

# Προβλήματα και Εμπόδια στη Διαχείριση του Πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Γεώργιος Φιλιππάτος

## Pain Problems and Management in E.D.

Abstract at the end of the article

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο  
Ελευσίνας «Θριάσιο», Ελευσίνα

Γενικό Νοσοκομείο «Θριάσιο»,  
Ελευσίνα

Υποβλήθηκε: 13.6.2011  
Επανυποβλήθηκε: 14.11.2011  
Εγκρίθηκε: 22.12.2011

### Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Γεώργιος Φιλιππάτος  
Κοραή 34  
124 61 Χαϊδάρι  
Τηλ.: 210 53 21 732, 6977 783 941  
e-mail: gfilippatos81@yahoo.gr

**Εισαγωγή:** Ο πόνος αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία προσέλευσης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για το 78% των ασθενών. Η ανακούφισή του όμως προβάλλεται ανέφικτη μέσα από μια σειρά εμποδίων που σχετίζονται με το σύστημα υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς συνθέτοντας την επικρατούσα κατάσταση της υποθεραπείας του πόνου στα ΤΕΠ. **Σκοπός:** Ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στην υποθεραπεία του πόνου στα ΤΕΠ και η εστίαση στο βαθμό όπου οι πρακτικές και οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. **Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Medscape και Scopus για την περίοδο 2000–2010, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά και το συνδυασμό αυτών: “Pain management”, “pain management barriers”, “emergency department”, “nursing”, “oligoanalgesia”. **Αποτελέσματα:** Ο μεγάλος όγκος ασθενών, η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και η απουσία πολιτικής για τη διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ αναδεικνύονται από τους νοσηλευτές ως τα σημαντικότερα οργανωτικά προβλήματα στην αντιμετώπισή του. Το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην αναποτελεσματική διαχείριση του πόνου με την έλλειψη τεκμηριωμένης εκτίμησης, την υποεκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς και τις λανθασμένες πεποιθήσεις για την αναλγησία που πηγάζουν από την ανεπαρκή εκπαίδευση. Η άρνηση αναλγησίας και η αναζήτηση οπίου από τους ασθενείς στα ΤΕΠ προβάλλονται ως συναίτια του φαινομένου της ολιγοαναλγησίας. **Συμπεράσματα:** Ο τρόπος εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ δε βασίζεται σε έγκυρα εργαλεία εκτίμησης και πρωτόκολλα θεραπείας. Η αντιμετώπιση του πόνου βρίσκεται χαμηλά στη διαχειριστική κλίμακα του νοσηλευτικού προσωπικού και αξιολογείται μόνο ως ένδειξη που υποθάλπει μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ελλοχεύουσα παθολογία. Το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει τη μέγιστη κατά περίπτωση ανακούφιση δεν εξασφαλίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στο βαθμό που άπτεται των αρμοδιοτήτων του.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Διαχείριση πόνου, εμπόδια διαχείρισης πόνου, επείγουσα νοσηλευτική, ολιγοαναλγησία, ΤΕΠ

## Εισαγωγή

Ο πόνος αποτελεί την κινητήρια δύναμη για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) το νευραλγικό σημείο υποδοχής και επαφής των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας. Στα ΤΕΠ, η παρουσία του πόνου αναδεικνύεται ως η συνηθέστερη ενόχληση-σύμπτωμα για το 78% των ενηλίκων ασθενών με πόνο ποικίλης αιτιολογίας<sup>1,2</sup> και για >90% των επισκέψεων σε κέντρα τραύματος.<sup>3</sup> Οι μισές από τις 65 εκατομμύρια ετήσιες επισκέψεις με αναφορά πόνου στα ΤΕΠ των ΗΠΑ είναι μέτριας ή ισχυρής έντασης.<sup>4</sup>

Τα κύρια χαρακτηριστικά της επικρατούσας κατάστασης της διαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ είναι αφενός η υποεκτίμηση που εκφράζεται με την απόρριψη της αυτοαναφοράς του ασθενούς,<sup>5</sup> την ανεπαρκή αρχική τεκμηρίωση της έντασης πόνου κατά τη διαλογή και την περιορισμένη επανεκτίμηση κατά την έξοδο για αξιολόγηση της ανακούφισης του ασθενούς<sup>6</sup> και αφετέρου η περιορισμένη χρήση μεθόδων αναλγησίας που εκφράζεται με τον όρο «ολιγοαναλγησία»<sup>7</sup> και διαπιστώνεται από τα χαμηλά ποσοστά αναλγητικών, ιδιαίτερα οπιοειδών, την υποδοσολογία και τις αξιοσημείωτες καθυστερήσεις για τη χορήγηση αναλγησίας.<sup>8-10</sup>

Το αποτέλεσμα αυτής της μη αποτελεσματικής διαχείρισης είναι η υποθεραπεία του πόνου που στοιχειοθετείται από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών αποχωρεί με μέτριο ή ισχυρό πόνο,<sup>9</sup> ενώ οι μισοί ασθενείς δε βιώνουν κατά την έξοδο αλλαγή της έντασης του πόνου με τον οποίο προσήλθαν.<sup>2,11</sup> Η αποτυχία ελέγχου της έντασης του πόνου οδηγεί στη διατήρηση μέτριων επιπέδων έντασης πόνου 1–4 ημέρες μετά την έξοδο από τα ΤΕΠ και την παρεμπόδιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως επιστροφή στην εργασία και στις κοινωνικές εκδηλώσεις.<sup>12</sup>

## Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν ο προσδιορισμός των προβλημάτων και των εμποδίων που συμβάλλουν στην υποθεραπεία του πόνου στα ΤΕΠ, καθώς και η εστίαση στο βαθμό όπου οι πρακτικές και οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου.

## Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Medscape και Scopus για μελέτες

που διεξήχθησαν από το 2000–2010, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά και το συνδυασμό αυτών: “Pain management”, “pain management barriers”, “emergency department”, “nursing”, “oligoanalgesia”.

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν άρθρα που ερευνούσαν είτε τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, περιλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού είτε αξιολογούσαν τη συσχέτιση συγκεκριμένης κατηγορίας εμποδίων με τη διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ. Αντίθετα, εξαιρέθηκαν μελέτες που αφορούσαν σε (α) παιδιατρικούς ασθενείς, (β) πόνο ισχαιμικής αιτιολογίας, (γ) διαδικαστικό πόνο, (δ) εξειδικευμένες παθήσεις και (ε) δεν ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα.

## Αποτελέσματα

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την υποθεραπεία του πόνου διακρίνονται σε εμπόδια, τα οποία σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.<sup>13</sup>

### Εμπόδια σχετικά με το σύστημα

#### Υπερπληθυσμός

Η αθρόα προσέλευση ασθενών, η οποία υπερβαίνει την ικανότητα των ΤΕΠ για παροχή φροντίδας αποτελεί μια επείγουσα απειλή για τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας παγκόσμια.<sup>14</sup> Η υπερπληθυσμιακή κρίση είναι ιδιαίτερα αισθητή σε ασθενείς με πόνο, όπου η ευθύνη για επείγουσα αντιμετώπιση οξέως πασχόντων ασθενών τους κατατάσσει σε χαμηλής προτεραιότητας ασθενείς και τη διαχείριση του πόνου σε ελάσσονος σημασίας.

Η προτεραιότητα ταχείας διακίνησης των περιστατικών και έγκαιρης αναγνώρισης σημείων απειλητικών για τη ζωή του ασθενούς αποτελεί κυρίαρχο μέλημα της επείγουσας νοσηλευτικής. Γνωρίζοντας ότι οι ενέργειες και οι αποφάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διαλογή ενδέχεται να διακινδυνεύσουν τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, το καθήκον για τη φροντίδα οξέως πασχόντων ασθενών ανάγεται ως το κυρίαρχο εμπόδιο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στα ΤΕΠ.<sup>15</sup>

Ένα επιπρόσθετο εμπόδιο, το οποίο αναγνωρίζεται από τους νοσηλευτές των ΤΕΠ είναι η έλλειψη χρόνου για την εκτίμηση και τη θεραπεία του πόνου ως αποτέλεσμα του μεγάλου φόρτου εργασίας.<sup>16,17</sup> Στην προσπάθεια διαχείρισης του χρόνου οι νοσηλευτές προσηλώνονται στις αντικειμενικές παρατηρήσεις μιας ένδειξης, όπως η καρδιακή συχνότητα και όχι σε υποκειμενικές αυτοαξιολογήσεις όπως είναι ο πόνος.

Συνεπώς, η πληθυσμιακή αύξηση συσχετίστηκε με μικρότερη πιθανότητα τεκμηριωμένης εκτίμησης του πόνου και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι την εκτίμηση του πόνου,<sup>18</sup> με περισσότερο χρόνο για συνταγογράφηση και χορήγηση αναλγητικών<sup>19-21</sup> και με μικρότερη πιθανότητα χορήγησης αναλγητικών.<sup>22</sup>

### *Η διαχείριση του χρόνιου πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών*

Το ποσοστό των ασθενών με χρόνιο πόνο εξαιτίας του οποίου αναζητούν ιατρική βοήθεια στα ΤΕΠ είναι περίπου 13,7%, αν και οι τριπλάσιοι ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ αναφέρουν ενοχλήσεις πόνου διάρκειας  $\geq 3$  μηνών.<sup>23</sup>

Το ΤΕΠ δεν αποτελεί το βέλτιστο χώρο για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, αλλά λόγω έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ανεπαρκούς ανακούφισης ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών καταλήγει στα ΤΕΠ ως ύστατη λύση. Η ιατρική έκτακτης ανάγκης, όμως, στερείται μιας κοινής στρατηγικής για τη διαχείριση συνδρόμων χρόνιου πόνου, αν και μεμονωμένες προσπάθειες προσπαθούν να θέσουν τις βασικές αρχές.<sup>24</sup>

Σε διερεύνηση των εμποδίων διαχείρισης πόνου στα ΤΕΠ, η χαμηλή προτεραιότητα που δίνεται στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αποτελεί τη μόνη κοινή διαπίστωση μεταξύ των ιατρών, των νοσηλευτών και των ασθενών. Μικρότερης εμβέλειας προβλήματα που γίνονται αντιληπτά από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν η έλλειψη ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η έλλειψη χρόνου, η απουσία ασφάλισης, ο φόβος εθισμού και οι αναζητητές οπίου.<sup>25</sup>

Εξίσου ακατάλληλη είναι και η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στα ΤΕΠ σύμφωνα με το 85% των επαγγελματιών υγείας που περιέγραψαν πολλαπλά οργανωτικά εμπόδια όπως η ακαταλληλότητα του περιβάλλοντος των ΤΕΠ, η χαμηλή προτεραιότητα και η έλλειψη επικοινωνίας με το θεράποντα ιατρό. Ωστόσο, διαπιστώθηκε διαφορά ανάμεσα στις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας. Οι ιατροί θεωρούσαν ότι η ανακουφιστική φροντίδα δεν αποτελεί σκοπό των εκπαιδευόμενων στα ΤΕΠ ούτε η κύρια εστίαση στην εκπαίδευσή τους, με αποτέλεσμα να υφίστανται ματαιώση. Αντίθετα, οι νοσηλευτές πίστευαν ότι ήταν σύμφωνη με τους στόχους της επείγουσας νοσηλευτικής και η ενασχόλησή τους με τη φροντίδα τέτοιων ασθενών ήταν μια ηθικά αμειβόμενη εμπειρία.<sup>26</sup>

### *Η περιορισμένη εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών*

Η ύπαρξη οργανισμών, όπως η Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης του Οργανισμού Υγειονομικής Περιθαλψης,

που εκδίδουν γενικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του πόνου είναι απίθανο να τροποποιήσουν την υπάρχουσα κατάσταση, καθώς δεν υιοθετούνται απαραίτητα από όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα ή εφαρμόζονται χωρίς αξιολόγηση της αληθινής ποιότητας των υπηρεσιών διαχείρισης πόνου.<sup>27</sup>

Σε έρευνες που αξιολογούσαν τη διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ πριν και μετά από τη δημοσίευση των οδηγιών διαπιστώθηκε αύξηση στα ποσοστά εκτίμησης και χορήγησης αναλγησίας, αλλά παρά τη βελτίωση το πρόβλημα της υποθεραπείας του πόνου παρέμενε.<sup>9,28,29</sup> Επίσης, η επιρροή που είχαν οι εν λόγω οδηγίες στις πρακτικές διαχείρισης του πόνου παραμένει αδιευκρίνιστη, καθώς οι διαφορές στη διαχείριση του πόνου αποδίδονται σε πολλαπλούς δομικούς και ατομικούς παράγοντες.<sup>28,29</sup>

Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών από το Βρετανικό Σύλλογο Επείγουσας Ιατρικής που περιελάμβαναν χρονικό προσδιορισμό για την κατάλληλη χορήγηση αναλγησίας σε ασθενείς με πόνο τύγχαναν εφαρμογής μόνο στο 32% των ασθενών που προσήλθαν σε ΤΕΠ της χώρας.<sup>30</sup>

Οι κατευθυντήριες οδηγίες εμφανίζονται ικανές στην καλύτερη περίπτωση να παρέχουν ένα πλαίσιο γύρω από το οποίο μπορούν να δομηθούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις για τον πόνο. Όμως, η μέχρι σήμερα πρακτική δείχνει ότι είναι κακώς χρησιμοποιούμενες και ελάχιστα αποτελεσματικές στην κλινική πρακτική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η βελτίωση της διαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ να είναι μια αργή διαδικασία.<sup>31</sup>

### **Εμπόδια σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό**

#### *Γνωστικά ελλείμματα νοσηλευτικού προσωπικού*

Η έλλειψη γνώσεων προβάλλεται ως η γενεσιουργός αιτία της υποθεραπείας του πόνου στα ΤΕΠ. Η βασική γνώση που αποκτήθηκε σε προπτυχιακό επίπεδο δεν είναι επαρκής, ενώ στο εργασιακό περιβάλλον η εκπαίδευση στηρίζεται στο προσωπικό και στο επαγγελματικό ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού και όχι σε οργανωμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Σε διερεύνηση των αρχών διαχείρισης πόνου στα μέλη του συνδέσμου επείγουσας νοσηλευτικής του Illinois διαπιστώθηκαν ανεπαρκείς γνώσεις σε δύο κατηγορίες ερωτήσεων. Η πρώτη περιελάμβανε τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, όπου οι νοσηλευτές αγνοούσαν τις ενδείξεις, τις δόσεις και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων και η δεύτερη τον προσδιορισμό των όρων «φυσική εξάρτηση», «εθισμός» και «ανοχή», όπου

η παρανόηση των εννοιών συμβάλλει στην υποθεραπεία του πόνου.<sup>16</sup>

Τα ίδια γνωστικά ελλείμματα της άγνοιας σχετικά με τη φαρμακολογία του πόνου και του υπέρμετρου φόβου για την αναπνευστική καταστολή και την εξάρτηση διαπιστώθηκαν και σε νοσηλευτές ΤΕΠ από στρωματοποιημένο δείγμα εννέα νοσοκομείων της Ταϊwan. Το διαφορετικό ποσοστό των σωστών απαντήσεων σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα (49,2% έναντι 74%) αποδίδεται στη διαφορετική δομή των εκπαιδευτικών συστημάτων των δύο χωρών.<sup>15</sup>

Η μέτρια επίδοση στην αξιολόγηση των γνώσεων διαχείρισης του πόνου με ποσοστό 61% διαπιστώθηκε και σε νοσηλευτές οξείας φροντίδας ενός νοσοκομείου του Sydney. Η ομάδα των ερωτήσεων σχετικά με τη φαρμακολογική διαχείριση του πόνου είχε τη χαμηλότερη επίδοση, με συχνότητα σωστών απαντήσεων μία στις δύο ερωτήσεις.<sup>32</sup>

#### *Ανεπαρκής εκτίμηση της έντασης του πόνου*

Η εστίαση στην ένταση του πόνου αποτελεί την πλέον εμφανή και προεξέχουσα διάστασή του και ταυτόχρονα την πλέον εύχρηστη μέτρηση που είναι σημαντικό να αξιολογείται και να καταγράφεται στα ΤΕΠ.<sup>33</sup>

Αντίθετα, η συνήθης πρακτική για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η καταγραφή του συμπτώματος του πόνου, συνοδευόμενο στην καλύτερη περίπτωση με χρονική και ανατομική περιγραφή. Επίσης, η περιορισμένη χρήση κλιμάκων πόνου επηρεάζει και την αξιολόγηση της ανακούφισης του ασθενούς με ανεπαρκή επανεκτίμηση κατά την έξοδο από τα ΤΕΠ.<sup>34,35</sup>

Η χρήση κάθε είδους κλιμάκων πόνου είναι πραγματικά απύσαστα από τις νοσηλευτικές σημειώσεις για ελάσσονος σημασίας, μη επείγοντα πόνο στο χώρο ταχείας διέλευσης ενός κέντρου τραύματος, όπου οι νοσηλευτές αρκούσαν στην ακρόαση της περιγραφής του πόνου από τον ασθενή, ενώ η επανεκτίμηση γινόταν μόνο κατόπιν παραπόνων του.<sup>36</sup> Η μη διαβεβαίωση, όμως, ότι η ανακούφιση χορηγήθηκε στους ασθενείς με τις επακόλουθες επιβεβλημένες εκτιμήσεις θεωρείται ηθικά απαράδεκτη και παραβίαση του νοσηλευτικού καθήκοντος.<sup>37</sup>

Παρά το γεγονός ότι ο πόνος εξακριβώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στο 70% των ασθενών που προσήλθαν με πόνο στα ΤΕΠ, εντούτοις η αξιολόγησή του καταγράφηκε μόλις στο 23% των διαγραμμάτων των ασθενών, αποδεικνύοντας την απουσία ενδιαφέροντος για την αντιμετώπιση του πόνου.<sup>2</sup> Η απουσία οποιασδήποτε σημείωσης για το εάν ο ασθενής βιώνει πόνο ή όχι κατά

την προσέλευσή του στα ΤΕΠ διαπιστώνεται στο 50% των ιστορικών.<sup>10</sup>

#### *Υποεκτίμηση από το νοσηλευτικό προσωπικό*

Αν και την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο αξιολόγησης του πόνου στα ΤΕΠ αποτελεί η αυτοαναφορά του ασθενούς, εντούτοις παρατηρείται μη αποδοχή των αποτελεσμάτων έντασης του πόνου από το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο συστηματικά αξιολογεί χαμηλότερα την ένταση του πόνου του ασθενούς.

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης του μεγέθους του χάσματος που υπάρχει στην εκτίμηση της έντασης του πόνου ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους ασθενείς, διαπιστώθηκε αξιοσημείωτη διαφορά, με τους νοσηλευτές να αξιολογούν με μέση τιμή 5,1 τον πόνο των ασθενών έναντι 7,5 που έκριναν οι ίδιοι οι ασθενείς ότι βίωναν κατά τη διαλογή. Ακόμη χαμηλότερη ήταν η εκτίμηση των νοσηλευτών, όπου αξιολόγησαν την ένταση του πόνου των ασθενών τους με 4,2 ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς αισθάνθηκαν ελαφρώς μεγαλύτερο πόνο, με τιμή 7,7 σύμφωνα με την αριθμητική αναλογική κλίμακα κατά τη διάρκεια της εξέτασής τους στα αντίστοιχα ανά ειδικότητα ιατρεία.<sup>38</sup>

Σε παρόμοια προσπάθεια, με την ίδια ακριβώς μεθοδολογία, οι νοσηλευτές προσδιόρισαν στο 5,2 την ένταση του πόνου του ασθενούς σε σχέση με το 6,45 που αξιολόγησαν οι ίδιοι οι ασθενείς τον πόνο τους κατά την προσέλευσή τους στα ΤΕΠ. Το χάσμα μεταξύ των εκτιμήσεων διαπιστώθηκε και όταν πραγματοποιήθηκε σύγκριση με βάση την κατηγορία του πόνου (ήπιος, μέτριος, ισχυρός) όπου μόλις το 54,7% των νοσηλευτών εκτίμησε τον πόνο του ασθενούς τους στην ίδια κατηγορία με αυτόν.<sup>39</sup>

Η απόκλιση ανάμεσα στην αυτοαναφορά του ασθενούς με μυοσκελετικούς τραυματισμούς και την ετεροαξιολόγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, με μέση διαφορά 1,91 mm και η ασυμφωνία στις μετρήσεις τόσο με την αριθμητική κλίμακα κατά 1,6 όσο και με την αναλογική κλίμακα κατά 15 mm σε ασθενείς με πόνο που προσέρχονται στα ΤΕΠ οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανεπάρκεια της θεραπείας είναι πιθανό αποτέλεσμα της κακής βαθμολόγησης.<sup>34,40</sup>

#### *Λανθασμένες αντιλήψεις*

#### **Η χορήγηση αναλγησίας εμποδίζει τη διάγνωση**

Η διαγνωστική αβεβαιότητα φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο στην παροχή ανακούφισης από τον πόνο στον ασθενή, η ένταση του οποίου χρησιμοποιείται ως δείκτης επιδείνωσης ή βελτίωσης της κατάστασής του. Η πλέον

αντιπροσωπευτική κατηγορία ασθενών που υφίσταται αυτή την αντίληψη είναι οι πάσχοντες από κοιλιακό άλγος, αν και τα ευρήματα δε δικαιολογούν αυτή την πρακτική.<sup>41</sup>

Σε διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για τη διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ των ΗΠΑ, η ανικανότητα να χορηγήσουν αναλγητικό μέχρι να τεθεί η διάγνωση αναδεικνύεται ως το μείζον εμπόδιο.<sup>16,17</sup> Σε χαμηλότερη θέση, στον κατάλογο των εμποδίων ταξινομήθηκε αυτή η νοοτροπία από νοσηλευτές ΤΕΠ της Taiwan, με το 21,3% των ερωτηθέντων να θεωρούν ότι πάντα ή σχεδόν πάντα αρνούνται να δώσουν ανακούφιση στον ασθενή σε απουσία διάγνωσης.<sup>15</sup>

Το γεγονός ότι ο εντοπισμένος πόνος βοηθά στη διάγνωση ήταν ο κύριος λόγος για τη στέρηση αναλγησίας στα ΤΕΠ σύμφωνα με το νοσηλευτικό προσωπικό,<sup>42</sup> ενώ μόνο ένας στους 3 νοσηλευτές ενός βελγικού νοσοκομείου είχε θετική στάση στη χρήση μορφίνης κατά τη διαγνωστική φάση του οξέος πόνου.<sup>43</sup>

## Οπιοφοβία

Η απροθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να χορηγήσει αναλγησία με οπιοειδή αναγνωρίζεται ως ένα από τα εμπόδια διαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ. Ο φόβος για τον ιατρογενή εθισμό έχει τροφοδοτηθεί από την παρανόηση των συμπεριφορών ασθενών με ανεπαρκή ανακούφιση πόνου, οι οποίες είναι αποτέλεσμα είτε της ακατάλληλης αναλγησίας είτε της φυσιολογικής εξάρτησης και της ανοχής στα οπιοειδή.<sup>44</sup>

Η σχετική προκατάληψη εκφράστηκε με τον όρο «οπιοφοβία» και διαπιστώθηκε στο 67% των νοσηλευτών, οι οποίοι παραδέχθηκαν ότι είχαν φόβους σχετικά με τη χορήγηση μορφίνης σε ασθενείς με πόνο που προσέρχονται στα ΤΕΠ.<sup>45</sup>

Σε πιο διεξοδική ανάλυση των εμποδίων διαχείρισης του χρόνιου πόνου στα ΤΕΠ, το νοσηλευτικό προσωπικό πρόεβαλε μια σειρά από ανησυχίες σχετικά με τη φυσική εξάρτηση, τον εθισμό, την παρεκτροπή, την αναποτελεσματικότητα και το στιγματισμό από τη χορήγηση οπιοειδών, σε συνδυασμό με το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών από τους αναζητητές οπίου.<sup>26</sup>

## Σχετικά με τον ασθενή

### Απροθυμία λήψης αναλγητικού

Στο φαινόμενο της ολιγοαναλγησίας συμβάλλουν επιπλέον οι προσωπικές απόψεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τον πόνο και τη διαχείρισή του. Η διαπίστωση ότι οι μισοί ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ

δεν επιθυμούσαν τη χορήγηση αναλγησίας, ανέδειξε την αναγκαιότητα να ζητείται η γνώμη των ασθενών για το εάν επιθυμούν ή όχι αναλγησία, άσχετα με την ένταση του πόνου στη διαλογή.<sup>46</sup> Η κύρια αιτία άρνησης αναλγησίας ήταν η εστίαση του ασθενούς στον προσδιορισμό και στη διαχείριση της υποκείμενης αιτίας του πόνου καθώς οι ασθενείς με θωρακικό και κοιλιακό άλγος ήταν λιγότερο πιθανό να επιθυμούν αναλγησία σε σχέση με τους ασθενείς που προσέρχονταν για μυοσκελετικούς πόνους.<sup>46,47</sup>

Σε διερεύνηση των πεποιθήσεων που επηρεάζουν τη διαχείριση του πόνου σε γενικό πληθυσμό της Ισλανδίας, τα εμπόδια ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: η πρώτη αναφερόταν στο φόβο για τις συνέπειες των φαρμάκων, η δεύτερη στην ανησυχία για την προσήλωση της επικοινωνίας στον πόνο που αποπροσανατολίζει από την αιτία και η τελευταία στη μοιρολατρική στάση απέναντι στον πόνο.<sup>48</sup>

Ενδεικτικό των λανθασμένων αντιλήψεων είναι ότι η αναγγελία χορήγησης ισχυρών οπιοειδών αντηχούσε φρικιαστική, συμβόλιζε το τέλος της διαδρομής και ανέδιδε μνήμες ασθενών τελικού σταδίου σε άτομα με χρόνια, μη καρκινικό πόνο. Εξίσου και ο φόβος για εθισμό αποτρέπει τη λήψη τους μέχρι να φθάσουν σε σημείο αφόρητου πόνου, όπου υπερίσχυαν τα οφέλη της χορήγησης οπιοειδών αφού οι ασθενείς ήταν πρόθυμοι να δοκιμάσουν τα πάντα.<sup>49</sup>

## Κατάχρηση ουσιών και αναζητητές οπίου

Το ποσοστό εμφάνισης ασθενών εξαιτίας κατάχρησης ουσιών στα ΤΕΠ ενός γενικού νοσοκομείου του Καναδά ανερχόταν στο 11,6%, ενώ με ετήσιες επισκέψεις που υπερβαίνουν τα 14 εκατομμύρια στα ΤΕΠ της Αγγλίας υπολογίζεται ότι η κατάχρηση ουσιών συμβάλλει άμεσα ή έμμεσα σε ένα εκατομμύριο επισκέψεις και 400.000 επείγουσες εισαγωγές στα νοσοκομεία της χώρας κάθε έτος.<sup>50,51</sup>

Η διαχείριση του πόνου σε αυτή την κατηγορία ασθενών σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας είναι προβληματική είτε λόγω της συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα και αγένεια, είτε λόγω της αδυναμίας παροχής πληροφοριών και της συμμόρφωσης στις ιατρικές υποδείξεις. Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα που επικαλούνταν το προσωπικό ήταν ότι οι χειρισμοί από την πλευρά των ασθενών που αναζητούσαν οπιοειδή, όπως η παραποίηση ή η απόκρυψη γεγονότων, η εκλογίκευση των πράξεών τους και η επιστράτευση του συναισθήματος επηρέαζαν αρνητικά τη θεραπευτική τους σχέση.<sup>52</sup>

Η νοσηλευτική αξιολόγηση συμπεριφορών τέτοιων ασθενών ανέδειξε ότι η αναζήτηση οπίου σε διαφορετι-

κά ΤΕΠ ή σε ένα συγκεκριμένο, οι ανακόλουθες ιστορίες για τον πόνο και το ιατρικό ιστορικό τους, καθώς και η ευφάνταστη περιγραφή απώλειας ή κλοπής συνταγής οπίου είναι περισσότερο διαδεδομένες σε σχέση με την αναφορά της ονομασίας και της δόσης του οπίου που προτιμούν ή την απροθυμία χορήγησης άλλων φαρμάκων. Ο όρος «αναζητητής οπίου» έχει αρνητική σημασία για το 82,4% των νοσηλευτών ενώ συσχετίζεται περισσότερο με την κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων και τον εθισμό και λιγότερο με τον αφόρητο ή τον αθεράπευτο πόνο.<sup>53</sup>

Όλα αυτά τα προσωνύμια που συνοδεύουν τους «αναζητητές οπιοειδών» όπως «παραπονητές συμπτωμάτων», «εκμεταλλευτές» και «συχνά περιφέροντες» στα ΤΕΠ προδιαθέτουν αρνητικά τη θεραπεία τέτοιων ασθενών, όπου ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα που επικαλούνται κατά την προσέλευσή τους και η καλύτερη δικαιολογία των επαγγελματιών υγείας για στέρηση κατάλληλης αναλγησίας και ανεπαρκή ανακούφιση των ασθενών με πόνο. Ωστόσο, είναι ηθικά απαράδεκτη η άρνηση θεραπείας σε ασθενή με πόνο εξαιτίας του φόβου ή της προκατάληψης χορήγησης ενός περιττού φαρμάκου.<sup>54</sup>

## Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει μια πλειάδα εμποδίων, τα οποία επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ και γίνονται αντιληπτά από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η εξασφάλιση της ζωής του ατόμου προβάλλεται ως το κύριο μέλημα της επείγουσας νοσηλευτικής. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο πόνος λαμβάνεται υπόψη και αποκτά σημασία μόνο ως κριτήριο άμεσης απειλής της υγείας του ατόμου που επιβεβαιώνεται με κλινικά

και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ υποεκτιμάται όταν δεν προσδιορίζεται από την επιστημονική κατάρτιση ή τις προσωπικές αξίες και τις πεποιθήσεις των νοσηλευτών.

Η αντιμετώπιση του πόνου μέσω της κατανόησης της βίωσής του από τον ασθενή, της ενσυναίσθησης και του παρηγορητικού λόγου εκπληρώνει τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα του νοσηλευτικού επαγγέλματος και εκπίπτει του επιστημονικά τεκμηριωμένου ρόλου του με τη χρήση έγκυρων εργαλείων εκτίμησης που αποτελούν κώδικα επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, κατευθύνουν τις ενέργειες ανακούφισης του πόνου και τις αξιολογούν.

Οι νοσηλευτές αποτελούν τον κύριο δέκτη των παρπόνων πόνου, της αποτελεσματικότητας ή όχι μιας παρέμβασης και το συνδεδεμένο κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στις αυτοαναφορές του ασθενούς για το μέγεθος της έντασης του πόνου του, μειώνει τον ενεργό του ρόλο στη θεραπευτική ομάδα και συμβάλλει στην υποθεραπεία του.

Η αναγνώριση των εμποδίων είναι επιτακτική για τη λήψη μέτρων που θα εξασφαλίζουν το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει τη μέγιστη κατά περίπτωση ανακούφιση από τον πόνο. Ανάμεσα στα μέτρα που έχουν προταθεί με αφετηρία την εκπαίδευση είναι η ενσωμάτωση μιας κλίμακας πόνου μαζί με τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία και η εφαρμογή πρωτοκόλλων διαχείρισης του πόνου, οι δημιουργοί των οποίων τάσσονται υπέρ της νοσηλευτικής ευθύνης για την εκτίμηση και τη θεραπεία του πόνου στα ΤΕΠ. Η νέα προοπτική που ανοίγεται στους νοσηλευτές των ΤΕΠ είναι η αυτόνομη εφαρμογή πρωτοκόλλων διαχείρισης πόνου, τα οποία προάγουν τη σπουδαιότητα της διαχείρισης του πόνου κατά τη διαλογή των ασθενών.

---

## ABSTRACT

### Problems and Barriers in Pain Management in the Emergency Department

George Filippatos

*MSC, RN, "Thriassio" General Hospital of Elefsina, Greece*

**Background:** Pain is the most common reason for attending the emergency department (ED), being reported by 78% of patients. Pain relief is often not feasible because of a number of barriers related to the health care system, the health care providers and the patients themselves, giving rise to a prevailing situation of undertreatment of pain (oligoanalgesia) in the ED. **Aim:** To determine the factors that contribute to undertreatment of pain in the ED, and to identify barriers to pain management as perceived by emergency care nurses. **Method:** A literature search was made with the help of the electronic databases of Medline, Medscape and Scopus for the years 2000 to 2010, using the key-words: "Pain management", "pain management barriers", "emergency department", "nursing", "oligoanalgesia". **Results:** ED overcrowding, lack of primary health care and absence of a pain management policy in the ED appeared to be the most important organizational problems reported by nursing staff in regard to pain treatment. The nursing staff contributes to the inadequacy of pain management, with lack of documented

assessment, underassessment of pain intensity and erroneous attitudes towards analgesia, due to insufficient education in this area. Patient refusal of analgesia and demand for narcotics also appear to be causes of oligoanalgesia. **Conclusions:** Pain assessment and treatment in the ED are not based on valid tools of estimation and treatment protocols. Pain management is low on the administrative scale of nursing staff and pain is evaluated only as a clue to potentially life-threatening pathology. The rights of patients to receive better pain relief are not ensured by nursing personnel, resulting in inadequate management of pain in the ED. *NOSILEFTIKI* 2012, 51 (1): 18–25.

**Key-words:** barriers, emergency department, emergency nursing, oligoanalgesia, pain management

✉ **Corresponding Author:** George Filippatos, 34 Korai street, GR-124 61 Chaidari, Greece, tel.: +30 210 53 21 732, +30 6977 783 941, e-mail: gfilippatos81@yahoo.gr

## Βιβλιογραφία

- Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002, 20:165–169
- Karwowski-Soulié F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O et al. Pain in an emergency department: An audit. *Eur J Emerg Med* 2006, 13:218–224
- Berben SA, Meijs TH, van Dongen RT, van Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury* 2008, 39:578–585
- Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report* 2008, 6:1–38
- Puntillo K, Neighbor M, Chan GK, Garbez R. The influence of chief complaint on opioid use in the emergency department. *J Opioid Manag* 2006, 2:228–235
- Motov SM, Khan AN. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2008, 2:5–11
- Calil AM, Pimenta CA, Biorolini D. The “oligoanalgesia problem” in the emergency care. *Clinics (Sao Paulo)* 2007, 62:591–598
- Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *CJEM* 2002, 4:252–256
- Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht ED, Homel P et al. Pain in the emergency department: Results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007, 8:460–466
- Lewén H, Gardulf A, Nilsson J. Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scand J Caring Sci* 2010, 24:764–771
- Johnston CC, Gagnon AJ, Pepler CJ, Bourgault P. Pain in the emergency department with one-week follow-up of pain resolution. *Pain Res Manag* 2005, 10:67–70
- Garbez RO, Chan GK, Neighbor M, Puntillo K. Pain after discharge: A pilot study of factors associated with pain management and functional status. *J Emerg Nurs* 2006, 32:288–293
- Duignan M, Dunn V. Barriers to pain management in emergency departments. *Emerg Nurse* 2008, 15:30–34
- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: An emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003, 20:402–405
- Tsai FC, Tsai YF, Chien CC, Lin CC. Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007, 16:2088–2095
- Tanabe P, Buschmann M. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *J Emerg Nurs* 2000, 26:299–305
- Duignan M, Dunn V. Perceived barriers to pain management. *Emerg Nurse* 2009, 16:31–35
- Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006, 54:270–275
- Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med* 2008, 15:1248–1255
- Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Acad Emerg Med* 2009, 16:603–608
- Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Acad Emerg Med* 2010, 17:276–283
- Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008, 51:1–5
- Bernard AM, Wright SW. Chronic pain in the ED. *Am J Emerg Med* 2004, 22:444–447
- Baker K. Chronic pain syndromes in the emergency department: Identifying guidelines for management. *Emerg Med Australas* 2005, 17:57–64
- Wilsey BL, Fishman SM, Ogden C, Tsodikov A, Bertakis KD. Chronic pain management in the emergency department: A survey of attitudes and beliefs. *Pain Med* 2008, 9:1073–1080
- Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Farrow L et al. Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2009, 54:86–93
- Gallagher RM. Physician variability in pain management: Are the JCAHO standards enough? *Pain Med* 2003, 4:1–3
- Herr K, Titrer M. Acute pain assessment and pharmacological

- management practices for the older adult with a hip fracture: Review of ED trends. *J Emerg Nurs* 2009, 35:312–320
29. Ritsema TS, Kelen GD, Pronovost PJ, Pham JC. The national trend in quality of emergency department pain management for long bone fractures. *Acad Emerg Med* 2007, 14:163–169
  30. Grant PS. Analgesia delivery in the ED. *Am J Emerg Med* 2006, 24:806–809
  31. Ducharme J. Clinical guidelines and policies: Can they improve emergency department pain management? *J Law Med Ethics* 2005, 33:783–790
  32. Jastzab G, Fairbrother G, Kerr S, McInerney M. Profiling the “pain aware” nurse: Acute care nurses’ attitudes and knowledge concerning adult pain management. *Aust J Adv Nurs* 2003, 21:27–33
  33. Noble B, Clark D, Meldrum M, ten Have H, Seymour J, Winslow M et al. The measurement of pain, 1945–2000. *J Pain Symptom Manage* 2005, 29:14–21
  34. Guru V, Dubinsky I. The patient vs caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med* 2000, 18:7–12
  35. Eder SC, Sloan EP, Todd K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *Am J Emerg Med* 2003, 21:253–257
  36. Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *J Emerg Nurs* 2001, 27:327–334
  37. Teanby S. A literature review into pain assessment at triage in accident and emergency departments. *Accid Emerg Nurs* 2003, 11:12–17
  38. Puntillo K, Neighbor M, O’Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients’ pain. *Pain Manag Nurs* 2003, 4:171–175
  39. Daignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *Int Emerg Nurs* 2008, 16:23–28
  40. Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: A challenge. *Int J Qual Health Care* 2005, 17:173–176
  41. Pasero C. Pain in the emergency department. *Am J Nurs* 2003, 103:73–74
  42. Zohar Z, Eitan A, Halperin P, Stoloro J, Hadid S, Shemer J et al. Pain relief in major trauma patients: An Israeli perspective. *J Trauma* 2001, 51:767–772
  43. Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses’ attitudes toward pain treatment with opioids: A survey in a Belgian university hospital. *Int J Nurs Stud* 2004, 41:183–189
  44. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004, 43:494–503
  45. Rampanjato RM, Florence M, Patrick NC, Finucane BT. Factors influencing pain management by nurses in emergency departments in Central Africa. *Emerg Med J* 2007, 24:475–476
  46. Singer AJ, Garra G, Chohan JK, Dalmedo C, Thode HC Jr. Triage pain scores and the desire for and use of analgesics. *Ann Emerg Med* 2008, 52:689–695
  47. Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2006, 32:281–287
  48. Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Icelandic Barriers Questionnaire II. *J Pain Symptom Manage* 2005, 29:273–285
  49. Blake S, Ruel B, Seamark C, Seamark D. Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: A patient-initiated study. *Br J Gen Pract* 2007, 57:101–108
  50. Brubacher JR, Mabie A, Ngo M, Abu-Laban RB, Buchanan J, Shenton T et al. Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. *CJEM* 2008, 10:198–204
  51. Binks S, Hoskins R, Salmon D, Bengler J. Prevalence and health-care burden of illegal drug use among emergency department patients. *Emerg Med J* 2005, 22:872–873
  52. Hoskins R, Salmon D, Binks S, Moody H, Bengler J. A study exploring drug use and management of patients presenting to an inner city emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2005, 13:147–153
  53. McCaffery M, Grimm MA, Pasero C, Ferrell B, Uman GC. On the meaning of “drug seeking”. *Pain Manag Nurs* 2005, 6:122–136
  54. Millard WB. Grounding frequent flyers, not abandoning them: Drug seekers in the ED. *Ann Emerg Med* 2007, 49:481–486