

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
Σε σύμπραξη με το  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ  
ΠΜΣ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

*Μεταπτυχιακή Εργασία*

Θέμα: «Οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο, παιδιών ηλικίας 8-15 ετών  
και των μητέρων τους, και η χρήση μετεγχειρητικής αναλγησίας»

*Ονοματεπώνυμο: Παραγυιού Σοφία*

*Επιβλέπων: Σκαπινάκης Πέτρος*

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

## Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	4
1. ΟΡΙΣΜΟΣ –ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	5
2.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	6
α) Θεωρία της γνωστικής εκτίμησης (appraisal theory) .....	6
β) Θεωρία των σχημάτων.....	6
γ) Η θεωρία της προσοχής .....	7
δ) Ο πόνος ως δευτερογενές όφελος.....	7
3.ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ.....	8
α) Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.....	8
β) Σωματικές λειτουργίες.....	8
γ) Ενδογενές σύστημα Αναλγησίας.....	9
4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ .....	9
α) φύλο.....	9
β ) ηλικία .....	10
γ ) εθνικότητα.....	10
5. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	10
6. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ.....	11
α) Καταστροφικές αντιλήψεις για τον χρόνιο πόνο στα παιδιά και τους γονείς τους .....	12
i.Χρόνιος πόνος (καταστροφικές αντιλήψεις γονέων).....	12
ii) χρόνιος πόνος (καταστροφικές αντιλήψεις παιδιών).....	14
β) Καταστροφικές αντιλήψεις για τον οξύ πόνο.....	15
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	19

ΣΚΟΠΟΣ .....	19
ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ .....	20
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....	21
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	24
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	25
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	34
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ .....	38
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	38
ΕΠΙΛΟΓΟΣ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ .....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	40
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	47
Πίνακας 1 . Δημογραφικά στοιχεία μητέρων και ψυχολογικές μεταβλητές.....	47
Πίνακας 2. Δημογραφικά δεδομένα και μεταβλητές πόνου για τα παιδιά .....	48
Πίνακας 3. Διμεταβλητές συσχετίσεις .....	49
Σχήμα 1.Ελληνική Εκδοχή της Κλίκας αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου (Παιδι) .....	51
Σχήμα 2. Ελληνική Εκδοχή της Κλίκας αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου (μητερα) .....	52

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Η ιστορία είναι συγχρόνως μια επιστροφή και μια δημιουργία. Μια προσπάθεια του ιστορικού να ενώσει το περασμένο που αγνοεί, με τον παρόν που είναι δικό του»

Έχω την εντύπωση ότι αυτή η σκέψη του Μαργου από το βιβλίο του «Μορφές και πεπρωμένα του τραυματισμού» παρουσιάζει εύγλωττα τον τρόπο με τον οποίο κάθε άνθρωπος συνδημιουργεί την ιστορία της ζωής του. Μέρος αυτής της ιστορίας είναι και οι στιγμές της οδύνης, έτσι όπως έρχονται πρωταρχικά στη ζωή του με έναν τρόπο σωματικό ήδη από την νεογνική του ηλικία.

Αν αντιληφθούμε τις προσωπικές ιστορίες ως « κατασκευές που δημιουργούνται από την παιδική ηλικία μέσω του λόγου των γονέων και της κοινωνίας» όπως αναφέρει η McDougal στο βιβλίο της « Τα Χίλια και Ένα Πρόσωπα του Έρωτα», τότε μπορούμε να δούμε και το βίωμα του πόνου ως μία παρακαταθήκη του οικογενειακού, κοινωνικού και ευρύτερου πλαισίου , σε κάθε μέλος που έρχεται , και καλείται με τη μετοχή του στο ιστορικό γίνεσθαι να αποδεχθεί αυτήν την παρακαταθήκη. Να την αποδεχθεί σε μία πρώτη φάση τουλάχιστον.

Αν οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο συμπεριλαμβάνονται σ'αυτήν την παρακαταθήκη είναι ένα ζητούμενο όχι μόνον της επιστήμης της ψυχολογίας . Επιστήμονες από πολλά πεδία, που ασχολούνται με τον άνθρωπο και προσπαθούν να τον κατανοήσουν , καταθέτουν την ξεχωριστή τους οπτική. Είναι ευθύνη του καθενός να συνθέσει αυτές τις οπτικές και να τις αξιοποιήσει στο σχεδιασμό των ερευνών ώστε τα αποτελέσματα να είναι όσο πιο κοντά γίνεται στην πραγματικότητα

## **A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο πόνος σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Για Τη Μελέτη Του Πόνου (IASP) ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που βιώνεται ή περιγράφεται ως απότοκη μιας αντικειμενικής ή δυνητικής ιστικής βλάβης

Όπως διαφαίνεται από τον ορισμό θα λέγαμε ότι ο πόνος είναι « σημείον αντιλεγόμενο». Είναι μία υποκειμενική εμπειρία η οποία όμως πρέπει να γίνει αντιληπτή από τους τρίτους ως μία αντικειμενική δήλωση. Αυτή η διττή πλευρά του πόνου ήταν που για αρκετά χρόνια είχε υποτιμήσει τον πόνο και τις συνέπειές του σε βιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο.

Σήμερα πλέον γνωρίζουμε ότι πολλοί ψυχικοί παράγοντες εμπλέκονται στην εμπειρία του πόνου, μέχρι του σημείου τού να αποτελούν παράγοντες πρόβλεψής της (Sullivan, Rodgers, et al. 2001). Αυτό ισχύει τόσο για τον χρόνιο, όσο και για τον οξύ πόνο και ιδιαίτερα τον μετεγχειρητικό πόνο, που είναι το αντικείμενο της δικής μας εργασίας.

Ιδιαίτερος για τα παιδιά η εμπειρία του πόνου επηρεάζεται τόσο από δικούς τους ψυχικούς παράγοντες όσο και από εκείνους των γονέων τους (Craig et al. 2010). Ο φόβος και η ανησυχία που αφορά τις σωματικές λειτουργίες θεωρείται ότι είναι ένας από τους παράγοντες που συνδέονται με την αντίληψη του πόνου στα παιδιά (Stewart & Asmundson 2006). Οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο είναι ο δεύτερος σημαντικός παράγοντας, που σχετίζεται με την αναφερόμενη ένταση του πόνου (Vervoort et al. 2010), αλλά και με συμπεριφορές πόνου όπως η λειτουργική ανικανότητα, η ποιότητα της ζωής των παιδιών, (Vervoort et al. 2006), η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη, ακόμη και ο έντονος τρόπος που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να εκφράσουν την εμπειρία του πόνου (Vervoort et al. 2009)

## 1. ΟΡΙΣΜΟΣ –ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η έννοια των καταστροφικών αντιλήψεων ή άλλως της καταστροφολογίας προτείνεται στην επιστημονική κοινότητα από τον Ellis το 1962 (Ellis,1962) και τον Beck (Beck,1979) το 1987 όταν προσπάθησαν με τον όρο αυτόν να περιγράψουν έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης που συνάντησαν σε ασθενείς με αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι ασθενείς αυτοί είχαν την τάση να προβλέπουν μία παράλογα αρνητική έκβαση σε μελλοντικά γεγονότα.

Οι πρώτες έρευνες που αξιοποίησαν αυτήν την μεταβλητή σε πειραματικό επίπεδο, έγιναν από τον Spanos και συνεργάτες (Spanos et al. 1979) όταν διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που υπέβαλλαν στη δοκιμασία του κρύου νερού και δεν ανταποκρίθηκαν στις υποβολές αναλγησίας ήταν εκείνοι που δεν μπορούσαν να αποσπάσουν τη σκέψη τους από την έννοια του πόνου. Οι ερευνητές τούς περιέγραψαν ως καταστροφολόγους (catastrophizers) αναφορικά με την έννοια του πόνου. Ο Chaves το 1987(Chaves & Brown 1987) μελέτησε τις σκέψεις και τις εικόνες που φαντάζονταν ασθενείς όταν υποβάλλονταν σε επώδυνες οδοντιατρικές επεμβάσεις και περιέγραψε ως καταστροφολόγους εκείνους που υπερέβαλαν ή μεγέθυναν την απειλή που ένιωσαν από την επέμβαση. Οι δύο αυτοί ερευνητές έδωσαν τις δύο πρώτες παραμέτρους από τις 3 που συνιστούν την έννοια της καταστροφολογίας για τον πόνο: την εμμονή στο σύμπτωμα του πόνου, και την υπερβολή στην ερμηνεία του. Η τρίτη συνιστώσα προέρχεται από την εργασία των Rosentiel και Keefe (Rosentiel & Keefe 1983) οι οποίοι εστίασαν στην απαισιοδοξία των ασθενειών σε σχέση με την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τον πόνο. Οι ίδιοι ερευνητές δημιούργησαν μία κλίμακα μέτρησης των αντιλήψεων περί του αισθήματος της ανημπόριας μπροστά στον πόνο ( Coping Strategy Questionnaire) από την οποία ο Sullivan και συνεργάτες δημιούργησαν την Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al. 1995). Η τελευταία αξιοποιεί και τις τρεις παραμέτρους : την εμμονή της σκέψης στο σύμπτωμα του πόνου, τη μεγέθυνση των συνεπειών του πόνου και το αβοήθητο σε σχέση με την ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου προκειμένου να μετρήσει την καταστροφολογία σε σχέση με τον πόνο.

Καταληκτικά θα μπορούσαμε να ορίσουμε την καταστροφολογία για τον πόνο ως ένα « σύνολο αντιλήψεων και συναισθημάτων ιδιαίτερων αρνητικών, που

εγείρονται κατά την διάρκεια δυνητικών ή εν εξελίξει επώδυνων βιωμάτων» (Sullivan, Thorn, et al. 2001)

## **2.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ**

Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί προκειμένου να εξηγηθεί αυτή η ιδιαίτερη στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου

### **α) Θεωρία της γνωστικής εκτίμησης (appraisal theory)**

Η θεωρία των Lazarous & Forkman βρίσκεται στο πυρήνα αυτού του ερμηνευτικού μοντέλου για την καταστροφολογία. Σύμφωνα με το δομικό μοντέλο της θεωρίας (structural model)(Lazarus 1991) η πρωταρχική εκτίμηση κατατάσσει έναν δυνάμει απειλητικό παράγοντα σε ουδέτερο , αρνητικό ή θετικό και η δευτερογενής κατατάσσει τις στρατηγικές αντιμετώπισής του ως επιτυχείς ή μη.

Σύμφωνα με τον Severijns η μεγέθυνση και η εμμονή αντανακλούν την πρωταρχική εκτίμηση ενός επώδυνου ερεθίσματος ως εξαιρετικά απειλητικό , ενώ το αίσθημα του αβοήθητου μπροστά στον πόνο εκφράζει τη δευτερογενή εκτίμηση σε σχέση με την ικανότητα αντιμετώπισης του επώδυνου ερεθίσματος.(Severeijns et al. 2004)

### **β) Θεωρία των σχημάτων**

Τα σχήματα (patterns) αποτελούν οργανωμένα μοντέλα σκέψης ή συμπεριφοράς τα οποία χρησιμοποιεί ο άνθρωπος για να οργανώσει και να κατατάξει κάθε νεοεισερχόμενη πληροφορία (DiMaggio 1997). Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση ο Sullivan(Sullivan, Thorn, et al. 2001) υποστηρίζει , ότι οι «καταστροφολόγοι» ερμηνεύουν τον πόνο με ένα αντίστοιχο «σχήμα πόνου» που τους διακατέχει , το οποίο περιλαμβάνει εμπειρίες που σχετίζονται με τον πόνο, ιδιαίτερος ηττοπαθείς πεποιθήσεις για τον πόνο και την ικανότητα τους να τον αντιμετωπίσουν. Το παραμικρό επώδυνο ερέθισμα ενεργοποιεί το εν λόγω σχήμα και πυροδοτεί έναν μηχανισμό αυτοεκπληρούμενης προφητείας μιας επερχόμενης μη αντιμετωπίσιμης απειλής.

### **γ) Η θεωρία της προσοχής**

Τόσο η θεωρία της γνωστικής εκτίμησης όσο και το μοντέλο των σχημάτων προβλέπουν ότι οι άνθρωποι που υπερβάλλουν σχετικά με την απειλητική πλευρά του πόνου είναι πιθανότερο να οξύνουν τις αισθήσεις τους και να εστιάζουν την προσοχή τους στον πόνο (MacLeod et al. 1986) (Crombez et al. 1998). Η θεωρία αυτή επιβεβαιώνεται και από έρευνες - σε πειραματικές συνθήκες - οι οποίες χρησιμοποιούν τεχνικές απόσπασης της προσοχής σε ανθρώπους με καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο. Οι έρευνες αυτές επιβεβαιώνουν τη μείωση της αναφερόμενης έντασης του πόνου (Schreiber et al. 2014).

### **δ) Ο πόνος ως δευτερογενές όφελος**

Σύμφωνα με αυτήν την τοποθέτηση, οι αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου συνδέονται με συμπεριφορές και στρατηγικές που αποσκοπούν στην προσέλκυση της συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον. (Sullivan, Thorn, et al. 2001) Διευρύνοντας αυτήν τη θεώρηση οι Lackner & συν. (Lackner & Gurtman 2004) προτείνουν ότι οι αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου υιοθετούνται από υποτακτικές/χειριστικές προσωπικότητες που παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εξάρτησης και απαιτούν φροντίδα και υποστήριξη.



### **3.ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ**

#### **α) Κεντρικό Νευρικό Σύστημα**

Οι μαγνητικές τομογραφίες και οι λειτουργικές μαγνητικές τομογραφίες έχουν ανοίξει το δρόμο της μελέτης του εγκεφάλου και της νευρωνικής λειτουργίας. Μελέτες που αξιοποιούν αυτή την τεχνολογία μας δίνουν πληροφορίες για τις σύνδεση των λειτουργιών διαφόρων δομών του εγκεφάλου με τις αντιλήψεις για την καταστροφικότητα του πόνου.

Η παρουσία αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου φαίνεται να συνδέεται με μεταβολές υποφλοιωδών οδών αναστολής και πυροδότησης του πόνου. Τα ερευνητικά ευρήματα κινούνται προς την υπόθεση ότι η καταστροφολογία συνδέεται με μειωμένη δραστηριότητα των κατιουσών ανασταλτικών οδών του πόνου (Goodin et al. 2009), και η έρευνα στρέφεται γύρω από περιοχές του εγκεφάλου που θεωρούνται ως υπεύθυνες για την πρόβλεψη του πόνου, (μέσος μετωπιαίος φλοιός) , την εστίαση της προσοχής στον πόνο (πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, μεσοκοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός), συναισθηματικές πλευρές του πόνου( αμυγδαλοειδείς πυρήνες) (Rainville 2002). Η υπόθεση επιβεβαιώνεται τόσο σε πειραματικές συνθήκες (Ochsner et al. 2006) όσο και σε κλινικές μελέτες π.χ σε ασθενείς με ινομυαλγία (Gracely et al. 2004).

#### **β) Σωματικές λειτουργίες**

Οι έρευνες σχετικά με τις συνέπειες της καταστροφολογίας στον ανθρώπινο οργανισμό είναι περιορισμένες, εν τούτοις υπάρχουν μελέτες σε υγιή υποκείμενα αλλά και ασθενείς, που υπαγορεύουν αλλαγές στις σωματικές λειτουργίες.

Φαίνεται ότι οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο συνδέονται με μεταβολές στη δραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων όπως προκύπτει από τις ημερήσιες μετρήσεις της κορτιζόλης στο αίμα (Johansson et al. 2008), (Edwards et al. 2008), (Quartana et al. 2010) αλλά και με αλλαγές στις νευρο-ανοσολογικές αντιδράσεις στον πόνο (Quartana et al. 2009).

Παρατηρούνται επίσης μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα με αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης και της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου(Campbell

& Edwards 2009), αλλά και διαταραχές στην καλή λειτουργία των μυών (Quartana et al. 2009).

### **γ) Ενδογενές σύστημα Αναλγησίας**

Η ανταπόκριση τόσο ασθενών (στη χορήγηση οπιοειδών) όσο και υγιών (στη δοκιμασία της ναλοξόνης) υποκειμένων στην αναλγησία υποδεικνύει έμμεσα μία πιθανή δυσλειτουργία στο μηχανισμό του συστήματος αναλγησίας μέσω των ενδογενών οπιοειδών, ανθρώπων με υψηλά επίπεδα καταστροφολογίας. (Campbell & Edwards 2009) . Με έναν επίσης έμμεσο τρόπο , η έρευνα καταλήγει στην ίδια υπόθεση : με τη χορήγηση ναλοξόνης αναστέλλεται η θετική επίδραση στρατηγικών ελέγχου του πόνου. Αντίστοιχη αναστολή της επίδρασης των στρατηγικών ελέγχου του πόνου έχει παρατηρηθεί και σε ανθρώπους με καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο. (Sullivan, Thorn, et al. 2001)

## **4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ**

### **α) φύλο**

Οι μελέτες που αφορούν στο φύλο ως έναν παράγοντα που επηρεάζει τις αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου, δίνουν διαφορετικά αποτελέσματα. Υπάρχουν λοιπόν εκείνα τα ερευνητικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες τείνουν να ξεπερνούν τους άντρες στις καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο τόσο σε δοκιμασίες με υγιή πληθυσμό (Sullivan et al. 1995),(Sullivan et al. 2000) όσο και σε μελέτες με ασθενείς (Jensen et al. 1994)(Keefe et al. 2000). Υπάρχουν επίσης οι έρευνες που δεν αναδεικνύουν διαφορές στην καταστροφολογία ανάμεσα στα δύο φύλα .(Papaioannou et al. 2009), (Gabrielle Pagé et al. 2012),(Sansone et al. 2013).

Το αντιλεγόμενο σημείο είναι η τάση των γυναικών να καταστροφολογούν. Επιχειρώντας μία ερμηνεία των διαφορετικών δεδομένων θα αξιοποιήσουμε τη χρονική περίοδο που διεξήχθησαν οι μελέτες αυτές . Παρατηρούμε ότι οι μελέτες της τελευταίας δεκαετίας δεν καταλήγουν σε διαφορές των καταστροφικών αντιλήψεων ανάμεσα στα δύο φύλα. Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε λοιπόν το γεγονός ότι ο

ρόλος της γυναίκας και η θέση της στο κοινωνικό σύνολο έχει διαφοροποιηθεί κι αυτό ενδεχομένως να αποτελεί και έναν από τους λόγους που οι μελέτες δεν αναδεικνύουν τον παράγοντα φύλο ως μια μεταβλητή που επιδρά στις καταστροφικές αντιλήψεις.

## **β ) ηλικία**

Αλλάζει η τάση του ανθρώπου να καταστροφολογεί με το πέρασμα των χρόνων; Το πιθανότερο είναι η ηλικία να αλλάζει τις αντιλήψεις των ανθρώπων. Τα ερευνητικά ευρήματα συνδέουν την μεγαλύτερη ηλικία με χαμηλότερα επίπεδα καταστροφολογίας(Sullivan, Thorn, et al. 2001),(Ruscheweyh et al. 2011), (Sansone et al. 2013) ανάμεσα στους ενήλικους , ενώ ανάμεσα στους εφήβους φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες καταστροφολογούν περισσότερο. (Sullivan, Thorn, et al. 2001).

## **γ ) εθνικότητα**

Υπάρχουν μελέτες κυρίως σε πειραματικό επίπεδο που έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση των καταστροφικών αντιλήψεων με τη φυλή και έγιναν σε Καναδικό και Αμερικανικό πληθυσμό αντίστοιχα. Οι Κινεζικής καταγωγής Καναδοί συσχετίζονται θετικά σε σχέση με τους Ευρωπαϊκής καταγωγής Καναδούς. (Leung 2012) Η ίδια συσχέτιση παρατηρείται και ανάμεσα στους Αфро-Αμερικανούς και τους Λευκούς-Αμερικανούς(Meints et al. 2016), χωρίς βέβαια να είναι γνωστοί οι μηχανισμοί που δημιουργούν αυτές τις διαφορές. Αντίθετα αποτελέσματα έδωσε η έρευνα του Sansone και συνεργατών (Sansone et al. 2013), όπου η διακύμανση των καταστροφικών αντιλήψεων είναι ανεξάρτητη από την εθνικότητα

## **5. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η συσχέτιση των καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο, με την ανησυχία, το άγχος ή την κατάθλιψη ή εν γένει την ψυχιατρική νοσηρότητα δεν έχουν διερευνηθεί ιδιαίτερα, παρά το γεγονός ότι η έννοια αυτή αρχικά συνδέθηκε με καταθλιπτικούς ασθενείς.(Ellis,1962.)

Τόσο κλινικές όσο και πειραματικές μελέτες φαίνεται να αναδεικνύουν τη συσχέτιση που υπάρχει με την κατάθλιψη (Sullivan et al. 2001), (Pulvers & Hood 2013), το καταθλιπτικό συναίσθημα και την ανησυχία των γονέων όταν καταστροφολογούν για τον πόνο των παιδιών τους (Goubert et al. 2006a), το καταθλιπτικό συναίσθημα των ίδιων των παιδιών (Pielech et al. 2014), την ανησυχία, το άγχος (Papaioannou et al. 2009) , τον φόβο για τον πόνο. (Sullivan, Thorn, et al. 2001) ή το διαμεσολαβητικό χαρακτήρα των καταστροφικών αντιλήψεων ανάμεσα στην ανησυχία και τον πόνο (Pinto et al. 2012). Σε ασθενείς με χρόνια πόνο υπάρχει συσχέτιση των καταστροφικών αντιλήψεων με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Edwards et al. 2006)

## **6. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ**

Ένα από τα πλέον σημαντικά και συνεπή ευρήματα που σχετίζονται με τις καταστροφικές αντιλήψεις είναι ο ιδιαίτερα έντονος τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος βιώνει τον πόνο. Στις συσχετίσεις πόνου και καταστροφολογίας χωρίς την συνεκτίμηση άλλων παραγόντων , η διακύμανση της έντασης του πόνου ερμηνεύεται κατά ένα ποσοστό 7 έως 31% (Sullivan, Thorn, et al. 2001)

Η σχέση ανάμεσα στον πόνο και την καταστροφολογία έχει εξεταστεί σε κλινικό επίπεδο με ασθενείς από μία πληθώρα διαγνωστικών κατηγοριών , αλλά και σε πειραματικό επίπεδο με υγιή πληθυσμό τόσο σε συγχρονικές όσο και διαχρονικές μελέτες.

Αναφέρουμε ενδεικτικά ότι κλινικές μελέτες έχουν γίνει τόσο σε ασθενείς με χρόνια πόνο (πόνος μέσης, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ινομυαλγία, καρκινικός πόνος) όσο και σε ασθενείς με οξύ πόνο (μετεγχειρητικός πόνος, οδοντιατρικές επεμβάσεις, αλλαγές τραύματος σε εγκυματίες) (Sullivan, Thorn, et al. 2001)

Οι μελέτες αφορούν τόσο ενηλίκους όσο παιδιά και εφήβους.

Φαίνεται ότι οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο σχετίζονται την αναφερόμενη ένταση του πόνου (Kremer et al. 2013)(Sullivan et al. 1995)(Severeijns et al. 2001), τις συμπεριφορές πόνου (αναζήτηση βοήθειας, υπερβολική ενασχόληση με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων , αύξηση της συχνότητας και της διάρκειας της νοσηλείας) (Turner et al. 2002) ,(Feiner 2014) το αίσθημα ανικανότητας (Bergbom et al. 2011)(Turner et al. 2002), και την καταθλιπτική συμπτωματολογία .(Sullivan, Thorn, et al. 2001)(Pulvers & Hood 2013).

Αντίστοιχη συσχέτιση υπάρχει και στις μελέτες που αφορούν το οξύ πόνο , όπου οι μελέτες καταδεικνύουν τη μεταβολή ενός οξέος πόνου σε χρόνια (Kremer et al. 2013),(Theunissen et al. 2012), την αύξηση της αναφερόμενης έντασης του μετεγχειρητικού πόνου (Papaioannou et al. 2009),(Sommer et al. 2010) (Granot & Ferber,2013), την αύξηση της κατανάλωσης μετεγχειρητικής αναλγησίας (Papaioannou et al. 2009).

## **α) Καταστροφικές αντιλήψεις για τον χρόνια πόνο στα παιδιά και τους γονείς τους**

### **ι.Χρόνιος πόνος (καταστροφικές αντιλήψεις γονέων)**

Ο χρόνιας πόνος είναι ένα θέμα υγείας που επηρεάζει την ζωή πολλών παιδιών και εφήβων, επιδεινώνοντας την ποιότητα ζωής της καθημερινότητας τους (Palermo 2000) και τη ζωή τους ως ενηλίκων(Fearon & Hotopf 2001) .

Γίνεται πλέον όλο και πιο ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχει γραμμική σχέση αιτίου αιτιατού ανάμεσα στο βιολογικούς παράγοντες και τον πόνο, τόσο ως προς την έντασή του όσο και ως προς την ψυχολογική προσαρμογή σε αυτόν και την αντιμετώπιση του (Vercellini et al. 2007)

Ιδιαίτερος σε ότι αφορά τον πόνο των παιδιών , η οικογένεια αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη σχέση των παιδιών με τον πόνο(Palermo & Chambers 2005). Ο βαθμός στον οποίο η καταστροφολογία αποτελεί μια στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου στην οικογένεια μπορεί να προβλέψει την έντασή του (Hechler et al. 2011) (Pagé et al. 2013),τη χρονιότητά του (Pagé et al. 2013) και το αίσθημα ανικανότητας των παιδιών ( Wilson et al. 2014). Υπάρχουν βέβαια μελέτες οι οποίες δεν επιβεβαιώνουν την συσχέτιση με την ένταση του πόνου, (Cunningham et al. 2014) (Lynch-Jordan et al. 2013) ή το αίσθημα ανικανότητας (Hechler et al. 2011) αναδεικνύοντας έτσι την πολυπλοκότητα της έννοιας του πόνου, της καταστροφολογίας και των οικογενειακών σχέσεων.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται ενδεικτικά έρευνες που πραγματεύονται τη σχέση των καταστροφολογικών αντιλήψεων των γονέων με τον πόνο και τις συμπεριφορές πόνου παιδιών και εφήβων.

*Έρευνες σχετικές με τις Καταστροφολογικές αντιλήψεις των γονέων και συμπεριφορές πόνου σε παιδιά με χρόνια πόνο*

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ 2
1. (Pagé et al. 2013)	ένταση πόνου παιδιών 12 μήνες μετά το χειρουργείο	83 γονείς παιδιών 8-18 ετών που χειρουργήθηκαν	γονεϊκή καταστροφολογία προβλέπει ένταση πόνου	καταστροφολογία γονέων ισχυρή θετική συσχέτιση καταστροφολογία παιδιών 1 χρόνο μετά την επέμβαση
2. (Vervoort et al. 2013)		41 μητέρες παιδιών 10-16 ετών		
3. (Goubert et al. 2006a)	αίσθημα ανικανότητας των παιδιών	107 μητέρες παιδιών με χρόνια πόνο	γονεϊκή καταστροφολογία συνδέεται με αίσθημα ανικανότητας παιδιού	γονεϊκή καταστροφολογία συνδέεται κατάθλιψη και ανησυχία γονέων
4. (Caes et al. 2011)	συμμετοχή των παιδιών σε δραστηριότητες	36 μητέρες παιδιών με χρόνια πόνο ηλικίας 13-15 ετών	γονεϊκή καταστροφολογία συνδέεται με περιορισμό της δραστηριότητας των παιδιών	
5. (Hechler et al. 2011)	ένταση πόνου και αίσθημα ανικανότητας των παιδιών	128μητέρες παιδιών με χρόνια πόνο	γονεϊκή καταστροφολογία συνδέεται με ένταση του πόνου	γονεϊκή καταστροφολογία δεν συνδέεται με αίσθημα ανικανότητας των παιδιών
6. (Wilson et al. 2014)	αίσθημα ανικανότητας και σωματικά προβλήματα	178 παιδιά σχολείου 11-14 ετών	γονεϊκή καταστροφολογία προβλέπει αίσθημα ανικανότητας και σωματικά συμπτώματα	
7. (Cunningham et al. 2014)	αίσθημα ανικανότητας , ένταση πόνου	75 παιδιά με άτυπο κοιλιακό άλγος 8-18 ετών	γονεϊκή καταστροφολογία συνδέεται με αίσθημα ανικανότητας	γονεϊκή καταστροφολογία δεν συνδέεται με την ένταση πόνου
8. (Lynch-Jordan et al.	συμπεριφορές πόνου ένταση	240 έφηβοι με χρόνια	θετική συσχέτιση	γονεϊκή καταστροφολο

2013)	πόνου επίπεδο καταστροφολογ ίας παιδιών	πόνος σε νοσοκομειακό πλαίσιο 11- 17 ετών	ανάμεσα στα επίπεδα καταστροφολογ ίας γονέων και παιδιών και καταστροφολογ ίας και συμπεριφορών πόνου	για δεν συνδέεται με την ένταση πόνου
-------	--	--	---	--

## ii) χρόνιος πόνος (καταστροφικές αντιλήψεις παιδιών)

Συνδέοντας τις αντιλήψεις γονιών παιδιών αξίζει να αναφέρουμε το εύρημα το Pielech και συνεργατών σε ένα δείγμα σχεδόν 700 παιδιών, με χρόνια πόνο, σύμφωνα με το οποίο οι καταστροφολογικές αντιλήψεις των γονέων προβλέπουν τις συμπεριφορές πόνου των παιδιών όχι άμεσα, αλλά μέσω της επιρροής τους στις καταστροφολογικές αντιλήψεις των παιδιών. Αυτές είναι που θεωρούνται προγνωστικές των συμπεριφορών πόνου στα παιδιά σύμφωνα με αυτήν τη μεγάλη έρευνα. (Pielech et al. 2014).

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρουμε ενδεικτικά μελέτες, που διερευνούν το ρόλο των καταστροφικών αντιλήψεων των παιδιών στο δικό τους πόνο και στην ποιότητα της ζωής τους. Είναι εύκολο να καταλάβει κανείς ότι το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται γύρω από την ποιότητα ζωής των παιδιών και την «ψυχιατρική νοσηρότητα» σε συνδυασμό με τις καταστροφικές αντιλήψεις των παιδιών για τον πόνο τους. Τα αποτελέσματα δίνουν την εικόνα των καταστροφικών αντιλήψεων ως παράγοντα κινδύνου για καταθλιπτική συμπτωματολογία και λειτουργική ανικανότητα, η οποία επηρεάζεται από την ένταση του πόνου, η οποία, σύμφωνα με ευρήματα κάποιων ερευνών σχετίζεται θετικά με τις καταστροφολογικές αντιλήψεις των γονέων.

Έρευνες σχετικές με τις Καταστροφολογικές αντιλήψεις παιδιών χρόνιας πόνου

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ 2
(Langer et al. 2009)	κατάθλιψη παιδιού, αίσθημα ανικανότητας	132 παιδιά με άτυπο κοιλιακό άλγος	η καταστροφολογία προβλέπει κατάθλιψη και λειτουργική ανικανότητα στα παιδιά	
(Pielech et al. 2014)	κατάθλιψη παιδιού, αίσθημα ανικανότητας	697 παιδιά με χρόνιας πόνου	τα διαφορετικά επίπεδα καταστροφολογίας σχετίζονται με διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης, λειτουργικής ανικανότητας	η καταστροφολογία των παιδιών σχετίζεται θετικά με την καταστροφολογία των γονέων
(Langer et al. 2009)		132 παιδιά με άτυπο κοιλιακό άλγος	οι καταστροφικές αντιλήψεις των παιδιών συνδέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα και λειτουργική ανικανότητα	
(Cunningham et al. 2014)	αίσθημα ανικανότητας, ένταση πόνου	75 παιδιά με άτυπο κοιλιακό άλγος 8-18 ετών	η ένταση του πόνου συνδέεται με τη λειτουργική ανικανότητα	η καταστροφολογία των παιδιών διαμεσολαβεί για τα υψηλά επίπεδα καταστροφολογίας των γονέων.

### β) Καταστροφικές αντιλήψεις για τον οξύ πόνο

Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος, για πολλά χρόνια θεωρείτο μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού μετά από μία χειρουργική επέμβαση (Pagé, Stinson, Campbell, Isaac & Katz 2012) και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπιζόταν ικανοποιητικά. (Twycross et al 2013.) Για τα παιδιά μάλιστα υπήρχε η αντίληψη ότι



δεν πονούσαν (Wong et al.2012) και είναι χαρακτηριστικό ότι ιδιαιτέρως τα βρέφη υφίσταντο οδυνηρές ιατρικές επεμβάσεις χωρίς την απαιτούμενη αναλγησία (Harrison et al2014)

Πέραν από τους βιολογικούς παράγοντες, το είδος της επέμβασης, το φύλο , την ηλικία( Ip, et al., 2009), το είδος της νάρκωσης, (Lee et al. 2015) οι ψυχικοί παράγοντες που έχουν περισσότερο μελετηθεί και εμπλέκονται στην αντίληψη του μετεγχειρητικού πόνου τόσο σε επίπεδο έντασης όσο και σε επίπεδο δυσφορίας για τον ασθενή είναι το άγχος (Chieng et al. 2014), (Nilsson 2010),(Kain 2006) , ο φόβος για τον πόνο( (Sommer et al. 2010), (Vranceanu et al. 2010)), οι αναμνήσεις από προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες (Noel et al. 2015) και οι καταστροφικές αντιλήψεις.

Οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο, στην περίπτωση του μετεγχειρητικού πόνου σχετίζονται με αύξηση της αναφερόμενης έντασης του πόνου (Edwards et al. 2008), (Sommer et al. 2010), με αναποτελεσματικότητα της αναλγησίας (Toth et al. 2014), αύξηση της κατανάλωσης αναλγητικών, (Papaioannou et al. 2009), αν και η μελέτη των Pavlin και συνεργατών δεν κατέληξε στον ίδιο αποτέλεσμα (Pavlin et al.2013), μετατροπή του οξέος πόνου σε χρόνιο (Khan et al. 2011a), (Sommer et al. 2010) .

Ειδικότερα για τα παιδιά οι έρευνες εστιάζουν στη θετική διαμεσολάβηση των γονέων στην αναφερόμενη ένταση του πόνου των παιδιών(Esteve et al. 2014b), (Rabbitts et al. 2014) στη δυσφορία μετεγχειρητικά ( Gabrielle Pagé et al. 2012), στην ποιότητα ζωής μετά την επέμβαση (Rabbitts et al. 2014) .

Στον πιο κάτω πίνακα παραθέτουμε ενδεικτικά έρευνες (σε πειραματικές και κλινικές συνθήκες), που μελετούν τη σχέση των καταστροφικών αντιλήψεων με τον οξύ πόνο τόσο σε ενηλίκους όσο και παιδιά

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ 2
(Edwards et al. 2008)	κορτιζόλη , ιντερλευκίνη	64 υγιείς ενήλικες που δέχτηκαν επώδυνο μηχανικό, ψυχρό ή θερμό ερέθισμα	Η καταστροφολογία σχετίζεται με αύξηση επιπέδων ιντερελευκίνης ανεξάρτητα από διάβαθμιση πόνου	Δεν σχετίζεται με κορτιζόλη
(Esteve et al. 2014b)	αναφερόμενη ένταση πόνου των παιδιών, εκτίμηση πόνου εκ μέρους των συνοδών, ψυχολογικές παράμετροι	102 παιδιά που επρόκειτο να χειρουργηθούν και οι γυναίκες που τα φρόντισαν	Η καταστροφολογία παιδιών σχετίζεται με αύξηση της αναφερόμενης έντασης του πόνου	Η καταστροφολογία των γονέων σχετίζεται με υψηλότερη εκτίμηση της έντασης του πόνου των παιδιών τους
(Gabrielle Pagé et al. 2012)	λειτουργική ανικανότητα δυσφορία λόγω πόνου	83 παιδιά που έκαναν ένα σοβαρό ορθοπεδικό ή γενικό χειρουργείο	υψηλά επίπεδα καταστροφολογίας συνδέονται με υψηλά επίπεδα δυσφορίας λόγω πόνου μετεγχειρητικά	
(Pinto et al. 2012)	ένταση και σοβαρότητα πόνου	203 γυναίκες που θα έκαναν υστερεκτομή	οι καταστ. Αντιλήψεις διαμεσολαβούν ανάμεσα στο άγχος και τη ένταση του πόνου	
(Rabbitts et al. 2014)	ένταση πόνου ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά	60 παιδιά ηλικίας 10-18 που χειρουργήθηκαν	το άγχος των παιδιών και οι καταστροφικές αντιλήψεις των γονέων σχετίζονται με υψηλή ένταση αναφερόμενου πόνου και χαμηλή ποιότητα ζωής 2 εβδομάδες μετά το χειρουργείο	
(Sommer et al. 2010)	ένταση πόνου	1490 ασθενείς με διάφορα χειρουργεία	οι καταστροφικές αντιλήψεις, ο φόβος του χειρουργείου , ο πόνος προεγχειρητικά, και ο αναμενόμενος πόνος προβλέπουν την ένταση του μετεγχειρητικού	

			πόνου	
(Toth et al. 2014)	επάρκεια φαρμακοθεραπείας	66 ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο	οι καταστροφικές αντιλήψεις συνδέονται με αναποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής	
(Papaioannou et al. 2009)	ένταση πόνου μετεγχειρητική αναλγησία	61 ασθενείς επέμβαση στη μέση	οι καταστροφικές αντιλήψεις προβλέπουν αναφερόμενη ένταση πόνου κατά τη δραστηριότητα και μαζί με το φύλο ένταση πόνου κατά την ηρεμία	οι καταστροφικές αντιλήψεις και η ανησυχία προβλέπουν την μετεγχειρητική αναλγησία
(Granot & Ferber 2005)	ένταση μετεγχειρητικού πόνου	38 ασθενείς με επέμβαση στην κοιλιά	οι καταστρ. αντιλήψεις προβλέπουν την ένταση μετεγχειρητικού πόνου ανεξάρτητα από τα επίπεδα ανησυχίας	
(Khan et al. 2012)	ένταση μετεγχειρητικού πόνου 48 ώρες μετά το χειρουργείο	64 ασθενείς με επέμβαση στην καρδιά	θετική συσχέτιση έντασης και καταστρ. αντιλήψεων	

*Έρυνες για τις καταστροφικές αντιλήψεις για τον οξύ πόνο*

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η έρευνα που έγινε στο πλαίσιο της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας στοχεύει στη διερεύνηση των καταστροφικών αντιλήψεων των παιδιών και των μητέρων τους που εισήχθησαν εξ αιτίας ενός χειρουργικού προβλήματος στο νοσοκομείο και η συμβολή των αντιλήψεων αυτών στη χρήση μετεγχειρητικής αναλγησίας και πολλαπλών νοσηλείων.

Οι αντιλήψεις των ενηλίκων περί καταστροφικότητας του πόνου (Pain Catastrophizing) σχετίζονται με αυξημένη ένταση του μετεγχειρητικού πόνου, αναποτελεσματικότητά της αναλγησίας (Toth et al. 2014) και αύξηση της κατανάλωσης αναλγητικών, (Papaioannou et al. 2009). Το ενδιαφέρον για τη συσχέτιση των αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου με την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και συνακόλουθα την αύξηση του κόστους νοσηλείας είναι ιδιαίτερος όψιμο με ελάχιστες μελέτες να το αναδεικνύουν (Feiner 2014),(Weise et al. 2013)

Οι αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου των παιδιών και των μητέρων τους έχει γίνει αντικείμενο αρκετών μελετών τα τελευταία χρόνια, σε σχέση τόσο με τον οξύ όσο και με το χρόνιο πόνο. Φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις αντιλήψεις μητέρων και παιδιών και συμπεριφορών πόνου (Esteve et al. 2014), (Langer et al. 2014),( Wilson et al. 2014), (Lynch-Jordan et al. 2013),( Vervoort et al. 2013),(Langer et al. 2009),( Goubert et al. 2006). Πιο ειδικά, οι αντιλήψεις μητέρων και παιδιών σχετίζονται θετικά με την αναφερόμενη ένταση του μετεγχειρητικού πόνου των παιδιών (Esteve et al. 2014),( Rabbitts et al. 2014,))Lynch-Jordan et al. 2013),(Pagé et al. 2013), ενώ υπάρχει επίσης θετική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο(θήλυ) και τις καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο (Gabrielle Pagé et al. 2012), (Pagé, Stinson, Campbell, Isaac, Katz, et al. 2012).

Στα στοιχεία που προκύπτουν από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας (στην Αγγλική γλώσσα) δεν φαίνεται- από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε- να υπάρχουν μελέτες που να ασχολούνται με την καταστροφολογία για τον πόνο παιδιών και μητέρων και με τις επιμέρους συνιστώσες δηλαδή την εμμονή της σκέψης στο σύμπτωμα του πόνου, τη μεγέθυνση των συνεπειών του αισθήματος του πόνου και την αίσθηση του αβοήθητου μπροστά στον πόνο, σε σχέση με τη χορήγηση μετεγχειρητικής αναλγησίας στα παιδιά. Δεν υπάρχει επίσης μελέτη που διερευνά τη συμμετοχή των καταστροφικών αντιλήψεων μητέρων και παιδιών στη χρήση υπηρεσιών υγείας έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσω των πολλαπλών επανεισαγωγών σε μικρό χρονικό διάστημα

Η κλινική σημασία της ανάδειξης του ρόλου των καταστροφικών αντιλήψεων γενικά και των επιμέρους συνιστωσών ειδικότερα, τόσο στα παιδιά με χειρουργικό πρόβλημα όσο και στους γονείς, κρίνεται ιδιαίτερος χρήσιμη σε κάθε επίπεδο. Σχετίζεται αφενός με την χορήγηση της κατάλληλης αναλγητικής θεραπείας και αφετέρου με την υιοθέτηση παρεμβάσεων σε επίπεδο ψυχοεκπαίδευσης (Kashikar-Zuck et al. 2013) , μοντέλων συμπεριφορικής-γνωσιακής θεραπείας(Quartana et al. 2009) ή ακόμα και ενημέρωσης των παιδιών και των γονέων σε ζητήματα φυσιολογίας ως μέτρο πρόληψης του πόνου (Marić et al. 2011) με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους τόσο γενικότερα όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας των αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου στην μετεγχειρητική αναλγησία αλλά και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

## **ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

1. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στα σκορ της κλίμακας μέτρησης καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο (pain catastrophizing scale- pcs) παιδιών και μητέρων.
2. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στο pcs/συνιστώσες παιδιού προεγχειρητικά, και στην αναζήτηση επιπλέον της ανά βωρο ,παρεχόμενης ενδοφλεβίως, συστηματικής αναλγησίας για το πρώτο 24ωρο.

3. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στο pcs/συνιστώσες μητέρων προεγχειρητικά και τη χρήση επιπλέον αναλγησίας

4. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στο pcs-μητέρων και παιδιών με τις πολλαπλές νοσηλείες για το ίδιο χειρουργικό πρόβλημα (λειτουργικό κοιλιακό άλγος) σε διάστημα 3 μηνών

#### **Περιγραφικοί Ερευνητικοί στόχοι**

1. Προεγχειρητική εκτίμηση του pcs-παιδιού & μητέρων και συσχέτιση τους με ιατρικούς και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».

#### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ**

Η μελέτη έλαβε χώρα στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας από το Φεβρουάριο του 2014 έως το Σεπτέμβριο του 2015, αφού πρώτα έλαβε την έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Απευθύνθηκε στα παιδιά που έκαναν εισαγωγή (έκτακτη ή τακτική) εξαιτίας ενός χειρουργικού προβλήματος και στις μητέρες τους. Όλες οι μητέρες είχαν εκ των προτέρων πληροφορηθεί για τη διαδικασία της μελέτης και είχαν υπογράψει τη φόρμα συγκατάθεσης.

Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν

- παιδιά ηλικίας κάτω των 8 και άνω των 15 ετών.
- παιδιά που δεν διανυκτέρευσαν
- παιδιά στα οποία η συστηματικά παρεχόμενη ενδοφλέβια αναλγησία ήταν άλλη από την παρακεταμόλη.
- παιδιά και μητέρες με γνωστό ψυχιατρικό ή νοητικό πρόβλημα, πτωχή γνώση της Ελληνικής γλώσσας.

Την συγκατάθεση τους έδωσαν 72 дуάδες (80%), από τις 90 δυνάμενες να συμμετέχουν στη μελέτη.

## ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

### **A. Δημογραφικά στοιχεία-ιατρικό ιστορικό**

Οι μητέρες δήλωσαν την ηλικία τους, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το ιστορικό σοβαρών ασθενειών ή νοσηλειών στην οικογένεια (κατά την αντίληψη της οικογένειας). Κατά τη διάρκεια της μελέτης σημειώθηκαν εκ μέρους του ερευνητή τυχόν επανεισαγωγές παιδιών, που ήδη συμμετείχαν στην έρευνα.

Η ακριβής διάγνωση εισαγωγής, έγινε γνωστή από τον ιατρικό φάκελο του παιδιού

### **B. Ψυχολογικές μεταβλητές**

#### **i. Αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου**

Οι καταστροφικές αντιλήψεις αξιολογήθηκαν για τα παιδιά με τη χρήση της εκδοχής για τα παιδιά της κλίμακας μέτρησης καταστροφολογικής σκέψης για τον πόνο (child version of the Pain Catastrophizing Scale: Pcs-c), ενώ για τις μητέρες με τη χρήση της εκδοχής για τους γονείς, αντίστοιχης κλίμακας. (Parent version of the Pain Catastrophizing Scale:Psc-p) (Παράρτημα ΣΧΗΜΑ 1,2) Οι κλίμακες μεταφράστηκαν στα Ελληνικά, σύμφωνα με τις οδηγίες που ορίζει η διεθνής βιβλιογραφία.

Η Pcs-παιδιού (Crombez et al. 2003) και η Pcs-μητέρων(Goubert et al. 2006a) είναι κλίμακες 13 θεμάτων οι οποίες αξιολογούν τις 3 διαστάσεις του “catastrophizing”: της μεγέθυνσης των συνεπειών του πόνου (magnification: θέματα 6, 7, 13), της εμμονής στο βίωμα του πόνου(rumination: θέματα 8, 9, 10, και 11) και το αίσθημα του αβοήθητου απέναντι στον πόνο (helplessness: θέματα 1, 2, 3, 4, 5 και 12). Σύμφωνα με τις οδηγίες συμπλήρωσης, τα ερευνητικά υποκείμενα καλούνται να εστιάσουν σε παρελθούσες επώδυνες εμπειρίες και να υποδείξουν σε μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από 0 (καθόλου) έως 4 (πάρα πολύ), το βαθμό στον οποίον είχαν κάθε μία από αυτές τις 13 σκέψεις ή συναισθήματα όταν πονούσαν, ή όταν πονούσαν τα παιδιά τους για την κλίμακα των μητέρων,. Και οι δύο κλίμακες δίνουν από ένα συνολικό σκορ και 3 επιμέρους που αντιστοιχούν στις υποκλίμακες: pcs-m (για τη μεγέθυνση), pcs-r (για την επαναληπτική σκέψη) και pcs-h (για την υποκλίμακα του αβοήθητου).

Και οι δύο κλίμακες είναι σταθμισμένες ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία (Crombez et al. 2003), (Parkerson et al. 2013),(Goubert et al. 2006b).

## **Γ. Μεταβλητές σχετιζόμενες με τον πόνο**

### **i. Μετεγχειρητική Αναλγησία**

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο του Παιδοχειρουργικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», σε κάθε παιδί που χειρουργείται γίνεται συστηματική χορήγηση παρακεταμόλης ενδοφλεβίως για το πρώτο εικοσιτετράωρο. Για τις ανάγκες της μελέτης πήραμε πληροφορίες από τον νοσηλευτικό φάκελο του παιδιού , σχετικά με τις επιπλέον δόσεις αναλγητικού (τραμαδόλη) που χορηγήθηκαν, κατόπιν αιτήματος του παιδιού, την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.

### **ii. Μετεγχειρητικός Πόνος (Ένταση)**

Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου εκτιμήθηκε 6 και 24 ώρες μετά την επέμβαση, με τη χρήση της βαθμολογικής κλίμακας Wong-Baker(Παράρτημα, Εικ.1) (Wong-Baker,1987). Η εν λόγω κλίμακα χρησιμοποιεί εκφράσεις προσώπων σε μια δεκαβάθμια βαθμολόγηση του πόνου ξεκινώντας από το μηδέν (δεν πονάει) έως το δέκα (πονάει πάρα πολύ). Για τη μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε την ελληνική μετάφραση όπως παρέχεται από το «Wong Baker Foundation» διαδικτυακά. Η Κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως και έχει σταθμιστεί με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα (Garra et al. 2010).

Από τη βαθμολόγηση της κλίμακας στις 2 χρονικές στιγμές προέκυψε ένας μέσος όρος που αντιστοιχεί στη βαθμολόγηση της αναφερόμενης έντασης του μετεγχειρητικού πόνου

### **iii. Πολλαπλές νοσηλείες**

Ερωτήθηκαν οι μητέρες για νοσηλείες των παιδιών κατά το προηγούμενο τρίμηνο που αφορούσαν το ίδιο χειρουργικό πρόβλημα. Για τα παιδιά που συμμετείχαν στη μελέτη τηρήθηκε σχετικό με την επανεισαγωγή τους αρχείο ,για διάστημα 3 μηνών από την πρώτη εισαγωγή.



## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Κατά την ημέρα της εισαγωγής ζητήθηκε από τις μητέρες και τα παιδιά να συμπληρώσουν την pcs-μ και pcs-π αντίστοιχα. Ζητήθηκε επίσης από τις μητέρες να συμπληρώσουν τις αναφορές των παιδιών τους στην κλίμακα μέτρησης έντασης του μετεγχειρητικού πόνου στις πρώτες 6 και 24 ώρες μετά την επέμβαση<sup>1</sup>

Οι πληροφορίες για την λήψη αναλγητικών αντλήθηκαν από το νοσηλευτικό φάκελο του κάθε ασθενή.

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την έκδοση 21.0 του SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, IL, USA). Η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων ελέγχθηκε με τη στατιστική δοκιμασία καλής προσαρμογής Kolmogorov-Smirnov (Kolmogorov-Smirnov goodness-of-fit test). Υπολογίστηκαν δείκτες περιγραφικής στατιστικής και συχνοτήτων. Η ελάχιστη τιμή (p-value) του θεωρητικού επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας (significance level) ορίστηκε σε 0.05.

Η αξιοπιστία της ελληνικής εκδοχής τόσο του pcs-π όσο και του pcs-μ ελέγχθηκαν με τον με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) Cronbach alpha για κάθε υποκλίμακα και για το σύνολο των θεμάτων.

Οι αναλύσεις των διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του παραμετρικού συντελεστή του Pearson's (r) /Spearman's ρ

Ο διαχωρισμός βάσει της διαμέσου (median split) των σκορ του δείγματος, ορίστηκε σε 27 (median=27) για τα παιδιά και σε 28 (median=28) για τις μητέρες. Η τιμή αυτή διακρίνει εκείνους που έχουν την τάση να καταστροφολογούν (catastrophizers) από εκείνους που δεν έχουν αυτήν την τάση (non-catastrophizers).

Συγκρίναμε τους μέσους όρους των συνολικών σκορ παιδιών και μητέρων με τη χρήση του **t test** για εξαρτημένα δείγματα συνολικά και προσαρμοσμένα στο φύλο. Τους μέσους όρους επίσης των συνολικών σκορ παιδιών και μητέρων και των συνιστωσών τους με τη χρήση του **t test** για ανεξάρτητα δείγματα, **Man Whitney** ή **Krusk-Wallis** όπου υπήρχε ένδειξη προκειμένου να

---

<sup>1</sup> Η εργασία αυτή ανατέθηκε στις μητέρες διότι δεν ήταν εφικτή η μέτρηση εκ μέρους του ερευνητή ή προσωπικού του νοσοκομείου

- i. διερευνήσουμε τη συσχέτιση των σκορ μητέρων και παιδιών συνολικά και ανάλογα με το φύλο
- ii. διερευνήσουμε τους κοινωνικοδημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν τόσο τα συνολικά όσο και τα επιμέρους σκορ μητέρων και παιδιών
- iii. διερευνήσουμε τις διαφορές στα συνολικά και επιμέρους σκορ μητέρων και παιδιών ανάλογα με τις συμπεριφορές τις σχετιζόμενες με τον πόνο (μετεγχειρητική αναλγησία, πολλαπλές νοσηλείες, ).

Χρησιμοποιήσαμε **την ανάλυση  $\chi^2$**  προκειμένου να διερευνήσουμε σχέση του επιπέδου καταστροφολογίας μητέρας και παιδιών με

- i. τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες
- ii. τη χρήση και τις δόσεις επιπλέον αναλγησίας
- iii. την χρήση υπηρεσιών υγείας ως απότοκη του επώδυνου συμπτώματος (πολλαπλές νοσηλείες )

Τέλος χρησιμοποιήσαμε **το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης** προκειμένου να

διερευνήσουμε τους προγνωστικούς παράγοντες που συμβάλουν

- i. στο ανώτερο και ανώτατο επίπεδο καταστροφολογίας των παιδιών
- ii. στην πιθανότητα της χρήσης μετεγχειρητικής αναλγησίας
- iii. στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (πολλαπλές νοσηλείες)

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν εβδομήντα δύο (72) παιδιά, τριανταοκτώ (38 ) αγόρια και τριάντα τέσσερα(34) κορίτσια , ηλικίας από 8 έως 15 ετών (μέση τιμή: 1.65, τυπική απόκλιση: 2.24 έτη) και εξηνταεννέα μητέρες (69) ηλικίας από 31 έως 51 ετών (μέση τιμή: 40.03, τυπική απόκλιση: 4.40 έτη). Οι διαγνωστικές κατηγορίες κατά την εισαγωγή των παιδιών στο νοσοκομείο ήταν: φίμωση (3), υδροκήλη(1), σκωλικοειδίτιδα(16),χολολιθίαση(3),κύστη μοργκάνι(4), υποσπαδίας (1),λειτουργικό κοιλιακό άλγος(34),κύστη κόκυγγα(4), κύστη ωοθήκης(1), είσφρυση όνυχος(3), ομφαλοκήλη(1) κρυσορχία(1). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μητέρων και παιδιών, οι ψυχολογικές μεταβλητές και οι μεταβλητές που αφορούν στον πόνο και οι μεταξύ τους διμεταβλητές συσχετίσεις παρατίθενται στους πίνακες 1,2,3 (Παράρτημα).

## Έλεγχος αξιοπιστίας

Ο έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας καταστροφικών αντιλήψεων των παιδιών για τον πόνο κατέληξε σε συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach alpha ίσο προς 0,85 για την πλήρη κλίμακα και  $\alpha=0,64$  για την διάσταση της εμμονής,  $\alpha=0,81$  για τη διάσταση του αβοήθητου και  $\alpha=0,72$  για τη διάσταση της μεγέθυνσης .

Αντίστοιχα ο συντελεστής εσωτερικής εγκυρότητας για την κλίμακα των μητέρων κατέληξε σε συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach alpha ίσο προς 0,90 για την πλήρη κλίμακα και για τις επιμέρους υποκλίμακες διαμορφώθηκε ως εξής :  $\alpha= 0,80$  για την διάσταση της εμμονής,  $\alpha=0,83$  για τη διάσταση του αβοήθητου και  $\alpha=0.71$  για τη διάσταση της μεγέθυνσης

### Η διενέργεια των διμεταβλητών αναλύσεων ανέδειξε

- μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις καταστροφικές αντιλήψεις των παιδιών με τη λήψη παυσίπονου  $r(52)=.361, p=.009$
- μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις καταστροφικές αντιλήψεις των μητέρων και τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες των παιδιών σε διάστημα ενός τριμήνου  $r(69)=.320, p=.007$
- ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στον παράγοντα της μεγέθυνσης (μητέρα) των συνεπειών του πόνου και του πόνου 24 ώρες μετά την επέμβαση  $\rho(16)=.562, p=.023$

### Η διενέργεια των αναλύσεων μέσω του t test για εξαρτημένα δείγματα ανέδειξε

- μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις καταστροφικές αντιλήψεις παιδιών και μητέρων  $r (70) =.352, p= .004$
- ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις αντιλήψεις παιδιών και μητέρων προσαρμοσμένες στο φύλο των παιδιών. Συγκεκριμένα οι καταστροφικές αντιλήψεις των αγοριών σχετίζονται ισχυρά και θετικά με αυτές των μητέρων  $r (37) = .528, p=.001$  ενώ δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα σκορ των μητέρων και των κοριτσιών.
- Μέτρια θετική συσχέτιση ανεδείχθη ανάμεσα στα σκορ των μητέρων που δεν εργάζονται και των παιδιών τους  $r(36) =.453, p=.005$ .

### Η διενέργεια των t test για ανεξάρτητα δείγματα, Mann Whitney U test, Kursk Wallis test ανέδειξε

- i. *Pcs σκορ παιδιού και μητέρων*

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, η ηλικία παιδιού και μητέρων, η διάγνωση δεν διαφοροποιούν τα συνολικά σκορ που προκύπτουν από τη βαθμολόγηση της κλίμακας τόσο των παιδιών όσο και των μητέρων

Το ιστορικό επεμβάσεων ή σοβαρών ασθενειών στην οικογένεια συνδέεται με υψηλότερα σκορ στην υποκλίμακα του αισθήματος του αβοήθητου των μητέρων ( *Μέση τιμή* =12 *τυπική απόκλιση* =5.01) σε σχέση με τις μητέρες που δεν έχουν παρόμοιο ιστορικό ( $M=8.77$ , *τυπική απόκλιση* =4.81, )  $t(45)=-2.24, p=.03$

**ii. Ρcs σκορ παιδιού και μετεγχειρητική αναλγησία ένταση αναφερόμενου πόνου μετεγχειρητικά –πολλαπλές νοσηλείες**

- στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερα συνολικά σκορ στα παιδιά που ζήτησαν επιπλέον μετεγχειρητική αναλγησία (*Μέση τιμή* = 29.9, *τυπική απόκλιση* = 6.5) σε σχέση με τα παιδιά που καλύφθηκαν από την συστηματικά παρεχόμενη (*Μέση τιμή* = 22,1 *τυπική απόκλιση* = 7.5) ,  $t(50) = 2.85, p = .006$

Στις υποκλίμακες οι χρήστες επιπλέον αναλγησίας

- σημειώνουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ στη διάσταση της εμμονής της σκέψης στον πόνο( *Μέση τιμή* = 12,56, *τυπική απόκλιση* = 6.3) σε σχέση με τους μη χρήστες(*Μέση τιμή* = 15.12, *τυπική απόκλιση* = 7.6)  $t(50)=3,114(p=.003)$  και

- στατιστικά υψηλότερο σκορ (mean rank= 31,3) στην διάσταση του αβοηθητου σε σχέση με τους μη χρήστες (mean rank =20,18 )  $U = 469, z = 2,58, p = .001$

Δεν παρουσιάστηκαν διαφορές στους μέσους όρους της βαθμολόγησης αμφοτέρων των κλιμάκων ανάμεσα στα παιδιά που ζήτησαν 1 ή 2 δόσεις αναλγητικού

Τα παιδιά με **επαναλαμβανόμενες νοσηλείες** σημειώνουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα υψηλότερα συνολικά σκορ ((*Μέση τιμή* =31.867, *τυπική απόκλιση* =8, 94) από εκείνα με λιγότερες από 2 σε διάστημα 3 μηνών (*Μέση τιμή* =25.56, *τυπική απόκλιση* =9.54) ,  $t(50)=-2.19, p=.033$

Η διακύμανση της **έντασης του πόνου** 6 και 24 ώρες μετά την επέμβαση ήταν η ίδια ανεξάρτητα από το σκορ καταστροφολογίας των παιδιών.

**iii. Σκορ μητέρων και μετεγχειρητική αναλγησία, ένταση αναφερόμενου πόνου μετεγχειρητικά –πολλαπλές νοσηλείες**

Τα συνολικά και επιμέρους σκορ των μητέρων δεν παρουσιάζουν διαφορές ανάμεσα στους χρήστες και μη, **μετεγχειρητικής αναλγησίας**

Σε ότι αφορά την **αναφερόμενη ένταση του πόνου** 24 ώρες μετά την επέμβαση τα παιδιά των οποίων οι μητέρες συγκεντρώνουν σκορ μεγαλύτερο του μέσου όρου του δείγματος ( $p < .05$ ) σημειώνουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερα σκορ (mean rank =11) από τα παιδιά μητέρων με σκορ μικρότερο του 28 (mean rank=6)  $U=52, z=2,21, p=.028$

Η διακύμανση της έντασης του πόνου 6 ώρες μετά την επέμβαση ήταν η ίδια ανεξάρτητα από το επίπεδο καταστροφολογίας μητέρων

Σε ότι αφορά τις **πολλαπλές νοσηλείες** οι μητέρες των παιδιών με πολλαπλές νοσηλείες παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο σκορ

- στη συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο (Μέση τιμή =31,679, τυπική απόκλιση=7,9) από τις μητέρες των παιδιών λιγότερες από 2 νοσηλείες σε διάστημα 3 μηνών (μέση τιμή=25,63, τυπική απόκλιση=9.98),  $t(67) = -3.67, p=.009$

- στην υποκλίμακα του αισθήματος του αβοήθητου (Μέση τιμή =12,35, τυπική απόκλιση =4.84) σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών που δεν σημειώνουν πολλαπλές νοσηλείες (Μέση τιμή =9.39, τυπική απόκλιση =5.04,  $t(67)=-2,43, p=.01$ , και

- στην υποκλίμακα της εμμονής στον πόνο των παιδιών τους (Μέση τιμή =13,21 τυπική απόκλιση =2.31), σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών που δεν σημειώνουν πολλαπλές νοσηλείες (μέση τιμή=11,60 , τυπική απόκλιση =3.39),  $t(67)=-2.17, p=.02$ .

### **Ανάλυση $\chi^2$**

Από το τεστ προέκυψε στατιστικά σημαντική και μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στο ανώτερο και ανώτατο επίπεδο καταστροφολογίας με τη χρήση αναλγητικών  $\chi^2(1) = 5,543 p=.019, \phi = .326$  με τους «καταστροφολόγους» να έχουν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνουν χρήση μετεγχειρητικής αναλγησίας

Δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο καταστροφολογίας μητέρων ή παιδιών με τις δόσεις αναλγησίας που χορηγήθηκε μετά από αίτημα των παιδιών

Από την ανάλυση προέκυψε στατιστικώς σημαντική και μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο καταστροφολογίας της μητέρας και τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες  $\chi^2 (1) = 6,62$   $p = .010$ ,  $\phi = .455$  με τις μητέρες που τείνουν να καταστροφολούν να έχουν 13,56 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να απευθύνονται στο νοσοκομείο για εισαγωγή.

Δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο επίπεδο καταστροφολογίας παιδιών και μητέρων με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες

## Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης<sup>2</sup>

### A. Προγνωστικοί παράγοντες για το επίπεδο καταστροφολογίας των παιδιών

Το μοντέλο εφαρμόστηκε προκειμένου να προσδιοριστεί η συμβολή κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, του ιατρικού ιστορικού και των σκορ των επιμέρους υποκλιμάκων της κλίμακας καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο, της μητέρας, στο ανώτερο και ανώτατο επίπεδο καταστροφολογίας των παιδιών. Χρησιμοποιήθηκε το κατά βήματα μοντέλο παλινδρόμησης σε 2 φάσεις. Στην πρώτη σταθμίστηκαν τα επιμέρους σκορ της κλίμακας καταστροφολογίας των μητέρων. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό  $\chi^2 (1) = 8.40, p = .004$ . Το μοντέλο εξηγεί το 15,8% ((Nagelkerke  $R^2$ ) της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέταξε ορθώς το 72,7% των περιπτώσεων. Από τους 3 παράγοντες ένας ήταν στατιστικά σημαντικός, αυτός του αίσθηματος του αβοήθητου της μητέρας όπως φαίνεται στον κάτωθι πίνακα

	B	wald	Sig.	odds ratio
Αβοήθητο μ.	,173	7,074	,008	1,189

Στη δεύτερη φάση σταθμίστηκαν επιπλέον το ιατρικό ιστορικό και οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό  $\chi^2 (1) = 8.40, p = .004$ . και εξηγεί το 19% ((Nagelkerke  $R^2$ ) της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής.. Στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας παρέμεινε το αίσθημα του αβοήθητου της μητέρας όπως φαίνεται στον κάτωθι πίνακα

	B	Wald	Sig.	odds ratio	
Step 1 <sup>a</sup>	αβοήθητο μ.	,173	7,074	,008	1,189

<sup>2</sup> Δεδομένου ότι το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης απαιτεί μεγάλα δείγματα, τα αποτελέσματα του θα ερμηνευτούν κυρίως ως τάσεις για τους προγνωστικούς παράγοντες

Οι υπόλοιποι παράγοντες εμφανίζονται στον ακόλουθο πίνακα

	wald	Sig.
εμμονή μ	2,312	,128
μεγέθυνση μ.	,615	,443
οικογενειακή κατά(1)	1,599	,206
ΗΛΙΚΙΑ Παιδιού	,074	,785
ΗΛΙΚΙΑ Μητέρας	1,531	,215
ΦΥΛΟ (αρρεν)	,200	,655
ιατρικό ιστορικό(1)	,288	,288
εργασιακή απασχόλ.	1,421	,591
οικογενειακή κατάσταση	1,599	233

**B. Προγνωστικοί Παράγοντες για την μετεγχειρητική αναλγησία**

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε 2 μοντέλα ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης (μέθοδος stepwise)

Στο πρώτο σταθμίστηκαν τα σκορ στις επιμέρους διαστάσεις του αβοήθητου και της εμμονής στο σύμπτωμα του πόνου των παιδιών. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό  $\chi^2(1) = 9.19, p = .006$ . Το μοντέλο εξηγεί το 22,5% ((Nagelkerke  $R^2$ ) της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και αναδεικνύει ως στατιστικά σημαντικά παράγοντα της μετεγχειρητικής αναλγησίας την διάσταση της εμμονής της σκέψης στον πόνο των παιδιών όπως φαίνεται στον κάτωθι πίνακα

	B	Wald	Sig.	odds ratio	
Step 1 <sup>a</sup>	εμμονή παιδιού	,310	7,477	,006	1,363

Στο δεύτερο προστέθηκαν οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και το ιατρικό ιστορικό. Το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό και εξηγεί το 35,3% της διακύμανσης της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Ο μοναδικός παράγοντας που προβλέπει στατιστικώς σημαντικά την αναλγησία παραμένει ο παράγοντας της εμμονής των παιδιών στο σύμπτωμα του πόνου, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα



		B	Wald	Sig.	odds ratio
Step 1 <sup>a</sup>	εμμονή	,405	8,903	,003	1,499

*Γ. Προγνωστικοί Παράγοντες για τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες*

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε 2 μοντέλα ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης (μέθοδος stepwise)

Στο πρώτο σταθμίστηκαν τα συνολικά σκορ στην κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων μητέρων και παιδιών. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό  $\chi^2(1) = 8.19$ ,  $p = 0.04$  και ερμήνευσε το 17,2% της διακύμανσης της μεταβλητής. Ανέδειξε ως στατιστικά σημαντικό παράγοντα το σκορ στην καταστροφολογία των μητέρων.

Στο δεύτερο συμπληρώθηκαν οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, και το ιστορικό σοβαρών ασθενειών στην οικογένεια. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό και ερμήνευσε διαδοχικά στα 3 βήματα της ανάλυσης το 38,6%, το 49,8% και τελικά το 59% της διακύμανσης.

Τα 3 βήματα του μοντέλου τα οποία ανέδειξαν ως στατιστικά σημαντικούς παράγοντες το σκορ των μητέρων, το φύλο (θήλυ), την οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένες μητέρες) και το ιστορικό ασθενειών στην οικογένεια (θετικό) φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Ο παράγοντας της επαγγελματικής απασχόλησης δεν αναδεικνύεται ως προγνωστικός παράγοντας.

		B	Wald	Sig.	odds ratio
Step 1 <sup>a</sup>	ΜΣΚΟΡ	,092	6,252	,012	1,096
	ΦΥΛΟ(1)	-2,084	10,508	,001	,124
Step 2 <sup>b</sup>	ΜΣΚΟΡ	,117	7,945	,005	1,124
	ΦΥΛΟ(1)	-2,268	10,214	,001	,104
	ΟΙΚΚΑΤΑ(1)	-2,762	5,860	,015	,063
Step 3 <sup>c</sup>	ΜΣΚΟΡ	,108	5,195	,023	1,115
	ΦΥΛΟ(1)	-2,106	7,712	,005	,122
	ΟΙΚΚΑΤΑ(1)	-3,054	5,964	,015	,047
	προηγ.νοσηλείες(1)	-1,994	5,921	,015	,136

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα μελέτη προκύπτουν τα εξής:

1. Το αίσθημα του αβοήθητου της μητέρας μπροστά στον πόνο του παιδιού της φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα του ανώτερου επιπέδου καταστροφολογίας των παιδιών.

2. Η εμμονή της σκέψης των παιδιών στο σύμπτωμα του πόνου φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της χρήσης επιπλέον μετεγχειρητικής αναλγησίας, με τα παιδιά με ανώτερο και ανώτατο επίπεδο καταστροφολογίας να έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να κάνουν χρήση μετεγχειρητικής αναλγησίας.

3. Οι διαζευγμένες μητέρες, τα κορίτσια, το ιστορικό ασθενειών στην οικογένεια και οι καταστροφικές αντιλήψεις της μητέρας για τον πόνο είναι προγνωστικές του αριθμού νοσηλειών σε διάστημα 3 μηνών για το ίδιο πρόβλημα με τις μητέρας που βρίσκονται στο ανώτερο και ανώτατο επίπεδο καταστροφολογίας να έχουν σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να απευθυνθούν στο νοσοκομείο και να νοσηλεύσουν το παιδί τους.

Ο ρόλος των αλληλεπιδράσεων στα οικογενειακά συστήματα σε σχέση με την αντίληψη του πόνου και τις συνακόλουθες συμπεριφορές, έχει αποτελέσει αντικείμενο ποικίλων ερευνών (Goubert et al. 2006a)(Chambers 2002)(Palermo & Chambers 2005).

Στη δική μας μελέτη αναδείχθηκε η θετική συσχέτιση ανάμεσα στις αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου των μητέρων και των παιδιών τους. Τα ευρήματα είναι συνεπή προς αντίστοιχα ευρήματα άλλων μελετών (Langer et al. 2014, Esteve et al. 2014, Evans et al. 2008). Εν τούτοις αντίθετα με μελέτες που αναδεικνύουν την επιρροή των μητρικών αντιλήψεων περί πόνου στις αντιλήψεις των κοριτσιών (Chambers 2002, Evans et al. 2010), τα δικά μας ευρήματα εστιάζουν στην θετική συσχέτιση ανάμεσα στις μητρικές αντιλήψεις περί καταστροφικότητας του πόνου και αυτές των αγοριών. Αυτό ενδεχομένως να είναι ένα εύρημα που άπτεται του πολιτισμικού πλαισίου και της ιδιαίτερης σχέσης που είθισται να έχουν οι Ελληνίδες μητέρες με τους γιους τους. Ένα επίσης ενδιαφέρον εύρημα που αναδεικνύει το ρόλο του κοινωνικοοικονομικού πλαισίου στην καταστροφική αντίληψη του πόνου είναι η θετική συσχέτιση των αντιλήψεων αυτών ανάμεσα στις μητέρες που δεν εργάζονται και στα παιδιά τους. Η συσχέτιση αυτή πιθανώς να

ερμηνεύεται από την αίσθηση αυτονομίας και τη μικρότερου βαθμού εξάρτηση που αναπτύσσουν τα παιδιά των εργαζόμενων μητέρων (Bauer et al. 2012), (Hoffman 1998)

Η μελέτη μας δεν αναδεικνύει το φύλο ως έναν παράγοντα διαφοροποίησης των σκορ καταστροφολογίας των παιδιών, γεγονός που είναι συνεπές με αντίστοιχη μελέτη σε Έλληνες ενηλίκους (Papaioannou et al. 2009) και παιδιά (Pagé, Stinson, Campbell, Isaac, Katz, et al. 2012) και σε αντίθεση με άλλες μελέτες που αφορούν στα παιδιά κυρίως με χρόνια πόνο.(Crombez et al. 2003)

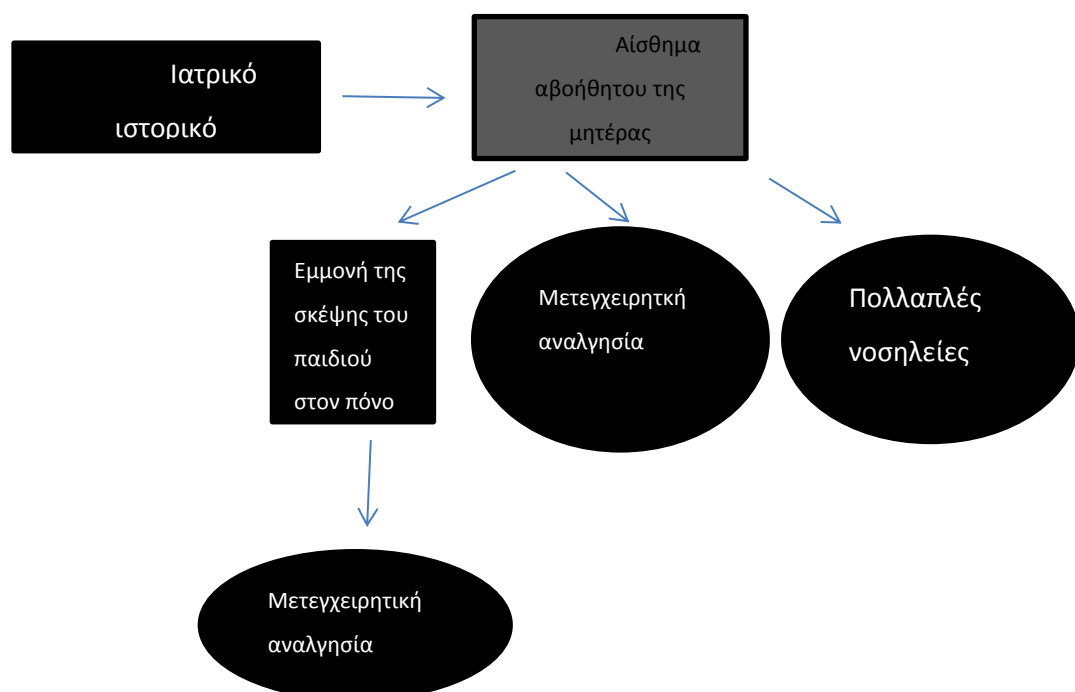
Το αίσθημα του αβοήθητου απέναντι στο πόνο και η εμμονή της σκέψης στον πόνο είναι χαρακτηριστικά των παιδιών που ζήτησαν επιπλέον της συστηματικά χορηγούμενης, μετεγχειρητική αναλγησία. Προγνωστικός ωστόσο παράγοντας σύμφωνα με τη μελέτη μας αποτελεί μόνον η εμμονή της σκέψης των παιδιών στον πόνο.

Απ όσο γνωρίζουμε δεν υπάρχει άλλη μελέτη στην Αγγλική γλώσσα που να πραγματεύεται το θέμα της μετεγχειρητικής αναλγησίας στα παιδιά ως απότοκο των καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο, ωστόσο τα ευρήματα μας είναι συνεπή προς αντίστοιχες μελέτες που αφορούν ενήλικες ασθενείς. Η καταστροφολογία φαίνεται να αναστέλλει την επάρκεια της αναλγητικής δράσης (Mankovsky et al.2012),(Campbell & Edwards 2009),(Toth et al. 2014), και να σχετίζεται με την αύξηση της κατανάλωσης αναλγητικών(Kremer et al. 2013),(Sommer et al. 2010),(Papaioannou et al. 2009), ενώ οι γυναίκες φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση αναλγητικών μετεγχειρητικά σε σχέση με τους άνδρες(Ip et al. 2009).

Στο δείγμα μας δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αναφερόμενη ένταση του πόνου και τις καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα συναφών μελετών (Esteve et al. 2014a)(Rabbitts et al. 2014). Ενδεχομένως αυτή η διαφορά να οφείλεται στον αριθμό των παιδιών που ανέφεραν την ένταση του πόνου στο δείγμα μας. Υπάρχει όμως ένα ενδιαφέρον εύρημα, με κάθε επιφύλαξη για την αξιοπιστία του, σύμφωνα με το οποίο υπάρχει σχέση του πόνου που αναφέρουν τα παιδιά 24 ώρες μετά την επέμβαση, με τις καταστροφικές αντιλήψεις των μητέρων και όχι των ίδιων των παιδιών. Αυτό το στοιχείο φαίνεται να είναι συνεπές προς μελέτες που διερευνούν το ρόλο της γονεϊκής καταστροφολογίας στην αναφερόμενη ένταση του χρόνιου πόνου(Tilburg 2009)

Το δεύτερο ερευνητικό μας αντικείμενο ήταν η χρήση των υπηρεσιών υγείας ως αποτέλεσμα του πόνου, έτσι όπως εκφράζεται με κριτήριο τις επανεισαγωγές για το ίδιο χειρουργικό πρόβλημα σε διάστημα 3 μηνών. Έχουν ήδη αρχίσει να διεξάγονται μελέτες που συνδέουν τις καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο με το κόστος νοσηλείας (Feiner 2014) (Weise et al. 2013) Δεν έχουμε υπ' όψιν μας έρευνα στην Αγγλική γλώσσα που να αφορά στον παιδικό πληθυσμό. Στη δική μας μελέτη, τα ευρήματα είναι συνεπή προς αυτά των ενηλίκων, με τη διαφορά ότι οι συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο δεν σχετίζονται με τις καταστροφικές αντιλήψεις των ασθενών αλλά με αυτές των γονέων και ειδικότερα των μητέρων σε συνδυασμό με δημογραφικούς παράγοντες

Επιχειρώντας να συνοψίσουμε τα ευρήματα και να αναδείξουμε τις αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα στα οικογενειακά συστήματα και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διάσταση του αισθήματος του αβοήθητου της μητέρας απέναντι στον πόνο παίζει έναν ρόλο κλειδί. Το κάτωθι σχήμα δίνει σχηματικά τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους παράγοντες



Ο ρόλος του ιστορικού στην οικογένεια και οι εμπειρίες του πόνου, είτε ως ένα βίωμα προσωπικό είτε ως ένα εσωτερικευμένο βίωμα των παιδιών από ανθρώπους της οικογένειας που δείχνουν να υποφέρουν, είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την αντίληψη του πόνου.(Wiech et al. 2008). Στη μελέτη μας δρα κατά έναν έμμεσο τρόπο, επηρεάζοντας το αίσθημα του αβοήθητου που νιώθει η μητέρα μπροστά στο πόνο του παιδιού της.

Το αίσθημα αυτό σχετίζεται θετικά με την εμμονή της σκέψης του παιδιού στον πόνο του, παράγοντας που λειτουργεί προγνωστικά στη λήψη μετεγχειρητικής αναλγησίας ενώ παράλληλα σχετίζεται ευθέως με τις πολλαπλές νοσηλείες.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπ'όψιν για τη ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης.

Στη μελέτη μας δεν αξιολογήσαμε τις αντιλήψεις των γονέων και των παιδιών για τα φάρμακα, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται με τη χρήση αναλγητικών (Ip et al. 2009). Ο παράγοντας αυτός θα μπορούσε να μειώνει την μετεγχειρητική αναλγησία ανεξάρτητα από το επίπεδο αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου.

Δεν είχαμε επίσης τη δυνατότητα να παρέμβουμε στην φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της νάρκωσης, παράγοντας που επίσης επηρεάζει τον μετεγχειρητικό πόνο (Hasani et al. 2013)

Δεν είχαμε τη δυνατότητα να μετρήσουμε την ένταση του πόνου προεγχειρητικά (σε όποιες περιπτώσεις υπήρχε προεγχειρητικό άλγος). Σχετικά δε με τη σχέση των αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου και της αναφερόμενης έντασης του πόνου μετεγχειρητικά, τα ευρήματά μας πρέπει να ερμηνευτούν με επιφύλαξη εξαιτίας του μεγέθους του δείγματος.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Θεωρούμε ότι η μελέτη μας μπορεί να αξιοποιηθεί κλινικά, καθώς διερευνά τη συμμετοχή των 3 διαστάσεων της καταστροφολογίας για τον πόνο κι έτσι διευκολύνει τους στόχους μιας αποτελεσματικής βραχυπρόθεσμης θεραπευτικής παρέμβασης. Το αίσθημα του αβοήθητου της μητέρας και η εμμονής της σκέψης στο πόνο ,του παιδιού, είναι κατά τη γνώμη μας αφενός εύκολο και γρήγορο να αξιολογηθούν, αφετέρου αποτελούν ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους για τα παιδιά που πρόκειται να χειρουργηθούν και για τις μητέρες τους .

Αν και το αίσθημα του αβοήθητου είναι μια διάσταση που θεωρείται σημαντική όχι μόνο στις καταστροφολογικές αντιλήψεις αλλά και σε μία γενικότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, εντούτοις θεωρούμε ότι ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης και ενδυνάμωσης των μητέρων σε σχέση με το ρόλο τους και τις παρεμβάσεις που μπορούν να κάνουν προς την κατεύθυνση της ανακούφισης του πόνου των παιδιών , θα ήταν ιδιαίτερος χρήσιμη.

Η παρέμβαση στις μητέρες παράλληλα με την παρέμβαση στα παιδιά προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά μέσω τεχνικών απόσπασης της προσοχής (παιγνιοθεραπεία, εργοθεραπεία κτλ)(Khan et al. 2011b) , ή τεχνικών χαλάρωσης (Good et al. 2001) θα ήταν ιδιαίτερος χρήσιμος δεδομένου του εξαιρετικά λιγοστού χρόνου που έχουμε στη διάθεσή μας σε ένα νοσοκομείο , προκειμένου να εξυπηρετήσουμε τους θεραπευτικούς μας στόχους.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Η μελέτη μας θεωρούμε ότι ανοίγει δρόμους περαιτέρω έρευνας στο θέμα του πόνου και των παραγόντων που διαμορφώνουν την αντίληψη του πόνου στα παιδιά

Τι εξυπηρετεί μέσα στην οικογένεια ή έννοια της καταστροφής γενικότερα και της καταστροφικότητας που συνδέεται με το αίσθημα του πόνου ειδικότερα.

Σε ποιο βαθμό το γεγονός της νοσηλείας καθεαυτής αυξάνει ή μειώνει τα σκορ στις κλίμακες βαθμολόγησης της καταστροφολογίας.

Όπως είδαμε και από τη μελέτη μας η διακύμανση της καταστροφολογίας των παιδιών προβλέπεται από τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, το ιατρικό ιστορικό και τις αντιλήψεις των μητέρων σε ένα ποσοστό της τάξης του 20%. Ποιοι είναι οι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις και με τι τρόπο μπορούν να διερευνηθούν Ποιος είναι ο ρόλος του δεσμού μεταξύ γονέων και παιδιών . Ποιος είναι ο ρόλος του φόβου στην αντίληψη του πόνου και των καταστροφικών σκέψεων που τον συνοδεύουν.

Το πεδίο της έρευνας για τον πόνο γενικά και των καταστροφικών αντιλήψεων ειδικότερα, είναι ευρύτατο. Η ανάγκη για τη μελέτη συνδυαστικά των βιολογικών, κοινωνικών, και ψυχικών παραμέτρων και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων , θεωρείται ιδιαίτερος χρήσιμη για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα παιδιά και τις οικογένειες τους.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bauer, K.W. et al., 2012. Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Social science & medicine* (1982), 75(3), pp.496–504.
- Beck A.T.,1979. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press;. p. 425
- Bergbom, S. et al., 2011. Relationship among pain catastrophizing, depressed mood, and outcomes across physical therapy treatments. *Physical therapy*, 91(5), pp.754–64.
- Caes, L. et al., 2011. Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: The mediating role of parental distress. *Pain*, 152(1), pp.212–222.
- Campbell, C.M. & Edwards, R.R., 2009. Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Translational research : the journal of laboratory and clinical medicine*, 153(3), pp.97–101.
- Chambers, C.T., 2002. The Impact of Maternal Behavior on Children's Pain Experiences: An Experimental Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), pp.293–301.
- Chaves, J.F. & Brown, J.M., 1987. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of behavioral medicine*, 10(3), pp.263–76.
- Chieng, Y.J.S. et al., 2014. Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70(2), pp.243–55.
- Craig, K.D. et al., 2010. Perceiving pain in others: automatic and controlled mechanisms. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 11(2), pp.101–8.
- Crombez, G. et al., 2003. The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*, 104(3), pp.639–646.
- Crombez, G. et al., 1998. When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75(2-3), pp.187–98.
- Cunningham, N.R. et al., 2014. Child pain catastrophizing mediates the relation between parent responses to pain and disability in youth with functional abdominal pain. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 59(6), pp.732–8.
- DiMaggio, P., 1997. Culture and Cognition. *Annual Review of Sociology*, 23(1), pp.263–287.
- Edwards, R.R. et al., 2008. Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain*, 140(1), pp.135–44.
- Edwards, R.R. et al., 2006. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*, 126(1-3), pp.272–9.
- Ellis, A., 1962. *Reason and emotion in psychotherapy.*,
- Esteve, R., Marquina-Aponte, V. & Ramírez-Maestre, C., 2014a. Postoperative pain in children: Association between anxiety sensitivity, pain catastrophizing, and female caregivers' responses to children's pain. *Journal of Pain*, 15(2), pp.157–168.
- Esteve, R., Marquina-Aponte, V. & Ramírez-Maestre, C., 2014b. Postoperative pain in

- children: association between anxiety sensitivity, pain catastrophizing, and female caregivers' responses to children's pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 15(2), pp.157–68.e1.
- Evans, S. et al., 2008. Parent-Child Pain Relationships from a Psychosocial Perspective: A Review of the Literature. *Journal of pain management*, 1(3), pp.237–246.
- Evans, S. et al., 2010. Sex-specific associations between parent and child pain and functioning in a pediatric chronic pain sample: a mixed methods approach. *The Journal of Pain*, 11(4), p.S61.
- Fearon, P. & Hotopf, M., 2001. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7295), p.1145.
- Feiner, L., 2014. The relationship between catastrophizing and medical utilization in patients with chronic pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 74(11-B(E)), p.No–Specified.
- Gabrielle Pagé, M. et al., 2012. Pain-related psychological correlates of pediatric acute post-surgical pain. *Journal of Pain Research*, 5, pp.547–558.
- Garra, G. et al., 2010. Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in Pediatric Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*, 17(1), pp.50–54.
- Good, M. et al., 2001. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. *Journal of advanced nursing*, 33(2), pp.208–15.
- Goodin, B.R. et al., 2009. Associations between catastrophizing and endogenous pain-inhibitory processes: sex differences. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 10(2), pp.180–90.
- Goubert, L. et al., 2006a. Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): a preliminary validation. *Pain*, 123(3), pp.254–63.
- Goubert, L. et al., 2006b. Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): a preliminary validation. *Pain*, 123(3), pp.254–63.
- Gracely, R.H. et al., 2004. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain : a journal of neurology*, 127(Pt 4), pp.835–43.
- Granot, M. & Ferber, S.G., The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *The Clinical journal of pain*, 21(5), pp.439–45.
- Harrison, D. et al., Pain prevalence in a pediatric hospital: raising awareness during Pain Awareness Week. *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 19(1), pp.e24–30.
- Hasani, A. et al., 2013. Postoperative analgesia in children after propofol versus sevoflurane anesthesia. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 14(3), pp.442–6.

- Hechler, T. et al., 2011. Parental catastrophizing about their child's chronic pain: Are mothers and fathers different? *European Journal of Pain*, 15(5).
- Hoffman, L.N.W. 1929-, 1998. The Effects of the Mother's Employment on the Family and the Child.
- Ip, H.Y.V. et al., 2009. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 111(3), pp.657–77.
- Jensen, I. et al., 1994. Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain*, 57(2), pp.167–72.
- Johansson, A.-C. et al., 2008. Pain, disability and coping reflected in the diurnal cortisol variability in patients scheduled for lumbar disc surgery. *European journal of pain (London, England)*, 12(5), pp.633–40.
- Kain, Z.N., 2006. Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. *Pediatrics*, 118(2), pp.651–658.
- Kashikar-Zuck, S. et al., 2013. Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *Journal of Pain*, 14(5), pp.492–501.
- Keefe, F.J. et al., 2000. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87(3), pp.325–34.
- Khan, R.S. et al., 2011a. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *American journal of surgery*, 201(1), pp.122–31.
- Khan, R.S. et al., 2011b. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *American journal of surgery*, 201(1), pp.122–31.
- Khan, R.S. et al., 2012. The Association Between Preoperative Pain Catastrophizing and Postoperative Pain Intensity in Cardiac Surgery Patients. *Pain medicine (Malden, Mass.)*.
- Kremer, R. et al., 2013. The Role of Pain Catastrophizing in the Prediction of Acute and Chronic Postoperative Pain. , pp.176–182.
- Lackner, J.M. & Gurtman, M.B., 2004. Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, 110(3), pp.597–604.
- Langer, S.L. et al., 2009. Catastrophizing and Parental Response to Child Symptom Complaints. *Children's Health Care*, 38(3), pp.169–184.
- Langer, S.L. et al., 2014. Parental catastrophizing partially mediates the association between parent-reported child pain behavior and parental protective responses. *Pain Research and Treatment*, 2014.
- Lazarus, R.S., 1991. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *The American psychologist*, 46(8), pp.819–34.
- Lynch-Jordan, A.M. et al., 2013. The interplay of parent and adolescent catastrophizing and its impact on adolescents' pain, functioning, and pain behavior. *The Clinical journal of pain*, 29(8), pp.681–8.

- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P., 1986. Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 95(1), pp.15–20.
- Mankovsky, T. et al., Pain catastrophizing predicts poor response to topical analgesics in patients with neuropathic pain. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 17(1), pp.10–4.
- Marić, A. et al., 2011. Validation of the Croatian Pain Catastrophizing Scale through a study on the influence of medical education on pain catastrophizing. *Periodicum Biologorum*, 113(2), pp.171–175.
- Meints, S.M., Miller, M.M. & Hirsh, A.T., 2016. Differences in Pain Coping Between Black and White Americans: A Meta-Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*.
- Nilsson, S., 2010. Procedural and postoperative pain management in children : experiences, assessments and possibilities to reduce pain, distress and anxiety.
- Noel, M. et al., 2015. Remembering pain after surgery: a longitudinal examination of the role of pain catastrophizing in children's and parents' recall. *Pain*, 156(5), pp.800–8.
- Ochsner, K.N. et al., 2006. Neural correlates of individual differences in pain-related fear and anxiety. *Pain*, 120(1-2), pp.69–77.
- Pagé, G. et al., 2013. Parental risk factors for the development of pediatric acute and chronic postsurgical pain: a longitudinal study. *Journal of Pain Research*, 6, p.727.
- Pagé, M.G., Stinson, J., Campbell, F., Isaac, L. & Katz, J., 2012. Pain-related psychological correlates of pediatric acute post-surgical pain. *Journal of pain research*, 5, pp.547–58.
- Pagé, M.G., Stinson, J., Campbell, F., Isaac, L., Katz, J., et al., 2012. Pain-related psychological correlates of pediatric acute post-surgical pain. *Journal of pain research*, 5, pp.547–58.
- Palermo, T.M., 2000. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 21(1), pp.58–69.
- Palermo, T.M. & Chambers, C.T., 2005. Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. *Pain*, 119(1-3), pp.1–4.
- Papaioannou, M. et al., 2009. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Medicine*, 10(8), pp.1452–1459.
- Parkerson, H.A. et al., 2013. Factorial validity of the English-language version of the Pain Catastrophizing Scale--child version. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 14(11), pp.1383–9.
- Pavlin, D.J. et al., Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. *The Clinical journal of pain*, 21(1), pp.83–90.
- Pielech, M. et al., 2014. Pain catastrophizing in children with chronic pain and their parents: proposed clinical reference points and reexamination of the Pain Catastrophizing Scale measure. *Pain*, 155(11), pp.2360–7.
- Pinto, P.R. et al., 2012. The mediating role of pain catastrophizing in the relationship

- between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *Pain*, 153(1), pp.218–26.
- Pulvers, K. & Hood, A., 2013. The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception. *Current pain and headache reports*, 17(5), p.330.
- Quartana, P.J. et al., 2010. Pain catastrophizing and salivary cortisol responses to laboratory pain testing in temporomandibular disorder and healthy participants. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 11(2), pp.186–94.
- Quartana, P.J., Campbell, C.M. & Edwards, R.R., 2009. Pain catastrophizing : a critical review. *Expert Reviews Neurotherapy*, 9(5), pp.745–758.
- Rabbitts, J.A. et al., 2014. Presurgical psychosocial predictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 16(3), pp.226–234.
- Rainville, P., 2002. Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), pp.195–204.
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J., 1983. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), pp.33–44.
- Ruscheweyh, R. et al., 2011. Pain catastrophizing and pain-related emotions: influence of age and type of pain. *The Clinical journal of pain*, 27(7), pp.578–86.
- Sansone, R.A., Watts, D.A. & Wiederman, M.W., 2013. The demographics of pain catastrophizing in a primary care sample. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(9-10), pp.12–14.
- Schreiber, K.L. et al., 2014. Distraction analgesia in chronic pain patients: the impact of catastrophizing. *Anesthesiology*, 121(6), pp.1292–301.
- Severeijns, R. et al., 2001. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical journal of pain*, 17(2), pp.165–172.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J.W.S. & van den Hout, M.A., 2004. Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111(3), pp.226–9.
- Sommer, M. et al., 2010. Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. *The Clinical journal of pain*, 26(2), pp.87–94.
- Spanos, N.P. et al., 1979. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of abnormal psychology*, 88(3), pp.282–92.
- Stewart, S.H. & Asmundson, G.J.G., 2006. Anxiety sensitivity and its impact on pain experiences and conditions: a state of the art. *Cognitive behaviour therapy*, 35(4), pp.185–8.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., et al., 2001. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), pp.52–64.
- Sullivan, M.J., Rodgers, W.M. & Kirsch, I., 2001. Catastrophizing, depression and

- expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91(1-2), pp.147–54.
- Sullivan, M.J.L. et al., 2000. Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12(2), pp.151–167.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. & Pivik, J., 1995. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), pp.524–532.
- Theunissen, M. et al., 2012. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *The Clinical journal of pain*, 28(9), pp.819–41.
- Tilburg, M. Van, 2009. Parental response to children ' s abdominal pain : The role of worries about pain. , 11(3).
- Toth, C., Brady, S. & Hatfield, M., 2014. The importance of catastrophizing for successful pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain. *Journal of pain research*, 7, pp.327–38.
- Turner, J.A. et al., 2002. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98(1), pp.127–134.
- Twycross, A.M. et al., A Delphi study to identify indicators of poorly managed pain for pediatric postoperative and procedural pain. *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 18(5), pp.e68–74.
- Vercellini, P. et al., 2007. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(1), pp.266–71.
- Vervoort, T. et al., 2006. Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain. *Journal of pediatric psychology*, 31(7), pp.674–83.
- Vervoort, T. et al., 2010. Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *European journal of pain (London, England)*, 14(1), pp.90–6.
- Vervoort, T. et al., 2009. Expressive dimensions of pain catastrophizing: An observational study in adolescents with chronic pain. *Pain*, 146(1-2), pp.170–6.
- Vervoort, T., Trost, Z. & Van Ryckeghem, D.M.L., 2013. Children's selective attention to pain and avoidance behaviour: The role of child and parental catastrophizing about pain. *Pain*, 154(10), pp.1979–1988.
- Vranceanu, A.-M. et al., 2010. Predictors of pain intensity and disability after minor hand surgery. *The Journal of hand surgery*, 35(6), pp.956–60.
- Weise, C. et al., 2013. The role of catastrophizing in recent onset tinnitus: its nature and association with tinnitus distress and medical utilization. *International journal of audiology*, 52(November 2012), pp.177–88.
- Wiech, K., Ploner, M. & Tracey, I., 2008. Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(8), pp.306–313.

- Wilson, A.C. et al., 2014. Parent pain and Catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), pp.418–426.
- Wong, C. et al., 2012. Pain management in children: Part 1 - Pain assessment tools and a brief review of nonpharmacological and pharmacological treatment options. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*, 145(5), pp.222–5.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

<b>οικογενειακή κατάσταση</b>	N	
έγγαμες	58 (87,9%)	
διαζευγμένες	8 (12,1%)	
<b>επαγγελματική κατάσταση</b>	N	
εργαζόμενες	36 (54,5%)	
άνεργες	30(45,5%)	
<b>ηλικία</b>	<b>μέση τιμή</b>	<b>τυπική απόκλιση</b>
	40	4,40
<b>Βαθμολογία pcs (0-52)</b>	28,2	9,9
<b>Βαθμολογία pcs-r(0-16)</b>	12,2	3,1
<b>Βαθμολογία pcs-m(0-12)</b>	5,3	3
<b>Βαθμολογία pcs-h(0-18)</b>	10,8	5,3

κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο-διάσταση αβοήθητου

### Πίνακας 1 . Δημογραφικά στοιχεία μητέρων και ψυχολογικές μεταβλητές

*Pcs* =κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο, *pcs-r* = κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο-διάσταση εμμονής της σκέψης στον πόνο, *pcs-m* κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο-διάσταση μεγέθυνσης *pcs-h*=



**Πίνακας 2.**  
**Δημογραφικά δεδομένα και**  
**μεταβλητές πόνου για τα**  
**παιδιά** *Pcs* = κλίμακα καταστροφικών

*αντιλήψεων για τον πόνο, pcs-r = κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο- διάσταση εμμονής της σκέψης στον πόνο, pcs-m κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο-διάσταση μεγέθυνσης pcs-h= κλίμακα καταστροφικών αντιλήψεων για τον πόνο-διάσταση αβοήθητου*

<b>Φυλο</b>	<b>N</b>		
Κορίτσια	34(47,2%)		
Αγόρια	38(52,8%)		
<b>Βαθμολογία pcs (0-52)</b>	μεση τιμή		Τυπική απόκλιση
	26,97		9,92
<b>Βαθμολογία pcs-r (0-16)</b>	11,18		3,18
<b>Βαθμολογία Pcs-m(0-12)</b>	5,22		3,34
<b>Βαθμολογία Pcs-h(0-18)</b>	10,57		5,46
<b>Ένταση πονου 6 ωρες μετά την επέμβαση</b>	7,38		2,06
<b>Ένταση πόνου 24 ώρες μετά την επέμβαση</b>	5,43		1,83
<b>Χρήστες αναλγησίας</b>	<b>ναι N(%)</b>		<b>όχι N(%)</b>
	1 δόση	2 δόσεις	
	17(56,7%)	13(43,3%)	22(42,3%)
<b>Συνολο</b>	30(57,7%)		
<b>Παιδιά με επαναλαμβανόμενες νοσηλείες</b>	<b>N</b>		<b>N</b>
	(%) 29(40,3%)		(%) 43(59,7%)
<b>Παιδιά με ιστορικό σοβαρών ασθενειών στην οικογένεια</b>	36(55,4%)		29(44,6%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	παιδί	φύλο	ένταση πόνου 24 ώρες μετά	πολλαπλές νοσηλείες
1.ΣΚΟΡπαιδί		<b>351**</b>	<b>744**</b>	<b>,799**</b>	<b>893**</b>	<b>329**</b>	<b>263*</b>	<b>319**</b>	<b>,361**</b>	,050	,440	,217
		,004	,000	,000	,000	,006	,031	,009	,009	,683	,08	,072
2.ΣΚΟΡ μητέρα.	<b>351**</b>		<b>300*</b>	227	<b>314**</b>	<b>773**</b>	<b>852**</b>	<b>931**</b>	,017	,042	,496	<b>,320**</b>
	,004		,014	,065	,010	,000	,000	,000	,908	,730	,050	,007
3.εμμονή-π	<b>,744**</b>	<b>300*</b>		<b>482**</b>	<b>490**</b>	<b>315**</b>	176	<b>279*</b>	<b>,384**</b>	,050	,186	,158
	,000	,014		,000	,000	,009	,154	,022	,005	,682	,490	,193
4.μεγέθυνση-π	<b>,799**</b>	,227	<b>,482**</b>		<b>,563**</b>	<b>,245*</b>	,155	,181	,166	,081	,383	,192
	,000	,065	,000		,000	,046	,210	,143	,241	,505	,143	,112
5.αβοήθητο-π	<b>,893**</b>	<b>,314**</b>	<b>490**</b>	<b>563**</b>		<b>258*</b>	<b>265*</b>	<b>299*</b>	<b>,361**</b>	018	,459	,181
	,000	,010	,000	,000		,035	,030	014	,009	,884	,074	,135
6.εμμοή.Μ	<b>,329**</b>	<b>,773**</b>	<b>,315**</b>	<b>,245*</b>	<b>,258*</b>		<b>,523**</b>	<b>,583**</b>	,008	-,052	,207	,229
	,006	,000	,009	,046	,035		,000	,000	954	,669	,442	,058
7.μεγέθυνση.Μ	<b>263*</b>	<b>852**</b>	176	155	<b>265*</b>	<b>523**</b>		<b>715**</b>	,010	,115	<b>,562*</b>	<b>,274*</b>
	,031	,000	,154	,210	,030	,000		,000	,946	,349	,023	,025
8.αβοήθητο.Μ	<b>,319**</b>	<b>,931**</b>	<b>,279*</b>	,181	<b>,299*</b>	<b>,583**</b>	<b>,715**</b>		,046	,033	,396	<b>,279*</b>
	,009	,000	,022	,143	,014	,000	,000		,750	,788	,129	,020

### Πίνακας 3. Διμεταβλητές συσχετίσεις

σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 0.05\*\*

σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 0.01\*

**Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale**



**ΕΙΚΟΝΑ 1.**

## Σχήμα 1.Ελληνική Εκδοχή της Κλίκας αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου (Παιδι)

ID....

### Σκεψεις και συναισθήματα κατά τη διάρκεια του πόνου

Θέλουμε να γνωρίζουμε τι σκέφτεσαι και πόσο έντονα είναι τα συναισθήματά σου όταν πονάς.

Πιο κάτω υπάρχουν 13 προτάσεις με διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα που ενδεχομένως έχεις όταν πονάς. Προσπάθησε να μας δείξεις όσο πιο ξεκάθαρα γίνεται τι σκέφτεσαι και τι νιώθεις, **κυκλώνοντας κάτω από κάθε πρόταση** εκείνη τη λέξη που εκφράζει το βαθμό στον οποίο έχεις κάθε μία από αυτές τις σκέψεις

---

1. Όταν πονάω, ανησυχώ όλη την ώρα για το αν θα σταματήσει ο πόνος	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
2. Όταν πονάω, νιώθω ότι δεν μπορώ να συνεχίσω για πολύ έτσι	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
3. Όταν πονάω, είναι τρομερό και νομίζω ότι ποτέ δεν προκειται να πάει καλύτερα	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
4. Όταν πονάω, είναι απάισιο και νιώθω ότι ο πόνος με κυριεύει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
5. Όταν πονάω, νιώθω ότι δεν μπορώ να το αντέξω άλλο	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
6. Όταν πονάω, αρχίζω να φοβάμαι ότι ο πόνος θα χειροτερέψει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
7. Όταν πονάω, σκέφτομαι κι άλλες φορές που είχα πονέσει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
8. Όταν πονάω, θέλω ο πόνος να εξαφανιστεί	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
9. Όταν πονάω, δεν μπορώ να το βγάλω από το μυαλό μου	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
10. Όταν πονάω, έχω διαρκώς στο μυαλό μου το πόσο πολύ πονάω	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
11. Όταν πονάω, έχω διαρκώς στο μυαλό μου το πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
12. Όταν πονάω, δεν υπάρχει τίποτα που μπορώ να κάνω για να σταματήσω τον πόνο	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
13. Όταν πονάω, αναρωτιέμαι για το αν θα μου συμβεί κάτι σοβαρό	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

## Σχήμα 2. Ελληνική Εκδοχή της Κλίκας αντιλήψεων περί καταστροφικότητας του πόνου (μητέρα)

ID.....

Θέλουμε να γνωρίζουμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα σας όταν πονάει το παιδί σας. Πιο κάτω υπάρχουν 13 προτάσεις με διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα. Υπογραμμίστε τη λέξη κάτω από τη φράση, που εκφράζει καλύτερα το βαθμό στον οποίο ισχύει η κάθε πρόταση όταν το παιδί σας πονά

### ΟΤΑΝ ΠΟΝΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ...

1. Ανησυχώ συνέχεια για το αν θα περάσει ο πόνος	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
2. Νιώθω ότι δεν μπορώ να συνεχίσω έτσι για πολύ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
3. Είναι τρομερό και νομίζω ότι ποτέ δεν προκειται να πάει καλύτερα	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
4. Είναι απαίσιο και νιώθω ότι με καταβάλλει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
5. Νιώθω ότι δεν μπορώ να το αντέξω άλλο	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
6. Αρχίζω να φοβάμαι ότι ο πόνος θα χειροτερέψει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
7. Σκέφτομαι κι άλλα περιστατικά πόνου	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
8. Θέλω ο πόνος να εξαφανιστεί	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
9. Δεν μπορώ να το βγάλω από το μυαλό μου	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
10. Εχω διαρκώς στο μυαλό μου το πόσο πολύ υποφέρει	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
11. Εχω διαρκώς στο μυαλό μου το πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
12. Δεν υπάρχει τίποτα που μπορώ να κάνω για να σταματήσω τον πόνο	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
13. Αναρωτιέμαι για το αν θα συμβεί κάτι σοβαρό	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

