

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**“ΠΟΝΟΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ”**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Dr. ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΑΛΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΜΑΝΕΤΑ ΞΑΝΘΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2003**

**Ευχαριστούμε** τα άτομα εκείνα τα οποία μας έδωσαν διαφωτιστικά στοιχεία στο να συλλέξουμε πληροφορίες και πηγές που ήταν χρήσιμα για τη διεκπεραίωση της εργασίας μας. Ευχαριστούμε επίσης τον καθηγητή μας που μας έδωσε τη δυνατότητα ν' ασχοληθούμε μ' αυτό το τόσο σημαντικό θέμα και να ευαισθητοποιηθούμε στην αντιμετώπιση του πόνου.

**Αφιερώνουμε** αυτή την εργασία στα πρόσωπα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος που μας συμπαραστάθηκαν στην πορεία της εργασίας μας και σε κάθε συνάνθρωπό μας, που περνά τη δοκιμασία του πόνου.

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>
-----------------

Η εργασία αυτή, απευθύνεται κυρίως στους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. με σκοπό να ευαισθητοποιήσει, να κινητοποιήσει και να θέσει ερωτήματα σχετικά με το πρόβλημα του πόνου στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.

Ο νοσηλευτής ζει και εργάζεται καθημερινά δίπλα στο προσκέφαλο των πασχόντων, των αναπήρων και των ετοιμοθάνατων αρρώστων. Είναι υπεύθυνος για την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την εξάλειψη του ανθρώπινου πόνου. Οφείλει να γνωρίζει τη σημασία και τα χαρακτηριστικά του, να τον αναγνωρίζει και να τον καταπολεμά αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο, τόσο ολιστικά ως βιοψυχοκοινωνική – πνευματική οντότητα όσο και εξατομικευμένα ως άτομο με ξεχωριστές ανάγκες και προβλήματα.

Κατεβάλλαμε κάθε δυνατή προσπάθεια, να συμπεριλάβουμε στην εργασία όσο το δυνατό περισσότερα στοιχεία, αλλά είναι λογικό ότι σ' αυτά τα πλαίσια το θέμα δεν εξαντλείται πλήρως. Ούτως ή άλλως κάθε σπουδαστής θα πρέπει να ανατρέχει για περισσότερες πληροφορίες ή γνώσεις στις ανάλογες, του θέματος πηγές.

Πάντως η ενασχόλησή μας με το θέμα «πόνος και Νοσ/κές παρεμβάσεις» μας έδωσε τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσουμε πόσο επηρεάζει ο πόνος το άτομο και πόσο σημαντικό είναι για κάθε νοσηλευτή να μπορεί να τον προλαμβάνει, να τον αντιλαμβάνεται, να τον ανακουφίζει και να τον εξαλείφει, με αποκλειστική ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ετυμολογική μελέτη της λέξης πόνος βρίσκει ελληνικές ρίζες. Η λέξη της ελληνικής γλώσσας για οργανικό πόνο είναι άλγος και προέρχεται απ' τη ρίζα αλ (ε) γη οποία βρίσκεται στο επίθετο αλεγεινός. Πόνος απ' το ρήμα πένομαι στους Ομηρικούς χρόνους, σήμαινε σκληρή δουλειά, στην εποχή του Ηροδότου δυσφορία και μόνο στην περίοδο του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό. Ενδιαφέρουσα είναι η στενή σχέση της λέξης πόνος με το λατινικό όρο "roena", που σημαίνει τιμωρία ή δίκαιη ανταπόδοση.

Η αίσθηση του πόνου κατέχει προέχουσα θέση μεταξύ των αισθητικών εμπειριών στον άνθρωπο και εκτιμάται σαν εκδήλωση υποκείμενης νοσηρής καταστάσεως.

Οι αρχέγονες ρίζες του ανθρώπινου πόνου, αντηχούν στην κραυγή του νεογνού, ως ένδειξη της πρώτης τραυματικής εμπειρίας κατά τη μετάβαση απ' την αμνιωτική στην έμβια ζωή.

Από τη λίθινη εποχή αναζητούνται τρόποι ερμηνείας και αντιμετώπισής του. Το πανάρχαιο αυτό βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται από τις μυθολογίες όλων των αρχαίων λαών σαν ένας από τους παλαιότερους εχθρούς του ανθρώπου.

Τα πρώτα ελληνικά στοιχεία αντιμετώπισής του, αποκαλύπτονται στην ελληνική μυθολογία και τα ομηρικά κείμενα. Ο πόνος ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της Νύκτας. Δόθηκε στους ανθρώπους σαν εκδίκηση μετά την κλοπή της φωτιάς απ' τον Προμηθέα. Ο Ασκληπιός ήταν ειδικός στην καταπολέμηση του πόνου. Ο Ιπποκράτης, ισχυρίζονταν ότι οποιαδήποτε διαταραχή στα 4 σημεία του σώματος δημιουργεί πόνο. Τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας απασχόλησε ιδιαίτερα ο πόνος στον

καρκίνο ενώ έκαναν, ό,τι ήταν δυνατό τόσο για τη θεραπεία όσο και για την ανακούφισή του.

Στους Βυζαντινούς χρόνους μελετήθηκαν οι ιδιότητες του οπίου και άλλων αναλγητικών φαρμάκων. Παράλληλα, με την επίδραση του Χριστιανισμού ακμάζει η φιλανθρωπία και η έμπρακτη έκφραση ενδιαφέροντος στους πάσχοντες συνανθρώπους.

Την περίοδο της Αναγέννησης, θεμελιώνεται η χημική φαρμακοθεραπεία και το 1803 ο Serfuner ανακαλύπτει τη μορφίνη. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, εμφανίζονται τα συνθετικά αναλγητικά και συντίθενται το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη) από τον χημικό F. Bayer.

Η τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, νέες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και νέα φάρμακα με εκλεκτική δράση, συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου. Τα τελευταία είκοσι χρόνια η αντιμετώπιση των αρρώστων με χρόνια ή υποτροπιάζοντα επώδυνα σύνδρομα γίνεται από οργανωμένες ειδικές θεραπευτικές μονάδες, που ανάλογα με τις δυνατότητές τους διαφοροποιούνται και οι υπηρεσίες τους ως προς την ανακούφιση απ' τον πόνο.

Σύμφωνα με τις αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η απαλλαγή του αρρώστου απ' τον πόνο αποτελεί βασικό δικαίωμά του, αλλά ταυτοχρόνως και υποχρέωση τόσο του γιατρού, όσο και του νοσηλευτή προς τον άρρωστό τους.

Η ανακούφιση του αλγούντος ανθρώπου προσδιορίζεται όπως αναφέρεται παραπάνω, ως υποχρέωση στη νοσηλευτική πράξη. Ο ισχύων κώδικας ηθικών καθηκόντων αναφέρει, ότι βασικές ευθύνες των νοσηλευτών είναι:

**α.** Η προαγωγή της υγείας

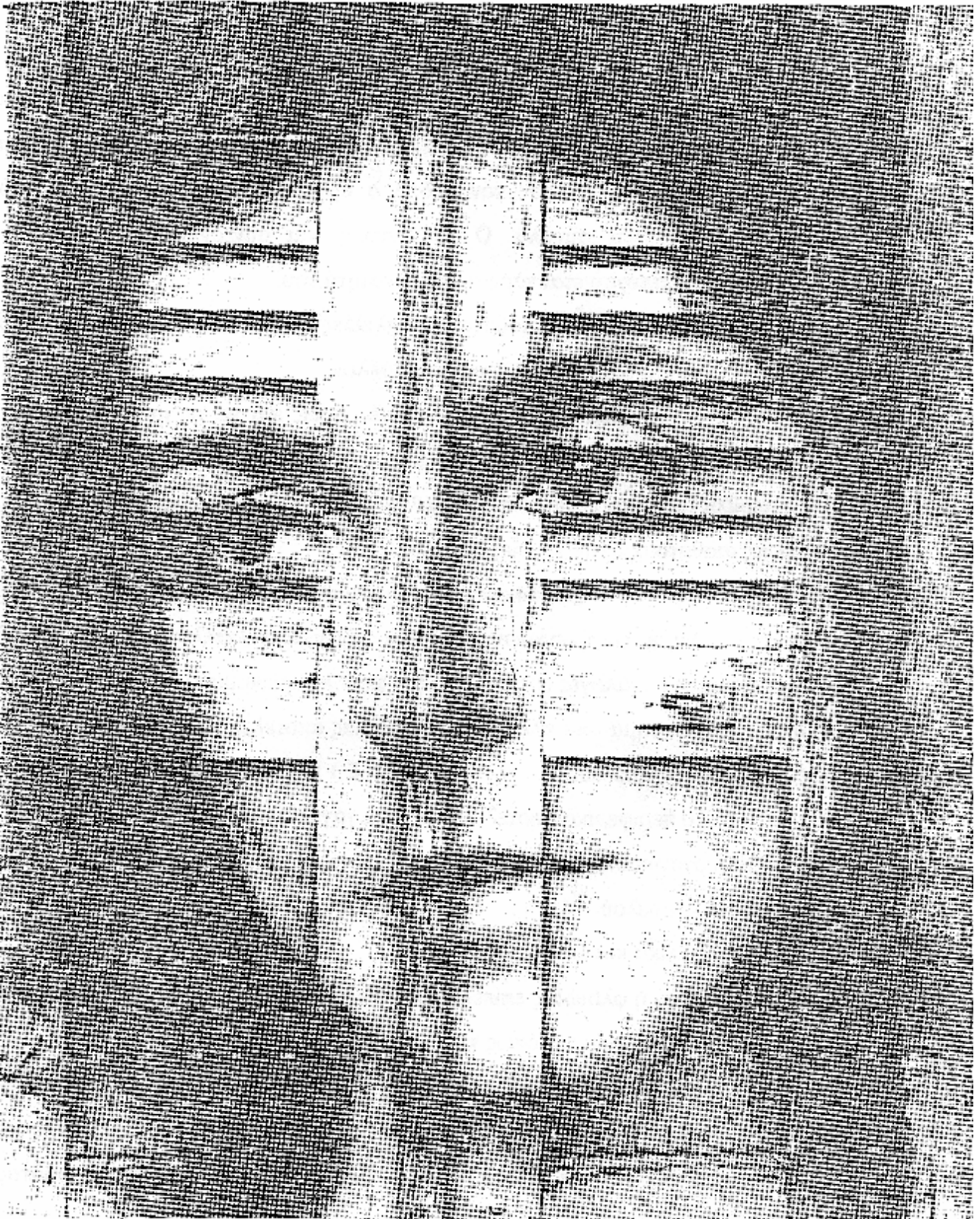
**β.** Η πρόληψη της νόσου

**γ.** Η αποκατάσταση της υγείας και

**δ.** Η ανακούφιση του πόνου

Η σύγχρονοι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν, να σέβονται και να προστατεύουν τον αλγούντα ασθενή και κάθε δικαίωμά του.

Καταλήγοντας, στην εργασία μας «Πόνος κα νοσηλευτικές παρεμβάσεις», εξετάζουμε το πρόβλημα του πόνου τόσο γενικά, όσο και ειδικά. Προσπαθήσαμε να περιγράψουμε όσο πιο περιεκτικά και απλούστερα τη φυσιολογία αυτού, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και εκδηλώσεις του και απ' την άλλη πλευρά, παραθέσαμε τη νοσηλευτική φροντίδα. Φροντίδα του πάσχοντος αρρώστου που πρέπει να είναι ολιστική, εξατομικευμένη, ανθρώπινη, επιστημονική, πονετική, αληθινή, ώστε να έχει τη δυνατότητα να αντεπεξέλθει στη μάχη με τον ανθρώπινο πόνο και κερδισμένη να οδηγήσει τον άρρωστο στην ανακούφιση και την ίαση.



*Εικόνα 1*

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΝΑΤΟΜΙΑ

### 1.1 Νευρικό Σύστημα

Το νευρικό σύστημα ρυθμίζει όλες τις λειτουργίες του ανθρωπίνου σώματος και σε συνεργασία με τα άλλα συστήματα τις συντονίζει, ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο οργανισμός λειτουργεί ως ενιαίο ανατομικά και λειτουργικά σύνολο. Ο ρυθμιστικός και συντονιστικός ρόλος του νευρικού συστήματος, πετυχαίνεται χάρη στην ικανότητά του.

- A. Να λαμβάνει με αισθητικούς υποδοχείς τα χιλιάδες ερεθίσματα πληροφορίες, τόσο απ' το εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό περιβάλλον.
- B. Να μετατρέπει τα ερεθίσματα αυτά σε νευρικές ώσεις και να τις μεταφέρει με τις αισθητικές ή κεντρομόλους νευρικές οδούς στα συντονιστικά κέντρα του εγκεφάλου όπου αναγνωρίζονται, επεξεργάζονται, αξιολογούνται και συγκρίνονται με άλλες αποθηκευμένες αισθητικές πληροφορίες στη μνήμη και
- Γ. Μετά την επιλογή των σημαντικών πληροφοριών, στοιχείων να στέλνει εντολές μέσω των κινητικών ή φυγόκεντρων νευρικών οδών στα εκτελεστικά όργανα, σ' ολόκληρο το σώμα για ανάλογες αντιδράσεις στα ποικίλα ερεθίσματα.

Το νευρικό σύστημα από πλευράς μορφολογίας, αποτελείται απ' το κεντρικό και το περιφερικό. Το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Το περιφερικό

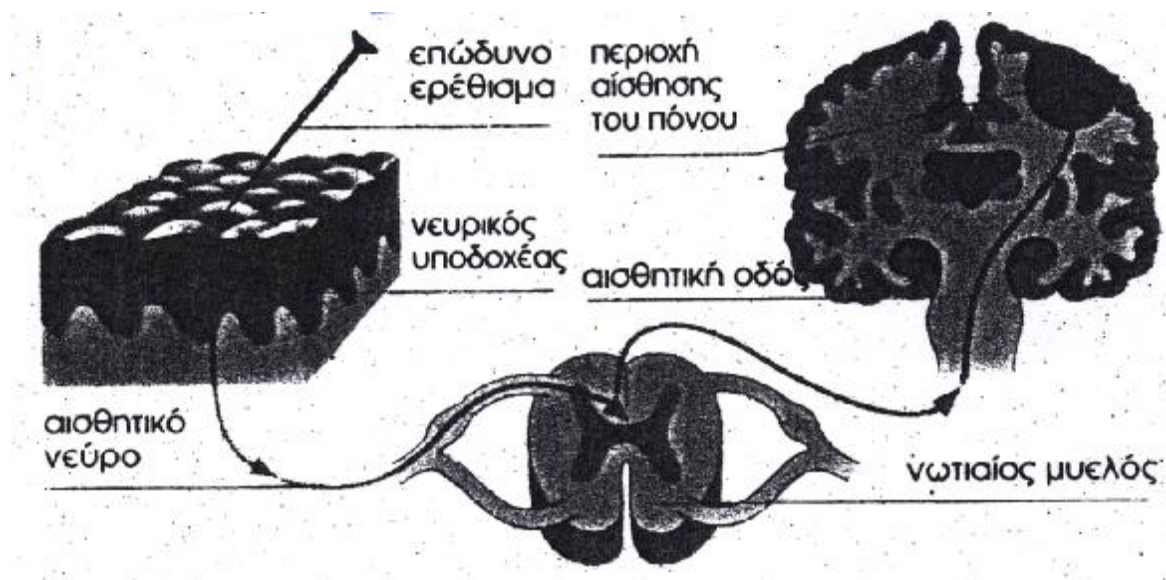
αποτελείται από τα γάγγλια και τα νεύρα. Από πλευράς λειτουργίας είναι οργανωμένο σε τρία επίπεδα:

1. Επίπεδο νωτιαίου μυελού
2. Κατώτερο εγκεφαλικό και
3. Ανώτερο εγκεφαλικό ή φλοιώδεις επίπεδο. Το καθένα απ' αυτά έχει διαφορετικό ρόλο, αλλά είναι το ίδιο οργανωμένο όπως το όλο σύστημα στο σύνολό του. Στο νευρικό σύστημα φθάνουν συνεχώς άπειρες πληροφορίες. Ποσοστό μεγαλύτερο από 99% απορρίπτονται ως ασήμαντες άπειρες ή άχρηστες, τουλάχιστον για τη συγκεκριμένη στιγμή που φθάνουν. Για παράδειγμα το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την επαφή του σώματος με τα ρούχα του, αν βάλει όμως το χέρι του πάνω σε καυτό σίδηρο θα το απομακρύνει και πιθανόν να φωνάξει από πόνο!

## **1.2 Νευρικό σύστημα και πόνος**

Η είσοδος των διαφόρων αισθητικών πληροφοριών στο νευρικό σύστημα, εξασφαλίζεται απ' τους αισθητικούς υποδοχείς.<sup>4,11</sup> Όλοι οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις που σχηματίζουν ένα πολύπλοκο δίκτυο. Βρίσκονται σε μεγάλο αριθμό στις επιπολείς στιβάδες του δέρματος, καθώς και σε ορισμένους εν τω βάσει ιστούς όπως στο περιόστεο, στις επιφάνειες των αρθρώσεων, στους δρεπανοειδείς συνδέσμους και στο σκηνίδιο του θόλου του κρανίου. Οι περισσότεροι απ' τους υπόλοιπους εν τω βάθει ιστούς όπως το αρτηριακό τοίχωμα, εσωτερικά όργανα, οι χοληφόροι πόροι περιέχουν λιγότερους υποδοχείς πόνου. Ωστόσο κάθε εκτεταμένη βλάβη ιστών, μπορεί να προκαλέσει βύθιο πόνο στις αντίστοιχες περιοχές.<sup>8, 7, 21</sup> Οι αλγοϋποδοχείς αντιδρούν σε

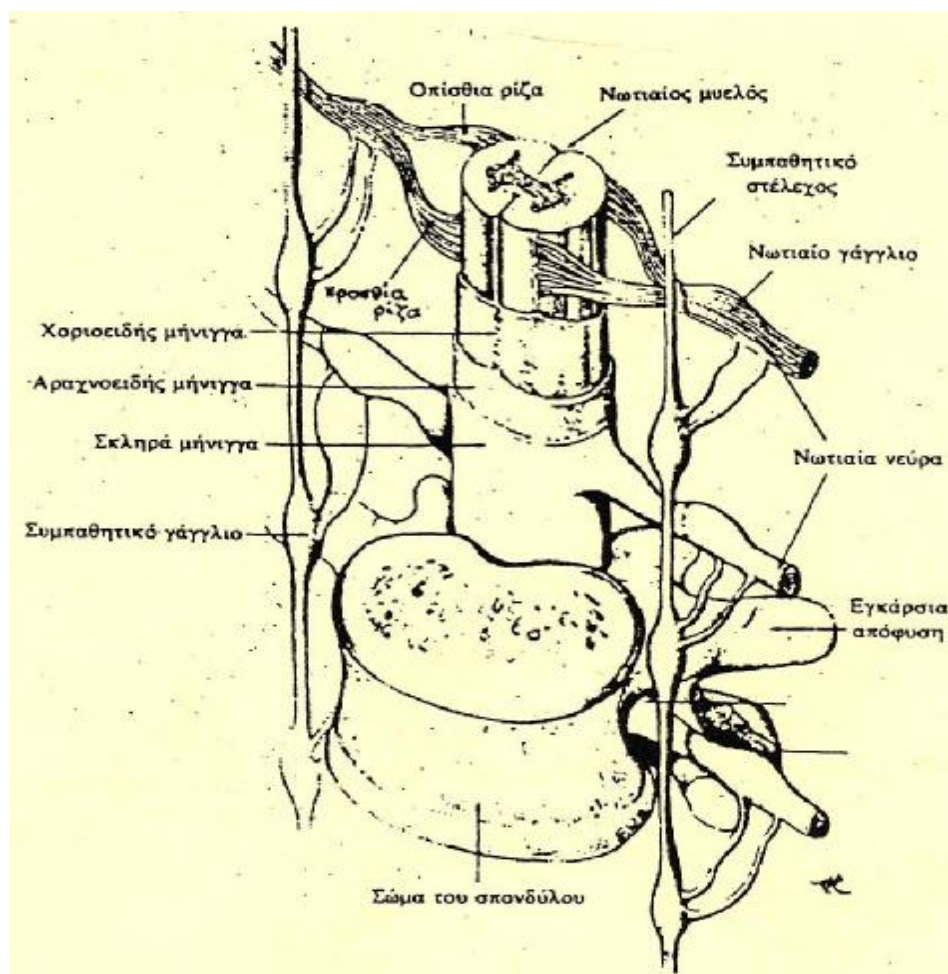
βλαβερά ή δυνητικά βλαβερά ερεθίσματα, που μπορεί να είναι χημικά (ισταμίνες, βραδυκινίνες, προσταγλανδίνες και οξέα, μερικά από τα οποία ελευθερώνονται από κατεστραμμένους ιστούς), θερμικά (θερμοκρασίες ακραίες θερμού ή ψυχρού) ή μηχανικά (υπέρμετρη μηχανική τάση ή μηχανική βλάβη ιστών).<sup>21,8</sup> Οι απολήξεις αυτές, που θεωρούνται σαν ειδικοί αισθητικοί υποδοχείς για τον πόνο, ανευρίσκονται επίσης και σε περισσότερο εξειδικευμένες αισθητικές «συσκευές», όπως είναι οι κορώνες του Krause, τα σωματίδια του Ruffini και τα πεταλιώδη σωματίδια των Vater και Pacini.



**Εικόνα 2**

**Η αίσθηση του πόνου**

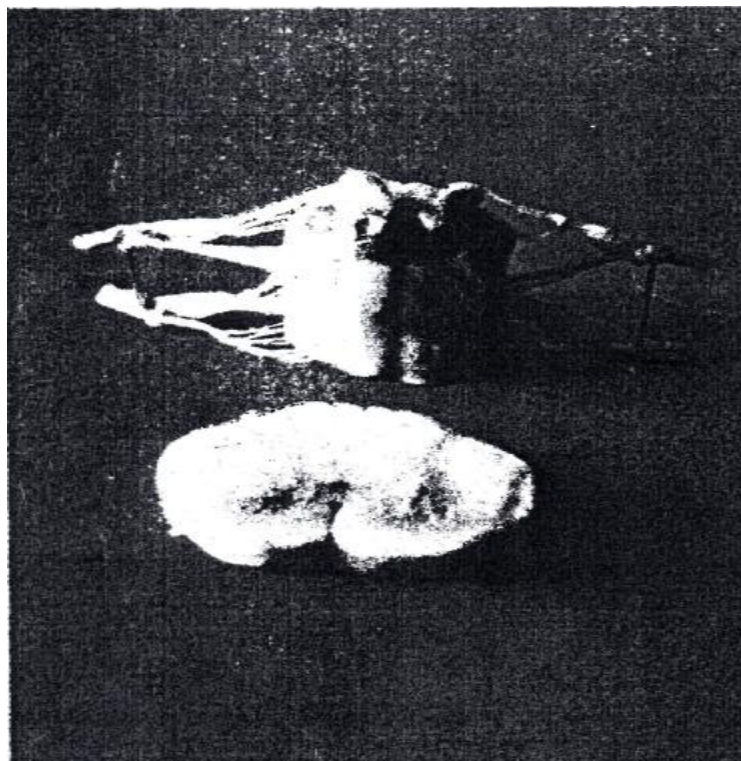
Οι ανωτέρω απολήξεις, ανήκουν στο περιφερικό τμήμα του πρώτου αισθητικού νευρώνα του πόνου, του οποίου το κύτταρο ευρίσκεται στο νωτιαίο γάγγλιο. Οι περισσότερες αισθητικές ίνες εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό με τις πρόσθιες για να καταλήξουν τελικά όλες μαζί στο οπίσθιο κέρας<sup>26</sup> (εικόνα 3). Ανάλογα με το μέγεθός τους και την ταχύτητα αγωγής της ώσης, οι αισθητικές νευρικές ίνες διακρίνονται σε δύο είδη. Το πρώτο αποτελείται από μικρές, λεπτές ίνες Α-δέλτα (διάμετρος 6 – 8 μ.) με μεγάλη ταχύτητα αγωγής (6 – 30 m/sec) και το δεύτερο από αμύελες ίνες C (διάμετρος 2 – 4 μ.), με μικρή ταχύτητα αγωγής, (0,5 – 2 m/sec). Οι ίνες Α – δ μεταφέρουν τη νευρική ώση «ταχύ άλγος» ενώ οι ίνες C τη νευρική ώση «βραδύ άλγος».<sup>7,8,26,11</sup>



**Εικόνα 3α**

**Τμήμα του Ν.Μ. (Νωτιαίου Μυελού) – Νωτιαία Νεύρα**

Μετά την είσοδό τους στο νωτιαίο μυελό και τα δύο είδη των κεντρομόλων νευρικών ινών συνάπτονται στο οπίσθιο κέρατο με το δεύτερο αισθητικό νευρώνα (εικόνα 4). Ο άξονας του νευρώνα ΙΙ περνά στο αντίθετο ημιμόριο του νωτιαίου μυελού και προς το πρόσθιο μέρος του οποίου μέσα από ανιούσες οδούς δύο δεμάτια καταλήγουν στον θάλαμο (πυρήνας του διάμεσου εγκέφαλου, ο οποίος αποτελεί τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους).

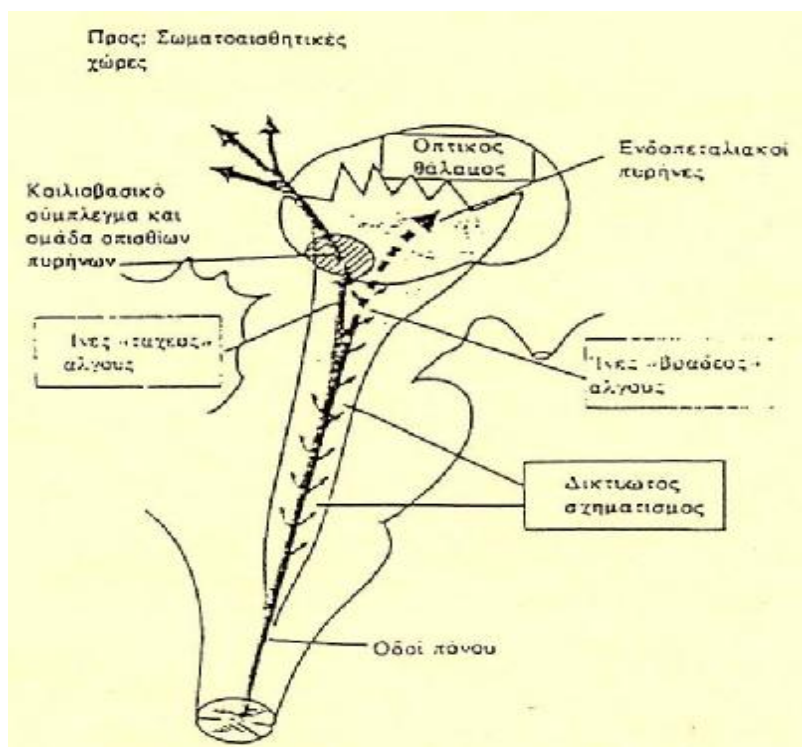


*Εικόνα 3β*

*Διατομή Νωτιαίου Μυελού, Οπίσθια Κέρατα*

Στο θάλαμο ο δεύτερος νευρώνας συνάπτεται με τον τρίτο νευρώνα. Ο νευράξονας του τρίτου νευρώνα καταλήγει στο φλοιό του βρεγματικού λοβού, όπου γίνεται η αντίληψη και η απεικόνιση του πόνου.<sup>16,9</sup> Κάθε δε πλευρά του φλοιού δέχεται πληροφορίες απ' την αντίθετη πλευρά του

σώματος. Οι ίνες A δ έχουν σημασία περισσότερο για τον εντοπισμό και την ερμηνεία του πόνου, ενώ οι C επειδή διεγείρουν το δικτυωτό ενεργοποιητικό σύστημα, διεγείρουν ολόκληρο το νευρικό σύστημα έχοντας σκοπό να τραβήξουν την προσοχή του ατόμου, ώστε να ξεκινήσει αντιδράσεις (ξυπνά όταν κοιμάται, βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης, νιώθει την αίσθηση του επείγοντος, απομακρύνεται, φωνάζει, κλαίει κ.ά.) για να απαλλαγεί απ' τον πόνο.<sup>8,9,11,21</sup> (εικόνα 5).



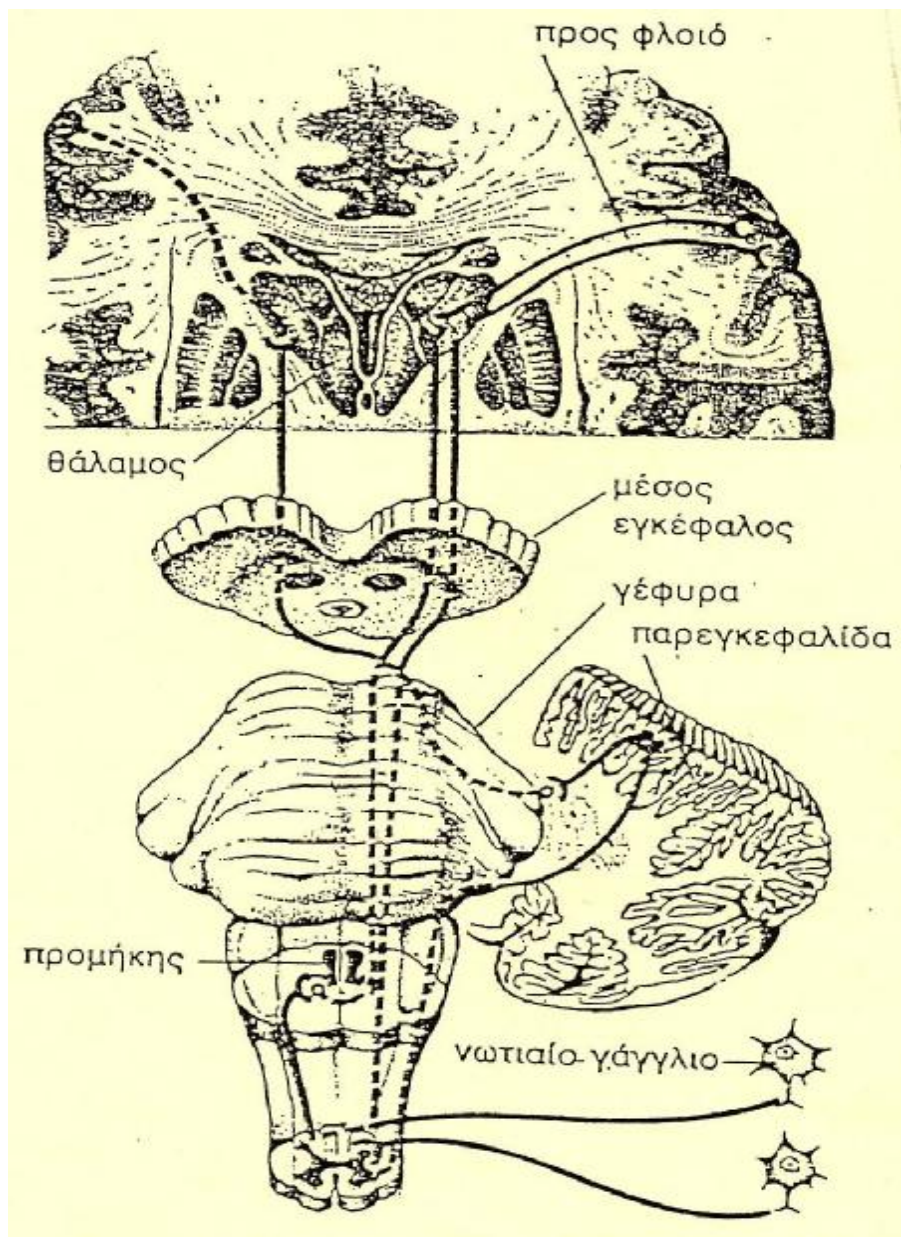
**Εικόνα 4**

***Η μετάδοση των σημάτων πόνου στον οπίσθιο εγκέφαλο, τον οπτικό θάλαμο και τον φλοιό με την οδό για το «ταχύ νυγμώδες άλγος» και με την οδό το «βραδύ, καυστικό άλγος»***

Πολλές όμως από τις αντιδράσεις δεν είναι αποτέλεσμα σκέψης που έγινε στο Κ.Ν.Σ. αλλά αυτόματες, στερεότυπες αντιδράσεις, αντανακλαστικά, οι οποίες έχουν σχέση με το σημείο που ερεθίζεται. Αναμφισβήτητα, οι νευρικές ώσεις που τελικά δίδουν γένεση στο αίσθημα



του άλγους θέτουν σε κίνηση και αντανakλαστικούς μηχανισμούς που έχουν στόχο, την προστασία του οργανισμού απ' τις βλαπτικές επιδράσεις των αλγογόνων παραγόντων. Ιδιαίτερα αυτοί που επιδρούν στην επιφάνεια του σώματος. Οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν τόσο τοπικές όσο και γενικευμένες αντιδράσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η αντανakλαστική αυτόματη απομάκρυνση του χεριού μετά από τυχαία ή μη επαφή με καυτό σίδερο.<sup>11</sup>



*Εικόνα 5*

*Σχηματική παράσταση των αισθητικών οδών για τον πόνο*

## 2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό του οργανισμού, που παρουσιάζεται σε περίπτωση βλάβης των ιστών και υποχρεώνει το άτομο να αντιδράσει κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να απομακρύνει το αλγογόνο ερέθισμα.<sup>7,8</sup> Από τη μια πλευρά μας ειδοποιεί για την παρουσία ασθένειας ή βλάβης ιστών, από την άλλη πλευρά όμως δημιουργεί αγωνία, φόβο, υποψίες ιδίως όταν η αιτία δεν είναι εντοπισμένη και αργοπορεί την ιατρονοσηλευτική παρέμβαση. Ο συνεχιζόμενος σοβαρός πόνος δημιουργεί, στο άτομο, τελικά σωματική και πνευματική εξασθένιση και το εμποδίζει να λειτουργήσει σωστά.<sup>24</sup> Η επιτροπή ταξινόμησης πόνου της Διεθνούς Ένωσης Μελέτης Πόνου, επί προεδρίας του Merskey το 1979, έδωσε τον πλέον αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό παγκοσμίως: «Πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, συνοδευόμενη με πραγματική ή πιθανή βλάβη ή απλώς περιγραφόμενη σε σχέση με τέτοια βλάβη». Ο καλύτερος όμως ορισμός στην κλινική πράξη είναι της Mc Caffery, πρωτοπόρου διακεκριμένης νοσηλευτικής φυσιολογίας στην αντιμετώπιση του πόνου διεθνώς, ο οποίος αναφέρει: «Πόνος είναι ότι το άτομο λέει ότι είναι και υπάρχει όταν εκείνο λέει ότι υπάρχει» (Mc Caffery 1979). Κάθε άτομο που δηλώνει ότι πονά, βιώνει πόνο.<sup>16</sup> Μπορούμε να πούμε ότι αφενός ο πόνος αποτελεί αίσθηση που έχει οργανικό υπόστρωμα και μπορεί να οριστεί επιστημονικά όμως αφετέρου, είναι μια έννοια που ο καθένας μας (επαγγελματίας υγείας, ασθενής) προσεγγίζει με το δικό του μοναδικό τρόπο, αντιλαμβάνεται με διαφορετική σημασία και ορίζει με ξεχωριστή προσωπική ερμηνεία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα που ακολουθεί. «Ο πόνος είναι πραγματικός. Δε φοβάμαι να πεθάνω αλλά για μένα ο πόνος είναι η μόνη πραγματικότητα. (Γυναίκα 42 ετών, Ca μαστού).<sup>24</sup>



### 3. ΤΥΠΟΙ ΠΟΝΟΥ

#### 3.1 Σύνδρομα πόνων

Υπάρχουν δύο τύποι συνδρόμων πόνου. Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος. Ο πρώτος δεν διαρκεί πάνω από τρεις μήνες. Είναι συνήθως ένα μεταβατικό επεισόδιο και πληροφορεί το άτομο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η εμφάνισή του, είναι συνήθως αιφνίδια και οι επώδυνες περιοχές αναγνωρίζονται καλά. Ο αιφνίδιος έντονος πόνος ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα, που μπορεί να προκαλέσει σημεία συμπαθητικής δραστηριότητας. Η συνεχής επώδυνη διέγερση, μπορεί να προκαλέσει ένα σταθερά διατηρημένο αντανακλαστικό σύσπασης των παρακείμενων ή απομακρυσμένων μυών. Ο οξύς πόνος συνοδεύεται συνήθως από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος που και τα δύο συνεισφέρουν στην αυξημένη αντίληψη του πόνου. Αν ο πόνος είναι μέτριος ή έντονος έκδηλα φυσιολογικά και συμπεριφορικά σημεία διευκολύνουν την εκτίμησή του.

Το κυριότερο είναι, ό,τι ο ασθενής ζητά ανακούφιση.<sup>21</sup> Αυτό αποτελεί συνέπεια της πολυσυναπτικής διάχυτης συνδεσμολογίας της νευρικής οδού μεταφοράς αυτού του τύπου πόνου ως το επίπεδο του εγκεφάλου. Από ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες, προκύπτει ότι η εντόπιση συχνά αφορά μόνο σ' ένα μεγάλο μέρος του σώματος, όπως σ' ένα άκρο, χωρίς να γίνεται εντόπιση σε συγκεκριμένο σημείο του άκρου.<sup>7</sup>

Υπάρχουν διάφοροι τύποι χρόνιου πόνου. Ο διαλείπων χρόνιος πόνος συμβαίνει μόνο σε ορισμένους περιόδους (ημικρανία). Ο επίμονος πόνος, που υπάρχει πάντοτε, αν και μπορεί να αυξομειώνεται σε ένταση.

Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα (συχνά συνοδεύεται από αϋπνία) που οδηγεί σε μείωση ενδιαφερόντων και

απομόνωση από φίλους και οικογένεια. Η ζωή του ατόμου επικεντρώνεται στο βίωμα του πόνου και αυξάνονται τα αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας. Τελικά, το άτομο αποσύρεται από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.<sup>21</sup>

### **3.2 Είδη πόνου ανάλογα με την προέλευση**

Ο πόνος ανάλογα με την προέλευσή του, διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό<sup>21</sup>. Οι δυο τύποι πόνου διαφέρουν σε ποιότητα, εντόπιση, αιτία και συνοδά συμπτώματα<sup>24</sup>. Ο σωματικός πόνος μπορεί να είναι είτε επιφανειακός, είτε βαθύς. Ο επιφανειακός προέρχεται από ερεθισμό του δέρματος και των επιπολής ιστών και χαρακτηρίζεται ως:

A. Νυγμώδης γίνεται αισθητός όταν το δέρμα τρυπηθεί με βελόνα ή κοπεί με μαχαίρι, ή όταν μια μεγάλη περιοχή του δέρματος ερεθίζεται διάχυτα αλλά έντονα και

B. Καυστικός είναι ο τύπος του πόνου που νιώθει το άτομο όταν καίγεται το δέρμα του. Μπορεί να γίνει αφόρητος και ο ασθενής να υποφέρει πιο πολύ από κάθε άλλο τύπο πόνου<sup>8</sup>. Ο πόνος στο δέρμα εντοπίζεται με ακρίβεια και περιγράφεται η διπλή ανταπόκριση του Lewis επώδυνος ερεθισμός που προκαλεί πρώτα αίσθηση τρυπήματος και μετά καύσου.

Ο βαθύς πόνος σωματικού τύπου προέρχεται απ' τον ερεθισμό του μυοσκελετικού συστήματος. Συνήθως είναι αμβλύς, δεν εντοπίζεται σαφώς αλλά ούτε υπάρχει διπλή ανταπόκριση. Έχει την τάση, να αντανακλά σε διάφορες θέσεις που βρίσκονται μακριά απ' το σημείο του ερεθισμού<sup>26</sup>. Αναφέρεται επίσης ως καυστικός, σφύζων και βύθιος πόνος.

Ο σπλαχνικός πόνος προέρχεται από τα σπλάχνα. Δεν εντοπίζεται με ακρίβεια και συνοδεύεται από ναυτία και άλλα συμπτώματα. Τα

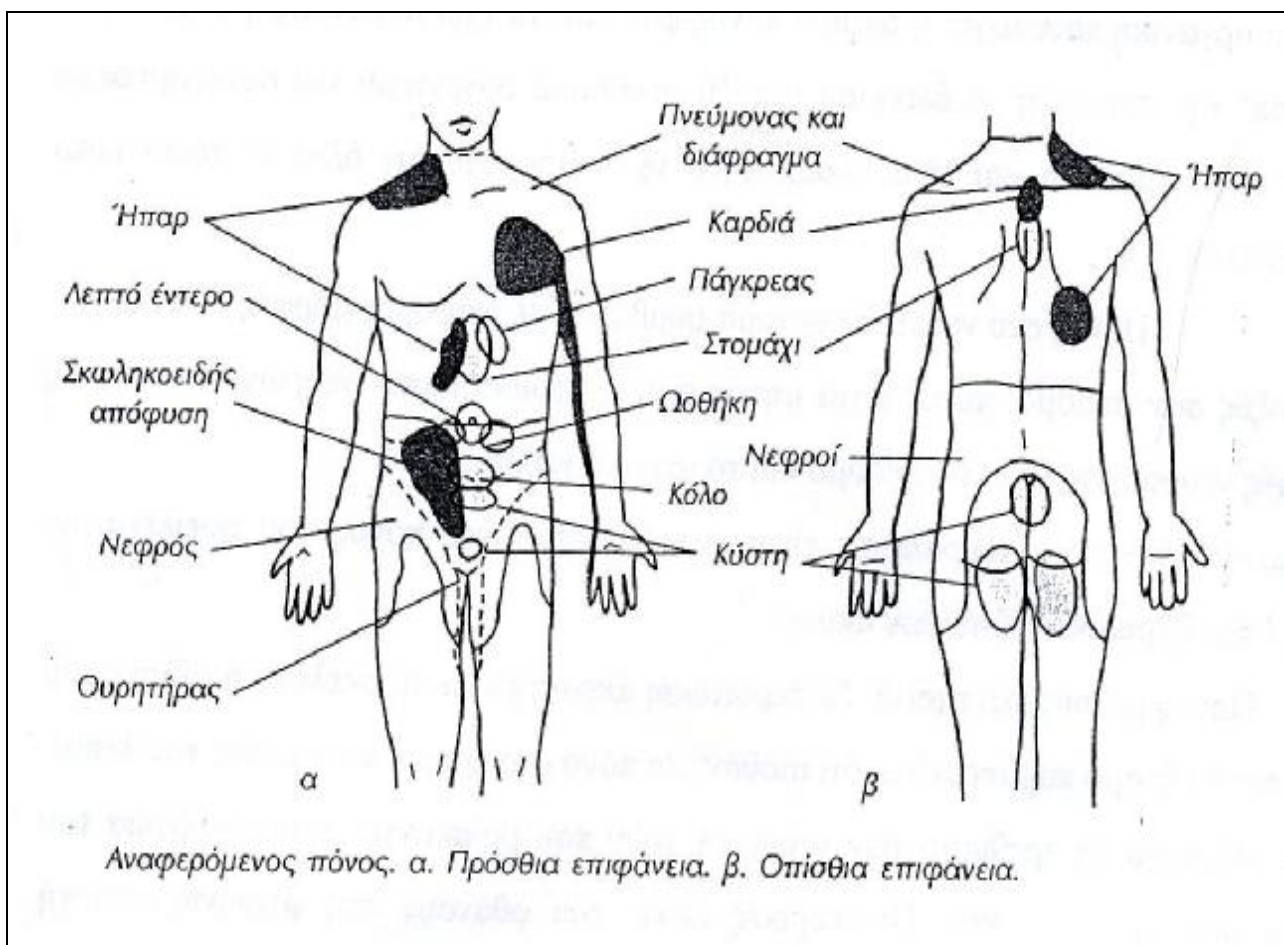
παρεγχυματώδη σπλάχνα, όπως ο εγκέφαλος, το ήπαρ, ο σπλήνας, οι πνεύμονες δεν πονούν. Πονά το ήπαρ και ο σπλήνας όταν διατείνεται η κάψα τους. Πονούν οι βρόγχοι και ο υπεζωκότας αλλά όχι οι κυψελίδες. Πονούν οι μηνίγγες αλλά όχι ο εγκέφαλος. Μπορεί να καταστραφεί ολόκληρο το ήπαρ και ο εγκέφαλος και να μην αισθανθούμε τίποτα αν αυτό δεν προκαλέσει διάταση ή καταστροφή σχετικά μεγάλης έκτασης των μηνίγγων ή της κάψας του ήπατος. Τα σπλάχνα από μυϊκό ιστό – κοίλα σπλάχνα, καρδιά, γαστρεντερικός σωλήνας, ουροδόχος, χοληδόχος κύστη, πόροι όπως ο χοληφόρος, ο παγκρεατικός, οι ουρητήρες, η ουρήθρα, έχουν υποδοχείς πόνου και πονούν:

- A. Όταν καταστρέφονται σε σχετικά μεγάλη έκταση.
- B. Όταν ισχαιμούν για οποιοδήποτε λόγο (λόγω σύσπασης ή απόφραξης).<sup>24</sup>

### **3.3. Άλλα είδη πόνου**

Αναφερόμενος πόνος, είναι ο τύπος πόνου που γίνεται αισθητός σε περιοχή άλλη από εκείνη που ερεθίζεται<sup>21</sup>. Ο πόνος αυτός ονομάζεται αντανεκλαστικός πόνος. Συμβαίνει συχνότερα σε βλάβη ή κάκωση των σπλάχνων και αντανεκλάται είτε σε άλλη πιο εν τω βάθει περιοχή, η οποία δε συμπίπτει ακριβώς με τη θέση του σπλάχνου – πηγή πόνου είτε σε μια περιοχή της επιφάνειας του σώματος<sup>8</sup>. Η γνώση των διάφορων τύπων του αντανεκλαστικού πόνου έχει πολύ μεγάλη σημασία γιατί πολλές φορές αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα μιας επικείμενης νοσηρής καταστάσεως, όπως θα δούμε αναλυτικότερα στο ειδικό μέρος. α. Ο αντανεκλαστικός πόνος οφείλεται στο ότι οι κλάδοι ινών του σπλαχνικού πόνου συνάπτονται μέσα στο νωτιαίο μυελό με μερικούς νευρώνες II τάξης, οι

οποίοι υποδέχονται και ίνες πόνου προερχόμενες απ' το δέρμα. Όταν διεγερθούν έντονα οι ίνες του σπλαχνικού πόνου, τα αλγογόνα αισθήματα των σπλάχνων εξαπλώνονται και σε μερικούς από τους νευρώνες που φυσιολογικά άγουν μόνο αισθήματα δερματικού πόνου και τότε στο άτομο δημιουργείται η εντύπωση ό,τι αυτά ξεκινούν πραγματικά απ' το δέρμα<sup>8</sup>.  
 β. Ο σωματικός πόνος είναι πιο συνηθισμένος και το άτομο «έμαθε» να ερμηνεύει σήματα που άγονται σε ορισμένα μονοπάτια, ό,τι είναι σωματικής προέλευσης και γ. Συμβαίνει συνήθως σε δομές που αναπτύχθηκαν απ' το ίδιο εμβρυϊκό δερμοτόμιο<sup>21</sup>.



**Εικόνα 6**

Ο όρος «ψυχογενής» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει πόνο, όπου δεν υπάρχει οργανική παθολογία ή όπου ο πόνος φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ψυχολογική βάση απ' την οργανική. Η διάκριση μεταξύ συνθετικά οργανικού και συγκινησιακού πόνου είναι δύσκολη και είναι απαραίτητο να θυμόμαστε ότι όλοι οι πόνοι είναι πραγματικοί.

Πόνος στο νευρικό σύστημα, συμβαίνει με διάφορες μορφές. Νευραλγία, είναι οξύς σαν σπασμός, πόνος κατά μήκος ενός ή περισσοτέρων νεύρων. Δυο κοινές περιοχές νευραλγίας είναι το τρίδυμο και το ισχιακό νεύρο.

Καυσαλγία, ένα είδος νευραλγίας, είναι έντονος καύσωνας πόνος που οφείλεται σε βλάβη περιφερικού νεύρου των άκρων<sup>21</sup>.

Πόνος μέλους φάντασμα. Σε περίπτωση ακρωτηριασμού σκέλους ή μέλους του σώματος το άτομο παραπονείται ότι αισθάνεται πόνο στο τμήμα του μέλους που λείπει. Αυτό οφείλεται σε ερεθισμό των νευρικών ινών που βρίσκονται στο κολόβωμα του μέλους που έχει αποκοπεί. Οι νευρικές ώσεις που φθάνουν στη φλοιώδη περιοχή ερμηνεύονται εσφαλμένα, ό,τι προέρχονται απ' το τμήμα που λείπει. Ο αισθητικός φλοιός προβάλλει το αίσθημα εκεί που ήταν ο αισθητικός υποδοχέας<sup>11</sup>. Αναπτύσσεται συχνότερα σε άτομα που πονούσαν πριν τον ακρωτηριασμό και μπορεί να επιμείνει πολύ χρόνο μετά την επούλωσή του<sup>21</sup>.

#### 4. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΟΝΟΥ

Στη συνέχεια αναφέρουμε τα πιο συχνά εμφανιζόμενα αίτια πόνου

1. Διήθηση νεύρου, αιμοφόρων αγγείων και περιostίου από Ca.
2. Πίεση νεύρων από όγκο.
3. Φλεγμονή και νεύρωση ιστών.
4. Ισχαιμία ιστών.
5. Διάταση πυελικών και κοιλιακών οργάνων, λεμφικό οίδημα.
6. Ασκήσεις, υψηλή ενδοκράνια πίεση.
7. Θρομβοφλεβίτιδα -και πνευμονική εμβολή.
8. Τραύματα έλκη.
9. Παθολογικά κατάγματα.

## 5. ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο βαθμός αντίδρασης των ατόμων προς τον πόνο ποικίλει σε μεγάλο βαθμό<sup>7</sup>. Η μεταβίβαση και η αντίληψη του πόνου υπόκειται σε αναστολή ή τροποποίηση. Ο εγκέφαλος ελέγχει την είσοδο των σημάτων πόνου με ένα ειδικό σύστημα που ονομάζεται σύστημα αναλγησίας. Τα κύρια τμήματα του συστήματος αυτού είναι:

- 1) Η φαιά ουσία γύρω απ' τον υδραγωγό του Silvius στο μεσεγκέφαλο και την άνω γέφυρα.
- 2) Μεγάλος πυρήνας της ραφής που βρίσκεται στο ύψος του κάτω μέρους της γέφυρας και του άνω μέρους του προμήκη.
- 3) Ένα σύστημα αναστολής πόνου που βρίσκεται στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού.

Με το σύστημα αυτό τα σήματα πόνου μπορούν να αποκλείονται στο αρχικό σημείο εισόδου τους στο νωτιαίο μυελό ή και σε άλλα σημεία. Αυτοδιέγερση της περιυδραγωγικής περιοχής με εμφύτευση ηλεκτροδίων, προκαλεί ανακούφιση από ανυπόφορο πόνο στον άνθρωπο<sup>11</sup>. Ένας σημαντικός σταθμός στις προσπάθειες για τον έλεγχο του πόνου υπήρξε η ανακάλυψη, ό,τι με τη διέγερση των μεγάλων αισθητικών νευρωτικών ινών, οι οποίες άγουν νευρικές ώσεις από απτικούς υποδοχείς της περιφέρειας καταστέλλεται η μετάδοση των σημάτων πόνου, είτε από την ίδια περιοχή του σώματος, είτε από άλλες περιοχές που βρίσκονται πολλά δερμοτόμια μακριά. Έτσι ερμηνεύεται γιατί απλοί χειρισμοί, όπως είναι η

εντριβή του δέρματος γύρω από αλγογόνες πηγές ή χρήση αλοιφών είναι συχνά χρήσιμες παρεμβάσεις για την ανακούφιση απ' τον πόνο<sup>18</sup>.

Κύριες νευροδιαβιβαστικές ουσίες που συμμετέχουν στο σύστημα αναλγησίας, είναι η εγκεφαλίνη και η σεροτονίνη. Η ένεση μικρών ποσοτήτων μορφίνης ανακουφίζει απ' τον πόνο και προκαλεί εφορία. Υπάρχουν δε, ειδικοί υποδοχείς με τους οποίους συνδέεται. Οι «υποδοχείς μορφίνης» του ενδογενούς συστήματος αναλγησίας, οι οποίοι θα πρέπει να είναι υποδοχείς για κάποια ουσία που εκκρίνεται απ' τον εγκέφαλο και μοιάζει με την μορφίνη. Τα τελευταία χρόνια ανακαλύφθηκαν σημαντικές φυσικές οπιοειδείς ουσίες μερικές απ' τις οποίες είναι, η β – ενδορφίνη, Leu – εγκεφαλική, μετεγκεφαλίνη, δυνορφίνη.

Πιστεύεται, ό,τι οι ενδορφίνες καταστείλουν τον πόνο ενεργώντας τόσο προσυναπτικά, (εμποδίζοντας την απελευθέρωση της διαβιβαστικής ουσίας του πόνου) όσο και μετασυναπτικά (εμποδίζοντας την αγωγή ώσεων πόνου (Canong 1991). Βρίσκονται σε μεγάλες ποσότητες στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου, στο θάλαμο, στο μεσεγκέφαλο και στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού<sup>21</sup>.



**6. ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Το βίωμα του πόνου κάθε ατόμου περιλαμβάνει την αντίληψη της αίσθησης του πόνου και την αντίδραση σ' αυτή την αντίληψη. Αυτό το συνθετικό σκέψης – αίσθησης είναι υποκειμενικό, εξαιρετικά πολύπλοκο και εξατομικευμένο. Επηρεάζεται από παράγοντες που επιδρούν στον ερεθισμό των αλγουποδοχέων και στη διαβίβαση της ώσης καθώς επίσης και από τη δεκτικότητα και ερμηνεία του φλοιού<sup>21</sup>. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- 1) Ερεθισμός αλγουποδοχέων
  - α. αυξημένος αριθμός ερεθισμάτων,
  - β. αυξημένη διάρκεια ερεθίσματος
- 2) αλλαγή διαβίβασης
  - α. εκφυλιστικές αλλαγές στις οδούς που μεταβιβάζουν το πόνο (Διαβητική νευροπάθεια)
  - β. βλάβη νευρικών απολήξεων
  - γ. φλεγμονές, όγκοι ή κακώσεις νωτιαίου μυελού.
- 3) Δεκτικότητα φλοιού.
  - α. φλεγμονή, εκφυλιστικές αλλαγές εγκεφάλου
  - β. καταστολή εγκεφαλικής λειτουργίας
  - γ. αναισθησία, αναλγησία
  - δ. αλκοόλ, διάφορα φάρμακα.
- 4) Ερμηνεία στον εγκεφαλικό φλοιό
  - α. αγωγή στην παιδική ηλικία
  - β. παρελθούσα εμπειρία με πόνο
  - γ. πολιτιστικές αξίες
  - δ. θρησκευτικά πιστεύω

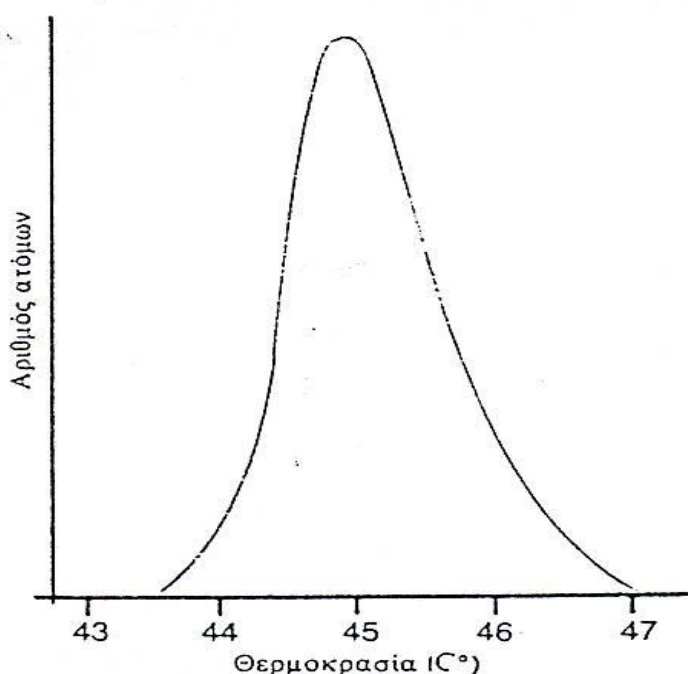
- ε. σωματική και ψυχική υγεία
  - στ. γνώση και κατανόηση
  - ζ. προσοχή και περιορισμός
  - η. φόβος, άγχος, ένταση
  - θ. κόπωση,
  - ι. κατάσταση συνείδησης<sup>21,24</sup>.
- 5) Ελαττωμένη αντίδραση μπορεί να ελαττώσει την αντίληψη του πόνου στους ηλικιωμένους και μπορεί να χρειασθούν περισσότερα κίνητρα για να προκαλέσουν μια ανταπόκριση. Μπορεί να αντιληφθούν βλάβες επώδυνες, όπως ένα νέο άτομο.

Η ένταση στην οποία το βλαβερό ερέθισμα κρίνεται υποκειμενικά ως επώδυνο, ονομάζεται κατώφλι ανίχνευσης πόνου. Αυτή η αισθητική διάκριση είναι σχετικά σταθερή στο ίδιο άτομο και ανάμεσα σε διάφορα άτομα, σε ό,τι αφορά την εντόπιση και το είδος του ερεθίσματος<sup>21</sup>. Η μικρότερη ένταση ερεθίσματος που θα διεγείρει το αίσθημα του πόνου, όταν το ερέθισμα εφαρμοσθεί για μεγάλη χρονική περίοδο ονομάζεται ουδός του πόνου<sup>11</sup>. Υπάρχει γραφική παράσταση της χαμηλότερης θερμοκρασίας του δέρματος, στην οποία τα διάφορα άτομα, αισθάνονται τον πόνο. Τα περισσότερα, μόλις και αρχίζουν να πονούν, όταν η θερμοκρασία του δέρματος ανεβαίνει στους 45°C πριν φθάσει στους 47°C όλα τα άτομα σχεδόν νιώθουν πόνο. Με άλλα λόγια ποτέ σχεδόν δεν είναι αλήθεια ότι ορισμένα άτομα είναι ασυνήθιστα ευαίσθητα στον πόνο ή αναίσθητα. Οι μετρήσεις που έγιναν σε διαφορετικούς λαούς όπως εσκιμώους, ινδιάνους, λευκούς έδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές<sup>24</sup>.

Παρά το γεγονός ότι ο ουδός αντίληψης πόνου είναι σχεδόν ίδιος σ' όλα τα άτομα, η αντοχή πόνου, που είναι ο μέγιστος βαθμός έντασης

πόνου που ένα άτομο είναι πρόθυμο να βιώσει, να ανεχθεί ποικίλλει πολύ<sup>16</sup>. Η ανοχή πόνου μπορεί να διαφέρει, τόσο μεταξύ διαφόρων ατόμων όσο και στο ίδιο το άτομο σε διάφορες καταστάσεις.

Γενικά, οι περισσότεροι άνθρωποι βλέπουν τον πόνο ως αρνητικό βίωμα, παρόλο που μπορεί να έχει και τις θετικές του πλευρές.



**Σχήμα 1**

***Καμπύλη κατανομής που λαμβάνεται από μεγάλο αριθμό ατόμων, της ελάχιστης θερμοκρασίας του δέρματος, η οποία προκαλεί πόνο.***

Πολυάριθμοι παράγοντες επηρεάζουν την έννοια του πόνου για ένα άτομο, συμπεριλαμβανομένων: ηλικίας, φύλου, κοινωνικό – πολιτισμικού υπόβαθρου, περιβάλλοντος και προηγούμενων ή παρόντων βιωμάτων. Για παράδειγμα δυο γυναίκες μπορεί να βιώνουν πόνο από κάταγμα κάτω άκρου. Για τη γυναίκα των 75 ετών που ζει μόνη, σε λίγες κοινωνικές επαφές, ο πόνος ερμηνεύεται με βάση την ηλικία, ως αιτία αδυναμίας να διατηρήσει την ανεξαρτησία της στις δραστηριότητες της καθημερινής

ζωής. Η 28χρονη δικηγόρος όμως ερμηνεύει τον πόνο ως μια αναμενόμενη ενόχληση με τη διαπίστωση ότι είναι προσωρινή και ότι σύντομα θα επιστρέψει στους καθημερινούς ρυθμούς της<sup>21</sup>.

Η υφή και η ποιότητα αντίδρασης του ανθρώπου σ' ένα επώδυνο ερέθισμα εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

- Ø ατομικά στοιχεία ατόμου
- Ø την περιοχή του σώματος που πονά
- Ø την πληροφόρηση και κατανόηση των αιτιών και των πιθανών επιπτώσεων του πόνου
- Ø τα αισθήματα αδυναμίας που δημιουργεί η ασθένεια και καλλιεργούν η εξάρτηση απ' τα μέλη της οικογένειας ή υγειονομικής ομάδας
- Ø τη φυσική επαφή με άλλα άτομα
- Ø την ύπαρξη δευτερογενούς κέρδους
- Ø το ίδρυμα που νοσηλεύεται, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας
- Ø την συνύπαρξη άλλων στρεσογόνων παραγόντων<sup>16</sup>

Οι άνθρωποι αντιδρούν στον πόνο με διαφορετικούς τρόπους που εξαρτώνται από το πώς τον αντιλαμβάνονται και ποια έννοια έχει γι' αυτούς. Μερικοί μπορεί να είναι φοβισμένοι και αγχώδεις, ενώ άλλοι ανεκτικοί και αισιόδοξοι. Μερικοί, όταν βιώνουν έντονο πόνο, μπορεί να κλαίνε, να βαριαστενάζουν, να τσιρίζουν, να ζητούν ανακούφιση ή βοήθεια, να απειλούν ότι θα αυτοκαταστραφούν, να κινούνται άσκοπα.

Άλλοι μπορεί να είναι ξαπλωμένοι ήσυχα στο κρεβάτι και μόνο να κλείνουν τα μάτια τους, να σφίγγουν τα δόντια τους, να δαγκώνουν τα χείλη τους, να σφίγγουν τις γροθιές τους ή να ιδρώνουν<sup>21</sup>.

Μερικοί άνθρωποι μαθαίνουν από την κουλτούρα τους, να υποφέρουν χωρίς να εξωτερικεύουν τον έντονο πόνο. Άλλοι τείνουν, να δεχθούν τον πόνο σαν μια προειδοποίηση για να δεχθούν βοήθεια και προσδοκούν ότι

η αιτία του πόνου θα βρεθεί και θα θεραπευτεί. Οι θέσεις των γονέων προς τον πόνο, μπορεί να προσδιορίζουν την αντίδραση των παιδιών τους προς τον πόνο για όλη τους τη ζωή.

Ο νοσηρός φόβος μιας ασθένειας, μπορεί να ισχυροποιήσει τον πόνο που προκαλείται από αυτή ή μπορεί να οδηγήσει το άτομο να αρνηθεί τον πόνο στην προσπάθεια του να πιστέψει, ό,τι δε συμβαίνει τίποτα. Η προσωπικότητα του κάθε ενός επηρεάζει την αντίδραση στον πόνο. Ένα πρόσωπο που αντιδρά υστερικά σε καταστάσεις δοκιμασίας, βρίσκει και τον μικρότερο πόνο αφόρητο. Μερικοί χρησιμοποιούν και τον μέτριο πόνο για να ελέγξουν καταστάσεις γύρω τους. Πρόβλεψη του πόνου που βασίζεται σε προηγούμενες εμπειρίες συχνά τον δυναμώνει<sup>24</sup>.

Πρέπει να αναφέρουμε ακόμη ότι ένας πόνος απειλεί πραγματικά ή αόριστα και παρανοημένα, τη βιολογική ψυχολογική και κοινωνική ακεραιότητα του ατόμου. Η βίωση του πόνου προσβάλλει ολόκληρο τον άνθρωπο σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση μειώνοντας τους αμυντικούς μηχανισμούς και προκαλώντας διαταραχές ύπνου, όρεξης, μειωμένης κινητικότητας. Σε περίπτωση που είναι χρόνιος μπορεί να αποβεί σε ανικανότητα. Κάθε επώδυνη εμπειρία, μικρή ή μεγάλη, γνωστής ή άγνωστης αιτιολογίας προκαλεί συναισθηματικό τραύμα δημιουργώντας προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς με την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο, την ομάδα υγείας και μείωση του ενδιαφέροντος ακόμη και για φυσιολογικά ευχάριστες δραστηριότητες.

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν, ό,τι η κοινωνική υποστήριξη ανυψώνει την ψυχολογική ευεξία και ποιότητα ζωής ασθενών με επώδυνες ή άλλες χρόνιες αναπηρίες ενώ οι διαμάχες και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις αυξάνουν την κατάθλιψη τη σωματοποίηση και την ένταση του χρόνιου πόνου<sup>16</sup>.

## 7. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Η μέτρηση του πόνου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, μια προσωπική εμπειρία, υποκειμενική πληροφορία, κάνει δύσκολη αν όχι αδύνατη τη μέτρηση, τον ποσοτικό προσδιορισμό ή την αντικειμενική περιγραφή. Οι μέθοδοι και οι κλίμακες μέτρησης του πόνου πρέπει να είναι έγκυροι και αξιόπιστοι και να μετρούν το είδος του πόνου για το οποίο σχεδιάστηκαν<sup>17,2,24</sup>. Ο πόνος που δημιουργείται πειραματικά στο εργαστήριο είναι πολύ διαφορετικός απ' τον κλινικό πόνο που οφείλεται σε κάποια βλάβη και η σύγκρισή τους είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Ο πρώτος μετράει σε σχέση με την ένταση του τεχνητού ερεθίσματος, ενώ ο δεύτερος υπόκειται σε άλλους παράγοντες που τον διαμορφώνουν και τον προσδιορίζουν και οι οποίοι έχουν προαναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα της εργασίας.

Η ακριβής όμως αξιολόγηση του πόνου, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική ανακούφιση του αρρώστου και επομένως για την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>2</sup> Στη συνέχεια παραθέτουμε είτε αναφορικά, είτε αναλυτικότερα ένα μεγάλο αριθμό εργαλείων μέτρησης πόνου.

**1.** Συσκευή παραγωγής ερεθισμάτων (αλγόμετρο). Είναι μια από τις παλαιότερες συσκευές. Το σημείο επαφής τοποθετείται στο δέρμα πάνω απ' την επιφάνεια ενός επίπεδου οστού π.χ. πρόσθια επιφάνεια κνήμης και εξασκείται ελαφρά πίεση, η οποία βαθμιαία αυξάνει μέχρις ότου το άτομο αναφέρει ότι η πίεση μεταβλήθηκε σε πόνο.

Τότε ο βαθμός πίεσης διαβιβάζεται σε μια κλίμακα και καταγράφεται.

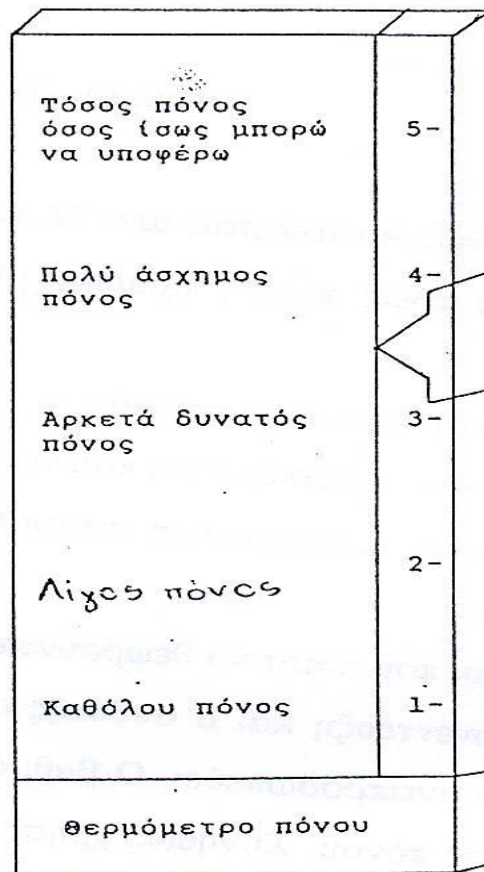
2. Προφορική έκθεση του αρρώστου
3. Κλίμακα τριών σημείων, με την οποία αξιολογείται η ένταση του πόνου.

Περιγράφεται μέσω του σχήματος

\_\_\_\_\_

ήπιος                      μέτριος                      έντονος

4. Θερμόμετρο πόνου. Είναι αριθμημένο από 1 – 5 και κάθε αριθμός συνοδεύεται από μια περιγραφική πρόταση. Ο ασθενής καλείται να σημειώσει τον αριθμό που τον αντιπροσωπεύει.



**Σχήμα 2**

5. Συγκριτική μέθοδος μέτρησης πόνου. Σ' ένα άτομο με κάποιο είδος πόνου π.χ. οσφυαλγία, προκαλείται τεχνητός πόνος σε ένα σημείο που δεν επηρεάζεται απ' τον κλινικό και του ζητάται να σημειώσει σε μία κλίμακα το μέγεθος της έντασης του πειραματικού τη στιγμή που θα φτάσει το επίπεδο έντασης του κλινικού.  
Η ηθική όμως δεοντολογία απαγορεύει αυστηρά την πρόκληση πόνου ειδικά σε άτομα που ήδη υποφέρουν.
6. Απλή περιγραφική κλίμακα. Ο Keele περιέγραφε μια κλίμακα σημείων, διαβαθμίζοντας τον πόνο σε καθόλου, ήπιο, μέτριο και έντονο. Η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως σε επίπεδο εργαστηρίου.
7. Οπτική αναλογική κλίμακα. Χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση του πόνου γιατί είναι απλή, ευαίσθητη και αξιόπιστη

---

καθόλου πόνος

ανυπόφορος πόνος

8. Ερωτηματολόγιο πόνου του McGill. Αποτελείται από 78 περιγραφικούς όρους, που χωρίζονται κατά κατηγορίες σε τρεις κύριες ομάδες, μια δευτερεύουσα και 20 υποομάδες.  
1<sup>η</sup> ομάδα: λέξεις που αναφέρονται στην ποιότητα του πόνου.  
2<sup>η</sup> ομάδα: λέξεις που αναφέρονται στους παράγοντες που τον επηρεάζουν.  
3<sup>η</sup> ομάδα: λέξεις που αναφέρονται στην υποκειμενική εκτίμηση του.  
Δευτερεύουσα: λέξεις μεικτού τύπου.  
Υποομάδες: 2 – 6 περιγραφικοί όροι που ποιοτικά θεωρούνται όμοιοι.  
Γίνεται μια προσωπική συνέντευξη και ο ασθενής επιλέγει μια μόνο λέξη από κάθε ομάδα εφόσον και εάν τον αντιπροσωπεύει. Ο βαθμός κάθε ομάδας προστίθεται και το άθροισμα καλείται δείκτης πόνου.



Συνήθως χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλη μέθοδο που μετρά την ένταση πόνου και το συναντάμε στα ιατρεία πόνου κυρίως για την αξιολόγηση ασθενών που πάσχουν από χρόνια επώδυνα νοσήματα.

9. Κανονιστική κλίμακα πόνου. Ο ασθενής συγκρίνει και ενώνει με γραμμή τη λέξη που εκφράζει το αίσθημα πόνου του με τον αριθμό της κλίμακας που νομίζει ότι αντιπροσωπεύει την ένταση του.
10. Κλίμακα συμπτωμάτων πόνου του INGHAM.
11. Κατάλογος ερωτήσεων πόνου του BURPEN.
12. Κατάλογος ερωτήσεων πόνου του SMITH.
13. Μέθοδος χωρίς λόγια. Στηρίζεται στην προφορική έκθεση του αρρώστου και τη συμπεριφορά του.
14. Αριθμητική κλίμακα. Αναπτύχθηκε απ' τη McAffery. Είναι έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες<sup>6</sup>.

-----  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Απουσία πόνου

Ανυπόφορος πόνος

Ανεξάρτητα απ' το αν ο πόνος είναι συνεχής, επίμονος ή σύντομος, διακοπτόμενος, σε κάθε κλινική περίπτωση η νοσηλευτική αξιολόγηση προϋποθέτει την επιλογή εκείνης της κλίμακας που θα μπορεί να εντοπίσει τα ατομικά χαρακτηριστικά του πόνου και να ικανοποιήσει το σκοπό της μέτρησης. Επίσης, εφόσον ο ασθενής είναι ικανός να αναφέρει και να περιγράψει πόνο, ανεξάρτητα αν φαίνεται ή όχι οργανικό αίτιο, θεωρούμε ότι οι δηλώσεις του είναι η πιο αξιόπιστη μέτρηση και οφείλουμε να κάνουμε δεκτή και πιστευτή την έκφραση του σαν ατομική αντίληψη της εμπειρίας του πόνου, προσπαθώντας να τον ανακουφίσουμε<sup>2,17</sup>.

**ΑΠΛΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΠΟΝΟΥ**

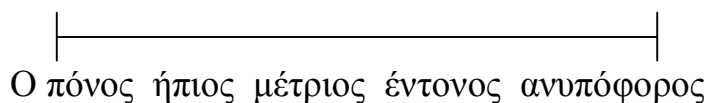
**ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ**

Ποια λέξη περιγράφει καλύτερα τον πόνο που αισθάνεστε:

Καθόλου – Ήπιος – Μέτριος – Έντονος – Ανυπόφορος

**ΓΡΑΦΙΚΗ (ΔΙΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ) ΚΛΙΜΑΚΑ**

Σημειώστε: στη γραμμή το σημείο που δείχνει τον πόνο σας



**ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ**

Σε κλίμακα 0 – 10, πόσο έντονος είναι ο πόνος σας;

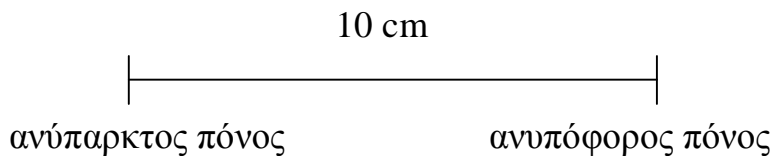
0 = ανύπαρκτος πόνος 1 2 3 5 6 7 8 9 10 = ανυπόφορος πόνος

**Θερμόμετρο πόνου**

Ανυπόφορος	4
Έντονος	3
Μέτριος	2
Ήπιος	1
Καθόλου	0

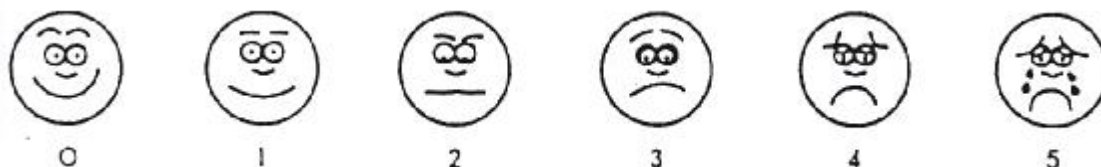
**ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΠΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΙΩΝ**

Σημειώστε στη γραμμή το σημείο που δείχνει τον πόνο σας



**ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΩΝ**

Ποιο από τα παρακάτω πρόσωπα ταιριάζει με τον πόνο που αισθάνεστε;



Φθάνοντας στο τέλος του γενικού μέρους και πριν προχωρήσουμε στο ειδικό, πρέπει να συνοψίσουμε και να πούμε ότι ο πόνος επηρεάζει το άτομο συνολικά ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Μπορεί να αποτελέσει σύμπτωμα μιας απλής ή μιας πολύπλοκης βλάβης, αλλά είναι ικανός να οδηγήσει σε αναπηρία του ατόμου και στην απομόνωσή του. Η νοσηλεύτρια πρέπει να νοσηλεύει ολόκληρο τον άνθρωπο και όχι μόνο το μέλος που πάσχει.

Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να έχει στόχο την προσέγγιση του ατόμου, την αναζήτηση, την ανίχνευση οποιουδήποτε στοιχείου σχετίζεται με τον πόνο του ασθενή και την ψυχοσωματική ανακούφισή του.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



*Εικόνα 7*

**1. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια φροντίδας του αρρώστου, έχει να αντιμετωπίσει πολλά και δύσκολα προβλήματα. Το πιο δύσκολο όμως είναι ο πόνος. Γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι παρόν. Με την παρουσία του, δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να στραφεί προς αυτόν για να ζητήσει τη βοήθειά του.

Ο πόνος υπάρχει από τη στιγμή που τον αναφέρει ο ασθενής και αυτό γιατί είναι αντίδραση τους ασθενούς προς ένα οδυνηρό ερέθισμα, προς μια απειλή όπως και προς πραγματικά ερεθίσματα. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει ο νοσηλευτής να μην αγνοεί παρατηρήσεις, ενδείξεις πόνου τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένεια αυτού γιατί μπορεί η κατάσταση του ασθενούς να χειροτερεύσει και να χρειαστεί αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης.

Ο πόνος είναι προσωπικό βίωμα του κάθε ανθρώπου, με υποκειμενικό χαρακτήρα και με αρνητική δυνατότητα για μέτρηση, σύγκριση ή υπολογισμό βάση αντικειμενικών κριτηρίων. Έτσι ο νοσηλευτής οφείλει να παρατηρεί προσεκτικά τον ασθενή για να μπορέσει να προσδιορίσει την τοποθεσία εντόπισης του πόνου, τον τύπο πόνου καθώς επίσης και ορισμένα στοιχεία όπως η διάρκεια, η εμφάνιση (αν ήταν η πρώτη ή όχι), ο χρόνος (πότε άρχισε), αν είναι συνεχής ή όχι, αν υποχωρεί με την τροφή, ξεκούραση, φάρμακα, αλλαγή θέσης κ.α.<sup>19,24</sup>

Η κλινική παρατήρηση επίσης, αλλά και οι μαρτυρίες των αρρώστων παρέχουν ενδείξεις ότι το όριο ανοχής του πόνου μεταβάλλεται αρνητικά με την επίδραση ορισμένων παραγόντων όπως είναι η αϋπνία, το άγχος, ο θυμός, η μελαγχολία, το αίσθημα μόνωσης, οι ενοχές. Εξάλλου ο ύπνος, η κατανόηση και η συμπαράσταση από το περιβάλλον, η απασχόληση, το

υψηλό ηθικό, η ελπίδα της θεραπείας, τα αναλγητικά και αγχολυτικά φάρμακα ανυψώνουν το όριο ανοχής του πόνου. Επίσης τα μηνύματα που μεταδίδει ο πόνος δεν είναι μόνο ο κίνδυνος βλάβης ή η βλάβη ιστών αλλά μπορούν να είναι και άλλου είδους όπως:

- Τώρα δεν πρέπει να συνεχίσω να εργάζομαι πλέον
- Φοβάμαι - Εγώ φταίω
- Δεν μπορώ πλέον να ζω στη μοναξιά, έχω ανάγκη επικοινωνίας, έστω και με το νοσηλεύτη ή το γιατρό ή ακόμη και με τον τηλεφωνητή της υπηρεσίας υγείας.

Η ψυχική κατάσταση του ατόμου επηρεάζεται άμεσα από τον πόνο. Το σώμα του αισθάνεται τόσο περισσότερα ενοχλήματα, όσο το άτομο δοκιμάζει ψυχολογικές εντάσεις και δυσκολίες, ενώ όσο περισσότερους σωματικούς πόνους έχει το άτομο τόσο περισσότερο ο πόνος αποτελεί αιτία δυστυχία του.

Έτσι λοιπόν ο πόνος προκαλεί άγχος διότι απειλεί πραγματικά ή αόριστα και παρανοημένα τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ακεραιότητα του ατόμου, δημιουργεί αίσθημα μοναξιάς εφόσον μόνο του το άτομο πονάει και προκαλεί το φόβο του αγνώστου.

Ερωτηματικά που γεννιούνται το άτομο είναι:

- Γιατί μου παρουσιάσθηκε ο πόνος;
- Τι σημαίνει;
- Τι μπορεί να γίνει για να φύγει ο πόνος;

Ο φόβος του ασθενούς τόσο περισσότερο αυξάνει όσο στην φροντίδα του υπάρχουν και παροχετεύσεις, οσφυονωτιαία παρακέντηση, τραχειοστομία κ.α. Αποτέλεσμα αυτού, είναι ο φόβος στον ασθενή να μην υπάρχει ως καθ' αυτός πόνος, αλλά ως αποτέλεσμα της ιδέας μήπως πονέσει, κάτι το οποίο είναι πολύ τραγικό και οδυνηρό μιας και περιμένει μια κατάσταση η οποία μπορεί και να μην συμβεί.



Το φαινόμενο του πόνου αδυνατείτε να περιγραφεί απ' τον ίδιο τον ασθενή επακριβώς.

Έτσι κάποιοι χαρακτηρισμοί που δίνονται είναι:

Προδοτικός	Νευρικός	Σατανικός
Μισητός	Πονηρός	Πανούργος
Αποτροπιαστικός	Δυνατός	Τσουγκράνας
Ύπουλος	Απατηλός	Προκλητικός
Έντονος	Κυριαρχικός	Μυστήριος
Απρόσωπος	Απαίσιος	Αδιάκριτος <sup>19</sup>
Σκληρός	Γκρινιάρης	



## 2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

### 2.1 Ανακούφιση από τον πόνο

Η πρόληψη ως γνωστό είναι καλύτερη από τη θεραπεία. Για να είναι όμως επιτυχής, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι γνώστης αρχικά της νοσηλευτικής και εν συνεχεία να διαθέτει την ικανότητα για παροχή άριστης νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και γνώσεις διαφόρων επιστημών. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- ✓ Η ανακούφιση του πόνου πρέπει να έχει προτεραιότητα στη φροντίδα του αρρώστου.
- ✓ Η καταπολέμηση του πόνου συμβάλλει σημαντικά στη σωματική και ψυχική ευεξία.
- ✓ Κάθε πόνος είναι πραγματικός, είτε υπάρχει είτε όχι γνωστή σωματική αιτία γι' αυτόν. Και ο ψυχογενής πόνος μπορεί να έχει σωματική εντόπιση και όμοιες ιδιότητες με εκείνες του οργανικού πόνου.
- ✓ Άτομα με το ίδιο ερέθισμα πόνου, π.χ. καρκίνο ή χειρουργική τομή, μπορεί να αισθάνονται διαφορετικούς βαθμούς πόνου.
- ✓ Το άτομο που πονά μπορεί να μην εκδηλώσει την ύπαρξη του πόνου

με αναμενόμενες αντιδράσεις π.χ. κλάμα, ζήτηση βοήθειας, αποφυγή ορισμένων κινήσεων. Απουσία εξωτερικής έκφρασης του πόνου δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει πόνος.

- ✓ Ο πόνος προσβάλλει ολόκληρο τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική αδιαίρετη οντότητα. Λειτουργεί ως σηματοδότης κινδύνου, διασπά τη ζωή και έχει ενδοψυχικές και διαπροσωπικές σημασίες.
- ✓ Ψυχοκοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, θρησκευτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου και την αντίδραση προς αυτόν.
- ✓ Ο πόνος μπορεί να είναι συμβολική έκφραση θυμού, φόβου, ενοχής, στεναχώριας και διαπροσωπικών συγκρούσεων. Η βοήθεια του αρρώστου να απαλλαγεί από αυτά με πρακτικές ψυχικής υγιεινής μπορεί να προλάβει ή να ανακουφίσει από τον πόνο.
- ✓ Ο άρρωστος έχει δικαίωμα στην ανακούφιση του πόνου του, εκτός αν αυτό θέτει σε κίνδυνο κάποιον άλλον, π.χ. περίπτωση εγκυμοσύνης ή οδήγησης αυτοκινήτου και λήψης ισχυρών αναλγητικών – ηρεμιστικών φαρμάκων.
- ✓ Τα φάρμακα και οι θεραπείες, αλλά και η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο.
- ✓ Η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί αμοιβαία ευθύνη του νοσηλευτή, του γιατρού και του ίδιου του αρρώστου.

## 2.2. Νοσηλευτικές ενέργειες πρόληψης

- Ø Μετακίνηση του αρρώστου με λεπτούς και επιδέξιους χειρισμούς για την βελτίωση της αναπνοής και της κυκλοφορίας, την πρόληψη μυϊκού καμάτου και δερματικής ή άλλης βλάβης.
- Ø Αποφυγή και ανακούφιση από κάθε πίεση.
- Ø Ενημέρωση του αρρώστου πριν από οδυνηρή εξέταση, νοσηλεία ή θεραπεία.
- Ø Προεγχειρητική διδασκαλία του αρρώστου πως να κινείται και να κάνει ασκήσεις με τρόπο που να πονά λιγότερο, μετά την εγχείρηση.
- Ø Πρόληψη της δημιουργίας οδυνηρών επιπλοκών, όπως είναι οι λοιμώξεις, κατακλίσεις, μόνιμες μυϊκές συσπάσεις, μυόσπασμοι, πνευμονική συμφόρηση και ανεπαρκής κυκλοφορία.
- Ø Συστηματική παρακολούθηση και φροντίδα, ώστε να λειτουργούν καλά οι παροχετεύσεις, να χαλαρώνουν οι μύες και να διατηρείται το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Ø Πρόβλεψη των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση κατανόησης και ενδιαφέροντος και εξασφάλιση ψυχολογικής άνεσης για τον άρρωστο<sup>19</sup>.

### 3. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΟΝΟ

Όταν υπάρχει ένδειξη πόνου του αρρώστου, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τη φύση του πόνου (ένταση – ποιότητα – εντόπιση – διάρκεια – περιοδικότητα) καθώς και όλων των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και πολιτιστικών παραγόντων που ως γνωστό επηρεάζουν τόσο την αίσθηση του πόνου όσο και την αντίδραση σ' αυτόν. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να θυμάται πως αν και δεν υπάρχει (κάποιες φορές) σωματική αιτία για τον πόνο, ο ασθενής αισθάνεται να πονά άσχετα με την αιτία του. Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να παρέχει φροντίδα στον ασθενή και να μην του αμελήσει, λέγοντάς του απλά πως είναι παραπονιάρης, διότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε συναισθηματικές αντιδράσεις<sup>19,24</sup>.

Εκτός των ανωτέρω, ο νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται να μάθει πως αισθάνεται ο ασθενής με τον πόνο, πως τον επηρεάζει, πόσο συχνός είναι και τέλος πόσο επιδρά ο πόνος στην αυτοεκτίμησή του. Όλα αυτά θα γίνουν κτήμα του νοσηλευτή, αν πάρει απαντήσεις από τον ασθενή στις παρακάτω ερωτήσεις:

- Ο άρρωστος ανησυχεί για το αίσθημα του πόνου καθ' αυτό ή για τις μελλοντικές επιπτώσεις του πόνου;
- Φοβάται μήπως ο πόνος σημαίνει θανατηφόρο νόσημα ή ότι θα του στερήσει ορισμένες ευχαριστήσεις και επιτυχίες;
- Ο άρρωστος θέλει να τον ρωτούν για τον πόνο του ή καλύτερα να μην του τον θυμίζουν;

- Θέλει να είναι μόνος από φόβο μήπως εκδηλώσει αντίδραση στον πόνο, π.χ. κλάμα ή θέλει να είναι μόνος, διότι έχει τρόπους να αντιμετωπίσει ο ίδιος τον πόνο του;
- Θέλει επισκέπτες για να του συμπαραστέκονται στον πόνο του ή τους θέλει για να αποσπάται η προσοχή του;
- Περιμένει να ανακουφισθεί αμέσως ο πόνος του ή ότι θα υποφέρει για λίγο;
- Τον ενδιαφέρει κατά πόσο θα έχει ανακούφιση η θεραπεία του πόνου του;
- Επιθυμεί να μάθει τη διάγνωση του ή δεν ενδιαφέρεται ή τη φοβάται;
- Πιστεύει ότι τα φάρμακα είναι αφύσικα παυσίπονα μέτρα ή μήπως φοβάται τις συνέπειες, αν πάρει ναρκωτικά – ερεθιστικά φάρμακα;
- Έχει εμπιστοσύνη στην ιατρονοσηλευτική ομάδα ή δυσπιστεί στις πράξεις της και αμφισβητεί τις ικανότητές της;
- Το κλάμα του τι σημαίνει; Ότι θέλει άμεση ανακούφιση του πόνου του; Συμπάθεια ή επίδειξη κλινικής δεξιοτεχνίας;
- Θεωρεί τις εκφράσεις του πόνου του φυσιολογικές ή ότι εξυπηρετούν ειδικό σκοπό ή είναι ενδεικτικές ήττας<sup>19</sup>;

#### 4. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι σκοποί και οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας σε κάθε άτομο, ξεχωριστά, που πονάει είναι:

- § Μείωση του άγχους σχετιζόμενο με τον πόνο.
  - § Μείωση του φόβου με ανάπτυξη ήρεμου και ήσυχου τρόπου της νοσηλεύτριας και ιδιαιτέρως με την επίδειξη της ικανότητάς της. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μην δείχνει, ότι βιάζεται κατά την εκτέλεση της νοσηλευτικής φροντίδας. Η προετοιμασία του ασθενούς για τον πόνο βοηθά για την αποδοχή και ελάττωση αυτού π.χ. μετεγχειρητικός πόνος προετοιμασία τοκετού.
  - § Ελάττωση, εξάλειψη του πόνου.
  - § Ανακούφιση του πόνου με χορήγηση φαρμάκων. Πρέπει να γνωρίζουμε την επίδραση των φαρμάκων, τον χρόνο δράσης, τον χρόνο μεγαλύτερης δράσης και τη συνολική διάρκεια δράσης. Μπορεί ο ασθενής να προτιμά να πάρει παρεντερικά αναλγητικά την ώρα που πηγαίνει στο κρεβάτι -για βελτίωση του ύπνου ή να παίρνει λιγότερο δραστικό φάρμακο που του προκαλεί λιγότερη νύστα, πριν από την ώρα της επίσκεψης.
- A. Ναρκωτικά
  - B. Ηρεμιστικά
  - Γ. Κοινά αναλγητικά

**Δ. PLASEBO για ψυχολογική επίδραση στην ανακούφιση πόνου.**

§ Αύξηση του ορίου ανοχής του πόνου με:

α) ύπνο – ανάπαυση

β) Συμπαράσταση – υψηλό ηθικό

γ) Κατανόηση -αναλγητικά

δ) Αντικαταθλιπτικά – απασχόληση<sup>19,21,24,16</sup>

§ Καθυστέρηση έναρξης πόνου. Οτιδήποτε βοηθά τον ασθενή να ηρεμήσει, καθυστερεί την έναρξη του πόνου

α) Ελάττωση σωματικής έντασης

β) Χορήγηση φαρμάκων στην κατάλληλη ώρα και δόση.

§ Πρόληψη ή εξουδετέρωση δυσμενών παραγόντων που προκαλούν ή εντείνουν τον πόνο:

α) Ελάττωση θορύβου. Και οι συνηθισμένοι ήχοι καθημερινών δραστηριοτήτων μπορεί να είναι αφόρητοι, και οι ξαφνικοί πολύ εκνευριστικοί.

β) Ελάττωση των ερεθισμάτων του πόνου. Σε έντονο πόνο χορηγούνται αναλγητικά εγκαίρως, πριν από διαδικασίες όπως η αλλαγή σεντονιών.

§ Καθησύχηση της οικογένειας, έγκαιρη προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς, βοηθούν να ελαττωθεί η έγνοια της οικογένειας και η συμπεριφορά του ασθενούς πρέπει να ερμηνευθούν σαν αναγκαία στην οικογένεια.

§ Αντιμετώπιση συνεπειών πόνου.

§ Ετοιμασία αρρώστου και οικογένειας αν ο άρρωστος βγαίνει απ' το νοσοκομείο με πόνο<sup>19,21,24</sup>.

## 5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

### 5.1. Οι ασθενείς μας προτείνουν...

- Ελαττώστε την ταχύτητά σας, μη βιάζεστε τόσο, δεν μπορείτε να κάνετε τον πόνο να βιαστεί.
- Δεν υπάρχει σπουδαιότερο πράγμα από το να μιλάτε στους αρρώστους για τον πόνο. Έχετε ετοιμότητα. Προσπαθείτε να καταλαβαίνετε. Δείχνετε μεγαλύτερο ενδιαφέρον.
- Σταματήστε να λέτε στους αρρώστους ότι δεν πονούν όταν πραγματικά πονούν. Μην προσπαθείτε να αισθάνεστε για λογαριασμό των άλλων, όταν δεν μπορείτε να ξέρετε αν πονούν ή όχι.
- Μην κάνετε κρίσεις, όταν δεν ξέρετε και δεν έχετε πονέσει.
- Μην αγνοείτε τους αρρώστους και μην τους περιφρονείτε. Εμείς που πονάμε δεν είμαστε μια ομάδα νευρωτικών.
- Μην υποθέτετε ότι το χάπι ή η ένεση εξαλείφει τον πόνο. Παραγγέλνετε λιγότερα παυσίπονα και ερευνάτε την αιτία του πόνου.
- Αν είχατε πονέσει, έστω και μία φορά, δεν θα λέγατε: Αυτό που θα σας κάνω δεν θα πονέσει!
- Θα θέλαμε έναν νοσηλευτή και ένα γιατρό σε κάθε ωράριο εργασίας.



Δεν έχουμε τόση δύναμη για να περιγράψουμε τον πόνο μας πάλι και πάλι.

- Μην είστε τόσο σκληροί και μη χειρίζεστε τους αρρώστους σαν επιδιορθωτές των γκαράζ. Εμείς δεν είμαστε αυτοκίνητα.
- Βλέπετε τους αρρώστους ως πρόσωπα και όχι σαν εικόνες ή κεφάλια βιβλίων<sup>19</sup>.



*Εικόνα 8*

## **5.2 Φαρμακολογικές - μη φαρμακολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Οι σκοποί και οι στόχοι που τέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, πρέπει να υλοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, για τον ασθενή και το ταχύτερο δυνατό.

Τα μέσα τα οποία διαθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό, για την υλοποίηση αυτή, είναι τόσο τα μη φαρμακολογικά, κατά τα οποία ο ασθενής, οξέος πόνου, μπορεί κάλλιστα να συμμετάσχει στην διεξαγωγή τους, όσο και τα φαρμακολογικά που είναι επιτακτική η ανάγκη εξάλειψης της εξάρτησης του ασθενούς απ' τα φάρμακα, κατά την πάροδο της θεραπείας.

### **5.2.1.1 Μη φαρμακολογικά μέσα**

- A.** Κύριο μέλημά μας, είναι να μειώσουμε το άγχος το οποίο αφήνει ο ασθενής να τον διακατέχει, διότι επιδρά τόσο στην αίσθηση του πόνου όσο και στην αντίδραση σ' αυτόν. Η αιτιολογία του άγχους ποικίλει έτσι έχουμε:
- I.** Άγχος εξαιτίας πρόβλεψης πόνου. Προσπαθούμε να διοχετεύσουμε το άγχος σε τέτοιους δρόμους, ώστε θα βοηθηθεί ο ασθενής να μάθει ποικίλα μέτρα για την ανακούφιση από τον πόνο. Έτσι λοιπόν: α) διδάσκουμε τον ασθενή για την οδυνηρή εμπειρία που θα προκύψει και τι ο ίδιος μπορεί να κάνει για την ανακούφισή του, β) επικεντρώνουμε την προσοχή του ασθενούς σε δραστηριότητες που θα τον αποπροσανατολίσουν από τον πόνο, γ) βοηθάμε ώστε η πηγή άγχους να εξουδετερωθεί π.χ. αν η πηγή άγχους είναι ένας αγχώδης

συγγενής παρακαλούμε για την μη συναναστροφή με τον ασθενή, δ) θα πρέπει να εξηγεί, ο νοσηλευτής, επ' ακριβώς τους τρόπους ανακούφισης του πόνου και τι αποτέλεσμα αναμένονται απ' τον καθένα, ε) οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι σύντομες, ουσιαστικές και γενικές, στ) σε περίπτωση που το άγχος είναι βαρύ ενδείκνυται χορήγηση ηρεμιστικών, μετά από εντολή γιατρού, συμβουλές από ψυχίατρο ή ειδικό ψυχιατρικό κλινικό νοσηλευτή.

2. Άγχος εξαιτίας αίσθησης πόνου. Το άγχος σε αυτή την περίπτωση αυξάνει όσο ο πόνος γίνεται ανυπόφορος. Μέλημά μας είναι η μείωση του, διότι μειώνει την ανοχή του πόνου. Η αντιμετώπισή του θα πρέπει να γίνει όσο είναι ανεκτός, διότι μετά ακολουθεί η αλληλουχία αύξηση πόνου – αύξηση άγχους – περισσότερος πόνος - μεγαλύτερο άγχος κ.κ.ο. Αυτό θα πρέπει να εξηγηθεί στους ασθενείς. Εμείς μπορούμε να το μειώσουμε ή και να το εξαλείψουμε με την ανωτέρω διδασκαλία και με εγκατάσταση θεραπευτικών διαπροσωπικών σχέσεων.
  3. Άγχος μετά από επώδυνη εμπειρία. Μετά την έλευση του πόνου σε ορισμένα άτομα το άγχος παραμένει είτε επειδή παραμένει ο φόβος του πόνου, είτε επειδή συνεχίζεται το βίωμα του πόνου και μετά την παύση της αίσθησής του. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και εδώ είναι διδακτικός, κατανοητικός και δημιουργός ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος, ώστε να μειωθεί το άγχος.
- B.** Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με τον άρρωστο  
Παρουσία κοντά στον άρρωστο με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των

προβλημάτων, φόβων και παραπόνων του.

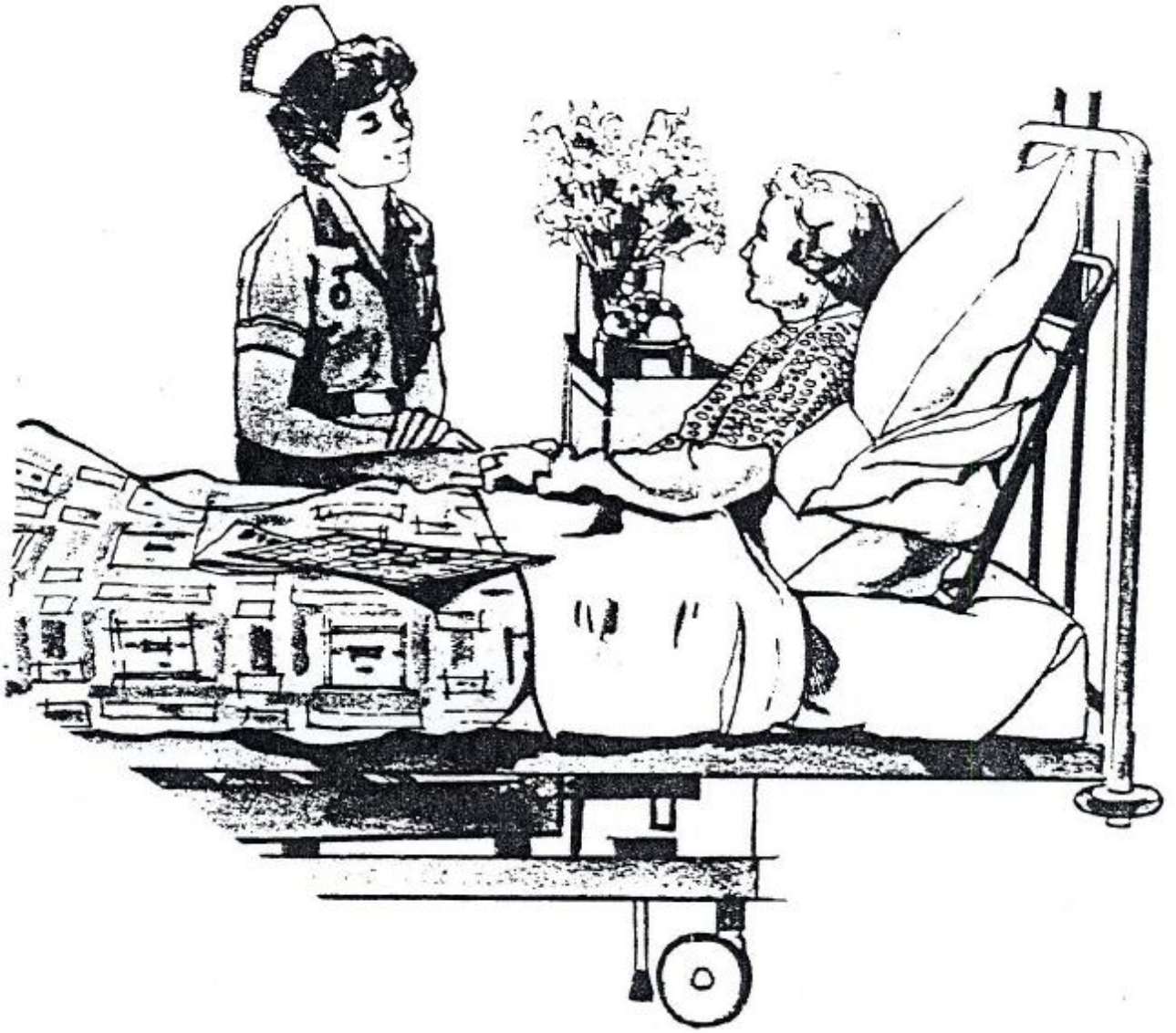
Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξοικονομεί χρόνο, έτσι ώστε να μπορεί να κάθεται με τον ασθενή και να συζητάνε, όχι μόνο για την ασθένεια αλλά και για άλλα θέματα.

Ο ασθενής θα μπορέσει να εξωτερικεύσει συναισθήματα, να ανταλλάξει απόψεις και να δώσει την ευκαιρία στον νοσηλευτή να τον κατανοήσει, να αντιληφθεί τις ανάγκες του, να του μειώσει το άγχος. Δεν είναι καθόλου λάθος ο τίτλος ενός νοσηλευτικού περιοδικού: «Όταν ο άρρωστος σου συνεχίζει να πονά, μην κάνεις μόνο κάτι άλλο, αλλά κάθισε δίπλα του».

Γ. Ανάπτυξη σχέσης μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή.

- Η σχέση αυτή θα μπορέσει να διδάξει τον ασθενή για τον πόνο, όπως και για την ανακούφιση απ' αυτόν, ακόμα και αν όλες οι άλλες μέθοδοι δεν υπάρχουν.
- Ανάπτυξη εμπιστοσύνης. Ο νοσηλευτής περνάει το μήνυμα στον ασθενή πως τον πιστεύει ότι πονάει. Έτσι ο ασθενής ακόμα και όταν οι άλλοι δεν τον πιστεύουν, αισθάνεται ευγνωμοσύνη και ανακούφιση όταν γνωρίζει ότι μπορεί να εμπιστευτεί τον νοσηλευτή και ότι αυτός πιστεύει.
- Επικοινωνία. Η επικοινωνία βοηθάει μέσω της συζήτησης, ώστε να προλαμβάνεται ο φόβος του αγνώστου και οι φαντασιώσεις του αρρώστου μιας και εξηγούνται απ' την αρχή η πιθανή αιτία και η φύση του πόνου του, καθώς και οι δυνατότητες καταπολέμησής του.

- Δ.** Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος με επιθυμητούς και ενδιαφερόμενους συνοδούς, με απασχόληση του αρρώστου για απόσπαση της προσοχής, επαρκή φωτισμό, αερισμό και θερμοκρασία, περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως το πολύ έντονο φως, θόρυβοι, κακοσμίες, πείνα, δίψα κ.α.
  
- Ε.** Διδασκαλία των επισκεπτών πως να συμπεριφέρονται στον άρρωστο και πώς να τον ενισχύουν ψυχολογικά<sup>19,21,24</sup>.
  
- ΣΤ.** Χρήση μέτρων που ο άρρωστος θεωρεί αποτελεσματικά από προηγούμενη εμπειρία του, π.χ. λουτρά, ειδικά ροφήματα κ.α.
  
- Ζ.** Συμμετοχή του αρρώστου στη λήψη αποφάσεων για την ανακούφιση του πόνου.
  
- Η.** Εξατομίκευση της νοσηλευτικής φροντίδας. Ετοιμότητα για τροποποίηση του πρωτοκόλλου, ώστε να προβλέπονται οι προσωπικές ανάγκες και να εκπληρώνονται οι προτιμήσεις του αρρώστου, αντιμετωπίζοντάς τον ως πρόσωπο με ατίμητη αξία.
  
- Θ.** Φροντίδα να μην εγκαταλείπεται μόνος ο άρρωστος όταν νιώθει έντονο πόνο.
  
- Ι.** Εκδήλωση αγάπης και αποδοχής του αρρώστου, χωρίς όρους και Προϋποθέσεις<sup>19</sup>.



*Εικόνα 9*

### **5.2.1.2. Τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου από νοσηλευτή**

#### **A. Δερματική διέγερση**

Η δερματική διέγερση είναι αποτελεσματικότερη όταν γίνεται πάνω ή κοντά στο σημείο – περιοχή του πόνου. Αν η δερματική διέγερση αντενδείκνυται στην περιοχή του πόνου, τότε διεγείρεται η αντίθετη πλευρά της περιοχής του πόνου. Η αντίπλευρη αυτή διέγερση, όπως ονομάζεται, είναι χρήσιμη όταν η επώδυνη περιοχή είναι μη προσβάσιμη (έγκαυμα, εφαρμογή γύψου κ.ά.). Η ένταση είναι μέτρια και η διάρκεια και το διάστημα εφαρμογής ποικίλουν.

- Τοπική εφαρμογή ψυχρού σε επώδυνο σημείο, είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την ανακούφιση του πόνου. Ανακουφίζει, το ψυχρό, τον πόνο γρηγορότερα και για περισσότερο χρόνο απ' ότι το θερμό, επιβραδύνοντας την αγωγή των ώσεων που διατηρούν το μυϊκό τόνο και όχι προκαλώντας μυϊκό σπασμό. Αποτέλεσμα του ανωτέρω είναι η χαλάρωση και η ανακούφιση του πόνου.

#### **B. Περισπασμός**

Ο περισπασμός, όπως λέγεται η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου μακριά από τις επώδυνες αισθήσεις, μπορεί να είναι αποτελεσματική μέθοδος για την ανακούφιση από τον πόνο. Η



αποτελεσματικότητας του, εξαρτάται από το βαθμό με τον οποίο μπορεί ο ασθενής να πάρει και να δημιουργήσει αισθητικές εισροές εκτός του πόνου, και αυτό διότι οι ασθενείς είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πολύπλοκες διανοητικές και φυσικές δραστηριότητες.

- Μια τεχνική περισπασμού είναι ο συνδυασμός ρυθμικής εντριβής με οπτική συγκέντρωση. Ο ασθενής παρακαλείται να ανοίξει τα μάτια του και να κοιτάξει σ' ένα ειδικό σημείο στην οροφή ή στον τοίχο και να τρίψει ένα μέρος του σώματος με σταθερές κυκλικές κινήσεις. Η εντριβή αρχικά μπορεί να γίνει από το νοσηλεύτη. Αν δεν αποσπάται αρκετά η προσοχή του αρρώστου προστίθεται και μια άλλη τεχνική, όπως της αργής εισπνοής με τον άρρωστο να λέει στον εαυτό του «Πάρε αέρα αργά, βγάλε αέρα αργά».
- Μια άλλη τεχνική περισπασμού είναι η «ενεργός ακρόαση». Χρησιμοποιεί ο άρρωστος κασετόφωνο με ακουστικά, διαλέγει μια μουσική και κρατά το ρυθμό χτυπώντας το δάκτυλό του ή κουνώντας το κεφάλι του. Η ένταση της μουσικής αυξομειώνεται ανάλογα με τον βαθμό του πόνου που βιώνει.

### **Γ. Χαλάρωση**

Μια απλή τεχνική χαλάρωσης συνίσταται σε κοιλιακή αναπνοή με βραδύ ρυθμό. Ο ασθενής κλείνει τα μάτια του και αναπνέει ήρεμα με ρυθμό 6 -9 αναπνοές το λεπτό. Μπορεί να διατηρήσει σταθερό ρυθμό μετρώντας σιωπηλά και αργά καθώς αναπνέει. Ο άρρωστος τελειώνει αυτή τη τεχνική χαλάρωσης παίρνοντας άλλη μια βαθιά αναπνοή.

### **Δ. Θεραπευτικό άγγιγμα**

Εδώ ο νοσηλευτής μεταβιβάζει ενέργεια στον ασθενή μέσω των χεριών του που είναι λίγο περισσότερο από μια ώθηση, ώσπου να πάρει εμπρός το σύστημα ανάρρωσης του αρρώστου.

Για την εκτέλεση του θεραπευτικού αγγίγματος χρειάζεται ένας ειδικά εκπαιδευμένος νοσηλευτής<sup>21</sup>.

### **5.2.2. Φαρμακολογικά μέσα**

Η φαρμακευτική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν τόσο η δόση του φαρμάκου, όσο και το διάστημα μεταξύ των δόσεων εξατομικεύονται για να καλύπτουν τις ανάγκες του αρρώστου.

Για την αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου χρησιμοποιούνται δύο ομάδες αναλγητικών.

- α)** Οπιοειδή αναλγητικά, όπως η μορφίνη και
- β)** Τα μη οπιοειδή αναλγητικά, όπως η ασπιρίνη.

Κυριότερες ενδείξεις των ναρκωτικών αναλγητικών φαρμάκων είναι σε έντονο πόνο ποικίλης αιτιολογίας που δεν αντιμετωπίζεται με άλλα αναλγητικά, όπως είναι ο οξύς τραυματικός ή χειρουργικός πόνος κ.α. Επίσης, χορηγούνται σε ασθενείς με χρόνια πόνο από νεόπλασμα.

Βασικές παρενέργειες θεωρούνται η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου και ο κίνδυνος του εθισμού και της εξάρτησης. Άλλες είναι η ναυτία, έμετοι, ζάλη, εφιδρώσεις, κεφαλαλγία, ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία, αλλαγή συμπεριφοράς και ψυχικής διαθέσεως (ευφορία και μελαγχολία).

Η εξάρτηση εμφανίζεται μετά από συνεχή θεραπεία αρκετών ημερών και βέβαια χορηγούνται με ειδική συνταγή που υπάγεται στη νομοθεσία για τα ναρκωτικά και ασφαλίζονται καλά στο νοσηλευτικό τμήμα<sup>1,25</sup>.

Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζουν για τα ναρκωτικά και αναλγητικά φάρμακα τα εξής:

- Κάθε άνθρωπος διαφέρει στην ευαισθησία προς τον πόνο και προς τα αναλγητικά φάρμακα.
- Διαφορετικοί ασθενείς μπορεί να χρειάζονται διαφορετικές δόσεις φαρμάκου και ο ίδιος ακόμα ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται διαφορετική δόση σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα.
- Η εξουδετέρωση του άλγους πρέπει να προκαλεί ανακούφιση χωρίς να δημιουργεί βλάβες ως αποτέλεσμα του χορηγουμένου φαρμάκου. Γι' αυτό παρακολουθείται ο ασθενής μήπως εμφανίσει παρενέργειες, οπότε αναθεωρείται η ένδειξη για τη χορήγηση του φαρμάκου.
- Η χρησιμοποίηση ναρκωτικών αναλγητικών χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και σύνεση, ώστε να αποφεύγεται η υπερβολική ή η περιττή και μη απαραίτητη χορήγηση.

- Καλό είναι να χρησιμοποιούνται αναλγητικά μη ναρκωτικά μάλλον, παρά ναρκωτικά εάν ανακουφίζουν τον πόνο του ασθενή.
- Ιδιαίτερα για τη χορήγηση των ναρκωτικών φαρμάκων ο νοσηλευτής επιβάλλεται να γνωρίζει τη βασική τους δράση, τα όρια των θεραπευτικών δόσεων, τη μέθοδο και την οδό χορήγησης, τις παρενέργειες και τις αντενδείξεις τους.
- Απαραίτητη θεωρείται η καταγραφή στο δελτίο νοσηλείας των αποτελεσμάτων αυτών των φαρμάκων καθώς και των παρενεργειών τους στους ασθενείς.
- Τα ναρκωτικά αναλγητικά αποφεύγονται ή χορηγούνται με μεγάλη επιφύλαξη σε ασθενείς με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, ηπατική ανεπάρκεια, σοβαρή καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ.), επιληψία κ.α.
- Τελικά, η συστηματική νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενή και του πόνου για τον οποίο παραπονείται, καθώς και η επικοινωνία με τον ασθενή για τη διαπίστωση των χαρακτήρων και της διάρκειας του πόνου και της επίδρασης του στην ψυχολογία του ασθενή, παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική απόφαση για τη χορήγηση ή όχι ναρκωτικών αναλγητικών φαρμάκων<sup>1</sup>.

Για το μέτριο και έντονο πόνο, οι πιο κοινές οδοί χορήγησης των ναρκωτικών είναι η ενδομυϊκή και η υποδόρια. Στην πλειοψηφία όμως των ασθενών, λόγω του ότι δεν απορροφούν καλά την ενδομυϊκά χορηγούμενη με περιδίνη τις 8 πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, η έγχυση του

φαρμάκου γίνεται από την ενδοφλέβια οδό με περισσότερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στην ανακούφιση του πόνου. Αντίθετα άρρωστοι με μακράς διάρκειας πόνο θα πρέπει να παίρνουν τα αναλγητικά από το στόμα.

Γενικό όνομα	Εμπορικό όνομα	IM/SC δόση (mg)	Από στόμα Δόση (mg)	Διάρκεια Δράσης (ώρες)
Μορφίνη		10	20-30	4
Υδρομορφίνη	Dilandid	2	4	4
Μεπεριδίνη	Demerol	80-100	300	2-3
Κωδεΐνη		120	200	3-4
Λεβορφανόλη	Levo-Dromoran	2	4	4-6
Μεθαδόνη	Dolophine	8-10	20	3-5
Οξυκωδόνη		15	30	3-4

*Πίνακας 1*

### **Ενδορραχιαία Έγχυση Αναλγητικών**

Η μέθοδος αυτή είναι αποτελεσματική, στον έλεγχο μετεγχειρητικού πόνου και χρόνιου που δεν ανακουφίζεται μεθόδους αντιμετώπισης.

### **Υποδόριες εγχύσεις Αναλγητικών**

Χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με αυξημένη ανάγκη αναλγησίας όπου δεν ανέχονται τη χορήγηση από το στόμα ή τις συχνές ενδομυϊκές ενέσεις.

### **Αναλγησία ρυθμιζόμενη από τον άρρωστο**

Χρησιμοποιείται σε άτομα με χρόνο καρκινικό πόνο και σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. Δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να εξασκεί έλεγχο στην φαρμακευτική του αγωγή μέσα σε προκαθορισμένα όρια ασφαλείας<sup>21</sup>.

**6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Ο νοσηλευτής που εκτελεί σωστά το κοινωνικό -λειτουργικό του ρόλο και οι πράξεις του περικλείουν την αγάπη και την συμπαράσταση του προς τον ασθενή, θα πρέπει να έχει την ικανότητα να εκτιμήσει το αποτέλεσμα της νοσηλευτικής του πράξης. Δεν νοείται νοσηλευτική πράξη δίχως τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της. Εκτός αυτών η αξιολόγηση παίζει κύριο λόγο για τη συνέχιση, διακοπή τροποποίηση ή αντικατάσταση των παρεμβάσεων ανακούφισης πόνου. Γι' αυτό, είναι αναγκαίο το νοσηλευτικό πλάνο αξιολόγησης του πόνου, το οποίο να υποδεικνύει γιατί ο ασθενής πονάει, ποια νοσηλευτικά μέτρα έχουν βρεθεί αποτελεσματικά ή μη στην ανακούφιση του πόνου. Το σχέδιο αυτό, πρέπει να υποδεικνύει πως ο ασθενής ανταποκρίνεται σε ορισμένους επισκέπτες, τον πνευματικό σύμβουλο, στην τροφή και σε άλλους ασθενείς.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, βάση κριτηρίων, της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- A.** Ο ασθενής αισθάνεται ανακούφιση από τον πόνο ή τη μείωση της έντασης του.
- Ø** Η χάλαρη των σκελετικών μυών του αρρώστου.
- Ø** Διαβαθμίζει τον πόνο σε χαμηλότερη ένταση μετά την παρέμβαση (σε κλίμακα 0 έως 10).
- Ø** Προφορική δήλωση του αρρώστου ότι έπαψε να αισθάνεται τον πόνο τόσο όσο πριν την παρέμβαση.

- Ø Δίνει λιγότερη προσοχή στον πόνο.
- Ø Ελάττωση των φορτισμένων συναισθηματικά εκφράσεων κατά την περιγραφή του πόνου.
- B.** Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά στρατηγικές αντιμετώπισης.
- Ø Είναι ζωντανός και αρκετά ελεύθερος από πόνο ώστε να ασχολείται με δραστηριότητες σημαντικές για την ανάρρωση του π.χ. πόση υγρών, βήχας, έγερση από το κρεβάτι.
- Ø Αύξηση καθημερινών δραστηριοτήτων.
  - i. αυξάνει τον χρόνο που περνά εκτός του κρεβατιού
  - ii. αυξάνει τον χρόνο απασχόλησης με δραστηριότητες εργασίας καθημερινής ζωής π.χ. σχολείο, φροντίδα παιδιών, κοινωνική αλληλεπίδραση.
- Ø Δεν υπάρχει περιορισμός θέσεων και στάσεων του σώματος που μαρτυρούν αίσθηση του πόνου.
- Ø Αύξηση της ικανότητας του για ανάπαυση και ύπνο μιας και κοιμάται όλη τη νύχτα.
- Ø Ξοδεύει λιγότερο χρόνο να μιλά για τον πόνο.
- Ø Καταστρώνει σχέδια εργασίας και ζωής με αισιοδοξία<sup>19,21,24</sup>.



## 7. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΠΟΝΟ

### 1.1. Εκτίμηση Οξέος Πόνου

Σε κάθε περίπτωση όπου το άτομο αναφέρει την ύπαρξη πόνου, σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, θα πρέπει αρχικά να γίνει μια εκτίμηση του πόνου τόσο με υποκειμενικά, όσο και με αντικειμενικά δεδομένα, και εν συνεχεία να προβούμε σε ενέργειες καταπολέμησης του. Η εκτίμηση αυτή συνίσταται στη φύση του οξέος πόνου δηλαδή εντόπιση, ένταση, ποιότητα, χρόνος εμφάνισης, διάρκεια, συχνότητα, αιτία καθώς επίσης και παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν.

Για να εκτιμηθεί η ένταση του πόνου υπάρχουν ποικίλοι τρόποι. Ένας απ' αυτούς είναι ο άρρωστος να περιγράψει τον πόνο και τη δυσχέρεια και να διαβαθμίσει την ένταση του σε κλίμακα. Μια τέτοια κλίμακα παρατίθεται παρακάτω:

Α	Β	Γ
0. Δεν υπάρχει πόνος	Δεν υπάρχει πόνος	Δεν υπάρχει πόνος
1. Ήπιος πόνος	Ήπιος πόνος	Ήπιος πόνος
2. Προκαλεί δυσχέρεια	Μέτριος πόνος	Μέτριος πόνος
3. Προκαλεί δυσφορία	Έντονος πόνος	Έντονος πόνος
4. Φρικτός	Δεν υπάρχει χειρότερος	
5. Βασανιστικός		

Η κλίμακα έντασης πόνου είναι αναγκαία να χρησιμοποιείται το λιγότερο μια φορά σε κάθε ωράριο, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής παίρνει αναλγητικά ή χρησιμοποιούνται άλλες, ανακουφιστικές για τον πόνο παρεμβάσεις.

Όταν αντιληφθούμε την τέλεια υποχώρηση του πόνου, τότε είναι σκόπιμη η συγκέντρωση αντικειμενικών δεδομένων τα οποία διακρίνονται σε φυσιολογικά και συμπερασματικά.

Τα φυσιολογικά δεδομένα - σημεία είναι :

- ο συχνός σφυγμός
- βαθιά και συχνή αναπνοή
- υψηλή αρτηριακή πίεση
- Εφίδρωση
- ωχρότητα
- διαστολή κορών
- μυϊκή τάση
- ναυτία και έμετοι
- αύξηση καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού

Τα συμπεριφορικά σημεία, δεν είναι δεδομένα του πόνου, αλλά οτιδήποτε παρατηρήσιμο μας οδηγεί στην υπόνοια παρουσίας πόνου θα πρέπει να ελέγχεται αποσπώντας τα υποκειμενικά δεδομένα με σκοπό την επιβεβαίωση ύπαρξης πόνου.

Τα αντικειμενικά δεδομένα τα οποία θα παρατηρήσουμε είναι:

- Ø Όψη.
- Ø Κινητική συμπεριφορά.
- Ø Συναισθηματικές και προφορικές αντιδράσεις.
- Ø Ζωτικά σημεία.
- Ø Υγρασία και χρώμα δέρματος.
- Ø Επισκόπηση και ήπια ψηλάφηση της επώδυνης περιοχής<sup>21</sup>.

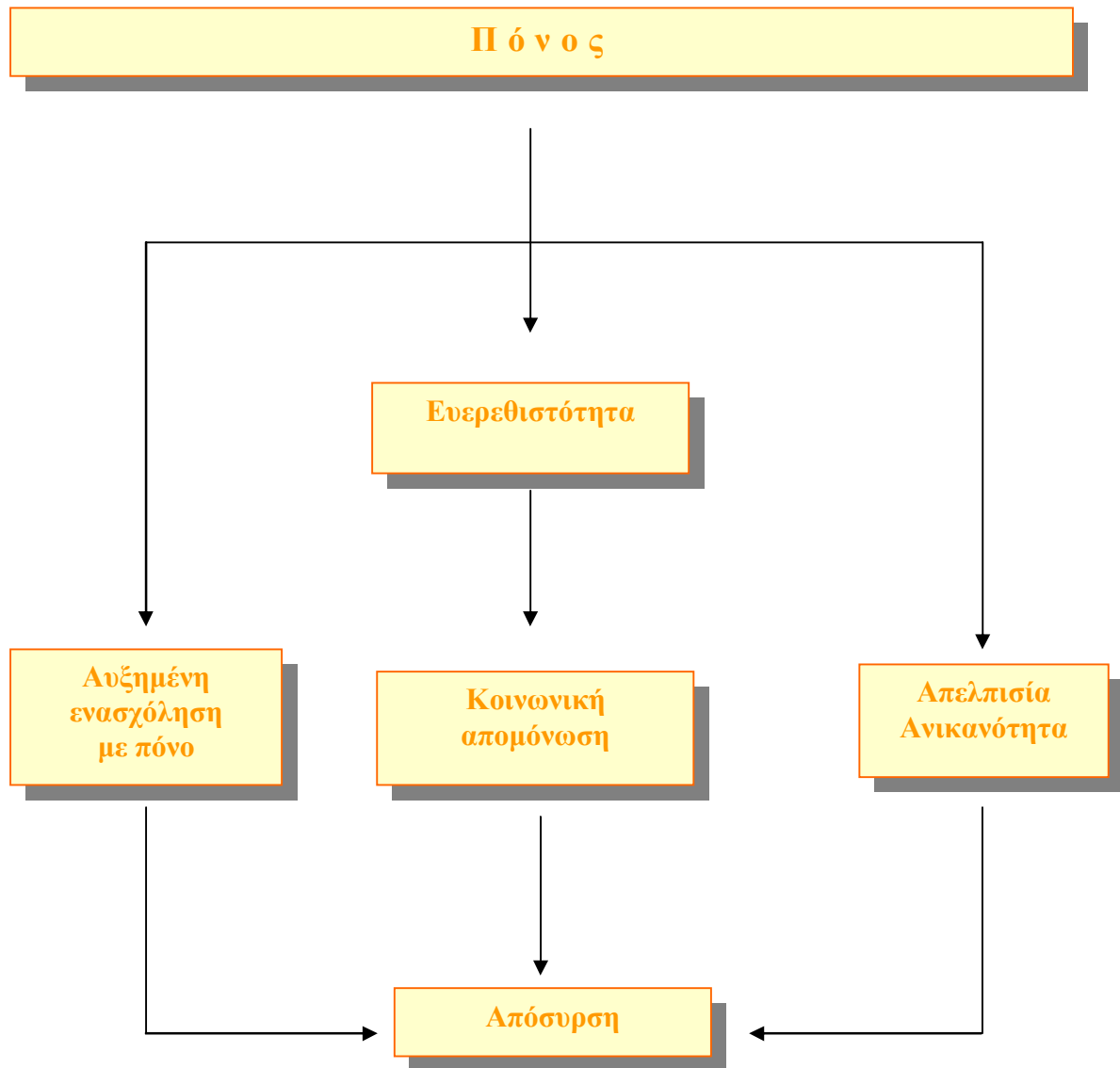
## **7.2 Εκτίμηση χρόνιου πόνου**

Σε ασθενή που αντιμετωπίζει τη χρονιότητα ενός πόνου σκόπιμο είναι, για την καλύτερη προσέγγιση του να υπάρχει προσωπικό ιστορικό πόνου ή κάποιου τύπου ερωτηματολόγιο, τα δεδομένα των οποίων μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Ø Δημογραφικά στοιχεία.
- Ø Κοινωνικοπολιτιστικά στοιχεία.

- Ø Ιστορικό του προτύπου του πόνου από τη στιγμή εμφάνισής του.
- Ø Παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν τον πόνο, κατά την αντίληψη του αρρώστου.
- Ø Αποτελέσματα του πόνου στον τρόπο ζωής του ατόμου.
- Ø Έννοια του πόνου για το άτομο.
- Ø Αποτελέσματα του πόνου σε άλλα μέλη της οικογένειας ή σε φίλους.
- Ø Μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν και το παρόν για ανακούφιση του πόνου

Και στην παρουσία του χρόνιου πόνου υπάρχουν τα αντικειμενικά εκείνα δεδομένα, τα οποία θα μας κατευθύνουν στην αντιμετώπισή του. Στα φυσιολογικά δεδομένα, του χρόνιου πόνου, συγκαταλέγεται και η αλλαγή στην εμφάνιση του ατόμου, λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος για την εμφάνιση που οφείλεται σε κόπωση, κατάθλιψη ή λόγω της μειωμένης όρεξης για φαγητό. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως η απουσία φυσιολογικών σημείων, εξαιτίας των αντισταθμιστικών μηχανισμών του σώματος, δεν σημαίνει και απουσία πόνου.



Χρόνιος πόνος

Σχήμα 3

Ενώ τα φυσιολογικά σημεία μπορεί να απουσιάζουν, οι συμπεριφορικές αντιδράσεις ποικίλουν ανά το χρόνο και είναι μοναδικές για το κάθε άτομο. Οι αλλαγές που υφίστανται συμβαίνουν στον καθημερινό τρόπο ζωής και έχουν σχέση και με την κοινωνικοποίηση, το φαγητό, τον ύπνο και τη libido. Εάν η κατάθλιψη που υπάρχει στον ασθενή είναι μεγάλου βαθμού τότε δεν είναι αδύνατο να δούμε συμπεριφορά απόσυρσης.

Όσον αφορά τα προβλήματα του ασθενούς μπορούμε να απαριθμήσουμε τα εξής:

- Ø Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου.
- Ø Μείωση ασφάλειας.
- Ø Διαταραχή θρεπτικού ισοζυγίου (λόγω μειωμένης όρεξης για φαγητό).
- Ø Μείωση άνεσης (ενόχληση εξαιτίας πόνου, αϋπνία).
- Ø Αλλαγή σωματικού ειδώλου (έλλειψη ενδιαφέροντος για εμφάνιση, ανορεξία).
- Ø Μείωση κινητικότητας.
- Ø Έλλειψη αυτοφροντίδας.
- Ø Άγχος, κατάθλιψη.
- Ø Απομόνωση, απόσυρση από το περιβάλλον.
- Ø Επίδραση σε οικογένεια, φίλους<sup>21</sup>.

### 7.3 Διαφορές χρόνιου και οξέος πόνου

Ο οξύς πόνος δεν διαρκεί πάνω από 3 μήνες. Θεωρείται ως μεταβατικό στάδιο με ενδείξεις προς το άτομο ότι κάτι δεν λειτουργεί σωστά στον οργανισμό του. Οι περιοχές εμφάνισης εντοπίζονται καλά. Ο οξύς πόνος συνοδεύεται από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος και το άτομο ζητά συνήθως ανακούφιση από τον πόνο.

Ο πόνος που επιμένει πάνω από 3 μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνιος. Η αιτία του ή είναι άγνωστη ή δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Το συγκεκριμένο σημείο που πονά είναι δύσκολο να διαγνωσθεί, διότι ο πόνος είναι διάχυτος<sup>21</sup>.

Χαρακτηριστικό	Οξύς πόνος	Χρόνιος Πόνος
Εμφάνιση	Συνήθως αιφνίδια	Μπορεί να είναι αιφνίδια ή να αναπτυχθεί ύπουλα
Διάρκεια	Μεταβατικός (ως 3 μήνες)	Μακροχρόνιος (μήνες ή χρόνια)
Εντόπιση	Περιοχές πόνου και μη πόνου Αναγνωρίζονται γενικά καλά	Περιοχές πόνου και μη πόνου διαχωρίζονται Εύκολα. Η ένταση δύσκολα αξιολογείται (αλλαγή στις αισθήσεις)
Κλινικά σημεία	Σημεία συμπαθητικής Υπερδραστηριότητας	Αλλαγές στα ζωτικά σημεία συνήθως λείπουν (προσαρμογή)
Σκοπός	Προειδοποιεί ότι κάτι δεν πάει καλά	Χωρίς σκοπό
Πρότυπο	Αυτοπεριοριζόμενος ή εύκολα ανατασσόμενος	Συνεχής ή διαλείπων. Η ένταση μπορεί να ποικίλει ή να παραμένει σταθερή
Πρόγνωση	Πιθανότητα τελικής πλήρους ανακούφισης	Συνήθως δεν είναι δυνατή η πλήρης ανακούφιση

### **Πίνακας 2**

#### **Διαφορές ανάμεσα σε οξύ και χρόνιο πόνο**

Χαρακτηριστικός είναι ο παρακάτω ορισμός: «Χρόνιος λέγεται ο πόνος εκείνος που εξακολουθεί να υπάρχει και μετά την αποδρομή της νόσου, που τον προκάλεσε».

Ο Crue (1983) ανέπτυξε μια ταξινόμια του πόνου αρχίζοντας με σύντομο οξύ πόνο και τελειώνοντας σε συνεχή πόνο ο οποίος δεν ανακουφίζεται με θεραπευτικά μέτρα.

1. Οξύς: διαρκεί λίγες μέρες, προκαλείται από ιστική κάκωση και εξαλείφεται όταν απομακρυνθεί η πηγή του.
2. Υποξύς: όμοιος με τον οξύ, όμως διαρκεί από μέρες ως εβδομάδες.
3. Υποτροπιάζων οξύς πόνος: έξαρση χρόνιου πόνου.
4. Προοδευτικός πόνος καρκίνου: προκαλείται από εξέλιξη της παθολογικής κατάστασης.
5. Ανίατος καλοήθης πόνος: (επαρκής αντιμετώπιση) ο πόνος είναι συνεχής, όμως τα άτομα μπορούν να ζήσουν δημιουργική ζωής.
6. Ανίατος καλοήθης πόνος: (ανεπαρκής αντιμετώπιση) το άτομο είναι εντελώς ανίκανο εξαιτίας του συνεχούς πόνου<sup>21</sup>.





*Εικόνα 10*

## 8. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου, αποτελεί πολύτιμη προσφορά και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Σ' αυτό έχουν δικαίωμα όλοι οι άρρωστοι και θα πρέπει να τους χορηγείται η κατάλληλη ποσότητα αναλγητικών φαρμάκων, ώστε να έχουν ένα αξιοπρεπή τρόπο ζωής και διαβίωσης.

Εξάλλου, η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου επιταχύνει την ανάρρωση του ασθενή και μειώνει το κόστος στο κράτος και στην οικογένεια του, γιατί ο ασθενής που δεν πονάει, γρήγορα σηκώνεται από το κρεβάτι του, υπάρχει λιγότερος κίνδυνος θρομβώσεων, ο ασθενής βήχει λιγότερο και δεν επηρεάζεται ο καρδιακός του ρυθμός. Το χειρότερο όμως απ' όλα είναι η κατάθλιψη που δημιουργεί ο πόνος η οποία επιδεινώνει τη γενική κατάσταση του ασθενούς<sup>27</sup>.

### **8.1. Σημεία ανακούφισης του ασθενή**

Σημεία που δείχνουν ότι ο ασθενής ανακουφίζεται από το πόνο είναι τα εξής :

- Λεκτική έκφραση – έκφραση προσώπου. Ο ασθενής αρχίζει να συνομιλεί, το πρόσωπο του είναι ήρεμο και γαλήνιο.
- Αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Ο ασθενής αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και αρχίζει να αυτοεξυπηρετείται.

- Σταδιακή κινητοποίηση του ασθενή.
- Ηρεμία και σωματική ανακούφιση του ασθενή, χωρίς να υπάρχουν σημάδια πόνου<sup>23</sup>.

Η αντιμετώπιση του πόνου χρειάζεται Χρόνο, Υπομονή, Κόπο, Αγάπη και Γνώση.

### **8.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τον μετεγχειρητικό πόνο**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση, την ποιότητα και τη διάρκεια του μετεγχειρητικού πόνου είναι:

- I. Η φύση και η διάρκεια της εγχείρησης
- II. Η προεγχειρητική ψυχολογική, φυσική και φαρμακολογική προετοιμασία του αρρώστου.
- III. Η αναισθησιολογική αντιμετώπιση πριν, κατά και μετά την εγχείρηση και το πιο σημαντικό.
- IV. Η ποιότητα της μετεγχειρητικής φροντίδας.

Ακόμη, η συχνότητα και η σοβαρότητα του μετεγχειρητικού πόνου επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του αρρώστου, από κοινωνικούς παράγοντες, από τη μόρφωσή του και από προηγούμενες εμπειρίες πόνου.

Όσον αφορά την προσωπικότητα του ασθενούς αυτή επηρεάζει την αντίληψη του πόνου και την αντίδραση σε αναλγητικά. Έτσι, ασθενείς με απουσία άγχους και νευρωτισμού παρουσιάζουν μικρότερο μετεγχειρητικό πόνο και χρειάζονται μικρότερες δόσεις οπιοειδών σε σχέση με τους αγχωμένους<sup>9</sup>.

### **8.3 Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου**

Για την αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενή ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί:

- ✓ Την παρατήρηση (ωχρότητα προσώπου, σύσπαση προσώπου – σώματος κ.α.).
- ✓ Την κλινική εξέταση (αύξηση καρδιακών παλμών, αύξηση αρτηριακής πίεσης).
- ✓ Την επικοινωνία με τον ίδιο και το περιβάλλον του (ακούμε προσεκτικά τι μας λέει ο ασθενής, η οικογένεια του κ.ά.).
- ✓ Τη μελέτη του ιστορικού της υγείας του και των διαγνωστικών ευρημάτων.

Ο νοσηλευτής ερμηνεύει και συσχετίζει ότι παρατηρεί και διαπιστώνει βάσει επιστημονικών γνώσεων και κλινικής πείρας, σχεδιάζει σε συνεργασία με τον ασθενή (όσο είναι αυτό εφικτό), το πιο κατάλληλο σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας<sup>9,10</sup>.

Οι Νοσηλευτικοί Σκοποί της φροντίδας αυτής είναι οι εξής:

- ✓ Ελάττωση, ανακούφιση και εξάλειψη του άγχους, προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής.
- ✓ Μείωση του άγχους του ασθενή που σχετίζεται με τον πόνο.
- ✓ Αύξηση του ορίου ανοχής του πόνου.
- ✓ Πρόληψη ή εξουδετέρωση δυσμενών παραγόντων που προκαλούν ή εντείνουν το άγχος (όπως φως, θόρυβοι κ.α.)<sup>9</sup>.

#### **8.4. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στον μετεγχειρητικό πόνο**

##### **Νοσηλευτική φροντίδα μετεγχειρητικού αρρώστου**

1. Ρωτάμε τον άρρωστο που και πως πονά. Παρατηρούμε και ψηλαφούμε αν είναι εφικτό την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία, εκσπλάχνωση, υπερβολική πίεση της περιόδου του τραύματος κ.α.
2. Δημιουργούμε περιβάλλον ήρεμο, ρυθμίζουμε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος ανάλογα με την εποχή και τον αερισμό του θαλάμου. Μειώνουμε ψυχολογικές εντάσεις που προκαλούν άλγος (όπως θόρυβος, φόβος, άγχος, ενοχλητικός φωτισμός κ.α.)



3. Δημιουργούμε θετική υποστηρικτική σχέση με τον άρρωστο. Η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση των προβλημάτων του είναι σημαντική.
4. Μετακινούμε τον άρρωστο με επιδέξιους χειρισμούς, ενώ συστήνουμε να αλλάζει συχνά θέση και κάνουμε ελαφρό μασάζ (massage) σε περιοχές που πιέζονται.
5. Χαλαρώνουμε την περιδερση του τραύματος, αν είναι σφικτή και ελέγχουμε αν το τραύμα είναι στεγνό.
6. Τοποθετούμε μαξιλάρια αναπαυτικά, υποστηρίζουμε τα κάτω άκρα με υποπόδιο, ελέγχουμε τις παροχετεύσεις μήπως ασκούν πίεση στο σώμα και το τραύμα του αρρώστου.
7. Προβλέπουμε και εκπληρώνουμε τυχόν επιπλοκές που θα έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση άλγους και παραμονής στο νοσοκομείο.
8. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να εκφράσει την ανησυχία του, τους φόβους του, τα παράπονά του και να μιλήσει για τον πόνο του. Αποσπούμε την προσοχή του απ' το πόνο με συζήτηση, διάβασμα, μουσική, τηλεόραση, κ.α., διότι έτσι αυξάνουμε το όριο ανοχής του άλγους. Αν δεν είναι δυνατή η απόσπαση της προσοχής, αυτόσημαίνει έντονο πόνο και δυσφορία.
9. Χορηγούμε αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ισχυρά αναλγητικά -ναρκωτικά φάρμακα χορηγούνται με προσοχή και εφόσον ενδείκνυται, διότι μπορεί να προκαλέσουν καταστολή του

αναπνευστικού κέντρου και μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, συστολή των βρογχιολίων και κατακράτηση των εκκρίσεων με συνέπεια την πνευμονία ή την βρογχεκτασία. Άλλωστε κάτω από την επίρεια του ναρκωτικού ο άρρωστος δεν μπορεί ούτε να βήχει ούτε να κινείται<sup>1,9,12,23</sup>.

Η μετεγχειρητική αναλγησία προσφέρει πολλά στην μετεγχειρητική πορεία των ασθενών και συγκεκριμένα:

- Ελαττώνει τις πνευμονικές επιπλοκές και ειδικά σε αρρώστους με θωρακοτομές και σε επεμβάσεις στην άνω κοιλία.
- Επιτρέπει την ταχύτερη κινητοποίηση του ασθενούς, με αποτέλεσμα μικρότερη συχνότητα θρομβοφλεβίτιδας.
- Ελαττώνει το χρόνο νοσηλείας των χειρουργημένων ασθενών στα νοσοκομεία και κατ' επέκταση μειώνεται το συνολικό κόστος νοσηλείας τους.
- Περιορίζει το χειρουργικό stress.
- Μειώνονται τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας<sup>9,10</sup>.



*Εικόνα 11*



## 9. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Για την ορθή αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τον τρόπο που τα παιδιά αντιλαμβάνονται και που εκφράζουν το πόνο.

Η αντίληψη και η έκφρασή του, εξαρτάται από τη βιολογική – νοητική – συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού, ενώ συμμετέχουν επιπρόσθετοι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Ο τρόπος έκφρασης του πόνου εκδηλώνεται με αντιδράσεις οι οποίες ποικίλλουν και εξαρτώνται από την ηλικία του παιδιού αλλά και από τη σοβαρότητα – διάρκεια – ένταση του πόνου<sup>14,15</sup>.

Οι εκδηλώσεις διακρίνονται σε:

### **α) Εκούσιες αντιδράσεις συμπεριφοράς**

- Προσπάθεια αντιδράσεις συμπεριφοράς.
- Αλλαγή στην έκφραση του προσώπου (κλαίει – μουρμουρίζει).
- Αδυναμία (αν είναι πολλές ώρες άυπνος, σε έντονο πόνο κ.ά.).
- Προστατεύει την πάσχουσα περιοχή και αρνείται να μετακινηθεί.

### **β) Ακούσιες αντιδράσεις από το νευρικό σύστημα**

- Συμπαθητικό (πόνος μέτριος και επιφανειακός).
- Αύξηση αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, ωχρότητα, διαστολή κόρης.
- Παρασυμπαθητικό (πόνος σοβαρός και βαθύς).

Ναυτία – έμετος, πτώση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού, σωματική εξάντληση.

**γ) Συναισθηματικές αντιδράσεις**

- Υπερβολικό κλάμα, ανησυχία, κατάθλιψη, φόβος, θυμός, ανορεξία, αίσθημα κούρασης.

**9.1 Εκτίμηση πόνου**

- Στα βρέφη και μικρά παιδιά ως δείκτες πόνου χρησιμοποιούνται:
  - Το κλάμα.
  - Οι κινήσεις του σώματος.
  - Οι εκφράσεις του προσώπου και οι μεταβολές των ζωτικών σημείων.
- Για τα μεγαλύτερα παιδιά:
  - Οι κλίμακες χρωμάτων.
  - Φωτογραφική κλίμακα εκφράσεων προσώπου.
  - Η παρατήρηση της συμπεριφοράς.
  - Οπτικές κλίμακες.
  - Ερωτηματολόγια πόνου.

**9.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση του πόνου στο παιδί**

Ο νοσηλευτής για την αξιολόγηση του πόνου χρησιμοποιεί τις γνώσεις του, την κλινική του εμπειρία, τη μελέτη του ιστορικού της υγείας και των διαγνωστικών ευρημάτων, την παρατήρηση και το κυριότερο την επικοινωνία με το παιδί και τους γονείς του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να είναι εξατομικευμένες, ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τη διάγνωση της νόσου και τα χαρακτηριστικά του πόνου ( εντόπιση, διάρκεια – ένταση) προχωρεί στην εκτίμηση της κατάστασής του.

Εκτιμά δηλαδή την στάση του παιδιού απέναντι στον πόνο, αν επηρεάζονται και πόσο οι καθημερινές του δραστηριότητες (τρώει, διαβάζει, παίζει, επικοινωνεί με τα άλλα παιδιά).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, στόχο έχουν την ανακούφιση του παιδιού που υποφέρει. Η αντιμετώπιση και η ανακούφιση του πόνου αποτελεί ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχουμε στο άρρωστο παιδί.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

1. Συζήτηση με το παιδί για τη φύση και ένταση του προβλήματος.
  2. Ελάττωση του φόβου και της ανησυχίας του παιδιού και της οικογένειας.
  3. Χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων ανακούφισης και χαλάρωσης.
  4. Ελάττωση του ερεθίσματος που προκαλεί πόνο.
  5. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.
- Η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, εξαρτάται από την ποιότητα των σχέσεων «Νοσηλευτή – παιδιού».

- Η πλήρης ενημέρωση του παιδιού σχετικά με το τι θα αισθανθεί, μειώνει το φόβο και ελαττώνει την έντασή του.
- Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται πάντα, όταν προετοιμάζουμε το παιδί για χειρουργείο ή για επώδυνες νοσηλείες όπως αλλαγές τραυμάτων, καθαρισμός εγκαυμάτων – περιποίηση κολοστομίας κ.ά.
- Εφαρμόζουμε απλές νοσηλευτικές δεξιότητες που ανακουφίζουν το παιδί όπως εντριβή, ζεστό μπάνιο, αλλαγή θέσης με ήπιους χειρισμούς.
- Στο πρόγραμμα ανακούφισης και θεραπείας πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς του παιδιού, εφόσον έχουν ενημερωθεί σωστά και υπεύθυνα για το ρόλο τους απ' τους νοσηλευτές.

Για όλους αυτούς τους λόγους, το πρόβλημα του πόνου δεν πρέπει να παραμελείται, αλλά να βρίσκεται στις άμεσες προτεραιότητες των νοσηλευτών, γιατί ο πόνος δεν μπορεί να περιμένει<sup>14,15</sup>.

**10. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ**

Ο θωρακικός πόνος είναι το κυριότερο σύμπτωμα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), που οδηγεί τον ασθενή στο νοσοκομείο. Ο πόνος του ΟΕΜ, ποικίλλει, αλλά γενικά περιγράφεται ως πιεστικός ή συσφιγκτικός πόνος.

Μπορεί να εντοπίζεται οπισθοστερνικά, τράχηλο, κάτω γνάθο, άνω άκρα μέχρι το επιγάστριο.

Η ακριβής αξιολόγηση του πόνου και η συστηματική περιγραφή του είναι θεμελιώδης νοσηλευτική ενέργεια καθοριστικής σημασίας. Έχει άμεση σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, την ανακούφισή του από τον πόνο και την έγκαιρη εφαρμογή της σύγχρονης θεραπείας, η οποία συμβάλει στη μείωση της έκτασης βλάβης του μυοκαρδίου.

**10.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

✓ Οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι οι ακόλουθες:

1. Αξιολόγηση του πόνου – Εκτίμηση της κατάστασής του.
2. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
3. Συνεχής παρακολούθηση του ΗΚΓ (ηλεκτροκαρδιογράφημα).
4. Ρύθμιση του ρυθμού ροής των ενδοφλέβιων υγρών (μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών).

5. Έλεγχος των ζωτικών σημείων.
6. Χορήγηση οξυγόνου.
7. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος (αποφυγή θορύβου, χαμηλό φως).
8. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Προσοχή στα οπιούχα, ελέγχουμε αρτηριακή πίεση, αναπνοές, σφίξεις.
9. Εργαστηριακός έλεγχος αίματος του ασθενή<sup>3,22</sup>.

Η αξιολόγηση του πόνου βοηθάει το νοσηλευτή να προβεί έγκαιρα στις απαραίτητες παρεμβάσεις, προκειμένου να πετύχει την καλύτερη ανακούφιση του αρρώστου, τη μείωση της βλάβης του μυοκαρδίου, την εκτίμηση της πορείας του πόνου και τον έλεγχο αποτελεσματικότητας της χορηγούμενης θεραπείας.

Η ανακούφιση του εμφραγματία από τον πόνο είναι ζωτικής σημασίας, γιατί ο έντονος πόνος αυξάνει το καρδιακό έργο και μπορεί να οδηγήσει σε επέκταση του εμφράγματος κ.ά. Μελέτες αναφέρουν ότι η θρομβολυτική θεραπεία ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο του εμφράγματος.

Ακόμη, η μορφίνη προκαλεί προσωρινή αναλγησία, ενώ η θρομβόλυση επιφέρει πλήρη και τελεία απαλλαγή από τον πόνο. Συγκεκριμένα η μορφίνη καταστέλλει το κέντρο του πόνου, ενώ οι θρομβολυτικές ουσίες, περιορίζουν την έκταση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου.

Η υποχώρηση του πόνου, αλλά και άλλοι παράγοντες, που δεν

μπορούν να μετρηθούν, όπως η μείωση της έντασης (stress) και της αγωνίας, η ασφάλεια και η σιγουριά που αισθάνονται οι άρρωστοι κοντά στο νοσηλεύτη, πιθανώς οδηγούν σε ψυχική ηρεμία και συμβάλλουν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Τελικά, η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί μέσον άμεσης επικοινωνίας νοσηλεύτη – αρρώστου, που στην καθημερινή πράξη μπορεί να θεωρηθεί ως ένα βήμα προόδου που θα βελτιώσει τη νοσηλευτική φροντίδα και θα ανεβάσει την ποιότητα και το επίπεδο της νοσηλείας των αρρώστων<sup>3</sup>.

### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗΘΑΓΧΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Ο ΠΟΝΟΣ ΕΝΤΟΝΟΤΕΡΟΣ	Ο ΠΟΝΟΣ ΗΠΙΟΤΕΡΟΣ
Οξύ έμφραγμα	Συσφικτικός, αίσθημα πνιγμονής, βάρους, καψίματος, δυσπενίας, τσουξίματος. Αντανακλά στους ώμους, τράχηλο, κάτω γνάθο, αριστερό άνω άκρο. Διαρκεί > 30 λεπτά	Στην προσπάθεια, σε υπέρταση, σε ταχυκαρδία.	Υποχωρεί με ισχυρά φάρμακα πεθιδίνη, μορφίνη
Στηθάγχη	Όπως παραπάνω, αλλά διαρκεί λιγότερο. Συνήθως υπάρχει ιστορικό στηθάγχης	Στην προσπάθεια μετά από βαρύ γεύμα, κάπνισμα, στρες, κόπωση.	Με την ανάπαυση, με τα νιτρώδη φάρμακα

*Πίνακας 3*

## 11. ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η στηθάγχη είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς ήπιου ή ισχυρού θωρακικού πόνου.

Εμφανίζεται κυρίως μετά από κόπωση, στρες, βαρύ γεύμα και ο ασθενής περιγράφει τον πόνο σαν σφίξιμο, κάψιμο, αίσθημα βάρους ή δυσφορία.

Ο πόνος της στηθάγχης διαρκεί 3' – 5' λεπτά και εντοπίζεται κυρίως πίσω από το στέρνο και μπορεί να αντανακλά στο άνω άκρο. Συνήθως υπάρχει ιστορικό στηθάγχης στον ασθενή.

### **11.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με στηθαγχική κρίση είναι οι εξής:

1. Διακοπή κάθε δραστηριότητας ( την ώρα της κρίσης) και τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση με χαλαρωμένα τα ρούχα του.
2. Χορήγηση φαρμάκων υπογλώσσιως (διασταλτικά των στεφανιαίων).
3. Ενημέρωση γιατρού.
4. Χορήγηση οξυγόνου.
5. Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).
6. Λήψη ζωτικών σημείων (αξιολόγηση και καταγραφή τους).



7. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος (μείωση θορύβου, χαμηλό φως κ.ά.) ώστε να εμπνέει στον ασθενή σιγουριά και εμπιστοσύνη.
8. Λήψη σύντομου νοσηλευτικού ιστορικού, που να περιλαμβάνει τυπικές ερωτήσεις, όπως:
  - Που πονάτε; Πότε άρχισε ο πόνος; Περιγράψτε τον...
  - Τι νομίζετε ότι τον προκάλεσε;
  - Υπάρχει αντανάκλαση του πόνου αλλού; Που;
  - Είχατε τέτοιο πόνο παλιά; Πότε ήταν η τελευταία φορά;
  - Είχατε άλλα συμπτώματα;
9. Αποφυγή χορήγησης υγρών από το στόμα κατά τη διάρκεια του πόνου.
10. Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει ότι τον απασχολεί.
11. Καταγραφή του χαρακτήρα του πόνου και της χρονικής διάρκειάς του.
12. Αποφυγή δημιουργίας εκλυτικών (συγχυτικών) παραγόντων<sup>22</sup>.

## 12. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί το τρίτο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Σε σχετικές μελέτες βρέθηκε ότι ο πόνος ήταν το σοβαρότερο πρόβλημα για περίπου 70% ασθενών με καρκίνο, συχνότητα εμφάνισης που αυξάνεται με την επιδείνωση της νόσου και ανέρχεται σε ποσοστό 60 – 90% των ατόμων σε προχωρημένα στάδια της νόσου, ενώ υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 25% πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφιση.

Ο πόνος στον καρκίνο αναγνωρίζεται ως οικουμενική επείγουσα έκτακτη ανάγκη. Αναμφισβήτητα η ανακούφιση του πόνου για τον ογκολογικό ασθενή σημαίνει ποιότητα ζωής. Στα τέλη του 20ου αιώνα η επιτροπή εμπειρογνομόνων ανακούφισης πόνου στον καρκίνο (Ca) και υποστηρικτικής φροντίδας του Π.Ο.Υ., με συντηρητικό υπολογισμό θεωρεί, ότι 4 εκατομμύρια άτομα με Ca υποφέρουν από μη ανακουφιζόμενο επώδυνο σύνδρομο.

Ανεξάρτητα από το χώρο που βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο, οι νοσηλευτές κατέχουν το σημαντικότερο ρόλο για την ανακούφισή του, διότι δαπανούν τον περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα λειτουργών υγείας κοντά στον ασθενή.

Ο σημαντικότερος ρόλος που αποδίδεται στους νοσηλευτές στη διαδικασία αντιμετώπισης του πόνου είναι εκείνος του συνηγόρου του ασθενούς<sup>16</sup>.

### 12.1 Συχνότητα εμφάνισης πόνου στον καρκίνο

Ο πόνος, ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Κι αυτό επειδή πολλοί

λανθασμένα πιστεύουν, ό,τι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.

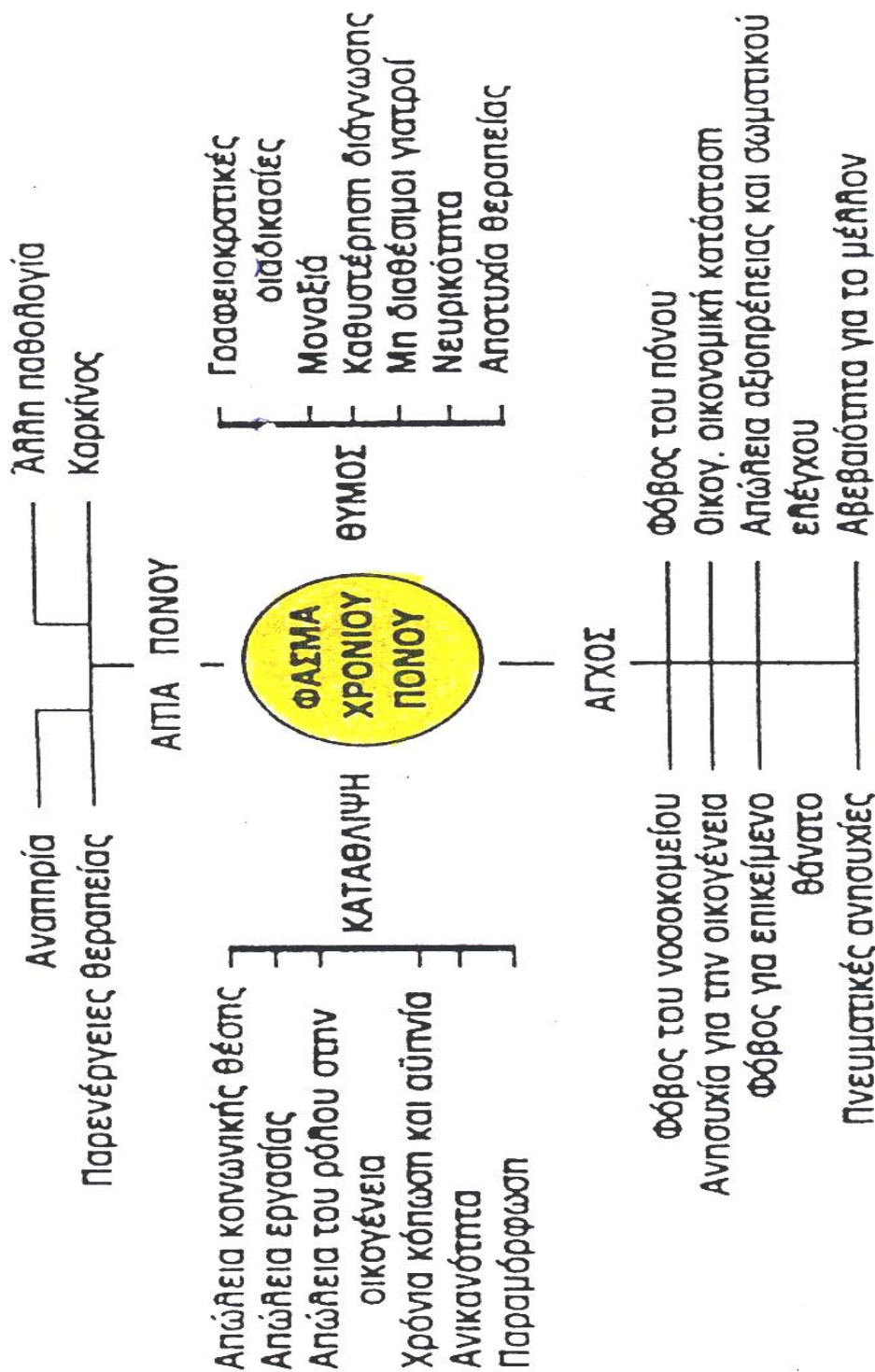
Ο πόνος είναι συνήθως αποτέλεσμα πίεσεως αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσεως οργάνων, εξελκώσεως ή μολύνσεως του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονά. Ο πόνος μπορεί να εμφανισθεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επεμβάσεως ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο, αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Γενικά, εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια, γι' αυτό και ο άρρωστος δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό.

Η συχνότητα εμφάνισης του πόνου στον καρκίνο, κυμαίνεται από 20 -29%. Σε ορισμένες κατηγορίες, συναντάται σπάνια, ενώ για κάποιες άλλες γίνεται ένας συνεχής εφιάλτης<sup>13,18</sup>.

## **12.2 Χρονιότητα του πόνου**

Η χρονιότητα και η παρατεταμένη φύση του πόνου, είναι εκείνη, που τον καθιστά εξουθενωτικό κι ανυπόφορο. Η βίωσή του, πάντα προκαλεί άγχος. Άλλες κοινές συναισθηματικές αντιδράσεις των αλγούντων ενηλίκων με καρκίνο είναι ο θυμός, η κατάθλιψη, η υποχονδρίαση, η σωματική επικέντρωση και ο νευρωτισμός.

Η παρουσία επίμονου, έντονου πόνου δημιουργεί σοβαρές πολύπλευρες ανάγκες στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον. Η αλλαγή στους ρόλους (συζύγου, γονιού, εργαζόμενου), τους οποίους επιβάλλει η παρουσία του πόνου μπορεί να δημιουργήσει επώδυνες αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με υψηλό κόστος σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και πιθανή βίωση αυξημένης έντασής του.



Σχήμα 4

Η αύξηση της έντασης του πόνου συνδέεται ακόμη με απόσυρση, απομόνωση και απόγνωση. Το άγχος δίνει τη θέση του στην κατάθλιψη, με μελαγχολία και απελπισία. Σε όλα αυτά ο νοσηλευτής πρέπει να δράσει άμεσα και καθοριστικά<sup>16,18</sup>.

### **12.3 Ανακούφιση του πόνου του αρρώστου**

Ο άρρωστος βιώνει τον πόνο και αντιδρά προς αυτόν ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική ολότητα. Ο βαθμός που ο άρρωστος μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από:

1. την έννοια που έχει ο πόνος στον άρρωστο,
2. τα ήθη, τα έθιμα, το περιβαλλοντικό και πολιτιστικό επίπεδο του αρρώστου,
3. την πείρα του πόνου που είχε ο άρρωστος στο παρελθόν και την αντίδραση προς αυτόν,
4. το άγχος – το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια ανοχής του πόνου,
5. διάφοροι ψυχοκοινωνικοί και θρησκευτικοί παράγοντες και
6. η ηγετική κατάσταση του αρρώστου.

Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του ασθενή γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον πόνο του ασθενή επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος, όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ο ασθενής ότι τον παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν τον ασθενή και τον κάνουν ευαίσθητο στον πόνο. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του ασθενή από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του<sup>13,20</sup>.

#### **12.4 Αξιολόγηση του πόνου**

Ο πόνος είναι μια προσωπική εμπειρία και αποτελεί πρόκληση η μέτρησή του. Η φύση, η ένταση, η επίδραση και η ύπαρξη του πόνου είναι ορατά μόνο από κάτι που το άτομο το οποίο υποφέρει, λέει ή πράττει δηλαδή από την συμπεριφορά του. Γι' αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο να δημιουργηθεί σημαντικό αξιόπιστο και αντικειμενικό μέσο μέτρησης κλινικού πόνου.

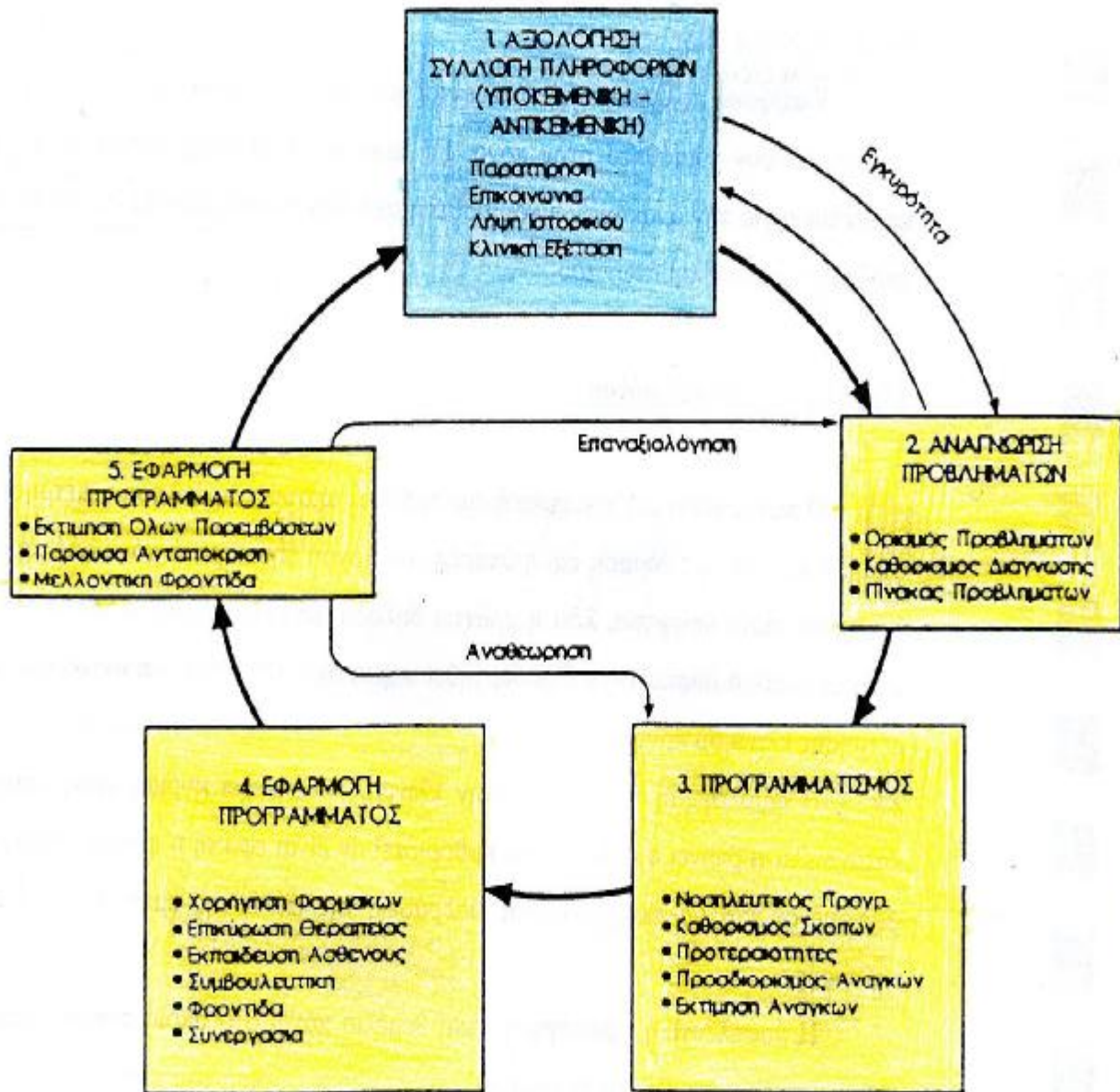
Η αξιολόγηση του πόνου είναι θεμέλιο πάνω στο οποίο στηρίζονται όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και συμβάλλει στην ανακούφιση του πόνου. Είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση διεξάγεται σε τρία στάδια:

- α)** Συλλογή πληροφοριών με την παρατήρηση, την επικοινωνία, τη μελέτη του ιστορικού και την κλινική εξέταση.
- β)** Ερμηνεία των πληροφοριών (επεξεργασία των στοιχείων).
- γ)** Καθορισμός της νοσηλευτικής διάγνωσης (προσδιορίζονται τα προβλήματα και καθορίζεται η νοσηλευτική αντιμετώπισή τους).

Όπως αναφέρει και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ.), η αξιολόγηση αποτελεί το ζωτικό προκαταρκτικό βήμα ικανοποιητικού ελέγχου πόνου στον καρκίνο και πρέπει να περιλαμβάνει κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και Πνευματικών διαστάσεών του.

**Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**



Σχήμα 5

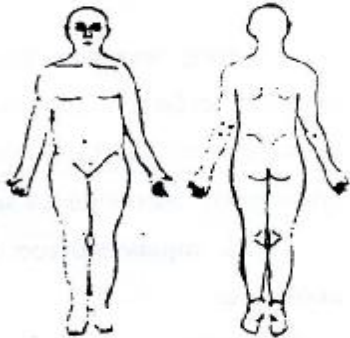
Τα σημαντικότερα βήματα κλινικής αξιολόγησης του πόνου θεωρούνται τα ακόλουθα:

1. Αποδοχή του παράπονου για πόνο του ασθενή.
2. Αξιολόγηση της έντασης πόνου.
3. Αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης.
4. Λήψη λεπτομερειακού ιστορικού για την επώδυνη ενόχληση.
5. Εκτέλεση προσεκτικής φυσικής εξέτασης.
6. Επανεξέταση των διαγνωστικών απαραίτητων εξετάσεων του.
7. Αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων ελέγχου πόνου.
8. Αξιολόγηση του επιπέδου ανακούφισης πόνου μετά την έναρξη της θεραπείας.

Για να προσεγγίσουμε τον ασθενή που πονά, πάνω απ' όλα πρέπει να επιτύχουμε την δημιουργία επιπέδου αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Καλλιεργώ κλίμα εμπιστοσύνης, σημαίνει ότι μεταβιβάζω γνήσιο ενδιαφέρον και σεβασμό μέσω αβίαστης προσεκτικής ακρόασης, ευγενικής συμπεριφοράς κι αποδοχής του άλλου, όπως ακριβώς είναι. Πολύ απλά να εννοούμε ότι: «Πιστεύω ότι εσύ μου λες για τον πόνο σου».

Για τη συλλογή πληροφοριών, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα απλό έντυπο μέσο Αρχικής Αξιολόγησης του πόνου, που περιλαμβάνει δέκα τμήματα, τα οποία είναι:



ΦΥΛΛΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ		
ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____	ΗΛΙΚΙΑ _____	ΘΑΛΑΜΟΣ _____
ΔΙΑΓΝΩΣΗ _____	ΓΙΑΤΡΟΣ _____	ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ ΑΔΕΛΦΗ _____
<b>I. ΕΝΤΟΠΙΣΗ</b>		
Σημείωσε στο σκίτσο		
ΕΞ. : Εξωτερικός		
ΕΣ. : Εσωτερικός		
Ε.Ε. : Εξωτερικός & Εσωτερικός		
<b>II. ΕΝΤΑΣΗ</b> Κλίμακα 0-10.		
<b>III. ΠΟΙΟΤΗΤΑ</b> Χρησιμοποίησε διπλές σου γέφυρες (π.χ. διαζιριστιάζ, καυστικός, φοβερός)		
<b>IV. ΕΝΑΡΞΗ</b> — ΔΙΑΡΚΕΙΑ — ΡΥΘΜΟΣ		
<b>V. ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΠΟΝΟΥ</b>		
<b>VI. ΤΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΕΙ ΤΟΝ ΠΟΝΟ;</b>		
<b>VII. ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ &amp; ΤΙ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΠΟΝΟ;</b>		
<b>VIII. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ</b>		
Συνοδά συμπτώματα: (π.χ. ναυτία)		
Υπνος:	Ορεξη:	
Φυσική δραστηριότητα:	Κοινωνικότητα:	
Συναισθηματική αποουρική:		
<b>IX. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</b>		
<b>X. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>		

Πίνακας 4

### **1. Εντόπιση Πόνου**

Με την κλασσική ερώτηση: Πού πονάτε; ο ασθενής σημειώνει σε ανθρώπινο σχήμα τις περιοχές που αισθάνεται πόνο, γράφοντας ΕΞ, ΕΣ, ή ΕΕ, αν ο πόνος είναι εξωτερικός, εσωτερικός ή ταυτόχρονα εσωτερικός και εξωτερικός.

### **2. Ένταση Πόνου**

Εδώ ρωτάμε: Πόσο δυνατός είναι ο πόνος σας; Και ο ασθενής βαθμολογεί (0 – 10), όπου 0 σημαίνει ότι ο άρρωστος δεν πονά καθόλου και 10 ότι πονά ανυπόφορα.

### **3. Ποιότητα Πόνου**

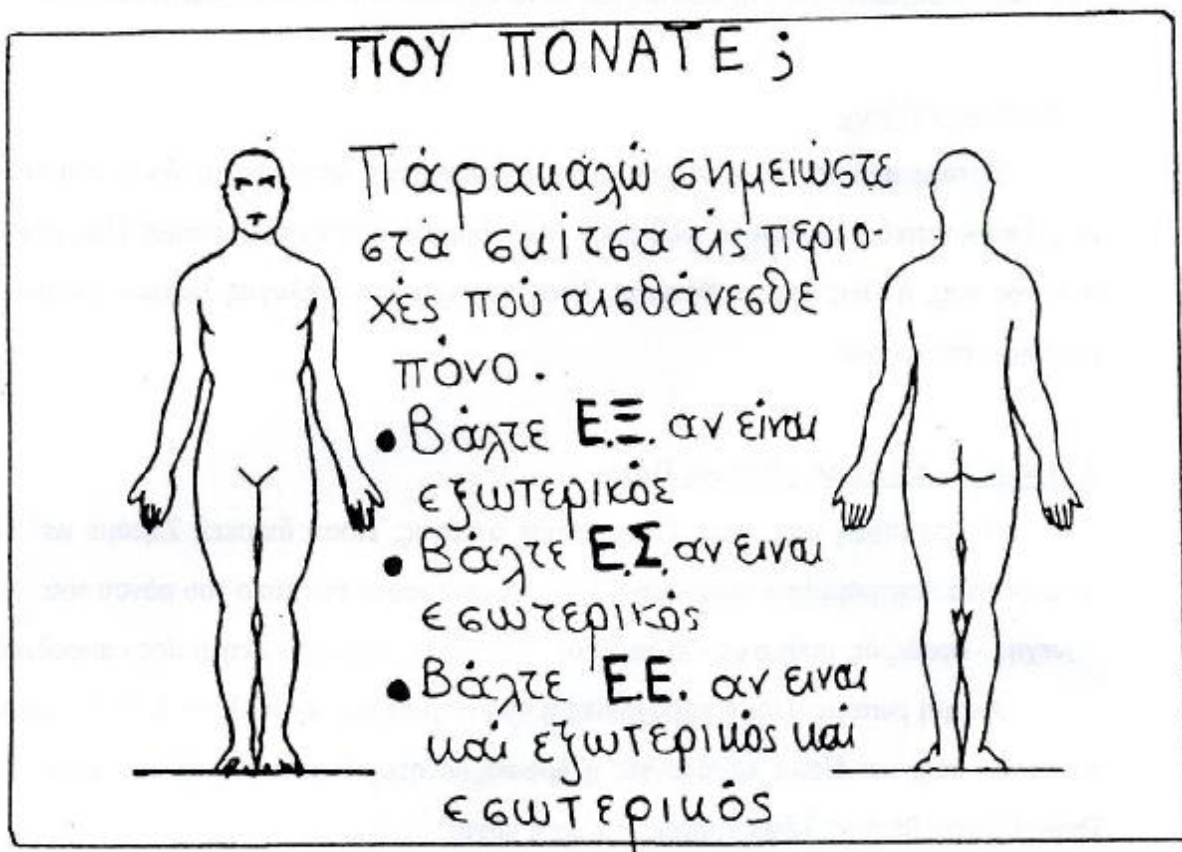
Ζητάμε από τον άρρωστο να μας περιγράψει τον πόνο του με δικές του λέξεις (π.χ. διαξιφιστικός, καυστικός, φοβερός). Μπορούμε ακόμη να ρωτήσουμε: Πώς μοιάζει ο πόνος σας; ή Πώς τον αισθάνεστε; Ένας τυπωμένος κατάλογος λέξεων, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά.

### **4. Έναρξη – Διάρκεια – Ρυθμός Πόνου**

Οι ερωτήσεις μας είναι: Πότε άρχισε ο πόνος; Πόσο διαρκεί; Ζητάμε απ' τον άρρωστο να υπογραμμίσει ποία λέξη ή λέξεις περιγράφουν τον τύπο του πόνου του: Συνεχής – σταθερός, ρυθμικός – περιοδικός – διαλείπων, βραχύς – στιγμιαίος – παροδικός.

Ακόμη ρωτάμε: Ποιοι παράγοντες ή δραστηριότητες προκαλούν ή επιδεινώνουν τον πόνο σας; και Ποιοι παράγοντες ή δραστηριότητες ανακουφίζουν τον πόνο σας; Όπως αλλαγή θέσεως, λήψη τροφής, ημέρα ή νύχτα.

# ΕΝΤΟΠΙΣΗ



Εικόνα 12

### **5. Τρόπος Εκδηλώσεως του Πόνου**

Καταγράφουμε: Ποια είναι η συμπεριφερσιολογική απάντηση του αρρώστου που πονά; (κλάμα – γκριμάτσες – κραυγές – κινήσεις). Επιτρέπει στους άλλους να γνωρίζουν ότι ο πόνος υπάρχει; Αν ναι. Πώς;

Αποτέλεσμα ψυχολογικών, κοινωνικών, εθνικών παραγόντων είναι η προθυμία του ατόμου να εκδηλώνει τον πόνο και να δίνει λεπτομερείς περιγραφές στον καθένα κάθε στιγμή.

### **6. Τι ανακουφίζει τον Πόνο του**

Ρωτάμε: Ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν τον πόνο του. Τέτοιοι μπορεί να είναι: θερμότητα, μετακίνηση, ύπνος, ηρεμιστικά κ.ά. Έτσι καθορίζεται το αναλγητικό προφίλ του ασθενή, που συνθέτουν το είδος, την αποτελεσματικότητα και τις τυχόν παρενέργειες φαρμακευτικών ή μη μεθόδων που έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν.

### **7. Τι Προκαλεί ή Αυξάνει τον Πόνο του**

Ρωτάμε: Ποιοι παράγοντες επιδεινώνουν τον πόνο σας; Τέτοιοι μπορεί να είναι φόβος, θυμός, άγχος, κόπωση, μοναξιά κ.ά.

### **8. Παρενέργειες του Πόνου**

Καταγράφουμε το μέγεθος, που ο πόνος μειώνει την λειτουργικότητα και την ποιότητα της ζωής του, κατά πόσο επηρεάζονται οι φυσιολογικές καθημερινές λειτουργίες όπως ύπνος, όρεξη, κοινωνικές σχέσεις, φυσική δραστηριότητα. Με συγκεκριμένες και σαφείς ερωτήσεις ερευνούμε και

καταγράφουμε ποια είναι η επίδραση του πόνου στη ζωή του αρρώστου π.χ. Μήπως ο πόνος δεν σ' αφήνει να κοιμηθείς; Μήπως ο πόνος σε ξυπνά;

### **9. Λοιπές Πληροφορίες**

Κάθε άλλη αξιολογη πληροφορία που υπάρχει μπορεί να καταγραφεί.

### **10. Νοσηλευτικό Πρόγραμμα**

Καταγράφονται οι άμεσες νοσηλευτικές μας ενέργειες για την αντιμετώπιση του πόνου. Μετά τη συλλογή και διερεύνηση των στοιχείων της αξιολόγησης καταστρώνεται ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας. Πάντοτε προτεραιότητα, έχει η ικανοποίηση εκείνης της ανάγκης που έχει προτεραιότητα για τον άρρωστο και όχι για μας.

Πολύ σημαντική είναι η ωφέλεια των αναλγητικών φαρμάκων στην εξουδετέρωση του πόνου. Ορθή δόση φαρμάκου είναι εκείνη που προσφέρει ανακούφιση στον άρρωστο για μια λογική χρονική περίοδο.

## ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΙΔΡΥΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ \_\_\_\_\_ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ \_\_\_\_\_ ΘΑΛΑΜΟΣ \_\_\_\_\_  
 ΓΙΑΤΡΟΣ \_\_\_\_\_ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ: \_\_\_\_\_

### Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_ ΗΛΙΚΙΑ    
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ \_\_\_\_\_  
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_ ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ   ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ \_\_\_\_\_  
 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ άγαμος  έγγαμος  χήρος  διαζευγμένος   
 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ 0-20   21 και άνω    
 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ (συντροφιά, συζήτηση, κατανόηση) \_\_\_\_\_

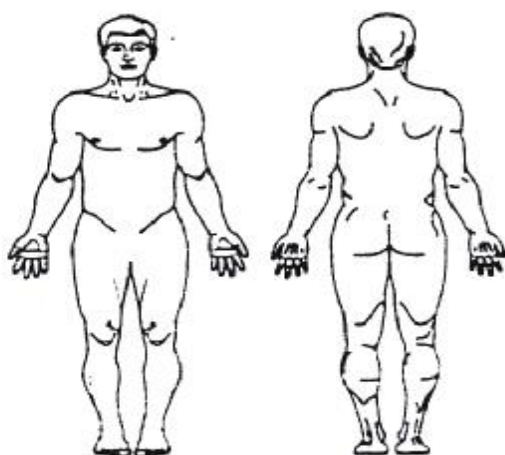
### Β. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ \_\_\_\_\_  
 ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ \_\_\_\_\_  
 ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ \_\_\_\_\_  
 ΕΚΤΙΜΗΣΗ (ΑΣΘΕΝΟΥΣ) ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
 (κλίμακα 0-10)

### Γ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΠΟΝΟΥ (ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ)

#### ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Σημειώνονται οι περιοχές πόνου (Α, Β, Γ,.....)  
 Συνοδικός αριθμός εντοπίσεων



Εντόπισεις	Βαθμίδα έντασης
Α	
Β	
Γ	
Δ	
Ε	
Ζ	
Θ	

Πίνακας 5



**ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΠΟΝΟΥ**

- Λεκτικές εκφράσεις \_\_\_\_\_
- Κινήσεις σώματος \_\_\_\_\_
- Θέσεις σώματος \_\_\_\_\_
- Προσπάθεια αυτοελέγχου \_\_\_\_\_
- Θρησκευτική προσέγγιση \_\_\_\_\_
- Καμμία αντίδραση \_\_\_\_\_
- Ζήτηση - Λήψη φαρμάκων \_\_\_\_\_
- Μέθοδοι αντιμετώπισης του \_\_\_\_\_

**Δ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ**

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ναυτία  έμετος  υπνηλία  διάρροια   
 δυσκοιλιότητα  πονοκέφαλος  άηθα

ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΝΟΥ (ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ 0-10)	ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥΣ
Ύπνος <input type="checkbox"/>	Σίτηση <input type="checkbox"/>	_____
Όρεξη <input type="checkbox"/>	Ντύσιμο <input type="checkbox"/>	_____
Ικανότητα για μετακίνηση <input type="checkbox"/>	Βάδιση <input type="checkbox"/>	_____
Ψυχική διάθεση <input type="checkbox"/>	Έγερση από την κλίνη <input type="checkbox"/>	_____
Καθημερινή εργασία <input type="checkbox"/>	Μετακίνηση επί κλίνης <input type="checkbox"/>	_____
Διαπροσωπικές σχέσεις <input type="checkbox"/>	Χρήση τουαλέτας <input type="checkbox"/>	_____
Οικογενειακή ζωή <input type="checkbox"/>	Λουτρό καθαριότητας <input type="checkbox"/>	_____
Κοινωνική ζωή <input type="checkbox"/>	Οικιακές εργασίες <input type="checkbox"/>	_____
Οικονομική κατάσταση <input type="checkbox"/>	Φροντίδα παιδιών <input type="checkbox"/>	_____
Απόλαυση ζωής <input type="checkbox"/>	Εξωτερικές εργασίες <input type="checkbox"/>	_____
	Επαγγελματική απασχόληση <input type="checkbox"/>	_____
	Άηθα <input type="checkbox"/>	_____

Υπογραφή νοσηλευτού/τριας \_\_\_\_\_





Πολλές φορές πιστεύουμε ότι έχει εθισμό εκείνος ο ασθενής που παραπονείται συνέχεια για πόνο και ζητά νωρίτερα την επόμενη δόση. Πριν καταλήξουμε στο συχνά λανθασμένο συμπέρασμα της εξάρτησης, ας ψάξουμε μήπως μεταβολίζει το φάρμακο γρηγορότερα απ' το φυσιολογικό (όπως οι βαριά καπνιστές), μήπως έχει αναπτύξει ανοχή στην δραστική ουσία ή μήπως η δόση δεν τον καλύπτει. Εξάλλου, γιατροί χορηγούν τη μορφίνη κάθε 4 -6 ώρες, ενώ είναι γνωστό ότι η δράση της διατηρείται λιγότερο από 3 ώρες.

Συνοψίζοντας, βλέπουμε ότι η σημαντικότητα της αξιολόγησης πόνου ασθενούς με καρκίνο είναι προφανής. Επομένως, όταν μπορούμε να αξιολογούμε τον πόνο επαρκώς, μπορούμε να τον θεραπεύσουμε αποτελεσματικότερα<sup>16,18</sup>.

### **12.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

1. Δημιουργούμε θετική υποστηρικτική σχέση με τον ασθενή. Έχουμε την τάση να υποτιμούμε την ανθρώπινη σχέση στην αντιμετώπιση του πόνου και να ψάχνουμε συνεχώς για να βρούμε νέες τεχνικές και νέα φάρμακα. Όμως ο ασθενής αντιδρά θετικά σε αυτούς που θέλουν να τον βοηθήσουν και ξεπερνά καλύτερα τα προβλήματά του.
2. Πλησιάζουμε τον ασθενή με στοργή και εκδηλώνουμε το ενδιαφέρον μας και διαθέτουμε πάντα χρόνο για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των προβλημάτων, φόβων και παραπόνων του. Η κατανόηση επιτυγχάνεται, όταν ο νοσηλευτής έχει θερμό ενδιαφέρον για τον ασθενή, τον σέβεται και τον αγαπά ως πρόσωπο με ατίμητη αξία και προσπαθεί να τον βοηθήσει στην υπέρβαση των ατομικών

του δυσκολιών. Φέρνουμε τον ασθενή σε επαφή με τον ιερέα του νοσοκομείου και ικανοποιούμε τις πνευματικές του ανησυχίες, ώστε να ηρεμήσει ψυχολογικά και να τονωθεί ηθικά. Ο ιερέας βοηθάει τον ασθενή να ξεπεράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τα προβλήματά του.

3. Συζητάμε με τον άρρωστο για την πιθανή αιτία και τη φύση του πόνου του, καθώς και τις δυνατότητες καταπολέμησής του, ώστε να προλαμβάνεται ο φόβος του αγνώστου και οι φαντασιώσεις του ασθενή.
4. Διερευνούμε αν, εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωση του.
5. Διατηρούμε ένα θεραπευτικό περιβάλλον με επιθυμητούς και ενδιαφερόμενους συνοδούς, με απασχόληση του ασθενή για απόσπαση της προσοχής, επαρκή φωτισμό, αερισμό και θερμοκρασία, περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως είναι το πολύ έντονο φως, θόρυβοι, κακοσμίες, πείνα, δίψα κ.α. Μειώνουμε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στον ασθενή ένταση (stress).
6. Κάνουμε διδασκαλία των επισκεπτών πώς να συμπεριφέρονται στον ασθενή και πώς να τον ενισχύουν ψυχολογικά. Χρησιμοποιούμε πάντα διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή μας με τον ασθενή.

7. Τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση.
8. Προλαμβάνουμε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις, λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος, δυσκοιλιότητα, συσπάσεις μυών).
9. Προλαμβάνουμε τις καταθλιπτικές επιπτώσεις της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων, που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.
10. Βοηθάμε τον ασθενή να διατηρείται πολύ καθαρός και να ελέγχει την κακοσμία.
11. Διδάσκουμε τον ασθενή πώς να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητάς του σ' αυτόν.
12. Διερευνούμε αν η έλλειψη του ύπνου, υπερβολική κόπωση κ.α., μπορούν να είναι αιτία, που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
13. Διερευνούμε κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος τη νύχτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται, μετά από συνεννόηση με το γιατρό, κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά.
14. Χορηγούμε αναλγητικά φάρμακα και προωθούμε την ανάπαυση και την σωματική χαλάρωση. Τα σωματικά μέτρα ανακούφισης επιδρούν στην ψυχολογία του ασθενή και αντίστροφα. Η χαλάρωση των μυών

γίνεται τόσο με μυοχαλαρωτικά φάρμακα, όσο και με ψυχολογικά μέσα, διότι η ανησυχία και η ένταση από ανεκπλήρωτες ανάγκες, το άγχος και η μελαγχολία προκαλούν αύξηση της μυϊκής τάσης κι αυτή αυξάνει το αίσθημα του πόνου.

Όχι μόνο τα φάρμακα, οι θεραπείες και οι νοσηλείες, αλλά και η προσωπικότητα στάση του νοσηλευτού προς τον πόνο του ασθενή παίζει καθοριστικό ρόλο, στην πρόληψη και στην αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου και στο βαθμό της έντασης αποδοχή του ασθενή, μπορούν να ανακουφίσουν ή νοσηλευτικό, προσωπικό, ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ιερέα) με μείωση ή εξάλειψη του πόνου του.

Ο ασθενής αντιμετωπίζεται από ομάδα (εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ιερέα) με κοινό στόχο τη μείωση ή εξάλειψη του πόνου του.

Αν υπάρχει τρόπος παράτασης της ζωής του ασθενή ακόμη και για ένα δευτερόλεπτο, αυτό πρέπει να γίνει. Το πρωτείο το έχει πάντα η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής<sup>13,20</sup>.

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ  
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Όνομα ασθενούς : Γ.Κ.

Ηλικία Ασθενούς : 35

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος δεξιού μαστού.

Ημερομηνία εισαγωγής : 10-12-02

Η ασθενής εισήλθε στην Α' Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν από ένα χρόνο, ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό, διαστάσεων 1x1cm, χωρίς άλλα συνωδά ευρήματα.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: στην ουρά του δεξιού μαστού ανευρέθει ογκίδιο, ανώδυνο, σκληρό, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής μας αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη και έχει μια κόρη. Έναρξη εμμηνου ρύσεως 13 χρονών.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων, προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 15<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου -02. Θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 22-12-02. Εδόθησαν οδηγίες για τη

φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ	1X1 (Προεγχειρητικά)
AMP INNOHER	1X1 (6 π.μ την ημέρα της επέμβασης)
AMP PETHIDINE	Ε.Π (μετεγχειρητικά)
FL FRAXIPARINE	1X1 (επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)
L-R 1000cc	1X1 (1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)
D/W 5% 100cc	1X1 (1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)
Δίαιτα ελεύθερη.	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πόνος (Μετεγχειρητικά)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση πόνου και εξασφάλιση άνεσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση αναλγητικών μετά τη λήψη και τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.</li> <li>• Δίνεται σωστή θέση στο κρεβάτι.</li> <li>• Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχέτευσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειώνει τον πόνο. Διαβεβαιώνεται ότι ο πόνος είναι παροδικός.</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων που είναι φυσιολογικά.</li> <li>• Παρακολουθείται συνεχώς η ασθενής για εμφάνιση Shock ή αιμορραγίας.</li> <li>• Χορηγείται ½ Nubain σε 150cc D/W 5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αισθήματος της ασφάλεια της ασθενούς.</li> <li>• Μείωση πόνου μετά μισής ώρας από τη χορήγηση ½ Nubain.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναπνευστική δυσχέρεια (βήχας – δυσφορία)</li> </ul>	<p>Πρόληψη πνευμονίας οφειλόμενη σε:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Αναισθησία</li> <li>Ακινησία</li> <li>Ανεπαρκή αερισμό</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά.</li> <li>• Ελέγχεται η θερμοκρασία της ασθενούς. Εκτιμάται η άνοδος της μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων.</li> <li>• Κινητοποίηση             <ol style="list-style-type: none"> <li>α) Ημέρα επέμβασης</li> </ol>             κινητοποίηση καθορισμένη απ' το γιατρό.           </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή των ασκήσεων βήχα και αναπνοής.</li> <li>• Έγκαιρη έγερση προς βοήθεια στην αποσυμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος. Εξασφαλίζεται επαρκής αερισμός, χωρίς να χρειασθεί παροχή οξυγόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποφυγή συμφόρησης αναπνευστικού συστήματος.</li> <li>• Αποφυγή χορήγησης οξυγόνου λόγω καλής συνεργασίας της ασθενούς, στις ασκήσεις του βήχα και της αναπνοής.</li> </ul>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (Προεγχειρητικά)</p>	<p>Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. Ενθάρρυνση να δει την ασθένεια με θετικό τρόπο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηθική και ψυχολογική τόνωση.</li> <li>• Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου.</li> <li>• Καταπόνηση της ασθενούς στους ρόλους του προσωπικού του Νοσοκομείου.</li> <li>• Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από το νοσηλεύτη.</li> </ul>	<p>Παρέχοντας στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, γνωριμία με τους χώρους του νοσοκομείου και τους ανθρώπους ενθαρρύνεται σιγά-σιγά.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συζητούνται και λύνονται όλες οι απορίες γύρω απ' την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.</li> <li>• Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγείται μυοχαλαρωτικό TABOR TAB για την εξασφάλιση καλού ύπνου. Κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία και ενδυμασία.</li> </ul>	<p>Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω ψυχολογικής τόνωσης και χορήγησης μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>B) 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Τοποθετείται η ασθενής σε καρέκλα. Ενθαρρύνεται να περπατήσει.</p>		
<p>Λεμφοίδημα Δεξιού άνω άκρου.</p>	<p>Πρόληψη λεμφοιδήματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετείται στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδική ενημερωτική πινακίδα.</li> <li>• Ενημερώνεται η ίδια η ασθενής.</li> <li>• Ενημέρωση του φακέλου της.</li> <li>• Ανάρτηση άνω άκρου.</li> <li>• Συνεννόηση με φυσικοθεραπευτή για έναρξη ασκήσεων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι.</li> <li>• Ασκήσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>α) Το πρώτο βήμα είναι έκταση-κάμψη των δακτύλων, υπτιασμός-πρινισμός του πήχεως.</li> <li>β) Κατόπιν συμφωνίας, του γιατρού, απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα.</li> </ul> </li> <li>• Επίσκεψη από φυσικοθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων. Αποφεύγεται η λήψη αρτηριακής πίεσης και αίματος απ' το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σταδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος μέσω διεκπεραίωσης νοσηλευτικών παρεμβάσεων.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ο ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρίζει την τομή της και να γνωρίζει την ατομική της φροντίδα στο σπίτι.</p> <p>Η ασθενής ακολουθεί και τηρεί της οδηγίες που της δίνονται και κατανοεί την ακεραιότητα των φροντίδων που της παρέχονται. Η τοποθέτηση της προσωρινής προσθήκης ενισχύει την αυτοπεποίθηση της και ανησυχεί λιγότερο για την εικόνα που δείχνει στους άλλους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώνεται η οικογένεια της ασθενούς για τη μεταβολή της σωματικής της εικόνας, τους ενθαρρύνει να την υποστηρίζουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της. Η αντίδραση του συζύγου είναι καθοριστική γι' αυτό και συζητάμε πολύ μαζί του τονίζοντας το γεγονός ότι προέχει η ζωή της γυναίκας του.</li> <li>• Ενημερώνεται η ασθενής για τις πλαστικές επεμβάσεις αποκατάστασης και αμέσως μετά την αφαίρεση των παροχетеύσεων τοποθετείται στη θέση του χαμένου μαστού προσωρινή προσθήκη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογενείας της όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής της εικόνας.</li> <li>• Να ελαττωθεί η ανησυχία, η ενόχληση της ασθενούς.</li> <li>• Χρησιμοποιείται προσωρινή προσθήκη από μαλλί.</li> <li>• Να ενημερωθεί για τη χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και την ενδυμασία της.</li> <li>• Βοήθεια αποδοχής από το κοινωνικό της περίγυρο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούρια της εικόνα στο λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος.</li> </ul>	<p>Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού).</p>

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β**

Ο ασθενής Τ.Π., 45 ετών, ο οποίος συνοδεύεται από τον αδερφό του, ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία στις 27-3-2003.

Παραπονούμενος για έντονο επιγαστρικό πόνο που αντανακλούσε σε ζωστροειδώς στην οσφυϊκή χώρα και συνοδεύεται από ναυτία και άφθονους τροχοχολόδεις εμμέτους.

Ο ασθενής πριν από δύο ημέρες παρουσίαζε ελαφρά επιγαστρική δυσφορία, ενώ μια ημέρα πριν από την εισαγωγή παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια.

Τα ζωτικά σημεία που αξιολογήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ήταν:

Θερμοκρασία 37 °C.

Σφίξεις 130/MIN.

Αναπνοές 24/MIN.

Αρτηριακή πίεση 100/60 MMHG.

Η κλινική συμπτωματολογία του αρρώστου ήταν:

Αναπνευστικό : αμβλύτης κατά την επίκρουση και εξασθένηση ή κατάργηση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος.

Πεπτικό : έντονη ευαισθησία στην άνω κοιλία.

Κινητικό : ο ασθενής βρίσκεται σε κάμψη με τα γόνατα λυγισμένα στο θώρακα συνέπεια του πόνου.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν έδειξαν:

Γενική αίματος : ΗΤ 40%, ΗD: 14,6%, Λευκά : 12.500

Πολυμορφοπύρρηνα 65,2%, Λεμφοκύτταρα 26%,

Ηωσινόφουλα : 2%, Αιμοπετάλια : 129.000

Άλλες εξετάσεις αίματος έδειξαν : Αμυλάση 2200, Σάκχαρο 110, CA:8,3,  
Χολερυθρίνη 2 MG%.

Γενική ούρων : E.B. = 1078

PH : όξινο

Πυοσφαίρια : 1-2

ECHO : Ο έλεγχος της άνω κοιλίας με υπέρηχους έδειξε:

Διόγκωση του παγκρέατος κατά τον πρόσθιο – οπίσθιο άξονά του, καθώς επίσης και εξάλειψη της γραμμής οριοθετήσεως ανάμεσα στο πάγκρεας και της σπληνικής φλέβας. Επίσης παρατηρήθηκαν σαφές εικόνα χολολίθων μέσα στον παγκρεατικό πόρο.

Η κλινική εξέταση, οι εργαστηριακές εξετάσεις με τον έλεγχο των υπερήχων, βοήθησαν στην διάγνωση της νόσου η οποία ήταν οξεία παγκρεατίτιδα με χολολιθίαση. Έτσι κρίθηκε αναγκαίο να γίνει η εισαγωγή του ασθενή στην Πανεπιστημιακή Παθολογική κλινική.

Ο ασθενής πριν από 4 έτη, παρουσίασε έλκος βολβού του δωδεκαδάκτυλου με αγωγή προ 6 μηνών σε TAGAMET. Ο ιατρός θεώρησε σωστό να συνεχίσει την αγωγή του με TAGAMET 2AMP X2.

### **Θεραπευτική Αγωγή:**

Για τον πόνο δόθηκαν MEPERIDINE I.M. και MORHINE. Για τη μείωση της παγκρεατικής εκκρίσεως, χορηγήθηκαν αναστολής των H<sub>2</sub> υποδοχέων του στομάχου, οι οποίοι συμβάλλουν στην ελάττωση της εκκρίσεως του παγκρεατικού υγρού, καθώς επίσης και αντιχολινεργικά φάρμακα. Αναστολέας των H<sub>2</sub> υποδοχέων του στομάχου ZANTAC 1X4, Αντιχολινεργικό, Πιρενζερπίνη.

Ουσία που αναστέλλει τα παγκρεατικά ένζυμα είναι η Απροτινίνη (TRASYLOL) η οποία και χορηγήθηκε. Για την αναπνευστική δυσχέρεια, χορηγήθηκε το βρογχοδιασταλτικό CHOLEDIL SIR 10cc X3.

Για τους εμέτους χορηγήθηκαν ενδοφλέβια διαλύματα DEXTROSE

5% 1000cc και RINGERLS 2000cc για την αποκατάσταση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών και το αντιεμετικό PRIMPERAN 1AMP.

Μετά από τρεις ημέρες 30-3-03 ο ασθενής παρουσίασε κάποια βελτίωση. Η ίδια αγωγή ακολουθήθηκε μέχρι τις 6-4-03, όπου ο ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο σε καλή γενική κατάσταση.

Η αγωγή η οποία τέθηκε και στο σπίτι για να την συνεχίσει ο άρρωστος, ήταν ZANTAC TABE 150 MG 1X2.

Ο άρρωστος ενημερώθηκε για την διαίτα που θα πρέπει να ακολουθήσει όπως επίσης και την απαγόρευση της αλκοόλης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πόνος. (Ο πόνος εμφανίζεται ξανά 2 ώρες μετά την χορήγηση της MEPERIDINE).</p>	<p>Ελάττωση του πόνου.</p> <p>Αναστολή της εκκρίσεως της παγκρεατικής λειτουργίας. Αναστολή της γαστρικής εκκρίσεως η οποία συμβάλλει στην ελάττωση της εκκρίσεως του παγκρεατικού υγρού με τη δέσμευση της σεκρετίνης από το δωδεκαδάκτυλο.</p>	<p>Χορήγηση παυσίπονων ναρκωτικών και σπασμολυτικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Προσπάθεια μείωσης δραστηριότητας των μυών της περιοχής γύρω από το όργανο που προσβλήθηκε.</p> <p>Μείωση της περιεκτικότητας τροφής που παίρνει ο άρρωστος σε λίπη. Χορήγηση αναστολέων των H<sub>2</sub> υποδοχέων του στομάχου, καθώς και χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων.</p> <p>Χορήγηση ουσιών που αναστέλλουν τα παγκρεατικά ένζυμα.</p>	<p>Χορήγηση MEPERIDINE I.M. Χορήγηση MORPHINE.</p> <p>Τοποθέτηση ασθενή σε ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι δηλ. ο ασθενής είναι καθισμένος στο κρεβάτι, έχει σκυμμένο το σώμα εμπρός ενώ συγχρόνως φέρει τους μηρούς στη κοιλιά.</p> <p>Εφαρμογή υπολιπούχης διαίτας που χορηγείται σε συχνά και μικρά γεύματα. Χορήγηση ZANTAC TABL 1X4. Χορήγηση Πιρεξερπίνης.</p> <p>Χορήγηση Απροτινίνης (TRASYLO 1)</p>	<p>Ελάττωση πόνου την 1<sup>η</sup> ώρα.</p> <p>Η έκκριση του παγκρεατικού υγρού και των ενζύμων μειώθηκε όπως επίσης και ο πόνος.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πόνος, αγωνία, ανησυχία.</p> <p>Αναπνευστική δυσχέρεια ατελεκτασία.</p>	<p>Μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης.</p> <p>Κάθαρση των βρόγχων από τα εκκρίματα. Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου, αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν συγκίνηση. Χορήγηση κατευναστικών σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Ενίσχυση του αρρώστου να βήχει προς αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων. Τοποθέτηση του αρρώστου σε βρογχική παροχευτική θέση.</p> <p>Χορήγηση βρογχοδιασταλτικού μετά από οδηγία του ιατρού.</p>	<p>Συχνή επαφή με τον άρρωστο και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης, όπου ο ασθενής θα συζητήσει προσωπικά θέματα.</p> <p>Χορήγηση βαρβιτουρικών μόνο ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικό. Συχνή αλλαγή θέσης. Ο άρρωστος κάθεται στο κρεβάτι με το κεφάλι σε κάμψη τους ώμους χαλαρωμένους και προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα. Στην αγκαλιά του αρρώστου τοποθέτηση μαξιλαριού για ανύψωση του διαφράγματος.</p> <p>Χορήγηση CHOLEOU 1X3.</p>	<p>Ο άρρωστος ηρέμησε και μειώθηκε η ένταση των φυσικών ενοχλημάτων.</p>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έμμετοι άφθονοι πριν από την εισαγωγή που συνεχίζονται και μετά την εισαγωγή και είναι βίαιοι.	Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών (θρεπτικό ισοζύγιο) και ηλεκτρολυτών.	<p>Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές και χρήση εισπνοών με ειδικό μηχανήμα.</p> <p>Παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.</p> <p>Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από τον έμμετο.</p> <p>Παρακολούθηση του χαρακτήρα των έμμετων.</p>	<p>Χορήγηση O<sub>2</sub> με μηχανήμα διαλείπουσας θετικής πίεσης (IPPB). Ετέθη ορός DEYXTROSE 5% 1000cc + RINGERLS 2000cc για την λήψη υγρών παρεντερικώς. Επίσης μπορεί να χορηγηθεί CA, 10-20 ML διαλύματος 10%.</p> <p>Παρακολουθήθηκε ο άρρωστος για σημεία αφυδάτωσης όπως αίσθημα δίψας, δέρμα και βλεννογόνα στεγνά, αίσθημα κόπωσης για την έγκαιρη διάγνωση διαταραχής ισοζυγίου υγρών. Έγινε σχολαστική φροντίδα στοματικής κοιλότητας του αρρώστου και έγινε αντισηψία στοματικής κοιλότητας για τη μείωση χλωρίδος και της κακοσμίας του στόματος.</p>	<p>Την επόμενη ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Οι έμμετοι ελαττώθηκαν αλλά δεν σταμάτησαν εντελώς.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έμμετοι.	<p>Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών θρεπτικό ισοζύγιο και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Ελάττωση της εκκριντικής δραστηριότητας του παγκρέατος και της οξύτητας του γαστρικού περιεχομένου.</p>	<p>Χορήγηση αντιεμετικών.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενή από τους έμμετους και τοποθέτηση σωλήνα LEVIN (με εντολή του ιατρού).</p> <p>Παρακολούθηση του σωλήνα LEVIN και διατήρηση της λειτουργίας του.</p> <p>Ακριβής μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανομένων υγρών.</p>	<p>PRIMPERAN I.M.</p> <p>Τοποθετήθηκε ο σωλήνας LEVIN και εφαρμόστηκε συνεχή ρινογαστρική αναρρόφηση.</p> <p>Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων μέσα από το σωλήνα LEVIN.</p> <p>Παρακολούθηση συχνά της λειτουργίας του σωλήνα και συχνή καθαριότητα της συσκευής.</p> <p>Καταγράφηκαν με ακρίβεια στο διάγραμμα του αρρώστου τα υγρά που παίρνει και που αποβάλλει κι ενημερώθηκε ο γιατρός σε περίπτωση διαταραχής του ισοζυγίου των υγρών. Ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.</p>	Οι έμμετοι σταμάτησαν με αποκατάσταση του θρεπτικού ανισοζυγίου των υγρών.

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Φθάνοντας, στο τέλος πρέπει να πούμε ότι είναι επιτακτική η ανάγκη να γνωρίζουμε, ως μελλοντικοί νοσηλευτές, για το παγκόσμιο πρόβλημα του πόνου και τις διαστάσεις του καθώς και για την αυξημένη ευθύνη που έχουμε ως προς τους πάσχοντες / αλγούντες αρρώστους.

Ο πόνος είναι συνυφασμένος με τη ζωή του ανθρώπου. Από τη μια πλευρά, είναι χρήσιμος γιατί προειδοποιεί για πιθανό κίνδυνο. Από την άλλη, χαρακτηρίζεται ως βασανιστικός διότι κάνει τον άρρωστο να υποφέρει και βλαβερός γιατί με τις δευτεροπαθείς επιπτώσεις του αυξάνει τη νοσηρότητα.

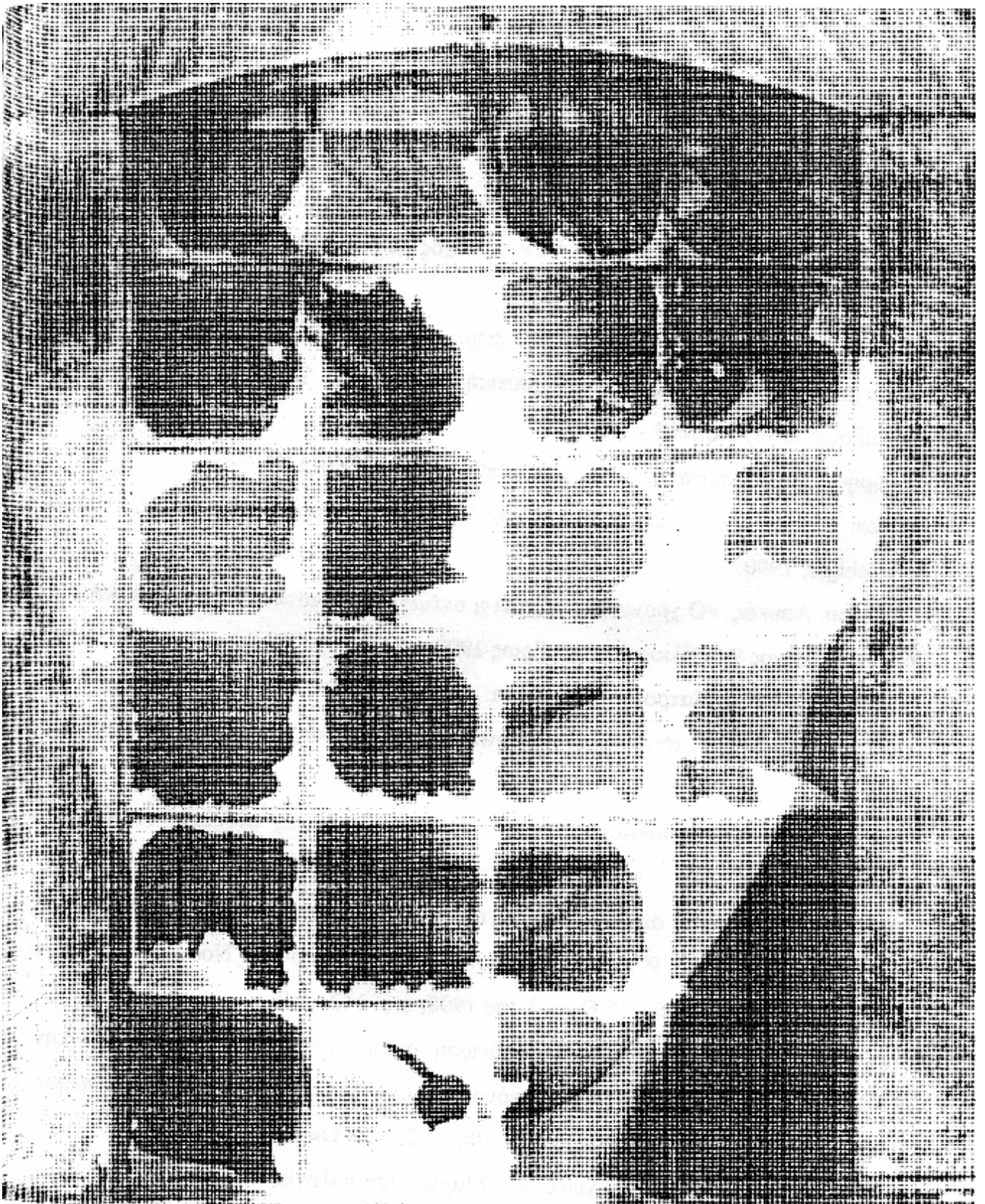
Ανεξάρτητα απ' το αίτιο πρόκλησης, ο πόνος επιδρά στον τρόπο ζωής, την κινητικότητα, τον ύπνο και τη δραστηριότητα του ασθενούς. Έχει σαν αποτέλεσμα τη φυσική και ψυχική καταπόνηση, την κοινωνική απομόνωση και την αυξημένη ζήτηση νοσοκομειακών κλινών. Ο Bonica στηριζόμενος σε στοιχεία από τις Η.Π.Α., υπολόγισε ότι το 30% του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών έχουν προβλήματα που σχετίζονται με χρόνιο πόνο. Στις Η.Π.Α. ετησίως 50.000.000 άτομα είναι μερικώς ή ολικώς ανάκανα για εργασία επί ημέρες ή μήνες ή μόνιμα, εξαιτίας χρόνιου πόνου.

Ενώ η επιστήμη και η τεχνολογία προσφέρουν προληπτικά πολλά μέσα καταστολής του, ο πόνος περισσεύει στους ανθρώπους. Είναι μοναδική εμπειρία, αποκλειστικά προσωπική η οποία δύσκολα βιώνεται από τους άλλους και μόνο οι συνέπειες της διαπιστώνονται. Αυτό συμβαίνει γιατί ο πόνος δεν κατανοείται μόνο με τη λογική και τη γνώση.

Στην Αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία, ο πόνος θεωρείται τιμωρία εκ μέρους των Θεών ενώ στο Χριστιανισμό θεωρείται παιδαγωγικό μέσο για

πνευματική αναστοιχείωση και τελειοποίηση του ανθρώπου «εις το μεταλαβείν της αγιότητος αυτού». (Εβρ. Ιβ' 10)<sup>19</sup>.

Η νοσηλευτική χρήζει ανάγκης εξοπλισμού με αυταπάρνηση, κατανόηση, υπομονή και αγάπη για να ανακουφίσει τον άνθρωπο που βρίσκεται στο κρεβάτι του πόνου.



*Εικόνα 13*

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αθανάτου, Κ. Ελευθερία. Κλινική νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές νοσηλείες.  
Αθήνα: Εκδόσεις Ζ, 1998.
2. Ακύρου, Β. Δήμητρα. «Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου: Μπορεί ο πόνος να μετρηθεί;». Νοσηλευτική, Τόμος 35. Τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1996, σ.σ. 91 - 99.
3. Ακύρου, Β. Δήμητρα. «Συστηματική περιγραφή του πόνου ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου». Νοσηλευτική, Τόμος 34. Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1995, σ.σ. 185 -196.
4. Αργύρης, Ι. και συνεργάτες. Βιολογία. Αθήνα: Εκδόσεις ΟΕΔΒ, 1992.
5. Bonica, J. John The management of pain: Volume 1,2. London: second edition Lea and Febiger, 1990.
6. Γεωργίου, Λουκάς. «Ο χρόνιος πόνος και η αντιμετώπισή του»  
Περιοδικό Αρεταίος,  
Τόμος Γ. Τεύχος 9, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1999, σ.σ. 28 -30.
7. Guyton, G. Arthur. Ιατρική Φυσιολογία: Τόμος Β. 8η έκδοση.  
Μετάφραση: Χατζημηνάς, Ι. και συνεργάτες. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, 1992.
8. Guyton, G. Arthur. Φυσιολογία του ανθρώπου. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 3<sup>η</sup> Έκδοση, 1984.
9. Ιωαννίδου, Μαρία και συνεργάτες. «Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος, Νοσηλευτική παρέμβαση». Πρακτικά: 90 Πανελλήνιο Συνέδριο Διπλωματούχων Νοσηλευτριών/τών Χειρουργείου. Αθήνα: 15 -17 Οκτωβρίου 1998, σ.σ. 142 -146.

10. Καλούτσα, Ζ. και συνεργάτες. «Οργάνωση αναισθησιολογικής ομάδας για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου». Πρακτικά: 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτριών/των Αναισθησιολογίας. Αθήνα: 22 - 24 Οκτωβρίου 1998.
11. Κανέλλος, Ευάγγελος και Λυμπέρη, Μαρία. Φυσιολογία II. Αθήνα: Εκδόσεις Λύχνος, Β' έκδοση, 1996.
12. Κουτσογιώτα, Ε. και Παπαδοπούλου, Δ.: «Αναλγησία». Πρακτικά: 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών/τριών Αναισθησιολογίας. Αθήνα: 22 - 24 Οκτωβρίου 1998.
13. Μαργαρίνου, Α. Μ. και Κωνσταντινίδου, Φ. Σ. «Νοσηλευτική: Παθολογική Χειρουργική». Τόμος Β. Μέρος Β. Αθήνα: Ταβιθά, 1984.
14. Μάτζιου, Β. και Κυρίτση, Ε. και συνεργάτες. «Αξιολόγηση της αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου των παιδιών στο σπίτι». Πρακτικά: 26<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Κέρκυρα: 25 - 27 Μαΐου 1999.
15. Μάτζιου, Β. «Ο πόνος του παιδιού - Νοσηλευτική αντιμετώπιση». Νοσηλευτική. Τόμος 32. Τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 1993, σ.σ. 84 -87.
16. Πατηράκη - Κουρμπάνη, Ε. «Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου αρρώστων με καρκίνο». Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσ/κης. Αθήνα 1995.
17. Πατηράκη -Κουρμπάνη, Ε. «Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση». Νοσηλευτική, Τόμος 37. Τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1998, σ.σ. 316 -325.
18. Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε. «Καρκινολογική Νοσηλευτική Υπεύθυνη, Νοσηλευτική ανταπόκριση στο κάλεσμα του ανθρώπου με

- καρκίνο που πονά». Πρακτικά: ΙΒ΄ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ. Αθήνα: 14 - 16 Μαΐου 1985.
19. Ραγιά, Αφροδίτη. «Πόνος και Νοσηλευτική: Ολιστική Προσέγγιση». Νοσηλευτική, Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1991, σ.σ. 242 - 250.
20. Ραγιά, Αφροδίτη. «Ψυχοκοινωνική Νοσηλευτική Αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα. Πρακτικά: Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής - Ημερίδα. Αθήνα 6 Φεβρουαρίου 1992. ΕΣΔΝΕ.
21. Σαχίνη, Άννα και Καρδάση, Μαρίας Πάνου. «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες». Τόμος 1<sup>ος</sup> Αθήνα: Εκδόσεις Β, 1997.
22. Στέφα, Μίχ. Καρδιολογική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Ζ, 1992.
23. Ταράτσα, Ε. «Οξύς μετεγχειρητικός πόνος και σύγχρονες απόψεις για την αντιμετώπισή του». Πρακτικά: 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών/τριών Αναισθησιολογίας. Αθήνα: 22 - 24 Οκτωβρίου 1998.
24. Τσιγάρα, Χ. «Πόνος και Νοσηλευτική Παρέμβαση». Πρακτικά: 18 ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο. Αθήνα: 14 - 16 Μαΐου 1991.
25. Τσόχας, Κων/νος. Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία Ι. Τόμος Α΄. Αθήνα: Εκδόσεις Λύχνος, 1996.
26. Φερτάκης, Αριστομένης και λοιποί συγγραφείς. Παθολογική Φυσιολογία. Τόμος Β. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ. Πασχαλίδη, 1991.



- 27.** Χατζηδουκάκης, Ν. «Πόνος, Μετεγχειρητικός -Χρόνιος, Σύγχρονη αντιμετώπιση του». Πρακτικά: 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Χαλκιδική: 18 – 19 Μαΐου 1993.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>
-----------------------------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ. 3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 8
1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΝΑΤΟΜΙΑ	σελ. 9
1.1. Νευρικό Σύστημα	σελ. 9
1.2. Νευρικό Σύστημα και Πόνος	σελ. 10
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	σελ. 16
3. ΤΥΠΟΙ ΠΟΝΟΥ	σελ. 17
3.1. Σύνδρομα Πόνων	σελ. 17
3.2. Είδη πόνου ανάλογα με την προέλευση	σελ. 18
3.3. Άλλα είδη πόνου	σελ. 19
4. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΠΟΝΟΥ	σελ. 22
5. ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	σελ. 23
6. ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	σελ. 25
7. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	σελ. 30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 36
1. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	σελ. 38
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	σελ. 41
2.1. Ανακούφιση από τον πόνο	σελ. 41
2.2. Νοσηλευτικές ενέργειες πρόληψης	σελ. 43
3. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΟΝΟ	σελ. 44

4. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ. 46
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	σελ. 48
5.1. Οι ασθενείς μας προτείνουν	σελ. 48
5.2. Φαρμακολογικές-μη φαρμακολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ. 51
5.2.1.1. Μη φαρμακολογικά μέσα	σελ. 51
5.2.1.2. Τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου από νοσηλευτή	σελ. 56
5.2.2. Φαρμακολογικά μέσα	σελ. 58
6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	σελ. 63
7. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΠΟΝΟΥ	σελ. 65
7.1. Εκτίμηση οξέος πόνου	σελ. 65
7.2. Εκτίμηση χρόνιου πόνου	σελ. 67
7.3. Διαφορές χρόνιου και οξέος πόνου	σελ. 71
8. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	σελ. 74
8.1. Σημεία ανακούφισης ασθενή	σελ. 74
8.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τον μετεγχειρητικό πόνο	σελ. 75
8.3. Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου	σελ. 76
8.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο μετεγχειρητικό πόνο	σελ. 77
9. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	σελ. 81
9.1. Εκτίμηση πόνου	σελ. 82
9.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του πόνου στο παιδί	σελ. 82
10. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	σελ. 85
10.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ. 85
11. ΣΤΗΘΑΓΧΗ	σελ. 88
11.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ. 88
12. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	σελ. 90

12.1. Συχνότητα εμφάνισης πόνου στον καρκίνο	σελ. 90	
12.2. Χρονιότητα του πόνου	σελ. 91	
12.3. Ανακούφιση του πόνου του αρρώστου	σελ. 93	
12.4. Αξιολόγηση του πόνου	σελ. 94	
12.5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ. 105	
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ		σελ. 109
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		σελ. 123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		σελ. 126