



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μέθοδοι Αξιολόγησης και Αντιμετώπισης του Μετεγχειρητικού
πόνου**

Φοιτήτρια: Τόλη Ελένη

A.M:18009

Επιβλέπουσα: Πάσχου Αθηνά, Ψυχολόγος PhD

Ιωάννινα

2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των εκπαιδευτικών υποχρεώσεων για τη λήψη του πτυχίου της Νοσηλευτικής. Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει κατανοητός ο ορισμός του πόνου και πιο συγκεκριμένα η έννοια του μετεγχειρητικού πόνου. Έννοιες οι οποίες θα βοηθήσουν στην καταγραφή των μεθόδων αξιολόγησης και αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου με τις κατάλληλες μεθόδους. Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου αφενός αποτελεί ανθρωπιστικό καθήκον αφετέρου όμως περιορίζει την συχνότητα και τη βαρύτητα των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Καταλήγοντας, στην παρούσα εργασία γίνεται φανερό πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός στην αντιμετώπιση του πόνου και στη γρήγορη ανάρρωση του ασθενή έχοντας ως κύριο στόχο την προαγωγή της υγείας του ατόμου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	7
1.1 Ορισμός του πόνου.....	7
1.2. Φυσιολογία του πόνου.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	10
2.1 Ποιοι είναι οι βασικοί διαχωρισμοί του πόνου	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°	13
3.1.ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ;	13
3.2 Δεδομένα για λιγότερο ή περισσότερες επεμβάσεις	14
Κεφάλαιο 4°	15
4. Πως αξιολογείται ο μετεγχειρητικός πόνος;.....	15
4.1 Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά.....	19
Κεφάλαιο 5°	20
5.1. Πως αντιμετωπίζεται ο μετεγχειρητικός πόνος;	20
5.2 Φάρμακα	21
5.3 Συμπληρωματικές θεραπείες.....	23
5.4 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου στους παιδιατρικούς ασθενείς.....	25
5.4 Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.....	26
5.5 Πρόληψη	28
6. Ευρήματα μελετών για τον πόνο των μετεγχειρητικών ασθενών.	29
7. Νοσηλευτικοί ρόλοι.....	30
7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη.....	31
7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική του ασθενούς	32
7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά παραμονή στην κλινική ασθενούς με πόνο.	33

7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς και φροντίδα των οικείων φροντιστών.....	34
7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς και.....	35
επικοινωνία με τους οικείους – φροντιστές	35
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	36
Βιβλιογραφία	38

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος ορίζεται σαν μια δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών. Ο μετεγχειρητικός πόνος εμφανίζεται κυρίως μετά από μια επέμβαση έχει σχέση με τον τραυματισμό των ιστών κατά την επέμβαση και θεωρείται πλέον ως μια σημαντική επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων. Η ένταση του πόνου θα πρέπει να θεωρείται ως ζωτικό σημείο και να καταγράφεται μαζί με την ανταπόκριση στην αναλγητική αγωγή και τις όποιες ανεπιθύμητες ενέργειες τόσο συχνά όσο και τα ζωτικά σημεία, πχ αρτηριακή πίεση και σφίξεις. Ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος της περιεγχειρητικής αντιμετώπισης των ασθενών. Η αντιμετώπιση του αφενός αποτελεί ανθρωπιστικό καθήκον, αφετέρου περιορίζει τη συχνότητα και τη βαρύτητα των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ακόμη αυξάνει την ταχύτητα της ανάρρωσης και μειώνει τις ημέρες νοσηλείας. Ο πόνος έχει ωστόσο περιγραφεί ως η μεγαλύτερη πρόκληση για τη σύγχρονη ιατρική και αυτό ισχύει και για το πεδίο της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι επιπτώσεις του πόνου ειδικότερα οι ψυχολογικές, φυσιολογικές και κοινωνικοοικονομικές, είναι γνωστές και εύκολα αναγνωρίσιμες από τους επαγγελματίες υγείας. Οι μέθοδοι αξιολόγησης και αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου είναι από τις σημαντικότερες διαδικασίες με σκοπό την ανάρρωση του ασθενούς. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου καθώς πρέπει να αξιολογήσει και να εκτιμήσει σωστά τις ανάγκες του κάθε ασθενούς με στόχο την αντιμετώπιση του πόνου σύμφωνα με τις κατάλληλες τεχνικές. Επομένως γίνεται φανερό ότι η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου αποτελεί υψίστης σημασίας ζήτημα για την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Η χρήση μεθόδων αξιολόγησης του πόνου που βασίζονται στην υποκειμενική αναφορά του ασθενή αποτελούν τα κατάλληλα σημεία για την επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης στηριζόμενη στις δικές του ανάγκες. Καταλήγοντας το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου με στόχο την γρήγορη ανάρρωση και την προαγωγή της υγείας των ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: μετεγχειρητικός πόνος, πόνος, μέθοδοι αξιολόγησης πόνου, αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου, νοσηλευτές

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. Post-operative pain occurs mainly after surgery and is related to tissue injury during surgery and is now considered a major complication of surgery. Pain intensity should be considered as a vital sign and recorded together with analgesic response and any adverse events as frequent as vital signs, e. g. blood pressure and tightness. Post-operative pain control is now an integral part of the patient's perioperative management. On the one hand, it is a humanitarian task and on the other it reduces the frequency and gravity of post-operative complications. It also increases the speed of recovery and reduces the days of hospitalization. Pain has however been described as the greatest challenge for modern medicine and this also applies to nursing care. Post-operative pain occurs mainly after surgery and is related to tissue injury. The effects of pain, particularly psychological, physiological and socioeconomic, are known and easily identifiable by health professionals. Methods of assessing and treating post-operative pain are one of the most important procedures for the patient to recover. The role of the nurse is important in the treatment of post-operative pain as it must properly assess the needs of each patient with a view to treating pain according to appropriate techniques. It is therefore clear that the treatment of post-operative pain is of paramount importance for the promotion of patient health. The use of pain assessment methods in the patient's subjective reporting is the appropriate place to choose treatment based on their own needs. In conclusion, medical and nursing staff will make a major contribution to the treatment of post-operative pain with the aim of speeding up recovery and promoting the patient's health.

Index words: post-operative pain, pain, pain assessment methods, post-operative pain management, nurses

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

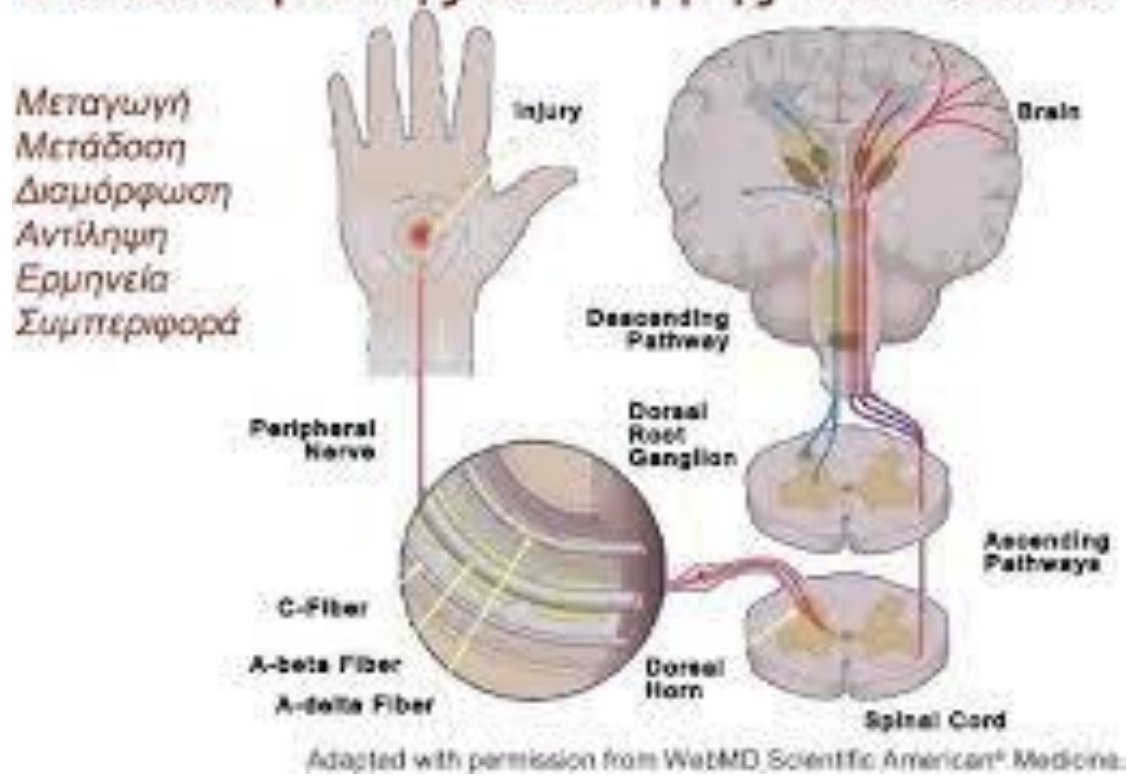
1.1 Ορισμός του πόνου

Ο πιο αποδεκτός όρος για τον ορισμό του πόνου είναι αυτός της Διεθνούς Εταιρείας για την μελέτη του πόνου (IASP) που προσδιορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που έχει σχέση με την πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών. Πιο συγκεκριμένα ως μετεγχειρητικός πόνος ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα δυσάρεστο και ισχυρό αίσθημα το οποίο σχετίζεται άμεσα με τον τραυματισμό των ιστών κατά την επέμβαση και θεωρείται πλέον ως μια σημαντική επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων (Dewit, 2013). Ο πόνος, ανάλογα με την χρονική του διάρκεια, χαρακτηρίζεται ως παροδικός, περιστασιακός και χρόνιος. Ανάλογα με την ένταση που κάθε πόνος έχει, χαρακτηρίζεται ως αμβλύς ο οποίος είναι αποτέλεσμα ώσεων που διαβιβάζονται από C ίνες, ήπιος και έντονος ή οξύς όπου ο οξύς πόνος είναι κυρίως αποτέλεσμα ώσεων που διαβιβάζονται από τις A-δ ίνες (Dewit, 2009).

1.2.Φυσιολογία του πόνου

Οι υποδοχείς του πόνου ονομάζονται αλγοϋποδοχείς και είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις αμύελων ή ελαφρά μυελινώμενων κεντρομόλων ινών. Οι αλγοϋποδοχείς αντιδρούν σε βλαβερά ή δυνητικά βλαβερά ερεθίσματα που μπορεί να είναι χημικά, θερμικά ή μηχανικά. Μετά από ιστική βλάβη και σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, οι υποδοχείς πόνου δεν προσαρμόζονται στον επαναλαμβανόμενο ερεθισμό και μπορεί να γίνουν περισσότερο ευαίσθητοι (Dostrovsky, 1991). Οι ώσεις του πόνου διαβιβάζονται στο νωτιαίο μυελό από δύο ειδών ίνες: λεπτά μυελινώμενες Α-δελτα ίνες, που άγουν ταχύτερα την ώση και αμυέλινες C-ίνες, που άγουν βραδύτερα την ώση. Οι πιο σπουδαίες ανιούσες οδοί για ώσεις πόνου βρίσκονται στο κοιλιακό ήμισυ του νωτιαίου μυελού και είναι η νωτιαιοθαλαμική οδός (ΝΘΟ) και η νωτιαιοδικτυωτική οδός (ΝΔΟ). Η νωτιαιοθαλαμική οδός είναι ένα διακριτικό σύστημα και μεταβιβάζει πληροφορίες για τη φύση και εντόπιση του ερεθίσματος στο θάλαμο και κατόπιν στο φλοιό για ερμηνεία. Ώσεις που μεταφέρονται από την νωτιαιοδικτυωτική οδός (που πηγαίνει στο εγκεφαλικό στέλεχος και μέρος του θαλάμου), ενεργοποιούν τις αυτόνομες και συναισθηματικές αντιδράσεις (Dewit, 2009). Οι παράγοντες που προκαλούν την διέγερση των αλγοϋποδοχέων είναι πολλοί και διαφορετικής φύσης και εξαρτώνται από το ερέθισμα. Εάν το ερέθισμα είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας τότε οι διάφορες σφαιρίνες, οι πρωτεϊνικές κινάσες, οι προσταγλανδίνες και άλλα παράγωγα του καταρράκτη του αραχιδονικού οξέος, όπως και οι παραγόμενες τοπικά αμίνες όπως η ισταμίνη, η σεροτονίνη (5-HT), βραδυκινίνη και άλλες, είναι αυτές που προκαλούν κυρίως τον πόνο. Πεπτίδια όπως η ουσία P και η CGRP, προκαλούν αγγειοοίδημα και ερεθίζουν τους αλγοϋποδοχείς. Η έξοδος καλίου από τα κατεστραμμένα κύτταρα, το χαμηλό όξινο pH στην περιοχή της βλάβης, η παρουσία ATP, η άνοδος του γαλακτικού οξέος από αγγειοσύσπαση, ο παράγοντας ανάπτυξης των νεύρων και πολλοί άλλοι είναι από τους παράγοντες που προκαλούν πόνο ερεθίζοντας τους αλγοϋποδοχείς (Dougherty et al., 1997).

Φυσιολογία της αντίληψης του πόνου



Εικόνα 1.Φυσιολογία της αντίληψης του πόνου. Πηγή:Google

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ποιοι είναι οι βασικοί διαχωρισμοί του πόνου

Η φύση του πόνου είναι πολυπαραγοντική και τονίστηκε από τους Melzack&Casey(1968) που περιέγραψαν τις αισθητηριακές, συναισθηματικές και διανοητικές συνιστώσες του πόνου. Ο τύπος του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς θα βοηθήσει στον προσδιορισμό των μεθόδων με τις οποίες θα αντιμετωπιστεί καλύτερα η δυσφορία του. Ανάλογα με τον τύπο του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς ,τα μη λεκτικά σημεία του πόνου, τα φυσικά σημεία του πόνου και η περιγραφή του πόνου από τους ασθενείς ποικίλλουν επομένως όλοι αυτοί οι παράμετροι οδηγούν στον διαχωρισμό του πόνου στα εξής μέρη:

Οξύς πόνος: Ο οξύς πόνος σχετίζεται συνήθως με κάκωση, νόσο ή χειρουργική επέμβαση. Είναι βραχύς και διαρκεί από λίγες ώρες έως και λίγες μέρες. Τα εγκαύματα, οι μυϊκές θλάσεις και τα κατάγματα των οστών είναι τραυματισμοί που προκαλούν οξύ πόνο. Παθολογικά αίτια όπως η πνευμονία, η στηθάγχη, ο έρπητας ζωστήρας αλλά και οι φλεγμονές και οι λοιμώξεις προκαλούν επίσης οξύ πόνο. Στον οξύ πόνο ο ασθενής είναι ταραγμένος και ανήσυχος περιγράφει τον πόνο ως πιεστικό και καυστικό και προστατεύει την πάσχουσα περιοχή με σύσπαση των μυών της περιοχής ή κρατώντας την με τα άκρα του. Το αίσθημα του πόνου είναι υποκειμενικό, δηλαδή καθαρά προσωπικό: οι McCaffery & Pasero (1999) σημειώνουν ότι το αίσθημα του πόνου στηρίζεται περισσότερο στον τρόπο και την ένταση με την οποία βιώνει τον πόνο το πάσχον άτομο, παρά σε δοσμένα αντικειμενικά κριτήρια. Ο πόνος μπορεί να συνοδεύεται από αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αύξηση της συχνότητας της αναπνοής αλλά ενδέχεται να επιδεινώνεται λόγω του άγχους και του φόβου που ο ασθενής νιώθει. Εάν ο οξύς πόνος δεν θεραπευτεί μπορεί να προκαλέσει μεγάλης διάρκειας στρες το οποίο θα οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη του νευρικού συστήματος του ασθενούς. Μια τέτοια περίπτωση μπορεί να οδηγήσει στην μετατροπή του οξέος πόνου σε χρόνια πόνο και ο ασθενής να πρέπει να καταφύγει σε άλλα μέσα ώστε να αντιμετωπίσει τον πόνο που θα αισθάνεται διαρκώς (Παπαδόπουλος, 2011).

Χρόνιος πόνος: Ο χρόνιος πόνος μπορεί να συνεχίζεται επί μήνες ή πιθανόν επί έτη. Έχει σχέση με χρόνιες καταστάσεις όπως η αρθρίτιδα και ο πόνος της ράχης. Επίσης

πολλές παθολογικές καταστάσεις σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο. Ο χρόνιος πόνος περιγράφεται ως βύθιος, συνεχής και ως καύσος. Η μακροχρόνια δράση του μπορεί να επιφέρει αντίστοιχα μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα στον ασθενή. Η αυξημένη καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση και η συχνότητα που παρατηρούνται στον οξύ πόνο μπορεί να ελλείπουν στον χρόνιο πόνο. Τόσο ο χρόνιος πόνος όσο και ο οξύς μπορούν να έχουν αλγαισθητική ή νευροπαθητική προέλευση (Dewit, 2009).

Αλγαισθητικός πόνος:Ο αλγαισθητικός πόνος αναφέρεται σε βλάβη του ιστού στον οποίο υπάρχουν οι υποδοχείς του πόνου οι αλγοϋποδοχείς. Ο αλγαισθητικός πόνος μπορεί να είναι είτε σωματικός είτε σπλαχνικός. Ο πόνος που εμφανίζεται ή εντοπίζεται στο δέρμα, στους μύες ή στα οστά είναι ο σωματικός πόνος και η θέση του καθορίζεται με σαφήνεια. Αντίθετα ο πόνος που εντοπίζεται σε διάφορα όργανα όπως η καρδιά, το στομάχι και το ήπαρ είναι ο σπλαχνικός πόνος έχει θέση διάχυτη και μπορεί να εμφανιστεί σε διαφορετική θέση στο σώμα. Η πρώτη φάση του αλγαισθητικού πόνου είναι η μεταγωγή που ξεκινά όταν η ιστική βλάβη προκαλεί την απελευθέρωση παραγόντων που διεγείρουν τους υποδοχείς του πόνου με αποτέλεσμα την ενεργοποίησή τους. Η δεύτερη φάση είναι η μετάβαση και σχετίζεται με την μεταφορά του ερεθίσματος του πόνου στην σπονδυλική στήλη. Η αντίληψη είναι η τρίτη φάση και αφορά στην άφιξη των νευρικών ώσεων στον εγκέφαλο και στην αναγνώριση της αίσθησης του πόνου. Τέλος η τέταρτη φάση καλείται η τροποποίηση και αφορά στην αποστολή σημάτων από τους νευρώνες του εγκεφάλου πίσω στη σπονδυλική στήλη δια της απελευθέρωσης των νευροδιαβιβαστών (Dewit, 2009).

Νευροπαθητικός πόνος:Ο νευροπαθητικός πόνος συνδέεται κυρίως με κάποια δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και ειδικότερα με κάποια διαταραχή στην επεξεργασία των αισθητικών ερεθισμάτων. Οι αλγοϋποδοχείς του οργανισμού γίνονται πιο ευαίσθητοι στα ερεθίσματα, ενεργοποιούνται και αποστέλλουν σήματα του πόνου πιο εύκολα. Οι νευρικές απολήξεις αναπτύσσουν επιπρόσθετους κλάδους και αποστέλλουν ισχυρότερα σήματα στον εγκέφαλο. Καθώς αναπτύσσονται οι κλάδοι αυτοί, επηρεάζουν τους υποδοχείς της αφής και της θερμότητας, με τελικό αποτέλεσμα και οι υποδοχείς αυτοί να αποστέλλουν σήματα πόνου. Σε μερικές περιπτώσεις το σήμα του πόνου, που φυσιολογικά μεταβιβάζεται με κατεύθυνση από την περιφέρεια προς τον εγκέφαλο, να ακολουθεί αντίστροφη πορεία. Η προέλευση του νευροπαθητικού πόνου μπορεί να είναι περιφερική ή κεντρική. Οι μεταβολές

αυτές του νευρικού συστήματος συχνά συνδέονται με κάποια παθολογική κατάσταση που δεν σχετίζεται με τραυματισμό των ιστών. Ο νευροπαθητικός πόνος πολλές φορές είναι δύσκολος στην αντιμετώπιση του και συχνά χρειάζονται διαφορετικές μέθοδοι προσεγγίσεις του οι οποίες συνδυάζονται με πολλές φαρμακολογικές ή μη φαρμακολογικές θεραπείες. Ο πόνος στο μέλος-φάντασμα είναι ένα είδος νευροπαθητικού πόνου που βιώνεται έπειτα από ακρωτηριασμό ενός τμήματος του σώματος. Ο ασθενής ίσως <<αισθάνεται>> πόνο στο άκρο αυτό επί έτη μετά τον ακρωτηριασμό (Dewit, 2009).

Σε όλα τα παραπάνω είδη πόνου θα μπορούσε να προστεθεί και ο καρκινικός πόνος ο οποίος συχνά συνυπάρχει και δεν αποτελεί ειδική κατηγορία πόνου καθώς περιλαμβάνει συνδυαστικά στοιχεία του αλγαισθητικού, του νευροπαθητικού και του ψυχογενούς πόνου, στοιχεία τα οποία τον καθορίζουν ως έναν σύνθετο πόνο. Επομένως γίνεται φανερό ότι ο πόνος στον καρκίνο είναι πολυπαραγοντικός, χρειάζεται διαρκή αξιολόγηση, έχει δυναμικό χαρακτήρα και θεωρείται ένας ολικός πόνος ο οποίος εμφανίζεται με τη μορφή χρόνιου ,περιστασιακού και παροξυσμικού πόνου (Βρέτζακης, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1.ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ;

Ο μετεγχειρητικός πόνος εμφανίζεται κυρίως μετά την επέμβαση και έχει σχέση με τον τραυματισμό των ιστών κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (Dewit, 2009). Ο οξύς πόνος κάνει τον ασθενή να ζητάει βοήθεια μέσα σε λίγα λεπτά ή λίγες μέρες από την έναρξη του πόνου ενώ εάν δεν δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον πόνο και τα σημάδια αυτά αγνοηθούν ο πόνος μπορεί να γίνει χρόνιος. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ένα παράδειγμα οξέος πόνου και αποτελεί το σημαντικότερο μηχανισμό άμυνας του οργανισμού και το πρώιμο στοιχείο της φύσης που έχει σχέση με την νοσηρότητα. Είναι μια δυσάρεστη εμπειρία που μπορεί να προκληθεί από μια ερεθιστική ουσία ή μια ιστική καταστροφή. Η παράταση του μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένες ή εκτεταμένες αντιδράσεις και να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα στην ζωή του ασθενούς (Nies & McEwen, 2013). Συγκεκριμένα η καταστροφή (π.χ. τραύμα, χειρουργική τομή) προκαλεί την απελευθέρωση ουσιών όπως ισταμίνη, βραδυκινίνες αλλά και διαβιβαστών του πόνου στο σημείο του τραυματισμού. Ο πόνος που επιμένει πάνω από 2 έως 6 μήνες από το πέρας της επέμβασης ονομάζεται <<χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος>>. Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου χρειάζεται την άριστη και σωστή συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελώντας μεγάλο μέρος της δράσης τους στα χειρουργικά τμήματα. Η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου είναι πολύπλοκη και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αξιολογήσει σωστά τις ανάγκες του κάθε ασθενούς με στόχο τη σωστή αντιμετώπιση του πόνου (Wood, 2010).

Χαρακτηριστικά του μετεγχειρητικού πόνου είναι:

- ▶ Ο οξύς αλγαισθητικός πόνος
- ▶ Η εμφάνιση του άμεσα μετά την χειρουργική επέμβαση
- ▶ Είναι ανάλογος της ιστικής βλάβης
- ▶ Με την πρόοδο της επούλωσης η ένταση του ελαττώνεται (7-10 μέρες)

3.2 Δεδομένα για λιγότερο ή περισσότερο επίπονες επεμβάσεις

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που έχουν ως στόχο την διεύρυνση και την εξαγωγή συμπερασμάτων ώστε να γίνει πιο κατανοητό αν υπάρχουν επεμβάσεις που σχετίζονται με την εκδήλωση λιγότερου ή περισσότερου πόνου. Όπως φαίνεται και από το άρθρο (Hans et al., 2013) πραγματοποιήθηκε μια έρευνα που είχε ως στόχο την συλλογή δεδομένων για τις επεμβάσεις και τον πόνο που νιώθουν οι ασθενείς ανάλογα με το είδος της επεμβάσεως. Πολλοί ασθενείς ανέφεραν ότι ένιωθαν υψηλής έντασης πόνο έπειτα από σχετικά <<μικρές>> χειρουργικές επεμβάσεις όπως είναι η χολοκυστεκτομή, αμυγδαλεκτομή ή ακόμη και σκωληκοειδεκτομή. Επιπλέον ορισμένοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ανέφεραν πως ο πόνος που ένιωθαν ήταν αρκετά υψηλός. Από την άλλη πλευρά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κάποιες κοιλιακές επεμβάσεις όπως εκτομή ουροδόχου κύστεως και ολική γαστρεκτομή ανέφεραν πως νιώθουν λιγότερο πόνο σε σύγκριση με τους παραπάνω ασθενείς πράγμα το οποίο πιθανόν να οφείλεται κιόλας στην χορήγηση μεγαλύτερων δόσεων αναλγητικών σε τέτοιες επεμβάσεις. Καταλήγοντας γίνεται φανερό από όλα τα παραπάνω πως υπάρχουν αρκετές επεμβάσεις που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την έκταση του πόνου αλλά και στο πως ο κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τον πόνο του (Gärtner, 2009).

Κεφάλαιο 4^ο

4. Πως αξιολογείται ο μετεγχειρητικός πόνος;

Η αξιολόγηση του πόνου είναι ένα θέμα μεγάλης σημασίας λόγω του ότι πολλοί ασθενείς πάσχουν από κάποιον οξύ ή χρόνιο πόνο. Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης του πόνου. Κάποιες από αυτές είναι οι αυτοαναφορές, η παρατήρηση της συμπεριφοράς και οι διαφόρων τύπων κλίμακες. Πιο συγκεκριμένα όταν η αυτοαναφορά του ασθενή είναι αδύνατη οι νοσηλευτές μπορούν να βασιστούν στην παρατήρηση των δεικτών συμπεριφοράς στις κλινικές συστάσεις και στις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να μιλήσουν (Dewit, 2009). Επομένως γίνεται φανερό ότι υπάρχουν πολλά μέσα για την αξιολόγηση του πόνου και η επιλογή των κατάλληλων μεθόδων αξιολόγησης επιλέγονται για τον κάθε ασθενή ανάλογα με την ηλικία το φύλο αλλά και την θέση κατανόησης του κάθε ασθενή. Ο πόνος και η ανταπόκριση στη θεραπεία τεκμηριώνονται σαφώς και σχετικά με εύκολο τρόπο με διάφορες διαδικασίες που στηρίζονται στην καλή επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς όπου μέσω αυτής επιτυγχάνεται ο αποτελεσματικός έλεγχος του επιπέδου του πόνου των ασθενών. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτούν κυρίως οι ασθενείς που έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν τον πόνο τους. Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς που έχουν διανοητικές αναπηρίες, σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, τα παιδιά, οι ασθενείς που δεν μιλούν τη γλώσσα του τόπου όπου νοσηλεύονται (πρόσφυγες και μετανάστες) και οι ασθενείς των οποίων το επίπεδο εκπαίδευσης ή το πολιτιστικό υπόβαθρο διαφέρει σε σχέση με άλλους ασθενείς οι οποίοι μπορεί να νοσηλεύονται (Heikkinen et.al., 2005). Καταλήγοντας γίνεται φανερό πως υπάρχουν πολλά μέσα για την αξιολόγηση του πόνου τα οποία διαχωρίζονται ανάλογα με τη φύση τους σε διάφορες κατηγορίες που αναλύονται στη συνέχεια:

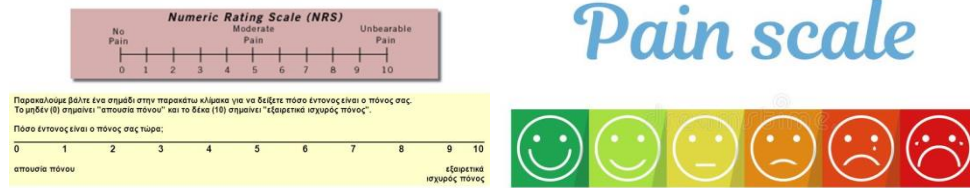
•Κλίμακες Αυτοαναφοράς: Οι κλίμακες αυτοαναφοράς αποτελούν την πιο κοινή μέθοδο μέτρησης του πόνου λόγω των στοιχείων που προκύπτουν μέσω της συζήτησης με τον ασθενή. Οι πιο συνηθισμένοι μέθοδοι κλιμάκων αυτοαναφοράς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι: η συνέντευξη με τον ασθενή από που προκύπτουν πολλές πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή αλλά και οι τρόποι με τους

οποίους αντιμετωπίζει τους πόνους όταν δεν νοσηλεύεται και βρίσκεται στο σπίτι. Επίσης η τήρηση ημερολογίου πόνου όπου οι ασθενείς καταγράφουν πληροφορίες σχετικά με την ένταση του πόνου, το χρόνο που διαρκεί ο πόνος αλλά και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση τους εντάσσονται στις κλίμακες αυτοαναφοράς και αποτελούν ένα μέσο αξιολόγησης του πόνου βασισμένο στις εμπειρίες των ασθενών (Βρετζάκης, 2005).

Μονοδιάστατες και πολυδιάστατες κλίμακες: Οι μονοδιάστατες κλίμακες συνήθως χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας για να αξιολογηθεί ένα μόνο μέρος του πόνου όπως είναι η ένταση του πόνου. Με τις πολυδιάστατες κλίμακες αξιολογούνται ταυτόχρονα πολλά στοιχεία του πόνου όπως η ένταση, το σημείο που εμφανίζεται στο σώμα ακόμη και η κατάσταση του ασθενή εάν δηλαδή είναι ψυχολογικά καλά ή όχι (Βρετζάκης, 2005).

•Μονοδιάστατες κλίμακες: Στις μονοδιάστατες κλίμακες ανήκουν κλίμακες όπως οι κλίμακες οπτικού αναλόγου (Visual Analogue Scale), οι αριθμητικές κλίμακες (Numeric Rating Scale), οι λεκτικές κλίμακες (Verbal Rating Scale) και οι κλίμακες προσώπων. Στις κλίμακες οπτικού αναλόγου υπάρχει μια γραμμή 10cm και ο ασθενής πρέπει να τοποθετήσει ένα σημάδι στο σημείο της γραμμής όπου αντιπροσωπεύεται καλύτερα ο πόνος που νιώθει. Η αξιολόγηση της έντασης γίνεται μέσω της μέτρησης της απόστασης του σημείου από το χαμηλότερο άκρο της κλίμακας, σε χιλιοστά, με τα προτεινόμενα όρια να είναι: 0–4 mm (καθόλου ένταση), 5–44 mm (ήπια ένταση), 45–74 mm (μέτρια ένταση) και 75–100 mm (πολύ υψηλή ένταση). Επιπλέον μια κλίμακα που χρησιμοποιείται αρκετά είναι η κλίμακα της αριθμητικής βαθμολόγησης όπου το μηδέν δηλώνει την απουσία πόνου και το 10 υποδηλώνει τον χειρότερο πόνο που αισθάνεται ο ασθενής. Στις λεκτικές κλίμακες ο ασθενής καλείται να διαλέξει την λέξη εκείνη η οποία αντιπροσωπεύει καλύτερα τον πόνο που νιώθει. Καταλήγοντας στην κατηγορία αυτή των κλιμάκων ανήκουν και οι κλίμακες με τα πρόσωπα όπου ο ασθενής ανάλογα με την έκφραση που έχει κάθε πρόσωπο επιλέγει εκείνη η οποία δηλώνει τον πόνο που νιώθει (Dewit, 2009).

Κατηγορική αριθμητική κλίμακα - categorical numerical rating scales (NRS)

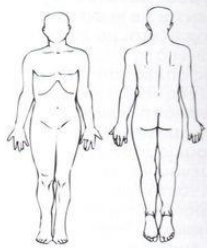


Εικόνα 2.Κατηγορική αριθμητική Κλίμακα. Πηγή:Google

Εικόνα 3.Μέθοδος απεικόνισης του πόνου με εκφράσεις προσώπου.
Πηγή:Wong,2002

•Πολυδιάστατες κλίμακες: Στις πολυδιάστατες κλίμακες χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα πολύ μέθοδοι με στόχο την εντόπιση του πόνου. Μέθοδοι όπως η συνέντευξη με τον ασθενή αλλά και το ερωτηματολόγιο της McGill είναι γνωστοί μέθοδοι για την εξαγωγή συμπερασμάτων από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον πόνο που νιώθουν οι ασθενείς (Osborn, 2016). Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο της McGill χρησιμοποιείται για την εντόπιση της ποσότητας του πόνου, τον τύπο του πόνου αλλά και το μέγεθος του πόνου που οι ασθενείς αισθάνονται. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 20 ομάδες λέξεων τις οποίες οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να περιγράψουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον πόνο που αισθάνονται. Η κάθε ομάδα λέξεων μετρά τόσο την αισθητική όσο και την συναισθηματική διάσταση του πόνου ταυτόχρονα όμως μια άλλη ομάδα λέξεων μετρά την ένταση του πόνου. Καταλήγοντας στο ερωτηματολόγιο υπάρχει ακόμη ένα διάγραμμα του ανθρώπινου σώματος όπου οι ασθενείς, μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να δείξουν που εντοπίζεται ο πόνος που αισθάνονται (Osborn, 2016).

Εικόνα 9-10 Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο. Οι περιγραφές εμπίπτουν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες: αισθητηριακός (1-10), συναισθηματικός (11-15), αντικειμενικός (16) και ποικίλος (17-20). Η συνολική βαθμολογία για κάθε κατηγορία προκύπτει από τη θέση που καταλαμβάνει σύμφωνα με τις λέξεις. Το σύνολο της βαθμολογίας καταγράφεται ως PRI. Η παρούσα ένταση του πόνου (PPI) βασίζεται στην κλίμακα από 0 έως 5.

Ερωτηματολόγιο		Ημερομηνία		Όνομα	
PRI: S	A	E	(16)	(17-20)	PRI(T)
(1-10)	(11-15)	(16)	(17-20)	(1-20)	PPI
1 Πτερυγισμός	11 Κουραστικός	Σύντομος	Ρυθμικός	Συνεχής	 E = Εξωτερικός I = Εσωτερικός
Τρεμάμενος	Εξαντλητικός	Στιγμιαίος	Περιοδικός	Σταθερός	
Σφύζων	12 Προκαλεί	Παροδικός	Διακοπτόμενος	Επιμονος	
Σουβλιά	αδιαθεσία				
Κτύπημα	Αποπνικτικός				
Δυνατό κτύπημα	1 Φοβερός				
2 Αναπηδών	Τρομερός				
Ανανακλαστικός	Τρομακτικός				
Διαπεραστικός	1 Τιμωρός				
Νυγμώδης	Απάνθρωπος				
Διατρητικός	Παράφορος				
Διαξυριστικός	Μοχθηρός				
Σαν μαχαιριά	Φονικός				
Λογχίζων	15 Οικτρός				
Οξύς	Τυφλωτικός				
Κοφτερός	16 Ενοχλητικός				
Διατμητικός	Άθλιος				
5 Τσίμπημα	Έντονος				
Πιεστικός	Ανυπόφορος				
Ροκάνισμα	17 Εξαπλούμενος				
Συσφιγκτικός	Ακτινοβολών				
Συνθλιπτικός	Διαπεραστικός				
6 Αίσθημα έλξης	Διατρητικός				
Βίαιο τράβηγμα	1 Σφικτός				
Στραμπούληγμα	Μουδιασμένος				
7 Καυτός	Ελκτικός				
Καυστικός	Συσφιγκτικός				
Ζεμάτισμα	Διασχιστικός				
Καυτηρίαση	1 Δροσερός				
Γαργάλημα	Κρύος				
Κνησμός	Παγωμένος				
Τσούξιμο	20 Προκαλεί γκρίνια				
Δήγμα	Προκαλεί έμετο				
Αμβλύς	Προκαλεί αγωνία				
Πόνος πληγής	Απαισιος				
Άλγος μετά	Βασανιστικός				
από κτύπημα	PRI				
Συνεχής ήπιος	0 Χωρίς πόνο				
Έντονος	1 Ήπιος				
10 Ευαισθησία	2 Δυσφορία				
Ένταση	3 Αλγεινός				
Τραχύς	4 Φρικτός				
Διαχωριστικός	5 Ανυπόφορος				

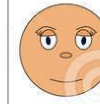
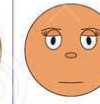
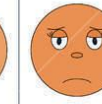
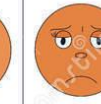
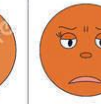
Σχόλια:

Εικόνα 4. Μέθοδος αποτύπωσης πόνου με το ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο.
Πηγή: Google

4.1 Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά

Η επιλογή της κατάλληλης κλίμακας για την εντόπιση και το είδος του πόνου βασίζεται κυρίως στα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς όπως είναι: η ηλικία το φύλο αλλά και το επίπεδο συνείδησης του κάθε ασθενούς. Επομένως γίνεται φανερό πως στους παιδιατρικούς ασθενείς χρησιμοποιούνται κλίμακες εντελώς διαφορετικές από εκείνες που θα χρησιμοποιούνταν σε έναν ενήλικα. Κατά κύριο λόγο η εκτίμηση του πόνου στα παιδιά περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού του πόνου, δηλαδή πότε ο ασθενής πονάει και τι είδους πόνου νιώθει. Η λήψη του ιστορικού γίνεται κυρίως από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οι οποίοι μπορούν να εντοπίσουν καλύτερα το σημείο αλλά και τα χαρακτηριστικά του πόνου και να τον αξιολογήσουν (Breau & Burkitt, 2009). Συχνά χρησιμοποιούνται ειδικές κλίμακες με πρόσωπα όπου η αποχή πόνου συμβολίζεται με ένα πρόσωπο που χαμογελά και η παρουσία πόνου με ένα κακόκεφο πρόσωπο. Στα παιδιά τα οποία δεν μπορούν να μιλήσουν η αναφορά του πόνου γίνεται από τους γονείς ή τους φροντιστές τους. Καταλήγοντας γίνεται φανερό πως η διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά κατέχει κύριο ρόλο στην προαγωγή της υγείας τους και την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Breau & Burkitt, 2009).

COMPARATIVE PAIN SCALE CHART (Pain Assessment Tool)

										
0 Pain Free	1 Very Mild	2 Discomforting	3 Tolerable	4 Distressing	5 Very Distressing	6 Intense	7 Very Intense	8 Utterly Horrible	9 Excruciating Unbearable	10 Unimaginable Unspeakable
No Pain	Minor Pain			Moderate Pain			Severe Pain			
Feeling perfectly normal	Nagging, annoying, but doesn't interfere with most daily living activities. Patient able to adapt to pain psychologically and with medication or devices such as cushions.			Interferes significantly with daily living activities. Requires lifestyle changes but patient remains independent. Patient unable to adapt pain.			Disabling; unable to perform daily living activities. Unable to engage in normal activities. Patient is disabled and unable to function independently.			

Download from **Dreamstime.com**
This watermarked comp image is for previewing purposes only.

ID 59195504
Sunshineart | Dreamstime.com

Εικόνα 5.: Μέθοδος αποτύπωσης του πόνου σε παιδιατρικούς ασθενείς. Πηγή: Google

Κεφάλαιο 5^ο

5.1. Πως αντιμετωπίζεται ο μετεγχειρητικός πόνος;

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου είναι αρκετοί και διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τα βασικά για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για κάθε ασθενή. Η πρόληψη και ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου είναι απαραίτητοι. Η ανεπαρκής θεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου εξακολουθεί να αποτελεί μεγάλο πρόβλημα μετά από πολλές χειρουργικές επεμβάσεις και οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα, σε συνδυασμό με τον χρόνιο μεταχειρουργικό πόνο. Η σωστή διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου απαιτεί την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου, των διαθέσιμων μεθόδων για τη μείωση του πόνου, της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας και των παραγόντων του ασθενούς που σχετίζονται με αυξημένο πόνο, όπως άγχος, κατάθλιψη και νευρωτισμός. Η χρήση μιας ειδικής διαδικασίας, διαχείρισης περιεγχειρητικού πόνου παρέχει μια λογική βάση για ενισχυμένο μετεγχειρητικό έλεγχο του πόνου, βελτιστοποίηση της αναλγησίας, μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών και βελτιωμένη ικανοποίηση του ασθενούς. Καταλήγοντας στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου χρησιμοποιούνται κυρίως και με μεγαλύτερη αποδοτικότητα τα αναλγητικά φάρμακα αλλά υπάρχουν και μη φαρμακευτικοί μέθοδοι που βοηθούν εξίσου σημαντικά στην αντιμετώπιση του πόνου (Dewit, 2009).

5.2 Φάρμακα

Για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου υπάρχουν φαρμακολογικές μέθοδοι αλλά και ιατρικές μέθοδοι που βοηθούν σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση του. Αυτό που θα πρέπει να γίνει είναι να δοθεί μεγάλη σημασία στην φαρμακευτική δοσολογία μετά την επέμβαση και κυρίως τα πρώτα κρίσιμα δυο εικοσιτετράωρα, που αποτελούν την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, για την πρόληψη και τον έλεγχο του έντονου και συνεχούς πόνου (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995). Στις ιατρικές μεθόδους ανήκουν τα φάρμακα και κυρίως τα αναλγητικά όπου χορηγούνται σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής πονά σε μεγάλο βαθμό. Η χορήγηση και η εκτέλεση της ιατρικής οδηγίας είναι μέρος των νοσηλευτικών πράξεων. Οι βασικές κατηγορίες των αναλγητικών φαρμάκων είναι τέσσερις και είναι οι εξής. Αρχικά τα *μη οπιοειδή αναλγητικά* είναι μια θεραπεία που περιλαμβάνει τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ φάρμακα τα οποία δεν περιέχουν στεροειδή). Τα σημαντικότερα ΜΣΑΦ είναι η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη και η ναξοπρένη. Στην συνέχεια οι αναστολείς της *COX-2 (κυκλοοξυγενάση)* δεν αποκλείουν το ένζυμο *COX-1* το οποίο είναι γαστροπροστατευτικό, έχοντας σαν αποτέλεσμα λιγότερες, γαστρεντερικές παρενέργειες (Βιβηλάκη et.al., 2015). Από την άλλη όμως αυξάνουν τον κίνδυνο για θρόμβωση όπου δεν χρησιμοποιούνται και τόσο συχνά. Επιπλέον στην κατηγορία των *μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών* φαρμάκων ανήκουν τα *ναρκωτικά ή οπιοειδή* όπως η *μορφίνη* η οποία είναι το πιο δημοφιλές παυσίπονο εδώ και δεκαετίες και παρά το γεγονός ότι είναι το λιγότερο ισχυρό από άλλα ναρκωτικά εξακολουθεί να αποτελεί ένα ισχυρό φάρμακο. Ακόμη σύγχρονες μελέτες και κλινικά ευρήματα έχουν δείξει πως η χρήση και η αποτελεσματικότητα των *κανναβινοειδών* στην αναλγησία βοηθά σημαντικά στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Ο νευροπαθητικός πόνος, όπως του καρκίνου, της πολλαπλής σκλήρυνσης, του διαβήτη, του HIV AIDS αντιμετωπίζεται με την *κάνναβη* (Romero-Sandoval, 2017). Καταλήγοντας τα *επικουρικά αναλγητικά* είναι μια κατηγορία φαρμάκων στην οποία περιλαμβάνονται φάρμακα τα οποία δεν θεωρούνται βασικά αναλγητικά αντιθέτως έχει αποδειχθεί ότι βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων τύπων πόνου ή χρησιμοποιούνται συνδυαστικά με άλλα αναλγητικά φάρμακα έχοντας ως κοινό στόχο την μείωση του πόνου (Dewit, 2009). Τα αναλγητικά φάρμακα είναι είτε συνταγογραφούμενα είτε όχι και χορηγούνται στον ασθενή μετά από ιατρική οδηγία. Για την χορήγηση τους επιλέγονται διάφοροι οδοί χορήγησης, όπως η χορήγηση από

το στόμα όπου αποτελεί την παραδοσιακή θεραπεία αντιμετώπισης και επιλέγεται για ήπιους έως μέτριας έντασης πόνους. Επιπλέον η τοπική χορήγηση φαρμάκου με διάφορες κρέμες και διαδερμικά patch αποτελούν ακόμη μια οδό χορήγησης. Η επιλογή της ενδομυϊκής χορήγησης φαρμάκου επιλέγεται κυρίως σε ασθενείς με σοβαρό πόνο και για βραχύ διάστημα απαιτείται όμως σωστή τεχνική για την αποφυγή κακώσεων των νεύρων (Παπαδόπουλος, 2011). Τα ενδοφλεβίως χορηγούμενα φάρμακα χρησιμοποιούνται και αυτά στον μεγάλο έντασης πόνο και μπορεί να χορηγηθούν με βραδεία έγχυση, διαλείπουσα ή συνεχή. Καταλήγοντας μια άλλη μέθοδος χρήσης των ενέσιμων οπιοειδών είναι η ελεγχόμενη αναλγησία από τον ασθενή (PCA) όπου το φάρμακο χορηγείται σε δόσεις μέσω μιας αντλίας την οποία ελέγχει ο ασθενής (Dewit, 2009).

5.3 Συμπληρωματικές θεραπείες

Για την αντιμετώπιση του πόνου υπάρχουν και μέθοδοι όπου δεν χρειάζεται να χορηγηθεί ένα φάρμακο αλλά με η σωστή επιλογή μη φαρμακευτικών μεθόδων θα βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση του. Στις μεθόδους αυτές περιλαμβάνονται μέθοδοι όπως ο ύπνος το μασάζ αλλά και άλλοι μέθοδοι όπου θα αναλυθούν στην συνέχεια. Αρχικά μια μη φαρμακολογική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου είναι ο διαδερμικός ηλεκτρισμός (*TENS-Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) όπου χρησιμοποιείται μια ηλεκτρική συσκευή που συνδέεται με ηλεκτρόδια και δίνει την δυνατότητα επιλογής διέγερσης υψηλής και χαμηλής συχνότητας ρεύματος. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στην περιοχή όπου ασθενής πονά, η συγκεκριμένη μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου απαιτεί ιατρική οδηγία πριν την εφαρμογή της. Επιπλέον οι πιεστικές επιδέσεις είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου, όπου τα άκρα ή τμήμα του σώματος που πονούν τυλίγονται με επιδέσμους ή ζώνες (Dewit, 2009).

Η εφαρμογή ψυχρών ή θερμών επιθεμάτων είναι μια ακόμη επιλογή στην εναλλακτική θεραπεία αντιμετώπισης του πόνου. Εφαρμόζονται στο δέρμα και κυρίως στην περιοχή όπου ο ασθενής πονά. Παρά τη συχνή χρήση της θερμότητας και του κρύου από αρκετούς νοσηλευτές, υπάρχουν λίγες μελέτες που διερευνούν την επίδραση της μεθόδου αυτής στην μείωση του πόνου. Έρευνα η οποία ήταν βασισμένη στην μετά-ανάλυση εργασιών που μελέτησαν την μέθοδο αυτή, έφτασε στο συμπέρασμα ότι η συνεχής χρήση της θερμότητας σε διάστημα 5ημερών, βελτίωσε σε μεγάλο βαθμό την ένταση του πόνου σε περιπτώσεις οσφυαλγίας που μελετηθήκαν (Chandler et al., 2002). Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή πάγου έχει μελετηθεί σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ορθοπεδικές εγχειρήσεις (κυρίως ολική αρthroπλαστική γόνατος) και έχει παρατηρηθεί ότι βελτιώνει τον πόνο, τον βαθμό της κίνησης και γενικότερα την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς (Kullenberg et al., 2006). Με την τεχνική του περισπασμού ο ασθενής συνεχίζει να πονά αλλά επικεντρώνει την προσοχή του κάπου αλλού σε κάτι πιο ευχάριστο, όπως είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης, το άκουσμα μουσικής που τον χαλαρώνει ή το διάβασμα ενός βιβλίου, οι παραπάνω ενέργειες λειτουργούν ως τεχνικές περισπασμού του ασθενούς βοηθώντας τον να ξεχάσει τον πόνο που αισθάνεται (Dewit, 2009).

Ο διαλογισμός είναι μια μέθοδος που μπορεί να έχει την ίδια ανακούφιση σε επίπονες καταστάσεις αλλά βασίζεται κυρίως στην επικέντρωση της προσοχής σε ένα σημείο. Με την τεχνική αυτή απομακρύνεται η προσοχή από τον πόνο ή από μια επώδυνη κατάσταση (Dewit, 2009). Μια ακόμη μέθοδος με αρκετά θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου είναι και η μέθοδος του βελονισμού. Αρχικά από το 1975 υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ο βελονισμός δρά στο νευρικό σύστημα και σε κάποιες περιοχές του εγκεφάλου παράγοντας ενδορφίνες και εγκεφαλίνες, ουσίες οι οποίες έχουν αναλγητική δράση και υπάρχουν φυσιολογικά στον οργανισμό του ανθρώπου. Επομένως γίνεται φανερό πως ο βελονισμός με τις ουσίες που παράγει επιδρά στο σημείο του εγκεφάλου όπου ο πόνος κατέχει μια περιοχή, μειώνοντας τον πόνο που οι ασθενείς νιώθουν και βοηθώντας τους να μην καταφεύγουν στα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου που τους ταλαιπωρεί (Βασιλάκος, 2006).

Ακόμη μια μη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου καλείται και η θεραπεία της ύπνωσης στην οποία διάφορα φαινόμενα μπορεί να συμβαίνουν αυθόρμητα ή εξαιτίας μιας απόκρισης σε λεκτικά ή και άλλα ερεθίσματα. Η αποδοτικότητα της όμως στην αντιμετώπιση του πόνου έχει αποδειχθεί ότι επιφέρει λίγα θετικά αποτελέσματα για αυτό το λόγο συνήθως χρησιμοποιείται συνδυαστικά με άλλες μεθόδους. Καταλήγοντας η χρήση της μουσικής σε ασθενείς που πονούν αλλά και το μασάζ έχουν δείξει ότι έχουν εξίσου και σε μεγάλο βαθμό αποτελεσματική δράση και ο ασθενής αποσπάται λόγο τους ακούσματος της μουσικής που του αρέσει με αποτέλεσμα να ξεχνά τον πόνο που νιώθει (Dewit, 2009).

5.4 Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου στους παιδιατρικούς ασθενείς

Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στους παιδιατρικούς ασθενείς περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτικές μεθόδους όσο και μη φαρμακευτικές μεθόδους όπως και στους ενήλικες ασθενείς. Η χρήση αναλγητικών φαρμάκων που θα βοηθήσουν τα παιδιά να μην πονούν είναι εξίσου σημαντική και στην αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας θα πρέπει να καλύπτει πρώτιστα τις ψυχολογικές αλλά και πνευματικές ανάγκες των παιδιών που νοσηλεύονται (Owens et al., 2014). Επίσης η συμβολή των γονέων στην αντιμετώπιση του πόνου είναι εξίσου σημαντική καθώς είναι τα άτομα που το παιδί χρειάζεται περισσότερο εκείνη την στιγμή. Με την κατάλληλη εκπαίδευση από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό οι γονείς θα βοηθήσουν στην διαχείριση του πόνου του παιδιού τους και στην προαγωγή της υγείας τους (Olowe & Purity, 2014). Επομένως γίνεται φανερό πως για την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες τεχνικές από τους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στη σωστή διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου πιο συγκεκριμένα σε παιδιατρικούς ασθενείς. Καταλήγοντας κύριο ρόλο στην διαχείριση και την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου στα παιδιά κατέχουν οι γονείς καθώς με την παρουσία τους δίνουν θάρρος στο παιδί και μειώνουν σημαντικά το άγχος και το στρες που νιώθουν όταν νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και ο πόνος τους, τους είναι αφόρητος (Broome, 2000).

5.4 Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Ως κύριος στόχος της επιστήμης της ψυχολογίας στη αντιμετώπιση του πόνου ορίζεται η θεραπεία του πόνου σε συνδυασμό με τις ιατρικές παρεμβάσεις. Οι ισχυρότεροι παράγοντες της ευεξίας των ασθενών μετεγχειρητικά είναι να γίνει αντιληπτή η ευημερία τους πριν την χειρουργική επέμβαση αλλά και η ψυχική τους υγεία μετά την χειρουργική τους επέμβαση. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως ο πόνος δεν αφήνει τον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή μετά την επέμβαση συμβάλλοντας σημαντικά σε καταστάσεις που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη. Από τις πρώτες και σημαντικές ψυχολογικές επιδράσεις του πόνου που έχουν βρεθεί βιβλιογραφικά είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απομόνωση, ο φόβος για το μέλλον και η απώλεια ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες (Lautenbacher, Peters, et.al., 2017). Για την αντιμετώπιση του πόνου υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι αντιμετώπισης όπως φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία κ.α. Ωστόσο εξίσου σημαντική για την αντιμετώπιση του είναι και η ψυχική και συναισθηματική ευεξία των ασθενών. Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω η Ένωση Αμερικανών Ψυχολόγων (APA) προτείνει πέντε σημαντικά σημεία που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου αυτού. Αρχικά θα πρέπει ο ασθενής να διαχειριστεί το άγχος του ώστε να αποφευχθούν καταστάσεις με έντονο στρες. Επιπλέον ο ασθενής θα πρέπει να συζητήσει εποικοδομητικά με τον εαυτό του και να κάνει θετικές σκέψεις για το πως θα καταφέρει να ανταπεξέλθει σε όλο αυτό. Προτρέπουν τους ασθενείς να γίνουν πιο δραστήριοι κάνοντας κάποιο χόμπι που τους αρέσει και τους κάνει να νιώθουν καλά αλλά και να βρουν υποστήριξη μέσα από συζητήσεις με τους δικούς τους ανθρώπους αλλά και φίλους. Τέλος η υποστήριξη από έναν ειδικό ψυχολόγο θα βοηθήσει να χειριστεί ο ασθενής τις φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες της κατάστασης τους. Έρευνες έχουν αποδείξει πως τα πολυδυναμικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του πόνου είναι αποτελεσματικά και πως παρατηρείται βελτίωση σε φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, παρατηρείται βελτίωση στις τιμές της κατάθλιψης και της αυτοεκτίμησης και ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρείται στις μετρήσεις για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς (Williams et al., 1993). Η φυσική άσκηση με απλές καθημερινές κινήσεις όπως περπάτημα, το ανέβασμα της σκάλας, τρέξιμο κλπ σχεδόν διπλασιάζουν την ευεξία που νιώθει ο ασθενής. Αυτά τα πολυδυναμικά προγράμματα έχουν σχεδιαστεί σε εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία στελεχώνονται

από ομάδες ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας όπως γιατροί, νοσηλευτές, και ψυχολόγοι. Καταλήγοντας γίνεται φανερό πως κύριος στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η μείωση του άγχους, της αγωνίας και των αρνητικών σκέψεων που νιώθει ο ασθενής ο οποίος πονάει, ταυτόχρονα όμως συμβάλει στην βελτίωση του τρόπου ζωής του με την στήριξη και την κατανόηση ενός ειδικού αλλά και της ίδιας της οικογένειάς του (Χατζηδημητρίου, 2012).

5.5 Πρόληψη

Η πρόληψη και ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου αποτελούν το ύψιστο σημείο αντιμετώπισης του πόνου και είναι απαραίτητα για την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Η σωστή διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου απαιτεί την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου, τις κατάλληλες και διαθέσιμες μεθόδους με στόχο την μείωση του πόνου και τους παράγοντες του ασθενούς που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη. Η προληπτική αναλγησία είναι μια σημαντική ιδέα για την κατανόηση της θεραπείας που θα χρησιμοποιηθεί μετεγχειρητικά και επικεντρώνεται κυρίως στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου αλλά και στην μείωση της κατανάλωσης των αναλγητικών (Lovich-Sapola, 2015). Φάρμακα τα οποία περιέχουν κεταμίνη μπορούν να μειώσουν τον μετεγχειρητικό πόνο αν και η βέλτιστη διάρκεια θεραπείας και η δόση για τις διαφορετικές επεμβάσεις δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί. Επιπλέον αρκετά ενθαρρυντικά στοιχεία για την πρόληψη του μετεγχειρητικού πόνου κατέχουν και τα φάρμακα που περιέχουν ουσίες όπως η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη. Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο στην πρόληψη του πόνου κατέχει και η προ-εγχειρητική ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το χειρουργείο που πρόκειται να υποβληθούν αλλά και μια ενημέρωση σχετική με τον πόνο που θα νιώθουν μετά την εγχείρηση αλλά και τις κατάλληλες μεθόδους με τις οποίες το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θα τους βοηθήσει να επανέλθουν στην καθημερινότητά τους. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι όταν οι ασθενείς γνωρίζουν αρκετές πληροφορίες για το πώς θα διεξαχθεί η εγχείρηση αλλά και η μετέπειτα φροντίδα τους νιώθουν πιο ασφαλείς και μειώνουν σημαντικά την κατανάλωση των αναλγητικών φαρμάκων συμβάλλοντας ταυτόχρονα και στην ταχύτερη ανάρρωσή τους (Mavridou et.al., 2017). Γίνεται φανερό επομένως πως η σωστή επικοινωνία και συνεργασία που θα έχει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό με τους ασθενείς και η σωστή προ-εγχειρητική ενημέρωση θα επιφέρει εξίσου σημαντικά αποτελέσματα στην μείωση και την πρόληψη του μετεγχειρητικού πόνου. Καταλήγοντας σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του πόνου έχουν και οι τοπικές τεχνικές όπου έδειξαν ότι μειώνουν σημαντικά τον πόνο έπειτα από εγχείρησης θωρακοτομής και καρκίνου του μαστού αλλά και οι νευρικές χειρουργικές τεχνικές μπορούν εξίσου να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα (Reddi et al., 2015).

6. Ευρήματα μελετών για τον πόνο των μετεγχειρητικών ασθενών.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η σωστή και αποτελεσματική διαχείριση του πόνου βοηθά σημαντικά στην μείωση της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο και αποτρέπει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ακόμη βοηθά τον ασθενή να επιστρέψει πιο γρήγορα στην καθημερινότητα του και μειώνει σημαντικά το κόστος νοσηλείας. Μια διεπιστημονική ομάδα βελτίωσης της ποιότητας ζωής εργάστηκε και δημιούργησε ένα πρόγραμμα για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου όπως φαίνεται και στο άρθρο (Bedard et.al., 2006). Μια επιστημονική ομάδα εργάστηκε με στόχο να αναπτύξει και να εφαρμόσει ένα αρκετά ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου. Κύριος σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση της κατάστασης του πόνου, η ικανοποίηση και οι πεποιθήσεις των χειρουργικών ασθενών σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου πριν τη (Φάση I) όπου *Φάση I* ορίζεται η περίοδος πριν την εφαρμογή του προγράμματος σε σύγκριση με την περίοδο της εφαρμογής του προγράμματος όπου ορίζεται ως *Φάση II*. Παρά τα χρόνια εργασίας από κλινικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες, οι πρακτικές διαχείρισης του πόνου παραμένουν ανεπαρκείς και πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο (Devine et al 1999, McCaffery et al., 2000, Neitzel et al., 1999, Watt-Watson et al., 2001). Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα στην υγειονομική περίθαλψη επειδή έχει αποδειχθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου προάγει την προηγούμενη κινητοποίηση, αυξάνει την άνεση και την ικανοποίηση του ασθενούς και μειώνει τη διαμονή στο νοσοκομείο και το κόστος της φροντίδας. Καταλήγοντας γίνεται φανερό πως η παραπάνω μελέτη έκανε αντιληπτή τη προσέγγιση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας για τη διαχείριση του πόνου σε ένα νοσοκομείο και συγκεκριμένα στο χειρουργικό τομέα έχοντας ως στόχο τη μείωση του αυτοαναφερόμενου πόνου των ασθενών και την επίδραση του στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Bédard et.al., 2006).

7. Νοσηλευτικοί ρόλοι

Η νοσηλευτική ως επιστήμη έχει ως στόχο την πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και την προαγωγή της υγείας ώστε ο ασθενής να φτάσει στο ύψιστο σημείο ευεξίας (Dewit, 2009). Για την αντιμετώπιση του πόνου αλλά και για οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κύριο ρόλο στην σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος κατέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα αλλά κατά κύριο λόγο βασίζεται στο κοινωνικό κομμάτι. Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του νοσηλευτή έχει παρηγορητικό χαρακτήρα χωρίς όμως να δείχνει λύπηση απέναντι στον ασθενή. Οι επαγγελματίες υγείας είναι τα άτομα που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή και καταλαβαίνουν και αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών καλύτερα. Επομένως γίνεται φανερό πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να περιβάλει τον ασθενή και να συνεργάζεται σωστά και αρμονικά μαζί του με στόχο το καλύτερο αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενούς. Καθώς οι νοσηλευτές είναι οι κύριοι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να είναι στην κατάλληλη θέση να εκτιμήσουν και να διαχειριστούν τον πόνο που νιώθουν οι ασθενείς. Στους μετεγχειρητικούς ασθενείς οι νοσηλευτές κατά κύριο λόγο είναι υπεύθυνοι για την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων αλλά και την αντιμετώπιση προβλημάτων που τυχόν θα προκύψουν. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα ενημερώσει και θα υποστηρίξει τον μετεγχειρητικό ασθενή σχετικά με την διαχείριση του πόνου. Ακόμη οι αλλαγές των τραυμάτων και η περιποίηση της περιοχής όπου έχει χειρουργηθεί ο ασθενής πραγματοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ασθενείς οι οποίοι έχουν χειρουργηθεί και βρίσκονται στην κλινική (Meissner, 2015). Επιπλέον ένας σημαντικός ρόλος που οι νοσηλευτές κατέχουν είναι και ο ρόλος τους με στόχο την πρόληψη και την σωστή ενημέρωση των ατόμων για την πρόληψη διαφόρων ασθενειών και νοσημάτων. Καταλήγοντας το νοσηλευτικό προσωπικό έχει και τον ρόλο του εκπαιδευτή καθώς θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή αλλά και τους οικείους του για την φροντίδα του στο σπίτι αλλά και για την επιστροφή του στην καθημερινότητά του σύμφωνα με τα νέα δεδομένα που έχουν προκύψει στην ζωή του (Dewit, 2009).

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη

Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους που το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει είναι και ο ρόλος του στην πρόληψη και τη σωστή ενημέρωση των ατόμων για τις ασθένειες και τα νοσήματα που υπάρχουν. Η πρόληψη και η θεραπευτική φροντίδα υπήρξαν ξεχωριστές έννοιες από την αρχαιότητα. Στην ελληνική μυθολογία, η Υγεία ήταν η θεά της προληπτικής υγείας, και η αδερφή της Πανάκεια ήταν η θεά της θεραπείας (Lundy & Bender, 2001). Για να προωθήσει την προληπτική φροντίδα, η νοσοκομειακή νοσηλευτική εξελίχθηκε ως ο πρώτος ρόλος των νοσοκόμων δημόσιας υγείας και η Florence Nightingale ταυτόχρονα επαγγελματοποίησε τη νοσηλευτική ως επάγγελμα (Brainard, 1985). Ο κάθε νοσηλευτής πλέον έχει ως υποχρέωσή του να εκπαιδεύσει το κάθε άτομο σχετικά με την πρόληψη του πόνου έχοντας ως στόχο την προαγωγή της υγείας και την αποφυγή ασθενειών και προβλημάτων που θα προκύψουν αν τυχόν ασθενήσει ένα άτομο (Nosbusch et.al., 2011). Οι επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διαθέτουν μια ποικιλία δεξιοτήτων προώθησης της υγείας όπως δεξιότητες επικοινωνίας, ενθαρρύνσεις των ατόμων για πραγματοποίηση προληπτικών ελέγχων και περαιτέρω ενημέρωση για την ασθένεια σε ασθενείς που ήδη νοσούν αλλά δεν γνωρίζουν πολλά πράγματα για την ασθένεια τους (Kemppainen, 2013). Η προαγωγή της υγείας αποτελεί τον κύριο στόχο των ιατρών και νοσηλευτών ώστε το κάθε άτομο να είναι ενημερωμένο για τις ασθένειες έχοντας ως στόχο την βελτίωση της υγείας αλλά και την εξάλειψη των ανισοτήτων στην φροντίδα της υγείας. Αυτές οι τεχνικές πρόληψης διαχωρίζονται σε 3 μέρη: την πρωτογενή πρόληψη, την δευτερογενή πρόληψη και την τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο την καθυστέρηση της εμφάνισης μιας ασθένειας ή μιας διαταραχής με την σωστή ενημέρωση μέσα από ημερίδες που θα διοργανώνονται κάθε φορά και από άλλον φορέα. Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο την έγκαιρη ανίχνευση της ασθένειας και την προτροπή του υποτροπιασμού της, δηλαδή το άτομο νοσεί ήδη αλλά κύριος στόχος είναι η αποφυγή μιας χειρότερης κατάστασης της νόσου. Καταλήγοντας η τριτογενής πρόληψη έχει ως στόχο την εύρεση των κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης της ασθένειας όταν πλέον η ασθένεια έχει προχωρήσει σε σημαντικό βαθμό θέτοντας σε κίνδυνο την ζωή του ατόμου (Nosbusch et.al., 2011).

7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική του ασθενούς

Ένα σημαντικό θέμα της διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου των ασθενών είναι το είδος και η δυναμική της σχέσης αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική είναι κατά κύριο λόγο βοηθητικός ώστε να τον ενημερώσει για το τι πρέπει να κάνει αλλά και να τον κάνει να χαλαρώσει και να ηρεμήσει καθώς το άγχος θα τον έχει καταβάλει. Οι νοσηλευτές είναι τα άτομα που θα οδηγήσουν τον ασθενή στο δωμάτιο που θα νοσηλευτεί και θα του εξηγήσουν όλους τους κανόνες της κλινικής (Yoder-Wise et.al., 2014). Στην συνέχεια οι νοσηλευτές θα πάρουν τα ζωτικά σημεία του ασθενή και θα τα καταγράψουν με σκοπό μια πρώτη νοσηλευτική εκτίμηση. Θα ρωτήσουν τον ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει αλλά και για τυχόν αλλεργίες που έχει σε φάρμακα ή σε κάποιο άλλο πράγμα. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει πως να δημιουργήσει το αρχείο του ασθενή και το πώς να μετατρέψει τις ιατρικές οδηγίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον γίνεται φανερό πως οι νοσηλευτές κατέχουν σημαντικό ρόλο σε αυτή την διαδικασία καθώς είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή και η καταγραφή των απαραίτητων στοιχείων πρέπει να είναι ακριβής και χωρίς λάθη. Καταλήγοντας με την εισαγωγή ενός ασθενούς σε μια κλινική δίνονται και πολλές οδηγίες τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγξει για την ορθότητα τους και να διορθώσει ή να ζητήσει περαιτέρω διευκρινήσεις από τον ιατρό σε κάτι το οποίο δεν είναι αρκετά ικανοποιητικό (Nies & McEwen, 2013).

7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά παραμονή στην κλινική ασθενούς με πόνο.

Η διαχείριση του πόνου που νιώθει ο ασθενής ο οποίος νοσηλεύεται σε μια κλινική είναι το κυριότερο σημείο στον ρόλο που ο κάθε νοσηλευτής κατέχει. Ο άλυτος πόνος μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένες λειτουργικές ικανότητες, κατάθλιψη, μοναξιά, μειωμένη κινητικότητα, διαταραχές του ύπνου, άγχος και δυσαρέσκεια με τη ζωή (Ferrell et al., 1990, Ross & Crook, 1998). Κατά κύριο λόγο ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να αξιολογήσει τον πόνο του ασθενούς, να τον υποστηρίξει, να τον εκπαιδεύσει αλλά και να τον καθοδηγήσει σε τεχνικές χαλάρωσης ή μέσα τα οποία θα τον βοηθήσουν ώστε να μην πονάει τόσο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς, παράλληλα με τη χορήγηση αναλγητικών, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προσδιορίσει άλλους παράγοντες που συμβάλλουν στην ταλαιπωρία του ασθενούς, όπως είναι μια άβολη θέση πάνω στο νοσοκομειακό κρεβάτι, το αίσθημα της δίψας, ή η ανάγκη για ούρηση. Οι νοσηλευτές είναι τα άτομα που θα εκτελέσουν την ιατρική οδηγία αλλά και τα άτομα τα οποία θα αναφέρουν στον γιατρό τυχόν αλλαγές στην διάθεση του ασθενούς ή ενοχλήσεις που νιώθει. Επομένως γίνεται αντιληπτό πως οι νοσηλευτές είναι οι “διαμεσολαβητές” στην σχέση ασθενούς και ιατρού. Η επικοινωνία με τους ασθενείς είναι μία από τις βασικές διαστάσεις της σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτικού προσωπικού. Καταλήγοντας η προαγωγή της υγείας του ασθενούς και η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι τα κυριότερα σημεία στον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού (Baxter, 2010).

7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς και φροντίδα των οικείων φροντιστών

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα στηρίξει τον ασθενή με στόχο να αποβάλει το άγχος και το στρες που τον διακατέχει και να τον κάνει να χαλαρώσει. Επομένως γίνεται φανερό πως η έννοια της υγείας δεν βασίζεται μόνο στο βιολογικό κομμάτι της αποκατάστασης του ασθενούς αλλά είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που συνδυάζει την ποιότητα των σχέσεων που έχουν οι άνθρωποι μεταξύ τους αλλά και με το περιβάλλον τους (Nies & McEwen, 2013). Σε πρώτη φάση θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η πρόληψη και ο έλεγχος του πόνου είναι σημαντικά στοιχεία της φροντίδας του ασθενούς. Οι οικείοι φροντιστές είναι μια ομάδα φροντιστών που περιλαμβάνονται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και έχουν ως στόχο την συμβουλευτική φροντίδα των ασθενών λαμβάνοντας πολλούς και διαφορετικούς ρόλους απέναντι στο ασθενή (Δριβάκου, 2015). Οι νοσηλευτές αλλά και η οικογένεια του ασθενή θα πρέπει να έχουν μια καλή και σωστή συνεργασία ώστε η φροντίδα του ασθενούς να γίνει με τον καλύτερο τρόπο. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των οικείων των ασθενών απέναντι στις ανάγκες που έχει το δικό τους άτομο είναι ο καλύτερος σύμμαχος στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αλλά και στην προαγωγή της υγείας ώστε το άτομο να επανέλθει γρήγορα και με ορθά βήματα στην καθημερινότητα (Δριβάκου, 2015).

7.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς και επικοινωνία με τους οικείους – φροντιστές

Όταν έρθει η ώρα ώστε ο ασθενής να εξέλθει από το νοσοκομείο και να επιστρέψει ομαλά στην καθημερινότητα του απαιτείται συντονισμός δράσεων τόσο από τον ίδιο όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους οικείους του (Βιβηλάκη, 2015). Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώσει τόσο τον ασθενή όσο και τους οικείους του για την φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να λαμβάνει αλλά και για πράγματα που επιτρέπονται ή απαγορεύονται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Ακόμη οι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδεύσουν τον ασθενή και τους συγγενείς του για κάποιες νοσηλευτικές ενέργειες οι οποίες θα πρέπει να γίνονται από τους ίδιους με την επιστροφή του στο σπίτι (Βιβηλάκη, 2015). Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την ομαλή πορεία της διαδικασίας και δρα σημαντικά στις αλλαγές που συμβαίνουν στην καθημερινότητα του ασθενούς με την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο και την επιστροφή του στο σπίτι (Nies & McEwen, 2013). Επομένως γίνεται φανερό ότι κύριος ρόλος των νοσηλευτών στην μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς είναι ενημέρωση και η εκπαίδευση του ασθενούς αλλά και των οικείων του προκειμένου να μην χρειαστεί να ξανά νοσηλευτεί στο νοσοκομείο το άτομο με κάποιο άλλο πρόβλημα λόγω τις λάθους φροντίδας στο σπίτι. Η επικοινωνία που πρέπει να έχουν με τους οικείους φροντιστές του ασθενούς, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένα σημαντικό κομμάτι της μετανοσοκομειακής φροντίδας. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενήμεροι από τους φροντιστές για τυχόν αλλαγές στην διάθεση του ασθενούς αλλά και για τυχόν ενοχλήσεις ή οποιαδήποτε αλλαγή έχει παρατηρηθεί στον ασθενή (Βιβηλάκη, 2015). Καταλήγοντας η καλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή και τους οικείους του θα βοηθήσουν ώστε η μετανοσοκομειακή φροντίδα να γίνει με τον καλύτερο τρόπο (Nies & McEwen, 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όλα τα παραπάνω στοιχεία γίνεται φανερό πως ο πόνος αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην ψυχική και σωματική υγεία του ασθενούς. Η σωστή αντιμετώπιση και διαχείριση του θα οδηγήσει το άτομο στο ύψιστο σημείο υγείας την ευεξία (Dewit, 2009). Πιο συγκεκριμένα ο μετεγχειρητικός πόνος εμφανίζεται έπειτα από κάποια επέμβαση και οφείλεται στον τραυματισμό ή σε κάποια βλάβη των ιστών. Για την αξιολόγηση του πόνου υπάρχουν πολλοί μέθοδοι όπως οι μονοδιάστατες κλίμακες, οι κλίμακες με τα πρόσωπα και οι κλίμακες με τους αριθμούς όπου το μηδέν συμβολίζει την απουσία πόνου και το δέκα τον χειρότερο πόνο που νιώθει ο ασθενής. Η κάθε μια από αυτές τις κλίμακες χρησιμοποιείται στον ασθενή ανάλογα με κάποια κριτήρια όπως η ηλικία του ασθενούς αλλά και με την θέση στην οποία είναι αν δηλαδή μπορεί να επικοινωνήσει με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μπορέσει να αξιολογήσει τον πόνο του. Η εκτίμηση του πόνου εκτελείται στις μέρες μας μαζί με την κάθε εκτίμηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς, ενώ ο πόνος θεωρείται πλέον ως το <<πέμπτο ζωτικό σημείο>> (Dewit, 2009). Για την αντιμετώπιση του πόνου μπορούν να χρησιμοποιηθούν φαρμακευτικές μέθοδοι όπως αναλγητικά και πιο συγκεκριμένα τα οπιοειδή αλλά και μη φαρμακευτικές μέθοδοι όπως ο διαλογισμός ,κάποιες τεχνικές χαλάρωσης αλλά και η μουσική όπου αρκετά δεδομένα έχουν δείξει ότι βοηθούν αρκετά στην αντιμετώπιση του πόνου από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα (Παπαδόπουλος, 2011). Για την εφαρμογή όλων των παραπάνω σημαντικό ρόλο κατέχουν οι νοσηλευτές, καθώς εκείνοι είναι οι πρώτοι οι οποίοι οι ασθενείς θα έρθουν σε επαφή με την είσοδό τους στην κλινική του νοσοκομείου και τα τελευταία άτομα με την έξοδο τους από εκεί. Επομένως γίνεται αντιληπτό πως ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς, να τους κάνουν να νιώσουν άνετα και να χαλαρώσουν. να τους εκπαιδεύσει και να ενημερώσει τους ίδιους και του οικείους τους για τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν με την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Nies & McEwen, 2013). Οι νοσηλευτές είναι τα άτομα που θα στηρίζουν και ψυχολογικά τους ασθενείς δίνοντας τους συνεχώς δύναμη καθώς είναι φυσικό πως όλη αυτή η διαδικασία θα τους ρίξει ψυχολογικά και θα τους καταβάλει ακόμα περισσότερο ο πόνος τους. Εξίσου σημαντικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται και ο ρόλος που κατέχει σχετικά με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας καθώς μέσα από ενημερώσεις και διάφορες άλλες ενέργειες θα συμβάλλει ώστε τα άτομα να είναι

ενήμερα σχετικά με ασθένειες αλλά και με τις διαδικασίες διαχείρισης και αντιμετώπισης του πόνου. Καταλήγοντας οι νοσηλευτές είναι τα άτομα που μέσω της σωστής επικοινωνίας και αντιμετώπισης της κάθε κατάστασης θα οδηγήσει το άτομο στο ύψιστο σημείο της υγείας του, κάνοντας το άτομο να είναι ψυχικά και σωματικά υγιές (Dewit, 2009).

Βιβλιογραφία

1. Anand, KJ., et al., 2017. *Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICU in 18 European countries. Acta paediatrica* 106 (8), 1248-1259.
2. Banyour, Philip., 2009. *Εφαρμοσμένη Ψυχολογία, Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
3. Beltramini, A., et al., 2017. *Pain assessment in newborns, infants, and children. Pediatric annals*, 46(10), e387-e395.
4. Bédard, D., Purden, M. A., Sauvé-Larose, N., Certosini, C., & Schein, C., 2006. *The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidence-based approach. Pain Management Nursing*, 7(3), 80-92.
5. Breau, L.M., & Burkitt C., 2009. *Assessing pain in children with. Pain Research & Management* , σσ. 116–120.
6. Bruce, J., Thornton, A. J., Scott, N. W., Marfizo, S., Powell, R., Johnston, M., & Thompson, A.M., 2012. *Chronic preoperative pain and psychological robustness predict acute postoperative pain outcomes after surgery for breast cancer. British journal of cancer*, 107(6), 937-946.
7. Cawich, S., O., Deonarine, U., Harding, H. E., Dan, D., & Naraynsingh, V., 2017. *Cannabis and postoperative analgesia. In Handbook of Cannabis and Related Pathologies* (pp. 450-458). Academic Press.
8. C. Dewit, Susan., *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και πρακτική*. Τόμος 1ος, Αθήνα: Παχαλίδης.
9. C. Dewit, Susan.. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και πρακτική* Τόμος: 2^{ος} Αθήνα: Εκδόσεις: Π.Χ Παχαλίδης.
10. C. Dewit, Susan., 2013. *ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ 3^η ΕΚΔΟΣΗ*. ΑΘΗΝΑ: Ιατρικές Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.
11. Chandler, A., Lister, S., Prece, J., 2002. *Using heat therapy for pain management. Nurs Standard* 17(9):40-42.
12. Coutaux, A., et al., 2017. *Non-pharmacological treatments for pain relief: TENS and acupuncture. Joint Bone Spine*, 84(6), 657-661.

- 13.Eshkevari, L., et.al., 2017. *Acupuncture and chronic pain management. Annual review of nursing research*, 35(1), 117-134.
- 14.Garimella, V., & Cellini, C., 2013. *Postoperative pain control. Clinics in colon and rectal surgery*, 26(3), 191.
- 15.Gärtner, R., Jensen, M., B., Nielsen, J., Ewertz, M., Kroman, N., & Kehlet, H., 2009. *Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. Jama*, 302(18), 1985-1992.
- 16.GEGANTI M.ANDREW, et al., 2015. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ. ΚΥΠΡΟΣ: Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- 17.Hans, J., Gerbershagen, P., Sanjay Aduckathil, M., & J., A.,2013. *Pain Intensity on the First Day after Surgery: A Prospective Cohort Study Comparing 179 Surgical Procedures . Pain Medicine* , σσ. Vol. 118, 934–944.
- 18.Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M., Taittonen, M., 2005. *Prostatectomy patients' postoperative pain assessment in the recovery room. Journal of Advanced Nursing*. 52 (6): 592-600.
- 19.Jessica Lovich-Sapola, C. E., 2015. *Postoperative pain control. Surgical Clinics of North America* , σσ. 301-318.
- 20.J.Hawkins, Peter., 2000. *Εισαγωγή στην κλινική ύπνωση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- 21.Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Carter, N., DiCenso, A., Donald, F., & Baxter, P., 2010. *The nurse practitioner role in pain management in long-term care. Journal of advanced nursing*, 66(3), 542-551.
- 22.Karcioglu. O., et al., 2018. *A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? The American journal of emergency medicine*, 36(4), 707-714.
- 23..Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H., 2013. *Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. Health Promotion International*, 28(4), 490-501.
- 24.Kulbok, P. A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P.S., 2012. *Evolving public health nursing roles: Focus on community participatory health promotion and prevention. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 1.

- 25.Kullenberg, B., Ylipaa, S., Soderlund, K., Resch, S., 2006. *Postoperative cryotherapy after total knee arthroplasty*. *The Journal of Arthroplasty*. 21:1175-1179
- 26.Levy, N., Sturgess et al., 2018. “*Pain as the fifth vital sign” and dependence on the “numerical pain scale” is being abandoned in the US: why?* *British journal of anaesthesia*, 120 (3), 435-438.
- 27.Lewthwaite, B.J., Jabusch, K.M., Wheeler, B.J., Schnell-Hoehn, K.N., Mills, J., Estrella-Holder, E., & Fedorowicz, A., 2011. *Nurses’ knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized adults*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(6), 251-257.
- 28.Linda, D.Urben., et.al., 2018. *ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ*, 7η αγγλική έκδοση. ΚΥΠΡΟΣ: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης,
- 29.Lovich-Sapola, J., 2015. *Postoperative pain control*. *Surgical Clinics of North America* , σσ. 301-318.
- 30.Luo, J., et al., 2017. *Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update*. *Journal of pain research*, 10, 2687.
- 31.Mary A.Nies., 2013. *Κοινωνική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας* (5η Έκδοση εκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- 32.Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D., 2017. *A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 438-444.
- 33.Melzack, R., Wall P., 1998. *The challenge of pain*. London: Penguin,
- 34.Meissner, C., 2015. *Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change*. *Current medical research and opinion* , σσ. 2131-2143.
- 35.M.ROSS., et al., 2011. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ*. ΚΥΠΡΟΣ: Εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- 36.Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., & Bobay, K. L., 2011. *An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning*. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 754-774.

- 37.Osborn, Wraa, W., 2016. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Nicosia Cyprus: Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- 38.Owens, D., Smith J., & Jonas D., 2014. *Evaluating students' knowledge of child pain and its management after attending a bespoke course*. *Nursing Children & Young People* 26: 34-40
- 39.Pogatzki-Zahn, E., et al., 2017. *Postoperative pain—from mechanisms to treatment*. *Pain reports*, 2(2).
- 40.Pris Cilla,et al., 2000. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική,Κρική Σκέψη κατά τη Φροντίδα Ασθενούς*,Τόμος 2^{ος} ,5^η Εκδόση, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.
- 41.Rawal, N., 2016. *Current issues in postoperative pain management*. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 33(3), 160-171.
- 42.Reddi, D., 2015. *Preventing chronic postoperative pain. Special Issue: Peri-operative Medicine* , σσ. 64-71.
- 43.Reddi, D. , 2016. *Preventing chronic postoperative pain*. *Anaesthesia*, 71, 64-71.
- 44.Romero-Sandoval, E. A., Kolano, A. L., & Alvarado-Vázquez, P. A., 2017. *Cannabis and cannabinoids for chronic pain*. *Current rheumatology reports*, 19(11), 1-10.
- 45.Schofield, P., & Abdulla, A., 2018. *Pain assessment in the older population: what the literature says*. *Age and ageing*, 47(3), 324-327.
- 46.Upton, et al., 2010. *Η ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- 47.Van Boekel, et al., 2017. *Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery*. *PLoS One*, 12(5).
- 48.Watson, Osborn Wra., *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για την Νοσηλευτική Πρακτική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- 49.Wick, E., et al., 2017. *Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: a review*. *JAMA surgery*, 152(7), 691-697.

50. Wirz, S., et al., 2017. *Clinical evaluation of a novel technology for oral patient-controlled analgesia, the PCoA® Acute device, for hospitalized patients with postoperative pain, in pilot feasibility study. Pain Research and Management* 2017
51. Yoder-Wise, P., S., 2014. *Leading and managing in nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences.*
52. Yüceer, S., 2011. *Nursing approaches in the postoperative pain management. J Clin Exp Invest* www. clinexpinvest. org Vol, 2(4).
53. Zaccagnino, S., & Nedeljkovic, S., 2017. *Means of pain assessment. In Pain Medicine* (σελ. 77-81). Springer, Cham.
54. Zhang, Z., et al., 2017. *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for postoperative pain control after lumbar spine surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of clinical anesthesia*, 43, 84-89.
55. Zheng, H., et al., 2017. *Age and preoperative pain are major confounders for sex differences in postoperative pain outcome: A prospective database analysis. PloS one*, 12(6).
56. Βασιλάκος, Δ., 2006. *Ο βελονισμός – Μια μέθοδος θεραπείας. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κώδικας.*
57. Βασιλειάδου, Ασπασία., 2010. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.*
58. Βιβηλάκη, Γ., Βικτωρία, Μ., 2015. *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Nicosia Cyprus: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.*
59. Βρέτζακης, Γ., 2005. *Περιεχειρητική Ιατρική. Αναισθησιολογία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου. Ιωάννινα: Εκδόσεις Εφύρα.*
60. Δριβάκου, Δ., 2015. *Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην Άσκηση Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής σε φροντιστές χρόνιων ασθενών με αυξημένο φορτίο φροντίδας.*
61. Λαμπρινή, Σ., Κουρκούτα, Μ., 2016. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Nicosia, Cyprus: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.*
62. Μαντζίκος, Κων/νος Ν., 2015. *Η μουσική θεραπεύει, Α' ΕΚΔΟΣΗ, Απρίλιος.*

- 63.ΜΑΡΙΑ, ΣΑΧΙΝΗ, ANNA-ΠΑΝΟΥ., 1997. *Παθολογική -Χειρουργική Νοσηλευτική,Νοσηλευτικές Διεργασίες* 1ος τόμος. Αθήνα: Β ΕΚΔΟΣΗ,Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 64.Παπαδόπουλος, Γ., 2011. *Η αντιμετώπιση του πόνου στην Ελλάδα 19ος κι 20ος αιώνας* . Ιωάννινα: Εκδόσεις Εφύρα.
- 65.Χατζηδημητρίου, Α., 2012. *Η ψυχολογική αντιμετώπιση του πόνου. Ιατροnet* .
- 66.Χ.Καραδήμας, Ευάγγελος., 2006. *Ψυχολογία της Υγείας Θεωρία και Κλινική πράξη*. Αθήνα, Ιούλιος.