



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο χρόνιο πόνο και η σχέση του με τη μνήμη στην τρίτη ηλικία

Σπουδάστρια:

Τσατάλη Μαριάννα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 138)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ηπείρου

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2010

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί φαινόμενο το οποίο έχει ολοένα αυξανόμενη συχνότητα στις δυτικές κοινωνίες επηρεάζοντας την καθημερινή ζωή και λειτουργικότητα ενός ευρέος φάσματος πληθυσμού, ενώ επιτάσσει αλλαγές στο παρόν σύστημα υγείας με σκοπό τη σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση του. Παράγοντες όπως η αύξηση του μέσου όρου ζωής, οι αυξημένες απαιτήσεις του σύγχρονου κόσμου, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, ο ανθυγιεινός τρόπος διατροφής και η άμβλυνση των κοινωνικών δεσμών είναι μερικές από τις πολλές συνιστώσες που υφαίνουν το χρόνιο άλγος καθιστώντας το ορισμένες φορές ανεξήγητο από πλευράς αιτιοπαθογένειας και ιατρικής αντιμετώπισης. Η προσφυγή του ψυχοκοινωνικού μοντέλου θεώρησης της χρόνιας νόσου πέραν της αμιγώς βιο-ιατρικής αποτελεί μονόδρομο και αναγκαία θεραπευτική πρακτική προκειμένου η επιστημονική κοινότητα να κατανοήσει και χειριστεί αποτελεσματικά το χρόνιο βίωμα.

Η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο στην τρίτη ηλικία, όπου συχνά η επώδυνη αίσθηση παραβλέπεται και φυσιολογικοποιείται με αποτέλεσμα την επιβάρυνση του ασθενούς αλλά και του συστήματος υγείας.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια θεραπευτική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας καθώς τις περισσότερες φορές είναι ανεξήγητος επιτάσσοντας με αυτό τον τρόπο την ανάγκη εύρεσης αποτελεσματικότερων μεθόδων εκτίμησης, διάγνωσης και αντιμετώπισης. Για το λόγο αυτό η κλινική εκτίμηση και το θεραπευτικό πρωτόκολλο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και τη λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού, καθώς και πρακτικές που να εστιάζουν στην ψυχική λειτουργία του ασθενούς.

Θεωρώντας το χρόνιο βίωμα ως μία ανυπέρβλητη ψυχοσωματική οντότητα διερευνώνται και οι πιθανές επιδράσεις του στη γνωστική λειτουργικότητα του ασθενούς, η οποία πλήττεται ιδιαίτερα κατά την τρίτη ηλικία. Δεδομένων των πρόσφατων ευρημάτων της νευρολογίας αναφορικά με τη δημιουργία νευρωνικών δικτύων και της πλαστικότητας του εγκεφάλου τίθεται το ερώτημα σχετικά με το κατά πόσον οι αλλαγές των νευρωνικών δικτύων λόγω του χρόνιου άλγους επιδρούν στις πρωταρχικές δομές όπου εδράζεται η μνημονική καταγραφή και κωδικοποίηση.

Οι παραπάνω λόγοι και προβληματισμοί έδωσαν μορφή στις υποθέσεις και τα ερωτήματα της παρούσας έρευνας η οποία επιχειρεί να αναδείξει τα παραπάνω θέματα και να προστεθεί στο παρόν επιστημονικό οικοδόμημα το οποίο εξελίσσεται συνεχώς προκειμένου να ανταπεξέλθει κατά το δυνατό στο βίωμα και την ανακούφιση των πασχόντων.

Σε αυτή την προσπάθεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τα ερεθίσματα που μου έδωσαν σε όλη τη διάρκεια της διетуός εκπαίδευσης και ιδιαίτερώς την κ. Μαίρη Γκούβα η οποία με τη συνεισφορά, τον επαγγελματισμό, τον τρόπο που προσέγγισε την εργασία εστιάζοντας πρωταρχικά στις προτεραιότητες και τις αντοχές μου συνέβαλε καταλυτικά στη διεκπεραίωση αυτού του έργου. Με αυτό τον τρόπο έδωσε πρακτικά τον ορισμό του σωστού επιβλέποντα.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένεια μου που αποτελεί για μένα πηγή θετικών συναισθημάτων και βιωμάτων.

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία επιχειρεί τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης ανάμεσα στο χρόνιο πόνο και τις διάφορες συνιστώσες που μπορεί να τον επιδεινώνουν, καθώς και το κατά πόσον δύναται το χρόνιο άλγος να επιδρά στη μνημονική λειτουργία του ασθενούς. Δεδομένου του ότι ο χρόνιος πόνος έχει ψυχοκοινωνικές παραμέτρους από τις οποίες επιδεινώνεται και με τις οποίες αλληλεπιδρά, υπάρχει ένα ευρύ πεδίο μελέτης αυτών των παραμέτρων ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία κατά τη διάρκεια της οποίας αυτά τα φαινόμενα εντάσσονται συχνά από τους επαγγελματίες υγείας στη σφαίρα των φυσιολογικών αλλαγών που ο χρόνος επιφέρει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του ασθενούς καθώς και γενικότερα του συστήματος υγείας εφόσον ο πόνος δεν αμβλύνεται, ενώ οι προσπάθειες αντιμετώπισης του είναι συνεχείς και άσκοπες.

Η κατάσταση δυσκολεύει περισσότερο λόγω της νοητικής έκπτωσης που συνοδεύει το γήρας άλλοτε σε φυσιολογικό βαθμό και άλλοτε με τη μορφή παθολογίας. Το γεγονός αυτό επιβαρύνει τον ασθενή ο οποίος ιδιαίτερα εάν πάσχει και από οποιασδήποτε μορφής νευροεκφυλιστική νόσο δεν τυγχάνει επαρκούς αντιμετώπισης φαρμακευτικής ή μη.

Στο κεφάλαιο ένα δίνεται μια εικόνα για τον οξύ και το χρόνιο πόνο, την παθοφυσιολογία του, τα κλινικά σύνδρομα πόνου, τις συχνότερες νοσολογικές οντότητες που συνεπάγονται το χρόνιο πόνο, τους μηχανισμούς του πόνου, τις ουσίες που συμμετέχουν στην αναλγησία και την αίσθηση του πόνου, καθώς και νευροανατομικό μονοπάτι που κωδικοποιεί το αλγογόνο βίωμα.

Στο κεφάλαιο δύο αναλύεται ο χρόνιος πόνος στην τρίτη ηλικία και περιγράφονται οι παράγοντες που τον επιδεινώνουν, ενώ στα κεφάλαια τρία και τέσσερα σκιαγραφούνται θέματα που αφορούν τις ψυχικές αποχρώσεις του πόνου οι οποίες μπορεί να δώσουν κλινικά σημεία χωρίς σαφή αιτιοπαθογένεια καθώς και τη νευροανατομία που κωδικοποιεί την επώδυνη αίσθηση, η οποία επηρεάζεται από τις συγκινησιακές πλευρές της. Στο πέμπτο κεφάλαιο τίθεται η συνύπαρξη του πόνου και της άνοιας, γεγονός το οποίο από τη μία παραβλέπεται, ενώ από την άλλη προκαλεί τα συμπεριφορικά προβλήματα οδηγώντας σε σύγχυση του ασθενούς δυσχεραίνοντας με αυτό τον τρόπο την καθημερινή του φροντίδα. Στο κεφάλαιο έξι γίνεται λόγος για το γήρας και τις αλλαγές που επιφέρει, ενώ στο επτά αναφέρονται τρόποι εκτίμησης της υγείας των ηλικιωμένων.

Το κεφάλαιο *οκτώ* περιγράφονται τρόποι εκτίμησης της υγείας των ηλικιωμένων καθώς και των ανοϊκών που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, ενώ στο *εννιά* τρόποι αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία.

Η επιδημιολογία του χρόνιου πόνου επισημαίνεται στο κεφάλαιο *δέκα*, και στο *έντεκα* γίνεται αναφορά στο ρόλο της κατάθλιψης ο οποίος είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικός στο επώδυνο βίωμα. Το τέλος του θεωρητικού μέρους επισημαίνει το κεφάλαιο *δώδεκα* όπου γίνεται αναφορά στην άνοια, ένα σύνδρομο με ολοένα αυξανόμενη επικράτηση στην τρίτη ηλικία, καθώς και στα νευροπαθολογικά ευρήματα που συναντώνται κατά τη μελέτη της.

Στη συνέχεια αναγράφονται οι στόχοι, οι μεθοδολογικές παράμετροι και τα εργαλεία της μελέτης, ενώ στο τέλος τίθενται τα αποτελέσματα και η συζήτηση των αποτελεσμάτων όπως προέκυψαν από το στατιστικό έλεγχο και τη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Κεφάλαιο 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1.Ορισμός

Ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό βίωμα, το οποίο αποτελεί αντικείμενο επιρροής ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και ατομικών μεταβλητών, ενώ αλληλεπιδρά με τις εκάστοτε συνθήκες καθώς και με τον τρόπο που ο πάσχων τις ερμηνεύει. Σύμφωνα με τον ορισμό της IASP 'πόνος είναι μια φυσική και συναισθηματική εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους σαν να πρόκειται για τέτοια βλάβη'. Πρόκειται για μια προσωπική υποκειμενική εμπειρία, η οποία ποικίλλει μεταξύ των ατόμων κατά την έκθεση τους σε όμοιο ερέθισμα, ενώ είναι δυνατό να τροποποιείται από γνωσιακούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό της McCaffery «πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο αναφέρει ως πόνος». Αυτή η αναφορά θεωρείται σήμερα ως ο μόνος αξιόπιστος δείκτης της ύπαρξης και σοβαρότητας του πόνου¹. «Ο πόνος είναι ένα φαινόμενο: παγκόσμιο, σύνθετο, αινιγματικό, ιδιαίτερα υποκειμενικό»².

Μία από τις βασικές λειτουργίες του πόνου είναι η αποφυγή της βλάβης και η διατήρηση της ομοιόστασης του, ενώ αποτελεί έναν εξαιρετο αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού. Αυτή την πολύπλοκη διαδικασία εξασφαλίζει η αντίληψη του πόνου, η οποία τίθεται υπό τον έλεγχο του κεντρικού νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα η οποιαδήποτε δυσλειτουργία του να προκαλεί δυσλειτουργία στη φυσιολογία της αλγογόνου εμπειρίας καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης της.

Ο πόνος δεν αποτελεί το τελικό προϊόν μιας γραμμικής διαδικασίας, η οποία περιλαμβάνει τη μεταβίβαση αισθητηριακών μηνυμάτων, αλλά μία δυναμική διαδικασία που αναφέρεται στις διαρκείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων οργανικών συστημάτων. Η αίσθηση του πόνου διαφέρει από τις άλλες αισθήσεις, καθώς πρόκειται για μια εμπειρία, η φύση της οποίας εξαρτάται όχι μόνο από τη φύση του ερεθίσματος, αλλά και από τους μηχανισμούς αντίληψης του πόνου και της μετάφρασης τους από τον εγκέφαλο³. Το αλγογόνο ερέθισμα δεν αρχίζει με τη διέγερση των αισθητηριακών υποδοχέων, αλλά από το ερέθισμα που προκάλεσε μια αλυσιδωτή αντίδραση.

Η αντίδραση αυτή περιλαμβάνει τη μεταφορά νευρικών σημάτων διαμέσου του νευρικού συστήματος, του οποίου το υπόστρωμα έχει διαμορφωθεί από προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες, ψυχικούς παράγοντες για παράδειγμα άγχος, καθώς και πολιτισμικούς, οι οποίοι συμμετέχουν με αυτό τον τρόπο στη συλλογή, τη σύνθεση και την απόρριψη των εισερχόμενων αισθητηριακών πληροφοριών.

Επιπρόσθετα, ο ορισμός της IASP καθορίζει την ύπαρξη ενός συναισθηματικού συστατικού στοιχείου³, το οποίο συνυπάρχει στο βίωμα του πόνου. Συνεπώς, το βίωμα του πόνου έχει δυσδιάστατη μορφή δηλαδή τη σωματική και την ψυχική, η αλληλεπίδραση των οποίων είναι συνεχής, εναλλασσόμενη και επηρεαζόμενη από τις εκάστοτε συνθήκες και αλλαγές στη ζωή του ατόμου, οι οποίες ανακλώνται στη συμπεριφορά πόνου που εκφράζει.

Ο πόνος αποτελεί μια διεργασία στην οποία συμμετέχουν έντονα συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος, η απόγνωση, ενώ παρόν είναι και το δευτερογενές όφελος το οποίο μπορεί να εισπράττει ο πάσχων λόγω του γεγονότος ότι πονά. Συνεπώς, η εμπειρία του πόνου αποτελεί προϊόν αλληλεπίδρασης διαφόρων φυσιολογικών μηχανισμών, οι οποίοι εμπλέκονται στην αντίληψη του άλγους.

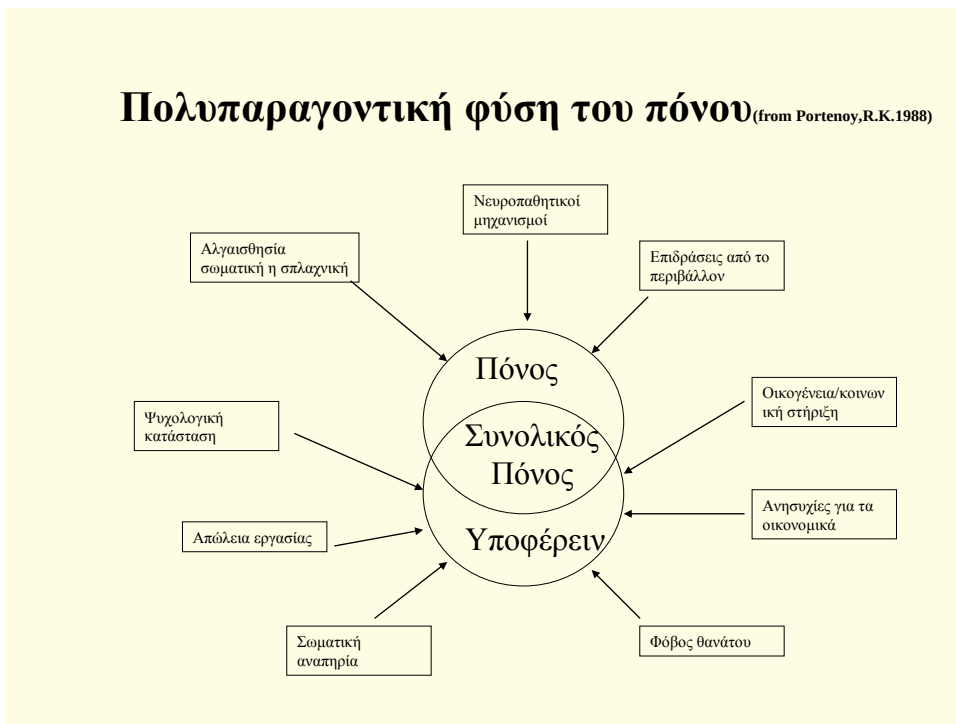
Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη αισθητική εμπειρία, εσωτερικά δυσάρεστη που προκαλεί αίσθημα λύπης και δυσφορίας. Τα χαρακτηριστικά του πόνου δηλαδή, ένταση, διάρκεια, εντόπιση, ποιότητα, ποικίλουν και παρά το ότι ο πόνος είναι ένα αισθητικό ερέθισμα, εν τούτοις, περιλαμβάνει συνειδησιακά ή/και συναισθηματικά στοιχεία.

Το άτομο που πονάει υποφέρει, αναπτύσσει αντανακλαστικά αποφυγής του επώδυνου αισθήματος και ταυτόχρονα υφίσταται μεταβολές της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σε περίπτωση που ο πόνος αποτελεί συνέπεια ενός τραύματος ή νόσου τότε συνήθως δεν αξιολογείται περαιτέρω, καθώς οι θεραπευτικές προσπάθειες προσανατολίζονται στην άρση του νοσογόνου παράγοντα. Ωστόσο, ελλείψει συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας, ο πόνος γίνεται νόσημα.

Οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για τα διάφορα είδη πόνου έχουν αρχίσει και γίνονται κατανοητοί και επιπλέον προσφέρουν τη δυνατότητα καλύτερης θεραπευτικής προσέγγισης, στοχευμένης και εξατομικευμένης για κάθε ασθενή.

Ο πόνος θεωρείται μία ψυχοβιολογική οντότητα, η οποία αποτελεί προϊόν βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται στην έναρξη, την πορεία καθώς και τη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Επιπρόσθετα, η πολυπλοκότητα των αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών του άλγους είναι δυνατό να επηρεάσει την ένταση, τη συχνότητα και τον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται. Η πολυπαραγοντική φύση του πόνου καθιστά τον πόνο ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο έχει παρόν, παρελθόν και μέλλον, ενώ απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση.



1.2. Ταξινόμηση πόνου

Υπάρχουν δύο είδη κατηγοριών στις οποίες διαχωρίζεται ο πόνος: ο **προσαρμοστικός** (adaptive) και ο **δυσπροσαρμοστικός** (maladaptive) πόνος.

Στον προσαρμοστικό πόνο η εμπειρία του πόνου έχει ως στόχο την προστασία του οργανισμού, καθώς και την επιβίωση του κατά την επαφή του με το βλαπτικό παράγοντα. Το σκοπό αυτό εξυπηρετεί το εξειδικευμένο αισθητικό σύστημα αντίληψης της βλάβης (βλαβοαντίληψης) ή αλγοαντίληψης (nociception). Η έκταση του ξεκινά από την περιφέρεια και μέσω του εγκεφαλικού στελέχους και του θαλάμου καταλήγει στον εγκεφαλικό φλοιό με αποτέλεσμα να γίνεται αντιληπτός σαν αίσθηση. Μέσω του συστήματος βλαβοαντίληψης υπάρχει η δυνατότητα αναγνώρισης του επώδυνου ερεθίσματος με σκοπό την αποφυγή του πόνου.

Προκειμένου την πρόληψη έχουμε μάθει να συσχετίζουμε διάφορα είδη ερεθισμάτων με τους ενδεχόμενους κινδύνους που δύνανται να προκαλέσουν με απώτερο στόχο την επιβίωση.

Η σύνδεση των ερεθισμάτων με τις πιθανές βλάβες γίνεται μέσω της σχέσης τους με το επώδυνο αίσθημα που προκαλούν, το οποίο είναι αρκετά έντονο ώστε να τυγχάνει της προσοχής και να μην παραβλέπεται .

Αντίθετα, ο δυσπροσαρμοστικός πόνος αφορά σε δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και συνιστά ασθένεια. Πρόκειται για μια ανώμαλη αισθητηριακή επεξεργασία που σηματοδοτεί το σήμα του κινδύνου το οποίο δεν υφίσταται στην πραγματικότητα ή είναι διαρκώς σε επιφυλακή ανιχνεύοντας επώδυνα ερεθίσματα που δεν υπάρχουν. Οι γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας σχετικά με το δυσπροσαρμοστικό πόνο είναι περιορισμένες συνεπώς και η θεραπευτική του αντιμετώπιση⁴.

Επιπρόσθετα, ο πόνος ανάλογα με τη διάρκεια και την αιτιοπαθογένεια που τον προκαλεί χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον οξύ και το χρόνιο πόνο. Ενώ ο ορισμός της IASP για τον ορισμό του πόνου αφορά και στις δύο κατηγορίες.

Ο πόνος δεν αποτελεί μια αισθητική οντότητα που στερείται διαβαθμίσεων, αλλά υπάρχουν διάφορα είδη: ο νευροπαθητικός (neuropathic) και ο λειτουργικός (αλγοϋποδεκτικός) (functional) πόνος.

Ο βλαβοαντιληπτικός πόνος έχει ως κύριες λειτουργίες την προστασία του οργανισμού και την επούλωση των προσβεβλημένων ιστών. Για το σκοπό αυτό επιτελεί πολύ σημαντικό ρόλο στην επιβίωση του ανθρώπινου συστήματος, καθώς η απώλεια της προστατευτικής του ικανότητας καθιστά τον οργανισμό ευάλωτο και εκτεθειμένο στις ιστικές βλάβες. Συνεπώς, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο σε ειδικές καταστάσεις όπως εγχειρητικές ή άλλες διαδικασίες που καταστρέφουν ιστούς όπως τα τραύματα. Η πρωταρχική λειτουργία του βλαβοαντιληπτικού πόνου αντανακλάται στη συνθήκη της συγγενούς έλλειψης της αντίληψης, λόγω μετάλλαξης του υποδοχέα του παράγοντα ανάπτυξης νεύρων (NGF), όπου μέσα από τη μη δυνατότητα αντίληψης του άλγους, λόγω της απώλειας των νεύρων με υψηλή αισθητική ουδό, έχει ως αποτέλεσμα μειωμένο προσδόκιμο ζωής.

Ο φλεγμονώδης πόνος διαμεσολαβεί της βλάβης και της αποκατάστασης αυτής. Πρόκειται για μια φάση μετάβασης στην οποία ο πόνος είναι έντονος, γεγονός που επιτάσσει την ακινησία μέχρι την επανάκαμψη της βλάβης.

Γι' αυτό το λόγο, δεν ενδείκνυται η καταστολή του, καθώς θεωρείται διαγνωστικής σημασίας, ούτε όμως και η ανεξέλεγκτη πορεία του πόνου. Στόχος είναι να φυσιολογικοποιηθεί η αίσθηση του πόνου και όχι να καταργηθεί.

Ο βλαβοαντιληπτικός και ο φλεγμονώδης πόνος ανήκουν στην κατηγορία του προσαρμοστικού πόνου, καθώς έχουν ως άμεση λειτουργία την προστασία του οργανισμού και τη διατήρηση της ομοιόστασης του.

Αντίθετα, τα άλλα δύο είδη πόνου, ο νευροπαθητικός και ο λειτουργικός ανήκουν στο δυσπροσαρμοστικό πόνο επειδή ο πόνος δεν είναι συνδεδεμένος με βλαπτικά ερεθίσματα, αλλά σχετίζεται με δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος.

Παραδείγματα του αλγοϋποδεκτικού πόνου αποτελούν ο πόνος εξαιτίας τραύματος, εγκαυμάτων, φλεγμονής, λοίμωξης, ισχαιμίας, πίεσης, διάτασης ή μηχανικής παραμόρφωσης, ύπαρξης αρθροπαθειών ή φλεγμονωδών νόσων.

Ο νευροπαθητικός πόνος αφορά σε βλάβες του περιφερικού νευρικού συστήματος, (για παράδειγμα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, πολυνευροπάθεια, μεθερπητική νευραλγία, νευραλγία τριδύμου, AIDS, ή οσφυϊκή νευροπάθεια), του κεντρικού νευρικού συστήματος, (όπως συμβαίνει σε νωτιαίες βλάβες, στην πολλαπλή σκλήρυνση, ή στο εγκεφαλικό επεισόδιο), λόγω ακρωτηριασμού (πόνος μέλος φάντασμα), σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε μυελοπαθητικό πόνο (για παράδειγμα λόγω πολλαπλής σκλήρυνσης, νωτιαίας στένωσης), πόνο του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, αντανάκλαση συμπαθητικής δυστροφίας και σύνδρομα όμοια της καυσalgίας.

Στην περίπτωση του **λειτουργικού πόνου** δεν παρατηρείται κάποιο νευρολογικό έλλειμμα ούτε περιφερική ανωμαλία. Ο πόνος οφείλεται σε ανώμαλη ανταπόκριση ή σε ανώμαλη λειτουργία του νευρικού συστήματος στο οποίο η αυξημένη ευαισθησία του αισθητικού οργάνου ενισχύει τα συμπτώματα. Ο λειτουργικός πόνος παρατηρείται για παράδειγμα στην ινομυαλγία, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σε μερικές μορφές μη καρδιακού θωρακικού πόνου και στην κεφαλαλγία τύπου τάσης⁴.

Μία τρίτη κατηγορία πόνου αποτελεί ο μικτός ή ακαθόριστος, ο οποίος δεν έχει σαφή αιτιολογία.

Παραδείγματα θεωρούνται οι χρόνιες υποτροπιάζουσες κεφαλαλγίες , οι διαταραχές σωματοποίησης, οι υστερικού τύπου αντιδράσεις, ή η ψυχική ένταση.

Σύμφωνα με την παραπάνω ταξινόμηση, τα χαρακτηριστικά του πόνου που οδηγούν στην κατηγοριοποίηση του θεωρούνται υψίστης σημασίας εφόσον ορίζουν τη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Ενώ, ένα από τα πιο ενδιαφέροντα κλινικά χαρακτηριστικά του πόνου είναι το γεγονός ότι ασθενείς με παρόμοιες βλάβες αναφέρουν διαφορετικής βαρύτητας αίσθημα πόνου.

Η αντιμετώπιση του πόνου συναντά δύο μεγάλες προκλήσεις: την αναγνώριση των υπεύθυνων μηχανισμών για την υπερευσθησία στον πόνο και την ανεύρεση μέσων για την φυσιολογικοποίηση του και την αποφυγή της εγκατάστασης του.

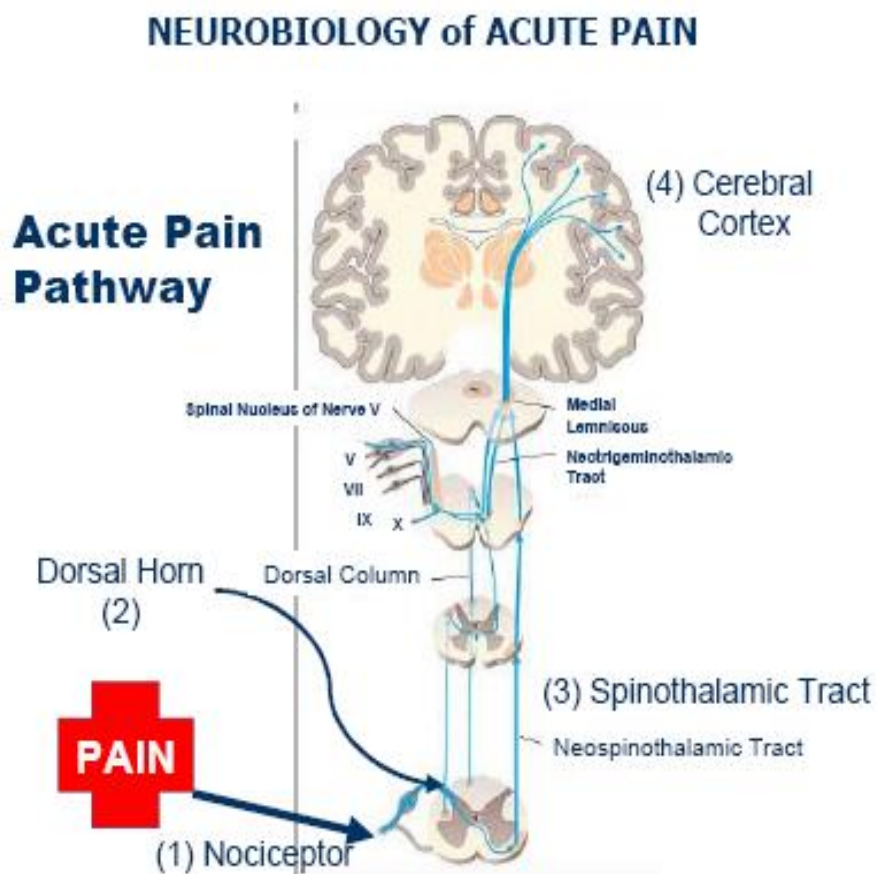
1.2.1.Οξύς πόνος

Ο όρος οξύς πόνος περιλαμβάνει τον πόνο μικρής διάρκειας και απότομης έναρξης, ο οποίος συνήθως έχει συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα για παράδειγμα ένα κάταγμα ή ένα έγκαυμα. Προκαλείται από καταστροφή των ιστών, η οποία ακολουθείται από μια ασθένεια, τραυματισμό ή επέμβαση, ενώ είναι δυνατό να συνοδεύεται από συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, για παράδειγμα εφίδρωση, ήπια υπέρταση και εφίδρωση.

Το γεγονός ότι ο οξύς πόνος μπορεί να υποχωρήσει με την άρση του παθογόνου παράγοντα που τον προκαλεί λειτουργεί καθησυχαστικά για τον ασθενή εφόσον μπορεί να τον κατανοήσει και να προβλέψει την εξέλιξη του έως ένα βαθμό. Η διάρκεια του μπορεί να είναι στιγμιαία, αλλά είναι δυνατό να συνεχιστεί για εβδομάδες ή μήνες. Για το λόγο αυτό, δεν θα πρέπει να υποτιμάται, ενώ θα πρέπει να αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά ώστε ο ασθενής να μην πονά.

Εξειδικευμένοι μηχανοϋποδοχείς βρίσκονται στις διάφορες θέσεις των αισθητηριακών απολήξεων, που εντοπίζονται στους περισσότερους ιστούς του σώματος, με αποτέλεσμα να στέλνουν ταχύτατες νευρικές ώσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα σηματοδοτώντας μια ιστική βλάβη. Το κεντρικό νευρικό σύστημα κινητοποιεί μια σειρά μηχανισμών προκειμένου την αντιμετώπιση του τραύματος του ιστού. Η πρώτη απάντηση του οργανισμού στην ιστική βλάβη είναι η δημιουργία φλεγμονής, τα προϊόντα της οποίας ανιχνεύονται από τους αλγοϋποδοχείς με αποτέλεσμα την αποστολή νευρικών ώσεων που μεταφράζονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα ως πόνος.

Το φαινόμενο του οξέος πόνου περιπλέκεται από την υποκειμενική χροιά που μπορεί να λάβει, καθώς το βίωμα του άλγους παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ των πασχόντων. Το γεγονός αυτό οδηγεί ορισμένες φορές στην υποτίμηση του πόνου και στην περαιτέρω αντιμετώπιση του. Γενικά ισχύει το γεγονός ότι στον οξύ πόνο η θεραπευτική προσέγγιση αφορά κυρίως στους αισθητικούς παράγοντες, δηλαδή στους παράγοντες φυσιολογίας, ενώ η συναισθηματική συνιστώσα περιορίζεται συνήθως στο άγχος και την ανησυχία που η επώδυνη εμπειρία συνεπάγεται.



1.3.Χρόνιος πόνος- Σύνδρομα του πόνου

Ο χρόνιος πόνος σε αντίθεση με τον οξύ δεν έχει απαραίτητα συγκεκριμένη αιτιολογία, παρουσιάζει σταδιακή έναρξη, μεγάλη διάρκεια, ενώ είναι δυνατό να αφορά σε μια ποικιλία αισθήσεων και σε μεταβολές έντασης. Η πορεία του δεν είναι συνεχής και μπορεί να εμφανιστεί χωρίς συγκεκριμένες ενδείξεις.

Συνεπώς είναι εμφανές ότι η θεραπεία του καθίσταται πολυπαραγοντική. Ο πόνος χρόνιας μορφής παρατηρείται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος με πολλές μορφές και μια σύνθετη αιτιοπαθογένεια, κυρίως όμως συνδέεται με μια νόσο, για παράδειγμα την οστεοαρθρίτιδα και τις διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις, ενώ δεν παρατηρούνται συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Πέραν των σωματικών συμπτωμάτων και της επίδρασης τους στην καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής των χρονίως πασχόντων, ο χρόνιος πόνος λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγων στη μνήμη και τη συγκέντρωση, ενώ σε μακροχρόνιο επίπεδο περιλαμβάνει δυσλειτουργίες σε ψυχολογικό και λειτουργικό επίπεδο.

Σε αντίθεση με τον οξύ πόνο, ο χρόνιος συνδέεται με πολλαπλούς παράγοντες πέραν της αισθητηριακής δυσλειτουργίας, γεγονός που καθιστά τη συμμετοχή της συναισθηματικής συνιστώσας περισσότερο καθοριστική στην συνολική εμπειρία του ατόμου και τη συνακόλουθη ποιότητα ζωής.

Έρευνα σε νοσοκομείο του Καναδά αποδεικνύει ότι το 67% των ασθενών με χρόνια πόνο εμφανίζουν σημαντική έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες της προσοχής και της μνήμης⁵. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης ο χρόνιος πόνος επιβαρύνει τη λειτουργία της βραχύχρονης μνήμης, η οποία αποτελεί βασικό μηχανισμό στην περαιτέρω διατήρηση της πληροφορίας.

Χρόνιες και αθεράπευτες παθήσεις, λοιμώξεις και μετεγχειρητικές καταστάσεις είναι δυνατό να προκαλέσουν έντονο πόνο χρόνιας μορφής. Ο καρκίνος αποτελεί παράδειγμα νόσου που συνοδεύεται από έντονο πόνο, όπως και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οποία όμως διαρκεί για περισσότερο χρονικό διάστημα.

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερο πόνο συνοδεύουν παθήσεις του νευρικού συστήματος που συνδέονται με διαταραχές της αισθητηριακής λειτουργίας, καθώς και οι βλάβες των περιφερικών νεύρων προκαλούμενες από χρόνια νοσήματα όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης. Ωστόσο, η αρθρίτιδα, ο πόνος στην πλάτη και ο πονοκέφαλος είναι τα συνηθέστερα είδη χρόνιου πόνου⁶.

Παρακάτω περιγράφονται τα πιο κοινά είδη χρόνιου πόνου:

Αρθρίτιδα(φλεγμονή των αρθρώσεων)

1)Οστεοαρθρίτιδα

Η οστεοαρθρίτιδα χαρακτηρίζεται ως ένα ρευματικό μη αυτοάνοσο νόσημα, το οποίο είναι σύνηθες ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ενώ παρατηρείται παγκοσμίως.

Κατά την πορεία της νόσου εμφανίζεται αύξηση της πυκνότητας του υποχόνδριου οστού λόγω των οστεοφύτων και των οστικών κύστεων με παράλληλη λέπτυνση του αρθρικού θυλάκου. Είναι δυνατό να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, με συχνότερη επικράτηση στα χέρια, τα πόδια, τις βασικές αρθρώσεις του αυχένα, τη μέση, τα γόνατα και τα ισχία⁷.

2) Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Σε αντίθεση με την οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα θεωρείται αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από την επίθεση του ανοσοποιητικού συστήματος στον υμένα των αρθρώσεων προκαλώντας πόνο και φλεγμονή, με παράλληλη απελευθέρωση φυσικών χημικών ουσιών που λειτουργούν διαβρωτικά για το χόνδρο. Συχνότερα προσβάλλονται οι αρθρώσεις των καρπών, των χεριών, των ποδιών και των αστραγάλων.

Πόνος στην οσφυϊκή μοίρα

1) Οσφυαλγία

Πρόκειται για μια συχνή αιτία προσέλευσης στο γιατρό, καθώς αναφέρεται ότι⁷ τέσσερις στους πέντε ενήλικους βιώνουν πόνο στην οσφυϊκή μοίρα. Η επώδυνη αίσθηση είναι αποτέλεσμα του τραβήγματος των μυών από διάφορα αίτια όπως το να σηκώσει κάποιος κάτι βαρύ, να στρίψει απότομα, ενώ κάποιες φορές συνυπάρχουν μυϊκοί σπασμοί.

2) Αφύσικη προεξοχή δίσκου

Οίδημα ή ρήξη σε κάποιο δίσκο της σπονδυλικής στήλης συνεπάγεται την προεξοχή του από τη φυσιολογική του θέση γεγονός που μπορεί να προκληθεί από φυσική φθορά είτε από κάποιο διάστρεμμα.

Η κατάσταση αυτή μπορεί να μην προκαλεί ενοχλήσεις, εκτός από την περίπτωση που ο κατεστραμμένος δίσκος πιέζει κάποιο νεύρο στη γειτονική περιοχή.

3) Ισχιαλγία

Ο πόνος σε αυτή την πάθηση προκαλείται από τη φλεγμονή ενός νεύρου ή τη συμπίεση μιας νωτιαίας νευρικής ρίζας. Συχνά μπορεί να εκδηλωθούν συμπτώματα όπως μυϊκή αδυναμία, μυρμήγκιασμα, ή μούδιασμα, ενώ σε περίπτωση που η συμπίεση των νεύρων είναι σοβαρή, είναι δυνατό να παρουσιαστεί προοδευτική μυϊκή αδυναμία με συνεχόμενο πόνο.

Σύνηθες αίτιο της οσφυαλγίας αποτελεί η καθιστική ζωή, για το λόγο αυτό συνίσταται άσκηση, συχνά διαλείμματα στο χώρο εργασίας καθώς και σωστός τρόπος καθίσματος. Συνήθως ο πόνος υποχωρεί, ωστόσο, όταν υπάρχει έντονη συμπίεση του νεύρου μπορεί να προκληθεί συνεχής πόνος και μυϊκή αδυναμία προοδευτικά.

4)άλλα αίτια

Άλλα αίτια που δύνανται να προκαλέσουν πόνο στην περιοχή της μέσης είναι η πιθανή απώλεια μάζας λόγω της οστεοπόρωσης (μη αυτοάνοσο ρευματικό νόσημα), η ύπαρξη αρθρίτιδας που προκαλεί εκφυλισμό των αρθρώσεων, η οποία είναι μια επώδυνη εμπειρία, καθώς και ο μυϊκός τόνος που μειώνεται λόγω της έλλειψης της σωματικής δραστηριότητας.

Σύνθετο τοπικό σύνδρομο πόνου

Η αιτιολογία αυτού του συνδρόμου δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη, γεγονός που την εντάσσει στις περισσότερο δυσνόητες μορφές χρόνιου πόνου.

Ουσιαστικά πρόκειται για μια υπερβολική αντίδραση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σε διάφορα ερεθίσματα, με χαρακτηριστικά που αφορούν σε συνεχόμενο πόνο και αλλαγές της ροής του αίματος στην προσβεβλημένη περιοχή με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η θερμοκρασία της.

Ενδομητρίωση

Όταν τμήματα του ενδομητρίου, χιτώνας της μήτρας, εμφυτεύονται έξω από τη μήτρα διαμέσου των σαλπίγγων σε άλλα όργανα της πυέλου προκαλείται η ενδομητρίωση.

Συνήθη συμπτώματα είναι οι κράμπες κατά τη διάρκεια, λίγο πριν ή λίγο μετά την έμμηνο ρύση, πόνο κατά την κίνηση των εντέρων, την ούρηση ή και τη σεξουαλική επαφή, ενώ παρουσιάζει ποικιλομορφία στην ένταση και τη συχνότητα.

Ινομυαλγία

Στην ινομυαλγία δεν παρατηρείται φλεγμονή και πόνος στις αρθρώσεις όπως συμβαίνει στην αρθρίτιδα, αλλά διάχυτος πόνος που εντοπίζεται στους μαλακούς ιστούς. Πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση που ο ασθενής αναφέρει μυϊκή δυσκαμψία και ευαισθησία σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Την ινομυαλγία συνοδεύουν πολλές συν-νοσηρές διαταραχές όπως προβλήματα ύπνου. Σε γενικά πλαίσια παρατηρείται κούραση, δυσκαμψία, παραισθησίες, υποκειμενικός μυϊκός σπασμός, ωστόσο οι εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις κυμαίνονται σε φυσιολογικές τιμές.

Για παράδειγμα, τα παρόντα διαγνωστικά μέσα καταγράφουν το γεγονός ότι η μυϊκή δυσλειτουργία δεν είναι φυσιολογική, χωρίς όμως να διακρίνουν οποιαδήποτε ανωμαλία στο μυϊκό σπασμό³. Συχνότερα αναφερόμενες αιτίες πόνου εντοπίζονται στους μυς της κεφαλής, του ώμου, της οσφυϊκής μοίρας και του αυχένα, ενώ εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα που κάνουν καθιστική ζωή.

Πονοκέφαλος

1)Κεφαλαλγία τύπου τάσης

Πρόκειται για μια συνήθη μορφή πρωτογενούς κεφαλαλγίας, με αμφοτερόπλευρο εντοπισμό και συμπτώματα όπως σφίξιμο, πίεση και πόνο, ο οποίος είναι δυνατό να εμφανίζεται περιστασιακά ή σε καθημερινή βάση, με διάρκεια που επίσης ποικίλει. Ορισμένες φορές μπορεί να εμφανίζεται συνδυαστικά με την ημικρανία οπότε ονομάζεται ημικρανία τάσης.

2)Ημικρανία

Ανήκει επίσης στους πρωτογενείς πονοκεφάλους με αιτιοπαθογένεια μη σαφώς ορισμένη. Τόσο η ένταση όσο και η συχνότητα του πόνου, ο οποίος είναι από μέτριος έως έντονος, ποικίλουν, καθώς μερικά άτομα αναφέρουν κρίση λίγες φορές το χρόνο ενώ άλλα αρκετές φορές το μήνα. Η διάρκεια του κυμαίνεται από 4 έως 72 ώρες με ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό να βιώνει την επώδυνη εμπειρία στο ήμισυ του κρανίου. Επιπρόσθετα, ο πόνος συχνά συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα όπως ναυτία, ευαισθησία στο φως και το θόρυβο ή δακρύρροια.

3)Αθροιστική Κεφαλαλγία

Αυτός ο τύπος κεφαλαλγίας είναι ιδιαίτερα έντονος, ωστόσο παρατηρείται σπάνια και κυρίως στου άντρες.

Βασικό χαρακτηριστικό του είναι η κυκλικότητα με την οποία εμφανίζεται, συνήθως 1-2 φορές το χρόνο με μεσοδιαστήματα απουσίας του πόνου, ενώ κατά τη χρονική περίοδο του πονοκεφάλου (αθροιστική περίοδος), το άλγος εμφανίζεται σχεδόν καθημερινά και πολλές φορές κατά τη διάρκεια της μέρας.

Διάμεση κυστίτιδα

Πρόκειται για μια επώδυνη πάθηση της ουροδόχου κύστης που συναντάται κυρίως στις γυναίκες, το ακριβές αίτιο ανάπτυξης δεν έχει διευκρινιστεί, ωστόσο η κυστίτιδα προκαλείται από χρόνια λοίμωξη των τοιχωμάτων της ουροδόχου κύστης. Ο πόνος μπορεί να είναι αρκετά έντονος για κάποιους ανθρώπους, γεγονός που υπεισέρχεται στην καθημερινή τους λειτουργικότητα. Η πίεση, ο πόνος και η ευαισθησία γύρω από την ουροδόχο κύστη συνδυάζεται με μειωμένη λειτουργικότητα της κύστης, αυξημένη ανάγκη για ούρηση και πόνο στην οσφυϊκή μοίρα.

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου είναι μια συνηθισμένη γαστρεντερική διαταραχή, η οποία αποτελεί μια συχνή αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.

Πρόκειται για μια πολύπλοκη διαταραχή που επιδεινώνεται από στρεσογόνους παράγοντες και ορμονικές διαταραχές, ενώ κάποιοι ασθενείς αναφέρουν επιδείνωση ύστερα από τη λήψη ορισμένων τροφών. Συμπτώματα του συνδρόμου αποτελούν ο πόνος, το φούσκωμα και τα περιοδικά ξεσπάσματα διάρροιας ή δυσκοιλιότητας.

Πόνος στο πρόσωπο, τη γνάθο και το στόμα

1) *Νευραλγία τριδύμου*

Η συγκεκριμένη μορφή νευραλγίας είναι εξαιρετικά επώδυνη και εμφανίζεται ύστερα από ερεθισμό ή βλάβη του τρίδυμου πέμπτου κρανιακού προσωπικού νεύρου.

Οι κρίσεις μπορεί να είναι ξαφνικές ή να προκαλούνται από μια απλή διέγερση στο πρόσωπο που μπορεί να προκύψει από μια απλή καθημερινή δραστηριότητα για παράδειγμα το βούρτσισμα των δοντιών, το ξύρισμα, το μακιγιάζ, το φαγητό, το πότο.

2) *Διαταραχή των γναθιαίων αρθρώσεων*

Οι γναθιαίες αρθρώσεις που συνδέουν το κρανίο με τη γνάθο είναι δυνατό να παρουσιάσουν διαταραχές με συνηθισμένο σύμπτωμα τον πόνο στο πρόσωπο, τον αυχένα ή τα αυτιά. Επιπρόσθετα, μπορεί να παρατηρηθούν πονοκέφαλοι και κράμπες κατά τη φυσιολογική χρήση των συγκεκριμένων αρθρώσεων.

3) *Άλλα αίτια*

Ορισμένες φορές ο πόνος στο πρόσωπο εμφανίζεται από αιτιολογικούς παράγοντες που δεν έχουν πλήρως διασαφηνιστεί ή να πρόκειται για τραυματισμό ή να προκύπτει μετά από οδοντική θεραπεία.

Αυχενικός πόνος

Οποιοσδήποτε αιτιατός παράγοντας συνεπάγεται το τέντωμα των μυών, των συνδέσμων ή των τενόντων του αυχένα, για παράδειγμα κακή στάση του σώματος ή τραυματισμός μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονή και κατά συνέπεια σε πόνο, ο οποίος μπορεί να αγγίξει τη χρονιότητα αν και συνήθως υφαίνεται. Επιπρόσθετα, το άλγος μπορεί να εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της οστεοαρθρίτιδας ή της οστεοπόρωσης που συνεπάγεται απώλεια της οστικής μάζας.

Περιφερική νευροπάθεια

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες της περιφερικής νευροπάθειας είναι η λοίμωξη, η ανεπάρκεια βιταμινών, ο διαβήτης, ο αλκοολισμός και τα αυτοάνοσα νοσήματα που σχετίζονται με την καταστροφή των μικρών νευρικών απολήξεων. Ωστόσο, τα αίτια δεν είναι πάντοτε γνωστά.

Μεθερπητική νευραλγία

Η επανεμφάνιση του ιού της ανεμοβλογιάς, που τώρα καλείται έρπητας ζωστήρας, είναι δυνατό να προκαλέσει οξύ και επίμονο πόνο, ο οποίος αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Ωστόσο, είναι δυνατό να συνεχίζεται το άλγος ακόμα και μετά την ίαση του εξανθήματος, σηματοδοτώντας την ύπαρξη της μεθερπητικής νευραλγίας, ως αποτέλεσμα βλάβης των νευρικών ινών λόγω της μόλυνσης από τον ιό.

Διαβητική νευροπάθεια

Η νόσος του διαβήτη είναι δυνατό να επιφέρει βλάβες στα περιφερικά νεύρα, κατάσταση αρκετά συνήθης για τους διαβητικούς, η οποία εκδηλώνεται κυρίως στα πόδια και χαρακτηρίζεται από μούδιασμα, αίσθηση μυρμηγκιάσματος και είναι αρκετά επώδυνη, ενώ μπορεί να περιορίζει τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Πόνος στη λεκάνη

Ο πόνος οφείλεται στη δυσλειτουργία των πυελικών μυών που σε ορισμένες περιπτώσεις σχετίζεται με τη συστολή τους και την ανικανότητα τους να χαλαρώσουν.

Τενοντίτιδα

Ο τραυματισμός ή ακόμα και η υπερβολική χρήση των τενόντων, που είναι χοντρές δέσμες από ινώδη ιστό που συνδέουν τους μυς με τα οστά, σε δραστηριότητες όπως η εργασία και το παιχνίδι αποτελούν τις πιο συνήθεις αιτίες της τενοντίτιδας. Η συγκεκριμένη πάθηση επιφέρει ως προεξάρχοντα συμπτώματα την ευαισθησία και δυσκαμψία σε κοντινό σημείο της άρθρωσης που ερεθίζεται από την κίνηση.

Πόνος αγνώστου αιτιολογίας

Ορισμένες φορές τα υπάρχοντα διαγνωστικά συστήματα και οι εξετάσεις δεν μπορούν να στοιχειοθετήσουν τα αίτια του πόνου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί ο γιατρός να συστήσει μια συγκεκριμένη μορφή θεραπείας που άρει τον πόνο. Σε αυτή την περίπτωση ο πόνος δεν είναι λιγότερο πραγματικός, αλλά η αιτία του δεν είναι γνωστή, καθώς συνδέεται με άγνωστους παράγοντες. Κάποιες φορές η επώδυνη εμπειρία είναι αποτέλεσμα ψυχικής αιτιολογίας, η οποία συνδέεται πολύ στενά τόσο με την ένταση όσο και με την αντιμετώπιση του πόνου, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών, ενώ άλλες φορές είναι συνδυασμός ψυχικών και σωματικών παραγόντων. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό ο ασθενής να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα με αποτέλεσμα τον συνυπολογισμό των παραγόντων που συμμετέχουν στην αντίληψη του πόνου.

1.4.Ιστορική Αναδρομή

Ο *Αριστοτέλης*: θεώρησε ότι ο πόνος είναι συναίσθημα (πάθος).

Ο φιλόσοφος *Καρτέσιος* το 17^ο αιώνα: διατύπωσε τη θεωρία του περί της αντίληψης του πόνου. Σύμφωνα με αυτή, ο πόνος είναι αποτέλεσμα ενός επιβλαβούς ερεθίσματος το οποίο διεγείρει μικροσκοπικές ίνες, οι οποίες καταλήγουν στην επίφυση διαμέσου σαφώς καθορισμένων οδών, ενώ προκειμένου να δώσει μια εικόνα του μηχανισμού αντίληψης του πόνου, τον παραλλήλισε με το τράβηγμα του σχοινιού μιας καμπάνας.

Οι πρώτοι που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν αυτές τις διαφορές στην αντίληψη-αίσθηση του πόνου ήταν οι *Head και Holmes*: το 1911 πρότειναν ότι κέντρο της αντίληψης του πόνου είναι ο θάλαμος και ότι ο νεοφλοιός είναι το κέντρο «διάκρισης» του πόνου το οποίο διαρκώς τροποποιεί τις απαντήσεις του θαλάμου σε βλαπτικά ερεθίσματα.

Συνεπώς, σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ικανότητα ολοκληρωμένης αντίληψης του πόνου περιλαμβάνει την τροποποίηση της αίσθησης του.

Το 1957 οι *Hagbarth και Kerr*: υποστήριξαν ότι υπερνωτιαίες περιοχές έχουν τη δυνατότητα ελέγχου των ανιουσών αισθητικών κυρίως οδών, περιγράφοντας τον φυγόκεντρο έλεγχο της αισθητικής νευρομεταβίβασης.

Ο *Carpenter και συνεργάτες* έδειξαν το 1965: τον κατιόντα έλεγχο στις ανιούσες οδούς σχετικά με την είσοδο αισθητικών ερεθισμάτων.

Το 1965 οι *Melzack και Wall*: διατύπωσαν την θεωρία «ελέγχου της πύλης του πόνου»

Το 1967 ο *Wall* έδειξε ότι: οι δομές του εγκεφαλικού στελέχους είναι δυνατό να αναστέλλουν τη λειτουργία κυττάρων που διαβιβάζουν ερεθίσματα πόνου στο νωτιαίο μυελό. Το γεγονός αυτό το τεκμηρίωσε με πειράματα σε κύτταρα του πέταλου V του οπισθίου κέρατος του νωτιαίου μυελού *απεγκεφαλισμένων* γαλών (γάτες), καθώς βρέθηκε ότι αντιδρούν εντονότερα σε επώδυνα ερεθίσματα όταν ο νωτιαίος μυελός είναι σε ψύξη.

Οι *Reynolds και Mayer* (1969, 1976): απέδειξαν ότι η διέγερση περιοχής του μεσεγκεφάλου προκαλεί αναλγησία σε αρουραίους.

Το χρονικό διάστημα μεταξύ του 1969-1974 δείχθηκε ότι: η αίσθηση του πόνου μπορεί να ανασταλεί επιλεκτικά από τον ηλεκτρικό ερεθισμό εξειδικευμένων εγκεφαλικών περιοχών πειραματόζωων, ενώ αφήνει ανέπαφη την αίσθηση άλλων περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.

Οι Mayer και Price (1976) διατύπωσαν ότι οποιοιδήποτε και ηλεκτρικά ερεθίσματα σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου επιδρούν στις νευρωνικές οδούς του εγκεφάλου που αφορούν στο σύστημα του πόνου.

Αργότερα (1982-1986) το γεγονός αυτό αποδείχτηκε ότι: παρατηρείται και στον άνθρωπο. Επιπρόσθετα, διατυπώθηκε ότι η ενεργοποίηση των μεγάλων, υψηλής ταχύτητας αισθητικών ινών αφής των οπισθίων ριζών προκαλεί την αναστολή της μετάδοσης των σημάτων πόνου στα οπίσθια κέρατα στο νωτιαίο μυελό, γεγονός που πιθανολογείται λόγω του κυκλώματος πλάγιας αναστολής.

Ο Fields (1988) έκανε λόγο για τις ανασταλτικές και ευοδωτικές οδούς του πόνου.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα (κλινικά και ερευνητικά) αποδεικνύεται η ύπαρξη ενός εξειδικευμένου συστήματος ελέγχου του πόνου, που παρόλο το γεγονός ότι δεν γίνεται πλήρως κατανοητό, δύναται να εξηγήσει την ανακούφιση του άλγους με ένα απλό τρίψιμο στην περιοχή του δέρματος που εντοπίζεται ο πόνος.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 ανακαλύφθηκε: πρώτα το ενδογενές οπιοειδές και μετά το ενδογενές κανναβινοειδές σύστημα αναλγησίας⁸.

1.5. Παθοφυσιολογία του πόνου.

Το κεντρικό νευρικό σύστημα – Κ.Ν.Σ. είναι ο υπέρτατος επεξεργαστής ο οποίος προσλαμβάνει, επεξεργάζεται και διαβιβάζει νευρικά μηνύματα ενεργειακής μορφής (μηχανική, ηλεκτρομαγνητική, θερμική ενέργεια). Η επίτευξη των παραπάνω λειτουργιών επιτελείται με τη συνεργασία 10^{11} νευρικών κυττάρων- νευρώνων- που επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω $10^{14} - 10^{15}$ επαφών ή συνάψεων που σχηματίζουν μεταξύ τους. Σύμφωνα με τις έως τώρα γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας, το κεντρικό νευρικό σύστημα προσλαμβάνει 10^9 bits/sec πληροφορίας από το περιβάλλον, επεξεργάζεται $10-10^2$ bits /sec και αποστέλλει 10^7 bits /sec πληροφορίας, στο περιβάλλον. Τα ερεθίσματα που λαμβάνει είναι αισθητηριακής μορφής και αποτελούνται από διάφορα χαρακτηριστικά προκειμένου την πληρέστερη κωδικοποίηση τους από τους μηχανισμούς του. Τα χαρακτηριστικά αναφέρονται ως εξής: η *ποιότητα* του ερεθίσματος (εξαρτάται από τη μορφή του ερεθίσματος που ανιχνεύεται από τους ανάλογους αισθητηριακούς υποδοχείς), η *ένταση* (σχετίζεται με τον αριθμό των υποδοχέων που ενεργοποιούνται καθώς και από τη συχνότητα της μεταβίβασης των νευρικών σημάτων), η *εντόπιση* (αφορά στη χωροταξική κατανομή των υποδοχέων που ενεργοποιούνται).

Σαν απάντηση των αισθητηριακών πληροφοριών που λαμβάνει το κεντρικό νευρικό σύστημα, παράγει κινητικά σήματα που κατευθύνονται στους μυς και τους αδένες⁴.

Οι ανατομικές δομές που συμμετέχουν στην αντίληψη του πόνου αφορούν στο κεντρομόλο ανιόν και το φυγόκεντρο κατιόν σύστημα.

Στο κεντρομόλο σύστημα οι Α-δ και C ίνες αποτελούν τις κύριες προσαγωγές οδούς εισερχόμενες στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού και μέσω του στελέχους και του θαλάμου καταλήγουν στο σωματοαισθητικό φλοιό.

Το κατιόν σύστημα αναστέλλει τον πόνο μέσω των αναλγητικών οδών οι οποίες ξεκινούν από τη φαιά ουσία περί τον υδραγωγό του Sylvius με προορισμό τα νωτιαία οπίσθια κέρατα όπου προκαλεί προσυναπτική αναστολή στις ίνες Α-δ και C.

Το σύστημα αναλγησίας εδράζεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα και περιλαμβάνει το μηχανισμό αναστολής του πόνου.

Συγκεκριμένα, εκκινεί από το φλοιό και εν συνεχεία απαρτίζεται από τη φαιά ουσία γύρω από τον υδραγωγό του Sylvius στο μεσεγκέφαλο, την πρόσθια (άνω) γέφυρα, τον μεγάλο πυρήνα της ραφής και από εκεί με τις πλαγιοπίσθιες δέσμες του νωτιαίου μυελού καταλήγει στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού⁹.

Από την **κεντρική φαιά ουσία στο μεσεγκέφαλο και την πρόσθια γέφυρα** διέρχονται προσαγωγές ώσεις από τους αισθητηριακούς νευρώνες και παράλληλα κατιούσες ώσεις, οι οποίες προβάλλονται από τον υποθάλαμο και άλλα ανώτερα τμήματα του εγκεφάλου. Ο **μεγάλος πυρήνας ραφής** (με κύριο νευροδιαβιβαστή τη σεροτονίνη) και ο **γιγαντοκυτταρικός πυρήνας** (με κύριο νευροδιαβιβαστή την επινεφρίνη) προσλαμβάνουν προσαγωγές ώσεις από την κεντρική φαιά ουσία και προβάλλονται στους νευρώνες του οπισθίου κέρατος του νωτιαίου μυελού.

Στο **οπίσθιο κέρα** του νωτιαίου μυελού, οι νευρώνες λαμβάνουν νευρικές ώσεις από τους κατιόντες νευρώνες του πυρήνα της ραφής σχηματίζοντας με αυτό τον τρόπο συνάψεις με τις ανιούσες αισθητηριακές ίνες που διαβιβάζουν σήματα πόνου, με αποτέλεσμα τη διακοπή της αίσθησης του πόνου μέσω της επίδρασης της *προσυναπτικής εκπόλωσης* (ή *προσυναπτικής αναστολής*), που ασκείται από αυτές τις συνάψεις. Το φαινόμενο αυτό επιτυγχάνεται με τον αποκλεισμό των διαύλων ασβεστίου στην μεμβράνη της απόληξης των αισθητικών ινών. Άλλες προβολές του πυρήνα της ραφής εξασκούν πιο ολική μετασυναπτική αναστολή στους νευρώνες των οπισθίων κερμάτων που διαχειρίζονται τα αισθητηριακά μηνύματα του πόνου.

Η διακοπή της μετάδοσης του πόνου στο επίπεδο του οπίσθιου κέρατος στο νωτιαίο μυελό επιτυγχάνεται και μέσω των κατιόντων επινεφρινεργικών αξόνων του εγκεφαλικού δικτυωτού σχηματισμού, ωστόσο πρόκειται για ένα μηχανισμό λιγότερο γνωστό⁹.

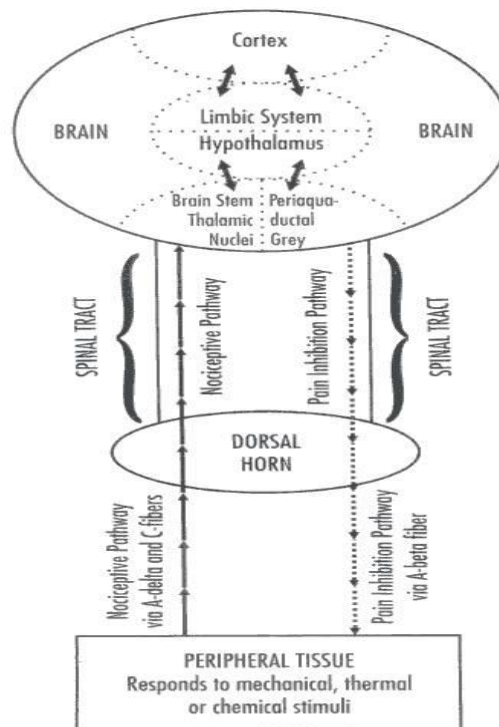


Figure 1. Nociception and pain inhibition. The nociceptive pathway, which uses substance P as a neurotransmitter, synapses at the dorsal horn before ascending via the spine to the brain. The pain inhibition pathway uses enkephalergic interneurons in the spinal tract and A-beta fibers, which presynaptically inhibit A-delta and C-fibers at the dorsal horn.

1.5.1. Πέντε βασικοί τύποι των αισθητικών υποδοχέων.

Οι υποδοχείς έχουν την ικανότητα να μετασχηματίζουν τα ερεθίσματα που προσλαμβάνουν από το περιβάλλον σε νευρικές ώσεις, με αποτέλεσμα να τυγχάνουν επεξεργασίας από το νευρικό σύστημα. Συγκεκριμένα, με την ενεργοποίηση του υποδοχέα παράγεται ηλεκτρικό ρεύμα, καλούμενο ως 'δυναμικό του υποδοχέα'. Η διαδικασία αυτή συμβαίνει ανεξάρτητα από το είδος του ερεθίσματος που προσλαμβάνεται από τους υποδοχείς, εφόσον η μετατροπή του αφορά στην ικανότητα του να μεταβάλλει την ιοντική διαπερατότητα της μεμβράνης του υποδοχέα,

παραλλάσσοντας το δυναμικό της μεμβράνης του. Το μέγιστο ύψος του δυναμικού υποδοχέα (περίπου 100 mV) επιτυγχάνεται όταν η μεμβρανική διαπερατότητα για το νάτριο φθάνει στο ανώτερο όριο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενεργοποίηση ενός δυναμικού ενεργείας, είναι το δυναμικό του υποδοχέα να υπερβαίνει μια συγκεκριμένη τιμή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το δυναμικό του υποδοχέα παρουσιάζει απόσβεση στο χώρο και το χρόνο, ενώ είναι ανάλογο προς την ένταση του ερεθίσματος που το προκάλεσε, καθώς με την ένταση του ερεθίσματος αυξάνεται και η συχνότητα των δυναμικών ενεργείας που εκλύονται.

Με το πέρας ορισμένου χρονικού διαστήματος, παρατηρείται το φαινόμενο της εξοικείωσης των αισθητικών υποδοχέων εν μέρει ή εξ ολοκλήρου. Το γεγονός αυτό επιτυγχάνεται με δύο μηχανισμούς.

Αφενός λόγω των μεταβολών των φυσικο-χημικών ιδιοτήτων που υφίσταται ο υποδοχέας εξαιτίας της επίδρασης του ερεθίσματος και αφετέρου λόγω της εξοικείωσης της αισθητικής ίνας.

Ένας επιπρόσθετος διαχωρισμός των υποδοχέων είναι σε ταχείας και βραδείας εξοικείωσης. Οι πρώτοι διεγείρονται μόνο με την αλλαγή της έντασης του υποδοχέα, ενώ αντίθετα οι δεύτεροι συνεχίζουν να παράγουν δυναμικά ενεργείας για όσο διάστημα διαρκεί το ερέθισμα. Οι υποδοχείς ταξινομούνται ως υποδοχείς βραδείας ή ταχείας εξοικείωσης.

Οι υποδοχείς πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις, οι οποίες εντοπίζονται στο δέρμα, το περιόστεο, τα αρτηριακά τοιχώματα, τη σκληρά μήνιγγα και τις πτυχές της που βρίσκονται στο έσω της κρανιακής κοιλότητας και στις αρθρικές επιφάνειες σε μεγάλο αριθμό και πυκνότητα και ενεργοποιούνται από μηχανικά, θερμικά και χημικά ερεθίσματα.

- ❖ Οι μηχανοϋποδοχείς ενεργοποιούνται από τη μηχανική παραμόρφωση της μεμβράνης τους ή του ιστού που τους περιβάλλει, ενώ οι θερμοϋποδοχείς από τις μεταβολές που υφίστανται λόγω των αλλαγών στη θερμοκρασία. Τα μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα τείνουν να εκλύουν ταχύ πόνο⁹.
- ❖ Οι χημειοϋποδοχείς ευθύνονται για τα επίπεδα O_2 και CO_2 του αίματος, τις αισθήσεις της γεύσης και της όσφρησης, καθώς και για την ωσμωτικότητα των υγρών του σώματος. Ουσίες που εκλύονται κατά την επαφή με το επώδυνο ερέθισμα και συγκεκριμένα οι προσταγλαδίνες και η ουσία P προκαλούν

ευαισθησία στους χημειούποδοχείς, αλλά δεν τους διεγείρει άμεσα. Τα χημικά ερεθίσματα τείνουν να παράγουν *βραδύ πόνο*, ωστόσο αυτό δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις⁹.

- ❖ Οι φωτοϋποδοχείς είναι υποδοχείς ηλεκτρομαγνητικής ενέργειας. Συγκεκριμένα ανιχνεύουν το φως (φωτόνια) που προσπίπτει στον αμφιβληστροειδή⁹.
- ❖ Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις καταγράφουν την ύπαρξη βλάβης (μηχανικής ή χημικής αιτιολογίας) στον περιβάλλοντα ιστό⁹.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι οι υποδοχείς πόνου προσαρμόζονται πολύ αργά ή και καθόλου.

1.5.2.Ενδογενή οπιοειδή

Το ενδογενές σύστημα αναλγησίας αποτελείται από ουσίες, οι οποίες ονομάζονται ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια καθώς από το όπιο προέρχονται όλα τα εξωγενή (φυσικά και συνθετικά) οπιούχα.

Η ονομασία του οπίου προέρχεται από την αρχαιοελληνική λέξη οπός=χυμός, ενώ πρόκειται για γαλακτώδη χυμό, που παράγεται από τον ανώριμο καρπό της παπαρούνας του είδους *Papaver. Somniferum* (Μήκων η Υπνοφόρος). Όπως αναδεικνύεται από τα ιστορικά κείμενα, οι αρχαίοι έλληνες και οι Ρωμαίοι και αξιοποιούσαν τις ιδιότητες του οπίου, χρησιμοποιώντας το ως αναλγητικό και αντιδιαρροϊκό. Ο Θεόφραστος (300π.Χ) έκανε αναφορά στο όπιο και τις ιδιότητες για πρώτη φορά ονομάζοντας το μηκώνειο, ενώ πρώτος ο Παράκελσος ενέταξε το βάμμα του οπίου (λάβδανο) για τη θεραπεία σχεδόν όλων των ιατρικών προβλημάτων. Αργότερα οι φαρμακοποιία, απομόνωσε από το όπιο το αλκαλοειδές μορφίνη. Γύρω στο 1900 ανακαλύφθηκε η ηρωίνη και στην συνέχεια πολλά άλλα συνθετικά οπιούχα όπως π.χ η μεπεριδίνη και η μεθαδόνη. Τέλος συντέθηκαν ανταγωνιστές των οπιούχων όπως η ναλοξόνη.

Τα ενδογενή οπιοειδή ταξινομούνται σε τρεις κύριες ομάδες, τις εγκεφαλίνες, τις δυνορφίνες και τις ενδορφίνες.

εγκεφαλίνες (Μεθειονίνη- και Λευκίνη-εγκεφαλίνη)	Παράγονται από ένα πρόδρομο μόριο την προεγκεφαλίνη. Από ένα μόριο προεγκεφαλίνης παράγεται ένα μόριο λευκίνης-εγκεφαλίνης και πολλά μόρια μεθειονίνης-εγκεφαλίνης.	Οι εγκεφαλίνες εντοπίζονται στους νευράξονες αρκετών νευρικών κυττάρων για παράδειγμα εκκρίνεται από τις απολήξεις των νευρικών ινών που προέρχονται από την φαία ουσία γύρω από τον υδραγωγό του Sylvius και από απολήξεις νευρικών ινών που προέρχονται από τους περικουλιακούς πυρήνες.
β-Ενδορφίνη	Παράγεται από μία πρόδρομη ουσία, την προ-οπιομελανινοκορτίνη (POMC). Ένα μόριο β-ενδορφίνης προέρχεται από ένα μόριο προ-οπιομελανινοκορτίνης.	Στο μεγαλύτερο ποσοστό της η β-ενδορφίνη παράγεται στον πρόσθιο και διάμεσο λοβό της υπόφυσης
δυνορφίνες (Α και Β) και η α-νεοενδορφίνη	Παράγονται από την προδυνορφίνη (ένα κοινό πρόδρομο μόριο).	Εντοπίζεται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού (π.χ η μέλαινα ουσία και τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού)

Οι δράσεις των ενδογενών οπιοειδών αφορούν στην ενεργοποίηση του συστήματος αναλγησίας και είναι οι εξής:

Αφενός αποτελούν κύριες ουσίες νευροδιαβίβασης με σκοπό την επίτευξη της αναλγησίας και αφετέρου μέσω των υποδοχέων τους προκαλούν την αναστολή των ανασταλτικών ενδιάμεσων νευρώνων του συστήματος αναλγησίας αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο τη διεγερσιμότητά του.

Δράσεις ενδογενών οπιοειδών

Εγκεφαλίνη  αποκλείει τους διαύλους ασβεστίου που εντοπίζονται στην κυτταρική μεμβράνη των αισθητικών νευρικών ινών πόνου τύπου C και Αδ που προσάγουν αλγογόνα ερεθισμάτων. Παράλληλα,

 αναστέλλει την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστικών ουσιών προκαλώντας με αυτό τον τρόπο προσυναπτική αναστολή στη διαβίβαση των σημάτων πόνου κατά τη δίοδο τους από τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού.

Οι ενδογενείς οπιούχοι παράγοντες διαβίβασης (ενδορφίνες και εγκεφαλίνες)  ενεργοποιούν επίσης το κύκλωμα αναστολής, γεγονός που οδηγεί στη μειωμένη αντίληψη του πόνου. Συγκεκριμένα, η διέγερση των μ- υποδοχέων οπιοειδών που διεγείρονται από εξωγενή ή ενδογενή οπιούχα στους νευρώνες της φαιάς ουσίας περί τον υδραγωγό του Sylvius και του μεγάλου πυρήνα ραφής, ενεργοποιεί το κύκλωμα αναλγησίας.

Υψηλές συγκεντρώσεις δυνορφίνης  (οι οποίες ανιχνεύονται στην πρόσθια μεσοκοιλιακή προμηκική περιοχή), οδηγούν στην πρόκληση ισχυρής αναλγησίας.

Κυτταρικά σωμάτια παραγωγής εγκεφαλίνης και δυνορφίνης (βρίσκονται στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού με υψηλή πυκνότητα υποδοχέων των οπιοειδών)  προκαλεί επίσης ισχυρή αναλγησία.

Πίνακας 1: Μερικά ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια⁸.

Όνομα	Αριθμός αμινοξέων
Λευκίνη-Εγκεφαλίνη	5-αμινοξέα
Μεθειονίνη-Εγκεφαλίνη	5-αμινοξέα
β-Ενδορφίνη	31-αμινοξέα
Δυνορφίνη	17-αμινοξέα
α-Νεοενδορφίνη	10-αμινοξέα

1.5.3.Υποδοχείς οπιοειδών (οπιούχων).

Προκειμένου τα ενδογενή οπιοειδή αλλά και τα εξωγενή φυσικά και συνθετικά οπιούχα να δράσουν στο νευρικό σύστημα επιφέροντας αναλγησία, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σύνδεση τους με ειδικούς υποδοχείς, οι οποίοι αποτελούν ειδικές θέσεις δέσμευσης των οπιοειδών (αγωνιστών ή ανταγωνιστών). Η δράση των νευροδιαβιβαστικών ουσιών στους υποδοχείς εξαρτάται από τη στερεοχημική δομή και την συνάφεια τους με τις θέσεις δέσμευσης. Σημεία δράσης των ενδογενών αναλγητικών (οπιοειδή και κανναβινοειδή) αποτελούν οι κεντρικές απολήξεις των αισθητικών νευρώνων που μεταφέρουν τη βλαβοαντίληψη και μεταβάλλουν την αίσθηση του πόνου. Συνεπώς, η ισχύς της αναλγητικής δράσης σχετίζεται από το ποσοστό της συνάφειας των νευροδιαβιβαστικών ουσιών αναλγησίας με τους υποδοχείς. Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί τουλάχιστον τρεις βιολογικά σημαντικές θέσεις δέσμευσης, οι οποίες αποτελούν τα τρία βασικά είδη υποδοχέων των οπιοειδών: οι **υποδοχείς μ, οι υποδοχείς δ και οι υποδοχείς κ**.

Οι ονομασίες των υποδοχέων αντιστοιχούν στις οπιούχες ουσίες με τις οποίες παρουσιάζουν την υψηλότερη συνάφεια δέσμευσης.

Οι **μ-υποδοχείς** σχετίζονται με τη **μορφίνη**

οι **δ-υποδοχείς** με τη **λευκίνη- και τη μεθειονίνη-εγκεφαλίνη** και

οι **κ-υποδοχείς** με την **κετοκυκλοζοσίνη**, που αποτελεί τον κύριο αγωνιστή τους.

Συνθετικά οπιοειδή συνδέονται εκλεκτικά με τους μ-υποδοχείς, γεγονός που αποδεικνύει ότι η σύνδεση οπιοειδών αναλγητικών με τους μ-υποδοχείς προκαλεί ισχυρή αναλγησία⁸. Επιπρόσθετα, πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν ότι οι υποδοχείς οπιοειδών μπορεί να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ανά ζεύγη. Συγκεκριμένα, οι μ- με τους δ-, οι δ- με τους κ- , καθώς και οι μ- με τους μ- , οι δ-δ και οι κ- με τους κ- υποδοχείς.

Ενδοθηκικές ενέσεις της αλανίνη-λευκίνη-εγκεφαλίνης (που είναι εξειδικευμένη για τους δ-υποδοχείς) σε ποντίκια ανθεκτικά στη μορφίνη (μ-υποδοχείς) και την ανάπτυξη αναλγησίας αποδεικνύουν την αναλγητική δράση των δ-υποδοχέων.

Ενώ η ίδια ουσία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε καρκινοπαθείς που είναι ανθεκτικοί στην ενδοθηκική χορήγηση της μορφίνης.

Οι υποδοχείς των οπιοειδών ανευρίσκονται σε διάφορες περιοχές του Κεντρικού και Περιφερικού Ν.Σ προκειμένου τα ενδογενή οπιοειδή να συνδέονται με αυτούς για την εκδήλωση της αναλγησίας. Οι περιοχές του νευρικού συστήματος αφορούν στην αισθητική οδό του πόνου.

Συγκεκριμένα:

στο δρεπανοειδές σύστημα

στις νωτιαιοδυσκτικές οδούς (φαϊά ουσία περί τον του Sylvius μέσοι πυρήνες οπτικού θαλάμου και υποθάλαμος)

στην πηκτωματώδη ουσία του νωτιαίου μυελού και του νωτιαίου πυρήνα του τριδύμου
στον πυρήνα της μονήρους δεσμίδας

στο πνευμονογαστρικό νεύρο

Η μεγαλύτερη πυκνότητα υποδοχέων έχει ανιχνευθεί στην αμυγδαλή και ακολουθούν η φαϊά ουσία περί τον υδραγωγό του Sylvius, ο υποθάλαμος και ο μέσος οπτικός θάλαμος⁸.

1.5.4.Μηχανισμοί του πόνου

Ένα ερέθισμα το οποίο δύναται να προκαλέσει ιστική βλάβη, αρχικά δραστηριοποιεί τους υποδοχείς των επιβλαβών ερεθισμάτων (αλγοϋποδοχείς), οι οποίοι εντοπίζονται στις απολήξεις των νευρικών ινών C και A-δ. Οι C ίνες είναι αμύελες, για το λόγο αυτό μεταδίδουν με μικρή ταχύτητα τις νευρικές ώσεις και εκλύουν σήματα βραδέος πόνου που γίνεται αντιληπτός ένα δευτερόλεπτο, ή και περισσότερο μετά το αλγογόνο ερέθισμα ενώ σχετίζεται με τον καυστικό ή το χρόνιο πόνο. Οι A-δ είναι εμύελες με αποτέλεσμα να μεταδίδουν ταχύτατα τα νευρικά σήματα κυρίως μηχανικών και θερμικών ερεθισμάτων. Μεταφέρουν την αίσθηση του ταχέος πόνου στο διάστημα 0,1 του δευτερολέπτου μετά το επώδυνο ερέθισμα. Στην ενεργοποίηση των C και A-δ νευρικών ινών συμμετέχουν μη ειδικά κανάλια Na⁺ ή K⁺ που ελέγχονται από την θερμοκρασία, χημικούς συνδέσμους και μηχανικές δυνάμεις. Συγκεκριμένα, οι αισθητικοί νευρώνες της βλαβοαντίληψης περιλαμβάνουν δύο τασεοελεγχόμενα κανάλια (διαύλους) νατρίου μοναδικά στους υποδοχείς της βλάβης, τα Na 1.8 και Na 1.9. Αν ήταν δυνατόν να αποκλεισθούν εκλεκτικά μόνο οι διάυλοι αυτοί, τότε θα μπορούσαν ειδικά τοπικά αναισθητικά να αποκλείουν μόνο τον πόνο αφήνοντας ανέπαφες τις άλλες αισθητικές, κινητικές ή αυτόνομες νευρικές δραστηριότητες.

Ο μηχανισμός αντίληψης της βλάβης (βλαβοαντιληπτικός) περιλαμβάνει τις έννοιες της μεταγωγής, της αγωγής και της μετάδοσης.

Η μεταγωγή (transduction) είναι η μετατροπή του βλαπτικού (θερμικού, μηχανικού ή χημικού) ερεθίσματος σε ηλεκτρική δραστηριότητα στις περιφερικές απολήξεις των αισθητικών ινών του πόνου. Η διαδικασία αυτή μεσολαβείται από ειδικούς ιοντικούς διαύλους (κανάλια)-υποδοχείς που εκφράζονται μόνο στους βλαβοϋποδοχείς.

Η αγωγή (conduction) είναι η μετάβαση των δυναμικών δράσης (ενέργειας) από τις περιφερικές απολήξεις κατά μήκος των νευραξόνων προς την κεντρική κατάληξη των βλαβοϋποδοχέων στο ΚΝΣ.

Η μετάδοση (transmission) είναι η συναπτική μεταφορά και τροποποίηση της νευρικής ώσης από τον ένα στον άλλο νευρώνα⁴.

Στην περιοχή της ιστικής βλάβης απελευθερώνονται ουσίες όπως η βραδυκίνη, η ουσία P, οι θρομβοξάνες, οι κυτοκίνες, οι χημοκίνες, η προσταγλανδίνη E₂, ο νευροδιαμορφωτής εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (BDNF), ενδοκυττάρια ουσίες όπως η ATP, ιόντα καλίου (K⁺), μείωση του pH, καθώς και παράγοντες αύξησης που παράγονται από τα κύτταρα της φλεγμονής στην περιοχή της βλάβης. Ουσίες που προκαλούν υψηλής συχνότητας δυναμικά είναι τα αλγογόνα ουσία P, ο νευροδιαμορφωτής εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (BDNF), ο παράγοντας ανάπτυξης νευρών (NGF) και το γλουταμικό οξύ. Οι πρώτες ουσίες παράγουν βραδέα συναπτικά δυναμικά και συνεργούν με τα ταχεία δυναμικά που παράγει το γλουταμικό οξύ όταν συνδεθεί με τους υποδοχείς του N- μεθυλ-D-ασπαρτικού οξέος.

Κάποιες από αυτές τις ουσίες ενεργοποιούν απευθείας τις νευρικές απολήξεις του πόνου, ενώ άλλες τις καθιστούν υπερευαίσθητες στα ακόλουθα ερεθίσματα.

1.6.Κλινικά σύνδρομα πόνου

Υπεραλγησία: Παρατηρείται μια αυξημένη ευαισθησία στα ερεθίσματα του πόνου, εξαιτίας του βαθμού ενεργοποίησης των υποδοχέων, ο οποίος γίνεται προοδευτικά ολοένα και μεγαλύτερος. Συγκεκριμένα, λόγω μιας τοπικής ιστικής βλάβης και/ή της ακόλουθης έκκρισης συγκεκριμένων χημικών ουσιών, είναι δυνατό να ελαττωθεί ο ουδός πυροδότησης των υποδοχέων με αποτέλεσμα την διευκόλυνση των σημάτων πόνου.

Σύνδρομο θαλαμικού πόνου: Προκαλείται από τη διακοπή της αιμάτωσης ή βλάβη στη σωματοαισθητική περιοχή (κοιλιοβασικός θάλαμος).

Πρωταρχικά παρατηρείται απώλεια των αισθήσεων ετερόπλευρα. Μετά από εβδομάδες ή μήνες οι αισθήσεις ενδέχεται να επανέλθουν, ωστόσο έχουν φτωχή εντόπιση και είναι επώδυνες.

Έρπης ζωστήρ: Πρόκειται για μόλυνση ενός γαγγλίου οπίσθιας ρίζας ή κρανιακού νεύρου λόγω ιού, γεγονός που οδηγεί σε νευροτομιακό πόνο και στην εμφάνιση ενός εξανθήματος στην περιοχή του δέρματος που αντιστοιχεί στο προσβληθέν γάγγλιο.

Νευραλγία τριδύμου: Πίεση ενός αιμοφόρου αγγείου στην επιφάνεια του τριδύμου νεύρου (συγκεκριμένα στις τρεις διακλαδώσεις του) που εντοπίζεται στην κρανιακή κοιλότητα είναι δυνατό να προκαλέσει έντονο πόνο στη δερματική επιφάνεια.

Σύνδρομο Brown-Sequard: Πρόκειται για μια τυπική σωματαιοσθητική ανεπάρκεια, λόγω εκτεταμένης βλάβης του δεξιού ή αριστερού ημίσεως του νωτιαίου μυελού. Αποτέλεσμα της διατομής είναι η ετερόπλευρη απώλεια των αισθήσεων πόνου και θερμοκρασίας. Σε περίπτωση που η βλάβη συμπεριλαμβάνει διάφορα νευροτόμια, τότε παρατηρείται απώλεια των αισθήσεων ανάλογη με τα δερμοτόμια που αντιστοιχούν στα προσληφθέντα νευροτόμια⁹.

1.7.Σωματαιοσθητικές οδοί στο κεντρικό νευρικό σύστημα

Τα σωματαιοσθητικά σήματα διέρχονται κατά μήκος του κεντρικού νευρικού συστήματος μέσω δύο οδών (α) των οπισθίων δεματίων - έσω λημνίσκων και (β) των προσθιοπλάγιων δεσμών. Οι αισθητικές πληροφορίες, εκτός λίγων εξαιρέσεων, μεταφέρονται μέσω των νευρικών ινών από την επιφάνεια του σώματος και εν συνεχεία εισέρχονται στον νωτιαίο μυελό από τις οπίσθιες ρίζες (με εξαίρεση την επιφάνεια του προσώπου). Εντός του νευρικού συστήματος οι ώσεις που προκύπτουν από θερμοϋποδοχείς και υποδοχείς πόνου ακολουθούν το σύστημα των προσθιοπλάγιων δεσμών, ενώ τα σήματα από τους μηχανοϋποδοχείς (περιλαμβάνονται οι αισθήσεις της αφής υψηλής διάκρισης, της δόνησης και της ιδιοδεκτικής αίσθησης) πορεύονται μέσα από το σύστημα οπισθίων δεματίων - έσω λημνίσκων (ΟΔ-ΕΛ). Οι σωματαιοσθητικές πληροφορίες από την επιφάνεια του προσώπου διέρχονται κυρίως μέσω των κλάδων του τριδύμου νεύρου⁸.

Α)Το σύστημα οπίσθιων δεματίων- έσω λημνίσκων χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό σωματοτοπικής (χωρικής) οργάνωσης και διακρίνεται από:

Πρώτοι αισθητικοί νευρώνες. Οι κεντρομόλοι νευράξονες των πρώτων αισθητικών νευρώνων των γαγγλίων των οπισθίων ριζών είναι μεγάλες εμμύελες ίνες που εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό και φέρουν τα ερεθίσματα της διακριτικής αφής, της δόνησης και της ιδιοδεκτικής αίσθησης.

Αφού εισέλθουν στη σπονδυλική στήλη, ορισμένες ίνες σχηματίζουν συνάψεις στην φαιά ουσία, ενώ άλλες διέρχονται στην περιοχή των οπισθίων δερματίων και προσάγονται, χωρίς να σχηματίζουν συνάψεις, στους πυρήνες οπισθίων δερματίων που βρίσκονται στον προμήκη μυελό.

Ευρισκόμενες στους πυρήνες οπίσθιων δερματίων, οι ίνες που μεταφέρουν ερεθίσματα από τα κάτω άκρα προβάλλονται στον κορυνοειδή πυρήνα, ενώ εκείνες που νευρώνουν τα άνω σκέλη τερματίζουν στο σφηνοειδή πυρήνα.

Πυρήνες οπισθίων δερματίων. Κατά τη μέση διατομή του προμήκους μυελού οι άξονες των νευρώνων του κορυνοειδούς και του σφηνοειδούς πυρήνων σχηματίζουν τους έσω λημνίσκους, οι οποίοι χιάζονται αποτελώντας με αυτό τον τρόπο το αισθητικό χιάσμα. Οι δεσμίδες των ινών αυτών κατευθύνονται πρόσθια, προς τον θάλαμο, και τελικά λήγουν στο βασικό κοιλιακό σύμπλεγμα, κυρίως στον οπίσθιο έξω κοιλιακό πυρήνα (VPL - ventrolateral posterior nucleus). Οι άξονες των νευρώνων του VPL εισέρχονται στη συνέχεια στην οπίσθια δέσμη της εσωτερικής κάψας και προβάλλονται στην πρωτεύουσα σωματοαισθητική περιοχή του φλοιού (SI) της οπίσθιας κεντρικής έλικας.

Το σύστημα των έσω λημνίσκων. Στον κορυνοειδή πυρήνα τερματίζουν οι νευρικές ώσεις που μεταφέρουν σήματα από τα κάτω άκρα μετά την άνοδο τους διαμέσου του εσωτερικού τμήματος του οπίσθιου δερματίου σχηματίζοντας με αυτό τον τρόπο την κοιλιακή και την πλάγια μοίρες του έσω λημνίσκου. Οι πληροφορίες από τα άνω άκρα διέρχονται από την πλάγια μοίρα του οπίσθιου δερματίου και μετά την είσοδο τους στον σφηνοειδή πυρήνα και στη ραχιαία και μέση μοίρα του έσω λημνίσκου τελικά καταλήγουν στην περιοχή SI στο ημισφαίριο αντίπλευρο προς την επιφάνεια του σώματος, από την οποία προέρχονται τα σήματα.

Σωματοαισθητικά σήματα από την επιφάνεια του προσώπου Τα σήματα από την επιφάνεια του προσώπου οδεύουν μέσω του τρίδυμου νεύρου κατευθυνόμενες στο εγκεφαλικό στέλεχος, μέσω της μέσης γέφυρας, όπου οι πρωτεύουσες αισθητικές ίνες τερματίζονται στον κύριο πυρήνα του τρίδυμου νεύρου. Από αυτό το σημείο οι νευράξονες διαπερνούν την μέση γραμμή με απώτερο προσανατολισμό δίπλα από τον έσω λημνίσκο, καταλήγοντας, ενδεχομένως, στον οπίσθιο έσω κοιλιακό πυρήνα (VPM - ventral posteromedial nucleus).

Το σύστημα αυτών των ινών είναι συγκρίσιμο με το σύστημα που μεταδίδει τα ερεθίσματα από τα υπόλοιπα μέρη του σώματος, ενώ μεταδίδει τους ίδιους τύπους πληροφορίας από το πρόσωπο.

Σωματοαισθητικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Η οπίσθια κεντρική έλικα αποτελεί τον πρωτεύοντα σωματοαισθητικό φλοιό (S_I)(αντιστοιχεί στις περιοχές 3, 1 και 2 κατά Brodmann). Ο S_I περιέχει έξι οριζόντιες στοιβάδες, με πιο χαρακτηριστικό στρώμα το IV το οποίο δέχεται σημαντικές προβολές από τους VPL και VPM πυρήνες του κοιλιοβασικού θαλάμου. Στη συνέχεια οι νευρικές ώσεις διαχέονται και στις υπόλοιπες στοιβάδες τόσο προς τα μέσα όσο και προς τα έξω. Επιπρόσθετα, περιέχει, ένα σύνολο κάθετα οργανωμένων στηλών από νευρώνες, οι οποίες εκτείνονται σε όλα τα έξι στρώματα. Η άλλη σωματοαισθητική περιοχή (S_{II}) είναι κατά πολύ μικρότερη της S_I και τοποθετείται αμέσως προς τα πίσω της περιοχής του προσώπου της S_I, συνορεύοντας με την πλάγια πτυχή. Μέσα στην S_I παρατηρείται μια πλήρης και σαφώς διαφοροποιημένη αντιπροσώπευση στις περιοχές 3,1, και δύο, όπως προαναφέρθηκε. Συγκεκριμένα,

η περιοχή του προσώπου τοποθετείται κοιλιακά, κοντά στην πλάγια πτυχή, *τα άνω άκρα* εκτείνονται προς τα μέσα και πίσω από την περιοχή του προσώπου φθάνοντας μέχρι το κύρτωμα του ημισφαιρίου και *τα κάτω άκρα* προβάλλονται στην μέση επιφάνεια του ημισφαιρίου.

Οι περιοχές του σώματος που έχουν υψηλή πυκνότητα υποδοχέων καταλαμβάνουν μεγαλύτερες περιοχές του σωματοαισθητικού φλοιού.

Το σύστημα των οπίσθιων δερματίων- έσω λημνίσκων ειδικεύεται στην ανίχνευση ερεθισμάτων που μεταβάλλονται με ταχύ και επαναλαμβανόμενο τρόπο και συγκεκριμένα διακρίνει τη δονητική αίσθηση (τα σώματα Pacini είναι ευαίσθητα σε δονήσεις μέχρι και 700 ανά δευτερόλεπτο και τα σώματα του Meissner, που ανιχνεύουν χαμηλότερες συχνότητες: 200 ανά δευτερόλεπτο και κάτω) και την ιδιοδεκτική αίσθηση (ή κιναισθηση) (τα σώματα Pacini και οι απολήξεις Ruffini).

B)Το προσθιοπλάγιο σύστημα

Θεωρείται σύστημα μετάδοσης της αδρά εντοπισμένης αφής.

Οι μικρές εμμύελες ίνες και αμύελες ίνες τύπου C μεταφέρουν ερεθίσματα από τους υποδοχείς αφής, δηλαδή τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις του δέρματος, αλλά και σήματα πόνου και θερμοκρασίας. Στη συνέχεια αυτές οι πληροφορίες κατευθύνονται στην προσθιοπλάγια μοίρα της λευκής ουσίας του νωτιαίου μυελού και καταλήγουν στον κοιλιοβασικό θάλαμο και τους ενδοπεταλιακούς και οπίσθιους πυρήνες του θαλάμου.

Συγκρίνοντας τις δύο οδούς παρατηρούμε ότι το σύστημα των οπίσθιων δεματίων- έσω λημνίσκων είναι σε μεγάλο βαθμό οργανωμένο καθώς παρατηρείται ακριβής εντόπιση των ερεθισμάτων σημείο προς σημείο, ενώ η οργάνωση του προσθιοπλάγιου συστήματος είναι διάχυτη, γεγονός που εξηγεί τη λιγότερο δραστική του ικανότητα.

1.7.1.Οι δύο διακεκριμένες οδοί μετάδοσης του πόνου.

Όπως έχει προαναφερθεί, τα σήματα του πόνου διαχωρίζονται σε ταχέα και βραδέα ανάλογα με τον τύπο του ερεθίσματος που προσάγουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα εκλύουν νευρικές ώσεις ταχέος πόνου, οι οποίες μεταδίδονται με ίνες τύπου Αδ των περιφερικών νεύρων, με ταχύτητες 6-30 m/sec ενώ, τα σήματα του βραδέος, χρόνιου πόνου μεταδίδονται μέσω ινών τύπου C με ταχύτητες της τάξης 0,5-2 m/sec. Με την είσοδο τους στη σπονδυλική στήλη οι ίνες και των δύο τύπων σημάτων διαχωρίζονται, με αποτέλεσμα οι ίνες τύπου Αδ να διεγείρουν νευρώνες της ζώνης Ι του οπισθίου κέρατος, ενώ οι ίνες C να σχηματίζουν συνάψεις με νευρώνες της πηκτωματώδους ουσίας. Στη συνέχεια οι νευρώνες της πηκτωματώδους ουσίας προβάλλονται βαθύτερα στη φαιά ουσία και ενεργοποιούν νευρώνες κυρίως της ζώνης V, αλλά και των VI και VII.

Οι ίνες Αδ μεταβιβάζουν νευρικές ώσεις σε νευρώνες που σηματοδοτούν την αρχή της νεονωτιαιοθαλαμικής οδού, ενώ οι ίνες C σε νευρώνες που αποτελούν την παλαιονωτιαιοθαλαμική οδό⁹.

✚ Η νεονωτιαιοθαλαμική οδός αφορά στη χωρική εντόπιση ερεθισμάτων πόνου, δηλαδή σχετίζεται με τον εντοπισμό του πόνου. Η νεονωτιαιοθαλαμική οδός αποτελείται αρχικά από τους άξονες των νευρώνων της ζώνης Ι, οι οποίοι τέμνουν τη μέση γραμμή κοντά στο σημείο απόφυσής τους και ανέρχονται την σπονδυλική στήλη αποτελώντας τμήμα του προσθιοπλάγιου συστήματος.

Κάποιες από αυτές τις νευρικές ίνες αυτές καταλήγουν στον δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους, ωστόσο η πλειοψηφία προβάλλεται εν τέλει στον οπίσθιο έξω κοιλιακό πυρήνα (VPL) του θαλάμου, οι νευρώνες του οποίου προβάλλονται τελικά στον πρωτεύοντα αισθητικό φλοιό (SI). Βλάβες του SI συσχετίζονται με την ικανότητα ερμηνείας της ποιότητας του πόνου και του ακριβούς του εντοπισμού, ενώ μια ολοκληρωτική αφαίρεση του SI φλοιού δεν εκμηδενίζει την αίσθηση του πόνου. Συνεπώς ο ρόλος του SI φλοιού στην αντίληψη του πόνου δεν είναι εξ ολοκλήρου γνωστός.

✚ Η παλαιονωτιαιοθαλαμική οδός είναι φυλογενετικά προγενέστερη της νεονωτιαιοθαλαμικής οδού και η δραστηριότητα της πυροδοτεί τη δυσάρεστη αίσθηση πόνου. Οι άξονες των κυττάρων της ζώνης V παρόμοια με αυτούς της ζώνης I, χιάζονται άμεσα στον τόπο προέλευσής τους και ανέρχονται ως μέρος του προσθιοπλάγιου συστήματος. Ωστόσο, οι άξονες της ζώνης V καταλήγουν σχεδόν αποκλειστικά στο εγκεφαλικό στέλεχος, παρά στο θάλαμο, με αποτέλεσμα οι νευρικές ώσεις να διεγείρουν το δικτυωτό σχηματισμό, τα πρόσθια διδύμια και την κεντρική φαιά ουσία. Ένα σύνολο προσαγωγών ινών, από το δικτυωτό σχηματισμό κυρίως, προσανατολίζεται πρόσθια προς τους ενδοπεταλιακούς και τους οπίσθιους πυρήνες του θαλάμου, καθώς και προς ορισμένα τμήματα του υποθαλάμου.

Άμεσο απότοκο των παραπάνω αποτελεί το γεγονός ότι ο πόνος είναι ένας από τους βασικούς τρόπους μέσω του οποίου το σώμα επικοινωνεί με τον εγκέφαλο¹¹.

2.Πόνος και χρόνιες νοσολογικές οντότητες στους ηλικιωμένους.

Ο πόνος είναι ένα πολύπλοκο και αινιγματικό φαινόμενο το οποίο αφορά σχεδόν κάθε άνθρωπο σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του, ενώ είναι δυνατό στην περίπτωση που εισχωρήσει στη χρονιότητα να διαταράξει την εύθραυστη λειτουργία του ατόμου που λειτουργεί ως ένα σύστημα διαρκώς αλληλεπιδρών με το περιβάλλον. Συνεπώς, η μείωση των φυσιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών αποθεμάτων σε συνέργεια με τον πόνο μπορεί να λειτουργήσει διαβρωτικά για το άτομο².

Άμεσο απότοκο της παραπάνω διαπίστωσης αποτελεί το γεγονός ότι ο πόνος δεν είναι ένα φαινόμενο απομονωμένο από το σύνολο του οργανισμού και των συστημάτων που τον απαρτίζουν, ενώ βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με τις συνθήκες ζωής του ατόμου και γενικότερα με το περιβάλλον του.

Την προηγούμενη δεκαετία αναπτύχθηκε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για το χρόνιο πόνο που παρατηρείται στους ηλικιωμένους, γεγονός που είναι ιδιαίτερα εμφανές σε όσους διαμένουν σε ιδρύματα¹², ενώ σύμφωνα με στατιστικές ενδείξεις ο πόνος είναι κατά δύο φορές συχνότερος σε άτομα άνω των 60 ετών συγκριτικά με τις νεότερες ηλικίες.

Η τρίτη ηλικία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πολλών ασθενειών και την προοπτική πολλαπλών νοσογόνων καταστάσεων¹³.

Ο πόνος στους ηλικιωμένους παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε διάφορα επίπεδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Σύμφωνα με νευροπαθολογικά ευρήματα ο πόνος στους ηλικιωμένους διαφοροποιείται λόγω της διαφοροποίησης του οδού πυροδότησης εξαιτίας της μείωσης της ευαισθησίας των αισθητικών υποδοχέων, συγκεκριμένα των σωμάτων Pacini, Meissner και των δίσκων του Merkel κατά 50%. Γενικότερα, παρατηρείται μια μεταβολή των υποδοχέων στις κεντρικές αισθητικές περιοχές, μείωση της πυκνότητας των εμμύελων νευρικών ινών (Αδ) (Verdue et al, 2000), μείωση των δυναμικών ενεργείας/μειωμένη ταχύτητα αγωγιμότητας (Chakour et al, 1996), μείωση του αριθμού των αμμύελων νευρικών ινών (C), μείωση της ουσίας P, μειωμένη δράση των νευρογενών μηχανισμών αναλγησίας και συγκεκριμένα πτώση που συνεπάγεται την υπεραλγησία (Melzack et al, 2001). Επιπρόσθετα, παρατηρείται μείωση των περιφερικών νευρικών ινών καθώς και του ελύτρου μυελίνης τους γεγονός που επιδρά στην ταχύτητα της ώσης των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων.

Αν και η μέτρηση φυσιολογικών δεικτών όπως για παράδειγμα του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμους δείκτες αναγνώρισης της επώδυνης εμπειρίας που βιώνουν οι νέοι, δεν ισχύει το ίδιο και για τους ηλικιωμένους λόγω των ισχνών αντιδράσεων του αυτόνομου νευρικού συστήματος στον πόνο και σε άλλα προκλητά ερεθίσματα εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που επέρχονται με την πάροδο της ηλικίας, τις συν-νοσηρές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης, ή διάφορων φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως τα αντιυπερτασικά και οι β-blockers¹⁴.

Συνεπώς, με το πέρας της ηλικίας αναμένεται η ολοένα αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών ή διαταραχών που έχουν ως κεντρικό σύμπτωμα τον πόνο όπως για παράδειγμα η οστεοπόρωση, η οστεοαρθρίτιδα, η διαβητική νευροπάθεια και τα καρδιαγγειακά προβλήματα (James, Large, Bushnell, & Wells, 1991; Parmelee, 1994), ενώ επιπρόσθετα, αυτά τα ζητήματα προβλέπεται να αφορούν σε ολοένα μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στις ΗΠΑ και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης (Kinsella & Velkoff, 2001) και ιδιαίτερα τις ηλικίες άνω των 85 ετών. Ενώ όμως σε νεότερες ηλικίες ο χρόνιος πόνος συνδέεται εμφανώς από τους θεράποντες με μια σειρά από αρνητικές επιπτώσεις συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης φυσικής λειτουργικότητας (Lipton & Stewart, 1993), του περιορισμού των δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή (Lavsky-Shulan et al., 1985), της έκπτωσης των κοινωνικών και ενασχολήσεων στον ελεύθερο χρόνο (Deyo & Tsui-Wu, 1987), της θνητότητας (Moss, Lawton, & Glickman, 1991), και της αυτοχειρίας (Penttinen, 1995; Stenager, Stenager, & Jensen, 1994), ωστόσο, ο πόνος στους ηλικιωμένους συχνά αντιμετωπίζεται ως μια μη παθολογική διεργασία αποδιδόμενη στην αύξηση της ηλικίας, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να μην τυγχάνουν επαρκούς αντιμετώπισης του πόνου που βιώνουν², γεγονός το οποίο προκαλεί συνέπειες στην ποιότητα ζωής των πασχόντων καθώς και στην καθημερινή τους λειτουργικότητα και τη διάθεση, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο ο οποίος επιδεινώνει εκ νέου το αρχικό αίσθημα άλγους.

Συνθήκες όπως η κοινωνική απομόνωση, η παρουσία διαταραχών διάθεσης για παράδειγμα η κατάθλιψη, η κακή ποιότητα ζωής, τα προβλήματα ύπνου και διατροφής, η έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου και η ανασφάλεια δύνανται να ενισχύσουν το βίωμα του πόνου, ενώ η ύπαρξη ενδιαφερόντων, η απόλαυση από ευχάριστες δραστηριότητες,

η συναναστροφή με συνομηλίκους, οι καλές συνθήκες διαβίωσης και η φυσιολογική λειτουργικότητα μπορούν να επιφέρουν μείωση του πόνου.

Οι χρόνιες νοσολογικές οντότητες αποτελούν πολυπαραγοντικά φαινόμενα, τα οποία απαιτούν μια σύνθετη αντιμετώπιση λόγω της εμπλοκής των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της νόσου, ενώ εξαιτίας της αρνητικής επίδρασης του πόνου στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργική ανεξαρτησία των ηλικιωμένων, ο πόνος στην τρίτη ηλικία θεωρείται ένα σημαντικό πρόβλημα¹⁵⁻¹⁶, που συνδέεται με περιορισμό των δημιουργικών δραστηριοτήτων¹⁷, φθίνουσα λειτουργικότητα¹⁷ και μειωμένη κοινωνικοποίηση¹⁷.



Υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαφοροποίηση της αντίληψης του πόνου με την ηλικία επηρεάζει τις στρατηγικές του πόνου (coping strategies), την αποδοχή του, τη γνώση της αιτίας των συμπτωμάτων με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της σημασίας των συμπτωμάτων ήπιας έντασης που αποτελούν προειδοποιητικά σημεία τραυματισμού και ασθένειας (Gibson, 2005). Επιπρόσθετα, στοιχεία αποδεικνύουν μια ηλικιακά εξαρτώμενη μείωση ψυχικών παθολογικών χαρακτηριστικών όπως το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά ελάχιστη ηλικιακή διαφοροποίηση στην επίδραση του πόνου στη γνωστική και κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου (Gibson, 2005).

Το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων έχει βελτιωθεί εδώ και πολλές δεκαετίες, ενώ υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα ότι η υγεία σε αυτή την ηλικιακή ομάδα έχει επίσης βελτιωθεί¹⁸.

Τα αποτελέσματα της μελέτης¹⁸ δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι που εμφάνιζαν καλύτερη υγεία, είχαν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από αυτούς που είχαν συγκριτικά χειρότερα επίπεδα υγείας, αλλά και οι δύο ομάδες επιβάρυναν οικονομικά εξίσου το σύστημα υγείας μέχρι το θάνατο τους.

Συγκεκριμένα, ένα άτομο χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς στα 70 του χρόνια είχε προσδόκιμο ζωής 14,3 χρόνια, ενώ το άτομο με περιορισμό σε μία τουλάχιστον δραστηριότητα της καθημερινής ζωής είχε προσδόκιμο επιβίωσης τα 11,6 χρόνια.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μέγιστο πρόβλημα υγείας μεταξύ του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας τόσο στους ηλικιωμένους που βρίσκονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα όσο και αυτούς που δεν χρησιμοποιούν παρόμοιες υπηρεσίες¹⁹.

Επιπρόσθετα, συν-νοσηρές συνθήκες επιβαρύνουν περαιτέρω την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων. «Η παχυσαρκία εξελίσσεται σε χρόνιο πρόβλημα των ηλικιωμένων, όπως και οι παθήσεις που μπορεί να επηρεάσουν τόσο τον ψυχικό πόνο όσο και την παχυσαρκία όπως τα προβλήματα ψυχικής υγείας» υποστηρίζει ο επικεφαλής της μελέτης Einstein Aging Study, δείγματος 840 ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκαλύπτουν ότι οι παχύσαρκοι είχαν διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν χρόνιο πόνο, ενώ οι έχοντες σοβαρό πρόβλημα παχυσαρκίας αντιμετώπιζαν τετραπλάσιο κίνδυνο, με πιθανά σημεία εμφάνισης πόνου το κρανίο, τον αυχένα ή τον ώμο, την πλάτη, τα πόδια, την κοιλιά ή και την πύελο²⁰. Η επιπρόσθετη επιβάρυνση των αρθρώσεων και οι φλεγμονές που προκαλεί η παχυσαρκία θεωρούνται ενοχοποιητικοί παράγοντες του φαινομένου, το οποίο αναμένεται να λάβει ευρείες διαστάσεις.

Η ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία²¹ είναι ουσιαστικά σχετιζόμενη με τη χρόνια νοσολογική οντότητα. Για το λόγο αυτό, οι μετρήσεις που αφορούν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής δύνανται να διερευνήσουν πιθανούς λειτουργικούς περιορισμούς, οι οποίοι διαφεύγουν από την κλινική εξέταση.

Σύμφωνα με μελέτη²², μεταξύ των ηλικιωμένων 65 έως 79 χρόνων οι νευρολογικές παθήσεις, ο καρκίνος είχαν την υψηλότερη συμμετοχή στην αξιολόγηση των αντρών σχετικά με την υγεία τους, ενώ οι παθήσεις των νεφρών, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο καρκίνος για την αντίστοιχη αξιολόγηση των γυναικών.

Παρότι όμως οι παραπάνω χρόνιες ασθένειες συνδέονται με φτωχή αυτό-αξιολόγηση της υγείας των ασθενών, ωστόσο συμπτώματα όπως το αίσθημα κόπωσης, οι μυοσκελετικοί πόνοι και κατάθλιψη ως νόσος, δύνανται να επηρεάζουν το συνολικό φορτίο που συνεισφέρει στην φτωχή αξιολόγηση της υγείας των υποκειμένων από τους ίδιους. Επιπρόσθετα, η χρόνια νόσος μπορεί να προκαλέσει διαφόρων ειδών περιορισμούς και συνέπειες όπως για παράδειγμα το άγχος και η κατάθλιψη²³.

Συνεπώς, όπως διαφαίνεται τα θέματα υγείας καθίστανται αρκετά πολύπλοκα, γεγονός που απαιτεί τη χρήση πολλαπλών εργαλείων εκτίμησης τους, ενώ παράλληλα ενισχύουν τόσο το σύστημα υγείας, όσο και τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Μελέτη αναδεικνύει ότι ο πόνος που δεν βρίσκεται σε διαδικασία ίασης προκαλεί σοβαρές παρενέργειες στους ηλικιωμένους συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, του άγχους, των λειτουργικών περιορισμών, των διαταραχών ύπνου, της κοινωνικής απομόνωσης και της ασθενέστερης ποιότητας ζωής²⁴⁻²⁸. Επιπρόσθετα, το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται, αν και όχι με ισχυρή συνάφεια, με τη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, τις αντιλήψεις περί υγείας και την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η χαμηλή εκπαίδευση διευρύνει τις αρνητικές συνέπειες ενός αριθμού χρόνιων ασθενειών, ωστόσο δεν θα πρέπει να γίνεται γενίκευση αυτής της διαπίστωσης²⁹.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας, ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της ζωής του μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας και του συστήματος των αξιών στο οποίο ζει και σχετικά με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του³⁰.

Επιπρόσθετα, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη θεώρηση του ίδιου του ατόμου για τη δική του ζωή, καθώς και τις φιλοδοξίες και αξίες που έχει μέσα στο περιβάλλον το οποίο διαβιεί. Μελέτη³¹ υπογραμμίζει τη στενή σύνδεση της ποιότητας ζωής με την αύξηση της ηλικίας και την ύπαρξη του πόνου, ενώ ο πόνος συσχετίστηκε με λειτουργικούς περιορισμούς, κούραση, προβλήματα ύπνου, καταθλιπτική διάθεση και χαμηλή ποιότητα ζωής. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελούν οι λειτουργικοί περιορισμοί, οι οποίοι παρά το γεγονός ότι αυξάνονται αναλογικά με την ηλικία, ωστόσο η παρουσία τους είναι συχνότερη μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από χρόνιο πόνο³²⁻³³. Τα ευρήματα³¹ αναδεικνύουν ότι ο πόνος αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της διαδικασίας της γήρανσης, αλλά συνδέεται και με την επίδραση που ασκούν τα επώδυνα ερεθίσματα, δηλαδή με τον τρόπο που τα αντιμετωπίζει το κάθε άτομο.

Η συνολική ποιότητα ζωής, η οποία επηρεάζεται από το χρόνιο πόνο, δεν φθίνει αναγκαστικά με την πάροδο του χρόνου, ενώ ο πάσχων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ολιστικά έτσι ώστε η διαδικασία της αξιολόγησης του να περιλαμβάνει τόσο την παρουσία λειτουργικής έκπτωσης, όσο και καταθλιπτικά συμπτώματα ή γενικότερα προβλήματα στην ψυχική σφαίρα.

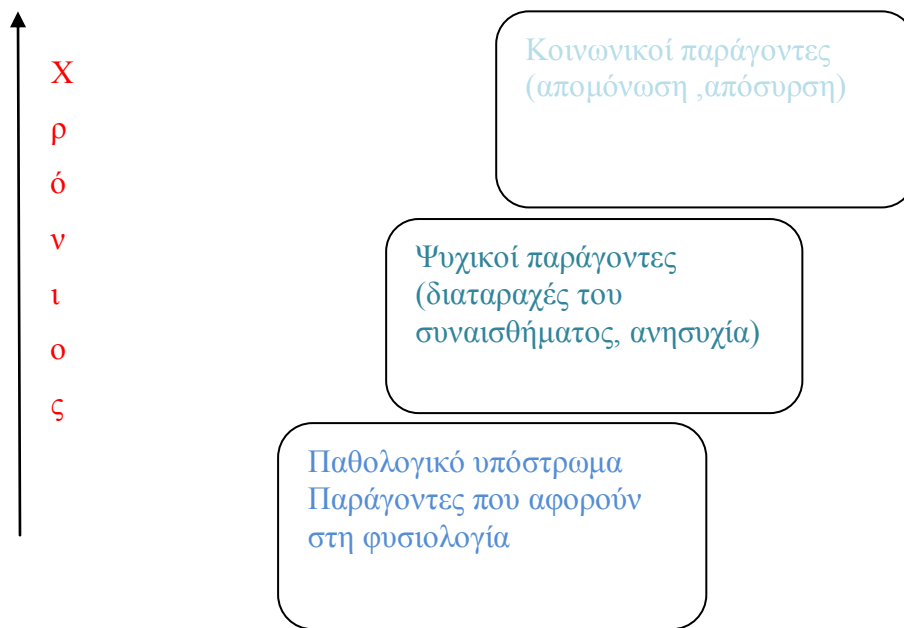
Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τον κίνδυνο στον οποίο βρίσκονται οι ηλικιωμένοι να μην διερευνηθούν οι συνιστώσες της επώδυνης εμπειρίας τους με άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής τους, καθώς και στη διαχείριση της δυσφορίας τους, η οποία καθίσταται αναποτελεσματική λόγω της πολυπαραγοντικής της φύσης.

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που πάσχουν από χρόνιες νόσους σχετίζεται τόσο με φυσιολογικούς παράγοντες που αφορούν σε συν-νοσηρές παθογόνες οντότητες όσο και με ψυχολογικές συνιστώσες. Ωστόσο, μελέτη έδειξε ότι η ποιότητα ζωής δεν εξαρτάται από την ηλικία, παρουσιάζει αντίστροφη σχέση με τη συν-νοσηρότητα και ότι οι αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία τους αποτέλεσε καλό προβλεπτικό δείκτη³⁴.

Γενικότερα, η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιο πόνο συνδέεται με την πολλαπλή νοσηρότητα σε σωματικό επίπεδο και με μια τάση για αντίστοιχες αναλογίες και στο ψυχικό³⁴, καθώς η γνώση της κλινικής οντότητας από την οποία πάσχουν, φαίνεται να επιδρά στην υποκειμενική τους αξιολόγηση ως προς την ποιότητα ζωής τους.

Σε εθνική έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία³⁵ παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου θανάτου και του πονοκέφαλου, του θωρακικού, του γαστρικού, του πρωκτικού πόνου και του πόνου στα άκρα, ενώ δεν συνδέθηκε στατιστικά με τον πόνο στην πλάτη και το ισχίο ή τους ώμους. Συγκεκριμένα, εμφανίστηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ α) του έντονου πρωκτικού πόνου και της θνητότητας στους άντρες, γεγονός που δεν ίσχυε για τις γυναίκες β) της θνητότητας και του γαστρικού και θωρακικού πόνου στα άτομα μικρότερα των 80 χρόνων, γεγονός που δεν παρατηρήθηκε σε μικρότερες ηλικίες.

Ωστόσο, τα ευρήματα θα πρέπει να ερμηνεύονται κάτω από ένα ευρύτερο πλαίσιο, καθώς ο γαστρικός πόνος, ο πρωκτικός και ο πονοκέφαλος δύναται να αποτελούν δείκτες ασθενειών, αλλά μπορεί να αποτελούν παρενέργειες θεραπειών που ενοχοποιούνται με υψηλότερα ποσοστά θνητότητας.



A.G. Lipman, *Cancer Nursing*, 2:39, 1980

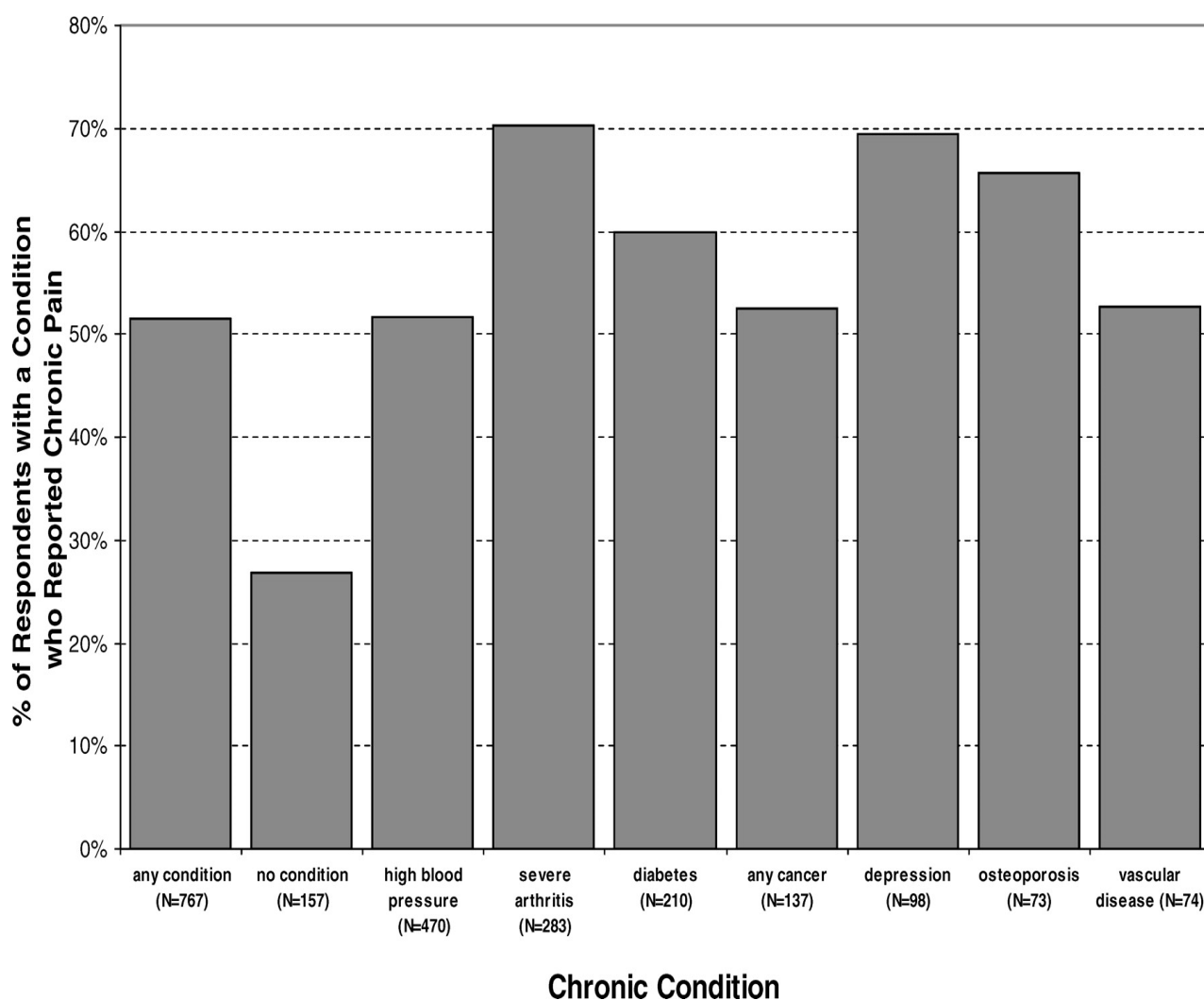
Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 925 ηλικιωμένους, που έμεναν σε νοσηλευτικό ίδρυμα, ο χρόνιος πόνος σχετίζεται με την επιδείνωση της φυσικής κατάστασης ανεξάρτητα από τις εθνολογικές διαφορές, η ένταση του έχει εξαρτημένη επίδραση (non independent effect)³⁷.

Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη χρόνια νόσο από την οποία πάσχει ο ηλικιωμένος ασθενής. Σύμφωνα με μελέτη σε ηλικιωμένους άνω των 60 ετών δείχνει ότι μόνο το 13,6% δεν ανέφερε ότι πάσχει από κάποια χρόνια νόσο (συγκεκριμένα διερευνήθηκαν οι εξής χρόνιες ασθένειες: αρθρίτιδα, πόνος στην οσφυϊκή μοίρα (back pain), κατάθλιψη/άγχος, διαβήτης, υπέρταση, οστεοπόρωση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), ενώ το 45,7 παρουσίασε τρεις ή περισσότερες χρόνιες νόσους, γεγονός που επιβάρυνε την ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις.

Η κατάθλιψη/άγχος, η οστεοπόρωση και το εγκεφαλικό συσχετίστηκαν με τις χαμηλότερες τιμές που έλαβε η ποιότητα ζωής, της οποίας οι περισσότερο επιβαρυνόμενες τιμές λόγω των χρόνιων ασθενειών ήταν ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία και η ζωτικότητα³⁶. Ωστόσο, η σχέση του χρόνιου πόνου και της ποιότητας ζωής δεν είναι γραμμική, αλλά περισσότερο πολύπλοκη και πολυπαραγοντική.

Συγκεκριμένα, στη σχέση αυτή παρεμβάλλονται και ενίοτε καθορίζουν τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα, το στρες που συνδέεται με τα συμπτώματα, το αίσθημα κόπωσης και οι υποκειμενικές αντιλήψεις των ασθενών για την υγεία τους³⁷. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει λιγότερο την ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για την υγεία και το στρες που βιώνουν³⁷.

Μελέτη³⁶ έχει σχετικά πρόσφατα εκτιμήσει τον αναφερόμενο πόνο που συνοδεύει τις συχνότερες χρόνιες νόσους με τα αποτελέσματα να συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα.



Ο χρόνιος πόνος είναι επίσης σύνηθες φαινόμενο στην προχωρημένη ηλικία και πιθανά αποτελεί έναν επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα, ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί σχετικά με αυτό το θέμα³⁸.

Νορβηγική μελέτη σε κλινική πόνου³⁹ αποδεικνύει ότι ο πόνος στα κάτω άκρα και διάφοροι τύποι πόνου στην οσφυϊκή μοίρα (back pain) είναι οι πιο συχνά αναφερόμενοι παρουσία ψυχικής συν-νοσηρότητας, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών ύπνου. Ο πόνος συνδέεται γενικότερα με δυσκολίες στον ύπνο, με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων, την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα επίπεδα κινητικότητας, αν και το εύρος των συνδέσεων ήταν σχετικά μικρό².

Σύμφωνα με μελέτη, που διερεύνησε τις στρατηγικές αντιμετώπισης πόνου μεταξύ ενηλίκων νεανικής, μέσης και τρίτης ηλικίας, οι ηλικιωμένοι κατέφευγαν σε μια ευρύτερη ομάδα δραστηριοτήτων προκειμένου την αντιμετώπιση του πόνου συγκριτικά με τους ενήλικες νεανικής και μέσης ηλικίας. Το ενεργητικό περπάτημα, η συστηματική αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η έκφραση της κατάστασης που βιώνουν (coping self-statement) αποτέλεσαν βοηθητικές στρατηγικές για τους ηλικιωμένους, γεγονός που υποδεικνύει μια ποιοτική και ποσοτική διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιωμένων και των νεότερων ενηλίκων ως προς την αντιμετώπιση του πόνου⁴⁰. Τη διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιωμένων και των νεότερων ατόμων ως προς τον πόνο που βιώνουν κατέγραψε και η ακόλουθη μελέτη⁴¹, σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι ασθενείς (14,7 του συνολικού δείγματος) είχαν περισσότερα προβλήματα υγείας, αλλά ο ψυχικός παράγων συνεισέφερε λιγότερο στο ποσοστό της αναπηρίας τους συγκριτικά με τον πόνο των νεαρότερων ατόμων του δείγματος.

Τα οξέα σύνδρομα του πόνου είναι κοινά στους ηλικιωμένους. Συχνά προκύπτουν σε συνδυασμό με εκφυλιστικά νοσήματα, τα οποία είναι πιθανό να επηρεάζουν τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα⁴².

Έρευνα σε 190 ηλικιωμένους⁴³, με αναφορές πόνου προ 6 μηνών, οι οποίοι δέχονταν επισκέψεις κατ' οίκον από συγκεκριμένους νοσηλευτές, δείχνει ότι οι περισσότεροι είχαν ένα πρόσωπο αναφοράς, κυρίως το νοσηλευτή, το οποίο ήταν προέτοιμο να τους ακούσει, να καταλάβει το πώς νιώθουν καθώς και να παρέχει πληροφορίες, στήριξη, ενώ δεν περίμεναν από το νοσηλευτή να ανακουφίσει τον πόνο τους. Από την άλλη πλευρά, το νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε μια αίσθηση αβοηθησίας, όταν η φαρμακευτική αγωγή αποτύγχανε το στόχο της, ενώ η σημασία της κοινωνικής στήριξης, που προσέφεραν οι επισκέψεις, τύγχανε θετικής αναγνώρισης από τους περισσότερους ασθενείς.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης τονίζουν τη σημασία της ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων και την ανάγκη για επικέντρωση στην ψυχοκοινωνική εκτίμηση και διαχείριση των ασθενών με παράλληλη έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η οποία θα πρέπει να προσεγγίζει ολιστικά τον ασθενή. Ένας παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει στην επιδείνωση της φυσικής και ψυχικής υγείας είναι η μοναξιά.. Ο θάνατος του συζύγου, η απώλεια ενός κατοικίδιου, η φυσική ανικανότητα, η αλλαγή των ρόλων ή του τόπου διαμονής δύνανται να επιφέρουν μοναξιά⁴⁴. Γενικότερα, το αίσθημα της μοναξιάς θεωρείται ως αποτέλεσμα των αλλαγών που προκαλεί το γήρας. Ιδιαίτερα για τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της μοναξιάς είναι ιδιαίτερα σημαντικός ενθαρρύνοντας τις επισκέψεις στον ηλικιωμένο ασθενή και διευκολύνοντας του τη συμμετοχή στις διάφορες δραστηριότητες. Σύμφωνα με τη μελέτη⁴⁴ πληροφορίες για το κοινωνικό υπόβαθρο, τους σημαντικούς ανθρώπους, αντικείμενα και δραστηριότητες του ηλικιωμένου καθώς και προηγούμενες εμπειρίες ιδρυματοποίησης είναι απαραίτητο να αξιολογούνται προκειμένου τη δημιουργία ενός προγράμματος με στόχο τη μείωση της αίσθησης της μοναξιάς. Ο υπαρξιακός πόνος, ειδικά για τους ασθενείς των ιδρυμάτων που υποφέρουν από χρόνιο άλγος, κατέχει την πρωτοκαθεδρία. Η απώλεια των αγαπημένων προσώπων, του σπιτιού που διέμεναν, της υγείας, της ανεξαρτησίας και της επικοινωνίας αποτελούν αίτια θλίψης για τους ηλικιωμένους, ενώ η διεργασία εξοικείωσης με το νέο τους περιβάλλον μοιάζει με μια εξελισσόμενη διαδικασία που παρουσιάζει διακυμάνσεις¹⁹. Συνεπώς, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνιο πόνο που διαμένουν σε κλινική, θεωρείται υψίστης σημασίας τόσο για τη συναισθηματική τους κατάσταση, όσο και για τη ποιότητα ζωής τους. Επιπρόσθετα, συνίσταται να εκφράζουν αυτές τις ανησυχίες σε περίπτωση που το επιθυμούν, καθώς η εκούσια σιωπή επιδεινώνει περαιτέρω το πρόβλημα αποκόπτοντας τους θεραπευτικούς διαύλους που μέσω της επικοινωνίας θα συνεισέφεραν στη διαχείριση των ζητημάτων που αφορούν στην παρουσία του υπαρξιακού πόνου.

Συμπερασματικά, ο πόνος είναι ένα σύνηθες πρόβλημα μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε διαφορετικές κοινωνίες, όπως όμως υποστηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, παρότι το άλγος μπορεί να τυγχάνει ανακούφισης μέσω των φαρμακευτικών σκευασμάτων, παρ'όλαυτά εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς⁴⁵.

Ο πόνος στην τρίτη ηλικία δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο εύρος με αποτέλεσμα η κατανόηση του από τους επαγγελματίες υγείας να θεωρείται περιορισμένη.

3.Ο πόνος ως ψυχικό φαινόμενο

Ο πόνος είναι ένα βίωμα υποκειμενικό και καθορισμένο από κοινωνικούς, ψυχικούς, βιολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς και από την αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Η επώδυνη εμπειρία δεν αφορά μόνο στην αισθητηριακή διέγερση των ανάλογων υποδοχέων και στη μεταφορά των ώσεων διαμέσου του συστήματος αλγαισθησίας, αλλά και στο συνδυασμό των παραπάνω παραγόντων όπως επίσης και των προηγούμενων εμπειριών του ατόμου. Η πολύπλοκη συνεργασία αυτών των μεταβλητών καθιστά τον πόνο ένα φαινόμενο μη γραμμικό εφόσον αποτελεί προϊόν μιας δυναμικής διαδικασίας, καθώς οι εγκεφαλικές περιοχές που υποστηρίζουν τις παραπάνω ενέργειες συσχετίζονται μεταξύ τους, ενώ παράλληλα η καθεμιά λειτουργεί ανεξάρτητα. Συνεπώς, οι κατιούσες και ανιούσες οδοί δεν λειτουργούν με αντανakλαστικό και στερεοτυπικό τρόπο, αλλά συναποτελούν μέρος ενός πολύπλοκου και πολυσχιδούς δικτύου που επιδρά με το εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και τους ψυχικούς μηχανισμούς του.

Ουσιαστικά δύο συστατικά καθορίζουν την αντίδραση στον πόνο και συγκεκριμένα η σωματική αίσθηση και ο προσωπικός χαρακτήρας⁷. Ο πόνος γίνεται αντιληπτός σε ποικίλες διαβαθμίσεις ανάλογα με το αλγογόνο ερέθισμα, αλλά και το σημείο στο οποίο εντοπίζεται, όσον αφορά στον προσωπικό χαρακτήρα συνυπολογίζονται διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που δύνανται να ελαχιστοποιήσουν αλλά και να μεγεθύνουν την επώδυνη εμπειρία.

Οι γνωστικοί παράγοντες θεωρούνται ότι διαδραματίζουν έναν αξιοσημείωτα σημαντικό διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ της βίωσης του πόνου και των ακόλουθων επιπέδων δυσφορίας που αισθάνεται το άτομο, ωστόσο απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να μελετηθεί εκτενέστερα το παρόν επιστημονικό πεδίο⁴⁶.

Περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη γνώση και τη διάθεση συμμετέχουν επιπρόσθετα και στην επεξεργασία του πόνου σύμφωνα με αποτελέσματα μελέτης με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης του χρόνιου πόνου, της εκτελεστικής λειτουργίας και της μνήμης⁴⁷.

Συγκεκριμένα, οι γνωστικές λειτουργίες και συγκεκριμένα η μνήμη σχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα, η εκτελεστική λειτουργία συσχετίζεται θετικά με την ένταση και την επίδραση του πόνου, όπως μετρήθηκε από την Faces Pain Scale στη νόσο Alzheimer ενώ, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών λειτουργιών και της έντασης και επιρροής του πόνου στους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους⁴⁷.

Η πορεία που διανύει η αισθητηριακή πληροφορία ως νευρική ώση διαμέσου των νευρωνικών κυκλωμάτων μπορεί να αλληλεπιδρά και να τροποποιείται από τα διάφορα συστήματα με τα οποία αλληλεπιδρά. Είναι δυνατό να έρχεται σε επαφή με ποικίλα ερεθίσματα κατά μήκος του περιφερικού νευρικού συστήματος παραλλάσσοντας με αυτό τον τρόπο τα αρχικά χαρακτηριστικά του. Επιπρόσθετα, το πολύπλοκο φαινόμενο του πόνου και της υφής των αλγογόνων μηνυμάτων περιπλέκεται ολοένα περισσότερο λόγω της αλληλεπίδρασης του ψυχικού παράγοντα κατά τη διάρκεια της μεταβίβασης του αισθητηριακού μηνύματος. Το γεγονός αυτό οδηγεί στη μη δυνατότητα διαχωρισμού του ψυχικού από το σωματικό πόνο, καθώς πρόκειται για ένα συνονθύλευμα παραγόντων που εμπλέκονται ενεργά, ενώ παράλληλα πρόκειται για μια δραστηριότητα του νευρικού συστήματος συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου συνειδητότητας και της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου που βιώνει το άλγος.

Οι γνωστικές λειτουργίες συμμετέχουν ενεργά στην αντίληψη, την αντιλαμβανόμενη ένταση του πόνου, την αίσθηση ανικανότητας που συνδέεται με το βίωμα του, καθώς και την ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων και τυχόν χειρουργικών επεμβάσεων⁴⁸.

Συνεπώς, μια σύντομη αξιολόγηση των αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με το βίωμα του πόνου, παρουσιάζει μέτρια έως ισχυρή θετική συσχέτιση με τη θεωρούμενη ανικανότητα (περιοχή ώμων, χεριού και βραχίονα) και μέτρια θετική σχέση με την κατάθλιψη⁴⁸. Επιπρόσθετα, μελέτη περιγράφει τη σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της μετατραυματικής διαταραχής⁴⁹.

Στις περιπτώσεις που ένας ασθενής αναφέρει ότι πονά ενώ ο πόνος δεν μπορεί να ερμηνευτεί με βάση τις υπάρχουσες ιατρικές μεθόδους ή όταν η αναφερόμενη δυσφορία ξεπερνά τα αναμενόμενα όρια, τότε συνήθως ο πόνος θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας. Η υπόθεση αυτή δεν είναι λανθασμένη, ωστόσο συχνά ο πόνος παραβλέπεται, καθώς ο πόνος είναι ολικό φαινόμενο και δεν θα πρέπει να διαχωρίζεται, εφόσον πρόκειται για μία κατά βάση ψυχική εμπειρία³.

Απαραίτητη προϋπόθεση της βίωσης του άλγους είναι η ύπαρξη συνείδησης, συνεπώς ο θεωρούμενος ως πόνος ψυχογενούς αιτιολογίας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ολιστικά και να περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Το άγχος είναι μια συχνά εμφανιζόμενη συναισθηματική αντίδραση που ακολουθεί την επώδυνη εμπειρία ή την αναμονή της και σε ορισμένο βαθμό ο ρόλος του είναι θετικός, καθώς ενεργοποιεί κατιόντες μηχανισμούς αναλγησίας με ώσεις που ξεκινούν από το φλοιό με προορισμό τα οπίσθια νωτιαία κέρατα του νωτιαίου μυελού. Ωστόσο, όταν το άγχος συνεχίζεται καθίσταται ανώφελο και επιβλαβές. Συγκεκριμένα, είναι δυνατό να προκαλεί μεταβολές στη φυσιολογία του οργανισμού μέσω της απελευθέρωσης νευροδιαβιβαστών (για παράδειγμα της νοραδρεναλίνης), οι οποίοι προκαλούν τη δράση του αυτόνομου συμπαθητικού συστήματος με ακόλουθες δυσάρεστες συνέπειες για τον οργανισμό³.

Επιπρόσθετα, η επίδραση του γίνεται ιδιαίτερα εμφανής κατά την προ και μετεγχειρητική περίοδο, καθώς η ικανοποιητική επαφή με τους επαγγελματίες υγείας και η ενασχόληση με τον ασθενή προβλέπει καλύτερη μετεγχειρητική πορεία.

Όσον αφορά στις ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της αισθητηριακής αντίληψης του πόνου, αναφέρεται ότι το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης καθώς και ο χαμός του συντρόφου μπορεί να αυξήσει την ένταση του με την παράλληλη αύξηση της δυστυχίας του, ενώ αντίθετη επίδραση μπορούν να προκαλέσουν οι ανεπτυγμένες μέθοδοι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, η γνώση της αιτίας του πόνου που βιώνουν και οι τυχόν προηγούμενες εμπειρίες από το ίδιο πρόβλημα κυρίως όσον αφορά στις πιθανές επιπτώσεις που επιφέρει στην καθημερινή λειτουργικότητα.

4. Παράγοντες που επηρεάζουν τα συγκινησιακά χαρακτηριστικά του πόνου

Φαίνεται ότι εκτός από την κλασική προβολή του πόνου στο σωματοαισθητικό φλοιό μέσω των οπίσθιων κέρατων και του θαλάμου, υπάρχουν και άλλες οδοί του πόνου.

- Οπίσθια κέρατα της νωτιαίας χορδής  ραχιακό-οπίσθιος προμήκης (κάτω δικτυωτός ραχιαίος πυρήνας)  μέσος κοιλιακός πυρήνας του θαλάμου  πλαγιοραχιαίοι μετωπιαίοι λοβοί
- Νωτιαίος μυελός  παραβραγχιακός πυρήνας  υποθάλαμος αμυγδαλή
- παραβραγχιακός πυρήνας  κεντρικός πυρήνας της αμυγδαλής  βάση του πρόσθιου εγκεφάλου

Οι παραπάνω οδοί πιθανά σχετίζονται με τις συγκινησιακές πλευρές του πόνου, καθώς και με συνδέσεις μεταξύ του πόνου και των γνωστικών διαδικασιών.

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι ο φλοιός της πρόσθιας έλικας ACC διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως κεντρικό σημείο ελέγχου των μηχανισμών που σχετίζονται με την αυτορρύθμιση της έντασης του πόνου και τη δυσφορία που προκαλεί, ενώ πιθανό να αποτελεί στόχο των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση του. Συγκεκριμένα, ο φλοιός της πρόσθιας έλικας συνδέεται με συναισθηματικά στοιχεία του πόνου, ενώ ο S1 φλοιός με τα αισθητικά.

Πέραν της άμεσης δυσφορίας που προκαλεί ο πόνος, παρουσιάζεται και η συναισθηματική δυσφορία, η οποία προβάλλεται ως η συγκίνηση της αναμονής του πόνου που πρόκειται να επέλθει. Η νευροβιολογία αυτής της αναμονής καταγράφεται με την ενεργοποίηση του ACC και της βρεγματικής καλύπτρας/ οπίσθιας νήσου στην περιοχή S2.

Επιπρόσθετα, η εμπλοκή των δομών όπως ο δικτυωτός σχηματισμός και το μεταχιακό σύστημα επιφέρουν διαφοροποιήσεις στην αίσθηση, τη συμπεριφορά και στο βαθμό τον οποίο το άτομο υποφέρει από τον πόνο.

Σε πείραμα τους οι Damasio et al κατέγραψαν με PET εγκεφαλικές περιοχές τη χρονική στιγμή που οι συμμετέχοντες στην πειραματική διαδικασία εμφάνιζαν συναισθηματικές αντιδράσεις λόγω της ανάκλησης συγκινησιακών προσωπικών εμπειριών. Οι καταγραφές έδειξαν μεταβολές της τοπικής αιματικής ροής στον ACC, στην νήσο του Reil και την

βρεγματική καλύπτρα στον S2 φλοιό. Οι συγκεκριμένες εγκεφαλικές δομές εμπλέκονται και σε καταστάσεις που αφορούν σε συμπεριφορές κινήτρων, ενώ σύμφωνα με τις τεχνικές απεικόνισης τα δίκτυα αμοιβής και πόνου συνδέονται.

Αλγοϋποδεκτική εισαγωγή ερεθισμάτων, νευροπαθολογικές μεταβολές του ΚΝΣ και ακόλουθη επεξεργασία των ερεθισμάτων (φλοιώδης διαδικασία), συσχέτιση των προσλαμβανόμενων ώσεων με μνημονικές εμπειρίες και η απόκριση του ατόμου συνδέονται άρρηκτα με συναισθηματικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν βιολογικό υπόστρωμα.

Συμπερασματικά το βίωμα του πόνου αποτελεί ένα μείγμα διαφόρων διαδικασιών που συνυπάρχουν άλλοτε γραμμικά και άλλοτε παράλληλα δίνοντας ως τελικό προϊόν το άλγος.

Συνεπώς, το αντιληπτικό κατασκεύασμα του επώδυνου ερεθίσματος συνιστά μια επώδυνη εμπειρία που αφορά στο χωροχρονικό συνεχές της ζωής του ατόμου καθιστώντας τον πόνο ένα φαινόμενο μοναδικό στο βίωμα του και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση του.

5.Ο πόνος στους ανοϊκούς ασθενείς

Οι χρόνιες νόσοι θεωρούνται σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία απαιτούν άμεσες παρεμβάσεις και λύσεις, αν και πολλές φορές οι στόχοι δεν είναι εφικτοί λόγω των πολλαπλών παραγόντων που αλληλεπιδρούν, καθώς σχετίζονται με μεγάλο τμήμα του πληθυσμού και έχουν άμεσες επιδράσεις στην ποιότητα ζωής. Η ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας, ενώ συνδέεται με μια πληθώρα χρόνιων ασθενειών ανεξάρτητα από το γνωστικό επίπεδο⁵⁰. Σε έρευνα που διεξήχθη στη Μαδρίτη φάνηκε ότι η νόσος του Alzheimer, του Parkinson, η ινομυαλγία, CVACs και η κατάθλιψη αποτέλεσαν τις κυριότερες νόσους που σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής, ενώ όταν στη στατιστική ανάλυση εντάχθηκαν και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές τότε θεωρήθηκαν η κατάθλιψη, η αρθρίτιδα ή ρευματισμοί, η νόσος του Alzheimer ή η άνοια γενικότερα, οι γαστρικές διαταραχές, ο καρκίνος και οι CVACs⁵¹. Ο πόνος αποτελεί σύνηθες φαινόμενο στην τρίτη ηλικία, ωστόσο η επίδραση του έχει υποτιμηθεί στους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, η επώδυνη εμπειρία των οποίων συχνά υποδιαγιγνώσκεται με αποτέλεσμα να μην τυγχάνουν θεραπείας, παρά το γεγονός ότι υποφέρουν εξίσου με τους υγιείς γνωστικά ηλικιωμένους.

Ασθενείς που σχετίζονται με το πέρας της ηλικίας, όπως για παράδειγμα η άνοια, μπορεί να παρέμβουν στην ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνήσει το γεγονός ότι πονά, ενώ το σύστημα παροχής φροντίδας σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές συνιστώσες δύνανται να αποτελούν εμπόδια στη διάγνωση και διαχείριση του πόνου στους ηλικιωμένους⁵¹. Σε μελέτη που διεξήχθη⁵² φάνηκε ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών (συγκεκριμένα της ηλικίας, του φύλου, των λειτουργικών περιορισμών, της ακράτειας και των συμπεριφορών διάσπασης), της φαρμακευτικής αγωγής, της χρήσης υπηρεσιών υγείας (για παράδειγμα νοσοκομείο, νοσηλευτικά ιδρύματα) και της θνητότητας με την ύπαρξη του πόνου ή τη συνύπαρξη πόνου και άνοιας. Συμπερασματικά δεν παρατηρήθηκε σύνδεση επιπέδου πόνου και στην αύξηση του ποσοστού συμπεριφορικών προβλημάτων, φαρμακευτικών σκευασμάτων και χρήσης υπηρεσιών υγείας στους ανοϊκούς ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι γνωστικά υγιείς ηλικιωμένοι να λαμβάνουν υψηλότερα ποσοστά αναλγησίας συγκριτικά με τους ασθενείς με προχωρημένη άνοια, κυρίως λόγω των αυτοαναφορών που εκφράζουν οι πρώτοι, ενώ σε περίπτωση που χορηγείται αναλγησία στους ανοϊκούς ασθενείς προηγείται μια εμφανής συμπεριφορά που δηλώνει πόνο κατά την εξέταση ή την καθημερινή φροντίδα⁵³.

Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει ότι η εμπειρία του πόνου δεν διαφοροποιείται από την ύπαρξη της άνοιας.

Η επίδραση της άνοιας στην έκφραση του πόνου περιγράφηκε από μία μελέτη¹³ στην οποία ελήφθησαν μετρήσεις πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την αιμοληψία που αφορούσαν στον καρδιακό ρυθμό, την ύπαρξη αρρυθμίας (respiratory sinus arrhythmia), το αναφερόμενο άγχος και τον πόνο και τις εκφράσεις του προσώπου (μαγνητοσκοπημένες). Με την εξέλιξη της άνοιας παρατηρήθηκε άμβλυνση των φυσιολογικών αντιδράσεων, όπως εκτιμήθηκε από το μειωμένο καρδιακό ρυθμό.

Επιπλέον, η άνοια παρεισφρείει στην ικανότητα του ατόμου να απαντά ευθέως στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον πιθανό πόνο και το άγχος που βιώνει, ενώ όσοι μπορούσαν να περιγράψουν το βίωμα τους θεωρούνταν ακριβείς ως προς την περιγραφή τους. Οι εκφράσεις του προσώπου παρατηρήθηκαν αυξημένες στους ανοϊκούς ασθενείς, χωρίς όμως το διαχωρισμό συγκεκριμένων συναισθημάτων. Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, η άνοια συνδέεται τόσο με το βίωμα του πόνου, όσο και με την έκφραση του.

Η άνοια έχει συνδεθεί με μειωμένη αυτοαναφορά πόνου και χρήση αναλγητικών στους ανοϊκούς ασθενείς⁵⁴. Μελέτη⁵⁴ διατυπώνει ότι η συχνότητα του πόνου, κάθε είδος επώδυνης αίσθησης στην καθημερινή ζωή, το άλγος που παρεισφρείει σε ορισμένες δραστηριότητες και γενικότερα ο πόνος στο σύνολο του παρουσιάζεται μειωμένος στους ασθενείς με άνοια (43%, 23%, 19%, 4%) συγκριτικά με τους γνωστικά επαρκείς ηλικιωμένους (69%, 40%, 36%, 13%).

Μελέτες έχουν διατυπώσει ότι η αντίληψη και η αλγογόνα διεργασία μπορεί να παραλλάσσονται λόγω της άνοιας⁵⁵⁻⁵⁹. Συγκεκριμένα έχει υποστηριχθεί ότι οι ασθενείς με νόσο Alzheimer τείνουν να αντιλαμβάνονται λιγότερη ένταση στον πόνο και τις επιδράσεις του, καθώς και ότι η άνοια σε σχετικά πρώιμο στάδιο μπορεί να συνδέεται με μια αλλαγή στην εμπειρία του πόνου⁶⁰.

Επιπρόσθετα, μία ακόμα μελέτη⁶¹ υποστηρίζει ότι οι ασθενείς με νόσο Alzheimer συγκρινόμενοι με τους υγιείς, βίωσαν λιγότερη ένταση και επιρροή από τον πόνο, καθώς οι ποσότητες των αναλγητικών που χρησιμοποιούσαν οι δύο ομάδες δεν διέφερε. Ωστόσο, η άνοια δεν λειτουργεί προστατευτικά στις διαταραχές που προκαλούν πόνο⁶¹. Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο τίθεται το ζήτημα της ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης του πόνου στους ηλικιωμένους πέραν της απλής εντόπισης και της έντασης του.

Η ένταση του πόνου και ο αριθμός των επώδυνων συμπτωμάτων επέφεραν μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση στη γνωστική εξασθένηση σύμφωνα με έρευνα σε 758 ηλικιωμένους που διέμεναν σε ίδρυμα⁶². Επιπρόσθετα, ο πόνος συσχετίστηκε θετικά με τη φθίνουσα σωματική υγεία και τη λειτουργική ανικανότητα. Ωστόσο, η σύνδεση του πόνου με τη γνωστική έκπτωση υπήρξε σημαντική συγκρινόμενη με την επίδραση του στη σωματική υγεία και λειτουργική ανικανότητα.

Συμπερασματικά η μελέτη αναδεικνύει ότι παρότι ο πόνος στους γνωστικά εξασθενημένους ηλικιωμένους δεν τυγχάνει αποτελεσματικής αντιμετώπισης, ωστόσο οι αυτοαναφορές τους είναι γενικά όχι λιγότερο έγκυρες συγκριτικά με αυτές των ηλικιωμένων χωρίς γνωστική έκπτωση.

Ειδικότερα για τους ηλικιωμένους που έχουν μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας λόγω γνωστικής εξασθένησης ή σοβαρής φυσικής ανικανότητας, η εμπειρία του πόνου συχνά παραβλέπεται⁶³.

Αν και ο αριθμός των ανοϊκών πασχόντων αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, υπάρχουν λίγα στοιχεία για τη μελέτη του πόνου σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Η αξιολόγηση του συχνά υποβαθμίζεται, υποεκτιμάται ή γίνεται αντικείμενο στερεοτυπικής εκτίμησης από τους επαγγελματίες υγείας. Παρολαυτά, οι ασθενείς με άνοια⁶⁴ επιδεικνύουν αξιοσημείωτα άτυπες συμπεριφορές πόνου, οι οποίες αξιολογούνται επαρκώς μόνο από έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό.

Το γεγονός της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου στους ηλικιωμένους ενισχύεται και από την πιθανή γνωστική έκπτωση που μπορεί να συνυπάρχει. Μελέτη⁶⁵ που αφορούσε στην αποκατάσταση του ισχιακού κατάγματος σε ασθενείς με και χωρίς γνωστική γνωστική έκπτωση, αναδεικνύει ότι η οι πρώτοι σκόραραν υψηλότερα στην κλίμακα που αφορούσε στους μη-λεκτικούς δείκτες του πόνου, η ένταση του οποίου δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Επιπλέον, αν και η συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία ελάμβανε ανεπαρκή φαρμακευτική αναλγησία (25% λιγότερο από τις συνήθεις δοσολογίες), ωστόσο η ομάδα που εμφάνισε γνωστικά ελλείμματα έλαβε λιγότερη αναλγησία, το γεγονός αυτό τονίζει περαιτέρω την ανάγκη για πιο στοχευμένη, λεπτομερή και εξονυχιστική διερεύνηση των πασχόντων πέρα από την ηλικιακή κατηγορία στην οποία συμπεριλαμβάνονται και τους συνεπακόλουθους γνωστικούς περιορισμούς. Οι ασθενείς που πάσχουν από εκφυλιστικές νόσους του εγκεφάλου έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες υποδιάγνωσης του πόνου, συγκριτικά με τους υγιείς, ηλικιωμένους⁵³ καθώς οι ασθενείς με γνωστική έκπτωση υπολείπονται θεραπείας και περαιτέρω διαχείρισης των επώδυνων εμπειριών που βιώνουν λόγω της ανικανότητας να τις εκφράσουν.

Η εμπειρία της άνοιας δεν μεταβάλλει την εμπειρία του πόνου, αλλά οι ανοϊκοί ασθενείς δεν δύνανται να εκφράσουν τον πόνο τους, να ανακαλέσουν ένα επεισόδιο πόνου το οποίο έχει προσφάτως συμβεί, να αναζητήσουν αναλγητικά ή να χρησιμοποιήσουν την αντλία PCA⁵³.

Η αντίληψη ενός αλγογόνου ερεθίσματος παρατηρείται τόσο στους ανοϊκούς ασθενείς, όσο και στους γνωστικά επαρκείς ηλικιωμένους, ωστόσο ουσιαστικά αυτό που διαφέρει είναι η ικανότητα έκφρασης του, η οποία παρατηρείται μειωμένη στους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ σύμφωνα με μελέτη η άνοια επιδρά στα χαρακτηριστικά του πόνου με διαφορετικούς τρόπους καθώς ένα βλαβερό ερέθισμα αυξάνει τις εκφράσεις δυσaráσκειας από τους μυς του προσώπου και μειώνει τις αντιδράσεις από το αυτόνομο, ενώ η ουδός πυροδότησης αναφορικά με τα κινητικά αντανακλαστικά εμφανίστηκε μειωμένη στους φυσιολογικούς ηλικιωμένους⁶⁶.

Η διαγνωστική για την ύπαρξη του πόνου αξία των εκφράσεων του προσώπου έχει επαληθευτεί και από μια επιπρόσθετη έρευνα⁶⁷, η οποία αναδεικνύει την αυξημένη συχνότητα τους στους ανοϊκούς ασθενείς συγκριτικά με τους υγιείς ηλικιωμένους, αν και υπήρχε στενή σύνδεση μεταξύ των αντιδράσεων του προσώπου και της έντασης του ερεθίσματος.

Ο οξύς και χρόνιος πόνος είναι σύνηθες φαινόμενο στους ιδρυματοποιημένους ανοϊκούς ασθενείς, ωστόσο, υπάρχουν ελλιπή ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση εργαλείων εκτίμησης του σε αυτό τον πληθυσμό.

Έρευνα⁶⁸ αποκαλύπτει ότι οι αναφορές πόνου των ανοϊκών ασθενών, που δεν έχουν απωλέσει τις επικοινωνιακές τους ικανότητες, είναι εξίσου έγκυρες με αυτές των ηλικιωμένων που δεν έχουν εκπέσει γνωστικά. Μελέτη⁶⁹ δείχνει ότι ο καθημερινός πόνος είναι ιδιαίτερα εμφανής στους ηλικιωμένους με εύθραυστη υγεία, γεγονός που συχνά παραβλέπεται στους μεγαλύτερους σε ηλικία και τους ασθενείς με άνοια. Οι ασθενείς με σοβαρή άνοια δεν έχουν την εμπειρία λιγότερης έντασης, σημείων εντοπισμού του πόνου και διάγνωσης του συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν άνοια διαφορετικού σταδίου⁷⁰, γεγονός που επισημαίνει τον κίνδυνο του να υποφέρουν από το χρόνιο πόνο, ενώ η ένταση του πόνου δεν διαφοροποιείται μεταξύ των υποκατηγοριών της άνοιας. Ωστόσο, υπάρχουν και αντικρουόμενα ευρήματα καθώς ο Parmelee⁷¹ υποστήριξε ότι οι ασθενείς με σοβαρή άνοια παρουσίασαν λιγότερες περιοχές εντοπισμού και έντασης του πόνου συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ενώ οι Proctor & Hirdes⁷² θεωρούν σύμφωνα με τη μελέτη τους ότι η μειωμένη επικράτηση του πόνου σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα στην άνοια.

Μερικές μελέτες υποστηρίζουν μία αλλαγή στην εμπειρία του πόνου στους ασθενείς με νόσο Alzheimer λόγω της νευροεκφύλισης στις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην επεξεργασία αλγορίθμων ερεθισμάτων⁷³. Οι Benedetti και συνεργάτες⁷⁴ βρήκαν υψηλότερη ανοχή στον πόνο στους ασθενείς με νόσο Alzheimer συγκριτικά με μη ανοϊκούς ή ασθενείς με διαφορετική μορφή άνοιας, ενώ έρευνα⁷⁰ ανιχνεύει περισσότερες περιοχές εντόπισης του πόνου στην αγγειακή και τη μεικτή άνοια σε σχέση με τη νόσο Alzheimer.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν λίγες διαφορές στην επικράτηση και τη διαχείριση του πόνου μεταξύ των ηλικιωμένων που διαμένουν σε γηροκομεία και σε αυτούς των μονάδων εξειδικευμένων για ανοϊκούς ασθενείς (Long-Term Care).

Οι περισσότεροι από όσους ζούσαν σε γηροκομεία ελάμβαναν θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου, κυρίως φαρμακευτική⁷⁵, ενώ κατά προσέγγιση το 40% των ασθενών και των δύο μονάδων δεν βρίσκονταν υπό φαρμακευτική αντιμετώπιση και σχεδόν το ένα τρίτο (31,3%) δεν συμμετείχαν σε θεραπεία του πόνου, σύμφωνα με την ίδια μελέτη.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι μια σημαντική μειονότητα των ασθενών δεν τυγχάνει μιας τυπικής διαδικασίας αξιολόγησης του πόνου, η οποία υπήρξε ελάχιστα αυξημένη στα γηροκομεία συγκριτικά με αυτούς που ζούσαν σε εξειδικευμένες μονάδες.

Ο πόνος επιφέρει δυσάρεστες επιπτώσεις συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της μειωμένης κινητικότητας και της κοινωνικής απομόνωσης (Ferrell, 1991; Ferrell, Ferrell, & Osterweil, 1990; Parmelee, Katz, & Lawton, 1991), ωστόσο ειδικά για τους ασθενείς με άνοια είναι δυνατό να επιφέρει όξυνση της γνωστικής επιβάρυνσης και της επιθετικής συμπεριφοράς (Buffum, Miaskowski, Sands, & Brod, 2001; Feldt, Warne, & Ryden, 1998). Η εμφάνιση των συμπεριφορικών δυσλειτουργιών μπορεί να γίνει εμφανής σε οποιοδήποτε στάδιο της άνοιας, σχετίζονται όμως κυρίως με τα χαμηλότερα. Έρευνα⁷⁶ επιχείρησε τη διευκρίνιση της επίδρασης του πόνου στη δυσλειτουργική συμπεριφορά των ασθενών, καθώς και το βαθμό στον οποίο είναι δυνατό να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα αυτής. Τα αποτελέσματα σε 277 ιδρυματοποιημένους ασθενείς άνω των 60 ετών δείχνουν ότι ο πόνος επέδρασε στις συμπεριφορικές διαταραχές των ασθενών με σοβαρή άνοια συχνότερα από τους ασθενείς με μέτρια ή ήπια άνοια, καθώς και ότι όσοι είχαν χρόνιο πόνο και σοβαρή άνοια εμφάνισαν περισσότερες συμπεριφορικές διαταραχές συγκριτικά με αυτούς που βρίσκονταν σε πιο πρώιμα στάδια της άνοιας.

Συνεπώς η έγκαιρη αντιμετώπιση του πόνου οδηγεί, σύμφωνα με τη μελέτη, σε μείωση των δυσλειτουργιών στη συμπεριφορά του ασθενούς και συνεπώς στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Αναφορικά με τις συμπεριφορικές δυσλειτουργίες που είναι δυνατό να εμφανίσουν οι ανοϊκοί ασθενείς με συν-νοσηρότητα του χρόνιου πόνου, είναι ενδεικτική η εκδήλωση αναστάτωσης/αναταραχής, η οποία εκτιμάται ως ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα συμπεριφοράς, το οποίο συναντάται συχνά και οι συνέπειες του, εκτείνονται σε ένα ευρύ φάσμα που περιλαμβάνει και την οικονομική επιβάρυνση κυρίως των δομών που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών⁷⁷.

Η εκδήλωση αναστάτωσης στους ανοϊκούς ασθενείς θεωρείται αποτέλεσμα διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων τόσο ιατρικών (για παράδειγμα πνευμονία, μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος ή άλλες διαταραχές προκαλούμενες από μολύνσεις) όσο και ψυχιατρικών (για παράδειγμα παραλήρημα, κατάθλιψη, ψυχωτική διαταραχή, αγχώδης διαταραχή)⁷⁷.

Συνεπώς, θα πρέπει να γίνεται η απαραίτητη διαφοροδιάγνωση που προκαλεί την εμφάνιση αυτής της αναστάτωσης από πλευράς του ασθενούς με σκοπό την αποφυγή της περιττής φαρμακευτικής αγωγής και την ορθή αντιμετώπιση έτσι ώστε να προλαμβάνεται περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης που προκύπτει με την ανεπαρκή διαχείριση του πόνου.

Η ύπαρξη αυτού του φαινομένου παρατηρείται συχνά στα ιδρύματα, καθώς οι ασθενείς που διαμένουν εκεί είναι πιθανό πάσχουν από συν-νοσηρές διαταραχές, γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη διερεύνηση του πόνου με επιπρόσθετο εμπόδιο την εκάστοτε μη δυνατότητα επικοινωνίας από πλευράς του πάσχοντος.

Η υποδιάγνωση του πόνου στην άνοια αποτελεί συνήθης πρακτική, γεγονός που προκαλεί συμπεριφορικές διαταραχές και ακόλουθα λάθη στη φαρμακευτική θεραπεία και συγκεκριμένα τη συνταγογράφηση νευροληπτικών στη θέση των αναλγητικών φαρμάκων⁵⁵.

Παρά το αυξημένο ποσοστό των ασθενών με άνοια, υπάρχουν λίγα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον πόνο σε αυτό τον πληθυσμό⁶⁴. Η άνοια παρεισφρέει στην ικανότητα του ατόμου να απαντά στις ερωτήσεις που αφορούν στην αξιολόγηση του πόνου και του άγχους¹³, ενώ επηρεάζει τόσο το βίωμα του πόνου, όσο και την αυτοαναφορά του από τον ανοϊκό ασθενή. Ωστόσο, καταστάσεις ή ασθένειες που προκαλούν πόνο και δυσάρεστο συναίσθημα για τους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους, προκαλούν εξίσου παρόμοιες αντιδράσεις και για τους ασθενείς με γνωστική εκφύλιση⁵³.

Ο πόνος είναι ένα φαινόμενο εξίσου σύνηθες και υπαρκτό τόσο για τους ασθενείς με άνοια όσο και γι' αυτούς που δεν πάσχουν από αυτή (Farrell, Katz, & Helme, 1996), ωστόσο η διαφορά είναι ο πόνος στους ανοϊκούς δεν τίθεται υπό διάγνωση και θεραπεία, γεγονός που οφείλεται όχι μόνο στη μειωμένη αυτοαναφορά των ασθενών, αλλά και στην προηγούμενη ελλιπή τυπική εκτίμηση (Weiner, 2002), εκπαίδευση του προσωπικού (Ferrell, 1995; Weissman & Matson) καθώς και εμπόδια που εγείρει μέσω του τρόπου με τον οποίο συμπεριφέρεται (Mrozek & Werner, 2001; Weiner & Rudy, 2002).

Η άνοια δεν θα πρέπει να αποτελεί εμπόδιο για τη διάγνωση του πόνου, καθώς δεν αποτελεί προστατευτικό παράγοντα και παρά το γεγονός ότι ασθενείς με σοβαρή άνοια μπορεί να μην είναι ικανοί να περιγράψουν την επώδυνη εμπειρία τους, ωστόσο θα πρέπει να γίνεται εφαρμογή των υπαρχόντων διαγνωστικών μεθόδων προκειμένου την αποτελεσματική αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου με την ταυτόχρονη έρευνα για τη διαμόρφωση ολοένα και ακριβέστερων διαγνωστικών μεθόδων που θα αξιολογούν με όσο μεγαλύτερη ακρίβεια τις αυτοαναφορές των ασθενών οποιασδήποτε μορφής.

Συμπερασματικά, οι επώδυνες εμπειρίες στους ασθενείς με άνοια αποτελούν μια πρόκληση τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση, γεγονός που θα συμβάλει στην αποτελεσματικότερη θεραπευτική προσέγγιση και θα λειτουργήσει ανακουφιστικά στους ασθενείς.

Ενώ η ύπαρξη οποιασδήποτε νευροεκφυλιστικής διαταραχής δεν θα πρέπει να θεωρείται δικαιολογία για τη μη αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς.

6.Το γήρας

Η γήρανση αποτελεί μια εξελικτική–εκφυλιστική πορεία της ζωής του ανθρώπου σε ένα προστατευόμενο περιβάλλον και χαρακτηρίζεται από μια σειρά χρονοεξαρτώμενων ανατομικών και λειτουργικών μεταβολών που μειώνουν τις φυσιολογικές εφεδρείες και την απόδοση του οργανισμού.

Συχνά καθίσταται δύσκολο το να δοθεί ένας σαφής ορισμός για τη γήρανση, καθώς σχετίζεται με μια σωρεία αλλαγών οι οποίες εκδηλώνονται σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, κοινωνικών ρόλων, βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών λειτουργιών⁷⁸. Συνεπώς, παρά το γεγονός ότι το γήρας προσδιορίζεται από τη χρονολογική ηλικία, υπάρχουν πολλές διατομικές διαφορές που το προσδιορίζουν με αποτέλεσμα οι διάφοροι οργανισμοί να γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς. Μια πρωταρχική διάκριση αναφορικά με το γήρας αποτελεί η διάκριση του σε πρωτογενές και δευτερογενές (Busse, 1969, Lemme, 1995). Το πρωτογενές συνδέεται με τις βιολογικές διεργασίες, οι οποίες θα συμβούν ανεξάρτητα με τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, καθώς είναι γενετικά προσδιορισμένες και συνεπώς αναπόφευκτες, ενώ το δευτερογενές με τις παθολογικές μεταβολές που είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων, ατομικών συμπεριφορών

και γενικότερα των συνθηκών διαβίωσης. Οι αλλαγές που σχετίζονται με το πέρασμα του χρόνου αφορούν ένα ευρύ φάσμα μεταβολών που παρουσιάζεται σε πολλές λειτουργίες του ατόμου⁷⁸:

Φυσιολογικές μεταβολές

Εμφάνιση: Οι επιδράσεις της ηλικίας είναι εμφανείς στα χαρακτηριστικά του προσώπου, του σώματος για παράδειγμα την κατανομή του βάρους. Πρόκειται δηλαδή για αισθητικού τύπου αλλαγές, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω προβλήματα στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τη σωματική του εικόνα και γενικότερα τον εαυτό του.

Κινητικότητα: Η έκπτωση της κινητικότητας του ατόμου και γενικότερα οι αλλαγές στο μυοσκελετικό του σύστημα είναι ιδιαίτερα εμφανείς κατά την τρίτη ηλικία λόγω του συνδυασμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο τρόπος ζωής, για παράδειγμα το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η χρήση οινοπνευματωδών επιδρούν στην πυκνότητα των οστών.

Ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών παρατηρείται συχνά πόνος και γενικότερα λειτουργικά ελλείμματα με δυσμενείς επιδράσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Αισθητηριακά ελλείμματα

Η μείωση της οξύτητας των αισθητήριων οργάνων είναι αρκετά εμφανής στους ηλικιωμένους, οι οποίοι καταφεύγουν γι' αυτό το λόγο συχνά στους επαγγελματίες υγείας. Διαταραχές όρασης, ακοής καθώς και ισορροπίας είναι αρκετά συνήθεις και περιορίζουν τη λειτουργικότητα των ατόμων και την κοινωνική τους δραστηριότητα.

Καρδιαγγειακό σύστημα

Η λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος παρουσιάζει μεταβολές κατά τη διάρκεια της ηλικίας ενός ατόμου, οι οποίες είναι εμφανείς στη μειωμένη ποσότητα του αίματος που φτάνει στους μυς κατά τη φυσική δραστηριότητα. Συνεπώς, η φροντίδα της λειτουργίας της καρδιάς και των αγγείων προλαμβάνει πολλές δυσλειτουργίες του οργανισμού, αλλά ενισχύει και τη διάθεση του.

Αναπνευστικό σύστημα

Προβλήματα κόπωσης και δύσπνοιας είναι συχνά παρατηρούμενα στην τρίτη ηλικία, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στη φυσική δραστηριότητα του ηλικιωμένου, ενώ ταυτόχρονα λειτουργεί περιοριστικά στην καθημερινότητα του και την καθημερινή του δράση.

Εκκρητικό σύστημα

Οι διαταραχές του απεκκριτικού συστήματος αφορούν κυρίως στη λειτουργία των νεφρών και έχουν τόσο λειτουργικές, όσο και ψυχικές προεκτάσεις, για παράδειγμα η ακράτεια που προκαλεί ντροπή και περιορίζει την κοινωνική δράση του ατόμου.

Επιπρόσθετα, η μειωμένη λειτουργία των νεφρών επιδρά και στο βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων γεγονός που πυροδοτεί παρενέργειες στον οργανισμό, οι οποίες ενισχύονται από τη συχνά παρατηρούμενη πολυφαρμακία.

Τροφή και πέψη

Οι επιπτώσεις της ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές, ενώ συνήθως αποτελούν απόρροια άλλων ασθενειών και όχι της γήρανσης, ωστόσο μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορα προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής και την επάρκεια των απαραίτητων θρεπτικών στοιχείων στον οργανισμό.

Αυτόνομο νευρικό σύστημα και Κεντρικό νευρικό σύστημα

Οι μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα σχετίζονται τόσο με το γήρας όσο και με τις διάφορες ασθένειες που μπορεί να εκδηλωθούν, όπως για παράδειγμα η άνοια.

Με το πέρας του χρόνου παρατηρούνται ελλείμματα στην πλαστικότητα και γενικότερα στη λειτουργία του εγκεφάλου, τα οποία όμως δεν συνιστούν απαραίτητα διαταραχή παρά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις που σχετίζονται με ορισμένο παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Σχετικά με τις αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, που αποτελεί τμήμα του περιφερικού νευρικού συστήματος, αυτές αφορούν κυρίως διαταραχές στον ύπνο και τη θερμοκρασία του σώματος, λειτουργίες που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Αναπαραγωγικό σύστημα

Οι αλλαγές στο αναπαραγωγικό σύστημα και τη σεξουαλικότητα είναι εμφανείς και συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τη λειτουργία των ορμονών. Ωστόσο, η καλή σωματική και ψυχική υγεία εγγυάται μια υγιή σεξουαλική ζωή και επιθυμία, η οποία λειτουργεί θετικά στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου.

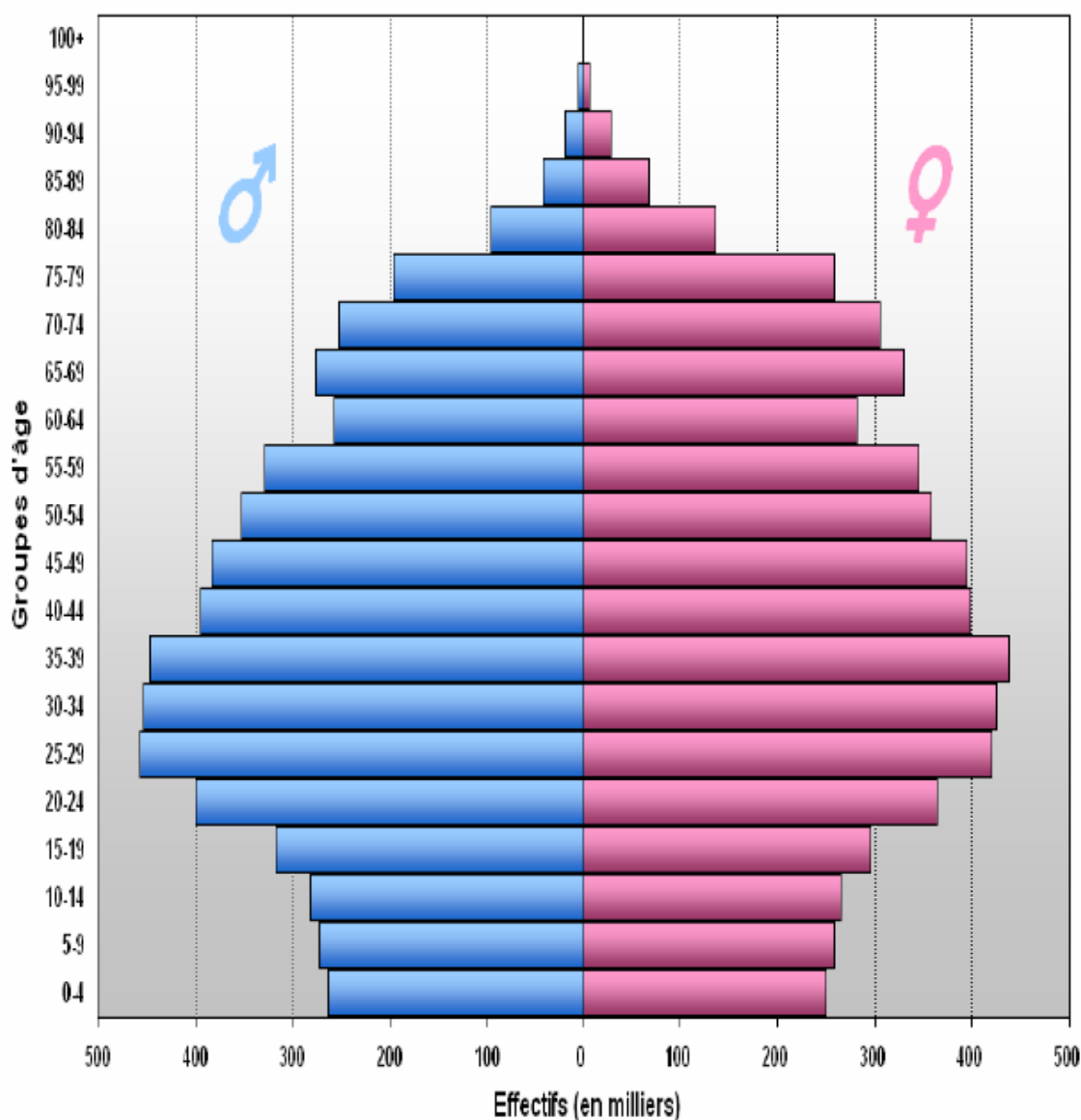
Γνωστικές μεταβολές

Με το πέρας της ηλικίας η έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες είναι συχνά παρατηρούμενη, ωστόσο οι εμπειρίες της ζωής των ηλικιωμένων και η σοφία που μερικοί κατακτούν μπορούν να τους καταστήσουν λειτουργικούς με δυνατότητες μετάδοσης γνώσεων στους νεότερους.

Οι λειτουργίες που πλήττονται ιδιαίτερα είναι η επεξεργασία των πληροφοριών, η οποία στηρίζεται κατά βάση στην ικανότητα προσοχής και η άμεση μνήμη, που είναι μια ιδιαίτερα ευαίσθητη λειτουργία που παρουσιάζει πτώση ήδη κατά τη διάρκεια της τρίτης δεκαετίας.

Ο τρόπος διαχείρισης των διαφόρων ερεθισμάτων παρουσιάζει διατομικές διαφορές, ωστόσο κατά γενική ομολογία παρουσιάζει πτώση με αποτέλεσμα το άτομο να βασίζεται περισσότερο σε ήδη διαμορφωμένα γνωστικά σχήματα και λειτουργίες περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο τη γνωστική του ευελιξία και πλαστικότητα. Αναφορικά με την άμεση μνημονική ικανότητα του ατόμου παρουσιάζεται μείωση των μηνυμάτων που μπορεί να συγκρατούν και ανακαλούν οι ηλικιωμένοι, ωστόσο η διαμόρφωση στρατηγικών διαχείρισης των πληροφοριών μπορεί να διευκολύνει τη λειτουργικότητα του και να ενδυναμώσει την αίσθηση αυτοελέγχου. Επιπρόσθετα, η καλή ψυχική του υγεία δύναται να επιφέρει θετική επίδραση τόσο στις γνωστικές λειτουργίες, όσο και στη σωματική του υγεία.

Pyramide des âges, Grèce, 2005



Source: Organisation des Nations Unies (World Population Prospects: The 2004 Revision)

Η ηλικιωμένοι αφορούν σε μια ιδιαίτερη κατηγορία του πληθυσμού, καθώς έχει ιδιαίτερες ανάγκες ως προς το σύστημα υγείας, η ορθή αντιμετώπιση των οποίων προϋποθέτει την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού, κατάλληλων υποδομών, ενημέρωση για θέματα υγείας καθώς και κοινωνικών υπηρεσιών καλύπτοντας με αυτό τον τρόπο όσο γίνεται πληρέστερα τις ιδιαιτερότητες αυτού του ηλικιακού φάσματος.

7.Εκτίμηση της υγείας των ηλικιωμένων

Η διερεύνηση των αναφερόμενων προβλημάτων από τους ηλικιωμένους παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες, καθώς συχνά συνυπάρχουν πολλαπλά αίτια που διαμορφώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς. Συνεπώς, η διάγνωση των παραγόντων που διαμορφώνουν την επώδυνη εμπειρία καθίσταται πολύπλοκη.

Αρχικά απαιτείται η ορθή και λεπτομερής λήψη του ιστορικού με σκοπό την ακριβή διάγνωση του προβλήματος, που περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του πόνου και των συμβαλλόμενων αιτιολογικών παραγόντων. Στη συγκεκριμένη όμως ηλικιακή ομάδα παρατηρούνται διάφορα προβλήματα στη διαδικασία της εκτίμησης του πόνου, λόγω των ασθενειών που παρεμβάλλονται, της ελλιπούς αναφοράς των συμπτωμάτων από τους ασθενείς καθώς και της πιθανής έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών τους. Επιπρόσθετα, συχνά οι συνθήκες στις οποίες αξιολογούνται οι ηλικιωμένοι μπορεί να μη διαθέτουν τις κατάλληλες συνθήκες για αξιολόγηση και περαιτέρω διαχείριση του πόνου, με αποτέλεσμα οι επώδυνες εμπειρίες να υποδιαγιγνώσκονται, όπως για παράδειγμα στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ένα επαρκές ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν στην έναρξη, την πορεία, τη διάρκεια, την εντόπιση και τα χαρακτηριστικά του πόνου, όπως για παράδειγμα η ποιότητα, η ένταση, η συχνότητα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διερευνώνται οι συνθήκες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο, καθώς και οι επιπτώσεις του στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, όπως για παράδειγμα στον ύπνο, τη διατροφή, τη διάθεση, την κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς. Επίσης είναι προτιμητέα μια γενικότερη περιγραφή του πόνου ως προς τον τρόπο που τον βιώνει ο ασθενής, οξύς, αμβλύς, καυστικός, σαν ηλεκτρικό ρεύμα, γεγονός που υποβοηθά και τη διάγνωση.

Έχοντας ως απώτερο στόχο την εφαρμογή της αποτελεσματικότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης, θα πρέπει κατά τη διάρκεια του ιστορικού να συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν στην ύπαρξη νόσων, οι οποίες δύνανται να παρεμβάλλονται στο υπάρχον άλγος επιδεινώνοντας το ή δημιουργώντας ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω της λήψης φαρμάκων. Για παράδειγμα, η οξεία φλεγμονώδης αρθρίτιδα (ουρική αρθρίτιδα, ψευδο-ουρική αρθρίτιδα) συχνά παραβλέπονται ως αίτια πόνου.

Η ύπαρξη πολλαπλής νοσηρότητας αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της γηριατρικής, με μια έντονη παρουσία στους ηλικιωμένους, ενώ είναι ευρέως γνωστή η αρνητική της επίδραση στη φυσική, συναισθηματική, γνωστική και λειτουργική κατάσταση, η οποία έχει αθροιστικό αποτέλεσμα στη ζωή του κάθε ατόμου^{79,80,62}. Σύμφωνα με μελέτη περισσότερο από το 50% του συνολικού δείγματος είχαν τρία ή περισσότερα συστήματα του οργανισμού από τα νοσούσαν πέρα από την αιτία του άλγους, γεγονός που οδηγεί στη σύνδεση μεταξύ πολλαπλής νοσηρότητας και αυξημένης έντασης αναφορών πόνου³⁸. Για παράδειγμα, η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα παράδειγμα συσχέτισης ενός χρόνιου προβλήματος το οποίο συνυπάρχει με τον πόνο⁸¹.

Οι πληροφορίες που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και την ψυχική του διάθεση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε ένα πλήρες ιστορικό, καθώς δύνανται να επιδρούν στο βίωμα του πόνου αλληλεπιδρώντας με τα αλγογόνα ερεθίσματα. Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις χρόνιου πόνου, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της νόσου, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει παρεμβολές στη θεραπεία. Είναι γεγονός ότι συναισθήματα, όπως φόβος, θυμός και ανησυχία παρατηρούνται συχνά, ενώ πολλές φορές συνυπάρχει και η ενοχή ότι η νόσος είναι απόρροια από λάθη ή αμαρτίες του παρελθόντος, γεγονός που περιπλέκει περαιτέρω την ορθή αντιμετώπιση του πόνου. Θεωρείται πρωτεύουσας σημασίας η διερεύνηση της συναισθηματικής διάθεσης και των ζητημάτων που απασχολούν τον ασθενή, καθώς μπορεί η γνωστική διαστρέβλωση και μη ορθολογική προσέγγιση των γεγονότων που βιώνει να αλληλεπιδρά δυσμενώς με την πορεία του άλγους.

Ακόλουθη διαδικασία είναι η θεραπεία, η οποία θα πρέπει να εξασφαλίζει τη συμφωνία του ασθενούς, ώστε να αναμένονται τα ανάλογα αποτελέσματα και να αξιολογείται η πορεία της κατάστασης του ατόμου. Επιπρόσθετα, απαιτείται η συνεχής επανεξέταση του ασθενούς, προκειμένου να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και η αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών που μπορεί να προκύψουν. Η επαφή του θεράποντος ιατρού ή γενικότερα του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή καθίσταται πρωτεύουσα, καθώς επηρεάζει τόσο τη θεραπεία, όσο και την εμπιστοσύνη, η οποία συμβάλλει στη θεραπεία.

Οι τομείς που διερευνώνται στην εκτίμηση των ηλικιωμένων είναι εκτός από την *κατάσταση της υγείας τους*, η οποία είναι δυνατό να περιλαμβάνει συνοδές παθήσεις με το πέρασ του χρόνου, τη διερεύνηση της *λειτουργικότητάς τους*, των *συναισθηματικών* και

νοητικών διεργασιών τους όπως και της κοινωνικής τους δραστηριότητας, ενώ τομείς όπως η διατροφή και η πολυφαρμακία θεωρούνται εξίσου σημαντικοί.

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου είναι ιδιαίτερος σημαντική καθώς εξασφαλίζει την ποιότητα ζωής του, ενώ λειτουργεί ενισχυτικά ως προς τη βελτίωση της συναισθηματικής του διάθεσης, γεγονός που επιδρά θετικά στην κατάσταση της υγείας του. Για τη διερεύνηση της λειτουργικότητας του ασθενούς και την περαιτέρω ερμηνεία της κατάστασης του χρησιμοποιούνται κλίμακες εκτίμησης των καθημερινών δραστηριοτήτων για παράδειγμα η ADL (activities of daily living), η οποία διερευνά έξι βασικούς τομείς της καθημερινότητας. Συγκεκριμένα εξετάζει την τροφή, το ντύσιμο, το πλύσιμο, την περιπατητικότητα, τη φροντίδα της προσωπικής υγιεινής και το πλύσιμο. Μία άλλη κλίμακα που επίσης χρησιμοποιείται είναι η IADL (Instrumental Activities of Daily Living), που ερευνά 8 λειτουργίες της καθημερινότητας: την ικανότητα χειρισμού του τηλεφώνου, την προετοιμασία του φαγητού, την ορθή λήψη των φαρμάκων, τη φροντίδα του σπιτιού, τη διαχείριση των οικονομικών, τη γενικότερη συντήρηση του σπιτιού, τη δυνατότητα μεταφοράς καθώς και την αγορά των αγαθών του σπιτιού.

Παράγοντες όπως η διατροφή, η κοινωνική κατάσταση και η πολυφαρμακία δεν θα πρέπει να υποτιμώνται, καθώς είναι δυνατό να παρεμποδίζουν τη θεραπεία. Συγκεκριμένα, η πολυφαρμακία δύναται να αποτελέσει αιτία νοσηλείας η ίδια, καθώς συχνά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα έχουν αντικρουόμενες ενέργειες, ενώ παράλληλα αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των ηλικιωμένων.

Επιπρόσθετα, η κοινωνική απομόνωση αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα, ενώ μπορεί να λειτουργήσει επιβαρυντικά για τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενή.

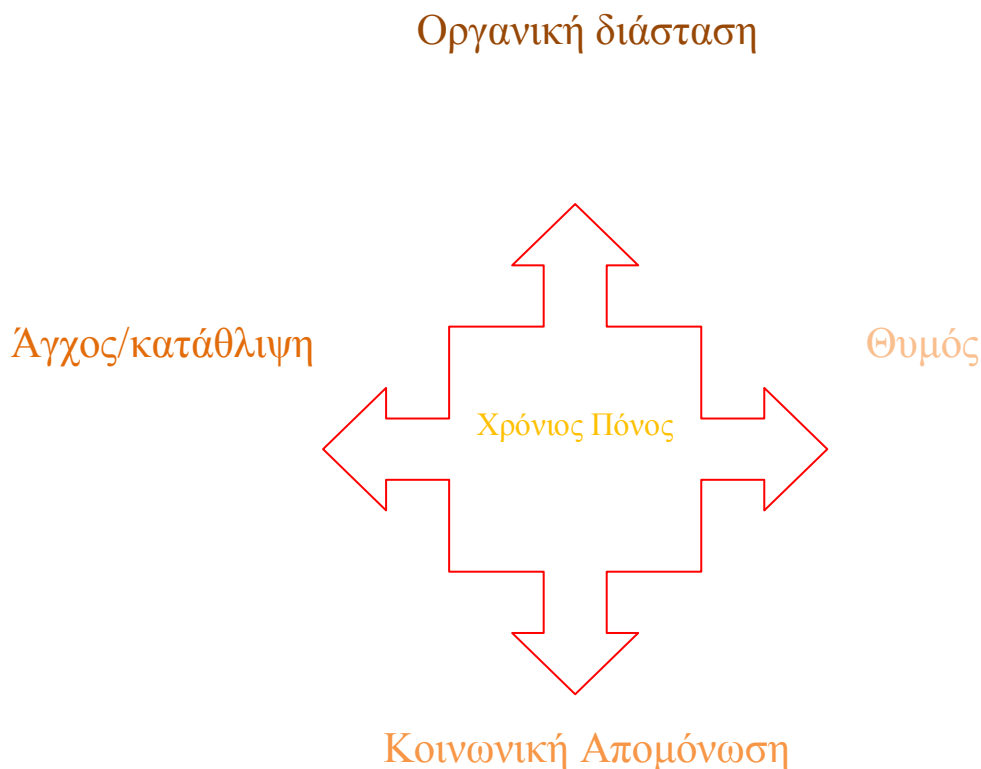
Συμπερασματικά, η εκτίμηση της κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενή χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, η οποία εκπορεύεται από τις ανάγκες τόσο του καθένα, όσο και του συγκεκριμένου ηλικιακού φάσματος που προβλέπει ορισμένες κοινές κατευθυντήριες γραμμές ως προς την αντιμετώπιση. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι το γήρας δεν σηματοδοτεί από μόνο του ασθένεια, συνεπώς οποιαδήποτε διαταραχή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται και να μην παραβλέπεται ως δεδομένη.

Προκειμένου να σχηματίσουμε μια πλήρη εικόνα για τον ηλικιωμένο που πάσχει, θα πρέπει να τον εξετάσουμε σε τρία επίπεδα, το σωματικό/βιολογικό, το συναισθηματικό και το νοητικό, τα οποία αλληλοεπηρεάζονται ενώ απαιτούν κοινή αντιμετώπιση προκειμένου την επιτυχή διαχείριση του πόνου.

Είναι γεγονός ότι εστιάζοντας μονοδιάστατα στα σωματικά συμπτώματα παραβλέπουμε την ολική εμπειρία του πόνου, γεγονός που παρακωλύει τόσο στη διαδικασία της διάγνωσης, όσο και της θεραπείας, η οποία είναι αντικείμενο επιρροής παραγόντων όπως η γνώση του ασθενούς όσον αφορά τη νόσο, οι προηγούμενες εμπειρίες του με αυτή καθώς και οι στρατηγικές τις οποίες επιστρατεύει στη γενικότερη αντιμετώπιση των συγκρούσεων.

Παρακάτω παρατίθενται γενικές αρχές που αφορούν στη διαχείριση του πόνου στους ηλικιωμένους⁸²

- Ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας(comorbidity)
- Βαθμός πνευματικής διαύγειας του ασθενούς
- Μη- εξαρτώμενες από τον πόνο δραστηριότητες
- Εξαρτώμενη από τον πόνο λειτουργικότητα
- Παρούσα ψυχολογική κατάσταση και διάθεση
- Ιστορικό ψυχικών-συναισθηματικών διαταραχών
- Ιστορικό της χρήσης του συστήματος υγείας



8.Αξιολόγηση του χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους

Παρά το γεγονός ότι μια πληθώρα εθνικών οργανισμών (Canadian Pain Society, American Pain Society, Joint Commission on Health Care Organizations) έχουν αναπτύξει την ιδέα ότι η ύπαρξη του πόνου θα πρέπει να διερευνάται σε καθημερινή βάση ως πράξη ρουτίνας από τους κλινικούς, ωστόσο η προτεινόμενη διαδικασία δεν υφίσταται ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτό καθίσταται απαραίτητο⁸³, ενώ η θεραπευτική πρακτική των θεραπόντων δεν μεταβλήθηκε συστηματικά ώστε να συμπεριλάβει τη διαδικασία εκτίμησης του πόνου με συγκεκριμένα εργαλεία ακόμα και μετά από ενημέρωση των γιατρών σχετικά με αυτά, γεγονός που επιτάσσει την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του άλγους που βιώνουν οι ασθενείς και όχι απλά τη συλλογή πληροφοριών⁸³.

Η αξιολόγηση των επώδυνων εμπειριών θεωρείται πρωταρχικής σημασίας για την περαιτέρω αντιμετώπιση τους, ενώ το ποσοστά επικράτησης του πόνου στους ασθενείς που δεν τέθηκαν υπό θεραπευτικής παρακολούθησης κυμάνθηκε στο 47,5% σύμφωνα με μελέτη⁸⁴. Επιπρόσθετα, την ολική διαδικασία της διάγνωσης του άλγους που βιώνουν οι ασθενείς περιπλέκει η ασυμφωνία των επαγγελματιών υγείας ως προς τον πόνο που αισθάνονται, καθώς σύμφωνα με έρευνα εκτιμάται στο 32% μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών⁸⁴. Ο πόνος αποτελεί ένα συχνό αίτιο αναζήτησης βοήθειας των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση και στρατηγικές αντιμετώπισης από πλευράς των επαγγελματιών υγείας, ενώ η επίδραση του σε ποικίλους τομείς της καθημερινότητας, όπως για παράδειγμα στη διατροφή και τον ύπνο, καθιστά απαραίτητη τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων προκειμένου την αποτελεσματικότερη διαχείριση του.

Γιατρός	Νοσηλεύτης	Ψυχολόγος	Φυσιοθεραπευτής Εργασιοθεραπευτής	Φαρμακοποιός
• Τακτική νευρολογική και μυοσκελετική κλινική εξέταση • Ανασκόπηση προηγούμενων παρεμβάσεων • Επιλογή νέας θεραπείας • Παραπομπή σε εξειδικευμένο γιατρό • Εκπαίδευση	• Συντονισμός της φροντίδας • Εκπαίδευση προσωπικού επαγγελματιών υγείας και μη • Τακτική εκτίμηση αναγκών του ασθενή και των συγγενών του • Συνεχή υποστήριξη	• Ψυχολογική υποστήριξη • Τακτική ψυχολογική εκτίμηση • Ενδυνάμωση δεξιοτήτων προσαρμογής • Συμπεριφορικές θεραπείες • Εκπαίδευση στην εφαρμογή τεχνικών αυτοδιαχείρισης	• Τακτική εκτίμηση της οργανικής ενέργειας • Τακτική εκτίμηση της εργασίας και της εργασίας στο σπίτι • Διαχείριση τεχνικών σωματικής αποκατάστασής	• Τακτική επαναξιολόγηση της παρελθούσας και παρούσας φαρμακευτικής αγωγής • Εκπαίδευση για την εφαρμογή της φαρμακευτικής θεραπείας • Τακτική ενημέρωση για τις διαθέσιμες φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Ashburn & Staats 2001

Συνεπώς έχοντας ως στόχο την πληρέστερη εκτίμηση του χρόνιου πόνου είναι σημαντική η πολυπαραγοντική του προσέγγιση λαμβάνοντας υπόψη τους τομείς της καθημερινότητας με τους οποίους αλληλεπιδρά αναπόσπαστο κομμάτι της οποίας είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη τη στενή σύνδεση μεταξύ του χρόνιου πόνου και ποιότητας ζωής, καθίσταται απαραίτητη η διερεύνηση της γεγονός που εμπλουτίζει και ενισχύει την εγκυρότητα της εκτίμησης³⁹.

Η λήψη ενός ιστορικού, το οποίο θα είναι πλήρες και θα περιλαμβάνει λεπτομερείς πληροφορίες, θεωρείται υψίστης σημασίας τόσο για τη διάγνωση όσο και για την ακόλουθη θεραπεία. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι είναι συχνά λιγότερο πρόθυμοι να αναφέρουν την εξέλιξη των συμπτωμάτων τους και στοιχεία του ιστορικού τους, ενώ ορισμένοι δεν δύνανται να δώσουν πληροφορίες για το επαρκές ιστορικό τους λόγω ιδιαίτερων συνθηκών όπως εγκεφαλικό επεισόδιο ή άνοια⁸⁵. Επιπρόσθετα, περαιτέρω δυσκολίες στην εκτίμηση του πόνου σχετίζονται με συν-νοσηρές παθήσεις, ελλιπή αναφορά των συμπτωμάτων, καθώς και νοητική έκπτωση.

Σύνηθες φαινόμενο που δυσχεραίνει την εκτίμηση και τη θεραπεία αποτελούν οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων, που πολλές φορές δεν έχουν άμεση πρόσβαση στην εκτίμηση και διαχείριση του πόνου γεγονός που θα έλυε η μετάβαση τους σε ανάλογες υπηρεσίες υγείας.

Συνεπώς, οι παραπάνω συνθήκες δύνανται να δημιουργήσουν εμπόδια στην ορθή εκτίμηση της κατάστασης των ηλικιωμένων, ενώ θα πρέπει να διερευνάται και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν με σκοπό την αποφυγή επιπρόσθετων εμποδίων για τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σημεία κλειδιά για την ορθή διάγνωση αποτελούν οι ερωτήσεις που αφορούν στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου και συγκεκριμένα το χρονικό σημείο έναρξης, η διάρκεια, η ένταση, η συχνότητα εμφάνισης, ο εντοπισμός του, καθώς και ο χαρακτήρας του, δηλαδή ο τρόπος που τον βιώνει ο πάσχων για παράδειγμα εάν ο πόνος είναι σφιγμώδης, αμβλύς, διαξιφιστικός και τα λοιπά.

Διαβάθμιση πόνου κατά Gray⁸⁶

- *πείτε μου για τον πόνο σας, που τον αισθάνεστε,*
- *τι τον απαλύνει, τι τον χειροτερεύει*

Palliative – Provocative (P)

- *σε τι μοιάζει,*

Quality (Q)

- *προς τα που αντανakλά*

Radiation (R)

- *πόσο δυνατός είναι*

Severity (S)

- *είναι σταθερός ή πηγαίνει και έρχεται*

Time (T)

Αναπόσπαστο συστατικό της διαδικασίας της εκτίμησης αποτελεί η διερεύνηση της τυχόν επίδρασης της αλγογόνου εμπειρίας στους υπόλοιπους τομείς της ζωής του ατόμου, για παράδειγμα στον ύπνο, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την εργασία, τη διατροφή, τις δραστηριότητες και την ευχαρίστηση που λαμβάνει από αυτές, καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά του.

Επιπρόσθετες πληροφορίες αφορούν στα ερεθίσματα/συνθήκες που προηγούνται, το αν εμφανίζεται αιφνίδια ή βαθμιαία, τους παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν και τυχόν συνοδά συμπτώματα για παράδειγμα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Μετά από την αρχική διαδικασία με σκοπό την ποσοτική και ποιοτική διερεύνηση του πόνου ακολουθεί η διαδικασία της λήψης του ιστορικού που αφορά σε συν-νοσηρές παθήσεις για παράδειγμα σακχαρώδης διαβήτης και σε βλαπτικές συνήθειες του ατόμου για παράδειγμα το κάπνισμα.

Η λήψη κοινωνικού και ψυχιατρικού ιστορικού είναι εξίσου σημαντική για την ορθή αντιμετώπιση των πασχόντων, εφόσον στρεσογόνοι παράγοντες, καταθλιπτικά συμπτώματα, φόβοι, ανασφάλειες και απομόνωση έχουν τη δυνατότητα να αναστέλλουν τη θεραπευτική διαδικασία και να επιδεινώνουν την ήδη υπάρχουσα κατάσταση. Συνεπώς, ο κλινικός θα πρέπει να διερευνά την τυχόν ύπαρξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και να συμβάλλει στη διαχείριση τους. Για κάποιους ασθενείς ο πόνος συνδέεται με τιμωρία και επικείμενο αίσθημα θανάτου, για το λόγο αυτό είναι επιβεβλημένη η εξάσκηση σε αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των δυσλειτουργικών γνωστικών πεποιθήσεων, σε λειτουργικές συμπεριφορές και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, καθώς και σε αλλαγή στον τρόπο ζωής και στη διαδικασία αντιμετώπισης προβλημάτων. Επιπρόσθετα, είναι εξίσου σημαντική η επανα-νοηματοδότηση της συνθήκης της νόσου και η έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή ώστε να επιλύσει οποιεσδήποτε απορίες και συγκρούσεις κατέχει με σκοπό την πλήρη συμμετοχή του στη θεραπεία, γεγονός που ενισχύει και την αποτελεσματικότητα της.

Η διαφορική διάγνωση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της εκτίμησης, καθώς όταν δεν υφίσταται αποπροσανατολίζει τη θεραπεία. Συνεπώς θα πρέπει να εξετάζονται νοσολογικές οντότητες που μπορεί να συγχέουν συχνά την ορθή διάγνωση.

Ο πόνος θεωρείται ως το πέμπτο ζωτικό σημείο στην εκτίμηση του ηλικιωμένου (Heller 2000) και δεν είναι ορθό να συσχετίζεται αιτιολογικά με το γήρας.

Στη συνέχεια έπεται η φυσική εξέταση, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει και τη νευρολογική εξέταση, έτσι ώστε να διαγνωστούν πιθανά παθοφυσιολογικά σημεία που ενοχοποιούνται για την ύπαρξη του πόνου.

Δεν θα πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι η διαδικασία της αξιολόγησης του πόνου στους ηλικιωμένους είναι η παρόμοια με εκείνη που εφαρμόζεται στους νεότερους, ωστόσο στη διαδικασία αυτή η πηγή πληροφοριών, ο τρόπος και ο χρόνος της εξέτασης, η μέθοδος εκτίμησης, που δεν παραλείπει τα πιθανά αισθητηριακά και γνωστικά ελλείμματα και το μέγεθος των πληροφοριών που συλλέγονται από τον ασθενή θα πρέπει να συν-υπολογίζονται προκειμένου την πληρέστερη προσέγγιση του ασθενούς⁸⁷. Ωστόσο κατά τη διαδικασία της εξέτασης οι αναφορές και συμπεριφορές του πόνου συχνά επενδύονται με μύθους και ανακρίβειες, γεγονός που κάποιες φορές διεισδύει στη θεραπευτική πράξη και συγκεκριμένα στην ερμηνεία της επώδυνης εμπειρίας⁸⁷. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν διατυπώσει ότι συχνά στην επαφή με τον κλινικό παρειασφρέουν στερεότυπα και παρερμηνείες που συνεπάγονται την υποδιάγνωση του πόνου⁶⁴. Συνεπώς μια ανεπαρκής εκτίμηση παρεμποδίζει τη θεραπευτική διαδικασία θέτοντας τον ηλικιωμένο ασθενή στους πιθανούς κινδύνους της φαρμακοθεραπείας και στην παραμέληση του συνδυασμού της με τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις⁸⁸.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε ένα σχεδιάγραμμα που αφορά στην εκτίμηση της επώδυνης εμπειρίας¹⁰⁹

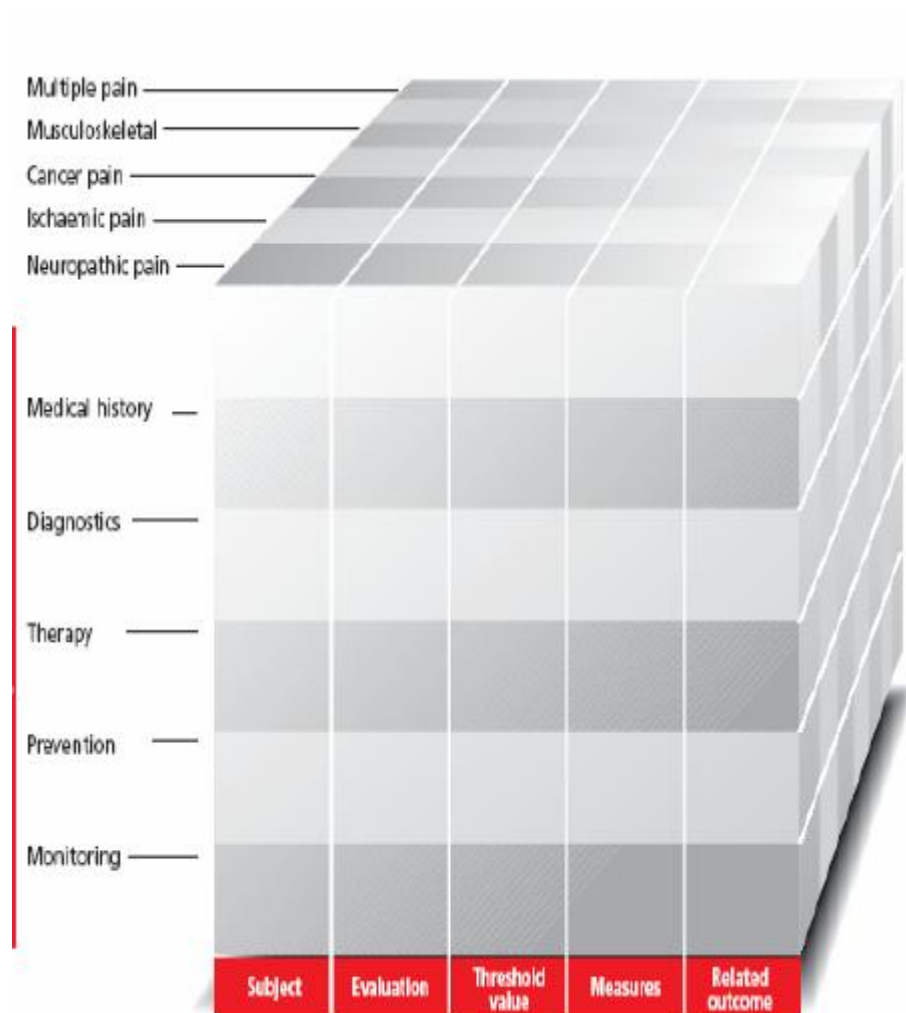


Figure 3: 3-D-decision matrix for the management of pain in the elderly

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες σημαντικές παράμετροι στην εκτίμηση του πόνου στην τρίτη ηλικία¹⁰⁹

Ιεράρχηση σημαντικών μέτρων εκτίμησης του πόνου

(Hierarchy of Importance of Pain Measures)

- (1) Προσπάθεια επικοινωνίας και λήψη αυτοαναφοράς,
- (2) Εξέταση τυχόν υποκείμενης παθολογικής κατάστασης ή συνθήκες που προκαλούν πόνο,
- (3) Παρατήρηση για εκδηλώσεις αλλαγής συμπεριφοράς όπως π.χ., εκφράσεις του προσώπου, κραυγές πόνου, ανησυχία, μετακίνηση, τέντωμα κλπ. Χρησιμοποίησε συμπεριφοριστικές (behavioral) κλίμακες εκτίμησης του πόνου. Αναζήτησε πληροφορίες από γνωστά άτομα (συγγενείς, φροντιστές).
- (4) Εκτίμηση δεικτών φυσιολογικής λειτουργίας και ζωτικών σημείων (πχ καρδιακή συχνότητα, αρτηριακή πίεση κλπ), ως λιγότερο ευαίσθητους δείκτες πόνου και με την επισήμανση για τυχόν συνύπαρξη προβλημάτων επείγουσας ιατρικής
- (5) Πραγματοποίηση αναλγητικής κλινικής δοκιμής για επιβεβαίωση της παρουσίας πόνου και για την ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου αναλγητικής αντιμετώπισης σε ενδεχομένη παρουσία του πόνου.

Σύμφωνα με ένα μοντέλο εκτίμησης του πόνου στην άνοια⁸⁹ ένα αλγογόνο ερέθισμα οδηγεί στην αίσθηση του πόνου ακολουθούμενο από την ανάλογη αισθητηριακή αντίληψη, τις εξωτερικές συμπεριφορές πόνου από πλευράς του ασθενούς, την εκτίμηση τους από έναν εξωτερικό παρατηρητή, καθώς και από την ερμηνεία αυτών, ενώ παράλληλα αναδεικνύονται οι επιδράσεις των παραπάνω παραγόντων στο τελικό βίωμα του άλγους.

Συγκεκριμένα, αυτό το μοντέλο⁸⁹ κατανόησης του πόνου δομείται από τέσσερα διαφορετικά συστατικά, το αισθητηριακό, το συμπεριφορικό, το συναισθηματικό και το γνωστικό, χωρίς ωστόσο το τελικό βίωμα να θεωρείται ως το άθροισμα τους. Το αισθητηριακό εκτιμάται με ερωτήσεις που αφορούν στην ένταση, την ποιότητα, τη συχνότητα, τον εντοπισμό και τη διάρκεια, το συναισθηματικό στις συναισθηματικές διακυμάνσεις που συνοδεύουν την αίσθηση του πόνου και ουσιαστικά αποτελούν προϊόν του, το γνωστικό στις σκέψεις και το σύνολο των γνωστικών διεργασιών με τις οποίες γίνεται η επεξεργασία της επώδυνης εμπειρίας και το συμπεριφοριστικό στη διεύθυνση του πόνου στην καθημερινότητα και την τέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων.

Εξίσου σημαντική με την αρχική εκτίμηση της αντίληψης του πόνου είναι και η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς με σκοπό την ορθότερη εφαρμογή της θεραπείας και της αντιμετώπιση θανάων επιπλοκών.

Συγκεκριμένα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρακάτω παράγοντες⁸⁶:

- Η ένταση του πόνου στη διάρκεια του 24ώρου
(οπτική αναλογική κλίμακα)
- Ποσοστό ανακούφισης
- Η ημερήσια δραστηριότητα του ασθενούς
- Διάθεση
- Βάδισμα
- Εργασία εκτός οίκου
- Σχέση με τους άλλους
- Ύπνος
- Απολαύσεις ζωής
- Η ημερήσια κατανάλωση φαρμάκων
- Η καθημερινή αναφορά άλλων συμπτωμάτων
- Η διάκριση του πόνου στην ομάδα (κατηγορία) που ανήκει

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου συνεπάγεται κακή ποιότητα ζωής, έκπτωση στην κοινωνική ζωή του ασθενούς, τον ύπνο, τις δραστηριότητες που απολάμβανε, τη διατροφή, τη φυσική λειτουργικότητα, για παράδειγμα πτώσεις, συναισθηματικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και άγχος, και γνωστική έκπτωση.

Τα προβλήματα που ανιχνεύονται στην υποδιάγνωση του πόνου στους ασθενείς αφορούν κυρίως στη μη συστηματική χρήση εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και τις πολιτισμικές διαφορές ως προς τη λεκτική έκφραση του πόνου και τα διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα⁹⁰, καθώς και στην παράβλεψη των κανόνων αναφορικά με τη χρήση αναλγητικών κυρίως στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου⁸⁴.

8.1.Η αξιολόγηση του πόνου στους ανοϊκούς ασθενείς

Οι λεγόμενοι μη-λεκτικοί ασθενείς είναι όσοι πάσχουν από σοβαρής μορφής άνοια, νευρολογική ασθένεια προχωρημένης μορφής, αυτοί που πέρασαν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή είναι άτομα με ειδικές ανάγκες.

Τις επόμενες δεκαετίες αναμένεται η αύξηση του αριθμού των ανοϊκών ασθενών που υποφέρουν από τον πόνο (Scherder et al., 2003), ενώ παράλληλα οι ανοϊκοί ασθενείς λαμβάνουν λιγότερα φαρμακευτικά σκευάσματα συγκριτικά με τους γνωστικά επαρκείς ηλικιωμένους (Scherder et al., 2003).

Η αξιολόγηση του πόνου στους ανοϊκούς ασθενείς συναντά ιδιαίτερες δυσκολίες, αλλά και προκλήσεις, καθώς ορισμένοι ασθενείς δεν δύνανται να ανταποκριθούν λεκτικά και να επικοινωνήσουν το γεγονός ότι υποφέρουν, ενώ παράλληλα συνυπάρχουν ελλείμματα στην μνημονική ικανότητα και την αφαιρετική σκέψη, γεγονός που δυσκολεύει περισσότερο την ανίχνευση και ποσοτικοποίηση του πόνου. Το πρόβλημα με την αξιολόγηση του πόνου δεν είναι το μόνο που υφίσταται σε αυτή την κατηγορία των ασθενών, αλλά είναι κάτι που παρουσιάζεται εξελισσόμενο⁹¹. Επιπρόσθετα, υπάρχει εντοπισμένη δυσκολία στην εφαρμογή των ήδη υπαρχόντων διαγνωστικών εργαλείων, καθώς σύμφωνα με μελέτη⁹² το ένα τρίτο των ασθενών με γνωστική έκπτωση (μέσος όρος MMSE: 15,7) δεν είχε τη δυνατότητα να συμπληρώσει καμία από τρεις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στο ερευνητικό πρωτόκολλο.

Ωστόσο, μελέτη⁹³ υποστηρίζει ότι τόσο οι γνωστικά υγιείς ηλικιωμένοι, οι έχοντες μέτρια σοβαρή γνωστική έκπτωση όσο και οι ασθενείς με σοβαρή άνοια καθίστανται ικανοί να συμπληρώσουν με επιτυχία εργαλεία αυτοαναφοράς που μετρά τα επίπεδα της επώδυνης εμπειρίας.

Συνεπώς η ορθή εκτίμηση της αλγογόνου αντίληψης αυτών των ασθενών συμπεριλαμβάνει συμπεριφορικές ενδείξεις και συγκεκριμένα μειωμένη όρεξη, συμμετοχή σε ευχάριστες για τον ασθενή δραστηριότητες, αντίσταση στην κίνηση, αλλαγές στη συνήθη δραστηριότητα, τον ύπνο (υπερυπνία ή υπνηλία), εμφάνιση μορφασμών ή συσπάσεων του προσώπου, καθώς και εκδηλώσεις αναταραχής, θυμού, αναστάτωσης, γογγυσμών, βογγητών.

Οποιαδήποτε μεταβολή παρατηρηθεί στην καθημερινή λειτουργία θεωρείται ότι είναι πιθανό να αποτελεί ένδειξη πόνου, για το λόγο αυτό θα πρέπει να τυγχάνει προσεκτικότερης αξιολόγησης και αντιμετώπισης, καθώς είναι πιθανό να επικοινωνούν οποιαδήποτε επώδυνη αισθητηριακή εμπειρία. Δυνατότητες για έγκυρη και αποτελεσματική παρατήρηση του ανοϊκού ασθενούς αποτελούν οι στιγμές της προσωπικής του φροντίδας, οι δραστηριότητες του, οι κινήσεις του και οι αντιδράσεις του εφόσον παρακολουθεί οποιοδήποτε πρόγραμμα προσύμβασης.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυσχιδή φύση του φαινομένου του πόνου καθίσταται σημαντική η εφαρμογή ενός οργανωμένου και επαρκούς μοντέλου αξιολόγησης, το οποίο θα προσεγγίζει τον πόνο πολυδιάστατα και ολιστικά, ενώ θα συμπεριλαμβάνει τις τρέχουσες θεραπευτικές πρακτικές και διαγνωστικές μεθόδους με τρόπο που θα συνυπολογίζει τις ελλείψεις που αφορούν στη μειωμένη κατανόηση του άλγους⁸⁹.

8.2.Κλίμακες αξιολόγησης του πόνου

Για την εκτίμηση του πόνου χρησιμοποιούνται συνήθως αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και βαθμονομικές κλίμακες προκειμένου να υπάρξει μια εικόνα σχετικά με την επώδυνη εμπειρία του ασθενούς και την αντίληψη του σχετικά με αυτή. Έχοντας ως σκοπό τη μέτρηση του πόνου εκτιμούμε τόσο το αισθητικό στοιχείο του (λεκτικές-ήπια, μέτρια σοβαρή-, αριθμητικές-0-100 και οπτικές αναλογικές κλίμακες-γραμμή 100mm), όσο και το συναισθηματικό (οπτικές αναλογικές κλίμακες)

Στη συνέχεια παρατίθενται διάφορα εργαλεία εκτίμησης του πόνου

1) Visual Analogue Scale

No Pain I—————I Worst

Ο εξεταζόμενος καλείται να τοποθετήσει σε αυτό το συνεχές την ένταση του πόνου που βιώνει.

2) Verbal Descriptor Scale

Σε αυτή την κλίμακα παρατίθεται μια σειρά από λεκτικές περιγραφές του πόνου και ο πάσχοντας καλείται να επιλέξει αυτή που ταιριάζει καλύτερα στο βίωμα του, όπως για παράδειγμα: ήπιος, μέτριος, σοβαρός, εξουθενωτικός, αβάστακτος κτλ.

3) Facial Pain Scales

Αποτελούνται από μια σειρά εικονιδίων που απεικονίζουν πρόσωπα με διαφορετική έκφραση το καθένα, η οποία είναι ενδεικτική του πόνου που πιθανά βιώνει ο πάσχων, για το λόγο αυτό καλείται να επιλέξει ποια του αρμόζει καλύτερα.

4) Brief Pain Inventory

Πρόκειται για ένα λεπτομερές εργαλείο, το οποίο εξετάζει τα τρέχοντα επίπεδα πόνου, καθώς και την επίδραση του πόνου στη διάθεση, τη δραστηριότητα, τον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

5) Mc Gill Pain Questionnaire

Το παρόν διαγνωστικό εργαλείο αφορά περισσότερο στην έρευνα παρά στην κλινική πράξη, ενώ μετρά τη σοβαρότητα και την ποιότητα του πόνου, την επίδραση στη διάθεση και αποτελεί μια προσπάθεια κατανόησης του άλγους.

Δίνει περιγραφικές μετρήσεις, οι οποίες στη συνέχεια ποσοτικοποιούνται.

6) Revised-Faces Pain Scale (R-FPS) , (Hicks et al., 2001)

7) DOLOPLUS2

Περιλαμβάνει την παρατήρηση συμπεριφορών του ασθενούς σε δέκα διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίες μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν πόνο.

8) PACSLAC

Αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης του πόνου στους ασθενείς με άνοια, ενώ επιπρόσθετα συμπεριλαμβάνει και συνεντεύξεις των φροντιστών.

9) ECPA

Η συγκεκριμένη κλίμακα αφορά στους μη λεκτικούς ασθενείς.

10) ECS (Simplified Behavioural Scale)

Με αυτή την κλίμακα επιχειρείται η καταγραφή των συμπεριφορών του πάσχοντα, ανεξάρτητα από το αν παρουσιάζει επικοινωνιακά προβλήματα.

11) Observational Pain Behaviour Tool

Χρησιμοποιείται κυρίως για την καθημερινή εκτίμηση συμπεριφορών στους ηλικιωμένους ασθενείς.

12) CNPI (Checklist of Nonverbal Indicators)

Αφορά κυρίως στους μη λεκτικούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως σοβαρής μορφής νοητική έκπτωση.

13) PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

14) PADE (Pain Assessment for the Dementing Elderly)

Η συγκεκριμένη κλίμακα αφορά στη μέτρηση του πόνου ανοϊκών με σοβαρού βαθμού άνοια.

15) Rating Pain in Dementia (RaPID)

Αποτελείται από 18 θέματα, τα οποία χωρίζονται σε τέσσερις διαστάσεις και εφαρμόζεται σε ανοϊκούς ασθενείς

16) Abbey Pain Scale

Πρόκειται για μια σύντομη κλίμακα με εφαρμογή σε άνοια τελικού σταδίου.

17) Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

Αποτελείται από τέσσερις τομείς και συνδυάζει πληροφορίες από τις συμπεριφορές πόνου και τις συνθήκες φροντίδας.

18) Mahoney Pain Scale

Η διαφορά της με άλλες κλίμακες που επίσης εκτιμούν τους ανοϊκούς ασθενείς είναι το γεγονός ότι διαφοροποιεί τη νόσο από την ύπαρξη απάθειας.

19) FACIT-F questionnaire (Functional assessment and health-related quality of life of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy)

Το παρόν εργαλείο εστιάζει στις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στην ποιότητα ζωής των πασχόντων.

20) Pain Impact Inventory

Διερευνά κυρίως την επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

21) Colored Analogue Scale for Pain Intensity and Pain Affect

22) Multidimensional Pain Inventory (MPI)

Το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο πόνου εστιάζει στην ταξινόμηση των ασθενών στα διάφορα επίπεδα δυσλειτουργίας, ενώ βοηθά στην αναγνώριση της ψυχο-κοινωνικής απελπισίας.

Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται συχνά.

23) Geriatric Pain Measure (GPM)

Το παρόν εργαλείο αφορά στην εκτίμηση του πόνου του ηλικιωμένου βασιζόμενο στην εκτίμηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και στην αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενούς από γεγονότα ή καταστάσεις που προηγουμένως του ήταν ευχάριστα.

24) Fear of Pain questionnaire

25) The Chronic Pain Acceptance Questionnaire

26) Negative Pain Thoughts Questionnaire

Το συγκεκριμένο εργαλείο αφορά στις αρνητικές γνώσεις του ασθενούς σε ότι αφορά τον πόνο, γεγονός που επηρεάζει και τα ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου πέρα από τη διάθεση του.

27) Pain coping strategies (CSQ-F)

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της διαχείρισης του πόνου, γεγονός που δικαιολογεί την ύπαρξη του παρόντος εργαλείου.

28) Sickness Impact profile (SIP)

Αυτό το εργαλείο περιλαμβάνει εκτίμηση τόσο των φυσιολογικών όσο και των ψυχικών διαστάσεων που σχετίζονται με τη χρόνια νόσο. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με 136 ερωτήσεις που καλύπτει 12 πεδία: κινητικότητα, φροντίδα σώματος, κοινωνική δράση, επικοινωνία, επιφυλακή, συναισθηματική συμπεριφορά, ύπνος, φαγητό, εργασία, δουλειές του σπιτιού, διασκέδαση. Το παρόν ερωτηματολόγιο μετρά το επίπεδο δυσλειτουργίας των ασθενών με χρόνια πόνο.

29) Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

30) Pain Assessment in Noncommunicative Elderly (PAINE)

31) Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)

32) Verbal Descriptor Scale (VDS)

33) Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)

Εκτιμά τη συναισθηματική στήριξη, χειροπιαστή βοήθεια, γνωσιακή πληροφορία και άμεση καθοδήγηση.

34) Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Πρόκειται για ένα σύντομο (8-10 λεπτά) ερωτηματολόγιο που αφορά στην εκτίμηση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

35) Beck Depression Inventory (BDI)

Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της κατάθλιψης που συχνά συμμετέχει στον κύκλο του πόνου.

36) Pain Disability Index (PDI)

Ο δείκτης ανικανότητας πόνου χρησιμεύει στην εκτίμηση της συμπεριφοράς πόνου των ασθενών καθώς και του επιπέδου ανικανότητας που παρατηρείται.

Επισημάνσεις για αξιόπιστη έκθεση αυτοαναφοράς πόνου με βάση τις «Κλίμακες Εκτίμησης Πόνου » στους ηλικιωμένους¹⁰⁹

1. Χρησιμοποίησε ένα σταθμισμένο εργαλείο εκτίμησης του πόνου με αριθμητική κλίμακα 0-10 ή 0-5, ή εκφραστική - περιγραφική κλίμακα με χρήση απλών επιθέτων «ήπιος», «μέτριος », «σοβαρός », ή κλίμακα πόνου έκφρασης του προσώπου .
2. Αύξησε το μέγεθος της γραμματοσειράς και συμβόλων
3. Ενθάρρυνε για χρήση γυαλιών και ακουστικών
4. Χρησιμοποίησε εναλλακτικές εκφράσεις της λέξης «πόνος »
5. Διευκρίνισε , απλοποίησε και χρησιμοποίησε παραδείγματα
6. Άλλαξε από οριζόντια σε κάθετη την επίδειξη στοιχείων της κλίμακας για καλύτερη αντίληψη
7. Ρώτησε για την παρούσα κατάσταση του πόνου
8. Επανάλαβε ερωτήσεις και οδηγίες περισσότερες φορές
9. Δώσε περισσότερο χρόνο σε διευκρινήσεις
10. Επανάλαβε τις οδηγίες και παρουσίασε την κλίμακα αξιολόγησης του πόνου όταν απαιτείται

9.Αντιμετώπιση του πόνου

Μετά την εξερεύνηση της επώδυνης εμπειρίας έχοντας πάντα ως επίκεντρο της προσοχής τον άνθρωπο που πονά και όχι αποκλειστικά το σύμπτωμα οι στόχοι ορίζονται από κοινού με τον ασθενή με σκοπό την πλήρη ενημέρωση και συμμετοχή του στη θεραπεία, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο αυξημένες πιθανότητες για την καλύτερη έκβαση της θεραπείας του.

Ιεράρχηση στόχων Διαχείρισης του Πόνου⁹⁴

Πρόληψη	Η πρόληψη είναι η καλύτερη μορφή θεραπείας που στοχεύει στην προφύλαξη του σώματος από την έκθεση σε επώδυνα ερεθίσματα. Χρήση αναλγησίας για προληπτική αντιμετώπιση αναμενόμενου πόνου.
Τερματισμός (Εξάλειψη)	Στην περίπτωση που αποτυγχάνει ή δεν είναι εφικτή η πρόληψη, επόμενος στόχος της θεραπείας είναι η εξάλειψη του πόνου . Αυτό επιτυγχάνεται με αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου του πόνου και/ ή των συμπτωμάτων που τον προκαλούν ώστε ο ασθενής να είναι ελεύθερος πόνου.
Ανακούφιση	Στις περιπτώσεις που οι δυο παραπάνω στόχοι δεν είναι πραγματοποιήσιμοι, τότε μοναδική θεραπευτική επιλογή είναι η κατά το δυνατό μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου

Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους θεωρείται πρόκληση για την ιατρική κοινότητα, καθώς συχνά οι κλινικοί έρχονται σε επαφή με ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ηλικιακές διαφορές στη φυσιολογία σχετικά με τους νεότερους ασθενείς, καθώς και συν-νοσηρά προβλήματα, γεγονός που επιτάσσει τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων με συχνά αντικρουόμενα αποτελέσματα και παρενέργειες. Συνεπώς, η ορθή αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την καλή γνώση του ιστορικού του ασθενούς και της αγωγής που ήδη λαμβάνει λόγω άλλων νοσολογικών οντοτήτων⁹⁵.

Σύμφωνα με μελέτη, οι γιατροί είναι η κυριότερη πηγή πληροφόρησης που αφορούν στις στρατηγικές αυτοδιαχείρισης του πόνου⁹⁶, ενώ σύμφωνα με έρευνα η ορθή χρήση του διαδικτύου μπορεί να εκπαιδεύσει τους πάσχοντες ώστε να αποκτήσουν μια πιο ενεργητική στάση απέναντι στο χρόνιο πόνο⁹⁷.

Συγκεκριμένα, η διαχείριση του χρόνιου πόνου περιλαμβάνει τρεις βασικές παραμέτρους: τις φυσιολογικές, τις συναισθηματικές και τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Οι φυσικές αφορούν κυρίως στη φυσικοθεραπεία, για παράδειγμα την ηλεκτρομυϊκή διέγερση, τις θεραπευτικές μαλάξεις και την εφαρμογή ειδικών ασκήσεων. Οι ψυχολογικές αναφέρονται στη νευρομυϊκή χαλάρωση, την ύπνωση, τις τεχνικές χαλάρωσης και ποικίλες γνωστικές παρεμβάσεις, γεγονός όμως που εφαρμόζεται μόνο στους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους, γι' αυτό οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στους ανοϊκούς ασθενείς στοχεύουν κυρίως στο συναίσθημα. Αυτές οι τεχνικές βασίζονται στην αξιοποίηση των νοητικών και συγκινησιακών διεργασιών με σκοπό την ανακούφιση από την επώδυνη εμπειρία, ενώ είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι λειτουργούν συμπληρωματικά με τη φαρμακευτική θεραπεία και δεν την υποκαθιστούν. Βασικές αρχές των τεχνικών αυτών είναι η εγκαθίδρυση μιας σχέσης με το θεραπευτή, η διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων δρα η επώδυνη εμπειρία, καθώς και η σύνδεση των ψυχικών και των σωματικών λειτουργιών. Συναισθήματα όπως ο φόβος, το άγχος, η θλίψη δύνανται να επιτείνουν την αίσθηση του άλγους. Οι ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα είναι δυνατό να υποφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό για τον επιπρόσθετο λόγο ότι δεν αντιλαμβάνονται τον αιτιατό παράγοντα της δυσφορίας τους. Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις σχετίζονται με τη χρήση αναλγητικών ουσιών που επιδρούν στο αλγαισθητικό σύστημα. Ωστόσο, θα πρέπει να εστιάζουν στη διακοπή της αντίληψης του πόνου και όχι στη δημιουργία ενός αισθήματος ευφορίας, γεγονός που επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η ύπαρξη του χρόνιου δεν σηματοδοτεί απαραίτητα την έκπτωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος, ούτε θεωρείται ως ένα ανυπέρβλητο γεγονός που δεν δύναται να αντιμετωπιστεί, καθώς πολλοί ασθενείς καταφέρνουν να χαίρουν μιας δραστήριας ζωής χωρίς τους προβλεπόμενους περιορισμούς. Το ζήτημα της χρονιότητας είναι περίπλοκο, ενώ δεν υφίστανται συγκεκριμένες λύσεις που οδηγούν στην ύφεση.

Μάλλον πρόκειται για διαχείριση του πόνου, παρά για οριστική θεραπεία, γεγονός που σημαίνει ότι ο ασθενής είναι δυνατό να αποκτήσει έλεγχο της επώδυνης εμπειρίας έτσι ώστε να απολαμβάνει τη ζωή του καθώς και δραστηριότητες που θεωρούνται ευχάριστες

για τον ίδιο. Πρωταρχικό βήμα στην ένταξη του άλγους στην καθημερινή ζωή αποτελεί η παραδοχή του και οι πιθανότητες να αποκτήσει χρόνιες διαστάσεις.

Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής μπορεί να εξουδετερώσει τις μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις που έχουν διαβρωτική επίδραση τόσο στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου, όσο και στη διαδικασία αντιμετώπισης του. Αρχικά είναι σημαντική η επιλογή ενός θεράποντα ιατρού, ο οποίος θα εποπτεύει την πορεία της νόσου, αλλά και τον πάσχοντα γενικότερα, καθώς η μεταξύ τους καλή επαφή και η εμπιστοσύνη του ασθενούς στον κλινικό, θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα στη διαχείριση του πόνου και στην τήρηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων που συνίστανται από το γιατρό. Συγκεκριμένα, είναι σημαντικό για τον ασθενή το να έχει ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τη νόσο, τους προφυλακτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες, καθώς και τη διασαφήνιση πιθανών διαστρεβλωμένων γνώσεων του ανθρώπου που νοσεί εξαιτίας για παράδειγμα στερεοτύπων ή προηγούμενης αρνητικής έμμεσης εμπειρίας.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες ευρέως χρησιμοποιούμενες στρατηγικές διαχείρισης του χρόνιου πόνου, ωστόσο ο κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα και σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό του σχετικά με το τι συνιστάται για την περίπτωση του και τι όχι.

❖ Ημερολόγιο

Η τεχνική του ημερολογίου θεωρείται πολύ χρήσιμη, καθώς ο ασθενής είναι δυνατό να κατανοήσει περισσότερο την επώδυνη εμπειρία και να μάθει περισσότερα σχετικά με τους εκλυτικούς παράγοντες που συνδέονται με τον πόνο. Επιπρόσθετα, με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να αυξηθεί η αίσθηση ελέγχου και αντιμετώπισης του άλγους, ενώ συχνά η καταγραφή οδηγεί σε μειωμένη δυσφορία. Αδιαμφισβήτητο πλεονέκτημα της χρήσης ημερολογίου είναι και η καταγραφή των σκέψεων, συναισθημάτων, πεποιθήσεων του ατόμου που πονά, γεγονός που θεωρείται ως τρόπος έκφρασης και λειτουργεί ορισμένες φορές ανακουφιστικά για τον ασθενή αυξάνοντας και την ικανότητα παρατήρησης του ως συνόλου. Συχνά μέσω της καταγραφής παρατηρούνται επαναλαμβανόμενα μοτίβα που επιδεινώνουν τον πόνο, ενώ είναι σημαντικό το να καταγράφεται και η πρόοδος που σημειώνει ο ασθενής ώστε να αυξάνονται τα επίπεδα της αυτοαποτελεσματικότητας του απέναντι στην αντιμετώπιση της νόσου.

Στο ημερολόγιο μπορούν να συμπεριλαμβάνονται οποιεσδήποτε πληροφορίες που αφορούν στον πόνο, όπως για παράδειγμα η ημερομηνία και ο χρόνος έναρξης, οι δραστηριότητες που προηγήθηκαν της έναρξης του, ο τρόπος αντίδρασης του ασθενούς, το επίπεδο και η ένταση του πόνου, η συναισθηματική του διάθεση, σχόλια και σκέψεις που τυχόν έχει το άτομο και ότι άλλο είναι σημαντικό να αναφερθεί.

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη στην τρίτη ηλικία η χρήση του ημερολογίου δίνει απαραίτητες πληροφορίες στη σχεδίαση ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού πλάνου⁹⁸.

❖ Δραστηριότητες-Στόχοι

Ο χρόνιος πόνος έχει τη δυνατότητα να μονοπωλεί την προσοχή του πάσχοντα και να λειτουργεί περιοριστικά στην καθημερινότητα και την ενασχόληση του με ευχάριστες για τον ίδιο δραστηριότητες. Συνεπώς, η θέση συγκεκριμένων στόχων και επιδιώξεων αποτελεί κινητήριο δύναμη για τον ασθενή, καθώς αυξάνει παράλληλα και την πεποίθηση που αποκτά σχετικά με τη δυνατότητα ένταξης του πόνου στην καθημερινή ζωή. Επιπρόσθετα, η επίτευξη των στόχων αποσπά την προσοχή του ατόμου από την επώδυνη εμπειρία ανοίγοντας με αυτό νέες διόδους σε μια φυσιολογική ζωή επιδρώντας ταυτόχρονα και στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται εαυτόν. Επιπλέον, επισημαίνεται ιδιαίτερα το γεγονός ότι οι νέες επιδιώξεις θα πρέπει να είναι ευχάριστες για το άτομο, ώστε να αυξάνει τόσο το κίνητρο, όσο και την ευχαρίστηση που λαμβάνει από αυτές κατά την προσπάθεια που επιτελεί.

Οι στόχοι που θα θέσει ο ασθενής θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι και σαφείς ώστε να είναι εφικτοί και πραγματοποιήσιμοι. Επιπρόσθετα, αρχικά τουλάχιστον δεν θα πρέπει να είναι μακροχρόνιοι ώστε να είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η δυνατότητα μέτρησης είναι πολύ σημαντική, καθώς ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται το εάν τους επιτυγχάνει.

Συμπερασματικά, προκειμένου την επίτευξη στόχων και δραστηριοτήτων που δύνανται να εμπλουτίσουν την καθημερινότητα και το συμπεριφορικό ρεπερτόριο του ατόμου θα πρέπει να ορίζονται σαφώς ο στόχος, ο τρόπος ή το μέσον με το οποίο θα πραγματοποιηθεί, η διάρκεια και η μέθοδος μέτρησης.

❖ Γυμναστική

Η σωματική άσκηση επιφέρει πολλαπλά οφέλη γενικότερα τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική υγεία, όπως για παράδειγμα την ενδυνάμωση του μυϊκού και του καρδιαγγειακού συστήματος και την καλύτερη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων. Επιπρόσθετα, κατά τη σωματική άσκηση εκκρίνονται αναλγητικές χημικές ουσίες (ενδορφίνες και εγκεφαλίνες), οι οποίες συμβάλλουν και στη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου ανακουφίζοντας το άγχος. Ένα πρόγραμμα γυμναστικής το οποίο θα περιλαμβάνει ασκήσεις αεροβικές, δύναμης και ευλυγισίας θα μπορούσε να αποτελεί μια ενεργητική δραστηριότητα στη διαχείριση των επώδυνων εμπειριών με επιπρόσθετη ωφέλεια στη βελτίωση της διάθεσης και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς σχετικά με την ικανότητα του να ελέγξει το άλγος που βιώνει. Ακόμη μέσω της άσκησης βελτιώνεται η συνολικότερη λειτουργία του οργανισμού και ο ύπνος. Εναλλακτικά είναι εξίσου πολύτιμη η συμμετοχή σε κάποιο άθλημα, ή σε διάφορες δραστηριότητες για παράδειγμα ποδηλασία, χορός, βόλεϊ, πεζοπορία και άλλα.

Σε κάθε περίπτωση, είναι επιβεβλημένο ο ασθενής να συμβουλευέται το γιατρό του στην περίπτωση που υπάρχουν κάποιες αντενδείξεις σχετικά με κινήσεις που θα πρέπει να αποφεύγονται ή να γίνονται σε συγκεκριμένη συχνότητα και ένταση, καθώς η περίπτωση του κάθε πάσχοντα είναι διαφορετική όπως και οι ανάγκες του, γεγονός που επιτάσσει εξατομικευμένη αντιμετώπιση.

Προκειμένου την αποτελεσματικότερη ωφέλεια από την εκγύμναση προτείνεται η επιλογή ασκήσεων ή δραστηριοτήτων που θεωρούνται ευχάριστες για το άτομο, η συχνή εναλλαγή των δραστηριοτήτων για την αποφυγή την ανίας και της κόπωσης, η παρακολούθηση της πορείας και των πιθανών ωφελειών από τις σωματικές ασκήσεις, και η ελαστικότητα του προγράμματος ώστε να θεωρείται ευχάριστο και όχι επιβαρυντικό. Η συνειδητοποίηση της ανταμοιβής που αποκομίζει το άτομο από τη γυμναστική είναι σημαντική και ενισχυτική για το άτομο, καθώς αυξάνεται με αυτό τον τρόπο η συναισθηματική του ευφορία και η αυτοπεποίθηση σχετικά με την ικανότητα του να διαχειρίζεται τις συνέπειες της χρονιότητας του πόνου, εφόσον παρεισφρείει σε σχεδόν όλες τις διαστάσεις της καθημερινότητας του.

Μελέτη αναδεικνύει τη σημασία και αποτελεσματικότητα της ύπαρξης προγραμμάτων στην κοινότητα που θα προωθούν την ενασχόληση με δραστηριότητες που θα στοχεύουν στη φυσική κατάσταση του ασθενούς με χρόνιο πόνο κατά τον ελεύθερο του χρόνο⁹⁹.

❖ Συμπεριφορική θεραπεία

Στόχος της συμπεριφορικής θεραπείας είναι το να βοηθήσει το άτομο να αναδιοργανώσει την καθημερινότητα του ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις, τις προτεραιότητες και ανάγκες που θέτει η νόσος. Επιπρόσθετα, βοηθά τον ασθενή στην οργάνωση των δραστηριοτήτων και την ανακατανομή των εργασιών που δεν δύναται να επιτελέσει με την ίδια ευκολία, προκειμένου την αποφυγή διακυμάνσεων στα επίπεδα του πόνου, ενώ συνίσταται η περιοδική ανάπαυση.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών προωθούνται ικανότητες που καθιστούν το άτομο πιο λειτουργικό και αποτελεσματικό περιορίζοντας όσο είναι δυνατό τις επιπτώσεις της νόσου. Η συστηματική και ευρεία χρήση προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου προσφέρει πολλαπλά οφέλη στους ενήλικες που βιώνουν επώδυνες εμπειρίες¹⁰⁰.

Η κατάσταση του χρόνιου πόνου είναι μια αρκετά στρεσογόνα εμπειρία, η οποία συχνά συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα, τα οποία επιβαρύνουν εκ νέου τον ασθενή και παρεμποδίζουν τη διαδικασία διαχείρισης του. Συνεπώς, η ενασχόληση με την αντιμετώπιση της συναισθηματικής κατάστασης του πάσχοντα και ο τρόπος που ο ίδιος νοηματοδοτεί τη νόσο και αντιλαμβάνεται τις συνέπειες που επιφέρει, θεωρείται ως μια θεμελιώδης διαδικασία με πολλαπλά οφέλη.

Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η παραδοχή της νέας κατάστασης και η συνειδητοποίηση των πιθανών απωλειών που δύναται να επιφέρει στη ζωή του ατόμου. Η άρνηση της μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στη θεραπεία και τη γενικότερη πορεία της νόσου αντιστρέφοντας πιθανόν και τις θετικές επιδράσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, μπορεί να αποβεί τροχοπέδη στην πίστη του ατόμου για την πορεία του και να μειώσει το κίνητρο και την προσπάθεια του στην τήρηση της συνιστώμενης θεραπείας.

Συναίσθημα που συνήθως συνοδεύει την εμπειρία του χρόνιου πόνου είναι ο θυμός, που εάν δεν τύχει διαχείρισης μπορεί να επιβαρύνει το άλγος τόσο βιολογικά λόγω της μυϊκής έντασης και της παρεμπόδισης της χαλάρωσης, όσο και ψυχικά καθώς ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση διαρκούς έντασης που περιλαμβάνει έντονα ξεσπάσματα και εξάρσεις που επιβαρύνουν περαιτέρω την ήδη δύσκολη κατάσταση της εμπειρίας του πόνου με χρονιότητα. Πρωταρχικό μέλημα στη διαχείριση του θυμού θεωρείται η συνειδητοποίηση των συμπτωμάτων και του τρόπου με τον οποίο εκδηλώνεται στο κάθε άτομο, ώστε να αλλάξει ο τρόπος έκφρασης του σε πιο λειτουργικά μοτίβα με αποτελεσματικότερη έκβαση, ενώ παράλληλα αποτρέπεται η συσσώρευση του με

καταστροφικές για τον ασθενή συνέπειες. Η επαφή με έναν επαγγελματία υγείας μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα βοηθητική καθώς δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφραστεί, να επικοινωνήσει αποτελεσματικότερα τα συναισθήματά του και να βρει αποτελεσματικότερους τρόπους διαχείρισης τους. Έτσι μαθαίνει να εντάσσει το χρόνιο πόνο στην καθημερινότητα του και να μην αυτοπροσδιορίζεται αποκλειστικά μέσα από την επώδυνη εμπειρία. Μελέτη¹⁰¹ υποστηρίζει ότι προωθώντας τη ρύθμιση του συναισθήματος ως στρατηγική αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου, το κόστος για τη θεραπεία του θα μειώνονταν.

Ένα άλλο εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία είναι οι αρνητικές γνωστικές διαστρεβλώσεις που διατηρεί το άτομο είτε πρόκειται για χαρακτηριστικά της χαρακτηρισολογίας του ατόμου, είτε για ενσωμάτωση των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Παραδείγματα αποτελούν η γενίκευση (τίποτα δεν θα είναι όπως πριν), η καταστροφολογία (δεν υπάρχει καμιά ελπίδα, όλα είναι μάταια), η πόλωση (δεν υπάρχει μια ενδιάμεση κατάσταση, άσπρο ή μαύρο), η εξατομίκευση (το άτομο θεωρεί ότι έχει την αποκλειστική ευθύνη για το επώδυνο βίωμα) και άλλα. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη προσδοκιών σχετικά με την κατάσταση και την εξέλιξη της νόσου είναι δυνατό να επιφέρουν ματαίωση στο άτομο καθώς η διαδικασία του χρόνιου πόνου δεν είναι δυνατό να τεθεί υπό έλεγχο ή οποιαδήποτε προβλεψιμότητα. Ως εκ τούτου άτομα που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην τήρηση συγκεκριμένων χρονοδιαγραμμάτων και προγράμματος μπορεί να επιβαρυνθούν επιπρόσθετα.

Σημαντικός βοηθητικός παράγων σε όλη την εμπειρία του χρόνιου πόνου είναι η ύπαρξη ικανοποιητικών επιπέδων στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς, καθώς μπορεί να αποτελέσει σημαντική τροχοπέδη στην ορθή και αποτελεσματική εφαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων και τη συνολική λειτουργικότητα του.

Η πίστη του ατόμου στην αξία του πέρα από οποιεσδήποτε προδιαγραφές και περιορισμούς μπορούν να το ενισχύσουν σημαντικά στην προσπάθεια που καταβάλλει. Πέρα από τους επαγγελματίες υγείας που δύνανται να ανατροφοδοτήσουν την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης, βοηθητικές είναι εξίσου και οι προσπάθειες του ίδιου του ατόμου.

Πρόσφατη μελέτη¹⁰² ασθενών παρακολούθησαν μια θεραπευτική ομάδα που εφαρμόστηκε η γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία και βρέθηκε ότι για όλους τους ασθενείς αποτέλεσε μια θετική εμπειρία, ενώ μετά από 12 μήνες το 55% των ασθενών ανέφερε αλλαγή στην επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα.

Αν και οι προσδοκίες αφορούσαν κυρίως στη μείωση του πόνου, ωστόσο αυτή η απογοήτευση δεν υπήρξε εμπόδιο στη διαδικασία της αλλαγής.

❖ Χαλάρωση

Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι πολύ βοηθητικές για τη μείωση του άγχους των ασθενών με χρόνια πόνο, το οποίο αναπόφευκτα υφίσταται. Μέσω των τεχνικών της χαλάρωσης επιδιώκεται τόσο η ανακούφιση από τον πόνο, μέσα από τη χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, όσο και η γενικότερη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς.

Επιπρόσθετα, με την εκμάθηση των τεχνικών αναπνοής δίνεται η δυνατότητα στον πάσχοντα να αποκτήσει καλύτερη ενημερότητα των σωματικών του λειτουργιών και της απόκτησης ελέγχου σε αυτές, διαδικασία που συνεισφέρει στην επίτευξη ευφορίας. Οι τεχνικές χαλάρωσης περιλαμβάνουν ασκήσεις αναπνοής, τεχνικές καθοδηγούμενης φαντασίωσης και γενικότερη εκπαίδευση αναφορικά με τη σύνδεση του άγχους και της εμπειρίας σωματικών δυσλειτουργιών και πόνου. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η συνειδητότητα του ασθενούς σχετικά με τους στρεσογόνους παράγοντες, ενώ προτείνονται τρόποι διαχείρισης των.

❖ Αλλαγές στον τρόπο ζωής

Η εμπειρία του χρόνιου πόνου επιτάσσει την αλλαγή των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής ή τουλάχιστον των προτεραιοτήτων που αναγκάζεται να μεταβάλλει ο ασθενής.

Ύπνος: Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνά παρατηρούμενες στους χρόνιους ασθενείς, για το λόγο αυτό δεν πρέπει να παραβλέπονται, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Η διατήρηση της καλύτερης ποιότητας ύπνου βοηθά στην αναζωογόνηση του ανοσοποιητικού συστήματος και του οργανισμού γενικότερα, ενώ συμβάλλει στη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών και της διάθεσης.

Έλεγχος του βάρους/ Διατροφή: Η διατήρηση ενός επιτρεπτού ορίου δείκτη μάζας σώματος δεν λειτουργεί επιβαρυντικά στο μυοσκελετικό σύστημα, προλαμβάνει οποιεσδήποτε επιπρόσθετες συν-νοσηρές οντότητες, ενώ συμβάλλει στην προσπάθεια του οργανισμού να διαχειριστεί το άλγος.

Περιορισμός του αλκοόλ και του καπνίσματος: Η χρήση του αλκοόλ δύναται να επιδράσει αρνητικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή και να επιφέρει βλαβερές επιδράσεις στο ήδη επιβαρυνμένο ήπαρ, γι αυτό θα πρέπει να καταναλώνεται με ιδιαίτερη προσοχή και ύστερα από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Το κάπνισμα επίσης θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω των πολλαπλών επιδράσεων στο σύνολο του οργανισμού του ατόμου.

Σεξουαλική ζωή: Η σεξουαλική δραστηριότητα θεωρείται ως μια σημαντική ανάγκη στη ζωή ενός ατόμου, η οποία όμως παραβλέπεται με την ύπαρξη του χρόνιου πόνου. Συχνά θεωρείται ότι πρόκειται για μια λιγότερο εφικτή δραστηριότητα και πως ο ασθενής δεν είναι ελκυστικός με συνέπεια να απωθεί την οποιαδήποτε επιθυμία του για σεξουαλική συνεύρεση. Ωστόσο, η χρονιότητα μιας νόσου δεν σηματοδοτεί απαραίτητα τη διακοπή των σεξουαλικών επαφών εφόσον κάτι τέτοιο δεν αντενδεικνύεται λόγω ειδικών περιστάσεων.

Μέσω της επικοινωνίας στο σύντροφο τόσο της επιθυμίας, όσο και των φόβων και των προκαταλήψεων σχετικά με τη σεξουαλική συνεύρεση είναι πιθανό ο ασθενής να απολαμβάνει τη σεξουαλικότητα του και να ζει μια ζωή χωρίς επιπρόσθετους περιορισμούς, αλλά με την ικανοποίηση που θεωρείται εξέχουσας σημασίας όποια μορφή και αν λαμβάνει. Επιπρόσθετα, είναι δυνατό το ζευγάρι να ανακαλύψει νέους τρόπους διέγερσης, σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, καθώς και νέους τρόπους αμοιβαίας απόλαυσης που πριν θεωρούνταν εντελώς άγνωστοι. Με αυτό τον τρόπο επιχειρείται και η σύσφιξη της σχέσης των δύο συντρόφων, η μεταξύ τους επικοινωνία και η πληρότητα των αναγκών τους γενικότερα.

❖ Συμπληρωματική και Εναλλακτική ιατρική

Οι αρχές της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής δεν βασίζονται απαραίτητα στις παραδοσιακές παρεμβάσεις για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου, ωστόσο δεν αποτελούν πρόσφατες μεθόδους, καθώς εφαρμόζονται εδώ και χιλιάδες χρόνια. Καθοριστικό στοιχείο αποτελεί η πίστη για τη σύνδεση μεταξύ σώματος και ψυχής με αποτέλεσμα να θεωρεί τον άνθρωπο ως μια ψυχοφυσιολογική ολότητα.

Παραδείγματα αποτελούν η βιοανάδραση (ο ασθενής παρακολουθεί μέσω συσκευών παρακολούθησης συγκεκριμένες σωματικές αντιδράσεις που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και εκπαιδεύεται σε τρόπους ελέγχου τους), ο διαλογισμός, η ύπνωση, η γιόγκα (πρόκειται για μια αρχαία πρακτική που στοχεύει στη σωματική, ψυχική και πνευματική

ευεξία μέσα από ένα συνδυασμό στάσεων, τεχνικών αναπνοής και διαλογισμού), η αρωματοθεραπεία, η χειροπρακτική, ο βελονισμός (αποτελεί συστατικό της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής και περιλαμβάνει την εισαγωγή βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος ώστε να ξεμπλοκαριστεί η ενέργεια που ρέει κατά μήκος των μεσημβρινών), η ομοιοπαθητική, το Τάι Τσι, η αγιουρβέδα (θεωρείται ως το πιο παλιό σύστημα ιατρικής που εξακολουθεί να ασκείται έως σήμερα έχοντας ως αρχική παραδοχή ότι εφόσον οι άνθρωποι διαφέρουν σωματικά και ψυχικά θα πρέπει η θεραπεία να εξατομικεύεται). Η προσφυγή σε τέτοιου είδους θεραπείες, ειδικά στο βελονισμό, θεωρείται αποτελεσματική, ωστόσο θα πρέπει να γίνεται ύστερα από συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό για την ύπαρξη πιθανών αντενδείξεων.

❖ Φυσικοθεραπεία

Η επιστήμη της φυσικοθεραπείας έχει ευρέα αποτελέσματα στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, κυρίως μέσω των διάφορων τεχνικών που επιστρατεύει. Βασίζεται στην φυσική ικανότητα ανάρρωσης του σώματος, γι' αυτό το λόγο οι τεχνικές προϋποθέτουν τη συμμετοχή και συνέργεια του ασθενούς.

Οι μέθοδοι τις οποίες επιστρατεύει είναι κυρίως μηχανικές, καθώς στοχεύουν στη μείωση του πόνου στους μυς και τους συνδετικούς ιστούς και είναι για παράδειγμα η θεραπευτική μάλαξη, η χειροπρακτική, ο επιφανειακός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός, η θεραπεία με θερμότητα (παρέχει αναλγησία, προάγει τη χαλάρωση, μειώνει το μυϊκό σπασμό και αυξάνει την ευλυγισία των μυών και περιαρθρικών δομών, ενώ περιλαμβάνει και την επιφανειακή θερμότητα για παράδειγμα λάμπες ή εξ επαφής θερμά επιθέματα, παραφίνη, νερό και την εν τω βάθει θερμότητα όπως οι διαθερμίες και ο υπέρηχος), η θεραπεία με πάγο (το ψύχος έχει αναλγητική δράση και μειώνει τις φλεγμονώδεις απαντήσεις και το μυϊκό σπασμό, η αναλγητική δράση πιθανά προέρχεται απ' τη μείωση του σπασμού την αλλαγή της αιματικής ροής), τα τοπικά επιθέματα, η χαμηλής ενέργειας Laser και οι διάφορες εξωτερικές συσκευές (ειδικά γάντια για μείωση οιδήματος, ελαστικοί νάρθηκες-δακτυλίδια, ειδικά παπούτσια, μπαστούνι).

❖ Διεισδυτικές θεραπείες

Οι θεραπείες αυτού του τύπου περιλαμβάνουν ένα φάσμα από απλές ενέσεις έως τα χειρουργικά εμφυτεύματα και αφορούν στις κλινικές περιπτώσεις που οι φαρμακευτικές θεραπείες ή οι λοιπές παρεμβάσεις δεν καθίστανται αποτελεσματικές. Το 85-90% ανακουφίζεται με τη φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα ένα μόνο μικρό ποσοστό ασθενών να χρήζει αντιμετώπισης του πόνου με επεμβατικές τεχνικές⁸⁶.

❖ Φαρμακευτική θεραπεία

Παρακεταμόλη:

Η παρακεταμόλη είναι πιο αποτελεσματική για τον ήπιο και μέτριο πόνο μη συνοδευόμενο από τη φλεγμονή, ενώ θα πρέπει να λαμβάνεται με σύνεση και στη συνιστώμενη δοσολογία, διαφορετικά μπορεί να οδηγήσει σε βλάβες. Πausίπονα φάρμακα που περιέχουν παρακεταμόλη είναι τα Apotel, Depon, Lonarid, Panadol.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη:

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι πιο αποτελεσματικά στον ήπιο και μέτριο πόνο που συνοδεύεται από οίδημα και φλεγμονή.

Η δράση τους αφορά στην αναστολή της παραγωγής χημικών ουσιών που αυξάνουν τον πόνο και ενεργοποιούνται από την καταστροφή των ιστών. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η ασπιρίνη, η δικλοφενάκη (Voltaren), η ιβουπροφαίνη (Brufen), λονοξικάμη (Xefo), νιμεσουλίδη (Mesulid), μεφαιναμικό οξύ (Ponstan), ινδομεθακίνη (Indocid) και άλλα.

Γνώμονα στην χρήση και τον χειρισμό της δοσολογίας των περιφερικών αναλγητικών θα πρέπει να αποτελεί η ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης παρενεργειών στους ήδη επιβαρυσμένους αρρώστους και η προφύλαξη της πιθανής καλής γενικής κατάστασής τους⁸⁶.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια, κατακράτηση υγρών και καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ ο κίνδυνος για παρενέργειες αυξάνεται με την ηλικία, για το λόγο αυτό υπάρχει η ανάγκη παρακολούθησης της πορείας του ασθενούς από το γιατρό.

Αναστολείς COX-2:

Οι αναστολείς COX-2 είναι ο νεότερος τύπος μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προγενέστερα.

Η δράση τους στοχεύει στην αναστολή ενός ενζύμου της κυκλοξυγενάσης (COX-2), το οποίο συμμετέχει στην παραγωγή των προσταγλαδινών, οι οποίες συμβάλλουν στην εκδήλωση του πόνου και της φλεγμονής. Παραδείγματα των αναστολέων COX-2 αποτελούν η βαλντεκοξίμη (Bextra), η ροφεκοξίμη (Vioxx), η σελεκοξίμη (Celebrex).

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τα συγκεκριμένα σκευάσματα αφορούν κατεξοχήν στην αντιμετώπιση άλλων παθήσεων, ωστόσο επιστρατεύονται και στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, παρότι δεν είναι αναλγητικά. Ένα επιπρόσθετο όφελος είναι ότι δεν οδηγούν σε εξάρτηση ή εθισμό, όμως είναι δυνατό να προκαλέσουν διάφορες παρενέργειες, όπως υπνηλία, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, αύξηση του βάρους και δυσκολία στην ούρηση, οι οποίες μπορεί να τύχουν διαχείρισης από το θεράποντα ιατρό.

Αντιεπιληπτικά

Η δράση των αντιεπιληπτικών περιλαμβάνει την πρόληψη ή καθυστέρηση της αποστολής ανεξέλεγκτων σημάτων πόνου από τους τραυματισμένους νευρώνες, για το λόγο αυτό χορηγούνται κυρίως στο νευροπαθητικό πόνο. Χορηγούνται αρχικά σε χαμηλή δοσολογία η οποία εξατομικεύεται⁸⁶.

Συνήθεις παρενέργειες θεωρούνται οι ζαλάδες, η ναυτία και η δυσκοιλιότητα, ωστόσο οι περισσότεροι άνθρωποι που τα λαμβάνουν ενοχλούνται ελάχιστα από αυτές τις παρενέργειες, γεγονός που προλαμβάνεται με τη σωστή παρακολούθηση από το γιατρό. Συνήθη αντιεπιληπτικά είναι η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), η γκαμπαπεντίνη (Neurontin), η λαμοτριγίνη (Lamictal), η φαινυτοΐνη (Epanutin).

Οπιοειδή

Πρόκειται για ισχυρά αναλγητικά σκευάσματα που επεμβαίνουν στη μετάδοση των μηνυμάτων πόνου και λαμβάνονται συνήθως σε περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού, στον καρκινικό και τον μετεγχειρητικό πόνο.

Η βραχυπρόθεσμη χρήση προκαλεί συνήθως μικρές παρενέργειες, αλλά εάν λαμβάνονται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα μπορεί να αποβούν ενοχλητικές.

Στη λήψη των συγκεκριμένων σκευασμάτων υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης εθισμού, ο οποίος πέραν των υπολοίπων συνεπειών εξουδετερώνει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου.

Παραδείγματα οπιοειδών θεωρούνται η φαιντανύλη (Durogesic, συνθετικό, λιπόφιλο οπιοειδές, η διαδερμική οδός χορήγησής της αποδεικνύεται αποτελεσματική ως βραδείας αποδέσμευσης σκεύασμα στον καρκινικό πόνο⁸⁶), η ναλβουφίνη (Nubain), η μεθαδόνη, η μορφίνη (αποτελεσματική στον οξύ και χρόνιο πόνο⁸⁶), η προποξυφαίνη, η κωδεΐνη (Lonalgal) και άλλα.

10.Επιδημιολογία

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει περισσότερο από το ένα τρίτο των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα και περίπου το 80% από αυτούς που ζουν στα νοσηλευτικά ιδρύματα^{62,103}, με ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της επώδυνης εμπειρίας¹⁰⁴. Σύμφωνα με έρευνα στον πληθυσμό του 2008¹⁰⁵, η επικράτηση του χρόνιου πόνου στο γενικό πληθυσμό ποικίλει από το 10% έως και το 40% ποσοστό που εξαρτάται από τον ορισμό και τον πληθυσμό που μελετάται. Παρολαυτά γενικότερα παρατηρήθηκε μια υψηλή συχνότητα ύπαρξης του χρόνιου πόνου, ο οποίος λειτουργεί παρεμποδιστικά και στην ποιότητα ζωής.

Οι χρόνιες νοσολογικές συνθήκες που προκαλούν πόνο είναι συνήθεις τόσο στις αναπτυσσόμενες, όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, με συχνότερη επικράτηση στις γυναίκες και τους ηλικιωμένους¹⁰⁶. Η αυξημένη επικράτηση στις γυναίκες παρατηρήθηκε και σε επιπρόσθετη μελέτη¹⁰⁷ και συγκεκριμένα στο 48,4% έναντι του 32,8% στους άντρες, ενώ η συνολική ύπαρξη χρόνιου πόνου στον πληθυσμό άγγιξε το 41,4%.

Όσον αφορά στην ποσοτικοποίηση του πόνου συνήθως αναφερόμενη είναι η μέτρια ένταση (25,7%)¹⁰⁸, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των 60-69 χρόνων που συμμετείχε στην έρευνα η κυρίαρχη εντόπιση του πόνου ήταν στα γόνατα και την οσφυϊκή μοίρα¹⁰⁸.

Στις δυτικές κοινωνίες η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 χρόνων αναπαριστά ολοένα και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού με τα προβλήματα που αφορούν στην κινητικότητα και την κοινωνική ζωή να προεξάρχουν και κοινώς ομολογημένη επιθυμία όλων να παραμείνουν στο σπίτι τους χωρίς να κάνουν χρήση των υπηρεσιών κάποιου γηροκομείου όσο αυτό είναι δυνατό⁵⁵.

Έρευνα που διεξήχθη στη Σκωτία έδειξε ότι ο χρόνιος πόνος έχει επικράτηση στο 62% σε άτομα άνω των 75 ετών¹¹⁰.

Ενώ σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη στις ΗΠΑ η παρουσία του πόνου σε καθημερινή βάση είχε μια αξιοσημείωτη επίδραση στη γενικότερη κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα⁵⁶.

Τα ρευματικά νοσήματα θεωρούνται ως οι πιο κοινές αιτίες του χρόνιου πόνου με υψηλή πιθανότητα εμφάνισης παθήσεων που προκαλούν άλγος στα οστά, τις αρθρώσεις και την οσφυϊκή μοίρα στην τρίτη ηλικία⁹⁵. Μελέτες έχουν αναδείξει την υψηλή επικράτηση του πόνου στους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα¹¹¹⁻¹¹³, καθώς και στα νοσηλευτικά ιδρύματα (long term care institutions)^{56,111,114-116}. Ο πόνος στο ισχίο και το γόνατο ήταν οι πιο κοινώς αναφερόμενοι^{115,116} εξηγώντας το άλγος που βίωναν κατά τη βάδιση. Οι διαταραχές που αφορούν στο μυοσκελετικό σύστημα (40,7%) παρουσιάζονται πιο συχνά στις γυναίκες και οι βλάβες του νευρικού συστήματος (35,2%) πιο συχνές στους άντρες,, θεωρούνται και από μια επιπρόσθετη μελέτη ως οι κοινώς αναφερόμενες από τους πάσχοντες⁴¹.

11.Κατάθλιψη

Η πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με το πέρας της ηλικίας, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, καθώς συνδυάζεται με διάφορες παθήσεις, αλλαγές στη ζωή του ατόμου, απώλειες και ποικίλες εντάσεις που συχνά συναντώνται σε αυτό το ηλικιακό φάσμα με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην εμφάνιση της συγκεκριμένης πάθησης. Επιπρόσθετα, αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα στο επίπεδο της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου. Ωστόσο, συχνά η ύπαρξη της κατάθλιψης παραβλέπεται ή θεωρείται ως φυσικό επακόλουθο της τρίτης ηλικίας με αποτέλεσμα να μην τυγχάνει θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Επιπρόσθετα, μερικές φορές η μνημονική έκπτωση και οι διαταραχές προσοχής που συνδέονται στενά με την κατάθλιψη αποδίδονται λανθασμένα σε πιθανή ύπαρξη άνοιας, γεγονός με δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή, αλλά και τους περιθάλποντες του.

Η ύπαρξη έντονου πόνου αποτελεί έναν ιδιαίτερα επιβαρυντικό παράγοντα για τους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με έρευνα, οι ασθενείς που δήλωσαν ότι είχαν έντονους πόνους που δυσκόλευαν την καθημερινή τους λειτουργικότητα, παρουσίασαν λιγότερη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης¹⁰⁰, καθώς η ένταση του πόνου συμβάλλει στα συμπτώματα αυτά μέσω της επίδρασης της στην ψυχική και σωματική υγεία του ασθενή. Η κατάθλιψη έχει γενικότερες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και ειδικά στο καρδιαγγειακό του σύστημα και τη λειτουργικότητα του.

Η κατάθλιψη είναι μια συνήθης οντότητα στους ηλικιωμένους, η οποία συσχετίζεται με το χρόνιο πόνο, ωστόσο η έρευνα αναφορικά σε αυτό τον τομέα δεν είναι εκτενής¹¹⁷. Έρευνα¹¹⁷ αναδεικνύει το γεγονός της διάκρισης μεταξύ των ηλικιωμένων που υποφέρουν από χρόνιο πόνο και συν-νοσηρή κατάθλιψη και αυτών χωρίς κατάθλιψη, καθώς και ότι η κατάθλιψη στους χρόνιους ασθενείς χαρακτηρίζεται από απουσία αισθημάτων αυτοκατηγορίας. Στους ασθενείς με χρόνιο πόνο τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με γνωστικές παραμέτρους παρά με την ένταση και την εξασθένηση από τον πόνο¹¹⁸. Επιπρόσθετα, τα επίπεδα του πόνου και κατάθλιψης σχετίζονται έντονα με τη φυσική κατάσταση του ατόμου και τα καταθλιπτικά σημεία σχετίζονται με τα αποτελέσματα της ADL (κλίμακα λειτουργικότητας) καθώς και την ταχύτητα βάδισης. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη¹¹⁹, ενώ ο πόνος και η κατάθλιψη επηρεάζουν τη φυσική κατάσταση του ασθενή, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν ισχυρότερο παράγοντα επίδρασης στη λειτουργικότητα του. Για το λόγο αυτό, κατά τη διάρκεια τόσο της διαγνωστικής εκτίμησης, όσο και κατά τη θεραπεία η ύπαρξη του πόνου θα πρέπει να προσδιορίζεται σαφώς.

Μελέτες¹²⁰ έχουν κατά καιρούς αναδείξει ότι οι ασθενείς με άνοια και συν-νοσηρό πόνο ελάμβαναν λιγότερη φαρμακευτική αγωγή συγκριτικά με τους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους με πόνο που εξετάστηκαν σε γηροκομεία, ενώ η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στις γνωστικές λειτουργίες όπως για παράδειγμα η μνήμη και η προσοχή.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι οι μελέτες που ερευνούν τη σχέση του πόνου και των γνωστικών λειτουργιών θα πρέπει να εξετάζουν την πιθανή ύπαρξη καταθλιπτικής συν-νοσηρότητας⁴⁷.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση του πόνου και της κατάθλιψης επιδρά θετικά στη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και το γνωστικό του επίπεδο.

Η συχνότητα της κατάθλιψης στους χρόνιους ασθενείς παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση σε αυτό τον ηλικιακό πληθυσμό¹²¹, συνεπώς θα πρέπει να μην παραβλέπεται και να τυγχάνει αποτελεσματικής αντιμετώπισης.

12. Άνοια

Η άνοια αποτελεί μια νοσολογική οντότητα, η οποία παρουσιάζει μια ποικιλία συμπτωμάτων, ενώ η κλινική εικόνα παρουσιάζει αρκετά μεγάλη ποικιλομορφία τόσο στο ρυθμό όσο και στην ένταση και τη γενικότερη πορεία της νόσου. Σχετίζεται με τους καθοριστικούς αιτιολογικούς παράγοντες και τις περιοχές του εγκεφάλου που υφίστανται τη βλάβη. Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο με ευρεία αιτιολογική βάση που χαρακτηρίζεται από την έκπτωση των ανώτερων γνωσιακών λειτουργιών. Η μνήμη, η κρίση, η σκέψη και ο λόγος διαταράσσονται και η διαταραχή αυτή έχει άμεση επίπτωση στην προσωπικότητα του πάσχοντος και στην εν γένει συμπεριφορά αυτού.

Η παθογένεια αυτής της ασθένειας αφορά στην καταστροφή των νευρώνων του εγκεφάλου, η οποία αφενός αποτελεί μια φυσιολογική διεργασία, αφετέρου στα πλαίσια της νόσου παρουσιάζεται αύξηση του ρυθμού καταστροφής τους με εμφανείς συνέπειες στη λειτουργικότητα του ατόμου, τις γνωστικές του λειτουργίες, για παράδειγμα τη μνήμη, την προσοχή, τη συγκέντρωση, την αφαιρετική σκέψη, την ομιλία, καθώς και στην ικανότητα του για αυτοεξυπηρέτηση. Η άνοια θεωρείται σύνδρομο για το λόγο ότι η αιτιοπαθογένεια της δεν είναι σαφώς ορισμένη παρά την ύπαρξη ενοχοποιητικών παραγόντων. Συνεπώς, οι περισσότερες άνοιες αποτελούν προοδευτικές εκφυλιστικές καταστάσεις, ενώ μερικές από αυτές είναι αναστρέψιμες.

Η άνοια ως όρος περιλαμβάνει μια ποικιλία επιμέρους νοσημάτων αναστρέψιμα ή μη, με πιο γνωστή ως προς την επικράτηση της τη νόσο Alzheimer.

Η νόσος Alzheimer αποτελεί μια προοδευτική, μη αναστρέψιμη νευροεκφυλιστική διαταραχή, η οποία παρουσιάζει έντονη ετερογένεια τόσο στη σειρά εκδήλωσης των συμπτωμάτων όσο και στη διάρκεια της και με αρχικά προσβαλλόμενες περιοχές τον ιππόκαμπο και το μέσο κροταφικό λοβό. Αρχικό σύμπτωμα αποτελεί η απώλεια μνήμης που αφορά στα πρόσφατα γεγονότα και εν συνεχεία η έκπτωση στις υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα η εκτελεστική λειτουργία, ο προσανατολισμός, η ομιλία, η αφαιρετική σκέψη κτλ.

Αν και ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου συνδέεται πολύ στενά με την ηλικία, ωστόσο υπάρχουν διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες νόσησης, όπως γενετικοί (πρωτεΐνη του Β αμυλοειδούς), περιβαλλοντικοί, καρδιαγγειακοί, για παράδειγμα αρτηριακή υπέρταση, αρτηριοσκλήρυνση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ψυχοκοινωνικοί, χρόνιο στρες, στρεσογόνο συμβάν/απώλεια, μεταβολικοί κτλ.

Στο αρχικό στάδιο παρουσιάζονται δυσκολίες για παράδειγμα στην ανεύρεση λέξεων, τη μνήμη πρόσφατων γεγονότων, τη λήψη αποφάσεων, ενώ παρατηρούνται δυσκολίες στον προσανατολισμό στο χώρο και χρόνο και αλλαγές στη διάθεση, όπως μειωμένη ευχαρίστηση από δραστηριότητες που ήταν ευχάριστες για τον ασθενή.

Στο ενδιάμεσο στάδιο η κατάσταση του ασθενούς χειροτερεύει στο επίπεδο που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη βοήθεια των περιθαλπόντων. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται προβλήματα στην ομιλία, στην τέλεση δραστηριοτήτων όπως τα ψώνια και το πλύσιμο, ενώ είναι δυνατό να παρουσιαστεί ψυχιατρική συμπτωματολογία όπως ψευδαισθήσεις καταδίωξης και ψυχοκινητική διέγερση. Επιπρόσθετα είναι δυνατό να εκδηλωθούν συμπεριφορές όπως άσκοπη περιπλάνηση και ακράτεια.

Στο τελευταίο στάδιο ο ασθενής δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και γίνεται ολοένα δυσκολότερη η αναγνώριση ακόμα και των οικείων προσώπων, ενώ εμφανή είναι και τα κινητικά προβλήματα, που οδηγούν στην καθήλωση.

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία άνοιας (15-25%) μετά τη AD (Alzheimer Disease) και η επίπτωση αυξάνεται εκθετικά με την ηλικία, κυρίως μετά την ηλικία των 65 και διπλασιάζεται κάθε 5,3 χρόνια κατά μέσο όρο.

Ο όρος αγγειακή άνοια περιγράφει άνοια εξ αιτίας εγκεφαλοαγγειακής νόσου (CVD) γενικά και έχει αντικαταστήσει τον όρο πολυεμφρακτική άνοια, δεδομένου ότι τα πολλαπλά έμφρακτα δεν είναι η μοναδική αιτιολογία. Η διάγνωση μιας *δυνατής* VAD γίνεται εάν: 1. Δεν υπάρχουν νευροαπεικονιστικά ευρήματα 2. Απουσία σαφούς χρονικής σχέσης μεταξύ άνοιας και ΑΕΕ (αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου) και 3. Σε περιπτώσεις ήπιας έναρξης και ποικίλης εξέλιξης. Η *σίγουρη* VAD προϋποθέτει την ύπαρξη άνοιας η οποία συνοδεύεται από ενδείξεις εγκεφαλοαγγειακής νόσου και δεν υπάρχουν ιστοπαθολογικές ενδείξεις άλλης πιθανής αιτίας της γνωσιακής έκπτωσης.

Η VAD *αποκλείεται* σε περιπτώσεις διαταραχών επιπέδου συνείδησης, ψύχωσης, σοβαρής αφασίας, μεγάλων κινητικοαισθητικών ελλειμμάτων, ή άλλων εγκεφαλικών βλαβών που μπορεί να ευθύνονται για την γνωσιακή έκπτωση.

- **Λήψη πλήρους ιστορικού** Πότε ξεκίνησε το πρόβλημα

Κύρια συμπτώματα (AD-μνήμη, VAD-εκτελεστική δυσλειτουργία)

Μεταβολές διάθεσης (VAD:κατάθλιψη, απάθεια)

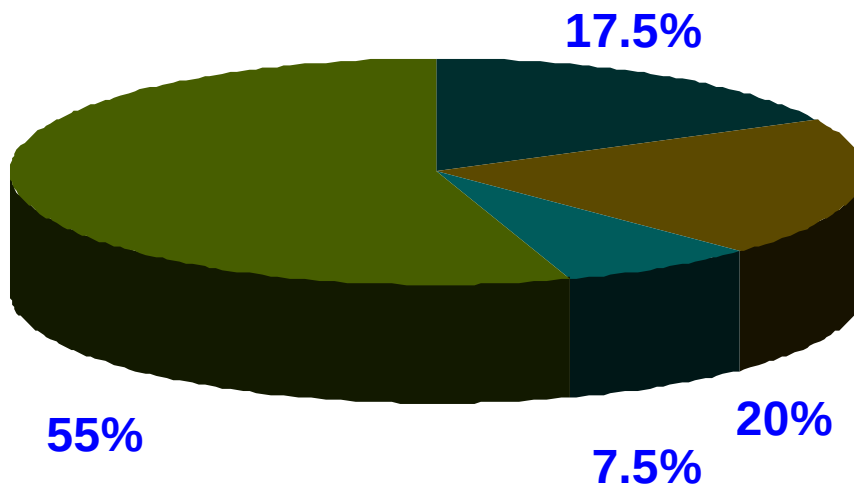
Βάδιση-Ούρηση (μικρά συρόμενα, ακράτεια)

Ιστορικό αγγειακών συμβαμάτων (έμφρακτα, ΠΠΕ)

- 2. Συνέντευξη με τον ασθενή
- 3. Φυσική και νευρολογική εξέταση
- 4. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες :Οι Γνωσιακοί τομείς που θα πρέπει να ερευνηθούν είναι η μνήμη, η πραξία, ο λόγος, ο προσανατολισμός, η κατασκευαστική ικανότητα και η εκτελεστική λειτουργία.
- 5. Απεικόνιση εγκεφάλου (Αξονική Τομογραφία, Μαγνητική Τομογραφία, Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα)
- 6. Εργαστηριακός έλεγχος
 1. Γενική εξέταση αίματος
 2. Ηλεκτρολύτες ορού
 3. Σάκχαρο, Ουρία
 4. Κρεατινίνη ορού
 5. Φυλλικό οξύ-B12
 6. Θυρεοειδική λειτουργία
 7. Ομοκυστεΐνη
 8. ΣΕΛ, αντικαρδιολιπιδικά αντισώματα

Νοσήματα που οδηγούν σε άνοια

- ❖ **Νόσος του Alzheimer (NA)**
- ❖ **Αγγειακή Άνοια**
- ❖ **Άνοια με σωμάτια του Lewy & Άνοια της νόσου του Parkinson**
- ❖ **Άλλες άνοιες** (Μετωποκροταφική Άνοια, Νόσος Creutzfeldt-Jakob, Φλοιοβασική εκφύλιση, Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση, Δυνητικά αναστρέψιμες άνοιες Gersing et al., 1998; Cras,



Η άνοια προκαλεί σοβαρά και μοναδικής εμβέλειας εμπόδια στην αξιολόγηση του πόνου, ενώ επιπρόσθετα είναι δυνατό συνήθεις συμπεριφορές που συνδέονται με αλγογόνο αίσθηση να καθίστανται δύσκολο ή ανύπαρκτο να μεταφραστούν από τους θεράποντες ή αντίθετα συμπεριφορές που αποδίδονται στην άνοια να αποτελούν ένδειξη πόνου. Για παράδειγμα η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί αντίδραση από ανοϊκούς ασθενείς που δεν μπορούν να διαχειριστούν τον πόνο τους¹²².

12.1.Νευροπαθολογικά ευρήματα

Ο εγκέφαλος λαμβάνει τα αισθητικά, συναισθηματικά και γνωστικά ερεθίσματα του πόνου διαμέσου ενός πολύπλοκου δικτύου νευροπαθολογοανατομικών συνδέσεων που αφορούν τόσο στις πρωτογενείς αισθητήριες ίνες, τόσο και στην ερμηνεία τους στον αισθητικό φλοιό.

Τα πειραματικά δεδομένα αναφορικά με την επίδραση της άνοιας στον πόνο παραμένουν αμφιλεγόμενα⁶⁶. Συγκεκριμένα, υπάρχουν δεδομένα για την αυξημένη, τη μειωμένη, ακόμα και για την αναλλοίωτη αλγαισθητική διαδικασία.

Σε μελέτη που αφορά στη σχέση του πόνου και των γνωστικών λειτουργιών⁴⁷ αναδεικνύεται ότι οποιαδήποτε αλλαγή που εμφανίζεται στο βίωμα του πόνου εξαρτάται από τα νευροπαθολογικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν τους διάφορους υπότυπους της άνοιας, για παράδειγμα αγγειακή, Alzheimer, μετωποκροταφική και άλλες.

Μια ακόμη έρευνα αναδεικνύει το γεγονός ότι παρά την ομοιότητα της νευροεκφύλισης στους διάφορους υπότυπους της άνοιας, ο βαθμός στον οποίο υφίστανται οι βλάβες και η επίδραση που ασκούν στις περιοχές που σχετίζονται με την αντίληψη των επώδυνων ερεθισμάτων καθορίζουν το επώδυνο βίωμα¹²³. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη στη νόσο Alzheimer και ακόμα περισσότερο στη μετωποκροταφική άνοια η μείωση στα συγκινησιακά στοιχεία του πόνου είναι εμφανή, ενώ στην αγγειακή άνοια παρατηρείται ελάττωση της συναισθηματικής εμπειρίας του πόνου.

Έρευνα μέσω της χρήσης των ακουστικών προκλητών δυναμικών που διεξήχθη σε 25 ανοϊκούς και μη ηλικιωμένους έδειξε διαφορές στα προκλητά δυναμικά (συγκεκριμένα στα P340 και P300 component of auditory ERPs) διατείνοντας ότι η αντίληψη του πόνου είναι προβληματική στους ανοϊκούς ασθενείς¹²⁴.

Σε εκτενή ανασκόπηση μεταξύ των διαφόρων υποτύπων της άνοιας και της εμπειρίας του πόνου (Scherder et al., 2003) αναδεικνύεται ότι οι ασθενείς με άνοια βιώνουν λιγότερα συγκινησιακά στοιχεία συγκριτικά με τους ηλικιωμένους χωρίς άνοια (Foundas et al., 1997; Callen et al., 2002). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι αισθητηριακές προσλαμβάνουσες του πόνου παραμένουν άθικτες στους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους υπονοώντας ότι οι ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι ικανοί να βιώσουν τον πόνο εξίσου με τους ηλικιωμένους που δεν πάσχουν από οποιαδήποτε ανοϊκή συνδρομή (Scherder et al., 2003). Επιπρόσθετα, ένα εύρημα που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι οι ασθενείς με μετωποκροταφική άνοια ανέφεραν λιγότερο πόνο συγκριτικά με τους πάσχοντες από αγγειακή και νόσο Alzheimer (Scherder et al., 2003). Με αυτό τον τρόπο δίνεται έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει ο προμετωπιαίος λοβός στην επεξεργασία των γνωστικών και συγκινησιακών παραμέτρων που εμπλέκονται στην εκτίμηση του πόνου, οι οποίες εδράζονται στο μέσο σύστημα πόνου (medial pain system), λόγω της εκφύλισης του προμετωπιαίου λοβού που παρατηρείται εντονότερη στη μετωποκροταφική άνοια συγκριτικά με τις άλλες δύο (Varma et al., 2002).

Το μέσο σύστημα πόνου σχετίζεται με τις συγκινησιακές και γνωστικές παραμέτρους της επώδυνης εμπειρίας, τη μνήμη της, καθώς και των αυτόνομων αντιδράσεων του πόνου (Sewards & Sewards, 2002; Vogt & Sikes, 2000).

Σημαντικές δομές στο λυμβικό σύστημα αποτελούν ο ιππόκαμπος, η αμυγδαλή και ο υποθάλαμος (Manfredi et al., 2003; Rainero et al., 2000; Benedetti et al., 2004). Σε αντίθεση, το παράπλευρο σύστημα του πόνου (lateral pain system) αφορά στις δομές που επεξεργάζονται τα αισθητηριακά στοιχεία των αλγογόνων ερεθισμάτων (Sewards & Sewards, 2002; Vogt & Sikes, 2000).

Δύο μελέτες (Cornu 1975; Johnon, Malhammar, and Waldton 1977) δείχνουν ότι το κατώφλι του πόνου στους ανοϊκούς ασθενείς δεν διαφέρει σημαντικά συγκριτικά με τους γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους. Περαιτέρω μελέτη (Cornu 1975) πιστοποιεί τα παραπάνω ευρήματα καθώς οι ανοϊκοί ασθενείς εμφάνισαν αλλαγές στη συμπεριφορά τους συνεπείς ως προς την επώδυνη εμπειρία και την εντόπιση του πόνου όπως και η ομάδα ελέγχου. Παρολαυτά, οι δομές που αφορούν στα συγκινησιακά χαρακτηριστικά του πόνου παραλλάσσονται εξαιτίας της άνοιας νόσου Alzheimer, γεγονός που πιστοποιεί ότι αυτή η συνιστώσα του πόνου μεταβάλλεται σε αυτούς τους ασθενείς⁶⁸.

Αξιοσημείωτο νευροπαθολογικό εύρημα της νόσου Alzheimer αποτελεί η εκφύλιση του ιππόκαμπου και του προμετωπιαίου φλοιού. Αυτές οι δύο περιοχές εμπλέκονται στις συγκινησιακές, τις γνωστικές, τη μνήμη του πόνου καθώς και στην ικανότητα πρόβλεψης του αλγογόνου ερεθίσματος με συγκινησιακή χροιά¹²⁵⁻¹²⁷. Επιπρόσθετα, τα νευροπαθολογικά ελλείμματα σε αυτές τις περιοχές και τα αντίστοιχα νευρωνικά κυκλώματα πιθανό να συμβάλλουν στη μειωμένη αντίληψη των επώδυνων ερεθισμάτων στους ανοϊκούς ασθενείς¹²³, ενώ το χολινεργικό σύστημα που πλήττεται ιδιαίτερα στην άνοια, σύμφωνα με μελέτη σε ποντίκια¹²⁹ προκαλεί έκπτωση της μνήμης του πόνου.

Γνωμικά

Ο καθολικός πόνος απαρτίζεται από 4 μορφές:

- ❖ Σωματικός
- ❖ Συναισθηματικός
- ❖ Κοινωνικός
- ❖ Πνευματικός

η πολυπλοκότητα του πόνου καθιστά απίθανη την ανακούφιση του όταν δεν αντιμετωπισθεί ξεχωριστά το καθένα από αυτά τα στοιχεία του ασθενούς. **(Saunders)**

Ο πόνος μπορεί να έχει επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ίσως να σημαίνει τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή και τον θάνατο. **(Ronald Melzack)**

« Η ζωή αρχίζει από την άλλη πλευρά της απελπισίας» **(J. Sartre)**

-Οι γιατροί νομίζουν ότι πολλοί άρρωστοι έχουν αντιμετωπισθεί, ενώ απλά τους εγκαταλείπουν αγανακτισμένοι.

-Η μεγαλύτερη ευτυχία για τον άνθρωπο δε βρίσκεται στην απόλαυση, αλλά στην ανακούφιση του πόνου. **(John Dryden)**

Κεφάλαιο 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

3.1 Γενικός σκοπός

Ο γενικός σκοπός της έρευνας αφορά στη μελέτη και τη διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι συνδέονται με το χρόνιο πόνο σε ηλικιωμένους που εμφανίζουν μνημονικά ελλείμματα. Ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθίσταται εμφανές το γεγονός ότι ο πόνος είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο στην τρίτη ηλικία, καθώς και ότι συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Επιπρόσθετα, το παραπάνω φαινόμενο περιπλέκεται ιδιαίτερα στους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, καθώς τα δεδομένα σε αυτό το ερευνητικό πεδίο καθίστανται αμφιλεγόμενα, εφόσον ο ασθενής πολλές φορές δεν έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει το γεγονός ότι πονά. Σύμφωνα με τα γενικότερα δεδομένα, ο χρόνιος πόνος είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, στη διαμόρφωση του οποίου συμμετέχουν ποικίλοι παράγοντες τόσο ατομικοί όσο και περιβαλλοντικοί. Συγκεκριμένα αφορά σε συνθήκες διαβίωσης, ψυχικά βιώματα, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, δημογραφικά δεδομένα, βιολογικές συνιστώσες, το προφίλ της νόσου καθώς και στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τον πόνο. Συνεπώς, δεν μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια το πορτρέτο των ασθενών που θα εμφανίσουν κάποιο χρόνιο νόσημα ή που ο υπάρχων πόνος που βιώνουν θα εκπέσει στη χρονιότητα. Τα πράγματα περιπλέκονται ακόμα περισσότερο από τη γενική φθορά που συνδέεται με την τρίτη ηλικία, γεγονός που επιδεινώνει την υπάρχουσα κατάσταση τους ασθενούς και μειώνει τις εφεδρείες του οργανισμού.

Για τους παραπάνω λόγους η συγκεκριμένη ερευνητική διεργασία επιχειρεί τη διερεύνηση της επώδυνης εμπειρίας των ηλικιωμένων με χρόνιο πόνο και με συνυπάρχοντα ή μη μνημονικά ελλείμματα καθώς και των παραγόντων που παρεισφρέουν σε αυτή τη σχέση. Ειδικότερα, επιχειρείται η κατανόηση της φύσης και έντασης της επώδυνης εμπειρίας που εμφανίζει χρονιότητα, καθώς και οι διαφοροποιήσεις της αναφορικά τόσο με δημογραφικούς παράγοντες, όσο και με ψυχικούς. Επιπρόσθετα, δίνεται έμφαση στη μελέτη των γνωστικών ελλειμμάτων και στο κατά πόσον συμμετέχουν ή επιδεινώνονται στις διάφορες επώδυνες νοσολογικές οντότητες. Λόγω των νευροπαθολογικών αλλοιώσεων που λαμβάνουν χώρα στις νευροεκφυλιστικές νόσους, αλλά και της γενικότερης αναμενόμενης γνωστικής έκπτωσης που συνίσταται με την πάροδο της ηλικίας, τίθεται το ερώτημα της επίδρασης τους με τη χρόνια επώδυνη εμπειρία.

Επιπλέον, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η αναζήτηση πιθανών κοινών μοτίβων ανεξάρτητα από το γνωστικό επίπεδο των ατόμων και αφορούν για παράδειγμα σε δημογραφικές μεταβλητές, όπως για παράδειγμα το φύλο.

Ενώ παράλληλα γίνεται προσπάθεια εύρεσης πιθανής συμμετοχής ψυχικών συνιστωσών στην ένταση του πόνου αναφορικά με την ύπαρξη ή μη της γνωστικής έκπτωσης.

3.1.2.Ειδικοί στόχοι

Οι ερευνητικές υποθέσεις που συναποτελούν τους στόχους προς διερεύνηση της παρούσας έρευνας διατυπώνονται ως εξής:

- Επίδραση του φύλου στο χρόνιο πόνο ανεξάρτητα από τα μνημονικά ελλείμματα.
Η σύγχρονη βιβλιογραφία βρίθει από δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς το βίωμα του πόνου. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο το επώδυνο βίωμα συγκριτικά με τους άντρες, καθώς και ότι επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας. Δεδομένου ότι ο πόνος και κυρίως ο χρόνιος περιλαμβάνει πολλά συγκινησιακά στοιχεία, καθώς και ότι η εμπειρία του υποφέρειν είναι κοινωνικά πιο επιτρεπτή στο γυναικείο φύλο, η υπόθεση μας είναι ότι οι γυναίκες θα αναφέρουν εντονότερο πόνο συγκριτικά με τους άντρες.
- Επίδραση του άγχους στην ένταση του πόνου ανεξάρτητα από τα μνημονικά ελλείμματα.
Το άγχος του πόνου δύναται να συμμετέχει σε καθοριστικό βαθμό στο βίωμα του πόνου. Μελέτες δείχνουν (Lethem *et al.*, 1983) ότι η ανάπτυξη μιας αποφευκτικής συμπεριφοράς σχετικά με το χρόνιο πόνο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση του μέσα από ένα φαύλο κύκλο μέσα από τον οποίο περιορίζονται οι ενασχολήσεις του και γενικότερα η δράση του, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μια ολική εσωστρέφεια και περιορισμό του ατόμου, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο το βίωμα της επώδυνης εμπειρίας. Επιπρόσθετα, το άγχος αποτελεί κυρίαρχο συστατικό του χρόνιου πόνου (Lethem *et al.*, 1983; Philips, 1987).
- Σχέση της αναφερόμενης έντασης του πόνου και της μνημονικής έκπτωσης.
Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει το σύνολο του οργανισμού ως μια ψυχοβιολογική οντότητα.

Όσον αφορά στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου έχει ιδιαίτερη επίδραση στη μνήμη και την επεξεργασία των πληροφοριών. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη¹³⁰, οι ασθενείς με ινομυαλγία, η οποία θεωρείται ως ένα ρευματικό νόσημα με συνοδό έντονο πόνο, σημείωσαν φτωχότερη επίδοση στην άμεση λεκτική μνήμη, την ανάκληση και τη συγκέντρωση συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Συνεπώς στην παρούσα έρευνα εικάζουμε ότι η ένταση του άλγους συνδέεται με τα μνημονικά ελλείμματα.

- Επίδρασης των καταθλιπτικών σημείων και της έντασης του πόνου συγκριτικά με τη μνημονική έκπτωση.

Τόσο το άγχος, όσο και η καταθλιπτική σημειολογία συμμετέχουν στην ύπαρξη και το βίωμα του πόνου, παρατείνοντας το βίωμα και επιδρώντας στην ένταση του. Η κατάθλιψη είναι το συχνότερο σύμπτωμα που συνοδεύει το χρόνιο πόνο και αναφέρεται κατά (DSM-IV, 1994) ως μείζονα ή κλινική κατάθλιψη, η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους νοσούντες από χρόνιο πόνο. Στην παρούσα υπόθεση επιχειρείται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και της έντασης του πόνου αναφορικά με τη μνημονική εξασθένηση.

- Σχέση μεταξύ των παρελθόντων στρεσογόνων γεγονότων, της έντασης του πόνου και της μνημονικής έκπτωσης.

Είναι ήδη διατυπωθείσα η παραδοχή της επίδρασης των παρελθόντων στρεσογόνων συμβάντων στο χρόνιο πόνο, ωστόσο στη συγκεκριμένη υπόθεση επιχειρείται η εύρεση πιθανής σύνδεσης αυτής της σχέσης με τη γνωστική έκπτωση. Συγκεκριμένα, κατά πόσον η ομάδα με τα γνωστικά ελλείμματα και τη διάγνωση της άνοιας έχει βιώσει στρεσογόνες εμπειρίες αναφορικά με την ομάδα ελέγχου, καθώς και το εάν αυτή η σχέση συμπεριλαμβάνει την ένταση του χρόνιου πόνου.

- Σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης, της αναφερόμενης έντασης του πόνου και του συνδεόμενου με τον πόνο άγχος. Στη συγκεκριμένη υπόθεση επιχειρείται η ύπαρξη πιθανής σύνδεσης μεταξύ της έντασης του πόνου, του άγχους που απορρέει από το επώδυνο ερέθισμα και της επίδρασης που μπορεί να έχει η εκπαίδευση.
- Ερευνάται δηλαδή το κατά πόσον το μορφωτικό επίπεδο συμβάλλει στη διαφορετικότητα αναφορικά με το βίωμα του άλγους και το άγχος που συνεπάγεται αυτό το βίωμα.

Κεφάλαιο 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε εντός του διαστήματος των τεσσάρων μηνών στην ελληνική εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο του 2010. Τα άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα συμπεριλαμβάνονταν στην τρίτη ηλικία, δηλαδή ήταν άνω των 65 χρόνων, και είχαν ως εκ τούτου συνταξιοδοτηθεί. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη τους στη μελέτη ήταν η ύπαρξη διάγνωσης χρόνιου πόνου, όπως προσδιορίζονταν από το ιατρικό τους ιστορικό, από τις αυτοαναφορές τους, καθώς και από τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν. Στη συνέχεια προσδιορίζονταν, με βάση τη νευροψυχολογική τους εκτίμηση (MMSE) το εάν θα εντάσσονταν στην ομάδα των γνωστικά υγιών ηλικιωμένων, των ηλικιωμένων με νοητικά ελλείμματα (Ηπια Νοητική Διαταραχή) ή στην ομάδα των ασθενών με άνοια, καθώς και στο στάδιο εξέλιξης της.

Τα ερωτηματολόγια, η κλίμακα και τα δημογραφικά στοιχεία συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα, εκτός από την ομάδα των ανοϊκών ασθενών, στην οποία δόθηκαν με τη μορφή συνέντευξης προκειμένου να εξασφαλιστεί από τον εξεταστή η κατανόηση των ερωτήσεων και οι δυσκολίες στην ανάγνωση.

Ο σχεδιασμός της έρευνας αφορούσε στην αξιολόγηση της συμμετοχής ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ύπαρξη και την ένταση του χρόνιου πόνου στην τρίτη ηλικία. Το βασικό ερευνητικό σχέδιο διαμορφώθηκε με βάση τη διερεύνηση της σχέσης διαφόρων ποσοτικών μεταβλητών, γι' αυτό το λόγο εντάσσεται στις συγχρονικές ποσοτικές μελέτες.

Οι εξεταζόμενοι που θα συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

Επιπρόσθετα, την όλη διαδικασία πραγματοποιούσε το ίδιο το άτομο, έχοντας τον προσωπικό του κωδικό, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες για οποιαδήποτε διαρροή πληροφοριών, ενώ το πλαίσιο στο οποίο διεξάγονταν η έρευνα έγινε σε κλίμα εμπιστοσύνης και άμεσης επαφής μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων που λάμβαναν μέρος στη μελέτη.

4.1.Γενική περιγραφή και χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 86 άτομα τα οποία ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα του γήρατος και συγκεκριμένα άνω των 65.

Τα υποκείμενα της μελέτης χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες αναφορικά με την παρατηρούμενη και αξιολογούμενη με τις υπάρχουσες διαγνωστικές μεθόδους μνημονική τους ικανότητα. Η ομάδα ελέγχου απαρτίζεται από υγιείς γνωστικά ηλικιωμένους, ενώ οι υπόλοιπες δύο από ανοϊκούς ασθενείς και ασθενείς με ήπια νοητική διαταραχή, η οποία είναι ένα στάδιο πριν τη διάγνωση της άνοιας, καθώς παρατηρούνται μνημονικά ελλείμματα ενώ σε ένα ποσοστό οδηγεί στην άνοια. Όλοι οι συμμετέχοντες της μελέτης διαγιγνώσκονται με χρόνιο πόνο σύμφωνα με το ιστορικό και τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν.

Ο τόπος στον οποίο συλλέχθηκαν οι ποσοτικές μετρήσεις είναι η ελληνική εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Θεσσαλονίκης, καθώς οι ηλικιωμένοι είτε συμμετείχαν στα προγράμματα μη φαρμακευτικής παρέμβασης που διενεργούνται είτε προσήλθαν προκειμένου τη διαγνωστική εκτίμηση λόγω αναφερόμενων προβλημάτων στη μνήμη τους. Επιπρόσθετο πλεονέκτημα της παρακάτω δειγματοληψίας αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων προέρχεται από το αστικό κέντρο της Θεσσαλονίκης, εξισώνοντας με αυτό τον τρόπο τις πιθανές επιρροές στα αποτελέσματα που πιθανό να επέφερε ο τόπος διαμονής των ηλικιωμένων.

4.2.Διαδικασία

Ο ερευνητής χορήγησε τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και την κλίμακα στους εξεταζόμενους, οι οποίοι τα παρέδιδαν σε ένα φάκελο με έναν αναγραφόμενο κωδικό.

Στη συνέχεια ο εξεταστής διενεργούσε τη βασική εκτίμηση MMSE προκειμένου την ένταξη του σε μία από τις τρεις ομάδες και εάν ήταν ασθενής ή εντάσσονταν την ομάδα της ήπιας νοητικής διαταραχής, συμπλήρωνε στο φάκελο του τα αποτελέσματα της διάγνωσης από το ιατρικό αρχείο της εταιρείας και για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις την εκτίμηση του θεράποντα ιατρού.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των διαγνωστικών εκτιμήσεων πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή η αξιολόγηση και ένταξη τους σε πίνακες, όπου υπήρχε λεπτομερής καταγραφή των αποτελεσμάτων των εργαλείων και των δημογραφικών στοιχείων για κάθε άτομο.

Η συλλογή των δεδομένων περιλάμβανε ποσοτικές μετρήσεις και διεξήχθη με τη μορφή ερωτηματολογίων και τη συμπερίληψη διαγνωστικών εξετάσεων και κριτηρίων με σκοπό την ένταξη των υποκειμένων στις τρεις ομάδες στις οποίες διαχωρίστηκε το δείγμα.

Αυτού του είδους η συλλογή δεδομένων περιορίζει τη μεροληψία του ερευνητή αναφορικά με την αξιολόγηση των υποκειμένων, ενώ παράλληλα προσδίδει αριθμητικά δεδομένα τα οποία αποδίδουν με αντικειμενικό τρόπο την υποκειμενική τους εμπειρία.

4.3.Εργαλεία μέτρησης και μεταβλητές

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση των υποθέσεων της μελέτης είναι: GPM (Geriatric Pain Measure), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), MMSE (Mini Mental State Examination), PASS (Pain Anxiety Symptom Scale).

4.3.1.Εκτίμηση του γηριατρικού πόνου- Geriatric Pain Measure (GPM, Ferrell, Stein, & Beck, 2000)

Το GPM είναι ένα εργαλείο μέτρησης το οποίο εξετάζει την ένταση του αναφερόμενου πόνου από τον πάσχοντα. Περιλαμβάνει 24 θέματα και έχει σχεδιαστεί προκειμένου να εκτιμά τον πόνο και τους λειτουργικούς περιορισμούς που πιθανό να βιώνουν οι ασθενείς λόγω του ιατρικού ιστορικού τους¹³¹. Συνεπώς πρόκειται για ένα εργαλείο, το οποίο αξιολογεί τόσο τη σοβαρότητα, όσο και τη λειτουργική έκπτωση.

Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη βαθμολογία που λαμβάνει ο εξεταζόμενος ύστερα από τις απαντήσεις σε μια σειρά ερωτήσεων, οι οποίες παρουσιάζονται προφορικά-με τη μορφή συνέντευξης, σχετικά με την καθημερινή του λειτουργικότητα και συγκεκριμένα αφορά στη δυνατότητα εκτέλεσης ορισμένων δραστηριοτήτων ή μη, εξαιτίας της επώδυνης εμπειρίας. Ο εξεταζόμενος στο τέλος της δοκιμασίας λαμβάνει ένα σκορ σχετικά με τον πόνο που βιώνει στις αναφερόμενες συνθήκες του GPM, το οποίο τον εντάσσει σε μία από τις τρεις καταστάσεις του ήπιου, μέτριου ή σοβαρού πόνου.

Το GPM αποτελείται από πέντε υποκλίμακες, η εσωτερική εγκυρότητα των οποίων περιγράφεται στον ακόλουθο πίνακα¹³²

Table 2 GPM-24-SA internal reliability: standardized Cronbach's alpha for GPM-24-SA total and subscale scores for European combined and individual sites				
	Standardized Cronbach's Alpha			
	Combined			
	European N = 655	London N = 282	Hamburg N = 183	Solothurn N = 190
GPM-24-SA Total Score	0.91	0.91	0.91	0.91
Subscale 1	0.82	0.83	0.81	0.80
Subscale 2	0.77	0.73	0.79	0.81
Subscale 3	0.81	0.83	0.81	0.80
Subscale 4	0.64	0.64	0.70	0.59
Subscale 5	0.71	0.71	0.75	0.66

GPM-24-SA = 24-item Self-administered Geriatric Pain Measure adjusted 0–100 scale; Subscale 1 = disengagement because of pain; Subscale 2 = pain intensity; Subscale 3 = pain with ambulation ; Subscale 4 = pain with strenuous activities; Subscale 5 = pain with other activities.

Επιπρόσθετα, το παρόν εργαλείο διατίθεται και σε συντομευμένη μορφή¹³³ (GPM-12), εμφανίζοντας ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία, τόσο σε πληθυσμό Ευρωπαίων, όσο και σε πληθυσμό Αμερικανών, με χρησιμότητα στην κλινική εκτίμηση και την έρευνα.

4.3.2.Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της υγείας του ασθενούς- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire

Όσον αφορά στο PHQ-9, συνεισφέρει στην εκτίμηση των καταθλιπτικών σημείων. Συγκεκριμένα πρόκειται για ένα σύντομο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι μια σύντομη μορφή του PRIME-MD που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση διάφορων ψυχικών διαταραχών στην κλινική πράξη. Σύμφωνα με μελέτη¹³⁴ το PHQ-9 διατηρεί διαγνωστική εγκυρότητα συγκρίσιμη με αυτή του PRIME-AD, έχει το ήμισυ του μεγέθους πολλών διαγνωστικών εργαλείων για την κατάθλιψη¹³⁵, ενώ επιπρόσθετα

έχει συγκρίσιμη εξειδίκευση και η ευαισθησία. Παράλληλα λόγω της σύντομης μορφής του είναι εύχρηστο, καθώς χορηγείται με μεγαλύτερη ευκολία και συντομία. Το PHQ-9 αποτελείται από ερωτήσεις που περιγράφουν τα εννέα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης, σύμφωνα με το DSM-IV, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

Ο εξεταζόμενος βαθμολογείται για κάθε σύμπτωμα από το 0 (ποτέ) έως το 3 (σχεδόν καθημερινά) ανάλογα με τη συχνότητα στην οποία το βιώνει.

Ακόμη, μετά το πέρας των ερωτήσεων, παρατίθεται μια εκτίμηση σχετικά με το κατά πόσο τα παραπάνω συμπτώματα δυσκολεύουν το άτομο και παρεισφρέουν στην καθημερινή του ζωή¹³⁵. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα διερεύνησης και της πιθανής λειτουργικής έκπτωσης και λειτουργικότητας, όπως και ενδείξεις σχετικά με το επίπεδο της ποιότητας ζωής του. Η βαθμολογία του PHQ-9 κυμαίνεται από το 0 έως το 27 με ενδεικτικά cut off τις ακόλουθες τιμές:

PHQ-9 SCORE	ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ
1-4	Απουσία κατάθλιψης
5-9	Ήπια κατάθλιψη
10-14	Μέτρια κατάθλιψη
15-19	Μετρίως σοβαρή κατάθλιψη
20-27	Σοβαρή κατάθλιψη

Σύμφωνα με τα παραπάνω¹³⁵, η μείζων κατάθλιψη διαγιγνώσκεται όταν πέντε ή περισσότερα συμπτώματα εμφανίζονται σε συχνότητα τουλάχιστον 2 (περισσότερες από τις μισές μέρες) το διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων και όταν ένας από αυτά τα συμπτώματα αφορά στην καταθλιπτική διάθεση ή την ανηδονία.

4.3.3.Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων του άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al.,2002)

Έχει διατυπωθεί ότι το άγχος που σχετίζεται με τον πόνο (McCracken et al., 1992) και η συμπεριφορά αποφυγής (Fordyce et al., 1982; Letham et al., 1983; Philips, 1987) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στο βίωμα, όσο και στην εγκαθίδρυση μιας συμπεριφοράς που συνδέεται με τον πόνο.

Το PASS-20 (Pain Anxiety Symptoms Scale) είναι μία κλίμακα, η οποία εκτιμά το φόβο και το άγχος που συνδέεται με τον πόνο. Κατασκευάστηκε από τους McCracken και Dhingra το 2002 και θεωρείται ως η συντομευμένη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνει 40 θέματα (McCracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002).

Το παρόν εργαλείο έχει σχεδιαστεί να μετρά τον αναφερόμενο φόβο και τις αντιδράσεις άγχους που εκδηλώνουν οι πάσχοντες αναφορικά με την επώδυνη εμπειρία μέσω των τεσσάρων κλιμάκων που το αποτελούν τα τέσσερα συστατικά που το απαρτίζουν: το γνωστικό, το ψυχολογικό, τη στάση αποφυγής και το φόβο¹³⁶. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς όπου τα άτομα περιγράφουν την εμπειρία τους αναφορικά με τον πόνο σε μια κλίμακα τύπου Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα) δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν (McCracken et al., 2002). Σε κάθε σύμπτωμα ο εξεταζόμενος μπορεί να λάβει μια βαθμολογία από 0 (ποτέ) έως 5 (πάντα), ενώ πέντε από τις δοκιμασίες βαθμολογούνται αρνητικά.

Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα.

Η βαθμολογία της κάθε κλίμακας υπολογίζεται αθροίζοντας τις απαντήσεις του υποκειμένου στο σύνολο των 10 θεμάτων που την απαρτίζουν, ενώ η συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των τεσσάρων κλιμάκων που αποτελούν τέσσερις ευδιάκριτους παράγοντες αναφορικά με το άγχος του πόνου: (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (McCracken et al., 1992).

Κάθε υποκλίμακα αξιολογείται με βάση 5 προτάσεις, οι οποίες σχετίζονται με το άγχος του πόνου, το οποίο έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας στους ασθενείς με χρόνια πόνο (McCracken et al., 1992) ενώ παράλληλα θεωρείται ως ένα εργαλείο μεγάλης σπουδαιότητας προκειμένου τη διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (e.g., Asmundson et al., 2004; Coons, et al., 2004; Vlaeyen and Linton, 2000).

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς (eg., Vlaeyen & Linton, 2000; Coons, et al., 2004; Williams, et al., 2005), καθώς μπορεί να ανιχνεύσει στους ασθενείς την πιθανή ανησυχία για το χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας σχετικά με το βίωμα του χρόνιου πόνου (Roelofs et al., 2003).

Σύμφωνα με μελέτη (Roelofs et al., 2003) το PASS-20 εμφανίζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας και αξιοπιστία. Ως απόδειξη αυτής παρουσιάζεται η έρευνα των Burns et al., το 2000, η οποία έδειξε ότι οι ασθενείς που σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στο PASS είναι πιθανότερο να αποφεύγουν, ίσως την επίπονη φυσική άσκηση, προκειμένου να ελαττώσουν το φόβο τους απέναντι στον πόνο που τους προκαλεί (Burns et al., 2000).

Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η συντομευμένη μορφή της PASS-20, η χρήση της οποίας ενδείκνυται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία¹³⁷.

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ του σκορ της κλίμακας και της εναλλακτικής μορφής της¹³⁷. Η αξιοπιστία (validity) της βαθμολογίας του PASS ως ένα εργαλείο μέτρησης του άγχους σχετικά με την επώδυνη εμπειρία συσχετίζεται θετικά με μετρήσεις που αναφέρονται στο γενικευμένο άγχος, τον πόνο και την ανικανότητα (McCracken et al., 1992, 1993a).

4.3.4. Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein MF, Folstein SE, Mellugh, 1975)

Η νευροψυχολογική δοκιμασία MMSE (Mini Mental State Examination) θεωρείται ως ένα σύντομο και χρήσιμο εργαλείο ανίχνευσης και μέτρησης της γενικής νοητικής κατάστασης (Folstein MF, Folstein SE, Mellugh, 1975).

Ουσιαστικά αποτελεί μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, καθώς είναι πιθανή η διάκριση τόσο νοητικών όσο και λειτουργικών ελλειμμάτων του εξεταζόμενου.

Η χρήση του είναι εκτενής τόσο στις κλινικές μελέτες με σκοπό τη διάγνωση της άνοιας (Bowie et al., 1999), όσο και στην κλινική πράξη και συγκεκριμένα τη νευροψυχολογική εκτίμηση (Ouvrier R. et al., 1999).

Η δοκιμασία MMSE έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό έχοντας ως μέγιστη επίδοση το βαθμό 30, στα 19 επιμέρους θέματα, ενώ η εξειδίκευση και η ευαισθησία του ανέρχονται στο 90% περίπου ανάμεσα στις τιμές 23 και 24 (Φουντουλάκης, Τσολάκη,

και συν., 1994). Σχετικά με τα επιμέρους χαρακτηριστικά του, χορηγείται σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους, MCI και σε ανοϊκούς ασθενείς, ενώ δεν επηρεάζεται από την ηλικία, την εκπαίδευση και το φύλο.

Ωστόσο, σε άτομα με εκπαίδευση κάτω των 3 ετών ή αναλφαβητισμό χρησιμοποιείται η αντίστοιχη προσαρμοσμένη κλίμακα (HINDI). Οι επιμέρους ικανότητες που εξετάζει είναι: ο προσανατολισμός σε χρόνο και τόπο, η κατονομασία, η κατανόηση και επανάληψη, η μνήμη, η προσοχή, η καθυστερημένη ανάκληση, η γλώσσα (κατανόηση γραπτού λόγου), η ευπραξία (αντιγραφή σχεδίου) και η ιδεατή ευπραξία (3 κινήσεις). Όσον αφορά στα πλεονεκτήματα της , είναι μια εύκολη, σύντομη και εύχρηστη δοκιμασία, ωστόσο δεν αποτελεί από μόνη της διαγνωστικό εργαλείο, ενώ δεν είναι ευαίσθητη στα πρώιμα στάδια της άνοιας. Επιπρόσθετα, υπάρχει δυσκολία στη διαφορική διάγνωση.

4.3.5.Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Πέραν της συμπλήρωσης των παραπάνω ψυχομετρικών δοκιμασιών, χορηγήθηκε στα άτομα του δείγματος ένα ερωτηματολόγιο, του οποίου οι ερωτήσεις αφορούσαν στα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των εξεταζόμενων και συγκεκριμένα: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, τον τόπο διαμονής, καθώς και την ύπαρξη παιδιών. Επιπρόσθετα, τους δόθηκαν δύο κλειστές ερωτήσεις δυωνυμικού τύπου (NAI-OXI), σχετικά με το εάν βιώνουν πόνο το παρόν χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από τη διάγνωση, και εάν έχουν βιώσει κάποιο στρεσογόνο συμβάν κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών.

4.4.Στατιστική επεξεργασία

Προκειμένου τη διερεύνηση των παραπάνω υποθέσεων ακολουθήθηκε ποσοτική μέθοδος προκειμένου τη διεξαγωγή των ποσοτικών χαρακτηριστικών του δείγματος με σκοπό τη μέτρηση και διατύπωση συμπερασμάτων. Επιπρόσθετα, μέσω αυτής της μεθόδου επιχειρείται η εξακρίβωση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών με σκοπό την επαλήθευση ή τη διάψευση των ερευνητικών υποθέσεων.

Με σκοπό την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων την έρευνας πραγματοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές αναλύσεις.

Αναλυτικότερα:

A) Εφαρμόστηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS for Windows 14.0 (SPSS, 2005) με επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p < 0,05$) (Huberty & Morris, 1989).

Συγκεκριμένα, η ανάλυση των περιγραφικών χαρακτηριστικών των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τα προγράμματα Excel και SPSS (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι σχέσεις και οι συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών, τόσο των ποσοτικών, όσο και των κατηγορικών έγιναν με το SPSS, 14.0 (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006). Συγκεκριμένα, προκειμένου την ανάλυση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος υπολογίστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά και των τριών ομάδων της έρευνας και συγκεκριμένα ο μέσος όρος, διάμεσος, η σταθερή απόκλιση (SD) και το τυπικό σφάλμα μέσης τιμής.

Κεφάλαιο 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1.Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Αναφορικά με τα στοιχεία που απαρτίζουν το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων, καθώς και τις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων που τους χορηγήθηκε, γίνεται σχετική παρουσίαση στους ακόλουθους πίνακες.

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία

	Αριθμός ατόμων	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Άθροισμα	Τυπικό σφάλμα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	86	55,00	93,00	6061,00	,82683	70,4	7,66770

Ηλικιακή κατηγορία

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
50-59	7	8,1	8,1	8,1
60-69	25	29,1	29,1	37,2
70-79	42	48,8	48,8	86,0
80<	12	14,0	14,0	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Άντρες	17	19,8	19,8	19,8
Γυναίκες	69	80,2	80,2	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Εκπαίδευση

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	13	15,1	15,3	15,3
<6 χρόνια	28	32,6	32,9	48,2
<9 χρόνια	7	8,1	8,2	56,5
=12 χρόνια	21	24,4	24,7	81,2
=16 χρόνια	16	18,6	18,8	100,0
Σύνολο	85	98,8	100,0	
Ελλιπή δεδομένα	1	1,2		
Σύνολο	86	100,0		

Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ανύπαντροι	2	2,3	2,3	2,3
Παντρεμένοι	58	67,4	67,4	69,8
Χωρισμένοι	6	7,0	7,0	76,7
Χήροι/ες	20	23,3	23,3	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Παιδιά

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	82	95,3	95,3	95,3
Όχι	4	4,7	4,7	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Τόπος διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Χωριό	13	15,1	15,1	15,1
<150.000 κάτοικοι	7	8,1	8,1	23,3
>150.000 κάτοικοι	66	76,7	76,7	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Ύπαρξη χρόνιας νόσου

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	64	74,4	76,2	76,2
Όχι	20	23,3	23,8	100,0
Σύνολο	84	97,7	100,0	
Ελλιπή στοιχεία	2	2,3		
Σύνολο	86	100,0		

Αίσθημα άλγους το τρέχον χρονικό διάστημα

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	82	95,3	95,3	95,3
Όχι	4	4,7	4,7	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Στρεσογόνο συμβάν στο χρονικό διάστημα των προηγούμενων 5 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	69	80,2	80,2	80,2
Όχι	17	19,8	19,8	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Ένταση άλγους (GPM)

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Ήπια ένταση	24	27,9	27,9	27,9
Μέτρια ένταση	29	33,7	33,7	61,6
Σοβαρή ένταση	33	38,4	38,4	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

Καταθλιπτική συμπτωματολογία (PHQ)

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Απουσία κατάθλιψης	40	46,5	48,2	48,2
Ήπια κατάθλιψη	17	19,8	20,5	68,7
Μέτρια κατάθλιψη	15	17,4	18,1	86,7
Μέτρια προς Σοβαρή κατάθλιψη	7	8,1	8,4	95,2
Σοβαρή κατάθλιψη	4	4,7	4,8	100,0
Σύνολο	83	96,5	100,0	
Ελλιπή στοιχεία	3	3,5		
Σύνολο	86	100,0		

Εκτίμηση της δυσκολίας στην καθημερινότητα λόγω του άγχους (PHQ)

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Καμία δυσκολία	35	40,7	42,2	42,2
Μικρή δυσκολία	20	23,3	24,1	66,3
Πολύ δυσκολία	14	16,3	16,9	83,1
Πάρα πολύ μεγάλη δυσκολία	14	16,3	16,9	100,0
Σύνολο	83	96,5	100,0	
Ελλιπή στοιχεία	3	3,5		
Σύνολο	86	100,0		

Αθροισμα του άγχους του πόνου (Pass-sum)

	Αριθμός ατόμων	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Αθροισμα	Τυπικό σφάλμα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Άγχος του πόνου	86	,00	86,00	2165,00	1,88182	25,1744	17,45124

Νοητική εκτίμηση κατά MMSE

	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Ποσοστό Συχνότητας	Αθροιστικό Ποσοστό
Φυσιολογικοί	30	34,9	34,9	34,9
Ήπια γνωστική εξασθένηση	31	36,0	36,0	70,9
Ήπια άνοια	18	20,9	20,9	91,9
Μέτρια άνοια	5	5,8	5,8	97,7
Σοβαρή άνοια	2	2,3	2,3	100,0
Σύνολο	86	100,0	100,0	

5.1.2.Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

Στους παρακάτω πίνακες, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (Pain Anxiety Symptoms Scale, PASS-20), στις τρεις ομάδες του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McCracken et al. (1992).

Στην υποκλίμακα *avoidance Pass* του PASS-20, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή για τις τρεις ομάδες των ατόμων ήταν αντίστοιχα 8,81, με εύρος 37,00 .

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας της αποφυγής του πόνου και της έντασης του πόνου (GPM) σύμφωνα με τη Linear Regression ($P=0,00$) και την καταθλιπτική συμπτωματολογία (PHQ) ($P=0,00$), χωρίς όμως να παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων κατά τον έλεγχο T-Test.

Περιγραφικά στοιχεία

	Σύνολο	Εύρος	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Υποκλίμακα avoidance	86	37,00	,00	37,00	8,8140	7,22172

Σχέση υποκλίμακας avoidance Pass και έντασης πόνου

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,829	,134		13,651	,000	1,563	2,095
	avoidance	,031	,012	,278	2,654	,010	,008	,055

a Εξαρτημένη μεταβλητή: GPM

Σχέση υποκλίμακας avoidance Pass και κατάθλιψης

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,529	,200		7,654	,000	1,131	1,926
	avoidance	,054	,017	,327	3,115	,003	,020	,089

a Εξαρτημένη μεταβλητή: PHQ

Στην υποκλίμακα *fearfull thinking* του PASS-20, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή για τις τρεις ομάδες των ατόμων ήταν 4,75 , με εύρος 20. Στατιστικά σημαντική υπήρξε η διαφορά μεταξύ του φόβου του πόνου και του φύλου κατά την εφαρμογή της απλής παλινδρόμησης ($P=0,014$), χωρίς να παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συγκεκριμένη υποκλίμακα και την εκπαίδευση ($P=0,009$), τα καταθλιπτικά σημεία, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα PHQ σύμφωνα με τη συσχέτιση Pearson ($P=0,001$) καθώς και με το στρεσογόνο παράγοντα που βίωσαν τα υποκείμενα το χρονικό διάστημα των προηγούμενων πέντε χρόνων ($P=0,03$).

Περιγραφικά στοιχεία

	Σύνολο	Εύρος	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Υποκλίμακα fearfull thinking	86	20,00	,00	20,00	4,7558	4,89162

Σχέση υποκλίμακας fearfull thinking του PASS-20 και φύλου

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,700	,059		28,991	,000	1,583	1,816
	fearf.think	,022	,009	,263	2,501	,014	,004	,039

a Εξαρτημένη μεταβλητή: fearfull thinking

Σχέση υποκλίμακας fearfull thinking του PASS-20 και εκπαίδευσης

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	13,178	1	13,178	7,205	,009(a)
	Residual	151,811	83	1,829		
	Total	164,988	84			

a Προβλεπτικός παράγων: υποκλίμακα fearfull thinking

b Εξαρτημένη μεταβλητή: εκπαίδευση

Συσχέτιση Pearson μεταξύ της υποκλίμακας *fearfull thinking* του PASS-20 και κατάθλιψης

		fearfull thinking	PHQ
fearfull thinking	Pearson Correlation	1	,350(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,001
	N	86	83
PHQd	Pearson Correlation	,350(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	.
	N	83	83

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Συσχέτιση Pearson μεταξύ της υποκλίμακας *fearfull thinking* του PASS-20 και στρεσογόνου παράγοντα

		fearfull thinking	Στρεσογόνος παράγοντας
fearfull thinking	Pearson Correlation	1	-,233(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,031
	N	86	86
stressfactor	Pearson Correlation	-,233(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,031	.
	N	86	86

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στην υποκλίμακα *cognitive anxiety* του PASS-20 σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή για τις τρεις ομάδες των ατόμων ήταν 8,09 , με εύρος 37,00. Στατιστικά σημαντική σημειώθηκε η διαφορά μεταξύ των επιδόσεων των υποκειμένων στην παρούσα κλίμακα και την εκπαίδευση ($P=0,00$), την ένταση του πόνου ($P=0,00$) και την ύπαρξη καταθλιπτικών σημείων ($P=0,00$), όπως εκτιμήθηκε από τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης .

Περιγραφικά στοιχεία

	Αριθμός	Εύρος	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
cognitive anxiety	86	37,00	,00	37,00	8,0930	7,05045

Σχέση υποκλίμακας *cognitive anxiety* του PASS-20 και εκπαίδευσης

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	3,395	,225		15,118	,000	2,949	3,842
	cog.anxiety	-,051	,021	-,256	-2,408	,018	-,092	-,009

a Εξαρτημένη μεταβλητή: εκπαίδευση

Σχέση υποκλίμακας *cognitive anxiety* του PASS-20 και έντασης πόνου (GPM)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,882	,131		14,404	,000	1,622	2,142
	cog.anxiety	,027	,012	,239	2,253	,027	,003	,052

a Εξαρτημένη μεταβλητή: Ένταση πόνου

Σχέση υποκλίμακας *cognitive anxiety* του PASS-20 και καταθλιπτικών σημείων (PHQ)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,344	,176		7,634	,000	,994	1,694
	cog.anxiety	,082	,016	,489	5,045	,000	,050	,115

a Εξαρτημένη μεταβλητή: Καταθλιπτικά σημεία

Στην υποκλίμακα *Physiological Responses* του PASS-20 η μέση τιμή για τις τρεις ομάδες των ατόμων ήταν 3,51 , με εύρος 20,00. Η σχέση μεταξύ των τριών ομάδων με το φύλο ($P=0,005$), την ύπαρξη κατάθλιψης ($P=0,00$) και τα προηγούμενα στρεσογόνα βιώματα

($P=0,00$) εκτιμήθηκε ως στατιστικώς σημαντική σύμφωνα με τη γραμμική παλινδρόμηση.

Περιγραφικά στοιχεία

	Αριθμός	Εύρος	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Physiological Responses	86	20,00	,00	20,00	3,5116	4,16072

Σχέση υποκλίμακας *Physiological Responses* του PASS-20 και φύλου

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	-2,130	1,995		-1,068	,289	-6,097	1,836
	φύλο	3,130	1,081	,301	2,897	,005	,982	5,279

a Εξαρτημένη μεταβλητή: *Physiological Responses*

Σχέση υποκλίμακας *Physiological Responses* του PASS-20 και PHQ

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,503	,153		9,827	,000	1,199	1,807
	psy.responses	,141	,028	,493	5,097	,000	,086	,197

a Εξαρτημένη μεταβλητή: PHQ

Σχέση υποκλίμακας *Physiological Responses* του PASS-20 και στρεσογόνου παράγοντα

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
		B	Std. Error	Beta			Κατώτερο όριο	Ανώτατο όριο
1	(Constant)	1,271	,056		22,840	,000	1,160	1,382
	psy.responses	-,021	,010	-,217	-2,034	,045	-,041	,000

a Εξαρτημένη μεταβλητή: στρεσογόνος παράγων

5.1.3.Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της υγείας του ασθενούς- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Στους παρακάτω πίνακες, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας μέτρησης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) στις τρεις ομάδες του δείγματος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή για τις τρεις ομάδες των ατόμων ήταν αντίστοιχα 2,01, με εύρος 4,00 , ενώ παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων στη σύγκρισή τους με την ένταση του πόνου ($P=0,004$).

Συγκεκριμένα, η διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη και σε αυτούς που είχαν μετρίως σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη, καθώς και ανάμεσα σε αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη και σε αυτούς που είχαν μέτρια κατάθλιψη, όπως εκτιμήθηκε από τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney.

Περιγραφικά στοιχεία

	Αριθμός	Εύρος	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
PHQ	83	4,00	1,00	5,00	2,0120	1,20460

Test Statistics(b)

	GPM
Mann-Whitney U	14,000
Wilcoxon W	834,000
Z	-2,874
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,004(a)

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: PHQd

Ranks

	PHQd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	Απουσία κατάθλιψης	40	20,85	834,00
	Σοβαρή κατάθλιψη	4	39,00	156,00
	Total	44		

Test Statistics(a)

	GPM
Mann-Whitney U	202,500
Wilcoxon W	1022,500
Z	-1,960
Asymp. Sig. (2-tailed)	,050

a. Grouping Variable: PHQd

Ranks

	PHQd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	Απουσία κατάθλιψης	40	25,56	1022,50
	Μέτρια κατάθλιψη	15	34,50	517,50
	Σύνολο	55		

Test Statistics(b)

	GPM
Mann-Whitney U	72,500
Wilcoxon W	892,500
Z	-2,172
Asymp. Sig. (2-tailed)	,030
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,042(a)

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: PHQd

Ranks

	PHQd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	Απουσία κατάθλιψης	40	22,31	892,50
	Μετρίως σοβαρή κατάθλιψη	7	33,64	235,50
	Σύνολο	47		

Επιπρόσθετα, σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney ως προς τα καταθλιπτικά σημεία και την εκπαίδευση ($P=0,03$), καθώς την ύπαρξη στρεσογόνου βιώματος προ πενταετίας.

Test Statistics(b)

	edu
Mann-Whitney U	29,000
Wilcoxon W	39,000
Z	-2,112
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,039(a)

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: PHQd

Ranks

	PHQd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
εκπαίδευση	Απουσία κατάθλιψης	39	23,26	907,00
	Σοβαρή κατάθλιψη	4	9,75	39,00
	Total	43		

Test Statistics(b)

	edu
Mann-Whitney U	8,000
Wilcoxon W	18,000
Z	-2,284
Asymp. Sig. (2-tailed)	,022
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,027(a)

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: PHQd

Ranks

	PHQd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
edu	moderate	15	11,47	172,00
	severe	4	4,50	18,00
	Total	19		

5.1.4 Mini Mental State Examination

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της διάγνωσης που έλαβαν οι συμμετέχοντες και της βαθμολογίας τους στο Pass-20. Η μη παραμετρική μέθοδος Mann-Whitney έδειξε ότι η σχέση των μνημονικών επιδόσεων των ασθενών με χρόνιο πόνο δεν επηρέασε το άγχος τους αναφορικά με τον πόνο ($p=0,7$).

Ranks

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pas_sum	control	30	30,40	912,00
	mci	31	31,58	979,00
	Total	61		

	pas_sum
Mann-Whitney U	447,000
Wilcoxon W	912,000
Z	-,260
Asymp. Sig. (2-tailed)	,795

Test Statistics(a)

a. Grouping Variable: diagnosis

Ranks

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pas_sum	control	30	27,30	819,00
	ad	25	28,84	721,00
	Total	55		

	pas_sum
Mann-Whitney U	354,000
Wilcoxon W	819,000
Z	-,355
Asymp. Sig. (2-tailed)	,722

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: diagnosis

Ranks

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pas_sum	mci	31	28,34	878,50
	ad	25	28,70	717,50
	Total	56		

	pas_sum
Mann-Whitney U	382,500
Wilcoxon W	878,500
Z	-,082
Asymp. Sig. (2-tailed)	,934

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: diagnosis

Ranks

	GPM
Mann-Whitney U	365,500
Wilcoxon W	861,500
Z	-,385
Asymp. Sig. (2-tailed)	,700

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	mci	31	27,79	861,50
	ad	25	29,38	734,50
	Total	56		

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: diagnosis

Ranks

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	control	30	29,22	876,50
	ad	25	26,54	663,50
	Total	55		

	GPM
Mann-Whitney U	338,500
Wilcoxon W	663,500
Z	-,661
Asymp. Sig. (2-tailed)	,509

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: diagnosis

Ranks

	diagnosis	N	Mean Rank	Sum of Ranks
GPM	control	30	33,57	1007,00
	mci	31	28,52	884,00
	Total	61		

	GPM
Mann-Whitney U	388,000
Wilcoxon W	884,000
Z	-1,183
Asymp. Sig. (2-tailed)	,237

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: diagnosis

Ο δείκτης συσχέτισης Pearson έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής σημειολογίας και της μνημονικής επίδοσης των συμμετεχόντων $p=0,03$.

Correlations

		PHQsum	diagnosis
PHQsum	Pearson Correlation	1	-,229(*)
	Sig. (2-tailed)		,038
	N	83	83
diagnosis	Pearson Correlation	-,229(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,038	
	N	83	86

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Επιπρόσθετα, η μη παραμετρική μέθοδος Mann-Whitney δεν επεσήμανε την οποιαδήποτε σχέση μεταξύ των επιδόσεων στο Mini Mental State Examination και στην ένταση του πόνου με $p=0,459$.

Ranks

	GPM	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MMSE	mild pain	24	31,00	744,00
	severe	33	27,55	909,00

Total	57		
-------	----	--	--

	MMSE
Mann-Whitney U	348,000
Wilcoxon W	909,000
Z	-,814
Asymp. Sig. (2-tailed)	,416

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: GPM

Ranks

	GPM	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MMSE	mild pain	24	28,35	680,50
	moderate	29	25,88	750,50
	Total	53		

	MMSE
Mann-Whitney U	315,500
Wilcoxon W	750,500
Z	-,615
Asymp. Sig. (2-tailed)	,539

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: GPM

Ranks

	GPM	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MMSE	moderate	29	32,09	930,50
	severe	33	30,98	1022,50
	Total	62		

	MMSE
Mann-Whitney U	461,500
Wilcoxon W	1022,500
Z	-,253
Asymp. Sig. (2-tailed)	,800

Test Statistics(a)

a Grouping Variable: GPM

Κεφάλαιο 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρατηρείται αφενός η άνοδος του μέσου όρου ζωής, όπως επισημαίνεται από τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ανήκει στο ηλικιακό φάσμα των 70-79 χρόνων, με μέση τιμή τα 70,4 έτη. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες είχαν υψηλότερη επικράτηση στον πληθυσμό της έρευνας, γεγονός που παρατηρείται ευρέως, εφόσον ο μέσος όρος ζωής τους είναι υψηλότερος από εκείνον των αντρών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έλαβε εκπαίδευση το ανώτερο έξι έτη αντανακλώντας με αυτό τον τρόπο την ελληνική πραγματικότητα σχετικά με τη μόρφωση κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι έγγαμοι σε ποσοστό 67,4% γεγονός αναμενόμενο εφόσον η δημιουργία οικογένειας υπήρξε πρωταρχικό μέλημα για τον ηλικιακό πληθυσμό που αποτελεί τη σημερινή τρίτη ηλικία, ενώ σε ποσοστό 95,3% έχουν παιδιά. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης διαμένουν σε μεγάλο αστικό κέντρο άνω των 150.000 κατοίκων, γεγονός που αμβλύνει τις όποιες διαφορές που μπορεί να παρατηρούνταν λόγω των διαφορών στον τρόπο ζωής.

Όπως είναι εμφανές, τα δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων δεν παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία με αποτέλεσμα το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των περισσότερων ασθενών της μελέτης να είναι για ένα μεγάλο ποσοστό παρόμοιο. Με αυτό τον τρόπο απαλείφονται οι παρατηρούμενες διαφορές που ίσως οφείλονταν σε δημογραφικές μεταβλητές και δημιουργούσαν έτσι παρεμβολές στην ορθή διεξαγωγή συσχετίσεων με τις μεταβλητές που εξετάζονται σύμφωνα με το υπάρχον ερευνητικό σχέδιο. Παρατηρώντας ομοιότητες αναφορικά με τις παραπάνω μεταβλητές υπάρχει η δυνατότητα διεξαγωγής ασφαλέστερων συμπερασμάτων καθώς και ολιστικής εικόνας που περιγράφει αναλυτικά των συμμετεχόντων που ανήκουν σε αυτό το ηλικιακό φάσμα. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα βοηθητικό, εφόσον υπάρχει ήδη μειωμένος αριθμός του

δείγματος κάτι το οποίο λειτουργεί επιβαρυντικά ως ένας περιοριστικός παράγοντας της μελέτης.

Το 74,4% των συμμετεχόντων υποφέρει από κάποια χρόνια νοσολογική οντότητα, ωστόσο υπάρχει και ένα μικρότερο ποσοστό το οποίο έχει οξύ πόνο. Συνεπώς, ο πόνος στην τρίτη ηλικία δεν θα πρέπει να θεωρείται ως φυσιολογική συνέπεια και να παραβλέπεται.

Είναι κοινή μαρτυρία πολλών ηλικιωμένων η εμπειρία του πόνου, ωστόσο αυτό δεν προκύπτει με το πέρασ της ηλικίας και κατεξοχήν αναπόφευκτο απότοκο, ούτε θα πρέπει να εντάσσεται στους χρόνιους πόνους,

εφόσον κάποιες φορές πρόκειται για ένα επεισόδιο οξέος πόνου ο οποίος είναι αντιμετωπίσιμος. Η επικράτηση της επώδυνης εμπειρίας είναι ιδιαίτερα υψηλή στους ηλικιωμένους γεγονός το οποίο είναι ιδιαίτερα πολυδιάστατο και απαιτεί τη συνεργασία διάφορων επαγγελματιών υγείας. Η χρόνια αλγογόνα διαδικασία είναι δυνατό να δημιουργεί ένα νευροπαθολογικό μονοπάτι το οποίο αποτελεί προϊόν μάθησης το οποίο δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια παθολογική οντότητα απομονωμένη από το σύνολο του οργανισμού έτσι ώστε να κινητοποιεί πολλαπλούς αμυντικούς μηχανισμούς.

Ακόμη, δεν θα πρέπει να παραλείπεται η εστίαση στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής έχει δομήσει, μεταβάλλει, αναπροσαρμόσει και διαμορφώσει την καθημερινή του ζωή και λειτουργικότητα, γεγονός που εντάσσεται στο χρόνιο άλγος, το επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτό. Το γεγονός αυτό αναδεικνύεται και από το υψηλό ποσοστό (80,2%) των ασθενών που ανέφεραν ότι είχαν βιώσει ένα στρεσογόνο συμβάν τουλάχιστον τα τελευταία πέντε χρόνια της ζωής τους.

Η τρέχουσα βιβλιογραφία έχει κατά καιρούς επισημάνει την ισχυρή σχέση που υπάρχει μεταξύ του συναισθηματικού φόρτου και του πόνου, ενώ στην περίπτωση που εκπέσει στη χρονιότητα τα πράγματα περιπλέκονται ακόμη περισσότερο δημιουργώντας ένα νοσολογικό συνεχές στο οποίο η αιτιοπαθογένεια είναι αδιαχώριστη από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που βιώνει ο πάσχων.

Σύμφωνα με τα ποσοτικά χαρακτηριστικά της μελέτης, η μεταβλητή της έντασης του άλγους παρατηρήθηκε σχετικά ομοιόμορφα κατανομημένη. Συγκεκριμένα, το 27,9% υπέφερε από ήπιας έντασης πόνο, το 33,7% από μέτριας έντασης, ενώ το 38,4% βίωνε σοβαρής έντασης άλγος. Οι συγκεκριμένες αναλογίες αναδεικνύουν το γεγονός ότι ο έντονος πόνος είναι ένα φαινόμενο το οποίο δεν αφορά το σύνολο των ηλικιωμένων και πως ο κάθε πάσχων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα σύμφωνα με την

αιτιοπαθογένεια του άλγους, τις ικανότητες του, τις υποκειμενικές ενοχλήσεις που έχει, τον τρόπο με τον οποίο εκτιμά την επώδυνη εμπειρία του, καθώς και με τους πιθανούς λειτουργικούς περιορισμούς που προκύπτουν.

Επιπρόσθετα, κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική η ορθή και ολοκληρωμένη λήψη του ιστορικού (ιατρικού και ψυχοκοινωνικού) καθώς και η αξιολόγηση του πόνου με τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων τα οποία θα ερευνούν αφενός τις ελλείψεις και τις δυσκολίες του ασθενούς και αφετέρου τις ικανότητες που διατηρεί.

Με αυτό τον τρόπο συνίσταται και η ενθάρρυνση του να συμμετέχει στη διαδικασία της θεραπείας και να αυξάνει έτσι την αίσθηση του ελέγχου και αυτενέργειας.

Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς η στάση του και ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεται τον πόνο συμβάλλει καταλυτικά στη θεραπεία και ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Η τρέχουσα βιβλιογραφία έχει κατά καιρούς επισημάνει την υψηλή σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και του χρόνιου πόνου, εφόσον πρόκειται ουσιαστικά για ένα πολυδιάστατο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο με πολλαπλές συνιστώσες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (48,2%) δεν εμφάνισε κατάθλιψη. Μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν σε όσους είχαν ήπια κατάθλιψη (20,5%) και μέτρια κατάθλιψη (18,1%), ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (4,8%) έπασχε από σοβαρή κατάθλιψη. Ο χρόνιος πόνος δεν συνεπάγεται απαραίτητα την ύπαρξη της κατάθλιψης, παρότι αυτό είναι πολλές φορές αναμενόμενο, συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνονται επαρκείς πληροφορίες αναφορικά με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο νοσηματοδοτεί τον πόνο, επινοεί στρατηγικές διαχείρισης, λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και γενικότερα αναπτύσσει μια ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι αρκετά συχνά στη φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία του άλγους εντάσσονται αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, συνεπώς το υψηλό ποσοστό που δεν εμφάνισε κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη.

Παρολαυτά, ορισμένες φορές η ύπαρξη κατάθλιψης, οποιουδήποτε βαθμού, υποεκτιμάται με αποτέλεσμα να υπονομεύει τις φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις, ενώ πολλές φορές αποτελεί εμπόδιο στη σχέση μεταξύ του θεράποντα και του ασθενούς, η οποία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στη συμμόρφωση

του ασθενούς στη θεραπεία και τη γενικότερη έκβαση της. Ακόμη, η συνύπαρξη κατάθλιψης και χρόνιου πόνου έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο ο οποίος επιδεινώνει το αρχικό αίσθημα άλγους επαναπροσδιορίζοντας τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τους στόχους που πρέπει να θέτουν από κοινού ο κλινικός και ο ασθενής.

Το άγχος αποτελεί μία ακόμη ψυχική συνιστώσα η οποία συμμετέχει στην εμπειρία του πόνου. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η πιο συγκεκριμένη εκτίμηση του άγχους σχετικά με τον πόνο και η ενδεχόμενη σχέση του με τον πόνο.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας της αποφυγής του πόνου, της έντασης του, καθώς και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, χωρίς όμως να επισημαίνονται διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος.

Ουσιαστικά, η σχέση μεταξύ της συγκεκριμένης υποκλίμακας, της κατάθλιψης και της έντασης του πόνου δεν εξαρτήθηκε από τη μνημονική επίδοση καθώς παρατηρήθηκε εξίσου και στις τρεις ομάδες. Η τάση της άρνησης και συμπεριφοράς αποφυγής της αλγογόνου εμπειρίας σχετίζεται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, με την ύπαρξη της καθώς και το βαθμό στον οποίο παρατηρείται. Όσο ο ασθενής λειτουργεί αποφευκτικά στην εμπειρία και αντιμετώπιση του πόνου και τον θεωρεί ως ένα βίωμα αξεπέραστο και ανεξέλεγκτο, τότε αυξάνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης του και εμφάνισης ακόλουθης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η εκάστοτε θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εστιάζει σε στρατηγικές διαχείρισης του πόνου οι οποίες να είναι ενεργητικές και να συμπεριλαμβάνουν τον ίδιο τον ασθενή συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της έντασης και των πιθανών διαταραχών στη διάθεση. Το γνωστικό σχήμα που έχει αναπτύξει ο ασθενής σχετικά με την εμπειρία του πάσχειν και ο τρόπος που αυτό επηρεάζει τον γενικότερο τρόπο ζωής του σύμφωνα με αυτές τις γνωσίες επηρεάζει άμεσα το κατά πόσο υποφέρει ενώ τον καθιστά υποψήφιο για περαιτέρω επιβάρυνση και ενίσχυση αυτών των γνωστικών σχημάτων μέσω των πιθανών επιπτώσεων στη διάθεση του.

Η δεύτερη υποκλίμακα της κλίμακας μέτρησης του άγχους του πόνου που εκτιμά το φόβο για το επικείμενο άλγος είναι εμφανώς συσχετισμένη με τον παράγοντα φύλο. Συγκεκριμένα, ο γυναικείος πληθυσμός σημείωσε πολύ μεγαλύτερη βαθμολογία αναλογικά με τον αντρικό, γεγονός που παρατηρήθηκε εξίσου και στις τρεις ομάδες. Το γεγονός αυτό επισημαίνει τις φυλετικές διαφορές που ενυπάρχουν ως προς τη φοβική αντίδραση προς κάποιο απειλητικό ερέθισμα, όπως έχει επισημανθεί σε πολλές μελέτες.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι πιθανώς οι άντρες συμμετέχοντες να υποβάθμισαν το συναίσθημα του φόβου που βίωναν για τον επικείμενο πόνο εφόσον αυτό δεν εντάσσεται στον κοινωνικό τους ρόλο. Συνεπώς, είναι πιθανό να υποανέφεραν τις φοβικές τους σκέψεις για το επώδυνο βίωμα.

Ωστόσο, η εικασία αυτή δεν αναιρεί το γεγονός ότι το γυναικείο φύλο παρουσιάζει υψηλότερη επικράτηση στη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Μεταβλητές που συνδέονται με το φόβο για την έλευση του πόνου είναι επιπρόσθετα η εκπαίδευση, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η ύπαρξη του στρεσογόνου παράγοντα. Αναλυτικότερα, όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο η βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα παρουσιάστηκε μειωμένη.

Το γεγονός αυτό αναδεικνύει εμφανώς ότι ο παράγοντας εκπαίδευση επιδρά στο φοβικό συναίσθημα που αναπτύσσει το άτομο, επιδρώντας κυρίως στην ανάπτυξη πιο ρεαλιστικών πεποιθήσεων σχετικά με την ύπαρξη και προέλευση του πόνου.

Ταυτόχρονα είναι δυνατό να επεξεργάζεται αποτελεσματικότερα τις πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του γεγονός που μειώνει τη βαθμολογία στη συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Όσον αφορά στην κατάθλιψη, συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με φόβο του πόνου. Ουσιαστικά, η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αύξανε τη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα και το αντίθετο, χωρίς όμως να επισημαίνεται η κατεύθυνση της σχέσης αυτής. Πράγματι, η διάγνωση της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνει μια σειρά από καταστροφικές γνωσίες/γνωστικά λάθη, την επανομαζόμενη αρνητική γνωστική τριάδα, καθώς και στρεβλές πεποιθήσεις οι οποίες δύνανται να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει και αντιμετωπίζει τον πόνο. Από την άλλη πλευρά η διαρκής θεώρηση του πόνου ως κάτι αναπόφευκτο και αμετάβλητο το οποίο λαμβάνει εκτεταμένες διαστάσεις επηρεάζοντας την καθημερινή ζωή και λειτουργικότητα του ατόμου, είναι πιθανό να οδηγήσει στο καταθλιπτικό αίσθημα.

Η τρίτη υποκλίμακα ερευνά τη γνωστική συνιστώσα του πόνου, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο ο ασθενής έχει κωδικοποιήσει και θεωρήσει την επώδυνη εμπειρία, καθώς και τις πιθανές πεποιθήσεις και εκτιμήσεις σχετικά με αυτή. Οι μεταβλητές που συνδέθηκαν με το γνωστικό σχήμα που έχει σχηματίσει ο πάσχων είναι η εκπαίδευση, η ένταση του πόνου και η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως έχει προαναφερθεί ο βαθμός εκπαίδευσης επηρεάζει ποικιλοτρόπως το άγχος του ασθενούς αναφορικά με τον πόνο. Ουσιαστικά, στη συγκεκριμένη κλίμακα επισημαίνεται η σχέση μεταξύ του μορφωτικού

επιπέδου και του γνωστικού σχήματος, καθώς φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μειώνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Φαίνεται πως όσο περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης έχει λάβει ο ασθενής τόσο πιο ρεαλιστικές και ακριβείς πεποιθήσεις αναπτύσσει σχετικά με το βίωμα του πόνου και τους τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης του, συγκριτικά με αυτούς που είχαν φοιτήσει σε χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο καλύτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο που μπορεί να έχουν οι συμμετέχοντες που ανήκουν σε υψηλότερη μορφωτική βαθμίδα, καθώς και ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, τα γνωστικά λάθη που αναπτύσσει ο ασθενής όσον αφορά την επώδυνη εμπειρία που βιώνει, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο τον έχει εντάξει στην καθημερινή του ζωή, επιδρά στατιστικώς σημαντικά στην ένταση του πόνου.

Όσο περισσότερα γνωστικά σφάλματα και στρεβλώσεις διατηρούσε ο ασθενής για το άλγος και γενικότερα την εμπειρία του πάσχειν, τόσο πιο πιθανό ήταν να αυξάνεται η ένταση του, αλλά και η ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Όπως φαίνεται από τα ευρήματα της έρευνας τα καταθλιπτικά σημεία είναι εμφανώς συνδεδεμένα με τις υποκλίμακες του άγχους του πόνου. Η στενή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους είναι ευρέως γνωστή, ωστόσο στη συγκεκριμένη μελέτη διατυπώνεται η σχέση της κατάθλιψης με το άγχος του πόνου καθώς και η επίδραση αυτών των μεταβλητών στην ένταση του πόνου, καθώς και η αλληλεπίδραση των με δημογραφικούς παράγοντες. Ακόμη, η σχέση των παραπάνω μεταβλητών αφορά στο ηλικιακό φάσμα της τρίτης ηλικίας, γεγονός που επηρεάζεται ιδιαίτερα έντονα από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι εντείνονται από τη χρονιότητα του πόνου, αλλά τη μείωση των αποθεμάτων του οργανισμού που επέρχεται με το πέρας της ηλικίας.

Όπως είναι εμφανές από τα παραπάνω αποτελέσματα η κατάθλιψη συνδέεται έντονα με το άγχος του πόνου, αλλά και με τις επιμέρους κλίμακες που το εκτιμούν. Η ύπαρξη διαταραχών στη διάθεση είναι δυνατό να προκαλεί μια σειρά από παρεμβολές που έχουν ως τελικό απότοκο την αύξηση του στρες που βιώνουν οι ασθενείς σχετικά με την κατάσταση τα υγείας τους και συγκεκριμένα τον πόνο. Πράγματι, οι αρνητικές γνωσίες, πεποιθήσεις, δυσλειτουργικά πρότυπα συμπεριφοράς, αίσθηση μειωμένης αυτενέργειας και ελέγχου και γνωστικά σφάλματα ως προς την αντίληψη και νοηματοδότηση του πόνου είναι δυνατό να περιορίσει τις δυνατότητες του οργανισμού ως προς τη διαχείριση

της επώδυνης εμπειρίας, τα φυσικά αποθέματα και τις λειτουργίες επανάκαμψης που διαθέτει.

Επιπρόσθετα, υποβοηθά στη δημιουργία ενός συστήματος πεποιθήσεων το οποίο επιδρά στην καθημερινότητα του ασθενούς, καθώς και στον τρόπο επίλυσης και αντιμετώπισης των εκάστοτε προβλημάτων γεγονός που έχει άμεσες επιδράσεις στο επώδυνο βίωμα και την ακόλουθη ποιότητα ζωής. Έχει εκτεταμένα επισημανθεί στη βιβλιογραφία το γεγονός ότι ο δείκτης της ποιότητας ζωής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στα επεισόδια όσο και την ένταση του χρόνιου πόνου, γεγονός που υπογραμμίζει και υπερ-τονίζει την αναγκαιότητα αντιμετώπισης της κατάθλιψης.

Στην παρούσα έρευνα η κατάθλιψη συνδέθηκε στατιστικώς σημαντικά με την ένταση του πόνου και συγκεκριμένα μεταξύ των συμμετεχόντων που δεν είχαν κατάθλιψη και αυτών που είχαν μετρίως σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη. Παρότι τα καταθλιπτικά σημεία μπορεί να είναι αποτέλεσμα και όχι αίτιο της έντασης του πόνου, ωστόσο είναι σημαντικό να τονιστεί η ύπαρξη της σχέσης τους, γεγονός που έχει άμεση συνέπεια στον τρόπο με τον οποίο θα διαχειριστεί ο κλινικός τον ηλικιωμένο ασθενή ή θα αντιμετωπίσει τυχόν μη συμμόρφωση του στη θεραπεία. Είναι ευρέως γνωστή η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της παθητικής στάσης του ασθενούς στη θεραπεία, καθώς και της παράλειψης της προτεινόμενης φαρμακευτικής δοσολογίας έως και διακοπής της.

Συνεπώς, προκειμένου τη θεραπεία του πόνου και τη συνέχιση της συνιστώμενης αγωγής τίθεται αναγκαία η διαχείριση της κατάθλιψης γεγονός που έχει πολλαπλά οφέλη όπως προαναφέρθηκε. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται και η σχέση μεταξύ του κλινικού και του ασθενούς, κάτι το οποίο κρίνεται ως ιδιαίτερος σημαντικό προκειμένου την αποτελεσματική πορεία της θεραπείας αλλά και της νόσου γενικότερα. Μελέτες έχουν κατά καιρούς υποδείξει ότι η θεραπευτική σχέση συμβάλλει καταλυτικά τόσο στη συμμόρφωση στη θεραπεία, όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Ιδιαίτερα στις χρόνιες νόσους όπου η αγωγή είναι μακροχρόνια και η πορεία της νοσολογικής οντότητας θα πρέπει να επανεξετάζεται, η επαφή του θεράποντα και του ασθενή κατέχει πρωταρχικό ρόλο. Αναπτύσσοντας μια αποτελεσματική μορφή επικοινωνίας με το γιατρό του ο ασθενής αυξάνει τις πιθανότητες τήρησης της αγωγής και των συνακόλουθων οδηγιών σχετικά με τους ανακουφιστικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες της νόσου, αλλά και τις θεραπευτικές υποδείξεις. Παράλληλα, με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως θεραπευτικό μέσο προκειμένου την ορθή διευθέτηση των πιθανών ερωτημάτων, διευκρινίσεων, αμφιβολιών

ως προς τη θεραπεία, προβλημάτων, αρνητικών συναισθημάτων και πρακτικών προβλημάτων που δύνανται να προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Όπως είναι εμφανές, η ύπαρξη κατάθλιψης αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην αποτελεσματική επικοινωνία γεγονός που αναδείχθηκε μέσω της συσχέτισης της με την ένταση του πόνου.

Επιπρόσθετα, σημειώθηκε η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των στρεσογόνων συμβάντων τα οποία βίωσε το άτομο κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων υπογραμμίζοντας ότι η τρίτη ηλικία δεν συνεπάγεται απαραίτητα την κατάθλιψη. Οι παρούσες διαφορές ίσχυαν και για τις τρεις ομάδες του δείγματος συμπεραίνοντας έτσι την καταλυτική επίδραση των αρνητικών γεγονότων στην κατάθλιψη η οποία δεν σχετίζεται με τη μνημονική λειτουργία.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ευρήματα, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αφορούν τόσο δημογραφικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα το φύλο και η εκπαίδευση, όσο και οι ψυχικές καταστάσεις, όπως το άγχος του πόνου και η κατάθλιψη, συνδέονται με την ύπαρξη και την ένταση του πόνου, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούνται ποικίλες αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ τους. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα γενικευμένο προφίλ των ασθενών με χρόνια πόνο περιγράφοντας ορισμένους ενοχοποιητικούς παράγοντες οι οποίοι συχνά είναι δυνατό να συναντώνται στο ιστορικό του ασθενούς και να συναποτελούν μεταβλητές που συνδέονται με το άλγος και συχνά το επιδεινώνουν.

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα πολυπαραγοντικό βίωμα το οποίο ξεφεύγει από τα όρια της αιτιοπαθογένειας, η οποία είναι δυνατό να μεταβάλλεται με το πέρασ της νόσου ενσωματώνοντας περιβαλλοντικά στοιχεία. Ουσιαστικά το φαινόμενο του χρόνιου πόνου είναι δυνατό να «αυτονομείται» ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης και να επιτάσσει μία εξατομικευμένη διαχείριση, η οποία θα συμπεριλαμβάνει τις ανάγκες και την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς έχοντας ως πρωταρχική προτεραιότητα τη συνεργασία και την ομαλή και παραγωγική επικοινωνία με το θεράποντα. Η διαδικασία με την οποία ο πάσχων εντάσσει το επώδυνο βίωμα στη ζωή του καθώς και η νοσηματοδότηση που αυτού μπορεί να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτού για παράδειγμα στην ένταση, τη διάρκεια και τα επιμέρους χαρακτηριστικά γνωρίσματα του άλγους. Επιπρόσθετα, δεν θα πρέπει να παραβλέπονται τα δευτερογενή οφέλη του χρόνιου πόνου τα οποία μορφοποιούνται με το πέρασ του χρόνου περιπλέκοντας ακόμη περισσότερο τη θεραπεία.

Για το λόγο αυτό συνίσταται η συνεχής διερεύνηση των συνδέσεων που δημιουργούνται μεταξύ του άλγους και των διάφορων μαθημένων μοτίβων συμπεριφοράς τα οποία έχει κατασκευάσει ο ασθενής προκειμένου να διαχειριστεί τον πόνο.

Αναφορικά με τα δημογραφικά δεδομένα, δεν είναι δυνατή η τροποποίηση τους, ωστόσο, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης τους στην επιδείνωση των συμπτωμάτων. Ακόμα και στην περίπτωση που δεν δύνανται να μεταβληθούν αυτοί οι παράγοντες, μπορούν σε μεγάλο βαθμό να αμβλυνθούν οι επιδράσεις που ασκούν.

Γενικότερα η δημιουργία ενός σαφούς και καλά οργανωμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου μπορεί να παρακάμψει τα πιθανά προβλήματα και παράγοντες που παρεισφρεύουν στην αντιμετώπιση και επιβαρύνουν τον ασθενή γενικότερα.

Αυτό που επισημαίνεται ιδιαίτερα από την παρούσα εργασία είναι ο ρόλος των συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ύπαρξη και την ένταση του χρόνιου πόνου, αλλά και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση η οποία γεννά ένα πολυσχιδές δίκτυο το οποίο δεν είναι στατικό. Συνεπώς, ο χρόνιος πόνος εξελίσσεται ως ένα αλγοριθμικό φαινόμενο με πολλαπλές διαστάσεις ορισμένες διαστάσεις του οποίου επιχειρεί να μελετήσει η συγκεκριμένη μελέτη. Γενικότερα ο πόνος στην τρίτη ηλικία συχνά θεωρείται ως κάτι αναμενόμενο, ωστόσο σύμφωνα με τα ευρήματα μπορεί σημαντικά να μειωθεί και να τυγχάνει αποτελεσματικότερης διαχείρισης, κυρίως όμως να μη θεωρείται δεδομένος. Ανεξάρτητα από το νευροανατομικό μονοπάτι του πόνου που ορισμένες φορές αναπόφευκτα δημιουργείται λόγω της πρωτογενούς διαδικασίας της γήρανσης και φθοράς του οργανισμού, οι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία της μείωσης των αποθεμάτων του οργανισμού με αποτέλεσμα την ακόλουθη γήρανση και τις νοσολογικές οντότητες που επιφέρουν πόνο ο οποίος εμπίπτει στη χρονιότητα.

Το δεύτερο σκέλος που η παρούσα έρευνα επιχειρεί να μελετήσει είναι η ενδεχόμενη επίδραση του χρόνιου πόνου στη μνημονική λειτουργία όπως αυτή εκτιμάται από το ιατρικό ιστορικό και την επίδοση των υποκειμένων σε συγκεκριμένες οδηγίες που σχετίζονται με την ύπαρξη παθολογικής νοητικής έκπτωσης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ύπαρξη και η ένταση του χρόνιου πόνου δεν συνδέεται στατιστικώς σημαντικά με τη νευροεκφύλιση, καθώς όσοι είχαν χρόνιο πόνο ανήκαν εξίσου και στις τρεις κατηγορίες, ενώ ο βαθμός στον οποίο χρόνιο υπέφεραν δεν συνδέθηκε με τις μνημονικές τους επιδόσεις τουλάχιστον σε παθολογικό βαθμό.

Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ότι ο χρόνιος πόνος δεν είναι άμεσος προδιαθεσικός παράγων για την έκπτωση της μνήμης, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην ήπια γνωστική διαταραχή ή για την έναρξη της άνοιας όπου η έκπτωση της μνήμης λαμβάνει παθολογικό χαρακτήρα. Συνεπώς τόσο οι υγιείς όσο και οι συμμετέχοντες με μνημονικά ελλείμματα είχαν τις ίδιες πιθανότητες να υποφέρουν από χρόνιο πόνο, ο οποίος δεν θα πρέπει να παραβλέπεται, ενώ μπορεί να επιδεινώνει την υπάρχουσα έκπτωση δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο που λειτουργεί επιβαρυντικά για τη θεραπεία και τη νοητική του λειτουργικότητα. Υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν ότι ο χρόνιος πόνος επιδρά στη μνημονική λειτουργία, όπως αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος, ωστόσο τη συγκεκριμένη μελέτη αφορά η επίπτωση του πόνου ως προδιαθεσικού παράγοντα για τη διάγνωση της άνοιας και όχι απαραίτητα για τη μείωση των επιδόσεων των συμμετεχόντων σε δοκιμασίες που εκτιμούν τη μνημονική λειτουργία.

Παρόμοια μη στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ του άγχους του πόνου και της κατηγορίας στην οποία άνηκαν οι συμμετέχοντες. Τόσο στο σύνολο του κάθε ασθενούς όσο και στα υποσύνολα των επιμέρους υποκλιμάκων δεν υπήρχε τρόπος να προβλεφθεί η κατηγορία στην οποία εντάσσονταν ο κάθε συμμετέχων υπολογίζοντας το άγχος που βίωνε αναφορικά με την επώδυνη εμπειρία. Συνεπώς, οι συνιστώσες της συγκεκριμένης δοκιμασίας δεν αποτέλεσαν προβλεπτικούς παράγοντες της ομάδας στην οποία άνηκαν οι ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Αντίθετα από τις προηγούμενες μεταβλητές, η καταθλιπτική σημειολογία εμφάνισε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη μνημονική επίδοση, γεγονός που έχει επισημανθεί και από τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα. Η κατάθλιψη δύναται να επηρεάζει τη μνήμη η επιρροή της οποίας υποβαθμίζει τη μνημονική λειτουργία, ενώ παρεμβαίνει και στη λειτουργικότητα του ατόμου. Πολλές φορές ο ρόλος της έχει υποτιμηθεί λόγω της έλλειψης κινήτρου των συμμετεχόντων στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες χωρίς αυτό να συνεπάγεται την παρουσία νευροεκφύλισης, ωστόσο άσχετα με το κατά πόσο είναι άμεσος προδιαθεσικός παράγων, είναι έμμεσος εφόσον μπορεί να η ανυπαρξία διαχείρισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων να υπονομεύσει τη μνήμη με διάφορους τρόπους. Επιπρόσθετα, διαφαίνεται και μία έμμεση σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της μνημονικής έκπτωσης καθώς και τα δύο φαινόμενα έχουν ισχυρές συνδέσεις με την κατάθλιψη αλλά και την τρίτη ηλικία, οι οποίοι αποτελούν κοινά σημεία και στις δύο νοσολογικές οντότητες.

Παρολαυτά τα νοσήματα που συμπεριλαμβάνουν χρόνιο πόνο είναι πολλαπλά και αρκετά από αυτά δεν έχουν σαφή αιτιολογία, για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει μία επιφύλαξη στην οποιαδήποτε προσπάθεια δημιουργίας συσχετίσεων και ερμηνειών χωρίς να αντιμετωπίζεται ο κάθε ασθενής εξατομικευμένα και διεξοδικά.

Το φαινόμενο του χρόνιου πόνου είναι σε πολλές πτυχές του ανεξήγητο, συνεπώς οι διάφορες επιστημονικές επισημάνσεις δεν αποτελούν παρά ενδεικτικά στοιχεία τα οποία όμως χρειάζεται να αποδειχθούν από περαιτέρω έρευνες. Ο τρόπος που ο κάθε ασθενής βιώνει και αντιμετωπίζει το γεγονός ότι πονά είναι διαφορετικός εμπλέκοντας με αυτό τον τρόπο ποικίλες μεταβλητές στη σχεδίαση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου.

Η συγκεκριμένη εργασία επεσήμανε συγκεκριμένες ποσοτικά μετρήσιμες μεταβλητές οι οποίες εμφανίστηκαν στους περισσότερους χρονίως πάσχοντες επισημαίνοντας την ψυχοκοινωνική διάσταση του χρόνιου πόνου η οποία έχει επανειλημμένως διαπιστωθεί από τη βιβλιογραφία, ενώ δεν παρατήρησε οποιαδήποτε επίδραση της έντασης της επώδυνης εμπειρίας στα μνημονικά ελλείμματα, παθολογικά ή μη, των συμμετεχόντων. Παράλληλα υπογράμμισε την κατάθλιψη ως άμεσα συνδεδεμένο παράγοντα πρόβλεψης της μνημονικής επίδοσης των ηλικιωμένων.

Όπως φαίνεται από τα ευρήματα, δεν είναι η ίδια η εμπειρία του χρόνιου πόνου εκείνη που επιδρά στη μνήμη, καθώς οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από χρόνιους πόνους είτε είναι ανοϊκοί είτε όχι, αλλά ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεται, νοσηματοδοτεί, αντιμετωπίζει και επεξεργάζεται ο ασθενής το επώδυνο βίωμα. Οι συναισθηματικές προεκτάσεις, όπως για παράδειγμα το άγχος και η κατάθλιψη, που συνοδεύουν τον πόνο είναι καταλυτικές αναφορικά με την ένταση αλλά και τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου, η οποία συμπεριλαμβάνει την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται επαρκώς στην καθημερινή του ζωή. Επιπρόσθετα, είναι ήδη γνωστή η σχέση μεταξύ του πόνου, οξέως και χρόνιου, και της συναισθηματικής λειτουργικότητας του πάσχοντος. Η σχέση αυτή δεν είναι μονόδρομη, εφόσον συχνά εναλλάσσονται τα βέλη αιτιότητας που υποδείχνουν το αίτιο και το αποτέλεσμα. Επιπρόσθετα, πολλές φορές σε αυτή τη σχέση εμπλέκονται και άλλες μεταβλητές δημιουργώντας ένα πλέγμα σχέσεων και πολλαπλών αλληλεπιδράσεων. Εάν υποθεθεί ότι στην παραπάνω δυάδα θέσουμε τον παράγοντα μνημονική έκπτωση, παθολογική ή μη, τότε δύναται να μορφοποιηθεί ένα από τα πιθανά μοντέλα που περιγράφουν την αλληλεπίδραση των μεταβλητών σύμφωνα με τις οποίες δομήθηκε το ερευνητικό σχέδιο.

Η παρούσα μελέτη ενέχει μια σειρά από περιορισμούς με πρωταρχικό τον περιορισμένο αριθμό των συμμετεχόντων. Πιθανώς τα αποτελέσματα να ανεδείκνυν διαφορετικές συσχετίσεις ή ακόμα και την ύπαρξη αιτιακών συνδέσεων σε περίπτωση που το σύνολο των ασθενών με χρόνιο πόνο ήταν μεγαλύτερο. Ένας δεύτερος περιορισμός είναι ο τρόπος εκτίμησης της νοητικής λειτουργίας ο οποίος θα μπορούσε να συμπεριλάμβανε ποικίλα νευροψυχολογικά εργαλεία περιγράφοντας και άλλες νοητικές λειτουργίες. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι το δείγμα αποτελούνταν σχεδόν αποκλειστικά από κατοίκους μεγάλων αστικών κέντρων αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό για την ασφαλέστερη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων εφόσον τα ευρήματα μπορεί να διαφέρουν για τους κάτοικους της επαρχίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ¹Pasero, C. (2009). Challenges in Pain Assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(1), 50-54.
- ²Zarit, S. H., Griffiths, P.C., Berg, B. (2004). Pain Perceptions of the Oldest Old: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 44(4), 459-468.
- ³Coniam, SW., Diamond, AW. (1994). Πρακτική αντιμετώπιση του πόνου. Παρισιάνου, Αθήνα 1999.
- ⁴Καλφακάκου, Β. (2009). Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος, σελ 6-7,
- ⁵http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2322. Medlook χρόνιος πόνος: πως επηρεάζει τη μνήμη, τη συγκέντρωση και την προσοχή.
- ⁶Mayo Clinic. (2000). Χρόνιοι πόνοι, Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα, 2-8.
- ⁷Mayo Clinic οικογεν οδηγός. (2000). Εκδόσεις: Μοντέρνοι Καιροί.
- ⁸Ευαγγέλου, Α. (2005). *Ενδογενή συστήματα αναλγησίας*, Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου».
- ⁹Guyton, A., Hall, JE. (2004). Ιατρική φυσιολογία, Παρισιάνου, Αθήνα
- ¹⁰Βούλγαρη, Π. (2009). Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος, Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου»..
- ¹¹http://www.medlook.net/article.asp?item_id=785
- ¹²Zwakhalen, S., Hamers, J. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15.
- ¹³Porter, FL., Malhotra, KM., Wolf, CM., Morris, JC., Miller, JP., Smith, MC. (1996). Dementia & response to pain in the elderly. *Pain*, 68(2-3), 413-421.
- ¹⁴Morrison, RS., Siu, AL. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4), 240-248.
- ¹⁵Cowan, DT., Fitzpatrick, JM., Roberts, JD., et al. (2003). The assessment and management of pain among older people in care homes: Current status and future directions. *Int J Nurs Stud.*, 40, 291-298.
- ¹⁶Gagliese, L., Melzack, R. (1997). Chronic pain in elderly people. *Pain*, 70, 3-14.
- ¹⁷American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in Older Persons . (2002). The management of persistent pain in older persons. AGS clinical practice guidelines. *J Am Geriatr Soc.*, 50, 205-224.
- ¹⁸Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E., Lentzner, H. (2003). Health, life expectancy and health care spending among the elderly. *N Engl J Med*, 349, 1048-1055.
- ¹⁹Gudmannsdottir, GD., Halldorsdottir, S. (2009). Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 317-327.
- ²⁰<http://health.in.gr/results.asp?CategoryID=&Phrase> Health.In.Gr κίνδυνος χρόνιου πόνου για τους παχύσαρκους ηλικιωμένους
- ²¹Nanda, U., Andresen, EM. (1998). Health-related quality of life. *Eval Health Prof*, 21(2), 179-215.
- ²²Molarius, A., Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J of Clin Epidem*, 55(4), 364-370.
- ²³Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.

- ²⁴Scudds, RJ., Robertson, J. (1998). Empirical evidence of the association between the presence of musculoskeletal pain and physical disability in community-dwelling senior citizens. *Pain*, 75, 229-235.
- ²⁵March, LM. (1998). Musculoskeletal disability among elderly people in the community. *Med J Aust.*, 168, 439-442.
- ²⁶Parmelee, PA., Katz, I., Lawton, MP. (1991). The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol.*, 46, 15-21.
- ²⁷Casten, RJ., Parmelee, PA., Kleban, MH., Lawton, MP., Katz, IR. (1995). The relationships among anxiety, depression and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain.*, 61, 271-276.
- ²⁸Mossey, JM., Kerr, ND., Welz-Bosna, M., Gallagher, RM. (2005). Preliminary evaluation of the Health Background Questionnaire for Pain and clinical encounter form for pain. *Pain Med.*, 6, 443-451.
- ²⁹Kempen, G., Brilman, EI., Ranchor, AV., Ormel, J. (1999). Morbidity and quality of life and moderating effects of level of education in the elderly. *Social Science & Medicine*, 49(1), 143-149.
- ³⁰The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med.* 1998;46:1569-85
- ³¹Jakobsson, U., Klevsgard, R., Westergren, A., Hallberg, IR. (2003). Old people in pain: A comparative study. *J of Pain and Symptom Management*, 26(1), 625-636.
- ³²Ross, MM., Crook, J. (1998). Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence. *J Adv Nurs.*, 27, 1117-1126.
- ³³Scudds, RJ., Robertson, JM. (1998). Empirical evidence of the association between the presence of musculoskeletal pain and physical disability in community-dwelling senior citizens. *Pain*, 75, 229-235.
- ³⁴de Nóbrega, TCM., Jaluul, O., Machado, AN., Paschoal, SMP., Filho, WJ. (2009). Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*, 64(1), 45-50.
- ³⁵Kareholt, I., Brattberg, G. (1998). Pain and mortality risk among elderly persons in Sweden. *Pain*, 77(3), 271-278.
- ³⁷Bryant, LL., Grigsby, J., Swenson, C., Scarbo, S. (2006). Chronic pain increases the risk of decreasing physical performance in older adults:the san Luis Valley Health in Aging Study. *The Journals of Gerontology*, 62(9), 989-996.
- ³⁶Lima, MG., Barros, MB., César, CLG., Goldbaum, M., Carandina, L., Ciconelli, RM. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*, 25(4), 314-321.
- ³⁸Leong, IY., Farrell, MJ., Helme, RD., Gibson, SJ. (2007). The relationship between medical comorbidity disturbance and self-related pain, mood and function in older people with chronic pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 62(5), 550-5.
- ³⁹Wahl, AK., Rustøen, T., Rokne, B., Lerdal, A., Knudsen, Ø., Miaskowski, C., Moum, T. (2009). The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Quality of life research*, 18(8), 971-980.
- ⁴⁰Molton, I., Jensen, MP., Ehde, DM., Carter, GT., Kraft, G., Cardenas, DD. (2008). Coping with chronic pain among younger, middle-aged, and older adults living with neurological injury and disease. *J Aging Health*, 20(8), 972-996.
- ⁴¹Mailis-Gagnon, A., Nicholson, K., Yegneswaran, B., Zurowski, M. (2008). Pain characteristics of adults 65 years of age and older referred to a tertiary care pain clinic. *Pain Res Manag.*, 13(5), 389-394.
- ⁴²O' Brien, JG. (1992). Acute pain in the elderly. *Postgrad Med*, 3, 49-56.

- ⁴³Walker, JM. (1994). Caring for elderly people with persistent pain in the community: a qualitative perspective on the attitudes of patients and nurses. *Health & Social Care in the Community*, 2(4), 221-228.
- ⁴⁴Rodgers BL. (1989). Loneliness. Easing the pain of the hospitalized elderly. *J Gerontol Nurs.*, 15(8), 16-21.
- ⁴⁵Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Gambassi, G., Steel, K., Russo, A., Lattanzio, F., Bernabei, R. (2001). Pain management in frail community- living elderly Patients. *Stud Health Technol Inform.*, 114, 93-104.
- ⁴⁶Gibson, SJ., Helme, RD. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Psychol Aging.*, 24(3), 681-95.
- ⁴⁷Scherder, E., Eggermont, L., Plooi, B., Oudshoorn, J., Vuijk, PJ., Pickering, G., Lautenbacher, S., Achterberg, W., Oosterman, J. (2008). Relationship between chronic pain and cognition in cognitively intact older persons and in patients with AD. *Gerontology*, 54, 50–58.
- ⁴⁸Vranceanu, AM., Safren, S., Cowan, J., Ringthe, D. (2008). The development of the negative pain thoughts questionnaire. *Pain Practice*, 8(5), 337-341.
- ⁴⁹Sharp, T. J., & Harvey, AG. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance?. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857–877.
- ⁵⁰Horgas, AL., Elliott, AF. (2004). Pain assessment and management in persons with dementia. *Nurs Clin North Am*, 39, 593-606.
- ⁵¹Esteban y Peña, M., García, RJ., Olalla, JM., Llanos, EV., de Miguel, AG., Cordero, XF. (2010). Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among aged >15 years in Madrid. *Eur J Public Health.*, 20(1), 78-84.
- ⁵²Brummel-Smith, K., London, MR., Drew, N., Krulewitch, H., Singer, C., Hanson, L. (2002). Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc.*, 50(11), 1847-51.
- ⁵³Morrison, RS., Siu, AL. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *J Pain Symptom Manage.*, 19(4), 240-8.
- ⁵⁴Mäntyselkä, P., Hartikainen, S., Louhivuori-Laako, K., Sulkava, R. (2004). Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age Ageing*, 33(5), 496-9.
- ⁵⁵Chen, YH., Lin, LC. (2008). Pain in elderly people with dementia. *Hu Li Za Zhi.*, 55(2), 68-75.
- ⁵⁶Reyes-Gibby, CC., Aday, L., Cleeland, C. (2002). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*, 95, 75–82.
- ⁵⁷Huffman, JC., Kunik, ME. (2000). Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *Gerontologist*, 40, 574–81.
- ⁵⁸Farrell, MJ., Katz, B., Helme, RD. (1996). The impact of dementia on the pain experience. *Pain*, 67, 7–15.
- ⁵⁹Gibson, SJ., Voukelatos, X., Ames D *et al.* (2001). An examination of pain perception and cerebral event-related potentials following carbon dioxide laser stimulation in patients with Alzheimer's disease and age-matched control volunteers. *Pain Res Manage*, 6, 126–32.
- ⁶⁰Scherder, E., Bouma, A., Slaets J *et al.* (2001). Repeated pain assessment in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 12, 400–7.
- ⁶¹Scherder, E., Bouma, A., Borkent, M., Rahman, O. (1999). Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than non-demented elderly. *Psychiatry*, 62(3), 265-72.

- ⁶²Parmelee, PA., Smith, B., Katz, IR. (1993). Pain Complaints & Cognitiv status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc.*, 41(5), 517-22.
- ⁶³Middleton, JI., Knezacek, S., Robinson, L., Hartley, T., Kaasalainen, S. (1997). An exploratory study of pain in the institutionalized elderly. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12(4), 159-166.
- ⁶⁴Marzinski LR. (1991). The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused nonverbal elderly. *J Gerontol Nurs.*, 17(6), 25-8.
- ⁶⁵Feldt, KS., Ryden, MB., Miles, S. (1998). Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc.*, 46(9), 1079-85.
- ⁶⁶Kunz, M. Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., Lautenbacher, S. (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. *Eur J of Pain*, 13(3), 317-325.
- ⁶⁷Kunz, M., Scharmann, S., Hemmeter, U., Schepelman, K., Lautenbacher, S. (2007). The facial expression of pain in patients with dementia. *Pain*, 133(1), 221-228.
- ⁶⁸Huffman, JC. Kunik, ME. (2000). Assessment and understanding of pain in patients with dementia. *The Gerontologist*, 40(5), 574-581.
- ⁶⁹Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Gambassi, G., Steel, K., Russo, A., Lattanzio, F., Bernabei, R. (2001). Pain Management in Frail, Community-Living Elderly Patients. *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2721-2724.
- ⁷⁰Husebo, BS., Strand, LI., Moe-Nilssen, R., Husebo, SB., Aarsland, D., Ljunggren, AE. (2008). Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *Journal of the American Medical Directions Association*, 9(6), 427-433.
- ⁷¹Parmelee, PA. (1996). Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med*, 12, 473-479.
- ⁷²Proctor, WR., Hirdes, JP. (2001). Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manage*, 6, 119-125.
- ⁷³Scherder, E., Bouma, A., Slaets, J. et al. (2001). Repeated pain assessment in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 12, 400-407.
- ⁷⁴Benedetti, F., Vighetti, S., Ricco, C. et al. (1999). Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*, 80, 377-382.
- ⁷⁵Williams, CS., Zimmerman, S., Sloane, PD., Reed, PS. (2005). Characteristics associated with pain in long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 68-73.
- ⁷⁶Cipher, D., Clifford, PA., Roper, KD. (2006). Behavioral manifestations of pain in the demented elderly. *Journal of the American Medical Directions Association*, 7(6), 355-365.
- ⁷⁷Geda, YE., Rummans, T. (1999). Pain: Cause of Agitation in Elderly Individuals With Dementia. *Am J Psychiatry*, 156, 1662-1663.
- ⁷⁸Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- ⁷⁹Rozzini, R., Frisoni, GB., Ferrucci, L. et al. (2002). Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity. *Age Ageing.*, 31, 277-285.
- ⁸⁰Elixhauser, A., Stienner, C., Harris, DR., Coffey, RM. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care*. 36, 8-27.
- ⁸¹Ghione, S. (1996). Hypertension-associated hypalgesia. Evidence in experimental animals and humans, pathophysiological mechanisms and clinical consequences. *Hypertension*, 28, 494-504.

- ⁸²Γεωργουδης, Γ. (2009). Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος, Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου», σελ 8-10.
- ⁸³Hadjistavropoulos, T., MacNab, YC., Lints-Martindale, A., Martin, R., Hadjistavropoulos, H. (2009). Does routine pain assessment result in better care?. *Pain Res Manag.*, 14(3), 211–216.
- ⁸⁴Rainfray M, Brochet B, de Sarasqueta AM, Michel P. (2003). Assessment of pain in elderly hospitalized patients. A transversal descriptive survey. *Presse Med.*, 32(20), 924-9.
- ⁸⁵<http://emedicine.medscape.com/article/776663-overview>
- ⁸⁶Παπαδόπουλος Γ. (2010). Θεραπεία χρόνιου πόνου, Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος-Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου».
- ⁸⁷Herr KA, Mobily PR. (1991). Complexities of pain assessment in the elderly. *Clinical considerations. J Gerontol Nurs.*, 17(4), 12-9.
- ⁸⁸Gagliese, L., Melzack, R. (1997). Chronic pain in elderly people. *Pain*, 70(1), 3-14.
- ⁸⁹Snow, AL., O'Malley, KJ., Cody, M., Kunik, ME., Ashton, CM., Beck, C., Bruera, E., Novy, D. (2004). A conceptual model of pain assessment for noncommunicative persons with dementia. *The Gerontologist*, 44(6), 807-817.
- ⁹⁰Cardoso, R., Sousa, FEF. (2009). Identification and validation of Brazilian chronic pain descriptors. *Pain Management Nursing*, 10(2), 85-93.
- ⁹¹Simons, W., Malabar, R. (2008). Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 663-669.
- ⁹²Krulewitch, H., London, MR., Skakel, VJ., Lundstedt, GJ., Thomason, H., Brummel-Smith, K. (2000). Assessment of Pain in Cognitively Impaired older adults: A comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *J Am Geriatr Soc.*, 48(12), 1607-11.
- ⁹³Manz, BD., Mosier, R., Nusser-Gerlach, MA., Bergstrom, N., Agrawal, S. (2000). Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Manag Nurs.*, 1(4), 106-15.
- ⁹⁴Πατηράκη, Ε. (2009). Βασικές αρχές διαχείρισης του καρκινικού πόνου, Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος-Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου».
- ⁹⁵Ruoff, GE. (2002). Challenges of managing chronic pain in the elderly. *Semin Arthritis Rheum.*, 32(3 Suppl 1), 43-50.
- ⁹⁶Tsai, YF., Tsai, HH., Lai, YH., Chu, TL. (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in Taiwanese nursing homes. *J Pain Symptom Manage*, 28(6), 579-84.
- ⁹⁷Berman, RL., Iris, MA., Bode, R., Drengenberg, C. (2009). The effectiveness of an online mind-body intervention for older adults with chronic pain. *J Pain.*, 10(1), 68-79.
- ⁹⁸Hager, K., Brockopp, D. (2009). The use of a chronic pain diary in older people. *Br J Nurs.*, 18(8), 492-4.
- ⁹⁹Ashe, MC., Miller, WC., Eng, JJ., Noreau, L. (2009). Older adults, chronic disease and leisure-time physical activity. *Gerontology.*, 55(1), 64-72.
- ¹⁰⁰Reid, MC., Papaleontiou, M., Ong, A., Breckman, R., Wethington, E., Pillemer, K. (2008). Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. *Pain Med.*, 9(4), 409-24.
- ¹⁰¹Paquet, C., Kergoat, MJ., Dubé, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment. *Pain*, 115(3), 355-63.

- ¹⁰²Gurny, M., Cedraschi, C., Chassot, P., Piguet, V., Remund, C. (2009). Cognitive and behavioral group therapy in chronic pain: expectations and satisfactions. *Rev Med Suisse*, 5(208), 1370-4.
- ¹⁰³Jones GT, Macfarlane GJ, Edwards RR. Epidemiology of pain in older persons. In: Gibson SJ, Weiner DK, eds. (2005). Pain in Older Persons, *Progress in Pain Research and Management*, 35, 3–22.
- ¹⁰⁴Mossey, JM., Kerr, ND., Welz-Bosna, M., Gallagher, RM. (2005). Preliminary evaluation of the Health Background Questionnaire for Pain and clinical encounter form for pain. *Pain Med.*, 6(6), 443-51.
- ¹⁰⁵Neville, A., Peleg, R., Singer, Y., Sherf, M., Shvartzman, P. (2008). Chronic pain: a population-based study. *Isr Med Assoc J.*, 10(10), 676-80.
- ¹⁰⁶Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders
- ¹⁰⁷Sá, KN., Baptista, AF., Matos, MA., Lessa, I. (2008). Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*, 139(3), 498-506.
- ¹⁰⁸dos Reis, LA., Torres, G., dos Reis, LA. (2008). Pain characterization in institutionalized elderly patients. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 66(2), 331-335
- ¹⁰⁹Χανιώτης, Δ. (2009). *Ο πόνος στον υπερήλικα, Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος-Διατμηματικό πρόγραμμα σπουδών- «Αντιμετώπιση του πόνου».*
- ¹¹⁰Elliott, AM., Smith, BH., Penny, KI., Smith, WC., Chambers, WA. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354, 1248–52.
- ¹¹¹American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons. (1998). The management of chronic pain in older person. AGS clinical practice guidelines. *J Am Geriatr Soc.*, 46, 635–651.
- ¹¹²Ferrell, BA. (1991). Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc.*, 39, 64–73.
- ¹¹³Ferrell BA, Ferrell BR. Principles of pain management in older people. (1991). *Compr Ther.*, 17, 53–58.
- ¹¹⁴Ferrell, BA., Ferrell, BR., Osterweil, D. (1990). Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.*, 38, 409–414.
- ¹¹⁵Roy, R., Michael, T. (1986). A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Fam Phys.*, 32, 513–516.
- ¹¹⁶Ferrell, BA., Ferrell, BR., Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage.*, 10, 591–598.
- ¹¹⁷López-López, A., Montorio, I., a Izal, M., Velasco, L. (2008). The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging & Mental Health*, 12(6), 735-745.
- ¹¹⁸Nicholas, MK., Coulston, CM., Asghari, A., Malhi, GS. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *Med J Aust.*, 190(7), 66-70.
- ¹¹⁹Mossey, JM., Gallagher, RM., Tirumalasetti, F. (2000). The Effects of Pain and Depression on Physical Functioning in Elderly Residents of a Continuing Care Retirement Community. *Pain Med.*, 1(4), 340-50.
- ¹²⁰<http://www.onderzoekinformatie.nl/en/oi/nod/onderzoek/OND1329364/>
Effects of pain and depression treatment in demented older people on cognition, mood, circadian rhythm and physical activity
- ¹²¹Poole, H., White, S., Blake, C., Murphy, P., Bramwell R. (2009). Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain Practice*, 9(3), 173-180.
- ¹²²Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saad, HH., Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15.

- ¹²³Scherder, E., Sergeant, J., Swaab, D. (2003). Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *The Lancet Neurology*, 2(11), 677-686.
- ¹²⁴Yamamoto, M., Kachi, T., Igata, A. (1996). Pain-related somatosensory evoked potentials in dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 137(2), 117-119.
- ¹²⁵Treede, R., Apkarian, AV., Bromm, B., Greenspan, JD., Lenz, FA. (2000). Cortical representation of pain: functional characterization of nociceptive areas near the lateral sulcus. *Pain*, 87(2), 113-119.
- ¹²⁶Vogt, BA., Sikes, RW. (2000). The medial pain system, cingulate cortex, and parallel processing of nociceptive information. *Progress in Brain Research*, 122, 223-235.
- ¹²⁷Porro, CA., Baraldi, P., Pagnoni, G., Serafini, M., Facchin, P., Maieron, M., Nichelli, P. (2002). Does anticipation of pain affect cortical nociceptive systems? *J Neurosci*, 22, 3206-3214.
- ¹²⁸Tsigos, C., Chrousos, GP. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res*, 53, 865-871.
- ¹²⁹Pickering, G., Chapuy, E., Eschaliér, A., Dubray, C. (2004). Memory impairment means less pain in mice. *Gerontology*, 50, 152-156.
- ¹³⁰Grace, GM., Nielson, WR., Hopkins, M., Berg, MA. (1999). Concentration and Memory Deficits in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21(4), 477-487.
- ¹³¹Clifford, PA., Cipher, DJ. (2005). The Geriatric Multidimensional Pain and Illness Inventory. *Clinical Gerontologist*, 28(3), 45 - 61
- ¹³²Clough-Gorr KM, Blozik E, Gillmann G, Beck JC, Ferrell BA, Anders J, Harari D, Stuck AE. (2008). The Self-Administered 24-Item Geriatric Pain Measure (GPM-24-SA): Psychometric Properties in Three European Populations of Community-Dwelling Older Adults. *Pain Med.*, 9(6), 695-709.
- ¹³³Blozik, E., Stuck, AE., Niemann, S., Ferrell, BA., Harari, D., von Renteln-Kruse, W., Gillmann, G., Beck, JC., Clough-Gorr, KM. (2007). Geriatric Pain Measure Short Form: Development and Initial Evaluation. *J Am Geriatr Soc.*, 55(12), 2045-50.
- ¹³⁴Spitzer, RL., Kroenke, K., Williams, J. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-AD. *JAMA*, 282(18), 1737-1744.
- ¹³⁵Spitzer, RL., Kroenke, K. (2002). The PHQ-9: A new Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-15.
- ¹³⁶Osman, A., Barrios, FX., Osman, JR., Schneekloth, R., Troutman, JA. (1994). The Pain Anxiety Symptoms scale: Psychometric Properties in a Community Sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(5), 511-522.
- ¹³⁷Roelofs, J., Mc Cracken, L., Peters, ML., Crombez, G., van Breukelen, G., Vlaeyen, J. (2004). Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 167-183.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες έχουν δημιουργηθεί από ξένους επιστήμονες, μετά από πολύχρονες μελέτες. Προκειμένου να έχουμε τη δυνατότητα να μελετήσουμε την αναπαράσταση του πόνου (σωματικού και ψυχικού) στη ζωή μας και με σκοπό να μελετήσουμε το φόβο και το άγχος του πόνου, παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργήστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια (σε περίπτωση που θα επιθυμούσατε να μάθετε τα δικά σας αποτελέσματα, διαφορετικά δεν χρειάζεται να δημιουργήσετε τον κωδικό σας):

Οι συνεργάτες που θα σας χορηγήσουν τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια ή διευκρίνιση.

Ευχαριστούμε.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2009
ΑΝΔΡΑΣ ☐

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....
☐

ΦΥΛΟ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐
☐

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΠΟΛΗ <150.000

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΠΟΛΗ >150.000

ΧΗΡΟΣ/Α ☐

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;
ΝΑΙ ☐

ΝΑΙ ☐

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΟΧΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ☐
ΑΝΕΡΓΟΣ ☐

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ☐
ΟΙΚΙΑΚΑ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐
ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ☐
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΔΗΜΟΣΙΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ ☐
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ☐

ΠΑΡΑΚΑΛΩ

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ ☐
.....

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΠΟΙΑ;

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ ☐
ΝΟΣΟΥ.....

ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ..... ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ

ΠΟΝΕΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ ΝΑΙ_____ ☐
ΣΗΜΕΙΟ.....

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΤΙ;ΣΕ ΠΟΙΟ

ΣΩΜΑΤΙΚΑ; OXI _____ ☐

.....

ΑΝ ΝΑΙ, ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ;

**ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ
ΩΣ ΠΑΙΔΙ** (πχ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου
κατοικίας, κ.α.); **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;**

1

.....

.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 5 ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;

.....

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

Pain anxiety symptoms (PASS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Τα άτομα που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2. Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4. Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5. Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7. Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8. Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
9. Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10. Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11. Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12. Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13. Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14. Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15. Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16. Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18. Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19. Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν	0	1	2	3	4

THE PHQ -9 A NEW DEPRESSION DIAGNOSTIC AND SEVERITY MEASURE

Nine Symptom Checklist

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

Not at all day	Several days	More than half the days	Nearly every day
0	1	2	3

1. Little interest or pleasure in doing things.....
2. Feeling down, depressed, or hopeless.....
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much.....
4. Feeling tired or having little energy.....
5. Poor appetite or overeating.....
6. Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down.....
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.....
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual.....
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.....

(For office coding: Total Score _____ = ____ + ____ + ____)

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all Somewhat difficult Very difficult Extremely difficult

☐ ☐ ☐ ☐

From the Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD PHQ). The PHQ was developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues. For research information, contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.

Geriatric Pain Measure – GPM

Name _____ Date _____

Please answer each question	Answer	Score
1. Do you or would you have <u>pain</u> with vigorous activities such as running, lifting heavy objects or participating in strenuous sports?	No Yes	___
2. Do you or would you have <u>pain</u> with moderate activities such as moving a heavy table, pushing a vacuum cleaner, bowling or playing golf?	No Yes	___
3. Do you or would you have <u>pain</u> with lifting or carrying groceries?	No Yes	___
4. Do you or would you have <u>pain</u> with climbing more than one flight of stairs?	No Yes	___
5. Do you or would you have <u>pain</u> with climbing only a few steps?	No Yes	___
6. Do you or would you have <u>pain</u> walking more than one block?	No Yes	___
7. Do you or would you have <u>pain</u> walking one block or less?	No Yes	___
8. Do you have <u>pain</u> with bathing or dressing?	No Yes	___
9. Have you cut down the amount of time you spend on work or doing activities <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
10. Have you been accomplishing less than you would like <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
11. Have you limited the kind of work or other activities you do <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
12. Does the work or activities you do require extra effort <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
13. Do you have trouble sleeping <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
14. Does <u>pain</u> prevent you from attending religious activities?	No Yes	___
15. Does <u>pain</u> prevent you from enjoying any other social or recreational activities (other than religious services)?	No Yes	___
16. Does or would <u>pain</u> prevent you from traveling or using standard transportation?	No Yes	___
17. Does <u>pain</u> make you feel fatigued or tired?	No Yes	___
18. Do you have to rely on family members or friends for help <u>because of pain</u> ?	No Yes	___
19. On a scale of zero to ten, with zero meaning no pain, with ten being the worst pain you can imagine, <u>how severe is your pain today</u> ?	No Yes	___
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ 10		
20. In the last seven days, on a scale of zero to ten, with zero meaning no pain, with ten being the worst pain you can imagine, <u>how severe has your pain been on average</u> ?	No Yes	___
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ 10		
21. Do you have pain that <u>never completely goes away</u> ?	No Yes	___
22. Do you have <u>pain every day</u> ?	No Yes	___
23. Do you have <u>pain several times a week</u> ?	No Yes	___
24. Over the last seven days, has <u>pain</u> caused you to feel sad or depressed?	No Yes	___
SCORING: Give one point for each yes response and add the numerical responses TOTAL SCORE (0-42) _____ Adjusted Score (Total Score X 2.38) (0-100) _____ <30 Mild Pain 30-69 Moderate Pain >70 Severe Pain		
Obtain permission to use from authors, correspondence: Bruce A Ferrell UCLA Division of Geriatrics, 10945 Le Conte Ave, Suite 2339, Los Angeles, CA 90095-1687		

