



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟΝ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΙΟΝΗΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Φωτεινή Καμπέρη, Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ιωάννα Παπαθανασίου: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γενικό Τμήμα Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας: Επιβλέπων

Δρ. Ευάγγελος Φραδέλος, Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας: Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Σοφία Καστανίδου, Φιλολόγος Β'θμια Εκπαίδευση, Υπεύθυνη Συμβουλευτικού
Σταθμού: Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**PHYSICAL PAIN AND MENTAL STRESS IN PATIENTS
WITH ORTHOPEDIC PROBLEMS**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	7

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Πόνος & Ταξινόμηση.....	10
1.2 Εκτίμηση, Αξιολόγηση & Διαχείριση του πόνου.....	18
1.3 Τεχνικές Προσέγγισης του πόνου.....	22
1.4 Αντιμετώπιση του πόνου.....	26
2.1 Πόνος & Ορθοπεδικά προβλήματα.....	28
2.2 Διαταραχές της ψυχολογίας σε ορθοπεδικούς ασθενείς	31

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	33
3.2 Υλικό και Μέθοδος.....	34
3.3 Αποτελέσματα.....	36
3.4 Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	48
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	51
Παράρτημα.....	56

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Ψυχικής Υγείας» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η ολοκλήρωση της δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την στήριξη ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Παπαθανασίου Ιωάννα, αναπληρώτρια καθηγήτρια του Γενικού Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την τιμή που μου έκανε να αναλάβει την επίβλεψη της εργασίας μου αλλά και για την πολύτιμη αρωγή της, για την ολοκλήρωση της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τις νοσηλεύτριες της ορθοπαιδικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών, την φίλη μου Άννα Ραμμογιάννη για την στήριξη της, στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί παράγοντα θεμελιώδους σημασίας για την ανθρώπινη συμπεριφορά, είναι ένα σύστημα προειδοποίησης και αντιπροσωπεύει μία λειτουργία αποφασιστική και πολλές φορές σωτήρια για την ανθρώπινη ζωή. Σήμερα, η πρόοδος στην ιατρική αλλά και την νοσηλευτική, έχει προσφέρει μία πιο ενδελεχή γνώση και αντίληψη της όλης διάστασης του πόνου.

Σκοπός: Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του σωματικού πόνου στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας καθώς επίσης και της σχέσης τους με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. ο πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα, τα άτομα που παρουσίασαν πόνο και κατάθλιψη είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Η αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να είναι πιο συγκεκριμένη και προσανατολισμένη στον ασθενή, στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης. Ο πόνος και η κατάθλιψη συνυπάρχουν συχνά, η αξιολόγηση και η θεραπεία είναι σημαντική και τα συμπτώματα του πόνου πρέπει να εξετάζονται σε ένα ευρύτερο, βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο.

Μεθοδολογία: Στόχος της έρευνας αποτελούν οι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας. Τον Μελετώμενο Πληθυσμό αποτέλεσαν οι ασθενείς με μυοσκελετικές διαταραχές ανεξαρτήτου διάγνωσης νόσου που νοσηλεύονταν στην Ορθοπεδική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών ή προσήλθαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της. Από τον Μελετώμενο Πληθυσμό προήλθε το Δείγμα της έρευνας, το οποίο συνολικά ήταν n=103 ασθενείς.

Η δειγματοληψία μη πιθανότητας εφαρμόστηκε ως μέθοδος επιλογής του δείγματος και συγκεκριμένα η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας ευκολίας. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν τέθηκαν πέραν της συνεργασιμότητας και της συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

Αποτελέσματα: Από τους 103 ασθενείς, το 67,0% των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες και το 33,0% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 26 έως 89 ετών με μέση τιμή τα 63,81 έτη. Το φύλο, η ηλικία, ο αριθμός παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα σχετίζονταν με την κατάθλιψη, το στρες και τη συνολική ψυχική καταπόνηση.

Συμπεράσματα: Επομένως, ύστερα από τη διερεύνηση του σωματικού πόνου και την ψυχική καταπόνηση ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα σε πληθυσμό της ορθοπεδικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών είναι απαραίτητο να διεξαχθούν και άλλες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα έτσι ώστε να επαληθευτούν τα αποτελέσματα των μελετών και να συγκριθούν μεταξύ τους.

Λέξεις-Κλειδιά: Πόνος, Κατάθλιψη, Ποιότητα ζωής, Ορθοπεδικά προβλήματα

ABSTRACT

Introduction: Pain is a factor of fundamental importance for human behavior, it is a warning system and represents a function decisive and often life-saving for human life. Today, progress in medicine as well as nursing has provided a more thorough knowledge and understanding of the whole dimension of pain.

Purpose: The aim of the present study was to investigate the effect of physical pain on the negative emotional state of patients with orthopedic health problems as well as their relation to the characteristics of the patients. Pain is a common problem, people with pain and depression have a lower quality of life than health. Pain management needs to be more specific and patient-oriented, as part of a holistic approach. Pain and depression often coexist, evaluation and treatment are important, and pain symptoms should be considered in a wider, biopsychosocial context.

Methodology: The Target Population of the research is patients with orthopedic health problems. The Study Population were the patients with musculoskeletal disorders independent of the diagnosis of disease who were hospitalized at the Orthopedic Clinic of the General Hospital of Grevena or attended the Outpatient Clinics. From the Study Population came the Survey sample, which in total was n=103 patients. Non-probability sampling was applied as a sample selection method, and the technique used was that of sampling. Exclusion criteria when selecting the sample units were not beyond cooperativity and consent to participation in the survey.

Results: Of the 103 patients, 67.0% of the patients in the sample were women and 33.0% were men. Their age ranged from 26 to 89 years old with an average of 63.81 years old. Gender, age number of children, level of education, profession were related to depression, stress and overall mental stress.

Conclusions: Therefore, after investigating the physical pain and mental stress of patients with orthopedic problems in a population of the orthopedic clinic of the General Hospital of Grevena, it is necessary to carry out further studies with a larger sample in order to verify the results of the studies and compare them.

Keywords: Pain, Depression, Quality of life, Orthopedic problems

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανεξαρτήτως του παθογενετικού τους μηχανισμού, όλα τα σωματικά συμπτώματα συγκροτούν υποκειμενικά βιώματα του ασθενούς, η δε ένταση τους κυρίως προσδιορίζεται βάσει των αναφορών του ασθενούς και του αντίκτυπού τους που έχει στη συμπεριφορά του. Σε άλλοτε διαφορετικό βαθμό, πολλαπλοί ψυχολογικοί μηχανισμοί συσχετίζονται με πολλά σωματικά συμπτώματα με αμφίδρομη σχέση, όπως για παράδειγμα ο έντονος πόνος ακολουθείται από κακή ψυχική διάθεση, ενώ μπορεί να μειωθεί η ένταση του μέσω της απόσπασης της προσοχής. Η ένταση των συμπτωμάτων δεν ελαττώνεται μόνο από τη θεραπεία, αλλά επηρεάζεται και η ίδια η πορεία της σωματικής νόσου. Στις σωματικές και ψυχικές συνιστώσες υπάρχει αλληλεπίδραση τόσο στη νόσο όσο και στην υγεία.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Μελέτης και Καταπολέμησης του Πόνου (IASP), πόνος ονομάζεται το ερέθισμα που προκαλεί ένα σύνολο δυσάρεστων αισθητικών και συναισθηματικών εμπειριών, οι οποίες συσχετίζονται με υπαρκτή ή πιθανή ιστική βλάβη ή αποδίδεται σε σχέση με αυτή τη βλάβη. Ο οξύς πόνος, σε αντίθεση με τον χρόνια πόνο που είναι μια νοσολογική οντότητα, αποτελεί σύμπτωμα νόσου και σημειώνεται μετατραυματικά ή μετεγχειρητικά σε παθήσεις δέρματος ή σπλάγχων, καθώς και σε παθολογικές δυσλειτουργίες σπλάγχων και μυών (Λύκουρας & συν., 2017).

Ο πόνος δεν συγκροτεί απλά το τελικό προϊόν μιας παθητικής μεταβίβασης νευρικών ώσεων από ένα όργανο με υποδοχέα σε μια περιοχή ερμηνείας του. Είναι η συνέπεια μιας δυναμικής διεργασίας της αντίληψης και εξήγησης ενός ευρέως φάσματος ερεθισμάτων, εκ των οποίων μερικά συνδέονται με πραγματικά ή δυνητικά βλαβερά ερεθίσματα ή ακόμη και με καλοήγη ερεθίσματα, τα οποία όμως περιγράφονται και ερμηνεύονται με όρους διαταραχής. Συνεπώς, ως πόνος μπορεί να οριστεί το φαινόμενο που συνδέεται με τις αντιδράσεις ενός οργανισμού, που προκαλούνται από ένα ή πολλά ερεθίσματα. Η μετάβαση από το παραδοσιακό μοντέλο, το οποίο είναι προσανατολισμένο στη νόσο, προς ένα ευρύτερο μοντέλο, το βιοψυχοκοινωνικό, έχει ως αποτέλεσμα στη μετακίνηση στου κύριου ενδιαφέροντος από την ανακούφιση του πόνου σε μια πιο ευρεία προσπάθεια της διαχείρισης και της αντίληψης του πόνου.

Αρχικά, υπάρχει ένα αισθητηριακό στοιχείο του πόνου – μια αίσθηση που είναι δυσάρεστη και η οποία εντοπίζεται στο σώμα και που η επεξεργασία της γίνεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Δεύτερον, υπάρχει μια εκτίμηση όσον αφορά αυτή τη δυσάρεστη αισθητήρια εμπειρία, η οποία περιέχει μια γνωστική ενημερότητα αυτής της αίσθησης και είναι αυτό που χαρακτηρίζει ο ασθενής ως πόνο. Τρίτον, αποτελείται από τη αντίληψη και όχι μόνο της αίσθησης και της ενημερότητας του πόνου αλλά και τις αντιδράσεις στην εμπειρία αυτή (καταπόνηση, άγχος, δυσφορία, απελπισία). Τέλος, η κοινωνική διάσταση, εμπεριέχει τις συμπεριφορές των ασθενών σε αντίδραση στην ανεπιθύμητη εμπειρία του πόνου. Οι

παραπάνω διαστάσεις που έχουν περιγραφεί αποτελούν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του πόνου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ένας άνθρωπος με χρόνια νόσο, η κατάσταση υγείας του, η πορεία της νόσου και η έκβαση της νόσου επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο τραυματισμός και οι νόσοι μπορεί να οδηγήσουν σε τοπικές βιοχημικές αλλαγές και αυτόνομες αντανακλαστικές επιδράσεις, που έχουν στόχο τη διατήρηση της ακεραιότητας του σώματος. Οι τοπικές βιοχημικές αλλαγές διαμορφώνονται από την απελευθέρωση ενδοκυτταρικών χημικών ουσιών στον εξωκυττάριο χώρο ο οποίος περικλείει τις νευρικές απολήξεις, με συνέπεια να προκαλείται τοπικός πόνος, υπερευαισθησία και αίσθημα τάσης (Λύκουρας & συν., 2017).

Αυτές οι ουσίες περιέχουν τα ιόντα καλίου (K⁺) και υδρογόνου (H⁺), ακετυλοχολίνη, γαλακτικό οξύ, 5-υδροξυτρυπταμίνη (σεροτονίνη), ισταμίνη, προσταγλανδίνες και κάποιες συγκεκριμένες πρωτεΐνες που επιδέχονται στη δράση πρωτεολυτικών ενζύμων και παράγουν πολυπεπίδια, από τα οποία ένα από τα πιο σημαντικά στην παραγωγή του πόνου είναι η βραδυκινίνη. Αυτοί οι παράγοντες ερεθίζουν άμεσα τους υποδοχείς του πόνου και προκαλούν την ευαισθητοποίηση τους, ελαττώνοντας με αυτόν τον τρόπο τον ουδό τους.

Όπως συμβαίνει σε όλες τις κλινικές του γενικού νοσοκομείου, οι εισαγωγές στην Ορθοπεδική γίνονται μέσω των εξωτερικών ιατρείων. Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, συνήθως με εκφυλιστικές των αρθρώσεων, εισάγονται από τα τακτικά ιατρεία, ενώ ασθενείς με κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος διάφορων βαθμών βαρύτητας μετά από ατυχήματα (όπως είναι τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα, οι πτώσεις, επιθέσεις κ.λπ.) αποτελούν υλικό των έκτακτων ιατρείων. Ο πληθυσμός της Ορθοπεδικής χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των ανδρών στις νεότερες ηλικίες και η υπεροχή των γυναικών στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Επιπροσθέτως, πριν από ένα ατύχημα, ο ορθοπεδικός άρρωστος ήταν υγιής, ανεξάρτητος, δραστήριος και πολύ συχνά νέος, βλέπει τον εαυτό να μεταβάλλεται σε μια φάση απόλυτης εξάρτησης, αφού κάθε κάταγμα απαιτεί ακινητοποίηση, το οποίο ισούται με περιορισμό της ελευθερίας (Λύκουρας & συν., 2017).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΠΟΝΟΣ & ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο πόνος είναι ένα συναρπαστικό συναίσθημα που συχνά προκαλείται από έντονους ή καταστροφικούς ερεθισμούς. Ο ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός του Διεθνούς Συνδέσμου για τη Μελέτη του Πόνου ορίζει τον πόνο ως «δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης», ωστόσο λόγω του ότι είναι περίπλοκο, υποκειμενικό φαινόμενο, ο καθορισμός του πόνου ήταν μια πρόκληση. Στην ιατρική διάγνωση, ο πόνος θεωρείται ως σύμπτωμα μιας υποκείμενης κατάστασης (Craig, 2003).

Ο πόνος ενθαρρύνει το άτομο να αποσυρθεί από καταστροφικές καταστάσεις, να προστατεύσει ένα κατεστραμμένο τμήμα του σώματος ενώ θεραπεύει και να αποφύγει παρόμοιες εμπειρίες στο μέλλον. Ο περισσότερος πόνος επιλύεται όταν απομακρυνθεί το επιβλαβές ερέθισμα και το σώμα έχει θεραπευτεί, αλλά μπορεί να παραμείνει παρά την απομάκρυνση του ερεθίσματος και την προφανή επούλωση του σώματος. Μερικές φορές εμφανίζεται πόνος απουσία ανιχνεύσιμου ερεθίσματος, βλάβης ή ασθένειας (Axelrod & Hilz, 2003).

Ο πόνος είναι ο πιο συνηθισμένος λόγος για τη συμβουλή γιατρού στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Είναι ένα σημαντικό σύμπτωμα σε πολλές ιατρικές καταστάσεις και μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και τη γενική λειτουργία του. Τα απλά φάρμακα για τον πόνο είναι χρήσιμα στο 20% έως 70% των περιπτώσεων. Οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η υπνωτική υποκίνηση, ο ενθουσιασμός ή η απόσπαση της προσοχής μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ένταση ή τη δυσφορία του πόνου. Σε ορισμένες συζητήσεις σχετικά με την αυτοκτονία ή την ευθανασία με υποβοηθούμενη από γιατρό, ο πόνος χρησιμοποιήθηκε ως επιχείρημα για να επιτρέψει στους ανθρώπους που τελικά είναι άρρωστοι να τερματίσουν τη ζωή τους (Bernston & Cacioppo, 2007).

Ο πόνος είναι ο κύριος λόγος για την επίσκεψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων και υπάρχει στο 30% των οικογενειακών επισκέψεων. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναφέρει ευρέως μεταβαλλόμενα ποσοστά επικράτησης για χρόνια πόνο, που κυμαίνονται από 12 έως 80% του πληθυσμού. Γίνεται πιο συνηθισμένος καθώς οι άνθρωποι πλησιάζουν τον θάνατο. Μια μελέτη σε 4.703 ασθενείς διαπίστωσε ότι το 26% είχε πόνο τα τελευταία δύο χρόνια της ζωής, αυξάνοντας σε 46% τον τελευταίο μήνα. Σύμφωνα με μια έρευνα 6.636 παιδιών (ηλικίας 0-18 ετών), από τους 5.424 ερωτηθέντες, το 54% είχε παρουσιάσει πόνο τους προηγούμενους τρεις μήνες. Το

ένα τέταρτο ανέφερε ότι παρουσίασε υποτροπιάζοντα ή συνεχή πόνο για τρεις ή περισσότερους μήνες και το ένα τρίτο από αυτούς ανέφερε συχνό και έντονο πόνο. Η ένταση του χρόνιου πόνου ήταν υψηλότερη για τα κορίτσια και οι αναφορές των κοριτσιών για χρόνιο πόνο αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ 12 και 14 ετών (Buehl et al., 2009). Πριν από τη σχετικά πρόσφατη ανακάλυψη των νευρώνων και τον ρόλο τους στον πόνο, προτάθηκαν διάφορες διαφορετικές λειτουργίες του σώματος για την αντιμετώπιση του πόνου. Υπήρχαν αρκετές ανταγωνιστικές πρώιμες θεωρίες του πόνου μεταξύ των αρχαίων Ελλήνων: ο Ιπποκράτης πίστευε ότι οφειλόταν σε μια ανισορροπία σε ζωτικά υγρά. Τον 11ο αιώνα, η Avicenna θεώρησε ότι υπήρχαν αρκετές αισθήσεις αίσθησης, συμπεριλαμβανομένης της αφής, του πόνου και της ελάττωσης.

Το 1644, ο René Descartes θεώρησε ότι ο πόνος ήταν μια διαταραχή που πέρασε κατά μήκος των νευρικών ινών μέχρι που η διαταραχή έφτανε στον εγκέφαλο. Το έργο του Descartes, μαζί με την Avicenna's, προϋπόθετε την ανάπτυξη της θεωρίας εξειδίκευσης του 19ου αιώνα. Η θεωρία της ειδικότητας είδε τον πόνο ως «μια συγκεκριμένη αίσθηση, με τη δική της αισθητήρια συσκευή ανεξάρτητη από την αφή και άλλες αισθήσεις». Μια άλλη θεωρία που ήρθε στο προσκήνιο κατά τον 18ο και 19ο αιώνα ήταν η εντατική θεωρία, η οποία θεωρούσε τον πόνο όχι ως μοναδικό αισθητηριακό τρόπο αλλά ως συναισθηματική κατάσταση που παράγεται από τα ισχυρότερα από τα κανονικά ερεθίσματα όπως το έντονο φως, πίεση ή θερμοκρασία. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1890, η ειδικότητα υποστηρίχθηκε κυρίως από φυσιολόγους και γιατρούς και η εντατική θεωρία υποστηρίχθηκε κυρίως από ψυχολόγους. Ωστόσο, μετά από μια σειρά κλινικών παρατηρήσεων από τον Henry Head και τα πειράματα του Max von Frey, οι ψυχολόγοι μετανάστευσαν στην εξειδίκευση σχεδόν μαζικά και από το τέλος του αιώνα, τα περισσότερα βιβλία για τη φυσιολογία και την ψυχολογία παρουσίαζαν την ιδιαιτερότητα του πόνου ως γεγονός (Merskey & Bogduk, 1994). Το 1955, οι DC Sinclair και G Weddell ανέπτυξαν την περιφερειακή θεωρία προτύπων, βασισμένη σε μια πρόταση του 1934 από τον John Paul Nafe. Πρότειναν ότι όλες οι απολήξεις των ινών του δέρματος (εξαιρουμένων των νευρικών κυττάρων τρίχας) είναι ταυτόσημες και ότι ο πόνος προκαλείται από την έντονη διέγερση αυτών των ινών. Μια άλλη θεωρία του 20ού αιώνα ήταν η θεωρία ελέγχου πύλης, που εισήχθη από τον Ronald Melzack και τον Patrick Wall στο επιστημονικό άρθρο του 1965 "Mechanisms of Pain: A New Theory". Οι συγγραφείς πρότειναν ότι οι νευρικές ίνες με λεπτή (πόνο) και μεγάλη διάμετρο (επαφή, πίεση, δονήσεις) φέρουν πληροφορίες από τον τόπο τραυματισμού σε δύο προορισμούς στο ραχιαίο κέρατο του νωτιαίου μυελού και ότι η μεγαλύτερη δραστηριότητα ινών σε σχέση με τα λεπτά ινών στο ανασταλτικό κύτταρο, ο μικρότερος πόνος γίνεται αισθητός (Melzack & Katz, 2004).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο πόνος συνήθως είναι μεταβατικός και διαρκεί μόνο μέχρι να αφαιρεθεί το επιβλαβές ερέθισμα ή να θεραπευτεί η υποκείμενη βλάβη ή παθολογία, αλλά μερικές οδυνηρές καταστάσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η περιφερική νευροπάθεια, ο καρκίνος και ο ιδιοπαθής πόνος, μπορεί να παραμείνουν για χρόνια. Ο πόνος που διαρκεί πολύ καιρό λέγεται χρόνιος ή επίμονος και ο πόνος που λύεται γρήγορα ονομάζεται οξύς. Παραδοσιακά, η διάκριση μεταξύ οξείας και χρόνιας άλγης βασίστηκε σε αυθαίρετο χρονικό διάστημα μεταξύ της έναρξης και της επίλυσης. οι δύο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες είναι 3 μήνες και 6 μήνες από την έναρξη του πόνου, αν και ορισμένοι θεωρητικοί και ερευνητές έχουν τοποθετήσει τη μετάβαση από οξεία σε χρόνια πόνο σε 12 μήνες. διαρκεί λιγότερο από 30 ημέρες, χρόνιο σε πόνο διάρκειας άνω των έξι μηνών και υποτονικό σε πόνο που διαρκεί από ένα έως έξι μήνες. Ένας δημοφιλής εναλλακτικός ορισμός του χρόνιου πόνου, που δεν περιλαμβάνει αυθαίρετα καθορισμένες διάρκειες, είναι "ο πόνος που εκτείνεται πέρα από την αναμενόμενη περίοδο της επούλωσης" (Brand & Xaney, 1997).

Ο νοηκυπτικός πόνος προκαλείται από τη διέγερση αισθητήριων νευρικών ινών που ανταποκρίνονται σε ερεθίσματα που πλησιάζουν ή υπερβαίνουν τη βλαβερή ένταση (nociceptors) και μπορούν να ταξινομηθούν σύμφωνα με τον τρόπο της επιβλαβούς διέγερσης. Οι πιο συνηθισμένες κατηγορίες είναι οι "θερμικές" (π.χ. θερμότητα ή κρύο), "μηχανικές" (π.χ. θραύση, σχίσιμο, διάτμηση κλπ.) Και "χημικές" (π.χ. ιώδιο σε τεμάχιο ή χημικά που απελευθερώνονται κατά τη φλεγμονή). Μερικοί αισθητήρες υπερευαισθησίας ανταποκρίνονται σε περισσότερους από έναν από αυτούς τους τρόπους και ως εκ τούτου ορίζονται ως πολυτροπικοί (Grahek, 2008). Ο νοηκυπτικός πόνος μπορεί επίσης να ταξινομηθεί σύμφωνα με την περιοχή προέλευσης και να χωριστεί σε "σπλαχνικό", "βαθύ σωματικό" και "επιφανειακό σωματικό" πόνο. Οι σπλαχνικές δομές (π.χ. η καρδιά, το ήπαρ και τα έντερα) είναι εξαιρετικά ευαίσθητες στην έκταση, την ισχαιμία και τη φλεγμονή, αλλά σχετικά μη ευαίσθητες σε άλλα ερεθίσματα που συνήθως προκαλούν πόνο σε άλλες δομές, όπως καύση και κοπή. Ο επώδυνος πόνος είναι διάχυτος, δύσκολος να εντοπιστεί και συχνά αναφέρεται σε μακρινή, συνήθως επιφανειακή δομή. Μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία και έμετο και μπορεί να περιγραφεί ως αφύσικη, βαθιά, συμπιεσμένη και θαμπή. Ο βαθύς σωματικός πόνος ξεκινά με τη διέγερση των αισθητήρων του πόνου στους συνδέσμους, τους τένοντες, τα οστά, τα αιμοφόρα αγγεία, τις περιτονίες και τους μυς και είναι θαμπός, πονάριος, κακώς εντοπισμένος πόνος. Παραδείγματα περιλαμβάνουν διαστρέμματα και σπασμένα οστά. Ο επιφανειακός πόνος ξεκινά από την ενεργοποίηση των αισθητήρων στο δέρμα ή από άλλο επιφανειακό ιστό και είναι απότομη, σαφώς καθορισμένη και σαφώς εντοπισμένη. Παραδείγματα τραυματισμών που προκαλούν επιφανειακό σωματικό πόνο περιλαμβάνουν μικρές πληγές και ελάσσονα (πρώτου βαθμού) εγκαύματα (Hart et al., 2003).

Ο νευροπαθητικός πόνος προκαλείται από βλάβη ή ασθένεια που επηρεάζει οποιοδήποτε

μέρος του νευρικού συστήματος που εμπλέκεται στα σωματικά συναισθήματα (το σωματοαισθητικό σύστημα). Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να χωριστεί σε περιφερικό, κεντρικό ή μικτό (περιφερικό και κεντρικό) νευροπαθητικό πόνο. Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος περιγράφεται συχνά ως "καύση", "τσούξιμο", "ηλεκτρικό", "μαχαίρωμα" ή "καρφίτσες και βελόνες". Η πρόσκρουση του "αστείου οστού" προκαλεί οξύ περιφερικό νευροπαθητικό πόνο (Jensen & Finneper, 2014).

Η αλλοδυνία είναι ο πόνος που βιώνει σε απάντηση σε ένα φυσιολογικά ανώδυνο ερέθισμα. Δεν έχει βιολογική λειτουργία και ταξινομείται από τα ερεθίσματα σε δυναμικές μηχανικές, σημειακές και στατικές. Στην οστεοαρθρίτιδα, ο NGF έχει αναγνωριστεί ως εμπλεκόμενος στην αλλοδυνία. Η έκταση και η ένταση της αίσθησης μπορούν να εκτιμηθούν με εντοπισμό των σημείων ενεργοποίησης και της περιοχής της αίσθησης, καθώς και με τη χρήση φανταστικών χαρτών (Jensen & Finneper, 2014).

Ο φανταστικός πόνος είναι ο πόνος που αισθάνεται σε ένα μέρος του σώματος που έχει ακρωτηριαστεί ή από το οποίο ο εγκέφαλος δεν λαμβάνει πλέον σήματα. Είναι ένας τύπος νευροπαθητικού πόνου.

Ο επιπολασμός του φανταστικού πόνου στους υπερυψωμένους ακρωτηριασμούς είναι σχεδόν 82%, ενώ στους άκαρους των κάτω άκρων είναι 54%. Μια μελέτη έδειξε ότι οκτώ ημέρες μετά τον ακρωτηριασμό, το 72% των ασθενών εμφάνιζε πόνο στο φάντασμα και έξι μήνες αργότερα, το 67% το ανέφερε. Ορισμένοι ακρωτηριασμοί εμφανίζουν συνεχή πόνο που ποικίλλει σε ένταση ή ποιότητα. Άλλοι βιώνουν αρκετές κρίσεις πόνου την ημέρα ή μπορεί να επανεμφανιστούν λιγότερο συχνά. Συχνά περιγράφεται ως πυροβολισμός, σύνθλιψη, καύση ή κράμπες. Εάν ο πόνος είναι συνεχής για μεγάλο χρονικό διάστημα, τμήματα του άθικτου σώματος μπορεί να γίνουν ευαίσθητοποιημένα, έτσι ώστε η επαφή τους να προκαλέσει πόνο στο φανταστικό άκρο. Ο πόνος των φαντασμάτων μπορεί να συνοδεύει την ούρηση ή την αφόδευση (Jensen et al., 1983).

Οι τοπικές αναισθητικές ενέσεις στα νεύρα ή στις ευαίσθητες περιοχές του κελύφους μπορεί να ανακουφίσουν τον πόνο για μέρες, εβδομάδες ή μερικές φορές μόνιμα, παρά το γεγονός ότι το φάρμακο φθείρεται σε λίγες ώρες, και μικρές ενέσεις υπερτονικού αλατούχου διαλύματος στο μαλακό ιστό μεταξύ των σπονδύλων παράγει τοπικό πόνο που ακτινοβολεί στο φάντασμα για δέκα λεπτά περίπου και μπορεί να ακολουθείται από ώρες, εβδομάδες ή και περισσότερο από μερική ή ολική ανακούφιση από φανταστικό πόνο. Οι έντονες κραδασμοί ή η ηλεκτρική διέγερση του κελύφους ή το ρεύμα από ηλεκτρόδια που εμφυτεύονται χειρουργικά στο νωτιαίο μυελό προκαλούν ανακούφιση σε ορισμένους ασθενείς. Η θεραπεία με κιβώτιο καθρεπτών παράγει την ψευδαίσθηση της κίνησης και αγγίζει σε ένα φανταστικό άκρο το οποίο με τη σειρά του μπορεί να προκαλέσει μείωση του πόνου. Η παραπληγία, η απώλεια της αίσθησης και ο εθελοντικός έλεγχος του κινητήρα μετά από σοβαρή βλάβη του νωτιαίου μυελού, μπορεί να συνοδεύεται από πόνο στον πόνο στο

ύψος της βλάβης του νωτιαίου μυελού, σπλαχνικός πόνος που προκαλείται από την ουροδόχο κύστη ή το έντερο ή σε πέντε έως δέκα τοις εκατό παραπληγική, φανταστικός πόνος στο σώμα σε περιοχές με πλήρη απώλεια αισθήσεων. Αυτός ο φανταστικός πόνος στο σώμα αρχικά περιγράφεται ως έγκαυμα ή μυρμηγκιασμοί, αλλά μπορεί να εξελίσσεται σε σοβαρό πόνο σύνθλιψης ή τσίμπημα ή την αίσθηση της πυρκαγιάς που τρέχει στα πόδια ή ενός μαχαιριού που στρέφεται στη σάρκα. Η εμφάνιση μπορεί να είναι άμεση ή να μην εμφανιστεί μέχρι τα έτη μετά τον τραυματισμό. Η χειρουργική θεραπεία σπάνια παρέχει διαρκή ανακούφιση (Jensen et al., 1985).

Ο ψυχογενής πόνος, που ονομάζεται επίσης ψυχαλγία ή άλγος σωματοποίησης, είναι ο πόνος που προκαλείται, αυξάνεται ή παρατείνεται από ψυχικούς, συναισθηματικούς ή συμπεριφορικούς παράγοντες. Η κεφαλαλγία, ο πόνος στην πλάτη και ο πόνος στο στομάχι διαγιγνώσκονται μερικές φορές ως ψυχογενείς. Οι πάσχοντες συχνά στιγματίζονται, διότι τόσο οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα όσο και το ευρύ κοινό έχουν την τάση να πιστεύουν ότι ο πόνος από μια ψυχολογική πηγή δεν είναι "πραγματικός". Ωστόσο, οι ειδικοί θεωρούν ότι δεν είναι λιγότερο πραγματικοί ή κακόμοινοι από τον πόνο από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Τα άτομα με μακροχρόνιο πόνο εμφανίζουν συχνά ψυχολογικές διαταραχές, με αυξημένες βαθμολογίες στις κλίμακες της Υστερίας, της κατάθλιψης και της υποχοδόριασης (η «νευρωτική τριάδα»). Μερικοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι αυτός ο νευρωτισμός προκαλεί οξύ πόνο για να μετατραπεί σε χρόνια, αλλά οι κλινικές ενδείξεις δείχνουν την άλλη κατεύθυνση, τον χρόνιο πόνο που προκαλεί νευρωτισμό. Όταν ο μακροχρόνιος πόνος ανακουφίζεται από τη θεραπευτική παρέμβαση, τα αποτελέσματα στη νευρωτική τριάδα και το άγχος πέφτουν συχνά σε φυσιολογικά επίπεδα. Η αυτοεκτίμηση, συχνά χαμηλή στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, δείχνει επίσης βελτίωση μόλις ο πόνος έχει επιλυθεί.

Ο αιφνίδιος πόνος είναι ο μεταβατικός πόνος που εμφανίζεται ξαφνικά και δεν ανακουφίζεται από την τακτική αντιμετώπιση του πόνου του ασθενούς. Είναι συχνό σε ασθενείς με καρκίνο που συχνά έχουν πόνο στο παρασκήνιο, ο οποίος είναι γενικά καλά ελεγχόμενος από τα φάρμακα, αλλά μερικές φορές αντιμετωπίζει κρίσεις έντονου πόνου που από καιρό σε καιρό «σπάει» το φάρμακο. Τα χαρακτηριστικά του βαθμού πόνου από τον καρκίνο ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και ανάλογα με την αιτία. Η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να συνεπάγεται εντατική χρήση οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένης της φαιντανύλης (Koojiman et al., 2000). Η ικανότητα του πόνου είναι απαραίτητη για την προστασία από τραυματισμό και την αναγνώριση της παρουσίας τραυματισμού. Η επεισοδική αναλγησία μπορεί να συμβεί υπό ειδικές συνθήκες, όπως στον ενθουσιασμό του αθλητισμού ή του πολέμου: ένας στρατιώτης στο πεδίο της μάχης δεν αισθάνεται πόνο για πολλές ώρες από έναν τραυματικό ακρωτηριασμό ή άλλο σοβαρό τραυματισμό. Παρόλο που η δυσάρεστη κατάσταση αποτελεί ουσιαστικό μέρος του ορισμού του πόνου, είναι δυνατόν να προκληθεί μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως έντονος πόνος χωρίς προσοχή σε

μερικούς ασθενείς, με έγχυση μορφίνης ή ψυχοχειρουργική. Αυτοί οι ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν πόνο αλλά δεν ενοχλούνται από αυτό. αναγνωρίζουν την αίσθηση του πόνου αλλά υποφέρουν ελάχιστα ή καθόλου. Η αδιαφορία για τον πόνο μπορεί επίσης σπάνια να είναι παρούσα από τη γέννηση. αυτοί οι άνθρωποι έχουν φυσιολογικά νεύρα στις ιατρικές έρευνες και βρίσκουν τον πόνο δυσάρεστο, αλλά δεν αποφεύγουν την επανάληψη του ερεθίσματος του πόνου. Η αναισθησία στον πόνο μπορεί επίσης να προκύψει από ανωμαλίες στο νευρικό σύστημα. Αυτό είναι συνήθως το αποτέλεσμα της επίκτητης βλάβης στα νεύρα, όπως τραυματισμό του νωτιαίου μυελού, σακχαρώδης διαβήτης (διαβητική νευροπάθεια) ή λέπρα σε χώρες όπου η ασθένεια αυτή επικρατεί. Αυτά τα άτομα διατρέχουν κίνδυνο βλάβης και λοίμωξης από ιστούς εξαιτίας τραυματισμών που δεν έχουν ανακαλυφθεί. Τα άτομα με νευρική βλάβη που σχετίζεται με διαβήτη, για παράδειγμα, διατηρούν ελαφρώς επούλωτικα έλκη των ποδιών ως αποτέλεσμα της μειωμένης αίσθησης. Ένας πολύ μικρός αριθμός ανθρώπων δεν είναι ευαίσθητος στον πόνο λόγω μιας εγγενούς ανωμαλίας του νευρικού συστήματος, γνωστού ως «συγγενής ανυπαρξία στον πόνο». Τα παιδιά με αυτή την κατάσταση προκαλούν απρόσεκτη επανάληψη των βλαβών στις γλώσσες, τα μάτια, τους αρθρώσεις, το δέρμα και τους μύς. Οι περισσότεροι άνθρωποι με συγγενή ανυπαρξία στον πόνο έχουν μία από τις πέντε κληρονομικές αισθητικές και αυτόνομες νευροπάθειες (η οποία περιλαμβάνει την οικογενειακή δυσουνονομία και τη συγγενή ανυπαρξία στον πόνο με την ανίδρωση). Αυτές οι καταστάσεις παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο μαζί με άλλες νευρολογικές ανωμαλίες, ιδιαίτερα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Ένα πολύ σπάνιο σύνδρομο με απομονωμένη συγγενή έλλειψη ευαισθησίας στον πόνο έχει συνδεθεί με μεταλλάξεις στο γονίδιο SCN9A, το οποίο κωδικοποιεί ένα κανάλι νατρίου (Nav1.7) απαραίτητο για τη διεξαγωγή ερεθισμάτων νεύρου στον πόνο (Lynn, 1984). Τα πειραματικά άτομα που προκαλούνται από τον οξύ πόνο και τους ασθενείς με χρόνιες διαταραχές στον πόνο στον έλεγχο της προσοχής, τη μνήμη εργασίας, τη διανοητική ευελιξία, την επίλυση προβλημάτων και την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών. Ο οξύς και χρόνιος πόνος σχετίζεται επίσης με αυξημένη κατάθλιψη, άγχος, φόβο και θυμό. Εάν έχω τα πράγματα σωστά, οι συνέπειες του πόνου θα περιλαμβάνουν την άμεση σωματική δυσφορία, την ανεργία, τις οικονομικές δυσκολίες, τη συζυγική δυσαρμονία και τις δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής (Lynn, 1984). Παρόλο που ο πόνος θεωρείται αποσπασματικός και δυσάρεστος και ως εκ τούτου συνήθως αποφεύγεται, μια μετα-ανάλυση που συνοψίζει και αξιολογεί πολυάριθμες μελέτες από διάφορους ψυχολογικούς κλάδους, βρήκε μείωση των αρνητικών επιπτώσεων.

Σε όλες τις μελέτες, οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε οξύ φυσικό πόνο στο εργαστήριο, ακολούθως ανέφεραν ότι αισθάνονται καλύτερα από εκείνους σε μη οδυνηρές συνθήκες ελέγχου, ένα εύρημα που αντανακλάται επίσης στις φυσιολογικές παραμέτρους. Ένας πιθανός μηχανισμός για να εξηγήσει αυτό το αποτέλεσμα παρέχεται από τη θεωρία του

αντιπάλου-διαδικασίας (Melzack & Katz, 2004). Το 1968 ο Ronald Melzack και ο Kenneth Casey περιέγραψαν χρόνιο πόνο ως προς τις τρεις διαστάσεις του:

1. «αισθητική-διακριτική» (αίσθηση της έντασης, της θέσης, της ποιότητας και της διάρκειας του πόνου)
2. «συναισθηματικά-κίνητρα» (δυσάρεστη και παρότρυνση να ξεφύγουν από τη δυσάρεστη κατάσταση)
3. «γνωστική-αξιολόγηση» (γνωστικές προσεγγίσεις όπως η εκτίμηση, οι πολιτισμικές αξίες, η απόσπαση της προσοχής και η υπνωτική πρόταση).

Θεωρούσαν ότι η ένταση του πόνου (η αισθητική διακριτική διάσταση) και η δυσάρεστη (η διάσταση της συναισθηματικής κινητικότητας) δεν καθορίζονται απλώς από το μέγεθος του επώδυνου ερεθίσματος, αλλά οι «ανώτερες» γνωστικές δραστηριότητες μπορούν να επηρεάσουν την αντιληπτή ένταση και δυσάρεστη κατάσταση. Οι γνωστικές δραστηριότητες μπορούν να επηρεάσουν τόσο την αισθητική όσο και την συναισθηματική εμπειρία ή μπορούν να τροποποιήσουν κυρίως την διάσταση της συναισθηματικής κινητικότητας. Έτσι, ο ενθουσιασμός στα παιχνίδια ή στον πόλεμο φαίνεται να εμποδίζει και τις δύο διαστάσεις του πόνου, ενώ η πρόταση και ο εικονικός χώρος μπορούν να διαμορφώσουν την διάσταση της συναισθηματικής κινητικότητας αισθητική-διακριτική διάσταση σχετικά ανενόχλητη. Το έγγραφο τελειώνει με μια παρότρυνση για δράση: «Ο πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί όχι μόνο προσπαθώντας να μειώσει την αισθητηριακή εισροή από το μπλοκ αναισθητικών, τη χειρουργική επέμβαση και τα παρόμοια, αλλά και επηρεάζοντας τους παρακινητικούς συναισθηματικούς και γνωστικούς παράγοντες επίσης (Melzack & Katz, 2004).

Η «εντατική» θεωρία του Wilhelm Erb (1874), ότι ένα σήμα πόνου μπορεί να δημιουργηθεί με αρκετά έντονη διέγερση οποιουδήποτε αισθητηρίου υποδοχέα, έχει διαψευσθεί σοβαρά. Ορισμένες αισθητήριες ίνες δεν διαφοροποιούν μεταξύ επιβλαβών και μη επιβλαβών ερεθισμάτων, ενώ άλλοι, οι αισθητήρες βροχής, ανταποκρίνονται μόνο σε επιβλαβή ερεθίσματα υψηλής έντασης. Στο περιφερικό άκρο του nociceptor, τα επιβλαβή ερεθίσματα παράγουν ρεύματα που, πάνω από ένα δεδομένο κατώφλι, στέλνουν σήματα κατά μήκος της νευρικής ίνας στο νωτιαίο μυελό. Η "εξειδίκευση" (εάν ανταποκρίνεται σε θερμικά, χημικά ή μηχανικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος) ενός nociceptor καθορίζεται από ποια κανάλια ιόντων εκφράζει στο περιφερειακό άκρο του. Δεκάδες διαφορετικοί τύποι διαύλων ιόντων nociceptor έχουν μέχρι στιγμής εντοπιστεί και οι ακριβείς λειτουργίες τους εξακολουθούν να καθορίζονται.

Το σήμα πόνου ταξιδεύει από την περιφέρεια στο νωτιαίο μυελό κατά μήκος μιας ίνας A-δέλτα ή C. Επειδή η ίνα Δ-δέλτα είναι παχύτερη από την ίνα C και είναι λεπτώς επενδεδυμένη σε ηλεκτρικά μονωτικό υλικό (μυελίνη), φέρει το σήμα ταχύτερα (5-30 m / s)

από την μη μυλιωμένη ίνα C (0,5-2 m / s). Ο πόνος που προκαλείται από τις ίνες A-δέλτα περιγράφεται ως αιχμηρός και αισθάνεται πρώτα. Αυτό ακολουθείται από έναν πιο αδύναμο πόνο, συχνά περιγράφεται ως καύση, που μεταφέρεται από τις ίνες C. Αυτοί οι νευρώνες "πρώτης τάξης" εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό μέσω της οδού του Lissauer. Αυτές οι ίνες A-δέλτα και C συνδέονται με νευρικές ίνες "δεύτερης τάξης" στην κεντρική ζελατινώδη ουσία του νωτιαίου μυελού (στρώματα II και III των ραχιαίων κέρατων). Οι ίνες δεύτερης τάξης διασχίζουν το κορδόνι μέσω της πρόσθιας λευκής άρθρωσης και ανεβαίνουν στην κοιλότητα του σπινθηροειδούς. Προτού φθάσει στον εγκέφαλο, η σπινθηλαλαμινική οδός χωρίζεται στην πλευρική, νεοσφινοθαλαμική οδό και τη μεσαία, παλαιοσπιταθωτιανή οδό.

Οι δεύτερες τάξεις, οι ίνες του νωτιαίου μυελού αφιερωμένες στη μεταφορά σημάτων πόνου από ίνες A-δέλτα και άλλες που φέρουν σήματα πόνου ιών A-δέλτα και C προς τον θάλαμο έχουν ταυτοποιηθεί. Άλλες ίνες νωτιαίου μυελού, γνωστές ως νευρώνες ευρείας δυναμικής εμβέλειας, ανταποκρίνονται στις ίνες A-δέλτα και C, αλλά και στις μεγάλες ίνες A-βήτα που φέρουν σήματα επαφής, πίεσης και δόνησης. Η δραστηριότητα που σχετίζεται με τον πόνο στον θάλαμο εξαπλώνεται στον νησιώδη φλοιό (που πιστεύεται ότι ενσωματώνει, μεταξύ άλλων, την αίσθηση που διακρίνει τον πόνο από άλλα ομοιοστατικά συναισθήματα όπως φαγούρα και ναυτία) και τον πρόσθιο φλοιό του κόλπου (που πιστεύεται ότι ενσωματώνει, μεταξύ άλλων, συναισθηματικό / κινητικό στοιχείο, δυσάρεστο πόνο). Ο πόνος που βρίσκεται ευδιάκριτα ενεργοποιεί επίσης τον πρωτογενή και δευτερογενή σωματοαισθητικό φλοιό (Moore et al., 2015).

Ο πόνος είναι μέρος του αμυντικού συστήματος του σώματος, παράγοντας μια αντανάκλαστική απόσυρση από το επίπονο ερέθισμα και τάσεις για την προστασία του προσβεβλημένου μέρους του σώματος ενώ θεραπεύεται και αποφεύγοντας αυτή την επιβλαβή κατάσταση στο μέλλον. Είναι ένα σημαντικό μέρος της ζωικής ζωής, ζωτικής σημασίας για την υγιή επιβίωση. Τα άτομα με συγγενή ανυπαρξία στον πόνο έχουν μειώσει το προσδόκιμο ζωής.

Ο ιδεοπαθητικός πόνος (ο πόνος που επιμένει μετά την επάραξη του τραύματος ή της παθολογίας ή που προκύπτει χωρίς προφανή αιτία) μπορεί να αποτελεί εξαίρεση από την ιδέα ότι ο πόνος βοηθάει στην επιβίωση, παρόλο που κάποιοι ψυχοδυναμικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι ένας τέτοιος πόνος είναι ψυχογενής, προστατευτική διάσπαση για να κρατήσει τα επικίνδυνα συναισθήματα ασυνείδητα (Nagasako et al., 2003). Στην επιστήμη του πόνου, τα κατώτατα όρια μετριούνται με τη σταδιακή αύξηση της έντασης ενός ερεθίσματος σε μια διαδικασία που ονομάζεται ποσοτική αισθητήρια δοκιμή, η οποία περιλαμβάνει τέτοια ερεθίσματα όπως ηλεκτρικό ρεύμα, θερμό (θερμό ή ψυχρό), μηχανικό (πίεση, επαφή, δόνηση), ισχαιμικό ή χημικό ερεθίσματα που εφαρμόζονται στο άτομο για να προκαλέσουν μια απάντηση. Το "όριο αντίληψης του πόνου" είναι το σημείο στο οποίο το άτομο αρχίζει να αισθάνεται πόνο και η "ένταση κατωφλίου πόνου" είναι η ένταση διέγερσης

στην οποία το ερέθισμα αρχίζει να βλάπτει. Το "όριο ανοχής του πόνου" επιτυγχάνεται όταν το υποκείμενο δρα για να σταματήσει τον πόνο (Raj, 2007).

1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αυτοέλεγχος ενός ατόμου είναι το πιο αξιόπιστο μέτρο του πόνου. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υποτιμούν τη σοβαρότητα του πόνου. Ένας ορισμός του πόνου που χρησιμοποιείται ευρέως στη νοσηλευτική, τονίζοντας την υποκειμενική του φύση και τη σημασία της πίστης των αναφορών των ασθενών, εισήχθη από τον Margo McCaffery το 1968: «Ο πόνος είναι ό, τι το άτομο που το βιώνει λέει ότι υπάρχει, όποτε λέει ότι το κάνει».] Για να εκτιμηθεί η ένταση, μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να εντοπίσει τον πόνο του σε κλίμακα από 0 έως 10, με το 0 να μην προκαλεί κανένα πόνο και 10 τον χειρότερο πόνο που έχουν αισθανθεί ποτέ. Η ποιότητα μπορεί να αποδειχθεί με την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου McGill Pain που υποδεικνύει ποιες λέξεις περιγράφουν καλύτερα τον πόνο τους (Ramachandran, 1996).

Ο Πολυδιάστατος Απολογισμός Πόνος (MPI) είναι ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο για να αξιολογήσει την ψυχοκοινωνική κατάσταση ενός ατόμου με χρόνια πόνο. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του MPI από τους Turk και Rudy (1988) βρήκε τρεις κατηγορίες ασθενών με χρόνια πόνο: "(α) δυσλειτουργικοί, οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα του πόνου τους να είναι υψηλοί, ανέφεραν ότι ο πόνος παρενέβαινε μεγάλο μέρος της ζωής τους, ο βαθμός ψυχικής δυσφορίας που προκαλείται από τον πόνο και τα χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας β) οι διαπροσωπικές αναταραχές, οι άνθρωποι με κοινή αντίληψη ότι σημαντικοί άλλοι δεν υποστήριζαν πολύ τα προβλήματα του πόνου τους και γ) προσαρμοσμένους φανατικούς, ασθενείς που ανέφεραν υψηλά επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης, των σχετικά χαμηλών επιπέδων του πόνου και των αντίληπτών παρεμβολών και των σχετικά υψηλών επιπέδων δραστηριότητας ». Συνδυάζεται ο χαρακτηρισμός του MPI του ατόμου με το προφίλ πόνου των πέντε κατηγοριών του IASP, συνιστάται για την απόδειξη της πιο χρήσιμης περιγραφής περιπτώσεων (Thienhaus et al., 2002).

Όταν ένα άτομο δεν είναι λεκτικό και δεν μπορεί να αναφέρει τον πόνο, η παρατήρηση γίνεται κρίσιμη και οι συγκεκριμένες συμπεριφορές μπορούν να παρακολουθούνται ως δείκτες πόνου. Οι συμπεριφορές όπως η περιποίηση του προσώπου και η φρουρά υποδεικνύουν πόνο, καθώς και αύξηση ή μείωση των φωνητικών ενεργειών, αλλαγές στα πρότυπα συμπεριφοράς ρουτίνας και αλλαγές ψυχικής κατάστασης. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν πόνο ενδέχεται να παρουσιάσουν αποσυρθείσα κοινωνική συμπεριφορά και πιθανώς να εμφανίσουν μειωμένη όρεξη και μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Μια αλλαγή στην κατάσταση που αποκλίνει από τη γραμμή βάσης, όπως ο γκρίνια με κίνηση ή όταν χειρίζεται ένα μέρος του σώματος και περιορισμένο εύρος κίνησης είναι επίσης πιθανοί δείκτες πόνου. Σε ασθενείς που διαθέτουν γλώσσα αλλά δεν είναι ικανοί να

εκφράζονται αποτελεσματικά, όπως αυτοί που πάσχουν από άνοια, η αύξηση της σύγχυσης ή η εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών ή ταραχών μπορεί να σηματοδοτήσουν ότι υπάρχει δυσφορία και απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση. Τα βρέφη νιώθουν πόνο, αλλά στερούνται της γλώσσας που απαιτείται για να τα αναφέρουν, και έτσι επικοινωνούν με τη φρίκη με το κλάμα. Πρέπει να διεξάγεται μη λεκτική αξιολόγηση του πόνου με τη συμμετοχή των γονέων, οι οποίοι θα παρατηρήσουν αλλαγές στο βρέφος, οι οποίες ενδέχεται να μην είναι προφανείς στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Τα πρόωρα μωρά είναι πιο ευαίσθητα σε επώδυνα ερεθίσματα από αυτά που μεταφέρονται σε πλήρη θητεία (Treede et al., 2008).

Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος βιώνει και ανταποκρίνεται στον πόνο σχετίζεται με τα κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, την εθνικότητα και την ηλικία. Ένας γηρασμένος ενήλικας μπορεί να μην ανταποκρίνεται στον πόνο με τον ίδιο τρόπο που μπορεί να είναι και ένας νεότερος άνθρωπος. Η ικανότητά τους να αναγνωρίζουν τον πόνο μπορεί να αμβλύνεται από ασθένεια ή από τη χρήση φαρμάκων. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να κρατήσει τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας από την αναφορά ότι έχουν πόνο. Η μείωση της αυτοεξυπηρέτησης μπορεί επίσης να υποδεικνύει ότι ο μεγαλύτερος ενήλικας αισθάνεται πόνο. Μπορεί να είναι απρόθυμοι να αναφέρουν τον πόνο επειδή δεν θέλουν να θεωρηθούν αδύναμοι ή να αισθανθούν ότι είναι αγενής ή επαισχυντο να διαμαρτύρονται ή μπορεί να αισθάνονται ότι ο πόνος είναι μια μορφή τιμώμενης τιμωρίας. Τα πολιτισμικά εμπόδια μπορεί επίσης να επηρεάσουν την πιθανότητα αναφοράς του πόνου. Οι πάσχοντες μπορεί να αισθάνονται ότι ορισμένες θεραπείες αντιβαίνουν στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Μπορεί να μην αναφέρουν πόνο επειδή αισθάνονται ότι είναι ένα σημάδι ότι ο θάνατος είναι κοντά. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται το στίγμα του εθισμού και αποφεύγουν την αντιμετώπιση του πόνου, ώστε να μην συνταγογραφούνται δυνητικά εθιστικά φάρμακα. Πολλοί Ασιάτες δεν θέλουν να χάσουν το σεβασμό στην κοινωνία παραδεχόμενοι ότι είναι πόνο και χρειάζονται βοήθεια πιστεύοντας ότι ο πόνος πρέπει να βαρύνει σιωπηλά ενώ άλλοι πολιτισμοί αισθάνονται ότι πρέπει να αναφέρουν τον πόνο αμέσως για να λάβουν άμεση ανακούφιση. Το φύλο μπορεί επίσης να είναι ένας παράγοντας στην αναφορά του πόνου. Οι διαφορές μεταξύ των φύλων μπορεί να είναι αποτέλεσμα κοινωνικών και πολιτισμικών προσδοκιών, ενώ οι γυναίκες αναμένεται να είναι πιο συναισθηματικές και να παρουσιάζουν πόνο, ενώ οι άνδρες θα είναι περισσότερο στωικοί (Turk & Okifuji, 2001). Ο πόνος είναι ένα σύμπτωμα πολλών ιατρικών καταστάσεων. Η γνώση του χρόνου εμφάνισης, της θέσης, της έντασης, του τρόπου εμφάνισης (συνεχούς, διαλείπουσας κ.λπ.), των παραγόντων επιδείνωσης και ανακούφισης και της ποιότητας (κάψιμο, απότομη κ.λπ.) Του πόνου θα βοηθήσει τον θεράποντα ιατρό να διαγνώσει με ακρίβεια το πρόβλημα. Για παράδειγμα, ο θωρακικός πόνος που περιγράφεται ως υπερβολική βαρύτητα μπορεί να υποδεικνύει έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ ο θωρακικός πόνος που περιγράφεται ως διάτρηση μπορεί να υποδηλώνει αορτική ανατομή (Turk & Dworkin, 2004). Η λειτουργική μαγνητική

τομογραφία απεικόνισης του εγκεφάλου έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση του πόνου και συσχετίζεται καλά με τον αυτοαναφερόμενο πόνο (Urch & Suzuki, 2008).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αξιολόγηση είναι μια σημαντική φάση της διαδικασίας, που συχνά ξεχνιέται στην φροντίδα αρρώστου με πόνο. Είναι ζωτικής σημασίας για την απόφαση συνέχισης, διακοπής, τροποποίησης ή αντικατάστασης παρεμβάσεων ανακούφισης πόνου. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης για ανακούφιση πόνου είναι:

1. Ο άρρωστος αισθάνεται ανακούφιση από τον πόνο ή μείωση της έντασής του.

A) Διαβαθμίζει τον πόνο σε χαμηλότερη ένταση (σε κλίμακα από 0 ως 10) μετά την παρέμβαση.

B) Διαβαθμίζει τον πόνο σε χαμηλότερη ένταση για μακρύτερο διάστημα.

2. Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά στρατηγικές αντιμετώπισης.

A) Είναι ζωντανός και αρκετά ελεύθερος από πόνο, ώστε να ασχολείται με δραστηριότητες σημαντικές για την ανάρρωσή του (πχ πόση υγρών, βήχας, έγερση από το κρεβάτι).

B) Κοιμάται όλη τη νύχτα.

Γ) Αυξάνει το χρόνο που περνά έκτος κρεβατιού

Δ) Αυξάνει το χρόνο απασχόλησης με δραστηριότητες εργασίας καθημερινής ζωής, σχολείο, φροντίδα παιδιών, κοινωνική αλληλεπίδραση.

E) Λέει ότι ο πόνος δεν τον ενοχλεί τόσο όσο πριν την παρέμβαση.

Στ) Λέει ότι δίνει λιγότερη προσοχή στον πόνο.

Z) Ξοδεύει λιγότερο χρόνο να μιλά για τον πόνο.

Η εκτίμηση του πόνου είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του μεγέθους του πόνου και της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής. Τα περισσότερα Κέντρα Αντιμετώπισης του Πόνου χρησιμοποιούν ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο και δελτίο εξέτασης, ώστε να έχουν ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του αρρώστου.

Ιστορικό. Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου πρέπει να διερευνήσει την 24 ένταση, την προέλευση και την παθοφυσιολογία του πόνου. Οι πληροφορίες από τον άρρωστο, τους συγγενείς, ή το γιατρό που παραπέμπει τον άρρωστο στο Ιατρείο του Πόνου πρέπει να δίνουν απάντηση στα ερωτήματα: πότε πονά, πού πονά, την ένταση του πόνου,

ποιοι παράγοντες ενισχύουν ή αμβλύνουν τον πόνο, καθώς πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησής του. Εάν είναι άρρωστος με χρόνιο πόνο, πρέπει οι ερωτήσεις να επικεντρώνονται σε ότι αφορά τον επαγγελματικό, τον κοινωνικό, τον οικονομικό και τον ψυχολογικό τομέα. Φυσική εξέταση. Έχει σκοπό να συνδέσει την επώδυνη σημειολογία που αναφέρει ο άρρωστος (ενοχλήματα / παράπονα) με την ανατομική οδό του πόνου. Συμβάλλει επίσης ουσιαστικά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κατά την επανεξέταση του ασθενούς.

Εργαστηριακές εξετάσεις. Απαραίτητες είναι μόνο οι εξετάσεις που απαιτούνται για τη συνέχιση ή τροποποίηση ή/και διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Π.χ. η λευκοπενία επιβάλλει διακοπή της χορήγησης καρβαμαζεπάμης. Ακτινολογική διερεύνηση απαιτείται για επιβεβαίωση μεταστάσεων και προσθήκη ακτινοβολίας κλπ. Μέθοδοι μέτρησης και εκτίμησης του πόνου. Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου δεν είναι ευχερής, γιατί στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή. Ο Lassigna από το 1960 σημείωσε ότι «ο γιατρός που ασχολείται με τον πόνο είναι στο έλεος του αρρώστου. Εξαρτάται από την ικανότητα και προθυμία του αρρώστου να επικοινωνήσει μαζί του». Χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται κλίμακες οι οποίες δίνουν ενδείξεις για το μέγεθος (ένταση και διάρκεια) του πόνου.

α. Κλίμακα λέξεων (Verbal Descriptor Scale) Πέντε συνήθως λέξεις: μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός, αβάστακτος πόνος. Δεν είναι αξιόπιστη. Οι ασθενείς επιλέγουν συνήθως τις μεσαίες λέξεις.

β. Κλίμακα αριθμών (Numeric Rating Scale), Κλίμακα οπτικού ανάλογου (Visual Analog Scale) Αριθμητική κλίμακα από 0 (=καθόλου πόνος) έως 10 (=ο χειρότερος πόνος). Είναι απλή και εύχρηστη.

γ. Πίνακας με σχήματα προσώπου με χαμόγελο έως κλάμα (continuum of smiling to crying faces) Χρησιμοποιείται κυρίως στα παιδιά.

δ. Ερωτηματολόγιο MPQ (The McGill Pain Questionnaire) Έντυπο ερωτηματολόγιο περιγραφής των στοιχείων του πόνου. Αναφέρεται σε είκοσι ενότητες

ε. Ημερολόγιο πόνου (Pain Diary)

στ. Πολυφασική περιγραφή της προσωπικότητας.

Περιλαμβάνει και ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική σφαίρα, την κοινωνική,επαγγελματική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς. Θεωρείται πιο αντικειμενική,αλλά απαιτεί εμπειρία, χρόνο και ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.

ζ. Προσπάθεια εκτίμησης του μεγέθους του πόνου γίνεται επίσης με: ακουστικά και σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά, πονόμετρο ή αλγόμετρο πίεσης

η. Πειραματικά, ερευνάται συνήθως ο πόνος, με την καταγραφή της ανοχής θερμού ερεθίσματος (υποχρεώνεται το πειραματόζωο να πατήσει πάνω σε θερμαινόμενη επιφάνεια) (Huskisson, 1983).

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλους τους χειρουργικούς χώρους, στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στα τμήματα ατυχημάτων και έκτακτης ανάγκης, στη γενική πρακτική, στη διαχείριση όλων των μορφών χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, και στην περίθαλψη στο τέλος της ζωής. Αυτή η αμέλεια εκτείνεται σε όλες τις ηλικίες, από τα νεογέννητα μέχρι τους ιατρικά ευπαθείς ηλικιωμένους. Είναι στη φροντίδα ενός γιατρού και ο πόνος των γυναικών είναι πιθανότερο να υποβαθμιστεί από τους άνδρες. Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου υποστηρίζει ότι η ανακούφιση του πόνου θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα, ότι ο χρόνιος πόνος πρέπει να θεωρείται από μόνη της μια ασθένεια και ότι το φάρμακο για τον πόνο θα πρέπει να έχει πλήρη κατάσταση ιατρικής ειδικότητας. Είναι μια ειδικότητα μόνο στην Κίνα και την Αυστραλία αυτή τη στιγμή. Αλλού, η ασθένεια του πόνου συμπεριλαμβάνεται σε κλάδους όπως η αναισθησιολογία, η φυσιολογία, η νευρολογία, η παρηγορητική ιατρική και η ψυχιατρική. Το 2011, το Human Rights Watch ειδοποίησε ότι δεκάδες εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως εξακολουθούν να στερούνται πρόσβασης σε φτηνά φάρμακα για σοβαρό πόνο. Η αντιμετώπιση του πόνου, η ιατρική του πόνου, ο έλεγχος του πόνου ή η άλγωση είναι ένας κλάδος της ιατρικής που χρησιμοποιεί μια διεπιστημονική προσέγγιση για την ελάφρυνση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών που ζουν με χρόνια πόνο. Η τυπική ομάδα διαχείρισης πόνου περιλαμβάνει ιατρούς, φαρμακοποιούς, κλινικοί ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, επαγγελματίες θεραπευτές, βοηθοί γιατρούς, νοσηλεύτες. Η ομάδα μπορεί επίσης να περιλαμβάνει άλλους ειδικούς ψυχικής υγείας και μασάζ θεραπευτές. Ο πόνος επιλύεται μερικές φορές αμέσως μόλις θεραπευτεί το υποκείμενο τραύμα ή παθολογία και αντιμετωπίζεται από έναν επαγγελματία, με φάρμακα όπως αναλγητικά και (περιστασιακά) αγχολυτικά. Ωστόσο, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του χρόνιου (μακροπρόθεσμου) πόνου απαιτεί συχνά τις συντονισμένες προσπάθειες της ομάδας διαχείρισης. Η ιατρική αντιμετωπίζει τραυματισμούς και παθολογία για να υποστηρίξει και να επιταχύνει την επούλωση, και αντιμετωπίζει τα δυσάρεστα συμπτώματα όπως ο πόνος για την ανακούφιση του πόνου κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της επούλωσης. Όταν ένας επώδυνος τραυματισμός ή παθολογία είναι ανθεκτικός στη θεραπεία και επιμένει, όταν ο πόνος επιμένει μετά την επουλωμένη βλάβη ή παθολογία και όταν η ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να εντοπίσει την αιτία του πόνου, το καθήκον της ιατρικής είναι

να ανακουφίσει τα βάσανα. Οι προσεγγίσεις θεραπείας στον χρόνιο πόνο περιλαμβάνουν φαρμακολογικά μέτρα, όπως αναλγητικά, αντικαταθλιπτικά και αντισπασμωδικά, επεμβατικές διαδικασίες, φυσική θεραπεία, σωματική άσκηση, εφαρμογή πάγου ή / και θερμότητας και ψυχολογικά μέτρα όπως βιοανάδραση και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Bruehl et al., 2009).

Ο πόνος μπορεί να έχει πολλές αιτίες και υπάρχουν πολλές πιθανές θεραπείες για αυτό. Στο επάγγελμα του νοσηλευτή, ένας κοινός ορισμός του πόνου είναι οποιοδήποτε πρόβλημα που είναι «ό, τι το άτομο που το βιώνει λέει ότι είναι, υφιστάμενο όποτε το πειρασμένο πρόσωπο λέει ότι το κάνει». Διαφορετικά είδη διαχείρισης του πόνου αντιμετωπίζουν διαφορετικά είδη πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου περιλαμβάνει την επικοινωνία ασθενών σχετικά με το πρόβλημα του πόνου. Για να ορίσετε το πρόβλημα του πόνου, ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πιθανότατα θα θέσει ερωτήματα όπως αυτά:

- Πόσο έντονος είναι ο πόνος;
- Πώς αισθάνεται ο πόνος;
- Πού είναι ο πόνος;
- Τι, αν μη τι άλλο, μειώνει τον πόνο;
- Τι, αν μη τι άλλο, κάνει τον πόνο να αυξάνεται;
- Πότε άρχισε ο πόνος;

Αφού υποβάλει ερωτήματα όπως αυτά, ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα έχει μια περιγραφή του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου θα χρησιμοποιηθεί στη συνέχεια για την αντιμετώπιση αυτού του πόνου (Urch & Suzuki, 2008). Υπάρχουν πολλοί τύποι διαχείρισης του πόνου και ο καθένας έχει τα δικά του πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και όρια. Μια κοινή δυσκολία στη διαχείριση του πόνου είναι η επικοινωνία. Οι άνθρωποι που βιώνουν πόνο μπορεί να έχουν δυσκολία να αναγνωρίσουν ή να περιγράψουν τι αισθάνονται και πόσο έντονη είναι. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ τους σχετικά με τον τρόπο που ο πόνος ανταποκρίνεται στις θεραπείες. Υπάρχει ένας συνεχιζόμενος κίνδυνος σε πολλούς τύπους διαχείρισης του πόνου για τον ασθενή να λάβει θεραπεία η οποία είναι λιγότερο αποτελεσματική από την ανάγκη ή που προκαλεί άλλες δυσκολίες και παρενέργειες. Ορισμένες θεραπείες για τον πόνο μπορεί να είναι επιβλαβείς εάν υπερχρησιμοποιηθούν. Ένας στόχος της διαχείρισης του πόνου για τον ασθενή και τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για τον προσδιορισμό της ποσότητας της θεραπείας που αντιμετωπίζει τον πόνο, αλλά που δεν είναι υπερβολική θεραπεία.

Ένα άλλο πρόβλημα με τη διαχείριση του πόνου είναι ότι ο πόνος είναι ο φυσικός τρόπος του σώματος για την επικοινωνία ενός προβλήματος. Ο πόνος υποτίθεται ότι επιλύεται καθώς το σώμα θεραπεύεται με το χρόνο και τη διαχείριση του πόνου. Μερικές φορές η

αντιμετώπιση του πόνου καλύπτει ένα πρόβλημα και ο ασθενής μπορεί να μην γνωρίζει ότι χρειάζονται θεραπεία για ένα βαθύτερο πρόβλημα (Urch & Suzuki, 2008).

1.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η φυσική ιατρική και η αποκατάσταση χρησιμοποιούν ποικίλες φυσικές τεχνικές όπως θερμικοί παράγοντες και ηλεκτροθεραπεία, καθώς και θεραπευτική άσκηση και συμπεριφορική θεραπεία, μόνες ή σε συνδυασμό με επεμβατικές τεχνικές και συμβατική φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση πόνου, συνήθως ως μέρος ενός διεπιστημονικού ή διεπιστημονικού προγράμματος. Το Κέντρο Ελέγχου Νόσων συνιστά ότι η φυσική θεραπεία και η άσκηση μπορούν να συνταγογραφηθούν ως θετική εναλλακτική λύση στα οπιοειδή για τη μείωση του πόνου σε πολλαπλούς τραυματισμούς ή ασθένειες. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει χρόνιο πόνο χαμηλής πλάτης, οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και του γόνατος ή ινομυαλγία. Η άσκηση μόνη της ή με άλλους κλάδους αποκατάστασης (όπως οι ψυχολογικά βασισμένες προσεγγίσεις) μπορεί να έχει θετική επίδραση στη μείωση του πόνου. Εκτός από τη βελτίωση του πόνου, η άσκηση μπορεί επίσης να βελτιώσει την ευημερία και τη γενική υγεία του ατόμου (Nagasako et al., 2003).

Οι παρεμβάσεις σωματικής δραστηριότητας, όπως η Tai Chi, η Γιόγκα και οι Πιλάτες, προάγουν την αρμονία του νου και του σώματος μέσω της συνολικής συνειδητοποίησης του σώματος. Αυτές οι αρχαίες πρακτικές ενσωματώνουν τεχνικές αναπνοής, διαλογισμό και μια ευρεία ποικιλία κινήσεων, ενώ παράλληλα εκπαιδεύουν το σώμα να εκτελεί λειτουργικά αυξάνοντας τη δύναμη, την ευκαμψία και την εμβέλεια της κίνησης. Η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση μπορούν να βελτιώσουν τον χρόνιο πόνο (πόνος που διαρκεί περισσότερο από 12 εβδομάδες) και τη συνολική ποιότητα ζωής, ελαχιστοποιώντας παράλληλα την ανάγκη για φάρμακα για τον πόνο (Nagasako et al., 2003).

Η διαδερμική διέγερση των ηλεκτρικών νεύρων έχει βρεθεί ότι είναι αναποτελεσματική για τον πόνο της κάτω πλάτης, ωστόσο, μπορεί να βοηθήσει στην διαβητική νευροπάθεια (Paice, 2003). Ο βελονισμός περιλαμβάνει την εισαγωγή και το χειρισμό βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος για την ανακούφιση του πόνου ή για θεραπευτικούς σκοπούς. Μια ανάλυση των 13 μελετών υψηλότερης ποιότητας για τη θεραπεία του πόνου με βελονισμό, που δημοσιεύθηκε τον Ιανουάριο του 2009 στο Βρετανικό Ιατρικό Περιοδικό, δεν μπόρεσε να ποσοτικοποιήσει τη διαφορά στην επίδραση στον πόνο πραγματικού, ψεύτικου και χωρίς βελονισμό (Urch & Suzuki, 2008). Η έρευνα δεν έχει βρει στοιχεία ότι η θεραπεία με φως, όπως η χαμηλού επιπέδου θεραπεία με λέιζερ, είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την ανακούφιση του χαμηλού πόνου στην πλάτη (Urch & Suzuki, 2008). Οι επεμβατικές

διαδικασίες - που χρησιμοποιούνται συνήθως για χρόνιο πόνο στην πλάτη - περιλαμβάνουν εγχυτικές στεροειδείς ενέσεις, εγχύσεις αρθρώσεων, νευρολυτικές ομάδες, διεγέρτες του νωτιαίου μυελού και ενδορραχιαία εμφυτεύματα συστήματος χορήγησης φαρμάκων.

Η παλμική ραδιοσυχνότητα, η νευροδιαμόρφωση, η άμεση εισαγωγή φαρμακευτικής αγωγής και η απόρριψη νεύρων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να στοχεύσουν είτε τις δομές ιστών και τα όργανα / συστήματα που είναι υπεύθυνα για την επίμονη ασθένεια του πόνου ή τους αισθητήρες νοσηρότητας από τις δομές που εμπλέκονται ως πηγή χρόνιου πόνου. Μια ενδορραχιαία αντλία που χρησιμοποιείται για την παροχή πολύ μικρών ποσοτήτων φαρμάκων απευθείας στο νωτιαίο υγρό. Αυτό είναι παρόμοιο με τις εγχυτικές εγχύσεις που χρησιμοποιούνται στην εργασία και την μετεγχειρητική. Οι μείζονες διαφορές είναι ότι είναι πολύ πιο κοινό το να χορηγείται το φάρμακο στο νωτιαίο υγρό (ενδορραχιαίο) παρά το επισκληρίδιο και η αντλία μπορεί να εμφυτευθεί πλήρως κάτω από το δέρμα. Ένας διεγερτής του νωτιαίου μυελού είναι μια εμφυτεύσιμη ιατρική συσκευή που δημιουργεί ηλεκτρικές παλμικές κινήσεις και τις εφαρμόζει κοντά στην ραχιαία επιφάνεια του νωτιαίου μυελού, προκαλώντας μια αίσθηση παραισθησίας ("τσούξιμο") που μεταβάλλει την αντίληψη του πόνου από τον ασθενή (Turk & Dworkin, 2004).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) για τον πόνο βοηθά τους ασθενείς με πόνο να κατανοήσουν τη σχέση μεταξύ της φυσιολογίας κάποιου (π.χ. ένταση πόνου και μυών), σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. Ένας κύριος στόχος της θεραπείας είναι η γνωστική αναδιάρθρωση για την ενθάρρυνση χρήσιμων μοντέλων σκέψης, με στόχο τη συμπεριφορική ενεργοποίηση υγιεινών δραστηριοτήτων όπως η τακτική άσκηση και η βηματοδότηση. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής βελτιώνονται επίσης για να βελτιωθούν οι συνήθειες ύπνου και να αναπτυχθούν καλύτερες ικανότητες αντιμετώπισης του πόνου και άλλων παραγόντων πίεσης με τη χρήση διαφόρων τεχνικών (π.χ. χαλάρωση, αναπνευστική διάφραγμα και ακόμη και βιοανάδραση).

Μελέτες έχουν καταδείξει τη χρησιμότητα της νοητικής συμπεριφοριστικής θεραπείας στη διαχείριση του χρόνιου πόνου στην πλάτη, προκαλώντας σημαντική μείωση της φυσικής και ψυχοκοινωνικής αναπηρίας. Το CBT είναι σημαντικά πιο αποτελεσματικό από την κανονική φροντίδα στη θεραπεία ατόμων με πόνο σε όλο το σώμα, όπως η ινομυαλγία. Τα αποδεικτικά στοιχεία για τη χρησιμότητα της CBT στη διαχείριση του χρόνιου πόνου ενηλίκων είναι γενικά κακώς κατανοητά, εξαιτίας εν μέρει της διάδοσης τεχνικών αμφίβολης ποιότητας και της κακής ποιότητας αναφοράς σε κλινικές δοκιμές. Το κρίσιμο περιεχόμενο των επιμέρους παρεμβάσεων δεν έχει απομονωθεί και δεν έχουν καθοριστεί τα σημαντικά συμφοραζόμενα

στοιχεία, όπως η κατάρτιση θεραπειών και η ανάπτυξη εγχειριδίων θεραπείας. Η πολύ διαφορετική φύση των δεδομένων που προκύπτουν καθιστά πολύ δύσκολη τη χρήσιμη συστηματική ανασκόπηση και τη μετα-ανάλυση στον τομέα.

Το 2012, μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCTs) αξιολόγησε την κλινική αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών θεραπειών για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου των ενηλίκων (εξαιρουμένων των πονοκεφάλων). Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η θεραπεία συμπεριφοράς (BT) είναι αποτελεσματική για τη μείωση αυτού του τύπου πόνου, ωστόσο η BT μπορεί να είναι χρήσιμη για τη βελτίωση της διάθεσης των ατόμων αμέσως μετά τη θεραπεία. Η βελτίωση αυτή φαίνεται να είναι μικρή και βραχυπρόθεσμη. Η CBT μπορεί να έχει μικρή θετική βραχυπρόθεσμη επίδραση στον πόνο αμέσως μετά τη θεραπεία. Το CBT μπορεί επίσης να έχει μικρή επίδραση στη μείωση της αναπηρίας και της πιθανής καταστροφής που μπορεί να σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο του ενήλικα. Αυτά τα οφέλη δεν φαίνεται να διαρκούν πολύ καιρό μετά τη θεραπεία. Το CBT μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της διάθεσης ενός ενήλικου που πάσχει από χρόνιο πόνο και υπάρχει πιθανότητα να διατηρηθεί αυτό το όφελος για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (Brand & Xaney, 1997).

Για τα παιδιά και τους εφήβους, μια ανασκόπηση των RCT που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της ψυχολογικής θεραπείας για τη διαχείριση του χρόνιου και επαναλαμβανόμενου πόνου διαπίστωσε ότι οι ψυχολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στη μείωση του πόνου όταν οι άνθρωποι κάτω των 18 ετών έχουν πονοκεφάλους. Αυτό το ευεργετικό αποτέλεσμα μπορεί να διατηρηθεί για τουλάχιστον τρεις μήνες μετά τη θεραπεία. Οι ψυχολογικές θεραπείες μπορούν επίσης να βελτιώσουν τον έλεγχο του πόνου για παιδιά ή εφήβους που παρουσιάζουν πόνο που δεν σχετίζεται με πονοκεφάλους. Δεν είναι γνωστό εάν η ψυχολογική θεραπεία βελτιώνει τη διάθεση του παιδιού ή των εφήβων και την πιθανότητα αναπηρίας που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο τους (Bernston & Cacioppo, 2007).

1.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η υποχαρακτηριστική αντιμετώπιση του πόνου είναι η απουσία θεραπείας διαχείρισης πόνου για ένα άτομο με πόνο όταν ενδείκνυται η θεραπεία. Η συναίνεση στην τεκμηριωμένη ιατρική και οι συστάσεις των ειδικών ιατρικών οργανώσεων καθορίζουν τις κατευθυντήριες γραμμές που καθορίζουν τη θεραπεία του πόνου που πρέπει να προσφέρουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Για διάφορους κοινωνικούς λόγους, τα άτομα που υποφέρουν από πόνο μπορεί να μην αναζητούν ή να μην έχουν πρόσβαση στην θεραπεία για τον πόνο τους. Η Μικτή Επιτροπή, η οποία έχει αναγνωρίσει από καιρό μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις στον πόνο, υπογραμμίζει τη σημασία των στρατηγικών που απαιτούνται για να διευκολυνθεί τόσο η πρόσβαση όσο και η κάλυψη σε μη φαρμακολογικές θεραπείες. Οι χρήστες των παρόχων μη φαρμακολογικής θεραπείας για τη διαχείριση του πόνου έχουν γενικά χαμηλότερες ασφαλιστικές δαπάνες από ό, τι εκείνοι που δεν τις χρησιμοποιούν. Παράλληλα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μην παρέχουν τη θεραπεία που συστήνουν οι αρχές. Η ανάγκη για μια ενημερωμένη στρατηγική, συμπεριλαμβανομένης της συνολικής περίθαλψης που βασίζεται σε τεκμήρια, αποδεικνύεται ότι είναι προς το καλύτερο συμφέρον των ασθενών. Η αποτυχία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς και να συστήσει μη φαρμακολογική φροντίδα θα πρέπει να θεωρείται ανήθικη. Ο οξύς πόνος είναι κοινός σε παιδιά και εφήβους ως αποτέλεσμα τραυματισμού, ασθένειας ή απαραίτητων ιατρικών διαδικασιών. Ο χρόνιος πόνος εμφανίζεται σε περίπου 15-25% των παιδιών και των εφήβων και μπορεί να προκληθεί από μια υποκείμενη ασθένεια, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η κυστική ίνωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή ο καρκίνος ή από λειτουργικές διαταραχές όπως ημικρανίες, ινομυαλγία ή σύνθετο περιφερειακό πόνο (Breivik et al., 2008).

Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά είναι συχνά πρόκληση εξαιτίας περιορισμών στο αναπτυξιακό επίπεδο, στη γνωστική ικανότητα ή στις προηγούμενες εμπειρίες του πόνου. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να τηρούν τις φυσιολογικές και συμπεριφορικές ενδείξεις που παρουσιάζει το παιδί για να κάνει μια αξιολόγηση. Η αυτοαναφορά, αν είναι δυνατόν, είναι η πιο ακριβής μέτρηση του πόνου. οι κλίμακες πόνου που αναπτύσσονται για τα μικρά παιδιά περιλαμβάνουν την αντιστοίχιση της έντασης του πόνου με φωτογραφίες άλλων προσώπων των παιδιών, όπως η κλίμακα Oucher, η οποία δείχνει τα σχήματα των προσώπων που εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα πόνου ή επισημαίνουν τη θέση του πόνου σε περιγράμματα σώματος. Τα ερωτηματολόγια για τα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο Varney-Thompson για το παιδιατρικό πόνο (PPQ) και το ερωτηματολόγιο για το πλήρες πόνο των παιδιών, τα οποία συχνά χρησιμοποιούνται για άτομα με χρόνια ή επίμονο πόνο (Bresin et al., 2018).

Ο οξύς πόνος συνήθως αντιμετωπίζεται με φάρμακα όπως αναλγητικά και αναισθητικά. Η καφεΐνη, όταν προστίθεται σε φάρμακα για τον πόνο, όπως η ιβουπροφαίνη, μπορεί να προσφέρει κάποιο πρόσθετο όφελος. Η κεταμίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί για οποιοδήποτε βραχυπρόθεσμο πόνο. Ωστόσο, η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι πιο δύσκολη και μπορεί να απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες μιας ομάδας διαχείρισης πόνου, η οποία περιλαμβάνει συνήθως ιατρούς, κλινικούς φαρμακοποιούς, κλινικούς ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, επαγγελματίες θεραπευτές, βοηθούς γιατρούς και νοσηλευτές.

Η ζάχαρη (σακχαρόζη) όταν λαμβάνεται από το στόμα μειώνει τον πόνο στα νεογνά που υποβάλλονται σε ορισμένες ιατρικές επεμβάσεις (πρήξιμο της φτέρνας, φλεβοκέντηση και ενδομυϊκές ενέσεις). Η ζάχαρη δεν αφαιρεί τον πόνο από την περιτομή και είναι άγνωστο αν η ζάχαρη μειώνει τον πόνο για άλλες διαδικασίες. Η ζάχαρη δεν επηρέασε την ηλεκτρική δραστηριότητα που σχετίζεται με τον πόνο στον εγκέφαλο των νεογέννητων ένα δευτερόλεπτο μετά τη διαδικασία της φτέρνας φτέρνας. Το γλυκό υγρό από το στόμα μειώνει μετρίως τον ρυθμό και τη διάρκεια του κλάματος που προκαλείται από έγχυση εμβολιασμού σε παιδιά ηλικίας ενός έως δώδεκα μηνών (Bernston & Cacioppo, 2007).

Τα άτομα με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη αντιμετωπίζουν λιγότερο πόνο από τον καρκίνο, παίρνουν λιγότερο φάρμακο για τον πόνο, αναφέρουν λιγότερο πόνο στην εργασία και είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν επισκληρίδιο αναισθησία κατά τη διάρκεια του τοκετού ή υποφέρουν από πόνο στο στήθος μετά από χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας.

Η πρόταση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ένταση του πόνου. Περίπου το 35% των ανθρώπων αναφέρουν την έντονη ανακούφιση μετά τη λήψη ένεσης αλατούχου διαλύματος που πιστεύεται ότι είναι μορφίνη. Αυτό το φαινόμενο placebo είναι πιο έντονο στους ανθρώπους που είναι επιρρεπείς στο άγχος και έτσι η μείωση του άγχους μπορεί να αποτελέσει μέρος της επίδρασης, αλλά δεν λαμβάνει υπόψη όλα αυτά. Το placebo είναι πιο αποτελεσματικό για έντονο πόνο από τον ήπιο πόνο, και παράγουν προοδευτικά ασθενέστερα αποτελέσματα με επαναλαμβανόμενη χορήγηση. Είναι δυνατόν για πολλούς με χρόνια πόνο να απορροφηθούν τόσο σε μια δραστηριότητα ή ψυχαγωγία ώστε ο πόνος να μην είναι πλέον αισθητός ή να μειώνεται σημαντικά.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε άτομα με χρόνια πόνο, αλλά η μείωση του πόνου είναι μέτρια και η μέθοδος CBT δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει κάποια επίδραση στο αποτέλεσμα. Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT) μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Ορισμένες μετα-αναλύσεις έχουν βρει κλινική ύπωση για να είναι αποτελεσματικές στον έλεγχο του πόνου που σχετίζεται με διαγνωστικές και χειρουργικές επεμβάσεις τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά, καθώς και πόνο που σχετίζεται με τον καρκίνο και τον τοκετό. Μια ανασκόπηση του 2007 για 13 μελέτες κατέληξε σε

στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης στη μείωση του χρόνιου πόνου κάτω από κάποιες συνθήκες, αν και ο αριθμός των ασθενών που συμμετείχαν στις μελέτες ήταν χαμηλός, θέτοντας ζητήματα σχετικά με τη στατιστική εξουσία για την ανίχνευση των διαφορών των ομάδων αξιόπιστους ελέγχους για το εικονικό φάρμακο ή την προσδοκία. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι "αν και τα ευρήματα παρέχουν υποστήριξη για τη γενική εφαρμογή της ύπνωσης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, θα απαιτηθούν σημαντικά περισσότερες έρευνες για να προσδιοριστούν πλήρως τα αποτελέσματα της ύπνωσης για διαφορετικές καταστάσεις χρόνιου πόνου (Bruehl et al., 2009).

Ο πόνος είναι ο συνηθέστερος λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική. Μια ανάλυση των 13 μελετών υψηλότερης ποιότητας για την αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό, που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2009, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρξε ελάχιστη διαφορά στην επίδραση πραγματικού, φανταστικού και χωρίς βελονισμό. Ωστόσο, άλλες κριτικές έχουν βρει κάποιο όφελος. Επιπλέον, υπάρχουν προσωρινά στοιχεία για μερικά φυτικά φάρμακα. Έχει υπάρξει κάποιο ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ της βιταμίνης D και του πόνου, αλλά τα αποδεικτικά στοιχεία μέχρι τώρα από ελεγχόμενες δοκιμές για μια τέτοια σχέση, εκτός από την οστεομαλακία, είναι ασαφή. Μια μετα-ανάλυση 2003 των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών διαπίστωσε ότι ο χειρισμός της σπονδυλικής στήλης ήταν "πιο αποτελεσματικός από τη θεραπεία ψεύτικης θεραπείας, αλλά δεν ήταν περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικός από τη γενική ιατρική περίθαλψη, αναλγητικά, φυσική θεραπεία, άσκηση ή πίσω σχολείο" (Bruehl et al., 2009).

2.1 ΠΟΝΟΣ & ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι μυοσκελετικές διαταραχές (ΜΣΠ) είναι τραυματισμοί ή πόνοι στο ανθρώπινο μυοσκελετικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων των αρθρώσεων, των συνδέσμων, των μυών, των νεύρων, των τενόντων και των δομών που στηρίζουν τα άκρα, τον αυχένα και την πλάτη. Τα MSDs μπορεί να προκύψουν από μια ξαφνική άσκηση (π.χ. ανύψωση ενός βαρέος αντικειμένου), ή μπορεί να προκύψουν από την επανάληψη επαναλαμβανόμενης άσκησης των ίδιων κινήσεων ή από επανειλημμένη έκθεση σε δύναμη, δόνηση ή άβολη στάση. Οι τραυματισμοί και ο πόνος στο μυοσκελετικό σύστημα που προκαλούνται από οξεία τραυματικά συμβάντα όπως αυτοκινητιστικό ατύχημα ή πτώση δεν θεωρούνται μυοσκελετικές διαταραχές. Τα MSDs μπορούν να επηρεάσουν πολλά διαφορετικά μέρη του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της άνω και κάτω ράχης, του λαιμού, των ώμων και των άκρων (χέρια, πόδια, πόδια και χέρια). Παραδείγματα MSDs περιλαμβάνουν σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, επικονδυλίτιδα, τενοντίτιδα, οσφυαλγία, σύνδρομο έντασης λαιμού και σύνδρομο κραδασμού χεριού-βραχίονα (Breivik et al., 2008).

Οι ΜΣΠ προκαλούνται από το βιομηχανικό φορτίο που είναι η δύναμη που πρέπει να εφαρμοστεί για την εκτέλεση των καθηκόντων, η διάρκεια της εφαρμοζόμενης δύναμης και η συχνότητα με την οποία εκτελούνται οι εργασίες. Οι δραστηριότητες που συνεπάγονται βαριά φορτία μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία βλάβη, αλλά οι περισσότερες ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία προέρχονται από κινήσεις που είναι επαναλαμβανόμενες ή από τη διατήρηση μιας στατικής θέσης. Ακόμη και οι δραστηριότητες που δεν απαιτούν μεγάλη δύναμη μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους μυς εάν η δραστηριότητα επαναληφθεί αρκετά συχνά σε σύντομα χρονικά διαστήματα. Οι παράγοντες κινδύνου MSD περιλαμβάνουν την εκτέλεση εργασιών με μεγάλη δύναμη, επανάληψη ή διατήρηση μιας μη μητρικής στάσης. Ιδιαίτερη ανησυχία αποτελεί ο συνδυασμός βαρύ φορτίου με επανάληψη. Αν και η κακή στάση του σώματος συχνά κατηγορείται για πόνο στην πλάτη, μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας απέτυχε να βρει μια συνεπή σύνδεση (Bresin, 2018). Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την τάση τους να λαμβάνουν ΜΣΠ. Το φύλο είναι ένας παράγοντας, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης MSD από τους άνδρες. Η παχυσαρκία είναι επίσης ένας παράγοντας, με τα υπέρβαρα άτομα να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια ΜΣΠ, συγκεκριμένα της κάτω ράχης (Bruehl et al., 2009).

Υπάρχει αυξανόμενη συναίνεση ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι μια άλλη αιτία ορισμένων ΜΣΠ. Ορισμένες θεωρίες για αυτή την αιτιώδη σχέση που έχουν βρεθεί από πολλούς ερευνητές περιλαμβάνουν αυξημένη μυϊκή τάση, αυξημένη πίεση αίματος και υγρού, μείωση των λειτουργιών ανάπτυξης, μείωση ευαισθησίας στον πόνο, διόγκωση των μαθητών, σώματος που παραμένει σε αυξημένη ευαισθησία. Παρόλο που δεν υπάρχει συναίνεση αυτή τη στιγμή, μερικοί από τους αγκώδεις παράγοντες που εντοπίζονται στο εργασιακό περιβάλλον, οι οποίοι συσχετίζονται με τις ΜΣΠ στον εργασιακό χώρο, περιλαμβάνουν υψηλές απαιτήσεις εργασίας, χαμηλή κοινωνική στήριξη και συνολική πίεση εργασίας. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει συστηματικά τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ της δυσαρέσκειας εργασίας και των ΜΣΠ. Για παράδειγμα, η βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να μειώσει το 17-69 τοις εκατό των διαταραχών της πλάτης που σχετίζονται με την εργασία και η βελτίωση του ελέγχου της απασχόλησης μπορεί να μειώσει το 37-84 τοις εκατό των καρδιακών διαταραχών που σχετίζονται με την εργασία (Bruehl et al., 2009).

Επειδή οι εργαζόμενοι διατηρούν την ίδια στάση κατά τη διάρκεια πολλών εργασιμών ημερών και συχνά αρκετά χρόνια, ακόμη και οι φυσικές στάσεις όπως η στάση μπορούν να οδηγήσουν σε ΜΣΠ όπως ο πόνος στην πλάτη. Οι στάσεις που είναι λιγότερο φυσικές, όπως η συστροφή ή η τάση στο άνω μέρος του σώματος, συνεισφέρουν τυπικά στην ανάπτυξη των ΜΣΠ εξαιτίας του αφύσικου εμβιομηχανικού φορτίου αυτών των στάσεων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η στάση του σώματος συμβάλλει στις ΜΣΠ του λαιμού, του ώμου και της

πλάτης. Η επαναλαμβανόμενη κίνηση είναι ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για τις MSDs επαγγελματικής προέλευσης, επειδή οι εργαζόμενοι μπορούν να εκτελούν τις ίδιες κινήσεις επανειλημμένα για μεγάλα χρονικά διαστήματα (π.χ. δακτυλογραφήσεις που οδηγούν σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα), οι οποίες μπορούν να φορέσουν τους αρθρώσεις και τους μυς που εμπλέκονται στην εν λόγω κίνηση. Οι εργαζόμενοι που κάνουν επαναλαμβανόμενες κινήσεις σε υψηλό ρυθμό εργασίας με μικρό χρόνο ανάκτησης και οι εργαζόμενοι με ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο της χρονικής στιγμής των κινήσεων (π.χ. εργαζόμενοι σε γραμμές συναρμολόγησης) είναι επίσης επιρρεπείς σε ΜΣΠ λόγω της κίνησης του έργου τους. Η δύναμη που απαιτείται για την εκτέλεση ενεργειών στην εργασία μπορεί επίσης να συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο MSD στους εργαζόμενους, επειδή οι κινήσεις που απαιτούν περισσότερη δύναμη μπορούν να κόψουν τους μύες γρηγορότερα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό ή / και πόνο. Επιπλέον, η έκθεση σε κραδασμούς (που βιώνουν π.χ. οι οδηγοί φορτηγών ή οι κατασκευαστές) και σε εξαιρετικά υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του εργαζόμενου να κρίνει τη δύναμη και τη δύναμη που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη των MSD. Η έκθεση σε δόνηση σχετίζεται επίσης με το σύνδρομο κραδασμών χειρός και βραχίονα, το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα έλλειψης κυκλοφορίας αίματος στα δάκτυλα, συμπίεση νεύρων, μυρμηγκιασμα και ή μούδιασμα (Coda & Bonica, 2000).

Η αξιολόγηση των ΜΣΠ βασίζεται σε αυτοαναφορές συμπτωμάτων και πόνου καθώς και σε φυσική εξέταση από γιατρό. Οι γιατροί βασίζονται στο ιατρικό ιστορικό, τους ψυχαγωγικούς και επαγγελματικούς κινδύνους, την ένταση του πόνου, τη φυσική εξέταση για τον εντοπισμό της πηγής του πόνου, και μερικές φορές τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις ακτινογραφίες ή μια μαγνητική τομογραφία. Οι γιατροί αναζητούν ειδικά κριτήρια για τη διάγνωση κάθε διαφορετικού μυοσκελετική διαταραχή, με βάση την τοποθεσία, τον τύπο και την ένταση του πόνου, καθώς και το είδος της περιορισμένης ή οδυνηρής κίνησης που βιώνει ένας ασθενής. Ένα δημοφιλές μέτρο των MSDs είναι το σκανδιναβικό ερωτηματολόγιο που έχει μια εικόνα του σώματος με διάφορες περιοχές που έχουν επισημανθεί και ζητάει από το άτομο να υποδείξει σε ποιους τομείς έχει βιώσει πόνο και σε ποιους τομείς ο πόνος παρεμβαίνει στην κανονική δραστηριότητα (Coda & Bonica, 2000).

Η πρόληψη των ΜΣΑ βασίζεται στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου, είτε με αυτοαναφορά, με παρατήρηση στην εργασία είτε με μέτρηση της στάσης που μπορεί να οδηγήσει σε ΜΣΠ. Μόλις προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου, υπάρχουν αρκετές μέθοδοι παρέμβασης που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη της ανάπτυξης των ΜΣΠ. Ο στόχος των προσπαθειών πρόληψης των ΜΣΠ είναι συχνά ο χώρος εργασίας για τον εντοπισμό των επιπτώσεων τόσο των διαταραχών όσο και της έκθεσης σε μη ασφαλείς συνθήκες (Debono et al, 2013).

Οι ΜΣΠ αποτελούν ένα αυξανόμενο ζήτημα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως,

αποτελώντας τη δεύτερη κύρια αιτία αναπηρίας. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ υπήρχαν περισσότερα από 16 εκατομμύρια στελέχη και διαστρέμματα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία το 2004 και το συνολικό κόστος για τη θεραπεία των ΜΣΠ εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 125 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Το 2006, περίπου το 14,3% του καναδικού πληθυσμού ζούσε με αναπηρία, ενώ σχεδόν το ήμισυ οφείλεται σε ΜΣΠ. Ο πόνος στο λαιμό είναι ένα από τα πιο κοινά παράπονα, με το ένα πέμπτο περίπου των ενηλίκων σε όλο τον κόσμο να αναφέρει τον πόνο ετησίως (Eisenberger & Lieberman, 2005).

2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Το άθροισμα των σχετικών 14 στοιχείων για κάθε κλίμακα αποτελούν τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων για κάθε μία από τις καταθλίψεις, το άγχος, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων όπως "Δεν μπόρεσα να βρω κανένα θετικό συναίσθημα", "γνώριζα της ξηρότητας του στόματός μου "και" δυσκολεύτηκα να τελειώσω "στην αντίστοιχη σειρά των ζυγών. Η σειρά των 42 αντικειμένων έχει τυχαία γίνει έτσι ώστε τα αντικείμενα της ίδιας κλίμακας να μην συσσωρεύονται μαζί. Καθένας από τους ζυγούς κατανέμεται έπειτα σε υποκλίμακες που περιλαμβάνουν δύο έως πέντε στοιχεία το καθένα. Η κλίμακα της κατάθλιψης έχει υποκλίμακα που εκτιμούν τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτοκαταστροφή, την έλλειψη ενδιαφέροντος / συμμετοχής, την ανδραονία και την αδράνεια.

Η κλίμακα άγχους αξιολογεί την αυτόνομη διέγερση, τις επιδράσεις των σκελετικών μυών, την κατάσταση του άγχους και την υποκειμενική εμπειρία του άγχους. Τα υποκλίμακα της κλίμακας Stress επισημαίνουν τα επίπεδα της μη χρόνιας διέγερσης μέσω δυσκολίας χαλάρωσης, νευρικής διέγερσης και εύκολης αναστάτωσης / διέγερσης, ευερέθιστου / υπερεκτιμητικού και ανυπόμονου (Bruehl et al., 2009).

Οι κλίμακες κατάθλιψης, άγχους και πίεσης αναπτύχθηκαν από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας (Αυστραλία). Η δοκιμασία αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας ένα δείγμα απαντήσεων από τη σύγκριση των 504 σετ αποτελεσμάτων από μια δοκιμασία από τους μαθητές, που ελήφθη από ένα μεγαλύτερο δείγμα 950 πρώτων απαντήσεων φοιτητών στο πανεπιστήμιο. Η δοκιμή στη συνέχεια ορίστηκε σε δείγμα 1044 ανδρών και 1870 γυναικών ηλικίας μεταξύ 17 και 69 ετών, μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετικό υπόβαθρο, συμπεριλαμβανομένων των πανεπιστημιακών φοιτητών, των νοσηλευτών στην κατάρτιση και των υπαλλήλων της κυρίας αεροπορικής εταιρείας, της τράπεζας, του σιδηροδρομικού συνεργείου ναυτικό ναυπηγείο. Οι βαθμολογίες ελέγχθηκαν στη συνέχεια για εγκυρότητα έναντι των εξωτερικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που πάσχουν από άγχος και καταθλιπτικές διαταραχές, αϋπνία, ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για

σεξουαλικές, εμμηνόπαυσιακές και καταθλιπτικές διαταραχές. Ενώ η δοκιμή δεν ήταν κανονική έναντι δειγμάτων κάτω των 17 ετών, λόγω της απλότητας της γλώσσας, δεν υπήρχαν επιτακτικά στοιχεία κατά της χρήσης των ζυγών για σύγκριση ενάντια στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 12. Οι βαθμολογίες αξιοπιστίας των κλιμάκων όσον αφορά τις βαθμολογίες άλφα του Cronbach βαθμολογούν την κλίμακα κατάθλιψης στο 0,91, την κλίμακα άγχους 0,84 και την κλίμακα άγχους 0,90 στο κανονικό δείγμα. Τα μέσα και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε κλίμακα είναι 6,34 και 6,97 για την κατάθλιψη, 4,7 και 4,91 για το άγχος και 10,11 και 7,91 για την πίεση, αντίστοιχα. Οι μέσες βαθμολογίες στο κανονιστικό δείγμα ποικίλλουν ελαφρώς μεταξύ των φύλων καθώς επίσης και ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, αν και οι βαθμολογίες κατωφλίου για ταξινομήσεις δεν μεταβάλλονται από αυτές τις διακυμάνσεις. Οι κλίμακες κατάθλιψης και στρες πληρούν την τυπική απαίτηση κατωφλίου των 0,9 για έρευνα, ωστόσο, η κλίμακα άγχους εξακολουθεί να πληροί το όριο 0,7 για κλινικές εφαρμογές και εξακολουθεί να είναι κοντά στο 0,9 που απαιτείται για την έρευνα (Bruehl et al., 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του σωματικού πόνου στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας καθώς επίσης και της σχέσης τους με τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην μελέτη ήταν τα εξής:

1. Ποια είναι τα επίπεδα της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης που βιώνουν οι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας;
2. Ποια είναι τα επίπεδα του σωματικού πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας;
3. Ποια είναι τα κοινωνικοδημογραφικά και χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας που πιθανόν σχετίζονται με την αρνητική συναισθηματική τους κατάσταση;
4. Ποια είναι τα κοινωνικοδημογραφικά και χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας που πιθανόν σχετίζονται με τον σωματικό πόνο;
5. Υπάρχει σχέση μεταξύ του σωματικού πόνου και της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας και ποια είναι αυτή;

3.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός Μελέτης

Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν συγχρονικού τύπου.

Πληθυσμός και Δείγμα

Τον Πληθυσμό Στόχο της έρευνας αποτελούν οι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας. Τον Μελετώμενο Πληθυσμό αποτέλεσαν οι ασθενείς με μυοσκελετικές διαταραχές ανεξαρτήτου διάγνωσης νόσου που νοσηλεύονταν στην Ορθοπεδική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών ή προσήλθαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της. Από τον Μελετώμενο Πληθυσμό προήλθε το Δείγμα της έρευνας, το οποίο συνολικά ήταν $n=103$ ασθενείς.

Η δειγματοληψία μη πιθανότητας εφαρμόστηκε ως μέθοδος επιλογής του δείγματος και συγκεκριμένα η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας ευκολίας. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν τέθηκαν πέραν της συνεργασιμότητας και της συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

Συλλογή δεδομένων και Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών και ειδικότερα στην Ορθοπεδική Κλινική και τα Εξωτερικά Ιατρεία της, κατά το χρονικό διάστημα του μηνός Απριλίου του 2019. Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε αφού προηγουμένως χορηγήθηκε σχετική άδεια από τη διοίκηση του Νοσοκομείου. Η συμμετοχή των ασθενών ήταν εθελοντική αφού προηγήθηκε ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας και χορηγήθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες διεξαγωγής της.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο, πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο από τους συμμετέχοντες ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε απαρτιζόταν από τρεις ενότητες (Παράρτημα), τις εξής:

A. Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, υγείας και λειτουργικότητας. Περιελάμβανε έντεκα κλειστού τύπου ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, τόπος μόνιμης κατοικίας, διαμονή με άλλους) καθώς και τα χαρακτηριστικά υγείας τους (καπνισματική συνήθεια, αυτοαξιολόγηση βάρους, διάγνωση ορθοπεδικού προβλήματος).

B. Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁). Για την εκτίμηση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των εκπαιδευτικών χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα

Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS) των Lovibond & Lovibond (Lovibond S.H. and Lovibond P.F., 1995), η οποία αξιολογεί παραμέτρους της ψυχικής υγείας που χαρακτηρίζουν αρνητική συναισθηματική κατάσταση δηλαδή της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η προσαρμοσμένη για την Ελλάδα εκδοχή της Κλίμακας DASS, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία, έγινε από τους Λυράκο Γ., Αρβανίτη Χ., Σμυρνιώτη Μ. και Κωστοπαναγιώτου Γ. (Λυράκος Γ. και συν., 2011). Σύμφωνα με τους συγγραφείς η Κλίμακα DASS διαθέτει καλή εγκυρότητα περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία των δύο ημίσεων είναι ικανοποιητική.

Η Κλίμακα DASS είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών ως εργαλείο μέτρησης της αρνητικής συναισθηματικής διάστασης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η Κλίμακα αποτελείται από συνολικά 21 δηλώσεις - προτάσεις και διακρίνεται σε τρεις επιμέρους Υποκλίμακες: α) «Κατάθλιψη» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις, β) «Άγχος» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις και γ) «Στρες» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από «0 = Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα» έως «3 = Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές». Η συνολική βαθμολογία (συνολικό σκορ) της Κλίμακας και των Υποκλιμάκων εξάγεται από το άθροισμα των απαντήσεων στις επιμέρους προτάσεις πολλαπλασιαζόμενο επί 2. Ως εκ τούτου το συνολικό σκορ κάθε Υποκλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 42, ενώ το συνολικό σκορ της Κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 126. Το υψηλότερο σκορ δηλώνει και υψηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης και ψυχικής καταπόνησης του ερωτώμενου.

Γ. Ερωτηματολόγιο Πόνου (SFMPQ). Για την αξιολόγηση του σωματικού πόνου χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στα ελληνικά (Georgoudis et al, 2000), σύντομη εκδοχή του Ερωτηματολογίου Πόνου του McGill (Short Form of the McGill Pain Questionnaire, SFMPQ). Το Ερωτηματολόγιο Πόνου SFMPQ είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας του πόνου.

Το Ερωτηματολόγιο SFMPQ περιλαμβάνει μια κλίμακα βαθμολόγησης έξι σημείων, από το σημείο «0 = καθόλου πόνος» έως το σημείο «5 = αφόρητος πόνος», η οποία περιγράφει την ένταση του παρόντος πόνου κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (δείκτης έντασης παρόντος πόνου). Επίσης περιλαμβάνει δεκαπέντε περιγραφικά επίθετα της αίσθησης (εντύπωσης) που προκαλεί ο πόνος, τα οποία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων, από το σημείο «0 = καθόλου πόνος» έως το σημείο «3 = έντονος πόνος». Η κλίμακα έχει δύο διαστάσεις. Οι έντεκα χαρακτηρισμοί περιγράφουν την αισθητηριακή εντύπωση του πόνου, από την άθροιση των οποίων προκύπτει ο δείκτης αισθητηριακού πόνου. Οι τέσσερις εναπομείναντες χαρακτηρισμοί περιγράφουν την συναισθηματική

εντύπωση του πόνου, από την άθροιση των οποίων προκύπτει ο δείκτης συναισθηματικού πόνου. Από την άθροιση των δύο δεικτών προκύπτει ο δείκτης συνολικής αίσθησης πόνου.

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου “SPSS 22.0 for Windows”, εφαρμόζοντας τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής.

Η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων έγινε με την Επαγωγική ανάλυση, η οποία περιελάμβανε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r), τον έλεγχο t-test για ανεξάρτητα δείγματα και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5% (p value < 0,05).

3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών (n=103).

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Ανδρας	34	33,0
Γυναίκα	69	67,0
Ηλικία (έτη)		
mean \pm st. dev.	63,81 \pm 15,88	
min – max		26 – 89
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	80	77,7

Μη έγγαμος	23	22,3
Αριθμός παιδιών		
0	11	10,7
1-2	58	56,3
≥3	34	33,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πρωτοβάθμια	46	44,7
Δευτεροβάθμια	37	35,9
Τριτοβάθμια	20	19,4
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	30	29,1
Ιδιωτικός υπάλληλος	10	9,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	7	6,8
Άνεργος / Συνταξιούχος	56	54,4
Διαβίωση		
Μόνος	16	15,5
Με άλλους	87	84,5
Περιοχή μόνιμης κατοικίας		
Αστική	31	30,1
Μη αστική	72	69,9

Το 67,0% των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες και το 33,0% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 26 έως 89 ετών με μέση τιμή τα 63,81 έτη. Το 77,7% των ασθενών ήταν έγγαμοι και η πλειονότητα (56,3%) είχε 1 έως 2 παιδιά. Το 44,7% είχε πρωτοβάθμια εκπαίδευση και το 35,9% δευτεροβάθμια. Η πλειονότητα (54,4) δεν εργάζονταν καθώς ήταν συνταξιούχοι ή άνεργοι. Όσον αφορά τη διαβίωση το 84,5% ζούσε μαζί με άλλους και το 69,9% κατοικούσε σε μη αστική περιοχή (Πίνακας 1).

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών (n=103).

Χαρακτηριστικά υγείας	n	%
Καπνιστική συνήθεια		
Καπνιστής	26	25,2
Μη καπνιστής	54	52,4
Πρώην καπνιστής	23	22,3
Αξιολόγηση σωματικού βάρους		

Κάτω του φυσιολογικού	6	5,8
Φυσιολογικό	71	68,9
Άνω του φυσιολογικού	26	25,2
Διάγνωση Νόσου		
Ισχιαλγία / Οσφυαλγία	38	36,9
Κάταγμα άνω / κάτω άκρου	16	15,5
Αρθρίτιδα	18	17,5
Οστεοπόρωση	8	7,8
Άλλο	23	22,3

Μη καπνιστές ή πρώην καπνιστές ήταν το 74,7% των ασθενών του δείγματος. Ως φυσιολογικό αυτοαξιολογούσε το βάρος του το 68,9% των ασθενών. Σχετικά με τα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας το 36,9% αφορούσαν ισχιαλγία/οσφυαλγία, το 17,5% αρθρίτιδα, το 15,5% κάταγμα άνω/κάτω άκρου, το 7,8% οστεοπόρωση και το 22,3% άλλες διαγνώσεις (Πίνακας 2).

Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες

Πίνακας 3: Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁).

Κλίμακα DASS ₂₁	Cronbach's alpha	Mean ± St. Dev.	Min – Max
Κατάθλιψη	0,95	14,12 ± 13,31	0 – 42
Άγχος	0,96	12,50 ± 13,38	0 – 40
Στρες	0,95	17,13 ± 12,99	0 – 42
Συνολική ψυχική καταπόνηση	0,98	43,75 ± 38,46	0 – 122

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁), προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's Alpha, ήταν για την συνολική Κλίμακα DASS $\alpha=0,98$ ενώ στις τρεις επιμέρους Υποκλίμακες: $\alpha=0,95$ για την Κατάθλιψη, $\alpha=0,96$ για το Άγχος και $\alpha=0,95$ για το Στρες. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α είχαν τιμές $> 0,70$ δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων όλων των διαστάσεων της Κλίμακας (Πίνακας 3).

Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁) παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Το σκορ για την συνολική Κλίμακα DASS κυμαίνονταν από 0 έως 122 με μέση τιμή 43,75. Η μέση τιμή του συνολικού σκορ της Κλίμακας DASS₂₁ ήταν κάτω της τιμής 63 (μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων) γεγονός που

δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών του δείγματος εμφάνιζε σχετικά χαμηλές τιμές συνολικής ψυχικής καταπόνησης.

Στις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας DASS το σκορ για την Κατάθλιψη κυμαίνονταν από 0 έως 42 με μέση τιμή 14,12, το σκορ για το Άγχος κυμαίνονταν από 0 έως 40 με μέση τιμή 12,50 και το σκορ για το Στρες κυμαίνονταν από 0 έως 42 με μέση τιμή 17,13. Με βάση τη μέση τιμή το μεγαλύτερο σκορ εμφάνιζε το Στρες, έπεται η Κατάθλιψη και τέλος το Άγχος.

Κλίμακα Πόνου

Πίνακας 4: Κλίμακα Πόνου (SFMPQ).

Κλίμακα SFMPQ	Cronbach's alpha	Mean \pm St. Dev.	Min – Max
Αισθητηριακός πόνος	0,95	12,52 \pm 9,99	0 – 33
Συναισθηματικός πόνος	0,92	4,51 \pm 4,23	0 – 12
Συνολική αίσθηση πόνου	0,97	17,04 \pm 13,99	0 – 45
Ένταση παρόντος πόνου	-	2,17 \pm 1,21	0 – 5

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας Πόνου (SFMPQ), προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's Alpha, ήταν για την συνολική Κλίμακα SFMPQ $\alpha=0,97$ ενώ στις δύο επιμέρους Υποκλίμακες: $\alpha=0,95$ για τον δείκτη αισθητηριακού πόνου και $\alpha=0,92$ για τον δείκτη συναισθηματικού πόνου. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α είχαν τιμές $> 0,70$ δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων όλων των διαστάσεων της Κλίμακας (Πίνακας 4).

Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Πόνου (SFMPQ) παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Η βαθμολόγηση του δείκτη έντασης του παρόντος πόνου κυμαίνονταν από 0 έως 5 με μέση τιμή 2,17. Η μέση τιμή του δείκτη βρίσκεται περίπου στο μέσο της κλίμακας αξιολόγησης, δηλαδή μεταξύ του σημείου 2 (ενοχλητικός πόνος) και του σημείου 3 (οδυνηρός πόνος), γεγονός που φανερώνει ότι οι ασθενείς του δείγματος ισομεράζονταν μεταξύ χαμηλών και υψηλών τιμών έντασης παρόντος πόνου.

Αναφορικά με την εκτίμηση της αίσθησης (εντύπωσης) του πόνου, το σκορ του δείκτη συνολικής αίσθησης πόνου κυμαίνονταν από 0 ως 45 με μέση τιμή 17,04 που αντιστοιχεί στην κλίμακα αξιολόγησης κάτω από το μέτριο επίπεδο. Στις δύο διαστάσεις του η μέση τιμή ήταν 12,52 για το σκορ του δείκτη αισθητηριακού πόνου (αντιστοιχεί κάτω από το μέτριο επίπεδο) και 4,51 για το σκορ του δείκτη συναισθηματικού πόνου (αντιστοιχεί κάτω από το μέτριο επίπεδο).

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σχέση Ψυχικής Καταπόνησης και Χαρακτηριστικών των ασθενών

Πίνακας 5: Συσχέτιση της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁) με τα χαρακτηριστικών των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	Κλίμακα DASS ₂₁			
	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες	Συνολική Καταπόνηση
Φύλο				
Ανδρας	17,29 ± 14,58	15,47 ± 14,81	21,41 ± 12,84	54,18 ± 40,95
Γυναίκα	12,55 ± 12,46	11,04 ± 12,47	15,01 ± 12,62	38,61 ± 36,38
t	1,720	1,592	2,405	1,960
P value	0,085	0,115	0,018	0,050
Ηλικία (έτη)				
r	0,359	0,376	0,316	0,362
P value	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	14,03 ± 13,38	12,40 ± 13,25	16,85 ± 12,90	43,28 ± 38,20
Μη έγγαμος	14,43 ± 13,36	12,87 ± 14,11	18,09 ± 13,56	45,39 ± 40,17
t	0,129	0,148	0,401	0,232
P value	0,897	0,883	0,689	0,817
Αριθμός παιδιών				
r	0,206	0,200	0,088	0,171
P value	0,037	0,043	0,376	0,085
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Πρωτοβάθμια (1)	17,70 ± 14,35	16,57 ± 14,00	20,74 ± 13,25	55,00 ± 40,77
Δευτεροβάθμια (2)	14,76 ± 12,87	11,68 ± 13,26	17,14 ± 13,03	43,57 ± 37,50
Τριτοβάθμια (3)	4,70 ± 4,95	4,70 ± 7,57	8,80 ± 8,01	18,20 ± 18,56
F	7,572	6,163	6,525	7,153
P value	0,001	0,003	0,002	0,001
Post Hoc Tests	(1)>(3) p<0,001	(1)>(2) p<0,085	(1)>(3) p<0,001	(1)>(3) p<0,001

	(2)>(3) p=0,005	(1)>(3) p=0,001 (2)>(3) p=0,050	(2)>(3) p=0,017	(2)>(3) p=0,013
Επάγγελμα				
Δημόσιος υπάλληλος (1)	8,13 ± 9,26	7,20 ± 10,50	11,33 ± 10,54	26,67 ± 28,63
Ιδιωτικός υπάλληλος (2)	12,60 ± 12,79	10,00 ± 13,50	17,80 ± 11,45	40,40 ± 33,85
Ελεύθερος επαγγελματίας (3)	13,71 ± 13,73	10,29 ± 11,74	15,43 ± 14,90	39,43 ± 40,09
Άνεργος / Συνταξιούχος (4)	17,64 ± 14,27	16,07 ± 14,10	20,32 ± 13,39	54,04 ± 40,94
F	3,636	3,289	3,389	3,623
P value	0,015	0,024	0,021	0,016
Post Hoc Tests	(4)>(1) p=0,001	(4)>(1) p=0,003	(4)>(1) p=0,002	(4)>(1) p=0,002
Διαβίωση				
Μόνος	14,75 ± 11,89	12,13 ± 11,99	19,25 ± 11,38	46,13 ± 33,91
Με άλλους	14,00 ± 13,62	12,57 ± 13,68	16,74 ± 13,29	43,31 ± 39,40
t	0,206	0,123	0,710	0,268
P value	0,837	0,902	0,479	0,789
Περιοχή μόνιμης κατοικίας				
Αστική	12,45 ± 12,01	11,55 ± 12,46	15,81 ± 12,59	39,81 ± 35,68
Μη αστική	14,83 ± 13,86	12,92 ± 13,82	17,69 ± 13,21	45,44 ± 39,71
t	0,832	0,474	0,675	0,681
P value	0,408	0,636	0,501	0,498
Καπνιστική συνήθεια				
Καπνιστής	12,85 ± 11,64	10,38 ± 11,41	16,62 ± 12,58	39,85 ± 33,03
Μη καπνιστής / Πρώην καπνιστής	14,55 ± 13,88	13,22 ± 13,97	17,30 ± 13,20	45,06 ± 40,24
t	0,561	0,934	0,231	0,596
P value	0,576	0,352	0,818	0,552
Αξιολόγηση σωματικού βάρους				
Κάτω του φυσιολογικού	10,00 ± 15,85	9,00 ± 15,37	11,67 ± 14,99	30,67 ± 45,49
Φυσιολογικό	13,04 ± 13,05	11,66 ± 12,81	16,65 ± 12,99	41,35 ± 37,54

Άνω του φυσιολογικού	18,00 ± 13,15	15,62 ± 14,42	19,69 ± 12,49	53,31 ± 39,00
F	1,645	1,051	1,087	1,296
P value	0,198	0,353	0,341	0,278
Διάγνωση Νόσου				
Ισχιαλγία / Οσφυαλγία (1)	11,16 ± 10,48	9,68 ± 11,12	15,37 ± 10,22	36,21 ± 29,52
Κάταγμα άνω / κάτω άκρου (2)	26,75 ± 13,44	22,75 ± 14,53	29,25 ± 12,58	78,75 ± 39,44
Αρθρίτιδα (3)	18,22 ± 13,05	17,44 ± 14,15	22,11 ± 13,18	57,78 ± 39,88
Οστεοπόρωση (4)	7,50 ± 11,10	7,25 ± 10,68	7,75 ± 9,93	22,50 ± 31,41
Άλλο (5)	9,30 ± 12,55	8,00 ± 12,03	10,96 ± 11,34	28,26 ± 34,96
F	7,124	5,031	8,660	7,247
P value	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
Post Hoc Tests	(2)>(1) p<0,001	(2)>(1) p=0,001	(2)>(1) p<0,001	(2)>(1) p<0,001
	(2)>(3) p=0,041	(2)>(4) p=0,005	(2)>(3) p=0,071	(2)>(3) p=0,080
	(2)>(4) p<0,001	(2)>(5) p<0,001	(2)>(4) p<0,001	(2)>(4) p<0,001
	(2)>(5) p<0,001	(3)>(1) p=0,031	(2)>(5) p<0,001	(2)>(5) p<0,001
	(3)>(1) p=0,042	(3)>(4) p=0,056	(3)>(1) p=0,041	(3)>(1) p=0,031
	(3)>(4) p=0,037	(3)>(5) p=0,018	(3)>(4) p=0,004	(3)>(4) p=0,018
	(3)>(5) p=0,020		(3)>(5) p=0,002	(3)>(5) p=0,008

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5 διαπιστώθηκαν οι κάτωθι στατιστικά σημαντικές σχέσεις:

- Το **φύλο** σχετιζόταν με την κατάθλιψη ($p=0,085$), το στρες ($p=0,018$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,050$). Ειδικότερα οι άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τις γυναίκες.
- Η **ηλικία** σχετιζόταν θετικά με την κατάθλιψη ($p<0,001$), το άγχος ($p<0,001$), το στρες ($p=0,001$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης.
- Ο **αριθμός παιδιών** σχετιζόταν θετικά με την κατάθλιψη ($p=0,037$), το άγχος ($p=0,043$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,085$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν ο αριθμός παιδιών των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συνολικής ψυχικής καταπόνησης.

- Το **επίπεδο εκπαίδευσης** σχετίζονταν με την κατάθλιψη ($p=0,001$), το άγχος ($p=0,003$), το στρες ($p=0,002$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,001$). Ειδικότερα οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Το **επάγγελμα** σχετίζονταν με την κατάθλιψη ($p=0,015$), το άγχος ($p=0,024$), το στρες ($p=0,021$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,016$). Ειδικότερα οι άνεργοι/συνταξιούχοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους δημόσιους υπαλλήλους.
- Η **διάγνωση** του μυοσκελετικού προβλήματος υγείας σχετίζονταν με την κατάθλιψη ($p<0,001$), το άγχος ($p=0,001$), το στρες ($p<0,001$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p<0,001$). Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

Σχέση Σωματικού Πόνου και Χαρακτηριστικών των ασθενών

Πίνακας 6: Συσχέτιση της Κλίμακας Πόνου (SFMPQ) με τα χαρακτηριστικών των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	Κλίμακα SFMPQ		
	Αισθητηριακός πόνος	Συναισθηματικός πόνος	Συνολική αίσθηση πόνου
Φύλο			
Άνδρας	16,56 ± 9,94	5,88 ± 4,28	22,44 ± 14,03
Γυναίκα	10,54 ± 9,47	3,84 ± 4,07	14,38 ± 13,27
t	2,986	2,353	2,845
P value	0,004	0,021	0,005
Ηλικία (έτη)			
r	0,343	0,264	0,325
P value	<0,001	0,007	0,001
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος	12,46 ± 10,21	4,58 ± 4,33	17,04 ± 14,31
Μη έγγαμος	12,74 ± 9,42	4,30 ± 3,95	17,04 ± 13,12
t	0,116	0,269	0,002
P value	0,908	0,788	0,999

Αριθμός παιδιών

r	0,173	0,139	0,167
P value	0,081	0,162	0,090

Επίπεδο εκπαίδευσης

Πρωτοβάθμια (1)	15,70 ± 10,18	5,28 ± 4,32	20,98 ± 14,26
Δευτεροβάθμια (2)	12,35 ± 10,32	5,08 ± 4,54	17,43 ± 14,65
Τριτοβάθμια (3)	5,55 ± 3,61	1,70 ± 1,55	7,25 ± 4,82
F	8,214	6,056	7,607
P value	<0,001	0,003	0,001
Post Hoc Tests	(1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,010	(1)>(3) p=0,001 (2)>(3) p=0,003	(1)>(3) p<0,001 (2)>(3) p=0,006

Επάγγελμα

Δημόσιος υπάλληλος (1)	8,23 ± 7,88	3,10 ± 3,79	11,33 ± 11,43
Ιδιωτικός υπάλληλος (2)	13,60 ± 10,10	5,00 ± 4,03	18,60 ± 14,04
Ελεύθερος επαγγελματίας (3)	9,00 ± 9,43	4,29 ± 5,06	13,29 ± 14,06
Άνεργος / Συνταξιούχος (4)	15,07 ± 10,37	5,21 ± 4,31	20,29 ± 14,46
F	3,651	1,713	3,052
P value	0,015	0,169	0,032
Post Hoc Tests	(4)>(1) p=0,002		(4)>(1) p=0,004

Διαβίωση

Μόνος	13,69 ± 7,02	4,94 ± 3,73	18,63 ± 10,30
Με άλλους	12,31 ± 10,46	4,44 ± 4,33	16,75 ± 14,59
t	0,505	0,433	0,492
P value	0,615	0,666	0,624

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

Αστική	9,81 ± 8,36	3,71 ± 4,15	13,52 ± 12,20
Μη αστική	13,69 ± 10,45	4,86 ± 4,25	18,56 ± 14,51
t	2,002	1,270	1,695
P value	0,049	0,207	0,090

Καπνιστική συνήθεια

Καπνιστής	9,77 ± 8,99	4,04 ± 4,27	13,81 ± 12,99
Μη καπνιστής / Πρώην καπνιστής	13,45 ± 10,19	4,68 ± 4,24	18,13 ± 14,22
t	1,640	0,661	1,368
P value	0,104	0,510	0,174

Αξιολόγηση σωματικού

βάρους			
Κάτω του φυσιολογικού	11,00 ± 10,58	3,17 ± 4,45	14,17 ± 14,90
Φυσιολογικό	12,38 ± 9,51	4,44 ± 4,17	16,82 ± 13,44
Άνω του φυσιολογικού	13,27 ± 11,41	5,04 ± 4,44	18,31 ± 15,63
F	0,147	0,510	0,239
P value	0,864	0,602	0,788
Διάγνωση Νόσου			
Ισχιαλγία / Οσφυαλγία (1)	11,39 ± 8,21	4,03 ± 3,48	15,42 ± 11,44
Κάταγμα άνω / κάτω άκρου (2)	20,56 ± 9,99	7,94 ± 4,33	28,50 ± 13,76
Αρθρίτιδα (3)	16,78 ± 8,99	6,39 ± 4,10	23,17 ± 12,80
Οστεοπόρωση (4)	7,38 ± 9,15	2,25 ± 3,62	9,63 ± 12,63
Άλλο (5)	7,26 ± 9,48	2,26 ± 3,72	9,52 ± 13,08
F	6,979	7,256	7,371
P value	<0,001	<0,001	<0,001
Post Hoc Tests	(2)>(1) p=0,001	(2)>(1) p=0,001	(2)>(1) p=0,001
	(2)>(4) p=0,001	(2)>(4) p=0,001	(2)>(4) p=0,001
	(2)>(5) p<0,001	(2)>(5) p<0,001	(2)>(5) p<0,001
	(3)>(1) p=0,039	(3)>(1) p=0,032	(3)>(1) p=0,033
	(3)>(4) p=0,016	(3)>(4) p=0,012	(3)>(4) p=0,012
	(3)>(5) p=0,001	(3)>(5) p=0,001	(3)>(5) p=0,001

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6 διαπιστώθηκαν οι κάτωθι στατιστικά σημαντικές σχέσεις:

- Το **φύλο** σχετίζονταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p=0,004$), τον συναισθηματικό πόνο ($p=0,021$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,005$). Ειδικότερα οι άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τις γυναίκες.
- Η **ηλικία** σχετίζονταν θετικά με τον αισθητηριακό πόνο ($p<0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p=0,007$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου.
- Ο **αριθμός παιδιών** οριακά σχετίζονταν θετικά με τον αισθητηριακό πόνο ($p=0,081$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,090$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν ο αριθμός παιδιών των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου.

- Το **επίπεδο εκπαίδευσης** σχετίζονταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p<0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p=0,003$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,001$). Ειδικότερα οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Το **επάγγελμα** σχετίζονταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p=0,015$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,032$). Ειδικότερα οι άνεργοι/συνταξιούχοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους δημόσιους υπαλλήλους.
- Η **περιοχή μόνιμη κατοικίας** σχετίζονταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p=0,049$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p=0,090$). Ειδικότερα οι διαμένοντες σε μη αστική περιοχή εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους διαμένοντες σε αστική περιοχή.
- Η **διάγνωση** του μυοσκελετικού προβλήματος υγείας σχετίζονταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p<0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p<0,001$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p<0,001$). Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

Σχέση Ψυχικής Καταπόνησης και Σωματικού Πόνου

Πίνακας 7: Συσχέτιση της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS₂₁) με την Κλίμακα Πόνου (SFMPQ) των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας.

Κλίμακα DASS ₂₁		Κλίμακα SFMPQ			
		Ένταση παρόντος πόνου	Αισθητηριακός πόνος	Συναισθηματικός πόνος	Συνολική αίσθηση πόνου
Κατάθλιψη	<i>r</i>	0,497	0,796	0,804	0,812
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Άγχος	<i>r</i>	0,470	0,765	0,739	0,770
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Στρες	<i>r</i>	0,527	0,797	0,788	0,808
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική ψυχική καταπόνηση	<i>r</i>	0,514	0,811	0,802	0,822

<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
----------	------------------	------------------	------------------	------------------

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7 διαπιστώθηκε ότι ο σωματικός πόνος επιδρούσε θετικά, αυξάνοντας την ψυχική καταπόνηση των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας. Ειδικότερα:

- Όσο αυξάνονταν τα επίπεδα της έντασης του παρόντος πόνου τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα της κατάθλιψης ($p<0,001$), του άγχους ($p<0,001$), του στρες ($p<0,001$) και της συνολικής ψυχικής καταπόνησης ($p<0,001$).
- Όσο αυξάνονταν τα επίπεδα του αισθητηριακού πόνου τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα της κατάθλιψης ($p<0,001$), του άγχους ($p<0,001$), του στρες ($p<0,001$) και της συνολικής ψυχικής καταπόνησης ($p<0,001$).
- Όσο αυξάνονταν τα επίπεδα του συναισθηματικού πόνου τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα της κατάθλιψης ($p<0,001$), του άγχους ($p<0,001$), του στρες ($p<0,001$) και της συνολικής ψυχικής καταπόνησης ($p<0,001$).
- Όσο αυξάνονταν τα επίπεδα της συνολικής αίσθησης του πόνου τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα της κατάθλιψης ($p<0,001$), του άγχους ($p<0,001$), του στρες ($p<0,001$) και της συνολικής ψυχικής καταπόνησης ($p<0,001$).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι το φύλο, σχετίζεται με την κατάθλιψη, το στρες και την συνολική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα οι άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τις γυναίκες. Η ηλικία σχετίζονταν θετικά με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και τη συνολική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης. Επίσης ο αριθμός παιδιών σχετίζονταν θετικά με την κατάθλιψη, το άγχος και τη συνολική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα όσο αυξάνονταν ο αριθμός παιδιών των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συνολικής ψυχικής καταπόνησης. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονταν με την κατάθλιψη. Ειδικότερα οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το επάγγελμα σχετίζονταν με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και τη συνολική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα οι άνεργοι/συνταξιούχοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους δημόσιους υπαλλήλους. Η διάγνωση του μυοσκελετικού προβλήματος υγείας σχετίζονταν με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και τη συνολική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

Στην έρευνα που διερευνήθηκε η συχνότητα του πόνου καθώς και η συνοσυρότητα του με την κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα της ζωής. Οι περισσότεροι ασθενείς όπου ανέφεραν ότι πονούσαν σε τουλάχιστον ένα σημείο του μυοσκελετικού συστήματος, με συχνότερη εντόπιση την ΟΜΣΣΣ, τις αρθρώσεις των κάτω και άνω άκρων, εύρημα όπου συμφωνεί με την βιβλιογραφία.

Η κατάθλιψη περιπλέκει την διαχείριση των ασθενών με πόνο καθώς υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων τους και συνδέεται με φτωχότερα αποτελέσματα στην θεραπεία του. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συχνότερες αναφορές στον πόνο τους, μεγαλύτερη ένταση του πόνου και διαταραχές στην κοινωνική, στην επαγγελματική και στην προσωπική τους ζωή.

Ο πόνος και η κατάθλιψη συνυπάρχουν συχνά και η αξιολόγηση του και η θεραπεία και των δύο είναι σημαντική. Οι βιωματικές εμπειρίες είναι διαφορετικές ανά φύλο, οι γυναίκες είναι εκείνες που αναζητούν πιο συχνά υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιο πρόθυμες από τους άνδρες να αναφέρουν πόνο σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες. Επίσης μπορεί να υπάρχουν κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές συμπεριλαμβανόμενων των διαφορών στους ρόλους των φύλων και στις προσδοκίες για τον ρόλο τους.

Γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η καταστροφολογία (τάση να μεγενθύνουν την αξία και την απειλή του ερεθισμού του πόνου και να αισθάνονται αβοήθητοι στα πλαίσια του πόνου, θεωρείται ότι συμβάλλουν στις διαφορετικές αντιδράσεις στον πόνο των δύο φύλων.

Η αρνητική επίδραση του πόνου στην ψυχολογία του ασθενούς και η εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η κατάθλιψη και ο πόνος μοιράζονται τις ίδιες βιολογικές οδούς και τους ίδιους νευροδιαβιβαστές.

Ο πόνος στην πλάτη συνδέεται με σημαντική αναπηρία και μειώσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την συνολική λειτουργία και την παραγωγικότητα.

Στην μελέτη που έγινε από τους Hyung – joon –Jhum για τον πόνο στο γόνατο και την σοβαρότητα σε ηλικιωμένους κορεάτες, όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου και τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, τα όπου συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 3.054 ηλικίας > 50 ετών. Χρησιμοποιήθηκε το EQ-5D για την μέτρηση ποιότητας ζωής, έδειξε ότι η γήρανση, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χειρωνακτική εργασία, η παχυσαρκία και η οστεαρθρίτιδα ήταν παράγοντες κινδύνου για τον πόνο στο γόνατο.

Τα άτομα με πόνο στο γόνατο είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από αυτά χωρίς πόνο, οπότε απαιτούνται πρώιμες επεμβατικές προσεγγίσεις για τη μείωση ιατρικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης του πόνου.

Σύμφωνα με έρευνα του Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J.(2016). Ο χρόνιος πόνος στην πλάτη (CLBP) συνδέεται με σημαντική αναπηρία και μειώσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL), γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συνολική λειτουργία και την παραγωγικότητα. Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με οδυνηρά σωματικά συμπτώματα και είναι συχνά παρούσα σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Ωστόσο, το αυξητικό βάρος που συνδέεται με την κατάθλιψη ή τα συμπτώματα κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με CLBP δεν είναι καλά κατανοητό. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης στο HRQoL στο CLBP και η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και της εξασθένησης της εργασίας και της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των ασθενών με CLBP στην Ιαπωνία.

Μέθοδοι: τα δεδομένα εξήχθησαν από την Ιαπωνική Εθνική Έρευνα Υγείας και Ευεξίας (N = 30.000) το 2014 . Το CLBP καθορίστηκε με αναφορά του διαγνωσμένου πόνου χαμηλής πλάτης ≥ 3 μηνών. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς (PHQ-9). Οι μετρήσεις που αξιολογήθηκαν περιελάμβαναν πόνο, HRQoL, συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό, παραγωγικότητα εργασίας και χρησιμοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς με κατάθλιψη (PHQ-9 ≥ 10) συγκρίθηκαν με ασθενείς χωρίς κατάθλιψη (PHQ-9 <10) χρησιμοποιώντας t-tests για συνεχείς και μετρήσεις μεταβλητές και chi-square για κατηγορικές μεταβλητές, οι οποίες ακολουθήθηκαν από γενικευμένα γραμμικά μοντέλα προσαρμοσμένα για ομοιοπαθητικά.

Αποτελέσματα: οι ασθενείς με κατάθλιψη CLBP είχαν σημαντικά πιο έντονο πόνο και υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς κατάθλιψη. Η κατάθλιψη συσχετίστηκε με χειρότερη HRQoL σε ασθενείς με CLBP. Η παρουσίαση, η συνολική εξασθένηση της εργασίας και η εξασθένηση της δραστηριότητας υψηλότερες, αντίστοιχα, μεταξύ των ατόμων με κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη. Οι ασθενείς με κατάθλιψη με CLBP είχαν σχεδόν διπλάσιες επισκέψεις στον παροχέα υγειονομικής περίθαλψης σε 6 μήνες από αυτούς χωρίς κατάθλιψη. Το πρότυπο των αποτελεσμάτων παρέμεινε σταθερό μετά από προσαρμογή για κοινωνικοδημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά υγείας.

Συμπεράσματα: η κατάθλιψη μεταξύ των ασθενών με CLBP στην Ιαπωνία συνδέθηκε με υψηλότερες βαθμολογίες πόνου και χαμηλότερες βαθμολογίες HRQoL, καθώς και με χαμηλότερη παραγωγικότητα της εργασίας και αυξημένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Η εξέταση για την κατάθλιψη σε ασθενείς με CLBP θα πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό μέρος της περίθαλψης του ασθενούς CLBP.

Σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της μελέτης και τα αποτελέσματα αυτής, φαίνεται πως τα ερωτήματα απαντήθηκαν στο έπακρον. Υπήρχαν τιμές

οι οποίες επαληθεύουν άλλες μελέτες με παρόμοια ερευνητικά ερωτήματα, όπως αυτή όπου έδειξε ότι η γήρανση, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χειρωνακτική εργασία, η παχυσαρκία και η οστεαρθρίτιδα ήταν παράγοντες κινδύνου για τον πόνο στο γόνατο της οποίας τα άτομα με πόνο στο γόνατο είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από αυτά χωρίς πόνο, οπότε απαιτούνται πρώιμες επεμβατικές προσεγγίσεις για τη μείωση ιατρικής, κοινωνικής. Επίσης, υπάρχει σχέση μεταξύ σωματικού πόνου και της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας.

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνονται: η έλλειψη χρονικών περιθωρίων καθώς τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε διάστημα δύο μηνών (Απρίλιος- Μάιος 2019), επομένως ήταν δύσκολο να συμπληρωθούν μεγαλύτερος αριθμός αυτών. Επίσης, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων της ορθοπεδικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών δεν ήταν αρκετά μεγάλος, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελεί στατιστικό λάθος, το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 103 άτομα και πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Αρκετοί ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν δυσκολίες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω των προβλημάτων υγείας ή του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Αρκετοί ήταν αυτοί που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη συμπλήρωση αυτού. δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη είναι σχετικά μικρό, γεγονός που καθιστά αβέβαιη και επισφαλής τη διατύπωση γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Ιδανικά, απαιτούνται μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων για να μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημείο αναφοράς για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου και για τις συσχετίσεις των κλιμάκων μεταξύ τους.

Παρόλα αυτά, δεδομένου ότι από την σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης προέκυψε ομοιότητα και συμφωνία με ανάλογες μελέτες, επί το πλείστον στο εξωτερικό, μπορεί να θεωρηθούν τα ευρήματα αξιόπιστα και τα συμπεράσματα ασφαλή, τόσο συνολικά όσο και κατά τις επιμέρους μεταβλητές, και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στον ελληνικό χώρο, συμβάλλοντας στην ενδεδειγμένη και αποτελεσματική αξιολόγηση του πόνου και τη συσχέτιση του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Επίσης, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν μελέτες με μεγάλη χρονική διάρκεια και παρατηρούμενο πληθυσμό. Οι παραπάνω περιορισμοί της παρούσας μελέτης δημιουργούν την ανάγκη για νέες σε μεγαλύτερο δείγμα, με ύπαρξη τυχαίας δειγματοληψίας, για μεγαλύτερη εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Axelrod, FB. & Hilz, MJ. (2003). "Inherited autonomic neuropathies", *Seminars in Neurology*, 23 (4), p. 381–90. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15088259> (Ημερομηνία Πρόσβασης: 22/4/2019)
- Bernston, GG. & Cacioppo, JT. (2007). "The neuroevolution of motivation", *Handbook of Motivation Science*, New York: The Guilford Press, p. 191. Διαθέσιμο στο: [https://books.google.gr/books?id=iCxpZkZtDG8C&pg=PT209&dq=%22One+general+class+of+spinal+reflexes+consists+of+the+flexor+\(pain\)+withdrawal%22&cd=1&redir_esc=y#v=onepage&q=%22One%20general%20class%20of%20spinal%20reflexes%20consists%20of%20the%20flexor%20\(pain\)%20withdrawal%22&f=true](https://books.google.gr/books?id=iCxpZkZtDG8C&pg=PT209&dq=%22One+general+class+of+spinal+reflexes+consists+of+the+flexor+(pain)+withdrawal%22&cd=1&redir_esc=y#v=onepage&q=%22One%20general%20class%20of%20spinal%20reflexes%20consists%20of%20the%20flexor%20(pain)%20withdrawal%22&f=true)
- Bonica, JJ. (1990). "History of pain concepts and therapies", *The management of pain*, 1 (2 ed.). London: Lea & Febiger, p. 7. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=QEK5fbsKwGsC&q=9780812111224&dq=9780812111224&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEWjYwL7gmMTiAhVJDOwKHZBRAwgQ6AEIJzAA>
- Brand, PW. & Yancey, P. (1997). *The gift of pain: why we hurt & what we can do about it*. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=SIbe5rEOw1wC&pg=PA247&dq=9780310221449&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEWj0woP0sPiAhVP06YKHVZMDOgQ6AEIJzAA#v=onepage&q=9780310221449&f=false>
- Breivik, H., Borchgrevink, PC., Allen, SM., Rosseland, LA., Romundstad, L., Hals, EK., Kvarstein, G., Stubhaug, A. (2008). "Assessment of pain", *British Journal of Anaesthesia*, 101 (1), p. 17–24. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18487245>
- Bresin, K., Kling, L., & Verona, E. (2018). The effect of acute physical pain on subsequent negative emotional affect: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(3), p. 273-283. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28368146>
- Bruehl, S., Burns, JW., Chung, OY., Chont, M. (2009). "Pain-related effects of trait anger expression: neural substrates and the role of endogenous opioid mechanisms", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 (3), p.475–91. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146872>
- Coda, BA. & Bonica, JJ. (2000). "General considerations of acute pain", In Panswick CC, Main CJ, *Pain management: an interdisciplinary approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=r9FWvgAACAAJ&dq=9780443056833&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEWjyx72e2sPiAhXKGewKHUwIAWMQ6AEIJzAA>

Craig, AD. (2003). "Pain mechanisms: labeled lines versus convergence in central processing", *Annual Review of Neuroscience*, 26, p. 1–30. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12651967>. (Ημερομηνία Πρόσβασης 22/02/2019)

Dallenbach, KM. (1939). "Pain: History and present status", *American Journal of Psychology*, 52 (3), p. 331–347. Διαθέσιμο στο: <https://www.jstor.org/stable/1416740>

Debono, DJ., Hoeksema, LJ. & Hobbs, RD. (2013). "Caring for patients with chronic pain: pearls and pitfalls", *The Journal of the American Osteopathic Association*, 113 (8), p. 620–7. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23918913>

Eisenberger, NI. & Lieberman, M. (2005). "Why it hurts to be left out: The neurocognitive overlap between physical and social pain", *The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, & Bullying (Sydney Symposium of Social Psychology)*, East Sussex: Psychology Press, p. 210. Διαθέσιμο στο: <https://www.researchgate.net/publication/237332217>
[Why It Hurts to Be Left Out The Neurocognitive Overlap Between Physical and Social Pain](https://www.researchgate.net/publication/237332217)

Grahek, N. (2008) Feeling pain and being in pain, Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=x2Aqw1527ecC&pg=PA41&dq=Feeling+pain+and+being+in+pain&hl=el&sa=X&ved=0ahUKewjb94OalsTiAhXN1qQKHa21AuAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Feeling%20pain%20and%20being%20in%20pain&f=false>

Hart, RP., Wade, JB. & Martelli, MF. (2003). "Cognitive impairment in patients with chronic pain: the significance of stress", *Current Pain and Headache Reports*, 7 (2), p. 116–26. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12628053>

Huskisson, E. (1983) Visual analogue scale, In *Pain Measurement and Assessment*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6184474>

Jensen, TS. & Finnerup, NB. (2014). "Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms", *The Lancet. Neurology*, 13 (9), p. 924–35. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25142459>

Jensen, TS., Krebs, B., Nielsen, J., Rasmussen, P. (1983). "Phantom limb, phantom pain and stump pain in amputees during the first 6 months following limb amputation", *Pain*, 17 (3), p. 243–56. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6657285>

Jensen, TS., Krebs, B., Nielsen, J., Rasmussen, P. (1985). "Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain". *Pain*, 21 (3), p. 267–78. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3991231>

Kooijman, CM., Dijkstra, PU., Geertzen, JH., Elzinga, A., van der Schans, CP. (2000). "Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study", *Pain*, 87 (1), p. 33–41. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863043>

Lipsky, BA., Berendt, AR., Deery, HG., Embil, JM., Joseph, WS., Karchmer, AW., LeFrock, JL., Lew, DP., Mader, JT., Norden, C., Tan, JS. (2004). "Diagnosis and treatment of diabetic foot infections", *Clinical Infectious Diseases*, 39 (7): 885–910. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15472838>

Lolignier, S., Eijkelkamp, N. & Wood, JN. (2015). "Mechanical allodynia", *Pflügers Archiv*, 467 (1), p.133–9. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846747>

Lynn, B. (1984). "Cutaneous nociceptors", *The neurobiology of pain: Symposium of the Northern Neurobiology Group, held at Leeds on 18 April 1983*. Manchester: Manchester University Press, p.106. Διαθέσιμο στο: https://books.google.gr/books?id=S7mAAAAIAAJ&pg=PA106&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Melzack, R. & Katz, J. (2004). "The Gate Control Theory: Reaching for the Brain". In Craig KD, Hadjistavropoulos T (eds.). *Pain: psychological perspectives*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=iIN5AgAAQBAJ&pg=PP6&dq=9780415650618.&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiUkenqm8TiAhVIyKYKHbQBAGkQ6AEIJzAA#v=onepage&q=9780415650618.&f=false>

Merskey, H. (2000). "The History of Psychoanalytic Ideas Concerning Pain", In Weisberg JN, Gatchel RJ (eds.). *Personality Characteristics of Patients With Pain*, American Psychological Association (APA). Διαθέσιμο στο: <https://psycnet.apa.org/record/2000-07361-001>

Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain* (2 nd ed.). Seattle: International Association for the Study of Pain, p. 3 & 4. Διαθέσιμο στο: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>

Mishra, S., Bhatnagar, S., Chaudhary, P., Rana, SP. (2009). "Breakthrough cancer pain: review of prevalence, characteristics and management", *Indian Journal of Palliative Care*, 15 (1), p. 14–8. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886208/>

Moore, RA., Wiffen, PJ., Derry, S., Maguire, T., Roy, YM., Tyrrell, L. (2015). "Non-prescription (OTC) oral analgesics for acute pain - an overview of Cochrane reviews", *The*

Cochrane Database of Systematic Reviews. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26544675>

Nagasako, EM., Oaklander, AL., Dworkin, RH. (2003). "Congenital insensitivity to pain: an update", *Pain*, 101 (3): 213–9. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583863>

Paice, JA. (2003). "Mechanisms and management of neuropathic pain in cancer", *The Journal of Supportive Oncology*, 1 (2), p. 107–20. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15352654>

Raj, PP. (2007). Taxonomy and classification of pain. Διαθέσιμο στο: [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ZG4Svh_UL3UC&oi=fnd&pg=PA41&dq=Raj,+PP\(2007\)Taxonomy+and+classification+of+pain&ots=3iP89pPSOH&sig=5TdiokaEHF5dZxKkC4xAfjJO02w&redir_esc=y#v=onepage&q=Raj%2C%20PP\(2007\)Taxonomy%20and%20classification%20of%20pain&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ZG4Svh_UL3UC&oi=fnd&pg=PA41&dq=Raj,+PP(2007)Taxonomy+and+classification+of+pain&ots=3iP89pPSOH&sig=5TdiokaEHF5dZxKkC4xAfjJO02w&redir_esc=y#v=onepage&q=Raj%2C%20PP(2007)Taxonomy%20and%20classification%20of%20pain&f=false)

Ramachandran, VS. & Rogers-Ramachandran, D. (1996). "Synesthesia in phantom limbs induced with mirrors", *Proceedings, Biological Sciences*, 263 (1369), p. 377–86. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8637922>

Romanelli, P. & Esposito, V. (2004). "The functional anatomy of neuropathic pain", *Neurosurgery Clinics of North America*, 15 (3), p. 257–68. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15246335>

Taylor, C. (2015). *Fundamentals of nursing: the art and science of person-centered nursing care*, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, p. 241. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=wr1mgEACAAJ&dq=Fundamentals+of+nursing+taylor&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiKsdWz1cPiAhWQaFAKHeVbBJgQ6AEIJzAA>

Thienhaus, O. & Cole, BE. (2002). "Classification of pain", In Weiner R (ed.). *Pain management: a practical guide for clinicians*, Boca Raton: CRC Press, p. 28. Διαθέσιμο στο: [https://books.google.gr/books?id=Mf05BQAAQBAJ&pg=PA54&dq=Thienhaus+O,+Cole+BE+\(2002\).+%22Classification+of+pain%22&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwi9_PUosTiAhUSGewKHZ8yDq4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Thienhaus%20O%2C%20Cole%20BE%20\(2002\).%20%22Classification%20of%20pain%22&f=false](https://books.google.gr/books?id=Mf05BQAAQBAJ&pg=PA54&dq=Thienhaus+O,+Cole+BE+(2002).+%22Classification+of+pain%22&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwi9_PUosTiAhUSGewKHZ8yDq4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Thienhaus%20O%2C%20Cole%20BE%20(2002).%20%22Classification%20of%20pain%22&f=false)

Treede, RD., Jensen, TS., Campbell, JN., Cruccu, G., Dostrovsky, JO., Griffin, JW., Hansson, P., Hughes, R., Nurmikko, T., Serra, J. (2008). "Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes", *Neurology*, 70 (18): 1630–5. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18003941>

Turk, DC., Okifuji, A., Bonica, JJ., Loeser, JD., Chapman, CR., (2001). "Pain terms and taxonomies of pain", Bonica's management of pain. Hagerstwon, MD: Lippincott Williams & Wilkins. Διαθέσιμο στο: [https://books.google.gr/books?id=PMr3NQh20VoC&pg=PA15&dq=.+Turk+DC,+Okifuji+A+\(2001\).+%22Pain+terms+and+taxonomies+of+pain&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjW34zQo8TiAhXObVAKHSLWDwEQ6AEILjAB#v=onepage&q=%20Turk%20DC%2C%20Okifuji%20A%20\(2001\).%20%22Pain%20terms%20and%20taxonomies%20of%20pain&f=false](https://books.google.gr/books?id=PMr3NQh20VoC&pg=PA15&dq=.+Turk+DC,+Okifuji+A+(2001).+%22Pain+terms+and+taxonomies+of+pain&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjW34zQo8TiAhXObVAKHSLWDwEQ6AEILjAB#v=onepage&q=%20Turk%20DC%2C%20Okifuji%20A%20(2001).%20%22Pain%20terms%20and%20taxonomies%20of%20pain&f=false)

Turk, DC. & Dworkin, RH. (2004). "What should be the core outcomes in chronic pain clinical trials?", Arthritis Research & Therapy, 6 (4): 151–4. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15225358>

Urch, CE. & Suzuki, R. (2008). "Pathophysiology of somatic, visceral, and neuropathic cancer pain", Clinical pain management: Cancer pain, London: Hodder Arnold. p. 3–12. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=xH6JDwAAQBAJ&pg=PT4&dq=978-0-340-940075.&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjx8vGjpMTiAhXNLFAKHRYOBHQO6AEIJzAA#v=onepage&q=978-0-340-94007-5.&f=false>

Weyers, H. (2006). "Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands: how the sociology of law can help the sociology of bioethics", Sociology of Health & Illness, 28 (6), p.802–16. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17184419>

Woolf, CJ. (2007). "Nociceptors--noxious stimulus detectors", Neuron, 55(3), p. 353–64. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17678850>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Αγαπητές κύριοι/κυρίες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ψυχική Υγεία» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι Θεσσαλίας, με επιβλέπουσα καθηγήτρια τη Δρ. Ιωάννα Παπαθανασίου. Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι η αξιολόγηση του σωματικού πόνου και της ψυχικής καταπόνησης ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα. Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης. Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Με τιμή

Φωτεινή Καμπέρη, Νοσηλεύτρια ΤΕ

(6981143875, email: fofitokab@yahoo.gr)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας ανυπροσωπεύει ή συμπληρώστε ανάλογα.		
ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία		
A1	Φύλο:	1. Άνδρας 0. Γυναίκα
A2	Έτος γέννησης:	
A3	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η 3. Διαζευγμένος/η 4. Συμβίωση 5. Χήρος/α
A4	Αριθμός παιδιών:	0. Μηδέν 1. Ένα 2. Δύο 3. Τρία 4. Περισσότερα
A5	Επίπεδο Εκπαίδευσης:	0. Απόφοιτος Δημοτικού 1. Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ 2. Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ 3. Μεταπτυχιακό 4. Διδακτορικό
A6	Επαγγελματική Κατάσταση:	1. Δημόσιος Υπάλληλος 2. Ιδιωτικός Υπάλληλος 3. Ελεύθερος Επαγγελματίας 4. Άνεργος 5. Συνταξιούχος
A7	Ζείτε:	1. Μόνος/η 2. Με τον /τη σύζυγο 3. Με τα παιδιά 4. Με τον/τη σύζυγο και τα παιδιά 5. Άλλο

A8	Ζείτε σε:	1. Αστική περιοχή
		2. Ημιαστική περιοχή
		3. Αγροτική περιοχή
A9	Καπνιστική συνήθεια:	1. Καπνιστής
		2. Μη καπνιστής
		3. Πρώην καπνιστής
A10	Βάρος Σώματος:	1. Λυποβαρής
		2. Κανονικός/η
		3. Υπέρβαρος/η
		4. Παχύσαρκος/η
A11	Διάγνωση:	1. Ισχιαλγία/Οσφυαλγία
		2. Κάταγμα άνω άκρων
		3. Κάταγμα κάτω άκρων
		4. Αρθρίτιδα
		5. Οστεοπόρωση
		6. Άλλο
A12	Σχετικά με την προσωπική φροντίδα:	1. Μπορώ να περιποιηθώ τον εαυτό μου, χωρίς να προκαλείται περισσότερος πόνος.
		2. Μπορώ να περιποιηθώ τον εαυτό μου, αλλά αυτό προκαλεί περισσότερο πόνο.
		3. Η περιποίηση του εαυτού μου είναι επώδυνη και είμαι αργός/η και προσεκτικός/η.
		4. Χρειάζομαι κάποια βοήθεια, αλλά καταφέρνω τα περισσότερα σχετικά με την περιποίηση του εαυτού μου.
		5. Χρειάζομαι βοήθεια κάθε μέρα στα περισσότερα θέματα, σχετικά με την περιποίηση του εαυτού μου.
		6. Δεν ντύνομαι, πλένομαι με δυσκολία και μένω στο κρεβάτι.
A13	Όταν βαδίζετε, πονάτε:	0. Σπάνια
		1. Λίγες φορές
		2. Συχνά
		3. Τις περισσότερες φορές
		4. Πάντα
A14	Μπορείτε να ανεβείτε σκάλες;	0. Ναι, άνετα
		1. Ναι, με λίγη δυσκολία
		2. Με μέτρια δυσκολία
		3. Με πολύ δυσκολία
		4. Είναι αδύνατον
A15	Έχετε κάποιο πρόβλημα όταν μπαίνετε ή βγαίνετε από το αυτοκίνητο ή όταν χρησιμοποιείτε Μέσα Μαζικής Μεταφοράς;	0. Όχι
		1. Ελάχιστο
		2. Μέτριο
		3. Μεγάλο
		4. Αδύνατον να εξυπηρετηθώ
A16	Μπορείτε να κάνετε ψώνια μόνος σας/η σας;	0. Ναι, άνετα
		1. Με λίγη δυσκολία
		2. Με μέτρια δυσκολία
		3. Με πολύ δυσκολία
		4. Είναι αδύνατον

A17	Σχετικά με τον ύπνο σας:	0. Ο πόνος δεν με εμποδίζει από το να κοιμηθώ καλά.
		1. Μπορώ να κοιμηθώ καλά μόνο παίρνοντας φάρμακα.
		2. Ακόμα και αν πάρω φάρμακα, έχω λιγότερες από 6 ώρες ύπνου.
		3. Ακόμα και αν πάρω φάρμακα, έχω λιγότερες από 4 ώρες ύπνου.
A18	Σχετικά με την κοινωνική σας ζωή:	4. Ο πόνος με εμποδίζει εντελώς από το να κοιμηθώ.
		1. Η κοινωνική μου ζωή είναι φυσιολογική και δεν μου προκαλεί πόνο.
		2. Η κοινωνική μου ζωή είναι φυσιολογική, αλλά αυξάνει το βαθμό του πόνου.
		3. Δεν μπορώ να συμμετέχω σε πιο ενεργητικές δραστηριότητες.
		4. Ο πόνος περιορίζει την κοινωνική μου ζωή και δεν βγαίνω έξω τόσο συχνά.
		5. Ο πόνος περιορίζει την κοινωνική μου ζωή στο σπίτι.
6. Δεν έχω κοινωνική ζωή λόγω του πόνου.		

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ
SFMPQ
Georgoudis et al, 2000

ΟΔΗΓΙΕΣ: Αξιολογήστε τον πόνο σας:

ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ	ΗΠΙΟΣ	ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ	ΟΔΥΝΗΡΟΣ	ΦΡΙΚΤΟΣ	ΑΦΟΡΗΤΟΣ
0	1	2	3	4	5

ΟΔΗΓΙΕΣ: Καταγράψτε πως νιώθετε:

ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ 0-----2-----4-----6-----8-----10 Ο ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Σημειώστε πως βιώνετε τον πόνο σας:

		ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ	ΗΠΙΟΣ ΠΟΝΟΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ ΠΟΝΟΣ	ΕΝΤΟΝΟΣ ΠΟΝΟΣ
B1	Παλμικός - Ρυθμικός	0	1	2	3
B2	Σαν να περπατάει	0	1	2	3
B3	Σαν μαχαίριά	0	1	2	3
B4	Οξύς	0	1	2	3
B5	Σαν κράμπα	0	1	2	3
B6	Σαν να δαγκώνει	0	1	2	3
B7	Καυστικός - Ζεστός	0	1	2	3
B8	Γενικός- Διαρκής	0	1	2	3

B9	Αίσθημα βάρους	0	1	2	3
B10	Ευαίσθητος	0	1	2	3
B11	Διαμελιστικός - Σαν να σε σχίζει	0	1	2	3
B12	Κουραστικός	0	1	2	3
B13	Αηδιαστικός- Νοσηρός	0	1	2	3
B14	Τρομακτικός	0	1	2	3
B15	Βασανιστικός - Σκληρός	0	1	2	3

ΜΕΡΟΣ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

DASS 21

Lyrakos et al, 2011

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξεδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα 0.....1.....2....3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές

G1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
G2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
G3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
G4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
G5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
G6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα	0	1	2	3
G7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
G8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
G9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος	0	1	2	3

	στους άλλους				
Γ10	Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
Γ11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
Γ12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
Γ13	Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
Γ14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
Γ15	Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
Γ16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
Γ17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
Γ18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
Γ19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
Γ20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
Γ21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

*Τέλος του ερωτηματολογίου.
Παρακαλώ να επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο.*

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας !

2. ΑΔΕΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

30/5/2019 Ταχυδρομείο Yahoo - Απ: Ερωτηματολόγιο dass 21

Απ: Ερωτηματολόγιο dass 21

Από: George Lyrakos (geolyr@hotmail.com)
Προς: fofitokab@yahoo.gr
Ημερομηνία: Παρασκευή, 29 Μαρτίου 2019, 10:32 π.μ. EET

Καλημέρα σας τα στέλνω και εύχομαι καλή επιτυχία

Από: <fofitokab@yahoo.gr>
Στάλθηκε: Τετάρτη, 27 Μαρτίου 2019 11:01 πμ
Προς: geolyr@hotmail.com
Θέμα: Re: Ερωτηματολόγιο dass 21

Κύριε Λυράκο καλησπέρα σας, θα ήθελα την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου dass 21 και τον τρόπο ερμηνείας του, για την μεταπτυχιακή διπλωματική μου εργασία με θέμα: Σωματικός πόνος και ψυχική καταπόνηση ασθενών με ορθοπαιδικά προβλήματα.

• Re: ΕΡΩΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ 3 Yahoo/ E

 •  •  • Κύριε Γεωργούδη καλησπέρα σας, ονομάζομαι Καμπέρη Φωτεινή και είμαι σπουδάστριά 1 Απρ στις

 •  <gg.physio@gmail.com>
Προς: <fofitokab@yahoo.gr>
Κοιν.: JL JL 2 Απρ στις

Κα Καμπέρη με χαρά να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο στη σταθμισμένη του έκδοση. Παρακαλώ όπως αναφέρετε τις κάτωθι δημοσιεύσεις (references) όταν και όποτε δημοσιεύσετε σχετικό υλικό που θα περιλαμβάνει χρήση του ερωτηματολογίου. Σας επισυνάπτω τις σχετικές δημοσιεύσεις, όπου περιγράφεται και ο τρόπος χρήσης και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων.
με εκτίμηση
Γ.Γεωργούδης
Αν. Καθηγητής
ΠαΔΑ

> Εμφάνιση αρχικού μηνύματος

Δρ. Γεώργιος Γεωργούδης
Αν. Καθηγητής Φυσικοθεραπείας
Τμήμα Φυσικοθεραπείας
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Τηλ. 210-5387487, 210-6728999, 2104014920

Dr. George Georgoudis
Associate Professor in Physiotherapy
Physiotherapy Department
University of West Attica
Tel.: +30-210-5387487, +302104014920, +302106728999
[↓](#) Λήψη όλων των συνημμένων ως αρχείο zip

3. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
3^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

4^η Τακτική Συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου 28-03-2019

Στα Γρεβενά σήμερα Πέμπτη 28 Μαρτίου 2019 και ώρα 10:00, στην αίθουσα συνεδριάσεων του Νοσοκομείου, συνήλθε σε Τακτική συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών, μετά από την υπ' αριθμ. πρωτ. Ε.Σ.: 10/20-03-2019 πρόσκληση του Προέδρου.

Στην συνεδρίαση παρίστανται οι κ. κ.:

1. Δημήτριος Κετσερίδης - Πρόεδρος
2. Αφροδίτη Αβδελίδου - Μέλος
3. Γεώργιος Δρόσος - Μέλος
4. Νικόλαος Κοζόνης - Μέλος
5. Ευστράτιος Ποράβας - Μέλος

Στη συνεδρίαση παρέστη ως γραμματέας η Μαρία Αλεξανδράκη.

Αφού διαπιστώθηκε η νόμιμη απαρτία, ο Πρόεδρος συνεχίζει τη συνεδρίαση, προς συζήτηση του 6^{ου} θέματος (ΕΗΔ) :

ΘΕΜΑ (ΕΗΔ)6^ο : «Αίτηση της κ. Φωτεινής Καμπέρη για παροχή άδειας διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ. Ν. Γρεβενών,

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ.:3238/22-03-2019 αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας **Φωτεινής Καμπέρη** υπάλληλος κατηγορίας – κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής του Γ. Ν. Γρεβενών, για άδεια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Μετά από διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών

Ομόφωνα Γνωμοδοτεί

Την **έγκριση** χορήγησης άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στην **Φωτεινή Καμπέρη** μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος «Ψυχικής Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, προκειμένου να ολοκληρωθεί η μελέτη της διπλωματικής της εργασίας με θέμα : «Σωματικός πόνος και ψυχική καταπόνηση ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα».

Η παρούσα απόφαση διαβιβάζεται στον Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, για περαιτέρω ενέργειες.

Ο Πρόεδρος Ε.Σ.

Δημήτριος Κετσερίδης

Η Γραμματέας

Μαρία Αλεξανδράκη



