

# PAIN

PAŹDZIERNIK 2010-2011

## Dlaczego istnieje rozbieżność pomiędzy dowodami naukowymi a praktyką?

Podsumowanie dużej ilości badań naukowych wskazuje na korzyści płynące z optymalnego leczenia bólu ostrego:

- Poprawa jakości życia pacjenta oraz satysfakcji z leczenia;
- Zmniejszenie ryzyka wielu powikłań ( m.in. zakrzepicy żyłnej);
- Wcześniejszy wypis ze szpitala ;
- Ułatwienie powrotu do zdrowia za pośrednictwem wielu mechanizmów (np. zmniejszenie reakcji stresowej);
- Poprawa zarządzania zasobami klinicznymi (np. zachowanie płynności opieki nad pacjentami) oraz zmniejszenie krótko- i długoterminowych kosztów opieki nad pacjentem.

Znaczna ilość badań o wysokiej wiarygodności potwierdza skuteczność różnorodnych leków oraz metod ich podawania (łącznie ze znieczuleniem miejscowym) oraz technik nefarmakologicznych stosowanych u pacjentów z bólem ostrym pooperacyjnym, pourazowym lub związanym z innymi schorzeniami. Dowody wskazują również na znaczenie indywidualizacji opieki nad pacjentem z uwzględnieniem kontekstu klinicznego (np. dostępność środków).

Jednakże wiele dowodów wskazuje na powszechne niedostateczną ocenę i niedostateczne leczenie bólu ostrego oraz niepowodzenia we wprowadzaniu standardów uśmierzania bólu ostrego [8]. Luki pomiędzy nauką a praktyką są różnego rodzaju. Niektóre odzwierciedlają ogólne bariery utrudniające realizację praktyki opartej na dowodach naukowych i wynikach obserwacji klinicznych [3,9]. Innym rodzajem rozbieżności między nauką a praktyką jest zunifikowane, sztywne przenoszenie dowodów naukowych opartych na badaniach dużych populacji, takich jak duże kontrolowane badania randomizowane (RCT), na indywidualnych pacjentów, nie biorąc pod uwagę ich różnorodności, preferencji lub specyfiki kontekstu klinicznego [4]. Inne bariery mające szczególne znaczenie dla optymalnego postępowania w bólu ostrym są odbiciem wieloletnich przekonań, najbardziej rozpowszechnionych mitów na temat bólu ostrego i znaczenia jego kontroli [8,12].

Luki w jakości postępowania w bólu ostrym odzwierciedlają:

- Problemy związane z pracownikami opieki zdrowotnej;
- Problemy związane z pacjentami;
- Problemy związane z systemem opieki zdrowotnej.

Problemy związane z pracownikami służby zdrowia obejmują:

- Nieaktualna lub niewłaściwa postawa lub wiedza , np. błędne przekonanie że:
  - Kontrola bólu pooperacyjnego utrudnia natychmiastowe rozpoznanie powikłań chirurgicznych;
  - Operacja musi być związana z bólem;
  - Pacjenci, którzy mówią na temat bólu są grymaśni i denerwujący.
- Różnice pomiędzy krajami w przestrzeganiu opinii towarzystw naukowych, różnice w interpretacji dowodów naukowych
- "Bez władność kliniczna" [10], np. spowolnienie we wprowadzaniu uaktualnionych informacji opartych na dowodach do praktyki klinicznej [1];
- Niewystarczająca liczba personelu zajmującego się uśmierzaniem bólu ostrego, którego skutkiem jest doraźne działanie przeciwbólowe, a nie systematyczne zapobieganie bólowi [9,11];
- Niekompletna, sporadyczna lub niestandardowa ocena bólu;
- Opiofobia;
- Przesadna obawa o skutki uboczne leczenia bólu;
- Ograniczone możliwości przenoszenia wyników uzyskanych w RCT do praktyki klinicznej.

Problemy związane z pacjentami obejmują:

- Nieaktualne lub błędne przekonania, podobne do tych opisanych powyżej dla pracowników służby zdrowia;
- Przekonanie, że "dobry" pacjent nie skarży się na ból lub nie pokazuje cierpienia (czynniki kulturowe);
- Tendencja, aby być zadowolonym z nieadekwatnej kontroli bólu, szczególnie, gdy pracownicy służby zdrowia są postrzegani jako wsparcie i opieka [5];

- Niechęć do przyjmowania leków przeciwbólowych ze względu na objawy niepożądane (np. nudności, wymioty) i inne konsekwencje (np. narkomania, tolerancja);
- Brak świadomości na temat znaczenia kontroli bólu mającej na celu optymalizację krótko- i długoterminowych wyników (np. ból przewlekły);
- Brak takich organizacji, jakie powstają wśród pacjentów (i ich rodzin) dotkniętych chorobami przewlekłymi, w tym choroby nowotworowej.

Problemy związane z systemem opieki zdrowotnej obejmują:

- Niski priorytet edukacji w zakresie leczenia bólu dla pracowników służby zdrowia;
- Niedocenywanie preferencji pacjenta;
- Przeszkody prawne w stosowaniu substancji podlegających kontroli;
- Dochody czerpane z leczenia bólu często są niewystarczające, aby utrzymać rentowność przedsiębiorstwa (często ze względu na fragmentaryczne, wadliwe obliczanie kosztów);
- Przerzucanie kosztów na pacjenta (np. przez ubezpieczycieli);
- Braki w infrastrukturze, w tym brak wykształconych pracowników, którzy podają leki i wykonują inne procedury (np. analgezja sterowana przez pacjenta, techniki poznawczo-behawioralne);
- Brak krótko- i długoterminowej oceny jakości wyników, które mogą mieć związek z odpowiednią kontrolą bólu ostrego [6,13];
- Ograniczenia w prowadzeniu praktyki, takie jak przepisy, które pozwalają pielęgniarkom na podanie tylko iniekcji domięśniowo lub podskórnie, a nie dożylnie;
- Nakłady finansowe na badania podstawowe i kliniczne są nieproporcjonalnie niskie w stosunku do znaczenia bólu ostrego [2,7].

#### Piśmiennictwo:

- [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, Mpasios 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.

