστη δόση 500-700) + 2 microg φεντανύλη/ml ή σουφεντανύλη 0,3-1 microg/ml, με ροή έγχυσης 5-15 mls/hr (Francesca et al.,2005).

Ο τοπικός νευρικός αποκλεισμός ή οι χαρακτηριστικοί αποκλεισμοί νευρών περιλαμβάνουν:

- Διήθηση 10- 20mls με 0.25-0.5% βουπιβακαΐνης
- Λαγονούπογάστριο ή λαγονοβουβωνική διήθηση νευρών μετά από χειρουργική αποκατάσταση κήλης που χρησιμοποιείται 10- 20mls με 0.25-0.5% βουπιβακαΐνης
- Διήθηση μεσοπλεύριων νευρών με 5- 10mls βουπιβακαΐνης 0,25% (Francesca et al.,2005).

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται αλλεργικές αντιδράσεις ,τοπικό άλγος κατά την έγχυση και συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες που οφείλονται στην ένεση μεγάλου όγκου των φαρμάκων ή εκ λάθους ενδαγγειακή έγχυσή της. Περιλαμβάνουν καρδιαναπνευστική καταστολή, διέγερση ή καταστολή του ΚΝΣ, collapsus και απώλεια συνειδήσεως (Εθνικό συνταγολόγιο,2003).

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Τα αναλγητικά φάρμακα κατά κανόνα αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του πόνου τόσο σε οξείες καταστάσεις όσο και σε χρόνιες . Δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικά, ενώ έχουν δυσάρεστες παρενέργειες οι οποίες περιορίζουν την χρησιμότητά τους. Τα φάρμακα όταν χορηγούνται πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι φαρμακοκινητικές και δυναμικές τους ιδιότητές. Το αναλγητικό σχέδιο που θα χρησιμοποιηθεί, η δόση και τρόπος της χορήγησης, πρέπει να αποφασιστεί μαζί με τον ασθενή και να βασιστεί στη σκάλα τριών βημάτων του WHO (1986, 1996) (Francesca et al.,2005).

Νοσηλευτικές Διεργασίες του Μετεγχειρητικού Πόνου

Είναι οικουμενικά αποδεκτό ότι ο πόνος αποτελεί μία πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική διεργασία πλήρως γνωστή μόνο στο άτομο που τη βιώνει και αντιμετώπισή του είναι μια πολύπλευρη πρόκληση η οποία απαιτεί συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα από το χώρο όπου βρίσκονται οι ασθενείς (νοσοκομείο – κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στην ανακούφισή του γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη μάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή (Πατηράκη και συν., 2002). Είναι εκείνος που εκτιμά , σχεδιάζει , παρέχει φροντίδα , αξιολογεί και επαναπροσαρμόζει το πρόγραμμα φροντίδας για τη διαχείριση του πόνου σύμφωνα με τις νέες ανάγκες του νοσηλευόμενου ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του.

Ο προγραμματισμός της φροντίδας είναι εξατομικευμένος και οι προτεραιότητες δεν είναι σταθερές αλλά μπορεί να αλλάζουν ανάλογα με την αλλαγή της κατάστασης της υγείας του νοσηλευόμενου ατόμου. Ακόμα όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η καθηγήτρια Ραγιά «το πρόγραμμα νοσηλείας δεν είναι αυτοσκοπός αλλά μέσο που κατευθύνει την παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας. Ούτε περιορίζει την προσωπική δημιουργικότητα και αυτενέργεια των νοσηλευτών που θα το εφαρμόσουν. Πρέπει να προγραμματίζουν τι θέλουν να επιτύχουν και έτσι να ξεκινούν τις παρεμβάσεις τους» (Κρέπια, 1997).

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί την νοσηλευτική διεργασία, εφαρμόζει την προσωπική και ολιστική προσέγγιση του αρρώστου και δοκιμάζει όλες τις νοσηλευτικές μεθόδους και τεχνικές που χρειάζονται για αυτόν τον σκοπό. Μία ολιστική προσέγγιση και κατανόηση του προβλήματος του πόνου είναι αναγκαία, όχι μόνο για λόγους επιστημονικής πληρότητας αλλά και γιατί θα προσδιόριζε σε μεγάλο βαθμό την μορφή και τους τρόπους λειτουργίας των θεραπευτικών εξειδικευμένων μονάδων πόνου, που οφείλουν να δημιουργηθούν προκειμένου οι ασθενείς που υποφέρουν, να λάβουν την στήριξη και τη βοήθεια που θα τους ανακουφίσει (Δαμίγος, 2005).

Σήμερα φαίνεται, ότι η ανακούφιση της σωματικής συνιστώσας του πόνου μέσα από τις δυνατότητες που μας δίνει η σύγχρονη ιατρική επιστήμη, οδηγεί όλο και πιο συχνά σε αύξηση της ψυχολογικής συνιστώσας του πόνου. Η όλο και μεγαλύτερη προσφυγή για ψυχολογική ή ψυχιατρική φροντίδα παντός τύπου, φαίνεται να επιβεβαιώνουν τις παραπάνω διαπιστώσεις. Σε αυτές τις συνθήκες, ο θεράπων, κάθε ειδικότητας (γιατρός, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός), που καλείται να αντιμετωπίσει το φαινόμενο του πόνου, οφείλει να λάβει υπόψη του μία πληθώρα παραμέτρων που επηρεάζουν τον πόνο, καθώς και να παρέμβει θεραπευτικά σε πολλά επίπεδα. Αυτό δεν μπορεί να γίνει παρά στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής ομάδας, όπου διαφορετικές ειδικότητες μπορούν να δράσουν συμπληρωματικά, προκειμένου να καλυφθούν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό οι ανάγκες, που εμφανίζονται, τόσο στο επίπεδο του ασθενούς, αλλά και πολύ συχνά των οικείων του (Δαμίγος, 2005).

Ο νοσηλευτής, που βρίσκεται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, που η επαφή τους με τον ασθενή είναι περιστασιακή και για περιορισμένες χρονικές περιόδους (Ροβίθης,2002), έχει καλλίτερες ευκαιρίες να ερευνήσει τις κλινικές εκδηλώσεις και τις βιο-ψυχο-κοινωνικές αλλά και πνευματικές διαστάσεις του πόνου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή αναπτύσσεται και διαμορφώνεται με αυτοτέλεια, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία εκδηλώνονται σε ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως η περιγραφή του πόνου, ο καθορισμός παραγόντων που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν, ο καθορισμός των αιτιών πρόκλησής του, κ.λ.π. Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στον ορισμό που ο κάθε ασθενής εκφράζει ως μοναδικό περιγράφοντας αυτό που αισθάνεται και αυτό που για τον ίδιο θα αποτελούσε την πλήρη ανακούφιση του πόνου του. Ένας νοσηλευτής δήλωσε: *«Νιώθω ότι είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς να είμαι μαζί τους, να γνωρίζουν ότι κάποιος βρίσκεται εκεί μαζί τους και ότι δεν έχουν μείνει μόνοι»*(Ροβίθης,2002).

Οι νοσηλευτές όλου του κόσμου δείχνουν αμέριστο ενδιαφέρον για τους ασθενείς που πονούν γιαυτό και προσεγγίζουν το θέμα όχι μόνο θεωρητικά αλλά και κλινικά και ερευνητικά.

Οι νοσηλευτές έχουν έναν ιδιαίτερο και μοναδικό ρόλο στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Παρόλο που οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την συνταγογράφηση της αναλγησίας, ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης παραμένει στους

νοσηλευτές. Είναι αυτοί που καλούνται συνήθως να εκτιμήσουν τον πόνο, να χορηγήσουν την αναλγησία και να εκτιμήσουν τα αποτελέσματα της. Οι νοσηλευτές σε όλα τα πλαίσια της πρακτικής φροντίζουν για τον άρρωστο που πονάει, αλλά οι νοσηλευτές χειρουργικών τμημάτων έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα του πόνου πιο συχνά και σε καθημερινή βάση.

Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει πολλές πρόοδοι με την εκτίμηση του πόνου και υπάρχουν νέες τεχνικές για την αντιμετώπισή του, ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου παραμένει ένα από τα πιο σοβαρά και συχνά προβλήματα στην φροντίδα υγείας σήμερα. Το πρόβλημα του ανεπαρκούς ελέγχου του πόνου αναφέρεται πολύ καλά στη βιβλιογραφία. Η κλασική μελέτη των Marks and Sachar (1973) βρήκε σημαντικά ανεπαρκή τη φροντίδα των αρρώστων με οπιοειδή αναλγητικά. Σε μια μελέτη με 465 χειρουργικούς ασθενείς, το 58% ανέφερε ανυπόφορο πόνο για τον οποίο έλαβε ανεπαρκή ανακούφιση (Κοτρώτσιου και συν., 1999).

Η Cohen στα πλαίσια ερευνητικής μελέτης διαπίστωσε ότι το 75% των αρρώστων που μελέτησε βρισκόταν υπό οξύ και φανερό πόνο, ενώ η Seers απέδειξε ότι για το 85% των μετεγχειρητικών αρρώστων της μελέτης της ο πόνος δεν ελεγχόταν πάντα. Οι αριθμοί αυτοί είναι ταπεινωτικοί για τους επαγγελματίες υγείας και δεν επιτρέπεται να συνεχιστούν για λόγους ηθικής (Κοτρώτσιου και συν., 1999).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για το θέμα της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου για μία ακόμη φορά διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλευτές έχουν την άμεση ευθύνη διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών καθότι η αντιμετώπιση και διαχείριση του πόνου αυτών των ασθενών δεν είναι επαρκής, υπονοώντας την ταυτόχρονη ανάγκη για τη βελτιωμένη εκπαίδευση και κλινική πρακτική των νοσηλευτών (Buckley, 2000).

Οι νοσηλευτές κατέχουν τον κεντρικό ρόλο στην μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου. Τα αναλγητικά μπορεί να ορίζονται από τους αναισθησιολόγους και τους χειρουργούς, αλλά οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που ξοδεύουν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς και έχουν την ευθύνη της αξιολόγησης της έντασης του πόνου, χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα και παρατηρώντας την αποτελεσματικότητά τους (Βαδαλούκα, 1999). Ο έλεγχος της έντασης του πόνου των ασθενών από τους νοσηλευτές είναι σημαντικός διότι παίζει σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη ανίχνευση των παρενεργειών θεραπείας. Οι νέες αναλγητικές τεχνικές όπως η επισκληρίδια αναλγησία απαιτούν τον εκτενή, συστηματικό έλεγχο από το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την καθιέρωση μιας στενής

συνεργασίας και συμμετοχής των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του πόνου. Τελικά η ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τους νοσηλευτές αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα για την ποιότητα της μετεγχειρητικής φροντίδας των ασθενών, γιατί και είναι επιτακτική η ανάγκη να δοθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό η υποστήριξη που χρειάζεται ώστε να διαχειρίζονται τον πόνο αποτελεσματικά (Ubino,2003).

Ο πόνος μπορεί να θεωρηθεί σαν μηχανισμός άμυνας, αλλά και σαν κάτι το απάνθρωπο που επισκιάζει την ίδια την ύπαρξη του ατόμου, την αυτονομία του, την αυτοεκτίμησή του και τη θέληση για ζωή.

Ο μετεγχειρητικός πόνος διαφέρει από τους άλλους τύπους πόνου. Είναι το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας. Ταξινομείται ως οξύς πόνος, που αποτελεί ένα συνδυασμό ιστικής βλάβης, πόνου και άγχους. Είναι συχνά μικρής διάρκειας, με αρχή και τέλος αναγνωρίσιμα. Συνήθως οι χειρουργικοί άρρωστοι προσδοκούν μια θετική έκβαση του πόνου τους, παρ' όλα αυτά όμως μπορεί και από τον μετεγχειρητικό πόνο να αυξάνονται, τα επίπεδα του άγχους που βιώνει ο ασθενής, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η εμπειρία του.

Ο μετεγχειρητικός πόνος συνοδεύεται συχνά από αλλαγές στη συμπεριφορά και από οργανικές αλλαγές, για παράδειγμα, αλλαγές στην έκφραση του προσώπου, αυξημένο καρδιακό ρυθμό και μειωμένη πίεση αίματος. Ο κίνδυνος με τη γενίκευση αυτή είναι ότι ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να υπάρχει και με την απουσία των κλασικών του σημείων. Αυτό μπορεί να έχει μια αρνητική επίδραση στην εκτίμηση του πόνου από τους νοσηλευτές. Για παράδειγμα η Seers διαπίστωσε ότι το 45% των μετεγχειρητικών ασθενών εκτιμούσε σταθερά τον πόνο τους σαν πιο ισχυρό απ' ότι οι νοσηλευτές τον είχαν εκτιμήσει (Κοτρώτσιου και συν.,1999).

Η αρχική καθώς και η μετέπειτα αξιολόγηση του πόνου για το νοσηλευτικό προσωπικό βασίζεται σε απλούστερες και λιγότερο χρονοβόρες μεθόδους. Δύο σημαντικές τοποθετήσεις πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν ώστε να αξιολογηθούν σωστά οι πληροφορίες που λαμβάνονται από τους ασθενείς. Να αναγνωρισθεί ο πόνος ως μια υποκειμενική εμπειρία και να διαχωριστεί σωστά σε οξύ και χρόνιο πόνο (Kingdom et al.,2002).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία στην νοσηλευτική αλλά και στην ιατρική επιστήμη προσδιορίζει ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν αρνητικά στην ικανότητά μας να αντιμετωπίσουμε με επιτυχία τον πόνο(Kinghorn et al.,2004). Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι: (α) η ελλιπής γνώση , (β) φτωχές κλινικές δεξιότητες (γ) οι επικρατούσες στάσεις και σκέψεις.

Ελλιπής γνώση

Επειδή ο πόνος σπάνια είναι απειλητικός για τη ζωή, έχει δοθεί γι αυτόν λίγη προτεραιότητα στην νοσηλευτική, ιατρική και φαρμακευτική εκπαίδευση. Γενικά, τα νοσηλευτικά προγράμματα διδάσκουν λίγες πληροφορίες για την εκτίμηση του πόνου και για το ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση των αναλγητικών. Στην πραγματικότητα οι νοσηλευτές διδάσκονται ανακριβείς πληροφορίες, η πιο αξιοσημείωτη από τις οποίες είναι ότι οι άρρωστοι που πονούν έχουν ευδιάκριτα σημεία και συμπτώματα.

Μερικοί άρρωστοι μπορεί να έχουν ευδιάκριτα σημεία και συμπτώματα, ενώ άλλοι όχι. Οι νοσηλευτές πρέπει να πιστεύουν και να δέχονται τις εκτιμήσεις των αρρώστων για το δικό τους πόνο. Ο ορισμός του πόνου που λέει ότι «πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο που τον βιώνει λέει ότι είναι και οποτεδήποτε λέει ότι υπάρχει» θα πρέπει να είναι το πιστεύω του κάθε νοσηλευτή που σκοπεύει να χειριστεί αποτελεσματικά τον πόνο κάποιου αρρώστου (Κοτρώτσιου και συν.,1999).

Αν και έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση του πόνου μεγάλο ποσοστό ασθενών εξακολουθεί να μη λαμβάνει ικανοποιητική αναλγητική θεραπεία. Ευρήματα από έρευνες των τελευταίων 20 ετών έχουν δείξει ότι υπάρχει ένα έλλειμμα γνώσεων τόσο στους γιατρούς όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά το πόνο, κάτι το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην μη ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου, οξέος ή χρόνιου (Angster et al.,2005).

Με ειδικευμένους νοσηλευτές στηριζόμενοι στη γνώση, μπορεί ο ασθενής να εκπαιδευτεί σωστά μέσα στα πλαίσια προγραμματισμένων συναντήσεων, έτσι ώστε να είναι και να αισθάνεται ικανός να αναγνωρίζει τρόπους για να αποφεύγει την μετεγχειρητική λοίμωξη, να περιποιείται το τραύμα και γενικότερα να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο νοσηλευτή (Ulrich et al.,1997).

Με την εκπαίδευση καλλιεργούνται δεξιότητες αυτοεκτίμησης και αυτοαξιολόγησης με σκοπό την προστασία του προσωπικού και την αποφυγή υπερευαίσθητων αντιδράσεων. Η υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας, η επίγνωση των ορίων, η χρήση του χιούμορ θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να διατηρήσει την ακεραιότητά του και να εξασφαλίσει κάποιο νόημα για τη δουλειά του, προσφέροντας πραγματική βοήθεια (Αλεξανδρή,2001).

Φτωχές κλινικές δεξιότητες

Η τεκμηριωμένη εκτίμηση του πόνου είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον επαρκή και αποτελεσματικό χειρισμό του. Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία και γι'αυτό δεν μπορεί να μετρηθεί από ένα μόνο παρατηρητή. Είναι υπόθεση μιας ομάδας και ειδικά των νοσηλευτών που θα πρέπει να επαγρυπνούν για την επαρκή και αποτελεσματική διαχείριση του πόνου (Coniam et al.,1999).

Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας βασίζονται συχνά στην συγκέντρωση αντικειμενικών δεδομένων (π.χ. ζωτικά σημεία, διαγνωστικές εξετάσεις κ.ά.). Επειδή ο πόνος είναι υποκειμενικός δεν υπάρχουν αντικειμενικά δεδομένα άλλα να συγκεντρωθούν, εκτός από την αναφορά του ίδιου του αρρώστου που πονάει. Οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν τις λεκτικές αναφορές του αρρώστου που πονάει σαν βάση για την εκτίμησή τους. Έλλειψη της έκφρασης του πόνου δεν σημαίνει και ότι δεν υπάρχει πόνος (Κοτρώτσιου και συν.,1999).

Μια άλλη δυσκολία είναι ότι συχνά οι άρρωστοι αποτυγχάνουν να ανακοινώσουν τον πόνο τους στους γιατρούς ή στους νοσηλευτές. Οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι πονούν για διάφορους λόγους, που μπορεί να είναι: (Κοτρώτσιου και συν.,1999-Kinhorn et al.,2004).

- Άρνηση. Αρνούνται ότι πονούν αρνούνται την αρρώστια τους.
- Εγκατάλειψη. Πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος (π.χ. ηλικιωμένοι, και καρκινοπαθείς ασθενείς)
- Επιθυμία να ευχαριστήσουν. Μερικοί άρρωστοι νομίζουν ότι ο «καλός» άρρωστος δεν πρέπει να παραπονιέται. Οι ασθενείς γενικά συμπαθούν τους γιατρούς τους και δεν τους αρέσει να τους απογοητεύουν λέγοντάς τους ότι δεν κάνουν καλή δουλειά με τον έλεγχο του πόνου τους.
- Ασθενείς με λανθασμένες απόψεις σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, όπως ο φόβος του εθισμού και της ανοχής
- Ασθενείς με την πεποίθηση ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή είναι αναπόφευκτες .
- Ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες στην προσπάθεια αντιμετώπισης του συμπτώματος και την πεποίθηση πως ο πόνος είναι κάτι το μοιραίο.

Για να φροντίσει κάποιος τον πόνο του ασθενούς πρέπει αυτός να οριστεί και να τεκμηριωθεί γραπτά. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν και να τεκμηριώνουν τον

πόνο γραπτά, να εκτιμούν τις παρεμβάσεις και να επικοινωνούν με τα άλλα μέλη της φροντίδας υγείας καθότι για την επίτευξη του τελικού στόχου απαιτείται συστηματική διεπιστημονική συνεργασία (Κοτρώτσιου και συν., 1999-Kinhorn et al., 2004).

Επικρατούσες στάσεις και σκέψεις

Ο φόβος του εθισμού είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για τον επαρκή έλεγχο του πόνου. Όταν κανείς ακούει τη λέξη ναρκωτικό, αυτή συνήθως μεταφέρει το μήνυμα του εθισμού. Ο φόβος του κοινού και των επαγγελματιών υγείας για τον εθισμό έχει μεγιστοποιηθεί.

Κλινική εμπειρία καθώς και τεκμηριωμένη έρευνα δείχνουν σταθερά ότι ο εθισμός αποτελεί σπάνια ένα πρόβλημα, ακόμη και για ασθενείς που πρέπει να λαμβάνουν μεγάλες δόσεις οπιοειδών. Η σύγχυση και η έλλειψη εκπαίδευσης στα θέματα της φυσικής εξάρτησης και του εθισμού οδηγούν σ' αυτή την «οπιοφοβία» (φόβος των ναρκωτικών) (Κοτρώτσιου και συν.,1999).

Η φυσική εξάρτηση παραπέμπει σε μια ακούσια, φυσιολογική απάντηση στην οποία ο άρρωστος βιώνει συμπτώματα απόσυρσης εάν τα οπιοειδή διακόπτονται απότομα γιατί δεν πρέπει να συγχέουμε αυτή την κατάσταση με τον εθισμό. Αυτή η κατάσταση θα συμβεί σε οποιοδήποτε ασθενή παίρνει οπιοειδή για ένα χρονικό διάστημα. Η ακριβής διάρκεια χρόνου που είναι απαραίτητη για να αναπτυχθεί φυσική εξάρτηση είναι άγνωστη και διαφοροποιείται πολύ από άτομο σε άτομο. Ένας εθισμένος συνεχίζει να παίρνει φάρμακα λόγω των ψυχογενών επιδράσεών τους και μπορεί να ξαναγυρίσει στη λήψη τους ακόμη και όταν έχει αποτοξινωθεί επιτυχώς και δεν έχει πλέον συμπτώματα λόγω της αποχής από το φάρμακο (Κοτρώτσιου και συν.,1999-Coniam et al.,1999).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ξεκαθαρίσουν τη σύγχυση αυτή σχετικά με την ορολογία.

Η επιτυχής θεραπεία του ατόμου που παρουσιάζει και εξάρτηση και πόνο απαιτεί ότι ο εξειδικευμένος γιατρός αναγνωρίζει την παρουσία της νόσου του εθισμού, αντιλαμβάνεται την κλινική της σημασία και γνωρίζει την κατάλληλη παρέμβαση (Βαδαλούκα,1999).

Η κακή πληροφόρηση στη νοσηλευτική εκπαίδευση συμβάλει στο μεγάλο και υπερτιμημένο φόβο του εθισμού. Οι νοσηλευτές πρέπει να καταστήσουν την ανακούφιση του πόνου μια προτεραιότητα και να διδάξουν ένα σωστό ορισμό της

φυσικής εξάρτησης και του εθισμού στους ασθενείς, τις οικογένειες και στα μέλη της φροντίδας υγείας.

Νοσηλευτής και μετεγχειρητική φροντίδα

Σύμφωνα με τον James Campbell (American Pain Society) « Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν. Αν ο πόνος αξιολογηθεί με τον ίδιο ζήλο υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα η θεραπεία του να γίνεται κατάλληλα. Εκείνο που χρειάζεται είναι η εκπαίδευση των γιατρών και νοσηλευτών ώστε ο πόνος να αντιμετωπίζεται ως ένα από τα ζωτικά σημεία. Ποιοτική φροντίδα σημαίνει ότι ο πόνος μετριέται και θεραπεύεται.»

Ο νοσηλευτής όπως πιο πάνω αναφέρθηκε, είναι εκείνος που βρίσκεται τον περισσότερο χρόνο δίπλα στον ασθενή και την οικογένειά του πολύ περισσότερο από οποιοδήποτε μέλος της ομάδας αντιμετώπισης του πόνου. Με αυτή την στενή επαφή δίνεται στον νοσηλευτή η μοναδική ευκαιρία να παρατηρήσει τον ασθενή που πονάει, παρατηρήσεις που είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση και τη θεραπεία του πόνου. Επίσης συναντάται συχνά, μερικοί ασθενείς εκμεταλλεύονται τον πόνο τους για να κερδίσουν την συμπάθεια μιας αδιάφορης οικογένειας ή την προσοχή του πολυάσχολου νοσηλευτή (Βαδαλούκα,1999).

Θα προσπαθήσει να οργανώσει συχνές επισκέψεις όταν ο ασθενής δεν παραπονείται, αφού αντιληφθεί πως αυτοί οι πόνοι είναι στην πραγματικότητα επικλήσεις βοήθειας. Αποστολή του νοσηλευτή είναι ο συντονισμός της πολυεπαγγελματικής ομάδας. Τα μέλη της ομάδας μπορεί να υπονιάζονται ότι ο πόνος ενός ασθενή επιτείνεται από την απροθυμία του νοσηλευτή να αποδεχτεί την κατάστασή του. Εάν όμως τρία από τα μέλη προσπαθήσουν να κάνουν μια ουσιαστική συζήτηση μαζί του την ίδια μέρα θα είναι καταδικασμένοι στην αποτυχία. Ενώ ο νοσηλευτής συχνά θα διαισθανθεί ποια είναι η κατάλληλη στιγμή να θιγούν τέτοια ζητήματα, λόγω της στενής επαφής που έχει με τον ασθενή και την οικογένεια (Βαδαλούκα,1999).

Η παρουσία του πόνου στην μετεγχειρητική περίοδο είναι η πιο κοινή αιτία που κάνει τους ασθενείς να υποφέρουν. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου είναι η ηλικία, το φύλο, η θρησκεία, η φυλή, η προσωπικότητα, η κοινωνικοοικονομική και οικογενειακή κατάσταση, η διατροφή, το κάπνισμα και φυσικά η προηγούμενη εμπειρία χειρουργικής επέμβασης (ιδιαίτερα αν ήταν

άσχημη). Όλοι οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την ένταση και τη διάρκεια του μετεγχειρητικού πόνου, αλλά και τη γενικότερη πορεία του ασθενούς (Σκουτέλη,2001).

Επιπρόσθετα με τα όσα έχουν γενικά αναφερθεί για τους παράγοντες που καθορίζουν το πόνο, μπορεί να λεχθεί ότι: *το είδος της επέμβασης και η περιοχή του σώματος που γίνεται είναι καθοριστικοί παράγοντες για τον πόνο*. Παραδείγματος χάρη οι κοιλιακές και θωρακικές επεμβάσεις είναι περισσότερο επώδυνες από οπουδήποτε αλλού, πόνος που σχετίζεται με τραύμα των ιστών και αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό όπου οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση, στον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και σε τάση στην περιοχή της επέμβασης από βαθιά αναπνοή, βήχα και / ή κίνηση (Ulrich et al.,1997 – Σκουτέλη,2001). Η ποικιλία ανταπόκρισης στον πόνο είναι μεγάλη. Βλέπουμε καθημερινά ασθενείς με την ίδια χειρουργική επέμβαση να ανταποκρίνονται διαφορετικά στα αναλγητικά που τους χορηγούνται για καταστολή του πόνου όπως επίσης και στον τρόπο έκφρασης και περιγραφής του πόνου.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει όταν ο άρρωστος μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από την χειρουργική επέμβαση. Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση του αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλλίτερη κατάσταση υγείας. Η παρουσία του μετεγχειρητικού πόνου στον ασθενή αποβαίνει επιζήμια λόγω διαφόρων επιπτώσεων –επιπλοκών όπως: (Karlowicz,1995-Ulrich et al.,1997).

- Διαταραχή της αιμάτωσης των ιστών
- Αναποτελεσματικό τρόπο αναπνοής
- Αναποτελεσματικό καθορισμό των αεροφόρων οδών
- Διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών
- Διαταραχή θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος
- Πόνος
- Ανησυχία από ναυτία, εμετό, αέρια, λόξυγκα
- Διαταραχή στο βλεννογόνο του στόματος: ξηρότητα
- Αυξημένο κίνδυνο για διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος
- Δυσανεξία στην κόπωση

- Διαταραχή φυσιολογικής κινητικότητας
- Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση
- Κατακράτηση ούρων
- Δυσκοιλιότητα
- Διαταραχές ύπνου
- Αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης
- Αυξημένο κίνδυνο για το τραύμα
- Αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης
- Άλλες επιπλοκές όπως: υποογκαιμικό shock, ατελεκτασία, θρομβοεμβολικό επεισόδιο, παραλυτικό ειλεό, διάσπαση εγχειρητικού τραύματος
- Άγχος
- Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την φροντίδα κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση

Αφού προβεί η νοσηλευτική διάγνωση αυτών και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούσει προσεχτικά τις ερωτήσεις και τα σχόλια που τυχόν θα υποβληθούν από τον ασθενή και εν συνεχεία να εστιαστεί στο θέμα του πόνου προσπαθώντας να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής είναι πλήρως προετοιμασμένος για τον βαθμό του πόνου που θα ακολουθήσει. Οι λόγοι για το είδος και το μέγεθος του πόνου καθώς επίσης και οι τρόποι που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει επίσης να επεξηγηθούν. Υπόψιν μας λοιπόν ότι ο πόνος θα είναι λιγότερος ή πιο ανεκτικός όταν ο άρρωστος είναι ενήμερος για: τους λόγους που πονάει μετεγχειρητικά, τους τρόπους που θα αντιμετωπιστεί ο πόνος, την παροδικότητα του πόνου.

Μιλώντας πιο ειδικά, ο πόνος μετά την εγχείριση είναι οξύς και βλαπτικός τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες γιαυτό και πρέπει να αντιμετωπίζεται (Παπαδόπουλος και συν.,2004). Η εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να βασιστεί πάνω σε προκαθορισμένες παραμέτρους και με τη βοήθεια κλιμάκων μέτρησης του πόνου. Οι παρεμβάσεις που θα γίνουν προς την κατεύθυνση της ανακούφισης θα στηριχτούν στην αρχική εκτίμηση και θα συμπεριλαμβάνουν φαρμακευτική αναλγησία καθώς και οποιοδήποτε άλλη μέθοδο ανακούφισης που θα κριθεί κατάλληλη από την θεραπευτική ομάδα.

Η προσέγγιση που θα συνδυάζει την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε περιφερικό και κεντρικό επίπεδο ίσως προσφέρει μια μετεγχειρητική περίοδο χωρίς καθόλου πόνο. *Το καλλίτερο σχήμα περιλαμβάνει συνεχή αναλγησία*, για συνεχή παρεμπόδιση της εγκατάστασης ευαισθητοποίησης. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση αρχίζει προεγχειρητικά, συνεχίζεται διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά και προϋποθέτει σωστή χρήση των αναλγητικών(κατάλληλο φάρμακο, κατάλληλη δόση, κατάλληλος χρόνος) (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Κατευθυντήριες οδηγίες για την μέθοδο χορήγησης αναλγητικών

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης της αναλγησίας.

Επεμβατική οδός περιλαμβάνει:

Εφάπαξ ή επαναλαμβανόμενη χορήγηση οπιοειδών

Χρησιμοποιείται συνήθως στο χειρουργείο από τους αναισθησιολόγους ή στο δωμάτιο ανάνηψης από το προσωπικό ή και στον θάλαμο κατά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο. Δίδεται στον ασθενή μικρή δόση διαλυμένου οπιοειδούς φαρμάκου αναλόγως των οδηγιών του γιατρού μέχρι που ο πόνος να καταστεί ελεγχόμενος. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ανταπόκριση του ασθενή στο φάρμακο ελέγχοντας την ανακούφιση του πόνου και τα ζωτικά σημεία: τις αναπνοές, το σφυγμό την αρτηριακή πίεση και το επίπεδο συνείδησης.

Είναι μια γρήγορη ανώδυνη αξιόπιστη και αποτελεσματική μέθοδος που προκαθορίζει και την εντύπωση του ασθενή για το χειρισμό του μετεγχειρητικού πόνου. Παρόλα αυτά η χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής στο θάλαμο απαιτεί την συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς από τον νοσηλευτή τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Συνεχής χορήγηση οπιοειδών με σταθερή ροή/έγχυση:

Συνήθως η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης ή ακόμα σε τμήματα όπου υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Συμπεριλαμβάνει τη συνεχή χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων μέσω ενδοφλεβίου καθετήρα. Η ροή μπορεί να ελέγχεται από ηλεκτρονική αντλία

(electronic infusion device) ή απλό οδηγό χορήγησης (clockwork syringe device-microdropper).

Έχει το πλεονέκτημα της συνεχούς διατήρησης αποτελεσματικών επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα, με αποτέλεσμα συνεχή επαρκή αναλγησία και μείωση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων. Χορηγείται μια δόση φόρτισης και ακολούθως υπολογίζεται ο ρυθμός έγχυσης ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή. Συνιστάται μόνο υπό προϋποθέσεις, επειδή απαιτείται εξειδίκευση και συνεχής παρακολούθηση, για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής (Βαδαλούκα,1999-Σκουτέλη,2001-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Υπάρχουν όμως μειονεκτήματα σε αυτή τη μέθοδο. Το πρώτο μειονέκτημα έγκειται στο γεγονός ότι χρειάζονται μερικές ώρες ώσπου η συνεχής χορήγηση να προσδώσει το απαιτούμενο επίπεδο φαρμάκου στο πλάσμα και να επιφέρει αναλγησία. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης οι συγκεντρώσεις του φαρμάκου στο πλάσμα μπορεί να είναι χαμηλές και να μην αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Το δεύτερο μειονέκτημα είναι η διαφορετική ανταπόκριση που μπορεί να έχουν οι ασθενείς στο φάρμακο. Ένας συγκεκριμένος ρυθμός χορήγησης μπορεί σε ένα ασθενή να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα ενώ σε ένα άλλο να προκαλέσει άπνοια. Είναι δύσκολο λοιπόν για κάποιον να κρίνει την ακριβή αναγκαία ροή που θα πάρει ο ασθενής.

Παρόμοια και άλλες παρενέργειες των οπιοειδών ,όπως ο κνησμός, η επίσχεση ούρων, η ναυτία και ο έμετος πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα Αυτό είναι το τρίτο μεγάλο μειονέκτημα της μεθόδου αφού αναγκαστικά απασχολεί νοσηλευτικό προσωπικό για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (Σκουτέλη,2001).

Η ενδοφλέβια αναλγησία κατ'επίκληση του ασθενούς (Patient controlled analgesia-PCA).

Ο όρος PCA αναφέρεται στην τεχνική αναλγησίας κατά την οποία ο ασθενής καθορίζει πότε και πόσο αναλγητικό φάρμακο θα λάβει. Στην καθημερινότητα, ο όρος αυτός περιγράφει την μέθοδο εκείνη της αναλγησίας κατά την οποία χρησιμοποιείται ειδική συσκευή έγχυσης η οποία επιτρέπει στον ασθενή την αυτοχορήγηση αναλγησίας (Kingdom et al.,2002).

Η χρήση της μεθόδου αυτής έχει πολλά πλεονεκτήματα για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για τους νοσηλευτές. Η χρήση της pca αντλίας για τη διαχείριση

του μετεγχειρητικού πόνου έχει αυξηθεί στα νοσοκομεία κατά ένα μεγάλο μέρος και αυτό επειδή μπορεί να παρέχει την ισοδύναμη ή καλύτερη αναλγησία από τον συμβατικό τρόπο χορήγησης των αναλγητικών από τον νοσηλευτή και οι ασθενείς να είναι πιο ικανοποιημένοι με τη χρήση του. Χρησιμοποιώντας μια φορητή αντλία έγχυσης, η pca αντλία επιτρέπει στον ασθενή να χειρίζεται μόνος του τον πόνο με μικρή bolus δόση αναλγητικού επιτυγχάνοντας τη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο χωρίς τον φόβο της καταστολής (Mann et al.,2005).

Δεν υπάρχει κανένα φαρμακολογικό ή κλινικό επιχείρημα για την επιλογή ενός οπιούχου έναντι κάποιου άλλου. Κατά συνέπεια, η μορφίνη παραμένει το πιο συχνά χρησιμοποιημένο οπιούχο της pca αντλίας . Η προσθήκη των μη-οπιούχων στη μορφίνη μέσω της pca αντλίας είναι ακόμα αμφισβητήσιμο (Mann et al.,2005).

Η επιτυχία της pca τεχνικής είναι εμφανής και στηρίζεται κυρίως στην ειδική επίβλεψη των νοσηλευτών . Καταρχήν ο ασθενής θα χειρίζεται μόνος του τον πόνο του εξοικονομώντας χρόνο στον νοσηλευτή που δεν θα πηγαίνει να χορηγήσει αναλγητικό. Η κατασκευή τους είναι τέτοια που να παρέχει ασφάλεια στη δοσολογία.

Επιτυγχάνει σταθερά επίπεδα φαρμάκου στο αίμα και εύχρηστη για τον ασθενή. Χορηγείται δόση φόρτισης και προκαθορίζεται η συγκέντρωση του διαλύματος, η δόση επίκλησης, η μέγιστη δόση, συνήθως ανά 4ωρο, και το χρονικό διάστημα αδράνειας της συσκευής. Η ρύθμιση μεταβάλλεται ανάλογα με το αναλγητικό αποτέλεσμα. Η απελευθέρωση του φαρμάκου ελέγχεται από τον ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες για αναλγησία γιατί και απαιτείται εκπαιδευμένο προσωπικό (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Οι δυνατότητες των συσκευών αυτών είναι πολλές και ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο που επιθυμούμε να παίρνει ο ασθενής την αναλγησία και που αποδεδειγμένα έχουν καταπληκτικά αποτελέσματα γιατί και χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό την τελευταία δεκαετία και πλέον (Βαδαλούκα,1999).

Η τεχνική της μεθόδου P.C.A. δίδει στον ίδιο τον ασθενή την ευθύνη αντιμετώπισης του πόνου του. Κάτω από συνήθεις καταστάσεις ο ασθενής περιμένει να νοιώσει πόνο για να ζητήσει αναλγητικό και αν δεν διστάσει να καλέσει τον νοσηλευτή θα πονά για πιο πολύ χρόνο. Μέχρι που να αρχίσει να δρα το αναλγητικό ο ασθενής έχει στο ενεργητικό του ακόμα μια εμπειρία πόνου. Η μέθοδος αυτή στο μόνο που υστερεί είναι η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η χρήση της pca αντλίας είναι αποτελεσματική και σημαντική μόνο όταν υπάρχει προσεκτική προεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών και ακριβής

μετεγχειρητικός έλεγχος. Επιπλέον, στην επιλογή της pca αντλίας θα πρέπει να αποκλεισθούν ασθενείς με προβλήματα ανικανότητας στην χρήση αυτής. Η προσοχή απαιτείται μεταξύ των ασθενών με την αναπνευστική ή νεφρική ανεπάρκεια. Στο μέλλον, η αναπόφευκτη βελτίωση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου θα πρέπει να οδηγήσει σε μια μεγαλύτερη επέκταση χρήσης της pca (Mann et al.,2005).

Ενδομυϊκή και Υποδόρια έγχυση

Σε αυτή την περίπτωση οι μέθοδοι οι συγκεκριμένοι έχουν μικρή διάρκεια δράσης. Απαιτείται προσοχή γιατί οι διακυμάνσεις των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα είναι διαφορετικές. Οι μέθοδοι αυτοί είναι επώδυνοι και με αναξιόπιστη απορρόφηση. Είναι προτιμότερο να αποφεύγεται όσο είναι δυνατό (Σκουτέλη,2001- Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Επισκληρίδιος αναλγησία

Είναι μέθοδος όπου από την εποχή του '80 η επισκληρίδια χορήγηση οπιοειδών και τοπικών αναισθητικών εξασφαλίζει μεγάλη ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Αποτελεί την ιδανική μέθοδο μετεγχειρητικής αναλγησίας για >80% των αναισθησιολόγων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται δρουν άμεσα στο N.M.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στον τρόπο χορήγησης των οπιοειδών στην επισκληρίδιο αναλγησία. Το τοπικό αναισθητικό που χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με οπιοειδές σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη δυναμική ανακούφιση από τον πόνο. Έχει χρησιμοποιηθεί η μορφίνη και η φεντανύλη με βουπιβακαΐνη και ροπιβακαΐνη με άριστα αναλγητικά αποτελέσματα.

Η επισκληρίδια χορήγηση οπιοειδών είναι αποτελεσματική σε συνεχή σταθερό πόνο, αλλά δεν αντιμετωπίζει τον αιφνίδιο διαξιφιστικό πόνο από τραύμα ή κίνηση του πάσχοντος μέλους (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Η μέθοδος αυτή αφαιρεί το πρόβλημα της απώλειας κινητικής λειτουργίας επιτρέποντας στον άρρωστο να σηκωθεί από το κρεβάτι. Η υπόταση είναι πρόβλημα αν το ισοζύγιο των υγρών δεν προσεχτεί ιδιαίτερα και αφεθεί να καταλήξουν οι ασθενείς με υποογκαιμία λόγω απώλειας αίματος ή υγρών. Η καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας είναι επίσης πιθανή. Το προσωπικό που θα χειρίζεται αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο έχοντας πάντα ένα

επώνυμο στέλεχος της ομάδας υγείας (κατά κύριο λόγο αναισθησιολόγο) που να αναλαμβάνει την ευθύνη για τη χρήση της μεθόδου αυτής (Kingdom et al.,2002).

Τοπικός Νευρικός Αποκλεισμός

Κάποιες εγχειρήσεις γίνονται σε περιοχές που τροφοδοτούνται από ένα ή δύο νεύρα. Ο αναισθησιολόγος που έχει γνώση της πορείας αυτών των νεύρων μπορεί να χορηγήσει τοπικό αναισθητικό (με ένεση) γύρω από αυτά έτσι που να εμποδιστεί η μεταφορά των επώδυνων ερεθισμάτων κεντρικά. Παραδείγματα αυτής της μεθόδου μπορεί να είναι ο αποκλεισμός του ισχιακού νεύρου σε επεμβάσεις στο μεγάλο δάκτυλο και αποκλεισμό των λαγονογαστρικού και λαγονοβουβωνικού στις περιπτώσεις εγχειρήσεων κήλης (Francesca et al.,2005).

Παρομοίως μπορεί να γίνει αποκλεισμός πλέγματος νεύρων που μπορούν να αναισθητοποιηθούν με μια μόνο ένεση. Ένα παράδειγμα είναι ο αποκλεισμός του βραχιονίου πλέγματος που προσφέρει τόσο προεγχειρητική όσο και μετεγχειρητική αναλγησία στις περιπτώσεις εγχειρήσεων στον ώμο. Εκεί όπου νεύρα μεταφέρουν αισθητικά αλλά και κινητικά ερεθίσματα το τοπικό αναισθητικό θα προκαλέσει και απώλεια της μυϊκής λειτουργίας στην περιοχή. Αυτό μπορεί να είναι πλεονέκτημα κατά τη διάρκεια της επέμβασης αλλά μπορεί να ελαττώσει την κινητικότητα στην μετεγχειρητική περίοδο.

Όπως και στις άλλες μεθόδους υπάρχει διαφορετική ανταπόκριση από τον κάθε ασθενή στο αναλγητικό φάρμακο. Η ναυτία, ο εμετός και η κατακράτηση ούρων είναι προβλήματα που παρουσιάζονται σε αυτή τη μέθοδο. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται αλλεργικές αντιδράσεις ,τοπικό άλγος κατά την έγχυση και συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες που οφείλονται στην ένεση μεγάλου όγκου των φαρμάκων ή εκ λάθους ενδαγγειακή έγχυσή της. Περιλαμβάνουν καρδιοαναπνευστική καταστολή, διέγερση ή καταστολή του ΚΝΣ ,collapsus και απώλεια συνειδήσεως (Εθνικό συνταγολόγιο,2003).

2. Μη επεμβατική οδός περιλαμβάνει:

Χορήγηση οπιοειδών από το στόμα- ορθό-υπογλώσσια-υπό μορφή aerosol

Τα οπιοειδή μπορούν να δοθούν και από το στόμα σε μετεγχειρητικούς ασθενείς εφόσον είναι εφικτή ,είναι προτιμητέα. Η χορήγηση από το στόμα σε

κατάλληλες δόσεις είναι εξίσου αποτελεσματική με την παρεντερική. Δεν προτιμάται αυτή η μέθοδος σε επεμβάσεις της κοιλιακής χώρας διότι η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται από το λεπτό έντερο επομένως οι ασθενείς αυτοί που έχουν είτε εμετούς είτε μετεγχειρητικό ειλεό δεν μπορούν να πάρουν αναλγησία από το στόμα (Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Τα οπιοειδή επίσης μπορούν να δοθούν και κάτω από τη γλώσσα ή υπό μορφή aerosol. Το φάρμακο απορροφάται από τους βλεννογόνους και εισέρχεται στην κυκλοφορία με ένα ρυθμό μικρότερο από την ενδοφλέβια χορήγηση άλλα μεγαλύτερο από την ενδομυϊκή.. Η βουπρεμορφίνη, η βουρφανόλη, η φεντανύλη καθώς και η σουφεντανύλη, σε μορφή γλειφιτζουριού έχουν χρησιμοποιηθεί. Δεν είναι δημοφιλής μέθοδος λόγω της φτωχής αναλγησίας που παρέχει και παρουσιάζει τις παρενέργειες της ναυτίας του εμετού (Βαδαλούκα,1999).

Διαδερμική χορήγηση

Πρόσφατη απλή μέθοδος που εναπόκειται στην επικόλληση ταινίας (‘‘patch’’) στο δέρμα και απορρόφησης του φαρμάκου μέσω του δέρματος .Το συνθετικό οπιοειδές φεντανύλη είναι το πρώτο οπιοειδές που χρησιμοποιήθηκε διαδερμικά. Συνήθως χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Βαδαλούκα,1999-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Υπάρχει το μειονέκτημα της μη ελεγχόμενης απορρόφησης και επομένως της δόσης που μπορεί να ληφθεί. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος ώστε το φάρμακο να φτάσει το αναμενόμενο επίπεδο στο πλάσμα για να προκαλέσει αναλγησία γιαυτό και δεν έχει ένδειξη στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο (Παπαδόπουλος και συν.,2004). Αυτό όμως μπορεί να αποφευχθεί τοποθετώντας τη ταινία πριν την εγχείρηση. Άλλο πρόβλημα σε αυτή τη μέθοδο είναι το διάστημα που χρειάζεται να πέσουν τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα αφού αφαιρεθεί η ταινία και ο άρρωστος να βρίσκεται σε υπερδοσολογία. Η μέθοδος αυτή χρήζει περισσότερης αξιολόγησης πριν την εφαρμογή της στον κλινικό χώρο επί τακτικής βάσης.

Ανάγκη αξιολόγησης του μετεγχειρητικού πόνου και ύπαρξης στρατηγικών ανακούφισης

Έχουμε είδη αναφερθεί στην έλλειψη πληροφόρησης των σθενών για την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου. Οι νοσηλευτές συνεχίζουν να βασίζονται στις φαρμακολογικές τεχνικές και να μην αξιολογούν σωστά την χρήση των αναλγητικών. Έχουν κατά καιρούς διεξαχθεί μελέτες για να καθοριστεί μια σειρά στρατηγικών που θα χρησιμοποιήσουν οι νοσηλευτές για να ανακουφίσουν τον μετεγχειρητικό πόνο. Η συγκεκριμένη μελέτη που αναφέρεται παρακάτω για το συγκεκριμένο θέμα (Manias et al.,2005)αναφέρεται επίσης και στην επίδραση του πλαισίου συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης της φροντίδας, τον καθορισμό των νοσηλευτικών προτεραιοτήτων εργασίας ,καθώς και των δυσκολιών κατά την διάρκεια εργασίας τους σύμφωνα με την δική τους στρατηγική.

Ένα παρατηρητικό σχέδιο χρησιμοποιήθηκε σε δύο χειρουργικές μονάδες ενός νοσοκομείου στη Μελβούρνη της Αυστραλίας. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παρατήρησης που περιελάμβανε έξι φορές παρατήρηση για τις δραστηριότητες του πόνου, όπου η κάθε μια περιλάμβανε ένα δίωρο διάρκεια. Μια περίοδος παρατήρησης εξετάστηκε τουλάχιστον 12 φορές, με συνέπεια την ολοκλήρωση 74 παρατηρήσεων και του προσδιορισμού 316 περιπτώσεων πόνου. Πενήντα δύο νοσηλευτές παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της εργασίας μιας κανονικής ημέρας τους με μετεγχειρητικούς ασθενείς.

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας τόνισαν την ανάγκη για επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ασθενών αλλά και μεταξύ των ιδίων επαγγελματιών υγείας.

Κατέδειξε επίσης την επιρροή του χρόνου στη διαχείριση των στρατηγικών και την ανάλογη σημασία που οι νοσηλευτές δίνουν στη χρησιμοποίηση μη φαρμακολογικών τεχνικών στην καθημερινή πρακτική. Αυτή η έρευνα, που απεικονίζει τι συμβαίνει στην πραγματική κλινική πρακτική, έχει διευκολύνει τον προσδιορισμό νέων στοιχείων που δεν ήταν εμφανή από άλλες ερευνητικές μελέτες (Manias et al.,2005).

Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να έχει μια σημαντική επίδραση στην αποκατάσταση των ασθενών. Μια κατανόηση των τοποθετήσεων και των ανησυχιών των ασθενών για τον μετεγχειρητικό πόνο είναι σημαντική για τον προσδιορισμό

τρόπων υγειονομικής φροντίδας που θα βελτιώσουν την μετεγχειρητική φροντίδα. Για να αξιολογήσουμε την μετεγχειρητική εμπειρία του πόνου των ασθενών και την αξία της διαχείρισής του, πραγματοποιήθηκε μια εθνική μελέτη με τη χρησιμοποίηση τηλεφωνικών ερωτηματολογίων. Ένα τυχαίο δείγμα 250 ενηλίκων που είχαν υποβληθεί σε χειρουργικές διαδικασίες πρόσφατα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τη δριμύτητα του μετεγχειρητικού πόνου, της θεραπείας, της ικανοποίησης με την αναλγητική αγωγή, της εκπαίδευσης ασθενών, και των αντιλήψεων για τον μετεγχειρητικό πόνο και των φαρμάκων του πόνου. Περίπου 80% των ασθενών δοκίμασε τον οξύ πόνο μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς τους ασθενείς, 86% είχε το μέτριο, δριμύ, ή δυνατό πόνο, με περισσότερους ασθενείς να δοκιμάζουν τον πόνο μετά από την επέμβαση απ'ό,τι πριν. Η βίωση του πόνου ήταν η πιο κοινή ανησυχία (59%) των ασθενών. Σχεδόν 25% των ασθενών που έλαβαν τα φάρμακα για τον πόνο δοκίμασε τις παρενέργειες αυτών, εντούτοις, σχεδόν το 90% από αυτούς ικανοποιήθηκαν με αυτά. Περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών ανέφεραν ότι ένας επαγγελματίας υγείας μίλησε μαζί τους για τον πόνο.

Το συμπέρασμα αυτής της μελέτης κατέληξε στη διαπίστωση ότι παρά την αυξανόμενη εστίαση στα διοικητικά προγράμματα διαχείρισης του πόνου και την ανάπτυξη νέων προτύπων, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να δοκιμάζουν τον έντονο πόνο μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Γιαυτό και απαιτούνται πρόσθετες προσπάθειες για να βελτιωθεί η μετεγχειρητική εμπειρία του πόνου των ασθενών (Apfelbaum et al.,2003).

Η σημασία της αποτελεσματικής διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου βελτιώνει την ποιότητα αποκατάστασης

Ο πόνος ο μετεγχειρητικός είναι δυσάρεστος για τον ασθενή. Οι πολυάριθμες αναφορές σχετικά με το θέμα στην ιατρική βιβλιογραφία περιγράφουν ως απαράδεκτο το γεγονός του μη ελεγχόμενου μετεγχειρητικού πόνου στα νοσοκομεία. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι 77% των ενηλίκων θεώρησε ότι ο μετεγχειρητικός πόνος πρέπει να αναμένεται, με σχεδόν το 60% να τον θεωρούν ως αρχικό φόβο τους πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Η παραδοσιακή και κοινή πρακτική της χορήγησης των αναλγητικών "κατ'απαίτηση" και ειδικά της

ενδομυϊκής χορήγησης οπιοειδών οδηγεί σε μη ανακουφιζόμενο πόνο σε ποσοστό πάνω από 50% των ασθενών (Francesca et al.,2005).

Η χειρουργική νοσηρότητα που συνδέεται με φτωχή αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου επίσης όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται. Οι καρδιακές επιπλοκές συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, της ταχυκαρδίας και γενικά του αυξανόμενου καρδιακού έργου μπορούν να προκύψουν από τον μη ανακουφιζόμενο πόνο καθώς επίσης και επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον, ο μη ανακουφιζόμενος πόνος μπορεί να καθυστερήσει την έξοδο από το νοσοκομείο αυξάνοντας έτσι τις ιατρικές δαπάνες και το κόστος νοσηλείας . Ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου αποτελεί μόνο μια πτυχή της βελτιωμένης μετεγχειρητικής αποκατάστασης. Τώρα εκτιμάται ότι και άλλοι παράγοντες εκτός από τον πόνο μπορούν να καθυστερήσουν ή να εξασθενίσουν την μετεγχειρητική αποκατάσταση. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν την ναυτία, την ακινησία κ.λπ. (Francesca et al.,2005).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή λαμβάνοντας ένα αναισθητικό αναλγητικό με PCA αντλία διαπιστώθηκε ότι μια αύξηση του μετεγχειρητικού πόνου σχετίζονταν με μείωση στην ποιότητα αποκατάστασης στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο(Wu et al.,2005).

Λαμβάνοντας υπόψη τον επεκτεινόμενο ρόλο της χειρουργικής ειδικότητας και κατά επέκταση των χειρουργικών επεμβάσεων οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί συνταγογραφούν αναλγητικά μη οπιούχα(π.χ.τοπικά αναισθητικά, Nsaids, παρακεταμόλη,κ.λ.π.) συμπληρώνοντας την θεραπεία με τα αναλγητικά οπιούχα. Ο συνδυασμός αυτός ο οποίος οδηγεί σε μειωμένη εμφάνιση παρενεργειών όπως ναυτία, δυσκοιλιότητα, αναπνευστική καταστολή, έμετο κ.λ.π. έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να οδηγήσει σε μια βελτιωμένη ποιότητα αποκατάστασης των χειρουργημένων ασθενών (White,2005).

Επίσης σε παρόμοια μελέτη με σκοπό να προσδιορισθούν τα εμπόδια αλλά και οι προβλέψεις στην επαρκή αντιμετώπιση του πόνου καθώς και να περιγραφεί η εμπειρία του πόνου των ασθενών κατά την διάρκεια 3 ημερών μετά από ριζική προστατεκτομή με επισκληρίδιο αναισθησία, διαπιστώθηκε ότι παρά την εμφάνιση της προεγχειρητικής κατάθλιψης οι αποτυχίες των θεραπειών δεν μπορούν να προβλεφθούν αλλά φαίνεται ότι αφορούν κάποια εμπόδια που σχετίζονται με την διαχείριση του πόνου, τους τεχνικούς και φαρμακολογικούς παράγοντες καθώς και με μια ανεπαρκή ανταπόκριση γενικά των υπηρεσιών σε ασθενείς που βιώνουν μέτριο

έως ισχυρό πόνο (Wickström.et al.,2005). Αυτό έχει φυσικά επιπτώσεις στην μείωση της αποκατάστασης των ασθενών μετεγχειρητικά.

Μια άλλη μελέτη περιγράφει την αξιολόγηση των νοσηλευτών στο θέμα της ύπαρξης ποιότητας στην μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου. Περαιτέρω, η μελέτη σύγκρινε την αξιολόγησή τους με την ποιότητα της φροντίδας που υπήρξε πραγματικά στην κλινική πρακτική όπως αξιολογείται και από τους ασθενείς και από τους νοσηλευτές. Τρία ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν: ένα για τους ασθενείς (n=198) και δύο για τους νοσηλευτές (n= 63). Οι νοσηλευτές και οι ασθενείς αποκρίθηκαν στις παρόμοιες ερωτήσεις, οι ασθενείς αξιολόγησαν την ποιότητα της φροντίδας που είχαν λάβει, και οι νοσηλευτές αξιολόγησαν την ποιότητα της φροντίδας που παρείχαν. Οι νοσηλευτές αποκρίθηκαν επίσης στις ερωτήσεις σχετικά με το εάν οι διαφορετικές πτυχές της καλής ποιότητας παροχής φροντίδας μπορούσαν πραγματικά να πραγματοποιηθούν στην πράξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε διάφορες σημαντικές πτυχές της μετεγχειρητικής διαχείρισης του πόνου, και οι ασθενείς και οι νοσηλευτές αξιολόγησαν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας να είναι χαμηλότερη από την αξιολόγηση των νοσηλευτών που ήταν πραγματικά δυνατό να πραγματοποιηθεί στην κλινική πρακτική, π.χ. αξιολόγηση του πόνου και πληροφορίες. Αυτή η εύρεση δίνει έμφαση στο πρόβλημα της εφαρμογής της παρεχόμενης φροντίδας στην κλινική πρακτική (Idvall,2004).

Η ανάπτυξη υπηρεσίας για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

Ο μετεγχειρητικός πόνος παραμένει ένα μεγάλο πρόβλημα. Η αντιμετώπισή του έχει διαπιστωθεί εδώ και πολλές δεκαετίες. Η ανάγκη μιας οργανωμένης αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου είναι επιτακτική γιατί και γεννήθηκε η ανάγκη δημιουργίας υπηρεσίας αντιμετώπισης οξέος πόνου(A.P.S.) (Κουρούκλη,2005).

Πρόκειται για μια πολυδιάστατη δομή αυτής της ομάδας που απαρτίζεται από γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές και το αντικείμενο απασχόλησης περιλαμβάνει αντιμετώπιση του οξέος πόνου στους χειρουργικούς ασθενείς και στις επίτοκες, ασθενείς με οξύ πόνο σε έδαφος χρόνιου (καρκινικός πόνος, ισχαιμικός πόνος κ.λ.π.)

Δύο μελέτες σε μία πενταετία έδειξαν ότι η δημιουργία μονάδων αντιμετώπισης πόνου άλλαξε τη πρακτική, τις μεθόδους αναλγησίας και τη στάση

απέναντι στον πόνο. Σε μία πρόσφατη μελέτη της Barton et al, ερευνήθηκε το αποτέλεσμα της εργασίας σε μονάδα αντιμετώπισης οξέος πόνου στις γνώσεις και τη στάση 600 νοσηλευτών και μαϊών που συμμετείχαν στην έρευνα, με ερωτηματολόγιο (Μάλαμας,2005). Η πλειοψηφία είχε 5 χρόνια εμπειρίας με ασθενείς με πόνο και μόνο 5,6% δεν είχε ποτέ τέτοια εμπειρία. Το 77.4% γνώριζε ότι στο νοσοκομείο τους υπήρχε ‘υπηρεσία’ αντιμετώπισης οξέος πόνου και 20.3% δεν γνώριζε, ενώ το 2.4% δεν απάντησε.

Όσες γνώριζαν είχαν περισσότερες γνώσεις και στάση διαφορετική απέναντι στο πόνο, σε αντίθεση με όσες δεν είχαν, οι οποίες αγνοούσαν τον τρόπο φροντίδας του ασθενούς με πόνο και την σύγχρονη αντιμετώπιση του.

Το 65% ανέφερε ότι είχε εργασθεί σε ‘υπηρεσία’ αντιμετώπισης πόνου ενώ το 26,2% δεν είχε τέτοια εμπειρία. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν την επίδραση της εμπειρίας στη γνώση και το χειρισμό γενικά της αντιμετώπισης του πόνου (αυτοαξιολόγηση). Αυτές που αυτοαξιολογήθηκαν ότι γνωρίζουν λίγα είχαν και λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη φαρμακολογική ή μη φαρμακολογική αντιμετώπιση του πόνου καθώς και σχετικά με τον εθισμό (στα αναλγητικά) (Μάλαμας,2005).

Το συμπέρασμα είναι ότι η ύπαρξη μιας τέτοιας μονάδας αντιμετώπισης πόνου στο νοσοκομείο συμβάλει σημαντικά στην επιμόρφωση του προσωπικού που εργάζεται σε αυτή –αλλά και γενικά στο νοσηλευτικό προσωπικό που γνωρίζει την ύπαρξη της, στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου και στην ανακούφιση των ασθενών, στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και στην ικανοποίηση των ασθενών (Μάλαμας ,2005).

Καλό θα ήταν εμείς οι νοσηλευτές να στοχεύουμε προς την κατεύθυνση δημιουργίας μιας τέτοιας υπηρεσίας στην χώρα μας για να επιτύχουμε την γρήγορη και μέγιστη ανακούφιση του πόνου των μετεγχειρητικών ασθενών, να καθορίσουμε την εφαρμογή μεθόδων αναλγησίας, και την δημιουργία προγραμμάτων εκπαιδευτικού χαρακτήρα με σκοπό την διαρκή ενημέρωση σε θέματα τεχνικών αντιμετώπισης του πόνου. Μέχρι τότε δεν πρέπει να αγνοούμε τον άνθρωπο που πονά διότι ο ασθενής που πονά δεν μπορεί να περιμένει.

Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας, θα διεξαχθεί μια έρευνα με σκοπό την διερεύνηση της συχνότητας των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία σε μετεγχειρητικούς ουρολογικούς ασθενείς, σε σχέση με το είδος της αναλγησίας που έλαβαν ή δεν έλαβαν κατά την διάρκεια των τριών πρώτων μετεγχειρητικών ημερών.

Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις διακυστικής προστατεκτομής και ριζικής νεφρεκτομής την τελευταία πενταετία στο Γ.Ν.Ι. «Γ.Χατζηκώστα» στην Ουρολογική κλινική στην οποία εργάζομαι τα τελευταία έξι χρόνια ως Υπεύθυνος νοσηλεύτρια του τμήματος. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις κοιλιακής-οσφυϊκής τομής και συγκεκριμένα σε επέμβαση διακυστικής προστατεκτομής (Δ.Π.) λόγω καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και επεμβάσεις ριζικής νεφρεκτομής (Ρ.Ν.) λόγω καρκίνου του νεφρού. Είναι σκόπιμο λοιπόν να αναφέρω δυο λόγια για αυτές τις επεμβάσεις και για το λόγο τον οποίο γίνονται.

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη(Κ.Υ.Π.) αποτελεί συνήθη νόσο μεταξύ των ανδρών ηλικίας άνω των 50 ετών. Η ανάπτυξη του προστάτη μετά από την ηλικία αυτή συνεχίζεται σε όλη την διάρκεια της ζωής των ανδρών. Ένα ποσοστό 50% των ανδρών γύρω στην ηλικία των 60 ετών παρουσιάζει Κ.Υ.Π. ,ενώ στην ηλικία των 90 ετών, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανέρχεται στο 80%. Το μέσο βάρος ενός φυσιολογικού ενήλικα προστάτη είναι 20gr, ενώ του υπερπλαστικού είναι 33gr. Από τους ηλικιωμένους άνδρες μόλις το 10-25% θα αναπτύξει συμπτώματα υπερπλασίας που να απαιτούν χειρουργική επέμβαση. Με την εξέλιξη της νόσου ο υπερπλαστικός ιστός επεκτείνεται προς το εσωτερικό τμήμα του προστάτη, πιέζοντας την ουρήθρα την οποία προοδευτικά αποφράσσει και προς το εξωτερικό πιέζοντας το φυσιολογικό αδενικό ιστό προς την κάψα. Τα ερεθιστικά συμπτώματα της Κ.Υ.Π. όπως συχνουρία, επιτακτική ούρηση, νυκτουρία είναι βασανιστικά για τον ασθενή τα οποία και τον οδηγούν σε άμεση χειρουργική επέμβαση. Η διουρηθρική προστατεκτομή είναι η πιο συχνή επεμβατική μέθοδος, αν και η ανοικτή προστατεκτομή είναι η πιο κατάλληλη για μεγάλους προστάτες. Η αφαίρεση του προστάτη γίνεται συνήθως με την μέθοδο της Δ.Π. με χαμηλή κοιλιακή τομή αφαιρώντας το αδένωμα μέσω της κύστης (Κωστακόπουλος,2003).

Ο καρκίνος του νεφρού (Ca νεφρού) είναι σχετικά σπάνιος όγκος και αποτελεί το 3% των κακοηθών νεοπλασμάτων του ενήλικα. Η συχνότητα αυτών των όγκων έχει σχέση με την ηλικία και το φύλο των ασθενών. Ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων αφορά ασθενείς της 5^{ης} και 6^{ης} δεκαετίας της ζωής. Ο όγκος είναι 2-3 φορές συχνότερος στους άνδρες, απ'ότι στις γυναίκες. Ο όγκος φαίνεται ότι προέρχεται από τα κύτταρα των νεφρικών σωληναρίων, αλλά κανένας ειδικός παράγοντας δεν έχει ενοχοποιηθεί απόλυτα για την γένεση του ανθρώπινου νεφρικού καρκίνου. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι πόνος ή αιματουρία καθώς και συμπτώματα από μεταστατική νόσο. Η θεραπεία είναι χειρουργική και περιλαμβάνει

τη ριζική νεφρεκτομή εφαρμόζοντας συνήθως την διακοιλιακή ή θωρακοκοιλιακή προσπέλαση για την άμεση απολίνωση του μίσχου (Κωστακόπουλος,2003).

Μέρος II

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί η συχνότητα των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία σε μετεγχειρητικούς ουρολογικούς ασθενείς, σε σχέση με το είδος της αναλγησίας που έλαβαν ή δεν έλαβαν κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας τους. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις διακυστικής προστατεκτομής (Δ.Π.) και ριζικής νεφρεκτομής (P.N.). Πιο συγκεκριμένα:

- Έγινε συσχέτιση του αριθμού των κλήσεων του νοσηλευτή και του αριθμού των ασθενών που έλαβαν ή δεν έλαβαν το ενδοφλέβιο μίγμα αναλγητικού (cocktail) μετά από επέμβαση Δ.Π.
- Έγινε συσχέτιση του αριθμού των κλήσεων του νοσηλευτή σε σχέση με το είδος της αναλγησίας που έλαβαν, cocktail και επισκληριδίου, μετά από επέμβαση P.N.

1.1 Κίνητρα

Η ιδέα της υλοποίησης της συγκεκριμένης έρευνας ξεκίνησε με την χρήση του μίγματος αναλγητικού (cocktail), που θα περιγραφεί πιο κάτω αναλυτικά, στους μετεγχειρητικούς ουρολογικούς ασθενείς που υποβαλλόταν σε επεμβάσεις με τομές της υπερηβικής (κοιλιακές) -οσφυϊκής χώρας, συγκεκριμένα Δ.Π. μετά από καλοήγη υπερπλασία προστάτου και P.N. μετά από καρκίνο νεφρού. Αυτές οι επεμβάσεις εκ φύσεως πονούν περισσότερο λόγω τραυματισμού των ιστών, μυϊκού σπασμού λόγω της επέμβασης καθώς και σε ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης, της τάσης του σημείου της επέμβασης λόγω των κινήσεων, κλπ. πόνος ο οποίος ελαττώνεται σημαντικά μετά την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Μέχρι και πριν τρία περίπου χρόνια η συνηθισμένη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου σε αυτές τις επεμβάσεις ήταν κατά το πλείστον με εφ'άπαξ χορήγηση του αναλγητικού φαρμάκου κατόπιν απαίτησης του ασθενή, με αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να απασχολείται σε τακτικά

χρονικά διαστήματα για την ανακούφιση του πόνου του ασθενή ο οποίος τελικά δεν διαχειριζόταν ικανοποιητικά.

Η ιδιαιτερότητα αυτών των επεμβάσεων σε σχέση με τον πόνο καθώς και η συνεχή απασχόληση του νοσηλευτή για αναλγησία λειτούργησαν καταλυτικά για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος της ερευνητικής μελέτης.

1.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Ως προς το συγκεκριμένο πρωτόκολλο χορήγησης του ενδοφλέβιου μίγματος αναλγητικού συνεχούς έγχυσης (cocktail) στηριζόμενο στις φαρμακολογικές αρχές χορήγησης των φαρμάκων, πιστεύουμε ότι θα λύσει το πρόβλημα της συνεχούς απασχόλησης του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία καθότι γνωστό, η συνεχής έγχυση χορήγησης αναλγητικού και ειδικά η ενδοφλέβια οδός παρέχει την καλύτερη αναλγησία λόγω της εύκολης μεταβολής της χορηγούμενης δοσολογίας.
- Ως προς τις κλήσεις του νοσηλευτή για πρόσθετη χορήγηση αναλγητικού πιστεύουμε ότι θα μειωθούν στο ελάχιστο καθότι η χορήγηση θα είναι συνεχής για το διάστημα των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών διατηρώντας αποτελεσματικά επίπεδα του αναλγητικού στο πλάσμα, με αποτέλεσμα συνεχή επαρκή αναλγησία και λιγότερο χρόνο απασχόλησης του νοσηλευτή.
- Ως προς την σύγκριση του cocktail με την επισκληρίδιο αναλγησία πιστεύουμε ότι θα είναι αντάξιο της στην προσφορά ικανοποιητικής μετεγχειρητικής αναλγησίας μιας και παραμένει ακόμη η πρώτη στις προτιμήσεις των ειδικών.

2. Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ουρολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ.Χατζηκώστα» την τελευταία πενταετία.

Οι προϋποθέσεις για την συμμετοχή στην μελέτη ήταν:

- ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση Δ.Π.
- ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση Ρ.Ν.
- η λήψη μετεγχειρητικής αναλγησίας με: συνεχή έγχυση ενδοφλέβιου μίγματος αναλγητικού (cocktail), η χορήγηση επισκληρίδιου αναλγησίας καθώς και η μη χορήγηση συστηματικής μετεγχειρητικής αναλγησίας.
- η διάρκεια χορήγησης της αναλγησίας οι τρεις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

2.1 Δείγμα

Το δείγμα των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα την τελευταία πενταετία ήταν 127 ασθενείς.

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το είδος της επέμβασης και το είδος της μετεγχειρητικής αναλγησίας το οποίο έλαβαν ή δεν έλαβαν. Την πρώτη ομάδα αποτελούν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση Δ.Π. και την δεύτερη ομάδα αποτελούν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση Ρ.Ν.

Η πρώτη ομάδα(Δ.Π.) χωρίστηκε σε δύο υπο-ομάδες: α) σε εκείνους που έλαβαν συνεχή έγχυση ενδοφλέβιου μίγματος αναλγητικού (cocktail) και β) σε εκείνους που δεν έλαβαν το cocktail.

Η δεύτερη ομάδα(Ρ.Ν.) χωρίστηκε και αυτή σε δύο υπο-ομάδες: α) σε εκείνους που έλαβαν cocktail και β) σε εκείνους που έλαβαν επισκληρίδιο αναλγησία.

2.2 Διαδικασία

Η διαδικασία της συλλογής δεδομένων έγινε από τον ερευνητή ανατρέχοντας στα αρχεία της κλινικής μέσω των προσωπικών φακέλων των ασθενών και της

νοσηλευτικής λογοδοσίας. Μετά την συλλογή των δεδομένων έγινε καταγραφή των παραμέτρων που θα μελετηθούν σε ειδικούς πίνακες για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

2.3 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS-13. Οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως μέση τιμή και σταθερά απόκλισης (SD), ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών έγιναν με την δοκιμασία Chi square test (χ^2) και οι συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων με την δοκιμασία Mann-Whitney test (Fisher's exact test). Επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε στατιστικώς σημαντικό $p=0,05$.

3. Αποτελέσματα

Μελετήθηκαν συνολικά 127 ασθενείς εκ των οποίων:

- οι 82 (64,5%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση Δ.Π.
- οι 45 (35,5%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση P.N.

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν για εκείνους που υποβλήθηκαν σε Δ.Π. επέμβαση 72,6($\pm 7,08$) έτη ενώ για εκείνους που υποβλήθηκαν σε επέμβαση P.N. 65,5($\pm 9,8$) έτη.

Η ομάδα των ασθενών με Δ.Π. (82 ασθενείς) χωρίστηκε σε δύο υποομάδες ανάλογα με το είδος της αναλγησίας το οποίο έλαβαν:

α) αυτή την υποομάδα αποτελούν 56 (68,3%) ασθενείς που έλαβαν ενδοφλέβιο cocktail και το οποίο περιείχε: πεθιδίνη, παρακεταμόλη, ρανιτιδίνη και μετοκλοπραμίδη ως εξής: 200 mg πεθιδίνης, 1200mg παρακεταμόλης, 100 mg ρανιτιδίνης, 10 mg μετοκλοπραμίδης διαλυμένα σε 500 ml φυσιολογικού ορού χρησιμοποιώντας ενδοφλέβιο καθετήρα 20 G ή 22 G και συσκευή μικροσταγόνων με συνεχή ροή έγχυσης 30-50 μικροσταγόνες το λεπτό.

β) αυτή την υποομάδα αποτελούν 26 (31,7%) ασθενείς που δεν έλαβαν το ενδοφλέβιο cocktail.

Η ομάδα των ασθενών με P.N. (45 ασθενείς) χωρίστηκε σε δύο υποομάδες ανάλογα με το είδος της αναλγησίας το οποίο έλαβε:

α) αυτή την υποομάδα αποτελούν 33 ασθενείς (73,3%), που έλαβαν το ενδοφλέβιο cocktail που περιγράφηκε πιο πάνω.

β) αυτή την υπο-ομάδα αποτελούν 12 ασθενείς (26,7%), που έλαβαν επισκληρίδιο αναλγησία με μίγμα που περιείχε: ροπιβακαΐνη 2 mg/ml σε 120 ml + 100g φεντανύλη με σταθερή ροή έγχυσης 4,16 ml ανά ώρα.

Στην ομάδα των ασθενών με Δ.Π. το ποσοστό των ασθενών που έκαναν κλήση στο νοσηλευτή μελετήθηκε με τη μέθοδο Chi square test (χ^2), ενώ ο αριθμός των κλήσεων του νοσηλευτή μελετήθηκε με την μέθοδο Mann-Whitney test (Fisher's exact test).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης διαπιστώνουμε ότι από το σύνολο των ασθενών που έλαβε το cocktail (56 ασθενείς), 39 (69,6%) άτομα δεν έκαναν κλήση, ενώ μόλις 17 (30,4%) άτομα έκαναν κλήση για πρόσθετη αναλγησία.

Από το σύνολο των ασθενών που δεν έλαβαν cocktail (26 ασθενείς), μόλις 1(3,8%) άτομο δεν έκανε κλήση στο νοσηλευτή, ενώ 25 (96,2%) άτομα έκαναν κλήση για πρόσθετη αναλγησία.

Ο αριθμός των ασθενών που έκαναν κλήση στο νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στην ομάδα που δεν έλαβε αναλγησία (cocktail) ($p=0,00$). (**Παράρτημα: Πίνακας 1**).

Ότι αφορά τον αριθμό των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία και πάλι διαπιστώνουμε ότι αυτός ο αριθμός είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στην ομάδα που δεν έλαβε (cocktail).($p=0,00$).

Η διάμεση τιμή (25 εκατοστιαία, 75 εκατοστιαία) αφορά τον αριθμό των κλήσεων και αγγίζει την τιμή 3 (κλήσεις) (1,75 , 4,25) χωρίς το cocktail, και την τιμή 0 (κλήσεις) (00 , 1) με το cocktail. (**Παράρτημα: Πίνακας 2**).

Στην ομάδα των ασθενών με P.N. ο αριθμός των κλήσεων του νοσηλευτή σε σχέση με το είδος της αναλγησίας μελετήθηκε με τη μέθοδο Chi square test (χ^2).

Για εκείνους που επιλέχθηκε η επισκληρίδιος αναλγησία (12 ασθενείς), 10 (83,4%) άτομα δεν έκαναν κλήση στον νοσηλευτή, ενώ μόλις 2 (16,6%) άτομα κάλεσαν τον νοσηλευτή.

Για εκείνους που επιλέχθηκε το cocktail (33 ασθενείς), 31(94%) άτομα δεν έκαναν κλήση στο νοσηλευτή, ενώ μόλις 2(6%) άτομα έκαναν κλήση.

Συγκρίνοντας το είδος αναλγησίας ,επισκληρίδιος ή cocktail σε σχέση με τις κλήσεις του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία διαπιστώνουμε ότι δεν αγγίζει στατιστικώς σημαντικά επίπεδα ($p=0,321$) (**Παράρτημα: Πίνακας 3**).

4. Συζήτηση

Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου συνεπάγεται τεράστιες συνέπειες οι οποίες περιλαμβάνουν τις κλινικές, οικονομικές, και αναφερόμενες από τους ασθενείς εκβάσεις. Η παροχή της βέλτιστης αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου είναι ένας ζωτικής σημασίας στόχος για όλους τους επαγγελματίες υγείας (Strassels et al.,2005).

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι δυσάρεστος για τον ασθενή και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα, μειώνοντας τις επιπλοκές όπως καρδιακές συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, της ταχυκαρδίας και γενικά του αυξανόμενου καρδιακού έργου που μπορούν να προκύψουν από τον μη ανακουφιζόμενο πόνο καθώς επίσης και επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον, ο μη ανακουφιζόμενος πόνος μπορεί να καθυστερήσει την έξοδο από το νοσοκομείο αυξάνοντας έτσι τις ιατρικές δαπάνες και το κόστος νοσηλείας (Francesca et al.,2005).

Τα αναλγητικά φάρμακα κατά κανόνα αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του πόνου τόσο σε οξείες καταστάσεις όσο και σε χρόνιες με τα οπιούχα να παραμένουν ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου (Strassels et al.,2005).

Τα φάρμακα όταν χορηγούνται πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι φαρμακοκινητικές και δυναμικές ιδιότητές τους. Το αναλγητικό σχέδιο που θα χρησιμοποιηθεί, η δόση και τρόπος της χορήγησης, πρέπει να αποφασιστεί μαζί με τον ασθενή και να βασιστεί στη σκάλα τριών βημάτων του WHO (1986, 1996) (Francesca et al.,2005).

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που περνά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τον ασθενή και οι ικανότητες και οι γνώσεις του είναι αυτές που εξασφαλίζουν μια επιτυχή αντιμετώπιση, δεδομένου ότι ο μετεγχειρητικός πόνος στην πλειονότητά του

αντιμετωπίζεται φαρμακολογικά (Βαδαλούκα,1999-Κοτρώτσιου,1999-Ροβίθης, 2002-Πατηράκη,2002-Kingdom et al.,2002-Kinhorn et al.,2004).

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία σε μετεγχειρητικούς ουρολογικούς ασθενείς, σε σχέση με το είδος της αναλγησίας που έλαβαν ή δεν έλαβαν κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής τους πορείας. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις Δ.Π. και Ρ.Ν. με τομή στην κοιλιακή και οσφυϊκή χώρα αντίστοιχα, οι οποίες εκ φύσεως πονούν περισσότερο από άλλου είδους επεμβάσεις (Σκουτέλη,2001-Ulrich et al.,1997).

Από τα ευρήματα της μελέτης διαπιστώσαμε ότι στην κατηγορία των ασθενών με Δ.Π. ο αριθμός των ασθενών που κάλεσαν τον νοσηλευτή για πρόσθετο αναλγητικό και είχαν λάβει το cocktail, σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν το cocktail, φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικά μικρός. Γεγονός που υποδηλώνει την ικανοποιητική μετεγχειρητική αναλγησία του ασθενή με την χρήση της ενδοφλέβιας οδού χορήγησης του cocktail (Σκουτέλη,2001-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Η σύγκριση του ενδοφλέβιου αναλγητικού cocktail με την επισκληρίδιο αναλγησία που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Ρ.Ν. δεν ανέδειξε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητά τους. Παρόλα αυτά οι κλήσεις των ασθενών που λάμβαναν cocktail ήταν λιγότερες 6% έναντι 16% στην ομάδα της επισκληρίδιου.

Τα πλεονεκτήματα της ενδοφλέβιας χορήγησης αναλγητικού μίγματος cocktail με σταθερή ροή έγχυσης, είναι η εύκολη τοποθέτησή του από το νοσηλευτικό προσωπικό (ενδοφλέβιος καθετήρας), η διατήρηση αποτελεσματικών επιπέδων φαρμάκων στο πλάσμα (συνεχής επαρκή αναλγησία) καθώς και η μείωση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων (ναυτία, έμετος, υπόταση) (Βαδαλούκα,1999-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

Εν αντιθέσει η τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό (αναισθησιολόγο), είναι επώδυνη στην τοποθέτηση, πραγματοποιείται στο χειρουργείο και συνοδεύεται από σημαντικές παρενέργειες όπως αναπνευστική καταστολή, υπόταση, την ακούσια έγχυση φαρμάκου υπαραχνοειδώς, σχηματισμός αποστήματος και το επισκληρίδιο αιμάτωμα. Επίσης δεν αντιμετωπίζει τον αιφνίδιο διαξιφιστικό πόνο από τραύμα (Kingdom et al.,2002-Παπαδόπουλος και συν.,2004).

5. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης μας οδηγούν στη διαπίστωση ότι η συνεχής ενδοφλέβια έγχυση αναλγητικού μίγματος cocktail με σταθερή ροή έγχυσης είναι το ίδιο αποτελεσματικό με την επισκληρίδιο αναλγησία.

Στην παράθεση των στοιχείων διακρίνεται μία τάση όπου διαφαίνεται ότι το cocktail έχει καλλίτερη αποτελεσματικότητα αλλά αυτή η τάση δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Η επισκληρίδιο αναλγησία δεδομένου της δυσκολίας τοποθέτησης, την ανάγκη απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού ειδικά αναισθησιολόγου της χρήσης άσηπτων χώρων τοποθέτησης καθώς και των σημαντικών σε βαρύτητα παρενεργειών όπως έχουν ήδη αναφερθεί καθιστά την χρήση συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης αναλγητικού μίγματος cocktail με σταθερή ροή έγχυσης ελκυστικότερη.

Άλλη μια διαπίστωση της παρούσης μελέτης, είναι ότι η χρήση των αναλγητικών και ειδικότερα η ενδοφλέβια οδός χορήγησης σταθερής ροής έγχυσης, μειώνει σημαντικά την απασχόληση του προσωπικού όπως αναδείχθηκε από τα αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων της Δ.Π. Αυτό αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα μείωσης του φόρτου εργασίας του νοσηλευτή μιας και αυτός είναι γνωστό ότι απασχολείται περισσότερο από κάθε άλλο επαγγελματία υγείας με τον ασθενή.

Η σταδιακή μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού από τα δημόσια νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια έφερε στην επιφάνεια το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού όπου σε κάθε βάρδια ένας σχεδόν νοσηλευτής να προσπαθεί να εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό ασθενών με αποτέλεσμα να μην ικανοποιείται ο ίδιος από την προσφορά εργασίας αλλά και ο ίδιος ασθενής από την φροντίδα που θα έπρεπε να λαμβάνει.

Ειδικά για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε χειρουργικό τομέα η λιγότερη απασχόληση αποφέρει λιγότερο άγχος και κούραση αλλά ουσιαστικότερη προσφορά στον άνθρωπο που πονά.

Επιπρόσθετα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο χρόνος για τον νοσηλευτή είναι πολύτιμος. Με την μείωση των κλήσεων για πρόσθετη αναλγησία όπως η έρευνα απέδειξε, οι νοσηλευτές καταναλώνουν τον χρόνο τους σε μια πιο ποιοτική φροντίδα παροχής υπηρεσιών η οποία περιλαμβάνει την καλλίτερη επικοινωνία-συζήτηση του νοσηλευτή με τον ασθενή. Ως αποτέλεσμα αυτού ο νοσηλευτής αναπτύσσει διαπροσωπική σχέση μαζί του γνωρίζοντας τις βαθύτερες προσωπικές του ανάγκες αλλά και απαιτήσεις. Προσεγγίζοντας τον ασθενή ως προσωπικότητα, είμαστε σε

θέση να αντιμετωπίζουμε την πηγή του προβλήματος για το οποίο νοσηλεύεται, ειδικότερα, σύμφωνα με τις προσωπικές του ανάγκες, όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση ο πόνος, και να παρέχουμε υψηλής στάθμης έργο συμβάλλοντας στην ποιοτική αποκατάσταση των ασθενών.

Περίληψη

Ο μετεγχειρητικός πόνος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τον ίδιο τον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας και η ανεπαρκής αντιμετώπισή του παραμένει ακόμα ένα ζήτημα μεγάλης ανησυχίας.

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Σε αυτό βοήθησε η γνώση και η κατανόηση των μηχανισμών του πόνου, που οδήγησαν στο σχεδιασμό νέων τεχνικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Ο θεμέλιος λίθος της αναλγησίας είναι τα οπιοειδή, τα οποία μπορεί να χορηγηθούν από ποικιλία οδών. Τα επιβλαβή αποτελέσματα από την ανεπαρκή αναλγησία είναι γνωστά. Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι ουσιώδης και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της περιεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί η συχνότητα των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία σε μετεγχειρητικούς ουρολογικούς ασθενείς, σε σχέση με το είδος της αναλγησίας που έλαβαν ή δεν έλαβαν κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής αναλγησίας τους μετά από επέμβαση διακυστικής προστατεκτομής (Δ.Π.) και ριζικής νεφρεκτομής (Ρ.Ν.).

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ουρολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ.Χατζηκώστα» την τελευταία πενταετία και το δείγμα αποτέλεσαν 127 συνολικά ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν στις παραπάνω επεμβάσεις. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το είδος της επέμβασης και σε υποομάδες ανάλογα με το είδος της μετεγχειρητικής αναλγησίας που έλαβαν (cocktail ή επισκληρίδιο) ή που δεν έλαβαν (cocktail).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS-13.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στην ομάδα των ασθενών με Δ.Π. διαπιστώνουμε ότι από το σύνολο των ασθενών που έλαβε το cocktail (56 ασθενείς), το 69,6% των ασθενών δεν έκαναν κλήση, ενώ μόλις το 30,4% έκαναν κλήση για πρόσθετη αναλγησία. Από το σύνολο των ασθενών που δεν έλαβαν cocktail (26 ασθενείς), μόλις 3,8% των ασθενών δεν έκανε κλήση στο νοσηλευτή, ενώ το 96,2% έκαναν κλήση για πρόσθετη αναλγησία. Ο αριθμός των ασθενών που έκαναν κλήση

στο νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στην ομάδα που δεν έλαβε αναλγησία (cocktail) ($p=0,00$) ενώ ότι αφορά τον αριθμό των κλήσεων του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία και πάλι διαπιστώνουμε ότι αυτός ο αριθμός είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στην ομάδα που δεν έλαβε (cocktail). ($p=0,00$).

Στην ομάδα των ασθενών με P.N. τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι για εκείνους που επιλέχθηκε η επισκληρίδιος αναλγησία (12 ασθενείς) το 83,4% των ασθενών δεν έκαναν κλήση στον νοσηλευτή, ενώ μόλις το 16,6% έκανε κλήση στον νοσηλευτή, ενώ για εκείνους που επιλέχθηκε το cocktail (33 ασθενείς) το 94% των ασθενών δεν έκαναν κλήση στο νοσηλευτή, ενώ μόλις το 6% έκαναν κλήση. Επίσης συγκρίνοντας το είδος αναλγησίας, επισκληρίδιος ή cocktail σε σχέση με τις κλήσεις του νοσηλευτή για πρόσθετη αναλγησία διαπιστώνουμε ότι δεν αγγίζει στατιστικώς σημαντικά επίπεδα ($p=0,321$).

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συνεχής ενδοφλέβια έγχυση αναλγητικού μίγματος cocktail με σταθερή ροή έγχυσης είναι το ίδιο αποτελεσματική με την επισκληρίδιο αναλγησία με μία τάση όπου διαφαίνεται ότι το cocktail να έχει καλλίτερη αποτελεσματικότητα χωρίς αυτή η τάση να είναι στατιστικώς σημαντική. Η επισκληρίδιος αναλγησία δεδομένου των επιπλοκών που εγκυμονεί η τοποθέτηση όσο και η χρήση της, καθιστά την χρήση συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης αναλγητικού μίγματος cocktail ελκυστικότερη.

Επίσης, η χρήση των αναλγητικών και ειδικότερα η ενδοφλέβια οδός χορήγησης σταθερής ροής έγχυσης, μειώνει σημαντικά την απασχόληση του νοσηλευτή προσφέροντας περισσότερο χρόνο για ουσιαστικότερη και ποιοτικότερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Summary in English

The postoperative pain constitutes a serious problem both for the patient and for the health professional and its insufficient addressing still remains a matter of a great concern.

It is a fact that over the latest years there has been an important progress in postoperative pain management. Knowing and comprehending the mechanisms of pain, which has led to developing new techniques and therapeutic interventions, has helped towards that.

Opioids still remain the cornerstone of postoperative pain treatment that can be administered in many ways. Harmful side effects from the insufficient analgesia are well known. Postoperative pain management is essential and constitutes integral part of perioperative patient care.

The aim of the present study is to determine the frequency of nurse's calls for additional analgesia in postoperative patients with urological problems, in relation with the type of analgesia received or not received during their postoperative analgesia after retropubic prostatectomy and radical nephrectomy.

It is a retrospective study that was conducted in the Urology department of General Hospital of Ioannina "G.Hatzikosta" in the last five-year period and the sample consists of 127 patients that were submitted to these operations. The patients were separated in groups depending on the type of intervention and in subgroups depending on the type of postoperative analgesia they received (cocktail or epidoural analgesia) or did not receive (cocktail).

The statistical analysis of data was conducted became with the use of statistical parcel of SPSS -13.

According to the results in the group of patients with R.P. we realise that from the total number of patients that received cocktail (56 patients), 69,6% did not make a call, while only 30,4% made a call for additional postoperative analgesia. From the total number of patients that did not receive cocktail (26 patients), only 3,8% did not make a call to the nurse, while 96,2% made a call for additional postoperative analgesia. The number of patients that made call to the nurse for additional postoperative analgesia was statistically considerably larger in the group that did not receive analgesia (cocktail) ($p = 0,00$) while as to the number of calls to the nurse for

additional analgesia, once again we realise that this number is statistically considerably larger in the team that did not receive (cocktail). ($p = 0,00$).

In the group of patients with R.N. the results of the research showed that for those who received epidoural analgesia(12 patient) 83,4% did not make a call to the nurse, while only 16,6% made a call to the nurse, for those that received cocktail (33 patient) 94% did not make call in the nurse, while only 6% made a call. Moreover, comparing the type of analgesia, epidoural or cocktail in relation with the calls to the nurse for additional postoperative analgesia we realise that it does not reach statistically important levels ($p = 0,321$).

The results of the present study lead to the conclusion that the continuous intravenous infusion of cocktail with constant flow of infusion is equally effective to the epidoural analgesia while there is a tendency which indicates that the cocktail has better effectiveness, however, this tendency is not statistically important. Given the complications involved in the placement as well as the use of epidoural analgesia, the use of continuous intravenous infusion of cocktail proves to be more attractive.

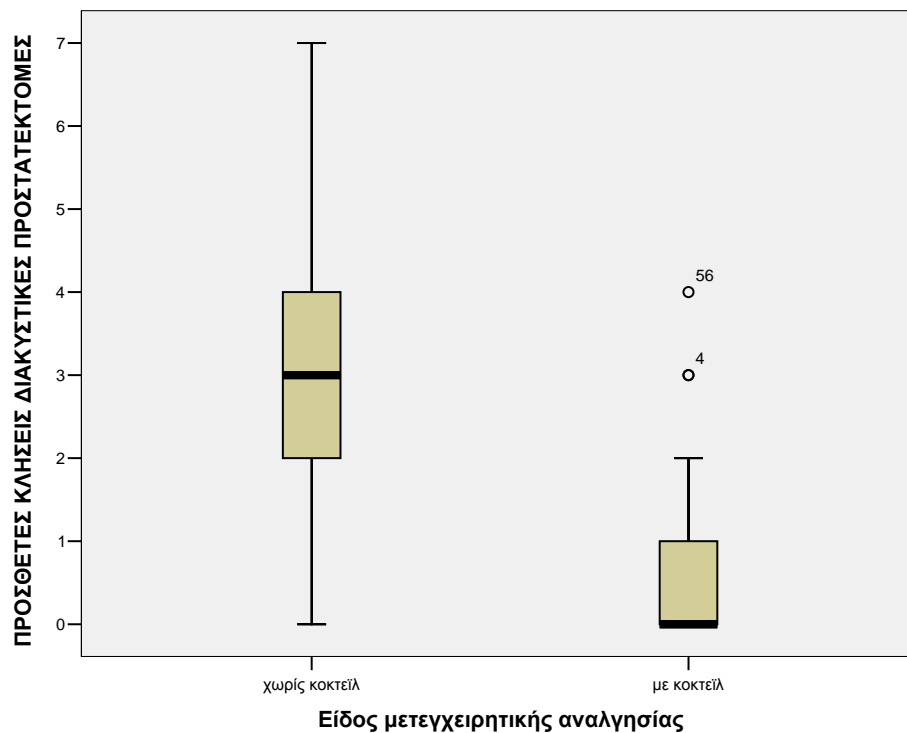
Furthermore, the use of analgetics and specifically the intravenous administration of constant flow of infusion decreases considerably the employment of the nurse offering more time for providing more essential and better quality of nursing care.

Παράρτημα

Πίνακες

	Ασθενείς που έκαναν κλήση	Ασθενείς χωρίς κλήση	p = 0.000
Coctail αναλγητικών	17 (30,4%)	39 (69,6%)	
Χωρίς Coctail	25 (96,2%)	1 (3,8%)	

Πίνακας 1: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Δ.Π.



Πίνακας 2: Πρόσθετες κλήσεις σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Δ.Π.

	Ασθενείς που έκαναν κλήση	Ασθενείς χωρίς κλήση	p = 0.321
Coctail αναλγητικών	2 (6 %)	31 (94 %)	
Επισκληρίδιος Αναλγησία	2 (16,6 %)	10 (83,4 %)	

Πίνακας 3: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε P. N.

Βιβλιογραφία

Ξένη βιβλιογραφία

1. Angster, R., Hainsch-Muller, I. (2005). «Postoperative pain management». *Anaesthesist*. May 54(5): 505-31.
2. Anzieu, D. (2003). «Το Εγώ-δέρμα». Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα:326.
3. Apfelbaum, JL, Chen, C., Mehta, SS., Gan, TJ. (2003). «Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged». *Anesth Analg*. 97(2): 534-40.
4. Buckley, H. (2000). «Nurses management of post-operative pain». *Contemp Nurse*. June 9(2): 148-54.
5. Coniam, S.W., Diamond, A.W. (1999).«Πρακτική αντιμετώπιση του πόνου».Εκδόσεις Γρηγόριος Κ Παρισιάνος Αθήνα: 35.
6. Ferrell, B. (1995). «The Impact of Pain on Quality of life: A decade of research». *Nursing Clinics of North America*. ; 30 (4): 609-624.
7. Francesca, F., Bader, P., Echtele, D., Giunta, F., Williams J. (2005). *General Pain Management , Guide Lines, EAU*. 3.1-3.2-3.3.
8. Idvall, E. (2004). «Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice?». *J Nurs Manag*. 12(3): 162-6.
9. Karlowicz, K. (1995). «Urologic nursing -Principles and Practice». W.B. Saunders Company Philadelphia: 96-101.
10. Kingdom, R., Stanley, K., Kizior, R. (2002). «Εγχειρίδιο αντιμετώπισης του πόνου». Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα: 7-9, 26-27,65,85-86,95.
11. Kinghorn, S., Gamlin, R. (2004). «Ανακουφιστική Νοσηλευτική-Εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής ». Εκδόσεις Βήτα:30,91,148-155.
12. Manias, E., Bucknall, T., Botti, M. (2005). «Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting». *Pain management nursing* 6(1): 18-29.
13. Mann, C., Ouro-Bang'na, F., Eledjam, JJ. (2005).«Patient-controlled analgesia». *Curr Drug Targets*. Nov.; 6 (7): 815-819.
14. Strassels Scott, A., Mcnicol, E., Suleman, R. (2005). «Postoperative pain management: A practical review». part 1 *American Journal of Health-System Pharmacy*. 62(18): 1904-1916.

15. Ubino, V. (2003). «The nurses role in the postoperative pain management». *Minerva Chir.* Dec 58(6):869-73.
16. Ulrich, Canale, Wendell. (1997). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική «Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας». Τρίτη έκδοση Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Αθήνα :113-139.
17. Viscusi, E. (2005). «Acute postoperative pain management: Can we do better?». *Compass article.* [http: www.postoppain.com](http://www.postoppain.com)
18. White, PF. (2005) «The changing role of non-opioid analgesic techniques in the management of postoperative pain». *Anesth Analg.* Nov; 101(5 Suppl): S5-22.
19. Wickström, K., Nordberg. G., and Johansson, F.G. (2005). «Predictors and barriers to adequate treatment of postoperative pain after radical prostatectomy». *Acute Pain.* Volume 7 Issue 4 December: 167-176.
20. Wu, C., Rowlingson, A., Partin, A., Kalish, A., Courpas, E., Geneviene, A., Walsh, P. and Fleisher, L. (2005). «Correlation of Postoperative Pain to Quality of Recovery in the Immediate Postoperative Period». *Regional Anesthesia and Pain Medicine* Volume 30 Issue 6 Nov.: 516-522.

Ελληνική Βιβλιογραφία

21. Αθανασιάδης, Χ. (1988). «Μέθοδοι ανακούφισης από τον μετεγχειρητικό πόνο». *Ιατρική* 54(6),(621-627).
22. Αλεξανδρή, Μ. (2002). «Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του πόνου». Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος Β. Τόμος Αθήνα:196-197.
23. Βαδαλούκα, Α. (1999). «Ανακουφιστική και Συμπτωματική Αγωγή Ασθενών Τελικού Σταδίου».Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα:29,42-43, 47,55,62-63.
24. Δαμίγος, Δ.(2005). ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του πόνου». Εισήγηση στο μάθημα: Ψυχολογική και θεραπευτική θεώρηση του πόνου.
25. Εθνικό συνταγολόγιο. (2003). ΕΟΦ. Εκδόσεις Αθήνα:240-245, 497-498,557-558.

26. Ελληνική Εταιρία Πόνου. Ενημερωτικό δελτίο (2004).[http: www.hps-pain.gr](http://www.hps-pain.gr)
27. Καμπούρα – Νιφλή, Ε. (1996). «Ο πόνος βίωμα και μάθημα».Νοσηλευτική 2: 101-105.
28. Κοτρώτσιου, Ε. Θεοδοσοπούλου. Ε., Λεμονίδου, Χ. (1999). « Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου».Νοσηλευτική 4:335- 339.
29. Κουρούκλη, Ε. (2005). ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του πόνου». Εισήγηση στο μάθημα της Μετεγχειρητικής αναλγησίας.
30. Κρέπια-Σαπουντζή, Δ. (1997). «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα Μία ολιστική προσέγγιση».Εκδόσεις Έλλην Αθήνα:100.
31. Κωστακόπουλος, Α. (2003). «Ουρολογία II». Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα:552-556,585,735,737,743.
32. Μάλαμας, Μ. (2005). ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του πόνου». Εισήγηση στο μάθημα της Φαρμακολογίας.
33. Παπαδόπουλος, Γ., Φίλος, Κ., Ιατρού, Χ., Βρετζάκης, Γ. (2004).«Περιεγχειρητική Ιατρική –Αναισθησιολογία- Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου». Εκδόσεις Εφύρα Ιωάννινα:11-12,17, 169-170, 311 313 ,325, 328-329,330, 343-344.
34. Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε. (2000). «Το θεωρητικό πλαίσιο του πόνου. Μία νοσηλευτική αποτίμηση». Νοσηλευτική 1: 24-32.
35. Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2002). «Γνώσεις νοσηλευτών για την αντιμετώπιση του πόνου».Νοσηλευτική 1, 28-33 .
36. Ραγιά, Α. (1991). «Βασική Νοσηλευτική». Β. Έκδοση Αθήνα:237-245.
37. Ροβίθης, Μ. (2002). «Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου». Νοσηλευτική 2:158.
38. Σκουτέλη, Ε.Θ. (2001). «Μετεγχειρητική αναλγησία μετά από θωρακοτομή» Πνεύμων Συμπλήρωμα 2^ο Τόμος 14^ο: 129-139.