



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 αντίληψη του πόνου στους ηλικιωμένους

Σπουδάστρια:

Ζηλιανάκη Δήμητρα, Ιατρός (Α.Μ. 64)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ευτυχίδου Ελένη, Ομότιμη Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας

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, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	5
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	8
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	9
1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	
1.2.1 ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ.....	10
1.2.2 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	11
1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΑΛΓΑΙΣΘΗΣΙΑΣ-ΟΔΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	
1.3.1 ΤΟ ΝΩΤΙΑΙΟΘΑΛΑΜΙΚΟ ΔΕΜΑΤΙΟ.....	12
1.3.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	12
1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΛΓΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
1.4.1 ΑΛΓΟΥΠΟΔΟΧΕΙΣ.....	13
1.4.2 ΧΗΜΙΚΟΙ ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	13
1.4.3 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	14
1.4.3.1 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	14
1.4.3.2 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	15
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	16
1.5.1 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΑΛΓΗ.....	17
1.5.1.1 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ (LBP).....	17
1.5.1.2 ΑΛΓΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ.....	17
1.5.1.3 ΑΛΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ.....	18
1.5.2 ΜΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΑΛΓΗ.....	19
1.5.2.1 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ.....	19
1.5.2.2 ΔΙΑΧΥΤΟ ΑΛΓΟΣ.....	19
1.5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	20
1.6 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	21
1.6.1 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ.....	21
1.6.2 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	21
1.6.3 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	22
1.6.4 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	23

1.6.4.1 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ.....	23
1.6.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΑ ΕΠΩΔΥΝΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	24
1.6.5.1 ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ.....	24
1.6.5.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ.....	24
1.7 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ.....	26
1.8 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	28
1.8.1 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	28
1.8.1.1 ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑ.....	28
1.8.1.2 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	29
1.8.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	29
1.8.2.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑΣ-ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (PAIN INTENSITY SCALES).....	29
1.8.2.2 ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ.....	30
1.9 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ) –ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	31
1.9.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	32
1.10 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ.....	34
2.ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	
2.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.....	36
2.1.1 ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	36
2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	36
2.2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	
2.2.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	37
3.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
3.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	38
3.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ PPI ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	39
3.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ «ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ».....	41
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
4.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΥΡΙΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....	42

4.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΠΟΝΟΥ (PPI) ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	43
4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ «ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ».....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	59

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύεται με πραγματική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης».(Franck et al 2000). Το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό των ατόμων με ηλικία άνω των 65 χρόνων διαρκώς αυξάνει. Ο πόνος είναι ένα συχνό και εξουθενωτικό πρόβλημα για τους υπερηλίκους, οι οποίοι συχνά υποθεραπεύονται. Ο πόνος των ηλικιωμένων μπορεί να αντιμετωπισθεί εάν το θεραπευτικό πλάνο προσαρμοσθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Αυτό απαιτεί εξειδίκευση στην ιατρική την σχετιζόμενη με τον πόνο σε συνδυασμό με προηγμένη γνώση των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των υπερηλίκων.

Η επίδραση στην ποιότητα ζωής των υπερηλίκων σαν συνέπεια του πόνου είναι δυνατόν να εκφραστεί με κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου, διαταραχές ορέξεως και απώλεια βάρους, πνευματικές διαταραχές και περιορισμό στην δυνατότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οι ηλικιωμένοι έχουν ελαττωμένη ευαισθησία στα αλγογόνα ερεθίσματα αυτό όμως δεν σημαίνει ότι όταν ο πόνος είναι παρών, τον βιώνουν με λιγότερη ένταση. Όταν οι ηλικιωμένοι αναφέρουν πιθανόν τα υποκείμενα επίπεδα παθολογίας τους να είναι χειρότερα από ότι στους νεότερους που αναφέρονται σε ίδιο επίπεδο πόνου (Gagliese and Melzack 1997, Weiner and Herr 2002).

Οι υπερηλίκους τείνουν να μην αναφέρονται στον πόνο λόγω σύγχυσης της αντίληψης των φυσιολογικών αισθήσεων (π.χ. πληγώνομαι αντί πονάω), δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τις κλίμακες εκτίμησης του πόνου και έχουν εσφαλμένη αντίληψη για τον πόνο και την αντιμετώπιση του.

Η εκτίμηση του πόνου των υπερηλίκων πρέπει να είναι πολύπλευρη και ευρεία, να περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του πόνου (ένταση ,ποιότητα, μεταβολή του σε συνάρτηση με το χρόνο και τη θέση), τις επιπτώσεις του πόνου (βαθμός ψυχολογικής/συναισθηματικής διαταραχής, βαθμός περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων, κοινωνική επίπτωση), τη χρήση μεθόδων εξοικείωσης, τις απόψεις σχετικά με τον πόνο και άλλες νοσολογικές οντότητες και τις πνευματικές λειτουργίες.

Η εκτίμηση του πόνου είναι πολλές φορές δύσκολη για ορισμένες ομάδες υπερηλίκων, όπως είναι αυτοί των οίκων ευγηρίας, αυτοί με αισθητική απώλεια ή με πνευματικές διαταραχές. Για αυτούς που δεν μπορούν να εκφράσουν τον πόνο τους κανείς

θα πρέπει να βασίζεται σε μη λεκτικά σημάδια έκφρασης του πόνου (π.χ. γκριμάτσες, βλέμματα,).

Πολυδύναμα προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου που συνδυάζουν φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές θεραπείες έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικά για τη διαχείριση του επιμένου πόνου. Προκειμένου όμως για τους υπερήλικες τα προγράμματα αυτά δεν εφαρμόζονται επί του παρόντος διότι οι ηλικιωμένοι δεν καταφεύγουν στις κλινικές πόνου, και λαμβάνουν λιγότερο συχνά αυτές τις θεραπείες. Η φαρμακολογική θεραπεία του πόνου είναι πιο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, φυσικοθεραπεία, ψυχολογικές μεθόδους (χαλάρωση, θεραπείες συμπεριφοράς και γνωσιακές), εκπαιδευτικά προγράμματα, κοινωνικές δραστηριότητες και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες. Τέλος η κοινωνική δικτύωση ή αλλιώς η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων επηρεάζει κατά πολλούς τρόπους την υγεία και την ευεξία τους, δεδομένου ότι οι κοινωνικές σχέσεις συγκαταλέγονται στις πλέον βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Lubben 1998). Προσφέρει διεξόδους σε καθημερινά πρακτικά και συναισθηματικά προβλήματα αναδεικνύοντας τη δημιουργικότητά τους.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Πραγματικά πολύτιμη θεωρώ την συμβολή της κας Ευτυχίδου Ελένης, και επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματική εργασίας. Την ευχαριστώ πραγματικά για τον χρόνο που μου αφιέρωσε, την εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε όλη τη διάρκεια της εργασίας μου, τις ιδέες που μου έδωσε, την υπομονή της αλλά πάνω από όλα την ευχαριστώ για την τρυφερότητα και την αγάπη που μου έδειξε σε όλη τη διάρκεια των δύο χρόνων.

Ευχαριστώ πολύ την κα Βασιλείου Άννη για τη συμμετοχή της στην διπλωματική μου. Θεωρώ πως η συμβολή της ήταν καθοριστική, γιατί μαζί της πορεύτηκα σε μονοπάτια άγνωστα και τόσο συγκλονιστικά. Την ευχαριστώ για τον χρόνο της, την καλή της διάθεση και το ζεστό της χαρακτήρα.

Τέλος ευχαριστώ πολύ τον κ. Δαμίγο Δημήτριο, επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας του πανεπιστημίου των Ιωαννίνων και επιστημονικό υπεύθυνο του ΠΜΣ «αντιμετώπιση του πόνου», γιατί μου έδωσε τη δυνατότητα να συμμετάσχω στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό. Τον ευχαριστώ θερμά για τα δύο χρόνια που αποτέλεσαν για μένα μάθημα αυτογνωσίας, προβληματισμού και διεύρυνσης της σκέψης και του πλαισίου

σε ότι αφορά τις ανθρώπινες σχέσεις σε όλα τα επίπεδα και σαν επαγγελματία υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου.

Δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω την φίλη μου και συνάδελφο Αρβανιτάκη Ζωή, γιατί μαζί μοιραστήκαμε τα ατελείωτα ταξίδια και τις εμπειρίες, τις φίλες μου Λεοντάκη Μ., Λουλούδη Α. για τη βοήθεια τους στο στήσιμο της εργασίας αυτής και όλους τους συμφοιτητές και καθηγητές μου, γιατί ο καθένας είχε το ρόλο του στην εμπειρία αυτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί πρόβλημα μεταξύ των υπερηλίκων είναι το συχνότερο αναφερόμενο σύμπτωμα. Τείνει να είναι συνεχής, μεσαίας έως σοβαρής έντασης, είναι πολυπαραγοντικός, πολυεστιακός και χρόνιος.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο πόνος και η αλληλεπίδραση δημιουργικότητας και πόνου στους ηλικιωμένους .

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε μια επιδημιολογική έρευνα συμμετείχαν 78 ηλικιωμένοι μέλη του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας. Τους δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις υγείας που αφορούν τον ηλικιωμένο, την κλίμακα μέτρησης πόνου (McGill-SF) (GR-SFMP) και 5 ερωτήσεις «δημιουργικότητας».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα ήταν σε μεγάλο βαθμό συμβατά με αυτά της διεθνής βιβλιογραφίας. Οι ηλικιωμένοι έχουν σαν βασικό σύμπτωμα τον πόνο, είναι κυρίως μέτριος επίμονος πόνος και συχνότερα αφορά το μυοσκελετικό σύστημα.

Αντιμετωπίζεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας κυρίως με φάρμακα και δεν υπάρχει γνώση για την ύπαρξη εξειδικευμένης αντιμετώπισης του πόνου.

Οι ηλικιωμένοι μέσα από την κοινωνική δικτύωση σε οργανωμένες δομές βρίσκουν διέξοδο στη ζωή τους.

Διαθέτουν έμφυτα την ευρηματικότητα να τον αντιμετωπίσουν με μια ευρύτερη φιλοσοφία αντίληψης του πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο πόνος στους ηλικιωμένους είναι υπαρκτός και θα έπρεπε να εξεταστεί όχι μόνο σαν σύμπτωμα οργάνου που νοσεί, αλλά σαν σύνολο με όλες τις ιδιαιτερότητες της ηλικίας. Απαιτείται ενημέρωση για τις δυνατότητες ανακούφισης του πόνου φαρμακολογικές και συμπληρωματικές και υποστήριξη μέσα από δομές που καλλιεργούν την ευρηματικότητα τους και διατηρούν την ποιότητα ζωής τους. Είναι αναγκαία η εξειδίκευση και εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας για την ολοκληρωμένη φροντίδα αυτών που βιώνουν πόνο. Τέλος για την επικύρωση των αποτελεσμάτων θα ήταν χρήσιμη η επανάληψη της διαδικασίας με σαφώς μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: elderly, old people, pain, chronic pain, assessment, questionnaire (GR SF-MP), pain intensity, Low back pain, medical treatment, εναλλακτικές, quality of life.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός του πόνου

Ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύεται με πραγματική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» και τροποποιείται από γνωσιακούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο πόνος είναι μια προσωπική υποκειμενική εμπειρία που ποικίλει στα άτομα που δέχονται όμοια ερεθίσματα. Η παρουσία του οξέος πόνου είναι περίπου η ίδια σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ενήλικα αλλά παρατηρείται μία αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης του χρόνιου πόνου με την πάροδο των ετών τουλάχιστον μέχρι την έβδομη δεκαετία της ζωής. Υπάρχουν ωστόσο περιορισμένα δεδομένα για σταθεροποίηση ή και μικρή μείωση της συχνότητας των αναφορών πόνου μετά από αυτήν την ηλικία (Brattberg et al. 1997; Helme and Gibson 2001). Ο χρόνιος πόνος είναι συνήθης σε ηλικιωμένα άτομα, δεν θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της ηλικίας.

Πιθανά, πάντα συνυπάρχει παθολογικό αίτιο και ή ψυχοπαθολογία. (Harkins et al. 1994). Υπάρχει μεταβολή της αντίληψης του πόνου σε ηλικιωμένα άτομα (μελέτες για ελαττωμένο ουδό πόνου σε πειράματα, ελαττωμένη ανοχή στον πόνο και ελάττωση των συμπτωμάτων του πόνου σε ορισμένες κλινικές καταστάσεις. Η ελαττωμένη ευαισθησία στον πόνο δεν σημαίνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα που το αναφέρουν αισθάνονται λιγότερο πόνο. Αντίθετα μπορεί να είναι μεγαλύτερο το παθολογικό υπόστρωμα στα ηλικιωμένα άτομα που αναφέρουν πόνο (Harkins et al 1994; Gagliese and Melzack 1997; Helme and Gibson 2001).

1.2 Ταξινόμηση του πόνου.

Όπως και οι άλλες συνειδητές αισθήσεις, η φυσιολογική αντίληψη του πόνου εξαρτάται από ειδικούς νευρώνες που λειτουργούν ως υποδοχείς, ανιχνεύουν το ερέθισμα και στη συνέχεια το μετατρέπουν και το μεταφέρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Η αίσθηση περιγράφεται ως πρωτοπαθής (επώδυνη) ή ως επικριτική (μη επώδυνη). Η επικριτική αισθητικότητα (ελαφρά αφή, πίεση, ιδιοδεκτική αισθητικότητα, διάκριση της θερμοκρασίας) χαρακτηρίζεται από υποδοχείς χαμηλού ουδού και άγεται από μεγάλες εμμύελες νευρικές ίνες. Σε αντίθεση η πρωτοπαθής αισθητικότητα (πόνος) υπηρετείται από υποδοχείς υψηλού ουδού και άγεται από μικρότερες εμμύελες (Αδ) και αμύελες (C) νευρικές ίνες.

Ο όρος αλγαισθησία προέρχεται από τη λέξη *nocē* (λατινικός όρος για βλάβη) και περιγράφει τη νευρική απάντηση σε επώδυνα ή τραυματικά ερεθίσματα. Η αλγαισθησία πάντα προκαλεί πόνο, ενώ ο πόνος δεν είναι πάντα αποτέλεσμα της αλγαισθησίας.

Είναι κλινικά χρήσιμο να διαιρέσουμε τον πόνο σε δύο κατηγορίες: (Α) τον οξύ πόνο, που οφείλεται κύρια σε αλγαισθησία και (Β) τον χρόνια πόνο, ο οποίος μπορεί να οφείλεται σε αλγαισθησία αλλά συχνά παίζουν σημαντικό ρόλο παράγοντες ψυχολογικοί και συμπεριφοράς.

1.2.1 Οξύς πόνος

Οξύς πόνος ορίζεται αυτός που προκαλείται από επώδυνο ερέθισμα οφειλόμενο σε βλάβη, στην πορεία μιας νόσου ή σε ανώμαλη λειτουργία των μυών ή των σπλάχνων. Αυτός ο τύπος πόνου συνδέεται με το νευροενδοκρινικό stress. Χρησιμεύει στην ανίχνευση, εντοπισμό και περιορισμό της ιστικής βλάβης. Οι πιο συχνές μορφές του περιλαμβάνουν το μετατραυματικό, μετεγχειρητικό, μαιευτικό και τον πόνο που σχετίζεται με οξέα νοσήματα, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η παγκρεατίτιδα και η νεφρολιθίαση. Τρεις τύποι οξέος πόνου διακρίνονται με βάση την προέλευση τους.

1. Επιφανειακός: Οφείλεται σε αλγαισθητική είσοδο προερχόμενη από το δέρμα, τους υποδόριους ιστούς και τους βλεννογόνους. Εντοπίζεται καλά και περιγράφεται σαν μία διαξιφιστική, τέμνουσα, σφύζουσα, ή καυστική αίσθηση.
2. Εν τω βάθει σωματικός: Προέρχεται από τους μυς, τους τένοντες, τις αρθρώσεις ή τα οστά. Συνήθως έχει βύθια ποιότητα και είναι λιγότερο εντοπισμένος.

3. Σπλαχνικός: Οφείλεται στην εξέλιξη μιας νόσου ή σε ανώμαλη λειτουργία ενός οργάνου ή του περιβλήματος του(π.χ περικάρδιο, υπεζωκότας, περιτόναιο.)Είναι βύθιος διάχυτος και συνήθως στη μέση γραμμή.

1.2.2. Χρόνιος πόνος.

Ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως πόνος που επιμένει πέρα από τη συνήθη διαδρομή μιας οξείας νόσου. Αυτή η περίοδος ποικίλλει από 1 έως 6 μήνες. Μπορεί να προκύπτει από περιφερική αλγαισθησία ή από δυσλειτουργία του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος. Συχνά παίζουν σημαντικό ρόλο οι ψυχολογικοί μηχανισμοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο συνήθως παρουσιάζουν εξασθενημένη ή απύουσα απάντηση στο νευροενδοκρινικό stress και εμφανίζουν έντονες διαταραχές ύπνου και διάθεσης.

Οι πιο κοινές μορφές χρόνιου πόνου σχετίζονται με μυοσκελετικές διαταραχές, χρόνιες σπλαχνικές διαταραχές, βλάβη των περιφερικών νεύρων, ριζών ή γαγγλίων των οπίσθιων ριζών (πόνος στο μέλος φάντασμα, νευροπαθητικός πόνος),βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και κακοήθειες που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα.

1.3 Ανατομία της αλγαισθησίας –Οδοί του πόνου.

Η αίσθηση του πόνου περιγράφεται να άγεται με τρεις διαδοχικούς νευρώνες, που μεταβιβάζουν επώδυνα ερεθίσματα από την περιφέρεια στον εγκεφαλικό φλοιό. Οι κεντρομόλοι νευρώνες πρώτης τάξεως εντοπίζονται στα γάγγλια των οπίσθιων ριζών, που βρίσκονται στα σπονδυλικά τρήματα σε κάθε επίπεδο του νωτιαίου μυελού.

Κάθε νευρώνας έχει έναν άξονα, ο οποίος διχάζεται σε έναν κλάδο, που φέρεται στους περιφερικούς ιστούς που νευρώνονται από το νευρώνα και σε έναν, που φέρεται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Στο οπίσθιο κέρασ, ο κεντρομόλος νευρώνας πρώτης τάξεως συνάπτεται με ένα δευτέρας τάξεως νευρώνα, του οποίου οι άξονες διασχίζουν τη μέση γραμμή και ανέρχονται με το νωτιοθαλαμικό δεμάτιο έως το θάλαμο. Οι δευτέρας τάξεως νευρώνες συνάπτονται στους θαλαμικούς πυρήνες με τρίτης τάξεως νευρώνες, οι οποίοι με τη σειρά τους αποστέλλουν προεκβολές μέσω της έσω κάψας και του ακτινωτού στεφάνου στην οπίσθια κεντρική έλικα του εγκεφαλικού φλοιού.

1.3.1 Το νωτιαίοθαλαμικό δεμάτιο.

Οι άξονες των περισσότερων νευρώνων δευτέρας τάξεως χιάζονται στη μέση γραμμή κοντά στον κοιλιακό λευκό σύνδεσμο προς το ετερόπλευρο ημιμόριο του νωτιαίου μυελού, προτού σχηματίσουν το νωτιαίοθαλαμικό δεμάτιο και αποστέλλουν τις ίνες τους στο θάλαμο, το δικτυωτό σχηματισμό, το μεγάλο πυρήνα της ραφής και τη φαιά ουσία γύρω από τον υδραγωγό.

Το νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο θεωρείται η σημαντικότερη οδός του πόνου. Αυτό το ανιόν δεμάτιο διαιρείται σε πλάγιο και έσω. Το πλάγιο δεμάτιο προβάλλει κύρια στον κοιλιακό οπισθοπλάγιο πυρήνα του θαλάμου και άγει χαρακτηριστικές ιδιότητες του πόνου, όπως η εντόπιση, η ένταση και η διάρκεια. Το μέσο νωτιαίοθαλαμικό δεμάτιο προβάλλει στον έσω θάλαμο και είναι υπεύθυνο για τη μετάδοση της αυτόνομης και συναισθηματικά δυσάρεστης αντίληψης του πόνου.

1.3.2 Εναλλακτικές οδοί πόνου.

Υπάρχουν ανιόντα δεμάτια σημαντικά στην αίσθηση του πόνου. Το νωτιαιοδικτυωτό δεμάτιο θεωρείται ότι μεταβιβάζει την αφύπνιση, καθώς και αυτόνομες απαντήσεις στον πόνο. Το νωτιαίομεσεγκεφαλικό δεμάτιο παίζει σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση αντι-αλγαισθητικών κατιουσών οδών. Το νωτιαιοποθαλαμικό και νωτιαιοτελικοεγκεφαλικό δεμάτιο ενεργοποιούν τον υποθάλαμο και διεγείρουν το συγκινησιακό στοιχείο του πόνου.

1.4 Φυσιολογία της αλγαισθησίας

1.4.1 Αλγοϋποδοχείς

Με την εξέλιξη της νευροανατομικής και της νευροφυσιολογίας φάνηκε ότι ο πόνος δεν είναι μια απλή απάντηση σε ένα βλαπτικό ερέθισμα. Ανάμεσα στην ενεργό βλάβη και στην αντίληψη του πόνου βρίσκεται μια πολύπλοκη σειρά ηλεκτροχημικών γεγονότων, που συνολικά ονομάζονται αλγαισθησία ή αντίληψη άλγους (nociception). Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη νευρική απάντηση σε ερεθίσματα δυνητικά βλαπτικά για το άτομο. Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες.

- Τη μετατροπή (transduction) που εκφράζει τον τρόπο, με τον οποίο τα βλαπτικά ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στις αισθητικές απολήξεις των νEURΩΝ.
- Τη μετεβίβαση (transmission) που αναφέρεται στη μετάδοση των ηλεκτρικών ώσεων δια μέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος.
- Την τροποποίηση (modulation), που αφορά τη διαδικασία, κατά την οποία η μετάβαση των αισθητικών πληροφοριών στο φλοιό τροποποιείται μέσω ποικίλων νευρικών επιδράσεων.
- Την αντίληψη (perception), την τελική εξέλιξη, όπου τροποποίηση, μεταβίβαση και μετατροπή αλληλεπιδρούν με τη μοναδική ψυχολογία του ατόμου, για να παραχθεί η τελική, υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία του πόνου.

Οι υποδοχείς που μετατρέπουν επώδυνα ερεθίσματα καλούνται αλγοϋποδοχείς και είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις που αναγνωρίζουν θερμότητα, μηχανική και χημική ιστική βλάβη. Χαρακτηρίζονται από υψηλή ουδό ενεργοποίησης. Η αίσθηση του πόνου μπορεί να διαχωριστεί σε δύο συστατικά. Ένα γρήγορο οξύ και καλά εντοπισμένο αίσθημα που άγεται από Αδ ίνες και ένα πιο αμβλύ, βραδύτερης έναρξης και συχνά ασαφώς εντοπιζόμενο αίσθημα που άγεται από C ίνες.

1.4.2 Χημικοί μεσολαβητές του πόνου.

Πολλοί νευρώνες περιέχουν περισσότερους από έναν νευρομεταβιβαστές, οι οποίοι απελευθερώνονται ταυτόχρονα. Το ρόλο αυτό τον έχουν τα νευροπεπτίδια και τα διεγερτικά

αμινοξέα από τα οποία τα σημαντικότερα είναι η ουσία P (sP) και το πεπτίδιο σχετιζόμενο με το γονίδιο της καλσιτονίνης

Το γλουταμινικό είναι το πιο σημαντικό διεγερτικό αμινοξύ. Η ουσία P συντίθεται και απελευθερώνεται απ'τους νευρώνες πρώτης τάξης περιφερικά και στο οπίσθιο κέρασ.

Διευκολύνει τη μετάδοση στις οδούς του πόνου μέσω ενεργοποίησης του NK-1 υποδοχέα. Η ουσία P ευαισθητοποιεί τους αλγουποδοχείς, προκαλεί αποκοκκίωση της ισταμίνης από τα σιτευτικά κύτταρα και σεροτονίνης από τα αιμοπετάλια και είναι ισχυρός αγγειοδιαστολέας και χημειοτακτικός παράγοντας για το λευκοκύτταρο. Τέλος στις απολήξεις των αμύελων περιφερικών νEURων περιγράφονται υποδοχείς οπιοειδών και α- αδρενεργικοί υποδοχείς που αν και ο ρόλος τους δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρος φαίνεται να συμμετέχουν στην αναλγησία.

1.4.3 Ρύθμιση του πόνου.

Η τροποποίηση του πόνου γίνεται είτε περιφερικά στον αλγουποδοχέα, στο νωτιαίο μυελό ή σε υπερινωτιαίες δομές.

1.4.3.1 Περιφερική ρύθμιση.

Οι αλγουποδοχείς και οι νευρώνες τους ευαισθητοποιούνται μετά από επαναλαμβανόμενο ερεθισμό.

A. Πρωτοπαθής υπεραλγησία: Η ευαισθητοποίηση των αλγουποδοχέων οδηγεί σε ελάττωση της ουδού, αύξηση της απάντησης σε ερεθίσματα της ίδιας έντασης, ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου της απάντησης και πυροδότηση ακόμη και μετά την απομάκρυνση του ερεθίσματος. Η πρωτοπαθής υπεραλγησία προκαλείται από την απελευθέρωση αλγογόνων όπως η ισταμίνη, η βραδυκίνη και η σεροτονίνη από κατεστραμμένους ιστούς.

B. Δευτεροπαθής υπεραλγησία: Παίζει σημαντικό ρόλο στην περιφερική ευαισθητοποίηση μετά από τραυματισμό και αναφέρεται και ως νευρογενής φλεγμονή. Εκδηλώνεται με την «τριπλή αντίδραση»: ερυθρότητα γύρω από την βλάβη, τοπικό οίδημα του ιστού και υπερευαισθησία σε επώδυνα ερεθίσματα. Οφείλεται σε παλίνδρομη απελευθέρωση sP από παράπλευρους άξονες του πρώτου προσαγωγού νευρώνα.

1.4.3.2 Κεντρική ρύθμιση.

Η κεντρική ευαισθητοποίηση στο νωτιαίο μυελό (η ενίσχυση) γίνεται μέσα από μηχανισμούς, όπως το κούρδισμα γνωστό ως wind up με ευαισθητοποίηση των νευρώνων δευτέρας τάξης. Επίσης με επέκταση του πεδίου του υποδοχέα και με υπερδιεγερσιμότητα των αντανεκλαστικών κάμψης.

Αντίθετα η αναστολή της μετάδοσης των αλγαισθητικών ερεθισμάτων μπορεί να γίνει από δραστηριότητα στα νευροτόμια του μυελού, καθώς και από κατιούσα νευρική δραστηριότητα από υπερνωτιαία κέντρα.

1.5 Επιδημιολογία του πόνου στους ηλικιωμένους.

Ο πόνος είναι δύσκολο να οριστεί όπως προαναφέρθηκε και αυτό αποτελεί τη δυσκολία της μέτρησης της αίσθησης του πόνου. Οι έρευνες βασίζονται κυρίως στην αυτοαναφορά και δεν υπάρχουν αξιόπιστα κλινικά εργαλεία με τα οποία η αντικειμενική εμπειρία του πόνου μπορεί να καταγραφεί. Βασιζόμενοι στην κλινική διάγνωση σαν εναλλακτική επίσης έχει δυσκολίες. Αρχικά για αρκετά σύνδρομα πόνου, μόνο μικρό ποσοστό των πάσχοντων αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια για τους πόνους τους. Για παράδειγμα σε μία προοπτική μελέτη κοόρτης στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Parageorgiou et al. (1998) βρέθηκε ότι πάνω από το ένα τρίτο από 2715 ιαθέντα περιστατικά με οσφυαλγία (LBP) αναφέρονε νέο επεισόδιο σε διάστημα πάνω από ένα δωδεκάμηνο. Από αυτά μόνο το 4% αναζήτησε ιατρική συμβουλή. Επίσης συχνά δεν υπάρχει σχετικότητα μεταξύ των κλινικών μετρήσεων και της αντικειμενικής εμπειρίας του πόνου. Σε πρόσφατη μελέτη των (Thomas et al. 1998) το 10% των ατόμων με οσφυαλγία δεν παρουσίασαν κανένα περιορισμό στην κλινική εξέταση.

Όπως στις περισσότερες καταστάσεις η εκδήλωση του πόνου εξαρτάται από την ηλικία. Σε μελέτη του Urwin et al.(1998) μετρήθηκε η εμφάνιση πόνου με διάρκεια «περισσότερο από μία εβδομάδα το περασμένο μήνα.» Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προκύπτει ότι ο επιπολασμός του πόνου κυμαίνεται από 6% στον αγκώνα και 23% στην οσφυ σε άτομα κάθε ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα στους ηλικιωμένους (από 75 ετών και πάνω) αντίστοιχα 7% και 31% και γενικότερα ο επιπολασμός του πόνου σε όλα τα επίπεδα ήταν υψηλότερος στους ηλικιωμένους από τους νεότερους. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα καθορίζανε ευκολότερα τους πόνους τους: περίπου το ένα τρίτο των ανδρών και το ένα δεύτερο των γυναικών στην ηλικία των 75 ετών και πάνω αναφέρονε πόνο σε δύο ή και περισσότερα σημεία στο σώμα τους.

Ο πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ των υπερηλίκων με τον επίμονο πόνο να προσβάλλει πάνω από το 50% των υπερηλίκων σε επίπεδο κοινότητας και πάνω από το 80% των υπερηλίκων σε επίπεδο οίκων ευγηρίας (Ferrel et al 1995, Helme and Gibson 2001).

Στους ηλικιωμένους ο πόνος είναι το συχνότερο αναφερόμενο σύμπτωμα με συχνότητα 73% (Brody and Kleban 1983). Τείνει να είναι συνεχής, μεσαίας έως σοβαρής έντασης, είναι πολυπαραγοντικός, πολυεστιακός και χρόνιος.(Brattberg et al 1996).

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου για τους ενήλικες άνω των 65 ετών.(D' Agostino et al 1990) και το 67% των θανάτων από καρκίνο αφορά σε αυτούς με ηλικία άνω των 65 ετών (Kennedy 1995). Πάνω από το 25% των ηλικιωμένων καρκινοπαθών που έχουν καθημερινό πόνο, δεν λαμβάνουν οποιαδήποτε αναλγητική αγωγή (Bernabei et al 1998).

Ο πόνος αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη. Η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ηλικιωμένων από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Παρόλο που ο οξύς πόνος θεωρείται σύμπτωμα νόσου ή συνέπεια τραυματισμού, ο χρόνιος και υποτροπιάζων πόνος είναι ένα ειδικό πρόβλημα υγείας και θεωρείται ίδια νόσος.

Παραδείγματα πόνου των υπερηλίκων είναι τα μυοσκελετικά άλγη κυρίως στην οσφύ, στο ισχίο, στα άνω και κάτω άκρα σε έδαφος οστεοαρθρίτιδας, ινομυαλγίας, στένωσης του νωτιαίου σωλήνα, νευραλγίας και τα μη μυοσκελετικά άλγη όπως ο πονοκέφαλος, σπλαχνικός πόνος, ο πόνος μετά από ΑΕΕ, η διαβητική περιφερική νευροπάθεια, ο καρκινικός πόνος κ.α.

1.5.1 Μυοσκελετικά άλγη.

1.5.1.1 Οσφυαλγία.(LBP)

Η οσφυαλγία αποτελεί το συνηθέστερο περιοχικό μυοσκελετικό σύνδρομο πόνου. Ο επιπολασμός της κατάστασης αυτής με διάρκεια συμπτωμάτων ένα μήνα κυμαίνεται στο 20% (Croft and Rigby 1994) με 40% (Papageorgiou et al. 1995). Ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις γυναίκες απ ότι στους άνδρες και αυξάνει με την ηλικία μέχρι την έβδομη δεκαετία πέρα από την οποία μειώνεται. (Papageorgiou et al. 1995).

Λίγη είναι η βιβλιογραφία που εξετάζει τον επιπολασμό του πόνου της οσφυαλγίας σε ηλικιωμένους. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να μελετηθεί η ομάδα αυτή μέσα από μελέτες της ηλικίας αυτής σε πολύ μεγάλο δείγμα πληθυσμού. Οι Hillman et al. (1996) καταγράψανε τον επιπολασμό της οσφυαλγίας στο 39% σε άτομα ηλικίας 55-64 ετών. Οι Croft and Rigby (1994) στο 21% στην ίδια ηλικιακή ομάδα με μικρή αύξηση στο 26% σε αυτούς άνω των 75 ετών.

1.5.1.2 Άλγη του άνω άκρου.

Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν τον πόνο του άνω σκέλους πραγματοποιήθηκαν σε ειδικές ομάδες – εργαζόμενοι, αθλητές-λιγότερες στο γενικό πληθυσμό και ειδικότερα στους ηλικιωμένους. Οι Urwin et al. (1998) μελέτησαν ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού που περιλάμβανε πάνω από 1000 άτομα άνω των 75 ετών.

Μετρήθηκε ο αυτοαναφερόμενος πόνος που εμφανιζόταν για « πάνω από μία εβδομάδα τον τελευταίο μήνα» και βρέθηκε ότι υπάρχει αύξηση του επιπολασμού του πόνου στο άνω άκρο κατά

20% στους άνδρες και 25% στις γυναίκες με την αύξηση της ηλικίας. Αντίθετα άλλοι μελετητές παρατήρησαν μια μείωση στον επιπολασμό του πόνου του άνω σκέλους στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι Thomas et al. (2004) αναφέρανε ελάττωση του επιπολασμού του πόνου από 31% σε άτομα των 60 ετών σε 25% σε άτομα των 80 ετών και άνω.

Αρκετές μελέτες εξέτασαν την αιτιολογία του πόνου του άνω σκέλους σε σχέση με την ηλικία κυρίως στο εργασιακό περιβάλλον. Έρευνες έχουν τονίσει τη σημαντικότητα των μηχανικών ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Τέλος ο πόνος του άνω άκρου ειδικά στους ηλικιωμένους πιθανόν να σχετίζεται με εκφυλιστική και ρευματική νόσο. (Coari et al.1999; Olofson et al. 2003).

1.5.1.3 Άλγη του κάτω άκρου.

Η ισχιαλγία και οι πόνοι στα γόνατα είναι συχνοί στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως σχετίζονται με φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές νόσους, όπως η οστεοαρθρίτιδα. Έρευνες έχουν δείξει πως είναι πιο συχνοί στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και αυξάνει η συχνότητα τους με την ηλικία. Οι (Christmas et al. 2002) σε μια μεγάλη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες σε άτομα 60 ετών και πάνω με ισχιαλγία δείξαν ότι ο επιπολασμός της ισχιαλγίας των έξι εβδομάδων ήταν 12% στους άνδρες και 16% στις γυναίκες. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και των άλλων ερευνητών.

Σε ότι αφορά τους πόνους στα γόνατα το 27% των ανδρών και το 35% των γυναικών ηλικίας 75 ετών και πάνω έχουν βιώσει πόνο στο γόνατο «για περισσότερο από μια εβδομάδα τον περασμένο μήνα.» σύμφωνα με μελέτη των Urwin et al. (1998).

Οι πόνοι του άκρου ποδός είναι χαρακτηριστικοί της τρίτης ηλικίας, παρόλο που οι επιδημιολογικές μελέτες είναι φτωχές.

Σχετίζονται με νόσους που προκαλούν φτωχή περιφερική κυκλοφορία και διάφορες άλλες διεργασίες, (Helfand 2004). Συνδέονται με δυσκολίες στην κινητοποίηση (Leveille et al.1998; Chen et al. 2003) και αυξημένο κίνδυνο πτώσεων. (Budiman-Mak et al.1991). Συνήθως εμφανίζονται σε συνδυασμό με πόνους στο ισχίο και στο γόνατο σε έδαφος οστεοαρθρίτιδας.

1.5.2 Μη μυοσκελετικά άλγη.

1.5.2.1 Κεφαλαλγία.

Ο πονοκέφαλος είναι χαρακτηριστικό του πληθυσμού της μέσης ηλικίας και κυρίως των γυναικών. Από αποτελέσματα μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης από μια μετα- ανάλυση δεδομένων από 29 μελέτες της κεφαλαλγίας και 18 μελέτες της ημικρανίας, προέκυψε ότι στους άνδρες ο επιπολασμός και των δυο καταστάσεων είναι σταθερός σε όλες τις ηλικίες. Αντίθετα στις γυναίκες αυξάνει μέχρι την μέση ηλικία και ελαττώνεται στην τρίτη ηλικία. (Scher et al. 1999).

Σε έρευνα του επιπολασμού της κεφαλαλγίας σε άτομα ηλικίας 65-84 ετών βρέθηκε ότι το 13% των ανδρών και το 24% των γυναικών αναφέρανε επεισόδια κεφαλαλγίας το τελευταίο χρόνο που «ήταν μεγάλης διάρκειας και αρκετής έντασης , ώστε να τους επηρεάσει στις καθημερινές τους δραστηριότητες».

Η κεφαλαλγία στους ηλικιωμένους μπορεί να σχετίζεται με άλλες νόσους, όπως σακχαρώδης διαβήτης ,κατάθλιψη, άγχος και γενετικοί παράγοντες.

1.5.2.2 Χρόνιο διάχυτο άλγος.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του αμερικάνικου ρευματολογικού κολεγίου ως χρόνιο διάχυτο άλγος (CWP) ορίζεται ο πόνος που έχει διάρκεια πάνω από τρεις μήνες αμφοτερόπλευρα στις δύο πλευρές του σώματος, άνω και κάτω της μέσης , στο στήρνο , στην αυχενική, θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. (Wolfe et al. 1990). Το χρόνιο διάχυτο άλγος αποτελεί ένα από τα κριτήρια που θέτουν τη διάγνωση της ινομυαλγίας.

Λίγες είναι οι μελέτες που έχουν εξετάσει τον διάχυτο πόνο στην τρίτη ηλικία. Έρευνες στο γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός του διάχυτου άλγους βρίσκεται στα ύψη στην έβδομη δεκαετία, πέρα από την οποία ελαττώνεται (Wolfe et al.1995; Bergman et al 2001; Thomas et al 2004.). Το 14% κατανέμεται στους άνδρες της δεκαετίας αυτής, το 23% στις γυναίκες και στη συνέχεια μειώνεται σε 8,5% και 15% σε άνδρες και γυναίκες 80 ετών αντίστοιχα. Thomas et al. (2004) .

1.5.3 Συμπεράσματα.

Βασικό συμπέρασμα για τον επιπολασμό του πόνου στους ηλικιωμένους είναι ότι διαφοροποιείται. Σύμφωνα με τον Andersson et al (1993) υπάρχουν τρία μοντέλα διαφοροποίησης του επιπολασμού του πόνου. Στο πρώτο μοντέλο ο πόνος αυξάνει με την ηλικία έως την ηλικία των εξήντα ,πέρα από την οποία μειώνεται. Ο πόνος αυτός συνήθως έχει μηχανικό αιτιολογικό υπόβαθρο και συνδέεται με την εργασία.

Στο δεύτερο μοντέλο ο πόνος αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία, όπου το υπόβαθρο μπορεί να είναι μηχανικής αιτιολογίας ,αλλά σχετίζεται και με εκφυλιστικές ασθένειες. Τέλος το τρίτο μοντέλο είναι ανεξάρτητο της ηλικίας (όπως κεφαλαλγία, στόμαχος, στερνικό άλγος) στερείται μηχανικής αιτιολογίας , δεν έχει διάρκεια και οι παράγοντες κινδύνου παραμένουν.

1.6 Διαφορές σχετικές με την ηλικία σε κλινικά επώδυνες καταστάσεις

Το σύστημα του πόνου αποτελείται από ένα σύνολο ρυθμίσεων και ισορροπιών μέσα από προωθητικές και ανασταλτικές οδούς. Η διακοπή αυτής της σταθερότητας μπορεί να οδηγήσει στην απορρύθμιση και στην χρονιότητα του πόνου. Σε συνδυασμό με παράγοντες όπως προηγούμενη εμπειρία πόνου, κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη, νοητική έκπτωση, ο πόνος γίνεται πιο πολύπλοκος στους ηλικιωμένους.

1.6.1 Ηλικία και οξύς πόνος.

Ο οξύς πόνος, σπλαχνικός είτε σωματικός, έχει σύντομη διάρκεια και συνήθως περιγράφεται και εντοπίζεται με ευκολία. Ένα μεγάλο κομμάτι της βιβλιογραφίας σε διαφορές της ηλικίας έχει εστιάσει στον οξύ σπλαχνικό πόνο, που έχει ξαφνική έναρξη, και συχνά είναι απειλητικός για τη ζωή.

Καταστάσεις σχετικές με σπλαχνικό πόνο όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η νόσος των νεφρών, η χολολιθίαση, ο πλευριτικός πόνος αφορούν ζωτικές λειτουργίες και παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην νοσηρότητα και θνησιμότητα της τρίτης ηλικίας. Παρόλο που ο πόνος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό σε ασθενείς με παθολογία σπλαχνικής προέλευσης, άτυπες εκδηλώσεις είναι συνηθισμένες στους ηλικιωμένους ανθρώπους. Επιπρόσθετα ο σπλαχνικός πόνος έχει πολύπλοκη έναρξη και μεταβίβαση σε σχέση με τον σωματικό πόνο, είναι δύσκολα εντοπιζόμενος, σε άτυπα σημεία, που κάνει την διάγνωση ακόμη πιο δύσκολη στους ηλικιωμένους. (Raja et al 1999).

1.6.2 Ηλικία και καρκινικός πόνος.

Περισσότεροι από το 50% των καρκινικών ασθενών είναι στην ηλικία των 60 και άνω. (Balducci 2003).

Σε διεθνή έρευνα των χαρακτηριστικών του καρκινικού πόνου και των συνδρόμων που προκύπτουν από αυτόν, προέκυψε ότι μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών όλων των ηλικιών (92,5%) βίωσαν έναν ή περισσότερους πόνους προερχόμενο από τον ίδιο τον καρκίνο, ενώ σε 20,8% των ασθενών ο πόνος προκλήθηκε από τις θεραπείες του καρκίνου. Παρόλο που τα καρκινικά σύνδρομα και οι παθοφυσιολογίες τους είναι πολύ διαφορετικές, ο σωματικός πόνος (71,6%), ο σπλαχνικός πόνος (34,7%), και ο νευροπαθητικός πόνος (39,7%) είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενοι

(Caraceni et al. 1999). Αρκετές μελέτες έχουν ανακαλύψει τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και της έντασης του καρκινικού πόνου για όλους τους τύπους καρκίνου (των πνευμόνων, του μαστού, το παχέως εντέρου, του προστάτη ως τα συχνότερα) (McMillan 1989; Brescia et al.1992; Walsh et al. 2000). Στις μελέτες αυτές, υψηλότερη ένταση πόνου βίωνανε οι ασθενείς κάτω των 60 ετών. Οι νεότεροι ασθενείς επισημαίνανε τον πόνο τους 1,2-4 φορές ευκολότερα σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς (Curless et al 1994; Caraceni et al. 1999; Walsh et al. 2000) και 1,5 φορά αναφέρονταν ευκολότερα τον πόνο πάνω από 7 σε κλίμακα 0-10 στην κλίμακα VAS (visual analogue scale) (Caraceni et al. 1999).

Συμπερασματικά η ηλικία επηρεάζει τον επιπολασμό και την ένταση των συμπτωμάτων του πόνου (με μια 0-15% μείωση της έντασης του πόνου με την ηλικία; Walsh et al 2000) και αποτελεί ανεξάρτητο δείκτη της έντασης του καρκινικού πόνου.

1.6.3 Ηλικία και μετεγχειρητικός πόνος.

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας έχουν την υψηλότερη συχνότητα χειρουργικών επεμβάσεων (Gagliese et al.1999) και αναφέρουν χαμηλότερη ένταση μετεγχειρητικού πόνου σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (Bellville et al 1971; Oberle et al.1990). Παρατηρείται μια μείωση του πόνου σε 10-20% ανα δεκαετία μετά την ηλικία των 60 ετών (Thomas et al.1998). Παρόλο αυτά, κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ηλικίας και του πόνου (Giuffe et al.1991; Duggleby and Lander 1996; Gagliese et al.2000). Αυτές οι διαφορές πιθανόν να οφείλονται σε μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των ερευνών στον πληθυσμό και στον τύπο της κλίμακας αξιολόγησης του πόνου.

Σκόπιμος είναι ο διαχωρισμός της αξιολόγησης του πόνου κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο και κατά την όψιμη μετεγχειρητική περίοδο. Κατά τη διάρκεια της πρώιμης φάσης, ο πόνος σχετίζεται με δυσλειτουργίες καρδιακής, νεφρικής και αναπνευστικής αιτιολογίας (Cousins 1994). Το αναλγητικό αποτέλεσμα των φαρμάκων ειδικά των αναισθητικών χορηγούμενων στην πρό και περιεγχειρητική περίοδο επηρεάζουν την αξιολόγηση και αναφορά του πόνου. Επίσης, η ηλικία συνοδεύεται με διαφοροποιήσεις στις φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες των φαρμάκων. Παρόλο που αρκετές μελέτες αναφέρουν χαμηλότερες ανάγκες στις δόσεις των οπιοειδών στους ηλικιωμένους, λίγες έχουν μετρήσει την ένταση και την ανακούφιση του πόνου. Μια πρόσφατη έρευνα (Sauia et al 2005) αναφέρει ότι το 62% των ηλικιωμένων ασθενών βιώνουν έντονο μετεγχειρητικό πόνο, με το 30% να αναφέρει ένταση 10 στην κλίμακα VAS.

Παρότι η βαθμίδα του πόνου είναι υψηλή, το 87% των ηλικιωμένων είναι ικανοποιημένοι με το αναλγητικό αποτέλεσμα. Αυτή η παράδοξη σχέση μεταξύ της αναφοράς του πόνου και της ικανοποιητικής αναλγησίας θέτει το πρόβλημα ίσως της υποτίμησης του πόνου και της στοικότητας που χαρακτηρίζει την Τρίτη ηλικία (Yong et al 2003).

Στην όψιμη μετεγχειρητική περίοδο, ο πόνος και η μετάπτωση του σε χρόνιο, η λειτουργική αποκατάσταση είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν την τα άτομα της προχωρημένης ηλικίας. (Katz 1997).

1.6.4 Ηλικία και χρόνιος πόνος.

Ο χρόνιος πόνος αφορά το 50% με 80% των ηλικιωμένων ατόμων με συχνότερους τον μυοσκελετικό και αρθρικό πόνο. (Verhaak et al 1998). Οι άνθρωποι πάνω από 60 ετών πάσχουν 1,5 φορά περισσότερο από άλγη στις μεγάλες αρθρώσεις σε σχέση με τους ενήλικες κάτω των 60 ετών (Picavet and Schouten 2003).

Επιπρόσθετα η τρίτη ηλικία πάσχει από νευροπαθητικό πόνο, όπως η νευραλγία του τριδύμου, η μεθερπητική νευραλγία, το μετεγκεφαλικό σύνδρομο πόνου κεντρικής ή θαλαμικής αιτιολογίας, το άλγος μετά από ακρωτηριασμό μέλους (phantom limb pain) και η διαβητική περιφερική νευροπάθεια. Η βιβλιογραφικές αναφορές του χρόνιου πόνου στην τρίτη ηλικία κυρίως επικεντρώνονται στον επιπολασμό αυτού. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός του επίμονου πόνου αυξάνει με την ηλικία. (Crook et al 1984), πιθανόν διότι η οστεοαρθρίτιδα κυριαρχεί στα άλγη των ηλικιωμένων 84; Verhaak et al 1998; Helme and Gibson 2001). Η προχωρημένη ηλικία μπορεί να αποτελέσει δείκτη πυροδότησης της έναρξης του χρόνιου πόνου και την αδυναμία αντιμετώπισης του. (Gureje et al 2001).Επιπλέον, ο επιπολασμός του πόνου, που σχετίζεται με την καθημερινή δραστηριότητα αυξάνει εντυπωσιακά με την ηλικία (Thomas et al 2004).

1.6.4.1 Νευροπαθητικός πόνος.

Ο Έρπητας Ζωστήρας συνήθως προσβάλλει άτομα με ανοσοποιητική ανεπάρκεια και υψηλού κινδύνου κατηγορίες πληθυσμών. Η προχωρημένη ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή του ειδικά με τη μορφή της μεθερπητικής νευραλγίας (PHN). Η παραμονή του πόνου μετά από προσβολή από τον έρπητα ζωστήρα, μπορεί να διατηρηθεί για ένα έτος στο 50% των ασθενών πάνω από 70 ετών (Jung et al 2004). Μετά το πρώτο

επεισόδιο της λοίμωξης από τον έρπητα ζωστήρα, η πιθανότητα για σοβαρή μεθερπητική νευραλγία μειώνεται με το χρόνο (7% σε 3 μήνες, 3% σε 12 μήνες), ενώ μόνο το 2% των ασθενών κάτω των 60 ετών έχουν ήπια νευραλγία 3 μήνες μετά την λοίμωξη. Η έγκαιρη χορήγηση αντιϊκής θεραπείας κατά την έναρξη του δερματικού εξανθήματος, ελαττώνει θεαματικά το ποσοστό των ασθενών που αναπτύσσουν μεθερπητική νευραλγία (Jung et al 2004).

Τέλος άλλα είδη νευροπαθητικού πόνου είναι η νευραλγία του τριδύμου, μετά από θωρακοτομή, παγίδευση νεύρου, στένωση σπονδυλικού σωλήνα, μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, μετά από ακρωτηριασμό και η περιφερική διαβητική νευροπάθεια.

1.6.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ηλικία στα επώδυνα κλινικά σύνδρομα.

1.6.5.1 Νευροφυσιολογικοί παράγοντες και ηλικία.

Μία από τις αιτίες για διαφοροποίηση του πόνου με την ηλικία είναι η δυσλειτουργία των ουδών του πόνου σε επίπεδο κεντρομόλων ινών.(Gibson and Helme 2001; Gibson and Farrel 2004). Ανατομικές, φυσιολογικές και βιοχημικές μελέτες αναφέρουν την απώλεια εμμύελων και αμμύελων νευρικών ινών με την πάροδο της ηλικίας, όπως επίσης και ελάττωση των επιπέδων του (CGRP) πεπτιδίου της καλσιτονίνης, της ουσίας P (Gibson Farrel 2004).

Ένας αριθμός νευροφυσιολογικών μεταβολών έχουν παρατηρηθεί σε σχέση με την ηλικία στο επίπεδο του πλαγίου κέρατος του νωτιαίου μυελού και σε υπερνωτιαίες θέσεις, που μπορούν να δώσουν εξήγηση στην καθυστέρηση της μετάδοσης του ερεθίσματος του πόνου.

1.6.5.2 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ηλικία.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επίσης επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου στους ηλικιωμένους. Συμπτώματα κατάθλιψης, κλινική κατάθλιψη, άγχος , συχνά σε συνδυασμό με την απομόνωση και τη χηρεία, θεωρούνται ότι σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο.(Fishbain et al 1997; Bradbeer et al 2003, Strine et al 2004).

Ο χρόνιος, επίμονος πόνος δυσκολεύει την φυσική δραστηριότητα και την ψυχοκοινωνική λειτουργία της τρίτης ηλικίας. Θεωρείται από πολλούς φυσικό επακόλουθο της ηλικίας.

Αγνοούν τις δυνατότητες αντιμετώπισης του. Υποφέρουν χωρίς να παραπονιούνται.

Οι επιπτώσεις του χρόνιου πόνου είναι πολυάριθμες, μη προβλέψιμες και δύσκολα αντιμετωπίσιμες. Περιλαμβάνουν την παρεμβολή του ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες, την κακή φυσική λειτουργικότητα, την διαταραχή του ύπνου, την ανορεξία, τις γνωσιακές διαταραχές, την απομόνωση και γενικότερα την κακή ποιότητα ζωής.

1.7 Ηλικιακές διαφορές σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο σε σχέση με τον πόνο.

Οι χαρακτηριστικές απώλειες της τρίτης ηλικίας, ιδιαίτερα αν ένα άνθρωπος δεν έχει πραγματοποιήσει όλα όσα επιθυμούσε, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την αίσθηση της πληρότητας του εγώ και με τον τρόπο αυτό να συντελέσουν στην εμφάνιση απελπισίας και απόγνωσης. Η αναγκαιότητα παραίτησης από κάποιες ευθύνες υποφέρεται δύσκολα, γίνεται με βαριά καρδιά και είναι πιθανό να οδηγήσει ένα ηλικιωμένο άτομο να αισθανθεί ότι «χάνει» κάποια κεκτημένα της ζωής του.

Η αβεβαιότητα που προκαλεί ο πόνος είναι συχνά συχνότερη στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Η απώλεια της ανεξαρτησίας είναι μια δύσκολη υπόθεση σε οποιαδήποτε ηλικία και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι καλούνται να αποδεχθούν αυτήν την πραγματικότητα σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι ηλικιωμένοι κάποιες φορές συναντούν εμπόδια λόγω των αρνητικών στερεότυπων που διατηρούν για αυτούς οι νεότερες γενιές.

Οι νεαρότεροι σε ηλικία άνθρωποι συχνά τους αντιλαμβάνονται ως πολύ διαφορετικούς από τους ίδιους. Κάποια στερεότυπα σχετικά με το τι είναι και τι δεν είναι σε θέση να κάνουν οι ηλικιωμένοι επηρεάζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τα στερεότυπα έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν ακόμα και τα άτομα που τους φροντίζουν, όπως τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους συμβούλους. Σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι αναμένουν λιγότερα από τα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως επίσης συχνά υποτιμούν ή αγνοούν τις έγνοιες και τις ανησυχίες τους. Οι ανησυχίες των ηλικιωμένων ασθενών δεν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν την στερεοτυπική πεποίθηση ότι η ταλαιπωρία και οι περιορισμοί αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των γηρατειών.

Εκτός αυτών, πολλοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Όσοι δεν έχουν οικονομική άνεση ενδέχεται να υποχρεώνονται να ζουν με σταθερό εισόδημα την σύνταξη τους και εξαρτώνται από το σύστημα περίθαλψης που τους παρέχει ο φορέας κοινωνικής τους ασφάλισης.

Έτσι πολλοί ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με τις ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, όπως ματαιώσεις, πολύωρες αναμονές, γραφειοκρατία.

Επιπλέον οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας καλούνται να αντιμετωπίσουν συναισθηματικές απώλειες, όπως ο θάνατος των συζύγων και των φίλων τους. Κάποιοι έχουν περιορισμένη επαφή με τα παιδιά τους, λόγω απόστασης. Εξαιτίας του περιορισμού που υφίσταται το κοινωνικό τους δίκτυο, πολλοί αισθάνονται μοναξιά. Πράγματι, τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών δείχνουν ότι περίπου το ένα τέταρτο των ηλικιωμένων ανθρώπων αναφέρει ότι αισθάνεται μοναξιά (Hendrick et al 1982; Revenson 1986). Η κατάθλιψη αποτελεί, επίσης, ένα συνηθισμένο σύμπτωμα που εκδηλώνεται σε αυτές τις ηλικίες και μάλιστα τείνει να είναι μόνιμη. Αυτό σημαίνει ότι δεν

πρόκειται για ένα προσωρινό και παροδικό φαινόμενο, αλλά για ένα φαινόμενο που διαρκεί ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και λειτουργεί διαβρωτικά. Πιθανώς εκδηλώνεται ως αντίδραση στην πληθώρα των σωματικών, ψυχολογικών, οικονομικών και κοινωνικών απωλειών τις οποίες υφίστανται οι ηλικιωμένοι.

1.8 Αξιολόγηση του πόνου στους ηλικιωμένους .

Η αξιολόγηση του πόνου στους ηλικιωμένους παίζει σημαντικό ρόλο και είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εντόπιση και αντιμετώπιση του. Επιπλέον η αξιολόγηση του πόνου ειδικά του χρόνιου πόνου στην τρίτη ηλικία μπορεί να αποτελέσει πρόκληση λόγω των πολλαπλών χαρακτηριστικών που μπορούν να επιπλέξουν την κλινική εικόνα αλλά και την ποιότητα ζωής και τα συνεπακόλουθα όλων αυτών. Είναι απαραίτητη μια ολοκληρωμένη διεξοδική γηριατρική προσέγγιση για την ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτόν ,όπως κατάθλιψη, λειτουργική ανικανότητα και κοινωνική απομόνωση.

Η έγκυρη αιτιολογική διάγνωση του οξύ και χρόνιου πόνου αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την θεραπεία του.

Απαραίτητη όμως είναι η ολοκληρωμένη αξιολόγηση που συμπεριλαμβάνει και τη φυσική κατάσταση ,την καθημερινή δραστηριότητα (κινητικότητα ,όρεξη, ύπνος) , την ψυχοκοινωνική λειτουργία (διάθεση, διαπροσωπικές σχέσεις, φόβος σχετικός με τον πόνο, σχέση με τον πόνο).(Weiner 1999) . Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αποτελεί σημαντικό δείκτη της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης του πόνου και θα πρέπει να αποτελεί στόχο των θεραπειών κατά την σχεδίαση του θεραπευτικού πλάνου.

1.8.1 Προσέγγιση στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση.

1.8.1.1 Αυτό-αναφορά.

Η αυτοαναφορά αποτελεί την πιο έγκυρη πηγή πληροφοριών του πόνου του πάσχοντος. (American Geriatrics Society 2002; American Pain Society 2003).

Παρόλο που κάποιοι παράμετροι μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη του ασθενή να περιγράψει τον πόνο του, η συζήτηση με τον ηλικιωμένο ασθενή και η αυτοαναφορά πρέπει να αποτελεί το πρώτο βήμα της αξιολόγησης του.(American Geriatrics Society 2002). Η τρίτη ηλικία έχει αρκετές δυσκολίες στο να περιγράψει ικανοποιητικά τους πόνους της. Μία κατευθυνόμενη συνέντευξη που περιλαμβάνει απλές ερωτήσεις σχετικές με την ύπαρξη ή την απουσία του πόνου ,την ένταση του, την διάρκεια και τα σημεία εντόπισης του, διευκολύνουν πολύ στην αξιολόγηση.

Ferrel et al. 1990; Parmelee 1996; Weiner et al. 1999 .

1.8.1.2 Ιατρικό ιστορικό και Φυσική εξέταση.

Το ιατρικό ιστορικό και η φυσική εξέταση κατευθύνουν τη διάγνωση και την θεραπεία γιατί αποκαλύπτουν ασθένειες συνυπάρχουσες και καταστάσεις που μπορεί να προκαλούν πόνους.

Συνήθως οι ηλικιωμένοι πάσχουν από πολλαπλούς πόνους και το ιστορικό και η φυσική εξέταση διευκολύνουν την εντόπιση τους.

1.8.2 Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου.

Ο σκοπός της χρήσης των εργαλείων αξιολόγησης του πόνου είναι η μέτρηση της έντασης και συχνότητας των συμπτωμάτων, ο καθορισμός της επίπτωσης του πόνου στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Herr and Garrand 2001). Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός εργαλείων καταμέτρησης του πόνου για τους ηλικιωμένους. Τα εργαλεία αυτά μπορούν να είναι μονοδιάστατα και να επικεντρώνονται σε μία διάσταση του πόνου, συνήθως την ένταση του, ή πολυδιάστατα με πολλαπλά στοιχεία καταμέτρησης.

Η καταγραφή της αξιολόγησης του πόνου μέσα από τα εργαλεία καταμέτρησης αποτελεί βασικό κομμάτι για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση του πάσχοντος. (Ο' Connor 2003).

1.8.2.1 Εργαλεία αυτοαναφοράς –κλίμακες έντασης πόνου. (pain intensity scales)

Είναι εύκολες στην χρήση και κατανόηση τους ειδικά για τους ηλικιωμένους. Εκτιμούν τον παροντικό πόνο, τον χειρότερο ή ελάχιστο πόνο την περασμένη εβδομάδα ή μήνα. Για τους ηλικιωμένους αρκετές κλίμακες χρησιμοποιούνται, όπως η (VDS verbal descriptor scales), θερμόμετρα πόνου, (NRS numerical rating scales), κλίμακα με πρόσωπα που απεικονίζουν διάφορους βαθμούς δυσφορίας, οι οποίες έχουν αποδεκτή ισχύ και στάθμιση στους ηλικιωμένους. (Herr and Garrand 2001).

1.8.2.2 Πολυδιάστατα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου. Κλίμακες πόνου και ανικανότητας.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ένταση του πόνου είναι ένας μόνο δείκτης μέτρησης του πόνου. Τα πολυδιάστατα εργαλεία αξιολόγησης πόνου παρέχουν μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση δίνοντας πληροφορίες για την ποιότητα, την εντόπιση, την λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια του πόνου.

Η σύντομη φόρμα του McGill ερωτηματολόγιο του πόνου (McGill-SF) (Melzack1987) περιλαμβάνει 15 λέξεις περιγραφής του πόνου με σκορ καταμέτρησης σε κλίμακα Likert, με κλίμακα VAS (visual analogue scale), και PPI (present pain inventory). Το εργαλείο αξιολόγησης αυτό βασίζεται σε δύο χαρακτηριστικά του πόνου στην ένταση και την ποιότητα του. Η χρήση του στους ηλικιωμένους έχει δείξει ότι είναι αξιόπιστο για την κατηγορία αυτή του πληθυσμού. (Helme et al.1996; Gagliese and Melzack 1997;Luggen 1998; Gagliese and Katz2003; Grafton et al. 2005).

Δεδομένου ότι υπάρχει αύξηση στον επιπολασμό του νευροπαθητικού πόνου στους ηλικιωμένους, δημιουργήθηκαν νέες κλίμακες που επικεντρώνονται στα χαρακτηριστικά αυτού του πόνου. Η κλίμακα του νευροπαθητικού πόνου (Galer and Jensen 1997), το ερωτηματολόγιο του νευροπαθητικού πόνου (Krause and Backonja 2003) και το LANSS (Leeds Assessment of neuropathic Symptoms and signs Pain Scale).

Αρκετές είναι οι κλίμακες αυτής της κατηγορίας που χρησιμοποιούνται με επιτυχία στην τρίτη ηλικία. Οι συχνότερες είναι η “ Brief Pain Inventory” (Cleeland and Ryan 1994), “the Pain Disability Index” (Tait et al. 1990), “the Geriatric Pain Measure” (Ferrel et al. 2000).Τέλος ιδιαίτερα χρήσιμα είναι τα ημερολόγια πόνου, όπου καταγράφεται καθημερινά η ένταση και η αντιμετώπιση του πόνου από τους ασθενείς και έτσι αξιολογείται η πορεία του.

1.9 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Δίκτυο υποστήριξης των ηλικιωμένων στην κοινότητα.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν ενδείξεις ότι η κοινωνική δικτύωση ή αλλιώς η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων επηρεάζει κατά πολλούς τρόπους την υγεία και την ευεξία τους, δεδομένου ότι οι κοινωνικές σχέσεις συγκαταλέγονται στις πλέον βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Lubben 1998). Σύμφωνα με ανασκόπηση του Rubinstein και συν. (1994), η κοινωνική δικτύωση (το «σχετίζεσθαι») αναδεικνύεται ως απαραίτητο στοιχείο για την υγεία και την ευημερούσα μακροβιότητα.

Παρά τις δυσκολίες ορισμού της έννοιας «κοινωνικής υποστήριξης», οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι αυτή αποτελείται από δύο κυρίως παραμέτρους (Lubben and Giroda 2004). Η πρώτη είναι το σύνολο των ατόμων (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) που αποτελούν τον κοινωνικό περίγυρο και συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης. Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συνόλου είναι το μέγεθος (αριθμός ατόμων που εμπλέκονται), η συχνότητα συμμετοχής τους στο δίκτυο και η ποιότητα των σχέσεών τους. Η δεύτερη παράμετρος είναι οι ενέργειες αυτές καθ' αυτές που συνιστούν την κοινωνική υποστήριξη, προσφέροντας διεξόδους σε καθημερινά πρακτικά και συναισθηματικά προβλήματα (Καραμούζης και συν. 2003, Michael et al 2001, Glass et al 1997).

Βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην κοινότητα είναι να αποκτήσουν οι ηλικιωμένοι ευεξία και ποιότητα στη ζωή τους, πέρα από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη σωστή διατροφή, στην άσκηση και στην εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης νοσημάτων. Η αξιολόγηση ειδικών προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν διεθνώς, έδειξε ότι η γνώση, η ενημέρωση, η αλλαγή του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων καθώς και η ενθάρρυνση στη δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία και την ευημερία τους (Rubinstein και συν. 1994).

Σύμφωνα με τον Crawford (1987), η αξιολόγηση του κοινωνικού δικτύου, θα πρέπει να αποτελεί μια πρακτική ρουτίνας των επαγγελματιών υγείας.

Είναι γεγονός ότι η κοινωνική δικτύωση δεν αφορά μόνο τον αριθμό των ατόμων που πλαισιώνουν τους ηλικιωμένους, αλλά και την ποιότητα των σχέσεων που αυτοί αναπτύσσουν. Η ποιότητα και η ποσότητα των σχέσεων είναι δύο διαφορετικά θέματα, με οριακή επικάλυψη. Ο αριθμός επαφών μπορεί να είναι καίριας σημασίας, αλλά οι σχέσεις και η ικανοποίηση από αυτές είναι πολύ σημαντικές παράμετροι. Η ικανοποίηση από τη

συναναστροφή και τη συνδιαλλαγή δε σημαίνει αυτόματα και μεγάλο αριθμό επαφών και συναναστροφών.

Σύμφωνα με τους Holmen και Furukawa (2002) οι καλές και ουσιαστικές κοινωνικές επαφές αποτελούν σημαντικό κομμάτι για την καλύτερη ζωή του ατόμου. Τα πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης που απολαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις φιλίες τους και η απουσία του αισθήματος της μοναξιάς, ίσως αποτελούν ενδείξεις ωριμότητας και ικανοποίησης από την ζωή τους. Σύμφωνα με μελέτη του Tornstam (1988), υπερήλικες από 82 έως 89 ετών είναι πιθανό να αποδέχονται τη μοναξιά τους υπό το πρίσμα της ωριμότητας και με αυτό τον τρόπο να αποτελεί θετική εμπειρία για εκείνους. Άτομα ωστόσο που ζουν μόνα βιώνουν μοναξιά πιο συχνά από άτομα που ζουν με τον/ την σύντροφο.

Η έννοια όμως «είμαι μόνος» και η έννοια «νοιώθω μοναξιά» δεν ταυτίζονται απαραίτητα. Το να ζει κάποιος μόνος μπορεί να είναι ένας αδρός δείκτης κοινωνικής δικτύωσης που τις περισσότερες φορές συμβαδίζει με την προχωρημένη ηλικία (Henderson & De 1986).

Στην Ελλάδα, μέσα από δομές όπως Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), προγράμματα κοινοτικής φροντίδας όπως Λέσχες Φιλίας, ή και προγράμματα της Εκκλησίας σε επίπεδο ενοριών, παρέχεται στους ηλικιωμένους η δυνατότητα της συναναστροφής και της επαφής τόσο με τους συνομηλίκους τους, όσο και με την κοινότητα.

Στόχος της κρατικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους είναι η παραμονή τους στην κοινωνία με την υποστήριξη της οικογένειας και των κοινωνικών υπηρεσιών ανοιχτής περίθαλψης. Ίσως ο μακροβιότερος και σημαντικότερος θεσμός για πρακτική εφαρμογή των παραπάνω, είναι τα Κ.Α.Π.Η. Ιδρύθηκαν το 1979 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και από το 1983 έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. «Είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, εργασιοθεραπείας, ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, αλλά και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για τον συντονισμό του όλου προγράμματος.

Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα» (Σταθόπουλος 1996).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν ενδείξεις ότι η κοινωνική δικτύωση ή αλλιώς η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων επηρεάζει κατά πολλούς τρόπους την υγεία και την ευεξία τους, δεδομένου ότι οι κοινωνικές σχέσεις συγκαταλέγονται στις πλέον βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Lubben 1998).

Σύμφωνα με ανασκόπηση του Rubinstein και συν. (1994), η κοινωνική δικτύωση (το «σχετίζεσθαι») αναδεικνύεται ως απαραίτητο στοιχείο για την υγεία και την ευημερούσα μακροβιότητα.

Παρά τις δυσκολίες ορισμού της έννοιας «κοινωνικής υποστήριξης», οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι αυτή αποτελείται από δύο κυρίως παραμέτρους (Lubben and Giroda 2004). Η πρώτη είναι το σύνολο των ατόμων (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) που αποτελούν τον κοινωνικό περίγυρο και συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης.

Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του συνόλου είναι το μέγεθος (αριθμός ατόμων που εμπλέκονται), η συχνότητα συμμετοχής τους στο δίκτυο και η ποιότητα των σχέσεών τους. Η δεύτερη παράμετρος είναι οι ενέργειες αυτές καθ' αυτές που συνιστούν την κοινωνική υποστήριξη, προσφέροντας διεξόδους σε καθημερινά πρακτικά και συναισθηματικά προβλήματα (Καραμούζης και συν. 2003, Michael et al 2001, Glass et al 1997)

Βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην κοινότητα είναι να αποκτήσουν οι ηλικιωμένοι ευεξία και ποιότητα στη ζωή τους, πέρα από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη σωστή διατροφή, στην άσκηση και στην εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης νοσημάτων. Η αξιολόγηση ειδικών προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν διεθνώς, έδειξε ότι η γνώση, η ενημέρωση, η αλλαγή του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων καθώς και η ενθάρρυνση στη δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία και την ευημερία τους (Rubinstein και συν. 1994). Σύμφωνα με τον Crawford (1987), η αξιολόγηση του κοινωνικού δικτύου, θα πρέπει να αποτελεί μια πρακτική ρουτίνας των επαγγελματιών υγείας.

1.10 Μη φαρμακευτική προσέγγιση του πόνου. Δημιουργικότητα και πόνος.

Ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες που η φαρμακευτική αγωγή παραμένει πρώτη επιλογή λαμβάνουμε υπόψη ότι οι υπερήλικες είναι πιο ευάλωτοι από ότι οι νέοι διότι συχνά πάσχουν από πολλαπλά ιατρικά προβλήματα που περιορίζουν τη δυνατότητα θεραπείας με αναλγητικούς παράγοντες, λόγω του κινδύνου ανεπιθύμητων δράσεων και προβλημάτων από την αλληλεπίδραση φαρμάκων. Η αποτελεσματική θεραπεία του πόνου των ηλικιωμένων προϋποθέτει εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση στην διαχείριση του πόνου. Όταν κανείς διαμορφώνει ένα θεραπευτικό πλάνο πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την επίδραση και των λοιπών συγχωρηγούμενων φαρμάκων αλλά και την πιθανή επίδραση παράλληλων ιατρικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Πρέπει επίσης να είναι εξεικωμένος με τις σημαντικότερες αλληλεπιδράσεις φαρμάκων που μπορεί να επηρεάσουν τις δράσεις των αναλγητικών και να εγείρουν παρενέργειες.

Η φαρμακολογική θεραπεία του επίμονου πόνου είναι πιο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, όπως φυσικοθεραπείες, (πρόγραμμα ασκήσεων, τενς, εφαρμογή ψυχρού-θερμού), ψυχολογικές μεθόδους (π.χ. χαλάρωση), εκπαιδευτικά προγράμματα, κοινωνικές δραστηριότητες και συμπληρωματικές θεραπείες

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει για την αντίληψη και μετάδοση του αλγογόνου ερεθίσματος, επικρατούσα είναι η θεωρία της πύλης εισόδου. Κατά αυτήν το νευρικό ερέθισμα ή το αισθητικό μήνυμα μεταφέρεται στο νωτιαίο μυελό και διαπερνά τις ανοιχτές πύλες εισόδου καταλήγοντας στο θάλαμο. Στο θαλαμιαίο δεμάτιο γίνεται η αντίληψη, η επεξεργασία και η μετάδοση του ερεθίσματος. Στο νωτιαίοθαλαμικό σύστημα υπάρχουν τα αρνητικά και τα θετικά συναισθήματα. Θεωρείται ότι οι πύλες ανοίγουν και κλείνουν ανάλογα με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου (Hall), το προηγούμενο βίωμα πόνου, και την αξία του επώδυνου βιώματος (Turk and Nash 1993). Το ψυχοφυσιολογικό ερέθισμα μπορεί να απαλύνει την επώδυνη εμπειρία.

Για παράδειγμα η θετική στάση ζωής, το ευχάριστο περιβάλλον, η ενασχόληση, η δημιουργικότητα στη σκέψη, η ελπίδα, η πνευματικότητα, η ισχυρή θέληση μπορούν να αποδυναμώσουν το βίωμα του πόνου.(Turk and Nash 1993). Αντίθετα μια παλαιότερη επώδυνη εμπειρία, ένα στρεσογόνο ερέθισμα, μια άσχημη συναισθηματική κατάσταση, μια κατάθλιψη, η απομόνωση μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε κρίση μεγεθύνοντας τον πόνο.

Είναι γεγονός ότι ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία τους.(Rubinstein et al 1994). Η κοινωνική δικτύωση, η σύναψη σχέσεων με ανθρώπους της ίδιας ηλικίας, η επαφή με την οικογένεια, η δραστηριοποίηση με προγράμματα που τους ευχαριστούν, και τους κάνουν να νιώθουν χρήσιμοι, η επαφή με τη φύση, η επαφή με το θείο, ο στοχασμός, η προσευχή, η χαλάρωση, η απόσπαση της σκέψης από τον πόνο και το δυσάρεστο

αποτελούν σημαντικές παράμετρους για την διαχείριση του πόνου. Είναι τρόποι εναλλακτικής προσέγγισης, που σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων. Είναι στοιχεία και εμπειρίες που ο άνθρωπος γνωρίζει από τη φύση του και όταν αναδεικνύονται μέσα από την κοινωνική υποστήριξη προσφέρουν διέξοδο σε καθημερινά πρακτικά και συναισθηματικά προβλήματα.

Βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι να αποκτήσουν οι ηλικιωμένοι ευεξία και ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση ειδικών προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν διεθνώς, έδειξε ότι η γνώση, η ενημέρωση, η αλλαγή του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων καθώς και η ενθάρρυνση στη δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία και ευημερία τους (Rubinstein et al 1994).

2.ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1 Γενικός σκοπός

Ο πόνος επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ειδικά όταν υποθεραπεύεται. Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο πόνος και η αλληλεπίδραση δημιουργικότητας και πόνου στους ηλικιωμένους.

2.1.1 Ειδικοί στόχοι

Πιο συγκεκριμένα στόχος ήταν να μελετηθούν όλες οι διαστάσεις του McGill-SF και να γίνει παλινδρόμηση όλων των διαστάσεων του McGill-SF με ανεξάρτητες μεταβλητές που περιλαμβάνουν κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Επίσης να μελετηθούν τα στοιχεία της δημιουργικότητας και η επίδραση στο βίωμα του πόνου των ηλικιωμένων.

2.2 Μεθοδολογία μελέτης

2.2.1 Γενική περιγραφή και χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν 78 ηλικιωμένοι ($n=78$) (34 άνδρες και 44 γυναίκες) ηλικίας 65 έως 95 ετών. Το δείγμα ανήκει στο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του ΔΗΜΟΥ Καλλικράτειας Χαλκιδικής και η έρευνα έγινε από 10/06/08 έως 20/07/08. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μορφή προφορικής συνέντευξης στο χώρο που στεγάζεται το ΚΑΠΗ. Όλοι οι συμμετέχοντες δέχτηκαν με χαρά να απαντήσουν στις ερωτήσεις που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο με λίγες εξαιρέσεις που ζήτησαν διευκρινιστικές απαντήσεις. Αξίζει να ειπωθεί ότι υπήρξε μια μικρή δυσκολία στο σκέλος της δημιουργικότητας που οι ερωτήσεις απαιτούσαν την χαλαρότητα και την φαντασία τους.

Η ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν κατά μέσο όρο 65-75 ετών (66%) του δείγματος, το (33%) ήταν 75-85 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό 66% ήταν παντρεμένοι, ενώ το 33% χήροι/ες. Οι περισσότεροι ζούνε με τον/την σύζυγο, είτε τους φροντίζουν τα παιδιά τους (66% και 19% αντίστοιχα), το 15% του δείγματος ζει μόνο. Το 83% ήταν απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης και το 14% και 3% απόφοιτοι μέσης και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αντίστοιχα.

Επίσης από τους ηλικιωμένους του δείγματος το 63% του ποσοστού συμμετέχει στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ και το 63% αισθάνεται «πολύ καλά» και «καλά» αντίστοιχα που ανήκει στη δομή αυτή.

Στον πίνακα 1 περιγράφονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων, το ιατρικό ιστορικό τους και τα πιο συχνά επώδυνα σύνδρομα τους το τελευταίο διάστημα.

2.2.2 Εργαλεία μέτρησης και μεταβλητές

Το (McGill-SF) (GR-SFMPQ) περιλαμβάνει 15 λέξεις περιγραφής του πόνου με σκορ καταμέτρησης σε κλίμακα Likert, την οπτική αναλογική κλίμακα VAS (visual analogue scale) η οποία έχει τιμές από 1 έως 10, με 1 (καθόλου πόνος) και 10 (ο χειρότερος πόνος που έχει νιώσει) και την ένταση του παροντικού πόνου PPI (present pain inventory) στο σύνολο του με 0 (καθόλου πόνος), 1 (ήπιος πόνος), 2 (ενοχλητικός), 3 (οδυνηρός), 4 (φρικτός), 5 (αφόρητος). Το εργαλείο αξιολόγησης του McGILL βασίζεται σε δύο χαρακτηριστικά του πόνου στην ένταση και την ποιότητα του. ένα

Επίσης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις υγείας που αφορούν τον ηλικιωμένο, το οποίο περιλάμβανε: την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τη φροντίδα, τον ασφαλιστικό φορέα, το μορφωτικό επίπεδο, τη συμμετοχή τους στο ΚΑΠΗ και πώς νιώθουν συμμετέχοντας σε αυτό, το ιατρικό τους ιστορικό με τα πιο συχνά τους νοσήματα, εάν έχουν χειρουργικό ή ογκολογικό ιστορικό, τα φάρμακα που παίρνουν, πού εντοπίζουν τους πόνους τους σχηματικά με διάγραμμα πόνου, πώς αντιμετωπίζουν τους πόνους τους, πού απευθύνονται για να τους αντιμετωπίσουν και αν γνωρίζουν τι είναι το «ιατρείο πόνου».

Τέλος τους ρωτήθηκαν 5 ερωτήσεις που αφορούσαν την σχέση που μπορεί να έχει ο πόνος με τη δημιουργικότητα. Τα ερωτήματα αυτά αφορούσαν: «τον πόνο & παρομοίωση», «τον πόνο & ανακούφιση», τον πόνο & τραγούδι», «τον πόνο & χρώμα», «τον πόνο & παραμύθι».

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων που αφορούσαν το δείγμα περιγράφονται σε διαγράμματα, όπου στον οριζόντιο άξονα (x) είναι η μεταβλητή με τις διάφορες τιμές της, ενώ στον κατακόρυφο άξονα (y) το πλήθος από το δείγμα που αντιστοιχεί στη δεδομένη τιμή της μεταβλητής. Πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Στο διάγραμμα (1) στη (σελ.) φαίνεται η κατανομή της «ηλικίας» του δείγματος που συμμετείχαν στην μελέτη. Το 66% του δείγματος ανήκει στην κατηγορία των 65-75ετών, το 32% στην κατηγορία των 75-85% και μόνο το 2% στην κατηγορία των 85-95.

Στο διάγραμμα (2) που αφορά το «φύλο» προκύπτει ότι το 44% του δείγματος είναι άνδρες και το 56% γυναίκες.

Στο διάγραμμα (3) που αφορά «την οικογενειακή κατάσταση» του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό 63% ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων και το 31% στους χήρους/ες.

Με τα ίδια αποτελέσματα στην ερώτηση «ποιος τους φροντίζει», όπως προκύπτει στο διάγραμμα (4) με ποσοστά 15% στην κατηγορία μόνος, 66% στην κατηγορία σύζυγος και 19% παιδιά.

Σε ότι αφορά «τον ασφαλιστικό φορέα» που ανήκει το δείγμα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 31%, 34% ανήκει στο ΙΚΑ και ΟΓΑ αντίστοιχα. (διάγραμμα (5)). «Στο μορφωτικό τους επίπεδο» υπερισχύει με διαφορά η βασική εκπαίδευση 83% και 14% ανήκει στη μέση εκπαίδευση (διάγραμμα (6)).

Σε ότι αφορά τη δομή του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τις κατηγορίες των ερωτήσεων που αφορούν αυτό φαίνεται στο διάγραμμα (7) τα ποσοστά των ετών που συμμετέχουν σε αυτό. Αρκετά ενδιαφέρον και στατιστικά σημαντικό τα ποσοστά που προκύπτουν στο «αν συμμετέχουν στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ», και «πώς αισθάνονται γιαυτό». Έτσι από το διάγραμμα (8) που αφορά την ερώτηση «εάν συμμετέχουν στις δραστηριότητες» προκύπτει ότι το 63% συμμετέχει, ενώ το 37% δεν συμμετέχει. Στο διάγραμμα (9) φαίνεται η κατανομή των δραστηριοτήτων που συχνότερα συμμετέχουν. Ενδιαφέρον είναι ότι το 37% και το 31% αισθάνεται πολύ καλά και καλά που ανήκει στο ΚΑΠΗ σύνολο το 68% έχει θετική στάση.

Στο διάγραμμα (12) φαίνεται η κατανομή των φαρμάκων που συχνότερα παίρνουν οι ηλικιωμένοι, 45% τα αντιυπερτασικά, το 33% ΜΣΑΦ, το 31% απλή παρακεταμόλη, αξιόλογο είναι ότι μόνο το 22% παίρνει επισήμως αντικαταθλιπτικά και ηρεμιστικά και όχι για την θεραπεία του πόνου.

Όσον αφορά «την εντόπιση των πόνων τους» στο διάγραμμα (13) φαίνεται η κατανομή τους. Από αυτό προκύπτει ότι το 15% πάσχει από κεφαλαλγίες, ένα 12% από πόνους της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, το 36% από πόνους της οσφυϊκής μοίρας, το 18%, και το 54% από άλγη του άνω και κάτω σκέλους μόνο το 6% από θωρακοκοιλιακά άλγη.

Το 73% του δείγματος παίρνει φάρμακα όταν πονάει, το 20% καταφεύγει σε φυσικοθεραπείες, το 6% σε εναλλακτικές μεθόδους και το 26% δεν κάνει τίποτε για τους πόνους του που είναι στατιστικά σημαντικό. (διάγραμμα (14)).

Στη συνέχεια στο διάγραμμα (15) που αφορά την κατηγορία της ερώτησης «που απευθύνονται όταν πονάνε» φαίνεται ότι το 48% απευθύνεται στον αγροτικό γιατρό που επίσης είναι στατιστικά σημαντικό και προς σχολιασμό. Το 11% και το 27% απευθύνεται στο Κέντρο Υγείας και στο νοσοκομείο αντίστοιχα.

Στην ερώτηση «αν γνωρίζουν τι είναι το Ιατρείο Πόνου» στο διάγραμμα (16) μόνο το 13% του δείγματος το έχει ακούσει, το 87% δεν το γνωρίζει που είναι στατιστικά σημαντικό εύρημα.

Οι βαθμολογίες στην μέτρηση του πόνου στην SF- MCGILL σε ότι αφορά την κλίμακα PPI (present pain intensity) στο διάγραμμα (17) το 67% σύνολο πάσχει από ήπιο 37%, ενοχλητικό 30% αντίστοιχα, και 24% περίπου στο σύνολο από οδυνηρό, φρικτό και αφόρητο. Υπάρχει και ένα 9% του δείγματος που δεν πονάει καθόλου.

Στην οπτική αναλογική κλίμακα VAS-PPI με 1 έως 10 τιμές τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με την PPI, όπως φαίνεται στο διάγραμμα (18) με το 29% να του δείγματος να έχει ήπιο πόνο, το 52% μέτριο και το 19% δυνατό πόνο.

3.2 Συσχέτιση της PPI με ανεξάρτητες μεταβλητές

Στην παλινδρόμηση της διάστασης PPI του GR-SFMPQ με την ηλικία φαίνεται, όπως προκύπτει από το διάγραμμα (19) ότι το 20% του δείγματος στην ηλικία των 65-75 βιώνει πόνο έντασης κατά PPI 1 και 2 (ήπιος και ενοχλητικός) αντίστοιχα, ελαττώνεται στο 12% για τον (οδυνηρό) πόνο. Για την ηλικία 75-85 υπάρχει μια βαθμιαία ελάττωση του ποσοστού του πλήθους με την αύξηση της έντασης του πόνου. Πιο αναλυτικά στον (ήπιο) πόνο 15%, (ενοχλητικό) 9%, (οδυνηρό) 5%. Η ένταση του πόνου (PPI) ελαττώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Στην συσχέτιση της διάστασης PPI με το φύλο προκύπτει ότι οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερης έντασης πόνο απ' ότι οι άνδρες από τα ποσοστά του διαγράμματος (20) Έτσι ενώ ο (καθόλου πόνος) το ποσοστό είναι 4% και για τα δύο φύλα ο (ήπιος πόνος) 17% για τους άνδρες και 20% για τις γυναίκες, ο (ενοχλητικός πόνος) 13% Α και 17% Θ, ο (οδυνηρός) 5% Α, 13% Θ και ο (αφόρητος, φρικτός) 5% και 1% μόνο οι γυναίκες.

Στη συσχέτιση PPI και φροντίδα όπως φαίνεται από το διάγραμμα (21) στην κατηγορία (μόνος) το ποσοστό των ατόμων βαθμιαία αυξάνει όσο αυξάνει η ένταση του πόνου. (PPI (0) 0%, PPI (1) 3%, PPI (2) 5%, PPI (3) 7%, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται για την κατηγορία (σύζυγος) όπως PPI (1) 29% PPI (2) 20%, PPI (3) 9% , PPI (4) 4%.

Τέλος στη συσχέτιση PPI και συμμετοχή στο ΚΑΠΗ τα ποσοστά που προκύπτουν, όπως φαίνεται στο διάγραμμα (22), δεν φαίνονται να συσχετίζονται με την ένταση του πόνου. Αυτά είναι 18% για ένταση πόνου (ήπια) και για τις δύο κατηγορίες, 21% για αυτούς που συμμετέχουν και 9% για αυτούς που δεν συμμετέχουν στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ για ένταση πόνου (ενοχλητική), και 13% για τους συμμετέχοντες και 5% για αυτούς που δεν συμμετέχουν για ένταση πόνου (οδυνηρή).

3.3 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής ανάλυσης των ερωτήσεων «δημιουργικότητας»

Τα αποτελέσματα που ακολουθούν έχουν καθαρά χαρακτήρα ποιοτικής και όχι ποσοτικής ανάλυσης, καθώς σκοπός δεν ήταν η στατιστικού τύπου επεξεργασία σε προκαθορισμένα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για το δείγμα, αλλά η διερεύνηση του βαθμού αντίληψης του πόνου και αλληλεπίδρασης πόνου και δημιουργικότητας.

Στον πίνακα φαίνεται το ποσοστό των απαντήσεων του δείγματος στην κατηγορία της ερώτησης «πόνος και παρομοίωση». Είναι αρκετά υψηλό το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους το βίωμα δεν οδηγεί σε εικόνα ($18+4=22\%$), σχεδόν ο ένας στους τέσσερις. Ενδιαφέρον επίσης είναι ότι η πλειοψηφία των εικόνων είναι παρμένες από τη φύση. Η αναλογία μεταξύ της «έντονης» (παρμένη από τη φύση, τη ζωή, αντικείμενα) και «ήπιας» (από τη φύση συχνά και με ελπίδα) δύναμης εικόνας είναι σχετικά μοιρασμένη (32%, 41% αντίστοιχα) ενώ η εικόνα αργής διαδικασίας αρκετά χαμηλότερα 4%.

Στην κατηγορία ερώτησης «πόνος και ανακούφιση» ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος «ενεργοποιεί σε δράση τον εαυτό του» μια και ο πόνος «ακινητοποιεί» και η «κίνηση» ειδικά η αυτενέργεια ανακουφίζει το 27%. Το 41% (φύση, πνευματικότητα) έχει ανάγκη «να ανατρέξει σε κάτι μεγαλύτερο από τον ίδιο, πέρα από αυτόν» για ανακούφιση. Τέλος «η ενεργή κοινωνικότητα» και «η ανθρώπινη επαφή» μοιάζει να φέρνει ανακούφιση σε 14%, ένα επίσης σημαντικό ποσοστό.

Στην κατηγορία της ερώτησης «πόνος και τραγούδι» τα πράγματα μοιάζουν αρκετά μοιρασμένα. Το 33% δεν απαντάει, το 30% και 37% εκφράζει το βίωμα του πόνου μέσα από τραγούδια με «αρνητικά» και «θετικά» συναισθήματα.

Στην κατηγορία της ερώτησης «πόνος και χρώμα» στον πίνακα της σελίδας το 47% παρομοιάζουν το βίωμα τους ως κάτι που έχει «ενεργητικό ποιοτικό χαρακτήρα, ενώ ένα 26% ως κάτι που έχει «δεκτικό ποιοτικό χαρακτήρα και το υπόλοιπο 27% (μαζί και το «δεν απαντώ») βιώνουν κάτι που έχει έλλειψη οποιασδήποτε ποιότητας φωτός.

Τέλος στην κατηγορία της ερώτησης «πόνος και παραμύθι» το 33% δεν απαντάει, το 64% αποζητάει το «ευχάριστο» ως προς την πλοκή ή το αποτέλεσμα και μόνο ένα 3% συσχετίζει το βίωμα του με «δυσάρεστο» παραμύθι. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κανείς ότι υπάρχουν 13 άνθρωποι που απάντησαν σε δύο, μία ή και καμία ερώτηση δεν είναι λίγοι αν σκεφτεί κανείς ότι αποτελούν το 17% του δείγματος.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Περίληψη κύριων ευρημάτων.

Το ερωτηματολόγιο είχε σκοπό να διερευνήσει την αντίληψη του πόνου των ηλικιωμένων στο συγκεκριμένο δείγμα των 78 ατόμων που ανήκουν στο Κεντρο Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων και το βαθμό ενημέρωσης τους για τις δυνατότητες που έχουν στην αντιμετώπιση του. Έτσι σε συμφωνία με την διεθνή βιβλιογραφία το βίωμα του πόνου στους ηλικιωμένους, όπως προκύπτει από τις παραμέτρους της κλίμακας του McGill, VAS και PPI έχει «μέτρια ένταση» στο 67% του δείγματος και εντοπίζεται συχνότερα στο μυοσκελετικό σύστημα με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και το κάτω άκρο να υπερέχουν σε συχνότητα. Στους ηλικιωμένους ο πόνος είναι το συχνότερο αναφερόμενο σύμπτωμα με συχνότητα 73% (Brody and Kleban 1983). Τείνει να είναι συνεχής, μεσαίας έως σοβαρής έντασης, είναι πολυπαραγοντικός, πολυεστιακός και χρόνιος. (Brattberg et al 1996). Η οσφυαλγία αποτελεί το συνηθέστερο περιοχικό μυοσκελετικό σύνδρομο πόνου. Ο επιπολασμός της κατάστασης αυτής με διάρκεια συμπτωμάτων ένα μήνα κυμαίνεται στο 20% (Croft and Rigby 1994) με 40% (Papageorgiou et al. 1995).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε ότι αφορά τα φάρμακα που χρησιμοποιούν για την ανακούφιση του μέτριου- επίμονου πόνου τους είναι τα κλασικά αναλγητικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και παρακεταμόλη, που με κάποια επιφύλαξη θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο πόνος τους αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σχολιασθεί το αποτέλεσμα που προκύπτει από την ερώτηση «που απευθύνονται όταν πονάνε» με το μισό δείγμα να απαντάει στον «αγροτικό γιατρό». Είναι στατιστικά σημαντικό ότι δεν υπάρχει πρόσβαση ή ενημέρωση στην εξειδικευμένη αντιμετώπιση του πόνου. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τους λόγους που δεν υπάρχει η πρόσβαση και η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των θεραπειών της πρωτοβάθμιας φροντίδας (αγροτικό ιατρείο).

Στην ερώτηση για το «αν γνωρίζουν το ιατρείο πόνου» μόνο 2 στους 10 το «είχαν ακούσει» επιβεβαιώνει την άγνοια της ύπαρξης θεραπειών υγείας που ασχολούνται με αυτό, την έλλειψη ενημέρωσης και την αναγκαιότητα εδραίωσης και επάνδρωσης πολυδύναμων κέντρων αντιμετώπισης του πόνου σαν ολότητα.

Τέλος στο κομμάτι του ερωτηματολογίου που αφορά την ένταξη και την συμμετοχή στο Κ.Α.Π.Η που σαν στόχο αποσκοπεί στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα» (Σταθόπουλος 1996), τα αποτελέσματα δείχνουν πόσο σημαντική είναι η κοινωνική δικτύωση ή αλλιώς η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με μελέτες στο θέμα επηρεάζει κατά πολλούς τρόπους την υγεία και την ευεξία τους, δεδομένου ότι οι κοινωνικές σχέσεις συγκαταλέγονται

στις πλέον βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Lubben 1998). Σύμφωνα με ανασκόπηση του Rubinstein και συν. (1994), η κοινωνική δικτύωση (το «σχετίζεσθαι») αναδεικνύεται ως απαραίτητο στοιχείο για την υγεία και την ευημερούσα μακροβιότητα. Από τις απαντήσεις του δείγματος το 63% συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ και σύνολο το 68% αισθάνεται θετικά που ανήκει σε αυτή τη δομή.

4.2 Συζήτηση ευρημάτων από συσχέτιση της έντασης πόνου (PPI) με ανεξάρτητες μεταβλητές

Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία είναι τα αποτελέσματα της έντασης του πόνου σε συσχέτιση με την ηλικία και το φύλο. Ο πόνος ελαττώνεται σε ένταση με την αύξηση της ηλικίας και τον βιώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες. Ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις γυναίκες απ ότι στους άνδρες και αυξάνει με την ηλικία μέχρι την έβδομη δεκαετία πέρα από την οποία μειώνεται. (Parageorgiou et al. 1995). Παρατηρώντας το διάγραμμα (19) πόνος και ηλικία η ένταση του πόνου (PPI), έχει μεγαλύτερα ποσοστά στην ηλικία των 65-75 ετών , ενώ βαθμιαία ελαττώνεται πέρα από τα 75 έτη.

Σε ότι αφορά την συσχέτιση της έντασης του πόνου (PPI) με το ποιος τους φροντίζει, με ποιον συγκατοικούν προκύπτει ένα εύρημα στατιστικά σημαντικό. Στα άτομα του δείγματος που μένουν μόνα (χρηρεία) το ποσοστό του δείγματος αυξάνει με την αύξηση της έντασης του πόνου, ενώ ελαττώνεται σ αυτούς που είναι με τους συζύγους. Συμπερασματικά προκύπτει ότι είναι πολύ σημαντική η συντροφικότητα και η κοινωνική επαφή για την ποιότητα ζωής και την ευημερία των ηλικιωμένων. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν ενδείξεις ότι η κοινωνική δικτύωση ή αλλιώς η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων επηρεάζει κατά πολλούς τρόπους την υγεία και την ευεξία τους, δεδομένου ότι οι κοινωνικές σχέσεις συγκαταλέγονται στις πλέον βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Lubben 1998).

Σύμφωνα με ανασκόπηση του Rubinstein και συν. (1994), η κοινωνική δικτύωση (το «σχετίζεσθαι») αναδεικνύεται ως απαραίτητο στοιχείο για την υγεία και την ευημερούσα μακροβιότητα.

Παρά τις δυσκολίες ορισμού της έννοιας «κοινωνικής υποστήριξης», οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι αυτή αποτελείται από δύο κυρίως παραμέτρους (Lubben and Giroda 2004). Η πρώτη είναι το σύνολο των ατόμων (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) που αποτελούν τον κοινωνικό περίγυρο και συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης.

4.3 Συζήτηση των ευρημάτων της ποιοτικής ανάλυσης «πόνος και δημιουργικότητα».

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ερωτήσεων δημιουργικότητας προέκυψαν αρκετές αλήθειες που ίσως να διαφεύγουν της προσοχής των επαγγελματιών υγείας. Στην ερώτηση « πόνος και παρομοίωση» η πλειοψηφία των ηλικιωμένων χρησιμοποίησε εικόνες από τη φύση για να περιγράψει το βίωμα του πόνου. Ίσως επειδή η φύση τα «χωράει» όλα, κι έτσι έχει και ενταγμένα κομμάτια που μοιάζουν με τα βιώματα υγείας του ανθρώπου, ενώ το μυαλό μας και οι ειδικοί υγείας συχνά τα κατηγοριοποιούν ως «υγεία & αρρώστια». (π.χ. μια καταιγίδα δεν είναι «αρρωστημένη φάση» της φύσης, ούτε μια αστραπή ή φουρτουνιασμένη θάλασσα είναι απλά διαφορετικές ποιοτικά εκφράσεις των σχέσεων μεταξύ των στοιχείων της φύσης).

Η αναλογία μεταξύ της «έντονης» και «ήπιας» δύναμης εικόνας είναι σχετικά μοιρασμένη – και ίσως θα μπορούσε να πει κανείς ότι υπάρχει μια διαβάθμιση εδώ > από «ήπια εικόνα, συχνά με ελπίδα» προς «εικόνα αργής διαδικασίας» ως «έντονη εικόνα».

Στην ερώτηση «Πόνος και ανακούφιση» είναι εύρημα ότι υπάρχουν πράγματα που μπορούν να αξιοποιηθούν για την ανακούφιση του πόνου. Πάλι εξαιρώντας την κατηγορία «κενό ή τίποτα» γιατί απαιτεί περαιτέρω έρευνα για να κατανοηθεί, σχετικά μοιρασμένες σε συχνότητα χρήσης είναι οι κατηγορίες των απαντήσεων.

«ενεργοποιώ σε δράση τον εαυτό μου» θα έλεγε κανείς ότι ο πόνος «ακινητοποιεί», και μοιάζει η «κίνηση», ειδικά η αυτενέργεια να φέρνει ανακούφιση σε 27% (σχεδόν το ένα τρίτο).

«να ανατρέξω σε κάτι μεγαλύτερο από μένα, πέρα από μένα, ένα σύνολο όπου είμαι ενταγμένος» (φύση, πνευματικότητα) μοιάζει επίσης να φέρνει ανακούφιση στο 41% (σχεδόν τους μισό του δείγματος).

«η ενεργή κοινωνικότητα» και η «ανθρώπινη επαφή» μοιάζει να φέρνει ανακούφιση σε 14%, ένα επίσης σημαντικό ποσοστό.

Μέσα από τις απαντήσεις στην ερώτηση «πόνος και ανακούφιση» διαπιστώνεται ότι ο άνθρωπος από το μέσα του διαθέτει μηχανισμούς ανακούφισης του πόνου και απευθύνεται σε αυτούς αυθόρμητα. Προκύπτει η αξία να αναδείξουμε πόσο έχουμε μεθόδους εναλλακτικής ανακούφισης πόνου που όμως δεν στηρίζομαστε να τους δίνουμε

την σημασία που χρειάζεται Είναι σημαντικό όσοι πονούν να είναι ενήμεροι ότι «κατέχουν» εργαλεία εξίσου δυνατά όσο τα «φάρμακα» για την αντιμετώπιση του πόνου.

Στην ερώτηση τι κάνετε για να αντιμετωπίσετε τον πόνο σας, το 7% αναφέρει ότι χρησιμοποιεί εναλλακτικές θεραπείες., ενώ στη ποιοτική ανάλυση φαίνεται να χρησιμοποιούν 81% χωρίς όμως να είναι ενήμεροι.

Στην ερώτηση «πόνος και τραγούδι» τα δεδομένα μοιάζουν αρκετά μοιρασμένα, έχει μεγάλο ενδιαφέρον ότι και τα πιο «αρνητικά» και τα πιο «θετικά» συναισθήματα που εκφράζονται μέσα από τραγούδια αγκαλιάζουν το βίωμα του πόνου. Ίσως θα περίμενε κανείς τα συναισθήματα να είναι μόνο «αρνητικά», όμως οι απαντήσεις εκπλήσσουν! Αξίζει να σχολιασθεί ότι στην ερώτηση αυτή οι περισσότεροι σιγοτραγουδούσαν το τραγούδι ή το σκοπό που επιλέγανε και η έκφραση τους άλλοτε ήταν γαλήνια κι άλλοτε σκιαζόταν από πόνο.

Κι εδώ πάλι, θα άξιζε περισσότερη έρευνα μελλοντικά για να κατανοήσει κανείς καλύτερα την συμπλοκότητα των συναισθημάτων που συνοδεύουν τον πόνο.

Στην ερώτηση « πόνος και χρώμα» : Παρατήρηθηκε ότι οι περισσότεροι που απάντησαν το «κόκκινο» τους έβγαине αυθόρμητα η απάντηση χωρίς δισταγμό και σκέψη σαν να το θεωρούσαν αυτονόητο πως ο πόνος έχει να κάνει με το «κόκκινο». Αντίθετα τα υπόλοιπα χρώματα «πράσινο», «κίτρινο», «λευκό», «μπλε», θέλανε το χρόνο τους για να δώσουν μία εξήγηση γιατί το επέλεγον. Τις περισσότερες φορές χωρίς να ρωτηθούν. Τα χρώματα αυτά τους χαλαρώνουν, γαληνεύουν, δίνουν ελπίδα και φως, θάρρος να συνεχίσουν. Το «μαύρο» δόθηκε σαν απάντηση από ανθρώπους που είτε πονούν πολύ, είτε τους έχει πάρει από κάτω, είτε δύσκολοι στην προσέγγιση και επικοινωνία. Έχει μεγάλο ενδιαφέρον κι εδώ η ΠΟΙΚΙΛΙΑ που εκφράζεται, το γεγονός ότι δεν είναι όλα «άσπρο-μαύρο» (2 αντίθετες κατηγορίες) αλλά αντιθέτως, ο άνθρωπος βιώνει πολλές διαφορετικές χροιές (άρα υπάρχει πολύ ατομική έκφραση και υποκειμενικότητα στο ΠΩΣ βιώνουμε την υγεία μας ο καθένας) στη διαφορά είναι ο πλούτος, κι ο εξελισσόμενος χαρακτήρας του καθενός μας – ως «σωματο-ψυχο-κοινωνικό» ον. .

Στην ερώτηση «πόνος και παραμύθι» το «εύρημα» είναι αρκετά ξεκάθαρο, ακόμα και εντυπωσιακό ένα πολύ μικρό ποσοστό των ανθρώπων (3%) συσχετίζει το βίωμά του με «δυσάρεστο παραμύθι». Επομένως ο άνθρωπος όσο και αν πονάει ελπίζει για την ανακούφιση του.

Τέλος είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κανείς ότι υπάρχουν 13 άνθρωποι που απάντησαν σε δύο, μία ή και καμία ερώτηση δεν είναι λίγοι αν σκεφτεί κανείς ότι αποτελούν το 17% του δείγματος.

Προβληματιζόμαστε για το «τι ακριβώς» τους οδήγησε σ' αυτό ίσως η ατμόσφαιρα που ένιωθαν, ίσως χρειάζοντουσαν περισσότερο χρόνο, ίσως μια άσκηση έμμεση, κι όχι η απευθείας απάντηση σε κάποιον που τον νιώθουν να ρωτά. Ίσως ο χώρος. Η κατηγορία αυτή δείχνει πως απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την προσέγγιση και την ανάπτυξη κατάλληλης μεθοδολογίας για να προσεγγίσει κανείς τα βιώματα του πόνου.

Συμπερασματικά ο πόνος στους ηλικιωμένους είναι υπαρκτός και θα έπρεπε να εξεταστεί όχι μόνο σαν σύμπτωμα οργάνου που νοσεί, αλλά σαν σύνολο με όλες τις ιδιαιτερότητες της ηλικίας. Απαιτείται ενημέρωση για τις δυνατότητες ανακούφισης του πόνου φαρμακολογικές και συμπληρωματικές και υποστήριξη μέσα από δομές που καλλιεργούν την ευρηματικότητα τους και διατηρούν την ποιότητα ζωής τους. Είναι αναγκαία η εξειδίκευση και εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας για την ολοκληρωμένη φροντίδα αυτών που βιώνουν πόνο. Τέλος για την επικύρωση των αποτελεσμάτων θα ήταν χρήσιμη η επανάληψη της διαδικασίας με σαφώς μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. American Geriatrics society Panel on persistent Pain in older Persons. Clinical practice guidelines: the management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-S224.
2. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localization Clin J Pain 1993; 9(3); 174-182.
3. Balducci L. Management of cancer pain in geriatric patients. J Support Oncol 2003; 1(3):175-191.
4. Bergman S, Herrstrom P, Hogström K et al. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates and sociodemographic associations in a Swedish population study. J Rheumatol 2001; 28(6): 1369-1377.
5. Bratberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. Pain 1996; 67(1): 29-34.
6. Brescia FJ, Portenoy RK, Ryan M, Krassnoff L, Gray G. Pain, opioid use, and survival in hospitalized patients with advanced cancer. J Clin Oncol 1992; 10(1): 149-155.
7. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the study of pain. Pain 1999; 82(3):263-274
8. Chen J, Devine A, Dick IM, Dhaliwal SS, Prince RL. Prevalence of lower extremity pain and its association with functionality and quality of life in elderly women in Australia. J Rheumatol 2003; 30(12):2689-2693.
9. Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, et al. How common is hip pain among older adults? Results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. J Fam Pract 2002; 51(4); 345-348.

10. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23:129-138.
11. Coari G, Paoletti F, Iagnocco A. Shoulder involvement in rheumatic diseases. *Sonographics findings. L Rheumatol* 1999; 26(3):668-673.
12. Croft PR, Rigby AS. Socioeconomic influences on back problems in the community in Britain. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48:166-170.
13. Croft PR, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman AJ. The prevalence of chronic widespread pain in general population. *J Rheumatol* 1993; 20(40): 710-713.
14. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984; 18:299-314.
15. Curless R, French J, Williams GV, James OF, Comparison of gastrointestinal maymptoms in colorectal carcinoma patients and community controls with respect to age. *Gut* 1994; 35(9): 1267-1270.
16. Duggleby W, Lander J. Cognitive status and postoperative pain in older adults. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9:19-27.
17. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(4):409-414.
18. Ferrell BA, Stein W, Beck JC. The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. *J Am Geriatr Soc* 200; 48:1669-1673.
19. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain- associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13(2) ;116-137.
20. Gagliesse L, Melzack R. Age differences in the quality of chronic pain: a preliminary study. *Pain Res Manag* 1997; 2(3):157-162.

21. Gagliesse L, Katz J. Age difference in postoperative pain are scale dependent: a comparison of measures of pain intensity and quality in younger and older surgical patients. *Pain* 2003; 102(1-2):11-20.
22. Gagliesse L, Melzack R. Age differences in the response to the formalin test in rats. *Neurobiol Aging* 1999; 20(6):699-707.
23. Gagliesse L, Melzack R. Age differences in nociception and pain behaviours in the rat. *Neurosci biobehav Rev* 2000; 24(8):843-854.
24. Galer BS, Jensen MP, Development and preliminary validation of a pain measure specific to neuropathic pain: the neuropathic pain scale. *Neurology* 1997; 48:332-338.
25. Gibson SJ, Farrel M . A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clin J Pain* 2004;20(4): 227-239.
26. Grafton KV, Foster NE, Wright CC,. Test-retest reliability of the short –Form Mc Gill Pain Questionnaire. Assessment of intraclass correlation coefficients and limits of agreement in patient with osteoarthritis. *Clin J Pain* 2005; 21(1):73-82.
27. Gibson SJ, Helme RD. Age related differences in pain perception and report. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3):433-456.
28. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001; 92(1-2):195-200.
29. Glass, TA, Mendes de Leon CF, Seeman TE, Berkman LF, Beyond single indicators of social networks: a LISPREL analysis of social ties among the elderly. *Soc Sci Med* 1997, 44:1503-17.
30. Helfand AE. Foot problems in older patients: a focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. *J Am Podiatr Med Assoc* 2004;94(3):293-304.

31. Helme RD, Gibson SJ. Methodologic factors which contribute to variations in experimental pain threshold reported for older people. *Neurosc Lett* 2004; 6,361(1-3):144-146.
32. Helme RD, Katz B, Gibson SJ. Et al. Multidisciplinary pain clinics for older people: do they have a role? *Clin Geriatr Med* 1996; 12 :563-599.
33. Herr K, Garrand L. Assessment and measurement of pain in older adults. Ferrel B (Ed). *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3):457-478.
34. Holmen, K and Furukawa, H, Loneliness, health, and social network among elderly people – a follow up study. *Actives of gerontology and geriatrics* 2002. 35(3):261-174.
35. Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, Dworkin RH, Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. *Neurology* 2004; 62(9):1545-1551.
36. Katz J. Pain begets pain; predictors of long-term phantom limb pain and post-thoracotomy pain. *Pain Forum* 1997; 6:140-144.
37. Kaasalainen S, Crook J. A comparison of pain assessment tools for use with elderly long-term-care residents. *Clin J nurse Res* 2003;35(4):58-71.
38. Karamouzis MB, Orfanos G, Lainakis G, et al. Εκτίμηση του επιπέδου κοινωνικής υποστήριξης σε τυχαίο δείγμα ασθενών με καρκίνο. *Hellenic Oncology* 2003, 39;239-271.
39. Keller S, Bann CM, Dodd SL, et al. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain* 2004;20(5):309-315.
40. Krause SJ, Backonja M. Development of a neuropathic pain questionnaire. *Clin J Pain* 2003;19:306-314.
41. Leveille SG, Guralnik JM, Ferrucci L, et al. Foot pain and disability in older women. *Am J Epidemiol* 1998; 148(7): 657-665.

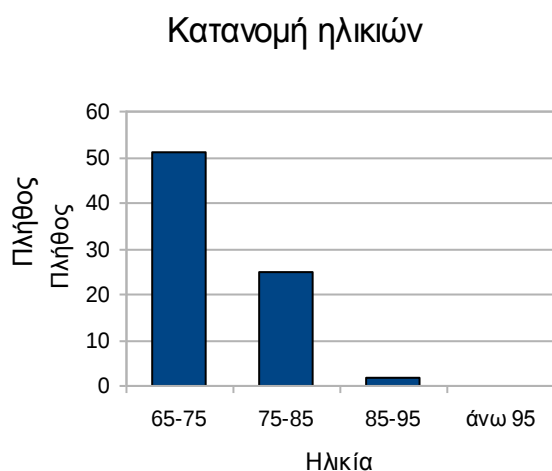
42. Lubben, J.E. Assessing social networks among elderly populations. *Family and community health* 1988, 11(3):42-52.
43. Lubben J and Gironde M. Measuring social network and assessing their benefit. In: Phillipson C, Allan G, Morgan D, editors. *Social networks and social exclusion. Sociological and policy perspective*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd 2004: p.20-34.
44. Luggen AS. Chronic pain in older adults: a quality of life issue. *J Gerontol Nurs* 1998; 24:48-54.
45. McMillan SC. The relationship between age and intensity of cancer-related symptoms. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16(2):237-241.
46. Melzack R. The McGill pain questionnaire; major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-299.
47. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 1987; 30:191-197.
48. Mobily PR, Herr KA, Clark MK, Wallace RB. An epidemiologic analysis of pain in the elderly. *J Aging Health* 1994; 6:139-154.
49. Clinical anesthesiology Morgan.
50. Oberle K, Paul P, Wry J, Pain, anxiety and analgesics: a comparative study of elderly and younger surgical patients. *Can J Ageing* 1990; 9:13.
51. Olofsson Y, Book C, Jacobsson LT. Shoulder joint involvement in patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis. Prevalence and associations. *Scand J Rheumatol* 2003; 32(1):25-32.
52. O Connor M. Pain management: improving documentation of assessment and intensity. *J Healthc Qual* 2003; 25(1):17-21.

53. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MIV, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the south Manchester Back Pain Survey. *Spine* 1995; 20(17):1889-1894.
54. Papageorgiou AC, Croft PR, Thomas E, et al. Psychosocial risks for low back pain: are these related to work? *Ann Rheum Dis* 1998; 57(8):500-502.
55. Papageorgiou AC, Silman AJ, Macfarlane GJ. Chronic widespread pain in the population: a seven year follow up study. *Ann Rheum Dis* 2002; 61(12):1071-1074.
56. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC (3)-study. *Pain* 2003; 102(1-2):167-178.
57. Raja SN, Meyer RA, Ringkamp M, et al. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: Melzack R, Walls PD (Eds). *Textbook of pain* 4th ed. London: Churchill Livingstone, 1999, pp 11-45.
58. Rubinstein R, Lubben JE and Mintzer EJ. Social location and social Support: An Applied Perspective. *The journal of applied Gerontology* 1994, 13(1):58-72.
59. Sauaia A, Min SJ, Leber C et al. postoperative management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(2):274-282.
60. Stathopoulos PA. Κοινωνική πρόνοια.. Μια γενική θεώρηση. Αθήνα 1996, σελ 311.
61. Tait RC, Chibnall J, Krause S. The pain Disability Index: psychometric properties. *Pain* 1990; 40:1171-182.
62. Thomas T, Robinson C, Chapman D, McKell M. Prediction and assessment of the severity of postoperative pain and satisfaction with management. *Pain* 1998; 75(2-3):177-185.

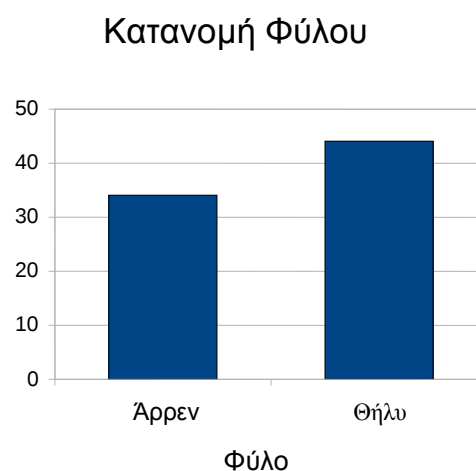
63. Thomas E, Silman AJ, Papageorgiou AC, Macfarlane GJ, Croft PR. Association between measures of spinal mobility and low back pain. An analysis of new attenders in primary care. *Spine* 1998; 23(3):343-347.
64. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project. *Pain* 2004; 110(1-2):361-368.
65. Urwin M, Symmons D, Allison T et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998; 57:649-655.
66. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77(3): 231-239.
67. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer* 2000; 8(3):175-179.
68. Weiner DK. Assessing persistent pain in older adults: practicalities and pitfalls. *Analgesia* 1999; 4: 377-395.
69. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38(1):19-28.
70. Yong HH, Bell R, Workman B, Gibson SJ. Psychometric properties of the pain Attitudes Questionnaire (revised) in adult patients with chronic pain. *Pain* 2003; 104:673-681.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (1)



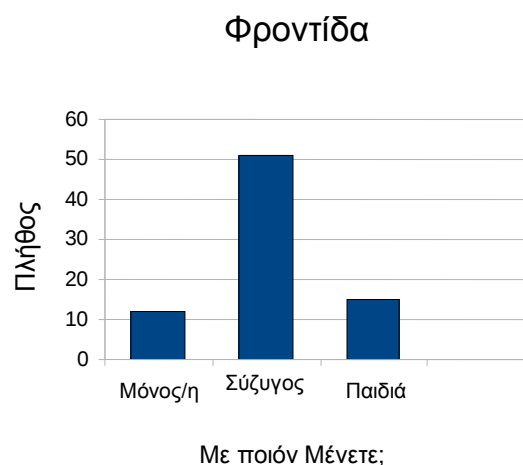
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (2)



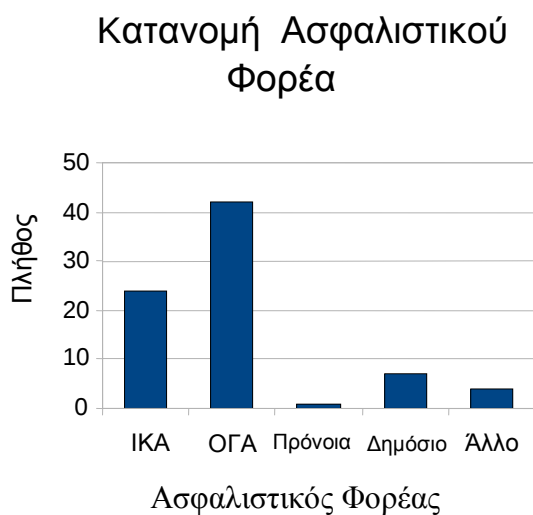
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (3)



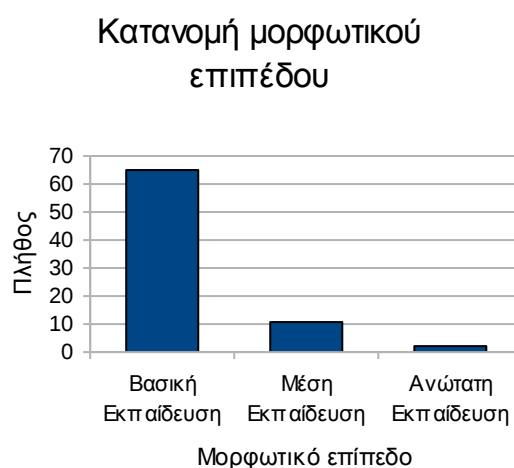
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (4)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (5)

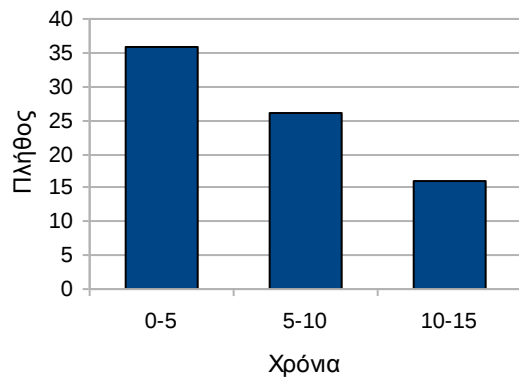


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (6)



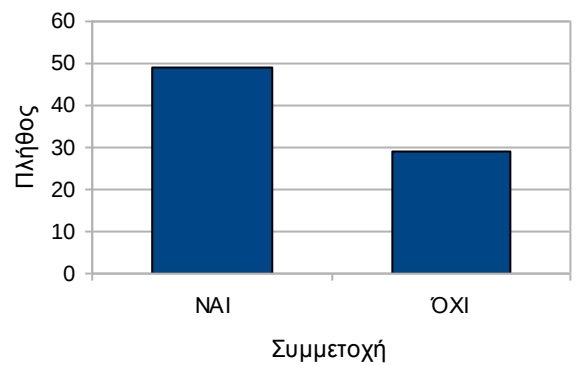
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (7)

Πόσα χρόνια είστε στο ΚΑΠΗ;



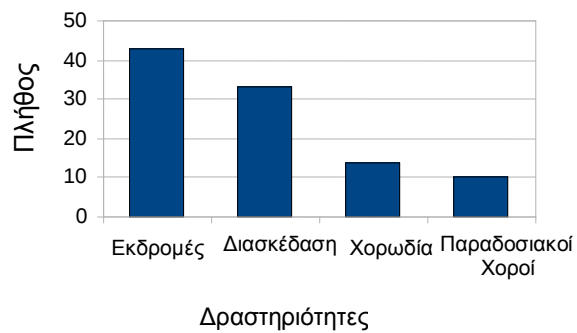
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (8)

Συμμετέχετε στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ;



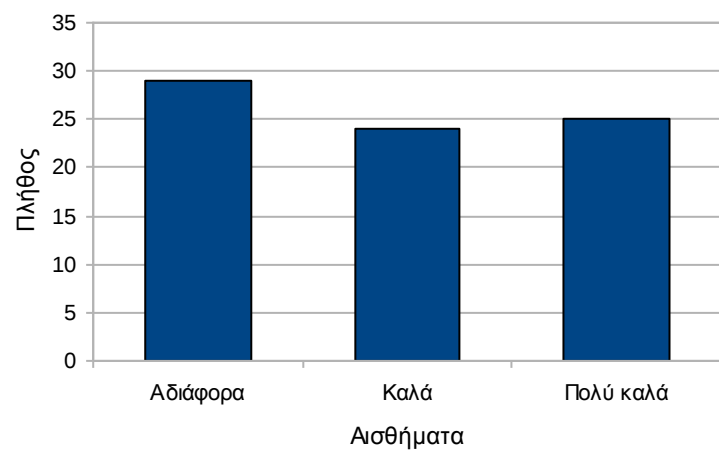
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (9)

Αν ΝΑΙ, σε ποιες από τις παρακάτω;



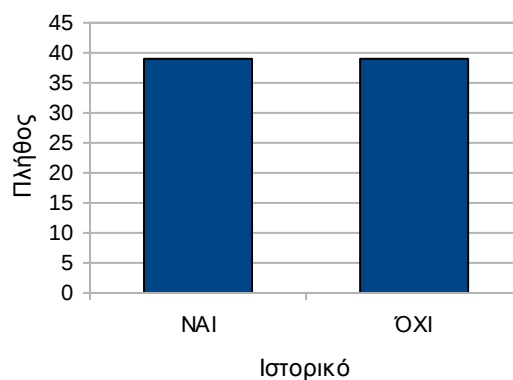
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (10)

Πώς αισθάνεστε που ανοίκετε στην ομάδα του ΚΑΠΗ;

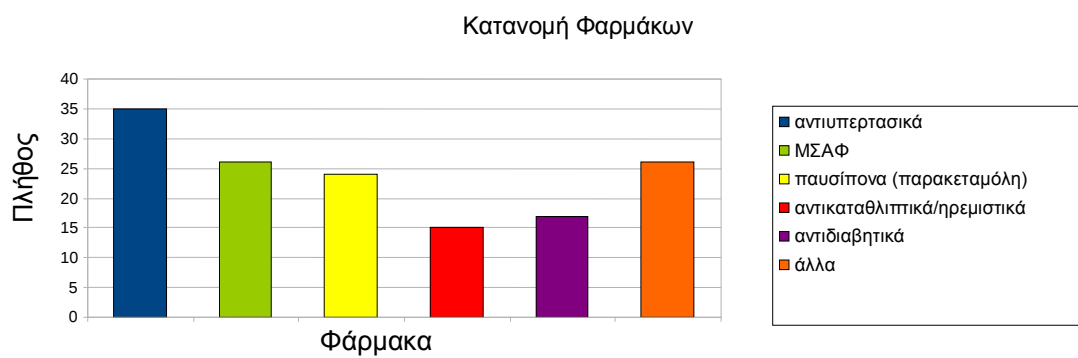


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (11)

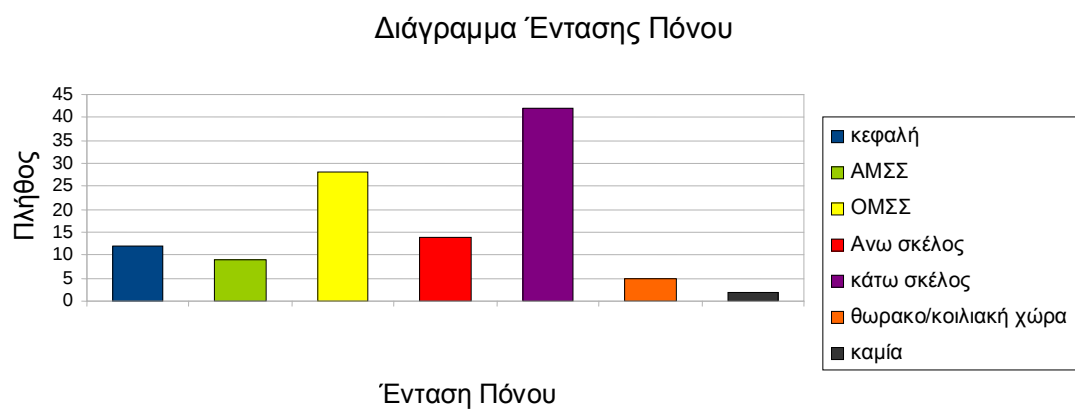
Χειρουργικό Ιστορικό



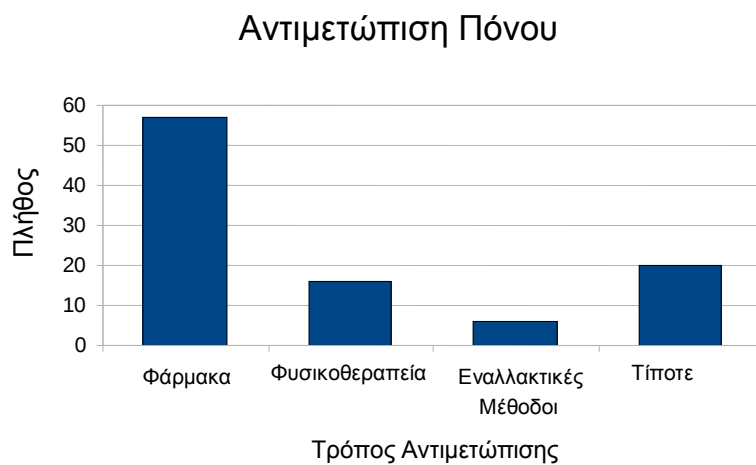
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (12)



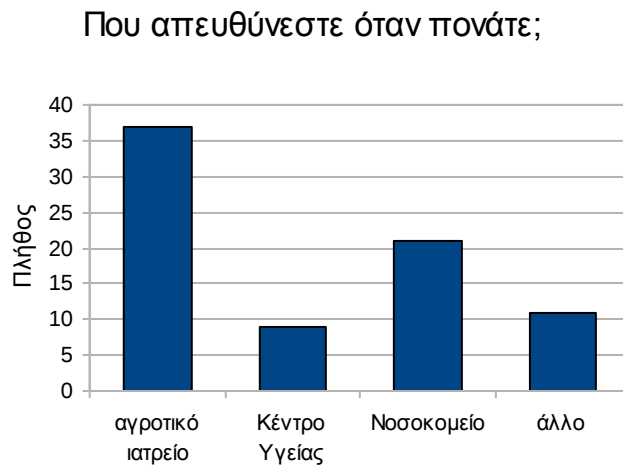
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (13)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (14)



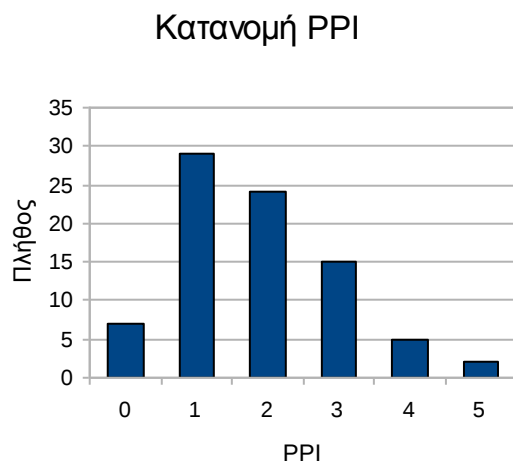
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (15)



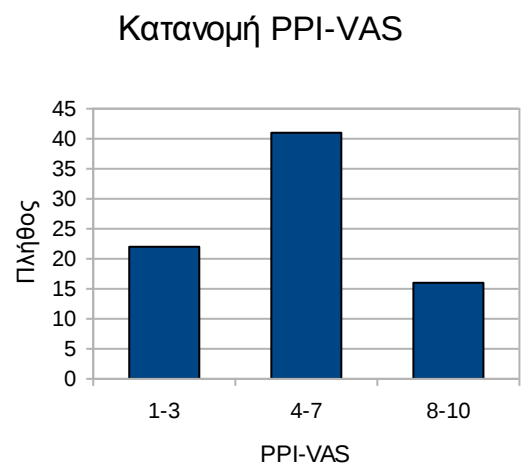
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (16)



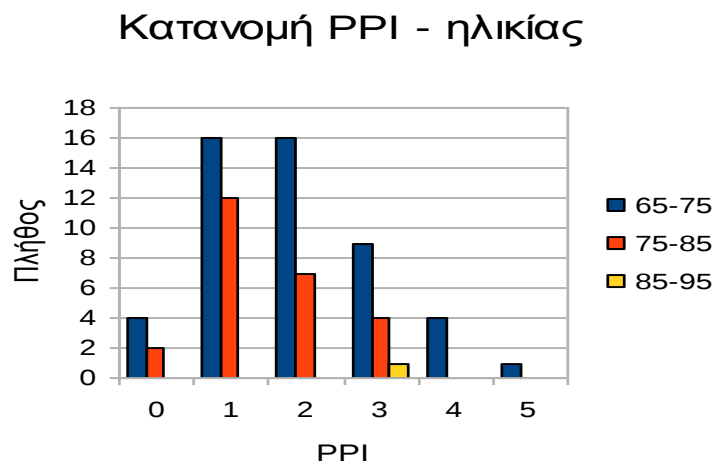
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (17)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (18)

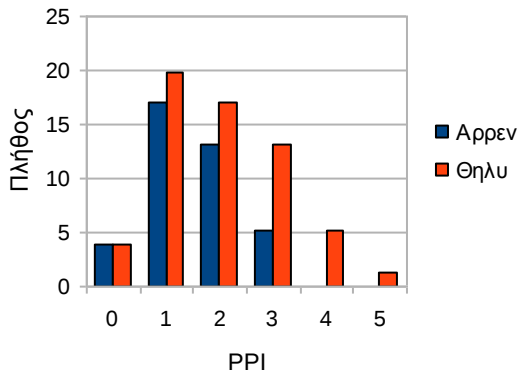


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (19)



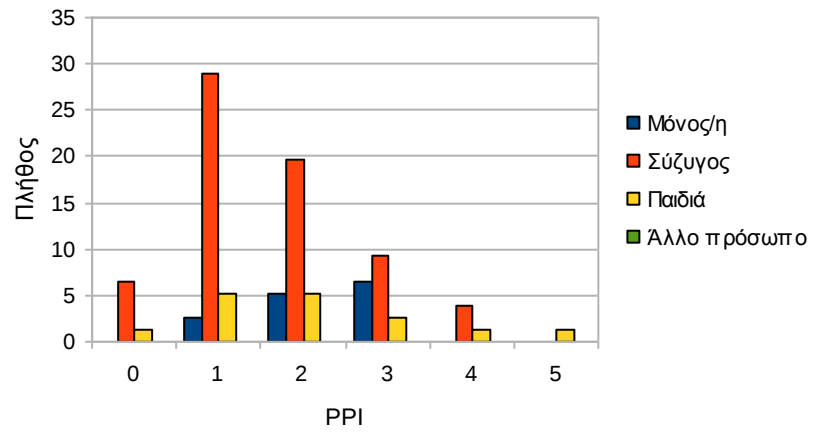
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (20)

Κατανομή PPI - Φύλου



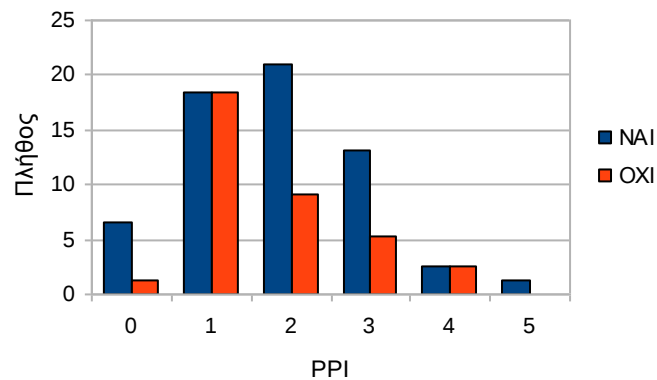
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (21)

Κατανομή PPI - Φροντίδα



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (22)

Κατανομή PPI - Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ



«ΠΟΝΟΣ & ΠΑΡΟΜΟΙΩΣΗ»

20. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
Κενό	14 (18%)
Το βίωμα δεν οδηγεί σε εικόνα	3 (4%)
Ήπια εικόνα (συχνά από τη φύση και συχνά με ελπίδα)	25 (32%)
Έντονη εικόνα (συχνά από τη φύση, τη ζωή ή αντικείμενα)	32 (41%)
Εικόνα αργής διαδικασίας (συχνά προς αποσύνθεση)	4 (5%)

«ΠΟΝΟΣ & ΣΚΕΨΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ»

21. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
Κενό ή τίποτα	15 (19%)
Η δημιουργία μιας εικόνας από τη φύση	15 (19%)
Ενεργοποίηση του εαυτού ή απασχόληση (ατομικά)	20 (27%)
Ανθρώπινη σχέση (ενεργή κοινωνικότητα)	11 (14%)
Χαλάρωση - επαφή με τον εαυτό – πνευματικότητα	17 (22%)

«ΠΟΝΟΣ & ΤΡΑΓΟΥΔΙ»

22. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
Κενό	26 (33%)
Πόνο – μοναξιά – καημό – αδικία – λύπη – αγανάκτηση – απογνώση	23 (30%)
Δύναμη – εμψύχωση – περηφάνια – γαλήνη – χαρά – ροή (ταξίδι)	29 (37%)

«ΠΟΝΟΣ & ΠΑΡΑΜΥΘΙ»

24. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
Κενό	26 (33%)
Ευχάριστο (ως προς την πλοκή ή το αποτέλεσμα του)	50 (64%)
Δυσάρεστο	3 (3%)

«ΠΟΝΟΣ & ΧΡΩΜΑ»

23. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ		ΠΟΣΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ
Κενό	13 (17%)	Έλλειψη φωτός	21 (27%)
Μαύρο	8 (10%)		
Κόκκινο (ενέργεια)	31 (40%)	Ενεργητικό χρώμα	37 (47%)
Κίτρινο (θέληση)	6 (7%)		
Πράσινο (συναίσθημα)	12 (16%)	Παθητικό χρώμα	20 (26%)
Μπλε (έκφραση)	3 (4%)		
Μοβ (διαίσθηση)	1 (1%)		
Λευκό (πνευματικότητα)	4 (5%)		

ΣΤΑΘΕΡΟΙ «ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ» (σε 3 και πάνω ερωτήσεις) - ΑΞΙΖΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΡΕΥΝΑ (ΠΟΙΟΤΙΚΗ)

ΑΡ.ΕΡΩΤ.	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
8	#1 – #4 (δεν έχει πόνο) – #33 – #47 – #48 – #49 – #50 – #78	δεν απάντησαν σε κανένα ερώτημα
2	#5 – #8	απάντησαν μόνο στο «χρώμα» (κόκκινο) και «παραμύθι» (ευχάριστο)
1	#46	απάντησε μόνο στο «τραγούδι» (κάτι χαρούμενο)
1	#65	απάντησε μόνο στο «τι ανακουφίζει» (προσεύχομαι) και χρώμα (λευκό)
1	#71	απάντησε μόνο στο «χρώμα» (κόκκινο)
13 (17%)		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει πόσο πονάει η τρίτη ηλικία τι κάνει γι' αυτό.

Ευχαριστώ για το χρόνο σας.

ΔΗΜΗΤΡΑ ΖΗΛΙΑΝΑΚΗ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Π.Μ.Σ. «Αντιμετώπιση του πόνου».

Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

1. Ονοματεπώνυμο

2. Ηλικία

65-75

75-85

85-95

άνω των 95

3. Φύλο

Α

Θ

4. Οικογενειακή κατάσταση

άγαμος/η έγγαμος/η διαζευγμένος/η χήρος/α παιδιά

5. Φροντίδα. Με ποιόν μένετε?

Μόνος/η

σύζυγος

παιδιά

άλλο πρόσωπο

6. Ασφαλιστικός φορέας

ΙΚΑ

ΟΓΑ

ΠΡΟΝΟΙΑ

ΔΗΜΟΣΙΟ

ΑΛΛΟ

7.Μορφωτικό επίπεδο

Βασική
εκπαίδευση

Μέση
εκπαίδευση

Ανώτατη
εκπαίδευση

8.πόσα χρόνια είστε στο ΚΑΠΗ?

0-5 έτη

5-10 έτη

10-15 έτη

9. Συμμετέχετε στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10. Αν ναι συμμετέχετε σε ποιες από τις παρακάτω?

Εκδρομές διασκέδαση χορωδία παραδοσιακοί χοροί

11. Πώς αισθάνεστε που ανήκετε στην ομάδα του ΚΑΠΗ?

Αδιάφορα

καλά

πολύ καλά

12.ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΓΕΝΙΚΑ

εύκολη κόπωση
αυπνία
εκδορές δέρματος

συχνά κρυολογήματα
κρύα άκρα/ανήσυχα άκρα
οιδήματα

ΠΕΠΤΙΚΟ

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ

ΣΔ

θυροειδοπάθεια

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΗ/ΠΡΟΣΩΠΟ/ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Διαταραχές όρασης	κώφωση
Απώλεια όρασης	απώλεια όσφρησης
Διπλωπία	δυσκαταποσία

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Δύσπνοια	βήχας
ΧΑΠ	παρόν
Πνευμονική εμβολή	χρόνιος
ΧΠΠ	αιμόπτυση

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

Στηθάγχη	αρρυθμίες
Ηρεμίας	BYPASS
Κόπωσης	ΑΥ
OEM	
Καρδιακή ανακοπή	

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Κατάθλιψη	άνοια
Κρίση άγχους	ψυχώσεις

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ

Αν υπάρχει ιστορικό	ΝΑΙ	ΟΧΙ
---------------------	-----	-----

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ

13.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

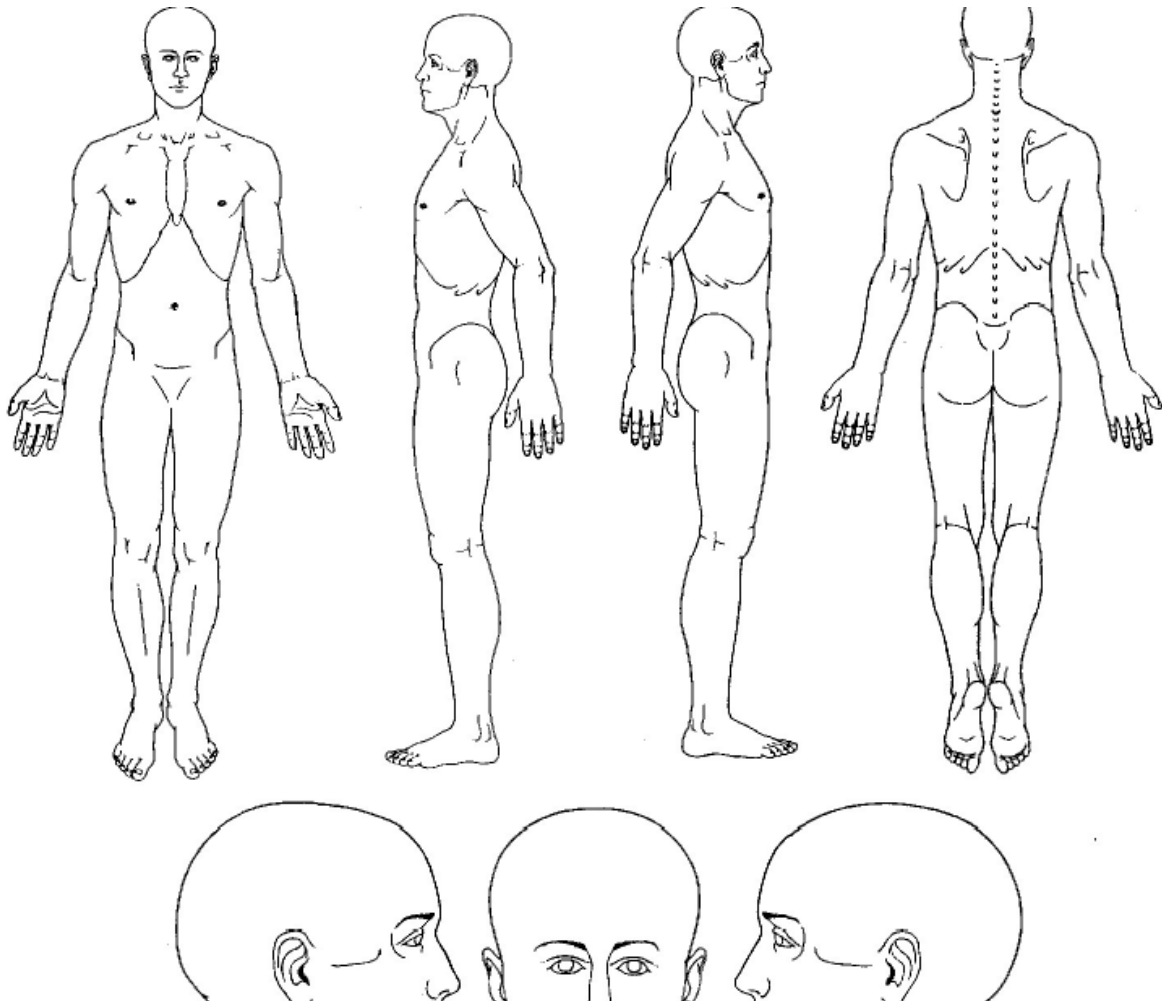
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

14.ΦΑΡΜΑΚΑ

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 3. | 6. |
| 2. | 4. | 7. |

15.ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΟΝΟΥ

Εντοπίστε που είναι ο πόνος που νιώθετε αυτή τη στιγμή.



1. Pain Rating Index (PRI)

Δείκτης μέτρησης μέσου πόνου.

Σημειώστε τη στήλη που αντιπροσωπεύει το βαθμό του είδους του πόνου που περιγράφεται. Σκεφτείτε όλους τους πόνους σας.

A	Κανένας Ήπιος Μέτριος			
Δυνατός				
Παλμικός-ρυθμικός	0	1	2	3
Σαν να περπατάει	0	1	2	3
Σαν μαχαιριά	0	1	2	3
Οξύς	0	1	2	3
Σαν κράμπα	0	1	2	3
Σαν να δαγκώνει	0	1	2	3
Καυστικός-ζεστός	0	1	2	3
Γενικός-διαρκής	0	1	2	3
Αίσθημα βάρους	0	1	2	3
Ευαίσθητος	0	1	2	3
Διαμελιστικός	0	1	2	3
B				
Κουραστικός	0	1	2	3
Αηδιαστικός	0	1	2	3
Τρομακτικός	0	1	2	3
Βασανιστικός-σκληρός	0	1	2	3

2. Present Pain Intensity (PPI)- Visual Analog Scale (VAS).

Ένταση Παροντικού πόνου (ΕΠΠ).

Κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην ένταση του πόνου σας.

Καθόλου πόνος 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ο χειρότερος
πόνος που έχετε
νιώσει

3. PPI.

Αξιολογήστε την ένταση του πόνου στο σύνολο του.
Σημειώστε την κατάλληλη στήλη.

0	Καθόλου πόνος	
1	Ήπιος πόνος	
2	Ενοχλητικός	
3	Οδυνηρός	
4	Φρικτός	
5	Αφόρητος	

4. score.

1-A S-PRI (Sensory pain rating index):

1-B A-PRI (Affective pain rating index):

1(A+B) T-PRI (Total pain rating index):

PPI-VAS (Present pain intensity-visual analog scale):

PPI (συνολική αξιολόγηση):

18.Τι κάνετε για να αντιμετωπίσετε τον πόνο σας?

Φάρμακα φυσικοθεραπεία εναλλακτικές μέθοδοι
τίποτε

19. Που απευθύνεστε όταν πονάτε?

Αγροτικό ιατρείο Κέντρο Υγείας Νοσοκομείο
Άλλο

20. Γνωρίζετε τι είναι το ιατρείο πόνου?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21.Αν θα παρομοιάζατε τον πόνο σας με κάτι ,τι θα ήταν αυτό?

Πχ. Μία καταιγίδα.

22.Τι θα σας ανακούφιζε να σκεφτείτε , όταν πονάτε?

Πχ. Μια ήρεμη θάλασσα.

23.Αν ο πόνος σας θα μπορούσε να γίνει τραγούδι , ποιο θα ήταν αυτό?

24.Αν ο πόνος σας ήταν χρώμα , ποιο θα ήταν αυτό?

πχ. Κόκκινο

**25.Αν ο πόνος σας θα μπορούσε να γίνει παραμύθι, ποιο θα ήταν ?
Τι τέλος θα του δίνατε?**

ΤΕΛΟΣ