

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

«Σ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ»
ΕΣΔΝΕ

32, Τεύχος 4
– Δεκ. 1993

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Η εμπειρία και ο χειρισμός του stress κατά την άσκηση της νοσηλευτικής
2. Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας: Παλαιά και νέα πρόκληση
3. Αξιολόγηση του θωρακικού πόνου: Νοσηλευτική προσέγγιση
4. Σήμερα: Σπουδαστές νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Αύριο: Επαγγελματίες νοσηλευτές στο χώρο της υγείας;
5. Η μερική νοσηλεία στην ψυχιατρική περίθαλψη
6. Ο καρκίνος ως ενότητα στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση
7. Υγεία και γηρατειά
8. Περιεχόμενα έτους

CONTENTS

1. *Stress and coping in nursing practice*
2. *Quality assurance: an old and new challenge*
3. *Assessment of chest pain: A nursing approach*
4. *Today: Nursing students at the T.E.I. of Athens. Tomorrow: Professional nurses in health environment*
5. *Partial hospitalization in psychiatric care*
6. *Cancer as a unity at the basic nursing education*
7. *Health in Old Age*
8. *Contents of the year 1993*

NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 32, No 4
– December 1993

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου - Δημοπούλου
Ε. Γουλιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοδεσία - Σχεδιασμοί
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗ Ο.Ε.

Κεντρικό : Χαριλάου Τρικούπη 73, Αθήνα, Τηλ. 36 14 741
Εργοστάσιο : Σουλίου 10, Άγ. Δημήτριος, Τηλ. 99 42 382
Βιβλιοπωλείο : Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλέφ. 77 98 654

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές ... | 2500 δρχ. |
| Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες .. | 4500 δρχ. |
| Εξωτερικού | 40 \$ |
| Τιμή τεύχους | 750 δρχ. |
| Τιμή τευχών 1990, 1991 | 600 δρχ. |
| » » 1985 - 1989 | 500 δρχ. |
| Παλαιότερα τεύχη | 400 δρχ. |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----|
| 1. Η εμπειρία και ο χειρισμός του stress κατά την άσκηση της νοσηλευτικής | 181 |
| Α.Χ. Ραγιά | |
| 2. Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας: Παλαιά και νέα πρόκληση | 189 |
| Χ.Δ. Πλατή | |
| 3. Αξιολόγηση του θωρακικού πόνου: Νοσηλευτική προσέγγιση | 197 |
| Δ.Β. Ακύρου | |
| 4. Σήμερα: Σπουδαστές νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Αύριο: Επαγγελματίες νοσηλευτές στο χώρο της υγείας; | 204 |
| Γ. Φασόη, Μ. Κελέση, Α. Καυγά, Μ. Σαουνάτσου | |
| 5. Η μερική νοσηλεία στην ψυχιατρική περίθαλψη ... | 214 |
| Ε. Γλούφτιση, Α. Καραστεργίου | |
| 6. Ο καρκίνος ως ενότητα στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση | 218 |
| Χ. Λεμονίδου | |
| 7. Υγεία στα γηρατειά | 220 |
| Μ. Αβραμικά | |
| 8. Περιεχόμενα έτους | 223 |

CONTENTS

| | |
|---|-----|
| 1. Stress and coping in nursing practice | 181 |
| A. Raya | |
| 2. Quality assurance: an old and new challenge .. | 189 |
| Ch. Plati | |
| 3. Assessment of chest pain: A nursing approach . | 197 |
| D.B. Akyrou | |
| 4. Today: Nursing students at the T.E.I. of Athens. Tomorrow: Professional nurses in health environment | 204 |
| G. Fasoi, M. Kelesi, A. Kayga, M. Saounatsou | |
| 5. Partial hospitalization in psychiatric care | 214 |
| E. Glouftsi, A. Karastergiou | |
| 6. Cancer as a unity at the basic nursing education | 218 |
| Ch. Lemonidou | |
| 7. Health in Old Age | 220 |
| A. Avramika | |
| 8. Contents of the year 1993 | 223 |

Αξιολόγηση του θωρακικού πόνου: Νοσηλευτική προσέγγιση

Δ.Β. ΑΚΥΡΟΥ

Περίληψη: Η αξιολόγηση του θωρακικού πόνου και η προσέγγιση του ασθενούς είναι μία από τις βασικές νοσηλευτικές δραστηριότητες. Επειδή ο πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και μία υποκειμενική προσωπική εμπειρία είναι δύσκολη η αξιολόγηση, η μέτρηση, ο ποιοτικός και ποσοτικός προσδιορισμός, καθώς και η αντικειμενική περιγραφή του. Για τη μέτρηση του ισχαιμικού πόνου της στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου και την αναγνώριση των προβλημάτων του αρρώστου χρειάζονται δύο βασικά στοιχεία: Η συλλογή και η ανάλυση των υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων. Δηλαδή, η μελέτη των

χαρακτηριστικών του πόνου, των ζωτικών και κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που τυχόν τον συνοδεύουν. Ο νοσηλευτής για να ανταποκριθεί στην ανάγκη αυτή πρέπει να είναι ικανός να παρακολουθεί με προσοχή, να ακούει με ενδιαφέρον, να υπολογίζει και να καταγράφει με ακρίβεια όσα αναφέρει ο ασθενής. Η άμεση, συνεχής και ακριβής αξιολόγηση του οξέος καρδιακού πόνου και των κλινικών και παρακλινικών παραμέτρων, βοηθούν τον νοσηλευτή να προγραμματίσει και να δώσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και ανακούφιση στον άρρωστο που πονάει.

Εισαγωγή

Ο πόνος στο θώρακα είναι κοινό σύμπτωμα πολλών νοσημάτων, εκ των οποίων μερικά έχουν επείγοντα χαρακτήρα γιατί θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ανθρώπου¹. Ο πόνος τρομοκρατεί τον ασθενή τόσο, όσο κανένα άλλο σύμπτωμα. Αυτόματως δημιουργεί ανησυχία, αγωνία και φόβο καρδιακής προσβολής και αιφνιδίου θανάτου².

Η παρούσα ανασκόπηση θα περιορισθεί στην αξιολόγηση του θωρακικού πόνου, που αναφέρεται στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, στηθάγχη και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ).

Η αξιολόγηση και η μέτρηση του πόνου είναι ένα επίμαχο πρόβλημα, που συζητείται από τις δύο μεγαλύτερες σχολές: αυτούς που πιστεύουν, ότι η μέτρηση του πόνου είναι αναγκαία και κατορθωτή και από αυτούς που πιστεύουν, ότι ο πόνος λόγω του υποκειμενικού του χαρακτήρα σχεδόν ποτέ δε μπορεί να μετρηθεί³.

Επειδή ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο και υποκειμενική προσωπική εμπειρία⁴ καθίσταται δύσκολη η αξιολόγηση, η μέτρηση, ο ποιοτικός και ποσοτικός προσδιορισμός του, καθώς και η αντικειμενική περιγραφή του⁵. Σχεδόν ποτέ δύο άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονται τον πόνο κατά τον ίδιο τρόπο. Πόνος που βασανίζει ίσως ένα άτομο, πιθανώς μόλις ενοχλεί κάποιον άλλο⁶. Αλλά πριν προχωρήσουμε στην αξιολόγηση του πόνου θεωρείται σκόπιμη μία σύντομη αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του πόνου.

Ανατομία και φυσιολογία του πόνου

Το αίσθημα του πόνου παράγεται από τη διέγερση των υποδοχέων του πόνου. Οι υποδοχείς είναι ελεύθερες αισθητικές νευρικές απολήξεις, που βρίσκονται στο σώμα παντού, στο δέρμα, τον υποδόριο ιστό, τους μυς, τα σπλάγχνα, το περιόστεο, τις αρθρώσεις⁷ κ.λπ.

Οι ώσεις του πόνου μεταφέρονται με τα περιφερικά νεύρα στο νωτιαίο μυελό (NM) και δια της νωτιοδαλαμικής οδού στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ).

Η αισθητική οδός αποτελείται από τρεις στη σειρά νευρώνες, που αρχίζουν από την περιφέρεια και καταλήγουν στην αισθητική περιοχή της οπίσθιας κεντρικής έλικας του φλοιού του εγκεφάλου⁸.

Ο πρώτος αισθητικός νευρώνας καταλήγει σε μεσοσπονδύλιο γάγγλιο, εισέρχεται στο ΝΜ, συνάπτεται με το δεύτερο αισθητικό νευρώνα στη φαιά ουσία των οπίσθιων κεράτων του ΝΜ. Ο νευρώνας αυτός χιάζεται ένα-δύο μυελοτόμια πιο πάνω, περνάει στον πρόσθιο σύνδεσμο του ΝΜ και με το νωτιαίο δαλαμικό δεμάτιο μέσα στην προσδιοπλάγια δέσμη φθάνει στα κύτταρα του οπτικού θαλάμου (ΟΘ), όπου και συνάπτεται. Από τις συνάψεις αυτές αρχίζει ο τρίτος αισθητικός νευρώνας, ο οποίος καταλήγει στο φλοιό του εγκεφάλου, όπου γίνεται αντιληπτό το αίσθημα του πόνου^{9,10}.

Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από μηχανικά, δερμικά ή χημικά αίτια. Στα συχνότερα χημικά ερεθίσματα συγκαταλέγονται εξωγενείς ουσίες, όπως οξέα-βάσεις και άλλα χημικά αντιδραστήρια, αλλά και ενδογενείς ουσίες που απελευθερώνονται από τους κατεστραμένους ιστούς, ενεργοποιούν τις νευρικές απολήξεις και προκαλούν πόνο^{8,9}. Πειραματικές εργασίες αναφέρουν, ότι κατά τη συστολή ισχαιμικού μύος παράγονται διάφορες ουσίες, όπως γαλακτικό, πυροσταφυλικό, φωσφορικό οξύ και άλλα, καθώς και ο παράγοντας P, που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη δημιουργία του πόνου¹¹⁻¹³.

Η απελευθέρωση και η συγκέντρωση των ουσιών αυτών επιτείνεται από τη στασιμότητα της αιματικής ροής και η αλγογόνος δράση τους αυξάνει από τη συγκέντρωση τοπικά ιόντων υδρογόνου και καλίου, που πιθανώς οφείλεται σε ενδιάμεση κυτταρική υποξία.

Ο στηθαγχικός πόνος αποδίδεται κυρίως σε υπολειπόμενη οξυγόνωση του μυοκαρδίου. Με την υποξία αδροίζονται παθολογικοί μεταβολίτες, οι οποίοι δρουν στις απολήξεις των νεύρων στο μυοκάρδιο και τις διεγείρουν¹⁴. Από εκεί τα επώδυνα ερεθίσματα φέρονται στο όγδοο αυχενικό και τα τέσσερα πρώτα θωρακικά γάγγλια, στη συνέχεια μεταβιβάζονται με τα σύστοιχα αυχενικά και θωρακικά νεύρα στο αντίστοιχο τμήμα του ΝΜ και μέσω της νωτιοδαλαμικής οδού καταλήγουν στο ΚΝΣ. Το ίδιο τμήμα του ΝΜ δέχεται αισθητικές

νευρικές ίνες πόνου από περιοχές του δέρματος, που περιλαμβάνουν την προκάρδια χώρα, την εσωτερική πρόσθια επιφάνεια του βραχίονα, του πήχου, καθώς και του πέμπτου δακτύλου. Έτσι δι' αυτού του τρόπου εξηγείται γιατί πολλές φορές ο στηθαγχικός πόνος γίνεται αισθητός και σε κάποια από τις περιοχές αυτές¹⁵.

Νοσηλευτική αξιολόγηση του θωρακικού πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου είναι μία από τις δεμελιώδεις νοσηλευτικές δραστηριότητες, που σχετίζονται με την αντιμετώπισή του. Η ανακούφιση από τον πόνο αυτών που υποφέρουν είναι επίσης ευθύνη των νοσηλευτών. Έτσι οι πληροφορίες και η ακριβής αξιολόγηση του πόνου από τους νοσηλευτές συμβάλλουν αποφασιστικά στη θεραπευτική και νοσηλευτική προσέγγιση¹⁶.

Για την αξιολόγηση του πόνου και την αναγνώριση των προβλημάτων του ασθενούς χρειάζονται δύο βασικά πράγματα: Η συλλογή και η ανάλυση των υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων. Αλλά πριν προχωρήσουμε στη διερεύνηση όλων αυτών, ας δούμε τί είναι πόνος. Η McCaffery (1983) αναφέρει «πόνος είναι αυτό που ο ασθενής λέει ότι είναι και υπάρχει όταν εκείνος λέει ότι υπάρχει»¹⁷.

Υποκειμενικά δεδομένα: Ο ασθενής λέει ότι πονάει, περιγράφει τί αισθάνεται και το ονομάζει πόνο, αλλά κανείς δεν μπορεί να τον δει ή να τον μετρήσει. Ο νοσηλευτής όταν αντιμετωπίζει ασθενή, ο οποίος λέει ότι πονάει στο θώρακα, η πρώτη του ενέργεια είναι να τον καθυψάσει. Στη συνέχεια, προτεραιότητα έχει η συγκέντρωση όσο είναι δυνατόν περισσότερων πληροφοριών, που αφορούν τον πόνο του αρρώστου. Ο νοσηλευτής προσεγγίζει τον ασθενή, συνομιλεί μαζί του, ελέγχει τα ζωτικά σημεία, το χρώμα και τη γενική του κατάσταση και αφού βεβαιωθεί ότι δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο προχωρεί στην αξιολόγηση του πόνου. Τακτοποιεί άνετα τον ασθενή στο κρεβάτι σε καρδιακή θέση αν η γενική του κατάσταση το επιτρέπει, χορηγεί οξυγόνο, εξασφαλίζει ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον και σε συνεργασία με τον ιατρό ή βάσει τυποποιημένων ιατρικών οδηγιών χορηγεί αναλγητικό φάρμακο αν αυτό είναι αναγκαίο.

Ο Smith για την αξιολόγηση του ισχαιμικού καρδιακού πόνου περιγράφει ένα οδηγό, ο οποίος περιλαμβάνει ένδεκα χαρακτηριστικά που πρέπει να μελετηθούν².

Για την αξιολόγηση του πόνου ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ικανότητα να παρακολουθεί με προσοχή, να ακούει με ενδιαφέρον και να καταγράφει με ακρίβεια, όσα αναφέρει ο ασθενής γιατί στην τελική ανάλυση μόνο εκείνος γνωρίζει πόσο και πού πονάει¹⁸. Κατά την αξιολόγηση του δωρακικού πόνου, πρέπει να μελετηθούν τα διάφορα χαρακτηριστικά και να αναλυθούν συμπτώματα και σημεία που τυχόν τον συνοδεύουν. Ο νοσηλευτής προκειμένου να καλύψει το όλο φάσμα διερεύνησης του καρδιακού πόνου πρέπει να γνωρίζει, ότι δεν είναι ανάγκη από την πρώτη στιγμή να ρωτήσει για όλα αυτά, γιατί μόνος του ο ασθενής μπορεί να περιγράψει το είδος του πόνου με ακρίβεια, χωρίς τη νοσηλευτική παρέμβαση. Έτσι είναι δυνατόν να καλύψει τα περισσότερα σημεία που χρειάζεται να γνωρίζουμε. Όταν ο άρρωστος τελειώσει, τότε ο νοσηλευτής μπορεί να ρωτήσει ειδικά τα σημεία που δεν κάλυψε.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του ισχαιμικού καρδιακού πόνου, που πιθανώς η αναγνώρισή τους, συμβάλλει στον προσδιορισμό της αιτίας και τη διάγνωση του νοσήματος που τον προκαλεί. Θα συμβάλλει επίσης στην έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση και την πρόληψη των επιπλοκών, που πολλές φορές προκύπτουν μετά από ισχυρό και συνεχή ισχαιμικό καρδιακό πόνο, όπως είναι οι αρρυθμίες και η καρδιακή ανεπάρκεια.

Εντόπιση - Αντανάκλαση

Εντόπιση και αντανάκλαση είναι δύο χαρακτηριστικά που συνδέονται άμεσα με τον ισχαιμικό καρδιακό πόνο, τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν. Γι' αυτό η πρώτη ερώτηση που απευθύνει ο νοσηλευτής στον ασθενή είναι: «πού πονάτε;» Με την ερώτηση αυτή ζητάει να περιγράψει ο ασθενής με λόγια ή να δείξει με το χέρι του το σημείο ή τα σημεία που πονάει¹⁹. Θέλει να διαπιστώσει εάν ο πόνος αντανάκλα σε άλλα σημεία στο θώρακα ή το σώμα. Όταν μάλιστα μιλάει με τον ασθενή για τον πόνο του, ακούει με προσοχή και συγχρόνως παρακολουθεί τι κάνει. Μερικοί ασθενείς περιγράφουν τον πόνο με το χέρι μετακινώντας το στο σημείο που πονούν. Όταν κάποιος πονάει δείχνει με το δάκτυλο το επιγάστριο ή το σύρει προς τα κάτω ίσως ο πόνος δεν είναι στηθαγχικός. Ενώ κάποιος άλλος σφίγγει τη γροθιά στο

στήθος ή το επιγάστριο και το φέρνει προς τον αριστερό βραχίονα, δείχνοντας έτσι διάχυτο πόνο με αντανάκλαση, που σημαίνει καρδιακό πόνο. Προσοχή χρειάζεται, όταν ο νοσηλευτής κάνει ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις δεν θα πρέπει να είναι ευθείες· δεν θα ρωτήσει π.χ. πηγαίνει ο πόνος προς το αριστερό χέρι; Αλλά αισθάνεστε τον πόνο σε κανένα άλλο σημείο;

Ο πόνος της στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου εντοπίζεται συνήθως στο μέσον του θώρακα πίσω από το στήθος, με αντανάκλαση άλλοτε στον τράχηλο, την κάτω σιαγόνα, την ωμοπλάτη ή τους βραχίονες, κυρίως αριστερά και άλλοτε στο επιγάστριο^{20,21}.

Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικής μορφής πόνο. Επομένως, όταν ο νοσηλευτής αξιολογεί τον πόνο του αρρώστου, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, ώστε να συλλάβει όλα τα μηνύματα⁶. Η σωστή αξιολόγηση της θέσης και αντανάκλασης του πόνου έχει μεγάλη νοσηλευτική, αλλά και διαγνωστική σημασία.

Εναρξη

Το ερώτημα είναι, πότε άρχισε ο πόνος του αρρώστου και κάτω από ποιές συνθήκες; Εμφανίστηκε ξαφνικά και απότομα, ή βαθμιαία και προοδευτικά; Ζητείται από τον ασθενή να προσδιορίσει όσο είναι δυνατόν με ακρίβεια το χρόνο που άρχισε ο πόνος. Αυτό έχει μεγάλη σημασία, γιατί ο νοσηλευτής με την ακριβή αξιολόγηση μπορεί να παρέμβει αποτελεσματικά και γρήγορα, αφού ο χρόνος έναρξης του πόνου στο ΟΕΜ είναι το κλειδί, βάσει του οποίου θα καθοριστεί το είδος της θεραπείας. Σήμερα με την εφαρμογή νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων ο χρόνος μας πιέζει ασφυκτικά. Το λεγόμενο «χρονικό παράθυρο» για την εφαρμογή της δρομβολυτικής αγωγής και τα αναμενόμενα από τη θεραπεία αυτή αποτελέσματα απαιτούν τον ακριβή προσδιορισμό της ώρας έναρξης του πόνου και των άλλων κλινικών παραμέτρων. Όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερο θα είναι το αποτέλεσμα, αφού η παρέμβαση πρέπει να γίνει πριν δημιουργηθεί νέκρωση στο ισχαιμικό μυοκάρδιο.

Είναι ο πόνος σταθερός ή έρχεται και φεύγει, τί έκανε ο ασθενής πριν αρχίσει ο πόνος; Μήπως βρισκόταν σε συναισθηματική φόρτιση ή μετά από πλούσιο γεύμα, έκθεση σε υυχρό ή θερμό

περιβάλλον, κατά τον ύπνο ή αμέσως μετά την πρωινή έγερση; Όλα αυτά είναι σημαντικά στοιχεία, που βοηθούν στον προσδιορισμό της προέλευσης του πόνου και ιδιαίτερα αυτόν της σπινθόγης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνήθως αρχίζει ξαφνικά, ενώ ο πόνος άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως περικαρδίτιδα, πνευμονική εμβολή ή γαστρεντερικών ανωμαλιών, μπορεί να αρχίσει ξαφνικά και απότομα ή βαθμιαία και προοδευτικά².

Επιταχυντικοί παράγοντες

Υπάρχει κάποιο πρόβλημα που προκαλεί πόνο; Η πληροφορία αυτή ίσως βοηθήσει στην ανακάλυψη της αιτίας του συγκεκριμένου πόνου. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι ο πόνος από το αναπνευστικό σύστημα προκαλείται ή επιδεινώνεται από το βήχα, όπως συμβαίνει σε πλευρίτιδα ή και αυτόματο πνευμοθώρακα.

Ποιότητα του πόνου

Η ποιότητα του πόνου είναι το δυσκολότερο σημείο που μπορεί να διερευνηθεί. Ο νοσηλευτής για να συγκεντρώσει αυτό το είδος των πληροφοριών θα χρειασθεί να κάνει διάφορες ερωτήσεις, τέτοιες όπως «σαν τι μοιάζει ο πόνος σας;» ή «μπορείτε να περιγράψετε πώς τον νοιώθετε;» ή «πώς τον χαρακτηρίζετε;». Εδώ ο νοσηλευτής χρειάζεται να είναι πολύ προσεκτικός, δεν θα πρέπει να βάζει λέξεις στο στόμα του αρρώστου. Δεν θα κάνει ερωτήσεις όπως: «είναι ο πόνος σας αμβλύς, οξύς, συσφιγκτικός ή σαν μαχαιριά;». Ο ασθενής μπορεί να επιλέξει μία από αυτές τις λέξεις ακόμη και αν ο πόνος του είναι τελείως διαφορετικός. Είναι καλύτερα να αφεθεί ελεύθερος να περιγράψει τον πόνο του όπως μπορεί με δικές του λέξεις. Θα χρειασθεί ίσως λίγο χρόνο να σκεφθεί πώς μπορεί καλύτερα να τον περιγράψει.

Βεβαίως στον κανόνα υπάρχουν και εξαιρέσεις. Αρρωστοί που δεν μπορούν να περιγράψουν τον πόνο τους με ακρίβεια ίσως χρειασθούν κάποια καθοδήγηση. Σε μια τέτοια περίπτωση οι ερωτήσεις πρέπει να είναι τέτοιες ώστε να βοηθήσουν, όπως π.χ. «αυτό που νιώθετε μοιάζει σαν κάψιμο;».

Ο χαρακτήρας και το είδος του πόνου έχει διαγνωστική αξία. Ασθενείς με καρδιακό πόνο

μπορεί να διαμαρτύρονται για βάρος, πίεση, ή συσφιγκτικό αίσθημα μάλλον παρά για πόνο. Το πιο συνηθισμένο παράπονο είναι: βάρος, πίεση, σφύξιμο, κάψιμο, ή δύσπνοια².

Ένταση του πόνου

Ζητείται από τον ασθενή να προσδιορίσει πόσο έντονος είναι ο πόνος του. Ένας μπορεί να πει, «ήταν τόσο έντονος που μ' έκανε να διακόψω την εργασία μου ή με εξανάγκασε να καθήσω». Ενώ ένας άλλος μπορεί να πει, «ήταν η χειρότερη εμπειρία που δοκίμασα στη ζωή μου». Είναι δύσκολο στην οξεία φάση να ξεχωρίσει κανείς τον πόνο της σπινθόγης από τον πόνο του εμφράγματος. Εδώ ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίζει ακόμη αν ο πόνος είναι σταθερός ως προς την ένταση, ή παρουσιάζει αυξομειώσεις και τί έκανε ο ασθενής ν' απαλλαγεί από αυτόν.

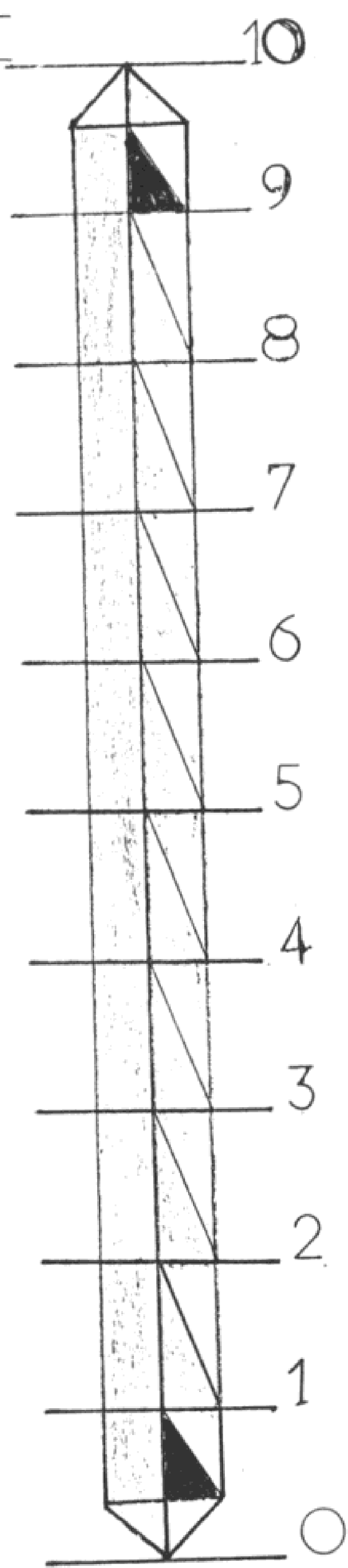
Κάποιος ίσως πει, «ήταν τόσο έντονος που χρειάστηκε να καθήσω να πάρω αναπνοή», ενώ ένας άλλος ν' απαντήσει: «τον αγνόησα και συνέχισα το φαγητό μου». Βεβαίως και οι δύο διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο, αφού είναι δυνατόν και ο δεύτερος να υποστεί ξαφνικά ένα ΟΕΜ⁶.

Για να μετρηθεί η ένταση του πόνου χρησιμοποιείται κάποια κλίμακα που ο νοσηλευτής έχει επιλέξει. Από μελέτες προκύπτει, ότι η αριθμητική κλίμακα για την αξιολόγηση του οξέος καρδιακού πόνου είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο. Αποτελείται από μία ευθεία αριθμημένη γραμμή 0-10, όπου 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει καθόλου πόνος, ενώ στο 10 ο πόνος είναι ανυπόφορος (Σχήμα 1).

Ο νοσηλευτής, αφού εξηγήσει την κλίμακα στον ασθενή, του ζητάει να σημειώσει ή να δείξει τον αριθμό, που νομίζει ότι ανταποκρίνεται στην ένταση του πόνου του εκείνη τη στιγμή. Συγχρόνως παρακολουθεί στο monitor το ΗΚΓ, να διαπιστώσει εάν με τη μεγαλύτερη ένταση του πόνου παρουσιάζει μετατόπιση του ST (ανάσπαση), πράγμα που σημαίνει ισχαιμικό καρδιακό πόνο.

Η αναγνώριση όλων αυτών των στοιχείων συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση, τη σωστή αντιμετώπιση και την πρόληψη των επιπλοκών. Ένας δε οξύς και συνεχής ισχαιμικός πόνος μπορεί -σ' ένα μεγάλο ποσοστό- να οδηγήσει στην εκδήλωση επικίνδυνων αρρυθμιών και οξείας αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας²².

ΑΝΥΠΟΦΟΡΟΣ ΠΟΝΟΣ



ΟΧΙ ΠΟΝΟΣ

Εικόνα 1. Αριθμητική κλίμακα

Διάρκεια του πόνου

Πόσο διαρκεί ο πόνος; Η απάντηση του ερωτήματος αυτού ίσως οδηγήσει στην πηγή του πόνου. Συνήθως, ο πόνος της στηθάγχης διαρκεί περίπου 15', ενώ του εμφράγματος του μυοκαρδίου διαρκεί πολύ περισσότερο.

Παράγοντες που ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν τον πόνο

Ο νοσηλευτής πρέπει να διαπιστώσει τί ανακουφίζει και τί επιδεινώνει τον πόνο του αρρώστου. Για να το πετύχει αυτό, εκτός από τις πληροφορίες που συγκεντρώνει κατά την αξιολόγηση του πόνου, παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου, καταγράφει κάθε νοσηλευτική και ιατρι-

κή παρέμβαση και αξιολογεί το αποτέλεσμα. Συνήθως ανακουφίζεται ο ασθενής από τον πόνο της πλευρίτιδας ή της περικαρδίτιδας, αν κλίνει το σώμα του προς τα εμπρός και παίρνει ρηχές και επιπόλαιες αναπνοές, ενώ επιδεινώνεται όταν βήχει ή ξαπλώνει στο αριστερό πλάϊ. Αντίθετα, ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου δεν μεταβάλλεται με τις αναπνευστικές κινήσεις ή την αλλαγή θέσεως.

Συνοδά συμπτώματα

Ο νοσηλευτής ζητάει από τον ασθενή να μάθει, αν την ώρα που άρχισε ο πόνος είχε κανένα άλλο σύμπτωμα, γιατί ενδέχεται αυτό να βοηθήσει ώστε να φθάσει γρηγορότερα στην πηγή του πόνου. Για παράδειγμα, ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνοδεύεται συνήθως από έντονη εφίδρωση, ωχρότητα, αδυναμία, κόπωση και ναυτία. Ενώ ο γαστρικός πόνος μπορεί να προκαλέσει ναυτία και έντονο επώδυνο αίσθημα πείνας, αλλά όχι αλλαγή του χρώματος ή κόπωση και αδυναμία.

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Ποιά είναι η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς; Ερώτημα που δύσκολα μπορεί να απαντηθεί. Είναι ο ασθενής φοβισμένος, ανήσυχος, εκδηλώνει θυμό, είναι σε απόσυρση μέχρι σημείου που να αρνείται ακόμη και ότι πονάει; Για το νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς, επειδή ορισμένες από αυτές, όπως η ανησυχία, μπορεί να επιδεινώσουν τον πόνο. Οι πληροφορίες αυτές τον βοηθούν να σκεφθεί και να αποφασίσει πώς θα επέμβει καλύτερα. Τοποθετεί άνετα τον άρρωστο, χορηγεί οξυγόνο, τον ενθαρρύνει και δημιουργεί ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον. Εάν πράγματι η ανησυχία επιδεινώνει τον πόνο, θα χρειασθεί πιθανόν σε συνεργασία με το γιατρό να χορηγήσει αναλγητικό και επιπλέον, ένα ήπιο ηρεμιστικό φάρμακο. Βεβαίως χρειάζονται και τα φάρμακα, αλλά έχει αποδειχθεί ότι μερικές φορές το καλύτερο ηρεμιστικό είναι το ενδιαφέρον και η ζωντανή παρουσία του νοσηλευτή τη στιγμή, που ο ασθενής αμφιβάλλει ακόμη και γι' αυτή τη ζωή του. Εδώ ο νοσηλευτής πρέπει να ακούει προσεκτικά τον ασθενή και να παρακολουθεί τι κάνει. Μπορεί να είναι ήσυχος, αλλά και ανήσυχος, άκαμπτος και σκληρός, να σφίγ-

γει τις γροδιές, να τρίζει τα δόντια, να διαμαρτύρεται έντονα με κλάματα, φωνές και βογγητά, να κτυπιέται ή να μένει ακίνητος στο κρεβάτι με τα χέρια σφιγμένα στο στήθος¹⁸. Μερικές φορές ο άλλοτε φιλικός ασθενής εμφανίζεται θυμωμένος, εχθρικός και αρνείται την παροχή βοήθειας. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τον ασθενή, αξιολογεί τον πόνο, τη γενική του κατάσταση και τις αντιδράσεις χωρίς να κριτικάρει τη συμπεριφορά του.

Η αντίδραση του ατόμου στον πόνο επηρεάζεται από τα βιώματα της όλης του ζωής. Εδώ, όμως πιθανώς όλες οι αντιδράσεις να οφείλονται σε ανοξαιμία του εγκεφάλου, λόγω κακής αιματικής ροής. Εάν ο πόνος έχει δημιουργήσει μια τέτοια κατάσταση, ο νοσηλευτής αναβάλλει τις ερωτήσεις για αργότερα, που θα υποχωρήσει ο πόνος και ο ασθενής θα είναι ήρεμος. Τότε οι συναισθηματικές αντιδράσεις θα είναι εύκολο να αξιολογηθούν καλύτερα.

Ισως διερωτηθεί ο νοσηλευτής γιατί να μην αναβάλλει και τις ερωτήσεις, που αφορούν τα υποκειμενικά δεδομένα. Εδώ υπάρχει ένα αμφιλεγόμενο σημείο. Αφενός μεν υπάρχει πιθανότητα οι απαντήσεις του ασθενούς να μην είναι ακριβείς και αφετέρου φαίνεται απάνθρωπο να ερωτάται ο ασθενής πράγματα που γι' αυτόν δεν θεωρούνται αναγκαία τη στιγμή που πονάει.

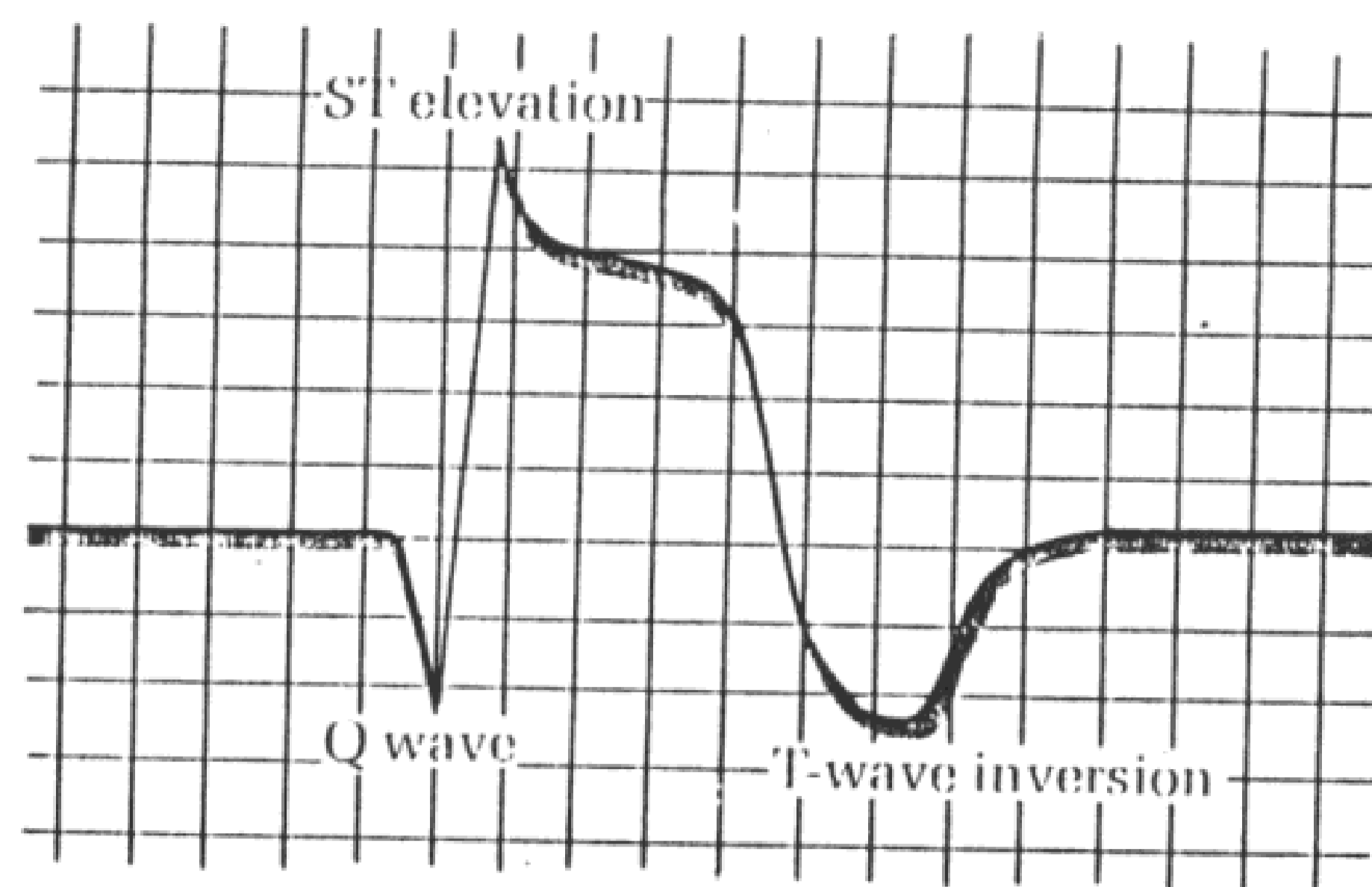
Επισημαίνεται, ότι πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής, ώστε να γνωρίζει γιατί γίνονται όλες αυτές οι ερωτήσεις. Ακόμη ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του ότι αυτές οι ερωτήσεις δεν είναι συνηθισμένες και μπορεί να ενοχλούν τον άρρωστο. Καλόν είναι για να αποφύγει τη δυσαρέσκεια του ασθενούς, όταν κάνει ερωτήσεις να προσφέρει κάποια περιποίηση και φροντίδα. Επίσης, όταν πάρει τα ζωτικά σημεία και μετά, μπορεί να κάνει διάφορες ερωτήσεις, όταν χορηγεί οξυγόνο ή ρυθμίζει τη ροή του ορού. Με άλλα λόγια, όταν κάνει κάτι που φαίνεται πραγματικά σημαντικό για τον ασθενή.

Συλλογή αντικειμενικών δεδομένων

Κατά την αξιολόγηση του πόνου ο νοσηλευτής παρακολουθεί κάθε σύμπτωμα ή σημείο, που μπορεί να έχει σχέση με τον πόνο, καταγράφει τις αντιδράσεις του ασθενούς, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ο μόνος τρόπος να διαπιστώσει ότι υπάρχει πόνος²³.

Ζωτικά σημεία

Για την αξιολόγηση του οξέος πόνου της σπινθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου, το



Εικόνα 2. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

πρώτο και ουσιαστικό βήμα είναι ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας και του ρυθμού. Στην αρχή συνήθως παρατηρείται ταχυκαρδία, σπανιότερα βραδυκαρδία⁶. Οι σφύξεις μετρούνται από μία περιφερική αρτηρία, κυρίως την κερκιδική, επειδή είναι πιο προσιτή και κεντρικά με το σπινδοσκόπιο στην κορυφή της καρδιάς στο 5ο με 6ο μεσοπλεύριο διάστημα στη μεσοκλειδική γραμμή, για να διαπιστωθεί εάν υπάρχει αρρυθμία, καθότι ο πόνος και η ισχαιμία του μυοκαρδίου επισπεύδουν την εμφάνιση των αρρυθμιών.

Παρακολουθείται και καταγράφεται η συχνότητα και το βάθος των αναπνοών. Ασθενείς με παθήσεις του αναπνευστικού και δωρακικό πόνο εμφανίζουν ταχύπνοια με ρηχές και επιπόλαιες αναπνοές.

Μετρείται η ΑΠ, η οποία στην οξεία φάση τη στιγμή που ο πόνος είναι έντονος αυξάνεται, αλλά καθώς ο χρόνος προχωρεί μειώνεται προοδευτικά και εάν δεν υποχωρήσει ο πόνος πιθανώς υπάρχει εκτεταμένη μυοκαρδιακή βλάβη, που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιογενές shock. Δηλαδή πτώση της ΣΑΠ < 90 mmHg, δέρμα γυαλό, ιδρώτες, συγχυτικά φαινόμενα και ολιγουρία¹⁵.

Παρακολουθείται το ΗΚΓ στο καρδιοσκόπιο (monitor) και ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πονάει. Πρέπει να διαπιστωθεί εάν υπάρχει μετατόπιση του ST (ανάσπαση ή κατάσπαση), που συνδέεται άμεσα με ισχαιμική βλάβη του μυοκαρδίου (Εικόνα 2). Σημειώνεται κάθε αλλαγή των σφύξεων, της ΑΠ και του ΗΚΓ την ώρα που πονάει ο άρρωστος και μετά από την οποιαδήποτε νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση, που σκοπό έχει την ανακούφιση από τον πόνο. Έτσι ο νοσηλευτής παρακολουθώντας την γενική κατάσταση του ασθενούς, καταγράφοντας τις κλινικές και παρακλινικές παραμέτρους, μπορεί να αξιολογήσει τα αποτε-

λέσματα των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και προτεραιότητα άμεσης ανάγκης²⁴.

Η άμεση, ακριβής και συνεχής αξιολόγηση του πόνου της στηθάγχης, του ΟΕΜ και των κλινικών και παρακλινικών παραμέτρων θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να προγραμματίσει και να εφαρμόσει την νοσηλευτική διεργασία, έτσι ώστε να πετύχει μία προσωπική εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και ανακούφιση του αρρώστου που πονάει.

Assessment of chest pain: A nursing approach

D.B. Akyrou

Summary

The approach to patient and the assessment of chest pain are among the basic nursing functions. Because pain is a complex phenomenon and a subjective personal experience, the assessment, measurement and determination of its quality and quantity are very difficult. For the measurement of ischemic pain of angina and myocardial infarction and the recognition of the patient's problems, two basic elements are needed: The subjective and objective data collection and analysis. That is the study of pain characteristics, vital signs, clinical signs and symptoms that may accompany it. The nurse, in order to achieve this work must be able to watch carefully, to listen with interest and to write accurately every thing which is found and expressed. Close, continuous and accurate assessment of acute cardiac pain, and the clinical and paraclinical parameters, helps the nurse, to plan and to give individual nursing care and to relieve the suffering patient.

Βιβλιογραφία

1. Ανδριόπουλος Ι.Π.: Το κυκλοφορικής αρχής αλλά μη στεφανιαίας αιτιολογίας προκάρδιο άλγος. Ιατρική 36: 446-457, 1979.
2. Smith C.E.: Assessing chest pain. Nursing (May): 52-60, 1988.
3. Thompson C.: The Nursing assessment of the patient with cardiac pain on the coronary unit. Intensive care Nurs. (5): 147-154, 1989.
4. Roper N., Winifred W.L., Alison J.T.: The elements of nursing. Churchill Livingstone Edinburgh, 33-36, 1980.
5. Ραγιά Α.: Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα: 239, 1987.
6. Forshee T.: Chest Pain. Nursing 16(5): 34-42, 1986.
7. Olsson G.: A model approach to pain assessment. Nursing. (May): 52-58, 1987.
8. Χατζημηνάς Ι.Σ.: Επίτομη Φυσιολογία, 2η έκδοση. Παρισιάνος, Αθήνα: 314-318, 1987.
9. Lewis S.M., Collier J.C.: Medical-Surgical Nursing Assessment and management of Clinical Problems. Second edition. McGraw-Hill Book Company. New York: 1469-1495, 1987.
10. Ζαφειρόπουλος Α.Κ.: Πόνος-Νευροανατομική, Νευροφυσιολογική και Νευροχημική προσέγγιση. Ελληνική Ογκολογία, 21: 178-195, 1985.
11. MacBrud C.M.: Signs and Symptoms, Second edition. J.B. Lippincott company, Philadelphia, 18-107, 1952.
12. Eiichi Kimura, Keiichi Hashimoto, Soichi Fururawa, Hirorazu Hayorawa.: Changes in Bradykinin level in coronary sinus blood after the experimental occlusion of coronary artery. Am. Heart J. 85(5): 635-647, 1973.
13. Malliani A., Lomberdi F.: Consideration of the Fundamental mechanisms eliciting cardiac pain. Am. Heart J. 103(4): 575-578, 1982.
14. Forshee T.: Systemic origins of chest pain. Nursing (April): 30, 1987.
15. Γαρδίκας Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία, 3η έκδοση. Παρισιάνος Αθήνα:511-585, 1981.
16. Walding M.E.: Pain, anxiety and Powerlessness. J. Adv. Nurs. 161: 388-397, 1991.
17. Gaston-Johansson F., Askund-Gustafsson M.: A baseline study for the development of an instrument for the assessment of Pain. J. Adv. Nurs. 10: 539-546, 1985.
18. Beyarman K.: Flawed Perception About Pain. Am. J. Nurs. (February) 302-304, 1982.
19. McCann Flynn J.B., Phyllis Burroughs H.: Nursing from concept to practice. A Prentice-Hall Publishing company Bowie Maryland USA. 405-408, 1984.
20. Smith C.E.: My chest Hurts. Nursing 14(4): 34-40, 1984.
21. Τούτουζας Π.: Καρδιολογία. Παρισιάνος, Αθήνα 270-367, 1987.
22. Herlitz J., Hjalmarson A., Halmberg S., Ryden L., Swedberg K., Waagstein F., Waldenstom A.: Variability, Prediction and Prognostic Significance of chest pain in Acute Myocardial infarction. Cardiology 73: 13-21, 1986.
23. Philipps W.J., Long B.C., Wood N.F.: Medical-Surgical Nursing Concept and Clinical Practice. The CV Mosby company. St. Louis: 343-359, 1979.
24. Hunt J.M.: Protracted Pain and Nursing Care. Nursing 2: 56-64, 1979.