

ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ  
ΑΠΟ ΑΔΕΛΦΟΥ  
100008  
Κ.Δ.Α.

ΕΛΛΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ  
Κ.Δ.Α.  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

PORT  
PAVE  
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 38 - Τεύχος 4 - Οκτώβριος - Δεκεμβριος 1999



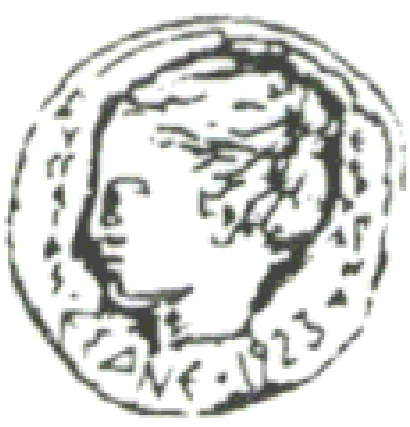
## NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 38 - No 4 - October - December 1999

ISSN 1105-6843





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύνταξη ..... **299**
2. Υποτροφίες ΕΣΔΝΕ ..... **300**
3. Δείκτες στελέχωσης Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας με νοσηλευτικό προσωπικό ..... **301**  
*Δ. Δημητρέλλης, Α. Μαλλίδου, Μ. Τσερώνη*
4. Προσδιορισμός της αριθμητικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου ..... **311**  
*Φ. Πιπερά, Π. Μπρατάνη, Π. Τσιμόπουλος*
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή δίπλα στο χρόνια άρρωστο με στεφανιαία νόσο ..... **328**  
*Μ. Σαουνάτσου, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου, Γ. Φασόη-Μπαρκά*
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου ..... **335**  
*Ε. Κοιρώτσιου, Ε. Θεοδοσοπούλου, Χ. Λεμονίδου*
7. Το άγγιγμα ως μέσον επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς ..... **340**  
*Π. Δημητρίου, Ν. Μουρελάτου*
8. Τοπικές επιπλοκές της ενδοφλέβιας θεραπείας ..... **345**  
*Θ. Κωνσταντινίδης, Ε. Τσαγκαράκη, Μ. Ροβίθης*
9. Νοσηλευτική θεώρηση του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία των ψυχιατρικών ασθενών ..... **353**  
*Α. Μπέρκ, Α. Σταθαρού*
10. Η νοσηλευτική ως επαγγελματική επιλογή ... **360**  
*Α. Δουρέκα-Αγγλέζη*
11. Η οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας ... **383**  
*Σ. Ζυγά, Π. Φραγκουλίδου*
12. Περιεχόμενα Έτους 1999 ..... **390**
13. Οδηγίες για τους συγγραφείς ..... **394**

## CONTENTS

1. Editorial ..... **299**
2. Sholarships HNGNA ..... **300**
3. Indicators of staffing the Intensive Care Units with nurses ..... **301**  
*D. Dimitrellis, A. Mallidou, M. Tseroni*
4. Definition of the right number of the nursing staff for the best function of the hospital ..... **311**  
*F. Pipera, P. Bratani, P. Tsimopoulos*
5. The nursing role next to the patient with coronari disease ..... **328**  
*M. Saounatsou, M. Kelesi - Stavropoulou, G. Fasoï - Barka*
6. The nurse's role in postoperative pain relief ..... **335**  
*E. Kotrotsiou, H. Theodosopoulou, C. Lemonidou*
7. Touch as a way of communication between nurses and patients ..... **340**  
*P. Dimitriou, N. Mourelatou*
8. Local complications of intravenon therapy ... **345**  
*T. Konstantinidis, E. Tsagkaraki, M. Rovithis*
9. Nursing approach of non compliance in psychiatric patients ..... **353**  
*A. Berk, A. Statharou*
10. Nursing as a career choice ..... **360**  
*A. Doureka - Aglezi*
11. Organizational culture of Health services ... **383**  
*S. Zyga, P. Frangoulidou*
12. Contents of the Year 1999 ..... **390**
13. Instructions to authors ..... **394**

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

**Κοιρώτσιου Ευαγγελία,**  
Καθηγήτρια εφ. ΤΕΙ Λάρισας

**Θεοδοσοπούλου Ελένη,**

Επίκ. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

**Λεμονίδου Χρυσούλα,**

Αναπλ. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

---

**ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥ-  
ΛΑ. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου.** Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει πολλές πρόοδοι με την εκτίμηση του πόνου και υπάρχουν νέες τεχνικές για την αντιμετώπισή του, ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου παραμένει ένα από τα πιο σοβαρά και συχνά προβλήματα στην φροντίδα υγείας σήμερα.

Το άρθρο αυτό συζητά το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου.

**Νοσηλευτική 4: 335-339, 1999.**

**Λέξεις ευρετηριασμού:** Postoperative pain relief, nursing role.

---

## Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές έχουν έναν ιδιαίτερο και μοναδικό ρόλο στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Παρ' όλο που οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για τη συνταγογράφηση της αναλγησίας, ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης παραμένει στους νοσηλευτές. Είναι αυτοί που καλούνται συνήθως να εκτιμήσουν τον πόνο, να χορηγήσουν την αναλγησία και να εκτιμήσουν τα αποτελέσματά της. Οι νοσηλευτές σε όλα τα πλαίσια της πρακτικής φροντίζουν για τον άρρωστο που πονάει, αλλά οι χειρουργικοί νοσηλευτές έρχονται αντιμετώπι με το πρόβλημα του πόνου πιο συχνά

και σε καθημερινή βάση. Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει πολλές πρόοδοι με την εκτίμηση του πόνου και υπάρχουν νέες τεχνικές για την αντιμετώπισή του, ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου παραμένει ένα από τα πιο σοβαρά και συχνά προβλήματα στην φροντίδα υγείας σήμερα<sup>1,2</sup>.

Το πρόβλημα του ανεπαρκούς ελέγχου του πόνου αναφέρεται πολύ καλά στη βιβλιογραφία. Η κλασική μελέτη των Marks and Sachar (1973) βρήκε σημαντικά ανεπαρκή τη φροντίδα των αρρώστων με ναρκωτικά αναλγητικά<sup>3</sup>. Σε μια μελέτη με 465 χειρουργικούς ασθενείς, το 58% ανέφερε ανυπόφορο πόνο για τον οποίο έλαβε ανεπαρκή ανακούφιση<sup>4</sup>.

Η Cohen βρήκε ότι το 75% των αρρώστων που μελέτησε βρισκόταν υπό οξύ και φανερό πόνο, ενώ η Seers απέδειξε ότι για το 85% των μετεγχειρητικών αρρώστων της μελέτης της ο πόνος δεν ελεγχόταν πάντα<sup>5,6</sup>. Οι αριθμοί αυτοί είναι ταπεινωτικοί για τους επαγγελματίες υγείας και δεν επιτρέπεται να συνεχιστούν για λόγους ηθικής.

Ο πόνος για την αρχαία Ελληνική μυθολογία ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της Νύκτας και δόθηκε από τους θεούς σαν εκδίκηση στους ανθρώπους μετά την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα<sup>7</sup>.

Ο πόνος δεν είναι εύκολο να οριστεί γιατί δεν είναι ούτε καθαρά βιολογικό ούτε καθαρά ψυχολογικό φαινόμενο. Ίσως η διαφορετικότητα του θα μπορούσε να καθοριστεί περισσότερο επακριβώς, σαν μια μοναδική υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται από μια σύνθετη ανάμειξη βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Ο πόνος μπορεί να θεωρηθεί σαν μηχανισμός άμυνας, αλλά και σαν κάτι το απάνθρωπο που επισκιάζει την ίδια την ύπαρξη του ατόμου, την αυτονομία του, την αυτοεκτίμησή του και τη θέληση για ζωή<sup>7</sup>.

Ο μετεγχειρητικός πόνος διαφέρει από τους άλλους τύπους πόνου. Είναι το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας. Ταξινομείται ως οξύς πόνος, που αποτελεί ένα συνδυασμό ιστικής βλάβης, πόνου και άγχους. Είναι συχνά μικρής διάρκειας, με αρχή και τέλος αναγνωρίσιμα. Συνήθως οι χειρουργικοί άρρωστοι προσδοκούν μια θετική έκβαση του πόνου τους, παρ' όλα αυτά όμως μπορεί και από τον μετεγχειρητικό πόνο, να αυξάνονται, τα επίπεδα του άγχους που βιώνει ο ασθενής, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η εμπειρία του<sup>8</sup>.

Ο μετεγχειρητικός πόνος συνοδεύεται συχνά από αλλαγές στη συμπεριφορά και από οργανικές αλλαγές, για παράδειγμα, αλλαγές στην έκφραση του προσώπου, αυξημένο καρδιακό ρυθμό και μειωμένη πίεση αίματος. Ο κίνδυνος με τη γενίκευση αυτή είναι ότι ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να υπάρχει και με την απουσία των κλασικών του σημείων. Αυτό μπορεί να έχει μια αρνητική επίδραση στην εκτίμη-

ση του πόνου από τους νοσηλευτές. Για παράδειγμα η Seers βρήκε ότι το 45% των μετεγχειρητικών ασθενών εκτιμούσε σταθερά τον πόνο τους σαν πιο ισχυρό απ' ότι οι νοσηλευτές τον είχαν εκτιμήσει<sup>9</sup>.

Τρεις είναι οι πιο πιθανές αιτίες οι οποίες οδηγούν στον ανεπαρκή έλεγχο του πόνου. Αυτές είναι (α) το εκπαιδευτικό έλλειμμα, (β) η ανεπαρκής εκτίμηση και (γ) οι επικρατούσες στάσεις και παρανοήσεις<sup>10</sup>.

## **Το έλλειμμα στην εκπαίδευση**

Επειδή ο πόνος σπάνια είναι απειλητικός για τη ζωή, έχει δοθεί γι' αυτόν λίγη προτεραιότητα στην νοσηλευτική, ιατρική και φαρμακευτική εκπαίδευση. Γενικά, τα νοσηλευτικά προγράμματα διδάσκουν λίγες πληροφορίες για την εκτίμηση του πόνου και για το ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση των αναλγητικών. Στην πραγματικότητα οι νοσηλευτές διδάσκονται οι ανακριβείς πληροφορίες, η πιο αξιοσημείωτη από τις οποίες είναι ότι οι άρρωστοι που πονούν έχουν ευδιάκριτα σημεία και συμπτώματα. Μερικοί άρρωστοι μπορεί να έχουν ευδιάκριτα σημεία και συμπτώματα, ενώ άλλοι όχι. Οι νοσηλευτές πρέπει να πιστεύουν και να δέχονται τις εκτιμήσεις των αρρώστων για το δικό τους πόνο. Ο ορισμός του πόνου που λέει ότι «πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο που τον βιώνει λέει ότι είναι και οποτεδήποτε λέει ότι υπάρχει» θα πρέπει να είναι το πιστεύω του κάθε νοσηλευτή που σκοπεύει να χειριστεί αποτελεσματικά τον πόνο κάποιου αρρώστου<sup>11</sup>.

## **Ανεπαρκής εκτίμηση πόνου**

Η τεκμηριωμένη εκτίμηση του πόνου είναι ένα σημαντικό βήμα προς τον επαρκή και αποτελεσματικό χειρισμό του. Όμως επειδή η τεκμηρίωση είναι χρονοβόρα και μπορεί να κρατήσει τον νοσηλευτή μακριά από το πλευρό του αρρώστου, η καταγραφή της εκτίμησης μπορεί να θεωρηθεί σαν μια εργασία χαμηλής προτεραιότητας.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας βασίζονται συχνά

στην συγκέντρωση αντικειμενικών δεδομένων (π.χ. ζωτικά σημεία, διαγνωστικές εξετάσεις κ.ά.). Επειδή ο πόνος είναι υποκειμενικός δεν υπάρχουν αντικειμενικά δεδομένα άλλα να συγκεντρωθούν, εκτός από την αναφορά του ίδιου του αρρώστου που πονάει. Οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν τις λεκτικές αναφορές του αρρώστου που πονάει σαν βάση για την εκτίμησή τους. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος «φαίνεται τόσο καλά, μιλάει ή γελάει στο τηλέφωνο». Για τους εξασκούντες το επάγγελμα του νοσηλευτή το να νομίζουν ότι είναι αυθεντίες πάνω στο θέμα πόνο δίνει σαν αποτέλεσμα μια κακή υπηρεσία στον άρρωστο που υποφέρει. Έλλειψη της έκφρασης του πόνου δεν σημαίνει και ότι δεν υπάρχει πόνος<sup>11</sup>.

Μια άλλη δυσκολία είναι ότι συχνά οι άρρωστοι αποτυγχάνουν να ανακοινώσουν τον πόνο τους στους γιατρούς ή στους νοσηλευτές. Οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι πονούν για διάφορους λόγους, που μπορεί να είναι:

- Άρνηση. Αρνούμενοι ότι πονούν αρνούνται την αρρώστια τους.
- Εγκατάλειψη. Πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος (π.χ. ηλικιωμένοι, και καρκινοπαθείς ασθενείς).
- Επιθυμία να ευχαριστήσουν. Μερικοί άρρωστοι νομίζουν ότι ο «καλός» άρρωστος δεν πρέπει να παραπονιέται. Οι ασθενείς γενικά συμπαθούν τους γιατρούς τους και δεν τους αρέσει να τους απογοητεύουν λέγοντάς τους ότι δεν κάνουν καλή δουλειά με τον έλεγχο του πόνου τους.
- Φόβος εθισμού.

Για να φροντίσει κάποιος τον πόνο του ασθενούς πρέπει αυτός να ορισθεί και να τεκμηριωθεί γραπτά. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν και να τεκμηριώνουν τον πόνο γραπτά, να εκτιμούν τις παρεμβάσεις και να επικοινωνούν με τα άλλα μέλη της φροντίδας υγείας.

### **Ισχύουσες απόψεις και λανθασμένες αντιλήψεις**

Ο φόβος του εθισμού είναι ένα από τα

μεγαλύτερα εμπόδια για τον επαρκή έλεγχο του πόνου<sup>12</sup>. Όταν κανείς ακούει τη λέξη ναρκωτικό, αυτή συνήθως μεταφέρει το μήνυμα του εθισμού. Ο φόβος του κοινού και των επαγγελματιών υγείας για τον εθισμό έχει μεγιστοποιηθεί<sup>1</sup>.

Κλινική εμπειρία καθώς και τεκμηριωμένη έρευνα δείχνουν σταθερά ότι ο εθισμός αποτελεί σπάνια ένα πρόβλημα, ακόμη και για ασθενείς που πρέπει να λαμβάνουν μεγάλες δόσεις οπιοειδών<sup>1,13,14,15</sup>. Η σύγχυση και η έλλειψη εκπαίδευσης στα θέματα της φυσικής εξάρτησης και του εθισμού οδηγούν σ' αυτή την «οπιοφοβία» (φόβος των ναρκωτικών)<sup>1</sup>.

Η φυσική εξάρτηση παραπέμπει σε μια ακούσια, φυσιολογική απάντηση στην οποία ο άρρωστος βιώνει συμπτώματα απόσυρσης εάν τα οπιοειδή διακόπτονται απότομα. Αυτή η κατάσταση θα συμβεί σε οποιοδήποτε ασθενή παίρνει οπιοειδή για ένα χρονικό διάστημα. Η ακριβής διάρκεια χρόνου που είναι απαραίτητη για να αναπτυχθεί φυσική εξάρτηση είναι άγνωστη και διαφοροποιείται πολύ από άτομο σε άτομο. Ο εθισμός είναι ένα μοντέλο συμπεριφοράς εκούσιο στο οποίο το άτομο βασανίζεται με την αναζήτηση και χρήση των ναρκωτικών για λόγους άλλους από την ανακούφιση του πόνου. Οι εθισμένοι παίρνουν ναρκωτικά για να νοιώσουν «χάϊ», οι ασθενείς για να ανακουφίσουν τον πόνο τους. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ξεκαθαρίσουν τη σύγχυση αυτή σχετικά με την ορολογία. Δεν πρέπει κάποιος ασθενής να τιλοφορείται «εθισμένος» απλά επειδή χρησιμοποιεί οπιοειδή και άσχετα από το ποσό και τη διάρκεια της χρήσης των οπιοειδών.

Η κακή πληροφόρηση στη νοσηλευτική εκπαίδευση συμβάλει στο μεγάλο και υπερτιμημένο φόβο του εθισμού. Μια έρευνα σε 14 νοσηλευτικά βιβλία ανακάλυψε μπερδεμένους ορισμούς σχετικά με το φυσικό εθισμό και την εξάρτηση<sup>16</sup>. Οι νοσηλευτές πρέπει να καταστήσουν την ανακούφιση του πόνου μια προτεραιότητα και να διδάξουν ένα σωστό ορισμό της φυσικής εξάρτησης και του εθισμού στους ασθενείς, τις οικογένειες και στα μέλη της φροντίδας υγείας.

## Μύθοι στη διαχείριση φαρμάκων

Διάφοροι μύθοι που επικρατούν εμποδίζουν τον αποτελεσματικό έλεγχο του πόνου με τα φάρμακα. Οι πιο συνηθισμένοι είναι:

1. Πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η στοματική οδός χορήγησης για τα οπιοειδή δεν είναι αποτελεσματική. Η στοματική οδός χορήγησης είναι στην πραγματικότητα, η οδός που προτιμάται για τους αρρώστους που πονούν, αν το αναλγητικό μπορεί να δοθεί σε κατάλληλες δόσεις και στα κατάλληλα χρονικά διαστήματα<sup>17</sup>. Για την προαγωγή του επαρκούς ελέγχου του πόνου οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τη φαρμακολογία των συνηθισμένων αναλγητικών. Μελέτες για τα αναλγητικά έδειξαν ότι οι γιατροί σε γενικές γραμμές υποσυνταγογραφούν και οι νοσηλευτές, όταν τους δίδεται η ευκαιρία, συνήθως διαλέγουν την πιο μικρή δόση.
2. Κάθε τύπος πόνου μπορεί να αντιμετωπιστεί εάν χορηγηθούν αρκετά αναλγητικά. Δυστυχώς αυτό δεν είναι αλήθεια. Ο νευροπαθητικός πόνος, για παράδειγμα, είναι συχνά πολύ έντονος και οξύς (νευραλγία τριδύμου, πόνος μέλους φάντασμα, διαβητική νευροπάθεια). Οι ασθενείς περιγράφουν τον πόνο αυτό σαν οξύ και καυστικό. Ουσίες που ανταγωνίζονται τη σπαστικότητα και αντικαταρωτικές, αποδείχτηκαν πιο αποτελεσματικές από τα αναλγητικά στην αντιμετώπιση αυτού του τύπου πόνου.
3. Τα πλασέμπος λένε αν ο άρρωστος πονάει πραγματικά. Επειδή δεν υπάρχει ένα αντικειμενικό τεστ για τον πόνο, η χρησιμοποίηση των πλασέμπος με τον τρόπο αυτό είναι λανθασμένη. Στην πραγματικότητα, η αποπλανητική χρήση των πλασέμπος για την ανακούφιση του πόνου είναι ανέντιμη<sup>18</sup>. Όταν χρησιμοποιούνται με την συγκατάθεση του ασθενούς, τα πλασέμπος μπορεί να βοηθήσουν στην ανακούφιση του πόνου, λόγω του συστήματος πεποισήσεων του ασθενούς, των απόψεων των νοσηλευτών όταν τα διαχειρίζονται και της

διέγερσης των ενδορφινών, των ουσιών που διαθέτει ο ίδιος ο οργανισμός για την αντιμετώπιση του πόνου, που μοιάζουν με τη μορφίνη. Η ομάδα φροντίδας υγείας πρέπει να θέλει να εξετάσει περισσότερο κατάλληλες παρεμβάσεις για τον πόνο ή να καλέσει για συμβούλιο ένα ειδικό για την αντιμετώπιση του πόνου.

## Επίλογος

Ο σπουδαιότερος ρόλος του νοσηλευτή είναι ο ρόλος του συνηγόρου του αρρώστου και πιθανά καμία άλλη περιοχή της νοσηλευτικής φροντίδας δεν εμπλέκει το ρόλο αυτό τόσο όσο ο έλεγχος του πόνου. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποδέχονται τις αναφορές των ασθενών για τον πόνο τους και να τους λένε ότι τους πιστεύουν.

Ο έλεγχος του πόνου έχει επίσης και νομικές προεκτάσεις. Μια οικογένεια απαίτησε αποζημίωση από εκατομμύρια δολάρια για την αποτυχία της ομάδας φροντίδας υγείας, σε ένα οίκο ευγηρίας, να ανακουφίσει τον άρρωστό τους από τον πόνο<sup>19</sup>. Αυτή η περίπτωση δείχνει και τις νομικές συνέπειες που μπορεί να έχει ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου.

Σήμερα οι άνθρωποι είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τον πόνο. Περιμένουν, να ρωτηθούν γι' αυτόν και απαιτούν επαρκή έλεγχο πόνου. Οι χειρουργικοί νοσηλευτές πρέπει να προετοιμάζονται καλά και να είναι σίγουροι για τις ικανότητές τους, με σκοπό να βοηθούν στην προαγωγή του καλύτερου δυνατού ελέγχου πόνου.

Ο Οργανισμός Υγείας έχει δηλώσει ότι «η ελευθερία από τον πόνο είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα». Σαν συνήγοροι του αρρώστου οι νοσηλευτές πρέπει να παραμένουν εμπροσθοφύλακες στη βοήθεια όλων των αρρώστων να πετύχουν τον σκοπό αυτό.

---

**KOTROTSIOU EYAGELIA, THEODOSOPOULOU HELENI, LEMONIDOU CHRYSOULA.**  
***The Nurse's role in postoperative pain Relief.***

*Despite advances in the management of pain, the many recent advancements with pain assessment and new management techniques, inadequate pain control remain one of the most serious and frequent problems in health care today.*

*This article discusses the role of nurse in the postoperative pain control. **Nosileftiki 4: 335-339, 1999.***

---

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Miaskowski, C (1993a). Current concepts in the assessment and management of acute pain. *MEDSURG Nursing*, 2(1), 28-32.
2. Miaskowski, C. (1993b). Current concepts in the assessment and management of cancer-related pain. *MEDSURG Nursing*, 2(2), 113-118.
3. Marks, R.M., & Sachar, E.J. (1973). Undertreatment of medical patients with narcotic analgesia. *Annals of Internal Medicine*, 78, 173-181.
4. Donovan, M., Dillon, P., & McGuire, L. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain*, 30(1) 69-78.
5. Cohen, F.L. (1980) Post-surgical pain relief: patients' status and nurses' medication choices. *Pain* 9, 265-274.
6. Seers, K. (1988) Factors affecting pain assessment. *Professional Nurses* 3(6), 201-206.
7. Πατηράκη Ε. Νοσηλευτική Αξιολόγηση του πόνου αρρώστων με καρκίνο. Διδακτορική Διατριβή (1995) Πανεπιστήμιο Αθηνών.
8. Kitson, A. (1994) Post-operative pain management: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 3, 7-18.
9. Seers, K. (1987) Perceptions of pain. *Nursing times* 84(48), 37-39.
10. McGuire, L. (1994) The Nurses Role in Pain Relief. *MEDSURG Nursing* 3(2), 94-98.
11. MacCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain-clinical manual for nursing practice*. St. Louis: CV Mosby.
12. MacCaffery, M., Ferrell, B., O'Neil, E., Lester, M., & Ferrell, B. (1990). Nurses knowledge of opioid analgesic and psychological dependence. *Cancer Nursing*, 13, 21-27.
13. Perry, S., & Heldrich, G.(1982). Management of pain during debridement: A survey of U.S. burn units. *Pain*, 13, 267-280.
14. Portenoy, R.K. (1982). Chronic opioid therapy in nonmalignant pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5, 546-562.
15. Porter, J., Jick, H. (1980). Addiction rate in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302, 123.
16. Ferrell, B., McCaffery, M., & Rhiner, M. (1992). Pain and addiction: An urgent need for change in nursing education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(2), 117-124.
17. American Pain Society (1992). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain* (3rd ed.). Skokie IL: Author.
18. Bosek, M.S.D. (1993). The ethics of pain management. *MESDURG Nursing*, 2(3), 218-220.
19. Angorola, R., & Donati, B. (1991). Inappropriate pain management results in high jury award. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6, 407.