

LA PERCEZIONE E LA VALUTAZIONE DEL DOLORE DEL PAZIENTE IN RIABILITAZIONE

Il dolore è un fenomeno complesso: fattori biologico-costituzionali, psicologici, sociali e culturali in continua interazione ne influenzano già la percezione soggettiva (Ercolani, 1997). In ambito sanitario, la valutazione del dolore risente di dinamiche intersoggettive (conscie e inconscie) e di attribuzioni di significato cui partecipano pazienti, operatori e familiari.

Nella medicina riabilitativa un'accurata valutazione del dolore è importante per orientare gli interventi fisioterapici, farmacologici e psicologici; tale valutazione, però, può avere non pochi risvolti soprattutto nella stretta relazione paziente-fisioterapista. Non di rado le discordanze tra la valutazione dell'intensità e della qualità del dolore data dal paziente e quella del fisioterapista generano vissuti di "incomprensione" sperimentati dal paziente che rischiano di inficiare l'alleanza terapeutica stessa. Il dolore va quindi considerato anche per le sue valenze comunicativo-relazionali.

Obiettivi :

Il presente lavoro, relativamente ad un gruppo di pazienti in riabilitazione, si propone di :

- valutarne il dolore considerandone anche gli aspetti sensoriali, affettivi e cognitivi;
- confrontare le valutazioni quantitative date dal paziente con l'eterovalutazione fornita dal fisioterapista di riferimento

Si ipotizza che le eventuali discordanze possano essere influenzate, soprattutto, da fattori affettivi che entrano nel gioco comunicativo-relazionale.

Campione:

N	21 pazienti
Patologia	Neurologici = 13 ; Ortopedici = 8
Sesso	Maschi = 10 ; Femmine = 11
Età	Media = 67,8 ; Deviazione Standard = 12,8
Stato civile	Coniugati = 16 ; Vedovi = 2 ; Celibe/Nubile = 3
Scolarità	Laurea = 5 ; Medie Sup. = 3 ; Medie Inf. = 8 ; Elementari = 5

Strumenti utilizzati:

- **Questionario Italiano del Dolore (QUID)** (De Benedittis, G. et al., 1988), per valutare l'intensità del dolore e aspetti qualitativi dell'esperienza con i suoi correlati sensoriali, cognitivi ed emozionali.
- **Visual Analog Scale (VAS)** (Scott, G., Huskisson, E., 1976), con cui si ottiene una rappresentazione grafica e quantitativa dell'intensità del dolore.
- **Mini-Mental State Examination (MMSE)** (Folstein, M.F., et al., 1975), finalizzato alla valutazione delle funzioni cognitive.

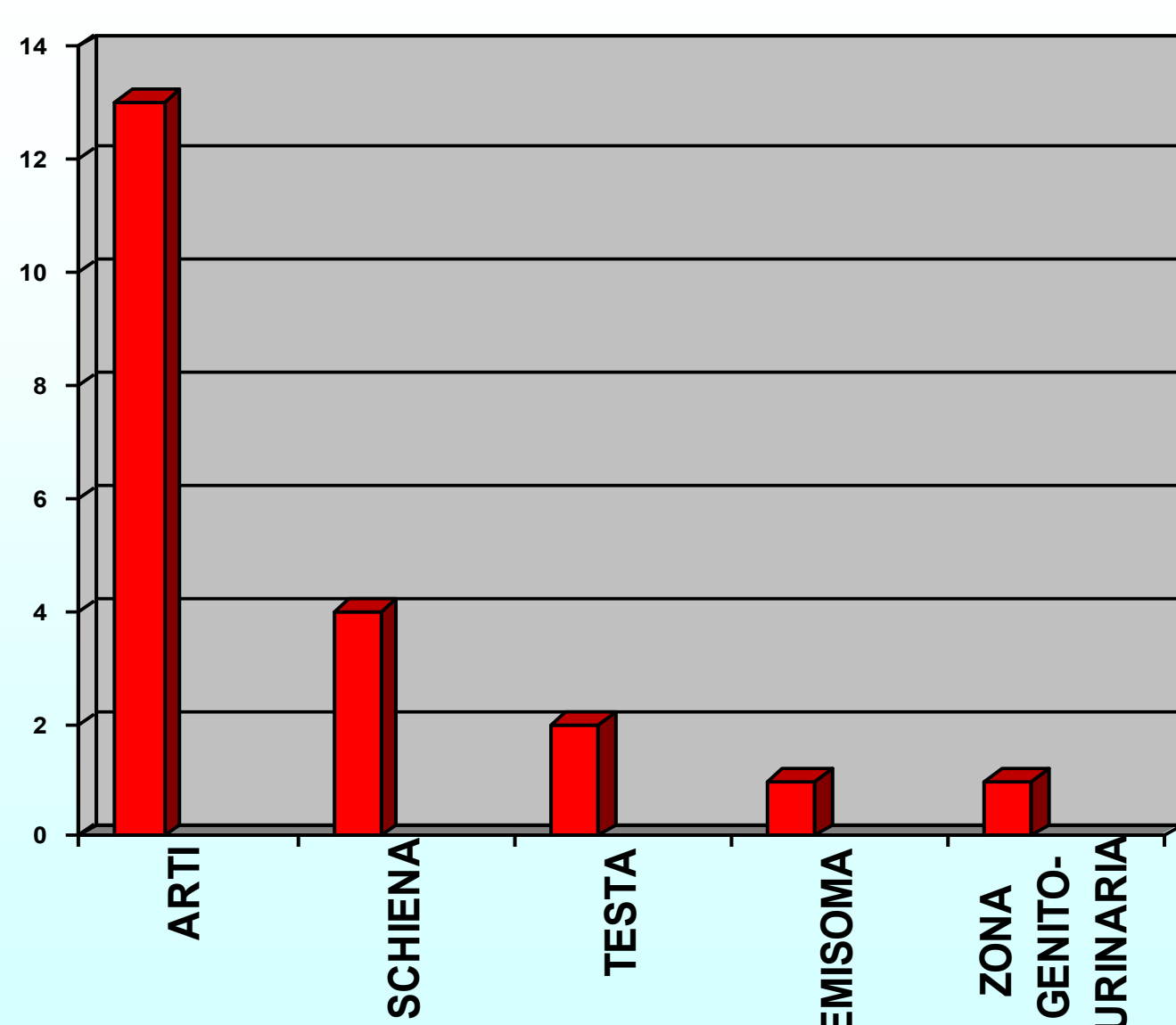
Risultati

STATISTICHE DESCRITTIVE

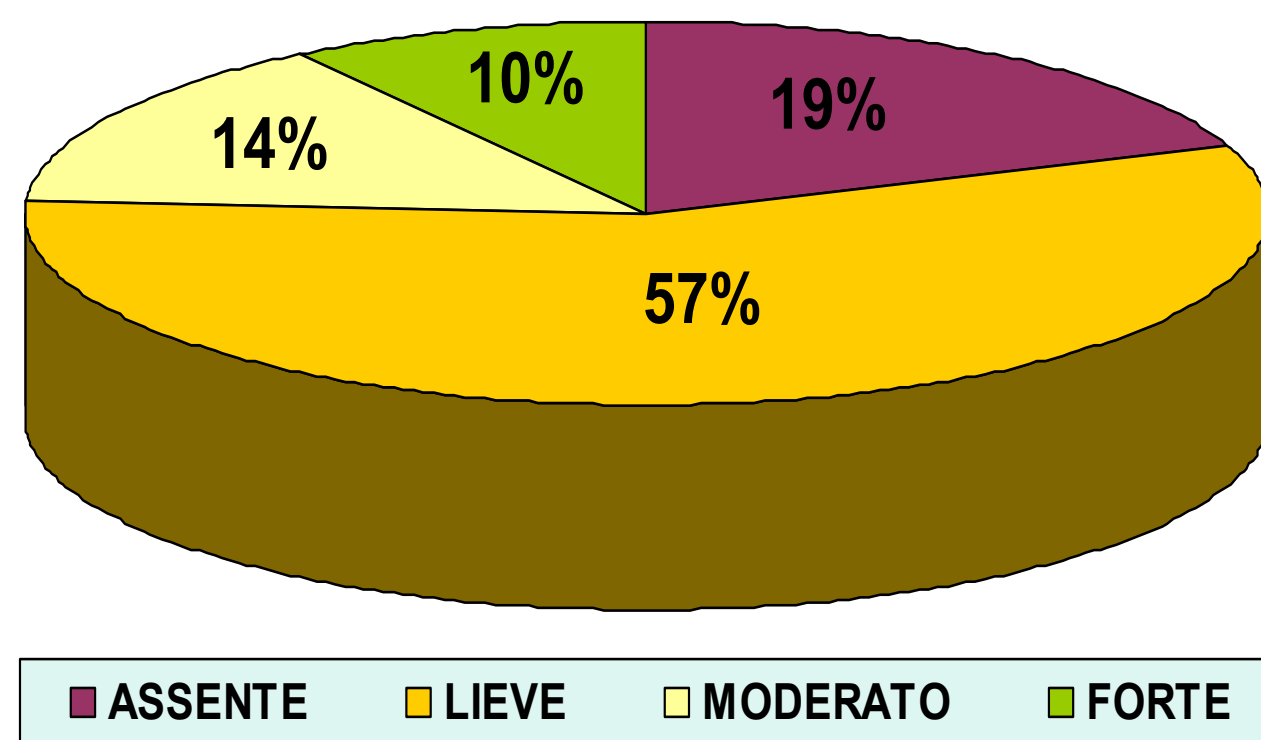
DURATA DEL DOLORE

	N PAZIENTI
Non superiore a 3 mesi	10
Da 4 mesi a 1 anno	3
Da 1 a 5 anni	1
Oltre 5 anni	7

LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE



VAS SOMMINISTRATA AI PAZIENTI



Quando il paziente presenta dolore si istituiscono trattamenti fisioterapici (fisici e strumentali), farmacologici e psicologici.

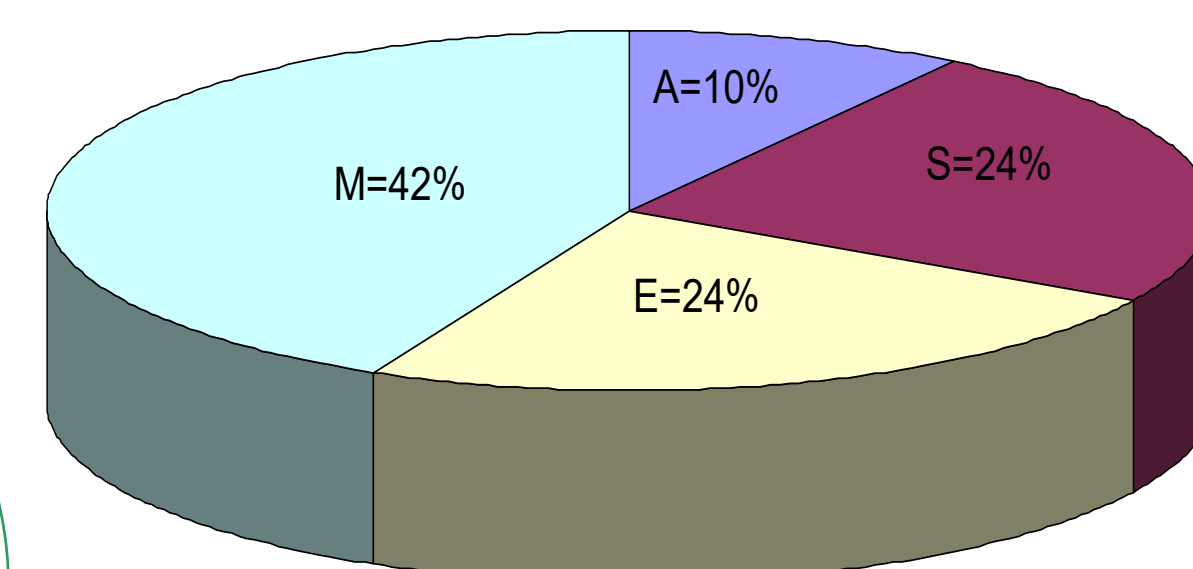
MMSE

Nella grande maggioranza dei casi lo stato cognitivo del paziente risulta lievemente alterato

VAS

Nessun dolore / Dolore peggiore possibile

DISTRIBUZIONE DELLA PREVALENZA DELLA CLASSE QUID NEL CAMPIONE DI PAZIENTI



S=Sensoriale; A=Affettiva; E=Valutativa; M=Mista

Esaminando le differenze fra le autovalutazioni dei pazienti e le eterovalutazioni del fisioterapista di riferimento, si rilevano scarti abbastanza elevati sia in eccesso che in difetto: solo in 9 casi la classe di dolore (assente, lieve, ecc.) risulta concorde.

Sebbene la ridotta entità del campione non consenta al momento di individuare risultati statisticamente significativi, appare interessante la relativamente elevata correlazione (0.65) tra la differenza di valutazione fra paziente e terapeuta e il punteggio alla VAS derivante dalla rappresentazione del paziente.

RELAZIONE VAS E QUID

Se si analizzano le differenze di valutazione VAS in rapporto ai punteggi delle classi QUID:

1. emerge una differenza significativa ($p < 5\%$) fra i punteggi medi dei pazienti per i quali si ha una concordanza e quelli per i quali si ha una discordanza di stima del dolore.

2. I punteggi relativi alle classi Affettiva e Valutativa risultano significativamente maggiori nel caso di disaccordo fra le stime di paziente e fisioterapista

Conclusioni

Anche se non a livello statisticamente significativo, emerge la tendenza da parte del terapeuta a sottovalutare il dolore di maggiore entità e a sopravvalutare quello percepito come più debole dal paziente

I risultati, anche se in fase preliminare, sono in linea con l'ipotesi che prevede l'importanza di fattori emozionali nella valutazione intersoggettiva del dolore.

Negli sviluppi futuri della ricerca questi primi risultati verranno sottoposti a validazione e integrati con ulteriori e approfondite analisi che tengano conto di altre variabili qualitative e quantitative riguardanti la relazione paziente-fisioterapista