



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

σε σύμπραξη με το

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ - ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

Επιστ. Υπεύθυνος: Δ. Δαμίγος - Επίκουρος καθηγητής, Εργαστήριο Ιατρικής
Ψυχολογίας Ψυχιατρικής Κλινικής Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών
Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΑΥΡΙΔΟΥ

Ιατρός – Αναισθησιολόγος

Διπλωματική Εργασία

Επιβλέπουσα: Αρναούτογλου Έλενα, Αναπληρώτρια καθηγήτρια
Αναισθησιολογίας Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

σε σύμπραξη με το

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ - ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

Επιστ. Υπεύθυνος: Δ. Δαμίγος - Επίκουρος καθηγητής, Εργαστήριο Ιατρικής
Ψυχολογίας Ψυχιατρικής Κλινικής Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών
Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΑΥΡΙΔΟΥ

Ιατρός - Αναισθησιολόγος

Διπλωματική Εργασία

Επιβλέπουσα: Αρναούτογλου Έλενα, Αναπληρώτρια καθηγήτρια
Αναισθησιολογίας Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015

Αφιερώνεται

Στους γονείς μου

Πρόλογος

Όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, έρχονται αντιμέτωποι με τον μετεγχειρητικό πόνο (ΜΤΠ). Η υποθεραπεία του ΜΤΠ, παρά τις εξελίξεις στην αντιμετώπιση του, είναι συχνό πρόβλημα και επιδρά αρνητικά στην ομαλή ανάρρωση των ασθενών. Οι γνώσεις των ασθενών για τον ΜΤΠ είναι τις περισσότερες φορές περιορισμένες και ελλιπείς, γεγονός που ωθεί τους ασθενείς στην αναζήτηση σχετικών πληροφοριών. Είναι δικαίωμα των ασθενών να πάρουν τις πληροφορίες που πιστεύουν ότι χρειάζονται για τον ΜΤΠ, έτσι ώστε να γνωρίζουν όσο περισσότερα μπορούν για την φύση και τις δυνατότητες διαχείρισης του, τόσο στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο όσο και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η επιθυμία των ασθενών για ενημέρωση, θα πρέπει να εκπληρωθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, στα πλαίσια μιας αμοιβαίας σχέσης εμπιστοσύνης γιατρού-ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό θα εξασφαλίσουμε την ικανοποίηση των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, αλλά επιπλέον θα τον έχουμε ενημερώσει ώστε να δώσει τη συγκατάθεση του για τις προβλεπόμενες ιατρικές παρεμβάσεις που θα δεχτεί.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Τριμελή Επιτροπή και την επιβλέπουσα μου κ. Αρναούτογλου Έλενα, που με αφορμή το μεταπτυχιακό αυτό πρόγραμμα μου έδωσαν τη δυνατότητα να ασχοληθώ με αυτό το θέμα. Να ευχαριστήσω επίσης τους ειδικευόμενους και τις νοσηλεύτριες του Αναισθησιολογικού Τμήματος του Γ. Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» για τη βοήθεια τους στη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
----------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.0 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	9
1.1 Μετεγχειρητικός Πόνος (ΜΤΠ) – Ορισμοί.....	9
1.2 Μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης του ΜΤΠ.....	10
1.3 Προεγχειρητικοί προγνωστικοί δείκτες έντασης ΜΤΠ.....	11
1.3.1 Βιολογικοί - Αντικειμενικοί Προγνωστικοί Δείκτες.....	12
1.3.2 Ψυχολογικοί - Υποκειμενικοί Προγνωστικοί Δείκτες.....	14
1.4 Υποθεραπεία και Συχνότητα ΜΤΠ	16
1.5 Επιπτώσεις του ΜΤΠ.....	17
1.5.1 Βιολογικές επιπτώσεις.....	17
1.5.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	18
1.6 Τρόποι αντιμετώπισης του ΜΤΠ.....	19
1.6.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση ΜΤΠ – Γενικές αρχές.....	19
1.6.2 Εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης ΜΤΠ.....	21
1.7 Η στάση των ασθενών απέναντι στον ΜΤΠ.....	26
1.7.1 Άγχος και φόβος των ασθενών για τον άμεσο ΜΤΠ.....	26
1.7.2 Άγχος και φόβος των ασθενών για τον ΜΤΠ στο σπίτι.....	26
1.8 Προεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών.....	27
1.8.1 Τρόποι ενημέρωσης και λήψη συγκατάθεσης.....	29
1.9 Εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών σχετικά με τον ΜΤΠ.....	30
1.10 Ικανοποίηση των ασθενών από την αντιμετώπιση του πόνου.....	31
 2.0 Σκοπός της μελέτης.....	 33

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.0 Υλικό και Μέθοδος.....	37
3.1 Δοκιμαστική Μελέτη.....	37
3.2 Κριτήρια επιλογής ασθενών.....	37

3.3 Τελική Μελέτη.....	38
3.4 Περιεχόμενο ερωτηματολογίου.....	39
3.5 Στατιστική επεξεργασία αποτελεσμάτων.....	40
4.0 Αποτελέσματα.....	41
5.0 Συζήτηση.....	50
6.0 Συμπεράσματα.....	54
7.0 Περίληψη.....	55
8.0 Περίληψη στα αγγλικά (Summary)	57
9.0 Βιβλιογραφία.....	59

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο (HADS) - Άγχος (HADS-A).....	77
2. Ερωτηματολόγιο Μελέτης.....	78

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών που θέλουν πληροφορίες για τον ΜΤΠ.....	41
Πίνακας 2: Συγκεντρωτικές απαντήσεις των ασθενών για τις πληροφορίες που θέλουν σχετικά με τον ΜΤΠ.....	42
Πίνακας 3: Ο τρόπος ενημέρωσης για τον ΜΤΠ που προτιμούν οι ασθενείς.....	43
Πίνακας 4: Επίδραση του φύλου στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.....	45
Πίνακας 5: Επίδραση της ηλικίας στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.....	46
Πίνακας 6: Επίδραση της προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.....	47
Πίνακας 7: Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.....	48
Πίνακας 8: Επίδραση του προεγχειρητικού άγχους στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.....	49

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΜΤΠ: Μετεγχειρητικός Πόνος

ΜΣΑΦ: Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Μετεγχειρητικός Πόνος (ΜΤΠ) – Ορισμοί

Ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη, ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης (IASP, 1994).

Ανάλογα με τη διάρκεια του, διακρίνεται σε:

- οξύ που διαρκεί λίγες ημέρες έως εβδομάδες και
- χρόνιο που διαρκεί περισσότερο από 3-6 μήνες.

Ο ΜΤΠ) είναι συχνή μορφή οξέως πόνου, δηλαδή πόνου πρόσφατης έντασης και πιθανόν περιορισμένης διάρκειας που έχει μια προσδιορισμένη, παροδική και αιτιολογική σχέση με τραύμα ή οξεία νόσο. Προκαλείται από βλάβη των ιστών λόγω της κάκωσης (μηχανικής, χημικής ή θερμικής) που προκαλεί το χειρουργικό τραύμα. Είναι χρήσιμος γιατί έχει προειδοποιητική αξία και υποχωρεί με την πρόοδο της επούλωσης.

Συνοδεύει όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, με διαφορετική κάθε φορά ένταση, που εξαρτάται κυρίως από το είδος και το σημείο της επέμβασης και το μέγεθος του χειρουργικού τραύματος, αλλά και από υποκειμενικούς παράγοντες που εξαρτώνται από την προσωπικότητα και την ψυχολογική κατάσταση του κάθε ασθενή.

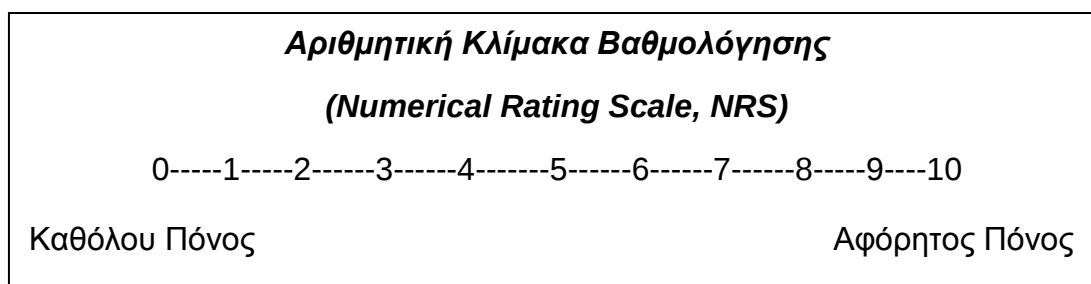
Διακρίνεται σε:

- επιφανειακό πόνο (δέρμα, υποδόριοι ιστοί, βλεννογόνοι),
- εν τω βάθει (μύες, τένοντες, αρθρώσεις, οστά) και
- σπλαχνικό (περιτόναιο, περικάρδιο, υπεζωκότας, σπλαχνικά όργανα).

1.2 Μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης του ΜΤΠ

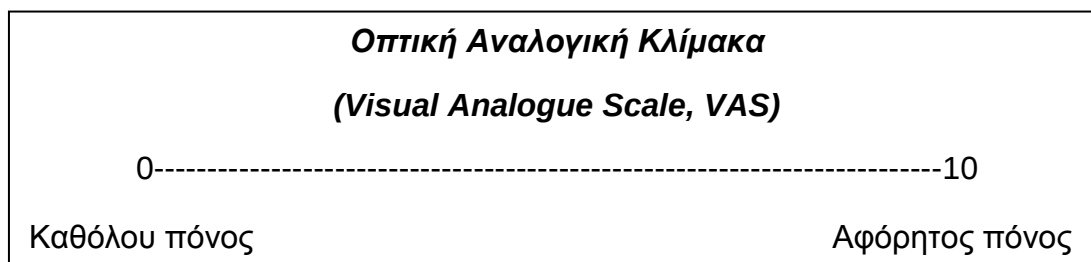
Απαραίτητο στοιχείο για να εκτιμηθεί ο ΜΤΠ είναι να χρησιμοποιείται ένας κοινός τρόπος μέτρησης της έντασης του. Καταγράφοντας τις μεταβολές της έντασης του πόνου των ασθενών, ελέγχουμε αν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του είναι αποτελεσματικές ή όχι (Flaherty 1996). Η εκτίμηση όμως της ποιότητας και της έντασης του πόνου γίνεται με διάφορες κλίμακες μέτρησης του πόνου (Flaherty 1996). Οι κυριότερες από αυτές είναι οι εξής:

- **Η Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολόγησης (Numerical Rating Scale, NRS).** Βαθμολόγηση από το 0 (καθόλου πόνος) μέχρι 10 (ο χειρότερος πόνος που μπορεί να φανταστεί ο ασθενής). Επιθυμητό και ευρέως αποδεκτό επίπεδο αναλγησίας, θεωρείται η βαθμολόγηση του κάτω από το 3 της κλίμακας.



Είναι η πλέον χρησιμοποιούμενη κλίμακα και θεωρείται ότι έχει την καλύτερη ευαισθησία δίνοντας δεδομένα που μπορούν να αναλυθούν στατιστικά (Williamson & Hoggart 2005).

- **Η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale, VAS).** Ελέγχεται σε ηρεμία αλλά και όταν ο ασθενής εκτελεί επώδυνες λειτουργίες, όπως βαθιά εισπνοή, βήχα, κίνηση. Ο ασθενής σημειώνει στην κλίμακα των 10 cm το σημείο που πιστεύει ότι εκφράζει την ένταση του πόνου του. Περιγράφει την «ποσότητα» αλλά όχι την ποιότητα του πόνου.



- **Λεκτική Περιγραφική Κλίμακα** πέντε σημείων (0= καθόλου πόνος, 1=λίγος πόνος, 2=αρκετός πόνος, 3=πάρα πολύς πόνος, 4=χειρότερος δυνατόν πόνος)

- **Μέτρηση Ικανοποίησης του ασθενούς** με την ακολουθούμενη αγωγή (ο ασθενής απαντά με απλό ναι ή όχι).

Οι κλίμακες αυτές, στις οποίες η ένταση του πόνου αξιολογείται από τον ίδιο τον ασθενή, εκτιμούν με την επανάληψη της χρήσης τους και την αποτελεσματικότητα ή όχι της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

Εκτός από τις απλές αυτές μονοδιάστατες κλίμακες μέτρησης και εκτίμησης του πόνου, υπάρχουν και οι πολυδιάστατες κλίμακες που εκτιμούν και την ψυχολογική επίπτωση του πόνου εκτός από την ένταση του. Τέτοιες είναι π.χ. το ερωτηματολόγιο McGill (*McGill Pain Questionnaire*), η Πολυπαραγοντική Κλίμακα Προσωπικότητας της Μινεσότα (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*), η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck, η Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής (*Quality of Life*), κλπ. Είναι όμως περισσότερο χρήσιμες στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου.

Πρωταρχική θέση κατέχει η λεπτομερής λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση, που θα δείξει πιθανά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, αλλά συχνά δεν είναι χρήσιμη στον οξύ πόνο. Χρειάζεται βέβαια η σωστή και αντικειμενική καταγραφή της έντασης του πόνου για την καλύτερη αντιμετώπιση του. Είναι αναγκαία η εκπαίδευση των νοσηλευτών για την ακριβή καταγραφή της έντασης του πόνου των ασθενών, και η καθημερινή μέτρηση του με την αριθμητική κλίμακα, ώστε να βελτιωθεί η σωστή αξιολόγηση του (de Rond et al. 2000).

1.3 Προεγχειρητικοί προγνωστικοί δείκτες έντασης ΜΤΠ

Υπάρχουν αρκετοί προεγχειρητικοί παράγοντες (δείκτες) που επηρεάζουν την εμφάνιση και την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου. και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τους βιολογικούς-αντικειμενικούς και τους ψυχολογικούς-υποκειμενικούς:

1.3.1 Βιολογικοί – Αντικειμενικοί Προγνωστικοί Δείκτες

Είδος επέμβασης – Έκταση και είδος εγχειρητική τομής

Μεγάλες επεμβάσεις στην άνω κοιλία ή στο θώρακα και ορθοπεδικές επεμβάσεις σχετίζονται με έντονο μετεγχειρητικό πόνο (Chia et al. 2002, Chung & Ritchie 1997, Kalkman et al. 2003) και θεωρούνται προγνωστικοί δείκτες εμφάνισης μέτριου ή σοβαρού βαθμού μετεγχειρητικού πόνου (Caumo et al. 2002). Συνοδεύονται δε και από σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κυρίως πνευμονικές (Morgan & Mikhail 2000).

Τομές μεγάλης έκτασης συνοδεύονται από μεγαλύτερο πόνο. Το είδος της τομής επηρεάζει επίσης την ένταση του πόνου, με εντονότερο πόνο όταν η τομή είναι κατά σειρά: κάθετη, οριζόντια ή υποπλεύρια (εμφανίζει τον μικρότερο πόνο). Σημαντική είναι βέβαια και η ικανότητα του χειρουργού να μεταχειρίζεται με «αβρότητα» τους ιστούς (Ασκητοπούλου 2011).

Διάρκεια και σκοπός της επέμβασης

Οι επεμβάσεις μεγάλης διάρκειας βρέθηκε ότι προδιαθέτουν σε μεγαλύτερη κατανάλωση οπιοειδών μετεγχειρητικά (Dahmani et al. 2001).

Οι ασθενείς που χειρουργούνται για καρκίνο, εμφανίζουν μικρότερο βαθμό μέτριου ή σοβαρού μετεγχειρητικού πόνου (Caumo et al. 2002), αλλά εμφανίζουν μεγαλύτερη κατανάλωση οπιοειδών μετεγχειρητικά (Chang et al. 2006).

Ηλικία του ασθενή

Στις περισσότερες μελέτες σχετικά με την ηλικία των ασθενών και τον ΜΤΠ φαίνεται ότι υπάρχει μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της έντασης του μετεγχειρητικού πόνου καθώς και της κατανάλωσης οπιοειδών μετεγχειρητικά. Έτσι οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς ζητούν περισσότερα αναλγητικά σε σχέση με τους ηλικιωμένους, στους οποίους εξάλλου αυτά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή λόγω των αυξημένων παρενεργειών τους (Aubrun et al. 2003, Burns et al. 1989, Gagliese et al. 2008, Macintyre & Jarvis 1996).

Υπάρχουν όμως και μελέτες που δεν έχουν βρει καμιά συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, ΜΤΠ και κατανάλωσης οπιοειδών (Chia et al. 2002, De Cosmo et al. 2008, Mamie et al. 2004).

Φύλο του ασθενή

Όσον αφορά το φύλο υπάρχουν συγκρούσεις και αντιθέσεις στα ευρήματα των διαφόρων μελετών. Σε πολλές μελέτες φαίνεται ότι οι γυναίκες εκδηλώνουν μεγαλύτερο ΜΤΠ (Cepeda & Carr 2003, Coulbault et al. 2006, Lau & Patil 2004), ενώ σε άλλες τα ευρήματα δείχνουν το ακριβώς αντίθετο, ότι οι γυναίκες πονάνε λιγότερο μετεγχειρητικά (Chia et al. 2002). Οι μελέτες επίσης των Burns και συν. και Riley και συν. έδειξαν ότι οι άνδρες χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις οπιοειδών από τις γυναίκες για την ανακούφιση του ΜΤΠ τους (Burns et al. 1989, Riley et al. 1998). Τέλος υπάρχουν μελέτες που δεν βρίσκουν καμιά συσχέτιση (ούτε θετική, ούτε αρνητική) μεταξύ του φύλου των ασθενών και του ΜΤΠ (Caumo et al. 2002, Kalkman et al. 2003, Mamie et al. 2004). Μια ιδιαιτερότητα που πρέπει να αναφέρουμε αφορά στις εγκύους, όπου ο ουδός του πόνου φαίνεται να είναι αυξημένος με αποτέλεσμα να εκφράζουν μικρότερο βαθμό μετεγχειρητικού πόνου (Carvahlo et al. 2006).

Φυλή - Φυλετικές ομάδες

Η Λατινική και Εβραϊκή φυλή έχει βρεθεί ότι έχουν χαμηλότερο ουδό πόνου, από τους Βορειοευρωπαίους και Νέγρους που έχουν υψηλότερο ουδό (Ασκητοπούλου 2011). Άλλη μελέτη (Ng et al. 1996) δείχνει μεγαλύτερη κατανάλωση αναλγητικών μετεγχειρητικά από τους λευκούς ασθενείς, από ότι στους νέγρους και ακόμα λιγότερο στους Ισπανόφωνους. Η διαφοροποίηση αυτή όμως δεν διευκρινίζεται στα δεδομένα της μελέτης, αν οφείλεται σε πραγματικές διαφορές στην αντίδραση στον πόνο των διαφόρων εθνοτήτων ή σε διαφορετική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού στη συνταγογράφηση των αναλγητικών στις διαφορετικές εθνότητες (Ng et al. 1996).

Ύπαρξη πόνου προεγχειρητικά

Στις περισσότερες μελέτες βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του πόνου που υπάρχει πριν την επέμβαση και του ΜΤΠ. Όλες συνηγορούν ότι ο προεγχειρητικός πόνος είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες

πρόβλεψης σοβαρού πόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (Caumo et al. 2002, Kalkman et al. 2003, Mamie et al. 2004).

Προεγχειρητική ανοχή στον πόνο

Μεγάλη βαρύτητα για την πρόβλεψη του ΜΤΠ δίνεται και στην μέτρηση της προεγχειρητικής ανοχής στον πόνο (ουδός πόνου) για κάθε ασθενή. Ο προεγχειρητικός ουδός του πόνου μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση διαφόρων ερεθισμάτων όπως θερμικών, ηλεκτρικών ή μηχανικών (Arendt-Nielsen & Yamitsky 2009), και έχει αντίστροφη σχέση με τον ΜΤΠ και την μετεγχειρητική κατανάλωση οπιοειδών (μεγάλη προεγχειρητική ανοχή στον πόνο, οδηγεί σε μικρότερη κατανάλωση αναλγητικών) (Bisgaard et al. 2001, Granot et al. 2003, Rudin et al. 2008, Wermer et al. 2004).

1.3.2 Ψυχολογικοί - Υποκειμενικοί Προγνωστικοί Δείκτες

Άγχος

Είναι ο συνηθέστερος προγνωστικός δείκτης αυξημένης έντασης ΜΤΠ και αυξημένης κατανάλωσης οπιοειδών. Το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών (που συνήθως εκτιμάται με το *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger et al. 1970), σχετίζεται έντονα με μεγαλύτερο ΜΤΠ στις περισσότερες μελέτες (Ip et al. 2009, Kain et al. 2000, Rudin et al. 2008, Weissman-Fogel et al. 2009). Ασθενείς με υψηλό επίπεδο άγχους, εκτιμούν ότι ο πόνος τους κατά την ανάπαυση και κατά τον βήχα, είναι σοβαρότερος, σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν μικρότερο βαθμό άγχους (De Cosmo et al. 2008). Επίσης με την προεγχειρητική χρήση της κλίμακας APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (Moerman et al. 1996), βρέθηκε ότι το στοιχείο «άγχος/ανησυχία» αυτής της κλίμακας, σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση πρώιμου ΜΤΠ.

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα ΜΤΠ (Caumo et al. 2002). Η αρνητική επίδραση της κατάθλιψης στον ΜΤΠ, αμέσως μετά την επέμβαση περιλαμβάνει: την παροδική καταστολή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού

(Linn et al. 1988), την υψηλότερη θνησιμότητα και την παράταση της ανάρρωσης. Τα σημεία αυτά συνδέονται και με την ανάπτυξη χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου (Tasmuth et al. 1996). Η Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης άγχους και κατάθλιψης, (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale) βρέθηκε ότι είναι ένα αξιόπιστο μέσο για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους στο νοσοκομείο και στα εξωτερικά ιατρεία. Είναι χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο για τους κλινικούς ιατρούς των γενικών νοσοκομείων στην αναγνώριση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Zigmond & Snaith 1983).

Άλλα προεγχειρητικά ψυχολογικά προβλήματα

Η ύπαρξη διαφόρων άλλων ψυχολογικών διαταραχών (εκτός από το άγχος), όπως οι νευρώσεις, η εχθρικότητα κλπ., έχει θετική συσχέτιση με τον μετεγχειρητικό πόνο και την κατανάλωση αναλγητικών (Bachiozzo et al. 1990, De Cosmo et al. 2008, Taenzer et al. 1986).

«Καταστροφопоίηση» και Τρόπος αντιμετώπισης καταστάσεων από τους ασθενείς

Η «καταστροφопоίηση» (pain catastrophizing) είναι ένας δείκτης πρόγνωσης του ΜΤΠ. Εκτιμάται με τη χρήση της αντίστοιχης κλίμακας (*Pain Catastrophizing Scale*), η οποία περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την αδυναμία αποφυγής σκέψεων σχετικών με τον πόνο, μεγέθυνσης των καταστάσεων πόνου, με το αίσθημα του αβοήθητου και προσδοκίας αρνητικής έκβασης. Υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της έντασης του ΜΤΠ και των αποτελεσμάτων της κλίμακας αυτής (Granot & Ferber 2005, Khan et al. 2011, Papaioannou et al. 2009, Strulov et al. 2007).

Διάφοροι άλλοι τρόποι συμπεριφοράς (coping strategies) των ασθενών, όπως η έντονη ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης, οι επίμονες ενοχλητικές σκέψεις, η συμπεριφορά αποφυγής-απόσυρσης, το αίσθημα ανασφάλειας ή η έντονη αναμονή του πόνου, βρέθηκε επίσης να έχουν θετική συσχέτιση με την μετεγχειρητική κατανάλωση αναλγητικών (Ip et al. 2009).

Τρέχουσα ψυχολογική διάθεση του ασθενή

Η αντίδραση των ασθενών στον μετεγχειρητικό πόνο επηρεάζεται σημαντικά από την τρέχουσα ψυχολογική τους διάθεση. Παράγοντες που επιδρούν θετικά σε αυτήν είναι το ευχάριστο περιβάλλον, θάλαμος με λίγα κρεβάτια, ο τρόπος συμπεριφοράς αυτών που τον παρακολουθούν και η δυνατότητα πειθούς από τους επαγγελματίες αντιμετώπισης του πόνου. Αρνητικά μπορεί να επιδράσουν οι πολυπληθείς θάλαμοι νοσηλείας, η ύπαρξη άλλων ασθενών που υποφέρουν ή η προκατάληψη σχετικά με τον πόνο (Ασκητοπούλου 2011).

1.4 Υποθεραπεία και Συχνότητα ΜΤΠ

Η συχνότητα ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου είναι μεγάλη ακόμα και σήμερα. Τόσο οι αναισθησιολόγοι όσο και οι χειρουργοί, είχαν δώσει πολύ χαμηλή προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να τον θεωρούν σαν απαραίτητο, αλλά δυσάρεστο συμπλήρωμα της μετεγχειρητικής εμπειρίας (Ασκητοπούλου 2011).

Παρά τις εξελίξεις στον τομέα της αντιμετώπισης του πόνου και στη λειτουργία μονάδων πόνου, η θεραπεία του εξακολουθεί να παραμένει σε σημαντικό βαθμό ανεπιτυχής. Από στοιχεία στην Αμερική, περίπου 60-80% των ασθενών δηλώνουν ότι υποφέρουν από μέτριο ή σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο (Arpfelbaum et al. 2003, Pavlin et al. 2004). Παρ' όλα αυτά 90% από αυτούς εκφράζουν ικανοποίηση με τα παυσίπονα που λαμβάνουν (και ας έχουν παρενέργειες), ενώ 75% των ασθενών πιστεύουν ότι ο πόνος αυτός είναι αναπόσπαστο κομμάτι της χειρουργικής επέμβασης.

Δεδομένα από την Ευρώπη (Ολλανδία) δείχνουν επίσης ότι ο ΜΤΠ δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς, παρά τα πρωτόκολλα πόνου που εφαρμόζονται. Έτσι μεγάλο ποσοστό ασθενών που φτάνει και το 71%, παραπονιέται για μέτριο ως σοβαρό πόνο και κυρίως μετά από μέτριες ή μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις στα άκρα ή στη σπονδυλική στήλη όπως επίσης και στις μεγάλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις (Sommer et al. 2008). Σε εκτεταμένη ανασκόπηση

του 2002, από την ανάλυση 165 σχετικών μελετών βρέθηκε ότι μέτριο ως σοβαρό ΜΤΠ εμφανίζει το 29,7% των ασθενών κατά την ανάπαυση και το 32,2% κατά την κίνηση (Dolin et al. 2002)

Αιτίες υποθεραπείας του ΜΤΠ είναι (Morgan & Mikhail 2000)

- Η ελλιπής εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας
- Η άγνοια βασικών αρχών φαρμακοκινητικής (ανεπαρκείς δόσεις, μεγάλα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων)
- Ανεπαρκής ή κακή αξιολόγηση της έντασης του πόνου (συνήθως υποεκτίμηση)
- Φόβος πρόκλησης αναπνευστικής κυρίως καταστολής
- Φόβος ανάπτυξης εθισμού στα οπιοειδή (Arpfelbaum et al. 2003)

1.5 Επιπτώσεις του ΜΤΠ

Ο οξύς ΜΤΠ αποτελεί μια πολύπλοκη αντίδραση του οργανισμού στο τραύμα της εγχείρησης. Όταν δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς προκαλεί με τη σειρά του νευροενδοκρινική απάντηση του οργανισμού, με πλήθος δυσμενών επιδράσεων (βιολογικών και ψυχολογικών), που αυξάνουν την νοσηρότητα, τη θνητότητα, το κόστος θεραπείας και νοσηλείας των ασθενών και μειώνουν την ποιότητα ζωής (Morgan & Mikhail 2000)

1.5.1 Βιολογικές επιπτώσεις

Οι βιολογικές επιπτώσεις (Breivik 1998, Carr & Goudas 1999, Morgan & Mikhail 2000), περιλαμβάνουν εκδηλώσεις από διάφορα συστήματα του οργανισμού. Συγκεκριμένα:

- από το καρδιαγγειακό (υπέρταση, ταχυκαρδία, αυξημένες συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ισχαιμία ή έμφραγμα του μυοκαρδίου, εν τω βάθει θρομβώσεις, πνευμονική εμβολή),
- από το αναπνευστικό (ατελεκτασίες, υποξαιμία, ανεπαρκή βήχα και κατακράτηση εκκρίσεων, πνευμονία),

- από το γαστρεντερικό (ειλεός, έλκη από στρες, πνευμονίτιδα από εισρόφηση),
- από το ουροποιητικό (κατακράτηση ούρων),
- ενδοκρινικές απαντήσεις (εξαιτίας του στρες παρατηρείται αύξηση των κατεχολαμινών, της κορτιζόλης και της γλυκαγόνης και μείωση της ινσουλίνης),
- αιματολογικές επιδράσεις (υπερπηκτικότητα),
- ανοσολογικές μεταβολές (προδιάθεση για λοιμώξεις) και
- φτωχή αποκατάσταση χειρουργικού τραύματος

1.5.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του πόνου περιλαμβάνουν: αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου, φόβο, άγχος, νευρικότητα, θυμό (κυρίως προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό), διαταραχές του ύπνου (αϋπνία) και αν παραταθεί η διάρκεια του, δεν είναι ασυνήθης και η εκδήλωση κατάθλιψης (Breivik 1998, Carr & Goudas 1999). Τέλος η μη επαρκής και άμεση αντιμετώπιση του οξέως μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να οδηγήσει στη **μετάπτωση του σε χρονιότητα**, με όλες τις δυσμενείς επιδράσεις στον ασθενή και στο περιβάλλον του (Kehlet et al. 2006, Tasmuth et al.1996).

Συμπερασματικά η μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του ΜΤΠ οδηγεί:

- σε αύξηση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας, εξαιτίας του μεγαλύτερου χρόνου νοσηλείας, της αυξημένης χρήσης φαρμάκων, της ημιτελούς θεραπείας και της υπολειπόμενης ανικανότητας, και
- σε εκδήλωση βιολογικών και ψυχολογικών διαταραχών από τον ασθενή, ανεπαρκή ικανοποίηση του και πιθανές οικονομικές απαιτήσεις του, εξαιτίας αναπηρίας ή ανικανότητας (Chung & Lui 2003)

1.6 Τρόποι αντιμετώπισης του ΜΤΠ

Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης οξέως πόνου έχουν συνταχθεί από διάφορες επίσημες επιστημονικές εταιρείες (ANZCA & FPM 2010, ASA Task Force on Acute Pain 2012). Επίσης έχουν δοθεί και συγκεκριμένες οδηγίες για αντιμετώπιση του ΜΤΠ μετά από συγκεκριμένες επεμβάσεις (PROSPECT 2015).

Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης του ΜΤΠ περιλαμβάνουν:

A. Φαρμακευτική αντιμετώπιση και

B. Εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης (γνωσιακές- συμπεριφοριστικές και φυσικές).

Οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές τονίζουν την ανάγκη εκπαίδευσης των ασθενών για τη χρήση, τόσο των φαρμακολογικών, όσο και των μη φαρμακολογικών (εναλλακτικών) θεραπειών, για την πρόληψη, τον έλεγχο και την καλύτερη δυνατή ανακούφιση του ΜΤΠ (Heye et al. 2002).

1.6.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση ΜΤΠ – Γενικές αρχές

Η φαρμακοθεραπεία είναι η προτιμώμενη από τους ασθενείς θεραπευτική επιλογή. Οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν σημαντικό να πάρουν δικές τους αποφάσεις και να πουν σε κάποιον αν και πότε χρειάζονται αναλγητικά. Ιδιαίτερα εκτιμούν τις αντλίες χορήγησης φαρμάκων που οι ίδιοι μπορούν να ρυθμίσουν (Idvall et al. 2008).

Οι κατηγορίες των αναλγητικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, είτε μόνα τους ή συνήθως σε συνδυασμό μεταξύ τους είναι:

- απλά αναλγητικά (παρακεταμόλη) (Schug & Manopas 2007)
- μη στεροειδή-αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Pogatzki-Zahn et al. 2014)
- οπιοειδή
- τοπικά αναισθητικά και
- άλλα φάρμακα συμπληρωματικά των προηγούμενων.

Οι οδοί χορήγησης των φαρμάκων που ποικίλουν και εμφανίζουν κάθε μία πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, είναι οι εξής (Kainzwaldner et al. 2013)

- ενδοφλέβια (εφάπαξ ή συνεχής έγχυση)
- ενδομυϊκή
- από το στόμα (όταν επιτρέπεται μετεγχειρητικά)
- από το ορθό (υπόθετα) και
- περιοχικές τεχνικές (επισκληρίδιος ή ενδοραχιαία αναλγησία, περιφερικοί αποκλεισμοί νεύρων, τοπική διήθηση τραύματος).

Στο πλαίσιο της φαρμακευτικής θεραπείας περιγράφεται και η προληπτική αναλγησία (preemptive analgesia), κατά την οποία χορηγούνται τα αναλγητικά πριν την πρόκληση του επώδυνου χειρουργικού ερεθίσματος.

Συνοπτικά στοιχεία για τις παρενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων

Για την **παρακεταμόλη**, η συχνότητα εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών φαίνεται ασήμαντη. Τα δεδομένα είναι ασαφή όσον αφορά τα **ΜΣΑΦ** αν και έχει αναφερθεί ότι μπορεί να σχετίζονται με εμφάνιση διαρροής στις χειρουργικές αναστομώσεις. Για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τα μη οπιοειδή αναλγητικά, ή τον συνδυασμό τους στην άμεση περιεγχειρητική περίοδο, χρειάζεται καλύτερη διευκρίνιση με μεγαλύτερες μελέτες (Mathiesen et al. 2014). .

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα **ναρκωτικά αναλγητικά** είναι η ναυτία (25%), ο έμετος (20%), η ελαφριά καταστολή (24%) και η έντονη καταστολή (2,6%), ο κνησμός (14,7%) και η επίσχεση ούρων που μπορεί να χρειαστεί καθετηριασμό της κύστης (23%). Ο βαθμός εμφάνισης τους όμως, εξαρτάται και από την οδό χορήγησης τους. Η ναυτία είναι συχνότερη όταν χρησιμοποιούνται ελεγχόμενες από τον ασθενή ενδοφλέβιες αντλίες (Patient-controlled analgesia - PCA), η εμφάνιση εμέτου δεν επηρεάζεται από την οδό χορήγησης, η καταστολή είναι σπάνια με την επισκληρίδια χορήγηση αλλά είναι συχνή η επίσχεση ούρων, ενώ ο κνησμός είναι μικρότερος σε ενδομυϊκή χορήγηση (Dolin & Cashman 2005). Η αναπνευστική καταστολή των οπιοειδών είναι συχνότερη κατά τη χρήση της

αντλίας PCA και την επισκληρίδια χορήγηση τους και λιγότερο στην ενδομυϊκή, ενώ η εμφάνιση υπότασης κατά μέσο όρο, είναι συχνότερη με την επισκληρίδια χορήγηση (5,6%) ακολουθούμενη από την ενδομυϊκή (3,8%) και την PCA (0,4%) (Cashman & Dolin 2004).

Οι παρενέργειες των οπιοειδών με τη σειρά τους οδηγούν σε παράταση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών, παράλληλη αύξηση του κόστους θεραπείας και αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Χρειάζεται η συνεχής επαγρύπνηση για την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών και την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους (Oderda 2012, Oderda et al. 2013).

Οι ασθενείς θέλουν πληροφορίες για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων (Waterman et al. 1999), και είναι πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τα αναλγητικά με τις λιγότερες παρενέργειες ακόμα και αν είναι ηπιότερης δράσης. Απαραίτητη είναι η εξατομίκευση της δοσολογίας, αναζητώντας την καταλληλότερη θεραπεία για τον κάθε ασθενή (Gan et al. 2004).

1.6.2 Εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης ΜΤΠ

Χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά στη φαρμακολογική αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, για τον περιορισμό της κατανάλωσης των φαρμάκων και των παρενεργειών τους, ή στις περιπτώσεις που ο πόνος επιμένει και δεν υποχωρεί μόνο με τη χρήση των φαρμάκων. Ορισμένες από αυτές τις μεθόδους απαιτούν την προεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών για την εκμάθηση των απαιτούμενων τεχνικών. Διακρίνονται δύο κατηγορίες εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης πόνου:

A. Γνωσιακές – συμπεριφοριστικές εναλλακτικές μέθοδοι και

B. Φυσικές εναλλακτικές μέθοδοι

A. Γνωσιακές - συμπεριφοριστικές εναλλακτικές μέθοδοι

Οι γνωσιακές–συμπεριφοριστικές μέθοδοι έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την αναλγησία, χωρίς παρενέργειες, χωρίς να περιορίζουν τη χρήση των άλλων τεχνικών και μπορούν να βελτιώσουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, επιδρώντας και στη μείωση του άγχους τους.

Είναι αξιοσημείωτο το όφελος και ελάχιστοι οι κίνδυνοι από τη χρήση τους. Οι κυριότερες γνωσιακές-συμπεριφοριστικές μέθοδοι είναι:

Απόσπαση προσοχής

Η μέθοδος της απόσπασης της προσοχής είναι απλή, οικονομική και αποτελεσματική και χρησιμοποιείται ευρέως (Good et al. 1999, Seers & Carroll 1998). Η συνηθέστερη είναι η ακρόαση μουσικής που μειώνει τις βλαπτικές αντιδράσεις στον πόνο (Alfred et al. 2010, Nilsson et al. 2003, Ozer et al. 2013), ενώ και το είδος της μουσικής φαίνεται να επιδρά στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου (Reza et al. 2007). Εκτός από τη μουσική για την ανακούφιση του πόνου χρησιμοποιείται και η προβολή εικόνων (Broscious.1999, Bruehl et al. 1993, Good et al. 1999, Zimmerman et al. 1996). Η μέθοδος της απόσπασης προσοχής είναι αποτελεσματική και στα παιδιά, είτε με ενεργητική απόσπαση προσοχής (δίνοντας τους π.χ. να παίξουν κάποιο ηλεκτρονικό παιχνίδι) που είναι και καλύτερη, είτε με παθητική απόσπαση της προσοχής (όπως το να παρακολουθούν κάποιο ηλεκτρονικό παιχνίδι) (Wohlheiter & Dahlquist 2013)

Χαλάρωση

Πρόκειται για συνειδητή επαναλαμβανόμενη σύσφιξη και χαλάρωση ομάδων μυών, άδειασμα του νου από όλες τις σκέψεις και εστίαση της προσοχής σε μια ευχάριστη εικόνα, με ταυτόχρονες βαθιές αναπνοές, καθώς το μυαλό και το σώμα φτάνουν σταδιακά σε κατάσταση γαλήνης και ηρεμίας (Di Mateo & Martin 2011). Συστήνεται η εφαρμογή της για να περιοριστεί η χρήση των οπιοειδών και οι παρενέργειες τους, αλλά και το άγχος των ασθενών (Allred et al. 2010). Μειονέκτημα της μεθόδου μπορεί να θεωρηθεί η ανάγκη προεγχειρητικής εκπαίδευσης του ασθενή, ο οποίος όμως μπορεί να εξασκηθεί στις συγκεκριμένες τεχνικές και στο σπίτι. Οι τεχνικές αναπνοής, μπορεί να διδαχτούν σε 10 έως 15 λεπτά.

Διαλογισμός (Meditation)

Ο διαλογισμός μοιάζει με την χαλάρωση αλλά πρόσθετα εστιάζει την προσοχή σε κάποιο ερέθισμα. Προϋποθέτει άσκηση στη χαλάρωση και στις

βαθιές αναπνοές. Για την εφαρμογή του στην αντιμετώπιση του πόνου, το άτομο εστιάζει στον πόνο αλλά από μια ουδέτερη και αποστασιοποιημένη σκοπιά, ώστε να μειώνεται σταδιακά η δυσφορία που προκαλεί (Di Mateo & Martin 2011, Zeidan et al. 2011).

Βιοανάδραση (Biofeedback)

Βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα, μέσω του οποίου το άτομο λαμβάνει σήμα να εκδηλώσει μια σωματική αντίδραση, συνήθως όχι άμεσα ορατή (Di Mateo & Martin 2011). Ουσιαστικά στη βιοανάδραση (που αναφέρεται και σαν υποβοηθούμενη χαλάρωση) χρησιμοποιείται μια εξωτερική συσκευή για να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να χαλαρώνει συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες. Μειονέκτημα της είναι ότι η εκμάθηση και η εφαρμογή της απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και εκτεταμένη κλινική εκπαίδευση.

Η ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση (βιοανάδραση που μετρά την μυϊκή ένταση) είναι αποτελεσματική μέθοδος ανακούφισης από τον πόνο όταν εφαρμόζεται στους μύες που συμμετέχουν στο σημείο της επέμβασης σε επεμβάσεις κοιλίας (Madden et al. 1978)

Ύπνωση

Η ύπνωση είναι μια κατάσταση εστίασης της προσοχής, με μείωση της εξωτερικής αντίληψης. Σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, η ύπνωση δεν συνεπάγεται υποβολή, αλλά μάλλον δυνατότητα εστίασης της προσοχής και αποκλεισμό άλλων ερεθισμάτων, μαζί με χαλάρωση (Di Mateo & Martin 2011). Πλεονεκτήματα: μειώνει το προεγχειρητικό άγχος (Saadat et al. 2006), μειώνει τον περιεγχειρητικό πόνο, το μετεγχειρητικό άγχος και τις απαιτήσεις σε αναλγητικά και ηρεμιστικά φάρμακα (Faymonville et al. 1997), μειώνει την ανησυχία, την νευρικότητα, την θλίψη, και την ευερεθιστότητα στους ασθενείς αλλά δεν φαίνεται να επιδρά στη ναυτία (Lew et al. 2011), βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται η ανάγκη εκπαιδευμένου επαγγελματία και η πιθανότητα να μην είναι αποτελεσματική για όλους τους ασθενείς.

Β. Φυσικές εναλλακτικές μέθοδοι

Μπορεί να είναι ευεργετικές στη θεραπεία του πρωτογενούς ΜΤΠ ή απλά στην ανακούφιση της δυσφορίας λόγω της μετεγχειρητικής ανάγκης ακινητοποίησης ή/και ανάπαυσης του ασθενή. Συμβάλλουν στη γενική ευεξία του ασθενή, διευκολύνουν την κινητοποίηση στην μετεγχειρητική περίοδο και δεν έχουν συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες όταν εφαρμόζονται σωστά. Οι τεχνικές αυτές δεν αποτελούν το κύριο μέσο για την παροχή μετεγχειρητικής αναλγησίας, αλλά χρησιμεύουν ως συμπλήρωμα, που αυξάνουν τις δράσεις των άλλων αναλγητικών τεχνικών ή μειώνουν την ποσότητα των αναλγητικών φαρμάκων που απαιτούνται. Η χρήση των τεχνικών αυτής της κατηγορίας έχει ενδείξεις και κάποιες οριστικές αντενδείξεις.

Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator, TENS)

Πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικών συσκευών που παράγουν ηλεκτρικό ρεύμα χαμηλής συχνότητας που διεγείρει τις προσαγωγές νευρικές ίνες μέσω ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στο δέρμα. Εφαρμόζεται για 30-45 λεπτά από τον ίδιο τον ασθενή (Βασιλάκος 2008). Η χρήση και η εφαρμογή είναι εύκολη μετά από την κατάλληλη εκπαίδευση, χρειάζεται όμως προσοχή γιατί από λανθασμένη χρήση μπορεί να προκαλέσει εγκαύματα ή/και ερεθισμό του δέρματος. Σε συνδυασμό με ναρκωτικά αναλγητικά, μειώνει την κατανάλωση τους κατά 35% (Bjordal et al. 2003), μειώνει τη διάρκεια παραμονής του ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης, και βελτιώνει την φυσική του κατάσταση (αποτελεσματικότερος βήχας και ευεργετική επίδραση στη λειτουργία του πνευμονικού αερισμού (Freynet & Falcoz 2010).

Βελονισμός

Εισαγωγή βελονών σε συγκεκριμένα σημεία του δέρματος για την αντιμετώπιση επώδυνων συνδρόμων κυρίως όμως χρόνιων. Οι εφαρμογές τους είναι πάρα πολλές σε πόνο διαφόρων παθήσεων που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία. Τα αποτελέσματα τους είναι από ικανοποιητικά έως πολύ καλά. (Βασιλάκος 2008). Απόλυτες αντενδείξεις

στη χρήση του είναι: η άρνηση του ασθενούς, η λήψη αντιπηκτικών, το μειωμένο επίπεδο συνείδησης, η λοίμωξη στα σημεία βελονισμού και η ύπαρξη βηματοδότη (όταν πρόκειται να εφαρμοστεί ηλεκτρο-βελονισμός). Σχετικές αντενδείξεις είναι: η αιμορραγική διαταραχή και ο φόβος του ασθενή για τις βελόνες. Η χρήση του βρέθηκε ότι μειώνει την κατανάλωση οπιοειδών, την ένταση του ΜΤΠ και τις παρενέργειες των οπιοειδών, και συνίσταται σαν συμπλήρωμα στη συμβατική φαρμακευτική θεραπεία, στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αναλγησίας (Sun et al. 2008).

Επειδή ότι οι δύο προηγούμενες τεχνικές (TENS και βελονισμός) δεν προκαλούν βλάβες, η χρήση τους ως συμπλήρωμα στη συμβατική φαρμακευτική προσέγγιση θεωρείται χρήσιμη, ιδιαίτερα σε ασθενείς στους οποίους οι συμβατικές τεχνικές αποτυγχάνουν ή/και συνοδεύονται από σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (Meissner 2009).

Μασάζ - Μάλαξη

Το μασάζ πραγματοποιείται με επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών του θεραπευτή ή/και με τη χρήση συσκευών (διάταση του μήκους των μυών). Αν και χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για την αντιμετώπιση του πόνου (Jurf & Nirschl 1993), η χρησιμότητα του αμφισβητείται (Taylor et al. 2003).

Κρυοθεραπεία

Πρόκειται για εφαρμογή κρύων επιθεμάτων όπως παγοκύστες, κρύα λουτρά, κρυοσπρέι, συνεχής ροή κρύων υγρών. Το κρύο μεταβάλλει το όριο πόνου, μειώνει το τοπικό οίδημα, μειώνει το μεταβολισμό των ιστών ή/και την αιμορραγία (προωθώντας την τοπική αγγειοσύσπαση), και μειώνει το μυϊκό σπασμό και την σπαστικότητα (Bonica 2001). Αντενδείξεις: Μειωμένο επίπεδο συνείδησης, υπερευαισθησία στο κρύο (φαινόμενο Raynaud), σημαντική υπέρταση, αρτηριοσκλήρωση, κυκλοφορικές διαταραχές. Προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς με αισθητηριακά ελλείμματα (π.χ., νευροπάθεια, βλάβη του νωτιαίου μυελού)

1.7 Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΜΤΠ

1.7.1 Άγχος και φόβος των ασθενών για τον άμεσο ΜΤΠ

Στους προεγχειρητικούς φόβους των ασθενών σημαντική θέση κατέχουν, ο ΜΤΠ και η διάρκεια του, όπως και το είδος και οι παρενέργειες των αναλγητικών που θα πάρουν (Asenhnoune et al. 2000, Barneschi et al. 1998, Bugge et al.1998, Crawford-Sykes & Hambleton 2001, Mavridou et al. 2013).

Οι περισσότεροι ασθενείς περιμένουν ότι μετά την εγχείρηση θα πονούν (Brydon & Asbury 1996) σε ποσοστά που φτάνουν και το 93%. Αναμένουν ένταση πόνου κατά μέσο όρο 6,4 της οπτικής αναλογικής κλίμακας (VAS) ενώ 75% των ασθενών πιστεύει ότι είναι αναγκαίο να έχει κάποιο βαθμό πόνου μετά την επέμβαση (Arfelbaum et al. 2003). Αναλγητικά ζητούν όταν η ένταση του πόνου φτάσει το 5.6 της κλίμακας (Nimmaanrat et al. 2007). Όσο μεγαλύτερη μάλιστα είναι η ανησυχία του ατόμου για τον πόνο, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αντιδραστικός πόνος (ένα συστατικό της συνολικής αντίληψης του πόνου) (Bowers 1968).

1.7.2 Άγχος και φόβος των ασθενών για τον ΜΤΠ στο σπίτι (μετά την έξοδο από το νοσοκομείο)

Έρευνα σε 27.449 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περιπατητική χειρουργική επέμβαση, έδειξε ότι η κυριότερη ανησυχία των ασθενών, ήταν αν θα έχουν οδηγίες για την φροντίδα στο σπίτι. Η προεγχειρητική εκπαίδευση και οι συμβουλές για πρακτικά μέτρα ανακούφισης του μετεγχειρητικού πόνου στο σπίτι βοηθούν ώστε να καθησυχάσουν τον ασθενή και τον φροντιστή (Doyle 1999).

Οι ασθενείς παραπονοούνται ότι παίρνουν πολλές πληροφορίες την ημέρα εισαγωγής στο νοσοκομείο, αλλά λίγες και ανεπαρκείς οδηγίες κατά την έξοδο τους. Θέλουν κυρίως πληροφορίες σχετικά με τον έλεγχο του πόνου μετά την έξοδο τους, συμπεριλαμβανομένων και πληροφοριών για τον

κατάλληλο χρόνο λήψης των αναλγητικών σε σχέση με τις δραστηριότητες (Jacobs 2000). Το 43 % των ασθενών, που δεν παίρνουν πληροφορίες σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι, προσέρχονται ξανά σε ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, εξαιτίας επανεμφάνισης του (Breemhaar et al. 1996).

Οι ανεπαρκείς πληροφορίες των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ενοχοποιούνται για τον έντονο μερικές φορές πόνο που έχουν στο σπίτι, ενώ μια ολοκληρωμένη ενημέρωση για τους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, θα βοηθούσε τους βοηθούσε σημαντικά (Chan et al. 2013)

1.8 Προεγχειρητική ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών

Πριν την επέμβαση θα πρέπει οι ασθενείς να ενημερώνονται:

- για την ανάγκη να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί ο ΜΤΠ
- για τις διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης του και
- παράλληλα να τους δοθεί η διαβεβαίωση ότι όποιος πόνος εμφανιστεί θα θεραπευτεί σωστά και ικανοποιητικά. (Scott & Hodson 1997)

Οι ασθενείς που ενημερώνονται επαρκώς για τον ΜΤΠ πριν την επέμβαση, εκφράζουν την πεποίθηση ότι συμμετέχουν ενεργά στις επιλογές αντιμετώπισης του και δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον γιατρό τους (Binhas et al. 2008). Η ευεργετική δράση της προεγχειρητικής ενημέρωσης στον μετεγχειρητικό πόνο είναι ήδη γνωστή από το 1964 (Egbert et al. 1964)

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η προεγχειρητική ενημέρωση των ασθενών για θέματα σχετικά με τον ΜΤΠ, είναι χρήσιμη για τους ενήλικες χειρουργικούς ασθενείς, γιατί:

- μειώνει το άγχος των ασθενών και την ένταση του ΜΤΠ (Bandyopadhyay et al. 2007, Kratz 1993, Linden & Engberg 1996)
- αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών (Lee & Lee 2006, Louw et al. 2013, Niemi-Murola et al. 2007, Oshodi (2) 2007), ειδικά αυτών που παίρνουν αναλυτικές πληροφορίες (Sjöling et al. 2003).
- δημιουργεί επίσης αίσθημα ασφάλειας και αξιοπιστίας (Sjostedt et al, 2011).

- βοηθά στη μείωση της κατανάλωσης αναλγητικών και
- συμβάλλει στη γρηγορότερη ανάρρωση των ασθενών (Oshodi (2) 2007, Wallace 1985),

Αντίθετα η ανεπαρκής προεγχειρητική ενημέρωση έχει συσχετισθεί με υψηλά επίπεδα πόνου μετεγχειρητικά (Stronberg et al. 2003). Η συστηματική εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τις μετεγχειρητικές επιλογές αναλγησίας είναι αναγκαία, γιατί οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να ζητήσουν αναλγητικά, θεωρώντας αναγκαίο κάποιο βαθμό πόνου (Hawkins & Price 1993).

Η ενημέρωση των ασθενών είναι μια σύγχρονη ιατρική πράξη. Ο ισχυρισμός του ασθενή ή των συγγενών του, ότι δεν ενημερώθηκαν σωστά για θέματα σχετικά με την ασθένειά του, αποτελεί σήμερα το σημαντικότερο και πιο αμφισβητούμενο ζήτημα της ιατρικής ευθύνης. Επιπλέον εκτός από την ανάγκη που νιώθουν οι ίδιοι οι ασθενείς για λήψη πληροφοριών, η χορήγηση τους είναι υποχρεωτική από το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), 2006). Με αυτόν ρυθμίστηκαν διεξοδικά τα θέματα της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς, για την λήψη της ενυπόγραφης συγκατάθεσης του για όποιες ιατρικές παρεμβάσεις (Canelloroulou-Botis 2006) .

Έγκυρη εξάλλου θεωρείται η συναίνεση του ασθενούς όταν:

- ο ασθενής έχει ικανότητα για συναίνεση, και
- παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση του (Mordiffi et al. 2003)

Οι περιεγχειρητικές πληροφορίες πρέπει να επαναλαμβάνονται σε διαφορετικά χρονικά σημεία γιατί η επανάληψη τους βοηθά σημαντικά στην κατανόηση τους (Ley 1979). Η ποσότητα των πληροφοριών που παρέχονται θα πρέπει να εξατομικεύεται και να συμβαδίζει με την ιδιοσυγκρασία των ασθενών (Oshodi (1) 2007). Ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες από άλλους. Ασθενείς με προηγούμενη εμπειρία σε νοσοκομείο είναι πρόθυμοι να μοιραστούν την εμπειρία τους με το προσωπικό, και κάνουν πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις, από τους ασθενείς χωρίς προηγούμενη εμπειρία στο νοσοκομείο. Οι νεότεροι ασθενείς έχουν περισσότερες απορίες από ότι οι ηλικιωμένοι και αναζητούν επιπλέον πληροφορίες μέσω του Διαδικτύου.

1.8.1 Τρόποι ενημέρωσης και λήψη συγκατάθεσης

Τρεις κυρίως είναι οι τρόποι χορήγησης πληροφοριών στους ασθενείς

- **Η προφορική ενημέρωση** κατά την προεγχειρητική περίοδο και η πρόσωπο με πρόσωπο συνομιλία με τον επαγγελματία υγείας. Είναι η μέθοδος που προτιμά το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, γιατί δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού-ασθενή (Soltner et al. 2011). Κατά την ενημέρωση χρήσιμη είναι η αποφυγή εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας, γιατί περίπου 45% των ασθενών δεν καταλαβαίνουν έναν ή περισσότερους ιατρικούς όρους (Babitu & Cyna 2010). Η προφορική ενημέρωση θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της προεγχειρητικής διδασκαλίας (Oshodi (1) 2007, Whyte & Grant 2005)
- **Η γραπτή ενημέρωση**, κυρίως σαν συμπλήρωμα της προφορικής ενημέρωσης με τη χρήση πληροφοριακών φυλλαδίων (Walker 2002, Caress 2003, Binhas et al. 2008). Η μέθοδος αυτή είναι ευρέως αποδεκτή και αποτελεσματική και αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών (Albaladejo et al. 2000), τις γνώσεις τους (Cheung et al. 2007), συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους (Bondy et al. 1999) και δημιουργεί στον ασθενή την ιδέα ότι συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν (Paci et al. 1999). Τα ενημερωτικά φυλλάδια για να είναι χρήσιμα πρέπει να είναι ενημερωμένα, σύντομα, σαφή, χωρίς εξειδικευμένη ορολογία (Cooper 1999). Όταν δίνονται πριν την επέμβαση, δίνουν χρόνο στον ασθενή να αναζητήσει πρόσθετες πληροφορίες (Garden et al. 1996).
- **Η ενημέρωση με χρήση οπτικοακουστικών μεθόδων**, όπως η προβολή βίντεο ή η αναζήτηση πληροφοριών για τον ΜΤΠ στο διαδίκτυο (Corcoran et al. 2010, de Boer et al. 2007). Πληροφορίες στο διαδίκτυο αναζητούν κυρίως οι νεώτεροι ασθενείς (Kurup et al. 2014). Η χρήση της μεθόδου αυτής για ενημέρωση των ασθενών θα πρέπει να είναι συμπληρωματικό εργαλείο στην προσωπική ενημέρωση του ασθενή για τον ΜΤΠ (Done & Lee 1998, Snyder-Ramos et al. 2005). Οι

περισσότερες αναισθησιολογικές εταιρείες στους διαδικτυακούς ιστοτόπους τους διαθέτουν πληροφορίες προς τους ασθενείς σχετικά με τον ΜΤΠ.

Καλύτερη μορφή ενημέρωσης θεωρείται αυτή που συνδυάζει πληροφόρηση αρχικά με φιλικά προς τον ασθενή έντυπα (φυλλάδια) και στη συνέχεια προσωπική επαφή με το θεράποντα, που έχει σκοπό να διευκρινίσει τα σημεία, που δημιουργήσαν ερωτηματικά ή προβλημάτισαν τον ασθενή. Συνιστάται επίσης η συνδυασμένη χρήση γραπτών και προφορικών πληροφοριών και κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο (Johnson et al. 2004). Το 30% των ασθενών θέλει και γραπτές και προφορικές πληροφορίες (Lithner & Zilling 2000)

1.9 Εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών σχετικά με τον ΜΤΠ

Η άγνοια των ασθενών για θέματα που αφορούν τον ΜΤΠ, καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση των ασθενών στο τι να περιμένουν και τι να ζητήσουν σε ότι αφορά το θέμα αυτό.. Οι ασθενείς δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για την ανακούφιση του πόνου ώστε να συμμετέχουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του και επομένως χρειάζονται καλύτερη εκπαίδευση στη μετεγχειρητική θεραπεία του πόνου (Nimmaanrat et al. 2007).

Υπάρχει η τάση στους ασθενείς να μην συζητούν με το προσωπικό μετά από μια επέμβαση, για το πώς θέλουν να αντιμετωπιστεί ο ΜΤΠ τους (Idvall et al. 2008). Έτσι οι παρεξηγήσεις, από την πλευρά των ασθενών σχετικά με τον ΜΤΠ εξακολουθούν να υπάρχουν, οπότε χρειάζεται η εκπαίδευση των ασθενών για τις επιλογές τους απέναντι στον ΜΤΠ (Cogan et al. 2014). Οι συνηθέστερες παρεξηγήσεις των ασθενών σχετικά με τον ΜΤΠ είναι οι εξής:

- 31% των ασθενών πιστεύει ότι μπορεί εύκολα να εθιστεί στα αναλγητικά
- 20% ότι οι καλοί ασθενείς δεν πρέπει να μιλούν για τον πόνο τους και
- 36% πιστεύει ότι τα αναλγητικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σε περίπτωση που θα χειροτερέψει πολύ ο πόνος.

Η παρακολούθηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, εκτός από το ότι μειώνει το προεγχειρητικό άγχος, προετοιμάζει καλύτερα τους ασθενείς για να αντιμετωπίσουν τον ΜΤΠ (Giraudet-Le Quintrec et al. 2003). Οι ασθενείς επίσης πρέπει να γνωρίζουν ότι μπορούν και πρέπει να συμμετέχουν στο πλάνο αντιμετώπισης του πόνου τους, αφού τους εξηγηθούν οι διάφορες πιθανές επιλογές (Barnes 2001). Οι ποικίλες δυνατότητες αντιμετώπισης του ΜΤΠ, μπορεί να αυξήσουν τις απαιτήσεις των ασθενών για παροχή επαρκών πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες τους (Larue et al. 1999)

Οι εμπλεκόμενοι χειρουργοί, αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος, εκπαιδεύοντας τους ασθενείς προεγχειρητικά ώστε να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά σε ότι αφορά τον πόνο (Owen et al. 1990). Η δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης είναι θεμελιώδης για την ενθάρρυνση των ασθενών ώστε να συμμετέχουν αποτελεσματικά και ενεργά.

Παράλληλα χρειάζεται και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, έτσι ώστε να αυξηθεί το παρεχόμενο επίπεδο της ανακούφισης από τον πόνο (Kuhn et al. 1990, Vickers et al. 2009).

Η παροχή προεγχειρητικής εκπαίδευσης σχετικά με το μετεγχειρητικό πόνο μπορεί να βελτιώσει τις γνώσεις των ασθενών και να ενθαρρύνει τη θετική στάση ως προς αυτό. Παρέχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τον ΜΤΠ και τη διαχείρισή του, μειώνει το άγχος και αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς (ANZCA & FPM 2010).

1.10 Ικανοποίηση των ασθενών από την αντιμετώπιση του πόνου

Παρ' όλο που οι ασθενείς υφίστανται μέτριο ως έντονο ΜΤΠ, δηλώνουν ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του σε ποσοστά που φτάνουν το 81% (Svensson et al. 2001). Το παράδοξο αυτό αποδίδεται στο ότι πιστεύουν ότι ο πόνος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της επέμβασης και θα πρέπει να ζήσουν με αυτόν χωρίς να ζητάνε αναλγητικά για την αντιμετώπιση του,

επιβεβαιώνοντας την άγνοια τους για βασικές πληροφορίες σχετικά με το θέμα (Miaskowski et al. 1994, Ward & Gordon 1996). Οι ασθενείς συνήθως παίρνουν λιγότερα αναλγητικά από αυτά που χρειάζονται μετεγχειρητικά και οι νοσηλευτές υποεκτιμούν την αναγκαία ποσότητα αναλγητικών (Salmon & Manyande1996).

Η ικανοποίηση των ασθενών παρά την ελλιπή αντιμετώπιση του πόνου έχει και πολιτισμική εξήγηση μια και η έκφραση του πόνου εξαρτάται και δέχεται την επίδραση της πολιτιστικής, οικονομικής και κοινωνικής θέσης των ασθενών ανάλογα με τη χώρα προέλευσης τους (Helmerhorst et al. 2012). Σχετίζεται επίσης με την επαρκή προεγχειρητική τους εκπαίδευση σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου (Bozimowski 2012)

2.0 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν:

◆ η προεγχειρητική καταγραφή των πληροφοριών που θέλουν οι ασθενείς, που εισάγονται στο νοσοκομείο για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, σχετικά με τον ΜΤΠ και τη διαχείριση του, και

◆ η επίδραση του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου, της προηγούμενης εμπειρίας χειρουργικής επέμβασης και του βαθμού του προεγχειρητικού άγχους στις επιμέρους πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.

Γνωρίζοντας τις πληροφορίες που θέλουν οι ίδιοι οι ασθενείς, θα έχουμε τη δυνατότητα να τους ενημερώσουμε, εκτός από τα συνήθη βασικά θέματα, και για τα σημεία που οι ίδιοι θέλουν να γνωρίζουν, με τις διαθέσιμες μεθόδους ενημέρωσης.

Στη χώρα μας δεν υπάρχει ολοκληρωμένη μελέτη για το θέμα αυτό, κάτι που προσπαθεί να καλύψει η παρούσα μελέτη. Τα στοιχεία προέρχονται από ασθενείς της Βορειοδυτικής Ελλάδας και κυρίως ασθενείς της Περιφέρειας Ηπείρου, που είναι μια περιοχή κυρίως ορεινή και από τις πιο αραιοκατοικημένες της Ελλάδας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.0 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα περιγραφική μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου μας (Επιστημονικό Συμβούλιο – 30/01/2014). Αφορούσε κυρίως τους ασθενείς της Περιφέρειας Ηπείρου αλλά και ασθενείς της ευρύτερης περιοχής της Βορειοδυτικής Ελλάδας, σημαντικό αριθμό ασθενών από τη Βόρεια Ελλάδα και πολλούς ασθενείς από τα νησιά του Ιονίου και της Δυτικής Στερεάς Ελλάδας. Η διεξαγωγή της μελέτης έγινε με χρήση ερωτηματολογίου, που διανεμήθηκε στους ασθενείς και απαντήθηκε από αυτούς την περίοδο από τον Ιούλιο 2014 μέχρι τον Οκτώβριο 2014.

3.1 Δοκιμαστική Μελέτη

Μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Barnes 2001, Kastanias at al. 2009, Lithner & Zilling 2000, Pieper et al. 2006, Sjöling et al. 2003, Sjöstedt et al. 2011), συντάχθηκε ένα δοκιμαστικό ερωτηματολόγιο. Ορισμένες από τις ερωτήσεις υιοθετήθηκαν από την παραπάνω βιβλιογραφία, αφού προσαρμόστηκαν στα ελληνικά δεδομένα, ενώ προστέθηκαν και νέες που αναδύθηκαν από την αναζήτηση αυτή. Το δοκιμαστικό αυτό ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τυχαία επιλεγμένους ασθενείς διαφόρων ηλικιών, φύλου και μορφωτικού επιπέδου για να εξεταστεί κατά πόσο ήταν κατανοητό και εύχρηστο (face validity). Μετά από εξέταση αυτών των ερωτηματολογίων και προσωπική συζήτηση με τους ασθενείς, έγιναν ορισμένες αλλαγές σε κάποιες ερωτήσεις που θεωρήθηκαν ασαφείς ή δυσνόητες (σύμφωνα με την γνώμη των ερωτηθέντων). Τα ερωτηματολόγια της δοκιμαστικής μελέτης δεν λήφθηκαν υπόψη στην ανάλυση των τελικών αποτελεσμάτων. Διαμορφώθηκε έτσι το τελικό ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε για τους σκοπούς της μελέτης.

3.2 Κριτήρια επιλογής ασθενών

Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς που ήταν προγραμματισμένοι για χειρουργική επέμβαση εκτός από αυτούς που:

- δήλωσαν άρνηση να συμμετάσχουν
- ήταν κάτω των 18 ετών
- παρουσίαζαν προβλήματα ή δυσκολία επικοινωνίας
- δεν γνώριζαν ανάγνωση
- δεν γνώριζαν την ελληνική γλώσσα
- υποβάλλονταν σε επείγουσα επέμβαση
- ήταν ασθενείς μιας ημέρας νοσηλείας
- δεν είχαν τη σωματική δυνατότητα να απαντήσουν στις ερωτήσεις (ασθενείς με κινητικά προβλήματα, ασθενείς με προβλήματα όρασης κλπ.).

Εξαιρέθηκαν επίσης τα ερωτηματολόγια που ήταν ελλιπή ή δυσανάγνωστα.

3.3 Τελική Μελέτη

Η διανομή του τελικού ερωτηματολογίου έγινε σε συνεχόμενους χειρουργικούς ασθενείς, προγραμματισμένους για χειρουργική επέμβαση, ανεξάρτητα από το είδος του χειρουργείου, την προηγούμενη μέρα της επέμβασης και πριν την προεγχειρητική αναισθησιολογική επίσκεψη. Η συλλογή τους, έγινε αργότερα την ίδια μέρα. Συμμετείχαν μόνο όσοι ασθενείς δέχτηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη, και πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής, αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν προφορικά για τη χρήση του ερωτηματολογίου. Διαβεβαιώθηκαν επίσης ότι θα είναι ανώνυμα και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε επιπλέον ως συγκατάθεση.

Οι συμμετέχοντες αφού συμπλήρωναν την Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) (Michopoulos et al. 2008), που μετρά το επίπεδο του προεγχειρητικού άγχους, χρησιμοποιώντας το τμήμα της κλίμακας το σχετικό με το άγχος, και χωρίς να είναι ορατή σε αυτούς η βαθμονόμηση της κλίμακας, συνέχιζαν με το κυρίως ερωτηματολόγιο της μελέτης

[ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Κλίμακα HADS].

3.4 Περιεχόμενο ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε αρχικά τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών: φύλο, ηλικία, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση, επίπεδο μόρφωσης και επίπεδο προεγχειρητικού άγχους (HADS) συμπληρωμένο μετά τη συλλογή του ερωτηματολογίου από τον ερευνητή.

Ακολουθούσε η ερώτηση αν θέλουν πληροφορίες για τον μετεγχειρητικό πόνο (ναι ή όχι). Σε θετική απάντηση συνέχιζαν με το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου.

Στο δεύτερο μέρος ακολουθούσαν 14 ερωτήσεις «κλειστού» τύπου σχετικές με ακριβείς πληροφορίες που θα ήθελαν οι ασθενείς για τον μετεγχειρητικό πόνο, με δύο δυνατότητες απάντησης: «Ναι, θα ήθελα να ξέρω» και «Όχι, δεν θέλω να ξέρω». Οι ασθενείς έπρεπε να τσεκάρουν την απάντηση που θεωρούσαν ότι τους εκφράζει περισσότερο.

Τέλος ρωτήθηκαν:

- Πως θέλουν να πάρουν αυτές τις πληροφορίες, με 3 δυνατότητες επιλογής (προφορικά, γραπτά ή και τα δύο) και
- Αν πιστεύουν ότι θα ένιωθαν πιο ήρεμοι αν έπαιρναν αυτές τις πληροφορίες που θέλουν (ναι/όχι)

[ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο μελέτης]

3.5 Στατιστική επεξεργασία αποτελεσμάτων

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το Statistical Package of Social Science 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL).

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με την κατανομή συχνοτήτων (Frequency Distributions) όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και τις επιμέρους απαντήσεις τους στις ερωτήσεις. Για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών (φύλο, ηλικία, μόρφωση, προηγούμενη επέμβαση, επίπεδο προεγχειρητικού άγχους) και των πληροφοριών που θέλουν, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 (Chi Square) και η δοκιμασία Fisher (Fisher's Exact Test), όπου ήταν απαραίτητο, αφού προηγουμένως τα στοιχεία αυτά κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες ως εξής: ηλικία: ≤ 56 ετών και >56 ετών (η μέση ηλικία του δείγματος μας ήταν τα 56 έτη), μορφωτικό επίπεδο ≤ 9 έτη σπουδών και >9 έτη σπουδών (δεδομένου ότι η βασική υποχρεωτική εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι τα 9 χρόνια), βαθμό προεγχειρητικού άγχους ≤ 10 (φυσιολογικό ή ήπιο άγχος) και >10 (μέτριο ως σοβαρό άγχος). Στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκαν τα αποτελέσματα όταν η τιμή p ήταν <0.05 .

4.0 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διανεμήθηκαν 225 ερωτηματολόγια στους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Οι 212 ασθενείς ήθελαν πληροφορίες για τον ΜΤΠ (ποσοστό 94,2%) ενώ 13 δεν ήθελαν (5,8%). Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα 212 ερωτηματολόγια. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (που θέλουν πληροφορίες για τον ΜΤΠ), δίνονται στον **Πίνακα 1**.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών που θέλουν πληροφορίες για τον μετεγχειρητικό πόνο [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών και στην παρένθεση το % του συνόλου των ασθενών]

Φύλο	
Γυναίκες	128 (60,4)
Άντρες	84 (39,6)
Ηλικία (έτη) (median [range])	56,5 [18-84]
Επίπεδο μόρφωσης	
≤ 9 έτη	116 (54,7)
>9 έτη	96 (45,3)
Προηγούμενη επέμβαση	
Ναι	138 (65,1)
Όχι	74 (34,9)
Κλίμακα άγχους HADS	
HADS ≤ 10	178 (84,0)
HADS >10	34 (16,0)

Αναλυτικά οι απαντήσεις των ασθενών στις 14 συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με τον ΜΤΠ, δίνονται στον **Πίνακα 2**. Όπως φαίνεται, μεγάλα ποσοστά προτίμησης εμφανίζουν οι ερωτήσεις οι σχετικές με τη διαχείριση του πόνου μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.

Πίνακας 2: Συγκεντρωτικές απαντήσεις των ασθενών για τις πληροφορίες που θέλουν σχετικά με τον ΜΤΠ [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών και στην παρένθεση το % του συνόλου των ασθενών].

Αριθμός ερώτησης	Θέλετε να ξέρετε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση;	106 (50,0)	106 (50,0)
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος;	161 (75,9)	51 (24,1)
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε;	155 (73,1)	57 (26,9)
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο;	134 (63,2)	78 (36,8)
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα;	145 (68,4)	67 (31,6)
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα;	120 (56,6)	92 (43,4)
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα;	89 (42,0)	123 (58,0)
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες;	135 (63,7)	77 (36,3)
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες;	139 (65,6)	73 (34,4)
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα);	134 (63,2)	78 (36,8)
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας;	132 (62,3)	80 (37,7)
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο);	169 (79,7)	43 (20,3)
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πώς;	164 (77,4)	48 (22,6)
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι;	160 (75,5)	52 (24,5)

Ο τρόπος ενημέρωσης για τον ΜΤΠ που προτιμούν οι ασθενείς, είναι κυρίως η προφορική ενημέρωση (59,4%) και ο συνδυασμός προφορικής ενημέρωσης και γραπτών πληροφοριών (27,8%). Αναλυτικά οι απαντήσεις για τον τρόπο ενημέρωσης δίνονται στον **Πίνακα 3**.

Πίνακας 3. Ο τρόπος ενημέρωσης για τον ΜΤΠ που προτιμούν οι ασθενείς [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών και στην παρένθεση το % του συνόλου των ασθενών]

Πως θέλετε να σας δώσουν τις πληροφορίες για τον μετεγχειρητικό πόνο;	
Προφορικά	126 (59,4)
Γραπτά	27 (12,7)
Και τα δύο (προφορικά και γραπτά)	59 (27,8)

Τέλος στην ερώτηση για το αν θα ένιωθαν πιο ήρεμοι παίρνοντας τις πληροφορίες που θέλουν για τον ΜΤΠ, 165 (77,8%) ασθενείς απαντούν θετικά, ενώ οι 47 (22,2%) πιστεύουν ότι θα αισθάνονται το ίδιο ανήσυχοι όπως και πριν.

Η επίδραση των παραγόντων του φύλου, της ηλικίας, της μόρφωσης της προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης και του βαθμού προεγχειρητικού άγχους, στις αναλυτικές πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ, είναι η παρακάτω:

Επίδραση του φύλου: Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες ενδιαφέρονται κυρίως για το πόσο θα διαρκέσει ο πόνος (82,8% έναντι 62,5%, $p=0.004$) και από ποιον θα ζητήσουν παυσίπονα (93,6% έναντι 81%, $p=0.037$), ενώ οι άντρες θέλουν περισσότερες πληροφορίες για όλα σχεδόν τα υπόλοιπα ερωτήματα σε σχέση με τις γυναίκες. Αναλυτικά τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο δίνονται στον **Πίνακα 4**.

Επίδραση της ηλικίας: Δε βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση της ηλικίας καθώς οι νεώτεροι ασθενείς (≤ 56 ετών), έχουν παρόμοιες επιθυμίες για τα επιμέρους θέματα σχετικά με τον ΜΤΠ όπως οι μεγαλύτεροι (>56 ετών). Αναλυτικά αποτελέσματα δίνονται στον **Πίνακα 5**.

Επίδραση προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης: Δε βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση αυτού του παράγοντα. Αναλυτικά αποτελέσματα δίνονται στον **Πίνακα 6**.

Επίδραση μορφωτικού επιπέδου: Οι περισσότεροι μορφωμένοι ασθενείς (>9 έτη σπουδών) θέλουν να γνωρίζουν και άλλους εναλλακτικούς τρόπους αναλγησίας (77,1% έναντι 51,7%, $p=0.001$), όπως και τι είδους φάρμακα θα παίρνουν στο σπίτι (84,4% έναντι 71,6%, $p=0.026$), σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους (≤ 9 έτη σπουδών). Αναλυτικά οι απαντήσεις στον **Πίνακα 7**.

Επίδραση προεγχειρητικού άγχους: Η μόνη σημαντική διαφορά που βρέθηκε σχετικά με το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, είναι ότι οι περισσότεροι αγχωμένοι ασθενείς ($HADS>10$), θέλουν να γνωρίζουν πόσο θα διαρκέσει ο πόνος (91,2% έναντι 73%, $p=0.023$) σε σχέση με τους λιγότερο αγχωμένους ($HADS\leq 10$). Αναλυτικά οι απαντήσεις στον **Πίνακα 8**.

Πίνακας 4: : Επίδραση του **φύλου** στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ. [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά (ναι) και σε παρένθεση το % της αντίστοιχης στήλης, n = αριθμός ασθενών]

	Θέλετε να ξέρετε;	Άνδρες ($n=84$)	Γυναίκες ($n=128$)	p
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση?	40 (47,6)	66 (51,6)	0.574
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος?	55 (65,5)	106 (82,8)	0.004*
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε?	68 (81,0)	87 (93,6)	0.037*
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο?	53 (63,1)	81 (63,3)	0.978
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα?	66 (78,6)	79 (61,7)	0.010*
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα?	57 (67,9)	63 (49,2)	0.007*
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα?	45 (53,6)	44 (34,4)	0.006*
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες ?	61 (72,6)	74 (57,8)	0.028*
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες ?	62 (73,8)	77 (60,2)	0.041*
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα)?	60 (71,4)	74 (57,8)	0.044*
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας?	57 (67,9)	75 (58,6)	0.174
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο)?	68 (81,0)	101 (78,9)	0.717
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πώς ?	72 (85,7)	92 (71,9)	0.019*
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι ?	71 (84,5)	89 (69,5)	0.013*

Πίνακας 5: : Επίδραση της ηλικίας στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ. [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά (ναι) και σε παρένθεση το % της αντίστοιχης στήλης, n = αριθμός ασθενών]

	Θέλετε να ξέρετε;	≤ 56 ετών (n=106)	>56 ετών (n=106)	p
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση?	58 (54,7)	48 (45,3)	0,170
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος?	86 (81,1)	75 (70,8)	0,077
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε?	74 (69,8)	81 (76,4)	0,278
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο?	62 (58,5)	72 (67,9)	0,154
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα?	68 (64,2)	77 (72,6)	0,184
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα?	58 (54,7)	62 (58,5)	0,579
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα?	41 (38,7)	48 (45,3)	0,330
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες ?	65 (61,3)	70 (66,0)	0,475
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες ?	69 (65,1)	70 (66,0)	0,885
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα)?	67 (63,2)	67 (63,2)	1.000
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας?	68 (64,2)	64 (60,4)	0,571
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο)?	83 (78,3)	86 (81,1)	0,608
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πώς ?	81 (76,4)	83 (78,3)	0,743
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι ?	78 (73,6)	82 (77,4)	0,523

Πίνακας 6: Επίδραση της προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ. [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά (ναι) και σε παρένθεση το % της αντίστοιχης στήλης, n = αριθμός ασθενών]

	Θέλετε να ξέρετε:	Προηγούμενη επέμβαση ($n=138$)	Πρώτη επέμβαση ($n=74$)	p
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση?	70 (50,7)	36 (48,6)	0,773
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος?	101 (73,2)	60 (81,1)	0,200
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε?	100 (72,5)	55 (74,3)	0,771
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο?	86 (62,3)	48 (64,9)	0,714
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα?	94 (68,1)	51 (68,9)	0,905
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα?	80 (58,0)	40 (54,1)	0,583
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα?	61 (44,2)	28 (37,8)	0,371
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες ?	89 (64,5)	46 (62,2)	0,737
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες ?	89 (64,5)	50 (67,6)	0,653
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα)?	86 (62,3)	48 (64,9)	0,714
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας?	87 (63,0)	45 (60,8)	0,749
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο)?	111 (80,4)	58 (78,4)	0,723
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πώς ?	109 (79,0)	55 (74,3)	0,440
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι?	106 (76,8)	54 (73,00)	0,536

Πίνακας 7 : Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ. [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά (ναι) και σε παρένθεση το % της αντίστοιχης στήλης, ν = αριθμός ασθενών]

	Θέλετε να ξέρετε:	≤ 9 έτη σπουδών (ν=116)	>9 έτη σπουδών (ν=96)	p
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση?	52 (44,8)	54 (56,3)	0,098
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος?	83 (71,6)	78 (81,3)	0,100
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε?	79 (68,1)	76 (79,2)	0,071
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο?	69 (59,5)	65 (67,7)	0,216
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα?	73 (62,9)	72 (75,0)	0,060
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα?	61 (52,60)	59 (61,5)	0,194
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα?	42 (36,2)	47 (49,0)	0,061
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες ?	70 (60,3)	65 (67,7)	0,267
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες ?	73 (62,90)	66 (68,8)	0,375
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα)?	60 (51,7)	74 (77,1)	0.001*
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας?	72 (62,1)	60 (62,5)	0,949
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο)?	91 (78,4)	78 (81,3)	0,614
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πως ?	83 (71,6)	81 (84,4)	0,026*
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι?	84 (72,4)	76 (79,2)	0,255

Πίνακας 8 : Επίδραση του προεγχειρητικού άγχους στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ. [Τα αποτελέσματα δίνονται με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά (ναι) και σε παρένθεση το % της αντίστοιχης στήλης, ν = αριθμός ασθενών]

	Θέλετε να ξέρετε:	HADS ≤ 10 (ν=178)	HADS > 10 (ν=34)	p
1	Πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση?	85 (47,8)	21 (61,8)	0,134
2	Πόσο θα διαρκέσει ο πόνος?	130 (73,0)	31 (91,2)	0,023*
3	Από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε?	131 (73,6)	24 (70,6)	0,717
4	Τι είδους παυσίπονα θα σας δώσουν για τον πόνο?	113 (63,5)	21 (61,8)	0,849
5	Κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα?	125 (70,2)	20 (58,8)	0,190
6	Με ποιον τρόπο θα σας δίνουν τα παυσίπονα?	102 (57,3)	18 (52,9)	0,638
7	Αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα?	78 (43,8)	11 (32,4)	0,214
8	Αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες ?	117 (65,7)	18 (52,9)	0,155
9	Πόσο θα διαρκέσουν οι πιθανές παρενέργειες ?	119 (66,9)	20 (58,8)	0,367
10	Άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα)?	117 (65,7)	17 (50,0)	0,081
11	Αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας?	112 (62,9)	20 (58,8)	0,651
12	Τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο)?	144 (80,9)	25 (73,5)	0,327
13	Τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πως ?	140 (78,7)	24 (70,6)	0,303
14	Σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι ?	135 (75,8)	25 (73,5)	0,774

5.0 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κυριότερο εύρημα της μελέτης μας ήταν ότι 94,2% των ασθενών θέλουν λεπτομερείς πληροφορίες για τον ΜΤΠ. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, ότι οι πληροφορίες σχετικά με τον ΜΤΠ και την θεραπεία του θεωρούνται από τους ασθενείς σημαντικές (Hughes et al. 2000, Oshodi (2) 2007, Sjöling et al. 2003, Wallace 1985). Στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν όλοι οι χειρουργικοί ασθενείς ανεξάρτητα της επέμβασης που θα υποβάλλονταν, γιατί σε παλιότερη μελέτη βρέθηκε ότι το είδος της επέμβασης δεν έχει επίδραση στο είδος των πληροφοριών που αναζητούν οι ασθενείς (Bradshaw et al. 1999). Το 78% των ασθενών της μελέτης μας πιστεύουν ότι θα νιώθουν πιο ήρεμοι αν απαντηθούν οι ερωτήσεις τους σχετικά με τον ΜΤΠ εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη του Kratz (Kratz 1993).

Ο ΜΤΠ είναι μία από τις κυριότερες ανησυχίες των ασθενών πριν το χειρουργείο όπως φαίνεται και σε πολλές προηγούμενες μελέτες (Barneschi et al. 1998, Elsass et al. 1987, McClean & Cooper 1990, Pokharel et al. 2011). Σε παρόμοια μελέτη που έγινε στο νοσοκομείο μας το 88,8% των ασθενών εξέφραζαν προεγχειρητικό φόβο για τον ΜΤΠ (Mavridou et al. 2013). Γενικά το 91% των ασθενών που προγραμματίζονται για χειρουργείο περιμένουν μέτριου ή και σοβαρού βαθμού ΜΤΠ (Svensson et al. 2001), ενώ 75% από αυτούς θεωρούν ότι είναι απαραίτητο να νιώσουν κάποιο βαθμό πόνου μετά το χειρουργείο (Apfelbaum et al. 2003). Η ένταση του αναμενόμενου ΜΤΠ έχει βρεθεί να είναι κατά μέσο όρο, 6,4 της κλίμακας VAS (Nimmaanrat et al. 2007).

Εξετάζοντας τις απαντήσεις των ασθενών στις επιμέρους ερωτήσεις, οι ασθενείς της μελέτης μας ενδιαφέρονται κυρίως για τη διάρκεια του ΜΤΠ, εύρημα παρόμοιο με προηγούμενες μελέτες (Asehnoune et al. 2000, Crawford-Sykes & Hambleton 2001) και για την αντιμετώπιση του ΜΤΠ μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (ποσοστό >70%), που συμφωνεί με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, όπου η κύρια ανησυχία των ασθενών ήταν να πάρουν πληροφορίες για το πώς θα διαχειριστούν τον ΜΤΠ στο σπίτι (Jacobs 2000, Kastanias et al. 2009, Pieper et al. 2006). Επιβεβαιώνεται

επίσης το παράπονο των ασθενών σχετικά με τις περιορισμένες πληροφορίες που παίρνουν κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Breemhaar et al.1996). Πιθανόν αυτό να οφείλεται στο αίσθημα ότι εκτός του χώρου του νοσοκομείου θα είναι περισσότερο αβοήθητοι και ευάλωτοι, και θέλουν από πριν να πάρουν τις πληροφορίες που θεωρούν απαραίτητες για την φροντίδα του ΜΤΠ στο σπίτι. Επιπρόσθετα το γεγονός αυτό, δείχνει έμμεσα την εμπιστοσύνη που τρέφουν στο προσωπικό που τους φροντίζει (ιατρικό και νοσηλευτικό), και την ασφάλεια που νιώθουν μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά των ασθενών μας που ήθελαν πληροφορίες για περισσότερο εξειδικευμένα θέματα όπως, το είδος και οι πιθανές παρενέργειες των αναλγητικών, ο τρόπος χορήγησης των φαρμάκων, άλλοι εναλλακτικοί τρόποι αναλγησίας ή η πιθανότητα εθισμού στα φάρμακα, σε αντίθεση με τη μελέτη του Waterman και συν. όπου οι ασθενείς εξέφραζαν την επιθυμία τους για λεπτομέρειες σχετικές με τις παρενέργειες των αναλγητικών (Waterman et al. 1999).

Ο τρόπος ενημέρωσης που προτιμούν οι ασθενείς είναι η προσωπική προφορική συνέντευξη είτε μόνη της (59,4%) είτε σε συνδυασμό με την γραπτή ενημέρωση (27,8%), παρόμοια με την μελέτη των Lithner και Zilling, όπου 30% των ασθενών ήθελε συνδυασμένη γραπτή και προφορική ενημέρωση (Lithner & Zilling 2000). Ένα φυλλάδιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν συμπλήρωμα στην ενημέρωση των ασθενών που θα συνοδεύει όμως την προφορική ενημέρωση (Caress 2003, Walker 2002). Αν η γραπτή ενημέρωση προηγηθεί της επέμβασης ο ασθενής έχει την ευκαιρία να πάρει απαντήσεις σε επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις που θα κάνει (Garden et al. 1996). Στη χώρα μας πρόσφατα άρχισε η διανομή φυλλαδίου για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την αναισθησία, που περιέχει και κάποια θέματα σχετικά με τον ΜΤΠ. Θα ήταν χρήσιμο αν στα φυλλάδια αυτά θα μπορούσαν να προστεθούν θέματα που οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν σημαντικά για τον ΜΤΠ.

Η ηλικία δεν βρέθηκε να επηρεάζει το είδος και την ποσότητα των επιμέρους πληροφοριών που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ, σε αντίθεση με τη μελέτη του Sjostedt και συν., που δείχνει ότι οι νεώτεροι ασθενείς έχουν περισσότερα ερωτήματα και αναζητούν σχετικές πληροφορίες μέσω του Διαδικτύου (Sjostedt et al.2011).

Η προηγούμενη χειρουργική επέμβαση δεν επηρέασε τις επιμέρους πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς μας, αν και θα περιμέναμε ότι οι ασθενείς που ήδη έχουν την εμπειρία μιας προηγούμενης επέμβασης θα ήθελαν διαφορετικές πληροφορίες από αυτούς που προσέρχονται για πρώτη φορά στο χειρουργείο. Η έλλειψη σχετικής βιβλιογραφίας μας οδηγεί στις εξής πιθανές εξηγήσεις: ότι οι ασθενείς ανεξάρτητα από προηγούμενη εμπειρία χειρουργείου, έχουν τον ίδιο βαθμό ανησυχίας για τον ΜΤΠ, ή ότι οι πληροφορίες που πήραν στην προηγούμενη επέμβαση ήταν ανεπαρκείς, κάτι που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας για να το βελτιώσουμε ή ότι οι ασθενείς έχουν δυσκολία στο να ανακαλέσουν πληροφορίες που έλαβαν στο παρελθόν.

Μικρές διαφορές βρέθηκαν στους περισσότερο μορφωμένους ασθενείς, που ενδιαφέρονται για τα πιο ειδικά θέματα και στις γυναίκες που θέλουν να ξέρουν πόσο θα διαρκέσει ο πόνος και από ποιον θα ζητήσουν παυσίπονα, ενώ οι άντρες δείχνουν ενδιαφέρον για άλλες πιο εξειδικευμένες πληροφορίες σε σχέση με τις γυναίκες.

Ενώ σε προηγούμενη μελέτη βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών και της επιθυμίας τους για πληροφορίες (Pokharel et al. 2011), στη μελέτη μας ο βαθμός του προεγχειρητικού άγχους δεν βρέθηκε να επιδρά στην επιθυμία των ασθενών για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τον ΜΤΠ. Η μόνη διαφορά ήταν ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο προεγχειρητικό άγχος ($HADS > 10$) σε σχέση με τους λιγότερο αγχωμένους ($HADS \leq 10$) ήθελαν να γνωρίζουν πόση ώρα θα διαρκέσει ο πόνος.

Περιορισμοί της μελέτης

Οι ασθενείς δεν είχαν την δυνατότητα να εκφράσουν τη γνώμη τους για άλλες πληροφορίες σχετικά με τον ΜΤΠ που αυτοί θεωρούν σημαντικές, μια και δεν υπήρχε κάποια ανοιχτή ερώτηση για επιπλέον προτάσεις, υποδείξεις ή άλλες πιθανές πληροφορίες που θα ήθελαν οι ασθενείς και β) το δείγμα των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί περιορισμένο καθώς οι περισσότεροι ασθενείς μας ήταν μεσήλικες, βασικής εκπαίδευσης από αγροτικές κυρίως περιοχές.

Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μια συγκριτική μελέτη με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου προ- και μετεγχειρητικά στο ίδιο δείγμα ασθενών για να μελετηθεί αν υπάρχουν διαφορές στις πληροφορίες που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ και επίσης να επιβεβαιωθεί αν όντως θα είναι πιο ήρεμοι αφού πάρουν τις πληροφορίες που θέλουν σχετικά με τον ΜΤΠ. Ακόμα μια μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα από διάφορες χώρες ή ασθενείς από διαφορετική κοινωνικό-οικονομική κατάσταση θα μπορούσε να δώσει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των πληροφοριών που θέλουν οι ασθενείς για τον ΜΤΠ.

6.0 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ◆ Οι πληροφορίες που έχουν οι ασθενείς για την φύση και τις δυνατότητες της διαχείρισης του ΜΤΠ είναι ελάχιστες, προκαλώντας ανησυχία και άγχος στους ασθενείς.
- ◆ Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι θέμα που απασχολεί την πλειοψηφία των ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν, και οδηγεί στην έντονη επιθυμία των ασθενών για σχετική ενημέρωση.
- ◆ Κυρίως τους ενδιαφέρουν βασικά και απλά θέματα, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση του ΜΤΠ όταν θα είναι στο περιβάλλον του σπιτιού τους, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
- ◆ Ο τρόπος ενημέρωσης που προτιμούν είναι η προφορική ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας και συμπληρωματικά η ανάγνωση ενός γραπτού φυλλαδίου – εντύπου με στοιχεία για το θέμα του ΜΤΠ.
- ◆ Σημαντικό βοήθημα προς αυτή την κατεύθυνση θα είναι η διανομή γραπτών πληροφοριών και στη συνέχεια η προσωπική συνομιλία με τους ασθενείς για περισσότερες διευκρινίσεις.
- ◆ Οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με τον ΜΤΠ και τις επιλογές θεραπείας του, ώστε να έχουν έναν πιο ενεργητικό ρόλο στις αποφάσεις που τους αφορούν.
- ◆ Απαραίτητη είναι και η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του ΜΤΠ για τους τρόπους και τις εξελίξεις στην αντιμετώπιση του.
- ◆ Η ενημέρωση των ασθενών σε σταθερή βάση πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας, θα τους βοηθήσει στην κατανόηση της έννοιας του ΜΤΠ και της διαχείρισης του. Θα βοηθήσει στην εδραίωση μιας εποικοδομητικής επικοινωνίας και αυξημένης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, ώστε οι τελευταίοι να αισθάνονται περισσότερο ήρεμοι πριν τη χειρουργική επέμβαση.

7.0 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν, θέλουν πληροφορίες για την χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία. Θέλουν όμως πληροφορίες και για τον μετεγχειρητικό πόνο. Η μελέτη μας αποσκοπεί στην καταγραφή του είδους των πληροφοριών που θέλουν οι ασθενείς προεγχειρητικά για τον ΜΤΠ και αν αυτές επηρεάζονται από παράγοντες όπως την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, την προηγούμενη εμπειρία χειρουργικής επέμβασης ή το επίπεδο του προεγχειρητικού άγχους.

Μέθοδος: Μετά από έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του νοσοκομείου, διανεμήθηκαν προεγχειρητικά, σε συνεχόμενους ασθενείς προγραμματισμένους για χειρουργική επέμβαση, ερωτηματολόγια με προσχεδιασμένες ερωτήσεις που αφορούσαν τον ΜΤΠ και τη διαχείριση του. Η διανομή, η συμπλήρωση και η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε την προηγούμενη μέρα της επέμβασης πριν την προεγχειρητική αναισθησιολογική επίσκεψη. Εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών υπήρχαν ερωτήσεις για τον ΜΤΠ με δύο δυνατές απαντήσεις: «Ναι, θέλω να ξέρω» και "Όχι, δεν θέλω να ξέρω»

Αποτελέσματα: 212 (94,2%) ασθενείς, από το σύνολο 225 που συμμετείχαν στη μελέτη, θέλουν πληροφορίες σχετικά με τον ΜΤΠ. Κυρίως θέλουν πληροφορίες για τη διαχείριση του ΜΤΠ μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, όπως το τι πρέπει να κάνουν αν ο πόνος επιμένει στο σπίτι (79,7%), τι φάρμακα θα πρέπει να λάβουν (77,4%) και με ποιον θα μιλήσουν αν ο πόνος δεν υποχωρεί στο σπίτι (75,5%). Το 75,9% των ασθενών θέλει να γνωρίζει τη διάρκεια του μετεγχειρητικού πόνου. Ακολουθούν στη σειρά προτίμησης πληροφορίες σχετικά με τα αναλγητικά φάρμακα που θα πάρουν, όπως, πόσο συχνά μπορούν να ζητούν αναλγητικά (68,4%) και από ποιον (73,1%), αν αυτά θα έχουν παρενέργειες (63,7%) και πόσο θα διαρκέσουν (65,6%), τι είδους φάρμακα θα πάρουν (63,2%) ή άλλες εναλλακτικές μεθόδους αναλγησίας (63,2%). Τέλος, ενδιαφέρονται λιγότερο για την οδό χορήγησης των φαρμάκων (56,6%) και την πιθανότητα εθισμού σε αυτά (42%). Οι ασθενείς θέλουν να ενημερώνονται κυρίως με προσωπική συνέντευξη (59,4%) ή με μια συνέντευξη σε συνδυασμό με γραπτές

πληροφορίες (27,8%). Το 77,8% των ασθενών πιστεύουν ότι θα νιώσουν πιο ήρεμοι, αν πάρουν τις πληροφορίες που χρειάζονται για τον ΜΤΠ. Το φύλο είναι ο δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο τις επιμέρους ερωτήσεις - κυρίως τη σειρά προτίμησης- με μικρότερη την επίδραση των άλλων παραγόντων που μελετήθηκαν.

Συμπέρασμα: Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών θέλει να ενημερωθεί για τον ΜΤΠ και κυρίως για τη διαχείριση του μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Προτιμούν την προφορική κυρίως ενημέρωση, πριν τη χειρουργική επέμβαση, πιστεύοντας ότι έτσι θα είναι πιο ήρεμοι.

8.0 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (SUMMARY)

Title: “Patients needs for information prior to surgery about postoperative pain. Effect of age, gender, education level, previous surgery and preoperative anxiety”

Mavridou Paraskevi

Aim: Almost all patients need detailed preoperative preparatory information about the postoperative pain and its management. The aim of this study is the recording of the kind of information patients need preoperatively about the postoperative pain and if they are affected by the patients’ age, gender, educational level, previous surgical experience or preoperative stress.

Method: After getting the approval from our hospital’s Ethics and Deontology Committee, questionnaires with fixed questions were distributed preoperatively to consenting, consecutive surgical patients. The questionnaires included patients’ demographics and questions related about postoperative pain and its management. There were two possible answers: “Yes, I want to know” and “No, I don’t want to know”.

Results: 212 (94,2%) patients out of the total 225 that participated in the study, wanted information about the POP. The patients’ main concern relates to pain management issues after being discharged, such as what they should do if the pain persists (79,7%), what medication they should take (77,4%) and who they should talk to if the pain does not decrease when at home (75,5%). 75,9% of the patients want to know the duration of the pain. Next in order of preference comes the information regarding the analgesics that they need to take, such as how often they can ask for analgesics (68,4%) and who to ask for (73,1%), if there will be side effects (63,7) and how long these will last (65,6%), what medication they should take (63,2%) and alternative methods of analgesia (63,2%). Lastly, they are less concerned about the route of drug administration (56,6%) and the possibility of addiction (42%). The patients want to be informed primarily with a personal interview (59,4%) or with an interview combined with written information (27,8%). 77,8% of the patients believe that they will feel calmer if they get the information they need about

the POP. The gender is the demographic factor that mostly affects the order of preference in relation to the other demographic factors.

Conclusion: The majority of the patients want to be informed about the POP and mainly about its management after being discharged from hospital. They would prefer to be orally informed before the surgery, believing that this will make them calmer.

9.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ασκητοπούλου Ε (2011): Οξύς μετεγχειρητικός Πόνος. Στο :Εγχειρίδιο Βασικών Γνώσεων στην Αναισθησιολογία, 3η Έκδοση, Ηράκλειο, Εκδόσεις Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Κρήτης, Κεφάλαιο 14, σελ.407-448
- Βασιλάκος Δ. (2008). Ο βελονισμός και ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός. Στο: Ο Πόνος και η Αντιμετώπιση του, 1^η έκδοση, εκδόσεις Εφύρα, Κεφάλαιο 38, σελ. 763-782
- Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) (2006): Βασικές ρυθμίσεις. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής. Εκδόσεις Σάκκουλα
- ASA (American Society of Anesthesiologists) Task Force on Acute Pain Management (2012). Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 116(2): 248–73
- Albaladejo P, Mann C, Moine P, Panzani M, Ribeyrolles D, Lethellier P, Bernard I, Duranteau J, Benhamou D.(2000) Impact of an information booklet on patient satisfaction in anesthesia. *Ann Fr Anesth Reanim.*19(4), p.242-8
- Allred KD, Byers JF, Sole ML. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Manag Nurs.* 11(1), p.15-25,
- 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), p.534-40.
- Asehnoune K, Albaladejo P, Smail N, Heriche C, Sitbon P, Gueneron JP, Chailloleau C, Benhamou D. (2000) Information and anesthesia: what does the patient desire? *Ann Fr Anesth Reanim.* 19(8), p. 577-81

ANZCA & FPM (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine) (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. 3rd ed.. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM (eds). Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. (Διαθέσιμο στο: <http://www.fpm.anzca.edu.au/resources/books-and-publications>. [Τελευταία πρόσβαση Ιούνιος 2015])

Aubrun F, Bunge D, Langeron O, Saillant G, Coriat P, Riou B (2003) Postoperative morphine consumption in the elderly patient. *Anesthesiology*. 99(1), p. 160-5

Babitu UQ, Cyna AM.(2010) Patients' understanding of technical terms used during the pre-anaesthetic consultation. *Anaesth Intensive Care* 38(2), p.349-53

Bachiocco V, Morselli-Labate AM, Rusticali AG, Bragaglia R, Mastroilli M, Carli G (1990) Intensity, latency and duration of post-thoracotomy pain: relationship to personality traits. *Funct Neurol* 5(4), p. 321-32

Bandyopadhyay M, Markovic M, Manderson L.(2007) Women's perspectives of pain following day surgery in Australia. *Aust J Adv Nurs*. 24(4), p.19-23.

Barnes S. (2001) Pain management: what do patients need to know and when do they need to know it? *J Perianesth Nurs*. 16(2), p.107-8.

Barneschi MG, Miccinesi G, Paci E, Novelli GP.(1998) The desire for information and informed consent in general anesthesia. *Minerva Anesthesiol*. 64(1-2), p.5-11

Binhas M, Roudot-Thoraval F, Thominet D, Maison P, Marty J.(2008) Impact of written information describing postoperative pain management on patient agreement with proposed treatment. *Eur J Anaesthesiol* 25(11), p.884-90.

Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H (2001) Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy. *Pain* 90(3), p. 261-9

Bjoridal JM, Johnson MI, Ljunggreen AE (.2003) Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) can reduce postoperative analgesic consumption. A meta-analysis with assessment of optimal treatment parameters for postoperative pain. *Eur J Pain.* 7(2), p.181-8.

Bondy LR, Sims N, Schroeder DR, Offord KP, Narr BJ.(1999) The effect of anesthetic patient education on preoperative patient anxiety. *Reg Anesth Pain Med.* 24(2), p.158-64

Bonica J. (2001). The Management of Pain. 3d ed. WA Wilkins, ed. Philadelphia: Lippincott; 2001:1805-31, 42-47)

Bowers KS (1968) Pain, anxiety and perceived control. *J Consult Clin Psychol* 32(5), p.596–602

Bozimowski G (2012) Patient perceptions of pain management therapy: a comparison of real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions. *Pain Manag Nurs.* 13(4), p.186-93.

Bradshaw C, Pritchett C, Bryce C, Coleman S, Nattress H.(1999). Information needs of general day surgery patients. *Ambulatory Surgery* Jan; 7(1):39-44

Breemhaar B, van den Borne HW, Mullen PD. (1996) Inadequacies of surgical patient education. *Patient Educ Couns.* 28(1), p.31-44.

Breivik H. (1998) Postoperative pain management: why is it difficult to show that it improves outcome? *Eur J Anaesthesiol* 15(6), p.748-51

Broscious S. (1999). Music: An intervention for pain during chest tube removal after open heart surgery. *Am J Crit Care* (8):410-15

Bruehl S, Carson CR, McCubbin JA. (1993). Two brief interventions for acute pain. *Pain* (54), p.29-36

Brydon CW, Asbury AJ. (1996) Attitudes to pain and pain relief in adult surgical patients. *Anaesthesia*. 51(3), p.:279-81.

Bugge K., Bertelsen F., Bendtsen A.(1998) Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 42(1), p.91-6

Burns JW, Hodsman NB, McLintock TT, Gillies GW, Kenny GN, McArdle CS (1989) The influence of patient characteristics on the requirements for postoperative analgesia. A reassessment using patient-controlled analgesia. *Anaesthesia*. 44(1), p. 2-6

Canellopoulou-Bottis M. (2006) Recent developments in health law in Greece. *Eur J Health Law*. 13(2), p.107-13

Caress AL. (2003) Giving information to patients. *Nurs Stand*. 17(43), p.47-54

Carr DB, Goudas LC. (1999) Acute pain. *Lancet* 353(9169), p.:2051-8.

Carvalho B, Angst MS, Fuller AJ, Lin E, Mathusamy AD, Riley ET (2006) Experimental heat pain for detecting pregnancy-induced analgesia in humans. *Anesth Analg* 103(5), p. 1283-7

Cashman JN, Dolin SJ. (2004) Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anaesth*. 93(2), p. 212-23.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, Bandeira D, Ferreira MB (2002) Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 46(10), p. 1265-71

Cepeda MS, Carr DB (2003) Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *Anesth Analg.* 97(5), p. 1464-8

Chan EY, Blyth FM, Nairn L, Fransen M. (2013). Acute postoperative pain following hospital discharge after total knee arthroplasty. *Osteoarthritis Cartilage.* 21(9), p.1257-63

Chang KY, Tsou MY, Chan KH, Sung CS, Chang WK (2006) Factors affecting patient-controlled analgesia requirements. *J Formos Med Assoc.* 105(11), p. 918-25

Cheung A, Finegan BA, Torok-Both C, Donnelly-Warner N, Lujic J.(2007) A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. *Can J Anaesth.* 54(5), p.355-60

Chia YY, Chow LH, Hung CC, Liu K, Ger LP, Wang PN (2002) Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient controlled iv analgesia: A prospective survey of 2,298 Chinese patients. *Can J Anaesth.* 49(3), p. 249-55

Chung F, Ritchie E, Su J (1997) Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 85(4), p. 808-16

Chung JW, Lui JC (2003) Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sci* 5(1), p.13-21

Cogan J, Ouimette MF, Vargas-Schaffer G, Yegin Z, Deschamps A, Denault A. (2014) Patient Attitudes and Beliefs Regarding Pain Medication after Cardiac Surgery: Barriers to Adequate Pain Management. *Pain Manag Nurs.* 15(3), p.574-9

Cooper J (1999) Teaching patients in postoperative eye care: the demands of day surgery. *Nurs Stand* 13(32), p.42–6

Corcoran TB, Haigh F, Seabrook A, Schug SA. (2010) A survey of patients' use of the internet for chronic pain-related information. *Pain Med.* 11(4), p. 512-7

Coulbault L, Beauissier M, Verstuyft C, Weickmans H, Dubert L, Tregouet D, Descot C, Parc Y, Lienhart A, Jaillon P, Becquemont L (2006) Environmental and genetic factors associated with morphine response in the postoperative period. *Clin Pharmacol Ther.* 79(4), p. 316-24

Crawford-Sykes AM, Hambleton IR (2001) Patients' desire for peri-operative information: Jamaican attitudes. *West Indian Med J.* 50(2), p.159-63

Dahmani S, Dupont H, Mantz J, Desmonts JM, Keita H (2001) Predictive factors of early morphine requirements in the post-anaesthesia care unit (PACU). *Br J Anaesth.* 7(3), p. 385–9

de Boer MJ, Versteegen GJ, van Wijhe M. (2007) Patients' use of the Internet for pain-related medical information. *Patient Educ Couns.* 68(1), p.86-97.

De Cosmo G, Congedo E, Lai C, Primieri P, Dottarelli A, Aceto P (2008) Preoperative psychologic and demographic predictors of pain perception and tramadol consumption using intravenous patient-controlled analgesia. *Clin J Pain.* 24(5), p. 399-405

de Rond ME , de Wit R , van Dam FS , Muller MJ (2000) A pain monitoring program for nurses: effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. *J Pain Symptom Manage.* 20(6) p. 424- 39

DiMateo MR. Martin LR: (2011) Πόνος. Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Αθήνα, Πεδίο, Κεφάλαιο 8, σελ.476-481

Dolin SJ, Cashman JN. (2005) Tolerability of acute postoperative pain management: nausea, vomiting, sedation, pruritus, and urinary retention. Evidence from published data. *Br J Anaesth.* 95(5), p. 584-91

Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth.* Sep;89(3):409-23

Done ML, Lee A. (1998) The use of a video to convey preanesthetic information to patients undergoing ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 87(3), p.531-6

Doyle CE. (1999) Preoperative strategies for managing postoperative pain at home after day surgery. *J Perianesth Nurs.* 14(6), p.373-9.

Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. (1964) Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 16;270, p.825-7.

Elsass P, Eikard J, Junge J, Lykke J, Staun P, Feldt-Rasmussen M. (1987). Psychological effect of detailed preanesthetic information. *Acta Anaesthesiol Scand.* Oct;31(7):579-83

Faymonville M, Mambourg P, Joris J, Vrijens B. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. *Pain.* 73(3), p.361-7

Flaherty, SA. (1996) Pain measurement tools for clinical practice and research. *AANA J.* 64(2). p. 133-40.

Freyne A, Falcoz PE. (2010). Is transcutaneous electrical nerve stimulation effective in relieving postoperative pain after thoracotomy? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 10(2), p.283-8.

Gagliese L, Gauthier LR, Macpherson AK, Jovellanos M, Chan VW (2008) Correlates of postoperative pain and intravenous patient-controlled analgesia use in younger and older surgical patients. *Pain Med.* 9(3), p. 299-314

Gan TJ, Lubarsky DA, Flood EM, Thanh T, Mauskopf J, Mayne T, Chen C.(2004) Patient preferences for acute pain treatment. *Br J Anaesth.* 92(5), p.681-8.

Garden AL, Merry AF, Holland RL, Petrie KJ (1996) Anaesthesia information – what patients want to know. *Anaesth Intensive Care* 24(5), p. 594–6

Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L et al (2003) Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. *Clin Orthop Relat Res* 414, p.112–20

Good M, Stanton-Hicks, Grass JA, Choi C. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain* 81(1-2), p.163-72.

Granot M, Lowenstein L, Yarnitsky D, Tamir A, Zimmer EZ (2003) Postcesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment. *Anesthesiology* 98(6), p. 1422-6

Granot M, Ferber SG (2005) The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: A prospective study. *Clin J Pain.* 21(5), p.439-45

Hawkins R, Price K. (1993). The effects of an education video on patients' requests for postoperative pain relief. *Aust J Adv Nurs.* 10(4), p.32-40

Helmerhorst GT, Lindenhovius AL, Vrahas M, Ring D, Kloen P. (2012) Satisfaction with pain relief after operative treatment of an ankle fracture. *Injury.* 43(11), p.1958-61.

Heye ML, Foster L, Bartlett MK, Adkins S. (2002) A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. *Appl Nurs Res.* 15(3), p.174-83.

Hughes LC, Hodgson NA, Muller P, Robinson LA, McCorkle R. (2000). Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *J Nurs Scholarsh.* ;32(1):25-30.

Idvall E, Bergqvist A, Silverhjelm J, Unosson M. (2008) Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nurs Health Sci* 10(2), p.131-6.

Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F (2009) Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 111(3), p. 657-77

Jacobs V (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Appl Nurs Res.* 13(1), p.12-8.

Johnson A, Sandford J, Tyndall J. (2004) Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home [Cochrane Review]. In: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons. Ltd

Jurf JB, Nirschl AL.(1993). Acute postoperative pain management: a comprehensive review and update. *Crit Care Nurs Q* 16(1), p.8-25

Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonsel GJ, Grobbee DE, Moons KG (2003) Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain* 105 (3), p. 415–23

Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res.* Dec;49(6):417-22

Kainzwaldner V, Rachinger-Adam B, Mioc-Curic T, Wöhrle T, Hinske LC, Luchting B, Ewert T, Azad SC (2013) Quality of postoperative pain therapy: evaluation of an established anesthesiology acute pain service *Anaesthesist*. 62(6), p.453-9. Epub 2013 May 15

Kastanias P, Denny K, Robinson S, Sabo K, Snaith K.(2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Manag Nurs*. Mar;10(1):22-31.

Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ (2006) Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet*. 367(9522), p.1618-25

Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K, Sevdalis N, Ashrafian H, Platt M, Darzi A, Athanasiou T. (2011). Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *Am J Surg*. 201(1), p.122-31

Kratz, A. (1993) Preoperative education: preparing patients for a positive experience. *Journal of Post Anaesthesia Nursing* 8(4), p.270-275

Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC.(1990) Perceptions of pain relief after surgery. *BMJ*. 300(6741), p.1687-90.

Kurup V, Dabu-Bondoc S, Senior A, Dai F, Hersey D, Vadivelu N.. (2014) Concern for pain in the pre-operative period- is the internet being used for information by patients? *Pain Pract*. 14(2), E69-75.

Larue F, Fontaine A, Brasseur L. (1999) Evolution of the French public's knowledge and attitudes regarding postoperative pain, cancer pain, and their treatments: two national surveys over a six-year period. *Anesth Analg*. 89(3), p.659-64.

Lau H, Patil NG (2004) Acute pain after endoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernioplasty: Multivariate analysis of predictive factors. *Surg Endosc.* 18(1), p. 92-6. Epub 2003 Nov 21

Lee BN, Lee GE. (2006). Effects of pain control education on pain control barrier, postoperative pain and pain control satisfaction in gynecological patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 36(6), p, 968-75

Lew MW, Kravits K, Garberoglio C, Williams AC.(2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *Int J Clin Exp Hypn.* 59(4), p.406-23.

Ley P. (1979) Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 18(2), p.245-55

Linden, I. Engberg, I.B. (1996) Patients' opinions of information given and post-operative problems experienced in conjunction with ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery* 4(2), p.85-91

Linn BS, Linn MW, Klimas NG (1988) Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom Med* 50(3), p.230-44

Lithner M, Zilling T. (2000) Pre- and postoperative information needs. *Patient Educ Couns.* 40(1), p.29-37.

Louw A, Diener I, Butler DS, Puenteadura EJ. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiother Theory Pract* 29(3), p.175-94

Macintyre PE, Jarvis DA (1996) Age is the best predictor of postoperative morphine requirements. *Pain.* 64(2), p. 357-64

McCleane GJ, Cooper R.(1990) The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia.* Feb;45(2):153-5

Madden C, Singer G, Peck C, Nayman J. (1978). The effect of EMG biofeedback on postoperative pain following abdominal surgery. *Anaesth Intensive Care* 6(4), p.333-6).

Mamie C, Bernstein M, Morabia A, Klopfenstein CE, Sloutskis D, Forster A (2004) Are there reliable predictors of postoperative pain? *Acta Anaesthesiol Scand.* 48(2), p. 234-42

Mathiesen O, Wetterslev J, Kontinen VK, Pommergaard HC, Nikolajsen L, Rosenberg J, Hansen MS, Hamunen K, Kjer JJ, Dahl JB, Scandinavian Postoperative Pain Alliance (ScaPAlli) (2014) Adverse effects of perioperative paracetamol, NSAIDs, glucocorticoids, gabapentinoids and their combinations: a topical review. *Acta Anaesthesiol Scand.* 58(10), p.1182-98.

Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G.. (2013) Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 27(1), p.104-8

Meissner W. (2009). The role of acupuncture and transcutaneous-electrical nerve stimulation for postoperative pain control. *Curr Opin Anaesthesiol.* 22(5), p.623-6

Miaskowski C, Nichols R, Brody R, Synold T. (1994) Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer-related pain. *J Pain Symptom Manage.* 9(1), p.5-11.

Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, Fineti K, Patapis P, Protopapas K, Lykouras L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry.* Mar 6;7:4.

Mordiffi SZ, Tan SP, Wong MK (2003) Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN J* 77(3), p. 546–62

- Morgan GE, Mikhail MS (2000) Αντιμετώπιση του πόνου. Στο: Κλινική Αναισθησιολογία, 2^η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Κεφάλαιο 18, σελ. 390-455
- Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 82(3), p. 445-51
- Ng B, Dimsdale JE, Shragg GP, Deutsch R (1996) Ethnic differences in analgesic consumption for postoperative pain. *Psychosom Med.* 58(2), p. 125-9
- Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT.(2007) Patient satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors. *Pain Manag Nurs.* 8(3), p.122-9.
- Nilsson U, Rawal N, Unosson M. (2003). A comparison of intra-operative or postoperative exposure to music-- a controlled trial of the effects on postoperative pain. *Anaesthesia.* 58(7), p. 699-703)
- Nimmaanrat S, Liabsuetrakul T, Uakritdathikarn T, Wasinwong W. (2007) Attitudes, beliefs, and expectations of gynecological patients toward postoperative pain and its management. *J Med Assoc Thai.* 90(11). p.2344-51.
- Oderda G. (2012) Challenges in the management of acute postsurgical pain. *Pharmacotherapy.* 32(9 Suppl):6S-11S
- Oderda GM, Gan TJ, Johnson BH, Robinson SB. (2013) Effect of opioid-related adverse events on outcomes in selected surgical patients. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 27(1), p.62-70
- Oshodi TO (1) (2007) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *Br J Nurs.* 2007 16(12), p.706-10.

Oshodi TO (2) (2007) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 2. *Br J Nurs*. 16(13), p.790-7

Owen H, McMillan V, Rogowski D. (1990) Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*. 41(3), p.303-7.

Özer N, Karaman Özlü Z, Arslan S, Günes N. (2013). Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. *Pain Manag Nurs*. 14(1), p.20-8.

Paci E, Barneschi MG, Miccinesi G, Falchi S, Metrangolo L, Novelli GP. (1999) Informed consent and patient participation in the medical encounter: a list of questions for an informed choice about the type of anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol*. 16(3), p.160-5

Papaioannou M, Skapinakis P, Damigos D, Mavreas V, Broumas G, Palgimesi A. (2009) The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Med*. 10(8), p.1452-9

Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA, Buckley FP. (2004). A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *J Clin Anesth*. May;16(3):200-6.

Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Bednarski D, Garretson B. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. May-Jun;33(3):281-9.

Pogatzki-Zahn E, Chandrasena C, Schug SA. (2014) Nonopioid analgesics for postoperative pain management. *Curr Opin Anaesthesiol* 27(5), p.513-9

Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A.(2011). Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *J Clin Anesth*. ;23(5):372-8

PROSPECT - Procedure Specific Postoperative Pain Management. Διαθέσιμο στο: www.postoppain.org. [Τελευταία πρόσβαση Ιούνιος 2015].

Reza N, Ali SM, Saeed K, Abul-Qasim A, Reza TH. (2007). The impact of music on postoperative pain and anxiety following cesarean section. *Middle East J Anesthesiol*. Oct;19(3):573-86)

Riley JL 3rd, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB.(1998) Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a metaanalysis. *Pain*. 74(2-3), p. 181-7.

Rudin A, Wolner-Hanssen P, Hellbom M, Werner MU (2008) Prediction of postoperative pain after a laparoscopic tubal ligation procedure. *Acta Anaesthesiol Scand* 52(7), p. 938-45

Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, Kain ZN. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg*. 102(5), p.1394-6

Salmon, P, Manyande A. (1996) Good patients cope with their pain: postoperative analgesia and nurses' perceptions of their patients' pain. *Pain* 68(1), p.63-8.

Scott NB, Hodson M.(1997) Public perceptions of postoperative pain and its relief. *Anaesthesia*. 52(5), p.438-42.

Schug SA, Manopas A. (2007) Update on the role of non-opioids for postoperative pain treatment. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 21(1), p.15-30.

Seers K, Carroll D. (1998) Relaxation techniques for acute pain management; a systematic review. *J Adv Nurs*. 27(3), p.466-75.

Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. (2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns.* 51(2), p.169-76.

Sjöstedt L, Hellström R, Stomberg MW. (2011) Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterol Nurs.* 34(5), p.390-7.

Snyder-Ramos SA, Seintsch H, Böttiger BW, Motsch J, Martin E, Bauer M. (2005) Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: a comparison of face-to-face interview, brochure, and video. *Anesth Analg.* 100(6), p.1753-8.

Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L.(2011) Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth.* 106(5), p.680-6.

Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, Gramke HF, Marcus MA. (2008) The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol.* 25(4), p.267-74.

Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R (1970): The state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1970

Stromberg, M. W., Wickström, K., Joelsson, H., SjöStröm, B., & Haljamäe, H. (2003). Postoperative pain management on surgical wards--do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? *Pain Manag Nurs.* 4(1), p.11-22.

Strulov L, Zimmer EZ, Granot M, Tamir A, Jakobi P, Lowenstein L (2007) Pain catastrophizing, response to experimental heat stimuli, and post-cesarean section pain. *J Pain* 8(3), p.273-9

Sun Y, Gan TJ, Dubose JW, Habib AS. (2008). Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Br J Anaesth.* 101(2), p.151-60

Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H.(2001) Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain*. 5(2), p.125-33.

Taenzer P, Melzack R, Jeans ME (1986) Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain* 24(3), p. 331-42

Tasmuth T, Estlander AM, Kalso E (1996) Effect of present pain and mood on the memory of past postoperative pain in women treated surgically for breast cancer. *Pain* 68(2-3), p. 343-7

Taylor AG, Galper DI, Taylor P, Rice LW, Andersen W, Irvin W, Wang XQ, Harrell FE Jr. (2003). Effects of adjunctive Swedish massage and vibration therapy on short-term postoperative outcomes: a randomized, controlled trial. *J Altern Complement Med*. 9(1), p.77-89

Vickers A, Bali S, Baxter A, Bruce G, England J, Heafield R, Langford R, Makin R, Power I, Trim J. (2009) Consensus statement on the anticipation and prevention of acute postoperative pain: multidisciplinary RADAR approach. *Curr Med Res Opin*. Oct;25(10):2557-69

Walker JA. (2002) Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *Br J Nurs* 11(8), p.567-75

Wallace, L. M. (1985). Surgical patients' expectations of pain and discomfort: does accuracy of expectations minimize post-surgical pain and distress? *Pain*, 22(4), p.363-73

Ward SE, Gordon DB. (1996) Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage*. 11(4), p.242-51.

Waterman H, Leatherbarrow B, Slater R, Waterman C. (1999) Postoperative pain, nausea and vomiting: qualitative perspectives from telephone interviews. *J Adv Nurs*. 29(3), p.690-6.

Weissman-Fogel I, Granovsky Y, Crispel Y, Ben-Nun A, Best LA, Yarnitsky D, Granot M (2009) Enhanced presurgical pain temporal summation response predicts post-thoracotomy pain intensity during the acute postoperative phase. *J Pain* 10(6), p. 628-36

Werner MU, Duun P, Kehlet H (2004) Prediction of postoperative pain by preoperative nociceptive responses to heat stimulation. *Anesthesiology* 100(1), p. 115-9

Whyte R, Grant PD (2005) Preoperative patient education in thoracic surgery. *Thorac Surg Clin* 15(2), p.195-201.

Williamson A., Hoggart B. (2005) Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 14(7), p.798-804

Wohlheiter KA, Dahlquist LM. (2013). Interactive versus passive distraction for acute pain management in young children: the role of selective attention and development. *J Pediatr Psychol*. 38(2), p.202-12

Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC (2011) Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *J Neurosci*. 31(14), p. 5540-8.

Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67(6), p. 361-70.

Zimmerman L, Nieveen J, Barnason S, Schmaderer M. (1996). The effects of music interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. *Sch Inq Nurs Pract*; 10(2):153-70).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (HADS)

ΑΓΧΟΣ (HADS-A)

Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και τσεκάρετε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Θέλουμε την αυθόρμητη απάντηση σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα.

1. Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		
Τον περισσότερο καιρό		3
Πολύ καιρό		2
Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά		1
Καθόλου		0
2. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου		
Καθόλου		0
Περιστασιακά		1
Αρκετά συχνά		2
Πολύ συχνά		3
3. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		
Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό		3
Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά		2
Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί		1
Καθόλου		0
4. Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι		
Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό		3
Σε αρκετά μεγάλο βαθμό		2
Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό		1
Καθόλου		0
5. Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		
Πάρα πολύ καιρό		3
Πολύ καιρό		2
Όχι τόσο συχνά		1
Πολύ λίγο		0
6. Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού		
Πράγματι πολύ συχνά		3
Αρκετά συχνά		2
Όχι τόσο συχνά		1
Καθόλου		0
7. Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		
Πάντα (Ακριβώς)		0
Συνήθως		1
Όχι συχνά		2
Καθόλου		3

Σύνολο:

Σκορ άγχους: 0-7= Φυσιολογικό, 8-10= Ήπιο, 11-14= Μέτριο, 15-21= Σοβαρό άγχος

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ημερομηνία:

Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

Ηλικία: ετών

Κλινική:

Μόρφωση: Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ Ανώτερη - Ανώτατη Σχολή ☐

Έχετε κάνει άλλη εγχείρηση στο παρελθόν? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Σκορ κλίμακας HADS (συμπληρώνεται από το γιατρό):

■ Θέλετε αναλυτικές πληροφορίες για τον πόνο που θα έχετε μετά το χειρουργείο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

■ Πως θέλετε να σας δώσουν αυτές τις πληροφορίες:
Γραπτά ☐ Προφορικά ☐ Και τα δύο (γραπτά και προφορικά) ☐

■ Πιστεύετε ότι θα είστε πιο ήρεμος αν πάρετε τις πληροφορίες που θέλετε;
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Ερωτήσεις

Ποιες από τις παρακάτω **πληροφορίες** θέλετε για τον πόνο μετά την εγχείρηση:

	<i>(σημειώστε ένα Χ κάτω από το Ναι ή το Όχι)</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Θέλετε να ξέρετε πόσο δυνατός θα είναι ο πόνος μετά την επέμβαση;		
2	Θέλετε να ξέρετε πόσο θα διαρκέσει ο πόνος;		
3	Θέλετε να ξέρετε από ποιον θα ζητήσετε παυσίπονα αν πονέσετε;		
4	Θέλετε να ξέρετε τι είδους παυσίπονα φάρμακα θα σας δώσουν για τον πόνο;		
5	Θέλετε να ξέρετε κάθε πότε μπορείτε να ζητάτε παυσίπονα ;		
6	Θέλετε να ξέρετε πως θα σας δίνουν τα παυσίπονα (π.χ. από τον ορό, το στόμα, υπόθετα, ενέσεις);		
7	Θέλετε να ξέρετε αν θα συνηθίσετε (εθιστείτε) στα παυσίπονα;		
8	Θέλετε να ξέρετε αν τα παυσίπονα θα έχουν παρενέργειες (π.χ. ναυτία, εμετό, φαγούρα, δυσκοιλιότητα, εξάνθημα κλπ);		
9	Θέλετε να ξέρετε πόσο θα διαρκέσουν οι παρενέργειες ;		
10	Θέλετε να ξέρετε άλλους τρόπους για να αντιμετωπιστεί ο πόνος (εκτός από τα φάρμακα);		
11	Θέλετε να ξέρετε αν ο πόνος θα καθυστερήσει την ανάρρωσή σας;		
12	Θέλετε να ξέρετε τι θα κάνετε αν συνεχίσει ο πόνος και στο σπίτι (όταν πάρετε εξιτήριο);		
13	Θέλετε να ξέρετε τι φάρμακα θα παίρνετε στο σπίτι και πως;		
14	Θέλετε να ξέρετε σε ποιον θα μιλήσετε αν δεν περνάει ο πόνος στο σπίτι ;		

