

Αξιολόγηση της γνώσης και στάσης των Νοσηλευτικών Λειτουργών στην ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου

Evaluation of the registered nurses knowledge and attitudes towards post-operative pain relief

Author: Σταυρούλα Μιχαήλ

Ανώτερη Νοσηλευτικός Λειτουργός, S.R.N., Nursing Administration, BSc (Hons)

Περίληψη

Αυτή η έρευνα έγινε για να αξιολογήσει το επίπεδο της επαγγελματικής γνώσης των Νοσηλευτικών Λειτουργών (NA) και να διερευνήσει την στάση τους, στην ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου.

Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική προσέγγιση σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου και η δεύτερη την προσωπική συνέντευξη. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι Ν.Λ. (68) που εργάζονταν σε όλα τα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού που είχαν σχέση με τη ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση όσον αφορά τα ναρκωτικά φάρμακα (χρήση, δράση, επιπλοκές). Οι Ν.Λ. διατηρούν τις δικές τους φιλοσοφίες και προκαταλήψεις όσον αφορά την αντίληψη του πόνου.

Η μελέτη υπογραμμίζει την αναγκαιότητα στη χρήση κλιμάκων πόνου καθώς και διαγραμμάτων αξιολόγησης και εισηγητές τη δημιουργία ομάδας ανακούφισης πόνου.

Abstract

This study evaluates the Registered Nurses (R.N.) knowledge and attitudes towards post-operative pain relief. A convenience sample of 68 R.N. was used to the first part of the study answering a questionnaire and a sub-sample of 10 R.N. followed a thirty minutes interview.

The study revealed that there is a weakness of knowledge regarding opioids and there is prevalence among R.N. of attitudes and practices likely to contribute to inadequate post-operative analgesia.

Inadequate pain assessment, lack of assessment tools and charts, contributed to these findings.

More knowledge about new methods of pain control is needed and suggestion to create Acute Pain Team for better pain relief.

Εισαγωγή

Η ανακούφιση του πόνου βασίζεται πάνω στην ανθρώπινη συνείδηση και στο σύνολο αξιών που την διέπουν όπως της αξιοπρέπειας, της εκτίμησης και της αναγνώρισης του ασθενή σαν μία ξεχωριστή οντότητα. Είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου ανεξαρτήτου φυλής, θρησκείας ή πολιτισμού.

Η ανακούφιση του πόνου πρέπει να θεωρείται ανθρώπινη ανάγκη και επιβάλλεται να έχει την θέση της στα χαμηλότερα

επίπεδα της πυραμίδας του MASLOW μετά την ανάγκη της αναπνοής και της διαβίωσης. Ο πόνος αποτελεί μεγάλο εμπόδιο για την ανάρρωση του ασθενή (Gujol, 1994) και ο άνθρωπος κλειδί για την ανακούφιση του πρέπει να είναι ο Νοσηλευτής. (Seers, 1989).

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η αξιολόγηση της παρούσας επαγγελματικής γνώσης και στάσης των Νοσηλευτών σχετικά με την ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου.

Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι η βελτίωση της παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας. Η ερευνήτρια γνωρίζοντας την αρχή του σεβασμού, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της εχεμύθειας και ανωνυμίας προσπάθησε, ώστε η έρευνα να μην προκαλέσει κακό η στεναχώρια σε κανένα.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Ενώ τα τελευταία τριάντα χρόνια υπάρχει τρομερή αύξηση της γνώσης και των μεθόδων ανακούφισης του πόνου, εντούτοις υπάρχει ερευνητικά τεκμηριωμένη απόδειξη ότι οι ασθενείς ακόμα υποφέρουν αρκετό μετεγχειρητικό πόνο (Watt Watson 1987, Adcock, 1996, Car 1997, Car &, Thomas 1997). Ευρήματα από μελέτες (Lloyd & McLaughlin, 1994) έδειξαν ότι πρωταρχική ευθύνη για την ύπαρξη μετεγχειρητικού πόνου έχουν οι Νοσηλευτές.

Για την σωστή αξιολόγηση του πόνου χρειάζεται οι Νοσηλευτές να είναι υπομονετικοί, παρατηρητικοί, καλοί στην επικοινωνία και ικανοί να λειτουργούν σύμφωνα πάντα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή. Πρέπει να έχουν την αναγκαία γνώση για την ανακούφιση του πόνου, (Lloyd & McLaughlin, 1994) και να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση, τότε και πόση αναλγησία χρειάζεται. (Hodges 1998). Σύμφωνα με το American pain society (A.P.S.) ο πόνος πρέπει να θεωρείται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο και επιβάλλεται να αξιολογείται κάθε φορά που ελέγχεται η αρτηριακή πίεση, ο σφυγμός, η αναπνοή και η θερμοκρασία του ασθενή.

Ένας από τους λόγους που συνέβαλε να γίνει η έρευνα είναι ότι το θέμα της ανακούφισης του πόνου δεν θεωρείται προτεραιότητα όπως θα έπρεπε να θεωρείται. (Closs, 1996).

Η γνώση σχετικά με την ανακούφιση του πόνου συνεχώς αυξάνεται και οι Νοσηλευτές θα έπρεπε να ενημερώνονται συνεχώς για αυτές τις εξελίξεις (Kenworthy et al, 1992).

Σύμφωνα με την Carol & Bowsheer, (1993) η ανακούφιση του πόνου έγινε πολύ επίκαιρο θέμα με εκτεταμένη έρευνα τα τελευταία δέκα χρόνια και τα αποτελέσματα είχαν θετική επίδραση στον κλινικό χώρο. Ακόμα, οι Νοσηλευτές άρχισαν να

επικεντρώνονται στην ανακούφιση του πόνου. (McCaffery & Beebe, 1994).

Αριθμός μελετών έδειξαν ότι οι ασθενείς υπέφεραν αρκετό μετατραυματικό πόνο ενώ κατά την Thomas, (1998, ρί57) η αποτυχία στην ανακούφιση του πόνου σαν αποτέλεσμα της ανθρώπινης στάσης αποτελεί ηθικό αδίκημα. Επίσης εάν ο ασθενής αφήνεται να υποφέρει στον πόνο, είναι άκρος επιζήμιος στην ανάρρωση του. (Carr, 1998 cited by Thomas, 1998).

Μεθοδολογία

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ποιοτική προσέγγιση αποτελούμενη από δύο ενότητες. Η πρώτη ήταν συμπλήρωση ερωτηματολογίου και η δεύτερη προσωπική συνέντευξη.

Το δείγμα αποτέλεσαν 68 Ν. Λειτουργοί χωρίς προκαθορισμένο όριο ηλικίας, με αναλογία 69,1 % γυναίκες και 27,9% άνδρες. Το επίπεδο μορφώσεως ήταν Διπλωματούχοι Γενικής Νοσηλευτικής 86,7% ΚΟΛ με Πανεπιστημιακό τίτλο 10,2% και το 2,9% ήταν ακαθόριστο. Θεωρήθηκε ως κατάλληλο νοούμενο ότι ο αριθμός περιελάμβανε όλους τους Ν. Λειτουργούς που εργάζονταν κατά την διάρκεια του 2001 σε όλα τα τμήματα του Γ.Ν. Λεμεσού που έχουν άμεση σχέση με την ανακούφιση του μετατραυματικού πόνου.

Τα τμήματα αυτά ήταν Χειρουργικό, Ορθοπεδικό, Γυναικολογικό. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Μεικτός θάλαμος (Ω.Ρ.Λ.).

Από τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμο ερωτηματολόγιο με δύο σκέλη. Το πρώτο σκέλος αποτελείτο από δέκα ερωτήσεις που ήταν σχετικές με θέματα πόνου. Αναφέρονταν στον έλεγχο του πόνου, στη μετ' εγχειρητική αναλγησία, στη χρήση, δράση και πιθανές επιπλοκές των ναρκωτικών φαρμάκων. Επίσης αναφέρονταν στις μεθόδους αναλγησίας και στα εργαλεία αξιολόγησης. Αυτές οι ερωτήσεις ήταν κλειστές ως προς τη δομή τους. Οι συμμετέχοντες απάντησαν με προκαθορισμένο τρόπο. Το δεύτερο σκέλος αποτελείτο από είκοσι ερωτήσεις της κλίμακας πέντε σημείων Likert και ήσαν σχετικές με την αξιολόγηση της στάσης και γνώσης των Ν.Λ. στην ανακούφιση του πόνου.

Οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονταν στο όριο αντοχής, σε παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη του πόνου π.χ. εθνικότητα, συμπεριφορά, κατανόηση, πείρα Ν.Α., διαφορά μεταξύ οξύ και χρόνιου πόνου, ανησυχία, αποδοχή, αναφορά, και χρήση διαγραμμάτων αξιολόγησης του πόνου.

Η δεύτερη ενότητα της έρευνας αφορούσε προσωπική συνέντευξη με δείγμα 10 Ν.Α. επιλεγμένους τυχαία από το σύνολο των συμμετεχόντων.

Η συνέντευξη έγινε με προκαθορισμένο χρόνο τριάντα λεπτά με ημιδομημένου τύπου ερωτήσεις, δηλαδή προκαθορισμένη θεματολογία χωρίς συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτές όπου οι ερωτώμενοι έδωσαν ελεύθερα την άποψη τους και η ερευνήτρια είχε την ευκαιρία να ερευνήσει σε βάθος την στάση και γνώση των Ν.Α. σχετικά με την ανακούφιση του πόνου.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με την άδεια και συνεργασία της Διοικητικής ομάδας του Γ.Ν.Λεμεσού σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στη βιβλιοθήκη του Γ.Ν.Α. όπου υπήρχε άνεση και ησυχία.

Οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να πάρουν τσάι ή καφέ και να συνομιλήσουν με την ερευνήτρια πριν την συνέντευξη για αποβολή του άγχους.

Χρησιμοποιήθηκε απλή Ελληνική γλώσσα κατανοητή σε όλους. Η διατύπωση των ερωτήσεων έγινε με προσοχή για πρόληψη του άγχους.

Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν με την συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Η παρουσία έρευνα διεκπεραιώθηκε με την έγκριση του Γεν. Διευθ. του Υπουργείου Υγείας μέσω της Προϊσταμένης Νοσηλ. Λειτουργίας του Γ.Ν.Λεμεσού Η πιλοτική έρευνα έγινε με την τυχαία συμμετοχή 6 Ν.Α. η οποία έδειξε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ικανοποιητικό. Ηθική έγκριση δόθηκε από το ANGLIA Polytechnic University καθότι έλεγξε την ερευνητική πρόταση.

Οι Νοσηλευτές που καλέστηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα είχαν προσωπική επαφή με την ερευνήτρια στον χώρο εργασίας, όπου τονίστηκε το δικαίωμα στα άτομα που θα λάβουν μέρος στην έρευνα να έχουν εκούσια απόφαση για την

συμμετοχή τους. Οι συμμετέχοντες είχαν πλήρη πληροφόρηση για τους σκοπούς της έρευνας και είχε διευκρινιστεί ότι όλες οι πληροφορίες που θα περισυλλεγούν δεν θα χρησιμοποιηθούν εις βάρος των συμμετεχόντων σε καμία περίπτωση.

Το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε σελίδα ενημέρωσης και συγκατάθεσης καθώς και προσωπική σελίδα όπου οι συμμετέχοντες έδωσαν ανώνυμα βιογραφικά στοιχεία για σκοπούς της έρευνας.

Ανάλυση αποτελεσμάτων

Πρώτο σκέλος ερωτηματολογίου

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων του πρώτου σκέλους φάνηκε ότι οι Νοσηλευτές θα έπρεπε να είχαν περισσότερο έλεγχο για την ανακούφιση του πόνου των ασθενών.

Στο σύνολο των 68 Ν.Α. οι 46 (67,64%) συμφώνησαν ότι ένα απλό σύστημα βαθμολογίας του πόνου θα βοηθούσε στην σωστή αξιολόγηση του πόνου. Κατά πλειοψηφία ήταν άτομα που είχαν νοσηλευτική εμπειρία πάνω από πέντε χρόνια.

Στον πίνακα αρ. 1 φαίνεται πως αξιολογήθηκε στην Ερώτηση 4 η μετεγχειρητική αναλγησία στο Γ.Ν. Λεμεσού.

Ερώτηση 4

Αξιολόγηση της αναλγησίας που δίδεται στο Γ.Ν.Λεμεσού		
Υπερβολική	2,88%	2/68
Σωστή	47,05%	32/68
Ελλιπής	48,52%	33/68
Δ/Α	1,47	1/68

πίνακα αρ. 1

Στην ερώτηση ποίος είναι ο στόχος της μετεγχειρητικής αναλγησίας τα αποτελέσματα έδειξαν:

Ολοκληρωμένη ανακούφιση από τον πόνο 25.52%

Όσον το δυνατό περισσότερη ανακούφιση από τον πόνο 38.23%

Τόση ανακούφιση όσο να νοιώθει άνετα ο ασθενής 38.23%

Οι επόμενες τρεις ερωτήσεις (6,7,8)

ήταν σχετικές με την δράση και τις επιπλοκές των ναρκωτικών.

Στην περίπτωση που ο ασθενής ενώ είναι γραμμένος Pethidine 100mg κάθε 4 ώρες και όποτε χρειάζεται και παραπονείται για πόνο στις τρεις ώρες μετά από την προηγούμενη δόση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των Ν.Λ. από όλα τα τμήματα και ανεξαρτήτως από τα χρόνια υπηρεσίας που είχαν απάντησαν ότι θα επικοινωνήσουν με τον θεράποντα ιατρό για συμβουλή. Ενώ 23,52% δηλαδή 16 άτομα θα έδιναν ακόμα μια δόση 100mgs. Το 10.29% άτομα με υπηρεσία 0-5 χρόνια ανέφεραν ότι θα άφηναν τον ασθενή να περιμένει ακόμα μία ώρα με πόνο.

Στην συχνότητα καταστολής του αναπνευστικού συστήματος μετά από λήψη οπιοιδών σε χειρουργικό τμήμα η πλειοψηφία των Ν.Λ. 75% από όλα τα τμήματα, ανεξαρτήτου ηλικίας απάντησαν σπάνια, ενώ 8,16% απάντησαν μερικές φορές και ποτέ 3,40%.

Η πιθανότητα ανάπτυξης συμπτωμάτων εξάρτησης σε μετεχειρηγικό ασθενή εάν χορηγείται επί πόνου Pethidine 100mgs I.M. κάθε 4 ώρες για μία βδομάδα, τα αποτελέσματα φαίνονται στον πιο κάτω πίνακα.

Συχνότητα ανάπτυξης εθισμού	Απαντήσεις συμμετεχόντων
100% των περιπτώσεων	10.29%
50%	16.17%
10%	23.52%
<1%	47.05%
Δ/Α	2.94%

Πίνακας αρ. 2

Ψηλή πιθανότητα εξάρτησης με βάση εκατοστιαία αναλογία έδωσαν αρκετά άτομα κυρίως από 0-5 χρόνια υπηρεσίας άνδρες και γυναίκες από όλα τα τμήματα.

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να καθορίσουν εάν είχαν εμπειρία σε άλλους μεθόδους ανακούφισης του πόνου εκτός από το στόμα και την E.M. αναλγησία. Εδώ 16 δηλαδή το 23,52% δεν καθόρισαν καμία άλλη μέθοδο.

Δεν απάντησαν 23.52%

Επισκληρίδιος Αναισθησία 16.17%

Επισκληρίδιος χορήγηση

οπιοειδών 1.47%

Ατομικός έλεγχος

αναλγησίας (P.C.A.) 8.82%

Συνεχής ενδοφλέβια

έγχυση οπιοειδών 50%

Η ανακούφιση του πόνου στο Γ.Ν. Λεμεσού κρίθηκε ως **καλή** 29,41% και **Λίαν καλή** 48,52% ενώ 7,35% πιστεύουν ότι είναι **εξαιρετική**.

Το αξιοσημείωτο εδώ είναι ότι η μειοψηφία πιστεύει ότι η όλη ανακούφιση του πόνου στο Νοσοκομείο είναι φτωχική είναι μόνο το 10,29% και άσχημη ήταν μόνο το 2,94%.

Το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου

Στο δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου το 95,55% συμφωνούν ότι οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν τον πόνο στο Νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν 100% ότι κάθε άτομο έχει διαφορετικό όριο ανοχής του πόνου.

Εάν θα πρέπει οι ασθενείς να δεχθούν ότι θα έχουν λίγο πόνο, διαφώνησαν μόνο 17,64% σχεδόν από όλα τα τμήματα με την ίδια αναλογία.

Επίσης στο γεγονός ότι η ανησυχία αυξάνει την αντίληψη του πόνου φάνηκε ότι η πλειοψηφία συμφωνεί με ένα μικρό ποσοστό διαφωνίας και δύο αναποφάσιστους.

Οι Ν.Λ. λόγω πείρας και γνώσης μπορούν να αναγνωρίσουν τον πόνο των ασθενών καλύτερα από αυτούς φάνηκε να διαφωνούν 42,64% με 2,72% να διαφωνούν απόλυτα ενώ ένα ποσοστό 14,64% ήταν αναποφάσιστοι.

Η πλειοψηφία συμφώνησε ότι μιλώντας και ακούγοντας τους ασθενείς μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου. Το 4,41% δήλωσαν αναποφάσιστοι, ενώ 5,88% διαφώνησαν.

Εάν ο πόνος των ασθενών μπορεί να αναγνωριστεί πάντοτε από την συμπεριφορά και τα ζωτικά σημεία το 55,88% συμφώνησαν και διαφώνησαν 32,35%. Δεν αποφάσισαν 5,44%.

Μερικές εθνικότητες αφομοιώνουν τον πόνο καλύτερα από άλλες, το 35,29% συμφωνούν απόλυτα και το 42,64% να συμφωνούν απλά, ενώ 11,76% δεν αποφάσισαν. Ένας μικρός σχετικά αριθμός 11,76% διαφώνησαν.

Πόνος μπορεί να υπάρξει μόνο σε ένα μέρος του σώματος την ίδια στιγμή, ήταν η ένατη ερώτηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν 10,29% να είναι αναποφάσιστοι ενώ 25% συμφώνησαν απόλυτα. Οι υπόλοιποι 54,41% διαφώνησαν και 11,765 διαφώνησαν απόλυτα.

Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ οξύ και χρόνιου πόνου. Εδώ 16,17% συμφώνησαν, 4,41% δεν αποφάσισαν. Μεγάλο σχετικά ποσοστό 79,41% διαφώνησαν.

Εάν τα διαγράμματα πόνου κάνουν τους ασθενείς ενήμερους για τον πόνο τους, φάνηκε καθαρά η αβεβαιότητα στις απαντήσεις εφόσον 20,58% ήταν αναποφάσιστοι, 60,29% διαφώνησαν και 33,82% συμφώνησαν. Επίσης καθοριστική ήταν και η αβεβαιότητα της γνώσης για την χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων μετεγχειρητικά, καθότι αρκετά μεγάλος αριθμός 41,17% συμφώνησαν ότι οι ασθενείς παθαίνουν εύκολα εξάρτηση. Δεν τοποθετήθηκαν 8,68% και διαφώνησαν 50%. Οι Ν.Α. διαφώνησαν στην πλειοψηφία 29,92% ότι συνήθως υποτιμούν τον πόνο των ασθενών, με 4,76% αναποφάσιστους. Το ίδιο αποτέλεσμα φάνηκε στο γεγονός ότι οτιδήποτε αναφέρει ο ασθενής σχετικά με τον πόνο είναι πάντοτε αληθινό. Ασαφείς ήταν οι απαντήσεις στο ερώτημα εάν τα αναλγητικά ήταν πάντοτε ο καλύτερος τρόπος για την ανακούφιση του πόνου. Δεν μπόρεσαν να τοποθετηθούν 14,70%. Συμφώνησαν 30,88%. Διαφώνησαν 52,94%.

Εάν ο πόνος των ασθενών πρέπει να αξιολογείται κάθε 24 ώρες, εδώ υπήρξε μικρή σχετικά συμφωνία με μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνίας.

Το 66,17% συμφώνησαν ότι δεν συμβαίνει ψυχολογική εξάρτηση στην

Μορφίνη εάν χορηγείται στη σωστή δόση για την ανακούφιση του πόνου. Όμως πάλι 27,94% διαφώνησαν και 5,82% δεν αποφάσισαν.

Εάν ο ασθενής παραμείνει σε πόνο ενώ έχει πάρει αναλγησία τότε χρειάζεται επαναξιολόγηση (ερ. 18Π), όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν με μόνο 4,41% αναποφάσιστους.

Εάν η αξιολόγηση του πόνου χρειάζεται πάντοτε τεκμηρίωση συμφώνησαν 61,76% με ποσοστό αναποφάσιστων 14,70% και 23,52% να διαφωνούν.

Η τελευταία ερώτηση αναφερόταν στη δήλωση της McCaffery ότι «Πόνος είναι ότι ο ασθενής λέει ότι είναι και υπάρχει όταν αυτός/η λέει ότι υπάρχει». Οι απαντήσεις εδώ ήταν διάφορες.

Συμφώνησαν απόλυτα	14,70%
Συμφώνησαν	35,29%
Αναποφάσιστοι	16,17%
Διαφώνησαν	29,41%
Διαφώνησαν απόλυτα	2,94%

Δεύτερη ενότητα

Η δεύτερη ενότητα συμπεριλάμβανε προσωπική συνέντευξη. Οι ερωτήσεις ήταν ανοικτές, μη προκαθορισμένες, βασισμένες στην θεματολογία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Η ανάλυση των συνεντεύξεων έγινε την ίδια ημέρα ή την επομένη για διασφάλιση της μέγιστης εγκυρότητας των αποτελεσμάτων. Κάθε μαγνητοκασέττα αναλύθηκε κατά λέξη και μετά ακολούθησε διαχωρισμός θεμάτων σε κατηγορίες.

Στάση ΝΑ. για τον πόνο

- Προτεραιότητα στη νοσηλεία πολυτραυματία ασθενή ήταν η αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του, έλεγχος των ζωτικών σημείων, η θέση στο κρεβάτι και μετά η ανακούφιση του πόνου.

- Στο ερώτημα ποιος πρέπει να έχει έλεγχο του πόνου των ασθενών, τα ευρήματα δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών. Οι ασθενείς δεν πρέπει και δεν μπορούν να έχουν έλεγχο του πόνου. Μπορεί να παραχωρηθεί λίγος

έλεγχος σε πολύ λίγους ασθενείς σε ειδικές περιπτώσεις (2 παυσίπονα για αργότερα). Ο έλεγχος του πόνου είναι καθαρά νοσηλευτική ευθύνη εφόσον οι Ν.Λ. είναι συνεχώς κοντά στον ασθενή.

- Η μετεγχειρητική αναλγησία φάνηκε να εναπόκειται στην κρίση και ευθύνη των Ν.Λ. γι' αυτό χρειάζεται περισσότερη νομική κάλυψη εφ' όσον έχουν και την ανάλογη γνώση. Οι Νοσηλευτές λειτουργούν σαν μεσολαβητές ασθενή-γιατρού ούτως ώστε αφού χορηγήσουν την αναλγησία που έγραψε ο γιατρός, θα παρακολουθήσουν για την δράση και τα αποτελέσματα των φαρμάκων και θα επικοινωνήσουν με τον γιατρό. Ο γιατρός χρειάζεται να είναι πιο κοντά στον ασθενή.

- Η παρούσα αναλγησία κρίθηκε στην πλειοψηφία ότι δεν είναι επαρκής. Οι τρεις ενέσιμες δόσεις μετεγχειρητικής αναλγησίας σε πολυτραυματία ή σε μεγάλες επεμβάσεις δεν επιτυγχάνουν ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου. Αναφέρθηκε ότι πολύ συχνά είναι ανάγκη να δοθεί ενδιάμεσα των δύο ενέσιμων δόσεων, αναλγησία σε υπόθετα με ελαφρό παυσίπονο τύπου παρακεταμόλης.

Όμως υπήρξε και η άποψη ότι η αναλγησία δεν είναι απαραίτητη διότι υπάρχουν ασθενείς που δεν την ζητούν.

Άλλη άποψη ήταν ότι η ενέσιμη αναλγησία είναι αποτελεσματικότερη και επιβάλλεται την πρώτη μετεγχειρητική μέρα.

- Υπήρξε έντονη η αντίληψη ότι ο πόνος είναι υποκειμενικός, το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα. Από την άλλη υπήρξαν απόψεις που έδειχναν καθαρά ότι ο πόνος των ασθενών υποτιμάται από τους Ν.Λ. Αυτό φάνηκε από απόψεις όπως «Οι ασθενείς πρέπει να δεχθούν ότι θα πονούν, ο πόνος είναι αναμενόμενος» ή «εφόσον έχει κάμει κάποια επέμβαση θα έχει πόνο και θα πρέπει να δεχτεί εκ των προτέρων ότι θα προσπαθήσει να αντέξει.» Επίσης δόθηκε και η άποψη «υπάρχουν περιπτώσεις που ο πόνος επιβάλλεται (τοκετός).» Άλλη άποψη ήταν «όταν ζητά έντονα αναλγησία μπορεί να μην γίνει πιστευτός».

- Εάν η εμπειρία του πόνου επηρεάζει την συμπεριφορά των ασθενών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς πιθανόν

να αντιδράσουν με άρνηση τροφής, θεραπείας, η συνεργασίας στη νοσηλεία τους. Πιθανή αντίδραση λόγω φόβου βασισμένου σε προηγούμενες εμπειρίες, άγνοια, αίσθημα αδυναμίας. Μερικές από τις απόψεις των Ν.Λ. για ένα τέτοιο ασθενή ήταν, «Θα προτιμούσα να ήταν ήρεμος, όταν είναι αρνητικός με κάνει να αισθάνομαι άβολα.» Η τελευταία Νοσηλευτική άποψη ήταν «με συστηματική αναλγησία κάθε τέσσερις ώρες Ε.Μ. για δύο μέρες και μετά από το στόμα οι ασθενείς δέν είχαν εμπειρία πόνου και όλα ήταν εύκολα.»

- Κατά πόσον προηγούμενη προσωπική εμπειρία πόνου των Ν.Λ. έχει επηρεάσει στην αντίληψη του πόνου των ασθενών, όλοι ανεξαιρέτως συμφώνησαν ότι μετά από δική τους εμπειρία έγιναν πιο ευαίσθητοι στο θέμα του πόνου.

Συμπεράσματα και εισηγήσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με την βιβλιογραφία.

Οι Ν.Λ. διατηρούν τις δικές τους φιλοσοφίες και προκαταλήψεις όσον αφορά την αντίληψη του πόνου και συμφωνούν με τα ευρήματα της Wakefield (1995) ότι το αίσθημα του πόνου αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με την ψυχολογία του ασθενή.

Υπάρχει ομοφωνία με τα ευρήματα της Nash και άλλους (1993) ότι είναι αναγκαία η συχνή αξιολόγηση και τεκμηρίωση του πόνου όταν αυτός συνεχίζει να υπάρχει μετά από αναλγησία.

Είναι σημαντική η χρήση διαγραμμάτων πόνου διότι τεκμηριώνεται η βαθμολογία του πόνου των ασθενών και δεν βασίζεται στην κρίση των Ν.Λ.

Χρειάζεται ενημέρωση για την χρήση και την αναγκαιότητα των διαγραμμάτων για σωστή αξιολόγηση και αποτελεσματική ανακούφιση.

Φάνηκε ότι η ανακούφιση του πόνου λαμβάνεται υπόψιν αλλά δεν είναι η προτεραιότητα στην νοσηλεία.

Στην διερεύνηση της στάσης των Ν.Λ. στο ποιος θα έπρεπε να έχει τον περισσότερο έλεγχο στον μετατραυματικό πόνο φάνηκε να διαφέρουν τα αποτελέσματα

από προηγούμενη έρευνα της Lavies και άλλους (1991) και έδειξαν ότι οι Ν.Λ. δεν συμφωνούν ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να είχαν περισσότερο έλεγχο στην ανακούφιση του δικού τους πόνου.

Η παρούσα στάση των Ν.Λ. για τα παυσίπονα και τα οπιοειδή καθώς και ο τρόπος χορήγησής του δεν συντελεί στην ολοκληρωτική ανακούφιση του πόνου.

Χρειάζεται ενθάρρυνση στους γιατρούς για να περιγράψουν την χορήγηση αναλγησία και για τους Ν.Λ. να χορηγούν συστηματικά την Ε.Μ. αναλγησία σε όλη την δοσολογία η οποία χρειάζεται για επαρκή ανακούφιση. Οι τρεις ενέσιμες δόσεις μετεχειρητικά δεν είναι αρκετές εφόσον χορηγούνται σε βάση P.R.N. (όποτε χρειάζεται) και δεν γίνεται συχνή αξιολόγηση και τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων μετά την χορήγηση.

Ο φόβος για εξάρτηση μετά από χειρουργική επέμβαση δεν πρέπει να επηρεάζει τους Ν.Λ. στην χορήγηση μετεχειρητικής αναλγησίας στους ασθενείς.

Περισσότερη ενημέρωση στη χρήση, δράση και επιπλοκές οπιοειδών φαρμάκων ίσως να βελτιώσει την παρούσα αντίληψη για τα ναρκωτικά φάρμακα.

Αναγκαιότητα δημιουργίας ομάδας ανακούφισης του πόνου η οποία θα

ενημερώνει, καθοδηγεί και διδάσκει γιατρούς και Ν.Λ. για θέματα πόνου, για νέες μεθόδους ελέγχου του πόνου.

Επικοινωνία και συνεργασία όλων των μελών της ομάδας Υγείας με κοινό στόχο την εξάλειψη του οξείου πόνου.

Περιορισμοί της μελέτης

Η έρευνα αυτή είναι η πρώτη επιστημονική εργασία που έγινε στο Γ.Ν.Λεμεσού και ίσως αυτό να θεωρηθεί αρνητικό στοιχείο στην όλη διεξαγωγή της έρευνας. Το γεγονός ότι η ερευνήτρια εργαζόταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες αυτό μπορεί να έχει επηρεάσει τους συμμετέχοντες να αποκρύψουν την πραγματική στάση τους ή να αποφύγουν λεπτομέρειες ή ακόμα και να αφήσουν πίσω αξιόλογα σημεία ενδιαφέροντος.

Για την αποφυγήν αυτού του πιθανού περιορισμού οι συμμετέχοντες είχαν πλήρη διαβεβαίωση για την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών.

Ευχαριστίες σε όλους όσους έχουν συμβάλει στην διεξαγωγή της παρούσας ερευνητικής εργασίας και ιδιαίτερα στον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών για παραχώρηση οικονομικής ενίσχυσης.

Βιβλιογραφία

- Allcock N. (1996), Factors affecting the assessment of postoperative pain: a *literature review*, *Journal of Advanced Nursing*, No. 24, p. 1144-1151.
- Carr E., (1997) Overcoming barriers to effective pain control, *Professional Nurse*, Vol. 12, No. 6, p. 412-416.
- Carr D. and Thomas V.J., (1997), Anticipating an Experiencing postoperative pain. The patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16 No. 3 p. 191-201.
- Carroll D. and Bowsher D. (1993), *Pain: Management and Nursing care*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Closs S.J. (1996), Pain and elderly patients: a survey of nurse's knowledge and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 23 No. 2 p. 237-242.
- Gujol C. (1994) A survey of pain assessment and management practices among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, Vol. 3, No 2, p. 123-123.
- Kenworthy N. Snowley G. Gilling G. (eds) (1992), *Common foundation studies in Nursing*, Churchill Livingstone Edimburg.
- Lavies N. Hart L. Rouseffell B. Funciman W. (1992) Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia: stage 1 of a longitudinal study of postoperative analgesia, *Pain No. 48*, p. 313-319.

- McCaffery M. and Beebe A. (1994), *PAIN: Clinical Manual for nursing practice*, London edition Mosby, U.K.
- Nash R. Edwards H, Nebaner M., (1993) Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurse's intention to assess patient's pain. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, p. 941-947.
- Seers K. (1989), Patient's perceptions of acute pain, chapter 12 IN: Wilson-Barnett J., and Robinson S., (1989) *Directions in Nursing research*. Scutari press.
- Thomas V.N. (1998) *Pain: Its nature and management*. London, Bailliere Tindall & R.C.N.
- Wakefield A.B. (1995) Pain: An account of nurses talk, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21, p. 905-910.
- Watt-Watson J.H. (1987) Nurses knowledge of pain issues: A survey, *Journal of pain and symptom management*, Vol. 2, No. 4, p. 207-211.
- Benner P. (1984), *From Novice to Expert Excellence and Power in clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley com. California.
- Black J.M. and Matassarini-Jacob G., (1997), *Medical-Surgical Nursing, Clinical management for continuity of care*, 5th ed., W.B. Saunderscom. Philadelphia.
- Burns N. and Grove S.K. (1993), *The practice of Nursing Research*, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Clegg F., (1987) *Simple statistics, A course book for the social sciences* Cambridges University press, U.K.
- Clarkle E.B., Freeh B., Bilodeun M.L. Capasso V.C. Edwards A., Empoliti, (1996) Pain management knowledge, Attitudes and clinical practice. The impact of Nurses characteristics and education, *Journal of pain and symptom Management*, Vol. 11, No 1, p 18-31.
- Catanzaro N. (1988), *Nursing Research, Theory and Practice*, Mosby com. U.S.A.
- Cohen F., (1980), Post-surgical pain relief: patients status and nurses medication choices, *Pain* No 9 p. 265-274.
- Cormack D.F.S., (1991) *The research Process in Nursing*. 2nd ed. Blackwell scientific publ. Oxford.
- Gillies M., Jones W.L., Smith L.N. (1997): Postoperative pain in adolescents: a pilot study, *Journal of clinical Nursing*, Vol. 6 No.1 p 77-78.
- Hancock H., (1996) Implementing change in the management of postoperative pain, *Intensive and critical care nursing*, Vol. 12, p 359-362.
- Hodges C., (1998), Easing childrens pain, *Nursing Times* Vol. 94 No 10, p 55-58.
- McCaffery M., (1983), *Nursing the patient in pain*, Harper and Row, London.
- Royal College of Surgeons and College of Anaesthetics, (1990) Report of the working party on pain after surgery. Commission on the Provision of Services, *Royal College of Surgeons and Anaesthetics*, London.
- Sofaer B., (1995), *Pain. A Handbook for nurses*, 2nded. Chapman and Hall, London.
- Twycross A., (1997), Nurses perceptions of pain in children, *Paediatric Nursing*, Vol. 19 No 1 p. 16-19.
- Waddie N.A., (1996), Language and pain expression, *Journal of advanced Nursing*, Vol. 23 p. 868-872.
- Weis O.F., Sriwatanakul K., Alloza J.I., Weintraub m., Lasagna I., (1983), Attitudes of patients, housestaff and Nurses towards postoperative Analgesic care, *Anaesthesia Analgesia* Vol. 62, p. 70-74.