Η επίδραση της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στον πόνο νοσηλευομένων ασθενών σε Ογκολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Κωνσταντινίδης Θ.[1], Ντούμα Ι.[2], Καπρινιώτη Μ[2].

1. ΠΕ Νοσηλευτής, Μ.Ρ.Η., Καθηγητής Εφαρμογών, Τομέας Παθολογικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης **2.** ΤΕ Νοσηλεύτρια

Διεύθυνση επικοινωνίας
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Αρτακίνας 14, Μεσαμπελιές,71409, Ηράκλειο Κρήτης Τηλ: 6974718821
Ηλεκ. διεύθυνση: harriskon@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της μεταβολής στην ένταση του πόνου από τη συνολική ιατρονοσηλευτική φροντίδα κατά τη νοσηλεία ογκολογικών νοσηλευόμενων ασθενών.
Υλικό και Μέθοδος: Σε 100 τυχαίους ασθενείς Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου που έπασχαν από καρκίνο πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου, δόθηκε αριθμητική κλίμακα μέτρησης πόνου που βαθμολογήθηκε από 0 έως 10, την οποία συμπλήρωναν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και πριν την έξοδο τους από αυτό. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς το Νοέμβριο του 2008.
Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που συμπλήρωσαν την κλίμακα μέτρησης (ν=98) με βαθμολογία από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα», ανέφεραν μέση ένταση πόνου κατά την εισαγωγή τους 2,18 και κατά την έξοδο τους 1,94 (p=0,218). Παρά τις χαμηλές τιμές έντασης πόνου, στους 23(23,5%) ασθενείς, ο πόνος κατά τη νοσηλεία τους επιδεινώθηκε, ενώ στους 9(9,2%) παρέμεινε αμετάβλητος και δεν ήταν μηδενικός στην αρχική αξιολόγηση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στην ένταση του πόνου σε σχέση με την ηλικία (<65, 65+), την αιτία εισαγωγής (χημειοθεραπεία ή αντιμετώπιση παρενεργειών/συμπτωμάτων) και το είδος του καρκίνου (πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου).
Κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο οι ασθενείς συμφώνησαν ότι ότι ο πόνος τους αντιμετωπιζόταν ικανοποιητικά από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές (94,1% και 96,9% αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Ο πόνος φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από την ηλικία των ασθενών, το είδος του καρκίνου και την αιτία εισαγωγής στο συγκεκριμένο Ογκολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου που έγινε η μελέτη. Παρά την ικανοποιητική διαχείρισή του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υπάρχουν περιπτώσεις που ο πόνος επιδεινώνεται και απαιτείται εξατομικευμένη αξιολόγηση του.
Λέξεις - Κλειδιά: Πόνος, ογκολογικός ασθενής, ιατρονοσηλευτική φροντίδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ένα χρόνιο νόσημα που προκαλεί αρκετά σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα (Foster et al. 2009, Wilson et al. 2007). Τα περισσότερα από αυτά είναι αποτέλεσμα της νόσου και των συχνών επιπλοκών της, των διαφόρων θεραπειών και των παρενεργειών τους, της χρονιότητας της νόσου, των συχνών εισαγωγών και της υποστελέχωσης του προσωπικού των μονάδων φροντίδας υγείας (Cho et al. 2003, Kuuppelomaki & Lauri 1998, Molassiotis et al. 2010). Αν και κάθε ογκολογικός ασθενής εμφανίζει ποικιλία συμπτωμάτων, που εξαρτώνται κυρίως από το είδος του καρκίνου, το στάδιο και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης, ο καρκινικός πόνος αποτελεί ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται σε πολύ μεγάλα ποσοστά σε κάποια φάση της πορείας της νόσου (Mercadante et al. 1994). Ποικίλει ως προς την αιτιολογία, την ένταση, τη διάρκεια, την ποιότητα, αυξάνεται συνήθως με το χρόνο και αν και τις περισσότερες φορές δεν είναι βασανιστικός. Παραμένει ενοχλητικός, μεταβάλλει την καθημερινότητα του ασθενή και την ποιότητα ζωής του, επηρεάζοντας τελικά όχι μόνο τον ίδιο αλλά και το συγγενικό και υποστηρικτικό του περιβάλλον που τον βλέπει να υποφέρει (Banning et al. 1991, Ferrel et al. 1999).

Η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι σχετικά απλή διαδικασία με τις διάφορες κλίμακες μέτρησης πόνου που υπάρχουν (π.χ. οπτική αναλογική, αριθμητική, λεκτική περιγραφική, πολυδιάστατες) και εύκολα μπορούν να συμπληρωθούν τόσο από τον ασθενή όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Frampton & Hughes-Webb 2011, Williamson & Hoggart 2005). Δυστυχώς, όμως, δεν αποτελεί διαδικασία ρουτίνας στα ογκολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Το προσωπικό εστιάζεται πρωτίστως στη θεραπεία της νόσου και υποεκτιμά υποκειμενικά συμπτώματα που δεν αναφέρει ο ασθενής. Ο χρόνος που αφιερώνει στους ασθενείς λόγω φόρτου εργασίας είναι περιορισμένος, οι παρεμβάσεις τους επηρεάζονται συχνά από τις δικές τους αντιλήψεις για τις ανάγκες των ασθενών, υπάρχει ελλιπής συστηματική εκπαίδευση τους, ενώ και οι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν αυτά τα προβλήματα. Έτσι συχνά και ο πόνος υποεκτιμάται ή δεν αξιολογείται καθόλου προκαλώντας ποικίλα προβλήματα στον ασθενή (Ζώης και Πατηράκη-Κουρμπάνη 2008, Portenoy & Lesage 1999).

Σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Εταιρίας Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) του 1979, ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύει κάποια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται από το μέγεθος μιας τέτοιας βλάβης. Οι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, εκτός των σωματικών προβλημάτων (διαταραχές ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μειωμένη δραστηριότητα) αντιμετωπίζουν σε μεγάλο ποσοστό ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φόβο, απελπισία), επηρεάζεται η προσωπικότητά τους καθώς και η οικογενειακή και η κοινωνική τους ζωή (Gregurek et al. 2010, McMillan et al. 2008, Peters & Sellick 2006).

Ενώ η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι απλή στην εφαρμογή της, η αξιολόγηση των αιτιών που τον προκαλούν και η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης (φαρμακευτική, μη φαρμακευτική ή συνδυασμός και των δυο) απαιτεί εξειδικευμένη γνώση, ενεργοποίηση της ομάδας υγείας, ολιστική προσέγγιση και συνεχή ανατροφοδότηση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που οδηγούν στην ανακούφιση του (Jack et al. 2006, Ροβίθης 2002).

Ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί ιδανικό σημείο για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου. Η εκτίμηση του από τους ίδιους τους ασθενείς και με την ίδια κλίμακα μέτρησης πόνου κατά την εισαγωγή και την έξοδό τους από το νοσοκομείο και οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας θεωρούνται ως αξιόπιστα μέτρα εκτίμησης της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Caraceni et al. 2004, Twycross et al. 1996). Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μέτρηση της μεταβολής στην ένταση του πόνου από τη συνολική ιατρονοσηλευτική φροντίδα σε νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς γενικού νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης σε εκατό τυχαίους νοσηλευόμενους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, παχέος εντέρου και μαστού από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα το Νοέμβριο του 2008.

Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα: να έχει προηγηθεί διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός από τη διάγνωση, να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών, να έχουν υποβληθεί τουλάχιστον σε μια θεραπεία (χημειοθεραπεία, χειρουργείο, ακτινοθεραπεία), να μιλούν ελληνικά και η γενική τους κατάσταση να τους επιτρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Όλοι οι ασθενείς ανεξάρτητα από τον αριθμό εισαγωγών τους στο χρονικό διάστημα της μελέτης, επιλέχτηκαν μόνο μια φορά.

Για τη συλλογή των δεδομένων δόθηκε στους ασθενείς το ίδιο ερωτηματολόγιο σε δύο αντίγραφα. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το πρώτο με την εισαγωγή τους στη κλινική και το δεύτερο με την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, την αιτία εισαγωγής και την αριθμητική κλίμακα για τη μέτρηση του πόνου και του ύπνου. Ως μέθοδος αξιολόγησης του κλινικού πόνου χρησιμοποιήθηκε η αριθμητική κλίμακα, η οποία έχει λεκτικά άκρα, §καθόλου§ και §ανυπόφορος πόνος§, βαθμολογείται από 0 έως 10 και ο ασθενής επιλέγει/κυκλώνει τον αριθμό που τον εκφράζει καλύτερα. Καταγράφηκαν, επίσης τα αναλγητικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς, καθώς επίσης και η εκτίμηση τους για το πόσο ικανοποιητικά αντιμετωπίζεται ο πόνος τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε

μετά από την υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο και πριν την παραλαβή των δυο ερωτηματολογίων, οι ασθενείς ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για το σκοπό της έρευνας, τις οδηγίες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και τον τρόπο αυτοαξιολόγησης της έντασης του πόνου. Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν για την συμπλήρωση και παράδοση του δεύτερου ερωτηματολογίου πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 18.0. Στον προσδιορισμό των περιγραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών ελέγχθηκαν τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων με τους ελέγχους Student t και x2.

Με τη μέθοδο Student t ζευγαρωτών παρατηρήσεων, όπως και με τους μη παραμετρικούς ελέγχους McNemar, Wilcoxon Signed Rank Test και περιθωριακής ομογένειας, καθορίστηκαν τα επίπεδα τυχόν σημαντικών μεταβολών στην εκτίμηση της έντασης πόνου μεταξύ εισαγωγής και εξόδου των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς (61 άνδρες και 39 γυναίκες) κυρίως έγγαμοι (80%), που έπασχαν από καρκίνο πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου, με μέση ηλικία τα 62,6±10,8 έτη (Πίνακας 1). Στα χαρακτηριστικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών της μελέτης, στατιστικώς σημαντική διαφορά προέκυψε στην οικογενειακή κατάσταση, καθώς το 25,6% των γυναικών ήταν χήρες έναντι 1,6% των ανδρών x2 έλεγχος, p=0,002). Αρκετοί είχαν ήδη υποβληθεί πριν την εισαγωγή τους σε χειρουργική επέμβαση (66,3%), ακτινοθεραπείες (43,9%) και χημειοθεραπεία (99%) (Πίνακας 2), ενώ στην παθολογική ογκολογική κλινική στη φάση της μελέτης εισήχθησαν για χημειοθεραπεία (66%) ή για την αντιμετώπιση παρενεργειών της θεραπείας ή των συμπτωμάτων της ασθένειας (34%) (Πίνακας 3).

Στον Πίνακα 4 καταγράφηκε η ένταση του πόνου και η επίδραση του στον ύπνο κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Η μέση βαθμολογία της έντασης του πόνου στην κλίμακα μέτρησης από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα», κατά την εισαγωγή τους ήταν 2,18 και κατά την έξοδο τους 1,94 (p=0,218). Για τα προβλήματα με τον ύπνο, η μέση βαθμολογία κατά την εισαγωγή με 1,31 και κατά την έξοδο 1,52, με εξίσου στατιστικώς μη σημαντική μεταβολή.

Μετρήθηκε επίσης η μεταβολή στην ένταση του ατομικού πόνου κάθε ασθενή κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο (Πίνακας 5). Από όσους ανέφεραν πόνο κατά την εισαγωγή τους, στους 23(23,5%) ασθενείς ο πόνος τους επιδεινώθηκε, στους 9(9,2%) παρέμεινε αμετάβλητος, ενώ στους 28(28,6%) παρουσίασε βελτίωση.

Περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων (Πίνακας 6) δεν

Πίνακας 1.
Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 100 ασθενών της μελέτης.

Φύλο	Άνδρες -Γυναίκες	61 – 39
Ηλικία, χρόνια μέση ηλικία (τυπική απόκλιση):	όλων των ασθενών	62,6 (10,8)
	με καρκίνο πνεύμονα	62,2 (8,1)
	με καρκίνο μαστού	64,1 (11,7)
	με καρκίνο παχέος εντέρου	68,8 (13,1)
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος/η	80
	άγαμος/η	5
	διαζευγμένος/η	4
	χήρος/α	1
Επίπεδο εκπαίδευσης	δημοτικό ή καθόλου	53
	γυμνάσιο, λύκειο, σχολή	32
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	15
Συμβίωση με	σύζυγο	39
	σύζυγο και παιδιά	41
	παιδιά	4
	μόνος/η	11
	άλλους (αδέρφια, αποκλειστική κ.λπ.)	5
Είδος καρκίνου	πνεύμονα	45
	μαστού	17
	παχέος εντέρου	38

Πίνακας 2.
Αιτίες νοσηλείας των ασθενών της μελέτης σε σχέση με την είσοδο και έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Για την αιτία νοσηλείας στην κλινική, έχουν γίνει μέχρι στιγμής:	Χρόνος νοσηλείας Είσοδος	Έξοδος N (%)	P-value
Χειρουργική επέμβαση	65 (66,3)	68 (69,4)	0,250†
Ακτινοθεραπεία *	43 (43,9)	48 (49,0)	0,025++
Χημειοθεραπεία *	97 (99,0)	98 (100)	0,317++

* Η θεραπεία έχει συχνότητα 0 έως 3.
† Έλεγχος McNemar (μεταβολή κατάστασης).
++ Έλεγχοι Wilcoxon (μεταβολή συχνότητας).

Πίνακας 3.
Χαρακτηριστικά νοσηλείας των ασθενών της μελέτης.

Λόγος εισαγωγής για νοσηλεία την παρούσα χρονική στιγμή	Σύνολο N (%)	Είδος καρκίνου Πνεύμονα	Μαστού	Παχέος εντέρου
Χημειοθεραπεία	66 (66,0)	28 (62,2)	7 (41,2)	31 (81,6)
P-value				0,011
Αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων της ασθένειας	34 (34,0)	17 (37,8)	10 (58,8)	7 (18,4)

x^2 έλεγχος

Πίνακας 4.
Εκτίμηση της έντασης και επίδρασης του πόνου* των ασθενών της μελέτης στην Είσοδο και Έξοδο τους από την νοσηλεία.

		Χρόνος νοσηλείας Είσοδος Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ**)	Έξοδος	P-value
Ένταση πόνου	την τρέχουσα στιγμή	2,18 (0,0-4,0)	1,94 (1,0-3,0)	0,218
Επίδραση πόνου	στον ύπνο	1,31 (0,0-1,0)	1,52 (0,0-3,0)	0,325

* Η κλίμακα μέτρησης αφορά τιμές από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα».
** ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος.
Έλεγχος Student ζευγαρωτών παρατηρήσεων.

Πίνακας 5:
Μεταβολή της έντασης του ατομικού πόνου κάθε ασθενή

	v	%
Όσοι είχαν 0 και παρέμειναν 0 (χωρίς πόνο)	38	38,8
Όσοι είχαν ίδιο πόνο (αμετάβλητοι)	9	9,2
Όσοι βελτιώθηκαν (μείωση πόνου)	28	28,6
Όσοι επιδεινώθηκαν (αύξηση πόνου)	23	23,5
Σύνολο	98	100,0

Πίνακας 6:
Ένταση του πόνου κατά την είσαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο σε σχέση με:

α) την ηλικία των ασθενών	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
<65 ετών	2,0 (0,0 – 3,0)	
		0,872
≥65	2,3 (0,0 – 5,0)	
Mann Whitney test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

β) το είδος του καρκίνου	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
πνεύμονα	2,14 (0,0-5,0)	
μαστού	3,53 (3,0-7,0)	0,083
παχέος εντέρου	1,63 (0,0-2,0)	
Kruskall Wallis test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

γ) την αιτία εισαγωγής	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
Χημειοθεραπεία	1,68 (0,0 – 2,0)	
		0,116
Αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων της ασθένειας	3,03 (3,0 – 6,0)	
Mann Whitney test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

Πίνακας 7.
Ικανοποίηση των ασθενών και ανακούφιση του πόνου από τη στάση που τηρούν Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.

		Βαθμός συμφωνίας Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	
					%	P-value
Οι γιατροί συνήθως αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον πόνου μου	Είσοδος	95,9	3,1	1,0	--	
						0,366
	Έξοδος	94,1	3,1	1,0	1,0	
Οι νοσηλευτές συνήθως αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον πόνου μου	Είσοδος	98,0	2,0	--	--	
						0,366
	Έξοδος	96,9	2,0	1,0	--	
Ο πόνος μου ως σύμπτωμα ανακουφίζεται επαρκώς κατά τη νοσηλεία στην κλινική	Είσοδος	92,9	6,1	--	1,0	
						0,617
	Έξοδος	93,9	3,1	1,0	2,0	
# Έλεγχος περιθωριακής ομογένειας (μεταβολή κατάστασης).						

ανέδειξε στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ένταση του πόνου σε σχέση με την ηλικία (<65, 65+), την αιτία εισαγωγής (χημειοθεραπεία ή αντιμετώπιση παρενεργειών/ συμπτωμάτων) και το είδος του καρκίνου (πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου) με ισχυρότερο πόνο κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο να αναφέρουν οι άνω των 65ασθενείς (μέσος όρος, μ.ο 2,3), τα άτομα που νοσηλεύονται για αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων (μ.ο. 3,03) και οι γυναίκες με καρκίνο μαστού (μ.ο. 3,53). Η χαμηλή βαθμολογία (απουσία πόνου) συσχετιζόταν με το γεγονός ότι το 70% των ασθενών κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο ελάμβανε αναλγητική αγωγή.

Εκτιμήθηκαν, επίσης οι αντιλήψεις των ασθενών για το αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και γενικά η νοσηλεία τους στην κλινική συνέβαλλε στην ανακούφιση του πόνου όσων έπασχαν (Πίνακας 7). Κατά την είσοδο τους, το 98% των ασθενών συμφωνούσε με την άποψη ότι ο πόνος τους αντιμετωπιζόταν ικανοποιητικά από τους νοσηλευτές σε προηγούμενες νοσηλείες τους και κατά την έξοδο το 96,9% (p=0,366), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ίδια ερώτηση για τους γιατρούς ήταν 95,9% και 94,1% (p=0,366). Τέλος, μόνο το 3% ανέφερε ότι "διαφωνεί" ή "μάλλον διαφωνεί" στο ότι ο πόνος τους ως σύμπτωμα ανακουφιζόταν επαρκώς κατά τη νοσηλεία τους στη κλινική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασική επιδίωξη της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή της μεταβολής στην ένταση του πόνου ασθενών ως αποτέλεσμα της συνολικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε νοσοκομείο. Διαπιστώθηκε χαμηλή ένταση πόνου τόσο κατά την εισαγωγή, όσο και κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, αλλά καταγράφηκαν επίσης αρκετές περιπτώσεις στις οποίες υπήρξε επιδείνωση του πόνου και για τις οποίες θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη φροντίδα.

Οι ασθενείς με καρκίνο αποτελούν μια ομάδα ασθενών που εμφανίζει πολλά προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν όχι μόνο τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους (Dougherty 2010). Βασική παράμετρο για αυτή την κατάσταση αποτελούν οι επιπλοκές της νόσου και ο συνδυασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση (Bower et al. 2010, Partridge et al. 2001). Στην παρούσα έρευνα, τα 2/3 του δείγματος, αν και νοσηλεύονταν σε παθολογικό - ογκολογικό τμήμα, είχαν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και αρκετοί ασθενείς σε ακτινοθεραπεία. Επίσης, στον ίδιο χώρο, με αναλογία 2:1, νοσηλεύονταν ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία και ασθενείς για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και των παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής.Ο συνδυασμός των παραπάνω καταστάσεων οδηγεί συνήθως σε επιδείνωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς όπως είναι ο πόνος, οι διαταραχές του ύπνου, οι αιματολογικές διαταραχές κ.ά. (McGuire 2004, Mystakidou et al. 2007). Αν και ο πόνος αναφέρεται πιο έντονος σε ασθενείς που εισήχθησαν για παρενέργειες της νόσου ή της θεραπείας (Goudas et al. 2005, Strömgren et al. 2004), στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές πόνου και σημαντικές μεταβολές στην ένταση του. Η μέση βαθμολογία του κυμάνθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους από 2,18 κατά την εισαγωγή τους, σε 1,94 κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, χωρίς να μεταβάλλεται σημαντικά. Σύμφωνα με την Beck et al. (2010), χαμηλή ένταση πόνου συσχετίζεται με αποτελεσματική διαχείριση του σε επίπεδο νοσοκομείου και άριστη φροντίδα.

Οι ασθενείς αξιολόγησαν τον πόνο μόνοι τους με τη χρήση μιας αριθμητικής κλίμακας πόνου κατά την εισαγωγή και πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η συγκεκριμένη κλίμακα είναι αποτελεσματική για την καταγραφή του πόνου (Frampton & Hughes-Webb 2011), ενώ και η αυτοαξιολόγηση του πόνου από τους ίδιους τους ασθενείς αποτελεί αξιόπιστο τρόπο μέτρησης, που συμβάλλει στην καλύτερη διαχείρισή του (Caraceni et al. 2004, Williamson & Hoggart 2005).

Αντίστοιχες χαμηλές τιμές παρατηρούνται στην κλινική στην επίδραση του πόνου στον ύπνο (μέση βαθμολογία 1,31 κατά την είσοδο και 1,52 κατά την έξοδο, p=0,325). Ο πόνος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών του ύπνου. Πιθανότατα, οι χαμηλές τιμές έντασης πόνου εξηγούν και τις αντίστοιχες τιμές για τον ύπνο (Rumble et al. 2005). Παρά, όμως, τα χαμηλά επίπεδα πόνου που παρατηρούνται στους ασθενείς της μελέτης, από την περαιτέρω ανάλυση της έντασης του ατομικού πόνου του κάθε ασθενή, διαπιστώνεται ότι περίπου στο 25% των ατόμων, ο πόνος τους επιδεινώνεται κατά την παραμονή τους στη κλινική, ενώ σε ποσοστό 9,2% παραμένει αμετάβλητος (και δεν ήταν μηδενικός κατά την αρχική αξιολόγηση). Τα παραπάνω αποτελέσματα υποδηλώνουν την ανάγκη εξατομικευμένης, συνεχιζόμενης εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου (Vallerand et al. 2011), ιδίως στις περιπτώσεις που λόγω χαμηλής έντασης μπορεί να μην αναφέρεται ή να υποεκτιμάται, τόσο από τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό και να μην ενεργοποιείται αποτελεσματικά η διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισής του (Fairchild 2010). Ο πόνος δεν είναι σταθερός, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με την αναλγητική αγωγή, την πορεία της νόσου ή όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε νέες αποτελεσματικές θεραπείες (Alexopoulos et al. 2010) και η γνώση αυτή πρέπει να παραμένει επίκαιρη στη σκέψη όλων όσων διαχειρίζονται τα μέτρα ανακούφισης από τον πόνο στη κλινική.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σχέση πόνου με την ηλικία των ασθενών στο νοσοκομείο και το είδος του καρκίνου από το οποίο έπασχαν. Μια πρόσφατη έρευνα του Kirkova et al. (2011) δεν διαπιστώνει επίσης διαφορά στη σοβαρότητα και την επί-

πτωση του πόνου σε πολλούς διαφορετικούς καρκίνους ασθενών με προχωρημένο νόσο. Επιπρόσθετα, οι Green & Hart Johnson (2010) αναφέρουν στην έρευνα τους μη σημαντικές διαφορές στη σοβαρότητα του πόνου σε σχέση με την ηλικία, συμφωνώντας με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όσον αφορά στη σχετική ομοιόμορφη διασπορά της έντασης του πόνου, ανεξάρτητα από το είδος του καρκίνου και την ηλικία των ασθενών.

Η χαμηλή βαθμολογία της έντασης του πόνου πιθανότατα συσχετίζεται και με την συντριπτικά μεγάλη ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου τους από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη. Όπως τονίζει ο Green et al. (2003), τα χαρακτηριστικά του ιατρικού προσωπικού και οι θεραπευτικοί στόχοι που επιλέγει καθώς και η κατάσταση και τα πιστεύω του ασθενή (Naveth et al. 2011) καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ανακούφιση του από τον πόνο.

Δυο ήταν οι βασικοί περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Το δείγμα που επιλέχτηκε αποτελούνταν από ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα, χωρίς όμως να καταγραφεί το στάδιο της νόσου. Μερικές φορές, όμως, οι ογκολογικοί ασθενείς με προχωρημένη νόσο, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα επιβαρυμένη ποιότητα ζωής και πόνο, σε σχέση με τους νεοδιαγνωσθέντες. Επίσης, οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη έπασχαν από διαφορετικά είδη καρκίνου.Ο σκοπός μας όμως ήταν να καταγράψουμε στο σύνολο των ασθενών την επίδραση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του πόνου, ανεξάρτητα από το είδος του καρκίνου, το στάδιο της νόσου και την αναλγητική αγωγή. Περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών θα μπορούσε να μελετήσει την ένταση του πόνου σε κάθε στάδιο ξεχωριστά και σε κάθε είδος καρκίνου, σε συνδυασμό με το είδος της φαρμακευτικής/αναλγητικής αγωγής.

Παρά τις αδυναμίες της παρούσας μελέτης είναι προφανές ότι στη συγκεκριμένη κλινική λειτουργούν όλοι εκείνοι οι μηχανισμοί και γίνονται οι απαιτούμενες παρεμβάσεις που οδηγούν σε αποτελεσματική διαχείριση του πόνου κάθε ασθενή, ιδιαίτερα κατά την ολιγοήμερη παραμονή του στο νοσοκομείο. Υποστηρίζεται, επίσης, η άποψη ότι ανεξάρτητα από την ηλικία των ασθενών, το είδος του καρκίνου και την αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, μια ουσιαστική προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ελαττώνει σημαντικά την ένταση του και βελτιώνει την ικανοποίηση του ασθενή. Είναι σημαντικό, όμως, να επισημανθεί ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που η ένταση του πόνου έχει χαμηλή βαθμολογία, υπάρχουν περιπτώσεις που ο πόνος συγκεκριμένων ασθενών επιδεινώνεται κατά τη νοσηλεία τους. Έτσι, είναι ουσιαστική η εξατομικευμένη και συστηματική εκτίμηση του πόνου κάθε ασθενή ακόμη και με τη χρήση απλών αριθμητικών κλιμάκων που αναδεικνύουν τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alexopoulos, E. C., Koutsogiannou, P., Moratis, E., Mestousi, A., Jelastopulu, E. (2011) 'Pain in cancer patients: The Greek experience'. European Journal of Oncology Nursing 15(5), 442-446

Banning, A., SjΩgren, P., Henriksen, H. (1991) 'Pain causes in 200 patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic'. Pain 45(1), 45-48

Beck, S. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., Lindau, K., Field, R. B., Jensen S. (2010) 'Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives'. Journal of Pain and Symptom Management 39(1), 100-115

Bower, W. F., Vlantis, A. C., Chung, T. M., Van Hasselt, C. A. (2010) 'Mode of treatment affects quality of life in head and neck cancer survivors: Implications for holistic care'. Acta Oto-laryngologica 130(10), 1185-1192

Caraceni, A., Galbiati, A., Brunelli, C., Gorni, G., Martini, C., Zecca, E., De Conno, F. (2004) 'Cancer patient compliance in the self-administration of a pain assessment tool'. Journal of Pain and Symptom Management 27(5), 417-424

Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H., Smith, D. G. (2003) 'The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs'. Nursing Research 52(2), 71–79

Dougherty, M. (2010) 'Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience'. Clinical Journal of Oncology Nursing 14(3), 301-6

Fairchild, A. (2010) 'Under-treatment of cancer pain'. Current Opinion in Supportive and Palliative care 4(1), 11-15

Ferrell, B. R., Grant, M., Borneman, T., Juarez, G., ter Veer, A. (1999) 'Family caregiving in cancer pain management'. Journal of Palliative Medicine 2(2), 185-195

Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J., Roffe, L. (2009) 'Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence'. European Journal of Cancer Care 18(3), 223-247

Frampton, C. L., Hughes-Webb P. (2011) 'The measurement of pain'. Clinical Oncology 23(6), 381-386

Goudas, L. C., Bloch, R., Gialeli-Goudas, M., Lau, J., Carr, D. B. (2005) 'The epidemiology of cancer pain'. Cancer Investigation 23(2), 182-190

Green, C. R., Hart-Johnson, T. (2010) 'Cancer pain: an age-based analysis'. Pain Medicine 11(10), 1525-1536

Green, C. R., Wheeler, J. R., LaPorte, F. (2003) 'Clinical decision making in pain management: Contributions of physician and patient characteristics to variations in practice'. The Journal of Pain 4(1), 29-39

Gregurek, R., Bras, M., Dordeviç, V., Ratkoviç, A. S., Brajkoviç, L. (2010) 'Psychological problems of patients with cancer'. Psychiatria Danubina 22(2), 227-230

International Association for the Study of Pain (2011) Pain terms. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Def i...isplay .cfm&ContentID=1728#Pain> [17 July 2011]

Jack, B., Hillier, V., Williams, A., Oldham, J. (2006) 'Improving cancer

patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team'. European Journal of Cancer Care 15(5), 476-480

Kirkova, J., Rybicki, L., Walsh, D., Aktas, A., Davis, M. P., Karafa, M. T. (2011) 'The relationship between symptom prevalence and severity and cancer primary site in 796 patients with advanced cancer'. The American Journal of Hospice and Palliative Care 28(5), 350-355

Kuuppelomaki, M., Lauri, S. (1998) 'Cancer patients' reported experiences of suffering'. Cancer Nursing 21(5), 364-69

McGuire, D. B. (2004) 'Occurrence of cancer pain'. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (32), 51-56

McMillan, S. C., Tofthagen, C., Morgan, M. A. (2008) 'Relationships among pain, sleep disturbances, and depressive symptoms in outpatients from a comprehensive cancer center'. Oncology Nursing Forum 35(4), 603-611

Mercadante, S., Armata, M., Salvaggio, L. (1994) 'Pain characteristics of advanced lung cancer patients referred to a palliative care service'. Pain 59(1), 141-145

Molassiotis, A., Zheng, Y., Denton-Cardew, L., Swindell, R., Brunton, L. (2010) 'Symptoms experienced by cancer patients during the first year from diagnosis: patient and informal caregiver ratings and agreement'. Palliative & supportive care 8(3), 313-324

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Gennatas, K., Smyrniotis, V., Vassiliou, I. (2007) 'The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients'. Sleep, 30(6), 737-742

Naveh, P., Leshem, R., Dror, Y. F., Musgrave, C. F. (2011) 'Pain severity, satisfaction with pain management, and patient-related barriers to pain management in patients with cancer in Israel'. Oncology Nursing Forum 38(4), E305-513

Partridge, A. H., Burstein, H. J., Winer, E. P. (2001) 'Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer'. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (30), 135-142

Peters, L., Sellick, K. (2006) 'Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care'. Journal of Advanced Nursing 53(5), 524-533

Portenoy, R.K., Lesage, P. (1999) 'Management of cancer pain'. Lancet 353(9165), 1695-1700

Ροβίθης, Μ. (2002) 'Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου'. Νοσηλευτική 41(2), 156-162

Rumble, M.E., Keefe, F.J., Edinger, J.D., Porter, L.S., Garst, J.L. (2005) 'A pilot study investigating the utility of the cognitive-behavioral model of insomnia in early-stage lung cancer patients'. Journal of Pain and Symptom Management 30(2), 160-169

Strömgren, A.S., Groenvold, M., Petersen, M.A., Goldschmidt, D., Pedersen, L., Spile, M., Irming-Pedersen, G., Sjogren, P. (2004) 'Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care'. Journal of Pain and Symptom Management 27(2), 104-113

Twycross, R., Harcourt, J., Bergl, S. (1996) 'A survey of pain in patients with advanced cancer'. Journal of Pain and Symptom Management 12(5), 273-282

Vallerand, A. H., Musto, S., Polomano, R. C. (2011) 'Nursing's role in cancer pain management'. Current Pain and Headache Reports 15(4), 250-262

Williamson, A., Hoggart, B. (2005) 'Pain: a review of three commonly used pain rating scales'. Journal of Clinical Nursing 14(7), 798-804

Wilson, K.G., Chochinov, H.M., McPherson, C.J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., Fainsinger. R.L. (2007) 'Suffering with advanced cancer'. Journal of Clinical Oncology 25(13), 1691-1697

Ζώης, Κ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2008) 'Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου'. Νοσηλευτική 47(2), 167–174