

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΛΙΑ Ι. ΑΝΤΩΝΙΑ

ΝΟΤΙΟΥ Α. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2011

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Τζεναλής Αναστάσιος: Εργαστηριακός Συνεργάτης (Επιβλέπων)

Δρ. Λαβδανιτη Μαρία: Καθηγήτρια Εφαρμογών

Δρ. Μηνασίδου Ευγενία: Καθηγήτρια Εφαρμογών

<p style="text-align: center;">ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.</p>
--

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.

Εισαγωγή.

Κεφάλαιο 1^ο. ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Κεφάλαιο 2^ο. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ
ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

- 2.1. Νοσηλευτική γνώση
- 2.2. Επικοινωνία
- 2.3. Τεχνολογία
- 2.4. Έλλειψη χρόνου
- 2.5. Συνεργασία πολλών ειδικοτήτων

**Κεφάλαιο 3^ο. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΟΥ
ΗΔΗ ΙΣΧΥΕΙ**

- 3.1. Καταγραφή
- 3.2. Οδηγίες και αλγόριθμοι
- 3.3 Εκπαίδευση

**Κεφάλαιο 4^ο. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ
ΠΟΝΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Κεφάλαιο 5^ο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ
ΜΕΛΛΟΝ**

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Παρά της συνεχιζόμενη αναγνώριση στη βιβλιογραφία, ότι ο πόνος είναι σημαντικό πρόβλημα κατά την διαχείριση της κρίσιμης περίθαλψης, το ζήτημα αυτό δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς από τους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει στρατηγικές για την αλλαγή των πρακτικών διαχείρισης του πόνου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), συμπεριλαμβανομένων αναθεώρησης των πρακτικών τεκμηρίωσης, τη χρήση των κατευθυντήριων γραμμών και αλγορίθμων, για να αυξήσει τη λήψη αποφάσεων, και την αύξηση των εκπαιδευτικών ευκαιριών στη διάθεση των νοσηλευτών της ΜΕΘ. Συνιστάται να δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα στην εκτίμηση του πόνου στο πλαίσιο της κλινικής, ιδίως όσο είναι ανεπαρκής η αξιολόγηση του πόνου και της διαχείρισής του, η οποία έχει συσχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα κατά την παραμονή τους στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Είναι σημαντικό, ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ δεν θα πρέπει μόνο να γνωρίζουν που βρίσκονται στην έρευνα των πρακτικών διαχείρισης του πόνου, αλλά και να πρωτοστατούν στην εφαρμογή και τη συνεχή αξιολόγηση ως μέτρο μείωσης του πόνου των ασθενών στο μέλλον.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έχει διαπιστωθεί, ότι ο πόνος είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ίσως γιατί υπάρχουν εμπόδια, όχι μόνο από την πλευρά των ασθενών, που προφανώς αφορούν την επικοινωνία, αλλά και από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού. Μάλιστα, έρευνες έχουν δείξει ότι στα εμπόδια αυτά που δυσχεραίνουν την εκτίμηση και κατ'επέκταση την διαχείριση του πόνου ενός ασθενούς της Μονάδας, συμπεριλαμβάνονται η τεχνολογία, η νοσηλευτική γνώση, η επικοινωνία, καθώς και η έλλειψη χρόνου του νοσηλευτικού προσωπικού. Λέγεται ότι οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αποτυγχάνουν τις περισσότερες φορές να εκτιμήσουν με ακρίβεια τον πόνο του ασθενή τους, όχι πάντα όμως λόγω των παραπάνω εμποδίων αλλά και λόγω της ρουτίνας της καθημερινότητας του επαγγέλματός τους.

Στις σελίδες που ακολουθούν, υποστηρίζεται ότι η διάθεση για την βελτίωση του τρόπου που εκτιμάται ο πόνος, είναι ένα λογικό βήμα για να ξεπεραστούν πολλά από τα εμπόδια που αναφέρθηκαν παραπάνω. Σκοπό της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτελεί η αναφορά στρατηγικών για την βελτίωση ή ακόμα και την αλλαγή πολλών από τις πρακτικές που ακολουθούνται, έτσι ώστε ο πόνος να εκτιμάται έγκαιρα και με τον σωστότερο τρόπο εκεί όπου υπάρχει, με σκοπό την αποτελεσματική εξάλειψή του. Ενώ σε ότι αφορά την διαχείριση του πόνου των σθενών στην ΜΕΘ, στόχος είναι να αποδειχτεί πως είναι μια συνεχής και ιδιαίτερα σημαντική πρόκληση για την ομάδα περίθαλψης και δη των νοσηλευτών. Οι νέες εκθέσεις δείχνουν ότι η λήψη μιας συνολικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να είναι το κλειδί για την διαχείρισή του μέσα στην Μονάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Πόνος ορίζεται «η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη, ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη» και είναι η αυστηρά επιστημονική έκφραση που χρησιμοποιείται από την Διεθνή Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP) (Ιατρού, 2005). Όμως, για κάθε ξεχωριστό άτομο, πόνος δεν είναι παρά ένα δυσάρεστο οδυνηρό αίσθημα. Πρόκειται για υποκειμενικό αίσθημα το οποίο μαθαίνει κανείς βάσει των προσωπικών του εμπειριών από νωρίς στην ζωή. Υπάρχουν πολλές γνώσεις σχετικά με τον πόνο και το πως μπορεί να ανακουφισθεί, στις οποίες μπορεί κανείς να εκπαιδευθεί. Ο πόνος αναφέρεται ως το 5^ο ζωτικό σημείο. Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς (μικρής διάρκειας) ή χρόνιος, (που διαρκεί περισσότερο, ακόμα και ισοβίως).

Ο οξύς πόνος έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Συνήθως αρχίζει ξαφνικά
- Η πηγή του εντοπίζεται ευκολότερα
- Δεν διαρκεί για πολύ χρόνο
- Επηρεάζει τον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό και αυξάνει την αρτηριακή πίεση (DeWit, 2001)

Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Έχει μια πολύ μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Διαρκεί από κάποιους μήνες μέχρι πολλά χρόνια
- Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή ακόμα να παραμένει σταθερός
- Μπορεί επίσης να επηρεάζει αρνητικά τον ύπνο, να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί κατάθλιψη (DeWit, 2001)

Ο πόνος συχνά συνοδεύει την παθολογία των ασθενών που τους μετατρέπει σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς και τους υποχρεώνει σε νοσηλεία στη ΜΕΘ αφού πρώτα έχουν περάσει τους προηγούμενους «ηθμούς» αναζωογόνησης του Συστήματος Υγείας (προνοσοκομειακή φροντίδα, ΤΕΠ, ενδονοσοκομειακή φροντίδα). Κατά την είσοδο ενός ασθενούς στη ΜΕΘ, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους συχνά παραβλέπονται καθώς οι προσπάθειες εστιάζονται κυρίως σε σωστικούς χειρισμούς και παρεμβάσεις (Cammargano et al, 1998). Οι ασθενείς στη ΜΕΘ έχουν μοναδικά χαρακτηριστικά που παρέχουν σημαντικές προκλήσεις για την κρίσιμη ομάδα φροντίδας. Βαρέως πάσχοντες ασθενείς μπορεί να υποφέρουν δυσανάλογα σε σύγκριση με άλλους ασθενείς, που αντιμετωπίζουν σημαντικά τον πόνο από την απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τον τραυματισμό τους. Επιπλέον, οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση είναι συχνά σε θέση να επικοινωνούν αποτελεσματικά τον πόνο για τους φροντιστές τους, γεγονός που καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου επαρκώς. Το πρώτο βήμα για την επίλυση αυτού του προβλήματος είναι να αναγνωρίσουμε τον πόνο.

Οι αιτίες του πόνου στη ΜΕΘ είναι ποικίλες. Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από:

- Χειρουργικές επεμβάσεις
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις (διασωλήνωση τραχείας, καθετηριασμός αγγείων, παρακέντηση θώρακα)

- Καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα (βρογχοαναρρόφηση, αλλαγή τραύματος)
- Φύσιο-κινησιοθεραπεία
- Αλλαγή θέσης
- Παρατεταμένη ακινησία (Μπούτζουκα, 2010)

Ο πόνος διακρίνεται σε 4 κατηγορίες από θεραπευτική άποψη:

- i. Αλγαισθητικός πόνος, ο οποίος χωρίζεται σε
 - α) οξύς πόνος, όταν είναι σωματικός
 - β) αμβλύς πόνος, όταν είναι σπλαχνικός
- ii. Νευραλγικός πόνος (έμμεσο ερέθισμα)
- iii. Ψυχογενής πόνος
- iv. Αντανακλαστικός πόνος (Μπούτζουκα, 2010)

Ο αλγαισθητικός πόνος, προέρχεται από ιστική βλάβη/ τραυματισμό στους ιστούς του σώματος (φλεγμονή). Ο τραυματισμός αυτός μπορεί να είναι ένα κάψιμο, εκχυμώσεις, κάταγμα οστού, σοβαρός τραυματισμός, κάψιμο ή οτιδήποτε που να καταστρέφει τους ιστούς. Συνήθως είναι έντονος ή κατά κύματα. Οι υποδοχείς πόνου για την ιστική βλάβη (αλγούποδοχείς) εντοπίζεται κυρίως στο δέρμα ή στα εσωτερικά όργανα. (Ιατρού Χ, 2005)

Ο νευραλγικός πόνος, προκαλείται από βλάβη ή νόσο του κεντρικού ή περιφερικού τμήματος του νευρικού συστήματος που εμπλέκεται στις αισθήσεις του σώματος (σωματισταθητικό σύστημα). Ο πόνος του περιφερικού νευροπαθητικού συχνά περιγράφεται ως κάψιμο, μούδιασμα, τσίμπημα. (Ιατρού Χ, 2005)

Ο ψυχογενής πόνος, προκαλείται από αυξημένους ή παρατεταμένους συναισθηματικούς παράγοντες. Ο πονοκέφαλος, ο πόνος στην πλάτη και ο πόνος στο στομάχι, μερικές φορές διαγιγνώσκονται ως ψυχογενή. Οι πάσχοντες συχνά στιγματίζονται, γιατί και οι ιατροί και το ευρύ κοινό, έχουν την τάση να πιστεύουν ότι ο πόνος μια ψυχολογική πηγή δεν είναι πραγματική. Ωστόσο, οι ειδικοί θεωρούν ότι είναι λιγότερο

πραγματικός ή βλαβερός από τον πόνο που προέρχεται από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Ο όρος "ψυχογενής" υποθέτει ότι η ιατρική διάγνωση είναι τόσο τέλεια που όλα τα οργανικά αίτια του πόνου μπορούν να ανιχνευτούν. Δυστυχώς, απέχουμε πολύ από το αλάθητο. Πολύ συχνά, η διάγνωση της νεύρωσης είναι η αιτία του πόνου που κρύβει την άγνοιά μας από τα πολλά στοιχεία της ιατρικής για τον πόνο. (Melzack, 1996)

Ο πόνος είναι προσωπική εμπειρία. Πρόκειται για ένα κατ' εξοχήν υποκειμενικό αίσθημα που μπορεί να επηρεασθεί από πλήθος παραγόντων. Παρά το γεγονός ότι δεν είναι δυνατή η αντικειμενική μέτρηση του πόνου, η εκτίμηση της έντασής του αποτελεί αδήριτη ανάγκη τόσο για την αξιολόγηση του ίδιου του πόνου όσο και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η διαχείριση του πόνου εστιάζεται στην ανάπτυξη ενός πλαισίου αντιμετώπισης, υποκείμενο σε μεταβολές, ανάλογης της ανακούφισης του πόνου. Το πλαίσιο αυτό βασίζεται στο ιστορικό του πόνου, στη φυσική εξέταση, στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις κλινικές παραμέτρους αξιολόγησης του πόνου (Ιατρού Χ, 2005)

Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τις αναμνήσεις κατά κάποιο τρόπο, ασθενών που είχαν εμπειρία από κάποια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο πόνος είναι ίσως το πιο σημαντικό πρόβλημα που φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μιας ΜΕΘ (Chyun, 1989; Dracup & Bryan-Brown, 1995; Murray, 1990; Pooler-Lunse & Price, 1992; Porter, 1985; Puntillo 1988, 1990, 1994; Simpson et al., 1989; Stein-Parbury & McKinley, 2000). Για τον σκοπό αυτών των σελίδων, οι ασθενείς των ΜΕΘ προσδιορίζονται ως αυτοί που απαιτείται να έχουν σταθερή αιμοδυναμική παρακολούθηση, παρατήρηση, καθώς και άμεση μεσολάβηση του νοσηλευτικού και όχι μόνο προσωπικού, αν παραστεί βεβαίως ανάγκη, όπως επίσης και σωστή εκτίμηση της κατάστασής τους.

Σε μια έρευνα, με την συμμετοχή 24 ασθενών από 2 διαφορετικά νοσοκομεία, στους οποίους πραγματοποιήθηκε λήψη συνέντευξης, αφού μεταφέρθηκαν από την ΜΕΘ (Puntillo, 1990) ανακάλυψε ότι το 63% των

ασθενών μπορούσαν να ονομάσουν τον πόνο τους κατατάσσοντάς τον σε μέτριας ή σοβαρής έντασης. Όμοια, διεξήχθη μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 59 ασθενείς με εμπειρία από κάποια ΜΕΘ, και διαπιστώθηκε (Simpson et al, 1989) ότι ο πόνος αποτελεί τον μεγαλύτερο στρεσογόνο παράγοντα με αρνητική επίδραση τόσο στην ψυχολογία όσο και στην σωματική υγεία. Παρά του μικρού μεγέθους δείγμα, την ανεπαρκή δειγματοληψία και από τις 2 έρευνες αλλά και την γενικότητα των αποτελεσμάτων, τα ευρήματα, ακόμα και σήμερα, εξασφαλίζουν ίσως κάποια, κατά κάποιο τρόπο, ιδέα για μια ενδεχόμενη επίδραση του πόνου στους ασθενείς της ΜΕΘ. Όμοια όμως αποτελέσματα αναφέρθηκαν σε μια μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε με την συμμετοχή 5150 ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Bruster et al, 1994). Η έρευνα λοιπόν αυτή έδειξε πως το 61% των συμμετεχόντων υπέφεραν κάποια στιγμή από πόνο ενώ το 33% αυτών ένιωθε πόνο χωρίς διακοπή, συνεχόμενα. Ωστόσο, η διατήρηση της αναπνοής και η υποστήριξη του κυκλοφορικού, θεωρούνται από τις πιο σημαντικές πρακτικές για την διατήρηση ενός ασθενούς σε μια σταθερή κατάσταση αλλά και για την εκτίμηση του πόνου, μια από τις πρακτικές η οποία θα έπρεπε να παρέχεται ως η σημαντικότερη μέσα στις ΜΕΘ.

Για τον άρρωστο που νοσηλεύεται σε μια ΜΕΘ, στον οποίο απαιτείται συνεχής αιμοδυναμική παρακολούθηση, έχει βρεθεί πως η κακή ή μη επαρκής διαχείριση του πόνου, έχει σοβαρές φυσιολογικές και ψυχολογικές επιδράσεις (Stanik-Hutt, 1998). Στην πραγματικότητα, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο πόνος και η ψυχολογική επίδραση που επιφέρει σε κάποιον άρρωστο, μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωσή του και να επιδράσει αρνητικά τόσο στην νοσηρότητα όσο και στην θνησιμότητα (Dracup & Bryab-Brown, 1995). Άλλωστε η λογοτεχνία περιγράφει φυσιολογικές επιπλοκές που σχετίζονται με τον πόνο, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης σε πνευμονικές επιπλοκές και αυξημένη καρδιακή λειτουργία (Pooler-Lunse & Price, 1995) καθώς και η κατάθλιψη και το άγχος (Desbians et al, 1996). Εύκολα λοιπόν, μπορεί να καταλήξει κανείς στο συμπέρασμα ότι, οι ασθενείς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είναι ικανοί να διαχειριστούν τον πόνο που νιώθουν, κάνοντας βεβαίως ταυτόχρονα ένα

πολύ σημαντικό βήμα να αυξήσουν στον ανώτατο βαθμό την ευκαιρία τους να αναρρώσουν.

Σαν βασική προτεραιότητα όλων αυτών που παρέχουν περίθαλψη σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, είναι η εξασφάλιση της άνεσης για τον ασθενή αλλά και η ανοχή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, προσπαθώντας παράλληλα να αποφευχθούν και οι όποιες επιπλοκές μπορεί να σχετίζονται με την θεραπεία. Αυτή η φαινομενικά απλή αποστολή της ασφαλούς διατήρησης της άνεσης του ασθενούς, στην πραγματικότητα απαιτεί μια εκτίμηση παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την κατάστασή του, την άνεση ή την αγωνία του. Ο πόνος λοιπόν, είναι η βασική αιτία της δυσφορίας που βιώνουν οι ασθενείς στην ΜΕΘ (Chanques et al, 2006; Puntillo, 1990; Desbians et al, 1996; Carroll et al, 1999).

Οι επιπτώσεις του πόνου είναι εμφανείς σε όλα τα συστήματα.

Καρδιαγγειακό: Επί παρουσίας πόνου, έχουμε αύξηση της δραστηριότητας του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (Σ.Ν.Σ.) και των επιπέδων των κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής παροχής και της κατανάλωσης του οξυγόνου. Επίσης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου μπορεί να αυξηθεί η πιθανότητα εμφάνισης ισχαιμίας του μυοκαρδίου (Μπούτζουκα, 2010)

Αναπνευστικό: Η αίσθηση του πόνου, ελαττώνει το εύρος των αναπνευστικών κινήσεων, τον αναπνευστικό όγκο, τη λειτουργική χωρητικότητα και τον κυψελιδικό αερισμό. Επίσης, συμβάλλει στην κατακράτηση των εκκρίσεων και τη σύγκλειση των κυψελίδων, με αποτέλεσμα μια ατελεκτασία, υποξία όπως και πνευμονική λοίμωξη. (Μπούτζουκα, 2010)

Στο γαστρεντερικό σύστημα, ο πόνος προκαλεί αναστολή της κινητικότητας. Ο πόνος επίσης, καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνοντας τον αριθμό και τη λειτουργία των λεμφοκυττάρων. Αυξάνει την απελευθέρωση κατεχολαμινών, κορτιζόνης και αντιδιουρητικής ορμόνης συμβάλλοντας στον υπερκαταβολισμό και την κατακράτηση Na & H₂O.

Σημαντική επίπτωση του πόνου είναι η αρνητική επιρροή της ψυχικής σφαίρας του ασθενούς, αυξάνοντας το άγχος, το στρες και την πιθανότητα ανάπτυξης PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) (Μπούτζουκα, 2010)

Ο βασικός σκοπός της χορήγησης αναλγησίας στη ΜΕΘ, εκτός από την αντιμετώπιση του πόνου, είναι η μείωση του άγχους, η δημιουργία συνθηκών άνεσης για τον ασθενή, η διευκόλυνση του ύπνου του, η προσαρμογή του στις διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις και τελικά η δημιουργία κατά το δυνατόν «μαλακών» συνθηκών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΘ (Marik PE, 2001; Lee T-S, 1994). Μπορεί ο πόνος ως αίσθηση, παρά το ότι είναι δυσάρεστος, να ανήκει στη διαδικασία άμυνας του οργανισμού υπό την έννοια τουλάχιστον τόσο της ανίχνευσης ιστικής βλάβης όσο και έγκαιρης προειδοποίησης επερχόμενης μεγαλύτερης βλάβης, όμως στον ασθενή που βρίσκεται σε μία οξεία απειλητική για τη ζωή φάση της νόσου του αποτελεί αιτία αρκετών και σημαντικών προβλημάτων.

Ο πόνος ως μία συγκινησιακή εμπειρία, έχει έντονα τα στοιχεία της υποκειμενικότητας. Αυτός είναι κυρίως ο λόγος που δεν υπάρχει η δυνατότητα της αντικειμενικής εκτίμησής του, αλλά χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι (κλίμακες πόνου) που προσπαθούν να την προσεγγίσουν. Όμως ακόμα και οι πολύ απλοποιημένες κλίμακες πόνου είναι δύσκολο να εφαρμοσθούν στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ. Διάφοροι μορφασμοί και η αιμοδυναμική εικόνα, με όλους τους σχετικούς περιορισμούς, χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη ως έμμεσοι τρόποι εκτίμησης του πόνου (Cammargano et al, 1998). Η επιλογή του είδους και της δόσης του φαρμάκου βασίζεται τόσο στις ιδιότητές του όσο και στις ανάγκες του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση του επώδυνου μηνύματος εξαρτάται από το επίπεδο συνείδησης, την προσωπικότητα, τον αυτοέλεγχο, την καλλιέργεια και τις πληροφορίες που κατέχει ο ασθενείς και είναι χρήσιμες για την επεξεργασία του μηνύματος. Τα στοιχεία αυτά είναι συνήθως αλλοιωμένα στον άρρωστο της ΜΕΘ. Ο αυτοέλεγχος είναι συχνά διαταραγμένος από δύο στοιχεία που

είναι συγχρόνως αίτιο του μη καλού κεντρικού ελέγχου και συνέπεια του πόνου: άγχος και έλλειψη ύπνου. Τόσο το άγχος, όσο και η αύπνια, με την κόπωση έως την εξάντληση που τη συνοδεύει, μεγεθύνουν την ένταση των επώδυνων ερεθισμάτων, ελαττώνοντας τον έλεγχο (Edwards et al, 1985).

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τον πόνο τους. Ωστόσο, αν και ο πόνος χαρακτηρίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία, άρα σαν ένα γεγονός που αναπτύσσεται μόνο σε άτομα με ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, οι αντιδράσεις από την υποφλοιώδη ζώνη και το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα παρατηρούνται ακόμη και ε κωματώδη κατάσταση. Σε αρκετούς ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, ένας μικρός μη επώδυνος ερεθισμός μπορεί να προκαλέσει καταγίδα αντιδράσεων λόγω απώλειας των ανωτέρων ανασταλτικών επιδράσεων. Μόνο το βαθύ κώμα και ο εγκεφαλικός θάνατος δε συνοδεύονται από αντίδραση στο περιφερικό ερέθισμα. (Ιατρού Χ, 2005)

Ο έλεγχος του πόνου βασίζεται όχι μόνο στη χρησιμοποίηση αναλγητικών, κατασταλτικών και αγχολυτικών φαρμάκων, αλλά και στην επαφή με τον ασθενή.

Η αναλγησία επιτυγχάνεται όταν η συγκέντρωση του οπιοειδούς στο πλάσμα αυξάνεται μέχρι να φθάσει στο επίπεδο της ελάχιστης δραστικής αναλγητικής συγκέντρωσης. Κάτω από αυτό το επίπεδο η αναλγησία θα είναι ανεπαρκής, ενώ σε συγκεντρώσεις κοντά στην ελάχιστη δραστική αναλγητική συγκέντρωση, μικρές μεταβολές στα επίπεδα ορού οδηγούν σε σχετικά μεγάλες μεταβολές στην αναλγησία. Σε ακόμα υψηλότερες συγκεντρώσεις ενώ παρατηρείται μικρή μεταβολή στην αναλγησία, ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αυξημένος (Cammарano et al, 1998).

Αναλγητικά στη ΜΕΘ (Οπιοειδή):

- Αγωνιστές: Είναι φάρμακα που συνδέονται με αντίστοιχους υποδοχείς και προκαλούν παρόμοια δράση με τις αντίστοιχες ενδογενής ουσίες
- Ανταγωνιστές: Είναι φάρμακα που αναστέλλουν τη δράση του ενδογενούς αγωνιστή
- Ο πόνος στη ΜΕΘ αντιμετωπίζεται καλύτερα με τη χορήγηση οπιοειδών (αγωνιστές)
- Στις κλινικές οδηγίες για τη χρήση ηρεμιστικών και αναλγητικών σε ασθενείς της ΜΕΘ, οι συνιστώμενες επιλογές είναι Μορφίνη και Φεντανύλη.



Ενδεικτικά οπιοειδή:

- Μορφίνη
- Πεθιδίνη
- Φεντανύλη
- Αλφεντύλη
- Σουφεντανύλη
- Ρεμιφεντανύλη
- Πιριτραμίδη-Τραμαδόλη
- Μεπταζινόλη
- Τιλιδίνη
- Τρυγική λεβορφανόλη

Η καταστολή είναι ένα βασικό συστατικό για την διαχείριση του πόνου των ασθενών της ΜΕΘ. Η καταστολή απαιτείται για την ανακούφιση της ταλαιπωρίας και του άγχους που προκαλείται από τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες, όπως η διασωλήνωση τραχείας, εξαιρισμό, αναρροφήσεις και φυσικοθεραπείες. Πρέπει επίσης να ελαχιστοποιείται η ταραχή και να μεγιστοποιείται η ανάπαυση και ο ύπνος. Η αναλγησία είναι σχεδόν καθολική απαίτηση για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. (Λαθύρης Δ, 2010)

Το άγχος, ο φόβος, ο πόνος, οι παραισθήσεις, είναι δυσάρεστα επακόλουθα της νοσηλείας στη ΜΕΘ και πρέπει να περιορίζονται. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή του προσανατολισμού, σύγχυση και διέγερση (ψύχωση της ΜΕΘ), καθώς και σε ελαττωμένη απάντηση σε υποξία και υπερκαπνία, τα οποία μπορεί να δυσκολέψουν την αποδέσμευση από τον αναπνευστήρα (Ghoury et al, 1990). Οι ασθενείς έχουν διαταραγμένη αντίληψη του χρόνου, του περιβάλλοντος και των παρεμβάσεων. Πολλές από τις περιπτώσεις της διέγερσης και της ακατάλληλης, όπως χαρακτηρίζεται, συμπεριφοράς μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας να σκεφθούν λογικά (Nejman, 1997). Εάν δεν ελεγχθεί η διέγερση είναι δυνατόν να αποδειχθεί επιζήμια

για τον ασθενή. Εκτός από την καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, που μπορεί να προκληθεί, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε βλάβες τόσο στον ασθενή όσο και στο προσωπικό της ΜΕΘ (αδυναμία του ασθενούς να συνεργαστεί για την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας και τη διατήρηση της κατάλληλης θέσης στο κρεβάτι και βλάβη ή αφαίρεση των απαραίτητων για τη διατήρηση της ζωής του σωλήνων και καθετήρων) (Fisher & Raper, 1991). Επιπλέον, υπάρχει ανέκδοτη (Ghourfi et al, 1990) απόδειξη ότι, η αποκατάσταση της φυσιολογικής εναλλαγής ύπνου-εγρήγορσης μπορεί να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών και να περιορίσει την αναγκαιότητα χορήγησης επιπλέον κατασταλτικών.

Για την αποφυγή των παραπάνω δυσάρεστων συμβάντων, η εφαρμογή ασφαλούς, ελεγχόμενης και γρήγορα αναστρέψιμης καταστολής είναι εξαιρετικά σημαντική στη φροντίδα του βαρέως πάσχοντα.

Η επαρκής αναλγησία και καταστολή βελτιώνει το την απάντηση του μεταβολισμού στη χειρουργική παρέμβαση και το τραύμα. Η πάρα πολύ ή πάρα πολύ λίγη καταστολή και αναλγησία μπορεί να προκαλέσει αυξημένη νοσηρότητα.

Η υπερκαταστολή μπορεί να προκαλέσει:

- Εξάρτηση
- Παράταση του μηχανικού αερισμού
- Παράταση της παραμονής του στη ΜΕΘ
- Αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας
- Ανοσοκαταστολή
- Υπόταση
- Ναυτία
- Αύξηση κόστους. (Μπούτζουκα, 2010)

Η υποκαταστολή μπορεί να προκαλέσει:

- Αναποτελεσματικό αερισμό
- Υπέρταση
- Ταχυκαρδία
- Δυσχέρεια του ασθενούς
- Αυξημένη συχνότητα αρνητικής έκβασης
- Ισχαιμία του μυοκαρδίου
- Ατελεκτασία (Μπούτζουκα, 2010)

Ο τρόπος χορήγησης φαρμάκων αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη φαρμακολογική διαχείριση του πόνου στη ΜΕΘ. Αν και από του στόματος φαρμακευτική αγωγή παράδοσης συνήθως προτιμάται σε μη ΜΕΘ ρυθμίσεις, ενδοφλέβια χορήγηση είναι συχνότερα η διαδρομή της επιλογής σε βαριά ασθενείς με οξύ πόνο που έχουν γνωστό ή ύποπτο μεταβληθεί λειτουργία γαστρεντερικού σωλήνα που μπορεί να οδηγήσει σε απρόβλεπτες ή απρόβλεπτη απορρόφηση. Η χρησιμοποίηση περιοδικών vs συνεχής ενδοφλέβια χορήγηση έγχυση εξαρτάται από παράγοντες όπως η συχνότητα και η ένταση του πόνου, και η φαρμακοκινητική του φαρμάκου. Παρά το γεγονός ότι άλλοι τρόποι χορήγησης (π.χ., ΙΜ, υποδόρια ή διαδερμικά) που απαιτούν συστηματική απορρόφηση φαρμάκων μπορεί να θεωρηθεί για τους επιλεγμένους ασθενείς, σε γενικές γραμμές, η χρήση τους αποθαρρύνεται σε βαριά ασθενείς λόγω του ενδεχόμενου για την ακανόνιστη, απρόβλεπτη, και ενδεχομένως ανεπαρκή απορρόφηση. Μόλις GI λειτουργία έχει επιστρέψει και σωλήνας σίτισης ξεκινήσει, τότε κάποια φάρμακα μπορούν να αλέθονται ή να έχουν υγρά σκευάσματα που μπορεί να χορηγηθεί μέσω του σωλήνα σίτισης. (Λαθύρης Δ, 2010)

Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν ανησυχίες σε σχέση με τις στερεές φαρμακοτεχνικές μορφές που δεν μπορεί να είναι θραυστά (π.χ., παρατεταμένης αποδέσμευσης) και υπεροσμωτικά υγρά που μπορούν να οδηγήσουν σε διάρροια (Beckwith et al, 2004). Επιπλέον, υπάρχει συχνά έλλειψη βιβλιογραφίας για τα ναρκωτικά σε θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις,

οπότε η σίτιση μπορεί να χρειαστεί να διακοπεί για τη χορήγηση των φαρμάκων. Υπάρχουν τεσσάρων ειδικών μορφών αναλγησίας που έχουν δυνητικά πλεονεκτήματα σε ορισμένους ασθενείς της ΜΕΘ, αλλά μπορεί να έχουν το μειονέκτημα που απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό (π.χ., αναισθησιολόγοι) για την υλοποίηση, ή μπορούν να απαιτούν από τους ασθενείς με ανέπαφο νόσηση (π.χ., αναλγησία που ελέγχεται από τους ίδιους)

Ανακούφιση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί με φαρμακολογική και μη-φαρμακολογικά μέτρα. Βέλτιστη ανακούφιση του πόνου φαίνεται να προκύπτουν από μια πολλαπλή προσέγγιση, (Vadivelu et al, 2010; Buvanendran et al, 2009) συνδυάζοντας μια ποικιλία από φάρμακα και, ενδεχομένως, τα μη-φαρμακολογικά μέτρα. Η μη-φαρμακολογική διαχείριση του πόνου δεν αξιολογήθηκε στην μελέτη Manworren (Νοέμβριος/ Δεκέμβριος 2000), όμως μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τη διαχείριση του πόνου (Salantera et al, 1999). Στα μη φαρμακολογικά μέτρα, περιλαμβάνονται ο αντιπερισπασμός, το μασάζ, οι ασκήσεις χαλάρωσης, η βαθιά αναπνοή, η καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση και την επανατοποθέτηση. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να ενισχύσουν τα αποτελέσματα των αναλγητικών καθώς και να παρέχουν στον ασθενή ένα αίσθημα ελέγχου του πόνου του (Pederson et al, 1997; Salantera et al, 1999; Van Kooten, 1999)

Επιπλέον, αυτές οι μη-φαρμακολογικές τεχνικές, αναφέρθηκε από τους ασθενείς ότι είναι χρήσιμες για τη διαδικασία της διαχείρισης του πόνου (Broome et al, 1996; Salantera et al, 1999). Ωστόσο, οι τεχνικές αυτές πρέπει να χρησιμοποιούνται ως συμπλήρωμα στις φαρμακολογικές τεχνικές και όχι να τις αντικαθιστούν (Francke et al, 1997).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

Η εκτίμηση του πόνου είναι ζωτικής σημασίας για την βέλτιστη παρέμβαση διαχείρισης του πόνου (Winslow, 1998 & Stanik-Hutt, 1998). Παρόλο που ο πόνος είναι μια πολύ υποκειμενική εμπειρία, και η διαχείρισή της απαιτεί αντικειμενικά πρότυπα της περίθαλψης. Η προσέγγιση WILDA στην εκτίμηση του πόνου, με επίκεντρο τις λέξεις για να περιγράψουν τον πόνο, την ένταση, την τοποθεσία, τη διάρκεια και την ανακούφιση, προσφέρει έναν συνοπτικό πρότυπο αξιολόγησης του πόνου (Fink R. 2000). Στη ΜΕΘ εμφανίζονται πολλά εμπόδια για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Οι πάσχοντες ασθενείς συχνά δεν μπορούν να αναφέρουν τον πόνο που βιώνουν λόγω των ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων και έτσι η διαχείριση του πόνου μπορεί να είναι μια δευτερεύουσα ανησυχία για τους παρέχοντες υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότεροι ασθενείς των ΜΕΘ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η περιορισμένη χρήση αξιόπιστων μέσων τεκμηρίωσης μπορεί να παρεμποδίσει την αποτελεσματική εκτίμηση του πόνου. Επίσης η έλλειψη γνώσης εμποδίζει συχνά τις κατάλληλες παρεμβάσεις για την διαχείριση του πόνου.

Τα εμπόδια που αντιμετωπίζονται καθημερινά στην ΜΕΘ για την σωστή εκτίμηση και διαχείριση του πόνου είναι: (Alpen & Title, 1994; Hamill-Ruth & Marohn, 1999)

1. Η έλλειψη γνώσης, είτε των νοσηλευτών είτε των ιατρών
2. Η δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς κ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ακόμα κ ανάμεσα σε ιατρό κ νοσηλευτή
3. Η τεχνολογία που χρησιμοποιείται
4. Η έλλειψη χρόνου, καθώς και
5. Η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων

2.1 Νοσηλευτική γνώση

Ο Winslow (1998), ως σημαντικά εμπόδια για να διαχειριστεί καθένας τον πόνο και να τον ελέγχει, παρέθεσε την νοσηλευτική αφέλεια και την μη ερευνητικότητα στην πραγματικότητα. Ο Camp (1988), ισχυρίζεται ότι οι νοσηλευτές της εντατικής είναι μεταξύ πολλών ειδικών νοσηλευτών και παθολόγων, οι οποίοι αναγνωρίζουν ότι η βασική τους εκπαίδευση δεν τους παρείχε επαρκείς οδηγίες στην φροντίδα ασθενών που πονάνε. Παρά την αμάθεια αυτή, υπάρχει μια μικρή απόδειξη σε κλινική εκπαίδευση ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, έχουν βελτιώσει τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου, αυξάνοντας τις γνώσεις τους από την βάση. Μάλιστα, ο Stanton (1997) συμφωνεί ότι ο πόνος από τον οποίο υποφέρουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μπορεί να μειωθεί, έχοντας οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, βελτιώσει τις γνώσεις τους, και την κατανόηση του πόνου και την ανακούφιση απ' αυτόν, συμπεριλαμβάνοντας και την βελτίωση της επικοινωνίας ως πρόβλημα.

Η έρευνα σχετικά με την εντατική νοσηλευτική και τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου στην κλινική εκπαίδευση, μένει περιορισμένη παρά την αυξημένη σημασία που έχει ο πόνος στην συνείδηση των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ. Στους πληθυσμούς των ασθενών που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης/θεραπείας, το επίπεδο της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών σχετικά με την αντίληψη του πόνου, είναι εύκολο να αποδειχθεί ότι είναι φτωχό (Nielson et al, 1994; Camp 1988; Mckinley & Bolti 1991; Dudley & Holm, 1984; Teske et al, 1983). Σε μια μελέτη που διεξάχθηκε σε μια Αυστραλιανή ΜΕΘ, ο Ferguson και οι συνεργάτες του (1997) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της μέσης βαθμολογίας της έντασης του πόνου, καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ. Οι νοσηλευτές φάνηκε να έχουν υποτιμήσει τον πόνο των ασθενών τους, ενισχύοντας την ανάγκη για τακτική τυποποίηση και συστηματική εκτίμηση του πόνου. Ένα πειστικό δείγμα, από 71 νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας (μεθίτες), που συμμετείχαν σε μια έρευνα για την εκτίμηση και διαχείριση του πόνου μέσω διαφορετικών πρακτικών. Διαχειριζόμενη από

τον Gujol (1994), αποτελούμενη από δυο σκίτσα με δύο περιπτώσεις η καθεμιά, με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ακολουθώντας η καθεμιά περίπτωση, σχετικές με το σκορ εκτίμησης του πόνου, τη ποσότητα της φαρμακευτικής αγωγής που έχει δοθεί, και την φροντίδα που θα μπορούσε να επηρεάσει την επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο. Το 30% των νοσηλευτών δεν πίστευαν την αναλογία του πόνου ως ένδειξη από τους ασθενείς στις περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν και τις ανησυχίες της αναπνευστικής καταστολής, ο εθισμός, η ανοχή και σωματική εξάρτηση επηρεάζονται οι αποφάσεις της πλειονότητας των νοσηλευτών.

Παρόλα αυτά, μια σχεδιασμένη έρευνα οριοθετείται από τις αυτοαναφερόμενες πληροφορίες. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποκάλυψαν πολλές παραμέτρους που επηρεάζουν τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων εντατικής θεραπείας, σε ότι αφορά την διαχείριση του πόνου. Επιπλέον, αυτή η μελέτη είναι συνεπής με όλη την υπόλοιπη νοσηλευτική λογοτεχνία και τονίζει την αναγκαιότητα των πρακτικών διαχείρισης του πόνου για την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών της ΜΕΘ (Fothergill-Bourbonnais & Wilson-Barnett, 1992).

Οι Alpen και Tottle (1994), έκριναν μέσα από μελέτες ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ (μεθίτες) καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκτιμούν και διαχειρίζονται τον πόνο με βάση τις γνώσεις τους. Η έλλειψη γνώσης, σύμφωνα με πολυάριθμες απόψεις για την διαχείριση του πόνου, είναι ένα από τα συνηθισμένα ευρήματα. Αυτό, λοιπόν, υποστηρίζεται σε μια έρευνα από τον Pederson et al (1997), η οποία ήταν σχετικά με την επείγουσα και εντατική παιδιατρική νοσηλευτική και την διαχείριση του πόνου. Γι' αυτό το λόγο, οι Pooler-Lunse και Price (1992), συμφώνησαν ότι η αποτελεσματική εκτίμηση και διαχείριση του πόνου, απαιτεί και πλήρη γνώση του κάθε μηχανισμού, της όποιας θεραπείας, και τις επιδράσεις της. Η εντατική νοσηλευτική, απαιτεί προσόντα, όπως η εκτίμηση μιας κατάστασης, η επικοινωνία, η γνώση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής και παράλληλα η υποχρέωση και η υπευθυνότητα να εκτιμά και να διαχειρίζεται κανείς τις ιατρικές οδηγίες.

Ο Aslan et al (2003) πραγματοποίησαν μια μελέτη που είχε σκοπό να καθορίσει την προσέγγιση της νοσηλεύτριας στη ΜΕΘ προς την εκτίμηση του πόνου των ασθενών, και να αξιολογήσει τα προβλήματα στην διάγνωση νοσηλείας αυτών που έχουν δυσκολίες στην άρθρωση συμπτώματα πόνου τους. Με την χρήση ενός ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της αντίληψης της νοσηλεύτριας για τον πόνο των ασθενών. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 91 νοσηλευτές εντατικής θεραπείας που προσλήφθηκαν μεταξύ του Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου 2002. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο πόνος των ασθενών κρίθηκε ανεπιθύμητος από το 44% των νοσηλευτών.

Περίπου 70,3% των νοσηλευτών ανέφερε προσφυγή στη χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση από τον πόνο των ασθενών τους. Το 57,1% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι είχαν διερευνήσει κατά πόσον οι ασθενείς πραγματικά βίωναν πόνο, πριν από τη χορήγηση της προβλεπόμενης αναλγησίας για τους ασθενείς. Το 85,7% του δείγματος ανέφερε ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να καταστήσουν την πιο ακριβή αξιολόγηση του πόνου τους. Τα στοιχεία που πρότεινε ότι το 39,6% των νοσηλευτών δεν ήξεραν πώς να αξιολογήσουν τα συμπτώματα του πόνου στην ΜΕΘ σε ασθενείς που πάσχουν από πολύπλοκα προβλήματα, και ότι το 37,4% αξιολογούν τον πόνο από την παρακολούθηση συμπεριφοράς των ασθενών. Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ δεν ήξερε πώς να αξιολογήσουν τον πόνο σε ασθενείς που έχουν προβλήματα επικοινωνίας. Η έρευνα καταλήγει με τον υπαινιγμό ότι υπάρχει σαφής ανάγκη να αντιμετωπιστεί εκπαίδευση νοσηλευτών και κατάρτισης όσον αφορά την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου, σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ (Nursing in Critical Care, 2003)

2.2 Επικοινωνία

Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της

απουσίας κοινά αποδεκτών κριτηρίων διάγνωσής του. Ποικίλης βαρύτητας σύγχυση, διαταραχή ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, φόβος, άγχος, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ανησυχία, επιθετικότητα, παρατεταμένη ένταση, σημεία κατάθλιψης, παραίτηση, παθητικότητα, απάθεια, παλινδρόμηση, αποτελούν εκδηλώσεις του συνδρόμου αυτού. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι πολλαπλή και περιλαμβάνει παράγοντες που αφορούν τη νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον της ΜΕΘ (Μαστρογιαννάκου et al, 2001). Μπορούμε να πούμε ότι το σύνδρομο της ΜΕΘ ευθύνεται εν μέρη στην έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Pooler-Lunse και Price (1992) συμφώνησαν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, δεν είναι ικανοί να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά, έχοντας τον εαυτό τους στο μεγάλο ρίσκο να υποφέρουν από τον πόνο. Μηχανικά ή φυσιολογικά εμπόδια για την επικοινωνία αποτελούν ο ενδοτραχειακός σωλήνας, η απώλεια των αισθήσεων, οι διάφορες μεταβολικές διαταραχές, η κόπωση, κ.α. (Fowler, 1997; Pooler-Lunse & Price, 1992). Αυτά τα παραπάνω εμπόδια, δυσχεραίνουν τις εκφράσεις του προσώπου, τις κινήσεις των χεριών, τον οποιοδήποτε στεναγμό, το κλάμα ή τις συσπάσεις του προσώπου σε μια κατάσταση όπου πρέπει να βασιστούν στην ερμηνεία της συμπεριφοράς και των φυσιολογικών δεικτών για να διαγνώσουν τον πόνο σαν ένα κοινό κλινικό περιστατικό (Puntillo et al, 1997).

Ενώ η Puntillo (1990) αναγνώρισε/παραδέχτηκε τους περιορισμούς που επιβάλλονται από το περιβάλλον και το καθεστώς της ιατρικής αγωγής για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, καθώς μπορεί να εμποδίζουν την φυσική λειτουργία της επικοινωνίας, αφού η υποκειμενικότητα του πόνου προκαλεί δίλλημα στους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, για έναν ασθενή ο οποίος παρουσιάζει δυσκολία στην λεκτική επικοινωνία. Ο Cristoph (1991) και ο Cheerer (1999), ισχυρίζονται ότι οι ασθενείς που εκφράζουν λεκτικά/προφορικά τον πόνο από μόνοι τους είναι οι πιο αξιόπιστοι δείκτες ακόμα κι αν πολλές φορές είναι εκ των πραγμάτων μετρημένοι στην εκδήλωσή τους. Παρόλο το

ενδιαφέρον στη λογοτεχνία ότι η μετριότητα στην εκδήλωση του πόνου από τη μεριά των ασθενών αποτελεί εμπόδια για την διαπίστωση, εκτίμηση και την αναφορά των επιπέδων του.

Η Puntillo (1994) ανέφερε σε ένα μικρό δείγμα ενός κεφαλαίου, ότι οι ασθενείς ήταν ακόμα ικανοί να επικοινωνήσουν, δίνοντας εκτεταμένες πληροφορίες σχετικά με τον πόνο που βίωνε, ακόμα κι όταν φαινομενικά ήταν μετρημένοι σε όσα εκδήλωναν. Παρά την σχετικά μικρή δειγματοληψία, τα ευρήματα παρείχαν κάποια ιδέα για την ικανότητα συγκέντρωσης σημαντικών πληροφοριών από ασθενείς μετρημένους στην εκδήλωση του πόνου τους, καθώς χρησιμοποιούνταν κατάλληλα όργανα για την επικοινωνία, την εκτίμηση και διαχείρισή του. Οι ασθενείς που εκδήλωναν με μετριότητα τον πόνο τους, στην μελέτη, χρησιμοποιούσαν έναν συνδυασμό οργάνων για την μέτρηση του πόνου, για να παρέχουν πληροφορίες για το πόνο τους, συμπεριλαμβάνοντας ένα δείγμα 0-10 από κάποια κλίμακα, ένα περιληπτικό διάγραμμα του σώματός του, εντοπίζοντας τις περιοχές που ένιωθαν πόνο και επίσης μια λίστα από λέξεις για να επικοινωνούν με τις αισθήσεις και τα συναισθήματά τους.

Η διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με μειωμένη επικοινωνία δεν είναι αποτελεσματική στον πληθυσμό των ασθενών των ΜΕΘ. Η λογοτεχνία σχετικά με την διαχείριση του πόνου στις περιπτώσεις ηλικιωμένων, που δεν υπάρχει λεκτική επικοινωνία, αυτών που είναι συνειδησιακά μπερδεμένοι, υπογραμμίζει τις δυσκολίες που είναι σχετικές με τον πληθυσμό των ασθενών που δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν και να εκφράσουν τον πόνο (Marzinski, 1991). Επιπλέον, ο Ferret et al, (1995) ανακάλυψε ότι, η γνωστική εξασθένηση στους ηλικιωμένους ενοίκους κάποιου γηροκομείου παρουσιάζουν ένα σημαντικό εμπόδιο για την αξιολόγηση του πόνου. Η αξιολόγηση του πόνου στη ΜΕΘ και η αυτό-αξιολόγηση του πόνου είναι αξιόπιστα και έγκυρα, όταν τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα κατάλληλα για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Σίγουρα σημαντική έρευνα έχει διεξαχθεί σε παιδιατρικό πληθυσμό χρησιμοποιώντας ειδικά παιδιατρικό εργαλεία, όπως η κλίμακα εκτίμησης

Wong / Baker Faces (Wong & Baker, 1988), τα οποία παρέχουν ακριβείς μεθόδους αξιολόγησης του πόνου.

Εμπόδια στη λεκτική επικοινωνία, όπως διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, μπορεί να αποτρέψει την ομιλία του, καθιστώντας δύσκολη επικοινωνία. Η ιδιότητα των κατασταλτικών φαρμάκων μπορεί επίσης να περιορίσουν την ικανότητα του ασθενούς να κατανοήσει τις πληροφορίες. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα επικοινωνίας και τις αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων των γλωσσικών, πολιτιστικών, τη συμπεριφορά και φυσικά εμπόδια (π.χ., ο ασθενής φοράει γυαλιά ή χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας ή ο ασθενής δεν μιλά / καταλαβαίνει αγγλικά). Η εξασφάλιση επαρκούς επικοινωνίας για ασθενείς της ΜΕΘ είναι ένας σημαντικός τομέας προτεραιότητας για τη νοσηλευτική φροντίδα, όπως τα προβλήματα επικοινωνίας και αναπηρίες που βιώνουν οι ασθενείς μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες ή ιατρικά λάθη. (Ruth M. et al, 2005)

Οι ασθενείς στη ΜΕΘ οι οποίοι αδυνατούν να επικοινωνήσουν προφορικά μπορεί να χρησιμοποιήσουν λεκτικές τεχνικές επικοινωνίας να συσχετίσουν τις ανάγκες τους, όπως το μάσημα λέξεις, γραπτώς, ή χρησιμοποιώντας χειρονομίες. Ωστόσο, αυτές οι τεχνικές, οι οποίες μπορούν να είναι υποκειμενικές ερμηνεύονται από τους εταίρους της επικοινωνίας, μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνεία των προθέσεων των ασθενών.

Πολλά εργαλεία και στρατηγικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση της επικοινωνίας στη ΜΕΘ για ασθενείς με διαταραγμένες ικανότητες επικοινωνίας. Πολλοί ασθενείς μπορούν να είναι υποψήφιοι για αυξητικά μέσα επικοινωνίας, όπως αλφάβητοι ή επικοινωνιακές σανίδες και άλλα άμεσα διαθέσιμα μέσα, όπως στυλό και χαρτί, κ.λπ., τα οποία θα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο κομοδίνο. (Ruth M. et al, 2009)

Περαιτέρω, στρατηγικές, όπως η χρήση των διερμηνέων της υγειονομικής περίθαλψης, την επικοινωνιακή κατάρτιση δεξιοτήτων και

διασκέψεις οικογενειακής φροντίδας, είναι κρίσιμης σημασίας προς αντιμετώπιση των πολύπλοκων αναγκών του ασθενή που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά στη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης.

Όλες οι απαραίτητες συσκευές για την επικοινωνία θα πρέπει να καταγράφονται στο πλάνο περίθαλψης του ασθενούς. Για τη βελτιστοποίηση τόσο των προσπαθειών των νοσηλευτών και των ασθενών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων επικοινωνίας, όπως τα εργαλεία θα πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία, όταν υπάρχει.

Επαγγελματίες διερμηνείς της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που ένα εμπόδιο της γλώσσας είναι παρών ή όταν ο ασθενής που είναι κωφός και επικοινωνεί με τη νοηματική γλώσσα. Η χρήση των κακών διερμηνέων, όπως μέλη της οικογένειας ή ανεκπαιδευτο δίγλωσσο προσωπικό του νοσοκομείου, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της προβληματικής επικοινωνίας και των ιατρικών σφαλμάτων, τα οποία μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή. Για να αποφύγετε σφάλματα επικοινωνίας, εκπαιδευμένοι διερμηνείς θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την παροχή ακριβούς ερμηνείας των επικοινωνιών μεταξύ της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών στη ΜΕΘ ή / και των μελών της οικογένειας. Ωστόσο, η έρευνα έδειξε ότι, ακόμη και με τη χρήση εκπαιδευμένων διερμηνέων, ανακρίβειες στην επικοινωνία μπορούν να συμβούν. Είναι σημαντικό για την επικύρωση των ασθενών στη ΜΕΘ ή / και τα μέλη της οικογένειας έχουν μια σωστή κατανόηση των πληροφοριών που ανακοινώνονται. (Ruth M. et al, 2009)

Τα μέλη της ομάδας ΜΕΘ, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, νοσηλευτών, θεραπευτών από διάφορα επιστημονικά πεδία και το λοιπό προσωπικό, πρέπει να εκπαιδευτεί στο πώς να εργάζονται αποτελεσματικά με διερμηνέα και να ξέρουν πότε πρέπει να συμβουλευονται τους κλινικούς παθολόγους του Λόγου και Ομιλίας. Επιπλέον, η κατάρτιση θα πρέπει να διεξαχθεί σχετικά με την πολιτική του οργανισμού για την απόκτηση

γλωσσικών υπηρεσιών πρόσβασης και πώς αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να τεκμηριώνονται. (Ruth M. et al, 2009)

Η βιβλιογραφία σχετικά με γνώσεων για την υγεία που σχετίζονται με νοσοκομειακούς ασθενείς αναγνωρίζει τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας, και αποτελεί προτεραιότητα για την εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και την αντιμετώπιση των ασθενών με επικοινωνιακές ανάγκες. Όπως οι ασθενείς στη ΜΕΘ είναι συχνά επιρρεπείς σε μεταβλητές ικανότητες επικοινωνίας, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αναγνωρίζεται ως τομέας προτεραιότητας της εστίασης για την νοσηλευτική φροντίδα. Βελτίωση επικοινωνίας ασθενή/ παροχέα στη ΜΕΘ είναι ζωτικής σημασίας, και νοσηλευτές διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην προώθηση και την εξασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών, την ασφάλεια των ασθενών, τα αποτελέσματα των ασθενών και την ικανοποίηση των ασθενών με προσοχή. (Ruth M. Kleinpell et al, 2009)

2.3 Τεχνολογία

Η επεμβατική τεχνολογία μπορεί να περιορίσει την εξάρτηση από πολλούς δείκτες συμπεριφοράς του πόνου, καθώς ο ασθενής συχνά καθίσταται ανίκανος να ελέγχει τις κινήσεις που συνήθως χρησιμοποιεί για να εκφράσει τον πόνο. Αντιθέτως, υπάρχει επίσης ένα πειστικό επιχείρημα ότι η παρουσία ενός επεμβατικού γραμμής επιτρέπει την συνεχή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, δύο χρησιμοποιούνται ευρέως δείκτες του πόνου, και, επομένως, μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου. Ωστόσο, τα συμπαθητικά συμπτώματα, όπως η υπέρταση και η ταχυκαρδία, έχουν διαπιστωθεί ότι είναι αναξιόπιστα. Με πόνο ο οποίος είναι παρατεταμένος, η διέγερση του παρασυμπαθητικού μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο ορατά σημάδια, αλλά η ένταση του πόνου παραμένει αμετάβλητη (Pooler-Lunse & Price, 1992).

Δεδομένου ότι η τεχνολογία μπορεί να έχει μεταβλητό αντίκτυπο στη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου, τη συνειδητοποίηση των ενδεχόμενων επιπτώσεων είναι απαραίτητη για την ενίσχυση των θετικών στοιχείων, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την πραγματικότητα των υποκειμένων φυσιολογιών που σχετίζονται με τον παρατεταμένο πόνο.

Ο εξοπλισμός στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, περιλαμβάνει την παρακολούθηση των ασθενών, αναπνευστική και καρδιακή υποστήριξη, διαχείριση του πόνου, συσκευές ανάνηψης έκτακτης ανάγκης, καθώς και τον υπόλοιπο εξοπλισμό υποστήριξης της ζωής που έχει σχεδιαστεί ώστε να παρέχει φροντίδα σε ασθενείς που έχουν τραυματιστεί σοβαρά, ή έχουν υποστεί μια σημαντική χειρουργική διαδικασία, που απαιτεί εικοσιτετράωρη φροντίδα και παρακολούθηση.

Ένα μέρος του εξοπλισμού παρακολούθησης στη ΜΕΘ περιλαμβάνει τα ακόλουθα: (Encyclopedia of Surgery, 2010 online)



- Καρδιακές οθόνες: Οι καρδιακές οθόνες χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς. Η οθόνη μοιάζει με μια οθόνη του υπολογιστή με τις γραμμές, ή χαράξεις, που διακινούνται σε ολόκληρη την οθόνη. Η οθόνη έχει ηλεκτρόδια που είναι συνδεδεμένα στο στήθος του ασθενή με κολλητικά μαξιλαράκια (pads).
- Οξύμετρο: Ένα παλμικό οξύμετρο παρέχει στην κρίσιμη ομάδα φροντίδας πληροφορίες για την παρακολούθηση του κορεσμού του οξυγόνου στο αίμα. Μοιάζει με μανταλάκι και είναι προσαρτημένο σε ένα δάχτυλο του ασθενούς.
- Swan-Ganz καθετήρας: Ο Swan-Ganz, ή καθετήρας πνευμονικής αρτηρίας, χρησιμοποιείται για να μετρήσει την ποσότητα του υγρού πλήρωσης της καρδιάς, καθώς και να καθορίσουν τον τρόπο η καρδιά λειτουργεί. Εισάγεται μέσα από τα μεγάλα σκάφη του λαιμού ή άνω μέρος του θώρακα και τους συζευκτικές στην καρδιά.
- Αρτηριακή γραμμή: Αρτηριακή γραμμή χρησιμοποιείται για την συνεχή παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Οι καθετήρες εισάγονται σε μια αρτηρία, συνήθως, στον καρπό ή, λιγότερο συχνά, στην κάμψη του αγκώνα (δεν πρέπει να είναι η βραχιόνια αρτηρία) ή στη βουβωνική χώρα. Οι αρτηριακές γραμμές αντικατοπτρίζονται σε μια οθόνη που είναι παρόμοια με αυτήν ενός οργάνου ελέγχου καρδιά, αλλά με διαφορετική μορφή κυμάτων. (Encyclopedia of Surgery, 2010 online)

Σωλήνες και Καθετήρες στη ΜΕΘ

➤ Κεντρικός φλεβικός καθετήρας (CVC): Αυτός ο τύπος καθετήρα είναι ένα μαλακό, εύκαμπτο σωλήνα που εισάγεται σε ένα μεγάλο δοχείο (θρόμβωση) στο λαιμό (έσω σφαγίτιδα φλέβα), στο άνω μέρος του θώρακα (υποκλείδια φλέβα) ή στη βουβωνική χώρα (μηριαία φλέβα). Οι ασθενείς είναι ναρκωμένος και χορηγείται ένα τοπικό αναισθητικό πριν από την εισαγωγή. Τα ράμματα εξασφαλίζουν στον CVC, ο οποίος μπορεί να παραμείνει σε ισχύ για ημέρες ή εβδομάδες που χρησιμοποιούνται. CVCs είναι οι εξής:

- για τη διαχείριση συχνή ή συνεχή φαρμακευτική αγωγή
- να διαχειρίζεται μεγάλο βαθμό πολλαπλάσια προϊόντα IV, που δεν ταιριάζουν σε μία γραμμή, και
- για τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (της ποσότητας των υγρών στα αγγεία).

CVCs φέρει κάποιος κίνδυνος μόλυνσης κυκλοφορία του αίματος και θρόμβωση (τρυφερότητα και ανώμαλη συλλογή υγρού στους ιστούς, διαταραχή της κυκλοφορίας).

➤ **Αρτηριακή Γραμμή:** Ένα πολύ λεπτός σωλήνας (καθετήρας) εισάγεται σε ένα από τα ασθενή αρτηριών της (συνήθως στο βραχίονα) για να επιτρέψουν την άμεση μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και τη μέτρηση της συγκέντρωσης του οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Αρτηρίες μεταφέρουν οξυγόνο και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά του αίματος από την καρδιά προς τους ιστούς και τα όργανα σε όλο το σώμα. Φλέβες μεταφέρουν το αίμα που είναι υψηλότερη στα προϊόντα αποβλήτων και διοξείδιο του άνθρακα πίσω στην καρδιά και τους πνεύμονες. Η αρτηριακή γραμμή επιτρέπει στους νοσηλευτές και γιατρούς να παρακολουθούν αυτά τα επίπεδα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αρτηριακή γραμμή επισυνάπτεται σε μια οθόνη.

➤ **Εγκεφαλικού στελέχους αποκρίσεις. Εξοπλισμός:** Ακουστικές αντιδράσεις εγκεφαλικού στελέχους αναφέρθηκαν με την τόνωση του εγκεφαλικού στελέχους με ανώδυνη ηχητικά κύματα που χρησιμοποιούν ακουστικά. Αυτά τα ηχητικά κύματα που λαμβάνονται από τον εγκέφαλο, και μια μηχανή χρησιμοποιείται για να ελέγξετε εάν το εγκεφαλικό στέλεχος έχει λάβει τα σήματα.

Η ποιότητα της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους σε ένα ασθενή σε κωματώδη κατάσταση θεωρείται ότι είναι ένας σημαντικός δείκτης του βαθμού και της θέσης της εγκεφαλικής βλάβης. Αυτό το άκρως

εξειδικευμένο εξοπλισμό που δεν είναι διαθέσιμη σε όλα τα νοσοκομεία. (Encyclopedia of Surgery, 2010 online)

➤ Monitor Ενδοκρανιακής πίεσης (ICP): Μια συσκευή ελέγχου για τον προσδιορισμό της πίεσης μέσα στον εγκέφαλο. Αποτελείται από ένα μικρό σωλήνα (καθετήρα) που επισυνάπτεται στο κρανίο του ασθενή είτε από ventriculostomy, υπαραχνοειδής μπουλόνι ή βίδα και στη συνέχεια συνδέεται με ένα αισθητήριο, το οποίο καταγράφει την πίεση. Ventriculostomy είναι μια διαδικασία για τη μέτρηση της ενδοκράνιας πίεσης με την τοποθέτηση μιας οθόνης ICP σε μία από τις γεμάτες υγρό, κούφια τμήματα του εγκεφάλου, που ονομάζονται κοιλίες. Τεσσάρων φυσικές κοιλότητες Αυτά τα γεμίζουν με εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), το οποίο επίσης περιβάλλει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο χορδή (Encyclopedia of Surgery, 2010 online).

➤ Ενδοφλέβια (IV): Μια IV είναι ένα πλαστικό καθετήρα (σωλήνα), η οποία τοποθετείται μέσα στις φλέβες (περιφερική IV) ή μεγαλύτερου μεγέθους καθετήρα τοποθετείται στο μεγαλύτερες φλέβες του λαιμού. Τα ρευστά, τα φάρμακα, τα παρασκευάσματα διατροφής, και τα προϊόντα αίματος που χορηγούνται μέσω IV καθετήρες. Οι ασθενείς στη ΜΕΘ έχουν συχνά πολλαπλές IVs.

➤ Σωλήνας στήθους: Ο σωλήνας τοποθετείται στο στήθος μεταξύ του πνεύμονα και τις πλευρές ώστε να επιτρέψουν υγρό και αέρα για να βγει από την περιοχή που περιβάλλει τους πνεύμονες. Η εξάλειψη αυτού του υγρού και του αέρα γύρω από τους πνεύμονες τους επιτρέπει να διευρύνουν περισσότερο. Μια συσσώρευση υγρού και αέρα στην κοιλότητα του πνεύμονα μπορεί να προκαλέσει την σύμπτωση του πνεύμονα. Ο σωλήνας στήθους αποχετεύει σε ένα μεγάλο πλαστικό δοχείο κοντά στο πόδι του κρεβατιού του ασθενούς. Οι νοσηλευτές/τριες θα παρακολουθούν την κωματώδη κατάσταση των ασθενών για τα μη λεκτικά σήματα του πόνου.

➤ Καθετήρες ουροποιητικού: Οι καθετήρες, που συχνά αναφέρονται ως καθετήρες Foley, εισάγονται μέσω της ουρήθρας στην ουροδόχο κύστη. Μόλις εισχωρήσει στην κύστη, ο καθετήρας παραμένει στη θέση του με ένα μπαλόνι, που είναι φουσκωμένο, στο τέλος του καθετήρα. Οι καθετήρες Foley επιτρέπουν την συνεχή διαρροή της ουροδόχου κύστης ώστε να επιτρέπουν την ακριβή μέτρηση της ποσότητας ούρων, το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νεφρών.

➤ Ενδοτραχειακοί σωλήνες (σωλήνας ET): Ενδοτραχειακός σωλήνας χρησιμοποιείται όταν η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι απαραίτητη. Ο μαλακός πλαστικός σωλήνας εισάγεται είτε από τη μύτη ή μέσω του στόματος, μεταξύ των φωνητικών χορδών και στην τραχεία. Ένα μικρό μαλακό μπαλόνι στο άκρο του σωλήνα στην τραχεία είναι φουσκωμένο ώστε να αποτρέπει τον αέρα να διαφύγει, επιτρέποντας έτσι τον επαρκή εξαερισμό από τον αναπνευστήρα. Η διαδικασία που παρεμβάλλεται για την εισαγωγή του σωλήνα ET αναφέρεται ως διασωλήνωση.

Οι ασθενείς που διασωληνώθηκαν είναι σε θέση να μιλήσουν, έτσι είναι σημαντικό να προσπαθήσουμε να ρωτήσουμε με ναι ή όχι ερωτήσεις, στις οποίες να μπορούν να ανταποκρίνονται με ανάδευση ή κουνώντας το κεφάλι τους. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το γράψιμο. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς οι οποίοι είναι διασωληνωμένοι απαιτεί νάρκωση και μπορεί να μην ανταποκρίνονται καθόλου (Encyclopedia of Surgery, 2010 online).

Συσκευές υποστήριξης της ζωής στη ΜΕΘ: (Encyclopedia of Surgery, 2010 online)

➤ Αναπνευστήρας: Ο αναπνευστήρας, ή ανεμιστήρας, είναι μια μηχανή αναπνοής που βοηθά τους ασθενείς να αναπνέουν όταν είναι πολύ άρρωστοι ώστε να αναπνέουν μόνοι τους. Οι ασθενείς συνδέονται με τον αναπνευστήρα από τον ενδοτραχειακό σωλήνα (όπως αναφέραμε και πιο πάνω).

Ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται αναπνευστήρα για να τους βοηθήσει να αναπνεύσουν για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο. Εάν συμβεί αυτό, η τραχειοστομία διεξάγεται συχνά. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει κάνοντας μια μικρή τρύπα στο λαιμό, ακριβώς κάτω από τις φωνητικές χορδές. Ένας μικρός σωλήνας εισάγεται μέσα στην τρύπα και στη συνέχεια συνδέεται με τον αναπνευστήρα. Αυτό γίνεται είτε στη ΜΕΘ ή στο χειρουργείο.

Όταν ο ασθενής δεν απαιτεί πλέον τον αναπνευστήρα, ο σωλήνας αφαιρείται και η τρύπα στο λαιμό θεραπεύεται τελικά. Μια τραχειοστομία είναι άνετη για τον ασθενή και αποτρέπει την πρόκληση ζημιάς στην τραχεία.

➤ Διατροφή: Η διατροφή είναι πολύ σημαντική για την κρίσιμη κατάσταση. Ακόμα κι αν οι ασθενείς ΜΕΘ είναι ακίνητοι και δεν φαίνεται να απαιτούν «τροφή» για την ενέργεια, την ασθένεια ή τον τραυματισμό για τον οποίο χρειάστηκε ο ασθενής να είναι σε ΜΕΘ, αυξάνεται ο βασικός μεταβολικός ρυθμός του ασθενούς (ένα μέτρο του ρυθμού του μεταβολισμού). Η κατάλληλη διατροφή είναι απαραίτητη για τη θεραπευτική διαδικασία.

Διατροφικές λύσεις μπορούν να χορηγούνται μέσω των σωλήνων σίτισης, οι οποίοι εισάγονται μέσω είτε της μύτης ή από το στόμα στο στομάχι, είτε μέσω του κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Η διαδρομή του στομαχιού είναι προτιμότερη, εφόσον ο γαστρεντερικός σωλήνας του ασθενούς λειτουργεί και είναι σε θέση να ανεχθεί τη διατροφή. Ειδικά διατροφικά παρασκευάσματα είναι διαθέσιμα για να παρέχουν τις διατροφικές ανάγκες του σε κρίσιμη κατάσταση. Οι διατροφικές ανάγκες υπολογίζονται και παρακολουθούνται στενά από τον διατροφολόγο της ομάδας εντατικής θεραπείας και προσαρμόζονται ανάλογα. (Encyclopedia of Surgery, 2010 online)

2.4 Έλλειψη χρόνου

Η έλλειψη χρόνου έχει αποδειχτεί ότι είναι ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο για την εκτίμηση του πόνου των ασθενών μέσα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι Alpen και Titler (1994), συμφώνησαν ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, συχνά παραμελούν την εκτίμηση του πόνου των ασθενών τους, δίνοντας μεγαλύτερη βάση στις πολύ επείγουσες ανάγκες τους. Είναι ξεκάθαρο λοιπόν ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να επικεντρωθούν και στον τομέα της εκτίμησης του πόνου, στον ίδιο βαθμό με τον οποίο είναι επικεντρωμένοι στις άμεσες και επείγουσες, κατά την δική τους άποψη (από την εμπειρία τους), ανάγκες των ασθενών, έτσι ώστε να βελτιώσουν την έκβαση της υγείας τους. Εξαιτίας της γρήγορης αλλαγής των καταστάσεων στην εντατική φροντίδα, η έλλειψη χρόνου παρουσιάζεται συχνά ως εμπόδιο στην ικανότητα των νοσηλευτών να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους. Προκειμένου λοιπόν να πετύχουν μια ακριβή εκτίμηση του πόνου, ίσως να απαιτείται μια ακόμα φορά, μια ποικιλία μεθόδων αυξάνοντας τον απαραίτητο χρόνο για να κερδίσουν μια απάντηση από τους ασθενείς της ΜΕΘ. Όμοια, οι υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς και η μεταγενέστερη έλλειψη χρόνου έχει διαπιστωθεί σε άλλες υγειονομικές περιοχές σαν επίδραση στην ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουνε και να διαχειρίζονται τον πόνο του ασθενούς τους καθώς και τις απαιτήσεις τους.

2.5 Συνεργασία πολλών ειδικοτήτων

Συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών είναι ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο για την αποτελεσματική φροντίδα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και κυρίως της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Κατά την εργασία μαζί προς τους κοινούς στόχους, η συνεργασία έχει αναγνωριστεί ως ένας τρόπος για τη βελτίωση της μέριμνας για τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, καθώς επιτρέπει τη συμβολή των διεπιστημονικών μελών της ομάδας για την προώθηση των

λήψεων αποφάσεων που βασίζονται σε πιο χρήσιμες πληροφορίες. Η φροντίδα του ασθενούς εξαρτάται από τις αλληλεπιδράσεις των διαφόρων παροχών, ιδίως στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), όπου στους ασθενείς τα επίπεδα οξύτητας είναι υψηλά και τα κρίσιμα δηλώνουν ασθένεια, συχνά οδηγούν σε ξαφνικές αλλαγές, ορισμένες από τις οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή. Ως αποτέλεσμα, η συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση κατάλληλης φροντίδας και της θεραπείας των ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση. (Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, et al.1999)

Το ιατρικό προσωπικό χρειάζεται για να καθορίζει την χορήγηση των φαρμάκων, συμπεριλαμβάνοντας αναλγητικά και ηρεμιστικά τα οποία συχνά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό για να ελέγχεται ο πόνος στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Η δεξιότητα και η γνώση ιατρικών θεμάτων σε συνδυασμό με τα διαθέσιμα μοντέλα διαχείρισης του πόνου των ασθενών είναι ένα σημαντικό στοιχείο για να θεωρηθεί ότι δημιουργείται κάποια πρόοδος στο μείζων θέμα της εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου. Πρόκειται να επιτρέπεται στο ιατρικό προσωπικό να καθορίζει την επάρκεια της αναλγησίας επειδή χρειάζεται μια αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή έτσι ώστε να διαπιστωθεί, με ακρίβεια αν είναι δυνατόν, το επίπεδο του πόνου που νιώθει. ?????????

Οι φυσικοθεραπευτές θεωρούνται ζωτικά μέλη της ομάδας της ΜΕΘ, προσφέροντας ένα ευρύ πεδίο φροντίδας από οξεία αναπνευστικά περιστατικά μέχρι και την αποκατάστασή τους. Ο ρόλος και η ευθύνη του φυσικοθεραπευτή δεν έχει καθοριστεί επαρκώς. Στη γενική συνέλευση του 1983 (NIH consensus Development Conference on critical care medicine 1983), οι ειδικοί καθόρισαν τον ρόλο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά όσον αναφορά τους φυσικοθεραπευτές απλά ανέφεραν ότι θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην θεραπευτική ομάδα και να ακολουθούν ανάλογα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Οι πιο συνηθισμένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους φυσικοθεραπευτές στη ΜΕΘ είναι η σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι, η πρόληψη των κατακλίσεων και των παραμορφώσεων, η εφαρμογή θέσεων παροχέτευσης

των πνευμόνων, ο τεχνητός βήχας, ενδοτραχειακή αναρρόφηση, αναπνευστικές ασκήσεις και κινητοποίηση.

Από εδώ λοιπόν προκύπτει η ανάγκη για να εκτελείται ένας τακτικός έλεγχος για την ακριβή εκτίμηση του πόνου, κάτι που θα τεκμηριώνεται έτσι ώστε να μπορεί να αναπτυχθεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο εκτίμησης και διαχείρισής του από κοινού με άλλα μέλη από την ομάδα που θα αποτελείται από διάφορες ειδικότητες

Επίσης υπάρχει ειδική ομάδα καθαρισμού για την ΜΕΘ, εξοικειωμένη με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, της ξεχωριστής συλλογής των μολυσματικών και αιχμηρών και με γνώση των ιδιοτεροτήτων της ασφαλούς, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις συσκευές, φροντίδας των ιατρικών μηχανημάτων. (Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, et al.1999)

Ουσιαστική συμβολή στο έργο της ΜΕΘ έχουν οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς, οι οποίοι είναι επιθυμητό να είναι αποκλειστικής απασχόλησης στον χώρο. Στην αντίθετη περίπτωση, η εργασία τους στη ΜΕΘ αποκτά προτεραιότητα, στην περίπτωση που ζητηθεί σε όλη την διάρκεια της μέρας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΕΙ

Στην προσπάθεια να κατανοήσουμε τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε σχέση με την εκτίμηση και διαχείριση του πόνου που νιώθουν οι ασθενείς, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι πιθανό να αναγνωρίσουμε πώς υπάρχουν κάποιες στρατηγικές οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια. Οι στρατηγικές αυτές που θα εξεταστούν σ' αυτές τις σελίδες, είναι αποδεδειγμένο ότι μπορούν με επιτυχία να ξεπεράσουν να εμπόδια που περιγράφηκαν νωρίτερα. Αυτό συμπεριλαμβάνει μια βελτίωση στις στρατηγικές τεκμηρίωσης, στην ανάπτυξη των αλγορίθμων και των οδηγιών, στην ανάπτυξη της σωστής λήψης αποφάσεων και φυσικά στην αύξηση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας σε ότι αφορά την εκτίμηση του πόνου.

3.1 Καταγραφή

Είναι παραδεκτό ότι ο πόνος θα έπρεπε να θεωρείται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο και θα έπρεπε να παρακολουθείται και να καταγράφεται τόσο όσο και τα άλλα ζωτικά σημεία όπως για παράδειγμα οι σφύξεις, η θερμοκρασία, και η αρτηριακή πίεση (Winslow 1998, Stanik-Hutt, 1998). Ο Kaiser (1992) συνιστά την χρήση ενός εγγράφου ή κάποιου οργάνου, που θα καταγράφει τον πόνο. Ένα αποτελεσματικό τέτοιο όργανο, σύμφωνα με τον ίδιο, θα έπρεπε να σχηματίζεται από κομμάτι της προόδου της καταγραφής ως μέσον βελτίωσης της επικοινωνίας όχι τόσο μόνο μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, όσο και μεταξύ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Η ενσωμάτωση ενός τέτοιου οργάνου εκτίμησης αλλά και ο καθορισμός συγκεκριμένης τοποθεσίας για την καταγραφή του πόνου, παρέχει ένα πολύτιμο σύνθημα για ωθήσει και να εμπνεύσει τους

νοσηλευτές της Μονάδας να αναλάβουν την λειτουργία της εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου. Για να ακριβολογούμε, δεν υπάρχει κανένα τέτοιο παγκόσμιο όργανο για να εκτιμά τον πόνο, που να ταιριάζει σε όλους τους ασθενείς των Μονάδων. Μπορεί να χρειάζονται στοιχεία από μια ποικιλία διαφορετικών οργάνων, σύμφωνα πάντα με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς. Για παράδειγμα σε έναν ασθενή με έναν συγκεκριμένο τύπο αισθητηριακών διαταραχών ή μη ικανό να γράψει ή να διαβάσει, ίσως να χρειάζεται ένα όργανο που ενσωματώνει τις ανάγκες σύμφωνα με την ανικανότητα/αναπηρία που παρουσιάζεται. Ένα απλό όργανο, το οποίο θα είναι ευθύ και όχι τόσο χρονοβόρο, θα έπρεπε να είναι διαθέσιμο μέσα στο περιβάλλον της Μονάδας.

Η λογοτεχνία δείχνει την σημασία της καταγραφής των ευρημάτων σε σχέση με την εκτίμηση του πόνου (Hill, 1985), ειδικότερα, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να προσφέρει αυτές τις πληροφορίες στο ιατρικό προσωπικό, όπως άλλωστε συμβαίνει συχνά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς είναι μια συνηθισμένη κατάσταση. Η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία των θεραπειών που ακολουθούνται, δεν μπορεί να ρυθμιστεί αν δεν έχει εφαρμοστεί καμία καταγραφή του πόνου, του επιπέδου του, της εκτίμησης και της διαχείρισής του. Μάλιστα, στην απουσία αυτού του τύπου καταγραφής η αποτελεσματικότητα των θεραπειών είναι ένα δύσκολο μονοπάτι, καθότι παρεμποδίζει την συνεχή φροντίδα των ασθενών.

Η συνεχής έλλειψη καταγραφής της εκτίμησης του πόνου υπογραμμίζει επίσης το μεγάλο και συνεχώς αναπτυσσόμενο χάσμα μεταξύ έρευνας και πρακτικής, δείχνοντας ότι υπάρχει δυνατή απόδειξη πως από την δεκαετία του 1980, η καταγραφή της εκτίμησης του πόνου βελτίωσε την διαχείρισή του και κυρίως μείωσε τον πόνο του ασθενή (Carroll & Johnson, 1990). Γι' αυτό πιστεύεται ότι η καταγραφή είναι πιθανό να μπορεί να ωθεί τους νοσηλευτές να εκτιμήσουν τον πόνο και το επίπεδο του πόνου του ασθενή τους πολύ πιο συχνά απ'ότι αν η καταγραφή αυτή δεν απαιτούνταν. Έτσι λοιπόν, η συνείδηση των νοσηλευτών σε ένα ενδεχόμενο

πρόβλημα θα έπρεπε στην πραγματικότητα να βελτιώνει την πιθανότητα της μεταχείρισης, αυτής που χρειαζόταν ο κάθε ασθενής.

Οι Tittle και McMillan (1994) κατέληξαν στο ότι οι νοσηλευτές και στην περίπτωση της εντατικής φροντίδας αλλά και στην περίπτωση χειρουργικών μονάδων, δεν εκτιμούν καταλλήλως ούτε διαχειρίζονται σωστά τον πόνο και τις παρενέργειες που είναι σχετικές μ'αυτόν, και συνέστησαν ότι οι προσπάθειες πρέπει να γίνονται για την αλλαγή της συμπεριφοράς της διαχείρισης του πόνου. Στην μελέτη τους συμμετείχαν ένα δείγμα ευκολίας από 44 ενήλικες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον πόνο. Οι ερευνητές ανέφεραν πόσο συχνά οι νοσηλευτές και στις δυο ρυθμίσεις, καταγράφουν πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου των ασθενών και τα μέτρα αξιολόγησης εκτόνωσης του πόνου. Από τους είκοσι ασθενείς της ΜΕΘ, σε κανέναν δεν καταγραφόταν η βαθμολογία του πόνου σε όλο το 24ωρο. Τα δεδομένα που σχετίζονται με την τοποθεσία του πόνου καταγράφηκαν για το 50% των ασθενών, με προφορικές δηλώσεις για τον πόνο καταγράφηκαν στο 20% των ασθενών και παρατηρήσεις σχετικά με τη μή-λεκτική συμπεριφορά έχουν τεκμηριωθεί μόνο για το 5% των ασθενών. Δεν υπήρχε τεκμηρίωση σχετικά με την ποιότητα, το μοτίβο ή την ένταση με τον πόνο.

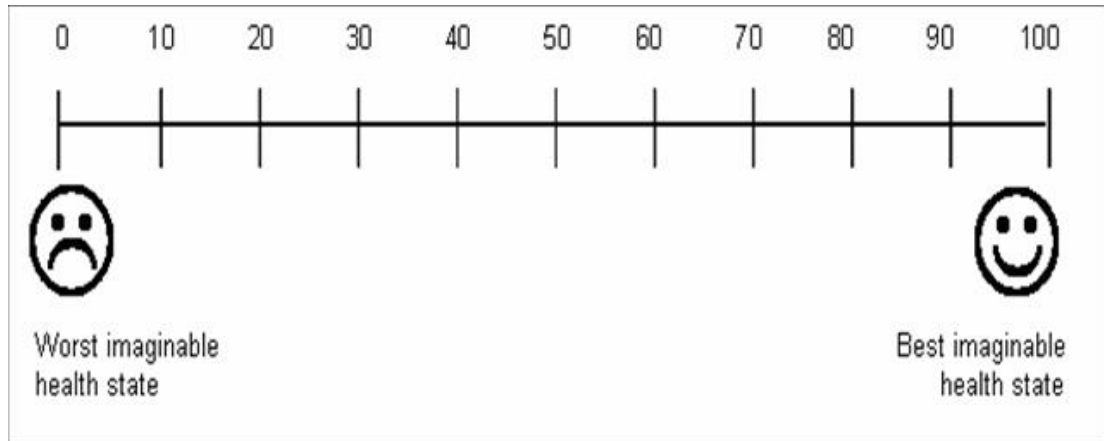
Για άλλη μια φορά, το μικρό μέγεθος του δείγματος και το περιορισμένο δείγμα πληθυσμού περιορίζει την γενικότερη εφαρμογή των αποτελεσμάτων της μελέτης. Παρά τη βιβλιογραφία της έρευνας αποδεικνύουν ότι η κρίσιμη πάσχοντες ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι διασωληνωμένοι ή ναρκωμένοι, είναι σε θέση να επικοινωνούν εκτενείς πληροφορίες σχετικά με τα επίπεδα του πόνου τους, την κριτική νοσηλευτές εξακολουθούν να τεκμηριώνουν τη δική τους ερμηνεία του πόνου των ασθενών. Δυστυχώς, αυτή είναι μια υποκειμενική ερμηνεία του πόνου του ασθενούς που μπορεί στην πραγματικότητα να υποτιμούν τη σοβαρότητα αλλά και την περιοχή του πόνου. (Tittle & McMillan, 1994)

Η χρήση των φύλλων νοσηλευτικής αξιολόγησης που περιλαμβάνουν μια οπτική αναλογική κλίμακα, τα ζητήματα που σχετίζονται με την ποιότητα και την εξέλιξη του πόνου και επίσης τα διαγράμματα του πόνου για την παρακολούθηση της κατάστασης του πόνου των ασθενών δεν είναι νέες συστάσεις (Alpen & Tittler, 1994; Porter, 1995; Voigt et al, 1995). Πράγματι, προσθέτοντας την οπτική αναλογική κλίμακα ή άλλα κατηγορηματική μέτρα με περαιτέρω ερωτήσεις θα ενισχύσει την αξιοπιστία των εκτιμήσεων του πόνου. Ωστόσο, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η συνοχή με τη χρήση εργαλείων όπως η έρευνα έχει δείξει ότι οι βαθμολογίες πόνου του 0-5 δεν είναι εναλλάξιμα με εκείνα που σε μια κλίμακα 0-10 (Carpenter & Brockopp, 1995). Η μελέτη του Titler και των συνεργατών του (1994) κατέδειξε ότι η επιτυχία που βασίζονται στην έρευνα του πρωτοκόλλου διαχείρισης του πόνου οδήγησαν σε μείωση του αριθμού των ασθενών στον πόνο, μείωση της έντασης του πόνου και τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών για τον πόνο. Αν και αρχικά η διαδικασία τεκμηρίωσης μπορεί να θεωρηθεί ότι περαιτέρω άπτονται των χρονικών περιορισμών υπό τους οποίους οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, η προκύπτουσα βελτίωση στη διαχείριση του πόνου θα πρέπει να ξεπεραστούν οι αρχικές ανησυχίες για την αύξηση του χρόνου των νοσηλευτών που δαπανάται για γραφειοκρατία.

Οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου είναι οι εξής:

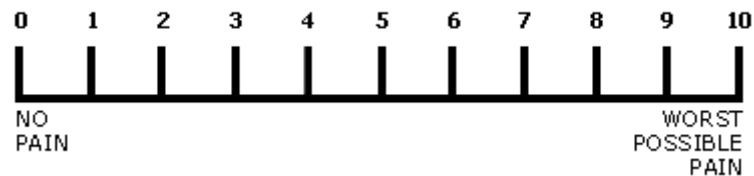
Visual-Analog-Scale-(VAS)* (*Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practice Guideline No. 1.*

AHCPR Publication Agency for Healthcare Research & Quality)



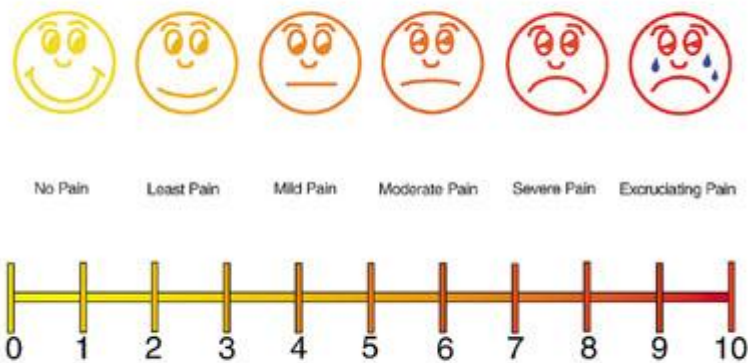
0-10 Numeric Pain Intensity Scale* (*Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practice Guideline No. 1. AHCPR Publication. Agency for Healthcare Research & Quality.*)

Please point to the number that best describes your pain

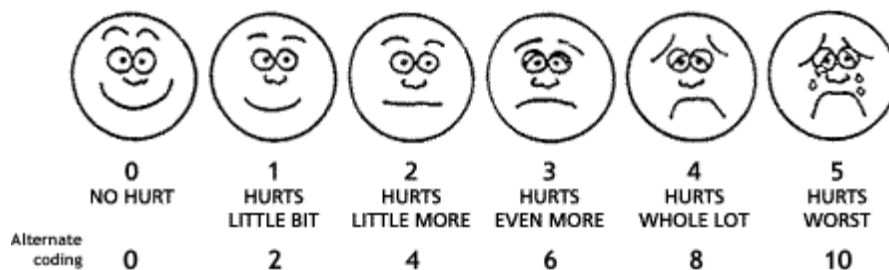


Simple Descriptive Pain Intensity Scale* (*Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practice Guideline No. 1. AHCPR Publication. Agency for Healthcare Research & Quality.*)

Pain Scale



Wong-Baker FACES Pain Rating Scale (*Hockenberry MJ, Wilson D: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 8th Edition.*)



Εξηγήστε στον ασθενή ότι κάθε πρόσωπο είναι για κάποιον που αισθάνεται ευτυχής επειδή δεν έχει καθόλου πόνο (δεν βλάπτει), ή λυπημένος επειδή έχει μερικό ή πολύ πόνο.

Πρόσωπο 0 είναι πολύ χαρούμενο γιατί δεν πονάει καθόλου.

Πρόσωπο 1 πονάει λίγο.

Πρόσωπο 2 πονάει λίγο περισσότερο.

Πρόσωπο 3 πονάει ακόμα περισσότερο.

Πρόσωπο 4 πονάει πάρα πολύ.

Πρόσωπο 5 πονάει τόσο πολύ όπως μπορείτε να φανταστείτε, αν και δεν χρειάζεται να φωνάζει για να αισθάνεται άσχημα.

Ζητήστε από τον ασθενή να επιλέξει το πρόσωπο που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεται.

Στόχος της μελέτης η οποία διεξάχθηκε στην Γαλλία, ήταν η σύγκριση με τη σκοπιμότητα, την ισχύ και τις επιδόσεις της Visual Analog Scale (οριζόντια (VAS-H) και κατακόρυφες (VAS-V) προσανατολισμός γραμμής), η λεκτική Descriptor Scale (VDS), το 0-10 από το στόμα Αριθμητικό Κλίμακα Βαθμολόγησης (NRS-O) και το 0-10 οπτικά διευρυμένη πλαστικοποιημένο NRS (NRS-V) για την αξιολόγηση του πόνου σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Εκατόν ένδεκα συνεχείς ασθενών που εισάγονται σε ιατρικό-χειρουργικές ΜΕΘ συμπεριλήφθηκαν μόλις έγιναν σε εγρήγορση και ήταν σε θέση να ακολουθεί απλές εντολές. Ο πόνος μετρήθηκε χρησιμοποιώντας τις 5 κλίμακες σε μια τυχαιοποιημένη σειρά με την εγγραφή-(T1) και μετά-(T2) διοίκηση ενός αναλγητικού ή, σε περίπτωση απουσίας του πόνου με την εγγραφή, μετά από μια διαδικασία ερεθισμάτων. Το ποσοστό έχει δοθεί απάντηση που λαμβάνονται τόσο σε T1 και T2 (ποσοστό επιτυχίας) ήταν σημαντικά υψηλότερη για NRS-V (91%) σε σύγκριση με NRS-O (83%), VDS (78%), VAS-H (68%) και VAS-V (66%). Η ένταση του πόνου είχε μεταβληθεί σημαντικά μεταξύ των T1 και T2, επιδεικνύοντας μεγαλύτερη εγκυρότητα και την ανταπόκριση για τα 5 κλίμακες, η οποία συσχετιζόταν καλά μεταξύ τους. Η αρνητική προγνωστική αξία που υπολογίζεται από την αλήθεια και ψευδώς αρνητικών ορίζεται από πραγματική και ψευδείς απουσία του πόνου ήταν υψηλότερος για NRS-V (90%). Εν κατακλείδι, η NRS-V θα πρέπει να είναι το βέλτιστο εργαλείο για τον καθορισμό της ΜΕΘ, επειδή είναι η πιο εφικτή και διακριτική κλίμακας αυτοαναφοράς για τη μέτρηση της έντασης του πόνου με κριτικό πνεύμα πάσχοντες ασθενείς. (Chanques G et al, 2010)

Οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα όργανο μέτρησης με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Ο πόνος, ως γνωστόν επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την εκτίμησή της. Το ερωτηματολόγιο για τον πόνο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πως ένας άρρωστος αισθάνεται πόνο. Το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (The McGill Pain Questionnaire) χρησιμοποιείται ευρέως στη κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο αποτελείται κυρίως από 3 κύριες κατηγορίες περιγραφικών λέξεων, αισθητηριακή, συναισθηματική και αξιολογική, που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για να καθορίζεται από την υποκειμενική εμπειρία του πόνου. Περιέχει επίσης μια κλίμακα έντασης και άλλα στοιχεία για τον προσδιορισμό των ιδιοτήτων του πόνου. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να παρέχει ποσοτικές μετρήσεις των κλινικών πόνου που μπορεί να αντιμετωπίζονται, από στατιστικής πλευράς. Τα 3 κύρια μέτρα είναι τα εξής: (α) ο δείκτης αξιολόγησης του πόνου, με βάση δυο τύπους αριθμητικών τιμών που μπορεί να ανατεθεί σε κάθε περιγραφική λέξη, (β) τον αριθμό των λέξεων που έχουν επιλεγεί, (γ) και η παρούσα ένταση του πόνου που βρίσκεται σε 1-5 κλίμακα έντασης. (Melzack, 1975)

Εκτός από τις κλίμακες καταγραφής του πόνου, έχουμε και τις φυσιολογικές και βιοχημικές ενδείξεις.

Οι φυσιολογικές ενδείξεις του πόνου περιλαμβάνουν την καρδιακή συχνότητα, την αναπνευστική συχνότητα, την αρτηριακή πίεση, τον κορεσμό του αρτηριακού οξυγόνου και την εφίδρωση. Παρόλα αυτά οι δείκτες αυτοί δεν είναι ειδικοί για τον πόνο και ποικίλλουν μεταξύ των διαφόρων ασθενών που αισθάνονται πόνο. Επιπλέον, επηρεάζονται από την ασθένεια, τα φάρμακα και τις μεταβολές της ψυχολογικής κατάστασης. Επομένως, η ερμηνεία των φυσιολογικών ενδείξεων πρέπει να γίνεται σε συνάρτηση με την κλινική κατάσταση και σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους εκτίμησης (Johnston & Strada, 1986).

Σε γενικές γραμμές, η καρδιακή συχνότητα αρχικά μειώνεται και μετά αυξάνεται σαν απάντηση σε σύντομο, οξύ πόνο (Johnston & Strada, 1986). Ο τόνος του παρασυμπαθητικού και η διακύμανση της καρδιακής συχνότητας, έχουν χρησιμοποιηθεί σαν ενδείξεις πόνου και δυσφορίας. Ωστόσο, καμία μελέτη δεν έχει καταφέρει να αποδείξει την αξία της καρδιακής συχνότητας ως δείκτη μακροχρόνιου πόνου. Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε πως αυτή δεν αυξάνεται ουσιαστικά στη διάρκεια μετεγχειρητικού πόνου σε μεγαλύτερα παιδιά, ενώ τα πρόωρα νεογνά έχουν απρόβλεπτες αντιδράσεις. Ουσιαστικά λοιπόν η καρδιακή συχνότητα είναι ένα απλό και σχετικά αξιόπιστο κριτήριο όμως μόνο για τον οξύ πόνο και για παιδιά συγκεκριμένων ηλικιών.

Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο στο αρτηριακό αίμα είναι ένας άλλος δείκτης που έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς σαν δείκτης του πόνου. Ο κορεσμός μειώνεται στη διάρκεια επώδυνων διαδικασιών όπως οι οσφυϊκές παρακεντήσεις και η διασωλήνωση, αλλά μπορεί να μειωθεί και σε άλλες καταστάσεις.

Οι βιοχημικές ενδείξεις του πόνου περιλαμβάνουν τις ορμόνες του στρες και την κορτιζόλη. Η χειρουργική επέμβαση ή το τραύμα προκαλούν την απελευθέρωση των ορμονών του στρες (κορτικοστεροειδή, κατεχολαμίνες, γλυκαγόνη και αυξητική ορμόνη) στο αίμα. Αυτός ο καταρράκτης μπορεί να διευκολύνει την επούλωση αλλά μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα στον άρρωστο. Ο Anand το 1993 περιέγραψε με λεπτομέρειες την απάντηση του στρες στους αρρώστους που υποβλήθηκαν σε κάποιου είδους χειρουργικής επέμβασης (Anand, 1993). Η απάντηση αυτή αμβλύνεται με τα οπιοειδή. Η απάντηση αυτή αμβλύνεται με τα οπιοειδή. Αν και οι δείκτες αυτοί είναι χρήσιμοι σε επίπεδο έρευνας, είναι φανερό πως δεν μπορούν να εφαρμοστούν στην εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου στη ΜΕΘ.

3.2 Οδηγίες και αλγόριθμοι

Οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής που αναπτύχθηκε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ιατρικής Έρευνας του Συμβουλίου στην Αυστραλία (NHMRC, 1999) για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη διαχείριση του οξέος πόνου, συστήνεται η χρήση ενός αλγορίθμου για τη διαχείριση του πόνου στη ΜΕΘ. Η χρήση αυτών των κατευθυντήριων κλινικών γραμμών βοηθάει στη λήψη αποφάσεων από την παροχή συναίνεσης σχετικά με τα καλύτερα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία της έρευνας για να βοηθήσει το ιατρικό προσωπικό για την εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου. Οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη διαδικασία αξιολόγησης του πόνου, είναι μια ιδιαίτερη ανάγκη για τους κλινικούς ιατρούς στον τομέα της εντατικής φροντίδας όπου η γνώση σχετικά με τις πρακτικές διαχείρισης του πόνου έχει αναγνωριστεί ότι είναι ανεπαρκής. Ωστόσο, οι εν λόγω κατευθυντήριες γραμμές είναι δύσκολο να εφαρμόσουν στην πράξη από μεμονωμένους νοσηλευτές, επειδή οι συστάσεις έλλειψης ειδικότητας για την τοπική κλινική χώρο στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστούν. Ο Bucknall και οι συνεργάτες του (2001) υποστήριξαν την εφαρμογή αυτών των κατευθυντήριων γραμμών που πρέπει να μεταφραστεί στο τοπικό περιβάλλον. Η μετάφραση μπορεί να είναι με τη μορφή ενός αλγορίθμου ή ενός δέντρου απόφασης. Η Puntillo και οι συνεργάτες του (1997) διαπίστωσαν ότι η χρήση μιας λεπτομερούς, τυποποιημένης εκτίμησης του πόνου και της παρέμβασης αλγορίθμου επικουρείται στο να καταστήσει πιο ακριβείς εκτιμήσεις της έντασης του πόνου των ασθενών, και ως εκ τούτου τη βελτίωση του επιπέδου αντιστοιχίας μεταξύ των ασθενών και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών, της έντασης του πόνου.

3.3 Εκπαίδευση

Η έννοια της αναβάθμισης της σημασίας του πόνου, ιδίως της προώθησης του πόνου ως το πέμπτο ζωτικό τραγουδήσουν, θα ενθαρρύνουν

την κριτική νοσοκόμοι να διενεργούν και να εγγράφου εκτίμησης του πόνου διεργασιών τόσο εύκολα όσο τις άλλες τρέχουσες παρατηρήσεις. Οι Tittle και McMillan (1994) έδωσαν έμφαση με το επιχείρημα για την αναθεώρηση των προγραμμάτων σπουδών της νοσηλευτικής και την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης, προκειμένου να βελτιωθεί η νοσηλευτική πρακτική στον τομέα της διαχείρισης του πόνου. Οι νοσοκόμες μπορούν επίσης να συμβάλει στην υγεία των ασθενών που αναλαμβάνοντας κάποια ευθύνη για τη μάθησή τους. Επιδιώκοντας τη μεγαλύτερη κατανόηση των μεθόδων της ανακούφισης του πόνου των ασθενών, οι νοσηλευτές της εντατικής θεραπείας νοσηλευτές πρέπει να μεταφράσουν τις ενημερωμένες πληροφορίες στο δικό κλινικό περιβάλλον τους. Ιδιαίτερα όταν οι οργανισμοί, όπως ο NHMRC, ο Cochrane Collaboration και το Ινστιτούτο Joanna Briggs Ινστιτούτου, τα οποία παράγουν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές, συστηματικές κριτικές και δελτία πληροφοριών πρακτικής, αντίστοιχα, για το θέμα της διαχείρισης του πόνου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΟΝΑ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

Τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), εμφανίζονται συνήθως μετά από την ανακούφιση των άμεσων ιατρικών προβλημάτων του. Από την στιγμή δηλαδή που αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι βρίσκεται σε μια κρίσιμη κατάσταση και σε ένα άγνωστο και απειλητικό περιβάλλον με πολλές ιδιαιτερότητες.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν συνήθως οι ασθενείς της ΜΕΘ και τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη σκέψη τους, μπορεί να προέρχονται από αιτίες που συνοψίζονται σε 4 κυρίως κατηγορίες:

1. Τα προβλήματα που προκαλούνται από τις ειδικές συνθήκες ζωής και νοσηλείας στη ΜΕΘ, ή από την ίδια την νόσο και τον πόνο.
2. Τα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη στάση που αποδίδει ο ίδιος ο ασθενής για την πάθησή του.
3. Τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ψυχολογικά ή άλλα προβλήματα που αντιμετώπιζε ο ασθενής πριν την εισαγωγή του στη ΜΕΘ και γι' αυτό χρειάζεται να υπάρχει πλήρες ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό, και τέλος,
4. Τα προβλήματα που προέρχονται από τις σχέσεις του ασθενή με τους συγγενείς του. (Ludwig, 1980)

Οι ερευνητές Burrell (1973), Kleck (1984) και Mc Kenney (1966), αναφέρονται στο σύνδρομο της εντατικής παρακολούθησης (intensive care syndrome), που χαρακτηρίζεται από:

- a. Άγχος
- b. Αδυναμία και έλλειψη ικανότητας προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο, και
- c. Προβλήματα επικοινωνίας με το περιβάλλον.

Τα προβλήματα αυτά συνήθως προέρχονται από τις ειδικές συνθήκες ζωής και νοσηλείας στη ΜΕΘ. Ο ασθενής εύκολα μπορεί να χάσει την αίσθηση του χρόνου μέσα σ' ένα χώρο με έντονο φωτισμό (ιδίως αν δεν χαμηλώνει για ορισμένες ώρες, ή όταν δεν υπάρχουν παράθυρα για να ξεχωρίζει τη διαφορά μεταξύ ημέρας και νύχτας). Τα προβλήματα σύγχυσης του χρόνου μπορεί να μειωθούν αν ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να βλέπει ένα ρολόι και ένα ημερολόγιο, ή αν οι νοσηλευτές του υπενθυμίζουν διακριτικά την ημερομηνία και την ώρα. Επίσης μπορεί να του επιτρέψουν να ακούει ραδιόφωνο με ακουστικά (αν η κατάστασή του το επιτρέπει) ή να δει τηλεόραση. Εάν ο ασθενής δυσκολεύεται να επικοινωνήσει λεκτικά με το περιβάλλον του (έχει λ.χ. τραχειστομία ή ενδοτραχειακό σωλήνα), μπορεί να χρησιμοποιηθούν άλλοι τρόποι επικοινωνίας: όπως η χειλοανάγνωση, η νοηματική, το γράψιμο σε ειδικούς πίνακες όπου ο ασθενείς γράφει νε το δάχτυλό του, ώστε να μην ενισχύεται η απομόνωσή του και να αποκτά μεγαλύτερο έλεγχο του περιβάλλοντος.

Οι ασθενείς της ΜΕΘ παρουσιάζουν συχνά μια ψυχωτική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται με ήπια συμπτώματα ταραχής, άγχους και πνευματικής σύγχυσης και άλλοτε με σοβαρές διαταραχές της συνείδησης: ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παρανοϊκές τάσεις και delirium. Στο θέμα όμως αυτό υπάρχουν διαφορετικές απόψεις μεταξύ των ερευνητών. Ορισμένοι ερευνητές όπως οι Eisendrath, (1980) και Kleck, (1984), θεωρούν την ψυχωτική αυτή συμπεριφορά ως ένα οργανικό, εγκεφαλικό σύνδρομο που οφείλεται στην αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών, και το οποίο συναντάται συχνά κατά τις 2-3 πρώτες μέρες της νοσηλείας στη ΜΕΘ, ή όταν η αναμονή του ασθενή έχει παραταθεί πέραν των 7 ημερών. Άλλοι ερευνητές, όπως ο Cassem, (1971 & 1984) πιστεύουν ότι οι ιατροί διάζονται να διαγνώσουν ως ψυχωτική τη συμπεριφορά των ασθενών της ΜΕΘ και διαπίστωσαν ότι μόνο το 2%-10% από αυτούς παρουσιάζει πραγματικά ψυχωτική επεισόδια, όπως delirium.

Συνήθως φάρμακα που χορηγούνται για ποικίλους ιατρικούς λόγους μπορεί να φέρουν τον ασθενή σε κατάσταση παραληρήματος, οπότε

κινδυνεύει να κάνει κακό στον εαυτό του, να τραβήξει βίαια τον ορό ή τον καθετήρα, και να αποσυνδεθεί από διάφορα ιατρικά μηχανήματα. Για να μειωθεί αυτή η ψυχική ένταση και ταραχή του ασθενή απαιτείται φαρμακευτική θεραπεία.

Σε ασθενείς με σοβαρά τραύματα ή σε αυτούς που υποβλήθηκαν σε παρατεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζονται συχνότερα συμπτώματα πνευματικής σύγχυσης, με προβλήματα προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής, διαταραχές της μνήμης και ασταθής συναισθηματική κατάσταση. Ασθενείς που συνειδητοποιούν πόσο τυχεροί ήταν που "γλίτωσαν από το χάρο" ή πόσο κοντά του βρίσκονται, συχνά ξαναζούν στη μνήμη τους ορισμένες στιγμές της ζωής τους και περνούν από εναλλασσόμενες φάσεις αισιοδοξίας και συναισθηματικής απόσυρσης (Noble, 1970)

Ψυχωσικά συμπτώματα (παραισθήσεις ή παρανοϊκές τάσεις) παρατηρούνται συνήθως όταν ο ασθενής στερείται την εναλλαγή αισθητηριακών εμπειριών, καθώς είναι ακινητοποιημένος από τον πόνο, τους ορούς, τους καθετήρες, τα διάφορα ηλεκτρόδια κλπ. Από την άλλη μεριά, ο ασθενής βιώνει μια φόρτιση αισθητηριακών ερεθισμάτων από τις συνεχείς εξετάσεις και τις οδηγίες των ιατρών, τον συνεχή και αβάσταχτο θόρυβο των ιατρικών μηχανημάτων, με τα οποία είναι συνδεδεμένος και ο ίδιος και ο διπλανός του, ιδιαίτερα όταν χωρίζεται από τους άλλους μόνο με μια κουρτίνα, και αν, οπότε ακούει και βλέπει ότι συμβαίνει γύρω του. Το φως, η ρυθμική λειτουργία των αναπνευστήρων και οι θόρυβοι των άλλων μηχανημάτων, η συνεχής φροντίδα και εξάρτηση από το προσωπικό της ΜΕΘ, προκαλούν στον ασθενή φοβική υπερένταση, υπερευαισθησία και συναισθηματική αστάθεια, που μπορεί να εκφραστεί με οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις και παρανοϊκές ιδέες, όπως ότι ο νοσηλευτής προσπαθεί να τον σκοτώσει. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής οφείλει να τον διαβεβαιώνει με ήρεμο τρόπο ότι δεν ισχύουν οι απειλητικές καταστάσεις που φαντάζεται. Μπορεί ακόμα να ζητήσει τη βοήθεια ενός στενού συγγενή του αρρώστου, αφού πρώτα τον ενημερώσει για την ψυχική

του κατάσταση και τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφερθεί, ώστε να κερδίσουν πάλι την εμπιστοσύνη του.

Είναι φυσικό, όταν ο ασθενής έχει πλήρη έλλειψη αυτοβοήθειας και απόλυτη εξάρτηση από τα μηχανήματα που τον βοηθούν στις πιο βασικές βιολογικές του λειτουργίες, να καταλαμβάνεται από άγχος για την πιθανή ελαττωματική τους λειτουργία, που θα απειλούσε άμεσα τη ζωή του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαβεβαιώνει τον ασθενή για την ασφάλειά τους και να τονίζει ότι τα μηχανήματα με προειδοποιητικό σήμα, ενημερώνουν το προσωπικό να λάβει έγκαιρα μέτρα πριν αυτός αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα υγείας. Η σύνδεση με αναπνευστήρα προκαλεί στον ασθενή έντονο άγχος, που εντείνει το αναπνευστικό του πρόβλημα. Οδηγίες όπως "να αναπνεύσεις ήρεμα" δεν τον βοηθούν, συνίσταται όμως η παρέμβαση ψυχολόγου, ο οποίος με ειδικές ασκήσεις και τεχνικές, θα τον βοηθήσει να ηρεμήσει και να αποσπάσει τη σκέψη του από τα μηχανήματα. (Eisendrath, 1980)

Ως προς την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν, αυτές εξαρτώνται και από την όλη προσωπικότητα του αρρώστου. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό, δυσκολεύονται να παίξουν τον ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, που δεν παραπονιέται για την υγεία του, ή που δεν κριτικάρει τις ενέργειες του νοσηλευτή. Το ενδιαφέρον είναι ότι ακόμα και τα άτομα που τους αρέσει να εξαρτώνται από άλλους, αντιδρούν στην απόλυτη εξάρτηση που επιβάλλει η ΜΕΘ. Για να αρχίσει ο ασθενής πάλι να αποκτά τον έλεγχο του εαυτού του, ο νοσηλευτής μπορεί να του πει: "Δεν είναι εδώ για να κάνω τον χωροφύλακα, αλλά για να φροντίζω την υγεία σου. Θα σου εξηγήσω σε ποια κατάσταση βρίσκεται και μετά θα βασιστώ σε σένα για να με ενημερώνεις και να με βοηθάς στο έργο μου". Η προσαρμογή στη ΜΕΘ παρεμποδίζεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, όταν προϋπάρχουν άλλα ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή και τα οποία μπορεί να "καμουφλάει", για παράδειγμα, μεγιστοποιώντας τον σωματικό πόνο. (Hackett & Cassem, 1978)

Σύμφωνα με τους ερευνητές Hackett και Cassem (1978) διαπίστωσαν τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα σε διάφορες ΜΕΘ.

Καρδιολογική ΜΕΘ

- i. Άγχος
- ii. Κατάθλιψη
- iii. Εξάρτηση ή άρνηση ως μηχανισμός άμυνας
- iv. Εχθρική διάθεση
- v. Ψυχωτική συμπεριφορά (delirium)

Χειρουργική ΜΕΘ

- i. Delirium
- ii. Άγχος από τον αναπνευστήρα
- iii. Εξάρτηση από ουσίες εθισμού
- iv. Εξάρτηση από άλλους

Αναπνευστική ΜΕΘ

- i. Κατάθλιψη
- ii. Άγχος από τον αναπνευστήρα
- iii. Εξάρτηση από τα φάρμακα

Παθολογική ΜΕΘ

- i. Τάσεις αυτοκτονίας
- ii. Κατάθλιψη
- iii. Διαταραχές συμπεριφοράς (άγχος, εχθρότητα κλπ)
- iv. Ψυχωτική συμπεριφορά (delirium, ψευδαισθήσεις κλπ)
- v. Εξάρτηση από ουσίες εθισμού

Το πιο συχνό πρόβλημα του νοσηλευόμενου στη ΜΕΘ είναι ο φόβος και το άγχος για την εξέλιξη της υγείας του. Το άγχος θανάτου που βιώνει, εντείνεται συνήθως με το θάνατο κάποιου άλλου ασθενή. Γι' αυτό οι άρρωστοι θα πρέπει να χωρίζονται μεταξύ τους με ειδικό διαφανές διαχωριστικό, ώστε ο νοσηλευτής να τους επιβλέπει, χωρίς όμως οι ίδιοι να

ακούν ή να βλέπουν ότι συμβαίνει γύρω τους. Επίσης, οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να αποφεύγουν να συζητούν μπροστά στον ασθενή για ορισμένα θέματα, όπως για παράδειγμα την κρίσιμη εξέλιξη της υγείας του, ακόμα κι όταν φαίνεται να μην επικοινωνεί με το περιβάλλον (West, 1975).

Μια άλλη συνηθισμένη αντίδραση είναι η κατάθλιψη. Ο ασθενής μπορεί να αρνείται την ύπαρξή της, αλλά να παρουσιάζει συμπτώματα κούρασης ή κατωτερότητας. Σε ακραίες μάλιστα περιπτώσεις, ο ασθενής αποπειράται να αυτοκτονήσει. Όλες αυτές οι αντιδράσεις δείχνουν ότι ο άρρωστος είναι απελπισμένος από την κατάσταση της υγείας του και χρειάζεται την ενθαρρυντική υποστηρικτική στάση του προσωπικού και των συγγενών του. Η απαγόρευση επισκέψεων αυξάνει την τάση του ασθενή για απομόνωση και μελαγχολία, γιατί μένει μόνος με τις σκέψεις και τους φόβους του, χωρίς να μπορεί να τα εξωτερικεύσει και να τα επεξεργαστεί συναισθηματικά. Παρόλο που υπάρχουν διαφορετικοί κανονισμοί στο θέμα των επισκέψεων στη ΜΕΘ, επιτρέπεται συνήθως στους συγγενείς να τον βλέπουν 5-10 λεπτά κάθε 1-2 ώρες, ή και μια φορά την μέρα. Η επίσκεψή τους όμως μπορεί να παραταθεί αν οι ιατροί και οι νοσηλευτές κρίνουν ότι βοηθά θετικά την ψυχική διάθεση του αρρώστου.

Η επιθετικότητα τέλος ορισμένων ασθενών, ως σύμπτωμα κατάρρευσης της αυτοεκτίμησης και ως μόνη άμυνα στο φόβο που αισθάνονται για την υγεία τους, είναι ένα από τα πιθανά προβλήματα. Σε αυτή τη περίπτωση, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να βιαστεί να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι τον καταλαβαίνει ούτε να κατευνάξει αμέσως το θυμό του. Αντίθετα, χρειάζεται να ακούσει και να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του ασθενή, υπενθυμίζοντάς του ότι οι αντιδράσεις του είναι ανθρώπινες και οφείλονται στη νόσο. Εάν ο ασθενής παραφερθεί, ο νοσηλευτής δεν εμπλέκεται σε αντιδικίες μαζί του. Ο νοσηλευτής επίσης δεν δέχεται κατηγορίες που του αποδίδει ο ασθενής, αλλά με ευγενικό και σταθερό τόνο φωνής του υπενθυμίζει ότι η παραμονή του στη ΜΕΘ γίνεται προς όφελός του, μολονότι κανείς δεν μπορεί να του εξασφαλίσει το αποτέλεσμα της θεραπείας του εκεί.

Πολλά από τα παραπάνω ψυχολογικά προβλήματα τα αντιμετωπίζουν και οι συγγενείς του ασθενή, κάτι που καθιστά απαραίτητη την άμεση ψυχολογική παρέμβαση (Bouman & Daley, 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Το Συμβούλιο Εθνικής Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (NHMRC) στην Αυστραλία, σημείωσε ότι η διαχείριση του οξύ πόνου αποτυγχάνει να προοριστεί ως η βασική προτεραιότητα των νοσηλευτών μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας κι ο ίδιος αυτός ο οξύς πόνος, δεν εκλαμβάνεται ως μια ποικιλία από κλινικά συμπτώματα (National Health and Medical Research Council, 1999). Κάνοντας λοιπόν μια ανασκόπηση στην επιστημονική απόδειξη για την διαχείριση του οξύ πόνου μέσα στην ΜΕΘ, το Συμβούλιο Εθνικής Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (NHMRC) ανακάλυψε ότι, υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα πάνω στα οποία βασίζονται λογικοί χειρισμοί για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Πολύ συχνά ο χρυσός κανόνας τυχαίων ελεγχόμενων δοκιμών, παρέχοντας στους κλινικούς ιατρούς με αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, δεν έχει διεξαχθεί στην κρίσιμη φροντίδα. Γι' αυτό υπάρχει η επείγουσα ανάγκη για την εφαρμογή συγκεκριμένων δεδομένων που βρίσκονται σ' αυτό το περιβάλλον.

Η συνεχής εκτίμηση και διαχείριση του πόνου μέσω πρακτικών, συμπεριλαμβάνοντας μια ανασκόπηση για την προέλευση του πόνου, όπως επίσης και το επίπεδο της γνώσης των νοσηλευτών της ΜΕΘ, σε σχέση με μια έρευνα βασισμένη στις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου, δεν θα προωθούσε μόνο την ίδια της διαδικασία της διαχείρισης του πόνου αλλά θα βοηθούσε επίσης και στον σχεδιασμό και την οργάνωση περισσότερης εκπαίδευσης. Ακόμα, συστάσεις που προέκυψαν από έναν κύκλο συνεχόμενης εκτίμησης του πόνου, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν τις εμπειρίες των ασθενών σε σχέση με τον πόνο στο χώρο της ΜΕΘ.

Επίσης ανασκοπικές έρευνες μετρώντας την χρησιμότητα των οδηγιών και των αλγορίθμων στην όλη διαδικασία της διαχείρισης του πόνου στις πρακτικές που πραγματοποιούνται μέσα στις Μονάδες, θα

εξασφαλίσουν μια σημαντική ιδέα για την πορεία των πρακτικών αυτών και την αποτελεσματικότητά τους.

Επιπλέον, περισσότερο ενδιαφέρον θα είχε μια ανασκόπηση στις καταγραφές των πρακτικών των νοσηλευτών των Μονάδων σε σχέση με την εκτίμηση του πόνου που νιώθουν οι ασθενείς. Υπάρχει εξάλλου τόση λογοτεχνία, που μας εξασφαλίζει αποδείξεις για την αντίληψη των πρακτικών που εξασκούν οι ίδιοι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ και για τις αποφάσεις που λαμβάνουν κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες. Ωστόσο υπάρχει πολύ μικρή έρευνα σχετικά με την παρατήρηση για να εξακριβωθούν οι πραγματικές πρακτικές εκτίμησης του πόνου των νοσηλευτών της ΜΕΘ στην ρουτίνα της κλινικής πρακτικής. Τελειώνοντας λοιπόν θέλουμε να τονίσουμε ότι η έρευνα αυτή, έχει την δυνατότητα να εξασφαλίσει μια ανέλπιστα πλουσιότητα δεδομένων, σε ένα σύμπλεγμα αμοιβαίων επιδράσεων από ποικίλα επηρεασμένους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, που αποφάσισαν ότι δεν μπορεί να βρίσκονται κάτω από έρευνες, ανασκοπήσεις ή ελεγχόμενες δοκιμές.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ανάγκη να είμαστε μετρημένοι και υπεύθυνοι για την αποτελεσματική εκτίμηση, είναι ένας απαραίτητος παράγοντας για την βελτίωση της διαχείρισης του πόνου που νιώθουν οι ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η αναγνώριση και η παραδοχή από τους νοσηλευτές στο περιβάλλον των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, ότι η διαχείριση του πόνου αποτελεί μια διαδικασία και πιο συγκεκριμένα ότι η εκτίμηση του πόνου έχει επιχειρηθεί φτωχικά, αν μπορούμε κανείς να πει, μέσα στον χώρο μια Μονάδας, είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα για την διαχείριση του πόνου των ασθενών. Η βιβλιογραφία παρουσιάζει τεράστιες ποσότητες από επιστημονικές αποδείξεις σε ότι αφορά την σημαντικότητα του πόνου που νιώθουν οι ασθενείς σε μια ΜΕΘ, ακόμα δε, σπανιότατα στην αποτελεσματικότητα διαχείρισης του πόνου. Οι νοσηλευτές μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι ανάγκη όχι μόνο να έχουν επίγνωση των ερευνών που είναι σχετικές και βασίζονται στις πρακτικές διαχείρισης του πόνου αλλά επίσης και να είναι σε θέση να ηγούνται του τρόπου εφαρμογής και της συνεχούς εκτίμησης σαν ένα μέτρο για την μείωση του πόνου των ασθενών αυτών στο μέλλον.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alpen MA, Titler MG (1994). Pain management in the critically ill: what do we know and how can we improve? *Critical Issues in Critical Care Nursing*, 5(2): 159-167
2. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management (2004). *Anesthesiology*, 100:1573-1581.
3. Anand K (1993). Pain in Neonates. *Pain res clin manage*, 5:39-66
4. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, et al. (1999) Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Med*; 27
5. Beckwith MC, Feddema SS, Barton RG. (2004). A guide to drug therapy in patients with enteral feeding: Dosage form selection and administration methods. *Hosp. Pharm*, 39: 225-237
6. Boegeskov Nielson L, Svantesson-Martinsson EIB, Berghom Engberg IL (1994). An interview study of nurses' assessment and priority of post surgical pain experience. *Intensive and Critical Nursing*, 10: 107-114
7. Bouman, C. C. (1984). Self-perceived needs of family members of critically ill patients. *NTI Research Abstracts*, 13
8. Broome, ME, Richtsmeier, A., Maikler, V., & Alexander, M. (1996). Pediatric pain practices: A national survey of health professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(5), 312-320.
9. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL (1994). National survey of hospital patients. *British Medical Journal*, 309(6968): 1542-1546
10. Bucknall T, Manias E, Botti M (2001). Acute pain management: implications of scientific evidence for nursing practice in the

- postoperative context. *International Journal of Nursing Practice*, 7: 266-273
11. Burrell OL, Burrell LZ(1973). *Intensive Nursing Care*, St. Louis; C.V. Mosby.
 12. Buvanendran A, Kroin JS (2009). Multimodal analgesia for controlling acute post operative pain. *Curr Opin Anaesthesiol*, 22:588- 593.
 13. Cammarano W (1998). Pain control, sedation and use of muscle relaxants. In: *Principles of Critical Care*. Hall J, Schmidt G, Wood L (eds) McGraw Hill USA 1998; 87-109.
 14. Camp L (1988). A comparison of nurses' recorded assessments of pain with perceptions of pain as described by cancer patients. *Cancer Nursing*, 11(4): 237-243
 15. Carpenter JS, Brockopp D (1995). Comparison of patients' ratings and examination of nurses' responses to pain intensity rating scales. *Cancer Nursing*, 18: 292
 16. Carroll JS, Johnson EJ (1990) *Decision Research*. Sage Publications:Newbury Park
 17. Carroll KC, Atkins PJ, Herold GR, Mlcek CA, Shively M, Clopton P, Glaser DN (1999). Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *American Journal Critical Care*.;8:105–117
 18. Carroll KC, Atkins PJ, Herold GR, Mlcek CA, Shively M, Clopton P, Glaser DN (1999). Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *American Journal of Critical Care*, 8(2): 105-117
 19. Cassem, NH (1984). *Critical Care psychiatry*. WC. Shoemaker, L. Thompson, P. Holbrook (eds.) *Textbook of Critical Care*. Philadelphia: WB Saunders, Co.
 20. Cassem, NH, Jackett TP (1971). Psychiatric consultation in a coronary unit. *Annual International Medicine*, 75:9.
 21. Caswell DR, Williams JP, Vallejo M, Zaroda T, McNair N, Keckeisen M, Yale C, Cryer HG (1996). Improving pain management in critical care. *Journal on Quality Improvement*, 22(10): 702-712

22. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, Mann C, Lefrant JY, Eledjam JJ. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Med*, 34:1691–1699.
23. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, Cisse M, Lefrant JY, Jaber S (2010). The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151(3):711-721.
24. Cheever KH (1999). Applied pathophysiology. Reducing the effects of acute pain in critical ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18(3): 14-23
25. Christoph SB (1991). Pain assessment. The problem of pain in critical ill patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 3(1): 11-16
26. Chyun D (1989). Patients' perceptions of stressors in intensive care and coronary care units. *Focus on Critical Care*, 16(3): 206-211
27. Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of family with relatives in the intensive care setting. *Heart and Lung*, 13: 231
28. Desbiens N, Wu A, Broste S, Wenger N, Connors A, Lynn J, Yasui Y, Phillips R, Fulkerson W (1996). Pain and satisfaction with control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. *Critical Care Medicine*, 24(12): 1953-1961
29. Desbiens NA, Broste SK, Wenger NS, Connors AF, Jr, Lynn J, Yasui Y, Phillips RS, Fulkerson W (1996). Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Crit Care Med*. ;24:1953–1961
30. DeWit S, MSN, RNCS. (2001) Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος 2. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
31. Dracup K, Bryan-Brown CW (1995). Pain in the ICU: fact or fiction? *American Journal of Critical Care*, 4(5): 337-339
32. Dudley DR, Holm K (1984). Assessment of the pain experiences in relation to selected nurse characteristics. *Pain*, 18: 179-186

33. Edwards WT, Burney RG, Kupferberg IM: Management of pain, anxiety and psychosis in critically ill, p 1014-1025. In: *Intens Care Med*, 1st Ed, Rippe JM, Irwn RS, Dalen JE (Ed), Little, Brown, Boston, 1985
34. Eisendrath, S. J. (1980). ICU syndromes: Their detection, prevetion and treatment. *Critical Care Update*, 7:5.
35. Eksterowicz N, Quinlan-Cowell A, Vanderveer B, Menez J. (2010). Acute pain management. In: St. Marie B, ed. *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. 2nd ed. Dubuque, Ia: Kendall Hunt Professional; 343.
36. Encyclopedia of Surgery, 2010 online, intensive care unit equipment www.surgeryencyclopedia.com/Fi-La/Intensive-Care-Unit-Equipment.html
37. Ferguson J, Gilroy D, Puntillo K (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 1065-1072
38. Ferrell B, Ferrell B, Rivera L (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of pain and Symptom Management*, 10(8): 591-598
39. Fink R. (2000) Pain assessment: The cornerstone to optimal pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. Jul;13(3):236-9.
40. Fisher MM, Raper Rp: sedation in intensive care, p 549-558, In: *Update in Intensive Care and Emergency Medicine*, , Vincent JL (Ed), Springer-Verlag, Berlin 1991
41. Fothergill-Bourbonnais F, Wilson-Barnett J (1992). A comparative study of intensive therapy unit and hospice nurses' knowledge on pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 17:362-372
42. Fowler SB (1997). Impaired verbal communication during short term oral intubation. *Nursing Diagnosis the Journal of Nursing Language and Classification*, 8(3): 93-98
43. Ghouri AF, Mills AK, White PF: Pharmacokinetic and pharmacodynamic modeling of sedation in the ICU: future perspectives, p 730-738. In:

- Update in Intensive Care and Emergency Medicine, Vincent JL (Ed), Springer-Verlag, Berlin 1990
44. Gujol MC (1994). A survey of pain assessment and management practices among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 3(2): 123-128
 45. Hackett T, Cassem N. Handbook of General Hospital Psychiatry. Boston: Massachusetts General Hospital
 46. Hamill-Ruth RJ, Marohn ML (1999). Evaluation of pain in the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, 15(1): 35-54
 47. Hill PM (1985). Nursing aspects of pain control in intensive care units. *Intensive Care Nursing*, 1: 92-101
 48. Johnston CC, Strada ME (1986). Acute pain response in infants: a multidimensional description. *Pain*, 24(3):373-382
 49. Kaiser KS (1992). Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient. *Clinical Care Nursing Quarterly*, 15(2): 13-34
 50. Kleck. R. (1984). ICU syndromes: Onset, manifestations, treatment, stressors and prevention. *Critical Care Q*, March.
 51. Kleck. R.(1984). Means to forestall ICU syndrome explored. *Anesth. News*, 7:5.
 52. Kleinpell R, Patak L, Wilson-Stronks A, Costello J, Person C, Elizabeth Henneman, PhD, RN, FAAN, & Mary Beth Happ, PhD, RN, FAAN (2009) Improving Communication in the ICU. Many tools and strategies exist for helping caregivers understand the needs of patients unable to express themselves. *Advance for nurses*. 10(4):17 online.
 53. Ludwig AM (1980). Principles of Critical Psychiatry. New York: The Free Press
 54. Manias E. Botti M, Bucknall T (2002) .Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 724-733
 55. Manworren, RCB (2000). Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*, 26(6), 609-614.

56. Marzinski L (1991). The tragedy of dementia: clinically assessment pain in the confused nonverbal elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(6): 25-28
57. Mc Kenney FP (1966). The intensive care syndrome. *Conn-Med*, 30:633
58. McKinley S. Botti M (1991). Nurses' assessment of pain on hospitalized patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 9(1): 8-14
59. Melzack R (1975). The McGill Pain Questionnaire: major and scoring methods. *Pain*, 1(3): 277-299
60. Melzack R, Torgeson WS (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34: 50-59
61. Melzack, R; Wall, PD (1996). *The challenge of pain* (2 ed.). pp. 31-32. London: Penguin.
62. Murray MJ (1990) Pain problems in the ICU. *Critical Care Clinics*, 6(2): 235-253
63. National Health and Medical Research Council (1999). Acute Pain Management: Scientific Evidence. Commonwealth of Australia, Canberra
64. Neuman AM: Sedation and paralysis, p 821-828. In: Critical Care 3rd Ed, Civetta JM, Taylor RW, Kirby RB (Eds), Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997
65. Noble, P (1970). Communication in the ICU: Therapeutic or disturbing? *Nursing Outlook*, 195
66. Pederson C, Matthies D, McDonald S (1997). A survey of paediatric critical care nurses' knowledge of pain management. *American Journal of Critical Care*, 6(4): 289-295
67. Pederson C, Matthies D, McDonald S (1997). Survey of pediatric critical care nurses' knowledge of pain management. *American Journal of Critical Care*, 6(4), 289-295.
68. Pooler-Lunse C, Price P (1992) The critically ill. *Canadian Nurse*, 88(7): 22-25
69. Porter LA (1995). Procedural distress in critical care settings. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 7(2): 307-314

70. Puntillo KA (1988). The phenomenon of pain and critical care nursing. *Heart & Lung. Journal of Critical Care*, 17(3): 262-273
71. Puntillo KA (1990). Pain experiences of intensive care patients. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 19(5 part 1): 526-533
72. Puntillo KA (1994). Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *American Journal of Care*, 3(2): 116-122
73. Puntillo KA, Miaskowski C, Kehrle K, Stannard D, Gleeson S, Nye P (1997). Relationship between behavioural and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*, 25(7): 1159-1166
74. Puntillo KA, Weiss SJ (1994). Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. *Nursing Research*, 43(1): 31-36
75. Puntillo KA. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung*, 19:526-533
76. Ruth M. Kleinpell, Lance Patak, Amy Wilson-Stronks, John Costello, Colleen Person, Elizabeth A. Henneman, & Mary Beth Happ, (2009) Improving Communication in the ICU: Many tools and strategies exist for helping caregivers understand the needs of patients unable to express themselves. *Advance for Nurses*, (February 25)
77. Salanterä S, Lauri S, Salmi TT, Helenius H. (1999). Nurses' knowledge about pharmacological pain management in children. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(4), 289-299.
78. Sedation In Intensive care patients. Sedation of patients in ICU. www.scribd.com/docs/17631642/Sadetion-of-patients-in-ICU online.
79. Simpson TF, Armstong S, Mitchell P (1989). American Association of Critical Care Nurses demonstration project: patients recollections of critical care. *Heart & Lung. Journal of Critical Care*, 18(5): 325-332
80. Stanik-Hutt JA (1998). Pain management in the critically ill. *Critical Care Nurse*, 18(5): 85-88
81. Stanton DJ (1991). The psychological impact of intensive therapy: the role of nurses. *Intensive Care Nursing*, 7(4): 230-235

82. Stein-Parbury J, McKinley S (2000). Patients; experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical Care*, 9(1): 20-27
83. Teske K, Randall LD, Cleeland CS (1983). Relationships between nurses' observations and self-reports of pain. *Pain*, 16: 289-296
84. Titler MG, Moss L, Greiner J, Alpen M, Jone G, Olson K, Hauer M, Phillips C, Megivern K (1994). Research utilization in critical care: an exemplar. *Critical Care Issues*, 5(2): 124-132
85. Tittle M, McMillan SC (1994). Pain and pain-related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *American Journal of Critical Care*, 3(1): 25-30
86. Vadivelu N, Mitra S, Narayan D (2010). Recent advances in postoperative pain management. *Yale J Biol Med*, 83:11-25.
87. Van Kooten, ME (1999). Non-pharmacological pain management for postoperative coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 157.
88. Voigt L, Paice JA, Poulit J (1995). Standardized pain flowsheet: impact on patient reported pain experiences after cardiovascular surgery. *American Journal of Critical Care*, 4(4): 308-313
89. West, S (1975). Stresses associated with ICUs affect patients, families, staff. *Journal of American Medical Association*, 62: 231
90. White PF, Kehlet H, Liu S (2009). Preoperative analgesia: what do we still know? *Anesth Analg*, 108:1364-1367.
91. Winslow EH (1998). Critical care extra. Effective pain management. *American Journal of Nursing*, 98(7): 16HH-16II
92. Wong DL, Baker CM (1988). Pain in children, comparison of assessment scales. *M Paediatric Nursing*, 14(1): 9-17
93. Ιατρού Χ. Παπαδόπουλος Γ. Φίλος Κ. Βρετζάκης Γ. (2005) Περιεγχειρητική Ιατρική Αναισθησιολογία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική Θεραπεία Πόνου. Ιατρού Χ. *Γενικά περί πόνου* (σελ 311-323) Εκδόσεις ΕΦΥΡΑ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ
94. Μαστρογιαννάκου Δ., Σαρρυγιάννης Π., Καρκανιάς Α., Περισσάκη Κλ., (2001) Το σύνδρομο της ΜΕΘ: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας-

Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου της ΜΕΘ του νοσοκομείου
"Σωτηρία". Εγκέφαλος 38(3)

95. Μπούτζουκα Ε. (2010). Αναλγησία-Καταστολή. Microsoft PowerPoint.
Online, www.icutopics.gr/docs/studentsLectures2010-2011/ICU10-11/10%2012%20SedationAnalgesia.ppt
96. Μπούτζουκα Ε., Κατσαρός Α., Χάιδος Ν., Καρατζάς Σ., Μυσθανθεύς Π., Ζηδιανάκης Β., Μπαλτόπουλος Γ., (2010) Καταστολή στη ΜΕΘ: Υπερβολή ή ανεπαρκής; Νοσηλευτική παν/μιακή ΜΕΘ ΕΚΠΑ ΓΝΑ ΚΑΤ. Microsoft PowerPoint, Online.
www.icutopics.gr/docs/9oCongress/Friday/AEreynetikoTrapezi/3KatastoliStinMeth.ppt