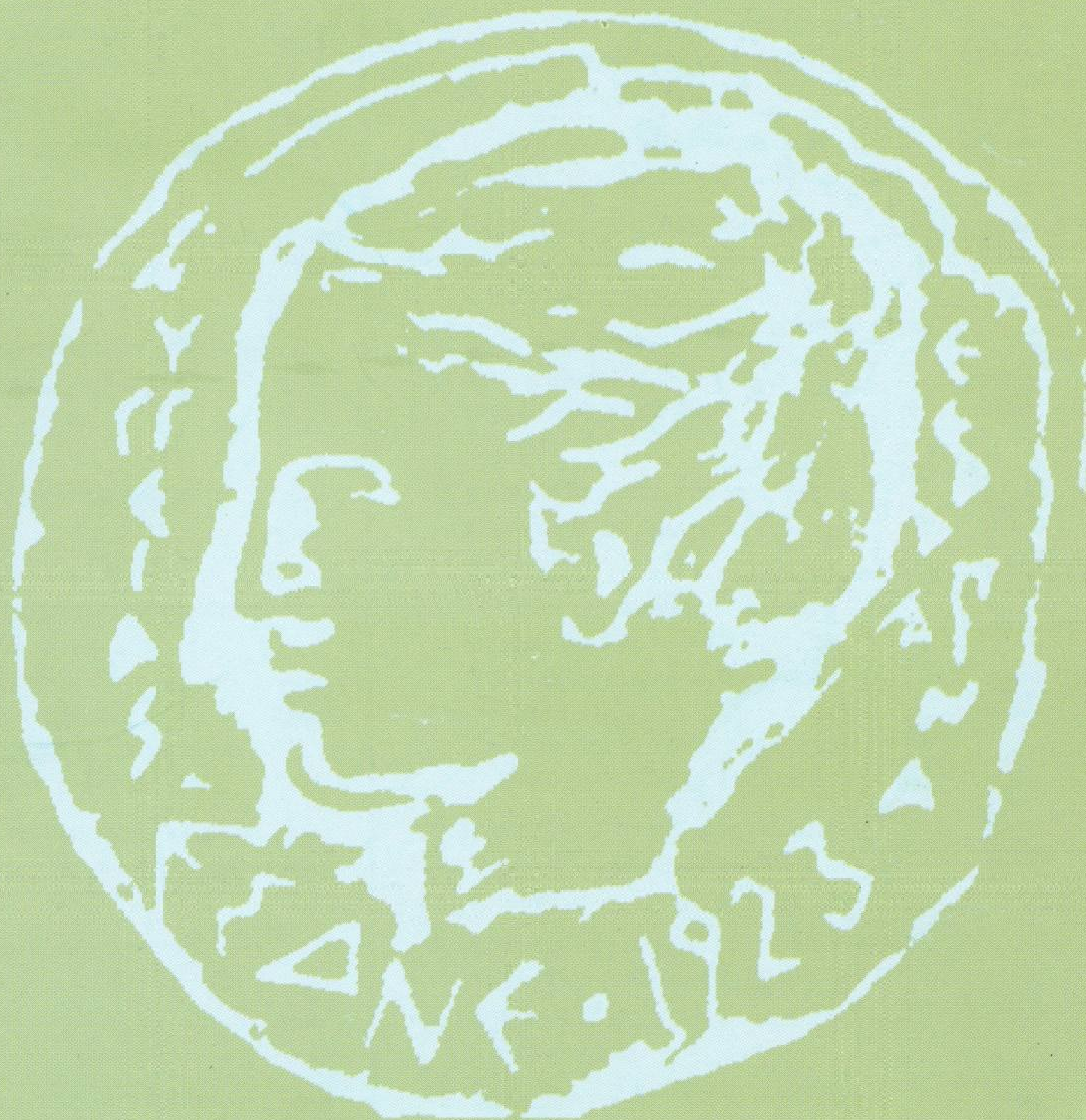


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 4 - Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1998

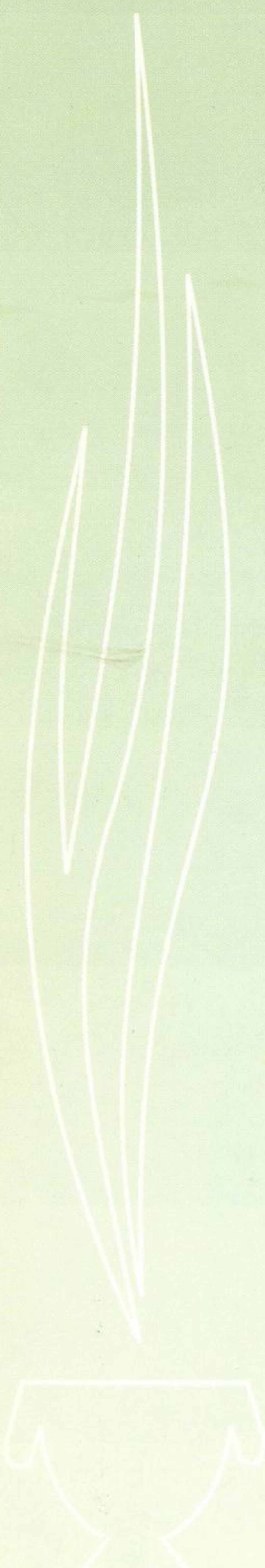


NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 4 - October - December 1998

ISSN 1105-6843





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύναξη Α. Παπαδαντωνάκη	291
2. α) Αποκαλυπτήρια προτομής Αθηνάς Μεσολορά Σ. Παπαμικρούλη	293
β) Χαιρετισμός του Δημάρχου Δημήτρη Αβραμόπουλου στην τελετή Αποκαλυπτηρίων της Προτομής Αθηνάς Μεσολορά	296
3. Νοσηλευτική προσέγγιση υπερτασικών αρρώστων στη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία τους	298
Μ. Σαουνάτσου, Ουρ. Πατσιά	
4. Η ινσουλινοθεραπεία και ο ρόλος των νοσηλευτών Χρ. Β. Λεμονίδου	306
5. Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση	316
Ελ. Πατηράκη-Κουρμπάνη	
6. Συνθέστερα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος και η θεραπεία στα παιδιά και ο τρόπος αντιμετώπισής τους	327
Ε. Κυρίτσι	
7. Οι βλαπτικές αντιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	332
Βασ. Μάτζιου	
8. Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ των Νοσηλευτών που υπηρετούν σε υγειονομικές Μονάδες της Αττικής	337
Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Κυρίτσι, Β. Γκαραγκούνη, Δ. Κατσαρέλη, Π. Μουρίκη, Ε. Χαλίκια	
9. Διερεύνηση του burn out των Νοσηλευτών μέσα από το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman Π. Δημητρίου	347
10. «Αξιολόγηση των προσεγγίσεων διασφάλισης της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση συστημάτων μέτρησης της ποιότητας	353
Δ. Παπαγεωργίου	
11. Προφίλ και δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος: Ελληνική και Διεθνής πραγματικότητα	361
Ε. Πατιστέα	
12. Ροχαλητό: Ενοχλητική συνήθεια ή επικίνδυνη αναπνευστική διαταραχή;	371
Μ. Φρούντα, Μ. Βαγιανάκης	
13. Εξερεύνηση της έννοιας της αντανάκλασης (reflection) στη νοσηλευτική πράξη. Πλεονεκτήματα και κριτικές Δ. Μαστρογιάννης	380
14. Μαρία Ν. Βουλγαράκη	386
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς	387

CONTENTS

1. Editorial Α. Papadantonaki	291
2. α) Unveiling of Athena Mesolora Bust S. Papamikrouli	293
β) Adress of the Mayor of Athens Dimitris Avramopoulos at the seremony of the Unveiling	296
Athena Mesolora	
3. Nursing Process to the hypertensive patients compliance with therapeutic regimen	298
M. Sounatsou. Our. Patsi	
4. Insulinotherapy and the nurses' role	306
Chr. B. Lemonidou	
5. Cancer pain measurement instruments. A nursing approach	316
E. Patiraki-Kurmpani	
6. Common problems in children who are affected by cancer and ways of approaching them.	327
E. Kyritsi	
7. Harmful effects of the consumption of alcohol in pregnancy	332
V. Matziou	
8. The frequency of smoking nurses who work in health services in Attica related to the consumption of alcohol	337
F. Babatsikou, E. Kyritsi, V. Karagouni, D. Katsareli, P. Mouriki, E. Chalikia	
9. Exploration of nurses' burn out by using the Betty Newman Systems model	347
P. Dimitriou	
10. Evaluation of approaches to assuring quality nursing care on the base of quality measurement tools	353
D. Papageorgiou	
11. Puplic image of the nursing profession: The Greek and international reality	361
E. Patistea	
12. Snoring: Bothering habit or dangerous respiratory disorder?	371
M. Frounda, M. Vagianakis	
13. An exploration of the concept of refelction in nursing. Advantages and criticisms	380
D. Mastrogiannis	
14. Mary N. Voulgaraki	386
15. Instruction to authors	387

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

*Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη,
Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών*

Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη. Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση. Η επαρκής αξιολόγηση αλγούντων ασθενών με καρκίνο είναι το θεμέλιο στο οποίο στηρίζονται όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανακούφισής τους. Στο άρθρο αυτό περιγράφονται η σημαντικότητα και οι δυσκολίες αξιολόγησης κλινικού πόνου στον καρκίνο καθώς και οι ποικίλες διαθέσιμες κλίμακες μέτρησής του. Η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου νοσηλευτικής αξιολόγησής του στην κλινική πράξη και έρευνα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και παραμένει μία πρόκληση για κάθε νοσηλευτή/τρια. **Νοσηλευτική 4: 316-326, 1998.**

Σημαντικότητα και δυσκολίες αξιολόγησης συνοδού πόνου στον καρκίνο

Ανεξάρτητα αν το επίκεντρο μέτρησης είναι ο κλινικός ή ο πειραματικός πόνος, το κύριο πρόβλημα προκαλείται από τον ορισμό του. Ο πόνος είναι έμφυτα μια ανεπαλήθευτη προσωπική εμπειρία και αποτελεί πρόκληση ή μέτρηση της υποκειμενικής φύσης του. Η πολυδιάστατη σύνθετη αντίληψή του είναι αδύνατο να χωρέσει σε έναν αριθμό και σαν υποκειμενική ποιοτική εμπειρία αποτελεί πρόβλημα στον αντικειμενικό, εμπειρικό, ποσοτικό κόσμο της νοσηλευτικής και ιατρικής έρευνας. Ενώ οι δυσλειτουργίες των οργάνων του σώματος μπορούν να εκφραστούν με αριθμούς και να συγκριθούν με

συγκεκριμένα νούμερα, ο πόνος όπως η θλίψη και η αγάπη δεν επιτρέπουν αριθμητικές μετρήσεις¹.

Δυστυχώς η μέτρηση του ανθρώπινου πόνου μέσω ακούσιων σωματικών αντιδράσεων είναι ανεπιτυχής. Δεν υπάρχουν αξιόπιστοι και χρήσιμοι οργανικοί δείκτες στον άνθρωπο· υπάρχουν μόνο φυσικά φαινόμενα τα οποία σχετίζονται με τον πόνο, όπως αύξηση αρτηριακής πίεσης, κινητικής απόσυρσης ή άμυνας προς το επώδυνο ερέθισμα, διαστολής κόρης οφθαλμού, αύξηση βάθους αναπνοής και κλάμα².

Ο κλινικός πόνος είναι κυριολεκτικά προσωπική υπόθεση. Η φύση, η ένταση, η επίδραση και η ύπαρξη του είναι ορατά μόνο από κάτι που το άτομο το οποίο υποφέρει, λέει ή πράττει, δηλαδή την συμπεριφορά του³. Γι' αυτό είναι

εξαιρετικά δύσκολο να δημιουργηθεί σημαντικό αξιόπιστο και αντικειμενικό μέσο μέτρησης κλινικού πόνου. Οι καλύτερες από τις διαθέσιμες μεθόδους μέτρησης χρησιμοποιούν τις λεκτικές αναφορές των ασθενών. Ο Cracely συνοψίζει τη μοναδική σημασία της υποκειμενικής αναφοράς στην μέτρηση του πόνου με την ακόλουθη φράση: «Η επαρκής αποτίμηση των μηχανισμών πόνου (βιοχημικών, νευρικών, ψυχογενών) και της αναλγησίας εξαρτάται κυρίως από την αξιολόγησή του. Οι μοναδικές λεκτικές ικανότητες του ατόμου ανοίγουν το παράθυρο στην προσωπική εμπειρία του και μόνο μέσω αυτής μπορεί να ορισθεί»⁴.

Κρίνεται επιβεβλημένη η ξεκάθαρη φιλοσοφική διάκριση μεταξύ των όρων αξιολόγηση (assessment) και μέτρηση (measurement) πόνου, οι οποίες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία. Η Johnson αναφέρει ότι η αξιολόγηση υποδηλώνει την εκτίμηση υποκειμενικών παραμέτρων πόνου, όπως παρουσία, εντόπιση, ένταση, ποιότητα, περιοδικότητά του, καθώς και τις αντιδράσεις (ψυχολογικές/συμπεριφοράς), αντιλήψεις, νόημα και μηχανισμούς αντιμετώπισης του ασθενούς, που βοηθούν τους υγειονομικούς λειτουργούς στον έλεγχο πόνου στη κλινική πράξη⁵. Αντιθέτως η Stewart αναφέρει ότι η μέτρηση περικλείει την αντικειμενική ποσοτικοποίηση ποικίλων πλευρών εμπειρίας του πόνου, όπως π.χ. ένταση, προκειμένου να καλύψει συγκεκριμένους ερευνητικούς σκοπούς⁵.

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της αντικειμενικής αξιολόγησης πόνου, η ιδεώδης μέτρηση πόνου πρέπει να διακρίνεται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά⁶:

- ελευθερία από προκαταλήψεις
- ικανότητα να προφητεύει την λειτουργική απόδοση του ασθενή
- χρησιμότητα τόσο στην κλινική πράξη όσο και την έρευνα
- ικανότητα διάκρισης των διαστάσεων (αισθητηριακής-επίδρασης) πόνου
- ικανότητα σύγκρισης κλινικού και πειραματικού πόνου.

Είναι προφανές ότι στον συνοδό πόνο στον καρκίνο είναι αδύνατο να εξασφαλιστούν όλα αυτά τα κριτήρια.

Στην ομόφωνη δήλωση της Consensus Conference on Pain (1986) αναφέρεται ότι σε όλες τις μορφές πόνου οι λειτουργοί υγείας πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια αξιολόγησης όσο περισσότερο διαστάσεων του είναι εφικτό, αν και η σχετιζόμενη σημασία ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του πόνου⁷.

Ο ΠΟΥ⁸ υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση αποτελεί το ζωτικό προκαταρκτικό βήμα ικανοποιητικού ελέγχου πόνου στον καρκίνο και πρέπει να περιλαμβάνει κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και πνευματικών διαστάσεων του.

Ιδιαίτερα προβλήματα αναφορικά με την αξιολόγηση του πόνου τα οποία προέκυψαν από μελέτες^{9,10} είναι τα παρακάτω δεδομένα¹¹:

Οι αλγούντες ασθενείς με καρκίνο διαφέρουν από εκείνους με καλοήγη σύνδρομο πόνου ως προς τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους, ώστε να θεωρείται επιβεβλημένη η ιδιαίτερη μέτρηση των δυσμενών επιδράσεων του πόνου στη ζωή τους. Επιπλέον στις αναφορές πόνου ασθενών με καρκίνο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ερμηνεία του προσωπικού νοήματός του για τον συγκεκριμένο ασθενή. Επίσης ο πόνος συνυπάρχει σε ένα πλαίσιο πολλαπλών συμπτωμάτων (ναυτία-ανορεξία-αδυναμία κ.ά.) και συχνά δεν είναι δυνατό να ανιχνεύσουμε πόσο η δυσλειτουργία ενός ασθενή σχετίζεται ειδικά με τον πόνο, την ψυχική του διάθεση, ή άλλα προβλήματα.

Αποδεχόμενοι το σύνθετο δυναμικό μοντέλο του πόνου διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει τέλεια μέθοδος μέτρησής του. Η επιλογή των ανεξαρτήτων μετρήσεων καθορίζεται από το περιεχόμενο και τους κλινικούς σκοπούς που διέπουν την αξιολόγηση.

Οι δυσκολίες αξιολόγησης πόνου στον καρκίνο δημιουργούνται λόγω⁴:

- της υποκειμενικής φύσης του
- του περιορισμένου αριθμού έγκυρων και αξιόπιστων μεθόδων μέτρησης της εμπειρίας του και
- της ποικιλίας των κλινικών περιπτώσεων (τύπος-αίτιο πόνου και χαρακτηριστικά ασθενών)

Μέθοδοι μέτρησης κλινικού πόνου

Οι διαθέσιμες κλίμακες μετρούν συμπεριφορά, ένταση, φυσιολογικά φαινόμενα που σχετίζονται με τον πόνο, τις πολλαπλές διαστάσεις του και μπορούν να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες περιγράφονται στην συνέχεια.

Κλίμακες μέτρησης συμπεριφοράς

Την **αντικειμενική μέτρηση συμπεριφοράς**, αντιπροσωπεύουν προσπάθειες μέτρησης αξιόπιστων δεικτών πόνου που παρέχονται με τη βαθμολόγηση παρουσίας ή απουσίας ειδικών συμπεριφορών από παρατηρητές. Ήδη από το 1964 οι Hanken και McDowell δημιούργησαν κλίμακα που αξιολογούσε πέντε δείκτες συμπεριφοράς, η οποία τροποποιήθηκε από τους Chambers & Price (1967) και όταν χρησιμοποιήθηκε από τον Bruegel (1977) για μέτρηση μετεγχειρητικού πόνου διαπιστώθηκε η εγκυρότητά της. Οι ίδιοι μελετητές ανέπτυξαν άλλη πρωτότυπη κλίμακα, η οποία χρησιμοποιήθηκε σε οξύ, χρόνιο και επιδεινούμενο πόνο¹².

Οι Frederickson και συν (1978) διέκριναν τρεις κατηγορίες συμπεριφοράς χρόνιου πόνου (σωματικές παρεμβάσεις, διαταραχές λειτουργικότητας και παράπονα πόνου) και οι Cinciripini και Floreen (1982) περιέγραψαν τεχνική παρατήρηση συμπεριφοράς χρόνιου πόνου. Επίσης και οι Keefe και Black (1982) εισήγαγαν σύστημα παρατηρήσεων για βαθμολόγηση συμπεριφοράς σε χρόνια οσφυαλγία¹³.

Η επέκταση της μεθόδου αυτής για μέτρηση πόνου ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου δημιούργησε το Behavioral Dysfunction Index, το οποίο περιέχει άμεση παρατήρηση συμπεριφοράς κατά την διάρκεια δραστηριότητας, καθώς και αυτοαναφορά επώδυνων ειδικών δραστηριοτήτων, γενικό επίπεδο δραστηριότητας, μεθόδους ανακούφισης πόνου, λήψη αναλγητικών και απώλεια και απώλεια βάρους¹⁴.

Ορισμένοι ερευνητές χρησιμοποίησαν την τεχνολογία για μέτρηση της συμπεριφοράς. Συσκευή αυτόματης μέτρησης κινήσεων ασθενών με χρόνιο πόνο ποσοτικοποιεί τον χρόνο

που δαπανούν σε καθιστή ή όρθια θέση¹⁵. Οι εκφράσεις προσώπου χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες πόνου αφού κωδικοποιήθηκαν και ποσοτικοποιήθηκαν. Με την τεχνολογία βιντεοσκόπησης οι Izards και συν (1980) εισήγαγαν σύστημα κωδικοποίησης προσωπικής δραστηριότητας, όπου εξειδικευμένοι παρατηρητές παρακολουθούν τη δράση των μυών προσώπου σε αργή κινηματογράφηση και κωδικοποιούν τις παρατηρήσεις τους σε μονάδες δράσης¹⁶.

Η μέτρηση συμπεριφοράς αυτοαναφοράς πόνου γίνεται με την συμπλήρωση ημερολογίου καθημερινών δραστηριοτήτων, το αποκαλούμενο Ημερολόγιο πόνου (Pain diary), όπου καταγράφεται η δραστηριότητα του ασθενή (καθιστός, όρθιος, αναπαυόμενος, δραστηριότητα) σε συνδυασμό με ωριαία καταγραφή έντασης πόνου και χρήσης αναλγητικών ή δεικτών άλλων διαστάσεων συμπεριφοράς, οι οποίες παρέχουν πληροφορίες για τις επιδράσεις του πόνου στην λειτουργικότητά του.

Από την σύγκριση αλγούντων ασθενών που κατέταξαν τις σχετιζόμενες με πόνο δραστηριότητες σε 11 κατηγορίες με την ομάδα ελέγχου, προέκυψε ότι το αναφερόμενο επίπεδο δραστηριότητας ήταν αξιόλογος δείκτης αξιολόγησης πόνου¹⁷. Οι Fordyce και συν. διαπίστωσαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτοαναφερομένης έντασης, χρήσης αναλγητικών και του χρόνου δραστηριότητας (καθιστός, όρθιος, αναπαυόμενος)¹¹.

Η μέτρηση της εντόπισης πόνου έχει μελετηθεί σαν δείκτης μέτρησης αυτοαναφοράς συμπεριφοράς, διότι αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η χωροταξική μετάδοση χρόνιου πόνου επηρεάζει τους δείκτες περιγραφής και συμπεριφοράς του. Η τεκμηρίωση της εντόπισης πόνου επιτυγχάνεται με τα Σχέδια πόνου (Pain drawings) στα οποία ο ασθενής υποδεικνύει την/τις εντόπιση/σεις του. Αρκετές κλίμακες μέτρησης περιέχουν και σχέδιο πόνου το οποίο παρέχει μεν χρήσιμα κλινικά στοιχεία, αλλά δεν έχει συγκεκριμένο σύστημα μέτρησης. Αξιόλογη θεωρείται η ανάπτυξη αξιόπιστου έγκυρου συστήματος μέτρησης παρουσίας ή απουσίας πόνου σε 45 πιθανές περιοχές του σώματος¹⁸

καθώς και η ταξινόμηση σε ζωγραφικές αλγού-
των παιδιών ανάλογα με το περιεχόμενο και το
προεξάρχων χρώμα τους¹⁹.

Κύρια πλεονεκτήματα των μετρήσεων συ-
μπεριφοράς είναι ότι σχετίζονται άμεσα με την
κλινική πράξη και είναι χρήσιμες στην αξιολό-
γηση ανακούφισης πόνου και των θεραπευτι-
κών παρεμβάσεων. Η αντικειμενικότητά τους
όμως διακινδυνεύεται με τις αυτοαναφορές ασ-
θενών, οι οποίοι μπορεί να είναι προκατειλημ-
μένοι ή κακοί παρατηρητές. Η αξιοπιστία και η
εγκυρότητά τους είναι αμφισβητήσιμες. Επίσης
δεν μετρούν άμεσα τον πόνο ώστε είναι δύσκο-
λο να διακριθούν οι μετρήσεις συμπεριφοράς
από το περιεχόμενο όπου συλλέγονται, γεγονός
που περιορίζει την ικανότητα των ερευνητών να
γενικεύσουν τα θεραπευτικά ευρήματα.

Στην εποχή μας, συχνά σε πολλές μεθό-
δους μέτρησης πόνου παράλληλα με τις υποκει-
μενικές αναφορές συλλέγονται και πληροφο-
ρίες συμπεριφοράς (κινητικότητα, τύπος ύπνου,
σεξουαλική δραστηριότητα, απόδοση σε εξειδι-
κευμένες δραστηριότητες, ζήτηση και λήψη α-
ναλγητικών, λήψη τροφής, εκπλήρωση οικια-
κών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων)¹³. Επι-
βάλλεται όμως να επισημανθεί ότι πρέπει να
συμπεριλαμβάνονται μόνο ενέργειες, οι οποίες
σχετίζονται με εφικτές καθημερινές δραστηριό-
τητες του ασθενή και χωρίς να αυξάνουν την
παρουσία πόνου να προκαλέσουν την συμπερι-
φορά του αν υπάρχει¹¹.

Απλές κλίμακες αυτοαναφοράς έντασης πόνου

Η **Λεκτική κατηγορική κλίμακα** είναι η
παρδοσιακή κλίμακα μέτρησης που εισηγήθηκε
ο Keele (1948). Σήμερα περιλαμβάνει 3-5 κατα-
τασσόμενα λεκτικά περιγραφικά επίθετα μεταξύ
των οποίων επιλέγει ο ασθενής εκείνο που
περιγράφει καλύτερα τον πόνο του. Είναι σύντο-
μη, κατανοητή, εύκολη στη συμπλήρωση και
βαθμολόγηση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για
την αξιολόγηση ποικίλων διαστάσεων πόνου και
της ανταπόκρισης ασθενών στα αναλγητικά¹².
Κατά τη χρησιμοποίησή της στη μέτρηση ανα-

κούφισης πόνου ασθενών με καρκίνο μετά από
χορήγηση μορφίνης ήταν ευαίσθητη στη δοσο-
λογία των φαρμάκων καθώς και τις διαφορές
ηλικίας και εθνικότητας²⁰. Μειονεκτήματά της
θεωρούνται η προσφορά περιορισμένης επιλο-
γής λέξεων και η έλλειψη ευαισθησίας στην
αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων σε
ήπιο πόνο²¹. Επίσης η έλλειψη σταθερότητας
στην επιλογή και τον αριθμό των χρησιμοποιού-
μενων λέξεων παρεμποδίζει τη σύγκριση αποτε-
λεσμάτων παρόμοιων μελετών²². Αν και η δια-
φορά έντασης μεταξύ διαφορετικών ζευγών από
παρακείμενους όρους θεωρείται ίση, μελέτη
απέδειξε άνισες διαφορές μεταξύ περιγραφικών
όρων που θεωρούνται ίσης απόστασης²³.

Η **γραφική (διά διαγράμματος) κλίμα-
κα** αποτελείται από γραμμή στα άκρα της οποί-
ας αναγράφονται όχι πόνος και ανυπόφορος
πόνος. Ανά ίσα διαστήματα κατά μήκος της
γραμμής μπορεί να γράφονται περιγραφικές λέ-
ξεις. Έχει τα ίδια μειονεκτήματα με την λεκτική
κατηγορική.

Στην **αριθμητική κλίμακα και το θερ-
μόμετρο πόνου** χρησιμοποιούνται αντί για λέ-
ξεις, αριθμοί. Συνήθως έχουν λεκτικά άκρα (α-
νύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος) και βαθμο-
λογούνται 0-10, 0-20 ή 0-100. Χορηγούνται σε
γραπτή ή προφορική μορφή, είναι εύχρηστες
και κατανοητές²⁴.

Η **κλίμακα οπτικών αναλογιών** αναπτύ-
χθηκε από τον Maxwell (1978) για την μέτρηση
ποικίλων υποκειμενικών φαινομένων. Συνήθως
είναι ευθεία γραμμή μήκους 10cm με περιοριστι-
κά με κάθετες γραμμές άκρα, όπου αναγράφο-
νται ανύπαρκτος και ανυπόφορος πόνος, χωρίς
να παρεμβάλλονται λέξεις ή αριθμοί μεταξύ
τους²⁵. Ο ασθενής δείχνει ένα σημείο της γραμ-
μής, το οποίο ο ίδιος εκτιμά ότι ανταποκρίνεται
στην ένταση που βιώνει και η μέτρηση γίνεται
σε mm της απόστασης από το αρχικό άκρο
μέχρι το σημείο που δήλωσε ο ασθενής. Επειδή
είναι κλίμακα αναλογίας με άπειρο αριθμό
σημείων, παρέχει μεγαλύτερη ελευθερία επιλο-
γής από τις γραφικές κλίμακες στις οποίες
υπάρχουν μόνο συγκεκριμένα σημεία επιλογής
και μπορεί να αναλυθεί με τη χρήση παραμετρι-

κών στατιστικών μεθόδων²⁶. Είναι σύντομη, εύκολη στην συμπλήρωση, βαθμολόγηση, ευαίσθητη στις ποικιλίες έντασης και μπορεί να αξιολογήσει πολυδιάστατες πλευρές πόνου²⁷. Μειονεκτήματά της θεωρούνται ότι μπορεί να δημιουργηθούν δυσκολίες στην κατανόησή της από ηλικιωμένα άτομα²⁸. Επίσης δεν υπάρχει σταθερότητα στις λέξεις στα άκρα και το μήκος της γραμμής και η χωρίς διαστάσεις μέτρηση που παρέχει/υπεραπλουστεύει την σύνθεση ανθρώπινη εμπειρία του πόνου²⁵. Η αξιοπιστία της στην αξιολόγηση χρόνιου πόνου είναι αδύναμη και εμφανίζει ευαισθησία στα θεραπευτικά αποτελέσματα²⁹.

Η **κλίμακα προσώπων** είναι μια τεχνική προβολής προσώπων, όπου ο ασθενής (συνήθως παιδί) επιλέγει μεταξύ έξι απεικονιζομένων προσώπων εκείνο το πρόσωπο το οποίο ανταποκρίνεται πλησιέστερα σε ότι εκείνο αισθάνεται³⁰.

Επίσης με την **κλίμακα χρωμάτων** συνήθως το ασθενές παιδί κατατάσσει ορισμένα χρώματα από εκείνο αντιπροσωπεύει ότι δεν πονά καθόλου μέχρι τον χειρότερο πόνο και στη συνέχεια επιλέγει το χρώμα που βρίσκεται εγγύτερα με τον πόνο που αισθάνεται³⁰.

Κλίμακες πολυδιάστατης μέτρησης πόνου

Αρκετοί ερευνητές προσπάθησαν να δημιουργήσουν κλίμακες οι οποίες να παρέχουν πλησιέστερη μέτρηση της ολικής εμπειρίας πόνου και όχι μόνο της έντασής του.

Η **δύο διαστάσεων κλίμακα (Two component scale)**. Οι Johnson (1972, 1973) και οι John και Rice (1974) χρησιμοποίησαν δύο κλίμακες για την μέτρηση πειραματικού ισχαιμικού πόνου, με τις οποίες εβαθμολογείτο η φυσική αίσθηση (αριθμητική κλίμακα 1-100) και η ενόχληση που ελκύετο από την αίσθηση (ελάχιστα, μέτρια, έντονα ενοχλητική και μόλις υποφερτή). Δεν διεπιστώθη μια προς μία σχέση μεταξύ στοιχείων αίσθησης και ενόχλησης πόνου, ενώ η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της δεν είναι ξεκάθαρες. Λόγω της απλότητας και του μικρού απαιτούμενου χρόνου για την συμπλήρωσή της θεωρείται χρήσιμη σχεδόν για οποιοδήποτε τύπο κλινικού πόνου¹².

Η μέθοδος **Multiple pain descriptors and matching methods** περιγράφηκε από τον Cracely (1980) και αποτελείται από τρεις ομάδες (αισθητηριακή ένταση, δυσαρέσκεια, οδυνηρότητα) σε εκάστη των οποίων περιέχονται δεκατρείς λέξεις για την διερεύνηση του πόνου. Επιτρέπει διασταυρούμενη κλιμάκωση για τον καθορισμό αλληλουχίας. Αποτελεί υποκειμενική εκτίμηση και αποδίδει πολυδιάστατη κλιμάκωση κλινικού πόνου, ή αναλγησίας^{31,13}.

Ερωτηματολόγιο πόνου του McGill (The McGill Pain Questionnaire) MPQ. Η διεργασία κατασκευής του ξεκίνησε το 1971 με την ομαδοποίηση λέξεων που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή πόνου και τη βαθμολόγησή τους διάσταση έντασης³². Στην συνέχεια το 1975 αναπτύχθηκε και δημοσιεύτηκε το MPQ³³, το οποίο παραμένει το πλέον ευρέως μελετημένο και χρησιμοποιούμενο εργαλείο πολυδιάστατης αξιολόγησης πόνου με λεκτικές περιγραφές^{22,31,34,35}. Στη βιβλιογραφία ανιχνεύονται πέντε μορφές έκδοσής του, δύο εκ των οποίων αν και διαφέρουν σε πολλά σημεία εμφανίζονται στην ίδια δημοσίευση³³. Όλες οι μορφές του εκτός από την σύντομη εκτιμούν την εντόπιση με ανθρώπινο σχήμα και περιέχουν 78 λέξεις οι οποίες αντιπροσωπεύουν σε τέσσερις ομάδες τις εξής διαστάσεις ποιότητας πόνου^{31,36}:

- A. Αισθητηριακή (Sensory): 42 λέξεις σε 10 υποομάδες εκάστη των οποίων περιλαμβάνει 3-6 λέξεις.
- B. Επίδρασης (Affective): 14 λέξεις σε 5 υποομάδες εκάστη των οποίων περιέχει 2-5 λέξεις.
- Γ. Εκτίμησης (Evaluative): 5 λέξεις σε μία ομάδα.
- Δ. Ποικίλες (Miscellaneous): 14 λέξεις σε 4 υποομάδες.

Επειδή δεν υπάρχει κανένας διαθέσιμος οδηγός χρήσεως και βαθμολόγησής του, φαίνεται ότι οι οδηγίες αντλούνται από την σύντομη συζήτηση των διαδικασιών στο άρθρο του Melzack (1975). Αν και έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητα χρήσης του σε γραπτή μορφή, ο κατασκευαστής του προτείνει την προφορική συμπλήρωσή του. Ο ασθενής επιλέγει μία λέξη

από κάθε υποομάδα (20) αν περιγράφει τον πόνο του και όταν αναφέρονται περισσότερες από μία λέξεις μιας υποομάδας βαθμολογείται μόνο μία³⁷. Ενώ ο Melzack αναφέρει ότι η συμπλήρωσή του απαιτεί 10-15', έρευνα σε νοσηλευόμενους ασθενείς με καρκίνο διαπίστωσε ότι χρειάζεται περισσότερος χρόνος ($x=24'$)³⁸.

Η βαθμολόγηση του MPQ παρέχει έξι δείκτες ποιότητας πόνου. Κάθε μία από τις 78 λέξεις βαθμολογείται με αύξουσα αριθμητική τιμή μέσα στην υποομάδα της. Από την πρόσθεση των τιμών της επιλεγείσας λέξης κάθε υποομάδας προκύπτει μία τιμή παρόντος δείκτη (present Rating Index) για εκάστη των τεσσάρων ομάδων διαστάσεων ποιότητας (Δείκτης αισθητηριακής ποιότητας (0-42), δείκτης ποιότητας επίδρασης (0-14), δείκτης ποιότητας εκτίμησης (0,5), δείκτης ποικίλης ποιότητας (0-17). Ο δείκτης συνολικής παρούσας ποιότητας (0-78) προκύπτει από την πρόσθεση των τιμών των τεσσάρων προαναφερθέντων δεικτών. Η βαθμολόγηση του δείκτη αριθμού επιλεγέντων λέξεων (Number words chosen), (0-20) γίνεται με την καταμέτρηση των λέξεων επιλογής του ασθενούς. Τέλος ο έβδομος δείκτης του MPQ ονομάζεται παρούσα ένταση πόνου (Present Pain Intensity) (0-5) και είναι λεκτική κατηγορική κλίμακα (0=ανύπαρκτος, 1=ήπιος, 2=ενοχλητικός, 3=βασανιστικός, 4=φοβερός και 5=ανυπόφορος).

Το MPQ διακρίνεται για ποικίλα πλεονεκτήματα. Η ισχύς του βρίσκεται στην περιεκτικότητα και τον πλούτο της περιγραφής του. Αντανακλά τις διαστάσεις ποιότητας και επιτρέπει διάκριση μεταξύ ευρειών κατηγοριών πόνου²². Οι τιμές των δεικτών ποιότητας σχετίζονται με εκείνες που λαμβάνονται με την χρήση άλλων μεθόδων εκτίμησης της ψυχολογικής κατάστασης^{9,39} και έντασης πόνου. Από την δημοσίευσή του, πολλοί ερευνητές έχουν αποδείξει την αξιοπιστία και εγκυρότητά του³⁷.

Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση διάφορων μορφών πόνου. Μέσω έρευνας του Medline Files (1975-1987) βρέθηκαν 102 άρθρα εκ των οποίων σε 51 αναφερόταν τουλάχιστον 2 από τους 7 δείκτες του MPQ ή το

ποσοστό του δείγματος που επέλεγε ορισμένες λέξεις. Οι μελέτες αυτές ομαδοποιούνται σε 7 επώδυνες καταστάσεις (πόνος καρκίνου 18%, χρόνια οσφυαλγία 74%, μικτός χρόνιος πόνος εκτός οσφυαλγίας 24%, οξύς μετεγχειρητικός πόνος 12%, πονόδοντος 14%. Πάνω από 20% των ατόμων επέλεξαν 19 από τις 78 λέξεις εκ των οποίων οι 12 περιλαμβάνονται στην σύντομη μορφή του. Ασθενείς με καρκίνο επέλεξαν όλες τις λέξεις εκτός από μία (annoying) ενοχλητικός. Από την μετά ανάλυση για τον καθορισμό των μέσων φυσιολογικών τιμών των δεικτών του MPQ, για όλες τις επώδυνες καταστάσεις οι υπολογισθείσες μέσες τιμές δεν ήταν πάνω από 50% της μέγιστης βαθμολογίας. Αν και μεταξύ των 7 επώδυνων καταστάσεων οι τιμές των δεικτών ήταν παρόμοιες, φαίνεται ότι υψηλές βαθμολογίες δείκτη ποιότητας επίδρασης διαχωρίζουν τις χρόνιες επώδυνες καταστάσεις από τις οξείες³⁷.

Μειονεκτήματα του MPQ θεωρούνται, ο μεγάλος χρόνος ο οποίος απαιτείται για την συμπλήρωσή του, η δυσκολία κατανόησης ορισμένων όρων και το γεγονός ότι υπολογίζει περισσότερο την διάσταση αισθητηριακής ποιότητας από τη διάσταση ποιότητας επίδρασης. Αν και θεωρείται ότι οι λέξεις κάθε υποομάδας έχουν ίση απόσταση και διατάσσονται κατά μέγεθος έντασης, μελέτη απέδειξε ότι υπάρχουν άνισες αποστάσεις μεταξύ τους³⁸. Επίσης κάποιες λέξεις δεν ταιριάζουν στην υποκατηγορία που βρίσκονται, ενώ συνώνυμες λέξεις εμφανίζονται σε διαφορετικές κατηγορίες διάστασης ποιότητας. Επιπλέον δεν υπάρχει αλληλουχία στον αριθμό των όρων στις υποκατηγορίες με αποτέλεσμα η ίδια τιμή βαθμολόγησης δεν αντιπροσωπεύει ίδια ένταση και αφετέρου σε περιπτώσεις ίδιας έντασης η τιμή θα είναι μεγαλύτερη στην υποκατηγορία η οποία περιέχει μεγαλύτερο αριθμό λέξεων. Πιθανόν πολλά μειονεκτήματα πηγάζουν από το γεγονός ότι η ηλικία των ατόμων που χρησιμοποιήθηκαν στον σχεδιασμό του ήταν κυρίως μικρής ηλικίας των ατόμων που χρησιμοποιήθηκαν στον σχεδιασμό του ήταν κυρίως μικρής ηλικίας καλά εκπαιδευμένοι άντρες, χωρίς εμπειρία κλινικού πόνου²².

Συμπερασματικά το MPQ αν και προσφέρει πολυδιάστατη αξιολόγηση πόνου, απαιτεί τροποποιήσεις πριν χρησιμοποιηθεί σε κλινική μελέτη. Θεωρείται περισσότερο κατάλληλο για μια φορά ή σποραδικές μετρήσεις παρά για επαναλαμβανόμενη χρήση για εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η σημαντική πολιτισμική βάση του πόνου αποκλείει την κατευθείαν μετάφρασή του από την Αγγλική σε άλλες γλώσσες. Σε αυτές τις περιπτώσεις υποχρεωτικά πρέπει να επαναλαμβάνεται η μελέτη κατασκευής του, η οποία έχει ήδη γίνει σε αρκετές χώρες.

Λόγω των μειονεκτημάτων της εκτεταμένης μορφής του MPQ δημιουργήθηκε η ανάγκη ανάπτυξης μιας συντομότερης μορφής, με την επιλογή μικρού αντιπροσωπευτικού αριθμού λέξεων ποιότητας (αισθητηριακής και επίδρασης) της αρχικής του μορφής.

Η σύντομη μορφή του MPQ περιλαμβάνει 15 λέξεις ποιότητας (11 αισθητηριακής - 4 επίδρασης) οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα έντασης 0-3 όπου 0=καθόλου, 1=ήπιος, 2=μέτριος, 3=έντονος πόνος. Τρεις δείκτες βαθμολόγησης ποιότητας δημιουργούνται από το άθροισμα των τιμών με τις οποίες χαρακτηρίζουν α) την αισθητηριακή β) της επίδρασης και γ) τη συνολική ποιότητα. Επίσης περιέχει τον δείκτη παρούσας έντασης πόνου της εκτεταμένης μορφής και μία κλίμακα οπτικών αναλογιών. Χρειάζεται 2-3' για την συμπλήρωσή του και οι λέξεις που περιέχει είναι απλές και ήταν κατανοητές από όλους τους ασθενείς στους οποίους δοκιμάστηκε. Οι τιμές των δεικτών του σχετίζονται πολύ υψηλά με τους δείκτες της εκτεταμένης μορφής του MPQ και είναι ευαίσθητο στις παραδοσιακές κλινικές θεραπείες, αναλγητικά φάρμακα, επισκληρίδιο έγχυση ή διαδερμικό ηλεκτρικό ερεθισμό³⁹.

Άλλη κλίμακα πολυδιάστατης μέτρησης πόνου είναι η **Card Sort Method** η οποία βασίζεται στο MPQ αλλά είναι ευκολότερη στη συμπλήρωση. Έχει τη μορφή ζευγών σύγκρισης επιθέτων περιγραφής ποιότητας (αισθητηριακή, επίδρασης, χρονικής εκτίμησης). Η διεργασία ταξινόμηση 30 καρτών από τον ασθενή απαιτεί 5'⁴⁰. Θεωρείται χρήσιμη στην έρευνα, έχει δοκι-

μαστεί σε πολλές κλινικές περιστάσεις αλλά απαιτεί επιπρόσθετη μελέτη⁴.

Το **Dartmouth Pain Questionnaire** αναπτύχθηκε ως βοηθός του MPQ. Προσφέρει τέσσερις αντικειμενικές μετρήσεις (παράπονα πόνου, σωματικές παρεμβάσεις, διαταραχές λειτουργικότητας και διατηρητέες θετικές πλευρές λειτουργικότητας) και μια υποκειμενική μέτρηση (αλλαγές αυτοεκτίμησης με την εμφάνιση πόνου). Είναι εύχρηστο, με ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρήσιμο στην έρευνα αν και χρειάζεται επιπλέον μελέτη⁴¹.

Ειδικά για την πολυδιάστατη μέτρηση πόνου ασθενών με καρκίνο αναπτύχθηκε το **Wisconsin Brief Pain Questionnaire** σήμερα ονομαζόμενο και **The Brief Pain Inventory** που περιέχει ιστορικό πόνου, αιτιολογία, ένταση, εντόπιση, ποιότητα και επίδραση πόνου στις δραστηριότητες (ψυχική διάθεση, κινητικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ύπνο, εργασία και απόλαυση ζωής). Είναι εύκολα κατανοητό, αυτοσυμπληρούμενο, με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα⁴².

Επίσης το **Memorial Pain Assessment Card** που αναπτύχθηκε από το τμήμα μελέτης αναλγητικών του Memorial Sloan Kettering ογκολογικού κέντρου, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο πολυδιάστατης αξιολόγησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Περιλαμβάνει μια περιγραφική κατηγορική κλίμακα επιθέτων πόνου, δύο κλίμακες οπτικών αναλογιών (έντασης και ανακούφισης πόνου) και μια λεκτική περιγραφική κλίμακα ψυχικής διάθεσης⁴³.

Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο στον καρκίνο δημιούργησαν ευρείες περιεκτικές στρατηγικές αξιολόγησής του. Πολλά ερωτηματολόγια που δημιουργήθηκαν σε κλινικές πόνου και ξενώνες παραμένουν αδημοσίευτα με αποτέλεσμα μικρή επίδραση στη βελτίωση της μεθοδολογίας αξιολόγησής του⁴⁴.

Άλλες κλίμακες μέτρησης πόνου

Οι **ψυχοσωματικές κλίμακες (Psychophysics)** αποτελούν ερευνητικό χώρο, στον

οποίο μία υποκειμενική αίσθηση όπως ο πόνος, ποσοτικοποιείται συγκρινόμενος με ένα μετρήσιμο αισθητικό φαινόμενο. Ο Peck (1967) χρησιμοποίησε τόνους από κλινικό ακουμετρική και ο Stewart (1977) ποικιλία χρωμάτων. Η χρήση τους απαιτεί εξειδικευμένες δεξιότητες και υλικό. Ενώ θεωρούνται ως μελλοντικά υποσχόμενες κλίμακες, χρειάζονται περαιτέρω επαναπροσδιορισμό και απλοποίηση¹².

Οι **κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής** μπορούν να προσφέρουν αξιολογικές πληροφορίες για την επίδραση του πόνου στην φυσιολογική λειτουργικότητα και τα συναισθήματα αλγούντων ασθενών. Πολλές μέθοδοι αξιολόγησης χρόνιου πόνου περιέχουν κάποια μορφή μέτρησης συναισθημάτων και λειτουργικότητας. Γνωστές σταθεροποιημένες κλίμακες είναι: The Beck Depression Inventory, The Profile of Mood States, The Symptom Checklist 90 και η μικρότερη έκδοση του Brief Symptom Inventory καθώς και η Sickness Impact Profile¹¹.

Στην κλινική πράξη εξαιρετικά χρήσιμη κρίνεται η καθημερινή συστηματική αξιολόγηση και καταγραφή της έντασης πόνου, των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με πόνο και η αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Οι πλέον συχνές μέθοδοι απόκτησης αυτών των πληροφοριών είναι τα **ημερολόγια πόνου** που έχουν ήδη περιγραφεί και τα **διαγράμματα πόνου (Pain charts)**⁶.

Η χρήση διαγράμματος πόνου οδηγεί σε μεθοδικότερη συνεχή παρακολούθηση ασθενούς και διευκολύνει την διάγνωση και τη θεραπεία του. Συμπληρώνεται είτε από τους νοσηλευτές, είτε από τον ίδιο τον ασθενή ή μέλος της οικογένειας και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του νοσηλευτικού φακέλλου, διαθέσιμο σε όλη την ομάδα υγείας ολόκληρο το 24ωρο. Η επιτυχία του εξαρτάται από το ενδιαφέρον του μελετητού και την ειλικρίνεια του ασθενή^{18,45}. Ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα νοσηλευτικών μελετών όπου με τη χρησιμοποίηση διαγραμμάτων πόνου διεπιστώθη βελτίωση τόσο της αντιμετώπισης πόνου, όσο και της ποιότητας φροντίδας των ασθενών^{45,46}.

Κλίμακες μέτρησης καρκινικού πόνου στην νοσηλευτική πράξη και έρευνα

Πολλές ερευνητικές μελέτες επικεντρώθηκαν στην σύγκριση διαφόρων κλιμάκων. Οι Onhaus και Adler (1975) και οι Woodforde και Merskey (1972) βρήκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων οπτικών αναλογιών και λεκτικών κατηγορικών κλιμάκων. Συγκρουόμενα είναι τα αποτελέσματα αναφορικά με την προτίμηση των ασθενών μεταξύ των διαφόρων κλιμάκων αυτοαναφοράς έντασης. Οι Kremer, Atkinson και Ignelzi (1981) βρήκαν ότι οι περισσότεροι προτίμησαν τη λεκτική κατηγορική την οποία συμπλήρωσε το σύνολο του δείγματος, ενώ το 11% δεν μπορούσαν να βαθμολογήσουν την κλίμακα οπτικών αναλογιών και 2% την αριθμητική κλίμακα. Αντιθέτως οι Huskisson και συν, Joyce CRB και συν, Onhaus και συν, Scott και συν, διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι προτιμούσαν την κλίμακα οπτικών αναλογιών¹¹.

Οι Downie και συν σε κλινική δοκιμή, διαπίστωσαν ότι η αριθμητική κλίμακα (1-10) είχε μεγαλύτερη επάρκεια από την λεκτική κατηγορική και των οπτικών αναλογιών³⁰. Σε άλλη μελέτη προέκυψε ότι οι ταξινομημένες κατά μήκος κλίμακες οπτικών αναλογιών ήταν περισσότερο αξιόπιστες και επροτιμούντο από τους ασθενείς από τις αντίστοιχες κατακόρυφες ή τις λεκτικές κατηγορικές²⁷.

Σε μελέτη 36 ασθενών με καρκίνο από την χρησιμοποίηση αριθμητικής (0-10), δεικτών του MPQ και κλίμακας 10 χρωμάτων δεν προέκυψαν συσχετίσεις μεταξύ των επιλεγέντων χρωμάτων και των τιμών των άλλων δύο κλιμάκων. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος αδυνατούσε να επιλέξει ένα χρώμα για τον πόνο που βίωνε και η κλίμακα που προτιμήθηκε από την συντριπτική πλειοψηφία για την επαρκή περιγραφή του ήταν το MPQ⁴⁷.

Η Donovan, νοσηλεύτρια συγγραφέας με πολυετή κλινική εμπειρία στην μελέτη των αλγούντων ασθενών θεωρεί ότι η αριθμητική κλίμακα γίνεται ευκολότερα κατανοητή από την κλίμακα οπτικών αναλογιών. Σε πολύ βαριά ασθενείς κρίνει προτιμότερη την χρήση προφο-

ρικής αριθμητικής κλίμακας οπότε παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή να κρατήσει τα δάκτυλά του 1-10 ή εναλλακτικά η κλίμακα οπτικών αναλογιών, οπότε ο νοσηλευτής κινεί αργά ένα μολύβι κατά μήκος της γραμμής και ζητά από τον ασθενή να νεύσει ή να σηκώσει το δάκτυλό του στο σημείο που ανταποκρίνεται στον πόνο του⁶.

Οι νοσηλευτές στην κλινική αξιολόγηση πόνου ασθενών με καρκίνο έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν και χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε προαναφερθείσα κλίμακα μέτρησης κλινικού πόνου καθώς και έντυπα δελτία νοσηλευτικής αξιολόγησης πόνου μιας σελίδας που είναι αποτέλεσμα μακράς εμπειρίας και ερευνητικής εργασίας πρωτοπόρων νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του πόνου⁴⁸.

Η χρησιμοποιούμενη μέθοδος κλινικής αξιολόγησης υποχρεούται να διακρίνεται για την εγκυρότητα, αξιοπιστία, αντικειμενικότητα και πρακτικότητα, κριτήρια τα οποία προφανώς ελάχιστα εργαλεία μέτρησης καλύπτουν. Η νοσηλευτική επιλογή του μέσου αξιολόγησης πόνου ασθενών με καρκίνο επηρεάζεται από την διάρκεια πόνου (οξύς-χρόνιος), τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή (ηλικία, ικανότητα και προθυμία να επικοινωνεί), τον σκοπό της αξιολόγησης, την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της μεθόδου καθώς και το ίδρυμα όπου νοσηλεύεται ο ασθενής (διαθέσιμος χρόνος προσωπικώς και η ικανότητά του να χρησιμοποιεί και να βαθμολογεί την κλίμακα)¹¹.

Σημαντική παράμετρος της κλινικής αξιολόγησης πόνου εκτός από την επιλογή του εργαλείου μέτρησής του είναι και ο καθορισμός χρόνου αξιολόγησης. Δεν υπάρχει ομοφωνία για τη συχνότητα αξιολόγησης τόσο στην κλινική πράξη όσο και στις κλινικές έρευνες. Συνήθως διενεργείται κυρίως από την άνεση του ασθενή παρά τις διακυμάνσεις της έντασης²². Η Donovan προτείνει διεξαγωγή της νοσηλευτικής αξιολόγησης πόνου σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει μόνο βασικά στοιχεία (εντόπιση, ένταση, εκτίμηση ανακούφισης) και πρέπει να διεξάγεται σε έκαστο ασθενή με καρκίνο με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, σε εκείνους που κινδυνεύουν να

εμφανίσουν πόνο καθημερινά, ενώ στους παραπονούμενους για συνεχή ή επανεμφανιζόμενο πόνο τουλάχιστον μια φορά ανά δωρο. Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει περισσότερες πληροφορίες (ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, παρατήρηση ασθενούς και σημαντικών άλλων προσώπων) και είναι απαραίτητη σε χρόνια πόνο, όταν οι προαναφερθείσες πληροφορίες είναι συγκεχυμένες, ή όταν η προηγηθείσα θεραπεία απέτυχε.

Οι ερευνητές νοσηλευτές αναγνωρίζοντας την πληθώρα των διαθέσιμων μεθόδων μέτρησης πόνου στον καρκίνο οφείλουν να είναι επιφυλακτικοί στην επιλογή της καταλληλότερης κλίμακας για την διεξαγωγή μιας ερευνητικής μελέτης. Οι παράγοντες οι οποίοι πρέπει να εξετασθούν με προσοχή είναι⁴:

- το ερώτημα ή ο σκοπός της έρευνας
- οι διαστάσεις πόνου τις οποίες επιθυμούν να μελετήσουν
- ο τύπος πόνου (οξύς-χρόνιος) των μελετουμένων ασθενών
- τα χαρακτηριστικά του δείγματος (βαρύτητα, μορφωτικό επίπεδο, ορατότητα κινητικότητα, κλινικό ίδρυμα και άλλοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ικανότητα ή επιθυμία των μελετουμένων ασθενών να συμπληρώσουν την μέθοδο)
- η μέθοδος μέτρησης (ευκολία συμπλήρωσης και βαθμολόγησης, διαθέσιμη εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους)

Σε τελική ανάλυση κάθε ερευνητής νοσηλευτής πρέπει να κάνει ορισμένους συμβιβασμούς. Επειδή η ανάπτυξη νέων μεθόδων αξιολόγησης πόνου είναι δυσχερής και μακρόχρονη διαδικασία είναι καλύτερο να χρησιμοποιούνται οι ήδη διαθέσιμες κλίμακες^{4,48}. Επιπλέον η επαναλαμβανόμενη χρήση τους συντελεί στον επαναπροσδιορισμό και βελτίωσή τους και συνεπώς συμβάλλει στην καλύτερη μέτρηση του σχετιζόμενου με καρκίνο πόνου.

Σε σχετική διδακτορική διατριβή⁴⁹ η νοσηλευτική αξιολόγηση πόνου ομάδος γυναικών με μεταστατικό καρκίνο μαστού, έγινε με χρήση εκτεταμένου ερωτηματολογίου, η κατάρτιση του οποίου ήταν μια ιδιαίτερα χρονοβόρος και επίπονη διαδικασία. Βασιζόμενοι στα περιγραφικά

και στατιστικά ευρήματα της μελέτης αυτής προτείνεται ένα δελτίο νοσηλευτικής αξιολόγησης πόνου ως εργαλείο για την εκτίμηση του νοήματος του πόνου του συγκεκριμένου ασθενούς και ως βάση για την οργάνωση της φροντίδας τους. Ελπίζουμε ότι μετά τη δοκιμή και πιθανά τροποποίηση ή βελτίωσή του θα μπορεί να προταθεί στην καθημερινή κλινική πράξη, συμβάλλοντας στην ανακούφιση των ασθενών με καρκίνο.

ELIZABETH PATIRAKI-KOURBANI, *Cancer pain measurement instruments. A nursing approach.* *Accurate assessment of the cancer patient experiencing pain is the foundation upon which all nursing interventions are built. In this article the significance and the difficulties in pain assessment as well as the various available instruments for its measurement are discussed. The selection of the best method of cancer pain assessment in clinical practice and research is influenced by many factors and remains a challenge for any nurse. Nosileftiki 4: 316-326, 1998.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. LISSON EL. Ethical Issues related to pain control. *Nurs Clin North Am* 1987, 22 (3):649-659.
2. HEBBEN N. Toward the Assessment of Clinical Pain. In Aronoff GM (Ed) *Evaluation and Treatment of Chronic pain*. Baltimore - Munich Urban & Schwarzenberg 1985: 451-469.
3. FORDYCE WE. The validity of pain behaviour measurement. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press 1983: 145-153.
4. McQUIRE D. Selecting an instrument to measure cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum* 1984, 11 (6):85-87.
5. MOUNT BM. Psychological and social aspects of cancer pain. In Wall P and Melzack R (Eds). *Textbook of pain*, Edinburgh, Churchill Livingstone 1984. 460-471.
6. DONOVAN M. Clinical Assessment of Cancer Pain In: McQuire D, Yarbo C (Eds) *Cancer Pain Management* Orlando FL, Crune and Stratton Inc, 1987: 105-131.
7. ENGBER D. Report of the NIH Consensus development conference on pain. *J of Pain and Sympt Manag* 1986, 1(3): 165-170.
8. WHO: *Cancer Pain Relief*, Geneva, 1986.
9. KREMER E., ATKINSON JH, IQNELZI RJ: Pain measurement the affective dimensional measure of the McGill Pain Questionnaire with a cancer pain population. *Pain* 1982, 12:153-163.
10. AHLES TA, BLANCHARD EB, RUCHDESCHER JC: The multidimensional nature of cancer related pain. *Pain* 1983, 17:277-288.
11. SYRJALA K. The measurement of pain. In Mc Quire D, Yarbo C (Eds) *Cancer pain management*. Ordlando FL, Crune and Stratton Inc 1987, 133-150.
12. McQUIRE D. The measurement of clinical pain. *Nurs Research* 1984, 33 (3): 152-166.
13. CHAPMAN CR, CASEY KL, DUBNER R, FOLEY KM, CRACELY RH and READING A.E. Pain measurement an overview (Review Article). *Pain* 1985, 22:1-31.
14. KEEFE FJ, BRANTLLEY A, MANUEL G et al. Behavioural assessment of head and neck cancer pain. *Pain* 1985, 23:327-33.
15. SANDERS SH. Toward a practical instrument system for the automatic measurement of «uptime» in chronic pain patients. *Pain* 1980, 9: 103-109.
16. CRAIG K and PRKACHIN K. Nonverbal Measures of Pain. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment* 1983:173-179.
17. SHEVINGTON SM. Activities as indices of illness behaviour in chronic pain. *Pain* 1983, 3:295-307.
18. MARGOLES MS. The pain chart Spatial properties of pain. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 215-225.
19. UNRUH A, McGATH P, CUNNINGRAM SJ and HAMPHEYS P. Children's drawing of their pain. *Pain* 1983, 17: 385-392.
20. KAIKO RF, WALLENSTEIN SL, ROGERS AG and HONDE RW. Sources of variation in anal-

- gesic responses in cancer patients with chronic pain receiving morphine. *Pain* 1983, 15: 191-200.
21. HUSKISSON EC. Visual analogue scales. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 33-37.
 22. DESCHAMPS M, BOND P and COLDMAN A. Assessment of adult cancer pain: Shortcomings of current methods. *Pain* 1988, 32: 133-139.
 23. SRIWATANAKUL K, KELVIE W and LASAQNA L. The quantification of pain: an analysis of words used to describe pain and analgesia in clinical trials. *Clin Pharmacol Ther* 1982, 32:142-143.
 24. WEBB P. Pain. in O' Brien D. Alexander (Eds) *Hig Dependency Nursing Care*, Edinburgh, Churchill Livingstone 1985: 41-51.
 25. READING AE. A comparison of pain rating scales. *J Phychos Res* 1980, 24:119-124.
 26. PRICE DD, McGRATH PA, RATTI A and BUCHINHAM B. The validation of visual analogue scales on a ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983, 17:45-46.
 27. SRIWATANAKUL K, KELVIE W, LASAQNA L, CALIMIM JF, WEIS OF and MEHTA G. Studies with different types of visual analog scales for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther* 1983, 34: 234-239.
 28. READING AE, EVERITT BS and SLEDNERE KM. The McGill pain questionnaire a replication of its construction, *Brit J Clin Phychol* 1982, 21: 339-249.
 29. CARLSSON AM. Assessment of chronic pain I Aspects of the raliability and validity of the visual analogue scales. *Pain* 1983, 16: 87-101.
 30. JONES C. Pain assessment. *Surgical Nurse* 1988: 5-11.
 31. READING A.E. Testing pain mechanisms in persons in pain. In Wall PD and Melzack R (Eds) *Textbook of pain*. Edinburgh, Churchill Livingstone 1984: 195-204.
 32. MELZACK R, TORGENSEN WC. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971, 34: 500-59.
 33. MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire major properties and scoring methods. *Pain* 1975, 1 (3): 277-299.
 34. CRACELY RH. Pain language and ideal pain assessment. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 71-77.
 35. LOWE NK, WALKER SN and MacCALLUM RC. Confirming the theoretical structure of the McGill Pain Questionnaire in acute clinical pain. *Pain* 1991, 46: 53-60.
 36. MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 41-47.
 37. WILKIE DJ. Cancer Pain Management. State of the art Nursing care. *Nurs Clin North Am* 1990, 25(2): 331-343.
 38. McQUIRE D. Assessment of pain in cancer in patients using the McGill Pain Questionnaire. *Oncol Nurs forum* 1984, 11 (6): 33-37.
 39. MELZACK R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987, 30: 191-197.
 40. READING AE, NEWTON JR. A card sort method of pain assessment. *J Phychos Res* 1978, 22(6): 503-512.
 41. CARSON JA, SCHNEIDER MJ. The Dartmouth pain questionnaire: an adjunct to the McGill pain questionnaire. *Pain* 1984, 19(1): 59-69.
 42. DAUT RL, CLEELAND CS, FLANERY RC. Development of the Wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983, 17 (2): 197-210.
 43. FISHMAN B, PASTERNAK S, WALLENSTEIN S, HOUDE R, HOLLAND J and FOLEY K. The Memorial Pain Assessment Card. *Cancer* 1987, 60: 1151-1158.
 44. MONKS R and TAENZER P. A comprehensive Pain Questionnaire. In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 233-237.
 45. KEELE K. The Temporal Aspects of Pain: The Pain Chart: In Melzack R (Ed) *Pain Measurement and Assessment*. New York, Raven Press, 1983: 205-213.
 46. JONES V. Recent Research into Pain Control and Assessment. Synopsis of paper given at Open meeting RCN Research society 1986: 1-4.
 47. WIQNATE A. A comparison of pain assessment tools for use with patients with cancer. Abstract of Research by graduates of the graduate program in Nursing 1986-87. University of Kansas, College of Health Sciences School of Nursing Kansas 1987: 148-149.
 48. HARRISON A. Assessing patient's pain identifying reasons for error. *J Adv Nurs* 1991, 16:1018-1025.
 49. ΠΑΤΗΡΑΚΗ Ε. Νοσηλευτική Αξιολόγηση του Πόνου Αρρώστων με Καρκίνο. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1995.