

PAIN

2010 SPALIS – SPALIS 2011

Kodėl yra praraja tarp įrodymų ir praktikos

Kampanijai parinkta pakankama duomenų faktų apžvalga rodo, kad optimalus ūminio skausmo gydymas:

- gerina pacientų gyvenimo kokybę ir kelia pasitenkinimą sveikatos priežiūra;
- mažina komplikacijų pavojų (pvz., venų trombozė);
- skatina greitesnį išrašymą iš ligoninės;
- skatina įvairius sveikimo mechanizmus (nes mažina streso atsaką);
- gali pagerinti klinikinių išteklių valdymą (t. y. sumažinti paciento priežiūros nesklandumus) ir sumažinti trumpos ir ilgalaikės priežiūros kaštus.

Pakankamai aukštos kokybės įrodymai įgalina įvertinti įvairių klasių vaistų efektyvumą ir modeliuoja jų bei nemedikamentinio gydymo paskirstymą (įskaitant regioninę anesteziją) pacientams, patiriantiems ūminį skausmą po operacijų, sužalojimų, ligų. Įrodymai taip pat pabrėžia individualaus požiūrio į sveikatos priežiūrą svarbą, turint omenyje klinikinį jos turinį (galimi ištekliai).

Tačiau įrodymų gausa taip pat skatina didėjantį nepakankamą ūminio skausmo vertinimą ir gydymą bei neleidžia vykdyti aktyvaus gydymo plano [8]. Praraja tarp įrodymų ir praktikos gali būti kelių tipų. Kai kas atspindi bendras kliūtis, trukdančias įdiegti įrodymais pagrįstas priemones į praktiką [3, 9]. Kita atotrūkio tarp įrodymų ir praktikos priežastis yra vienpusiškas, rigidiškas populiacinių įrodymų taikymas, kaip antai dideliame atsitiktinių imčių klinikiniam tyrime gautų įrodymų pritaikymas atskiram pacientui, neatsižvelgiant į tyrimo rezultatų svyravimus, pranašumus, savitumus [4]. Kiti trukdžiai, siekiant optimaliai malšinti ūminį skausmą, gali atspindėti ilgai trunkančius mitus apie ūminį skausmą ir jo kontrolę [8, 12].

Atotrūkį tarp kokybiško skausmo gydymo ir įrodymų lemia:

- sveikatos priežiūros specialistų problemos;
- pacientų problemos;
- sveikatos priežiūros sistemos problemos.

Problemos, susijusios su sveikatos priežiūros specialistais:

- nežinojimas ar neadekvatūs įsitikinimai ir žinios:
 - pooperacinis skausmas tapatinamas su chirurginėmis komplikacijomis,
 - skausmo buvimas laikomas chirurgijos dalimi,
 - pacientai, kurie skundžiasi skausmu, laikomi įnoringais;
- tautiniai skirtumai, kad tarp profesinių draugijų skatinama skirtingai interpretuoti įrodymus;
- „klinikinė inercija“ [10], t. y. lėtesnis įrodymų atnaujinimas ir įdiegimas į praktiką [1];
- neadekvačios sudėties ūminio skausmo tarnybos personalas, kai labiau siekiama tik gydyti skausmą, visai nesirūpinant sisteminė skausmo profilaktika [9, 11];
- neišsamus, sporadinis, nestandartinis skausmo vertinimas;
- opioidų baimė;
- perdėti svarstymai apie nepageidaujamus skausmo gydymo poveikius;
- nepakankamas atsitiktinių imčių klinikinių tyrimų rezultatų diegimas į klinikinę praktiką.

Problemos, susijusios su pacientais:

- nežinojimas ar klaidingi įsitikinimai, panašūs į tuos, kurie būdingi sveikatos priežiūros specialistams;
- įsitikinimas, kad „geras“ pacientas nesiskundžia skausmu ir nerodo kančios požymių (įskaitant kultūrinius veiksnius);
- polinkis pasitenkinti neadekvačia skausmo kontrole, ypač kuomet sveikatos priežiūros teikėjai esti dėmesingi ir paslaugūs [5];
- susilaikymas nuo skausmą malšinančių vaistų, nes jie sukelia nepageidaujamus poveikius (pykinimą, vėmimą) bei kitas pasekmes (pripratimą, toleranciją);

- žinių apie skausmo kontrolės, lemiančios trumpalaikes ir ilgalaikes pasekmes (t. y. lėtinį skausmą), svarbą trūkumas;
- nepakankamas pacientų ir jų šeimos narių supratimas apie lėtines ligas, tarp jų ir vėžį.

Problemos, susijusios su sveikatos priežiūros sistema:

- skausmo kontrolės mokymui skiriama per mažai dėmesio;
- menkai vertinami paciento lūkesčiai;
- kontroliuojamai skiriamų preparatų reguliavimo trūkumai;
- įplaukos už skausmo gydymo paslaugas dažnai neadekvačios (dažniausiai dėl padriko, su trūkumais kaštų efektyvumo vertinimo);
- kaštų nukreipimas pacientams (t. y. draudžiamiesiems);
- neadekvati infrastruktūra, įskaitant žinantį kaip pritaikyti medikamentus ir kitas intervencijas personalą (t. y. paciento kontroliuojamą analgeziją, pažintinės elgesio technikas ir kt.);
- praktinės kliūtys, kaip antai instrukcijos, kuriomis vadovaujantis, slaugytojos gali atlikti injekcijas tik į raumenis ar į poodį, bet ne į veną;
- nepakankamas trumpalaikių ir ilgalaikių rezultatų registravimas, kuris padėtų adekvačiai kontroliuoti ūminį skausmą [6, 13];
- nepaisant ūminio skausmo naštos, lėšos teoriniams, pritaikomiesiems ir klinikiniais tyrimams vis dar išlieka neproporcingai mažos [2, 7].

Literatūra

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empey C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125–131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.